

사회적 경제를 통한 복지기술 생태계 탐구; 의료복지사회적협동조합 치과의원의 사례

박유이¹, 최형길², 한동헌¹, 강준호³, 안성훈⁴, 안상훈⁵

¹서울대학교 치의학대학원 예방치학교실, ²서울대학교 치의학대학원 치과경영정보학교실, ³서울대학교 사범대학 체육교육학과, ⁴서울대학교 공과대학 기계항공공학부, ⁵서울대학교 사회과학대학 사회복지학과

A study on the ecosystem of welfare technology using social economy: a case study of dental clinics in health welfare social cooperative

Yuyi Park¹, Hyungkil Choi², Dong-Hun Han¹, Joon-Ho Kang³, Sung Hoon Ahn⁴, Sang-Hoon Ahn⁵

¹Department of Preventive and Social Dentistry, The Graduate School, Seoul National University, ²Department of Dental Services Management and Informatics, The Graduate School, Seoul National University, ³Department of Physical Education, College of Education, Seoul National University, ⁴Department of Mechanical and Aerospace Engineering, College of Engineering, Seoul National University, ⁵Department of Social Welfare, College of Social Sciences, Seoul National University, Seoul, Korea

Received: February 17, 2017

Revised: March 8, 2017

Accepted: March 8, 2017

Corresponding Author: Sang-Hoon Ahn
Department of Social Welfare, College of
Social Sciences, Seoul National University,
1 Gwanak-ro, Gwanak-gu, Seoul 08826,
Korea

Tel: +82-2-880-6458

Fax: +82-2-888-6981

E-mail: hoonso@snu.ac.kr

*This research was supported by SNU
Brain Fusion Program of the Seoul
National University in 2014.

Objectives: In this study, we strived to determine the possibility of socioeconomic welfare in oral health-care by analyzing the National Health Insurance (NHI) coverage rate. To date, efforts to realize the “social economy” of healthcare are active. While oral disease is common and chronic among Koreans, the rate of NHI coverage of dental clinics is substantially lower than that of the medical clinics.

Methods: We defined the NHI coverage of dental clinics as a proxy for “social skills” to improve oral health problems. The data were collected through a comparative analysis of the NHI coverage of dental clinics and that of non-dental clinics, in health welfare social cooperatives.

Results: The NHI coverage rate of the dental clinics in health welfare social cooperatives ranged from 0.97 to 2.62 times that of the non-dental clinics in health welfare social cooperatives.

Conclusions: In conclusion, responsible management is recommended for making health welfare social cooperatives meaningful as a social economy.

Key Words: Insurance coverage, National health insurance, Social medicine, Social welfare

서론

최근 우리 사회는 효율성 위주의 시장 경제적 가치가 주도하였던 지난 시기의 한계를 극복하고자 ‘사회적 경제’의 구상을 실현하기 위한 노력이 활성화되고 있다. 2007년 ‘사회적기업 육성법’이

제정되어 지역사회에 공헌하고 지역주민의 삶의 질을 높이는 사회적 목적을 추구하는 형태의 기업활동에 대한 지원이 본격화되었고 2011년 12월 ‘협동조합기본법’ 제정으로 자주적·자립적·자치적인 협동조합 활동을 촉진하고, 사회통합과 국민경제의 균형 있는 발전을 추구하고 있다. 최근 국내 연구들은 1980년대 이후의 신자

Table 1. The number of medical cooperative from 2005 to 2015

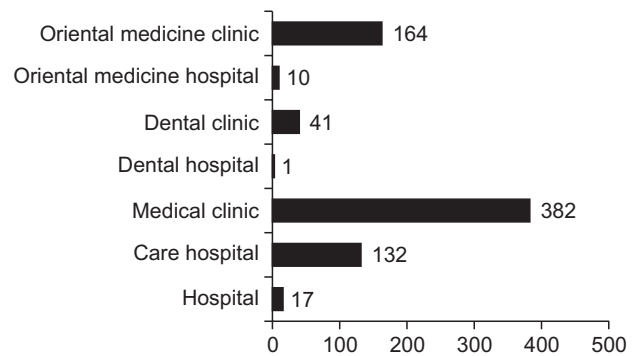
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Opening	36	38	41	41	17	50	166	136	162	153	83
Closing	-	8	16	25	21	31	57	82	82	90	136

유주의 세계화에 이은 경제 불안정성의 심화를 국가와 시장 영역 모두의 실패로 평가하고, 이를 극복하기 위한 새로운 대안적 노력의 하나로 사회적 경제를 제안하고 있다. 사회적 경제가 시장 경제의 속성에 대응할 수 있는 협동·신뢰·지속성을 원칙으로 하여, 이를 통한 발전의 가능성을 가지고 있음에 주목하는 연구 흐름이 나타나고 있다¹⁻³⁾.

