

# 조세 재정

2017. 11. 30(통권 제61호)

# BRIEF

## 비효율적 보건 의료 지출의 현황과 과제

김우현 부연구위원(044-414-2338)





BRIEF

---

## 비효율적 보건 의료 지출의 현황과 과제

김우현 부연구위원 (044-414-2338)

---

I. 논의의 배경 .....	02
II. 비효율적 보건 의료 지출의 분류 .....	04
III. 한국의 현황 .....	07
IV. 결론 .....	17



## I 논의의 배경

- 정부의 건강보험 보장성 강화 대책 발표 이후, 건강보험 급여 범위 확대 및 의료비 부담 완화에 대한 기대와 더불어 건강보험 재정 건전성에 대한 우려가 공존하고 있음
  - 개인 의료비 부담의 주요 원인이 되어 왔던 3대 비급여 개선 및 기타 비급여 항목의 급여 체계로의 편입, 치매 환자·어린이·장애인·저소득층 등 취약 계층의 의료비 부담을 줄이는 것이 목적임
  - 건강보험 보장성 확대를 위해 2022년까지 총 30.6조원을 투입할 예정임
  - 2017년 3월에 발표된 건강보험 재정 추계<sup>1)</sup>와 비교 시 향후 건보 재정의 추이를 바라보는 관점이 상이하여 재정 건전성에 대한 우려가 지속되고 있음

〈표 1〉 요양기관 종별 요양급여비용 심사실적

(단위: 억원, %)

구분	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	연평균 증가율	
총계	350,366	394,296	436,570	460,760	482,349	507,426	545,275	580,170	7.47	
의료기관	소계	254,755	287,224	321,623	339,950	364,094	388,738	420,270	449,220	8.44
	상급종합병원	53,289	62,624	71,091	72,397	76,225	80,642	85,649	91,596	8.05
	종합병원	53,242	56,616	65,194	68,543	71,509	77,171	83,378	88,644	7.55
	병원	39,165	48,176	57,428	64,827	74,301	82,022	89,411	97,376	13.90
	의원	82,469	89,900	95,547	99,646	104,855	106,742	113,134	117,916	5.24
	치과	11,423	12,402	13,790	14,718	16,029	19,392	24,267	28,782	14.11
	한방	13,618	15,784	16,827	18,069	19,410	21,090	22,724	23,210	7.91
	보건기관 등	1,549	1,722	1,745	1,749	1,766	1,679	1,707	1,695	1.30
약국	95,610	107,071	114,948	120,810	118,255	118,688	125,005	130,950	4.60	

출처: 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 『국민건강보험통계연보』, 심사결정 기준

1) '16-'25 8대 사회보험 중기재정추계

- 의료 지출 효율화는 보장성 확대와 건보 재정 건전화의 목표를 동시에 달성하기 위해 선결되어야 하는 과제임
  - 2008~2015년 우리나라의 건강보험 요양급여비용은 연평균 7.47% 증가했음
  - 향후 인구 고령화, 보장성 확대 등 다양한 요인들이 건강보험 지출 증가를 견인할 것으로 예상됨
  - 보건복지부는 이번 보장성 강화 대책에 급여지출 효율화를 위한 방안들이 고려되었고, 이러한 요인들이 재정 추계에 포함되었다고 밝히고 있음<sup>2)</sup>
  
- 미국 오바마케어 정책 역시 의료 지출 효율화를 위한 다양한 정책을 동시에 추진함으로써 의료 재정 건전성에 대한 우려를 불식시키려고 했음
  - 미국은 오바마케어 정책을 통해 약 2천만명의 의료보험 미가입자(2016년 2월 기준)를 보험 체계에 편입시키는 의료 보험 보장 확대를 달성함
  - 대표적으로 퇴원 후 30일 내 재입원 사례가 빈번한 병원의 의료비 하향 지급(Hospital Readmissions Reduction Program), 묶음 수가(bundle payments) 도입, 책임 의료 기구(Accountable Care Organization) 도입 등의 정책이 시행되고 있음
  
- 임상의 각 분야 및 의료 서비스 체계 전반에 걸쳐 지출의 비효율적 요소들을 개선해야 한다는 정책 목표에는 정부, 의료계, 국민 모두 이견이 없음
  - 어떤 방식으로 비효율적 의료 지출(medical waste)을 정의하고, 어떤 정책 수단으로 이를 제어할 것인가에 대한 논의가 지속되어야 함
  
- 이 글에서는 2017년 1월 경제협력개발기구(OECD)에서 발간한 『보건 의료 분야의 비효율적 지출 방지 방안(Tackling Wasteful Spending on Health)』 (이하 OECD 연구)을 기반으로 비효율적 의료 지출의 정의, 국제 비교를 통한 한국의 의료 지출 현황, 급여 지출의 효율화를 위한 시사점을 제시하고자 함

2) 보건복지부 홈페이지, 건강보험 보장성 강화대책, FAQ 참고

## II 비효율적 보건 의료 지출의 분류

- OECD 연구에서는 비효율적 의료 지출(wasteful spending on health)을 (1) 환자에게 어떠한 편익을 주지 않거나 오히려 해로운 의료 서비스를 제공하는 경우 (2) 동일하거나 더 나은 편익을 제공하면서 더 저렴한 다른 의료 서비스가 존재함에도 이용하지 않는 경우로 정의하고 있음
- 위와 같은 정의를 기반으로 비효율적 보건 의료 지출은 임상적 비효율 지출(clinical waste), 운영 측면의 비효율 지출(operational waste), 거버넌스 관련 비효율 지출(governance-related waste)로 세분화될 수 있음

〈표 2〉 비효율적 보건 의료 지출(medical waste)의 분류

구분	내용	예
임상적 비효율 지출 (clinical waste)	· 환자가 필요로 하지 않는 의료 서비스가 제공된 경우	· 예방 가능한 의료 부작용(adverse event) · 저가치 의료(low-value care) · 불필요하게 반복되는 의료 서비스
운영 측면의 비효율 지출 (operational waste)	· 환자가 필요로 하는 적절한 서비스를 제공받지만, 이 과정에서 지나치게 가격이 높은 재화 및 서비스가 이용되거나, 낮은 가격의 대체재로 동일한 효과를 낼 수 있는 경우임에도 불구하고 사용되지 못하는 경우	· 복제 의약품(generic drug) 과소이용 · 불필요한 병원 서비스 이용
거버넌스 관련 비효율 지출 (governance-related waste)	· 자원이 환자의 의료 서비스 제공에 직접적으로 기여하지 못하는 경우	· 과도한 의료 행정비용(administrative waste) 증가 · 의료 서비스 제공 관련 사기, 남용, 부패

출처: OECD, *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris, 2017를 바탕으로 저자가 작성

- **임상적 비효율 지출(clinical waste)**은 여러 원인으로 인해 환자가 필요로 하지 않는 의료 서비스를 제공받는 상황을 의미하며, 의료 부작용(adverse event)과 저가치 의료(low-value care)가 대표적인 경우임

