

3

의료법에서의 의료기관 이중개설 금지조항의 필요성에 대한 치과 사례연구

대한치과의사협회 의료정책연구원
주진한, 이가영, 정구찬, 이재용, 민경호

ABSTRACT

The necessity of ban on opening and operating the multiple medical institutions in medical law in Dental case

Korea Dental Association Health Policy Institute

Jin-han Ju, Ga-yeong Lee, Ku-chan Jung, Jae-yong Lee, Gyeong-ho Min

In accordance with Article 33(8) of the Korean Medical Law, it is stated that a medical person cannot open or operate a medical institution by borrowing the name of another medical person. However, the publicity of medical care is threatened by the recent illegal network dental clinics. The purpose of this study is to investigate the actual condition of illegal network dentistry and to analyze the cases and to find out the reason why the prohibition of double opening & operating of medical institution.

As a result, the illegal network dental clinics treated less health care insurance treatment such as dental caries and periodontal treatment than general dental hospitals. In contrast, the rate of implementation of illegal network dentistry was high in endodontics treatment and extraction, which could lead to uninsured treatments such as crowns and implants. As a result of Supreme Court precedent analysis, it is concluded that illegal act is not only the opening of a medical institution by borrowing the name of other medical personnel, but also the duplicated operation which has the authority to make decision about management matters of medical institutions. The results of the patient's case survey also showed that excessive dental treatment due to such as dental staff incentive system.

In conclusion, the illegal network dental clinics not only threatens the oral health of the public, but also causes leakage of health insurance premiums. In other words, the ban on opening and operating the multiple medical institution should be strictly applied as a strong protection device for protecting the patient in dental case.

Keyword: Network hospital, The restriction of opening a medical institution, The ban on double opening of medical institution 의료기관 복수개설 금지, 의료기관 이중개설금지, 1인1개소법, 네트워크병원

Corresponding Author: 이가영
대한치과의사협회 의료정책연구원
서울특별시 성동구 광나루로 257
E-mail: dlrkdud776@naver.com

I. 서론

보건의료서비스는 국민의 건강보호를 우선 추구해야 하는 공공재적인 성격을 가지고 있다. 하지만 보건의료서비스는 독점성, 정보의 비대칭성, 영리추구성 또한 가지고 있기 때문에 국가가 어느 정도 개입을 하여 국민의 건강을 보호해야 한다¹⁾. 국가는 법을 통해 보건의료서비스에 개입할 수 있으며, 이에 따라 의료법으로 국민의 건강을 보호하고 증진하기 위해 국민의료에 필요한 사항을 규정하고 있다(의료법 제1조).

의료행위는 인간의 생명을 다루는 행위이며 의료인은 영리를 추구하거나 이윤을 위하여 의료서비스를 생산해서는 안 된다. 의료인의 의료기관 개설·운영 법령은 의료서비스 제공장소를 제한함으로써 의료인의 의료행위를 통한 영리추구를 제한하고 있다.(의료법 제4조 제2항²⁾, 의료법 제33조 제8항³⁾). 이 중 의료법 제33조 제8항은 특히나 '1인 1개설·운영원칙'이라 불리며 의료인의 의료기관 이중개설을 금지하고 있다.

통상적으로 직접적 서비스 계약 관계를 기반으로 한국 가기술 자격자들의 경우 사업자 등록에 있어 하나의 주소에 기반을 두고 있는 것이 보통이다. 의료서비스는 의료인과 환자 사이에 일대일로 성립된 직접적 서비스 계약관계를 기반으로 하기 때문에 1인 의료인당 1개의 진료소만 개설·운영하여야 한다. 실제로 현재 여러 해외 국가들의 경우에도 의료인의 의료서비스를 제공하는 장소를 제한하는 등 영리 추구를 제한하고 있다. 독일의 경우 의사를 위한 표준 직업규칙을 제정하여 의료인의 의료서비스 제공 장소를 제한하고 있다⁴⁾. 일본 또한 의료법 제73

조, 제74조 등에서 의료인의 의료서비스 제공 장소를 제한하고 있다⁵⁾.

