

국제 비교를 통해 본 건강보험 보장률의 의미



Examining the Significance of Health Insurance
Coverage Rates through an International
Comparison

서남규 | 국민건강보험공단 건강보험연구원 의료보장연구실장

이 글에서는 보편적 건강보장(UHC) 달성 정도를 평가하기 위해 세계보건기구(WHO) 및 세계은행(World Bank) 등에서 개발한 평가 지표를 소개하고 최근 결과를 중심으로 한국의 '건강보험 보장률'의 의미와 시사점을 모색하고자 하였다. 건강보장 평가 지표는 크게 필수 서비스에 대한 보장 정도와 재정적 보호의 측면으로 구분되는데, 한국은 필수 서비스 보장 측면에서는 좋은 편이었으나 재정적 보호 측면에서는 미흡한 것으로 평가되었다. 그러나 재정적 보호 측면에 대한 국제적인 평가는 자료의 한계 등으로 인해 불안정성이 노정되어 있으며, 필수 서비스 보장 측면에서는 비급여 진료비를 고려해야 하는 것으로 보인다. 나라마다 건강보장제도가 상이하고 운영 방식이 다르기 때문에 국제적인 비교의 취지를 살리되 우리나라 상황에 맞는 지표를 개발하고 개선하는 것이 중요하다.

1. 들어가며

국제적으로 건강보장제도의 보장성 제고 또는 확대는 중요한 이슈이다. 세계보건기구(WHO)와 세계은행(World Bank)은 2000년대 초반부터 보편적 건강보장(UHC: Universal Health Coverage) 달성을 위한 노력을 지속적으로 해 오고 있다. 국제적인 UHC 달성을 위한 WHO의

노력에 우리나라도 지속적으로 협력과 참여를 하고 있는데, 개도국의 중요한 롤모델로 간주되어 한국 건강보험제도의 성과를 공유하고 있다.

한편 WHO와 세계은행 같은 국제기구들은 UHC 달성을 위해 개도국을 지원하고 정책을 개발하는 동시에 보편적 건강보장의 달성 정도를 측정하기 위한 모니터링에 대해서도 상당한 연구 개발을 진행해 왔다(Paris, Hewlett, Aaraaen,

Alexa, & Simon, 2016; WHO & World Bank, 2017). 이를 위해 다양한 건강보장 보장성 지표를 개발하기도 하고 각 국가의 건강보장제도가 어떻게 운영되고 있는지 살펴보면서 주요한 시사점을 도출하고 있다. 그러나 이러한 국제 비교 지표나 모니터링 결과는 국가 전반의 건강보장 체계라는 보다 거시적인 관점에서의 비교를 위해 선정된 것이기 때문에 한국 국민건강보험제도의 성과와 단순 비교하기는 어려운 측면이 있다. 따라서 우리나라 보장성 강화 정책의 효과나 발전 방향을 살펴보기 위해서는 국제적으로 비교한 모니터링 결과를 참조할 필요가 있는 것은 사실이지만, 우리의 상황과 맥락에 맞게 이해할 필요가 있다.

우리나라에서는 ‘건강보험 보장률’이라는 지표가 건강보험의 보장성 강화 정책을 측정하는 대표지표로서 거의 유일하게 사용되고 있다. 건강보험 보장률은 건강보험 환자가 병·의원을 이용할 때 발생한 의료비(공단 부담금+법정본인부담금+비급여 부담금) 중 건강보험공단에서 부담한 금액의 비율을 의미한다. 우리나라의 건강보장제도는 건강보험, 의료급여, 산재보험 등으로 분절되어 있는 반면에 주요국의 경우에는 단일한 제도 내에서 의료와 관련된 모든 비용을 보장하는 경우가 많다. 이처럼 건강보험 보장률은 건강보험 환자만을 대상으로 정책 변화를 측정할 목적으로 산출하는 지표이기 때문에 건강보험 보장

률 수준을 다른 나라들과 비교하기가 쉽지 않다. 그럼에도 불구하고 건강보험 보장성 강화 정책을 계획할 때마다 주요 선진국 수준에 도달하기 위한 주요한 목표 수치로 건강보험 보장률이 제시되고 있는 상황이다. 이에 따라 건강보험 보장률이 국제적인 비교 맥락에서 어떠한 의미를 갖는지 파악하는 것은 중요하다고 하겠다.

이 글에서는 우선 WHO에서 제시하고 있는 보편적 건강보장 달성이라는 과제와 이에 따른 모니터링 방식과 결과를 살펴보고, 이 평가를 통해 한국의 위치와 상황을 이해하고자 한다. 이를 통해 우리나라의 보장성 평가와 평가 개선 방향에 대한 시사점을 논의하고자 한다. 우리나라의 건강보험 보장률 지표가 국제적인 비교 맥락에서 어떠한 의미를 지니는지 이해하는 것으로 우리나라 건강보험 보장성 강화 정책의 효과를 평가하고 정책의 개선 방향을 모색하는 데 시사점을 줄 것으로 기대된다.

2. 건강보장 보장성 성과 평가 국제 동향: 보편적 건강보장(UHC) 모니터링 검토

가. 보편적 건강보장(UHC)의 개념과 측정 방식¹⁾

WHO와 세계은행에서 제시하는 보편적 건강보장(UHC)은 모든 사람이 필요한 건강서비스를 받을 수 있도록 하는 것을 의미하는데, 이 서

1) 이 절은 주로 Paris 외(2016), WHO & World Bank(2017)에 제시된 내용을 발췌하여 정리한 것이다.

비스에는 건강 증진, 질병 예방, 효과적이고 질 높은 치료, 재활 및 완화 치료(예: 임종 치료)를 제공하도록 설계된 공적 건강서비스들이 포함되며, 동시에 이러한 서비스를 이용하는 사람들이 재정적인 어려움을 겪지 않도록 보장되어야 함을 의미한다.

전 세계의 많은 연구자들은 건강보장 수준을 측정하기 위해 수십 년 동안 지표를 정의하는 데 노력해 왔다. 이러한 노력의 결과로 WHO는 최근 건강보장을 측정할 때 고려할 차원 목록을 제안했고, 세계은행 또한 건강보장 수준을 측정하는 데 일반적으로 사용 가능한 지표 목록을 제시하였다.²⁾

1) 지불 능력에 관계없이 진료에 대한 동등한 접근

보편적 건강보장은 모든 사람이 의료비 지출과 관련하여 심각한 재정적 부담을 감수하지 않고 필요한 의료서비스를 받을 수 있도록 보장하는 것을 의미한다. 많은 연구들에서 의료 필요가 보정된 의료서비스 이용의 소득 관련 불평등을 조사했다(Wagstaff, 2012; Devaux & de Looper, 2012). 불평등이 접근성의 차이뿐만 아니라 선호도의 차이를 반영하는 것은 사실이지만, 일반적으로 낮은 수준의 불평등은 좋은 상태로 간주된다.

