

# 보장성 논의와 보장률의 국제비교



정형선 교수  
신정우 연구원  
연세대학교 보건행정학과

## 1. 시작하며

무상의료에 대한 논의가 뜨겁다. 사실은 보장성 확대에 관한 논의임에도 이것이 '무상의료'로 포장됨으로써 격한 정치 논쟁으로 비화하고 있다. 보장성 확대는 참여정부 이래 계속되어온 주제이다. 보건의료와 건강보험 정책을 위한 분명한 근거를 다루고 제시해야 하는 학자의 입장에서 정치 레벨의 이러한 뜬구름 잡기식의 거친 논의는 그다지 반갑지 않다. 하지만 복지정책이 정치적 논의의 영향이 없을 수 없을 것이고 보건의료정책을 다루는 응용학문이 정치와 무관할 수 없을 것이다. 이것이 피할 수 없는 것이라면, 학자에게 주어진 임무는 보다 정치(精緻)한 계량적 근거들을 제시해서 정치(政治)인들의 혼란을 정리해주는 것이라고 느낀다.

## 2. 보장성 논의와 보장률 지표의 정치화 (政治化)

정책 지표로 정교하게 산출되어야 할 보장성지표가 정치적 색채를 띠게 된 것은 2002년 대선시 민주당 대통령 후보의 공약에 '보장률 80% 달성'이라는 목표가 들어가면서부터이다.

이러한 공약은 세종시나 과학도시에 대한 공약과는 달리 당시까지만 해도 일반 대중의 표로 연결되는 이슈가 아니었다. 오히려 보장성 강화를 신념으로 하는 일군의 학자와 정치인들이 이를 정책 아젠다로 끌어올리기 위한 방안으로 대선 공약을 활용한 것으로 보는 것이 맞을 것이다. 거기까지는 좋았는데, 문제는 제시된 80%라는 수치가 너무도 높은 비현실적인 것이었다는 점이다. 당시 이러한 공약을 주도했던 학자들은 주로 예방의학을 배경으로 하는 진보적인 학자들이었는데, 이들은 보장률 80%가 가지는 의미를 정확히 알지 못했던 것으로 보인다. 이는 최근 일어나고 있는 '무상의료' 논쟁과는 다른 양상이다. 현재 민주당의 공약은 외견상 '무상의료'로 포장되어 있지만, 실제 내용은 보장률 75%정도를 목표로 하고 있는 것으로 해석된다. 그리고 제시되는 보장률 지표 또한 간병비까지 포함한 전체 의료비를 분모로 함을 분명히 하고 있다. 반면에, 2002년 대선공약의 단계에서는 공약 입안자들이 보장률 지표가 가지는 무거운 의미를 정확히 인식하지 못하고 있었다.

정권을 얻은 뒤 구체적인 목표를 설정하는 단계에서 80%라는 수치가 도저히 달성할 수 없는 것임이 드러나게 되자, 참여정부는 『참여복지5개년계획』에서 목표를 다음과 같이 70%로 수정하였다.

“..... 건강보험급여의 단계적인 확대로 현재 보험급여율 수준 52%를 2006년에 55%, 2007년에 60%, 이어 2008년에 70% 수준까지 제고하여 보장성을 강화하도록 추진한다. ....”(참여복지기획단, 2004, 459쪽).

동 계획안이 2003년의 보험급여율을 52%로 명시하고 있는 것으로 볼 때, 당시까지만 해도 정부는 '건강보험급여율'의 분모를 건강보험환자의 '전체의료비'로 규정하고 있었던 것이 확실하다. 이는 건강보험급여수준에 대한 당시까지의 학계의 논의를 따른 것이다. 이렇게 목표를 수정하기는 했지만, 몇 년 안에 건강보험보장률을 20% 가까이 끌어올리는 것이 불가능하기는 마찬가지였다. 2004년에는 보장률을 1% 올리는데 연간 3천억원 가까이 필요했기 때문에, 2003년 52%를 2006년 55%, 2007년 60%, 2008년 70% 수준으로 올리기 위해서는 2003년 당시의 건강보험급여액 15조원은 계속 투입하면서 2006년 0.9조원, 2007년 2.4조원, 2008년 5.4조원을 추가적으로 투입해야 했다. 하지만, 그 타당성 여부를 떠나

서 참여정부는 건강보험에 이 많은 공공재원을 투입할 정도의 정책 의지를 가지고 있지 못했다.

