

# 영리의료법인 및 MSO도입에 대한 전망과 대책

| 대한치과의사협회 기획이사 권 호 근 |

## 1. 영리의료법인의 개념

‘영리’ 법인이라 함은 비영리 법인에 대비되는 개념으로 영리를 추구하는 것을 기본으로 하고 있다. 영리 법인은 투자한 자본과 제공하는 물품·서비스에 대한 자유로운 결정권을 가진다. 현재 영리의료법인 도입을 찬성하는 쪽에서는 의료영리법인의 부정적인 의미에 따른 거부감을 완화시키기 위해, 비영리법인도 기본적으로 영리를 추구한다는 이유에 근거하여 투자개방형 의료법인이라는 용어를 사용하고 있다. 상법에서 규정하고 있는 영리법인의 형태는 합명회사, 합자회사, 유한회사, 주식회사 등 4가지 형태를 제시하고 있다. 또한 회사의 구성원인 사원은 투자지분에 관계없이 무한책임을 지는 무한책임사원과 투자지분 범위 내에서 책임을 지는 유한책임사원으로 구분하고 있다. 합명회사는 사원 전원이 회사 채무에 대해 무한책임을 지는 회사로 로펌이나 특허법인 등 상호 신뢰 및 감시가 용이할 때 주로 설립되며 투자자에게 큰 부담이 되므로 투자유치 목적에는 적합하지 않은 형태이다. 합자회사는 실질적으로 회사를 운영하는 무한책임사원과 투자만 하고 투자금액 내에서만 책임을 지는 유한

책임사원으로 구성되는 회사 형태로 영리의료법인 허용 시 의료인이 무한책임사원이 되고 투자회사는 유한책임사원으로 나누는 방안이 가능한 대안으로 검토되고 있다. 유한회사는 일정한 자본을 출자한 유한책임사원들로 구성된 회사로 소규모 주식회사 형태를 띠고 있다는 점에서 설립이 용이하나 주주의 수를 50인 이하로 하고 있어 대규모 자본조달에는 적합하지 않는 측면이 있다. 주식회사는 출자한 지분 한도 내에서 책임을 지는 주주로 구성된 회사로 유한회사와 달리 대규모 주식 발행이 가능하므로 대자본을 유치하는 데에 적합하나 의료기관 대형화에 따른 부작용이 발생할 수 있다. 현재 개별법상 존재하는 특수법인으로는 법무법인, 특허법인, 회계법인이 있다. 법무법인은 법무부 장관이 인가권자로 합명회사 또는 유한회사 형태를 취하며 특허법인은 특허청장이 인가권자로 합명회사 형태를 취한다. 회계법인은 금융위원장이 인가권자로 유한회사의 형태를 취하고 있다<sup>1)</sup>. 그동안의 영리의료법인 관련 논쟁을 정리해 보면 찬성측 주장은 자본 조달용이 및 경쟁촉진으로 의료서비스 질 향상, 해외환자 유치 용이, 회계투명성 및 경영 전문 강화, 의료서비스 비용 하락, 의료서비스 발전 및 고용증대 등의 이유로 찬성하

상기 글은 2009년 대한치과의사협회 그랜드 워크숍에서 저자가 발제한 내용이며, 저자가 협회의 기획이사로서 정부대책회의에 참여한 경험을 바탕으로 정부 대책회의 자료를 인용하여 작성하였다.

고 있다. 또한 기존 비영리법인의 역할도 기본적으로 영리를 추구하므로 영리와 비영리를 구분하는 것이 의미가 없다고 주장하고 있다.

이에 반하여 영리의료법인 도입을 반대하는 측의 주장은 의료민영화를 위한 단계적 수순이고 이로 인한 의료이용의 빈부격차 확대 가능성, 국민의료비 증가, 진료형태 왜곡 및 의로서비스 질 저하, 영리추구를 위하여 직원 채용 억제로 고용감소, 취약지역·취약계층의 의료접근성 저하 가능성 등의 이유로 도입에 따른 편익보다 비용이 크다고 주장하고 있다. 특히 선진 외국은 의료기관의 절대 다수가 공공의료 기관이지만 한국의 경우 공공의료기관의 비율이 낮다는 점에서 외국의 사례를 들어서 영리의료법인을 도입하는 것은 가뜩이나 취약한 공공의료를 더욱 취약하게 만들 것이라는 우려를 하고 있다. 또한 공공의료(공보험)의 보장성이 일정 수준 확보된 이후에 영리병원을 도입하여야 의료 양극화에 대한 우려도 해소 할 수 있다고 주장하고 있다<sup>2)</sup>.

