

한국 건강보험법 시행 30년의 역사와 과제

신 언 향*

- I. 들어가는 말
- II. 의료보험제도 시행까지의 회고
 - 1. 의료보험제도 시행 약속
 - 2. 1963년의 사회보험 시행 약속
 - 3. 강제의료보험의 시행
- III. 건강보장제도에 대한 평가
 - 1. 전국민 의료보장
 - 2. 낮은 보험료 부담
 - 3. 접근성
- IV. 건강보장제도에 대한 불만
 - 1. 국민(환자)
 - 2. 의료계(공급자)의 불만 - 통제 중심의 저수가정책
 - 3. 정부
- V. 건강보장제도의 향후 과제
 - 1. 여러 가지 대안
 - 2. 보험료의 인상 필요성
 - 3. 보험료 인상 가능성

* 건양대학교 보건복지대학원장

I. 들어가는 말

의료보장제도가 정착되는 1980년대까지 우리나라의 의료현실은 상상할 수 없을 정도로 열악하였다. 그 예를 당시의 신문과 정부의 실태 조사결과를 통하여 보면, 1961년 서울시 의사신문은 사실로 군사정권에 대하여 보건의료에 관한 10개 항을 제의하는데 그 중 제 9항에 「거리의 병객을 일소하라」에서 당시 상황을 다음과 같이 적고 있다.

서울을 비롯한 전국 어느 도시에나 나환자 결핵환자를 비롯한 전염병환자를 비롯해서 동상환자, 마약환자, 안질환자 등 수많은 병객이 거리를 방황하며 집집이 구걸도하고 간혹 행패도 부린다. 더욱이 유행병 발생 시기에는 이 지역에서 저 지역으로 나병전파의 중간 역할까지 한다. 게다가 지나가는 신사숙녀에게 실력행사마저 하고 덤비니 미덕 상 용납 못 할 일이다. 그 수가 점점 증가함에 따라 사회문제화에까지 이르렀다(의사신문, 1961.5.22).

1967년 10월 보건사회부 사회보장심의위원회가 서울, 광주, 전남 담양에서 1,200가구를 대상으로 한 국민건강실태조사에서 병이 나도 병원에 가지 못하는 사람이 발병자의 48.9%인데 농촌은 98.7%로 나타나고 있다. 그나마도 병원에 가는 사람은 「마지막 가는 길에 원이나 없게」라는 최후수단으로 병원에 가는 것으로 조사되었다.¹⁾

1972년 8월 일간 신문에는 일부 종합병원이 응급환자 진료거부 사건을 크게 보도한 일이 있었는데 이일로 유전무병 무전유병(有錢無病 無錢有病)이라는 자조어(自嘲語)가 유행하기도 하였다(김도영, 1982). 이 사례는 남북한의 냉전구도 속에서 북한이 남한의 열악한 의료실태를 국제사회에 악선전하는 도구로 이용되기도 하였다.

정부는 1948년 정부 수립 직후부터 의료보험제도의 도입을 통

1) 의사신문 526호(1967.11.30), 사회보장심의위원회는 1962.10월 및 1965.10월 조사에 이어 3번 째로 국민건강실태조사를 실시하였다.

한 근로자의 생활안정을 국민에게 약속하였으나 1950년의 한국동란으로 1950년대까지는 이를 깊이 검토할 여력이 없었다. 그러나 1959년부터 보건사회부 의 노력 그리고 양재모, 최천송 등 뜻 있는 학자들의 연구활동과 의료계의 제도 시행 촉구는 1963년의 최초 의료보험법을 제정하는 결실을 보았다.

그러나 가입이 임의적인 선택제도인 최초 의료보험법은 그 시행에 한계를 보이면서 보건사회부는 강제 의료보험제도의 시행을 시도하였으나 번번히 실패하고 1977년에나 가서야 그 결실을 맺게 되었다. 이승만 대통령의 사회보험제도 시행 약속이후 30년이 지나서였다.

본 고에서는 (1) 정부 수립 후 의료보험제도가 시행되기 까지의 과정을 살펴 보고, (2) 각 계의 의료보장제도에 대한 비판과 불만 내용, (3) 끝으로 의료보장제도의 과제가 무엇인가를 고찰하고자 한다.

II. 의료보험제도 시행까지의 회고

1. 의료보험제도 시행 약속

이승만 대통령은 1948년 9월 30일 국회에서 이범석 국무총리가 대독한 시정방침에서 「민생문제 해결에 있어서 항상 나의 가슴을 아프게 하는 것은 농민과 노동자의 생활향상의 염원이니 ... (중략) ... 전자에 있어서는 헌법 조항에 의하여 앞으로 토지개혁법이 제정 시행될 것이니 ... 또 후자에 있어서는 헌법의 정신에 의하여 이익균점의 권리를 보유하게 될 것이며 기타사회보험제도를 창설 실시하여 그 처우가 심히 개선될 것이니 동포남녀를 막론하고 그 직장에 충실하여 상호 부조 협심하여...바입니다.」라고 하여 사회보험제도의 실시를 밝혔다.²⁾

비록 시행은 못하였지만 사회보험제도의 시행을 제1공화국정부의 혁명적인 조치인 토지개혁과 동열에 놓고 추진하여야 할 과제로 삼았다는 것은 그 결의가 대단하다.

전진한 초대 사회부장관³⁾도 1948년의 정견발표에서 「질병의료행정에 있어서는 국민이익균점의 헌법정신에 부합케 하여 전 국민은 빈부의 차별과 지방의 구별 없이 균등으로 의료를 향수하도록 현 의료행정을 개선하겠으며 그 목적달성을 위하여 사회보험제도를 계획하여 점차적 이익을 향수하게 하려 합니다」라고 하였다. 이어서 제 3항에서 사회보험제도의 실시를 약속하였는데 그 내용은 아래와 같다.

三. 사회보험제도를 창정(創定)실시케 할 것

근로자가 불의의 재해·질병·폐질 급(及) 등의 불행한 경우에 처했을 지라도 능히 그 생활에 소호(小毫)라도 지장 없이 그들의 생활 향상과 그 사회적 처우를 적극적으로 개선하기 위하여 일반노동 보호시책과 병행하여 이에 대한 대책을 시급히 강구 코저

- (一) 노동재해보험
- (二) 노동질병보험
- (三) 양로 및 폐질보험
- (四) 실업보험

에 분(分)해서 국가제도로서 차(此)를 강행 실시하고자 합니다.

