



정부의 최근 선택진료제도 개선에 대한 소고

이 종 구 | 서울대학교 의과대학 가정의학교실

Review on the current reformation of the physician surcharge in Korea

Jong-Koo Lee, MD

Department of Family Medicine, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea

The reform of the physician surcharge system in Korea, which was applied beginning August 1, 2014, reduced the financial burden from three major non-covered services. However, hospital financial balances, already negatively affected by the longstanding impact of lower reimbursement from the social insurance system, are likely to decline further. Now is the time for the Korean government to introduce policies that can solve the fundamental problems, caused by low contributions and a limited benefit design, that have distorted health care system. Tertiary care hospitals cannot expect significant revenue from increasing the numbers of beds and expensive equipment, as in the past. Tertiary care hospitals are members of the public health system and are social enterprises intended to contribute to the development of society. Policies should reinforce the traditional hospital model, with a focus on high quality of care, educational training, research, and public health leadership, but also on development of new business models, such as official development assistance and medical tourism. Above all, the government should accept that, in contrast to economy market rules in many other contexts, medical services are not determined according to supply and demand. The government must seek amendment of the relevant laws and regulations, including sustainable benefit plans, in order to provide high quality of care. For the successful implementation of government reform, the government should not ignore procedural justice in the allocation of resources.

Key Words: Universal health coverage; Reformation of physician surcharge; Tertiary hospital; Procedural justice; Korea

서론

4대 중증질환에 대한 보장성 강화와 상급병실료 보험 적용에 이어 선택진료제 개선안이 실행되고 있다[1]. 이에 대

한 평가는 아직 이루어지지 않고 있으며 작년 정기국감도 이 문제가 큰 쟁점으로 부각되지는 않았다. 따라서 아직 정책효과를 판단하기 이른 것인지, 개선효과가 없는 것인지 국민들 입장에서 가늠이 쉽지 않다.

그동안 정부는 보장성 확대정책을 지속적으로 해왔음에도 병원의 비보험 급여확대는 건강보험의 보장성 저하로 이어져 경제수준에 비하여 자기부담이 매우 높은 기현상이 벌어져 왔다. 2013년부터 실시된 4대 중증질환 보장성 강화를 비롯한 3대 비급여 부분의 개선은 국민의 재난적 의료비를 줄이고 적정부담과 적정급여에 대한 획기적 전기를

Received: February 3, 2015 Accepted: February 17, 2015

Corresponding author: Jong-Koo Lee
E-mail: docmohw@snu.ac.kr

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

이론 것으로 평가하고 있다[2]. 그러나 최근 병원의 수지가 급격히 악화되고 있고 특히 상급종합병원 중 서울의 대형병원 중 여러 곳이 2013년 들어 적자를 기록하였다[3]. 2014년 한국보건산업진흥원 연구결과에 따르면, 국내 의료기관의 최근 10년간 의료수익의료이익률은 평균 3.7%이지만 상급종합병원은 평균 2.0%로 알려져 앞으로도 어려운 상황이 지속될 것으로 보인다[4].

선택진료를 행하는 병원은 대부분 상급종합병원[5]으로 지역의 최상의 진료기관이면서 의과대학생과 전공의 수련병원이다. 국·공립, 사립 모두 동일하게 그 기능은 진료 이외 교육, 연구 및 공공의료 혹은 사회공헌을 목적으로 하는 병원들이다[6,7]. 즉 선택진료제 개선은 이러한 병원의 기능이 정착되도록 목표를 가져야 할 것이다. 그러나 현행 환자 의료비 부담 절감, 질관리와 안전강화 대책은 단순 총액 보존적 개선방안으로 여겨져 정부가 발표한 1조 5천억 원 투입에 따른 정책 효과에 대한 진정한 고민이 필요하다. 또한 대책 마련에 있어 이해 당사자들에게 투명하게 공개되어 합의되어 추진되고, 추진이 제도적으로 보장되며 필요 시 적절한 보완대책이 마련될 수 있는 절차적 정당성 확보하기 위한 노력도 필요해 보인다.

