

# 보건의료 분야의 제도적 환경 변화와 조직 혁신의 상호작용: 브랜드 공유 병의원 사례를 중심으로

김광점

가톨릭대학교 의료경영대학원, 가톨릭의료경영연구소

〈Abstract〉

## Institutional Changes and Organizational Innovation in Korean Healthcare Industries: Analysis of the Changes in Networked Clinics

Kwang-Jum Kim, Ph.D.

*Graduate School of Healthcare Management and Policy, The Catholic University of Korea, The Catholic Institute for Healthcare Management*

The forms of healthcare service delivery emerges from the interaction between technological progress and institutional changes. Building a healthcare system which enables effective and efficient patient care is a imperative to a sustainable operation of a society. Identifying of a promising medical technologies and diffusing them consists of the basic tasks of a good healthcare system. Inducing of a promising innovation in healthcare and utilization of the innovation requires a deep understanding of healthcare innovation system and delicate governmental intervention to the effective functioning of the system. Therefore, the support for R&D in healthcare field should be given to social and institutional technologies for the better organization of healthcare delivery and consumption system as well as basic and applied medical sciences.

**Key Words:** healthcare innovation system, healthcare delivery system, governmental intervention

## I. 서 론

세계적으로 고령화, 만성질환의 증가, 의료기술의 발전 등의 요인으로 인하여 의료비는 상승하고 보건의료 재정은 압박을 받고 있다. 의료공급체계에 큰 변화를 일으키지 못하는 한 현재의 시스템은 지속가능하지 않을 것이라는 위기감이 여러 나라에서 나타나고 있다. 또한 의료서비스를 제공하는 과정에서 오히려 환자에게 위해를 끼치는 일이 많다는 사실이 밝혀진 후에 환자 중심, 환자 안전을

담보할 수 있는 의료시스템의 설계에 대한 관심도 높아지고 있다.

이러한 상황을 배경으로 하여 세계적으로 보건의료 분야의 발전 방향은 다음과 같은 몇 가지 키워드를 중심으로 전개되고 있다. 첫째는 비용 부담 가능성(affordability), 즉 비용을 감당할 수 있는가 하는 문제이다. 의료비용의 급격한 증가는 의료서비스에 접근하기 어려운 계층을 만들어내고 있고, 국가적으로도 재정 부담이 되고 있는 상황이다. 의료에 들어가는 부담을 줄이기 위한 방안을 마련

\* 투고일자 : 2016년 10월 10일, 수정일자 : 2016년 12월 19일, 게재확정일자 : 2016년 12월 20일

† 교신저자 : 김광점, 가톨릭대학교 의료경영대학원/의료경영연구소, e-mail: kjkim625@gmail.com

하는 데 전 세계의 모든 국가가 골몰하고 있다. 경제 침체가 지속되면서 의료비용을 절감하려는 압력은 더욱 커지고 있다. 둘째는 환자안전(patient safety)이다. 환자 안전은 의료에서 기본적으로 확보되어야 할 사항으로서 여겨지고 있다. 환자 안전을 위한 노력이 병원의 입장에서는 추가적인 부담으로 연결되는 경우가 있지만, 환자 안전에 대한 요구는 점점 더 분명하게 나타나고 있다. 이는 공급자 중심의 사고에서 수요자인 환자를 중심으로 진료 과정을 정비하고 의사결정이 이루어지도록 하는 것으로 연결된다. 셋째는 혁신(innovation)이다. 효과적이면서도 더 효율적인 진단과 치료방법을 개발하기 위한 노력이 전세계적으로 활발하다. 하드웨어적인 기술 개발뿐 아니라 서비스를 제공하는 조직형태의 혁신도 활발하다. 환자 중심적인 진료, 환자 안전 확보를 위한 진료, 비용이 덜 드는 진료가 이러한 혁신의 목표가 되고 있다. 혁신적인 진료 제공 모델의 하나로 통합의료(integrated healthcare)가 언급되기도 한다. 서로 다른 기능을 수행하는 여러 기관이 서로 통합하여 환자를 돌봄으로써 효과적이면서도 동시에 효율적인 진료의 제공을 꾀하는 모델이다. 한편, 정보통신 기술의 발전을 활용하려는 시도도 활발하다. 빅데이터를 분석하여 의미 있는 패턴을 발견해내는 기술이 급격하게 발전하고 있고, 인공지능을 진단과 치료에 활용하려는 시도도 등장하였다.

의료 분야의 혁신은 두 방향에서 동시에 진행되어야 한다. 첫째는 의료기술의 혁신으로서 생명 현상에 대한 이해, 질병 메커니즘에 대한 이해가 깊어지고, 분자의학, 영상의학, 로봇 기술 등의 발전으로 새로운 진단 기술, 새로운 치료 기술에 대한 혁신이다. 이와 같은 의료기술 혁신은 제품과 임상적 서비스와 같은 과학적/의학적 기술의 산출뿐 아니라, 그러한 기술의 출현과 확산을 가능하게 하는 사회적 기술과 제도적 틀 속에서 선택되고 활용되는 점을 고려해야 한다. 즉, 의료 서비스의 전달에 사용되는 혁신적인 제품뿐 아니라 새로운 의료 기술의 도입과 개발의 배경이 되는 조직적 및 제도적 틀에도 관심을 가져야 한다. 따라서 의료서비스를 제공하는 방식의 혁신도 동시에 진행되어야 한다. 새로운 진단, 치료기술의 등장은 센서기술, 유무선 정보통신기술과 결합되어 새로운 의료서비스 제공방식의 출현을 가능하게 하였다. 정보통신기술의 발전, 모바일 기술의 발전과 모바일 기기의 보급은 이미 기술적으로 새로운 의료서비스 모델을 만들어낼 잠재력을 충분히 보유하고

고 있다. 아직은 기술적 완성도가 떨어질지 모르지만, 지금까지 의료 기술이 발전해온 과정이 그러했던 것처럼, 사용이 증가할수록 기술적 완성도가 점차 높아갈 것이다.

