



재난적 의료비 지출의 국제 비교

오승연 연구위원, 김미화 연구원

■ 재난적 의료비는 가계의 의료비 지출이 연간소득의 40% 이상인 경우를 말함. 다수 유럽 선진국들은 재난적 의료비 지출을 경험한 가구가 거의 없는 데 반해 우리나라는 재난적 의료비 경험 가구의 비중이 3.7%로 매우 높은 수준임. 그 원인은 가계의 의료비 지출을 구성하고 있는 급여의 본인부담액과 비급여 의료비 부담이 크기 때문임. 가계의 재난적 의료비 지출 위험을 줄이기 위해서는 공적건강보험의 본인부담상한액을 점진적으로 낮춰가고, 비급여의료비 부담을 줄이기 위해 비급여의료비 관리체계를 조속히 구축해야 할 것임.

■ 재난적 의료비는 가계소득이나 가계지출에서 직접 지불하는 의료비가 일정수준(threshold)을 넘어서는 경우를 말함.

- 국제보건기구(WHO)는 재난적 의료비 기준을 본인부담 의료비(건강보험료+법정급여 본인부담금+비급여 본인부담금)가 연간 가구소득의 40%를 넘게 지출한 경우¹⁾로 정하고 있음.
- 하위소득계층은 상위소득계층에 비해 재난적 의료비 지출을 경험할 가능성이 더 높음.
 - 하위 10% 소득계층의 18.4%가 재난적 의료비를 경험한 것에 반해, 상위 10%는 0.7%로 나타남.²⁾

■ 우리나라의 재난적 의료비를 경험한 가구 비중은 선진국과 비교해 매우 높은 편임(〈표1 참조〉).

- 대부분 유럽 선진국들은 재난적 의료비 경험 가구가 없거나 있더라도 2% 미만임에 비해 우리나라 비중은 3.7%로 매우 높은 수준임.
- 선진국 중 미국이 2.0%로 가장 높음.

1) WHO(2000)는 지불능력 중 의료비로 40% 이상 지출된 경우로 정의하였으나, 각국의 보건의료상황에 따라 그 기준점은 더 높거나 낮을 수 있음.

2) 건강보험정책연구원(2015), 『본인부담상한제 제도개선 영향분석 및 정책방안 연구』.

〈표 1〉 재난적 의료비 경험가구 비중 및 의료비 중 본인부담 비중(2014년)

(단위: %)

구분	재난적 의료비 경험가구 비중	보건의료비 중 본인부담(Out-of-pocket) 비중
한국	3.7	36.8
미국	2.0	11.5
아일랜드	1.6	15.4
헝가리	0.5	28.4
핀란드	0.1	19.1
벨기에	0.0	17.8
덴마크	0.0	13.8
룩셈부르크	0.0	10.7
뉴질랜드	0.0	12.6 ¹⁾
노르웨이	0.0	14.5
스웨덴	0.0	15.5
영국	0.0	14.8

주: 1) 2013년 기준임.

자료: OECD(2016), “Health care coverage in OECD countries in 2012”, OECD Health Statistics 2016.

■ 우리나라의 재난적 의료비 경험 가구 비중이 높은 원인은 본인부담 의료비(out of pocket payment)를 구성하고 있는 급여의 법정본인부담금과 비급여 의료비 부담이 크기 때문임.

- 우리나라 전체 의료비 중 가계가 부담하는 의료비 비중은 2014년 36.8%로 OECD 국가들 중 가장 높은 수준임(〈표1 참조〉).
- 이 가운데 법정본인부담금의 비중은 19.7%이고 비급여 의료비의 비중은 17.1%임.³⁾

■ 공적 의료보험 제도는 가계의 과도한 의료비 부담을 완화시키기 위해 본인부담상한제를 도입하고 있는데 우리나라의 본인부담상한액은 OECD 선진국과 비교해서 매우 높은 편임.

- 우리나라의 경우 2004년 제도 도입 당시에는 모든 소득계층에 단일한 상한액을 적용하였다가 2014년 1월 1일부터 소득수준별로 120만 원~500만 원의 7구간 상한액을 적용하고 매년 전국 소비자물가지수 변동률(최대 5%)에 의해 연동되도록 하고 있음.
- 구매력평가 기준 1인당 국민소득은 OECD 선진국들과 비교해 낮지만, 본인부담상한액은 본인부담 상한제를 시행하고 있는 국가들 중 가장 높은 수준임(〈표2 참조〉).
 - 상한액의 기준은 국가별로 상이하나 OECD 선진국의 경우 대부분 본인부담상한액이 아주 낮은 수준이며, 유럽 선진국 중 비교적 본인부담금이 높은 벨기에의 경우도 본인부담상한액이 약 57만 원~230만 원 사이로 설정되어 있어 우리나라의 절반 수준임.