정부의 선택진료제도 개선방향

선택진료제도는 국립의료원과 국립대학교 병원의 낮은 봉급을 보존하고자 1963년 특진규정을 도입하면서 시작된 제도이다. 이 제도는 이중개업을 금하는 대신 특진제도란 보상체계로 의사 인력의 활용도를 높이고 한정된 의료자원을 보다 효율적으로 쓰고자 하는 관점에서 만들어졌다. 현재까지도 많은 나라에서 여러 형태의 이중개업이 허용되어 사적 영역의 환자를 보도록 하고 있다[8]. 1991년 지정진료제로 명칭을 변경하면서 민간병원으로 확대되었고 2000년부터 선택진료제로 개칭되어 존속해 왔다. 그러나 이 선택진료제는 본래의 취지와 달리 1977년에 도입되어 12년 만에 정착된 건강보험의 보편적 보장을 피해 비보험 급여 확대의 주요 수단으로 활용됨에 따라 병원의 수익창출을 위해

운영한다는 비판을 받아 왔다. 이에 따라 2014년 보건복지부는 ‘선택진료에 관한 규칙’ 별표의 현행 ‘추가비용을 징수할 수 있는 선택진료의 항목과 추가 비용산정기준(제5조 제3항 관련)’을 개정하고 장기적으로 ‘추가비용징수의사등의 자격 및 범위’(4조 관련)의 대상 의사 수와 범위를 줄이고, 3년 후 새로운 인력가산제도로 전환할 것으로 발표하였다. 즉 2014년은 선택의사의 비용을 현재보다 평균 35% 축소하여 5,100여억 원, 2015-2016년은 선택의사를 현행 병원별 80%에서 진료과별 30%로 단계적 축소하여 6,600여억 원, 2017년은 남아있는 선택의사에 대하여 ‘(가칭)전문진료 의사 가산’의 새로운 방식으로 전환하여 3,600여억 원, 총 1조 5,300여억 원을 달하는 비용을 줄이고 이를 공적 예산으로 보존하되 단순 손실보전이 아닌 병원에서 제공되는 의료서비스의 질적 수준을 제고하는 가산제도와 구조개선 방향으로 추진할 것임을 밝혔다[9]. 그러나 선택진료제 폐지는 상급종합병원의 기능에 대한 근본적 물음과 함께 그에 따른 후속 조치가 필요한 보건의료정책 과제들을 생성할 것으로 보인다[10]. 즉, 본인 부담이 줄어들면서 동네 일차의료기관에서 관리해도 될 환자들이 불필요하게 상급병원을 이용함에 따라 상급종합병원의 환자 집중 현상과 병원간 경쟁을 가중시킬 것이며, 낮은 수가는 급성기 치료 후 요양이나 재활 사유로 퇴원이나 전원을 거부하고 상급종합병원에 남으려고 할 가능성도 높을 것이다. 이는 병상 회전율을 저하시키고 급성기 치료가 요구되는 응급환자의 병상 부족을 야기시키는 부작용도 예견된다. 선택진료제의 개인 보상 기전은 전문의의 진료 양을 증가시키고 지속적 의학 발전을 유도한 일부 긍정적 요소가 있음에도 불구하고 평가관리 체계 불비로 지불한 비용이 의료의 질과 비례하지 않았던 문제점이 지속될 수 있으며[11], 직업적 장래성에 따른 수련 전공과의 선택과 교육·수련의 왜곡 현상이 가중되어 학문의 균형적 발전 저해와 그에 따른 진료 행태의 변화도 예측된다. 또한 보다 투명해진 회계로 인하여 의료의 원가논쟁과 의사의 보상수준에 대한 논의를 다시 촉발될 것이며, 수익성에 따른 성과관리는 보험 상황이 되는 영역은 투자하고 보험급여가 되지 않는 연구, 교육 그리고 공공의료는 투자하지 않을 것이다. 따라서 이와 같은 보건의료체계 전반에 미칠 영

향에 대한 철저한 분석이 없는 미봉책들은 상급종합병원의 역할 논쟁을 다시금 불러일으킬 것이다.

