

무엇이 과잉진료를 부추기는가?: 과잉진료의 원인 고찰과 대책

정유석*, 박석건**

요약

과잉진료(불필요한 진료)는 의료서비스를 적정한 선 이상으로 제공하는 것을 말한다. 좋은 진료를 제공하고 불필요한 해악을 피하는 것은 의료의 기본이다. 최근 이익이 적고 해악이 많은 진료를 지양하는 적정진료의 필요성이 강조되고 있다. 과잉진료는 제한된 자원의 낭비를 초래한다는 점에서 정의의 원칙에 위배된다. 또한 환자에게 직접적인 손해를 끼치므로 해악금지의 원칙에 반한다. 의사들은 효율적인 시스템이나 자신의 경제적 욕구가 아니라, 환자의 최선의 이익이라는 가치에 의해서 동기부여가 되어야 한다. 하지만 현실적인 제약으로 인해 실제 진료와 이상적인 진료 사이의 간격은 점점 벌어지고 있다. 본 논문에서는 과잉진료가 환자의 이익보다 자신의 경제적 이득을 추구하는 의사들의 문제라는 단순한 도식만으로는 이해될 수 없다는 것을 밝히고, 과잉진료의 유형과 다양한 원인들을 고찰한 다음, 과잉진료원인을 행위의 주체에 따라서 분류함으로써, 각 주체들이 문제의 해결을 위해 기여해야 할 각각의 몫들이 있음을 지적하고자 하였다. 그리고 이런 일이 가능하도록 주도적으로 작용해야 하는 것은 의사, 의사단체라는 점을 강조하였다.

색인어

과잉진료, 과잉검진, 과잉진단, 직업전문성, 인센티브, 행위별지불제도

I. 글을 열며

1997년 의료보험이 출발한 이래 현재까지도 의료에 대한 접근권, 즉 의료의 과소공급 혹은 과소진료가 문제가 되어왔다. 이것이 완전히 해소된 것은 아니지만, 최근에는 오히려 의료의 과잉 이용이 문제가 되고 있다. 이것은 우리나라의 일일 뿐만 아니라, 국제적인 문제로서 많은 의료 선진국들이 의료의 과잉이용을 억제함으로써 작고도 효율적인 진료를 달성하려고 하고 있다.

2016년 6월 2일 공영방송인 KBS는 <우리가 모르는 병원이야기>라는 다큐 프로그램을 통해서 국내 의료계의 과잉진료 문제를 특집으로 다루었다. “당장 꼭 필요한 치료가 전혀 아님에도 마치 꼭 필요한 치료인 것처럼, 그리고 이 치료를 하지 않으면 병이 갑자기 나빠질 것처럼 환자에게 설명한다면 이는 아주 정직하지 못한 진료입니다.”

과잉진료에 대한 우리 사회의 시각은, 아직은 병원이 경제적인 이익을 올리기 위해서 불필요한 검사나 치료를 시행하는 비윤리적인 행위로만 이해하는 것 같다. 이런 문제인식이라면 이에 대한 해결책은 ‘의사에 대한 강력한 처벌과 윤리 의식강화’가 될 것이며, 이를 통해 ‘의료보험 재정의 안정과 적정 진료’라는 목표를 이룰 수 있게 될 것이다.

그러나 과잉진료를 의사의 비윤리성 때문이라는 한 가지 도식으로 이해하는 것은 문제의 일부만을 본 것이다. 환자의 요구에 의한 과잉진료, 잘못된 진료지침에 의한 과잉진료, 우리나라 의료시스템이 가지는 문제 등 여러 요인이 복합적으로 작용하고 있기 때문이다.

그렇다고 하더라도 의료인들이 의도적으로 불필요한 진료를 유도하고 있다는 문제제기에 의료계가 대답을 내놓지 않는다면, 환자들의 불신은 눈덩이처럼 불어날 것이다. 어느 사회든 환자가

의사를 믿지 못하는 의료환경은 의사뿐 아니라 모두에게 치명상이 된다. 저자들은 의사와 환자 사이의 신뢰에 균열을 초래하는 과잉진료의 여러 유형을 분석하고, 우리 사회와 의료계가 어떤 해결책을 내어 놓을 수 있을지 고찰해 보고자 한다.

II. 과잉진료의 의미와 유형

1. 과잉진료 관련 용어 및 개념정리

과잉진료(overtreatment)란 불필요한 의료(un-necessary health care)라고도 하며, 환자의 건강증진에 거의 이득이 없거나 도움이 된다는 증거가 없음에도 불구하고 시행되는 진료나 시술로 정의할 수 있다[1]. 진료 과정에 따라 과잉검진(over-screening), 과잉진단(overdiagnosis), 그리고 과잉치료(overtreatment)로 구분하기도 하고, 이를 아우르는 말로 의료과잉(medical overuse)이라는 용어도 사용한다[2].

과잉검진이란 질병의 조기발견을 목적으로 하는 스크리닝 검사를 지나치게 자주 시행하거나, 인구학적 특성(성별/연령별 기준)을 무시한 채 적용하는 경우를 말한다.

과잉진단은 환자에게 실제적인 해악이 거의 없는 질병상태를 찾아내는 것으로, 불필요한 걱정이나 추가적인 의료서비스에 대한 수요로 이어질 수 있다.

과잉치료는 환자에게 임상적으로 의미 있는 이익이 거의 없거나, 근거가 없는 치료행위로 정의된다. 개념상 여기서 이익이라 함은 제공된 치료행위가 주는 이익에서 해악을 뺀 순이익을 뜻한다. 이런 개념을 사용하면 같은 치료라도 대상군에 따라서 상대적인 과잉치료가 발생할 수 있다. 예를 들면 심혈관질환의 예방을 위한 저용량 아스피린의 투여시 치료가 가져오는 해로움(비용,

출혈, 위장관장애 등)은 확률적으로 정해져 있는데, 치료로 인한 이익은 환자가 당뇨, 고혈압과 같은 기저질환을 가진 고위험군인 경우가 건강한 저위험군에 비해 상대적으로 크다. 아스피린 투여가 고위험군에 속하는 환자에게는 순이익이 더 많을 것이고 저위험군에게는 상대적으로 과잉진료가 될 수 있는 것이다. 과잉치료는 과잉검진과 과잉검사가 증가할수록 같이 증가한다.

최윤주는 과잉진료의 주체에 따라서 의료공급자 주도인 경우 과잉사용(overuse), 환자주도인 경우를 과잉이용(overutilization)이라고 구분하기도 하였다[3]. 결국 의료의 과다이용은 ‘환자주도의 과잉이용과 공급자 주도의 과잉검진, 과잉진단, 과잉치료’라는 스펙트럼을 가지는 것이다. 한편, 과잉진료의 반대 개념으로서, 꼭 필요하거나 환자에게 이로운 진료행위를 의료외적인 이유로 생략하거나 축소하는 것을 과소진료(undertreatment)라 한다.

본 논문에서는 넓은 의미에서 과잉진료라는 용어를 사용할 것이며, 내용 전개상 개념을 명확히 해야 할 때에는 세분화된 용어들을 사용할 것이다.

