

# 건강보험 보장률의 함의와 보장성 강화 정책의 의의



Policy Implications for National Health Insurance Coverage Expansion

최병호 | 서울시립대학교 도시보건대학원 원장

건강보험 보장률의 2022년 목표는 70%이다. 2018년 기준 보장률은 63.8%로, 비급여를 차단하고 민영보험의 빠른 성장을 통제하지 않는 한 목표 달성은 어려워 보인다. 보장성 강화 정책의 의의와 과제는 다음과 같다. 첫째, 보장성 강화의 목표는 가계의 의료비 부담 경감이며, 보장률 70%의 산술적 수치에 집착할 필요는 없다. 국제적 기준(OECD)인 '가계의 직접 비용 부담률'을 사용하고 현재의 '보장률'은 보조적 지표로 활용하는 것이 좋겠다. 둘째, 현재 '네거티브 리스트'로 운영되는 의료 행위 항목을 '포지티브 리스트'로 전환하고 비급여 행위는 예외적으로만 운영하는 것을 적극적으로 검토한다. 셋째, 필수 의료서비스에 대한 양적·질적 접근성을 충족시키고, 저소득층의 재난적 의료비를 실질적으로 보장하는 데 중점을 두어야 한다. 넷째, 위급하고 가치(경제성)가 높은 서비스에 대한 보장은 강화하되, 도덕적 해이가 발생할 가능성이 높고 가치도 떨어지는 서비스에 대한 보장은 약화시키도록 한다.

## 1. 들어가며

'건강보험'은 건강 위협에 대한 보장이 핵심이다. 국민건강보험공단의 조사에 따른 2018년 보장률은 63.8%이다. 보장률이란 우리가 지불해야 하는 의료비용 중에서 직접 부담 없이 얼마나 보장을 받느냐를 비율(%)로 나타낸 것이다(국민건

강보험공단, 2019; 보건복지부, 2019b). 대중이 알기 쉬운 지표이기 때문에 역대 대선의 단골 공약이었다. 그러나 공약을 실현한 정부는 없었다. 1977년 사회의료보험이 도입된 후 40년이 지난 현재까지 우리는 여전히 '불완전한' 건강보험제도를 운영하고 있다. 경제협력개발기구(OECD)의 자료에 따르면 우리나라는 국민 의료비 중에서

공공 부문(정부와 사회보험)이 부담하는 비율이 2018년 기준으로 59.8%에 불과하다.<sup>1)</sup> 민간 부문의 제3자가 7.3%<sup>2)</sup>를 담당함으로써 국민이 진료를 받을 때 직접 부담하지 않는 보장률은 67.2%에 달한다. 따라서 가계의 직접 부담은 32.9%를 차지한다(OECD, 2019a).

문재인 정부도 2017년 4월 정책공약집에서 ‘건강보험 하나로 의료비 문제를 해결한다’는 제1차로 실질적인 본인부담 100만 원 상한제를 달성하고 연간 2000만 원 범위 내에서 재난적 의료비를 지원한다고 표명하였다. 이때만 해도 보장률 70%에 대한 공약은 없었다(더불어민주당, 2017). 그러나 집권 후인 2017년 7월에 국정과제를 발표하면서 2015년 63.4%인 보장률을 2022년까지 70%로 높이겠다고 약속하였다(국정기획자문위원회, 2017). 2017년 8월에는 대통령이 직접 대중 앞에 나서서 ‘병원비 걱정 없는 든든한 나라’를 만들겠다고 천명하였다. ‘문재인 케어’라는 이름하에 역대 어느 대통령보다 보장성 강화에 강한 의지를 보였다.

보장성 강화 정책이 발표된 지 3년이 지난 현재 2022년 보장률 70% 달성의 전망은 그다지 밝지 않다. 2018년에 큰 폭의 급여 확대를 했음에도 보장률은 2017년 62.7%에 비해 1.1%포인트 증가하는 데 그쳤다. 올해 말에 공표될 2019년의 실적이 앞으로의 보장률 정책을 가늠할 중

요한 지표가 될 것이다. 한편 보장성 강화 추진 과정에서 보장성은 의료의 질과 지불보상제도 그리고 재원 조달 및 지속가능성, 관리·운영 체계와 함께 가야 한다는 것을 인식하고 2019년 4월에 제1차 국민건강보험종합계획(2019-2023)을 발표하였다. 이 계획에서 당초 제시한 재정 소요 규모를 다소 증액한 재정계획을 수립하였다. 이 글에서는 대통령이 보장성 강화 정책을 발표한 지 4년째에 접어든 시점에서 건강보험 보장률의 함의를 다시 한번 정리해 보고, 정부가 추진하고 있는 보장성 강화 정책에 대해 평가하고 향후의 과제를 고찰해 보기로 한다.

## 2. 건강보험 보장률의 함의

보장성이란 2005년에 세계보건기구(WHO)가 정의한 보편적 건강보장(UHC: Universal Health Coverage)의 의미에 따라 대부분의 국민에게 필요한 포괄적 범위의 보건의료서비스를 환자의 재정적인 부담 없이 제공하는 것이다(그림 1). 우리나라의 경우 1989년에 전 국민 의료보험을 달성함으로써 의료급여와 더불어 전 국민 건강보장을 성취하였다. 의료서비스에 대한 보장 범위를 보면 2007~2017년에 의료 행위는 5900개에서 8800개로 증가했고(연평균 4.1% 증가), 약제는 1만 5200개에서 2만 2400개로 증가했으며(연

1) OECD 회원국 평균은 2017년 기준으로 73.6%이다.

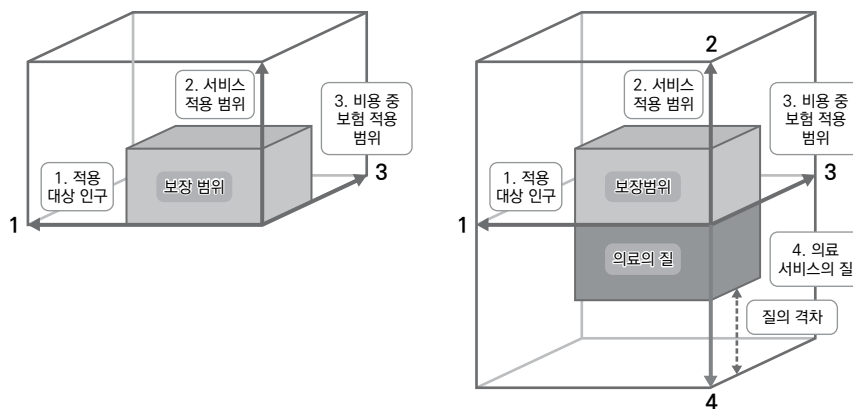
2) 민간 부문의 제3자는 민영보험 6.7%, 비영리기관 0.5%, 기업 부담 0.1%로 구성된다(정형선, 신정우, 문성웅, 최지숙, 김희년, 2019).