2) 이승만(1948), 이대통령의 시정방침 - 만민공영(萬民共榮)의 국초(國礎)를 존정(尊定), 시정월보(창간호, 1949): 2-3, 본 시정방침은 一. 서론, 二. 민족국가로서의 民國의 특성, 三. 기본국책, 四. 정부가 당면과제 등으로 구성되고 있다. 본 사회보험실시에 관한 언급은 '2. 민생개선과 국내당면 중요정책'이라는 제목하에 언급하였다.

3) 사회부는 1945년 8월 15일 대한민국정부가 수립되면서 미군정 시 보건후생부 및 노동부를 통합하여 사회부로 개칭하고 보건, 후생노동 및 부녀 등에 관한 업무를 관장하였다. 1949년 3월 대한의학협회의 건의에 따라 보건부가 사회부로부터 독립하고 1955년 2월 보건 및 사회부를 다시 통합하여 보건사회부를 설립하였다.

기획처는 대한민국 정부로서 경제 재건을 위하여 급속 적절한 계획 수립이 요청되는 중요정책을 13개로 열거하고 그 여섯 번째 항인 노동정책에서 사회보험을 실시할 것을 발표하였다(정현준, 1948).⁴⁾

그러나 1949년 이후 1959년 까지 정부가 의료보험제도의 시행을 위한 이렇다할 노력이나 검토를 하였다는 기록은 찾을 수 없다. 다만 연세대학교 양재모 교수에 의한 1956년 및 1959년 서울 및 제주도민의 상병에 관한 실태조사에서 의료보험제도에 대한 찬반의 의견조사를⁵⁾한 것으로 보아 의료보험에 관한 필요성이 국민에게 인식되기 시작하였던 것으로 보인다.

보건사회부는 1959년 10월부터 매주 1회 의료의 사회화를 위한 사회보장제도에 관심을 가진 직원과 외부 자문위원들의 모임인 「건강보험제도도입을 위한 연구회」가 있었다. 그리고 보건사회부가 처음 의료보험제도의 시행계획을 대외적으로 발표한 것은 1961년 1월이다. 당시 의정국장인 이용승(李溶昇)은 1961년 1월 건강보험제도연구위원회규정을 공포하고 1-2개의 시범사업을 착수하겠다고 하였다. 그리고 1961년 3월 의료보험을 긴급사업으로 채택하고 우선 8,000세대를 대상으로 하여 사업을 실시할 계획이었다. 소요 예산은 9,600만 환으로 책정하고 이를 추경예산에 반영하기로 하였으나 5.16 군사 쿠데타로 실천에 옮기지 못하였다.

4) 정현준 당시 기획처 비서실장이 시정일보에 국가경제계획기구관견(國家經濟機構管見)이라는 제목으로 기고.

5) 「사람의 병이란 언제 어떻게 생길지 알 수 없기 때문에 외국 어떤 나라에서는 보험에 들어서 병이 있건 없건 보험료를 물어 나가다가 병이 안 나면 그 돈은 떼는 것이고, 병이 생기면 그 보험회사에서 그 입원, 수술, 치료비를 물어주는 제도가 있는데 만일에 우리나라에도 그런게 생긴다면 댁에선 그 보험에 드시겠어요?」라고 질문하였다. (국민의료에 관한 연구 1956) 의료보험제도의 도입에 대하여 찬성 45.5%, 반대 30.3%, 그리고 중립내지 태도불명이 42%로 나타났다.

2. 1963년의 사회보험 시행 약속

(1) 군사정권의 의료보험 시행

보건사회부는 1962년부터 시작되는 제1차 경제개발5계년계획에 계획 기간 중 건강보험제도를 실시하려 하였으나 심의과정에서 채택되지 않았다(의사신문, 1961.9.18).

이는 군사정권이 집권 초기 사회보험제도의 시행에 대한 관심이 없었기 때문인 것으로 보인다. 국가재건최고회의 손창규 문교사회위원장은 「국가재건을 위한 전제와 사회문화정책의 방향」에서 사회복지정책은 산업화 추진이라는 대전제에 상치되지 않는 범위 내에서 추진되어야 한다고 하였다.

그런데 1962년으로 들어서자 군사정권은 사회보장제도에 대하여 관심을 나타내기 시작하였는데 이는 1963년 민정이양을 앞두고 국민에게 가시적인 군정의 성과를 내 놓으므로서 국민의 지지기반을 확보하려는 것이었다. 1962년 7월 28일 박정희 의장은 내각수반에게 「사회보장제도 확립」이란 지시각서를 통하여 의료보험제도의 시행가능성을 밝혔다. 그 내용은 다음과 같다(국가재건최고회의 문사 제 683호).

국민소득을 증가시키고 실업, 질병, 노령 등의 생활위험으로부터 국민을 보호하여 복지국가를 조속히 이룩함은 우리의 궁극적 목표 ,, (중략) ... 국민, 기업주, 정부가 함께 참여하여 연대적으로 국민생활을 보장하는 항구적인 사회보험제도가 중요한 부분인 사회보험 중에서 그 실시가 비교적 용이한 보험을 선택하여 착수하고 시범사업을 통하여 우리나라에 적합한 제도를 연구 발전시켜 종합적인 사회보장제도를 확립토록 지도할 것....

박정희 의장은 1963년 시정연설을 통하여 「구호선에서만 그쳤던 복지국가 건설을 강력한 실천력으로써 구현... 의료보험과 재해보험제도를 발족...」 한다고 하였다.

(2) 사회보장심의회위원회 설립과 의료보험법 기초

군사정권은 의료보험법과 재해보험제도의 시행을 위한 기초조사 및 법안의 기초를 위하여 사회보장심의회위원회를 설립하였다. 일본도 이와 유사한 기구를 1948년 설치하였는데, 주일연합국최고사령부의 ‘사회보장제도에의 권고’에 따라 1948년 12월 23일 사회보장심의회설치법을 제정하고 동 법에 따라 사회보장심의회를 조직한 사례가 있다.⁶⁾

사회보장심의회위원회의 설치 구상은 1960년 12월에 열린 전국종합경제회의로 거슬러 올라간다. 회의에서 근로자의 근로조건개선과 생활보장책으로서 「사회보장제도 도입을 위한 연구심의를 위하여 사회보장제도심의회위원회 설치」를 결의하였다(최천송, 1991). 민주당 정부는 사회보장제도심의회위원회규정 만들어 상설 조직을 두려 하였으나 군사쿠데타로 무산되었다.