2. 비의도적으로 발생하는 과잉진료

<우리가 모르는 병원이야기>의 부정적 정서에서 볼 수 있듯이 국내에서 과잉진료란 용어는 주로 경제적 이득 때문에 환자에게 불필요한 진료를 감행하는 병원과 의사들의 비윤리성을 함축하고 있다. 그런데, 흥미로운 것은 미국의 경우 과잉진료는 의료비상승의 주범으로 주목받고 있을 뿐, 행위자인 의료계의 비윤리성에 대한 비난은 많지 않다[4].

Berwick과 Hackbarth [5]는 과잉진료의 원인을 과학적 근거가 부족하거나, 급변하는 진료지침에

맞지 않는 잘못된 적응증으로 인해 발생한다고 지적하면서, 미국 의료비 중 적게 잡아도 사분의 일이 과잉진료에 의한 것이라고 주장하였다. 즉, 과잉진료가 의료비 낭비를 초래하고 경제적 부담이 된다는 것을 논의의 초점으로 삼고 있다. 과잉진료를 보는 시각이 이렇게 우리와 다른 이유는 2015년 미국 가정의학회지에 연이어 발표된 Ebell과 Herstein [6-8]의 논문들에서 실마리를 찾아볼 수 있다.

Ebell과 Herzstein [6-8]은 2015년 미국 가정의학회지에 과잉검진(overscreening), 과잉진단(overdiagnosis), 그리고 과잉치료(overtreatment)의 문제점에 대하여 세 편의 논문을 차례로 기고하였다. 이들이 예를 드는 과잉진료는 정상적인 진료과정에서 발생하는, ‘비의도적’으로 초래된 것들이다. 더 민감해진 검사와 영상진단 장비들은 더 많은 이상소견을 발견한다. 그런데 이렇게 발견된 것들 중 상당수는 자연 경과상 환자에게 거의 해악을 끼치지 않는다. 1998년 이후로 폐혈관단층촬영의 해상도가 증가하면서 미국에서 폐색전증 치료를 받는 환자수가 두 배로 증가하였으나 폐색전증에 의한 사망률의 감소는 관찰되지 않았다[9]. 작은 부위의 폐색전증은 재발율이 0.7%에 불과한데, 이를 예방하기 위해 항응고제를 투여하게 되면 심각한 출혈 부작용이 5.3%에 이른다[10]. 같은 진단명이라도 병변의 경중에 따라 치료의 이득과 해악에 대한 진지한 고민을 하지 않으면 과잉진료가 발생한다는 것이다.

또 다른 예는 저명한 가이드라인에 제시된 진단기준 때문에 발생하는 과잉진료이다. 고혈압의 진단기준은 140/90 mmHg이다. 그런데 JNC 7 (Seventh Report of the Joint National Committee)에서 고혈압전단계(prehypertension, 120~139/80~89 mmHg)라는 구간을 설정하였다[11]. 140~120 mmHg 사이에 들어가는 사람

들이 치료의 대상이 된 것이다. 그러나 최근까지의 역학연구 결과들은 치료목표를 140 mmHg으로 하는 것에 비하여 120 mmHg으로 낮추는 것이, 고위험군을 포함하더라도, 추가적인 이익이 없다고 보고하고 있다[12].

Ebell과 Herzstein이 제시한 두 사례 모두 의사 개인의 개별적인 비윤리성과는 무관하며 정상적인 진료과정에서 발생한 의료의 공급과잉이 문제이다. 여기에서 우리가 보고 있는 것은 거시적 차원의 문제이며, 의사 개인의 경제적 이윤추구가 아니다. Ralston과 Schroeder [13]는 전통적 윤리규범에 비추어 과잉진료의 문제점을 다음과 같이 지적한다. 과잉진료에 의한 의료자원의 낭비는 전통적 윤리규범 중 정의의 원칙에 어긋난다. 제한된 의료자원을 불필요한 곳에 낭비하게 되면 그 서비스가 꼭 필요한 누군가는 혜택을 받을 수 없기 때문이다[14].

거시적인 문제라고 하더라도 과잉진료는 환자 개인에게 해를 끼치는 행위이며, 따라서 해악금지 원칙에 어긋난다. 단순한 긴장성 두통환자가 computed tomography 검사를 받게 되었다면, 환자의 시간과 비용뿐 아니라 방사선 피폭이라는 해악이 초래된 것으로 볼 수 있다. 뿐만 아니라 위양성 결과로 인한 환자의 불안과 이를 해소하기까지 드는 시간과 비용도 만만치 않다. 진양성(true-positive) 결과라 할지라도 그 결과가 환자에게 추가적인 이익이 없는 경우라면 결과적으로 불필요하고, 불편한 지식을 더한 셈이 된다[15]. Ralston과 Schroeder는 과잉진료가 자원의 낭비와 환자의 불편을 초래한다는 시각에서 문제 제기를 하고 있다. Munson [16]은 의료윤리의 4원칙에 더하여 유용성의 원칙(principle of utility)을 5번째 윤리원칙으로 제시하였고 미국의사윤리지침에서도 ‘낭비 없는 진료’(parsimonious care)를 의사의 주요 덕목으로 강조하고 있다[17].

3. 의도적으로 만드는 과잉진료

2015년 영국의학회지(British Medical Journal)에 충격적인 기고문이 실렸다[18].

“지난 7년 동안 병원의 운영에 관한 압력 때문에 불필요한 시술이나 검사를 시행해야 한다는 부담감에 시달려왔습니다.”

인도 캘커타의 심장내과 전문의 Mistry가 인도의 민간병원에 고용된 전문의들이 경영진이 정한 진료목표를 달성하기 위해 과도한 검사와 불필요한 수술을 시행하고 있다는 것을 폭로한 것이다. 산부인과 전문의인 Gadre는 인도의 병원 중 절반 이상이 민간병원인데, 이들 병원의 주된 목적은 투자자에게 이익을 남겨주는 것이고, 더 많은 수익 창출을 위해 의사들은 비윤리적인 진료를 강요받고 있으며 양심은 뒷전이라고 진술했다.

물론 인도의 모든 민간병원이 이런 식으로 운영되는 것은 아니다. 인도 주요 도시에 위치한 민간병원 체인인 Narayana 병원 그룹의 대표는 자신의 병원들은 금전적 목표를 설정하는 대신 진료 효율성을 목표로 설정하고 있다고 하였다.

인도 의사들의 양심선언에 나타난 과잉진료는 그 내용이 앞에서 살펴본 것과는 사뭇 다르다. 병원 수입을 올리기 위해 잘못된줄 알면서도 원칙 없는 검사나 치료를 남발하는 경우이다.

