

Special

건강보험 보장성강화가
병원경영에 미치는 영향

글 · 양 명 생
한국병원경영연구원

I. 보장성 강화정책추진 배경 이해

우리나라 건강보험은 지난 28년간 “저부담 저급여”에 기초하여 적용인구 확대에 중점을 뒀었다는 주장에 이론의 여지가 없다고 본다. 월정 소득이 확보된 직능인 직장근로자를 제일 먼저 그것도 단위사업장별 근로자수가 일정수준 이상이 되는 큰 사업장에서부터 점차적으로 작은 사업장으로 확대 적용하여 오면서 보험적용소외로 상대적 높은 의료수가를 적용 부담하여야 하는 자영자, 그 자영자 중 월간 소득기반이 약한 농어촌 지역 주민을 우선 앞당겨 보험적용대상으로 한 후 도시자영자를 1년 후에 작용하여 1989년 7월 1일 명실상부한 “전국민 의료보험”을 달성하는 과정에서 보험재정 부담이 높은 고가장비 이용 진료 행위(MRI, CT, sonogram 등)와 고가수입의약품, 고가치료재료 등과 보험급여화함에 따른 공동 부담 재원으로 보호해 줄 가치성과 타당성 및 우선순위 검토과정에서 부적합 및 유보 등으로 100/100 본인부담 또는 비급여 항목으로 결정되어 전액 본인이 부담함에 따라 법정 보험급여율인 입원 20%, 외래 30~50% 보다 본인 부담률이 월등히 높았으며, 외래의 경우에는 만성신부전증으로 인한 혈액투석 환자, 혈우병 환자등 평생 치료를 받아야 할 환자의 외래 진

료비로 입원부담률 (20%)에 의하고, 종합요양기관의 외래 진찰료의 전액 본인부담, 일정금액 이하의 외래진료비에 대한 본인부담정액제 운용 등으로 건강보험심사평가원의 통계발표에 의하면 2004년도 외래 진료비 본인부담률은 총 평균 30.65%로 집계되었다. 요양기관 중 별로 볼 때 약간의 차이가 있으나 보건기관 20.23%로 제일 낮고 종합전문기관 49.04%로 제일 높게 나타났다.

2005년 상반기 실적은 작년보다 약간 본인부담율이 낮은 총평균 30.09%, 제일 낮은 보건기관 19.92%, 제일 높은 종합전문요양기관 46.95%로 집계되었다.

1989년 7월 ‘전국민의료보험실시’ 되었으나 약국의 보험요양기관 참여가 불발됨에 따라 ‘전국민의료보험출범’에 차질이 생겨 이를 해결하는 방안으로 그해 10월부터 약국의 임의 관행조제투약 범위 중 일부분만 허용하는 “약국의료보험”이 의약분업 도입 시행시까지 한시적으로 시행됨으로써 “전국민의료보험출범”은 순조롭게 착륙하게 되었다.

1993년 2월 약사법시행규칙에서 규제한 ‘약국의 한약장 설치 금지’ 조항의 삭제로 소위 “한약 파동”이 불거져 1999년 7월 7일부터 “의약분업”을 시행 하도록 약사법 개정안이 국회를 통과함에 따라 의약분업의 시행은 예정된 시간표대로 다가오고 있었으나 준비 미비 등의 이유로 1년이 연기되는 약사법 개정을 거쳐 2000년 7월 의약분업의 시대를 맞게 되었으나 의료계의 반대에 부딪쳐 그 시행이 표류되다가 2000년 10월부터 본격적인 “의약분업의 시대”를 열게 된 것이다.

그러나 약국의 임의조제 판매물량이 보험급여화 변동에 미칠 영향을 과소평가하고 의료기관 외래 투약물량이 원외처방에 의해 약국으로 단순히 수평이동 된다는 가설아래 요양급여 비용증가 폭을 적게 잡았으며, 또한 2000년도에 반영될 보험수가가 1999년 11월 15일 이후 2000. 4. 1, 2000. 7. 1, 2000. 9. 1 등 4차례 합계가 30.7%나 인상됨으로써 대학병원, 종합병원 등 봉직의사의 개업리시를 불러일으켜 대학병원과 종합병원의 인기 전문 의사 공백으로 의대생 및 수련의 교육에 차질까지 빚게 된 사상 초유의 의료대란까지 일어나게 되었으며, 보험료 인상으로도 급증하는 보험재정을 충당할 길이 없어 급기야 2002. 1. 19 법률