평균 14.7% 증가), 치료 재료는 1만 3000개에서 2만 8400개로 증가(연평균 21.8% 증가)했다(보건복지부, 2019a). 보험 적용 항목이 매우 빠르게 확대되고 있지만 실질적으로 환자에게 서비스의 양적·질적 혜택이 얼마나 제공되는지에 대한 정보는 없다. 의료 행위의 경우 새로운 행위를 도입한 것이 아니라 기존 행위의 분류를 세분화할 수 있다. 약제의 경우 신약을 도입한 것이 아니라 유사한 성분의 제네릭 의약품이 늘어났을 수 있다. 재료의 경우에도 신제품보다는 유사한 제품의 수가 늘어났을 수 있다. 보장성 강화는 비급여로 남아 있는 의료서비스와 이로 인한 과도한 본인부담을 줄이는 데 집중되어야 한다. 의학적으로 필수적이지만 비급여로 남아 있는 서비스는 전면적으로 급여화하고, 의학적으로 필수적이지 않은 서비스는 급여에서 제외하거나 비급여로도

제공되지 않도록 하는 조치가 필요할 것이다. 따라서 보장성의 관점에서 의학적으로 필수적인 의료 행위, 약제, 재료의 범위에 있어 우리나라가 선진국에 비해 어느 정도인지 국제적으로 비교 가능한 정보를 수집할 필요가 있다. 가계의 직접 부담 비율을 OECD 기준으로 살펴보면 1977년 86.0%에 달하던 것이 1989년 전 국민 의료보험 시행 시에 64.3%로 낮아졌고, 2000년 건강보험 통합 시에 43.6%까지 떨어졌다. 이후 보장성 강화는 대선의 대표 공약으로서, 역대 정부가 노력한 결과 2016년에는 비율이 33.3%까지 낮아졌다. 문재인 정부 출범 이후 2018년에 이 비율은 32.9%로 보고되었으나 아직까지는 기대에 미치지 못하는 수치이다.

한편 2012년에 WHO 사무총장이었던 마거릿 찬은 ‘모자보건서비스가 무상으로 제공된다 하더라도

그림 1. 건강보험의 보편적 건강보장 입체도(UHC 큐브)



자료: Barker, P. (2016). Making Universal Health Coverage Whole: Adding Quality as the Fourth Dimension. Institute for Healthcare Improvement. Retrieved from [http://www.ihl.org/communities/blogs/\\_layouts/15/ihl/community/blog/itemview.aspx?List=7d1126ec-8f63-4a3b-9926-c44ea3036813&ID=340](http://www.ihl.org/communities/blogs/_layouts/15/ihl/community/blog/itemview.aspx?List=7d1126ec-8f63-4a3b-9926-c44ea3036813&ID=340) 2016. 12. 12.

라도 그 질이 수준 이하이거나 위험하기까지 하다면 무슨 소용이 있을 것인가?’라고 반문하며 기존의 양적 기준 UHC에 대해 의문을 던졌다. 이후 UHC는 재정적 곤란 없이 양질의 서비스에 대한 접근이 가능한 상태를 의미하게 되었다. 오늘날 보장성에 대한 WHO의 공식적인 정의는 “모든 사람이나 지역 공동체가 효과적이고도 충분한 양질의 건강 증진, 예방, 치료, 재활 및 완화 의료서비스에 비용 부담의 곤란 없이 접근할 수 있는 상태”이다([https://www.who.int/health-financing/universal\\_coverage\\_definition/en/](https://www.who.int/health-financing/universal_coverage_definition/en/)).

우리나라의 경우 OECD 기준의 보건 지표에서 의료의 질적 보장성이 양적 보장성에 비해 우수한 것으로 보고되고 있다. 암 생존율, 허혈성 뇌졸중 생존율 등 급성기 진료의 질적 지표들이 우수한 데 비해 일차의료의 관리(천식, 고혈압, 당뇨, 만성폐쇄성 폐질환) 지표와 정신질환 지표는 평균 수준 이하의 값을 보였다(오소연, 박은철, 2019). 이는 일차의료 차원에서의 지속적 관리 부실이 급만성 중증 질환으로 이어지게 되었음을 의미한다. 하지만 병원급에서의 급만성 중증 질환 치료 수준은 높다는 것을 시사한다. 특히 정신질환 관리에 특별한 정책적 노력이 필요하다. 환자 본인부담률과 같은 보장성 지표를 일시에 끌어올리기 어렵다면 일차의료와 정신질환에 대한 질적 보장성에 주의를 기울이는 것이 어쩌면 더 나은 대안이 될 수 있다. 이는 정책의 우선 순위를 어디에 둘 것인가의 문제이며, 정치적 인기에 현혹되기보다는 보건학적으로 중요한 우선

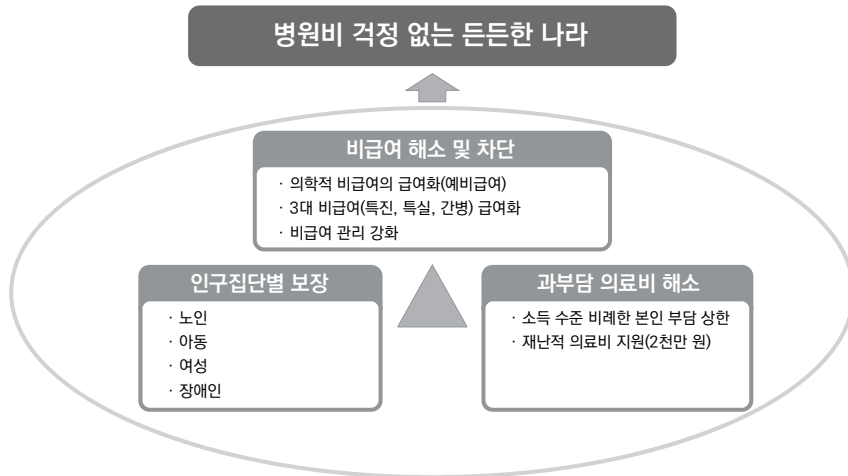
순위를 생각해야 할 것이다.

### 3. 건강보험 보장성 강화 정책의 의의와 과제

#### 가. 보장성 강화 정책의 개요

2017년 8월 9일에 발표한 보장성 강화 대책(2017-2022)은 아래 [그림 2]와 같이 비급여 해소, 취약 인구의 보장성 강화, 과부담 의료비 해소의 세 가지로 구성된다. 보장률이 2010년 63.6%를 나타낸 이후 2011년 63.0%, 2012년 62.5%, 2013년 62.0%, 2014년 63.2%, 2015년 63.4%로 60% 초반에 정체되어 있는 상황에서 벗어나는 것이 주요 목표였다. 보장률 정체와 더불어 재난적 의료비 지원 사업을 제도화하여 과부담 의료비 발생도 근원적으로 해소하려 했다. 그래서 5년간 30조 6000억 원을 투입하여 보장률을 70%로 끌어올리려 했다. 주요 내용은 다음과 같다(보건복지부, 2017). 비급여의 점진적 축소에서 의학적 비급여의 완전 해소로 정책을 전환한다. 3800여 개에 달하는 비급여를 신속히 급여화하되, 비용효과성이 다소 떨어지는 경우에는 본인부담을 차등 적용(30~90%)하는 ‘예비급여’를 거쳐 점진적으로 급여로 편입한다. 약제는 현재의 선별 등재 방식을 유지하되 환자 본인부담을 차등 적용하는 선별급여를 도입한다. 한방의료도 예비급여를 통해 급여 범위를 확대한다. 2018년에 선택진료를 완전히 폐지하고, 상급병실료는 2018년 하반기부터 단계적으로 건강보험의 적용을 받게 되며, 1인실은 중증 호흡

그림 2. 건강보험 보장성 강화 대책의 구조(2017년 8월)



자료: 보건복지부. (2017. 8. 9). 모든 의학적 비급여, 건강보험이 보장한다. 보도자료의 내용을 저자가 정리함.