국민건강보험공단(이하 '공단')은 2005년 실시한 '본인부담실태조사'를 근거로 분모, 분자에서 일반의약품, 치과보철, 한방침약 등을 제외한 새로운 '건강보험보장률' 지표를 설정하고 2004년 보장률을 61.3%로 발표했다. 결과적으로, 정의를 바꾸어서 급여율을 10%p 가까이 상향 조정한 것이다. 정부는 2005년 6월의 '보장성강화대책'에서 이 61.3%를 2008년까지 70%이상으로 올리겠다는 계획을 제시한다. 그럼에도 건강보험급여율은 2005년 61.8%, 2006년 64.3%, 2007년 64.6%이었다. 즉, 70%의 목표는 달성하지 못했다. 하지만 필자는 참여정부의 보장성 강화 노력은 그 어느 때보다도 컸으며 큰 성과를 보였다는 점을 강조하고 싶다. 2005년 18.3조원에 불과하던 보험자부담분은 보장성강화 대책의 영향으로 2006년 21.4조원, 2007년 24.5조원으로 급격히 늘어났다. 다만, 목표가 너무 무리하게 설정되고, 이것이 소위 '건강보험보장률' 지표 자체의 왜곡과 변형을 초래한 것이 문제이었다.

이명박 정부가 들어선 이후에도 이미 정치화(政治化)된 보장성 지표는 정치적 논의를 벗어나지 못하고 있다. 2008년 공단 발표 건강보험보장률이 62.2%로 2007년 대비 2.4%가 줄어든 것으로 나오자 야당은 이것을 현 정부의 보장성 후퇴의 결과로 비난하고 있다. 하지만 지표의 세부 내용을 들여다보면 이러한 보장률 하락이 보험급여의 축소에 의한 것이 아니고 지표 산출 과정의 한계에 기인함을 알 수 있게 된다. 보험급여(보험자 부담분) 규모는 2008년에 전년 대비 1조8천억원이 늘어났음에도, 비급여가 크게 늘어나 보장률지표가 2.4%나 줄어든 것으로 조사되었다. 공단은 이것이 식대 본인부담의 인상과 6세 미만 아동의 본인부담 부과에 기인한 것으로 해석하고 만다(최기춘 외, 2009). 하지만, 2008년의 이러한 변화는 법정본인부담이 늘어나는 이유가 될지는 몰라도 비급여본인부담의 급격한 증가를 설명하는 이유는 될 수 없다. 2008년 본인부담실태조사의 결과는 동 조사의 신뢰성을 되돌아보는 계기가 되었다. 최근 무상의료에 대한 논쟁이 정치권을 달구게 되자 다시 한번 보장률 지표가 주목을 받게 되었는데, 급기야 언론에서도 공단 조사와 건강보험급여율 지표에 의문을 제기하는 단계에 이르게 되었다.(한국일보 1월19일자, <http://news.hankooki.com/lpage/society/201101/h2011011902305921950.htm>)

### 3. 보장성지표의 개념 및 산출방법

#### 가. 국민의료비/경상의료비/개인의료비의 재원 구성

보건계정체계(SHA: System of Health Accounts)에 따르면(OECD, 2000), 국민의료비(total health expenditure)는 「'보건의료재화와 서비스의 최종 소비'와 '보건의료의 하부구조를 위한 자본형성'의 합」으로 정의된다.<sup>1)</sup> 전자에 해당하는 것이 경상의료비(current health expenditure)로 이는 국민의료비에서 시설, 장비에 대한 투자를 제외한 것이다. 개인의료비(personal health expenditure)는 경상의료비에서 다시 '보건행정' 및 '공중위생' 지출을 제외한 것이다. 그림 1은 이러한 기능별 구분을 재원(finance)의 관점에서 보다 세분화 하고 있다.

