

## 정부 건강보험 보장성 확대방안의 쟁점과 과제\*

### A Study of Issues and Problems: Government's Plan for Benefit Expansion in National Health Insurance

김계현\*\* · 김한나\*\*\*  
Kim, Kye-Hyun · Kim, Han-Nah

#### 목 차

- I. 서론
- II. 정부 건강보험 보장성 확대방안의 주요 내용
- III. 정부 건강보험 보장성 확대방안의 쟁점
- IV. 건강보험 보장성 확대를 위한 개선과제
- V. 결론

#### 국문초록

2017년 8월 9일 대통령이 직접 건강보험 보장성 확대방안을 발표하였다.

건강보험제도에서 보장성이란 건강보험이 보장하는 수준 내지 정도를 의미한다. 1989년 전국민건강보험을 달성한 우리의 건강보험제도는 전국민을 대상으로 하여 보장의 넓이는 완성하였으나, 보장의 정도가 부족하다는 문제가 지적되어 왔다. 이로 인해 건강보험의 보장성을 확대해야 한다는 방향성은 유지되어 왔고, 관련 정책들도 확대되어 왔다. 그러나 문제인 정부가 발표한 건강보험 보장성 확대 방안에 대해 갈등이 지속되고 있다. 금번 정부의 건강보험 보장성

논문접수일 : 2018.06.30.

심사완료일 : 2018.07.26.

게재확정일 : 2018.07.26.

\* 이 논문은 2017년 의료정책연구소 연구과제로 수행된 연구를 기반으로 수정·보완한 것임.

\*\* 보건학박사 · 의료정책연구소 연구위원(제1저자)

\*\*\* 법학박사 수료 · 의료정책연구소 전문연구원(교신저자)

확대 주요 대책은 크게 3가지로 비급여 해소 및 발생 차단, 개인 의료비 부담 상한액 적정 관리, 긴급 위기상황 지원 강화이다.

비급여 해소 및 발생 차단을 위한 세부 방안은 모든 의학적 비급여는 건강보험으로 편입, 국민 부담이 큰 3대 비급여 실질적 해소, 새로운 비급여 발생 차단이 포함되고, 개인 의료비 부담 상한액 적정 관리를 위한 추진 방안에는 취약계층 대상자별 의료비 부담 완화와 소득수준에 비례한 본인부담 상한액 설정이 포함된다. 마지막으로 긴급 위기상황 지원강화를 위한 추진 방안에는 재난적 의료비 지원 제도화와 제도간 연계 강화가 포함되었다.

본 논문은 정부의 건강보험 보장성 확대방안의 주요 내용과 문제점을 분석하고, 향후 우리나라 건강보험제도의 보장성 확대를 위한 과제와 개선방안을 검토하였다.

연구결과에 의하면 건강보험제도에 있어 보장성 확대 즉 보장의 정도는 건강보험제도 운영상 핵심사항에 해당 하는 것으로 한정된 자원과 재원 안에서 보장성을 확대하기 위해서는 건강보험이 보장해야 할 필수항목을 파악하여 우선적으로 보장하고, 그 우선순위를 정하기 위한 원칙과 방법론 등을 전문가들과 논의하고 합의할 필요가 있다. 또한 보장성 확대방안에는 한국적 의료이용의 특성을 반영하여 의료전달체계 개선과 의료이용에 대한 제한도 고려되어야 한다.

마지막으로 건강보험제도 개선을 위해서는 장기적 관점의 재정운용계획 및 종합계획을 수립할 필요가 있다.

**주제어** : 건강보험제도, 보장성 확대방안, 건강보험 보장율, 비급여, 급여화

## 1. 서론

문재인 정부가 들어서면서 처음으로 발표된 ‘건강보험 보장성 확대방안’ 일명 ‘문재인 케어’의 실행을 두고 많은 논란이 이어지고 있다. 건강보험제도의 보장성을 높이기 위해 보험적용이 안되던 비급여 의료서비스를 보험적용이 되는 급여서비스로 흡수한다는 것이 핵심인데 정부와 의료계의 갈등이 지속되고

있다.<sup>1)</sup>

2017년 8월 9일 대통령은 난치병으로 어려움을 겪고 있는 어린이와 청소년, 그 가족들이 있는 서울성모병원을 찾아 건강보험 보장성 확대방안을 발표하였다.

국민의 건강과 생명을 지키는 것은 국가의 가장 기본적인 책무라며 치료비의 많은 부분을 차지하는 비급여 문제를 우선 해결하고, 미용·성형 외의 것은 모두 건강보험을 적용하겠다고 밝혔다. 이와 동시에 보건복지부는 ‘병원비 걱정 없는 든든한 나라’-건강보험 보장성 확대대책의 세부 내용을 보도자료로 발표하였다. 이에 따르면 건강보험 보장성 확대 주요 대책은 크게 3가지로 비급여 해소 및 발생 차단, 개인 의료비 부담 상한액 적정 관리, 긴급 위기상황 지원 강화이다. 먼저 비급여 해소 및 발생 차단을 위한 세부 방안은 ① 모든 의학적 비급여는 건강보험으로 편입, ② 국민 부담이 큰 3대 비급여 실질적 해소, ③ 새로운 비급여 발생 차단이고, 개인 의료비 부담 상한액 적정 관리를 위한 추진 방안은 ① 취약계층 대상자별 의료비 부담 완화, ② 소득수준에 비례한 본인부담 상한액 설정이다. 마지막으로 긴급 위기상황 지원강화를 위한 추진 방안은 ① 재난적 의료비 지원 제도화, ② 제도간 연계 강화로 발표하였다.

WHO는 보편적인 보장성 개념을 적용 대상인구, 급여서비스 범위, 보장되는 비용의 비율 세 가지로 설명한 바 있다.<sup>2)</sup> 즉 의료제도의 보장성을 강화하기 위해서는 보장인구 비율의 확대, 보장 급여서비스의 범위 확대, 보장 급여서비스당 상환률 확대의 방법이 있고, 이 세 부분의 구성요소들이 전체 의료비에서 차지하는 비중이 바로 보장률(public coverage rate)이 된다.<sup>3)</sup>

1989년 전국민의료보장의 달성으로 우리나라의 건강보험제도는 보장인구만 완성되었을 뿐, 건강보험이 보장하는 급여 범위의 문제, 높은 본인부담율로 인한 급여서비스당 낮은 상환율은 문제점으로 지적되어 왔다.

정부의 건강보험 보장성 강화를 위한 시도는 처음이 아니다. 보험급여를 본

1) 이규식, “문재인 케어 성공을 위한 조건”, 「건강연 Issue Paper」 제31호, 건강복지정책연구원, 2018. 1면.

2) WHO, *World Health Report: Primary Health Care*, World Health Organization, WHO, 2008. p.13.

3) 정형선, “건강보험 보장성 강화정책의 성과와 과제”, 「HIRA 정책동향」 제9권 제3호, 건강보험심사평가원, 2015. 22면.