그러나 최근 일부 의료인이 이익을 극대화하기 위해 다른 의사의 면허로 여러 장소에 의료기관을 개설·운영하며, 복수의료기관 개설 및 운영금지의 위헌을 주장하고 있다⁴⁾. 복수개설 금지 규정은 소비자인 환자들의 선택권 확대 기회를 막으며, 의료인의 직업수행의 자유를 과도하게 침해함을 논거로 위헌성을 주장하고 있다. 또한, 의료인의 복수기관 개설 금지와 의료의 공공성이 실제로 어떤 관련성이 있는지 논증이나 사실 조사가 없음을 문제점으로 지적하고 있다.

따라서 본 연구는 불법 네트워크치과 실태를 알아보고 치과 의료 서비스와 관련된 여러 사례를 분석하여 의료의 지나친 영리화를 방지하기 위한 의료기관 이중개설 금지 규정이 왜 필요한지 알아보고자 한다.

II. 불법 네트워크병원 실태

1. 병원경영지원회사(MSO)와 네트워크병원의 정의

네트워크병원과 관련하여 병원경영지원회사(Management Service Organization, MSO)는 의료행위 외에 병원 경영 전반에 관한 서비스, 즉 구매·인력관리·마케팅·회계 등의 경영서비스를 제공하는 상법상의 회사(영리법인)를 말한다⁵⁾.

MSO의 유형은 크게 경영지원형과 자본조달형으로 나눌 수 있다. 경영지원형은 구매대행·인력관리·법률·회계

¹ 제1조(목적) 이 법은 모든 국민이 수준 높은 의료 혜택을 받을 수 있도록 국민의료에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 건강을 보호하고 증진하는 데에 목적이 있다.

² 제4조(의료인과 의료기관의 장의 의무) ② 의료인은 다른 의료인의 명의로 의료기관을 개설하거나 운영할 수 없다. <신설 2012. 2. 1.>

³ 제33조(개설 등) ⑧ 제2항제1호의 의료인은 어떠한 명목으로도 둘 이상의 의료기관을 개설·운영할 수 없다. 다만, 2 이상의 의료인 면허를 소지한 자가 의원급 의료기관을 개설하려는 경우에는 하나의 장소에 한하여 면허 종별에 따른 의료기관을 함께 개설할 수 있다. <신설 2009. 1. 30., 2012. 2. 1.>

컨설팅 등 비용절감, 효율화를 도모하는 형태이다. 자본 조달형은 시설임대, 경영위탁 등 MSO를 통한 외부자본의 의료기관 투자 형태이다. 이 중 의료기관 개설주체의 전속적인 개설·운영권을 보완·지원하는 경영지원서비스를 제공하는 경영지원형은 운영 가능하고, 의료기관 개설주체의 전속적 의료기관 개설·운영권을 실질적으로 침해하는 자본조달형은 허용되지 않는다.

네트워크병원은 크게 프랜차이즈형과 조합형 또는 지분투자형, 오토헤 또는 경영주도형의 3가지로 구분할 수 있다⁶⁾. 자세한 내용은 <Table 1>과 같다.

이러한 점에 비추어 보았을 때 의료법 제33조 제8항에 저촉되지 않고 허용되는 형태의 네트워크병원은 프랜차이즈형이며 자본조달 MSO의 형태인 지분투자형과 경영주도형은 배후의 의료인이 의료기관을 주도적으로 지배하는 상황에 해당하여 허용되지 않는다고 할 수 있다⁶⁾.

2. 불법 네트워크치과 진료 현황

<Table 2>는 2010년 ~ 2011년 및 2013 ~ 2014년 불법 네트워크치과, 서울지역 일반 치과병원(이하 일반치과)의 행위코드별 분석 결과이다^{7,8)}.