국민의료비 ( Total Health Expenditure)						
경상의료비 (Current Health Expenditure)					집단 의료비 (E)	자본형성 (F)
개인의료비 (Personal Health Expenditure)						
	실손형 민간 의료비 (B)	법정 본인부담금 (C)	비급여 본인부담금 (D)			
건강보험급여비(A1) 의료급여급여비(A2) 산재보험급여비(A3) 기타 (A4)	건보(B1) 의료급여(B2) 자보(B3) 기타(B4)	건보(C1) 의료급여(C2) 기타(C4)	건보(D1) 의료급여(D2) 산재·자보(D3) 기타(D4)	공민공간재원 E E	공민공간재원 F F	
공공재원(A)	민간재원(B+C+D)					
사전지불 의료비(A+B)	가계직접부담 의료비(C+D)					

그림 1. 국민의료비의 구조와 재원구성

출처: 정형선 외 (2010)

- 주 1. 각 항목의 넓이는 실제의 의료비 규모를 어느 정도 감안한 것임. 단, 높이는 관계없음.  
 2. '성형미용'은 의료비에 속하지 않으므로 이 그림에 처음부터 포함되지 않음.  
 3. '본인부담'의 전체 규모는 'B+C+D'가 되고, 이중 가계직접부담 의료비는 실손형민간의료비에서 지급되는 부분(B)을 차감한 'C+D'가 됨. 정액형 민간의료비의 지급분은 'C+D'에 포함됨. 정액형민간의료비도 어느 정도 의료비 부담의 경감 역할을 한다는 점에서 이를 전부 'C+D'에 포함하게 되면 가계직접부담이 과장되는 측면이 있으나, 현실적으로는 이 부분을 정확히 구분해 내기 어려움.

#### 나. 보장성 지표의 정의

보장성 지표는 그 분모, 분자에 포함되는 의료비의 범위에 따라 다양한 지표의 설정이 가능하다. 국제비교 가능성에 중점을 둔 국민보건계정의 개념에 따라 산출된 국민의료비,

1) 이러한 정의에 따른 'Total Health Expenditure'가 자본형성을 위한 각국의 재원조달 방식에 따라 다양한 중복 추계 부분이 생기기 때문에, 2011년 중에 발표될 수정된 매뉴얼(SHA version 2.0)에서는 혼선을 피하기 위해서 자본형성은 별도의 자본계정에서 다루고 동 계정에서는 'Current Health Expenditure'를 중심으로 국제비교에 사용하는 것으로 의견이 집약되고 있다. SHA 매뉴얼 개정을 위한 논의과정과 작업내용, 개정초안 등 모든 내용은 다음 사이트에서 확인할 수 있다: [http://www.oecd.org/pages/0,3417,en\\_40045874\\_40037351\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/pages/0,3417,en_40045874_40037351_1_1_1_1_1_1,00.html).

경상의료비 및 개인의료비를 분모로 할 수도 있고, 건강보험의료비를 분모로 할 수도 있다. 같은 건강보험의료비라고 하더라도, 어떤 요양기관에 대한 지출을 분모로 하는지 어떠한 기능별 지출을 분모로 하는지에 따라서도 다양한 지표가 가능하다.

보장성 기능을 하는 재원에 대한 판단 기준으로는 공공재원(public financing)인지의 여부와 사전에 집적된 재원(pre-payment)인지의 여부가 주로 사용된다. 공공재원은 조세와 사회보험료 재원을 포함하며, 사전지불재원은 여기에 민영보험 등을 포함한다. '사전지불재원 비율'은 이용단계에서의 부담을 얼마나 줄여주는가에 보장성의 초점을 맞춘 것이며, 특히 민영보험을 의료보장의 수단으로 활용하는 국가와의 비교에 활용도가 있다(OECD, 2004; WHO, 2008). 그림 1에서 보듯이, 실손형 민영보험의 크기가 양자의 차이를 가져오는데, 실손형 민영보험이 공보험의 보충적 역할을 수행할 수 있도록 제도 설정이 되는 경우 '사전지불 비율'의 지표적 효용성이 커지게 되나, 우리나라에서는 아직 이러한 기대를 가지기 힘들다는 점에서 본고는 '공공재원비율'에 초점을 맞추어 논의를 진행한다.

그동안 보장 수준의 국제비교에 많이 사용되어온 '국민의료비에서의 공공재원의 비중'은 보장률지표와 직접 관련이 없는 '자본형성' 지출이 포함되어 있다는 점에서 정책적 의미를 부여하는데 한계가 있었다. 본고에서는 '경상의료비' 및 '개인의료비'에서의 공공재원비율을 중심으로 의료보장률의 국제비교를 제시한다.<sup>2)</sup> 그림 1의 구성항목을 사용하여 이들 지표를 수식화하면 다음과 같다.