사회보장제도심의회위원회는 1962년 3월 20일 설립하였는데 사회보장에 관한 법률의 제정으로 명칭을 사회보장심의회위원회로 변경하였다. 사회보장심의회위원회는 1962년 의료보험제도 연구에 착수하여 의료보험법을 기초하였는데 당초의 강제가입, 조합설립 강제 조항이 심의과정에서 삭제되어 국가재건최고회의를 통과하여 1963년 12월 16일 공포되었다. 비록 시행에 실패는 하였지만 우리나라 의료보험제도의 골격을 형성하는 기본이 되었다는데 큰 의의가 있다.

6) 하상락, 8.15해방후 미군정시대, 의료보험(1984.3), 의료보험연합회, 1984: 1946년 2월 27일 주일연합국최고사령부는 각서 755호로 일본의 국민복지증진을 촉구하기 위하여 1947년 8월 사령부가 미국 본토로부터 사회보장전문가를 초빙 하여 일본국민에 적절한 사회보장계획수립에 관한 조사, 연구 및 권고를 하였다. 그 결과 1948년 7월 13일 일본정부에 미국사회보장제도조사단 보고인 ‘사회보장제도에의 권고’가 통과되고 이에 따라 일본정부는 동년 12월 23일 사회보장심의회설치법을 제정하였다.

3. 강제의료보험의 시행

(1) 임의의료보험제도의 실패

최초의 의료보험법에 의한 제1호 의료보험조합은 「중앙의료보험조합」이다. 서울시 종로구에 위치한 현대병원이 주축이 되어 7개 사업장이 조합을 1965년 4월 23일 설립 하였다. 동 조합은 7개 사업장 3,424명의 근로자 중 511명이 가입하였다. 그러나 설립한 지 6개월 만인 11월 29일 보건사회부는 설립인가를 취소하였다. 그 이유는 전체근로자의 15%만이 가입하는 역선택로 가입자들은 한번 치료만 받아도 손해 보지 않는다는 생각과 병원은 병원경영의 실리를 얻는다는 이해타산적인 목적으로 운영한 결과였다(의료보험연합회, 1997).

1965년 9월 25일 전남 나주의 호남비료(후에 한국종합화학)의료보험조합이 설립되어 의료보험법에 의한 최초의 실질적 조합이 되었다. 1966년 3월 4일에는 경북 문경의 봉명흑연광업소의료보험조합이 설립되었다.

이렇게 사업장 근로자에 대한 임의적 선택가입제도의 시행은 자발적인 의료보험제도를 탄생시키는 계기가 되었다. 1961년 서울대학교의 학생의료보험제도를 효시로 서강대, 동국대(1963), 숙명여대(1965), 이화여대(1969), 연세대(1976) 등 1976년 까지 6개 대학이 학생과 교직원을 대상으로 한 의료보험을 실시하였다.

다음은 청십자운동이다. 부산청십자의료보험조합은 1968년 5월 창립하여 1969년 4월 동년 2월 조직한 부산의료협동조합과 통합하여 조합원 14,000명의 조합으로 발전하였다. 이러한 성공은 전국 각지로 청십자운동이 확산되게 하는 계기가 되었다. 1972년 7월 1일 광주, 인천, 수원, 제주, 경북(대구)등으로 확산되어 그 일부는 전국민의료보험이 시행될 때까지 존속하였다(의료보험연합회, 1997).

가입의 강제성을 결여한 의료보험의 실시로 얻은 교훈은 법적

으로 강제되지 않는 상부상조형태의 의료보험은 성공할 수 없는 것이라는 것이었다. 사회보험의 원리인 위험의 분산기능이 가입율의 저조로 작동하지 않은 것이다. 가입을 임의로 하다 보니 건강한 젊은 근로자나 건강에 자신이 있는 사람은 가입을 하지 않는 역선택현상이 만연하였다.

(2) 보건사회부의 강제의료보험 추진시도와 좌절

보건사회부는 의료보험조합을 설립하는 기업이 호남비료와 봉명광업 등 2개 업체에 그치자 시행 2년 후인 1967년부터 가입을 강제하기 위한 의료보험법 개정예 착수하였다.

1967년 11월 근로자, 군인, 공무원 그리고 자영자단체까지 한데 묶어 강제가입과 임의가입 별로 규정한 의료보험법개정법률안을 국회에 상정하였는데 그 내용은 보험대상을 군인, 공무원, 자영자인 근로자와 가족까지 확대하고 1000명 이상 고용하는 사업장은 의무적으로 가입하는 것이었다. 보험요율은 임금의 2-8%로 정하였다. 그러나 법률안은 국회 회기 종료로 자동 폐기되었다.

(3) 의원입법에 의한 강제시행 근거 마련

정부안이 자동 폐기되자 1968년 2월 26일 국회 보건사회위원회 오원선(吳元善)의원 외 40명의 의원 연명으로 의료보험법개정법률안을 제출하였는데 이는 전년도에 보건사회부가 제출하였다가 회기만으로 폐기된 내용을 토대로 작성된 것이다. 오원선 의원은 제66차 보건사회위원회(1968.7.1)에서 의료보험의 부진사유로 사업주의 사회연대의식 부족, 기업의 재정난, 근로자의 저소득, 의료보험에 대한 인식부족, 강제가입의 결여로 인한 역선택 발생을 들었다.

개정법률안은 일부 수정되어 1970년 8월 7일 법률 제2228호로 공포되었다. 그러나 법이 개정되고 나서도 이를 뒷받침 할 하위법령이

개정되지 않아 시행이 되지 않았는데 이유는 의료계의 반발과 1974년 시행하기로 예정되어 있던 국민연금제도 때문으로 보인다.

먼저 의료계는 1960년대 초까지 의료보험의 시행에 적극적이었으나 1960년대 후반 정부가 강제의료보험으로 법을 개정할 움직임을 보이자 반대의사를 표시하기 시작하였다. 당시 의사신문은 ‘정부는 강제조항이 없어 부진상태에 있다고 하나 의료보험에 대한 국민인식을 심어주는 광범한 선전과 설득이 앞서야한다’고 하였다.(의사신문, 1967.10.2). 대한의학협회는 1971년 5월 제 23차 정기총회에서 의료보험의 실시여부에 있어 의협의 입장이 반영되지 않을 경우 보험의료기관 지정 거부 등 의권옹호를 위한 행동통일을 결의하였다.(의료보험연합회, 1997).

둘째, 1974년부터 시행예정 이었던 국민연금제도인데 그 이유는 강제의료보험의 시행 배경에서 후술한다.