상급종합병원의 역할과 개선 과제들

앞서 제기한 문제점들을 최소화시키고 상급종합병원이 교육, 연구, 진료와 전통적인 지역사회에 대한 공익적 기능[1,12]을 확보하기 위한 방안은 무엇일까? 무엇보다도 선택진료제 개선으로 촉발된 문제점들을 적당히 덮지 말고 하나 하나 정리하는 기회가 되어야 한다는 점이다. 따라서 국가 질병관리정책과 보편적 건강보장 강화에 따른 양질의 의료에 적정 수가로 제공되도록 하는 것이 첫째 정책 목표이어야 하며, 둘째, 선택진료제로 부실화된 의료인 수련교육을 다시 정상화시켜야 하며, 셋째, 의학발전을 위한 병원의 연구기능이 고유 목적 사업으로 정당하게 평가되어야 하며, 넷째, 병원의 공익적 기능에 대하여 올바르게 보상받도록 지원이 필요하다는 것이다[13]. 이는 상급종합병원이 건강보험의 보상만으로 유지되는 기관이 아니라 각종 국가 보건 의료정책의 수행기관과 그에 따른 국가재정 투입이란 제도적 틀이 마련되어야 한다는 것을 의미한다. 마지막으로 상급종합병원들은 만성질환의 질병부담 증가, 보건의료 인력의 양적, 질적 변화, 새로운 의료기술과 telemedicine의 등장[11], 국제화에 따른 병원의 역할 변화 등 지속가능발전을 위한 새로운 전략을 마련해야 하는 상황이다.

1. 국가 질병정책에 따른 보장성 강화와 양질의 의료제공 과제

2013년부터 실시된 4대 중증질환에 대한 보장성 강화는 선택진료비의 개선에 대한 방향성을 시사한다. 보편적 건강보장(universal health coverage)으로 재난적 의료비를 줄이려는 보장성 강화 정책의 첫해인 2013년을 보면 의료수익 면에서 43개 상급종합병원 중 25개 병원만 흑자를 기록하였다[3]. 일반 병실, 중환자실, 어린이 병원의 적자가 주요 원인이었다. 2013년 건강보험공단이 조사하여 발표한 선택진료비는 수익의 6.5%, 비보험급여의 23.3%인 약 1조 3,170억

으로 나타나 있다[14]. 조사 시점에서 2년이 지난 현 시점에서 보면 그 액수는 더 클 것으로 추정된다. 따라서 앞서 조사한 2013년에 비하여 예상 수익은 더 감소할 것으로 추정된다. 이번 수가 개정은 그동안 양질의 의료를 위해 제공되어 왔으나 수가가 없거나 왜곡되었던 진료 과의 수가와 급여 기준 항목이 신설됨에 따라 일부 과 중심으로 병원의 수익이 증가할 수도 있으나 전반적인 적자 반전은 어려울 것이다. 따라서 이러한 문제들은 해결하기 위한 적정 수가에 대한 재검토를 필요로 하고 있다. 그럼에도 2014년 수가 신설과 개선안이 만들어진 것은 4대 중증질환의 보장성 강화에서 비롯된 것으로 이 정책 목표 달성하기 위하여 비보험급여에 보험재정이 추가로 투입된 것이다. 재정 효과가 발휘되도록 다음과 같이 목표 지향적이어야 한다. 즉, 신설 항목들은 정부의 암, 뇌혈관질환 등 4대 중증질환 관리정책을 뒷받침할 수 있도록 구조화되어야 하며, 또한 이들 재정이 이들 질병 관리의 질 향상에 기여하는 바를 정기적으로 평가하고 이를 근거로 보상하는 근거중심의 의료이 실행되어 져야 하며, 이러한 정책 목표에 부합되도록 환자 안전과 질 향상을 강조하는 병원의 조직문화도 정착되어야 하며, 이들 4대 중증 질환에 대한 표준 진료가 잘 수행되어 해당 지역의료계를 선도하는 상급종합병원의 역할이 정착되어야 하며, 동시에 상급종합병원은 지역의 일차의료가 의료이용의 문지기 역할을 원만히 수행할 수 있도록 환자 회송과 지원 체계를 만들어 가야한다.

