

우리나라 건강수준과 보건의료성과의 OECD 국가들과의 비교

*A Comparison of Korean Health Status and Health Care System
Performance with OECD Countries*

김혜련 한국보건사회연구원 연구위원

여지영 한국보건사회연구원 연구원

1. 서언

OECD 각국에서는 최근 의료비의 증가, 인구의 고령화, 시장의 실패, 의료의 질 확보 미흡, 의료의 책임성과 형평성 부족 등에 대응하기 위하여 보건의료성과 평가를 중요하게 인식하고 있다. 이러한 이유로 WHO와 OECD에서는 각국의 보건의료성과를 평가하도록 독려하고 있다. OECD 보건지표가 계속 다양화되고 확대되면서 OECD 보건통계를 활용하여 자국의 보건 관련 특징과 보건의료제도의 성과를 평가하는 국가들도 증가하고 있다.

본 소고는 최근 공표된 ‘OECD Health Data 2012’ 및 WHO 통계를 이용하여 OECD 국가들과 비교한 우리나라 보건의료성과의 2000년과 2010년의 위치, 그리고 10년간의 변화를 보고자 하였다. 또한 주요 보건의료 지표를 통해 보건의료체계에서 투입 대비 산출의 성과를 OECD가 제시한 보건의료 성과 지표 중 효율성, 형평성, 그리고 접근성 측면에서 간단한 회

귀식을 통해 진단함으로써 우리나라 건강수준과 보건의료체계의 성과 및 강점과 취약점을 살펴보고 시사점을 찾고자 하였다.

2. 보건의료성과 측정 위한 지표와 개념 틀

OECD 보건의료 질 지표에서 건강수준은 사망(deaths), 기능상태(human functions), 건강상태(health conditions), 웰빙(well-being)으로 본다.

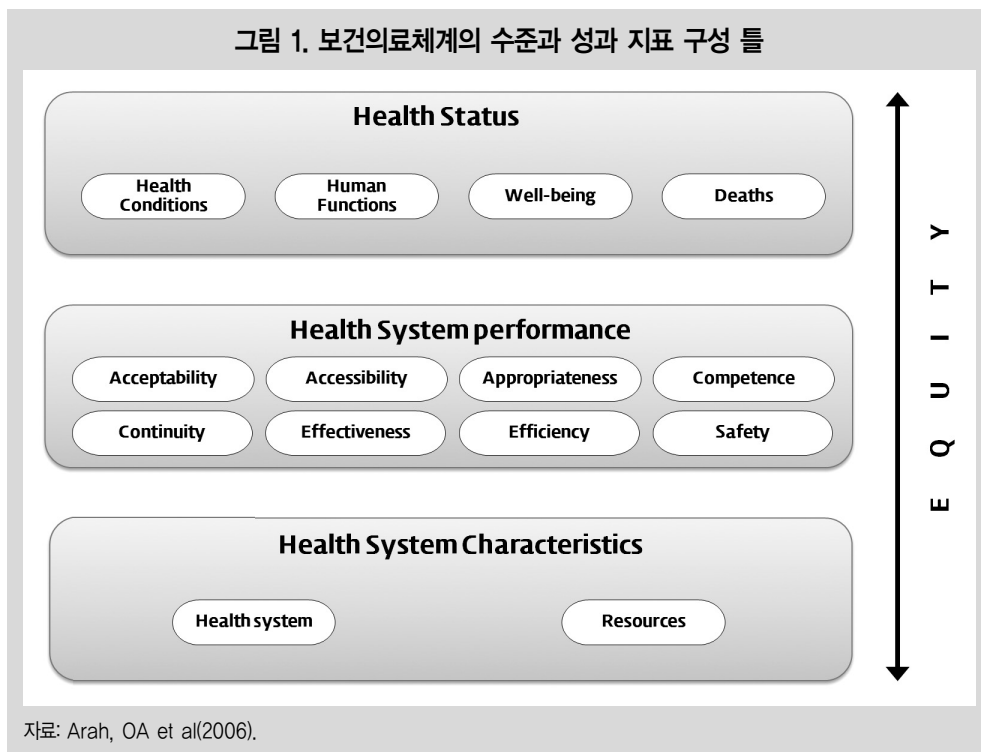
보건의료 성과를 평가하는 지표로는 효율성(efficiency), 형평성(equity), 효과성(effectiveness or improving health), 접근성(accessibility), 연속성(continuity), 지속가능성(Sustainability), 안전성(safety), 그리고 수용성(acceptability), 적절성(appropriateness), 역량(competence or capability), 적시성(timeliness), 거버넌스(governance), 환자중심성(patient-centeredness), 편의성(care environment and amenity) 등을 들 수 있다(그림 1 참조).¹⁾

본 소고에서 건강수준을 나타내는 지표로는 대표적으로 활용되는 기대여명을 사용하였고, 그 외 건강수명, 인지된 건강상태 지표를 사용하였다. 보건의료 성과지표로는 효율성, 형평성과 접근성 측면의 지표를 사용하여 우리나라 보건의료 성과를 개략적으로 진단하고자 하였다.

명과 잠재수명손실연수(PYLL), 인지된 건강상태, 그리고 WHO의 건강수명 자료를 이용한 건강수준 지표를 의료비와 비교하여 기술적 효율성(technical efficiency)을 통해 우리나라의 건강수준 성과를 평가하였다. 의료비에 대비하여 기대수명, 건강수명, 인지된 건강상태가 높거나 PYLL이 낮으면 건강수준 성과가 OECD 국가들에 비해 높은 국가로 볼 수 있다. 의료비는 각 국가의 소득수준 및 경제발전 정도를 나타내는 지표로 구매력 차이를 고려하여 보정한 1인당 US\$PPP로 표시된다.

3. 국민의료비 지출 대비 건강수준의 변화와 성과

OECD 보건통계에서 활용할 수 있는 기대여



1) Arah, OA et al(2006). A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicator's Project, International Journal for Quality Care, September 2006, pp.5~13.