2) 재정적 위험 보호

재난적 의료비 지출에 노출된 인구의 비율은 일반적인 재정적 보호 수준을 평가하는 데 사용된다. 그러한 보호가 없을 경우 사람들이 필요한 치료를 받을 시기를 놓쳐 잠재적으로 상태를 악화시킬 수 있기 때문이다. 또한 재난적 수준의 의료비 지출(또는 과도한 의료비 본인부담금 발생)에 대한 보호는 예기치 않은 질병으로 인해 사람들이 빈곤에 빠지는 것을 방지한다. 일부 국가에서는 인구 조사에서 응답자들에게 재정적 이유로 의료 이용을 포기했는지 또는 연기했는지 조사한다. 하지만 국가별로 사람들의 기대 수준이 다르기 때문에 이러한 조사 결과를 국제적으로 비교하는 것은 쉽지 않다.

3) 의사, 의약품 및 의료 기기의 가용성

적절한 건강 관련 자원 조달 외에도 필요한 의약품 및 의사의 접근성 및 가용성과 같은 요소는 보편적인 건강보장을 달성하는 데 중요한 역할을 하기 때문에 함께 고려되어야 한다(Paris et al., 2016).

4) 시의성 있는 의료 접근성

보편적인 건강보장을 위해서는 국민들이 필요한 서비스를 이용할 수 있어야 한다. 서비스를 받기 위한 대기 시간이 길어지면 치료에 대한 접근성이 제한되어 시술이 필요한 환자의 건강을 악

2) 아래의 6가지 목록은 Wagstaff(2012), WHO & World Bank Group(2014)의 논의를 Paris 외(2016)가 재정리한 내용을 발췌한 것이다.

화시킬 수 있다. 대기 시간은 경제협력개발기구(OECD)의 여러 회원국에서 측정되었지만 반드시 동질적인 방법이라고 보기는 어렵다(Siciliani, Borowitz, & Moran, 2013).

5) 의료의 질

질 높은 의료서비스, 교육을 잘 받은 의사, 의약품 및 의료 기기에 대한 안전 규정은 더욱 중요한 요소이다. 의료의 질은 다양한 차원을 가지고 있으며 OECD는 적절한 정보 시스템을 통해 국가별로 사용할 수 있는 다양한 영역의 지표를 제안하고 있다.

6) 예방, 건강 증진 및 재활에 대한 접근

UHC는 치료 자체뿐만 아니라 예방이나 건강 증진 및 재활치료 등에 대한 시의성 있는 질 높은 서비스 접근성과 관련이 있다.

2014년 5월, WHO와 세계은행은 국가 및 세계적 수준에서 보편적인 의료보장에 대한 진행 상황을 모니터링하기 위한 일련의 지표를 제안하

였다(WHO & World Bank Group, 2014). 이 제안에서는 위의 6가지 차원 중 필수 건강서비스에 대한 보장과 재정적 보호에 관련된 두 가지 사항에 대해서만 다루고 있다.³⁾

첫째, 필수 건강서비스 보장 지표(UHC service coverage index)는 ① 임신·출산 및 아동 건강(가족계획, 최소 4회 산전 진료 방문, 아동 예방 주사, 폐렴 의심에 대한 대처 등 4가지 항목), ② 감염성 질환 통제(결핵 관리, HIV 관리, 살충, 최소한의 위생시설 등 4가지 항목), ③ 비감염성 질환[고혈압 관리(정상 혈압), 당뇨병(정상 공복혈당), 흡연 등 3가지 항목], ④ 서비스 역량과 접근성(병상 밀집도, 보건 전문가 밀집도, IHR 핵심 역량 지표⁴⁾ 등 3가지 항목) 등 4가지 영역의 14가지 항목을 합산하는 방식으로 측정된다.

둘째, 재정적 보호는 두 가지 지표로 측정된다. 즉, 재난적 의료비로부터 보호받는 인구의 비율⁵⁾과 본인부담 의료비로 인한 빈곤으로부터 보호받는 인구의 비율이다.

3) WHO 등에서는 UHC에 대한 보다 정확한 측정 지표를 산출하기 위해 지속적으로 노력하고 있다. 예를 들어 WHO 2019년 모니터링 보고서에는 젠더 관점에서의 불평등 비교와 의료 자원의 접근성 등과 관련된 지표들이 추가로 제시되었다.

4) IHR 핵심 역량 지표[IHR(International Health Regulations) Core capacities]는 WHO에서 규정된 사건들을 감지, 평가, 통보 및 보고하고 국가적·국제적 우려가 있는 공중보건 위험과 긴급 상황에 대응하는 데 필요한 역량을 평가하는 지표이다.

5) 가구가 지불 능력(식료품 비용을 제외한 지출 또는 가처분소득과 유사)의 40% 이상을 건강에 지출할 때 재난적인 본인부담 의료비에 노출된 것으로 간주된다. 재난적 의료비 지출 지표에 대한 자세한 논의는 서남규, 안수지, 강태욱, 황연희(2015)와 WHO(2005), Wagstaff(2012) 등을 참고하기 바란다. WHO의 2019년도 모니터링 보고서에서는 이와 같은 방식으로 일부 국가를 비교하여 제시하였다. 그러나 여러 가지 자료의 한계 등을 고려하여 대부분의 국가들을 비교하기 위해 가구의 지불 능력이 아닌 가구 소득의 10% 및 25%를 기준으로 과부담 의료비 상태를 측정하고 이를 재난적 의료비 지출 상태의 가구 비율로 제시한 결과를 대표적인 비교 지표로 삼는 상황이다.

한편, 이러한 재난적 의료비 지출은 환자에게 심각한 결과를 초래할 수 있으며 잠재적인 빈곤과 부채로 이어질 수 있다. 많은 OECD 국가들은 의료 시스템의 설계하에서 그러한 시나리오가 발생하지 않을 것이라고 생각하기 때문에 그러한 데이터를 수집하지 않는다. 기본 혜택 패키지가 충분히 포함되어 있고 본인부담금(한국의 경우 법정본인부담금)이 제한되는 경우, 환자는 원칙적으로 그러한 재난적 지출로부터 보호된다. 여러 국가에서 이 점유율이 '0'이라고 표시했다(Paris et al., 2016).

국가는 이러한 각 차원의 형평성에 대해 보고 하도록 권장된다. 즉, 소득 5분위, 거주지(농촌/도시) 및 성별에 따른 측정값을 제공한다.

