

한국과 일본의 치과 건강보험
현황 및 수가 비교

연세대학교 대학원

치 의 학 과

허 욱

한국과 일본의 치과 건강보험
현황 및 수가 비교

지도 권 호 근 교수

이 논문을 박사 학위논문으로 제출함

2005년 12 월 일

연세대학교 대학원

치 의 학 과

허 욱

허 옥 의 박사 학위 논 문 을 인 준 함

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

연세대학교 대학원

2005년 12월 일

차 례

그림 차례	iii
표 차례	iv
국문 요약	vi
I. 서론	1
1. 연구 배경	1
2. 연구 목적	4
II. 연구 방법	6
III. 연구 결과	8
1. 한국과 일본 치과계의 현황	8
가. 한국 치과계의 현황	8
나. 일본 치과계의 현황	11
2. 한국과 일본의 치과 요양급여 항목별 진료수가 비교	15
가. 기본 진료	15
나. 투약주사	16
다. 영상진단 및 방사선	17
라. 마취	18
마. 치주과	19
바. 근관치료	23
사. 구강외과	24
아. 보존과	25
자. 보철	26

차. 기타 일본에서의 건강보험 적용항목	29
카. 요양급여 항목별 수가의 상대값 비교	30
3. 한국과 일본의 치과 요양급여 항목의 임상증례별 진료수가 비교	32
가. 근관 치료	32
나. 치주 치료	36
다. 발치	41
라. 충전	44
4. 빅맥지수 및 PPP수가로 환산한 한국과 일본의 진료수가 비교	45
가. 진료 항목별 비교	45
나. 임상증례별 수가의 상대값 비교	46
IV. 고찰	47
V. 결론	54
참고문헌	56
영문요약	60
부록. 한국과 일본의 치과 건강보험 주요 통계 현황	63

그림 차례

그림 1. 년도별 총인구 및 치과 의사수, 치과 의사1인당 인구, 국민1인당GNP/ 치과 의사수	10
그림 2. 의료기관별 년도별 진료비 추이	12
그림 3. 치주 치료의 진행	21
그림 4. 치주 유지 및 관리의 진행	22

표 차례

표 1. 년도별 총인구 대비 치과의사수, 인구10만명 당치과의사수 및 치과병의원수	8
표 2. 미래 인구 및 증가율, 치과의사수, 치과의사 1인당 인구수 추계	9
표 3. 년도별 GDP, 국민 1인당 GDP, 국민 1인당 GDP/치과의사수	9
표 4. 전체 요양기관, 치수 및 치근단 주위염의 총진료비, 지급건수 및 증가율	11
표 5. 국민의료비에서 차지하는 치과의료비의 비중	11
표 6. 의과외래와 치과 개업의의 소득 비교	12
표 7. 일본의 1일 치과의원 환자수 및 수진율의 추이	13
표 8. 일본 전국 치과대학(치학부) 수와 입학 정원 추이	13
표 9. 인구 10만대 치과의사 수의 추이	14
표 10. 의과와 치과의 1일당 외래 의료비 추이	14
표 11. 진찰료 항목별 수가	16
표 12. 가산율 항목별 수가	16
표 13. 영상진단 및 방사선 항목별 수가	17
표 14. 마취 항목별 수가	18
표 15. 치주과 항목별 수가	19
표 16. 근관치치 항목별 수가	23
표 17. 구강외과 항목별 수가	24
표 18. 보존과 항목별 수가	25
표 19. 일본의 건강보험 유지 및 관리의 항목별 수가	29
표 20. 요양급여 항목별 수가의 상대값 비교	30
표 21. (증례1) 하악 우측 제1대구치의 급성 치수염으로 인한 근관치료 수가	32

표 22. (증례2) 하악 우측 제1대구치의 치수괴사와 급성농양의 근관치료 수가	33
표 23. (증례3) 상악 우측 중절치의 치관파절로 인한 치수노출의 당일 근관 치료 수가	34
표 24. (증례4) 상악 좌측 제2대구치의 저작 시 동통으로 인한 근관치료 수가	35
표 25. (증례5) 만성 초기치주염에 의한 전악 치주검사와 스케일링 및 치근 활택술 수가	36
표 26. (증례6) 만성 치은염으로 인한 전악 치석제거 수가	37
표 27. (증례7) 초기 만성 치주염으로 인한 치주 검사 및 치근 활택술 수가	38
표 28. (증례8) 상악 우측 유중절치의 외상성 탈구로 인한 3치아의 잠간고정, 4세 유아, 야간 수가	40
표 29. (증례9) 하악 우측 제2소구치의 만성치주염으로 인한 발치 수가	41
표 30. (증례10) 하악 우측 제3대구치의 수평매복으로 인한 수술 발치 수가	42
표 31. (증례11) 상악 정중부 과잉치의 매복의 발치 수가, 비골성 매복	43
표 32. (증례12) 하악 우측 대구치의 우식으로 인한 아말감 충전(BO) 수가	44
표 33. (증례13) 상악 우측 중절치의 우식증으로 인한 글라스(아이오노머) 충전 (ML) 수가	44
표 34. 진료 항목별 평균상대값 비교	45
표 35. 상대값 범위에 대한 진료항목의 수	45
표 36. 임상증례별 수가의 상대값 비교	46

국문요약

한국과 일본의 치과 건강보험 현황 및 수가 비교

본 연구의 목적은 한국과 일본의 치과 건강보험의 현황을 분석하여 치과요양급여와 수가의 문제점을 도출하며, 한국과 일본의 치과 요양급여 항목의 진료 수가 비교 및 치과 요양급여 항목 중 다빈도 항목에 대한 임상증례별 진료 수가를 비교하는 것이다.

일본의 경우, 국민의료비에서 차지하는 치과의료비의 비중은 1989년 9.9%에서 1999년 8.2%로 10년 간 약 2%의 급격한 감소를 보이고, 치과의사들의 소득은 1992년 1,884만엔에서 2001년에는 1,592만엔으로 떨어졌다. 의과와의 비교에서는 1993년 의과를 100을 하였을 때, 치과가 78.0이었지만, 2001년에는 52.5로 추락한다. 이로 인한 일본치과의사들의 위상은 하락하고, 인재들은 치과계를 기피하게 되었다.

이러한 원인은, 첫 번째 절대적 환자 수의 감소와 치과의사 공급의 증가, 낮은 요양급여비, 그리고 낮은 보철 수가를 들 수 있다. 또한, 치과 의료계 지도부의 정책적 판단 오류, 즉, 의약분업시의 약가차익의 의과에의 일방적 편입에 대한 방치, 수가 조정에서의 영향력을 행사 하지 못한 점 등이 있다.

한국도 이에 크게 다르지 않아, 총인구수는 정체 내지는 감소가 예상되는데 비해 치과의사수는 지속적으로 증가하고 있으며, 경제성장도 마찬가지로 정체 또는 낮은 증가율이 예상되고, 국민들의 구강보건에 대한 인식 또한 높아져 치과질환의 감소 경향을 보이고 있다. 더하여, 국가는 의료의 공공성을 강화하는 쪽으로 방향을 설정하고 있다.

한국과 일본의 의료보험을 비교하는데 있어, 먼저 요양급여 항목 별 급여액에 대한 차이를 비교해보고, 실제적 임상증례에서의 진료수가 차이에 대해 비교하였다. 보철에 있어서는 한국과 일본의 진료수가의 차이를 직접 비교하기에

는 무리가 있어, 일본 보철 요양급여의 역사와 치과 보철이 갖는 특이성에 대해 살펴보았다.

또한 양국 간 요양급여액 차이의 비교에 있어 양국 간에는 환율에 의한 차이만이 아니고, 같은 화폐 가치라도 구매력의 차이가 존재하여, 이를 보정하기 위해 빅맥지수(2004년 기준, 한국 2.22달러, 일본 2.33달러) 및 PPP 지수(구매력에 기초한 GDP 지수, 2004년 기준 한국 774.37, 일본 1,332.8)를 사용하였다.

양국 간 치과요양급여 항목의 경우, 일본이 한국보다 급여 항목도 많고 다양하였으며, 특히 예방과 유지관리에 한국보다 많은 항목이 포함되어 있었다.

보철의 경우, 일본은 보험 출범 초기부터 요양급여화를 시행하지만, 치과 보철의 제작 시 필수적인 귀금속의 포함, 의료와 강하게 결부되어 있는 치과 기공의 과정, 재료와 치료 방법의 다양성 등 특이성으로 인한 차액 징수의 용인과 폐지의 과정을 거쳐, 현재는 보험 진료, 전액 자비부담의 자유진료 그리고, 특정요양비제의 혼합진료가 제도화되었다.

요양급여수가의 경우, 항목별 수가에서는 환율과 빅맥수가를 적용하였을 때, 일본이 한국보다 거의 모든 항목에서 월등히 높은 수치를 보였으나, PPP 지수를 적용하였을 때는 그 차이가 급격히 줄어드는 것을 볼 수 있었다.

임상증례별 수가 비교에서는 빅맥수가를 적용하였을 때, 일본의 경우가 한국보다 근관 치료 33-166%, 치주 치료 32-88%, 발치 40-93%, 아말감 충전의 경우 38%가 높게 나타난 것을 볼 수 있었다. 그러나 PPP수가를 적용하였을 때는 양국 간의 차이가 매우 줄어들고, 한국보다 낮은 항목도 있었다.

한국을 100으로 하여 일본 요양급여수가의 상대값을 구할 경우, 항목별수가 비교에서 빅맥수가를 적용했을 때 거의 모든 항목에서 100을 넘어가는 수준이지만, PPP수가를 적용하면 진찰과 마취 항목이 100이하로 나타난다.

임상증례별 수가의 상대값 비교에서는 빅맥수가 적용 시 156-171이었지만, PPP수가 시에는 103-113으로 낮아졌다.

결국, 항목별 수가 비교에서는 일본의 수가가 한국보다 높게 나타나지만, 임

상증레벨 수가 비교에서는 낮게 나타났고, 특히 PPP수가를 적용했을 경우 상대값은 109가 되어 한국보다 9%정도 높지만, 한국의 경우 보철을 비롯한 비보험진료 항목이 있는 것을 감안하면, 결코 일본의 요양급여수가 한국보다 높다고 할 수 없다.

핵심되는 말: 빅맥지수, 상대값 비교, 치과 진료수가 비교, PPP지수

한국과 일본의 치과 건강보험 현황 및 수가 비교

〈지도교수 권 호 근〉

연세대학교 대학원 치의학과

허 욱

I. 서 론

1. 연구 배경

1963년 12월 한국에 의료보험법이 제정되고, 1977년 6월 처음으로 의료보험 수가가 고시된 이래, 의료보험수가는 의료공급자와 보험자, 소비자 사이에 많은 논란이 이어져왔다. 이러한 논란은 크게, 수가의 수준, 결정 방법, 구조 등에 관한 것이지만, 특히 수가의 수준은 논란의 핵심으로, 정부 및 의료보험자가 물가 안정 및 보험재정 안정 논리로 저수가 정책을 고수한 반면 의료공급자는 기존의 수가가 턱없이 낮게 책정되어 경영을 압박하고 있다고 주장하기 때문이다. 또한 2000년 7월부터 실시하고 있는 국민건강보험법은 의료보험수가 계약제의 실시를 명시하고 있어 의료공급자와의 협상을 거쳐 계약에 의해 정해지게 되므로, ‘현실성 있는 수가’를 주장하기 위해서는 보다 적극적으로 구체적인 자료와 모형을 준비해야 한다 (양봉민 등, 1999).

김한중 등 (1997)은 ‘자원기준 상대가치를 개발하기 위한 원칙’에서, 의료보험의 수가 구성을 합리적으로 분류하여 결정 과정을 체계화하고, 의료행위에 대한 투입 자원을 토대로 균형성을 유지한 합리적인 보험수가의 산정, 그리고 합리성을 높이기 위해 관련 당사자들이 개편과정에 참여할 수 있는 구조가 되

어야하며, 의료보험수가 정책이 물가 정책의 일환으로서가 아니라 한국의 보건 의료를 합리적 방향으로 유도할 수 있는 의료정책으로서의 모습이어야 한다. 이를 위해서 의료기관의 적절한 기능분담 및 시설의 적정화와 관련된 정책적 요소에 대한 고려와 더불어 국민 의료비 절감의 측면에서 예방의료 행위, 외래 수술, 가정 간호 서비스 등 정책적인 유도가 필요한 서비스에 대한 수가 체계의 보완이 필요하다고 주장하며, 한국 수가 체계가 가지고 있는 구조적인 문제 점들에 대한 대안으로, 의사 업무량과 진료비용을 더한 상대가치에 환산지수를 곱하여 의료수가를 산출해내는 상대가치척도(Resource-Based Relative Value Scale)의 도입을 제안하였다.

또한, 치과의 입장에서 보면, 보험수가의 구조가 의과 위주로 되어, 의과와 치과 간의 불균형이 심화되고 있는데, 이는 치과 의료보험의 낮은 수가로 치과 의사들이 보험에 대한 소극적 자세가 한 가지 원인이며, 또한 치과 자체 내에서도 각 서비스 간 수가의 불균형이 존재하고 있는 것이 문제로 제기되고 있다 (권호근 등, 1996).

현재 의료원가의 50% 수준인 수가 제도 하에서 보험진료상의 적자 부분을 보철, 교정, 등 수복치과 치료에서 보충하고 있다. 결국 보험 진료 수입만으로도 진료의 질을 유지하면서 의료 기관을 운영할 수 있는 수가를 보장해줄 수 있도록 의료 원가 기준을 변경하는 것이 이상적이다 (정기택, 2000).

이런 가운데, 많은 한국 치과의사들은 치과의료 서비스를(공공) 의료보험에서 포함시키지 말아야 한다고 생각하고 있는 반면 (황인경 등, 1999), 일부에서는 치과 부분의 요양급여의 범위가 좁은 것이 건강보험재정 팽창을 회피하려는 국가 또는 보험자의 의도에서 기인한 것으로 보아 요양급여항목이 보다 확대되어야 한다는 주장도 있다 (신호성 등, 2005).

요양급여 수가에 대한 고찰은 의료계의 문제만이 아니라, 사회복지 차원에서 정책을 담당하고 있는 정책 당국자들, 그리고 그 수혜를 누리고 있는 소비자, 즉, 모든 국민들의 관심사가 아닐 수 없다.

한편 한국의 의료보험 요양급여수가 체계는 일본의 그것과 분류 면에서나 적용 면에서 매우 유사하여 일본의 요양급여수가의 적용과 체계를 살펴보는 것은 의미가 있다할 것이다.

한국의 의료보험수가를 처음으로 도입하였을 때의 수가 산정은 일본의 수가표를 기준으로 삼아 물(物)과 기(技)를 분리하여 의료행위를 나열하고, 상대점수를 부여하여 환산지수를 곱해 수가를 산정하였다. 이는, 상대가치에 의한 환산지수의 변화와 행위의 세분화 정도의 변화 외에는 크게 변하지 않아 현재도 유지되어오고 있는 실정이다. 일본이 한국보다 복잡한 수가구조를 갖는 것은, 본질적인 차이라기보다는 가능한 한 가산율을 인정하지 않는 한국의 수가 정책 때문이다 (김한중 등, 1997).

한국과 일본의 복지제도가 유사한 이유는, 의료보험의 도입과 정착의 시급성으로 인해 일본의 의료보험제도를 많이 참조하였기 때문이다. 또한 양국 간의 인구 구조와 경제 발전의 구조가 유사하고, 몽골리안이라는 인종적 유사점과 유사한 식생활로 인한 질병의 유사점이 있어, 현재 일본이 가지고 있는 문제는 미래 우리나라의 문제가 될 가능성이 높아 우리보다 먼저 고령화 사회를 겪고 있는 일본의 현 실태 파악이 한국 사회의 미래의 구강보건 및 의료문제를 대비하는데 있어 많은 참조가 될 수 있다 (김백일 등, 2005).

