

외국의 본인부담제 운영체계 분석과 시사점



글·박지연

국민건강보험공단 건강보험연구센터 연구3팀

I. 시작하는 말

보험은 미래의 불확실성에 직면한 대부분의 위험 회피적인 국민들을 위한 위험분산 매커니즘이다. 따라서 건강보험의 목적은 예기치 않았던 질병이 발생했을 때 적절한 의료서비스를 제공함으로써 질병 발생에 따른 경제적 위험으로부터 보험가입자들을 보호하는 데 있다. 그러나 보험은 위험분산이라는 이득을 가입자들에게 제공하는 반면에 보험시장 참여자들의 행위를 변화시키는 이른바 도덕적 해이(moral hazard)를 유발한다. 보험가입자들은 보험가입

이후에 건강관리를 소홀히 함으로써 의료이용을 증가시킬 수 있으며(사전적 도덕적 해이) 보험급여수준에 상반하여 낮아진 본인부담가격하에서 불필요한 의료이용을 늘리거나 의료를 과다하게 사용할 수 있다. 이로 인해 한정된 의료자원이 비효율적으로 배분되고 보험료 인상이 초래된다.

이러한 문제에 대응하여 대부분의 국가들은 본인부담제(demand-side cost sharing)를 이용하여 전체 의료비용을 보험자와 의료이용자간에 분담함으로써 의료이용에서의 효율을 추구하고 있다. 따라서 본인부담제는 보험의 도입으로 인

해 과다의료소비가 이루어지는 것을 방지하기 위하여 의료이용시 의료이용자 본인이 전체 의료가격의 일부를 부담하도록 함으로써 과도한 의료이용이 유발되지 않도록 하는 동시에 위험으로부터 적절하게 보호하는 수단이라고 할 수 있다.

따라서 이러한 목적에 부합하는 본인부담제의 설계방향은 첫째, 불확실성이 커서 보험가입자들의 위험회피 정도가 크고 질병발생의 확률적 성격이 강하여 보험의 실효성이 크며 둘째, 의료수요의 가격탄력성이 작아서 도덕적 해이가 적은 부문에는(중증질병) 본인부담을 낮게 책정함으로써 위험보호라는 보험 본연의 역할에 충실하도록 보장성을 강화하고 그 반대인 부문에 대해서는(경증질병) 본인부담을 높게 책정하거나 보험급여대상에서 제외함으로써 의료비지출의 효율을 추구하는 것이다. 결국 이러한 방향에 부합하는 본인부담제도의 설계를 통하여 건강보험의 보장성을 강화하고 의료비지출의 효율화를 달성하며 건강보험재정의 건전화 달성을 달성하고 한정된 의료자원을 효율적으로 배분할 수 있을 것이다.

그러나 다른 한편, 본인부담은 저소득층의 건강에 불리한 영향을 미칠 가능성이 존재한다¹⁾. 따라서 이 점에 있어서는 저소득층의 본인부담 수준을 낮추어 주는 등의 정책적 고려가 필요할 것이다.

세계 각국은 급여범위 및 본인부담수준에서 차이를 보일 뿐만 아니라 다양한 형태의 본인부담제를 사용하고 있는 것으로 나타나고 있다. 급여범위에 포함되는 내용과 본인부담수준, 그리고 본인부담의 형태의 설계에 따라 건강보험의 보장성과 의료비지출의 효율화에 영향을 미칠 것이다. 본고는 본인부담제의 정책방향 수립에 참고하고자 선진국의 본인부담 운영체계에 대해 살펴보는 것을 목적으로 하고 나아가 우리나라의 본인부담제 설정을 위한 시사점을 도출하고자 한다. 이를 위해 제2절에서는 OECD 국가를 대상으로 급여범위와 의료서비스 종류별로 본인부담제의 유형과 수준을 살펴본다. 제3절에서는 OECD 국가를 대상으로 비급여를 포함한 총본인부담률과 의료서비스 종류별 총본인부담률을 살펴본다. 제4절에서는 시사점을 도출한다.