한편, 과학기술이 지닌 사회적 맥락에서 기술에 대한 사회적 수요에 초점을 맞춘 ‘사회기술’에 대한 논의가 존재한다. 송위진⁴⁾에 의하면 ‘사회기술’은 보건·복지·의료·교육·위생·환경·안전·개도국 지원 분야에서 사회문제를 해결하기 위해 활용되는 기술을 의미한다. 사회기술은 공급자 중심의 원천기술 개발과는 구분되게 수요자 입장에서 삶의 질 향상을 위해 기존 기술을 새롭게 재조합/재설계하는 것을 뜻한다. 이는 ‘적정기술’이나 ‘삶의 질 향상을 위한 기술’과 맥락을 함께 한다. 즉, 사회기술은 집합적인 개념으로써 사회문제 및 수요자 대상집단에 초점을 맞추어, 기존에 개발된 기술을 적절히 활용하거나 첨단기술이 아니라 하더라도 수요자의 욕구에 부합하는 기술을 개발하는 것을 중심에 놓는다.

구강병은 한국인의 대표적인 만성질환이다. 2014년 국민건강영양조사 결과에 따르면 19세 이상 성인의 영구치우식 유병률은 30.9% (남 33.9%, 여 28.0%)⁵⁾이며 치주병 유병률은 29.2% (남 35.7%, 여 22.9%)⁶⁾, 65세 이상 노인에서 현존 자연치아가 전혀 없는 무치악자율은 8.3% (남 9.8%, 여 7.2%)⁷⁾이다. 즉 성인 3명 중 1명은 치아우식증과 치주병 치료가 필요한 상태이며, 노인 10명 중 1명은 이가 하나도 없다는 의미이다. 그러나 치과 연간미충족의료율(최근 1년 동안 본인이 치과 진료가 필요하다고 생각하였으나 진료를 받지 못한 분율)은 2014년 현재 32.1% (남 29.7%, 여 34.3%)로 같은 기간 병·의원 연간미충족의료율(최근 1년 동안 본인이 치과 제외한 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 분율) 12.0% (남 8.7%, 여 15.3%)에 비해 남자는 3배 이상, 여자는 2배 이상 높았다⁸⁾. 치과 미충족의료 이유는 ‘경제적인 이유(11.0%)’가 가장 높았는데 병의원 미충족의료 이유로는 ‘시간이 없어서(4.0%)’가 가장 높았다⁹⁾. 치과위원의 건강보험 보장률이 29.9%로 의원의 63.4%보다 현저히 낮은 것¹⁰⁾이 치과 미충족의료의 중요한 원인이다.

평균 수명의 연장과 고령인구의 증가, 삶의 질을 추구하는 건강관의 변화에 따라 기존 치료중심의 치과의료이용 행태는 예방중심의 치과의료이용 행태로 바뀔 것으로 예상된다. 그러나 현재의 치과의료이용은 고소득층에게 유리한 치과의료이용의 불평등을 보인다¹¹⁾. 사회보장제도로서 건강보험의 주요 목적이 개인의 의료비 지불능력에 관계없이 필요한 의료서비스의 접근성을 제공하는 것이라고 한다면, 현재와 같은 낮은 치과 건강보험 보장률, 높은

**Fig. 1.** The number of medical cooperative by institutions in 2014.

본인부담금, 민간 중심의 의료서비스 공급방식, 저수가 정책 등은 치과의료의 과도한 상업성을 추구하여 과잉진료와 사회경제적 지위별 치과의료이용의 불평등을 야기하고 있다.

의료생활협동조합(이하 의료생활)은 1999년 8월 6일 시행된 ‘소비자생활협동조합법’에 근거한 생활협동조합의 일종으로 건강, 의료, 생활과 관련된 문제들을 지역자원을 조직화하여 민주적 참여, 자율적 협동, 연대성을 통해 해결해 나가는 자발적 참여 조직이다. 1987년 경기도 안성군 고삼면 가유리 마을 청년회와 연세대학교 기독학생회의 농촌활동이 계기가 되어 시작된 주말 진료소가 1994년 우리나라 최초의 안성의료생활협으로 시작하여¹²⁾, 안성의료생활협을 모델로 한 도시형 의료생활인 인천평화의료생활협이 1996년 11월 두 번째로 설립되었다¹³⁾. 그 후 의료생활 개설 의료기관의 수는 2006년 38개, 2007년 41개, 2008년 41개, 2009년 17개 등 그 수가 서서히 증가 내지 일시적인 감소세를 보이다가, 2011년 166개, 2013년 162개, 2014년 153개로 급증했다(Table 1)¹⁴⁾. 2014년 현재 의료기관 종별 의료생활협은 병원 17개, 요양병원 132개, 의원 382개, 치과병원 1개, 치과의원 41개, 한방병원 10개, 한의원 164개로 의원이 가장 많다(Fig. 1)¹⁵⁾.

의료생활협이 확대되는 이유 중 하나는 의료생활 개설 의료기관과 일반 개인 병·의원의 세제 혜택의 차이이다. 개인 의료기관의 과세대상 소득은 총 수입금액에서 필요경비를 제외한 나머지 전부가 되지만, 의료생활 개설 의료기관의 경우에는 총 수입금액에서 필요경비뿐만 아니라 기타 모든 비용을 제외한 나머지 순수매출액이 과세 대상이 된다. 또한, 세율에서도 큰 차이를 보이는데, 개인 의료기관은 최소 6%에서 최고 35%로, 최대 과세율이 높은 경향이 있으나, 의료생활 개설 의료기관의 경우에는 조세특례제한법(제72조)에 따라 당기순이익의 9%만 과세를 적용한다. 그렇기에 조합원들의 자치를 기반으로 한 의료생활협은 매우 적고 의료생활협을 이윤추구의 모델로 삼으며 비의료인에 의한 의료기관 설립을 금지

하고 있는 현행 의료법의 규정을 회피하고 있는 탈법적 의료생협이 다수 생기고 있다.