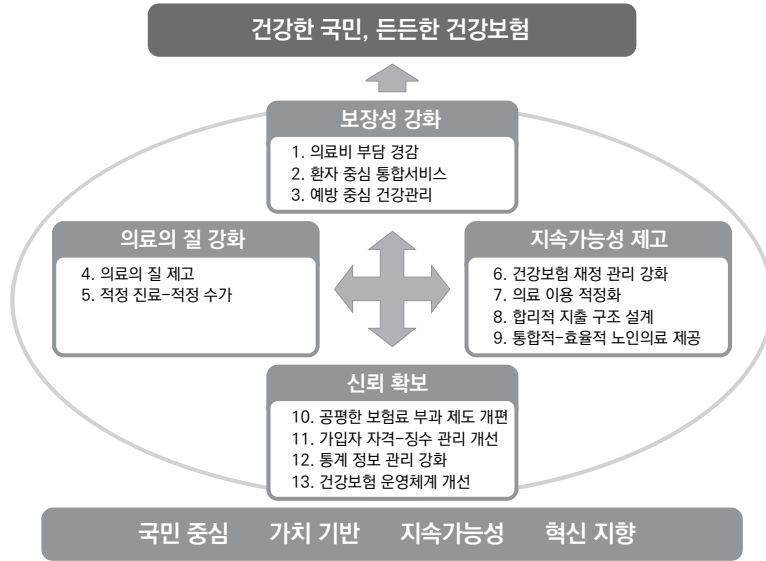
기 질환자, 출산 직후 산모 등 꼭 필요한 경우로 제한한다. 다만, 1~3인실 본인부담은 상급병원 쏠림 현상을 감안하여 기존 20%보다 높게 책정한다. 간호·간병통합서비스 확대를 통해 간병비 부담을 완화한다. 새로운 비급여 발생을 차단하기 위해 신포괄수가제 적용 의료기관을 대폭 확대한다. 이와 함께 실손보험으로 인한 불필요한 의료 이용 유발로 공보험 재정 부담을 가중하고 보험료 상승을 압박하는 문제를 완화하기 위해 공·사보험 연계법을 제정하여 양자 간 보장 범위를 조정하는 방안을 마련한다.

노인, 아동, 여성 등 경제·사회적 취약계층에 대한 필수적 의료비 부담을 대폭 경감하는 조치를 취한다. 노인의 경우 치매국가책임제를 뒷받침하는 서비스를 급여화하고, 노인 틀니와 임플

란트의 본인부담을 50%에서 30%로 인하한다. 아동의 입원 진료비 본인부담 경감 적용 대상과 폭을 대폭 확대하고, 부족한 어린이 재활 인프라를 확충한다. 장애인의 보조기 급여 대상을 확대하고, 시각장애인용 보장구 등에 대한 기준 금액도 인상한다. 가계의 과부담 의료비를 해소하기 위해 소득 하위 50% 계층에 대한 의료비 상한액을 연소득 10% 수준으로 인하하고, 재난적 의료비 지원 사업을 제도화하여 소득 하위 50%를 대상으로 지원한다. 그래도 지원이 필요한 경우에는 심사를 통해 선별 지원한다.

건강보험 보장성 강화 대책에 이어 2019년 4월에 수립한 제1차 국민건강보험종합계획(2019-2023)의 주요 내용은 [그림 3]과 같이 4대 분야, 13개 추진 과제로 구성되어 있다. 이 계획도 보

그림 3. 제1차 국민건강보험종합계획(2019-2023)의 개요(2019년 4월)



자료: 보건복지부. (2019a). 제1차 국민건강보험종합계획(2019-2023). 보도자료의 내용을 저자가 정리함.

장성을 중심에 놓고 보장성 실현을 위한 구체적인 실천 계획을 제시하고 있다. 건강보험 보장률을 2017년 62.7%에서 2022년 70.0%로 높이고 2023년에도 70.0%를 유지하도록 한다. 보장성 강화 대책의 대부분을 포함하지만 좀 더 진전된 내용을 담았다. 일차의료 중심의 포괄적 만성질환 관리를 강화하기 위하여 의원급에서 환자 관리 계획을 수립하고 지속적으로 관찰·관리하며 적절한 교육 상담을 제공하는 포괄적 관리 모델을 도입, 확산하도록 한다. 청구 건별로 심사하던 기존의 진료비 심사 방식을 변경해 기관·질병·환자 단위로 모니터링 및 분석 심사하도록 한다. 의료 질 향상을 위해 의료기관이 확보해야 하는 필수 인력의 고용이 가능하도록 건강보험 수가를

개선한다. 이에 따라 보장성 강화 대책 수립 시의 재정 투입 30조 6000억 원보다 6조 4500억 원을 추가 투입하도록 계획을 수정하였다.

건강보험 보장성 강화 정책의 추진 실적은 2018년까지의 실적만 보고되고 있다(국민건강보험공단, 2019). <표 1>에서와 같이 2018년 건강보험 보장률은 63.8%이다. 2010년의 보장률 63.6%에 비추어 보면 여전히 아쉬운 수준이다. 다만, 치료비 부담이 높은 중증 질환자와 노인·아동 등의 취약계층에 대한 보장률이 상대적으로 크게 증가한 것으로 보고되었다. 1인당 진료비 상위 30위의 중증·고액 질환에 대한 보장률은 전년 대비 1.5%포인트 상승한 81.2%로 처음으로 80%를 넘어섰다.<sup>3)</sup> 5세 이하 아동과 65세 이

표 1. 연도별 건강보험 보장률

(단위: %)

구분	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년
건강보험 보장률	63.6	63.0	62.5	62.0	63.2	63.4	62.6	62.7	63.8
법정본인부담률	20.6	20.0	20.3	20.0	19.7	20.1	20.2	20.2	19.6
비급여 본인부담률	15.8	17.0	17.2	18.0	17.1	16.5	17.2	17.1	16.6

주: 2010년 이전의 보장률을 보면, 2004년 61.3%, 2005년 61.8%, 2006년 64.5%, 2007년 65.0%, 2008년 62.6%, 2009년 65.0%임.

자료: 1) 통계청, e-나라지표, [https://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx\\_cd=27630](https://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=27630)에서 2020. 10. 30. 인출.