나. 보편적 건강보장(UHC) 국제 비교 결과

위에서 살펴본 필수 서비스 보장 지표와 재정적 보호라는 두 가지 측면에 대한 2019년 국제 모니터링 결과 중 주요국의 결과는 아래 <표 1>과 같다. 먼저 필수 건강서비스 보장 지표를 살펴

보면, 전 세계 평균은 66점인 데 반해 동아시아는 77점, 북아메리카는 79점, 유럽은 77점 등으로 높게 나타났다. 우리나라도 85.7점으로 높은 점수를 나타냈다. 이는 우리나라가 다른 나라들과 비교할 때 필수적인 건강 관련 서비스 제공 수준이 높다는 점을 보여 준다.

그러나 재정적 보호 측면에서는 우리나라가 주요국에 비해 좋지 않은 상황인 것으로 나타났다. <표 1>에 제시된 주요국 가운데 재난적 의료

표 1. 주요국의 보편적 건강보장(UHC) 모니터링 결과 비교

국가	2017년 필수 건강 서비스 보장 지표	2015년 필수 건강 서비스 보장 지표	재난적 의료비 가용 가능한 가장 최근 연도	재난적 의료비 지출 발생 비율(%)		본인부담 지출로 인한 빈곤화 발생 비율 (%)		본인부담 지출로 인한 빈곤 격차(2011)	
				가계 총수입 또는 지출의 10%	가계 총수입 또는 지출의 25%	빈곤선(2011) :하루 수입 \$1.90PPP	빈곤선(2011) :하루 수입 \$3.20PPP	빈곤선(2011) :하루 수입 \$1.90PPP	빈곤선(2011) :하루 수입 \$3.20PPP
네덜란드	85.6	85.3	-	-	-	-	-	-	-
노르웨이	86.8	85.6	1998	5.1	0.5	0.00	0.00	0.00	0.00
독일	82.7	81.7	2010	1.7	0.1	0.02	0.01	0.01	0.01
멕시코	76.2	75.5	2016	1.6	0.2	0.03	0.13	0.01	0.03
미국	83.9	83.1	2013	4.8	0.8	0.00	0.00	0.00	0.00
벨기에	83.8	82.8	2010	11.4	1.4	0.00	0.00	0.00	0.00
스웨덴	86.4	85.0	1996	5.5	0.7	0.00	0.00	0.00	0.00
스위스	83.0	82.3	2004	19.7	6.7	0.00	0.00	0.00	0.00
스페인	82.7	80.8	2010	7.0	1.8	0.17	0.23	0.15	0.17
영국	87.0	84.5	2013	1.6	0.5	0.00	0.00	0.00	0.00
오스트리아	78.9	79.4	1999	4.3	0.7	0.00	0.00	0.00	0.00
이탈리아	82.0	81.3	2010	9.3	1.1	0.00	0.00	0.00	0.00
일본	83.1	79.9	2015	4.4	0.6	0.11	0.13	0.10	0.11
캐나다	88.7	87.8	2010	2.6	0.5	0.03	-	0.06	-
포르투갈	81.5	81.1	2010	18.4	3.3	0.00	0.00	0.00	0.00
프랑스	77.7	77.5	2010	1.4	0.2	0.04	0.02	0.03	0.03
핀란드	78.1	78.9	2010	6.3	1.0	0.00	0.00	0.00	0.00
한국	85.7	84.9	2015	21.8	3.9	0.00	0.02	0.00	0.00
호주	86.6	85.5	2010	3.7	0.5	0.00	0.00	0.00	0.00

자료: WHO. (2019). Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage: 2019 Global Monitoring Report. pp. 134-142에서 발췌 및 재구성.

비 지출 발생 비율에서 소득의 10%를 넘어서는 경우 한국이 가장 좋지 않은 상황이며, 소득 25%의 경우 스위스와 포르투갈 정도가 좋지 않은 수준으로 나타났다. 그러나 재정적 보호와 관련한 지표는 주로 조사된 자료에 의존해야 하는데 측정 가능한 자료가 나라별, 시기별로 상이하여 단순히 비교하기는 어렵다. 이로 인해 WHO와 세계은행에서도 해석에 상당히 주의할 것을 요구하고 있다. 그럼에도 불구하고 우리나라가 주요국에 비해 의료비로 인한 재정적 보호 수준이 좋지 않은 경향을 보인다는 점을 부인하기는 어렵다.

다. 의료비로 인한 재정적 보호와 가계 직접 부담 의료비(OOP)

아래 <표 2>는 주요국의 건강보장 재원 구성을 나타낸 것이다. 이 표에서 특징적으로 볼 수 있는 것은 한국이 건강보험제도라는 보편적 건강보장제도가 있음에도 불구하고 가계 직접 부담 의료비 비율이 32.5%로 높은 수준이며, 소위 공적 또는 의무로 가입되는 비율(일반 정부 지출+사회보험 및 의무 가입 보험)은 59.9%로 그리스(58.8%)나 멕시코(50.8%) 다음으로 낮은 국가로

표 2. 주요국의 건강보장 경상의료비 대비 재원별 비율

(단위: %)

국가	일반 정부 지출	사회보험 및 의무 가입 보험	민간의료보험 (보충적/보완적)	가계 직접 부담 의료비 (OOP)	기타	합계
호주	65.4	1.1	13.2	17.9	2.4	100
벨기에	20.4	55.4	5.1	19.1	0.0	100
캐나다	68.9	1.5	13.0	14.7	1.9	100
핀란드	63.0	13.9	2.0	18.4	2.7	100
프랑스	5.4	78.2	6.5	9.2	0.7	100
독일	6.5	78.1	1.4	12.5	1.5	100
그리스	27.5	31.3	4.4	36.4	0.4	100
이탈리아	73.7	0.1	1.9	23.5	0.8	100
일본	8.4	75.8	2.3	12.7	0.8	100
한국	10.1	49.8	6.4	32.5	1.2	100
멕시코	23.3	27.5	6.0	41.4	1.8	100
네덜란드	6.4	75.7	5.6	10.8	1.5	100
뉴질랜드	69.8	9.5	5.3	12.9	2.5	100
폴란드	10.0	61.5	6.1	20.4	2.0	100
포르투갈	59.1	2.4	8.1	29.5	0.9	100
스페인	66.2	4.2	7.1	22.2	0.3	100
스위스	22.1	42.3	6.6	28.0	1.0	100
터키	22.8	54.6	2.6	17.5	2.5	100

주: 호주와 일본은 2017년 자료이며, 나머지 국가들은 2018년 기준 자료임.

자료: OECD (2020). Health Statistics. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>에서 2020. 9. 15. 인출, 원자료 발췌하여 재구성함.

