

남북 건강보장공동체 형성을 위한 초기단계의 과제와 전략

정형선¹ · 신현웅² · 김소윤^{3,4}

¹연세대학교 보건과학대학 보건행정학과, ²한국보건사회연구원, ³연세대학교 의료법윤리학연구원, ⁴연세대학교 의과대학 인문사회의학교실

Challenges and Strategies for Unified Health System of South and North Korea

Hyoung-Sun Jeong¹, Hyun Woung Shin², So Yoon Kim^{3,4}

¹Department of Health Administration, Yonsei University College of Health Science, Wonju; ²Korea Institute for Health and Social Affairs, Sejong; ³Asian Institute for Bioethics and Health, Yonsei University; ⁴Division of Medical Law & Ethics, Department of Medical Humanities and Social Science, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

This paper aims to make a step-by-step strategy to formulate an unified health system by clarifying and overcoming challenges facing South and North Korea and to estimate costs needed for South Korea to assist North Korea to recover to normal health delivery system. We explored implications through literature review and estimated costs under the assumption that supportive activities be provided for 5 years in three ways: support for the development of health and medical care manpower; support for health and medical facilities; and support for the provision of both preventive and primary health care. Step-by-step strategy is formulated for a unified health system with the cost estimation resulting as follows: in case of basic scenario, a total of 3 trillion and 341 billion won (at present value of the year 2017) is in need for the 5-year period at the initial 'recovery support stage' with 135.9 billion won for the development of health and medical care manpower, approximately 2 trillion won for health and medical facilities, and 1.2 trillion won for the provision of both preventive and primary health care. Step-by-step approach is more realistic and applicable in formulating unified health system. Suggested stages are 'recovery support stage,' 'system homogenization stage,' and 'unified system stage.' Strategies at 'recovery support stage' suggested in this paper need to be pursued and followed by those at 'system homogenization stage' and 'unified system stage.'

Keywords: Unified health system; Step-by-step strategy; Recovery support stage; Unification

서 론

남북 정상회담과 북미 정상회담은 한반도에 드리웠던 '전쟁의 먹구름'을 걷고 '화해협력의 해빙무드'를 선사했다. 바야흐로 남북협력을 통해 낙후된 부분을 회복하고 이질화된 부분을 줄이며 공동 번영을 위해 매진해야 할 상황이다.

한국의 건강보장제도의 핵심에 있는 국민건강보험공단의 보고서 "통일 한국 대비 건강보장제도 구축방안"은 흡수통일의 비현실성을 분명히 하고, 단계적 점진적 공동체 형성을 전제로 단계별 건강보장제도의 모습을 제시한 바 있다[1]. '회복지원단계'→'제도접근단계'→'통일제도단계'가 그것이다. 지금은 이러한 통일 논의가 시작되기 전인 남북협력단계에 해당한다.

초기단계에서는 북측 보건의료의 회복지원이 가장 시급한 현안 과제가 된다. 지금은 남과 북이 절연되어서 자체적으로 전염병의 문제를 미봉하고 있지만, 둘의 교류가 빈번해지면 남북 모두 익숙하지 못한 급성전염병의 가능성에 노출되게 된다. 이 가운데서도 북의 열악한 보건의료상황을 회복하게 하기 위한 지원노력은 필수적이다. 이러한 도전적 상황에 맞는 과제와 전략이 요구된다.

해외 사례와 시사점

1. 독일

남북한은 경제력에서 2017년 기준 47배의 차이(명목 gross national income: 1,730.5조 원 대 36.6조 원)를 보인다[2]. 반면, 통일

당시 서독의 1인당 gross domestic product (GDP)은 동독의 2배가 조금 넘는 수준(1인당 GDP: 21,300달러 대 8,200달러)이었다[3,4]. 분단 시절의 동독은 보건인프라가 낙후되기는 했으나 북한과 같이 생명을 위협하는 식량난이나 이로 인한 영양결핍, 후진국형 감염병이 만연한 수준은 아니었다. 이는 우리의 통일과정이 동서독과는 사뭇 다를 것임을 시사한다.

독일의 통일은 베를린장벽의 붕괴 이후 급속히 이루어졌지만, 그 기저에는 동방정책이 시작된 1972년부터 통일이 이루어진 1990년까지 양측 간에 이루어진 지원과 교류가 있다. 독일은 통일되기 17년 전에 동서독 접경지역에서의 재난이 상대지역에 영향을 미치게 되면 공동 대처하기로 하는 ‘공동재난 방지협정’을 맺었다. 독일의 보건의료 통합과정 또한 활발한 접촉과 교류를 통해 이루어낸 성과임을 우리가 벤치마킹할 필요가 있다.