2. 양질의 의료인 육성을 위한 교육 및 수련 정상화 과제

우리나라 전공의와 인턴제도는 미국 제도를 참고해서 설계되었다. 이 제도는 지난 50년간 큰 변화 없이 유지되어 왔다. 1990년대 후반부터 전공의 제도 개선과 보완 논의가 있었으나 다양한 이해관계로 제도 개선은 이루어지지 못하였다. 최근 정부는 전공의 수련환경 개선을 위해 '전문의 수련 및 자격인정 등에 관한 규정'을 개정하였다. 열악한 전공의 근무 환경 및 현실에 비추어 이 개선 조치는 환영할 만한 일이다. 그러나 주 80시간으로 대표되는 현재의 수련 개선안은 전공의 수련 개선의 근본적인 해결책이 아니라는 것을 모두 알고 있다. 전공의 수련 환경 개선은 단순히 근

무시간 단축에 국한된 문제는 아니다. 병원 경영, 대체인력 확보, 수련 형태의 틀 변화 등 다양한 변수들과 밀접하게 관계되어 있다. 그럼에도 선택진료제는 수련 환경을 악화시킨 한 요인이기에 수련 관련 다양한 관계자들이 참여하여 개선 논의가 이루어져야 발전적, 합리적인 대안을 만들 수 있을 것이다. 수련비용 부담의 주체, 교육자의 역할 개선, 교육프로그램의 질 향상, 수련 평가제도의 개선 등 해결해야 할 문제가 많다. 당연히 병원의 인건비, 당직비 등 비용 부담이 커진다. 근로기준법에 준하여 당직비를 지급할 경우 추가재원이 소요되고 이를 당장 확보하기 쉽지 않아 정부의 지원 역할이 필요하다[15]. 미국 의회는 1965년부터 전공의 수련비용의 일부를 정부가 부담하는 입법 사례들을 다수 만들었다[2]. 메디케어는 2010년 기준으로 직접지원으로 28억 달러, 간접지원으로 68억 달러, 총 96억 달러를 1,030개 수련병원에 지원했으며[16], 메디케이드는 주 정부 별로 다르지만 2012년 기준 약 38.7억 달러를 병원에 지원하고 있으며[17] 미국의 의학한림원도 이를 적극 지지하고 있다. 즉 수련과 학생교육으로 발생할 수 있는 의료의 질 저하를 예방하고 이로 인하여 발생하는 비용을 보존하고, 일차의료 활성화의 정책 목표를 달성하기 위하여 중앙정부의 각 부처와 주정부가 지원을 하고 있다. 따라서 선택진료제 개선 목표 중의 하나는 상급종합병원들이 선택 환자 진료로 등한시 했던 학생교육과 전공의수련을 개선하여 교수들의 참여 시간을 늘려가는 행정적, 재정적 기전을 만들어야 한다. 각 병원은 교육과 수련을 중점적으로 담당할 전문 교수 요원을 확보하고 이들로 하여금 각 병원 실정에 맞는 양질의 교육과 수련 모델을 개발하도록 하며, 개발된 모델을 각 학회 별로 단계적으로 확대시켜 나가면서 중앙에 중립적 수련교육 지원체계를 만들어 전공의가 병원의 보조 인력이 아닌 수련의 중심에 서도록 해야 하며, 국가가 필요로 하는 양질의 의료인력 양성을 위한 교육과 수련 비용은 전공의 수에 비례하여 건강보험에서 지급하도록 수련병원 비용지급 산식을 개발하고 교육 시설과 장비, 교육비는 수련과 관련된 부처가 각 병원별로 보조금을 지원하도록 해야 하며, 마지막으로 교육부와 보건복지부로 나누어진 학부 교육, 전공의 수련과 평생교육을 통합한 '의료인

양성제도개선 특별위원회'를 설치해 운영해 의료 윤리, 인성교육, 지속적 자기개발 등 사회가 필요로 하는 인재 육성 교육과정 개선안을 만든다.