II. OECD국가의 급여범위, 의료서비스 형태별 본인부담제 유형 및 수준

일반적으로 조세방식의 국가가 사회보험방식의 국가에 비해 본인부담이 없거나 낮은 편이다. 또한 OECD 국가에서 본인부담은 주로 치과 및 약제 부문에서 많으며, 입원서비스나 외래서비스 부문에서 낮은 편이다. 국가별로 보험급여범위를 정하는 방식 및 급여범위에서는 다소 차이가 있다. 급여범위를 정하는 방식에 있

1) 본인부담의 변화가 건강에 어떠한 영향을 미치는지에 대한 기존연구들은 상반된 결과를 도출하고 있다. 따라서 이 문제에 대해 실증적인 연구를 수행할 필요가 있다. 박지연·채희율(2003a)은 본인부담인상이 건강보험시장에 참여하고 있는 경제주체들의 행위와 건강보험재정에 어떠한 영향을 미치는지를 분석하였다. 필자는 약국부문을 대상으로 본인부담변동이 경제주체들의 행위와 보험가입자의 건강에 미치는 영향을 분석중에 있다.

어서는 급여상환목록에 의해 급여범위를 정하는 국가들(호주, 벨기에, 프랑스, 이탈리아)도 있으며, 반대로 급여제외목록에 의해서 급여범위를 정하는 국가들도 있다. 급여범위에 있어서는 더욱 더 다양하다. 예를 들어 네덜란드 등에서는 의족 등에 대한 급여를 제공하고 있으며 스위스의 경우에는 대체의학적 치료에 대한 급여 등을 제공하고 있고 안경이나 보청기, 온천 치료 등도 많은 나라에서 급여범위에 포함하고 있다. 대부분 모든 나라가 포괄적인 의료서비스를 제공하는 편이다. 그러나 일반적으로 모든 나라에서 치과진료는 어린이를 제외하고는 급여범위에서 제외시키고 있다.

캐나다, 덴마크, 독일, 그리스, 이탈리아, 스페인, 터키, 영국 등에서는 외래일반의를 이용할 때 본인부담이 없다. 즉 완전보험을 제공하고 있다. 본인부담이 있는 나라들은 정액제를 적용하거나(호주, 아이슬란드, 아일랜드, 네덜란드, 스웨덴), 정률제를 적용하며(오스트리아, 벨기에, 프랑스, 일본, 룩셈부르크, 스위스), 일정액

공제제와 정률제의 혼합형태(핀란드, 미국)를 취하고 있다.²⁾

외래전문의 서비스에 대해서는 일반의 서비스에 비해 본인부담을 지우고 있는 나라들이 많으며, 일반의 서비스와 전문의 서비스에 동일하게 본인부담을 지우고 있는 나라들도 일반의 서비스에 비해 전문의 서비스에 높은 본인부담을 지우고 있는 편이다. 이 부문에서 본인부담이 없는 국가로는 캐나다, 덴마크, 독일, 터키, 영국을 들 수 있다. 일반의 서비스와 전문의 서비스에 대한 본인부담제는 정액제를 적용하거나(호주, 그리스, 아일랜드, 네덜란드, 뉴질랜드, 노르웨이, 포르투갈, 스웨덴), 정률제를 적용하며(오스트리아, 벨기에, 프랑스, 일본, 룩셈부르크, 스위스), 일정액공제제와 정률제의 혼합(핀란드, 미국), 정액제와 정률제의 혼합형태(아이슬란드)를 보이고 있다. 정률제와 정액제를 채택한 국가들의 비율은 유사하다.

입원부문에 대해서는 많은 나라에서 본인부

2) 대표적인 본인부담제의 유형으로는 일정액 공제제(deductibles), 정액제(co-payment), 정률제(co-insurance), 급여 상한제(limit and maximum), 급여 제한 조항(exclusion clause), 본인부담 상한제(stop-loss) 등이 존재한다. 일정액 공제제는 보험가입자가 의료이용에 대해서 미리 설정된 금액을 지불하도록 하는 것을 의미하는데, 의료서비스 이용량에 대해 매년 개인별 혹은 가계별로 누계하여 설정 금액에 도달할 때까지 의료소비자가 전액을 부담하고 그 이상을 초과하는 의료비는 보험자가 전액 급여하는 방법이다. 정액제는 일정액 공제제와 유사한 방법으로 일정액 공제제가 의료소비자가 수요할 의료서비스량에 대하여 매년 누계하여 일정액에 도달할 때까지 소비자가 전액을 부담하는 방법인데 반하여 정액제는 의료서비스의 외래일당 또는 입원일당 일정한 금액을 환자가 부담하는 방법이다. 정률제는 보험급여대상 진료비의 일정비율에 해당하는 비용을 환자가 부담하는 방식이다. 이 경우 진료비는 행위별 수가제 하에서 의료서비스 이용량에 비례하기 때문에 의료가의 인상은 곧 바로 본인부담의 인상을 가져온다. 급여 상한제는 보험에 의해 적용될 진료비에 상한을 설정하거나 급여기간을 제한하여 이를 초과하는 비용이나 기간에 대해서는 의료이용자가 부담하도록 하는 방법으로 일정액 공제제와는 반대되는 방식이다. 급여 제한 조항은 일상생활이나 업무에 지장이 없는 단순 피로나 미용을 목적으로 진료하는 경우 등에 대해서는 보험급여를 하지 않도록 하는 것을 의미한다. 마지막으로 본인부담 상한제는 개인이나 가계가 일정기간 동안(예를 들어 1년)에 부담하는 본인부담액에 대해서 상한선을 설정하는 방식으로 이는 재산성 질환으로 인한 보험가입자의 과도한 의료비지출을 방지하기 위하여 사용된다. 최근 우리나라에서도 기존의 본인부담금 보상금 제도를 확대하여 이 제도를 시행하기로 한 바 있다.