격적으로 확대하기 시작한 1992년 이후 건강보험 보장율을 높이기 위한 노력을 기울였으나 보장율은 60%대에 정체하여 더 이상 오르지 않고, 환자들이 직접 부담하는 본인부담률은 2015년 36.6%로 OECD 평균의 두배 가까이 된다.<sup>4)</sup>

정부가 밝힌 보장성 확대방안의 배경 역시 그간 건강보험 보장률 확대를 위해 노력해 왔으나 국민이 체감하는 정책효과가 미흡하다는 것이다. 우리나라의 경우 건강보험이 적용되지 않는 비급여의 비중이 높고, 가계직접부담 의료비 비율이 높으며, 이는 결국 고액의료비 발생 위험 대비가 개인에게 맡겨진 것을 의미하므로 저소득층에 대한 보호장치 마련이 시급하다는 것이다. 특히 ‘병원비 걱정없는 든든한 나라’를 위해 30.6조 원을 투입하여 의료비 부담에 대한 국가 책임을 획기적으로 강화하겠다고 하였다.

금번 건강보험 보장성 확대방안 발표에 대한 반응은 다양하지만, 가장 큰 우려는 기존의 ‘비급여 점진적 해소’에서 ‘비급여 완전 해소’로 전환한 일명 ‘비급여의 급여화’를 전면내 내세웠다는 점과 투입하겠다는 재원의 타당성 및 정확성, 정부의 일방적인 정책 발표라는 점이다. 이에 관련 전문가 단체, 학계에서도 우려의 목소리가 제기되고 있으며, 국회 예산정책처도 금번 보장성 확대방안은 장기적인 재정부담을 초래하고, 국민부담도 증가한다는 측면에서 국회의 충분한 논의과정을 거쳐 결정될 수 있도록 관련 절차가 필요하다고 지적하였다.<sup>5)</sup>

본 논문은 정부의 건강보험 보장성 확대방안의 주요 내용과 문제점을 분석하고, 향후 우리나라 건강보험제도의 보장성 확대를 위한 과제와 개선방안을 검토하고자 한다.

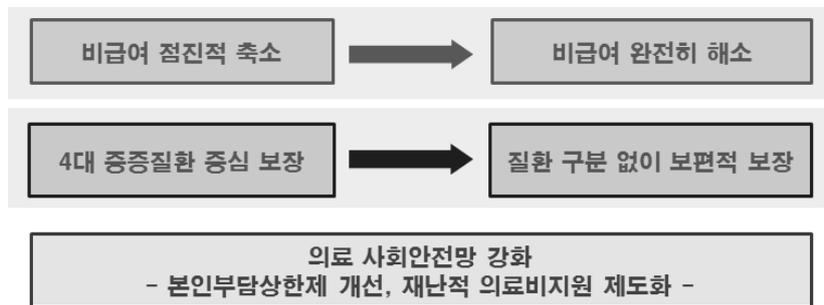
## II. 건강보험 보장성 확대방안의 주요내용

### 1. 건강보험 보장 패러다임의 전환

4) 황의동, “건강보험 보장성 강화정책의 성공 이행을 위한 비급여 관리”, 「HIRA 정책동향」 제 12권 제1호, 2018. 7면.

5) 국회예산정책처, 「2018년도 예산안 분석 종합」, 국회, 2017. 8면.

정부는 그동안 건강보험 보장률 확대를 위해 노력해 왔으나, 2015년 기준 63.2%에 머물러 있어 국민들이 체감하는 정책효과가 미흡하다. 특히 우리나라의 경우 건강보험이 적용되지 않는 비급여의 비중이 높고, 가계 직접부담 의료비의 비율이 높아 이는 결국 고액의료비 발생 위험 대비가 개인에게 맡겨진 것을 의미하므로 저소득층에 대한 보호장치 마련이 시급하다고 밝혔다.



〈그림 1〉 건강보험 패러다임의 전환

자료: 보건복지부, “병원비 걱정없는 든든한 나라”, 2017. 8. 9.

건강보험의 보장성을 강화하는 것은 이전 정부에서도 추진된 정책방향이다. 그러나 정부는 이전과는 다른 건강보험 보장 패러다임 전환을 내세웠다. 특히 이전 정부가 비급여의 ‘점진적 축소’를 내세웠으나 이를 ‘완전 해소’로 전환하고, 기존 ‘4대 중증질환 중심의 보장’에서 ‘질환 구분 없는 보편적 보장’으로 전환한다. 이를 위해 정부는 2022년까지 총 30.6조원의 건강보험 재정을 투입할 계획이다. 재원은 국민건강보험법에서 규정하고 있는 국고지원을 확대하고, 보험료 부과기반을 확대하여 수입 기반을 확충할 계획이다.

## 2. 건강보험 보장성 확대방안의 주요 내용 및 세부 대책

### 가. 비급여 해소 및 발생 차단

우리나라 건강보험 보장률이 증가하지 못하고, 환자 비용부담이 증가하는 주

요 원인은 건강보험 적용이 되지 않는 비급여 항목 역시 지속적으로 증가하기 때문으로, 미용·성형 등을 제외한 의학적 필요성이 있는 모든 비급여는 건강보험 급여 또는 예비급여 항목으로 편입한다는 계획이다. 예비급여 항목은 효과는 있으나 가격이 높아 비용효과성이 떨어지는 경우로 본인부담률을 30~90%로 차등하여 급여화하고, 3~5년 후 평가하여 급여, 예비급여, 비급여 여부를 결정한다. 예비급여 추진 대상은 약 3,800여개의 항목으로 의료행위 관련 항목이 800여개, 치료재료 등이 3,000여개이며 2022년 까지 모두 건강보험 적용여부가 결정될 것으로 계획되어 있다.

또한 국민의 부담이 큰 3대 비급여(선택진료료, 상급병실료, 간병)에 대해서는 2018년까지 선택진료료를 완전히 폐지하고, 상급병실료는 단계적으로 급여 항목으로 전환하며, 간호·간병통합서비스 제공병상을 대폭 확대하여 간병 부담을 줄인다는 계획이다. 한편 새로운 비급여의 발생을 차단하기 위해 신포괄수가제 적용 의료기관을 확대할 계획이다. 신포괄수가제는 기존 행위별수가제와 달리 환자가 입원해서 퇴원할 때까지 발생한 진료비를 묶어서 미리 정해진 금액을 지불하는 방식으로 새로운 의료행위를 추가할 수 없는 구조로 비급여 총량을 관리하기에 효과적인 제도라는 것이다.