1) 의료비 대비 기대여명

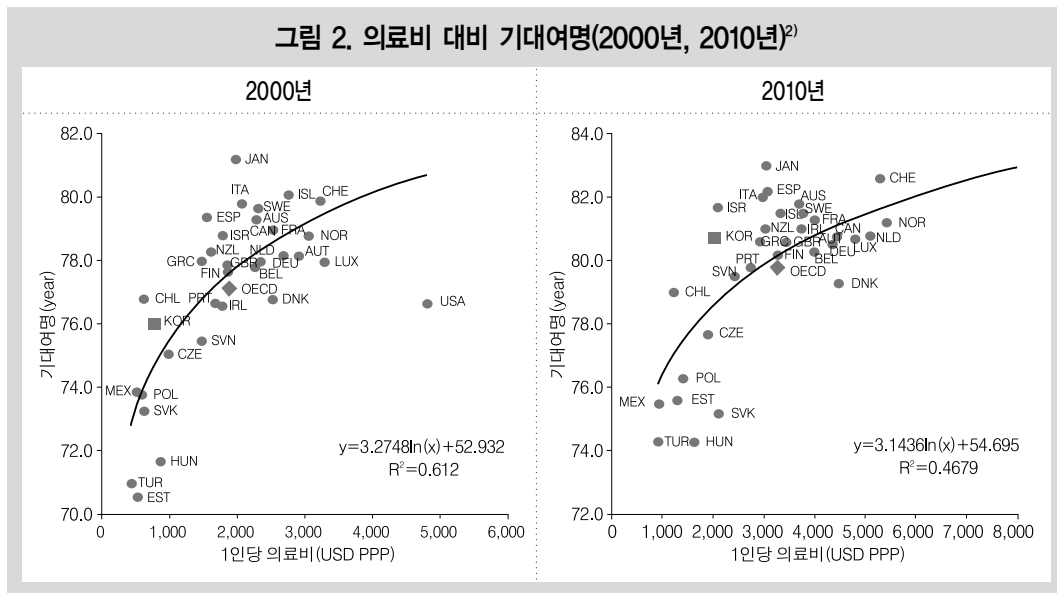
기대여명은 현재의 사망률이 불변이라고 가정하였을 때 출생아가 출생직후부터 생존할 것으로 기대되는 평균생존연수로 측정한다. 기대여명은 한 국가의 건강수준을 평가하는 가장 대표적인 지표이다. [그림 2]에서 2000년 우리나라의 기대여명은 76.0세로 1인당 의료비에서 기대되는 수준인 74.7세 보다 1.3세 높았다. 2010년 우리나라 기대여명은 80.7세로 1인당 의료비에서 기대되는 수준인 78.6세 보다 2.1세 높아졌다. 지난 10년 동안 의료비에서 예측되는

수준보다 기대여명이 더 높아져 기대여명의 성과가 높았다고 볼 수 있다.

2) 의료비 대비 건강수명

건강수명(HALE, Health-Adjusted Life Expectancy)은 기대여명에서 질병이나 부상으로 고통 받은 기간을 제외한 건강한 상태로 살 것이라고 기대되는 연수로 건강상태를 나타내는 장애유병률 자료와 인구집단의 생명표를 사용하여 산출한다. 본 소고에서는 WHO의 2000년과 2007년 건강수명 자료를 활용하였다³⁾.

그림 2. 의료비 대비 기대여명(2000년, 2010년)²⁾



2) AUS: 호주, AUT: 오스트리아, BEL: 벨기에, CAN: 캐나다, CHL: 칠레, CZE: 체코, DNK: 덴마크, EST: 에스토니아, FIN: 핀란드, FRA: 프랑스, DEU: 독일, GRC: 그리스, HUN: 헝가리, ISL: 아이슬란드, IRL: 아일랜드, ISR: 이스라엘, ITA: 이탈리아, JAN: 일본, KOR: 한국, LUX: 룩셈부르크, MEX: 멕시코, NLD: 네덜란드, NZL: 뉴질랜드, NOR: 노르웨이, POL: 폴란드, PRT: 포르투갈, SVK: 슬로바키아, SVN: 슬로베니아, ESP: 스페인, SWE: 스웨덴, CHE: 스위스, TUR: 터키, GBR: 영국, USA: 미국, OECD: OECD 평균

3) WHO에서 발간한 World Health Report 2001의 2000년도 건강수명과 WHO의 가장 최근 건강수명 자료인 World Health statistics 2009의 2007년도 건강수명 지표를 이용함.

[그림 3]에서 2000년 우리나라의 건강수명은 66.0세로 의료비에서 기대되는 수준 64.6세 보다 1.4세 높았다. 2007년 건강수명은 71.0세로 의료비에서 기대되는 수준인 69.9세 보다 약 1.1세 높아 OECD 국가들 보다 약간 높은 수준을 보인다. 우리나라는 기대여명에서 볼 수 있는 ‘수명의 양’ 뿐만 아니라 건강수명으로 본 ‘수명의 질’ 부문에서도 다른 OECD 국가에 비해 성과가 높게 나타났다.

3) 의료비 대비 잠재수명손실연수(PYLL)

잠재수명손실연수는 70세를 기준으로 연령 군별 조기 사망으로 인한 상실연수를 합쳐서 인구 10만명에 대한 수치로 산출한다. 잠재수명손실연수가 낮을수록 젊은 연령층의 질병과 상해로 인한 사망이 적은 것으로 젊은 연령층의 조

기사망 손실에 초점을 맞추고 있는 지표이다. 2000년과 2010년 우리나라의 잠재수명손실연수는 의료비에서 기대되는 수준 보다 각각 19%, 22% 더 낮았다(그림 4). 우리나라는 조기 사망으로 인한 손실이 기대보다 낮아 투입된 의료비 대비 성과가 높은 국가라 볼 수 있다.