그러나 한국과 일본의 건강보험제도는 발전과정이 다르다는 점에서 요양급여 수가를 직접적으로 비교하는 데는 문제점이 제기될 수 있다. 한국의 경우, 1963년 '북한 체제에 대항하는 국가 안보 차원에서 권력 엘리트들에 의해 위로부터' 의료보험제도에 대한 입법이 되었지만 본격적으로 시행되지는 못하였다. 그러나 1974년 남북공동성명 이후 남북한 체제 경쟁의 일환으로 1977년 500인 이상의 사업장을 대상으로 의료보험 도입을 시행하고, 그 이후 전 국민 의료보험제도로 발전되었다. 그러나 이후의 조합주의, 통합주의 논쟁을 거쳐 '사회 보장의 주요 기능인 위험 분산과 소득 재분배 기능이 제대로 발휘하지 못하는 문제점을 해결'하기 위해 1997년 '국민의료법'이 제정 공포되었고, 이를 근거로 '국민

의료보험관리공단'이 설립되어 1998년 1차로 공무원, 교직원 및 지역주민을 통합 관리토록 한다. 2000년에는 의료보험 조직이 완전 통합되어 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원이 새로이 설립되고, 의약분업이 개시되며, 2003년에는 직장과 지역 가입자의 완전한 재정 통합이 이루어졌다 (문재우 등, 2000).

일본의 경우는, '아래로부터 시작', 즉, 제 1차 세계대전 후, 중공업화의 진행으로 인구의 도시 집중화, 노동자의 증가, 그리고 이에 수반한 물가의 폭등 및 생활의 불안 등 정황 하에, 그 무렵 러시아 혁명이 일어나고 전국 각지에서 쌀 폭동이 일어나 70여만 명이 참여하는 혁명 전야 같은 상황이 발생되었다. 일본 정부는 사회 안정 및 노동자들의 불만 해소를 위하여 1922년 '공장 및 광업 노동자 중 수입이 낮은 자들을 피보험자로 하는 의료보험법을 제정하였으나 관동대지진으로 연기되었다가 1927년부터 시행하였다. 그 후 1931년 세계 공황으로 보험재정이 악화되어 치과의 경우 보험의 10%를 인하였으며, 1933년에는 정액제 유지가 곤란하여 인두청부식으로 변경하였다. 1963년에는 노인복지법을 공포하고, 1973년에는 노인 의료에 대해 무료화를 시작하였다. 현재 일본의 공적의료 보험은, 피용자 보험과 지역보험, 이들에 기초한 공동 사업인 노인보건법에 의한 의료로 크게 3 종류로 되어 있으며, 각 산하에 각각의 보험단체들이 망라되어 재정은 별개로 운영되고 있다 (日本齒科醫師會, 2003).

이처럼 한국과 일본 보험의 역사와 현재의 운영 체제는 상당한 차이가 있으나 치과 의료 수가 체계와 그 적용에 있어서는 가산율과 일부 분류 방식만을 제외하면 상당히 유사하다.

본 연구에서는, 이런 점들을 감안하여, 한국과 일본 치과계의 현황과 요양급여 수가를 비교하였다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 한국과 일본의 치과 건강보험 현황과 수가를 비교하여 건강보험제도의 발전 방향을 모색하는 것이다.

구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

첫째, 한국과 일본의 치과 건강보험의 현황을 분석하여 치과요양급여와 수가의 문제점을 도출하였다.

둘째, 한국과 일본의 치과 요양급여 항목의 진료 수가를 비교하였다.

셋째, 한국과 일본의 치과 요양급여 항목 중 다빈도 항목에 대하여, 임상증례별로 진료수가를 비교하였다.

넷째, 빅맥 지수 및 PPP 지수에 의한 환산 수가로 한국과 일본의 치과 건강보험 급여항목의 상대적 수가를 비교하였다.

II. 연구 방법

앞서 지적한 것처럼, 본 연구의 목적은 크게 네 가지인데 각 연구 목적별로 이용했던 연구방법은 다음과 같다.

첫 번째로, 한국과 일본 치과계의 현황을 비교하기 위해서 한국과 일본의 기존문헌을 고찰함으로써 문제점을 정리하였다.

두 번째로, 양국의 요양급여 항목의 종류와 수가에 대해, 임상과별로 분류, 비교하였다. 유지 및 관리에 대한 요양급여 항목의 경우 일본이 한국보다 종류도 많고, 가산점을 부여하는 경우도 다양하여, 이 부분은 따로 분류, 정리하였다.

세 번째로, 임상 증례별 양국 간 수가의 비교에서는, 임상에서의 진료 순서별로, 내원 회수, 진료 항목, 진료 단위를 분류하여 각각에 대한 수가를 부여하였으며, 이때 양국 간 적용 항목 또는 단위의 상이함으로 발생하는 차이는 가감삭제를 통하여 오차의 범위를 최소한으로 하였다.

그리고, 양국의 수가를 비교하는데 있어서는 환율의 의한 환산만이 아니라, 동일한 명목 화폐가치라도 구매력의 차이가 존재한다. 이를 보정하기 위한 방법으로 일본의 요양급여 수가에 구매력 지수, 즉, 빅맥지수와 국내 총생산에 기초한 PPP 지수 (Purchasing Power of Parity based on Gross Domestic Products)를 적용하여 환산하였다.

빅맥지수란, 각국에서 팔리는 미국 맥도날드사의 햄버거 ‘빅맥’ 가격을 달러로 환산, 비교해 환율의 적정성을 알아보는 지수로, 세계적으로 품질, 크기, 재료가 표준화되어 있어, 어느 곳에서나 값이 거의 일정한 빅맥 햄버거 가격을 기준으로 비교할 경우 각국의 통화 가치가 어느 정도인지 알 수 있다는 것이다 (야후 백과사전, 2005). 맥도날드는 세계 각국에 있지만 가격은 현지의 구매력을 기준으로 모두 다르다. 이를 근거로 빅맥지수 이론이 나왔다. 빅맥 가격으로 물가와 구매력을 평가할 수 있다는 이론이다. 빅맥 가격은 각 나라의 부동산,

인건비 수준을 반영한다 (The Economist).

또한, 국내총생산 (GDP, Gross Domestic Products)을 현재의 화폐 단위로 전환 시 환율은 각 나라의 물가 수준을 반영하는데 적합하지 않다. 왜냐하면 환율은 국제적인 가격 차이를 반영하지 못할 뿐 만 아니라 단기적인 변화에 강한 영향을 받기 때문이다. 그러므로 각 나라의 소득과 생산성의 비교 시에는 PPP (Purchasing Power Parity)의 적용이 필수적이다 (OECD, 2002, 2004, 2005).

일본의 경우, 요양급여 점수 1점당 10엔을 적용하고, 2004년 환율은 평균 1엔당 10.8원이었다. 2004년도의 빅맥 가격은 한국 2.22달러. 일본 2.33달러이며, PPP구매력은 한국 774.37이고, 일본은 1,332.8이었다.

고로, 환산 수가는, 환율, 구매력 지수, 그리고 요양급여 점수 당 금액을 곱하여 계산되는 것이므로,

빅맥환산수가 = 10.8원/엔 × 2.22달러/2.33달러 × 10엔/점

PPP환산수가 = 10.8원/엔 × 774.4/1,332.8 × 10엔/점이다.

결국, 빅맥환산수가의 경우 일본의 요양급여 1점당 95.3원, PPP환산수가의 경우는 1점당 62.8원을 급여한다.

한국의 경우는 1점당 환산지수 58.6원을 급여하고, 요양급여종별 의원급의 15% 가산율을 고려하여, 실제 요양급여액은 1점당 67.39원으로 계산된다.

네 번째로, 일본의 보철 요양급여 역사와 치과 치료 중에서 보철이 갖는 특이성에 대해 살펴보았다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 한국과 일본 치과계의 현황

가. 한국 치과계의 현황

첫 번째, 한국의 인구는 정체 내지는 감소가 예상되는데 반해, 치과의사의 수의 증가는 현재의 추세로 지속된다.

1980년 한국의 총인구 3,812만 명, 치과의사 수는 3,620명으로, 인구 10만 명당 치과의사수는 9.5명, 치과병의원 수는 2,031개이고 치과병의원 1개당 인구수는 약 18,800명이었으나, 2003년에는 총인구가 4,793만 명으로 1980년에 비해 약 26% 늘어났고, 치과의사 수는 18,039명으로 약 400%의 비약적인 증가율을 보였고, 치과 병의원 수는 11,989개가 되어 인구 10만 명당 치과의사 수는 42.7명, 치과병의원 1개당 인구수는 4,042명으로 줄어들게 되었다 (표 1).

표 1. 년도별 총인구 대비 치과의사수, 인구10만명당 치과의사수 및 치과병의원수

년도	1980	1985	1990	1995	2000	2003
총인구수(만명)	3,812	4,086	4,287	4,509	4,701	4,793
치과의사수(명)	3,620	5,436	9,619	13,681	18,039	20,446
인구10만당치과의사수(명)	9.5	13.3	22.5	30.3	38.4	42.7
치과의원(개)	2,028	2,998	5,212	8,304	10,527	11,989
치과병원(개)	3	4	6	12	56	99

* 보건복지부 2004 통계연보

현재의 치과대학 입학 정원의 변화가 없다는 것을 전제로 한다면 치과의사 수는 1년에 760명씩 증가하게 된다. 인구수는 앞으로 완만한 증가율을 보이고 2025년이 되면 감소를 시작하는 것이 예상되는데 비해 치과의사수는, 자연 감소를 감안하더라도 특별한 조치가 없는 한, 2025년의 추계 치과의사수가 약

35,000명에 이르고, 치과의사 1인당 인구수는 1,300명이 되어, 2005년의 2,200명보다 약 60%정도로 줄어들게 되었다 (표 2).

표 2. 미래 인구 및 증가율, 치과의사수, 치과의사 1인당 인구수 추계

년도	2010	2020	2025	2030
인구수(만명)	4,960.0	5,065.0	5,064.9	5,030.0
인구증가율(%)	0.38	0.04	-0.08	-0.24
치과의사수(명)	25,000	33,000	37,000	40,000
치과의사1인당인구수(명)	1,900	1,500	1,300	1,200

* 보건복지부 2004통계연보, 통계청 자료

두 번째, 경제적 측면에서 보면, GDP는 1980년 638억 달러에서 2003년 6,080억 달러로 약 10배의 성장률을 보이고, 국민 1인당 GDP도 1980년 1,645달러에서 2003년 12,720달러로 약 8배의 성장률을 보인다. 또한 치과의사들의 소득과 연관성이 깊을 것이라 추정되는, 인구수와 GDP, 그리고 치과의사수 3요소, 즉 환자들의 지불가능율도 고려하여 산출한, 국민 1인당 GDP를 치과의사수로 나눈 수치는, 1995년을 전후로 하여 그 동안 이어져 오던 상승세가 감소세로 돌아서고, 이후 정체 내지는 감소의 경향을 보였다 (표 3).

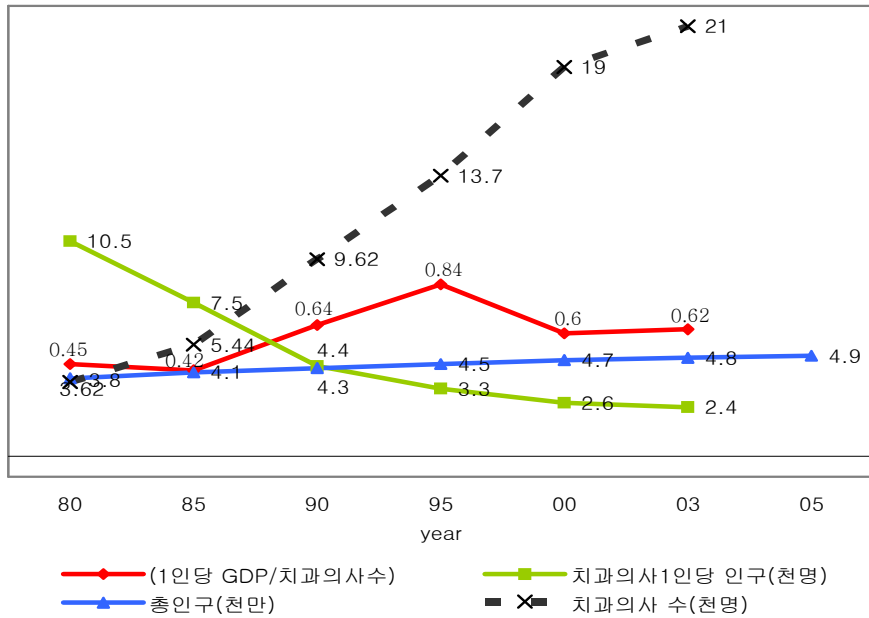
표 3. 년도별 GDP, 국민 1인당 GDP, 국민 1인당 GDP/치과의사수

년도	1980	1985	1990	1995	2000	2003
GDP(억달러)	638	966	2,637	5,173	5,118	6,080
국민1인당GDP	1,645	2,309	6,147	11,432	10,841	12,720
국민1인당GDP/치과의사수	0.45	0.42	0.64	0.84	0.60	0.62

* 보건복지부 2004 통계연보, 통계청 자료

또한 총인구는 완만한 상승세를 보이지만, 치과의사수는 가파른 상승세를 나타내는 것에 대응하여, 치과의사 1인당 인구수는 감소세를 나타내고, 이에 따

른 국민 1인당 GDP/치과의사수는 완만한 상승세를 이어오다 1995년을 전후하여 정체내지는 감소의 경향을 보였다 (그림 1).



(자료: 보건복지부 2004통계연보, 통계청 자료)

그림 1. 년도별 총인구 및 치과의사수, 치과의사 1인당 인구수, 국민 1인당 GDP/치과의사수

세 번째, 치수 및 치근단 주위염의 요양급여 지급건수나 진료비의 증가율이 전체 요양기관에서의 그것과 비교하여 해가 갈수록 감소되는 것은 이들 질병의 이환율이 낮아진다는 것을 의미하였다 (표 4).

표 4. 전체 요양기관, 치수 및 치근단 주위염의 총 진료비, 지급 건수 및 증가율

년도	지급 건수(천건, %)				총 진료비(억원, %)			
	전체	증가율	치근단	증가율	전체	증가율	치근단	증가율
2000	404,418		10,127		129,122		3,050	
2001	574,561	42.1	10,641	5.1	178,433	38.2	3,932	28.9
2002	603,926	5.9	11,154	4.8	188,317	5.5	3,989	1.4
2003	656,738	4.7	11,140	-0.1	207,420	10.1	4,057	1.7

* 국민건강보험공단 건강통계연보

나. 일본치과계의 현황

첫 번째, 국민의료비에서 차지하는 치과 의료비의 비중이 급격한 감소를 보인다. 1989년 전체 국민의료비중 치과의료비는 9.9%를 차지하고 있었으나, 이는 점차 줄어들어 2000년에는 약 8.4%로 약 1.5% 줄어들었다 (표 5).

표 5. 국민의료비에서 차지하는 치과의료비의 비중

년도	비율(%)
1989	9.9
1995	8.8
1999	8.2
2000	8.4

* 厚生労働省 國民醫療費

또한 외래의료비와 약국 조제의료비는 지속적인 증가 양상을 보이는데 비해 치과 진료비는 1997년경부터 정체 내지는 감소의 경향을 보였다 (그림 2).