기록되고 있다는 점이다. 이러한 한국의 의료비 재원 구성의 특징은 건강보험 보장률 수준을 높여야 한다는 근거가 되고 있다.

한국이 재정적 보호 측면에서 미흡하다는 사실은 가계 직접 부담 의료비(OOP)의 비율이 높다는 점과 상관관계가 크다. 가계 직접 부담 의료비(OOP)에는 각 가구나 개인이 제3자(건강보험공단 및 정부, 민간 보험회사 등)에 규정된 비용 부담이나 모든 유형의 건강보장제도(기본 또는 추가)가 보장되지 않는 서비스에 대한 지불이 모두 포함된다. 여기에는 보장 항목의 일부가 아니거나 처방전 없이 구입한 의약품, 의료 제공자에 대한 비공식 지불도 포함된다.

우리나라를 비롯해 많은 나라들에서 한 나라의 보장성 정도를 측정하는 전통적인 지표로서 '경상의료비 대비 가계 직접 부담 의료비의 비율' 또는 '경상의료비 대비 공공 재원 및 의무 가입보험의 비율'을 사용하고 있다. 우리나라도 다른 나라들의 보장성 수준을 비교할 때, 관행적으로 이러한 지표를 대표적으로 사용하고 있다.

그러나 Paris 외(2016)에서는 다음과 같은 이유로 가계 직접 부담 의료비의 비율 지표를 사용할 때 주의가 필요하다고 강조한다. 첫째, 일부 본인부담금은 국가가 집단 기금 및 연대를 받을 자격이 없다고 생각하거나 보장성 확대에서 우선 순위로 간주될 수 없기 때문에 국가에서 보장하지 않기로 선택한 서비스 및 상품에 해당한다. 그들 중 일부는 진정한 의료서비스(예: 치과 보수 치료 또는 안과 제품)이다. 다른 것들은 치료를

받을 때 편안함이나 미적 고려 사항과 더 관련이 있다(예: 상급병실, 값비싼 안경테). 둘째, 일부 국가에서는 이론적으로 기본 건강보장이 적용되는 것과 개인이 실제로 진료를 받을 때 직면하게 되는 제약 사이에 불일치가 있다. 예를 들어, 사람들은 '진료 시점에서 무료'라는 의료서비스를 받을 수 있지만, 다소의 본인부담금을 지불하여 민간 서비스 제공자에게 의지하거나 다른 이유(공급 부족, 긴 대기 시간)를 해결하고자 하는 의무나 유혹을 받을 수 있다. 이러한 상황에서 높은 가계 직접 부담 의료비 비율은 치료에 대한 접근 장애의 지표로 고려하는 것이 합리적이다. 그러나 높은 가계 직접 부담 의료비 비율은 보장되지 않는 서비스가 공급되고 소비자가 지불할 의지와 능력이 있는 경우에만 존재할 수 있다는 점에 유의해야 한다. 따라서 Paris 외(2016)에서는 가계 직접 부담 의료비 비율이 낮은 것이 항상 좋은 보장과 진료에 대한 접근성의 표시로 해석될 수는 없다고 강조한다.

3. 보편적 건강보장(UHC) 모니터링 결과와 건강보험 보장률

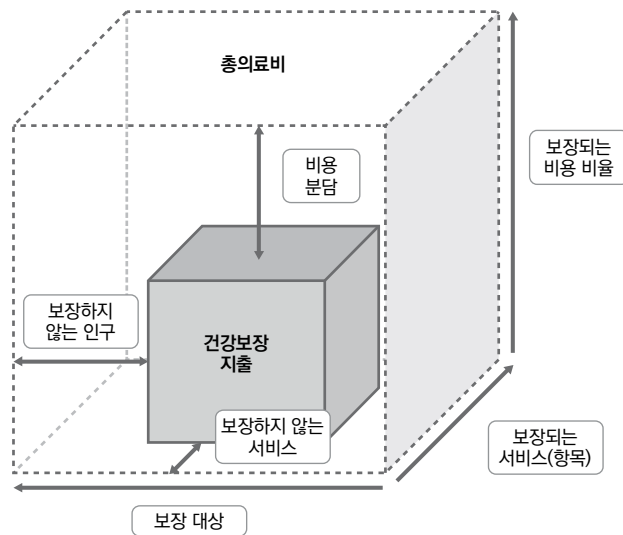
위에서 살펴본 모니터링 결과는 개발도상국 등을 포함하여 전 세계적으로 보편적 건강보장(UHC)을 달성하기 위한 성과 지표로 개발되었기 때문에 이미 보장 수준이 어느 정도 달성된 나라들의 정책 개발에는 직접적인 도움이 되기 어려운 측면이 있다. 보편적 건강보장 모니터링의

주 지표로 사용되는 필수 건강서비스 보장 지표의 경우, 공중보건이나 위생의 관점에서 취사선택된 항목이 많이 포함되어 있기 때문에 치료와 예방에 집중되어 있는 한국의 건강보험제도에 한정해서 비교하기에는 무리가 따른다. 또한 재정적 보호 지표는 국내외적으로 자료원의 한계가 있기 때문에 매년 개선 정도를 비교하여 정책의 효과로 파악하기는 쉽지 않다. 그럼에도 불구하고 필수 건강서비스에 대한 보장이나 접근 그리고 재정적 위험으로부터의 보호라는 목표와 취지에 맞춰 우리나라 상황에 적합한 지표를 고민할 필요가 있다. 이러한 의미에서 국제적인 비교 결과를 통해 우리나라 건강보험의 보장성 정책을 평가하기 위한 시사점을 파악하고자 한다.

가. '경상의료비 대비 공공·의무 가입 제도 비율'과 '건강보험 보장률'

보편적 건강보장의 세 가지 축은 첫째, 대상 집단, 둘째, 보장되는 치료 기능(항목)의 범위, 셋째, 치료의 기능(항목)에 대한 보장 혜택 등으로 나뉜다고 할 수 있다(그림 1). 한국을 비롯한 OECD 주요국들은 대체로 대상 집단에 대한 보편성을 달성했다고 하겠다. 한국의 건강보험은 1977년 제도가 도입된 이후 전 국민으로 대상자를 확대하고 직장가입자와 지역가입자의 형평성을 맞추는 데 최우선순위가 있었다. 2000년 건강보험이 통합된 이후에야 비로소 상대적으로 항목이나 비용 수준의 보장성 강화가 본격적으로

그림 1. 건강보장 정도의 차원들



자료: Busse, R., Schreyögg, J., & Gericke, C. (2007). Analysing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries: A Comprehensive Framework Approach. Health, Nutrition, and Population(HNP) Discussion Paper. p. 1 그림 1 재구성함.