4) 의료비 대비 인지된 건강상태

인지된 건강상태는 신체적, 정신적 건강을 포함한 전반적 건강상태가 ‘좋다’ 라고 응답한 사람의 비율로 측정한다. 인지된 건강상태는 각 국가의 연령 구성, 건강 인지에 대한 사회문화적 배경의 차이, 조사방법의 차이 등에 영향을 받을 수 있어 국가간 비교와 차이를 해석하는데 한계가 있지만, 전반적인 건강상태에 대한 주관적인 건강상태의 인식으로 미래의 사망

그림 3. 의료비 대비 건강수명(2000년, 2007년)

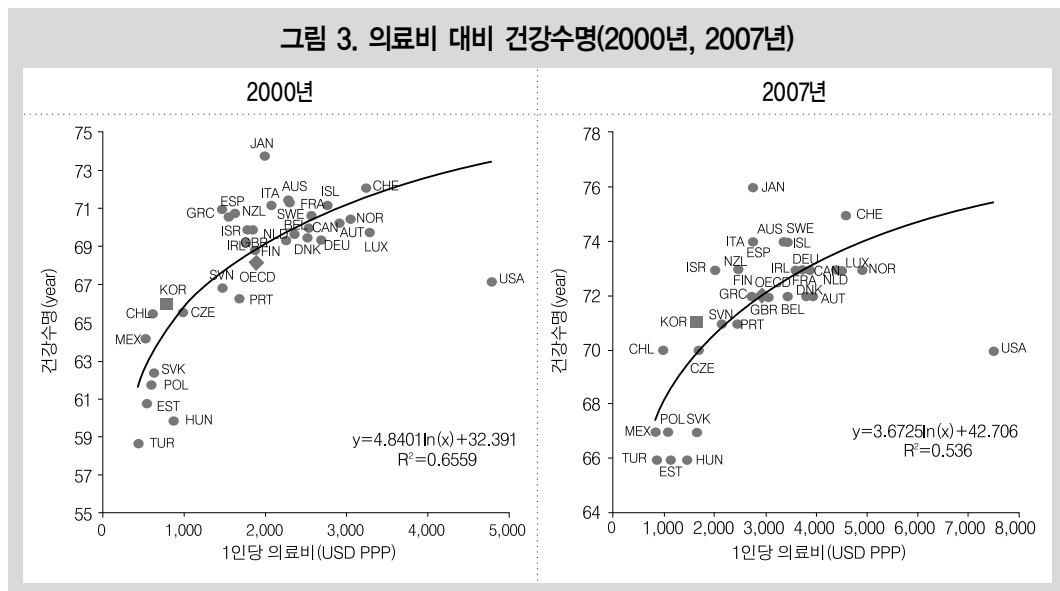
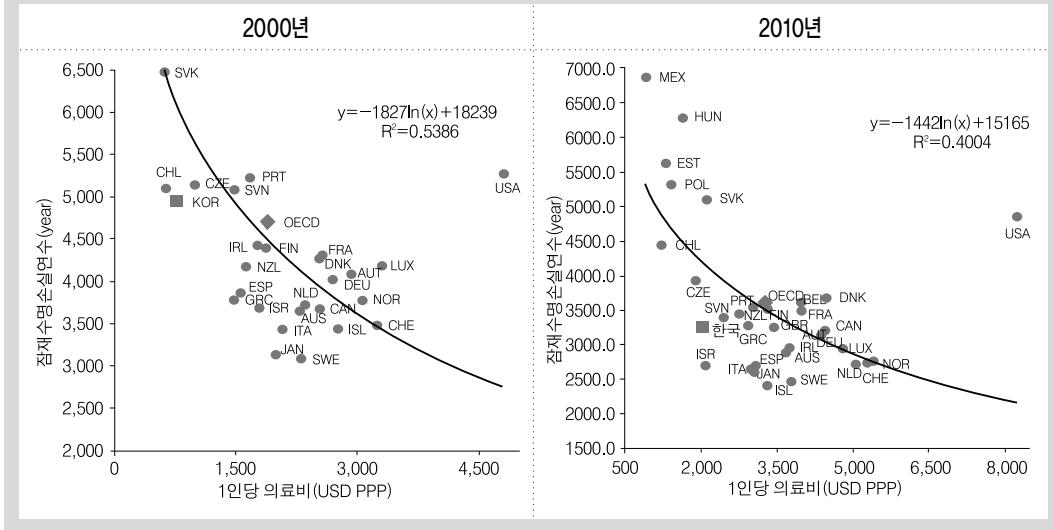


그림 4. 의료비 대비 잠재수명손실연수(2000년, 2010년)

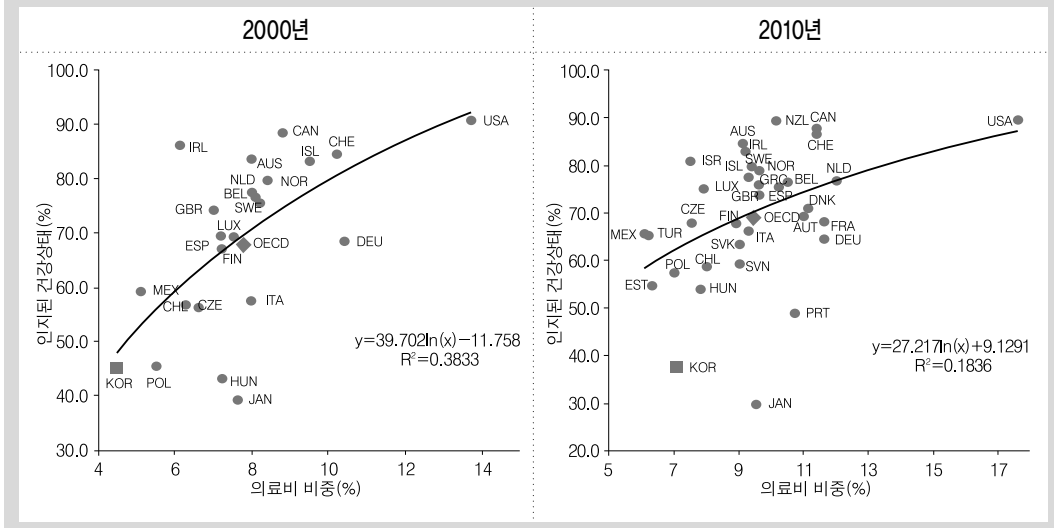


이나 건강수준을 예측할 수 있는 지표로 활용되고 있다.

2000년 우리나라의 인지된 건강상태는 GDP

대비 의료비에서 기대되는 수준 보다 2.7%p 가량 낮았는데, 2010년에는 24.9%p로 차이가 급격하게 커졌다(그림 5). 지난 10년 동안 OECD

그림 5. 의료비 비중 대비 인지된 건강상태(2000년, 2010년)



국가에 비해 인지된 건강상태 성과가 더 악화되었다고 볼 수 있다.