불법 네트워크치과가 일반치과에 비해 자연치아를 유

지하기 위해 기본이 되는 치아우식증치료(충치치료)와 치주치료(잇몸치료) 등 비교적 저렴한 건강보험 급여 치료를 적게 하는 것으로 나타났다.

초기 치아우식증의 당일 치료인 즉일충전치과와 아말감충전 등 건강보험 급여 치료의 경우 불법 네트워크치과의 시행비율이 일반치과에 비해 현저하게 낮았다. 즉일충전치의 경우 일반치과에 비해 불법 네트워크치과가 2010 ~ 2011년에는 약 0.2배, 2013 ~ 2014년에는 약 0.02배 진료를 시행하고 있어 그 차이는 더 커졌다. 건강보험 급여 가능 치아우식증 치료 재료에 따른 결과 또한, 불법 네트워크치과가 일반치과에 비해 현저히 낮게 나타났다(아말감 2010 ~ 2011년 0.14배, 2013 ~ 2014년 0.02배; 복합레진충전(GI) 2010 ~ 2011년 0.29배, 2013 ~ 2014년 0.01배). 이는 불법 네트워크치과들이 일반치과에 비해 레진, 인레이 등 비보험 진료를 더 많이 한 결과로 사료된다.

다음으로 치주소파술, 치은박리소파술 등의 치주치료 항목 또한 일반치과에 비해 불법 네트워크치과의 시행 비율이 낮았다(치주소파술(1/3약당) 2010 ~ 2011년 0.45배, 2013 ~ 2014년 0.18배; 치은박리소파술(1/3약당) 2010 ~ 2011년 0.25배, 2013 ~ 2014년 불법 네트워크치과 환자 0명). 특히 1/3약당 치석제거의 경우 일반치과에 비해 불법 네트워크치과의 시행률이 2010 ~ 2011년에는 약 0.21배,

Table 1. 네트워크병원의 종류 및 법적 허용 여부

구분	의미	허용 여부
프랜차이즈형	여러 명의 의료인이 각자 자신이 소유하는 의료기관을 개설 운영하면서 단순히 의료기관 명칭만 공동으로 사용하는 경우	허용
조합형 또는 지분투자형	의료인이 지분을 투자하여 명목상 의료인이 개설한 의료기관에 참여하는 유형	불가
오토헤 또는 경영주도형	의료인이 자금조달, 인력채용 등 주도적으로 의료기관 개설·운영에 참여하며 실질적으로 지배하는 유형	불가

Table 2. 2010 ~ 2011년 및 2013 ~ 2014년 치과진료행위별현황

행위명	2010~2011년					2013~2014년				
	환자수(명)		비율(%)			환자수(명)		비율(%)		
	네트워크 ²⁾	비교대상 ¹⁾	네트워크	비교대상	네트워크 / 일반치과	네트워크 ²⁾	비교대상 ¹⁾	네트워크	비교대상	네트워크 / 일반치과
합계	59,588	5,821,081	100	100	1.00	18,636	6,712,950	100	100	1.00
즉일총진처치 [1치당]	2,237	1,055,078	3.8	18.1	0.21	53	1,145,676	0.3	17.1	0.02
아말감총진 [1치당]	1,511	1,030,845	2.6	17.7	0.15	38	704,032	0.2	10.5	0.02
복합레진총진 [1치당]	2,481	826,822	4.1	14.2	0.29	42	1,168,715	0.2	17.4	0.01
치주소파술 [1/3약당]	2,212	476,386	3.7	8.2	0.45	292	593,637	1.6	8.8	0.18
치은박리소파술-간단 [1/3약당]	63	23,388	0.1	0.4	0.25	3	28,351	0	0.4	0.00
치은박리소파술-복잡 [1/3약당]	15	11,083	0	0.2	0.00	0	12,471	0	0.2	0.00
치근활택술 [1/3약당]	3,425	639,834	5.7	11	0.52	441	852,676	2.4	12.7	0.19
치석제거 [1/3약당]	2,840	1,308,661	4.8	22.5	0.21	35	1,683,568	0.2	25.1	0.01
치석제거[전역]	-	-	-	-	-	5,460	2,410,242	29.3	35.9	0.82
발수 [1근관당]	16,218	1,100,755	27.2	18.9	1.44	3,756	1,083,177	20.2	16.1	1.25
가압근관총진 [1근관당]	15,266	970,574	25.6	16.7	1.53	3,773	986,938	20.2	14.7	1.37
발치술 [1치당]	17,353	1,194,241	29.1	20.5	1.42	5,216	1,207,263	28	18	1.56
발치술-매복치 [1치당]	1,307	241,582	2.2	4.2	0.52	279	261,146	1.5	3.9	0.38

