



서울특별시 사회적경제지원센터
SEOUL SOCIAL ECONOMY CENTER



퀘벡의 보건의료 분야에서 건강협동조합과 사회적경제 기업의 경험 : 보건서비스 경영의 지배구조 및 시민과 노동자의 책임과 참여

한국과 퀘벡의 협력 가능성을 모색하기 위한 연구와 향후 전망

사회연대경제의 지식 전수 및 혁신 확산을 위한 국제 센터

C.I.T.I.E.S.

퀘벡의 보건의료 분야에서 건강협동조합과 사회적경제 기업의 경험 :
보건서비스 경영의 지배구조 및 시민과 노동자의 책임과 참여

발행일 2018년 12월

발행처 서울특별시 사회적경제지원센터

수행기관 C.I.T.I.E.S.(사회연대경제의 지식 전수 및 혁신 확산을 위한 국제 센터)

주소 서울특별시 은평구 통일로 684 1동(미래청) 1층

연락처 02-353-3553

홈페이지 www.sehub.net(서울 사회적경제 포털)



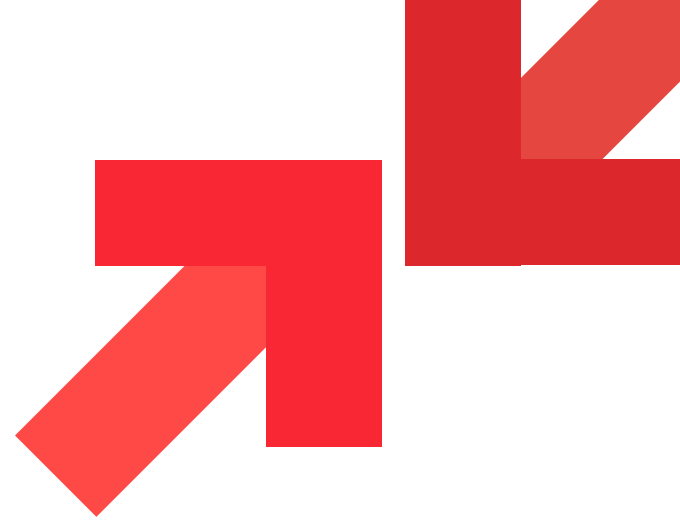
퀘벡의 보건의료 분야에서 건강협동조합과 사회적경제 기업의 경험 :
**보건서비스 경영의 지배구조 및 시민과
노동자의 책임과 참여**

한국과 퀘벡의 협력 가능성을 모색하기 위한 연구와 향후 전망

사회연대경제의 지식 전수 및 혁신 확산을 위한 국제 센터



C.I.T.I.E.S.



저자

지라르, 장-삐에르 Girard, Jean-Pierre : 보건 분야 공동체기업 개발 전문가로서 연구와 대학 강의, 자문, 특히 퀘벡협동조합평의회 보건위원회 위원과 같은 여러 위원회 및 평의회에 기여하고 있다. 2001년~2013년까지 캐나다협동조합운동 대표의 자격으로 세계건강협동조합조직(International Health Cooperative Organisation)의 집행국에서 일했다. 현재는 스위스 정부의 지원으로 아프리카의 건강과 협동조합의 문제를 다루는 국제 프로젝트를 이끌고 있다.

반 덴 보르, 마틴 Van Den Borre, Martin : C.I.T.I.E.S.의 상임이사로 25년 전부터 사회적경제 영역에서 활동하고 있다. 이 기간 동안 그는 12개의 건강협동조합 프로젝트를 지원했다. 또한 그는 한 건강협동조합의 개발국장으로 있으면서 예방 및 건강 증진 프로그램 개발 책임을 맡았다. 이러한 경험을 바탕으로 세계건강협동조합조직에서 개최하는 국제컨퍼런스에 참여하였고, 퀘벡협동조합평의회 위원으로 역할했다.

이 보고서의 작성과 연구에 기여한 **리즈 빌뇌브(Lise Villeneuve), 샹탈 뒤복(Chantal Dubuc), 칼 양크(Carl Yank), 린다 벨랑제(Lynda Bélanger), 가브리엘 부르고-브뤼넬(Gabrielle Bourgault-Brunelle),** 김정은, 김진환 님께 감사드린다.

감수 : **지라르, 장-삐에르 Girard, Jean-Pierre**

출판 : **Studio créatif Coloc**

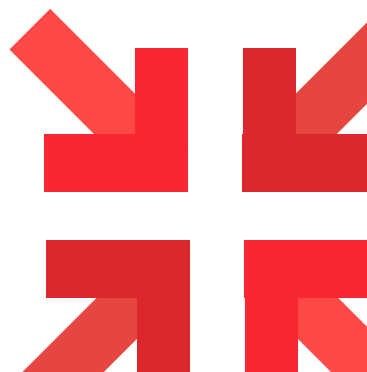
+ 저작권 © CITIES-SEC, 서울시사회적경제지원센터, C.I.T.I.E.S.(사회적경제 혁신과 지식 전수 국제센터). 이 책에 수록된 모든 콘텐츠는 참고 자료로만 활용할 수 있으며, 저작권자의 사전 동의 없이 다른 용도로 사용할 수 없습니다.

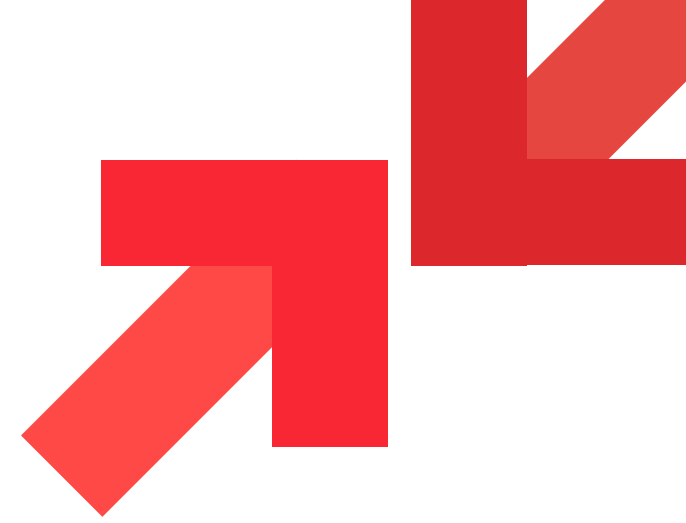
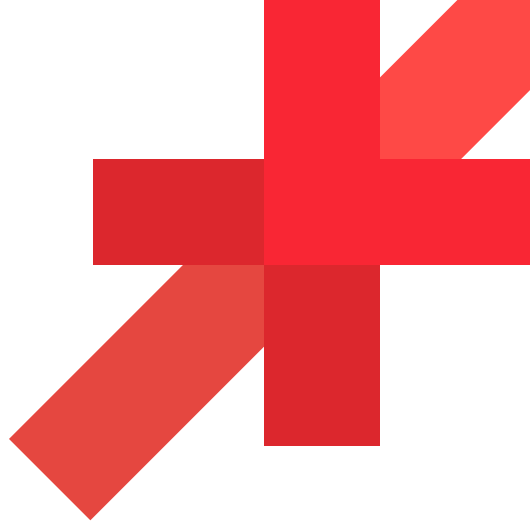
번역자의 말

* 번역자의 말 : 캐나다의 보건체계는 한국과 달라서 보건의료종사자들의 직업 분류 및 지위 또한 차이를 보인다. 역자는 의료복지사회적협동조합에 종사하는 전문의 및 간호사들의 자문을 거쳐 다음과 같이 번역하기로 했다.

1. 캐나다에서는 ‘주치의’ 또한 전문과정을 거치지만 한국의 경우 전문의 과정을 거치지 않고, 또 캐나다에서 일반의는 모두 주치의 역할을 하므로 ‘주치의’로 번역한다.
2. 심폐소생을 담당하는 의료인은 ‘응급구조사’로 번역한다.

3. 한국에는 클리닉의 주사를 담당하는 직업이 별도로 존재하지 않는다. 대신 간호사들 중 별도의 교육과정을 거쳐 정맥주사(intravenous injection, IV)를 담당하는 팀이 있다. 따라서 이 종사자들을 ‘정맥주사팀’으로 번역한다.
4. 그 외 아직 한국에 존재하지 않는 서비스나 직종과 관련한 용어는 전문가의 자문을 거쳐 최대한 그 뜻을 살려 번역한다.





목차

- 서문..... vii
- 1장 - 배경 1**
 - 캐나다의 보건 체계2
 - 퀘벡의 보건 체계, 최근의 변화.....4
 - 퀘벡 건강협동조합의 등장과 발전의 배경7
- 2장 - 사례 연구 11**
 - 사례 요약12
 - 호베르 끌리쉬 연대협동조합, 보스빌, 퀘벡13
 - 공트르페르 건강연대협동조합, 공트르페르, 퀘벡16
 - SABSA 연대협동조합, 퀘벡, 퀘벡20
 - 바쓰-리에브르 건강협동조합, 가띠노, 퀘벡24
 - 북쁘띠뜨나씨옹 건강협동조합, 세네빌, 퀘벡27
 - 뽀엥뜨-생-샤를르 커뮤니티클리닉(몬트리올).....30
 - 후아이옴므뒤사그네 재가서비스 연대협동조합, 사그네, 퀘벡34
- 3장 - 보건 분야 사회적경제기업의 현황과 향후 전망 41**
 - 퀘벡 건강협동조합 탄생의 조건42
 - 2012년 퀘벡 재가서비스 및 건강 협동조합 연합회의 권고사항44
 - 건강협동조합 발전의 장애물46
 - 성공적인 사업의 공통적인 특성48
 - 다른 모델과 비교한 건강협동조합의 강점49
 - 퀘벡 건강협동조합의 현황.....50
 - 향후 전망 및 한국과 퀘벡의 협력의 가능성54
 - 결론.....56
- 참고문헌 58**

서문

이 보고서는 서울시사회적경제지원센터가 의뢰한 것이다. 이 보고서의 목적은 무엇보다도 다른 나라의 독자들에게 지난 25년간의 퀘벡의 건강협동조합의 경험을 소개하는 것이다. 특히 이 과정에서 보건서비스의 접근성 문제와 C형간염 및 AIDS 환자를 비롯한 의료취약계층을 위한 서비스 연결망 구축 등과 같은 중요한 도전에 부응하는 양질의 보건서비스를 제공하기 위하여 사회적경제가 이룩한 혁신을 부각하고자 한다.

전 세계적으로 사회적경제는 보건사회서비스 부문에서 중요한 역할을 하고 있다. 사실 공중보건체계를 가지거나, 복합적인 체계를 가지는 대부분의 나라에서 정도의 차이는 있지만 사회적경제기업은 진료서비스 제공이나 재정 지원 메카니즘의 측면에서 국가의 파트너로 역할을 하고 있다. 특히 미국에서는 2010년에 ‘적정부담돌봄법 (affordable care act, 일명 오바마케어)’이 제정될 당시 미국 보건체계에서 건강공제조합의 역할이 인정된 측면이 있다. 사회적경제는 공동 소유와 지역사회에 대한 참여의식을 가지고 있어 모든 이해당사자들의 참여를 이루는데 적합하다. 이 과정에서 때로는 다양한 이해를 조정하기도 하고, 국가의 우선과제를 존중하면서 공동선을 이룩한다. 또한 사회연대기업의 ‘관계성’과 공동체성은 보건부문에 특히 적합하다.

퀘벡은 현재 GDP의 11%¹를 보건서비스에 지출하고 있는데, 캐나다 지방 중 가장 높은 수준에 속하며, OECD

국가들 중에도 높은 편에 속한다(한국은 약 7%). 이러한 상황에서 만약 아무런 대책도 마련하지 않는다면 그 액수는 천문학적으로 증가할 것이다. 건강증진과 예방에 더 많은 투자를 하고, 건강의 결정요소에 대처해야 한다는 중요성을 강조하는 천편일률적인 연구만 믿고 있을 수만은 없는 상황이다. 그러는 와중에 개혁에 개혁을 거듭했지만 퀘벡의 보건체계는 더욱 중앙집중화되었고, 과거에는 목소리를 내었던 시민들은 공론의 장에서 점차 멀어졌다. 예방과 건강 증진을 위한 투자는 의료기술과 전문가 인건비, 의약품 투자에 밀려났고, 이 세 요소가 보건체계 예산의 대부분을 차지하며 그 비중은 늘어만 간다. 그 사이 보건서비스 조직과 운영에서 시민의 역할은 납세자나 단순 이용자의 지위로 전락하고 말았다. 우리는 지금 기업의 이해를 대변하는 치료적, 생의학적, 고도로 전문화된 접근법과 효율적인 치료 체계를 인정하면서도 특정한 경향성을 바꾸기 위하여 우선 건강의 결정요소에 대처하고자 하는 총체적이고 생태적인 접근법 사이의 권력 투쟁의 한 복판에 있는 것이다. 다른 차원에서 보면, 지역 클리닉 단계에서 활동하는 건강협동조합들 또한 이 병원중심 모델의 반대편에서 있다고 할 수 있다.

이러한 상황은 그다지 새로운 사실을 아니다. 퀘벡공중보건체계의 발전 과정은 일부 의료업체(일반의와 전문의, 약사 등)의 사적인 이해와 대중(환자이자 동시에 시민-납세자)의 이해 사이의 끊임없는 갈등 관계로 점철되어 왔다. 퀘벡에서 건강협동조합운동은 하나씩 하나씩



1 퀘벡통계청(Institut de la statistique du Québec), 2017



만들어졌다. 하지만 이들의 공통점이 있다. 그것은 시민들과 지역공동체들, 그리고 일부 의료전문종사자들(특히 PA간호사들과 일부 의사들)이 가진 공통된 정서이다. 즉, 정치엘리트와 의료엘리트집단이 때로는 잘 작동되는 해결책을 외면하면서까지 그들의 이해를 우선하였기에 시민과 지역공동체 및 일부 의료전문종사자들은 의사결정 과정에서 배제되었던 것이다. 따라서 이 주체들에게 건강협동조합의 설립은 보건체계를 다른 방식으로 발전시킬 수 있는 민주적인 제도를 형성하는 방안인 것이다. 이 시민들은 조화롭고 지속가능한 지역을 만드는 것이 건강의 본질적인 특성임을 잘 알고 있다. 그래서 다른 분야에서와 마찬가지로 건강 분야에서도 시민들이 의사결정 테이블에서 자리를 보장받는 것이 당연하고도 핵심적이라고 생각한다. 지리적, 행정적인 이유로 의료망에 접근하기 어려운 지역사회, 또는 보건체계가 제대로 대응하지 못하는 문제

(위험한 고객층, 정신 건강, 신규 환자의 대거 유입 등)를 안고 있는 지역사회에서 이러한 행동 역량은 특히 중요한 과제가 되었다.

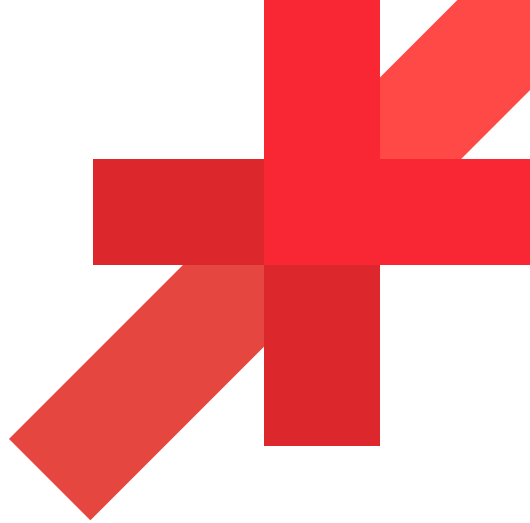
이 보고서는 먼저 캐나다와 퀘벡의 보건체계의 운영방식을 소개할 것이다. 그 다음에는 7개의 사례조사를 소개할 것이다. 이 사례들은 대부분 단순히 치료 모델에 머물지 않고, 때로는 자체 자원을 동원하여, 때로는 국가와의 파트너십을 통하여 보건체계가 더욱 통합적인 방식으로 발전할 수 있도록 노력하는 곳이다. 그리하여 예방과 건강 증진, 간호사들의 역할과 시민의 참여에 더 많은 비중을 둔다.

지구 온난화 문제와 마찬가지로 우리들의 보건체계가 직면해야 하는 도전 또한 근본적인 변화를 요구하고 있다. 우리는 이 보고서가 성찰과 대화, 여러 주체들 간의 협력의 기초를 제공하여 서로 영감을 받고, 사회적경제와 시민사회가 우리의 보건체계의 전환에 온전히 역할하기를 바란다.

약어 목록

- AMP** : 개별의료행위 Activités médicales particulières
- CDR** : 지역개발협동조합 Coopérative de développement régional
- CH** : 병원 Centre hospitalier
- CHSLD** : 장기요양진료센터 Centre d'hébergement de soins de santé longue durée
- CISSS** : 보건사회서비스통합센터
- CIUSS** : 대학보건사회서비스통합센터
- CLD** : 지역개발센터 Centre local de développement
- CLSC** : 커뮤니티서비스센터 Centre local de services communautaires
- CQCM** : 퀘벡협동조합공제조합위원회Conseil québécois de la coopération et de la mutualité
- CSSS** : 보건 사회서비스센터 Centre de santé et de services sociaux
- DRMG** : 지역주치의국 Département régional de médecine générale
- ETP** : 전일제 Équivalent temps plein
- FCSCDSQ** : 퀘벡 건강협동조합 및 재가서비스협동조합 연합회 Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec
- GMF** : 주치의그룹 Groupe de médecine de famille
- KHWSCA** : 한국의료복지사회적협동조합연합회 Korea Health Welfare Social Co-operatives Association
- MSSS** : 보건 사회서비스부 Ministère de la Santé et des Services sociaux
- PREM** : 지방의료진계획 Plans régionaux d'effectifs médicaux
- RAMQ** : 퀘벡의료보험공단 Régie de l'assurance maladie du Québec
- RISQ** : 퀘벡사회투자네트워크 Réseau d'investissement social du Québec
- SADC** : 지자체개발지원회사 Société d'aide au développement de la collectivité

1장
+ 배경



캐나다의 보건 체계

캐나다는 1957²년에 비버리지경이 고안한 영국모델로부터 많은 영향을 받아 보편적 의료보급제도를 도입했다. 이 제도는 공적기금으로 운영되며, 공공기관과 더불어 국가 및 의사들과 협약을 맺은 민간사업체(영리 및 비영리)가 발생시킨 비용을 공적기관이 환급하는 방식이다. 캐나다는 10개의 자치주(province) 및 3개의 준주(準州, territoire)로 구성되어 있으며(2017년 기준, 총인구 3천6백7십만 명), 따라서 13개의 보건체계를 가지고 있고, 각 주의 보건체계는 주 자체 재정과 연방정부의 보조금으로 운영된다.

이 보건체계는 캐나다 보건법(Canada Health Act)에 명시된 입원 및 의료서비스를 중심으로 한 '의학적으로 필요한' 서비스를 제공한다³. 이 법은 인종, 종교, 성, 사회경제적 지위, 거주지, 또는 다른 속성과 무관하게 캐나다에 거주하는 모든 이들은 그가 있는 곳에서 무상으로 보건서비스를 받을 권리가 있음을 명시한다.

다른 한편, 재정조달, 행정, 서비스제공 양식, 공중보건서비스의 범위는 각 자치주 및 준주에 따라 다르다. 1999년 정치적, 행정적 통제 하에 있는 광활한 준주인 누나부트(Nunavut)의 설립은 말할 것도 없고, 최근 몇

년 동안 이누이트족들의 건강을 포함하여 지역 및 지방 보건체계에 대한 제1민족들(원주민)의 통제를 강화하기 위한 많은 시도들이 이루어졌다⁴.

세금을 포함, 자치주, 준주, 연방정부의 조세수입이 캐나다 보건서비스의 주요 재원이다. 전체 지출 중 공적부담이 약 70%이며, 차액은 서비스⁵ 이용자와 Desjardins et Co-operators 같은 공제조합이나 협동조합이 제공하는 민간 보충보건서비스보험이 내는 비용으로 충당한다. 나머지 지출은 주로 노동자들의 사회적 혜택이나 자선 기부를 통해 조성되는 사회보험기금(social insurance funds)이 책임진다. 2016년 기준으로 살펴보면, 캐나다의 건강지출은 2천2백8십억 달러로 GDP의 11.1%, 인구 1인당 6,299 달러에 달한다⁶.

주치의들은 보건체계의 관문이다. 그러나 얼마 전부터 제한된 범위에서 PA간호사(수술보조간호사) 클리닉도 이 관문 역할을 하고 있다⁷. 의사들은 대부분의 경우 독립노동자로서 행위별⁸로 보수가 지급된다. 하지만 예컨대 커뮤니티건강센터(건강협동조합 및 커뮤니티클리닉을 포함)에 고용된 의사들 같은

임금노동자들은 예외가 된다. 극소수는 행위별 수가제도 후 환급받거나 임금노동이 아닌 완전히 사적인 기반에 의거하여 일하는 경우도 있다⁹.

전문의 및 외과 서비스를 포함, 대부분의 응급진료 및 2차, 3차 진료는 병원에서 제공된다. 1차의료는 공적인 네트워크에 있는 클리닉이나 의사, 약국, 커뮤니티조직과 협동조합을 포함한 사회적경제 기관에서 제공된다. 캐나다 전역에 걸쳐 공적인 조직이든(영리/비영리)사적인 조직이든 장기건강돌봄센터, 노인요양시설 및 이와 유사한 기관을 운영한다.

각 자치주 및 준주별 체계로 인하여 빚어질 수 있는 문제를 포함, 캐나다의 보건체계가 직면한 문제를 검토해보면 몇 가지 특징을 도출할 수 있다.

- 진료비용의 증가, 특히 약과 관련한 비용
- 긴 대기 시간
- 이 분야의 인력 부족

인구의 고령화 또한 보건 체계에 더해지는 압력이다. 왜냐하면 나이가 들에 따라 의료서비스 소비가 증가한다는 점은 이미 잘 알려진 사실이며 많이 연구된 바 있기 때문이다. 그 결과 어떤 자치주에서는 건강지출이 공적 지출 전체의 50% 가까이 이른다.

이러한 맥락에서 보건체계를 효율화해야 하는 압력이 있는 것이다. 그래서 2016년에 캐나다건강정보연구원은 5대 우선정책을 규명한 바 있다¹⁰.

- 책무성과 의사결정에 따른 성과 관리
- 보건체계의 모든 단계에서 지배구조(협치구조) 및 보건서비스전달체계 통합
- 국민 건강 향상을 위하여 건강 부문 외 다른 부문과의 파트너십 형성
- 의사들의 참여 및 보상
- 재정의 유연성



2 연방정부가 채택한 보험-입원 및 진단서비스에 관한 법은 5월 1일에 표결이 이루어졌다. 연방정부는 자치주 및 준주의 보험-입원 비용의 50%를 부담한다. ; 1958년 7월1일에 발효된다
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html>

3 <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-6/>

4 <https://www.gov.nu.ca/programs/health>

5 예컨대 병원에서 개별 방 사용.

6 https://secure.cihi.ca/free_products/NHEx-Trends-Narrative-Report_2016_FR.pdf

7 이 보고서에서 다룬 SABSAs의 경우에 해당한다.

8 이 경우 의사협회와 자치주 및 준주 당국과의 아주 엄격히 협상된 규칙에 따른다.