2012년 12월 1일 시행된 ‘협동조합기본법’에 의해, 공익을 목적으로 지역주민과 조합원, 의료인이 협동하여 의료기관 운영, 건강증진 활동 등을 통해 건강한 공동체를 만들어가는 사회적협동조합법인격으로 의료복지사회적협동조합 개설을 가능토록 하였다. 그러나 엄격한 설립요건과 운영상 제한이 있어서 2016년 현재 단 16개 의료생협만이 사회적협동조합으로 창립 혹은 전환하였다¹⁶⁾. 그 중 치과의원을 개설한 의료복지사회적협동조합은 8개이다(Table 2).

의료생협의 설립요건을 강화하고 탈법적 행위를 제도적으로 억제하기 위한 ‘소비자생활협동조합법’이 일부 개정되어 2016년 9월 30일 부터 시행되었다. 최소조합원 수는 300인에서 500인으로, 최저 출자금은 3천만원에서 1억원으로 상향 개정되고, 1인당 최저 출자금 5만원 및 최고 출자금비율 10%, 특수관계인 출자제한, 자기자본비율 50%, 경영공시 의무화 등이 신설됐다. 특히 의료생협 감독의 실효성 제고를 위해 의료생협 인가 및 감독에 필요한 사실관계 확인(설립인가 신청 내용, 의료법 위반 여부 등) 업무를 건강보험공단에 위탁하도록 하는 법적 근거가 마련됐다. 이는 의료복지사회적협동조합의 설립인가 기준에 맞추어 강화된 것으로 이를 통해 의료생협의 부작용을 최소화할 수 있을 것이라고 예상된다.

이러한 노력에도 불구하고 탈법적 의료생협이 대다수를 점유하고 있는 현재 상황에서 일반인의 인식은 탈법적 의료생협과 의료생협의 긍정적 취지에 부합하고자 하는 의료복지사회적협동조합을 구분하기 어려워 보인다. 의료생협의 인식에 대한 선행연구로는 일부 의료생협의 종사자의 개인 수준, 집단 수준, 환경 수준, 상호관계적 특성 그리고 조직성과인 협동조합 7대 운영원칙에 관한 문항에 긍정적으로 응답하였다는 설문조사 결과와 설문 응답자 중 근무자의 소속 의료생협을 확인할 수 있는 의료생협의 항생제 등급이 높다는 결과가 있으나²⁵⁾, 전체 의료생협 중 극히 적은 소수의 표본에서 얻은 결과이며, 의료복지사회적협동조합에 대한 현황은 없었다.

이에 본 연구는 총 진료비 중 비급여본인부담금 비율이 높은 치과외료를 대상으로 건강보험 보장률을 구강보건문제 해결을 위한 ‘사회기술’의 대리지표로 보고, 의료복지사회적협동조합 치과

의원의 건강보험 보장률 및 사업 개황을 분석하여 구강보건 분야 사회적 경제를 통한 복지기술 생태계 구축의 가능성을 탐색하고자 한다.

연구대상 및 방법

치과의원의 총 진료비는 건강보험급여비, 법정본인부담금, 비급여본인부담금으로 구성되며, 비급여를 포함한 총진료비 중 건강보험에서 부담하는 부담 비율을 치과의원 건강보험 보장률로 정의하였다.

치과의원 건강보험 보장률=

$$\frac{\text{건강보험급여비}}{\text{건강보험급여비} + \text{법정본인부담금} + \text{비급여본인부담금}}$$

2016년 5월 현재 전국의 의료복지사회적협동조합 여덟 곳 중 서울특별시, 인천광역시, 경기도에 소재하는 의료복지사회적협동조합 치과 다섯 곳의 2014년과 2015년 2년간 총 진료비와 건강보험급여비를 조사해서 의료복지사회적협동조합 치과의원의 건강보험 보장률을 계산하였다. 이를 의료복지사회적협동조합 치과의원이 아닌 치과의원과 비교하기 위해 2010년 기준 경제총조사 마이크로데이터와 건강보험공단의 2010년 전국 시군구별 요양기관 종별 요양급여현황자료²⁶⁾의 건강보험급여비를 이용하여 의료복지사회적협동조합 치과의원이 아닌 치과의원의 광역시도별 건강보험 보장률을 계산하였다.

경제총조사는 우리나라 전체 산업에 대한 고용, 생산, 투입(비용) 등의 구조를 파악하기 위하여 동일시점에 통일된 기준으로 실시하는 5년 주기의 대규모 전수조사로서 2011년에 최초 조사를 시행했다. 2010년 기준 경제총조사는 2010년 12월 31일을 기준으로 2011년 5월 23일 부터 6월 24일까지 실시하였으며, 2010년 기준 경제총조사 마이크로데이터에서 치과의원의 전수 자료를 추출하여 의료수익을 조사하였다. 의료수익은 의료수익과 의료 외 수익으로 구분할 수 있지만, 개인 개업의가 대부분인 치과의원은 의료 외 수익이 거의 없으므로 2010년 기준 경제총조사 마이크로데이터의 의료수익이 건강보험급여비, 법정본인부담금, 비급여본인부담금으로 구성되는 총진료비라고 보았다.