출처: 2010 ~ 2011년 및 2013 ~ 2014년 치과행위별진료현황, 국민건강보험공단

¹⁾ 서울지역 일반 치과의원 4,874개소²⁾ 2010 ~ 2011년(중복금지법안개정전) 서울지역 네트워크 치과의원 59개소

2013~2014년에는 0.01배로 진료를 시행하고 있어 그 차이는 더 커졌다. 이는 잇몸이 나빠 흔들리는 치아를 살리기 위한 치주치료(잇몸치료)에 있어 불법 네트워크치과들이 일반치과들에 비해 적게 시행하고 있음을 의미한다. 반면, 2013년부터 건강보험 급여가 시작된 치석제거(전악)의 경우, 일반치과에 비해 불법 네트워크치과가 0.82배 시행하고 있어 다른 건강보험 급여에 비해 차이가 적었다. 이는 치과위생사가 수행할 수 있는 행위이며, 무료 스케일링 등 치석제거를 광고수단으로 활용하고 있는 결과와 이어진다고 볼 수 있다⁹⁾.

이와는 반대로 크라운(씌우기 치료), 브릿지, 임플란트와 같은 비보험 치료로 이어질 수 있는 신경치료와 발치의 경우 전반적으로 불법 네트워크치과의 시행비율이 높았다.

구체적으로 발수(치아 신경 제거) 시행률은 불법 네트워크치과가 일반치과에 비해 2010~2011년 1.44배, 2013~2014년 1.25배 많이 시행하였다. 가압근관충전(신경관 충전) 역시 불법 네트워크치과가 일반치과에 비해 많이 시행하였다(2010~2011년 1.53배, 2013~2014년 1.37배). 일반 발치술 역시 불법 네트워크치과가 일반치과에 비해 2010~2011년 1.42배, 2013~2014년 1.56배 많이 시행하였다. 이 결과는 불법 네트워크치과가 일반치과에 비해 신경치료 후 크라운 치료를 시행하거나, 발치를 결정하는 비율이 더 높다는 것을 의미한다.

반면, 일반 발치술에 비해 매복치에 대한 발치술은 일반치과에 비해 불법 네트워크치과가 적게 시행하고 있었다(2010~2011년 0.52배, 2013~2014년 0.38배). 이러한 점으로 비추어 볼 때 불법 네트워크치과는 위험률이 높은 치료는 지양하고 있다고 유추할 수 있다.

Ⅲ. 불법 네트워크병원 사례

1. 대법원 판결사례

2012년 “의료인은 어떠한 명목으로도 둘 이상의 의료기관을 개설·운영할 수 없다.”는 것으로 개정되었다. 또한 의료법 제4조 제2항에 “의료인은 다른 의료인의 명의로 의료기관을 개설하거나 운영할 수 없다”는 규정을 두며 의료인 1인 1의료기관 개설과 운영을 모두 제한하고 있다. 개정된 의료법과 관련한 대법원의 판례는 다음과 같다.

자신의 명의로 의료기관을 개설·운영하고 있는 의사가 기존에 운영 중인 다른 의료기관을 인수한 뒤 다른 의사 명의를 통해 개설자 명의변경 신고 또는 허가를 받고 인수한 의료기관을 실질적으로 지배·관리한 경우가 있다. 이 경우 대법원은 중복 운영에 해당한다고 판결하였다(대법원 2016. 10. 13. 선고 2016도11407 판결).