## 2. 의료시장 개방 및 영리의료법인 도입 논의 과정

### 2-1. 일단계 : WTO 도하개발 아젠다(Doha Development Agenda)

각국의 의료서비스분야의 시장 개방을 논의한

WTO도하개발 아젠다는 영리의료법인 논의의 시발점이라고도 할 수 있다. 2001년 11월 카타르 수도 도하에서 열린 WTO 제 4차 각료회의에서 UR(우루과이) 라운드에 이어 서비스 등 새로운 의제를 다루기 위하여 출범한 도하개발 아젠다(DDA)의 출범에 따라, 지금까지 우루과이 라운드 후속 협상의제 중 하나로 진행되어 오던 서비스 협상이 뉴라운드 포괄적 협상의제에 포함되면서 보건의료서비스분야도 서비스 협상의제에 포함되어 진행하게 되었다. 당시 DDA의 보건의료서비스 분야를 포함하는 서비스 협상 추진일정을 보면, 2002년 6월30일까지 자국에서 상대국에 개방 요구사항을 반영한 양허요구안(Request List)을 제출토록 되어 있으며, 2003년 3월31일까지 자국이 상대국에게 개방할 사항을 반영한 양허안(Offer List)을 제출 하여야 하며, 2005년 1월 1일까지 위의 “양허요구안”과 “양허안”에 대한 국가 간 협상을 완료하도록 되어 있으나 선진국들의 자국의 의료시장 개방에 대한 부정적인 입장 때문에 타결되지 않고 종료 되었다. 당시 DDA 협상에서 의제로 되어 있는 보건의료서비스 분야는 크게 국경 간 의료 서비스 공급 (Mode 1), 의료서비스 해외소비(Mode 2), 의료시설 진출(Mode 3), 의료인력의 이동(Mode 4) 등 4가지로 형태 되어 있다. 이러한 각 보건의료서비스 분야별 의제를 논의하기 위해 보건복지부에서는 2002년 2월 15일 WTO DDA 보건복지분야 대책위원회를 구성하였으며, 치과의사협회, 의사협회, 병원협회, 간호사협회 등 각 협회에서 자체 검토위원회를 구성함과 동시에

Mode 별	의 제 별 내 용	타국에 개방요구를 표명한 단체
국경간 의료서비스 공급 Mode 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>개념 : 국경간 정보통신기술을 통한 의료서비스 제공</li> <li>예 : 원격진료서비스(Telemedicine)</li> </ul>	병협
의료서비스 해외소비 Mode 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>개념 : 다른 나라에서 의료서비스를 이용</li> <li>예 : 환자가 해외로 나가 치료를 받는 경우</li> </ul>	의협
의료시설 진출 Mode 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>개념 : 다른 국가에 자회사나 지사를 설립하여 서비스 공급</li> <li>예 : 해외에 의료기관 설립</li> </ul>	병협 의협
의료인력의 이동 Mode 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>개념 : 다른 국가로 이동해서 서비스를 공급</li> <li>예 : 의사 등 의료인력의 해외진출</li> </ul>	병협 의협 간협

\* 양허요구안은 우리나라가 외국의 관련분야에 대해 시장개방을 요구하는 것으로 우리나라도 이 분야의 개방의사가 있다는 것을 의미함

공동 대책기구를 구성하여 지속적인 의견조율과 논의를 진행한 바 있다. 당시 대한치과의사협회도 특별대책위원회를 구성하여 많은 논의와 준비를 하였다<sup>3)</sup>. 당시 보건의료서비스 의제별 내용과 관련단체의 의견은 위의 표와 같다. 당시 병협은 개방에 긍정적인 태도를 보였으나 치과의사협회는 전체적으로 반대 의견을 표명한 바 있다.

당시 논의된 보건의료서비스 분야가 개방될 때 예상되는 긍정적 측면과 부정적 측면은 아래와 같다.

#### (긍정적 측면)

- 의료기관간의 경쟁유발에 따른 보건의료서비스의 질적 개선
- 합작투자방식에 의한 병원설립이 가능함에 따른 국내의료산업 선진화
- 소비자의 입장에서 양질의 보건의료서비스를 받을 기회 확대
- 국내 의료인의 해외진출 기회 확대 등

#### (부정적 측면)

- 외국의 대형자본이 국내 의료분야에 유입될 경우, 경쟁력이 취약한 중소병원의 경영난 가중 및 도산 위험성 증대
- 저질, 저가의 의료인력 유입에 따른 의료서비스의 질 저하 및 의료공급시장 교란 우려
- 국민보건의 공공성 훼손 우려 등

## 2-2. 이단계 : 정부의 의료 산업화 논의

노무현 정부 때 새로운 성장 동력으로서 산업 구조의 재편을 위한 서비스산업의 경쟁력 향상과 고용 창출을 시도하였다. 특히 현대에 있어서 의료 사업은 IT, BT, NT 산업, 교육산업, 관광산업, 의료기자재 제조 산업과 연관성이 있다는 점에서 서비스 산업의 꽃이라고도 할 수 있고 한국의 경우 우수한 의료인력을 확보하고 있다는 점에서 정부로서는 새로운 동력 산업으로서 발전 가능성이 높은 분야로 인식하고 있다. 또한 한국이 동북아의 허브로 발전하기 위해서는 자유경

