



## 3대 비급여 대책 분석 - 대형병원 집중 가속화



2014.02.18 | 이은경\_새사연 연구원 | eundust@saesayon.org

한국에는 BIG5 병원이라 불리는 거대공룡이 있다. 이 거대 공룡의 의사선생님을 만나려면 긴 인내의 시간을 견뎌야 하고 훨씬 비싼 돈을 내야한다. 그럼에도 불구하고 가벼운 질병에서 암환자까지 많은 환자들이 전국 각지에서 모여든다. 이 공룡을 키운 건 팔할이 정부의 지원이었다. 보장성강화라는 미명하에 규제 없는 보상을 해주었고, 부대사업과 병상증설을 위한 길을 앞장서 열어줬다. 이젠 공룡이 너무 커져 대한민국 전체 의료시스템을 왜곡시키고 있다. 정부가 야심차게 발표한 3대 비급여로 이 공룡은 머잖아 날개까지 단 용이 될 전망이다.

박근혜 정부의 야심찬 국민행복 민생 공약의 대표주자, 4대 중증질환 100% 보장확대와 3대비급여 대책이 마침내 그 모습을 드러냈다. 정부는 2월11일 국회 업무보고를 통해 3대 비급여 대책을 발표함으로써 향후 4년간의 건강보험과 관련한 중장기 계획을 마무리 지었다. 4대 중증질환은 핵심 치료서비스 위주로, 3대 비급여 대책은 일부를 보장항목에 포함하고 축소하되, 그 차액을 건강보험료로 보상해주는 방식이다. 하지만 질병중심의 보장확대와 공급자의 통제 없는 수가인정은 국민 의료비 부담 감소에 아무 도움이 되지 않을 것이라는 의견이 지배적이다. 14년 2월 발표된 3대 비급여 정책을 그동안의 보장성확대정책 평가에 기초해 살펴보고 국민의료비 부담 감소 효과가 있을 것인지 살펴보고자 한다.



## 1. 선택의사제도

### 가. 정부안과 평가

- 1단계 : 선택 진료를 축소하고(의사수와 비용) 축소된 병원 수익을 건강보험으로 보전(입기 내)
- 2단계 : 선택 진료제도 → 전문 진료의사 가산제도로 전환하고 급여항목에 포함 (2017년 이후)

[ 1] 선택 진료제도 개선 정부안과 평가

안	문제점
1. (선택 진료 축소) 선택의사 및 추가비용을 매년 단계적으로 축소, 환자부담 경감 및 원치 않는 이용 완화 ('14~'16년)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 선택의사와 비용을 줄이겠다는 의도</li> <li>- 선택 진료 축소로 인한 병원 수익감소를 건강보험으로 보전해주는 것 외에 새로이 신설되는 수가로 인해 선택 진료 전체 규모 감소는 불가능함</li> </ul>
- (추가비용) 선택의사 추가비용을 현재의 65% 수준으로 축소 ('14년)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 현재 가장 많은 선택 진료 추가가산은 처치/수술, 의학 관리 영역</li> <li>이 항목 가산 수가를 인상하는 방식으로 병원 수가를 건강보험료로 보전해줌 ① 고도의 전문적 수술처치가능검사의 수가 인상 ② 고도 중증환자 의료서비스 향상을 위한 수가 조정</li> </ul>
- (선택의사) 병원별 80% → 진료과별 30%로 대폭 축소('15~'16년)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 여기에 대해서도 병원 수가 인상 ③우수한 의료기관에 대한 기관별 수가 신설 ④ 환자의 감염 및 안전관리 강화를 위한 수가 조정 ⑤ 진료 협력 병원 간 협력진료 수가 신설</li> </ul>
2. (선택진료 폐지) 대폭 축소된 선택의사에 대하여 (가칭) 전문 진료의사 가산' 의 새로운 방식으로 건강보험 적용, 체계적 관리 ( '17년)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 선택 진료 폐지가 아닌 단순한 명칭 바꾸기라는 주장. 병원의 수가는 보전 해주겠다는 것</li> <li>- 선택 진료는 62년 '특진', 91년 '지정 진료', 2000년 '선택 진료' 로 명칭을 바꾸어 변천해옴</li> <li>○ 추가 인상하거나 신설하는 수가가 총 6항목이나 됨</li> <li>- 선택 진료가 병원의 수가를 보전하는 수단이었다는 것을 인정하는 것</li> <li>○ 병원 수익에서 종별가산+선택 진료를 포함하면 전체 원가보존율은 상급종합 98.49%, 평균 96.50%에 달함</li> </ul>
- (투명성 강화) 전문 진료의사 기준 마련 및 정보 제공 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 여기에 의료 외 수익과 기타 드러나지 않는 비급여 등을 고려하면 저수가는 진실이 아님</li> <li>○ 선택 진료행위에 대한 수가보전과 신설수가는 상급종합병원에게 집중</li> <li>○ 수도권 대형병원 집중현상을 가속화할 것</li> </ul>
3. 선택진료 축소에 따른 비용은 건강보험 적용	