2) 보건복지부, (2019b. 12. 17.). 보도설명자료.

표 2. 2017~2018년 요양기관 종별 건강보험 보장률

(단위: %)

	2017년			2018년		
	건강보험 보장률	법정 본인부담률	비급여 본인부담률	건강보험 보장률	법정 본인부담률	비급여 본인부담률
종합병원급	64.4	20.8	14.8	67.1	20.6	12.3
상급종합병원	65.1	20.9	14.0	68.7	19.6	11.7
종합병원	63.8	20.7	15.5	65.2	21.8	13.0
일반병원(요양병원 제외)	47.1	18.0	34.9	48.0	17.9	34.1
의원급	60.3	20.1	19.6	57.9	19.3	22.8

자료: 1) 국민건강보험공단, (2019). 2018년도 건강보험환자진료비 실태조사. 재인용.

2) 보건복지부, (2019b. 12. 17.). 보도설명자료.

상 노인에 대한 보장률이 각각 전년 대비 2.5%포인트, 1.4%포인트 증가한 69.3%, 70.2%로 나타나 의료비 부담 완화가 필요한 계층에 많은 도움이 된 것으로 보인다.

요양기관 종별 보장률을 보면, 상급병원일수록 보장률이 높고 의원급은 보장률이 낮음을 알 수 있다(표 2). 이는 병원급의 비급여 본인부담률이 떨어진 반면에 의원급의 비급여 본인부담률이

증가한 데서 비롯된 것이다. 중증 질환 및 고액 진료비의 보장성 강화에 집중하다 보니 상급병원 이용 환자들에 대한 보장성이 강화되고 있고 상급병원으로 환자가 쏠리면서 병원의 수익성이 개선됨에 따라 비급여 의료 제공은 줄어들고 있음을 시사한다. 다만, 일반 병원은 비급여 비율이 지나치게 높으므로 실태조사를 통해 비급여를 차 단할 대책을 마련해야 한다. 의원급에서는 환자

3) 박근혜 정부에서는 중증 질환 중심으로 보장성을 강화하는 정책을 추진했고, 그 성과 지표로서 4대 중증 질환(암, 심혈관, 뇌혈관, 희귀난치)의 보장률이 2015년 79.9%(법정 본인부담률 8.6%, 비급여 본인부담률 11.5%)임을 발표했다. 그리고 1인당 진료비 상위 30위 보장률 77.9%(2015년), 상위 50위 보장률 76.6%(2015년)의 성과를 내세웠다.



가 줄어 감소하는 수입을 보전하기 위해 도수치 료나 영양제 주사와 같은 비급여 진료를 개발하는 것으로 알려지고 있다.

#### 나. 보장성 강화 정책에 대한 평가와 과제

##### 1) 보건정책적 관점

보건정책적으로 보장성 강화에서 기대하는 것은 의료 접근성의 제고로 궁극적으로 사망률이 감소하고 기대여명이 연장되는 것이다. 그리고 의료취약층의 접근성이 향상됨으로써 의료 이용과 건강 수준의 계층 간 격차도 완화될 것으로 기대된다. 문제는 지역 간 의료 자원 분포의 격차가 심화되면서 보장성 강화의 혜택이 취약 지역 주민에게 전달되지 않을 우려가 있다는 점이다. 의료의 양적 측면뿐 아니라 질적 측면에서 낙후 지역의 의료 수준이 떨어질 가능성이 있다.

의료기술의 발전으로 새로운 의료서비스가 개발되는데, 이를 의료시장과 건강보험제도에서 어떻게 포용하느냐에 따라 보장률 지표에 영향을 미친다. 신기술 도입을 의료 공급자의 자율에 맡길 것인가 혹은 신기술의 시장 진입과 보험 등재를 엄격히 통제할 것인가에 따라 보장률은 달라질 것이다. 보장률 제고를 위해서는 신기술의 시장 진입을 통제하고 시장에 진입한 기술은 대부분 보험에 등재해야 한다. 안전성과 효과성에 대한 엄격한 검증 없이 시장에서 유통되는 의료기술이 많다. 소비자 입장에서는 경제성이 떨어지는 기술의 진입도 막아야 할 것이다. 그런데 신기술의 지나친 통제는 의료 수준 향상에 역행한다.

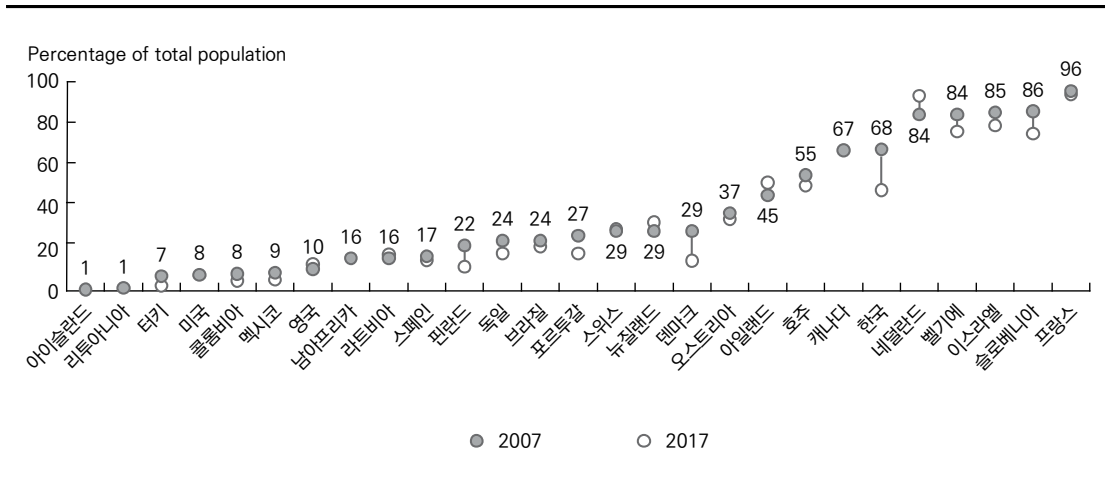
신기술의 안전성과 효과성을 검증해 시장 진입을 허용하되, 시장 진입과 동시에 보험에 등재한 후 예비 급여의 형태로 검증 기간을 거쳐 보험급여로 편입하는 절차를 마련하는 것이 좋을 것이다.

한편 비급여의 급여화 과정에서 수가 산정, 급여 기준 정비, 본인부담률 산정 등 의료 공급자와 협의해야 할 과제들이 산적해 있다. 상당 부분은 실무적으로 협의가 가능하나, 공급자와 협의하기 어려운 과제들이 걸림돌이다. 신포괄수가제나 묶음수가의 도입, '서비스 건당 심사'에서 기관 총량 심사(병원 단위 심사)로의 전환, 전면적인 의료기술 평가와 보험 등재 등의 문제는 기존의 행위수가 중심 방식에 익숙해진 체계에 큰 변화를 야기하기 때문에 공급자 단체가 쉽게 수용하지 않을 것이다. 이는 의료비 지출의 총량을 통제하거나 효율성을 제고하는 과제들이다. 건강보험 지출의 총량에 제한이 없고 총액 내에서 효율과 형평성을 제고하는 정책 수단 없이 운영되는 것은 공공 재원이 투입되는 프로그램이라고 할 수 없다.

