

주민자치 의료복지모델로서 의료생협에 대한 탐색적 평가: 안성의료생협 사례분석을 중심으로*

An Evaluation of Medical Living Co-operative as Health Care Welfare Model
by Citizen Autonomy: In Case of Ahnseong Medical Living Cooperative

김 선 희**

Kim, Sunhee

Ⅰ 목 차 Ⅰ

- I. 서 론
- II. 의료생협에 대한 평가모형 구성
- III. 의료생협 사례 개관
- IV. 의료생협 조직활동 분석 및 평가: 안성의료생협을 중심으로
- V. 결 론

공공의료체계가 미약하여 국민건강권이 위협받고 있는 현실에서 주민자치 의료복지모델로서 의료생협(의료생활협동조합)이 공공의료의 대안으로 등장하고 있다. 의료생협은 주민의 자발성과 연대성을 바탕으로 그들이 주체가 되어 공공의료의 비효율성과 민간의료의 상품화에서 오는 문제점들을 극복할 수 있다는 장점을 가지고 있다. 본 연구에서는 현재 활동중인 의료생협 가운데 가장 성공적 모델로 평가받는 안성의료생협을 중심으로 하여, 시민단체의 특성변수로 조직적, 행태적, 가치적 차원의 평가지표를 도출하고 이에 따라 활동 현황을 분석함으로써 그 구조적 가능성과 한계를 살펴보았다. 분석결과, 의료생협 활동은 주민참여형 공공의료제도 모델이라는 새로운 가능성에도 불구하고, 관리능력 및

* 본 논문의 주요 분석대상인 안성의료생협에 관한 내부자료 제공 및 인터뷰에 친절하게 응해 주신 김보라 전무이사님께 감사를 포함합니다.

** 고려대학교 정부학연구소 연구원

논문 접수일: 2009. 2. 10 심사기간(1,2차): 2009. 2. 16 ~ 3. 17, 게재확정일: 2009. 3. 18

전문인력의 부족, 재정 불안정, 시민자원의 부족 등 전통적인 일반 시민단체가 갖고 있는 구조적 한계를 벗어나지 못하고 있는 것으로 나타났다. 의료생협이 갖는 이러한 약점들은 시민단체의 이상적 지향인 자발성이나 독립성, 자치성 등의 가치들을 추구하는 과정에서 나타난 것으로 분석되었다.

□ 주제어: 주민자치, 의료생협, 주민자치 복지모델

Since Korea has experienced vulnerable problem of public medical system, there are lots of interests in the medical living cooperative as voluntary welfare systems. Based on voluntaries and solidarity among citizens, health cooperative has advantage of overcoming not only the inefficiency from public health system but also over-commercialization from private one. This study will examine the structural constraints of health cooperative in terms of organizational, behavioral and value dimension by analyzing the case of AhnSeong medical living cooperative. Our analysis shows that even if a lot of possibilities of medical cooperative, it has faced structural constraints such as instability in organizational structure and management system in its structure, vulnerable leadership and isolated independence in its behaviors and conflict around publicness and voluntariness in its value.

□ Keywords: Citizen Participation, Self-Governance, Medical Living Cooperative, Local Healthcare Model

I. 서론

인권, 환경, 정치, 경제, 복지, 문화 등 여러 분야에서 시민단체¹⁾가 활동하고, 수많은 시민단

1) 시민단체, 즉 비정부·비영리 민간단체를 의미하는 용어에는 NGO(Nongovernmental organization)와 NPO(Nonprofit organization) 이외에 CSO(Civil society Organization), VO(Voluntary Organization), CBO(Community-Based Organization) 등 다양한 용어들이 있지만, 우리나라에서는 주로 NPO와 NGO라는 용어가 주로 사용되고 있다. NPO와 NGO는 비정부, 비영리성, 자발성 등의 요소를 포함하고 있다는 점에서 동일하지만, NPO의 개념이 사회 서비스 전달에 있어서의 비영리성에 초점을 둔 반면, NGO는 상대적으로 정부를 견제하고 비판하는 정책옹호의 기능을 갖는 비정부성의 측면을 강조하고 있다는 점에서 구별될 수 있다. 본 연구에서의 시민단체 개념은 NPO를 의미한다.

체들이 생겨나고 있다. 일반적으로 시민단체는 ‘정부의 역할을 견제’하거나 ‘공공서비스 제공’ 등의 기능을 통해서 중요한 공적 역할을 수행하고 있다. 한국사회에서 시민단체에 대한 연구는 민주화과정을 거치면서 사회운동 중심으로 진행되었으며, 민주화 이후에는 구체적 정책안과 관련하여 정책옹호(policy advocacy) NGO들의 활동에 초점이 두어졌다. 보건의료분야의 시민단체들에 대한 연구에 있어서도 주로 건강보험 통합정책이나 의약분업 정책과 관련하여 의료개혁의 주도세력으로서의 그 역할에 대한 논의가 주를 이루고 있다(김시완, 2000; 김연명, 2000; 김용익, 2000; 김창엽, 2000; 이덕승, 2000). 그러나 사회적 다양성이 증가할수록 정부의 직접적 서비스 제공에 대한 한계가 나타나고 있으며 이로 인해 공공 서비스를 제공(service delivery)하는데 있어 시민단체들이 중요한 역할을 수행할 수 있다(Weisbrod, 1997). 일반적으로 서구에서는 복지국가의 위기와 같은 정부의 실패가 존재하는 데에서 시민단체의 필요성을 찾을 수 있는데 반해, 한국 의료부문의 경우에는 정부의 과소개입이나 과소투자로 인한 실패를 보완하기 위한 측면에서 시민단체의 역할이 기대되고 있다(조병희, 2001).

시민단체의 공공서비스 제공과 관련해 최근에는 지역내 자체 보건의료문제 해결을 위해 주민들이 공동출자로 의료기관을 직접 설립, 운영하는 의료생활협동조합(이하 의료생협) 운동이 확산되고 있다. 의료생협에 대한 기존 연구들은 대안의료기관인 이른바 ‘도시 속 섬마을 보건소’의 역할을 강조하면서 한국사회의 의료시스템이 민간 부문 주도로 형성되면서 공공 의료공급체계가 미약하여 건강권에 위협을 받고 있기 때문에, 이에 대한 자구책의 차원에서 의료생협의 활동이 의료의 공공성 확보를 위한 대안운동이라는 점을 강조하고 있다(김성훈, 2003; 이인동, 2002; 이재광, 2002; 변진옥, 2003; 변홍철, 2001). 이러한 연구들에서는 보통의 시민운동이 시민없는 시민운동의 성격을 가지는 반면, 생활협동은 조합원의 적극적 참여와 출자를 통해 운영되기 때문에 기존 시민운동과 비교해 볼 때 주민자치적 성격 측면에서 차별성이 있다는 것을 강조한다.

의료생협에 대한 이같은 선행연구들은 자발적 시민단체로서의 의료생협이 현 보건의료체계의 모순을 극복할 수 있는 대안이라는 측면을 강조하면서, 의료생협 활동의 목적과 의의 및 활동내용을 소개하는데 그치고 있으며, 의료생협 활동을 평가하는 것과 관련된 이론적 차원의 논의가 피상적이고 구체화되어 있지 못하다는 한계가 있다. 또한 의료생협 조직의 활동을 ‘독립변수’로 하여 이것이 갖는 보건의료 소비자운동으로서의 성격에 초점을 두고 연구들이 수행되면서, 비영리기관(NPO)으로서 의료생협이 현 보건의료체계의 모순을 극복할 수 있는 대안이라는 측면을 강조하는 일종의 신화(myth)가 반영되어 있다고 보여진다. 대안운동으로서의 성격을 강조하면서 의료생협이 갖는 긍정적 측면만 강조한다거나, 혹은 자발성과 참여

그리고 정부로부터의 독립성을 강조하면서 의료생협의 이상적인(ideal) 측면만 소개되고 있기 때문이다.

그러나 Salamon(1994)이 지적하듯이, 시민단체는 긍정적 효과 이외에 조직으로써 가질 수 밖에 없는 관료제적 속성이나 복지축소의 방편으로 활용될 수 있다는 부정적 측면 또한 갖고 있는 것이 사실이다. 따라서 순수한 덕성의 신화(myth of virtue)나 자발성의 신화(myth of voluntarism)에 경도되어 시민단체를 편향적으로 바라보는 것은 한계가 있다. 따라서 의료생협이 점차 확대되고 있는 추세이고, 현 보건의료체계의 문제점을 보완할 수 있는 대안으로서의 가치를 고려할 때 조직진단 차원에서 의료생협 활동에 대한 평가가 요구된다고 할 수 있다. 즉, 대안운동으로서의 가치나 규범에 경도되지 않고, ‘공공 의료서비스 제공’이라는 기능을 수행하는 의료생협에 대해 객관적으로 평가하고 분석하는 작업이 필요하다.

본 연구에서는 ‘주민자치 의료복지 모형인 의료생협 활동이 어떻게 수행되고 있는가?’를 고찰하기 위해 공공서비스 생산을 위해 요구되는 시민단체의 특성 변수들을 도출하고 이를 평가지표로 하여 의료생협 활동을 평가하고자 한다. 1장의 서론에 이어서 2장에서는 시민단체로서 의료생협의 성공조건을 검토한 후 의료생협 활동 평가를 위한 평가모형과 지표를 제시한다. 3장에서는 의료생협 활동의 목적과 의의를 고찰한 후, 우리나라 의료생협의 현황을 개괄적으로 살펴본다. 4장에서는 안성의료생협을 중심으로 조직적 차원, 행태적 차원, 가치적 차원에 대한 의료생협 활동을 분석 및 평가하기로 한다. 마지막으로 5장의 결론에서는 본 연구의 내용을 정리하면서 본 연구가 갖는 이론적, 정책적 함의를 제시한다.

II. 의료생협에 대한 평가모형 구성

1. 시민단체로서 의료생협의 조건

일반적으로 시민단체는 환경의 다양한 수요자를 위해서 구체적인 공익목표를 달성하기 위해 자발적인 동기에 의해 책임감을 가진 구성원이 신축적이고 수평적인 구조 속에서 회비나 기부금을 통해 운영하는 조직이다(조무성, 2000)²⁾. 시민단체로서 의료생협이 성공하기 위해

2) 시민단체의 특징은 다른 조직(행정조직, 경영조직)과의 비교를 통해서 분명해지는데, 그 일반적 특성은 다음과 같다.

서는 활동과정에서 극복해야 하는 다양한 구조적 제약점이 존재한다. Salamon(1995)은비영리부문이 본질적으로 불충분성, 온정주의, 특수주의, 비전문주의 등의 내재적 특성을 갖고 있어 사회서비스를 제공하는데 한계가 있다는 이른바 ‘자발적 부문의 실패이론(voluntary failure theory)’을 제시하였다(Salamon, 1995: 44-49, 103-114). 이숙종·양세진(2007)은 시민단체가 갖추어야 조건을 책임성(accountability)으로 규정하고 그 하위범주로 ① 비전, 사명, 목표, 전략, 사업간의 한 방향 정렬, ② 성과, ③ 재무적 투명성, ④ 의사결정의 민주성, ⑤ 사업 운영 프로세스 규정화, ⑥ 회원 및 이해관계자 참여 등을 지적하고 있다. Bickle and Wilkins(2000)에서는 생협과 관련된 사업의 성공을 위해서는 가치(value), 구조(structure), 행태(behavior)라는 세 변수간 적절한 균형이 필요하다고 보고, ‘협동을 위한 삼각모형(the co-operative triangle model)’을 제시하였다. 시민단체로서 의료생협의 갖추어야 조건들을 정리하면 다음의 세 가지로 정리할 수 있다.

1) 조직적 조건: 구조와 운영

시민단체도 특정한 목적을 달성하기 위해 2인 이상이 모인 협동체로서 하나의 조직이라고 할 수 있다. 시민단체도 하나의 조직이기 때문에 제도화(institutionalized)되어야 한다. 조직의 제도화 관련해 비영리조직이 갖추어야 할 조건은 구조체계(structural system)와 운영체계(operating system)이다.

첫째, 구조체계와 관련해 Bickle and Wilkins(2000)은 생협의 성공을 위한 구조적인 요소로 전략, 사업수행 규칙, 인적 물적 자원, 업무수행방식 등을 지적한다. 본 연구에서 주목하는 구조적 요소는 활동과 목표의 공식화(formalization), 업무와 기능의 분화(task and functional differentiation)이다. 활동목표와 관련해 서비스를 제공하는 시민단체조직은 비록 목표로 하

〈표〉 시민단체와 다른 조직의 특성 비교

변수 비교조직	시민단체 (-)의료생협)	행정조직 (-)보건소)	경영조직 (-)병/의원)
목표	구체적 공익	추상적 공익	사익(소유주/회사이익)
구조	신축적 구조 집권화 정도 낮음	경직적 구조 집권화 정도 높음	신축적 구조 집권화 정도 중간
자원	무급인 자원봉사자 유급인 소수 직원 회비와 기부금	유급 공무원 세금	유급 직원 상품판매 이익
활동	자발적 복지축진 활동	의무적 복지축진 활동	타산적 활동

자료: 조무성(2000)을 재구성.

