

건강보험 40년과 글로벌 리더로의 길

-한국 건강보험의 어제, 오늘 그리고 내일

목 차

- I. 의료보험제도 도입이전의 상황
- II. 임의의료보험제도의 도입
- III. 사회의료보험제도의 연혁과 특성
- IV. 의료보험의 성과
- V. 우리나라 의료보험의 나아갈 방향
 - 글로벌 건강보장 리더로의 길
- VI. 맺음말

I. 의료보험제도 도입이전의 상황

1945년, 제2차 세계대전의 종식으로 한반도에는 일제 36년간의 식민지시대가 종식되었다.¹⁾ 그러나 타율적으로 맞이한 해방은 극심한 좌우 이념대립을 가져와 한반도의 남과 북에 복수의 통치기구(대한민국과 조선민주주의인민공화국)가 수립되었고, 한민족이 남한과 북한으로 분단된 채 72년이 경과하였다. 분단 초창기에는 남/북한이 각기 미국과 소련에 의해 군정기간을 거쳤고, 한국 전쟁(1950.6.25-1953.7.27)이 발발하여 양쪽은 철저히 파괴되었다.

이와 같은 남북대치상황 하에서 해방직후의 우리네 삶은 쫄 보리밥과 검정 고무신으로 요약될 수 있을 만큼 빈곤하였다. 이 시절에는 웃어른께 드리는 아침인사가 '진지 드셨습니까?' 또는 '간밤에 잘 주무셨습니까?' 였으니까... 그리고 다들 지지리도 가난해 허기진 나날을 보내었기에 가장 무서운 것이 춘궁기의 '보릿고개'를 어떻게 넘을 것인가? 하는 것이었다. 시인 '김지하'는 힘겨웠던 이 시절의 보릿고개를 '끝없이 긴 추운 겨울'이라고 노래했다:

끝없는 겨울(Endless winter)

밀 모를 어둡
못 견디겠네 이 서러운 세월
못 견디겠네
못 견디겠네
이 지나긴 가난
못 견디겠네 이 차거운 세상
더는 못 견디겠네
못 견디겠네, 이젠 정말 못 견디겠어, 못 견디겠어
못 견디겠어, 마음이 아파, 마음이 추워, 못 견디겠네
허기지고 괴롭고 마음이 허전해서 (허전해서) 이제 더는 못 견디겠네

(김지하, 1984)

1965년 당시 도시지역의 빈민인구는 424만4천명, 농촌의 750만5천명을 합쳐서 총 1,174만9천명으로 전체 인구의 40.9%를 차지하고 있다(부산청십자의료보험조합, 청십자통감, 1968). 이 당시 보건소체계에 보고된 감염병 환자의 현황과 사망원인을 보면 각종 전염병이 이 땅에 창궐하고 있었음을 알 수 있다(표 1 참조). 즉, 장티브스, 디프테리아, 일본 뇌염, 이질 등의 발생빈도가 가장 높았으며, 감염병의 사망건수는 일본 뇌염, 디프테리아, 장티브스의 순위였다.

1) 이웃인 일본은 1922년에 시작하여 1927년에는 건강보험이 틀을 갖추었고, 1938년에는 국민건강보험이 도입되었다. 그러나 불행하게도 이 기간 동안 한국은 일본제국주의의 식민지로 수탈을 당하고 있었기 때문에 의료보험 도입의 혜택을 받을 수 없었다.

<표 1> 감염병의 발생빈도와 사망건수, 1965

질 병	이환자/사망자	서 울	부 산	9개 도	계
이 질	이환자	33		322	355
	사망자	5		4	9
장티브스	이환자	308	325	3,127	3,760
	사망자	41	10	43	94
파라티브스	이환자	1	6	15	22
	사망자		1		1
발진티브스	이환자		2	21	23
	사망자				
성홍열	이환자	1			1
	사망자				
디프테리아	이환자	769	3	307	1,079
	사망자	53	1	63	117
유행성 뇌척수막염	이환자	18	2	4	24
	사망자	8			8
일본뇌염	이환자	245	10	497	752
	사망자	88	2	194	284

자료: 문옥륜. 한국의 지역보건 60년사, 한국보건복지인력개발원, 2013 p.65

<표 2>에서 서울시가 1979년에 조사한 ‘빈곤계층의 실태와 사회정책적과제’를 보면, 가난의 으뜸원인이 질병(17.4%)이고, 여기에 가구주의 사망(13.4%)을 더하면 31.1%에 이르고, 그 다음이 무직과 무기술(12.6%)의 순이었다. 이들에게 질병과 가구주의 사망은 곧 실직이요 파산이나 다름없었을 터이다. 최근 발표한 조선일보사의 분석에 의하면, 전술한 조사보다 37년 후인 2016년도 자료에서 노후의료비가 1인당 평균 8,100만원 수준이어서 갑작스러운 노후 치료비가 ‘실버 파산’의 원인으로 지목되고 있다. 2) 1989년에 전국민건강보험이 실시되어 27년이 경과한 오늘날에도 노인의료비 부담은 여전히 정책과제로 남아있다.

<표 2> 빈곤가구 자신이 응답한 '생활이 어렵게 된 이유'

	빈 도(%)		빈 도(%)
가구주의 사망	215(13.4)	식구가 많아서	33(2.1)
질 병	279(17.4)	자식이 없어서	26(1.6)
불 구	52(3.3)	유산이 없어서	81(5.1)
고 령	41(2.6)	팔자가 나빠서	48(3.0)
각 종 사 고	48(3.0)	노름/술 때문에	8(0.5)
사 업 실 패	76(4.8)	게 을 러 서	34(2.1)
부 채	10(0.6)	기 타	247(15.4)
실 직	92(5.9)	무 응 답	106(6.6)
무 직/ 무 기술	201(12.6)	계	1,599(100.0)

자료: 최일섭. 빈곤계층의 실태와 사회정책적 과제, 사상과 경향신문사, 1984년 봄호, p.69

- 2) 실제로 65세이상 인구의 노후 의료비 추계(2016년 8월 조사)를 보면, 평균 8,100만원(남자 7,030만원, 여자 9,094만원)으로서 일반국민들의 예상보다 3배 이상 많기 때문에 실버파산의 주요원인이 되고 있다. 여자의 평균수명이 남자보다 길기 때문에 여자의 노인의료비가 남자 노인 보다 약 2,000만원이나 더 필요함을 알 수 있고, 할머니들 노후 파산의 위험이 할아버지들보다 그만큼 더 커서 경종을 울리고 있으며, 보험제정의 주요 적자요인으로도 지적되고 있다(조선일보 기사: <노후의료비 8,100만원----‘실버 파산’ 부른다> 2017년 4월 18일자)

1970년대에는 국가경제상태가 호전되어 절대빈곤인구가 23.4%로 감소되었으나(경제학대사전, 권오익 외, 박영사, 서울, 1986, 제2개정증보, p.982), 이들은 질병에 걸려도 그냥 내버려두는 경우가 17.3%이며, 가끔 병의원에도 가지만(6.1%), 대개는 약방을 찾는 것이 고작이었다(57.9%)(이태호, 가난 속에 버려진 달동네의 아이들, 1982, p.162에서 재인용). 요약하면, 가난과 질병의 악순환이 반복되는 역경 속에서 제대로 먹지도 치료받지도 못하는 열악한 상황을 살아 온 것이다.

II. 임의의료보험제도의 도입

우리나라 헌법 제30조에는 “모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가지며, 국가는 사회보장의 증진에 노력해야 하고, 생활능력이 없는 국민은 국가의 보호를 받는다” 로 국민의 권리로서 사회보장이 규정되어 있다. 이를 실천하기 위하여 1962년 보건사회부에 사회보장에 관한 연구심의전문기구인 사회보장제도 심의위원회가 설치되고, 1963년 사회보장에 관한 법률을 비롯하여 산업재해보상보험법, 의료보험법(법률 제 1623호)이 제정되고, 1973년에 노동자를 주요대상으로 하는 국민복지연금법이 제정되어 사회보장입법체계를 구비하게 된다. 그러나 이러한 전개과정이 선진제국에서처럼 노동자들의 간단없는 요구와 충족을 위한 투쟁의 결과물이기보다는 남과 북이 대치한 상황에서 분단국가의 안전보장과 5개년 경제개발계획의 추진에 따른 체제의 유지 발전적 고려가 크게 작용하였다.^{1),2),3)}

1963년에 의료보험법이 통과되었지만, 이를 실시해본 경험이 없었으므로 부처 내에서 의료보험연구반을 운영했으며, 시범사업을 실시하게 된다. 즉 정부에서는 1965년에 한국종합화학(나주비료), 1966년에 봉명흑연광업에 직장의료보험사업을 인가하였고, 1969년에는 부산청십자조합을 인가하여 지역의료보험사업을 시작하였다. 그 이후 1976년까지 2개의 직장조합(대한석유공사 및 협성교육재단)과 7개의 지역조합(옥구, 춘성/춘천, 백령, 거제, 영동, 증평메리놀, 삼화), 도합 12개의 시범의료보험사업에 대한 재정을 지원하였다(표 3 참조).

<표 3>초창기 임의의료보험조합의 설립현황

연도	피용자조합 (직장)		자영자조합 (지역)	
	정부 인가	미인가	정부 인가	미인가
1963	의 료 보 험 법 제 정 (12.16)			
1965	한국종합화학			전주대한 의료공제회
1966	봉명흑연광업			
1968		서울대 직원		부산 청십자
1969			부산 청십자	
1970				서울 청십자
1972				광주,인천,수원,제주
1973	대한석유공사		옥구청십자	
1974			춘천/춘성	

			백령적십자 거제,영동	
1975		협성교육재단	증평메리놀	
1976	협성교육재단		삼화	
계	4개	2개	8개	7개 (미인가 조합은 이외에도 훨씬 많음)

자료: 부산청십자의료보험조합. 청십자통감, 1989.1, p.226

정부가 12개 의료보험조합을 12년간 지원해서 시범사업을 운영함으로써 의료보험제도 운영 노하우에 대한 지식과 정보와 체험을 널리 공유하게 되었다(표3 참조). 다시 말해서 가입자들에게 의료보험은 약정기간 이후에 원금에 이자를 덧붙여 환불해주는 일반보험 상품과는 전혀 다른 상품임을 알게 해주었다. 그리고 임의가입, 임의탈퇴가 아닌 강제가입과 위법을 범하지 아니하고서는 탈퇴가 불가능한 제도임을 알렸다. 뿐만 아니라 의료보험의 점진적 지역 확대 원칙을 시현하였고, 보험재정에 맞게 급여수준을 조정하는 운영의 묘(예: 수지 상등의 원칙, 의료보험조합이 직영의료기관을 운영할 때의 이점) 등을 터득하게 되었다.

그러나 임의보험제도의 제한점은 명백하다. 일반적으로 정부의 재원지원은 빈자를 대상으로 하는 사업에서 정당화되는데 비하여, 임의보험에는 보험료나 본인일부부담금을 감당할 수 있는 중/상층 대상자들이 대다수여서 지원의 우선순위가 상대적으로 떨어질 수밖에 없었다. 하지만, 시범사업이라는 점을 고려하여 가구당 또는 1인당 일정액을 이들에게 우선적으로 지원하여 확대해 나갔다. 국고 지원의 또 다른 근거는 국가가 시행해야 할 사업을 의료보험조합으로 하여금 대신 위탁, 운영시켰기 때문이며, 그리고 실제로 영세민들이 사업대상에 포함되어 있었기 때문에 총 소요재원의 20%에 해당하는 금액을 국고에서 지원하게 되었다.

의료보험사업을 처음 시작했을 적(1960년대)에는 사람들이 보험료부담 때문에 그리고 자신의 건강을 과신하는 경향 때문에, 병났을 때 의료보험에 가입했다가도 병이 나으면 가입계약을 해약하려고 하는 경향을 보이거나, 또는 가족 중에서 건강한 식구는 제외하고 허약한 가구원만 의료보험에 가입시키고자 하는 경향을 볼 수 있었다. 임의보험사업을 시행함으로써 이러한 경향을 거의 불식시킬 수 있었던 것은 이 사업의 효과임에 틀림없다.

그러나 이러한 자발적 임의보험으로서는 질병위험의 ‘풀’을 크게 유지하기 어려울 뿐만 아니라 저소득층을 포함시키기 어려웠다. 다시 말해서, 의료보험가입과 퇴출을 개인의 자발적 의사에 맡겨서는 전국민을 의료보험으로 포괄 적용하기 어렵다. 실제로 정부가 12개의 임의의료보험조합을 12년 동안 지원했지만 전국의 전체가입자 수는 약 10만명 이하의 수준으로서 의료보험사업의 확대에 문제가 있었다. 따라서 이러한 임의보험의 한계를 극복하면서 사회보험의 보험강제적용 이론을 활용할 수밖에 달리 길이 없었다.

III. 사회보험제도로의 전환

올 해는 지구상에 사회보험제도가 출현한지 134년째이고, 우리나라에 국민건강보험법이 제정된 지 54년 되는 해이다.³⁾ 그리고 12년간의 임의보험사업기간을 거쳐, 1977년에 사회보험을 실시한 지 꼭 40년째 되는 해이다. 회고해보면, 1977년은 60년대 후반부터 우리경제의 고도 성장기를 맞아서 성장의 과실을 축적한 후 제4차 5개년 경제개발계획(‘77-’81)을 추진한 시기이기도 하다. 형평증진을 목표로 내세운 제4차 계획에서는 사회보험의 실시에 앞서 동년 1월에 생활보호대상자를 대상으로 의료보호제도를 실시하였다.

그 후 현실적으로 의료보험 강제적용이 가능한 500인의 대기업 근로자를 대상으로 하는 직장의료보험제도를 1977년에 시행했으나, 이것이 우리나라 사회보험의 효시가 된다. 1979년 1월에는 공무원 및 사립학교교직원을 대상으로 하는 공·교의료보험제도가 실시되어 피보험적용자가 7백9십만명에 이르러 전체 인구의 21%를 포용하였다(표 4참조). 이러한 대전환에는 최고의사결정권자인 대통령의 확고한 신념과 일반국민들의 이 제도에 대한 긍정적인 인식, 언론과 의 적극적 지원, 보건의료계의 헌신적 참여 그리고 정부의 강력한 행정지원이 뒷받침이 되었기에 전국민의료보험호가 순조롭게 순항할 수 있었지 않았을까 생각한다.

<표 4>1979년의 사회의료보험 적용현황

구 분	피보험자	피부양자	계 (명)	인구비(%)	비 고
제1종(직장보험)	1,970,223	2,882,065	4,852,288	12.9	‘79년말인구 (37,534,000)
공무원,사립교원	741,477	2,302,944	3,044,421	8.1	
계	2,711,700	5,185,009	7,896,709	21.0	

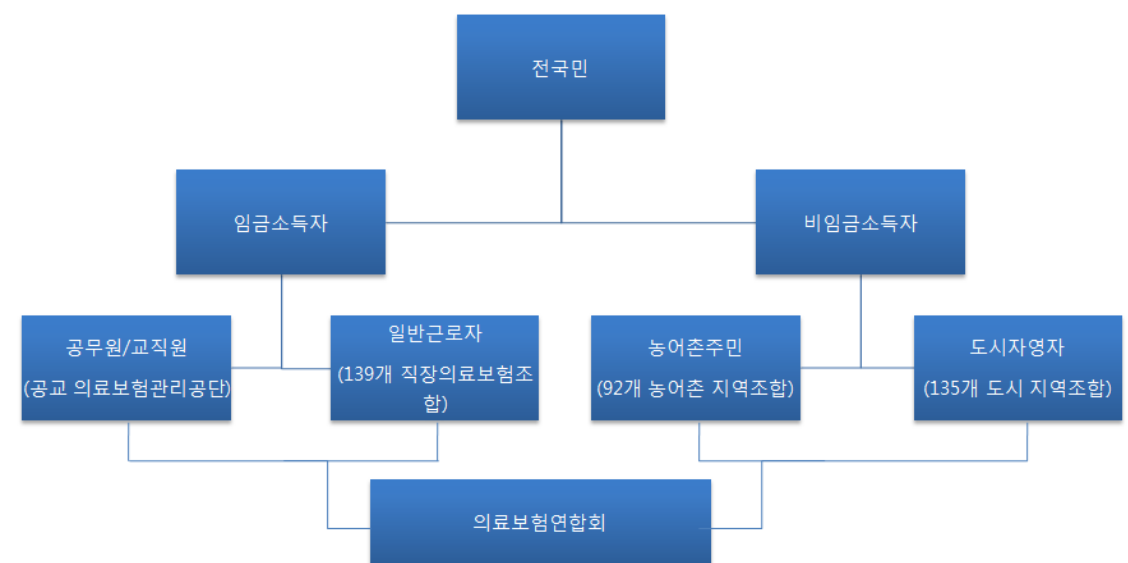
직장보험이 300인 이상 고용 사업장으로 확대되면서(1979), 공·교의료보험은 군인(가족) 및 사립학교교직원까지 적용대상을 확대했고, 의료계는 요양취급기관을 일괄 지정하게 하는 등으로 보험자와 호흡을 맞추어나갔다. 일반사업장의 근로자를 관장하던 의료보험협회의 조직과 공·교관리공단의 두 개 조직이 의료보험 확장을 경쟁적으로 추진함에 따라 가입자의 수는 급격하게 증가하게 되었다. 한편, 정부에서는 조합규모의 경제를 추구하면서, 3,000명 미만의 조합을 통폐합하였고, 전국의료보험협회의와 공·교의료보험공단을 의료보험연합회로 일원화하였다(그림 1 참조). 1980년에는 100인 이상 사업장으로 확대하고, ‘저소득층에 대한 의료시혜 확대방안’으로 동년 12월 31일 ‘농어촌보건의료를위한특별조치법’(농특법)을 제출하였다.

6개 강제적용형 지역의료보험의 운영은 비교적 순조롭게 진행되었지만, 초창기 재정자립도가 89.1%에서 60.0%로 계속 하락하는 등⁴⁾(표 5 참조), 운영의 측면에서는 어려움이 많았는데, 이는 사회보험을 국민에게 인식시키고 정착시켜나가면서 치러야할 당연한 비용이었던 셈이다. 실제로 이러한 어려움 속에서도 보험징수율은 52.0%에서 78.8%로 크게 향상되

3) 역사적으로 보면 구라파에서는 중세기 이래로 광산노동자들의 생활 안정을 위해 전통적인 집단 보호조치가 취해져 내려오고 있었으나, 이러한 전통이 사회보험으로 성문법화 한 것은 프러시아(독일)의 Bismarck 시대인 1883년 질병보험법이 그 효시이다. 이후 오스트리아와 영국, 쏘련, 일본 등으로 확대되었다.

4) 6개 지역조합의 3개년 평균 재정자립도(산술평균)는 73.4%였으나, 이들의 보험료징수율이 52.0%(1983), 70.8%(1984), 78.8%(1985)로 계속하여 향상되고 있어서 상황을 긍정적으로 판단할 수 있었다.

고 있었다.



<그림 1>의료보험 적용체계(1977.7-1998.9)

<표 5> 지역의료보험조합의 초창기 재정자립도와 보험료 징수율

조 합	재 정 자 립 도*			징 수 율**		
	1981	1982	1983	1981	1982	1983
홍 춘	134.1	67.7	70.9	49.3	93.3	88.2
옥 구	65.0	63.3	63.3	41.6	53.6	81.9
군 위	83.5	58.6	59.2	65.0	82.3	82.3
강 화		136.1	64.7		78.6	82.4
보 은		79.5	72.0		66.7	83.1
목 포		68.5	48.0		50.0	55.1
평 균	89.1	71.2	60.0	52.0+	70.8+	78.8+

*재정자립도= 보험급여비 / 보험료 수입, + 산술평균치임

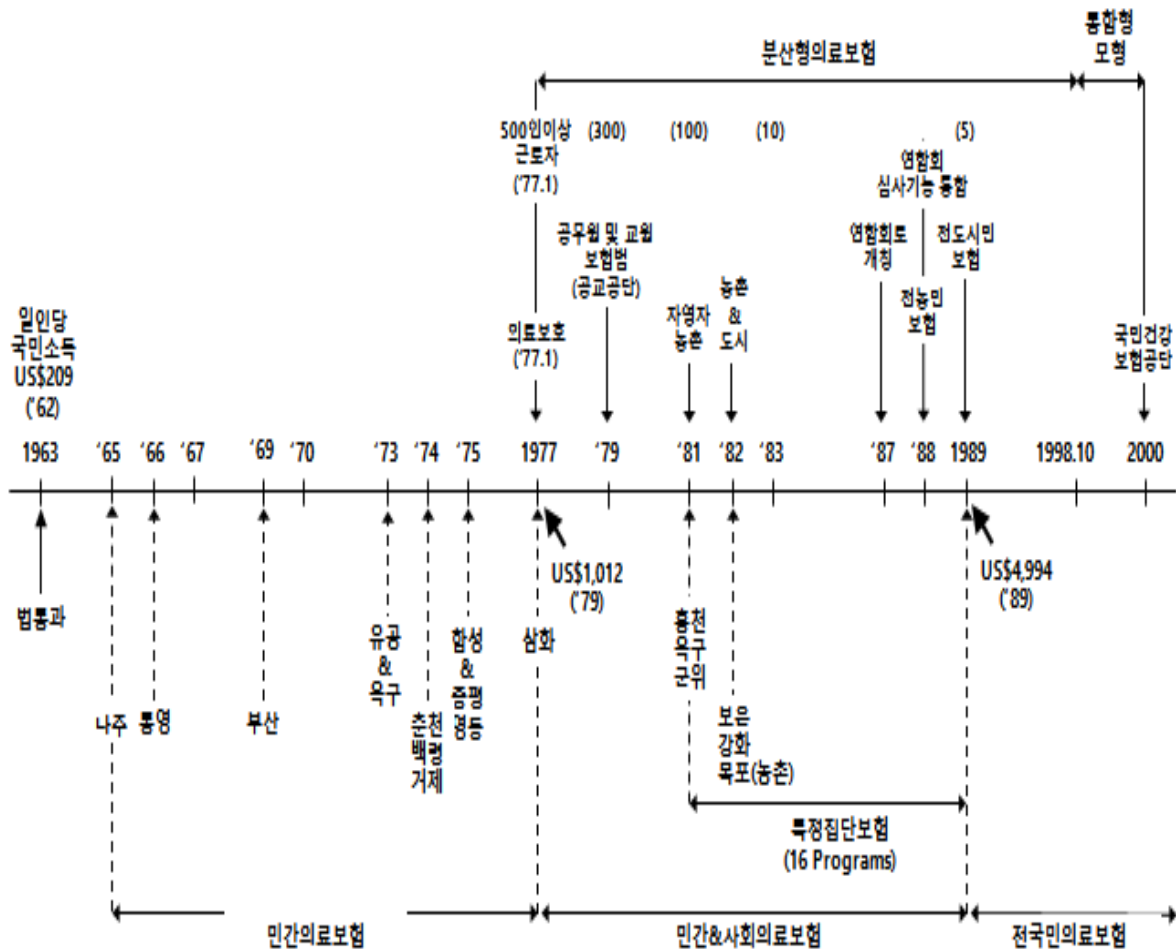
**징수율 = 보험료징수액 / 보험료부과액

자료: 문옥륜, 의료보험, 한일의료제도 세미나(연제집), 대한의학협회, 서울대학교 병원연구소, 동아제약주식회사, 1984. 11. 28-30, 신라호텔, p.34

1988년 1월 보험자별로 분산되어 있던 진료비 심사기구를 의료보험연합회로 일원화하여 심사전문기관으로서의 기틀을 마련하였다, 1998년 노사정위원회에서 의료보험 통합을 결정하면서, 독립된 심사기구에 대한 필요성이 부각되었고, 의료기관과 보험자간의 사회적 합의 끝에 건강보험심사평가원(심평원)을 국민건강보험법에 규정함으로써 논쟁이 마무리 되었다. 심평원은 진료비 심사의 공정성과 객관성, 전문성을 어떻게 확보할 것인가의 태생적 과제를 품고 있으며, 국민의료의 질 향상을 도모하는 견인차 역할을 수행해오고 있다.