5) 의사진료건수 대비 인지된 건강상태

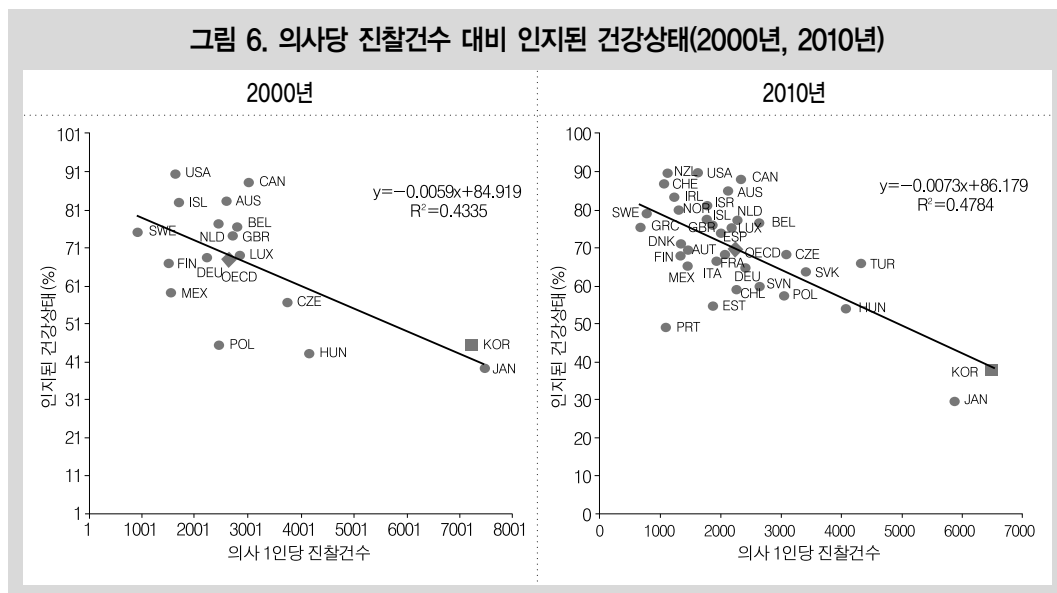
지난 10년간 우리나라의 건강수준 성과지표는 크게 향상되어 왔다. 하지만 객관적인 건강수준 지표들이 향상되었음에도 불구하고 주관적으로 인식하는 건강상태는 오히려 악화되었다. 주관적 건강상태는 삶의 만족도에 영향을 미친다. 의사진료건수와 인지된 건강상태와의 관계를 살펴보았는데 역의 상관을 보이고 있다. 우리나라의 의사당 진찰건수는 OECD 국가 중 가장 높은 수준이다. 이는 의사의 생산성이 높다고 평가될 수도 있지만, ‘3분 진료’라는 용어로 표현될 만큼 환자가 의사로부터 충분한 서비스를 제공받고 있다고 느끼는데 부정적인 영향

을 줄 수 있다.

2000년 우리나라의 인지된 건강상태는 의사당 진찰건수 대비 기대되는 인지된 건강상태 보다 3.0%p 높았으나, 2010년에는 1.3%p 낮아졌다. [그림 6]은 우리나라 뿐만 아니라 다른 OECD 국가에서도 높은 의사의 진찰건수가 주관적 건강상태에 부정적 영향을 미치고 있음을 보여준다. 또한 의료서비스의 양 보다는 적정수준의 의료서비스 제공이 주관적 건강상태에 미치는 영향이 클 가능성이 있음을 시사한다.

대부분의 OECD 국가들은 지난 10년간 생활수준의 향상, 생활양식의 개선, 교육과 의료서비스 접근성 확대로 건강수준이 지속적으로 증가였다. 특히, 우리나라는 기대여명, 건강수명, 잠재수명손실연수 지표가 개선되었을 뿐만 아니라 의료비와 의사수 대비하여 건강수준 성과가 크게 향상되었다. 지난 10년간 우리나라는

그림 6. 의사당 진찰건수 대비 인지된 건강상태(2000년, 2010년)



다른 OECD 국가와 비교해 보았을 때, 비교적 효율적으로 국민의 건강수준 향상에 기여하였다고 볼 수 있다. 하지만 인지된 건강상태로 본 주관적 건강수준과 정신건강 수준은 오히려 더 악화되고 있어 사망과 질병으로 산출된 기대여명과 건강수명 및 PYLL 뿐만 아니라 건강상태나 웰빙 등을 포함한 전반적인 건강수준을 균형 있게 향상시킬 수 있는 방향으로 보건의료체계의 개선 필요성이 제기된다.

4. 의료비 지출의 효율성

다른 재화와 서비스에 대한 지출과 비교했을 때 보건의료에 대한 지출의 '적정' 수준을 파악하는 것은 어려운 일이다. 거시적 효율성을 측정

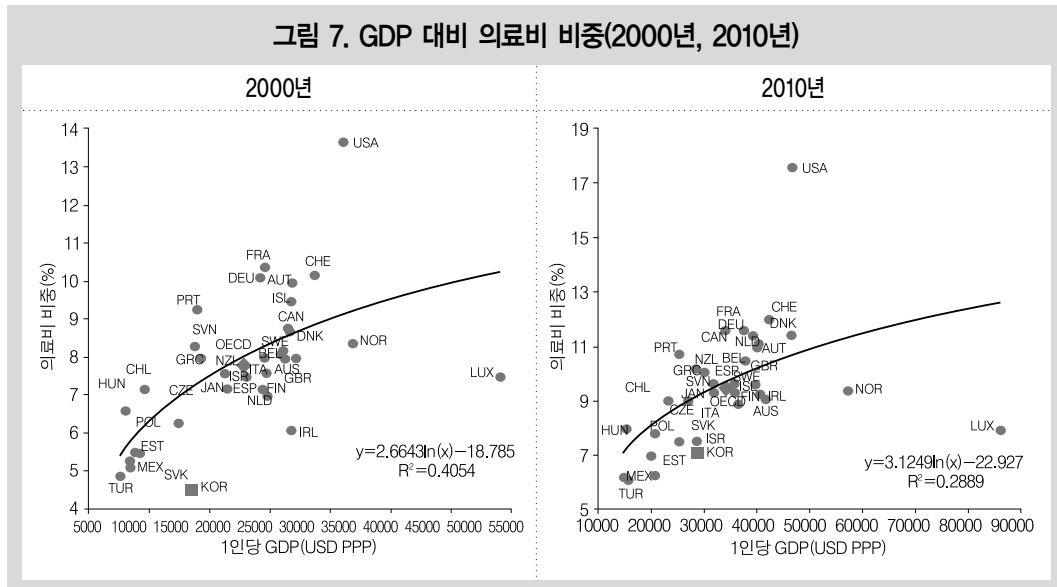
하는 보편적 방법은 같은 경제발전 단계에 있을 때 기대되는 GDP에 대한 의료비 비중의 수준과 실제 의료비 비중을 비교해 보는 것이다.⁴⁾ 또한 보건의료인력의 중심이 되는 의사수 대비 의료비를 통해 기술적 효율성을 파악할 수 있다.