〈표 1〉 정부 보장성 확대 주요 대책 및 추진 방안

| 구분 | 주요 대책               | 추진 방안   |
|----|---------------------|---|
| 1  | 비급여 해소 및 발생 차단      | ① 모든 의학적 비급여는 건강보험으로 편입<br>② 국민부담이 큰 3대 비급여 실질적 해소<br>③ 새로운 비급여 발생 차단   |
| 2  | 개인 의료비 부담 상한액 적정 관리 | ① 취약계층 대상자별 의료비 부담 완화<br>② 소득수준에 비례한 본인부담 상한액 설정  |
| 3  | 긴급 위기상황 지원 강화       | ① 재난적 의료비 지원 제도화<br>② 제도간 연계 강화<br>· 병행추진 과제: 의료전달체계 개편과 일차의료 강화, 안정적 진료환경 조성, 의료 질 개선(질 평가제도 강화, 결과별 인센티브 확대로 의료 시스템 가치 향상 도모) |

## 나. 개인 의료비 부담 상한액 적정 관리

개인이 부담하는 의료비 부담을 줄이기 위한 방안으로는 취약계층 대상자별 의료비 부담 완화방안과 소득수준에 비례한 본인부담 상한제 개선이 추진된다.

취약계층 대상별로 먼저 노인의 경우 대통령의 공약사항이기도 했던 ‘치매국가책임제’를 뒷받침 할 수 있도록 관련 검사들을 급여화하고 중증 치매환자의 본인부담률을 낮춘다. 또한 노인들의 틀니와 치과임플란트의 본인부담률도 50%에서 30%로 인하한다.

아동·청소년 대상에서는 아동 입원진료비 본인부담 경감의 적용대상과 그 폭을 확대하여 기존 6세 미만 입원진료비에 적용하던 본인부담 10%를 15세 이하 5% 부담으로 경감하고, 어린이들을 위한 재활의료 인프라를 확충한다. 여성을 대상으로는 만 44세 이하 여성에게 소득수준에 따라 정부 예산으로 지원하던 난임시술(인공수정, 체외수정)을 2017년 10월부터 건강보험에서 급여화하고, 요구도가 높은 부인과 초음파는 모든 여성을 대상으로 건강보험 적용을 확대한다. 또한 장애인을 대상으로는 보조기 급여대상을 확대하고, 의료비 부담을 완화하기 위한 방안을 모색한다는 계획이다.

다음으로 소득수준에 비례한 본인부담 상한액 설정을 위해 기존의 본인부담 상한제도를 개선한다.

본인부담 상한제도는 건강보험 가입자가 1년 동안 지불한 의료비 중 본인부담 총액이 개인별 상한금액을 초과하는 경우 그 초과액을 건강보험에서 되돌려주는 제도이다. 이것은 개인의 경제적 부담에 상한선을 두어 본인부담으로 인한 빈곤 추락 또는 진료포기 문제를 완화하고자 하는 제도적 장치이다. 금번 보장성 확대 방안에서는 이를 더욱 개선하여 경제적 능력을 감안한 적정수준의 의료비를 부담하도록 소득 하위 50% 계층에 대한 건강보험 의료비 상한액을 연 소득의 10% 수준으로 인하한다.

## 다. 긴급 위기상황 지원 강화

긴급 위기상황에 대한 지원으로 재난적 의료비 지원제도를 확대하고 제도간

연계를 강화한다.

재난적 의료비 지원제도는 저소득층(건강보험료 하위 20% 이하)을 대상으로 4대 중증질환<sup>6)</sup>으로 인한 수술 또는 입원진료비가 100만원을 넘을 경우 1인당 최고 2,000만원 한도 내에서 비급여 항목까지 지원하던 것이다. 이를 확대하여 재난적 의료비의 기준을 의료비가 가구당 연소득의 20%를 넘을 경우로 보고, 의료비에는 건강보험이 적용되지 않는 비급여 검사, 약값, 수술 비용 등을 포함 하며, 기존 4대 중증질환에 한정했던 제한을 없앤다.

다음으로 제도간 연계강화에서는 사회복지 자원과의 연계, 보장성 강화 대책의 실효성 제고를 위한 병행과제를 추진한다.

사회복지 자원과의 연계의 경우 위기 상황에서 필요한 환자에게 다양한 의료비 지원 사업이 적절하게 지원될 수 있도록 공공·대형병원에 사회복지팀을 설치하여 퇴원 시에도 지역사회 복지 자원과 연계될 수 있도록 한다.

한편 병행과제 추진에는 의료전달체계 개편과 일차의료 강화, 안정적인 진료환경 조성, 의료 질 개선 등도 병행하여 추진한다고 밝히고, 비급여가 수익보전으로 활용됐던 현실을 감안하여, 의료계의 자발적 참여를 유도할 수 있도록 적정하게 수가를 보상하되, 전문 인력 확충, 필수 의료 서비스(환자안전, 수술·분만·감염 등) 강화 등과 연계하여 추진한다는 계획이다.

### Ⅲ. 정부 건강보험 보장성 확대방안의 쟁점

#### 1. 모든 의학적 비급여의 건강보험 편입의 문제

##### 가. 비급여의 개념과 현황

보험급여(요양급여)란 건강보험제도에서 건강보장을 실현하는 것으로 건강보험의 적용 대상항목을 의미한다.

6) 4대 중증질환이란 암, 심장, 뇌혈관, 희귀난치성질환과 중증화상을 말한다.

〈표 2〉 비급여의 유형별 구성

| 분 류      | 내 용  | 예 시                    | 구성비   |
|----------|--|------------------------|-------|
| 항목비급여    | - 비용 대비 효과가 확실하지 않아 보건복지부 고시로 의료행위, 치료 재료 목록에서 비급여로 정한 것(의치과 항목 474개, 한방 16개, 2017.2.1.기준) | 로봇수술료, 충치치료료 등         | 21.9% |
| 기준초과 비급여 | - 횟수와 용량 등 급여 기준을 초과한 경우   | 초음파검사료, MRI 등          | 32.7% |
| 법정비급여    | - 요양급여기준에관한규칙 제9조 별표2에 제시된 사항 중 상급병실료, 선택진료비, 제증명료 등                                       | 상급병실료, 선택진료비 등         | 32.9% |
| 합의비급여    | - 요양급여기준에관한규칙 제9조 별표2에 제시된 사항 중 일상생활에 지장 없는 경우, 신체 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우                      | 미용, 성형, 영양주사, 한방물리요법 등 | 6.1%  |
| 미분류 비급여  | - 현재까지 분류되지 못한 항목  |                        | 6.2%  |
| 계        |  |                        | 100%  |

자료: 강희정, “문재인 케어의 쟁점과 정책방향”, 「보건복지포럼」, 한국보건사회연구원, 2018. 27면.

현행 국민건강보험법 제41조는 보험급여(요양급여)에서 제외되는 사항을 ‘비급여’로 규정하는데 여기에는 ‘업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위 등, 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위 등, 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 않는 경우에 실시 또는 사용되는 행위 등, 보험급여 시책 상 요양급여로 인정하기 어려운 경우와 건강보험급여 원리에 부합하지 않은 경우의 행위 등, 건강보험제도의 여건상 보험급여로 인정하기 어려운 경우 등’으로 규정되어 있다.<sup>7)</sup> 또한 보건복지부장관은 요양급여대상을 급여목록표로 정하여 고시해야 한다.<sup>8)</sup> 즉 현

7) 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙, 보건복지부령 제515호 2017.9.1., 일부개정 [별표 2] 비급여대상.