그리고 전국의 농어민을 대상으로 농어촌지역의료보험을, 1989년 7월에는 도시 자영민을 대상으로 도시지역의료보험을 실시하였다. 그리고 직장의료보험역시 수차례의 법 개정과 단계적인 확대 과정을 거쳐 1988년에는 5인 이상 사업장에까지 확대되었으며, 중국적으

로는 1989년에 1개의 공교의료보험공단과 154개의 직장조합과 266개의 시·군·구 지역



<그림 2> 한국의료보험의 전개과정도 (1965-2000)

조합을 의료보험연합회 산하 조직으로 통합일원화 시켰다(그림 2 참조). 이때 국민소득이 1인당 약 미화 \$5,000이었다. 그리고 1999년 12월에는 의료보험법의 전반적 개정과 함께 국민건강보험법으로 개칭하고 국민건강보험공단을 설립하여 오늘에 이르고 있다.

IV. 한국 건강보험제도의 성과

그동안 한국의료보험이 이룩한 성과에 대해 여러 저자가 각종 계량적 또는 비계량적지표를 통한 분석 결과를 발표하였다. 대표적으로 신영수 처장⁵⁾, 이규식 교수⁶⁾, 이상구 복지국가소사이어티 운영위원장⁷⁾, 강희정 연구원⁸⁾, 권순만 교수⁹⁾ 및 필자¹⁰⁾의 발표를 예시할

5) 신영수, 한국 건강보험 30년의 성과와 전망, 기조연설, 한국건강보험 30주년: 성취를 넘어 미래로, 코엑스 인터콘티넨탈 호텔, 2007.11.13-14

6) 이규식, 건강보험 40년의 성과와 과제, 기조연설, 건강보험 40주년 미래를 준비하다, 2017 한국보건행정학회 전기학술대회, 원주 인터볼고 호텔, 2017.5.25-26

수 있다. 이러한 발표는 한결같이 대한민국이 전대미문의 괄목할 만한 성과를 이루어 내었음을 보고하였고, 국제사회에서도 이를 인정하기에 인색하지 않은 줄로 알고 있다. 의료이용 측면에서도 4-50년 전에는 대학병원이라는 곳은 일반 서민들이 중병으로 죽을 때에도 가보기 어려운 곳이었다. 일 년에 한번쯤 서민들이 병원 문턱을 넘기 시작한 것이 70년대 중반 경이었다고 기억한다. 그러나 지금은 일본 다음으로 세계에서 가장 의료기관을 많이 이용하는 국가로 변동되었으니 격세지감이 든다, 이만큼이나 미충족 의료가 줄어든 것을 건강보험을 제외하고는 달리 설명할 길이 없다. 이러한 대전환을 체험한 한국인으로서 본고에서는 한국의 사회건강보험(social health insurance, SHI) 40년 경험의 이룩한 성장의 발자취를 따라서 성과를 추출하기로 한다:

1) 인류의 사회보장사에서 보편적 사회의료보험제도를 최단기간에 이루어내었다.

한국의 ‘빨리 빨리 문화’가 경제개발을 쾌속으로 이루어내었듯이 전국민의료보험도 12년 만에 달성했다. 국민 1인당 소득이 미화 \$1,000수준이었던 1977년에 시작하여 12년 만인 1989년에 국민(의료보호적용자와 군인을 합친 약 300만명을 제외한 당시의 4,200만명)에게 의료보험제도를 포괄 적용했으니 세계의 사회의료보험사에서 최 단기간에 달성한 업적이 된다. 이 기록은 작은 섬나라의 의료보험을 제외한다면 앞으로 가까운 장래에도 쉽게 어지지 않을 것으로 보인다.¹¹⁾

- 이 기록 때문에 한국의료보험은 국가단위로 처음 의료보험을 도입하고자 하는 개발도상국가의 정치지도자들에게는 무척 매력적인 제도로 인식되고 있다. 왜냐하면, 절대빈곤과 열악한 국민의료야 말로 그들이 가장 절실하게 극복하고 싶어 하는 우선순위사업이기 때문이다.
- OECD 자료에 의하면 공공부문이 전체 보건의료 관련 비용의 54% 정도를 감당하고(OECD 평균치는 72%), 나머지 46%는 민간부문(환자)의 몫이다. 이에 더하여 비급여 항목에 대한 수가 규제도 없으므로 환자가 부담하는 비용은 눈덩이처럼 불어난다. 한국의 보건의료제도는 지난 30년간 매우 빠르게 발전하였다.¹²⁾
- 새마을사업이나 그린벨트사업(일명 산림녹화사업)과 마찬가지로 건강보험제도가 한국이 개발상도국가의 보건의료재정제도 발전에 기여한 성과의 하나가 된다.

7) 이상구, 모든 의료비를 건강보험 하나로 정책방안, -건강보험보장성 강화를 위한 정책 제안대회, (사단법인) 복지국가 소사이어티, 국회의원회관 제1세미나실, 2017.3.30

8) 강희정, 건강보험제도의 현황과 정책과제, 보건복지포럼, 2016년 1월호

9) Soonman Kwon., Thirty Years of National Health Insurance in Korea :Lessons for Achieving Universal Health Care Coverage, 30 years of Korean Health Insurance:: Celebrating Past Achievements, Planning for the Future, 13-14 of November, 2007/ COEX Intercontinental Hotel

10) 문옥륜, 미시적 관점에서 본 한국건강보험의 발전과 성과, 한국건강보험 30주년:성취를 넘어 미래로. 코엑스 인터콘티넨탈 호텔, 2007.11.13-14

11) 그러나, 매우 황급히 이룬 성과여서 환자일부부담금이 선진국에서는 찾아볼 수 없을 정도로 높다는 등 의료보험제도의 완성도는 많이 떨어진다고

12) 1989년에 전 국민에게 의료보험증을 나누어주었고, 2000년에 국민건강보험공단(NHIC)이라는 단일보험자 체제로 전환하였다.

2) 한국인에게 권리로서의 보건의료서비스를 보장하는 계기를 만들었다.

- 우리도 오랜 세월을 의료서비스가 가진 자의 특권인 시절을 살아왔다. 빈부의 격차가 빛은 이 결과는 한 때, 시혜로서의 의료를 정당화시켜 통치자나 세도가가 베푸는 선물 꾸러미 속에 곧 잘 포함되기도 했다.
- 국민에게 의료서비스를 마땅히 모두가 누려야 할 권리로 만들어주는데 의료보험보다 더 공로가 큰 것은 없다(물론 빈자에게는 의료급여/의료보호제도가 이에 해당된다). 국민건강문제의 개인책임화 시대를 종식시키는 첨병으로 의료보험이 나선 것이다.
- 경제발전과 민주화를 동시에 이룬 나라의 예로 한국이 손에 꼽힌다. 이에 덧붙이면 경제발전과 민주화와 전국민의료보험을 이룬 나라가 대한민국이다.

3) 상부상조 해온 문화적 유산과 전통을 계승·발전시켜 오늘에 이르렀다.

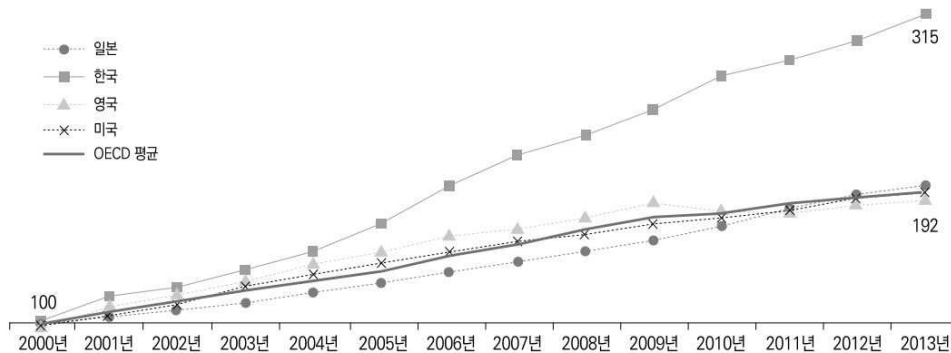
- 의료서비스는 인류 문화유산의 하나이고, 각 나라의 역사적 발전의 소산이다. 우리나라의 경우도 예외가 아니다. 향약이나 두레가 그러하다. 두레는 원시적 유품인 공동노동체 조직이며, 농촌사회의 상호협력, 감찰을 목적으로 조직된 촌락단위이다. 작은 두레는 6-10명 정도로 대개 경제적 여건이나 농지규모가 비슷한 이웃사람끼리 하는 경우가 많았고, 큰 두레는 마을 전체가 소속원이 되어 조직되기도 하였다(네이버 지식백과).
- 수백년 전에 있었던 모곡제도는 “매년 추수 때 쌀 또는 보리 몇 말씩 의사선생님에게 바치고 의사는 그 동네 사람들을 무료로 치료해 주는 인술을 베풀었다”(전계서 p.72). 우리의 이러한 미풍양속과 전통이 1960년대의 의료협동조합 운동으로 이어졌다.
- 1968년 부산청십자 의료협동조합에서 시작된 임의보험사업의 싹을 키워 오늘날 보는 사회의료보험의 열매를 맺었다.

4) 대한민국의 공동체의식을 고취시켰다.

- 의료보험은 민족의 공동체의식을 함양하고, 인식과 발상의 전환을 가져왔다. 다시 말해서 전 국민을 하나의 제도로 엮음으로써 창조적 가치를 창출할 발판을 마련하였다.
- 다시 말해서, 전 국민을 ‘우리가 하나다’라는 틀 속에 넣고서 전 국민을 대상으로 하는 거대한 ‘건강과 질병의 데이터 베이스’를 창출했다.
- 1962년 5월에 주민등록법의 규정에 따라 전 국민에게 주민등록증번호를 부여한 이래로 다시 한 번 전 국민에게 고유의 가족단위 ‘건강보험증’과 개별 ‘건강보험증번호’를

부여하였다. 의료기관을 자주 찾는 노인들에게는 의료보험증이 효자요 효손인 셈이다.

- 과거에는 병원이용 할 때 반드시 의료보험증을 소지하고 가야했으나 모두가 의료보험증을 소지하고 있는 전국민건강보험시대에선 주민등록번호로 각자 개인 신분을 확인할 수 있으므로 이제 필수 소지품에서 사라졌다. 즉, 지금은 시효가 지난 셈이지만 한 동안 의료보험증이 ‘의료기관 이용 패스’와 같은 역할을 수행했다.



주: 1) 국민 일인당 의료비: Current expenditure on health, per capita, US\$ purchasing power parities

자료: OECD Health Statistics(2015), <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>에서 2016.2.5.인출. 2013년은 '13년 정보 또는 최근 연도 정보를 사용함.

<그림 3> 주요 국가의 일인당 의료비 (2000-2013)

5) 개혁마인드를 가졌던 군사정권이 사회보험의 강제적용 제도를 점등시켰다.

- 의료보험법 제정이후 12년이 경과하도록 아무런 조치를 취하지 못한 것은 왜까? 아마도 그것은 강제로 시행할 수 있는 정확한 방법을 몰랐기 때문이라고¹³⁾ 요약할 수 있겠다.
- 현실적으로 보험료를 강제징수 할 수 있는 보험적용대상을 찾는 과정은 두 가지 조건을 충족시켜야 한다. 그 하나는 피보험대상자가 될 수 있는 임금근로자 집단을 찾아내어야 하며, 그 둘은 그들의 사용자가 보험료의 50%를 부담할 수 있는 능력과 마인드를 가지고 있어야 한다.
- 이들 조건을 충족시킬 수 있는 당연적용 할 사업장으로 찾아낸 것이 “상시 500명 이상의 근로자를 사용하는 사업장”과 “보건사회부장관이 지정하는 공업단지에 입주한 사업장” 그리고 “주한 외국기관으로서 상시 500명 이상의 대한민국 국민인 근로자를 사용하는 사업장” 이어서 이들부터 적용하기 시작하였다. 따라서, 상대적으로 근로조건이 보다 열악할 것으로 보이는 중소기업 사업장 근로자에 대한 적용우선순위가 뒤로 처지게 되었다.
- 물론 전술한 사업장 이외의 사업소의 사업주는 그 사업소에 사용하는 근로자의 2분의 1 이상의 동의를 얻어 각 령이 정하는 바에 의하여 보건복지부장관의 승인을 얻어 그

13) “근로자의 업무상 재해를 위하여 산업재해보상보험을 실시하는 마당에 전체국민에 대한 사회보장수단이 없다는 것은 사회정의 실현이라는 사회보장 구호를 만족시킬 수 없지 않은가 하는 즉 이상을 향하는 현실적 정책도구를 너무 단순하게 생각한 것이다.” (최천송a, p.221)

사용하는 모든 근로자를 이 법에 의한 의료보험의 피보험자로 할 수 있었다.

- 국민들이 간절하게 원하고 보건의료계가 적극적으로 참여하며, 여론주도자와 미디어가 지원하고, 행정부와 국회가 의견의 합치를 이루어도 이것만으로는 부족하다. ‘구슬이 서말이라도 꿰어야 보배가 된다’는 속담에서 보듯이, 이들을 한데 엮는 강력한 추진체가 있어야 한다. 그러나, 이러한 일의 추진에는 많은 이해당사자가 관여되기 때문에 여간 개혁적인 조직(또는 정부)가 아니고서는 이를 성취시키기 어렵다.
- 한국의 경우 그 당시 사회적 여건과 분위기가 의료보험과 같은 집단재원조달 장치를 요구하고 있었지만, 이러한 역사적 사명의 키를 잡은 것은 국가의 재건을 내걸고 등장한 1960년대의 군사정권이었다¹⁴⁾.

6) 다보험자에서 단일보험자로 통합/진화하였다.

- 한국의 보건의료체계는 자유방임적인 미국의 패턴과 유사성을 보이고 있다. 특히, 의료자원의 소유라는 측면에서 그러하다. 즉 병원의 대부분이 이윤동기에 따라 사적으로 운영되고 있다. 이러한 공급측면의 미국 영향은 수요측면의 유럽영향을 앞지른다¹⁵⁾ 결과적으로 이러한 의료사회적 배경은 소비자 선택이라는 측면에서 다보험자 체제로 성장할 배지가 되기 쉽다.
- 직장의료보험은 500인이상 사업장에서 5인이상 사업장에 이르기까지 끊임없이 확장하였고, 거의 동시에 시·군·구 마다 설립되었던 지역의료보험도 시·도단위로 확대한 후, 1989년에 전국의 국민을 포괄적용하기에 이른다. 결국 이 두 가지 형태의 보험을 2000-2003년 사이에 하나로 통합하였다.
- 의료보험운영체계는 보험자의 대형화, 업무의 표준화라는 기치아래 조직의 통합을 계속 해왔다. 1998년 10월1일 공·교 의료보험관리공단과 227개 지역조합을 통합한 국민의료보험공단이 출범한 뒤, 2000년 7월1일 다시 국민의료보험공단과 139개 직장조합을 통합해 지금의 국민건강보험공단(National Health Insurance Corporation, NHIC)이 태어났고, 2003년 7월 보험재정까지 통합하였다.¹⁶⁾
- 단일보험자의 장점은 위험분산의 극대화로 인한 사회연대의식의 고취 및 소득재분배 효과가 크고, 일사불란한 관리체계의 운영으로 효율성을 추구하기에 유리하다. 실제로 관리운영비의 비율이나 1인당 관리운영비의 크기가 줄어들게 된다. 뿐만 아니라, 전국

14) “---시범사업이 가능하도록 마련하였음은 물론이다. 이와 같이 작성된 법안이 **최고회의**의 마지막 날에 회의에 부의되어 다른 법안과 함께 통과되었다.”(최천송a, pp.192 및 최천송b, pp.147)

15) 문옥륜 역. 한국의료보험체계의 개혁, NERA 보고서, 보건정책총서 3, (도서출판)고려의학, 1994

16) 한국의료보험의 초창기 26년의 역사는 법 제정 후 임의보험으로 출발하여 사회보험과 공존하면서 점진적으로 확대해오다 1989년에 전국민에게 확대되었는데, 이때까지는 기백 개의 다보험자로 구성되었다. 그 이후 상당기간 정지작업기간을 가지고 구조적, 재정적 통합과정을 거쳐 2003년 이후에야 실질적인 단일보험자 시대로 이행하게 되었다. 그러므로 한국의 사회보험 40년은 26년간의 다보험자 시대와 14년간의 단일보험자 시대로 이루어져 있다.

적으로 사업내용의 표준화가 가능해서 운영통제에 유리하며, 보험료 부담과 보험급여의 형평성 주구에 다보험자 체계보다 유리하다.

- 그러나, 단일보험자 방식은 지역적 또는 구성 집단의 특성을 일일이 고려해줄 수 없는 취약점이 있으며, 의사결정에 대한 불복은 바로 전국적 파업으로 연결될 가능성이 있다. 이에 비해서 분산관리 방식인 조합자율주의 운영은 공동체 의식의 함양과 노사협력에 유리하고, 의사결정과정에 조합원(주민)의 참여가 용이하며, 분쟁시 파급효과가 조합내부로 국한, 국지화된다.

7) 단일 보험자가 사회의료보험을 전 방위로 확대하였다.

- 처음으로 보험 강제적용을 시작하는 기업의 적정규모는 국가 간에 차이가 생길 수밖에 없다. 예를 들면 일본은 300명 이상고용 사업장에서 출발하였다. 그러나 대만에서는 보다 합리적으로 생각해서 사업장의 규모와는 무관하게 보험적용의 대상자를 7개 군¹⁷⁾으로 세분했고 부담률도 조정하였다.

<<우리의 경우 왜 하필 500명이상 상시 고용기업이어야 했을까?>>

- 발상을 뒤집어놓고 생각해보면 대규모사업장을 기준으로 하는 것보다 사업장의 규모와 무관하게 그러나 의료보험의 요구도의 크기에 상응하게 의료보험의 적용을 생각해 볼 수 있다. 이렇게 하자면 현실의 문제로서 각 기업체의 의료보험 요구도의 크기를 파악하는 문제와 사용자의 부담능력문제가 변수가 되겠지만 그보다 더 결정적인 요인은 정부의 실부담 능력의 문제가 된다. 70년대 당시 우리나라 정부로서는 너무도 시급히 처리해야 할 긴급 사안들이 많아서, 예산의 우선순위를 의료보험실시에 두기 어려웠을 것으로 추정된다. 다시 말해서 산업장 종사자들의 건강을 국가가 책임지려면 엄청난 재원이 필요하게 되므로, 그렇게 하기 보다는 기업과 개인의 자유의사에 맡긴 셈인데, 이는 역사 이래로 의료를 개인의 책임에 맡겨온 관행의 연장선상 이었다고 생각된다.
- 그 당시는 월남경기가 끝나고, 중동 붐이 시작된 때여서 기업은 상당히 축적을 쌓은 시기였다. 그래서 현실적으로 보험강제 적용이 용이한 집단으로 대기업을 주목하게 되었고, 1977년 7월 사회의료보험이 500인 이상규모의 대기업 근로자를 대상으로 맞을 올리게 되었다.
- 1979년1월에 공무원 및 사립학교교직원을 대상으로 공·교 의료보험이, 그리고, 동년 7월에 300인 이상 사업장이 포함되어, 그 당시 적용인구가 500만 명에 육박하였다. 1981년1월부터 100인이상 사업장, 그리고 문화예술인 의료보험조합등 16개의 직종조합을, 1983년 1월 16인 이상, 그리고 1988년 7월에 5인 이상 사업장에까지 확대하였

17) ①공무원:가입자(30%), 사용자(70%), ②교원:가입자(30%), 사용자(35%), 정부(35%), ③공공 또는 일반기업 근로자:가입자(30%), 사용자(60%), 정부(10%), ④자영자: 가입자(100%), ⑤종별 협회 자영자: 가입자(60%), 정부(40%), ⑥농어민:가입자(30%), 정부 (70%), ⑦저소득층, 군인, 퇴역군인: 정부(100%)의 7개 군이다.

다.

- 한편, 단일 보험자인 의료보험공단은 적용대상자를 확대하면서 동시에 피부양자 인정기준의 변경, 요양급여기간의 확대, 본인부담정액제의 도입, 지역의료보험의 적용지역 확장, 예방보건급여의 내실화 그리고 장기요양보험의 별도 실시, 4대 보험 징수기능의 통합, 건강증진 관련기능의 수행 등 거의 전 방향으로 확대 실시하였다. 이처럼 기능이 대폭 확장됨에 따라 건보공단의 인력 규모 역시 기존의 1만명 수준에서 1만3천명 수준으로 팽창하였고, 심평원은 3천명 수준이다.

8) 요양기관 강제지정제를 채택하였다.