결국 의료기술의 혁신 시스템 안에서 나타나는 기술적인 혁신과 함께 조직적 제도적 혁신의 공진화를 이해해야 한다. 따라서 이 연구에서는 우리나라의 보건의료 분야에서 기술이나 공급 측면에서 혁신적인 시도가 활발하게 이루어지도록 할 수 있는 혁신 환경의 조성에 대해서 고찰하고자 한다. 모든 분야에서 창조와 혁신은 성장의 기반이다. 창조와 혁신을 통하여 기존의 방식과 다른 ‘변종’이 출현하고, 이들이 현실의 제도와 시장 속에서 검증되는 과정을 통해서 발전은 이루어진다. 보건의료 분야도 마찬가지일 것이다. 이 연구의 기본적인 관점은 환경(environment)과 행위주체(agent) 사이의 상호작용에 의하여 환경의 변화, 행위주체의 변화가 나타난다는 것이다. 특히 브랜드를 공유한 병원의 등장과 그 현상을 둘러싼 논란과 환경의 변화를 중심으로 고찰하고자 한다.

## II. 제도와 혁신의 상호작용

혁신은 기존 제도와 상호작용을 하면서 출현하고 진행된다. 혁신과 제도 사이의 상호작용은 기술혁신시스템의 틀 속에서 이해되어 왔다. 기술혁신시스템이란 혁신과정의 결정요소로서, 기술의 개발, 확산, 활용에 영향을 미치는 경제적, 사회적, 정치적, 조직적, 제도적 및 기타 요소들 사이의 구조와 관계를 의미한다[1]. 이 관점에 따르면 기술혁신의 성과는 혁신 주체들이 혁신 활동을 수행하는 방식과 그들 사이의 상호작용 방식을 규정하는 제도가 지닌 특성에 의해서 결정된다. 그렇기에 혁신이 활발하게 이루어지게 하려면 새로운 혁신이 출현하고 상업화되어가는 과정을 허용하고 지원하는 환경을 조성해야 한다. 따라서 기술혁신시스템에 대한 이해는 혁신적인 환경을 조성하는 기초가 될 수 있다.

### 1. 기술혁신시스템

한 국가 간에서 과학 지식과 기술 지식의 생성, 확산, 활용을 목적으로 특정 국가 안에서 활동하는 일련의 조

직, 제도, 연결 관계의 전체가 잘 연계되어 작동하여야 혁신이 활발하게 이루어질 수 있다[2]. 어떤 국가의 혁신시스템은 국가의 생산 시스템의 구조와 일반적인 제도의 틀을 반영하게 된다[3]. 특히 기업의 내부 조직, 조직간 관계, 공공 부문의 역할, 금융 부문의 형태에서의 차이가 국가별 특성을 만들어낸다. 혁신 활동과 그 성패에 영향을 미치는 요소에는 공식적인 제도 뿐 아니라 비공식적 제도도 있다. 공식적인 규제나 법령과 달리 문화적 전통이나 관행이 조직 사이의 상호작용을 규정할 수도 있다는 뜻이다. 그리고 한 국가 안에서도 산업이나 섹터에 따라서 공식적 및 비공식적 제도는 서로 다를 수 있다.

한 국가 안에서 혁신은 다양한 행위주체들이 지식을 생산하고 교환하고, 상업화하는 과정에서 체계적으로 상호작용을 하는 과정을 통해서 드러나고 확산된다. 그 상호작용은 시장 거래를 통해서도 이루어지지만, 기술 및 지식의 라이선싱, 조직간 협력 관계 형성 등 시장 이외의 방식을 통해서도 이루어진다. 혁신 주체들의 인식과 행동, 상호작용은 제도적 틀의 영향 속에서 이루어진다. 대부분의 제도는 한 국가 안에서 공통적으로 적용되지만, 경우에 따라서는 특정 섹터에만 한정되어 적용되기도 한다.

섹터 혁신 시스템에서는 공통의 지식 기반을 활용하여 특정 수요를 충족시키기 위한 제품이나 서비스를 제공하는 조직들로 구성되는 섹터(sector)를 중심으로, 해당 영역의 지식과 기술, 섹터 내부의 조직들과 그들 사이의 상호작용, 그리고 그것에 영향을 미치는 관련 제도를 중심으로 혁신 시스템을 분석한다[4]. 섹터는 특정한 지식 기반과 기술을 바탕으로 경계가 구분된다. 시간의 흐름에 따라서 지식 기반과 기술이 변화하면 섹터의 경계도 변화한다.

섹터 안에는 다양한 종류의 혁신 주체가 존재한다. 다양한 조직이나 개인이 혁신 주체가 될 수 있고 혁신 활동에 영향을 미칠 수 있다. 소비자, 과학자 등뿐 아니라 생산 및 원료 공급을 담당하는 기업이나 대학, 금융기관, 공공연구조직, 규제기관 등이 모두 섹터 내부의 혁신 활동에 영향을 미칠 수 있다. 혁신 주체마다 지니고 있는 지식의 기반과 경험은 서로 다르다. 즉, 서로 다른 일을 서로 다른 방식으로 수행할 줄 안다. 그렇기에 학습, 지식, 행동은 혁신 주체들 사이에 경험과 조직의 이질성을 낳는다. 혁신주체들이 지닌 서로 다른 역량은 그들 사이의 성과가 지속적으로 차이가 나는 이유가 된다.

섹터 안에서 혁신이 진행되는 과정은 변이와 복제, 선

택이라는 진화론적 관점으로 표현할 수 있다. 변이는 기술, 제품, 기업, 조직의 다양성을 창출하는 과정을 말하며, 복제는 시스템 안에 관성(inertia)과 연속성을 만들어내는 과정을 가리킨다. 그리고 선택은 경제 시스템 안의 다양성을 감소시키는 과정으로서 비효율적이고 비효과적인 자원 사용을 방지한다.