[표 2] 선택진료제 관련 수가조정내역과 평가

	건강보험 보장비율	평가
① 고도의 전문적 수술처치가능검사의 수가 인상	80%(4대중증 90-95%)	○ 현재 상대가치가 낮게 평가되었다고 하는 수술, 처치, 기능검사항목에 대한 무조건적인 인상이 아니라 기타 항목 원가보존률과 환산지수 검토가 필요함
② 고도 중증환자 의료서비스 향상을 위한 수가 조정	80%(4대중증 90-95%)	상급병원 수술의 원가보존율이 71.74%, 처치가 71.62%, 기능 검사가 55.50%. 하지만 검체검사 186.32%, 영상검사 178.73%에 달함
③ 우수한 의료기관에 대한 기관별 수가(가칭 '의료질향상분담금') 신설	50%	그 외 비급여, 의료외수익까지를 포함한 전체 수가검토 없이 일방적 수가인상 방안임
④ 환자의 감염 및 안전관리 강화를 위한 수가 조정	80%(4대중증 90-95%)	○ 필요성이 검토된 적 없는 수가항목들이 많음 병원 수익 보전을 위한 수가신설에 불과함 ○ 상위 대형병원에 수가인상혜택이 집중될 수 밖에 없음
⑤ 진료협력병원간 협력진료 수가 신설	80%(4대중증 90-95%)	질평가에 따른 기관가산, 행위가산 등은 현재 상황에서 대형병원에 집중될 가능성이 높음 중별가산과 환자집중으로 수익이 집중되는 대형병원 집중을 해소할 대안이 필요함
⑥ '(가칭) 전문진료의사 가산' 방식으로 건강보험 적용	50%	○ 전문진료의사가가산제도는 선택진료제도의 또 다른 제도변형에 불과함

#### 나. 문제점

선택 진료제도는 병원의 수익 창출을 위한 불합리한 제도였으며, 정부안은 선택 진료를 축소하는 대신 그 비용을 건강보험료로 보전해준다는 것에 불과하다. 또한 전문 진료의사 가산제라는 명목으로 제도를 장기적으로 존치, 실질적으로는 선택 진료비로 보전해왔던 편법적 수익을 건강보험료로 대신 지불해줄 뿐이다. 3대 비급여에 대한 대안을 마련해온 국민행복의료기획단에서 제시했던 것은 “선택 진료제의 전면 폐지와 의료의 질을 반영한 병원 선택 가산제로의 전환” 이었다. 이와 같은 **선택 진료 형태를 일부 유지한 채로 기관가산 다양화를 통해 수익을 보전하는 방식(현 정부**



안)은 선택 진료비 규모의 재확대에 대한 우려 때문이라는 지적이 있었다.1)

또한 질 평가를 통한 기관가산제도는 대형병원에 대한 집중을 더욱 가속화할 여지도 다분하다. 현행 기준에서 질 평가기준은 대형병원에 유리할 수밖에 없다. 게다가 대형병원은 현재 중별가산 및 환자집중을 통한 수익창출과 더불어 각종 부대사업으로 인한 이윤창출에, 추가적인 수가인상으로 인한 혜택까지 집중적으로 받게 된다. 이럴 경우, 자본여력으로 인한 투자확대로 의료기관간 질 차이는 더욱 벌어질 수밖에 없다.