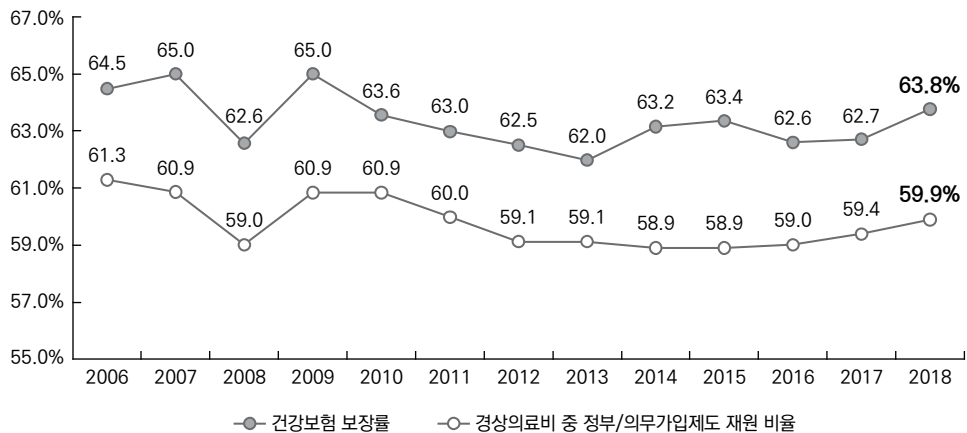
시작되어 왔다고 할 수 있다. 한국에서 소위 보장성 강화 정책은 건강보험 통합이 이루어진 2000년대 후반에야 본격화되었다고 하겠다. 암부터 보장성 강화, 4대 중증 질환 보장성 강화, 그리고 최근의 비급여 전면 급여화 방향 등이 보장성 강화 정책의 대표적인 흐름이다. 결국 건강보험 보장률은 보장되는 항목과 보장되는 비용의 비율이라는 두 가지 차원을 단일한 지표로 측정하여 보장성 강화 정책의 효과를 측정하는 것이다.

한국의 건강보험제도가 건강보장제도의 중심 축인 것은 분명하지만, 한국의 건강보장 체계를 OECD나 WHO 등의 의료비 기준으로 비교하는 것은 간단치 않은 일이다. OECD 의료비 기준을 한국에 적용하면 장기요양보험, 의료급여, 산재, 보훈, 자동차보험, 민간의료보험 및 다양한 의료비 지원 사업 등이 모두 포함된다. 다시 말해 한

국은 상해 및 질병의 발생 원인 또는 대상자에 따라 각기 다른 방식으로 건강보장을 제공하고 있지만, 보편적인 제도를 지니고 있는 많은 나라들의 경우 이러한 발생 원인이나 대상자를 구분하지 않고 모든 부상과 질병을 건강보험제도가 건강보장 체계 내에서 단일하게 관리한다. 이처럼 각 나라의 건강보장제도 형태가 상이하기 때문에 ‘경상의료비 중 정부·의무 가입 제도 비율’을 통해 국제적으로 건강보장제도의 보장성 정도를 비교하는 경우가 많다. 이 지표는 [그림 1]에 제시된 세 가지 차원의 정도를 금액으로 환원한 것이라고 할 수 있다.

이에 반해 건강보험 보장률은 건강보험 환자만을 대상으로 병·의원에서 발생한 의료비 중 건강보험에서 지급하는 혜택을 측정한 것으로서 그 영역이 제한될 뿐 경상의료비 중 정부·의무 가입

그림 2. 우리나라의 건강보험 보장률과 경상의료비 중 정부·의무 가입 보험 비율(2006~2018년)



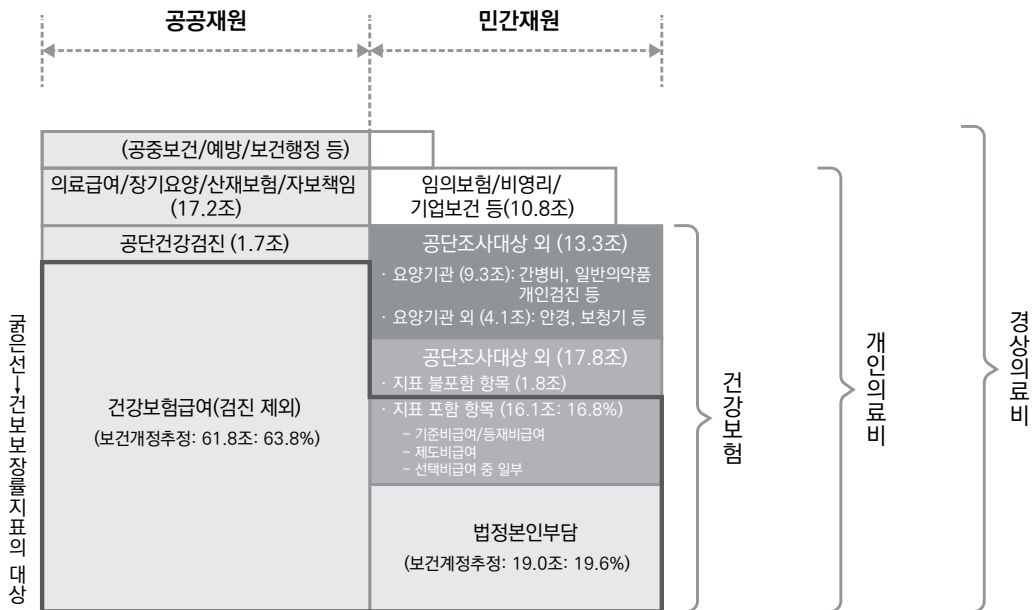
자료: 최성미, 이옥희, 최대성, 이민재, 박근희, 김주혜, ...서남규. (2019). 2018년도 건강보험환자 진료비실태조사. 국민건강보험공단. OECD (2020). Health Statistics. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>에서 2020. 9. 15. 인출, 원자료를 이용하여 구성.

보험 비율과 취지는 유사하다. 우리나라 건강보험 제도는 국민건강보험제도라는 보편적 제도가 중심에 있기 때문에 ‘건강보험 보장률’과 ‘경상의료비 중 정부·의무 가입 제도 비율’은 거의 유사한 추세로 변화하고 있다(그림 2).