8) 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제8조 (요양급여대상의 고시) ① 삭제  
② 보건복지부장관은 법 제41조제2항에 따른 요양급여대상(이하 "요양급여대상"이라 한다)을

행 규정에 의해 비급여는 국민 의료보장 수단으로서의 건강보험제도 취지와 원리에 부합하지 않는 행위 등과 일부 여건상 보험급여로 인정하기 어려운 행위, 약제, 치료재료 등을 의미한다.

2014년 연구에 의하면 우리나라의 비급여 유형은 항목비급여, 기준 초과 비급여, 법정비급여, 합의비급여, 미분류 비급여로 크게 5가지이고,<sup>9)</sup> 정부는 이중 항목 비급여와 기준 초과 비급여를 의학적 비급여로 보아 급여로 전환하겠다는 것이며 법정비급여 부분도 폐지 또는 급여화 과정에 있다. 특히 정부가 전환계획을 밝힌 의학적 비급여 항목은 약 3,600여개로 2,900여개의 치료재료, 700여개의 의료행위로 구성되어 있다.<sup>10)</sup>

#### 나. 비급여 전면 급여화의 문제점

건강보험제도의 보장성을 확대하기 위해서 비급여 항목 중 건강보험제도의 원리와 취지에 부합하는 의료행위(항목)들을 급여화 하는 것은 중요한 문제이다. 그러나 건강보험제도는 가입자의 보험료를 주요 재원으로 하고 그 재원은 한정되어 있기에 급여화에는 명확한 원칙이 있어야 한다.

현행 국민건강보험법상 그 기준은 ‘안전성, 유효성 및 경제성’의 부합 정도, 또는 이용 빈도, 비용 부담, 대체 기술과의 비교 효과, 사회적 요구 등이다. 그러나 현재 의학적 비급여 3,600여개 항목에는 건강보험 급여 영역으로 포함되기에는 유효성의 근거가 부족하거나 없는 행위도 있다.

선행 연구에 의하면 비급여 행위 중 의학적 근거가 있다고 정부가 인정한 ‘등재 비급여’ 행위 485개가 이미 선정되어 있고 우선적으로 예비급여가 진행될 예정인데, 아직 근거가 충분하지 못한 것이 대부분이라는 지적이다.<sup>11)</sup> 또한 현

---

급여목록표로 정하여 고시하되, 법 제41조제1항 각 호에 규정된 요양급여행위(이하 "행위"라 한다), 약제 및 치료재료(법 제41조제1항제2호에 따라 지급되는 약제 및 치료재료를 말한다. 이하 같다)로 구분하여 고시한다. 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양기관의 진료에 대하여는 행위·약제 및 치료재료를 묶어 1회 방문에 따른 행위로 정하여 고시할 수 있다.

9) 이옥희, 이장수, 이형진 외, 「건강보험환자 진료비 실태조사」, 국민건강보험 건강보험정책연구원, 2015. 74면.

10) 손영래, “건강보험 보장성 강화정책 방향”, 「HIRA 정책동향」 제12권 제1호, 2018. 12면.

재 비급여 항목은 당초 3,800여개라는 발표에서 일부 조정되어 3,600여개로 논의되고 있다. 현재 비급여는 그 현황과 규모를 파악하는 것이 불가능한 상태로 비급여를 전면 급여화 한다는 것 자체가 현실성이 떨어지는 계획이라고 할 수 있다. 한편, 사회보험제도로 운영되는 우리나라의 건강보험제도는 재원 대부분이 가입자의 보험료이고, 그 재원을 사용함에 있어서도 건강보험관련 법령에서 규정하고 있는 급여의 원칙 그중에서도 비용-효과성이 명확한 항목을 우선적으로 급여화해야 한다. 즉 비용-효과성이 명확하지 않은 항목을 굳이 급여화 할 필요는 없으며, 환자의 합리적인 선택이 가능한 항목에 대해서는 어느 정도 비급여로 남겨 둘 필요성도 있다.

#### 다. 비급여 발생 차단의 문제

비급여가 환자에게 부담이 되는 것이긴 하나 비급여 항목은 의료기술의 발달과 함께 자연스러운 것이다. 즉 의료기술이 발달하면 새로운 의료행위 및 치료재료 등이 개발되는 것으로 현행 체계에서는 새로 개발된 의료기술은 신의료기술평가 절차를 통해 안전성과 유효성이 인정되면 임상현장에서 의료서비스로 제공될 수 있고, 일정 기준과 절차에 따라 급여 여부를 결정하게 된다.<sup>12)</sup> 특히 안전성과 유효성이 인정된 신의료기술은 비급여로 의료현장에서 적용할 수 있고, 이러한 기전은 신의료기술 발전의 동력이 될 수 있다. 이러한 상황에서 비급여 행위 발생 자체를 차단하는 것은 의료기술의 발전을 저해하는 결과를 초래할 수도 있다.

한편 우리나라에서 비급여 행위는 여러 가지 의미가 있다. 먼저 의료기관에 제공하는 건강보험의 보상수준이 낮아 그간 정부가 의료기관의 경영상 보전을

11) 비급여 행위 중 의학적 근거가 있다고 정부가 인정한 '등재 비급여' 행위로 485개 의료행위가 이미 선정되어 있고 우선적으로 예비급여가 진행될 예정이다. 이 중 내시경초음파, 수술 중 초음파 등은 근거가 있으나, 다른 의료행위는 아직 근거가 충분하지 못한 것이 대부분이다. 특히, 경피온열검사, 한방향기요법, 금침, 기공요법, 약침술 등 20가지의 한방요법도 포함되어 있는데, 이들은 어떤 의학적 근거로 등재되었는지 명확하지 않다. 허대석, “문재인 케어의 환상”, 「대한의사협회지」 제60권 제12호, 대한의사협회, 2017, 937면.

12) 박종연, “의료기술의 평가와 급여결정 방향”, 「보건복지포럼」, 한국보건사회연구원, 2017, 4면.

위해 비급여를 일부 인정한 측면이 있다. 또한 한국의 급성기 의료(acute care)의 질이 최고 수준이 된 것은 비급여가 기여한 부분도 있다.<sup>13)</sup> 이에 비급여를 규제나 관리의 관점으로만 보아 비급여의 발생 자체를 차단하겠다는 방안도 재고될 필요가 있다.

