

내시경 수가의 국제적 비교: 한국은 어디에 있나?

정 대 영

가톨릭대학교 의과대학 내과학교실

The Comparison of the Costs for Endoscopy-Related Procedures Among Different Countries; Korean Health Insurance Payment is Reasonable?

Dae Young Cheung

Department of Internal Medicine, The Catholic University of Korea College of Medicine, Seoul, Korea

서론

서로 다른 국가와 지역에서 개별적인 재화 가격은 서로 다를 수 있다. 일반적으로 재화의 가격 결정에는 수요자의 소득 수준, 지역 사회의 인건비, 산업의 구조, 교통과 운송 등 사회 기반 시설의 여건 그리고 환율 등이 요인으로 작용한다. 의료 비용도 같은 이유로 인해 국가 간 또는 지역 간 차이가 발생하기 때문에 일률적인 비교에는 어려움이 있다. 의료 비용 보상 체계는 의료 시스템을 유지하는 핵심 요소로서 수요자가 필요에 따라 적절하게 구매할 수 있을 만한 수준이어야 함과 동시에 의료 공급자는 지속적이고 발전적으로 의료 서비스를 공급할 수 있는 수준의 보상이 되어야 한다. 그러나 국민건강보험이 시행 되고 있는 현재 우리나라의 의료 수가는 의료 공급자 측에 가혹할 만큼 낮은 수가를 보상하고 있기 때문에 우리의 미래 의료에 대한 우려가 심각한 수준이며, 이에 대한 개선 요구가 계속 이어지고 있지만, 아직 납득 할 만한 개선은 없는 형편이다. 따라서 우리나라의 의료 비용 보상의 수준, 수가가 다른 지역이나 국가와 비교하여 어느 정도의 수준인지 알아보고, 우리의 방향을 가늠해 보는 것이 필요하다. 상부소화관내시경 검사는 비교적 표준화된 장비와 재료 그리고 설비를 이용하기 때문에 국가와 지역의 특성에 따른 차이에 영향이 적기 때문에 국가 간 의료 체계의 비교를 위한 대표적 의료로 적당하다.

본론

우리나라의 상부소화관내시경 검사 수가와 관련 행위의

수가는 건강보험요양급여비용의 내역(보건복지부 고시 제 2015-190호)과 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2016-8호)에 정리되어 있다. 다른 국가와 지역의 내시경 관련 비용은 이메일 설문을 통하여 각 국가와 지역의 소화기 전문의로부터 답신을 얻은 내용과 의료 비용에 대한 인터넷 사이트를 검색하여 자료를 수집하였다.^{1,2} 설문은 최근 5년간 주요 소화기학 논문 교신 저자로 이메일 주소를 공개한 총 410명의 저자들에게 내시경 관련 의료 행위의 수가에 대한 질의를 보냈으며, 이 중 6명이 답신하였다.

우리나라의 상부소화관내시경 검사의 수가는 병원 기준으로 42,360원이며(의원은 45,700원, 상대가치점수 596.66), 이 비용은 조사된 국가 중 폴란드(US\$ 33.0)와 더불어 최하위의 극단 값이었다. 이는 우리와 유사한 의료 체계를 가지고 있는 일본의 약 1/3, 인도의 1/4이며, 심지어는 사회주의적 국가보험체계를 가지고 있는 영국 NHS에 비해서도 약 1/14 수준이었다. 미국의 시애틀에 있는 비영리 병원 Virginia Mason Health System의 비용은 US\$2,933이고 영국의 영리 병원인 HCA health care에서 공개한 비용은 US\$3,691로 우리나라 수가의 약 100배에 달한다(Table 1, Fig. 1).

보통의 범주에서 벗어나 극단 값을 갖는다는 것은, 그 결과 값을 결정하는 과정에 불합리 또는 부당한 내용이 있다고 생각하는 것은 합리적 추론이다. 따라서, 극단적으로 높은 비용의 의료 체계를 가지고 있는 미국이 정상적이라고 할 수 없듯이, 극단적 저 비용의 우리 의료 체계 역시 정상적으로 보이지 않는다. 우리의 문제는 어디에서 출발하고 있는가?