제지구 활성화가 필수적이며 활성화가 되기 위해서는 외국인을 위한 인프라 구축을 위해서 외국의료기관 설립 필요성이 대두 되었다. 외국의료기관이 경제 자유구역에 설립 되려면 이익금의 해외 송금이 허용되어야 하고 이러한 의료산업발전과 경제자유구역 활성화 촉진을 위해서는 의료법 개정을 통한 의료영리법인이 허용되어야 한다는 의견이 경제부처 차원에서 강력히 제기되었다. 당시 논의된 추진 계획은 우선 재원조달은 외국자본과 국내유동 자금을 동원하며, 그 중요한 수단중의 하나로 채권의 발행방식을 추진하고 있다. 또한, 외국 자본과 대규모 유동성 자본이 의료서비스에 매력을 갖도록 하기 위해서 경제자유구역 내 외국병원 설치허용 및 내국인진료 허용, 의료기관에게 수익사업 허용, 병원경영지원회사(MSO, Management Service Organization)허용, 의료기관 유인 알선 금지조항 완화, 의료광고허용, 의료기관 네트워크화, 병의원 인수합병을 용이하도록 하는 법률개정, 다양한 수가체계 마련, 영세 의료기관 구조조정 등이 논의되었다. 2004년 노무현대통령은 신년연두 기자회견에서 “금융·의료·법률·컨설팅 같은 지식산업도 집중 육성해 가겠다”고 발표하고 2005년 10월 5일 총리실산하 의료산업선진화위원회를 설치하고 2006년 12월 12일 관계부처장관회의에서 『서비스산업경쟁력 강화 종합대책』을 발표한 바 있다. 이명박 정부 하에서는 2008년 3월 10일 기획재정부의 대통령 업무보고에서 영리의료법인 도입검토, 민간의료보험 활성화(공사보험 정보공유추진), 해외환자 유치 활성화 안을 발표하였고, 2008년 3,4분기에 구체적인 방안제시 및 의료법개정을 추진하겠다고 하였다. 2009년 1월 12일에 발표된 <미래 한국을 이끌 3대 분야 17개 신성장 동력 선정>에 고부가 서비스 산업 부분 중 <글로벌 헬스케어>가 포함되었고, 2009년 5월 1일자로 시행이 이루어졌다. 또 2009년 5월 8일 이명박 대통령 주재 ‘서비스산업 선진화를 위한 민관 합동회의’에서 비영리 의료법인의 의료채권 발행 허용, 의료기관 합병 근거의 마련, 의료기관 경영지원회사(MSO)활성화, 경제자유구역에 외국기관 유치 허용 건강관리서비스의 산업화 의료분쟁조정제도를 마련하여 연대통

과를 목표하겠다고 발표하였고, '내국인 영리법인 병원'의 허용은 11월경에 결정하기로 하였다<sup>1)</sup>.

### 2-3. 삼단계 : 2008년 해외 환자 유치를 위한 의료관광산업(현재는 국제의료란 용어를 사용) 논의 대두

의료관광이라는 표현은 '의료'와 '관광'이 결합된 형태라 잘못된 인식을 주고 있으므로 보건복지가족부는 "국제의료" 활성화란 용어를 사용하고 있다. 이는 의료기관의 해외 진출, 의료인의 국외 이동, 해외 환자 유치 등 여러 가지 사업을 포괄하고 있는 용어이다. 추진배경은 현재 세계 Global Health Care 시장이 급속 성장을 하고 있고, 2012년 세계 국제의료 시장 규모는 1,000억불로 예상(McKinsey&Company)되고 있으며, 세계 국제의료 환자 수는 2005년 1,900만명에서 10년 후인 2015년에는 4,000만명으로 증가 할 것으로 예상되고 있다는 점이다. 정부는 2009년 1월, Global Health Care를 17개 신성장 동력 과제 중 하나로 선정한 바 있다. 선정 이유는 첫째, 의료서비스산업의 부가가치 유발 효과가 0.867로 전체산업 유발 효과 0.741 보다 높고, 또한 일자리 창출효과도 진료수입 10억원 당 19.6명으로 높으며, 외국인 환자를 유치할 경우 외국인 환자 1인 평균진료비는 3,737,000원으로 국내환자 1인 평균진료비 994,000원 보다 높기 때문에 고수익을 창출 할 수 있다고 보고 있다. 둘째로는 한국의 경우 의료자원 공급 과잉으로 인구 천명 당 병상수가 7.9로 OECD평균 5.6 보다 높으며 기술경쟁력도 미국, 유럽의 80~90% 수준으로 국제적인 경쟁이 충분하다고 간주하고 있다. 정부는 이를 위하여 2009년 1월 의료법 개정을 통하여 외국인 대상 유인 및 알선 행위를 허용하고, 비자제도를 개선하여 G1(일반) 비자 발급요건에 의료요양을 포함하며, 한국국제의료서비스협의회 운영과 사업 활성화를 위하여 의료기관의 협의체 구성 및 외국인환자 유치 사업 실행 기구를 구성하고 이를 위하여 정부 예산 559백만원을 지원하고 있다. 의료국제화 활성화를 위하여 입법 예고된 의료법 시행규칙 내

용은 유치의료기관의 조건으로 진료분야에 해당하는 전문의 1인 이상, 외국인 환자 전담 인력 1인 이상, 매년 8시간 이상 교육이수를 규정하고 있다. 유치업자 조건은 보증보험 가입(3억원 이상, 가입기간 1년 이상), 자본금 1억원 이상, 전담 의료인 1인 이상, 매년 8시간 이상 교육 이수 등을 규정하고 있다.