(4) 박정희 대통령의 강제의료보험 시행 결정

그러나 1970년대 중반부터 국민의 의료보장을 위한 획기적인 조치를 하지 않으면 안 될 정치적, 사회적 분위기가 조성되기 시작하였다.

먼저 북한과의 체제경쟁에서 우위에 서야한다는 시대적 요청이 있었다. 1971년 북한을 방문하였던 이후락 중앙정보부장은 ‘다른 모든 점에서는 남한이 우위에 있으나 의료분야는 북한에 뒤진다. 북

7) 보건사회부 이용승 의정국장의 건강보험제도 시행 발표에 대하여 의사신문은(1961.1.8)을 통하여 다음과 같이 논평을 하였다. ‘오랫동안 논의되어 오던 건강보험제도가 우리나라에서도 금년부터는 소규모로나마 곧 착수될 것 같다. 이미 선진국에서는 관영 민영의 형식으로 거의 완전에 가까울 만큼 잘 운용되고 있어서 의료의 혜택이 어떤 특정인에게 국한되지 않고 인간이면 누구에게나 그리고 치료비가 있건 없건 간에 언제든지 수혜 될 수 있게 되어 있으나 우리나라에서는 아직 그 제도를 실시하지 못하고 있었고 다만 유토피아로 꿈같이 그리워만해 왔었던 것이다.’

한은 모든 의료가 무료이고 특히 아이의 출산과 산모보호를 국가가 해 준다'는 요지로 대통령에게 보고 하였다. 당시 북한은 국내 신문보도를 인용하여 국제무대인 UN과 WHO총회 등에서 '남조선에서는 의료정책의 실패로 많은 인민이 치료를 받지 못하고 심지어는 응급환자가 이 병원 저 병원 전전하다가 사망한다'고 선전하였다.

둘째, 영세민에 대하여는 새마을 무료진료, 외원의료장비 도입 의료기관에 대한 영세민 무료진료 의무 등의 무료진료제도가 있었다. 그러나 병의원에 경영에 부담을 주면서도 시혜적 성격의 무료진료는 진료를 받는 영세민 측에서도 차별 진료를 연상하는 등 한계가 있었다.

끝으로, 1974년 시행 예정이었던 국민복지연금제도의 시행을 석유과동을 계기로 유보한 것이다. 국민연금제도의 시행을 유보한 마당에 이를 대체할 수 있는 사회보험제도를 시행하여야 만 근로자의 불만을 달랠 수 있기 때문이다. 보건사회부가 사회보장정책의 방향을 기존의 「선(先)연금보험, 후(後)의료보험」전략에서 「선의료보험, 후 연금보험」전략으로 전환한 것으로 보아도 알 수 있다(국민연금관리공단, 1998). 다시 말하여 제4차경제사회개발계획이 시작되는 1977년부터 5년 이내에 의료보험제도를 정착시킨 후 이를 바탕으로 연금제도를 실시하자는 전략으로 선회한 것이다(국민연금관리공단, 1998). 의료보험연합회도 1974년의 제 1차 국제석유 위기로 연금제도의 시행이 미루어지고 그 대안으로 의료보장제도를 선택하였다고 적고 있다(의료보험연합회, 1997).

이와 같이 남북 간의 의료격차, 영세민 의료문제, 근로자의 불만을 잠재우기 위하여 박정희 대통령은 의료보장제도의 시행을 서두르게 된 것이다. 당초 1980년대에 시행할 예정이던 의료보험 시행계획을 바꾸어 1977년에 시행하기로 결정한 것이다.

Ⅲ. 건강보장제도에 대한 평가

우리나라의 건강보장제도는 정부 수립 직후 이승만 대통령, 전진한 사회부장관 등이 의료보험제도의 시행을 천명한 후 실로 30여년 만에 시행되었다. 1977년 의료보험과 의료보호제도를 실시한 이후 12년 만에 전국민 의료보장을 실현하였다. 보험자가 수 백여개의 조합으로 분리되어 운영되던 관리체제를 1998년부터 2000년 사이에 국민건강보험공단이라는 단일조직으로 통합하였다. 2003년에는 종래 분리하여 계리하여 온 지역가입자와 직장가입자의 재정도 통합하였다.

2006년 Conference in Canada에서 우리나라의 의료제도를 낮은 의료비(GDP 대비)에 비해 그 성과는 OECD 24개국 중 5위로 평가하였다⁸⁾. 그 성과는 세계적으로 자랑할 만큼 대단하다. 그 성과를 요약하면,

1. 전국민 의료보장

모든 국민이 건강보험이든 의료급여든 하나의 의료보장제도의 적용을 받는다. 강제의료보험을 시행한지 불과 12년 만에 달성하였다. 우리보다 훨씬 잘 사는 미국이 국민의 15%에 해당하는 4,500만 명이 의료보장에서 소외되어 있다는 것을 생각하면 대단한 일이다.

2. 낮은 보험료 부담

위에서도 말한 바와 같이 우리나라는 아주 낮은 국민의료비를 지불한다. 우리나라의 건강보험료는 의료보험 제도를 시행하는 어

8) 보건복지부, 건강보험정책방향, 2007 제1기 국민건강보험제도'의 이해에서 25쪽에서 발췌 인용.

편 선진국보다 낮은 수준이다. 우리의 근로자 및 자영자는 월 소득의 4.77%에 해당하는 보험료를 부담한다. 물론 일반 재정에서 보험료 총액의 20% 해당금액을 보험재정에 부담하는 것을 감안하더라도 6%를 넘지 않는 것이다.

다른 선진국이 8.5%로 부터 많게는 19%까지 부담하는 것을 볼 때 우리는 그들의 1/3정도의 낮은 보험료로 의료보장을 받는 것이다.⁹⁾ 미국의 민간보험의 보험료가 월 \$600인 것을 생각하면 그들의 10분의 1에도 미치지 않는다. 가구당 월 50,000원 정도를 보험료를 내면 언제 어느 병원에서든지 진료를 받을 수 있다.¹⁰⁾

3. 접근성

언제 어느 의료기관에서나 의료서비스를 받을 수 있을 만큼 접근성이 높다. 수년 씩 기다리다 못하여 외국에 나가서 수술을 받아야 하는 영국의 NHS와는 비교할 수 없을 정도로 접근성이 높다.