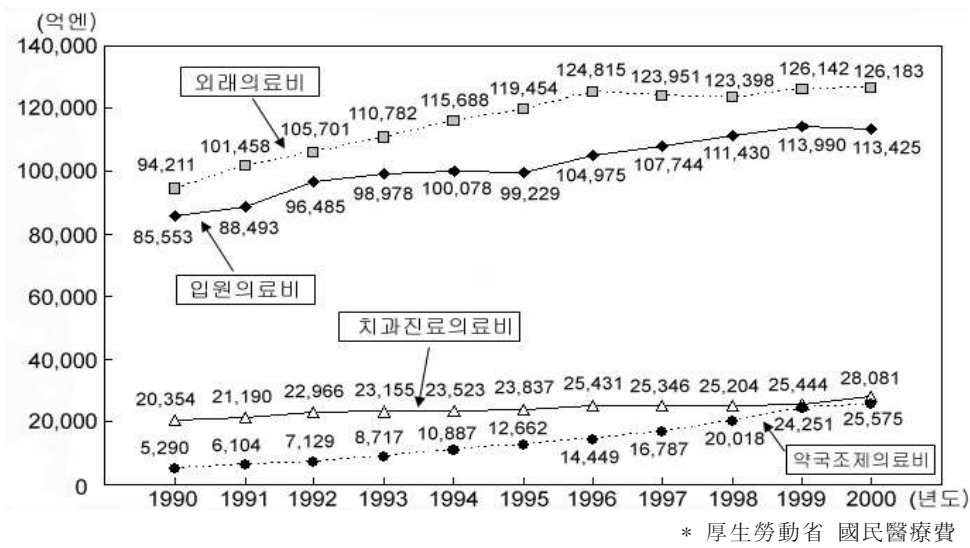


그림 2. 의료기관별 년도별 진료비 추이

이로 인한 치과의사의 소득은 감소하여, 1993년 1,883만엔에서 2001년에는 1,529만엔으로, 8년 동안 354만엔의 감소를 보이고 있으며, 의과와의 소득 격차는 점차 벌어져 의과를 100으로 했을 때, 치과의 경우 1993년 78.0에서 2001년이 되면 52.5로 떨어지게 되어, 치과와 의과 사이의 소득 불균형은 확대되고 있다 (표 6).

표 6. 의과 외래와 치과 개업의의 소득 비교

년도	소득금액(만엔)		증가율(%)		소득격차 (의과=100)
	의과	치과	의과	치과	
1993	2,414.4	1,882.8	-17.1	-10.3	78.0
1995	2,600.4	1,698.0	7.7	-9.8	65.3
1997	2,510.4	1,735.2	-3.5	2.2	61.9
1999	2,660.4	1,646.4	6.0	-5.1	61.9
2001	2,912.6	1,529.3	9.5	-7.7	52.5

* 中央社會保險醫療協議會 醫療經題實態調査

이들의 원인은, 절대적인 환자수의 감소를 첫 번째 원인으로 꼽을 수 있다. 지속적으로 증가세를 이어져오던 치과 환자수는 1996년을 전후 감소의 경향을 보이고, 총 외래환자 중에서 차지하는 치과환자의 비율도 1990년을 전후로 감소하는 경향을 보였다 (표 7).

표 7. 일본의 1일 치과의원 환자수 및 수진율의 추이

년도	1984	1987	1990	1993	1996	2000
총외래환자수(천명)	6,335	6,634	6,855	6,973	7,330	6,836
치과의원환자수(천명)	1,101	1,210	1,244	1,258	1,301	1,149
수진율(인수10만명당,건)	916	990	1,107	1,009	1,307	907
총외래환자에서치과환자의비율(%)	17.3	18.2	18.2	18.1	17.8	16.8

* 厚生労働省 患者調査

두 번째 원인으로서는 치과의사 공급의 증가를 들 수 있다. 1960년 치과대학 7개, 입학정원 690명에서, 급격한 증가를 이어오다 1998년을 기점으로 감소로 돌아섰다 (표 8).

표 8. 일본 전국 치과대학 (치학부) 수와 입학 정원 추이

년도	1960	1970	1980	1990	1993~ 1998	1999	2000~ 2002	2003
치과대학(개)	7	17	29	29	29	29	29	29
입학정원(명)	690	1,640	3,360	3,060	3,005	2,995	2,990	2,980

* 厚生労働省 歯科保健課調査

치과의사 수는 1980년 5만 명을 넘어서 증가를 지속하다가 1997년부터 증가폭이 둔화되기 시작하여 2002년 약 93,000명에 이르게 되었다 (표 9).

표 9. 인구 10만대 치과의사 수의 추이

년도	1970	1980	1988	1996	2000	2002
치과의사수(명)	37,859	53,602	70,572	85,518	90,837	92,874
인구10만대치과의사수(명)	36.5	45.8	57.5	67.9	71.6	72.9

* 厚生労働省 患者調査

세 번째의 원인으로서는, 낮은 요양 급여액이다. 의과 1일당 외래 의료비를 100으로 했을 때, 치과의 1일당 의료비는 1980년 120.4에서 2000년 100.5로 의과와 거의 같은 수준에 도달하였다 (표 10).

표 10. 의과와 치과의 1일당 외래 의료비 추이

년도	의과(외래,엔)	치과(엔)	의과(외래)=100
1980	3,432	4,133	120.4
1985	4,034	4,843	120.1
1990	5,157	5,334	103.4
1995	6,078	5,983	98.4
1998	6,120	6,226	101.7
2000	6,239	6,273	100.5

* 社會保險診療報酬支拂基金 基金年報

2. 한국과 일본의 치과 요양급여 항목별 수가 비교

가. 기본 진료

진찰료에 있어서 한국의 경우 두 가지 특징을 갖는데, 첫 번째, 요양기관종별 가산율의 차이가 있어, 총급여액에 치과의원의 15%를 비롯하여, 30%까지 가산율이 적용된다.

두 번째는, 차등수가제를 적용하여, 치과의원의 경우 치과의사 1인당 진료건수가 75건 이하이면 100%, 75~100건 90%, 100~150건 75%, 150건 이상이면 50%를 적용받는다.

일본의 경우는, 첫 번째, 주치의 제도가 있어 일반의 보다 높은 초재진시의 수가가 적용된다. 주치의 제도란, 후생노동성이 정한 시설 기준에 부합해야 하며, 초진 시에 환자의 동의를 얻어 병명, 치료 내용과 기간의 계획을 책정하고, 그 내용에 관해 스터디 모델, 구강내 사진 등으로 설명한 후, 문서로 정보 제공을 한 경우에 산정한다.

두 번째, 소개된 환자의 경우 가산점이 부여되어, 의원, 병원, 지역의료지원 병원, 특정기능병원 상호간에 소개가 가능하며, +40점에서 +400점까지이다.

세 번째, 초진의 시점을 치료 종료 후, 한국의 90일과 달리 일본에서는 2개월로 산정한다.

네 번째, 진료정보제공료는 의료기관 간에 유기적인 연계 강화 또는, 의료기관에서 보험약국, 보건복지 기관에 진료정보 제공을 목적으로 하여, 환자의 정보를 상호 제공함으로써, 지속적인 의료의 확보, 적절한 의료를 받을 수 있는 기회의 증가, 사회적자원의 유효한 이용을 꾀하자는 것이 목표이다. 의원 간에는 +220점, 의원에서 병원으로 정보가 제공된 경우 +290점이 가산된다.

다섯 번째, 가산점 부여의 항목을 세분하여 심야(오후 10시~오전 6시), 장도 (장애자가 치과치료 환경에 원활히 적응할 수 있는 기법을 사용), 유아+장애, 유아+장도 등이 분류되어 있다.

표 11. 진찰료 항목별 수가

	한국		일본			
	점수	수가(원)	수가(엔)	빅맥수가(원)*	PPP수가(원)**	
초진	166.06	11,190	주치의	2,740	26,110	17,230
			일반의	1,800	17,150	11,320
재진	110.11	7,420	주치의	450	4,290	2,830
			일반의	380	3,620	2,390

* : 빅맥수가 (빅맥환산수가)

** : PPP수가 (PPP환산수가)

표 12. 가산율 항목별 수가

	한국(점)		일본수가(엔)	
	초진	재진	초진	재진
시간외	+30%	+30%	+85	+65
유아(6세미만)	+9.03	+3.61	+40	+10
장애	+9.03	+9.03	+175	+175
휴일	+50%		+250	+190

나. 투약주사

한국의 경우 2000년 의약분업을 계기로 처방전만을 발부하여 약국에서 조제를 받는다. 약에 관한한 치료 급여에 처방전 급여가 포함된 것으로 간주하며, 진료시 사용하는 약제에 대한 의약품보관료만 산정할 수 있다.

일본의 경우, 원내외 처방이 가능할 뿐 만 아니라, 항목이 다양하며, 그 외의 특징으로, 첫 번째, 투약 비용은 처방료, 조제료, 약제료, 특정요양급여 재료대, 조제기술기본료를 합산하여 산정한다.

두 번째, 약제정보제공료가 있어, 처방한 약제의 명칭, 용법, 효능 등을 환자에 제공한 경우 가산점이 부여되며, 노인 약제정보제공료도 가산점이 산정된다.

다. 영상진단 및 방사선

영상 진단 비용은, 진단료, 촬영료, 필름료 및 조영제료로 각각 구분하여 규정하고, 이들을 조합하여 수가가 산정되는 것은 양국 동일하나, 일본의 경우 몇 가지 가산점이 추가된 이외, 아래와 같은 특징이 있다.

첫 번째, 화상진단관리료가 있어, 방사선 사진 진단 (치과방사선 제외) 및 기본적인 방사선 진단료의 항목에 대해서 화상진단만을 전문 담당하는 치과의사가 화상진단을 시행할 때 월 1회 +58점을 가산한다.

두 번째, 원격화상진단료는 수신측의 보험의료기관에서 화상진단만을 전문으로 담당하는 치과 의사에 의해 원격화상에 의한 진단을 행하는 경우 월 1회에 한하여 +58점을 가산한다.

표 13. 영상진단 및 방사선 항목별 수가

		한국		일본		
		점수	수가(원)	수가(엔)	빅맥수가	PPP수가
	필름료	별도산정		포함		
	표준형, 소아형	40.52	2,730	480	4,570	3,020
단순 촬영	교합형	41.01	2,760	620	5,910	3,900
	교익형			590	5,620	3,710
	전악 10매		27,310	4,400	41,930	27,670
	14매		38,230	4,520	43,080	28,430
	유아	+10%(8세 미만)		+15%(3세 미만)		
디지털	표준형	+16.25점		+100(필름료 제외)		
영상	파노라마	(2매부터 50%, 5매 한)		+950		
파노 라마	4절지	133.21	8,980	3,140	29,920	19,750
	동일부위 재촬영	+50%		+50%		

라. 마취

한국에서는 마취 행위 시 마다 수가가 산정되는데 비해, 일본에서는 침윤 마취의 경우, 치주 기본치료, 특별히 규정하는 처치 (치육판 절제, 절개 등), 수술, 120점 이상의 처치 및 즉치, 치관 형성 시에는 따로 산정하지 않는다.

또한 전달마취는 일본의 경우 하악공, 안와하공만 산정할 수 있고, 후상치조신경, 비구개신경, 이신경 등은 포함하지 않는다.

표 14. 마취 항목별 수가

	한국		일본		
	점수	수가(원)	수가(엔)	빅맥수가(원)	PPP수가(원)
침윤마취	15.96	1,080	230	2,190	1,450
하치조신경	46.46	3,130			
전달 안와하공	63.59	4,290	380	3,620	2,390
마취 후상치조신경, 이공,비구개공	46.46	3,130			
	218.47 (15분)	14,720	700 (30분까지)	6,670	4,400
흡입진정법	+102.22 (15분단위)		100 (30분이상, 30분단위)	950	630

마. 치주과

표 15. 치주과 항목별 수가

			한국		일본																			
			점수	수가(원)	수가 (엔)	빅맥 수가(원)	PPP 수가(원)																	
검사	치주낭 측정	1/3 약당	19.24	1,300	기본	1~9치	500	4,760	3,140															
						10~19	1,100	10,480	6,920															
						20↑	2,000	19,060	12,580															
					정밀	1~9치	1,000	9,530	6,290															
						10~19	2,200	20,970	13,840															
					20↑	4,000	38,120	25,160																
기본 치료	스켈링	1/3약당	103.24	6,960	1/3약당		600	5,720	3,780															
					초과시	1/3약당	+400																	
					치근 활택술	1/3약당	110.24	7,430	전치	550	5,240	3,460												
						동일	+50%	1치당	소구치	600	5,720	3,780												
						부위			구치	650	6,200	4,090												
	치면세마	21.49	1,450																					
외과 수술	치주낭 소파	1/3 신부착 약당	578.34	38,980	1치당	1,500	14,300	9,440																
									치은 절제	400.93	27,000	3,000	28,590	18,870										
															치은 박리 소파	간단	706.05	47,580	6,000	57,180	37,740			
									복잡	1,079.96	72,780													
										치은성형	408.28	27,510												
									치조골 이식	동종, 이종, 합성	1,947.87	131,270	골 대용물	1치당	1,100	10,480	6,920							
																		자가	2,966.25	199,900	구강내	17,300	164,870	108,810
																					구강외	91,600	872,950	576,150
									잠간 고정	3치 이상	288.48	19,440	수술없음	3,300	31,450	20,760								
																	4치 이상	401.93	27,290	수술,4치 이상	5,300	50,510	33,340	
제거	300	2,860	1,890																					

일본의 치주치료 항목에 있어서 한국과의 가장 큰 차이점은 다양한 종류의 지도료와 진단료가 산정되었다는 점이다. 이들 지도료를 자세히 살펴보면, 다음과 같다.

첫 번째, 치주질환 지도관리료는 치태조절 등을 지도하며, 월 1회 110점을 산정하였다.

두 번째, 치과구강위생 지도료는, 16세 미만에 적용하며, 영양상 필요한 지도 등을 행하는 것으로, 재진 시 월 1회 100점을 산정하였다.

세 번째, 치과위생실지 지도료는, 치주질환자에게 위생사가 플라그 제거방법 등을 15분 이상 지도 시 80점을 산정하며, 치아전색을 동시에 시행하면 +80점을 가산하였다.

네 번째, 치주질환 계속치료진단료는, 년 1회 100점, 치주질환 계속총합진료료는, 월 1회에 한하여 치아의 수에 따라 315점 (1-9치), 455점 (10-19치), 625점 (20치 이상)을 산정하는 것으로 치주질환의 안정 후에 유지관리를 평가하고, 계속치료계획에 기초하여, 치주 기본치료 및 지도관리 등을 시행하는 경우이다.

다섯 번째, 치과구강위생 계속관리치료진단료는, 80점, 치과구강위생 계속관리총합진료료는, 월 1회 +325점을 가산한다. 이는 혼합치열기에 치은염 등의 병상 안정 후에 있어서 계속 관리를 평가하는 것이고, 계속 치료 계획에 기초하여 재진 시에 구강 내 검사, 지도관리 및 기계적 치면 청소 등을 행한 경우이다.