9 2016년 기준, 퀘벡 의사 23000명 중 이러한 지위를 가진 의사의 수는 약 360명으로, 전체의 1.5%에 달한다.
<https://www.journaldemontreal.com/2016/04/08/le-nombre-dominipraticiens-qui-choisissent-le-prive-continue-daugmenter>

10 https://secure.cihi.ca/free_products/improving_health_system_efficiency_fr.pdf

퀘벡 보건체계, 최근의 변화

퀘벡은 가장 넓은 면적을 차지하며 캐나다의 유일한 불어권 자치주이다. 2017년 인구조사에 따르면 약 840만 명이 살고 있는 것으로 집계되었다. 현재의 퀘벡 보건·사회서비스 체계는 퀘벡 의회가 보건서비스 및 사회서비스에 관한 법을 채택하여 1971년에 제도화한 것이다. 퀘벡 체계는 공적 체계로서 국가가 주 보험인이며 행정책임자이다¹¹. 2018~2019년에 건강 부문 지출은 385억\$이며, 이중 주치의와 전문의를 포함한 의사들을 위한 보상이 19.9%를 차지한다¹².

1971년 법의 도입 이후 정기적으로 많은 개선책이 도입되어 퀘벡의 보건체계가 변해왔다. 가장 최근의 개혁은 2015년에 이루어진 것으로 다양한 임무를 통합하는 대형기관을 설치하는 것이 핵심 내용이다.

이 기관은 보건사회서비스통합센터(CISS), 대학보건사회서비스통합센터(CIUSS)이다, 만약 어떤 통합센터가 한 대학이 종합적인 의과대학 박사전 과정 프로그램을 제공하는 보건사회지역에 위치하거나, 이 센터가 사회분야의 대학연구소로 지정된 센터를 운영하는 경우 이 센터는 대학보건사회서비스통합센터로 불리게 된다.

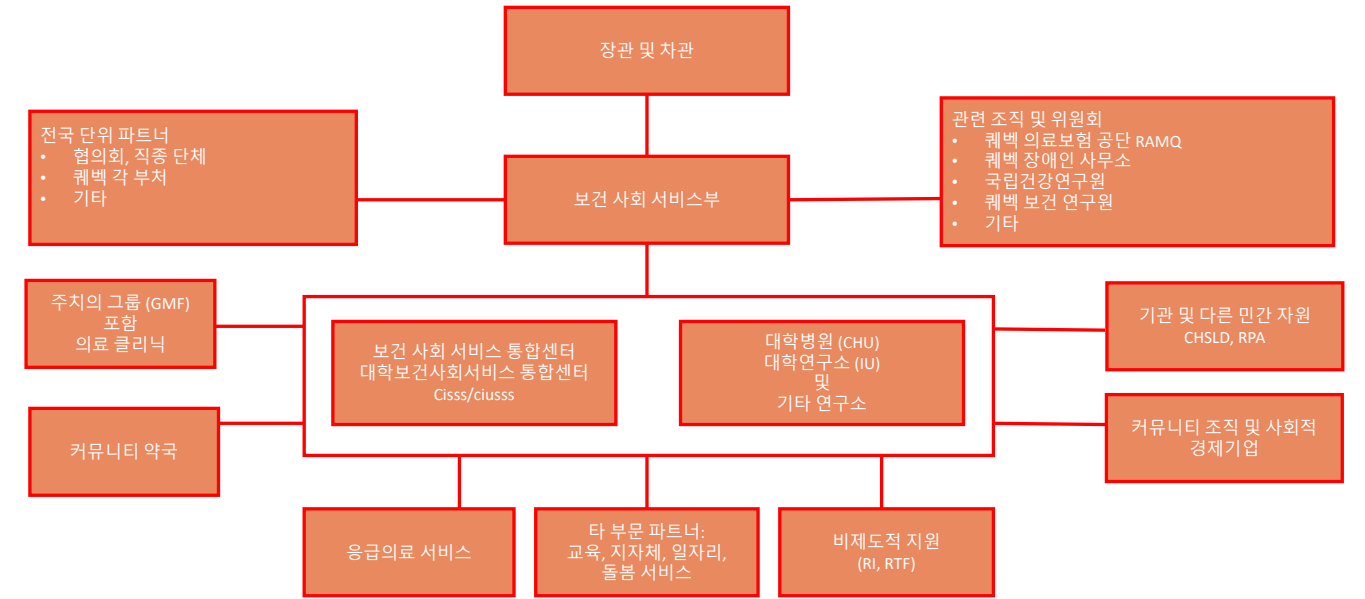
이렇게 하여 2017년부터 22개의 통합센터가 있고, 그 중 9개는 CIUSSS이다. 이 기관에 통합된 주요 임무는 다음과 같다.

지역커뮤니티서비스센터(CLSC)의 임무는 그가 속한 지역의 주민을 대상으로, 예방 및 치료, 또는 재적응 및 재통합의 성격을 가지는 서비스 및 공중보건활동 서비스와 같은 현행 1차 의료 및 사회서비스를 제공하는 것이다..

병원(CH)은 진단과 일반의 민 전문의 진료 서비스를 제공한다. 병원은 두 유형이 있다. 하나는 일반 및 전문 진료 병원이고, 다른 하나는 정신과진료 병원이다.

장기요양진료센터(CHSLD)는 기능적, 심리사회적 자율성을 상실하여 본래의 생활환경에서 더 이상 머물 수 없는 성인들을 대상으로 한시적 또는 영구적으로 요양, 보조, 지지, 감시 서비스를 비롯해 심리사회적, 간호, 의약적, 의학적 서비스와 재적응 서비스를 제공한다.

아동청소년보호센터(CPE)는 청년보호에 관한 법(RLRQ, p-34.1장), 청소년형사정의체계에 관한 법(L.C., 2002, 1장)에 의거하여 요건을 충족하는 상황에 처한 청년들에게 심리사회적 긴급서비스를 포함, 심리사회적 서비스를 제공한다.



재적응센터(CR)는 육체적, 정신적 결함이나 행동적, 심리사회적, 가정적 어려움, 알콜이나 약물, 요행(로또류)이나 도박 의존 등 모든 종류의 의존성을 가진 사람들을 위한 적응 및 재적응 서비스와 사회통합 서비스를 제공한다.

그림 1 - 보건사회서비스체계 구조

건강서비스 제공을 보완하는 것으로는 클리닉 네트워크가 있다. 이 클리닉들은 경우에 따라 약국이나 의사들 또는 건강협동조합을 매개로 한 시민들에 소속되어 있다. 이런 클리닉이 대략 100개 정도 있으며, 대부분 도시지역에 집중되어 있다. 2002년부터 보건사회서비스부(MSSS)는 ‘주치의그룹(GMF)’이라는 적극적인 프로그램을 시행하여 특정 지역의 의사들이 그룹을 만들어 지역 주민들의

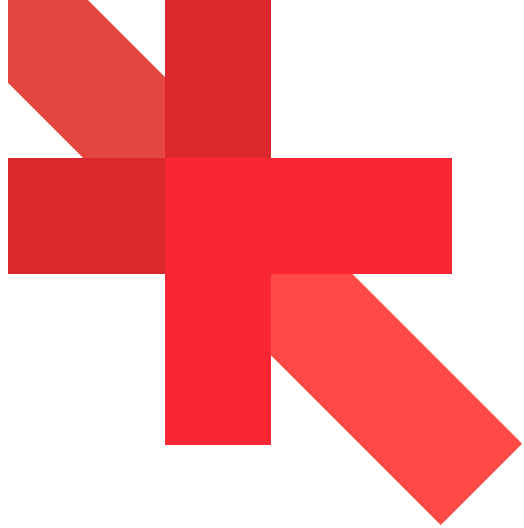
건강을 책임지도록 유인하고 있다. 이 프로그램을 간략히 설명하자면, 간호사나 전산설비와 같은 추가적인 자원을 지원해주는 대신 10여 명의 의사들이 주치의그룹을 만들어 한 도시나 대도시의 한 구 내에 거주하는 시민들에게 통상의 진료시간 외에도 저녁이나 주말에도 서비스를 받을 수 있도록 서비스 접근성을 높이는 연장서비스를 제공하도록 하는 것이다. 시민들이 주치의그룹에 등록을



11 <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-731-01WF.pdf>
12 www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2018-2019/fr/documents/Sante_1819.pdf



13 <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/groupes-de-medecine-de-famille-gmf-et-super-cliniques-gmf-reseau/>



하면 이 주치의그룹은 의사네트워크나 약국네트워크, 또는 건강협동조합네트워크에 소속된 클리닉에서 진료한다.

마지막으로, 이 클리닉 외에도 보건사회서비스부가 슈퍼클리닉네트워크로 규정하는 곳이 있다. 슈퍼클리닉이 제공하는 서비스는 다음과 같다¹³.

주치의그룹 지정 네트워크 프로그램(Programme de désignation réseau pour les groupes de médecine familiale)은 주치의그룹이 제공하는 서비스를 보완하며, 미등록 환자나 등록자 중 주치의를 볼 수 없는 상황에 처한 이들의 필요에 우선적으로 부응할 목적을 가진다. 이 프로그램은 주치의그룹에 등록하지 않은 고객에게도 제대로 된 서비스를 제공하고자 한다.

지정네트워크를 가진 주치의그룹이 슈퍼클리닉이 되는 것이다. 슈퍼클리닉은 재정지원과 전문인력을 지원받아 응급서비스 이전의 최후의 안전망을 강화하기 위한 목적을 가진다. 지정네트워크를 실시하는 근본적인 목적은 두 가지이다.

- 주치의그룹이 제공하는 서비스를 보완하기 위하여 모든 고객에게 1차진료의 접근성을 높임으로써 단순한 응급 상황이나 준응급 상황이 응급상황이 되는 것을 막는다.
- 채혈, 의료사진(X-레이, 초음파 등), 전문의 검진 등의 측면에서 외래환자를 위한 근거리 통합서비스를 보장한다.

퀘벡 건강협동조합의 등장과 발전 배경

1944년, 퀘벡에서 공중보건체계가 실시되기 전 사적 의료 시기에 퀘벡의 도시에서는 사립병원의 의료비용을 부담하기 어려운 사람들을 위하여 건강서비스의 접근성을 높이고자 건강협동조합이 설립되기 시작했다. 이 사업의 핵심 인물인 자크 트랑블레(Jacques Tremblay)의사는 이 협동조합의 지향점을 밝힌 4대원칙을 정립한 바 있다¹⁴.

- 팀진료 체계 : 전문가들의 그룹을 형성함으로써 시간과 노력을 절약할 뿐 아니라 환자들에게 더 나은 진료서비스를 제공한다.
- 예방의학 : 피할 수 있는 질병을 고비용으로 치료하기보다는 건강을 보존하고, 비싼 질병 치료보다는 예방을 중심에 둔다.
- 조합원들의 정기적인 지불 제도 : 건강한 사람이든 아픈 사람이든 총 의료비용의 일부를 균등하게 지불하도록 함으로써 각 구성원이 적절한 치료를 받을 수 있도록 한다. 또한, 이를 통해 의사들이 미지불 사태와 진료비용 회수 문제에 시달리지 않도록 해준다.
- 민주적인 통제 : 협동조합 운영에 적용하되 진단, 치료 선택 및 처방 방법은 의사의 재량에 맡긴다. 소비자환자들은 다른 사립의료기관에서와 마찬가지로 협동조합의 의사들 중 원하는 이를 선택할 수 있다.

1960년대와 1970년대 들어 복지국가가 전개되면서 이 협동조합은 보험공제조합으로 전환하였다. 현재의 명칭은 SSQ보험¹⁵이다.

수십 년 간 카톨릭교회가 교육 및 건강 등 사회 전반에 걸쳐 막강한 존재력을 과시했던 시기가 끝나고 1960년대 들어 도시화가 가속화되면서 사회활동가들을 중심으로 건강과 같은 사회문제를 지역이 책임져야 한다는 생각이 퍼지기 시작했다. 이와 관련된 조직¹⁶의 한 여성활동가의 관찰에 따르면 당시에 건강에 대한 접근법을 다음과 같이 근본적으로 변화시키고자 했다는 것이다.

건강에 대한 새로운 비전, 새로운 진료제공 양식, 국민/직업인/경영자 간의 새로운 관계를 수립한다.

병원중심 모델 또는 생의학적 접근법을 비판하는 이 새로운 접근법의 이면에는 건강을 규정하는 요소가 노동, 삶의 조건, 사회적 관계망이라는 생각이 깔려있다.

또한 애초에 마약 소비 문제를 가진 청년들을 돕기 위한 목적으로 만들어진 200여개의 클리닉으로 구성된 미국의 자유클리닉(Free Clinics) 운동의 영향은 시민활동가들은 사회적 의료의 영향을 받은 의과대학 졸업생들의 도움을 받아 민중클리닉을 구축하였다. 그리하여 10여 개의 민중클리닉이 주로 몬트리올에서 설립되었다.



14 Girard, Jean-Pierre(2006), Notre système de santé, autrement(우리의 보건체계를 다르게), Montréal, BLG, p. 43

15 <https://ssq.ca/fr>

16 www.dabordsolidaires.ca/impression.php3?id_article=93

이와 동시에 1960년대 말에는 보건서비스에 대한 정부조사위원회가 보고서를 제출했다. 이 보고서에서는 시민의 참여를 기반으로 한 공공클리닉네트워크의 설치를 권고하여 지역커뮤니티서비스센터(Centres locaux de services communautaires, CLSC)가 만들어졌다. 이후 매년 이 네트워크가 발전하면서 점차적으로 민중클리닉들을 흡수하였고, 그 안에서 그동안 원해왔던 변화의 초석이 다져졌다. 하지만 불행하게도 몇 년이 지나지 않아 중앙집권적이고 행정 중심적인 국가의 규제로 인하여 지역커뮤니티서비스센터는 지역사회 밀착과 시민참여 지배구조라는 애초의 의미를 상실하게 되었다. 이러한 속성은 글자 그대로 완전히 사라지게 된 것이다. 2018년 현재 애초에 소망했던 이름만 남았을 뿐이며, 그 역할만 더 큰 조직(CISSS, CIUSSS)에 포함된 채 남아 있을 뿐이다.

그 중 유일하게 한 클리닉만이 흡수에 반대하고 그들의 독립성을 유지하기 위해 투쟁했는데, 그 곳이 몬트리올의 남동부 서민 지역에 위치한 뽀엥뜨-생-샤를르(Pointe-Saint-Charles) 커뮤니티클리닉이다. 이 클리닉은 자신의 임무에 따른 국가의 재정 지원을 확보하기 위하여 수십년간 부단한 노력을 기울인 결과 오늘날까지 애초의 특성을 지키는 데 성공했다¹⁷.

현재의 퀘벡 건강협동조합의 모델은 1995년에 몬트리올 북동부에서 약 140km 떨어진 생떼띠엔느데프레(Saint-Etienne-des-Près)라는 작은 시에서 시작되었다. 거기에 거주하며 일하던 의사가 퇴직을 앞두고 있어서 몇 가지 해결책을 모색하였으나 모든 계획이 실패하였다. 그곳에 지역커뮤니티센터의 서비스지점을 여는 계획은 국가의

거부로 좌절되었고, 의사가 클리닉을 여는 것 또한 실행가능하지 않았다.

이러한 상황에서 지역의 데자르덴금고의 지점장이 협동조합 방식으로 시민들을 모을 것을 제안했다. 협동조합이 건물을 지어 의사를 포함한 의료진들에게 사무 공간을 제공하여 임대료 수입을 확보할 수 있다는 계획이었다.

애초의 계획에서 협동조합이 개소하기까지 자원봉사자들이 2000시간 이상을 이 프로젝트에 기여했는데, 그 중 다수는 지역 데자르덴 금고의 고용인들과 이사들이었다. 이 뿐 아니라 데자르덴운동(Mouvement Desjardins)은 이 프로젝트에 기부를 하며 재정 지원을 했고, 지자체는 토지정비, 장기임대차계약, 시에 내야 할 세금 연기 조치를 취해주며 여러 방식으로 기여하기도 했다¹⁸. 게다가 시민들은 협동조합의 자본을 모으기 위해 125,000달러를 출자했다. 신용과 전문성을 가진 데자르덴금고 지점장의 이중리더십이 없었더라면 이 프로젝트는 빛을 보지 못했을 것이다. 왜냐하면 보건당국은 퀘벡에서 최초로 시도되는 이 시민들의 프로젝트에 무관심했을 뿐 아니라 때로는 적대적이기까지 했기 때문이다.

그리하여 1995년에 '레그레(Les Grès)' 건강협동조합이 탄생했다. 그 과정과 발전 상황을 간략히 소개하면 다음과 같다¹⁹.

처음에는 의사가 두 명밖에 없었다. 그런데 급속히 3명, 4명, 5명으로 늘어나더니 급기야 12명까지 생겼다. 의사들은 다 다른 병원(응급실이나 병동)에서 시간제로 일하는 가정의학과 출신들이었다. 의원(클리닉)은 레그레 건강협동조합 소유의 건물에 위치했다.

이 건물에는 약국, 치과 의사 한 명, 검안사 한 명, 정신과의사들, 전체 자세 교정 물리치료사 한 명, 정골의사들이 있었다.

이후 이 모델은 의료자원이 없거나 교통의 불편으로 인해 같은 문제에 봉착한 지역의 관심을 끌면서 퀘벡 전역으로 퍼져나갔다. 생떼띠엔느의 경험이 확산될 수 있었던 것은 데자르덴금고와 지자체, 그리고 지역개발협동조합²⁰과 같은 다양한 네트워크의 도움이 있었기 때문이다. 하지만 머지않아 여러 사업의 담당자들은 의료인력 부족 현상에 직면하여 새로운 의사를 유치하기 위하여 창의성을 배가해야 했다. 그 사업 중 일부는 의사 유치에 실패하여 빛을 보지 못했다. 다른 사업들은 추진되었으나 몇 해가 지나 의사 채용에 별다른 성과를 거두지 못하여 활동을 중지할 수밖에 없었다. 시간이 흘러 제 2의 사업모델이 수립되었는데, 개인 클리닉을 운영하는 의사 중 진료의 영속성을 보장하기 위하여 협동조합에 자신의 클리닉을 매각하고자 하는 이들을 찾는 것이었다.

그러한 와중에 여러 사업은 조직을 유지하기에 충분하지 않은 재정 문제를 해결해야 했다. 임대료 수입으로는 각종 공과금 및 세금을 충당하기에는 부족했던 것이다. 이러한 상황에서 때로는 지자체가, 때로는 데자르덴금고가, 지역개발센터²¹와 같이 지역 사업 개발을 목적으로 하는 조직들, 또는 지자체연합(MRC)²² 등 여러 파트너들이 도움을 주기 시작했다. 이러한 다양한 도움에도 불구하고 수입이 충분하지 않아 조합원들의 참여가 필요했다. 그리하여 조합원들은 조합원 자격을 갖기 위한 출자금에

더하여 연회비를 납부하게 되었다. 그 액수는 협동조합에 따라 30~90달러로 다양하다. 여기서 주의할 것은, 어떠한 경우에도 연회비를 납부하지 않는다고 의료서비스를 거절할 사유가 되지는 않는다는 점이다. 이는 보편적 접근성의 원칙을 가지는 캐나다 보건서비스법에 의해 보장되는 것이기 때문이다.

2008년에는 이 보고서에 소개된 호베르 끌리쉬(Robert Cliche) 건강협동조합이 세워졌다. 이 건강협동조합은 준주에 속한 여러 지자체가 자기 지역에 건강협동조합을 유치하고자 하는 갈등을 피하기 위하여 지자체연합(MRC) 차원으로 확대하여 운영되는 최초의 사례이다.

2011년에는 아주 다른 모델로 수술보조간호사들(PA간호사)로 이루어진 협동조합인 SABSA가 설립되었다.

마지막으로 2000년대에 이 건강협동조합들을 아우르는 연합회가 구성되었다.

요약하면, 1995년 최초의 건강협동조합이 설립된 후 2018년까지의 23년 동안 퀘벡의 건강협동조합은 많은 진전을 이루었을 뿐 아니라 초기 모델로부터 변화된 것도 많고 후퇴한 측면도 있다. 예컨대 우타우애(Outaouais) 지방에서는 의사가 없어 건강협동조합 3개소가 문을 닫았다. 에일메르(Aylmer) 건강협동조합 사례는 생각할 거리를 많이 남겨준다. 기존에 있던 클리닉이 전환하여 퀘벡 최초의 건강협동조합이 된 에일메르는 11년간의 활동 후 의사들이 대거 다른 클리닉으로 옮기면서 문을 닫아야 했다. 그리하여



17 본 보고서 사례조사 참고.
18 이후 건물 면적을 두 배로 늘렸고, 지자체는 그 건물에 시립도서관을 들이면서 또 지원을 해주었다.
19 <http://www.cliniquemedicalelesgres.ca/equipe/historique/>

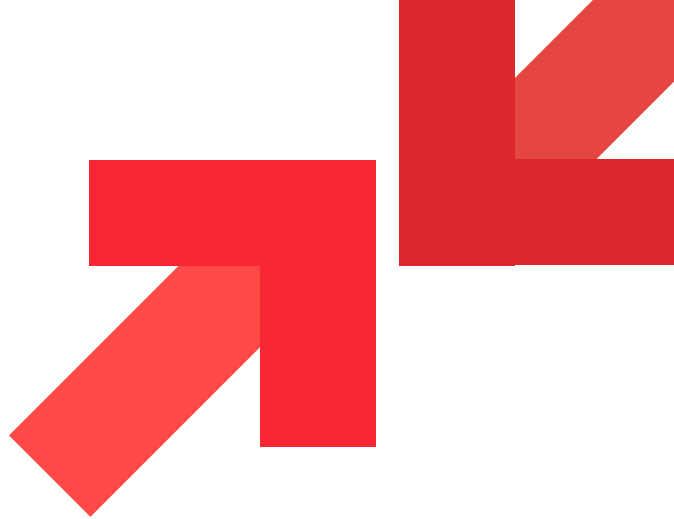


20 coopérative de développement régional : 퀘벡정부의 재정지원을 받아 신규 협동조합의 개발을 지원하는 조직.
21 Centres locaux de développement : 퀘벡정부 지원으로 운영되는 조직으로 2015년에 폐지되었다.
22 한 지역에 있는 기초자치단체들의 연합으로 자체 예산을 운영하고 있다.

조합원들은 하루아침에 의료진이 사라진 건물에 덩그러니 남게 된 것이다.

다른 한편, 2007년에는 셔부룩(Sherbrooke)대학 건강협동조합이라는 아주 독창적인 사업이 수립되었다. 이 협동조합은 학생, 직원, 교수들로 이루어진 대학공동체 구성원들의 건강한 생활습관을 조성할 목적으로 만들어졌는데, 재정부족과 지역의 지지를 얻지 못하여 설립 후 몇 년 만에 활동을 중단했다.

2장 + 사례 연구

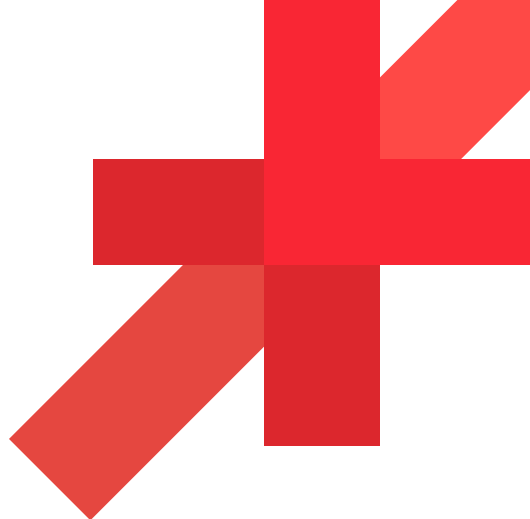


사례 연구 요약

2장에서는 퀘벡에서 가장 의미 있는 사례들을 다음과 같이 소개한다.