전통적인 윤리원칙으로 비추어 보면 이런 식의 과잉진료는 환자의 자율성에 대한 기만이고, 의사의 전문직업성에 대한 포기이다. 또한 해악금지의 원칙과 선행의 원칙에 모두 위배된다. 해악금지 원칙의 세부설명에 의하면, 같은 해악이라 할지라도 의도하지 않은 해악과 의도된 악행은 차원이 다르다. 앞에서 본 사례들의 경우 과잉검진, 과잉진단에 의해 발생하는 해악이 의도되지 않은 것이라고 할 수 있는 반면, 이 경우는 돈을 위해 환자를 속이는 의도된 악행에 해당한다.

4. 국내 의료계의 과잉진료 사례

<우리가 모르는 병원이야기>는 세 가지 사례를 들어 한국에서의 과잉진료 문제를 지적하였다. 적응증이 안 되는 허리 통증 환자를 수술하는 병원에 대해 대학병원의 신경외과 교수는 “이것이 바로 과잉진료고 과잉수술”이라며 분노한다. 한 주부는 이사 후 새로운 치과를 방문하여 각각 210만원, 165만원의 충치치료 견적을 받는다. 그런데 대학병원에서는 19,260원의 특진비 외에 관찰만으로 충분하다는 이야기를 듣게 된다. 방송은 국내 갑상선암 발생률과 수술률이 최근 세계 최고 수준으로 급증한 것에 대해 역시 과잉진단, 과잉수술의 가능성을 제기한다. 방송 후 각종 언론에서는 ‘치과에서 과잉진료 피하는 법’, ‘과잉수술 안하는 양심적인 척추전문병원’을 애써 내세우는 반전 광고들이 이어지고 있다[19].

한 일간지 기자는 값비싼 치료비에 놀라 병원 이곳저곳을 다니는 환자가 많아지고 있으며, 신경치료로 충분히 살릴 수 있는 치아를 임플란트 시술을 하도록 강요받았다거나, 3개만 해도 될 임플란트를 5~6개씩 하게 뒀다는 한국소비자원의 피해 사례를 소개한다[20].

2016년 8월 22일자 한국일보에는 <산모출자...산부인과, 과잉진료 논란>이라는 제목의 기사가 실렸다[21]. 이 기사의 헤드카피는 ‘암 위험성 거론하며 검사 강권’, ‘여성 67% 진료에 두려움 느껴’와 같은 자극적인 문구로 되어있어, 산부인과 의사들의 공분을 일으켰다.

한의계도 과잉진료의 의혹으로부터 자유롭지 못한 듯하다. 자동차사고 후 한의원을 방문한 한 환자는 사고부위의 물리치료에 더하여, 사고와 무관한 기존 증세에 대한 침약 복용을 권유 받는다[22].

의·치·한의계를 막론하고 한국에서 과잉진

료는 다분히 의도된 해악에 해당하는 것 같다는 인상을 피할 수가 없다. 과잉진료의 문제가 주로 언론에 의해서 제기되고 있으며, 의료계가 주도적으로 문제를 제기하거나 해결을 요구하고 있지 않기 때문이다. 의도된 해악에 해당하는 부분이 없다고는 할 수 없지만, 공분을 불러일으키는 자극적인 언어들 사용되고 있기 때문에 그 외의 다른 원인들은 뒤로 묻히게 되었다.

2009년 이후 통계에서 1위를 차지했던 갑상선암은 2015년에 들어서야 줄어들면서 위암에 이어 2위가 되었다[23]. 국내 갑상선암의 급증은 과잉검진에 의해 촉발이 된 것으로, 저렴한 검진시장이 활성화 되어있는 국내에서 고해상도의 영상 검사인 갑상선초음파가 사용된 것이 문제였다. 일단 검진에서 결절이 발견되면, 갑상선암 여부를 가리기 위한 세포침검사 혹은 진단적 수술, 이어서 갑상선 전체를 절제하는 수술, 그리고 방사선치료로 거의 자동으로 이어지는 ‘미끄러운 경사길(slippery slope)’이 작동을 한 것이다. 건강검진에서의 갑상선 초음파 검사 → 발견된 결절에 대한 세포침검사 혹은 진단적 수술 → 암으로 진단된 경우 수술의 규모 → 수술 이후의 방사선 치료의 각 단계마다 새로운 지침들이 만들어지면서 갑상선암의 발생률(사실은 발견율)은 줄어든 게 되었다. 세계보건기구(WHO) 산하 국제암연구소는 지난 20여년 사이 부유한 나라들에서 갑상선암으로 판정받은 사람이 급증한 것은 의료기술 발전에 따른 과잉진단 탓이라면서 그 대표적인 사례로 한국을 꼽았다[24].

III. 과잉진료의 원인과 대책

1. 과잉진료와 관련된 다양한 요인들

McGregor와 Martin [25]은 캐나다에서의 과잉

진료의 원인은 예방적 목적, 환자의 강한 요구, 의료공급자의 심리적 요인 등 복합적인 이유가 작용한다고 하였다. Teke와 Cihangiroğlu [26]는 미국의 경우 과잉진료의 원인은 의료소송에 대비한 방어진료, 의료전달체계의 실패 또는 행정적 복잡성 등 때문이라고 하였다. Kazemian 등[27]은 과잉진료를 유발하는 유형을 6가지로 종합하였다. 그것은 (1) 진단적 검사나 치료행위가 더해질 때마다 의사나 병원에 이익이 더해지는 행위 별수가제 하에서는 과잉진료의 가능성이 높아진다[28]. (2) 제약산업, 진단관련 회사, 의료기기 회사 등의 경쟁적인 비즈니스 환경 역시 과잉진료를 부추기는 요인이다[29]. (3) 근거중심진료에 대한 무지나 몰이해에서 발생한다[30]. (4) 더 많은 검사와 약물의 사용이 더 좋은 진료라고 믿는 환자나 보호자의 믿음에서 발생한다[31]. (5) 그리고 이러한 환자들의 잘못된 요구를 거절하지 못하는 의사의 태도도 문제다[32]. (6) 과잉진단, 과잉치료의 경제적, 윤리적 부담 등에 대해 무지하거나 관심이 없는 의사들의 비전문가적 태도가

과잉진료의 원인이 된다[33]. 등이다. 이처럼 과잉진료의 원인에 대한 진단은 나라마다 혹은 의료환경마다 다양하다.

앞에서 살펴본 것처럼 과잉진료는 검진 - 진단 - 치료라는 진료의 흐름에 따라 각 단계별로 나누어서 볼 수도 있고, 나라마다 상이한 의료제도나 문화에 따라서 다양한 유형이 있을 수 있다. 또한 의도한 주체가 누구냐에 따라서 의료 공급자인 의사에 의한 것과 수요자인 환자에 의한 것으로 나눌 수도 있다.

2. 행위 주체에 따른 과잉진료의 원인과 대책

과잉진료를 근절하기 위한 대표적인 대책은 강력한 법적 규제와 의사들에 대한 윤리교육의 강화이다. 그러나 앞에서 살펴 본 것처럼 과잉진료의 원인을 의사 개인의 비윤리적인 행위로만 보는 시각은 너무 단편적이다. 또한 의사 개인의 비윤리적 행위가 아무런 배경이 없이 그냥 개별적으로 발생하는 것도 아니다.