‘건강보험 보장률’과 ‘경상의료비 중 정부·의무 가입 제도 비율’은 3~5% 차이가 나는 것을 확인할 수 있는데(그림 2), 이는 두 가지 지표에 포함되는 대상의 범위가 다르기 때문이다. 건강보험 보장률은 건강보험 환자가 병·의원에서 치료 목적으로 이용한 의료비를 대상으로 측정되는 반면에 ‘경상의료비 중 정부·의무 가입 제도 비

율’의 경상의료비에는 장기요양보험, 산재, 자동차보험, 의료급여, 보훈 대상자 등의 의료비뿐만 아니라 일반 의약품 및 안경·콘택트렌즈, 보청기, 건강검진 등도 포함되어 있다. 이에 따라 ‘경상의료비 중 정부·의무 가입 제도 비율’이 변화했을 경우, 우리나라 상황에서는 어떠한 개별 정책이 영향을 미쳤는지를 별도로 분석해야만 정책 개선 방향을 모색할 수 있는 상황이다. 이에 반해 건강보험 보장률은 기본적으로 건강보험 정책의 효과를 측정하여 개선하는 데 도움을 줄 수 있지만, 국제적으로 비교하기 위해서는 다시 경상의료비 개념으로 환원하거나 비례값으로 제시해야 한다.

그림 3. OECD 보건 계정의 의료비 개념과 건강보험 보장률 지표 대상의 범위



자료: 정형선. (2020). 건강보험 보장률 지표개선 및 산출체계 개선. 건강보험 보장성 확대와 비급여 관리 심포지엄 발표 자료(2020. 8. 27.). 보건복지부. p. 13 일부 수정함.

나. UHC의 필수 건강서비스 보장 지표와 우리나라의 비급여 진료비

건강보험 보장률이 우리나라 전체 건강보장제도에서 발생하는 모든 의료비를 포괄하지는 않지만, 여전히 한국의 보편적 건강보장을 대표하는 제도이기 때문에 국제적인 지표의 취지에 맞춰 비교할 필요가 있다. 다시 말해, 앞서 살펴보았듯이 보편적 건강보장 달성을 위해 WHO 등에서는 필수 건강서비스 보장이라는 측면을 강조하고 있지만, 포함되어 있는 항목들은 우리나라 건강보험 보장성 강화 정책의 대상 항목과 거리가 있는 것이 사실이다. 즉, 국제적인 비교를 통해 살펴본 필수 건강서비스 목록에는 다양한 예방접종이나 기본적인 인프라 등이 포함되어 있기 때문에 한국의 건강보험제도를 넘어선 공중보건 및 보건의료 인프라와 관련이 되는 것으로 이해될 수 있다.

그동안의 우리나라 건강보험 보장성 강화 정책은 보장되지 않고 있던 항목들 중에서 필수적이라고 이해되는 항목들을 급여화하거나(비급여의 급여화), 중증 질환이나 취약계층의 본인부담금 수준을 낮추는 방향(본인부담 상한제, 중증 질환 산정 특례 제도 등)으로 진행되어 왔다. 이 중에서 비급여의 급여화 정책은 국제적인 비교의 미에서 볼 때, 필수적인 보장 영역을 확대하는 과정이라고 할 수 있다. 세계 각 나라들도 필수적으로 보장하는 영역에 대한 편차가 상당히 큰 편이며, 특히 의약품, 치과, 안과 등의 영역에서는 보장 수준이 낮은 경우가 많다.

이러한 비급여 진료비 중에는 치료에 필수적이라고 하기 어려운 경우가 상당할 것으로 생각된다. 많은 나라들에서는 총액 계약이나 포괄 방식으로 지불받기 때문에 병원에서는 비용을 절감해야 해서 고가의 항목들을 많이 사용하지 않을 가능성이 높다. 그러나 한국에서는 입원 등에서도 행위별 수가제 형태의 지불 제도가 대부분이고, 비급여는 정해진 가격이 없이 환자에게 직접 청구할 수 있다. 게다가 환자가 민간의료보험에 가입한 경우에는 환자들의 부담을 줄이면서 더 많은 진료 및 의료를 제공할 수 있기 때문에 환자들의 만족도를 높이면서 의료기관의 수익도 높일 수 있다. 최근 민간의료보험 가입자가 늘어나면서 비급여 진료비가 지속적으로 늘어나는 상황이 발생하게 되었다.

이렇게 비급여 진료비가 지속적으로 늘어나는 상황이라면, 이 비급여 진료비들이 필수 서비스에 가까운 것인지 부가적인 서비스에 가까운 것인지 규명할 필요가 있다. 이를 위해서는 비급여 진료비의 구체적인 현황을 파악하는 것이 중요하다. 이에 국민건강보험공단에서는 2016년부터 비급여 진료비 발생에 따른 유형 분류를 실시하고 비급여 진료비 모니터링 기반을 구축하고 있는데, 그 결과를 참고할 필요가 있다.

[그림 4]는 비급여 진료비의 유형을 크게 구분한 것인데, 비급여 진료비의 유형에 따라 치료에 더 필요한 비급여와 신체적 필수 기능 개선을 목적으로 하지 않는 비급여 등으로 구분되는 것을 알 수 있다. 현재 건강보험 보장률에는 선택적 비

급여의 상당 부분이 포함되어 있지 않지만, 기존 지표에 포함되어 있는 비급여 중에도 선택적이라고 할 수 있는 영역이 일부 포함되고 이러한 항목

들이 증가하는 추세가 되면 의료비로 인한 가계 부담을 줄이겠다는 건강보험 보장성 강화 정책 목표가 희석되는 결과를 낳게 될 수 있다.

그림 4. 비급여의 발생 유형별 분류

치료적 비급여	기준	[건강보험 급여 목록]에 등재되어 있으나, 급여기준 등에 의해 비급여로 적용되고 있는 항목
	등재	[건강보험 비급여 목록]에 등재되어 있는 항목 - 등재는 되어 있으나 경제성 등의 이유로 급여화되지 않은 항목 등
제도비급여		관련 제도적 규정에 따라 비급여로 정한 상급병실차액, 선택진료비 및 제증명수수료 - '국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙' <별표2.비급여대상>에 명시된 경우 중 상급병실, 선택진료에 따른 추가 비용
선택비급여		의료소비자의 선택에 의한 경우로 일상생활에 지장이 없는 질환, 신체적 필수 기능 개선을 직접 목적으로 하지 않는 경우 - '국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙' <별표2.비급여대상>에 명시된 경우 중 미용,성형,예방, 검진 등