3. 상급종합병원의 연구기능 개선 과제

상급종합병원은 세포 단위의 유전체 연구부터 환자가 속한 지역사회 맥락에 대한 연구에 이르기까지 질병 예방과 치료, 건강증진을 위한 다양한 스펙트럼의 연구가 필수적이며 이는 진료이외에서 의료의 질과 의료인 양성에도 직결되어 있다. 한동안 다국적 제약회사의 임상시험 기관, 특허수익, 연구기관 유치 등이 병원에게 수익을 줄 수 있지 않을까란 막연한 생각도 있었으나 이는 궁극적인 목적이 아니다. 지난 정부는 기초, 임상, 제품화까지 다양한 분야의 연구 지원을 위하여 보건의료기술 개념을 개발했었다. 그러나 대부분의 연구들은 병원의 참여 저조, 의약품·의료기기의 승인 제도의 어려움 등으로 중개 및 임상단계에서 죽음의 계곡을 넘어 성과를 내는 단계까지 이르지 못하는 못하였다. 이러한 문제점을 간파한 정부는 진료 영역에서 축적된 지식을 기반으로 보건의료 연구개발 활동을 수행함으로써 의료서비스체계를 혁신하고 환자에게 질병극복의 비전을 제시하는 세계적인 수준의 연구중심 병원 정책을 추진하게 되었다[18]. 구체적으로 상급종합병원을 대상으로 35명 연구진을 1유니티로, 최대 6개 유니티의 연구를 수행할 수 있는 연구중심병원 표준안을 만들었다. 총 1.2조 원 이상의 예산 소요액 중 145억 원 정도만 확보되어 그 실효성이 논란되는 상황으로 알려져 있다. 그럼에도 불구하고 이러한 연구중심병원 개념은 앞으로 상급종합병원의 또 다른 역할로 중요성이 인정된다. 그러나 이를 성공시키려면 많은 장애를 넘어야 할 것이다. 먼저 학생과 전공의 교육을 위한 표준진료 지침개발 연구를 추진하고 이에 근거한 양질의 진료를 수행함으로써 상급종합병원의 지도적 역할을 확보하며, 선진국에 버금가는 병원의 좋은 인프라를 이용한 다학제간 융합적 임상과 중개 연구로 연구 역량을 극대화하며, 이와 동시에 임상연구자를 키우기 위한 의과대학의 입학과 교육과정 개선하고, 임상연구자를 저극 활용하기 위한 병원과 대학 간 긴밀한 연구 및 교육 협력체계 구축하며, 마지막으로 연구병원 활성화를 위

하여 지속적인 관련 연구재원 확대, 연구인력 양성 등 정책 개발을 위하여 관련 부처의 노력이 아쉬운 상황이다.