이미 자신의 명의로 치과의원을 개설하여 운영하면서 이와 별도로 다른 이의 명의를 빌려 2개의 치과의원을 개설하여 운영하고, 각 치과를 운영하면서 그 시설과 인력의 관리, 의료업의 시행, 필요한 자금의 조달, 그 운영성과의 귀속 등을 실질적으로 지배·관리하였다고 인정하여 1인 1개설 운영 원칙 위반 부분을 유죄로 인정하였다(대법원 2018. 7. 12. 선고 2018도3672).

이미 자신 명의로 의원을 개설·운영하고 있는 의사가 다른 의사를 고용하여 그 의사의 명의로 새로운 의원을 개설한 후 그 의원에서 자신이 직접 의료행위를 한 경우가 있다. 이 경우 대법원은 중복 개설에 해당한다고 판결하였다(대법원 2003. 10. 23. 선고 2003도256 판결 등).

새로운 의원의 개설명의자인 다른 의사가 그 의원에서 직접 일부 의료행위를 하였더라도 의료기관을 중복하여 개설한 경우에 해당한다고 판결하였다(대법원 2008. 9. 25. 선고 2006도4652 판결).

사건번호 2015두36485(대법원 2019. 5. 30 선고)의 경우, 진료비지급보류정지처분 취소청구에서 원심을 파기하고 국민건강보험공단의 패소 판결을 내렸다. 그러나 대법원

은 “이 사건 병원이 피고가 중복 운영하는 의료기관이라는 사유를 들어 위 요양급여비용의 지급을 거부할 수는 없다”는 주요 판결사항과 함께 본 사건의 피고가 이미 중복 운영으로 인한 의료법 위반 범죄사실로 유죄 확정 판결을 받은 것으로 보고 있어, 1인 1개소 관련한 운영 금지조항은 2018년 대법원 판결에 이어 간접적으로 재인정된 것으로 보인다.

2. 불법 네트워크치과의 국민건강 위해 및 불법행위 사례

임플란트가 보편화되고 치과의료 시장규모가 확대됨에 따라 네트워크치과는 계속하여 증가하고 있으며 불법 네트워크치과 또한 그 수가 증가하고 있다. 불법 네트워크치과 사례는 다음과 같다.

1) 자본조달형 등 MSO 형태의 불법 네트워크치과

불법 네트워크치과는 MSO를 설립하여 표면상 동업 계약형식으로 네트워크치과를 운영하지만 실제로는 치과 개설을 위해 명의를 빌려줄 의사를 고용하고 내부직원이나 다른 의사가 여러 개의 치과를 운영하는 방식을 사용한다. 다음은 이와 관련된 사례들이다.

첫째, A원장은 a병원을 운영하고 있다. A원장은 B원장과 동업계약 형식으로 하되 실제로는 고정금액 또는 수입의 일정비율을 지급하는 조건으로 하여 a치과 b지점과 c지점을 개설하였다. 이후 상호를 변경하고 지점의 수익금을 재투자하여 여러 지점을 같은 방식으로 개설하였다. 지점의 수가 늘어남에 따라, A원장은 MSO를 설립하여 각 지점의 수입 및 지출을 관리하였으며 명의 원장의 월급을 지급하였다. 또한 MSO 소속 직원들을 지점의 실장으로 파견하여 지점을 운영하였으며, 이 외에도 A원장은 치과기공소 등 치과 관련 사업체를 직접 설립하여 각 지점

과 거래하고 반값 임플란트를 표방하는 등 수익을 창출하였다.

둘째, 치과의사 C씨는 지난 2012년 MSO를 설립한 뒤 같은 해 3월부터 최근까지 치과의사 16명을 고용하여 이들 의료인의 명의로 부산과 울산 등 전국에 치과의원 11곳을 개설하였다. 이후 11개 치과의원에서 발생한 수익금이 C씨의 개인계좌로 송금되는 등 C씨가 실소유주라는 정황이 드러났다. 이를 통해 C씨는 126억원 상당의 부당이익을 취하였고 국민건강보험공단에서 19차례에 걸쳐 총 1억 3,600만원 상당의 요양급여를 받아 가로채었다¹⁰⁾.

