



건강보험 보장성 지표 개선방안 마련을 위한 연구

신현웅

여나금·정형선·김혜윤·이재은·김희년



【연구책임자】

신현웅 한국보건사회연구원 선임연구위원

【공동연구진】

여나금 한국보건사회연구원 부연구위원

정형선 연세대학교 교수

김혜윤 한국보건사회연구원 연구원

이재은 한국보건사회연구원 연구원

김희년 연세대학교 의료복지연구소 연구원

제출문

보건복지부장관 귀하

본 보고서를 「건강보험 보장성 지표 개선방안 마련을 위한 연구」
최종보고서로 제출합니다.

2019년 12월

주관연구기관명: 한국보건사회연구원

연구책임자: 신현웅

※ 본 보고서의 내용은 연구용역과제를 수행한 연구자의 개인적인 의견이므로
보건복지부의 공식적인 견해와는 다를 수 있습니다.



제1장 서론	1
제1절 연구 필요성	3
제2절 연구 내용 및 방법	7
제2장 국내외 문헌고찰 및 현황 검토	11
제1절 국내 보장성 지표 관련 현황 검토	13
제2절 국외 건강보험 보장성 지표 및 산출방법	30
제3장 현행 건강보험 보장률 산출방식 검증	45
제1절 건강보험 보장률 산출방법 및 검토	47
제2절 현행 보장성 지표에 대한 쟁점 검토	54
제4장 신규 보장성 지표 산출	63
제1절 비급여 범위 설정의 원칙 수립	65
제2절 필수의료 보장률 정의 및 범위	78
제3절 보장성 지표 세분화 및 산출결과	82
제5장 보장성 지표 개선방안 도출	91
제1절 건강보험 보장률 개선방향 및 방안 제시	93
제2절 모의산출 결과 및 결론	102
참고문헌	107
부록	113
부록1. 비급여 표준코드 분류	109
부록2. OECD 국가별 보장방식 및 보험료 부담률 비교	115

표 목차

〈표 2-1〉 건강보험 보장성 지표의 문제점 및 개선방향	15
〈표 2-2〉 선행연구의 보장성 지표 비판 요지	18
〈표 2-3〉 의학적 비급여 영역(보장성 강화정책 대상: 의과영역) 비급여 유형 구분	20
〈표 2-4〉 현 보장성 지표와 치료적 보장성 지표의 비급여 포함 범위 비교	21
〈표 2-5〉 세부 보장성 항목에 따른 보장성 지표	22
〈표 2-6〉 OECD 국가별 경상의료비 중 정부의무가입 보험재원 및 가계직접부담 비중	33
〈표 2-7〉 OECD 국가별·서비스 항목별 의료비 지불방식	35
〈표 2-8〉 OECD 국가별 환자 본인부담 제한 정책	37
〈표 2-9〉 일본의 급여 및 비급여 항목 비교표	39
〈표 2-10〉 일본의 연령대별 급여율 및 본인부담률	40
〈표 2-11〉 대만의 건강보험 급여적용 예외 항목	41
〈표 2-12〉 대만의 입원진료 시 본인부담률(2018년)	42
〈표 2-13〉 국외 건강보험 보장수준 비교표	44
〈표 3-1〉 건강보험환자 진료비실태조사 개요(2005~2018년)	48
〈표 3-2〉 건강보험환자 진료비실태조사 통계 변경 및 개편 이력	49
〈표 3-3〉 비급여 상세내역 조사 추진현황	50
〈표 3-4〉 건강보험환자 진료비 실태조사 개요(2018년)	51
〈표 3-5〉 진료비 실태조사 의료기관 조사내용(2018년)	52
〈표 3-6〉 건강보험 보장률 산출방식 요약	53
〈표 3-7〉 연도별·종별 비급여 상세내역 분석기관 수	57
〈표 3-8〉 병·의원 진료과목별 비급여 비율 추이	58
〈표 3-9〉 장기요양기관 패널 실태조사 표본추출 개요(2018년)	59
〈표 4-1〉 비급여 대상 기준	65
〈표 4-2〉 임의비급여 발생요인 및 유형분류	66
〈표 4-3〉 선행연구에서 제시된 비급여 유형분류	67
〈표 4-4〉 선행연구에서 제시된 비급여 유형분류를 위한 개념정리	68
〈표 4-5〉 비급여 유형 구분(국민건강보험공단, 2017년)	69
〈표 4-6〉 보장성 강화 이후 잔존 비급여 분류(안)	70
〈표 4-7〉 비급여 고시목록 기준 유형분류(안)	74
〈표 4-8〉 비급여 영역별 지표 개선(안)에 따른 산출결과(2016년)	75
〈표 4-9〉 비급여 유형별 비율 및 금액(2017년)	76



〈표 4-10〉 선택비급여 진료유형 및 주요 항목별 대표사례	77
〈표 4-11〉 국민보건계정 기준 필수의료 보장률 산출결과	80
〈표 4-12〉 진료비 실태조사 기준 필수의료 보장률 산출결과	81
〈표 4-13〉 보장성 지표 세분화 목록	82
〈표 4-14〉 2016-2018년 종별 건강보험 보장률	83
〈표 4-15〉 2018년 종별·진료과별 건강보험 보장률	84
〈표 4-16〉 2018년 입원·외래 건강보험 보장률	85
〈표 4-17〉 4대 중증질환 산정특례대상자 건강보험 보장률	86
〈표 4-18〉 중증·고액진료비 상위 30위(50위)내 질환 건강보험 보장률	87
〈표 4-19〉 2018년 연령대별 건강보험 보장률	88
〈표 4-20〉 2018년 직장가입자의 소득계층별 건강보험 보장률	89
〈표 4-21〉 2018년 지역가입자의 소득계층별 건강보험 보장률	90
〈표 5-1〉 건강보험 보장률 지표 산출의 원칙	93
〈표 5-2〉 비급여 성격에 따른 실질적 유형 분류(안)	98
〈표 5-3〉 선택적 비급여 분류내역(일부)	99
〈표 5-4〉 건강보험 보장률 지표 세분화 방안	100
〈표 5-5〉 산출범위별 비급여 영역	103
〈표 5-6〉 필수의료 보장률 모의산출 결과	104

그림 목차

[그림 1-1] 건강보험 보장률(%) 추이(2006~2018년)	4
[그림 1-2] OECD 주요국의 경상의료비 중 정부의무가입 보험재원 비중(%) 추이	5
[그림 1-3] 건강보험 보장성 지표 개선을 위한 단계적 접근방안	7
[그림 1-4] 연구 수행체계	9
[그림 2-1] 선행연구에 제시된 건강보험 보장성 지표의 한계	17
[그림 2-2] 건강보험 보장성 대안지표	19
[그림 2-3] 정책적 필요에 따른 보장률 산출안	21
[그림 2-4] 국민의료비 구조와 재원구성	23
[그림 2-5] 국민의료 보장률 산출식	24
[그림 2-6] 진료비 실태조사 - 국민보건계정 비급여 범위 비교	25
[그림 2-7] 진료비 실태조사 - 국민보건계정 보장성 비교	26
[그림 2-8] 진료비 실태조사 - 국민보건계정 비급여 규모(금액) 비교	27
[그림 2-9] 진료비 실태조사 - 국민보건계정 비급여 범위(예시)	28
[그림 2-10] 의료보장제도별 재원구성 비교(2018년)	29
[그림 2-11] 의료보장제도별 보장률 비교(2018년)	29
[그림 2-12] OECD 국가별 GDP 대비 의료비 지출 비중(2018년)	30
[그림 2-13] OECD 국가별 경상의료비 중 정부·의무가입 보험재원 비중(2018년)	31
[그림 2-14] OECD 국가별 경상의료비 중 가계직접부담 비중(2018년)	32
[그림 3-1] 건강보험 보장률을 둘러싼 문제의식	54
[그림 3-2] 보장률 관련 데이터 분석방식	60
[그림 4-1] 건강보험심사평가원 비급여 목록 재편(안)	71
[그림 4-2] 비급여 유형 구분	72
[그림 4-3] 보장성 강화 대책 세부분야별 비급여 규모	74
[그림 4-4] 비급여 영역별 보장성 지표 개선(안)	75
[그림 4-5] 건강보험 보장률 추이 및 금액 추정	78
[그림 4-6] 선택적 비급여 성격을 반영한 비급여 범위 조정 대안	79
[그림 5-1] 건강보험 보장률 개선방향	94
[그림 5-2] 비급여 성격에 따른 실질적 유형 분류(안)	97
[그림 5-3] 건강보험 보장률 지표 중 비급여 비율(2018년)	102

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제 1 장

서론

제1절 연구 필요성

제2절 연구 내용 및 방법

제 1 장 서론

제1절 연구 필요성

◆ (연구배경 및 필요성①) 건강보험 혜택 범위를 확장하고 본인부담을 낮추기 위해 2005년부터 국가차원에서 건강보험 보장성 강화 정책 실시
→ 2004년부터 반복적으로 건강보험 보장성 지표가 발표되고 있으며, 정부의 건강보험 보장성 강화 정책을 측정·평가하는 대표지표로 자리매김

- 우리나라 건강보험 제도는 전 국민을 보장 대상으로 한다는 점에서 우수하나, 국민의 의료비 부담은 여전히 높은 수준임.
- 2000년 단일 보험자로 건강보험을 통합한 직후에는 건강보험 재정 적자가 발생하여, 건강보험 보장성 강화에 대한 논의가 활발하게 이루어지지 못했으나, 2004년 재정적자가 해소되면서 건강보험 급여확대(보장성 강화)에 대한 논의가 이루어지기 시작함.
- 우리나라의 건강보험 보장성은 포괄적인 의료보장을 제공하는 국가와 비교했을 때 낮은 수준이었으며('04년도 기준 건강보험 보장률 61.3%), 특히 고액 중증질환의 보장성이 낮은 수준('04년 기준 암환자 건강보험 보장률 48.6%)이었음. 이에 건강보험 혜택의 범위를 넓히고, 본인부담률을 낮추기 위하여 반복적으로 보장성 강화 정책을 추진해왔음.
- (1차 보장성 강화 정책: '05~'08년) 최초의 중장기 건강보험 보장성 계획으로, 건강보험 보장성 지표 도입
 - 암, 심장, 뇌혈관 등 중증질환 본인부담 경감(20%→10%), 6세 미만 입원 본인부담 면제, 장기이식 및 MRI 보험적용 개시, 식대 보험적용 등
- (2차 보장성 강화 정책: '09~'13년) 중증질환 보장성 강화 및 고액 비급여 의료 보장 확대, 취약계층 본인부담 인하 추진 등

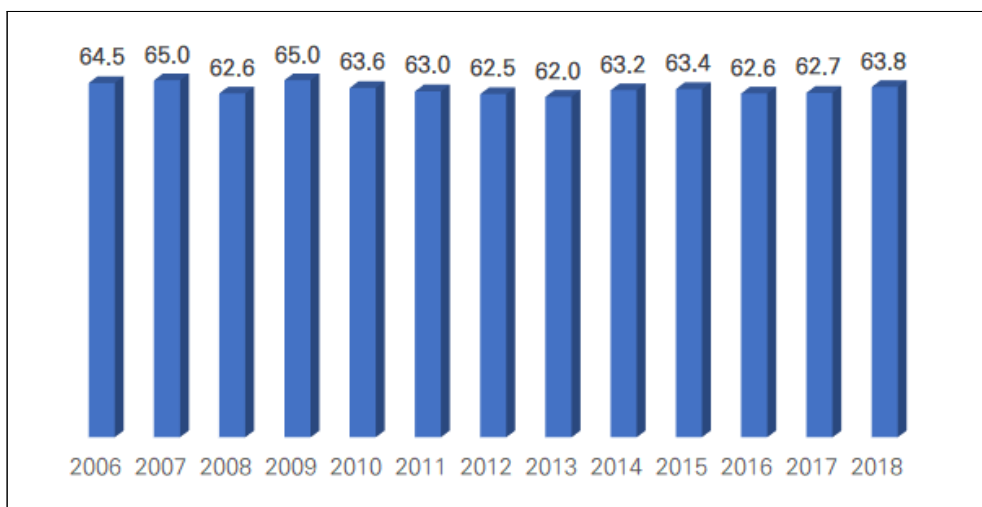
4 건강보험 보장성 지표 개선방안 마련을 위한 연구

- **(3차 보장성 강화 정책: '04~'18년)** 생애주기별 핵심 건강문제에 대한 필수의료 보장 강화, 고액 비급여의 적극적 해소 및 증가 억제에 위한 관리체계 도입, 취약 계층 및 사회적 약자에 대한 의료지원 강화
- **(現 보장성 강화 정책: '17~'22년)** 비급여의 급여화, 취약계층 중심 본인부담 의료비 경감, 재난적 의료비 지원제도 도입 등

□ 보장성 강화 정책 추진과 더불어 정부는 2004년부터 건강보험 보장성 지표를 집계·발표하고 있으며, 현재 건강보험 보장성 지표는 건강보험 보장성 정책의 추진 효과를 측정·평가하는 대표 지표로써 자리매김함.

- 국민건강보험공단은 2005년 실시한 본인부담실태조사를 근거로 분모, 분자에서 일반의약품, 치과보철, 한방첩약 등을 제외한 건강보험 보장성 지표를 설정하여 2004년 보장률을 61.3%로 발표함.
- 이후 건강보험 보장성 정책 등을 통해 꾸준히 건강보험 보장성 강화를 위해 노력 해왔으나 보장성 지표는 상승곡선을 그리지 못하고 정체된 상황이며, 2018년 건강보험 보장률은 63.8%로 2017년 대비 1.1% 증가하였음.

[그림 1-1] 건강보험 보장률(%) 추이(2006~2018년)



자료: 국민건강보험공단. (2019). 2018년도 건강보험환자 진료비 실태조사.

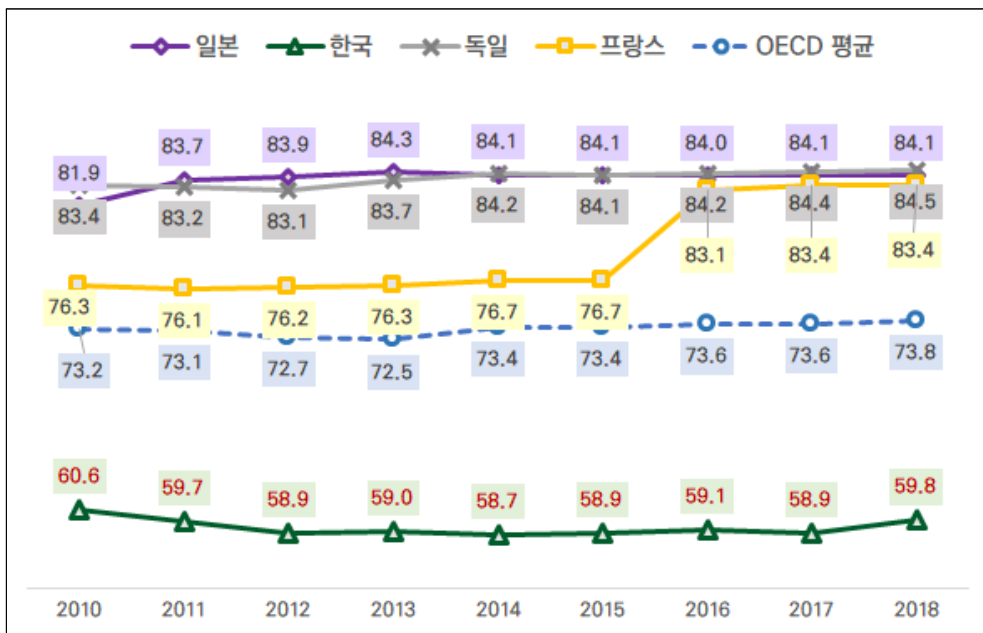
◆ (연구배경 및 필요성②) 현행 건강보험 보장성 지표는 국제비교 지표로 활용이 어렵고, 산출방식에 따라 변동 폭이 커지는 등의 한계 존재
 → 현행 건강보험 보장성 지표의 정확성을 향상시키는 한편, 국제비교가 가능한 보장성 지표 등 대안적 지표의 발굴이 필요한 상황

□ 현행 건강보험 보장성 지표는 국제비교 지표로 활용이 어려울 뿐만 아니라, 산출 방식에 따라 변동 폭이 커지는 등 건강보험 보장성을 정확하게 측정하는 데 다양한 측면에서 한계점을 갖고 있음.

○ OECD에서는 건강보험 보장률을 집계하지 않으며, 다수의 주요 선진국들 또한 관련 보장성 지표를 사용하지 않아 보장률의 국제비교가 어려운 상황임.

- OECD에서는 경상의료비 대비 정부·의무가입보험재원 비율, 경상의료비 중 가계직접부담비중 등을 집계함.

[그림 1-2] OECD 주요국의 경상의료비 중 정부의무가입 보험재원 비중(%) 추이



자료: OECD. (2019). OECD Health Data 2019.

- 보장성 지표는 분모, 분자에 포함되는 의료비의 범위에 따라 다양한 지표의 설정이 가능함. 국민의료비, 경상의료비, 개인의료비 및 건강보험의료비를 분모로 설정할 수 있음(정형선 외, 2011).
- 또한 현행 보장성 지표는 측정방법이 세분화되지 않아 계층별, 질환별 보장률 변화를 파악하기 어려우며, 종합적 분석 및 사후정책 평가에 한계가 있음.
 - 현행 보장성 지표는 급여화와 무관한 비급여 항목이 분모에 포함(예: 특실, 1인실 등)되고, 급여화 대상 비급여가 분모에서 누락(예: 간병비)되는 등 건강보험 보장성 강화 정책과 보장성 지표 간의 민감성, 인과성이 미흡한 상황임(신현웅 외, 2019).
 - 의료적 필요도가 낮은 비급여 항목이 지표 산식에 포함되어 치료적 목적의 의료비에 대한 보장수준의 정확한 파악이 어려움.
 - 필수적 의료의 관점에서 특실·1인실 병실료, 식대 등의 비급여 항목이 지표 산식에 포함되는 것에 대한 의견이 분분하여 보장성 지표에 포함하는 명확한 원칙 및 기준을 정립하는 것이 필요함.
- 따라서 현행 보장률 지표의 정확성을 향상시키는 한편, 현행 건강보험 보장성 지표를 보완하여 건강보험의 보장성을 보다 정확하게 평가할 수 있는 대안적 지표의 발굴이 필요한 상황임.

제2절 연구 내용 및 방법

1. 연구 내용 및 범위

- (연구 목적) 본 연구는 현행 보장성 지표의 한계점을 보완·개선하고, 대안지표를 발굴하여 보장성 강화 정책의 성과평가에 대한 구체성과 타당성을 제고하는 것을 주요 목적으로 하고 있음.
- (세부목적①) 건강보험 보장률 산출을 위한 자료수집 및 조사방법, 산출방식 구성 등을 검증하여 기존 보장성 지표의 정확성, 타당성에 대한 근거를 확보하고자 함.
- (세부목적②) 국내외 보장성 지표에 대한 고찰을 통해 시계열적 일관성이 있고, 국제적으로 비교가 가능한 결과 지표를 제시하고자 함.
- (세부목적③) 현행 건강보험 보장성 지표를 보완하고, 대안적 지표를 발굴하여 건강보험 보장성 강화 정책에 대한 세분화된 정책 평가 기반을 마련하고자 함.

[그림 1-3] 건강보험 보장성 지표 개선을 위한 단계적 접근방안

1단계: 건강보험 보장성 지표 관련 국내외 사례 검토	2단계: 現 건강보험 보장성 지표 산출과정 분석·검증	3단계: 신규 보장성 지표 산출
국내 건강보험 보장률과 유사한 건강보험 보장성 지표를 집계하는 주요 선진국에 대한 사례 조사	現 건강보험 보장률 산출을 위한 자료수집조사방법, 검증분석과정, 산식구성 항목 및 분류방법 등 파악	현행 보장성 지표 관련 쟁점을 바탕으로 비급여 범위 재설정, 신규 지표 발굴, 보장성 지표 세분화

보장성 지표 개선방안 도출(現 보장성 지표 개선(안) + 대안지표 발굴(안))



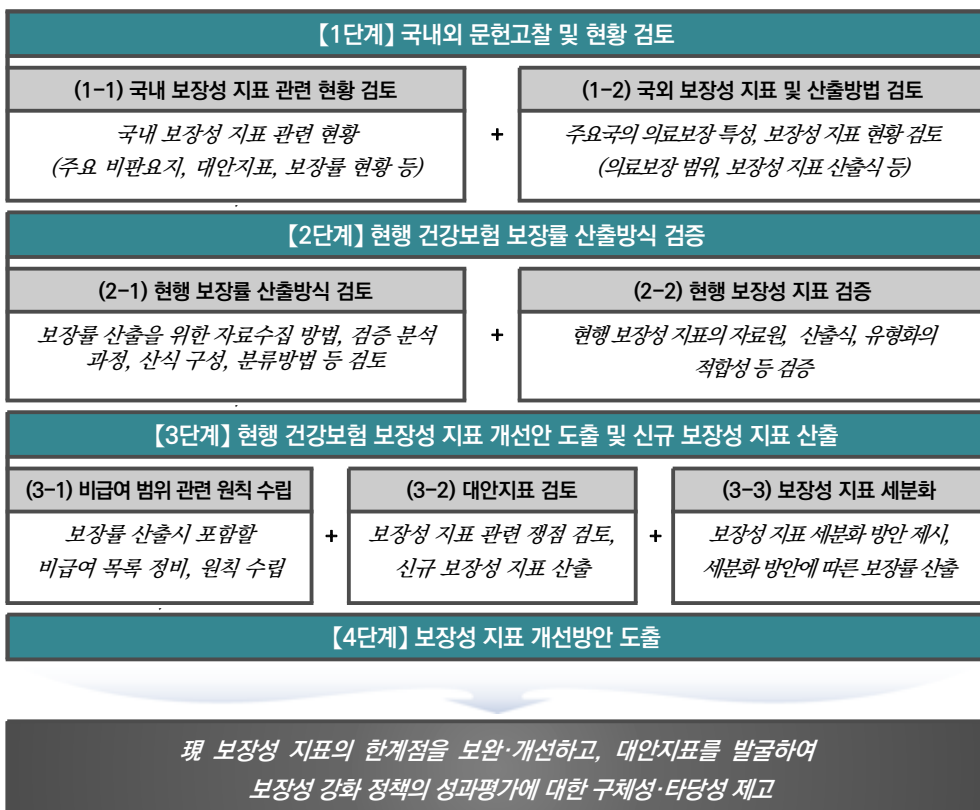
現 보장성 지표의 한계점을 보완·개선하고, 대안지표를 발굴하여
보장성 강화 정책의 성과평가에 대한 구체성·타당성 제고

2. 연구 수행체계

- **(연구 목적)** 본 연구는 현행 보장성 지표의 한계점을 보완·개선하고, 대안지표를 발굴하는 것 주요 목적으로 하고 있으며, 연구 수행체계는 다음과 같음.
- 첫째, 문헌고찰 및 사례검토 등을 통해 국내외 보장성 지표 관련 현황을 파악하고, 선행연구, 해외사례 고찰을 통해 정책적 시사점을 도출하고자 함.
 - **(국내 보장성 지표 관련 현황 검토)** 국내 보장성 지표 관련 주요 비판요지, 대안 지표 관련 제안, 건강보험 진료비 실태조사 및 국민보건계정에 따른 보장률 현황을 검토하고자 함.
 - **(국외 보장성 지표 및 산출방법 검토)** 국내 보장률과 유사한 건강보험 보장성 지표를 집계하는 주요 선진국에 대한 심층고찰을 실시하여 해당 국가의 의료보장 제도 및 체계를 파악하고, 건강보험 보장성 지표 산출방법을 파악하고자 함.
- 둘째, 현행 건강보험 보장률 산출방식을 검토하고 현행 보장성 지표를 검증하여 문제점을 도출하고, 개선이 필요한 사항을 발굴하고자 함.
 - **(현행 보장률 산출방식 검토)** 현행 건강보험 보장률 산출을 위한 자료수집 방법, 검증 분석과정, 산식구성, 분류방법 등을 세부적으로 검토하고자 함.
 - **(현행 보장성 지표 검증)** 현행 보장성 지표의 자료원, 산출식, 유형화의 적합성 등을 검증하고자 함.
- 셋째, 건강보험 보장성 지표의 분모 범위와 관련하여 비급여 항목을 정비하고, 신규 보장성 지표(대안지표)를 발굴하고, 보장성 지표를 세분화하여 각각의 안에 따른 보장률을 산출해 보고자 함.
 - **(비급여 범위 관련 원칙 수립)** 건강보험 보장성 강화 정책과 보장성 지표 간의 민감성, 인과성을 향상시키기 위하여 비급여 목록을 정비하고, 비급여 항목이 지표 산식에 포함되는 원칙을 설정하고자 함.

- **(대안지표 검토)** 현행 보장성 지표 관련 쟁점을 종합적으로 검토하여 신규 보장성 지표(대안지표)를 산출하고자 함.
 - **(보장성 지표 세분화)** 보장성 지표 세분화 방안(요양기관 종별, 입원·외래 등)을 제시하고, 각각의 안에 따른 보장률을 산출하고자 함.
- 넷째, 현행 보장성 지표 개선안 및 신규 보장성 지표 산출안을 토대로 향후 건강보험 보장성 지표 산출안을 제시하여 건강보험 보장성 강화 정책의 성과평가에 대한 구체성 및 타당성을 제고하고자 함.

[그림 1-4] 연구 수행체계





제2장

국내외 문헌고찰 및 현황 검토

제1절 국내 보장성 지표 관련 현황 검토

제2절 국외 건강보험 보장성 지표 및 산출방법

제 2 장 국내외 문헌고찰 및 현황 검토

제1절 국내 보장성 지표 관련 현황 검토

1. 현행 보장성 지표의 문제점 검토

가. 현행 보장성 지표를 둘러싼 문제의식

- 건강보험 보장성강화 정책을 통해 건강보험 보장범위를 확대하였음에도 불구하고 건강보험 보장률은 정체된 상황이며, 보장성 정책 및 성과지표의 한계점이 주요 원인으로 지적되고 있음.
- **(보장성 정책의 한계)** 비급여 풍선효과로 인해 국민체감 보장률 효과가 상쇄됨.
이는 기존의 비급여 가격 인상 및 항목의 빈도 증가와 더불어 새로운 비급여 항목의 창출으로 비롯됨(비급여 항목의 급여화 속도 < 비급여 증가 속도).
- **(성과지표의 한계)** 정책과 성과지표 간의 포괄성 및 상호배제성, 인과성 이 미흡함.
보장률 산출을 위한 자료원, 산출식 등의 적합성을 검증할 필요가 있으며, 보장률 산출결과의 유형화를 통해 결과 활용도를 높여야 함.
 - (예) 급여화와 무관한 비급여가 일부 포함(예: 특실, 1인실, 식대), 급여화 대상 비급여가 일부 누락(예: 간병비)
- 사전 전문가 자문회의에서 현행 보장성 지표의 문제점과 보장성 지표 개선을 위한 방향성을 논의한 결과는 다음과 같음.
- **(보장률 산출을 위한 자료원의 적합성)** 자료수집의 투명성, 자료검증의 필요성
 - **(자료의 투명성, 일관성)** 현행 진료비 실태조사는 국가통계의 6원칙(관련성, 정확성, 시의성, 비교가능성, 접근성, 일관성) 중 투명성과 공유성이 부족함.
이에 일관성 있는 자료를 확보하도록 진료비 실태조사 패널기관 구축이 필요함.
 - **(자료검증의 필요성)** 현행 진료비 실태조사를 통해 수집된 결과가 신뢰성을

확보하기 위해서는 건강보험공단 청구자료, 통계청 행정자료 등을 통해 검증하는 절차가 필요함.

○ **(보장성 지표 분모 값의 적절성)** 보장성 지표의 분모 범위에 따라 보장률 값이 달라질 수 있으므로, 분모 범위에 대한 충분한 검토가 필요함.

- 보장성 지표 산출시 분모 포함 여부를 결정하는 기준이 명확해야 함.
- 분모 범위를 의료 필요도를 기준으로 설정하는 방안을 고려해볼 수 있으나, 이에 대해서는 의견이 분분한 상황임.
- 의료 필요도를 기준으로 분모 범위를 설정할 경우, 의료서비스를 필수의료, 치료적 의료, 치료외적 의료로 구분하여 분모에서 치료외적 비급여를 제외하는 방안을 고려해볼 수 있음.
- 일본의 경우, 비급여인 평가요양과 선정요양에서 미용, 성형, 예방을 보험 진료와 무관한 영역으로 간주하여 비급여 대상에서 제외됨. 즉, 보장률 산출 시 미용, 성형, 예방관련 서비스는 분모 범위에 포함되지 않음.
- 한편, 보장성 지표의 분모 범위 설정 시 과거 비급여 항목이었던 것이 급여 항목으로 전환되는 경우도 있으므로, 이와 같은 특성을 고려하여 분모 범위를 설정할 필요가 있음.

○ **(보장성 지표 관련 심층 분석)** 보장률 정체 현상의 원인을 파악하기 위하여 다음과 같은 심층 분석 수행을 제안함.

- 진료비 실태조사를 활용한 경상의료비 산출
- 의료보장제도 유형별(의료급여, 산재, 자보, 건보) 보장률 비교분석
- 신규 비급여(신의료기술)과 기존 비급여의 가격, 횟수 변화 분석
- 現 보장률 산출 시 치과, 한방 분야 제외로 인한 과소추계 가능성을 고려하여 치과, 한방, 의과 영역별로 세분화하여 보장률 검토

○ **(대안지표 검토)** 현행 보장성 지표를 개선할 필요가 있으나, 국민 여론 및 연속성 차원에서 현행 보장률 지표와 대안지표를 모두 산출할 필요가 있음.

- (대안지표 리스트) 재난적 의료비, 빈곤화율, 가계지출 조사 활용, 미충족의료 등

〈표 2-1〉 건강보험 보장성 지표의 문제점 및 개선방향

쟁점	관련 의견
보장률 산출 자료원의 적합성	<ul style="list-style-type: none"> - 현행 진료비 실태조사는 국가통계의 6원칙(관련성, 정확성, 시의성, 비교가능성, 접근성, 일관성) 중 투명성과 공유성이 부족 - 일관성 있는 자료를 지속적으로 확보할 수 있도록 진료비 실태조사 패널기관 구축을 검토해볼 필요가 있으며, 이를 실행하기 위한 법 개정이 필요(장기요양기관 패널 구축 사례 참고 가능) - 공단 청구자료, 통계청 행정자료와 연계하여 진료비 실태조사에서 조사표를 통해 수집된 결과에 대한 검증 필요(허위청구가 있을 수 있으므로, 명세서 심결 자료와 연계하여 검증하는 방안)
보장성 지표 분모 값의 적절성	<ul style="list-style-type: none"> - 의료서비스는 개인의 예방·증진을 포괄해야 하므로, 보장성 지표의 분모의 범위가 중요 ⇒ 분모의 범위를 의료적 필요도를 기준으로 설정할 수 있으나, 이에 대해서는 의견이 분분한 상황 - 필수의료, 치료적 의료, 치료외적 의료를 구분하여 치료외적 비급여는 제외하는 방안 - 보장률 지표의 분모 범위 설정 시, 과거 비급여 항목이었던 것이 급여항목으로 전환되기도 하므로(예: 임플란트 75세→70세→65세 급여), 이러한 특성을 고려할 필요 - 보장성 지표 산출 시 분모 포함 여부를 결정하는 기준(비급여 진료비 산출시 포함 여부)이 불명확 ⇒ 일본의 경우 비급여인 평가요양과 선정요양에서 미용·성형·예방을 보험진료와 무관한 영역으로 간주
보장성 지표 관련 심층분석 필요	<ul style="list-style-type: none"> - 진료비 실태조사 자료를 활용하여 경상의료비 산출 필요 - 의료보장제도 유형별(의료급여, 산재, 자보, 건보) 보장률 비교분석이 필요 - 보장률 정책의 원인을 파악하기 위해 신규 비급여(신의료기술)와 기존 비급여의 가격, 횟수 변화 분석 필요 ⇒ 비급여 유형 분류기준, [별표2] 분류 기준 도출 가능 - 현 보장률 산출 시 치과, 한방 제외로 인한 과소 추계의 가능성 ⇒ 치과, 한방, 의과 영역별로 세분화하여 보장률 검토 필요
대안지표 검토	<ul style="list-style-type: none"> - 보장성 지표의 다양화 및 세분화는 필요하나(대안지표 활용), 중전의 보장성 지표를 함께 산출하여 연속적 비교 필요 - 국제 비교지표로 활용되는 재난적 의료비(지불능력 대비 의료비 지급 10% 또는 20% 이상)를 활용하는 방안 ⇒ 근원자료인 의료패널자료의 시의성이 낮으므로, 재난적 의료비를 대안지표로 활용할 경우 최신 자료를 보다 빠르게 볼 수 있도록 개선하거나, 국세청 자료와 연계해서 의료비를 파악하는 방안 - 빈곤화율을 활용하는 방안 ⇒ 국제비교가 어려운 단점 - 가계지출 조사를 활용하는 방안 ⇒ 일부 항목을 제외하면 국제 비교 가능 - 미충족의료를 활용하는 방안 ⇒ 이때 의료 제도적 관점에서 만족도 보다는 건강보험 제도에 대한 인식도를 보는 것이 적절

나. 그간 보장성 지표 관련 비판요지

□ 그간 다수의 선행연구에서 건강보험의 대표적 성과지표로 활용되는 **보장성 지표의 문제점에 대해 지적한 바 있으며** 비판요지는 다음과 같음.

○ 건강보험 보장성은 ‘의료서비스 이용 시 **공적으로 부담하는 비용의 비율**’을 의미하며, **경증 소액지출을 포함하는 개념**이기 때문에 건강보험의 당면 목표인 **의료비 충격으로부터의 보호** 목표를 달성했는지를 판단하는 지표로 적절하지 않음(윤희숙, 2012).

- 이에 정책 목표의 성과를 잘 나타낼 수 있는 **고액 의료비 급여율** 지표를 핵심 지표를 활용하고, **현행 보장성 지표는 보완적 지표로 병행하여** 사용하는 것이 바람직함(윤희숙, 2012).

○ 또한 현행 보장성 지표는 각국의 의료보장제도 등의 차이로 인해 **국제비교가 불가능함**에도 불구하고 **보장률 달성 목표치가 강조되어** 왔으며, 이로 인해 건강보험의 **급여결정을 정책방향을 제약하는 악순환이 반복되어**왔음(윤희숙, 2012).

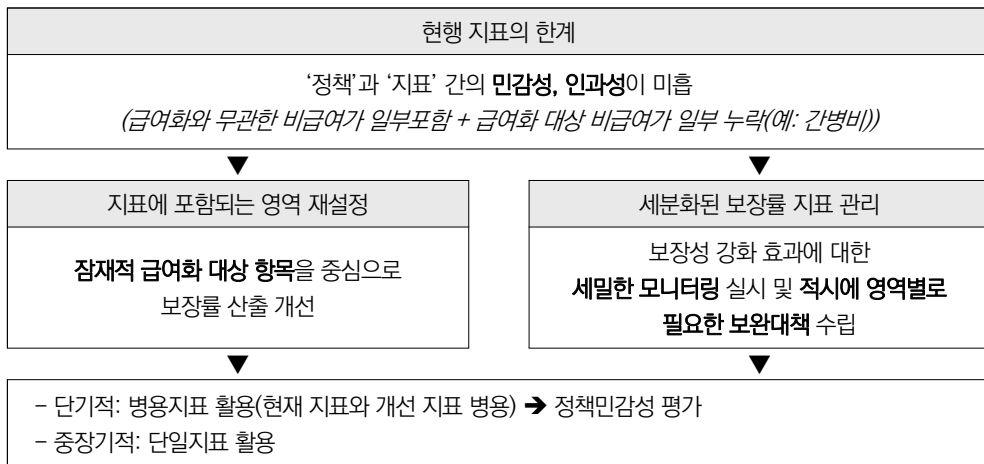
○ 보장성 강화 정책은 전체 의료비용 중 **평균 본인부담률이 국민이 체감하는 보장성과 관련성이 낮을 수 있음**. 따라서 국가의 평균적인 본인부담률 보다는 **소득이 낮은 취약계층이나 중증질환이 있는 사람들의 본인부담률이 더 중요**하며, 향후 **재난적 의료비, 빈곤화, 미충족 의료욕구** 등을 대안지표로 고려해 볼 수 있을 것임(권순만, 2019).

- 본인부담률을 사용할 경우 **소득계층별로 또는 경제적 부담이 큰 질환별로 세분화하여 정책목표를 설정하여 보장률을 산출해야 함**(권순만, 2019).

○ 국민건강보험종합계획 기반 마련을 위한 신현웅 외(2019)의 연구에 따르면, **현행 보장률 지표는 보장성 강화 노력 및 효과를 직접적으로 반영하는데 한계가 있음**. 이에 “**정책의 수행-모니터링 및 평가-환류의 선순환 체계**”가 원활하게 작동될 수 있도록 **보장성 지표 개선방안에 대한 검토가 필요함**(신현웅 외, 2019).

- 현행 보장률 지표는 **보장성 강화 정책 대상에 적합하지 않은 비급여가 일부 포함**되어 있는 반면, 보장성 강화 정책의 급여화 대상인 비급여는 누락되어 있는 등 성과지표가 가져야 할 기본원칙인 **포괄성 및 상호배제성, 지표와 정책 간의 인과성** 등의 측면에서 한계가 존재함(신현웅 외, 2019).

[그림 2-1] 선행연구에 제시된 건강보험 보장성 지표의 한계



자료: 신현웅 외. (2019). 제1차 국민건강보험종합계획 수립 및 실천방안 제안.

- **(지표에 포함되는 영역 재설정)** 현행 보장성 강화 정책을 통해 급여화되는 목록 및 잠재적 급여화 대상을 중심으로 보장률 지표 산출방식을 점검할 필요가 있음.
- **(세분화된 보장률 지표 관리)** 세분화된 보장률 지표 관리를 통해 보장성 강화 효과에 대한 세밀한 모니터링 실시하고, 적시에 영역별로 필요한 보완대책을 수립해야 함.
- 입원/외래/약국, 의료기관 종별, 환자유형별, 질환별, 급여항목별 등 정책 목표별로 성과를 정교하게 측정할 수 있도록 정책목표와 연계하여 보장성 지표의 세분화 추진이 필요함.

- 이와 같이 현행 지표의 한계점에 대한 면밀한 분석 결과를 토대로, 단기적으로는 정책 효과 및 민감성 평가를 위해 현행 보장성지표와 함께 병용지표를 활용하고, 장기적으로는 개선된 단일지표를 활용하는 방안을 제안함.