- 의료 부작용은 해당 질병이 원인이 아니라 의료 서비스 제공 과정에서 의도치 않은 신체적 상해를 입어 입원 기간의 연장, 장애, 사망 등 원하지 않는 결과를 가져오는 모든 경우를 지칭함
  - 잘못된 부위의 외과 수술(예: 건강한 신장의 제거), 외과 수술 이후 수술 장비 및 이물질 제거의 실패 등 발생해서는 안 될 의료 사고뿐 아니라, 수술 후 감염으로 인한 패혈증, 수술 후 폐색전증 등 비교적 빈번하게 일어나며 많은 경우 사전 예방이 가능한 의료 부작용 사례가 이에 해당함
  - 미국의 경우 전체 사망 원인 중 3위가 의료 부작용으로 알려져 있으며(Makary and Daniel, 2016), 전 세계적으로 의료 부작용으로 인한 의료 지출 규모는 전체 병원 진료 지출의 13~16%에 이르는 것으로 보고됨(Jackson, 2009)
  
- 저가치 의료는 임상적 효과가 없거나 임상적 효과가 임상적 위험(치료 과정에서 발생할 수 있는 부작용 및 기타 위험한 상황) 정도를 넘지 못하는 의료 서비스가 제공되는 경우, 혹은 비용 측면에서 비효율적인 의료 서비스가 제공되는 경우를 의미함
  - 효과가 검증되지 않은 과잉검사(overtesting)가 과잉진단(overdiagnosis)을 야기하는 상황이 대표적인 예이며, 다양한 임상적 상황에서 빈번하게 발생하고 있음<sup>3)</sup>
  - 부적절한 제왕절개 분만술, 퇴행성 관절염 치료를 위한 슬관절 관절경 등 불필요하다고 판단되는 상황에서의 외과적 수술이 시행되는 경우도 있음<sup>4)</sup>
  
- 의학의 본질적 불확실성으로 인해 많은 경우 임상적 비효율 지출을 식별하고 적절하게 규제하기가 어려움
  - 일부 의료 서비스는 서비스 제공에 대한 과학적인 임상 기준이 존재하거나 이상적인 이용 규모에 대한 기준이 존재해서 임상적 비효율 지출에 대한 식별이 상대적으로 용이하지만,<sup>5)</sup> 대부분의 경우 이러한 절대적인 기준이 부재함
  - 절대적 기준의 미비함을 극복하고자 미국을 비롯한 OECD 9개국은 의료 이용규모의 지역 간 상대적 비교를 통해 의료 이용 수준의 이상치(outlier)를 파악하고, 이를 기준으로 임상적 비효율

3) 요통 및 두통 진단을 위한 촬영, 일부 암의 과도한 검사 등

4) 호주의 병원들을 대상으로 한 연구에서 임상적 근거가 희박한 5가지 대표적 저가치 진료(골다공증 관련 척추 골절 치료를 위한 척추성형술, 퇴행성 관절염 치료를 위한 슬관절 관절경, 만성 골반 통증 치료를 위한 복강경하 자궁신경 소작술, 자궁적출술 중 건강한 난소 제거, 암·كرون병·뇌혈관 질환 환자를 위한 고압산소요법)를 선정하고 실제의 시술 현황을 분석한 결과, 매주 100회 이상 해당 진료들이 실시된 것으로 나타남 (Duckett et al., 2015)

5) 예를 들어 한 국가의 이상적인 제왕절개 출산율은 10~15%로 알려짐(WHO, 2015). 신경 안정제인 벤조디아제핀(benzodiazepine)은 여러 부작용의 위험으로 고령층의 처방이 금지됨

을 지출 규모와 결정 요인을 밝혀냄<sup>6)</sup>

- ● **운영 측면의 비효율 지출(operational waste)**은 더 적은 의료 자원을 이용하여 동일한 효과를 거둘 수 있는 대체 의료 서비스가 존재함에도 이를 이용하지 않는 경우임
  - 복제 의약품 과소 이용, 과도한 병원 입원 의료 서비스 이용 등이 대표적인 예임
  - 특허가 만료된 오리지널 의약품과 효과가 유사한 복제 의약품(generic drug)은 동일한 의료 서비스를 저렴한 비용으로 제공할 수 있는 기회임에도 불구하고 그 활용에 있어 국가 간 큰 차이를 나타내고 있음
  - 병원 입원 의료 서비스는 집중적인 의료 자원의 투입 및 지속적인 관찰이 필요한 환자에게 제공되어야 함. 이러한 서비스를 필요로 하지 않거나 사전에 더 저렴한 비용의 의료 서비스를 통해 입원 서비스를 대체할 수 있는 경우임에도 입원을 하는 경우, 운영 측면의 비효율 지출이 발생되었다고 판단할 수 있음
    - 만성질환으로 인한 병원 입원, 사전 예방 가능한 응급 서비스 이용, 경증 수술의 입원 치료, 병원의 행정적 이유 혹은 환자의 선호에 의한 퇴원 시기의 연기 등 다양한 사례가 이에 해당됨
  - 운영 측면의 비효율 지출 해결 방안은 의료 전달 체계의 전면적인 개편, 1차 의료 · 예방 의료의 활성화, 이를 효과적으로 뒷받침하는 합리적인 의료 수가 체계 정비 등 한국 보건 의료 분야의 주요 난제들과 맞물려 있음
- ● **거버넌스 관련 비효율 지출(governance-related waste)**은 지출되는 의료비 중 환자 진료에 직접적으로 기여하지 않는 모든 비효율적 지출을 지칭함
  - 보건 의료 시스템 운영을 위해 소요되는 과도한 행정비용, 의료비 처리 과정의 사기, 남용, 시스템의 부패 등이 이에 해당됨

6) Gawande (2009)의 The New Yorker 기사에는 1인당 의료비 지출이 과도하게 높은 텍사스의 소도시 McAllen을 직접 방문하여, 지역 내 의료 공급자들의 경쟁적인 이윤 추구 문화가 의료비 과다 지출의 주요인임을 밝혀냄 <https://www.newyorker.com/magazine/2009/06/01/the-cost-conundrum> 참고.(접속일자: 2017.11.13)