1) 소득수준 대비 의료비

의료비가 차지하는 비중을 보면 지난 10년간 GDP 대비 의료비 비중도 증가하여 기대치보다 2000년 2/3 수준에서 2010년 3/4 수준으로 차이가 줄어들었다(그림 7).

아직까지 다른 OECD 국가에 비해 보건의료에 대한 지출이 일반경제수준 대비 낮은 것으로 나타나 비교적 효율적으로 지출되고 있다고 볼 수 있지만, 그 차이는 점점 줄어들고 있다.

그림 7. GDP 대비 의료비 비중(2000년, 2010년)



4) OECD(2003), OECD Reviews of Health care systems Korea, p.51.

2) 의사수 대비 의료비

보건의료산업은 인력이 차지하는 비중이 높은 노동집약적인 성격을 가진다. 또한 의료서비스의 ‘정보의 비대칭성’으로 인해 보건의료 분야에서 의료인력의 역할은 더 중요할 수밖에 없다. 그 중에서도 의사는 환자에게 직접 의료서비스를 제공하는 가장 중요한 보건의료 인적 자원이다. 본 소고에서는 의사수 대비 의료비의 수준을 통해 우리나라의 의료자원 대비 의료비의 효율성을 살펴보고 있는데 [그림 8]의 결과는 회귀분석의 설명력이 낮아 해석에 제한이 있지만, 모형 결과는 의사인력 투입 대비 의료비의 효율적 사용 정도를 나타낼 뿐만 아니라, 의사의 생산성 및 의료의 질을 가늠해 볼 수 있게 해준다.

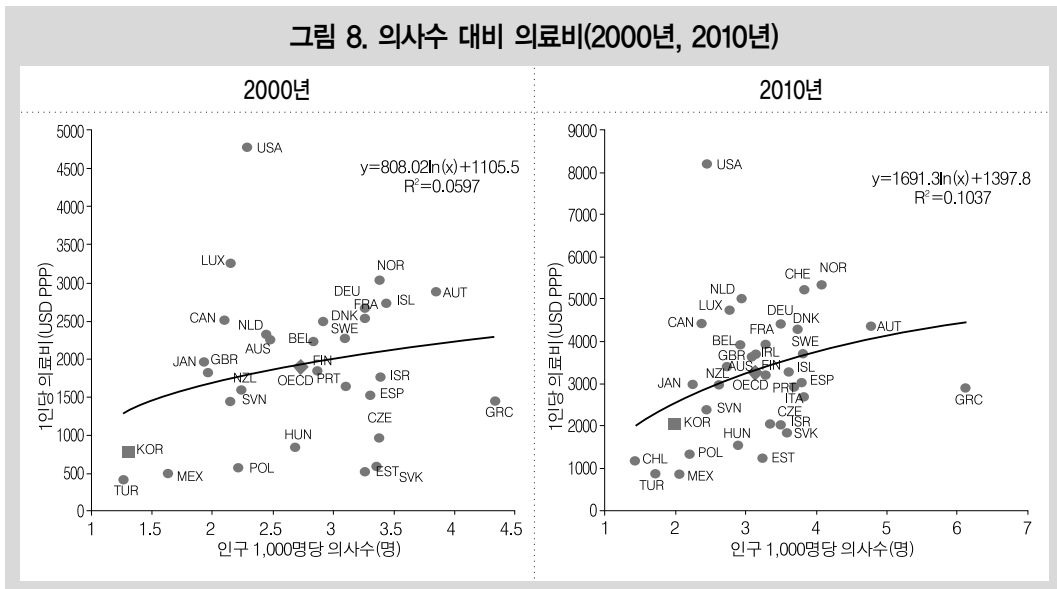
5. 형평성과 접근성

삶의 질을 추구하는데 있어서 건강은 주요한 요소이며, 건강을 획득하기 위한 의료서비스의 형평성과 접근성은 의료체계의 성과에서 중요한 부분이다. 형평성은 동등한 의료요구에 대한 동등한 접근성의 보장이라고 받아들여지고 있다. 특히 저소득층은 열악한 건강상태로 높은 의료요구를 가지고 있는 가운데 의료서비스 이용에서 의료비 지출 부담, 특히 본인부담 비용 부담에서 심각한 영향을 받을 수 있기 때문에 보건의료체계의 형평성이 더욱 중요하다.

1) 재원부담의 형평성

한 국가의 의료 보장성 수준을 판단하는 가장 간단한 지표는 ‘공공재원 비중’과 ‘본인부담 비

그림 8. 의사수 대비 의료비(2000년, 2010년)



중'이다. 공공재원 비중은 의료비에서 조세와 사회보험료와 같이 공공재원이 차지하는 비중을 말하며, 본인부담 비중은 의료비에서 공공재원과 일부 민간보험(예: 실손형 민간보험)과 같이 사전적으로 집적된 재원을 제외하고 가계에서 직접 부담하는 의료비의 비중을 의미한다. 낮은 공공재원 비중과 높은 본인부담 비중은 의료서비스 접근의 장애요인이 될 수 있어 의료서비스에 대한 경제적 형평성과 접근성을 나타내는 지표가 될 수 있다.

[그림 9]에서 2000년 우리나라의 공공재원 비중은 48.6%로 GDP 대비 기대되는 공공재원 비중 70%의 약 2/3 수준이었다. 2010년 우리나라의 공공재원 비중은 58.2%로 다소 증가하였지만 GDP대비 기대되는 공공재원 비중 70.1% 보다 여전히 낮다.