18 건강보험 보장성 지표 개선방안 마련을 위한 연구

〈표 2-2〉 선행연구의 보장성 지표 비판 요지

선행연구	내용
윤희숙(2012)	<ul style="list-style-type: none"> - 건강보험의 주된 성과지표로 활용되고 있는 보장성 지표는 건강보험의 근본적 목표(고액 의료비 충격으로부터의 보호)에 대한 달성치를 나타내지 못하는 문제점 내포 - 현행 보장성 지표는 각국의 의료보장제도 등의 차이로 인해 국제 비교가 불가능함에도 불구하고, OECD 평균 보장성(70~80%) 수준의 보장성과 같은 수치적 목표가 강조되면서, 건강보험 급여결정 등을 제약하는 악순환 반복
권순만(2019)	<ul style="list-style-type: none"> - 현행 본인부담비용의 비율(전체 의료비용 중 평균 본인부담 비율 = 100%) - 건강보험 보장률이 국민이 체감하는 보장성과 관련성이 低 - 평균적인 본인부담률보다는 취약계층 또는 중증질환자의 본인부담률이 중요 ⇒ 대안지표(재난적 의료비, 빈곤화, 미충족 의료욕구 등) 고려 필요
신현웅 외(2019)	<ul style="list-style-type: none"> - 현행 보장률 지표는 보장성 강화 노력 및 효과를 직접적으로 반영하는데 한계 존재 - 「정책의 수행-모니터링 및 평가-환류」의 선순환 체계가 원활하게 작동될 수 있도록 보장성 지표 개선방안에 대한 검토 필요 - 현행 보장성 지표는 성과지표가 가져야 할 기본원칙인 포괄성, 상호배제성, 지표와 정책 간 인과성 측면 등에서 한계 존재 - 급여화 대상(또는 잠재적 급여화 대상)을 중심으로 보장성 지표 산출방식을 점검해야하며, 지표관리 및 모니터링을 통해 적시에 필요한 보완대책을 수립하고, 정책 목표와 연계하여 보장성 지표의 세분화 추진 필요

□ **(중기 보장성강화 계획)** 보장성 지표는 국제적으로 비교가능한 통계수치가 아니며 산출방식에 따라 변화가 큰 한계를 보유하고 있음에도 불구하고, 한국의 특수한 상황 속에서 건강보험 환자의 보장성 현황을 파악할 수 있는 유일한 지표로, 계획의 총괄 목표로 제시되고 있음.

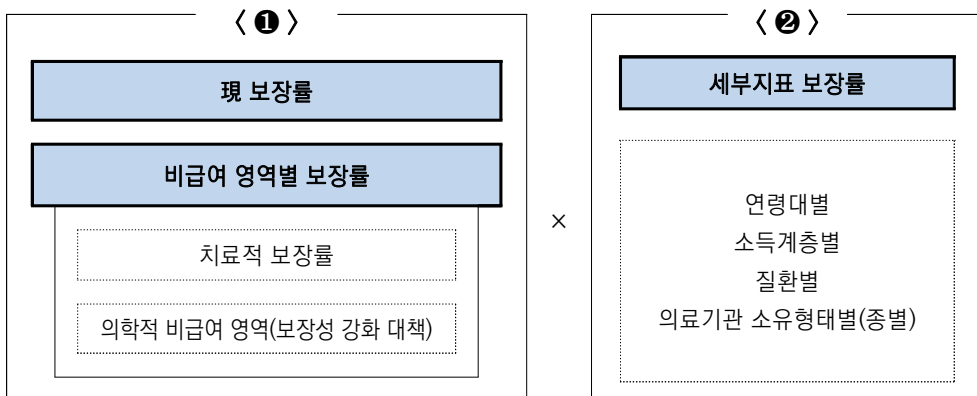
- 측정방법 또한 세분화되지 않아 계층별, 질환별 보장률 변화를 파악하기 어렵고, 종합적인 분석 및 사후 정책평가가 적절히 이루어지지 않고 있음.
- 이에 거시 평가지표와 더불어 정책 대상별(성, 연령, 소득계층별) 보장성 지표의 안정적 산출이 필요하며, 보장성 지표 산출을 위한 자료원을 제공하는 「건강보험환자 진료비 실태조사」를 개선 및 보완할 필요가 있음.

2. 기간 보장성 지표 개선안 검토

가. 현행 보장성 지표 개선안

- 국민건강보험공단의 지표 개선방안 연구에서는 2018년 이후 실시한 보장성 강화 대책의 효과성 평가를 위하여 ①보장률 산출에 필요한 진료비 범위를 조정(현행 보장성 지표 개선)하고, ②보장성 강화 세부항목의 정책적 필요에 따라 지표를 산출(세부지표 산출)하도록 제시함(국민건강보험공단, 2019).
- 현행 보장성 지표에는 보장성 강화 대책의 급여화 범위에 포함되지 않는 비급여가 지표 산출범위에 포함되어 있는 등 정책의 효과를 직접적으로 파악 하기에 한계가 있음.
- 이에 정부 정책에서 주요하게 급여화 대상으로 다루고 있는 치료적 목적 및 의학적 필요성에 기반한 진료행위를 위주로 진료비 범위별 보장성 지표를 산출하는 방안을 제안함.

[그림 2-2] 건강보험 보장성 대안지표



- (①비급여 영역 구분) 보장성 강화정책 추진 방향에 따른 의학적 비급여 영역을 정의하고, 현 보장률에서 포괄하는 비급여의 영역을 조정하여 보장성 지표 개선(안)을 제시함. 의학적 비급여를 ①비급여 해소 영역, ②비급여 존치 영역 및 ③소요재정 추계 시 고려되지 않는 영역으로 구분함.

- (①비급여 해소 영역) 치료적 비급여의 급여화의 대상이 되는 기준등재 비급여, MRI, 초음파, 선택진료, 상급병실 항목을 포함
- (②비급여 존치 영역) 치료와 관계없는 항목으로써, 도수치료, 제증명 수수료, 특실 및 1인실, 선택비급여의 일부 기타항목, 미용·성형·건강증진을 위한 영양제 및 비타민 주사료 등을 포함
- (③소요재정 추계 시 제외영역) 미용·성형, 예방, 치과보철/임플란트(65세 미만), 기타 일부 항목으로써, 전체 비급여 규모 추정 시 포함되지 않는 항목에 해당

〈표 2-3〉 의학적 비급여 영역(보장성 강화정책 대상: 의과영역) 비급여 유형 구분

구 분	발생유형	진료유형
① 비급여 해소 영역	기준비급여	행위/치료재료 의약품
	등재비급여	행위/치료재료 MRI 초음파
	제도비급여	상급병실(1인실 제외) 선택진료
② 비급여 존치 영역	등재비급여	도수치료
	제도비급여	상급병실(1인실) 제증명수수료
		의약품, 치과보철(65세 이상), 한방, 피로 및 권태감 및 기타 일부 항목 ¹⁾ 등
③ 소요재정 추계 시 고려되지 않는 영역	선택비급여	미용/성형, 예방, 치과보철(65세 미만), 기타 일부 항목 ²⁾ 등

주: 1) 비급여 존치 영역에 포함된 기타 일부 항목은 수기료/관리료, 판독료, 치료재료 등을 나타냄.

2) 소요재정 추계시 고려되지 않는 영역에 포함된 기타 일부 항목은 보장구, 입원관련 물품, 장례비용 등을 나타냄.
자료: 국민건강보험공단. (2019).

□ (②영역별 보장성 지표) 치료목적 관련 보장률, 정책적 필요 관련 보장률과 같이 영역별 보장성 지표를 산출하는 방안을 제시함.

- (①치료적 보장률) 치료를 위해 발생한 의료비 중 공단부담금이 차지하는 비중을 산출하여 치료목적 진료의 보장수준을 확인할 수 있음. 치료적 보장률을

산출할 경우, 치료의 비급여인 선택/제도 비급여를 제외하고, 치료적 비급여(등재/기준 비급여)만 포함하여 보장률을 산출하게 됨.

〈표 2-4〉 현 보장성 지표와 치료적 보장성 지표의 비급여 포함 범위 비교

대분류	중분류	보장성 지표 개선(안)		
치료적 비급여	등재 비급여 '건강보험 비급여 목록(고시)'에 등재된 항목	② 치료적 보장률		① 현 보 장률
	기준 비급여 '건강보험 급여 목록(고시)'에 등재된 항목			
	평가단계 비급여 신의료기술, 제한적의료기술			
제도 비급여	선택진료/상급병실			
	제증명수수료			
선택 비급여	치료적 기타, 부수적 기타 등			
	65세 이상 보철임플란트, 척약, 식대, 의약품 등			
	영양제 및 주사제 등			
	미용·성형예방검진 등			

자료: 국민건강보험공단. (2019).

- (②정책적 필요에 따른 보장률) 건강보험 보장성 정책(문제인 케어)에 따른 의과 영역의 보장 수준을 확인하는 등, 보장성 확대 관련 정책의 효과를 파악할 수 있음.

[그림 2-3] 정책적 필요에 따른 보장률 산출안

$$\text{건강보험 보장률} = \frac{\text{공단부담금}}{\text{공단부담금} + \text{법정본인부담금} + \text{비급여진료비} (\text{등재기준비급여} + \text{선택진료} + \text{상급병실} + \text{제증명수수료} + \text{미용·건강증진을 위한 영양제 및 비타민 주사})}$$

- (③세부 보장성 항목에 따른 대안지표 제시) 비급여의 급여화 및 해소 등의 보장성 강화 대책 외에 취약계층(아동, 노인, 여성, 장애인 등) 의료비 부담 완화, 소득 수준에 비례한 본인부담상한액 설정, 재난적 의료비 지원 제도화 등 보장성 강화 대책의 세부 정책에 대한 효과성(보장성) 평가를 수행하기 위해 대안적 지표를 제시함.

- (①연령대별 보장률) 아동, 노인 등 연령대별 보장성 강화 정책을 시행함에 따라, 각 정책이 특정 연령대에 어떠한 영향을 미쳤는지 파악할 수 있음.
- (②소득계층별 보장률) 소득수준에 비례한 본인부담 상한제 등 의료비 부담 완화를 위한 정책이 시행됨에 따라 직장 및 지역가입자 세대의 보험료 분위(10분위)별 보장성을 파악할 수 있음.
- (③주요 질환별 보장률) 중증질환 및 고액진료비 질환을 중심으로 건강보험 보장성 수준을 파악함.
 - (고액진료비 질환) 1인당 진료비 부담이 큰 상위 30위 또는 50위 질환
 - (4대 중증질환 산정특례) 암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀난치성질환
 - (기타 질환군) 고액진료비 및 중증질환을 제외한 기타 질환군
- (④의료기관 종별 보장률) 의료전달체계 기능 개선과 더불어 의료기관 종별 보장성을 파악하고, 특정 의료기관에의 쏠림 발생에 대한 모니터링 지표로 활용할 수 있음.

〈표 2-5〉 세부 보장성 항목에 따른 보장성 지표

지표명	내용
① 연령대별 보장률	- 아동 및 노인 의료비 부담경감 정책 등 법령 및 정책 시행을 고려한 연령대에 따른 지표 산출 - 0~15세, 18~65세, 65세 이상 등의 구간 설정
② 소득계층별 보장률	- 소득수준에 비례한 본인부담 상한제 등 정책 반영 - 직장/지역가입자 세대의 보험료 수준 10분위에 따라 산출
③ 질환별 보장률	-
1) 고액진료비 질환 보장률	1인당 진료비가 높은 상위 30/50위 질환을 대상으로 산출
2) 4대 중증질환 산정특례 보장률	4대 중증질환 산정특례 대상으로 산출 *암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀난치성질환
3) 중증질환 외 보장률	상위 고액진료비 질환 및 4대 중증질환 제외한 질환군
④ 의료기관 종별 보장률	민간/공공, 상종/종합 등 의료기관 형태별 산출

자료: 국민건강보험공단. (2019).

나. 국제비교가 가능한 대안지표 검토(국민의료 보장률)

- (보장성 지표 판단기준) 보건의료계정(SHA) 관련 선행연구에 따르면 보장성 기능을 하는 재원에 대한 판단 기준으로는 공공재원(public financing)인지 여부와 사전지불(prepayment)에 의해 집적된 재원인지 여부가 주로 활용됨(정형선 외, 2010).

[그림 2-4] 국민의료비 구조와 재원구성

국민 의료비(Total Health Expenditure)								
경상의료비(Current Health Expenditure) ¹⁾						자본형성 (F)		
개인의료비(Personal Health Expenditure) ²⁾				집단 의료비(E) ³⁾				
정부·의무가입(A)		민간재원(B+C+D)			공공	민간	공공	민간
급여비(A)		실손(B)	법정본인부담금(C)	기타본인부담금(D)				
건강보험급여비(A1)		건보(B1)	건강보험(C1)	건강보험(D1)				
의료급여급여비(A2)		의료급여(B2)	의료급여(C2)	의료급여(D2)				
산재보험급여비(A3)				산재보험(D3)	-	-	-	-
노인장기요양보험(A4)			노인장기요양보험(C4)	노인장기요양보험(D4)				
자동차보험(A5)		자보(B5)		자동차보험(D5)				

주: 1) 국민 전체가 1년간 보건의료재화 서비스를 구매하는데 지출한 최종 소비

2) 병의원 등의 의료기관이나 약국에서 이루어지는 서비스 내지 재화에 대한 지출

3) 예방 및 공중보건사업이나 보건행정관리비용

자료: 정형선 외. (2010). 건강보험 보장성 지표 개발 연구. p.52 참고

- 공공재원의 비중에 따른 보장성 지표의 경우 정부·의무가입에 따른 급여비(A)가, 사전지불의 비중에 따른 보장성 지표의 경우 정부·의무가입에 따른 급여비와 실손보험(A+B)가 분자에 해당됨. 즉, 실손보험의 크기가 두 보장성 지표 간의 차이를 가져오게 됨.

- (건강보험 급여비: A1) 조세재원과 건강보험료 재원을 통해 조달되어 의료 공급자에게 지불한 의료비
- (건강보험 관련 실손보험 의료비: B1) 건강보험가입자 중 실손보험에 가입한 대상자가 의료이용 대가로 의료공급자에게 직접 또는 영수증에 대한 사후지불을 통해 보험금으로 지불한 의료비

- (건강보험 법정본인부담금: C1) 건강보험의 급여대상 의료의 이용 시점에서 건강보험제도가 정하는 바에 따라 의료공급자에게 지불한 의료비 부분에서 실손보험과 같이 사전지불에 의해 지불되는 부분을 차감한 의료비
- (건강보험 기타 본인부담금: D1) 건강보험의 급여대상이 아닌 의료에 대한 지불분에서 실손보험과 같이 사전지불에 의해 지불되는 부분을 차감한 의료비

□ (국민의료 보장률 정의) 국민의료 보장률은 ‘건강보험 의료비 중 보험자 부담액’이며, 이는 비급여 본인부담이 분자에 포함되는 ‘건강보험 실효급여율’을 의미함.

[그림 2-5] 국민의료 보장률 산출식

$\text{국민의료 보장률} = \frac{\text{건강보험 급여비(A1)}}{\text{건강보험 급여비(A1)} + \text{실손보험(B1)} + \text{법정본인부담(C1)} + \text{기타본인부담(D1)}}$

○ 국민의료 보장률을 산출하기 위하여 보건의료계정(SHA)에 따른 보장률을 산출하고(A), 요양기관 종류(의원, 병원, 약국, 치과병의원, 한방병의원), 입원/외래/의약품에 따른 세부 보장률 지표를 산출하는 방안을 고려해볼 수 있음.

2. 보장성 지표 현황 검토

가. 현행 건강보험 보장률 및 국민의료 보장률 비교¹⁾

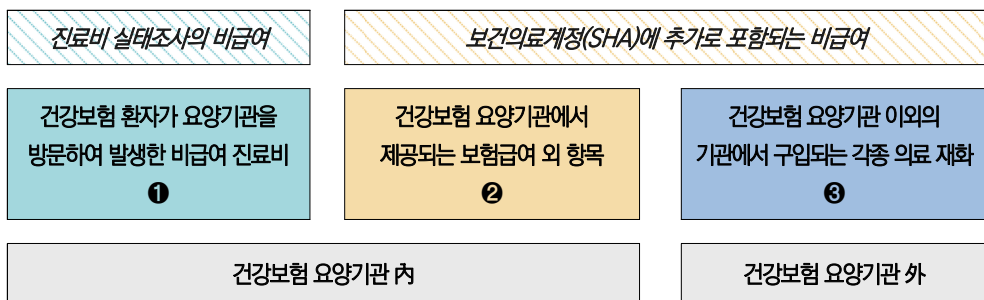
1) 비급여 범위

□ 국민보건계정과 진료비 실태조사, 두 자료원의 비급여 항목 범위가 다르기 때문에 (보건계정 ⊃ 실태조사) 진료비 실태조사와 보건의료계정의 비급여 비율 및 규모가 다르게 나타남. 국민보건계정의 비급여 범위가 진료비 실태조사의 비급여 범위보다 넓음.

1) 여나금 외. (2020). 「포괄적 의료보장관리체계 실행기반 마련 연구용역」을 참고하여 작성함.

- (건강보험 진료비 실태조사) 진료비 실태조사의 비급여는 “건강보험 환자가 요양기관을 방문하여 발생한 비급여”를 기준으로 산정함.
- (국민보건계정) 보건의료계정에 포함되는 비급여는 “건강보험 환자가 요양기관을 방문하여 발생한 비급여(진료비 실태조사)” 외에 추가적으로 “건강보험 요양기관에서 제공되는 보험급여 외 항목”과 “건강보험 요양기관 이외의 기관에서 구입되는 각종 의료재화”를 포괄함.

[그림 2-6] 진료비 실태조사 - 국민보건계정 비급여 범위 비교



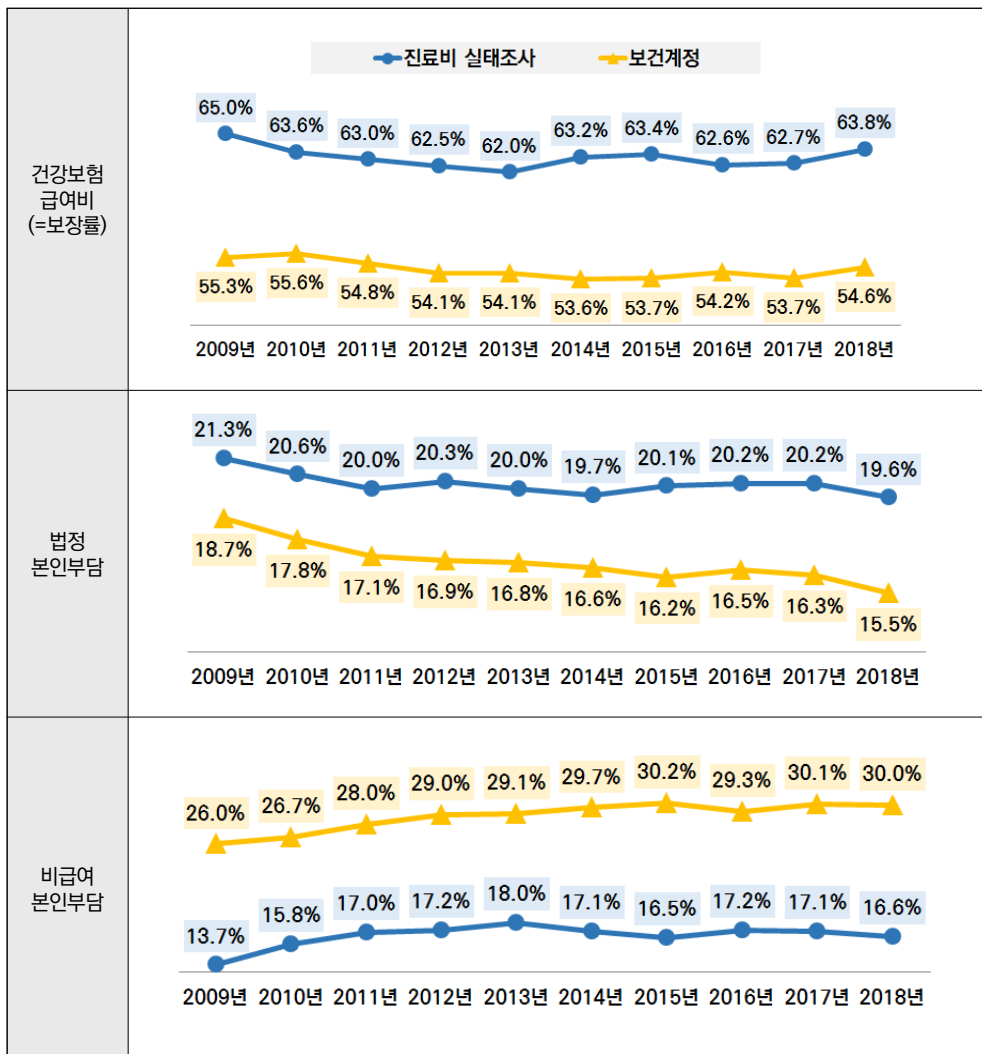
주: 1) 진찰료, 입원료, 식대, 투약 및 조제료, 주사료, 마취료, 처치 및 수술료, 검사료, 영상진단료, 방사선치료료, 치료재료대, 재활 및 물리치료료, 한약(접약), 정신요법료, 전혈 및 혈액성분제제료, CT 진단료, MRI진단료, PET 진단료, 초음파진단료, 보철·교정료, 선택진료료, 기타
 2) 간병비, 각종 약국 의약품 및 소모품 3.2조원, 건강증진 목적의 한방첩약 등, 건강검진 등
 3) 안경점, 보청기상, 한약재상 등

2) 보장성 비교

- 건강보험 진료비 실태조사와 국민보건계정에 따른 건강보험 보장률(국민의료 보장률), 법정 본인부담 비율, 비급여 본인부담 비율을 비교해보면 다음과 같음.
 - (건강보험 급여비 = 보장률) 2018년 기준, 진료비 실태조사에 따른 건강보험 보장률은 63.8%, 국민보건계정에 따른 국민의료 보장률은 54.6%로 건강보험 보장률의 국민의료 보장률보다 9.2%p 더 높았음.
 - (법정 본인부담 비율) 2018년 기준, 진료비 실태조사에서의 법정 본인부담 비율은 19.6%, 국민보건계정에서의 법정 본인부담 비율은 15.5%로 진료비 실태조사가 국민보건계정보다 4.1%p 더 높았음.

- (비급여 본인부담 비율) 2018년 기준, 진료비 실태조사에서의 비급여 본인부담 비율은 16.6%, 국민보건계정에서의 비급여 본인부담 비율은 30.0%로 **진료비 실태조사가 보건의료계정 보다 13.4%p 더 낮았음.**

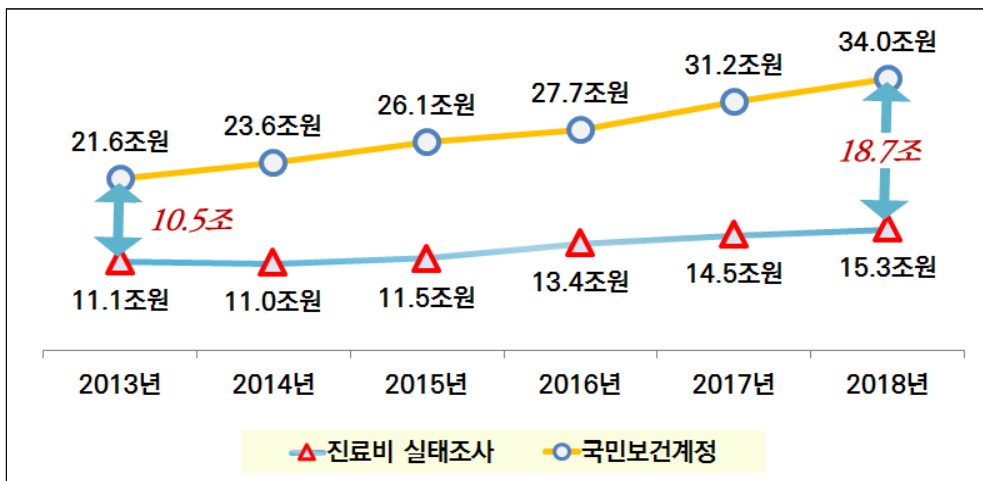
[그림 2-7] 진료비 실태조사 - 국민보건계정 보장성 비교



3) 비급여 규모 비교

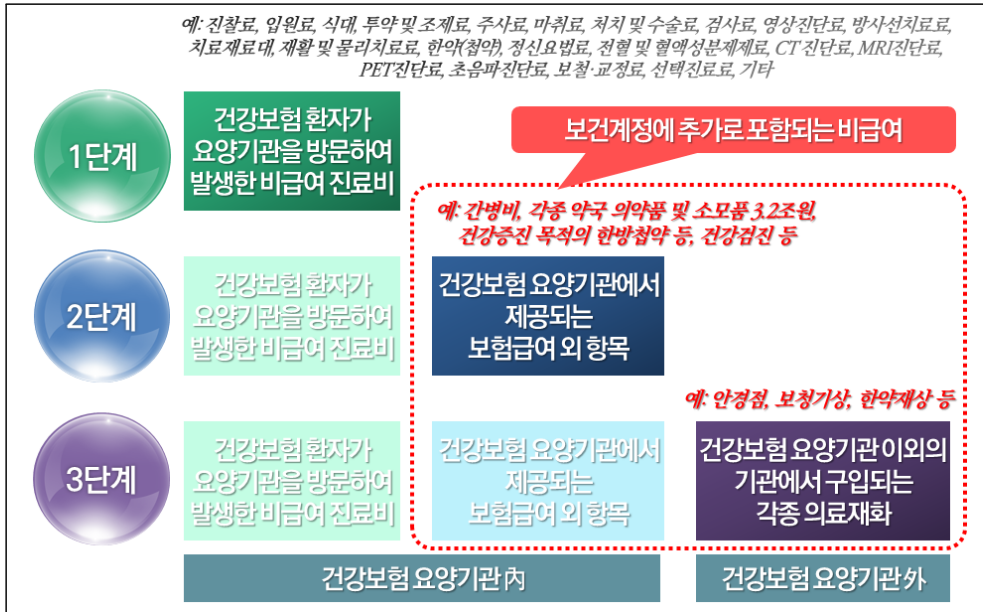
- (비급여 규모) 2018년 기준 비급여 본인부담 금액은 국민보건계정에서는 34.0조원으로 추계되었으며, 진료비 실태조사에서는 15.3조원으로 추계되어 두 자료 간 비급여 금액 차이는 약 18.7조원임.

[그림 2-8] 진료비 실태조사 - 국민보건계정 비급여 규모(금액) 비교



- (국민보건계정) 진료비 실태조사에 포함되는 비급여 외에 요양·비요양기관에서 제공한 의료행위 등을 포함하며, 간병비, 건강검진, 일반·전문의약품 및 의료 소모품, 안경점, 보청기, 한약재상 등을 포함함.
 - 2013년부터 2018년까지 6년간 국민보건계정을 통해 집계되는 비급여 규모는 약 12.4조원 증가한 것으로 나타남.
- (진료비 실태조사) 2013년부터 2018년까지 6년간 진료비 실태조사를 통해 집계되는 비급여 규모는 약 4.2조원 증가한 것으로 나타남.
- 2013년 기준 비급여 본인부담 금액의 차이(국민보건계정 산출지표 - 진료비 실태조사 산출지표)는 10.5조원인데 반해, 2018년 차이는 18.7조원으로 크게 증가하였음. 이는 의료 전 분야에 걸쳐 비급여 규모가 크게 확대된 것으로 해석할 수 있음.

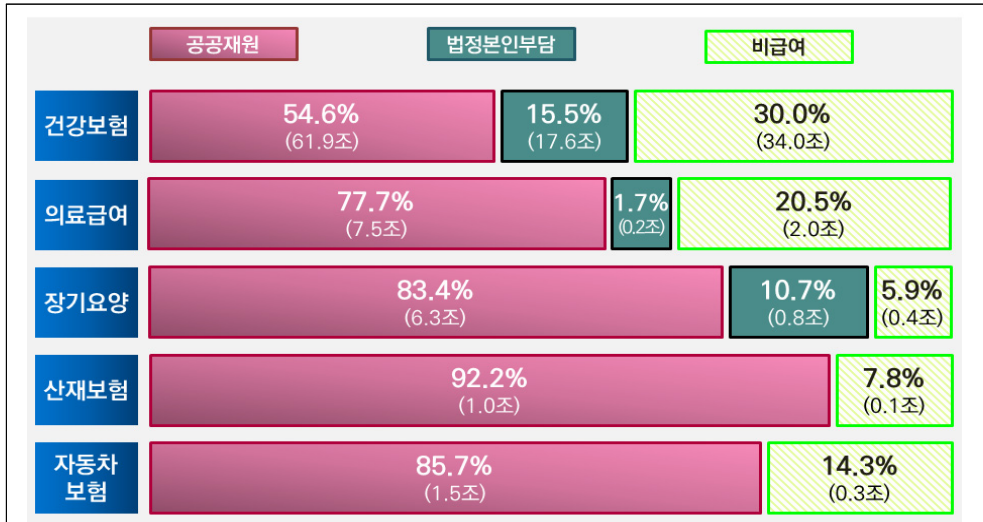
[그림 2-9] 진료비 실태조사 - 국민보건계정 비급여 범위(예시)



나. 의료보장제도별 보장률 비교

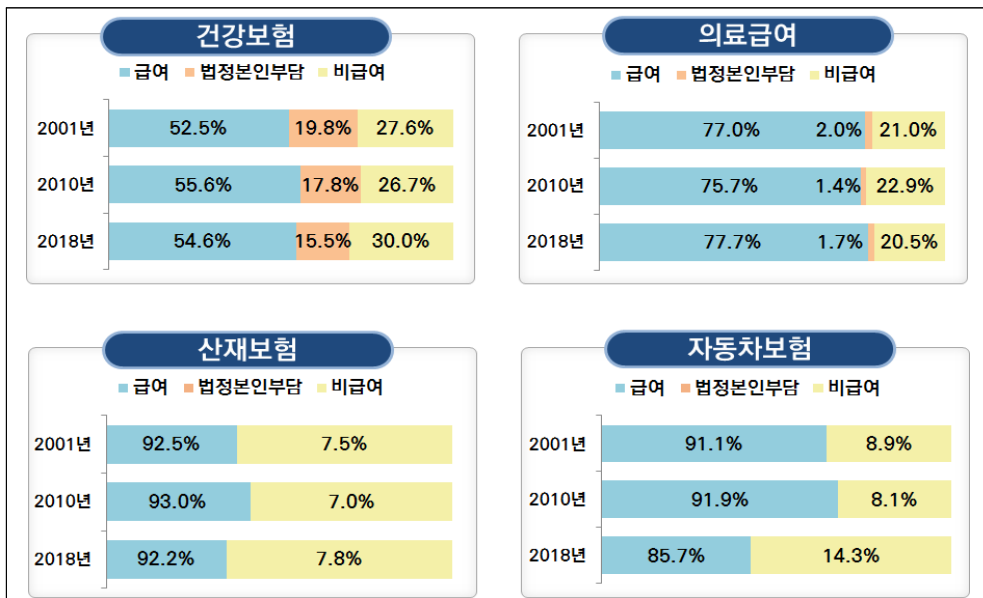
- (의료보장제도별 보장률) 국민보건계정을 통해 건강보험, 의료급여, 장기요양보험, 산재보험, 자동차 보험에서 지출한 의료비를 파악할 수 있으며, 각 의료보장제도별 공공재원, 법정본인부담, 비급여 규모는 다음과 같음.
- (건강보험) 건강보험 중 공공재원이 차지하는 비중은 54.6%로 타 보장제도에 비하여 개인 및 민간의 부담하는 규모가 큼. 특히, 건강보험 비급여 규모는 건강보험 중 30.0%(34조원)로 전체 의료보장 지출 중에서도 큰 비중을 차지함.
- (의료급여) 건강보험에 비하여 상대적으로 법정본인부담 규모가 작은 의료급여는 공공재원이 차지하는 비중이 77.7%에 이름. 비급여 규모는 20.5%(2조원)임. 의료급여의 경우 실손보험 가입률이 상대적으로 낮은 편임.
- (장기요양, 산재보험, 자동차 보험) 건강보험 및 의료급여 외의 의료보장제도에서 공공재원 비중은 80% 이상임. 산재보험 및 자동차 보험의 경우, 별도의 법정본인 부담이 없으며 비급여에 대한 보장범위가 건강보험에 비하여 큰 편임.

[그림 2-10] 의료보장제도별 자원구성 비교(2018년)



□ (의료보장제도별 비급여 비중 변화) 국민보건계정을 통해 건강보험, 의료급여, 산재보험, 자동차 보험의 비급여 비중의 변화 추이를 살펴본 결과, **자동차 보험**의 비급여 비중은 **연평균 2.9%씩 의료보장제도 중에서 가장 큰 폭으로 증가한 것으로 확인됨.**

[그림 2-11] 의료보장제도별 보장을 비교(2018년)



제2절 국외 건강보험 보장성 지표 및 산출방법

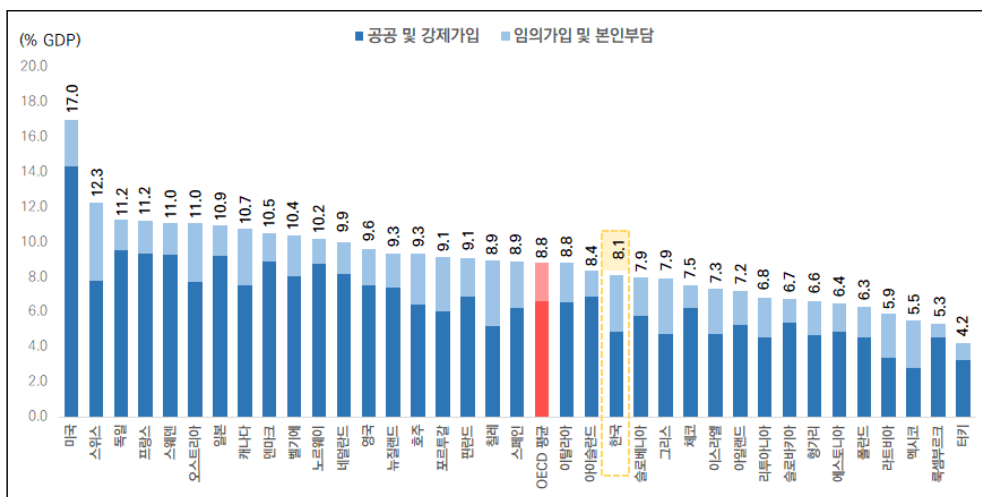
1. OECD 국가별 의료보장 수준

□ OECD에서는 국내 건강보험 보장률과 같이 항목대비 보장수준을 별도로 측정하지는 않으나, 경상의료비 대비 정부·의무가입보험재원 비율, 경상의료비 중 가계직접 부담비중 등을 집계하고 있음.

□ (국내총생산 대비 경상의료비 비중) 2018년 기준 OECD 통계자료에 따르면, OECD 평균 국내총생산(GDP) 대비 경상의료비 지출 비중은 8.8% (공공 및 강제가입 6.6%, 임의가입 및 본인부담 2.2%)이었으며, 우리나라는 8.1% (공공 및 강제가입 4.8%, 임의가입 및 본인부담 3.3%)수준이었음. GDP 대비 전체 의료비는 OECD 평균과 유사한 수준이나, 임의가입 및 본인부담 수준은 평균보다 높음.

○ 우리나라의 GDP 대비 경상의료비는 2013-2017년 5년간 1.2%p 상승하여, 다른 OECD 회원국 평균적으로 0.1%p 증가한 것에 비하여 매우 빠른 편임 (보건복지부·한국보건사회연구원, 2019).

[그림 2-12] OECD 국가별 GDP 대비 의료비 지출 비중(2018년)

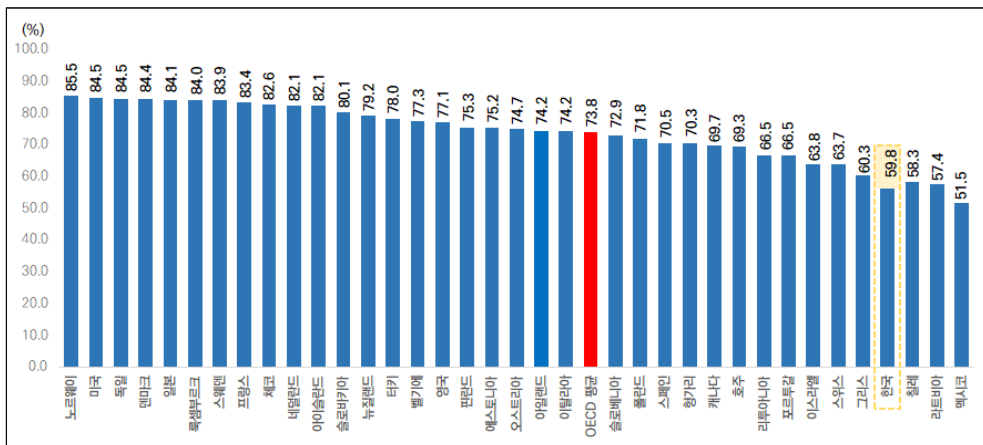


주: 2018년 기준 데이터 부재로 일부 국가의 임의가입 및 본인부담 자료는 2016년 또는 2017년 자료 적용
 자료: OECD. (2018). OECD Statistics. <https://stats.oecd.org/>에서 인출

□ (경상의료비 중 정부·의무가입 보험재원 비중) 보건의료서비스의 보장성(health coverage)은 공적보험, 국가보건서비스, 민간보험, 본인부담(Out-of-pocket, OOP)을 포괄하여 파악할 수 있음. 2018년 기준 경상의료비 중 정부·의무가입 보험재원 비중은 OECD 평균이 73.8%인 반면, 우리나라는 59.8% 수준임.

○ 정부·의무가입 보험재원 비중이 80%를 넘는 노르웨이(85.5%), 독일(84.5%), 덴마크(84.4%), 일본(84.1%), 룩셈부르크(84.0%) 등 국가에 비하여 우리나라는 경상의료비 중 정부·의무가입 보험재원 비중이 낮은 국가로 분류됨.

[그림 2-13] OECD 국가별 경상의료비 중 정부·의무가입 보험재원 비중(2018년)



주 1) 2018년 기준 데이터 부재로 일부 국가의 정부·의무가입 보험재원 자료는 2016년 또는 2017년 자료 적용

2) SHA 기준서 상 의무가입건강보험은 법적으로 강제하여 민간보험에 가입하는 경우를 포함하도록 되어있음. 미국의 경우 2014년 Affordable Care Act에 근거하여 의무적으로 민간보험에 가입하도록 규정하였으며, 이에 따라 기존 민간보험가입자들을 '의무가입 민간건강보험가입자'로 보고함. 정부·의무가입 보험재원에 대한 2013년-2018년의 격차는 기존 민간보험가입자들을 '의무가입 민간건강보험가입자'로 보고하면서 발생한 격차임.