4. 공공의료에 관한 리더십 확보를 위한 상급종합병원 과제

앞서 국제보건기구 정의에 의하면 병원은 보건의료정책의 계획과 실행의 한 축이다. 그러나 2014년 경주 마우나오션 리조트 붕괴나 진도 세월호 사태에서 보듯 상급종합병원들은 지역의 재난전문병원의 역할을 수행할 수 없었다. 즉 DMAT (disaster medical assistance team)와 같은 인력과 시설, 장비 등 부족을 실감하였고 정부의 기획과 지원이 없는 재난의료체계란 무의미함을 인지하였다[19]. 분만시설이 없는 50여 개 군, 응급수술과 저체중 조산아를 치료할 수 없는 지역의료체계는 정부의 책임이다. 지역의 암센터, 심뇌혈관센터, 호흡기센터, 재활센터, 어린이병원들은 국가 및 지방자치단체의 계획에 따라 주요 질병관리 정책의 수단으로 건립되어 운영되고 있다. 그러나 일부 시설은 적자를 이유로 운영하지 않고 있다. 특히 어린이병원이 그렇다. 미국의 캘리포니아 주정부는 어린이병원 지원기금 법령[20]을 2008년부터 운영 중이며 앞서 언급한 병원 전공의 수련비용을 어린이병원 교육보상 프로그램(Children's Hospital Graduate Medical Education Payment Program)으로 중앙정부가 지원하고 있다. 일본도 국·공립 어린이병원을 독립행정법인 혹은 지방 독립행정법인으로 전환하여 병원의 자율성을 확보함과 동시에 운영비를 중앙 정부 또는 지방자치단체가 교부금으로 지급하고 있으며[21], 법률에 재정상 배려를 규정하는 등[22] 국가적 차원에서 어린이병원의 운영을 지원하고 있다. 이와 같이 각국 정부는 보건의료 안전망을 구축하여 그 지역 주민에게 혜택을 주고 있다. 2014년에 지방자치제 6기가 시작되었고 앞으로 4년간의 시·도와 시·군·구 지역보건의료계획이 추진되고 있다. 따라서 지역사회와 호흡하는 상급종합병원으로 역할을 재정립할 수 있는 적절한 시점으로 여겨진다. 지금까지 등한 시했던 지역의료 인력 양성과 적정 병상 공급, 양질의 질병관리를 위하여 해당 자치단체의 보건의료계획에 참여함으로써 해당 지역의 필수의료체계를 확립하는 지도력을 발휘해야 하며, 지역의 상급종합병원으로써 일, 이차 의료기관과 협력하

여 의료전달체계 통한 합리적 의료 이용을 도모하도록 하며, 이러한 전달체계 구축으로 절약된 보험 재정이 다시금 이 지역을 위한 인센티브로 환원되는 구조가 만들어 지도록 중앙과 지방자치단체에 적극 요구하며, 장기적으로 지역별 병상 소요와 공급을 지방자치단체와 지방의회의 협력 하에 확대 혹은 감소시킴으로써 이에 따른 재정 소요를 공동 부담하는 기전이 마련하도록 힘써야 한다.

마지막으로 노령화와 저출산, 만성질환으로 인한 질병부담 증가는 보건의료의 지속 발전 가능성을 어렵게 하고 있다. 질병의 치료에서 질병의 관리로 전환, 간호인력 부족에 따른 24시간 근무의 어려움, 에볼라 같은 신종 감염병의 출현과 병원 감염 대책, 진단의 집중화와 외래 중심의 진료 행태, 새로운 의료기술 발전과 telemedicine의 등장에 따른 원격의료 문제[11], 국제화에 따른 의료관광, 해외 진출과 영리법인, 저소득 국가에 대한 공적 의료원조 확대와 국제보건외교 등 변화하는 새로운 환경에 대한 새로운 전략을 마련해야 하는 어려움이 상급종합병원의 위기이자 도전과제이다.

결론 및 제언

2013년부터 시작된 정부의 4대 중증질환의 보장성 강화, 3대 비급여의 국민부담 완화정책으로 보편적 건강보장을 위한 획기적 전기가 마련된 것으로 보인다. 그러나 그 반대편의 의료계는 보편적 건강보장 확대에 따라 병원경영의 악화 문제에 봉착해 있다. 특히 전공의 수련환경 개선에 따른 병원의 부담 증가, 지속되는 소아진료 분야의 저수가 문제, 응급과 재난, 분만 등 지역 의료시스템 부재는 상급종합병원의 경영난을 가중시키는 요인으로 나타나 국가 보건의료정책의 하부 조직으로 그 역할을 제대로 할 수 있는 가를 반성하는 계기가 되고 있다. 이제 저수가정책으로 왜곡된 의료계에 대한 땀질식 정책보다는 근원적 문제를 해결할 수 있는 정책 도입이 필요한 시점이다. 정부는 수가 구조에 관한 전면적 검토를 통해, 상급종합병원이 그 본래의 기능만으로도 지속가능발전을 담보하는 수가 제도를 도입함과 동시에 상급종합병원의 기능 개편을 도모해야 한다. 즉 상급종합병원

