

◆ 영리의료법인 추진에 따른 보험산업의 진입방안

조용운 연구위원 · 김세환 수석연구위원

1. 서론

병원이 첨단고급화, 외형적으로 대형화 되는 추세에서 중소의료법인이나 개인병원들은 외부자본 유입을 통해 시설투자 확대, 우수의료인 영입으로 병원경쟁력을 높이기 위해 영리의료법인의 허용을 주장하고 있음.

☑ 의료기관의 유형: 의료기관의 개설가능주체가 설립할 수 있는 병원(입원환자 30명 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖춘 의료기관)은 국공립병원, 법인병원, 개인병원이 있음.

- 국공립병원은 국립병원, 국립의과대학 부속병원, 시·군립병원, 공사병원 등임.
- 법인병원은 비영리기관이 설립한 병원으로 학교법인, 특수법인, 사단법인, 재단법인, 사회복지법인, 회사법인, 의료법인이 설립한 병원을 들 수 있음.
 - 의료법인병원은 의료업을 목적으로 의료법 48조에 따라 설립된 법인으로 주로 전국의 많은 중소형병원들이 이에 해당함.
- 개인병원은 개인이 운영하는 병원으로써 특별한 규정이 없어 비영리성이 없다고 볼 수 있으며 상대적으로 소규모인 특징이 있음.

☑ 의료기관의 영리성: 『의료법 시행령 제20조』는 의료법인 및 민법 또는 특별법에 의하여 설립된 비영리법인은 영리를 추구하여서는 아니 된다고 규정

- 시행령의 비영리성은 의료법인이 의료업이나 부대사업의 이익을 출연자에게 귀속시키지 못하고 그 사업에 재투자하여야 함을 의미
- 의료법인에 출연한 사람은 출자금을 회수할 수 없고 출자지분을 임의로 처분하거나 폐업할 수 없으며, 청산 시에 출자지분은 국가소유로 회수됨.

가. 영리의료법인 허용 관련 논의 경과

- 영리의료법인의 허용에 관한 논의는 1995년 시장개방 논의와 더불어 경쟁력 강화 차원에서 시작되었음(이근찬 등, 2005, 재인용).
 - 시장개방에 따라 병원산업구조의 효율성, 의료부문의 민간자원 유입을 통한 재원 조달의 필요성 등의 입장에서 긍정적 정책대안으로 제시됨.
 - 1998년 11월 “21세기 보건의료발전 종합계획에 관한 공청회”에서 의료기관의 경영합리화와 흡수합병 등의 자율적 구조조정을 촉진하기 위해 병상공급 부족지역 등에서 영리성을 일부 인정하는 방안이 제시됨.
 - 이후 경제자유구역 내 의료기관 설립* 관련 논의와 WTO/DDA 협상 과정 중 필요성에 대해서 개별연구자 중심으로 연구되었음.
- * 『경제자유구역의지정및운영에관한법률』(2002.12월)에 따라 경제자유구역에 외국인 이 영리의료기관을 설립하고 내국인 환자도 진료할 수 있음.
- 2004년부터 경제자유구역의 영리병원 허용은 경제자유구역 외 지역의 영리병원 허용에 대한 우려 및 외국병원과의 차별대우 시정 차원에서 허용 요구가 동시에 이루어졌음(이근찬 등, 2005, 재인용).
 - 보건복지가족부 및 유관기관에서 의료산업발전과제 등을 도출하는 과정 중에 영리병원 제도에 대해 논의함.
 - 기획재정부, 공정거래위원회는 ‘의료도 산업이다’이라는 측면에서 시장기능 활성화, 서비스업 발전측면에서 영리법인 병원제도 도입을 주장함.
 - 대한의사협회는 영리법인 의료기관 개설을 의료기관 개설자유화로 보고 우려를 표명함.
 - 대한병원협회는 경제자유구역에 영리병원과의 형평성 유지 차원 등에서 영리법인 병원제도의 허용을 찬성함.
- 그러나 의료산업선진화위원회(2005.10월, 국무총리주재)는 경제자유구역, 제주특별자치도에 설립될 외국 영리의료기관의 진료행태, 투자효과 등을 평가한 후 추후 이를 재검토할 것을 권고한 바 있음.

- 영리의료법인 도입이 회계투명성 강화, M&A 및 체인 병 의원 증가 등의 긍정적인 효과가 있는 반면 불필요한 진료 증가, 병상 과잉공급 심화 등 부정적인 효과도 있어 사회적으로 논란이 제기되었음.
- 대한병원협회는 2008.4월 대통령 주재로 열린 '투자활성화 및 고용창출을 위한 민관합동회의'에서 의료산업선진화와 관련 민영의료보험 활성화, 영리법인병원 허용, 해외환자 유치 활성화 지원책 등을 건의함.
- 2008년 기획재정부는 7%의 성장 능력을 갖춘 경제를 만들기 위한 실천계획의 일환으로 의료서비스의 질적 향상과 다양화를 위해 영리의료법인 도입을 검토하고 민간 의료보험 활성화 방안을 모색 중임.
- 기획재정부는 2008년 중 도입방안을 마련하기로 해 영리의료법인 도입 문제가 다시 현안으로 대두됨.
- 지금까지 논의에서 영리의료법인 허용의 찬성 논리는 시장논리에 따른 효율성 증대와 다양한 재화를 제공함에 따른 소비자 효용 증대에 근거를 두고 있음.
- 영리의료법인 설립으로 민간 자본참여를 촉진하여 의료시장의 발전을 유도하고, 의료시장의 진입장벽 제거와 시장논리에 의한 경쟁을 유도하여 효율성을 제고시키며,
- 서비스 차별화를 통해 고급의료와 다양한 서비스를 요구하는 소비자의 선택을 확대하는 긍정적 효과가 있다는 것임.
- 영리의료법인 허용의 반대 논리는 자원의 제약 속에서 수익을 창출하는 방향으로의 선택은 기업의 특성상 영리병원에서 민감하게 일어날 수 있다는 점과 의료공공성의 약화에 근거를 두고 있음.
- 고소득층에게는 의료이용의 선택의 다양성을 주지만, 저소득계층은 이용할 수 없는 경우가 발생하여 의료이용의 빈부 격차 확대가 우려되고,
- 영리추구 병원은 의료수요를 팽창시키거나 불필요한 의료행위를 할 소지가 있고 진료비용이 높아 의료비 상승이 우려되며,
- 현재보다 잦은 휴폐업, 수익성에 편승한 진료과목의 선정 등으로 병원의 영속성(의료의 계속성)이 저해되는 문제가 있음을 주장