담이 없다(호주, 캐나다, 덴마크, 그리스, 아이슬란드, 이탈리아, 뉴질랜드, 노르웨이, 포르투갈, 스페인). 본인부담이 있는 나라들은 정액제를 적용하거나(오스트리아, 벨기에, 핀란드, 아일랜드, 룩셈부르크, 스웨덴, 스위스), 정률제(터키)를 적용하거나 일정액공제제(미국)를 적용하거나 본인부담상한제도가 존재하는 혼합형태(프랑스, 독일, 일본, 네덜란드)를 취하고 있다. 예컨대, 벨기에와 독일의 경우는 본인부담상한제가 있는 정액제를 시행하고 있으며, 프랑스에서는 일당 5~6달러의 정액제를 적용하고 진료비가 일정수준을 초과하면 정률제를 적용하며 본인부담에 상한을 설정하고 있다.

약제에 대해서 본인부담이 없는 국가는 터키뿐이다. 본인부담이 있는 나라들은 정액제 형태를 취하거나(호주, 오스트리아, 독일, 네덜란드, 뉴질랜드, 영국), 정률제 형태를 적용하고(벨기에, 덴마크, 프랑스, 그리스, 아이슬란드, 일본, 포르투갈, 스위스), 일정액공제제 방식을 적용하거나(아일랜드), 혼합형태(핀란드, 이탈리아, 스웨덴)를 취하고 있다. 특이할 만한 사항은 약제에 대해서는 약품을 종류별로 분류하고 차등 본인부담률을 적용하고 있다는 점이다.

이와 관련하여 미국에서 처방약에 대해 보험급여를 제공하는 관리의료조직들이 처방약에서의 비용증가에 직면하여 이를 억제하고자 하였는데, 1990년대 초와 중반에 이층(two-tier) 정액제를 설계하였다. 이는 일반약(1층)에 대해서는 낮은 본인부담액을 적용하고 고가약(2층)에 대해서는 좀더 높은 본인부담액을 적용하는 것이다. 그러나 처방약비용이 지속적으로 증가하자

1990년대 중반과 후반에 몇 보험자들은 3층 본인부담체계를 적용하고 있다. 이 체계는 일반약(1층)에 대해서는 낮은 본인부담액을 적용하고 2층(보험자가 선호하는 브랜드약)에 대해서는 높은 본인부담액을 적용하며, 3층(보험자가 선호하지 않는 약)에 대해서는 더 높은 본인부담액을 적용하는 것이다(Robinson, 2002).

외래 및 입원부문에 본인부담이 존재하지 않는 캐나다에서도 1970년부터 1986년 사이에 모든 캐나다 지방정부에서는 65세 이상의 노인들을 대상으로 처방약 이용에 대한 급여를 적용하였으며 본인부담제를 도입하였다. 처방약에 대한 본인부담제 형태 및 그 수준은 지방정부마다 다른데, 많은 지방정부에서 처음 도입시에는 본인부담액이 존재하지 않도록 하거나 약 2달러의 본인부담액을 부과하였으나 이후 본인부담액을 상향조정해 왔다(Prince Edward Island, Ontario, Saskatchewan주). Manitoba주에서는 가계소득의 2~3%에 해당하는 소득에 비례하는 일정액공제제를 적용하고 있으며 몇 개의 주에서는 본인부담상한제를 도입하고 있고(New Brunswick, Quebec, Nova Scotia, Saskatchewan, British Columbia주) 상한선 설정시 소득을 고려하고 있다(Saskatchewan, Quebec주)(Alan, 2002).