- 원래 의료보험법에는 요양기관의 지정을 보험자와 의료기관 간의 쌍방간 자유계약방식에 의해 해결해 왔다. 즉 요양기관은 보험자의 신청에 의하여 보건복지부장관이 지정하고, 요양기관이 언제든지 지정취소를 요구할 수 있도록 하는 방식이었다. 이에 세 가지 문제가 있다. 첫째, 요양기관의 지리적 편재로 일부지역에서 요양기관의 부족과 특정 진료과목의 부재등의 문제가 심화된다. 둘째, 피보험자가 이동시 일부 잘 알려진 대형의료기관 만을 찾아 환자 쏠림현상이 심화되어 진료대기시간이 증가한다. 셋째, 초창기 진료비 청구의 불편 등을 이유로 의료보험요양기관 지정에 소극적 현상이 드러났다. 그래서 공·교보험 도입 후 강제지정방식으로 변경하여 요양기관은 정당한 이유 없이 이를 거부할 수 없게 규정했으며, 이는 국민건강보험법에도 그대로 계승되었다.
- 1999년 2월 법을 개정하여 요양기관 등록시 당연히 요양기관이 되는 소위 ‘당연요양기관제’로 변경되었다. 그러나 이 조항 때문에 한동안 의료인들의 적극적인 반대를 무릅쓴 채 이 제도를 강행하려는 정부를 전횡적인 독재주의국가로 불렀다. 그리고 한걸음 더 나아가서 의료계는 이 제도가 의료인의 자유를 구속하는 ‘전 세계에서 우리나라에서만 볼 수 있는 비민주적 악법’이라고 해서 헌법소원을 제기하였다.
- **요양기관 강제지정제는 헌법 제15조의 직업의 자유에 위반하는지?** 헌법재판소 판결(99헌바 76, 2000헌마 505(병합) 사건의 판결문에 따르면 ‘강제지정이 계약제로 할 경우 발생하게 될 폐단을 방지하기 위한 것으로 그 입법목적이 정당하고, 보다 중대한 공익을 위하여 사익을 다소 침범한 것으로 법의 균형성이 있으며, 전국민이 의료보험대상자라는 점에서 누구든지 관련법에 의하여 의료기관을 설립만 하면 별다른 조건 없이 요양기관으로서 등록됨으로써 의료보험환자를 진료할 수 있도록 모든 기관에 요양기관을 개방한 것으로 적절하며 피해를 최소화한 제도이다’로 결론지었다.
- 중국적으로는 의료계에서도 요양기관 강제지정제가 전국민의료보험 하에서 의료인 또는 의료기관 개별로 요양기관지정을 받는 번거로움을 덜 수 있으며, 보험자의 선호에 따른 차별지정을 막을 수 있기 때문에 의료계 대표와 보험자 대표 간의 협상에 의한 단체간 일괄지정을 받는 것이 보다 유리하다고 보아서 이 판결을 수용하기에 이르렀다.
- 아무튼 요양기관 강제지정제는 한국 의료보험의 급격한 확장을 뒷받침하는 의료공급의 주요한 정책수단이 되었다. 국민의 입장에서 모든 기관이 일괄 지정되어야 의료이용

시 불편하지 않을 것이기에 강제지정제가 매우 중요하였다. 그리고 이제는 어디에서도 보건의료인 및 약사 단체로부터 강제 지정제를 타파하자는 목소리가 들려오지 않는다.

9) 의료보험 저 수가정책을 일관되게 추진해왔다.

- 환자가 의료기관에 내는 본인부담금과 건강보험공단에서 의료기관에 지급하는 급여비의 합계를 (보험)의료수가라 한다. 의료수가와 비슷한 어휘로 ‘진료보수’라는 어휘가 있는데 양자 간에는 다소 차이가 있다. 즉, 진료보수는 특정 진료행위에 대하여 지불되는 보수, 즉 진료서비스에 대한 댓가를 의미한다. 그 댓가의 수준은 일반시장의 상품가치처럼 수급의 경쟁조건에 의하여 성립하는 것이 아니고, 관행적으로 또는 제도적으로 결정된다¹⁸⁾. 다시 말해서 진료보수는 사회보험진료보수로서 법률로 규정되는데 비하여 의료수는 일반적으로 사용하는 경제용어이다. 진료보수는 그것을 청구하는 또는 받는 입장인데 비해서, 의료비는 그것을 지불하는 또는 부담하는 입장에서 흔히 사용되고 있다.
- 진료보수에는 보건의료인의 인건비와 전기료 등 시설운영비에 따른 부대비용 등을 합친 금액을 기준으로 결정된다. 건강보험수가의 결정과 인상은 환자에게 주어지는 서비스의 정도와 서비스제공자의 소득, 물가상승과 같은 경제지표 등을 토대로 건강보험정책심의위원회(건정심; 과거에는 의료보험심의위원회가 이 역할을 맡았다)에서 진행한다. 이처럼 수가인상은 건정심에서 심의해서 최종 결정되지만, 수가인상률은 각 가입자단체와 건보공단이 협상을 통해 결정한다.
- 의료보험 실시이래로 의료인들의 가장 큰 불만은 보험수가가 너무 낮다는 것이다. <표 6>에서 보듯이 의료인 응답자 절대다수(92%-99.4%)가 이에 찬성하고 있다.

<표 6>의료보험수가 수준에 대한 의료인의 만족도

(단위: 명, %)

연 령	만족스럽다	그저 그렇다	불만족스럽다	계
40세 미만	3(1.7)	15(8.4)	160(89.9)	178(100.0)
40 대	-	7(3.8)	178(96.2)	185(100.0)
50세 이상	-	14(11.5)	108(88.5)	122(100.0)
계	3(0.6)	36(7.4)	446(92.0)	485(100.0)

자료: 문옥륜, 김창엽, 권순만, 김 호, 김 윤. 의료체계의 정립을 위한 요양기관별, 질병별 가산율 및 본인일부부담금 개선에 관한 연구, 1999, p.83

*p<0.05

- 수가협상은 매우 치열하게 전개되는데, 최근까지 2005년(2006년 분)과 2013년을 제외하고는 매년 협상이 결렬되어 고비를 힘들게 넘겼다. 그러나 어느 누구도 보험수가 협상결렬을 심각하게 고민하지는 않는다. 왜냐하면, 좀 시간이 지체되고 있어도, 그것은 연례행사 같아서 조금만 더 기다리면 어차피 합의되고 말 것을 잘 알고 있으니까.

18) 의학출판사. 의료체계의 정책분석론-일본에서의 실증적 탐구-(사회보장연구소 편 김주환, 문옥륜 옮김), 1991.12. pp.33-51

- 의료보험수가는 당초 관행수가의 42% 수준에서 출발했으나, 거의 매년 상향 조정되어 현재는 약 70-80% 수준에 이른 것으로 알려져 있다, 결과적으로, 저 수가정책은 정부측 부담과 피보험자 부담을 경감시켜 의료보험의 초고속 확장에 크게 기여하였다. 그러나 보건의료계의 에너지를 의료보험제도의 발전에 집중하기보다는 ‘수가인상 투쟁’과 ‘비급여 항목 의 개발’에 열중하게 하는 역효과를 초래하기도 하였다.

10) 한국의 실정에 적합한 지역보험료 부과체계를 개발하였다.

- 직장보험료는 이미 드러난 소득에 대한 보험요율만 결정하면 되는데 비하여, 지역보험은 대상자의 소득과약이라는 장벽을 넘어야 한다. 소득과약 연후에야 보험료 부과체계를 개발할 수 있다. 따라서 전국민 건강보험의 성패는 효율적인 지역보험료 부과방식의 개발 여하에 달려있다고 해도 과언이 아니다.
- 한국의 지역보험료는 1981년(제1차 농촌시범사업)에는 생활정도별로 상/중/하 3등급(세대원 수에 따라 할증)으로 구성되었는데, 리동개발위원회에서 부락내 극빈계층 20%와 상층 10%를 구분해내고, 그 나머지 70%는 자동적으로 중산층으로 분류하는 식으로 접근하였다.
- 1984년(제2차 시범사업)에는 세대당 보험료를 기본보험료와 능력비례보험료로 구분하고, 자동차보유 여부를 자산할 소득과약요소로 활용했다: 즉,
 - 세대당 보험료=기본보험료+ 능력비례보험료
 - 기본보험료=세대당 정액+(세대원 1인당 정액X세대원 수)
 - 능력비례보험료=소득할+ 자산할
 - 소득할=소득세할+ 농지세할(각 7등급)
 - 자산할=재산세할+ 자동차할 (각 7등급)
- 1989년(전국민의료보험 보험료부과(조합방식)에서는 자동차보험료를 부과했다.
 - 세대당 보험료=기본보험료+ 능력비례보험료
 - 기본보험료=세대당 정액+(세대원1인당 정액X세대원 수)
 - 능력비례보험료=소득비례보험료+ 재산비례보험료+ 자동차보험료
- 1998년(지역의보 통합보험료부과체계)에는 소득 500만원을 전 후로 나누었다.
 - 과세소득500만원이하: ^평가소득보험료^ + 재산보험료+ 자동차보험료
 - 과세소득500만원이상: 소득보험료+ 재산보험료+ 자동차보험료
- 2000년7월 통합후 500만원 초과소득등급을 기존50등급에서 70등급으로 세분하였다.
- 한국의 지역보험에서는 문화생활의 지표가 되는 자동차보유 여부를 소득과약지표로 활용했고, 자동차보험료의 비중은 지역보험료 총액의 13%였다<표 7참조>.

<표 7> 지역보험료의 부과요소별구성비

(단위:%, 억원)

구 분	소 계	소 득	재 산	자동차	성·연령
현재시점	100	27	47	13	13
보험료총액	68,576	18,515	32,231	8,915	8,915

참고: 2012년 12월기준

11) 비교적 낮은 건강보험요율을 견지해오고 있다.

- 당초 의료보험법에는 요율의 범위를 3-8% 이내로 정했으나, 1994년에 2-8%로 개정하였다. 최근 17년 간의 연도별 직장의료보험 요율은 <표 8>과 같다. 2001년의 3.4%에서 2017년의 6.12%에 이르기까지 보험요율이 1.8배 증가하여 연평균 증가율은 3.74%가 된다. 2013년까지의 평균증가율 4.7%보다 다소 둔화되고 있다.

<표 8>연도별 보험요율 현황

(단위: %)

연 도	가) 보 험 요 율*	전년대비 증가율	연평균 증가율
2000	2.8(직장), 3.4(공·교)	-	2001-2017:연평균 3.74% 증가 (1+x)^16=1.8 에서 x=0.0374
2001	3.4	-	
2002	3.63	6.8	
2003	3.94	8.5	
2004	4.21	6.9	
2005	4.31	2.4	
2006	4.48	3.9	
2007	4.77	6.5	
2008	5.08	6.5	
2009	5.08	0.0	
2010	5.33	4.9	
2011	5.64	5.8	
2012	5.80	2.8	
2013	5.89	1.6	
2014	5.99	1.7	
2015	6.07	1.3	
2016	6.12	0.8	
2017	6.12	0.0	

*2001년 이후엔 통합으로 직장보험과 공·교보험의 보험요율이 동일함

- 2000년7월 직장보험은 소득에 상여금 등을 포함한 총보수 기준으로 책정하고 2001년 5인미만 사업장 적용 근거를 마련했음. 2003년에 5인 미만 사업장에 확대하고, 1인 이상의 근로자를 사용하는 사업장에도 적용함. 2011년에 보험료 부과대상 소득범위를 근로소득에서 종합소득으로 확대했으며, 재산 9억원 초과 보유자를 피부양자에서 제외함.
- 보험요율 결정은 2002년6월까지의 건강보험공단의 '재정운영위원회'의 의결사항이었으나, 2003년 7월부터는 보건복지부 '건강보험정책심의위원회'에서 의결하여 대통령령으로 정하도록 변경되었다.

12) 국고의 최소부담 지원정책을 고수해오고 있다.

- 법은 매년도 예산의 범위 안에서 대통령령이 정하는 바에 의하여 공단에 필요한 경비의 일부를 부담해오고 있다. 최근 5개년의 평균 지원 비율은 15.3%였다.

<표 9>건강보험 국고지원 비중의 연도별 변화

(단위:100만원,%)

구 분	2011	2012	2013	2014	2015	평균
국고지원금	50,283	53,432	57,994	63,150	73,548	-
보험료 수입 대비 비중	15.3%	14.7%	14.9%	15.2%	16.6%	15.3%

- 국고 지원금의 국제비교를 보면 한국은 OECD국가 중에서 가장 낮은 수준임을 알 수 있다. 아시아에선 일본과 대만, 이스라엘은 각각 37.1%, 26.0%, 39.0%이며, 유럽제국은 네덜란드가 55%, 프랑스 47%, 벨점 33.7%이다. 이 자료를 보면 한국의 경우(2010) 국고부담은 14.8%여서 다른 나라에 비하면 거의 명목상의 지원에 그치고 있음을 알 수 있다. 이 수치는 한국 정부의 국민건강에 대한 개인의 책임을 강조하는 기본철학을 아주 잘 보여주는 자료가 될 것이며, 상대적 의미에서 국가최저(National Minimum)원칙이 지켜지고 있는 셈이다.

<표 10>주요 국가의 보험재정에 대한 국고지원 비율

(단 위:%)

구분	한국	일본	대만	네덜란드	프랑스	벨기에	이스라엘	오스트리아	스위스
지원비율	14.8	37.1	26.0	55.0	47.0	33.7	39.0	25.1	17.0
비교연도	2010	2008	2008	2010	2008	2009	2005	2004	2007

13) 가장 낮은 성취수준의 성과로 대표적인 것이 건강보험보장률의 취약성이 된다.

- 건강보험의 목적은 ‘국민의 질병, 부상에 대한 예방 진단 재활과 사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건 향상과 사회보장 증진에 이바지함을 목적으로 한다’로 되어 있다. 보험의 핵심은 보험급여의 포괄성, 충실성, 공정성인데, 이 중에서 가장 문제로 볼 수 있는 것은 충실성의 취약이 된다. 소위 말하는 보험급여의 보장성 취약 문제이고, ‘반쪽 보험’ 논란의 진원지이기도 하다.
- 다시 말해서 한국건강보험은 세계에서의 지위나 명성에 걸맞기 않게 보험급여의 보장성이 63.2%에 머물러 있다(표 11참조). 건강보험의 1차적 목적 충실도에서 겨우 낙제점을 면했다고 볼 수 있다. 가야할 길이 멀다는 것을 알아야 할 것이다.

<표 11 >건강보험 보장률

(단위: %)

구 분	건 강 보 험 보 장 륜
입 원 서 비 스	64.5%
외 래 서 비 스	54.5%
의 약 품	69.0%
전 체	63.2%

자료: 국민건강보험공단. ‘2014년 건강보험환자 진료비 실태조사,’ 2015

- 의약품에 대한 보장률이 69.0%로 가장 높으며, 외래서비스에 대한 보장률이 54.5%로 가장 낮다. 다시 말해서 ‘물(物)에 대한 보장률이 기(技)보다 우위에 있다.’ 이 점은 1차적으로 의료계의 분발을 촉구하는 대목이기도 하고, 정책당국의 반성을 요구할 수 있는 점이기도하다. 技가 物을 이기지 못할 형편이라면 최소한 동등한 수준에라도 맞추어야 할 것이다. 그리고 당국에서는 의약품 비의 수준을 억제하는데 의료서비스비용의 억제에서보다 모자람이 없는지 검토해 보아야 할 것이다. 입원서비스 보장률이 64.5%로 외래서비스의 54.5%보다 10.0%나 높아서, 상대적으로 더 큰 위험인 입원서비스에 치중하고 있어서 급여의 적용우선순위에는 합당하다 하겠다.
- <표 12>에서 보면 공공재원의 투입이 우리나라의 경우 OECD에 비해서 의료기술서비스 보다 의약품에 집중되고 있음이 보다 명백해진다. 즉 의약품비의 공공재원 투입에는 OECD 평균치와는 2.8%로 별 차이가 없지만 입원과 외래서비스에서는 23.7%-26.4%로 차이가 많이 발생하고 있다.

<표 12> 경상의료비에서 공공재원의 비율 측면에서 본 OECD 평균치와 한국과의 차이

구 분	OECD평균 %(A)	한 국 %(B)	차 이(A-B)%
입 원	88.0	61.6	26.4
외 래	79.1	55.4	23.7
의 약 품	57.4	54.6	2.8

자료: 신정우 정형선, ‘경상의료비 규모 및 재원 구조의 국제비교(보건복지포럼, 2015)자료에서 인용했음.

14) 16,000명의 ‘국민건강 파수꾼’을 배출했다.

- 의료의 역사는 수천년이 될 만큼 오래다. 흔히 의료서비스가 인류의 역사와 더불어 시작되었고, 그리스 로마시대에도 의학과 위생학이 꽃을 피운 것으로 되어 있다. 이에 비하면 의료보험의 역사는 비스마르크시대 부터 계산해도 금년에 겨우 134년에 불과하다.
- 우리나라 의료보험종사자의 직업수명은 올 해 겨우 근무연수로 40년 밖에 되지 않았지만, 이들이 만든 건강보험제도의 기대수명은 100세 이상이 될 것이다. 이처럼 젊은 국민건강보험종사자 16,000명은 국민건강의 불침번이요, 민족의 건강파수꾼 들이다.
- 1977년에 사회의료보험제도를 처음 실시할 때, 의료보험요원을 전국단위의 공개경쟁시험과 면접을 통하여 채용했기 때문에, 한국 사회의 최고 엘리트 군을 확보할 수 있었고, 이러한 전통이 계승되어 왔기 때문에 인적 자원의 질적 수준은 매우 우수하다 할 것이다.

여기에 강도 높은 직원 연수교육과 사회보험의 현장봉사를 통한 헌신으로 단련되어 왔기 때문에 이들 의료보험인들이 건강보험제도의 발전에 대단히 긍정적 영향을 끼쳤으리라 유추할 수 있다.

- 건강보험 행정가인 이들은 지난 40년 동안 보험현장의 업무에서 이제 ‘건강보험 달인’이 되었다. 그들은 이공계 기술전문 인력인 보건의료인력을 상호 견제하면서 국민의료비를 보호하고 절감하는 의료비관리의 일선 첨병이다. 그리고 MERS나 SARS의 유행같은 국가의 건강비상시기에는 의료인과 마찬가지로 강제 동원할 수 있는 소중한 인적자산 풀이 되었다.

15) 이제 의료보험제도가 수출품목이 되었다. 효율적인 전산심사 등 건강보험제도 그 자체가 수출품목이 되었다.

- KOICA의 ODA자금으로 그동안 실시해온 의료보험제도(국가의료체계나 의료재정교육 포함) 연수훈련 때문에 아시아, 아프리카, 남미 제국에서는 한국의료보험에 대한 지명도와 평판이 꽤나 높다. KOICA뿐만 아니라 국민건강보험공단, 의료보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 한국보건산업진흥원 그리고 기업체 직원 훈련원 및 대학연구소 등에서 각기 고유의 다른 목적을 수행하기 위해 외국인 대상의 의료보험 교육을 실시해 왔기 때문에 우리나라 제도에 대한 잠재수요는 충분히 큰 편이라 하겠다.
- 바레인 국가건강보험제도개혁(SEHATI)’을 위한 韓-바레인 협력 프로젝트가 2017년3월6일 서울에서 체결되었다. 이 프로젝트는 미화 1,350만불(155억원)에 32개월(2017.6-2021.2)동안 수행될 것이다.¹⁹⁾ 앞으로도 중동지역의 국가를 위시하여 남미대륙이나 아프리카 국가들에 한국의료보험제도를 수출하는 기회가 증가할 것이다.

V. 국민건강보험제도의 문제점

과거 40년 동안 한국의 건강보험제도는 끊임없이 개선되고 개혁되어 오늘에 이르렀다. 여기서는 이 시점에서 바라본 문제점을 다음의 일곱 가지로 정리하고자 한다 :1)건강보험보장률의 정제로 인한 과도한 국민의료비 부담, 2)불공평한 건강보험료 부과체계, 3)건강보험재정의 취약성, 4) 건강보험료 체납세대와 민원의 증가, 5) 근로소득에만 편중 과세되는 건강보험 재원의 불공정성, 6) 저출산과 고령화의 인구문제, 7)요양급여서비스의 고급화와 하이텍의료기술 요구 증가

19) Bahrain Sehati-ICT Project는 국가의약품관리시스템(DUR) 과 국민건강보험정보시스템(NHIS) 및 국가의료정보활용시스템(Smart Utilization of NEMR)의 세 부분으로 구성되어 있다.

1) 건강보험보장성 미흡으로 인한 과도한 국민의료비 부담²⁰⁾

지난 40년간 정권을 잡았던 모든 정부는 건강보험 혜택의 확대를 위하여 꾸준히 노력해 왔지만, 보장성의 확대는 수년째 62-63%에 머물러 있다. 그러므로 노인들이나 저소득층이 질병에 걸리게 되면 취약한 보장성 때문에 과도한 본인부담금을 피할 수 없게 된다, <그림 3>에서 국민 1인당 의료비 증가 추이를 보면 2000년 대비 2013년에 3.15배나 증가했는데, 이는 동기간의 OECD평균치 1.92배 증가를 훨씬 초과한다. 이러한 자료는 비교대상국가인 일본과 미국, 영국 및 OECD 평균 의료비 증가 추이가 매우 유사한 패턴을 보이는 것과는 아주 대조적이다.²¹⁾ 위에서 보듯이 건강보장물의 정체로 인한 국민 부담 의료비의 상승은 다음의 3가지 현상으로 이어지고 있다.

① 민간의료보험의 활성화

낮은 건강보험 보장률로 인해 국민들이 민간의료보험시장으로 내몰리고 있다. 민간의료보험 가입률은 2015년 약 88.1%이고 월평균 민간의료보험료는 가구당 30만 8,265원에 이른다. 가계의 실질적인 의료비 부담가중으로 ‘보충형 민간의료보험’이 확대되고 있음을 의미한다.²²⁾

② 비급여의 확대

건강보험 보장률의 미흡은 보험급여 리스트에 포함되지 못한 비급여 항목의 증가로 귀결된다. 항목별 급여 확대를 통한 보장성 강화 정책이 실시되고 있지만 높은 비급여 진료비 증가율이 이를 상쇄하고 있으며,²³⁾ 현행 본인부담상한제는 선택진료비, 상급병실료, 간병비의 3대 비급여 뿐만 아니라 진료에 필수적인 의학적 비급여 본인부담금을 모두 제외한 법정 본인부담금에 대해서만 적용하는 제도이다. 따라서, 본인부담 상한제를 적용받은 후에도 직접부담의료비가 지불능력²⁴⁾에서 차지하는 비중이 평균 41.9%이르는 이르고 있다. 이처럼 비급여 본인부담금을 제외하고 있는 상태에서는 의료비 과부담 문제를 개선하기에 미흡하다는 지적이 일고 있다²⁵⁾

③ 재난적 의료비²⁶⁾ 지출의 증가

국내에는 재난적 의료비에 대한 공통된 기준이 사용되고 있지 않다. 그래서 일부에서는

20) 이상구. 모든 의료비를 건강보험 하나로 정책방안-건강보험 보장성 강화를 위한 정책 제안대회-, 2017 대선 대비 복지국가 정책토론회 2. 국회의원회관 제1세미나실, 국회 남인순 의원실, 사단법인 복지국가소사이어티, 모든 의료비를 건강보험하나로 운동본부, 보건의료산업노조, 2017.3.30

21) 이 자료는 각 비교 대상국의 1인당 국민의료비(US\$)를 구매력 평가환율로 조정 후 비교한 것이다.