섹터 안에 존재하는 혁신 주체들의 학습과 행동, 역량은 기술과 지식 기반 및 제도적 환경에 의하여 제약을 받는다. 때로는 이질적인 기업이라도 유사한 기술에 직면하고, 유사한 지식 기반을 탐색하며, 유사한 생산 활동을 수행하고, 동일한 제도적 환경에 처해 있게 되면, 시간의 흐름에 따라서 다른 조직과 유사한 행동 및 조직적 특성을 공유하게 되고, 유사한 형태의 학습 패턴, 행동 및 조직 형태를 개발하게 되기도 한다.

의료기술은 매우 복합적인 성격을 지닌다. 의료기술은 과학적 지식과 임상적 경험의 결합, 약, 기구, 장비에 체화된 지식, 사람과 조직에게 체화된 지식이 모두 결합된 형태로 나타난다[5]. 따라서 의료기술의 혁신도 매우 복합적인 형태로 나타난다. 의료기술의 혁신은 시간의 흐름 속에서 의료의 공급에 도입된 신약, 새로운 장비, 새로운 임상 관행을 모두 포괄하는 개념으로 사용된다.

혁신시스템의 작동 메커니즘에 대한 시스템적 접근의 공통적인 특징은 혁신의 역사적 상황을 중요하게 여기는 것이다. 특정한 형태의 혁신 시스템은 그 시점을 특징짓는 사회적 경제적 세력들의 총합으로 구성되며, 그렇기에 다른 시기 및 다른 장소에 있는 시스템과는 다른 특성을 지닐 수밖에 없다고 보기 때문이다. 그렇다고 보면 어떤 혁신 시스템을 구성하는 주체와 상호작용, 제도들의 집합은 서로 영향을 주고받으면서 공진화하는 것으로 볼 수 있을 것이다[6].

특정한 종류의 혁신이 발생하는 이유는 그 시기, 그 현장에 존재하는 구체적인 문제를 해결하기 위해서이다. 이와 같이 특정한 문제를 기반으로 해서 혁신이 이루어진다는 관점을 따르게 되면, 어느 시기의 의료서비스 공급을 위한 시스템의 혁신은 그 시점, 그 현장에서 새롭게 요구되는 문제의 해결을 위해서 지식의 재분배와 새로운 결합이 이루어지는 과정으로 이루어지는 것이다. 즉 새로운 지식의 창출과 적용, 즉 혁신은 당면 문제의 해결을 위하여 혁신 주체 사이에 새로운 연결이 이루어지는 동태적인 과정으로서 이해되어야 하는 것이다. 그렇기 때문에 문제

기반 혁신시스템 관점은 다음과 같은 네 가지 요소를 중요하게 여길 것을 제안한다[6].

- 상황: 특정한 역사적 패턴에 의해서 규정되는 제도적 관행의 집합 또는 제도적 구조
- 문제: 새로운 문제의 출현 또는 기존 시스템이 지니고 있는 특정 유형의 한계, 제약
- 해결책: 기초 과학에서 물리적 실체의 가공에까지 걸쳐 있는 새로운 지식들
- 해결책의 실행: 해결책의 실행을 위해서 요구되는 시스템 구성 요소들과 다양한 형태의 지식 사이의 조정

의료에서 문제와 해결책이라는 것이 어떤 의미를 지니는 것인지 좀더 자세히 살펴보자. 의료 혁신은 다양한 분야와 다양한 주체, 제도 사이의 상호작용 과정이다. 의료계 안에서 나타나는 노동의 분화 과정은 기술 영역, 지리적 영역, 조직 단위 차원에서 모두 나타날 수 있다.

어느 하나의 의료혁신시스템 안에서 활동하는 행위주체들은 기업, 임상 의사, 대학의 연구자 등 매우 다양하다. 병원, 연구기관, 대학, 기업이 모두 새로운 지식, 새로운 기술, 새로운 치료법의 원천이 될 수 있지만, 그 중에서 임상 치료의 핵심은 병원이다. 병원에서 치료가 이루어지는 중에 새로운 치료법의 잠재적 가능성과 한계가 드러나고, 때로는 기존 기술을 새로운 치료법으로 연결하는 아이디어가 우연히 발견되기 때문이다[6]. 또 병원들은 의료기기에 대해서 혁신의 피드백을 제공하는 주된 원천이다. 병원에 근무하는 전문적 사용자들은 피드백 정보의 원천이 될 뿐 아니라 앞으로 해결되어야 할 의료적 문제의 파악, 그리고 잠재적인 해결책의 제시에서도 중요한 역할을 수행한다.

의료 영역에서는 과학적 이해와 임상적 절차가 경험을 통해서 점진적으로 정교화된다. 여기에서 문제-해결은 임상 개선의 자극하고, 적용 범위를 확장시키며 나아가서 기존의 이해에 대해서 의문을 제기하게 만든다. 동시에 일부 문제들이 해결됨에 따라서, 다른 문제들이 관심의 영역으로 부각되고 혁신 활동의 새로운 초점으로 만들어진다. 그 과정을 통해서 전체 절차의 효능이 향상이라는 전반적인 목표가 달성되어 간다[7]. 요약하면, 의료 지식은 현실 시간 속에서 전개되는 일종의 경로(trajjectory)

로서, 과거의 결과와 새로운 탐색이 결합되어 단계적으로 출현한다. 이러한 것은 신약이나 의료기기뿐만 아니라 새로운 형태의 의료공급 방식도 마찬가지이다.

## 2. 의료조직의 혁신과 보건의료제도

보건의료 기술혁신은 국가의 보건의료시스템과 분리되어 있지 않다. 혁신의 대상인 ‘문제’의 설정은 보건의료시스템이 안고 있는 이슈와 분리되어 있지 않다. 혁신의 목표가 될 문제는 ‘의학적으로 중요한 대상’이 되겠지만, 그것이 혁신의 대상으로 채택되어 실제로 혁신활동이 이루어지기 위해서는 그 문제의 해결이 가져다 줄 ‘경제적 보상’에 대한 고려가 동반되는 의사결정을 통과해야 할 것이다. 그리고 그러한 의사결정에 중요한 고려사항인 ‘혁신으로 인하여 창출된 수요’는 의료기술의 소비자라고 할 수 있는 의사들의 시각과 기술, 관련 기술의 수준, 보험자의 지불 가능성 등이 모두 영향을 미친다. 그렇기 때문에 보건의료연구개발은 보건의료시스템의 변화 방향에 대응하여 이루어지지 않으면 안 된다.