### 2-4. 사단계 : MSO 허용 입법화 추진

정부는 현재 영리의료법인 도입 시 발생될 수 있는 시민단체의 반대와 이로 인한 정치적인 부담으로 인해서 직접적인 도입은 미루고 있고 전단계 조치로 MSO(Management Service Organization : 치과 경영서비스 조직) 허용을 추진하고 있다. 미국에서 개발된 의료기관의 전략적 제휴 형태인 MSO는 제휴의 형태와 운영방법에 따라서 다양한 형태가 있다.

현재 미국에서 시행되고 있는 조직으로는

- Dental Franchise(치과 프랜차이즈)
- Dental IPA(Independent Practitioner Association : 치과 개원의 연맹)
- Dental MSO(Management Service Organization : 치과 경영서비스 조직)
- Dental PMC(Practice Management Company : 치과 진료관리 회사)
- Dental Hospital Organization(치과의사 병원 조직)이 있다.

#### 1) 치과개원의 연맹(Dental IPA)

초기에 IPA는 HMO와 같은 Managed care organization과의 계약을 위해 결성되었다. 치과 개원의 연맹(Dental IPA)은 연합체의 대표적인 형태로 일반치과의사와 전문치과의사 모두가 포함되어 있다. 가입을 위해 매월 또는 분기별 관리비 명목의 가입비를 납부하여야 한다. 그리고 치과 개원의 연맹의 소유권과 운영권은 가입되어 있는 치과의사와는 별도로 구성된다. 그러므로 개별 치과의원은 치과의사의 소유이며, 연맹의 소유는 투자자 또는 주주이다. 치과 개원의 연맹의 소유형태는 개인/합명/합자회사의 형태

를 가지고 있다. 주된 활동은 가입된 치과의원들에 대한 공동 마케팅, 공동구매, 보험청구, 정보교류, 품질 관리 등의 경영활동에 대한 분석 및 교육이다. 현재 운영 중인 치과 개원의 연맹(Dental IPA)은 Western dental, North American Dental IPA, Cardinal IPA, First New England Dental 등이 있다.

## 2) 치과 경영서비스 조직(Dental Management Service Organization)

치과 경영서비스 조직(Dental MSO)은 현재 정부에서도 도입하기 위해 논의가 진행 된 바 있다. 이는 치과의사들의 자본이 결합된 형태로 투자자는 일반인이나 치과의사가 모두 참여할 수 있지만, 일반적으로 치과의사들의 참여가 많은 특징이 있다. 투자를 원하는 일반인이나 치과의사는 최초의 자본출자액 만큼을 Dental MSO의 지분으로 소유하게 된다. 그리고 일반주식시장에서는 일반적으로 주식에 대한 판매가 불가능하다. 그러나 지분에 대한 유한회사와 같이 양도가 가능하다. 그리고 Dental MSO는 일반적으로 유한회사(LLP/LLC)의 형태를 가지고 있다.

MSO는 재료 구매와 시설에 대한 관리 및 시설 임대비용, 장비구매 및 운영비용, 인력에 대한 인건비, 환자의 리스트도 Dental MSO에서 관리하고 치과의사의 진료권한과 관련된 부분을 제외한 모든 경영 및 법 관련된 부분에 대한 서비스를 제공한다. 치과의사 자신을 제외한 나머지 진료지원과 관련된 인력은 MSO에서 총원 관리한다. 개별 치과의원에 대한 소유권은 가입된 치과의사의 소유지만, 경영관리는 모두 MSO에서 수행하고, 임대비용과 인력에 대한 인건비, 운영비 등의 비용은 전부 MSO에서 지불하기 때문에 치과의사가 얻은 모든 수입의 일정부분(일반적으로 30%)을 MSO 본부에 관리비 또는 가입비로 지불하여야 한다. 현재 활동 중인 치과 경영서비스 조직(Dental MSO)은 Gentle Dental Service Corp, Castle Dental Centers Inc, Pentegra Dental Group Inc, American Dental Partners Inc, Orth-Alliance Inc 등이 있다. 현재 미국의 많은

주(state)에서 독과점 및 의료서비스에 대한 전문성 침해로 소송이 일어나고 있으나, 또한 현재 미국의 치과계의 네트워크의 수단 중 가장 많이 사용되고 있는 유형이기도 하다.