3) 국민건강보험공단(2016), 『2014년도 건강보험환자 진료비 실태조사』.

〈표 2〉 국가별 본인부담상한액(2015년 조사기준)¹⁾

(단위: %)

국가	1인당 GDP (US\$ PPP)	본인부담상한액
스웨덴	42,797	외래: 연간 1,100 SEK(146,025원), 입원: 1일 100 SEK(13,275원, 연간 상한액 없음), 의약품: 연간 2,200 SEK(292,050원)
일본 ²⁾	34,989	- 주민세 비과세: 월 35,400¥(330,636원) - 연소득 < 370만¥: 월 57,600¥(537,984원), 370~770만¥: 월 80,100¥+(진료비-267,000)×1%, 770~1,160만¥: 월 167,400¥+(진료비-558,000)×1%, > 1,160만¥: 월 252,600¥+(진료비-842,000¥)×1%
아일랜드	47,796	가정의 진료, 의약품: 월 90€(114,840원), 입원: 연간 750€(957,000원)
아이슬란드	45,587	나이, 장애, 고용상태에 따라 4그룹으로 나뉘고, 아래의 상한액에 도달하면 할인된 본인 부담 적용 A: 28,770.84 ISK(259,513원), B: 23,046.03 ISK(207,875원), C: 7,1932 ISK(64,878원), D: 8,220 ISK(74,147원)
독일	41,538	연소득의 2%(장기만성질환자는 연소득의 1%)
벨기에	39,567	- 연소득 < 17,780.16: 450€(574,200원), 17,780.17~27,333.69: 650€(829,400원), 27,333.70~36,887.24: 1,000€(1,276,000원), 36,887.25~46,042.70: 1,400€(1,786,400원), > 46,042.71: 1,800€(2,296,800원) < 19세: 650€(829,400원)
호주	42,793	- 일반: 2,000 AUD(1,713,900원) 초과 시 20% 부담 - 연방정부 사회보장 혜택자, FTB(A) 수령 가족: 638.40 AUD(547,077원) 초과 시 20% 부담
노르웨이	59,731	의료서비스종류별³⁾ I : 2,105NOK(296,784원), II : 2,675NOK(377,148원)
스위스	52,488	일반: 700CHF(829,017원), 미성년자: 350CHF(414,509원)
한국	33,657	보험료 수준별 1분위 120만 원, 2-3분위 150만 원, 4-5분위 200만 원, 6-7분위 250만 원, 8분위 300만 원, 9분위 400만 원, 10분위 500만 원

주: 1) 스웨덴(2014), 아일랜드(2014), 아이슬란드(2013), 스위스(2012) 기준임.

2) 70세 미만 기준임.

3) 의료서비스 I -의사와 심리학 상담, 중요하거나 비싼 의약품, 검사 및 치료를 위한 교통비, II -물리치료, 치과진료, 영양센터 입원, 해외진료.

자료: 건강보험정책연구원(2015), 『본인부담상한제 제도개선 영향분석 및 정책방안 연구』.

■ 가계의 재난적 의료비 지출 위험을 줄이기 위해서는 국민건강보험의 본인부담상한액을 낮추고 가계 의료비 지출의 큰 부분을 차지하는 비급여 의료비 부담을 줄여야 할 것임.

- 국민건강보험은 본인부담상한액을 점진적으로 낮춰가고, 급여의 보장범위를 확대하여 비급여 의료서비스를 줄여가야 할 것임.
 - 국민건강보험은 급여의 보장범위를 확대하고 있으나 비급여 의료비 관리체계가 부재하여 비급여 의료비를 감소시키지 못함에 따라 가계의 의료비 지출 부담을 줄이기 힘든 상황임.
- 정부는 비급여 코드 표준화, 비급여 진료비 청구에 대한 적정성 심사 등 비급여 의료비 관리체계를 조속히 구축하여야 할 것임. [kiri](#)