보장성 강화 정책에서 또 하나의 큰 걸림돌은 민영보험과의 관계 정립이다. 민영보험시장의 빠른 성장이 공보험을 보완하기보다는 다른 하나의 경쟁적인 건강보험으로 발전하는 양상을 보인다. [그림 4]에 제시된 것과 같이 우리나라의 민영보험 가입 인구는 2017년 68%에 이르고 2007~2017년에 OECD 국가들 중에서 가장 빠르게 성장했다.



그림 4. 민영의료보험 적용 인구 비율 추이



자료: 1) OECD. (2019b). Health Statistics. [https://stats.oecd.org/BrandedView.aspx?oecd\\_bv\\_id=health-data-en&doi=data-00349-en](https://stats.oecd.org/BrandedView.aspx?oecd_bv_id=health-data-en&doi=data-00349-en)  
 2) OECD. (2019a). Health at a Glance, 2019. p. 157.

표 3. 국민 의료비의 자원 유형별 구성의 추이

		2000년	2010년	2018년
국민 의료비/GDP(%)		4.0	6.2	8.1
비율(%)	공공(정부+사회보험)	53.9	60.6	59.8
	민영보험 등 제3자	2.5	5.0	7.4
	가계 본인부담	43.6(100)	34.4(100)	32.9(100)
	(비급여)	27.3(62.6)	20.1(58.4)	20.2(61.4)
	(법정)	16.3(37.4)	14.3(41.6)	12.7(38.6)

주: 가계 본인부담에서 비급여와 법정본인부담의 수치는 건강보험공단의 실태조사 결과를 적용한 것임.  
 자료: OECD. (2019b). Health Statistics. [https://stats.oecd.org/BrandedView.aspx?oecd\\_bv\\_id=health-data-en&doi=data-00349-en](https://stats.oecd.org/BrandedView.aspx?oecd_bv_id=health-data-en&doi=data-00349-en)에서 필자가 계산함.

〈표 3〉은 국민 의료비의 자원 유형별 구성 비율을 보여 준다. 공보험의 보장성 강화에도 불구하고 2018년에 공공보건과 건강보험 등 사회보험의 지출 비율이 59.8%로 2010년에 비해 오히려 후퇴하였다. 반면에 민영보험을 비롯한 제3자의 부담은 지속적으로 증가하고 있다. 가계의 본인부담 비율이 그나마 감소한 것은 법정본인부담

감소에 힘입은 바가 크다. 비급여 부분의 비율은 20% 선을 견고하게 유지하고 있다. 비급여의 비율이 2000년 27.3%에서 2010년 20.1%로 떨어진 것에 비하면 2010년 이후 보장성 강화를 위해 노력했음에도 불구하고 비급여 관리에 성공하지 못했음을 의미한다. 민영보험 등의 비율이 2010년 5.0%에서 2018년 7.4%로 증가했다는

표 4. 민영보험의 실손의료비 청구 실태<sup>1)</sup>

	2017년		2018년		2019년		2020년
	상	하	상	하	상	하	상
위험손해액(조 원)	3.7	3.8	4.3	4.5	5.1	5.9	5.8
위험손해율 <sup>2)</sup>	124.6%	118.3%	122.9%	119.6%	129.1%	138.3%	131.7%
청구 의료비(조 원) (1인당, 만 원)	6.03 (113.2)	6.43 (118.2)	6.24 (115.0)	6.68 (119.2)	7.71 (123.0)	9.04 (139.6)	8.82 (137.9)
급여 본인부담금(조 원) (1인당, 만 원)	1.03 (19.3)	1.10 (20.1)	1.05 (19.4)	1.15 (20.6)	1.35 (21.5)	1.48 (22.8)	1.54 (24.1)
비급여(조 원) (1인당, 만 원)	2.02 (37.9)	2.16 (39.7)	2.19 (40.3)	2.26 (40.3)	2.50 (39.9)	2.50 (41.7)	2.77 (43.2)

주: 1) 손해보험 5개 사, '실손의료보험 청구통계'(2020년 상반기 실손의료보험 전체 발생 손해액의 약 61%를 차지함)에 근거하여 계산함.

2) 위험손해율은 위험손해액을 위험보험료로 나눈 비율임.

자료: 정성희, 문혜정. (2020). 최근 실손의료보험 청구 실태와 시사점. KIRI 리포트 이슈분석, 제504호, pp. 10-13 (그림 1), (그림 2), (부록 그림 1)에 근거하여 저자가 정리함.

것은 비급여 영역이 오히려 증가했다는 것을 방증한다. 공보험의 보장성 강화는 민영보험의 축소를 가져와야 하는데, 현실은 반대로 움직인 것이다. 공보험의 증증 질환 보장 강화에도 불구하고 민영보험은 여전히 '공포' 마케팅을 통해 가입을 유도하고 있고 보장성이 취약한 부문(예: 치매나 장기요양, 한방치료)의 상품을 개발해 나가고 있다. 의료 공급자들도 공보험 급여 범위가 확대되자 비급여 영역을 개발함으로써 민영보험 진입의 빌미를 제공한다. 의료 공급자와 민영보험사 양측의 이익 추구 행위는 결국 소비자의 부담으로 돌아오고(건강보험료와 민영보험료의 동시 인상), 의료비를 증가시켜 공보험의 보장률을 제고

하는 데 걸림돌로 작용한다.

최근의 실손의료비 청구 실태에 대한 연구 결과를 보면(표 4), 공보험의 보장성 강화가 실손보험의 위험손해액 감소로 이어지지 않고 손해액이 오히려 증가해 왔다. 2020년 상반기 위험손해율은 131.7%로 전년 동기에 비해 2.6%포인트 증가하였다. 이는 비급여가 2019년에 전년 대비 12.4% 증가하고 2020년 상반기에 전년 동기 대비 10.8% 증가한 추세를 반영하고 있다(정성희, 문혜정, 2020).<sup>4)</sup> 청구 의료비는 2019년에 전년 대비 무려 29.6% 증가했고, 2020년 상반기에는 전년 동기 대비 14.4%가 증가함으로써 보장성 강화에 의한 보험급여비 증가와 비급여 증가가

4) 위험손해율은 지급 보험금을 위험보험료로 나눈 비율이다. 보험회사는 위험손해율이 100%를 초과하기 때문에 보험료를 인상해야 한다고 주장한다. 그러나 가입자는 위험보험료에 부가보험료를 더한 금액을 보험료로 납입한다. 부가보험료는 보험회사의 영업 비용(모집인 수수료, 마케팅, 계약 관리 등)에 소요된다. 부가보험료는 전체 보험료의 30% 내외로 알려져 있다. 따라서 실제 손해율은 '지급 보험금+영업 비용'을 '위험보험료+부가보험료'로 나눈 비율(소위 '합산 비율')로 계산되어야 한다. 보험회사는 아직까지 이러한 정보를 공개하지 않고 있다.