22) 국민건강보험공단. ‘2015년도 건강보험제도 국민 인식 조사’, 건강보험정책연구원, 2015

23) 건강보험 본인부담금은 2009년 10.4조원에서 2013년 12.8조원으로 연평균 5.3%씩 증가한 반면, 초음파검사, MRI 검사, 선택진료비 등의 비급여진료비는 2009년 15.8조원에서 2013년 23.3조원으로 연 평균 10.2% 씩 증가하여 건강보험 본인일부부담분 보다 더 빠른 속도로 증가하였다.(복지국가 정책토론회 2에서 인용했음)

24) 연간 생활비에서 식품품을 차감한 금액을 지불능력으로 봄

25) 국회예산정책처. ‘건강보험 보장성 강화 정책평가’, 2016

26) 세계보건기구는 보건의료진료비가 가용소득의 40%를 초과하는 경우를 재난적 의료비 지출로 지칭하고 이를 공평성 지표로 취급하고 있음.

보건의료체계내에서 가구의 연소득에서 의료비 지출이 10%를 초과하는 가구를 재정적으로 보호해야 한다는 기준을 제시하고 있다.²⁷⁾ 이러한 기준을 따르면 재난적 의료비지출 발생가구는 2011년부터 꾸준히 증가하고 있는데, 평균 5가구 중 1가구(2013년 19.3%)에 이른다.²⁸⁾ 그러나 WHO의 기준(진료비가 가용소득의 40%를 초과하는 경우)에 따르면 우리의 상황은 매우 양호한 상태임을 알 수 있다.

2) 불공평한 건강보험료 부과체계

① 보험료부과 방식 개요

현행 건강보험료 부과체계는 직장과 지역으로 2원화되어 있고, 보험료 산정방식이 서로 다르다. 그중에서 지역가입자 보험료 부과체계가 너무 복잡하여 일반인들은 이해하기 어렵다. 기본적인 보험료부과체계는 <표 13>과 같다

<표 13> 2원화된 의료보험료 부과체계

구 분	직 장 가 입 자	지 역 가 입 자
부 과 기 준	보 수 월 액	보험료 부과점수
보험료 산정	보수월액 X 정율(6.12%)	보험료부과점수X점수당금액(179.6원)
부과기준의 상하한	28만원-7,810만원	20점-12,680점

지역가입자는 종합소득 년 500만원 이하자와 초과자로 구분하며, 재산·자동차·성, 연령 등을 반영하여 평가소득을 추정한 후, 재산 50등급, 소득 75등급, 자동차 7등급, 성 연령4구간, 평가소득 30등급으로 구분하여 등급별 점수를 합산한 후, 점수당 단가를 곱하여 세대별 보험료를 산정한다.

② 불공평한 보험료 부과체계의 예시²⁹⁾

가. 억울한 부담이 많은 경우와 정당한 부담을 회피하는 경우

- 소액의 전월세 서민에 과다부담(예:송과 세모녀)하거나 부유층에 과소부담
- 직장엔 동률적용하지만 지역에선 고소득일수록 저부담 경향(소득역진성)

나. 보험료 회피를 위한 도덕적 해이 만연

- 부유층이 저임금 위장취업(7,336건 적발, 보험료 265억원 환수('08-'13))
- 고액자산보유자가 직장 피부양자로 무임승차(2014년 현재 건강보험적용대상 5,015만명 중 직장피부양자 2,046만명으로 41%)

<표 14> 피부양자 재산 보유현황

계	1만원~1억원이하	1억원~3억원 이하	3억원~5억원 이하	5억원~9억원 이하
4,846,282(명)	3,275,704	1,323,084	180,828	66,646
100.0(%)	67.6	27.3	3.7	1.4

*피부양자 중 2채이상 주택보유자 약 120만명, 2013.12.31기준

27) 송은철, 신영진. '재난적 의료비지출이 빈곤화 및 빈곤 지속에 미치는 영향'. 보건행정학회지 2014;24(3)

28) 우경숙, 신영진. '재난적 의료비 지출이 가구 경제에 미치는 영향', 보건사회연구, 2015;35(3)

29) 문옥륜, 최병호, 김우철, 김희선. 소득중심 건강보험료 부과체계 개편안, 한국재정학회, 2016.10

- 다. 직장가입자에게만 적용되는 차별적인 피부양제도
- 농어촌의 노인세대 중, 직장가입자 자녀가 있으면 피부양자로 무임승차 가능하나, 없는 경우 노인세대는 재산에 대비하여 보험료 부과됨.
- 라. 직장과 지역 이동에 따르는 불형평성
- 직장가입자는 실질소득, 지역가입자는 평가소득이라는 이중 잣대 적용으로 인하여, 직장에서 지역, 또는 지역에서 직장으로 이동시 보험료변동 폭이 매우 큼
 - 직장에서 지역으로 전환세대 중 45.1%가 보험료를 더 많이 부담(2013년)
 - *직장평균보험료 46,284원(본인부담기준)에서 지역평균보험료77,783원으로 증가
 - 직장 은퇴 후 실질소득이 없는데도 재산(집)이 있다하여 과다한 보험료 부과됨.
 - **베이비부머(55-63년, 716만명)의 은퇴가 본격화(현재 직장가입자 257만명)

3) 건강보험재정의 취약성

2017년 현재 기준으로 건강보험은 누적적립금이 21조원이나 되지만 여전히 안심할 수 있는 수준이 아니다. 인구의 고령화가 급격하게 진행되고 있으며, 질병패턴이 만성퇴행성질병 중심이고 끊임없는 재활치료 수요가 폭증하고 있기 때문이다. 기획재정부가 최근에 발표한 사회보험의 중기재정 추계에 의하면, 노인의료비의 급격한 증가 등으로 1인당 급여비가 약 2배로 증가하면서 2018년부터는 건강보험 재정이 적자로 돌아서고, 2023년경에는 건강보험의 적자가 전체 적자의 93%에 이를 정도로 압도적이다. 고령화로 인한 노인의료비가 연평균 8.7% 증가하여, 2024년에 100조원을 돌파할 예정이다.³⁰⁾

<표 15>사회보험별 재정수지

	총계	연금 합계	국 민 연금	사 학 연금	공무원 연금	군 인 연금	보 험 합계	건 강 보험	장 기 요양	고 용 보험	산 재 보험
'16	48.1	42.9	45.9	0.9	-2.2	-1.6	5.2	3.1	0.0	0.6	1.5
'25	26.5	57.2	57.2	0.7	-7.1	-2.6	-21.6	-20.1	-2.2	-2.6	3.3

자료:기획재정부, '16-'25 8대 사회보험 중기재정추계 결과' 및 '16년 자산운용실적' 2017

4) 건강보험료 체납세대와 민원의 증가

사회보험의 위기는 보험료 민원과 체납률이 지속적으로 치솟을 때가 된다. 국민건강보험의 2013년 민원 5,730만 건 중 80%에 해당하는 5,730만건이 보험료에 관한 것이다. 건강보험 고객센터의 상담민원 중에서 86%와 이의신청위원회의 구제신청 건수의 78%, 그리고 최근 5년간 국민권익위원회 보건복지 민원 중 건강보험 민원이 최다라고 하니 앞으로는 민원 줄이기에 각별하게 열중해야 할 것이다.

30) 이 추계의 근거는 KDI에서 제공한 자료를 통합재정추계위원회에서 검증한 것이다. 건강보험의 보험료는 매년 1.32%인상('14-'16 평균)하는 것으로 계산하였다.

	2016-2020	2021-2025
GDP성장률	3.1%	2.7%
명목금리	3.3%	3.7%
임금인상률	2.9%	3.3%
CPI 물가상승률	1.6%	2.0%

6개월 이상 체납한 154만 세대(2014.2 현재) 의 체납액이 2조 1,052억원이나 되는 것으로 알려졌다. 이 문제가 심각한 것은 지역가입자의 22%가 체납으로 인한 건강보험적용 제한을 받고 있어 의료의 사각지대에 놓여 있으며, 사회 전체적으로 경제 상황이 좋지 못하니 앞으로 계속 증가할 가능성이 있다는 것이다. 그중에서 106만 세대(68.8%)는 월 보험료 5만원 이하로 생계형 체납세대이므로 이에 대한 긴급대책이 모색되어야 할 것이다.

5) 근로소득에만 편중 과세되는 건강보험재원의 불공정성

특정 재원에 편중되는 현 보험료 부과체계에 대한 근본적인 검토가 필요하다. 2011년 우리나라 총소득액은 1,462조 7,000억원이다. 이중 근로소득은 437조 8,000억원인데, 국세청은 294조 6,000억원에만 과세(근로소득 공제)하고, 건강보험료는 근로소득보다 많은 452조 8,000억원에 부과하고 있다³¹⁾. <표 16 참조>

<표 16> 소득원과 과세소득 및 건강보험 부과소득

	총소득(국세청)	과세소득(공제후 소득)	건강보험부과소득	부과비율(%)
근로소득	437조 8,000억	294조 6,000억	452조 8,000억	103.4
금융소득	61조 7,000억	49조 8,000억	1조 3,000억	2.1
사업소득	785조 2,000억	71조 5,000억	29조 3,000억	3.2
연금소득	19조 9,000억	1,000억	4조 6,000억	23.1
기타소득	12조	5조	4,000억	3.3
일용근로소득	47조 2,000억	3조 4,000억	X	0

*보수(임금)월액은 보험료율을, 보수외 소득은 종합과세금액을 점수로 환산하여 산정

금융소득 61조 7,000억원 가운데, 국세청은 2.1%인 49조 8,000억원에 과세하고, 사업소득은 과세소득의 3.7%인 71.5조원에 과세하며, 건강보험료는 2.1%인 1조 3,000억원에만 부과한다. 한편, 사업소득 785조 2,000억원 가운데서는 3.7%인 29조 3,000억원에, 연금소득 19조 9,000억원에는 23.1%인 4조 6,000억원이 과세소득이다. 이처럼 금융소득의 2.1%에서 근로소득의 103.4%에 이르기까지 부과비율에 격심한 차이를 보이고 있다. 이처럼 재원이 특정세원에 집중/편중부과 되는 것은 대단히 불공정한 일임에 틀림없다. 그러나 이 문제는 극도로 예민한 문제일 뿐 아니라 국민 모두의 이해관계가 복잡적으로 걸려있기 때문에 사회적 합의 없이는 기존의 관례를 함부로 고치기 어렵다. 일용근로소득 47조 2,000억원에는 국세청이 3조 4,000억원에 과세하고, 건강보험료는 부과하지 않는다.

모든 소득이 생활수준을 반영하는 잣대이지만, 근로소득에만 과도하게 보험료를 부과하는 하는 현행 방식은 매우 불공평하여 만약 국민들이 이 사실을 숙지하게 된다면 위화감이 커질 수밖에 없다. 아무튼, 근로소득에 집중하여 부과되고 있는 현행의 불공정 부과방식이 언제까지 지속 가능할 것인지는 아무도 알 수 없는 일이다.

31) ‘야간수당, 복지포인트 등 국세청에서는 소득으로 잡지 않는 금액을 포함하여’ 총 보수에 보험료를 부과한다.(자료: 문옥륜, 최병호, 김우철, 김희선. 소득중심 건강보험료 부과체계 개편안, 한국 재정학회, 2016.10)

6) 저출산 · 고령화의 인구구조 문제

장기적으로 보면 인구의 저출산 · 고령화 문제가 의료보험에도 위기를 초래할 것이다. 왜냐하면, 저출산으로 인한 인구증가의 둔화 및 저 성장 경제구조는 보험료를 부담할 계층은 줄어드는데 고령화로 진료비 지출 계층은 계속 증가할 것이기 때문이다. 뿐만 아니라 노인의료비가 급증할 것이므로 문제해결이 쉽지 않다. 고령사회의 구성체들이 만성퇴행성인조질병(chronic degenerative man-made disease)시대로 진입하기 때문에 의료보험 재원조달 그 자체가 어려움에 직면하게 될 가능성이 커진다.

저출산 · 고령화 문제는 한국사회 전체에 파급영향을 미치는 초 대형과제여서 국책과제 제1호로 다루어지고 있다.

요약하면, 인구의 저출산 고령화 사태의 진행은 의료보험의 미래에 우호적이거나 문제해결적이지 않다. 어쩌면 정반대로 비우호적이거나 오히려 문제발생적일 것이다. 만병의 원인으로 불리는 저출산 고령화 문제 해결이 너무 늦어지기 전에 과감하게 나서야 한다. 지금이 바로 최적기이기 때문이다.

7) 의료서비스의 고급화와 하이텍 의료기술 요구 증가

현대의과학과 제약분야의 생명기술 발달은 첨단우주산업에 비견될 정도로 일취월장 진보하고 있다. 그러나 시간이 흐를수록 사람들의 의료이용행태는 비합리적이라 할 만큼 대형 종합병원 선호경향이 강해지고 있다. 감기만 걸려도 다들 바로 대학병원이나 종합병원을 찾는 경향이 증가일로에 있어서 ‘빅5병원³²⁾ 환자 러쉬 현상’이라는 말이 유행하고 있다. 이렇게 되면 국민의료비 부담이 증가됨은 물론 반듯이 대학병원을 이용해야 할 다른 사람들의 의료이용을 못하게 하거나 또는 방해하게 된다. 이러한 의료이용의 비정상성이 고착화되면 가진자와 못가진 자 또는 정보를 아는 자와 모르는 자 사이에 의료이용의 형평성과 공정성의 문제가 제기될 수밖에 없어지고 중국적으로 사회적 불만이 누적되는 쪽으로 몰아갈 것이다. 그러므로 국민 의료이용의 정상화를 통해서 의료체계의 환자쏠림 현상을 극복하는 캠페인과 계몽 교육이 필요하다. 이러한 작업이 순조롭게 진행되지 않을 경우에는 1차의료 기관의 역할이 위축될 뿐만 아니라 2, 3차 초대형 의료기관 의존적 의료공급체계를 고착화 시키는 결과를 가져오고 비용 인플레이션으로 인하여 의료보험재정의 불안정이 불가피하게 될 것이다.

피보험자들의 의료 취향이 고급화하고 하이텍(hi-tech)의료를 선호하게 되면서 보험료를 더 부담할 터이니 요양급여의 질을 하이텍화 하라는 주문이 대세이다. 실제로 국민의료비총액 (National health expenditure, NHE)³³⁾을 요양기관 종별로 구분하여 특정기관(빅 5병원)의 점유율을 보면 다음과 같다: 소위 빅 5병원의 진료비는 2001년에 국민의료비총액의 4.1%였는데, 2011년에는 6.1%로 약 50% 증가했다. 같은 기간 동안에 상급종합병원의 경우는 12.4%에서 16.3%로 약 40%, 일반종합병원은 11.7%에서 15.3%로 약 40% 증가했다.

32) 서울대학교병원, 연세대학교세브란스병원, 울산대학교서울아산병원, 가톨릭대학교서울성모병원, 고려대학교병원의 5개 대학병원을;칭함

33) 두 줄 위의 ‘전체급여비 총액’을 편의상 ‘국민의료비 총액(NHE)’으로 바꾸어서 서로 같은 것으로 취급하였다

이에 비하여 1차 의료기관 이용자는 2001년 34.1%에서 2011년 21.6%로 오히려 줄어들었다. 이렇게 줄어든 주원인은 비급여진료비가 제외되었기 때문이다. 비급여는 종합병원이나 상급종합병원 등 병원급 의료기관 이상에서만 창출된다. 그러므로 의료에서 부익부 빈익빈 현상이 더욱 심해지고 있다.

결국 국민들의 의료이용 합리화가 어느 수준까지 그리고 얼마나 철저하게 일어나서 위에서 언급한 의료전달체계 상의 문제점을 얼마나 효율적으로 극복하느냐에 한국 의료보험과 의료체계의 성패가 달려있는 셈이다.

VI. 우리나라 의료보험의 나아갈 방향 -글로벌 리더로의 길-

2차 세계대전 이래로 공적개발원조(ODA)를 받던 나라에서 공적개발원조를 주는 나라로 국격이 전환된 나라는 아직까지 대한민국 밖에 없다. 이 사실 하나만으로도 대한민국의 국제사회에서의 위치는 각별하다. 말하자면 많은 개발도상국가들의 ‘역할모델’이든지 ‘모델국가’인 것이다.

이미 언급했지만, 지구상에서 경제개발과 민주화와 전국민건강보험을 함께 이룬 나라도 한국이 유일하다. 그러나 세계적 석학 중에서 한국건강보험을 ‘세계 최고’ 또는 ‘글로벌 리더’라고 부르는 경우는 과문의 소치인지는 모르겠으나 들어보지 못했다. 그런데 최근에 대만의 건강보험을 가리켜 ‘세계 제1의 건강보험’ 이라고 부르는 ‘칭송’을 미디어를 통해 접할 수 있었다. 그것도 세계적 석학인 Krugman의 입을 통해서다. ³⁴⁾

우리와 중국 관계 때문에 근래에는 좀 소원해진 것 같아 보이지만, 한국과 대만은 서로가 분단국가라는 공통점을 가진 가까운 이웃 국가이다. 특히 의료보험을 시작하던 60년대나 전국민건강보험을 준비하던 80년대 말경에는 이 분야의 전문가³⁵⁾들이 상호방문해서 의견 교환을 활발히 했었던 기억도 있다. 평소 내가 좀 알고 있다고 자부했던 대만 의료보험이 바로 글로벌 리더라니.... 직지심경(直指心經)³⁶⁾의 한 구절이 생각난다.

“진리는 늘 우리 눈앞에 있으나, 쉽게 찾을 수는 없다.”

"(大道常在目前 雖在目前難覩)

"The Great Truth is always around us, but it is difficult for us to see".

-Chikchishimgyōng-

글로벌 리더는 미국의 Krugman이나 대만의 江東亮 교수와 楊志良 교수처럼 앞에

34) 2008년도 노벨 경제학상을 수상한 뉴욕시립대학교 교수 Paul Robin Klugman이 대만이 전 세계에서 가장 완벽한 건강보험을 실시하고 있다고 평가했다.

35) 1995년 국립대만대학 공공위생 연구소 교수겸 소장 江東亮 교수와 楊志良 교수(보건부 차관 역임) 및 吳凱勳국장 등. 그중에서 앞의 두 교수가 1995년 대만 전민건강보험을 이끌었다.

36) Chikchishimgyōng:한국의 高僧 백운화상의 설법 1377자를 1234년에 기록한 현존하는 인류사회 最古의 인쇄본임(Gutenberg가 1455년 인쇄한 Bible 보다 221년 앞섰다.)

서서 세상을 이끌어 나가야 하는 것이다. 본 고에서는 우리나라 건강보험을 개혁의 대상으로 보고 다음의 세 가지 전략을 정책대안으로 제시한다.

<대안 I> 기존 제도의 문제점을 하나씩 하나씩 개선해 나가는 방안

기존 제도를 급격하게 뜯어 고치기보다는 노출된 문제점을 하나씩 개선해 나가는 방안이다. 가장 보수적인 입장이고 파급 효과도 가장 제한적일 것이다. 행정부 측에서 가장 선호하는 방안이 된다. 이미 정부는 스스로 개선방안³⁷⁾을 발표한 바 있다. 그리고 저자가 본 고에서 발표한 문제점 7가지를 중심으로 접근하면서, 동시에 15가지 성과 중에서 일부 또는 전부를 더욱 강화해 나갈 수도 있을 것이다.

<대안 II>

이미 모범적으로 의료보험제도를 실시하고 있는 나라를 벤치마킹하는 방안. 지리적으로 가깝고, 문화적으로도 익숙한 대만 의료보험을 타겟으로 (요약하면 '한국식 총액 계약제'를 도입하는 방안이 된다) 한다.

<대안 III>

한국의 단일보험자로서의 장점을 살려 Universal Health Coverage 미달성 국가와 정보를 공유하면서 공단과 심평원의 ICT에 기반하여 집적된 전국민 정보인 빅데이터 활용을 적극 강화하는 방안. 즉 ICT 기술과 빅데이터를 적극적으로 활용하여 제도운영을 보다 효율적으로 함은 물론 정밀의학을 육성하여 보건의료분야의 4차산업혁명을 선도할 수 있다. 인류의 건강복지를 증진시키고 국제개발원조(ODA)사업의 혁신에 기여할 수 있다.

대안 III을 가능하게 하기 위해서는 일단 공단과 심평원의 빅데이터를 통합하여 관리하는 방안이 필요하다. 이러한 대안들에 대한 연구와 토론은 지금부터라고 생각되고 중앙 뿐만 아니라 지방에도 이 주제에 관한 흥미 있는 대안들이 많으니 중지를 모으면 될 것이다.

VI. 맺 음 말

한국의 건강보험이 40주년을 맞이했다. 지금으로부터 40년 전인 1977년 1월초에 나는 서울대학교 보건대학원의 조교수 자격으로 서울대학교가 전개했던 강원도 시범보건사업의 요원으로 무의촌이었던 춘성군에 투입되었다. 그해 연초부터 실시했던 의료보호사업(오늘날 의료급여사업)을 독려하느라 시골사람들에게 이 사업의 취지를 설명하러 농가를 가가호호 방문 중이었다.

“어디 천지개벽이라도 했습니까?! 어제 까지는 보건소서 치료 받을 때 돈을 냈는데 이 노란

37) 정부의 개선방안과 공단과 관련 있는 과제는 ▲ 재난적의료비 지원제도화와 ▲ 본인부담상한제 개선, ▲ 비급여 축소 및 관리 강화, ▲ 15세 이하 어린이 입원비와 노인 틀니 등 보장성 강화, ▲ 간호간병통합서비스와 ▲ 국가건강검진 확대 등 12개의 과제이다.

카드(의료보호증, 일명 황색 카드)를 내밀면 모든 서비스가 공짜라뇨!!” 이 외침은 농사를 짓던 어느 촌로가 ‘기빠서 어쩔 줄 몰라 하던 놀람’이었다.

그렇다. 우리는 40년 전에 보건소에서든 천지개벽을 하는 빈자를 위한 무료의료서비스 제도를 만들었다. 그리고 6개월 뒤 의료보험사업이 실시되었다. 1977년 7월1일부터는 그 날보다 4년 이전부터 강원도 춘성군에서 서울대학교가 실시해오던 임의의료보험 사업을 강제적용형 사회의료보험으로 바꾸느라고 한 동안 바빴다. 지금도 또렷이 기억나는 일이 있다.