결국 보건의료 분야의 혁신에는 다음 세 가지 영역이 모두 포함된다[8]. 첫째, 소비자들이 의료서비스를 구매하고 사용하는 방식의 변화 즉, 정보 비대칭 상황에서 의료서비스 구매의 대리인 역할을 수행하는 의사들에 대한 보상체계의 혁신, 둘째 더 나은 진단과 치료를 가능하게 하는 진단 및 치료기술의 개발, 셋째 새로운 의료 사업 모델, 다른 산업 영역과 달리 수직적으로, 수평적으로 통합되지 못하고 독립된 개체들에 의해서 서비스가 제공되고 있는 구조의 변화이다.

의료산업에서 이들 혁신의 성공과 실패는 다음 여섯 요소에 의해서 결정된다[8]. 첫째는 활동주체들이다. 보건의료시스템 안에서 활동하는 주체들이 혁신에 대해서 지지자가 되느냐 반대자가 되느냐에 따라서 혁신의 성공과 실패가 결정된다. 핵심적인 주체는 의사들이다. 둘째는 자금의 조달이다. 의료 산업에서는 수익을 발생시키고, 자본을 확보하는 방식이 다른 산업의 영역과 차이를 보인다. 3자지불제도가 존재하고, 상업적 성공의 불확실성이 높아서 의료기술의 혁신에 필요한 자금이 동원되는 규모와 방식이 다른 산업 영역과 다르다. 셋째는 정책이다. 보건의료 산업에는 규제가 많다. 사람의 생명과 건강에 치명적인 위협이 생길 수 있는 위협을 방지하기 위해서이

다. 혁신적인 약과 기술의 임상적 적용을 위해서는 관련된 심의를 통과해야 하며, 건강보험의 적용여부는 관련 기술과의 비용효과성 검토를 통하여 결정된다. 넷째는 기술이다. 진단과 치료 기술의 발전은 보건 의료서비스의 공급을 더 효율적이고 편리하게 만들 수 있다. 그러나 의료 분야의 기술은 비용 절감보다는 성능의 향상을 목표로 하는 경우가 많다. 다섯째는 소비자이다. 의료 서비스의 소비에 적극적으로 참여하는 고객들이 있다. 마지막은 책임성(accountability)이다. 까다로운 요구를 지닌 소비자들과 비용 압박을 받는 보험자들의 요구를 충족시키기 위해서는 의료서비스가 안전하고 효과적일 뿐 아니라 비용 대비 효과성까지 확보해야 한다.

### III. 의료 환경 변화와 조직의 혁신: 브랜드 공유 병의원을 중심으로

2000년대 들어서 몇몇 선도적인 의료기관을 중심으로 네트워크화 또는 체인화를 진행하기 시작했다. 당시 정부에서는 의료서비스산업을 미래의 성장산업으로 취급하면서 의료기관의 경쟁력을 향상시키기 위한 지원 방안을 제시하였다. 이러한 정부의 정책 의지를 확인한 의료기관들은, 해외환자 유치 및 의료기관의 해외 진출 등을 활성화하기 위하여 노력하는 중 동일한 브랜드를 공유하는 네트워크화를 적극적으로 추진하였다. 그러나 2012년 의료법 개정 이후 의료기관의 네트워크화 시도는 제동이 걸렸고, 이후 이들은 ‘브랜드병의원협회’로 명칭을 변경하고, 법적 테두리 안에서 허용되는 수준의 협력과 연계를 시도하고 있다. 브랜드를 공유하면서 경영 및 진료 측면에서 표준화를 추구한 이 병의원들은 우리나라의 의료제도에서 일종의 변종이 출현한 것으로 볼 수 있다. 이들의 탄생이 가능하도록 한 환경의 특성과 이들의 등장에 대한 새로운 규제의 출현, 그리고 그에 대한 이들의 반응 과정을 중심으로 제도적 환경과 혁신 사이의 상호작용에 대하여 고찰하여 보자.

#### 1. 의료서비스 산업 육성 정책의 등장

브랜드병의원의 등장과 성장은 2000년대 초반 정부의 의료서비스 산업 육성 정책과 함께 이루어졌다. 2000년

대 초반 정부는, 그동안 의료서비스에 대한 기본적인 인식이던 사회적 공공재로서의 성격이 현장 의료기관들의 운영 모습 속에서 변화하고 있는 상황과 국제적인 시장 개방 및 무역자유화 경향 속에서 의료서비스 시장에 대한 개방이 논의되는 상황이 맞물려, 의료서비스산업을 경쟁력 있는 산업으로 발전시키기 위한 방안을 마련하고자 하였다[9]. 그리하여 우리나라의 병원을 경쟁력 있는 산업으로 육성하기 위하여 의료산업 육성을 위한 규제개선, 병원경영 효율화, 국내병원의 해외 진출 및 해외환자 유치, 병원의 지식산업체화 등을 정책 과제로 선정하였다. 이러한 정책의 추진은 1) 의료서비스는 사회적 서비스로서 공공재 성격이 강하지만 동시에 전체 보건의료산업 가치사슬의 중심점이 되고, 2) 싱가포르와 중국의 사례를 볼 때 의료서비스 영역이 일종의 산업으로 부각되고 있으며, 전 세계적으로는 의료시스템이 공공과 민간이 균형을 유지하는 모델로 수렴하고 있고, 3) 국내 의료서비스 산업이 국내총생산에서 차지하는 비중이 점진적으로 높아지며, 높은 고용창출 효과를 지니고 있음에도 불구하고 개별적인 의료기관의 경영성과는 좋지 않고 경영능력도 부족한 상황인데, 그럼에도 불구하고 의료서비스의 제공 수준은 국제적으로 경쟁력이 있는 수준을 갖추고 있다는 평가에 근거를 둔 것이었다[9].