## 2. 예비급여제도의 문제

### 가. 선별급여제도와 차별성

정부는 비급여를 전면 급여화하는 과정에서 효과적이거나 가격이 높아 비용효과성이 떨어지는 비급여는 본인부담률을 30~90%로 차등하여 예비급여로 적용하고, 이후 평가를 통해 다시 급여, 예비급여, 비급여 여부를 결정하기로 하였다.

예비급여제도는 2014년 7월부터 도입된 선별급여제도와 유사한 제도이다.

선별급여제도는 4대 중증질환을 대상으로 기존 비용 대비 치료효과가 낮아 비급여로 결정된 의료기술 가운데 사회적 요구도가 높은 것을 건강보험 급여 영역으로 끌어들이고 필수급여 항목보다 본인부담률을 50~80% 수준으로 높였다. 당시 선별급여제도의 도입으로 기존에 급여, 비급여로 이분화 되어있던 급여 결정이 급여, 선별급여, 비급여 3단계로 바뀌었으며, 선별급여로 지정된 진료 항목에 대해서는 본인부담 상한제가 적용되지 않고, 3년 주기로 비용효과성을 재평가하여 향후 급여로 전환시킬지 검토하였다.<sup>14)</sup> 그러나 의료기술이 평가를 거쳐 건강보험 급여로 등재되는 절차와 과정, 시간상의 문제 등으로 선별급여는 40여개만 결정되었다. 즉 예비급여제도는 기존의 선별급여제도와 크게 다르지 않으면서 환자의 본인부담률만 더 높은 형태로 볼 수 있다.

### 나. 급여화 과정상의 절차

13) 박은철, “문재인 정부의 건강보험 보장성 강화대책”, 「보건행정학회지」 제27권 제3호, 2017, 191면.

14) 조수진 외, 「합리적 치료재료 보상을 위한 선별급여 확대방안」, 건강보험심사평가원, 2015, 50면.

현재 정부는 약 3,600여개의 비급여 항목의 단계적 급여화 추진을 목표로 치료에 필수적인 의료는 모두 급여화하고, 비용효과성이 미흡한 경우 예비급여로 전환, 치료 필수성이 떨어지는 의료는 비급여로 존치한다는 방향을 밝혔다. 특히 하나의 비급여 항목이 급여화되는 과정에 대해 살펴보면 먼저 급여화가 필요한 특정 행위의 예비급여전문위원회를 구성한다. 동 위원회는 특정행위의 각 적응증 질환군을 분류하고, 각각의 임상진료지침과 적응증 기준, 경향분석 지표 등을 검토하고 결정한다. 이후 이 기준 등을 적용하여 일정기간이 지나 진료경향 분석을 하고, 이 결과를 바탕으로 각 유형별 대상을 선정한다. 이후 급여화를 위한 관련 위원회에서 급여결정을 위한 의사결정의 단계를 또 거치게 되며 이후에도 의료의 질 향상을 위한 조사와 컨설팅, 재정유인 제도 등을 고려한다. 그러나 기존에 행위관련위원회, 급여관련위원회 등 각종 위원회의 논의를 위한 근거 작업, 위원회의 논의 및 결론 등에 걸린 물리적인 시간과 노력 등을 고려한다면 3,600여개 비급여의 급여화 과정이 5년 안에 가능한지 현실성에 대한 검토도 필요하다.<sup>15)</sup> 또한 수많은 항목을 평가함에 있어 제대로 된 기술평가가 이루어 질 수 있을지에 대한 우려도 있다.

### 3. 3대 비급여 해소와 대형병원 쏠림현상 문제

3대 비급여란 앞서 살펴본 대로 선택진료제, 상급병실, 간호·간병통합서비스를 의미한다.

건강보험 비급여 비중에서 3대 비급여가 차지하는 규모가 상당하고, 환자의 부담만 가중시킨다는 문제제기에 따라 이전 정부부터 3대 비급여는 단계적으로 폐지되고 있었다. 그러나 선택진료제나 상급병실료 등은 주로 대형병원을 이용하는 환자부담과 관련된 항목이다.

선택진료제는 환자가 병원급 의료기관을 이용할 때 특정 자격을 갖춘 의사를 선택하여 진료를 받을 때 그에 따른 추가 부담을 환자가 지불토록 한 것으로 일정 부분 환자의 선택권을 보장하면서도 대형병원의 환자집중을 억제하기 위

15) 김윤, “비급여의 급여전환 및 관리방안”, 「건강보험 보장성 강화와 의료체계 혁신포럼」, 한국보건 의료연구원, 2017. 10면.

한 방안이기도 하였다.

상급병실료 역시 기본입원료만 산정할 수 있는 일반병상 외에 추가적으로 병실료를 부과할 수 있도록 하여 다인실을 선호하지 않는 환자들의 경우 추가 부담을 통해 선택할 수 있도록 한 것이다.<sup>16)</sup> 그러나 병실이 부족하여 환자들이 어쩔 수 없이 상급병실을 이용할 수밖에 없는 상황, 또 대형병원일수록 상급병실료가 비싸 환자들의 부담이 증가되었던 부작용이 있기는 하였으나 두 제도 모두 환자의 부담을 덜어주기 위해 폐지 또는 건강보험 적용을 확대하는 것이다. 즉 제도개선의 방향이 환자의 부담을 낮추는 방안으로 전환되다 보니 환자들의 입장에서는 대형병원 이용의 부담이 줄어들게 되어, 이로 인해 환자 쏠림 현상이 가속화 될 수 있다.<sup>17)</sup>

한편 새로운 비급여 발생의 차단을 위해 신포괄수가제를 확대한다는 방안도 전면적인 검토가 필요하다.

우리나라의 대표적인 진료비 지불제도는 행위별수가제로 의료행위 건당 비용을 보상하는 형태이나, 1997년부터는 비교적 정형화된 입원행위에 대한 묶음의 료서비스의 비용을 보상하는 것이 포괄수가제를 도입하였다. 특히 2012년부터는 행위별수가제와 포괄수가제의 단점을 보완하기 위해 개발된 신포괄수가제의 시범사업이 확대·적용되고 있다.<sup>18)</sup>

신포괄수가제는 재원일수에 따라 진료비에 차이가 있는 일당진료비로 설계되어 포괄수와 행위별수가제 요소가 병행 적용되고, 일부 비급여서비스를 포괄항목으로 포함하고, 일부 정책가산료도 포함된다. 그러나 신포괄수가제는 아직 시범사업 중인 제도로 질병군 분류의 적합성, 제도의 성과 및 비용효과성 등이

16) 물론 선택진료제나 상급병실료가 순수하게 환자들이 원해서 선택할 수 있는 상황은 아니었다. 특히 상급병실의 경우 4인실 이상의 병실이 부족해 할 수 없이 상급병실을 이용할 수밖에 없고, 그 비용이 병원마다 달라 환자들의 불만이 컸다. 동아일보, 2018. 1. 8. 보도.