총의료비를 증가시키고 있음을 보여 준다. 이 연구에서는 보장성 강화 정책과 연관이 높은 항목의 비급여는 뚜렷이 감소하는 반면에 과잉 의료에 취약한 항목 중심으로 증가세가 지속됨을 지적한다. 즉 입원료(상급병실 급여화, 아동 입원료 경감), MRI·초음파 진단료 등에서 감소 추세를 보이거나 치료 재료대, 처치 및 수술료, 주사료, 재활 및 물리치료료 등에서 여전히 높은 증가세를 보인다. 또한 상급종합병원에서 실손 청구와 비급여 진료의 감소하는 경향을 보이거나 의원에서는 실손 청구 및 비급여의 증가세가 꾸준히 유지됨을 지적한다.

민영보험의 청구 실태는 국민건강보험의 급여와 비급여 실태를 대표하지는 못하지만 의료비 지출의 흐름을 최근의 추세까지 모니터링하고 있다. 반면에 국민건강보험의 보장률은 2018년의 실적까지만 보고되고 있을 뿐이다. 앞으로는 보험급여와 비급여 정보의 실태를 최근의 추세까지 투명하게 공개하고 보장성 강화를 위한 적극적인 대응에 나서야 할 것이다.

## 2) 경제적 관점

보장성 강화의 경제적 의의는 소비자 후생(효용)의 증가 여부에 있다. 전반적으로 소비자는 위험 회피적인 성향을 띠기 때문에 위험에 대한 보장의 확대는 사회적 순후생을 증대시킬 것이다. 보장성이 중증 질환과 취약·빈곤층 중심으로 강

화되고 보험료는 소득 중심의 부과로 이행될 것이므로 저소득층의 후생은 증가할 것인 반면에 고소득층의 후생은 감소하게 될 것이다. 저소득층의 후생 증가가 고소득층의 후생 감소보다 클 것으로 사료된다. 그러나 도덕적 해이가 만연해져 의료 이용이 지나치게 늘어나면 자원 배분이 왜곡되고 소비자 후생이 감소하게 된다. 위급하지 않고 경제성이 떨어지는 서비스를 과다 이용하는 것은 불필요한 자원 낭비를 초래한다. 예를 들면, 습관적인 물리치료, 요양병원에 대한 사회적 입원, 도수치료나 영양주사 같은 것들이다. 민영보험 가입자의 의료 이용 과수요도 사회적 후생을 감소시킨다. 민영보험 가입자의 의료 이용 증가는 의료 공급자에게도 이익이기 때문에 과잉 수요를 유발한다. 공보험과 민영보험 모두를 보유한 경우 의료 이용 측면에서나 의료서비스 공급 측면에서 도덕적 해이를 낳게 된다. 보장성 강화로 인한 초과 수요 발생으로 야기되는 후생손실을 계산한 연구에서는(최병호, 2004) 후생손실을 최소화하기 위해 대체탄력성<sup>5)</sup>이 낮은 진료 부문의 보험급여율을 축소하는 대신에 대체탄력성이 높은 진료 부문의 보험급여율을 높이는 재정 중립적인 접근 방안을 제안했다. 중증·응급 질환에 대한 보장률은 높이고 경증·비응급 질환에 대한 보장률은 축소하는 것이다.

다음으로 보장성 강화로 가계의 가처분소득에 미치는 영향을 예상하면, 저소득층은 보장성 강

5) 대체탄력성이란 특정 의료서비스 가치의 일반 상품 가치에 대한 상대적인 평가로 볼 수 있다. 의료서비스의 가치가 일반 상품의 가치보다 상대적으로 저평가될수록 대체탄력성은 낮아진다.

화로 인해 의료비 부담이 획기적으로 감소되어 가처분소득이 증가할 것이다. 반면 고소득층은 의료비 부담 감소에 비해 보험료 부담이 더 크게 증가함으로써 가처분소득이 감소할 것이다. 보장성 강화는 소득 계층 간 재분배를 강화할 것이다. 다만, 비급여 비용을 통제하지 못하면 재분배 효과는 약화될 것이다.

보장성 확대는 의료시장의 규모를 확대시키므로 고용을 증대시킬 것이다. 간호·간병통합서비스의 확대는 간호사, 간호조무사, 간병인 등의 유희 인력을 의료시장으로 끌어들이는 것이다. 문제는 도시의 큰 병원 중심으로 인력이 쏠리게 되는 것이다. 의사 인력에 대한 수요가 늘어날 것이나 유희 인력이 거의 없기 때문에 인력난을 겪을 수밖에 없다. 상대적으로 한의사에 대한 수요가 늘어날 가능성이 있다. 다만, 한방의료에 대한 보장성 강화 정도에 의존하게 될 것이다. 장기적으로는 한방진료의 안전성과 효과성에 대한 환자의 신뢰가 뒷받침되어야 양방의료에 대한 보완재 혹은 대체재가 될 것이다. 치과외사에 대한 수요도 다소 늘어날 것인데, 역시 도시 지역으로 쏠리는 현상이 발생할 것이다. 전체적으로 의료 인력의 지역 간 수요와 공급의 불일치를 어떻게 해소할 것인지에 대한 고민이 본격적으로 시작되고, 그 과정에서 최근의 의대 정원 확대와 같은 파동을 여러 차례 겪게 될 것이다. 보장성 강화로 의료시장이 확대되면서 제약, 의료기기, 의료 재료 관련 산업의 매출이 증가하게 되고 성장에 기여할 것이다. 그러나 산업과 고용 성장의 이면을 간과해

서는 안 된다. 보건의료 부문에 대한 자원 투입 증가는 다른 부문에 대한 자원 투입 감소를 의미하므로 다른 부문에서 잃게 되는 고용과 부가가치를 고려해야 한다. 관건은 효과적이지도 않고 경제성이 떨어지는 보건의료서비스에 대한 보장성을 강화하지 않는 데 있다.

보장성 강화는 보험 재정에 대한 통제 장치가 취약한 현재의 상황에서는 재정 지출의 급증이 우려된다. 민영보험까지 그 영역을 확대해 나가면 국민 의료비는 총생산 능력을 초과하여 증가하게 됨으로써 전체적 자원 배분의 왜곡을 초래하여 사회적 후생을 감소시키고 경제성장의 잠재력을 저해할 것이다. 따라서 보험 재정의 총량 통제와 민영보험의 과도한 성장을 통제해야 할 것이다.

보장성 강화는 의료 자원의 배분을 더욱 왜곡할 우려가 있다. 의료비 부담이 가벼워진 지방의 소비자는 수도권과 대도시의 대형 병원으로 더욱 쏠리게 될 것이다. 본인부담이 낮아질수록 수도권 유명 병원이 환자를 빨아들이는 ‘빨대현상’은 가속화될 것이다. 이에 따라 지방의 중소병원이나 종합병원이 경영난을 겪게 되면 생존을 위한 도덕적 해이와 불법이 자행될 수 있다. 도시 내에서도 대형 병원과 중소병원의 격차가 벌어질 것이다. 환자들이 동네 의원을 외면하게 되면 의원급은 비필수적인 혹은 비의료적인 서비스에 의존하게 될 것이다.