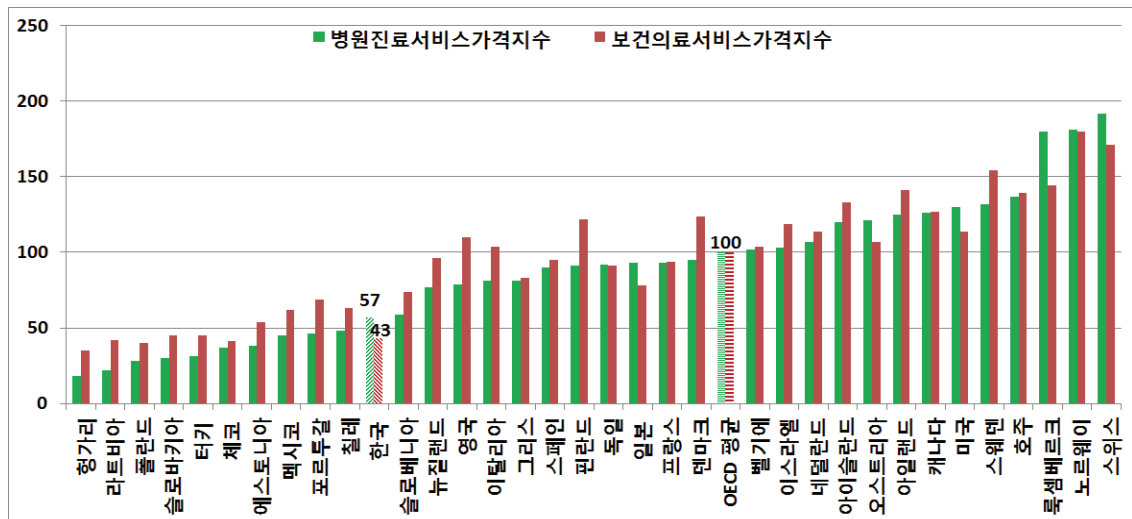
### Ⅲ 한국의 현황

#### 1. 한국의 의료비 지출 규모 현황

- 한 국가의 의료비 지출 규모는 의료 서비스의 가격 수준과 이용량에 의해 결정되므로, 가격 수준과 이용량 수준을 각각 분리하여 관찰할 필요가 있음
- 한국의 의료비 지출은 2016년 GDP 대비 7.7%로, OECD 국가 평균인 9.0% 수준에 비해 양호한 편이지만(OECD Health Statistics, 2017), 의료 관련 가격 지수를 보정한 후의 지출 수준은 OECD 국가 평균 이상인 것으로 나타남
  - 보건 분야 전체 및 병원 진료의 가격 수준을 구매력 평가 기준으로 국제 비교한 Lorenzoni and Koechlin(2017)에 따르면, OECD 평균 가격 지수를 100으로 가정할 경우 한국의 보건 분야 가격 수준은 43, 병원 진료 가격 수준은 57로 분석됨 (그림 1) 참조
  - 많은 전문가들이 지적하고 있는 한국의 의료 서비스 저수가 구조가 국제 비교를 통해서 간접적으로 확인됨

[그림 1] OECD 회원국 의료 서비스 가격 비교

(구매력 평가 기준)



주: OECD 평균 가격 지수를 100으로 정함. 2014년 기준

출처: Lorenzoni and Koechlin (2017), OECD의 자료를 바탕으로 저자가 재작성

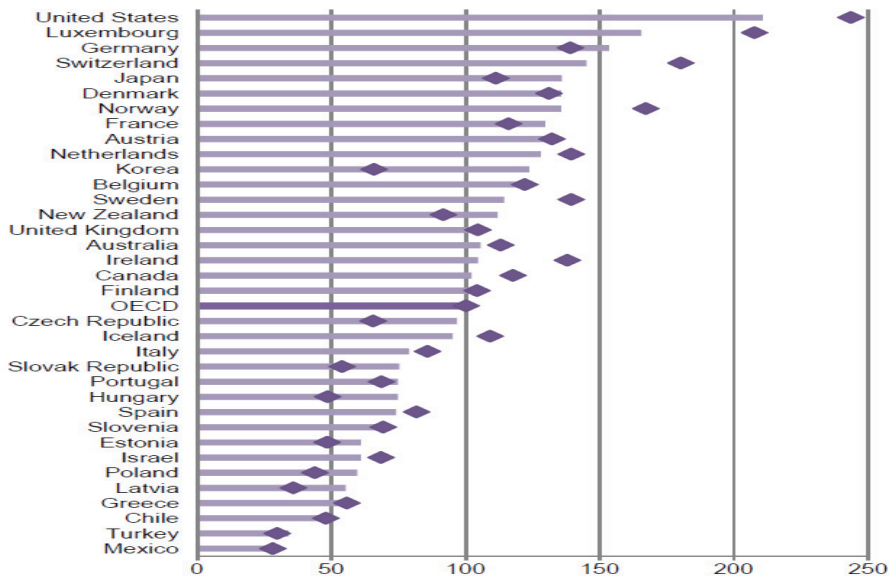
원출처: OECD-Eurostat Purchasing Power Parities Survey, 2016

- 보건 관련 가격 지수를 보정하여 1인당 의료비 지출 수준을 국제 비교할 경우, 한국의 의료비 지출은 OECD 평균을 상회하는 것으로 나타남 ([그림 2] 참조)
- 이처럼 OECD 국가 평균에 비해 양호해 보이는 한국의 의료비 지출 규모는 저수가 구조로 인한 착시 현상이며, 이용량 규모를 통제하기 위한 세부적인 연구와 정책이 마련되어야 할 시점임을 알 수 있음

## 2. 한국의 비효율적 보건 의료 지출

- 한국의 비효율적 보건 의료 지출에 대한 체계적이고 객관적인 통계 자료는 부족함<sup>7)</sup>

[그림 2] OECD 회원국 1인당 의료비 지출 비교



주: 막대 그래프 (보건 의료 서비스 가격 보정), ◆ (GDP 보정)

OECD 평균 1인당 의료비 지출을 100으로 정함. 구매력 평가 기준, 2015년 기준

출처: Lorenzoni and Koechlin (2017), OECD

원출처: OECD-Eurostat Purchasing Power Parities Survey, 2016

7) 2017년 6월 '건강보험 40주년 기념 국제심포지엄'에서 OECD 보건국장인 프란체스카 콜롬보(Francesca Colombo)는 한국의 비효율적 보건 의료 지출의 규모가 전체 의료비의 20%에 이른다고 주장했다는 언론보도가 있었으나, 이는 한국을 중심으로 한 특정 연구 결과를 기반으로 한 것이 아니라 OECD 국가의 평균적인 비효율적 보건 의료 지출의 현황을 기반으로 한 일반적인 언급으로 생각됨

- 일부 OECD 국가의 경우처럼 지역 간 상대적인 의료 이용의 격차를 이용해 비효율적 보건 의료 지출 규모 및 의료 재정 손실을 추정하는 연구도 부족한 상황임
- OECD 연구에서는 다양한 의료 서비스 이용량의 국제 비교 자료를 제공하고 있으며, 이를 통해 간접적으로 한국의 비효율적 보건 의료 지출 규모의 상대적 수준을 가늠할 수 있음