<Table 1> 행위주체에 따른 과잉진료의 원인과 대책

| 행위주체 | 세부원인 | 대책 |
|-----------|------------------------------|---------------------------------------|
| 의료제도 및 환경 | 수가제도 | 적정한 수가. 다양한 수가제도의 장단점을 고려한 장기적 개선안 마련 |
| | 성과급(인센티브) | 진료의 양보다 의료의 질을 기준으로 한 성과급체계 |
| | 실손보험 | 의료보험의 보장성 확대 |
| | 제약/의료기 회사의 경쟁적 마케팅 | 의사의 윤리의식강화 |
| 의료인 | 근거중심진료에 대한 이해 부족 | 국내실정에 맞는 진료지침 개발 및 활용 |
| | 의료윤리, 직업전문성에 무관심(단체) | 의사단체의 윤리적 역할 강화 |
| | 환자의 과잉진료 요구에 쉽게 응함(개인) | 의사의 직업전문성 윤리교육 강화 |
| 환자 | 검사나 치료는 많을수록 좋다고 생각하는 환자의 믿음 | 공신력 있는 정보 제공 |

미국의 신학자인 Niebuhr는 <도덕적 인간과 비도덕적 사회>에서 ‘개인적으로는 도덕적인 사람들도 사회내의 어느 집단에 속하면 집단적 이기주의자로 변모할 수 있다.’고 설파하였다[34]. 이를 국내 의료계에 빗대면 <도덕적으로 중립적인(도덕적으로 특별히 뛰어나지도 않고 특별히 못하지도 않은 평균적인) 의사들과 비도덕적 의료제도> 정도가 되겠다. 필자들은 과잉진료가 기본적으로 의사들의 문제이기는 하지만, 의사만의 문제는 아니라 시각에서 접근을 하였고, 문제의 해결을 위해서도 의사뿐 아니라 각 영역의 사람들이 각자 할 수 있는 몫을 담당하도록 하는 것이 적절하다는 관점에서, 과잉진료를 부추기는 행위의 주체를 의료인 - 환자 - 의료제도 및 환경의 셋으로 나누고, 각각의 문제와 해법들을 정리하였다. 보험회사나 정부 등은 물론 인격체가 아니지만, 여기에 종사하는 사람들이 보험을 만들고 정책을 만든다는 뜻에서 행위의 주체로 보아도 무방할 것으로 판단하였다<Table 1>.

1) 의료제도 및 환경

a. 수가제도

의료전문직의 가장 중요한 규범 중 하나는 의사는 환자의 최선의 이익을 대변해야 한다는 것이다. 이론적으로는 의사가 의료수가에 대해 완전히 자유로운 상태에서 환자를 위한 최선의 진료를 시행할 수 있다면 가장 이상적인 의료환경일 것이다[35]. 현행 행위별수가제의 근간을 유지하고자 한다면 의료 행위에 대한 적절한 보상을 통해 박리를 다매로 보상하려는 의도를 불식시킬 필요가 있다.

의료영역은 수요와 공급의 법칙에 의해 작동되는 여타의 시장영역과 달리 공급자가 수요를 인위적으로 조정할 수 있는 특수성을 지닌다. 이는

정보의 비대칭에 의한 것으로, 전문적 지식을 가진 의료공급자는 의료서비스의 종류와 양을 환자를 대신하여 결정함으로써 자신의 경제적 이익을 추구할 수 있다[36]. 현재의 행위별수가제는 과잉진료로의 유인동기가 매우 강한 제도이다. 일단 의사가 경제적 유인에 동기화되면, 의사가 환자의 방문 횟수를 늘이거나 불필요한 의학적 검사나 서비스를 유도할 수 있다[37].

그런데 똑같이 행위별수가제를 채택하고 있는 미국과 한국에서 과잉진료의 논점이 서로 다른 것에 주목할 필요가 있다. 비싸기로 유명한 미국의 의료수가 하에서는 잘못된 적응증과 근거부족이 문제라면, 원가 이하라고 불리는 한국에서는 환자 방문 횟수 늘이기, 검사의 남용 등이 문제의 중심이 되고 있다. 행위에 대해 지불하는 수가의 차이가 작용한 것이라고 할 수 있다. 행위별수가제는 이렇게 적정한 수가가 보장되지 않을 경우 과잉진료를 유발하는 요인으로 작용해서 윤리적 민감성을 떨어트릴 수 있다.

영연방의 인두제(capitation)나 국내에도 일부 도입된 포괄수가제(diagnosis related group, DRG)는 이를 방지하기 위한 제도적 장치들이다. 그러나 이 경우는 또 다른 윤리문제인 과소진료가 나타날 수 있다. 그러므로 포괄수가제를 한다면 정해진 수가의 적정성뿐 아니라 물가상승에 따른 연동 등이 보장되어야 할 것이다. 인두제의 경우도 상급병원으로의 이송에 대한 결정권을 일차진료 의사에게 준다면 과잉진료 억제에 효과가 있겠지만, 명목상으로만 결정권을 주고 실제로는 자유롭게 병원을 바꾸는 환자들을 통제할 수 있는 권한을 보장하지 못한다면, 이 또한 제대로 효과를 내지 못할 것이다.

b. 성과급(인센티브)

진료수입에 비례하여 급여를 지급하는 성과급

제는 과잉진료의 위험성이 높은 제도이다. 2010년 기준 종합병원의 약 75%가 시행 중이며, 중소병원의 경우도 병원 형태에 따라 성과급제 시행 비율이 늘어나고 있는 등, 현 의료계의 보편적인 임금지급방식이 되고 있다[38]. 이는 공공과 민간병원 모두에 해당하여, 경영난에 시달리고 있는 공공병원 또한 적극적으로 인센티브를 도입하고 있다. 문제는 성과급제 지급의 기준이 오직 진료 실적이라는 점이다. 성과급제의 기준을 진료의 양이 아닌 진료의 질로 바꾸거나, 기본급에 비해 성과급의 비율이 지나치게 크지 않도록 조정하는 등 과잉진료에의 동기부여를 차단하려는 정책적 노력이 요구된다[39]. 이화의료원의 경우, 과거 기본급 비율이 낮고 실적별 성과급 비율이 높은 임금정책을 실시해 오다가 2014년 3월부터는 과거의 임금정책을 정면으로 뒤집어 성과급을 대폭 줄이고 기본급을 인상했다고 한다. 기존 제도 하에서 많은 성과급을 받던 의사들의 반발이 컸지만, 진료과목별 협진과 팀워크를 중요시하는 의사들은 이러한 정책을 반기고 있다고 한다[4].