MSO의 가장 큰 특징은 가입된 의사들에게 진료부분에 대한 권한만을 인정하고 나머지 부분은 전부 MSO에서 수행함으로써 진료에 집중할 수 있는 환경을 마련해 준다는 것이다. 또한, 의원 설립과 관련된 모든 부분을 대행해 줌으로써 최초로 개원하는 의사들은 큰 부담감 없이 개원할 수 있다는 장점이 있다. 그러나 개원 후 안정기에 들어가게 되면, 전문가 집단의 자율성이라는 문화적인 특성상 많은 문제가 발생할 가능성이 있다.

## 3) 치과 진료관리 회사(Dental Practice Management Company)

Dental PMC는 위에서 언급한 MSO에서 치과의사의 진료영역(권리/권한)까지도 Dental PMC에서 소유하는 형태를 지닌다. 즉, 가입자와 투자자가 동일하다는 특징을 가지고 있다. 그러므로 Dental PMC에 가입을 원하는 기존의 치과의사는 자신의 자산을 Dental PMC에 넘겨 지분을 소유하게 되고, 개원하는 치과의사의 경우에도 자신의 출자총액을 지원받고 치과의원의 소유권도 Dental PMC에서 가지게 된다. 한국의 현재 의료법을 고려해 보면 불가능한 측면이 있는 유형이다. 즉, 1의사 1영업권을 적용하고 있는 한국의 의료법 현실에서는 불가능 하다. 가입한 의사는 Dental PMC에서 지정하는 효과적이고 효율적인 진료 기술을 수용하고 사용하여야 하며, 진료 기술과 관련된 회의에 지속적으로 참가하여야 한다.

운영과 관리비는 이익유보금을 포함하여 징수되며, 진료 총수입을 기준으로 40% 정도를 납부하게 된다. 그리고 수익이 높은 의사들에 대해서는 incentive와 merit system을 적용하여 지불함으로써 생산성에 대한 보상이 잘 되어 있다. Dental PMC의 형태는 주로 유한회사의 한 가지 형태인 Professional Company의 형태로 되어 있으며, 대표이사는 꼭 치과의사여야 한다. 그러나 의료과외에 대해서는 개별

치과의사가 무한 책임을 져야한다. 이는 준영리법인 형태로 1990년대 중반 많이 설립된 영리병원회사의 자본금들이 Dental PMC를 통해 조달되었다.

4) 치과의사-병원 조직  
(Dental Hospital Organization)

DHO는 joint venture나 joint ownership의 하나의 형태이다. 지역에 있는 치과의사들이 자본을 출자하여 지역에 거점이 되는 병원을 설립하는 형태이다. DHO와 개인 의원 간에는 소유에 대한 관계는 없으며, 각각 별개의 소유권을 가지고 있다. 즉 의원의 소유권은 의사 또는 치과의사가 보유하게 되고, 병원의 소유권은 공동 투자자 또는 별개의 운영체제에서 가지게 된다. 이 경우, 이익의 배분 시에 환자의 의뢰를 통한 부분과 지분과에 따라 분배함으로써 이에 따른 갈등의 요소가 존재할 수 있다<sup>4)</sup>.

일반 의료계에서는 비용의 절감과 수입과 환자의 지속적인 교환을 통한 증대를 위해 많이 존재하는 형태이지만, 치과계에서는 그렇게 흔하지는 않는 형태이다. 그러나 Dental PMC처럼, 영리병원회사의 설립에 자본으로 많이 참여한 형태 중의 하나이다. 보건복

지부는 MSO 법인 형태에 대하여 가능한 여러 형태를 고민하고 있다. 치과계의 입장에서는 MSO에 대하여서는 적극적으로 대비 할 필요가 있다.

2-5. 오단계 : 의료영리법인 허용

영리의료법인 허용문제는 아직 논의 중이므로 완전하게 결정된 것은 없으나 보건복지가족부에서 외부 연구기관에 용역을 발주하여 여러 가지 연구가 진행되고 있다. 보건복지가족부 의료제도발전 위원회 자료에 의하면 보건복지가족부가 고려하고 있는 법인형태는 다음과 같다.

보건복지가족부는 영리법인 도입이 국민의 건강권과 직결되는 정치적인 쟁점이 큰 문제라는 것때문에 조심스럽게 접근하고 있다. 먼저 영리법인을 도입한 법률(법무부), 세무(기재부), 회계(금융위)법인도 주식회사 형태는 도입되지 않았다는 점에서 논란이 큰 주식회사 형태의 법인 도입은 다른 서비스 분야의 추진 상황을 보면서 부작용을 최소화하는 방안으로 도입할 것으로 사료된다.