는 가치가 바람직하고 타당하다고 할지라도, 이를 조직운영과정에서 제대로 잘 구현해 내는 것이 쉽지 않다. 조직의 목표가 가시적이지 않아 측정이 어렵고, 다수의 관계자가 존재한다는 점에서 목표가 모호하게 설정되어 성과측정에 어려움이 있으며, 조직 내부의 상황에 따라 목표 전치 현상이 나타나기도 하기 때문이다(Summers and Kanter, 1987). Harris(1998)는 시민단체가 조직운영과정에서 조직의 장기 목표와 구성원 개인의 욕구 충족간 상충을 둘러싼(목표간) 충돌문제를 지적하는 한편, 기능과 업무의 분화와 관련해 시민단체가 조직운영과정에서 조직 활동원들에 대한 통제 미흡, 유급 활동가(간사)들의 역할과 지위에 대한 불명확성 등의 문제에 직면하게 된다고 보았다.

둘째, 조직의 운영체계에 있어 핵심적 요소는 자원(resource)과 사업추진 전략 및 수단이다. 자원은 조직이 목표달성이 위해 사용하는 인적·물적 자원의 총체라고 할 수 있다. 물적 자원과 관련해 Salamon(1995)도 비영리조직은 재원조달 측면에서 발생하는 문제로서 불충분성(insufficiency)을 경험하게 된다고 지적한다. 이는 비영리단체가 자금자족의 역량이 부족해서 정부의 재정지원에 의존하거나 수익사업에 생존전략을 모색할 수 밖에 없다는 지적이다. 비영리부문의 재원조달이 자발적이고 자선적인 기부에 의존하기 때문에, 근본적으로 불충분하고 불안정하다는 것이다. 이로 인하여 사회복지서비스에 대한 욕구가 증가할 때나 경기침체시와 같이 사회복지서비스에 대한 수요가 오히려 더 커지는 시기에 민간기관들은 그 역할을 제대로 하기가 어렵다는 것이다³⁾. 재정문제는 인적 자원 문제와도 연결되어 있는데, 재정의 위기로 인한 재원부족은 열악한 임금구조를 만들어 내고 이것이 인력자본의 위기를 가져오기 때문이다⁴⁾. 이와 같은 자원의 위기는 사업추진 전략과 수단의 부재에서 출발한다. 재정 위기를 극복하기 위해서는 시민단체가 적극적으로 민간기업과 전략적 제휴를 시도하고, 시민단체도 정부와 기업처럼 효율적 경영방안을 시도하는 노력이 요구된다. 재정문제 극복하기 위해서는 제도적 차원에서 기본적으로 재정투명성을 제고하기 위한 복식부기제도의 단계적 도입하고 기록물 관리 시스템에 대한 혁신이 필요하며, 전략적 차원에서 미국과 같이 시민단체가 상업화 전략을 추구하는 방법에 대한 검토가 요구된다(정상호, 2008).

3) 실제 한국시민단체의 자원위기의 핵심에는 재정위기 문제가 결부되어 있다. 한국시민단체의 재정구조는 회비 31.9%, 수익금 21.3%, 정부보조금 26.2%, 기부 및 기타 20.6%로 이루어져 있으며, 본 논문과 관련있는 사회복지서비스 단체의 경우 각각 27.5%, 26.0%, 25.0%, 21.5% 등으로 나타났다. 다른 나라와 비교할 때 한국의 경우 정부의 보조금이 상대적으로 낮은 비율을 보이고 있다. 보건의료시민단체 경우도 전체 65개 단체 중 64.6%의 단체가 재정적 안정성이 낮다고 보고 있다(김미·민현정, 2005)

4) 시민단체 근로자들의 임금수준은 열악한 반면 근무 여건과 직업 안정성이 떨어진다. 취약한 재정은 임금수준을 하락시키며, 이는 이직률의 상승을 가져온다(박병욱, 2005).

2) 행태적 조건: 자치성과 독립성

행태적 조건은 시민단체에게 요구되는 행동패턴과 관련된 조건을 의미한다. Bickle and Wilkins(2000)는 생협의 성공을 위한 행태적인 요소로서 변화지향, 민주적 의사결정, 동기와 몰입, 목표의식, 자긍심, 동료간·부서간·조직간 협력, 개방성, 적극적 귀 기울기, 신뢰 등을 지적한다. 본 연구에서는 자치성(self-governance)과 독립성(independence) 두 가지 조건에 주목하기로 한다.

우선 ‘자치성’이란 자신의 활동을 통제할 수 있는 장치를 가지는 것으로, 통치과정에서 내부적인 절차를 가지며 외부 실체에 의해 통제되지 않음을 의미한다(Salamon and Anheier, 1996, 1997). 그러나 모든 시민단체가 의사결정에 있어 동일한 구조를 가지는 것은 아니다. 정상호(2008)의 연구에 따르면, 대표자 선출과 관련해 총회에서 선출되는 비율이 권익주창형 시민단체의 경우는 79.1%인 반면, 사회서비스 시민단체의 경우에는 44.1%로 차이를 보이고 있다. 대표가 이사회에서 선출되는 비율은 권익주창형이 10.4%인 반면에 사회서비스가 30.5%로 높게 나타나고 있다. 양현모(2002)는 한국의 주도적 시민단체에 대한 분석에서 의사결정 과정의 한계점으로 의결기구와 집행기구의 미분리, 의사결정구조의 집권성, 조직구조의 복잡성, 시민의 참여가 없는 NGO운동 등을 지적하고 있다. 이러한 의사결정구조의 민주성을 실증적으로 조사한 김준기(2005)의 연구에 의하면, 시민단체는 그 민주적 가치지향성에 비해 실제 운영에서는 민주성이 떨어지는 것으로 나타났다.

다음으로 비영리 민간(private) 부문의 조직으로서 국가로부터 독립되어 설립되고, 사회적 목표 달성을 위한 조직이라는 점에서 ‘독립성’을 갖추어야 한다. Salamon and Anheier(1996)는 시민단체가 非종교적, 非정치적 특성을 가져야 한다고 본다. 非종교적 특성은 조직의 주요 사업이 종교적 서비스와 종교교육을 위한 목적이 아니어야 한다는 것이다. 그리고 非정치적 특성은 조직의 목적이 특정 정치인 혹은 정당을 지원하거나 선거관련 정치활동을 하지 않아야 함을 의미한다. 아울러 Salamon and Anheier(1997)는 비영리조직이 정부와 관련성을 갖지 않는다는 점에서 사적(private)임을 강조한다. 이는 정부에 의해 통제되지 않고 정부 관료에 의해 운영되지 않음을 의미한다.

독립성과 관련해 쟁점이 되는 것이 정부의 재정적 지원인데, 이 부분에 대해서 일반국민들은 시민단체의 생명인 도덕성을 이유로 소극적인 것과는 달리, 시민단체 관계자들은 조직운영을 위해 불가피하다는 점에서 적극적인 경향이 있다. 실증결과도 일반국민들은 정부의 재정적 지원에 부정적 의견이 지배적인 반면에 시민단체 활동가들을 압도적 다수가 정부 지원

의 필요성에 동의하고 있다. 아울러 이러한 독립성에 대한 인식격차는 단순히 시민단체와 일반 시민 사이에만 존재하는 것이 아니라 시민단체 내부에서도 존재한다(정상호, 2008).

3) 가치적 조건: 공공성과 자발성

시민단체는 다양한 목표와 가치를 추구한다. Bickle and Wilkins(2000)는 생협이 추구하는 가치로 개방성, 정직성, 자립, 자기책임, 타인에 대한 배려, 사회적 책임, 동등성, 민주성, 평등, 연대성 등을 언급하고 있다. 가치는 근본적인 지향의 문제로 이를 둘러싸고 갈등이 발생하는 것이 일반적이다. Harris(1998)는 시민단체가 조직운영과정에서 조직 구성원의 이익과 공익과의 조화문제, 경쟁적 이해가치들에 대한 우선순위 부여 등의 목표를 둘러싼 충돌문제를 지적하고 있다. 본 연구에서는 시민단체가 추구해야 하는 가치조건으로 공공성과 자발성에 주목하기로 한다.

비영리조직은 단체의 회원, 간부, 활동가에게 선별적으로 물질적인 이해를 가져다 주지 않는다는 점에서 공익적 단체라 할 수 있다(Salamon and Anheier, 1996, 1997)⁵⁾. Salamon and Anheier(1997)의 시민단체에 대한 기능적 정의(functional definition)에 따르면 시민단체는 공익(public interest) 또는 공공목표(public purpose)를 추구한다. Salamon(1995)은 공익추구 과정에서 나타나는 시민단체의 실패요인으로서 특수주의(particularism)에 대한 경계가 필요하다고 지적한다. 특정인구 집단이나 특정 지역에만 봉사하는 경우 전국적 수준에서의 배분에 관한 협의나 조정이 이루어질 수 없으며, 특정 집단의 욕구가 과도하게 반영되거나 아니면 배제되고, 지역간 격차가 발생하게 되어 서비스의 중복이나 단절이 발생하게 된다는 것이다.

다음으로 ‘자발적’ 특성은 시민단체가 조직의 주요사업, 활동, 조직행정에 자원봉사자가 중심 역할을 하는 조직으로, 조직의 운영자금의 상당 부분이 자선, 개인 기부를 통해 조달되고 재정적 자립이 보장되어야 한다는 것을 의미한다(Salamon and Anheier, 1996). 그렇다고 해서 조직의 모든 수입이 자발적 기부에 의한다는 것을 의미하거나 모든 직원이 자원봉사에 의한 것은 아니다(Salamon and Anheier, 1997).

현실적으로 시민단체들의 운영에서 자발적인 회원 확보는 치명적 한계로 지적된다. 보건의료시민단체를 조사한 김미·민현정(2005)의 연구에 따르면 전체조사단체 65개 응답단체 중에서 회원의 참여도가 낮다 47.7%, 보통이다 43.1%, 높다 9.2% 등으로 나타나고 있다. 회원의

5) 보건의료시민단체를 조사한 김미·민현정(2005)의 연구에 따르면 조사단체의 87.7%가 규범적 측면에서 공익성을 갖는다고 답하고 있다.

참여와 회원들의 재정적 자발성은 별개의 문제일 수 있는데, Tandon and Kak(2008)에 따르면 한국의 자선적 기부의 점수는 0점으로 나타나 자발적 기부의 가능성이 매우 낮다.

2. 시민단체로서 의료생협에 대한 평가모형

앞 절에서 고찰한 Salamon and Anheier(1996: 1997)에서의 시민단체의 정의에 대한 논의 및 Bickle and Wilkins(2000)에서의 생협 조직의 구조, 가치, 행태적 성공요건 등을 참고하여 구성된 본 연구의 의료생협 평가모형은 아래의 <표1>와 같다. 의료생협이 서비스 전달 기능을 수행하는 비영리조직이라는 점을 감안하면 조직이 갖추어야 하는 기본적 조건인 조직적 조건과 시민단체로서의 가질 수 있는 가치적 조건과 행태적 조건을 모두 달성할 수 있을 때 성공할 수 있을 것이다. 여기에서 전자는 생존을 위해 모든 조직에게 요구되는 일반적 조건이라면, 후자는 시민단체라는 특수성에 기인한 조건을 의미한다.

<표 1> 시민단체로서 의료생협의 조건과 평가지표

		구성내용	평가지표
조직적 조건	구조체계	- 조직목표(활동)의 공식화 정도	정관, 운영규약의 내용
		- 기능과 업무의 분화와 분담의 체계성	조직도 구성 및 업무분장 내용
	운영체계	- 인력의 충원, 전문성 및 몰입도	의료/사무인력의 근무환경
		- 재정 안정성 및 체계적 관리	대차대조표, 손익계산서 및 관리체계
		- 사업 활동의 적절성 및 효과성	추진전략 및 수단의 내용
행태적 조건	자치성	- 자치적 조직운영방식(민주적 조직운영)	운영과정상 조합원의 참여 현황
	독립성	- 정부로부터의 독립정도	정부의 재정지원 현황
		- 수평적 네트워크의 구축과 유지 정도	다른 기관과의 연대 현황
가치적 조건	공공성	- 공익 추구 활동의 수준	사업목표의 공공성 추구 내용
	자발성	- 회비나 기부금의 안정적 공급	조합원 및 출자 현황
		- 구성원의 자발적 협조와 참여	사업활동에 대한 참여도

먼저, 조직적 조건변수로 구조체계를 운영체계를 설정하였다. 구조체계는 조직활동의 공식화 정도와 기능 및 업무 분담의 체계성으로 구분하여 살펴본다. 조직활동의 공식화 정도는 정관 및 운영규약의 내용을 통해, 기능 및 업무분담의 체계성은 조직도 구성 및 업무분장의 내

용을 지표로 하여 평가하고자 한다. 운영체계는 인력 충원, 전문성 및 업무몰입도, 재정 안정성 및 체계성, 사업 활동의 적절성 및 효과성측면에서 살펴보기로 한다. 인력 충원, 전문성 및 업무몰입도는 의료인력과 사무인력의 근무환경의 내용을 통해, 재정 안정성 및 체계성은 대차대조표 및 관리체계의 내용을 통해, 사업활동의 적절성 및 효과성은 사업추진 전략 및 수단의 내용을 중심으로 파악하기로 한다.

행태적 조건과 관련해 자치성은 조직운영방식이 민주적 참여구조로 이루어지는지의 여부로 간주하고, 운영과정상 조합원의 참여현황으로 파악하기로 한다. 독립성은 의료생협이 외부의 간섭을 받지 않고 자체 규율에 따라 조직을 운영하는지의 여부로, 정부 또는 기타 민간 단체들로부터의 독립정도로 살펴보고자 한다. 정부로부터의 독립성은 정부의 재정지원 현황에, 다른 기관과의 관계는 연대활동 현황에 초점을 두고 파악하기로 한다.