17) 2018년 1월 선택진료비가 폐지된 이후 소위 빅5에 해당하는 대형병원의 진료수입이 대폭 증가한 것으로 나타났다. 국회 보건복지위 김상훈 의원이 건강보험심사평가원에서 제출받은 자료에 따르면 올 1~4월 상위 5개 의료기관의 건강보험 진료비 심사실적은 1조367억원으로 전년 같은 기간(8877억원)보다 16.8% 증가했다. 같은 기간 동네 의원(8.3%)이나 30~99개 병상을 둔 병원급(8.3%) 의료기관의 진료비 증가율보다 두 배 정도 큰 폭이다. 조선일보, 2018. 6. 6. 보도.

18) 김미영, “신포괄수가제 운영현황 및 향후 과제”, 「HIRA정책동향」 제11권 제6호, 건강보험심사평가원, 2017. 28면.

명확하지 않은 상태이다. 특히 신포괄수가제의 경우 질병군별로 묶여 의료서비스가 제공됨에 따라 환자의 특성이나 질병의 증상 정도를 정확하게 반영하기 어렵고, 비용측면에서도 신포괄수가제도는 기존 포괄수가에 적용된 인센티브(5%)의 영향으로 총 진료비는 행위별수가제보다 높게 나타나 건강보험 재정 증가에 대한 우려도 있다.<sup>19)</sup>

이에 3대 비급여 해소와 비급여 차단을 위해 고안된 세부대책에 대해서는 그 영향을 면밀히 검토하여 선제적인 제도 개선방안을 모색할 필요가 있다.

#### 4. 개인의료비 부담 완화 관련 문제

우리나라의 경우 경상의료비 중 가계직접부담 비중이 36.8%로 OECD 평균인 20.3%에 비해 1.8배나 높다. OECD 회원국 중 가계직접부담 비중이 가장 높은 국가는 라트비아로 41.6%를 차지하는데, 우리나라는 라트비아, 멕시코에 이어 세 번째로 높다.<sup>20)</sup> 즉 국민들이 체감하는 의료비 부담이 상당히 크다는 것이다. 이에 저소득층을 대상으로 의료비 부담을 덜어주고자 하는 제도적 보완은 필요하다.

현재 정부가 제시한 제도 개선방안에는 본인부담상한제와 재난적 의료비 지원제도가 있다. 그러나 유사한 목적으로 현재 시행중인 제도로는 본인부담 산정특례제도<sup>21)</sup>, 부문별 의료비 지원사업 등이 있다. 그동안 각 의료비 지원사업은 재원, 대상, 지원범위 등이 상이하고, 분절적으로 운영되어 비효율의 문제가 제기되어 왔다. 그러나 제도의 목적은 동일하게 저소득층의 의료비 부담을 줄여주기 위한 것이다. 이에 유사 제도들을 통합하여 실질적인 혜택을 늘리는 방안으로 개선될 필요가 있다. 즉 관련 제도들의 현황 및 예산, 지원방법 등을 종합적으로 분석하여 적용대상자의 범위를 넓히고, 충분히 보장받을 수 있도록 장기적인 관점에서 개선방안을 마련할 필요가 있다.

19) 김석일, 「신포괄수가 수준 적정성 연구」, 의료정책연구소, 2018, 4면.

20) 보건복지부·한국보건사회연구원, 『OECD Health Statistics 2017』, 보건복지부, 2017, 63면.

21) 4대 중증질환의 외래 또는 입원진료 시 요양급여비용 총액의 100분의 5의 비율의 본인일부 부담을 하도록 한 제도로 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에 의한다.

## 5. 소요재정의 문제

정부는 건강보험 보장성 70%를 목표로 30.6조원의 재정을 투입할 계획이다. 여기에는 국민건강보험법 제108조<sup>22)</sup>에서 규정하고 있는 국고지원 확대와 20조 원 규모의 건강보험 누적 흑자액을 감안하고 있으며, 국민들이 부담하는 보험료의 경우 통상적 수준(평균 3.2%)이면 가능하다는 설명이다. 그러나 정부는 보장성 확대를 위한 전체 재정규모는 밝혔으나, 세부 방안별 소요 재정에 대해서는 설명하지 않다가, 2017년 국정감사 과정에서 국회의원들의 요구에 의해 일부 공개되었고, 이후 국회예산정책처에서 발표한 보고서에 관련 재정추계 내용이 포함되었다. 그러나 정부의 재정 추계 규모에 대한 이견은 많다. 특히 정부 산하 관련 연구기관들 조차 향후 건강보험재정 전망을 통해 증가하는 의료비 문제를 지적해 왔고, 의료계 역시 정부의 소요재정 발표에 대해 근거를 통해 과소 추계의 우려를 표명하였다.

급여되지 않던 항목이 급여가 되고, 재원 등의 문제로 제한을 두었던 비급여 항목들을 급여화 할 경우의 재정 규모를 정확히 파악하는 것은 쉽지 않다. 특히 환자의 이용에 대한 제한을 두지 않으면 급여화로 인한 의료수요의 증가도 문제가 될 수 있는데 정부의 재정추계에 이러한 요인들이 충분히 고려되었는지는 여전히 의문이다.

건강보험 보장성 확대와 관련된 소요재정의 문제는 건강보험제도의 지속가능성과 직결되는 문제로 정부는 소요재정의 세부 항목을 투명하게 공개하고 검증할 필요가 있다.

## Ⅳ. 건강보험 보장성 확대를 위한 개선과제

### 1. 건강보험제도 보장성 확대의 방향성

22) 제108조(보험재정에 대한 정부지원) ① 국가는 매년 예산의 범위에서 해당 연도 보험료 예상 수입액의 100분의 14에 상당하는 금액을 국고에서 공단에 지원한다.

건강보험제도에서 보장성이란 건강보험이 보장하는 수준 내지 정도를 의미하는 것으로, 연구자마다 다른 정의를 사용하기도 하지만<sup>23)</sup>, 현재 가장 많이 통용되는 보장성, 보장률의 개념은 건강보험이 궁극적 보장해야 하는 진료비 즉 전체 건강보험 의료비(보험자부담분+본인부담분)중 건강보험(보험자)이 부담하는 부분을 말한다. 정부가 목표로 제시한 보장성 70% 달성 역시 이를 기준으로 하고 있다.

WHO는 의료제도의 보장성(public coverage)을 확대하는 세 가지 방법에 대해 첫째, 급여의 넓이(breadth)로 사회보장인구의 비율을 확대하는 것 둘째, 급여의 깊이(depth)로 사회보장 급여 서비스 범위를 확대하는 것 셋째, 급여의 높이(height)로 사회보장의 단위 서비스 당 상환률을 확대하는 것이라고 설명하고, 이러한 세 개의 축으로 이루어진 상자가 전체 의료비 상자에서 차지하는 비중이 바로 '보장률(public coverage rate)'이라고 정의한다.<sup>24)</sup>

1989년 전국민의료보험을 달성한 우리의 건강보험은 급여의 넓이는 완성되었으나, 급여 깊이의 부족, 급여 높이의 부족은 문제로 지적되고 있다.<sup>25)</sup> 이에 따라 보장성을 확대해야 한다는 방향성은 그간 유지되어 왔으며, 관련 정책들도 지속적으로 확대되어 왔다.