제 6620호로 “국민건강보험재정 건전화 특별법”을 제정 공포하게 되었고, 동법 시행령 (2002. 3. 25 대통령령 제17552조)을 제정 공포하면서 동시행령 제2조(지역가입자의 보험료액), 제3조(직장가입자의 보험료율)에 각각 등급별 적용점수와 보험료율을 정하면서 인상하였으며, 한편 2001. 1. 1 부로 수가 계약제에 의한 행위점수당 단가를 정하면서 평균수가 인상률을 7.08% 인상하였다가 2002. 4. 1자로 행위별 점수당 단가를 평균 2.90%를 인하한 보험수가관리 역사상 처음있는 사건이 있었다.

이때 의사의 고유권한이면서 의무행위에 해당하는 “처방행위”에 대한 보상수가인 “처방료”를 없애고 야간진찰, 소아환자진찰 등 진찰행위에도 난이도에 따른 기술행위 가산율이 적용되는 점을 배제하기 위해 진찰행위와는 별개인 의사의 고도의 전문적 기술행위로서 인정되어온 “처방료”를 외래 환자관리료에 포함시켜 고시함과 아울러 1인 의사 1일 75명 환자 진찰시 소정진찰료 100%인정, 75명 초과 시 진찰료 감액 등 소위 “진찰료 차등제”를 도입하여 실질적 진료수입 손실 영향은 인하율 2.90%를 훨씬 초과하는 것으로 거의 모든 요양기관이 실제 병원경영 현장에서 체험한 것이 사실임이 병·의원 폐업 및 여러 발표 논문등에서 알 수 있는 것이다.

한편, 의사들의 의약분업 참여를 유도하기 위하여 의사처방 내역에 대한 ‘무심사방침’과 공언은 2001년 3월에 의사처방내역과 약국조제 투약내역의 ‘연계심사실시지침’이 시달되어 6개월간의 전산시스템 개발을 거쳐 2001년 10월 심사부터 외래 환자에 대한 처방전 내역에 대해서도 심사조정하게 되었으며 주사제, 항생제 및 고가약 등에 대한 투약평가제 도입 및 해당 요양기관에 평가결과통보제 실시는 약제비 억제에 시너지 효과를 가져오게 되었다.

그리고 심평원을 동원한 요양기관 실사 대상 확대 및 강화와 보험공단이 확대 및 활성화한 수진내역 통보제는 요양기관측 담당의사의 소신 및 필요진료행위 위축 등으로 연계되면서 의원 및 병원개원 러시현상이 소강상태로 접어들고 2003년도부터는 더 잘되는 대형병원과 잘안되어서 폐업하는 병·의원이 증가하는 양극화 현상이 일어나기 시작하였다.

2004년도에 건강보험과 의료급여 총 요양급여비용 약 25조원 중 26.7%에 해당하는 6조6천588억원이 전국 18,500여 곳의 약국에 약제비로 배분됨으로써 당초 예측한 의약분업시 증가예상액을 상회한 결과를 가져왔다는데 대하여는 누구도 부인 하지 않을 것으로 본다. 의약분업설계 잘못으로 초래된 보험재정 파탄사태는 앞에서 언급한 바와 같이 보험수가 인하 및 의사의 처방전 폐지가 주효하여 임시 수습은 되었지만, 그 결과는 2004년도에 당기 수익이 1조 3천억원이나 발생하는 이번까지 발생하였으나, 다른 한편에서는 당기순이익이 생긴 것은 그간 인상한 보험료와 지원받은 국고 그리고 담뱃값 인상으로 건강증진기금지원액 증가의 덕으로 돌려 원가보상수준 미달인 보험수가 특히 입원료, 수술비 등의 인상에는 인색하면서도 그리고 건강보험법 제36조에 규정한 '준비금' 적립도 충분치 못한 상태에서 마치 가입자에게 되돌려 주는양 2004. 12월 건강보험정책심의위원회(약칭 건정심)에서 2005년도에 급여확대항목에 6,800억원 투입을 포함하여 총 1조3천억원을 보장성 강화에 투입한다고 발표하였다.

II. 보장성 강화의 필요성 제기

인구의 고령화는 노인인구의 증중, 만성 질환율이 높아지고 이에 따른 의료수요와 의료비용 증가는 필연적인 상황이므로 현행 우리나라의 건강보험제도의 역할을 재정립할 필요성이 보장성 강화에 화두의 우두머리를 장식하고 있다.