이러한 교류에도 불구하고 흡수통일과정에서도 독일은 큰 통일 비용과 사회경제적 후유증을 겪었다. 체제통합과정에서 대량 실업, 경제사회적 격차에 따른 불평등, 이주민 규모의 급격한 확대, 공공서비스의 안정성 파괴 등을 경험했다. 동서독 간의 경제력과 소득불균형의 문제를 줄이는 차원에서 의료보장제도 확립에 투자한 비용은 2000년까지 약 300억 마르크(당시 한화 약 18조 원)의 규모였다.

우리의 경우 경제수준, 사회제도, 문화, 심지어는 신체조건까지 거의 모든 면에서 지난 70년간 남과 북의 이질성이 심화해왔다. 남북 간에 장기간의 동질화 과정을 갖지 않고서는 제대로 된 공동체를 이루기 힘들 것이다. 보건의료분야의 재정문제에 대해서도 현명하게 대처해 가지 못하면 심각한 위기에 직면할 수 있다.

2. 베트남

전쟁기간 중 거의 전 자산을 군비에 투입하던 베트남은 1975년의 통일 후부터는 군비 이외의 부문에 자원을 집중할 수 있게 되었다. 1988년부터는 농부들에게 토지를 분배하는 소위 ‘농경지의 사유화’가 시작되었다. 그 성과로 1988년에 45만 톤의 쌀을 수입하던 베트남이 1989년 100만 톤을 수출했고, 1990년에는 150만 톤을 수출하여 세계 쌀 수출국 3위에 올랐다[5]. 1994년에는 미국의 경제제

재 조치가 해제되고 유리한 투자환경이 조성되었으며 이는 높은 경제성장으로 이어졌다[6]. 이는 비핵화를 통해 국제연합(United Nations) 제재의 해제와 경제개방을 시도하는 북한의 노력과 관련해서 시사점을 준다.

베트남은 오랜 전쟁으로 통일 직후에는 의료시설 대부분이 파괴되고 전염병이 만연하여 위생적으로 피폐한 상태에 있었다. 베트남 정부는 세계보건기구(World Health Organization, WHO)를 비롯한 국제사회의 지원으로 각 마을에 보건지소 1개, 각 지역에 50-100명상 규모의 보건소 1개소, 각 광역지역에는 300-500명상 규모의 병원을 1개소 이상 건립함으로써 보건위생방역의 기초를 만들어갔다[7]. 1989년부터는 민간진료를 허용하기 시작했는데, 지금은 민간의원들이 일반화되어 있다. 이 또한 무상의료를 표방하던 북한이 점차적으로 개인 의사를 인정하고 남북이 제도적 접근을 해나감에 있어서 참고될 것이다. 2000년대 들어서서 경제적 어려움을 겪은 바 있지만, 그 뒤로 공적 건강보험의 확대에 주력하고 있으며 건강보험체계의 구축과정에 한국의 사례를 벤치마킹하고 있다[8,9]. 이는 남북의 건강공동체 형성과정에서 ‘제도접근단계’로 넘어가게 될 때 어떤 제도를 지향해야 할지를 선택하는 데 있어 시사하는 바가 크다.

건강보장 공동체의 단계별 접근

‘한반도 건강보장 공동체’의 이상적인 모습을 어찌 그럴 것인가. 다수가 합의하는 모형을 만드는 것은 쉽지 않다. 여기서는 남북의 현재의 제도를 감안해서 장점을 취하고 단점을 보완하는 차원에서 Jeong 등[1]에서 제시되었던 단계별 구축방안을 인용하여 검토한다.

Jeong 등[1]에서는 통일 논의가 시작된 이후의 단계를 ‘회복지원 단계→제도접근단계→통일제도단계’로 나누고, 그러한 논의 이전의 단계로 ‘남북협력단계’를 설정했다. 시기별로 보면 ‘남북협력단계’는 정치적으로 통일이 선언되었거나 통일정부가 들어서기 이전을, ‘회복지원단계’는 통일은 선언되었지만 사실상 아직은 남과 북에 보건의료제공체계에 있어서 현격한 차이가 있어 북의 회복에 주안