나. 검토배경 및 목적

- 영리의료법인에 관한 논의 중에 보험회사의 역할에 관한 논의는 시민단체를 중심으로 소수만이 이루어져 왔기 때문에 관련 내용을 검토할 필요가 있음.
 - 건강세상네트워크(김창보)는 “영리병원과 민간보험이 직접 계약을 맺고 의료서비스를 하게 됨으로써 의료체계의 이원화, 양극화를 가져올 것”이라고 주장함(내일신문, 2005).
 - 또한 시민단체는 고급의료서비스를 위주로 하는 영리병원은 모든 요양기관이 건강보험요양급여기관이 되도록 하는 당연지정제 폐지를 주장하게 되며, 또한 영리병원을 이용하는 고소득층은 국민건강보험 탈퇴를 요구하게 된다고 주장함(내일신문, 2005).
 - 영리의료법인 도입을 반대하고 있는 보건·의료단체들은 영리병원을 건강보험 체계를 무력화하는 의료민영화의 수순이라고 보고 있고 영리병원 도입으로 의료 서비스의 양극화는 더욱 심화될 것이며, 부유층의 민간보험 이용 확대로 건강보험 체계가 붕괴될 것으로 우려(연합뉴스, 2008. 6.22)
- 영리의료법인이 허용될 경우 의료산업의 발전과 고용창출에 기여함과 동시에 새로운 사업기반의 확보를 위해 보험산업의 자본참여 가능성을 검토함.
- 영리의료법인 허용의 해외사례 및 성과분석 조사를 통해 찬반 논리를 검토해 보고 보험산업의 향후 대응 방안을 모색함.
- 향후 의료공공성을 강화하면서도 의료서비스를 산업화할 수 있는 방향으로 우리나라의 보건의료시스템이 재편될 것이 예상됨에 따라 보건의료의 재원조달을 담당하고 있는 한 축인 보험산업도 재편과정에서의 역할을 모색할 필요가 있음.

2. 영리의료법인의 현황 및 필요성 고찰

가. 우리나라 의료기관의 설립주체별 현황

- 의료법 제33조 제2항에 의해 의료기관의 개설가능주체는 의사, 치과의사, 한의사, 조산사, 국가, 지방자치단체, 의료법인, 비영리법인, 정부투자기관임.

<표 1> 우리나라 의료기관의 유형

구분	영리여부	종류
민간 의료기관	영리기관	개인병원
	비영리 의료기관	학교법인, 사단법인, 재단법인, 의료법인 , 사회복지법인, 회사법인
공공 의료기관	비영리 의료기관	국·공립병원, 시·도립병원, 지방공사, 특수법인 등

- 의료법에 의해 1976년도부터 개설되기 시작한 의료법인병원은 그 수가 계속 증가하여 2006년도 현재 368개로써 병원 전체의 26.9%를 점유함.
- 우리나라의 경우 영리의료법인이 도입되지 않았음에도 불구하고 개인병원(for-profit hospital, investor owned hospital)의 비중이 높아 영리병원의 비중이 전세계에서 가장 높음.
- 미국, 독일 등 서구 국가들의 경우 영리법인은 주로 의료법인형태이며, 일본, 한국은 개인병원으로만 구성되어 있음.

<표 2> 설립형태별 병원수 및 구성비율

(단위 : 개, %)

구 분		1981	1990	1999	2006
공공 병원	국공립	58(17.8)	23(4.0)	39(4.7)	67(4.9)
	공공법인	18(5.5)	59(10.3)	65(7.8)	58(4.2)
	소 계	76(23.5)	82(14.3)	104(12.5)	125(9.1)
민간 병원	의료법인	20(6.2)	92(16.1)	199(23.8)	368(26.9)
	기타법인	94(28.8)	117(20.4)	136(16.3)	162(11.9)
	개인병원	136(41.7)	282(49.2)	395(47.4)	713(52.1)
	소 계	250(76.7)	491(85.7)	730(87.5)	1,243(90.9)
합 계		326(100.0)	573(100.0)	834(100.0)	1,368(100.0)

자료 : 한국병원경영연구원, “의료법인병원의 운영현황과 제도개선 방안,” 2006. 12.

- 서구에서는 초기 병원은 종교단체 및 자선단체가 운영하였으며 일반적인 복지기능을 주로 담당하면서 빈민 환자를 돌보는 역할을 수행하였으며, 19세기에 와서야 사회 전체 계급을 대상으로 치료를 담당하는 자선병원이 출현
- 자선병원(private voluntary hospital)은 지역사회의 지도자나 종교기관에서 설립하여 운영되었으며, 그 기능이 전문화되면서 근대적인 병원으로 전환됨.
- 이러한 전통과 함께 전문의로서 의학발전에 대한 사명감, 교육과 연구를 통한 전문 의료인 양성, 의료의 질 발전, 전문직업인으로서 요청되는 지도력 발휘에 대한 사명의식 등을 이유로 서구에서는 영리병원의 비중이 낮음.

<표 3> 주요국의 영리병원 비중

(단위 : %)

보건의료유형	국가	공공병원	비영리병원	영리병원 (개인병원 포함)
국가보험체계	영국, 스웨덴 등	공공병원형태가 절대 다수		1 ~ 2
사회보험체계	오스트리아	69	26	5
	벨기에	60	40	-
	독일	55	38	7
	룩셈부르크	50	50	-
	네덜란드	-	100	-
민간보험체계	미국	18.2	66.8	15
아시아 국가	싱가포르	69.4	16.4	14.2
	태국	79		21
	인도	97		3
	일본	20.1	68.2	11.7
	한국	8.7	39.2	51.8

자료 : 전창배 외 (2006), Busse, R. (2006), 대한병원협회 전국병원명부, 2006

나. 의료기관의 일반현황

☒ 의료기관현황과 고령화의 추세를 보아 급성병상병원보다는 만성병상병원의 확보가 필요하며 활동의사와 활동간호사의 증원이 필요한 상황

- ☐ 활동의사수는 지난 20년간 빠르게 증가하여 왔음에도 불구하고, 2005년도 인구 천명당 1.6명으로 OECD 22개 국가(평균 3.0명)들 중 가장 적음.
 - o OECD국가들 중 가장 빠른 속도로 증가하고 있어 조만간 OECD 수준으로 향상될 것으로 보임.
- ☐ 활동간호사수는 2005년 기준 1.9명으로 OECD 국가(평균 9.0명)들 중 최저 수준임.
 - o 활동의사 대비 활동간호사수는 2005년 기준 1.2명으로 OECD국가들 중 낮은 비율을 기록하고 있음.
- ☐ 의료기관(병원과 의원)을 포함)과 병상은 지속적인 증가추세에 있으나 만성병상수는 부족한 상황
 - o 2005년 현재 전체 의료기관의 수는 1985년의 3.27배인 총 49,566개로 늘어났으며, 종합병원(290개), 병원(971개), 의원(25,413개)은 각각 1.58배, 3배, 3.14배 증가함.
 - o 병상수도 증가하여 2005년에는 374,771개(1985년의 3.75배)로 늘어남.
 - 국제적으로 비교하면 2004년 현재 우리나라의 전체 병상수는 인구 천명당 7.3개로 OECD국가 중 상위권 수준
 - 인구 천명당 병상수는 일본 14.2, 독일 8.6, 체코 8.7, 오스트리아 7.7, 미국 3.3개(OECD Health Data, 2006)
 - 병원당 평균병상수는 미국, 일본과 유사한 인구 천명당 182병상으로 OECD국가의 중간 수준
 - o 급성병상수는 29,299병상이 과잉 공급된 상태에 있고, 만성병상수는 75,169병상이 부족한 상황(한국보건산업진흥원, 2005)

<표 4> 우리나라 의료기관의 종별 병상수 분포

(단위: 개, %)