[ 3] 상급병실료 정부 정책안과 평가

	세부방안	평가
□일반병상 확대	○ 일반병상을 6인실→4인실로 확대 ('14년) - 일반병상 비율 74→82% 확대, 병실환경 개선 *상위 5개 병원은 일반병상이 59%→62% 증가에 그치는 등 한계 존재	○ 현재 상위 5개 병원을 제외하면 4, 5, 6인실 비중이 80%가 넘음 종합병원 이하 의료기관 병상기동률 및 상급병실이용률은 낮은 수준 - 상위 5개 병원을 제외한 나머지 병원들의 경우, 기존 일반병상에 입원했던 환자를 4,5인실 입원으로 전환할 유인이 발생
	○ 상급종합병원 일반병상 의무비율 50%→70%로 상향 조정 ('15년) - 상급종합병원 일반병상 비율 평균 65%→76% 이상 확대 - 상위 5개 병원도 현행 59%→70% 이상 확대 ('15)	○ 상위 5개병원에 집중된 상급병실료 문제 해결 불가능 - 정부 연구에서 상위 5개병원 일반병상 수요는 85.9%, 부족률 27% 보고, 일반병상을 70%까지 확대, 27→15.9%까지 낮추겠다고 함 - 일산병원 입원 예약환자 중 상급병실 수요는 09년 약 7.0%에 불과. 환자가 원해서 이용하는 비율은 6.3%~6.9% 정도로 추정 <sup>2)</sup> - 상위 5개 병원의 30%의 환자는 상급병실을 강제로 이용할 수밖에 없으며 미충족률이 41.1%→11.1%로 개선되도 30%는 여전히 부족
	○ 최종적으로 일반병상 비율은 현행 74%→82('14) → 83%('15) 확대	
□건강보험 급여 적용	○ 45인실 입원료 신설, 기본입원료 조정 ('14년) - 45인실 입원료는 기존 상급병실료 보다 낮게 설정	○ 상위 5개 병원 상급병실료 문제 해결 안 됨 - 문제의 본질은 상위 대형병원에 지나치게 환자가 집중되는 것이며 쏠림현상을 해결하지 않는 상황에서 환자부담 감소폭은 미미함 - 일반병상 부족으로 인한 상급병실입원에 대한 비급여 금지조항이 필수적 ○ 일반병원은 불필요한 입원증가, 수도권 대형병원 집중 악화 우려
	○ 수가가 낮은 중환자실, 신생아실, 감염격리실 등 특수병상 수가인상 ('15년)	
□대형병원 쏠림방지 등 추가 조치 병행	○ 특실1인실 입원료는 건강보험 적용제외 검토	○ 정부의 대형병원 쏠림방지 대책은 모두 환자 부담을 강화하는 방식 - 대형병원쏠림은 공급자 요인이 크며 환자부담 강화로 인한 수요 감소는 실효성이 없는 정책으로 판명됨 - 그럼에도 불구하고, 수도권 병상 총량제, 일반병상 만실 이후 입원환자에 대한 일반병상 수가적용 등 본질적인 대형병원 쏠림 방지대책은 제외하고 환자 부담강화만을 추가조치로 내놓음
	○ 상급종합병원 4인실 기본입원료의 본인부담률 인상(20→30%)	
	○ 장기입원 시 입원료 본인부담 인상 등 불필요한 장기입원 최소화	

1) 국민행복의료기획단. 선택진료 제도개선 방안. 정책토론회 2013. 10. 31

2) 정형선 외. 건강보험의 보장성 강화에 따른 재정 소요 추정 및 지불보상체계-수가계약방식의



## 2. 상급병실료

### 가. 정부안과 분석

#### ○ 핵심 내용

- 일반병상 공급 확대 : 일반병상기준 확대(현행 6인실 → 4인실까지 확대), 일반병상 의무기준 상향조정(50 → 70%)
- 병실차액축소에 따른 수익손실을 수가인상을 통해 보전
- 대형병원 쏠림방지대책 : 환자본인부담금 상향