“나와 내 가족이 아프면 내가 책임집니다. 보험가입 안하면 위법 처리되어 벌금형을 산다니, 세상에 이런 법이 어딴어요! 자유 대한민국이라면서요...!”

강원도 춘성군은 서울대학교 보건대학원이 시범사업을 오래 동안 실시해 오던 지역이고, 그 시범사업 이전에는 무의촌과 무악촌 주민들이어서 관청(보건소)과 서울대학교의 이 지역에 대한 봉사활동을 잘 알면서도 강제로 보험료를 꼬박꼬박 내어야 한단데 대한 보험 저항은 만만치 않았다.

지난 40년 동안 세상 많이 변했다, 이제 국민이면 누구라도 건강보험증 없이도 병원 가서 보험적용을 받을 수 있는 세상이 되었다. 보험료를 더 낼 터이니 급여수준을 더 올려달라는 주문이 늘어나기도 했지만, 또 한편으로는 ‘송과 세모녀 사건’처럼 집세와 공과금 70만원을 남긴 채 세상을 떠난 슬픈 사연도 있다. 그러나 무엇보다도 주변 여건이 너무도 빨리 변화하면서 이제는 뒤처져가는 건강보험더러 빨리 따라오라고 손짓하고 있다.

전 세계에서 초유로 5천만명 전 국민의 건강, 질병, 건강증진 행태, 출산, 사망 및 의료이용과 비용지출에 관해서 나서부터 죽을 때까지의 빅 데이터를 구축했다고 자랑만 한다고 해서 일이 되는 게 아니다. 활용을 해서 꿰어야 보배지. 그래야, 세상에 없는 서비스가 만들어지고 국민건강의 기적이 일어날 것 아닌가. 언제까지 개인정보보호법 탓만 하고 있을 텐가. 개인정보보호법이 스스로 문을 열지 않고는 배겨내기 못하도록 보다 창의적으로 접근하고 중지를 모아야 할 것이 아니겠는가!

40년 전에는 못해 본 작은 일 하나. 그 40년 후인 바로 오늘은 할 수 있는 일 하나- 그것은 바로 다가올 40년 후의 건강보험 미래를 미리 그려보는 일이 된다. 이제 40년 후의 우리가 바라는 건강보험의 그림을 지금 그려놓고 출발해 보자. 그래야만 지나간 40년의 그것보다는 더 크고 더 알 찬 수확을 장차 기대할 수 있기 않겠는가? 40년 전에는 보릿고개를 혼자서 뚜벅뚜벅 넘어야 했는데 지금으로부터 오는 40년 후엔 어떤 고개를 어떻게 넘어서 우리가 염원하는 ‘그곳에’ 도달할 것인지 궁금하다.

이제 두 가지 부탁을 할 때이다. 여태까지 건강보험이 해보지 않은 일을 두 가지 주문하고자 한다. 마땅히 해왔었어야 했으나 거의 해오지 않았거나 덜 해 왔거나 아니면 아예 못 해온 일이다. 그 하나는 건강보험을 국가보건의료체계를 개혁하는 수단으로 확실히 활용하자는 것이다. 의료자원의 생산, 유통, 배분과 활용에 건강보험보다 더 유용한 조정 장치가 없기 때문에 하는 부탁이다. 그렇게 함으로써 뒤처져 있는 의료체계에 인공지능의 날개를 달아주자. 건강보험이 쌓아온 40년간의 빅데이터가 정밀의학과 맞춤형 의료서비스의 보물

창고이며 국가의 신성장 동력원이다. 우리는 4차 산업혁명을 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원에서 꽃을 피우자.

나머지 또 한 가지는 전국민에게 효율적인 건강보험으로 거듭나자는 것이다. 그러기 위해서는 두 가지 측면에서 고민을 해야 할 것이다. 수익 측면에서는 급격한 인구 고령화로 인하여 생산가능인구가 줄어드는 문제를 해결하기 위해서 보다 공적 재원 구조를 다변화해야 할 것이다. 현재는 담배세에서 일부 보조를 받고 있으나 주류세 등 추가적인 재원 발굴이 시급하다. 지출 측면에서는 의료비의 낭비적인 요소를 줄이는 각별한 노력이 요구된다. 공단과 심평원은 전국민을 대상으로 하는 건강보험자의 의료 이용 데이터를 보유하고 있고 잘 관리하고 있기 때문에 이를 활용하여 낭비적인 요소가 없도록 해야 할 것이다. 비용 절감을 고민할 때는 어떤 가치를 기준으로 효율성을 측정할지 충분한 고민이 선행되어야 할 것이다. 환자 중심의 가치를 측정하여 이를 기준으로 비용을 절감하는 노력이 필요할 것이다.

이외로 이렇게 함으로써 50% 수준의 낮은 만족도를 탈출해서 대만의 70% 의료보장 만족도를 뛰어 넘어 설 수도 있을 것이다. 해묵은 과제인 건강보험의 보장성 강화의 길이 바로 글로벌 리더로 가는 길에 맞닿아 있음을 본다.

아무튼 이제 ‘저부담, 저수가, 저급여’의 늪을 지나서 40년 만에 ‘중부담, 중수가, 중급여’의 강물에 이르렀다. 더욱 열심히 노를 저어 ‘중부담, 중수가, 고급여’의 대양으로 나아가도록 하자. 만약 우리의 첨단기술과 세계수준인 정보통신기술을 규제완화정책에 잘 연결 해주면 세계의 의료가 나아가는 ‘고부담, 고수가, 고급여’로 가기 전에 ‘중부담, 중수가, 고급여’라는 대박을 우리가 터뜨릴 수 있지 않을까?

참 고 문 헌

강시목, 김성우, 석경휴, 안규성, 윤병준, 윤치근, 이준협, 의료보험의 이론과 실제, 제12판, 계축문화사, 2015.2

강희정, 건강보험제도의 현황과 정책과제, 보건복지포럼, 2016년 1월호

공적건강보험의 기원과 발전, 건강보험의 진화와 미래, 보건미래포럼, 21세기박스, 2012.5.25.

국민건강보험공단. ‘2014년 건강보험환자 진료비 실태조사,’ 2015

국민건강보험, 뉴 비전 추진과제 실행계획, 2016. 2

국회 남인순 의원실. 사단법인 복지국가소사이어티, 모든 의료비를 건강보험하나로 운동본부, 보건의료산업노조, '모든 의료비를 건강보험하나로' -건강보험보장성 강화를 위한 정책 제안-, 2017년 대선대비 복지국가 정책토론회 2, 2017.3.30 (목), 국회의원회관 제1세미나실

국회예산정책처. ‘건강보험 보장성 강화 정책평가’, 2016

국회의원 정춘숙, 연세대학교 의료복지연구소, 대한노인요양병원협회, 고령화시대 보건의료 체계에 대한 정책토론회, 국회헌정기념관 대강당, 2016.10.28.

김주환, 문옥륜 옮김, 의료체계의 정책분석론-일본에서의 실증적 탐구-일본 사회보장연구소 편, 의학출판사, 1991.12

마크 브랏넬, 완벽한 보건의료제도를 찾아서, 류정 옮김, 우리가 잘 몰랐던 25개국 의료시스템의 실제, 청년의사, 2016

<모든 병원비를 국민건강보험 하나로>시민회의, 모든 병원비를 국민건강보험 하나로, 시민의 힘으로 출발!, 2010.9

문옥륜, 의료보험, 한일의료제도 세미나(연제집), 대한의학협회, 서울대학교 병원연구소, 동아제약주식회사, 1984. 11. 28-30, 신라호텔, p.34

문옥륜, 한국사회와 의료보장정책 -과제와 전망, (도서출판)명 경, 1994.9.

문옥륜, 김창엽, 권순만, 김 호, 김 윤, 의료체계의 정립을 위한 요양기관별, 질병별 가산율 및 본인일부부담금 개선에 관한 연구, 서울대 보건대학원 보건정책학교실, 1999

문옥륜, 최병호, 김우철, 김희선. 소득중심 건강보험료 부과체계 개편안, 한국재정학회, 2016.10

박영숙, 제롬 글렌, 세계미래보고서, 비즈니스북스, 2055

박찬무, 한국보건의료제도의 역사적 발전, 한일의료제도세미나-연제집, 1984. 11. 28-30, 대한의학협회, 서울대학교병원연구소, 동아제약주식회사. 신라호텔, 1984

보건복지부 의료급여 30년사 편찬위원회, 한국 의료급여 30년사, 1977-2007, 편찬위원장 문옥륜, 2008.2

부산청십자의료보험조합, 청십자통감, 1968.5.13->1989 스무 해의 발자취, 1989.10.1.

신영수, 한국 건강보험 30년의 성과와 전망, 기조연설, 한국건강보험 30주년:성취를 넘어 미래로. 코엑스 인터컨티넨탈 호텔, 2007.11.13.-14

의료보험연합회, 의보련, 1990.7-1991.7

우경숙, 신영진. ‘재난적 의료비 지출이 가구 경제에 미치는 영향’, 보건사회연구, 2015:35(3)

울리히 호프마이어, 페넬로프 롤라트, 아담 로이드, 한국의료보험체계의 개혁, NERA보고서, (문옥륜 역), 보건정책총서 3, (도서출판)고려의학, 1994

이규식, 건강보험 40년 성과와 과제, 건강보험40년-미래를 준비하다. 2017 한국보건행정학회, 전기학술대회 연제집, 원주인터불고호텔, 2017.5.25-26

이상구. 모든 의료비를 건강보험 하나로 정책방안-건강보험 보장성 강화를 위한 정책 제안 대회-, 2017 대선 대비 복지국가 정책토론회 2. 국회의원회관 제1세미나실, 국회 남인순 의원실, 사단법인 복지국가소사이어티, 모든 의료비를 건강보험하나로 운동본부, 보건의료 산업노조, 2017.3.30

의료보험연합회, 한국의료보험30년사, 1991.1

의사학제25권제3호 (통권제54호), 2016년12월

정형선, 인구절벽 시대에 대응한 미래의 보건의료제도/건강보험, 건강보험 40-미래를 준비하다, 2017 한국보건행정학회, 2017,5.25-26, 원주 인터불고 호텔

최천송, 한국사회보장론, 한국노사문제연구협회, 1977.6.

최천송, 의료보장정책론, 한국사회보장문제연구소, 1980. 10.

한국의학 100년사, 의학출판사, 1984.

Alain E. Enthoven, Internal Market Reform of the British National Health Service , Health Affairs 10, No.3, 1991

Brian Abel-Smith, Value for Money in Health Services, London: Heinemann, 1976

David G. Green, Challenges to the NHS, A Study of competition in American health care and the lessons for Britain, Hobart Paperback 23, The Institute of Economic Affairs, London, 1986

International Symposium Celebrating the 30th Anniversary of Korean Health Insurance, 30 years of Korean National Health Insurance(Proceedings), COEX Intercontinental Hotel, 13-14, November, 2007

Korean J Med Hist 25 : 445-488 Dec2016 ©대한의사학회

OECD, Health Statistics, 2015

Ullrich Hoffmeyer, Penelope Rowlatt, Adam Lloyd, The Reform of Health Insurance in Korea, The NERA Report, Seoul, 1994.10.

40th Anniversary of Health Insurance and a Path to Global Leader

- The Past, Present and Future of Korean Health Insurance

Table of Contents

- I. Situation before Medical Insurance
- II. Introduction of Voluntary Medical Insurance
- III. Shift to Social Health Insurance
- IV. Achievements of Korean Health Insurance
- V. The Direction for Health Insurance in Korea
 - A Path to Global Health Coverage Leader
- VI. Conclusion

I. Situation before Medical Insurance

With the end of World War II in 1945, the 36-year Japanese colonial rule of the Korean Peninsula was over.³⁸⁾ The forced liberation, however, gave rise to an extreme left-right ideological confrontation, leading to two different governments established on the peninsula (the Republic of Korea and the Democratic People's Republic of Korea). It has been 72 years since the national division between North and South Korea. The two Koreas went through military rule by the US and the Soviet Union respectively in early days of the division, and were thoroughly destroyed by the Korean War (June 25, 1950–July 27, 1953).

Under these circumstances of inter-Korean confrontation shortly after the liberation, people lived in severe poverty represented as *ggong boribap* (boiled barley) and *ggamjang gomusin* (black rubber shoes). In these days, common morning greetings people gave to their elders were "Did you have breakfast?" or "Did you sleep well last night?" As all people were so poor and starved, the most scary thing was *borit gogae*, the agricultural slack season in spring. The poet 'Kim Ji-ha' described it as "an endlessly long, cold winter" as follows:

Endless winter

Bottomless darkness
I cannot stand this grievous time
I cannot stand
I cannot stand
This long poverty
I cannot stand this cold world
I cannot stand it anymore.
I cannot stand it, I really cannot stand it anymore, I cannot stand it.
I cannot stand it, my heart hurts, my heart is cold, I can not stand it.
I'm hungry, distressed and empty (and empty), so I cannot stand it anymore.

(Kim Ji-ha, 1984)

In 1965, the number of people living in poverty was 4.244 million in urban areas, and 7.505 million in rural areas, totaling 11.749 million, 40.9% of the total population (Chronicle of Blue Cross, Busan Blue Cross Insurance Union, 1968). The statistics on patients with infectious diseases and the causes of death reported to the public health center system at that time indicate that various infectious diseases run rampant in Korea (see Table 1). As shown below, people suffered from typhoid

38) Japan, Korea's neighbouring country, started health insurance in 1922, which took form in 1927. Then, the country adopted national health insurance in 1938. Unfortunately, Korea was unable to benefit from the introduced health insurance as it was under Japanese colonial rule during the period.

fever, diphtheria, Japanese encephalitis and dysentery most frequently and Japanese encephalitis, diphtheria, and typhoid fever were top 3 leading causes of death.

<Table 1> Frequency and number of deaths for infectious diseases, 1965

Disease	Case/Death	Seoul	Busan	9 Provinces	Total
Dysentery	Case	33		322	355
	Death	5		4	9
Typhoid fever	Case	308	325	3,127	3,760
	Death	41	10	43	94
Paratyphoid	Case	1	6	15	22
	Death		1		1
Typhus fever	Case		2	21	23
	Death				
Scarlet fever	Case	1			1
	Death				
Diphtheria	Case	769	3	307	1,079
	Death	53	1	63	117
Epidemic cerebrospinal meningitis	Case	18	2	4	24
	Death	8			8
Japanese encephalitis	Case	245	10	497	752
	Death	88	2	194	284

Source: Mun, Ok-ryun, 60 Years of Community Health in Korea, KOHI, 2013 p.65

In Table 2 “The State of the Poor and Challenges to Society and Policy” surveyed by Seoul in 1979, the main causes of poverty were illness (17.4%) and death of householder (13.4%), which was 31.1% in total, followed by unemployment and no skills (12.6%). For poor people, illness and death of householder would mean unemployment and bankruptcy. According to a recent analysis of the Chosun Ilbo, old-age healthcare spending that amounts to 81 million won per person on average is a cause of “senior bankruptcy” in 2016, 37 years after the aforementioned survey.³⁹⁾ Even today, 27 years after universal health insurance coverage was delivered in 1989, the burden of elderly medical expenses remains a policy issue.

Even though Korea’s economic conditions improved and the population in absolute poverty decreased to 23.4% in the 1970s (Dictionary of Economics, Kwon Oh-ik et al., Pakyoungsa, Seoul, 1986 second revision, p. 982), 17.3% did not go see a doctor when they got sick. Only 6.1% went to hospital and a majority of 57.9% got medicine from a pharmacy (Lee Tae-ho, Children Abandoned in Poverty of Daldongnae, 1982, recited from p.162). In summary, people in Korea lived in appalling conditions with the vicious cycle of poverty and disease, being underfed and under-cured.

39) In fact, the estimated medical expenditures of the population aged 65 and over (surveyed in August 2016) is 81 million won per person on average (70.3 million won for men and 90.94 million won for women), three times more than the expected medical expenditures of general population. It implies that old-age healthcare spending is a leading cause of senior bankruptcy. It also shows that senior women need 20 million more than senior men for medical expenses as they live longer and they have a higher risk of senior bankruptcy as such. It should be a wake up call and is also considered as a reason for health insurance deficit (“Old-age Medical Spending of 81 Million Won Causes “Senior Bankruptcy,” Chosun Ilbo news article on April 18, 2017).

<Table 2> Reasons for economic hardship, answered by poor households

	Frequency (%)		Frequency (%)
Death of householder	215(13.4)	Many mouths to feed	33(2.1)
Illness	279(17.4)	No child	26(1.6)
Disability	52(3.3)	No inheritance	81(5.1)
Old age	41(2.6)	Misfortune	48(3.0)
Accident	48(3.0)	Gambling/drinking	8(0.5)
Bankruptcy	76(4.8)	Laziness	34(2.1)
Debt	10(0.6)	Others	247(15.4)
Unemployment	92(5.9)	No response	106(6.6)
Jobless/skill-less	201(12.6)	Total	1,599(100.0)

Source: Choi Il-sup, The State of the Poor and Challenges to Society and Policy, The Kyunghyang Shinmun, 1984 Spring Edition, p.69

II. Introduction of Voluntary Medical Insurance

Article 30 of the Constitution of the Republic of Korea stipulates that all citizens have the right to live a human life, the state must endeavor to promote social security, and the people without ability of living are protected by the state, defining social security as the people's right. To comply with this, the Social Security Deliberation Committee, a specialized body for research and review on social security, was established under the Ministry of Health and Social Affairs in 1962. In addition, the Social Security Act, the Industrial Accident Compensation Insurance Act and the National Medical Insurance Act (Act No. 1623) were enacted in 1963. In 1973, the National Welfare Pension Act mainly for workers was enacted, finalizing the legislation on social security. But the process was not the result of workers' incessant struggles and demands as seen in advanced countries. It was due to the then government's considerations to maintain the regime for purpose of national security and successful implementation of 5-year economic development plans in the midst of confrontation between North and South Korea.^{4),5),6)}

Although the medical insurance act was passed in 1963, it was new to the government. Therefore, the government run medical insurance study groups and conducted pilot projects. That is, the government approved employment-based medical insurance for Korea Integrated Chemical (Naju Fertilizer) in 1965 and Bongmyung Graphite Mining in 1966. The government also launched community-based medical insurance by approving Busan Blue Cross Union in 1969. From then to 1976, a total of 12 pilot medical insurance projects were financed by the government including 2 employment-based unions (Daehan Oil Corporation and Hyupsung Education Foundation) and 7 community-based unions (Okgu, Chunseong/Chuncheon, Baekryeong, Geoje, Yeongdong, Jeugpyeong Maryknoll and Samhwa) (see Table 3).

<Table 3> Voluntary Medical Insurance Unions in Early Days

Year	Employee Union (Employment)		Self-Employed Union (Community)	
	Approved	Unapproved	Approved	Unapproved
1963	Medical Insurance Act (Dec 16)			
1965	Korea Integrated Chemical			Jeonju Daehan Medical Insurance Union
1966	Bongmyung Graphite Mining			
1968		Seoul National University		Busan Blue Cross
1969			Busan Blue Cross	
1970				Seoul Blue Cross
1972				Gwangju, Incheon, Suwon, Jeju
1973	Daehan Oil Corporation		Okgu Blue Cross	
1974			Chunseong/Chuncheon, Baekryeong Red Cross, Geoje, Yeongdong,	
1975		Hyupsung Education Foundation	Jeugpyeong Maryknoll	
1976	Hyupsung Education Foundation		Samhwa	
Total	4	2	8	7 (there were much more unapproved unions)

Source: Chronicle of Blue Cross, Busan Blue Cross Insurance Union, 1968 1989.1, p.226

These pilot projects financed by the government for 12 years let the nation share knowledge, information and experience on how to operate medical insurance (see Table 3). In other words, people realized that medical insurance was totally different from general insurance that returned principal plus interest. People also knew that the enrollment was not voluntary but compulsory and they could not withdraw from the system without illegal acts. In addition, the principle of gradual expansion of coverage to communities was applied, and the beauty of insurance operation like adjusting benefit levels to insurance funds (ex, balancing income and expenses, direct management of medical institutions by medical insurance unions, etc.) was conveyed.

However, the limitations of voluntary medical insurance were obvious. Usually, the government's financial support may get legitimate when it goes to projects for the poor. In contrast, voluntary medical insurance was mainly for middle-income or high-income population who were able to pay contributions or out-of-pocket payments. Even though they should be given low priority in government support, they were the first to receive a certain amount of money per household or per person as part of pilot projects. Another rationale for government funding was that medical insurance unions were commissioned to run projects which should have been operated by the government in the first place. Moreover, poor people were also supposed to be covered by the projects. Therefore, the government funded 20% of the total required financial resources.

When medical insurance began in the 1960s, people usually joined it when they got sick and dropped out of it as soon as they recovered due to the financial burden or their overconfidence in their health. People also tended to put only frail family members into the system. As voluntary medical insurance projects reduced the tendency, the projects must have worked.

However, voluntary health insurance could not keep a big “pool” of disease risks nor include low-income class. In other words, it was difficult to cover the entire population with medical insurance by letting individuals join or leave it at their pleasure. Indeed, the total number of the insured nationwide was below 100,000 although the government funded 12 voluntary medical insurance unions for 12 years. In that way, medical insurance could not expand. Therefore, there was no other way but to apply compulsory social insurance to overcome the limitations of voluntary medical insurance.

III. Shift to Social Health Insurance

This year marks the 134th anniversary of social health insurance emerged on earth and 54th anniversary of the National Medical Insurance Act enacted in Korea a.⁴⁰⁾ It also marks the 40th anniversary of social insurance introduced in Korea in 1977 after 12 years of voluntary insurance project period. Looking back, the year of 1977 was when the 4th 5-year economic development plan (1977–1981) was launched based on rapid economic growth from the late 1960s. Under the 4th economic development plan to promote equality, the medical care system was implemented for livelihood protection recipients in January of the same year before achieving social insurance.

Then, employment-based medical insurance was implemented targeting big workplaces with 500 employees for which compulsory enrollment was applicable in 1977. It was the beginning of social insurance in Korea. In January 1979, medical insurance was also delivered for public officials and private school employees, covering 7.9 million people or 21% of the entire population (see Table 4). Thanks to the then president’s strong belief, positive awareness of the general public, active support of the press and the media, commitment of healthcare community and the government’s administrative support, the transformation into national medical insurance was possible and a cruise of National Health Insurance may have gone smooth.

40) Historically, Europe took collective protection measures to stabilize the lives of miners since the Middle Age. The tradition was enacted as social health insurance, and the Diseases Prevention Act passed in 1883 during the reign of Bismarck of Prussia (Germany) was the beginning. Then, it expanded to Austria, England, the Soviet Union, and Japan.