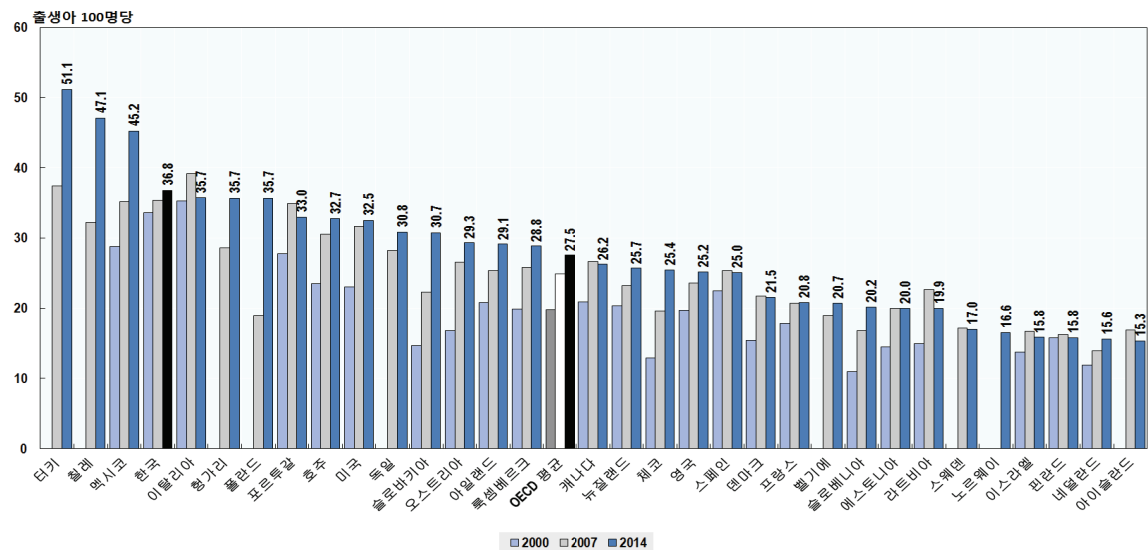
## 1) 임상적 비효율 지출

### 가) 제왕절개 출산율

- 높은 제왕절개 출산율은 임상적 비효율 지출의 대표적인 예임

[그림 3] 제왕절개 출산율 국제 비교

(단위: 출생아 100명당 제왕절개 출생아 수)



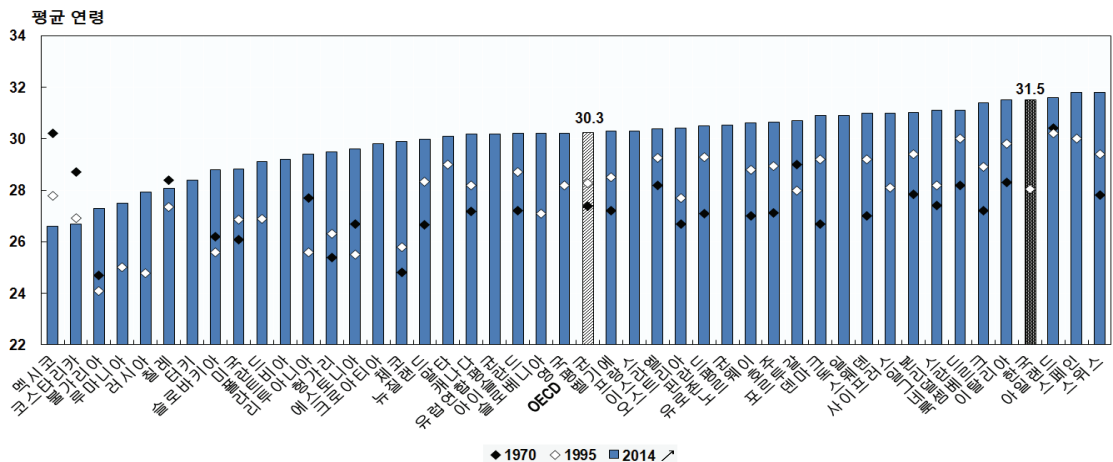
출처: OECD Health Statistics (2016)

- OECD 국가 평균 제왕절개 출산율은 27.5%이며, 한국은 36.8%로 높은 수준의 제왕절개 출산율을 나타내고 있음
- 이는 세계보건기구에서 이상적인 시술 비율로 제시한 15%를 넘어서는 수치임

- 2015년 제왕절개 분만으로 건강보험공단이 지출한 요양급여비용은 총 2,382억원임
- 한국의 만혼 현상과 산모의 출산 연령이 늘어나는 요인 등이 제왕절개 출산을 필요로 하는 임상적 위험을 증가시키고 있음
  - 하지만, 한국과 비슷한 평균 출산 연령을 보이는 스페인, 룩셈베르크, 덴마크, 스웨덴 등의 국가는 상대적으로 낮은 제왕절개 출산율을 나타내고 있음 ([그림 4] 참조)
- 분만 의료 사고 시 제왕절개의 조기 시행 여부가 의사의 과실 판정에 영향을 미치는 의료 현실, 현 포괄수가 체계하에서 자연분만 유도 실패 이후 제왕절개를 시행할 경우 자연분만 유도를 위한 의료 공급자의 노력을 보상해주지 않는 점 등이 제왕절개 시술 선택에 영향을 미치는 것으로 보임<sup>8)</sup>
- 한편, 2016년 한국 제왕절개 출산의 환자 본인 부담이 낮아지며(20% → 5%) 이용량의 증가가 예상되고 있음

[그림 4] 산모의 평균 출산 연령 (1970년, 1995년, 2014년)

(단위: 세)



출처: OECD Family Database

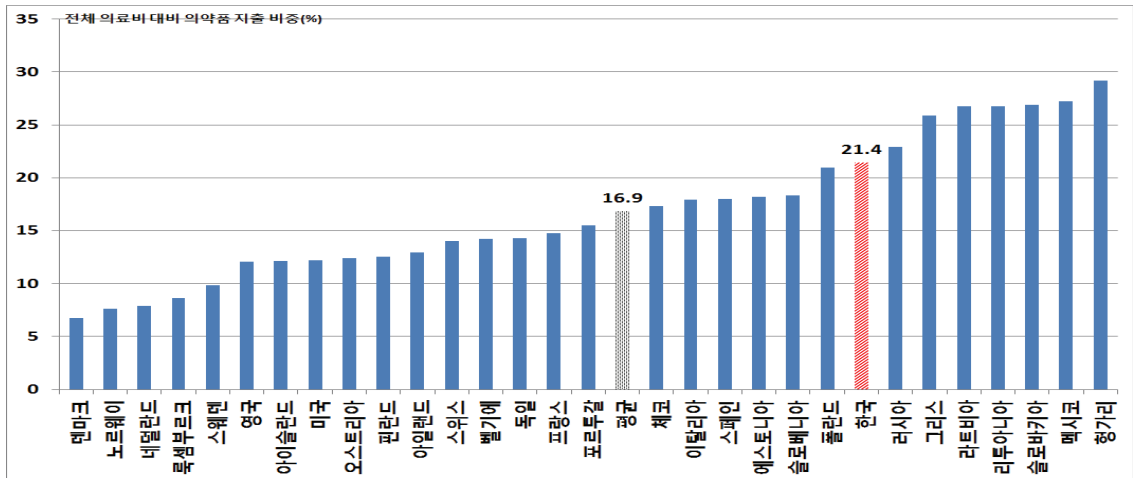
8) '실패로 끝난 제왕절개분만 평가, 누구도 책임지지 않는다' (라포르시안, 2016.7.11.) 참조 (<http://www.rapportian.com/news/articleView.html?idxno=27737>) (접속일자: 2017.11.13)