서비스 부문별 본인부담수준에서 차등을 두고 있음과 동시에 많은 국가들에서는 본인부담상한제를 설계함으로써 큰 의료비지출로부터 발생하는 경제적 부담을 덜어주고자 하고 있다. 오스트레일리아, 벨기에, 덴마크(만성질환자), 프랑스(입원진료, 중증질환 등에 대한 본인부담

상한), 독일(저소득층, 만성질환자, 어린이에 대해 본인부담상한), 네덜란드, 노르웨이 등에서는 본인부담상한제를 시행하고 있다. 이와 관련하여 OECD국가에 속해 있지 않은 대만은 급성 및 만성질환의 입원진료비에 차등을 두는 본인부담상한제도를 시행하고 있으며 일본에서는 1981년 15,000엔을 본인부담의 상한선으로 하는 제도가 도입된 이후 1984년에는 세대를 합산하여 본인부담한도액을 설정하도록 변경한 이후 지속적으로 한도액을 상향 조정하고 있다.

이와 동시에 많은 나라들에서 모든 서비스 유형에서 특히 저소득층이나 만성질환자들에게는 낮은 본인부담액이 적용되거나 낮은 본인부담률을 적용하는 등 저소득층에 대한 배려가 이루어지고 있다. 호주에서는 저소득층, 의료서비스 고

이용자 등에 대해 본인부담을 감면하고 있으며, 오스트리아에서도 저소득층에 대해 면제조치를 실시하고 있다. 벨기에, 덴마크, 독일, 그리스, 뉴질랜드, 포르투갈, 스웨덴 등 대부분의 나라에서 저소득층에 대한 배려가 이루어지고 있다.

결국 많은 나라들에서 의료서비스 부문별로 본인부담의 수준을 달리하며 본인부담제의 형태를 달리하는 동시에 과도한 의료비지출로부터 보호하기 위한 조치를 시행하고 있다. 또한 부담능력의 차이로 인해 본인부담이 필요한 의료이용을 억제함으로써 저소득층의 건강에 부정적 영향을 미칠 수 있음을 감안하여 소득수준을 반영한 본인부담제를 설계한다든지 많은 면제조항을 설정하는 등의 보완적 조치를 취하고 있다.

<표 1> OECD 국가의 급여범위, 의료서비스 부문별 본인부담제 유형 및 본인부담 수준

국가	급여범위	의료서비스 형태			
		외래일반의	외래전문의	입원	약제
호주	상환목록운영 급여제외항목 - 치과, 가정간호, 물리치료, 보청기, 성형외과수술, 응급이송	(정액제) 진료비의 25%에 대해 평균 5달러	(정액제) 진료비의 71%에 대해 평균 8달러	없음	(정액제) 처방전당 11달러까지
오스트리아	온천치료, 교통비용, 상병수당, 치료재료 등도 급여	(정률제) 전인구의 80%는 없음. 전인구의 20%에 대해 20% 적용	(정률제) 일반의와 동일	(정액제) 일당 3.6~4.4유로	(정액제) 처방전당 3.1유로

국가	급여범위	의료서비스 형태			
		외래일반의	외래전문의	입원	약제
벨기에*	상환목록운영	(정률제) 저소득층, 장애자 등 8%, 이외 30%	(정률제) 8(저소득층)-40% 1-8일:일당 33,9유로	(정액제+ 본인부담상한제) 0,25,50,60% 90일 이상:일당 12,1유로 (저소득층 예외)	(정률제) 약품종류에 따라
캐나다	급여제외항목 -외래치과치료 및 약제, 인공보철물, 안경 및 보청기	없음	없음	없음	지방에 따라 다양 ²⁾
덴마크	안경제외	없음 balance billing	일반의와 동일	없음	(정률제) 개인이 연간 지출하는 약제비 총액에 따라 차등(0~500덴마크화: 100%, 501~1,200 덴마크화:50%, 1,201~2,800덴마크화 :25%,3,600덴마크화 이상:0%)
핀란드*	교통비용, 보철, 의료용구, 가정간호 등도 급여	(일정액공제제+ 정률제) 연간16.8유로+40% balance billing	(일정액공제제+ 정률제) 일반의와 동일	(정액제) 단기입원:12.0유로 장기입원:소득수준에 따라 차등	(정액제+정률제) 처방전당 8.4유로 +초과분의 50%
프랑스*	상환목록등재 및 의사처방시 급여	(정률제) 30%+balance billing	(정률제) 30% 공공병원:25%	(정액제+정률제+ 본인부담상한제) 일당 5~6달러, 31일까지 20%, 200유로 본인부담상한	(정률제) 약품종류에 따라 0~60%
독일*	언어치료, 운송, 상병수당, 가정간호, 온천 및 재활치료도 급여	없음	없음	(정액제+ 본인부담상한제) 일당 8,7 유로(많은 면제조항 존재) 소득기준 입원진료비 본인부담상한액(가입자 보수의 2%, 장기 만성질환자 수입의 1%)	(정액제) 포장크기에 따라 4,1, 4,6, 5,1유로 참조가격 초과비용: 전액본인부담