- **호베르 끌리쉬(Robert Cliche) 건강협동조합** : 지역의 주치의가 현저히 감소하는 문제에 대응하기 위하여 2008년에 설립되었다. 처음부터 지역의 지자체연합(MRC)과 강력한 연결고리를 형성하여 짧은 역사에도 불구하고 지역 주민이 지속적인 관심을 가지고 가입했다. 뿐 아니라 보건당국과 든든한 협력 관계를 형성하여 지역에서 의술을 펼치는 주치의들의 핵심 축이 되었고, 새로운 의사들도 유치할 수 있게 되었다. 퀘벡에서 약정 주치의그룹(GMF) 운영 권한을 받은 초기 협동조합 중 하나이다.
- **콩트르페르(Contrecoeur) 건강협동조합** : 지자체, 데자르데앙고, 지역개발센터(CLD) 등 지역의 주요 주체들의 지원으로 2002년에 구성되었으며, 지역주민들에게 다양한 보건 전문가들을 접할 수 있도록 함으로써 지역 기반을 다졌다. 콩트르페르 건강협동조합 또한 약정 주치의그룹(GMF)을 운영할 수 있는 권한을 받았지만 몇 해 전부터 Reversa클리닉이라는 이름으로 차별적인 서비스를 제공하고 있다. 이 클리닉은 이 지역 뿐 아니라 퀘벡의 다른 지역에서도 비만으로 고통 받고 있는 사람들을 위하여 영양사, 간호사, 운동치료사와 함께 비만을 극복하기 위한 새로운 교육적 접근 방법을 개발했다.
- **SABSA 건강협동조합** : 퀘벡의 수술보조간호사협동조합 두 곳 중 한 곳으로 2011년에 설립되었다. 공공부문의 무관심에도 불구하고 C형 간염과 AIDS로 고통 받는 주민들을 위한 적극적인 개입을 통하여 확실한 영향력을 발휘하며 자리를 잡았다.

- **바쓰-리에브르(Basse-Lièvre) 건강협동조합** : 이 협동조합은 도심 지역에서 이미 존재하던 클리닉을 시민들과 의사들이 매입한 것이다. 23명의 의사와 3명의 간호사, 14명의 직원을 두고 있으며, 다른 건강협동조합과 더불어 4개의 서비스 지점을 가진 주치의그룹에 속한다.
- **북쁘띠뜨나씨옹(Nord de la Petite Nation) 건강협동조합** : 2013년에 농촌 지역에서 설립된 이 클리닉협동조합은 SABSA처럼 수술보조간호사들의 협동조합으로 시작했다. 그러던 중 2015년에 퀘벡보건종사자연협회(FIQ)가 보건사회의 불모지대에 위치한 이 협동조합의 운영을 지원하기로 했다.
- **뽀앵뜨-생-샤를르(Pointe-Saint-Charles) 커뮤니티클리닉** : 이 클리닉의 법적 지위는 비영리민간단체(OBNL)로서 주민들 가까에서 사회참여적인 의료를 실천하고자 했던 초기(1968년)의 이상을 성공적으로 실현한 곳이다. 이 건강협동조합은 퀘벡에서 유일하게 커뮤니티서비스센터(CLSC)의 허가를 받은 자율적인 커뮤니티 조직으로 인정되는 클리닉이어서 그 임무에 따른 정부의 재정지원을 받는다. 퀘벡 외 다른 지역에서도 몇몇 클리닉이 동일한 형태로 운영된다.
- **후아이옴 뒤 사그네(Royaume du Saguenay) 재가서비스 연대협동조합** : 이 경우는 다른 사례와는 달리 건강서비스를 제공하는 기업이 아니라 주로 노인들을 대상으로 청소 및 식사 준비와 같은 재가서비스를 제공한다. 이 조직은 캐나다에서 동종 최고 규모로서 지방보건당국과 다양한 계약 및 건설적인 협약을 체결함으로써 다른 조직과 현저히 구별되는 성과를 이루었다.



호베르-끌리쉬(Robert Cliche) 연대협동조합, 보스빌(Beauceville), 캐나다(Canada)

2008년에 설립된 이 건강협동조합은 여러 측면에서 주목을 끈다. 우선, 이 협동조합은 퀘벡 최초로 지역의 다양한 주체들의 합의를 바탕으로 지자체연합 단위에서 설립되었다는 점이다. 둘째는 지방 보건당국과 탁월한 협력관계를 발전시켰다는 점이고, 셋째는 지역에서 진료하는 주치의들 간의 연대를 구축했다는 점이며, 넷째는 약정 주치의그룹 운영에 있어 선구적인 역할을 했다는 점이다.

이 협동조합의 역사적 과정을 보면 배울 것이 참 많다. 2000년대 초, 퀘벡 남부에서 75km 떨어진 곳에 위치한 호베르-끌리쉬는 지자체연합(MRC)의 주민들을 대상으로 의견수렴을 통해 의사 채용을 개선해야 한다는 사안이 긴급한 것으로 드러났다. 이 후 몇 년이 지났지만 한 명도 이 지역에 정착하려 하지 않았고, 이미 있었던 의사들마저 일부는 은퇴를 앞두고 있어서 주민들의 1차의료 접근성에 심각한 문제를 초래할 상황이었다. 그리하여 시민들을 모으고, 의사들을 채용하고 유지하기 위해 공동의 노력을 기울일 수 있는 방법으로 건강 분야에서 연대협동조합을 설립하자는 아이디어가 채택된 것이다.

퀘벡의 다른 지역에서는 보통 한 지역 단위에서 건강협동조합이 설립되는 반면, 호베르 끌리쉬는 여러 지자체를 아우르는 지자체연합 차원에서 설립되어 여러

주체들의 협력을 이끌어내고, 의료자원을 유치하는 데 지자체간 경쟁을 피할 수 있는 아주 영리한 선택이었다. 하지만 이런 선택이 놀랍지 않은 까닭은 지자체연합이 사업을 지원했고, 지역에 소재한 개발지원조직인 호베르 끌리쉬 지역개발센터가 이 사업의 선봉부대의 역할을 했기 때문이다²³.

지역의 다양한 조직들(데자르데앙고를 포함)로부터의 든든한 재정적 기여, 그리고 협동조합 임원들의 역동적인 리더십과 결합된 많은 시민들의 참여는 놀라운 성공을 이룩하였다. 이 협동조합은 빠른 시간 내에 지역의 다양한 주체들의 신뢰를 얻어 지역에 있는 다른 의사들 및 지방보건당국과 함께 다양한 서비스 협약을 체결하여 운영비용 수입을 증가시키고 인적 자원을 개발할 수 있게 되었다. 뿐 아니라 다양한 노력을 기울여 신규 의사를 채용하여 2008년에는 약 15명을 보유하게 되었다. 이 사업의 성공에 상임이사의 역할이 컸음을 과소평가해서는 안 될 것이다. 재미있는 사실은, 상임이사는 이전에 지역개발센터(CLD)에서 일했던 사람으로 사업의 초창기부터 결합했다는 점이다.

2017년의 성과를 종합적으로 살펴보면, 두 클리닉에 걸쳐 10여 명의 의사들과 10여 명의 다른 실무자들(비서, 행정직원, 간호사, 사회복지사 등)과 더불어 지자체연합



23 <http://www.cldrc.qc.ca/>

지역에 아주 효율적인 1차 보건체계의 코디네이터 역할을 했으며, 퀘벡지역 전체에서 건강협동조합으로서의 명성을 얻었다고 할 수 있다. 2017년 5월 4일 기준 조합원들의 유형은 다음과 같다.

4,501명²⁴의 소비자 조합원들 : 협동조합이 제공하는 서비스를 이용하는 자연인

11명의 생산자 조합원들 : 협동조합 내에서 전문적인 서비스를 제공하는 의사들 또는 다른 전문직 종사자들

21명의 지원 조합원들 : 지원부서 조합원들은 정규조합원으로서 프로그램 후원자가 되거나 설비, 재정 자원, 공간, 서비스 등을 제공함으로써 협동조합에 재정적 도움을 주는 이들

18명의 노동자 조합원들 : 협동조합에서 일하는 사람들²⁵

이 지역에서 호베르-플리쉬 협동조합의 활동은 다음과 같이 ‘개발 가치’를 가진다고 정리되어 있다.

1차의료 분야 인적 자원의 채용과 유지 : 호베르-플리쉬 지자체연합 지역에서 주치의들과 보건 분야 전문직 종사자들의 채용을 용이하게 하기 위해 의료 인프라의 측면에서나 일하는 분위기 측면에서도 경쟁력 있고, 매력적인 곳이 된다.

참여 경영 : 협동조합의 기본 원칙으로서 책임감, 참여의식, 시민, 1차의료 서비스 생산자들, 지역의 다른 보건의료 서비스 조직과 비교하여 지역의 사회경제적 개발에 참여하는 다양한 주체들 간의 파트너십을 우선한다.

건강 증진, 예방, 건강과 건전한 생활습관의 중요성에 대한 인식 확산 : 건강한 주민과 시민을 유지하는데 필요한 핵심 요소

또한 이 협동조합은 다음과 같은 목표를 가지고 있다.

의료인프라(시설 및 기계, 의료대책 등)의 현대화와 정보 및 의사소통 기술의 활용으로 서비스 포인트(최초 접촉)를 재조직 하는 데 능동적으로 참여한다.

행정업무를 잘 조정하여 의료인들이 좋은 서비스를 제공할 수 있도록 지원한다.

양질의 노동 환경 및 노동 조건을 유지함으로써 주치의 및 보건 분야 종사자들의 노동을 극대화할 수 있는 환경을 조성한다.

최대한 많은 사람들이 지역에 가까이 있는 보건서비스 조직에 관심을 가지고 이용자조합원(시민), 생산자조합원(전문직), 지원조합원(기업이나 단체)이 될 수 있도록 안내한다.

고객의 욕구에 맞는 서비스를 개발하고, 특히 일과 가정의 양립이 가능하도록 한다.

이 협동조합의 비즈니스모델은 의사를 중심으로 보건전문 종사자들과 함께 두 곳의 클리닉에서 다양한 1차의료 서비스를 제공하는 것이다. 의사들은 질병보험제도에 의거하여 행위별 수가제도에 따라 보상을 받으며, 협동조합에 임대료와 의료비서진의 급여를 지불한다. 의사들은 공공네트워크로부터 돈을 받기 때문에 검진에 따른 시민들의 비용 부담은 없다.

또한 이 협동조합에서 검진을 받기 위해 꼭 조합원으로 가입할 의무도 없다. 그러나 조합원이 누리는 혜택 중 하나는 예약 없이 검진을 받을 수 있다는 점이다. 사실 조합원들은 대략의 검진 시간에 대한 정보를 사전에 받기 때문에 예약을 하지 않아도 병원 문을 열 때부터 대기하며 장시간 목을 빼고 기다릴 필요가 없는 것이다. 이 외에도 협동조합의 조합원이 되면 누리는 혜택이 있다.

- 조합원으로 참여하는 상인들로부터 할인 혜택을 받는다.
- 무료 Wi-Fi와 iPad 이용 : 조합원들은 비밀번호를 공유하고, 대기 시간동안 iPad를 빌릴 수 있다.

- 18세 미만의 아이들의 경우 그들의 주치의가 이 협동조합에서 일한다면 부모 중 한 명이 조합원이 될 때 다른 조합원들이 누리를 것과 동일한 혜택을 받는다. 특히 예약 없이 올 수 있어 아주 유용하다!²⁶.

지자체연합 외 지역에 거주하는 사람들도 이 협동조합에서 검진을 받을 수 있다. 외지인들이 와서 검진을 요청하는 것으로 볼 때 호베르-플리쉬 협동조합의 평판이 좋다는 것을 알 수 있다. 이 건강협동조합의 조직적 성과에 대한

재정 현황

2016년 12월 31일의 재무제표에 따르면 총수입은 538,000\$이며, 주 수입원은 다음과 같다.

조합원 연회비 : 258,000\$

임대료 : 99,000\$

서비스 수입(백신, 피검사, 질소 처치, 광고수입 등) : 76,000\$

이 보고서 다른 부분에서도 언급되었듯이. 이 협동조합은 초기부터 많은 지원을 받아왔다. 그 중 가장 큰 도움은

호베르-플리쉬 협동조합이 미친 영향

이 협동조합이 지역에 미친 영향을 아주 크다. 2016년 기준, 35000건의 검진이 있었고, 지역 총인구 20,000명 중 12000명의 서류를 보유하고 있다. 이런 의미에서 볼 때 이 협동조합은 ‘적정한 자원을 가지고 1차 보건서비스 제공을 책임진다’는 자신의 존재 이유를 유감없이 발휘하고 있다고 할 수 있다. 이 자체로 보면 별 것 아닌 것 같지만, 서비스를 안정화시키고, 질적인 향상을 이룸으로써 이 협동조합은 지역주민이 그 지역에서 살아갈 수 있도록 기여했음에 틀림없다. 사실 늘어가면서 사람들은 보건서비스 소비가 더 많아져 서비스 접근성이 문제가 된다. 그래서 적절한 서비스가 제공되지 않을 경우 시설이 더 잘 갖추어진 도심의

종합적인 평가는 일반 시민, 의사, 지원조합원 등과 같은 이해당사자들로 구성되는 이사회 소관이다. 또한 책무성(감사) 메카니즘이 있어, 이 협동조합은 협약을 맺은 의사들과 약정 주치의그룹(GMF)의 운영에 대해 동일한 법적 책임을 가진다. 공중보건기구인 대학보건사회서비스통합센터(CIUSSS)와의 협약에서도 같은 규칙이 적용된다(인력 지원).

데자르덴금고로부터 받았다. 협동조합 운영 초기부터 데자르덴은 200,000\$를 기여했다. 이 지원금의 출처는 호베르-플리쉬 협동조합의 조합원들이 데자르덴금고와의 거래를 통해 조성된 금액이다.

조합원 1인당 가입비는 100\$이다. 이 중 70\$는 환급가능한 출자금이고, 30\$는 회비이다. 연회비 액수는 해마다 달라진다. 그 금액은 그 해 협동조합의 필요에 따라 이사회에서 결정한다. 2017년에는 90\$로 정해졌다.

큰 병원 근처로 이사 가는 경우가 발생하기도 한다. 다른 한편, 2003년~2007년 사이의 검진 결과가 보여주듯, 이러한 서비스가 있느냐 없느냐의 문제는 노동자들에게도 중요한 문제가 된다. 실제 서비스가 부족하거나 진료시간이 단축되면 노동자들이나 경제활동가구는 그러한 장애지역에서 거주하기 어려워진다. 따라서 지역주민이 사는 지역에서 계속 살아갈 수 있도록 유지하는 데 기여할 뿐 아니라 심지어 신규 유입을 촉진했다는 점은 높이 평가할 점이다



24 2011년 인구조사에 따르면 해당 지역의 총인구수는 19,288명이다. 이를 통해 볼 때 건강협동조합이 지역에 깊이 스며들었음을 알 수 있다.

25 <http://www.coopsanterc.com/fr/membres>

26 <http://www.coopsanterc.com/fr/adhesion>

콩트르쾨르(Contrecoeur) 건강연대협동조합, 콩트르쾨르, 퀘벡, 캐나다

몬트리올에서 약 60km 떨어진 콩트르쾨르는 인구 6,250명의 도시이다. 콩트르쾨르 건강연대협동조합은 몬트리올지방에서 가장 큰 건강협동조합이다. 2002년, 1차의료 서비스를 개선하고자 한 시민들의 자발적인 의지로 설립되어 초기부터 이 협동조합은 지자체와 탄탄한 파트너십을 구축했다. 그리고 지역 데자르뎅금고의 도움을 받았으며, 공동창업을 지원하는 조직들로부터 지역에 꼭 필요한 사업으로 여겨져 지원을 받았다. 여러 해가 지나면서 협동조합은 한걸음 한걸음 발전하여 오늘날 다양한 보건서비스를 제공하게 되었다.

2016년에는 Reversa²⁷라는 이름으로 비만환자, 2유형 당뇨병환자, 신진대사증후군환자를 위해 새로운 건강 증진 프로그램을 시작했다. 이 프로그램을 위하여 컨설턴트의 자격으로 의사 한 명과 간호사 한 명을 고용했다. 또한 정골의사와 정신과의사도 이 과정에 결합했다. 프로그램의 핵심은 참여자들의 식습관을 집중 공략하는 것이다. 프로그램 초기에 한 명의 참여자를 대상으로 완벽한 건강종합평가표를 작성했다. 이후 15명으로 이루어진 그룹을 구성하여 2주마다 간호사의 사후관리 프로그램을 진행했다. 참여자 한 명이 받는 서비스 프로그램은 다음과 같다.

- 7회의 간호사 관리
- 2회의 정골의사 관리
- 1회의 정신과의사 관리

이 뿐 아니라 2017년부터는 필요한 훈련과정을 거친 프로그램 참여 의사가 온라인으로 관리해주고 있다. 사후관리와 건강증진을 위해서는 페이스북과 같은 SNS를 활용한다. 이 프로그램 참여비용은 850\$이다²⁸. 조합원은 100\$를 할인 받는다.

‘Reversa 클리닉’ 같은 인기 있는 프로그램 외에도 이 협동조합은 간호사가 참여하는 고객 직접 서비스를 제공한다. 이 서비스 내용은 다음과 같다²⁹.

- 귀 청소
- 동맥혈압 체크
- 건강수첩 : 혈당 및 콜레스테롤 수치, 동맥혈압 체크, 체질량지수 체크
- 상처 치료
- 상담

다른 서비스는 공간을 임대한 전문직종사자들에 의해 제공된다. 이들은 다음과 같다.

- 카이로프랙틱 클리닉: 2명의 카이로프랙터
- 비예약 및 예약 검진을 동시에 하는 클리닉 : 2019년 기준 두 지역에 10명의 의사³⁰
- 건전한 생활습관을 위한 클리닉 ‘최적의 건강 클리닉’ : 당뇨병 교육자 한 명, 정골의사 한 명, 영양사 한 명
- 의료보장구과 전문가 2명

- 샹탈 트랑블레(Chantal Tremblay) 심리학자 팀 : 4명의 심리학자들로 이루어져 있으며, 이 중 아동심리 전문 1명, 신경심리학자 1명, 박사과정 학생 1명이 포함되어 있다. 이 팀이 제공하는 서비스는 다음과 같다:
 - 약물중독, 게임중독 서비스
 - 신경심리 감정
 - 주의력 결핍 과다행동장애(ADD/H) 테스트 및 사후관리 전문 서비스

다른 한편, 보건사회서비스부³¹가 이끄는 퀘벡건강기록 추진사업과의 협약을 통하여 콩트르쾨르 협동조합은 몇 해 전부터 이 활동에 참여하여, 2018년 12월에는 기존의 환자 기록 75%를 전산화했고, 이후 모든 신규 환자들 또한 등록 시점부터 전산처리된다.

행정과 인력의 측면을 살펴보면 12명을 고용하고 있다. 협동조합 전체적으로 보면, 2,500명의 이용자조합원, 3명의 지원조합원이 있다. 2016년 기준, 연인원 5,560명의 환자가 주치의 서비스를 받았으며, 예약 건수는 14,348회이다.

사명과 비전

2017년 종합보고서에 이 협동조합의 사명은 다음과 같이 소개되어 있다.

콩트르쾨르 건강연대협동조합의 사명은 지역 공동체의 욕구를 반영한 접근가능한 1차의료 서비스를 제공하는 것이다. 협동조합은 개인과 집단의 건강을 총체적으로 향상하는데 있어 시민의 참여를 증진하는 것을 목표로 한다.

같은 보고서에 이 협동조합이 추구하는 목표가 제시되어 있다.

- 지역공동체 안에서 건강에 대한 총체적이고 시민적 접근 방식의 중요성을 알고 있는 사람들을 모은다.

• 조합원들에게 전통의학이든 대안의학이든 통합적이고 학제간 접근 방식을 통하여 건강에 관한 한 포괄적인 서비스를 제공한다.

• 지역 주민의 욕구에 부응하는 서비스를 창출하며, 그 과정에 조합원들의 참여를 독려한다.

• 예방 및 건전한 생활습관을 증진하는 프로그램을 운영함으로써 조합원들이 자신의 건강에 스스로 책임감을 가지도록 독려한다.

• 양질의 노동조건을 마련하여 더욱 유능하고 효율적인 서비스를 제공할 수 있도록 한다.

비즈니스 모델

이 협동조합의 비즈니스 모델은 다양한 보건 전문직들이 입주한 건물 공간을 운영하고, 서비스를 제공하는 것이다. 검진과 같이 퀘벡질병보험제도가 포괄하는 서비스 외 다른 전문적인 서비스는 환자들이 직접 부담해야 한다. 2017년 8월부터는 이 협동조합이 약정 주치의그룹의 운영 권한을 받아서 연간 약 80,000\$의 운영비를 받는다. 이 사업을 하는 다른 건강협동조합과 마찬가지로 콩트르쾨르 건강연대협동조합 또한 이 사업에 필요한 행정 인력을 운영해야하기에 이에 따른 보상을 받는 것이다. 실용적인 측면에서 보자면, 이 사업으로 인하여 협동조합은 한 명의

사무직원을 둘 수 있게 되었고, 좋은 가격에 사무실 공간을 임대할 수 있게 되었다는 것을 의미한다.

퀘벡 건강협동조합 및 재가서비스협동조합 연합회(FCSDSQ)와 퀘벡의료보험공사(RAMQ)로부터 승인을 받은 이러한 종류의 약정을 운영하는 것은 건강협동조합의 수입을 안정화하고 재정 문제를 해결하는 데 기여한다.

27 <http://www.cliniquereversa.com/>
 28 2019년에도 프로그램이 실시된다.
 29 <http://www.coopcontrecoeur.com/nos-services>
 30 이 의사들은 비조합원 고객들에게 조합원 가입을 권유한다.

31 Voir www.dossierdesante.gouv.qc.ca

재정 현황

2017년 11월 30일 기준, 이 협동조합의 재정 현황은 다음과 같다.

- 수입 : 460,000\$³²
- 지출 : 436,000\$³³
- 조합원가입 출자금³⁴ : 320,000\$
- A유형 우선 출자금³⁵ : 182,000\$
- 마이너스 적립 : 174,000\$

적립금은 마이너스이다, 하지만 자본화 수준은 502,000\$로 높은 편이어서 유동성의 위기를 맞을 염려는 거의 없다. 등록자 수의 측면에서 볼 때 Reserva클리닉의 성공과 약정 주치의그룹의 운영에 따른 수입이 결합되어 협동조합의 재정 상태가 개선되었으며, 다가오는 해에도 이러한 기조가 유지될 것으로 보인다. 연례행사인 골프대회를 통하여 지자체는 몇 해 전부터 이 협동조합에 매년 일정한 액수를 기부하여 2018년에는 그 총액이 5000\$에 이른다. 하지만 협동조합의 재정 상황이 현격히 개선되어 지자체는 더 이상 지원하지 않기로 했다.

협동조합 활동이 미친 영향

1차의료 서비스가 미친 영향은 통계 수치에 잘 드러난다. 협동조합의 연간 보고서에 실린 자료를 토대로 2014~2016년을 비교해보면 여러 측면에서 진전된 것을 볼 수 있다.

지표/기준 년도	2014	2016
주치의가 있는 환자 수	3,702	5,560
주치의와의 예약 건 수	6,512	14,348
관리하는 환자 수	470	1,435
예약없이 검진한 환자 수	2,066	3,456
PA간호사가 담당한 환자 수	375	721
혈액채취를 위해 간호사가 담당한 환자 수	966	1,296

다른 한편, Reversa클리닉의 활동은 엄청난 성공을 거두었다. 2017년 2월에는 첫 번째 집단이 시작되는데, 사전

관찰을 통해 볼 때, 이들의약품 소비가 감소했으며, 참여자 중 여러 명이 몸무게가 줄어들었다고 한다.