노인에 대한 연령 기준을 65세로 선정한 것은 1889년 독일이 최초이며 이후 각국에서 통용되어 오고 있으며 우리나라도 노인복지법령을 비롯한 각종 법적기준에 준용하고 있는 실정이다. 65세 이상 노인 인구 비율이 7.0%를 초과하면 고령화사회(aging society)라 하고 14% 이상~20%미만이면 고령사회(aged society)라 하고 20%이상이면 초고령사회(super-aged society)라고 분류하고 있다. 우리나라가 벌써 고령화사회로 진입함에 따라 소득이 상대적으로 감소한 노인의 요급여비용 부담이 노령인구의 노후 삶의 질을 저하하기 때문에 보험급여율을 대폭 높여주어야 한다는 여론도 만만찮다. 또 한편으론 연령계층에 관계없이 평생을 불행한 난치성 질환으로 살아가야 하는 중증환자의 의료비 경감과 정상적 사회경제적 활동

은 할 수 있으나 평생을 지속적인 치료와 투약이 필요로 하는 환자의 의료비 경감에 대한 조치가 하루속히 이루어지기를 바라는 국민도 많은 형편이다.

2004년도 건강보험요양급여비용 중 의료기관, 보건기관 및 약국의 총평균급여율 72.01%(본인부담률 27.99%)이나 비급여항목부분이 차지하는 진료부분이 많기 때문에 보장성이 미약하다는 비판을 많이 받고 있다. 이는 마치 의료기관이 비급여항목을 임의로 정하여 마음대로 진료비를 받는 것처럼 일부국민들은 잘못 알고 있는 경우도 많은 편이다. 지금은 비급여항목도 정부가 고시를 하고 있으며 심지어 급여항목 가운데에도 가격을 결정해 놓고 본인부담 100분의100으로 고시한 항목도 많기 때문에 의료기관에서 환자측이 실제로 부담하는 의료비는 정부가 늘 발표하는 본인부담률과 차이가 많다는 불평이 있는 것이다. 이와 같은 이유는 의료수가 즉 보험수가가 높아져서 아니고 우리나라 국민이 매월 부담하는 보험료가 낮기 때문이라고 이해하는 국민이 이외로 적은 실정이다. OECD나라들의 직장보험가입 근로자의 보험료 부담비율을 보면 독일(14.0%), 일본(8.5%), 프랑스(13.6%), 벨기에(7.4%), 대만(9.1%) 등이나 이들 나라에 비하여 우리나라는 매우 낮아(4.3%) '저부담-저급여'의 보험급여설계가 부득이한 형편이다. 또한, 외래 진료비용이 입원진료비용보다 더 많이 소모되는 태생적 문제점을 안고 있기 때문인 것도 이해되어야 할 내용이다.

선진외국의 경우에는 의료비총액중 입원의료비70%, 외래의료비30%로 구성되어 있는데 반하여 우리나라는 그 정반대로 의료비용이 배분(2004년도 보험진료비중 입원요양급여비 약5조9천4백억원으로 26.55%, 외래요양급여비 약16조4천2백억원으로 73.45%임)되고 있는 점 또한 보장성 강화의 필요성과 그 해결방안 모색이 지금의 보험급여체계 개선 과제로 부상할 수 밖에 없는 현실로 받아들여지고 있다고 본다.

정부에서 최근 발표한 “주요 암 환자의 비용 부담 현황”과 “입원환자의 비급여 항목별 구성비”를 보면 다음과 같다.

〈주요 암의 비용부담 현황〉 (단위 : 원, %)

질병명(ICD-10)	입원과 외래		
	총 진료비	환자부담	부담률
골수성 백혈병(C92)	30,618,409	13,453,846	44.0
자궁경의 악성신생물(C53)	8,956,981	5,638,715	63.0
유방의 악성신생물(C50)	8,975,012	5,162,377	57.5
기관지 및 폐의 악성신생물(C34)	9,311,248	4,897,833	52.6
자궁체의 악성신생물(C54)	7,394,278	4,688,195	63.4
직장의 악성신생물(C20)	8,693,903	4,646,093	53.4
간 및 간내담관의 악성신생물(C22)	8,018,588	4,301,428	53.6
위의 악성신생물(C16)	7,859,134	4,217,032	53.7
결장의 악성신생물(C18)	7,883,121	4,161,495	52.8
직장S상결장접합부의 악성신생물(C19)	6,534,296	3,436,858	53.0

주 : ① 05.3월 주요병원 진료비(비급여 포함) 실태조사 결과

② 환자부담은 법정본인부담, 법정비급여, 선택진료비, 임의비급여 등 환자가 직접 병원에 지불하는 비용 모두 포함.