구분		연도(85년 대비 증감율)				
		1985	1990	1995	2004	2005
병 · 의 원	종합병원	49,394 (100.0)	66,625 (134.9)	96,865 (196.1)	117,323 (237.5)	120,728 (244.4)
	병원	17,965 (100.0)	19,425 (108.1)	33,425 (186.1)	97,342 (541.8)	110,988 (617.8)
	의원	23,861 (100.0)	33,011 (138.3)	44,610 (187.0)	91,702 (384.3)	93,972 (393.8)
특수병원1)		6,356 (100.0)	12,451 (195.9)	16,763 (263.7)	36,682 (577.1)	38,625 (607.7)
치과	치과병원	54 (100.0)	66 (122.2)	81 (150.0)	171 (316.7)	225 (416.7)
	치과의원	11 (100.0)	-	29 (263.6)	13 (118.1)	22 (200.0)
한방	한방병원	596 (100.0)	1,276 (214.1)	3,498 (586.9)	8,887 (1491.1)	8,538 (1432.6)
	한의원	21 (100.0)	14 (66.7)	168 (800.0)	698 (3,323.8)	672 (3,200.0)
부속의원2)		674 (100.0)	872 (129.4)	577 (85.6)	338 (50.1)	848 (125.8)
조산원		1,018 (100.0)	436 (42.8)	216 (21.2)	133 (13.0)	153 (15.0)
총 계		99,950 (100.0)	137,176 (134.2)	196,232 (196.3)	353,289 (353.0)	374,771 (375.0)

주 : 1) 결핵병원, 정신병원, 나병원

2) 회사 또는 중업원을 위한 산업체의 부속의원임.

3) 병원은 일반병원과 요양병원을 포함함.

자료 : 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 2006

다. 의료기관의 재무현황

- ☑ 비영리중소의료법인은 수익성의 저하로 이익잉여금 축적을 통한 자기자본투자가 어렵고, 외부차입을 통한 투자도 수익성의 악화와 높은 차입금의존도 등으로 장기차입금의 조달이 어려워 안정적인 자금의 조달이 어려운 상황
 - 재무현황을 볼 때 새로운 자본참여가 가능토록 할 필요가 있고 부대수익사업 등의 확대를 통한 의료기관의 수익성 확대가 필요함.
 - ☑ 병원의 경영실태는 국민건강보험의 진료수가의 인상, 환자수의 증가, 1인당 진료비의 증가 등의 요인에 힘입어 소폭의 흑자를 내고는 있으나, 인건비의 증가, 취약한 자기자본비율 등의 구조적 문제점을 내포하고 있음.
 - 경쟁적 환경 조성을 통한 비용절감 및 재무구조 개선 등의 경영노력을 기울이도록 하지 않을 경우 경영수지의 악화가능성이 상존해 있음.
 - ☑ 영리법인인 개인병원을 제외한 종합병원 및 의료법인은 적자를 기록
- ⇒ 재무현황을 볼 때 영리의료법인제도의 도입이 필요한 상황

- 자기자본비율((자기자본/총자본)×100)이 39.1%(2001년), 37.1%(2002년), 34.9%(2003년), 34.7%(2004년)로 재무구조가 매년 악화되고 있음.
- 의료기관의 차입금의존도는 33.5%로 증가추세에 있고 제조업의 31.7%보다 높은 수준(한국보건산업진흥원, 2005)
 - 장기차입금이 36.8%, 단기차입금이 16.6%의 비중으로 나타나고 있으나 장기차입금은 일정비율을 유지하고 있고 단기차입금은 비중이 증가추세
 - 이러한 현상은 의료법인 및 개인병원에서 심하게 나타나고 있음(한국보건산업진흥원, 2005).
- 전체 병원의 경영수지, 즉 의료수익순이익률*은 2004년 기준 1.3%로 연속 4년 흑자를 시현하였으나 개인병원(영리병원임)을 제외하면 적자이며 중소의료법인의 경영수지적자가 가장 큰 상황

* 의료수익순이익률 = (의료수익 - 법인세 - 총비용)/의료수익**

** 병원의 제 수익항목 합계: 입원수익, 외래수익, 의료부대수익, 선택진료수익

- o 종합전문요양기관과 300병상 이상 대형병원은 실적이 다소 개선되었는데 비해 의료법인이 주가 되는 300병상 미만 병원의 실적 악화가 두드러지게 나타나고 있음.
- o 영리병원이라 할 수 있는 개인병원의 경우 의료수익순이익률은 2004년 6.3%이며 매년 소폭의 수익성 개선이 이루어지고 있음.

<표 5> 의료수익 순이익률

(단위: %)

연도	평균	종합병원				개인병원
		종합전문 요양기관	300병상 이상	160-299 병상	160병상 미만	
2000	-2.7	-4.9	-4.1	1.2	-1.2	3.2
2001	2.1	-0.6	-2.1	3.3	-4.8	5.6
2002	0.3	-1.8	-3.7	-0.4	-5.2	5.7
2003	1.7	-1.6	-1.1	1.1	-1.2	5.6
2004	1.3	-0.6	-1.0	-2.3	-6.0	6.3

자료 : 2006 보건산업백서, 한국보건산업진흥원, 2007.6.

- 전체 병원의 환자수는 증가 추세에 있고 따라서 수익도 증가추세에 있으나 인력규모 증가 및 인건비 상승에 따른 노동생산성의 저하로 수익구조는 악화
- o 100병상당 일평균 외래환자 수는 2004년 202.2명, 입원환자수는 73.8명으로 매년 증가하고 있고, 100병상당 월평균의료수익도 매년 증가 추세임.
- o 100병상당 인력규모는 94.5명으로 매년 상승하고 있으나, 노동생산성((부가가치/인건비)×100)의 경우 2004년 158.6으로 매년 소폭 악화
- o 의료사업수익 대비 의료원가율의 경우도 2004년 평균 97.0으로 매년 증가세에 있으며, 이는 재료비 및 관리비 비율의 상승보다는 인건비 비율의 상승에 따른 것임.

라. 주요국의 영리의료법인병원 허용사례(OECD Competition Committee, 2005.)

- ☑ 제도적으로 영리법인 병원을 금지한 나라는 한국, 일본, 네덜란드를 제외하면 전 세계적으로 극소수인 것으로 알려짐.
 - 일본은 의료공급의 연속성을 지키기 위함이 영리병원 금지의 이유이며, 잉여금의 배당은 금지하고 있지만 지분을 인정하여 재산청산시 지분인출을 허용함.
 - 네덜란드는 모두 민간병원이지만 공공성을 강조하여 모두 비영리병원이며, 병원서비스를 제공하지 않는 의원급 의료기관은 영리추구가 허용됨.
 - ☑ OECD 국가 대부분은 병원 다수가 공공 소유이나, 근래 민간영리병원이 증가하고 있고 점차 중요한 역할을 수행하고 있음.
 - 영리병원은 공공병원을 보완하거나, MRI 클리닉, 진료센터, 민간실험실 등 전문분야에 특화되거나, 장기요양병원서비스를 제공하는 경향이 있음.
 - ☑ 싱가포르, 태국, 인도에서는 의료산업을 국부창출산업으로 육성하고 있으며 높은 서비스의 질과 가격경쟁력을 가지고 있는 것이 특징임.
- ⇒ 해외사례를 볼 때 영리의료법인제도의 도입을 검토할 필요

1) 영리병원 미허용 국가

- 일본에서는 영리를 추구하면 기대이윤을 달성하지 못한 경우 병원 폐쇄로 지방의 의료서비스 공급을 적정한 수준으로 유지하는데 문제가 발생할 수 있기 때문에 영리기업에 대해서는 보건의료산업 진입이 금지되어 있음.
- 의료기관을 개설할 수 있는 법인은 의료법에 의한 의료법인과 종교법인, 학교법인이며 의료법인은 재단법인과 사단법인이 있고 사단의료법인은 다시 지분이 있는 의료법인과 지분이 없는 의료법인으로 구분됨.
 - 의료법인 중 지분이 있는 의료법인이 98%로 다수를 차지하고 있음.