들이 과거와 같이 병상 증설, 고가기기 도입, 임대업으로 수익을 창출할 수 없다. 사회 발전에 공헌하는 조직으로 양질의 교육수련 병원, 연구를 선도하는 병원, 공공적인 전통적 기능이 정착되도록 지원이 필요하다. 또한 사회변화와 과학의 진보에 따른 새로운 가치 창출을 위한 상급종합병원의 노력도 필요하다.

최근 정부의 정책들이 의료계와 많은 갈등을 빚고 있다. 그 이유를 무엇보다 정부는 의료서비스가 수요와 공급에 따라 결정되는 시장 경제 법칙이 잘 작동하지 않는 경우가 많은 점을 간과하고 제한된 의료자원의 배분을 결정하는 데 있어서 4가지의 합당함에 대한 책무, 즉, 널리 알려짐, 적절한 근거, 수정가능성, 집행가능성이 보장되어야 하는 절차적 정의 획득에 실패함으로써 발생하고 있음에 주목해야 한다[23].

Acknowledgement

This paper draws on working paper prepared by researchers, Department of Policy and Development in Seoul National University Hospital, Department of Health Policy and Management, and Office of Health and Social Policy in Seoul National University of College of Medicine. I would like to thank the all participants. However, the views expressed are those of author alone and can not be taken as representing those of any department.

찾아보기말: 보편적 건강보장; 선택진료제 개선; 상급종합병원; 절차적 정의; 한국

ORCID

Jong-Koo Lee, <http://orcid.org/00000-0003-4833-1178>

REFERENCES

1. Korea Ministry of Health & Welfare. Enhance the benefit coverage for four major disease and reducing financial burden from 3 major non-covered services including physician surcharge, private room charge and private charge for custodial care [Internet]. Sejong: Korea Ministry of Health & Welfare; 2014 [cited 2014 Mar 16]. Available from: http://www.mw.go.kr/sotong/cy/scy0105ls.jsp?PAR_MENU_ID=12&MENU_ID=12040506.
2. Kim Y. Towards universal coverage: an evaluation of the benefit enhancement plan for four major conditions in Korean National Health Insurance. J Korean Med Assoc 2014;57:198-203.
3. Dailymedi. Adverse balance of medical yields in Samsung Medical Center and Seoul University Hospital [Internet]. Seoul: Dailymedi; 2015 [cited 2015 Mar 13]. Available from: <http://www.dailymedi.com/news/view.html?smode=&skey=%BB%EF%BC%BA+805&x=19&y=9§ion=1&category=4&no=788354>.
4. Korea Health Industry Development Institute. 2013 Pharmaceuticals, medical device, cosmetics, food, bio, health care service. Cheongwon: Korea Health Industry Development Institute; 2014.
5. Korea Ministry of Health & Welfare. Designation of 43 tertiary care hospital: 2015-2017 [Internet]. Sejong: Korea Ministry of Health & Welfare; 2014 [cited 2014 Dec 23]. Available from: http://www.mw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=315659&page=7.
6. Korea Ministry of Government Legislation. Act on the establishment of national university hospital [Internet]. Sejong: Korea Ministry of Government Legislation; 2014 [cited 2014 Jan 7]. Available from: <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=149543&ancYd=20140107&efYd=20140107&ancNo=12177#0000>.
7. Korea Ministry of Government Legislation. Act on the establishment of Seoul National University Hospital [Internet]. Sejong: Korea Ministry of Government Legislation; 2014 [cited 2014 Jan 7]. Available from: <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=149534&ancYd=20140107&efYd=20140107&ancNo=12179#0000>.
8. Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipolito F, Biscaia A. Dual practice in the health sector: review of the evidence. Hum Resour Health 2004;2:14.
9. Korea Ministry of Health & Welfare. Reformation of physician surcharge [Internet]. Sejong: Korea Ministry of Health & Welfare; 2014 [cited 2015 Mar 16]. Available from: http://www.mw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=302113&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%BC%B1%C5%C3%C1%F8%B7%E1%BA%F1.
10. Lee JK. Current issues on reformation of physician surcharge, SNUH e-health policy [Internet]. Seoul: Seoul National University Hospital; 2014 [cited 2014 Mar 16] Available from: <http://www.snuhfund.com/webmail/20140318/37-hotissue.html>.
11. McKee M, Healy J. The role of the hospital in a changing environment. Bull World Health Organ 2000;78:803-810.
12. World Health Organization. Role of hospitals in programmes of community health protection; first report of the Expert Committee on Organization of Medical Care. Geneva: World Health Organization; 1957.
13. Shin YS, Kim YI. Health policy and management. Seoul: Seoul National University; 2013.
14. National Health Insurance Service. Survey on private room charge and physician surcharge 2013 [Internet]. Seoul: National Health