미래

단기적으로는 두 가지 프로젝트가 준비 중이다. 하나는 2019년 6월에 몬트리올에서 Reserva클리닉 사례를 중심으로 건강협동조합 모델에 대한 국제컨퍼런스를 개최하는 것이고, 다른 하나는 인구고령화 문제에 대처하기 위하여 사회적 노인의학 분야의 활동 전개 방식에 대해 모색하는 것이다.

콩트르퀘르 건강연대협동조합은 스스로의 자원으로 지역 내에서 뿐 아니라 지방 차원에서 1차 보건서비스 기관으로 여겨지고 있다. 이는 그 명성과 영향이 활동을 시작한 도시의 경계를 넘어서고 있음을 말해준다.

참고자료

2018년 12월 12일 상임이사 샹탈 뒤복(Chantal Duboc) 인터뷰 외 다수의 메일 교환.

<http://www.coopcontrecoeur.com/>



32 주수입원인 임대수입이 183,000\$, 조합원회비 148,000\$이다. 조합원 연회비는 세금 포함 1인당 70\$로 고정되었다.

33 주요 지출 항목은 행정직원의 임금으로 176,000\$이다.

34 조합원이 되기 위한 출자금으로 한 구좌당 10\$이다. 각 조합원은 최소한 8구좌, 즉 80\$를 출자해야 한다.

35 퀘벡 투자(investissement Quebec), 콩트르퀘르 시, 지역개발센터(CLD) 세 파트너가 보유한 출자금. 지역개발센터의 출자금은 2019년에 전액 환급해야 한다.

연대협동조합 SABSA, 퀘벡시, 퀘벡, 캐나다

2011년에 설립된 SABSA(낮은 문턱 서비스, service à bas seuil d'accessibilité) 연대협동조합은 비영리협동조합으로 캐나다 퀘벡시의 서민지역에 소재한다. 이 협동조합은 C형간염과 HIV환자들과 같은 의료취약계층을 돕기 위해 설립되었다. 아주 독특한 사례로 이 프로젝트의 주인공들은 보통의 간호사들보다 더 중요한 역할이 부여된 PA간호사들이다. 2014년과 2015년에 이 협동조합은 이들의 활동을 더욱 왕성하게 펼치도록 하기 위하여 간호사노동조합으로부터 상당한 액수의 지원 혜택을 받았다. 이를 통해 협동조합은 고객의 접근이 용이한 공간을 구하고 지역 주민들을 위한 근린클리닉서비스를 추가할 수 있게 되었다. 2016년에는 운영 안정화를 위해 사회적응 캠페인을 벌여 250,000\$를 성공적으로 모금했다. 집중적인 대중매체 캠페인을 벌인 후 이 협동조합은 공중보건네트워크로부터 인정을 받아 일부 서비스 제공에 따른 비용을 지원받았다. 하지만 조직 운영의 간섭은 받지

비즈니스 모델

2011년 설립부터 SABSA 연대협동조합은 개입 영역을 조정했다. 그리하여 2016년 연간보고서에 제시된 대로 서비스 제공의 틀을 잡는 기본방향(임무, 목표, 진료 철학, 가치)의 핵심 요소는 다음과 같다.

임무 :

여러 분야의 전문직으로 구성된 팀 체계로 취약한 고객에 적합한 근린보건서비스 및 진료를 제공한다.

않았고 자율성과 독특한 경영 방식(분권과 참여)을 유지할 수 있었다. 고용인력(5명)과 자원봉사자(10명)에 의거하여 2017년에는 1,349명의 환자(515명은 초진)를 대상으로 3,655건의 검진 횟수를 기록했다. 이들이 제공하는 서비스는 보건시스템을 보완하는 것이지 경쟁하는 것이 아니다. 게다가 이들이 제공하는 서비스는 무료로 제공된다. 2018년 1월 기준, 이 협동조합은 19명의 노동자조합원과 273명의 이용자조합원, 301명의 지원조합원으로 이루어져 있다. 이 사례를 2014년부터 조사해왔던 몬트리올대학교와 라발대학의 연구팀이 2017년 3월에 낸 중간 보고서에 따르면, 이 협동조합은 접근성에 있어서나 서비스 연속성의 측면에서나 놀라울 정도로 효율적인 운영모형을 구축하고 있다고 밝혔다. 이러한 효율성은 예약 없는 빠른 검진과 환자들의 욕구에 총체적으로 부응하는 사후관리 서비스를 결합한 운영 양식에 기인한다.

목표 :

예방이든 치료든 진료와 보건서비스의 접근성을 향상하고 용이하게 한다.

사람들이 자신의 건강 문제에 책임감을 가지도록 한다.

조합원들 사이에서 협동조합 운동을 활성화한다.

진료 철학 :

SABSA의 간호사들과 다양한 종사자들은 인도주의적이면서도 실용적인 철학에 기초하여 양질의 건강 증진과 질병 예방, 그리고 1차의료 서비스를 제공한다.

인도주의적 진료의 출발점은 환자의 우선순위와 그들이 표현한 걱정거리를 중심으로 서비스의 틀을 짜는 것이다. 즉, 환자와 환자의 지인들에게 조언하고, 지지하고, 그들의 건강과 삶의 질에 책임감을 가지도록 독려하는 것이다. 또한 그들로 하여금 치료에 참여하도록 독려하고, 그들과 관련된 결정을 할 때 그들을 1순위 파트너로 간주하는 것이다.

전공분야간 협력과 지역사회 다양한 조직과의 파트너십을 통하여 역효과를 줄이는 실용주의적 접근 또한 권장한다.

실용주의적 접근은 대개의 경우 소외되어 있고, 특히 의존성 문제로 고통받는 이들에 대한 평가를 하지 않고 지식과 자원과 지원을 제공하는 것이다. 이러한 진료는 환자가 스스로에게 혹은 타인에 대한 선입견을 덜 가지도록 하기 위함이다. 이러한 접근 방식은 또한 건강에 해로운 행동으로 인하여 발생할 수 있는 부정적인 결과를 줄이기 위함이다. 반면 이러한 접근 방식은 물론 절제의 개념을 버리지 않고 역효과를 줄이기 위함이기도 하다.

가치 :

• 존중 :

우리는 환자를 그의 차이와 한계에 관계없이 성실과 예의를 다해 맞이한다.

우리는 각자의 개성을 고려한다.

환자의 진정한 결정권을 인정하며 그의 선택을 존중한다.

우리는 진료하는 환자의 비밀과 사생활을 보호한다.

• 연민 :

우리는 귀를 기울인다.

환자가 자신이 겪은 경험에 부여하는 의미가 우리 진료의 출발점이다.

우리는 개방성과 공감을 보여준다.

• 잠재력에 대한 신뢰 :

우리는 각자가 자신을 극복할 능력이 있다고 믿는다.

우리는 환자의 노력, 힘, 기여를 인정하고 강조한다.

• 참여의식 :

우리는 우리 스스로를 극복하고자 하며, 우리의 인내력을 증명하고자 하는 욕구를 가지고 있다.

우리는 효과적이고 안전한 진료를 제공하기 위하여 엄격하고 한결같은 자세로 우리의 능력을 지속적으로 향상시키고자 한다.

• 책임감 고취 :

우리는 각자가 자신의 건강을 책임지며, 모든 조합원들이 결사체 활동에 참여하기를 소망한다.

이러한 규칙과 원칙이 토대가 되어 이 협동조합의 서비스 제공은 다음과 같이 이루어진다.

- C형간염 바이러스와 HIV 에이즈 처치 관리
- 외래 간호클리닉
- 건강 교육 프로그램
- 검사 및 검진 서비스
- 간호(질병 진단, 백신투여, 교육 등)
- 간호 및 심리사회적 사후관리
- 2차 진료 의뢰(referral)

이러한 서비스 제공의 다양한 측면은 각기 빛을 발하지만 무엇보다도 가장 중요한 것은 인도주의적 접근방식이다. 고객이 마주하는 것은 비인격적인 조직이 아니다. 게다가 의사가 행위별 수가제도로 보상받는 클리닉과는 반대로 SABSA의 간호사들이 보수를 받는 방식은 정해진 시간 내 검진을 많이 해야 하는 압박을 받지 않아도 된다. 환자의 말에 귀 기울이고, 그와 대화하며 시간을 가진다. 이는 치료 방식에 심리사회적인 측면을 통합하고자 하는 의지의 표현이다.

또한 서비스의 일부는 자원봉사 간호사들이 제공하기 때문에 이들은 어떤 압박도 받지 않는다. 이들이 자신의 시간을 주기로 한 것은 스스로의 선택이지 의무가 아닌 것이다! 또한 이들은 고용주로부터 검진 속도를 높이라고 재촉 받지 않고, 환자의 복지를 위해 이런 저런 절차를 따라야 한다는 구속을 받지 않는다!

환자의 말에 귀 기울이고자 하는 의지는 또한 조직 이사회 또한 마찬가지다. 왜냐하면 환자들 중 이용자의 대표가 있기 때문이다.

마지막으로, 협동조합의 활동에 개입하는 주체들이 다양하지만 항상 누구의 역할인지 애매한 부분이 있기 때문에 유연성이 필요하다. 그래서 서로 많은 대화를 한다.

지배구조

SABSA는 연대협동조합으로 세 유형의 조합원이 있다. 2017년 12월 31일 기준, 이 협동조합 결사체의 조합원 현황은 다음과 같다.

- 노동자조합원 19명
- 이용자조합원 273명
- 지원조합원 301명

조합원들은 다음과 같은 방식으로 대표를 정하여 이사회를 구성한다.

- 노동자조합원 대표 3명
- 지원조합원 대표 1명

재정 현황

이 협동조합의 수입 구조를 보면 마치 마술을 부린 듯 놀라울 정도이다. 2013년에는 연수입이 겨우 30,000\$로 영업했다가 2015년과 2016년에는 500,000~550,000\$로 증가했다. 게다가 서비스 수입으로 2015년에는 66,000\$, 2016년에는 179,000\$로 증가했다. 2017년 수입은 370,000\$이다.

요약하면, 이곳에서의 일은 자극이 되면서도 고정된 것이 없다는 것이다!

SABSA의 비즈니스 모델과 관련해서 다시 한 번 짚고 넘어가야 할 부분이 있다. SABSA는 의사없이 무료 서비스를 제공한다. 게다가 의료취약계층에 아주 민감하다. 이러한 건강협동조합 모델은 퀘벡에서 두 군데밖에 없다. 다른 건강협동조합들은 조합원들에게 추가로 의사들의 서비스에 대한 연회비를 요청하는 경우가 많다.

마지막으로 SABSA는 정부의 백신캠페인에 참여하지만 다른 클리닉과 간호사클리닉과 달리 이에 따른 재정지원을 받지 않고, 어떤 비용도 청구하지 않는다.

- 이용자조합원 대표 1명

2017년 12월 31일 기준, 간호사인 자원봉사노동자조합원이 대표이사다. 이사회는 문화는 관료주의적이거나 기술관료주의적이지 않고 참여와 듣기를 권장한다. 코디네이터의 표현에 따르면 이 조직은 ‘너무나 상식에 맞게’ 운영된다고 한다.

이사회는 사회적 금융 캠페인과 같은 긴급 상황 운영이나 공중보건 네트워크에서 대표성을 인정받기 위한 활동 뿐 아니라 협동조합의 서비스 제공에 집중한다. 또한 다른 협동조합과 마찬가지로 매년 조합원 중회를 개최하여 새로운 이사를 선출한다.

2017년에는 일반기업의 기부(21%), 재정캠페인과 기부(25%), 보조금(11%), 컨퍼런스 수입(2%), 그리고 서비스 기여(41%)로 구성된다.

협동조합의 활동이 미치는 영향

이 협동조합의 영향은 여러 측면에서 살필 수 있다. 3,000명 등록자 중 60%는 주치의가 없는 이들이었다. 협동조합은 보건체계에서 고아나 다름없는 이들을 떠맡았다. 구체적으로 보면, C형간염자들은 적합한 관리를 받아 이 모델의 효율성이 입증되었다. 위장병(소화기병)전문가들은 불안정한 사람들을 받지 않으려고 하는 반면, SABSA는 무질서한 사람들과도 잘 지내 효율성을 입증했다.

게다가 SABSA는 1차의료 문제에 대한 대안적인 자원으로서의 적합성을 확실히 보여주었다. 왜냐하면 전체 케이스 중 단지 5%만 의사와 같이 다른 보건전문직의 추천이 필요한 것으로 나왔기 때문이다³⁶.

몬트리올대학과 라발대학의 공동연구팀이 2014년³⁷부터 시작하여 2017년 3월에 제출한 연구의 중간보고서³⁸에 따르면 전공 간 협력적인 실천과 간호사 중심성을 언급했다.

“진료서비스 제공은 주로 간호 행위에 근거하지만 적극적인 전공 간 협력구조를 갖추고 있다. 1차의료PA 간호사들(IPSPL)이 검진의 85%를 책임지며 진료서비스 제공의 중심이 된다. 하지만 이 클리닉은 지방의 의료네트워크에도 잘 통합되어 있다. 여러 주치의들과 전문가들이 SABSA 협동조합의 조합원들과 정기적으로 협력하고 있다”

다른 한편, 통합진료의 측면에서 보면, 보고서는 다음과 같은 성과를 들었다.

“SABSA 연대협동조합은 치료관계에서 이해당사자인 환자의 총체적인 특성에 근거하여 팀별 진료 체계로

운영된다. 제공된 서비스는 통상의 1차 진료, 예방 서비스, 검사와 환자 교육을 포함한다. 협동조합의 종사자들과 다른 기관의 종사자들(주치의, 위장병전문의, 약사, 커뮤니티서비스센터의 간호사 등) 및 다른 지역사회 조직들과도 신뢰 관계를 구축하여 진료서비스를 보완하며 서비스의 연속성을 높이는 데 기여한다”

이 보고서 있는 마지막 중요한 자료에 따르면, 2015년에 이 협동조합의 활동으로 퀘벡 보건사회 네트워크에 청구해야 할 의료행위 지출 비용 120,000\$를 아낄 수 있었다고 한다. 이러한 데이터는 다음 선거 캠페인에서 중요성을 가질 것이다. 아니면 적어도 보건체계에 드는 비용을 유지하기 위해 필요한 대책을 찾도록 하는 데 기여할 것이다. 왜냐하면, 보건체계에서 의사들의 급여가 차지하는 비중이 21%나 되기 때문이다. 다른 한편, 사회경제적 비용(검진을 위한 휴가, 작업장 부재, 의사들에 의한 과다비용청구 및 과잉처방, 의료취약계층의 낮은 진료 접근성 등은 다 국가의 비용 부담을 야기한다)은 이 연구프로젝트에서 산정되지 않았다.

사람들의 건강 돌봄 모델과 관련해서 보면, 이 협동조합은 2016년에 라발대학 약학대학과 연구프로토콜을 위한 협력을 시작했다. 그 내용은 의료취약계층의 C형간염을 보살피고 치료하는 일, 그리고 SABSA의 경험과 효율성을 정리하는 일이다. 이 연구는 협동조합에서 관리하는 130명의 표본으로 이루어진다.

참고 자료

엠마누엘 라보엥트(Emmanuelle Lapointe), SABSA재단 협력자와의 인터뷰(2018년 12월 20일) 및 다수의 이메일 교환.



37 이 연구는 2019년에 최종보고서를 제출할 것이다.

38 Contandriopoulos D., Duhoux A., Perroux M., Lachapelle K., Laroche D. & Lardeux A. (2017, v2). Coopérative de solidarité SABSA, Descriptif de milieu. Projet de recherche ESPI. Montréal.

39 이 액수는 최저로 잡은 것이다. 왜냐하면 연구자들은 퀘벡의료보험공단(RAMP)의 데이터뱅크에 접근불가능하기 때문이다. 또한 IPSPL 수퍼비전 제도에 따른 비용 60,000\$를 절약했고, 의료용품도 협동조합이 직접 조달했으며, 퀘벡보건종사자연합단체(FIQ)의 보조금도 국가의 입장에서 나가지 않은 지출이 되기 때문이다.

40 여러 자료에 따르면, 2004~2014년 기간 동안 주치의 급여로 나간 비용이 54% 증가했고, 전문의 급여로 나간 비용은 66% 증가한 것으로 나왔다. http://iris-recherche.s3.amazonaws.com/uploads/publication/file/Re_mune_ration_des_me_decins_WEB.pdf

36 IPSPL이 처리한 많은 검진으로 인하여 사람들이 응급실을 이용하지 않아도 되었기에 병원의 신규환자 관리에 드는 많은 비용을 절약할 수 있게 되었다는 논리도 주장할 수 있을 것이다.



바쓰-리에브르(Basse-Lièvre) 건강협동조합, 가띠노(Gatineau), 퀘벡, 캐나다

설립 배경

가띠노시의 버킹엄(Buckingham) 지역에 위치한 바쓰-리에브르 건강협동조합은 지역의 1차 의료 서비스가 급격히 후퇴하면서 시작되었다. 역사적으로 이 지역의 클리닉들은 인구 23,500명의 수요에 잘 대응해왔다. 그러다가 퀘벡의 다른 지역에서도 마찬가지로 의사들의 병원 진료를 장려하는 대책과 더불어 주치의 클리닉에 주어지던 보편적인 지원의 부족으로 인하여 지역의 클리닉들이 상당히 퇴보하고 말았다. 2010년만 보더라도 15,000명의 환자가 주치의가 없었는데, 그 중 한 클리닉이 완전히 문을 닫아 5명의 주치의도 사라지고 말았다. 그나마 남아 있던 클리닉들도 근근이 버텼는데 대부분의 의사들이 은퇴를 앞두고 있어서 더 이상 신규 환자를 받지 않았고, 장기적인 관리를 보장하기 어려운 상황이 되었다.

이러한 근본적인 문제에 직면하여, 여러 의사들과 지역의 시민들이 모여 장기적인 해결책을 모색하고자 하였다. 그리하여 건강협동조합을 생각하게 되었고, 임시위원회가 꾸려져 타당성을 조사하고, 필요할 경우 설립을 책임지기로 한 것이다.

이러한 종류의 다른 많은 프로젝트와 마찬가지로 사업의 성공 요소의 핵심은 임시위원회의 자질과 다양성에 있었다. 임시위원회는 지역 공동체 출신과 기업체, 협동조합 운동, 그리고 보건 분야의 많은 리더들이 모여 있었다. 우타우에 로랑띠드의 지역개발센터(CDR)는 최선의 설립 시나리오를

정하기 위해 타당성 조사를 위임받았다. 이 조사는 주민들의 욕구를 파악하고 최선의 설립 시나리오를 정할 뿐 아니라 임시위원회를 구성하고 지역의 주체들의 관심을 끌기 위한 데이터 수집 과정을 활용하는 것 또한 포함 되었다. 조사는 세 단계로 진행되었다. 각 단계마다 수집된 정보가 위원회 내에서 공유되었고, 위원들은 그 정보를 가지고 지역과 소통하는 과정을 가졌다.

2010년 12월과 2011년 1월 동안 지역 주민들을 대상으로 설문조사를 실시하여 보건서비스 관련 욕구를 파악하고, 바쓰-리에브르 지역에서의 건강협동조합 사업에 대한 수용성 여부를 파악했다. 10일도 채 안되어 1,100명이 설문조사에 응답을 했다. 임시위원회는 지역주민들의 관심이 분명히 있음을 확인했고, 응답자의 90%는 건강협동조합의 설립을 위한 조합원으로 참여하겠다는 의사를 밝혔다. 응답자의 58%가 제대로 된 의료서비스를 받지 못한다는 결과를 볼 때 지역의 보건서비스 문제가 심각함을 드러내어 주었다. 게다가 응답자의 2/3은 현재 필요한 의료서비스를 병원의 응급실에서 해결한다고 답했다.

여러 달에 걸친 모임과 대중 집회와 전문가 자문 등을 거쳐 조사 결과가 공개되었다. 최선의 시나리오는 버킹엄 의료클리닉 협동조합으로 나왔다. 클리닉은 도심 한 복판에 위치한 약국의 2층에 있으며, 바쓰-리에브르 주치의그룹(GMF) 소속이다. 이 시나리오의 장점은 여러 가지다.

클리닉은 이미 주민들에게 알려져 있으며, 인수하지 않으면 3년 내로 문을 닫을 위험에 처해있으며, 공간이 충분히 활용되지 않아 확장의 가능성이 있기 때문에 환자들을 위한 서비스의 연속성이 보장 될 뿐 아니라 의료종사자들을 위한 추가적인 제도적 지원을 기대할 수 있다는 점이다.

이러한 결정은 2012년 8월 1일에 공식화되었다. 위원회는 협동조합의 지속성과 발전을 위하여 처음부터 연회비 30\$를 요구하기로 했다. 하지만 동시에 위원회는 이 연회비를 차차 없애고 클리닉의 생존을 임대료 수입에 의존하기 위해 할 수 있는 모든 것을 다 하겠다고 선언했다. 이 도전은 2016년에 이루어져 마침내 회비를 없애게 되었다.

비즈니스 모델

대부분의 다른 건강협동조합과 마찬가지로 다양한 보건 분야 전문직들의 사무실을 임대하는 건물의 공간을 운영하는

주치의그룹(GMF)의 영향

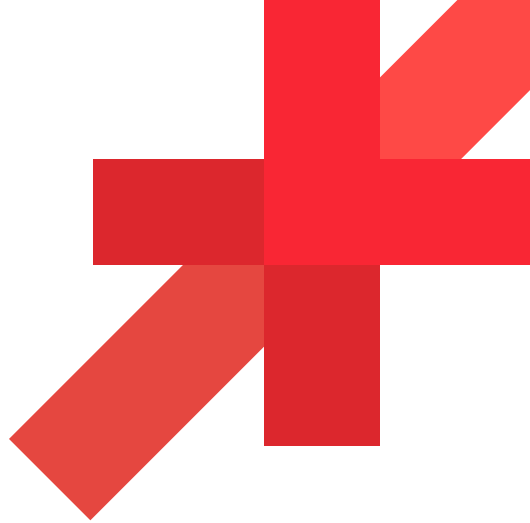
운영 초기부터 협동조합은 2008년에 시작된 바쓰-리에브르 주치의그룹에 속했다. 주치의그룹에 참여하는 것은 의사나 이용자 모두에게 이롭다. 예컨대 환자들은 35명의 의사들에 의해 4 군데에 분산 배치될 수 있기 때문에 모든 이해당사자들에게 장점이 된다. 또한 사회복지사나 PA간호사, 정신과의사나 작업요법사, 물리치료사, 약사 등 다른 전문직 종사자들의 참여는 서비스 확대에 기여하여 심리사회적인 측면을 고려할 수 있게 되었다.

협동조합은 빠른 속도로 발전했다. 그 결과 2014년에는 대대적인 리모델링을 진행하여 14개의 검사실과 작은 외과 치료실을 추가함으로써 총 30개의 검사실을 갖게 되었다. 이 초기동안 최소 9명 이상의 의사들이 추가로 결합했다. 현재 이 협동조합은 23명의 의사를 보유하고 있다. 이에 더하여 영양사 1명, 마사지치료사 1명, 심리학자 2명, 사회복지사 1명, 약사 1명, 보청기사 1명, 의족 제작자 1명이 협동조합 시설 안에 공간을 임대하여 일하는 중이다.

이 협동조합은 9명의 이사를 두고 있으며, 이 중 7명은 이용자조합원 대표이고, 2명은 지원조합원인 의사들을 대표한다. 14명의 직원을 두고 있는데 그들은 조합원은 아니다.