2) 과잉진료 사례

불법 네트워크치과는 매출에 따른 인센티브제 방식으로 급여를 지급하기 때문에 직원들은 행위량을 늘리기 위해 환자가 과잉진료를 받도록 유도한다. 다음은 이와 관련된 사례들이다

첫째, c치과의 경우 급여가 철저히 매출에 근거한 인센티브 방식으로 책정되기 때문에 일정 수준의 매출을 올리지 못하는 직원은 월급이 깎이는 등 불이익이 있다. 예를 들어 D씨가 일한 지점의 경우 의사는 일정 기간 기본급을 보장받지만, 직원은 그것도 없다. 따라서 직원들은 환자들을 설득해 과잉진료를 받도록 유도한다¹¹⁾.

둘째, E씨는 d치과에 고용되어 근무하는 치과의사이다. d치과는 E씨의 명의로 개설된 불법 네트워크치과 중 한 곳이다. E씨는 이 치과에서 월 매출의 20%를 인센티브로 급여를 받으며 기본급은 없었다. 따라서 E씨는 더 많이 벌기 위해 더 많이 치료해야 했고 이가 멀쩡한 환자라도 그냥 돌려보내면 안 되었다. 병원 마케팅 또한 ‘무료 스케일링’이라는 광고 문구를 사용하는 등 공격적이었다¹²⁾.

셋째, F씨는 앞니 사이 틈이 벌어진 것을 발견하고 한 불법 네트워크치과를 방문하였다. 그리고 그곳에서 잇니를 모두 뽑아 틀니를 끼워야 한다는 진단을 받았다. 의사는 F씨의 치아를 뽑으려고 노력하였지만 결국 다 뽑지 못했다. 이후 다른 치과를 찾아갔더니, 뽑은 치아중에는 애초에 뽑을 필요가 없는 치아도 있었다는 진단을 받았다¹³⁾.

넷째, 모 불법 네트워크치과를 방문한 G양은 치료해야 할 치아가 8개라는 진단을 받았다. 처음에는 충전 7개와 크라운 1개로 치료하기로 하였고 4개의 치아를 먼저 치료하였다. 남은 4개의 치아를 치료하기 위해 다시 치과를 방문하자 다른 치과의사가 다시 검진하였고 남은 4개의 치아를 크라운으로 변경하였다. 크라운을 안착하는 과정에서 G양은 고통을 호소하였다. 결국, G양은 다른 치과를 방문하였고 그곳에서 충치가 없으며 지나치게 치료받았다는 결과를 알게 되었다¹³⁾.

다섯째, 모 불법 네트워크치과에 방문한 H씨는 치료해야 할 치아가 왼쪽 아래 사랑니 옆 큰 어금니 2개, 왼쪽 위 첫 번째 큰 어금니, 작은 어금니, 오른쪽 위 첫 번째 작은 어금니 등 5개라고 진단받았다. 금 3개, 테세라 인레이 2개까지 총 치료비는 98만원이 예상되었고 그날 진료비에서 엑스레이나 스케일링 비용은 청구되지 않았다. 하지만 H씨는 3개월 전 일반 치과에서 치료해야 할 치아가 2개라고 진단받았기에 다른 치과를 방문하여 진단을 다시 받기로 하였다. 다른 치과를 방문한 결과 충치는 있지만, 진행이 되지 않을 것 같아 치료보다는 보존이 중요하다는 진단을 받았으며 스케일링 또한 1만5천원을 받는다고 하였다⁹⁾.