이와 같은 상황 인식을 기초로 하여 1) 의료광고에 대한 자율적 여건 마련을 마련하고, 2) 의료법인(비영리기관)의 부대사업을 확대하며, 3) 의료기관에 대한 자본참여 활성화 등에 대해서 긍정적인 입장을 시사하고, 4) 의료인의 복수 의료기관 개설금지를 원칙적으로 완화하여 의료기관에 대한 민간자본의 참여를 활성화하며, 5) 의료기관에 대한 외부 감사를 유도하며, 의료기관 회계투명성을 강화하고, 6) 자료에 근거한 경영을 유도하기 위한 기초 연구 지원 및 의료기관간 네트워크 구축 지원하며, 그 외에도 7) 해외의료시장 정보 및 투자 지원체계 구축, 8) 국제 협력을 연계한 해외 진출, 9) 고부가가치 의료관광사업 활성화 등을 추진해야 할 정책 과제로 제시하였다[9].

한편, 2006년 말에 발표된 ‘서비스산업 경쟁력강화 종합대책’[10]에도 의료서비스 산업을 육성하는 방향의 정책이 다수 포함되었다. 그 내용을 보면 ‘소득증가, 고령화 등으로 다양화, 첨단화 되어가는 의료수요를 감안할 때 산업적 측면에서 의료서비스의 성장가능성은 매우 높으나 획일적인 규제 정책 및 차별화된 서비스 공급이 어려운

제도여건 등으로 변화하는 의료육구 충족에는 미흡한 실정'이고, '공급 측면에서는 의료기관이 수직, 수평 계열화가 미흡하여 규모의 경제 수준에 이르지 못하고, 의료관광, 해외진출, 의약관련 제조산업 등 관련 산업과의 연계가 미흡해 경영 및 기술혁신 등 시너지 효과가 미흡하며, 수요 측면에서는 신의료기술 등 고급의료에 대한 수요 증가에 대응할 수 있는 건전한 실손형 민간보험이 발달되지 못하였다.'고 현상을 분석하고 있다.

이러한 문제를 개선하기 위한 개선대책으로 9가지가 제시되었는데, 그 중에서 가장 먼저 언급된 것이 '의료기관 네트워크화를 통한 경영효율화 지원'이었다. 그 내용은 '의료인, 의료법인 참여하는 병원경영지원회사(MSO: Management Service Organization)를 매개로 의료자원 공동이용을 통한 비용절감, 규모의 경제 활성화를 유도하되, MSO 설립에 의료법인의 출자를 허용해 브랜드 및 자본공유를 통해 수직적, 수평적 네트워크를 활성화한다.'는 것이었다[10].

병원경영지원회사는 구매, 인력관리, 마케팅 등 의료행위와 관계없는 병원경영 전반에 대한 서비스를 제공하는 회사를 가리키는데, 일부 비급여 과목을 중심으로 개인병원의 프랜차이즈 형태가 등장하여 브랜드 제고 수단으로 활용되고 있으나, 경영합리화를 위한 전략적 네트워크 수준에는 미치지 못하고 있기에 원가절감 및 생산성 향상을 통해 경영 효율화를 도모하고 의료기관 네트워크 활성화를 통한 경쟁력 강화가 가능하도록 하려는 조직이었다[11]. 나아가서 의료법인의 수익사업을 허용하여 MSO에 출자하는 것이 가능하도록 하며, 네트워크 병의원간 장비공동이용 활성화를 위한 제도를 개선하여 의료인의 비전속진료(프리랜서 의사)를 허용해 인력 공동 활용 활성화하고, 병원경영지원회사가 가입된 의료기관들이 제공하는 의료서비스에 대한 내용을 광고할 수 있도록 허용하는 방안도 제시되었다[10].

이와 같이 반복적이고 지속적으로 의료서비스 산업화의 방향이 제시됨에 따라서 의료기관들은 앞다투어 의료서비스를 제공할 수 있는 새로운 형태를 고민하고, 경영의 효율을 높이고, 관련 자원을 축적할 수 있는 방안을 모색하였다. 그리고 구체적으로는 동일 브랜드를 공유하는 의료기관들이 MSO를 중심으로 연계되는 형태가 출현하여 증가하게 된 것이다.

## 2. 브랜드 공유 병의원의 출현

초기의 네트워크 병의원은 위에 언급한 정책이 등장하기에 앞서 자생적으로 출현하였다. 정부의 주도나 환경 조성 없이 당시의 환경 속에서 생존하고 성장하기 위한 방안으로 생겨난 것이다. 이들은 주로 비급여 진료를 하는 의원급 의료기관을 중심으로 형성되었는데, 예치과, 함소아한의원, 고운세상피부과 등이 대표적인 사례이다. 네트워크 병의원은 표준화된 진료와 표준화된 서비스를 추구했다. 진료 측면의 표준화와 진료 이외 측면의 표준화를 동시에 추구하였다. 그리고 그 중심에는 병원경영지원회사를 통하여 경영서비스를 지원함으로써 의사들을 경영 부담에서 해방시켜 주는 것이 있었다. 이러한 형태의 의료기관은 새로 등장한 종(species)이었다. 동일 브랜드 하에서 다수의 의료기관이 MSO를 중심으로 연계되는 형태는 단독개원에서 공동개원으로 변모하던 것에서 한 단계 더 나아간 것이었다.

새로운 종류의 의료기관에 대한 시장의 반응은 뜨거웠다. 소비자(고객, 환자)들은 통일성 있는 서비스 환경을 기반으로 제공되는 '서비스'로서의 의료에 만족하였으며, 새로 개원하고자 하는 의사들은 전문적인 조언과 서비스, 나아가서 '브랜드 공유'를 통해 상당한 부담을 완화시킬 수 있었다. 개원 시 선배 등 친분관계에서의 비공식적 조언을 통해 개원을 준비하고 의원을 '경영'해야 하는 부담에서 벗어날 수 있었던 것이다. 네트워크 '가입비'의 부담이 발생하였으나 자발적인 가입이 이루어졌다는 점에서 가입비의 수준을 상회하는 부담 완화를 기대한 것으로 보인다[12].