영리법인 허용과 관련하여 발생하는 또 다른 중요

구 분	주 요 내 용
의무법인 (합명회사)	• 5인 이상 의사·한의사·치과의사(이하 "의사")로 구성
의무법인 (합자회사)	• 의무법인(합명회사) + 경영에 개입하지 않는 재무적 투자자(유한책임사원) 허용 *재무적 투자자는 배당, 채무, 청산 등에서 투자금액 내에서 책임을 짐
의무법인 (유한회사)	• 10인 이상 사원으로 구성 (이사 3인 이상) • 최소 자본금 : 의원급 10억, 병원급 50억, 종합병원급 100억 • 지배구조 : 의사를 7인 이상(출자좌수 70%이상)으로 하고 대표이사는 의사로 함
의무법인 (주식회사)	• 상법상 주식회사 설립 규정 준용
의료조합 (의사 중심 조합)	• 5인 이상 의사가 상호 출자하여 구성 • 이익은 계약(또는 출자비율)에 따라 배분하고, 조합재산은 조합원의 합유
의료조합 (상법상 익명조합)	• 의사가 아닌 조합원의 출자 허용 (병원 경영에는 개입하지 못함) • 출자 재산은 병원(또는 의사) 소유이며, 이익은 계약에 따라 배분
의료조합 (소비자 중심 조합)	• 지역주민 등이 조합을 설립하고, 조합에서 조합원을 위한 병원 설립 *조합원이 아닌 자는 상기 병원을 이용하지 못함 • 이익 배분 등은 조합 자율적으로 결정 • 의사는 본인이 조합원이 될 수도 있고 조합에 고용될 수도 있음 • 최소출자금 : 의원급 1억원, 병원급 10억원, 종합병원급 50억원 • 지배구조 : 1인이 총 지분의 10%를 초과하여 보유할 수 없음

쟁점은 네가지로 정리될 수 있다. 첫째는 비의료인의 법인 의료기관 개설 허용 여부이다. 현행의료법상 개설권은 의료인과 비영리법인에게만 허용하고 있다. 정책방향이 영리법인 도입으로 결정된다면 자본조달 편의를 위해 비의료인의 의료기관 개설권 허용 문제도 논의되어야 한다. 의료인에게 법적으로 허용한 것은 진료 독점권이 아닌 의료기관 개설도 독점적으로 가지고 있는 것은 아니라는 점과 비영리법인은 특성상 투자금 회수와 청산이 어려워 비의료인의 자본 투자를 막고 있다는 장애 요인이라는 점에서 비의료인도 영리법인 설립을 허용할 가능성이 높다. 그러나 세무법인, 법무법인, 회계법인 등 대부분의 전문가 법인이 해당 자격증 미소지자에게는 개설을 허용하지 않고 있어, 형평성 논란 제기 가능과 비의료인 개설로 인한 과도한 이윤 추구하고 의료기관의 급격한 증가에 따른 건강보험 재정 악화 및 의료서비스 질 하락 등의 부작용을 고려하여 복건복지가족부는 신중하게 접근하고 있다.

둘째는 영리의료법인의 설립 주체의 문제이다. 즉 보험회사, 제약업체 또는 대기업등이 모회사가 자회사로서의 영리의료 법인 설립 허용 여부, 영리의료법인(모회사)이 다른 영리의료법인 및 의료업외 다른 사업을 수행하는 회사(보험회사 등)를 자회사로 설립하도록 허용할지 여부, 의료기관을 운영하고 있는 비영리법인이 별도로 영리법인을 개설할 수 있도록 허용할지 여부 등이 쟁점이 될 수 있다.

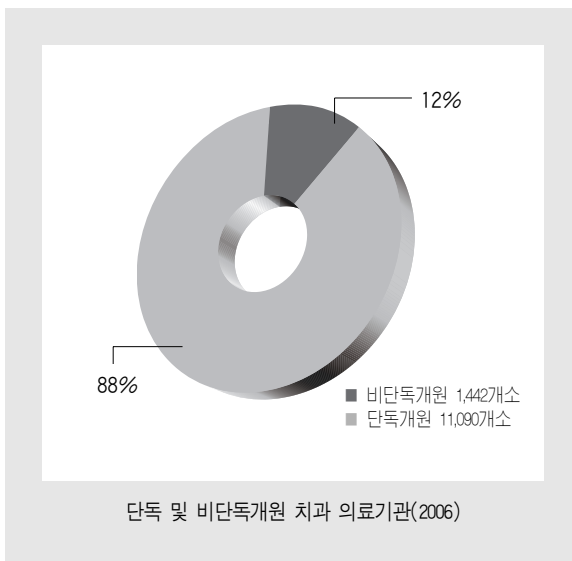
셋째는 영리의료법인의 사업 범위이다. 기본 의료법인 등 비영리법인과 동일하게 의료법에 규정되어 있는 의료기관 개설을 허용하는 여부, 약국이나 안경점과 같이 의료 관련 분야까지 가능하게 허용하는 방안, 제약, 의료기기, 화장품, U-health 줄기세포 연구 등 모든 의료산업 분야까지 허용하는 방안 등이 쟁점이 될 수 있다.

넷째는 영리법인 개설수의 총량을 관리할 필요가 있는지 여부이다. 의료 공공성 확보의 차원에서 미국을 제외한 주요 선진국들의 영리의료법인 점유율을 5% 내외로 규제하고 있다. 또한 허용범위도 모든 분야를 허용할 것인지, 대규모 자본 투입이 필요한 분야나 비급여부분만 허용할 것인지 논의가 필요하다<sup>9)</sup>.