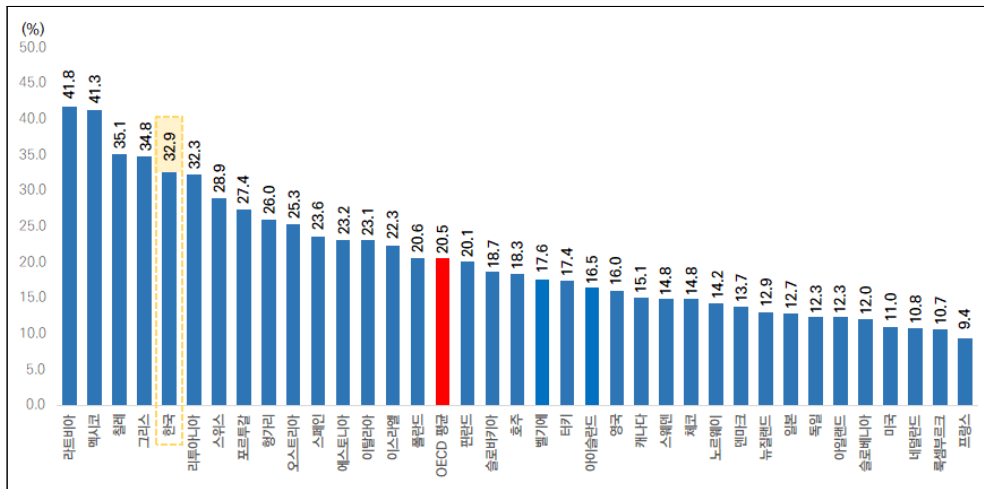
자료: OECD. (2018). OECD Statistics. <https://stats.oecd.org/>에서 인출

□ (경상의료비 중 가계직접부담 비중) 앞서 정부·의무가입 보험재원 비중이 상대적으로 낮았던 것과는 달리, 경상의료비 중 가계직접부담 재원이 차지하는 비중은 2018년 기준 32.9%로 OECD 평균(20.5%)보다 높은 것으로 나타남.

○ 경상의료비 중 직접가계부담(본인부담) 비중이 30%를 넘는 국가는 라트비아(41.8%), 멕시코(41.3%), 칠레(35.1%), 그리스(34.8%)로, 우리나라는 OECD 국가 중 다섯 번째로 의료비의 가계 부담이 높은 국가임.

- 우리나라의 경상의료비 중 가계직접부담은 2013년 34.6%에서 2018년 32.9%로 **1.8%p 정도 감소함**. 의료비 가계 부담이 높은 국가들의 경상의료비 중 가계 직접부담이 증가한 반면 우리나라는 **지속적인 감소 추세**를 보임.
- 그럼에도 불구하고 OECD 평균 대비 가계 의료비 부담은 여전히 높아, 본인부담을 완화할 적극적인 정책 시행이 필요함.

[그림 2-14] OECD 국가별 경상의료비 중 가계직접부담 비중(2018년)



주: 2018년 기준 데이터 부족으로 일부 국가의 가계직접부담 자료는 2016년 또는 2017년 자료 적용
 자료: OECD. (2018). OECD Statistics. <https://stats.oecd.org/>에서 인출

- 이때, 2018년 기준 국내 의료보장제도(건강보험, 의료급여, 장기요양, 산재보험, 자동차 보험)를 통해 지출되는 의료비 80.1조원 중 건강보험이 차지하는 의료비는 63.3조원(79.0%)임. 해당연도 건강보험 총 진료비 99.2조원 중 **건강보험 급여비 63.3조원, 본인부담 27.4조원, 실손보험 보장비 8.5조원(추정치)**으로, **본인이 부담하지 않고 보장되는 진료비의 비중은 72.3%정도로 추정할 수 있음.**
- **실손보험으로 보장되는 진료비는 국민보건계정의 전체 경상 의료비(2018년 기준) 중 ‘임의가입보험’ 10.7조에서 의료보장제도 중 건강보험이 차지하는 비율(79.0%)을 곱한 추정값임(10.7조*0.79=8.5조).**

〈표 2-6〉 OECD 국가별 경상의료비 중 정부의무가입 보험재원 및 가계직접부담 비중

(단위: %, %p)

국가명	정부의무가입 보험재원(Compulsory)			가계직접부담(Out-of-pocket)		
	2013년(A)	2018년(B)	증감(B-A)	2013년(A')	2018년(B')	증감(B'-A')
OECD 평균	72.5	73.8	▲1.4	20.7	20.5	▼0.1
호주	67.6	69.3	▲1.7	19.7	18.3	▼1.4
오스트리아	74.0	74.7	▲0.7	19.2	25.3	▲6.1
벨기에	77.6	77.3	▼0.4	18.0	17.6	▼0.4
캐나다	70.8	69.7	▼1.1	14.3	15.1	▲0.8
칠레	59.4	58.3	▼1.0	33.6	35.1	▲1.5
체코	83.6	82.6	▼1.0	13.6	14.8	▲1.2
덴마크	84.3	84.4	▲0.1	13.8	13.7	▼0.1
에스토니아	75.6	75.2	▼0.4	22.6	23.2	▲0.5
핀란드	76.7	75.3	▼1.3	18.9	20.1	▲1.1
프랑스	76.3	83.4	▲7.1	9.9	9.4	▼0.5
독일	83.7	84.5	▲0.7	13.1	12.3	▼0.8
그리스	62.1	60.3	▼1.9	33.7	34.8	▲1.1
헝가리	66.6	70.3	▲3.6	28.4	26.0	▼2.4
아이슬란드	80.2	82.1	▲1.8	18.3	16.5	▼1.8
아일랜드	71.2	74.2	▲3.0	14.3	12.3	▼2.0
이스라엘	63.4	63.8	▲0.4	22.7	22.3	▼0.4
이탈리아	76.1	74.2	▼1.8	21.8	23.1	▲1.3
일본	84.3	84.1	▼0.2	12.7	12.7	▲0.0
한국	59.0	59.8	▲0.8	34.6	32.9	▼1.8
라트비아	60.0	57.4	▼2.6	38.5	41.8	▲3.3
리투아니아	66.2	66.5	▲0.3	32.8	32.3	▼0.5
룩셈부르크	83.4	84.0	▲0.6	11.0	10.7	▼0.4
멕시코	52.8	51.5	▼1.3	41.3	41.3	-
네덜란드	81.1	82.1	▲1.0	11.5	10.8	▼0.8
뉴질랜드	80.1	79.2	▼0.8	12.4	12.9	▲0.5
노르웨이	85.0	85.5	▲0.5	14.6	14.2	▼0.4
폴란드	70.7	71.8	▲1.1	23.6	20.6	▼3.1
포르투갈	66.9	66.5	▼0.5	27.0	27.4	▲0.4
슬로바키아	74.2	80.1	▲5.9	23.3	18.7	▼4.6
슬로베니아	71.4	72.9	▲1.6	12.5	12.0	▼0.4
스페인	71.0	70.5	▼0.5	24.0	23.6	▼0.4
스웨덴	83.4	83.9	▲0.5	15.5	14.8	▼0.7
스위스	64.1	63.7	▼0.4	28.3	28.9	▲0.6
터키	78.4	78.0	▼0.3	16.9	17.4	▲0.5
영국	79.4	77.1	▼2.3	15.0	16.0	▲0.9
미국	48.8	84.5	▲35.7	11.9	11.0	▼0.9

주 1) 2018년 기준 데이터 부재로 일부 국가의 자료는 2016년 또는 2017년 자료 적용

2) SHA 기준서 상 의무가입건강보험은 법적으로 강제하여 민간보험에 가입하는 경우를 포함하도록 되어있음. 미국의 경우 2014년 Affordable Care Act에 근거하여 의무적으로 민간보험에 가입하도록 규정하였으며, 이에 따라 기존 민간보험가입자들을 '의무가입 민간건강보험가입자'로 보고함. 정부의무가입 보험재원에 대한 2013년-2018년의 격차는 기존 민간보험가입자들을 '의무가입 민간건강보험가입자'로 보고하면서 발생한 격차임.

자료: OECD. (2018). OECD Statistics. <https://stats.oecd.org/>에서 인출

2. OECD 국가별 보험료 부담수준 및 본인부담 방식

가. 서비스 항목별 지불방식

□ 의료서비스 주요 항목별 의료비 지불방식을 무상(무료), 정률 또는 정액 본인부담, 비급여 등으로 구분하여 살펴본 결과는 다음과 같음.

- 일부 국가는 의료보험마다 상이한 경우가 있었으나, 대부분의 OECD 국가는 의약품에 대하여 일정 수준의 본인부담을 부과하는 방식을 채택하고 있었으며, 안과제품은 의학적 필요성이 낮아 비급여로 분류됨.
- (급성기 입원진료) 무상으로 진료를 이용하는 국가가 16개 국가로 가장 많았으며, 우리나라를 비롯하여 정액 또는 정률로 본인부담을 하는 방식을 채택하는 국가는 14개국이었음. 우리나라는 정률 본인부담 국가에 포함되었는데, 우리나라와 같이 정률 본인부담을 적용하고 있는 국가는 일본, 프랑스, 슬로베니아, 칠레, 그리스가 있었음.
- (외래진료) 외래 서비스(일반의)의 경우 무료로 이용하는 국가가 13개 국가로 가장 많았으며, 일당 정액제로 지불하는 국가가 6개 국가였음. 우리나라는 외래 서비스에 대해 30%의 본인부담이 적용되는 정률 본인부담 국가에 포함됨.
 - 외래진료 내에서도 일반의·전문의 차등(일반의 외래진료는 무상, 전문의 외래진료는 본인부담 부과)을 두어 본인부담을 달리하는 국가도 있었는데, 에스토니아, 아일랜드, 네덜란드, 뉴질랜드, 터키가 이러한 방식을 취하고 있었음.
- 이외에도 검사·영상 등 부가서비스, 물리치료 등의 의료서비스는 급여화되어 있는 경우가 많았으며, 치과치료 및 치아 보철물에 대해서는 비급여로 취급하는 국가가 많아 타 진료과목에 비하여 OECD 국가들의 평균적인 치과 진료에 대한 보장률이 낮을 것으로 추정할 수 있음.

〈표 2-7〉 OECD 국가별·서비스 항목별 의료비 지불방식

구분	급성 입원진료	외래진료		의약품	부가 서비스 ¹⁾	물리치료	안과 제품 ²⁾	치과치료 치아보철물
		일반의	전문의					
호주	○	○	○	⦿	○	●	●	○
오스트리아	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿
벨기에	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿
캐나다	○	○	○	⦿●	○	●	●	●
칠레	⦿	⦿	⦿	⦿●	⦿●	⦿●	⦿●	○
체코	⦿	⦿	⦿	⦿	○	○	●	⦿
덴마크	○	○	○	⦿	○	⦿	●	●
에스토니아	⦿	○	⦿	⦿	N/A	N/A	N/A	●
핀란드	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	○	●	⦿
프랑스	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿
독일	⦿	○	○	⦿	○	⦿	●	⦿
그리스	⦿	○	○	⦿	○	⦿	⦿	⦿
헝가리	○	○	○	⦿	○	○	N/A	⦿
아이슬란드	○	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	●	●
아일랜드	⦿	⦿	○	⦿	⦿	○	●	●
이스라엘	○	○	○	⦿	⦿	⦿	●	●
이탈리아	⦿	○	⦿	⦿	⦿	⦿	●	●
일본	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	●	⦿
한국	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	●	⦿
룩셈부르크	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿
멕시코	○	○	○	⦿	⦿●	⦿●	●	⦿
네덜란드	○	○	⦿	○	○	○	●	⦿
뉴질랜드	○	⦿	○	⦿	○	⦿	●	●
노르웨이	○	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	●	●
폴란드	○	○	○	⦿	○	○	⦿	○
포르투갈	○	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	●	●
슬로바키아	○	○	○	⦿	○	N/A	N/A	N/A
슬로베니아	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿
스페인	○	○	○	⦿	○	○	●	●
스웨덴	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿
스위스	○	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	●	●
터키	⦿	○	⦿	⦿	N/A	N/A	N/A	N/A
영국	○	○	○	⦿	○	○	●	⦿
미국	⦿● (의료보험마다 상이)							
설명								
○	무료		⦿	본인부담 (정률/정액 본인부담)		●	비급여	
⦿●	의료보험마다 상이		N/A	확인불가				

주: 1) 부가서비스: 임상검사, 영상진단 등

2) 안과제품: 안경, 교정렌즈 등

자료: OECD. (2012). OECD Health System Characteristics Surveys 2012.

나. 환자 본인부담 제한 정책

- 환자 본인부담 방식에 대한 제한 정책을 **비용부담 상한 설정, 특정질환에 대한 본인부담 면제·감면, 대상집단별(노인, 장애인, 임산부, 아동, 저소득층 등) 본인부담 면제·감면** 등으로 구분하여 살펴본 결과는 다음과 같음.
 - **(본인부담 상한제)** 우리나라를 비롯한 19개 국가가 진료비 본인부담에 상한을 설정함으로써 본인부담 수준을 완화하는 정책을 시행하고 있음.
 - **(특정질환에 대한 산정특례)** 의료비 부담이 큰 일부 질환을 대상으로 산정특례를 적용하는 국가는 호주, 프랑스, 독일 등 27개국에 있어, 본인부담 완화를 위한 가장 **보편적인 정책**이라 할 수 있음.
 - **(취약계층 본인부담 완화)** 특정 인구집단을 대상으로 한 본인부담 완화 정책은 **아동 및 임산부에 대한 정책이** 주를 이루었음. 상대적으로 노인 및 장애인에 대한 본인부담 완화는 일본, 독일, 호주 등 몇몇 국가에서만 적용하고 있음.
 - 아동 및 노인층에 본인부담을 감면하는 경우는, **연령대별 본인부담률을 차등**을 두는 정책을 시행하는 경우가 많았음.
 - 우리나라를 비롯한 벨기에, 호주, 그리스, 아일랜드 등은 국민의 의료비 부담을 완화하기 위하여 **상한제 설정, 특정질환 및 특정 집단에 대한 면제·감면 정책을 복합적으로 활용**하고 있음.
 - 또한, 일정액을 공제하는 방식(deductible)을 적용하는 국가는 덴마크, 핀란드, 아일랜드, 이스라엘, 네덜란드, 스웨덴, 스위스, 미국으로 8개국이 있었음.

〈표 2-8〉 OECD 국가별 환자 본인부담 제한 정책

구분	 (비용부담 상한)	 (특정질환 면제/감면)	 (노인/장애 면제/감면)	 (저소득/취약 면제/감면)	 (아동 면제/감면)	 (임산부 면제/감면)
호주						
오스트리아						
벨기에						
캐나다						
칠레						
체코						
덴마크 						
에스토니아						
핀란드 						
프랑스						
독일						
그리스						
헝가리				N/A		
아이슬란드						
아일랜드 						
이스라엘 						
이탈리아						
일본						
한국						
룩셈부르크						
멕시코					N/A	N/A
네덜란드 						
뉴질랜드						
노르웨이						
폴란드						
포르투갈						
슬로바키아						
슬로베니아						
스페인						
스웨덴 						
스위스 						
터키						
영국						
미국 						
설명						
	연간/월간 비용부담 상한		특정 질환 등에서 본인부담 면제/감면		노인/장애인에 대한 본인부담 면제/감면	
	저소득층/경제적 취약계층에 대한 본인부담 면제/감면		아동에 대한 본인부담 면제/감면		임산부에 대한 본인부담 면제/감면	
	일정액 공제방식(deductible)	N/A	확인불가			

자료: OECD. (2012). OECD Health System Characteristics Surveys 2012.

3. 주요 국가의 건강보험 보장수준

- 국외 공적 보험 현황 및 보장범위를 살펴보고, 이를 통해 “국가(건강보험)에서 보장해야 하는 보건의료서비스의 범위”에 대하여 검토하고자 함.

가. 일본 Statutory Health Insurance System

- 일본은 양질의 의료 서비스를 효율적으로 제공할 수 있도록 **법정 건강보험제도 (Statutory Health Insurance System, SHIS)**를 운영하고 있음. 정부는 **공공보험의 보험료율(2009년 기준 8.2%)을 설정**하고 지방 정부, 보험사 및 공급자에게 **보조금을 교부함**.
- 일본의 47개 현(지역)에서 **국고보조금과 지자체 예산으로 SHIS를 운영**하고 있으며, 산하 1,700개 이상의 지자체가 주민들을 위한 건강증진활동을 조직하는 방식으로 운영됨.
- 전체 보험재정은 보험료 42.0%, 세입 42.0%, 본인부담 13.0%로 구성되며, 2017년 기준 GDP 대비 의료비 비중은 10.7%임.
- **(주요 보장범위)** 일본은 급성 입원진료, 외래진료(일반의 및 전문의 포함), 의약품, 검사·영상 등 부가적인 의료서비스, 물리치료, 치과치료 및 치아보철물에 대하여 **30% 본인부담을 부과**하고 있으며(OECD, 2016), **각 항목별 보장률은 76% 이상**임(OECD, 2010).
- 서비스 항목별 지불방식은 **대부분 본인부담금이 포함**된다는 점에서 우리나라와 유사한 양상을 보이며, 특히, 외래진료, 의약품, 치과진료에 대해서는 우리나라보다 상대적으로 보장수준이 높은 것으로 파악됨.
- **(급여 대상 보건의료서비스)** 병원(입원·외래) 진료, 일차의료, 전문진료, 처방약, 치과진료, 가정간호(자택요양), 정신건강관리, 호스피스, 물리치료, 예방(검진, 보건교육, 상담) 등이 있음.

- **(비급여 항목)** 일본은 급여진료 이외에 법령으로 규정된 ‘보험 외 진료’라는 비급여 진료가 존재하며, 특별서비스 및 고도의 선진의료료를 포함한 요양에 대해서 전액 본인부담을 하도록 함. 필수적인 의료 목적이 아닌 경우는 비급여에 해당되며, 의사의 처방 없이 의약품을 구매한 경우, 의사의 진단 없이 본인의 선택으로 의료 서비스를 받은 경우 등이 포함됨.

〈표 2-9〉 일본의 급여 및 비급여 항목 비교표

구분	급여 항목	비급여 항목
건강진단	-	- 건강진단 및 검진
예방접종	- 홍역·백일해·파상풍·광견병의 경우에 한하여 예방주사 감염의 위험이 있는 경우	- 급여항목 외의 예방주사
피부과·성형외과	-	- 번짐·주근깨·흉터 등 선천적인 피부의 질병 등 - 미용 성형수술
안과	-	- 근시의 수술
치과	-	- 치열 교정, 치석 제거
정형외과	- 부상에 의한 염좌·타박(응급 처치 또는 의사의 동의를 있는) 골절·탈구	- 접골원·정골원에서 받는 이하의 치료, 의사의 동의가 없는 골절·탈구의 치료, 어깨 결림·요통 등의 마사지, 신경통·류마티스 등의 비외상성 질환의 치료
산부인과	- 제왕절개·간시 분만 등이 필요한 이상 분만 - 모체가 위험한 상태에 있고, 출산에 의해 모체의 생명이 위험한 때의 중절	- 정상적인 임신·출산 - 경제적인 이유에 의한 인공임신중절 - 체외수정
사고 및 손상	- 제3자의 행위에 의한 상병 신고를 했을 때	- 교통사고·제2자의 고의·과실에 의한 질병과 부상 - 음주와 싸움 등이 원인으로 인한 부상과 질병 - 자신의 고의·범죄 행위에 의한 부상과 질병
기타	-	- 업무 중·통근 도중의 질병과 부상 - 질병 예방과 피로회복을 위한 의약품·건강식품 - 고도선진의료(기술료) - 차액 병상대, 입원 시 식사대 일부

주: 18세 미만 주요 급여항목

자료: 정희정 외(2011)에서 재구성

- **(본인부담방식)** 진료비 중 30%를 본인부담으로 납부함. 단, 6세 이하 영유아 20%, 70-74세 저소득층 20%, 75세 이상 저소득층 10%로 본인부담 수준을 완화함. 다만, 노인층이더라도 소득수준이 일정수준 이상 높은 경우, 본인부담률을 30%로 산정하고 있음.

- **(취약계층 보장성 확대)** 저소득층을 대상으로 월 USD337 수준의 본인부담 상한을 두며, 만성질환자 중 영유아 및 노인, 정신질환 및 장애에 대해 급여항목의 본인부담 인하함.

〈표 2-10〉 일본의 연령대별 급여율 및 본인부담률

연령 구분	급여율	본인부담률 (전체 진료비의 일정 정률)
75세 이상	90% (고소득자: 70%)	10% (고소득자: 30%)
70~74세	80% (고소득자: 70%)	20% (고소득자: 30%)
초등학생~69세	70%	30% (본인 및 가족 모두)
미취학 아동	80%	20%

주: 연령이 70세 이상이더라도 월수입 280,000엔 이상 또는 과세소득이 연 1,450,000엔 이상인자이거나 개인 연 3,830,000엔 또는 가구 합 5,200,000인 자일 경우, 진료비의 30%를 본인이 부담해야 함(2018년 10월 기준)

자료: 김경아 등. (2019). 2019년도 주요국의 건강보장제도 현황과 개혁동향(일본). p.51

나. 대만 National Health Insurance Program

□ 대만은 헌법 제157조 및 건강보험법에 따라 모든 국민을 위한 보건의료서비스 제공을 시행하도록 **전민건강보험(National Health Insurance Program, NHI)**를 운영하고 있음. **정부(보건복지부)**는 6개의 지역 사무소를 관리·운영하며, **공공보험의 보험료율(2016년 기준 4.7%)을 설정함.**

- 지방자치단체 및 지방정부는 빈민층의 본인부담비용 보조금과 같이 관할권 내 거주자에게 추가 혜택을 제공할 수 있음.
- 전체 의료비 지출은 보험료 외에 본인부담 34.7%, 민간보험 등으로 구성되며, 2014년 기준 GDP 대비 의료비 비중은 6.2%임.

□ **(주요 보장범위)** 피보험자는 보험자인 중앙건강보험서와 계약한 의료기관에서 질병, 상해사고 및 출산에 대한 건강보험 진료를 받을 수 있으며, 구체적인 급여 범위와 내용은 전민건강보험법에서 명시

- **전민건강보험법 제51조(건강보험 급여적용 예외항목) 및 제53조(건강보험 급여지급 예외항목)에서 예외로 정한 항목이 아닌 의료서비스(치과, 한방 포함)와 의약품에 대한 건강보험 급여를 적용함.**
- **(보건의료서비스) 입원/외래진료, 처방약, 치과진료, 한방진료, 출산, 재활, 가정 간호(자택요양), 정신건강관리, 임종관리(end-of-life) 등**

〈표 2-11〉 대만의 건강보험 급여적용 예외 항목

구분	상세내용
급여적용 예외항목 (전민건강보험법 제51조)	<ul style="list-style-type: none"> - 타법 근거 전액 정부부담 의료서비스 - 전액 정부부담하는 예방접종 및 기타 의료서비스 - 약물중독 치료, 미용 목적의 성형수술 및 치아교정, 예방적 수술, 보조생식술, 성전환수술 - 일반약 및 의사 또는 약사 복약지도 하에 투약하는 비처방약 - 특진(의사, 간호사) - 수혈(의사가 응급상황으로 진단한 경우는 예외) - 인체 대상 임상시험 - 낮병동입원(정신과는 예외) - 환자식(경관식은 예외) - 환자 이송, 제증명서 발급 - 의치, 의안, 안경, 보청기, 휠체어, 목발 등 치료목적이 아닌 보조기 - 중앙건강보험서에서 상정하고, 전민건강보험회의 심의를 거쳐서 위생복지부에서 공시한 기타 의료 및 의약품
급여지급 예외항목 (전민건강보험법 제53조)	<ul style="list-style-type: none"> - 퇴원통보 이후 퇴원거부 환자의 입원 - 부적절한 반복적 의료이용, 보험자와 계약미체결 의료기관에서 의료이용 (응급상황은 예외) - 의학적으로 불필요한 치료 또는 투약 - 그 외, 급여기준 위반 의료

자료: 이정면 등. (2019). 2019년도 주요국의 건강보장제도 현황과 개혁동향(대만). p.71

- **(본인부담방식) 종별·질환특성 등에 따라 상이하며, 외래진료 및 처방약 USD 2.58~12, 입원치료 USD1,063~1,803 수준에서 부담함(OECD, 2016).**
- **(외래진료에 대한 본인부담 수준) 의료기관 이용 건당 정액의 본인부담금을 지불해야 함.** 중증질환, 분만, 도서벽지에서의 진료(전민건강보험법 제 48조)와 퇴역 군인 및 피부양자, 저소득가구, 3세이하 아동, 대체군복무자, 결핵환자는 본인 부담비용을 면제받을 수 있음.
- **(입원진료에 대한 본인부담 수준) 질환종류(급성, 만성)와 입원일수에 따라 정해진 비율로 본인부담비용을 지불함.**

- 입원일수에 따라 급성질환은 10~30%, 만성질환은 5~30%

〈표 2-12〉 대만의 입원진료 시 본인부담률(2018년)

구분	본인부담률			
	5%	10%	20%	30%
급성질환	-	30일 이하	31-60일	61일 이상
만성질환	30일 이하	31-90일	91-180일	181일 이상

주: 동일질병에 대한 입원진료 시 본인부담 상한선은 NT\$38,000(2018 기준), 누적 본인부담 상한선은 NT\$64,000
 자료: 이정면 등. (2019). 2019년도 주요국의 건강보장제도 현황과 개혁동향(대만). p.76

- **(의약품에 대한 본인부담 수준)** 본인부담액을 처방전당 포함된 약가 합계에 따라 11개 구간으로 나누어 본인부담액을 부과함. 처방 건당 약가의 합이 NT\$100 이하인 경우 본인부담액은 없으며, 최대 NT\$200이 상한선임.
- **(취약계층 보장성 확대)** 신체 및 정신장애를 가진 경우, 외래진료에 한하여 USD1.671 수준의 본인부담 상한을 두며, 30여개 중증질환에 대한 본인부담을 면제함(OECD, 2016).

다. 독일 Statutory Health Insurance

- 독일은 모든 시민과 영주권자에 필수적으로 **법정 건강보험(Statutory Health Insurance, SHI)**을 가입하도록 하며, 보조적으로 민간보험(Private Health Insurance, PHI)를 함께 운영하고 있음. **정부는 공공보험의 보험료율(2018년 기준 14.6%)을 설정함.**
- 지방자치단체는 병상 수의 약 절반을 소유하고 있으나, 의료서비스를 직접적으로 조달하거나 제공하지는 않으며, 연방 합동위원회(Federal Joint Committee) 및 건강보험기금 운영조직(self-governing association)에 위임하여 운영됨.
- 전체 의료비 지출은 공공보험(SHI) 58.0%, 기타 공공재원 16.0%, 본인부담 13.2%, 민간보험 8.9% 등으로 구성되며, 2017년 기준 GDP 대비 의료비 비중은 11.3%임.

- **(주요 보장범위)** 독일은 급성 입원진료, 의약품, 검사·영상 등 부가적인 의료서비스에 대하여 **본인부담금을 부과**하고 있으며, 외래진료(일반의 및 전문의 포함), 의약품, 물리치료, 치과치료 및 치아보철물 등은 무상으로 의료서비스를 제공하고 있음(OECD, 2012). 치과보철을 제외(보장률 50% 미만)한 **각 항목별 보장률은 76% 이상**임(OECD, 2010).
- **(보건의료서비스)** 입원/외래진료, 처방약, 치과진료, 정신질환관리, 물리치료, 검안, 재활, 호스피스 및 완화의료, 예방(검진, 예방접종) 등이 있음.
- (급성 입원진료) 입원 일당 본인부담 10유로, 연간 최대 28일까지 적용 가능
 - (외래진료) 특정 민간보험 또는 인증보험업체의 보험가입자의 경우 무료 이용
 - (일반의약품) 본인부담 10% 및 의약품당 5~10유로의 본인부담
 - (안과제품) 비급여로 분류되어 대부분 보장되지 않으나, 일부 품목에 대하여 10% 본인부담(5~10유로)을 부과하고 보장
 - (치과보철물) 크라운 및 브릿지는 진단 관련 재원을 통해 보장되며, 기타 전문 서비스는 50% 이하의 본인부담 발생, 저소득층의 경우 본인부담 없음
- 특히, 외래진료는 **선별등재목록제도(positive list system)**, 입원진료는 **포괄등재목록 제도(negative list system)**를 실시함.
- 외래진료는 급여목록에 등재되지 않은 진료(비급여 진료)는 제공할 수 없으나, 입원진료는 연방공동위원회(G-BA)에서 모든 의료에 대해 경제성 원칙에 부합하지 않는 것으로 결정한 항목을 제외하면 모두 급여함.
- **(본인부담방식)** 의료이용서비스 등에 따라 상이하며, 외래처방은 EUR5~10, 입원치료는 일 EUR10(재활, 28일까지), 의료기기 처방은 EUR5~10 수준에서 부담함.
- **(취약계층 보장성 확대)** 18세 미만 대상 급여항목에 대해서는 본인부담을 면제하며, 본인부담 상한은 연소득 2% 이내(만성질환자 연소득 1% 이내)로 제한함.

44 건강보험 보장성 지표 개선방안 마련을 위한 연구

〈표 2-13〉 국외 건강보험 보장수준 비교표

구분		일본	대만	독일
공공 보험	명칭	Statutory Health Insurance System(SHIS)	National Health Insurance Program(NHI)	Statutory Health Insurance(SHI)
	보험료율	8.2% (2009년 기준)	4.7% (2016년 기준)	14.6% (2018년 기준)
의료 비용 지출	의료비 구성	보험료(42.0%), 세입(42.0%), 본인부담(13.0%)	본인부담(34.7%), 민간보험 등	공공보험(SHI, 58.0%), 기타 공공재원(16.0%), 본인부담(13.2%) 민간보험(PHI, 8.9%)
	GDP 대비 의료비 비중 (2017년)	10.7%	6.2% (2014년 기준)	11.3%
보장 범위	보장서비스	- 병원(입원·외래) 진료, 일차의료, 전문 진료 - 처방약 - 치과진료 - 가정간호(자택요양) - 정신건강관리 - 호스피스 - 물리치료 - 예방(검진, 보건교육, 상담)	- 입원/외래진료 - 처방약 - 치과진료 - 한방진료 - 출산 - 재활 - 가정간호(자택요양) - 정신건강관리 - 임종관리(end-of-life)	- 입원/외래진료 - 처방약 - 치과진료 - 정신질환관리 - 물리치료 - 검안 - 재활 - 호스피스 및 완화의료 - 예방(검진, 예방접종)
	본인부담금 범위	- 진료비 중 30%를 본인 부담으로 납부 - 단, 6세 이하 영유아 20% 70-74세 저소득층 20% 75세 이상 저소득층 10%	종별·질환특성 등에 따라 상이 - 외래진료 및 처방약: USD2.58~12 - 입원치료: USD1,063~1,803	- 외래처방: EUR5~10 - 입원치료: 일 EUR10 (재활, 28일까지) - 의료기기 처방: EUR5~10
	취약계층 부담완화	- 저소득층 본인부담 상한 (월 USD337) - 만성질환자 중 영유아 및 노인, 정신질환 및 장애에 대해 급여항목의 본인부담 인하	- 신체 및 정신장애를 가진 경우, 외래진료 본인부담 상한(USD1,671) - 30여개 중증질환에 대한 본인부담 면제	- 18세 미만 대상 급여항목 의 본인부담 면제 - 본인부담 상한: 연소득 2% 이내 (만성질환자 연소득 1% 이내)
보장률* (한국: 59.8%)		84.0	-	84.4

주: 보장률 = 전체 의료비 중 공공재원이 차지하는 비중(자료원: OECD stat)

자료: 1) The Commonwealth Fund. (2017). International Profiles of Health Care Systems.

2) Busse, R., Blümel, M. (2014). Germany: health system review. Health Systems in Transition. 16(2), 1-296.

3) Tataru, K., Okamoto, E. (2009). Japan: Health system review. Health Systems in Transition. 11(5), 1-164.

4) 정형선 외. (2018). 2016년 국민보건계정.



제3장

현행 건강보험 보장률 산출방식 검증

제1절 건강보험 보장률 산출방법 및 검토

제2절 현행 보장성 지표에 대한 쟁점 검토

제 3 장

현행 건강보험 보장률 산출방식 검증

제1절 건강보험 보장률 산출방법 및 검토

1. 그간 보장성 지표 산출을 위한 조사방식 검토

가. 건강보험환자 진료비실태조사

- 국민건강보험공단에서는 비급여 진료비를 포함하여 건강보험 환자가 부담하는 진료비 수준을 조사함으로써 향후 보장성 강화 정책의 정책방향을 제시하는 기초 자료를 생산하고자 2005년부터 「건강보험환자 진료비실태조사」를 실시해왔음.
- 건강보험환자 진료비실태조사는 건강보험 환자를 대상으로 실시되며, 전국 요양기관 및 약국을 대상으로 조사 월의 입원·외래환자 전수에 대한 진료실적 자료를 수집·분석하여 건강보험 보장률을 산출함.
- 실태조사 연구 및 조사는 건강보험공단 연구진에 의해 기획 및 실행되고 있으며, 2008년부터는 국가 통계로 승인되어 연구 결과가 공표되고 있음.
- 건강보험환자 진료비실태조사는 2005년 1차로 시작된 이후 기본적인 연구 방법 및 내용은 동일하나, 정책 환경 변동사항을 반영하고 통계의 정확성 및 신뢰성을 높이기 위해 조사연구를 개선·보완해왔음.
- 실태조사의 목표 모집단의 크기는 2005년 48,416개에서 2018년 90,347개로 지속적으로 증가하였으며, 목표 모집단 대비 분석기관의 비율도 2005년 약 0.9%에서 2018년 2.3%로 증가하는 추세임.
- 자료수집기간은 2007년 4개월에서 2018년 10개월로 점차 증가하는 추세이며, 조사대상기간은 2013년까지는 해당연도 12월 진료실적이었으나, 2014년부터 해당연도 6월, 12월의 진료실적으로 확대되었음.

〈표 3-1〉 건강보험환자 진료비실태조사 개요(2005~2018년)

연도	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
연구목적	본인부담 실태파악 및 기초자료 제공, 보장률의 시계열 변화 파악	좌동	좌동	본인부담진료비 현황 파악, 요양기관 종별 등 보장률과 본인부담률 파악	건강보험급여율 제시, 비급여 진료비를 포함한 전체 진료비 내역 파악	비급여 진료비를 포함한 전체 진료비 내역 파악	좌동
조사대상 기간	2005.12월 진료실적 전수	2006.12월 진료실적 전수	2007.12월 진료실적 전수	2008.12월 진료실적 전수	2009.12월 진료실적 전수	2011.12월 진료실적 전수	2011.12월 진료실적 전수
자료수집 기간	-	-	2008.3~6월	2009.3~6월	2010.8~11월	2011.8~1월	2012.8~12월
목표 모집단 크기	48,416개	56,054개	62,462개	62,462개	63,156개	-	79,986
분석기관수	450개	491개	541개	595개	862개	850개	1,103개
연도	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년
연구목적	비급여 진료비를 포함한 전체 진료비를 조사하여 건강보험 보장률을 파악	좌동	좌동	좌동	좌동	좌동	좌동
조사대상 기간	2012.12월 진료실적 전수	2013.12월 진료실적 전수	2014.6, 12월 진료실적 전수	2015.6, 12월 진료실적 전수	2016.6, 12월 진료실적 전수	2017.6, 12월 진료실적 전수	2018.6, 12월 진료실적 전수
자료수집 기간	2013.6~12월	2014.6~12월	2015.5~12월	2016.5~12월	2017.3~12월	2018.3~12월	2019.1~10월
목표 모집단 크기	79,986개	82,815개	83,934개	85,552개	86,546개	88,971개	90,347개
분석기관수	1,181개	1,215개	1,413개	1,825개	1,845개	1,994개	2,105개

주: 연도는 「건강보험환자 진료비실태조사」 보고서 발간 시점이 아닌 조사대상 연도를 의미함.

- **(과거 총화 검토 내역)** 2008년 조사에서는 종별, 지역, 병상규모, 병원특성, 진료과목 등을 기준으로 총화하였고, 2009년에는 종별, 지역, 병상규모, 진료과목 등을 기준으로 총화하였음. 2010년부터 진료비를 이용한 Dalenius-Hodges 방법을 이용하여 추정분산을 최소화하는 방안으로 총화함.
- **(과거 조사표 개선 내역)** 2011년 조사에서는 기존 3개 조사표(의료기관, 약국, 한방첩약추가조사표)에 2개 조사표(치과, 치과추가조사표)를 추가하였음. 2014년 조사에서는 2014년 진료비계산서·영수증 개정에 맞춰 형식에 맞는 자료를 받도록 조사표를 개선하였음.
- **(조사대상기간 확대)** 2013년까지는 조사대상기간이 1개월(12월)이었으나, 2014년 조사부터 조사대상기간을 2개월(6월, 12월)으로 확대함.

〈표 3-2〉 건강보험환자 진료비실태조사 통계 변경 및 개편 이력

연도	개선사항 및 추가지표
2008년	- (총화방식) 종별, 지역, 병상규모, 병원특성, 진료과목 등을 기준으로 총화
2009년	- (총화방식) 종별, 지역, 병상규모, 진료과목 등을 기준으로 총화
2010년	- (총화방식) Dalenius-Hodges 방법을 이용하여 추정분산을 최소화하는 방안으로 총화
2011년	<ul style="list-style-type: none"> - 조사표 개선(기존 3가지 조사표(의료기관, 약국, 한방첩약추가조사표 → 5가지 조사표(의료기관, 치과, 약국, 한방첩약추가조사표, 치과추가조사표)) - 조사항목 추가 및 변경(정맥수가, PET 진단료, 한방첩약, 포괄수가진료비) - 표본 기관수 1,000개 이상 확대 - 표본추출방법 개선 - 현금지급금 반영(진료과목, 인구사회학적 보장률 등 일부 제외) - 1인당 고액진료비 질환 상위 30위(50위)내 보장률 산출 - 4대 중증질환 보장률 산출(산정특례대상자/상병코드 기준)
2012년	- 4대 중증질환 보장률 산출(산정특례대상자)
2013년	- 원외처방 약제비를 포함한 4대 중증질환 보장률 산출(소급적용)
2014년	<ul style="list-style-type: none"> - 조사표 개선(진료비 계산서·영수증 개정에 맞춰 수정) - 조사대상기간 확대(1개월(12월) → 2개월(6, 12월)) - 세부지표 산출을 위한 사후가중치 개발
2016년	- 인구사회학적 보장률에 현금지급금 반영

주: 연도는 「건강보험환자 진료비실태조사」 보고서 발간 시점이 아닌 조사대상 연도를 의미함.