어떤 환자는 하루에 네 다섯 군데의 병의원을 순회하는 소위 의료쇼핑을 한다. 건강보험환자는 1인당 내원일이 2006년 14.7일로 1980년 4.94일에 비하여 무려 3배나 증가하였다.

9) 연하청, 국민경제운용과 건강보험재정의 정상화: 패러다임의 전환, 건강보험정상화를 위한 정책제언, 시장경제연구원, 2002 건강보험정상화를 위한 대토론회, p.7-25, 2001년의 외국의 보험요율: 프랑스 19.6%+조세, 독일 19.5%, 일본 8.5%, 룩셈부르크 12.6 -7.3%(생산직 9.34%, 사무직 5.38%이나 정부가 35%를 보조하는 것을 감안), 네델란드 17.65+정액, 대만 15.98%(보험요율은 8.5%이지만 실제보험요율은 피부양자수에 비례하므로 평균 피부양율 0.88명을 감안하여 조정한 것임).

10) 2006년도 세대 당 월 보험료: 공무원 76,290원, 근로자 53,793원, 지역 49,688원임(통계로 본 건강보험 30년, 국민건강보험공단·건강보험심사평가원).

IV. 건강보장제도에 대한 불만

우리나라의 건강보장제도는 경제처럼 단기간에 압축 성장을 하였다. 그러다 보니 우리의 제도에 대한 자랑에 도취한 나머지 ‘의료인프라 선진국보다 앞서’와 같은 자화자찬하고 있다. 그러나 우리의 제도가 완벽한가? (신성식, 2007).

여기 저기서 현 제도에 대한 불만의 소리가 나오고 있다. 불만의 목소리는 제도에 참여하는 소비자인 국민(환자), 공급자인 의료계 그리고 제도의 관장자인 정부 등 모든 주체들로부터 나오고 있다. 환자는 제도 본래의 기능을 다하지 못하는 단순한 진료비 할인제도라고 하고, 의료계는 의료계의 일방적인 희생에 의하여 지탱하고 있다고 하면서 정부가 의료의 사회화를 획책한 결과라고 한다. 심지어는 건강보험제도를 관장하는 정부도 국민, 의료계 모두에게 불만을 가지고 있다.

1. 국민(환자)

(1) 기대에 미치지 못하는 급여 - 할인카드라고 비판

건강보험제도를 시행하여야 하는 가장 큰 이유 중의 하나는 질병으로 인한 소득 상실과 치료비 가중으로 인한 빈곤으로의 전락을 막자는 것이다. 그렇기 때문에 건강할 때라도 아까운 보험료를 매달 꼬박꼬박 내는 것이다. 그런데 기능을 수행하고 있느냐에 대한 것이다.

감기, 몸살로 외래진료를 받는데 병원과 약국을 포함하여 5천 원 정도면 진료를 받고 약을 조제 받을 수 있다. 그런데 암과 같이 심각한 질병에 걸리면 가계가 휘청거릴 정도로 높은 진료비를 부담하여야 한다.

2003년 OECD 회원국의 의료비지출 통계를 분석하여 보면 국민

의 불만에 일리가 있다는 것이 바로 나타난다. 우리나라 국민 1인당 환자본인부담액은 \$450으로서 OECD 30개국 중 8위로 높다. 그리고 우리와 비슷한 1인당 국민소득 수준(\$18,000 - \$24,000)의 국가들(그리스, 뉴질랜드, 포르투갈, 스페인)중에서도 그리스 다음으로 높은 것으로 나타나고 있다(권순만 등, 2007). 그리고 실제로 개인 총 의료비 지출액 중 한국의 환자본인부담률 41.9%로 OECD 회원국 중 멕시코(50.5%), 그리스(46.5%)에 이어 3위의 높은 수준을 보이고 있다(권순만 등, 2007).

그렇기 때문에 따라서 우리나라의 건강보험제도를 진료비할인제도(신성식, 2007) 또는 할인 쿠폰제도라고 비판하는 것은 일면의 타당성이 있는 것이다.

정부도 이를 인정한다. 그동안 보장성을 꾸준히 확대하여 왔으나 아직 미흡한 실정이라고 하면서 향후 큰 부담없이 질병을 치료하도록 구조를 개선하겠다고 한다. 건강증진, 질병관리, 재활 서비스에 대한 보장성을 확대하고 비급여 중에서도 필수 진료를 급여로 포함하는 정책을 추진하겠다고 한다(최원영, 2007).

(2) 기대에 못 미치는 의료서비스

좀 지위가 있는 사람이면 좀 심각한 질병에 걸리면 여기 저기 용하다는 의사와 병원을 수소문한 후 연줄을 대어 부탁을 하고 방문하는 것이 통례이다. 그 이유는 의료서비스에 대한 불신 때문이다. 장시간 대기, 불친절, 불성실한 답변 등에 대하여 환자는 불만스러운 것이다.

국내 의료서비스에 불만족하여 해외에서 치료를 받는 사람이 1만 명이 넘고 여기에 소요되는 비용은 1조원에 이른다는 말도 있을 정도이다.

2. 의료계(공급자)의 불만 - 통제 중심의 저수가정책

의료계는 1977년 건강보험제도를 시행할 당시부터 수가에 대한 불만이 컸다. 정부는 당시 관행수가의 55%수준(양명생, 1993)에서 출발하였다고 하는데, 의학협회는 40% 수준이라고 주장하였다(대한 의학협회, 1977). 수가기준에 불만은 있지만 거국적인 사업이란 차원에서 의료보험의 실시를 거부하지 않겠다는 선에서 정리하였다.

대한병원협회는 수가문제로 인하여 1976년 7월 회장이 임기 전에 퇴진하였다(의료보험연합회, 1997). 의료계는 정부가 시행초기부터 의료계의 의견을 묵살 한 채 수가기준을 정하여 의료기관 경영을 어렵게 하는 요인이라고 주장하고 있다(하호욱, 1983). 그 당시 유신이라는 살벌한 정치, 사회적인 상황에서 반대할 수 없었을 것이다.

의료계는 시행 당시 수가가 낮게 시작하였을 뿐만 아니라 그 이후 보험수가의 인상률도 소비자물가인상률을 따라 가지 못하여 경영을 더욱 어렵게 하고 있다고 주장한다.

이와 같이 의료계의 의견이 반영되지 않은 의료보험의 강제 시행은 오늘날까지도 의료계가 불만을 갖는 요인이 되고 있다. 1999년부터 2000년 사이 의약분업의 시행을 앞두고 의료계가 정부에 요구한 것 중 끝까지 문제로 대두 된 것이 보험수가의 인상문제였고 그 결과 4차례에 걸쳐 40%정도의 수가 인상이 이루어지면서 의료계의 대정부 투쟁이 종식되었다.