Table 1. Costs for Endoscopic Procedures in Different Countries (unit, US\$)

Endoscopic Procedures	Korea	Taiwan	Japan	Israel	USA (virginia mason health system)	UK, NHS
EGD	37.6	47.5	112.8	319.8	2,933.0	540.0
Colonoscopy	55.6	67.5	153.3	286.0	3,249.0	737.5
Sigmoidoscopy	24.0	30.5	89.0	183.0	1,721.0	471.6
Capsule Endoscopy	153.7	1,350.0	168.2	1,398.0	2,809.0	1,214.4
Bleeding control - UGI	115.7	234.5	455.0	317.2	4,128.0	821.4
Bleeding control - Colon	72.6	229.8	1,027.7	286.0	4,855.0	NA
Polypectomy - stomach	81.9	112.6	616.2	3,890.4	3,108.0	NA
Polypectomy - colon	125.2	125.2	494.6	586.0	3,646.0	NA
EMR - colon	109.8	246.0	494.6	586.0	3,066.0	NA
EMR - stomach	178.4	246.0	639.0	780.0	2,921.0	NA
ESD - stomach	357.9	1,950.0	1,817.0	780.0	NA	NA
ESD - esophagus	357.9	1,950.0	2,186.0	NA	NA	NA
ESD - colon	324.8	1,950.0	1,817.0	586.0	NA	NA
ERCP, diagnostic	105.0	403.8	138.5	1,022.6	5,203.0	1,051.9
ERCP and sphincterotomy	276.6	1,275.5	111.5	1,736.8	5,060.0	-

NHS, national health system; EMR, endoscopic mucosal resection; ESD, endoscopic submucosal dissection; ERCP, endoscopic retrograde cholangiopancreatography; NA, not answered or not available.

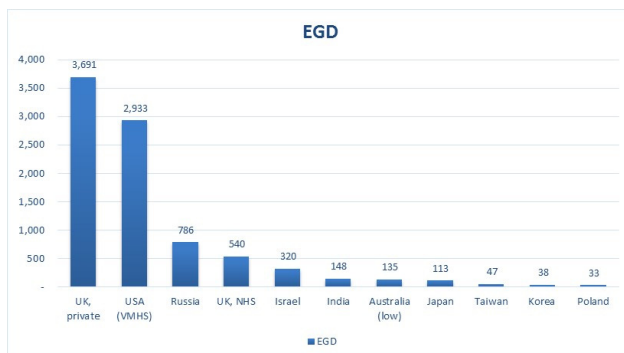


Fig. 1. Fees for esophagogastroduodenoscopy in different countries.

내시경 수가를 포함하는 우리나라의 의료 비용은 ‘국민건강보험법 시행령’과 ‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’에 의한 ‘건강보험행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수’에 규정되어 있다. 상대가치점수란 의사의 업무량과 진료비용 그리고 행위 위험도의 합으로 결정된 점수 체계로, 의료행위의 비용은 상대가치 점수에 점수당 단가를 곱하여 결정된다. 수가 결정 과정의 불합리성이 상대가치점수의 산출에서부터 시작된다는 것을 심사평가원 공개 자료에서 쉽게 확인할 수 있다.³ 상부소화기내시경 검사에 대한 학회의 제출 자료와 회계 조사를 거친 심사평가원 자료에서 의사의 업무량 원가는 10,215원이며, 진료 비용 원가는 88,937원 (이중 인건비 45,305원, 재료비 22,010원, 장비비 8,647원, 간접비 12,975원), 의료사고 발생을 고려한 위험도 원가가 914원으로 원가의 총액은 100,066원으로 명시되어 있다. 우

선, 상대가치점수 자체가 태생적으로 가지는 심각한 문제로서, 첫 번째는 상대가치 점수란 것이 약 20년 전인 1997년 마련된 것으로 현재 의료 현장의 변화를 반영하고 있지 못하다는 것이다. 일례로, 상대가치 점수의 근거인 장비비에서 내시경 시스템의 가격은 21,721,408원, 내시경 스코프는 21,108,095원으로 비용을 계산하고 있지만, 현재 내시경 장비의 가격은 시스템은 약 3억원, 스코프는 약 3천만원으로 그 비용이 10여 배 증가하였다. 내시경 영상을 출력하기 위한 비디오 프린터는 713원으로 장비 감가상각비를 정하고 있으나, 전자영상시스템 PACS가 주된 출력 매체가 된 지금은 소용이 없는 비용이며, 폴라로이드 사진 현상을 위해 별도 책정이 가능한 약 1,000원의 비용은 높은 영상 화질과 영구적 보존 시간을 가지고 있는 PACS 시스템을 사용하는 경우에는 도리어 비용을 받을 수 없는 사정이다.