### 3) 정치적 관점

최근의 보장성 강화 정책은 1977년 의료보험

제도를 도입한 이후 최초로 대통령이 직접 진료의 현장(서울성모병원 로비)에서 천명함으로써 역사상 가장 강한 추진 동력을 얻은 정책이었다. 이는 타운홀 미팅을 통해 대중적인 지지를 획득하고 의료 개혁에 저항하는 이해 당사자들의 저항을 누그러뜨리면서 2010년 전 국민 의료보험법을 관철시킨 미국의 버락 오바마 전 대통령을 연상시킨다.<sup>6)</sup> 문재인 대통령 역시 환자들 앞에서 약속하여 대중적 지지를 이끌어 냄으로써 보장성 강화에 미온적인 이해 당사자를 압박하는 극적인 효과를 노렸다. 대통령의 강한 의지는 담당 부처인 보건복지부에 힘을 실어 주었다. 복지부로서는 정체 상태에 머물던 보장률을 획기적으로 제고할 ‘기회의 창’(window of opportunity)이 열린 것이다. 반면에 복지부는 보험료를 인상하고 소득 중심의 보험료 부과 체계로 개편하기 위해 국민을 설득해야 하는 어려움을 겪게 되었다. 또한 비급여를 급여화하는 것에 대해서는 의료 공급자의 다양한 이해관계를 조정해 나가야 하는 험난한 과정을 거쳐야 한다. 궁극적으로는 대통령이 약속한 보장률 70%를 달성하지 못할 경우에 쏟아지는 비난을 감수해야 한다.

보장성 강화에 대한 이해 당사자의 반응은 정책 목표 달성에 큰 영향을 미치게 된다. 의사단체로서 대한의사협회는 수가의 충분한 보전이 없는

보장성 강화에 줄곧 반대해 왔다(이재훈, 2017; 대한의사협회, 2018). 대한병원협회는 초기의 관망 태세에서 보장성 강화에 협조하는 자세로 전환하였다(백민경, 2018). 중증 질환 중심의 보험급여 확대로 환자의 병원 쓸림이 가속화될 것으로 전망되면서 보장성 강화 정책을 지지하였다. 다만, 대형 병원과 중소병원 간에는 다소 이해관계가 엇갈리는 양태를 보였다(임술, 2019). 간호협회도 지지하였다(박선재, 2017). 한의사협회는 한방의료의 급여 확대를 원하면서 적극적으로 지지하였고, 치과의사협회도 지지하였다(김혜순, 2018). 시민사회단체와 노동조합은 정책을 지지하면서도 보장률 70%의 소극적 목표에는 비판적이다(배준열, 2018). 민영보험회사는 공보험의 보장성 강화는 곧 민영보험시장의 축소를 의미하기 때문에 보장성 강화를 우려하면서도 공보험 강화로 인한 반사이익을 기대하였다(메디게이트, 2017). 제약업계는 보장성 강화가 제약산업에 미칠 영향을 계산하였고, 보장성 강화는 곧 의료시장을 확장시킬 것이기에 찬성하는 입장이었다. 다만, 의료비 증가에 따른 의약품 지출 통제를 우려하고 있다(김종민, 2017). 제네릭 의약품을 생산하는 국내 제약사와 브랜드 제품 및 혁신 신약을 판매하는 다국적 제약사 간에 이해 충돌이 있다.

6) 오바마 의료 개혁의 성공 요인으로 민주당이 의회를 장악한 것과 민간의료보험료의 급상승으로 기업의 부담이 과중해진 점을 꼽을 수 있다. 이에 따라 민영보험사들은 공보험 확대에 반대하기보다는 단일 공보험 도입을 지지하는 전략을 구사했다. 제약회사 등 보건산업도 반대하기보다는 지지하면서 실리를 얻어 내는 전략을 썼다. 의사단체들과 시민단체들은 찬반 의견이 있었으나 대세는 지지 쪽이었다. 특히 의사들은 HMO 방식(Health Maintenance Organization, 관리의료기구)의 민영보험이 의사들을 강하게 통제해 온 데에 반감이 깊었다(최병호, 2011).

이와 같이 보장성 강화와 관련해 여러 이해관계가 상충하기 때문에 정책의 추진 과정은 험난하다. 사실 오바마케어도 추진 과정에서 수많은 장애를 만나면서 수정에 수정을 거듭하여 중국에는 누더기 법안이 되었다는 비판에서 벗어날 수 없었다. 오바마케어는 100% 의료보장 적용에는 이르지 못했지만 전 국민 의료보장을 위한 법·제도를 마련했다는 점에서 정치적으로 승리했다고 평가할 수 있다.

결국 보장률은 급여 항목 확대와 재정 투입만 하면 달성되는 정태적인 수치가 아니고 의료 공급자와 소비자의 행태에 따라 달라지는 동태적인 수치이다. 2018년의 보장률이 63.8%에 불과하다는 수치가 발표되었을 때 2022년까지 보장률 70%를 달성하는 것은 대체로 어려울 것이란 전망이 우세했다. 따라서 보장률의 다양한 지표를 개발하여 국민들에게 필수적인 의료서비스에 대한 보장률을 제시하는 방향으로 정책을 전환하는 것을 고려해야 할 것이다. 특히 위급하고 중증인 질환에 대한 보장률이나 가계의 의료비가 많이 소요되는 장기적인 만성질환에 대한 보장률이 획기적으로 개선되는 지표, 그리고 저소득층의 재난적 의료비를 실질적으로 보장하는 지표에 정책적인 중점을 두는 것이 바람직할 것이다.

결론적으로 보장률 70%를 목표로 제시했지만 그 산술적 수치에 집착할 필요는 없을 것이다. 의료 필요에 대한 양적, 질적 접근성을 충족시켜 주는 데 중점을 두어야 할 것이다. 보험 재정 지출과 비급여 본인부담의 급증을 통제하고 민영보험

의 급속한 팽창을 막기 위한 제도적 장치를 마련하는 데 국민과 의료 공급자, 민영보험회사의 협조가 필요함을 호소해야 한다.