특히 우리나라의 국민건강보험은 사회보험으로 운영되는 것으로 이는 가입자의 보험료를 재원으로 미래에 직면할 위험(질병, 노령, 사망 등)에 대비하는 것이다. 사회보험으로써 국민건강보험제도를 운영하는 많은 국가들은 이러한 성격을 고려하여 보장성 확대를 위한 원칙을 설정하고 우선순위 항목을 정하는 것이다.

급여항목 확대를 위한 평가기준 관련 선행연구 결과들을 보면 국내의 경우 비용효과성, 대체가능성, 질병의 응급성, 중증도, 경제적 부담, 후유장애의 심각성, 치료의 효율성, 치료의 의학적 효과성을 그 기준으로 삼아야 한다는 결과가 있는 반면, 국외의 경우 해당 의료서비스를 통해 환자가 살아날 수 있는가 하

23) 전체 경상의료비에서 공공재원의 비중으로 설명하기도 하고, 건강보험 일반 요양기관에서의 공공재원 비중으로 설명하기도 한다.

24) WHO, *World Health Report: Primary Health Care*, 2008.

25) 이규식, 전계논문, 4면.

는 효과성, 그 다음이 비용·효과성인 것으로 나타났다.<sup>26)</sup>

우리나라의 경우 필수의료 부분에 대한 보장성도 낮은 상태이다. 이에 비급여를 전면 급여화한다는 계획보다는 필수의료에 대한 범주를 확정하고 이에 대한 급여화를 우선적으로 시행할 필요가 있다.

2018년 정부 업무보고에서 보건복지부는 ‘언제, 어디서나, 누구나 이용하는 필수의료 강화’를 5대 국민건강 확보 목표로 설정하였고, 여기에 외상·응급의료 체계 강화, 재난의료체계 구축, 국가책임 강화를 위한 공공보건의료 확충, 양질의 필수의료 인프라 확충 등을 포함하였다. 이러한 내용들을 고려하여 필수의료에 대한 범주를 논의하고, 그 안에서 우선순위를 설정하여 순차적으로 보장성 확대방안을 고려할 필요가 있다. 특히 우선순위를 정하기 위한 원칙과 방법론 등은 학문적 연구결과를 토대로 전문가들과 논의하고 합의하는 과정이 반드시 수반되어야 한다.

## 2. 건강보험제도의 개선을 위한 고려사항

건강보험제도는 우리나라 사회보장제도의 핵심으로 국민의 건강 및 생활에 직접적인 영향을 미치는 제도이다. 이에 건강보험제도의 개선을 모색함에 있어서는 현재 우리나라의 상황과 미래의 환경 변화 등을 충분히 고려해야 한다. 그러나 정부의 건강보험 보장성 확대방안에는 현재 한국적 의료이용의 특성이 반영되지 않아, 세부 대책 간 상충이 일어나고 있으며, 변화할 미래 상황에 대한 대비도 충분하지 못하다.

먼저 비급여의 전면 급여화, 보장성 확대의 세부 대책들이 한국적 의료이용의 특성과 만났을 때 어떠한 부작용이 발생할지에 대한 고려가 필요하다.

현재 우리나라의 의료소비자들은 약간의 비용부담 차이만 감수하면 의료기관 선택·이용에 제약이 없으며, 이미 이러한 의료이용 패턴이 자연스러운 상태이다. 이러한 상태에서 일부 환자의 선택권을 보장하던 선택진료료나 상급병실료가 폐지 또는 급여화 되면 환자의 부담은 더 낮아져 그 이용은 증가될 수 있다.

26) 정형선 외, 「국민건강보험 내실화를 위한 기본급여 영역에 관한 연구」, 국민건강보험공단, 2004. 25면.

또한 현재 검토 중인 급여화 예정 항목에 고가의료서비스가 많다는 점을 감안한다면 보험급여 확대에 의해 의료의 이용량은 더욱 증가될 수 있다.

정부의 방안대로라면 환자들의 부담을 경감하고 이용의 편의를 높이는 상황에서 의료전달체계는 확립하고 일차의료기관의 기능도 확립하겠다는 계획이나, 이 또한 요원하지 않다.

정부는 2011년부터 대대적인 의료전달체계 개선방안을 마련하여 시행하고자 하였으나 실패로 돌아갔으며, 메르스 사태를 계기로 새롭게 출범한 의료전달체계 개선 협의체 역시 그렇다할 결과는 물론 전문가들 사이의 합의도 도출하지 못했다.

건강보험제도의 보장률을 높이는 방안도 중요하지만, 이에 앞서 기존에 한국적 의료이용의 특성 문제를 해결할 수 있는 의료전달체계 개선 문제와 무분별한 의료이용에 대한 환자 관점의 대책도 함께 고려되어야 한다.

### 3. 제도개선을 위한 장기종합계획 수립

우리의 건강보험제도는 초기 전국민 보장을 위한 양적 확대를 위해 저부담-저급여-저수가 체계로 출발하였다.

사회보험의 형태인 건강보험제도는 형평성 있는 비용부담과 적절한 보험급여 제공을 통해 궁극적으로 국민건강 및 사회보장 증진을 도모해야 한다. 이에 정부는 보다 적극적으로 건강보험제도의 적정부담-적정급여-적정수가 체계 개편을 위해 노력해야 한다. 특히 건강보험의 보장성 강화를 위해 정부는 정확한 재정 투입 규모 및 재정지원 확대 방안을 마련해야 한다. 정부는 금번 보장성 강화를 위해 총 30.6조원 소요재정을 단언하고 있으나, 과거 이루어진 보장성 강화 계획에서도 정부는 새롭게 투입할 재원에 대한 약속을 이행하지 않았다.<sup>27)28)</sup>

27) 전철수, “참여정부의 보장성 확대정책의 허와 실”, 「의료정책포럼」 제5권 제3호, 의료정책연구소, 2007. 10면.

28) 정형선, 신정우, “보장성 논의와 보장률의 국제비교”, 「HIRA 정책동향」 제5권 제2호, 건강보험심사평가원, 2011. 27면.

건강보험제도의 지속가능성을 위해 재정 운용에 있어서도 미래의 인구사회학적 변화를 고려하고 대비할 필요가 있으며, 중장기적인 재정 추계 연구는 물론 재정운영 계획도 수립할 필요가 있다.