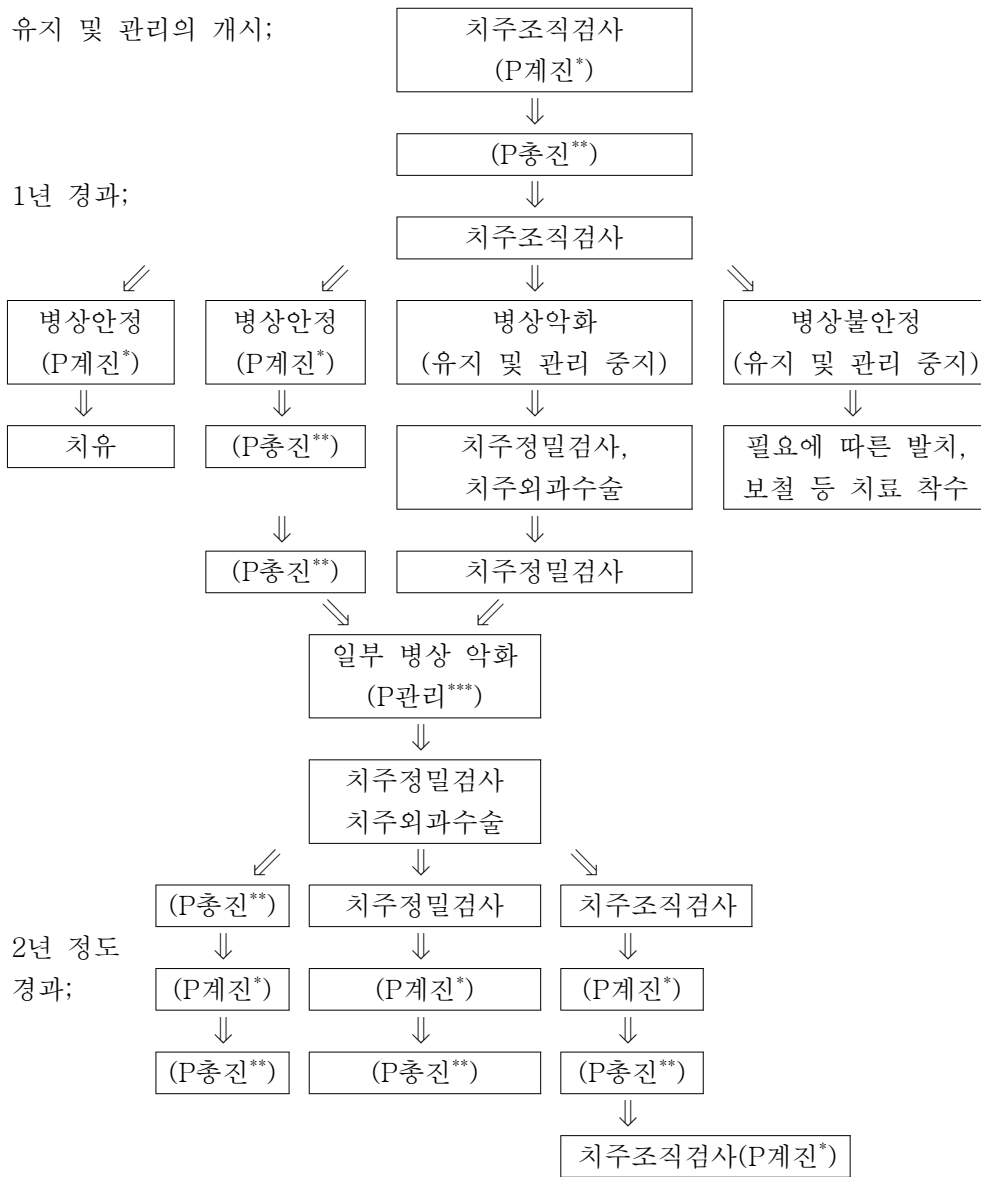
여섯 번째, 그림 3은 일본에서의 치주 치료의 진행을 나타낸 것이다.

일곱 번째, 그림 4는 치주 유지 및 관리의 진행을 모식도를 나타낸 것이다.



*齒科保險研究會

그림 3. 치주 치료의 진행



요양급여: * : 치주질환 계속 치료 진단료
 ** : 치주질환 계속 총합 진료료
 *** : 치주질환 지도관리료

* 齒科保險研究會

그림 4. 치주 유지 및 관리의 진행

바. 근관치치

근관치료에 있어서 한국과 일본의 차이점은, 첫 번째, 한국의 경우, 근관확대 비용을 1근 1회, 15.8점을 산정하는데 비해 일본에서는 산정하지 않는다.

두 번째, 한국에서는, 응급근관치치로 1치당 57.75범을 산정하는데 비해 일본에서는 산정하지 않는다.

세 번째, 근관충전의 경우 한국에서는 단순이나, 가압이나를 구분하는데 비해, 일본에서는 가압 충전 시 따로 가산점을 부여하여, 단근인 경우 +110점, 2근인 경우 +130점, 3근인 경우 +150점을 가산하였다.

네 번째, 일본에서는 변색무수치 표백 시, 1치 1회당 40점을 산정하였다.

표 16. 근관치치 항목별 수가

	한국		일본				
	집수	수가(원)	수가(엔)	빅맥수가(원)	PPP수가(원)		
근관내이물질제거	40.96	7,230	1,400	13,440	8,870		
러버댐	35.59	2,400	100	950	630		
치수절단 1치당	143.70	9,680	생활치수 치근형성이전 실활치수	2,300 +400 700	21,920 6,670	14,470 4,400	
발수 1근당(재료별도)	56.23	3,820	단근	2,100	20,010	13,210	
			2근	3,900	37,170	24,530	
			3근	5,500	52,420	34,600	
근관장 측정검사 1근당	18.30	1,230	전기적 (1근당)	300	2,860	1,890	
			2근부터	+150			
근관세척 1근1회	20.59	1,390	단근	110	1,050	690	
			2근	160	1,520	1,010	
			3근	210	2,000	1,320	
근관충전 (1근당)	44.77	3,010	단근	680	6,480	4,280	
			2근	900	8,580	5,660	
			3근	1,100	10,480	6,920	
당일 발수근충 재료비 별도 산정	영구치 유치	243.75 232.08	16,430 15,640	단근	2,780	26,490	17,480
				2근	4,800	45,740	30,190
			3근	6,600	62,900	41,510	

사. 구강외과

일본의 경우, 방문 진료를 해야 만 할 때는 +50%를 가산한다. 단, 발치 수술의 경우 유치, 전치, 구치에 한정하고, 구강내 소염수술의 경우는 치은 농양 등에 한한다 (표 17).

표 17. 구강외과 항목별 수가

	한국		일본				
	점수	수가 (원)	수가 (엔)	빅맥수가 (원)	PPP수가 (원)		
유치	43.49	2,930	1,200	11,440	7,550		
전치	50.14	3,380	1,500	14,300	9,440		
구치	83.94	5,660	2,600	24,780	16,350		
발치							
난발치	183.54	12,370	4,600	43,840	28,930		
단순	396.15	26,700	완전골성	10,000	95,300	62,900	
매복치			하악수평	+1,000			
복잡	594.10	40,040	분할발치	4,600	43,840	28,930	
완전	791.81	53,360					
발치와재소과술	92.60	6,240	1,300	12,390	8,180		
치조골정형술	92.60	6,240	1,100	10,480	6,920		
구강							
피막하	1cm이하	124.14	8,370	2cm이하	1,800	17,150	11,320
외소							
피하농	1-2cm	140.05	9,440	2-4cm	3,000	28,590	18,870
염수							
창봉와	2cm이상	258.19	17,400	4cm이상	7,500	71,480	47,180
직염							
치근							
치관1/2	239.81	16,150	치관대	7,700	73,380	48,430	
치관	414.61	27,940					
크기							
치관×2	643.01	43,330	모지두대	13,000	123,890	81,830	
치관×3	1,193.87	80,450					
치근단절제술							
전치	561.37	37,830	1치당	13,000	123,890	81,830	
구치	697.29	46,990					
5cm	천	4,700	44,790	29,560			
1.5cm미만	181.59	12,240	이하	심	12,500	119,130	78,560
5cm	천	8,500	81,010	53,470			
1.5-3cm	237.97	16,040	이상	심	16,800	160,100	105,670
3cm 이상	678.72	45,740					
보통치치, 치아과절편치치	14.32	960		160	1,520	1,000	
단순	19.47	1,310					
대수술 후	53.74	3,620					
수술후치치							
수술후	97.22	6,550					
염증성							
후출혈	97.50	6,570		1,700	14,790	9,760	

아. 보존과

일본의 경우는 전 치료 종목에 대한 요양급여 적용 관계로, 충전 및 보철재료에 관한 수가 산정이 세분화 되어 있다. 이들을 살펴보면, 첫 번째, 충전 재료의 경우, 아말감의 13점 (복잡의 경우 29점)을 비롯, 치과충전용 재료 I (광중합형복합레진, 광중합형 복합레진강화 글라스아이오노머세멘트 등)은 11점 (28점), 재료 II (복합레진, 글라스아이오노머세멘트 등)는 5점 (12점), 재료 III (치과용 규산 세멘트, 치과충전용 즉시 경화 레진 등)은 2점을 산정하였다.

두 번째, 에나멜 에칭 및 본딩은 1치당 +43점 (복잡은 +65점)을 가산하며, 치열전색은 15점을 산정하였다 (표 18).

표 18. 보존과 항목별 수가

	한국			일본				
		점수	수가(원)		수가(엔)	빅맥수가 (원)	PPP수가 (원)	
와동형성	1면	27.08	1,820	1치당	1,200	11,440	7,550	
	2면	51.46	3,740					
	3면	59.58	4,020	주치의	+50			
	4면	83.96	5,660					
충전물연마		8.28	560		140	1,330	880	
충전	행위료	1면	47.84	3,230	단순	520	4,960	3,270
		2면	84.48	5,690	복잡	1,000	9,530	6,290
	3면	102.23	6,890					
	4면	145.75	9,820					
재료대	1면	52.38	3,530	단순	130	1,240	820	
	2면	104.75	7,060	복잡	290	2,760	1,820	
	3면	112.14	7,560					
	4면	157.13	10,590					
치수복조	1치당	14.32	970	직접	1,200	11,440	7,550	
				간접	250	2,380	1,570	
제거	간단	19.05	1,280	간단	150	1,430	940	
	복잡	40.96	2,760	복잡	300	2,860	1,890	
				포스트	500	4,770	3,150	
지각과민처치				3치까지	400	3,810	2,510	
				4치이상	500	4,770	3,150	
즉일충전처치		114.60	7,720	1치당 주치의	1,200 +50	11,440	7,550	

자. 보철

한국의 경우, 저소득층 노인 틀니 등 몇 종목을 제외하고는 거의 요양급여의 대상이 아닌데 반해, 일본의 경우는 전면적 요양급여 적용을 하므로 한국과 일본의 요양급여 수가를 평면적으로 비교하는 데는 무리가 따른다. 더욱이 한국에서도 치과의사마다 보철물의 제작 과정이나 사용하는 재료 등의 차이가 있으며, 또한 기술적으로 예민한 치료이기 때문에 동일 방법, 동일 재료를 사용하여도 진료수가는 많은 차이를 보이고 있다.

일본의 보철 진료의 요양급부는 보험제도의 출범부터 도입되며, 당시에는 보철의 일부만을 계약 체결하거나 전부를 포함하여 계약한 곳도 있다. 그 후 1955년 금합금의 사용을 '재료 차액징수'로 용인하게 된다. 1960년 국민개보험이 실시되고 보철급부도 법정급부로서 도입된다. 1970년에는 고액의 차액청구가 사회문제화 되면서 '차액징수'가 폐지되었으나, 1978년 다시 '차액징수'를 용인하게 된다. 1984년에는 '특정요양비제도'가 도입되어, 고도의 선진 의료, 환자의 선택성이 높은 서비스나 치료 재료를 포함한 진료의 진찰과 약제, 입원비 등은 본인이 부담하는 것으로 되고, 동시에 전액 자비부담인 '자유 진료'를 포함하여 실질적인 '혼합진료'가 제도화된다.

1992년에는 3치아 이상의 브리지를 보험에 도입하고, 1994년 금속상 총의치의 '특정요양비'화, 1996년 '보철물 유지관리제도'를 신설하여 고정의치에 대한 2년 이내의 재제작 급부를 제한함으로써 거의 모든 보철물에 대한 보험급부를 완성한다.

일본의 치과보철물 현황은, 1957년 보철물 완료자가 23.7%에 불과하고 일부 완료 및 미완료자가 72.7%의 대부분을 차지하였으나, 1999년에는 이러한 추세가 역전되어 완료자가 53.6%의 다수를 차지하게 된다.

한편 치과의학, 치과 의료의 입장에서 보면, 보철을 치과 의료로부터 제외한다는 것은 전혀 상상도 할 수 없는 일이다. 치과 보철이 상병의 치료에 대한

질병보험의 급부 면에서 볼 때의 특이성은, 첫 번째, 장애 대응의 긴급도가 약간 낮다는 것이다. 치관의 결손 및 치아의 상실 등은 장애의 자각과 그 장애에 인내하는 폭이 넓다. 물론, 다수 치아의 결손이 생기는 경우 그 대응이 강하게 요구되지만, 생활 감각으로서 대응의 긴급도가 낮다. 이것이 보철급부로서 치아수의 제한이 요구되는 이유이다.

두 번째로는, 보철에서는 ‘물(物)’의 요소가 큰 비중을 점한다. 보철에서는 치료법으로서 금속, 도자기, 플라스틱 등의 물이 필히 들어가야 한다. 그것이란 약 귀금속일 경우 단지 가격이 높다는 것만이 아니라, 그것만으로 물로서의 가치를 가지고 있다. 이것은 소위 약제 등이 고가인 경우와 전혀 다른 요소이다. 이것이 치과 의료가 고가인 이유이고, 또한 보험급부로부터 제외시킬 수 있다고 생각할 수 있는 이유이다.

세 번째로는, 물을 작성하는 과정이 의료에 밀착하여 있다. 의치가 안경, 보청기, 의지 등과 비교되지만, 이들은 치료 종료 후에 시작하기 때문에 의료 자체와는 구별되어야 한다는 생각이다. 이들의 제작 과정은 의료에 포함되어 있지 않다. 따라서 질병보험의 입장에서는 급부가 아닌 보건시설로 취급되는 곳이 많다.

그러나 보철의 경우, 물을 만드는 과정이 치과기공으로 취급될 수도 있지만, 이것은 의료와 강하게 결부되어 있어, 처방전에 의한 조제와 같이 분리할 수 없는 것이다. 의료 전체 가운데에서 치과기공이라는 과정만으로 분리할 수도 있지만, 기공에서 다시 물을 치과의료 가운데로 삽입시킨다는 일면을 가지고 있다.

네 번째로는, 물의 불변성과 생체 변화성과의 조화를 고려해야 한다. 보철의 경우는 변화하지 않는 것을 조건으로 하는 물을, 변화하는 것이 전체인 생체에 적용시키는 것이 치료법이다. 이는 직접적으로 책임 기간 등이 도입되는 의미로도 되지만, 한편으로는 임플란트도 고려되어야 하는 등의 영원한 숙제이다.

다섯 번째로는, 동일한 의료 효과에 대한 방법, 재료 등 다양성의 폭이 넓

다. 가격의 다양성뿐만 아니라 환자의 주관과 희망 등도 도입될 여지가 있다.
이것이 보철 급부에 있어서 소위 차액징수제도가 도입되는 요인이다.

차. 기타 일본에서의 건강 보험 적용 항목

일본의 건강보험 항목 중에서 유지 및 관리항목에 해당되는 것들이 표 19에 제시되어 있다. 한국과의 차이점으로는 다양한 형태의 지도료가 존재하며, 노인층에 특화된 진료항목이 있다는 점이다 (표 19).