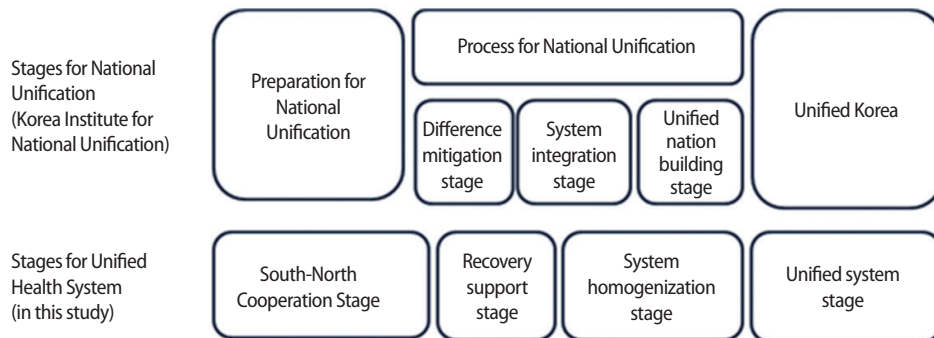


Figure 1. Stages for constructing unified health system between South and North Korea.

점을 두는 단계를, ‘제도접근단계’는 그 이후 통일적인 건강보장제도를 만들어 가는 단계를 가리킨다, 그리고 마침내 남과 북이 구분 없이 동일한 건강보장제도를 가지는 시점이 ‘통일제도단계’이다 (Figure 1).

어찌 보면 ‘회복지원단계’와 ‘제도접근단계’의 구별은 본질적인 차이점에 의한 것이기보다는 강조점의 차이에 의한 것이라고도 할 수 있다. 현재의 완전히 이질적인 두 제도가 최종적인 단일 건강보장 공동체로 이행하는 과정이라는 점은 같지만, 전자는 기본적인 인프라의 차이가 현격한 현실에서 남측이 북측을 지원하는 것을 강조한 것이고 후자는 통일된 체제를 향해서 양쪽이 함께 조율해 가는 것을 강조한 것이다.

남북협력 및 회복지원단계에서의 과제 및 전략

1. 거버넌스

보건의료에서의 남북협력과 회복지원을 분명한 법적체계하에 진행하기 위해서는 남북 간에 (가칭) ‘보건의료협약’을 맺을 필요가 있다. 동 협약은 보건의료분야 개발협력의 내용과 지원규모, 개발협력 추진을 위한 절차와 방법, 개발협력 추진에 있어서의 역할분담 등을 규정한다.

협약을 실효적으로 추진하기 위해서는 (가칭) ‘보건의료개발협력위원회’가 남과 북의 보건관계 전문가, 필요시에는 WHO 등 국제기구 관계자 등으로 구성될 필요가 있다. 위원회는 개발협력의 내용과 추진과정, 결과에 대한 모니터링, 개발협력사업 간의 우선순위 설정, 개발협력의 시행 및 평가 등에 관한 사항을 협의·심의한다. 위원회를 뒷받침하기 위한 실무조직으로 남과 북에 지역사무소를 운영할 필요가 있을 것이다.

1) 보건의료제공체계

안정된 보건의료제도에서라면 ‘전체 국민’의 건강수준을 높이는 것이 제도의 목표가 되겠지만, ‘회복지원단계’에서는 특정 대상, 특정 분야 중심의 문제해결이 요구된다. 이 기간에는 남북 주민의 왕래에 제약이 있고 특히 환자의 교차적 의료이용과 의료제공자의 교류가 예외적으로만 허용되는 상태를 유지하게 된다. 결핵, 간염 등의 감염병이 전파될 수 있기 때문이기도 하지만, 이 단계에서는 의료의 이용과 의료보장이 별도의 체계로 운영되기 때문이다.

북측 보건의료인력의 근본적인 변화는 자체적으로 이루어져야 할 것이다. 다만, 의사 관리제도, 신규의사의 양성 및 확충, 기존의 사의 재교육, 기타 의료인력의 양성을 위한 전문인력의 파견지원 정도가 가능할 것이다. 남북의 상이한 의료인력 면허제도도 가능한 표준화해 나가는 것이 좋을 것이다. 정규의사 중심의 인력확충을 위한 기반을 마련하며, 북의 ‘준의사’와 ‘준의’도 가능한 한 정규의사 중심의 인력으로 전환해 나가야 할 것이다.

남과 북의 이질적인 의학용어의 통일도 준비되어야 한다. 지금대로라면 같은 한국말을 사용하고 있음에도 불구하고 용어가 달라 남북의 의사-의사 간, 의사-환자 간 의사소통에 문제가 발생할 우려가 있다.