Table 2. The status of health welfare social cooperative including dental clinic in 2016

	Name	Region	Type of clinic			Number of cooperator	Investment (KRW)
			Medical	Dental	Oriental medicine		
1	Healthy ¹⁷⁾	Seoul		O		986	168,245,000
2	Mindle ¹⁸⁾	Daejeon	O	O	O	3,428	1,297,234,581
3	Seoul ¹⁹⁾	Seoul		O	O	2,689	377,754,600
4	Siheung Hope ²⁰⁾	Gyeonggi		O	O	1,730	525,412,000
5	Ansan ²¹⁾	Gyeonggi	O	O	O	4,863	1,047,601,000
6	Ansung ²²⁾	Gyeonggi	O	O	O	5,397	948,343,008
7	Incheon Peace ²³⁾	Incheon	O	O	O	2,319	644,405,948
8	Together ²⁴⁾	Seoul		O	O	1,458	505,670,016

의료복지사회적협동조합의 성과 창출에 대한 운영원리를 파악하기 위하여 관련 기관을 방문, 실무자와 공식 인터뷰를 진행하였다. 또한, 각 조합의 정착과 성장을 위한 활동이 내·외부에 끼친 영향을 확인하고자 관련된 국내 문헌과 의료기관 자료를 수집, 검토 후 활용하였다. 본 연구는 서울대학교 치의학대학원 연구윤리위원회의 승인을 받았으며 연구에 사용된 모든 자료는 개별 인적 사항과 기관의 내용을 식별하지 못하도록 하였다.

연구 성적

의료복지사회적협동조합 치과의원 다섯 곳의 건강보험 보장률은 15.49%에서 41.66%였다. 총 진료비는 경기도 소재 의료복지사회적협동조합 치과의원과 인천광역시 소재 의료복지사회적협동조합 치과의원 순이었으며, 건강보험급여비는 인천광역시 소재 의료복지사회적협동조합 치과의원과 경기도 소재 의료복지사회적협동조합 치과의원 순이었다. 건강보험 보장률은 경기도 소재 의료복지사회적협동조합 치과의원이 가장 낮았다(Table 3).

전국 광역시도별 치과의원 건강보험 보장률은 12.69%에서 19.44%였으며, 평균은 15.85%였다. 의료수익은 서울특별시, 경기도, 부산광역시, 경상남도, 인천광역시, 대구광역시, 경상북도, 대전광역시, 충청남도, 전라북도, 광주광역시, 전라남도, 울산광역시, 충청북도, 강원도, 제주특별자치도 순이었으며, 건강보험급여비는 서울특별시, 경기도, 부산광역시, 인천광역시, 경상남도, 대구광역시, 경상북도, 전라북도, 대전광역시, 충청남도, 광주광역시, 전라남도, 충청북도, 강원도, 울산광역시, 제주특별자치도 순이었다. 건강보험 보장률은 전라북도, 제주특별자치도, 대구광역시, 충청북도, 광주광역시, 경상북도, 전라남도, 대전광역시, 강원도, 인천광역시, 경상남도, 충청남도, 경기도, 부산광역시, 서울특별시, 울산광역시 순이었다(Table 4).

의료복지사회적협동조합의 운영원리를 통해 사회적 성과를 알아보고자 2015년 5월에 두 기관을 방문하여 실무자와 인터뷰를 시행하였다.

서울시 성동구 지역의 의료복지사회적협동조합은 2013년 발기인회 및 창립총회를 거쳐 2014년 개원을 한 우리나라 최초의 치과의료복지사회적협동조합으로 약 900명의 조합원이 등록되어 있고, 총 5명의 직원으로 구성되어 있다(2015년 기준). 치과의료생협에 대한 지역주민들의 욕구와 지역사회의 인적자원(치과의사 및 교수 등)이 적절히 결합하여 조합이 설립되었으며, 이사회에 속한 절반 이상의 이사들이 지역사회에서 활동가로서 활동하고 있

다. 지역사회 활동가이자 조합의 이사로 참여하는 것을 장점으로 적극 활용하여 지역 내 협동조합 간, 지역 차원에서의 다른 기관과의 협력을 이끌어내는 물론, 지역사회에 기여할 방안을 다각도로 모색하고 있다.

이곳의 조합원으로 등록하면 진료 시 비보험가 본인부담금의 10%를 할인 받을 수 있고, 조합에서 진행하는 각종 소모임 및 건강강좌 참여가 가능하다. ‘수익 창출’이라는 현실적인 고민은 있으나 조합원에 의한 민주적 운영 등 기본원칙을 지키고자 노력 중이며, 향후 보건의료인력 및 조직적 확대 또한 염두에 두고 있다.