<표 6> 일본의 의료법인 수

(단위 : 개, %)

구분	2003년 3월	1999년 3월
의료법인 총수	32,708(100.0)	30,056(100.0)
재단	399(1.2)	398(1.3)
사단	32,309(98.8)	30,558(98.7)
- 지분 인정	32,069(98.0)	30,334(98.0)
- 지분 불인정	240(0.8)	224(0.7)
1인의사의료법인수	26,345(80.0)	24,770(80.0)
기타	6,663(20.0)	6,186(20.0)
특정의료법인	267	240
특별의료법인	9	0
후생대신소관법인	406	361

자료 : 石井孝官, 변혁기에 있는 병원의 자금조달, 병원지 60호, 2001.

- 지분이 있는 의료법인 제도의 입법취지는 보건의료사업의 경영주체가 의료업의 비영리성을 손상함이 없이 법인격을 취득할 수 있는 길을 열어주어 자금집적을 쉽게 하고 동시에 의료법인의 영속성을 확보하고자 함임.
- 지분이 있는 의료법인의 출자자는 그 소유지분에 따라 권리를 행사하지만 잉여금의 배당을 금하고 있고 출자자의 은퇴나 사망으로 재산청산을 하는 경우에만 지분인출을 허용하고 있어 비영리법인으로 분류됨.
- 지분이 없는 의료법인은 개인 또는 법인이 무상으로 재산을 기부하여 설립된 의료법인으로 재산제공자는 그에 대한 어떠한 권한도 행사할 수 없음.
- 네덜란드에서는 모든 병원(대학병원 8개 포함 110개, 2005)과 ZBC*(50개)는 WZV라 불리는 법에 의해 영리추구가 금지되어 있고 신규진입은 국가의 통제를 받음.
 - * 네덜란드어 약자로 통원(외래+조제약)치료를 위한 소형 전문진료소를 말함.
- 신규병원의 건설이나 병원의 대규모 개축은 정부의 서면허가가 있을 경우에만 가능하지만 소규모 병원 개축과 ZBC는 개축허가를 받지 않아도 됨.
- 네덜란드 정부는 전통적으로 병원서비스를 민간 주도에 의존하여 대학병원을 제외한 모든 병원과 ZBC는 민간 소유임.

- WZV법의 적용을 받지 않아 허가를 받지 않아도 되고 영리 추구도 가능한 민간 진료소도 있음.
- 그러나 이들 진료소(clinic)는 간이진료(easy care)만 제공 할 수 있고, 의사 비용만 청구가능하며 병원비용은 청구할 수 없음.

2) 영리병원 허용 국가

- 영국은 공공성을 강조하여 공공병원(국가소유 혹은 국가신탁병원으로 95%를 차지)이 대부분을 차지하며 영리 혹은 비영리민간병원도 허용(민간병원병상의 70%가 영리)
 - NHS는 대기환자가 많은 지역에서 대체의료공급자(alternative provider)인 민간영리 병원과 계약하여 NHS환자를 진료하게 하고, 진료비는 NHS가 직접 민간병원에 지급
 - 대체의료공급자가 주로 제공하는 서비스는 노인 장기입원 환자들을 위한 진료 (79.7%), 재가간병(home care)이 주류를 이루고 있음.
 - 공공의료 하에 나타나는 부작용을 완화하기 위해 공공성을 훼손하지 않는 방향으로 공공병원에도 의료의 산업성을 부분적으로 접목하는 시도를 하고 있음.
 - 고급의료욕구를 가진 환자에게 고급시설을 갖춘 입원실을 제공하여 높은 진료비를 부과하는 사적병상(pay bed)제도와
 - 공공병원의 전문의를 퇴근 이후에는 민간병원에서 진료하게 허용함으로써 대기시간 단축과 고급진료 선호욕구를 충족시키는 제도를 시행함.
 - 2004년에 개혁의 일환으로 공공병원의 형태를 유지하면서 운영이나 예산 사용에서 준 독립성을 부여하는 형태의 NHS 재단병원(National Health Service Foundation Hospital; NHSFH) 설립을 허용함.
- 미국의 병원은 총 5,794개(2002년)이며 소유구조에 따라 비영리병원(병원 병상의 71%), 영리병원(766개, 병원 병상의 13.2%), 공공병원, 즉 정부소유 병원(병원 병상의 16%)의 3개 범주로 구분할 수 있으며 영리병원이 증가추세
 - 병상규모별로 소유구조를 살펴보면 공공병원은 소형병원 및 대형병원의 비중이 크고, 비영리민간병원은 중형 및 대형병원, 영리민간병원은 소형 및 중형병원의 비중이 높음.

- 영리병원은 시장의 미충족 수요 및 틈새시장을 공략하여 영리성을 도모할 수 있으면 환경변화에 민감하게 반응할 수 있어야 하기 때문에 규모가 작음.
- o 많은 비영리병원에서 영리의료기관이나 영리자회사를 소유하고 있음. 또한 영리시스템에서도 비영리 및 공공소유병원을 관리하기도 함.
- o 최근 공공의료기관의 기능을 보완하는 형태의 민간병원이 출현하여 급속히 성장하고 있으며, 비영리의료기관의 영리의료기관 전환도 활발히 진행되고 있음.
- o 일부 주에서는 공공병원이 자신의 운영방식을 결정할 수 있는 권한을 가지고 있음. 그 권한에 따라 민간병원과의 경쟁체제에 들어간 공공병원의 수가 증가하고 있음.
- 독일은 37%는 공공병원(지자체 소유), 41%는 비영리병원, 22%는 영리병원(병상 기준으로 7%)이며, 지방정부의 지원을 받는 34개의 대학병원이 있음.
- o 병원법은 운영자 다양성의 원칙을 요구하고 있어 비영리 및 영리병원의 설립을 보장하고 있음.
- o 또한 동 원칙에 의해 주립병원이나 시립병원이 비영리 및 영리병원 보다 우월한 지위를 제공하는 것을 금하고 있음.
- o 점점 더 많은 시립병원이 영리병원 체인에 인수되고 있는 중이므로 향후 영리병원의 비중은 늘고 공공병원의 비중은 감소할 것임.
- 프랑스는 어떤 형태의 법인도 병원 및 요양시설을 설립할 수 있으므로 다양한 형태의 병원이 존재하며 영리의료법인이 총병원수의 41.6%, 총병상수의 19.9%(1999)를 차지함.
- o 공공의료서비스에 가입하지 않은 영리의료법인 병원이나 비영리민간병원은 공공보험으로부터 의료비를 수령할 수 없으나 자유진료가 가능함.
- o 노인요양시설의 경우 공공기관이 37%, 비영리민간법인이 33%, 영리의료법인이 30%를 차지(전형준, 2007).
- 노르웨이는 조세를 재원으로 하는 국가보건의료시스템을 가진 나라로 정부소유 병원은 인가된 병원의 93%(2004년)를 차지하고 있으며, 비영리 민간병원이 4%, 영리 민간병원이 3%를 차지
- 비영리 민간병원의 비중은 지난 15년간 1990년 2개에서 2004년 26개로 증가