### 3. 영리의료법인 허용 시 예상되는 치과계의 파급 상황

#### 3-1. 치과의료계의 현황

2006년 조사에 의하면 전체 치과 의료기관 12,532개소 중, 88.5%인 11,090개소가 단독개원이며, 1,442개소인 11.5%가 비단독 개원의 형태를 가지고 있다. 그리고 1,442개소의 비단독 개원 치과 의료기관중 663개소인 46%가 공동개원(동업)의 형태이며, 54%가 원장/관리 의사형 개원으로 조사되었다. 비단독 개원인 경우, 2명의 치과의사가 근무하는 경우가 1,442개소 중 82%를 차지하였으며, 3명의 치과의사가 근무하는 경우는 171개소로 12%를 차지하고 있었으며, 4명의 치과의사가 근무하고 있는 치과 의료기관이 4%로 조사되었다. 과거에 비해서는 비단독 개원 및 치과 병원 숫자는 증가 하고 있으나 아직도 한국 치과계의 89% 치과의원이 1인 원장의 영세한 수준이라는 점에서 영리의료법이나 의료관광 산업 등이 허용될 경우 규모의 경쟁이라는 측면에서 경쟁력이 없다고 사료된다. 그러나 2006년 실시된 치과의료기관 실태 조사 자료에 의하면 조사된 치과 병원의 상당수가 영리의료법인이 허용되면 영리법인으로 전환 하겠다고 응답한 것으로 보아 의료영리법인을 준비하는 치과병원도 현실적으로 상존하고 있다<sup>4)</sup>.



### 3-2. 치과계의 미치는 예상되는 영향

의료영리법인을 허용 시 치과계에 예상되는 가장 큰 부정적인 영향은 장기적으로는 치과의료계가 거대 자본에 종속 가능성이 있고, 이는 전문가 집단으로서는 장기적으로 자율성 박탈과 경제적인 위상 저하를 야기시키고, 단기적으로는 치과의료의 상업화를 가속화시키고 의료의 질을 저하시킴으로서 소비자인 국민에게 피해를 줄 수 있다. 이러한 장단기적인 부정적인 영향은 모두 궁극적으로는 치과의사의 professionalism을 훼손하는 기전으로 작용할 수 있다. 치과의료계의 자본의 종속과 상업화의 심화로 인한 치과계의 professionalism의 위기는 장기적으로인 치과의사의 사회적 위상을 추락 시킨다는 점에서 치과계가 적극 대처 하여야 할 사항이다.

그러나 자본력과 경쟁력이 있는 치과 병원인 경우는 새로운 사업 영역을 개척 할 수 있는 기회를 제공해 준다는 점에서 치과계의 일부 치과의사들은 적극 수용할 수도 있다. 이는 일부 치과병원의 경우 영리법인이 허용되면 영리법인으로 적극 전환하겠다는 의사 표명을 하는 치과병원이 상당수라는 점에서 치과계의 현명한 대처가 요구된다.

## 4. 치과계 대응 방안

### 4-1. 장기적인 정부 정책 방향의 파악을 통한 적극적인 대안 제시

그간의 대한치과의사협회의 정부 정책 대응 사례로 볼 때 새로운 의제가 발생한 후 급하게 임기응변으로 대응한 사례가 많았다. 이러한 것을 지양하기 위해서는 사전에 장기적인 정부의 의료정책 방향을 파악하고 사전 대응할 수 있는 정보수집 채널이나 네트워크를 구축 할 필요가 있다. 이러한 사전 정보 수집을 바탕으로 정부에 끌려가기 보다는 새로운 정책 대안을 적극적으로 제시하는 것이 바람직하다. 특히 국민적으로 민감한 정책 수립은 합리성에 의존하기 보다는 각 이

해 단체 간의 이해 조정 및 타협에 의해서 결정되는 경우가 많았다. 최근의 한국의 여러분야에서 보듯이 시민사회단체의 영향력은 점차 커지고 있는 상태이므로 현대 국가에서의 정책 결정은 각 이해 단체 간의 타협의 산물이라는 점에서 각 이해 단체의 대응전략에 대하여 신중하게 검토하여 대응 할 필요가 있다. 특히 의료계 전반에 영향을 주는 정책의 경우 타 의료단체와는 가능한 정책 공조가 필요하나 대한 치과의사협회가 전면에서 정부와 대립 할 필요가 없다고 사료된다.