두번째 문제점은 점수의 결정과정에 포함된 비윤리성이다. 1997년 마련된 상대가치점수에서 상부소화기내시경 검사의 원가는 100,066원이다. 그러나 건강보험행위 급여 목록표에 기재되어 보상되는 비용은 상대가치점수 596.6에 점수당 단가를 의원은 76.6원을 곱하여 45,700원이며, 병원은 점수당 단가 71원을 곱하여 42,360원이다. 이렇게 원가와 급여 비용이 차이가 나는 것은 의사의 업무량에는 조정지수 0.425를 곱한 값만을 인정하고, 인건비에는 변환지수를 0.22를 곱하고, 재료비에는 0.37를 곱하고, 장비비에는 0.34를 곱하여 전체적으로 보상 비용을 낮추는 것이다. 이러한 비용 조정은 소위 관행이라고 하는 것으로 공정하게 조사된 비용에 대하

Table 2. 비교 행위의 상대가치 점수

보험EDI 코드	행위명	상대가치 점수
E7611	상부소화관내시경 검사	596.66
E7730	방광경검사	1618.26
EB421	유방·액와부초음파	1037.52
EB432	경흉부 심초음파, 일반	1479.23
EB611	경식도 심초음파	2427.91
E7600	흉강경검사. 주, 흉부외과 전문의가 시행한 경우에는 소정 점수의 70%를 가산한다.	7029.75

여 일부만 인정하고 보상을 적게 하는 행태이다. 공급하는 재화에 대하여 실제 원가보다도 낮은 보상을 한다면 공급은 이루어질 수 없다. 어떠한 재화를 원가보다 낮은 보상으로 공급을 지속할 수 있다면, 이는 기부와 같은 선행이거나 또는 부정 부당한 이중 거래를 통한 속임수이다. 우리나라의 의료법은 공공의료를 표방하며 국민건강보험법과 의료보험당연지정제를 통하여 의료기관의 경영 수단을 정부가 통제하면서, 의료기관의 운영과 지원은 민간에 일임하는 이중적 태도를 가지고 있다. 정부 통제를 통하여 원가 이하의 비용을 보상하면, 의료기관은 정상적인 수익 구조를 통하여 기관을 존속시키기 어렵기 때문에, 원가를 절감하거나 전체 매출 규모를 늘이거나 우회적인 수입원을 찾을 수밖에 없다. 결과적으로 필수적인 의료 인력을 감소하고 저가의 재료와 장비를 사용하는 것은 고스란히 환자 안전에 위협이 된다. 생명을 지켜내야 하기에 가장 윤리적이어서 하는 의료 기관이 생존을 지속하기 위해서 비윤리적인 비용 체계를 가동해야 하는 모순에 빠질 수밖에 없다. 소위 관행이라고 하는 변환지수와 조정지수가 부조리의 시발이다.

세 번째는 상대가치점수라는 것이 과연 상대적 가치를 반영하고 있는가 하는 것이다(Table 2). 전술 한 바와 같이 상부소화관내시경 검사의 상대가치 점수는 596.66이다. 환자의 경구를 통하여 지름이 10 mm이며 길이가 약 100 cm의 튜브형 기구를 삽입하여 식도와 위 그리고 십이지장 내강을 관찰하는 상부위장관내시경 검사는 수검자의 호흡 경로를 교차하여 삽입되며, 심혈관 부담을 유발할 수 있는 침습적인 검사로서 삽입과 유지에 매우 세세한 주의가 필요하며 위장관내에서 방향과 위치를 조정하는 것은 높은 수준의 조작 난이도를 가지고 있다. 내강에서 점막면을 관찰하고 정상과 비정상을 판단하기 위해서는 내과 전문의를 위한 4년 기간에 더하여 소화기 전임의 기간을 포함하는 수련이 필요하다. 이러한 것에 비하여, 대표적인 비침습 영상 검사인 유방·액와부초음파검사(EB421)는 상대가치 점수가 1,037.52이다. 물론, 초음파의 상대가치와 상부위장관초음파내시경의 상대가