국가	급여범위	의료서비스 형태			
		외래일반의	외래전문의	입원	약제
그리스	보험에 따라 치과진료, 상병수당도 급여	없음	(정액제) 공공병원전문의: 2.9유로	없음	(정률제) 25%, 특정약품 10% 혹은 100%
아이슬란드		(정액제) 9달러	(정액제+정률제) 17달러+초과분 의 40%	없음	(정률제) 0, 12.5, 25%
아일랜드		(정액제) 저소득층 무료, 2군환자 19.0~25.4유로	(정액제) 없음(병원의래 진찰 5.2유로)	(정액제+ 일정액공제제) 2군환자 일당 25.4유로 12개월간 254유로	(일정액공제제) 2군환자분기당 114유로, 예외 존재
이탈리아	외래서비스와 약제에 대해 상환목록 운영	없음	(일정액공제제) 36.2유로	없음	약품을 세 종류로 구분 다른 본인부담제 적용 A군:1.5유로(정액제) B군:1.5유로+초과분의 50%(정액제+정률제) C군:100%
일본*	예방접종, 안경 제외	(정률제) 10~30%	(정률제) 10~30%	(정률제+본인부담 상한제) 10~30%	(정률제) 10~30%
룩셈부르크	안경, 보청기, 교통비, 의족 등도급여 불임치료, 비만치료 등은 급여제외	(정률제) 35%	(정률제) 일반의와 동일	(정액제) 2류종합병원: 일당 5.3유로 1류종합병원: 추가비용부담	(정률제) 종류별로 0%, 20%, 60%
네덜란드*	의약품에 대한 보험상환목록 운영 의족, 보청기 등도 급여	(정액제) 소득에 따라 차등	(정액제) 소득에 따라 차등	(정액제+ 본인부담상한제) 일당 3.6유로 가구당 상한금액 존재	(정액제) 참조가격제, 특정약품 정액제
뉴질랜드	안경제외	balance billing	(정액제) 3~17달러	없음	(정액제) 2~8달러

국가	급여범위	의료서비스 형태			
		외래일반의	외래전문의	입원	약제
노르웨이*	성인의 치과진료, 안경제외	(정액제) 11달러	(정액제) 16달러	없음	(정률제+ 본인부담상한제) 5%(처방당 43달러 상한금액 존재)
포르투갈	성인의 치과진료 제외	(정액제) 15유로	(정액제) 구역내병원 전문의 :2.0유로 3차병원 전문의: 3.0유로	없음	(정률제) 치료효과에 약품구분 0%, 30%, 60%
스페인	가정내 산소치료, 휠체어 등도 급여 치과진료, 온천 치료, 성형수술 급여제외	없음	없음	없음	(정률제) 40%(만성질환자 10%)
스웨덴		(정액제) 60~140 스웨덴화	(정액제) 병원전문의 : 120~260스웨덴화	(정액제) 일당 80스웨덴화	(일정액공제제+정률제 + 본인부담상한제) 일정액공제액: 900스웨덴화 900~1,700스웨덴화:50% 1,701~3,300스웨덴화: 25% 3,301~4,300까지 10% 본인부담상한액: 1,800 스웨덴화
스위스	대체의학적 치료, 운송 등도 급여 발치, 성형수술, 불임치료 급여 제외	(정률제) 10%	(정률제) 10%	(정액제) 일당 7달러	(정률제) 10%
터키		없음	없음	(정률제) 퇴직자 10%, 취업자 20%	없음
영국		없음	없음	없음 (차액침대:정액부과)	(정액제) 처방전당 4~5달러