### 나. 문제점 분석

현재 상위 5개 병원을 제외하면 상급병실료 문제는 심각하지 않다. 전체 상급병실료 1조원(추정)중 43.5%가 상급종합병원에서, 33.1%가 나머지 종합병원, 그리고 23.4%가 일반 병원에서 발생하고 있다. 상급병실료 관련 문제에서 주목해야 할 점은 일반병상에 가고 싶지 않으나 어쩔 수 없이 상급병상을 이용할 수밖에 없는 경우이다. 대부분이 상급종합병원, 그중에서도 수도권대형병원에 집중된 문제이다. 일반병상의 가동률은 상급종합병원 중 11개소가 95%이상으로 실제 100%에 가까운 가동률을 보이고 있다. 상급병실에서 일반병실로 가기 위해 최대 7일까지 대기하고 있는 실정이다. 반면 종합, 일반 병원의 경우, 일반병상 가동률이 83.7%, 68.9%로 일반

병상이 부족해서 상급병상으로 가는 경우는 많지 않다. 또한 종합병원 및 일반병원에서 4,5인실까지를 일반병상이라고 인정할 때에 일반병상 충원률은 83.5%에서 83.9%까지 달할 전망이다. 이 경우, 실질적 병상 가동률은 각각 83.7%, 68.9%를 상회한다.

하지만 대형종합병원의 경우엔 앞서 말했듯 병상가동률이 실질적으로 100%에 달해 상급병상을 이용하는 환자 대부분이 일반병상이 부족해서 상급병상을 억지로 이용하고 있는 상황이다. 일산병원 입원 예약환자 중 상급병실 수요는 약 7.0%에 불과하며, 환자가 원해서 이용하는 비율을 6.3% 또는 6.9% 정도로 추정된다. 정부안대로 일반병상을 70%까지 확대한다 하더라도 대형병원 입원환자의 30%는 여전히 상급병실을 이용할 수밖에 없는 것이다.

정부안이 추진된다면 종합병원과 병원의 입원 수가는 크게 인상된다. 그 경우 가격 부담완화와 병원수익증가목적의 불필요한 4,5인실 입원이 증가될 우려가 있다. 또한 상급병실료의 가장 큰 문제인 대형병원의 상급병실이용문제는 거의 해소되지 않는

개선방안 연구. 국가 예산정책처. 2013. 5.



다. 문제를 일반병상 일부를 확대하는 방식으로만 해결하려고 하기 때문에 이런 결과가 나오는 것이다.

우리나라 입원률은 OECD 평균에 비해 매우 높다. 환자 1인당 병원평균재원일수는 16.4일(8.0일)로 OECD 평균의 2배가 넘는다. 입원이 필요한 수술 등의 진료를 지나치게 많이 하거나 불필요한 장기입원이 잦다는 것이다. 수도권대형병원의 경우, 지역 병원에서 충분히 치료 가능한 질병인데도 불구하고 불필요한 대형병원 입원이 많으며, 병원의 규모가 작아질수록 불필요한 장기입원 역시 많아진다. 이러한 왜곡된 의료전달체계와 과잉입원문제를 함께 해결하지 않고서는 상급병실료 문제를 해결할 수 없다. 단기적으로는 일반병상 부족으로 인한 불가피한 상급병실이용에 비급여를 인정하지 않는 등의 적극적 대책이 필요하다. 대형병원에서 의학적으로 필요하지 않은 가벼운 입원서비스를 제공하지 않는 것이 해결책이 될 수 있다. 장기적으로는 수도권 대형병원 병상 총량제, 입원서비스에 대한 포괄수가제 등 보다 강력한 의료전달체계 개선방안이 있어야 한다.