$\bullet \text{ 경상의료비에서의 공공재원비율} = \frac{A+E'}{A+B+C+D+E}$
$\bullet \text{ 개인의료비에서의 공공재원비율} = \frac{A}{A+B+C+D}$

경상의료비에는 '보건행정'을 위한 지출이 포함되므로 '경상의료비에서의 공공재원비율'은 '건강보험보장률'과 그만큼의 차이가 있다. 하지만 보건행정비가 전체 경상의료비에서 차지하는 비중이 워낙 작아서 '경상의료비'에서의 보장률의 국제비교를 통해 건강보험보장률의 수준을 파악하는데 무리가 없다. 특히 병원/의원/약국별 보장률이나 입원/외래/의약품별 보장률에는 보건행정비가 포함되지 않는다.

2) 국민건강보험공단의 의뢰로 수행된 연구용역의 결과(정형선 외, 2010), 본고의 산출방식과 같은 방식에 의한 '건강보험보장률이 산출되어 있으나, 이에 대한 공식적인 발표는 이루어지고 있지 않기 때문에 다른 지면으로 미루고 본고에서는 '경상/개인의료비에서의 보장률'을 통한 국제비교만을 다룬다.

보건계정에서 보장률의 국가별 데이터를 추출할 수 있는 것 중에서는 ‘건강보험보장률’과 가장 외연과 내포가 유사한 지표가 ‘개인의료비’에서의 공공재원비율이다. 개인의료비에는 건강보험 이외에도 의료급여, 산재보험, 자동차보험, 실손형민영보험 등이 포함되지만, 이들은 다 합쳐도 건강보험의 10분의 1을 조금 넘는 수준이다. 즉, ‘개인의료비’에서의 보장률을 ‘건강보험’에서의 보장률의 국제비교에 활용하는 것이 이론적으로 가장 타당하다. 다만, ‘전체’ 개인의료비에서의 보장률은 OECD 보건계정에서 국가별 데이터를 추출할 수 있지만, ‘병원/의원/약국’ 별 개인의료비 보장률의 국가별 수치는 파악이 되지 않은 현실적인 한계가 있다<sup>3)</sup>.

#### 다. 보장성 지표의 산출방법

‘경상의료비’ 및 ‘개인의료비’에서의 공공재원비율은 각국의 보건계정에서 나온다(<http://stats.oecd.org/index.aspx>). 본고에서 사용한 한국의 2009년 수치의 산출방식은 정형선(2009)의 산출방법과 대동소이하다. 가계직접부담 재원의 산출을 위해서 가계(동향)조사 자료를 기본으로 사용하는 것은 마찬가지이지만, 정형선(2010)에서는 병원의 경우만은 공단의 ‘본인부담실태조사’ 자료를 이용했는데, 본고에서는 병원을 포함한 모든 공급자별 구분에서 ‘가계(동향)조사’를 사용했다. 공단 ‘본인부담실태조사’ 자료의 한계점이 확인되었기 때문에, 병원만 구분해서 이 자료를 사용하는 것보다는 모든 공급자 구분에서 ‘가계(동향)조사’를 이용함으로써 시계열적, 횡단면적 ‘일관성’ 유지에 더 무게를 두고자 한 것이다.

본고의 자료원 및 산출방법은 정형선(2009)보다 개선되었는데, 후자는 공급자별 의료비 구분을 위해서 2005년 건강영양조사 자료를 원용했으나, 본고에서는 2010년 말에 발표된 의료패널 자료를 활용했다. 건강검진을 위한 지출을 HC.6(예방/공중보건)로 분류하지만, ‘개인의료비(personal health expenditure)’에 포함한 것도 차이점이다. 건강검진은 공단의 급

3) ‘개인의료비’의 외연과 관련하여 건강검진을 어떻게 처리할 것인지에 대한 논란이 있다. OECD의 의료비 추계 매뉴얼(SHA version 1.0)에 따르면 건강검진은 HC.6(예방/공중보건)에 속하여 개인의료비(personal health expenditure)에서 제외되어 있었으나, 개인의 건강을 체크하기 위한 검진서비스는 다른 집단적 사업(collective services)과는 달리 개인(individual)을 대상으로 하는 서비스의 성격이 강하기 때문에 이러한 분류에 문제가 있다는 인식이 부각되면서 논의가 다각적으로 진행되었다. 그 결과, SHA version 2.0은 개인의료로서의 예방사업과 집단의료로서의 예방을 구분하고 건강검진을 전자(HC.6.1.3 Early disease detection programmes 또는 HC.6.1.4. Healthy condition monitoring programmes)로 분류하는 방향으로 의견이 집약되고 있다.