국가	급여범위	의료서비스 형태			
		외래일반의	외래전문의	입원	약제
미국 ¹⁾	외래약제, 일상적인 치료 및 안과치료, 장기 요양 급여 제외	(일정액공제제+ 정률제) 100달러+20%	(일정액공제제+ 정률제) 일반의와 동일	(일정액공제제) 약800달러	100% 본인부담

주: 1) 미국은 Medicare의 현행임. 일정액공제제는 미국 건강보험에서 일반적으로 존재하는데, 1991년의 경우에 공제금액은 평균적으로 1인당 200달러, 가계당 500달러에 설정되어 있음. 한편, 미국의 건강보험에서 일반적으로 본인부담상한액은 1년에 약 1,000에서 1,500달러 사이에 설정되어 있음(Cutler & Zeckhauser, 2000).

2) 본문참조.

3) *는 본인부담상한제를 실시하는 국가임. 일본은 입원과 외래, 약제를 포함하여 본인부담금액을 산정함.

자료: 다음 자료를 이용하여 필자 정리.

1) 박지연(2002a), 2) 박지연(2003), 3) 고수경(2002).

III. OECD국가의 본인부담 수준 (비급여포함)

본절에서는 OECD 국가의 비급여부문을 포함한 총본인부담 수준을 파악하고자 하였다. OECD 국가의 전체 의료비 중 민간이 부담하는 총본인부담률은 전체 국민의료비 중 공공부문에서 지출하는 비중을 제외함으로써 산출하였다. 총본인부담률은 전체 의료비중 공공부문을 제외한 민간부문이 차지하는 비중을 전체 의료비로 나누어 계산하였으므로 총본인부담률에는 민간보험에서 지출하는 부분이 포함되었다. 독일, 네덜란드, 미국, 프랑스 등에서는 민간보험이 공적부문에서 제외되는 인구에 대해 급여를 하고 있거나 보충적인 형태로 급여를 제공하고 있으므로 이를 포함하면 조사된 것보다 실제 본인부담률은 더욱 낮다.

OECD국가의 총본인부담률은 평균적으로

27.7%인데, 조세방식의 국가가 평균 22.8%를 기록하여 사회보험방식국가의 평균 30.1%보다 낮은 수준을 보이고 있다. 한편, 고소득국가들로 구성된 G7국가 중 민간보험의 비중이 높은 미국을 제외하면 평균적으로 24.2%를 본인부담으로 지출하고 있다(표 2 참조).

다음으로 부문별 총본인부담률을 파악하고자 하였다. OECD 국가에서 전체 의료비 중 입원진료비에 사용하는 비중은 국가별로 다양하지만, 평균적으로 전체 의료비의 39.4%를 차지하고 있으며, 외래진료비는 27.8%를 차지하고 있다. 우리나라의 경우 그 비중은 각각 26.5%와 42.1%였다. 입원부문과 외래부문으로 나누어 살펴 본 총본인부담률은 아래 표 2와 같다. OECD 국가들은 2000년도를 기준으로 할 때 입원진료비 중 평균적으로 17.3%를 의료이용자 본인이 부담하고 있었으며, 외래진료비에서 그 비중은 35.8%였다.

〈표 2〉 OECD국가의 비급여포함 총본인부담률(2000년)

(단위 : %)

국가	총본인부담	부문별 본인부담		의료보장유형
		입원	외래	
호주	31.1	21.8 (42.0)	45.6 (22.5)	NHS
오스트리아	30.3	16.0 (41.5)	37.7 (30.0)	NHI
벨기에	28.8	- (35.0)	-	NHI
캐나다	29.1	14.6 (29.8)	33.0 (29.7)	NHI
체코	-	1.0 (36.6)	6.2 (27.6)	NHI
덴마크	17.5	5.9 (53.3)	23.7 (24.8)	NHI
핀란드	24.9	8.2 (39.3)	29.1 (30.3)	NHI
프랑스	24.2	7.7 (41.6)	34.7 (22.8)	NHI
독일	25.0	20.2 (36.1)	28.6 (20.7)	NHI
그리스	43.9	-	-	NHI
헝가리	24.5	3.6 (27.7)	26.6 (16.2)	NHI
아이슬란드	15.6	- (55.7)	-	NHI+NHS
아일랜드	26.7	-	-	NHI+NHS
이탈리아	26.6	5.5 (41.4)	29.4 (30.2)	NHI+NHS
일본	21.7	10.6 (37.9)	18.3 (33.7)	NHI
한국	55.6	48.5 (26.5)	54.2 (42.1)	NHI
룩셈부르크	10.5	7.1 (40.7)	14.0 (27.8)	NHI
멕시코	52.1	27.9 (35.7)	90.6 (24.9)	NHI
네덜란드	36.6	20.0 (39.9)	48.4 (17.7)	NHI
뉴질랜드	22.0	- (44.9)	-	NHI