- 2000년부터 2004년까지 영리민간병원은 증가하여 20개 이상의 병원이 인가를 받았으며, 영리민간병원은 예약진료, 특히 통원진료(outpatient surgery)에 특화하고 있음(의료활동의 78% 차지).
- o 영리민간공급자가 공공공급자를 보충하는 역할을 하는 것으로 간주하고 있음.
 - 이들 병원은 공공 및 비영리병원의 경쟁적 벤치마크(benchmark) 역할을 하고 혁신에 기여함.
 - 또한 이들은 방사선검사 및 임상실험을 통한 진단, 외래진료를 위한 대기시간 절감과 병원서비스의 대기행렬 단축에 중요한 역할을 하고 있음.
 - 2004년 현재 26개의 민간병원서비스 공급자가 있으며, 35개의 임상실험 및 x-ray 서비스 공급자가 있음.

3) 외국인환자 위주 영리병원 운영국가

- 싱가포르, 태국, 인도는 국부창출 산업으로 의료산업을 국가가 중점 육성하고 있음.
- 싱가포르는 1980년 제정된 “민간의료기관에 관한 법률(Private Hospital and Medical Clinics Act)”에 의해 민간영리병원을 설립할 수 있음.
- o 영리병원의 경우 외국인환자 유치 전문병원이 많은데 내국인도 이 병원을 이용할 수 있음.
- 태국의 영리병원은 싱가포르 영리병원과는 달리 대규모 종합병원이며, 의료의 질 또한 높은 것으로 국제적으로 인정받고 있음.
- o 높은 의료의 질, 최고의 기술과 장비를 갖추면서 낮은 의료비로 경쟁력을 갖추어 외국인환자 유치경쟁에서 우위를 점했기 때문임.
- o 인도나 중국에 비해서는 높지만 싱가포르에 비해 절반 정도 낮은 진료비를 유지하면서 태국으로 유입되는 아시아 인근 국가의 환자수가 급격히 증가하는 추세임.
- o 2002년 기준으로 전체병원 중 24.6%가 민간영리병원이며, 대부분 외국관광객이 주로 방문하는 방콕 시내 소재의 대형병원들임.
 - 세계 10대 병원 중 하나인 뽀뽀뽀뽀뽀뽀(Bumrungrad Hospital)과 방콕병원(Bangkok Hospital)이 유명한 영리민간병원임.

<표 7> 태국 병원급 의료기관의 소유형태별 현황

(단위 : 개, %)

구분	전체	공공병원	민간영리병원
병원 수	997	752	248
(비율)	(100.0)	(75.4)	(24.6)
병상 수	106,837	84,401	22,436
(비율)	(100.0)	(79)	(21)

자료 : 의료기관 영리성에 관한 연구, 국민건강보험공단, 2006.12.

- 인도는 싱가포르, 태국과 마찬가지로 공공병원이 기본적인 의료서비스를 제공하고 민간영리병원(전체 병원 5,097개의 3.0%)은 공공병원에서 장기간 대기 완화와 외국인 환자나 상류층과 중산층의 고급의료 욕구를 수용하기 위한 영리병원이 운영되고 있음.
- 최근 투자개방 및 외국자본 유입에 따라 건립된 민간병원은 낮은 생산비용과 첨단의료기술을 접목하여 늘어나는 외국인환자 진료로 방향을 전환하고 있음.

마. 영리 및 비영리병원 성과 비교

- ☑ 전세계적으로 영리병원의 의료의 질적 수준과 의료비 지출에 대한 연구가 꾸준히 진행되어 왔으나 성과를 판단하기 위한 일관된 경험적 증거를 발견하지는 못하고 있음.

(1) 의료의 질

- 의료의 질에 대한 연구는 미진한 상황이며 실제 의료기관별 분석에 비해 전반적 조직형태 수준(영리병원, 비영리병원) 및 국가 간 비교는 더욱 미약한 상태임.
- 긍정적 평가
 - 미국의 경우 1960년대와 1970년대 영리의료법인 병원설립이 급속히 증가하면서 영리병원과 비영리병원의 수렴현상이 일어나 영리의료법인병원의 경영효율성과 부유층 고객에 대한 서비스 제공이 비영리법인 병원에 영향을 주어 전반적인 의료수준을 향상시켰다고 평가받고 있음.

- 관리의료가 미국의료를 지배하면서 비영리병원들도 관리의료의 관리방식을 도입하고 수익성 약화를 보완하기 위해 여러 가지 영리활동을 수행하였음(Busse, 2002).
- o 대학병원 등 대형 비영리병원이 영리병원보다 의료서비스 질이 높은데, 영리병원이 비영리병원에 비해 의료의 질이 낮다는 것이 알려지는 것을 피하기 위해 의료서비스의 질을 높게 유지하려 한다는 주장이 있음(이근찬, 2005, 재인용).
- o 미국의 연구사례를 종합한 연구에 따르면 국공립병원, 영리병원, 민간비영리병원간의 의료의 질은 거의 유사한 것으로 결론을 내리고 있음(Sloan, 2000).
- o 모건스탠리(Morgan Stanley & Co.)가 CMS(Centers for Medicare & Medicaid Service) 병원 비교자료를 이용해 조사한 바에 따르면 미국 7대 영리의료법인병원의 의료의 질적 수준이 전체 미국병원의 평균수준에 근접하거나 상회하는 질적 수준을 가짐으로서 시장점유를 확대했다고 평가함.
- o 독일의 경우 장기요양서비스를 주로 비영리의료법인이나 공익법인에서 담당하고 있었는데 의료서비스 수준이 낮다는 지적을 받고 있음.
- o 일본은 2000년도에 장기요양보험제도를 시행하면서 장기요양서비스부분에 영리의료법인병원을 허용함에 따라 관련 새로운 직종(가사도우미, 사회복지사, 서비스관리자)이 생겨나고 있음(전형준, 2007, 재인용).

□ 부정적 평가

- o 매클레란과 스테이거의 연구에 의하면 심장질환을 가진 노인환자치료에 있어 비영리민간병원이 영리민간병원에 비해 성과가 평균적으로 약간 더 좋은 것으로 나타난 연구결과도 있음(전형준, 2007, 재인용).
- 1984년부터 1994년까지 비영리민간병원과 영리민간병원의 환자들을 비교하여 영리민간병원의 환자가 사망률이 더 높은 것으로 나타났음.
- o 비영리병원이 영리병원 전환 후 1~2년이 지나면 병원의 수익률이 올라가는 반면 환자사망률이 올라가고 고용이 줄어든다는 실증분석 결과가 있음. 그러나 전환 2년 후부터는 의료의 질적 수준하락은 크지 않은 것으로 나타났음(Gabriel, 2002).
- 영리병원에서 공공병원이나 비영리병원으로 전환한 경우에는 이러한 질적수준 하락은 발견되지 않았음.