앞에서 본 인도의 사례에서 보면 민간병원의 운영자(주주)들이 과잉진료를 강요하고 의사들은 그들이 정한 진료수입목표를 달성해야 하는 압력 때문에 힘들어 하는 것으로 묘사되어 있다[19]. 영리병원 도입에 대한 논의가 끈질기게 진행 중인 국내에서 영리병원에서는 진료의 양이 인센티브로 작용하지는 않을지, 타산지석으로 삼아야 할 부분이다.

c. 실손보험

자동차보험 환자들의 경우 합의금을 더 타내기 위해 불필요한 입원을 하거나 진료일수를 늘이는 사례들이 있다. 실손보험 가입자의 경우 같은 보험료를 내고 안 타 먹으면 손해라는 생각으로 무리한 진료를 요구하기도 한다. 양자 모두 경제적

인 이득을 위해 환자를 부추기거나 환자의 무리한 요구를 거절하지 못하는, 혹은 편승하는 의료인이 관계된다.

무엇보다도 실손보험 가입자들은 의료이용률 자체가 높다[40]. 실손보험이 의료보험의 부족한 보장성을 보완하는 순기능을 가지고 있지만, 동시에 일부 과잉진료를 유발하는 부작용도 만들어내고 있는 것이다. 결국 의료자원의 낭비와 분배정의의 왜곡을 초래한다.

실손보험의 경우는 직접적으로 드러나지는 않지만, 항상 구조적으로 의료보험 재정의 일부를 소비하도록 설계가 되어있다. 실손보험에 가입한 환자의 입장에서 볼 때는 진료비의 전부 혹은 그 이상을 보상받는 것처럼 보이지만, 사실은 전체 진료비 중의 일정부분을 의료보험 재정이 부담하고 있고, 의료보험에서 보상하지 않는 나머지 부분을 실손보험이 보상하는 것이다. 즉 실손보험의 보상 건수가 많아지면 많아질수록, 눈에 보이지 않게 의료보험의 재정이 줄어드는 구조이다. 실손보험의 경우 최근 보험사의 이익이 줄어들자, 보험료 인상, 심사기준의 강화 등 나름의 대책을 내어놓고 있다. 이러한 대책들은 단기적으로 보험사들의 수익구조를 개선시켜 줄 수는 있을지 모르지만, 근본적인 해결책이 될 수는 없다. 당장은 어렵더라도 민간보험 가입이 불필요할 정도로 의료보험의 보장성을 강화하기 위한 정부 차원의 노력이 필요하다.

의사들도 힘들기는 마찬가지다. 의사들은 몸이 아파서 진료실에 오는 환자의 치료 외에 실손보험 가입 환자들의 진단서, 소견서, 통원확인서 발급 등 행정업무들을 수시로 마주하고 있다. 2014년 이성원 등[41]의 연구에 의하면 의사들은 민간보험에 대하여 응답자의 50.6%가 ‘의료남용, 의료환경 왜곡 등 부작용이 큰 제도이다’라고 평가하였다. 실손보험 가입자를 부추겨 과잉진료를

조장하는 일도 문제지만, 그렇게 하지 않으려고 노력하는 의사들도 곤란을 겪고 있는 것이다.

d. 제약/의료기 회사의 경쟁적 마케팅

제약산업, 의료기기회사 등은 의사와 관계에 있어서 언제나 ‘을’이 될 수가 있다. 의사의 처방에 따라 회사의 매출과 흥망이 좌우되기 때문이다. 이러한 구조는 리베이트와 과잉진료 유혹의 온상이 될 수 있다. 우리나라 의료제도는 민간이 압도적인 비중을 차지하고 있으며, 건물마다 병의원이 즐비할 정도로 경쟁이 매우 치열한 상황이다. 이런 경영적 압박 하에서 의사의 처방권한이 사적인 이윤추구와 연결된다면 쉽게 과잉진료의 유혹에 빠질 수 있는 것이다. 이에 대해 국가는 리베이트 쌍벌제에서 김영란법까지 규율과 통제를 강화하고 있다.

의사들이 불필요한 유혹에 빠지지 않고 진료할 수 있는 시스템의 개혁이 근본적인 해결책이 되겠지만(당연히 계속해서 요구해야 할 것이다), 그와 동시에 리베이트에 관한 한 이를 거절하려는 의사 개인의 노력이 필요하다. 또한 의약품 사용이나 의료기기의 구매에 따르는 리베이트 뿐만 아니라, 제약/의료기 회사와 관련이 있는 의학 연구나 학술 강연에서 발생할 수 있는 이해상충의 문제에 대해서도 민감성을 유지해야 한다.

2) 의료계

a. 근거중심진료에 대한 이해 부족

근거가 부족한 시술을 무분별하게 시행하는 것은 비용대비 효과가 검증되지 않은 것이므로, 과잉진료가 되기 쉽다. 현대 의료는 과학의 바탕위에 서있다. 치료법의 선택과 적용을 축적된 자료들에 대한 과학적 분석과 근거에 의해 결정하고자 하는 것이 근거중심의학이다. 근거중심의학은

아직 효과가 입증되지 않은 치료법을 적용하는 것을 배격한다.

전문의학회에서 제공하는 다양한 질병진료지침은 근거중심의학의 최종산물로 의사들이 지켜야 할 진료표준이다. 진료지침을 사용할 때 주의해야 할 점은 고위험군 환자에 적합한 진료를 전체 환자로 확장시키는 적응증 늘이기(indication creep)를 하지 않도록 하는 것이다[9]. 고지혈증 치료제인 스타틴의 치료목표가 저밀도지단백 기준으로 저위험군은 100 mg/dL, 당뇨 등 고위험군 일 때는 70 mg/dL 이하로 낮추는 것이라고 할 때, 모든 고지혈증 환자의 치료 목표를 70 mg/dL 이하로 설정하고 스타틴 용량을 증량한다면, 불필요한 추가 투약이 되고 과잉진료에 해당한다.

건강검진이 활발하게 시행되고 있는 우리나라에서는 국가검진 사업뿐만 아니라, 민간에서 시행되고 있는 건강검진의 종목과 빈도에 대한 권고안도 만들 필요가 있을 것이다. 우리는 갑상선암의 경우처럼, 패키지식 건강검진이 결과가 커다란 사회적인 문제가 될 수 있다는 것을 경험한 바 있다.

진단적 접근이나 치료전략을 표준화하거나 가이드라인으로 제시하는 것, 치료보다 예방을 중시하는 접근법은 과잉진료를 예방하는데 도움이 된다[42]. 이러한 지침의 경우 국제적인 표준안을 참고할 수 있지만 국내의 질병패턴, 유병률, 의료수가 등에 맞춘 수정과 보완이 필요하다.