〈주요 암의 비용부담 현황〉 (단위 : 원, %)

비급여 항목	병실료 차액	식대	주사	수술	검사	MRI	초음파	치료 재료	지정 진료비	기타 비급여	계
%	23.5	20.7	6.7	3.6	5.2	5.4	11.0	5.1	13.1	5.8	100

※ 건강보험공단의 「건강보험환자의 본인부담 실태조사」(2004년)

위 <표> 내용을 보면 주요암환자의 총 진료비 중 본인부담률은 물론 외래 진료비도 포함 되어 있지만 입원 부담률 20% 기준을 훨씬 웃도는 50~60% 수준이다. 골수성 백혈병의 경우 외래 진료비 본인부담률은 입원 부담률 20%를 적용하고 있음에도 불구하고 44.0% 높은 부담률을 보이고 있다.

“입원환자의 비급여 항목별 구성비”를 보면 병실료 차액 23.5%, 식대 20.7%로 절반이상 차지하고 있다. 의료법령 및 국민건강보험법령에 따라 요양기관마다 임의 수가를 결정하여 관할 보건소에 신고하면 합법화를 인정하고 있는 “비급여대상”인 병실료 차액, 식대, 초음파, 지정진료비, 선택진료비의 4항목이 차지하고 있는 구성비가 무려 68.3%나 되어 소비자 및 시민단체로부터 보험급여화를 요구하는 빌미가 되었다고 볼 수 있다. 이와 같이 비급여

대상비용 점유율이 높은 것은 한편으로 급여 대상이 되는 행위료인 수술료, 검사 등의 난이도, 소요시간, 투입인력, 재료대등의 원가가 제대로 반영되지 못한 현행 보험수가의 구조적 문제점이 해결되지 못하고 있는점도 간과해서는 안된다고 보아야 할 것이다. 점유율이란 상대적이기 때문에 의료기술행위료가 제대로 보상받는 가격이 형성되면 다른비용의 점유율도 상대적으로 낮아질 수 있기 때문이다. 이유야 어떻든 간에 진료비 영수증 상에 나타난 본인 부담금 수준은 연간 가계 경제에 어느 정도 영향을 미치고 있는 보험료 부담액 수준과 비교해 볼 때 크게 도움이 안된다는 인식을 하는데 공감대가 형성되고 있기 때문에 건강보험급여 수준의 보장성 강화 주장이 국민들에게 받아들여지고 동시에 그 필요성에 대한 반론을 제기 할 수 있는 사회적 분위기가 아닌 것으로 파악되고 있다.

III. 보장성 강화 내용

2004. 12월 “건강보험정책심의위원회”에서 합의한 2005년도 총 1조3천억원을 “보장성강화”에 투입하되 개별급여항목에는 연간 6,800억원을 투입한다고 발표하였다. ‘추진중’으로 표기된 항목 이외의 대상항목은 2005.10월 현재 기준으로 볼 때 이미 시행중에 있는 항목도 금년 중에 시행되거나 금년 11월에 시행되거나 늦어도 금년 11월 중순께 결정될 내년도 수가 인상율과 12월 말경 발표될 내년도 요양급여기준에 고시되어 내년도 1월1일부터 보험급여 대상이 될 것으로 보여진다.

〈건정심에서 사용처가 결정된 급여확대 계획의 추진현황〉

시행시기	대상 항목	근거 규정	비고
2004.12월	미숙아 약제 급여, 산전검사	국민건강보험법시행령, 요양급여의 적용기준 등 세부사항(고시)	
2005.1월	MRI(자기공명영상)	요양급여기준규칙, 상대가치점수고시 등	
	분만시 본인부담 면제	국민건강보험법시행령	
	정신질환 외래 본인부담 경감 (30~50% → 20%)	본인일부부담금산정특례(고시)	
	미숙아 지원(본인부담 면제)	국민건강보험법시행령	
	연골무형성증 급여기준 확대	요양급여외적용기준등 세부사항(고시)	
	인도사이아닌그린 검사	약제급여목록고시	
	두개강내 신경자극지	치료재료목록고시	