여에 의한 것과 기업이 제공하는 것, 그리고 개인 차원에서 이루어지는 건강검진 비용을 모두 포함한다. 공단의 경우는 공단의 발표 자료를 활용했고, 기업의 건강검진은 고용노동부의 '근로자 건강진단 실시결과' 자료 등을 활용하여 추정했으며, 개인 건강검진을 위한 지출은 공식적으로 발표되고 있는 가계(동향)조사에서는 건강검진을 위한 지출이 구분되어 있지 않아서 통계청의 협조를 얻어 원자료에서 확보한 자료를 활용하여 추산했다.

#### 4. 보장률의 국제비교

##### 가. 전체 경상의료비 및 개인의료비의 보장률

그림 2에서 보듯이, 한국의 2009년 전체 경상의료비에서의 공공재원비율 58.7%는 OECD 국가 평균인 73.1%보다 14.3%p 낮고, OECD 국가 중 멕시코(45.3%), 미국(47.8%)보다는 높지만 스위스(59.1%), 그리스(61.9%)과 함께 가장 낮은 국가 군을 형성하고 있다. 미국은 분모가 되는 의료비의 규모가 워낙 큰데다, 민영보험에 국민의 대부분을 맡기고 저소득자, 노인 등 취약계층을 중심으로 공공재원을 투입하는 시스템을 가지고 있어 공공재원의 비중이 상대적으로 낮다. (반면에, 민영보험을 포함하는 사전지불재원의 비중은 높은 편이다.) 스위스(59.1%)는 서구국가로서는 예외적으로 60%에 못 미치는데, 이는 필수의료서비스만을 전국민의료보장을 통해 확보하고 추가적인 부분은 민영보험에 맡기는 의료제도를 운영하고 있기 때문이다. (개인의료비는 경상의료비의 경우와 대동소이하므로 기술 생략)

한국의 급여수준(benefit coverage)이 여타 OECD국가들에 비해서 현저히 낮은 것은 100%에 가까운 인구보장성(population coverage)에도 불구하고 비급여항목이 많고, 급여항목의 경우에도 법정본인부담률이 높기 때문이다. 또한, 민간재원의 대부분은 가계의 직접적인 본인부담으로 구성되어 있고(전체 경상의료비의 34.8%), 실손형 민영보험의 비중은 낮다(전체 경상의료비의 3.6%).