것이다. 수입은 대부분 임대료 및 이 전문직들을 위한 사무보조 서비스 제공으로 구성된다.

또한 주치의그룹은 예방, 건강 증진, 정보 제공 프로그램, 만성질환(당뇨와 고혈압)이나 전반적발달장애(PDD), 또는 위험한 약물 복용에 대한 그룹 강화를 열기도 한다. 또한 주치의그룹에 참여함으로써 신규의료서류를 정보화 할 수 있게 된다. 주치의그룹 이용은 예방 및 건강증진 서비스를 위한 공적기금으로 충당하므로 협동조합으로서는 이러한 활동에 따른 부담이 전혀 없다.



서비스 통계

의료인	2017년 현황
의사 23	53,000회 검진(주치의그룹에서 82,000회)
클리닉 간호사	3명
PA간호사	2016년 이후 없음
2 정신과전문의	데이터 없음
1 마사지치료사	데이터 없음
1 정서교육자	데이터 없음
1 청각보조기전문가(월 2회)	데이터 없음
실무인력	14 명

	2017
수입	654,363\$
임대 수입	563,000\$
기부, 기금 외 다른 수입	77,700\$
출자금	51,660\$
조합원 수	1,722명

북쁘띠뜨나씨옹(Nord de la Petite Nation) 건강협동조합, 세네빌(Chénéville), 퀘벡

북쁘띠뜨나씨옹 건강협동조합은 1차의료전문 PA간호사들 (IPSPL)의 서비스에 토대를 둔 지역 밀착 협동조합 두 곳 중 한 곳이다. 이러한 모델의 클리닉은 협동조합에 의사 없이 IPSPL로부터 치료를 받게 하는 것이다. IPSPL은 협력해서 일하기로 한 의사와 파트너십을 가지고 일한다. 그래서 선진적인 간호 업무와 특정한 의료행위 업무를 병행할 수 있다.

이 협동조합은 퀘벡에서 전문PA간호사들의 서비스를 제공하는 두 번째 기관이다. 이들은 원거리 의사와 파트너십을 가지고 일하며 국가에 의해 보수가 지급된다. 이 지역에 1차의료서비스가 부족하여 이 협동조합에 IPSPL이 주어졌다. 이 협동조합은 해당 지자체와 지자체연합, 그리고 지역 데자르뎅금고의 기여와 퀘벡보건종사자연합회 (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, FIQ)의 도움으로 설립되었다.

설립 배경

북쁘띠뜨나씨옹 건강협동조합은 시민들과 지자체 의원들로 이루어진 그룹이 지역 내 의료 자원의 부족 문제를 해결하기 위해 모이면서 2011년 가을에 시작되었다. 이들은 지역의 욕구를 가장 잘 반영할 수 있는 다양한 건강협동조합 시나리오를 검토하기 위하여 임시위원회를 조직했다. 위원회는 우타우애-로랑띠드 지역개발협동조합에 이러한 과정을 지원하고, 지역주민들이 참여하여 가능한 다양한 방안을 마련하는 타당성 조사 임무를 맡겼다. 조사 결과는 2013년에 제출되었다.

처음에는 빠삐노(Papineau) 카운티 북부의 9개 지자체 (현재는 10개)가 지역의 1차의료 서비스 부족을 개선하기 위하여 이 프로젝트를 지원했다. 이 지역은 보건서비스에 대한 압박이 심각한 상황이었다. 인구 고령화, 높은 만성질환자 비율, 낮은 인구 밀도, 게다가 불편한 교통과 복잡한 도로 상황 문제까지 겹친 상황이었다. 2012년에

지역 인구 29%는 주치의가 없는 상태였으며, 지역 내 주치의그룹도 존재하지 않았다. 의료행위를 하는 몇몇 의사들은 서로 고립되어 있었고, 새로운 환자를 더 이상 받지 않았다. 2014년에는 이 지역 인구를 포함, 24,000여명의 퀘벡 지역 환자들이 보건서비스를 이용하기 위해 이웃 온타리오(Ontario)주로 가야했다. 같은 해에 퀘벡지방정부는 퀘벡 환자들에게 제공한 서비스 비용으로 온타리오주에 있는 호크스베리(Hawkesbury)병원에 24백만 달러를 지불해야했다.

2012년에 지역 주민 230명을 대상으로 실시한 조사에서 건강협동조합 설립 프로젝트를 지원해야 할 분명한 근거가 확인되었고, 지역 인구의 주요 욕구가 무엇인지도 규명되었다. 퀘벡의 대부분의 협동조합 설립 프로젝트의 경우에서 보듯, 이번에도 지역 데자르뎅금고가 초기부터 설립을 지원하였으며, 지금도 지속하고 있다. 2015년에

협동조합은 세네빌시에 최초 공간을 마련하는 데 성공했다. 지자체는 낮은 수도원 공간을 낮은 가격으로 임대를

해주었으며, 그 곳에 시립도서관과 안경점도 입주하도록 했다.

퀘벡보건종사자연합회(FIQ)와의 파트너십

2014년, 퀘벡의 간호사들의 핵심 노동조합인 FIQ⁴¹는 건강협동조합 모델에 대한 연구를 하기로 결정하고 PA 간호사들의 서비스에 기초를 둔 근린협동조합클리닉의 개발 가능성에 대해 검토했다. FIQ의 목적은 PA간호사들이 의료취약계층의 욕구에 부응하면서 보건체계의 숨통을 트이게 하는데 의미 있는 기여를 한다는 점을 보여주는 것이었다. 협동조합의 대표인 리즈 빌뇌브(Lise Villeneuve) 자신도 은퇴한 PA간호사 출신으로서 이 모임에 참석했다. 이 모임에서의 교류는 협동조합의 미래를 바꾸어 놓았다. FIQ은 두 개의 근린클리닉 설립 프로젝트를 지원하기로 결정한 것이다.

그리하여 2015년에 FIQ는 협동조합 지원을 공식적으로 선언했고 액션리서치 프로젝트 형식으로 한 명의 파트타임 PA간호사의 인건비를 지원했다. 그런데 파트너 의사 한 명이 PA간호사들의 일을 관리하겠다고 응했지만 사람을

찾기가 어려웠다. 자율적인 PA간호사에 기초한 클리닉의 설립에 반대한 당시의 보건부 때문에 두 프로젝트는 거의 유아무야되었다. 마침내 FIQ의 압력과 SABSA프로젝트의 눈부신 성과 덕분에 보건부의 승인을 받을 수 있게 되었다. 두 프로젝트는 진척을 보게 되었고 비용의 일부는 공적 자금을 지원받을 수 있게 되었다. 2016년에는 이 협동조합이 지역 보건사회서비스통합센터(CISSS)로부터 1년 반 동안 주 1일 PA간호사 지원을 받게 되어 매일 25명의 환자를 맡을 수 있게 되었다. 2018년 1월 8일 이후로는 주 3일 PA간호사 지원을 받고 있다.

2018년 8월에 협동조합은 건물 확장 공사를 단행했다. 그래서 현재는 채혈센터, 한의사 한 명, 마사지-물리치료사 한 명, 정골의사 한 명, 마사지치료-조건반사전문의 한 명을 들이게 되었고, 2017년 11월부터 족학진료 서비스도 시작했다.

의료서류 전산화

2017년 1월에 이 협동조합은 FIQ으로부터 10,000\$의 보조금을 지원 받아 환자 서류를 전산화하기 시작했다. 그 결과 PA간호사와 추천 의사는 실시간으로 같은 정보를 볼

수 있게 되어 일 하는데 엄청 도움이 되었다. 서류 전산화로 인하여 공간도 엄청나게 확보되어 임대 수입도 증가하게 되었다.

서비스 볼륨

직종	2017년 3월~ 2018년 2월
의사 주 1일	264
PA간호사 주 3일	850
채혈서비스	433
마사지-물리치료 & 정골	293
한방	115
마사지치료-조건반사	88
족학	15

	2017
수입	\$36,116
임대수입	\$16,316
기부, 기금 등 기타수입	\$19,800
출자금	\$37,500
조합원 수	750명



41 "FIQ는 퀘벡 전역에 걸쳐 보건기관에 종사하는 간호사, 간호조무사, 응급구조사, 클리닉 정맥주사팀 등의 직종에 종사하는 76,000명의 조합원을 둔 노동조합이다. 조합원의 90% 이상이 여성으로 조합원의 권리를 수호하고 공중보건 체계에서 환자들의 권리를 수호하기 위해 설립되었다". - <http://www.fiqsante.qc.ca/a-propos-de-la-fiq/>

뵘엥뜨-생-샤를르(Pointe-Saint-Charles) 커뮤니티 클리닉, 몬트리올, 퀘벡, 캐나다

이 사례는 퀘벡에서는 유일하지만 다른 지방에서는 여러 곳이 존재한다⁴². 이 클리닉은 2011년 인구조사 당시 13,000명 도시의 남서쪽에 위치한 서민지역에 위치해 있다. 이 도시의 인구 중 일부는 사회적불이익 계층이며, 다수는 불어사용자이지만 아일랜드와 영국 출신의 영어 커뮤니티도 존재한다.

따라서 서비스는 영어와 불어 두 언어로 제공되며, 직원은 총 140명이고, 100% 공적 기금으로 운영된다. 하지만 이사회나 총회에 시민 참여 지배구조를 갖추고 있다. 이 클리닉은 연간 이 지역 인구의 30% 이상을 맞이한다. 게다가 치료와 예방을 조화롭게 병행하며, 주거, 교육, 환경 등 건강의 결정요소들의 중요성을 인정하고, 이 문제에 대해 대응하기 위하여 지역사회 조직들과 협력하고 있다.

건강 분야에서 시민 참여를 증진하는 이들에게 많은 영감을 주는 이 독특한 사례를 제대로 이해하기 위해서는 그 역사적 토대를 알아야 할 것이다. 1968년 설립 당시의 상황을 알려주는 홈페이지 첫 화면⁴³에는 다음과 같이 서술되어 있다.

뵘엥뜨-생-샤를르 커뮤니티 클리닉은 맥길 대학의 의과대학, 간호학과, 사회학과 학생들에 의해 시작되었다. 이들은 이 지역에 의료서비스가 극히

부족한 문제를 고민하던 중 미국의 빈민지역에서 운영되는 민중클리닉 모델에 영감을 받았다. 이 커뮤니티 의료 모델에 따르면 가난과 생활 조건과 건강은 서로 연관성이 있다는 것이. 이후 지역의 시민들이 속속 이 프로젝트에 합류했다.

이 클리닉은 퀘벡의 서민지역에서 설립된 최초의 커뮤니티 클리닉이다. 이곳에서는 주치의제도를 시행하고, 주민들은 무료로 의료서비스를 받을 수 있었고 특히 질병의 원인을 공략했다.

그 당시에는 의과대학 학생들 외에도 직원으로 간호사 한 명, 반상근 의사 한 명, 정신과전문의 한 명이 있었다. 이곳에서는 건강 문제와 사회 문제를 엮고, 특히 그 원인에 개입하는 의학을 실천했다.

설립 후 6년이 지난 1974년에 클리닉은 지역커뮤니티서비스센터(CLSC)의 인가를 받았으면서도 자율적인 커뮤니티 조직으로 인정받기 위하여 힘든 투쟁을 해야 했다. 이 말은 클리닉이 CLSC로서 보조금을 받으면서도 시민이 의사결정을 하는 구조, 즉 시민주권과 독립을 유지할 수 있게 되었다는 뜻이다. 이는 아주 예외적인 사례인데 왜냐하면 이 보고서의 역사 부분에서 언급했듯이 다른 모든 커뮤니티 클리닉은 CLSC로 통합되어 시민의 자리와

자율성을 잃었고, 이후에는 순전히 관료적이고 국가적인 논리에 포섭되었기 때문이다.

하지만 뵘엥뜨-생-샤를르 커뮤니티 클리닉은 자율성도 인정 받으면서도 재정 지원을 받아 서비스 제공을 확대할 수 있었고, 근무 팀도 강화할 수 있었다. 그리하여 간호사와 교정교육자(orthopedagogue), 사회복지사 뿐 아니라 지역사회 조직가들도 채용했다. 왜냐하면 건강의 결정요인에 대처하려면 예컨대 적절한 가격에 침대에 빈대가 없는 질 좋은 주거가 제공되어야 하는 등 시민들의 건강을 결정하는 문제를 개선하기 위한 대책이 요구되기 때문이다. 그리하여 1974년에 30명이던 인력이 1986년에는 90명으로 늘어나게 되었다.

한 가지 강조해야 할 사실이 있다. 이 클리닉은 1969년 ~2018년의 역사 전반에 걸쳐 행정당국은 클리닉의 독특한 지위를 문제 삼았고, 집권당이 퀘벡당이든 자유주의당이든 별반 다르지 않았다는 사실이다.

이러한 상황에 직면할 때마다 이 클리닉은 정기적으로 지역의 강력한 지원을 바탕으로 찬성파들과 지역의원들을 동원하여 탄원서를 올리고, 집회를 열고, 시위를 하며 뵘엥뜨-생-샤를르의 시민들은 ‘그들의’ 클리닉을 원한다는 것을 소리 높여 외쳤다.

1977~1979년에는 퀘벡당이 집권했는데, 보건부가 커뮤니티 클리닉을 CLSC로 통합하고자 하는 강력한 의지를 표명했다. 하지만 많은 주민들의 반대에 부딪혀 그 안을 후퇴할 수밖에 없었다. 그 때 발표문은 다음과 같다.

“CLSC의 도입 이전에 귀하의 클리닉이 이미 존재하였으므로 사회사업부는 귀하의 조직을 CLSC와 동일시 하지 않고, 귀 조직의 특수성을 존중할 의사가 있음을 밝힌다”

1990년~1992년에도 같은 시나리오가 반복되었다. 이번에는 자유주의당 정부였다. 보건사회서비스에 관한 법이 채택되면서 이 클리닉은 그들의 특수성을 잃게 되었다. 클리닉과 지역 주민들은 가만히 있지 않았다.

이 클리닉과 지역의 시민들은 전례 없이 많이 모였다. 600명 이상이 모인 대중 집회가 개최되었고, 지역의 성인의 반 정도가 참여하여 공동으로 쓴 탄원서를 마을 주민대표자들이 지역 의원의 지지를 받아 퀘벡 정부에 제출하였다. 국회 위원회에도 참석하였고, 거리 연극제를 개최하고, 보건사회서비스부 지방공단 사무실 앞에서 시위를 벌였다.

또 한 번 민중의 항의의 외침 앞에서 보건사회서비스부는 물러설 수밖에 없었고, 퀘벡 보건 시설 안에서도 이 클리닉의 독특한 지위를 유지해야 했다. 그러는 가운데 클리닉은 보건사회서비스부로부터 직접 재정 지원을 받지 않고 지방사무소로부터 받게 되었지만 운영에는 별 지장이 없었다. 단지 상대하는 공무원이 달라졌고 새로운 규칙을 따라야 할 뿐이었다.

하지만 성취한 것이 영원히 지속되지는 않는다. 다시 2005년에 지방사무소가 재정협약을 재개했다. 그런 가운데 클리닉은 재정 지원을 유지하기 위하여 2년 동안 뽀박박한 협상을 진행해야 했다. 그리하여 다음과 같은 약정을 도출하게 되었다.

- 퀘벡 보건체계 내에서 CLSC 위탁사업을 하면서 자율적인 커뮤니티 조직으로서의 대안적인 지위를 유지한다.
- CLSC의 임무 수행에 대한 예산은 보건사회서비스센터(CSSS)⁴⁴액 예산을 지원하는 방식과 마찬가지로 지급받게 된다. 또한 CSSS와 마찬가지로 지역 커뮤니티 그룹과의 서비스 약정을 개발하는데 따른 예산을 받는다.
- CLSC의 임무와 관련성이 있는 지방사무소나 CSSS의 노동위원회에 참석하는 데 따른 모든 필요한 정보를 제공받는다.
- CSSS와의 파트너십 약정을 개발하여 지역 주민들이 이 클리닉에서 제공되지 않는 서비스(2차의료 서비스)에 접근할 수 있도록 보장한다.

42 예컨대 마니토바(Manitoba)의 위니페그(Winnipeg)에 있는 Nor'West Coop Community Health, 그리고 사스카치완(Saskatchewan)에 3개의 클리닉이 있다.
43 <https://ccpsc.qc.ca/fr/historique>

44 보건사회서비스센터는 퀘벡에서 2004년~2015년까지 존재했다. 이 센터는 건강 관련 다양한 임무를 아우르는 국가조직이다.

이 약정은 클리닉이 다른 CLSC와 마찬가지로 CSSS의 재정지원으로부터 분리하여 몬트리올 보건사회서비스사무소로부터 직접적으로 재정지원을 받을 수 있도록 한 것이다.

2014년에는 새로이 퀘벡의 보건체계의 개혁이 이루어져 기존의 조직들을 뒤죽박죽으로

2018년 현재의 클리닉

생존을 위한 50년 동안의 투쟁은 또한 독특한 시민의 정체성과 140명의 노동자들의 참여의식을 보장하기 위한 세월이기도 했다. 이 클리닉은 사명, 수탁 사명, 가치를 다음과 같이 정하고 있다.

우리의 사명

뵘엥뜨-생-샤를르 커뮤니티 클리닉은 시민들이 통제하는 건강 조직이다. 예방과 치료서비스를 조직하고, 건강 문제를 중심으로 시민들을 모아 단기적, 장기적으로 건강의 조건을 향상시키는 것을 조직의 목적으로 한다.

우리의 수탁 사명

커뮤니티 클리닉은 커뮤니티 조직의 지위(협약 민간 조직)를 가지지만 보건사회서비스에 관한 법에서 정해진 CLSC 수탁기관이다. 시민들이 클리닉 서비스의 기본 방향을 결정하고, 지역의 보건사회서비스 욕구에 부응하도록 보장한다. 클리닉의 시민참여 경영은 지역 주민이 진흥하는 비전과 가치를 반영한다. 이 클리닉의 방향은 '건강은 타협할 수 없는 본질적이고도 집단적인 권리이다'라는 근본적인 신념에 중심을 둔다.

우리의 가치

클리닉에서는 한 사람 한 사람이 가지는 가치와 존엄과 자율성을 존중받을 수 있도록 모든 일이 이루어져야 한다. 상호 존중의 문화 속에서 지역 주민의 욕구에 적합하게 부응하기 위해 시민과 노동자들은 함께 협력한다. 사람들의 말에 귀를 기울이는 것은 최초의 관계자가 사람들이 필요한 욕구가 무엇인지 가장 잘 규명할 수 있기 때문이다. 그래서

섞여 보건사회서비스통합센터(CISSS)와 대학보건사회서비스통합센터(CIUSSS)라는 상부구조로 합쳐버렸다. 하지만 반가운 소식은 이러한 개혁이 클리닉의 연간 운영 약정과 서비스 재정지원에 대해서는 문제 삼지 않았다는 것이다. 하지만 이 클리닉의 역사 전반에 걸쳐 자신의 지위를 수호하고 유지하기 위한 투쟁을 멈추지 않았다는 점을 기록해두고자 한다.

클리닉은 교육과 지역사회의 임파워먼트와 연대의 관점에서 각자가 자신의 개인적, 집단적 문제를 책임지는 문화를 조성한다. 이러한 의미에서 클리닉은 전문종사자들의 힘을 신봉하지 않도록 하여, 보건 종사자들과 지역 주민들 간 힘과 지혜를 나눌 수 있도록 한다. 이러한 접근 방식을 통하여 시민들은 그들의 건강에 대한 힘을 되찾을 수 있을 것이다.

일상에서 클리닉은 이러한 기본방향을 세 가지 대원칙으로 접근하며, 각각의 접근방식은 클리닉이 전통적인 클리닉과 완전히 다른 차별성을 갖도록 한다.

사람과 건강에 대한 총체적인 접근 방식

커뮤니티 클리닉은 국제보건기구(WHO)가 제안한 건강에 대한 정의, 즉 '건강은 신체적, 정신적, 사회적으로 완전히 안녕한 상태이다'라는 정의를 따르며, 클리닉은 이에 개입하기 위한 임무를 부여한다. 이러한 관점에서 클리닉은 지역 인구의 건강 조건을 향상시키기 위하여 지역사회의 자원을 가지고 이용자들을 대상으로 개입할 뿐 아니라 그들의 사회적 네트워크에도 개입한다.

이러한 의미에서 초기부터 클리닉은 사회와 의료를 연결하며 건강에 대한 총체적인 접근방식을 앞세웠다. 클리닉에 오는 사람은 의학적, 사회적 진단에서 출발한 세세한 프로그램에 갇히지 않고, 각자 다른 욕구를 가질 수 있는 독립적인 주체로 인식된다. 예컨대 허리가 아파 검진을 받으러 오는 사람에게서 다른 욕구가 감지되면 다른 서비스로도 안내한다.

질병 예방과 건강증진을 위한 노동

클리닉은 예방과 건강증진 활동을 하면서 건강 문제와 사회적 문제에 미리 대처한다. 이 중요한 일은 여러 팀 노동에서 가장 큰 비중을 차지한다. 이 일이 진행되는 방식은 다양하다 : 여성센터에서 완경과 유방암 검진 워크숍 실시, 노인 거주 지역을 돌며 당뇨병 검진의 날 조직하기, 약물중독을 예방하기 위한 청년프로젝트 수립하기, 청소년 임신을 예방하기 위한 학교 워크숍 실현 등. 예방과 건강증진 활동을 통하여 마을에서 '거리의 갭단'이 형성되는 순간에 신속히 대처하거나 사회적 고립 현상이나 심리사회적 우울증 증상이 보이는 이들을 줄일 수 있게 된다. 이러한 문제는 클리닉이 있는 뵘엥뜨-생-샤를르 지역 외 다른 지역에서 흔히 볼 수 있다.

건강의 결정요소에 대처하는 클리닉

국가 주요 정책 및 국제적 주요 정책에 발맞추어 클리닉은 삶의 조건 일반과 특히 사회경제적 조건이 건강의 결정요소 중 중요하다고 판단하여, 빈곤을

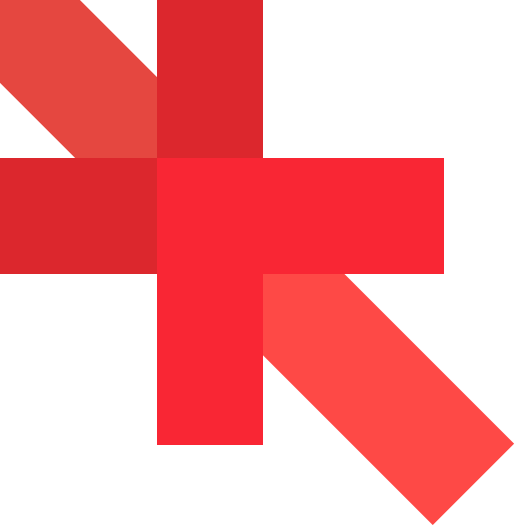
극복하도록 시민들을 조직한다. 마을의 모임 장소로서 클리닉은 마을 주민들의 경제적, 사회적 권리를 수호하기 위하여 사회 변화의 관점에서 정의를 구현하기 위한 책무를 다 한다.

여러 해에 걸쳐 지역사회 그룹들과 클리닉은 지역 주민들에게 효과를 발생하게 될 정책에 영향을 미치기 위하여 많은 사회 투쟁을 실천했다. 이러한 행동은 건강의 결정요소에 대처함으로써 삶의 조건을 향상하기 위해서이다.