2) 재원조달체계

초기단계에서는 보건의료의 기본 인프라를 갖추는데 우선순위가 높이기 때문에 건강보험과 같은 재원조달조직의 형성 등은 우선순위가 떨어진다. 기본 자원의 공급과 배분이 시급하며, 이를 위해서는 남측 정부와 민간단체 그리고 국제사회의 지원이 필요하다.

가칭 ‘기본의료보장자금’을 조성하여 건강보험제도 구축까지의 과도기에서 북측 주민의 기본적 의료를 충족시키기 위해 사용할 수 있다. 북측의 경제회복이 이루어져 의료보장을 위한 소득이 갖추어질 때까지의 한시적인 재원으로서는 특별세 도입도 검토할 수 있다. 북의 풍부한 지하자원은 이러한 회복의 속도를 빠르게 할 수 있을 것으로 기대된다. 필요하면 북의 지하자원이나 노동력을 대가로 해서 지원할 수도 있을 것이다.

남측의 재원만으로는 2천5백만 인구의 의료보장수준을 끌어올리기에 한계가 있으므로, 국제기구 등의 재정적 지원을 적극적으로 유도할 필요가 있다. 최소한 우리의 공적개발원조(official development assistance, ODA) 자금도 먼저 1천 불 정도 빈곤국가인 북의 회복에 사용될 수 있을 것이다.

2. 소요 비용

초기단계에서의 회복지원은 남북한이 보건의료의 수급상황에 현저한 차이가 있는 상황에서 한반도 공동체의 형성에 대한 의지가 표명된 이후의 불특정 기간에 해당한다. 여기서는 약 5년의 기간에 걸쳐서 북한이 보건의료체계를 회복하도록 지원하는 것을 전제로 한 비용을 산출한다.

1) 인적/물적 인프라를 위한 지원

(1) 보건의료인력

의료인력 등의 인적자본을 구축하기 위한 비용은 원칙적으로 북한 의료제도 자체의 순환구조 내에서 이루어져야 한다. 남측의 지원은 북측 신규의료인력 양성을 위한 교수진을 파견한다든지 기존 인력의 재교육을 위한 관리인력을 파견하는 등에 국한한다. 남측의 의료인력이 공동으로 참여하는 의학용어사전 편찬, 남북 통합 교육과정 구축을 위한 기반 조성사업, 의사, 고령의사, 간호사, 보건 의료기사 등의 재교육에 대한 지원 등 보건의료인력 인프라의 구축을 위한 지원에는 초기 5년간 2017년 현재 가치로 1,359억 원이 소요될 것으로 추정되었다.

(2) 보건의료시설 및 장비

통일 초기단계에서는 북쪽의 의료기관이 기초적인 기능을 회복할 수 있도록 하는 것이 중요하다. ‘기존 의료기관의 현대화’를 위해 의료기관 시설·장비의 개보수 지원이 필요하다. 신규 의료기관이 필요한 의료취약지의 경우에는 신축비용에 대한 지원도 추가로 고려하게 된다.

병·의원이나 보건소 등의 시설과 장비는 북쪽이 자체적으로 형성하는 자본을 투자하여 갖추도록 하는 것이 원칙이다. 남쪽의 지원은 보건소/진료소의 증축과 개보수 등 제한된 범위 내에서 이루어지게 된다. 보건소/진료소의 신축이나 증·개축을 위한 지원규모는 교류협력의 진행상황에 따라 달라지므로 시나리오별로 비용을 추계할 필요가 있다.

소요비용 추계를 위해 기본적으로 국내 공공의료기관의 신축이나 증·개축 또는 현대화 사업사례, 북한 의료기관 현대화 지원사례(온정인민병원 현대화 사업 등) 등을 참고했다. 아울러 국내의 병원 컨설팅 업체 및 병원 건축 관련 전문가와의 면담을 통해 의료기관 종별 지원항목 및 소요비용의 단가를 정했다. 주요 예산항목을 크게 건축비, 재료비, 인건비로 구분하되, 의료기관마다 각 항목에 대한 소요비용의 편차가 크게 발생하므로 의료기관 종별 평균가격을 단가로 활용한다(병원급: 병상당, 의원급: 50평당).