[그림 10]에서 2000년 우리나라의 본인부담

비중은 41.5%로 GDP 대비 기대되는 본인부담 비중 22.8% 보다 1.8배 높았다. 2010년에는 그동안의 보장성강화 정책으로 인해 본인부담 비중이 32.1%까지 감소하였지만 GDP 대비 기대되는 본인부담 비중 20.9% 보다 여전히 1.5배 더 높음을 볼 수 있다.

지난 10년간 우리나라는 고액중증질환자와 6세 미만 아동, 희귀난치성환자의 본인부담 인하, 본인부담 상한제 도입 등 본인부담 비중을 줄이기 위한 보장성 강화 정책을 시행해왔다. 하지만 장기적 목표와 원칙의 수립 없이 단기적인 정책 도입에만 치중하면서 뚜렷한 성과를 이루지 못하였다. 2010년 우리나라는 여전히 OECD 국가 중 4번째로 공공재원 비중이 적고, 본인부담 비중이 높은 것으로 나타났다.

그림 9. GDP 대비 공공재원 비중(2000년, 2010년)

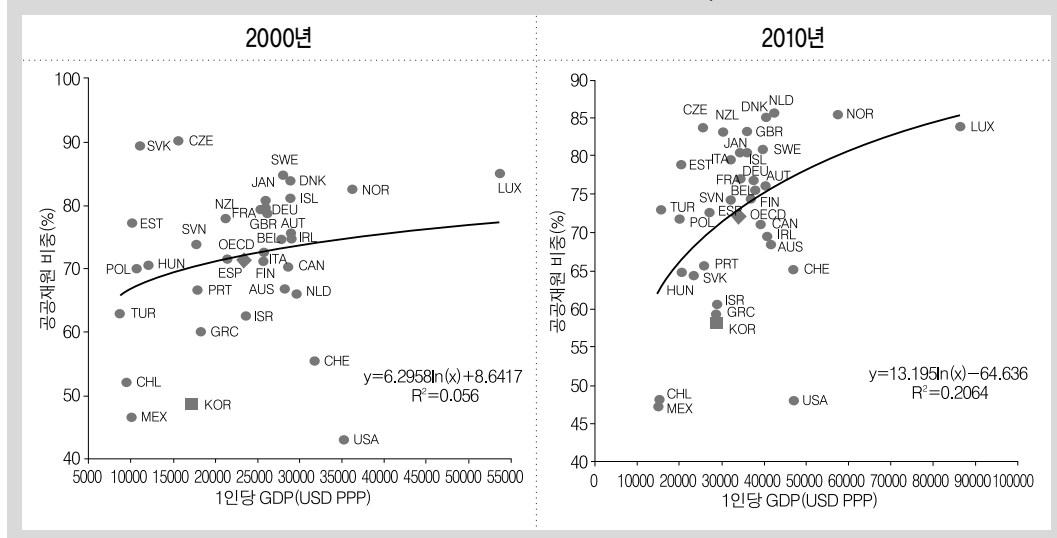
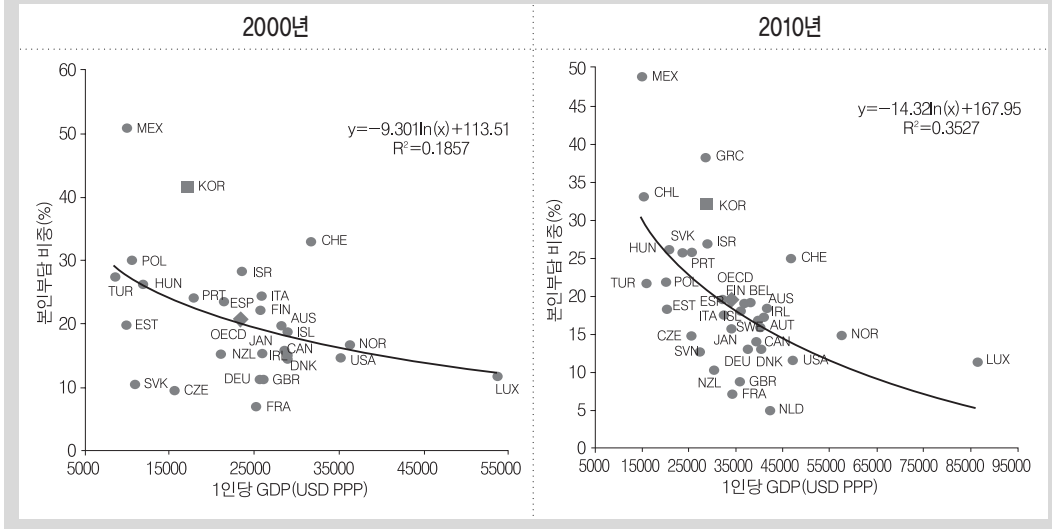


그림 10. GDP 대비 본인부담 비중(2000년, 2010년)



2) 본인부담비율 대비 미충족 의료수준

미충족 의료는 의료서비스가 필요하다고 느꼈지만, 어떠한 이유로 인하여 의료서비스를 제공받지 못한 경험을 의미한다. 지난 12개월 동안 의료서비스가 필요하다고 느꼈지만, 제공받지 못한 적이 있는지를 설문조사 등을 통해 파악한다. 미충족의료는 공공재원 비중과 본인부담 비중이 보여주는 경제적 요인으로 인한 불형평성 문제 뿐만 아니라 대기시간, 이동시간 등을 포함한 의료서비스에 대한 보다 광범위한 형평성 및 접근성 문제를 나타내는 지표이다.