자료: 국민건강보험공단. (2018). 「건강보험환자 진료비실태조사」 통계정보보고서

나. 비급여 상세내역 조사

□ 국민건강보험공단은 비급여 진료비의 구성과 현황을 파악하고, 보장성 강화 정책 등 정책 방향 설정을 위한 기초자료를 마련하고자 2014년부터 ‘건강보험환자 진료비실태조사’와 병행하여 ‘비급여 상세내역 조사’를 실시하고 있음.

- **(진료비 실태조사와의 차별점)** 진료비실태조사는 건강보험환자가 각 요양기관을 방문하여 발생한 전체 진료비를 수집하며, 비급여 상세내역 조사는 진료비를 구성하는 세부 항목, 진료비, 진료량 등을 수집함(국민건강보험공단, 2019).
- **(조기기관 수)** 비급여 상세내역 수집기관은 2014년 15개 기관에서 2018년 약 1,500개 기관으로 지속적으로 확대하고 있는 상황임.
- **(조사기관 범위)** 비급여 상세내역 조사는 2015년까지는 종합병원급 이상을 대상으로 실시되었으나, 2016년부터 병의원급, 한방, 치과, 약국을 포함한 모든 요양기관으로 확대되었음.

〈표 3-3〉 비급여 상세내역 조사 추진현황

연도	2014	2015	2016	2017	2018
조사기관 수	15개	47개	1,323개	1,372개	약 1,500개
조사기관 범위	종합병원급 이상		모든 형태의 요양기관		

주: 연도는 비급여 상세내역 조사대상 연도를 의미함.

자료: 국민건강보험공단. (2019). Machine Learning을 활용한 비급여 분류 알고리즘 개발 연구

- **(비급여 분류)** 수집된 비급여 세부항목들은 건강보험심사평가원의 ‘수가 파일’ 및 ‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’ 〈별표2. 비급여 대상〉 등에 기반하여 분류를 실시함(국민건강보험공단, 2019).

- **(1차 분류)** 건강보험 청구코드(EDI코드)에 따라 1차 분류 실시
- **(2차 분류)** 미분류 되는 항목은 기존코드와의 비교 또는 키워드 검색을 통해 2차 분류 실시

- **(비급여 발생유형 분류)** 비급여 상세내역 분석 결과 비급여는 기준비급여, 등재비급여, 제도비급여, 선택비급여의 네 가지 범주로 구분될 수 있음.

2. 현행 건강보험 보장률 관련 자료수집 및 범위

- **건강보험환자 진료비 실태조사**는 건강보험환자의 요양기관 방문 시 발생하는 **진료비 중 건강보험이 부담하고 있는 비중**을 파악하여 **건강보험 보장률 산출**하고자 국민건강보험공단에서 매년 수행하는 조사연구임. 진료비 실태조사의 주요 내용은 다음과 같음.

〈표 3-4〉 건강보험환자 진료비 실태조사 개요(2018년)

구분		내용
조사대상		건강보험에 등록된 전체 요양기관 중 2018년도 진료 실적이 있는 기관의 진료비 기록
조사방법		- 보건복지부·국민건강보험공단의 조사협조 공문 및 조사표 발송 - (조사에 동의한 요양기관 대상) 자체 또는 업체 전산청구 프로그램을 통한 자료 산출 * 산출된 자료는 암호화하여 제출
표본 추출	표본추출방법	- 네이만배분법(Neyman Allocation Method)을 적용하여 층별 표본크기 수를 각 26개 층별로(strata) 배분 후, - 각 층별, 층별의 모집단을 진료비 크기순으로 정렬 후, 층별로 배분된 표본크기 수만큼 계통추출(systematic sampling)법으로 추출
	모집단	2018년 1월~12월 건강보험 가입자의 전체 진료비 기록
	추출단위	건강보험공단에 진료비를 청구하는 개별 요양기관
	조사단위	요양기관에서 발생된 입원(퇴원) 및 외래방문 진료건별 발생 비용
분석대상		- 기관 수: 2,105기관(전체 모집단의 2.3%) - 대상 건수: 총 14,865,653건(입원 539,03건, 외래 13,295,938건, 약국 1,030,679건)
조사기간		2019년 1월~10월(약 10개월)

자료: 국민건강보험공단. (2019). 2018년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 본 연구에서 재구성함.

- **(조사내용)** 진료비 실태조사의 조사 내용은 **일반항목, 진료비 세부항목(급여 및 비급여 포함), 항목별 합계 및 기타 항목**으로 구성되어 있음.

- **(일반항목)** 분석대상의 일반적 특성을 구분하는 변수로 구성되어 있으며, 요양기관 및 환자의 기본정보, 질환에 대한 정보, 산정특례 진료여부 등이 포함됨.

- **(진료비 세부항목)** 급여 진료비(요양급여) 및 비급여 진료비 내역에 대하여 각각 기본항목, 선택항목, 기타항목으로 구성됨. 급여에 대하여 선별급여, 65세 이상에

대한 본인부담 정액, 요양병원 정액수가 포괄수가진료비에 대한 기타항목이 추가됨.

- 급여 진료비 내역에 대해서는 각 항목에 대한 본인부담금, 공단부담금, 전액본인 부담금으로 구성되어 있음.

○ 이외에도 약국(일반항목, 약제비 세부항목, 항목별 합계 및 기타항목), 치과 및 한방 추가조사 항목이 있음.

〈표 3-5〉 진료비 실태조사 의료기관 조사내용(2018년)

구분(항목 수)		상세 내용
일반항목 (15)		요양기관기호, 종별, 서식, 환자성명, 주민등록번호, 입원/내원일자, 퇴원일자, 야간(공휴일)진료, 환자구분, 질병군(DRG)번호, 진료과목, 주상병명, 부상병명, 주 수술 코드, 산정특례 진료여부
진료비 세부항목	급여 (25)	<ul style="list-style-type: none"> - (기본항목) 진찰료, 입원료, 식대, 투약 및 조제료, 주사료, 마취료, 처치 및 수술료, 검사료, 영상진단료, 방사선치료료, 치료재료대, 재활 및 물리치료료, 한약(첨약), 정신요법료, 전혈 및 혈액성분제제료 - (선택항목) CT진단료, MRI진단료, PET진단료, 초음파진단료, 보철·교정료 - (기타항목) 선별급여, 65세 이상 등 정액, 정액수가(요양병원), 포괄수가진료비, 기타
	비급여 (21)	<ul style="list-style-type: none"> - (기본항목) 진찰료, 입원료, 식대, 투약 및 조제료, 주사료, 마취료, 처치 및 수술료, 검사료, 영상진단료, 방사선치료료, 치료재료대, 재활 및 물리치료료, 한약(첨약), 정신요법료, 전혈 및 혈액성분제제료 - (선택항목) CT진단료, MRI진단료, PET진단료, 초음파진단료, 보철·교정료, 선택진료료 - (기타항목) 기타
항목별 합계 및 기타항목 (6)		본인부담금 소계, 공단부담금 소계, 전액본인부담금 소계, 비급여 소계, 진료비 총액, 상한액 초과금

자료: 국민건강보험공단. (2019). 2018년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 본 연구에서 재구성함.

3. 현행 건강보험 보장률 산출방식 검토

- 현행 건강보험 보장률은 진료비 실태조사로 추출된 건강보험 가입자의 전체 의료비 중 공단부담금(본인부담액 상한제 사후 환금급, 임신·출산 지원금 등 현금지급 포함)이 차지하는 비중을 의미함. 전체 의료비는 공단부담금, 법정본인부담금, 비급여 본인부담금으로 구성되며, 진료비 실태조사에서 수집된 자료들을 토대로 산출함.

○ 산출범위에는 병의원, 치과, 한방의 입원 및 외래 진료비, 약국의 조제약품 관련 비용이 포함됨.

- 다만, 미용·성형, 예방 혹은 건강증진의 목적 등 필수적인 의료에 해당되지 않는다고 판단되는 항목은 산출범위에서 제외함.

〈표 3-6〉 건강보험 보장률 산출방식 요약

구분	내용		
정의	건강보험환자의 전체 의료비 중 공단부담금이 차지하는 비중		
산출식	$\frac{\text{공단부담금}}{\text{공단부담금} + \text{법정부인부담금} + \text{비급여본인부담금}} \times 100(\%)$		
산출범위	구분	분석대상	분석제외
	병의원	입원·외래 진료비	미용성형, 집단검진, 개별검진, 시력교정술, 예방접종, 기타 예방진료
	치과		70세 미만 임플란트, 미용목적의 보철·교정
	한방		건강증진 목적의 침약
	약국	조제 약품 관련 비용	일반 의약품 및 의약외품(드링크류, 비타민제, 강장제 등 희망에 의한 건강증진제제 등)
자료 수집	조사 협조 요청(조사원 교육을 통한 체계화) ▶ 전산청구 프로그램을 이용하여 자료 산출 및 제출 (건강보험환자 진료비 실태조사 통합관리시스템 구축)		
자료 검증	- 검증 단계: 1차(전산검증) ▶ 2차(유형분류 후 세부검증) ▶ 3차(전화검증) - 오류유형, 무응답, 오차에 대한 검증절차 진행		

자료: 「건강보험환자 진료비 실태조사」 통계정보보고서(2018.12.)

- 건강보험 보장률은 각 요양기관 종별 보장률에 조정계수를 적용하여 산출한 현금 지급 미포함 건강보험 보장률에 현금지급금을 적용하여 산출함.

- **요양기관 종별 건강보험 보장률**은 상급종합병원, 종합병원, 병원, 요양병원, 의원, 치과 병·의원, 한방 병·의원, 약국의 총 10가지 요양기관 종별 내 건강보험 환자의 전체 진료비 중 현금지급을 제외한 공단부담금(현물급여)이 차지하는 비중을 의미함.

- **공단부담금** = 요양급여 + (본인부담액 상한제 사후환급금* + 임신출산지원금 + 요양비 공단부담금)

* 본인부담 상한제 사후환급금: 환자가 진료를 받은 시점(수진 기준)의 환급금 적용

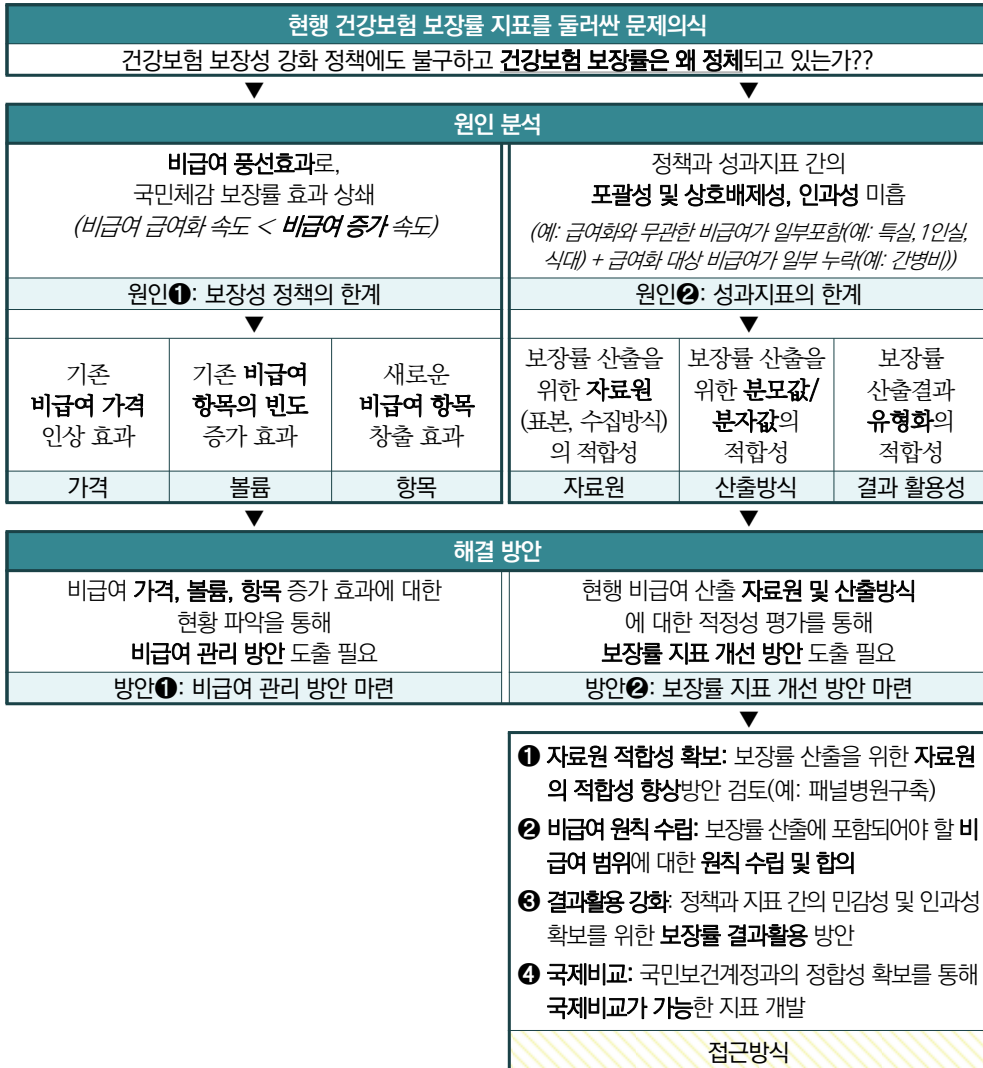
- **법정부인부담금** = 법정부인부담금 - (본인부담액 상한제 사후환급금 + 임신출산 진료비 법정부인부담금) + 요양비 본인부담금

○ **비급여 본인부담금** = 비급여 본인부담금 - 임신출산 진료비 비급여 본인부담금*

* 임신출산 진료비의 법정본인부담금과 비급여 본인부담금은 조사자료의 임신출산 관련
질환 법정본인부담률 및 비급여 본인부담률로 추정함.

제2절 현행 보장성 지표에 대한 쟁점 검토

[그림 3-1] 건강보험 보장률을 둘러싼 문제의식



□ 비급여의 급여화, 예비급여 확대, 취약계층 본인부담 완화 등 건강보험 보장성 강화 정책을 통해 건강보험 보장범위를 확대하였음에도 불구하고 건강보험 보장률(2018년 기준 63.8%, 전년대비 1.1%p 증가)은 정체되고 있는 실정임. 이러한 정체의 원인으로 **보장성 정책 및 성과지표의 한계점을 지적할 수 있음.**

○ **(원인 ① 보장성 정책의 한계)** 기존의 비급여가 급여화되는 것보다 비급여 항목의 확대 등이 더 빠르게 진행되는 **비급여 풍선효과**로 인해 **국민체감 보장률 효과가 상쇄됨**. 이는 기존의 비급여 가격 인상 및 항목의 빈도 증가과 더불어 새로운 비급여 항목의 창출으로 비롯됨.

○ **(원인 ② 성과지표의 한계)** 보장성 강화 정책으로 기존의 건강보험 수혜범위 등에 큰 변화가 있었음에도 불구하고 기존의 성과지표를 그대로 활용함에 따라 정책과 성과지표 간의 **포괄성 및 상호배제성, 인과성이 미흡함**. **보장률 산출을 위한 자료원, 산출식 등의 적합성을 검증할 필요가 있으며, 보장률 산출결과의 유형화를 통해 결과 활용도를 높여야 함.**

- 급여화와 무관한 비급여가 일부 포함(예: 특실, 1인실, 식대)

- 급여화 대상 비급여가 일부 누락(예: 간병비)

□ 이와 같은 문제를 해결하기 위하여 비급여 관리 방안 및 보장률 지표 개선방안 마련이 필요하며, 본 연구에서는 **현행 비급여 산출 자료원 및 산출방식에 대한 적정성 평가**를 통해 보장률 지표 개선방안 도출을 제시하고자 함. 이에 대한 접근 방식은 다음과 같음.

○ **(자료원 적합성 확보)** 보장률 산출을 위한 자료원의 적합성 향상방안 검토(예: 패널병원구축)

○ **(비급여 원칙 수립)** 보장률 산출에 포함되어야 할 비급여 범위에 대한 원칙 수립 및 합의

- 앞서 지정한 비급여 풍선효과로 인한 보장성 정책의 한계를 보완하기 위하여 실질적으로 정책에서 보장하는 범위를 구분짓는 것이 필요함. 이에 보장률 지표 산출(분모)에 포함되어야 할 비급여를 선정하기 위한 원칙을 수립해야 함.

- **(결과활용 강화)** 정책과 지표 간의 민감성 및 인과성 확보를 위한 보장률 결과 활용방안 강구
 - 요양기관의 범위, 대상 급여범위 등 정책적 필요에 따라 보장성 지표를 다양하게 설정할 수 있으며, 지표의 적절성 및 결과의 활용도를 높일 수 있음.
- **(국제비교)** OECD 보장성 지표 및 국민보건계정과의 정합성 확보를 통해 국제적으로 비교가능한 지표 개발
 - 국제표준인 보건계정체계(System of Health Accounts, SHA)는 의료비(국민/경상/개인), 자원분류 등의 자료를 포괄하고 있어 공공재원의 규모를 파악하기 용이하며, 국제적으로 비교가 가능함.

1. 보장률 산출을 위한 자료원의 적합성(표본 및 수집방식)

- **(자료수집의 투명성)** 일관성 있는 자료를 지속적으로 확보할 수 있도록 진료비 실태조사 **패널기관 구축이 필요**하며, 이를 실행하기 위한 **별도의 법 개정이 필요함**(장기요양기관 패널 구축 사례 참고 가능).
 - 현행 진료비 실태조사는 건강보험에 등록된 전체 요양기관 중 매년 표본추출을 하여 자료를 수집하고 있어 일관된 자료 수집이 어려우며, 표본 의료기관의 특성에 따라 진료비가 특정 질환 혹은 항목에 쏠리는 양상이 나타나기도 함.
 - 또한, 현행 진료비 실태조사는 국가통계의 6원칙(관련성, 정확성, 시의성, 비교가능성, 접근성, 일관성) 중 투명성과 공유성이 부족함.
- **(자료검증의 필요성)** 국민건강보험공단 청구자료, 통계청 행정자료와 연계하여 진료비 실태조사를 통해 수집된 **결과에 대한 검증이 필요함**.
 - 건강보험 보장률은 국가의 보장성 정책성과를 보여주는 대표지표임에도 불구하고, **별도의 검증절차 없이 진료비 실태조사로부터 수집된 자료를 토대로 산출되고 있음**. 허위청구가 있을 수 있으므로, 명세서 심결자료 연계 등을 통해 수집된 자료의 타당성을 검증하는 절차가 필요함.

- 매년 진료비 실태조사와 병행하여 실시하는 **비급여 상세내역 조사**는 지속적으로 조사대상 요양기관을 확대하고 있어, 이와 연계하여 수집되는 **비급여의 범위를 조정하는 방안**도 검토해 볼 수 있음.

〈표 3-7〉 연도별·종별 비급여 상세내역 분석기관 수

(단위: 개소)

구 분	비급여 상세내역 조사				진료비 실태조사
	2014년	2015년	2016년	2017년	2017년
합 계	15	47	1,323	1,372	1,994
상급종합병원	1	5	10	10	18
종합병원	14	42	71	79	94
병원	-	-	159	176	224
요양병원	-	-	85	89	110
의원	-	-	464	485	674
치과병원	-	-	33	39	58
치과의원	-	-	265	161	311
한방병원	-	-	38	42	57
한의원	-	-	150	161	166
약국	-	-	48	130	282

- 또한, 의원/병원 진료과목별 비급여 비율을 보면, 연도별로 편차가 크게 나타나고 있는 상황임. 이에, 실제로 연도별로 비급여 편차가 큰 것인지, 조사대상 의료기관의 차이로 비급여 편차가 크게 나타나고 있는지에 대한 검증이 필요함.
- 종별 및 진료과별에 따른 비급여 규모와 비율이 상이할 수 있으므로, 이는 앞서 언급한 비급여 상세내역 조사 및 청구자료 등을 토대로 조사자료의 타당성 검증을 진행해야 함.
 - 다만, 비급여의 급여화 정책 등에 의하여 특정 종별·진료과의 비급여 규모가 큰 폭으로 감소할 수 있음을 감안하여야 함.

〈표 3-8〉 병·의원 진료과목별 비급여 비율 추이

(단위: %)

구분	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	편차
병원						
내과	15.4	17.8	22.2	25.1	28.5	13.1
신경과	14.4	14.6	21.9	19.9	12.8	9.1
정신과	2.7	3.2	1.7	1.2	1.1	2.1
일반외과	24.0	26.6	31.6	28.0	25.7	7.6
정형외과	33.0	35.6	35.2	40.3	40.7	7.7
신경외과	49.5	54.5	58.7	59.9	59.0	10.4
흉부외과	11.9	35.7	6.8	33.3	6.4	29.3
산부인과	47.2	44.2	39.0	32.8	30.0	17.2
소아과	26.9	27.7	26.3	29.5	33.3	7.0
비뇨기과	22.5	14.5	17.4	11.3	14.8	11.2
의원						
내과	16.3	12.8	19.4	19.8	21.7	8.9
신경과	16.1	14.5	6.6	17.5	36.7	30.1
정신과	4.1	6.0	5.4	3.5	3.3	2.7
일반외과	12.9	18.1	19.9	28.3	29	16.1
정형외과	13.7	13.1	19.7	22.6	23.6	10.5
신경외과	22.7	9.0	14.7	25.3	22.6	16.3
산부인과	47.6	44.7	41.9	34.3	33.3	14.3
소아과	10.5	7.5	19.0	16.0	16.4	11.5
안과	3.7	3.6	4.7	9.4	5.9	5.8
이비인후과	3.5	5.4	10.5	6.2	10.2	7.0
피부과	5.1	5.4	11.1	16.9	33.1	28.0
비뇨기과	14.8	18.5	10.0	14.1	16.0	8.5
재활의학과	9.5	30.8	4.5	29.9	55.6	51.1

○ **패널병원 구축** 등을 통해 **시계열적으로 안정성 있는 데이터 확보** 노력의 필요성이 제기됨.

- 안정적인 패널병원 구축을 위해서는 최근 3년간의 운영 실적이 있는 기관, 실태 조사 당해 연도의 참여 신청일 기준 휴업·폐업 상태가 아닌 기관, 조사기간 전 3년 동안 건강보험료 체납 및 행정처분이 없는 기관 등을 기준으로 하여 병원을 선정하는 것이 필요함(장기요양기관 참고).

〈표 3-9〉 장기요양기관 패널 실태조사 표본추출 개요(2018년)

구분	내용
모집단	전체 장기요양기관
패널 선정기준	<ul style="list-style-type: none"> 최소 3년간의 운영 실적이 있는 기관 (2016년 패널 구축시점 기준, 2012년 12월 31일 이전에 장기요양기관 지정을 받고, 2015년 1~12월 급여실적이 있는 기관) 실태조사 기간인 2016년 패널 참여 신청일인 현재 휴업·폐업 상태가 아닌 기관 조사기간 전 3년(2013년~신청일) 동안 건강보험료 체납이 없는 기관 및 행정처분이 없는 기관 급여유형별 연평균(2015년) 일정 수급자수(현원) 유지 기관
표본설계	<ul style="list-style-type: none"> 급여유형별(노인요양시설, 공동생활가정, 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호) 각 하위 모집단을 구분하여 비례층화 표본추출 기관 설립주체, 규모, 지역을 층화변수로 설정

자료: 국민건강보험공단. (2019). 2018 장기요양기관 패널 경영실태조사.

2. 보장률 산출을 위한 산출식의 적합성(비급여 범위)

□ (보장률 지표의 분모 범위 재검토 필요성) 의료서비스는 개인의 예방·증진을 포괄해야 하므로, 보장률 지표의 분모의 범위가 중요함. 분모의 범위를 의료적 필요도를 기준으로 설정할 수 있으나, 이에 대해서는 의견이 분분한 상황임.

○ 필수의료, 치료적 의료, 치료 외적 의료를 구분하여 치료 외적 비급여는 제외하는 방안을 검토해야 함.

○ 보장률 지표의 분모 범위 설정 시, 과거 비급여 항목이었던 것이 급여항목으로 전환되기도 하므로(예: 임플란트 75세→70세→65세 급여), 이러한 특성을 고려하여야 함.

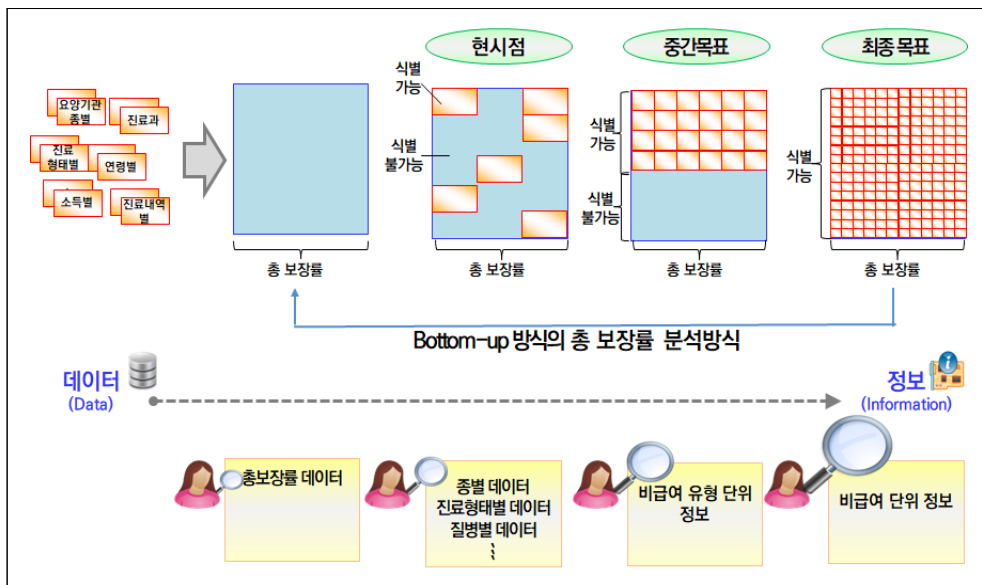
- 진료비 실태조사의 표본 설정기준, 분류기준이 불명확함. 일본의 경우 비급여인 평가요양과 선정요양에서 미용·성형·예방을 보험진료와 무관한 영역으로 간주함.

□ (결과해석의 용이성) 건강보험 보장률 향상을 위해 많은 재정이 투입되었음에도 효과성이 낮은 이유는 기존 비급여의 빈도 증가 및 가격 인상, 새로운 비급여의 창출 때문임. 비식별화하여 다양한 분석이 가능하도록 개선 필요함.

3. 보장률 산출결과 유형화의 적합성(결과 활용)

- 건강보험 보장률 변동요인을 확인하기 위해서는 보장률을 구성하고 있는 구체적인 **각 세부요인에 관한 미시적 차원의 보장률 분석**이 필요한 상황임. 지표와 정책 간의 피드백/환류가 가능한 체계를 구축하는 것이 필요함.
- 보장률을 구성하고 있는 세부요인 단위별 분석이 부분적으로 이루어져 왔지만, 각 요인별로 분절적으로 이루어지고 있어 단편적으로만 해석이 가능하며 여전히 식별되지 못하는 부분이 많이 남아있는 상황임.
- 보장률을 구성하고 있는 요인을 분절적으로 분석하는 것이 아닌, **단계적으로 체계화하여 분석함**으로써, 궁극적으로 건강보험 보장률 전체를 설명할 수 있도록 미시적 분석이 필요함.

[그림 3-2] 보장률 관련 데이터 분석방식



- (보장률 지표 관련 분석) 진료비 실태조사 자료를 활용하여 **경상의료비 산출**이 필요하며, 의료보장제도 유형별(건강보험, 의료급여, 산재보험, 자동차 보험) **보장률 비교분석**이 필요함. 공공기관과 민간기관의 보장률 비교분석 또한 필요함.

- 보장률 정체의 원인을 파악하기 위해 **신규 비급여(신의료기술)**와 **기존 비급여의 가격, 횡수 변화 분석**이 필요함. **비급여 유형 분류기준 [별표2]** 분류기준 도출이 가능함.
 - 현행 보장률 산출 시 치과, 한방 제외로 인한 과소 추계의 가능성이 있음. 치과, 한방, 의과 영역별로 세분화하여 보장률 검토가 필요함.
- **(대안지표 제안)** 기존 지표 및 조사자료를 활용하여 **국제가능한 보장성 지표**를 발굴할 수 있음.
- **(재난적 의료비)** 국제 비교지표로 활용되는 재난적 의료비(지불능력 대비 의료비 지급 10% 또는 20% 이상)의 경우, 근원자료인 의료패널자료의 시의성이 낮다는 한계점이 있음. 재난적 의료비를 대안지표로 활용할 경우 최신 자료를 보다 빠르게 볼 수 있도록 개선하거나, 국세청 자료와 연계해서 의료비를 파악하는 방안을 검토할 수 있음.
 - **(빈곤화율)** 국제비교가 어려운 단점이 있음.
 - **(가계지출 조사 활용)** 일부 항목을 제외하면 국제비교가 가능함.
 - **(미충족 의료)** 의료 제도적 관점에서 만족도 보다는 건강보험제도에 대한 인식도를 보는 것이 적절함.
- **(현행 지표와의 병행 필요성)** 보장률 지표에 대한 다양성과 세분화는 필요하나 (대안지표 활용), 종전의 보장률도 함께 파악하여 연속적인 비교가 필요함.



제4장

신규 보장성 지표 산출

제1절 비급여 범위 설정의 원칙 수립

제2절 필수의료 보장률 정의 및 범위

제3절 보장성 지표 세분화 및 산출결과

제4장 신규 보장성 지표 산출

제1절 비급여 범위 설정의 원칙 수립

1. 그간 비급여 유형화 관련 논의

가. 현행 법정 및 임의비급여 정의

- (법정 요양급여 및 비급여의 정의) 국민건강보험법 제41조 제1항에 따라 가입자 및 피부양자의 질병·부상 출산 등에 대하여 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술 기타의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송의 **급여**를 실시하는 것을 의미함.
- (의약품의 요양급여 대상) 요양급여대상으로 결정되어 「**약제급여목록표**」에 고시된 의약품에 한하여 급여대상이 되며 등재되지 않은 의약품은 일체 비급여 대상이 되는 **선별등재목록(Positive List)** 방식을 채택하고 있음.
- (의약품 외 의료서비스의 요양급여 대상) 의약품 외 의료행위 등은 **급여**가 되지 않는 것을 정하고 나머지는 일체 **급여**의 대상이 되는 **포괄등재목록(Negative List)** 방식을 채택하고 있음.

〈표 4-1〉 비급여 대상 기준

항목	주요내용
일상생활에 지장이 없는 경우	단순한 피로·권태, 주근깨, 점, 여드름, 단순코골음, 질병미동반 단순포경 등
신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우	미용목적의 성형수술, 시력교정술, 사시교정, 악안면교정술, 교정치료 등
예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접 목적으로 하지 아니하는 경우	본인희망건강검진, 예방접종, 구취제거 목적의 치석제거, 멸미예방, 금연진료 등
보험급여 시책상 인정이 어렵거나 건강보험급여원리에 부합하지 않는 경우	상급병실이용료, 치과보철, 선택진료료, 비용효과성 불분명한 치료 등
건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우	한방물리요법, 한약접약, 한방생약제제
비급여 대상으로 승인 받은 허가범위를 벗어난 약제	허가범위를 벗어나 약제처방을 하려는 자가 고시된 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우

자료: 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(별표 2), 민인순(2013)에서 재구성.

□ (법정비급여와 임의비급여의 구분) ‘법정비급여’는 국민건강보험법 제41조 제3항²⁾, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제8조 및 제9조에 따라 인정된 **합법적인 비급여**를 지칭함. 반면, ‘임의비급여’는 법적으로는 급여임에도 불구하고, **의료기관이 임의로 수진자들에게 진료비를 부담시키는 비급여**를 의미함.

- 임의비급여는 요양급여 대상임에도 급여목록에 포함되지 않고, 비급여 대상으로도 분류되지 않는 의료행위를 의미하며, **건강보험법상 환자로부터 징수 가능한 항목** (급여에 대한 본인부담, 인정된 전액본인부담 혹은 비급여에 대한 비용) **이외에 비용을 징수하는 경우에 해당됨**.

〈표 4-2〉 임의비급여 발생요인 및 유형분류

구분	제도적 요인	공급자측 요인
항목	<ul style="list-style-type: none"> - 제도운영의 경직성 - 제외국-보험급여 시 적정성 평가 - 국내-신의료기술 도입 초기 평가 	EBM(Evidence-Based Medicine) 부족
급여기준 초과	<ul style="list-style-type: none"> - 급여기준 운용의 부적절 - 급여기준 명시화 필요 - 보험자의 급여 한계와 개인의 선택권 인정 필요 	-
별도 산정불가	<ul style="list-style-type: none"> - 의료기술발전 반영 미비 - 보험자의 급여 한계와 개인의 선택권 인정 필요 	고가 재료의 남용
허가사항 초과	<ul style="list-style-type: none"> - 제도운영의 경직성 - 보험자의 급여 한계와 개인의 선택권 인정 필요 	EBM 결여에 의한 부적절한 선택
심사삭감	- 부당 삭감, 과잉 삭감	고의적 청구 누락

요인에 기인한 임의비급여 유형



유형	상세내역
항목의 임의비급여	급여·비급여 목록에 등재되어 있지 않은 행위·치료재료에 대한 비용 징수
급여기준을 초과한 임의비급여	급여기준을 초과한 항목에 대한 비용 징수로서 급여기준 초과 시 별도로 비급여가 명시되어 있지 않은 부분을 비급여로 산정하는 경우
별도 산정불가에 따른 임의비급여	약제·치료재료의 비용이 행위료에 포함되어 있음에도 별도로 비용 징수한 경우
허가사항 초과에 따른 임의비급여	식약처의 허가범위를 초과하여 사용한 약제·치료재료에 대한 비용 징수
심사삭감에 따른 임의비급여	심사삭감을 우려하여 급여기준에 해당하는 항목에 대한 비용 징수

자료: 전철수(2009) 자료 재구성

2) ‘보건복지부장관은 제2항의 규정에 의하여 요양급여의 기준을 정함에 있어 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 기타 보건복지부령이 정하는 사항은 요양급여의 대상에서 제외할 수 있다.’

나. 기존 선행연구에서 논의된 비급여 유형 분류

- **현행 비급여 정의 및 분류체계**는 보장성 강화 정책에 따른 급여화 전략 변화, 신의료 기술 및 신규 비급여 등이 반영되지 않아 **실제 의료현장에서 발생하는 의료서비스에 적용하기에 모호한** 측면이 있음. 비급여 범위 설정의 원칙을 수립하고 신규 보장성 지표를 정의하기에 앞서, 현행 비급여 분류체계 및 유형을 점검해야 할 필요성이 있음.
- 비급여 유형 분류에 대한 학계 및 유관기관의 기존 선행연구를 살펴보면 비급여가 **발생하는 원인 및 특성** 등에 따라 다양한 **비급여 유형분류 및 명칭**을 제시 하였음. 이는 현행 분류체계는 보장성 강화 및 보장성 지표 산출, 비급여 표준화 및 정보 공개사업의 우선순위 설정 등에 어려움이 있음을 반증함.

〈표 4-3〉 선행연구에서 제시된 비급여 유형분류

구분	분류
지영진(2017)	항목 비급여(평가 전, 무조건, 조건부), 에피소드 비급여, 제도 비급여, 자격·절차 미충족 비급여
국민건강보험공단(2016)	의학적 비급여(항목, 기준 초과), 법정 비급여, 합의 비급여, 미분류 비급여
건강보험심사평가원(2016)	제도적 비급여, 항목별 비급여, 기준에 의한 비급여, 제 증명 수수료
김윤(2016)	의학적 비급여(기준 초과, 항목), 호화·고급 비급여
김소운(2014)	법정 비급여, 임의 비급여
권순만(2008)	의료적 비급여, 법정 비급여, 의료적으로 불필요한 비보험

자료: 공진선. (2017). 국민의 적정 부담을 위한 비급여 관리 방향. 해당 내용 재구성.

- 특히, 지영진(2019)의 연구에서는 **보다 세분화된 분류체계를** 제시하고 있으며, 분절적인 항목 단위의 분류뿐만 아니라, **하나의 에피소드로써 포괄적인 비급여 정의를 제시하고 있다는 점이 특징적임**. 최근 연구에서 제시한 비급여 분류를 위한 개념 정리는 다음과 같음.
- 비급여는 항목(행위·약제·재료) 단위의 비급여와 에피소드(입원·외래) 단위의 비급여로 구분해야 함을 강조하고 있으며, 현행 비급여 대상 고시 목록 [별표2]의 개정 필요성을 지적함.