국가	총본인부담	부문별 본인부담		의료보장유형
		입원	외래	
노르웨이	15.0	- (61.7)	-	NHI
폴란드	28.9	-	-	NHI+NHS
포르투갈	31.5	- (33.4)	-	NHI
슬로바키아	10.6	-	-	NHI
스페인	28.3	8.5 (41.3)	57.0 (26.3)	NHI
스웨덴	15.0	-	-	NHI+NHS
스위스	44.4	42.5 (46.8)	52.6 (27.8)	NHI
터키	28.1	- (29.3)	-	NHI
영국	19.1	-	-	NHI+NHS
미국	55.8	41.4 (27.6)	60.1 (44.8)	NHI+민간보험
OECD 평균	27.7	17.3 (39.4)	35.8 (27.8)	

주: 1) 미국을 제외한 G7국가의 평균 총본인부담률은 24.2, 조세방식국가의 평균 총본인부담률은 22.8, 사회보험방식국가의 평균 총본인부담률은 30.1로 나타남.

2) NHI : 사회보험방식의 국가, NHS : 국민보건서비스, 즉 조세방식의 국가

3) 아일랜드, 스웨덴, 영국, 이탈리아, 포르투갈: NHI(현금급여) +NHS(현물급여)

4) ()안 수치는 전체 진료비에서 각 부문이 차지하는 비중임.

자료: OECD Health Data 2003.

IV. 맺는말

본인부담제는 건강보험의 보장성을 강화하고 의료비의 지출을 효율화하며 건강보험재정의 건전화에 위해 매우 중요한 수단이다. 선진국에서는 제2차 세계대전을 전후로 하여 정부의 역할이 강조되고 의료에 대한 접근성을 강조하는 분위기가 확산되면서 포괄적인 보험급여를 제

공하는 동시에 낮은 본인부담 수준을 유지하여 왔다. 그러나 1970년대의 의료보장의 재정위기에 직면하여 1990년대에는 본인부담을 유인수단으로 하여 의료이용에서의 효율을 추구하고 있다. 본인부담증가를 이용한 유인정책이 캐나다, 프랑스, 독일, 이탈리아, 일본 등에서 추진되었다. 중요하지 않은 서비스는 보험급여에서 제외되었으며, 외래부문과 약제부문에서 본인부담이

증가하였다³⁾. 이러한 분위기는 포괄적 의료서비스를 제공하는 미국의 관리의료보험에서도 나타나고 있다.

공급자에 대한 선택을 제한하고 포괄적인 의료서비스를 제공함으로써 낮은 본인부담 수준을 유지해왔던 미국의 관리의료보험자들은 관리의료에 대한 지속적인 반발과 재개된 비용증가에 직면하여 의료공급자에 대한 소비자의 선택을 확대하는 동시에 급여범위 축소, 본인부담액 증가, 높은 일정액공제액 설정 등 본인부담 정책을 다시 강조하고 있다(Robinson, 2002).

현재의 OECD 국가의 본인부담제 체계를 살펴본 결과 급여범위를 설정함에 있어서 급여상환목록을 사용하거나 제외목록을 사용하는 방법으로 급여범위를 설정하고 있었고 본인부담은 입원, 외래전문의, 외래일반의, 약제 순으로 높았다. 외래부문과 입원부문에 대해서는 본인부담이 없거나 낮추는 경향이 있었으나 약제부문에 있어서는 본인부담이 높은 것으로 나타났다. 외래부문내에서는 일반의 서비스와 전문의 서비스에 대해서 본인부담에 차등을 두고 있었으며, 전문의 서비스에 대한 본인부담이 높았다. 본인부담의 형태는 외래전문의 서비스 및 일반의에 대해 정액제와 정률제를 사용하는 경우가 많았으며 일부 국가에서는 일정액공제제와 정률제를 병행하는 것으로 나타났다.

입원부문에 대해서는 많은 나라들에서 본인부담이 없거나 낮았으며 본인부담제 형태로는 정액제를 사용하는 나라들이 많았다. 이러한 형태

에 본인부담상한제를 시행함으로써 과다한 의료비지출로부터 보호하고자 하는 것으로 나타났다.