(2) 의료비용 지출

- ☐ 의료비에 대한 연구도 아직 미진한 상황이며 전반적 조직형태 수준(영리병원, 비영리병원, 국공립병원) 및 국가 간 비교는 더욱 미약한 수준임.
- ☐ 긍정적 평가
 - o 미국의 영리병원과 비영리병원을 비교한 자료에 따르면 영리병원은 높은 효율성으로 인하여 보다 저렴한 비용으로 더 나은 의료서비스를 제공함.
 - 영리병원은 입원환자당 정규직원수가 적고 평균입원기간이 짧음.

<표 8> 병원 운영형태에 따른 경영지수(미국 급성기의료병원)

구분	평균 입원일수	평균 병상수	병상당 퇴원자수	총운영비대비 노동비 (%)	입원환자당 정규직원비용
지방자치단체운영병원	4.17	59	29.91	51.69	5.25
비영리의료법인병원	4.73	150	38.21	51.98	5.13
영리의료법인병원	4.69	118	31.73	43.57	4.46

자료: Result of financial analysis survey carried out by Health Care Investment Analyst and Deloitte & Touche on Hospital through the US(1996)

- o 독일의 경우는 영리의료법인병원의 평균입원일수가 공공병원과 비영리민간병원에 비해 약간 길지만 입원환자당 일일비용은 낮은 것으로 나타남.
- 영리의료법인 병원과 비영리의료병원 간에 병상수와 기능에 차이가 있지만 평균적으로 영리의료법인 병원의 비용이 더 낮은 것으로 나타남.
- 낮은 입원환자당 일일비용은 100병상당 의사수 및 간호사수가 영리민간병원에서 가장 적기 때문임.

<표 9> 병원운영 형태에 따른 비용(독일)

구분	공공병원	비영리민간병원	영리민간병원
100명상당 의사수	23.4	16.1	14.2
100명상당 간호사 및 도우미수	63.2	29.6	50.8
평균입원기간	9.6	9.7	10.1
병상이용율(%)	82.1	79.9	79.4
입원환자당 총비용(마르크)	6,376.56	5,568.98	5,578.18
입원환자당 일일비용(마르크)	592.62	468.12	408.32

자료: Statistics Bundesamt's data for 2000

□ 부정적 평가

- 영리병원의 부분적 성공은 손실가능성이 큰 의료서비스를 외면한 채 부유한 환자들만을 대상으로 이윤이 많은 의료서비스를 제공하기 때문이라는 주장이 있음.
 - 영리의료법인은 손실이 나는 의료서비스를 외면한 채 재활의료, 선택진료, 성형외과, 심장치료 등 이익이 많이 나는 의료서비스에 특화되어 있다는 것임.
- 실버만 등의 미국 사례 연구에 의하면 영리병원이 담당하는 지역의 의료비가 비영리병원이 담당하는 지역에 비해 높은 것으로 나타남(Elaine et al, 1999).
- 캐나다의 경우 영리의료법인으로 인해 의료비는 상승했지만 의료의 질적 수준은 하락했다는 주장이 있음(전형준, 2007).

3. 영리의료법인의 허용 형태와 보험회사 진입방안

가. 영리의료법인 허용형태

- 의료공급체계의 효율성과 서비스 질 향상을 위한 공급자 간의 경쟁체제를 도입하여 서비스 품질과 대외경쟁을 제고하기 위해 영리의료법인의 도입 필요성은 꾸준히 제기되어 왔지만 구체적인 도입형태에 관해서는 논의가 부족하였음. 현 시점에서 예상되는 영리의료법인의 유형을 살펴보면 다음과 같음.

1) 전문가법인형태(Professional Corporation)

- 국내 법조계의 법무법인과 같은 형태로서 상법상의 회사형태로는 합자회사형태를 예상할 수 있음. 사원을 의료인으로 한정된 의무법인형태일 경우 비의료인의 의료기관 경영참여를 방지하여 영리성과 공익성의 조화를 꾀할 수 있다는 장점이 있음.
- 비의료인의 자본 참여가 제한되는 경우 신규 의료시설에 대한 대규모 시설과 장비 투자가 곤란하며, 전체사원이 무한책임(법무법인의 경우, 민법상의 분쟁사고 발생시 전체 사원이 무한책임을 지게 됨)을 져야 한다는 문제점이 있음.
- 따라서 비의료인의 참여를 허용하는 의료법인을 구성하는 방안도 고려할 수 있는데, 이 경우 비의료인의 출자지분에 대한 상한선(예시:50%)을 두는 것이 바람직

2) 지분있는 의료법인형태

- 일본의 '지분있는 의료법인'형태를 생각해 볼 수 있음. 실제로 일본의 경우 출자자는 지분에 따라서 재산 청산시 권리행사가 가능하지만, 잉여금의 배당을 금하고 있어 비영리법인과 큰 차이가 없음.
- 일본의 경우에도 이 제도에 대한 불만이 많아서 개혁을 고려중인 것으로 알려져 국내에서 도입할 경우 신중을 기할 필요가 있음.

3) 상법상의 회사형태

- 상법상 회사형태의 영리의료법인 설립을 예상해 볼 수 있음. 회사 종류로는 주식회사, 유한회사, 합명회사, 합자회사 등 4가지가 있는데 동 형태의 영리의료법인 설립이 허용되는 경우 주로 주식회사 형태의 영리의료법인 출현이 예상됨.
- 주식회사형 의료기관의 경우 국내 대기업(대그룹 또는 제약회사 유관기업 등)의 의료지배에 대한 우려의 목소리가 있으므로, 이사진 중 의사 비율을 의무화하는 방향으로 의료법 개정이 예상됨.
- 주식회사 형태의 영리의료법인 설립이 허용되는 경우 수익구조의 다각화와 의료 네트워크 구축을 위해 보험회사의 병원업 진출이 고려될 수 있음.

4) 간접투자형태

- 간접투자펀드를 통해 영리의료법인을 설립하는 방안도 고려해 볼 수 있음.
- 의료부문의 대표적인 간접투자방법으로는 부동산간접투자방식인 리츠(REITs)가 있는데, 리츠는 소액투자자로부터 자금을 모아 부동산에 투자하고, 그 수익을 투자자에게 돌려주는 제도나 투자사를 의미
- 이 밖에 최근 의료간접투자방식으로 30인 이하의 소수 투자자로부터 투자자금을 모으는 사모펀드(private fund), 일반투자자를 상대로 투자를 유치하는 공모펀트(public fund) 및 소수투자자가 경영권의 참여 등의 통해서 병원가치를 높이는 방식인 사모투자회사(private equity fund;PEF)의 형태를 예상할 수 있음.

나. 보험회사의 병원업 진출 필요성

- 현재 민영의료보험은 상환제를 택하고 있어 민간 보험회사와 병원 간의 네트워크가 구축되어 있지 않으나 향후 민간의료보험이 활성화되어 제3자 지불제도가 도입되면 의료네트워크가 구축될 가능성이 있음.
- 보험회사와 연계한 의료네트워크란 보험회사가 특정 의료기관과 의료서비스의 종류와 질 그리고 진료비지급방법 및 가격에 대해서 사전에 계약을 체결하는 것을 말함.