특정 질환에 대한 진료지침은 각 전문의학회들이 꾸준히 생산해 내고 있지만, 여전히 부족하고, 건강검진 지침 등은 개별 전문학회의 능력을 넘어 선다. 의료계는 직접적인 이해당사자나 이익이 없기 때문에 소홀히 될 수 있는 이런 부분에 대한 투자를 요구할 필요가 있다.

b. 의료윤리, 직업전문성에 무관심(단체)

국내에서 과잉진료에 대한 문제제기는 언론이나 환자단체가 주도하고 있을 뿐 의료계 내부에서의 목소리는 찾아보기 힘들다. 미국의 과잉진료 문제가 내과학회, 가정의학회 등 의사단체를 중심으로 진행되었고, 인도의 경우도 의사들의 양심선언이 먼저 있었다는 점에 주목할 필요가 있다. 국내 의료계는 사회의 문제제기에 대해서 '정부의 강한 규제와 지나치게 낮은 의료수가가 풍선효과로 이어진 정책실패'라는 식의 답변으로 대응하고 있다[43]. 맞는 주장이지만, 전문직의 수준에 합당한 대응은 아닌 것으로 보인다. 진료수입 감소 등 목전의 이익과 관련한 문제에 관해 목소리를 높이는 한편, 동시에 의사사회 전체에 대한 불신과 직업전문성의 붕괴를 걱정하며, 이를 치유하고자 하는 용기도 발휘할 필요가 있다. 즉 진료수입과 직업전문성은 둘 다를 같이 추구할 때 비로소 균형을 이루고 힘을 얻을 수 있는 것이지, 어느 한쪽만 추구해서는 목표에 도달할 수 없는 것이라는 전략적 발상이 필요하다.

Kay는 인도에 만연한 과잉진료의 원인으로 인도 의사협회(Medical Council of India)의 미온적 태도를 지적한다[18]. 이들은 의사들의 진료행위를 규제하는 책임을 가지고 있으나 그동안 제대로 그 역할을 하지 못해왔고 신뢰를 받지 못하고 있다는 것이다[44]. 2014년에 인도의 심장내과 의사들에 의해 시작된 The Society for Less Investigative Medicine는 인도 내의 과잉진료 근절을 위해 근거중심의료가 진료의 표준이 되기를 희망하고 있다[45]. 미국의 바른진료운동(Right Care Movement, <http://www.rightcaredeclaration.org>)은 의료진과 환자 모두가 바른 진료, 적정 진료를 약속하는 서명 운동을 전개하고 있다.

최근 가정의학회에서 전공의 윤리교육을 의무화하였고, 내과학회에서는 전공의를 위한 의료윤

리 교재를 출판하는 등 공식적으로 윤리적 역량을 키우려는 노력을 하고 있다. 다른 전문학회로도 이러한 노력이 확산될 수 있을 것이다.

c. 환자의 과잉진료 요구에 쉽게 응함(개인)

앞에서 살펴본 환자요구형 과잉진료는 의사들이 과잉진료의 비윤리성에 관심이 있다면 대부분 예방이 가능한 부분이다. 물론 현재의 상황에서 환자의 요구를 거절하거나 설득하는 것은 쉽지 않다. 설득에 실패할 경우 환자도 잃고 수입도 줄어드는 결과를 각오해야하기 때문이다. 여기서 조금 더 나가면 환자의 요구에 편승하여 카테일 영양주사를 구비해 놓고 환자를 유인하는 의사들도 생긴다. 이것은 의사 개인 윤리의 문제이지만(앞에서 언급을 했기 때문에 여기서 저수가 문제는 다루지 않기로 한다), 개별적 접근법으로는 해결하기가 어렵다는 것을 알 수 있다.

Eisenberg [46]는 타인의 건강에 큰 영향력을 미칠 수 있는 의료진의 윤리의식과 이타심이 진료행태와 유인수요에 있어 중요한 요인이라고 하였다. Heffner [47]도 조직·집단이 가지고 있는 문화와 규범이 진료행태와 유인수요에 영향을 미친다고 하였다. 의료인 전체의 직업적 자긍심과 윤리의식 고양이야말로 과잉진료 문제를 근본적으로 해결하는 열쇠다.

그동안 의과대학생에 대한 윤리교육은 어느 정도 자리를 잡아서 전국 41개 의과대학이 모두 의료윤리를 정식 교과목으로 채택하고 있으며, 의사국가시험에서도 의료윤리에 대한 문제를 출제하기 시작하였다. 그러나 졸업 후 윤리교육은 아직은 관심, 혹은 시작의 수준에 머물러 있는 상태이다. 전문의 수련 과정에 의무적으로 소정의 의료윤리교육 시간을 넣도록 하거나, 이미 구성되어 있는 병원윤리위원회를 활용하여 소속 기관의 윤리교육을 강화할 수 있을 것이다. 단, 규범

과 법규 위주로 내용을 채우기 보다는 의료인 스스로가 직업전문성을 고양시킬 수 있도록 가치와 자긍심을 강조하는 교육이 바람직하다.

3) 환자

검사든 투약이든 빠르면 빠를수록, 많으면 많을수록 좋다는 환자의 믿음은 우리 사회에 만연한 풍토 중 하나이다. 단순 감기에도 꼭 주사를 요구하고, 조금만 피곤해도 소위 영양제 주사(링거액)를 맞으려 오는 환자들이 있다.

조심스럽지만, 임종기 환자에 대한 환자나 가족의 지나친 의료서비스 요구도 환자주도의 과잉 의료 사례라 볼 수 있다. 이 경우는 환자나 가족의 신념이 잘못된 것이라 판단할 수는 없으며, 분배정의 차원에서는 논의가 될 수 있다.

자동차보험이나 실손보험 가입 환자가 보험금을 타기 위해 과도한 검사나 불필요한 입원을 요구하는 경우는, 환자 스스로가 잘못임을 알면서도 제도와 환경의 영향을 받는 경우이다.

미국의 경우 조기유방암 진단 후 멸절된 반대쪽 유방에 대한 예방적 수술 건이 해마다 증가하고 있다[48]. 관상상피내암종(ductal carcinoma in situ)의 경우 예방적 유방적출술의 유용성이 입증되지 않았음에도 불구하고 환자의 20% 이상이 수술대에 오른다[49]. 유방암에 걸리지 않았음에도 불구하고 위험유전자가 있다는 이유로 유방적출술을 감행한 미국 여배우 Angelina Jolie의 사례 역시 과잉진료 논란을 일으키고 있다.

얼핏 떠올릴 수 있는 대책은 ‘환자들이 불합리하고 불필요한 의료적 요구를 하지 않도록 교육한다.’가 되겠지만, 이것은 실현하기가 어려워 보인다. 환자는 매우 다양한 신념과 문화적 배경을 가진 개개인이며, 각자 다양한 이해관계를 가지고 있기 때문이다(물론 특정한 질병을 가진 특정

한 환자에 대한 교육은 의료인이 해야 할 일이며, 가능한 일이다). 따라서 환자의 경우 교육을 한다는 개념이 아니라, 공신력 있는 정보를 제공함으로써 판단을 돕는다는 쪽으로 방향을 바꿔 볼 필요가 있다.

그런 면에서 2012년 미국의 70여 전문학회가 공동으로 참여하여 서비스를 시작한 현명한 선택(www.choosingwisely.org)이라는 웹사이트를 주목할 필요가 있다. 근거중심적 배경에서 과잉진료에 해당하는 행위들을 전문과목별로 정리해 두었는데, 같은 내용을 의사용에서는 의사들이 이해할 수 있는 전문용어로, 환자용에서는 일반인이 이해할 수 있는 쉬운 용어로 설명하고 있다는 점이 참신하다. 의사편 검색창에서는 여러 전문학회의 진료지침들을 한 자리에 모아놓은 것을 볼 수 있다.