시행시기	대상 항목	근거 규정	비고
2005.1월	미주신경자극기	치료재료목록고시	
	인광와우 급여	치료재료목록고시	
	조혈모세포수집용 키트	치료재료목록고시	
	희귀·난치성 질환의 산정특례 확대 (약제는 3/4분기)	본인일부부담금산정특례(고시) 요양급여외적용기준등세부사항(고시)	
1/4분기	장애인보장구(전동휠체어 등)급여 확대	국민건강보험법시행규칙	
	만성신부전환자 조혈제 급여기준완화	요양급여의 적용기준 등 세부사항(고시)	
	중추성사춘기 조발증 GnRH 주사제와 성장호르몬 주사제 병용	요양급여의 적용기준 등 세부사항(고시)	
2/4분기	간장 췌장 폐 등 장기이식시 적출술 및 이식술료	행위상대가치점수(고시), 요양급여의 적용기 준 등 세부사항(고시)	추진 중
	골다공증 치료제 급여기간 연장 (90일 → 180일)	요양급여외적용기준 등 세부사항(고시)	
	안면화상 급여확대(연내 시행)	요양급여기준규칙	추진 중
	의약분업 예외 경감(장애인 등, 30%)	국민건강보험법시행령	추진 중
3/4분기	소이증(연내 시행)	요양급여의기준규칙	추진 중
	희귀·난치성 질환 약제	본인일부부담금산정특례(고시) 요양급여외적용기준등세부사항(고시)	추진 중
	하반기	100/100전액부담 행위, 치료재료 본인 일부부담으로 전환(일부, 상반기)	국민건강보험법시행규칙 치료재료급여목록고시
특정암검사 본인부담 경감(하반기)		건강검진실시기준(고시)	추진 중

또한 내년부터 3대 비급여 중 하나인 식대를 보험적용시키되 '참조가격제'가 아닌 정부가 정하는 '고시가제'가 될 것이라는 방향이 잡혀가고 있는 것으로 알려지고 있는 실정이다. 보건복지부가 건강보험공단 연구센터에 연구토록 의뢰함에 따라 상당히 진척되고 있다고 보아진다. 한편, 최근 보건복지부는 6세 미만의 아동 환자에게 본인부담금을 완전 면제해주고, 비급여항목이었던 내시경수술재료대를 보험급여시키고, 암 등 중증질환에 대해 개심술 개두술 등에 한정하여 적용되어온 본인부담금 인하를 중재적시술환자에 대해서도 현행 20% 본인부담율을 10%수준으로 낮추어 주기위해 금년에 추가로 2,300억원의 재원을 추가 투입함으로써 당초 총1조3천억원이 1조5천억원으로 늘어나게 되었다고 발표하였다. 이는 지난 10월 25일 "건강심" 제14차 회의에서 지난 9월에 '제도개선 소위원회'에서 의결했던 내용을 심의한것이다. 추가 투입액 2,300억원은 6세미만 아동 본인부담면제에 1,100억원 투입, 내시경수술 재료에 400억원 투입, 기타에 800억원 투입한다고 되어있다.

IV. 보장성강화 조치가 병원경영에 미치는 영향

이와 같은 보험급여의 보장성강화 조치가 과연 병원경영에 어떤 영향을 미칠 것인가 하는데 대하여는 의료계는 초미의 관심사이며 개개 병원으로써는 과연 수익이 신장 될 것인지 아니면 감소될 것인지에 대한 예측 추계에 영일이 없을 것으로 보여진다.

그러나 보장성강화 내용을 자세히 들여다보면 의료기관중 의원급보다 병원 그것도종합병원중 대학병원급 대형병원에 미칠영향이 상대적으로 크다고 볼 수 있을 것 같다. 암환자나 장기이식술, 희귀·난치성 질환등에 대한 진단, 치료등은 주로 대학병원등에서 이루어지기 때문이다. 급여확대가되는 시술이나 재료등이 현재 가격통제가 안된 경우에는 오히려 임의 수가를 받아오던 것이 임의수가보다 낮은 수가로 통제되면 해당 요양기관의 수입은 적어질 수밖에 없을것이다. 다만, 비싼 본인부담 때문에 진료를 포기하여 왔거나 미루어온 환자의 경우에는 치료의욕을 주어 병원 수진을 촉진하여 새로운 의료수익 창출이 될 수 있을것이다.