가치적 조건과 관련해 공익성은 의료생협의 공공성 추구 정도로 파악하는데, 구체적으로 의료복지의 공공성 추구를 위해 수행하는 활동의 내용 및 수준으로 평가하기로 한다. 자발성은 회원들의 자발적 협조와 조직활동 참여 정도를 의미하는데, 구체적으로 조합원 출자 현황 및 의료생협 사업활동 참여도를 통해 파악하기로 한다.

Ⅲ. 의료생협 사례 개관

1. 의료복지서비스에 있어서 의료생협의 제도적 의의

시민단체는 국가권력과 시장권력을 견제하면서 시민의 권익을 주장하는 정책 옹호(policy advocacy), 사회적 서비스 제공(service delivery), 복지, 교육, 개발, 사회자본 생산, 사회 공론의 장 제공 등의 역할 및 기능을 수행한다(Salamon, 1995; Vakil, 1997; 주성수, 2002). 특히, 의료서비스 분야에서 시민단체가 필요한 이유는 민간 병·의원이나 보건소로 대표되는 공공보건의료기관 만으로는 건강증진을 위한 의료복지의 문제를 해결할 수 없는 한계가 있기 때문이다.

대표적인 보건의료기관인 병·의원은 그 기능이 치료에 집중되어 있기 때문에, 건강한 사람 혹은 예방과 관련된 서비스는 상대적으로 비중이 낮고 접근도가 떨어지게 된다. 일부 병원에서 지역사회 주민들을 대상으로 한 기초적인 보건교육을 실시하고 있을 뿐, 대부분의 기능

이 찾아온 환자에 대한 서비스 제공에 집중되어 있다. 건강증진과 관련된 서비스의 경우는 고가의 건강검진 정도에 머무르고 있기 때문에, 적어도 건강증진 사업에 관한 한 병·의원의 역할은 매우 한정되어 있다고 할 수 있다. 또한 보건소 등의 보건기관도 병원보다는 지역중심적 성격이 강하지만, 대부분의 보건소에서 건강증진사업을 막연하게 생각하고 접근하고 있는 실정에 있다. 따라서 장기적인 목표와 구체적인 달성목표 설정이 구체화되어 있지 않아, 사업의 평가계획도 없거나 막연하고, 진료사업과 건강증진사업이 혼재되어 나타나기도 하였다. 건강증진사업계획서에서도 건강증진을 위한 사업내용과 실시전략 부재로 건강증진사업의 대상이나 사업내용에 대해 우선순위나 타당성에 대한 검토과정 없이 영역별로 할 수 있는 사업들만 나열하고 있다. 특히, 보건소에서의 건강증진활동은 지역사회 참여가 부족하고 지역적 특성이 결여되어 있음을 한계로 지적할 수 있다. 아울러 보건소의 건강증진사업에 지역적 특성이 없는 이유는 대부분 보건소의 건강증진사업이 지역사회 진단에 근거하지 않고 지역사회 전체를 대상으로 하고 있기 때문에, 사업 대상자를 선정하지 않고 편의적으로 일부 특정집단을 대상으로 실시하고 있기 때문이었다. 또한 현재 수행되고 있는 건강증진사업인 고혈압 관리사업, 금연사업, 운동실천사업 등은 지역의 보건문제나 요구에 의해서라기보다는 중앙정부의 선정에 의한 top-down 방식으로 이루어져 왔음을 문제로 지적할 수 있다(감신, 1999; 김창엽, 1999; 이상이, 2002).

환자관리장전 실천을 위한 활동을 수행하는 의료생협 조직은 다음과 같은 측면에서 공공 부문이나 민간부문이 아닌 제3부문으로서 분류된다. 첫째, 시장경제 논리에 의한 민간의료의 상품화를 극복하기 때문이다. 협동조합의 근본이념인 조합원이 주인인 비영리조직(NPO)으로서, 의료생협에서 시행하는 병원 운영을 포함한 모든 사업은 구조적으로 조합원(지역주민, 의료소비자)의 의견을 반영할 수 밖에 없고, 이윤보다는 공공의 이익과 주민의 건강 증진이 최우선 과제가 된다. 둘째, 기존 공공의료 부문의 문제점인 경직성과 비효율성을 극복할 수 있다. 즉, 주민의 의견이 즉각 반영되기가 힘들고, 수십년 이어져 온 관료화와 경직성은 그 사업의 중요성에도 불구하고 많은 문제를 노출시키고 있다. 의료생협은 조합원 및 주민의 의견이 즉각적으로 반영될 수 있는 조직의 유연성을 확보하고 주민의 평가가 가장 중요한 피드백 시스템으로 작용하는 조직운영방식을 채택함으로써 공공성을 확보하면서도 경직성을 극복할 수 있는 조직으로 볼 수 있다. 이 곳에서 일하는 실무자도 모두 조합원이고 주인이므로, 자발성과 효율의 극대화를 위해 노력하게 된다. 셋째, 보건의료문제를 해결함에 있어 의료생협이 주민의 자치적이고 협동적(공동체적)인 활동을 중요시한다는 점이다. 현대의 보건문제는 의료인이 전적으로 해결할 수 있는 문제가 아니고, 치료보다는 예방 및 재활활동이 중요한 질환

들이다. 그러므로 주민 스스로가 자각하고, 생활습관의 변화와 올바른 의료이용을 통해 해결해야 할 과제들이다. 의료생협은 조합원들의 이러한 자발적이고 협동에 기초한 건강지킴이 활동을 가장 중요시하고 지원하며 가능하게 하는 조직인 것이다. 더 나아가 의료소비자로서 지역의 보건의나 복지, 환경과 관련된 목소리를 낼 수 있는 지역주민조직으로서의 역할을 할 수도 있다(이인동, 2002; 유수현, 2005).

의료생협의 의료복지서비스 기능은 특히, ‘지역사회 건강증진’과 관련하여 그 의미를 찾을 수 있다. 지역사회 건강증진은 지역사회를 대상으로 하는 건강증진, 혹은 병원이나 보건소가 아닌 지역사회의 어떤 다른 주체가 시행하는 건강증진 등의 개념을 넘어서, 지역사회 스스로 ‘주체’가 되는 건강증진을 의미하기 때문이다. 따라서 지역사회 건강증진, 그리고 이를 위한 부문간 협력의 활성화를 위해서는 새로운 형태의 지역사회 주민참여 전략과 방법론을 개발하는 것이 반드시 필요하다. 즉, 자원동원을 목적으로 하는 주민참여 방식을 벗어나 주민의 지식수준과 태도변화, 문화형성 등을 통한 역량강화(empowerment)를 목적으로 하는 주민참여의 활성화가 필요한 것이다. 구체적인 추진 전략으로 다양한 자조집단(self-help group), 자원봉사조직, 지역의 자발적 주민조직(농민회, 주민회, 시민단체, 소비자단체 등), 지역의 공익단체(지역 언론 등) 등과 연계하여 지역사회 건강증진 사업을 추진하는 것이 대표적인 예가 될 것이다(김창엽·강영호, 1999, 조병희, 2003). 본 연구의 대상인 의료생협은 바로 ‘주민참여’라는 측면과 ‘지역사회 접근법’이라는 측면에서 지역사회 건강증진을 위한 주요한 기제가 될 수 있을 것이다.

그렇다고 해서 의료생협이 모든 것의 해결책이 되는 것은 아니다. 사회복지서비스 공급을 비영리부문에만 맡기는 경우에 발생하는 문제를 실증적으로 뒷받침하는 연구도 있기 때문이다. Tucker는 비영리부문의 사회복지서비스 공급이 반드시 혁신적이고 창의적이지는 않다고 하였다. 그는 캐나다의 17개 민간기관에 대한 실증연구를 통해 민간기관의 운영이 혁신적이고 창의적이기보다는 기관의 활동영역을 고수하고 운영의 자율성을 유지하는데 급급하고 있다고 밝혔다(Tucker, 1980). 즉, 대안적 의료서비스 제공자로서 의료생협의 제도적 의의는 충분하지만, 그 성공을 위해서는 일정한 조건이 필요하다.

2. 우리나라 의료생협 운영 현황

1994년 안성의료생협 창립으로 시작된 우리나라 의료생협 활동은 1996년 인천, 2000년 안산의료생협, 2002년 원주, 서울, 대전, 울산의료생협, 2004년 전주의료생협, 2005년 서울 노원

구의 함께걸음의료생협이 창립되었고, 청주와 용인 지역에서 2007년 창립되었으며, 2009년 현재 성남과 수원지역에서 창립을 준비하는 등 전국적으로 확산 추세에 있다⁶⁾. 2003년 한국 의료생협연대가 출범하였으며, 2007년에는 사회적기업법이 제정됨에 따라 안성, 원주, 인천, 대전, 서울의료생협 등이 사회적 기업 인증을 받음으로써 지역사회 의 보건의료를 책임지는 사회적 기업의 우수모델로 인정받고 있다.

<표 2> 우리나라 의료생협 현황

	설립년도	지역특성	설립동기	최초주체	주체의 성격	의료분야
안성의료생협	1994.4	도농복합도시	농촌지역 의료봉사	농민회와 기독교학생회	지역주민&의료인	의원, 한의원, 치과의원
인천 평화의료생협	1996.11	대도시	산재 및 직업병 해결	기독교청년의료인회	의료인->지역주민	의원, 한의원
안산의료생협	2000.4	신도시	지역 환경보호운동	시민의 모임	지역주민->의료인	의원, 한의원
원주의료생협	2002.5	중소도시	생협간의 협동	소비자생협/신협	지역주민->의료인	의원, 한의원
서울의료생협 (영등포구)	2002.6	대도시	신협운동의 확장	영등포산업선교회	지역주민->의료인	의원, 한의원
대전의료생협	2002.8	대도시	지역화폐운동	한밭레츠/대전인의협	의료인->지역주민	의원, 한의원
울산의료생협	2002.12	대도시	호스피스운동 확장	예수교장로회	지역주민->의료인	의원, 호스피스병동
전주의료생협	2004.3	중소도시	보건의료운동과 공동체운동	청년한의사회	의료인->지역주민	의원, 한의원
함께걸음 (서울 노원구)	2005.6	대도시	지역의료센터 건설	장애우권익문제연구소	지역주민&의료인	-
청주의료생협	2007.5.	중소도시	의료소비자운동	지역주민	지역주민	-
용인해바라기	2007.3	중소도시	장애아동부모모임	장애아동미래연구회	지역주민&의료인	-
성남의료생협(준)	-	-	-	-	-	-
수원의료생협(준)	-	-	-	-	-	-

출처 : 의료생협연대회의(2006년 기준) 자료를 재구성

6) 안성의료생협 관계자에 따르면, 2009년 3월 현재 의료생협연대회의 소속 의료생협은 12개이지만, 연대활동에 참여하지 않는 기관까지 포함하면 전국적으로 약 72개 정도가 된다고 한다. 최근에는 일명 '사무장병원'이라고 하는 유사의료생협들이 확산되면서, 생협법 개정에 대한 논의가 의료생협연대회의를 중심으로 해서 적극적으로 이루어지고 있다고 한다(인터뷰자료, 2009.3.30).

IV. 의료생협 조직활동 분석 및 평가: 안성의료생협을 중심으로

1994년에 설립된 안성의료생협은 우리나라에서 활동중인 의료생협 가운데 가장 역사가 오래되고 규모가 크며 성공적 모델로 평가받고 있다⁷⁾. 안성의료생협은 1994년에 우리나라 최초로 설립되어 의원과 한의원이 먼저 운영되다가 조합원의 요구와 조직의 확대에 따라 치과병원을 개업하여 운영중이며, 지역사회 건강증진을 위한 다양한 사업 및 소모임 활동을 전개하고 있다. 이하에서는 안성의료생협을 중심으로 의료생협의 조직적 조건, 행태적 조건, 가치적 조건이 어떠한 상황인지를 구체적으로 분석하기로 한다⁸⁾.

1. 조직적 조건

1) 구조체계

조직의 시스템이 어떻게 구성되고 운영되는가를 파악하기 위해서는 해당 조직의 정관 및 운영규약을 살펴보면 되는데, 이를 통해 조직의 공식화와 구조화 정도와 조직활동의 수준을 평가해 볼 수 있다.