## 나) 의약품 이용

- 한국의 의약품 관련 지출은 전체 의료비 대비 21.4%(2015년 기준 OECD 평균 16.9%)로 보고되고 있음

[그림 5] 전체 의료비 중 의약품 지출 비중

(전체 의료비 대비 의약품 지출 비중, %)



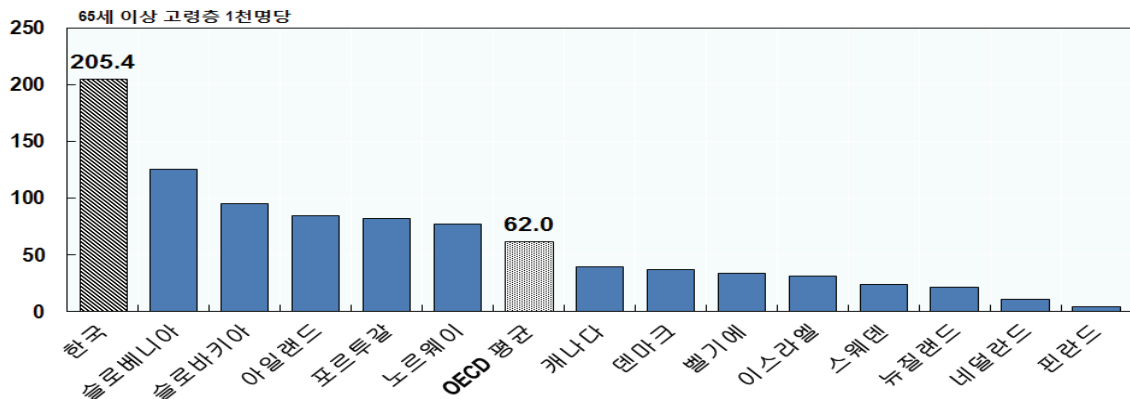
출처: OECD (2017), Pharmaceutical spending 자료를 바탕으로 저자 작성, 2015년 기준

- 의약품 이용은 병원 입원 등 고가의 의료 서비스를 대체할 수 있지만, 이에 대한 과도한 지출은 임상적 비효율 지출의 신호일 수 있음
- 특정 계층에 처방이 장려되지 않은 의약품의 처방이 빈번하게 이뤄지는 사례도 있음
  - 예를 들어 65세 이상 고령층의 처방을 금지한 지속작용 벤조디아제핀(long-acting benzodiazepines)의 경우, OECD 14개국 평균 1,000명당 62명이 처방을 받고 있는 데 비해 한국은 평균 205.4명으로 1위를 차지하고 있음 ([그림 6] 참조)
- 항생제(antibiotics) 및 항균제(antimicrobial drug)의 과도하고 부적절한 처방은 내성으로 인한 부작용으로 인해 국제적으로 우려의 목소리가 높음

- 한국은 전체 의약품 판매 중 5.6%가 항균제이며, 이는 OECD 국가 평균인 3.0%를 넘어서는 수치임 ([그림 7] 참조)
- 한국의 전신성 항감염약<sup>9)</sup>의 2014년 전체 판매액은 2조 8,402억원, 그 중 전신성 항균물질<sup>10)</sup> 판매액은 1조 3,282억원에 이릅니다<sup>11)</sup>

[그림 6] 지속작용 벤조디아제핀 이용량 국제 비교

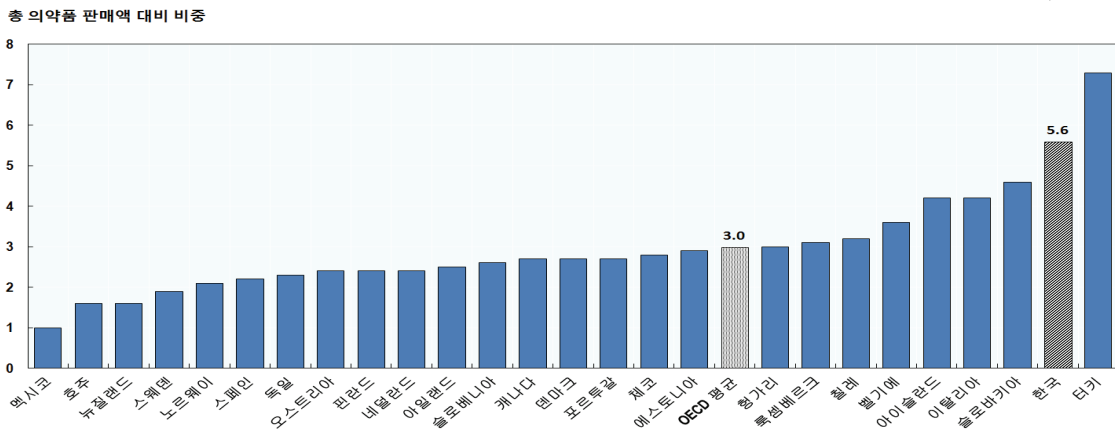
(단위: 명)



출처: OECD Health Statistics (2016), 2013년 기준

[그림 7] 항균제(antimicrobial drug) 시장 점유율 국제 비교

(단위: %)



출처: OECD Health Statistics (2016), 2014년 기준

9) 의약품 분류 코드인 ATC 코드(Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) 중 J코드

10) ATC J01코드

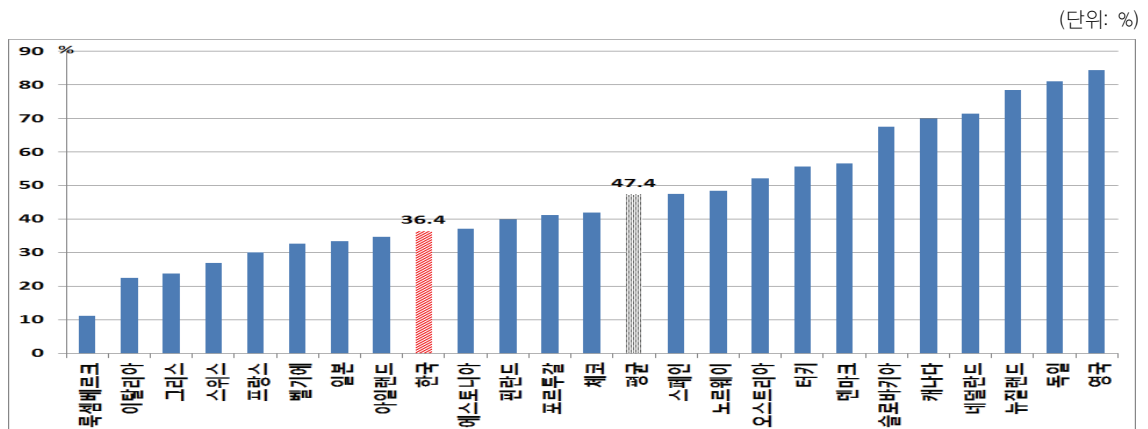
11) 「2014년 의약품 소비량 및 판매액 통계 생산 보고서」, 보건복지부