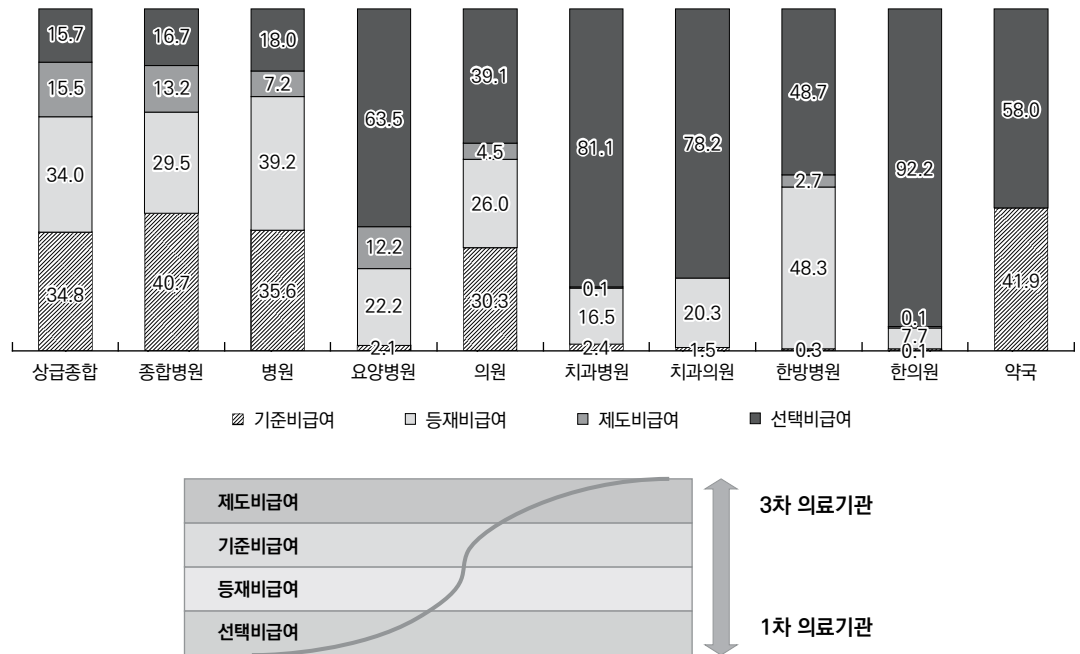
자료: 장종원. (2018). 비급여 진료비 유형에 따른 보장성 강화 정책 방향. 건강보험 Issue & View, p. 6, 표 1 일부 수정함.

아래 [그림 5]는 의료기관 유형에 따라 비급여 진료의 구성에 차이가 있다는 것을 보여 주는데, 선택적인 부가 서비스 수요 증가와 민간의료보험 가입자의 선택적 비급여 이용 증가 등으로 인해 1차 의료기관에서 선택 비급여를 늘리는 현상이 발생하게 되어 비급여율이 증가하는 결과가 나타나는 것을 알 수 있다.

그러나 앞서 살펴본 바와 같이 여러 가지 이유에서 비급여 진료비가 지속적으로 늘어나고 비급여 진료비에 대한 관리가 거의 이루어지지 않는

상황이기 때문에 정책의 효과를 제대로 측정하기 어렵지 않으나 지적들이 있었다. 특히 중증 환자들이 실제 진료 현장에서 체감하는 보장성은 상당히 개선되었지만, 전체 보장률이 제대로 개선되지 않은 것은 체감하는 현실과 다르다고 이야기되는 경우가 많았다. 또한 비급여 진료비 증 많은 부분은 향후에도 건강보험 보장성 강화 정책의 대상이 되기 어렵고 오히려 환자 개인의 선택에 맡겨 두는 것이 바람직할 수도 있기 때문에, 국민들의 의료비 부담을 측정한다는 의미에서는

그림 5. 의료기관 유형별 발생 비급여 유형(2018년 기준)



자료: 서남규. (2020). 건강보험 보장률의 함의와 시사점. 건강보험 Issue & View, p. 15, 그림 5.

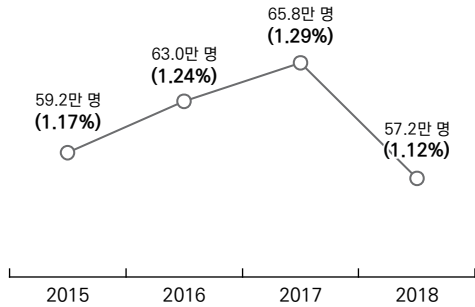
오히려 그 정책의 효과를 왜곡할 수 있다는 점을 염두에 둘 필요가 있다. 이를 개선하기 위해서는 치료 필수성이라는 측면에서 정책의 대상 항목을 구분하여 다양한 측면에서 보장성 강화 정책의 효과를 측정할 필요가 있다. 이러한 치료 필수성의 정도를 판단하기 위해서는 사회적 합의가 필요하다.

다. 재난적 의료비 발생 가구 지표의 건강보험 보장성 강화 정책 효과 평가 반영 검토

국제적으로 가계의 의료비에 대한 재정적 보

호를 목표로 하는 데 있어 주목하는 대표적인 효과 지표는 과부담이나 재난적 의료비 발생 수준, 그리고 의료비로 인한 빈곤화 정도라고 할 수 있다. 이러한 지표는 자료의 한계상 국제적으로 비교하기 어렵다는 점을 앞에서 논의한 바 있다. 그렇지만 여전히 재정적 보호 측면에서 이러한 지표를 관리하는 것이 필요하다. 즉 건강보험 보장성 강화 정책의 효과 평가에서 이러한 지표를 반영하기 위한 고민이 필요한 상황이라고 하겠다. 이에 국민건강보험공단에서는 건강보험 진료비 실태조사 자료를 재분석해 과부담·재난적 의료비 발생 가구 수준에 준하는 지표를 2019년부터

그림 6. 연도별(2015~2018년) 고액 의료비 발생 환자 추이



구분	건강보험 적용 인구 (명)	고액 의료비 발생 환자 수(명) (적용 인구 대비 %)	전년 대비 환자 수 증감률
2015년	50,490,157	592,077 (1.17%)	-
2016년	50,763,283	629,596 (1.24%)	6.3%
2017년	50,940,885	658,208 (1.29%)	4.5%
2018년	51,071,982	572,242 (1.12%)	▽13.1%

주: 고액 의료비 발생 환자 - 개인 연간 의료비(법정본인부담금+비급여 진료비)가 보험료 분위별 표준 월 급여액의 2배 이상으로 발생한 환자.
 자료: 국민건강보험공단. (2019). 2018년 건강보험환자 진료비실태조사 결과. 보도자료. (2019. 12. 12.)

개발하여 제시하고 있다.⁶⁾

‘고액 의료비 발생 환자 수’ 추이가 그 내용이다. 2018년 건강보험 환자 실태조사 결과를 발표하면서 본인부담 상한제 및 재난적 의료비 지원 사업 등 가계 파탄 방지를 위한 정책의 가계 의료비 부담 절감 효과를 분석한 결과, 고액 의료비 발생 환자 수는 2015년 약 59만 2000명에서 2017년 약 65만 8000명까지 증가하였으나, 2018년에는 약 57만 2000명으로 감소한 것으로 나타났다(그림 6).