인도에서는 다른 의사의 견해를 물어보는 상업적 온라인 서비스(mediangels.com and apkadoc-tor.com)가 문을 열었다. 12,500명의 환자를 대상으로 한 보고에 의하면 이들 서비스 이용자 중에서 44%가 예정된 수술을 취소했다고 한다[50].

국내의 각 전문의학회들도 우리 실정에 맞는 진료지침을 개발하는 노력을 게을리하지 않고 있으므로 우선 이들을 한 자리에 모으고, 의사용과 환자용으로 가공하여 제공하는 일은 비교적 쉽게 시도해 볼 수 있는 일이다. 신뢰도가 의심스러운 각종 정보가 돌아다니고 있으므로, 이런 공신력 있는 정보 집합소를 만드는 것만으로도 의미 있는 일이라고 할 수 있다. 물론 단순 나열이 아니라 적절하게 재배열하고, 일상 언어로 번역하는 작업을 해야 하므로 비용이 적지는 않을 것이다.

IV. 글을 맺으며

의료는 기본적으로 윤리적인 직업이다. 의사와

환자 사이에는 항상 완전히 해소하기는 어려운 일방적인 정보격차가 존재하는데, 환자의 자율적 결정조차도 의사의 충분한 설명을 전제로 한다는 점에서 의사는 더 예민하고 사려 깊게 행해야 한다. 또한, 의사-환자 사이의 정보격차를 무의식중에라도 갑을 관계로 인식하거나 그렇게 이용하려고 하지 않도록 경계해야 한다. 환자 없는 의사, 환자 없는 의료란 존재할 수 없기 때문이다. Jones 와 McCullough [51]에 따르면 여기서 환자는 자기 환자 뿐 아니라 다른 환자, 미래의 환자까지를 아우른다. 그러므로 의사 개인이 자기규율의 의무를 가지는 동시에, 집단으로서의 의사는 상호 견제와 제도개선의 책임을 지게 된다. 환자와 사회로부터의 신뢰를 공고히 하려면, 의사란 모름지기 시스템의 효율성, 이윤창출 등 여타의 것들이 아닌 오직 환자로 인해서만 동기부여 된다는 믿음이 필요하다.

지금까지 과잉진료에 대한 이해는 의사의 이윤 추구행위일 뿐이라는 단순한 도식에서 벗어나, 진료의 단계를 나누고, 제도적 문화적 맥락을 고려해서 살펴보아야 한다는 것을 밝혔다. 그리고 해결을 위해서는 행위의 주체에 따라서 원인과 해법을 따져봄으로써, 행위 주체별로 각자가 해야 할 몫을 분담하도록 요청하는 하는 것이 효과적인 방법이 될 수 있다는 점을 지적하였다.

그러나 이러한 일이 가능하도록 주도적으로 작용해야 하는 것은 결국 의사와 의사단체일 수밖에 없다. 지속적으로 문제를 제기해 온 연구자들은 한결같이 과잉진료는 ‘비효율적일 뿐 아니라’, ‘부적절하며’, ‘이득이 없거나, 오히려 해가 되고’, ‘건강을 악화시킬 수 있다’고 지적한다[52]. 환자에게 해악을 줄 뿐 아니라 의사들의 직업전문성에 손상을 주는 과잉진료에 대한 대책을 마련하는, 그리고 마련하도록 촉구하는 일을 더 이상 늦추어서는 안 된다. ㉞

REFERENCES

- 1) Walsh-Childers K, Braddock J. Competing with the conventional wisdom: newspaper framing of medical overtreatment. *Health Commun* 2014 ; 29(2) : 157-172.
- 2) Siwek J. Getting medicine right: overcoming the problem of overscreening, overdiagnosis, and overtreatment. *Am Fam Physician* 2015 ; 91(1) : 18-20.
- 3) 최윤주. 의사성과급제에 따른 의료공급자 유인 수요에 관한 연구. 석사학위논문. 중앙대학교 대학원, 2014.
- 4) Brody H. From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance. *N Engl J Med* 2012 ; 366(21) : 1949-1951.
- 5) Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA* 2012 ; 307(14) : 1513-1516.
- 6) Ebell M, Herzstein J. Improving quality by doing less: overscreening. *Am Fam Physician* 2015 ; 91(1) : 22-24.
- 7) Ebell M, Herzstein J. Improving quality by doing less: overdiagnosis. *Am Fam Physician* 2015 ; 91(3) : 162-163.
- 8) Ebell M, Herzstein J. Improving quality by doing less: overtreatment. *Am Fam Physician* 2015 ; 91(5) : 289-291.
- 9) Wiener RS, Schwartz LM, Woloshin S. When a test is too good. *BMJ* 2013 ; 347 : f3368.
- 10) Donato AA, Khoche S, Santora J, et al. Clinical outcomes in patients with isolated subsegmental pulmonary emboli diagnosed by multidetector CT pulmonary angiography. *Thromb Res* 2010 ; 126(4) : e266-e270.
- 11) The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JNC 7 complete report: the science behind the new guidelines. Available from: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.htm>. [cited 2014 Oct 10]
- 12) Cushman WC, Evans GW, Byington RP, et al; ACCORD Study Group. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2010 ; 362(17) : 1575-1585.
- 13) Ralston SL, Schroeder AR. Doing more vs doing good; aligning our ethical principles