## 2) 운영 측면의 비효율 지출

### 가) 복제 의약품 지출

- 복제 의약품의 과소 사용은 운영 측면의 비효율 지출의 대표적인 예로, OECD 주요국의 복제 의약품 시장 점유율은 평균 47.4%(2015년 기준)이며, 한국은 이보다 낮은 36.4%로 나타나고 있음 ([그림 8] 참조)
- 오리지널 의약품의 시장 선점 효과가 복제 의약품의 가격 유인을 능가하거나, 복제 의약품 허가를 위한 생물학적 동등성 시험 과정에서의 기준 오차 범위의 설정, 시험의 오류, 시험 결과 조작 등 여러 부정적인 요인들이 복제 의약품 선호를 저해할 수 있음
  - 복제 의약품의 약효 및 부작용에 대한 높은 수준의 검증 과정이 마련되어 있는지 점검해야 함
- 또한 오리지널 의약품과 복제 의약품이 각각의 강점을 가지고 시장에서 공정하게 경쟁하고<sup>12)</sup>, 특히 만료 후 복제 의약품이 빠르게 시장에 진입할 수 있도록 다양한 정책 수단을 고려할 필요가 있음

[그림 8] 복제 의약품 시장 점유율 국제 비교



출처: OECD Health Statistics (2016)(2015년 기준)과 IMS Health 분석(2015년 상반기 기준) <sup>13)</sup>한국 자료를 바탕으로 저자가 작성

12) 예를 들어 특허 만료 후 복제 의약품이 시장 진입 시, 경쟁을 위해 오리지널 의약품의 가격도 하락할 수 있음. 경쟁을 통한 가격의 하락 및 제품 성능의 개선 등 환자의 후생을 증가시키는 긍정적 경쟁 효과가 충분히 발생하고 있는지 점검해야 함

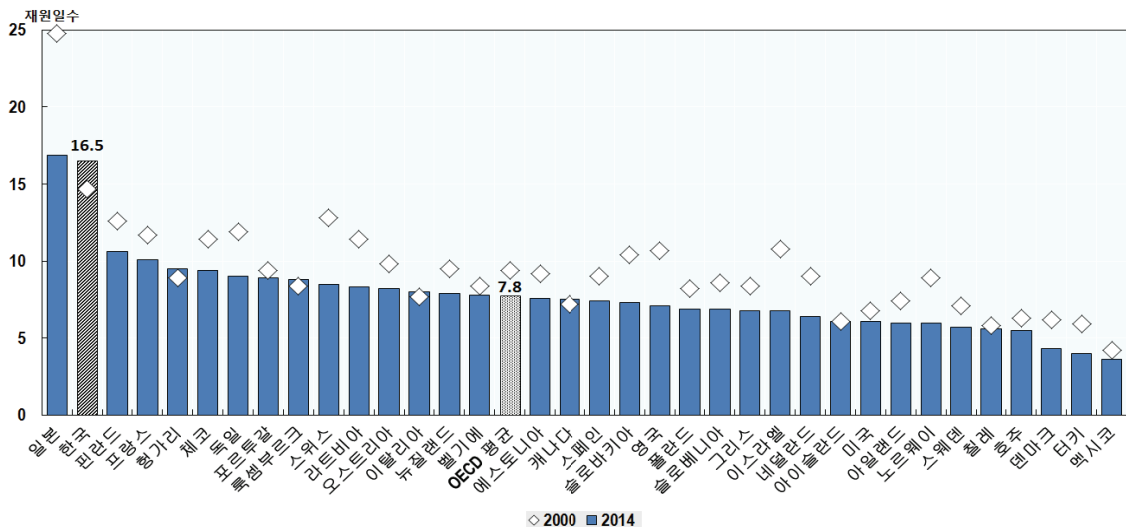
13) 데일리팜 2015.9.2. “국내시장 제네릭 비중 36.4%...오리지널 49.3%” 기사 참조. (<http://www.dreamdrug.com/News/202167>), (접속일자: 2017.9.24.)

- 오리지널 의약품의 특허 만료 전 복제 의약품 판매의 모든 행정 절차가 마무리될 수 있도록 하는 조기 시장 진입법(early entry legislation), 특허 만료 후 첫번째로 진입한 복제 의약품에 단기 시장 독점 지위(market exclusivity) 부여 등이 고려될 수 있음

나) 병원 입원 서비스 이용

- ● 병원 입원은 의료 자원의 집중적인 투입으로 인해 가격이 높은 의료 서비스이며, 치료 과정과 입·퇴원 전후 의료 전달 체계의 개선, 만성 중증질환의 예방 관리를 통해 효율적으로 이용되어야 함
- ● 한국의 평균 병원 재원 일수는 2014년 기준 16.5일이며 OECD 36개국 중 2위 수준임 ([그림 9] 참조)
  - 특히 주목할 점은 2000년 대비, 대부분 국가의 병원 재원 일수가 감소하는 추세를 보이고 있지만, 한국은 오히려 1.8%의 증가세를 보이고 있다는 점임
  - 한국의 병원 입원 관련 요양 급여 실적은 2015년 기준 16조 9,420억원으로 지난 8년간 연평균 9.78%의 높은 증가세를 보이고 있음 (<표 3> 참조)

[그림 9] 평균 병원 재원 일수 국제 비교



주: 일본의 경우 급성기 병원 입원만 고려함  
출처: OECD Health Statistics (2016)

〈표 3〉 병원 입원 관련 요양 급여 실적

(단위: 억원)

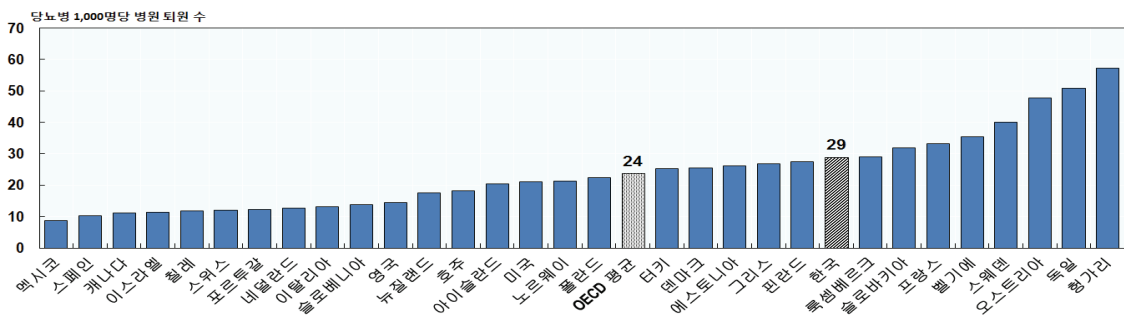
연도	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
입원 급여비	80,777	88,270	99,727	118,654	125,736	134,480	145,019	156,039	169,420