위에서 제시한 고액 의료비 발생 환자 수라는 지표가 완벽하게 재난적 의료비 상황을 구현하고 있다고 보기는 어렵다. 이는 국민건강보험의 행정 자료를 바탕으로 산출되었기 때문에 소득 수준에 대한 정의도 가다듬을 필요가 있다. 그럼에

도 불구하고 높은 가계 직접 부담 의료비를 경험하는 환자 수가 어떻게 변화되고 있는지 그 경향을 파악하고 정책의 효과를 측정하는 데는 도움이 될 것으로 보인다. 향후에도 지속적으로 관련 지표를 더욱 정교화하는 작업이 필요하다.

4. 나가며

WHO 등에서 제시한 UHC 성과 모니터링 결과를 볼 때, 우선 한국은 필수적인 건강보장서비스 포함 정도에서는 높은 수준을 유지하고 있고 개선되고 있다고 할 수 있다. 그러나 국제적으로 비교되는 필수적인 건강보장서비스 항목들은 한국의 건강보험제도권 내에서 종종 언급되는 ‘필수 의료서비스’와는 개념이 다르다는 점을 유념

6) 건강보험 환자 진료비 실태조사는 의료기관을 표본추출하여 해당 기관의 일정 기간 진료 건 모두를 수집하는 방식으로 이루어지기 때문에 환자 특성이나 환자 단위의 분석이 가능하다.

할 필요가 있다. 우리나라 건강보험 보장성 강화 정책의 중요한 축은 비급여를 급여화하는 정책이라는 측면에서 직접적인 국제 비교가 어렵더라도 우선순위가 더 높은 필수적인 서비스 항목이 무엇인지에 대한 사회적 논의가 필요하다고 하겠다. 이러한 논의를 바탕으로 더 필수적인 의료서비스에 대한 건강보험 보장률 지표를 별도로 산출해 보는 등 보장성 평가 지표를 다양화할 수 있을 것이다.

앞서 살펴본 바와 같이 의료비로 인한 재정적 보호 측면에서는 개선이 필요하다는 점을 확인하였다. 우리나라 건강보험제도의 주된 목적에는 의료비로 인한 가계 파탄을 방지하고 의료에 대한 접근성을 향상시키는 것이 포함된다. 다시 말해 최근 건강보험 보장성 강화 정책은 가계 의료비에 대한 재정적 보호 수준을 높이는 것에 주된 목적이 있다고 할 수 있다. 그동안 이를 측정하는 대표적인 지표로서 건강보험 보장률이 사용되어 왔다. 또한 이와 병행해 고액 중증 질환자의 보장률, 저소득층 보장률, 고액 의료비 발생 환자 수 등을 제시함으로써 더 필수적이고 시급한 의료 영역에서의 가계 부담 정도와 가계 파탄 방지 효과를 측정해 왔다. 이러한 지표들을 더욱 고도화하고 다양화할 필요가 있다. 이를 위해서는 무엇보다 건강보험 보장성 강화 정책 효과 측정에서 그 측정의 목표가 무엇인지, 다시 말해 측정하고자 하는 정책 대상 또는 효과가 무엇인지를 정확하게 정할 필요가 있다.

이 글에서는 보편적 건강보장 달성 정도를 측

정하기 위한 국제적인 비교 지표의 관점에서 한국의 상황을 이해해 보고자 하였다. 또한 국제 비교의 취지를 바탕으로 한국의 건강보험 보장성 강화 정책의 효과 평가 방안에 대한 시사점을 찾고자 하였다. 나라마다 건강보장제도의 형태가 다양하고 그에 따라 가계 직접 부담 의료비 수준이나 그 의미가 다르기 때문에 건강보험제도에 한정된 국제 비교 지표를 찾는 것은 쉽지 않다. 이에 따라 우리나라 상황과 필요에 맞게 보장성 강화 정책의 효과를 측정하고자 노력할 필요가 있다. 다만 이 경우, 국제적인 비교의 취지와 관점이 유지되는 것이 중요하다는 점이 강조되어야 할 것이다. ■

참고문헌

- 국민건강보험공단. (2019). 2018년 건강보험환자 진료비실태조사 결과. 보도자료. (2019. 12. 12.)
- 서남규. (2020). 건강보험 보장률의 함의와 시사점. 건강보험 Issue & View, 25, 11-18.
- 서남규, 안수지, 강태욱, 황연희. (2015). 한국의료패널 자료를 활용한 재난적 의료비 발생 가구 분석 연구 보건경제와 정책연구. 한국보건경제정책학회, 21(1), 93-118.
- 장종원. (2018). 비급여 진료비 유형에 따른 보장성 강화 정책 방향. 건강보험 Issue & View, 1, 5-7.
- 정형선. (2020). 건강보험 보장률 지표개선 및 산출체계 개선. 건강보험보장성 확대와 비급여관리 심포지엄 발표자료(2020. 8. 27.).

- 보건복지부.
최성미, 이옥희, 최대성, 이민재, 박근희, 김주혜, ... 서남규. (2019). 2018년도 건강보험환자 진료비실태조사. 국민건강보험공단.
- Busse, R., Schreyögg, J., & Gericke, C. (2007). Analysing changes in health financing arrangements in high-income countries: A Comprehensive framework approach. Health, nutrition, and population(HNP) discussion Paper.
- Devaux, M., & de Looper, M. (2012). Income-related inequalities in health service utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009. OECD Health Working Papers, 58.
- Flores, G., Krishnakumar, J., O'Donnell, O., & van Doorslaer E. (2008). Coping with health-care costs: Implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty. *Health Econ*, (12), 1393-1412.
- Hogan, D. R., Stevens, G. A., Hosseinpoor, A. R., & Boerma, T. (2017). Monitoring universal health coverage within the sustainable development goals: development and baseline data for an index of essential health services. *Lancet Global Health*. doi [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30472-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30472-2).
- OECD. (2020). Health Statistics. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>에서 2020. 9. 15.
- Paris, V., Hewlett, E., Auraaen, A., Alexa, J., & Simon, L. (2016). Health care coverage in OECD countries in 2012. OECD Health Working Paper, 88. OECD.
- Siciliani, L., Borowitz, M., & Moran, V. (eds.) (2013). Waiting time policies in the health sector: What works? OECD Health Policy Studies. Paris: OECD.
- Wagstaff, A. (2012). Measuring universal health coverage - plus ça change? blog posted on <http://blogs.worldbank.org>
- WHO. (2005). Distribution of health payment and catastrophic expenditures methodology, Discussion Paper, 2.
- WHO. (2019). Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 Global Monitoring Report.
- WHO & World Bank Group. (2014). Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels - framework, measures and targets. May 2014. Geneva: WHO.
- WHO & World Bank. (2017). Tracking Universal health coverage: 2017 Global monitoring report. World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development.