2000년대 초반 의료생활협동조합운동 확산과 더불어 지역의 노동운동단체, 시민운동단체, 지역주민을 주축으로 2000년에 창립한 안산시 지역의 의료복지사회적협동조합은 2013년 의료생협에서 의료복지사회적협동조합으로 전환하였다. 약 6,000명의 조합원, 95명의 직원으로 구성되어 있고 현재 가정의학과, 치과, 한의원, 건강검진센터, 재가장기요양센터, 요양원, 가정간호사업의 서비스를 제공하고 있다. 해당 의료기관에서 진료 시 조합원의 경우 비급여 항목의 할인 또는 조합원가의 진료비를 적용받을 수 있다.

안산시 지역의 의료복지사회적협동조합은 지방자치단체 및 지역사회 내 여러 단체와의 업무협약을 통해 상호협력과 상생을

Table 4. National Health Insurance (NHI) coverages of dental clinics by regions (2010)

Region	Total dental expenses (million KRW)	NHI pay (million KRW)	NHI coverage (%)
National	6,180,649	979,364	15.85
Seoul	1,699,580	231,392	13.61
Busan	445,686	68,254	15.31
Daegu	283,551	51,534	18.17
Incheon	321,227	54,070	16.83
Gwangju	180,525	32,165	17.82
Daejeon	204,102	34,811	17.06
Ulsan	161,718	20,499	12.68
Gyeonggi-do	1,371,855	223,021	16.26
Gangwon-do	156,536	26,683	17.05
Chungcheongbuk-do	158,931	28,388	17.86
Chungcheongnam-do	203,732	33,573	16.48
Jeollabuk-do	199,312	38,738	19.44
Jeollanam-do	170,407	29,382	17.24
Gyeongsangbuk-do	243,034	42,030	17.29
Gyeongsangnam-do	321,343	53,456	16.64
Jeju	59,110	11,367	19.23

Table 3. National Health Insurance (NHI) coverages of dental clinics in health welfare social cooperatives (2014-2015)

Dental clinic	Region	Total dental expenses (KRW)	NHI pay (KRW)	NHI coverage (%)
A	Seoul	483,039,516	147,359,880	30.51
B	Seoul	261,629,630	108,997,250	41.66
C	Incheon	845,802,810	351,721,780	41.58
D	Gyeonggi	1,020,011,740	176,802,780	17.33
E	Gyeonggi	1,858,542,960	287,958,040	15.49

도모하는 한편 조합원을 위한 다양한 소모임과 프로그램을 운영함으로써 공동체 구성원들의 삶의 질 향상과 지속가능한 사회 구현의 실현을 위해 앞장서고 있다. 이 과정에서 구성원 간의 내부갈등이 발생할 수 있으나 최우선 가치에 대한 합의를 통해 갈등을 완화하고자 노력하고 있다. 아래는 서울시 성동구 지역의 의료복지사회적협동조합과 안산시 지역의 의료복지사회적협동조합에 대한 인터뷰 정리 결과이다.

서울시 성동구 지역 의료복지사회적협동조합 개황

태동 배경

- 협동조합형식의 치과 설립에 대한 성동구 주민들의 욕구 및 열망이 있었고, 결합할 수 있는 요소들(치과의사 및 교수 등)이 가장 적절히 모여 의료복지사회적협동조합을 설립하게 되었음

운영현황

- 2013년 발기인회 및 창립총회
- 2014년 개원(우리나라 최초의 치과협동조합)
- 조합원은 약 900명(2015년 기준)
- 총 직원은 5명(2015년 기준): 치과의사 1명, 치과위생사 2명, 사무국장 1명, 행정업무담당 1명
- 이사진은 총 9명으로 구성되었으며, 절반이 지역사회 활동가임
- 조합원은 비급여 진료비의 10% 할인 및 각종 소모임 참여 가능

협동조합 간 협동 및 지역사회 기여를 위한 활동

- 2014년 성동구와 MOU 체결
- 2014년 여성건강리더학교 주최
- 조합원을 위한 건강 소모임(걷기, 먹거리 등), 풍선아트 소모임 등을 운영
- 지역사회 내 단체들과 연대하여 열린 강좌 개설
- 비조합원을 위한 건강강좌 진행

운영상 문제점 및 개선방안

- 민주적 운영의 가치와 원칙을 지키다 보니 종종 의사결정 속도가 느리다는 문제점이 발생
- 수익 창출이라는 현실적 고민은 있으나 아직 운영 초기단계이기 때문에 비판적이지 않음

기타

- 보건의료인력(치과위생사)을 확대할 계획임
- 향후 진료과 확장에 대한 계획을 하고 있음

안산시 지역 의료복지사회적협동조합 개황

태동 배경

- 공급자 중심의 의료서비스체계가 심화됨에 따라 정부와 국민, 의료공급자 간에 불신이 뿌리 깊게 형성됨. 새로운 방식을 통해

문제를 해결하고자 2000년대 부터 지역사회를 중심으로 건강공동체를 건설하는 의료생활협동조합운동이 확산되었음. 당시 해당 지역에서는 노동운동단체, 시민운동단체의 활동이 활발했었고, 이러한 단체들과 함께 주민이 주축이 되어 의료생활을 설립하게 되었음