출처: 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 『국민건강보험통계연보』

- 만성 중증질환의 효율적 관리 체계가 부족해서 만성 중증질환 관련 입원의 사전 예방이 효과적이지 못함
  - 한국의 당뇨병 관련 병원 입원율은 당뇨병 환자 1,000명당 29명(2011년 기준)으로 OECD의 평균 수준을 넘어선 상황임 ([그림 10] 참조)
- 또한, 시한부 환자 간호를 위한 호스피스 서비스 활성화, 고령층 간호를 위한 의료기관과 사회 서비스기관과의 연계<sup>14)</sup>가 필요함
  - 한국에서 사망이 발생하는 장소는 의료기관이 가장 높으며 (2015년 74.6%) 그 비중은 해마다 지속적으로 상승하는 추세임. 상대적으로 가정과 사회복지시설에서의 사망 비중이 낮음 ([그림 11] 참조)
- 의료기관의 종별 기능 분리 및 수가 정비, 예방 진료 활성화, 시한부 환자의 호스피스 시설 유도 등 보건 의료 전달 체계의 근본적인 개편 없이 비효율적 병원 입원 서비스 이용을 개선하기 어려움

[그림 10] 당뇨병 관련 병원 입원율 국제 비교(2011년 기준)

(단위: 명)

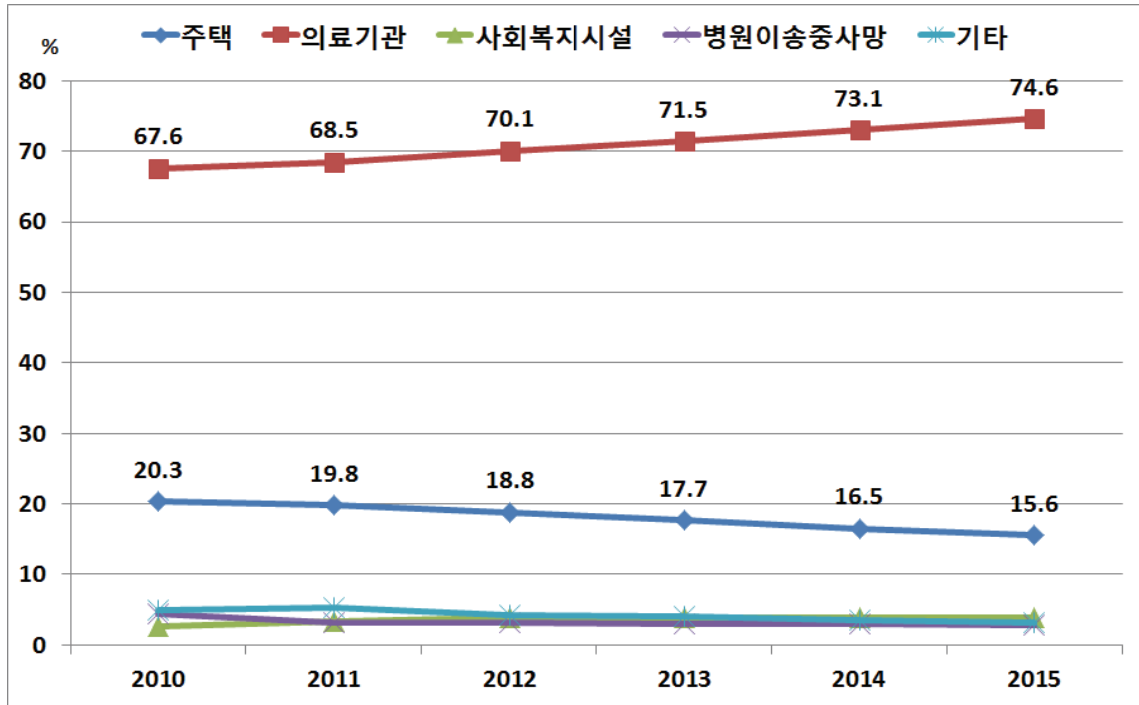


출처: OECD (2015), "Improved Control of Cardiovascular Disease Risk Factors and Diabetes: The Central Role of Primary Care," Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care, OECD Publishing, Paris

14) 예를 들어, 프랑스의 PAERPA(Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie) 프로그램은 의료기관과 사회 서비스기관의 협조 체계를 구축하여 75세 이상 고령층이 병원에 입원하지 않고 최대한 자택에서 필요한 의료 및 사회 서비스를 받을 수 있도록 함으로써, 고령층의 병원 이용 감소에 기여함

[그림 11] 한국의 사망 장소 통계(2010~2015)

(단위: %)



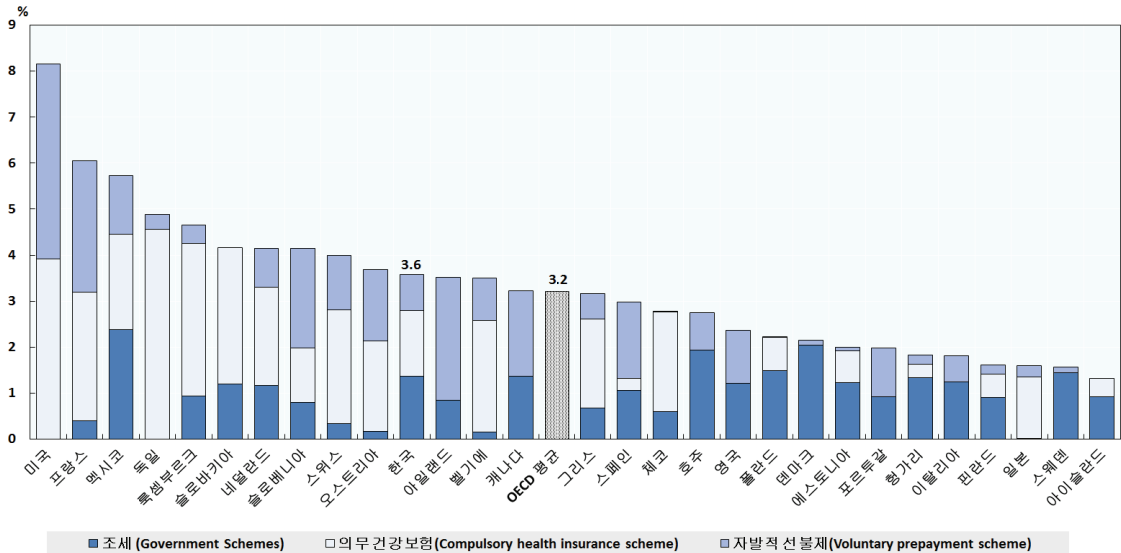
출처: 통계청, 사망원인 통계(2010~2015)를 바탕으로 저자가 작성