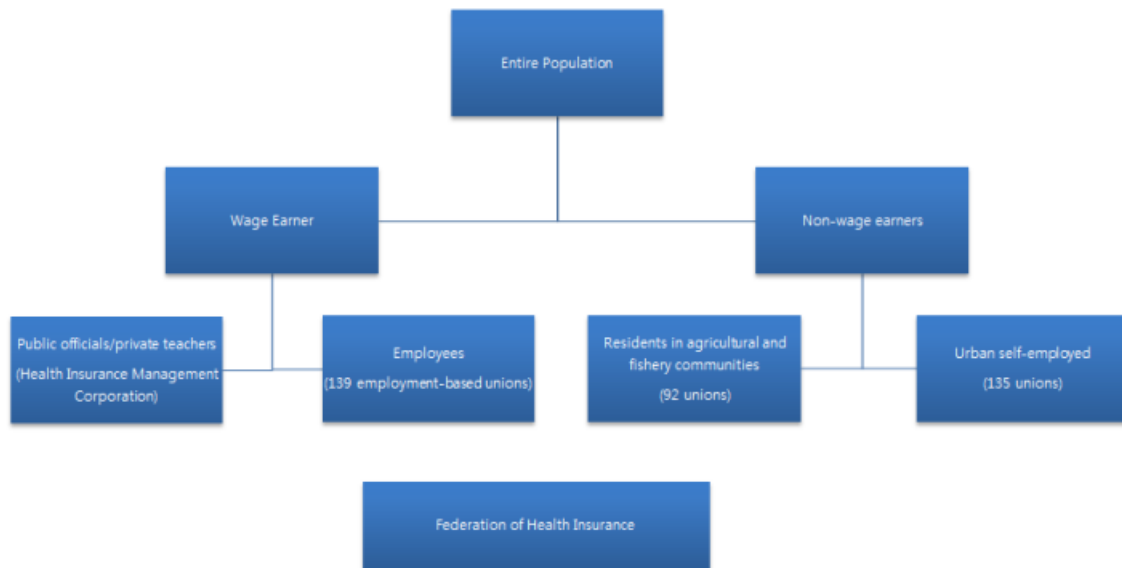
<Table 4> Social Health Insurance Coverage in 1979

Classification	Insured	Dependent	Total (persons)	% of population	Remarks
Type 1 (employment-based)	1,970,223	2,882,065	4,852,288	12.9	Population as of 1979: 37,534,000
Public officials, private teachers	741,477	2,302,944	3,044,421	8.1	
Total	2,711,700	5,185,009	7,896,709	21.0	

While employment-based medical insurance coverage was expanded to workplaces with more than 300 employees (1979), medical insurance coverage for public officials and private teachers was expanded to soldiers (and their family) and private school faculties. The medical community asked for designation of healthcare institutions by the government, keeping in step with the insurer. The Medical Insurance Council that supervised health insurance for employees in general workplaces and the Public officials & Private Teachers Health Insurance Management Corporation completely promoted enrollment of health insurance, resulting in a sharp rise in the number of the insured. Meanwhile, the government consolidated unions with less than 3,000 members seeking the scale of economy, and integrated the Health Insurance Council and the Public officials & Private Teachers Health Insurance Management Corporation into the Federation of Health Insurance (see Figure 1). In 1980, employment-based health insurance coverage was expanded to workplaces with more than 100 employees and “the Act on Special Measures for Public Health and Medical Services in Agricultural and Fishing Villages” was proposed as a way to expand medical benefits for low-income earners on December 31 of the year.

Six compulsory community-based health insurance were operated relatively smoothly, but there were some difficulties in early days including their declining financial independence from 89.1% to 60%⁴¹⁾ (see Table 5). It was the price that must be paid to raise public awareness on social insurance and settle the system in the country. In fact, the contribution collection ratio on average was greatly increased from 52.0% to 78.8%.

(1) 41) The 3-year average financial independence (arithmetic mean) of those 6 unions was 73.4%, but the contribution collection ratio continued to increase from 52.0%(1983) to 70.8%(1984) and 78.8%(1985) offering positive prospects.



<Figure 1> Health Insurance Coverage (July 1977–September 1998)

<Table 5> Financial Independence and Contribution Collection Ratio of Community-based Health Insurance Unions in Early Days

Union	Financial Independence*			Collection Ratio**		
	1981	1982	1983	1981	1982	1983
Hongchun	134.1	67.7	70.9	49.3	93.3	88.2
Okgu	65.0	63.3	63.3	41.6	53.6	81.9
Gunwui	83.5	58.6	59.2	65.0	82.3	82.3
Ganghwa		136.1	64.7		78.6	82.4
Boeun		79.5	72.0		66.7	83.1
Mokpo		68.5	48.0		50.0	55.1
Average	89.1	71.2	60.0	52.0+	70.8+	78.8+

*Financial Independence = benefit payment/premium income + arithmetic mean

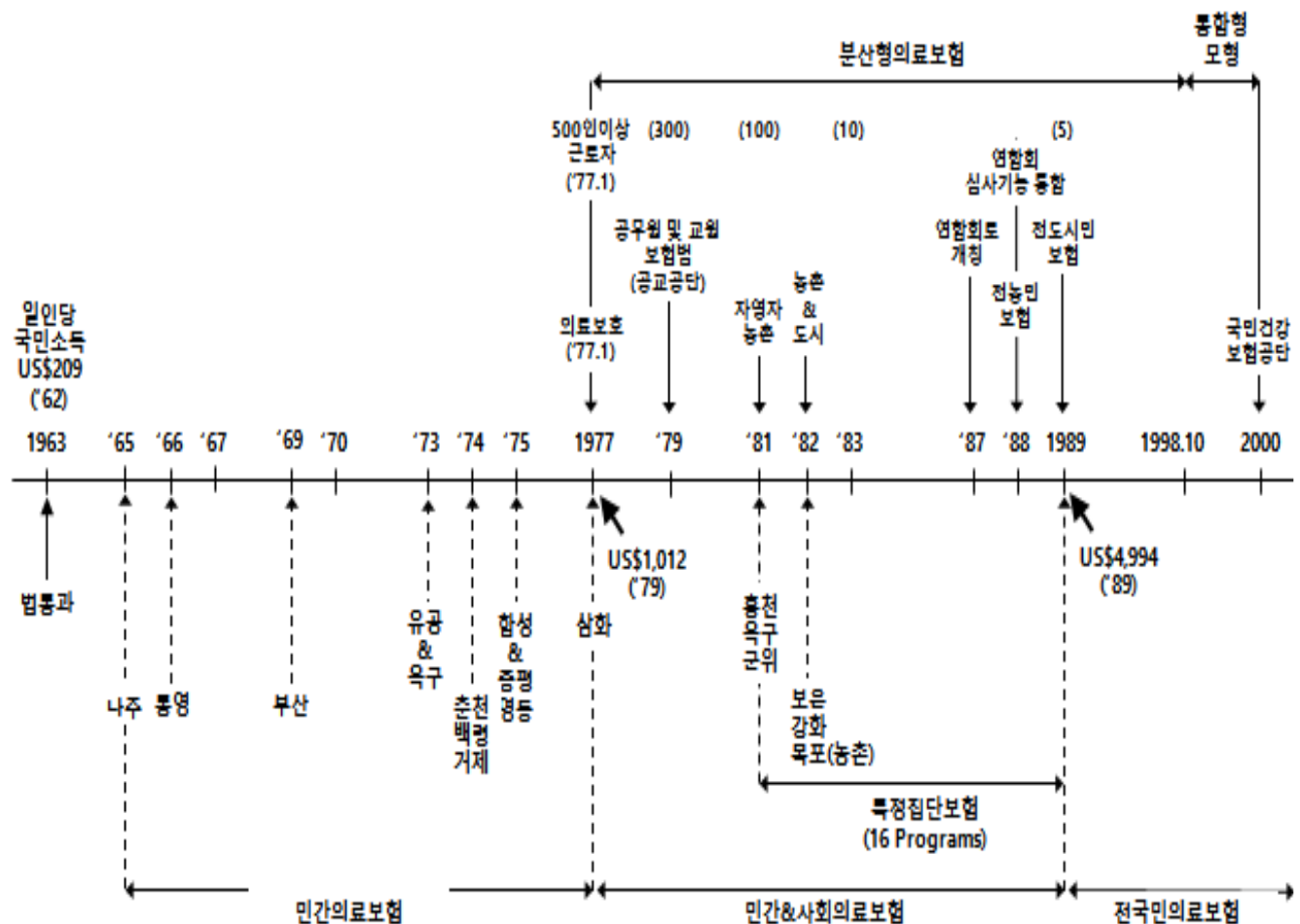
**Collection Ratio = contribution collected/contribution imposed

Source: Moon Ok-ryun, Health Insurance, Seminar on Korea-Japan Health Systems (series), Korean Medical Association, Seoul National University Hospital Research Institute, Dong-A Pharm, 1984. 11. 28-30, Shilla Hotel, p.34

In January 1988, several agencies that review insurance claims under different insurers were integrated into the Federation of Health Insurance, laying the foundation to create an organization specializing in health insurance review and assessment. The decision of the Tripartite Committee on health insurance integration in 1988 also highlighted the need for an independent review organization. After consensus between medical institutions and insurers, the Health Insurance Review and Assessment Service (HIRA) was finally established by the National Health Insurance Act, ending the debate. HIRA has inherent challenges of how to secure fairness, objectivity, and expertise for review of insurance claims. It has been serving as a driving force to improve the quality of healthcare for the nation.

In addition, community-based health insurance coverage was expanded to the

self-employed in farming and fishing areas in 1988 and to the self-employed in urban areas in July 1989. Employment-based health insurance also underwent a series of legislative revision and gradual expansion. The coverage was expanded to workplaces with more than 5 employees in 1988. In the end, the Public Officials and Private Teachers Health Insurance Management Corporation, 154 employment-based unions and 266 community-based unions were merged into the Federation of Health Insurance (see Figure 2).



<Figure 2> Developments of Health Insurance in Korea (1965–2000)

In the end, the Public Officials and Private Teachers Medical Insurance Management Corporation, 154 employment-based unions and 266 community-based unions were merged into the Federation of Medical Insurance. At that time, Korea's per capita income was around \$5,000. In December 1999, the Medical Insurance Act was revised overall and renamed as the National Health Insurance Act. The National Health Insurance Service (NHIS) was established by the act and has continued to this day.

IV. Achievements of Korean Health Insurance

Several authors have published the results of various quantitative or non-quantitative analysis on achievements of Korean medical insurance including Shin Young-soo (Regional Director)⁴²⁾, Lee Kyu-shik (Professor)⁴³⁾, Lee Sang-goo (Chairman of Welfare State Society Management Committee)⁴⁴⁾, Kang Hee-jeong (Researcher)⁴⁵⁾, Kwon Soon-man (Professor)⁴⁶⁾ and me⁴⁷⁾. They consistently pointed out that the achievements were unprecedented and remarkable, and I believe that the international community does not hesitate to admit it.

The following growth trajectories are outcomes extracted from 40 years of social health insurance (SHI) in Korea.

1) Universal health insurance coverage was achieved within the shortest period in the human history of social security.

- Just as Korea's "pali-pali (hurry up)" culture contributed to its rapid economic development, it enabled the country to achieve universal health insurance coverage in 12 years. Beginning in 1977 when Korea's per capita income was \$1,000, the Korean social health insurance system started to cover the entire nation (42 million people excluding about 3 million medical care recipients and soldiers) in 1989. It was the accomplishment done within the shortest period in the world history of social health insurance, and this record is unlikely to be broken in the near future except in the case of small island countries.⁴⁸⁾

42) Shin Young-soo, Thirty Years of National Health Insurance in Korea: Lessons for Achieving Universal Health Care Coverage, Keynote Speech, 30 years of Korean Health Insurance: Celebrating Past Achievements, Planning for the Future, 13-14 of November, 2007/ COEX Intercontinental Hotel

43) Lee Kyu-shik, Forty Years of National Health Insurance in Korea: Achievements and Future Tasks, Keynote Speech, 40 Years of Korean Health Insurance: Planning for the Future, 2017 Korea Society of Health Policy and Administration Seminar, Hotel Inter-Burgo Wonju, May 25-26, 2017

44) Lee Sang-goo, Policy Plan for One Health Insurance Covering All Health Spending, -Policy Proposal for Strengthening Health Insurance Coverage, Welfare State Society, National Assembly Hall Seminar Room #1, March 30, 2017

45) Kang Hee-jeong, The Status and Policy Tasks of Health Insurance System, Health and Welfare Forum, January 2016

46) Kwon Soon-man, Thirty Years of National Health Insurance in Korea: Lessons for Achieving Universal Health Care Coverage, 30 Years of Korean Health Insurance: Celebrating Past Achievements, Planning for the Future, 13-14 of November, 2007/ COEX Intercontinental Hotel

47) Moon Ok-ryun, The Development and Achievements of Korean Health Insurance from a Micro Perspective, 30 Years of Korean Health Insurance: Celebrating Past Achievements, Planning for the Future, 13-14 of November, 2007/ COEX Intercontinental Hotel

48) However, as it was done hastily, there are some problems including unprecedented levels of co-payment.

- Because of this, health insurance of Korea is perceived as attractive for political leaders of developing countries who intend to introduce medical insurance for the first time at the national level. For them, absolute poverty and poor public health are what they want to overcome most desperately.
- According to OECD data, the public sector pays 54% of the total health care costs (OECD average: 72%) and the remaining 46% is paid by the private sector (patients). In addition, there is no regulation on medical fees for non-benefit items, which can significantly increase out-of-pocket payments. The health care system in Korea has developed very rapidly over the last 30 years.⁴⁹⁾
- Like the Saemaul Project or the Green Belt Project, the health insurance system allows Korea to make contributions to advancement of development countries.

2) Health care as a right has been guaranteed to the nation.

- Even in Korea, health care has long been regarded as a privilege for the rich. It was a product of the gap between the rich and the poor. Health care was like a present or benefit given by the ruler or the person of power.
- Health insurance deserves the greatest credit for making health care a universal right (of course, there are medical benefit/medical care for the poor). Health insurance has ended the era where health was a personal matter.
- It is said that Korea is one of the countries that achieved both economic development and democratization at the same time. But not only that, Korea is a country that accomplished economic development, democratization and universal health insurance coverage.

3) Korea's cultural heritage and tradition of mutual help has been passed down and developed.

- Health care is one of the cultural heritages of mankind and a source of historical development of each country. It is also true for Korea. *Hyangyak* and *Dure* of Korea are the case in point. In particular, *Dure* was a traditional collective labor organization. It was a village unit organized for mutual cooperation and inspection of rural society. Small *dures* were usually composed of 6-10 neighboring people with similar economic conditions or similar size of farmland, while big *dures*

49) In 1989, it distributed a medical insurance card to all citizens. In 2000, it switched to a single insurer system with the National Health Insurance Corporation (NHIC).

often included all members of the village (NAVER Encyclopedia).

- Under *mogok* hundreds of years ago, “People offered bags of rice or barley to doctors during the harvest season every year, and the doctors returned their favor with free medical treatment.” (Op. Cit. p.72). This kind of good custom and tradition led to the medical cooperative movement in the 1960s.
- It germinated a seed of voluntary medical insurance at Busan Blue Cross Union in 1968 and yielded a fruit of today’s social health insurance.

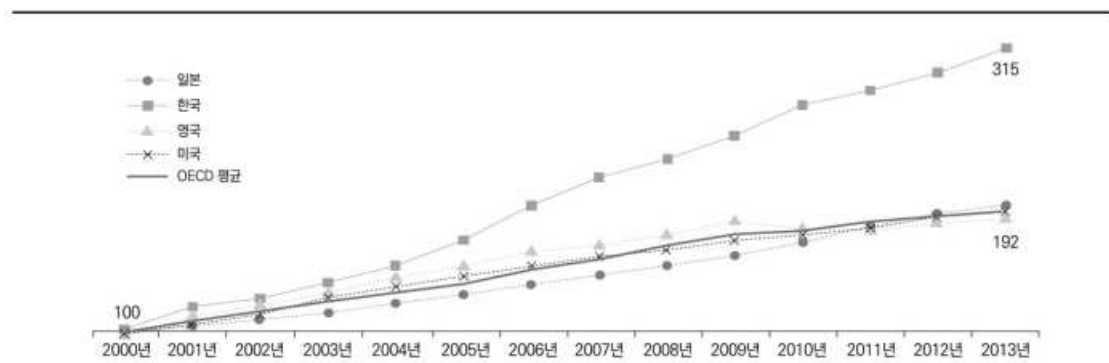
4) A spirit of community was inspired in Korea.

- Medical insurance fostered a spirit of community among the nation and brought about shifts in perception and thinking. In other words, putting the whole population into one system laid the foundation for creative values.
- That is, medical insurance created a huge “database on health and disease” of the whole nation by putting all the people in the framework of “We are the one.”
- In May 1962, the entire nation was given a resident registration number according to the provisions of the Resident Registration Act. Then, all citizens were granted a “health insurance card” per household with a “health insurance card number.” For the elderly who frequently visit medical institutions, the health insurance card is like their devoted child or grandchild.
- In the past, people had to carry their health insurance card with them when going to see a doctor. That is, once, a health insurance card served as a “medical institution pass.” But in the age of national health insurance, they no longer have to take it to the hospital because their resident registration number is used for identification.

5) A pro-reform regime ignited compulsory social health insurance.

- Why no measure for 12 years after the medical insurance act was enacted? It might be because no one knew exactly how to make it compulsory.⁵⁰⁾
- In reality, targets of compulsory contribution collection should satisfy two

50) “If there is no social security for the entire nation when industrial accident compensation insurance coverage is delivered for workers, a call for social justice may not be satisfied. In other words, the realistic policy to realize the ideal was too simple.” (Choi Cheon-song a, p.221)



주: 1) 국민 일인당 의료비: Current expenditure on health, per capita, US\$ purchasing power parities

자료: OECD Health Statistics(2015), <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>에서 2016.2.5.인출. 2013년은 '13년 정보 또는 최근 연도 정보를 사용함.

requirements. The first is that they should be wage earners and the second is that their employers should have ability and willingness to match 50% of employee contributions.

- Those found to meet the requirements were “workplaces with more than 500 regular employees,” “workplaces in industrial complexes designated by the Minister of Health and Welfare,” and “foreign institutions in Korea which employ more than 500 Koreans as regular workers.” Therefore, they became the first target, and small and medium-sized workplaces that had relatively poor working conditions were given less priority.
- Of course, employers of workplaces other than the above-mentioned could make all of their employees get health insurance coverage by the act by obtaining consent of at least a half of their employees and approval from the Minister of Health and Welfare as stipulated by law.
- Even when the people desperately want, the health community actively participates, opinion leaders and the media support, and the administration and the National Assembly reach an agreement, something does not happen in many cases. As the Korean saying goes, nothing is complete unless we put it in final shape. A powerful driver to bind them together is necessary. However, this kind of work usually involves many stakeholders and it is difficult to make that happen without a reformist organization (or government).
- In Korea, the social conditions and atmosphere at that time required collective financing such as health insurance, but it was the military regime in the 1960s that steered the nation into social health insurance to bring about reconstruction of the country⁵¹⁾.

51) “---Of course, it made the pilot project possible. Such a bill was proposed to the meeting and passed along with other legislation at the last day of the supreme council.”(Choi Cheon-song a, pp.192; Choi Cheon-song b, pp.147)

6) Multiple insurers were merged/evolved into a single insurer.

- The health care system in Korea has similar patterns with the free American system, especially for ownership of medical resources. That is, most hospitals are run privately for profits. These supply-side US effects outweigh demand-side European impacts.⁵²⁾ Under this medical and social background, a multi-insurer system in favor of consumer choices can easily be fostered.
- Employment-based health insurance coverage continued to expand from workplaces with more than 500 employees to workplaces with more than 5 employees. Community-based health insurance coverage also expanded from districts to cities and provinces. In 1989, the entire nation was covered by national health insurance in the end. These two types of health insurance were integrated into one between 2000 and 2003.
- The health insurance system has continued to integrate organizations under the banner of enlargement of insurer and standardization of work. On October 1, 1998, the National Medical Insurance Corporation was launched by integrating the Public Officials and Private Teachers Medical Insurance Management Corporation and 227 community-based unions. Again, on July 1, 2000, the National Health Insurance Corporation (NHIC) was launched by merging the National Medical Insurance Corporation and 139 employment-based unions. In July 2003, even health insurance financing was integrated.⁵³⁾
- The single-insurer system is good to maximize risk diversification, promote social solidarity, redistribute income, and pursue efficiency of operation. In fact, it reduces the ratio of administrative overhead or the amount of per capita administrative overhead. In addition, it enables standardization of operation nationwide, and therefore it is better than the multi-insurer system to control operation, reduce contribution burden and promote equity in benefits.
- However, the single-insurer system has disadvantages that characteristics of community or employee groups cannot be considered individually and any disagreement over decisions may lead to national strikes. On the other hand, the

52) Translated by Moon Ok-ryun, The Reform of Korean Health Insurance System, NERA Report, Health Policy Series 3, Korea Medical Book Publishing Company, 1994

53) Looking at 26 years in early days, Korea's health insurance began as voluntary insurance by law. It gradually expanded in coexistence with social insurance. Universal health insurance coverage was achieved in 1989. But there were hundreds of insurers. Since then, going through the structural and financial integration process for a considerable period of time, an era of single insurer started in 2003. Therefore, 40 years of social insurance in Korea is divided into 26 years of multi-insurer system and 14 years of single-insurer system.

multi-insurer system based on unions that operate autonomously is good to foster a sense of community, achieve labor-management cooperation, facilitate participation of union members (residents) in the decision-making process, and to converge or localize the effect of any disputes.

7) The single insurer has expanded full range of social health insurance coverage.

- Naturally, there are gaps among countries in terms of the right size of companies to be subject to first compulsory enrollment. For example, in Japan, the first were workplaces with more than 300 employees. However, Taiwan classified the targets regardless of the size and adjusted contribution rates of each program

<<Why workplaces with more than 500 employees for Korea?>>

- To think differently, health insurance may be applied regardless of the size of workplace. Rather than big companies, those that are in great need of health insurance may be the right target. In this case, assessing how much coverage each company needs and how much employers can pay may become a real issue, but the more critical thing is the government's ability to bear the burden. It seems that it was difficult for the Korean government to prioritize the budget for health insurance in the 1970s as there were so many urgent matters. In other words, it would be a great deal of burden for the state to be responsible for health of industry workers and therefore the government let companies and individuals take care of themselves on a voluntary basis. It might be in line with the practice of leaving medical care to individual responsibility since the beginning of history.
- It was the time when business accumulated considerable wealth from foreign aid after the Vietnam War and oil boom in the Middle East. Accordingly, large companies were regarded as viable for compulsory health insurance and Korea's social health insurance began with those that employ more than 500 workers in July 1977.
- In January 1979, public officials and private school employees started to be covered by the insurance. In July of the same year, workplaces with more than 300 employees were enrolled, resulting in a total of almost 5 million people covered. In January 1981, the coverage expanded to workplaces with more than 100 employees and 16 job-based health insurance unions including the one for cultural artists were included. The coverage expanded again to workplaces with more than 16 employees in January 1983 and to those with more than 5 employees in July 1988.