안성의료생협은 1994년에 우리나라 최초로 1994년에 설립되었지만 정관이 처음 만들어진 것은 2001년 2월 25일이었고, 2009년 3월 현재까지 총 3차례의 개정(1차 개정: 2002년 2월 2일, 2차 개정: 2003년 2월 22일, 3차 개정: 2006년 2월 16일)이 있었다. 현재 정관의 구성은 제1장 총칙, 제2장 조합원, 제3장 출자와 적립금, 제4장 총회와 이사회, 제5장 임원과 직원, 제6장 사업과 집행, 제7장 회계로 이루어져 있다. 정관 이외에도 총회운영규약, 대의원선출규약, 임원선거규약, 위원회설치·운영규약 등이 있다. 운영규약에는 각종 회의 운영규정 및 실무자 운영규정, 회계규정, 소모임 운영규정까지 포함하고 있다. 안성의료생협은 정관 및 운영규

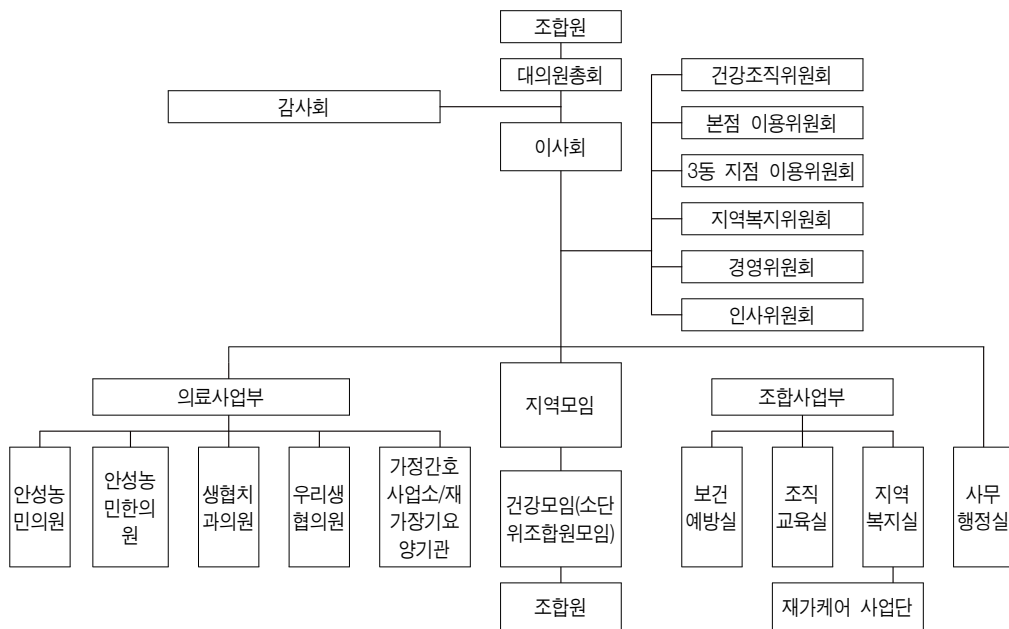
7) 1997년 시로 승격한 안성은 전형적인 도농복합시로, 수도권의 인접 도시에 비해 도시화가 덜 진행되었으며, 농업 부분에서 경제적 자립의 토대가 여타의 지역에 비해 튼튼했기 때문에 안정적 지역공동체 형성 및 유지가 가능한 지역적 특성을 갖고 있다. 이와 같은 지역성 및 취약한 의료환경을 기반으로 하여 1987년부터 진료활동을 해온 의료인들과 마을주민들이 상호 협력하에 1994년 4월에 의료생협을 창립할 수 있었으며, 지역사회의 네트워크를 바탕으로 의료생협 조직이 점차 성장하고 있다.

8) 평가의 근거자료는 안성의료생협 홈페이지(www.asmedcoop.or.kr)에 제시된 관련 자료와 총회자료집, 위원회 회의록, 생협관계자의 각종 발표자료, 인터뷰 자료 및 본 연구자가 직접 안성의료생협을 방문하여 확보한 내부자료 및 인터뷰(2009년 3월 30일) 내용 등을 활용하였다.

약에 의거하여 활동을 하고 있는 것으로 나타나 조직의 구조화 및 공식화가 어느 정도 달성된 것으로 평가된다.

의료생협조직의 가장 큰 특징으로 민주적 의사결정구조를 들 수 있다. 생협의 기반인 조합원들이 총회, 이사회, 각종 위원회 참여를 통해 생협의 각종 의사결정과 활동에 참여할 수 있다. 전체적인 의사결정체제를 살펴보면 조합원을 기본 구성요소로 하며 이들을 대표하는 기구는 총회이다. 총회는 일반 조합원을 대표하는 대의원들로 구성되며 2008년 12월 현재 대의원은 120명으로 구성되어 있다. 대의원 총회에서는 한 해 동안의 활동보고 및 결산보고, 다음 해의 활동계획 및 예산승인이 이루어진다. 실제 의사결정에서 중요한 것은 주로 이사회에서 결정되며, 일상적 활동의 계획과 집행은 위원회에서 결정된다. 다음으로 생협의 일상적 의사결정의 중심에는 각종 위원회가 있다. 일상적 병원조직들이 병원장이나 각 진료과 중심으로 ‘의사’중심의 의사결정구조를 가졌다면, 생협은 조합원들이 총회, 위원회, 이사회에 관여하여 ‘조합원’ 중심의 의사결정을 가지고 있다는 점에서 차이가 있다⁹⁾. 안성생협의 전체적인 조직구조를 보면 다음 <그림 1>과 같다.

<그림 1> 안성의료생협 조직도(2009년 3월 현재)



9) 안성의료생협 실무자는 의사 중심의 병·의원이 아니라 조합원 중심의 참여형 의료기관이라는 점이 의료생협의 특성임을 강조하였다(2009.3.30 인터뷰).

그러나 생협조직은 이와 같은 민주적 조직구조를 가지고 있음에도 불구하고 다음과 같은 점에서 구조적 약점을 가지고 있다. 먼저 위원회 조직은 상징적 차원에서 민주적 의사결정체제라는 장점을 갖지만 효율성을 담보하는 데는 일정한 한계가 있다. 생협에는 다양한 위원회가 존재하는데 현재 건강조직위원회(기존 조직교육위원회, 보건위원회), 경영이용위원회, 지역복지위원회, 우리생협의원 운영위 등으로 구성된다. 우리생협 이용위는 다시 지부운영위(안성 3동, 양성, 공도 등과 지부)가 존재하며, 경영이용위원회는 본점이용위원회, 지점이용위원회로 구분된다. 문제는 위원회라는 조직구조의 특성상 의사결정의 신속성과 효율성을 담보하기 쉽지 않다는데 있으며, 내부에서도 이러한 문제점이 지적되고 있다.

“의료생협 특성상 의료부 실무자가 절대 다수를 차지하고 각 단위는 의원이며 의원 책임자는 원장이다. 조합 인사위원회가 일상적인 인력관리를 수행하는 것은 한계가 있으며 각 단위 책임자인 원장이 사무장, 상임이사와 협력 하에 일상적 인력관리를 할 수 있도록 뒷받침해야 한다고 본다. 내부규정 및 결정 라인의 정비 필요하다(안성의료생협 경영위원회 이사 박상섭, 2003).”

이 때문에 의사결정체제에서 보다 책임질 수 있는 전문이사의 필요성이 제기되었으며, '08년 12월 총회에서 전문이사를 두는 정관개정이 이루어졌다.

“의료기관 경영에 있어 전문화가 요구된다. 과거 10년 간 안성의료생협은 전문경영자가 아닌 조합원 자치에 의해 운영되어 왔다. 이에 따라 비전문가에 의하여 운영되던 경영을 외부에서 전문경영인을 영입하던가, 아니면 자체에서 양성하는 등의 조치로 보다 책임있는 경영이 요구된다(최국용, 2003).”

둘째, 의료생협조직의 목표특징은 여타 일반병원에 비해 다양한 활동과 목표를 동시에 추구하고 있어 이들을 어떻게 조화시킬 것인가 하는 것이 의료생협의 과제로 대두되고 있다. 대체적으로 의료생협의 설립목적에 대해 ‘건강한 지역사회 만들기’라는데 합의를 하고, 조직 규모에 비해 다양한 사업을 진행하고 있다. 의료생협이 수행하고 있는 사업분야는 양방, 한방, 치과 등이며, 세부목표는 크게 ① 의료복지(양방, 한방, 치과, 건강검진, 가정간호, 만성질환자관리), ② 교육복지(보건학교, 생협학교, 자원봉사자교육, 건강강좌), ③ 사회복지(재가케어, 사랑의 집고치기, 재활용구 무료대여), ④ 생활문화복지(어린이활동지원, 문화소모임, 유소년축구단), ⑤ 사회적일자리(농촌여성 일자리제공 및 노인수발서비스) 등으로 구분된다. 조직구조상 의료사업부와 조합사업부로 구조화 되어 있는데, 전자는 사업, 후자는 운동의 성격을 가지

고 있으며 이들간 관계 설정문제도 끊임없이 제기되고 있다. 여타의 의료생협과 비교하면 조직 및 인력규모가 큰 편이기는 하지만, 다양한 사업 활동을 수행하는 측면을 고려하면 상대적으로 소규모 및 소수의 인력구성이기 때문에, 실제 실천과 관련하여 활동목표를 구체화하지 못하고 있다. 이로 인해 조직원들 간의 이견은 물론 의료생협 활동의 일관성 확보, 다른 의료기관과의 차별성을 갖지 못하는 한계에 직면하고 있다.

셋째, 조직의 공식화의 속도가 다른 조직에 비해 상대적으로 느리고 공식화 정도가 낮다. 안성생협의 정관은 2001년 2월 25일에 만들어졌고, 인사위원회는 조직이 생긴지 14년만인 2008년 12월에야 만들어졌다. 내부 직원들의 직급체계가 명확하지 않으며, 생협의 핵심조직인 각종 위원회에 참여하는 위원들의 임기, 역할 등이 모호한 문제가 지적되고 있다.

“사무행정실을 맡고 있는 김대영씨는 사원인가? 일반 회사라고 보면 경리과에서는 경리과장이 실제 업무를 담당한다. 업무는 과장급 업무를 하면서 평사원으로 일하게 한다면 문제가 있다....의료사업부에는 왜 부장이 없는가? 그럼 현재 누가 부장의 권한을 행사하는가?”(2009년 1월 건강조직위원회 회의록)

‘우리생협운영위 뿐만이 아니고 전체 위원회의 운영위원들에 대한 위촉장, 임기 등의 규정을 만들어야겠다’(2009년 1월 우리생협 운영위원회 회의록)

조직설계의 근간인 업무분장과 관련해서도 2007년 의료생협에 대한 감사에서 각 부서별, 직책별 자세한 업무분장표가 없으며, 이에 대한 대책수립을 요구하기도 했다. 2009년 3월 현재 업무의 체계적 분화에 대해서는 이전에 비해 많이 개선되기는 했지만, 아직도 인력부족과 관련하여 한 사람이 3-4개 업무를 담당하고 있는 것으로 나타났다(안성의료생협 실무자 인터뷰, 2009.3.30.).

2) 운영체계

(1) 인력 충원, 전문성 및 업무몰입도

안성의료생협의 인력규모는 2009년 3월 현재 9명의 의사(가정의 3명, 한의사3명, 치과의 3명), 간호사 5명, 치위생사 10명, 간호조무사 11명, 방사선사2명, 물리치료사 1명, 요양보호사 13명, 일반사무직원 21명으로 총 72명이 근무하고 있어, 다른 생협과 비교할 때 비교적 대규모 조직에 해당한다(안성의료생협 실무자 인터뷰, 2009.3.30). 의료생협 조직 구성원은 장기간 신념을 가지고 일해온 사람들이기 때문에 이 분야에 전문성이 높으며, 업무몰입도가 높다.

즉, 신념 조직의 속성상 조직에 대한 충성도가 높고, 조직구성원간 신뢰도가 높은 특징이 있다. 일반 병원에 비해 소규모 조직의 특성을 가지고 있기 때문에 구성된 상호간에 상호작용이 클 수 밖에 없다. 아울러 공동체적인 일정한 철학을 가진 사람들이 중심이 되기 때문에 조직 충성도 및 상호간 신뢰가 높다고 할 수 있다. 양·한방 협진병원이 있다하더라도 일반병원에서는 수익을 둘러싼 양·한방의 보이지 않는 경쟁과 긴장이 존재하지만, 의료생협에서는 환자의 건강을 우선으로 서로를 신뢰하며 함께 발전하기 위해 협력한다. 이와 같은 신뢰와 사명감은 열악한 근무여건을 이겨내는데 원동력이 된다.

그러나 의료생협 인력관리와 관련하여 능력있는 의사참여의 참여, 부족한 인력 등은 과제로 남아 있다. 첫째, 의사 부족과 관련해 의사들은 모든 사업의 중심에 있는 경우가 많은 반면, 근무조건과 임금 등의 차이는 다른 의료기관에 비해 너무도 열악하기 때문으로 해석된다. 일반적으로 의료생협에 의사참여가 부족한 이유는 일반 봉직의 급여의 60%정도의 낮은 급여 수준, 의료생협에 대한 지식 미비, 조합원의 과다한 진료요구, 진료과정에서 환자와의 평등관계 구조 등을 들 수 있다(인천의료생협 실무자 인터뷰; 메디게이트뉴스 2003.9.24).

‘(안성의료생협) 이인동 원장은 생협의 적자운영이 또 다른 심각한 문제를 야기할 수도 있음을 걱정했다. 다름 아닌 ‘의료진의 재생산’ 문제. 낮은 의료수가로 인해 생협 의료진의 급여가 개인병원을 차치하고라도 종합병원 의료진 급여의 60%에도 못미치기 때문이다. 각 지역별로 소비자들의 의료생협 설립 요구는 늘어나는데 반해, 현재의 생협운영 방식으로는 일반 병원과의 격차가 갈수록 벌어질 전망이어서 현실적으로 의료진 조달이 어렵다고 안타까워 했다(생협신문 인터뷰 기사 2004.7.7.)’.