표 19. 일본의 건강보험 유지 및 관리의 항목별 수가

		수가 (엔)	빅맥수가 (원)	PPP수가 (원)	
지 도 료	치과위생지도	월1회	1,000	9,530	6,290
	계속적치과구강위생지도	월1회	1,050	10,010	6,610
	(우식다발자)	1년경과후우식없음 1년이내새로운우식	2,630	25,060	16,540
	불화물국소응용		+800		
	양치질지도		+800		
	치과총합의료관리료	월1회	2,500	23,830	15,730
	치과특정질환요양관리료	월2회	1,500	14,300	9,440
	공동요양지도계획		+1,000		
	병원치과공동치료관리료		3,200	30,500	20,130
	진료정보제공료	의원→의원	2,200	20,970	13,840
	의원→병원	2,900	27,640	18,240	
약제정보제공료	월1회	100	9,530	6,290	
재 택 진 료	치과방문진료	환자 1명시	830	79,100	52,200
		복수환자 시 1명당	380	36,210	23,900
	지역의료제휴체제	월1회	+300		
	방문치과위생지도계획지시서		+100		
	노인방문구강지도료	월1회	430	40,980	27,050
	거택요양관리지도료	월2회	500	47,650	31,450
	치과위생사등	1회째	550	52,420	34,600
	자택요양관리지도료	2회부터	300	28,590	18,870
	방문치과위생지도료	간단	350	33,360	22,020
		복잡	150	14,300	9,440
노인 보건 법에 의한 진료	절삭기 사용	에어터빈	+200		
		전기엔진	+50		
	초진가산	병원에서 의뢰됨	+55		
	구강질환지도관리료	월1회	110	10,480	6,920
	노인약제정보제공	건강수첩기재	150	1,430	940
		기재안함	10	950	630
	의한	1-9치	50	4,770	3,150
	노인치주조직검사	10-19치	110	10,480	6,920
		20치 이상	150	14,300	9,440

카. 요양급여 항목별 수가의 상대값 비교

한국과 일본의 요양급여 항목별 수가비교가 표 20에 제시되어 있다.

표 20. 요양급여 항목별 수가의 상대값 비교

단위: 원

			한국수가	일본 수가			
				빅백수가	상대값	PPP수가	상대값
진찰	초진		11,190	26,110	233.3	17,230	154.0
	재진	주치의	7,420	3,620	48.8	2,390	32.2
방사선	표준형	1매	2,730	4,570	167.4	3,020	110.6
		10매	27,310	41,930	153.5	27,670	101.3
		14매	38,230	43,080	112.7	28,430	74.3
	교합형		2,760	5,910	214.1	3,900	141.3
		교익형	2,760	5,620	203.6	3,710	134.4
		파노라마	6,980	29,920	428.7	19,750	283.0
		침윤	1,080	2,190	202.8	1,450	134.3
마취	전달	하치조	3,130	3,620	115.7	2,390	76.4
		안와하공	4,290	3,620	84.4	2,390	55.7
	흡입진정	30분	29,440	6,670	22.7	4,400	14.9
	치주낭	기본(1/3약)	1,300	4,760	366.1	3,140	241.5
	측정	정밀(1/3약)	1,300	9,530	733.1	6,290	483.8
	스켈링	1/3약	6,960	5,720	82.2	3,780	54.3
		1약	20,880	13,340	63.9	8,810	42.2
	치근활택	전치(1/3약)	7,430	31,440	423.1	20,760	279.4
		구치(1/3약)	7,430	23,840	320.9	15,740	211.8
	치주	치주낭소파	전치(1/3약)	12,130	31,800	262.2	21,000
구치(1/3약)			12,130	21,200	174.8	14,000	115.4
치은신부착		전치(1/3약)	38,980	85,800	220.1	56,640	145.3
		구치(1/3약)	38,980	57,200	146.7	37,760	96.9
치은절제	전치(1/3약)	27,000	171,540	635.3	113,220	419.3	
	구치(1/3약)	27,000	114,360	423.6	75,480	279.6	
치은박리	간단	47,580	57,180	120.2	37,740	79.3	
	복잡	72,780	57,180	78.6	37,740	51.6	
치조골이식	구강내(자가)	199,900	164,870	82.5	108,810	54.5	
	잠간고정	27,290	50,510	185.1	33,340	122.2	
근관내이물절제		7,230	13,440	185.9	8,870	122.7	
	러버댐	2,400	950	39.6	630	26.3	
	치수절단	생활치수	9,680	21,920	226.4	14,470	149.5
실활치수		9,680	6,670	68.9	4,400	45.5	
관충전	발수	단근	3,820	20,010	523.8	13,210	345.8
		2근	7,640	37,170	486.5	24,530	321.1
	3근	11,460	52,420	457.4	34,600	301.9	

* 상대값: 한국의 수가를 100으로 하였을 때

표 20. 계속

		한국수가	일본 수가			
			빅맥수가	상대값	PPP수가	상대값
근관장측정	단근	1,230	2,860	232.5	1,890	153.7
	2근	2,460	4,290	174.4	2,840	115.4
	3근	3,690	5,720	155.0	3,780	102.4
근관세척	단근	1,390	1,050	75.5	690	49.6
	2근	2,780	1,520	54.7	1,010	36.3
	3근	4,170	2,000	48.0	1,320	31.7
근관충전	단근	4,520	7,530	166.6	4,970	110.0
	2근	9,040	9,820	108.6	6,480	71.7
	3근	13,560	11,910	87.8	7,860	58.0
발치	유치	2,930	11,440	390.4	7,550	257.7
	전치	3,380	14,300	423.1	9,440	279.3
	구치	5,660	24,780	437.8	16,350	288.9
	난발치	12,370	43,840	354.4	28,930	233.9
	매복치	53,360	95,300	178.6	62,900	117.9
	방치와 재소파	6,240	12,390	198.6	8,180	131.1
	치조골정형술	6,240	10,480	167.9	6,920	111.0
	치근단절제	37,830	123,890	327.5	81,830	216.3
	전치	46,990	123,890	263.7	81,830	174.1
	구치					
	보통치치	960	1,520	158.3	1,000	104.2
	후출혈치치	6,570	14,790	225.1	9,760	148.6
	와동형성	1면	1,820	11,910	654.4	7,860
2면		3,740	11,910	318.4	7,860	210.1
3면		4,020	11,910	296.3	7,860	195.5
4면		5,660	11,910	210.4	7,860	138.9
충전	1면	3,230	4,960	153.6	3,270	101.2
	2면	5,690	4,960	87.2	3,270	57.5
	3면	6,890	9,530	138.3	6,290	91.3
	4면	9,820	9,530	97.0	6,290	64.1
치수복조	직접	970	11,440	1179.4	7,550	778.4
	간접	970	2,380	245.4	1,570	161.9
제거	간단	1,280	1,430	111.7	940	73.4
	복잡	2,760	2,860	103.6	1,890	68.5
	포스트	2,760	4,770	172.8	3,150	114.1
즉일충전치치	7,720	11,910	154.3	7,860	101.8	
연마	560	1,330	237.5	880	157.1	

* 상대값: 한국의 수가를 100으로 하였을 때

3. 한국과 일본의 치과 요양급여 항목의 임상증례별 진료수가 비교

가. 근관 치료

근관 치료의 경우, 빅맥지수 적용 시, 일본의 진료 수가는 한국보다 약 133-242% 수준이지만, PPP지수 적용 시에는 88-160%로 떨어져 한국보다 진료 수가가 더 낮은 경우도 나타난다 (표 21-24).

표 21. (증례1) 하악 우측 제 1대구치의 급성 치수염으로 인한 근관치료 수가

내원일	진료	한국		일본	
			수가(원)		수가(엔)
1	초진		9,730	주치의	2,740
	방사선	판독, 재료	2,640		480
	마취	관리비포함	4,246		450
	리버댐		2,090		100
	발수	3,320×3	9,960		5,500
	근관와동형성	1,730×3	5,190		
	근관길이측정	1,070×3	3,210		600
	근관치료재료	파일 등	2,297		
	재진		6,450		450
2	근관충전	3,930×3 (가압)	11,970	가압 가산	1,500
		재료대	2,324		
	리버댐		2,090		100
	방사선	판독, 재료	2,640		380
총계			64,737		13,400
한국과 일본의 진료 수가 비교			74,450원*	빅맥 수가 PPP 수가	127,700원 84,280원

*: 한국의 경우 의원급의 15%를 가산한 수가

표 22. (증례2) 하악 우측 제 1대구치의 치수괴사와 급성농양에 의한 근관치료 수가

내원일 진료	한국		일본		
		수가(원)		수가(엔)	
1	초진		9,730	주치의 2,740	
	방사선	판독,재료	270	480	
	마취	관리비포함	4,236		
	농양절개		5,600	1,800	
	근관치료	발수	3,230×3	9,690	
		와동형성	1,730×3	5,190	감염근 3,900
		근관확대	930×3	2,790	처치
		재료	파일 등	2,197	
	투약			처방전 710 약재정보 100	
	재진		6,450	주치의 450	
2	근관치료	근관확대	930×3	2,790	근관첨약 210
		근관세척	1,210×3	3,610	
		근관성형	930×3	2,970	처치
		근관길이측정	1,070×3	3,210	600
		재료	파일 등	827	
러버댐		2,090	100		
방사선	판독,재료	2,090	480		
3	재진		6,450	450	
	방사선	판독,재료	2,090	480	
	근관치료	근관충진	3,930×3(가압)	11,790	1,100
		재료		2,324	가압가산 1,100
	러버댐		2,090	100	
총계		89,584	14,800		
한국과 일본의 진료 수가 비교			103,000원*	빅맥 수가 141,040원 PPP 수가 93,090원	

*: 한국의 경우 의원급의 15%를 가산한 수가

표 23. (증례3) 상악 우측 중철치의 치관과절로 인한 치수노출의 당일 근관치료 수가

내원일	진료	한국		일본		
			수가(원)		수가(엔)	
1	초진		9,730	주치의	2,740	
	근관치료	당일발수			발수즉충	2,780
		근관충전	14,280		가압가산	1,100
		50%가산	7,140		80%가산	3,100
		재료	1,392		근관길이측정	300
	마취	침윤	행위	940		
			50%가산	470		
			재료, 관리	516		
	방사선	2장	2,370×2	4,740	첫번째	480
		재료	270×2	540	두번째	380
					포함	
	러버댐			2,090		100
	처방전				원외	710
					약제정보	100
총계			41,338		12,090	
한국과 일본의 진료 수가 비교			47,540원*	빅맥 수가	115,210원	
				PPP 수가	76,040원	

*: 한국의 경우 의원급의 15%를 가산한 수가

표 24. (증례4) 상악 좌측 제 2대구치의 저작 시 동통으로 인한 근관치료 수가

내원일 진료		한국		일본	
		수가(원)		수가(엔)	
1	초진			9,730	주치의 2,740
	방사선	판독, 재료		2,640	480
	치아진정	보통치치		840	160
	재진			6,450	450
2	마취	후치조신경 재료, 관리	전달	2,720	
				516	
	근관치료	발수	3,320×3	9,960	
		와동형성	1,730×3	5,190	5,500
		근관확대	930×3	2,790	
		근관측정	1,070×3	3,210	600
		재료대		2,297	
	방사선	판독, 재료		2,640	480
러버댐			2,090	100	
재진			6,450	450	
3	근관치료	치근세척	1,210×3	3,630	210
		재료		827	
	러버댐			2,090	100
재진			6,450	450	
4	근관치료	충진	3,930×3(가압)	11,790	1,100
		재료		2,324	가압가산 1,100
	방사선	판독, 재료		2,640	380
	러버댐			2,090	100
총계			89,364	14,360	
한국과 일본의 진료 수가 비교			102,770원*	빅맥 수가 136,850원 PPP 수가 90,320원	

*: 한국의 경우 의원급의 15%를 가산한 수가

나. 치주 치료

치주 치료의 경우, 빅맥지수 적용 시, 일본의 진료 수가 수준은 한국에 비해 약 132-182% 수준이지만, PPP지수 적용 시에는 87-120% 수준으로 떨어졌다 (표 25-28).

표 25. (증례5) 만성 초기치주염에 의한 전악 치주검사와 스케일링 및 치근활택술 수가

내원 일	진료	한국		일본	
			수가(원)		수가(엔)
1	초진		9,730	주치의	2,740
	방사선	파노라마 판독,재료	9,110		3,170
	치주낭측정	1,130×6	6,780	기본	2,000
	치주관리				1,100
	스켈링	전악	6,050×3	36,300	600+400×5
2	재진		6,450		450
	치주낭측정	1,130×6	6,780	기본	2,000
	치주관리				1,100
	마취	행위,재료,관리	1,456		
	치근활택술 (치주치료)후처치	6,460×6	38,760	550×6	3,300
총계		116,516		18,560	
한국과 일본의 진료 수가 비교			134,000원*	빅맥 수가	176,880원
				PPP 수가	116,740원

*: 한국의 경우 의원급의 15%를 가산한 수가

표 26. (증례6) 만성 치은염으로 인한 전악 치석제거 수가

내원일	진료	한국		일본		
			수가(원)		수가(엔)	
1	초진		9,730	주치의	2,740	
	방사선	판독	7,810	재료대 포함	3,140	
		재료	1,300			
	치주낭측정	전악	1,130×6	6,780	기본	2,000
치주관리					1,100	
2	재진		6,450		450	
	스켈링	상악	6,050×3	18,150	60+40×2	1,400
3	재진		6,450		450	
	스켈링	하악	6,050×3	18,150	60+40×2	1,400
	후처치		1,150		100	
4	재진		6,450		450	
	후처치		1,150		100	
총계			83,570		13,330	
한국과 일본의 진료 수가 비교		15% 가산(의원급)	96,110원*	빅맥 수가 PPP 수가	127,030원 83,840원	

*: 한국의 경우 의원급의 15%를 가산한 수가

표 27. (증례7) 초기 만성 치주염으로 인한 치주 검사 및 치근 활택술 수가

내원 일	진료	한국		일본		
			수가(원)		수가(엔)	
1	초진		9,730	주치의	2,740	
	방사선	파노라마	판독,재료	9,110		3,140
	치주낭측정	전악	1,130×6	6,780	기본	2,000
	치주관리					1,100
	스켈링	하악	6,050×3	18,150	600+400×2	1,400
2	재진		6,450		450	
	스켈링	상악	6,050×3	18,150	600+400×2	1,400
	후처치	하악		1,150		100
3	재진		6,450		450	
	후처치	상악		1,150		100
	치과위생실지도					800
4	재진		6,450		450	
	치주낭측정	전악	1,130×6	6,780	1개월이내50%	1,000
	치근활택	하악전치	1/3악	6,460	550×6	3,300
	마취	침윤		1,456		
5	재진		6,450		450	
	치근활택	상악전치	1/3악	6,460	550×6	3,300
	마취	침윤	재료,관리	1,456		
	후처치	하악전치		1,150		100
6	재진		6,450		450	
	치근활택	상악좌구치	1/3악	6,460	650×2+600×2	2,500
	마취	침윤	재료,관리	1,456		
	후처치	상악전치		1,150		100
	치주질환지도관리				월1회	1,100
7	재진		6,450		450	
	치근활택	상악우구치		6,460	650×2+600×2	2,500
	마취	침윤		1,456		
	후처치	상악좌구치		1,150		100

표 27. 계속

내원 일	진료	한국		일본	
			수가(원)		수가(엔)
8	재진		6,450		450
	치근활택	하악우구치 1/3악	6,460	650×2+600×2	2,500
	마취	침윤 재료,관리	1,456		
	후처치	상악우구치	1,150		100
	치과위생실지도				800
9	재진		6,450		450
	치근활택	하악좌구치 1/3악	6,460	650×2+600×2	2,500
	마취	침윤 재료,관리	1,456		
	후처치	하악우구치	1,150		100
10	재진		6,450		450
	치주낭측정	전악 1,130×6	6,780	기본	2,000
	후처치	하악좌구치	1,150		100
	치주관리				1,100
	치과위생실지도				800
총계		190,226		40,830	
한국과 일본의 진료 수가 비교			218,760원*	빅맥 수가 PPP 수가	389,110원 256,810원

*: 한국의 경우 의원급의 15%를 가산한 수가

표 28. (증례8) 상악 우측 유중절치의 외상성 탈구로 인한 3치아의 잠간고정, 4세 유아, 야간 수가

내원일	진료		한국		일본		
			수가(원)		수가(엔)		
1	초진	유아가산 야간가산	초진료30%	9,730	주치의	2,740	
				529		850	
	방사선	유아가산 재료	판독료10%	2,919		400	
				2,370		450	
				237		30	
				270		660	
	마취	유아가산 야간가산 재료 약품관리	행위료30% 행위료50%	940			
				282			
				470			
				356			
	잠간고정술	유아가산 야간가산 재료(레진)	50%	16,900		3,300	
						1,650	
				8,475		40%	1,320
						220×3	660
	투약					원외처방	710
약제정보						100	
2	재진	유아가산	6,450		450		
			1,060		100		
3	재진	유아가산	6,450		450		
			1,060		100		
4	재진	유아가산	6,450		450		
			1,060		100		
	장착물 제거	간단		1,120		300	
총계				67,288		14,820	
한국과 일본의 진료 수가 비교				77,380원*	빅맥 수가 PPP 수가	141,230원 93,210원	

*: 한국의 경우 의원급의 15%를 가산한 수가

다. 발치

발치 시에도, 다른 증례와 마찬가지로 빅맥지수 적용 시에는 진료 수가 수준이 한국보다 높아, 일본의 경우 한국에 비해 140-193%이었지만, PPP지수 적용 시에는 92-127%로 떨어졌다 (표 29-31).