- from the personal to the societal, *JAMA Pediatrics* 2015 ; 169(12) : 1085-1086.
- 14) Daniels N, Saloner B, Gelpi AH. Access, cost, and financing: achieving an ethical health reform. *Health Aff (Millwood)* 2009 ; 28(5) : w909-w916.
 - 15) Welch HG, Black WC. Overdiagnosis in cancer. *J Natl Cancer Inst* 2010 ; 102(9) : 605-613.
 - 16) Munson R, 박석건, 정유석 역. *의료문제의 윤리적 성찰*. 서울 : 단국대학교 출판부, 2001 : 64-66.
 - 17) Snyder L; American College of Physicians Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee. American College of Physicians Ethics Manual: sixth edition. *Ann Intern Med* 2012 ; 156(1 pt 2) : 73-104.
 - 18) Kay M. The unethical revenue targets that India's corporate hospitals set their doctors. *BMJ* 2015 ; 351 : h4312.
 - 19) 환자부담없게... '돈 되는' 시술 앓는 착한 치과. Available from: <http://news.kmib.co.kr/article/view.asp?arcid=0923586645&code=23111112&cp=du> [cited 2016 Aug 21]
 - 20) '총치 3개에 45만원?' 해도 너무한 치과 과잉진료... 환자만 운다. Available from: <http://news.kukinews.com/news/article.html?no=177160> [cited 2016 Aug 21]
 - 21) 산모출자... 산부인과, 과잉진료 논란. Available from: <http://www.hankookilbo.com/v/b03047c6aeb245579b9798e831a4ffa1> [cited 2016 Aug 21]
 - 22) 어느 한의원의 달콤한 유혹. Available from: <http://www.docdocdoc.co.kr/215736> [cited 2016 Aug 21]
 - 23) 과잉진료 막으니... 갑상선암 환자 3년새 반토막. Available from: http://news.chosun.com/site/data/html_dir/2016/06/10/2016061000239.html [cited 2016 Aug 21]
 - 24) 한국 갑상선암 여 90%, 남 70% "과잉진단된 것". Available from: http://news.khan.co.kr/kh_news/khan_art_view.html?artid=201608192146035&code=940601 [cited 2016 Aug 21]
 - 25) McGregor MJ, Martin D. Testing 1, 2, 3: is overtesting undermining patient and system health? *Can Fam Physician* 2012 ; 58(11) : 1191-1193.
 - 26) Teke A, Cihangiroğlu N. How to control physicians' overutilization of resources to reduce the health services costs? *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2013 ; 12(4) : 465-470.
 - 27) Kazemian A, Berg I, Finkel C, et al. How much dentists are ethically concerned about overtreatment; a bignette-based survey in Switzerland. *BMC Med Ethics* 2015 ; 16 : 43.
 - 28) Brownlee S. Overtreated: Why Too Much Medicine Is Making Us Sicker and Poorer. New York : Bloomsbury USA, 2007.
 - 29) Emarujel EJ, Fuchs VR. The perfect storm of overutilization. *J Am Med Assoc* 2008 ; 299 : 2789-2791.
 - 30) Llewelyn H. Evidenced based practice should reduce overdiagnosis and overtreatment. *BMJ* 2012 ; 344 : e4296.
 - 31) Katz MH, Grady D, Red berg RF. Under-treatment improves, but overtreatment does not. *Intern Med* 2013 ; 173(2) : 93.
 - 32) Torjuul K, Nordam A, Sorlie V. Action ethical dilemmas in surgery: an interview study of practicing surgeons. *BMC Med Ethics* 2005 ; 6 : E7.
 - 33) Jox RJ, Krebs M, Fegg M, et al. Limiting life-sustaining treatment in German intensive care: a multiprofessional survey. *J Crit Care* 2010 ; 25(3) : 413-419.
 - 34) 리인홀드 니버, 이한우 역. *도덕적 인간과 비도덕적 사회*. 서울 : 문예출판사, 2004.
 - 35) Ralston SL, Schroeder AR. Doing more vs doing good; aligning our ethical principles from the personal to the societal. *JAMA Pediatrics* 2015 ; 169(12) : 1085-1086.
 - 36) Mooney G, Ryan M. Agency in health care: getting beyond first principles. *J Health Econ* 1993 ; 12 : 125-135.
 - 37) 김창보. 우리나라 의원에서의 의사유인수요 가설 검증. 박사학위논문. 연세대학교, 2002.
 - 38) 은상준. 의사성과급: 수익에서 의료의 질로. *복지동향* 2013 ; 169 : 55-56.
 - 39) 정유석, 박석건. 국내 의료계에서 시행중인 금전적 인센티브 제도의 윤리적 쟁점들. *한국의료윤리학회지* 2015 ; 18(2) : 190-199.
 - 40) 이용철, 임복희, 박영희. 국민건강영양조사 대상자들의 민간의료보험 가입 요인 및 가입여부에 따른 건강행태, 의료이용 비교. *한국콘텐츠학회논문지* 2010 ; 10(12) : 190-204.
 - 41) 이성원, 정유석, 최은영 등. 민간보험 도입후 개원의사들이 느끼는 진료환경의 변화. *한국의*

- 료윤리학회지 2014 ; 18(1) : 70-79.
- 42) Richardson PS, McIntyre IG. Dental treatment needs of a cohort of Royal Air Force recruits over 5 years. *Community Dent Health* 1996 ; 13(1) : 11-16.
- 43) 권순만. 의료산업과 가격규제: 효과와 개혁방안. *한국정책학회보* 1999 ; 8(2) : 255-271.
- 44) Nagarajan R. Clean slate for doctors on medical negligence. *Times of India*. Available from: <http://timesofindia.indiatimes.com/india/Clean-slate-for-doctors-on-medical-negligence/articleshow/27394151.cms> [cited 2016 Aug 21]
- 45) Travasso C. Indian cardiologists plan campaign to reduce unnecessary investigations. *BMJ* 2014 ; 349 : g4740.
- 46) Eisenberg JM. Physician utilization. The state of research about physician's practice patterns. *Med Care* 1985 ; 23(5) : 461-483.
- 47) Heffner JE. Altering physician behavior to improve clinical performance. *Top Health Inform Manage* 2001 ; 22(2) : 1-9.
- 48) Hawley ST, Jaggi R, Morrow M, et al. Social and clinical determinants of contralateral prophylactic mastectomy. *JAMA Surg* 2014 ; 149(6) : 582-589.
- 49) Lostumbo L, Carbine NE, Wallace J. Prophylactic mastectomy for the prevention of breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 ; (11) : CD002748.
- 50) Iyer M. 44% advised unnecessary surgery: 2nd opinion-givers. *Times of India*. Available from: <http://timesofindia.indiatimes.com/india/44-advised-unnecessary-surgery-2nd-opiniongivers/articleshow/45746903.cms> [cited 2016 Aug 21]
- 51) Jones JW, McCullough LB. Discovering overtreatment: second-opinion dilemma. *J Vasc Surg* 2014 ; 60(6) : 1690-1692.
- 52) Chassin M, Galvin R. The urgent need to improve health care quality: Institute of Medicine National Roundtable on Quality. *JAMA* 1998 ; 280(11) : 1000-1005.

What Factors Promote Overtreatment in Korea?: Causative Considerations and Solutions to Overtreatment

CHEONG Yoo-Seock*, PARK Seok-Gun**

Abstract

Overtreatment (or unnecessary treatment) occurs when medical services are provided with a higher volume or cost than is appropriate. Of course, practicing good medicine and avoiding unnecessary harm have always been principles of medical practice. Currently there is a new emphasis on reducing practices that are likely to have limited benefit or that involve potential harm. Waste due to overtreatment has been described as a violation of the principle of justice on the assumption that every system has limited resources and any wasted resource necessarily means those resources will no longer be available for use by others in need. Overtreatment may also cause direct harm to patients, thus violating the principle of non-maleficence. Physicians are rarely motivated by the desire to achieve system efficiency or to save money for its own sake. However, it is widely understood that physicians should be motivated by a desire to do the right thing in terms of promoting the patient's best interest. And doing the right thing includes an ethical imperative to provide parsimonious care. Recognizing this fact helps to bridge the enormous quality chasm that still exists between the medical care that is currently provided and the medical care that should be provided. The purpose of this study is to identify and assess the factors that cause overtreatment (unnecessary treatment) in the Korean medical system and to suggest certain solutions to this problem.

Keywords

overtreatment, overscreening, overdiagnosis, professionalism, incentives, pay-for-performance

* Department of Family Medicine, Dankook University College of Medicine

** Department of Nuclear Medicine, Dankook University College of Medicine: *Corresponding Author*