〈표 4-4〉 선행연구에서 제시된 비급여 유형분류를 위한 개념정리

대분류	중분류	상세 분류 및 주요 내용
항목비급여	평가 전 항목비급여	유효성 또는 경제성이 밝혀지기 이전 단계로, 비급여로 인정 1) (행위) 신의료기술: 안전성 및 효과성은 입증되었으나, 경제성에 대한 입증이 불분명한 경우 2) (약제) 임상시험 또는 중증환자의 식약처 허가 초과 약제 사용 3) (한방) 한방물리요법, 한방생약제제
	무조건 항목비급여	기준 및 조건 없이 행위·약제·재료 항목이 비급여로 고시 1) 현행 [별표2]에 분류된 비급여 항목: 보조생식술, 보철, (본인 의사)건강검진 등 2) (행위·치료재료) 비급여 목록*에 고시된 행위·치료재료 * 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 고시의 제3부 행위 비급여 목록, 「건강보험 치료재료 급여·비급여 목록」 고시 3) (약제) 급여 목록표**에 나열되지 않은 약제 ** 「약제급여목록 및 급여상한금액표」 고시
	조건부(기준) 항목 비급여	적용증 또는 횟수·갯수 등 기준(조건)에 따라 일부만 급여로 인정 1) [별표2]에 명시된 조건 있는 비급여: 신체기능 필수 개선이 아닌 경우, 예방목적 인 경우, 틀니·임플란트, 친자확인검사 등인 경우 비급여로 분류되며, 2) 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 고시에 명시된 조건
에피소드 비급여		미등재·비급여·급여 대상의 행위·약제·재료가 하나의 에피소드으로써 비급여를 형성 (임원/외래 전체 대상) 1) (일상생활에 지장 없는 경우) 미용, 노화방지 등의 이유로 적용되는 각종 행위 2) (필수기능 개선이 아닌 경우) 단순피로 등의 이유로 적용되는 약제, 복합약제 등 3) (예방목적) 일반 종합검진 등
제도비급여		행위·약제·치료재료의 속성을 갖지 않은 항목 - 상급병상, 선택진료, 보장구, 장기이송 등 이송비용, 진단서·증명서 발급 등
자격·절차 미충족 비급여		1) 건강보험·의료급여 비대상자, 보험료 체납 자보, 산재, 기타 외부 의료비 부담 등의 경우 2) 요양급여의뢰서 없이 2단계 요양급여 이용하면 비급여 일반의약품 중 처방 절차를 거치지 않으면 비급여 3) 마약류 중독자의 치료 보호 범죄에 기인한 상해

자료: 지영진(2019) 원고자료 재구성

다. 유관기관에서의 실무적 비급여 분류체계 제시

□ 국민건강보험공단에서는 매년 진료비 실태조사 및 비급여 상세내역 조사를 실시하고 있으며, 그 결과 수집된 비급여 항목들을 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2. 비급여 대상] 등에 근거하여 분류함. **치료적 목적을 기준으로 현행 비급여를 분류하고 있으며, 그 분류는 다음과 같음.**

〈표 4-5〉 비급여 유형 구분(국민건강보험공단, 2017년)

구분		정의 및 설명
치료적 비급여	기준 비급여	- '건강보험 급여 목록(고시)'에 등재되어 있으나, 급여기준 등에 의해 비급여로 적용되고 있는 항목 - 진료 상 필요성, 의학적 타당성, 비용효과성 등을 고려한 급여 범위(적응 증, 개수 등)에 부합하지 않는 경우
	등재 비급여	- '건강보험 비급여 목록(고시)'에 등재된 항목 - 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명한 경우로 장관이 비급여로 정하여 고시하는 검사, 처치, 수술, 기타의 치료 또는 치료재료
	평가단계 비급여	- 요양급여대상 또는 비급여 대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료 및 제한적 의료기술 - 신의료기술로 결정 승인 후 건강보험에서 급여·비급여 여부를 평가 중인 의료기술 - 연구단계 기술 중 신속히 임상적용이 필요한 제한적 의료기술
치료 외 비급여	제도 비급여	- 관련 제도적 규정에 따라 비급여로 정한 상급병실료차액, 선택진료비 및 제증명 수수료 - '국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙' <별표2.비급여대상>에 명시된 경우 중 상급병상, 선택진료제도에 따른 추가 비용 - 의료법 제45조제2항 및 45조3(제증명수료의 기준고시)에 의한 제증명 발급비용
	선택 비급여	- 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: 국민건강보험공단 내부자료.

- **(치료적 비급여)** 국민건강보험 급여·비급여 목록에 고시된 항목이거나 요양급여 여부를 결정·고시하기 전 단계의 항목(신의료기술 포함)으로, 기준 비급여, 등재 비급여, 평가단계 비급여로 구성됨.
 - **(치료 외 비급여)** 직접적인 치료목적이 아닌 항목 또는 제도적인 규정에 따라 본인부담을 해야 하는 항목으로, 제도 비급여, 선택 비급여로 구성됨. 선택 비급여에는 일상생활에 지장이 없는 질환, 미용·성형, 예방, 검진 등의 항목들이 포함됨.
- 다만, 앞선 비급여 분류(2017년)는 비급여의 급여화 전략을 통해 기준·등재 비급여 중 치료적 비급여와 2대 비급여(상급병실 및 선택진료제)가 획기적으로 감소한 이후는 잔존하는 비급여를 관리하기 위하여 **현행 분류체계를 재정비할** 필요가 있음.

- 국민건강보험공단은 보장성 강화 정책 시행 이후 급여화 항목에 대한 지속적인 모니터링(월별·분기별)을 실시하고 있으며, 이에 근거하여 **등재비급여 중 비급여 존치 항목을 선정하여 비급여를 재분류하고 선택비급여에 대한 상세 분류 및 표준코드를 부여하는 등 비급여 관리방안을 추진하고자 함.**
- 비급여 존치 대상 항목을 **행위 또는 치료재료로 구분하고, 미용·성형, 건강증진·개선, 예방, 기타(치료와 무관하거나 검토자료 부족으로 판단이 어려운 경우 분류)의 기준으로 세분화함.**

〈표 4-6〉 보장성 강화 이후 잔존 비급여 분류(안)

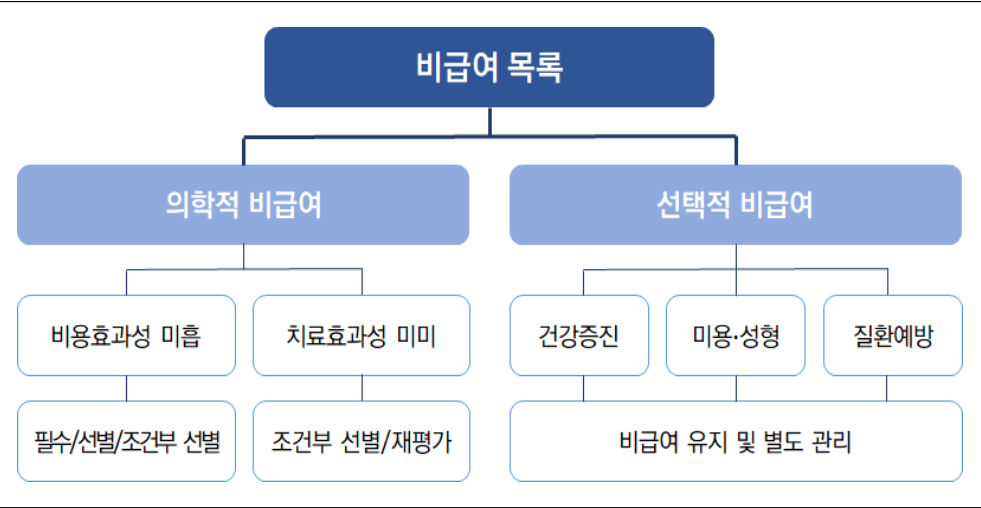
구분	상세분류	주요대상 및 관리방향
제1종 비급여 (등재비급여)	급여화 완료 후('22년) 비급여 존치항목 (약 50~200개) - 미용·성형 - 건강증진·개선 - 예방 - 기타	- 치료적 필요성이 일부 존재하나, 비용 효과성이 크게 떨어지거나 진료목적에 따라 급여화가 어려운 항목들로 구성 - 환자동의 절차 등 해당 항목의 의료이용을 억제하는 정책 고려
제2종 비급여 (선택비급여)	치과, 한방, 의약품 등 일부 항목 급여화 우선 추진 후 잔존하는 항목 - 미용·성형 - 건강증진·개선 - 예방 - 기타	- 치료적 필요성이 거의 없으며, 급여와 병행하지 않아도 되는 의료서비스 항목들로 구성 - 혼합진료금지 등 건강보험제도와 엄격히 분리하는 정책 고려

자료: 국민건강보험공단 내부자료(2020). 모니터링 기반 비급여 관리방안.

- 또한, 2019년 하반기부터 **건강보험심사평가원**에서는 현재 보장성 강화 정책에 발맞추어 **비급여 체계화 및 표준화**를 실시하고 있으며, 이에 따라 **비급여 항목 분류를 통한 비급여 목록 재편을 추진하고 있음.**
- 비급여 목록 중 미용·성형 등 **치료 관련성이 낮은 선택적 비급여**와 의학적 비급여의 급여화 이후 **잔존 비급여를 별도로 구분하고자** 비급여 성격에 따른 분류기준 및 알고리즘 개발, 비급여 목록 재편을 목적으로 함.
 - 선택적 비급여 평가기준에 대한 판단이 어려워 의학적 비급여와의 구분이 모호한 경우, 별도의 전문위원회를 활용하여 항목별 판단을 하는 것이 필요함.

- 또한, 현행 별도의 코드로 관리되고 있지 않은 비급여 항목에 표준화 코드를 부여함으로써 보다 체계적인 잔존 비급여 관리를 기대할 수 있음.

[그림 4-1] 건강보험심사평가원 비급여 목록 재편(안)



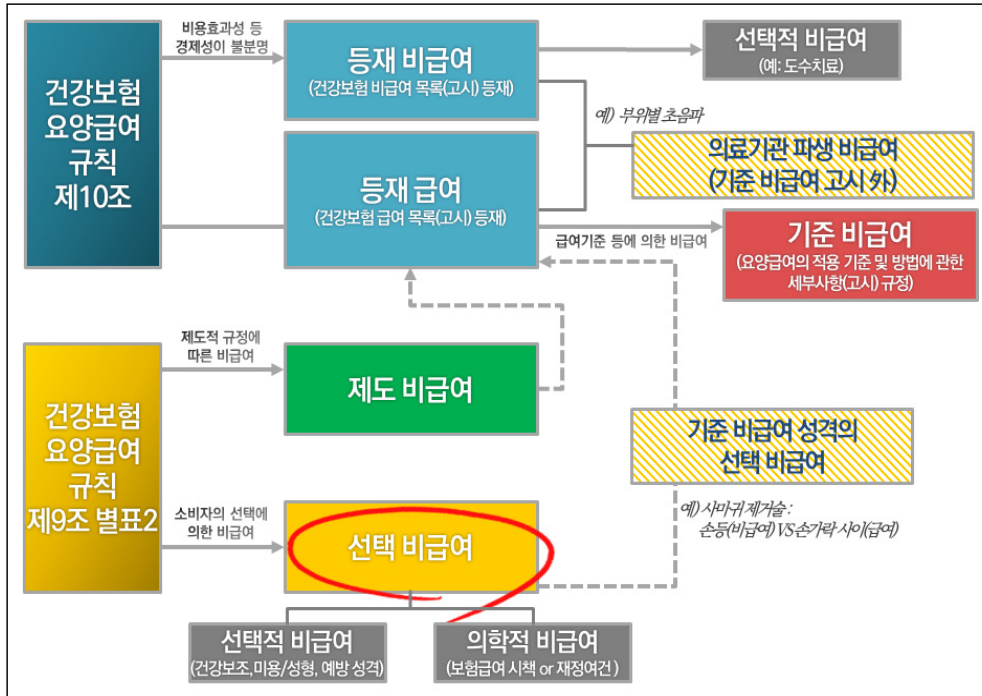
자료: 건강보험심사평가원 내부자료(2020). 비급여 체계화 및 표준화 방안.

□ 보장성 강화 정책이 시행됨에 따라 치료적 목적이 분명한 대부분의 비급여는 해소되고, 이에 따라 **잔존할 것으로 예상되는 비급여를 중심으로 재분류가 필요함**. 이와 같은 정책적·실무적 변화를 반영하여 보장성 지표 산출에 포함되어야 할 비급여 범위에 대한 원칙을 마련하는 것이 필요한 실정임.

2. 비급여 범위 설정을 위한 고려사항 및 원칙 수립

□ 보장률 산출에 포함되어야 할 비급여 범위에 대한 원칙 수립 및 합의 방안 마련이 필요함. 이에 **보장률 산출에 포함되어야 할 비급여 목록을 정리하고자 함(원칙① 보장성 강화 대책과 연계, 원칙② 비급여 고시목록 [별표2] 정비와 연계)**.

[그림 4-2] 비급여 유형 구분



○ (치료적 비급여) 치료적 비급여는 치료목적 또는 의학적 필요성이 높은 항목으로 분류되는 의료행위 및 치료재료 등이며, 기준 비급여, 등재 비급여, 평가단계 비급여로 구성됨. 이는 건강보험 급여/비급여 목록(고시)에 등재되어 있거나 급여 또는 비급여 대상으로 분류·고시되기 전의 항목들이 해당됨.

○ (치료 외 비급여) 급여 또는 비급여로 목록에 고시되어 있지 않은 비급여는 주로 치료 외 비급여로 분류되며, 제도 비급여, 선택 비급여로 구성됨. 해당 비급여는 [별표2] 목록에 명시된 경우도 포함됨. 제도 비급여는 제도적 규정에 따라 비급여로 분류된 상급병실료 차액, 선택진료비, 제증명수수료 등이 있으며, 선택 비급여는 미용·성형·예방 등 질환 및 신체적 필수 기능 개선에 직접적인 목적을 갖지 않는 경우에 해당함.

□ 현행 건강보험 보장률 산출 시 비급여 산출이 어려운 이유는 다음과 같음. 이에 본 연구에서는 아래의 사항들을 고려하여 비급여 범위 설정의 원칙을 제시하고자 함.

- **(원칙의 모호성)** 의학적 필요성과 선택적 요소 간에 명확한 구분이 어려워 보장률 산출에 포함하는 경우(예: 도수치료 5,800억원), **비급여 목록 고시 개정과 연계하여 원칙 수립이 필요함.**
- **(자료의 한계성)** 원칙적으로 보장률 산출에서 제외하는 것이 타당하나, 진료비 실태 조사, 비급여 상세내역 조사에서 구분이 불가하여 보장률 산출에 포함하는 경우(예: 영양제 주사료 9,500억원), **선택적 비급여를 별도로 구분하여 작성하도록 영수증 서식 개편을 병행하여야 함.**
- **(보장성 정책 변화)** 보장률 산출에서 제외하고 있던 비급여 항목에 대한 보장성 강화 정책 추진에 따라 보장률 산출 포함을 재검토해야 하는 경우(예: 65세 이상 임플란트), **보장성 강화 항목을 고려하여 5년 동안 동일한 기준으로 산출하는 것이 필요함.**

가. 보장성 강화 대책과 연계

- 2005년부터 “건강보험 보장성 강화 중장기 계획(4년~5년 주기)” 수립 중임. 현재 건강보험 보장성 강화는 「건강보험 보장성 강화 대책」을 기반으로 추진되고 있는 상황으로, **건강보험 보장률 지표가 보장성 강화 정책의 성과지표로써 보다 실효성 있게 활용되기 위해서는 「건강보험 보장성 강화 대책」과 연계가 필요함.**
- 해소 목표 비급여에 포함되지 않는 ① **존치 비급여**와 ② **의과 외 비급여**를 **보장률 산출에 포함하는 것에 대한 논의가 필요함.**
 - 전체 비급여 규모는 14.3조원으로 추정되며, 보장성 강화 대책을 통한 급여화 대상에 해당되지 않는 존치 비급여의 규모는 약 2.4조원임.
 - 의과 내 비급여 규모는 약 9.2조원이며, 전체 비급여 중 의과를 제외한 비급여 규모는 약 5.1조원임.

[그림 4-3] 보장성 강화 대책 세부분야별 비급여 규모

비급여 규모(14.3조원)						
의과(9.2조원)						의과 외 (5.1조원)
선택진료 상급병실 (1.1조원)		MRI 초음파 (2.5조원)		의학적 비급여 (3.2조원)		
선택 진료 (0.5조원)	상급 병실 (0.6조원)	MRI (0.9조원)	초음파 (1.6조원)	등재 비급여 (2.3조원)	기준 비급여 (0.9조원)	
제증명 수수료, 특실·1인실, 영양제주사(단순피로회복 목적), 도수치료 등						
해소 목표 비급여 (6.8조원)					비급여 존치 (2.4조원)	

자료: 보건복지부 내부자료 참고

나. 비급여 고시목록 정비와 연계

- 의료행위는 Negative List System(비급여 대상을 고시하고 그 외 품목은 급여 대상으로 적용하는 방식)을 적용하고 있으며, 이에 대해 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표2]에서 명시함. 특히, 선택비급여는 별표2와 연계되어 있는 항목으로 별표2와 연계하여 목록을 관리하는 것이 필요함.
- 현행 비급여 고시목록을 기준으로 할 때, 다음과 같이 선택 비급여, 제도 비급여, 한시적 비급여(평가대상) 등으로 재분류할 수 있으며, 이러한 유형에 따라 보장성 지표 산출범위를 조정하거나 지표를 세분화할 필요가 있음.

〈표 4-7〉 비급여 고시목록 기준 유형분류(안)

별표 2 항목		비급여 유형분류(안)
제1호	업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환	선택 비급여
제2호	신체 필수기능 개선목적이 아닌 진료	
제3호	예방진료로 질병부상의 진료를 직접목적으로 하지 않는 경우	
제4호	보험급여 시책상 인정하기 어려운 경우 또는 보험급여원리에 부합하지 않는 경우	▶ 제도 비급여 (상급병실, 선택진료, 제증명 수수료) (한시적 비급여)
제5호	한시적 비급여 대상(2006.12.29 삭제)	
제6호	질병군 입원진료(포괄수가)	
제7호	건강보험 제도여건 상 인정하기 어려운 경우(한방)	제도 비급여
제8호	허가범위 초과(적응증 외) 약제로서 고시된 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우	

- 본 연구는 다음과 같이 **의과에 한하여 의학적 비급여 영역**을 구분하고, 이를 필수 의료 보장률을 정의 및 산출하는 방안을 검토함.
- 이는 현행 건강보험 보장률 지표에서 **치료적 목적이 불분명한 기준 비급여** 일부를 제외하고, **선택 비급여 중 보장성 강화 정책을 통해 급여화하고자 하는 목록을 포함하여** 범위를 재조정함.

[그림 4-4] 비급여 영역별 보장성 지표 개선(안)

대분류	중분류	보장성 지표 개선(안)				
치료적 비급여	등재 비급여 - '건강보험 비급여 목록(고시)'에 등재된 항목	② Type A	③ Type B	④ Type C	① 현 보 장 률	
	기준 비급여 - '건강보험 급여 목록(고시)'에 등재된 항목					⑤ 의학적 비급여 영역 (의과)
	평가단계 비급여 - 신의료기술, 제한적의료기술					
제도 비급여	선택진료/상급병실					
	제증명수수료					
선택 비급여	치료적 기타, 부수적 기타 등					
	65세 이상 보철임플란트, 칩약, 식대, 의약품 등					
	영양제 및 주사제 등					
	미용·성형·예방·검진 등					

주: 의과적 비급여 영역 지표는 보장성 강화정책 대상인 의과영역으로 한정하고, 기준비급여 및 선택비급여의 의약품 등은 제외
자료: 국민건강보험공단 의료비분석실. (2018). 건강보험 보장성 지표 개선.

<표 4-8> 비급여 영역별 지표 개선(안)에 따른 산출결과(2016년)

(단위: %)

구 분	건강보험 보장률	법정 본인부담률	비급여율	합계
① 현 보장률(2016년 기준)	62.6	20.2	17.2	100.0
② 치료적 보장률(Type A)	64.9	21.0	14.1	100.0
③ Type B	63.7	20.5	15.8	100.0
④ Type C	63.6	20.5	15.9	100.0
⑤ 의학적 비급여 영역(의과)	63.0	20.6	16.4	100.0

자료: 국민건강보험공단 의료비분석실. (2018). 건강보험 보장성 지표 개선.

〈표 4-9〉 비급여 유형별 비율 및 금액(2017년)

대분류	중분류	소분류		비율	금액
치료적 비급여	합계			47.7%	6.9조원
	등재 비급여	소계		22.0%	3.2조원
		행위		16.4%	2.4조원
		치료재료		5.6%	0.8조원
	기준 비급여	소계		25.7%	3.7조원
		행위		18.0%	2.6조원
		치료재료		0.3%	0.0조원
		의약품		3.4%	0.5조원
		기타	소계	4.0%	0.6조원
			MRI	1.2%	0.2조원
			초음파	2.6%	0.4조원
기타	0.3%		0.0조원		
평가단계 비급여	소계		-	-	
제도적 비급여	합계			9.6%	1.4조원
	상급병실	소계		5.4%	0.8조원
		1인실 제외		3.3%	0.5조원
		1인실		2.1%	0.3조원
	선택진료	소계		3.4%	0.5조원
	제증명 수수료	소계		0.8%	0.1조원
선택적 비급여 (별표2 기준)	합계			42.8%	6.2조원
	미용/성형	소계		1.9%	0.3조원
	피로 및 권태감	소계		4.6%	0.7조원
	예방	소계		4.7%	0.7조원
	치과보철/임플란트	소계		10.7%	1.6조원
	의약품	소계		6.1%	0.9조원
	한방	소계		9.9%	1.4조원
	기타1(치료적)	소계		1.7%	0.2조원
	기타1(부수적)	소계		3.2%	0.5조원

〈표 4-10〉 선택비급여 진료유형 및 주요 항목별 대표사례

발생유형	진료유형	주요항목	대표사례
선택 비급여 (전체 비급여 中 43.6%)	① 미용/성형 (1.9%)	피부질환	(0.3%) - 레이저시술(점, 사마귀제거)
		단순포경	(0.0%) - 포경수술
		안과질환	(0.0%) - 검열반
		비만치료	(0.2%) - 비만 관련
		비뇨생식기 질환	(0.0%) - 발기부전제
		악안면 교정술 및 교정치료	(0.9%) - 교정 관련
		미용목적 성형수술 및 후유증치료	(0.2%) - 성형술, 유방재건술
		기타성형	(0.1%) - 보톡스, 필러
		시력교정술	(0.1%) - 라식, 라섹
		기타	(0.1%) - 라미네이트, 미용 관련 화장품
	② 피로 및 권태감 (4.7%)	피로 및 권태감	(4.7%) - 영양제, 비타민 주사
	③ 예방 (4.8%)	예방접종	(3.7%) - 간염, 뇌수막염, 일본뇌염
		건강검진 및 진단검사	(0.9%) - 건강검진, 골밀도검사, 성장판검사
		충치예방	(0.1%) - 치석제거, 불소도포
		증명서 발급 목적 진료	(0.0%) - 장애 진단 목적의 증명서
		교육/상담료	(0.0%) - 질병예방, 금연
		장애치료	(0.1%) - 언어치료
		기타	(0.0%) - 욕창 매트리스, 정맥혈전증 예방
	④ 치과보철/임플란트 (10.9%)	65세 미만	(9.4%)
		65세 이상	(1.6%)
	⑤ 의약품 (6.2%)	전문약품	(5.3%)
		일반약품	(0.9%)
		의약외품	(0.0%)
	⑥ 한방 (10.1%)	한방	(10.1%) - 침술, 한약제 등 한방 관련
	⑦ 기타(치료적) (1.7%)	수술 및 검사를 제외한 치료재료	(0.3%) - Needle, 거즈
		수술 및 검사용 치료재료	(0.4%) - Surgical pad
		장기이식	(0.0%) - 장기이식 관련 등록비, 이송료 등
		보조생식술	(0.4%) - 난임치료 관련
		임상실험	(0.0%)
	⑧ 기타2(부수적) (3.3%)	기타(수술/시술/생검/처치 등)	(0.6%) - 분류가 되지 않는 시술 등
		보장구	(0.2%) - 석고슈즈, 팔/다리 보조기
		간병비	(0.7%)
		식대	(0.1%) - 보호자식대, 공기밥 추가
		입원관련물품	(0.1%) - 기저귀, 환의, 시트, 좌욕기
		수기료/관리료	(1.5%) - 수면유도료, 채혈료
		이송료/후송료	(0.0%)
		판독료	(0.0%)
		장례비용	(0.0%)
		비급여 처방전 발급 목적의 진료	(0.0%) - 피임약 처방 등
		약국 비급여조제료	(0.1%)
		기타	(0.5%) - 분류가 되지 않는 비급여 등

주: '국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙' 〈별표2. 비급여 대상〉을 기초로 하여 분류함

자료: 국민건강보험공단 내부자료

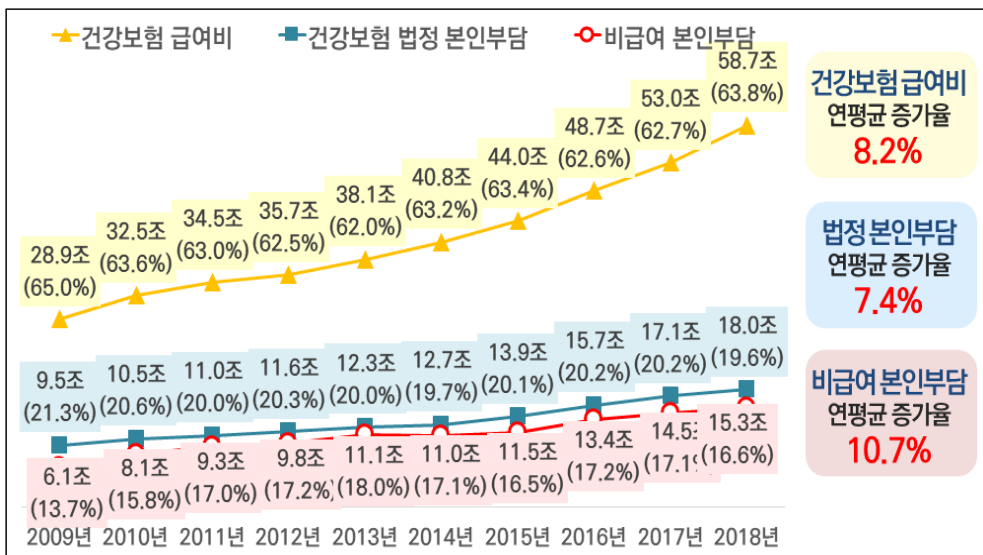
제2절 필수의료 보장률 정의 및 범위

1. 필수의료 보장률 산출배경 및 정의

□ 현재 건강보험 보장률 지표는 “비율”만 제시되고 있고, 각 세부요인별 “금액” 자료는 제시되지 않고 있는 상황임. 투입되는 추가 자원 규모, 제외되는 비급여 규모 등에 따른 보장률 지표와의 인과성, 민감성을 높이기 위해서는 “각 세부요인별 금액”과, 그로 인해 “전체 보장률 비율/비급여 비율”이 얼마만큼의 영향을 받는지를 파악하는 것이 필요한 실정임.

- 건강보험 급여비를 기준으로 했을 때, 2018년 기준 건강보험 급여비는 58.7조원, 법정 본인부담금은 18.0조원, 비급여 본인부담금은 15.3조원 규모로 추정됨.
- 본인부담 상한제, 임신출산지원금 등과 같은 현금급여와 행정비용을 포함할 경우 2018년 기준, 건강보험 급여 규모는 63.3조원, 법정 본인부담은 19.4조원, 비급여 본인부담은 16.5조원으로 추정됨(국민보건계정 자료).

[그림 4-5] 건강보험 보장률 추이 및 금액 추정



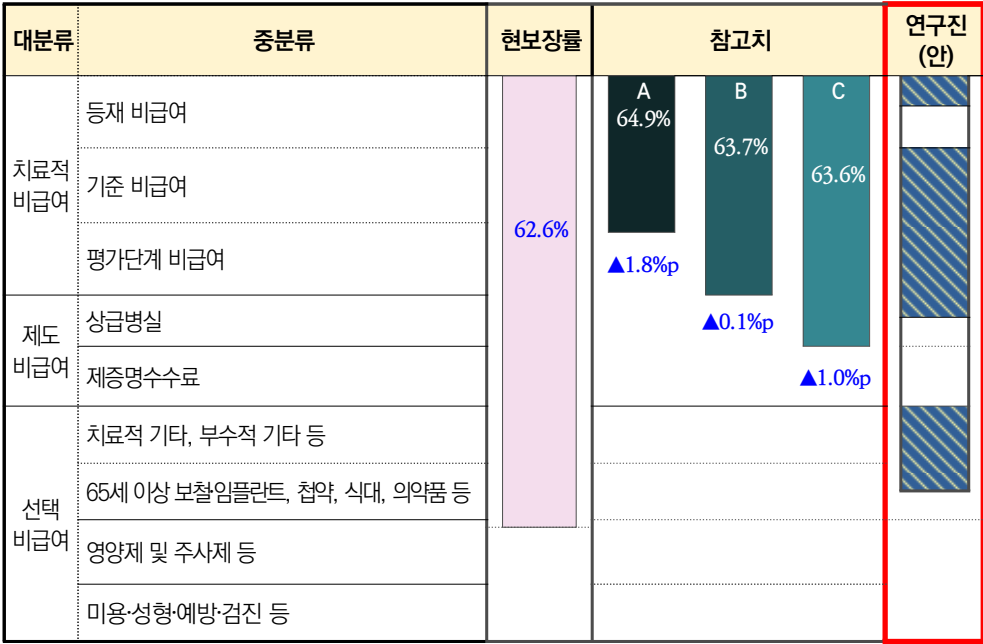
주: 법정본인부담과 비급여 금액은 건강보험 보장률을 기준으로 한 건강보험 급여비(현금급여 제외)로 추정한 값으로 실제값은 아님

자료: 국민건강보험공단, 각연도, 건강보험통계연보; 국민건강보험공단, 각연도, 건강보험진료비실태조사

2. 필수의료 보장률 산출범위

- 비급여 범위를 치료적 비급여, 제도 비급여, 선택 비급여로 유형화하고 필수의료 보장률을 다음과 같이 정의함.
- 현 보장률은 치료적 비급여, 제도 비급여와 더불어 선택 비급여 중 치료적 목적의 일부 항목(치료적 기타, 부수적 기타, 65세 이상 보철·임플란트, 첩약, 식대, 의약품 등)을 포함하고 있음.
- 이중 치료적 목적이 불분명한 등재 비급여 일부 및 제도적 비급여(상급병실료, 제증명수수료)를 제외한 항목을 필수의료의 범위로 규명함.

[그림 4-6] 선택적 비급여 성격을 반영한 비급여 범위 조정 대안



가. 국민보건계정(99.2조원) 기준 필수의료 보장률 산출

□ 2018년 기준, 국민보건계정 건강보험 급여 규모를 기준으로 비급여 범위 조정 (선택적 비급여 제외)에 따른 건강보험 보장률 개선 효과를 추정함.

- 선택적 비급여 1조를 제외할 경우, 보장률은 0.7%p 상승함. 즉, 보장률 1%p 상승을 위해서는 선택적 비급여가 1.5조원 제외 시(영양제 주사 9,500억 원 규모 및 도수치료 5,600억 원 규모 추가 제외) 가능함.
- 더 나아가 비급여 본인부담 중 3조 이상 제외하여 보장률을 산출할 경우, 현행 보장률이 2.0%p 가량 상승하는 것으로 추정됨.

〈표 4-11〉 국민보건계정 기준 필수의료 보장률 산출결과

구분	건강보험부담금	본인부담		총액	보장률 개선 효과
		법정 본인부담	비급여 본인부담		
금액	63.3조원	19.4조원	16.5조원	99.2조원	-
비율	63.8%	19.6%	16.6%	100.0%	

▼ 선택적 비급여 제외 시 보장률 변화 가정

가정① 1조 제외	금액	63.3조원	19.4조원	15.5조원	98.2조원	▲0.7%p
	비율	64.5%	19.8%	15.8%	100.0%	
가정② 2조 제외	금액	63.3조원	19.4조원	14.5조원	97.2조원	▲1.3%p
	비율	65.1%	20.0%	14.9%	100.0%	
가정③ 3조 제외	금액	63.3조원	19.4조원	13.5조원	96.2조원	▲2.0%p
	비율	65.8%	20.2%	14.0%	100.0%	

▼ 영양제 주사(9,500억 원)+도수치료(5,600억 원) 제외 시 가정

1.5조원 제외	금액	63.3조원	19.4조원	14.0조원	97.7조원	▲1.0%p
	비율	64.8%	19.9%	15.3%	100.0%	

나. 진료비 실태조사(92조원) 기준 필수의료 보장률 산출

□ 2018년 기준, 진료비 실태조사의 건강보험 급여 규모를 기준으로 비급여 범위 조정(선택적 비급여 제외)에 따른 건강보험 보장률 개선 효과를 추정함.

○ 선택적 비급여 1조를 제외할 경우, 보장률은 0.7%p 상승함. 즉, 보장률 1%p 상승을 위해서는 선택적 비급여가 1.5조원 제외 시(영양제 주사 9,500억 원 규모 및 도수치료 5,600억 원 규모 추가 제외) 가능함.

○ 더 나아가 비급여 본인부담 중 3조 이상 제외하여 보장률을 산출할 경우, 현행 보장률이 2.2%p 가량 상승하는 것으로 추정됨.

〈표 4-12〉 진료비 실태조사 기준 필수의료 보장률 산출결과

구분	건강보험부담금	본인부담		총액	보장률 개선 효과
		법정 본인부담	비급여 본인부담		
금액	58.7조원	18.0조원	15.3조원	92.0조원	-
비율	63.8%	19.6%	16.6%	100.0%	

▼ 선택적 비급여 제외 시 보장률 변화 가정

가정① 1조 제외	금액	58.7조원	18.0조원	14.3조원	91.0조원	▲0.7%p
	비율	64.5%	19.8%	15.7%	100.0%	
가정② 2조 제외	금액	58.7조원	18.0조원	13.3조원	90.0조원	▲1.4%p
	비율	65.2%	20.0%	14.8%	100.0%	
가정③ 3조 제외	금액	58.7조원	18.0조원	12.3조원	89.0조원	▲2.2%p
	비율	66.0%	20.2%	13.8%	100.0%	

▼ 영양제 주사(9,500억 원)+도수치료(5,600억 원) 제외 시 가정

1.5조원 제외	금액	58.7조원	18.0조원	13.8조원	90.5조원	▲1.1%p
	비율	64.9%	19.9%	15.2%	100.0%	

제3절 보장성 지표 세분화 및 산출결과

□ 현행 건강보험 보장률 지표는 보장성 강화 정책의 효과성을 다각적인 측면에서 평가하지 못한다는 한계점이 있음. 이에 **지표를 보다 세분화하여 세부과제의 성과를 평가하고자** 하며, 제4장 제3절에 제시된 지표 세분화 및 산출결과는 **국민건강보험공단(2019)에서 산출한 내용을 수록함.**

- **(진료특성별 보장률) 의료전달체계 기능 정상화 수준, 종별 보장률을** 파악하기 위하여 진료부문별, 의료기관 종별, 진료과별, 진료유형별 보장률을 산출함.
- **(질환별 보장률) 개인의 의료비 부담 완화수준을** 파악하기 위하여 의료비 부담이 큰 상위 질환 및 4대 중증질환의 보장률을 산출함.
- **(인구사회학적 특성별 보장률) 취약계층 대상 보장성 강화 정책의 효과**를 파악하기 위하여 인구집단별 건강보험 보장률을 산출함.

〈표 4-13〉 보장성 지표 세분화 목록

영역	지표명	내용
① 진료특성별 보장률	진료부문별 보장률	의과/치과/한방 보장률 산출
	의료기관 종별 보장률	상중/종합 등 의료기관 형태별 산출
	진료과별 보장률	내과, 신경과, 정신과, 정형외과 등 세부진료과별 산출
	진료유형별 보장률	입원/외래 보장률 산출
② 질환별 보장률	고액진료비 질환 보장률	1인당 진료비가 높은 상위 30/50위 질환을 대상으로 산출
	4대 중증질환 산정특례 보장률	4대 중증질환 산정특례 대상으로 산출 * 암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀난치성질환
③ 인구사회학적 특성별 보장률	연령대별 보장률	- 아동 및 노인 의료비 부담경감 정책 등 법령 및 정책 시행을 고려한 연령대에 따른 지표 산출 - 0~5세, 6~18세, 19~44세, 45~64세, 65~74세, 75~84세, 85세 이상으로 연령구간 설정
	소득계층별 보장률	- 소득수준에 비례한 본인부담 상한제 등 정책 반영 - 직장/지역가입자 세대의 보험료 수준을 10분위로 구분하여 산출

1. 진료특성별 보장률

□ (의료기관 종별 건강보험 보장률) 2018년 종합병원 이상의 건강보험 보장률은 67.1%로, 2016년 대비 5.8%p 증가하였고, 병원급 이상의 의료기관에서 전반적으로 보장률이 증가하는 양상을 보임.

○ 건강보험 보장률이 높아지는 추세와 더불어 병원급 이상의 비급여 본인부담률은 낮아지는 추세임.

○ 반면, 본인부담률은 전년 대비 큰 변동이 없거나 종별로 일관되지 않은 증감 추이를 보임. 2018년 기준, 종합병원의 경우 본인부담률이 2017년 대비 1.1%p 증가하였으나 치과위원의 경우 2017년 대비 1.4%p 감소하였음.

〈표 4-14〉 2016-2018년 종별 건강보험 보장률

(단위: %)

구분		2016년			2017년			2018년		
		건강 보험 보장률	본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강 보험 보장률	본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강 보험 보장률	본인 부담률	비급여 본인 부담률
종합 이상		62.6	20.4	17.0	64.4	20.8	14.8	67.1	20.6	12.3
병원급 이상	요양포함	61.1	20.0	18.9	61.9	20.2	17.9	64.1	20.1	15.8
	요양제외	59.3	20.1	20.6	60.6	20.2	19.2	63.1	20.0	16.8
상증		62.9	19.6	17.5	65.1	20.9	14.0	68.7	19.6	11.7
종합		62.4	21.1	16.5	63.8	20.7	15.5	65.2	21.8	13.0
병원		47.8	19.5	32.7	47.1	18.0	34.9	48.0	17.9	34.1
요양병원		71.0	19.4	9.6	69.2	20.2	10.6	69.7	20.8	9.5
의원		62.1	19.9	18.0	60.3	20.1	19.6	57.9	19.3	22.8
치과병원		16.4	12.1	71.5	18.9	13.9	67.2	23.4	14.0	62.6
치과의원		30.8	17.1	52.1	31.7	16.1	52.2	34.9	14.7	50.4
한방병원		33.3	13.4	53.3	31.4	13.0	55.6	34.9	12.9	52.2
한의원		53.9	16.9	29.2	56.1	16.9	27.0	52.7	16.7	30.6
약국		69.3	28.1	2.6	69.5	28.1	2.4	69.4	28.4	2.2

주: 가중치를 적용한 건강보험 보장률

자료: 국민건강보험공단. (2019). 2018년도 건강보험환자 진료비 실태조사.

□ (종별·진료과목별 건강보험 보장률) **흉부외과가 진료과목 중 건강보험 보장률이 가장 높았으며, 종별 평균 77%를 넘는 것으로 분석됨.** 2019-2020년 흉부 MRI 및 초음파 급여화가 진행됨에 따라 건강보험 보장률이 보다 향상될 것으로 예상됨. 반면, **신경(외)과, 정형외과, 재활의학과** 등의 진료과는 여전히 건강보험 보장률이 55% 내외에 머물러 있음.

○ 일부 진료과는 병원급 이상과 의원급에서의 보장률 차이가 10%p이상인 것으로 나타났는데, 병원급 이상에서는 **신경과, 일반외과, 재활의학과**, 의원급에서는 **정신과, 안과, 이비인후과**에서 각각 건강보험 보장률이 더 높게 나타남.