표 29. (증례9) 하악 우측 제 2소구치의 만성치주염으로 인한 발치 수가

내원일	진료	한국		일본	
			수가(원)		수가(엔)
1	초진		9,730	주치의	2,740
	방사선	판독, 재료	2,640		480
	마취	전달	4,246	재료, 관리포함	
	발치	구치	4,920		2,600
	투약	원내조제 약값제외			처방 조제
2	재진		6,450		450
	후처치		1,140		
총계			29,126		6,780
한국과 일본의 진료 수가 비교			33,490원*	빅맥 수가 PPP 수가	64,610원 42,640원

*: 한국의 경우 의원급의 15%를 가산한 수가

표 30. (증례10) 하악 우측 제 3대구치의 수평매복으로 인한 수술 발치 수가

내원일	진료	한국		일본		
			수가(원)		수가(엔)	
1	초진		9,730	주치의	2,740	
	방사선		2,640		480	
	마취 전달		3,730		380	
		재료,관리	516		70	
	발치	2/3이상골성매복, 치아분리술	완전매복	46,400	수평매복	10,000
					가산	1,000
투약	원내조제, 약값제외			처방	450	
				조제	90	
2	재진		6,450		450	
	후처치		1,140			
3	재진		6,450		450	
	후처치		1,140			
총계			78,196		16,110	
한국과 일본의 진료 수가 비교			89,930원*	빅맥 수가	153,530원	
				PPP 수가	101,330원	

*: 한국의 경우 의원급의 15%를 가산한 수가

표 31. (증례11) 상악 정중부 과잉치의 매복으로 인한 발치 수가, 비골성 매복

내원일	진료	한국		일본		
			수가(원)		수가(엔)	
1	초진		9,730	주치의	2,740	
		표준	2,640		480	
	방사선	교합	판독	3,300		350
			재료	1,380		
	마취	침윤	행위	940		
			재료	516		
	발치		단순매복	23,210	난발치	4,600
투약				처방,조제	510	
2	재진		6,450		450	
	후처치		1,140			
3	재진		6,450		450	
	후처치		1,140			
총계			56,896		9,580	
한국과 일본의 진료 수가 비교			65,430원*	빅맥 수가	91,300원	
				PPP 수가	60,260원	

*: 한국의 경우 의원급의 15%를 가산한 수가

라. 충전

빅맥지수와 PPP지수 적용 시, 일본의 진료수가 수준은 한국에 비해, 아말감 충전 시 각각 138%, 91%이고, 글라스아이오노머 충전 시 192%, 126%이다.

표 32. (증례12) 하악 우측 대구치의 우식으로 인한 아말감 충전(BO) 수가

내원일	진료	한국		일본		
		수가(원)		수가(엔)		
1	초진		9,730	주치의	2,740	
	방사선	관독,재료	2,640		480	
	마취	전달	행위	3,730		380
		재료	약품관리비포함	516		80
	러버댐		2,090		100	
			2면	4,950	단순	520
	충전		즉일	6,720	즉시충전형성	1,200
			재료	415	초진가산	50
	2	재진		6,450		450
		연마		490		140
총계			37,731		6,270	
한국과 일본의 진료 수가 비교			43,390원*	빅맥 수가	59,750원	
				PPP 수가	39,440원	

*: 한국의 경우 의원급의 15%를 가산한 수가

표 33. (증례13) 상악 우측 중절치의 우식증으로 인한 글라스아이오노머 충전(ML) 수가

내원일	진료	한국		일본		
		수가(원)		수가(엔)		
1	초진		9,730	주치의	2,740	
	충전		즉일	6,720		1,200
			2면	6,140	복잡	1,000
			재료	1,487	초진가산	50
					120	
				콘디셔너	430	
		연마		490		140
총계			24,567		5,680	
한국과 일본의 진료 수가 비교			28,250원*	빅맥 수가	54,130원	
				PPP 수가	35,730원	

*: 한국의 경우 의원급의 15%를 가산한 수가

4. 빅맥지수 및 PPP수가로 환산한 한국과 일본의 진료수가 비교

가. 진료 항목별 비교

진료 항목별 상대값 비교 시, 일본의 진료 수가는 발치의 경우 가장 높은 상대 값을 보였으며, 마취의 경우 가장 낮은 상대값을 보였다. 상대값이 높은 군은 발치, 보존 및 치주이고, 낮은 군은 마취와 진찰이다. PPP수가를 적용하면, 진찰과 마취는 100이하의 상대값을 나타냈다 (표 34).

상대값 범위에 따른 진료 항목 수에서는 빅맥수가 적용 시, 상대값이 100이상인 항목의 경우, 일본이 한국보다 항목 수에서 월등히 많지만, PPP수가 적용 시에는 현저히 줄어들었다 (표 35).

표 34. 진료 항목별 평균상대값 비교

	한국: 100	
	일본	
	빅맥수가시 상대값	PPP수가시 상대값
진찰	141	93
방사선	213	141
마취	106	70
치주	270	170
근관충전	193	128
발치	284	187
보존	277	183

표 35. 상대값 범위에 따른 진료 항목 수

상대값	단위: 개				
	100이하	100-200	200-300	300-400	400이상
빅맥수가시	15	20	17	6	12
PPP수가시	23	29	11	3	4

나. 임상증례별 수가의 상대값 비교

임상증례별 수가의 상대값 비교 시, 근관충전로 가장 높고 치주가 가장 낮지만, 그 차이는 비교적 크지 않으며, 빅맥수가 적용 시에는 일본 진료 수가의 상대값이 156-171이지만, PPP수가 적용 시에는 109-113으로 떨어졌다 (표 36).

표 36. 임상증례별 수가의 상대값 비교

		한국: 100			
증례		일본			
		빅맥수가 상대값	평균	PPP수가 상대값	평균
근관충전	1	171.5		113.2	
	2	136.9	171	90.4	113
	3	242.3		159.9	
	4	133.2		87.3	
5	132	87.1			
치주	6	132.2	156	87.3	103
	7	177.9		117.4	
	8	182.5		120.0	
	9	192.9		127.3	
발치	10	170.7	168	112.7	111
	11	139.5		92.1	
	12	137.7		90.9	
충전	13	191.6	165	126.5	109

IV. 고찰

일본의 치과계는 1981년에서 1997년까지를 ‘잃어버린 16년’이라 표현한다. 이는 국민의료비에서 차지하는 치과 의료비의 급격한 감소로 인하여 치과 의사들의 소득은 감소하고, 전문직으로서의 위상 약화를 의미하는 것으로, 2000년도 전체 국민의료비는 30조 3,593억엔이고 이 가운데 치과 의료비는 2조 5,575억엔으로 약 8.4%를 차지하고, 이는 1989년의 9.9% 대비 1.5% 감소한 수준이며, 1962년의 12.4%의 최고치였을 때와 비교하면 3%정도의 감소를 나타내는 것이다.

이의 원인은 절대적인 환자수의 감소, 치과 의사 공급의 증가, 낮은 요양급여액, 보철의 요양급여화 도입 및 낮은 수가, 그리고 일본 치과계 지도부의 정책적 판단 오류 등을 들 수 있다.

첫 번째, 환자수의 감소는 일본의 장기적인 경제 불황, 총인구의 감소 경향과 함께 고령화 등 인구의 구조적인 측면도 영향을 미쳤지만, 직접적으로는 1997년의 의료보험제도의 개혁이 큰 영향을 미쳤다. 즉, 피용자 본인의 일부 부담을 1할에서 2할로 인상하고, 노인의료비의 일부 부담을 인상하여 외래의 경우 1개월 당 1,020엔에서 1회 진료 당 500엔으로 변경하며, 외래 약제 지급 시 일부 부담을 신설한 것이다.

두 번째, 치과 의사 공급의 경우, 의료 및 치과 의료의 수요가 증가하는 것에 수반하여, 1970년 田中 내각은 의사에 대해서는 1현 1의대를 구상하고, 치과 의사의 양성도 이에 호응하여 1981년에는 27대학 29학부로 되고 입학 정원이 3,380명이 된다. 이로 인하여 치과 의사 수는 1980년 5만 명을 돌파하고 증가를 지속하는 가운데, 1985년 <치과 의사 수급에 대한 검토회>가 설치된 후, 치과대학 입학 정원의 20% 삭감을 결의하여 1997년부터 치과 의사 수의 증가폭이 둔화되기 시작한다. 치과 의사 공급에 대한 대책으로, 입학 정원의 삭감과 함께, 치과 의사의 자질 향상을 위한 1년 이상의 임상연수제를 도입하여 2006년부터

시행을 예정하고 있고, 또한 현재 독일에서 시행하고 있는 치과의사 정년제의 논의를 시작하고 있다.

그러나 이러한 정책 효과는 단시간에 효과가 나타나는 것이 아닐 뿐 만 아니라, 입학 정원의 삭감이 교원 수의 삭감으로 통하는 국공립대학도 쉽지 않고, 더욱이 사립대의 경우는 경영의 문제가 따라붙는다 (伊東侑青, 2004).

세 번째, 요양급여액의 경우, 의과 외래를 100으로 했을 때, 치과의 1일당 의료비는 1980년 120.4에서 2000년 100.5로 의과와 거의 같은 수준에 도달하고, 더욱이 진료 시간에 있어서는 치과가 의과보다 훨씬 많은 시간이 소요되어, 진료시간 1분당 평균 진료비용을 의과는 780엔인 반면 치과는 이의 44.7% 수준인 349엔이다. 이는 의과에 비해 치과진료가 긴 노동시간이 소요되는데 비해 낮은 보수를 받는 상대적으로 열악한 위치에 놓여있는 것을 알 수 있다.

일본의 치과가 낮은 요양급여액을 갖는 이유는, 일본에서의 요양급여 수가의 개정이 실질적으로 정치적 과정에 의해 결정되므로 일본의사회에 비해 정치력이나 수적으로 열세에 있는 치과의사회의 발언력이 약하기 때문인 것으로 사료된다. 또 다른 이유는 1984년 약가제원 충당 방식에 의한 의료보험 수가 인상에서, 약 사용량이 의과에 비해 적은 치과 수가는 제외되기 때문이다.

그 외의 문제로는, 보철의 요양급여화 도입 및 낮은 수가를 들 수 있다. 1923년 의료보험 도입 시, 일본의 후생성은 보철의 급여화를 반대하였다. 보철은 치아 결손에 의한 치료여서 질병 치료를 위주로 하는 보험 원리에 적용이 어렵고, 귀금속을 사용하는 고가의 치료로 치료의 방법과 재료 선택의 폭이 넓을 뿐 만 아니라, 또한 주문형 치료이기 때문에 진료 내용을 표준화하여 염가로 공급하는 사회건강보험 적용에 문제가 있고, 선진 유럽에서도 시행하는 국가가 거의 없다는 이유에서이다. 그러나 실제적인 이유는 국가 보험 재정의 부족한 상황 때문이었다.

그러나 일본치과의사회의 적극적인 활동의 결과로 보철이 급여에 포함되었다. 당시 팽팽한 찬반양론이 있었지만, 치과의사회 회장이 적극적으로 포함을

주장하였는데, 그 이유는 일본 치과계의 전문가로서의 위상을 강화하기 위함이 목적이었다. 그러나 당시 치과 진료의 수준이 낮은 상태에서 요양급여의 적용을 받음으로 인해, 보철 수가가 낮게 책정되고, 이로 인한 문제는 지금까지도 이어져서 현재의 낮은 보철 수가의 원인이 되고 있다. 또한, 사용할 수 있는 재정이 제한된 상태에서 보철이 급여에 포함됨으로서 다른 일반 치료의 수가가 억제되고 있는 것이다. 또한 1976년 차액진료대 징수의 폐지로 인하여 그나마 낮은 보철 수가를 보충하였던 것이 불가능해짐으로서 일본 치과의사들의 수입 감소의 주된 원인이 되고 있다.

일본의 역사적 사례에서 보듯이, 지도부의 정책 판단이 왜 중요한가를 한국 치과계는 인식해야 한다. 일본 치과계 지도부는 치과 보철에 대한 요양급여의 포함과 수가 인상 및 신기술 도입 시 영향력을 발휘하지 못하였을 뿐 만 아니라, 약가 차액에 의한 수가 인상 시에도 배제되는 결과를 초래하여 일본의 치과계를 전체적으로 후퇴시키는 결과를 야기하였다.

한국의 경우도 정도의 차이는 있지만 일본과 유사한 문제점들이 제기된다. 첫 번째로 한국의 인구는 정체 내지는 감소가 예상되는데 반해, 치과의사의 수의 증가는 현재의 추세로 지속된다는 것이다.

아직 까지 한국의 치과의사수는 다른 OECD 가입국가와 비교하여 많은 편은 아니다. 2003년 유럽공동체의 지역인구는 4억 8,900만 명, 치과의사수는 31,400명으로 인구 1,000명 대비 약 0.65명, 이에 비해 한국은 0.3명으로 유럽공동체의 1/2이하 수준이며, 2002년 기준 인구 천 명 대비 치과의사수가 적은 순위로 멕시코의 0.1명, 터키의 0.2명에 이어 한국은 3위의 0.3명이다.