치를 비교하는 것이 쉽지 않을 수 있다. 체외에서 비침습적으로 시행하는 경흉부심초음파(EB432)와 내시경처럼 식도에 삽입하여 시행하는 경식도심초음파(EB611)를 비교해보면 각각의 상대가치점수는 1479.23과 2,427.91로 약 1,000점의 차이가 난다. 즉, 식도까지 삽입하는 내시경 술기의 가치를 1,000점으로 인정한 것이다. 행위 전문가에 대한 질적 보상에 대해서는 논란이 있을 수 있으나, 현재 흉강경검사(E7600)에 대하여 흉부외과 전문의가 시행하는 경우 점수를 70% 가산하는 것이 상부위장관내시경 검사에 대해서는 적용되지 않는 것 또한 차별적이다. 상부위장관내시경 검사와 유사한 행위로서 요도로 삽입하여 방광을 관찰하는 방광경검사(E7730)의 상대가치 점수가 1,618.26이다. 상부위장관내시경 검사가 방광경검사의 가치에 비해 1/3로 평가 받는다는 것이 합리적이라고 받아들이기는 어렵다.

네 번째 문제점은 우리나라 의료 체계가 대상자인 사람에 대하여 차별적 입장을 취하고 있다는 것이다. 우리나라 의료비용이 낮은 수준이란 것은 의료 사용자 측면에서는 구매력을 높이고 이용의 편의를 도모하는 장점이 있다. 그러나 공급자 측면에서는 의료기관을 유지하기 위한 최소한의 수익을 만들어 내기 위한 필사적 방편을 취해야 하는 부담이 있다. 이러한 방편으로서 시작은 인력 감축과 급여 축소를 통한 인건비의 절감과 재료와 장비, 시설에 대한 구매와 유지 비용을 절감하는 것이다. 이러한 결과는 의료 인력의 업무량 과중으로 나타난다. 우리나라의 의료 시설에 대한 지표로서 인구 1000명당 병상 수는 2000년도에 4.5병상에서 2013년 11병상으로 증가하였으며, 이는 OECD평균 4.8병상의 두 배가 넘지만, 간호사 수는 OECD 평균인 1000명 인구당 9.1명의 약 절반인 5.2명으로 폴란드나 칠레와 비슷한 수준이다.⁴ 따라서 한 명의 간호인력이 감당해야 하는 병상 수는 OECD 평균에 비해 약 4배인 셈이고(11/4.8/5.2/9.1) 간호사의 임금이 동일하다는 가정을 한다면, 단위 업무량에 대한 급여 수준은 1/4인 셈이다. 의사의 임금은 아직 국제적 수준에서 비교할 때 낮은 수준이라고 할 수는 없다. 하지만, 초급 의사인 전공의에 대한 임금은 전공의 특별법 시행 이후 새로운 관점에서 조정되고 있으며, 여러가지 복잡한 주변 상황이 있지만, 법정 최저 임금 수준의 시급으로 조정되는 중이다.⁵ 의료기관의 정상적 경영을 불가능하게 하는 비용 보상 체계는 의료 사용자의 편의를 제공할 지는 모르나, 의료 공급자 측에는 혹독한 노동을 강요한다. 두 번째 방편은 의료 소비의 양을 늘려서 이윤이 작더라도 전체 매출을 늘리는 것이다. 양질의 의료를 충분히 이용할 수 있다는 여건은 우리나라 국민의 영아 사망이나 모성사망, 그리고 평균 수명이 국제적 수준에서