- 보험에 가입한 환자는 네트워크내 의료기관에서 의료서비스를 받을 경우 보다 낮은 보험료 혹은 본인부담금을 지불하게 되어 유리한 점이 있음.
- 보험자와 의료공급자 간의 네트워크는 계약관계에 따라 전통형(indemnity private health insurance), 계약형(contractual), 통합형(integrated)으로 구분
 - 전통형 보험은 보험자가 의료공급자와 진료수가, 서비스의 양과 질 등에 대한 계약관계에 있지 않고 피보험자와 계약 관계에 있는 경우의 보험으로 의료서비스공급은 상환제로 운영(현재 우리나라 민영의료보험이 이에 해당)
 - 계약형 보험은 보험자가 요양기관으로 지정된 의료공급자와 진료수가, 서비스의 양과 질 등에 대해 계약을 하고 피보험자에게 제공된 의료서비스에 대해 보험자가 의료공급자에게 직접 보상(제3자지불방식)하는 체계의 보험(우리나라 국민건강보험이 이에 해당)
 - 통합형 보험은 보험자가 제휴 병원·의료공급자 네트워크를 만들거나 소유하여, 가입회원들에게 모든 범주의 보건의료서비스를 직접 공급하는 시스템으로 보건의료의 재원조달과 의료공급을 하나로 결합한 것
- 민영의료보험이 가장 발달한 미국에서 PPO와 HMO는 관리의료(managed care) 형태의 민영의료보험을 제공하며, 의료비용 절감과 의료서비스 질의 향상을 위해 의료서비스 제공 과정에 개입하여 의료이용의 적정성을 관리
 - HMO가 보험회사 주도의 관리의료로서 의료공급자가 수동적인 입장에 있다는 문제점을 극복하기 위하여 의료공급자의 주도적인 역할이 강조된 PPO방식이 1980년대 개발되었음.
- 미국에서 근래 출현하고 있는 통합의료네트워크(integrated delivery system)는 관리의료를 위해 급성기병원, 의사조직, HMO나 PPO 등 민간보험회사, nursing home, 외래수술센터, home care agency 등을 통합한 조직 형태의 발전된 네트워크 모델임.
 - 규모의 경제로 의료자원을 가장 효율적으로 이용하거나 의료제공 행태에 더 큰 영향을 미치며, 의료비 지급자와의 협상에서 큰 힘을 발휘하기 위해 의료공급자들이 제휴관계를 이룸.

- 의료공급자만으로 통합된 시스템도 있으나, 의사들과 병원, 보조시설과 통합된 시스템, 보험자 역할을 포함한 시스템 등 다양한 형태의 시스템이 출현하고 있음.
- 우리나라의 경우에도 제3자 지불제도가 도입되고 의료기관과 보험회사가 임상-수직적으로 결합한 통합형 의료네트워크가 형성된다면 병원과 보험사, 고객과 국가의 모든 측면에서 체계적인 의료서비스시스템을 구축할 수 있을 것으로 기대
- 병원의 경우 경영정보, 교육 훈련, 의료정보 등을 교류할 수 있으며, 환자수가 증가하고 의료의 단계별 전문화를 추구할 수 있을 것임.
- 보험사의 경우 보험상품의 마케팅이 용이하고, Case Management와 Disease Mangement를 통해서 의료의 질과 양을 통제하고, 관리비용을 절감하여 보험료 인상을 억제할 수 있을 것임.
- 고객의 경우 민간보험사와 의료기관의 연계를 통해 양질의 의료서비스를 받을 수 있으며, 체계적인 의료전달체계가 구축됨으로써 불필요한 의료비 지출을 감소시킬 수 있으며, 진료의 연속성을 확보함으로써 포괄적 치료가 가능할 것임.
- 통합형 의료네트워크 구축을 위해서는 체계적인 의료전달체계가 필수적이며, 의료전달체계 구축의 핵심요소 중 하나는 의사 및 의료기관의 참여임.
- 미국에서 처음 관리의료(managed care)를 도입할 때도 의사들의 반응은 부정적이었으나 시장 원리에 의해 제도를 수용하고 보험회사와 계약하여 보험회사와 연계된 의료시스템이 구축될 수 있었음.
- 보험회사가 영리의료법인을 통해 병원업에 진출하는 경우 수익구조의 다변화 및 기업 이미지 제고 뿐 아니라 통합형 의료네트워크 구축이 보다 용이해 질 수 있음.
- 공정거래법에 따른 제한으로 의료네트워크를 구축하기는 어려울 것으로 예상됨.

다. 보험회사의 영리의료법인 자본참여

- ☑ 병원업을 보험회사 본체에서 직접 운영하기 위해서는 병원업을 부수사업으로 운영할 수 있도록 보험업법 시행령을 개정하여야 하며, 의료법상 의료기관을 개설할 수 있는 자로 보험사업자를 추가하여야 함.
- ☑ 영리의료법인이 허용되더라도 보험업의 영위와 밀접한 관련이 있는 업무로 병원업을 인정하도록 보험업법을 개정하여 보험회사가 자회사로 영리의료법인을 소유할 수 있도록 법률 개정이 필요
- ☑ 병원업이 보험회사의 자회사로 인정되지 않는 경우 향후 개정될 금융지주회사법에 따라 보험지주회사를 통한 간접적인 의료법인 소유나 자본 참여가 가능할 것임.

□ 현행 법률 하에서 보험회사는 재단법인 설립을 통해 간접적으로 병원업을 영위하는 것은 가능하나, 재단법인병원은 비영리병원으로 출자금 회수와 이익 배당이 불가능하므로 공익사업의 일환으로 접근하여야 함.

○ 이외에도 병원업을 부수사업으로 본체에서 직접 운영하는 방법을 생각해 볼 수 있겠으나, 보험업법 제11조(다른 업무 겸영의 제한)*에 의하면 병원업은 보험회사의 부수사업이 될 수 없으며, 보험업법에서 이를 인정한다고 하더라도 의료법 제33조(개설) 2항**에 의료기관을 개설할 수 있는 자로 “보험업법 제4조(보험업의 허가)에 따른 보험사업자”를 추가하여야 하므로 사실상 불가능

* 보험회사가 본체에서 영위할 수 있는 부수업무로는 보험업과 관련된 업무, 보험회사가 소유하는 인력 자산 또는 설비 등을 활용하는 업무 등으로 제한되어 있음.

** 의료기관의 개설가능 주체는 의사, 치과의사, 한의사, 조산사, 국가 지방자치단체, 의료법인, 비영리법인, 정부투자기관으로 제한되어 있음.

□ 영리의료법인이 허용되는 경우라도 보험회사는 보험업법 제109조(다른 회사에 대한 출자제한)*에 의해 영리의료법인 발행주식이나 출자지분의 15% 이상을 소유할 수 없으나, 영리의료법인을 보험업법상의 자회사로 두는 경우에는 출자의 제한을 받지 않음.