- As a single insurer, NHIS has expanded health coverage in all directions by performing various functions such as changing dependent eligibility requirements in addition to company size or job, expanding the health care benefit period, introducing fixed co-payment, increasing the number of communities covered by community-based health insurance, enhancing preventive health care benefits, separating long-term health care insurance, integrating collection of social insurance contributions and carrying out health promotion activities. Accordingly, the size of NHIS employees increased from 10,000 to 16,000 people.

8) Compulsory designation of healthcare institutions was introduced.

- Originally, the designation of healthcare institutions was based on free contract between the insurer and medical institutions as stipulated in the medical insurance act. In other words, the Minister of Health and Welfare designated health care institutions at the request of the insurer, and medical institutions were allowed to deny the designation at any time. But the system had three problems. First, with medical institutions disproportionately concentrated in certain areas, some regions had some problems such as lack of health care institutions or certain medical departments. Second, most of the insured wanted to get treatment only at some well-known large medical institutions. So, those institutions got crowded with patients who had to wait more time for care. Third, in early days, medical institutions were passive about the designation scheme because of inconvenience of medical fee claims. Thus, after health insurance coverage was expanded to public officials and private teachers, the scheme was changed to mandatory designation so that health care institutions could not deny the designation without reasonable reasons. The mandatory designation was passed down to the National Health Insurance Act.
- According to the act revised in February 1999, every medical institution was required to be automatically appointed as a health care institution at the time of registration. However, because of this clause, the government faced strong opposition from medical practitioners for some time and they called the government a dictatorship. Furthermore, the medical community filed a constitutional complaint, claiming that the act was an unprecedentedly undemocratic and unjust law to restrict the freedom of medical practitioners in Korea.
- Did the compulsory designation of health care institutions violate the freedom of occupation specified in Article 15 of the Constitution? According to the ruling of the Constitutional Court (case no. 99 heonba 76, 2000 heonma 505 (consolidated)), the compulsory designation was to prevent negative effects of the

free contract-based designation. The legislative purpose was legitimate, and some violation of private interest was balanced with greater public interest. Given that the entire nation were the insured, the scheme was to allow any medical institution to provide covered health care services once being established by relevant laws and registered as health care institution without any specific conditions. It was appropriate and was to minimize disadvantages to the insured.

- Ultimately, even the medical community accepted the ruling considering that the mandatory designation could make healthcare practitioners or institutions less inconvenienced by individual designation, prevent side effects such as the insurer's discriminatory designation based on its preference and enable collective designation more easily by negotiation between representatives from the medical community and the insurer.
- Anyway, the mandatory designation of healthcare institution became a key policy instrument to support the rapid expansion of Korean health insurance. For the people as well, it was very important because it provided more healthcare institutions for them to get covered treatment more conveniently.
- Now, there is no more voice from medical practitioners or pharmacists calling for the breakdown of the scheme.

9) Low medical fees have been maintained.

- Medical cost refers to the sum of co-payment paid by a patient to health care institution and benefit paid by the insurer to health care institution. "Medical fee" is a similar word to medical cost but they are a little different. That is, medical fee refers to remuneration paid for service, or price for service. The level of medical fee is not determined by supply and demand like the value of a product in general market. It is determined by custom or institution⁵⁴).
- In other words, medical fee is prescribed by law as social insurance-covered medical fee, while medical cost is a common economic term. Medical fee is often used in the context of claims and reimbursements, whereas medical cost is used in the context of paying or sharing.
- Medical fee is determined based on the sum of salary of medical practitioners and additional operational expenses including utilities. The level or increase of health insurance-covered medical fee is determined by the Health Insurance Policy Deliberative Committee (HIPDC; formerly, the Medical Insurance Policy

54) Medical Publishing, Policy Analysis of Medical System -Empirical Research in Japan-(Social Security Research Institute, Translated by Kim Joo-hwan and Moon Ok-ryun), Dec. 1991, pp.33-51

Deliberative Committee) based on degree of service provided to patients, income of service providers, economic indicators such as inflation. Whether to increase medical fees is determined by HIPDC but the increase rates are decided by negotiation between representatives of the insured and NHIS.

- Since the implementation of health insurance, the biggest complaint among medical practitioners has been that medical fees are too low.

As shown in <Table 6>, an absolute majority of respondents (92%-99.4%) said that they were dissatisfied with medical fees.

<Table 6> Medical practitioner satisfaction with medical fees (unit: persons, %)

Age	Satisfied	So-so	Dissatisfied	Total
40 or less	3(1.7)	15(8.4)	160(89.9)	178(100.0)
40's	-	7(3.8)	178(96.2)	185(100.0)
50 or more	-	14(11.5)	108(88.5)	122(100.0)
Total	3(0.6)	36(7.4)	446(92.0)	485(100.0)

*p<0.05

Source: Moon Ok-ryun, Kim Chang-yeop, Kwon Sun-man, Kim Ho, Kim Yoon, A Study on Improvement of Weight by Institution or Disease and Co-payment to Supplement the Healthcare System, 1999, p.83

- Negotiations on medical fees are very tough. Until recently, except for 2005 (for medical fees in 2006) and 2013, negotiations broke down each and every year, making reaching agreements difficult. However, no one takes it seriously because it is like an annual event. Everybody knows that things will be okay anyway and we just need to wait a while.
- Health insurance-covered medical fees started at 42% of conventional prices but they were raised almost every year and it is said that they are now at around 70-80%. In fact, keeping medical fees low has greatly contributed to the rapid expansion of health insurance by reducing the financial burden of the government and the insured. However, it also caused a reverse effect that the medical community were forced to focus on “fights for medical fee increase” and “development of non-benefit items” rather than advancement of the health insurance system.

10) Methods for calculating contributions to community-based health insurance suitable for the situation in Korea were developed.

- For employment-based health insurance, just the determination of contribution rate for exposed income is required to impose contributions. However, for community-based health insurance, income recognition is an additional barrier to overcome. The amount of earning made by the self-employed should be figured out to decide the amount of contributions. Therefore, it is no exaggeration to say

that the success or failure of the national health insurance depends on development of efficient methods to calculate contributions to community-based health insurance.

- In 1981 (1st pilot project for rural areas), the insured were divided into 3 classes of high-income/mid-income/low-income based on livelihood (with possible extra charge depending on the number of household members). The Village Development Committee classified bottom 20% as low-income and top 10% as high-income, and the remaining 70% were automatically classified as mid-income.
- In 1982 (2nd pilot project), contributions per household was composed of basic contributions and ability-proportional contributions. The vehicle owned was also considered as a contributable asset.
- Contributions per household = basic contributions + ability-proportional contributions
- Basic contributions= fixed amount per household + (fixed amount per person X no. of household members)
- Ability-proportional contributions = income-proportional + asset-proportional
 Income-proportional = income tax-proportional + farmland tax-proportional (7 classes each)
 Asset-proportional = property tax-proportional + car tax-proportional (7 classes each)
- In 1989 (imposing contributions to universal health insurance (union-based)), car contributions were applied.
- Contributions per household = basic contributions + ability-proportional contributions
- Basic contributions= fixed amount per household + (fixed amount per person X no. of household members)
- Ability-proportional contributions = income-proportional + property-proportional + car contributions
- In 1998 (imposing integrated contributions to community-based health insurance), the insured were divided into two groups based on taxable income of 5 million won.

- For those with less than 5 million won of taxable income:
 $\text{Appraised income contributions} + \text{property contributions} + \text{car contributions}$
- For those with more than 5 million won of taxable income:
 $\text{Income contributions} + \text{property contributions} + \text{car contributions}$
- After the integration in July 2000, the number of sub-classes for those with more than 5 million won of taxable income was changed from 50 to 70.
- For community-based health insurance in Korea, whether to own a vehicle, an indicator of cultural life, was considered as a measure of taxable income. Car contributions amounted to 13% of the total community-based health insurance contributions <see Table 7>.

In Korea's regional insurance, the use of cars as an indicator of cultural life was used as a measure of income.

<Table 7> Composition of Community-based Health Insurance Contributions
as of Dec 2012 (Unit: %, hundreds of million won)

Classification	Total	Income	Property	Car	Gender • Age
Present	100	27	47	13	13
Total Contributions	68,576	18,515	32,231	8,915	8,915

11) Contribution rates have been kept relatively low.

- Initially, the contribution rate was set to be within a range of 3-8% by the medical insurance act, but the range was revised to 2-8% in 1994. The annual contribution rate for the last 17 years is shown in <Table 8>. It increased from 3.4% in 2001 to 6.12% in 2017, up 1.8 times with an annual average growth rate of 3.74%. The growth is getting slower given the average growth rate of 4.7% in 2013.

<Table 8> Annual Contribution Rates

(Unit: %)

Year	Contribution Rate*	Year-on-Year	Annual Average
------	--------------------	--------------	----------------

		Growth Rate	Growth Rate
2000	2.8(private employees), 3.4(public officials • private teachers)	–	2001–2017: annual average growth rate of 3.74% (1+x) ¹⁶ =1.8 where, x=0.0374
2001	3.4	–	
2002	3.63	6.8	
2003	3.94	8.5	
2004	4.21	6.9	
2005	4.31	2.4	
2006	4.48	3.9	
2007	4.77	6.5	
2008	5.08	6.5	
2009	5.08	0.0	
2010	5.33	4.9	
2011	5.64	5.8	
2012	5.80	2.8	
2013	5.89	1.6	
2014	5.99	1.7	
2015	6.07	1.3	
2016	6.12	0.8	
2017	6.12	0.0	

* Since 2001, the contribution rates for employment-based health insurance and for public officials & private teachers health insurance have been the same due to the integration.

- In July 2000, the rate for employment-based health insurance was determined based on gross earnings of the insured including monthly salary and bonus. In 2001, how to apply the contribution rate for workplaces with less than 5 employees was defined. In 2003, it was actually applied to workplaces with less than 5 employees and then to those with more than 1 employee. In 2011, the basis to impose contributions was expanded from earned income to global income. Those who owned over 900 million won of property were excluded from the dependent.
- The decision on contribution rates was approved by the 'Financial Management Committee' of the Health Insurance Corporation until June 2002, but it was changed in July 2003. The decision should be approved by the 'Health Insurance Policy Deliberation Committee' of the Ministry of Health and Welfare and should be stipulated in a Presidential Decree.

12) Minimum government subsidies have been provided.

- The law stipulates that NHIS expenses are supported by the state within the budget every year as specified by the Presidential Decree. The average support ratio over the past five years was 15.3%.

<Table 9> Annual Changes in Government Subsidies as % of Health Insurance Contributions
(Unit: 1 million won, %)

Classification	2011	2012	2013	2014	2015	Average
Amount	50,283	53,432	57,994	63,150	73,548	-
% of Contributions Income	15.3%	14.7%	14.9%	15.2%	16.6%	15.3%

- According to international comparison of government subsidies, Korea had the lowest among OECD countries. In Asia, Japan, Taiwan and Israel had 37.1%, 26.0% and 39.0% of contributions from the state budget respectively, while in Europe, the Netherlands, France and Belgium had 55%, 47% and 33.7%. As shown below, for Korea (2010), government subsidies accounted for 14.8% of the total contributions, indicating that the support out of the national treasury is almost perfunctory compared with other countries. This figure is a very good example of the Korean government's basic philosophy that emphasizes individual responsibility for the public health. It also shows the principle of national minimum coverage is upheld in a relative sense.

<Table 10> The Ratio of State Subsidies to Health Insurance Financing in Major Countries

(Unit: %)

	Korea	Japan	Taiwan	Netherlands	France	Belgium	Israel	Austria	Swiss
Ratio	14.8	37.1	26.0	55.0	47.0	33.7	39.0	25.1	17.0
Year	2010	2008	2008	2010	2008	2009	2005	2004	2007

13) The insufficient coverage of health insurance is one of the outcomes at the lowest level.

- The purpose of health insurance is to “contribute to promotion of public health and social protection by providing insurance benefits for preventive care, diagnosis, rehabilitation of disease or injury, and for death and health improvement.” At the core of insurance are inclusiveness, fidelity, and fairness of benefits. What is potentially most problematic is low fidelity or the so-called low coverage of benefits which often creates a controversy of “unsubstantial insurance.”
- In other words, the benefit coverage of Korean health insurance which stays just at 63.2% does not fit into its status or reputation in the world (see Table 11). It can be said that Korea got just a cut-off score in fidelity, the primary objective of health insurance, and it has a long way to go.

<Table 11 > Health Insurance Coverage

(Unit: %)

Classification	Coverage
Hospitalization services	64.5%
Outpatient services	54.5%
Medicines	69.0%
Total	63.2%

Source: NHIS. "2014 Survey on Payment for Insured Medical Care" 2015

- The highest coverage of 69.0% was for medicines and the lowest coverage of 54.5% was for outpatient services. That is, "the coverage for things is higher than that for services." It is where the medical community needs to do more or where the policy authorities need to do better. If services do not outdo things, they should be at least on an equal level. Plus, the authorities need to look at whether the control of spending in medicines is insufficient or not compared with the control of spending in medical care services. 64.5% of hospitalization services are covered, while 54.5% of outpatient services are covered. The former is 10% higher than the latter. It would be right to offer more benefits for hospitalization services as they have greater risks.
- As clearly shown in <Table 12>, Korea inputs more public financial resources to medicines than medical services compared with OECD countries. That is, the gap between Korea and the OECD average in public financing for medicines is just 2.8%, which is not big. However, the gap in hospitalization and outpatient services is large with 23.7% and 26.4% respectively.

<Table 12> The Gap between Korea and OECD Average in Ratio of Public Funding to Current Health Spending

Classification	OECD Average %(A)	Korea %(B)	Difference (A-B)%
Hospitalization services	88.0	61.6	26.4
Outpatient services	79.1	55.4	23.7
Medicines	57.4	54.6	2.8

Source: Shin Jeong-woo, Chung Hyeong-sun, "The Volume of Current Medical Spending and International Comparison of Funding Structure (Health and Welfare Forum, 2015)

14) 16,000 'National Health Guards' have been produced.

- Medical care has a long history of thousands of years. It is commonly said that medical services began with the history of mankind and that medicines and hygiene were blossomed in the old Greek and Roman times. Compared to this, the history of health insurance is only 134 years even if calculated from the Bismarck era.
- The service years of health insurance employees in Korea is only 40 years, but health insurance created by them is expected to live for over 100 years. These 16,000 young

people working for health insurance are those who watch and guard national health.

- When social health insurance was implemented first in 1977, human resources were recruited through nationwide public competition examinations and interviews to attract the best and the brightest in Korea. As the tradition has continued up until now, the quality of human resources is excellent. In addition, those working in health insurance have been trained through intensive staff training and on-site service of social insurance. Therefore, it is not difficult to imagine that they have had very positive impacts on the development of the health insurance system.
- Those who have administered health insurance for the last 4 decades have become "health insurance masters." They have kept in check healthcare workforce who were specialists in science and technology and have served as guards at the forefront of healthcare expenditure management to save and cut national health spending. They are also a pool of valuable human assets to be mobilized like medical practitioners in case of national health emergency such as outbreaks of MERS or SARS.

15) Now the health insurance system itself such as efficient computer screening is becoming an export item.

- Korea's health insurance system is well-known and in high repute among countries in Asia, Africa and South America thanks to KOICA's training on health insurance systems (including national healthcare systems or public health financing) that has been provided with support of ODA funds. The potential demand for the system is also high as NHIS, HIRA, KIHASA, KHIDI and corporate training institutes and university research centers in addition to KOICA have been delivered health insurance education to foreigners for unique and different purposes.
- The Korea-Bahrain Cooperation Project for Bahrain's National Social Health Insurance Programme (SEHATI) was signed on March 6, 2017 in Seoul. The project will be implemented for 32 months (Jun 2017-Feb 2021) at US\$13.5 million (1.55 billion won million).⁵⁵⁾
- In the future, there will be more opportunities to export the Korean health insurance system to countries in Middle East, South America or Africa.

V. Problems of National Health Insurance Scheme

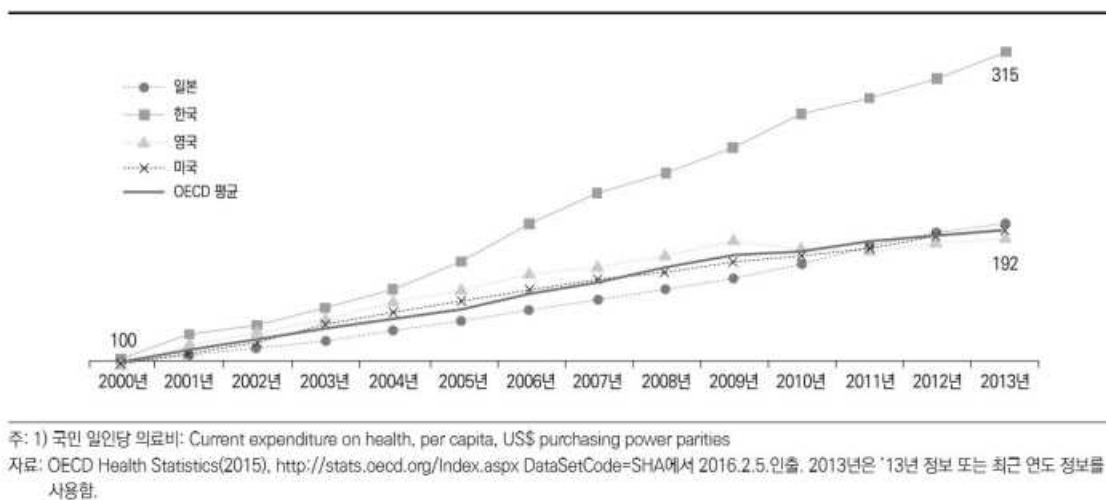
Health insurance scheme in Korea has underwent continuous improvement and reform for the past 40 years to take the form of the current scheme. This chapter summarizes problems of the health insurance scheme into 7 points: 1) excessive national health expenditure due to stagnant health insurance coverage, 2) unfair health insurance premium calculation system, 3) vulnerability of health insurance

55) The Bahrain Sehati-ICT Project consists of three parts: Drug Utilization Review (DUR), National Health Insurance Information System, and Smart Utilization of NEMR (SUN).

finance, 4) the increase in the number of households which fail to pay health insurance premium and civil complaints 5) unfairness of health insurance scheme that imposes differential premium on only earned income, 6) demographic issue such as low birth rate and population aging, and 7) increasing demand for upgrading medical care benefit and high-tech medical technology

1) Excessive National Health Expenditure due to Lack of Health Insurance Coverage⁵⁶⁾

All governments that have taken power for the past 40 years have continued to make an effort to expand the coverage of health insurance, but the level of coverage has been stagnant at 62 to 63%. Therefore, the elderly or those from low income bracket cannot avoid excessive out-of-pocket expenditure due to lack of coverage if they develop disease. <Figure 3> shows the trend of per capita health expenditure. The expenditure had increased by 3.15 times between 2000 and 2013, which exceeds significantly the OECD average of increase by 1.92 times for the same period. This data shows a stark contrast with the similar trend of health expenditure increase in Japan, the US and the UK as well as OECD average.⁵⁷⁾



Note: 1) Current expenditure on health per capita, US\$ purchasing power parities

Source: Extracted from OECD Health Statistics (2015), <http://status.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=SHA> as of Feb. 5, 2016. Year 2013 refers to the information in 2013 or the latest available information.

<Figure 3> Current expenditure on health, per capita

As shown above, increase in national health expenditure due to stagnant

56) Lee Sang-gu. Policy direction to cover all health expenditures with one health insurance- policy proposal to expand coverage of health insurance-, 2017 policy discussion for welfare state for upcoming presidential election 2. Seminar Room 1 of National Assembly Building, National Assembly, congressman Nam In-soon room, Welfare Society Corporation, All Health Expenditures with One Health Insurance Movement Headquarters, Health Care Labor Union, Mar. 30, 2017

57) This data is the comparison of each country's per capita health expenditure (US\$) after adjusting by purchasing power exchange rate.

health insurance coverage leads to the following three phenomena.

① Vitalization of the private health insurance

Due to low health insurance coverage, people are forced to enter private health insurance market. The subscription rate of private health insurance is about 88.1% and average private health insurance monthly premium is 308,265 KRW per household in 2015. It implies that “supplementary private health insurance” is expanding due to increasing burden of health expenditure in households.⁵⁸⁾

② Expansion of non-coverage items

Insufficient health insurance coverage is translated into the increase in the number of non-coverage items which are not included in the list of reimbursement. Even though policies to strengthen coverage by expanding benefits for each item, the efforts are offset by increase in the medical care which is not covered by insurance.⁵⁹⁾ Under the current out-of-pocket amount cap policy is applicable only to legal out-of-pocket medical expenses except for non-coverage items such as selective medical care, upgrade of patient’s room and care-giver expense as well as out-of-pocket expenses for essential medical care that are not covered by insurance. Therefore, even after the application of out-of-pocket payment cap policy, direct payment of health expenditure accounts for 41.9% of ability to pay on average ⁶⁰⁾. As such, it is pointed out that it is not enough to solve the problem of excessive medical expense under the current situation where non-coverage out-of-pocket payment is excluded⁶¹⁾.

③ Increase in catastrophic health expenditure⁶²⁾

Common standards have not been applied to catastrophic health expenditure in Korea. Therefore, some argue that households which spend more than 10% of their annual income on health shall be protected under the health care system⁶³⁾.

58) NHIS. 2015 Survey on the Public Recognition of Health Insurance Scheme, Health Insurance Policy Research Institute, 2015

59) Out-of-pocket payment has increased by 5.3% on annual average from 10.4 trillion won in 2009 to 12.8 trillion won in 2013 while non-coverage medical expenses such as ultrasound examination, MRI examination and selective care have increased by 10.2% on annual average from 15.8 trillion won in 2009 to 23.3 trillion won in 2013, growing faster than partial out-of-pocket payment of health insurance (excerpt from Welfare State Policy Discussion 2).

60) Ability to pay refers to the amount calculated by deducting expenses on food from annual living cost.

61) National Assembly Budget Office. Policy Evaluation on Strengthening Health Insurance Coverage, 2016

62) WHO defines the health expenditure exceeding 40% of disposable income as catastrophic health expense and handles this as equity indicator.