그러나 한편에서 이들을 의심과 경계의 시선으로 바라보는 이해관계자들도 존재하였다[13][14]. 기존 개업의들은 개원가의 경쟁이 가중되는 상황에서 자본의 지원을 받은 것으로 보이는 강력한 경쟁자의 등장에 호감을 표현하기 어려웠다. 규제기관(보건복지부, 심평원 등)은, 비급여 진료를 유도하면서 건강보험제도의 운영에 부담을 주는 이들 의료기관을 경계의 대상으로 인식하였다.

초창기의 네트워크 병의원의 형태가 다른 의료기관으로 확산되기 시작하였다. 척추관절, 대장항문 등 특정질환을 중점적으로 진료하는 전문병원들이 출현하기 시작했고, 체인병원의 수가 증가하였다. 의원급 의료기관들의 체인화도 가속화되었다. 안과/내과/피부과/치과 안에 여

러 네트워크 형태가 나타났다. 의료관광에 대한 관심, 해외환자 유치가 중요한 이슈로 부각되는 가운데, 네트워크 병의원 중 일부는 국제적인 지명도를 보유하는 단계로까지 발전하였으며, 해외환자 유치의 첨병이 되는 동시에 해외진출의 사례도 만들어내었다[12].

### 3. 유디 치과의 등장과 규제의 강화

2012년 대선이 진행될 무렵, 유디 치과가 등장하여 급속한 속도로 성장하였다. 유디 치과는 다른 체인과 달리 기존 치과의원들을 위협하는 존재로 급부상하였는데, 두 가지 측면에서 기존 치과의원들에게 위협이 된 것으로 보인다. 첫째는 저가의 의료서비스, 특히 임플란트 시술을 매우 저렴한 가격에 시행한 것이다. 둘째는 매우 공격적인 홍보를 실시한 것이다. 무료 스케일링 시행, 일반 대중을 대상으로 한 대대적인 광고도 이루어졌다[13][14][15].

소규모 치과의원들은 유디 치과 네트워크의 공격적인 마케팅에 대응할 수 있는 방법을 찾지 못했다. 경영 상 어려움을 겪게 된 치과의원들은 대한치과의사협회를 향하여 대책 마련을 요구하였다. 대응 활동의 핵심은 유디 치과 네트워크의 운영에서 불법적인 요소를 찾는 것이었다. 유디 치과에서 사용하는 재료에 대한 문제를 제기되기도 하였다. 이 과정에서 ‘네트워크’에 ‘불법’이라는 표현이 연결되어 사용되기 시작하였다[16].

이러한 상황에서 중 2012년에 의료법이 개정되었다. 의사의 복수 의료기관 개설과 운영을 강력하게 금지하는 방향으로의 개정이었다[17]. 그 이후 의료기관의 네트워크화 방향에는 큰 제동이 걸렸다[18][19]. 2012. 8월 시행된 의료법 개정안에 포함된 ‘어떠한 명목으로도 둘 이상의 의료기관을 개설, 운영할 수 없다.’는 규정은 의사들의 의료기관 소유 개념을 분명히 한 것으로, ‘본인이 개설한 의료기관 이외에 다른 의료기관에는 지분투자가 전혀 가능하지 않다.’는 의미를 지니는 것으로 해석되었다. 네트워크병원의 1인 소유형(피라미드형), 여러 명이 여러 병원을 가지고 있는 종합형, 프랜차이즈형 중에서 프랜차이즈형만 인정하고, 다른 두 유형을 인정하지 않는다는 것이다. 네트워크병원의 경영지원회사(MSO)가 병원을 지분을 소유하는 것도 금지되었다[20][21].

네트워크 형태로 움직이던 병의원들은 병의원에 대한

지분을 정리하기 시작하였으며, MSO의 운영 양태도 변화시켰다[18][22][23]. 네트워크 병의원의 변화는 비교적 조용히 진행되었으나, ‘튼튼 병원’ 사태, 개정 의료법에 대한 헌법 소원, 치과의사협회에 대한 수사와 같은 다소의 소요를 겪기도 하였다. ‘네트워크 병의원 협의회’는 2014년 11월 ‘브랜드 병의원 협의회’로 이름을 바꾸었다[12].

### 4. 브랜드병의원을 둘러싼 쟁점

치아 1개에 치료비 200만원에 달하던 임플란트의 시술비는 유디 치과와 같은 네트워크 의원들의 등장 이후 50만원 선까지 내려갔다. 이러한 가격의 하락은 진료의 표준화와 대량 구매에 의한 효율 향상에 의한 것이라는 주장과 이러한 가격의 하락이 재료나 서비스의 질 저하로 연결될 것이라는 우려가 동시에 제기되기도 하였다[15].

브랜드병의원은 소비자 부담의 완화로 인한 경쟁력 강화, 병의원 경영의 안정 등의 효과가 있는 것으로 주장되었다. 해마다 수많은 의원 및 치과의원이 생기지만 그 중 상당수가 얼마 못가서 폐업하는 현실에서, 브랜드 병의원은 매력적인 대안이 되었다. 브랜드 병의원들은 1) 경험과 노하우를 지원 받아 손쉽게 개원할 수 있고, 2) 단독 개업할 경우보다 실패할 위험이 적으며, 3) 공동 광고 효과를 누릴 수 있으며, 4) 표준화된 진료 및 서비스 제공이 가능하다는 장점을 주장하였다[12].

진료와 경영의 분리는 경영 효율성 향상 및 의사의 부담 감소에 기여하는 것으로 주장되었다. 국내 대표적인 브랜드병의원의 대표원장은 이렇게 말했다.