정부도 2001.1월 수가를 7.1% 인상 조정하면서 상대가치수가체계를 출범하면서 원가보전을 90%를 달성하기 위한 것이라고 하여 건강보험수가가 낮음을 인정하였다(한달선, 2001).

의료계는 이와 같이 낮은 수가를 보전하는 수단으로 과잉 진료를 하고(불요불급한 검사 등), 수익성이 낮은 진료를 높은 방법으로 대체하고(제왕분만), 장례업과 같은 의료 외의 수익사업을

개발하고 있다(한달선, 2001). 수지를 맞추려다 보니 단위 시간에 많은 환자를 보아야 하고 그러니 1인당 환자에게 투입하는 시간을 짧고 환자에게는 불성실, 불친절로 비쳐질 수 밖에 없다는 것이다.

3. 정 부

(1) 보험재정의 불안정 지속

1996년 처음 당기적자가 발생한 보험재정은 2001년에 들어와 누적 적자를 기록함으로써 은행의 차입으로 이를 보전할 수 밖에 없는 상황에 이르렀다. 2001년 적자를 메우기 위하여 1조 8000억 원을 은행에서 차입하였다. 정부는 「건강보험재정안정 및 의약분업정착종합대책」(소위 5.31대책)을 발표하기에 이르렀다. 대책의 주 내용은 정부는 보험재정에 대한 지원규모를 28.1%수준에서 50%수준으로 높이고, 둘째, 보험료를 2006년까지 6-8% 인상하고 셋째, 의료계는 환자 수에 따른 진찰료·조제료 등을 차등하여 지급하는 차등수가제, 야간가산율적용대를 조정하는 등 정부, 국민 그리고 의료계가 고통 분담을 내용으로 하는 것이었다.

이러한 대책에 힘입어 보험재정의 당기 적자가 2003년부터는 흑자로 전환하고 2005년에는 누적 수지가 9,954억 원에 이르렀다. 그러나 불과 2년 만인 2006년에 747억원의 당기 적자가 발생하여 재정의 불안해지고 있다. 물론 그 동안 식대, MRI 등을 급여로 포함시키고 노인환자에 대한 진료비의 급증의 이유가 있기는 하지만 금년에는 당기 적자가 3,800억 원으로 확대될 것으로 전망된다(보건복지부, 2007).

(2) 의료계 및 환자에 대한 불만

보험재정의 불안정이 지속되는 것에 대하여 정부는 의료계 및

국민을 원망한다. 의료계에 대하여는 과잉진료, 비급여 의료서비스 개발, 부당 허위청구로 의료이용 없는 의료비 발생 등을 지적한다. 그리고 보험재정을 고려하지 않고 고가약 선호할 뿐만 아니라 지나치게 많은 종류의 의약품을 조제한다고 불만이다.

국민은 세계적으로 유례없이 싼 보험료를 내면서 욕구는 선진국수준으로 요구한다고 한다. 환자들은 보험재정을 고려하지 않고 의료서비스를 이용하는 도덕적 해이(모랄 헤자드)에 빠져 있다고 생각한다. 그러므로 이를 잘 관리하여 재정을 효율적으로 사용할 수 있다고 생각한다.

V. 건강보장제도의 향후 과제

1. 여러 가지 대안

위와 같은 현 건강보장제도가 가지고 있는 문제에 대하여 수많은 처방을 정부, 건강보험전문가, 학자 등이 제시한다. 약제비 적정화를 위하여는 선별등제제도(positive system)을 시행하고, 기등제의약품을 5년마다 경제성 평가를 하여 약가 거품을 제거하여야 한다고 한다.

현재의 행위별수가체제로는 의료기관의 과잉진료 유인을 억누를 수 없으므로 포괄수가제(DRG) 또는 총액예산제로 바꾸어야 한다고 주장한다. 행위별수가제는 환자진료에 실제 들어간 비용을 합산하여 보상한다는 점에서 아주 이상적인 지불보상방식이다. 그러나 동일한 질병이라도 각 개인마다 처방과 진료가 다른 복잡한 진료 내역을 일일이 규정하여 그 원가를 계산하고 이를 보상한다는 것은 현실적으로 불가능하다. 현행의 낮은 수가를 보상하는 수단으로도 악용될 수 있다. 또한 과도한 청구 및 심사비용이 소요된다. 그러므로 이를 단순한 지불보상방식으로 전환하여야 한다는

것이다.

공적인 건강보험이 모든 의료수요를 다 충족시킬 수 없으므로 이를 보완해 줄 수 있는 민영의료보험을 활성화하여야 한다는 주장도 나온다. 그러면 획일적인 의료서비스를 환자에게 맞는 서비스를 제공하여 환자의 만족도를 높일 수 있다는 것이다.

이렇게 절감한 재원으로 보장수준을 높여 나가자는 것이다. 오래전부터 지속적으로 논의되고 있는 내용이다. 모두 타당한 주장이다. 위와 같은 처방은 정부 단독으로 결정할 수 없는 것이다. 국민과 의료계가 납득하고 때로는 양보하므로서 실현될 수 있다.

2. 보험료의 인상 필요성

그런데 보다 근본적인 문제는 돈 문제이다. 따라서 근본적인 문제의 해결인 수입의 문제를 해결하지 않은 위와 같은 처방은 미봉책에 지나지 않는다. 재원을 염출하는 방법은 보험료를 인상하는 방법뿐이다.

한 가지 분명한 사실은 우리나라 국민은 낮은 보험료, GDP대비 낮은 국민의료비를 지출하고 있고 의료비지출을 타 가계 지출항목과 비교하여도 매우 낮다는 점이다. 이로 인해 보험재정이 파이가 절대적으로 작은 것이다. 이러한 결과는 단기간에 전국민을 의료보장체계에 적용하려다 보니 낮은 보험료 - 낮은 수가체계의 유지가 불가피하였다는 것이다. 제도를 시작하고 30년, 전국민 의료보장을 실현한지 거의 20년이 된 현재에 있어서는 이를 전면적으로 재검토하여야 된다.