급여확대내용중 가격이 결정되었으나 보험재정상 부득이 100분의100 본인부담시켜온 항목은 보험급여를 함으로써 환자에게는 비용경감효과가 있겠지만 요양기관으로써는 오히려 수익에 차질이 올 수 있다. 즉, 종전에는 환자로부터 전액 받을수 있지만 보험급여권에 들어 오면 본인부담금만 본인으로부터 직접 징수하고 보험자 부담금은 건강보험심사평가원에 청구하여 심사를 받게되고 또한 삭감·조정되는 경우도 발생할수 있기 때문에 비급여시보다 수익에 손실이 올 수밖에 없다고 보아야 할것이다.

그렇기 때문에 1조5천억원이 보험재정면에서는 새로운 의료비 발생으로 보이지만 요양기관으로써는 종전에 수입금으로 잡힌 의료비로도 볼 수 있는 것이다. 다만, 그 의료비가 다른 의료기관으로 흩어지면서 골고루 배분될것인가 아니면 특정의료기관으로 쏠릴것인가는 현재로서는 누구도 예측하기 어려운 문제인 것으로 본다. 만약, 잠자는 의료수요를 일으킬 수 있는 변수가 발견된다면 병원수익은 늘어날 수 있는것이다. 그러나 중·소형병원에서 신의료기술을 혁신적으로 도입할 수 있는 인적, 기술적 자원을 확보하기란 여간 어려운 문제가 아닐 수 없을 것이다.

그렇다면 보장성확대를 위한 보험진료비증액 조치는 일부대학병원과 특화진료를 개발·도입하고 있는 전문병원에서만 진료수입이 증가할 것이라고 보아도 무리가 없을 것이다.

따라서 보장성확대가 병원경영에 미칠 영향에 대해서는 전체병원보다는 개개병원의 특성에 따라 각양각색이 될 수 밖에 없을 것이며 그에 대한 수익효과 분석도 쉬운일이 아닌 것으로 보인다. 그러므로 각병원은 보장성확대 발표내용을 다각도로 면밀히 검토·분석하여 수익창출성 가치가 있는 것인지 여부를 판단한 후 그에 상응한 진료영역을 늘릴 것인지 인력, 시설, 장비를 보강할 것인지 등에 대한 준비과정을 거쳐야 할 것으로 본다.

약 25조원의 의료보장시장에서 1조5천억원의 보험재정이 새로 투입되는 것은 병원을 운영하는 경영자의 입장과 역할에서는 새로운 변화와 발전을 가져올 수 있는 기회로 삼을 수 있는지에 대해서도 관심을 가져볼 가치가 있을 것으로 본다.

우리나라 의료보장시장은 산재보험, 자동차보험시장까지 합하면 이미 30조원의 시장규모를 훨씬 넘겼다. 건강보험 급여내용이 충실하게되면 연쇄적으로 산재보험과 자동차보험에서도 급여내용이 충실하게 되므로 병원경영을 활성화하는데 도움이 될 수도 있을 것으로 보인다.

1조5천억원의 보험재정 추가투입이 우선적으로는 환자에게 혜택이 가지만 결국 그 재원은 의료기관과 약국인 요양기관으로 유입되는 것이다. 다만 그 의료비용이 순수한 새로운 의료비용 창출인지, 기존에 수입되어온 의료비의 둔갑이든간에 보험재정은 증가한 것으로 통계수치에 자리 매김을 하는 것은 분명한 것이다.

병원경영이 가장 어려운 시기인 차제에 각병원 자체별로 보험재정증가분에 대한 배분혜택이 있는지에 대한 검증이 필요한 시기임을 끝으로 고언하고 싶다.

그리고 2008년까지의 보장성 강화계획 내용 가운데 식대 보험적용은 2006년 1월에, 기준병실 확대로 상급병실 이용료 부담 축소는 2007년 1월에 시행 목표를 두고 있는 반면, 집중지원 중증질환에 대한 보장성 강화 계획으로 2006년에 1조원, 2007년에 7천억원, 2008년에 5천억원을 각각 투입하는데 대한 논의는 다음 기회로 미루기로 한다. 특히 식대 보험적용과 기준병실 확대문제는 사전에 고려해야 할사항이 많기 때문에 보다 신중한 접근이 있어야 할 것이며 병원계에서도 이에대한 사실적 자료확보와 대응책과 전략이 준비 되어야 할 중대한 과제를 인식 하여야 할 것으로 본다. **KHA**