〈표 4-15〉 2018년 종별·진료과목별 건강보험 보장률

(단위: %)

구분	상종			종합			병원			의원		
	건강 보험 보장률	본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강 보험 보장률	본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강 보험 보장률	본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강 보험 보장률	본인 부담률	비급여 본인 부담률
내과	73.4	18.8	7.8	71.7	20.0	8.3	52.4	19.2	28.5	60.0	18.3	21.7
신경과	51.9	30.1	18.0	58.5	27.6	14.0	64.2	23.1	12.8	45.8	17.5	36.7
정신과	55.0	32.0	13.0	66.4	27.6	6.0	76.6	22.2	1.1	72.0	24.7	3.3
일반외과	74.6	14.1	11.3	69.4	18.6	12.0	54.6	19.8	25.7	54.1	16.8	29.0
정형외과	55.1	24.4	20.5	59.1	22.6	18.3	41.1	18.2	40.7	55.8	20.6	23.6
신경외과	72.0	15.7	12.3	61.7	19.4	18.8	27.4	13.6	59.0	56.6	20.8	22.6
흉부외과	79.8	12.3	7.9	74.6	15.9	9.5	78.5	15.1	6.4	-	-	-
산부인과	65.8	16.7	17.5	57.1	19.5	23.4	53.8	16.2	30.0	52.5	14.2	33.3
소아과	76.3	14.8	8.9	66.2	15.7	18.2	54.6	12.1	33.3	64.4	19.3	16.4
안과	52.1	35.5	12.4	60.2	30.8	9.0	-	-	-	69.5	24.6	5.9
이비인후과	54.6	28.0	17.4	55.0	28.3	16.7	-	-	-	65.5	24.3	10.2
피부과	39.2	44.4	16.4	53.9	34.1	12.0	-	-	-	48.6	18.3	33.1
비뇨기과	55.3	19.3	25.4	61.6	25.7	12.7	60.1	25.1	14.8	62.2	21.9	16.0
재활의학과	67.7	17.5	14.8	69.2	19.3	11.5	-	-	-	31.4	13.0	55.6

자료: 국민건강보험공단. (2019). 2018년도 건강보험환자 진료비 실태조사.

- 비급여 본인부담률이 상대적으로 높은 진료과는 정형외과, 재활의학과였으며, 종합병원 이상에서는 전반적으로 비급여 본인부담률이 낮은 것으로 나타남.
- (입원·외래 건강보험 보장률) 전반적으로 입원의료서비스의 건강보험 보장률이 높았으며, 종합병원 이상에서는 70% 이상이었음. 반면, 외래의료서비스의 건강보험 보장률은 모든 진료부문(의과/치과/한방)에 걸쳐 의원이 병원보다 높게 나타남.
- 비급여 본인부담률은 외래의료이용에서 더 많은 비중(25.3%)을 차지하였으며, 의과 의료기관 중에는 병원(36.1%)에서 가장 높았음. 치과병의원 및 한방병의원에서의 평균 비급여 본인부담률은 최소 30.5%에서 최대 62.6%까지로 의과에 비하여 비급여 본인부담이 커, 개인이 체감하는 본인부담 수준 또한 상당할 것으로 예상됨.

〈표 4-16〉 2018년 입원·외래 건강보험 보장률

(단위: %)

구분	입원			외래		
	건강 보험 보장률	본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강 보험 보장률	본인 부담률	비급여 본인 부담률
전체	68.4	16.0	15.6	52.5	22.2	25.3
종합병원급 이상	73.4	15.1	11.5	55.8	30.4	13.8
상증	74.7	13.9	11.4	58.0	29.7	12.3
종합	71.9	16.4	11.6	53.2	31.3	15.5
병원	52.2	14.8	33.0	40.4	23.5	36.1
요양병원	70.2	20.8	9.0	60.5	20.4	19.1
의원	56.6	12.4	31.0	58.1	19.8	22.1
치과병원	-	-	-	23.4	14.0	62.6
치과의원	-	-	-	34.9	14.7	50.4
한방병원	39.6	12.3	48.1	24.1	14.5	61.4
한의원	-	-	-	52.7	16.8	30.5

주 1) 가중치를 적용한 건강보험 보장률

2) 현금지급 포함하지 않음.

자료: 국민건강보험공단. (2019). 2018년도 건강보험환자 진료비 실태조사.

2. 주요 질환별 보장률

□ 과부담 의료비가 발생하는 주요 질환별 건강보험 보장률을 살펴봄으로써 의료비 부담 완화의 체감수준을 가늠할 수 있음.

○ (4대 중증질환 산정특례 대상자 건강보험 보장률) 2014년부터 중증질환(암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀난치성질환)에 대한 보장성 강화를 시행하였으며, 의료비 부담이 큰 만성적 질환의 보장률을 산출함.

○ (1인당 상위 고액진료비 질환 보장률) 건강보험 통계연보의 298개 상병을 기준으로 1인당 진료비(공단부담금 + 법정본인부담금)가 높은 질환을 순서대로 정렬하여 상위 30위(50위) 내에 포함되는 질환의 보장률을 산출함.

□ (4대 중증질환 산정특례대상자 건강보험 보장률) 2018년 기준 4대 중증질환 산정특례 대상자의 건강보험 보장률은 83.0%로 2014년(77.7%) 대비 5.3%p 증가함. 특히 뇌혈관질환과 심장질환은 각 10.2%p, 9.4%p 증가폭을 보여, 개인의 비급여에 대한 본인부담 수준이 크게 낮아짐.

○ 2018년 기준 전체 건강보험 보장률이 63.8%(본인부담률 19.6%)인 것을 감안할 때, 4대 중증질환의 보장률 83.0%(본인부담률 8.0%)은 상당히 높은 수준임.

〈표 4-17〉 4대 중증질환 산정특례대상자 건강보험 보장률

(단위: %)

구분	2014년			2016년			2018년		
	건강 보험 보장률	본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강 보험 보장률	본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강 보험 보장률	본인 부담률	비급여 본인 부담률
전체	77.7	7.6	14.7	80.3	8.0	11.7	83.0	8.0	9.0
암질환	72.6	7.5	19.9	76.3	7.8	15.9	79.1	8.0	12.9
뇌혈관질환	76.3	6.6	17.1	79.6	8.1	12.3	86.5	6.3	7.2
심장질환	78.2	5.7	16.1	82.5	6.2	11.3	87.6	6.1	6.3
희귀난치성질환	86.2	8.3	5.5	86.2	8.9	4.9	88.2	8.5	3.3

자료: 국민건강보험공단. (2019). 2018년도 건강보험환자 진료비 실태조사.

□ (1인당 중증·고액진료비 상위 30위(50위)내 질환 건강보험 보장률) 2018년 기준 1인당 중증·고액진료비 상위 30위 및 50위의 건강보험 보장률은 각 81.2%, 78.9%로 2014년 대비 각 3.8%p, 3.3%p 증가함.

○ 2011~2018년 상위 30위, 상위 50위 질환에 대한 건강보험 보장률 연평균 증가율은 각 1.0%, 0.7%로 꾸준히 증가하고 있으나, 본인부담률이 크게 낮아 지지는 않은 것으로 나타남.

- 일부 질환에 대해서는 본인부담률이 오히려 소폭 증가하는 양상을 보이기도 하였는데, 이는 비급여에 대한 본인부담률이 낮아짐에 따라 전반적인 건강보험 보장률이 낮아지는 데 기여한 결과로 볼 수 있음.

〈표 4-18〉 중증·고액진료비 상위 30위(50위)내 질환 건강보험 보장률

(단위: %)

구분	상위 30위			상위 50위		
	건강 보험 보장률	본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강 보험 보장률	본인 부담률	비급여 본인 부담률
2018년	81.2	10.5	8.3	78.9	13.0	8.1
2017년	79.7	10.3	10.0	77.8	13.0	9.2
2016년	77.3	11.2	11.5	76.6	13.2	10.2
2015년	77.9	12.4	9.7	76.6	13.5	9.9
2014년	77.4	11.3	11.3	75.6	12.4	12.0
2013년	75.7	11.3	13.0	74.4	12.4	13.2
2012년	77.4	11.0	11.6	75.7	12.1	12.2
2011년	75.5	9.5	15.0	74.9	10.9	14.2

주: 1인당 중증·고액진료비 상위 30위(50위) 이내 질환 건강보험 보장률은 건강보험통계연보의 298개 상병을 기준으로 1인당 진료비(공단부담금 + 법정본인부담금)가 높은 질환을 순서대로 정렬하여 상위 30위(50위) 내에 포함되는 질환의 보장률을 산출함.

자료: 국민건강보험공단. (2019). 2018년도 건강보험환자 진료비 실태조사.

3. 인구사회학적 특성별 보장률

- (연령별 건강보험 보장률) 연령대를 0-5세, 6-18세(아동), 19-44세(청년층), 45-64세(장년층), 65-74세, 75-84세, 85세 이상으로 구분하고, 전체/입원/외래 의료이용에 대한 건강보험 보장률을 산출함. 이는 취약계층 대상 본인부담 인하 등의 보장성 강화 정책 효과를 평가할 수 있는 지표로 활용될 수 있음.
- 건강보험 보장률은 5세 미만 영유아(69.3%), 65세 이상 노인층(67.2%~75.5%)에서 높게 나타남. 연령대별 본인부담률에 큰 차이는 없으나, 비급여 본인부담률에서 연령대별 차이가 발생하여 건강보험 보장률에 영향을 주는 것으로 보임.
- 전 연령대에 걸쳐 입원의료서비스에서의 건강보험 보장률이 높게 나타났으며, 이에 비급여를 포함한 본인부담률이 외래의료서비스에서 상대적으로 높았음.
- 특히, 6세 이상 64세 이하의 연령대는 외래의료의 건강보험 보장률이 45% 내외였는데, 경제능력이 없는 6-18세 아동의 본인부담률 23.1%, 비급여 본인부담률 30.4%로 해당 연령대의 의료비 부담이 클 것으로 보임. 이는 아동을 대상으로 한 보장성 강화 정책의 필요성을 반증함.

〈표 4-19〉 2018년 연령대별 건강보험 보장률

(단위: %)

구분	전체			입원			외래		
	건강 보험 보장률	본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강 보험 보장률	본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강 보험 보장률	본인 부담률	비급여 본인 부담률
0-5세	69.3	14.9	15.8	74.6	5.9	19.5	61.5	19.8	18.7
6-18세	54.4	22.1	23.5	70.8	11.3	17.9	46.5	23.1	30.4
19-44세	53.4	19.2	27.4	61.8	14.8	23.4	44.2	20.7	35.1
45-64세	57.6	19.5	22.9	62.2	15.1	22.7	47.5	21.4	31.1
65-74세	67.2	18.8	14.0	69.9	15.9	14.2	59.1	21.3	19.6
75-84세	72.1	18.2	9.7	72.4	18.0	9.6	63.1	21.9	15.0
85세 이상	75.5	17.0	7.5	71.9	20.9	7.2	63.2	23.2	13.6

주: 현금지급 포함

자료: 국민건강보험공단. (2019). 2018년도 건강보험환자 진료비 실태조사.

□ (소득계층별 건강보험 보장률) 전체 직장 및 지역가입자의 보험료 분위를 10분위로 나누어 소득계층을 구분하고, 전체/입원/외래 의료이용에 대한 건강보험 보장률을 산출함. 이는 소득수준에 비례한 본인부담 상한제 등의 보장성 강화 정책 효과를 평가할 수 있는 지표로 활용될 수 있음.

○ (직장가입자 대상) 보험료 분위별 건강보험 보장률은 59.5%~63.1%로, 직장가입자 내에서는 소득수준에 따른 보장률 차이가 크지 않은 편임. 2~9분위의 경우 61.0% 내외로 거의 차이가 나지 않음.

- 입원의료서비스에 대한 건강보험 보장률이 더 큰 편이었는데, (외래-입원)에 대한 보험료 분위별 본인부담률은 4.2%~6.4%, 비급여 본인부담률은 8.7%~14.5%로 비급여 본인부담에 대한 소득수준별 편차가 큰 것으로 나타남.

〈표 4-20〉 2018년 직장가입자의 소득계층별 건강보험 보장률

(단위: %)

구분	전체			입원			외래		
	건강 보험 보장률	본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강 보험 보장률	본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강 보험 보장률	본인 부담률	비급여 본인 부담률
1분위	63.1	17.1	19.8	65.4	15.9	18.7	51.3	21.3	27.4
2분위	61.7	18.7	19.6	66.5	16.4	17.1	50.5	21.6	27.9
3분위	61.0	18.5	20.5	65.9	15.9	18.2	49.7	21.4	28.9
4분위	60.6	19.0	20.4	65.8	15.6	18.6	49.8	21.7	28.5
5분위	60.5	18.4	21.1	65.9	15.4	18.7	49.0	21.2	29.8
6분위	60.7	19.3	20.0	66.5	15.4	18.1	50.4	21.4	28.2
7분위	61.2	19.2	19.6	66.5	15.2	18.3	51.0	21.6	27.4
8분위	61.3	19.5	19.2	67.1	15.7	17.2	51.0	21.5	27.5
9분위	61.0	19.9	19.1	68.1	16.0	15.9	50.3	21.3	28.4
10분위	59.5	20.2	20.3	67.2	16.7	16.1	48.5	20.9	30.6

주 1) 전체 직장가입세대의 보험료 수준의 10분위를 기준으로 함. 소득이 높을수록 보험료 분위가 높아짐.

2) 각 세대에는 가입자 및 피부양자가 포함되어 있으며, 보험료 분위가 클수록 피부양률이 높아지는 경향이 있다는 점에 유의해야 함.

3) 전체 보장률은 현금지급을 포함하나, 입원, 외래의 경우 현금지급을 포함하지 않음.

자료: 국민건강보험공단. (2019). 2018년도 건강보험환자 진료비 실태조사.

○ **(지역가입자 대상)** 소득수준(보험료 분위)에 따른 보장률 차이가 크지 않았던 직장가입자와는 달리, **지역가입자는 보험료 분위별 보장률이 58.2%~77.0%로, 편차가 큰 편임.** 보험료 분위가 낮을수록(소득수준이 낮을수록) 건강보험 보장률이 높아짐.

- 지역가입자 또한 **입원의료서비스에 대한 건강보험 보장률이 더 큰 편이**었는데, (외래-입원)에 대한 보험료 분위별 본인부담률은 1.8%~6.7%, 비급여 본인부담률은 6.1%~12.0%이었음. 외래의료서비스에 대한 비급여 본인부담률의 편차가 특히 큰 것으로 나타남.

〈표 4-21〉 2018년 지역가입자의 소득계층별 건강보험 보장률

(단위: %)

구분	전체			입원			외래		
	건강 보험 보장률	본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강 보험 보장률	본인 부담률	비급여 본인 부담률	건강 보험 보장률	본인 부담률	비급여 본인 부담률
1분위	77.0	12.8	10.2	74.3	16.3	9.4	66.4	18.1	15.5
2분위	66.9	16.7	16.4	69.1	16.7	14.2	53.2	21.7	25.1
3분위	63.2	18.1	18.7	67.6	16.6	15.8	49.6	22.6	27.8
4분위	67.2	16.7	16.1	70.8	14.9	14.3	54.8	21.0	24.2
5분위	65.5	17.4	17.1	67.8	16.1	16.1	54.1	21.2	24.7
6분위	62.9	19.1	18.0	67.1	16.1	16.8	52.7	21.5	25.8
7분위	61.0	19.4	19.6	65.6	15.3	19.1	50.7	22.0	27.3
8분위	61.0	19.8	19.2	66.7	16.2	17.1	50.7	21.5	27.8
9분위	59.1	20.1	20.8	64.6	15.4	20.0	49.9	21.6	28.5
10분위	58.2	20.1	21.7	64.3	15.4	20.3	48.8	21.5	29.7

주 1) 전체 직장가입세대의 보험료 수준의 10분위를 기준으로 함. 소득이 높을수록 보험료 분위가 높아짐.

2) 각 세대에는 세대주 및 세대원이 포함되어 있으며, 보험료 분위가 클수록 피부양률이 높아지는 경향이 있다는 점에 유의해야 함.

3) 전체 보장률은 현금지급을 포함하나, 입원, 외래의 경우 현금지급을 포함하지 않음.

자료: 국민건강보험공단. (2019). 2018년도 건강보험환자 진료비 실태조사.



제5장

보장성 지표 개선방안 도출

제1절 건강보험 보장률 개선방향 및 방안 제시

제2절 모의산출 결과 및 결론

제5장 보장성 지표 개선방안 도출

제1절 건강보험 보장률 개선방향 및 방안 제시

1. 건강보험 보장성 지표의 개선방향 제시

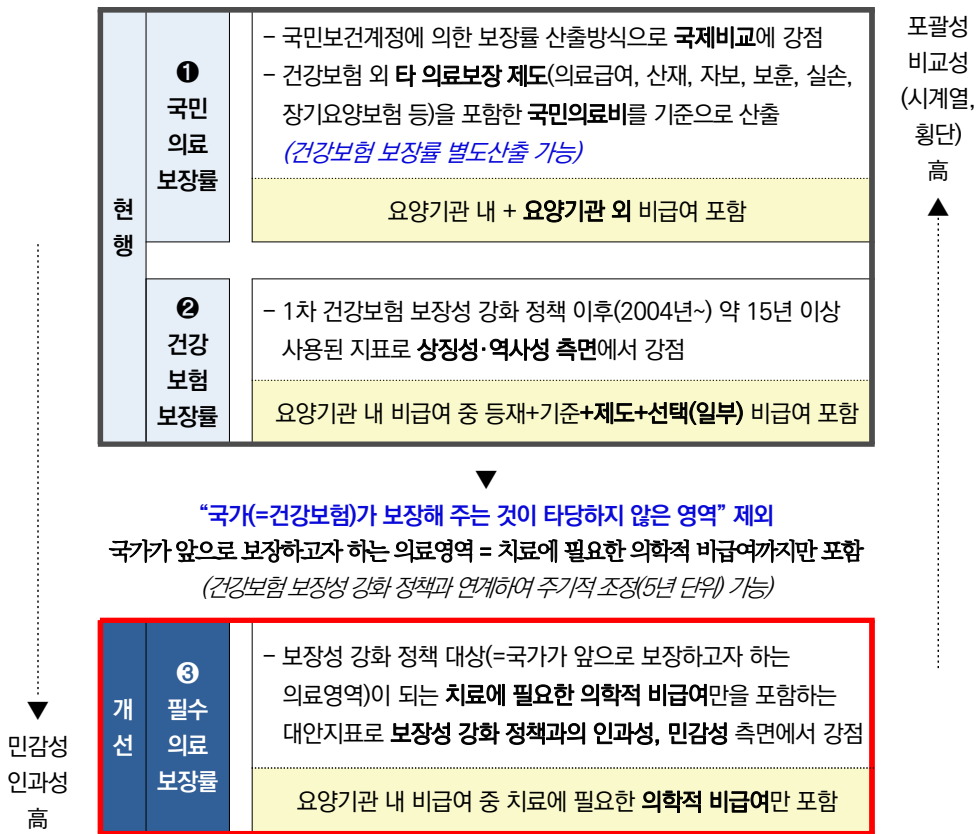
- 건강보험 보장성 강화 정책의 정책 효과성 지표로서 건강보험 보장률을 개선하기 위하여 다음과 같이 자료원의 적합성, 산출식의 적합성, 결과 활용성 측면에서 원칙을 제시하고자 함.

〈표 5-1〉 건강보험 보장률 지표 산출의 원칙

구분	상세내용
① 보장률 산출 자료원의 적합성	<ul style="list-style-type: none"> ○ (자료수집의 투명성) 일관성 있는 자료를 지속적으로 확보할 수 있도록 요양기관 패널을 구축하는 등 표본설계 및 추출 과정에 있어 투명성 확보 ○ (결과와 타당성 검증 절차 유무) 건강보험 청구자료, 비급여 상세내역 조사 등과 연계한 수집된 자료의 타당성을 검증하는 절차 마련 ○ (시계열적 안정성) 일정한 요양기관 및 조사범위를 대상으로 자료를 수집하여 연도별 편차를 줄이고 시계열적 비교가 가능한 자료원 마련
② 보장률 산출식의 적합성 (비급여 범위)	<ul style="list-style-type: none"> ○ (보장성 정책을 반영한 비급여 범위 설정 여부) 건강보험 보장성 정책에 대한 효과성 지표로써 기능하기 위하여 보장성 정책을 통해 치료적 필요성 등 국가에서 보장하고자 하는 영역을 토대로 산출식 범위를 설정 ○ (결과 해석의 용이성) 보장성 정책과의 연계성을 기반으로 지표의 변동 추이가 정책적 투입을 대표할 수 있도록 산출범위를 조정
③ 보장률 산출결과 활용성	<ul style="list-style-type: none"> ○ (세부정책 평가지표로의 활용성) 종별, 진료형태별, 대상 집단별 보장률을 산출함으로써 세부적인 정책 및 사업에 대한 효과성 평가 지표로써 활용 가능 ○ (국제비교 가능성) 타 국가와의 건강보험(공공보험) 보장수준의 비교를 위하여 국제적으로 비교가능한 자료원 또는 지표의 마련 ○ (현행 지표와의 병행 필요성 여부) 시계열적 연속성을 고려하여 현행 보장률 지표와 정책적 지표를 병행하여 산출

- 건강보험 보장성 지표를 개선함에 있어 치료적 필요도는 의료현장의 판단이 필요한 부분이므로, 의학적 필요도에 따라 보장성 지표에 포함되는 비급여 등의 범위를 정의하는 것은 모호함. 이에 **국가(=건강보험)가 보장해 주는 것이 타당하지 않은 영역을 제외하고, 국가가 앞으로 보장하고자 하는 의료영역을 치료에 필요한 의학적 비급여로 정의하고 해당 범위까지만 포함함.**

[그림 5-1] 건강보험 보장률 개선방향



- (국민의료 보장률) 국민보건계정 자료원에 근거한 보장률 산출방식으로 요양기관 내 및 요양기관 외 범위의 급여와 비급여를 포괄하여, **보장성 관련 지표 중 가장 범위가 큼**. 자료원 특성상 산출된 비교의 **국제비교가 가능하다는 강점**이 있으며, **건강보험 외 타 의료보장 제도**(의료급여, 산재, 자보, 보훈, 실손, 장기요양보험 등)

을 포함한 국민의료비를 기준으로 현행 건강보험 보장률과는 별도로 산출 가능하다는 특징이 있음.

- **(현행 건강보험 보장률) 진료비 실태조사 자료**를 근거한 보장률 산출방식으로 **요양기관 내 급여와 비급여(등재/기준/제도 비급여 및 일부 선택 비급여)가 포함됨**. 1차 건강보험 보장성 강화 정책 이후(2004년~) 약 15년 이상 사용된 지표로 상징성·역사성 측면에서 강점이 있으며, **시계열적 비교가 가능함**.
- **(필수의료 보장률) 요양기관 내 급여와 비급여**를 산출범위에 포함하되, 비급여 중 치료에 필요한 **의학적 비급여**만 포함됨. 보장성 강화 정책 대상, 즉 **국가가 앞으로 보장하고자 하는 의료영역이 되는 치료에 필요한 의학적 비급여만을 포함**하는 대안지표로 보장성 강화 정책과의 인과성, 민감성 측면에서 강점이 있음.
 - 또한, 건강보험 보장성 강화 정책과 연계하여 주기적 지표의 산출범위를 조정 (5년 단위)함으로써 정책적 민감성을 반영하는 것이 가능함.
 - 한편, 본 연구에서 제시하는 필수의료 보장률은 진료비 실태조사의 자료원 범위에 견주어 비급여의 포함범위를 조정하였음. 그러나 앞서 지적한 바와 같이 현행 실태조사는 **보장성 지표를 산출함에 있어 정합성 등이 충족되지 않으므로** 보장성 지표를 산출하는 **별도의 패널을 구축하는 등의 자료원 보완**이 필요한 실정임. 또한, 건강보험 보장성 지표 산출에 적합한 자료원 구축 시 필수적 의료의 범위 및 정책적 시의성을 고려해야 함.
- 본 연구에서 대안으로 제시한 **‘필수의료 보장률’**은 현행 보장성 강화 정책을 잘 반영한다는 특징(인과성, 민감성, 시의성)이 있는 반면, 현행 보장성 지표인 **‘건강보험 보장률’**과 **‘국민의료 보장률’**은 산출범위가 보다 포괄적이고 동일한 자료원 내에서 **시계열적인 비교가 가능**하다는 특징이 있음.

2. 비급여 재분류를 통한 보장성 지표 산출범위 조정

□ 현행 보장성 지표의 한계점은 국가에서 보장하는 영역 외의 비급여가 포함되어 있다는 점에서 정책 효과성 지표로서의 실효성이 미흡하다는 점에 있음. 이에 원칙① 보장성 강화 대책과 연계, 원칙② 비급여 고시목록 [별표2] 정비와 연계를 통하여 지표 중 비급여 포함범위를 조정해야 함.

○ (원칙① 보장성 강화 대책과 연계) 건강보험 보장률 지표가 보장성 강화 정책의 성과지표로써 보다 실효성 있게 활용되기 위해서는 「건강보험 보장성 강화 대책」과 연계가 필요함.

- 보장률 산출에서 제외하고 있던 비급여 항목에 대한 보장성 강화 정책 추진에 따라 보장률 산출 포함을 재검토해야 하는 경우, **보장성 강화 항목을 고려하여 5년 동안 동일한 기준으로 산출하는 것이 필요함.**

○ (원칙② 비급여 고시목록 정비와 연계) 현행 건강보험 보장률 지표에서 치료적 목적이 불분명한 기준 비급여 일부를 제외하고, 선택 비급여 중 보장성 강화 정책을 통해 급여화하고자 하는 목록을 포함하는 등 범위를 재조정함.

- 의학적 필요성과 선택적 요소 간에 명확한 구분이 어려워 보장률 산출에 포함하는 경우, **비급여 목록 고시 개정과 연계하여 원칙 수립이 필요함.**

- 또한, 원칙적으로 보장률 산출에서 제외하는 것이 타당하나, 진료비 실태조사, 비급여 상세내역 조사에서 구분이 불가하여 보장률 산출에 포함하는 경우, **선택적 비급여를 별도로 구분해야 함.**

□ 위의 원칙에 기반하여 비급여 고시목록 정비와 연계한 보장성 지표에 포함되는 비급여 범위를 조정하고자 함. 비급여 성격에 따라 **비급여 유형을 재분류**하면 크게 ‘**의학적 비급여**’와 ‘**선택적 비급여**’로 구분할 수 있음. 의학적 비급여는 다시 ‘치료에 필수적인 성격’, ‘주관적 증상에 의존하는 성격’, ‘경제성/효과성이 미흡한 성격’으로 구분됨.

[그림 5-2] 비급여 성격에 따른 실질적 유형 분류(안)

비급여 유형분류 (예시)		“비급여 성격”에 따른 “실질적” 유형 분류			
		의학적 비급여			선택적 비급여
		치료에 필수적	주관적 증상 의존	경제성/효과성 미흡	
현 행 방 식	등재	수술 소모품		로봇수술 항암온열치료	
	기준	유방/심장 초음파	척추/근골격 MRI		
	제도				상급병실, 제증명 수수료
	선택				영양제주사
		⋮	⋮	⋮	
보장률 포함범위(안)		●	●	●	×
비급여 관리목적	비급여의 급여화 추진 (환자부담완화)	비급여의 급여화 추진(환자부담완화)			비급여의 제도권 내 관리 (가격·양·질 관리 등)
		불필요한 비급여 이용 감소 (국민의료비 지출 관리)			

자료: 자료: 여나금 외. (2020). 포괄적 의료보장관리체계 실행기반 마련 연구.

- **(치료에 필수적인 비급여)** 의학적 필요성이 크고 필수적인 속성이 존재하는 의료 서비스로, 비급여의 급여화를 추진하는 주요 대상에 해당됨.
- **(주관적 증상에 의존하는 성격의 비급여)** 통증 등 주관적 증상에 의존하는 비급여로 척추/근골격계 MRI 등이 있으며, 의학적 기준을 객관적으로 마련하기 어려운 특징이 있음.
- **(경제성/효과성이 미흡한 비급여)** 보험급여가 되는 서비스와 동일하거나 미흡한 효과이나, 고가인 의료서비스에 해당됨.
- **(선택적 비급여)** 의학적 치료보다 미용·성형, 건강증진, 예방 등 타 목적의 성격이 더 강한 선택적 비급여에 해당됨.

〈표 5-2〉 비급여 성격에 따른 실질적 유형 분류(안)

구분	내용	관련 항목(예시)
치료에 필수적	의학적 필요성이 크고 필수적인 속성 존재	- 유방 초음파: 2천억 - 심장 초음파: 2천억 - 수술 소모품: 3천억
주관적 증상	주관적 증상 의존, 객관적인 의학적 기준 마련 어려움	- 척추 MRI: 4천억 - 근골격 MRI: 4천억 - 통증 관련 치료: 4천억
경제성/효과성 미흡	보험의료와 동일/미흡한 효과이나 20~100배 이상 고가	- 척추통증시술: 2천억 - 항암온열치료: 1천억 - 로봇수술: 1천억
선택적 비급여	의학적 치료 필요 보다 다른 목적에 의한 고가 의료	- 정맥류수술: 1천억 - 도수치료: 6천억 - 영양제주사: 9천억

자료: 보건복지부 내부자료.

□ 또한, 정부는 **잔존하는 비급여에 대한 급여화 추진전략의 일환으로 선택적 비급여에 대한 고시를 별도로 제정**(의학적 비급여와 분리 고시)하고 이에 대한 관리를 강화하고자 함. 이를 보장성 지표에 포함되는 항목에 반영하는 것이 필요함.

○ 이에 따라, 현행 단일한 비급여 목록 고시를 앞서 제시한 비급여 성격에 따라 재분류할 수 있음. **경제성(비용효과성) 및 효과성이 미흡한 경우, 의학적 비급여 목록에 고시하도록 하며, 급여·예비급여·조건부 선별급여제도 등의 형태로 전면 급여화함.**

○ 반면, **미용·성형, 건강관리, 예방의 속성 또는 목적을 공유하는 경우는 선택적 비급여 목록으로 별도 고시하여, 해당 항목을 비급여로 존치하고 관리를 강화하고자 함.**

○ 현재까지 **잔존하는 비급여 약 2,800여개 중 의료비 규모가 100억 원 이상인 비급여 61개(의료비 2.7조 규모)**에 대하여 국민건강보험공단(2019)에서 1차 분석을 실시한 결과, 이중 의학적 비급여로 분류할 수 있는 항목은 50개(의료비 1.1조 규모)이었고, **선택적 비급여의 성격을 띤 항목은 11개(의료비 1.6조 규모)였음.**

- 선택적 비급여 11개 중 건강관리 목적 5개(1.5조 규모), 미용·성형 목적 5개(4천억 규모), 기타 1개(1백억 규모)로 구성됨.

- 분류된 선택적 비급여의 상세내역 및 분류 사유는 다음과 같음.

〈표 5-3〉 선택적 비급여 분류내역(일부)

대상 비급여	규모 (억원)	가격 (만원)	선택적 비급여 분류 사유
영양제주사	9,800	1.5	단순피로, 피부미백, 체중감량 목적
도수치료	5,800	6	체형 균형, 자세교정, 마사지 목적
비뿔브래건술(코)	140	200	경증 코 막힘 해소, 코 모양 개선 목적
이설근전진술	82	600	무호흡 없는 경증 코골이 개선 목적
레이저정맥폐쇄술	320	50	하지정맥 제거 및 피부 성형 목적
갑상선고주파치료	30	100	갑상선 결절 제거, 수술이 표준 치료이나 목절 개선 등 피부미용 고려 시 대안

자료: 보건복지부 내부자료.

□ 이와 같은 정책적 흐름을 반영하여, 본 연구에서는 **선택적 비급여 및 보장범위에 제외되는 비급여**를 현행 건강보험 보장률 산출범위에서 **제하여 필수의료 보장률을 산출**하고, 조정된 규모에 따른 보장률 지표의 개선효과를 추정하였음.

3. 지표 세분화를 통한 보장성 강화 정책 효과성 평가 근거 마련

□ 보장성 강화 정책의 효과성을 주요 사업에 따라 **다각적인 측면에서 평가**하기 위하여 **지표를 보다 세분화하여 세부과제별 성과를 평가**하는 것이 필요함. 이에 본 연구에서는 다음과 같이 **진료특성별, 의료비 부담이 큰 질환별, 인구사회학적 특성별** 보장률을 산출하는 방안을 제안함.

〈표 5-4〉 건강보험 보장률 지표 세분화 방안

구분(영역)	지표명(하위지표)	관련 평가대상 정책과제
① 진료특성별 보장률	의료기관 종별 보장률 (상종/종합/병원/의원)	<ul style="list-style-type: none"> - 의료전달체계 기능 정상화 및 개선 - 3대 비급여 해소 등 - 의학적 비급여의 급여화 (치료적 비급여의 급여화, 치과/한방 급여화 등) - 특정 진료과 항목에 대한 급여화 (예: 산부인과·난임급여) - 노인외래정액제 개선 등
	진료유형별 보장률 (입원/외래)	
	진료부문별 보장률 (의과/치과/한방)	
	진료과별 보장률 (세부 진료과별)	
② 질환별 보장률	고액진료비 질환 보장률 (1인당 진료비 상위 30위 질환)	<ul style="list-style-type: none"> - 의학적 비급여의 급여화 (MRI/초음파 급여화 등) - 재난적 의료비 지원사업 - 중증질환에 대한 산정특례
	4대 중증질환 산정특례 보장률	
③ 인구사회학적 특성별 보장률	연령대별 보장률 (주요 연령대별)	<ul style="list-style-type: none"> - 취약계층 의료비 부담 경감(아동, 노인 등) - 소득수준에 비례한 본인부담상한액 설정 - 소득수준에 비례한 본인부담상한액 설정
	소득계층별 보장률 (보험료 분위별)	
	가입자 유형별 보장률 (직장/지역)	

□ 각 영역별 대표지표

- (진료특성별 보장률) 의료전달체계 기능 정상화 수준, 의학적 비급여의 급여화를 통한 보장성 강화, 3대 비급여 해소로 인한 의료접근성 향상 등을 파악하기 위하여 의료기관 종별, 진료유형별 보장률, 진료부문별, 진료과별 보장률을 산출할 수 있음.
 - 진료특성별 보장률 중에서는 의료기관 종별 보장률을 대표지표로 제안하며, 이를 통해 의료전달체계 기능에 대한 전반적인 평가와 의학적 비급여의 해소 수준을 평가할 수 있음.
 - 보다 상세한 정책 효과 분석을 위해 진료유형별(입원/외래), 진료과별 보장률을 부수적으로 활용할 수 있음.
- (질환별 보장률) 의학적 비급여의 급여화, 재난적 의료비 지원사업 등을 통한 개인의 의료비 부담 완화수준을 파악하기 위하여 의료비 부담이 큰 상위 질환 및 4대 중증질환의 보장률을 산출할 수 있음.
 - 질환별 보장률 중에서는 고액진료비 질환 보장률을 대표지표로 제안하며, 1인당 의료비 부담이 높은 상위 30위 질환을 대상으로 보장률을 산출함. 이를 통해 고액 진료비로 인한 미충족 의료 해소, MRI/초음파 관련 비급여의 해소 등을 평가할 수 있음.
 - 또한, 4대 중증질환 산정특례 보장률을 부수적인 지표로 활용함으로써 2014년부터 시행된 중증질환(암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀난치성질환)에 대한 보장성 정책의 효과성을 파악할 수 있으며, 의료비 부담이 큰 만성적 질환의 보장률을 산출함.
- (인구사회학적 특성별 보장률) 취약계층 대상 보장성 강화 정책의 효과(계층 간 격차 완화)를 파악하기 위하여 인구집단별 건강보험 보장률을 산출할 수 있음.
 - 인구사회학적 특성별 보장률 중에서는 연령대별 및 소득수준별 보장률을 대표 지표로 제안하며, 이를 통해 취약계층 의료비 부담 경감, 소득수준에 비례한 본인부담 상한액 설정 관련 정책과제를 각각 평가할 수 있음.

제2절 모의산출 결과 및 결론

1. 필수의료 보장률 모의산출 결과

□ 기존에 산출되고 있는 국민보건계정 기반 보장성 지표는 현행 보장률 지표에 비해 큰 범위의 자료를 토대로 산출되며, 요양기관 외의 비급여까지 포함됨. 반면, 건강보험 보장률은 요양기관 내 급여 및 등재/기준/제도 비급여, 일부 선택 비급여를 포함하여 산출함. 이에 필수의료 보장률은 진료비 실태조사 대상 비급여 범위 중 건강보험 보장성의 영역이 아닌 일부 선택 비급여를 제외하여 산출함.

○ 현행 건강보험 보장률 지표에 포함된 비급여 비중은 16.6% (국민보건계정 포함 비급여 30.0%) 정도이며, 이중 국민건강보험에서는 보장하는 것이 타당하지 않는 영역을 제외하여 ‘필수의료 보장률’을 산출하였음.

[그림 5-3] 건강보험 보장률 지표 중 비급여 비율(2018년)

①국민의료 비급여 비율(건강보험 보장률만 별도 산출) 30.0%			
진료비 실태조사 대상 비급여		진료비 실태조사 외 비급여	
보장률 산출 포함	제외	요양기관	비요양기관
②건강보험 비급여 비율 16.6%	1.7%	9.2%	3.5%
	치과보철/교정 한방침약(건강증진)	간병비 한방침약(건강증진) 건강검진	일반의약품 전문의약품 의료소모품 안경점 보청기 한약재상 기타 의료재화
		14.4%	
<div> <div>“국민건강보험에서 보장하는 것이 타당하지 않은 영역” 제외</div> <div> <div>③필수의료 비급여 비율</div> <div>선택적 비급여</div> </div> </div>			

- (필수의료 보장률 산출안 ①) 치료적 비급여 항목에 한하여 범위를 설정함. 치료적 비급여에는 등재 비급여(행위, 치료재료), 기준 비급여(행위, 치료재료, 의약품, MRI, 초음파, 기타), 평가단계 비급여(신의료기술 및 제한적 의료기술)가 포함됨.
- (필수의료 보장률 산출안 ②) ①안의 치료적 비급여와 제도적 비급여를 포함하여 범위를 설정함. 제도적 비급여에는 상급병실, 제증명수수료 등이 포함됨.
- (필수의료 보장률 산출안 ③) ②안의 치료적 및 제도적 비급여에 일부 선택 비급여를 포함하여 범위를 설정함. 선택 비급여의 범위에는 보장성 강화 정책을 통해 급여화를 진행한 치과보철 및 임플란트 등의 항목과 향후 건강보험을 통해 급여화하고자 하는 항목이 포함됨. 따라서 선택 비급여 범위를 설정하는 데에 정책적 의사결정이 반영되어야 함.