의사들의 급여 체계 개선에 대한 필요성이 지속적으로 제기되자, 안성의료생협에서는 2005년에 의사급여를 인상하였는데, 일반 병·의원 대비 한의사와 치과의사의 경우는 80%, 가정의의 경우 70% 수준으로 인상하였다. 그러나 여전히 의사들의 급여 현실화에 대한 문제는 계속되고 있는 것으로 나타났다(안성의료생협 실무자 인터뷰, 2009.3.30.)

의사 수급이 어려워지면 한사람에 의해 의료생협 내 의료기관의 존폐가 좌지우지된다. 2007년 안성의료생협의 하부조직인 우리생협의원 원장의 사임의사로 인해 우리생협의원이 존폐위기에 직면하기도 했다. 이와 같이 의사의 역할이 결정적이지만 이들이 생협을 취지를 구현하는데 구조적 한계가 있다. 생협 의사들은 생협의 취지를 살리기 위해서 일반의사들에 비해 과중한 업무를 수행해야 한다. 아침 9시부터 저녁 7시까지, 그것도 일요일진료까지 수행하며, 생협 취지를 살리기 위해서 추진되는 주치의사업도 담당해야 하기 때문이다. 그러나 생협

에 근무하는 의사들은 실질적으로 의료사업에 대한 경영에 책임을 지고 있어 경영성과에 대한 스트레스는 큰 반면, 위원회 중심의 의사결정 구조의 특성상 자신들의 공식적인 권한은 그리 크지 않은 문제가 있다¹⁰⁾.

‘의사의 진료행위에 대한 최소한의 관리능력이 아직 충분치 않아 의사 개인의 취향에 온전히 맡겨져 있다는 것이다. 다행히 좋은 의사가 와서 잘해주면 좋겠지만, 그렇지 않은 경우 이를 개선하기는 쉽지 않다. 의료생협 내 다양한 방법을 통해 진료에 관한 의견을 의사에게 전달하나, 개선되는 경우는 흔치 않으며 최악의 상황으로 진전하여 의사의 사직으로 이어지게 된다. 이러한 상황이 의료생협에 미치는 경영·조직적 손실은 막대하다(박용섭·김보라, 2005)’

둘째, 일반 실무인력과 직원들도 과중한 업무¹¹⁾에 시달리고 있으며 이로 인해 인력의 수급 문제가 지적된다. 과중한 업무와 열악한 근무환경은 인력문제를 악화시키고 있으며, 이는 결국 생협이 추진하는 사업부진으로 이어진다. 안성의료생협 중장기 발전위원회(2005)의 진단에 의하면 생협 의료진 및 실무진 임금체계가 복지수준이 열악하다는 점을 지적하고 있다¹²⁾.

“우리생협의원 인력의 문제입니다. 만성적인 적자에 시달리다보니 실무자들이 지치고 웬만큼 노력하는 것으로는 성과가 없고 실무자를 줄여서 운영을 하다 보니 일은 힘들면서 만족도는 떨어지고, 본원처럼 여럿이 함께 해서 힘을 받지도 못하고, 그러다보니 사람들이 그만두고, 실무자가 없다보니 한 사람만 그만뒀도 의원 전체가 흔들리는, 계속해서 악순환을 할 수밖에 없는 경영 구조를 가져온 것입니다(우리생협의원 이전계획안, 2009.2.5.)”

이러한 인력문제를 더욱 악화시키고 있는 것이 관리의 부재이다. 조합은 이렇다 할만한 인력관리를 수행하지 못했고 책임자도 불명확했다. 이를 개선하기 위해 인사 관련 핵심조직인

10) 안성생협 7기 이사회의 구조를 보면 12명의 이사 중에서 지역대표적 성격을 가진 이사들이 10명이고, 병원을 대표하는 이사는 상임이사와 실무이사 2명에 불과하고 2명 중 한명만이 의사이다. 위원회는 실무자, 이사, 대의원, 전문가(1인) 등으로 구성되어 의사도 부분으로서의 역할을 수행한다.

11) 조합중심의 운영체계의 특성상 지역내에서 조직화 활동(지부건설, 조합원 간담회, 활동가 및 대위원 모임, 소전사 확대, 소모임), 교육 프로그램운영(보건예방학교, 체조교실, 해바라기 교육, 생협학교, 조합원 전체교육, 대의원 수련회), 행사성 프로그램(조합원 가족 한마당, 농촌체험, 축구대회, 대의원 선거, 어린이날 행사), 건강보건 프로그램(지역별 실천사업, 건강한 마을 만들기) 등을 수행해야 한다.

12) 임금구조를 보면 2002년의 경우 급여 총액은 621백만원으로 실무자수는 25명(양방9명, 한방8명, 치과 3명, 조합부 5명)이다. 일인당 임금은 24백만원이다.

인사위원회가 2008년 12월에 공식적으로 조직되었으나, 여전히 관리체계의 부실은 문제로 지적되고 있다(안성의료생협 실무자 인터뷰, 2009.3.30).

(2) 재정 안정성 및 재정관리의 체계성

조합창립 이래 10년 동안 조합경영은 주로 경영위원회에서 주관하였으며 실무담당자는 사무장이었다. 안성의료생협 경영이용위원회 자체평가 결과에 따르면 아래 <표3>의 대차대조표에서 볼 수 있듯이 조합경영과 관련하여 실제 경영상 적자는 없었고, 진료수입과 내역, 총자산, 출자금 등이 증가세를 보이면서 재무상태의 안전성 및 성장성이 보장되어 있다고 평가되고 있다.

<표 3> 안성의료생협 연도별 대차대조표

(단위: 백만원)

구 분	94	95	96	97	98	99	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
유동자산	114	63	42	60	255	70	113	313	327	240	218	362	472	408
고정자산	165	190	324	347	303	503	454	419	397	573	563	599	699	824
이연자산	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
자산총계	314	253	366	407	558	573	567	732	724	813	781	960	1,296	1,107
유동부채	106	54	65	56	53	121	89	81	35	63	35	158	310	161
고정부채	67	26	71	74	149	137	116	93	75	37	0	24	115	86
부채총계	173	80	136	130	202	258	205	174	110	100	35	182	425	248
출자금	157	169	200	247	295	318	205	314	360	428	443	461	594	645
이익잉여금	-16	4	30	30	61	-3	157	244	254	284	303	317	277	215
자본총계	141	173	230	277	356	315	362	558	614	712	746	778	871	860

자료원: 안성의료생협 내부자료(2009.3.)

주 : 백만원 단위로 반올림하였기 때문에, 자산·부채·자본의 각 과목값과 총계값이 상이할 수 있음

그러나 일부 의원의 경우 환자수 감소에 따라 경영악화가 징후가 나타나고 있다. 생협산하 우리생협의원의 경우 환자 수가 감소(1일평균 환자수: 2005년 69명, 2006년 61명, 2007년 54명, 2008년 55명 / 24.6% 감소)하고 있으며, 경영상황도 악화(영업이익: 2006년 380만원, 2007년 80만원 적자, 2008년 750만원 적자)되고 있다(우리생협의원 이전계획안, 2009.2.25). 생협

내부에서도 이와 같은 경영의 위기를 심각하게 고려하고 있었다.

신뢰성의 위기와 함께 우리를 괴롭히는 것은 경영 위기이다. 안성을 제외한 모든 의료생협이 설립부터 현재까지 적자를 면치 못하고 있으며, 안성마저도 작년에 이어 적자상태에 있다. 몇몇 의료생협에서는 실무자 급여를 주지 못하는 경우도 있으며, 경영 위기로 인해 사업과 의료생협 존립자체가 위협받고 있다. 특히 급여는 의사를 구하는데 있어서 가장 큰 장애물로 작용하고 있다. 경영 위기를 극복하지 못하면 현재 헌신적으로 일하고 있는 일세대가 사라짐과 동시에 한국사회에서 의료생협 운동은 사라져 버릴 수도 있다(안성의료생협 전무이사 김보라, 2009).

의료생협은 조합원과 지역주민들의 건강을 위해 수가가 인정되지 않는 보건의업을 함께 수행하기 때문에 그 수익성이 경쟁기관에 비해 떨어지고 있다. 의료를 단순히 영리를 위한 수단이 아니라 복지를 위한 수단으로 간주하는 생협의 경영 특성상 위기의 가능성은 상존하고 있다. 대표적으로 2008년 생협산하 재가케어복지사업의 이용자 현황은 유료이용자보다 무료이용자가 많다는 점을 들 수 있다(2009년 1월 지역복지위원회 회의록).

재정관리의 체계성과 관련해 경영관리의 고도화와 전문화, 관리책임의 명확화의 필요성이 지속적으로 제기되기도 하였다. 안성의료생협 중장기 발전위원회(2005)는 경영마인드나 전문성 부족을 지적하고 있다. 아울러 조합자체의 진단에 의하면 조합 초창기(94, 95년)에는 예산집행이 예산안에 충실하지 못하고 그 때 그 때 필요에 따라 되었다. 특히 수지에 직접 영향을 미치지 않는 고정자산 투자는 예산범위를 벗어나는 경우가 많았으며(94, 95, 2001, 2002년), 예산총칙의 규정을 무시하고 승인 없이 초과 지출되는 경우도 흔한 일이었다. 예산에 준한 집행과 관리에 대한 감사지적(94, 95, 97, 98, 2001년)이 끊이지 않았다. 조합 초창기에는 경험과 개념이 부족하여 치밀한 예산을 수립, 집행하지 못했고 후반부에는 실무담당자인 사무장의 잦은 교체(94, 95년 기획실장이 사무장겸임/2000, 2001, 2002년 사무장 교체)로 업무인수인계 및 파악이 제대로 되지 않아 초창기에 일어났던 실수가 반복되었다고 한다(안성의료생협 경영위원회 이사 박상섭, 2003).

이와 같은 한계가 노정됨에 따라 관리시스템의 고도화가 필요하다는 지적이 지속적으로 제기되고 있다. 2008년 6월 생협 경영위원회에서는 “경영수지 및 환자통계 관리와 관련해 원데이터의 표출이나 현재상태를 단순히 보고하는 수준이 아닌 세부 자료로 보험, 보호, 지역, 성별, 연령, 질병군과 같은 데이터를 정리하는 등 좀 더 세밀한 분석을 함으로써 위원회에서 단기 경영전략을 결정할 수 있어야 한다”고 지적하고 있다.

(3) 사업 추진전략 및 수단의 적절성

안성의료생협에서는 각각의 위원회를 중심으로 조직교육, 보건예방, 지역복지, 생협의원 운영 등의 사업활동이 이루어지고 있다. 이러한 활동들은 위원회 별로 설정한 목표를 달성하기 위한 세부 계획안을 마련하고, 이에 대한 평가를 진행하면서 이루어지고 있었다. 의료생협의 활동은 그 핵심적 부분인 '진료사업' 영역에 있어서, 진료의 효율성 및 효과성 측면에서 경영의 어려움은 있지만, 주민들에게 신뢰를 쌓아가고 있었다. 약제사용에 대한 건강보험심사평가원 평가결과에서도 생협의원들은 다른 동급의원들과 비교했을 때, 항생제나 주사제 등의 사용빈도와 약품비, 그리고 원외처방전당 약품품목 수가 상대적으로 적은 편이다.

그러나 생협의 이와 같은 인간중심적 차별화 '전략'은 위기를 맞고 있다. 가장 큰 원인으로 는 생협이 추구하는 인간주의 전략이 다른 의료기관에 의해 도전받고 있다. 생협 내부 회의 중 실무자의 의견은 이를 반영한다.

“출발 당시 다른 의료기관이 가지지 못한 장점이 많았는데 현재는 보건소, 다른 의료기관에서 좋은 활동을 많이 한다. 동네마다 보건소 등에서 나와서 고혈압, 고지혈증, 당뇨 등 검사도 해주고 문제가 있는 경우 간호사가 운동도 시켜주고 검사도 해주고 그런다. 지금은 열심히 하지 않으면 안된다(우리생협의원 이전 추진위원회 3차모임 회의록 2003.2.3.).”

“이제는 단순히 '친절하다'라든지 '환자중심이다'라든지 하는 것은 의료생협의 특징이 되지는 못하고 있는 것 같다. 물론 이것은 경쟁의 결과라고 생각된다. 의료 기관간의 경쟁에 의해서 의료 수요자의 결정권이 더 향상된 것처럼 보인다. 반면 의료생협의 의료기관들은 시설 투자의 면에서 보면 결정이 느리고, 드러나 보이는 시설의 면에서는 취약해 보이기도 한다. 외래에서의 서비스에 관한 불평도 많이 들린다(안성 농민한의원 한의사 서정욱, 2003).”

의료생협이 직면한 딜레마는 이와 같은 차별화 전략을 벗어나 의료복지와 관련된 모든 영역을 다루려 하면 오히려 조직 정체성이 흔들리는 문제에 직면하게 된다는 점에 있다. 생협관계자의 다음 증언은 이를 반영한다.

“의료생협에서 활동하고 있는 사람들은 ‘과연 우리가 무엇을 목표로 나아가고 있는가?’, ‘과연 잘 하고 있나?’에 대한 회의에 빠져 들곤 한다. 타의료기관과 의료생협에서 운영하는 의료기관과의 뚜렷한 차별성을 찾기 어렵다. 다른 시민단체와 의료생협 활동의 차별성도 찾기 힘들다. 꼭 그 일을 의료생협이라는 형식에서 해야 하는가?는 근본적인 물음에 답답해하고 있다. 조합원들이 피부로 느끼는 건강관리 프로그램도 없고 조합원이나 환자들이 의료생협의 장점을 공감하고 있지 못하다. 한국 의료생협운동은 이념적 위

기도 함께 겪고 있다(안성의료생협 전무이사 김보라, 2009).”