여섯째, I씨는 임플란트를 하기 위해 대학병원을 찾았다가 잇몸이 약해 골이식이 필요하다는 진단을 받았다. 골이식 후 임플란트 2개를 식립하고 크라운(보철물) 3개를 연결해 씌우는 브리지 수술을 하는 데 총비용이 600만원 들

것으로 예상됐다. 가격에 부담을 느낀 I씨는 모 불법 네트워크치과에서 같은 치료를 받는 데 반값이면 가능하다는 얘기를 듣고 바로 임플란트를 식립했다. 하지만 한 달 후 I씨는 대학병원을 다시 찾아야 했다. 임플란트를 식립한 곳이 계속 아프고 냄새가 났기 때문이다. 골이식을 제대로 하지 않아 감염 증상과 신경관 손상이 발생한 것이었다. I씨는 결국 앞서 식립한 임플란트를 모두 제거하고 골이식을 한 후 임플란트 수술을 다시 받았다. 애초 7개월이면 가능했던 치료는 1년 6개월 만에 끝났다⁴⁾.

IV. 고찰

의료기관 이중개설·운영 금지조항은 의료인이 의료행위를 수행할 수 있는 장소를 제한함으로써 의료의 영리성 추구를 방지하고 국민건강을 보호하기 위한 조항이다. 본 연구에서는 불법 네트워크치과의 실태를 알아보고 현 불법 네트워크치과 사례를 통하여 의료기관 이중개설·운영 금지조항의 필요성에 대하여 알아보았다.

1인1개소 개설·운영 금지조항과 관련하여 판결된 대법원의 판례들을 살펴 본 결과, 중복 개설과 중복 운영을 모두 고려하고 있었다. 따라서 의료인이 다른 의료인의 명의를 빌려 병(의)원을 개설하여 개설한 의료기관에서 직접 의료행위를 한 중복 개설뿐만 아니라, 타 명의로 개설한 의료기관에서 직접 의료행위를 하지 않더라도 둘 이상의 의료기관에 대해 그 존폐·이전, 자금 조달, 운영성과의 귀속배분 등의 경영사항에 관해 의사 결정 권한을 보유하는 중복 운영도 명백한 불법 행위로 판결하고 있다.

불법 네트워크치과 실태를 살펴본 결과는 다음과 같다. 불법 네트워크치과들은 일반 치과의원들보다 건강보험이 적용되는 치료 중 자연치아를 살리기 위한 충전치료, 치주치료 등을 적게 시행하고 있었으며, 반대로 비보험 치료로 이어질 수 있는 신경치료, 발치를 시행하는 비

율이 높았다. 이러한 결과는 불법 네트워크치과가 인센티브 등을 위한 과잉진료를 행하고 있는 사례와 이어진다. 불법 네트워크치과는 수익을 창출하기 위해 저렴한 가격을 내걸어 환자를 유인하고, 멸절한 환자의 치아를 발치하거나 크라운, 임플란트 등을 하는 과잉 진료를 행하고 있었다. 이를 통해 불법 네트워크치과가 의료서비스를 공공적인 측면보다 상업적인 측면으로 바라보고 있음을 알 수 있었다.

치과뿐 아니라 일반의료기관도 복수 의료기관 개설·운영의 문제점은 지적되고 있다⁴⁾. 1인 소유 네트워크 의료기관이 일반 의료기관보다 수술비율은 낮으면서 입원비율이 상대적으로 높았다⁴⁾. 또한, 특정 1인 소유 네트워크 의료기관의 경우, 건강보험심사평가원의 요양급여비용 청구심사와 관련하여 중복, 병용 약제 투여, 급여기준 초과 과잉진료의 조정 등으로 인해 평균 조정비율보다 월등히 높게 나타났다⁴⁾.