### 3. 간병비

#### 가. 정부안과 평가

[ 4 ] 간병비 문제에 대한 정부방안과 평가

	세부방안	평가
□ 간호사 총원 여건 등을 고려하여 단계적 확대	○(모형) 간호사간호보조인력 등 팀 간호 체계 포괄간호서비스 제공	○이미 하고 있는 '보호자 없는 병원 시범사업' 에 해당. 간호인력 구인난으로 문제발생 중
	○(확대) 대형병원 쓸림 방지를 위해 지방 중소병원부터 확대	
	-정부예산으로 '포괄간호서비스병원 시범사업 확대 실시('14년)	○간병비는 지방중소병원, 공공병원보다 수도권 대형병원 문제가 심각 ○수도권 포함한 전체 병원 확대는 임기 후로 미뤄져 실제 정책의지 없음을 보여줌
	-지방중소병원 중심으로 포괄간호서비스 참여 확대 및 건강보험 지원('15~'17년)	
	-전체 병원에 포괄간호서비스 제공 확대 ('18년이후) *1개 병동 이상에 대해 포괄간호서비스를 적용하는 병원 가정한 비율	
□ 간호인력 추가 확충	○신규 간호사 추가 확보(7천명) 및 간호대 정원 지속 증원('18년 이후 대비)	○간호 인력은 공급부족이 원인이 아님 ○노동조건 개선의 근본적 개혁 없는 공급확대로는 인력문제 해결이 불가능함
	○시간선택제 정규직 일자리 및 간호 보조인력 적극 활용(13천명) - (시간선택제 활성화) 야간휴일전담 간호사 도입, 교대근무제 개선, 출산양육 탄력근무제 도입, 육아시설 지원 등 적극 추진	○대안으로 비정규직과 다름없는 시간선택제, 탄력근무제 등 노동유연화정책을 추진하겠다고 함 이는 간병비 부담완화를 이유로 병원인력에 비정규직 확대 및 노동조건 약화에 대한 의지를 드러낸 것임 ○간병비 문제를 노동자 인건비에 따른 고비용이 원인이라고 보는 것에 불과함



- 정부안 요약
- 간병서비스를 포괄간호서비스로 규정
- 현 시범사업을 확대하여 구체적 시행방안 도출
- 포괄간호서비스를 제공할 수 있는 인력의 안정적 확보를 위해 간호인력을 차등적으로 분화, 확대함

## 나. 문제점 분석

우리나라 간호, 간병영역은 매우 많은 문제를 가지고 있다. 활동 간호사 수는 인구 천 명당 4.7명(8.8명)으로 OECD 평균의 절반수준이다. 외래이용과 입원이 OECD 평균보다 두 배 이상 많은 것을 감안하면 진료현장에서 간호서비스는 매우 부족한 현실이다. 여기에 전통적으로 가족이 담당해왔던 간병서비스 문제가 더해지고 있다. 간호 인력부족→간호서비스 취약→가족이 간호, 간병서비스 부족을 담당→여성의 사회진출 등으로 가족 돌봄 서비스 부담증가→유료간병서비스 이용증가→간병비 부담증가의 현상이 발생하고 있는 것이다.

문제해법은 의외로 간단하다. 입원 시 간호서비스가 간병을 포함한 포괄적 서비스로 확대될 수 있도록 하고 그를 담당할 수 있는 인력을 충원하며, 그 비용은 건강보험에서 부담하는 것이다. 하지만 인력충원방식에서 가장 큰 갈등이 발생한다. 사실 현재 우리나라의 간호 인력은 부족하지 않다. 그럼에도 불구하고 인력부족 문제가 발생하는 것은 면허를 소지한 간호사는 308,620명이지만 실제 의료기관에서 근무하는 간호사는 14만2497명에 불과하기 때문이다.(2013년 5월 기준) 이러한 이상 현상의 가장 큰 이유는 간호사의 열악한 근무조건이다. 임금에 비해 노동 강도가 지나치게 높고 의료기관에서 자기 결정권 등 노동권이 보장되지 않고 있는 것이 문제다.

하지만 정부의 대책은 인력확보를 위한 비정규직을 늘리는 것과 시간선택제 정규직 일자리 및 간호 보조인력 적극 활용하는 것으로, 근본적인 원인과는 한참이나 동떨어져 있다. 이는 전문적 서비스와 매우 높은 노동 강도를 조건으로 하는 간호간병 업무의 질을 심각하게 떨어뜨릴 수 있는 대책이다. 그나마도 현 정부 임기동안에는 현재 진행하는 시범사업정도만 추진하고 실질적 간병비 급여확대는 임기 후로 미뤄두었다. 설상가상으로 의료민영화를 통한 간호인력 구조조정과 현 상황이 맞물린다면 실질적 간병비 부담완화는 무효화 될 것이고, 간호 인력의 대규모 비정규직화 사태가 발생하는 등, 상황이 오히려 악화될 가능성이 높은 것이다.