생협의 인간중심적 사업추진전략은 추진과정에서 과도한 투입(input)을 요구하는 반면에 산출은 적다. 생협의 운영수단을 보면 월 1회 노인정 건강관리 사업 실시, 갱년기학교, 건강모임, 건강체크, 건강걷기대회, 어린이 건강학교, 건강한 마을 만들기, 건강검진반기운동, 각종 소모임(문화유산답사회, 축구모임, 사진반) 등 및 이와 관련된 사업, 자원봉사 프로그램 개발 및 운영, 뇌졸중 환자들을 위한 해바라기 교실, 사랑의 집 고치기, 조합원 건강검진, 방문진료, 만성질환자 관리, 소식지 발간, 협동조합연구모임, 보건학교 운영을 통한 건강도우미 배출 등 일반병원에 비해 다양한 활동을 전개하고 있다. 그러나 이와 같은 노력에 비해 성과가 높지 않으며 이는 안성생협도 인지하고 있다.

‘의료생협에서 사업은 많이 하고 있는데, 성과가 나는 사업을 하지 못하고 있다. 실무에 한계가 있으므로 사업을 우선순위에 따라 선별해서 집중하여 성과를 낼 수 있었으면 한다...실무자 업무 분장시 비용대비 수익을 고려해서 업무분장을 하도록 하자’(안성의료생협 2007년 1월 이사회 회의록)

투입 중심의 성장전략이 성과를 내지 못하는 가운데 조합이 성장하면서 인건비, 조직활동관리비 등 조직관리비용이 증가하고 있다. 기본적인 조직유지비용 및 조직활동비가 증가하고 있으며, 조직사업비의 내용 중에 기본 조직유지비에 들어가는 비용이 커지면서 사업활동에 할당되는 비중이 점차 작아지고 있다(실무자인터뷰, 2009.3.30).

이와 관련하여 생협 내부에서도 전략의 부재와 경영의 부재가 지적되고 있다. 생협에 대한 10주년 평가에서 박상섭(2003)은 경영분과 이사들의 인식부족으로 공격적이고 치밀한 계획이 수립되지 않았고, 넓은 의미의 경영에 대해서 다루지 못했으며 수익증가를 위한 계획이 없었다는 점, 경영을 효율적으로 하지 못했다는 점, 재고관리가 충실하게 이루어지지 못했다는 점 등을 지적하며 이에 경영합리화에 대한 요구가 있었다는 점을 지하였다. 안성의료생협 중장기발전위원회(2005)에서도 현재의 취약한 수익구조는 인력과잉에서 비롯되었다고 지적하고, 수익율이 ‘계속 좋을 것’이라는 막연한 기대와 ‘필요할 것 같다’라는 직관에 의해 인력을 배치해 온 데 원인이 있다고 진단하고 있다.

2. 행태적 조건

1) 자치성

의료생협에서는 지역 주민이 환자로서 진료만 받는 일반 의료기관에서와 달리, 지역주민이 조합원으로서 의료기관의 이용이나 경영에 참여하게 되는 특성을 갖는다. 한 마디로, 의료생협의 시스템은 ‘참여형 민주주의’를 지향하고 있다. 의료생협들은 공통적으로 “병원의 설립과 운영, 이용에 조합원이 주인으로 참여할 수 있다”는 것을 일반병원과는 구별되는 의료생협 병원만의 특징으로 꼽는다. 생협 의사결정기구의 핵심에는 총회, 이사회, 위원회가 있다. 생협은 의료생협 조직 운영에 있어 조합원으로 구성되는 총회와 조합원 중에서 선출된 대의원으로 구성되는 대의원총회에서 최종 결의가 이루어진다. 2008년 5월 현재 조합원 수는 2,861명이고 이를 대표하는 6기 대의원 수는 120명이다. 실무를 담당하게 되는 임원과 직원 역시 조합원 가운데 총회에서 선출되며, 예산 및 사업 계획과 집행 모두 총회의 승인을 받도록 되어 있다. 생협의 사업은 단순히 병원 운영자뿐만 아니라 다양한 행위자의 참여에 의한다. 생협 사업추진 과정에서 이사, 실무자, 대의원, 건강지킴이, 보건학교, 생협학교 졸업생, 소전사 등을 축으로 하는 소위 활동가들뿐만 아니라 각종 소모임 대표자, 조합원의 참여도 활발하다. 생협을 실제로 운영하는 것은 건강조직위원회, 경영이용위원회, 지역복지위원회, 우리생협의 원위원회 등과 같은 각종 위원회이다. 생협의 주요 의사결정이 이루어지는 위원회에는 조직 내부인력뿐만 아니라 외부 조합원들이 참여한다. 위원회 인적구성은 실무자, 이사, 대의원, 조합원, 자원보상사, 전문가 등 균형적으로 편성되어 있다. 안성의료생협 중장기 발전위원회가 조합원을 상대로 한 조사(2005)에서도 민주적으로 운영되고 있다고 응답한 경우는 31%이고, ‘아니다’라고 답한 비율은 1.4%로 생협의 민주적 운영에 대해서는 공감대가 형성되어 있음을 알 수 있다.

그러나 의료생협의 이와 같은 의사결정방식과 운영방식의 민주성은 그 가치의 바람직성에도 불구하고, 실제 조직 운영에 있어 리더십 부재 및 책임성 전가 현상이 나타난다는데 문제가 있다. 생협은 조합원 중에서 비상근 이사장을 선출하고 상임이사 두고 있지만, 대부분의 일상적 의사결정은 이사보다는 각종 위원회에서 결정이 이루어지고 있다. 이와 같은 위원회 중심적 의사결정 구조는 민주성 측면에서는 바람직하지만 책임성 확보라는 측면에서는 효율성이 떨어진다. 특히 의료생협의 규모가 대형화되고 경영조건이 열악해지면서 생협의 운영과 발전을 위해 책임자가 필요하다는 논리가 등장하기도 하였다. 안성의료생협 중장기발전위원

회(2005)도 투철한 책임감과 더불어 조직의 변화를 이끌만한 역량있는 리더십의 부재를 생협의 문제점으로 지적하고 있다.

“지속적으로 경영을 책임지고 관리하는 주체(관리책임자)가 명확하지 않아 많은 한계가 있었다고 본다. 이는 매년 이루어지는 경영위원회 평가에서도 반복적으로 지적이 되고 있다(안성의료생협 경영위원회 이사 박상섭, 2003).”

‘전무이사는 도입은 실무 일을 보는 상임이사로는 무리가 많아지고 있고, 직원이 2배로 증가하여 인사 관리의 중요성도 높아졌다. 조합 규모가 커지면서 각 업무의 조정이 지속적으로 되어야 하는 부분이 있다. 인사관리, 행정, 내부소통, 경영전반에 대한 업무를 총괄하는 인력이 필요한 시점에 도달하였다(2008년 12월 이사회 회의록)’

생협의 리더십 부재는 크게 두 가지로 측면에서 논의가 이루어지는데, 첫째 조직에서 가장 중요한 역할을 하는 의사직을 통솔할 만한 강력한 리더십이 이사회나 다른 실무자들에게도 갖추어져 있지 않다. 따라서 당장의 의사들이 그만둔다면 그 대체인력마저도 구할 수 없는 형편에 있다. 의사들마저도 생협의 일부분에 불과하며, 조합원이나 실무자 중심의 이사회에서나 위원회에서 이들이 리더십을 행사할 여지는 좁다.

둘째, 경영과 관련하여 실질적이고 지속적으로 경영을 책임지고 관리하는 주체(관리책임자)가 명확하지 않은 한계가 있다고 볼 수 있다. 이와 관련해 대의원총회에서 전문적인 CEO를 요청한 대의원들도 있었다. 이와 같은 여론으로 인해 2008년 12월 생협은 비상근 이사장으로 운영되는 이사회를 대표하여 일상업무를 총괄하는 전문이사제도를 도입하였다. 그러나 평등주의적 조직속상 이에 대한 경계도 상당하다.

‘전무이사가 실무에서 벗어나게 되는데 힘의 집중으로 독주가 될 가능성이 있다. 권한과 책임을 구분하여야 한다(2008년 12월 이사회 회의록 中)’.

2) 독립성

안성의료생협은 독립된 법인으로 설립되어 독립적으로 운영되고 있다. 의료생협 활동에 필요한 인력과 예산은 정부로부터의 지원 없이 의원수입과 출자, 증자라는 형태로 조합원들로부터 자본을 형성하고 있으며, 민간단체로부터의 지원이나 기부도 양은 적지만 한 부분을 차지하고 있다.

의료생협의 독립성 강조는 두 가지 결과를 가져오는데 수직적으로 정부로부터 독립과 수평적으로 민간의료기관의 독립이다. 정부로부터의 독립성 유지는 생협 활동이 추구하는 가치이기 때문에 생협 스스로 선택한 것이라 할 수 있지만, 다른 한편으로는 생협활동에서 정부로부터의 재정적, 물리적 지원을 받지 못한 부분도 있다. 정부와 관계설정 문제는 생협의 독립성과 관련해 고민거리 중 하나이다. 안성의료생협의 사무국장의 다음 질문은 이를 반영한다.

복지혼합 속에서 단순히 정부와의 계약을 통해서 서비스를 제공하는 상업적 도급으로 전락되거나 시장 경쟁 속에서 생존하기 위한 이윤추구 모델로 퇴행해 가는 것을 어떻게 피할 수 있을까?(김보라, 2008)

국가나 단체의 지원금에 대한 우리의 입장은 어떠한가? 지역사회를 건강하게 만들어 가는데, 지역사회구성원 모두를 위한, 취약계층에 대한 사업을 의료생협이 하는 경우 국가나 단체의 지원금은 받을 수 있다.....그러나 이러한 사업의 확장과 지원금은 조합원 중심의 튼튼한 의료생협 활동에서부터 확장되는 것 이어야 한다. 시민 없는 시민단체들이 정부로부터 받은 지원금으로 사업을 추진하면서 점점 더 시민으로부터 멀어져가는 모습으로부터 교훈을 얻어야 하겠다(김보라, 2007).

또한 생협은 생협을 추진하는 유사 기관간 연계가 활성화되어 있지만 다른 민간단체의 교류가 부족하다. 즉, 수평적 연계에 있어 편파성이 존재한다. 현재 안성의료생협의 연대활동은 지역연대활동과 한국의 의료생협간 연대 및 생협 연대, 일본의료생협과의 연대가 추진되고 있다. 안성의료생협은 수년간의 교류를 통해 2003년에 가와사키의료생협과 자매결연을 맺고, 활동영역별 임직원 연수 등을 통하여 교류를 확대하고 있다. 의료생협간 연대의 결과 현재 의료생협연대회의가 출범해서 운영 중에 있고, 생협 연대에 있어서도 생협법과 관련된 다양한 활동이 전개되고 있다. 생협은 이념적으로 진보적 활동 ‘쌀 시장 개방반대’, ‘식량주권안성운동본부’ 등의 활동에 적극적이다. 이와 생협연대나 진보적 단체 등 유사단체의 연대에 비해 일반 민간 의료기관과의 연대는 취약하다.

3. 가치적 조건

1) 공공성

의료생협 활동의 공공성은 의료생협이 제시하는 사명¹³⁾, 가치¹⁴⁾, 목적과 활동¹⁵⁾에 잘 나타

13) 안성의료생협은 조합원이 공동으로 소유하고 민주적으로 운영하는 조직으로, 믿을 수 있는 의료기

나 있다. 의료생협 활동은 의료의 상품화를 극복하고 의료의 공공성을 강화하며, 주민의 참여와 피드백을 통해 지역사회 건강증진을 달성하고자 한다는 점에서 공익 추구를 지향한다고 볼 수 있다. 무엇보다 공익 추구의 경향을 가장 잘 보여주는 것이 모든 의료생협들이 채택하여 자치병원 운영의 원칙으로 삼고 있는 의료생협의 ‘환자 권리장전 선언’이라고 할 수 있다.

의료생협의 환자권리장전은 조합원 자신과 지역주민 모두의 생명을 아끼고 보살피며, 다함께 힘모아 의료 민주주의를 실천하기 위한 환자의 인권선언이다.....환자는 이윤추구나 지도의 대상이 아니라 존엄한 인간으로 존중받는 가운데 치료받을 권리가 있다. 이에 우리는 모든 환자의 다음과 같은 권리를 존중한다....모든 환자는 설명을 들을 권리가 있으며 검사자료를 요구할 권리가 있다.

의료생협의 목표는 의사 위주, 치료위주의 대형병원시스템 대신 환자 위주, 예방 위주의 의료체계를 만들어 나가는데 있으며, 이를 위한 환자권리장전의 실천을 지향한다(변홍철, 2001). 생협의 공익성 추구는 주민들에게 좋은 반응을 얻고 있다. 안성의료생협 중장기 발전 위원회에서 실시한 내원환자 설문조사(2005)에 따르면 진료비가 비싼가에 대해서 응답자의 84.0%는 ‘아니다’로, 돈보다 환자의 건강을 먼저 생각하는 의료기관이라는 56.0%로, 의사가 친절하다는 64.0%가 ‘그렇다’라고 답하고 있다.