약제부문에서는 많은 국가들이 여타 부문보다 본인부담수준이 크게 높았으며 대개 약품종류별로 차등적인 본인부담률을 설정하는 것으로 나타났다. 또한 일반약과 고가약간에 본인부담 수준을 달리하는 정책은 우리나라에서 약제비의 비중이 크고 고가약과 오리지널약의 이용율이 높다는 점을 감안하면 우리나라 본인부담 설계에 시사하는 점이 크다.

한편, 최근 의료비용 증가를 억제하고 의료비지출에서의 효율을 추구하기 위한 본인부담의 인상조치에도 불구하고 많은 국가들은 소득수준, 연령, 질병 등을 고려하여 비용부담을 감면하거나 면제를 허용함으로써 저소득층을 보호하고 있으며, 소득에 비례하는 본인부담상한제를 도입하고 있는 것으로 나타났다. 이와 관련하여 소득수준에 따라 의료이용에서의 차이가 존재하고 이에 따라 본인부담상한액을 소득수준에 관계없이 일정하게 적용할 경우 고소득층에게 유리하게 작용할 가능성이 크다는 점을 감안하면 본인부담상한의 설정시에는 소득수준을 반영하는 것이 타당할 것이다.

마지막으로 OECD Health Data를 이용하여 분석한 결과 OECD 국가에서 평균적으로 입원부문의 본인부담률이 전체 입원비용중 17.3%를 차지하고 있었으며 외래부문에서 그 비중은 35.8%를 차지하고 있는 것으로 나타나 입원부문이 외래부문보다 본인부담이 크게 낮은 것으

3) 구체적인 내용은 박지연 · 채희을(2003) 참조.

로 나타난 반면, 우리나라의 경우 입원부문과 외래부문의 본인부담률 수준이 크게 차이가 없다는 점은 건강보험의 보장성 강화와 의료비지출의 효율화를 위한 본인부담 설계에 시사하는 바가 크다. 

참 / 고 / 문 / 헌

- 국민건강보험공단, 『OECD 국가의 의료보장제도』, 2003.
- 고수경, 「주요국가의 진료비 본인부담 현황」, 『건강보험포럼』, 2002년 가을호, pp. 98~116.
- 박지연(a), 『건강보험 본인부담변동에 따른 재정영향 분석 - 1차 의료를 중심으로』, 국민건강보험공단 건강보험연구센터, 2002.
- 박지연(b), 「정보의 비대칭과 건강보험의 과제」, 『건강보험포럼』, 2002년 겨울호, pp. 103~110.
- 박지연 · 채희울(a), 「건강보험 본인부담률의 인상이 건강보험재정에 미치는 영향」, 『보험학회지』, 한국보험학회, 제64집 '03-4, 2003, pp. 109~136.
- 박지연 · 채희울(b), 「의료보장의 재정위기와 대응방안: 선진국의 경험과 시사점」, 『산업연구』, 경기대학교부설한국산업경제연구원, 제16집, 2003, pp. 354~375.
- Alan, S., "The effect of drug subsidies on out-of-pocket prescription drug expenditures by seniors: regional evidence from Canada",

Journal of Health Economics, 2002, pp. 805~826.

- Crown, W. H., E. R. Berndt, O. Baser, S. N. Finkelstein, W. P. Witt, J. Maguire, & K. E. Haver, "Benefit Plan Design and Prescription Drug Utilization Among Asthmatics: Do Patient Copayments Matter?", NBER Working Paper, No. 10062, 2003.
- Cutler, D. M., "Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: the Dynamics of International Medical Care Reform", Harvard University, mimeo, 2002.
- Cutler, D. M., & R. J. Zeckhauser, "The Anatomy of Health Insurance", NBER Working Paper, No. 7176, 1999.
- Newhouse, J. P., & the Insurance Experiment Group, *Free for All: Lessons from the Rand Health Insurance Experiment*, Harvard University Press, Cambridge, MA, 1993.
- OECD, OECD Health Data 2003.
- Oxley, H. & M. MacFarlan, "Health Care Reform: Controlling Spending and Increasing Efficiency", OECD, Economic Department Working Paper, No. 149, 1994.
- Robinson, J. C., "Renewed Emphasis on Consumer Cost Sharing in Health Insurance Benefit Design", *Health Affairs*, 2002, pp. 139~154.