- Insurance Service; 2014 [cited 2013 Oct 10]. Available from: <http://blog.daum.net/nhic-hongbo/3355>.
15. Park JS. Current issues on reformation of resident training programme. Joint Symposium of SNUH and SNUMC on Spring 2014 [Internet]. Seoul: Seoul National University Hospital; 2014 [cited 2014 April 23]. Available from: http://www.snuh.org/pub/snuh/sub02/sub05/1183349_3955.jsp.
16. Hartstein M. Medicare payment: graduate medical education disproportionate share [Internet]. Washington, DC: Institute of Medicine; 2013 [cited 2013 Mar 16]. Available from: <http://www.iom.edu/~media/Files/Activity%20Files/Workforce/GMEGovFinance/HartsteinPresentation.pdf>.
17. Henderson T. Medicaid graduate medical education payments: a 50-state survey [Internet]. Washington, DC: Association of American Medical Colleges; 2013 [cited 2013 Mar 16]. Available from: http://dhhs.nv.gov/uploadedFiles/dhhs.nv.gov/content/About/GMETF/2014/2014-05-14_Item12a_Medicaid_GME_2013_Report_AAMC.pdf.
18. Korea Ministry of Health & Welfare. Report on planning for research driven hospital. Seoul: Korea Ministry of Health & Welfare; 2011.
19. Wang SJ. Principles and system of disaster medicine. J Korean Med Assoc 2014;57:985-992.
20. Legislative Analyst's Office. California children's hospital bond act of 2008 [Internet]. Sacramento: Legislative Analyst's Office; 2007 [cited 2014 Mar 16]. Available from: <http://www.lao.ca.gov/ballot/2007/070659.aspx>.
21. Japan National Center for Child Health and Development. 2012 Annual report [Internet]. Tokyo: National Center for Child Health and Development; 2014 [cited 2014 Mar 16]. Available from: <http://www.ncchd.go.jp/center/information/report/24/3-5-3.pdf>.
22. Japan Ministry of Health, Labor and Welfare. Act for independent administrative agency to perform the research concerning the highly specialized medical care. Article 26 [Internet]. Tokyo: Japan Ministry of Health, Labor and Welfare; 2008 [cited 2014 Mar 16]. Available from: <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H20/H20HO093.html>.
23. Daniels N. Setting limits fairly on the way to more comprehensive universal coverage: 14th Global Health Academia [Internet]. Seoul: JW LEE Center for Global Medicine; 2014 [cited 2014 Dec 29]. Available from: http://www.jwleecenter.org/globalm/projects/education_view.php?key=&keyword=&bd_id=867.