〈표 5-5〉 산출범위별 비급여 영역

구분		세부 항목	산출안		
			①안	②안	③안
치료적 비급여	등재비급여	행위, 치료재료	(치료적)	(치료적 + 제도)	(치료적 + 제도 + 선택)
	기준비급여	행위, 치료재료, 의약품, MRI/초음파 등			
	평가단계 비급여	신의료기술, 제한적 의료기술			
제도 비급여		선택진료(폐지), 상급병실료, 제증명수수료			
선택 비급여		치과보철, 임플란트, 의약품, 한방, 기타(치료적/부수적) 등	(잔존 비급여)		

□ 2018년 기준 비급여 범위 조정(선택적 비급여 제외)에 따른 건강보험 보장률 개선 효과를 추정한 결과는 다음과 같음.

- 선택적 비급여 1조를 제외할 경우, 보장률은 0.7%p 상승함. 즉, 보장률 1%p 상승을 위해서는 선택적 비급여가 1.5조원 제외 시(영양제 주사 9,500억 원 규모 및 도수치료 5,600억 원 규모 추가 제외) 가능함.
- 더 나아가 비급여 본인부담 중 3조 이상 제외하여 보장률을 산출할 경우, 현행 보장률이 2.2%p 가량 상승하는 것으로 추정됨.

〈표 5-6〉 필수의료 보장률 모의산출 결과

구분	건강보험부담금	본인부담		총액	보장률 개선 효과
		법정 본인부담	비급여 본인부담		
금액	58.7조원	18.0조원	15.3조원	92.0조원	-
비율	63.8%	19.6%	16.6%	100.0%	
▼ 선택적 비급여 제외 시 보장률 변화 가정					
가정① 1조 제외	금액	58.7조원	18.0조원	14.3조원	91.0조원
	비율	64.5%	19.8%	15.7%	100.0%
가정② 2조 제외	금액	58.7조원	18.0조원	13.3조원	90.0조원
	비율	65.2%	20.0%	14.8%	100.0%
가정③ 3조 제외	금액	58.7조원	18.0조원	12.3조원	89.0조원
	비율	66.0%	20.2%	13.8%	100.0%
▼ 영양제 주사(9,500억 원)+도수치료(5,600억 원) 제외 시 가정					
1.5조원 제외	금액	58.7조원	18.0조원	13.8조원	90.5조원
	비율	64.9%	19.9%	15.2%	100.0%

2. 제언 및 한계점

□ 우리나라는 건강보험 혜택의 범위를 넓히고, 본인부담률을 낮추기 위하여 꾸준히 보장성 강화 정책을 추진해왔으나, 보장성 정책의 성과를 평가하는 건강보험 보장률은 상승곡선을 그리지 못하고 정체된 상황임. 한편, 현행 건강보험 보장성 지표는 국제비교 지표로 활용이 어려울 뿐만 아니라, 산출방식에 따라 변동 폭이 커지는 등 건강보험 보장성을 정확하게 측정하는 데 다양한 측면에서 한계점을 갖고 있음.

□ 이에 본 연구에서는 현행 보장성 지표의 한계점을 보완·개선하여 필수의료 보장률 및 세부 지표 등 대안지표를 발굴하고, 보장성 강화 정책의 성과평가에 대한 구체성과 타당성을 제고하는 건강보험 보장성 지표 개선방안을 도출함.

○ 우선, 건강보험 보장성 지표가 충족해야 할 원칙(자료원의 적합성, 산출식의 적합성, 결과 활용성)을 제시하고, 이러한 원칙을 토대로 국가가 보장하는 것이 타당한 영역 및 범위만을 포괄하는 ‘필수의료 보장률’을 제안하였음.

- 둘째, 현행 보장성 강화 대책 및 비급여 고시목록 정비와 연계를 통해 **비급여의 재분류 필요성**을 제기하고, **비급여 성격에 따라 비급여 유형**을 크게 ‘**의학적 비급여**’와 ‘**선택적 비급여**’로 구분함. 선택적 비급여 중 일부는 **급여화의 목적에 부합하지 않는 항목**이 포함되어 있어 **보장성 지표 산출범위에서 제외해야 할 목록**을 제시하였음.
 - 셋째, **보장성 강화 정책의 다양한 효과**를 파악하기 위하여 **세분화된 보장률 지표 목록**(진료특성별, 질환별, 인구사회학적 특성별 보장률)을 제안하였음. 세부지표를 주요한 정책과제들과 연계하여 **보다 직접적으로 정책효과**를 측정할 수 있을 것이라 기대함.
 - 마지막으로, 앞서 제시한 **필수 의료 보장률**을 선택 비급여 규모를 추정하여 산출함으로써 **조정규모에 따른 보장률 개선 효과**를 제시하였음. 국가에서 보장하지 않는 선택적 비급여의 약 1.5조원을 제외하여 범위를 조정할 경우, 현행 건강보험 보장률 보다 1.1% 가량 높게 산출되는 것으로 추정됨.
- 다만, 국민보건계정 및 진료비 실태조사로 수집되는 상세 비급여 내역에 대한 접근이 제한적인 관계로 보다 **정확성 높은 지표결과 산출에는 한계**가 있었음. 이에 향후 보장성 강화 정책에 대한 평가를 위하여 신규 지표를 도입할 시 **상세한 비급여 자료를 토대로 산출범위를 규명하고 산출결과를 점검**할 필요가 있음.
- 또한, 급증하는 비급여는 건강보험 보장률 정체의 주요 원인 중 하나이므로, 보장성 지표를 개선함과 동시에 **신규 비급여를 규제하고 관리하는 정책**이 수반되어야 함.
- 그간 비급여 실태조사, 비급여 진료비용 공개 등 다양한 정책적 노력을 기울여 왔으나 여전히 비급여 규모 및 실태 파악이 어렵고, **비급여 진료에 대한 환자의 실질적인 선택권이 보장되고 있지 않음**. 이에 과잉진료나 과도한 비용부담으로부터 국민을 보호하고 **국가의료체계 전체의 효율성 제고 측면에서 대책 마련**이 필요함.
 - 또한 기존의 보장성 정책은 지출에 근거하여 수입을 결정하는 양출제입 방식으로 추진되어 왔지만, 현재 보건의료정책을 둘러싼 정책적·환경적 변화를 고려했을 때, 향후 수입에 근거하여 지출을 결정하는 **양입제출 방식**으로 정책 방향의 전환이 필요함.



- 공진선. (2017). 국민의 걱정 부담을 위한 비급여 관리 방향. 보건복지포럼, 2017(6), 18-29.
- 권순만. (2019). 건강보험 보장성의 정책 과제. 보건복지포럼, 2019(6), 5-14.
- 국민건강보험공단. (2019). Machine Learning을 활용한 비급여 분류 알고리즘 개발 연구.
- 국민건강보험공단. (2019). 2018 장기요양기관 패널 경영실태조사.
- 국민건강보험공단. (2018). 「건강보험환자 진료비실태조사」 통계정보보고서.
- 국민건강보험공단. 각 연도(2006~2019). 2018년도 건강보험환자 진료비 실태조사.
- 김경아, 유애정, 김소영, 이연주, 정현진. (2019). 2019년도 주요국의 건강보장제도 현황과 개혁동향(일본). 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 민인순. (2013). 환자의 안전과 비용부담 적정화를 위한 「임의비급여 관리 방안」. HIRA 정책동향, 7(2), 34-44.
- 보건복지부·한국보건사회연구원. (2019). OECD Health Statistics 2019.
- 신현웅, 정형선, 권순만, 신영석, 김윤, 윤석준, ..., 고든솔. (2019). 제1차 국민건강보험종합계획 수립 및 실천방안 제안. 보건복지부·한국보건사회연구원
- 여나금, 신현웅, 정형선, 지영진, 오수진, 이재은. (2020). 포괄적 의료보장관리체계 실행기 마련 연구용역. 건강보험심사평가원·한국보건사회연구원.
- 윤희숙. (2012). 건강보험 보장성 확대과정을 통해 본 건강보험 성과지표와 의사결정의 책무성 문제.
- 이정면, 조정완, 이지혜, 장혜민. (2019). 2019년도 주요국의 건강보장제도 현황과 개혁동향(대만). 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 전철수. (2009). 임의비급여 상호동등한 권리와 책임에 대한 조율. Speculum 2009-43.
- 정의신, 이호용, 양유선, 문지수. (2019). 2019년도 주요국의 건강보장제도 현황과 개혁동향(독일). 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 정형선, 정영호, 이해중, 신의철, 신정우, 여지영. (2010). 건강보험 보장성 지표 개발 연구. 국민건강보험공단·연세대학교 의료복지연구소.
- 정희정, 송민정, 이석원. (2011). 한국과 일본 의료보험제도 비교연구. 일본근대학연구, 31, 209-232.
- Busse R, Blümel M. (2014). Germany: health system review. Health Systems in Transition. 16(2), 1-296.
- OECD. (2019). OECD Health Data 2019.

OECD. (2018). OECD Statistics. <https://stats.oecd.org/>에서 인출

OECD. (2016). OECD Health System Characteristics Surveys 2016.

OECD. (2012). OECD Health System Characteristics Surveys 2012.

Tatara, K., Okamoto, E. (2009). Japan: Health system review. Health Systems in Transition. 11(5), 1-164.

The Commonwealth Fund. (2017). International Profiles of Health Care Systems.



부록1. 비급여 표준코드 분류

기본코드	표준코드	내용/행위분류
1Z000	-	1. 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우
1Z010	-	가. 단순한 피로 또는 권태와 관련된 행위
1Z020	-	나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·탈기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름 등 피부질환과 관련된 행위
1Z021	-	주근깨와 관련된 행위
1Z022	-	다모(多毛)와 관련된 행위
	1Z9220001	레이저 제모
	-	무모(無毛)와 관련된 행위
	1Z2230000	모발검사
1Z023	1Z9230001	모발이식술(500모미만)
	1Z9230002	모발이식술(500모~1,000모 미만)
	1Z9230003	모발이식술(1,000모~2,000모 미만)
	1Z9230004	모발이식술(2,000모 이상)
1Z024	-	탈기코(주사비)와 관련된 행위
1Z025	-	점(모반)와 관련된 행위
	1Z9250000	모반관리술
1Z026	-	사마귀와 관련된 행위
	1Z9260000	사마귀제거술
1Z027	-	여드름과 관련된 행위
	1Z9270000	여드름 관리
	-	기타 피부질환과 관련된 행위
1Z028	1Z9280001	기미관리술
	1Z9280002	레이저치료술
	1Z9280003	모공관리
	1Z9280004	박피술
	1Z9280005	취척제거술
	-	발기부전(impotence)과 관련된 행위
1Z031	1Z2310001	시청각 자극검사
	1Z2310002	야간음경발기검사(수면 중 발기검사)
	1Z2310003	약물학적발기검사
	1Z2310004	음경내압측정술
	1Z2310005	음경진동각검사
	1Z2310006	음경해면체조직검사
1Z032	-	불감증과 관련된 행위

110 건강보험 보장성 지표 개선방안 마련을 위한 연구

기본코드	표준코드	내용/행위분류
1Z033	-	생식기 선천성기형과 관련된 행위
1Z034	-	기타 비뇨생식기질환과 관련된 행위
	1Z9340001	신경보존형조루수술
	1Z9340003	음경골절교정
	1Z9340004	음경동맥재건술
	1Z9340005	음경만곡교정술
	1Z9340006	음경문합수술
	1Z9340007	음경이물질제거
	1Z9340008	음경정맥결찰술
	1Z9340009	음경정맥차단술
	1Z9340010	음경해면체내주사
	1Z9340011	음경현수인대절단술
1Z040	-	라. 단순 코골음과 관련된 행위
1Z050	-	마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)과 관련된 행위
	1Z9500000	포경수술(질병을 동반하지 않은)
1Z060	-	바. 검열반 등 안과질환과 관련된 행위
1Z070	-	사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환과 관련된 행위
	1Z1700000	비만관리 상담 및 교육(영양 및 운동)
	1Z2700001	비만관련 검사
	1Z2700002	간이심리검사_비만크리닉용
	1Z9700001	고도비만수술(위우회술)
	1Z9700002	고도비만수술(위밴드술)
	1Z9700003	비만치료용 위내 풍선 삽입술
	1Z9700004	비만약물치료
	1Z9700005	비만관련 저주파 치료(비만)
	1Z9700006	카복시테라피
2Z000	-	2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우
2Z010	-	가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등과 관련된 행위
2Z011	-	쌍꺼풀수술(이중검수술)과 관련된 행위
	2Z9110001	쌍꺼풀수술
	2Z9110002	눈구석주름교정술(앞트임)
	2Z9110003	외안각성형술(뒷트임)
2Z012	-	코성형수술(융비술)과 관련된 행위
	2Z9120001	코성형수술
2Z013	-	유방확대술과 관련된 행위
	2Z9130001	유방확대술
2Z014	-	유방축소술과 관련된 행위
	2Z9140001	유방축소술

기본코드	표준코드	내용/행위분류
2Z015	-	지방흡인술과 관련된 행위
	2Z9150001	지방흡입술
	2Z9150002	지방절제술
2Z016	-	주름살제거술과 관련된 행위
	2Z9160001	피부성형술-얼굴주름성형술
	2Z9160002	피부성형술-보툴리눔독소 및 필러주입
2Z017	-	기타 외모개선 목적의 수술과 관련된 행위
	2Z9170001	반영구화장(눈썹,아이라인등)
	2Z9170002	보조개성형술
	2Z9170003	복부성형술
	2Z9170004	배꼽성형술
	2Z9170005	피부레이저-토닝
	2Z9170006	무턱성형술
	2Z9170007	음경보형물삽입술
	2Z9170008	음경확대술_자가지방
	2Z9170009	음경확대술_진피
	2Z9170010	인조고환삽입술
	2Z9170011	지방고환성형술
	2Z9170012	눈썹교정술
	2Z9170013	외이교정술
	2Z9170014	소음순성형술
	2Z9170015	질성형술
	2Z9170016	치녀막성형술
2Z020	-	나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계수술로써 외모개선 목적의 수술과 관련된 행위
2Z021	-	사시교정과 관련된 행위
2Z022	-	안와격리증의 교정과 관련된 행위
	2Z9220001	안각격리성형술
2Z023	-	기타 시각계 수술로써 외모개선 목적의 수술과 관련된 행위
2Z040	-	라. 저작 또는 발음기능개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 악안면 교정술 및 교정치료와 관련된 행위
	2Z9400001	사각턱교정술
	2Z9400002	주걱턱교정술
2Z050	-	마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술과 관련된 행위
	2Z9500001	반흔(흉터)성형술_안면
	2Z9500002	반흔(흉터)성형술_기타부위
2Z060	-	바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술과 관련된 행위
2Z061	-	레이저각막절삭성형술(라식)과 관련된 행위
	2Z9610001	레이저각막절삭성형술(라식)
2Z062	-	레이저각막상피절삭성형술(라섹)과 관련된 행위

112 건강보험 보장성 지표 개선방안 마련을 위한 연구

기본코드	표준코드	내용/행위분류
	2Z9620001	레이저각막상피절삭성형술(라섹)
2Z063	-	굴절교정레이저각막절제술(PRK)과 관련된 행위
	2Z9630001	굴절교정레이저각막절제술
2Z064	-	유수정체안내렌즈삽입술과 관련된 행위
	2Z9640001	유수정체안내렌즈삽입술
2Z065	-	각막노안교정수술과 관련된 행위
	2Z9650001	각막노안교정수술
2Z066	-	무수술시력교정술과 관련된 행위
	2Z9660001	무수술시력교정술
2Z067	-	기타 시력교정술과 관련된 행위
2Z070	-	사. 질병치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료
2Z080	-	아. 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료와 관련된 행위
3Z000	-	3. 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우
3Z010	-	가. 본인의 희망에 의한 건강검진과 관련된 행위
	-	나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)과 관련된 행위
	3Z5200001	결핵(BCG, 경피접종)예방접종
	3Z5200002	결핵(BCG, 피내접종)예방접종
	3Z5200003	대상포진(HZV)예방접종
	3Z5200004	디프테리아/파상풍/백일해(DTaP)예방접종
	3Z5200005	디프테리아/파상풍/백일해/폴리오(DTaP-IPV)예방접종
	3Z5200006	로타바이러스(RV)예방접종
	3Z5200007	수두(Var)예방접종
	3Z5200008	수막구균(MCV4)예방접종
	3Z5200009	신증후군출혈열(HERS, 고위험군 대상)
	3Z5200010	인유두종바이러스(HPV)예방접종
3Z020	3Z5200011	인플루엔자(Flu)예방접종
	3Z5200012	일본뇌염(JE, 불활성화 백신)예방접종
	3Z5200013	일본뇌염(JE, 약독화 생백신)예방접종
	3Z5200014	장티푸스(viCPS, 고위험군 대상)예방접종
	3Z5200015	파상풍/디프테리아(Td) 예방접종
	3Z5200016	파상풍/디프테리아/백일해(Tdap)예방접종
	3Z5200017	폐렴구균(PCV, PPSV)예방접종
	3Z5200018	폴리오(IPV)예방접종
	3Z5200019	홍역/유행성이하선염/풍진(MMR)예방접종
	3Z5200020	A형간염예방접종
	3Z5200021	B형간염(HepB)예방접종
	3Z5200022	B형 헤모필루스 인플루엔자(Hib)예방접종
3Z030	-	다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 등과 관련된 행위
3Z031	-	구취제거와 관련된 행위

기본코드	표준코드	내용/행위분류
3Z032	-	치아착색물질제거와 관련된 행위
3Z033	-	치아교정 및 보철을 위한 치석제거와 관련된 행위
3Z034	-	기타 구취 및 치아이물질 제거와 관련된 행위
3Z040	-	라. 불소국소도포, 치면열구전색(치아홈메우기) 등 치아우식증 예방을 위한 진료 등과 관련된 행위
3Z041	-	불소국소도포와 관련된 행위
3Z042	-	치면열구전색(치아홈메우기)과 관련된 행위
3Z043	-	기타 치아우식증예방을 위한 진료와 관련된 행위
3Z050	-	마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료와 관련된 행위
3Z051	-	멀미예방과 관련된 행위
3Z052	-	금연과 관련된 행위
3Z053	-	기타 멀미예방, 금연을 위한 진료와 관련된 행위
3Z060	-	바. 유전성질환 등 태아의 이상유무를 진단하기 위한 세포유전학적검사와 관련된 행위
3Z080	-	아. 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료와 관련된 행위
4Z000	-	4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우
4Z030	-	다. 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구 등과 관련된 행위
4Z031	-	보조기와 관련된 행위
4Z032	-	보청기와 관련된 행위
4Z033	-	안경과 관련된 행위
4Z034	-	콘택트렌즈와 관련된 행위
4Z035	-	기타 보장구와 관련된 행위
4Z050	-	마. 친자확인을 위한 진단과 관련된 행위
	4Z2500001	친자확인유전자검사(1인)
	4Z2500002	친자확인유전자검사(1인추가)
	4Z2500003	친자확인유전자검사(2인추가)
4Z060	-	바. 치과의 보철 및 치과 임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함)과 관련된 행위
4Z090	-	자. 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품 등과 관련된 행위
4Z0B0	-	카. 선택진료에 관한 규칙에 따라 추가되는 비용과 관련된 행위 <삭제>
4Z0C0	-	타. 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용과 관련된 행위
	4Z1C00001	간이식운반비
	4Z1C00002	골수이식운반비
	4Z1C00003	신장이식운반비
	4Z1C00004	심장이식운반비
	4Z1C00005	안구이식운반비
	4Z1C00006	췌장이식운반비
	4Z1C00007	폐이식운반비
	4Z1C00008	기타이식운반비
4Z0D0	-	파. 「마약류 관리에 관한 법률」 제40조에 따른 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용과 관련된 행위

114 건강보험 보장성 지표 개선방안 마련을 위한 연구

기본코드	표준코드	내용/행위분류
	4Z2D00000	마약류 중독검사
4Z0E0	-	하. 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 신의료기술 등과 관련된 행위
4Z0F0	-	거. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제8항제2호에 따른 제한적 의료기술과 관련된 행위
7Z000	-	7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우
7Z010	-	가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법과 관련된 행위
7Z020	-	나. 한약첨약 및 기상한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제와 관련된 행위

부록2. OECD 국가별 보장방식 및 보험료 부담률 비교

1. OECD 국가별·서비스별 보장범위 비교

1) 서비스 항목별 보장률

구분	급성 입원진료	일반의 외래진료	전문의 외래진료	임상검사	영상진단	정신과 진료	의약품	안경/ 교정렌즈	치과진료	치과보철
호주	100%	76~99%	76~99%	51~75%	51~75%	1~99%	76~99%	비급여	비급여	비급여
오스트리아	76~99%	100%	100%	100%	100%	100%	76~99%	1~50%	100%	51~75%
벨기에	76~99%	76~99%	76~99%	76~99%	76~99%	1~99%	76~99%	76~99%	76~99%	76~99%
캐나다	100%	100%	100%	100%	100%	비급여	51~75%	비급여	비급여	비급여
체코	76~99%	76~99%	76~99%	100%	100%	100%	51~75%	1~50%	1~50%	1~50%
덴마크	100%	100%	100%	100%	100%	1~99%	51~75%	비급여	1~50%	비급여
핀란드	76~99%	76~99%	76~99%	76~99%	100%	1~99%	51~75%	비급여	76~99%	76~99%
프랑스	76~99%	51~75%	51~75%	51~75%	76~99%	1~99%	51~75%	1~50%	1~50%	1~50%
독일	100%	76~99%	76~99%	100%	100%	1~99%	76~99%	1~50%	76~99%	1~50%
그리스	76~99%	76~99%	76~99%	76~99%	76~99%	1~99%	76~99%	1~50%	1~50%	1~50%
헝가리	100%	100%	100%	100%	100%	100%	76~99%	1~50%	1~50%	1~50%
아이슬란드	76~99%	76~99%	76~99%	76~99%	76~99%	1~99%	76~99%	76~99%	76~99%	76~99%
아일랜드	100%	비급여	100%	100%	100%	100%	N/A	비급여	비급여	비급여
이탈리아	100%	100%	76~99%	76~99%	76~99%	1~99%	100%	비급여	1~50%	비급여
일본	76~99%	76~99%	76~99%	76~99%	76~99%	1~99%	76~99%	비급여	76~99%	76~99%
한국	76~99%	51~75%	51~75%	76~99%	76~99%	1~99%	51~75%	비급여	51~75%	N/A
룩셈부르크	76~99%	76~99%	76~99%	76~99%	76~99%	1~99%	76~99%	1~50%	51~75%	51~75%
멕시코	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	비급여	100%	비급여
네덜란드	100%	100%	100%	100%	100%	1~99%	100%	비급여	1~50%	비급여
뉴질랜드	100%	51~75%	100%	100%	76~99%	1~99%	76~99%	비급여	비급여	비급여
노르웨이	100%	76~99%	76~99%	76~99%	76~99%	1~99%	76~99%	비급여	비급여	비급여
폴란드	100%	100%	100%	100%	100%	100%	51~75%	1~50%	100%	100%
포르투갈	100%	100%	100%	100%	100%	100%	1~50%	1~50%	1~50%	1~50%
슬로바키아	100%	100%	100%	100%	100%	비급여	76~99%	51~75%	51~75%	51~75%
스페인	100%	100%	100%	100%	100%	100%	76~99%	비급여	100%	비급여
스웨덴	76~99%	76~99%	76~99%	100%	76~99%	비급여	51~75%	비급여	1~50%	1~50%
스위스	100%	76~99%	76~99%	76~99%	76~99%	1~99%	76~99%	1~50%	비급여	비급여
터키	100%	76~99%	76~99%	100%	100%	100%	76~99%	51~75%	100%	51~75%
영국	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	비급여	76~99%	76~99%

자료: OECD. (2010). Health System Institutional Characteristics.

2) 서비스 항목별 보장범위

① 급성 입원진료

구분	내용
호주	-공공병원, 공공서비스: 본인부담 면제(무료 이용) -공공/민간병원, 민간서비스: 본인부담 또는 민간보험 적용(특정 서비스영역은 Medicare 이용가능)
오스트리아	-일당 본인부담(12~20유로), 연간 최대 28일까지 이용 가능 -가입자 유형 및 지역별로 상이(특정 지역: 보험 가입자의 세대 구성원에 더 높은 본인부담 적용)
벨기에	-일당 본인부담 + 비급여(의료기기 및 의약품)
캐나다	-무료 이용
칠레	-공동보험(10~50%)형식의 비용부담, 부담비율은 가입자의 보험 보장범위에 따라 결정
체코	-무료이용
덴마크	-무료 이용
에스토니아	-진단 최대 10일까지, 일당 본인부담(1.6유로) 발생
핀란드	-내외과 진료시 일당 41.70 유로 본인부담 발생, 정신과 진료 시 일당 22.80유로 본인부담 발생
프랑스	-본인부담 20%(120유로 이상의 진단 또는 수술의 경우 적용 불가) -급성기 입원서비스는 일당 18유로 본인부담, 정신과 시설 이용 시 일당 13.5유로 본인부담 발생
독일	-일당 본인부담(10유로), 연간 최대 28일까지 이용 가능
그리스	-공공병원 본인부담(10% 이하) 적용, 민간병원은 공공병원 보다 높은 비율의 본인부담 및 추가청구
헝가리	-무료 이용
아이슬란드	-무료 이용
아일랜드	-의료보험 카드를 가지고 있으면서 특정 범주에 해당하는 경우: 무료 이용 -공공환자: 일당 75유로의 본인부담(연속 12개월, 월간 750유로 상한 기준 적용)
이스라엘	-무료 이용
이탈리아	-공공/민간병원에서 공공환자로 서비스 이용: 무료 이용
일본	-본인부담 30% 적용
한국	-일반 환자는 20% 본인부담, 산정특례대상자(중증질환자, 희귀난치성 질환자 등)는 0~20% 본인부담 -식대(기본식대+가산식대) 50% 본인부담
룩셈부르크	-입원 개시일로부터 30일 간 일당 20.93유로 본인부담
멕시코	-계약된 보험자병원 이용: 무료 이용 (기타 상황의 경우 추가청구금액 발생)
네덜란드	-기본적인 deductible 적용 후 무료 이용
뉴질랜드	-무료 이용
노르웨이	-무료 이용
폴란드	-무료 이용
포르투갈	-무료 이용
슬로바키아	-무료 이용
슬로베니아	-본인부담 10~30% 또는 정액 본인부담
스페인	-무료 이용
스웨덴	-일당 80크로나 본인부담이 연간 상한일수까지 발생하며, 상한일수 이후에는 무료 이용
스위스	-기본적인 deductible 적용 후 10% 본인부담
터키	-공공병원은 무료 이용, 민간병원 이용 시 추가청구 발생(최대 사회기여금의 200%까지 발생) -응급 및 중환자 서비스: 공공/민간 관계 없이 무료 이용
영국	-무료 이용
미국	-의료보험마다 상이 * 직장가입자: 가입자의 61%가 평균 18% 본인부담, 16%가 평균 입원 당 278달러 본인부담, 7%가 평균 일당 264달러 본인부담(보험 유형별로 deductible 적용 여부 상이), 나머지 17%의 가입자들은 기본적인 deductible 적용 후 추가 부담 없음 * 메디케어 Part A: 입원 당 최대 1,216달러 자부담(deductible)을 하며 이후 60일까지는 무료 이용 가능, 60~90일까지는 일당 304달러 본인부담

자료: 1) OECD. (2012). OECD Health System Characteristics Surveys 2012.

2) OECD. (2016). OECD Health System Characteristics Surveys 2016.

② 외래진료(일반의)

구분	내용
호주	-담당의가 Medicare를 통해 급여를 수령할 경우(2010~2011기준 80%가 수령) 무료 이용 -이외의 경우 전액 환자부담
오스트리아	-대부분의 경우 무료 이용(연 1회 e-card 서비스요금 발생) -특정 그룹(행정사무원, 자영업자, 철도업 종사자)는 14~20% 본인부담 발생(e-card 서비스요금 발생X)
벨기에	-6.5유로 또는 4유로(GMD)의 본인부담 발생, 우선 급여권을 가진 환자의 경우 1.0~1.5 유로 할인 제공 -환자가 전액 先부담 후, 본인부담 외의 진료비를 환자에게 다시 돌려주는 방식 적용
캐나다	-무료 이용
칠레	-가입 보험의 유형에 따라 무료 이용 또는 39% 본인부담 적용
체코	-무료 이용
덴마크	-무료 이용
에스토니아	-진찰의 경우 무료이용, 왕진의 경우 3.2유로 본인부담 적용
핀란드	-연간 상한액에 기준하여 방문 당 20.90 본인부담 발생 (단일 일차의료기관에서 3회 이상 환자부담금 수령 불가)
프랑스	-진찰 당 1유로 본인부담 발생, 치료 및 등록은 30% 본인부담, 기타의 경우 70% 본인부담 -환자가 전액 先부담 후, 본인부담 외의 진료비를 환자에게 다시 돌려주는 방식 적용
독일	-특정 PHI 또는 인증보험업체의 보험가입자의 경우 무료 이용
그리스	-무료 이용
헝가리	-무료 이용
아이슬란드	-방문 당 1,200크로나 본인부담, 일반 근무시간 외 방문 시 3,100크로나 본인부담 -18세 미만은 무료 이용
아일랜드	-전체인구 중 40%정도는 무료 이용, 나머지 60%는 민간보험을 이용하거나 모든 비용을 자부담
이스라엘	-무료 이용
이탈리아	-무료 이용
일본	-본인부담 30% 적용
한국	-일반 환자는 30% 본인부담(의원 기준), 65세 이상 노인의 경우 정액 또는 정률(10~30%) 본인부담
룩셈부르크	-진찰료의 20% 본인부담, 의료행위 및 서비스는 12% 본인부담
멕시코	-소속지방자치단체 서비스 이용 시 무료이용, 다른 지역의 시설을 이용하거나 공적보험이 없는 경우 추가청구
네덜란드	-주치의 또는 홈케어: 무료 이용 -일반적으로 물리치료는 기본 혜택에 포함되지 않으나, 만성질환의 경우 포함(단, 첫 21개 치료는 추가보장 또는 100% 본인부담)
뉴질랜드	-평균적으로 30% 본인부담 (환자상태 및 의료서비스에 따라 본인부담 상이)
노르웨이	-방문 당 141크로네 본인부담(연간 2,185크로네 상한 적용)
폴란드	-무료 이용
포르투갈	-방문 당 5유로 본인부담(전체인구의 60%이상은 본인부담 無)
슬로바키아	-무료 이용
슬로베니아	-본인부담 20%
스페인	-무료 이용
스웨덴	-지역의회에 따라 100~200크로나의 본인부담 적용(연간 1,100크로나 상한 적용) -진찰 및 간호서비스는 무료 이용
스위스	-기본적인 최소자부담(deductible) 적용 이후 10%의 비용분담, 연간 상한액 존재
터키	-무료 이용
영국	-무료 이용
미국	-의료보험마다 상이 * 직장가입자: 가입자의 74%=일차의료기관 방문시 평균 23달러 본인부담, 20%=평균 18% 본인부담 * 메디케어 Part B: 최소자부담(deductible) 147달러 부담 이후, 20%의 메디케어 수수료 부담(단일 제공자가 메디케어 급여를 올려달라고 할 경우 15% 추가 청구가 발생)

자료: 1) OECD. (2012). OECD Health System Characteristics Surveys 2012.

2) OECD. (2016). OECD Health System Characteristics Surveys 2016.

③ 외래진료(전문의)

구분	내용
호주	-공공병원 이용 시 무료, 공적보험이 적용되는 외부 병원 이용 시 본인부담 발생
오스트리아	-대부분의 경우 무료 이용(연 1회 e-card 서비스요금 발생) -특정 그룹(행정사무관, 자영업자, 철도업 종사자)는 14~20% 본인부담 발생(e-card 서비스요금 발생X)
벨기에	-환자의 상태 및 서비스 종류에 따라 2.5~24.25유로 범위 내에서 본인부담 발생 -환자가 전액 先부담 후, 본인부담 외의 진료비를 환자에게 다시 돌려주는 방식 적용
캐나다	-무료 이용
칠레	-가입 보험의 유형 및 가입자 유형에 따라 10~50% 본인부담 적용
체코	-무료 이용
덴마크	-무료 이용
에스토니아	-건강보험기금/재정과 계약된 전문의 서비스 이용 시 3.2유로의 본인부담 발생 -주치의(GP) 의뢰 및 특정과 전문의(부인과, 안과, 정신과, 신경정신과)의 경우 30% 본인부담 적용 -비계약 전문의 방문 시 전문의가 서비스료를 임의로 책정
핀란드	-방문 당 41.70유로의 본인부담 발생 -동일 일자의 (외래)수술의 경우 수술 당 최대 136.80 본인부담 적용
프랑스	-진찰 당 1유로 본인부담 발생 -주치의(GP) 의뢰 및 특정과 전문의(부인과, 안과, 정신과, 신경정신과)의 경우 30% 본인부담 적용 -추가청구 가능(최대 45%), 급여 이후 전액 본인부담 적용
독일	-특정 PHI 또는 인증보험업체의 보험가입자의 경우 무료 이용
그리스	-공공서비스의 경우 무료 이용
헝가리	-무료 이용
아이슬란드	-방문 당 5,700크로나 본인부담, 5,700크로나 초과 의료서비스에 대해서는 40% 본인부담 적용 -노인, 아동, 장애인 위 1/3 수준 본인부담 적용
아일랜드	-공공병원 내 외래서비스를 예약 시 무료 이용 -응급의료서비스 이용 시 건당 100유로의 본인부담 적용
이스라엘	-분기마다 25세겔 본인부담 발생
이탈리아	-LEA에 포함된 의료서비스 최대 36.15유로 본인부담 적용, 지역법에 따라 10유로 추가부담 발생 -일반의에 의해 의뢰된 특정 환자(65세 이상, 만성질환자, 저소득층, 희귀질환자, 장애인) 본인부담 면제 -LEA에 포함되지 않은 서비스 또는 민간 의료서비스의 경우 전액 본인부담
일본	-본인부담 30% 적용
한국	-3차(상급)병원 이용시 60% 공동부담률(검사료의 경우 100% 환자 자부담) -2차(종합)병원 이용시 50% 공동부담률(지방/농촌의 경우 45%) -기타병원의 경우 40%의 공동부담률(지방/농촌의 경우 35%) -의원 방문시 30%의 환자부담금 발생
룩셈부르크	-진찰료의 20% 본인부담 발생, 의료행위 및 서비스에 12% 본인부담 발생
멕시코	-소속 지자체 서비스 이용 시 무료이용, 다른 지역 시설을 이용 또는 공적보험이 없는 경우 추가청구
네덜란드	-일정액 공제방식(deductible) 적용
뉴질랜드	-무료 이용
노르웨이	-방문 당 320크로네 본인부담(연간 2,185크로네 상한 적용)
폴란드	-무료 이용
포르투갈	-방문 당 7.5유로 본인부담(전체인구의 60%이상은 본인부담 無)
슬로바키아	-무료 이용
슬로베니아	-본인부담 10~30% 적용
스페인	-무료 이용
스웨덴	-지역의회에 따라 230~320크로나의 본인부담 발생(연간 상한금액은 1,100크로나 상한 적용)
스위스	-기본적인 최소자부담(deductible) 적용 이후 10%의 비용분담, 연간 상한액 존재
터키	-2~3차 공공의료기관 이용 시 5리라 및 20% 본인부담 발생 -2~3차 민간의료기관 이용 시 12리라 및 20% 본인부담 발생
영국	-무료 이용
미국	-의료보험마다 상이

자료: 1) OECD. (2012). OECD Health System Characteristics Surveys 2012.

2) OECD. (2016). OECD Health System Characteristics Surveys 2016.