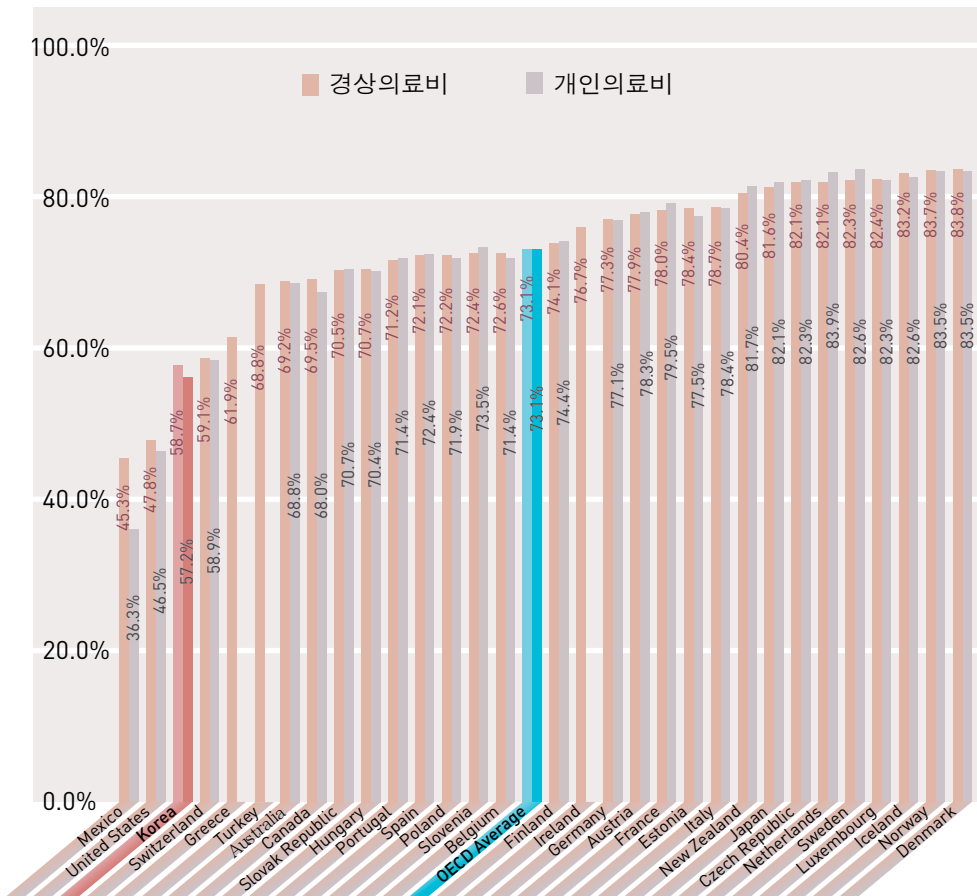


그림 2. 전체 경상의료비 및 개인의료비의 보장률, OECD 국가

출처: OECD Health Data 2010, October version. 단, 한국은 본 연구에서 산출한 2009년 수치.  
 주. 2008년도 자료. 단, Korea(2009), Australia(2007), Denmark(2007), Greece(2007), Japan(2007), Switzerland(2007), Turkey(2007), Portugal(2006).

### 나. 병원/의원/약국별 및 입원/외래/의약품별 보장률

전체 경상의료비에서의 보장률도 의미가 있지만, 병원/의원/약국별 또는 입원/외래/의약품별 보장률을 산출하여 국가 간에 비교하는 것이 정책적 활용도가 더 높을 것이다. 각국의 공공의료제도가 설정하고 있는 정책적 우선순위를 비교할 수 있기 때문이다. 표 1 및 표 2는 보건계정체계(SHA)에 따른 각국의 데이터 산출이 있었기 때문에 가능해진 국제비교 정보를 제공한다.

표 1에서 보듯이, 2009년 우리나라 병원의 공공재원비율은 61.4%로, OECD 평균 88.5%에 비해 27.1%p 나 낮고, 의원(치과의원 제외)은 64.2%로 OECD 평균 77.4%에



비해 13.2%p 낮으며, 약국은 69.1%로 OECD 평균 61.8%보다 7.3%p 높았다. 한국은 병원과 의원의 공공재원비율이 다른 국가보다 현저히 낮은 반면, 약국의 공공재원비율이 비정상적일 정도로 높음을 알 수 있다.

표 1. OECD 국가의 병원/의원/약국별 의료보장률 (단위:%)

병원		의원 (치과의원 제외)		약국	
Iceland	99.1	Estonia	91.4	Japan	83.1
Czech Republic	98.1	Canada	90.5	Luxembourg	82.1
Sweden	97.7	Czech Republic	89.5	New Zealand	74.6
Norway	97.3	Luxembourg	88.1	Germany	74.1
Poland	96.8	Norway	85.7	Slovak Republic	71.4
Estonia	95.8	Sweden	84.8	Spain	70.1
Denmark	95.3	Japan	84.2	Korea	69.1
Spain	94.0	Denmark	81.8	Austria	68.4
Luxembourg	93.1	New Zealand	81.4	France	68.2
France	92.9	Iceland	80.6	Switzerland	64.5
Hungary	92.7	Poland	79.0	Denmark	62.0
Finland	91.2	France	78.6	OECD Average	61.8
Canada	90.8	OECD Average	77.4	Iceland	60.4
Austria	90.3	Germany	76.6	Australia	59.0
OECD Average	88.5	Australia	76.1	Belgium	58.4
New Zealand	88.4	Finland	75.0	Sweden	58.1
Germany	88.4	Hungary	74.7	Slovenia	57.9
Slovenia	88.2	Austria	71.2	Hungary	56.7
Slovak Republic	86.9	Slovak Republic	69.8	Norway	56.7
Australia	81.4	Belgium	68.5	Finland	55.1
Switzerland	78.2	Slovenia	66.4	Czech Republic	54.2
Belgium	73.4	Korea	64.2	Estonia	42.6
Japan	63.4	Spain	62.0	Canada	38.4
Korea	61.4	Switzerland	61.2	Poland	37.2

출처: OECD 보건계정. 단, 한국은 본 연구에서 산출한 2009년 수치.  
 주. 2008년도 자료. 단, Korea(2009), Australia(2007), Austria(2007), Denmark(2007), Finland(2007), Switzerland(2007), Japan(2006), Norway(2006).