운영현황

- 1999년 발기인회, 2000년 창립총회
- 2000년 의원, 한의원 개원
- 조합원은 약 5,000명(2015년 기준)
- 총 직원은 95명(2015년 기준): 가정의학과 전문의 4명, 한의사 1명, 치과의사 2명, 영양보호사 약 50명, 간호사, 치과위생사, 간호조무사, 사회복지사, 행정직원들로 구성
- 보건예방담당 간호사 근무
- 가정의학과, 치과, 한의원, 건강검진센터, 재가장기요양센터, 요양원, 가정간호사업소로 구성
- 한 달 급여로 약 2억원 정도 지출되며 손익분기점은 약 3억 3천 만원
- 거리가 먼 지역에 거주하는 조합원들을 위해 2015년 부터 제2 진료소를 운영 중
- 2013년 의료생활협에서 의료복지사회적협동조합으로 전환
- 조합원은 진료비의 비급여 항목을 할인받거나 조합원가가 적용되며, 다양한 소모임 및 건강강좌 참여 가능
- 조합원의 평균 연령대 : 40~50대

협동조합 간 협동 및 지역사회 기여를 위한 활동

- 2010년 안산시와 MOU 체결
- 2010년 상록장애인생활자립센터와 MOU 체결
- 2013년 국민건강보험공단과 MOU 체결
- 2015년 장애인주치의사업 시작
- 다양한 소모임(자원봉사단, 댄스, 여성자조모임, 산악회, 건강실천모임, 장터, 책/영화모임 등)을 운영
- 매년 조합원을 대상으로 건강강좌(구강보건교육 및 영유아건강관리 등) 개설

운영상 문제점 및 개선방안

- 의료진과 협동조합운동 활동가 사이에 갈등이나 대립이 발생할 수 있음. 이를 원만히 해결하기 위해서는 의료생활의 가치를 공유하는 의료진의 합류가 제일 중요함
- 협동조합 경영의 지속가능성을 뒷받침하기 위해서는 조합이 추구하는 가치와 원칙만큼 사업의 성과 또한 중요함
- 장기적인 관점에서는 지역사회 내 단체들과의 연대 또는 민관 거버넌스의 활성화를 통해 시너지효과를 창출해내는 노력이 필요함

기타

- 타 지역에서도 치과, 한의원 진료를 위해 방문하시는 분들 계심

고 안

의료복지사회적협동조합 치과의원의 건강보험 보장률은 15.49%에서 41.66%로 전국 광역시도별 치과의원의 건강보험 보장률이 12.69%에서 19.44%인데 비해 변이의 폭이 컸다. 김경아 외²⁷⁾는 비급여에 해당하는 진료항목이 다수 차지하는 경우 건강보험 환자가 부담하는 고액 진료비의 지출 비중이 높으며, 이는 건강보험 보장률의 하향화 및 피보험자들의 경제적 위험을 야기할 수 있음을 지적하고 있다. 치과의원 건강보험 보장률이 20% 미만인 의료복지사회적협동조합 치과의원들은 비급여 진료인 보철과 치과교정 진료가 전체 진료의 상당 부분을 차지하고 있는 것으로 보였다. 비급여본인부담금 비율이 높은 치과의료의 특징에도 불구하고, 기존의 치과의원과 의료복지사회적협동조합 치과의원의 기본 구조 및 지향점이 다르다는 사실에 주목해야 할 필요가 있다. 의료복지사회적협동조합 의료기관 관계자조차도 동 기관이 지역주민에게 밀착하여 저렴한 의료서비스를 제공하는 진보적 지향을 하는 의료기관의 하나라고 생각하는 경향이 있다.

1995년 국제협동조합연맹이 만든 선언²⁸⁾에 따르면 협동조합의 원칙은 다음과 같다. ① 자발적이고 개방적인 조합원 제도 ② 조합원에 의한 민주적 관리 ③ 조합원의 경제적 참여 ④ 자율과 독립 ⑤ 교육, 훈련 및 정보제공 ⑥ 협동조합 간의 협동 ⑦ 지역사회에 대한 기여. 이러한 원칙의 흐름 속에서 의료복지사회적협동조합은 의료현장이 환자의 권리가 지켜지는 생명의 현장이 되며 조합원과 지역주민들의 요구에 맞는 투명한 경영을 실천하도록 민주적인 의료현장을 만들고, 건강교육과 소모임을 통한 사람 사이 협동과 좋은 건강 습관을 창조하며, 지역주민단체와의 연대를 통하여 건강한 마을 만들기를 위한 구체적 활동을 해왔다²⁹⁾.

신종욱³⁰⁾은 의료복지사회적협동조합의 등장이 비록 전면적 쇄신의 대안은 아닐지라도 진정한 의미의 일차의료의 구현과 비대칭 정보문제의 해소 등을 통해 보건의료체계의 한 축으로서 효율성과 형평성 제고에 상당한 의미를 가질 수 있으며, 영리 추구 민간의료 기관과의 비교와 경쟁을 통해 보건의료시스템을 업그레이드시킬 수 있는 파급 효과를 발생시킬 가능성도 가지고 있다고 하였다.