#### 4. 물 건너간 박근혜 정부의 4대 중증질환 100%보장 공약

4대 중증질환 100% 보장성 강화 공약은 실효성이 거의 없을 뿐 아니라 대형병원 집중을 더욱 가속화시키고 비급여 문제를 악화시킬 것으로 판단된다. 먼저 4대 중증질환 중심으로 보장성을 확대하는 것 자체가 심각한 문제가 있다. 포괄적 건강증진, 건강관리 서비스가 없어지고 대형병원 중심의 치료서비스만 발달하게 되기 때문이다. 이미 암보장성 확대 등 06년부터 적극적인 4대 중증질환 보장성 확대정책이 추진되었지만 국민 의료비 부담은 여전한 것이 이를 증명한다.

4대 중증질환에서 본인부담의 대부분을 차지하는 것은 3대비급여를 포함한 비급여항목이다. 때문에 3대비급여문제를 해결하는 것이 4대 중증질환 100% 보장확대의 가장 중요한 과제이다. 작년 말 4대 중증 치료서비스 보장성을 일부 확대한다고 하고 비급여에 대해서는 14년 상반기에 대책을 내놓는다고 했는데, 대책이라고 내놓은 것이 이번 방안인 것이다.

하지만 위에서 살펴보았듯이 선택 진료는 이름만 바꿔 일부를 건강보험으로 보장하고 나머지는 환자 부담으로 존치시켰으며, 상급병실료는 4,5인실 병상수가만 건강보험에서 병원에 지급하는 것에 불과하다. 간병비는 기존에 하고 있던 시범사업을 계속하겠다는 것 외에는 임기이후로 과제자체를 넘겨버렸으며 간호노동시장의 구조조정방안을 해결책이랍시고 내놓았다. 이러한 정책들이 시행될 경우, 전체 의료비에서 20%가 넘는 4대중증질환자의 비급여 본인부담 개선률은 미미한 수준에서 그칠 것이 확실하다.