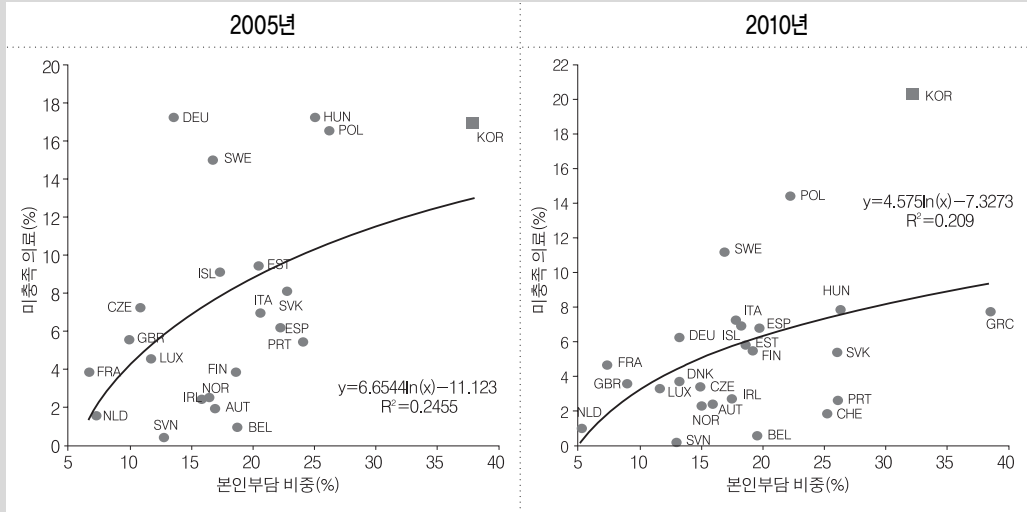
OECD 보건통계의 제한으로 인해 WHO, EU

의 EUROSTAT 등 국제기구의 가용한 자료를 이용하여 제한적이거나 우리나라의 미충족의료 수준을 다른 나라와 비교해 보았다. 한국의 자료는 2005년, 2010년 국민건강영양조사 결과를 활용하였다⁵⁾. EU 국가들과 비교해 보았을 때, 2005년 우리나라의 미충족 의료수준은 17%로 본인부담 비중 대비 기대되는 미충족 의료수준 13.1% 보다 1.3배 높았다. 2010년 우리나라의 미충족 의료수준은 20.3%로 본인부담 비중 대비 기대되는 미충족 의료수준 8.6% 보다 2.4배 높아져 지난 5년간 미충족 의료수준이 더 악화되었다(그림 11).

또한 인지된 건강상태는 미충족 의료와 상당히 높은 관련성을 보이고 있는데, 2005년 인지

5) EUROSTAT: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database#
와 보건복지부(2012), 국민건강영양조사 결과발표자료로 분석

그림 11. 본인부담비율 대비 미충족 의료수준(unmet needs)(2005년, 2010년)



자료: 보건복지부(2012), eurostat(2012)

된 건강상태 대비 기대되는 미충족 의료수준 보다 9%p 낮았던 것에 비해 2010년에는 인지된 건강상태 대비 기대되는 미충족 의료수준보다 29%p 낮게 나타났다(그림 12).

우리나라는 OECD 국가 평균에 비하여 외래와 입원 이용이 많은 국가에 속한다. 하지만 미충족 의료수준은 높게 나타나고 있다. 미충족 의료수준은 한 국가 내에서도 저소득층에서 높은데, 의료이용의 소득계층간 형평성에 대해 관심을 갖고 미충족 의료를 감소시키기 위한 정책수단이 마련되어야 함을 시사하고 있다.

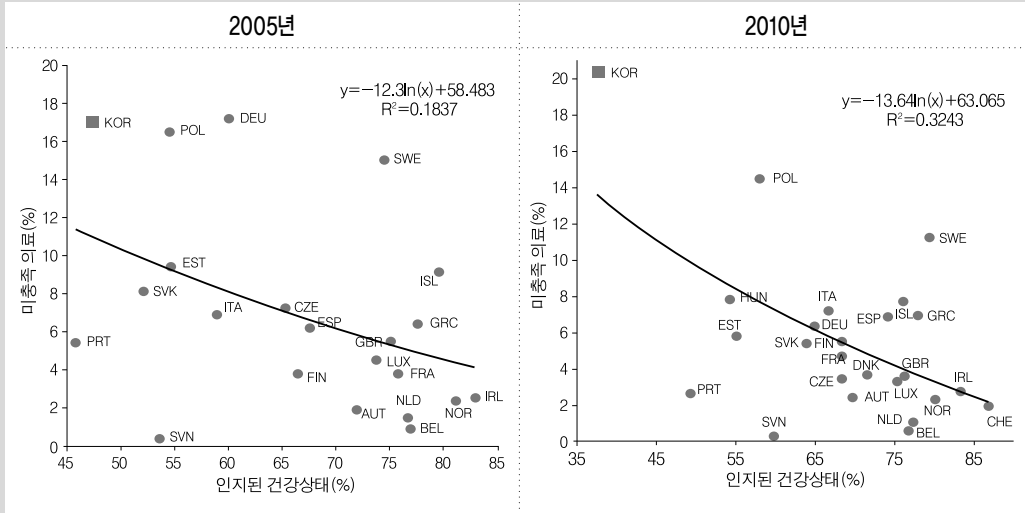
3) 공공재원과 본인부담 비중 대비 재난적 의료비(catastrophic health expenditure)

WHO는 가구의 가처분 소득 중 보건의료비 지출이 40%를 넘으면 '재난적 의료비'로 정의하고 공평한 자원 분담을 나타내는 새로운 지표로 제안하였다. WHO는 각 나라의 조사자료를 활용하여 재난적 의료비 발생가구 비율을 산출하고 있다. 본 소고에서는 WHO에서 2010년 제공한 자료중 OECD 국가만 선별하여 공공의료비중과 본인부담 비중 대비 재난적 의료비 발생가구 비율을 분석하였다.⁶⁾