첫째, 낮은 보험료이다. 1977년부터 2-8% 수준에서 의료보험조합 별로 정하도록 하였다. 2000년 당시 보험요율은 근로자는 평균 월 보수의 2.8%, 공무원은 3.4%였다(보건복지부, 2001). 2001년에는 공무원 수준인 3.4%로 단일요율이 되고 2001년 재정위기를 겪

으면서 매년 6-8%를 인상하므로 2007년 현재의 보험요율은 4.77%까지 올라갔다. 지난 5년간 70%이상 보험료가 인상되었는데도 불구하고 이러한 보험료율은 다른 나라의 1/3분의 수준에도 못 미치는 것이다.

2001년의 제 외국의 보험요율을 보면, 프랑스 19.6%+조세, 독일 19.5%, 일본 8.5%, 룩셈부르크 12.6 -7.3%(생산직 9.34%, 사무직 5.38%이나 정부가 35%를 보조하는 것을 감안), 네델란드 17.65+정액, 대만 15.98%(보험요율은 8.5%)

둘째, GDP에서 차지하는 국민의료비의 비중이다. OECD의 통계에 의하면 2003년 현재 우리나라의 국민총생산 대비 의료비지출은 5.6%로 OECD 회원국 30개 국 중 30위로 꼴찌이다.

셋째, 가계지출 중 보건의료비와 불요불급한 외식비를 비교하면 우리나라의 의료비 지출 수준이 얼마나 낮은지 알 수 있다. 통계청의 가계수지조사보고서에 의하면 2006년에 월 168천원을 보건의료비 및 건강보험료로 지출하였는데 월 외식비는 248천원이었다. 의료비가 소득의 5.5%를 차지하는데 비해 외식비는 소득의 8.1%를 차지였다(표 참조). 선진국의 의료비가 가계지출의 10%라는 것을 생각하면 우리나라 의료지출의 문제를 잘 나타내 주고 있다(유승흠, 278).

<V-1> 가구소득과 보건의료비, 외식비 지출(2003-2006)

(단위: 천원)

연도 별	2003	2006
가구 소득	2,646(100)	3,069(100)
보건의료비	135(5.1)	168(5.5)
외식	223(8.4)	248(8.1)

주: 1) 보건의료비는 건강보험료를 포함(2003년 47 천원, 2006 57천원)한 것임.

2) ()내는 가구소득에 대한 비율임

우리가 이렇게 낮은 비용으로 의료보장제도를 유지할 수 있는

이유가 우리의 건강보험 관리기법이 선진국에 비하여 뛰어 나가거나 건강보험관련 종사자 - 공급자인 의료계, 보험자 등 - 의 1인당 생산성이 높아서라고 할 수 없는 것이다. 공급자(의료계)이든 소비자(환자)이든 누군가 손해를 본다는 것이다.

보험료와 GDP에서 차지하는 비율이 낮기 때문에 건강보험에서 제공하는 급여의 수준과 범위는 낮을 수 밖에 없다는 결론이 나올 수 밖에 없다고 할 수 있다. 손래를 보는 몇 가지 예를 들어 보면, 우리나라에서는 입원하면 당연히 간병인을 따로 두는 것이 보통이다. 경제적인 부담을 떠나서 시간의 낭비, 감염우려 등을 감수해야 한다. 이는 현재 국민이 지출하는 의료비로는 필요한 간호인력을 확보할 수 없기 때문이다.

우리나라의 응급의료예방사망율은 39.6%이다. 이는 응급처치가 적절하게 되면 생명을 건질 수 환자가 100명인데 적절한 처치가 잘못되어 39명이 사망한다는 뜻이다. 이를 미국의 15%, 싱가포르의 22%와 비교하면 너무나 안타까운 일이다. 이와 같이 사망률이 높은 이유는 그만큼 투자가 안되었기 때문이며 이는 응급의료 시스템을 잘 갖출 만큼 보상이 따르지 않기 때문이라고 보아야 한다. 결론적으로 낮은 보험료 - 낮은 수가의 최종적인 피해는 소비자인 국민에게 귀착하는 것이다.

3. 보험료 인상 가능성

따라서 대안은 수가를 적정하게 하여 간병인을 두지 않아도 될 만한 간호인력이 확보되고 응급실의 인력, 시설, 장비를 잘 갖출 정도의 보상을 할 수 있는 수가를 보상하여 주어야 한다. 그렇게 하기 위하여는 보험료를 인상하거나 국고지원을 늘려야 한다.

그런데 많은 사람들이 우리에게 여력이 없다고 한다. 과연 그럴까? 2002년 한국형사정책연구원은 국내 성매매산업의 연간 규모

가 국내총생산의 4.1%에 해당하는 24조 원이라고 발표한 바 있다. 이 중 10%를 줄일 수 없는가? 우리나라 가구의 2006년 월평균 외 식비 규모는 248천원으로 의료보험료의 4배에 해당하는데 이 중 10%를 줄일 수 없는가?

보건복지부는 2015년에 63.6조원의 건강보험재정이 소요되고 이 를 충족하기 위하여 보험료를 매년 7-8% 인상해야 한다고 한다. 그러나 수가 인상이 그렇게 쉬운 일은 아닐 것이다. 국민을 설득 하고 이해시켜야 할 책무는 정부에 있다. 이제는 정부, 의료계, 국 민이 함께 머리를 맞대고 국민에게 제공되어야 할 의료수준을 그 리고 이를 충족할 때 필요한 경비의 규모를 산출하여야 한다. 그 리고 그 재원을 염출하는데 필요한 보험료율은 얼마인가를 계산 하여야 한다. 단기적으로 국민의 욕구를 충족시킬 수 없으면 연도 별 급여 확대계획과 이에 따른 보험료 인상계획을 국민에게 제시 하고 동의를 얻어야 한다. 공짜가 없다는 것을 우리 모두가 알아 야 하는 것이다.