1인 1개설·운영금지의 위헌 주장에 의하면⁴⁾, 복수개설 금지 규정은 소비자인 환자들의 선택권 확대 기회를 막으며, 다른 의료기관에 대한 경영참여를 통해 공동구매·공동마케팅 등을 통해 의료기관 경쟁력 강화를 막는 과잉규제라고 주장한다. 이는 사실상 영리병원을 허용하는 결과를 초래하게 된다. 영리병원은 이윤추구가 주 목적이기 때문에 이윤추구와 무관한 건강보험 급여와 같은 저비용 진료

매복치 발치와 같은 위험률이 높은 진료 등은 관심 밖이 되며, 의료 서비스의 가격은 전반적으로 인상되어 의료의 공공성은 무시되고, 국민들은 높은 의료비용으로 인해 결국 건강에 심각한 해를 입게 될 것이다¹⁵⁾. 또한, 공동구매·공동 마케팅 등을 통한 비용절감 효과는 ‘프렌차이즈형 네트워크병원’ 형태로 현재의 법 안에서 허용 가능한 형태로 운영할 수 있다. 즉, 본 연구에서 불법 네트워크치과의 건강보험 진료행위와 여러 사례를 살펴 본 결과, 1인 1개설·운영 금지 조항은 환자들의 선택권 확대와 의료기관 경쟁력 강화를 막는 과잉규제가 아닌 환자를 보호하고, 건강보험료의 누수를 막기 위한 강력한 보호장치라 볼 수 있다.

본 연구는 의료기관 1인 1개설·운영 금지 조항의 필요성에 대해 치과계 전문가의 시각에서 바라보았다는 점에 의의가 있다. 그럼에도 불구하고 본 연구에서 비보험 진료는 파악이 용이하지 않았다는 한계점이 있다. 여러 사례를 통해 불법 네트워크치과가 크라운이나 인레이 등 비보험을 선호하고 있다고 유추할 수는 있었으나 이러한 점이 실제로 행해지고 있는지는 확인하기 어려웠다.

의료법의 목적인 ‘국민의 건강을 보호하고 증진하기 위해’서는 치과계에서도 국민 구강건강 보호를 위해 1인 1개소 개설·운영 조항이 보다 엄격하게 적용되어야 할 것이다.

⁴⁾ 국민건강보험공단, 일반 병원 및 네트워크 병원 진료행태 비교, 2016 재인용.

⁵⁾ 건강보험심사평가원, 요양급여비용 청구 심사 자료, 2016 재인용.

참고 문헌

1. 김준래. 의료법상 의료기관 개설제한의 위반유형에 관한연구. 의료법학 2014;15(2):345-366
2. 대한의사협회. 외국 의료관련 법률 시리즈 II : 독일편. 대한의사협회. 2004.
3. 대한의사협회. 외국 의료관련 법률 시리즈 I : 일본편. 대한의사협회. 2004.
4. 김성수. 복수의료기관 개설 및 운영금지의 위헌성 여부. 병원경영정책연구 2016;5:14-21.
5. 보건복지부. 2019년 의료기관 개설 및 의료법인 설립 운영편람. 보건복지부. 2019.
6. 김준래. 네트워크병원과 의료기관 복수 개설 · 운영 금지 제도에 관한 고찰. 의료법학 2016;17(2):281-313.
7. 국민건강보험공단. 2010-2011년 치과 행위별 진료현황. 국민건강보험공단. 2016.
8. 국민건강보험공단. 2013-2014년 치과 행위별 진료현황. 국민건강보험공단. 2016.
9. 돈이 먼저인 네트워크치과들. 한겨레. 2012. 5.10.
10. 11개 치과의원 불법 운영한 MSO 적발. 치과신문; 2018.11.8.
11. 치과그룹 前원장의 고백 “내 가족에겐 차마...”. Komedì 2012. 8. 1.
12. 어느 가짜 병원장의 고백. 한겨레 2012. 5.14.
13. 대치과의사협회 치과의료정책연구원. 미국 치과의료 위기와 탐욕의 네트워크치과. 대한치과의사협회. 2013.
14. 싹뻗 훔쳤다가 싹뻗...반값 임플란트, 고생만 했죠. 머니투데이 2019. 4.19.
15. 위매화 : 의료민영화 논쟁과 의료공공성 확보. 강원대학교 정보과학 행정대학원 2011.