[그림 13]에서 우리나라의 재난적 의료비 발

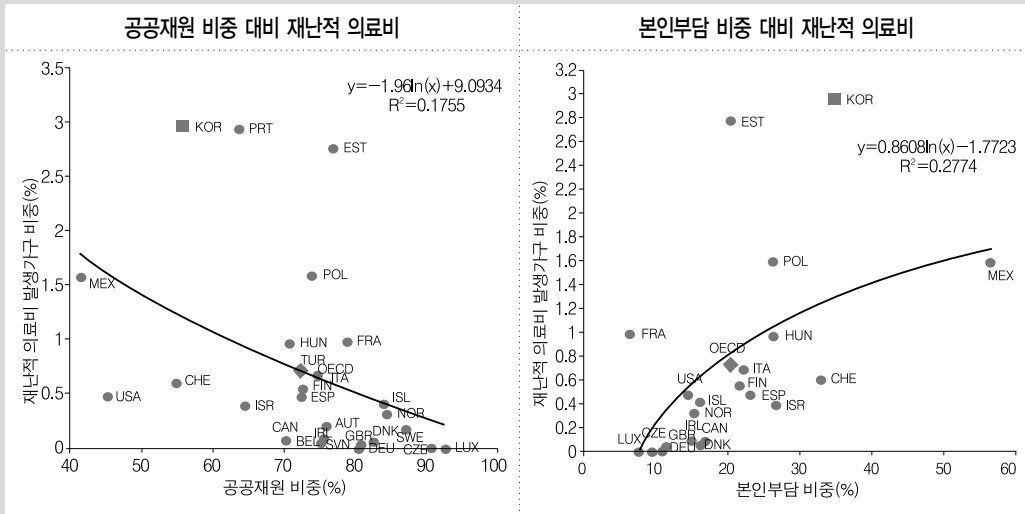
6) WHO에서 제공한 재난적 의료비 발생률은 각 나라마다 연도가 다른, 따라서 나라별로 해당하는 연도의 의료비 자료를 매칭하여 계산하였음. 우리나라는 2007년도 자료를 활용하였음(출처: WHO(2010), Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk).

그림 12. 인지된 건강상태 대비 미충족 의료수준(unmet needs)(2005년, 2010년)



자료: 보건복지부(2012), eurostat(2012)

그림 13. 공공재원과 본인부담 비중 대비 재난적 의료비(catastrophic health expenditure)



자료: WHO(2010), OECD(2012)

생가구 비율은 2.96%로 공공재원 비중과 본인 부담 비중 대비 기대되는 재난적 의료비 발생가구 비율 1.2% 보다 2.5배 높았다.

우리나라는 기초생활수급자에게 의료비 전액을 지원받을 수 있게 하고 있다. 하지만 여전히 차상위 계층은 본인부담 의료비 대부분을 부담해야 하기 때문에 가계경제수준에 비해 중증질환 등에 대한 의료비 부담이 매우 높다. 향후 재난적 의료비 발생을 방지하기 위해 보장성 강화정책을 4대 중증질환 외에 저소득층의 가계비 부담이 높은 질환에도 포괄적으로 확대하고 본인부담금 상한선 조정을 통해 본인부담금 비중을 완화할 필요성이 제기된다.

5. 맺는 말

우리나라 보건의료체계는 1980년대 건강보험의 도입과 전국민 의료보험 커버리지 달성, 그후 건강보장 제도의 정착에 주력하여 왔으나 이제는 건강보장제도의 선진화와 질적 도약을 위한 과제를 안고 있다. 그동안 저부담, 저수가, 저급여의 패러다임에서 보다 보장성을 강화하고, 적절한 의료이용을 통해 의료의 질과 형평성을 높이고, 이용자의 만족도를 제고하며, 증가하는 의료비를 효율적으로 통제하고, 보건의료자원의 활용성을 높이기 위한 패러다임으로의 개혁이 요구되고 있다.

본 소고를 통해 우리나라는 OECD 국가들에 비하여 빠른 고령화 속도, 높은 의료서비스 공급과 이용 수준에 비하여 기대여명과 건강수명의 증가, 조기사망의 감소 등에서 건강수준이

크게 향상되고, 일반 경제수준과 의료인력 대비 의료비에 대한 효율성은 타 OECD 국가보다 좋은 성과를 보여 아직까지는 의료비가 효율적으로 사용되고 있다고 볼 수 있다. 그러나 지난 10년간 의료비가 빠르게 증가하면서 다른 나라와 격차가 점점 줄어들고 있다. 또한 높은 수준의 자살사망, 건강상태에 대한 주관적 인식이 낮아 건강수준 지표에 따라 불균형 양상이 나타난다.

더구나 의료서비스에 대한 만족도나 의료의 질, 형평성과 접근성 문제는 미흡하거나 악화되었을 가능성이 제기된다.

우리나라는 행위별수가 지불제도를 가진 사회보험 국가이면서 민간 주도형 의료자원 공급체계를 특징으로 한다. 공공재원 비중은 적고, 본인부담 비중이 높아 미충족 의료수준이 높고 재난적 의료비 발생가구 비율이 높은 것으로 나타나고 있다. 따라서 특히 저소득층의 고액 진료비 부담을 경감시키기 위해 보장성 강화정책이 필요하며, 4대 중증질환 보장성 강화 뿐만 아니라 발생빈도가 높아 저소득층의 가계부담을 높이는 질환까지 범위를 확대하는 정교한 보장성 강화정책이 추진될 필요가 있다.

이러한 분석을 통해 추구되어야 할 우리나라 보건의료 체계의 지향점과 목표를 찾는다면 의료체계의 효율성만을 강조하기 보다는 앞서 [그림 1]에서 제시된 바와 같이 효율성과 함께, 지속가능성, 연속성, 환자중심성, 의료서비스의 질 제고, 형평성 등을 개선하면서 의료비의 효과적인 사용을 통해 보건의료 시스템의 패러다임을 변화시키는 방향으로 보건의료 체계의 개선을 이루어야 한다는 것이다. 고령화 사회에서

최근 지속적으로 논의되고 있는 1차의료 강화, 질병예방의 강화, 보완적 의료비 지불제도의 도입도 이러한 맥락에서 검토되어야 할 것이다.

끝으로 본 연구의 제한점은 OECD 보건통계로 본 성과평가에서 다양한 지표들로 성과를 파악하지 못한 점과, 투입 대비 산출로 효율성, 형평성을 단순히 평가하였다는 점, 그리고 OECD 국가들의 보건의료체계의 구조적 틀이 다르고, 공공과 민간의 역할 분담, 사회문화적 특성이 달라 보건의료 제도와 정책 비교에 제약

이 있다는 점을 들 수 있다. 하지만 OECD 보건지표를 활용한 본 연구는 이러한 한계에도 불구하고 우리나라의 보건의료체계를 평가하는데 있어서 다른 나라와의 비교를 통해 보건의료체계의 취약점과 강점을 파악하여 ‘적정수준’으로 가는 방향을 설정하는데 의미 있는 근거 자료로 활용될 수 있을 것이다. 향후 이러한 보건의료체계의 비교 평가를 앞서 제시한 보다 다양한 성과지표를 사용하여 지속적으로 검토할 필요성이 제기된다. 