건축비는 건축설비 및 실내 개보수를 위해 사용되는 예산이다. 건축설비에 포함되는 주요 항목들은 기존의 북한병원 현대화 지원 사업에서 제시된 건축설비항목을 일차적으로 활용했다. 남한 병원의 건축항목 및 비용은 병원 컨설팅업체의 자문을 얻어 설정했다. 재료비에 포함되는 기본장비와 소모품의 주요 항목들은 기존의 북

한병원 현대화 지원사업과 남한 공공의료기관 현대화 지원사업에서 제시된 장비와 소모품항목을 각각 검토한 후, 현재의 남한 병원의 장비와 소모품항목 및 비용에 대한 병원 컨설팅업체의 자문을 얻어 설정했다. 인건비는 지원금액에서 제외한다. 주로 북한 인력을 활용하는 것으로 가정하기 때문이다.

의료기관 종별로 필요기관 수를 추계하여 개보수 및 신축대상 의료기관 수를 산출한다. 필요기관 수는 남과 북의 인구규모를 고려하여 추계한다. 의료기관 종별 필요기관 수를 기준으로 현행기관은 개보수하고, 부족한 기관수만큼은 신축하는 것으로 한다.

이상의 가정과 절차를 거쳐 산출된 5년간의 개보수비용과 신축비용은 2017년 현재 가치로 2조113억 원이다. 상급종합병원급 1,405억 원, 종합병원급 5,249억 원, 병원급 1조2,557억 원, 의원급 901억 원이었다(Table 1).

2) 경상의료를 위한 지원

초기단계에서의 우선적 문제해결의 대상으로는, 백신 및 기초의약품 지원 등 전 국민을 대상으로 한 감염병의 구축과 확산방지, 영·유아나 임신부 등 취약계층의 건강을 위한 각종 물자지원, 모자 보건관리, 취약지역 보건소에서의 일반적인 보건의료서비스 등을 들 수 있다.

치료서비스는 원칙적으로 자체의 의료제공체계 내에서 이루어지는 것으로 한다. 2-3차 의료 이상의 의료서비스는 기술지원 등에 한한다. 필수약품이나 치료재료 등에 대한 지원은 공적, 사적인 다양한 경로를 통해서 이루어질 것이다. 남쪽의 시장가격으로 구입하여 지원하게 될 것이므로 비용예측에는 필요물량의 추정이 더

Table 1. Support for health and medical facilities: initial five years (at present value of 2017)

Type	Cost for assistance (billion won)
Tertiary general hospital	Renovation 793+construction 612 = sum 1,405
General hospital	Renovation 4,169+construction 1,081 = sum 5,249
Small hospital	Renovation 11,116+construction 1,441 = sum 12,557
Clinics/public health center	Renovation 540+construction 360 = sum 901
Total	Renovation 16,618+construction 3,494 = sum 20,113

Table 2. Five year cost per facility for the provision of both preventive and primary care service (at present value of 2017)

Items	Cost (million won)
Primary internal medicine	1,554
Health check-up (medical devices and machine)	216
Vaccination program	1,392
Health education	43
Infectious disease control	6,520
Maternal health	487
Oral health cure, program and education	1,723
Total	11,935

Table 3. Five year cost by scenario according to the numbers of supported facilities for the provision of both preventive and primary care service (at present value of 2017)

Scenario	No. of supported facilities	Cost (trillion won)
10% support scenario	50	0.5967
20% support scenario (base scenario)	100	1.1935
30% support scenario	150	1.7902
40% support scenario	200	2.3869
50% support scenario	250	2.9837

Table 4. Total five year cost by scenario according to the numbers of supported facilities (At present value of 2017)

Scenario	Cost (trillion won)
10% support scenario	2.7439
20% support scenario (base scenario)	3.3406
30% support scenario	3.9373
40% support scenario	4.5341
50% support scenario	5.1308

큰 의미가 있다.

주민 약 5천 명이 이용하는 보건소/진료소 1개소당 예방 및 1차 의료를 위한 5년간의 비용은 2017년 현재가치로 119억3천5백만 원으로 산출되었다. 내역별 추정금액은 Table 2와 같다. 지원 필요 추정 보건소/진료소 중 20%인 1백 개에 대해 예방 및 필수적 1차의료를 위한 지원을 한다고 가정할 기본시나리오에서는 경상의료비용은 1조1,935억 원(11,935백만 원×100개소)이다. Table 3은 지원 진료소의 수의 변화에 따른 비용을 추정할 시나리오이다.

3) 종합: 회복지원을 위한 전체 소요비용

회복지원단계 초기 5년간의 소요비용은 기본시나리오에서 2017년 현재가치로 3조3,406억 원으로 추정되었다. 구성항목별로 살펴보면, 보건의료인력 개발을 위한 지원이 1,359억 원, 보건의료시설 및 장비를 위한 지원이 20,113억 원(개보수 16,618억 원+신축 3,494억 원), 1차보건의료 제공을 위한 지원이 11,935억 원(11,935백만 원×100개소)이었다. 지원 보건소/진료소의 수에 따른 시나리오별 전체 소요비용은 Table 4와 같다.