건강보험 보장률 상위 두 곳의 의료복지사회적협동조합 치과의원은 전국 치과의원 건강보험 보장률 평균의 2.62배나 높았다. 건강보험 보장률이 가장 높은 서울특별시의 'B' 의료복지사회적협동조합 치과의원과 인천광역시의 'C' 의료복지사회적협동조합 치과의원은 시민단체와 연계한 치과의사('B') 혹은 지역사회 치과의사('C')가 주축이 되어 의료복지사회적협동조합을 만들었다는 특징이 있었다.

조병희³¹⁾는 실천방법을 중심으로 건강증진을 크게 세 가지로 분류하였다. 생활습관 접근법은 교육을 통한 지식과 태도의 전달, 행동 변화를 끌어내기 위한 기술 제공, 자존감을 향상을 통한 효과성 증진에 해당하며 이를 토대로 이환율 및 조기 사망과 관련된 행동 위험 요인을 확인, 감소시키는 것에 중점을 둔다. 구조주의적 접근법은 건강위험 행동에 대한 정치적 과정에 초점을 맞춘다. 지역사회 접근법은 지역사회 조직자원의 개발, 협력, 연대, 참여를

바탕으로 구성원의 역량을 강화하며 건강증진과 삶의 질 향상 및 건강한 지역을 만드는 과정을 중요시한다. 의료복지사회적협동조합은 예방과 진료를 모두 포괄하여 지역과 지역주민의 건강증진 및 보건의료의 형평성 제고를 최우선 과제로 삼는다는 측면에서 생활습관 접근법과 지역사회 접근법의 성격을 가지며, 지역사회 조합원의 참여에 의한 건강한 환경을 만들기 위한 행동을 추구한다는 점에서 구조주의적 접근법의 성격도 지닌다.

서울특별시의 'B' 의료복지사회적협동조합은 이러한 사회적 가치의 실현을 위해 사업계획에 예방중심의 진료와 건강보험진료와 비보험 진료의 비율을 50:50으로 하겠다는 계획을 세우고 있으나 총 진료비가 타 의료복지사회적협동조합에 비해 현저히 낮았다. 이는 현행 건강보험수가가 낮고, 예방중심 진료에 대한 보험수가가 산정되어 있지 않거나 너무 낮아 이러한 진료행태를 추구하는 의료기관은 필연적으로 재정상의 어려움을 겪고 있기 때문이다. 따라서 비보험 진료서비스를 적게 제공하고, 예방 및 적정진료를 추구하는 건전한 의료협동조합의 경우 '사업의 확장-조합원의 참여-이윤의 재투자'라는 선순환 구조의 구축을 위해 정부의 경제적 지원과 인센티브 제공 및 자체적 수익성 제고 방안이 모색되어야 할 것으로 보인다. 다만 이러한 정책적 지원은 의료복지사회적협동조합뿐만 아니라 일반 의료기관에도 동일하게 적용되어야 할 것이다.

의료복지사회적협동조합의 개황을 분석한 결과, 운영 기간에 따른 사업의 구성과 규모적 차이는 있지만, 사회적 성과를 통한 가치의 실현적 측면에서는 몇 가지 공통점이 발견되었다. 첫째, 주민의 자발적 참여와 자치를 보장하며 지역사회가 중심이 된 건강공동체를 구축하고자 하였다. 둘째, 협동조합 간의 협동 및 상생을 통해 지역사회에 기여하고자 하였다. 셋째, 사회적 가치의 실현뿐만 아니라 조합의 자립과 지속적 성장에 필요한 전략을 꾸준히 모색하였다. 이러한 점은 의료복지사회적협동조합이 협동조합으로서의 고수해야 할 정체성을 지키며 이를 조합 경영에 반영하고 있음을 나타낸다.

본 연구의 한계는 1) 의료복지사회적협동조합 치과의원 자료가 2014-2015년 자료인데 반해 전국 치과의원 자료는 2010년 자료여서 비교 자료 간 시간의 차이가 있다는 점 2) 의료복지사회적협동조합 치과의원의 건강보험 보장률은 동일 자료에서 계산했지만, 전국 치과의원의 건강보험 보장률은 서로 다른 자료에서 계산했다는 점 3) 의료복지사회적협동조합 치과의원의 수가 적어 치과의료의 사회적 경제라는 일반화가 어렵다는 점 4) 치과의료의 사회적 경제로서 지표를 건강보험 보장률 하나로 보았다는 점이다.

그럼에도 불구하고 본 연구의 장점은 1) 의료복지사회적협동조합의 건강보험 보장률 현황을 최초로 보여주었다는 점 2) 의료복지사회적협동조합 치과의원의 대부분을 조사하였다는 점에 있다.

결 론

1. 의료복지사회적협동조합 치과의원의 건강보험 보장률은 일

반 치과위원의 0.97배부터 2.62배까지 다양했다.

2. 의료복지사회적협동조합의 건강보험 보장률은 의료인의 경영 개입과 관계있는 것으로 보였다.

3. 사회적 경제로서 유의미한 의료복지사회적협동조합을 만들기 위해 의료인의 책임 있는 운영이 필요한 것으로 보였다.