치과의사수는 지속적으로 증가하는데 비해 총인구수는 점차 감소하여, 치과의사들이 진료할 수 있는 환자의 절대수가 감소한다면, 치과의사들 상호간에 경쟁은 심화될 것이다. 내원 환자수의 감소는 치과 수익률의 감소로 이어지고, 이를 만회하기 위해 치과의사는 수익률이 높은 고가 또는 과잉진료에 집중하는 왜곡 진료를 만연시킬 가능성이 높다. 이는 사회적 비용의 낭비일 뿐 만 아니

라, 환자와 의사의 불신을 야기하고, 질병 치료의 중요한 요소인 환자-의사의 신뢰관계를 파괴시킬 것이다. 또한 치과 의사 수입의 감소는 우수한 인적 자원의 치과에 대한 지원 기피를 초래하여 치과계의 질적 저하를 야기하게 되며, 경제적으로 여유가 있는 곳으로 진료가 집중되어 지역적 계층적 편중 현상이 나타나게 될 것이다.

두 번째로 경제적인 측면이다. 이제까지 한국의 경제 성장은 세계사적으로 유례를 찾아보기 어려울 정도로 짧은 시간 내에 고도의 성장과 발전을 이루어 냈지만, 앞으로는 인구와 마찬가지로 경제도 정체 내지는 완만한 성장이 예상되고 있다. 이제까지 가파른 상승세를 보이던 GDP 증가율도 근래에 들어와 점점 감소되기 시작하여, 성장률이 매우 낮은 선진국형으로 진입할 것으로 예상되며 예전과 같은 호황을 기대하기는 어렵다.

한국은행은, 고령화의 진행이 현 추세대로 계속될 경우 평균성장률이 2006~2010년은 4.12%, 2011~2020년은 3.43%, 2021~2030년은 3.33%로 점점 낮아져, 2006~2050년의 년 평균성장률은 2.87%로 예상된다고 밝히고 있다.

세 번째는, 국민들의 구강 보건에 대한 인식이 높아져, 예방과 조기 치료에 관심이 증대하므로, 한국 성인들의 치관우식증 유병상태는 감소할 것으로 예상된다.

네 번째로는 정부의 정책이 '의료의 공공성을 강화하는 방향으로의 진행'이 명확해지는 것이다. 의료에 대한 국가 책임의 강조는, 국가가 당연히 공급해야 할 공공재로 인식되고 있으며 (김용익, 2003), 제도상으로 진료의 보급율이 증가하면 보험을 도입할 수밖에 없다 (伊東侑靑, 2003).

또한 현 정부는 의료개혁의 주요 부분으로 참여복지를 내세우며, '복지의 보편성 확보는 저소득층 위주의 복지정책에서 탈피하여 모든 국민을 대상으로 하고, 소득 보장 위주에서 의료, 보육 등, 의식주 전반의 생활권 보장으로 복지정책의 확대'를 주창한다 (보건복지백서, 2004).

그리고 한국의 10대 다빈도 질환 중, 3가지가 구강관련 질환이며, 국가가 중

점적으로 관리해야한 비전염성 5대 질환 중, 고혈압, 당뇨병과 함께 치아 우식증이 포함되어 있다. 이런 점들로 미루어 국가의 의료에 대한 개입은 점점 늘어나게 되고, 요양비급여 및 비보험진료 항목은 축소되어, 이제껏 치과 수입의 상당 부분을 차지하고 있었던 일반 진료의 영역은 좁아지게 되고, 치과의 많은 진료 항목이 보험영역으로의 편입이 불가피해진다.

결국 한국의 경우도 치과의사수는 지속적으로 증가하는 반면 인구 증가율은 정체내지는 감소가 예상되고, 국민들의 구강보건에 대한 인식의 향상 등으로 환자 수의 감소가 예상된다. 또한 치과의사 수입의 감소로 이어지리라 추정되는 국민 소득의 정체로 인하여 치과계의 어려운 상황이 예견된다.

한국과 일본의 항목별 요양급여의 비교에 있어서, 일본의 경우가 한국보다 요양급여 항목의 숫자도 많고 다양하며, 근래에 들어 기본 진료와 초기치료의 기능을 강화하여 주치의 제도 등을 신설하는 등 예방 및 유지·관리를 중요시하는 경향이 있다. 더불어 사회의 고령화 추세에 따른 노인보건법에 의한 진료 및 재택 방문 진료 등이 요양급여 항목에 포함되어 있다. 특히 치주 의 경우 체계적인 치료 및 유지 관리의 시스템을 가지고 있다. 사회적 비용과 삶의 질적인 면에서 보면 예방진료 및 유지 관리를 강화하는 것이 장기적으로 유리하다.

마취, 스케일링, 치은박리, 근관세척, 근관충전 및 충전에서 일본은 한국보다 낮은 상대값을 보인다. 특히 진찰의 경우 초진은 한국보다 높은 진료수가를 보이지만 재진은 월등히 낮은 것을 볼 수 있으며, 와동형성 시, 한국은 면수가 증가하면 가산을 하는데 비해 일본은 일정하다.

일본의 보철 요양급여의 경우 질의 문제가 제기된다. 예를 들어 국소의치의 경우 한국은 대개 기본 틀을 주조하여 제작하지만, 일본의 요양급여 항목에는 주조하는 경우가 포함되어 있지 않다. 또한 금관 제작 시 사용하는 재료도 한국은 금이 74% 정도 함유된 재료를 사용하지만 일본은 인레이 제작시의 14K를 제외하면 대개의 경우 12% 금-팔라듐이 포함된 재료를 사용한다.

이 문제를 해결하기 위해 진료비의 전액을 본인이 부담하는 자유진료와 일

부를 본인이 부담하는 특정 요양비 제도를 활용한다. 그러나 자유진료의 비중이 점점 작아지고, 모든 계층에 이를 적용할 수는 없다는 현실에서 볼 때, 보편적인 진료의 질을 확보할 수 있는가는 또 다른 문제로 제기되고 있는 것이다. 즉 보철의 요양급여 적용은 많은 고려가 필요하다고 사료된다.

이 문제는 비단 보철의 경우에만 제기되는 것은 아니다. 일부 유럽 국가에서의 치료 결과에 대해 많은 치과의사들이 갖는 의문점도 동일한 문제의식이다. 요양급여 적용을 받는 진료가 비보험 일반 진료보다 질적인 면에서 떨어진다면 의료보험이 갖는 의의는 반감된다고 볼 수밖에 없다. 진료의 질이 문제가 되는 이유는 수익성과 관계가 있을 것이다. 진료의 내용과 관계없이 그 행위만으로 일정의 보수가 지급된다면, 좋은 결과를 얻기 위한다는 것만으로 전력을 다하는 의사는 그리 흔치 않을 것이기 때문이다. 반면 미국식 치과 진료의 내용이나 질적인 측면에서 우수하다는 것은 주지의 사실이지만 이는 의료비가 비싸다는 결정적인 단점이 내포되어 있다.

경제가 윤택해질수록 많은 사람들이 삶의 질에 대해 관심을 갖게 되며 의료에 있어서도 마찬가지이다. 그러나 국가 재정의 한계로 인해 일정 비용으로 양과 질 모두를 만족시킬 수 없을 때, 공공성에 치중하면 질은 떨어질 것이고, 질을 강조하면 공공성이 약화되는 것은 당연한 결론이다. 이상과 현실, 질과 양, 내용과 형식, 개인과 대중, 이들을 어떻게 조화시키느냐는 보건의료정책을 시기적절하게 수립하고 집행하는 관련자들의 철학과 능력이다.

흔히 한국의 의료체계를 과도기적이라 말한다. 유럽식 복지모델을 목표로 하지만, 국가 재정의 문제로 아직 달성하지 못하고 언젠가는 이루어져야하는 당위성으로 인식하는 것이다. 그러나 이미 유럽에서는 재정 문제로 인하여 복지 혜택을 축소하고 있으며 앞으로 더욱 축소되리라는 전망의 보도가 나오고, 앞에서 지적한 질의 문제도 대두된다. 즉 복지 만능은 아니라는 얘기다.

제언으로 진료의 질을 어떻게 검증할 것이냐를 전제로, 현재의 비보험과 보험 급여가 혼재되어 있는 한국의 의료체계를 보완 수정함으로써, 치료의 질과

대중성, 모두를 만족시킬 수는 없지만, 다수를 만족시키는 제도에 대한 진지한 고민이 필요하다고 사료된다.

임상증례별 진료수가의 비교는 많은 문제점들이 있다. 어떤 항목의 경우 한국은 건강보험을 적용하는데 반해 일본은 적용하지 않고, 또 그 역의 경우도 많이 있다. 이들을 감안하여 진료수가를 비교하면, 빅맥수가 적용 시, 진료수가의 차이가 큰 반면, PPP수가 적용 시, 일본의 진료수가는 한국보다 차이가 크지 않다. 또한 항목 별 수가는 양국의 차이가 큰데 비해 임상증례별 진료수가는 차이가 적게 나타나는 것은 건강보험 적용 항목의 유무와 적용 빈도의 차이가 원인일 것으로 사료된다.

V. 결론

한국의 경우 치과 병의원의 급격한 늘어나는 것에 수반하여 요양급여 진료비와 지급건수 등이 증가하지만, 전체 진료비와 증가율에 비교하면 매우 낮은 것을 알 수 있다.

일본의 경우도 치과 추계 환자수 및 수진율이 1984년 이후 늘어나는 경향을 보이다가 근래에 들어 저하하는 경향을 보이며, 전체 외래환자총수에서 점하는 비율도 낮아지는 경향을 보이고 있다.

또한 항목별 요양급여 수가는 빅맥지수를 적용하면 일본이 대체적으로 높았으나, PPP 지수를 적용하면 그 차이는 거의 근소하다고 말할 수 있다. 근관치료의 경우 빅맥수가는 일본이 한국보다 약 2~4배 정도 높으며, 발치의 경우에도 약 3배 이상 높은 것으로 파악된다. 그러나 PPP수가는 그 차이가 줄어들어 양국이 거의 근접하는 것을 알 수 있다.

그러나 근래 일본의 경제가 장기간 극심한 불황으로 인하여, 구매력 지수가 상당히 하향조절 되어 있는 것을 고려해야한다.

한국과 일본의 진료 항목별 수가의 평균 상대값 비교시, 한국의 수가를 100으로 하여 빅맥수가를 적용했을 경우, 일본의 요양급여수가는 한국보다 높아, 발치시 284로 최고치를 보이고, 마취시 106으로 최저치를 보인다. 그러나 PPP수가 적용시에는 상대값이 66% 수준인 70-187로 낮아지며, 100이하인 경우도 진찰과 마취 두 가지가 나타난다.

진료항목의 수 비교에서는, 빅맥수가 적용 시 100이하가 15개, 400이상은 12개로 나타나지만, PPP수가 적용 시에는 100이하가 23개로 늘어나고, 400이상은 4개로 줄어든다.

임상증례별수가 비교에서는 항목별 비교에서와 마찬가지로 빅맥지수를 적용하면 일본이 한국보다 수가가 높아지지만, PPP지수를 적용하면 그 차이는 줄어들어 거의 같은 수준에 이른다.

임상증례별 수가의 상대값 비교에서는, 항목별 비교보다 상대값이 많이 낮아져, 박맥수가 적용시에는 156-171, PPP수가 적용시에는 103-113으로, 근관충전시 최대 상대값을 갖고, 치주치료시 최소의 상대값을 갖는다.

이런 점으로 미루어, 첫째, 항목별 수가체계는 실제의 진료비를 반영하지 못한다.

치주, 근관충전, 발치, 보존의 4항목의 요양급여수가를 비교하는 경우, 항목별 비교에서는 PPP수가를 적용시 최소치가 128이고, 임상증례별 비교에서는 최대치가 113이 되어, 임상증례별 최대치가 항목별 최소치보다 상대값이 낮게 나타난다. 또한, 임상과목 중 상대값이 높은 순위로, 항목별 비교에서서는 발치, 보존, 치주, 근관충전 순이지만, 임상증례별 비교에서는 근관충전, 발치, 충전, 치주의 순으로 나타나기 때문이다.

둘째, 일본의 건강보험수가가 한국보다 상대적으로 높지 않다.

항목별 수가 비교에서는 일본의 수가가 한국보다 높지만, 임상증례별 수가 비교에서는 낮아지며, 특히 PPP수가를 적용하면 평균 109가 되어, 한국보다 9%정도 일본이 높게 나타난다. 그렇지만 한국의 경우 보철을 비롯한 비보험 진료 항목이 있고, 일본은 없다는 것을 감안한다면 일본의 요양급여수가가 한국보다 높다할 수 없다.

참고문헌

- 국민건강보험공단: 건강보험통계 연보. 104-105, 636-637, 2000.
- 국민건강보험공단: 건강보험통계 연보. 142-143. 658-659, 2001.
- 국민건강보험공단: 건강보험통계 연보. 154-155. 670-671, 2002.
- 국민건강보험공단: 건강보험통계 연보. 154-155. 420-421, 2003.
- 권호근: 치과의원 비급여 수익률에 대한 조사 연구. 대한치과의사협회. 2003.
- 권호근: 예방치과 진료항목 보험급여 방안에 대한 연구. 대한치과의사협회. 1-9, 2002.
- 권호근: 자원분배상대가치 방법에 의한 치과의료수가 지수와 외국치과의료 수가와의 비교 연구. 대한치과의사협회. 2-5, 1996.
- 권호근, 이태수: 한국과 주요 선진국의 치과의료수가체계에 대한 비교 분석. 대한치과의사협회. 90-102, 1988.
- 김백일: 일본의 구강보건제도 및 치과의료 현황. 대한치과의사협회. 1-13, 2005.
- 김용익: 국민의 건강권 확보와 의료의 공공성 강화를 위한 보건의료개혁 방향과 과제. 보건의료노조 제4차 정책토론회. 2-43, 2003.

김한중: 의료보험 수가구조 개편을 위한 상대가치 개발, 연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 한국보건의료관리연구원, 1997.

대한치과의사협회: 치과 건강보험 요양급여 기준 및 해설. 2005.

두 번에 V5.0 치과업무 컴퓨터 프로그램. 2005.

문재우, 이윤현, 김기훈: 국민의료보험론. 초판, 2000, pp. 100-205, 계축문화사.

보건복지부: 통계연보. 2004.

보건복지부: 보건복지백서 I. 2004.

보건복지부: 보건복지백서 II. 2004.

신호성: 치과의료보험제도와 수가체계에 대한 외국 사례 연구. 대한치과의사협회. 2005.

야후 백과사전 인터넷판 (<http://kr.dic.yahoo.com>). 2005.

양봉민: 보건경제학. 1999, pp. 21-69, 나남.

연세대학교 치과대학 예방치과학교실: 일본의 치과의료보험 문제점에 근거한 한국치과의료보험 연구 방향. 4-8, 2005.

외환은행 인터넷판(<http://www.keb.co.kr>). 외환시세, 2004.

전국치과대학 교육협의회: 치과대학교육현황 제7집. 7, 2002-2003.

정기택: 민간의료보험 어떻게 볼 것인가. 대한치과의사협회 의료관리학회.

중앙일보: 빅맥지수란. 2004.

최원철: 수도권 일차 구강진료 수령자의 영구치 발치 원인 비중에 관한 연구.
박사학위논문, 서울대학교 대학원, 서울, 1999.

최정수: 구강건강증진을 위한 전략개발 연구. 한국보건사회연구원, 보건복지부,
4-6, 2000.

통계청 인터넷관(<http://www.nso.go.kr>). 총인구 및 경제성장률(추계인구), 2005.

한국보건행정학회, 연세대학교 보건정책 및 관리연구소: 건강보험 재정 위기
어떻게 할 것인가. 정책토론회, 7-19, 2001.

한국은행: 고령화가 경제성장에 미치는 영향. 2005.

榑原愁紀田郎: 社會保險齒科醫療小史. 55-70, 財團法人 口腔保健協會

社團法人日本齒科醫師會: 齒科醫療白書. 2003.