### 4-2. 일반 개원의의 경쟁력 강화

의료의 특성상 공공성이 강하다는 점에서 의료영리법인 허용에 대한 문제는 쉽게 허용될 수는 없다고 사료된다. 그러나 현재 시민단체의 반대로 유보된 상태지만 정부의 의료산업발전 정책과 맞물려 있기 때문에 여건만 성숙되면 다시 추진 할 개연성이 충분히 있다. 특히 현재 병원협회는 원칙적으로 찬성하고 있고 의사협회와 한의사협회의 경우 의료법인의 지분을 50% 이상을 의료인이 소유하는 것으로 법 개정을 하면 허용할 수 있다는 점에서 다시 추진될 소지는 많다. 따라서 다른 의료단체의 정책을 주시하면서 치과의사협회는 대안을 준비할 필요가 있다. 현재 정부의 예상 되는 정책은 영리법인은 아니어도 네트워크나 전략적 제휴의 형태인 MSO와 같은 합명회사나 합자회사의 상태의 의료기관은 허용 할 가능성이 높다. 이러한 것은 치과계에서 무조건 반대 할 것이 아니고 영리 법인이나 이러한 제도를 이미 시행하고 있는 외국의 사례를 검토하여 치과계에 유리한 방향으로 전향적으로 검토해 볼 필요가 있다고 사료된다. 의료영리법인이 이미 시행되고 있는 미국의 경우 각 의료기관은 경쟁력 향상 및 거대 의료보험회사에 대항하기위한 방안으로 다양한 형태의 의료기관간의 전략적 제휴 방안이 개발되었다. 흔히 Pooling(자본의 공유), Allying(목적의 공유), Linking(소유권의 결합)의 약어인 PAL로 표현되는 의료기관간 전략적 제휴는 미국의 경우 1970년 초반 병원들의 공동 구매를 통한 비용 절감 방안으로



시도 되었으나 치과계의 경우 미국에서 대부분 HMO와 같은 Managed Care 보험회사와 계약을 위해 형성되었던 자생적인 조직들이 특징을 가지고 있다. 한국 치과계의 경우도 실손형 의료보험이 이미 도입되고 있고 임프란트를 중심으로 민간의료보험회사에서 급여가 이미 시행하고 있다는 점에서 민간의료보험 확대에 대한 대비가 영리법인 도입에 대한 대책 만큼 중요한 사안이다. 이를 위하여 치과계 차원에서 미국 민간 의료보험제도를 연구 할 필요가 있다. 일명 Managed care라고 불리는 미국의 민간의료 보험회사는 일부의 선택된 의료제공자만 계약하고 의료 제공자 선정 시의 뚜렷하고 엄격한 기준을 제정함으로써 보험회사에 유리한 의료기관만을 계약한다. 즉 시장 장악력이 큰 의료 기관과 계약하므로써 큰 규모의 의료 기관은 유리하나 소규모의 영세 의료 기관은 배제될 가능성이 높다. 또한 보험 회사와 계약된 의료기관을 이용시 가입자에게 인센티브를 제공하고 계약 의료기관에게 환자를 몰아준다는 조건으로 의료기관으로부터 낮은 치료비를 적용시켜 계약함으로써 치료비의 하락을 유도 한다. 또한 가입자의 의료 이용률을 감소시키기 위하여 재정적·임상적인 기전을 이용한다. 즉 보험회사는 모든 의료 치료비를 관리하는데 관리 방법은 계약을 통하거나, 치과의사에게 인센티브를

지급함으로써, 또는 매달 수행되는 수술 보고서 자료 분석과 치료 내역 평가를 통하여 의료 이용을 통제 한다. 또한 고가 진료시 사전 허락제를 시행하거나 질관리 프로그램을 이용하여 치과의사들의 진료 행태를 관리한다<sup>5)</sup>. 이는 치과의사들의 진료 청구를 위한 서류 작업의 양을 증가 시키고 청구 비용을 증대 시킨다. 이러한 기전을 통하여 치과의사는 진료의 자율성을 심하게 규제 당하고 결과적으로는 보험회사에 종속되는 결과를 야기한다. 이러한 측면에서 영리법인 도입과 함께 민간의료보험의 확대는 치과의료 시장의 영역을 확대 시키는 측면도 있으나 영세 개원의들의 입지를 약화 시키는 측면도 있으므로 이에 대한 적극적인 대책이 필요하다. 이를 위하여 개원의들의 경쟁력 강화를 위하여 미국에서 시행하고 있는 MSO의 일종인 치과개원의연맹 (Independent Practitioner Association)과 같은 제도를 치과계 차원에서 연구하고 도입을 시도 할 필요가 있다. 특히 지부나 치과의사신용협동조합이 핵심이 되고 지역 치과의사들이 주주가 되어 IPA와 같은 MSO를 설립 할 필요가 있다. 이러한 작업의 사전 조치로서 대한치과의사협회는 ADA와 적극적인 협력체계를 구축하여 미국치과의료계의 사전 경험을 연구 할 필요가 있다.

## 참 고 문 헌

1. 보건복지가족부 : 의료제도발전위원회 자료. 2009
2. 비판과 대안을 위한 건강 정책 연구회 : 이명박 정부의 의료민영화 대책부. 2009
3. 엘리오엔컴퍼니:의료시장 개방을 대비한 치과계 대응방안을 위한 연구. 2003
4. 한국구강보건의료연구원 : 한국치과병원 개원 경영 모델연구 개발연구. 2006
5. Bryan Quattlebaum : Managed care in dentistry. 1995