### 3) 거버넌스 관련 비효율 지출

- 한국의 보건 의료 관련 행정비용은 2014년 기준 전체 의료비의 3.6% 수준으로 OECD 국가 평균(3.2%)과 비슷한 수준임
- 의무 건강보험 체계의 한국은 행정비용이 증가할 위험 요소가 존재하며, 보건 의료 행정의 효율화에 지속적인 관심을 기울여야 함
  - 일반적으로 의무 건강보험이나 민간 건강보험이 활성화되어 있는 국가의 경우, 조세 기반의 국가 의료 서비스를 실시하는 국가보다 상대적으로 보건 의료 행정비용이 높은 경향이 있음 ([그림 12] 참조)

[그림 12] OECD 국가의 의료 재정 조달 방법 및 전체 의료비 대비 의료 행정비용 비율

(단위: %)



출처: OECD Health Statistics 2016

- 향후 행위별 수가제를 벗어나 의료 질 기반 수가 체계가 도입된다면, 이러한 행정비용은 더욱 증가할 가능성이 있음
  - 한국의 강점인 ICT 기술을 이용한 보건 의료 행정 시스템의 간소화 및 효율화를 위한 정책이 필요함

## IV 결론

- 의학적 불확실성과 분석 자료의 미비 등 여러 요인들로 인해 보건 의료 분야의 비효율적 지출을 각국의 사정에 맞게 정의하고 규모를 측정하며 원인을 밝혀내는 연구는 다양하게 이뤄지지 못했음
  - 지속가능한 보건 의료 시스템 구축을 위해 보건 의료 전문가와 재정 담당자가 함께 논의하며 자료를 공유하는 환경이 마련되어야 함

- ● 미시적인 비효율적 지출이 발견 시, 적극적인 규제책은 자칫 건강에 필수적인 의료 서비스에 접근성을 제한할 우려가 있음<sup>15)</sup>
  - 낮은 가치의 의료 서비스에 대한 본인 부담을 높이는 ‘채찍’ 방식보다 높은 가치의 의료 서비스에 대해 본인 부담을 줄이고 다른 형태의 금전적 인센티브를 제공하는 ‘당근’을 주는 방식의 보수적인 접근법이 필요함
  
- ● 미시적인 각 임상적 상황에서의 비효율적 지출 개선과 더불어, 효율적 의료 전달 체계의 전면적 개편 필요성에 대한 많은 지적이 있어 왔음
  - 1차 의료의 활성화, 종별 의료기관의 역할 분리 등 의료 전달 체계 개편을 위한 적극적인 정책이 필요함
  
- ● 전체 의료비 총량의 추이에 대한 면밀한 감시와 더불어, 각 임상 상황에 대한 미시적인 목표 설정과 관리 및 이와 연계된 수가 체계 정비가 동시에 이뤄져야 함
  - 이번 건강보험 보장성 강화 대책은 심사체계 개편 방안으로서 건별 심사 방식에서 기관 총량 심사 방식으로의 전환을 예고하고 있음
    - 의료 공급자의 전문성을 보장함과 동시에 평균적인 경향에서 통계적으로 벗어나는 이상치의 실적을 가진 의료기관들을 대상으로 의료비 심사를 강화하겠다는 방향성을 가지고 있음
  - 이와 같은 총량 관리와 더불어, 각 임상 상황에 대한 의료의 질 관련 지표가 임상 현장에 맞게 전문적으로 개발되어 평가되고 적절하게 보상되는 미시적인 관리도 함께 시행되어야 함
  - 이를 위해서는 전문적인 의료 지식이 적극 활용되어야 하므로, 의료 공급자들의 적극적인 참여와 기여가 필수적임<sup>16)</sup>

15) Tamblin et al. (2001)에 따르면 의약품의 자기부담 도입 시, 건강 유지에 필수적인 약품 사용이 고령층과 저소득층에서 각각 9.12%, 14.42% 감소한 것으로 나타났음. 필수 의약품 사용 감소로 인한 부작용 비율은 고령층 및 저소득층에서 각각 6.8%, 12.9% 증가했으며, 응급실 방문도 1만명-개월(person-months) 기준으로 각각 14.2, 54.2 증가했음

16) 미국의 가치 기반 의료비 지불 제도(Value-based Payment System)는 각 의료 관련 학회 및 관련 단체가 중심이 되어 의료 행위의 적합성을 판단하기 위한 지표를 개발하고 있음(김우현, 2017)

## | 참고문헌 |

- 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 『건강보험통계연보』, 각 연도
- 김우현, 「미국의 가치 기반 의료비 지불 제도와 시사점」, 『재정포럼』, 한국조세재정연구원, 2017. 8.
- Duckett, S. J., Breadon, P., & Romanes, D., “Identifying and acting on potentially inappropriate care,” *The Medical journal of Australia*, 203(4), 2015. p.183.
- Gawande, A., “The cost conundrum,” *The New Yorker*, 1, 2009. pp.36-44.
- Jackson, T., “One dollar in seven: Scoping the Economics of Patient Safety,” The Canadian Safety Institute, 2009.
- Lorenzoni, L., & Koechlin, F., *International Comparisons of Health Prices and Volumes: New Findings*, 2017.
- Makary, M. A., & Daniel, M., “Medical error—the third leading cause of death in the US,” *BMJ: British Medical Journal*(Online), 2016, p.353.
- OECD, Health Statistics, 2017, 2016.
- OECD, Family Database.
- OECD, Pharmaceutical Spending(indicator), 2017.
- OECD, “Tackling Wasteful Spending on Health,” OECD Publishing, 2017, Paris.
- OECD, “Improved Control of Cardiovascular Disease Risk Factors and Diabetes: The Central Role of Primary Care, Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care,” OECD Publishing, 2015, Paris.
- Tamblyn, R., Laprise, R., Hanley, J. A., Abrahamowicz, M., Scott, S., Mayo, N., ... & McLeod, P., “Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons,” *Jama*, 285(4), 2001, pp.421-429.
- WHO, “WHO Statement on Caesarean Section Rates,” World Health Organization, 2015. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO\\_RHR\\_15.02\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1)



**BRIEF**

---

## 비효율적 보건 의료 지출의 현황과 과제

2017. 11. 30(통권 제61호)

---

- 발행인 : 박형수
  - 발행처 : 한국조세재정연구원
  - 주 소 : 30147 세종특별자치시 시청대로 336
  - 전 화 : 044-414-2123
  - 팩 스 : 044-414-2129
  - 인쇄처 : (주)아미고디자인
-