생협은 협동조합 정신에 따라 수입과 지출합계를 맞춰 수지차액을 0원으로 잡고, 창출되는 이익의 모든 것을 조합원에게 되돌려주는 방식을 취한다. 이러한 공익성 추구 차원에서 수익성이 떨어지는 사업들이라도 사회적 책임 차원에서 적극적으로 추진한다. 구체적으로 의료생협은 진료활동 뿐만 아니라 지역활동과 소모임활동, 보건예방활동 등을 통해 건강 증진에 대한 지역사회적 접근을 시도하고 있다. 특히, 의료생협은 건강한 지역사회 공동체를 만들어가기 위한 노력의 일환으로, 거동불편 노인들의 낮보호 프로그램이나 지역주민 보건대학을 운영하며 꿈의 지도 만들기 같은 사업을 추진하고 있다. 이와 같은 공익성 지향으로 인해 수익성을 추구하는 경영적 마인드에 대해 적대적이기까지 하다.

관을 통하여 좋은 의료서비스를 제공한다. 또한 지역주민과 함께 보건·복지·건강마을 만들기 활동을 하여 지역주민과 조합원의 건강증진 및 건강한 지역사회를 이루는데 기여한다(안성의료생협 내부자료, 2009.3.30).

14) 협동, 참여, 사회적 책임, 정책, 배려, 신뢰(안성의료생협 내부자료, 2009.3.30).

15) ① 믿을 수 있는 좋은 의료서비스 제공, ② 조합원 및 지역주민 건강유지 및 증진을 위한 활동, ③ 취약계층에 대한 보건의료복지서비스 제공, ④ 건강한 마을만들기, ⑤ 조합원에 의한 민주적 운영, ⑥ 지역사회발전을 위해 기여하는 생협인 양성(안성의료생협 내부자료, 2009.3.30).

그러나 이러한 공공성 추구는 의료생협의 성장에 제약요인으로 작용하는 경우가 많다. 예를 들어 일부 열성적인 조합원들은 자신이 ‘주인’으로 참여하고 있는 의료생협 병원이 시설이나 규모와 시설면에서 계속 확대되기를 바라는 경우도 있다. 안성의료생협 중장기 발전위원회가 조합원을 대상으로 생협의 사업투자방안에 대해서 응답자의 32.8%는 최첨단 의료장비 구입을, 24.6%는 의료생협자체건물구입을, 13.0%는 보건예방사업인원을 충원에 투자해야 한다고 답하고 있어 규모와 시설확대 욕구를 반영하고 있다. 아직까지 병원 시설과 규모의 확대냐, 건강을 위한 협동과 주민자치나 하는 입장차이가 두드러지게 불거지고 있지는 않다. 하지만 몇몇 의료생협의 실무자와 조합원들은 머지 않아 의료생협의 진로와 관련해 공공성-수익성을 둘러싸고 고민해야 할 것으로 보인다¹⁶⁾.

“의료생협에서 진료 활동은 조합원과 지역 주민의 건강을 지키기 위한 고유의 목적 활동과 법인의 유지를 위한 수익 사업이라는 이중의 성격을 갖는다. 그 양면성을 잊지 않는 것이 발전의 기본이 될 것 같다”(서정욱, 안성농민한의원 한의사, 2003).

안성의료생협 중장기발전위원회(2005)는 생협발전을 위해 현 본점을 센터화하는 방안과 관련하여 자칫 주민건강관리가 아닌 수익성 사업으로의 변질 우려를 언급하고 있다. 이는 공공성과 영리성간 생협의 고민을 반영한다. 이러한 견해는 비영리단체들이 그 역할이나 기능을 성공적으로 수행할수록, 그리고 그 규모에 있어 대형화될수록 영리추구적 기업들이나 공공부문과의 경계나 구분이 모호해지고, 결국 시장의 논리와 힘 앞에 상업화될 것이라는 Weisbrod(1997)의 견해나, 시민단체들끼리의 경쟁이나 상업화가 시민단체들의 조직 구조나 전략상 변화가 초래될 수 있다는 Tuckman(1998)의 견해와 일치한다고 하겠다.

2) 자발성

안성의료생협은 정부를 비롯한 외부의 어떠한 자원 및 후원없이 지역 조합원들의 출자금을 물적 자원으로 하여 성장하여 왔다. 따라서 조합원과 이들의 태도는 생협의 기초자원이라고 할 수 있다. 안성의료생협 조합원수는 94년 309명이었는데, 2003년 6월 당시 4배 증가하여 1,436명이었다. 한 해에 100명 이상 신규가입이 97년 이후 지속되고 있다. 2007년 현재 10,000

16) 안성의료생협 실무자 인터뷰 과정에서도, 의료생협의 불안정한 재정구조에 대한 우려를 확인할 수 있었으며, 최근 비영리조직의 경영관리에 대한 의료생협 내부의 교육활동 등이 활발히 이루어지고 있음을 알 수 있었다(인터뷰, 2009.3.30).

명 가까이 되고, 안성인구의 약 5%정도이다.

<표 4> 안성의료생협 조합원 및 출자 현황

연도	신규		추가		감좌		배당	합계
	금액	세대	금액	세대	금액	세대	금액	금액
94	155,780,000	410	1,380,000	16	-	-	-	157,160,000
95	10,120,000	73	2,120,000	36	-	-	-	12,240,000
96	18,950,000	67	8,950,000	31	-	-	1,641,390	29,541,390
97	17,470,000	115	13,630,000	34	-	-	12,563,625	43,663,625
98	15,100,000	128	23,030,000	68	-	-	7,747,260	45,877,260
99	11,070,000	103	4,590,000	46	-3,109,390	16	10,825,960	23,376,570
2000	10,420,000	75	1,740,000	28	-67,032,920	20	-	-54,872,920
2001	53,270,000	364	39,425,000	226	-3,490,095	17	20,379,052	109,583,957
2002	24,240,000	189	19,837,000	123	-10,918,689	15	12,003,739	45,162,050
2003	33,687,660	286	38,273,000	304	-4,801,620	30	-	67,159,040
2004	14,104,980	127	6,470,000	161	-5,102,310	23	-	15,472,670
2005	16,949,180	138	6,025,000	92	-5,141,410	24	-	17,832,770
2006	100,352,000	724	39,712,411	243	-7,112,220	31	-	132,952,191
2007	50,750,000	399	9,149,350	101	-9,309,082	46	-	50,590,268
2008	34,097,870	310	11,093,800	82	-12,677,178	91	-	38,535,090

자료원: 안성의료생협 내부자료(2009.3.)

그러나 생협의 기반인 조합원의 생협이용률과 증가는 불안정적이다. 현재 각 지역 의료생협 병원을 이용하는 환자들 가운데 의료생협 조합원의 비율은 20-30% 선에 그치고 있으며(이인동, 2002). 안성의료생협 사무국장이었던 최봉섭(2003)의 분석에 따르면 1994년부터 2003년까지 연도별 추가출자자 수는 연평균 14.9명으로 나타났다. 출자자수의 증가도 불규칙적인데 1999년의 경우 전년 대비 11%(51명) 증가한 반면 '01년의 경우 전년 대비 44%(267명)가 증가했다. 위에서 제시된 <표4>에서 볼 수 있듯이 조합원들의 출자금과 회원수의 증가가 불규칙적이며 실제 누적 출자액도 미약하다.

생협의 정치적 기반이 진보적이 때문에 조합원의 정치적 성향도 가입에 영향을 미친다. 안성의료생협 관계자 인터뷰에 따르면, “의료생협에 가입을 희망하는 사람들은 대체로 시민운동 등에 호의적인 태도를 가진 사람들”이라고 설명했다. 조합활동은 야유회, 송년회, 기념행사 등을 통해 조합원이 다양하게 참여할 수 있도록 하는데 주력하고 있다. 그러나 이러한 사업에 협조적인 조합원으로 한정되어 있고, 일반 조합원들의 참여는 저조하다고 볼 수 있다. 우리생협의원에 대한 조합원의 관심을 높이기 위해 작은 단위 모임(소모임)을 활성화를 위해 노력하고 있지만 2007년 상반기 참석율은 11.2%에 머물고 있다. 안성의료생협 중장기발전위원회(2005)의 조사에 따르면 조합원의 각종 생협행사 참여율이 30%이내로 낮게 나타났으며, 참여하지 않은 이유는 ‘시간이 없었다’가 가장 많았다. 조합원들뿐만 아니라 조합운영의 근간이 되는 자원봉사의 감소도 문제가 되고 있다. 2007년 봉사자 171명에서 2008년 봉사자 138명으로 19% 감소했으며, 2007년 봉사시간은 3,323시간에서 2008년 봉사시간 2,421시간으로 27% 감소하였다(안성의료생협 2009년 1월 지역복지위원회 회의록).

최근 안성의료생협 조합원의 활동을 장려하기 위해서 각종 인센티브제 도입을 검토하고 있다. 특히 대의원 중심의 조합원 간담회와 이사 중심의 지역별 대의원모임을 통해 활동 강화를 시도하고 있으나, 조합활동의 근간이 되는 위원회 의원들과 대위원들의 협조도 쉽지 않은 문제가 있다. 의료생협은 최근 들어 위원회 참석율이 저조한 위원들에 대해 참여하지 않는 이유를 정확하게 파악하여 참석율을 높이도록 하거나 아니면 참여할 수 있는 분들로 위원을 교체하는 방법도 모색하고 있다(2007년 2월 이사회 회의록). 아래에 제시된 조합관계자의 의견은 이러한 ‘자발성’의 위기를 반영한다.

“가을나들이 때 조합원들에게 다 전화를 했었는데 참 어려웠다. 실제로 조합원 단합이 어렵다” “대의원 선거 때도 정족수 채우기가 어려웠다”(우리생협의원 이전 추진위 3차모임 회의록(2003.2.3))

“(조합원 참여와 관련해) 건강의 주체로서 서비스를 직접 제공하거나 실천하는 적극적인 참여는 해바라기 자원봉사활동을 제외하고는 저조하였다(김보라, 2003. 안성의료생협 보건예방, 지역복지 10년 평가)”.

요컨대 조합운영이 조합원 출자금을 기반으로 조합원 자치에 의해 운영되고 있는 점을 볼 때 안성의료생협은 자발성 가치를 지향하기는 하지만, 실질적으로는 지역 주민의 관심과 일반 조합원 참여가 부족한 상황에서 소수의 뜻있는 의료인과 운동가들의 주도하에 운영되고 있다는 점에서 자발성의 한계가 있다는 점을 보여준다.

V. 결 론

의료생협은 현행 의료보장제도가 가지고 있는 한계점들을 보완하고 의료사각지대의 문제에 대한 대안으로 모색되었다. 주민의 자발성과 연대성을 바탕으로 그들이 주체가 되어 공공의료의 비효율성과 민간의료의 상품화에서 오는 문제점들을 극복하고, 치료보다는 보건과 예방에 중점을 두어 주민의 건강한 생활을 지향해 나가는데 목적을 두고 운영되고 있다. 국민건강보험제도를 도입하고 있는 우리나라에 의료생협이 따로 존재해야 하는 이유는, 의료서비스의 90% 이상이 영리를 추구하는 민간의료기관에 의존하고 있는 현실의 문제점을 극복하기 위함이다. 따라서 의료생협이라는 주민자치적 의료기관 활용은 ‘의료의 공공성 강화’라는 행정·정책적 문제를 해결하는 정부의 책임을 시민단체가 보완할 수 있다는 점에서, 민간주도의 현 의료제도 모순 해소에 어느 정도 도움을 줄 제도적 대안으로 떠오르고 있다.

본 연구에서는 보건의료분야에 있어 서비스 전달(service delivery) 기능을 수행하는 시민단체인 의료생협을 대상으로, 의료생협이 일반 행정조직이나 경영조직과 구별되는 시민단체로서의 특성을 갖고 있다는 점을 고려하여 의료생협 활동을 조직론적 관점에서 고찰하였다. 현재 의료생협이 가진 강점으로는 1차 의료기관의 건강한 모델을 보여주고 있는 점, 지역주민들의 신뢰를 얻고 있는 점, 적지만 자원봉사인력이 양성되어 그 역할이 활발해 지고 있다는 점, 이윤을 목적으로 한 조직이 아니기 때문에 의료생협의 목적과 활동을 이해한 조합원은 의료생협의 든든한 후원자가 되어 주고 있는 점 등을 들 수 있다. 그러나 의료생협은 그 활동의 취지에도 불구하고, 여전히 조직의 목표를 잘 달성하고 있는 것 같지는 않다. 사례분석을 통해 분석된 의료생협이 직면한 문제점으로는 첫째, 조직적 차원에서 의사결정구조의 민주성

에도 불구하고 기능적 효율성이 떨어지는 문제가 존재하며, 다양한 목표를 가지고 있어 이들을 조화시키는 문제, 공식화의 정도가 느리다는 특징을 가진다. 조직운영체계에 있어 조직의 동력인 인력의 부족 문제, 재정적 불안정과 재정관리 체계성이 부족한 문제, 인간중심적 전략의 협소성과 이로 인한 과도한 투입과 과소한 산출의 문제 등을 가지고 있다. 둘째, 행태적 차원에서 안성생협은 민주적인 자치조직을 현실적으로 구현하였다는 점에서 바람직 하지만 실제 리더십 부재 문제에 직면해 있으며 정부 또는 기타 민간기관의 연대를 둘러싼 갈등이 존재한다. 셋째, 가치적 측면에서 공공성 구현에서는 성공하였으나 이로 인해 영리성을 둘러싼 미묘한 갈등이 포착되고 있으며, 자발성 차원에서 조합원 등 구성원들의 참여와 기여도가 적다는 문제점에 직면해 있다.