- 보험업법상 허용된 자회사는 금융업, 신용정보업, 보험계약의 유지 해지 변경 부활 등을 관리하는 업무, 보험업의 영위와 밀접한 관련이 있는 업무를 주로 영위하는 회사로 한정되어 있으나 병원업을 영위하는 회사는 보험회사의 자회사가 될 수 없음.
- 따라서 보험회사가 영리의료법인 자본 참여를 통하여 병원업에 진출하기 위해서는 보험업법 시행령 제59조(자회사의 소유) 1항을 개정하여 보험업의 영위와 밀접한 관련이 있는 업무에 병원업을 포함시켜야 함.
 - 동 시행령에는 보험업의 영위와 밀접한 관련이 있는 업무로서 건강, 장묘, 장기간병, 노인복지, 신체장애 등의 사회복지사업을 하는 자회사를 둘 수 있도록 하고 있으므로 병원업을 추가하는 것은 가능하리라 판단됨.
- * 보험회사는 자회사를 제외한 경우 다른 회사의 의결권있는 발행주식(출자지분을 포함한다)총수의 100분의 15를 초과하는 주식을 소유할 수 없음.
- 한편 다만 보험 증권 등 비은행 금융지주회사*가 제조업이나 서비스업을 영위하는 비금융 자회사를 거느릴 수 있도록 하는 금융지주회사 제도 개선이 이루어지면 보험지주회사**를 통한 영리의료법인 소유나 자본 참여도 향후 가능할 것으로 보임.
 - * 금융지주회사는 은행지주회사와 비은행지주회사를 포괄하는 개념
 - * 비은행 금융지주회사는 보험지주와 금융투자지주를 포괄하는 개념
 - ** 여기서 보험지주회사는 보험회사를 자회사(또는 손자회사) 형태로 지배하는 금융지주회사를 말함.

4. 결론 및 시사점

- 국민들의 다양한 요구를 충족시켜 후생증대에 기여하고 경쟁적 시장환경 조성으로 국민들에게 보다 양질의 의료서비스를 제공하면서 의료법인들의 경영난을 해소시키기 위해서는 영리의료법인을 허용해야 한다는 주장이 의료계를 중심으로 확산되고 있는 상황
- 시장으로부터 자금조달을 통해 병원 도산을 줄이고 활력을 불어넣어 고용창출이 가능하다는 것임.

- 의료기관의 일반현황을 조사한 결과 활동의사수와 활동간호인력이 OECD 최저수준이었고 급성병상수는 과잉공급된 상태에 있지만 만성병상수는 과소공급된 상태에 있음.
 - 의료인력수의 확충이 필요하고 급성병상수의 증가 억제와 만성병상수의 증가 정책이 필요하고 보험회사가 자본참여를 한다면 만성병상병원에 하는 것이 바람직함.
- 중소의료법인병원의 경영수지 적자가 대형병원보다 크게 누적되고 있으며 영리개인병원은 경영수지 흑자를 보이고 있으므로 영리의료법인의 허용은 중소의료법인에 필요한 상황.
 - 영리의료법인의 허용이 경영수지개선을 가져와 도산 등으로 인한 자원낭비와 고용불안을 해소할 수 있다는 간접적 증거가 됨.
 - “영리의료법인이 도입되면 재무건전성이 떨어지는 중소병원이나 지방병원에는 실익이 없이 대형병원의 배만 볼릴 것(메디칼투데이, 2008)”이라는 주장을 고려하여 영리법인 허용에 따른 정책적 효과가 중소의료법인에게도 나타나도록 정책적 배려가 있어야 할 것임.
 - OECD 국가의 경우 중소형병원에서 가능한 MRI 클리닉, 진료센터, 민간실험실 등 전문분야에 특화되거나, 장기요양병원서비스를 제공하는 경향이 있으므로 자본참여시에 고려해야 할 것임.
- 민간병원인데도 불구하고 잉여금의 배당금지와 출현금의 국가귀속으로 특징 지워지는 영리성을 금지하는 나라는 우리나라와 네덜란드 정도이고, OECD 국가의 민간영리병원의 수가 증가하고 역할이 중요해지고 있으며, 싱가포르, 태국, 인도에서는 영리의료산업을 국부창출산업으로 육성하고 있어 해외사례를 볼 때는 영리법인 허용을 금지하기는 어려울 것으로 보임.
 - 영리의료법인의 허용여부의 정확한 판단을 위해서는 의료의 질과 의료비에 대한 성과를 평가하여야 하나 국내외에서 관련 연구는 미진한 상황임.
 - 또한 의료산업의 발전과 고용창출의 효과에 대한 실증적 증거는 찾기 어려움.
- 영리의료법인이 허용되더라도 보험회사의 실질적인 자본참여는 보험업법 제109조(다른 회사에 대한 출자제한) 및 금융지주회사법 제44조(다른 회사의 주식소유제한)에 의하여 현행법상으로는 당장은 불가능하므로 법률 개정이 필요함.

- 또한 우리나라의 경우 급성 병상의 공급과잉, 낮은 국민건강보험수가로 인해 병원업 영위를 통한 고수익 창출이 어려우며, 의료산업화에 대한 국민여론이 비우호적이므로 보험회사의 병원업 진출은 정부의 민영건강보험 활성화 정책 추진과정을 보아 가면서 신중을 기하여야 할 것으로 판단됨.

*자료 : 배성일, 김영숙, 태윤희, 이창중, 『국제통계로 본 한국의 보건의료 현황과 전망』, 국민건강보험공단, 2007.12.
 이근찬, 송태균, 강대욱, 이운태, 이신희, 『의료기관에 대한 자본참여 활성화 방안 연구』, 한국보건산업진흥원, 2005.3.
 조용운, 김세환, 『민영건강보험의 운영체계 개선방안 연구』, 보험연구원, 2008.5.
 전창배, 윤태호, 고민창, 문성웅, 『의료기관 영리성에 관한 연구』, 국민건강보험공단, 2006.
 전형준, 『의료서비스에 대한 영리의료법인과 민간의료보험 도입의 문제점 및 개선방향』, 산업경제연구 제 20권 제1호, 2007.2.
 의료정책연구소, 『일차 의료기관 경영실태조사』 2007.12.
 한국병원경영연구원, 『의료법인병원의 운영현황과 제도개선 방안』, 2006.12.
 한국병원경영연구원, 『의료시장 개방과 국내병원 경쟁력 제고방안』, 2005.3.
 한국보건산업진흥원, 『2006 보건산업백서』, 2007.6.
 한국보건산업진흥원, 『의료기관에 대한 자본참여활성화 방안연구』, 2005.3.
 보건복지가족부, 『보건복지통계연감』, 각 연도.
 Busse T, Grinten Tvđ, Svensson P G. "Regulating entrepreneurial behaviour in hospital : theory and practice", Regulating entrepreneurial behaviour in European Health care systems, Open University Press, 2002
 Elaine M. Silverman, Jonathan S. Skinner and Elliott, S. Fisher, "The Association between For-profit Hospital Ownership and Increased Medicare Spending", The New England Journal of Medicine, Vol.341, 1999.8.
 Gabriel Picone, Shin-Yi Chou and Frank Sloan, "Are For-profit Hospital Conversions Harmful to Patients and Medicare?", The New England Journal of Medicine Vol.33 No.3 Autumn 2002.
 Mark McClellan, Douglas Staiger, "Comparing Hospital Quality at for-profit and Non-for-profit Hospitals, NBER Working Paper 7, NBER, 1999.8.
 OECD Competition Committee, Competition in the Provision of Hospital Services, OECD, 2005.
 Sloan, F. A., "Not-for-Profit Ownership and Hospital Behaviour", Handbook of Health Economics, 2000