63) Song Eun-cheol, Shin Yeong-jeon. ‘The Effect of Catastrophic Health Expenditure on the Transition to and Persistence of Poverty in South Korea’. Health Policy and Management 2014;24(3)

According to this criteria, the number of households with catastrophic health expenditure has continued to increase since 2011 to the extent that one out of five (19.3% in 2013) suffers from catastrophic health expenditure⁶⁴⁾.

2) Unfair health insurance premium calculation system

(1) Overview of calculating insurance premium

The current health insurance premium calculation system is divided into two: one is for employees and the other one is for regional subscribers. The premium calculation method is different. The premium calculation system for regional subscribers very complex so that the general public is hard to understand it. The basic insurance calculation system is shown in <Table 13>.

<Table 13> Health Insurance Premium Calculation System that is Divided into Two

Classification	Employees	Regional Subscribers
Criteria	Monthly wage	Base score to calculate premium
Calculation	Monthly wage X fixed rate (6.12%)	Base score X amount per score (179.6 won)
Upper and lower limit of criteria	280,000–78.1 million won	20 scores–12,680 scores

Regional subscribers are classified into those whose comprehensive annual income is less than 5 million won and those who are not and income level is estimated reflecting property, car ownership, sex and age. The property is divided into 50 grades, income level is divided into 75 grades, car ownership is divided into 7 grades, age and sex are divided into 4 slabs and estimated income is divided into 30 grades. The score of each category is added and unit prices is multiplied by score earned to calculate insurance premium.

(2) Example of imposing unfair insurance premium⁶⁵⁾

- ① Cases of paying unfair amount or premium and avoiding fair amount of premium
 - a. Imposing too much premium on those who live in a house by putting deposit or monthly rent (ex: Mother and two girls who lived in small house in Songpa) and imposition of small amount to the rich
 - b. The fixed rate is applied to employees but for regional

64) Woo Gyeong-sook, Shin Yeong-jeon. 'The Effect of Catastrophic Health Expenditure on Household Economy', Health and Social Welfare Review, 2015:35(3)

65) Moon Ok-ryoon, Choi Byeog-ho, Kim Woo-cheol, Kim Hee-seon, Plan to Revise Health Insurance Premium Calculation System Based on Income, Korea Journal of Public Finance, 2016.10

subscribers, the higher the income the lower the premium amount (income regressiveness)

- ② Widespread moral hazard to avoid the payment of premium
 - a. The wealthy people falsely get a low-paying job (7,336 cases were identified, 26.5 billion won were collected (2008 to 2013))
 - b. Those who own huge amount of asset get a free ride as the dependent (as of 2014, 41% of 50.15 million people who are subject to health insurance subscription are under the employee insurance as dependent).

<Table 14> Property of the Dependent (as of Dec. 31, 2013)

Total	10,000 to 100 million won	100 million won to 300 million won	300 million won to 500 million won	500 million won to 900 million won
4,846, 282 (# of People)	3,275,704	1,323,084	180,828	66,646
100.0(%)	67.6	27.3	3.7	1.4

* About 1.2 million dependents have more than 2 houses.

- ③ Discriminative dependent system which is only applicable to employee insurance holders
 - a. Among the elderly who have children under the employee insurance, they can get a free ride as a dependent. If they do not have such children, insurance premium is imposed in proportion to property owned by the elderly.
- ④ Inequity caused by movement between employee insurance and regional subscriber insurance.
 - As double standards are applied to employees and regional subscribers using real income and estimated income, the change in insurance premium is very huge when a person moves from one status to another.
 - 45.1% of those whose status changed from employee to regional subscriber pay more premium (2013)
 - * Average employee insurance premium is 46,284 won (based on out-of-pocket payment) but regional subscriber average premium is 77,783 won.
 - Excessive amount of premium is imposed to those who are retired due to they have property (house) even though they do not have real income.
 - ** Baby boomers (born between 1955 and 1963, 7.16 million) began to retire (among them, 2.57 million are currently employee insurance holders).

3) Vulnerability of health insurance finance

As of 2017, accumulated health insurance fund amounts to 21 trillion won, which is not the level of relief. With rapid population aging and disease pattern centered on chronic and degenerative disease, demand for rehabilitation treatment is growing exponentially. According to the mid-term financial estimate announced recently by the Ministry of Strategy and Finance, government expenditure for health expenditure per capita increased by two times due to rapid increase in the medical cost for the elderly to make the health insurance finance record deficit starting from 2018 and the deficit of health insurance would account for 93% of total deficit by 2023. Health expenditure for the elderly is estimated to increase by 87% on annual average due to rapid population aging to record 100 trillion won in 2024⁶⁶⁾.

<Table 15> Fiscal Balance by Social Insurance

	Total	Pension Total	Nati- onal Pension	Teac- hers Pension	Gove- rnment Official Pension	Soldiers Pension	Insur- ance Total	Health Insur- ance	Long-t erm Care	Unem- plov- ment Insur- ance	Occu- pation- al Health and Safety Insur- ance
2016	48.1	42.9	45.9	0.9	-2.2	-1.6	5.2	3.1	0.0	0.6	1.5
2025	26.5	57.2	57.2	0.7	-7.1	-2.6	-21.6	-20.1	-2.2	-2.6	3.3

Source: Ministry of Strategy and Finance: Result of Mid-term Estimation of 8 Social Insurances in 2016 and 2025 and 2016 Asset Management Result

The risk of social insurance increases when complaints over insurance premium and default rate increase continuously. Among 57.3 million civil complaints raised in 2013, 80% of them are related to insurance premium. It is important to pay special attention to reduce the number of claims related to health insurance premium as it

66) The basis of this estimation is verified by Combined Finance Estimation Committee based on data provided by KDI. Health insurance premium has increased by 1.32% every year (on average from 2014 to 2016).

	2016-2020	2021-2025
GDP growth rate	3.1%	2.7%
Nominal interest rate	3.3%	3.7%
Wage increase rate	2.9%	3.3%
CPI inflation rate	1.6%	2.0%

is reported that 86% of counseling provided by customer center, 78% of application for rescue to claim adjustment committee and the largest number of complaints related to health and welfare raised to the Anti-Corruption and Civil Rights Commission.

It is reported that the default amount, which was not paid by 1.54 million households (as of Feb. 2014) for more than 6 months amounts to 2.1052 trillion won. The reason why this problem is significant is that 22% of regional subscribers are limited in the application of health insurance due to arrears putting themselves in the blind spot of medical care. It is highly likely that the default amount would increase continuously given the overall bad economic condition. Among them 1.06 households (68.8%) fail to pay the premium due to financial difficulties as their premium amount is less than 50,000 won per month calling for urgent measures to be taken for them.

5) Unfairness of health insurance scheme that imposes differential premium on only earned income

It is necessary to review current system to calculate insurance premium which is biased toward a certain financial resources fundamentally. In 2011, total income of the country was 1462.7 trillion won among which earned income is 437.8 trillion won. But National Tax Service imposes tax (deduction of earned income) only on 294.6 trillion won while imposing health insurance premium on 452.8 trillion won which is higher amount than earned income⁶⁷⁾<Refer to Table 16>.

<Table 16> Income Source and Taxable income and Income on Which Insurance Premium is Imposed

	Total Income (National Tax Service)	Taxable Income (income after deduction)	Income on Which Insurance Premium is Imposed	Imposition Rate (%)
Earned income	437.8 trillion	294.6 trillion	452.8 trillion	103.4
Financial income	61.7 trillion	49.8 trillion	1.3 trillion	2.1
Business income	785.2 trillion	71.5 trillion	29.3 trillion	3.2
Pension income	19.9 trillion	100 billion	4.6 trillion	23.1
Other income	12 trillion	5 trillion	400 billion	3.3

67) Insurance premium is imposed by the National Tax Service incorporating amount such as overtime allowance and welfare point, which are not regarded as income (source: Moon Ok-ryoon, Choi Byeog-ho, Kim Woo-cheol, Kim Hee-seon, Plan to Revise Health Insurance Premium Calculation System Based on Income, Korea Journal of Public Finance, 2016.10)

Daily worker's wage	47.2 trillion	3.4 trillion	X	0
---------------------------	---------------	--------------	---	---

* Wage (income) is calculated for insurance premium rate and income except for wage is calculated as composite taxable income.

Among 61.7 trillion won of financial income, the National Tax Service imposed tax on 2.1% or 49.8 trillion won and tax is imposed on 3.7% of business income or 71.5 trillion won. Health insurance premium is imposed on 1.3 trillion, 2.1%. In the meantime, among 785.2 trillion won of business income, taxable income is 3.7% or 29.3 trillion won, and among 19.9 trillion won of pension income, 23.1% or 4.6 trillion won is taxable income. As such the ratio of imposing tax ranges from 2.1% to 103.4% with significant gap. The concentration/biased imposition on a certain sources is very unfair. However, this is very sensitive issue and people's interests are related with complexity making it hard to mend existing practice without social consensus. National Tax Service imposes tax on 3.4 trillion won out of 47.2 daily workers' wage without imposing health insurance premium.

All incomes reflect the level of living but the current system that imposes premium excessively on earned income is very unfair. If the public becomes well aware of this, it would cause disharmony. Anyway, nobody knows how far the current unfair system which targets excessively earned income can go.

6) Demographic structure issue with low birth rate and population aging

In the long-term, low birth rate and population aging would cause crisis in health insurance. Because the number of those who pay for the insurance decrease due to slowdown of population increase due to low birth rate and low growth economic structure while those who consumes health expenditure increases continuously due to aging. In addition, problem cannot be solved easily as the health care expenditure for the elderly would increase significantly. As we enter the chronic degenerative man-made disease era, the financing of the health insurance itself will face difficulties.

Low birth rate and population aging are mega challenges that have ripple effects on overall Korean society, so these issues are handled as first priority in the national agenda.

In summary, the development of low birth rate and population aging is not friendly or cannot solve problem for the future. On the contrary, it is not friendly and causes problem. It is time to take a drastic action to solve low birth rate and population aging issues, which are referred to as cause of all diseases, before it is too late.

7) Increasing Demand for Medical Service Upgrade and High-tech Medical Technology

The advancement of modern medicine and science as well as bio technology in the pharmaceutical industry is outstanding to the extent that it is compared with the state-of-the-art space industry. However, the behavior of using medicine by people tends to prefer large general hospital and sometimes, they seem to be irrational. People tend to go to university hospitals or general hospitals with simple cold making patient rush phenomenon to “big 5” hospitals⁶⁸⁾. This increases the burden of national health expenditure and makes others who need university hospital service do not use the service or have to wait. As this abnormal behavior takes root, the gap between the rich and the poor and between those with information and on3 without information would be created resulting in fairness and equity issues and finally it will lead to accumulation of social grievances. Therefore, it is necessary to conduct campaign to overcome patient rush problem and public awareness campaign by normalizing the use of medical service by the public. If this process is not going well, the role of the primary care weakens and the system dependent on the secondary and tertiary large medical institutions will take root. This will lead to cost increase as well as instability of health insurance finance.

As the taste of the insured is upgraded and preference to hi-tech medicine is created, the trend is to demand the quality of benefits saying that they are willing to pay for more premium. In fact, the share of the top 5 hospitals in the national health expenditure (NHE)⁶⁹⁾ is as follows. The medical cost of the big 5 hospitals accounted for 4.1% of NHE in 2001 but the ratio increased by 50% to 6.1% in 2011. During the same period, the share of general higher level hospital recorded the increase from 16.3% to 40% and general hospital recorded increase by 40% from 11.7% to 15.3%. On the contrary, the share of patients in the primary care decreased from 34.1% in 2001 to 21.6% in 2011. The major cause of this decrease is due to the exclusion of non-coverage medical expenditure. Non-coverage care is created at the institutions higher than general hospital and higher general hospital level. Therefore, the rich becomes richer and the poor becomes poorer in the medical sector, too.

In the end, the success of the health insurance and health care system depends on how efficiently overcome the problems in the medical delivery system mentioned

68) Seoul National University Hospital, Yonsei University Severance Hospital, Asan Medical Center, University of Ulsan College of Medicine, Catholic University of Korea Seoul St. Mary's Hospital and Korea University Hospital

69) For the purpose of convenience, the total amount of health expenditure is treated as the same as NHE.

above based on the degree of rationalization of the use of medical care by the public.

VI. The Direction for Korea's Health Insurance

- A Path to Global Healthcare Leader-

The Republic of Korea is the only country, whose position has been changed from one that received official development assistance (ODA) to donor country since the second world war. This only fact makes Korea special in the international community. Simply put, many developing countries point out Korea as role model or exemplary nation.

As mentioned earlier, Korea is the only country which achieved economic development, democratization and universal health insurance together on earth. However, we have not heard of any news that a prestigious global scholar mentions Korea as the "world's best" or "global leader". However, we can see the media report that Taiwanese health insurance scheme is referred to as "the world's top health insurance" by world's renowned scholar Krugman⁷⁰⁾.

It seems that the relationship with Taiwan seems to be distant due to recent event with China but Korea and China have in common in terms of divided nation. The two countries exchanged their opinion when they started health insurance in the 1960s and prepared universal health insurance in the late 1980s through expert visit⁷¹⁾. The Taiwanese health insurance I know is referred to as global top level. This brings one phrase from the book Chikchishimgyōng⁷²⁾.

"The Great Truth is always around us, but it is difficult for us to see".
-Chikchishimgyōng-

Global leaders are those such as Krugman, an American, Taiwanese professor Gang and Yang who took the lead in front of others. This paper presents a number proposals as policy options regarding Korea's health insurance system as the one

70) Paul Robin Klugman, a professor at the City University of New York, who won Nobel Economics Prize in 2008 evaluated that Taiwan has the most perfect health insurance scheme in the world.

71) Professor Gang, who was director and professor at Public Sanitation Research Institute of Taiwanese National University in 1995 and professor Yang (served as Deputy Minister of Health) and Director Oh. The two professors led the universal health insurance in Taiwan in 1995.

72)Chikchishimgyōng: The printed version of old book that records the teaching of monk Bakwoonhwasang in 1234.(221 years ahead of bible printed by Gutenberg in 1455.)

subject to reform⁷³⁾.

<Option I> Way to improve existing problems one by one

This option is to solve existing problems one by one rather than fixing existing system in a drastic manner. It is the most conservative position with the most limited ripple effect. It is the most preferred way by the administration. The government already announced the ways for improvement⁷⁴⁾.

It is possible to strengthen part or all of the 15 outcomes while approaching the issue focusing on 7 problems mentioned in this paper.

<Option II>

This option is to benchmark countries with advanced health insurance scheme. Targeting Taiwan, which is closely located and has familiar culture for benchmarking health insurance (in summary, adoption of Korean style “lump-sum contract system)

<Option III>

This option is to utilize the strength of single insurer of Republic of Korea, and to share the Information Technology of NHIS and HIRA regarding the accumulated health data for the entire population in the Republic of Korea with the countries which is working for achieving toward Universal Health Coverage. In this way, efficient operation of health insurance system would be possible and lead the 4th industrial revolution by fostering precision medicine.

This is the beginning of the research and discussion on various options and not only academia but also government and medical community should join hands together to provide interesting options.

VI. Conclusion

Korea's health insurance marks its 40th anniversary. 40 years back in January 1977, I was dispatched to Choonseong-town as pilot health care program staff conducted by Seoul National University as associate professor of Graduate School of Public Health, Seoul National University. I visited each and every household to explain the purpose of the medial protection project, which started early in that year (medical coverage today) to rural people.

“Did the world undergo transformation?? Up until yesterday, I should pay for the

73)

74) Government's plan to improve

treatment at the public health center but you are saying that all the services are provided for free with this yellow card (medical protection card)?” This was the surprise expressed by a farmer ‘who was very happy with this changes’.

40 years ago, we transformed the world with free health care for the poor at the public health center. 6 months later, health insurance project started. Starting from July 1, 1977, temporary health insurance which used to be conducted by Seoul National University changed into mandatory social health insurance which made me very busy. I still remember one event.

“If I and my family becomes ill, I am responsible. If I do not subscribe for the insurance, you mean that I should pay penalty due to the violation of law. What an absurd statement. I am living in a free democratic country...!”

Choonseong-town in Gangwondo was the place where Graduate School of Public Health, Seoul National University has conducted pilot projects and the village people lived in the village without medicine and medical product. Therefore, the resistance to payment for insurance was quite strong even though residents recognized the efforts and volunteering activities of authorities (public health center) and Seoul National University.

There have been many changes for 40 years. Now everyone can enjoy the benefits of insurance without health insurance certificate if he or she is the citizens of Korea. Even though some demanded the wage increase to pay for more premium but sad stories are heard such as “poor mother and two daughters in Songpa” who left unpaid rent and public utility fee of 700,000 won. However, more than anything else, surrounding environment is changing rapidly requiring the health insurance, which is lagging behind, to follow diligently.

Korea has been proud of itself by saying that it established a big data for 50 million people’s information including health, disease, health promotion, birth, death, medical service use and expenditure for the first time in the world. However, it is not the case. We need to utilize the system efficiently to create new services and promote public health significantly. We cannot blame the strict Personal Data Protection Act. We should join our wisdom to make a creative way to revise the act in our favor.

One small work that could not be done 40 years ago but that can be done today is to draw the picture of health insurance future 40 years later. Let’s begin with the desirable future of health insurance we want to have 40 years later. This is the beginning of getting a bigger outcome than that 40 years ago. 40 years ago, I should overcome challenges alone but I wonder who can we reach the place we

dream by overcoming challenges 40 years later.

I ask your favor for two things. Those are the demand that have not been tried in the health insurance. It is supposed to be done but it has not been done or fails to be done. One is to utilize the health insurance as a means to reform the national health care system. Because there is no better means than health insurance for the production, distribution and allocation of medical resources. By doing so, let's put the wing of artificial intelligence to medical system. The big data accumulated for 40 years is the source of precision medicine and customized medical service as well as the driving force for the new industry. Let's make the 4th industrial revolution blossom at the National Health Insurance Service and Health Insurance Review & Assessment Service.

By doing so, we can escape from the low satisfaction rate of 50% to achieve 70% satisfaction on health care coverage. Strengthening coverage of health insurance, which has been an old issue, seems to be related to the path to a global healthcare leader.

We have passed from low burden, low fee and low benefits to reach the path of medium burden, medium fee and medium benefits in 40 years. We need to further our efforts to achieve medium burden and fee with high benefits. If our advanced medicine is linked well with world class IT to ease regulation, we may hit the jackpot to achieve medium burden and fee with high benefit before going to high burden, fee and benefit.

References

National health insurance, action plan for new vision, Feb. 2016

Medical Insurance Association, 1990.7-1991.7

Doctor's academic paper No. 25-3 (Vol.54) Dec., 2016

Korean J Med Hist 25 : 445-488 Dec 2016 © Korean Academy of Medical Science

Choi Cheon Song a, Studies on Social Security in Korea, Korea Labor Employment Relations Association, 1977.6.

Choi Cheon Songb, Policy of Medical Security, Korea Social Security Research Institute, 1980. 10.

Ulihi Hoffmyer, Penelof Rolat, Adam Royd, Reform of Korean Health Insurance System, KERA report (translated by Moon Ok-ryoon), Health Policy Paper 3, (publisher) Korea Medicine, 1994

Moon Ok-ryoon, Korean Society and Medical Coverage Policy Tasks and Prospect (publisher) Myeongkeyong, 1994.9.

Medical Insurance Association, 30-year history of Korean health insurance, 1991.1

International Symposium Celebrating the 30th Anniversary of Korean Health Insurance, 30 years of Korean National Health Insurance(Proceedings), COEX Intercontinental Hotel, 13-14, November, 2007

Busan blue cross medical insurance cooperative, blue cross book, 1968.5.13.----->1989 footprints of 20 years, 1989.10.1

Origin and development of public health insurance, evolution and future of health insurance, health future forum, 21st Books, 2012.5.25 ,

<All hospital expenses with one public health insurance>, civil meeting, start with the power of citizens!, 2010.9

Congresswomen Jeong Choon-sook, Medical Welfare Research Institute of Yonsei University, Korean Association of Geriatric Hospitals, policy discussion on the health care system facing population aging era, 2016.10.28

Nam In-soon room, Welfare Society Corporation, All Health Expenditures with One Health Insurance Movement Headquarters, Health Care Labor Union, 2017 policy discussion for welfare state for upcoming health expenditure election 2. Seminar Room 1 of National Assembly Building,

Mark Britnill, In Search of the Perfect Health System, Translated by Ryu Jeong Reality of medical system in 25 countries, Young Doctors, 2016

Kim Joo-hwan, Moon Ok-ryoon, policy analysis of medical system- exploration, Japan, Social Security Research Institute, Medical Publication, 1991.12

Moon Ok-ryoon, Kim Chang-yeop, Kwon Soon-man, Kim Ho, Kim Yoon, Research on the weight and out-of-pocket payment improvement by care institution and disease to establish medical system, health policy center, Seoul National University, 1999

30-year history of medical benefit by Ministry of Health and Welfare, 1977-2007, editor in chief Moon Ok-ryoon, 2008.2

Park Yeong sook, Jerom Glen, World Future Report, Business Books, 2055

Kang simook, Kim Seong-woo, Seok Gyeong-hyoo, Ahn Kyoo-seong, Yoon Byeongjoon, Lee Joon hyeop, Practice and Reality of Health Insurance, Vol. 12, Gyecheonmoonhwasa 2015.2

OECD, Health Statistics, 2015??

National Assembly Budget Office. Policy Evaluation on Strengthening Health Insurance Coverage, 2016

Woo Gyeong-sook, Shin Yeong-jeon. 'The Effect of Catastrophic Health Expenditure on Household Economy', Health and Social Welfare Review, 2015:35(3)

Moon Ok-ryoon, Choi Byeog-ho, Kim Woo-cheol, Kim Hee-seon, Plan to Revise Health Insurance

Premium Calculation System Based on Income, Korea Journal of Public Finance,

2016.10

Lee Sang-gu. Policy direction to cover all health expenditures with one health insurance- policy proposal to expand coverage of health insurance-, 2017 policy discussion for welfare state for upcoming presidential election 2. Seminar Room 1 of National Assembly Building, National Assembly, congressman Nam In-soon room, Welfare Society Corporation, All Health Expenditures with One Health Insurance Movement Headquarters, Health Care Labor Union, Mar. 30, 2017

Gang Hee-jeong, Current state and policy tasks of health insurance scheme, Health and Welfare Forum, Jan. 2016

NHIS. Survey on the health care expenditure of the health insurance holder in 2014, 2015

Alain E. Enthoven, Internal Market Reform of the British National Health Service , Health Affairs 10, No.3(1991)