齒科保險研究會: 全課實例による社會保險齒科診療, 醫齒藥出版株式會社, 2004.

尾崎哲則, 野村眞弓: 日本の公的醫療保險における齒科醫療給付の 現狀と問題點,

2005.

伊東侑晴： 供給過剰時代の歯科医療， 歯科医療白書， 社団法人日本歯科医師會.
183, 2004.

野村眞弓， 上原裕美子， 尾崎哲則： 医療制度の類型別にみる歯科医療のアウトカムの
国際比較の試み. 日本歯科医療管理學會. 161-167, 2004.

財団法人口腔保健協會： 歯科保健関係統計資料. 38-60, 歯科医療保健研究會.
2003.

The Economist 인터넷판(<http://www.economist.com>). Big Mac Currencies,
2005

OECD 인터넷판(<http://www.oecd.org>). International Comparison of Labour
Productivity Level. Estimates for 2004, 2005.

OECD 인터넷판(<http://www.oecd.org>): Health Data, 2002

Abstract

Comparisons of the Dental Insurance System and Fee Schedule between Korea and Japan

Wook Ho, D.D.S., M.D.S.
Department of Dentistry
The Graduate School, Yonsei University

(Directed by Professor Ho-keun Kwon, D.D.S., M.P.H., Ph.D)

The purpose of this study is probably significant to compare and analyse the dental insurance fee of the both countries in the parts to find the advanced strategies by studying why the status of the Japan's dental community was down.

In Japan, the parts of National Dental Expense among the Total National Health Expense had been remarkably decreased about 2% during 10 years from 9.9% in 1989 to 8.2% in 1999. Also incomes of dentist were fallen out from ¥18.84 millions in a year in 1992 to ¥15.92 millions in 2001. In the comparison of the medical doctor, the index of dentist's income was decreased from 78.0 in 1993 to 52.5 in 2000 when 100 in the medical doctor. Those made the dentist's status down and the good candidates avoided to apply to dental area.

The causes of these aspects were the absolute decrease of the numbers of patients, the increased supplies of dentists, low insurance fee, low prices of prothodontic, and the mistakes of the strategy by the leader's group in dental community, that is, the balances allocated one-sidedly into medical part when the separation of dispensary from medical practice, and they

didn't have any great effect when the insurance fee was adjusted.

The present situations in Korea are not so different to compare to Japan. It is expected that the growth rate of the total population will be stagnant or decreased to compare the numbers of dentists continuously increased. Also the growth rate of the national economy will be stagnant or low, and the decreased tendency of the oral diseases by the recognition of the importances about the oral health. Additionally the government's policy of the national health program is established to reinforce the publicity in the medical areas.

In the study of method, firstly the differences of the insurance fee of individual items of dentistry, then those of the prices in the actual clinical cases were compared in both countries. But it was not easy to compare the conditions of the prothodontic area, so only the history in Japan and the characteristics were described.

Also there were not only the differences of the exchange rates, but the purchasing power in the same value of the money between two countries. It were corrected by using the BMI (Big Mac Index) (\$ 2.22 in Korea, \$ 2.33 in Japan on 2004) and PPPI (Purchasing Power Parity Index, 774.37 in Korea, 1,332.8 in Japan on 2004).

Finally, Japan has more items than Korea, and especially a lot of items in the area of preventive dentistry and maintenance were included in the NHI.

To say about the conditions of prothodontic in Japan, it was wholly covered by the Care Grant from the beginning stage of NHI. Also it were characterized by using the precious metal, strongly connecting to laboratory processes, and the various way to select the materials and the methods for

treatment. Nowadays the 'Mixed System', that is, the insurance system, free system by personal paying of all treatment fee, and the special care system, was organised in the process of permitting and ceasing the system to pay the balances of two prices.

In the condition of insurance payment, the fee of individual items were higher in Japan applying the exchange rate or the BMI, but the differences rapidly decreased in the PPPI.

In the actual clinical cases, 33-166% higher in the endodontics, 33-88% in periodontics, 40-93% in extractions, and 38% in the amalgam filling cases applying the BMI, but differences also rapidly decreased in the PPPI in Japan, moreover in some cases, Korea's were higher.

To take Relatives Values of Japan when 100 in Korea, almost items were over 100 applying the BMI to compare the fee of individual items, but the diagnosis and the anesthesia were below 100 in applying PPPI. In the BMI, the values was 156-171, it was decreased to 100-113 in the PPPI on the actual clinical cases.

That is, higher insurance fee in Japan than Korea doesn't mean higher dental treatment payment because of the considerations of no item not covered by insurance in Japan.

Key Words : Big Mac Index, Comparisons of dental insurance fee, PPP Index, Relative values

< 부 록 >

한국과 일본의 치과의료보험 주요 통계 현황

가. 한국

표 1. 한국 치과병원의 진료비 현황

년도		내원일수 (천일(%))	진료일수 (천일(%))	총진료비 (억원(%))	급여비 (억원(%))
2001	병원	807	918	201	101
	의원	46,554	46,842	9,137	6,436
2002*	병원	1,143(41.6)	1,272(38.6)	289(43.8)	172(70.3)
	의원	47,295(1.6)	47,384(1.2)	8,899(-2.6)	6,230(3.2)
2003	병원	1,284(12.3)	1,304(2.5)	328(13.5)	198(15.1)
	의원	48,554(2.7)	48,587(2.5)	9,167(3.0)	6,421(3.1)
2004	병원	1,439(12.1)	1,453(11.4)	374(14.0)	226(14.1)
	의원	49,301(1.5)	49,322(1.5)	9,539(4.1)	6,686(4.1)

* :전년대비증가율

표 2. 한국 치과병원의 건당 진료비 현황

년도		지급건수 (천건(%))	건당			
			진료비 (원(%))	급여비 (원(%))	내원일수 (일(%))	진료일수 (일(%))
2001	병원	423	47,550	23,378	1.90	2.17
	의원	29,076	31,423	22,132	1.60	1.61
2002*	병원	617(45.9)	46,807(-1.6)	27,812(19.0)	1.85(-2.6)	2.06(-5.1)
	의원	29,710(2.2)	29,952(-4.7)	20,971(-5.2)	1.59(-0.6)	1.59(-1.2)
2003	병원	723(17.2)	45,343(-3.1)	27,420(-1.4)	1.78(-3.8)	1.80(-12.6)
	의원	30,933(4.1)	29,364(-2.0)	20,756(-1.0)	1.57(-1.3)	1.57(-1.3)
2004	병원	824(14.0)	45,425(0.2)	27,465(0.2)	1.75(-1.7)	1.76(-2.2)
	의원	31,770(2.7)	30,025(2.3)	21,044(1.4)	1.55(-1.3)	1.55(-1.3)

* :전년대비증가율

표 3. 한국 치과병원의 내원일당, 진료일당 현황

년도		내원일당		진료일당	
		진료비 (원(%))	급여비 (원(%))	진료비 (원(%))	급여비 (원(%))
2001	병원	24,964	12,462	21,940	10,953
	의원	19,626	13,823	19,505	13,738
2002*	병원	25,266(1.2)	15,103(21.2)	22,705(3.5)	13,491(23.2)
	의원	18,815(-4.1)	13,174(-4.7)	18,780(-3.7)	13,149(-4.3)
2003	병원	25,540(1.1)	15,445(2.3)	25,155(10.8)	15,212(12.8)
	의원	18,880(0.3)	13,224(0.4)	18,867(0.5)	13,215(0.5)
2004	병원	26,024(1.9)	15,735(1.9)	25,772(2.5)	15,582(2.4)
	의원	19,349(2.5)	13,561(2.5)	19,340(2.5)	13,555(2.6)

* :전년대비증가율

표 4. 한국 치아 우식증, 치수 및 치근단 주위 조직 질환, 치은염 및 치주조직 질환의 총진료비와 급여비 현황

단위: (%)

년도	치아우식증				치수 및 치근단 주위조직질환			
	지급건수 (천건)	내원일수 (천일)	총진료비 (억원)	급여비 (억원)	지급건수 (천건)	내원일수 (천일)	총진료비 (억원)	급여비 (억원)
2001	8,095	12,049	2,540	1,773	10,641	21,089	3,933	2,768
2002	8,116	11,864	2,443	1,694	11,154	21,754	3,989	2,772
	(0.3)	(-1.5)	(-3.8)	(-4.5)	(4.8)	(3.2)	(1.4)	(0.1)
2003	8,061	11,716	2,452	1,770	11,141	21,571	4,057	2,822
	(-0.7)	(-1.2)	(0.4)	(4.5)	(-0.1)	(-0.8)	(1.7)	(1.8)

년도	치은염 및 치주조직질환			
	지급건수 (천건)	내원일수 (천일)	총진료비 (억원)	급여비 (억원)
2001	6,906	9,688	2,169	1,488
2002	6,108	8,618	1,560	1,059
	(-11.6)	(-11.0)	(-28.1)	(-28.8)
2003	6,602	9,209	1,678	1,137
	(8.1)	(6.9)	(7.6)	(7.4)

표 5. 한국 치아 우식증, 치수 및 치근단 주위 조직 질환, 치은염 및 치주조직 질환의 건당 진료비와 급여비 현황

단위: (%)

년도	치아우식증				치수 및 치근단 주위조직질환			
	진료비 (원)	급여비 (원)	내원일수 (일)	진료일수 (일)	진료비 (원)	급여비 (원)	내원일수 (일)	진료일수 (일)
2001	32,380	21,920	1.49	1.50	36,962	26,012	1.98	1.99
2002	30,105	20,868	1.46	1.47	35,763	24,847	1.95	1.96
	(-7.0)	(-4.8)	(-2.0)	(-2.0)	(-3.2)	(-4.5)	(-1.5)	(-1.5)
2003	30,011	21,099	1.45	1.46	36,419	25,334	1.94	1.94
	(-0.3)	(1.1)	(0.7)	(-0.7)	(1.8)	(2.0)	(-0.5)	(-1.0)

년도	치은염 및 치주조직질환			
	진료비 (원)	급여비 (원)	내원일수 (일)	진료일수 (일)
2001	31,409	21,542	1.40	1.44
2002	25,547	17,335	1.41	1.45
	(-18.7)	(-19.5)	(0.7)	(0.7)
2003	25,410	17,222	1.39	1.52
	(-0.5)	(-0.7)	(-1.4)	(4.8)

표 6. 한국 치아 우식증, 치수 및 치근단 주위 조직 질환, 치은염 및 치주조직 질환의 내원일당 진료비와 급여비 현황

단위: (%)

년도	치아우식증		치수 및 치근단 주위조직질환		치은염 및 치주조직질환	
	진료비(원)	급여비(원)	진료비(원)	급여비(원)	진료비(원)	급여비(원)
2001	21,804	14,721	18,651	13,126	22,388	15,355
2002	20,595	14,276	18,338	12,741	18,107	12,287
	(-5.5)	(-3.0)	(-1.7)	(-2.9)	(-19.1)	(-20.0)
2003	20,696	14,518	18,809	13,084	18,221	12,347
	(0.5)	(1.7)	(2.6)	(2.7)	(0.6)	(0.5)

표 7. 한국 치아 우식증, 치수 및 치근단 주위 조직 질환, 치은염 및 치주조직 질환의 진료일당 진료비와 급여비 현황

단위: (%)

년도	치아우식증		치수 및 치근단 주위조직질환		치은염 및 치주조직질환	
	진료비(원)	급여비(원)	진료비(원)	급여비(원)	진료비(원)	급여비(원)
2001	20,956	14,632	18,532	13,063	21,744	14,913
2002	20,480	14,197	18,281	12,701	17,622	11,978
	(-2.3)	(-3.0)	(-1.4)	(-2.8)	(-19.0)	(-20.0)
2003	20,850	14,466	18,766	13,054	17,892	12,124
	(1.8)	(1.9)	(2.7)	(2.8)	(1.5)	(1.2)

* 건강보험 통계 연보, 국민건강보험공단

나. 일본

표 8. 일본의 추계 환자수의 추이

년도	1984	1987	1990	1993	1996	1999
전체 의료기관(천명)	7,699	8,070	8,366	8,402	8,810	8,319
치과의원	1,101	1,210	1,244	1,259	1,302	1,150
병원	2,766	3,091	3,384	3,430	3,657	3,534
일반의원	3,831	3,768	3,738	3,713	3,852	3,635
외래환자총수	6,355	6,634	6,855	6,973	7,330	6,836
외래환자총수에서 점하는 치과환자의 비율	17.3	18.2	18.2	18.1	17.8	16.8

* 厚生労働性

표 9. 일본 치과 수진율의 추이(인구 10만당)

년도	1984	1987	1990	1993	1996	1999
외래총수진율 (전회조사대비증가율)	5,285	5,426 (2.7)	5,554 (2.4)	5,589 (0.6)	5,824 (4.2)	5,396 (-7.3)
치과수진율 (전회조사대비증가율)	916	990 (8.1)	1,007 (1.7)	1,009 (0.2)	1,037 (2.8)	907 (-12.5)

* 厚生労働性

표 10. 일본 치과진료 실일수의 추이

년도	1989	1990	1991	1992	1993
진료실일수(천일) (전년대비증가율)	395,321 (0.4)	400,134 (1.2)	409,167 (2.3)	411,937 (0.7)	410,939 (-0.2)

년도	1994	1995	1996	1997	1998	1999
진료실일수(천일) (전년대비증가율)	411,088 (0.0)	413,430 (0.6)	421,299 (1.9)	413,738 (-1.8)	410,583 (-0.8)	410,563 (-0.0)

* 厚生労働性

표 12. 일본상병별 치과 환자수의 현황 (1999년)

	우식증	치수염	치주질환	치근막염	보철	기타질환
환자수(천명)	285.9	157.9	231.3	195.5	216.4	62.8
비율(%)	24.9	13.7	20.1	17.0	18.8	5.5

* 厚生労働性

표13. 일본 국민의료비 및 치과의료비의 추이

년도	국민의료비			치과의료비			국민소득	
	총액 (억엔)	전년 대비증가 (%)	국민 소득대비 (%)	총액 (억엔)	전년 대비증가 (%)	국민 소득대비 (%)	총액 (억엔)	전년 대비증가 (%)
1990	206,074	4.5	5.87	20,354	3.8	0.58	3,509,874	9.0
1991	218,260	5.9	5.87	21,190	4.1	0.57	3,718,611	5.9
1992	234,784	7.6	6.32	22,666	6.4	0.62	3,713,294	-0.1
1993	243,631	3.8	6.56	23,155	0.8	0.62	3,711,608	-0.0
1994	257,908	5.9	6.89	23,523	1.6	0.63	3,745,463	0.9
1995	269,577	4.5	7.12	23,837	1.3	0.63	3,788,057	1.1
1996	285,210	5.8	7.34	25,431	6.7	0.65	3,886,361	2.6
1997	290,651	1.9	7.42	25,346	-0.3	0.65	3,918,579	0.8
1998	298,251	2.6	7.83	25,204	-0.6	0.66	3,807,142	-2.5
1999	309,337	3.7	8.10	25,444	1.0	0.67	3,817,070	0.2
2000	303,593	-1.9	7.98	25,575	0.5	0.67	3,805,066	-0.3

* 厚生労働性

표 14. 일본 치과의료비의 미래 추계

년도	치과수요합계(억엔)	지수
1995	27,782	100.0
2000	28,576	102.9
2005	29,015	104.4
2010	29,065	104.6
2015	28,791	103.6
2020	28,408	102.3
2025	27,698	99.7
2030	26,811	96.5

* 日本総合研究所