[참고문헌]

- 경제기획원(1981), 제5차경제사회발전5개년계획.
- 국민건강보험공단(2005), 건강보험포럼.
- 권문일(1989), 1960년대의 사회보험, 한국사회복지론, 하상락 편, 박영사.
- 권순만, 최병호 등, 건강보장제도의 효율성고 형평성: 보건경제학적 접근), 2007년도 공동학술대회.
- 김도영(1982), 한국의 의료보험, 삼연사.
- 김일순(1982), 의료보험 6년의 회고, 의료보험 1983. 7, 의료보험조합연합회.
- 김일순, 김한중, 의료보험운영실태, 의협신보, 1976년 5월 31일
- 남찬섭(1998), 한국복지제도의 전개과정과 성격, 한국사회복지의 현황과 쟁점, 인간복지.
- 대한의사협회, 의협신문, 1968-1976.
- 대한의사협회(2000), 한국의료보험제도 운영원칙 설정연구.
- 대한의사협회(2000), 한국의료 새 희망을 위하여.
- 대한의사협회(1999), 대한의학협회 70년사.
- 대한의학협회(1986), 전국민의료보험방안에 대한 의협의 정책방향.
- 문옥륜(1991), 한국의료보험론, 신광출판사.
- 문재우, 원용혁, 김기훈 외(1990), 의료보장론, 고문사.
- 박종찬(2002), 프리드리히 폰 하이에크, 월간조선 2002 10월호.
- 박형욱(2000), 한국의료법체계의 성격과 역사적 변천, 연세대학교 대학원 박사논문.
- 보건복지부(2000), 통합의료보험의 전망과 과제에 관한 세미나(자료).
- 보건복지부(2001), 건강보험재정안정 및 의약분업 정착종합대책.
- 보건사회부(1976), 제4차경제개발5개년계획.
- 보건사회부(1986), 의료보험확대방안.
- 서울시의사회(1961-1967), 의사신문.
- 손명세(1989), 한국의료보험정책 결정과정의 연결망 분석, 연세대학교 박사논문.
- 신성식(2007), 건강보험 30년의 평가와 과제, 한국건강보장의 비전과 전망.
- 신수식(1975), 의료행위와 보험, 의협신보 1975.2.24.
- 아산사회복지사업재단(1987), 한국의 사회복지 현재와 미래, 창립10주년 기념 복지사회심포지움(제9회).
- 양명생(1993), 한국의료보험 진료수가 제정 및 인상 조정과정에 관한 연구,

- 경산대학교 박사 논문.
- 양재모(1956), 국민의료에 관한 연구 - 서울시민의상병 및 의료에 관한 종합적연구, 연세대학교 의과대학 예방의학교실.
- _____ (1959), 제주도민의 상병 및 의료와 도내의사의 수입에 관한 연구, 연세대학교 의과대학 예방의학교실.
- _____ (1961), 사회보장제도창시에 관한 건의, 보건사회부.
- _____ (2001), 사랑의 빛만 지고, 큐라인.
- 오근식(1992), 국민의료보장론, 나남.
- 유승흠(1975), 우리나라 국민의료에 관한 연구 - 병원의료를 중심으로, 연세대학교 대학원.
- 유승흠·오대규·오희철 외(1982), 의료보험 진료비 심사간소화 방안 연구, 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험관리공단.
- 유승흠(1984), 2종의료보험의 모형 및 실시방안에 관한 연구, 의료보험 1984.8, 의료보험조합연합회.
- _____ (1990), 의료보험총론, 수문사.
- 유승흠 편(2002), 21세기 한국보건의료정책 개혁방향.
- _____ (2005), 한국의료발전을 위한 보건의료어젠다, 한국의학원.
- 의료보험연합회(1997), 의료보험의 발자취.
- 의료보험연합회(2000), 의료보험의 발자취 추록자료집.
- 의료보험조합연합회(1983. 7), 의료보험.
- 의료보험조합연합회(1983. 10), 의료보험.
- 의료보험조합연합회(1983. 11. 12), 의료보험.
- 의료보험조합연합회, 의료보험, 1984. 3
- 이규식(2000), 국민의료의 효율화를 위한 의료개혁방향, 한학문화.
- _____ (2002), 의료보장과 의료체계, 계축문화사.
- _____ (2006), 통합건강보험의 위헌성,
- 이두호·차홍봉·엄영진 외(1992), 사회보장의 재원리와 한국의 복지노선, 국민의료보장론(한림과학원 총서), 나남.
- 이승만(1948),李大統領의 시정방침, (1948, 9.10), 施政月報(창간호), 대한민국정부.
- 전진한(1948), 罹災同胞救濟에 舉族的 熱性を 傾注, 施政月報(창간호), 대한민국정부.
- 정현찬(1948), 國家經濟機構管見, 施政月報, 대한민국정부.

- 조재국(2002), 건강보험정상화를 위한 정책제언, 시장경제연구원 주최 ‘건강보험정상화를 위한 대토론회’ 2002.7.19, 토론요지, 시장경제연구원.
- 최천송(1965), 의료보험법해설, 사회보장심의위원회.
- _____ (1977), 한국사회보장론, 산경문화사.
- _____ (1980), 의료보험정책론, 한국법인문제연구소.
- _____ (1991), 한국사회보장연구사, 한국사회보장문제연구소.
- 하상락(1984), 한국 사회보장의 역사(8), 8·15해방후 미군정시대, 의료보험(1984.3), 의료보험연합회.
- _____ (1989), 한국사회복지사론, 박영사.
- 한국보건사회연구원(2001), 국민건강보험의 재정위기 평가와 재정안정화방안.
- 한달선(2001), 의료보험의 의료제도적 기능, 국민건강보험의 평가와 발전방향, 한국의학원.
- 허호영 등(2003), 한국의료개혁 2010, 맥킨지비전, 조선일보사.

Overview and Insight After 30 years of implementing the National Health Insurance Regulations in Korea

Shin, Un-heng

Dean of Post Graduate School, Keun Yang University

=ABSTRACT=

The Health care program in Korea has now been systemized after 30 years of declaring the inauguration of the national health insurance system by the current government. The national health care covering all Korean citizens was achieved after 12 years of implementing the national health insurance and the health care program since 1977. Hundreds of multiple operational agencies managing the insured individually had undergone the amalgamation process from 1998 to 2000, and had been restructured as one agency, the National Health Insurance Corporation. In 2003, the community/area based financial management was also merged together with the employment based financial management.

The National health care system of Korea offer various merits, compared with that of other countries, such as health care provision covering all Koreans, low insurance premium, accessibility of medical services/facilities etc. However, there are still some weak features which need to be addressed for improvement; below expectation insurance cover system, mistrust on the medical services, low medical charges resulted from excessive restrictions, and unstable financial status of the national health insurance etc.

Therefore, the National health care system should continue to

evolve to re-establish itself as more effective national health care system by further strengthening its merits, and by improving its weaknesses;
with adopting the positive system to optimize the costs of prescribed medicines/drugs,
applying simpler insurance coverage system to calculate the optimum medical charges,
promoting private medical insurances, and
increasing insurance premium etc.

Key Ward: National Health Care System, National Health Insurance, Medical Care, the National Health Insurance Corporation, National Health Care covering all Koreans, Insurance Premium, Medical services, Financial status of Health Insurance, Positive system, Private health insurance