제공 서비스

클리닉은 폭 넓은 서비스를 제공한다. 예약 없이 모든 유형의 의료검진과 같은 기초서비스부터 특별한 고객에 맞춘 보다 전문적인 서비스를 아우른다. 전문적인 서비스의 경우 예컨대 임신부, 아동이나 청소년, (사회 복귀를 위한) 작업 요법과 같은 재가 지원이 필요한 노인, 환자를 돌보는 가족이나 지인들 지원, 간호 돌봄 프로그램 등이 포함된다.

마지막으로 클리닉은 정보와 자원의 교차로 역할을 함으로써 시민들이 그들의 필요에 맞는 지원을 받을 수 있도록 방향을 제시한다.



가. 후아이옴므뒤사그네(Royaume du Saguenay) 재가서비스 연대협동조합, 사그네, 퀘벡, 캐나다

1997년부터 퀘벡에서는 100여개의 재가서비스사회적경제기업(entreprises d'économie sociale en service à domicile, EÉSAD)네트워크가 주로 노인들을 대상으로 서비스를 제공하고 있다. 이를 통해 노인들은 노인 시설로 이전하지 않고 더 오랫동안 자신들의 집이나 거주지에서 살 수 있게 된다. 이로써 거주지를 이전하여 시설로 옮김으로써 뿌리를 잃는다는 느낌이나 기존의 사회관계 상실 등을 막을 수 있다. 이 EÉSAD는 비영리조직이나 협동조합으로 구성되어 있다. 협동조합의 경우 대부분이 연대협동조합의 형태를 취하고 있어서 보통 이용자, 노동자, 지원 세 유형의 조합원이 있다.

대부분의 EÉSAD는 살림 관리, 식사 준비, 대청소, 시민생활 지원과 동반 등 주로 가정생활활동(actes de la vie domestique, AVD)을 전문적으로 한다. 이 조직들 중 기업적인 방식으로 운영하는 곳은 거의 없다. 그래서 이미 확보한 시장(제공 서비스의 성격, 개입 지역, 파트너)과 정해진 고객 외에 새로운 서비스를 개발하려고 하지 않고

세면, 씻기, 먹기, 화장실 가기, 이동하기 등 일상생활지원(aide à la vie quotidienne, AVQ)서비스를 제공하려고 한다.

후아이옴므뒤사그네 가사서비스 연대협동조합(CSSDRS)의 경우 또한 마찬가지다. 몬트리올에서 약 450km 떨어진 퀘벡의 사그네시는 인구 145,000명의 도시로 이곳에 소재한 CSSDRS은 다양한 공공부문 조직과 협약을 체결하여 가정생활활동 서비스 제공에 일상생활지원 서비스를 결합하여 활동을 배가함으로써 퀘벡 뿐 아니라 캐나다 전체에서도 업종 내 가장 큰 조직으로 발돋움했다. 2009년에 인근 지역에 위치한 두 조직이 통합하여 설립된 CSSDRS는 235명의 일자리를 창출하여 사그네-락-생-장(Saguenay-Lac-Saint-Jean) 지방에서 가장 많은 일자리를 창출한 기업 중 한 곳이 되었다. 이 협동조합은 9,700명의 조합원에게 연간 286,000시간의 서비스를 제공한다. 상임이사 또한 많은 조직에 참여하며 광범위한 접촉면을 개발했다.

북미의 독특한 시도, EESAD와 PEFSAD

인구고령화는 해결하기 까다로운 문제다. 퀘벡에서는 당사자의 여건이 허락한다면 시설로 옮기기 보다는 자신의 거주지에서 머무는 것이 낫다는 많은 연구 결과에 의거하여 선택의 방향을 정했다. 거주지에 머무르면 세월이 흐르는

동안 이웃과 맺은 사회적 관계를 유지할 수 있다. 따라서 우선 방안은 재가서비스를 제공하여 노인들이 가사노동과 다른 일상의 일로부터 부담을 가지지 않도록 안심시켜 주는 것이다.

1996년까지는 가사도우미 서비스가 지방에 따라 아주 들쭉날쭉한 상황이었다. 때로는 지역사회 조직이나 협동조합들이 제공했는데 정부에서 임의로 지원하는 재정에 의존하기도 하고, 서비스 이용 가정에서 부담하기도 했다. 하지만 서비스 가정에서 부담하는 방식은 불확실성이 내재하므로 경우에 따라 질적 표준화가 되지 않고 노동자들을 위한 사회보장이 제공되지 않는 음성적인 노동으로 이루어지기도 했다.

그러던 중 1996년에 퀘벡정부의 주도로 이 업계의 주체들과 노동조합 지도자들, 여성주의자들, 지역사회 조직들, 그리고 협동조합운동이 대거 모인 자리에서 가사도우미 사업을 구조화할 전략을 세우기로 결정했다. 여기서 중요한 사실은 가사도우미를 보편적 서비스로 만들기 위해 해당 가정과 개인들의 재정 형편을 고려하기로 결정했다는 점이다.

이 전략의 큰 틀은 두 연구자가 제출한 보고서에 담겨있다 (Vaillancourt et Jetté, 2009) :

- 한시적인 자활일자리가 아닌 지속가능한 일자리 창출

- 이 일자리는 주로 여성에게 제공한다⁴⁵.
- 이 전략은 음성 노동을 척결하는 과정이다.
- 타겟 고객은 주로 노인들이며, 부수적으로 경제활동을 하는 가정이 될 수도 있다.
- 정책적으로 사회적경제기업만 서비스를 제공하도록 지원한다.
- 또한 지원프로그램⁴⁶을 통해 서비스 요구에 재정지원을 한다.
- 기업의 법적 지위는 협동조합이나 비영리민간조직(OBNL)이 될 수 있다.

그리하여 공급과 수요 두 축으로 실행 계획이 세워졌다. 공급의 측면에서는 재가서비스 영역 사회적경제기업의 승인 절차 시행, 수요의 측면에서는 서비스 소비자들의 재정 형편에 따라 지원 양식을 정하는 가사도우미서비스를 위한 세제혜택프로그램(PEFSAD)으로 재정 지원을 제공하는 프로그램 구축이다.

재가서비스사회적경제기업(EESAD)의 승인

EESAD의 승인 절차의 목적은 지역서비스개발센터(CLSC)가 분포되어 있는 방식과 동일한 방식으로 정해진 특정한 지역 내에서 서비스 경쟁을 막기 위하여 하나의 재가서비스사회적경제기업만이 승인을 받도록 하는 것이다. 따라서 이 기업은 PEFSAD의 배타적인 지원을 받게 된다. 기업의 선택은 비영리조직이나 협동조합 가운데 가장 적합한 지역에 소재한 EÉSAD에 맡기도록 네트워크에게 일임한다. 약 55%의 신규 EÉSAD이 비영리조직의 지위를 채택했고, 나머지는 협동조합을 선택했으며, 이 중 다수는 세 유형의 조합원이 있는 연대협동조합 모델을 취했다.

EÉSAD의 지위를 인정받기 위해서 꼭 새로 기업을 설립해야 하는 것은 아니다. 비록 다수가 신규 설립이지만 일부는 기존에 활동하던 조직이 승인 절차를 거쳤을 뿐이다. 1996년부터 존재하던 소비자재가서비스협동조합 3개소인 Estrie, Rive-Sud, Laval가 이 경우에 해당된다. 새로운 기업의 설립은 기존에 있던 기업이 합병한 경우도 있다.



45 1996년에 발간된 '희망과 의심 사이에서 : 사회적경제 방향 및 협력 위원회 보고서'에서 언급된 여성들을 위한 양질의 일자리 창출의 쟁점을 다룬 보고서에서 제시한 요구에 부응한 결과이다. 이 보고서는 1995년 6월에 빈곤투쟁 여성 행진 '빵과 장미'의 연장선상에서 작성되었다.

46 이 프로그램이 PEFSAD의 역할이 된다.

가사도우미를 위한 세제혜택 프로그램 PEFSAD(Programme d'exonération financière pour les services d'aide-domestique)

이 독창적인 프로그램은 여러 가지 목적으로 만들어졌는데, Jetté et Vaillancourt(2009, p.10)가 언급했듯 수요와 공급 지원이 핵심이다.

“PEFSAD는 1997년 시행 때부터 비록 EÉSAD 기업들만이 서비스 제공을 할 수 있도록 승인받지만 기업이 아닌 서비스이용자들에게 주어지는 보조금이다. 하지만 수요 및 서비스 이용자들의 상황을 산정한 후 기업이 서비스 총액을 직접 수령한다. 이 점이 PEFSAD의 독창성인데, 왜냐하면 서비스 수요와 공급을 동시에 지원하는 프로그램이기 때문이다. 이용자에게 제공된 재가서비스에 따라 돈이 지급되기 때문에 수요를 지원하는 것이며, 사전 승인을 받은 사회적경제기업만 겨냥하기 때문에 공급을 지원하는 것이다”

1997년에 채택된 후 PEFSAD는 일부 조정이 되어 다음과 같이 시행된다⁴⁷.

프로그램은 어떻게 운영되는가?

이 프로그램에 따라 인정된 가사도우미서비스사회적경제기업이 제공한 가사도우미 서비스에 기초하여 이 기업이 요구하는 시간당 요금의 할인된 금액이 프로그램 수혜자에게 주어진다. 할인 혜택은 다음과 같은 두 가지 방식으로 받을 수 있다.

- 첫째, 제공된 서비스의 시간당 4\$ 고정 금액 할인. 이 할인은 '고정 지원'으로 불리며, 가계 소득과 무관하게 프로그램의 이용자 모두에게 주어진다.
- 둘째, 제공된 서비스 시간당 최소 1.43\$에서 최대 11.44\$까지 추가 할인. 이 추가 할인은 '변동 지원'으로 불리며, 서비스 이용자의 소득 수준과 가정 상황을 고려하여 산정한 기준표에 따라 책정된다.

한 사람이 받을 수 있는 시간당 최대 할인 금액 혹은 최대 지원 금액은 15.44\$이다. 이중 4\$는 고정 지원이고 11.44\$

는 변동 지원이다. 서비스 이용자는 기업이 청구하는 비용과 그에게 지원되는 금액의 차액만 지불하면 되는 것이다.

가사도우미 서비스의 내용은 무엇인가?⁴⁸

- 가벼운 살림 : 빨래, 빗자루 청소, 먼지 떨기, 청소(예. 냉장고, 욕조, 찬장)
- 무거운 살림 : 대청소, 주거 입구 눈치우기
- 의복 관리
- 식이요법이 없는 식사 준비
- 식료품 비축 및 다른 장비

어떤 기업은 위에 언급한 모든 서비스를 다 제공하지는 않는다.

사그네-락-생-장 지방에 있는 6개 EESAD기업은 1997년에 승인되었다. 후아이옴므뒤사그네 재가서비스 연대협동조합의 홈페이지 첫 화면에는 다음과 같이 언급되어 있다.

CSSDRS는 2009년 4월, 종끼에르(Jonquière)와 시꾸띠미(Chicoutimi)의 사회적경제기업의 합병으로 탄생했다. 이 과정을 통하여 CSSDRS는 퀘벡에서 가장 큰 가사도우미기업이 되었다.

1998년 초에 두 기업은 퀘벡질병보험공단(RAMQ)로부터 승인을 받아 PEFSAD,의 재정지원 프로그램을 운영할 수 있게 되었다.

우선 사그네가사관리지원협동조합(Coopérative de maintien à domicile Saguenay)이 둘 중 먼저 서비스를 시작했다. 이 서비스는 '자율성 도전'이라 불리는 프로젝트에서 비롯되었다. 2009년까지 이 협동조합은 가정생활지원서비스만 제공한다는 1996년의 합의를 온전히 지켰다.

후아이옴므재가서비스협동조합(Coopérative de services à domicile du Royaume)은 개소 때부터 보건 영역과 아주 근접한 다른 서비스들을 개발하기 시작했다. 특히 주거지에서의 일상생활지원(AVQ) 서비스를 개발하고, 2000년부터는 소규모시설을 대상으로 서비스를 제공했다⁴⁹.

2003년에 두 기업의 노동자들은 노동조합의 조합원이 되었다.

2009년의 합병 이후 이 협동조합은 종끼에르구와 시꾸띠미구에서 얻은 노하우를 확장하여 AVQ와 AVQ 서비스를 통합하고, 소규모시설에 대한 서비스도 책임지게

현재의 비즈니스 모델

홈페이지 첫 화면에서 언급되었듯이 이 협동조합의 사명은 다음과 같다.

시꾸띠미와 종끼에르의 건강센터 지역에 소재하는 인구 전체를 대상으로 그들의 거주지에서 가정생활 및 일상생활 지원서비스를 제공한다. 능력있고 전문적인 인력으로 지역에서 정평이 나 있는 양질의 서비스를 지속적으로 제공한다.

다른 한편, 발전 전망은 다음과 같다.

전위적인 기업

CSSDRS는 발전의 측면에서나 자원의 효율적인 운영의 측면에서 전위적인 기업이다.

핵심적인 기업

CSSDRS는 혁신하고 사업의 파트너를 개발하여 고객의 특수성에 따른 욕구에 효율적으로 부응함으로써 고객의 가사 관리에 핵심적인 기업이 된다.

된다. 두 기업의 합병으로 더욱 전문화된 행정 자원의 통합도 용이하게 되었다. 이후 이 협동조합은 인적 자원 경영과 노인 시설의 요리실 경영도 맡게 되었고, 당시 이러한 시설 29 개소를 획득하게 되었다. 이러한 지속적인 확장으로 인하여 2014년에 조직의 구조를 재정비하게 되었고, 위계질서를 없애고 더욱 효율적인 구조로 재편했다. 초기부터 이어온 흐름에 맞추어 이 협동조합은 항상 발전을 위한 계획을 멈추지 않았다.

선택된 고용주

CSSDRS는 해를 거듭함에 따라 인력의 동기를 부여하고 참여를 조직하여 각별한 노동 환경에 소속감을 가지도록 함으로써 선택된 고용주가 된다.

협동조합이 제공하는 서비스 :

가사 지원

- 일반적인 살림 관리
- 어려운 살림 관리(오븐 관리, 냉장고 내부 관리 등)
- 대청소(연례)(상황에 따라)

식사 준비

- 식이요법이 없는 식사 준비

돌봄

- 옷입기, 식사, 이동과 같은 일상생활 보조, 신체 일부분 혹은 전체 위생 관리, 목욕, 자극 훈련 등



47 2018년 12월 현재 정보 <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/aide-domestique/Pages/aide-domestique.aspx>
48 가정생활활동(AVD)와 연계.



49 <http://www.cssdrs.ca/page/historique>
55 Que l'on associe aux actes de la vie domestique
56 <http://www.cssdrs.ca/page/historique>

동반지원

- 장보기, 식료품 점, 약국, 은행 등 볼 일을 볼 때 동반

휴식

- 휴식서비스는 서비스 대상을 돕는 지인들이 자신만의 시간을 가질 수 있도록 우리의 인력이 돌봄, 식사 준비, 자극훈련 활동 등을 책임진다.

2018년 12월에는 사그내시의 종끼에르와 시꾸띠미 지역에 거주하는 고객을 위한 서비스 제공에 더하여 CSSDRS는 인적 자원 운영, 카페테리아 경영 서비스를 시작했고, 노인들을 위한 7개의 시시설의 거주자를 위한 서비스도 시작했다. 이 시설 중 한 곳은 시립주거사무소(Office municipal d'habitation, OMH) 소유이고 협동조합도 28베드를 갖춘 생뜨파미유(Sainte-Famille) 숙사 한 곳을 소유하고 있다. 이 중 9자리는 '중간 자원'으로 알쯔하이머와 같은 병을 앓고 있는 신체적, 인지적 자율성을 상실한 노인들을 위한 공공시설인 장기요양진료센터(CHSLD)로 이송되기 전 단계에 머무는 곳이다. 2개 시설은 자율성을 상실한 사람들

용이며, 세 번째 시설의 일부도 같은 용도로 사용된다. 다른 4개 시설은 자율성을 반 정도 가진 이들 용이다. 2019년 2월에는 서비스 협약의 결과로 이 협동조합이 26베드를 보유한 OMH 소유의 새로운 시설로 서비스를 확장할 예정이다.

여기에 더하여 이 협동조합은 신체장애를 가진 사람들 9명씩 수용하는 6개의 시설을 맡아 서비스를 제공하는 협약을 체결했다. 협동조합은 일주일 내내 24시간 일상적인 관리를 맡는다. 이 시설은 OMH 소유로 사그내-락-생-장 대학보건사회서비스통합센터에 속한다.

마지막으로 2018년 통계 수치는 다음과 같다.

- 조합원 수 : 9,800명 중 다수는 이용자조합원이며 노동자 및 지원 조합원도 있다.
- 세 유형의 조합원들은 이사회에서 대표된다. 이사회 대표이사는 이용자조합원이다.

재정 현황(2017년 기준)

- 노동자 수 : 236명⁵⁰
- 연간 서비스 제공 시간 : 286,000시간⁵¹
- 총매출 : 820만 \$
- 대차대조 :
 - 자산⁵² : 1,993,911\$
 - 부채 : 1,272,666\$
 - 재산 : 721,845\$

협동조합 활동이 미친 영향

성공 요인

이 협동조합의 놀라운 발전에 기여한 요소는 다음과 같다.

- 조합원들의 점증하는 욕구에 귀 기울이기 :** 설립 때부터 이 협동조합은 조합원의 욕구 변화에 발맞추어 서비스 제공을 변화시켜왔다.

- 보건당국과의 협력 :** 여러 해 동안 이 협동조합은 보건사회서비스센터(CSSS) 두 개소가 있는 지역에서 활동을 해왔고, 파트너들에게 개방적인 태도로 임하여 일찍부터 서비스 제공을 위한 협약을 이끌어냈다. 2015년부터 두 CSSS는 보건사회서비스통합센터

(CIUSSS)⁵³로 통합되었다. 그러나 CIUSSS에서도 협력적인 문화와 협동조합에 대한 우호적인 분위기는 지속되었다. 일부 인력의 이동은 있었으나 예전에 두 CSSS에서 일했던 공무원들은 새로운 조직으로 재편되었다. 하지만 과거 두 조직에서 일하던 습관이 남아 있어서 총체적인 시각을 가지기는 어려움이 있었다. 게다가 이 거대한 새로운 조직에서 행정 절차가 너무 무거워 일을 그만두거나 스트레스를 받는 이들이 있어 협동조합과의 사후관리 업무에 난항을 겪기도 했다.

- 성공적인 노하우 전수 :** 2009년, 두 협동조합이 합병할 때 신규협동조합의 지도부는 두 협동조합에서 개발된 노하우를 활용하여 새로운 조직의 비즈니스 모델에 적용했다. 특히 서로 다른 협동조합이 활동하던 지역에서 각각 적용할 수 있었다.
- 훈련에 투자 :** 협동조합은 노동자들이 능력을 다변화할 수 있도록 훈련에 투자했다. 예컨대 가사서비스에 더하여 노인들 목욕시키기 서비스를 제공할 수 있도록 했다. 간호조무사들도 훈련을 받아 맡긴 임무를 완수할 수 있도록 가사간병도우미들을 교육할 수 있게 되었다. 이렇듯 협동조합은 '건강한 기업'⁵⁴ 프로젝트에 적극 참여했다.

도전

이 협동조합의 놀라운 발전 과정에서도 새로운 발전을 위한 도전이 놓여 있다.

까다로워지는 계약 : CIUSSS와 같은 계약 당사자들과 좋은 관계를 유지해왔으나 상황이 점점 어려워지고 있다. 계약 체결이 서비스 공공입찰제도로 이루어져 협동조합은 경쟁에 대처해야 하고 때로는 지역의 민간 업자와도 경합해야 할 때가 있다⁵⁵. 게다가 가사서비스사회적경제기업에 자동적으로 할당되었던 일상생활지원 서비스도 더 이상 주어지지 않게 되었다. 마지막으로 장기요양진료센터

(CHSLD)는 포괄 계약을 하지 않고 건당 계약 방식으로 변경했다.

노동 관계 : 이 협동조합은 눈부신 발전을 이루면서 사그내-락-생-장 지방에서 가장 역동적이고 강력한 중소기업 중 한 곳이 되었다. 그리하여 지방의 비종있는 고용주로서 협동조합은 요구가 더 많아지는 노동조합의 기대에 더욱 부응해야 하는 상황이다. 그리하여 2017년에는 노동자들과의 단체협약을 체결했다.

가사간병도우미 직업의 가치 부여 : 보통 재가서비스 도우미들의 직업은 어느 정도 좋은 평가를 받고 있으나 사람을 찾기 어렵다. 따라서 이 직업을 진흥하는 것 또한 중요한 사안이다.

인력의 유지, 노동력의 부족 : 재가서비스사회적경제기업은 많은 인력을 운영해야 한다. 이 협동조합도 예외가 될 수 없다. 직원 중 일부는 보수를 포함, 노동조건이 더 좋은 공공네트워크의 기업으로 옮기는 경우도 종종 볼 수 있다. 이러한 의미에서 인력 유지를 위하여 협동조합은 노동복지 프로그램을 개발하여 신체활동 등의 프로그램에 참여하는 직원들에게 비용의 일부를 환급해주고 있다. 또한 퀘벡 지방의 한 주민⁵⁶이 시작한 '스포츠 도전'에도 결합했다. 또한 채용하고자 하는 청년층을 겨냥하여 그들의 기대에 부응하기 위하여 탄력적인 근무 시간을 제공하는 일터 분위기를 조성하고 있다. 노동력 유지 문제는 지방의 인력 부족 문제로 가중되고 있다. 이런 의미에서 협동조합은 최근 직원의 임금을 평균 8.8% 인상했는데, 이는 사립시설 가사간병도우미 종사자들의 평균 임금을 상회하는 수준이다. 다른 한편, 2019년 겨울에는 낡은 수도원을 매입하여 행정 직원들을 거주하게 할 뿐 아니라 공동부엌이나 훈련실과 같이 노동자들을 위한 공간도 마련할 계획이다. 이 모든 노력은 직원을 유지하고, 신규 인력을 채용하기 위해서이다. 이 낡은 수도원 시설이 제공되면 지속가능한개발의 규범을 상회하는 수준에 이를 것이다.

50 도 노동조합지부는 여전히 존재하며, FTQ 소속이다.

51 EESAD 한 개소의 연평균 서비스 제공 시간은 60,000~70,000 시간이다.

52 노인들을 위한 시설 한 개소 포함.

53 8400명 이상의 노동자들을 고용하며, 707백만 달러의 예산을 가지는 사그내-락-생-장 CIUSSS는 2015년 4월 1일에 공식적으로 업무를 시작했다. <http://santesaglac.com/ciuss>



54 기업 내 건전한 생활습관을 진흥하는 퀘벡표준사무국에서 발행하는 인증제도. <http://www.cssdrs.ca/page/entreprise-en-sante>

55 사그내-락-생-장 지방의 재가서비스사회적경제기업들은 상호 경쟁을 피하기 위하여 이들간의 관계를 규정하는 협약 의정서를 마련했다.

56 뻬에르의 스포츠 도전. <https://www.legdpl.com/en/>

의사소통 : 협동조합의 규모를 고려할 때 다양한 이해당사자들, 특히 노동자들과의 의사소통 또한 중요한 도전이다.

여러 목표들 간 섬세한 균형 잡기 : 지도부는 양질의 서비스 제공, 임금 및 사회적 혜택의 측면에서 매력적인 노동 조건 제공, 그리고 보건 네트워크에서 매력적인 서비스 제공자 되기(경쟁적 가격) 사이의 균형을 찾아야 한다.

참고자료

협동조합 상임이사 린다 벨랑제(Lynda Bélanger)와의 인터뷰(2018년 12월 17일)

Girard, J.-P. et I. Garon (2000). *Les coopératives dans le domaine sociosanitaire au Québec : portrait de la situation*, cahier de recherche, Chaire de coopération Guy-Bernier (UQAM) et Direction des coopératives, ministère de l'Industrie et du Commerce, Gouvernement du Québec, 43 p.