한편 건강보험제도 개선을 위한 장기종합계획을 준비할 필요가 있다. 2016년 국민건강보험법 일부개정시 건강보험제도의 안정적 운영과 제도의 예측가능성 확보를 위해 5년마다 제도 운영에 관한 종합계획을 수립하도록 규정하였다. 즉 국민건강보험법 제3조의2에 의거하여 종합계획에는 건강보험정책의 기본 목표 및 추진방향, 보장성 강화 계획, 부과체계, 요양급여비용, 건강증진 사업, 취약계층 지원, 건강보험제도의 중장기 재정 전망 및 운영에 관한 내용이 포함된다. 그러나 이것이 선언적 규정에만 그쳐서는 안 되며 실효성을 갖기 위한 추가 입법과정이 수반돼야 할 것이다.

## V. 결론

정부는 이전 정부와는 다른 건강보험 보장 패러다임 전환을 전면에 내세우며, 이전 정부의 비급여 ‘점진적 축소’라는 정책 방향을 ‘완전 해소’로 전환한다고 밝혔다. 비급여를 축소하면서 보장성을 확대하겠다는 방향성은 이전과 동일하나 이전 정부의 정책 방안과는 다른 방향의 패러다임 전환을 내세우다 보니, 비급여의 급여화가 ‘점진적’ 방안이 아닌 ‘완전 해소’, ‘전면 급여화’로 대표되었다. 이는 이전 정부와는 다른 프레임을 갖겠다는 상징적인 의미일 수 있으나, 결국 많은 갈등과 문제를 유발하게 되었다. 또한 비급여를 전면 급여화하면서 국민들의 부담을 덜어주기 위한 세부 대책들이 한국적 의료이용의 특성과 만났을 때 어떠한 부작용이 발생할지에 대한 고려가 부족하였다.

건강보험제도에서 보장성을 확대하는 것은 중요한 문제로 정부는 끊임없이 보장성 확대를 위한 노력을 해야 한다. 그러나 보장성을 확대함에 있어서는 한정된 재원에서 건강보험이 우선적으로 보장해야 할 항목들을 파악하여 단계적으로 보장할 필요가 있다.

한편 개정된 국민건강보험법은 건강보험제도의 안정적인 운영을 위해 5년마

다 종합계획을 수립하도록 하였다.

새 정부 출범에 맞추어 건강보험 보장성 확대방안이 이미 발표되긴 하였으나, 이러한 법적 기반을 토대로 제도 운영 40년을 넘긴 건강보험제도의 종합계획 수립을 위한 논의의 장을 여는 것이 더 중요한 일이 될 수 있다. 이를 통해 현재 한국의 보건의료 현황을 정확히 평가하고, 장기적인 관점에서 정책의 방향과 비전을 설정해야 하며, 세부 정책 수단에 대해 전문가 및 국민적 합의를 이룰 수 있도록 노력해야 할 것이다.

## 참고문헌

### 1. 국내문헌

- 강희정, “문재인 케어의 쟁점과 정책방향”, 「보건복지포럼」, 한국보건사회연구원, 2018.
- 국회예산정책처, 「2018년도 예산안 분석 종합」, 국회, 2017.
- 김미영, “신포괄수가제 운영현황 및 향후 과제”, 「HIRA 정책동향」 제11권 제6호, 건강보험심사평가원, 2017.
- 김석일, 「신포괄수가 수준 적정성 연구」, 의료정책연구소, 2018.
- 김윤, “비급여의 급여전환 및 관리방안”, 「건강보험 보장성 강화와 의료체계 혁신 포럼」, 한국보건의료연구원, 2017.
- 박은철, “문재인 정부의 건강보험 보장성 강화대책”, 「보건행정학회지」 제27권 제3호, 2017.
- 박종연, “의료기술의 평가와 급여결정 방향”, 「보건복지포럼」, 한국보건사회연구원, 2017.
- 보건복지부·한국보건사회연구원, 『OECD Health Statistics 2017』, 보건복지부, 2017.
- 손영래, “건강보험 보장성 강화정책 방향”, 「HIRA 정책동향」 제12권 제1호, 2018.

- 이규식, “문재인 케어 성공을 위한 조건”, 「건강연 Issue Paper」 제31호, 건강복지 정책연구원, 2018.
- 이옥희 외, 「건강보험환자 진료비 실태조사」, 국민건강보험 건강보험정책연구원, 2014.
- 전철수, “참여정부의 보장성 확대정책의 허와 실”, 「의료정책포럼」 제5권 제3호, 의료정책연구소, 2007.
- 정형선 외, 「국민건강보험 내실화를 위한 기본급여 영역에 관한 연구」, 국민건강보험공단, 2004.
- 정형선, “건강보험 보장성 강화정책의 성과와 과제”, 「HIRA 정책동향」 제9권 제3호, 건강보험심사평가원, 2015.
- 정형선, 신정우, “보장성 논의와 보장률의 국제비교”, 「HIRA 정책동향」 제5권 제2호, 건강보험심사평가원, 2011.
- 조수진 외, 「합리적 치료재료 보상을 위한 선별급여 확대방안」, 건강보험심사평가원, 2015.
- 허대석, “문재인 케어의 환상”, 「대한의사협회지」 제60권 제12호, 대한의사협회, 2017.
- 황의동, “건강보험 보장성 강화정책의 성공 이행을 위한 비급여 관리”, 「HIRA 정책동향」 제12권 제1호, 2018.

## 2. 국외문헌

- WHO, *World Health Report: Primary Health Care*, World Health Organization, WHO, 2008. 13.

## 3. 기타

국가법령정보센터, (<http://www.law.go.kr>)

[Abstract]

## A Study of Issues and Problems: Government's Plan for Benefit Expansion in National Health Insurance

Kim, Kye-Hyun · Kim, Han-Nah

*Research Institute For Healthcare Policy*

President Moon directly announced the Government's Plan for Benefit Expansion in National Health Insurance on August 7, 2017.

The main contents of the announced expansion include benefit coverage for all medically necessary services with control over non-covered service occurrence, a decrease in the cost-sharing upper limit, and monetary support for catastrophic medical costs.

Although past governments have been continuously striving for benefit expansion in the last 15 years, this plan has its breakthrough aspect in that all medical services will be covered by the National Health Insurance.

The government recently announced strengthening the plan for health insurance coverage. the purpose of this plan was to increase the coverage rate by up to 70%. The government has suggested detailed plans but there remain many controversial issues and limitations with regard to the practical aspects. Thus, further research and suggestions are needed.

This paper analyzed the main contents and problems of the government's plan for benefit expansion in national health insurance system, and considered tasks and improvement in the future. The results of the study are as follows: In health care, the benefit coverage rate is an important issue. However, in order to increase the coverage within a limited reset, the mandatory items should be identified first. Principles and methodologies to

set priorities need to be discussed and agreed with experts. In addition, the scope extension plan should also take into account the improvement of the medical delivery system and restrictions on medical use, reflecting the characteristics of Korean medical use. Finally, the improvement of the health insurance system requires a long-term financial management plan and a comprehensive plan.

**Key words** : National Health Insurance, Benefit expansion plan, Benefit coverage rate, Non-covered service, Benefit expansion