결 론

오랜 기간의 분단상황으로 남과 북은 많은 차이점을 갖게 되었다. 특히 보건의료는 완전히 다른 체계 아래에 있다. 남북한 주민의 건강수준 격차는 크고 갈수록 벌어지고 있다. 이런 상황은 공생부흥의 길을 모색하려 하는 현재의 남과 북에 장애요인이다. 남북한 보건의료체계의 이질성을 극복하고 조화로운 건강보장 공동체를 형성하기 위한 전략을 세워야 한다. 더 나아가 전략별, 단계별 소요 비용(과 편익)을 추정하고 재원의 도출방안을 세워야 한다. 이 연구는 이러한 필요성에서 마련되었다.

이 연구에서는 ‘남북협력단계→회복지원단계→제도접근단계→통일제도단계’ 중에서 초기단계의 과제와 전략을 모색하고, 특히 ‘회복지원’을 위한 소요비용을 제시했다. ‘회복지원단계’에서는 특정 대상, 특정 분야 중심의 문제해결이 요구된다. 이 기간에는 남북 주민의 왕래에 제약이 있고 특히 환자의 교차적 의료이용과 의료제공자의 교류가 예외적으로만 허용되게 된다. 회복지원단계 초기의 5년간 소요비용은 현재 가치로 3조3,406억 원이다. 약 2조 원이 보건의료시설 및 장비를 위한 지원이고, 1조2천억 원은 예방 및 1차보건의료의 제공을 위한 지원이다.

북측이 보건의료 제공의 기본 인프라를 어느 정도 갖추어가고, 공동체 형성에 대한 논의가 정치적으로 진행이 되는 시점에서는 양쪽의 제도를 서로 조화·접근시켜가는 노력이 본격적으로 시작되어야 한다. 이것이 ‘제도접근단계’이며, 이는 ‘통일제도’에 대한 비전을 공유하는 과정이기도 하다. 이 단계에서는 다시 이에 적합한 과제와 전략이 만들어져야 할 것이다.

ORCID

Hyoung-Sun Jeong (professor): <https://orcid.org/0000-0001-9866-0389>; Hyun woung Shin (researcher): <https://orcid.org/0000-0003-0581-3679>; So Yoon Kim (director, professor): <https://orcid.org/0000-0001-7015-357X>

REFERENCES

1. Jeong H, Lee G, Lee G, Shin H, Yeo J, Cho J, et al. Study upon health system model in preparation of unified Korea. [place unknown]: Korean Social Security Association; 2014.
2. Bank of Korea. Comparison of major economic indicators of South and North Korea [Internet]. Seoul: Bank of Korea; 2017 [cited 2018 Jul 29]. Available from: <http://www.bok.or.kr/portal/main/contents.do?menuNo=200090>.
3. Park, S. German economy after unification. Seoul: Bank of Korea; 2000.
4. Maddison A. Development centre studies: the world economy: volume 1: a millennial perspective and volume 2: historical statistics. Paris: OECD Publishing; 2006.
5. Yoon HY. Change in Vietnamese economic policies after unification. [place unknown]: Xin Chao Vietnam; 2015.
6. Lim HJ. Travels of Vietnam. Paju: Gimm-Young Publishers; 2010.
7. Korea Overseas Hospital Expansion Service. Overseas medical market trends [Internet]. Cheongju: Korea Overseas Hospital Expansion Service; 2012 [cited 2018 Jul 29]. Available from: <https://www.khidi.or.kr/board/view?pageNum=1&rowCnt=10&menuId=MENU01144&maxIndex=9999999999999&minIndex=9999999999999&schType=0&schText=&categoryId=&continent=&country=&upDown=0&boardStyle=&no1=0&linkId=157147>.
8. Kim JG. National Health Insurance Services exports health insurance system to Vietnam. Cheongnyeou-Uisa [Internet]. 2013 Nov 27 [cited 2018 Jul 29]. Available from: <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=143972>.
9. Hwang JH. Health Insurance Review & Assessment Service conducts the Vietnamese health insurance system training course. MEDI-GATE News [Internet]. 2018 Mar 5 [cited 2018 Jul 29]. Available from: <http://www.medigatenews.com/news/1620792392>.