김용우(2005)에 따르면, 외형적으로는 의료생협이 확산추세에 있기는 하지만 실제 내부상황을 살펴보면 상당히 어려운 문제들이 산적해 있다. 안성의료생협을 제외하고 아직까지 운동과 경영에서 안정적인 모습을 보이고 있는 생협이 드물고, 아직은 '이것이 한국형 의료생협이다'라고 할만한 모델 정립도 확신을 가진 것이 없다. 성공적 모델이라고 평가받는 안성의료생협의 경우에도, 의료생협이 직면한 현실적 한계는 이들이 추구하는 자발성이나 독립성, 자치성 등과 같은 가치적 행태적 지향점에서 비롯된 것으로 보인다. 조직의 안정적 유지와 성공적 정착을 위해 의료생협이 추구하는 가치들을 예산과 인력, 시설 등을 활용하여 현실적으로 구현하기 위해 필요한 자원들을 정부로부터 지원받는 것을 통해 정부와 적절한 협력관계를 유지하는 것이 필요하다고 할 수 있지만 가치 및 행태적 관성으로 인해 이것이 쉽지 않은 것으로 보인다. Salamon and Sokolowski(2001)의 국제비교연구에 따르면 정부의 지출과 자발성 간에는 정(+의 관계에 있다. 따라서 협동조합의 자율성과 독립성이 훼손되지 않는 범위 내에서 정부나 지방자치단체가 의료생협의 보건의료와 복지활동에 필요한 인력과 예산을 지원하면서 이에 대한 적절한 평가를 수행한다면, 취약한 일차의료체계의 기반을 확대하고 새로운 형태의 주민참여형 복지모델을 구축할 수 있을 것이다(김명일, 2005).

자발성, 자치성, 공공성 등을 특성으로 갖는 시민단체는 자치, 참여, 상호부조와 같은 가치를 실현할 수 있는 유토피아적 조직이다. 하지만 조직운영과정에서 시민단체 고유의 조직적 특성으로 인한 한계나 조직이 갖게 되는 관료제적 속성이 내재되어 있기 때문에 조직 활동에 문제가 있을 수 있다. 아울러 정부로부터의 독립성을 강조한 나머지 정부와 대립적 관계를 유지하거나 정부로부터 지원을 배제시켜 정부와 적절한 협력관계를 유지하지 못하는 문제 또한 있을 수 있다. Salamon(1994)이 주장하듯, 시민사회가 순수한 덕성만을 보유하고 있다는 신화(myth of pure virtue)나 자발성 및 독립성의 신화(myth of voluntarism)가 포함될 수 있

다는 점을 간과해서는 안된다. 따라서 시민단체도 조직의 환경에 대응하여 그 목표를 구조와 자원을 활용한 활동을 수행하는 하나의 조직이라는 점을 고려할 때, 한편으로는 자율성과 독립성, 그리고 다른 한편으로는 공익 실현을 위한 정부의 법적, 제도적 지원이 필요하다고 할 것이다. 물론 둘 사이의 딜레마가 존재하는 면이 있기는 하지만, 그럼에도 불구하고 양자의 균형과 조화를 유지하는 것이 시민단체의 유지와 성공을 위한 조건이라 할 것이다. 본 연구의 분석결과는 앞으로 의료생협 활동이 그 소기의 성과를 달성할 수 있도록 하는 기본 요소들을 제시하고 있다는 데 그 의의가 있다고 생각되며, 아울러 공공 서비스 전달조직으로서의 시민단체에 관한 체계적 연구에 이바지할 것으로 생각된다.

【참고문헌】

- 김 신. (1999). “건강증진사업 수행시 문제점과 해결방안”. 영남대학교 의과대학 예방의학교실지역사회 건강증진사업 전략 개발을 위한 심포지엄 발표논문.
- 김 미·민현정. (2005). “보건의료 시민단체의 역할 및 역할수행방식에 관한 연구: 시민단체 활동가들의 인식을 중심으로. 『한국정책과학학회보』, 9(1): 49-71.
- 김명일. (2005) “도시보건지소와 의료생협”, 임종한 외(2005). 『의료생협입문』. 생화협동조합전국연합회·의료생협연대.
- 김보라. (2003). “안성의료생협 보건예방·지역복지 10년 평가”. 안성의료생협 10년 평가회 자료. www.asmedcoop.co.kr
- _____. (2007). “의료생협의 경영에 대하여”. www.asmedcoop.co.kr
- _____. (2008). “사회적 경제와 안성의료생협”. www.asmedcoop.co.kr
- _____. (2009). “의료생협 위기와 도전”. 보건예방실 모임자료. www.asmedcoop.co.kr
- 김선혁. (2003). “시민사회론과 행정학: 행정학적 시민사회론의 모색”. 『한국행정학보』, 37(4): 39-55.
- 김성훈. (2003). “주민과 함께 일군 우리 병원: 대전민들레의료생협”. 『국토』, 2003: 116-121.
- 김시완. (2000). “성명서를 통해 본 의약분업과 시민단체”. 『Healthcare Review』, 제1권: 30-42.
- 김연명. (2000). “의료보험통합의 이해관계 의의와 향후과제”. 이종찬 편, 『한국의료대논쟁』. 도서출판 소나무.
- 김용우. (2005). “의료생협의 전망을 위한 그간 생협운동의 성찰”. www.asmedcoop.co.kr
- 김용익. (2000). “의사과업이 보건의료운동에 던지는 과제”. 민중의료연합 주최 사회변혁적 관점에서 본 의사과업 토론회 발표문.
- 김은성. (2003). “21세기 의료계의 패러다임: 지역주민이 주인인 병원-의료생활협동조합”. 『의약세계』, 8: 27-33.
- 김준기. (2005). “한국 시민단체의 내부지배구조 개선방안에 관한 연구”. 『행정논총』, 43(3): 29-61.
- 김창엽. (1999) “지역사회 건강증진사업에서의 부문간 협력”. 서울대학교 간호대학 건강증진 심포지엄 1999.9.18 발표논문.
- 김창엽·강영호. (1999). “건강증진기금 활용과 발전방향”. 건강연대 심포지엄 1999.10.21 발표논문.
- 김창엽. (2000). “의약분업의 성공적인 정착과 지역에서의 일차보건의료체계 확립”. 의료개혁시민연합 주최, 의약분업 정착을 위한 인천지역 토론회 발표문.

- 김 현. (2009). 『열림과 넘나듦의 교량적 사회자본이 사회에 미치는 긍정성 연구: 안성의료생협을 중심으로』. 한양대 행정·자치대학원 석사학위논문.
- 문순영. (2005). 『한국의 민간 비영리 사회복지부문에 대한 이해』. 한국학술정보.
- 박병욱. (2005). “한국 시민단체의 인적자원 관리 현황 및 개선방향에 관한 연구”. ‘NPO/NGO의 조직관리: 현실과 과제’ 발표자료.
- 박상섭. (2003). “안성의료생협 경영·이용 활동 10년 사업평가서”. 안성의료생협. 10년 평가회 자료. www.asmedcoop.co.kr
- 박옥섭·김보라. (2005) “의료생활협동조합의 경영 전략”, 임중환 외(2005). 『의료생협입문』. 생활협동조합전국연합회·의료생협연대.
- 변진욱. (2003). “의료생협: 민간부분 의료의 공공성 확보를 위한 보건의료 대중운동”. 『사회비평』, 35(봄호): 222-2373.
- 변홍철. (2001). “의료생협: 건강을 위한 협동과 자치”. 『녹색평론』, 2001년 12월호: 156-172.
- 서정욱. (2003). “진료활동평가”. 안성의료생협. 10년 평가회 자료.
- 이숙중·양세진. (2007). “시민단체의 책무성과 정부의 역할에 대한 연구: 행정자치부의 비영리 민간단체 지원사업을 중심으로”. 정책학회 하계학술대회 발표논문.
- 안성의료생협 중장기발전위원회. (2005). 안성의료생협 중장기 발전전략. www.asmedcoop.co.kr
- 양현모. (2002). 한국 NGO 의사결정과정의 특징과 관계: 한국행정연구소.
- 유수현. (1999). “한국 의료생활협동조합활동의 전개와 지역사회복지적 의미”. 서울NGO대회 발표논문집.
- 유수현. (2002). “의료전달체계에서 자발적 주민조직의 참여에 관한 연구: 의료생활협동조합의 사례를 중심으로”. 의료생협 연합수련회 자료집.
- 이덕승. (2000). “보건의료소비자 운동의 가능성”. 『의료평론』제1권: 66-75.
- 이명순. (1999). “일차진료에서 건강증진서비스 활성화를 위한 이론적 접근”. 『가정의학회지』, 20(10): 1179-1196.
- 이상익 외. (2002). 『건강증진사업 수행을 위한 국가, 지방자치단체, 민간단체간 역할분담체계 및 상호연계체계 개발』. 제주대학교 의과대학·보건복지부.
- 이인동. (2005) “의료생활협동에서 바라본 지역사회 일차의료”, 임중환 외(2005). 『의료생협입문』. 생활협동조합전국연합회·의료생협연대.
- _____. (2002). “우리나라 의료생활협동조합의 현황과 전망”. 의료생협 연합수련회 자료집.
- 이재광. (2002). “의료생활협동조합과 보건의료인의 참여”. 의료생협 연합수련회 자료집.
- 임중환. (2001). “대안적 의료공동체, 의료생협 지역활동의 의의와 전망: 인천평화의료생협의 사례를 중심으로”. 생협법 제정기념 심포지움 발표논문집.
- 정상호. (2008). 한국 시민단체의 재정 위기의 현황과 해소방안. 『동서연구』 20(2): 246-276.
- 조무성. (2000). “NGO의 진단과 개혁: 암퇴치 NGO의 사례 분석”. 한국행정학회 기획세미나 발

표논문집.

- 조병희. (2001). “보건의료분야에 있어서 시민단체의 역할과 과제: 의약분업정책을 중심으로”. 『보건과 사회과학』, 10: 5-35.
- 조병희 외. (2003). 『지역사회조직 활용을 통한 건강증진 접근전략 개발』. 보건복지부 건강증진 기금사업지원단 건강증진연구사업 보고서.
- 주성수. (2004). 『NGO와 시민사회』. 한양대학교 출판부.
- 최국용. (2003). “안성의료생협의 경영부문의 10년 평가와 과제: 재무상태와 경영성과를 중심으로”. 안성의료생협. 10년 평가회 자료. www.asmedcoop.co.kr
- 최봉섭. (2003). “안성의료생협 조직·교육·홍보·연대활동 평가”. 안성의료생협. 10년 평가회 자료. www.asmedcoop.co.kr
- _____. (2002). “의료생활협동조합운동의 현황과 과제”. 『도시와 빈곤』, 제55호: 85-103.
- Harris, M. (1998). Doing It Their Way: Organizational Challenges for Voluntary Associations. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 27(2): 144-158.
- Kramer, R. M. (1981). *Voluntary Agencies in the Welfare State*. Berkeley-Los Angeles-London: University of California Press.
- Salamon, L.. (1995). *Partners in Public Service: Government-Nonprofit Relations in the Modern Welfare State*. Baltimore and London: Johns Hopkins University Press.
- _____. (1994). The Rise of the Nonprofit Sector. *Foreign Affairs*, 73(4): 109-122.
- Salamon, L. and Anheier, H. (1996). *The Emerging Nonprofit Sector: An Overview*. London: Manchester University Press.
- _____. (1997). Toward a Common Definition. In L. M. Salamon and H. K. Anheier. (eds.), *Defining the Nonprofit Sector: A Cross-National Analysis*. London: Manchester University Press.
- Salamon, L. M. and Sokolowski, W. (2001). Volunteering in Cross-National Perspective: Evidence from 24 Countries. Working Papers of the Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project.
- Summers, D. and Kanter, R. (1987). “Doing Well While Doing Good: Dilemmas of Performance Measurement in Nonprofit Organizations and the Need for Multiple-Constituency Approach.” In W. Powell. (eds). *The Non-profit Sector: A Research Handbook*. New Haven: Yale University Press.
- Tandon, R. and Kak, M. (2008). The Effects of Rapid Socioeconomic Growth on Civic Activism in Emerging Democracies: An Analysis of Civil Society in the

- Asia-Pacific Region. In V. H. Heinrich and L. Fioramonti. (eds.), *Civics Global Survey of the State of Civil Society: Comparative Perspective*, 2: Bloomfield, CT: Kumarian Press.
- Tuckman, H. P. (1998). Competition, Commercialization, and the Evolution of Nonprofit Organizational Structures. *Journal of Policy Analysis and Management*, 17(2): 175-194
- Tucker, D. (1980). A Quantitative Assessment of the Parallel Bars Theory of Public-Voluntary Collaboration. *Administration in Social Work*, 4(2): 29-46.
- Vakil, A. C. (1997). Confronting the Classification Problem: Toward a Taxonomy of NGOs. *World Development*, 25(12): 2057-2070
- Weisbrod, B. A. (1997). The Future of the Nonprofit Sector: Its Entwinning with Private Enterprise and Government. *Journal of Policy Analysis and Management*, 16(4): 541-555
- <http://www.medcoop.or.kr>
- <http://www.medcoop.or.kr/ansung>