“네트워크 병원 형태로 발전했기 때문에 개인 의원의 규모가 커졌고 병원서비스도 좋아졌고 전문성도 강화되어 외국인 환자를 유치할 수 있는 시스템을 갖추게 된 것이다.” (중략) “네트워크 병원도 음식점과 마찬가지로 관리를 철저하게 하고 진료를 철저하게 균일화하고 잘 관리하면 충분히 성공할 수 있다.” [24]

브랜드 병의원의 부정적인 측면은 영리화된 자본이 이윤을 추구하는 과정에서 과잉진료의 우려가 크고, 의료 질도 저하될 가능성이 크다는 점을 중심으로 지적된다. 브랜드치과를 반대하는 사람들은 1) 무료 스케일링이나 가격 인하를 미끼로 환자를 유인하여, 과잉 진료나 시술

로 연결하는 것, 2) 치과의사가 아닌 코디네이터가 상담 과정에서 치료계획을 세우고, 치과의사는 시술만 하는 시스템, 3) 네트워크 치과에 고용된 치과의사의 경우 장기간 추적 관찰이 필요한 치과 진료에 책임감이 부족할 수 있다는 우려 등을 지적하였다[25]. 나아가 이러한 움직임이 거대 의료기관 네트워크의 출현을 통하여 결국은 의료민영화로 연결될 것이라는 우려가 제기되기도 하였다[26].

국가에서 추진하는 정책은 다양한 이해관계의 타협으로 결정된다. 여러 주장 중에서 어느 주장이 정당성을 얻는가는 현실 속에서 어느 측면이 부각되는가에 달려 있다. 여러 부처에서 의료서비스의 산업화를 강력하게 추진하였지만, 일부 의료기관의 지나친 행동은 그에 대해서 반감을 불러 일으켰고, 산업화를 반대하는 이해관계자들의 주장의 정당성을 강력하게 만들었다.

일부 병의원의 일탈로 비칠 수도 있는 부정적인 모습이 부각되었을 때, 현실 속의 브랜드 병의원들은 이러한 우려를 불식시키는 데 충분히 바람직한 경영 모습을 보여주지 못했고, 결국 강력한 규제에 직면하게 되고 말았다. 진료와 경영을 분리하되, 경영이 진료에 간섭하는 것을 막을 수 있는 방안에 대한 고민이 필요했는데, 현실 속에서 활동한 브랜드병의원들은 이 부분에 대해서 확신을 주지 못했던 것이다.

#### IV. 혁신의 조건으로서의 제도적 유연성

현재 존재하는 형태의 의료기관이 활동한 결과 의료공급과 이용을 둘러싸고 여러 형태의 문제가 발생하고 있다면, 창의성과 혁신에 기반을 둔 새로운 형태의 의료기관이 출현할 여지를 허용하고, 이들 중 가장 적절한 조직이 선택받을 수 있는 제도적 환경을 조성해야 한다.

바람직한 의료기관의 모습은 기술과 사회적 제도의 상호작용으로 출현한다. 현재 의료기관의 원형처럼 자리 잡고 있는 의원과 병원이 처음부터 그렇게 존재하고 기능했던 것은 아니다. 오히려 현재와 같은 의료기관의 형태는 역사적 발전 속에서 기술과 사회적 제도가 연결되어 출현한 것이다. 의료기술의 발전과 새로운 의료기술의 등장과 함께 질병의 진단과 치료방법, 적절한 의료서비스 공급기관의 모습은 계속해서 변화해 왔고, 또 변화하고 있다. 의

료기술이 더 발전하고 그에 토대를 둔 새로운 의료공급형태를 모색하는 중에 미래의 사회에서 새로운 형태의 공급 형태가 더 낫다고 판단하여 수용한다면 새로운 형태의 의료기관이 출현할 것이다[27].

의료가 발전해온 역사를 보면 새로운 의료기술의 등장과 의료기술의 발전과 변화에 따라서 의료서비스 공급조직과 의료서비스 제공자의 기능과 역할은 계속 변화해왔다. 의료 지식의 발전과 기술 진보에 따라서 의료서비스를 공급하는 형태가 변하여 왔고, 기관별로 수행할 수 있는 기능이나 전체 시스템 속에서 담당하는 역할도 변화해 왔다. 의료체계는 사회 속에 존재하는 제도의 일부로 기능하기 때문에 시대와 국가에서 보건의료문제에 대처하는 방식의 차이에 따라서 의료공급하는 양상은 서로 다르게 나타난다. 그럼에도 불구하고 의료공급의 구체적인 모습에 기술의 영향이 크게 작용하는 것은 분명하다.

현재 우리나라에서 의료기관의 원형처럼 자리잡고 있는 의원과 병원, 종합병원, 상급종합병원은 처음부터 그렇게 존재하고 기능했던 것은 아니다. 기술의 발전과 그에 토대를 둔 의료공급을 위한 조직의 다양한 형태가 출현한 중에 현재 사회적으로 받아들여진 모습이다. 미래의 사회에서 새로운 형태의 공급 형태가 더 낫다고 판단하여 수용한다면 새로운 형태의 의료기관이 출현할 수도 있을 것이다[27].

우리나라 의료시스템 안에서 의학지식의 발전과 기술발전의 영향, 그리고 이를 토대로 한 새로운 형태의 의료공급 조직 출현의 가능성을 열어두는 것은 매우 중요하다. 다양한 사업방식이 출현할 수 있도록 유도하는 방안을 모색해야 한다. 우리나라의 경우 다양한 의료공급형태가 출현할 여지가 크게 제한되어 있어서 미래를 준비하는데 한계가 있다. 의료공급형태의 다양성을 확보하기 위해서는 현재의 주어진 틀을 벗어나서 새로운 기술과 사업방식을 적용한 모델이 나타날 수 있도록 규제를 완화시킬 필요가 있다. 다양한 형태의 서비스를 새로운 방식으로 공급하는 조직이 등장할 수 있도록 하고 그 중에서 효과적이고 효율적인 조직이 생존할 수 있는 선택 메커니즘을 개발하는 것이 사회적 기술로서의 보건의료시스템에 대한 연구가 나아가야 할 방향이 될 것이다.



## V. 결 론

2000년대 초반 정부에서 적극적으로 추진했던 의료서비스의 신성장동력화 정책에 적극적으로 부응하여 경영지원회사를 설립하고 동일한 브랜드를 공유하면서 국내외적으로 적극적으로 활동 영역을 확장하던 다수의 의료기관이 갑작스런 개정으로 인하여 불법적인 의료기관으로 되면서 그 활동이 크게 위축되는 일이 있었다. 이들을 규제하는 의료법이 개정되는 과정에서 의료기관의 체인화, 네트워크화, 브랜드화 등이 미치는 긍정적인거나 부정적인 영향에 대한 객관적인 검증은 이루어지지 않았다.