References

1. The Change. Social Agenda, The Project in 2012, Social economy as a new power of the Korean economy [Internet]. [cited 2016 Dec 22]. Available from: http://thechange.kr/board/?mid=socialagendacolloquium&document_srl=6270
2. Shin MH. A study of conceptualizing 'social economy' in the context of Korean society. J Korean Social Trend Perspective 2009;75:11-46.
3. Jang WB. Alternative conceptualization of social economy: issues and tasks. Civil society & NGO 2007;5:11-43.
4. Song WJ. Technology aiming at solving the social problems: social technology. Seoul:Science and Technology Policy Institute;2011:5-20.
5. Ministry of Health & Welfare. Korea Health Statistics 2014: Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES VI-2). Sejong:Ministry of Health & Welfare;2015:265.
6. Ministry of Health & Welfare. Korea Health Statistics 2014: Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES VI-2). Sejong:Ministry of Health & Welfare;2015:268.
7. Ministry of Health & Welfare. Korea Health Statistics 2014: Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES VI-2). Sejong:Ministry of Health & Welfare;2015:272.
8. Ministry of Health & Welfare. Korea Health Statistics 2014: Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES VI-2). Sejong:Ministry of Health & Welfare;2015:122.
9. Ministry of Health & Welfare. Korea Health Statistics 2014: Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES VI-2). Sejong:Ministry of Health & Welfare;2015:124-127.
10. Health Insurance Policy Research Institute. National Health Insurance Patient Medical Expense Survey 2014. Wonju:National Health Insurance Service;2015:36.
11. Ahn E, Shin H. On decomposing the determinants of dental utilization inequalities. Stat Res 2015;20:140-159.
12. Kim BS, Kim HH. A Study on Practitioner's Involvement in Anseong Medical Cooperation: Focusing on Healthcare Practitioners in Early Days. J Korean Social Welfare Admin 2005;7:137-172.
13. Song YS. Healthy village made by ourselves-Incheon peace & health cooperative. People & idea 2009;3:8-11.
14. Ministry of Health & Welfare. Announcement, Press Release, Exposure of 53 illegal clinics under the mask of healthy cooperative [Internet]. [cited 2016 Dec 22]. Available from: http://www.mohw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=9&CONT_SEQ=329032
15. Kim JR, Paik NB, Lee YH. The Present Situation, Problems, Improving Plans about the Establishment and the Operation of a Medical Association - Mainly on the Violations of the Rules Regulating Medical Institute's Opening. Med Law 2015;16:227-261.
16. Korea Health Welfare Social Cooperative Federation. Membership status [Internet]. [cited 2016 Dec 22]. Available from: http://hwso-coop.or.kr/korea-association-of-health-and-welfare-and-social-cooperatives/union-status/page/3/?keyword&chains&area&select_search
17. Healthy Health Welfare Social Cooperative. [Internet]. [cited 2016 Dec 22]. Available from: <http://www.healthycorp.co.kr>
18. Mindle Health Welfare Social Cooperative. [Internet]. [cited 2016 Dec 22]. Available from: <http://www.mindlle.org>
19. Seoul Health Welfare Social Cooperative. [Internet]. [cited 2016 Dec 22]. Available from: <http://medcoop.org>
20. Siheung Hope Health Welfare Social Cooperative. [Internet]. [cited 2016 Dec 22]. Available from: <http://www.shmedcoop.com/main/main.php>
21. Ansan Health Welfare Social Cooperative. [Internet]. [cited 2016 Dec 22]. Available from: <http://www.asmedcoop.org/>
22. Ansung Health Welfare Social Cooperative. [Internet]. [cited 2016 Dec 22]. Available from: https://asmedcoop.or.kr:50007/main/as_stat_join.php
23. Incheon Peace Health Welfare Social Cooperative. [Internet]. [cited 2016 Dec 22]. Available from: <http://icmedcoop.or.kr/>
24. Together Health Welfare Social Cooperative. [Internet]. [cited 2016 Dec 22]. Available from: <http://www.healthcoop.or.kr/>
25. Research Institute for Health Policy. Actual condition and improvement plan of medical cooperative. Seoul:Korea Medical Association;2015:49-54.
26. Korean Statistical Information Service. Medical Care Institutions [Internet]. [cited 2016 Dec 22]. Available from: http://kosis.kr/statisticsList/statisticsList_01List.jsp?parentId=D.1:D1.2:D1C.3:350_35001.4:350_35001.5#SubCont
27. Kim KA, Shine EK, Beak SS, Choi YS, Jung KT. A Study on Catastrophic User-Paid Expenditure Attributes for Patient in National Health Insurance. The Korean Journal of Health Economics and Policy 2011;17:75-99.
28. International Co-operative Alliance. Co-operative identity, values & principles [Internet]. [cited 2016 Dec 22]. Available from: <http://ica.coop/en/whats-co-op/co-operative-identity-values-principles>
29. Leem JH. Status and view of medical co-operative. Korean J of Health Policy Adm 2013;5:391-398.
30. Synn JW. The Search for the Role of the Health Cooperatives in Reforming National Health Care System. Korean Social Security Studies 2014;30:151-182.
31. Cho BH. Health Promotion Concepts and Theories. J Korean Oncol Nurs 2008;8 Suppl 1:9-20.