Jetté, C. et Y. Vaillancourt (avec la collaboration de Philippe Leclerc) (2009). *L'économie sociale et les services de soutien à domicile au Québec : coproduction ou coconstruction?*, Cahier de recherche du LAREPPS, no 09-07, 20 p.

3장 + 보건 분야 사회적경제기업의 현황과 향후 전망



퀘벡 건강협동조합 탄생의 조건

퀘벡 건강협동조합 70개소(설립에 이르지 못한 프로젝트와 문 닫은 경우를 포함)의 경험을 살펴보면 경제적 지속성의 측면에서나 보건사회적인 유용성의 측면에서 공통적인 사업의 성공 요인을 도출할 수 있다. 이 요소 중 일부는 이자벨 가롱(Isabelle Garon)과 장-삐에르 지라르(Jean Pierre Girard)가 90년대 말에 건강협동조합에 대한 최초의 연구에서 규명한 것으로 현재도 유효하다. 그 핵심 요소는 다음과 같다.

- 건강협동조합이 설립되는데 반드시 필요한 조건은 해결되지 않은 보건 서비스 문제에 대한 집단적인 자각이 있어야 한다는 것이다. 자각이 이루어진 후 문제가 무엇인지 이해하고, 시민들이 참여할 수 있는 행동의 디딤돌을 찾아야 한다.
- 시민의 참여와 행동 의지가 필요하다. 이 말은 너무 당연한 듯 보이지만 국가가 보건 체계를 책임지고, 여기에 의사들이 의료분야 및 다른 직종에 미치는 힘이 결합되어 시민들은 기회주의적인 태도를 보이게 되었고, 그들의 건강 문제를 책임지는데 해야 할 역할이 없다는 느낌을 갖게 되었다. 자선사업 분야 외 시민들이 참여한다는 것은 많은 시민들과 보건 체계 주체들에게는 급격한 패러다임의 전환으로 인식된다.
- 하나의 협동조합이 운영되기 전에 경제사회 주체들과 지자체 및 지방의 지원과 협력이 선행되어야 한다. 보건 부문의 복잡한 상황과 진입 장벽으로 인하여 지역의 사회, 경제, 정치 관계자들이 조직되고 행동해서 보완해주어야 한다. 이들이 조직된다는 것은 문제를

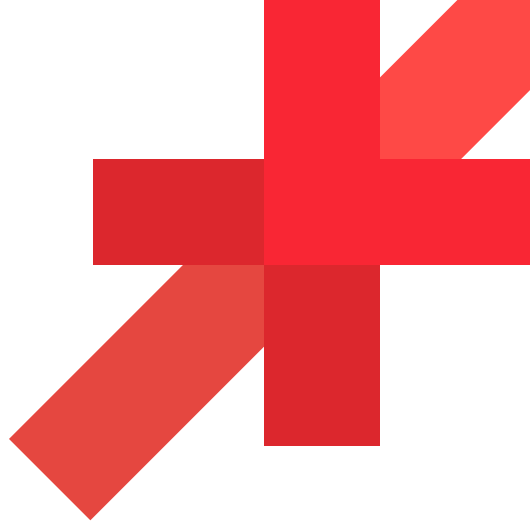
인식하고, 정보를 제공받고, 사전 교육이 이루어져야 한다는 것을 뜻한다.

- 지역에서 인정된 리더들을 발굴하고 그들이 참여하는 것은 아주 중요하다. 그들이 참여함으로써 지역 주민들이 조직되고, 지역 관계자들의 관심을 끌 수 있다. 하지만 그들의 참여는 심리적인 효과가 더 크다. 왜냐하면 지역 주민들이 보건 체계와 관련된 문제에 직면할 때 갖게 되는 상대적 열등감을 줄일 수 있기 때문이다.
- 사업을 성공하고 유지하기 위해서는 항상 협동조합 교육이 이루어져야 한다. 공공 네트워크 안에서 건강협동조합의 행동 역량은 세세하고 늘 변화하는 정부의 규칙에 의해 정해지고 제한된다. 그래서 협동조합은 개방적이고 자발적인 결사체와 모든 인구에게 개방된 보편적인 접근 사이에서 끊임없는 긴장감을 느껴야 한다. 이러한 의미에서 협동조합의 장점은 개인에 있지 않고 집단에 있다. 따라서 협동조합에 가입한다는 것은 단순히 개인적이고 즉각적인 욕구를 해결하는 것 보다는 지역사회에 대한 참여의식이자 보건서비스 전환과 민주화 운동의 의미를 가진다. 이상적인 방식은 단순히 협동조합의 운영 메카니즘과 지배구조만 다룰 것이 아니라 철학적이고 정치적인 측면을 다루는 깊은 협동조합 교육을 해야 한다. 하지만 이 정도 수준의 대화와 집단적인 행보에 도달한 그룹과 조직은 별로 없다. 하지만 그 수준에 도달한 그룹이나 조직은 지역 주민을 더욱 잘 조직하고 지역주민이 사업에 대해 더 잘 이해하게 된다.

- 사업계획은 협동조합이 소재하는 지역의 실정에 맞추어야 한다. 협동조합 프로젝트는 모두 다 현장의 실정과 욕구, 지역 보건 네트워크의 상황에 따라 조금씩 다르다. 단일한 모델은 존재하지 않는다. 지역의 조건에 따른 조절이 성공의 핵심이다.
- 참여적 절차에 따라 타당성 조사를 공동으로 실현하면 사업 성공의 가능성이 상당히 높아진다. 이 경우 특히 다양한 이해당사자들의 이해가 높아져 결속력과 집단적 행동 역량이 강화된다.
- 보건 전문직 종사자들이 초기부터 결합하거나, 아니면 최소한 사업 타당성 조사 직후 바로 조직되거나 채용되어야 한다. 그리고 사업 추진자들은 구체적인 절차에 들어가기 전에 전문직 종사자들이 함께 하고 있다는 점을 확인해야 한다. 가장 이상적인 경우는 전문직 종사자들이 협동조합의 임시위원회에 속하며 스스로를 사업의 이해당사자로 간주하는 것이다. 그들이 참여한다는 것은 단지 경제적인 의미나 사업적인 의미에 한정되지 않는다. 그들이 참여함으로써 상호 지식을 공유하고 위계적이지 않은 관계를 형성한다는 사회적인 의미를 가진다. 하지만 이러한 방식이 의사들에게는

낯설기도 할 것이다. 보통 그들은 환자와의 관계에서 정보의 비대칭성이라는 패러다임 속에서 활동해왔기 때문이다. 즉, 의사인 그가 모든 지식을 가지고 있는 처지였다는 것이다. 따라서 의사들에게 있어 이러한 자율공동적(convivial) 문화는 그에게 있어 새로운 도전이 될 수도 있다.

- 협동조합은 그의 특수성을 상실하지 않고 공중보건체계의 이해당사자가 되어야 한다. 퀘벡의 공적인 네트워크는 공공부문과 민간 부문, 지역사회의 주체들로 구성되어 있고, 이들이 조직하고 협력한다. 협동조합은 협력과 상호보완의 정신을 가지고 네트워크의 주체들과 함께 법에 따라 운영해야 한다.
- 임시위원회나 설립추진자들은 지역 주민, 다른 보건체계의 주체들, 그리고 사회적 주체들을 대상으로 그들의 사업계획을 알리기 위해 타당하고 견고한 논리를 효과적으로 개발하고 소통해야 한다. 이 논리는 제기된 문제에 대한 구체적인 해결책을 제시할 뿐 아니라 다양한 이해당사자들의 열망도 반영해야 한다. 또한 이 논리는 교육적인 방법으로 개발되고 소통되어야 한다.



2012년 퀘벡 재가서비스 및 건강 협동조합 연합회의 권고사항

2012년에 퀘벡 재가서비스 및 건강협동조합 연합회는 건강협동조합의 발전 및 운영에 대한 전략적 방향에 대한 성찰의 기회를 가졌다. 이후 연합회는 협동조합의 설립 및 운영에 영향을 주기 위하여 준거 틀을 마련하였다.

- **집단적 프로젝트.** 이는 건강협동조합 설립 프로젝트의 초기에 시민의 모임과 참여가 있어야 한다는 것을 뜻한다. 시민들은 집단적인 자각을 통하여 건강 문제에 대처하고 책임감을 느껴 행동의 필요성을 느끼게 되는 것이다. 그리하여 시민들은 그 자신의 건강 문제 뿐 아니라 지역사회의 건강 문제에도 나서게 되는 것이다.
- **부가 가치.** 협동조합은 의료자원을 더 효율적으로 재분배하는데 참여한다. 또한 기존에 존재하던 서비스를 개선해야 한다. 협동조합의 포지션은 일반 기업이든 지역사회 조직이나 정부 조직이든 다른 조직들과 ‘불건전한’ 경쟁 상황에 놓이지 않게 해야 한다.
- **포용적인 방식.** 협동조합은 지위나 지불능력과 상관없이 모든 사람들이 보건서비스에 접근할 수 있도록 해야 한다. 이 접근성의 의무는 보건 서비스에 대한 캐나다 법의 보편성과 접근성의 원칙에 부응하는 것이다. 이러한 원칙이 천명되면 서비스 접근성 문제는 협동조합에서 일하는 의사의 수와 같은 여러 구조적 문제에 달려 있다.
- **다변화된 서비스 제공.** 협동조합은 서비스 제공에 있어 새로운 부가가치를 창출해야 한다. 서비스 제공은

단지 치료를 해주는 것만이 아니라 동시에 예방과 건강 증진 서비스를 포함해야 한다. 예방과 건강 증진을 실행하려면 지역의 건강 문제와 협동조합 조합원인 이용자들의 문제가 무엇인지 파악해야 한다.

- **연회비.** 다양한 프로젝트의 재정적, 사회적 성과에 대한 분석을 통하여 협동조합에 연회비를 내는 것이 필요하다는 결론을 도출하게 되었다. 그 까닭은 여러 가지다.
 - | 협동조합이 다각적인 수입구조가 존재하는 경우를 제외하고는 재정적 지속가능성과 협동조합의 인프라를 유지하기 위해서 임대수입에만 의존할 수 없기 때문이다.
 - | 연회비를 통하여 공적 제도가 책임지지 않는 추가적인 서비스를 실행할 수 있기 때문이다.

연합회의 권고사항은 건강협동조합 내 연회비 정책이 시행될 수 있도록 촉진하였다. 그렇지만 연회비의 화폐적 가치는 사회적으로 공정하고 협동조합의 수입의 필요성 뿐 아니라 해당 지역사회 가정의 소득 수준도 고려해야 한다. 또한 연회비가 서비스 접근성의 조건이 되어서는 안 된다. 비록 이러한 관행이 퀘벡의 여러 협동조합에 핵심적이고 이로온 역할을 했지만 많은 조합원들의 항의를 받기도 하고 당국에 불평이 접수되기도 했다. 이러한 관행이 서비스 접근의 조건이 되지만 않는다면 합법적인 것으로 판결이 났지만

조합원들이 어떻게 받아들이는가는 협동조합의 교육 수준과 각 협동조합이 제공하는 서비스의 다양성과 조합원들의 소속감에 달려있다.

- **의사를 포함한 보건 전문직종사자들의 참여.** 협동조합은 가능한 한 초기부터 의사를 포함, 보건 전문직종사자들의 참여를 독려해야 한다. 연합회는 의사의 경제적 참여를 권장한다. 이렇게 함으로써 의사들은 소속감을 가질 뿐 아니라 의사로서 사회적 유용성을 느낄 수 있고 협동조합의 지속성에도 기여하게 된다.
- **서비스 통합.** 연합회는 건강협동조합의 발전은 지역 보건사회서비스 네트워크와의 협력을 통해 이루어지는

것이 바람직하다고 간주한다. 협동조합의 책임자들은 지역의 보건사회서비스통합센터의 대표자들과 협력적 파트너십을 이루기 위해 노력해야 한다. 이를 위해 건강협동조합의 운영과 역할, 기여에 대해 교육을 시행할 필요가 있다.

- **재정 파트너.** 건강협동조합의 대표자들은 지역의 모든 파트너들을 고려해야 한다. 지자체, 민중 금고, 보건사회서비스통합센터, 동업종의 일반 기업, 지역사회와 사회적경제 파트너들, 정부 부처, 재단, 사회경제적 개발 조직 등.

건강협동조합 발전의 장애물

캐나다와 퀘벡의 보건체계는 아주 복잡하다. 그 체계 속에 사회적경제 출신의 자율적인 시민이라는 구성 요소를 끼워 넣으려면 보건 체계를 아주 잘 알고 있어야 한다. 보건서비스를 제공하려는 협동조합에게는 진입 장벽이 많다. 대략 다음과 같은 걸림돌이 존재한다.

- **학식과 지식.** 보건 부문은 과학, 행정, 법, 규제, 공동체, 정치, 사회학 등 다차원적인 성격을 가진다. 오랫동안 시민들은 핵심적인 서비스 조직과 관련된 의사결정에서 배제되어왔을 뿐 아니라 스스로의 건강을 책임지는 문제 또한 외면해왔다. 1차의료 서비스 조직을 겨냥한 건강협동조합 프로젝트를 발전시킨다는 것은 다양한 지식을 집단 전체가 이해하고 숙달되어야 한다는 것을 뜻한다.
- **문화와 정치.** 여러 문화권과 여러 나라에서는 보건서비스 전달과 운영에 시민이 책임지고 참여하는 것을 당연하고 바람직하게 여긴다. 그런데 퀘벡의 역사를 보면 의학 및 보건사회 문화는 의학적 정당성을 가진 의사들이 지배하고, 보건서비스 운영은 관료주의와 기술관료주의가 지배하는 문화를 발전시켜왔다고 할 수 있다. 사회주의 국가들과도 비교해볼 때 퀘벡의 체계는 과도하게 중앙집권적이고, 관료적이고, 시민참여에 폐쇄적이다. 여기에는 공적 체계와 동업조합단체들로 양극화가 이루어져 있는 상황이다. 동업조합단체들은 한편으로는 다양한 직업군을 대표하고, 다른 한편으로는 환자와 납세자들의 권리수호 단체들을 대표한다.

건강협동조합과 사회적경제는 종종 외부 주체로 인식되어 보건 체계 내에 포함되고 인정되기가 쉽지 않은 일이다.

- **의사의 채용과 의료인력지방플랜.** 퀘벡의 모든 지방이 동일한 수준의 의료서비스 접근성을 보장받고 있지 못하기 때문에 퀘벡 보건사회서비스부는 의료인력지방플랜(PREM)을 실시했다. 이 플랜은 모든 지역 주민들에게 가장 공정한 의료서비스 접근성을 보장하기 위함이다. 보건사회서비스부에 따르면 ‘공정함’이란 지방의 욕구에 따라 의료서비스를 제공하기 위해 필요한 의사를 배치함으로써 각 지방의 주민들에게 공정한 몫의 서비스를 보장하는 것이라 한다. 따라서 의사들은 이전하기 전에 PREM의 재배치를 허가를 받아야 한다. 협동조합 또한 퀘벡의료보험공단(RAMQ) 활동의 55% 이상에 상응하는 과업을 수행하기를 원하는 의사들을 접촉하기 전에 PREM을 고려하여 채용 전략을 수립해야 한다. 만약 PREM이 다 찼다면 이미 해당 지방에서 허가를 받은 의사들을 찾아야 한다.
- **부동산과 재정.** 협동조합은 협동조합과 의사들의 욕구에 맞고, 개인 정보의 기밀유지와 안전을 보장하면서 다양한 사업을 병행할 수 있는 위치나 건물을 찾아야 한다. 이를 위해서는 많은 비용이 들어가고, 상당한 유지 관리 비용과 자본을 동원해야 한다.
- **전문직종 조합원들의 지위.** 협동조합은 노동자나 생산자 조합원(지원조합원만 가능)으로 의사들을 채용할

수 없다. 왜냐하면 직업법(Code des professions)에 의사들은 직업적인 목적으로 협동조합을 구성할 수 없다고 되어 있기 때문이다. 결사의 자유 원칙에 따라서 그들은 조직의 사명을 지원하거나 민주적 운영에 참여하는 등의 목적으로 지원조합원 같이 개인의 자격으로 협동조합에 참여할 수는 있다.

- **협동조합 교육.** 협동조합은 이용자들에게 협동조합의 원칙과 운영에 대한 교육을 실시해야 한다. 이 뿐 아니라 조합원 자격 획득을 위한 출자금과 연회비(필요할 경우)를 내는 것을 꺼리는 이용자들이 있다는 점도 알아야 한다. 어떤 사람들은 연회비를 통상 무상으로 제공받는 서비스에 대한 대가를 지불하는 것으로 오해하기도 한다. 따라서 협동조합은 수령한 출자금과 연회비는

협동조합의 자본을 구성하고, 그들 소유의 인프라를 위한 비용에 충당되는 것인지 진료비용을 청구하는 것이 아니라는 점을 분명히 해야 한다.

- **기술과 의료인프라.** 의료행위에 대한 IT의 발달로 인해 협동조합은 행정의 편이성과 전문직종사자들의 노동을 고려하여 초기부터 어떤 기술을 택할지 선택해야 한다. 그 이유는 다양하다. 예약과 서비스 범주 운영, 조합원들의 정보 및 의사소통, 현대 의학의 효율적인 실행을 위한 다양한 시설 및 의료서류의 관리 등이 달려있기 때문이다.
- **경쟁력 있는 클리닉의 ‘시장’.** 이 주제는 보고서의 다른 부분에서 다루었다.

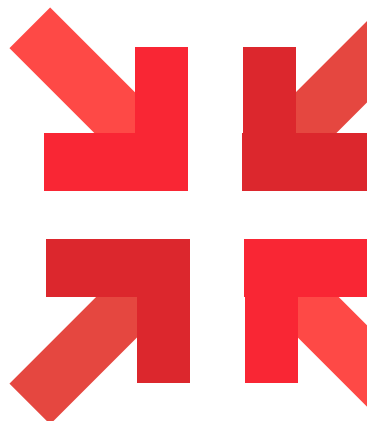


성공적인 사업의 공통적인 특성

성공을 원하는 건강협동조합클리닉은 복잡하고 부단히 변화하는 총체적인 환경에 적응하면서 지역사회에 뿌리내려야 한다. 어느 정도 성공을 거둔 협동 공통적으로 유사한 접근방식을 가지고 있었다.

- 성공적인 협동조합들은 조합원들과 지역주민들의 자문을 구하고, 의사결정을 하도록 유도하면서 1차의료 서비스 및 돌봄 서비스의 접근성을 높였다.
- 보건서비스의 보편성과 공적 체계에 내재된 사회적 성과를 켜야 한다는 점을 인정하고, 존중하고 강화하도록 노력했다.
- 다양한 지배구조 메커니즘을 통하여 이용자들이 의료서비스의 발전과 운영에 참여하도록 만들었다.

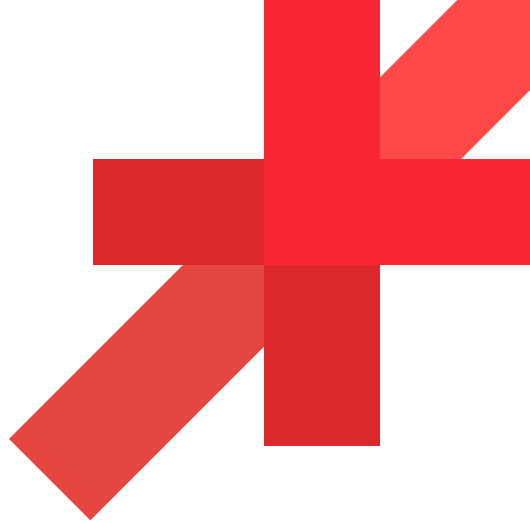
- 대부분의 경우 양질의 치료서비스를 보장하면서도 예방과 건강증진에 기초한 의학의 실천을 중시했다.
- 보건 네트워크 종사자들과 상호보완적인 관계를 형성했다.
- 퀘벡 보건 체계의 재조직과 낮은 재정 투입이라는 현실 속에서 협동조합이 의료서비스 민영화에 대한 대안을 형성할 수 있다는 것을 보여주었다.
- 의료적, 사회적, 공동체적인 요소를 통합하며 건강에 대한 총체적인 접근이 가능하도록 조성했다.
- 공권력과는 거리를 두면서도 공적인 네트워크와 협력과 상조에 기반하여 경영의 자율성을 보장했다.
- 조합원들과 지역사회의 필요와 열망을 수호하면서도 정부정책의 목표 실현과 우선과제를 존중했다.



다른 모델과 비교한 건강협동조합의 강점

- 건강협동조합들은 종종 근린 보건서비스가 존재하지 않거나 없어진 지역에서 서비스를 제공한다.
- 지역사회에서 전문직 조사자들을 더 잘 유지하게 한다.
- 조합원들이 그들의 총체적인 건강 문제를 책임지도록 하여, 자원 부족으로 국가가 우선 순위에 두지 않는 활동 영역으로까지 서비스를 확장한다.
- 보건사회 쟁점을 둘러싼 문제에 민주적인 의사결정과 지역사회 조직화를 가능하게 한다.

- 다변화된 근린 보건서비스를 제공하고, 협력자들과 유사하거나 상호완적인 사명을 가진 조직들을 받아들인다.
- 협동조합에 관한 법과 규칙에 의거하여 이해충돌 부재와 비영리 운영이라는 윤리적 규범을 협동조합 운영에 포함한다.
- 협동조합의 원칙과 문화와 전통에 의거하여 협동조합들 및 지역 파트너들과의 협력과 상호협동을 조성한다.
- 지역사회가 위험과 재정 부담을 나눌 수 있도록 한다.



퀘벡 건강협동조합의 현황

2018년 2월에 퀘벡 건강협동조합 및 재가서비스협동조합 연합회는 퀘벡 건강협동조합 현황을 정리하는 작업을 시작했다⁵⁷. 이 연구에서 다음과 같은 전체적인 상황을 확인했다.

연합회의 추계에 따르면, 현재 퀘벡에는 50여개의 건강협동조합이 있고, 그 중 3/4은 활동중이다. 이 협동조합들은 14개 지방행정구역을 커버하면서 약 50만 명을 대상으로 200명의 주치의, 50명의 간호사, 수 십 명의 보건전문직 종사자들로 이루어진 서비스를 제공하고 있다.

(중략) 이 협동조합들은 (중략) 다음과 같은 중요한 쟁점에 직면하고 있다 :

- 의료인력 및 조합원 유치와 유지
- 운영 비용 충당
- 서비스 개발
- 같은 업계와 정부 조직들로부터의 인정
- 지역보건네트워크와의 상호보완성

건강협동조합은 지역의 경제 개발에 지렛대가 되고자 하므로 이들의 비전은 지역 개발과 지역 활성화 기준에 부합한다. 그런데 건강협동조합이 재정적 자율성을 이룩하기 위해 많은 노력을 기울인다 할지라도

건강협동조합은 개인들과 지역사회에 속하는 것이므로 이들의 지지를 받아야 한다.

다른 한편, 이 연구는 보다 구체적인 측면에 주목한다. 우선, 조합원 및 의료 인력 유치와 그들의 충성도를 확보해야 할 과제가 있다.

2016년에 정리한 상황에 따르면, 협동조합에 따라 의사들의 분포가 고르지 않은 것으로 드러났다. 전일제 의사는 0~10명, 시간제는 0~15명이고, 각 협동조합에서 전일제와 시간제 의사들의 수는 평균 2명과 3명이다. 어떤 건강협동조합들은 의사가 한 명도 없는 경우도 있지만 조합원들의 욕구에 부응하기 위하여 적극적인 채용 절차를 밟고 있었다.