④ 외래의약품

구분	내용
호주	-처방전당 38.30달러 본인부담 발생, 할인카드 소지자(Safety Net에 해당)의 경우 6.20 달러 본인부담 적용 -할인카드 소지자는 연간 상한액(372달러)에 도달하면 무료 이용 -일반 환자는 연간상한액(1,475달러)에 도달하면 할인된 가격으로 이용
오스트리아	-처방전당 5.70유로의 본인부담 발생(상한기준선은 연간소득의 2%) 발생, 저소득계층의 경우 무료 이용
벨기에	-의약품 범주, 환자 상태, 공장인도가격에 따라 0~100% 까지 본인부담률 상이(당뇨, 암과 같은 고비용의 약품이 필요한 경우 무료로 이용 가능하지만 기타의 경우 비용분담 발생) -항생제, 심혈관계 질환의 의약품과 같은 중요 의약품의 경우 비용분담 상한액 존재
캐나다	-보험에 따라 상이
칠레	-보험에 따라 상이 -공적보험 가입자가 특정 공공제공자를 통해 급여약제를 제공받은 경우 본인부담 없음 -공적보험 가입자가 의료제공자를 자유롭게 선택하여 민간에서 약제를 제공받은 경우 전액 본인부담 적용(단, 추가보장프로그램에 속하는 경우 최대 본인부담 비율 50%를 적용) -의약품을 보장하는 민간의료보험가입자의 경우 최대 80%의 비용 지원 가능
체코	-의약품 종류, 도매가격, 급여 수준에 따라 본인부담액 상이(18세 미만 미성년자, 노인에 대해서는 최대 2,500코루나, 이외의 인구집단에 대해서는 5,000코루나 상한 적용)
덴마크	-최소자부담(deductible) 935크로네 적용 후, 의약품 비용 증가에 따라 50%, 25%, 15%의 본인부담률 적용 -환자 당 최대 본인부담 상한액은 3,880크로네
에스토니아	-일반 처방의약품의 경우, 처방전당 3.2유로의 본인부담금 + 최소 50%의 본인부담 발생(처방전당 최대 본인부담 상한액은 12유로) -만성질환 대상 의약품의 경우, 처방전당 1.3유로의 본인부담금 + 최대 25%의 본인부담 발생 -환자 당 최대 본인부담 상한액은 1,278유로
핀란드	-최소자부담(deductible) 50유로 적용 후, 40~100% 본인부담 적용(최대 본인부담 상한액은 610.37유로)
프랑스	-본인부담률은 의약품 종류에 따라 0%, 35%, 70%, 85%로 상이하하며, 의약품 건당 0.5유로의 본인부담금 발생
독일	-본인부담 10% + 의약품 당 5~10유로의 본인부담
그리스	-의약품 종류에 따라 0%, 10% 또는 25%의 본인부담 발생
헝가리	-생명을 위협하는 질환 또는 희귀질환에 대한 의약품의 경우, 50%, 30%, 10%, 0% 본인부담 및 300포인트 본인부담금 발생 -만성질환 치료에 사용되는 의약품의 경우, 15%, 45%, 75% 본인부담 적용 -준거가격과 시장가격이 다를 경우, 준거가격 적용
아이슬란드	-최대 본인부담 상한액은 62,000크로나(노인, 아동의 경우 41,000크로나)
아일랜드	-의료카드 소지자: 0.5유로의 본인부담금이 의약품별로 청구되며, 월 최대 본인부담 상한액은 10유로 -의료카드 비소지자 등 기타 그룹: 월 가계 당 132유로 최소자부담(deductible) 적용 후 무료 이용
이스라엘	-일반적으로, 구매가격의 15% 본인부담 + 의약품 당 3유로 본인부담 적용 -만성질환자의 경우, 최소자부담(deductible) 감면
이탈리아	-지역 수준에 따라 처방전 당 1,2.4유로 발생(일반의에 의해 의뢰된 특정 환자(65세 이상, 만성 질환자, 저소득층, 희귀질환자, 장애인)가 LEA 포함항목을 구매한 경우 본인부담 없음)

구분	내용
일본	-본인부담 30% 적용
한국	-본인부담 30% 적용
룩셈부르크	-의약품 범주에 따라 0%, 20%, 60% 본인부담 적용(만성질환 치료 의약품의 경우 본인부담 0%)
멕시코	-급여 의약품의 경우 무료 이용: 78~89%의 사회보장가입자들이 무료로 이용하고 있으며 Seguro Popular의 경우 60%의 가입자만이 무료로 이용 중
네덜란드	-급여 의약품에 대해서는 최소자부담(deductible) 적용 -제네릭 의약품은 100% 급여(무료 이용), 제네릭 의약품 외는 제네릭 의약품 비용까지 급여
뉴질랜드	-의약품 당 5달러의 본인부담금 + 비급여 의약품에 대한 추가비용 발생
노르웨이	-본인부담 38% 적용(처방전당 520크로네 상한 적용), 연간 상한액은 2,185크로네
폴란드	-약품 팩(pack)마다 0%, 30%, 50%의 본인부담 + 3.20즈워티 본인부담금 발생
포르투갈	-약품가치에 따라 상이한 본인부담률 적용(10%, 31%, 91%)
슬로바키아	-처방전당 0.17유로 사용료 + 실제가격과 급여되는 약가에 대한 준거가격 적용
슬로베니아	-질병에 따라 0%, 30%, 90% 본인부담률 적용
스페인	-소득과 현재 상태에 따라 본인부담금 상이
스웨덴	-최소자부담(deductible) 1,100크로나 적용 후, 50%, 25%, 10%의 본인부담 적용(연간 최대 본인 부담 상한액은 2,200크로나)
스위스	-기본적인 최소자부담(deductible) 적용 이후, 연간 상한액까지 본인부담률 10% 적용 -특허 만료 전 의약품 이용 시, 대체 의약품이 있는 경우에는 본인부담률이 20%로 증가
터키	-본인부담률 20% + 첫 3가지 의약품에 대해 3리라의 본인부담금 발생(이후 건당 1리라의 본인부담금 발생)
영국	-영국: 처방전당 8.40 파운드의 본인부담금 발생(연간 104파운드로 제한없이 의약품 이용 가능), 15세 이하와 65세 이상의 경우 본인부담 면제(무료 이용) -스코틀랜드, 웨일즈, 북아일랜드: 본인부담 없음(무료 이용)
미국	-메디케어 수혜자 * 메디케어 Part D를 통해 의약품에 대한 보장을 받을 수 있으며 2014년 기준 Part D에서 310달러의 최소자부담(deductible)과 최초 보장 범위인 2,850달러까지 25%의 본인부담률 적용 * 이후 총 약제비가 4,550달러에 도달하기 전까지 본인부담률이 점차 상승 * 4,550달러 초과 이후 5% 본인부담 또는 \$2.55(제네릭)/\$6.35(오리지널) 본인부담 발생 -직장가입자 * 81%의 근로자들은 의약품 범주에 따라 상이한 본인부담을 지불하는 “차등 비용 분담 보험”을 이용하고 있으며 3티어 이상의 비용을 분담 * 평균 본인부담금은 제네릭이 10달러, 선호 의약품이 29달러, 3,4티어 의약품이 각각 52달러, 80달러로, 비용분담 형식의 보험에서 1~4티어의 평균 본인부담률은 각각 16%, 25%, 38%, 32% 수준

자료: 1) OECD. (2012). OECD Health System Characteristics Surveys 2012.

2) OECD. (2016). OECD Health System Characteristics Surveys 2016.

⑤ 부가서비스(임상검사, 영상진단)

구분	임상검사	영상진단
호주	-메디케어의 직접지불에 동의할 경우 무료 이용	-메디케어의 직접지불에 동의할 경우 무료 이용
오스트리아	-대부분 무료 이용(연 1회 e-card 서비스요금 발생) -(행정사무관, 자영업자, 철도업 종사자) 14~20% 본인부담 발생(e-card 서비스요금 발생X)	-대부분 무료 이용(연 1회 e-card 서비스요금 발생) -(행정사무관, 자영업자, 철도업 종사자) 14~20% 본인부담 발생(e-card 서비스요금 발생X)
벨기에	-환자부담금 존재(상세한 정보 취득하지 못함)	환자부담금 존재(상세한 정보 취득하지 못함)
캐나다	-무료이용(지역마다 상이)	무료 이용(지역마다 상이)
칠레	-의료보험에 따라 상이하며, 공공서비스를 이용할 수 없는 공적보험가입자의 경우 최대 20% 본인부담 발생, 민간 또는 자유로운 이용 시 최대 50%의 본인부담 발생	-의료보험에 따라 상이하며, 공공서비스를 이용할 수 없는 공적보험가입자의 경우 최대 20% 본인부담 발생, 민간 또는 자유로운 이용 시 최대 50%의 본인부담 발생
체코	-무료 이용	-무료 이용
덴마크	-무료 이용	-무료 이용
에스토니아	-확인 불가	-확인 불가
핀란드	-지방정부 운영 의료체계 내에서는 무료 이용 (민간병원에서 이송됐을 경우 본인부담 발생)	-건당 41.70유로의 본인부담금 발생, 다회 이용 시 한 건에 대해서만 본인부담 적용(연간 상한적용)
프랑스	-검사 종류에 따라 0~40% 본인부담률 + 건당 1~4유로(1일)의 본인부담금 발생	-본인부담률 30% 또는 70% + 건당 1유로(일당) 본인부담금 발생
독일	-무료 이용	-무료 이용
그리스	-공공영역은 무료 이용, 협약 또는 민간영역의 경우 낮은 수준의 비용분담률 존재	-공공영역은 무료 이용, 협약 또는 민간영역의 경우 낮은 수준의 비용분담률 존재
헝가리	-무료 이용	-무료 이용
아이슬란드	-방문 당 2,500크로나 본인부담 발생 -노인, 아동, 장애인의 경우 1/3 수준	-방문 당 3,200크로나 + (3,200크로나 초과 영상진단 시) 본인부담률 40% 발생 -노인, 아동, 장애인의 경우 1/3 수준
아일랜드	-공공영역 무료 이용	-공공환자가 공공영역 이용시 무료 이용
이스라엘	-무료 이용	-분기당 25유로의 최소자부담(deductible) 존재
이탈리아	-IEA에 포함된 의료서비스는 최대 36.15유로의 본인부담 적용, 지역법률에 따라 10유로 추가부담 발생 가능 -일반의에 의해 의뢰된 특성 환자(65세 이상, 만성질환자, 저소득층, 희귀질환자, 장애인)의 경우 본인부담 면제 -IEA에 포함되지 않은 서비스 또는 민간 의료 서비스의 경우 전액 본인부담	-시급한 경우, 본인부담금 적용 -특정 서비스 영역의 경우 본인부담 면제
일본	-본인부담 30% 적용	-본인부담 30% 적용
한국	-응급이송 서비스의 경우 본인부담 발생(이송 수준에 따라 상이)	-응급이송 서비스의 경우 본인부담 발생(이송 수준에 따라 상이)
룩셈부르크	-무료 이용	-병원 이용 시 무료, 개원의에게 서비스를 받는 경우 12% 본인부담 발생
멕시코	-의료제공자별로 상이	-의료제공자별로 상이
네덜란드	-최소자부담(deductible)이후 무료 이용	-최소자부담(deductible)이후 무료 이용

122 건강보험 보장성 지표 개선방안 마련을 위한 연구

구분	임상검사	영상진단
뉴질랜드	-공적보험이용자, 장애인: 무료 이용	-대부분 무료이나, 일반의 서비스의 경우 X-레이등에 비용 청구 가능성 존재
노르웨이	-서비스별로 상이	-228크로네 본인부담(연간 상한액은 2,185크로네)
폴란드	-무료 이용	-무료 이용
포르투갈	-최대 50유로 본인부담(전체인구 60%는 무료 이용)	-최대 50유로 본인부담(전체인구 60%는 무료 이용)
슬로바키아	-무료 이용	-무료 이용
슬로베니아	-서비스 별로 상이(10~30% 본인부담)	-서비스 별로 상이(10~30% 본인부담)
스페인	-무료 이용	-무료 이용
스웨덴	-소규모의 본인부담 발생	-소규모의 본인부담 발생
스위스	-최소자부담(deductible) 이후 10%의 본인부담 발생(연간 상한 존재)	-최소자부담(deductible) 이후 10%의 본인부담 발생(연간 상한 존재)
터키	-무료 이용	-무료 이용
영국	-무료 이용	-무료 이용
미국	-의료보험마다 상이	-의료보험마다 상이

자료: 1) OECD. (2012). OECD Health System Characteristics Surveys 2012.

2) OECD. (2016). OECD Health System Characteristics Surveys 2016.

⑥ 안과제품(안경, 교정렌즈)

구분	내용
호주	-보장되지 않음(비급여)
오스트리아	-직업에 따라 10% 또는 20% 본인부담 발생(최소 본인부담금은 84유로)
벨기에	-일반 성인의 경우 보장되지 않음(비급여) -아동, 노인 및 시력 요건이 충족된 성인의 경우 본인부담금 발생
캐나다	-지역별로 상이하나, 대부분 보장되지 않음(비급여)
칠레	-환자 소득수준과 의료보험에 따라 상이
체코	-보장되지 않음(비급여)
덴마크	-보장되지 않음(비급여)
에스토니아	-보장되지 않음(비급여)
핀란드	-보장되지 않음(비급여)
프랑스	-본인부담금 40% 적용(실질적인 부담은 이보다 큰 수준)
독일	-대부분 보장되지 않음(비급여) -보장되는 경우, 10% 본인부담(5~10유로)
그리스	-보장되지 않음(비급여)
헝가리	-본인부담 발생
아이슬란드	-보장되지 않음(비급여)
아일랜드	-본인부담 없음(단, 기본적인 안경테는 제공되지만 다른 안경테 선택 시 추가비용 발생)
이스라엘	-보장되지 않음(비급여)
이탈리아	-보장되지 않음(비급여)
일본	-보장되지 않음(비급여)
한국	-보장되지 않음(비급여)
룩셈부르크	-정액 본인부담 적용, 3년마다 이용 가능
멕시코	-보장되지 않음(비급여)
네덜란드	-보장되지 않음(비급여)
뉴질랜드	-보장되지 않음(비급여)
노르웨이	-특정 상황 및 장애인을 제외한 인구집단에서 보장되지 않음(비급여)
폴란드	-안경의 경우, 2년마다 30% 본인부담(급여제한 존재) -렌즈의 경우, 치료와 연계되거나 특정 질환자의 경우에만 30% 본인부담(급여제한 존재)
포르투갈	-보장되지 않음(비급여)
슬로바키아	-보장되지 않음(비급여)
슬로베니아	-CHI/HIS를 통해 10% 보장(VHI는 90%의 비용 분담 또는 완전 보장)
스페인	-보장되지 않음(비급여)
스웨덴	-소액의 본인부담금 발생
스위스	-보장되지 않음(비급여)
터키	-보장되지 않음(비급여)
영국	-보장되지 않음(비급여)
미국	-보험에 따라 본인부담금 상이, 최소자부담(deductible) 존재 -대부분의 메디케어 및 메디케이드 프로그램은 환자부담금과 최소자부담(deductible) 적용

자료: OECD. (2012). OECD Health System Characteristics Surveys 2012.

⑦ 치과 및 치과보철물

구분	치과	치과보철물
호주	-민간 영역에서 보장	-민간 영역에서 보장
오스트리아	-대부분의 경우 무료 이용(연 1회 e-card 서비스 요금 발생) -특정 그룹(행정사무관, 자영업자, 철도업 종사자)는 14~20% 본인부담 발생(e-card 서비스요금 발생X)	-보철물 종류 및 보험 유형에 따라 본인부담 상이
벨기에	-본인부담 발생	-본인부담 발생
캐나다	-지역별로 상이, 일반적으로 보장되지 않음(비급여)	-지역별로 상이, 일반적으로 보장되지 않음(비급여)
칠레	-보험마다 상이	-보험마다 상이
체코	-비급여 치료재료 및 의료행위에 대한 본인 부담 발생	-보철물 종류에 따라 본인부담 상이
덴마크	-일반적으로 보장되지 않으며, 예방 서비스에 대한 최소자부담(deductible) 존재 -17세 미만의 경우, 무료 이용	-일반적으로 보장되지 않으며, 예방 서비스에 대한 최소자부담(deductible) 존재 -17세 미만의 경우, 무료 이용
에스토니아	-일반적으로 보장되지 않음(비급여) -특정 인구집단(노인, 근로무능력자, 임산부 등)에 대한 현금지원 제공	-일반적으로 보장되지 않음(비급여) -특정 인구집단(노인, 근로무능력자)에 대한 현금 지원 제공
핀란드	-치위생(10.30유로), 치과(13.30유로), 치과 전문의(19.40유로)에 대한 진찰료 본인부담금 + 특정 수술에 따른 본인부담금 발생	-100유로 이상의 본인부담금 발생 -시립 치과치료는 연간 환자부담금 상한에 불포함
프랑스	-본인부담 30% 적용	-기본요금의 30% 본인부담 적용
독일	-보전 치료, 수술 및 x-ray 보장	-크라운 및 브릿지는 진단 관련 재원을 통해 보장되며, 기타 전문서비스는 50%이하의 본인부담 발생, 저소득층의 경우 본인부담 없음
그리스	-고액의 본인부담금 발생	-본인부담금 발생
헝가리	-대부분의 치과서비스는 일차의료, 전문의 및 시간의 서비스를 통해 무료로 이용 가능	-본인부담금 발생
아이슬란드	-노인, 아동, 장애인 보장(약 33% 보장)	-노인, 아동, 장애인 보장(약 33% 보장)
아일랜드	-응급 치과 치료 및 연간 치료 패키지에 별도의 비용분담 영역 존재하지 않음	-응급상황의 경우 보철물 치료에 대한 비용 분담 없음
이스라엘	-14세 미만의 경우, 1약 당 23유로 본인부담 적용	-보장되지 않음(비급여)
이탈리아	-응급 치료의 경우 본인부담금 발생 -특정 인구집단(14세 미만, 만성질환자, 저소득층)의 경우 본인부담 면제	-보장되지 않음(비급여)
일본	-본인부담 30% 적용	-본인부담 30% 적용
한국	-30~60% 본인부담 발생	-만 65세 이상 노인의 경우 30% 본인부담(틀니)
룩셈부르크	-연간 치과 이용비용의 12%에 60유로를 제외한 금액만큼 본인부담	-보철물의 준거가격에 따라 0% 또는 20% 본인부담
멕시코	-Seguro Popular는 일부 치과치료 보장	-보장되지 않음(비급여)

구분	치과	치과보철물
네덜란드	-일반의의 치과 서비스는 보장되지 않으며, 병원내 전문의의 치과서비스만 보장	-임플란트는 125유로, 기타 보철물은 25% 본인부담 발생
뉴질랜드	-19세 이상 성인의 경우 보장되지 않음	-보장되지 않음
노르웨이	-특이사항을 제외하고 보장되지 않음	-특이사항을 제외하고 보장되지 않음
폴란드	-제한된 치과서비스 무료 이용	-급여제한 내에서 무료 이용
포르투갈	-보장되지 않음(비급여)	-보장되지 않음(비급여)
슬로바키아	-확인 불가	-확인 불가
슬로베니아	-본인부담 20% 발생	-본인부담 90% 발생
스페인	-일반적으로 보장되지 않음(비급여)	-일반적으로 보장되지 않음(비급여)
스웨덴	-3,000크로나의 최소자부담(deductible) 적용 이후 15,000크로나까지 50% 본인부담 적용, 15,000크로나 이후에는 15% 본인부담 적용	-확인 불가
스위스	-일반적으로 보장되지 않음(비급여)	-보장되지 않음(비급여)
터키	-2~3차 공공의료기관 이용: 5리라 본인부담금 발생 -2~3차 민간의료기관 이용: 12리라 본인부담금 발생	-본인부담 10% 발생
영국	-자격요건 만족 시 본인부담 73% 발생	-자격요건 만족 시 본인부담 73% 발생
미국	-보험에 따라 상이	-보험에 따라 상이

자료: 1) OECD. (2012). OECD Health System Characteristics Surveys 2012.

2) OECD. (2016). OECD Health System Characteristics Surveys 2016.

3) 본인부담 상한제

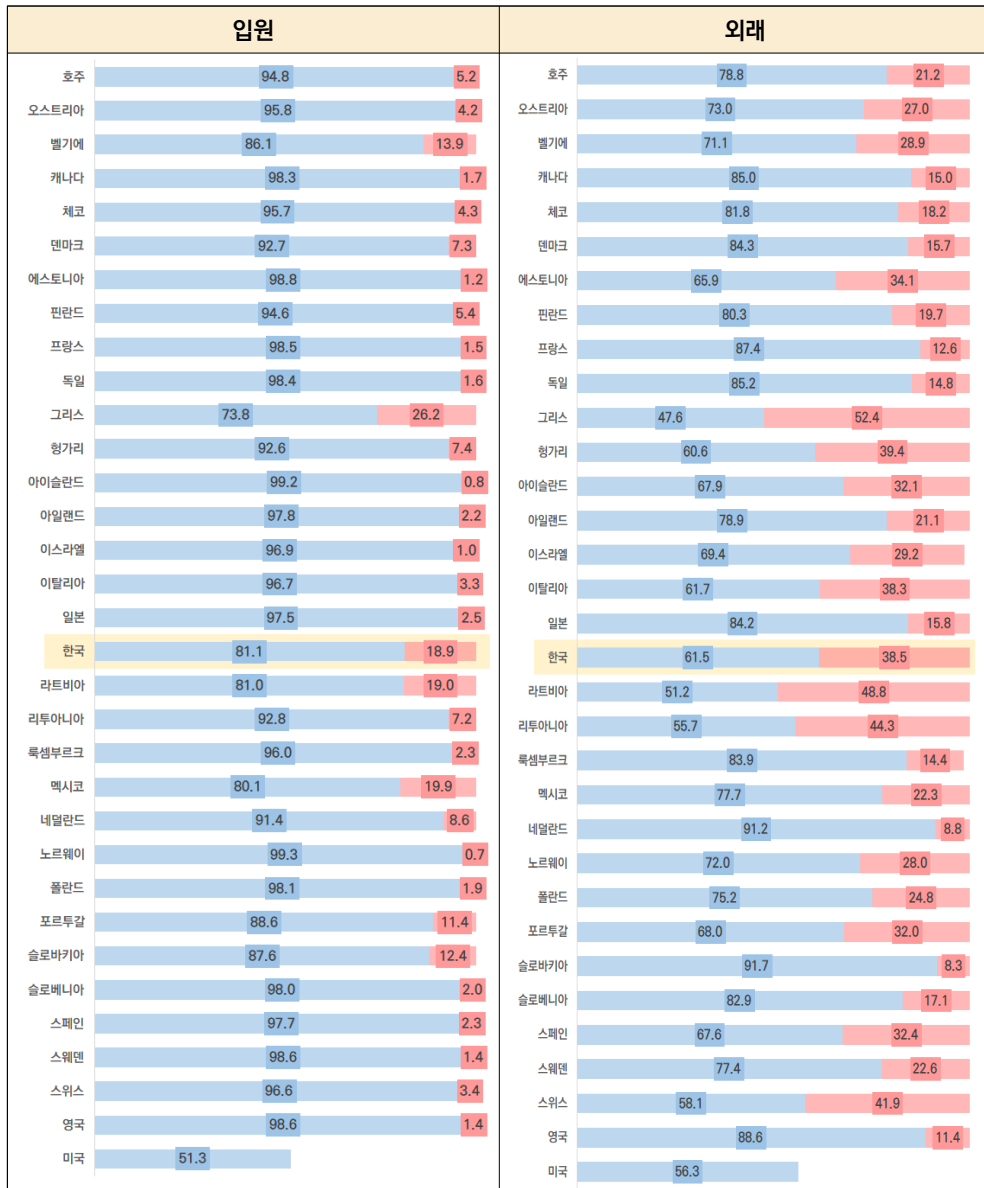
구분	내용
호주	-확장 메디케어 안전망(Extended Medicare Safety Net): 외래서비스에 대한 환자 본인부담 상한 존재 * 상한선 초과분에 대해서는 메디케어에서 80% 보장(소득수준이 낮은 경우 상한선이 낮게 설정) -대부분의 환자 대상 의약품 안전망의 상한선은 950달러로 설정(할인 자격이 있는 경우 242로 감소) * 상한선 초과 시, 일반적으로 처방전 3.93달러 지불(할인 환자의 경우 무료 이용)
오스트리아	-본인부담 상한선(연간소득의 2%) 적용
벨기에	-각 항목별 본인부담 상한선 적용
캐나다	-
칠레	-본인부담 상한선이 적용되며, GET에 포함된 의로서비스의 경우 30%의 가계소득 상한 추가 적용
체코	-각 항목별 본인부담 상한선 적용
덴마크	-의약품에 대하여 본인부담 상한선(3,880크로네) 적용
에스토니아	-각 항목별 본인부담 상한선 적용
핀란드	-의약품에 대하여 본인부담 상한선(310.37유로) 적용
프랑스	-
독일	-본인부담 상한선(연간소득의 2%) 적용 -만성질환의 경우 연간소득의 1% 적용
그리스	-
헝가리	-의약품에 대하여 본인부담 상한선(최소 연금액의 10%)을 적용하여, 상한선 초과분에 대해서는 무료 이용 -가계소득이 최소 연금보다 적은 경우, 100유로를 상한선으로 적용
아이슬란드	-외래 일반의 진료, 외래 전문의 진료, 임상검사 및 영상진단에 대한 본인부담 상한선 적용
아일랜드	-
이스라엘	-입원, 외래 일반의 진료에 대한 본인부담 상한선 적용
이탈리아	-
일본	-소득 및 연령에 따라 본인부담 상한선 상이
한국	-개별가입자의 연평균 보험료에 따라 본인부담 상한선 상이, 상한선 초과분은 건강보험공단에서 환급
룩셈부르크	-본인부담 상한선(연간소득의 2.5%) 적용
멕시코	-
네덜란드	-
뉴질랜드	-VLCA를 제공하는 일반의 서비스 가입자의 본인부담에 대하여 11.49달러의 상한선 적용(성인 대상)
노르웨이	-외래진료, 의약품, 임상검사 및 영상진단 비용의 총 합에 대하여 본인부담 상한선(2,185크로네) 적용
폴란드	-
포르투갈	-저소득 노인 대상 치과보철물 및 안경에 대한 연간 환자부담금 상한 존재
슬로바키아	-
슬로베니아	-
스페인	-
스웨덴	-외래진료에 대해서는 1,100크로나 상한선을 적용, 의약품에 대해서는 2,200크로나 상한선을 적용
스위스	-연간 본인부담 상한선 기준은 성인의 경우 492달러 상당, 영유아의 경우 246달러 상당
터키	-
영국	-
미국	-상한선 이상 의료비용을 지불한 경우를 제외하는 경우, 대부분의 메디케어 및 메디케이드 프로그램은 본인부담제도와 최소자부담(deductible) 운영 중 * 직장가입자: 가입자의 88%가 본인부담 상한선을 갖고 있으며, 개인보험의 경우 상한선이 2,000달러 이하인 경우가 29%, 5,000달러 이상인 경우가 12%임. 가족보험의 경우 상한선이 4,000달러 이상인 경우가 29%, 8,000달러 이상인 경우가 24%임.

자료: 1) OECD. (2012). OECD Health System Characteristics Surveys 2012.

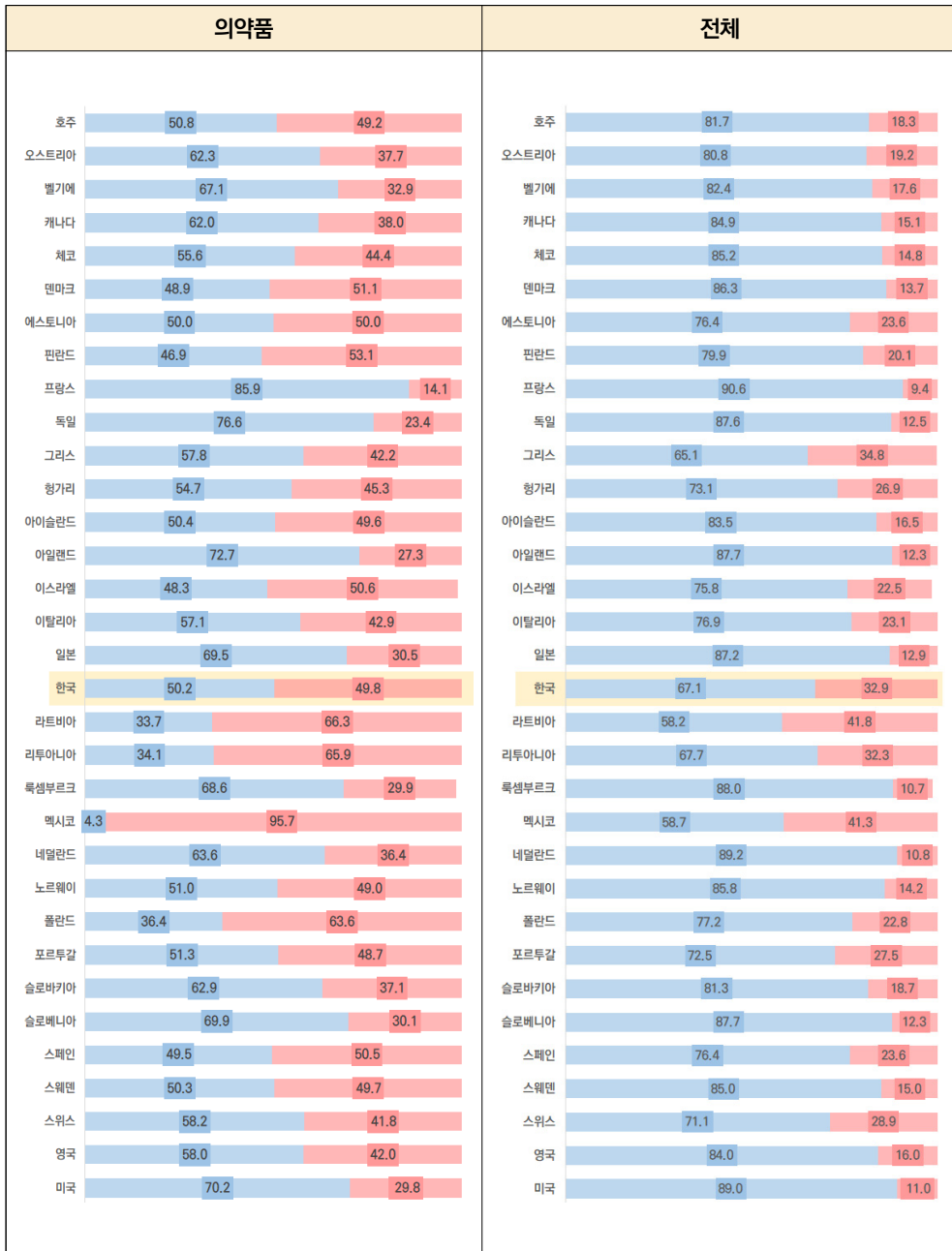
2) OECD. (2016). OECD Health System Characteristics Surveys 2016.

2. OECD 국가별 보험료 부담률 비교

■ 공사보험 보장률 ■ 본인부담률



■ 공사보험 보장률 ■ 본인부담률



자료: OECD. (2018). OECD Statistics. <https://stats.oecd.org/>에서 인출

1) 전체

국가	공적보험 가입비율			소계	본인부담률	합계	비고 (기준연도)
		공공재원	민간보험				
OECD 평균	96.0	73.8	5.7	79.5	20.4	-	
호주	100.0	68.6	13.1	81.7	18.3	100.0	2016
오스트리아	99.9	74.0	6.8	80.8	19.2	100.0	2017
벨기에	98.7	77.2	5.1	82.4	17.6	100.0	2017
캐나다	100.0	69.7	15.3	84.9	15.1	100.0	2018
체코	100.0	82.1	3.1	85.2	14.8	100.0	2017
덴마크	100.0	84.0	2.2	86.3	13.7	100.0	2017
에스토니아	94.5	74.7	1.6	76.4	23.6	100.0	2017
핀란드	100.0	75.3	4.6	79.9	20.1	100.0	2018
프랑스	99.9	83.4	7.2	90.6	9.4	100.0	2017
독일	89.4	84.4	3.2	87.6	12.5	100.1	2017
그리스	100.0	60.8	4.2	65.1	34.8	99.8	2017
헝가리	94.0	69.2	3.9	73.1	26.9	100.0	2017
아이슬란드	99.6	81.8	1.7	83.5	16.5	100.0	2017
아일랜드	100.0	73.3	14.4	87.7	12.3	100.0	2017
이스라엘	100.0	63.5	12.4	75.8	22.5	98.3	2015
이탈리아	100.0	74.2	2.7	76.9	23.1	100.0	2018
일본	100.0	84.0	3.2	87.2	12.9	100.1	2016
한국	100.0	59.8	7.4	67.1	32.9	100.0	2018
라트비아	100.0	57.3	0.9	58.2	41.8	100.0	2017
리투아니아	98.1	66.5	1.2	67.7	32.3	100.0	2017
룩셈부르크	-	84.0	3.9	88.0	10.7	98.6	2017
멕시코	89.3	51.5	7.2	58.7	41.3	100.0	2017
네덜란드	99.9	82.1	7.1	89.2	10.8	100.0	2018
노르웨이	100.0	85.5	0.3	85.8	14.2	100.0	2018
폴란드	92.6	69.5	7.7	77.2	22.8	100.0	2017
포르투갈	100.0	66.3	6.2	72.5	27.5	100.0	2017
슬로바키아	94.6	79.9	1.3	81.3	18.7	100.0	2017
슬로베니아	100.0	72.2	15.5	87.7	12.3	100.0	2017
스페인	100.0	70.6	5.8	76.4	23.6	100.0	2017
스웨덴	100.0	83.7	1.3	85.0	15.0	100.0	2017
스위스	100.0	63.6	7.5	71.1	28.9	100.0	2017
영국	100.0	78.8	5.2	84.0	16.0	100.0	2017
미국	35.9	84.5	4.5	89.0	11.0	100.0	2017

자료: OECD. (2018). OECD Statistics. <https://stats.oecd.org/>에서 인출

2) 입원

국가			소계	본인부담률	합계	비고 (기준연도)
	공공재원	민간보험				
평균	86.5	6.4	92.3	6.3	-	
호주	68.2	26.7	94.8	5.2	100.0	2016
오스트리아	86.7	9.1	95.8	4.2	100.0	2017
벨기에	76.3	9.8	86.1	13.9	100.0	2017
캐나다	90.6	7.7	98.3	1.7	100.0	2018
체코	95.2	0.5	95.7	4.3	100.0	2017
덴마크	90.6	2.1	92.7	7.3	100.0	2017
에스토니아	98.2	0.5	98.8	1.2	100.0	2017
핀란드	90.7	3.9	94.6	5.4	100.0	2018
프랑스	95.6	2.9	98.5	1.5	100.0	2017
독일	96.2	2.3	98.4	1.6	100.0	2017
그리스	66.3	7.5	73.8	26.2	100.0	2017
헝가리	91.3	1.3	92.6	7.4	100.0	2017
아이슬란드	98.8	0.4	99.2	0.8	100.0	2017
아일랜드	69.8	28.1	97.8	2.2	100.0	2017
이스라엘	94.3	2.6	96.9	1.0	97.9	2015
이탈리아	96.2	0.5	96.7	3.3	100.0	2018
일본	92.7	4.8	97.5	2.5	100.0	2016
한국	65.6	15.5	81.1	18.9	100.0	2018
라트비아	80.3	0.7	81.0	19.0	100.0	2017
리투아니아	91.0	1.8	92.8	7.2	100.0	2017
룩셈부르크	92.5	3.5	96.0	2.3	98.3	2017
멕시코	65.7	14.4	80.1	19.9	100.0	2017
네덜란드	91.1	0.3	91.4	8.6	100.0	2018
노르웨이	99.3	-	99.3	0.7	100.0	2018
폴란드	93.4	4.7	98.1	1.9	100.0	2017
포르투갈	85.3	3.3	88.6	11.4	100.0	2017
슬로바키아	86.7	0.9	87.6	12.4	100.0	2017
슬로베니아	86.0	12.0	98.0	2.0	100.0	2017
스페인	91.5	6.2	97.7	2.3	100.0	2017
스웨덴	98.6	-	98.6	1.4	100.0	2017
스위스	83.6	13.1	96.6	3.4	100.0	2017
영국	94.0	4.6	98.6	1.4	100.0	2017
미국	51.3	-	51.3	-	51.3	2017

자료: OECD. (2018). OECD Statistics. <https://stats.oecd.org/>에서 인출

3) 외래

국가			소계	본인부담률	합계	비고 (기준연도)
	공공재원	민간보험				
평균	68.1	5.8	73.4	26.0	-	
호주	69.5	9.3	78.8	21.2	100.0	2016
오스트리아	70.9	2.1	73.0	27.0	100.0	2017
벨기에	69.9	1.2	71.1	28.9	100.0	2017
캐나다	66.3	18.7	85.0	15.0	100.0	2018
체코	81.7	0.1	81.8	18.2	100.0	2017
덴마크	81.0	3.3	84.3	15.7	100.0	2017
에스토니아	65.6	0.3	65.9	34.1	100.0	2017
핀란드	74.0	6.2	80.3	19.7	100.0	2018
프랑스	77.4	10.1	87.4	12.6	100.0	2017
독일	82.5	2.6	85.2	14.8	100.0	2017
그리스	45.7	1.9	47.6	52.4	100.0	2017
헝가리	56.6	4.0	60.6	39.4	100.0	2017
아이슬란드	65.4	2.5	67.9	32.1	100.0	2017
아일랜드	74.1	4.7	78.9	21.1	100.0	2017
이스라엘	52.0	17.4	69.4	29.2	98.6	2015
이탈리아	58.8	2.9	61.7	38.3	100.0	2018
일본	83.3	0.9	84.2	15.8	100.0	2016
한국	53.6	8.0	61.5	38.5	100.0	2018
라트비아	48.6	2.6	51.2	48.8	100.0	2017
리투아니아	54.4	1.2	55.7	44.3	100.0	2017
룩셈부르크	78.6	5.3	83.9	14.4	98.3	2017
멕시코	77.1	0.6	77.7	22.3	100.0	2017
네덜란드	74.9	16.3	91.2	8.8	100.0	2018
노르웨이	72.0	-	72.0	28.0	100.0	2018
폴란드	59.6	15.6	75.2	24.8	100.0	2017
포르투갈	62.7	5.3	68.0	32.0	100.0	2017
슬로바키아	89.6	2.1	91.7	8.3	100.0	2017
슬로베니아	71.1	11.7	82.9	17.1	100.0	2017
스페인	59.7	7.9	67.6	32.4	100.0	2017
스웨덴	77.4	-	77.4	22.6	100.0	2017
스위스	52.1	6.1	58.1	41.9	100.0	2017
영국	84.6	4.1	88.6	11.4	100.0	2017
미국	56.3	-	56.3	-	56.3	2017

자료: OECD. (2018). OECD Statistics. <https://stats.oecd.org/>에서 인출

4) 의약품

국가			소계	본인부담률	합계	비고 (기준연도)
	공공재원	민간보험				
평균	53.7	4.2	55.4	44.5	-	
호주	47.5	3.3	50.8	49.2	100.0	2016
오스트리아	59.7	2.6	62.3	37.7	100.0	2017
벨기에	67.0	0.1	67.1	32.9	100.0	2017
캐나다	32.6	29.4	62.0	38.0	100.0	2018
체코	55.6	-	55.6	44.4	100.0	2017
덴마크	43.6	5.3	48.9	51.1	100.0	2017
에스토니아	49.5	0.5	50.0	50.0	100.0	2017
핀란드	46.3	0.5	46.9	53.1	100.0	2018
프랑스	76.0	9.9	85.9	14.1	100.0	2017
독일	75.9	0.6	76.6	23.4	100.0	2017
그리스	57.8	-	57.8	42.2	100.0	2017
헝가리	50.4	4.3	54.7	45.3	100.0	2017
아이슬란드	44.4	6.0	50.4	49.6	100.0	2017
아일랜드	72.7	-	72.7	27.3	100.0	2017
이스라엘	48.1	0.2	48.3	50.6	98.9	2015
이탈리아	56.3	0.7	57.1	42.9	100.0	2018
일본	68.6	0.9	69.5	30.5	100.0	2016
한국	49.4	0.8	50.2	49.8	100.0	2018
라트비아	33.5	0.2	33.7	66.3	100.0	2017
리투아니아	33.4	0.7	34.1	65.9	100.0	2017
룩셈부르크	64.7	3.8	68.6	29.9	98.4	2017
멕시코	-	4.3	4.3	95.7	100.0	2017
네덜란드	59.7	3.9	63.6	36.4	100.0	2018
노르웨이	51.0	-	51.0	49.0	100.0	2018
폴란드	35.9	0.5	36.4	63.6	100.0	2017
포르투갈	49.4	1.9	51.3	48.7	100.0	2017
슬로바키아	62.9	-	62.9	37.1	100.0	2017
슬로베니아	47.2	22.7	69.9	30.1	100.0	2017
스페인	49.3	0.2	49.5	50.5	100.0	2017
스웨덴	50.3	-	50.3	49.7	100.0	2017
스위스	52.9	5.3	58.2	41.8	100.0	2017
영국	56.8	1.2	58.0	42.0	100.0	2017
미국	70.2	-	70.2	29.8	100.0	2017

자료: OECD. (2018). OECD Statistics. <https://stats.oecd.org/>에서 인출