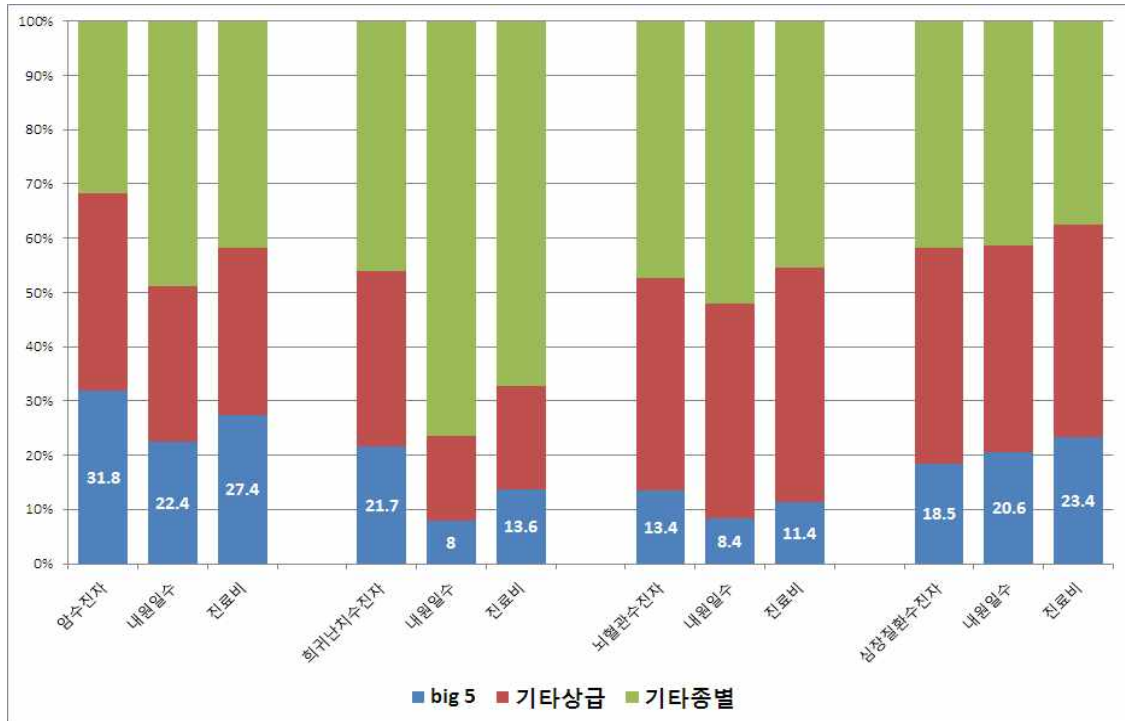
#### 5. 비급여 보장항목 포함 vs 공급자 규제

비급여 항목을 건강보험에 포함시킬 때 공급자 규제를 하지 않으면 국민 부담을 줄여주는 것이 아니라 의료기관 수익을 키워주는 정책이 될 위험이 있다. 우리나라에서는 상위 5개 기관에 대한 쏠림 문제가 심각하며, 보장성강화는 원래의 의도와는 달리 대형병원 덩치를 키우는데 크게 기여해왔다.





[그림 1] 4대중증질환 Big 5, 그외 상급종합, 그 외 의료기관 점유율비교



: 이옥희외. 건강보험 보장성강화 이후 진료비 구성변화 통계자료 재구성 국민건강보험 건강보험정책연구원 연구보고서 2012-09

이는 일부의 주장이 아닌 객관적인 사실이다. 정부연구기관인 한국보건사회연구원에  
서 발표한 연구에서도 건강보험 보장성 강화는 반드시 의료제공체계 개편이 동시에  
뒤따라야 한다고 주장한다.

상태의 보장성 강화는 Big5 상급종합병원으로의 환자쏠림을 고착화시킬 것임. 부적절한 환자 쏠림을 관  
리하기 위해서는 서비스 중심에서 환자 중심으로 의료제공체계의 개편이 필요함. 의료제공체계의 개편은 인  
구구조와 질병부담 등 의료 환경 변화에 대응하기 위해 기존의 의료제공체계를 보강하는 측면에서 점진적으  
로 진행되어야 함. 개편의 주요 요소로서 지역사회 의료협력네트워크를 기반으로 중증화를 예방하기 위한  
만성질환 관리체계의 강화와 이급성 의료서비스 제공체계의 새로운 구축이 필요함.

신영석외. 한국보건사회연구원. 건강보험 보장성 강화에 따른 의료체계의 지속가능성 제고 방향. 2013.01

3대비급여 문제를 해결하기 위해 제도개선연구를 했던 국민행복의료기획단에서도 환  
자부담완화는 필연적으로 환자 쏠림을 심화시킨다고 지적하고, 의료전달체계를 비롯  
한 의료시스템 자체의 변화가 필수적임을 지적하고 있다.



· 상급병실료 문제는 환자 쓸림과 환자부담 완화간 선택의 문제.  
환자부담 완화 위해 제도개선 필요하나, 필연적으로 환자 쓸림 심화 우려.  
최종 개선방안에 의료전달체계 개선대책 보완이 필요함.

- 국민행복의료기획단 의견

하지만 정부에서는 항상 손쉬운 선택만을 한다. 국민들에게 호감을 살 수 있는 중증 질환 보장강화, 병원의 수가를 보전해주는 방식의 보장성 확대만을 선택하는 식이다. 부작용을 완화하고 의료비 경감 효과를 담보할 수 있는 공급체계 개선은 고려하지 않는다. 의료계의 반발을 이유로 들지만 그것은 허울뿐인 명분에 불과하다. 의료민영화를 통해 의료기관 대형화, 집중화를 꾀하고 있는 것을 보면 정부에서 가지고 있는 의료체계 발전상은 소수 대형병원 몇 개에 전국 모든 환자가 집중되는 세상인 것으로 판단된다. 현재도 거대공룡인 소수 대형병원은 밀려드는 환자를 감당하지 못해 계속 병상을 지어내고 있다. 경증, 만성질환 환자도 대형병원에서 볼 수 있게 원격의료까지 도입한다고 한다. 과연 한국의 거대공룡은 의료생태계를 어떻게 짓밟게 될 것인가? 정부는 언제까지 거대공룡의 몸집을 무분별하게 불리기만 할 것인가? 