표 2에서 보듯이, 입원에서의 공공재원비율은 63.6%로, OECD 평균 86.6%에 비해 23.0%p나 낮고, 외래(치과 제외)는 62.1%로 OECD 평균 78.2%에 비해 16.1%p나 낮으며, 의약품은 59.3%로 OECD 평균 60.3%와 비슷한 수준이었다. 입원과 외래의 공공재원비율은 우리나라가 OECD 국가 중 최하위 수준인 반면, 의약품비의 공공재원비율은, 우리의 보건계정의 의약품에 전액 본인부담인 한방첩약이 포함되고 있는 점을 고려하면, 상대적으로 높은 편임을 알 수 있다.

표 2. OECD 국가의 입원/외래/의약품별 의료보장률

(단위:%)

입원		외래 (치과 제외)		의약품	
Iceland	99.2	Estonia	96.4	Luxembourg	84.0
Sweden	97.5	Denmark	92.3	Germany	76.6
Czech Republic	97.0	Czech Republic	90.4	Spain	72.9
Poland	96.4	Sweden	89.6	Japan	71.7
Denmark	94.3	Canada	87.1	Slovak Republic	71.4
Norway	93.9	Luxembourg	86.4	Switzerland	67.6
France	93.5	Japan	83.1	France	66.5
Estonia	92.1	New Zealand	82.2	Austria	65.5
Hungary	90.3	Finland	81.2	New Zealand	64.8
Slovenia	89.8	Iceland	79.8	Czech Republic	61.6
Japan	88.7	Australia	79.6	OECD Average	60.3
Finland	88.1	Austria	78.5	Korea	59.3
Spain	87.8	OECD Average	78.2	Belgium	59.3
OECD Average	86.6	Norway	77.5	Slovenia	59.3
New Zealand	86.6	Slovak Republic	77.3	Sweden	58.1
Canada	85.5	Hungary	74.2	Hungary	56.7
Austria	84.4	Germany	73.9	Norway	56.3
Slovak Republic	84.2	France	72.1	Denmark	55.8
Germany	83.8	Slovenia	71.2	Finland	55.1
Luxembourg	79.4	Poland	70.4	Australia	54.0
Australia	77.2	Spain	68.1	Iceland	50.8
Belgium	76.8	Belgium	63.2	Estonia	42.9
Korea	63.6	Korea	62.1	Canada	38.4
Switzerland	61.9	Switzerland	61.3	Poland	38.3

출처: OECD 보건계정. 단, 한국은 본 연구에서 산출한 2009년 수치.

주 1. 2008년도 자료. 단, Korea(2009), Australia(2007), Austria(2007), Denmark(2007), Finland(2007), Switzerland(2007), Japan(2006), Norway(2006).

2. 한국의 의약품에는 한방침약이 포함되어 있음에 주의.

또한 표 1과 표 2를 비교해 보면, 병원의 공공재원비율이 OECD 평균보다 낮은 정도가 입원의 공공재원비율이 OECD 평균보다 낮은 정도에 비해 더 심한 것을 알 수 있다. 우리나라의 건강보험제도에서 의원 외래에 비해서 병원 외래의 본인부담이 높은 '종별 외래본인부담 차등화' 정책이 시행되고 있기 때문에 나타나는 현상이다. 더욱이 서구 국가들과는 달리 우리의 병원은 외래부문의 비중이 크기 때문에 병원 외래의 높은 본인부담률은 병원 전체의 본인부담률을 높이고 있다. 외래(치과 제외)의 공공재원비율이 OECD 평균보다 낮은 정도가 의원(치과의원 제외)의 공공재원비율이 OECD 평균보다 낮은 정도에 비해 더 심한 것도 같은 이유 때문이다.