바람직한 의료공급의 모습은 기술과 사회적 제도의 상호작용으로 출현한다. 의료기술의 발전을 고려하여, 새로운 기술에 토대를 둔 새로운 의료공급형태가 출현할 수 있는 환경을 조성하여, 의료공급모델의 다양성을 확보해야 한다. 의료소비자에게 의료기관과 의료서비스에 대한 정보를 제공하여 합리적인 선택을 도와야 한다. 의료의 질적 정보를 제공하여 소비자가 좋은 선택을 할 수 있도록 해야 한다.

효과적이면서 동시에 효율적인 진료를 담보할 수 있는 의료시스템을 구축하는 일은 한 사회의 안정적인 운영에 중요한 토대가 된다. 이를 위해서는 ‘유망한 의료기술을 어떻게 확인하여 개발하며, 이 기술이 확산되도록 할 것인가?’ 하는 문제를 해결해야 한다. 무엇이 유망한 기술인지 확인하는 것이 첫 번째 과제가 될 것이다. 그러나 유망 기술의 확인이 곧 기술의 확산과 사용을 보장하는 것이 아니다. 그것이 시장에서 받아들여져서 확산되게 하려면 그 효과적인 진료에 대한 보상 방안의 마련이 필요하다. 이러한 보상 방안의 마련을 통해서 시장이 형성되어야 유망 기술의 상업화가 가능하다.

보건의료 분야에서 성공적 혁신의 등장과 활용을 장려하려면 복잡한 가치사슬에 대한 이해를 기초로 하여 제도적 개입과 정책 수립을 해야 한다. 그렇기에 보건의료 분야에서 혁신의 대상으로서 관심을 갖고 지원해야 할 대상은 의과학적 측면에서의 기술에만 한정될 수 없다. 의료분야의 파괴적 혁신을 가능하게 하는 의과학적 기술에 대한 연구도 중요하고 사회적 기술에 대한 연구도 중요하다. 의료기술의 소비를 결정하는 의료서비스의 공급 모델에 대한 객관적인 연구 성과를 창출하기 위한 연구도 필요하다.

## <참고문헌>

1. Edquist, C. Systems of Innovation: Perspectives and Challenges. In: Fagerber, J., Mowery, D. C., and Nelson, R. R. (eds.) The Oxford Handbook of Innovation, Oxford, 2005. pp.181-208.
2. 송위진. 기술혁신과 과학기술정책. 르네상스. 2006.
3. Chaminade, C. and Edquist, C. From Theory to Practice: The Use of the Systems of Innovation Approach in Innovation Policy. In: Hage, J. and Meeus, M. (eds.) Innovation, Science, and Institutional Change: A Research Handbook, Oxford, 2006. pp.141-160.
4. Malerba, F. Sectoral Systems of Innovation. In: Fagerber, J., Mowery, D. C., and Nelson, R. R. (eds.) The Oxford Handbook of Innovation, Oxford, 2005. pp.383-387.
5. Mina, A. Ramlogan, R. Trmpubolon, G. and Metcalfe, JS. Mapping evolutionary trajectories: application to the growth and transformation of medical knowledge. Research Policy, 2007;36:789-806.
6. Consoli, D. and Mina, A. An evolutionary perspective on health innovation systems. J. Evol Econ, 2009;19:297-319.
7. Metcalfe, J.S., James, A., and Mina, A. Emergent innovation systems and the delivery of clinical services: The case of intra-ocular lenses, Research Policy. 2005;34:1283-1304.
8. Hertzlinger, R.E. Why innovation in healthcare is so hard. HBR, May 2006:58-66.
9. 한국보건산업진흥원. 의료제도선진화 및 병원산업육성방안 연구. 2005.
10. 재정경제부. 서비스산업 경쟁력강화 종합대책. 2006.
11. 정기택. 병원경영지원회사(MSO)의 개념과 활용방향, 대한병원협회지, 2007 3-4월호, pp.7-10.
12. 내일신문. [안전영 네트워크병원협회장] “의료 질 높이는 역할 하고 있다”, 2012-08-01
13. 동아일보. 이진한 의사 기자의 메디 Talk Talk, 치협-유디치과 네트워크 논쟁, 2011-10-10
14. 신동아. 의료계 ‘이단아’ 유디치과, 2011-11-25
15. 머니투데이. 임플란트 반값으로 낮춘 네트워크병원 왜 안되나? 2013-12-17

16. 파이낸셜뉴스. 1000여개 네트워크병원 '불법' 전략 위기, 2012-01-11
17. 파이낸셜뉴스. [의료법 개정안 8월 시행..의료계 '대혼란'](상) 1인1개소만 허용, 2012-07-24
18. 한국경제신문. '1인1병원 소유' 8월 시행..네트워크병원 '탈네트워크' 시작, 2012-02-02
19. 청년의사. '돈'관계로 얽힌 네트워크병원, 퇴출된다! 2013-12-09
20. 법무법인 세승. 의료기관 개설의 제문제, 의료법률세미나 연재집. 2014.
21. 청년의사. '이중개설 금지법, 네트워크 병원 제한 아니다', 배금주 의료기관정책과장, 개정된 의료법 설명, 2012-07-16
22. 머니투데이. 네트워크 금지법에 막힌 자생한방병원 의료재단 선택, 2013-11-19
23. 머니투데이. 네트워크병원법 저촉논란의 유디치과, 지배구조 수술, 2012-06-04
24. 파이낸셜뉴스. 네트워크병원 위기인가, 기회인가(2). MSO 역할 확대될 것, 2012-02-23
25. 코메디닷컴. 네트워크냐, 홀로서기냐...치과의사의 고민, 2011-05-29
26. 오마이뉴스. '가카'의 확고한 의지, '돈으로 건강 사라', 2011-09-14
27. 김광점. 의료공급체계의 파괴적 혁신을 위한 제언. 대한의사협회지. 2012;55(8):791-797