#### 4. 나가며

건강보험제도가 1977년에 도입된 이래로 보장성을 강화하는 데 지속적으로 노력한 결과, OECD 기준의 가계 직접 부담률은 1977년 86.0%에서 1989년 전 국민 의료보험 시행 시에 64.3%로 낮아졌고 2000년 건강보험 통합 시 43.6%에서 2016년에 33.3%로 떨어졌다. 2018년에는 32.9%를 기록했다. 이 지표는 경상 국민 의료비 중에서 정부와 사회보험의 부담, 그리고 민영보험을 비롯한 민간의 제3자 부담을 제외한 가계 부문의 직접적인 의료비 부담을 의미한다. 정부가 제시한 보장률은 건강보험의 보험급여비를 총진료비(보험급여비+법정본인부담+비급여)로 나눈 비율이다. 이 비율은 건강보험공단의 비급여 실태조사에 전적으로 의존하기 때문에 논란이 많고 불완전한 수치이다. 비급여의 범위가 모호하고 정확한 실태를 파악하기도 어렵다. 따라서 보장성의 목표는 OECD의 가계 본인부담률 기준을 따르는 것이 좋겠다. OECD 기준은 건강보험뿐 아니라 의료급여, 산재보험 등 사회보험 제도상의 의료비와 보험급여, 공공보건 분야를 포괄하는 거시적인 지표이기 때문에 미시적인 계산의 논란에서 벗어날 수 있다. 건강보험공단의 보장률 지표는 보조적으로 활용하도록 하고, 비



급여 실태를 엄밀히 조사하는 데 집중하는 게 좋겠다.

OECD 기준의 보장률이나 건강보험공단의 보장률, 어느 쪽을 사용하든 분명한 것은 보장률을 제고하기 위해 비급여를 통제해야 한다는 점이다. 여기서 ‘비급여’라는 용어보다는 ‘비보험’이란 용어가 정확한 의미일 것이다. 즉 건강보험제도에서 보장하지 않는 서비스이다. 생각건대, 의료서비스는 모두 건강보험의 적용을 받도록 하고, ‘비보험’은 극히 예외적으로 인정해야 할 것이다. 현재 비급여로 분류되는 서비스들을 보험과 비보험으로 구분하고, 비보험 중에서 안전성이나 효과성 면에서 미흡한 서비스는 퇴출해야 할 것이다. 소위 비급여의 임의적인 개발을 허용해서는 안 될 것이다. 현재의 ‘네거티브 리스트’로 운영하는 의료 행위를 ‘포지티브 리스트’로 전환하도록 한다.

결론적으로 건강보험 보장성 강화의 목표는 가계의 직접 부담을 완화하는 데 중점을 두도록 하고, 가계의 소득 수준에 비추어 재난적 의료비 발생을 차단하는 데 역점을 두어야 한다. 재난적 의료비 지원 제도 외에 각 부처에서 운영되고 있는 본인부담 지원 제도들을 통합해야 할 것이다. 특히 가치가 떨어지는 비급여 영역을 개발하는 의료 공급자와 비급여를 보장하는 실손보험 양측의 이익 추구 행위는 공보험의 보장성을 떨어뜨리고 소비자의 부담을 가중시켜 총체적인 사회후생을 저해한다는 점을 명심해야 한다. ㉞

## 참고문헌

- 국민건강보험공단. (2019). 2018년도 건강보험 환자 진료비 실태조사.
- 국정기획자문위원회. (2017). 문재인정부 국정 운영 5개년 계획. 2017년 7월.
- 김종민. (2017. 8. 23.). 건보보장성 강화 ‘문재인케어’, 제약산업에 약 될까, 독 될까. 중앙일보.  
<https://news.joins.com/article/21866362>에서 2020. 10. 30. 인출.
- 김혜순. (2018. 4. 1.). 의협, 문케어 전쟁 선언에도 한의협·치과는 오히려 지지. 매일경제.  
<http://vip.mk.co.kr/news/view/21/20/1587081.html>에서 2020. 10. 30. 인출.
- 대한의사협회. (2018. 6. 1.). 성명서.
- 더불어민주당. (2017. 4.). 제19대 대통령선거 정책공약집. 나라를 나라답게.
- 메디게이트. (2017. 10. 29.). 문재인케어와 실손보험. 메디게이트.  
<https://www.medigatenews.com/topicuration/view/122>에서 2020. 10. 30. 인출.
- 박선재. (2017. 8. 10.). 간협, 문재인케어 ‘환영’ 발표. 메디컬옵저버.  
<http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=104402>에서 2020. 10. 30. 인출.
- 배준열. (2018. 2. 23.). 복지부, 노동·시민단체와 문재인케어 논의. 의사신문.  
<http://www.doctorstimes.com/news/articleView.html?idxno=193781>에서 2020. 10. 30. 인출.
- 백민경. (2018. 5. 11.). ‘문재인 케어’ 의협과 다

- 른 길? 병원협 “협조·견제하겠다” 중앙일보. <https://news.joins.com/article/22615971>에서 2020. 10. 30. 인출.
- 보건복지부. (2017. 8. 9.). 모든 의학적 비급여, 건강보험이 보장한다. 보도자료.
- 보건복지부. (2019a). 제1차 국민건강보험종합계획(2019-2023).
- 보건복지부. (2019b. 12. 17.). 보도설명자료.
- 오소연, 박은철. (2019). 2016 한국의 보건의료의 상대적 위치와 추이: OECD 국가와 비교. 보건행정학회지, 29(1), 90-97.
- 이재훈. (2017. 12. 11.). 환자부담 줄인다는 ‘문재인케어’, 의사들은 왜 반대할까. 한겨레. <http://www.hani.co.kr/arti/society/health/822940.html>에서 2020. 10. 30. 인출.
- 임솔. (2019. 7. 3.). 의료계가 바라보는 문재인케어 부작용. 메디게이트. <https://www.medigatenews.com/news/3231802187>에서 2020. 10. 30. 인출.
- 정성희, 문혜정. (2020). 최근 실손의료보험 청구 실태와 시사점. KIRI 리포트 이슈분석, 제 504호, 10-13.
- 정형선, 신정우, 문성웅, 최지숙, 김희년. (2019). 2018년 경상의료비 및 국민보건계정. 보건행정학회지, 29(2), 206-219.
- 최병호. (2004). 건강보험제도의 경제적 후생손실에 대한 고찰. 보건경제와 정책연구, 10(1), 81-94.
- 최병호. (2011). 미국 의료개혁의 정치경제학. 보건경제와 정책연구, 17(1), 71-101.
- 통계청. e-나라지표. [https://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx\\_cd=2763](https://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2763)에서 2020. 10. 30. 인출.
- Barker, P. (2016). Making Universal Health Coverage Whole: Adding Quality as the Fourth Dimension. Institute for Healthcare Improvement. Retrieved from [http://www.ihl.org/communities/blogs/\\_layouts/15/ihl/community/blog/itemview.aspx?List=7d1126ec-8f63-4a3b-9926-c44ea3036813&ID=340](http://www.ihl.org/communities/blogs/_layouts/15/ihl/community/blog/itemview.aspx?List=7d1126ec-8f63-4a3b-9926-c44ea3036813&ID=340) 2016. 12. 12.
- OECD. (2019a). Health at a Glance, 2019.
- OECD. (2019b). Health Statistics. [https://stats.oecd.org/BrandedView.aspx?oeid\\_bv\\_id=health-data-en&doi=data-00349-en](https://stats.oecd.org/BrandedView.aspx?oeid_bv_id=health-data-en&doi=data-00349-en)
- WHO. [https://www.who.int/health\\_financing/universal\\_coverage\\_definition/en/](https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/)