## 5. 맺으며

우리나라의 낮은 의료보장률 내지 건강보험급여율이 국제비교를 통해 분명히 확인되었다. 낮은 건강보험급여율은 건강보험료 수준을 낮게 유지하고 있는데 따른 당연한 결과일 수 있다. 어찌 보면 이러한 저부담-저급여 자체가 한국 의료제도의 특징점일 수도 있다.

한국의 본인부담률이 높다고는 해도 미국과 같이 의료비 자체가 높은 나라에 비해서는 가계의 부담 수준은 현저히 낮다. 더욱이 건강보험이 보편적으로 적용되고 있다는 점에서 미국과 같이 상당수 국민이 의료보장의 사각지대에 놓여 있는 국가보다 우월하다. 또한 영국과 같이 보장 수준은 높지만 긴 대기시간의 문제와 과소진료(under-doctoring)의 문제에 고민하고 있는 국가들에 비해서도 높은 점수를 줄 수 있다. 그렇지만, 입원 부문의 낮은 보장률은 한국 의료제도의 형평성 측면에서의 취약점을 암시한다.

우리나라와 같이 보장률 수준이 낮은 국가는 보장률 자체를 높이는 것이 필요하나 그렇다고 해서 정치권의 '무상의료' 주장처럼 한없이 보장수준을 높이는 것이 목표가 될 수는 없다. '법정본인부담'은 도덕적 해이를 방지하는 기능을 가지고 있고, '법정의 본인부담' 중에는 급여의 대상으로 하는 것이 불필요한 경우도 있기 때문이다. 적정보장률은 입원, 외래, 의약품 등 급여의 내용에 따라, 그리고 상병별, 중증도별로도 다를 수 있으며 일의적으로 정할 수 없다. 더욱이 국제비교에서 드러났듯이 우리나라의 약국 의약품 급여율은 불필요하게 높다.

필자가 생각하는 우리의 의료제도 하에서 지향할 목표 보장률은 입원의 경우 80% 수준(명목급여율<sup>4)</sup> 90%), 외래는 70% 수준(명목급여율 80%), 의약품(한방첩약 제외)은 60% 수준(명목급여율 70%)이다. 그것도 현재의 행위별수가제도가 포괄수가제 등으로 보완되고 현행의 많은 비급여 항목들이 제도권의 관리 하에 놓이는 상황 하에서의 장기적인 목표이다. 이러한 상황 변화가 없이는 여차피 단기간에 이를 달성하기 힘들기 때문이다. 높은 정책 목표를 설정하는 것이 능사는 아니며, 실현 가능한 목표를 설정하고 이를 이행해 나가는 차분한 전략이 필요하다. 이러한 수치 또한 평균이 그렇다는 것뿐이며, 현실 정책에서는 같은 입원, 외래, 의약품이라도 의료기관 중별로, 급여 항목별로 다양한 급여율을 적용할 필요가 있다.

참여정부 시절 초기에 전체 건강보험보장률의 목표를 80%로 두었다가, 다시 70%로 수정했음에도 불구하고, 그리고 참여정부 기간 중에 보장수준이 뚜렷이 증가하는 성과를 이루었음에도 불구하고 임기 내에 사실상의 건강보험급여율은 60%에도 못 미쳤다는 점, 그리고 이 명백 정부 하에서도 마찬가지로라는 점을 무상의료를 논하는 정치인들은 알아야 할 것이다. 

**참고문헌**

1. 정형선, "2007년 국민의료비 및 국민보건계정", 서울: 보건복지부, 2009.
2. 정형선, "2008년 국민의료비 및 국민보건계정", 서울: 보건복지부, 2010.
3. 정형선 외, "건강보험 보장성 지표 개발 연구", 서울: 국민건강보험공단, 2010.
4. 참여복지기획단, 참여복지5개년계획, 서울: 보건복지부·보건사회연구원, 2004.
5. 최기춘·이효용·이선미, 2008년도 건강보험환자 진료비 실태조사, 서울: 국민건강 보험공단, 2008.
6. OECD, A System of Health Accounts, Paris: OECD, 2000.
7. OECD, OECD reviews of health care system: Korea, Paris: OECD, 2004.
8. WHO, World Health Report 2008, Geneva: WHO, 2008.

4) 명목급여율 = 보험자부담분/(보험자부담분+법정본인부담)