고용된 의사 및 여타의 의료자원의 부족에도 불구하고, 건강협동조합의 반 정도가 폐업의 위기에 처한 의료클리닉의 불씨를 이어가기 위해 설립되었고, 다른 반은 그 지역에서 없었던 새로운 서비스를 제공한다는 점 또한 기억해야 할 것이다.

또한 건강협동조합 설립 및 운영 시 재정조달 문제가 있다.

건강협동조합 운영에 필요한 재정은 주로 이용자조합원의 연회비로 조달된다. 그런데 조합원당 연회비 액수는 협동조합에 따라 차이가 크다.

임금, 사회보장분담금, 감가상각비, 임대료, 사무국 유지관리비 등 5대 지출 항목이 4년간의 총매출 증가에 비해 더욱 빠른 속도로 증가하여 이에 대한 성찰이 요구된다. 또한, 건강협동조합의 평균 총매출이 300,000\$이지만 전체 조직의 약 36%가 마이너스 성장을 기록하고 있다. 그 결과 건강협동조합 리더들의 의지로 기업가 정신이 대두되고 있지만 재정적 안정성을 이루기에는 아직 요원한 상황이다.

다음 장에서는 서비스 개발 문제를 다룬다.

서비스 다변화는 건강협동조합의 능력제고 전략과 연결된 문제다. 실제 서비스를 다변화함으로써 지역의 다른 조직에 비하여 조합원들에게 더 이익이 되는 서비스를 제공하고자 혁신하는 조직으로서의 진면목을 보여줄 수 있기 때문이다. 이러한 의미에서 건강협동조합은 지역에서 제공되는 서비스 및 조합원들의 욕구와 시너지 효과를 창출하는 지속가능한 서비스를 개발하는 데 성공했다.

(중략) 서비스 제공의 다변화로 인하여 조합원 가입 및 서비스 이용이 증가하는 결과를 가져왔다.

(중략) 몇몇 건강협동조합들은 공중보건 네트워크와는 별도로 개인건강기록(dossiers de santé personnels, DSP) 전산화 작업도 추진하였다. 이는 건강 데이터를 전산화하기 위함이며, Telus와 같은 거대 영리기업과는 독립적으로 추진된 작업이다. 이를 통해 모든 시민은 자신만의 건강수첩을 가질 수 있으며, 처방전이나 다른 목록에 더하여 자신의 의견도 첨부할 수 있다. 이 전산화 도구를 매개로 환자는 더 편리하며, 자신의 서류를 열람할 수 있고 필요할 경우 그것을 다른 의료진들과의 검진이나 사후관리에도 활용할 수 있게 되었다.

건강협동조합의 지역화 또는 지역과의 관계 문제는 다음과 같다.

자신이 거주하는 지역 가까이에서 1차의료 서비스를 이용할 수 있다는 것이 건강협동조합이 창출하는 부가가치라는 점을 부인할 사람은 없을 것이다. 2012년의 퀘벡 건강협동조합 현황자료에 따르면, 40% 이상이 새로운 서비스를 창출하기 위하여 민간 클리닉을 인수한 것으로 드러났다.

(중략) 이러한 상황은 지역주민이 자신의 지역에 더 큰 소속감을 가질 수 있도록 한다. 따라서 건강협동조합 및 여타의 협동조합들이 제공하는 근린 서비스의 가치를 제고해야 할 필요성이 분명하다.

그 다음에는 지역공중보건네트워크와의 상호보완성 문제를 다룬다.

(중략) 지역주민의 감소로 인하여 자원이 제한적인 상황에서 의료인력 채용은 점점 어려워지는 상황이며, 시간제를 구하기도 어렵다. 또한 현재 여러 건강협동조합이 CISSS/CIUSSS와 협력 약정을 체결하지 못한 상황이라는 점 또한 강조하고자 한다.

(중략) 다른 한편, 건강협동조합이 지역의 서비스 제공에 맞는 클리닉이자 조직으로서의 사업 내용을 정하기 위하여 실행하고 있는 많은 예방, 건강 증진, 치료와 관련된 활동을 점검하는 것이 필요하다.

건강협동조합은 의사들이 검진에 집중할 수 있도록 해주고, 통상 의사들이 다른 곳에서 의료행위를 할 때 보다 그의 행정비용과 책임감을 덜어준다.

보고서의 마지막 부분은 건강협동조합이 직면하는 도전과 해결책을 다룬다. 그 중 몇 가지를 소개하면 다음과 같다.

건강협동조합을 대상으로 2016~2017년에 이루어진 컨설팅 결과에 따르면, 이들이 처한 주요한 도전은 의사 채용 문제가 68%, 현재의 활동조합원 유지의 어려움 또는 신규 조합원 가입의 어려움이 28%로 드러났다.



57 Fédération des coopératives de santé et de services à domicile du Québec (2018) Bilan santé 2017-2018 Coopératives de santé au Québec : Connues et reconnues du local au régional, Québec, 28 p.

서비스 다변화

일부 건강협동조합의 경우 제공하는 서비스가 다양하지 않아 수입 구조 또한 협소하여 있던 서비스가 축소되거나 없어지는 경우 문제를 야기하게 되었다.

또한 건전한 생활 습관 진흥, 신체활동 소모임이나 컨퍼런스 참여 등 건강증진 및 예방 활동 서비스 제공이 경쟁적 우위를 점하게 할 수 있다.

조합원제도

여러 협동조합 리더들은 “조합원은 견고하지 않다. 조합원을 상수로 받아들이면 안된다”고 단언한다.

하나의 해결책은 이용자들에게 조합원이 되면 비조합원들이 누리지 못하는 혜택이 주어진다는 것을 보여주는 것이다. 예컨대 협동조합 내외부의 다른 전문직종사자들이 제공하는 서비스에 대해 우대가격

혜택을 받을 수 있다거나, 지역 상인들로부터 할인 혜택을 받는 등 여타의 차별적인 장점이 있다. 또한 건강협동조합의 조합원들은 자신들의 기업인 협동조합 안에서 각자 중요한 역할이 있음을 보여주어야 한다

홍보

어떤 협동조합들은 거의 알려지지 않았거나 잘못 알려진 경우도 있다. 즉 잠재적인 이용자들이 협동조합이 제공하는 서비스의 내용을 잘 모른다는 것이다.

따라서 다수 대중과 현재의 조합원들을 대상으로 협동조합의 서비스를 홍보하는데 주저하지 말아야

할 것이다. 조합원 가입의 장점, 지역의 다른 기관이 제공하는 서비스와 비교한 협동조합의 장점을 등을 알려야한다.

소재지

어떤 협동조합들을 목이 안 좋은 위치에 소재하거나 (행인들이 드문), 낮은 건물에 들어가 있어 고객 유치에

도움이 안 된다. 또 다른 협동조합들은 확장하고자 하나 이를 위한 공간이 부족한 경우도 있다.

실제 재정 상태

어떤 리더들은 자기 조직의 재정 상태에 대해 거의 아는 것이 없는 경우도 있다. 이럴 경우 의사결정에 오류를 범하거나 신속하게 의사결정을 하지 못하는 상황이 발생할 수 있다.

(중략) 정기적으로 재정 상황을 분석하는 일의 중요성을 과소평가해서는 안 될 것이다. 가장 이상적인 방식으로는 너무 늦기 전에 긍정적인 의사결정을 하기 위하여 매달 하는 것이 좋다. 무엇 때문에 수입이 감소했으며, 지출이 증가했는지 분석해야 한다.

이러한 건강협동조합의 현황은 일차의료서비스 ‘시장’과 관련된 쟁점은 고려하지 않고 있다. 사실, 지역보건사회서비스센터(CLSC)를 배제함으로써 건강협동조합은 약국 체인점이나 거대 식품품 체인점 소유주인 의사클리닉들이 의사들에게 발휘하는 강력한 흡인력 문제에 대처해야 한다. 하지만 이 사안에 대한 정보가 거의 없다. 그러나 몇 해 전부터 이 분야에서 집중화현상이 관찰되고 있다. 그 결과 이 의사들의 클리닉을 유치하기 위해 많은 재정이 투여되고 있다. 대략적인 상황은 다음과 같다.

1987년 이후 맥마흔 의약품공급회사가 퀘벡의 브뤼네 (Brunet)약국을 소유하고 있다⁵⁸.

캐나다 영어권에서의 주요 상호인 Shoppers drug mart 체인이 퀘벡에서는 Pharmaprix라는 이름을 달고 있다. 이 상호는 2013년 이후 Loblaws 식품그룹⁵⁹의 소유가 되었다.

퀘벡의 주요 약국 체인인 쟁 꾸뛰 약국그룹(Groupe Pharmacie Jean Coutu, PJC)이 메트로(Metro) 식품그룹⁶⁰에 인수되었다

그런데 역설적인 상황은, 퀘벡에서 거대 약국 체인점들이 형성되었지만 시민들이 모여 협동조합 약국을 설립하거나 소유하는 것은 법적으로 금지되었다는 사실이다!

현황 설명을 추가하자면, 건강협동조합은 퀘벡의 공공정책에서 제대로 인정받지 못하고 있으며, 인정받는다 해도 주변에 머물고 있어, 각 건강협동조합이 해당 지역과 보건단체들 연합회에서 인정받는데 심한 압박을 겪고 있는 실정이다.



58 <https://www.brunet.ca/fr/a-propos/historique.html>

59 <https://www.ledevoir.com/economie/382979/loblaw-achete-shoppers-drug-mart-et-pharmaprix-pour-12-4-milliards>

60 <https://www.jeancoutu.com/corpo/a-propos/historique/>

향후 전망 및 한국과 퀘벡의 협력의 가능성

한국은 1989년⁶¹부터 혼합적인 보편적 의료체계를 시행했다. 2004년에 이 체계는 캐나다와 마찬가지로 단일 지불자 방식의 전적인 국가체제로 발전했다.

한국에서 최초의 건강협동조합은 1994년에 탄생했고, 2003년에 한국의료생활협동조합연합회가 구축되었다. 2012년에 협동조합기본법의 도입으로 연합회는 2013년에

한국의료복지사회적협동조합연합회(Korea Health Welfare Social Co-operatives Association, KHWSCA)로 변경했다. 2018년 현재 KHWSCA는 41,000명의 조합원을 둔 22개의 지역 협동조합 회원으로 이루어져 있으며, 8개소가 설립중으로 확대되는 추세다.

한국의료복지사회적협동조합연합회의 구조

	회원 협동조합 수	전체 조합원 수	자본 (캐나다 \$)	수입 (캐나다 \$)
2017	22	41,224	14,164,482\$	39,106,649\$

2018년 현재 8개 지역에서 설립준비 중.

한국 보건 체계는 큰 틀에서 보면 캐나다와 아주 유사하다. 따라서 캐나다의 건강협동조합들도 한국과 유사한 틀에서 활동한다고 할 수 있겠다. 그런데 의료사협연합회의 활동보고서를 보면 한국의 의료사협들은 결속력이 아주 강하며, 예방과 건강 증진을 훨씬 더 많이 강조하는 듯 보인다. 연합회가 정의한 바에 따르면 의료사협들의 가치와 비전은 다음과 같다.

- 조합원들에 의해 민주적으로 경영되는 의료기관을 운영한다.

- 성, 소득, 건강상태에 관계없이 모든 사람에게 양질의 의료서비스를 제공한다.
- 건강한 지역사회를 만들기 위해 일한다. 특히 :
 - | 건강과 관련된 사안을 논의하기 위해 공동체와 이용자 포럼을 만들고
 - | 건강 증진과 예방 활동을 강조한다.

퀘벡과 비교할 때 한국의 건강협동조합들은 건강에 대하여 훨씬 더 전일적인 비전을 적용한다는 점이 확인된다. 의료사협의 활동보고서를 보면, 일본의 의료생활협

따라 한국의 의료사협들은 건강의 결정요인들에 각별한 관심을 기울이는 것으로 보인다. 예컨대 주거 조건의 개선, 지역사회의 삶의 질, 사회관계가 그들의 활동 영역에 속하며, 특히 건강 증진과 예방 활동을 활성화하는 사명을 가지는 지역사회 건강리더 양성에 심혈을 기울이고 있다.

또한 한국의 의료사협들은 노인, 거동이 불편한 사람, 만성질환자 등 취약계층에 대한 서비스를 강조한다. 그래서 지역사회의 건강에 긍정적인 영향을 미칠 수 있는 지역사회 프로젝트를 고안하면서 시민들의 참여를 촉진시켜 청소년 마을 가구기 등 지역사회 차원에서 활동한다.

2007년에는 캐나다 건강협동조합들이 일본 방문조사를 수행한 후 퀘벡의 여러 건강협동조합들이 일본의 방식 일부를 실험해보았다⁶². 특히 호베르-폴리쉬 협동조합은 '반 모델'⁶³을 7년간 실험했다. 현재는 해산된 에일메르 건강협동조합은 운영 초기 몇 년 동안 특히 취약계층을 대상으로 건강증진 및 예방 프로그램을 수립하는 데 선구적인 역할을 했다. 하지만 이 보고서가 지적하듯, 긍정적인 영향에도 불구하고 프로그램 운영에 정부의 지원 부재로 인하여 이 프로그램들은 지속성을 담보하기 어려웠다.

몇 가지 차이에도 불구하고 한국과 퀘벡은 중요한 지점을 공유하고 있다. 유사한 보건 체계 안에서 진화해간다는 점 외에도 이들 보건사회협동조합 네트워크들은 나이도 비슷하고(25~30년), 규모도 비교할 만하다(한국 30개, 퀘벡 40여개).

인구 고령화 문제 또한 공히 쟁점이 되고 있다. 2031년에는 65세 이상 인구가 전체 인구의 25%를 상회할 것으로 전망된다. 퀘벡은 한국과 일본 다음으로 급속한 인구 고령화를 겪는 지역이다. 이러한 현상에 직면하여 지역사회가 무엇을 준비할 것인지 고민하는 것이 협력의 한 축이 될 수 있을 것이다. 이 외에도 혁신, 지역 의료네트워크 운영에 시민들의 참여, 그리고 보다 넓게는 건강 결정요인의 강화에 사회연대경제의 기여 문제, 어떻게 취약계층과 위험 계층에 서비스를 제공할 것인지, 의료서비스에서 PA 간호사들의 역할 증가 등의 문제도 있다.

정계와 업계의 많은 주체들이 민간 영리기업의 역할을 확대하려는 시도가 이루어지는 이 때, 협동조합들은 공동적으로 국가와 시민사회(노동조합 포함)가 추구하는 목표를 이루기 위하여 지속가능하고 일관성있는 대안을 제공하고자 한다. 이러한 상황에서 한국과 퀘벡의 건강협동조합 네트워크는 다양한 방식으로 이러한 역할을 인정받기 위하여 활동해왔다.

마지막으로, 학문적인 측면에서 한국과 퀘벡 두 지역의 대학과 건강협동조합들 간의 협력체계를 구축할 수 있을 것이다. 이를 통해 건강 증진과 예방 활동이 건강 지표에 미치는 영향과 재정 운영의 효율성에 대해 자료를 조사하고 연구를 할 수 있을 것이다. 이러한 협력을 통하여 보건 영역에서 UN의 지속가능개발의 목표(ODD)를 측정하는 활동도 할 수 있을 것이다.

61 Cho, Soo-Yeon (2007). The origins and implementation of the national health insurance programs in Korea, 1961-1979. University of Missouri - Columbia.

62 이 보고서 저자 중 한 명이 조직하고 책임을 졌다.

63 구체적인 내용은 다음의 보고서를 참조할 것. Girard, Jean-Pierre et John Restakis (2008) « To life! Japan's model of co-operative health care & what it means for Canada », Making waves, Canada's community economic development magazine, volume 19, no1, p.5-8 <http://communityrenewal.ca/sites/all/files/resource/MW190105.pdf>



결론

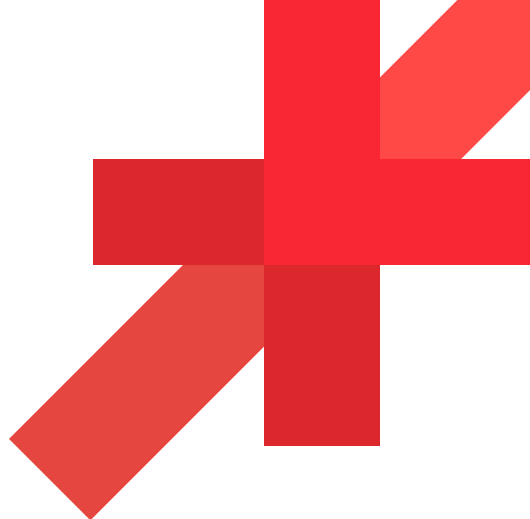
전 세계적으로 건강에 지출되는 비용은 GDP의 10%를 차지한다. 건강 문제는 늘 모든 이들의 고민거리였으며, 그건 어느 나라든 마찬가지다. 퀘벡에서 건강 분야 지출은 정부 예산 구성의 큰 축을 차지하고 있으며, 매 선거 때마다 시민들의 중요한 쟁점이 되었다. 하지만 시민의 참여가 권장되고 공식화된 교육과 같이 다른 분야와는 달리 건강 부문에서는 의사결정 과정에 시민들은 완전히 배제되었고, 생의학계와 의약계의 로비에 휘둘리고 있으며 이들이 정부 재정 지출의 주요한 수혜자가 되었다. 퀘벡에서 건강협동조합의 등장은 이러한 현상과 무관하지 않으며, 이로 인한 서비스의 불균형 문제에 대응하기 위함이다.

퀘벡의 건강협동조합운동은 최근 30년간 설립된 다른 협동조합조직들과 비교할 때 각별한 의미를 가진다. 왜냐하면 정부의 정책적 지원 없이 발전했기 때문이다. 이 보고서에서도 이미 보여주었듯이 사실상 극심한 장애물이 있었음에도 불구하고 확산되었다고 할 수 있다. 우선 1차 의료서비스의 부족에 대응하면서 건강협동조합 사업은 단순히 1차 의료서비스의 틀을 넘어 더 많은 지역주민들의 열망을 담아 진정한 사회 혁신의 실험실이 되었다. 이러한 의미에서 건강협동조합은 응집된 시민사회와 집단 지성의 힘을 분명히 보여주고 있다.

최근 몇 십 년 동안 퀘벡 건강협동조합의 경험은 사회적경제 분야에서 지식의 전수 과정과 실천 단계 변화 메커니즘의 중요성을 드러내주었다. 여러 지역에서 이 모델이 확산되고 단계적으로 적용될 수 있었던 것은 목적의식적이고 체계적으로 지식과 혁신의 전수 메커니즘을 공동으로 구축한 결과이다. 특히 우타우에-로랑피드 협동조합개발센터(CDR)를 비롯한 많은 CDR들이 이 과정에서 선구적으로 나서서 12개 프로젝트에 이 방법을 적용했다. 이러한 방식의 사례 전파가 건강협동조합 모델의 핵심적인 성공 요인이 되었으며, 지역 조건에 맞추면서도 근본적인 중심축을 확산시키고 개선할 수 있었다.

마지막으로 우리는 공중보건과 관련한 쟁점과 건강협동조합 네트워크가 직면한 도전의 측면에서 한국과 퀘벡이 비슷한 상황에 처해있으므로 이에 대해 각별한 관심을 기울일 필요가 있음을 확인했다. 지역주민, 정부, 그리고 건강협동조합 관련 다양한 이해당사자들의 이해에 부합하는 방향에서 이 보고서가 한국과 퀘벡의 협력을 이끌어내는 데 기여하길 바란다. 그리고 다른 사회적경제 부문에서 이루어진 것처럼 건강 분야에서도 장기적이고 결실 있는 협력의 문을 열기를 소망한다.

+ 참고문헌

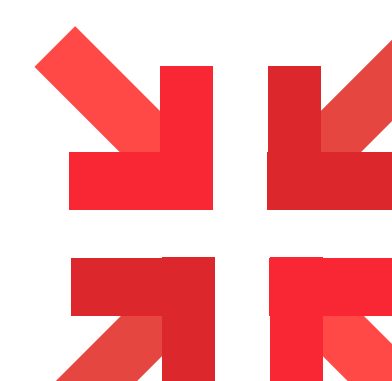


참고문헌

- Brassard, Marie-Joëlle, « Portrait des coopératives de santé au Québec : des pouvoirs à partager », ARUC-DTC, Série recherche, vol 11. octobre 2012
- CDROL, février 2011, « Étude de pré faisabilité, Implantation d'une coopérative de soins de santé à Buckingham » 104 p.
- CDROL, octobre 2013, « Étude de pré faisabilité, Implantation d'une coopérative de soins de santé dans le Nord de la Petite-Nation » 102 p.
- Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ), (février 2018), « BILAN SANTÉ 2017-2018 Coopératives de santé au Québec : Connues et reconnues du local au régional », 28 p.
- Girard, Jean-Pierre et Isabelle Garon (2000), « Les coopératives dans le domaine sociosanitaire au Québec : portrait de la situation », *cahier de recherche*, Chaire de coopération Guy-Bernier (UQAM) et Direction des coopératives, ministère de l'Industrie et du Commerce, Gouvernement du Québec, 43 p.
- Girard, Jean-Pierre (2006), *Notre système de santé autrement : L'engagement citoyen par les coopératives*, Montréal, Fides, 211 p.
- Girard, Jean-Pierre (Eds) (2014), *Better Health & Social Care How are Co-ops & Mutuals Boosting Innovation & Access Worldwide? An International survey of co-ops and mutual at work in the health and social care sector (CMHSC 14)*, Montréal, LPS Productions, 271 p.
- http://productionslps.com/wp-content/uploads/2014/10/International-survey-co_op-and-mutual-Health-and-social-care-CMHSC-14.pdf
- Girard, Jean-Pierre (dir.) (2016), « Health Promotion Preliminary Research Report, Looking back moving Forward », 6th Global Forum on Health Promotion, Charlottetown, 49 p.
- <http://productionslps.com/wp-content/uploads/2016/10/PEI-Forum-Report-En-final.pdf>
- International Health Cooperative Organisation and European Research Institute on Cooperative and Social Enterprise (2018), *Cooperative Health report, assesing the worldwide contribution of cooperatives to health care 2018*, 248 p.
- <https://previewihco.files.wordpress.com/2018/03/cooperative-health-report-2018.pdf>
- Jetté, Christian et Yves Vaillancourt (avec la collaboration de Philippe Leclerc) (2009), « L'économie sociale et les services de soutien à domicile au Québec : coproduction ou coconstruction ? », *Cahier de recherche du LAREPPS*, no 09-07, 20 p.

인터넷 사이트

- <https://www.ledevoir.com/societe/sante/457106/une-clinique-sans-medecin-et-sans-infirmiere>
- <http://www.fiqsante.qc.ca/2016/11/07/cooperative-de-sante-du-nord-de-la-petite-nation-des-donnees-qui-pa/>
- <http://www.coopsantebasselievre.ca/>
- <https://coopsantepetitenation.com/>
- <http://fcsdsq.coop/>



퀘벡의 보건의료 분야에서 건강협동조합과 사회적경제 기업의 경험 :
보건서비스 경영의 지배구조 및 시민과 노동자의 책임과 참여

발행일 2018년 12월

발행처 서울특별시 사회적경제지원센터

수행기관 C.I.T.I.E.S.(사회연대경제의 지식 전수 및 혁신 확산을 위한 국제 센터)



주소 서울특별시 은평구 통일로 684 1동(미래청) 1층

연락처 02-353-3553

홈페이지 www.sehub.net(서울 사회적경제 포털)