상위에 오를 수 있게 하였다. 그러나 한편으로는, 의료의 사용을 늘리기 위하여 의료 기관은 일반 국민들이 건강에 관심을 가지고 의료기관의 이용을 늘일 수 있도록 유도할 가능성이 있다. 적절한 수준의 선별 검사를 넘어서 지나칠 수 있는 건강 염려 상태를 보이는 사람을 우리 주변에서 찾는 것은 어렵지 않다. 이러한 가정은 OECD 건강 지표 통계에서 스스로 건강하다고 생각하는 인구의 비율로 알 수 있다.⁴ 평균수명은 2013년 기준 81.3년으로 OECD 평균의 80.5년보다 월등하지만, 스스로의 건강에 대한 만족도는 35%로 국가 통계 의료 체계로 인해 의료 접근성이 매우 떨어지는 영국이나 캐나다의 74%와 89%에 비해 절반 수준에 머무르고 있다. 이는 의료 접근성과 이용률, 수명 그리고 건강하다고 느끼는 삶이 서로 단순 상관하는 것이 아니며, 우리나라의 의료 체계가 의료 이용률을 높이는 방향으로 운영되는 것이 아닌지 고민이 필요한 부분이다. 세 번째 방편은 새로운 수익모델을 만드는 것이다. 소위 의료 사업이라고 하는 수익 모델은 건강보험의 대상이 아닌 외국인을 대상으로 하는 것이다. 내국인에게는 엄격하게 저 비용의 수가를 규정하고 있지만, 외국인에 대해서는 비용의 결정을 의료기관의 자율에 맡기고 있으며, 각 기관에서는 대략 우리나라 의료 수가의 5배 정도를 국제 수가라는 명칭으로 비용을 부과하고 있다. 의료 기관들이 내국인 진료에서 생기는 손실을 외국인 진료에서 발생하는 수익으로 보충하려 하는 것이 당연하다. 2016년 5월 보건복지부 보도자료로 발표한 한국보건진흥원의 보고에 따르면, 2009년 이후 우리나라에서 진료 받은 외국인 환자는 연평균 30%씩 지속적으로 증가하여 2015년에는 296,889명이 국내 의료 기관에서 치료 받았으며, 총 6,694억원의 진료 수입이 발생하였다고 발표하였다.⁶ 그러나 이러한 한편에 한 언론사의 기사는 “한국 정부가 외국인 진료 수익 자랑하자 UAE 보건청이 과잉진료비가 없는지 국내 병원을 감사” 하였다고 보도하였다.⁷ 동일한 의료 행위에 대하여 국적에 따라 다른 비용을 요구하는 것이 합법적일 수는 있겠지만, 의료가 인류 보편의 선을 실천하기 위한 수단이라는 측면에서 보면 결코 정의롭다고 할 수는 없을 것이다.

결론

상부소화관내시경 검사의 수가에 대한 국가 간 비교에서 우리나라의 수가는 극단적으로 낮은 비용을 보상하고 있다.

국민건강보험에서 규정하는 수가의 근거로서 상대가치점수는 부조리한 과정을 통해 결정되어 의료 서비스에 대하여 원가 이하의 비용을 보상하도록 하여, 의료인력이 과도한 업무를 수행 할 수밖에 없는 경영 조건을 만들고 있으며, 외국인에 대해서는 상대적으로 과도한 비용을 부과할 수 있도록 하는 차별적 태도를 가지고 있다. 대한민국 국민인 의료 사용자와 공급자 모두를 수단이 아닌 목적으로 대하고, 사람을 국적 이전에 인간으로 존중하는 정의로운 국가인 대한민국의 의료 체계는 아쉽게도 수준 낮은 불합리성과 차별의 요소를 가지고 있다. 그 결과 중 하나로 극단적인 수준의 내시경 수가가 기원하였고, 이로 인한 부정적인 효과는 소화기내시경 분야에 국한되는 것뿐 아니라, 내과 전반 그리고 의료 전반에서 이제껏 이루어 낸 높은 수준의 의학과 의료 윤리 그리고 발전 동력을 지속 할 수 없게 할 것이다. 한 국가의 의료 체계는 환자와 의사 사이에서 일어나는 서비스와 보상 비용이라는 개별적 문제가 아닌, 한 사회가 지향하고 있는 복지과 건강, 노동과 삶에 대한 철학과 현실 정책의 복잡한 결과물이므로 단기간에 모든 문제를 해결할 수는 없으나, 상부소화관내시경 검사의 수가처럼 극단적 위치에 있는 문제들은 현재와 다음 세대의 건강권을 지키기 위하여 반드시 시급한 정상화가 필요하다.

참고문헌

1. Medigo, Available from: <https://www.medigo.com/en>.
2. Private Healthcare UK, Available from: <http://www.privatehealth.co.uk/conditions-and-treatments/oesophagus-and-stomach-examination-by-endoscope-gastroscopy/costs/>.
3. 건강보험심사평가원. Available from: <http://www.hira.or.kr/main.do>.
4. OECD Health Statistics 2016, Available from: <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>.
5. “전공의 노동가치가 고작 시급 6500원?”...세브란스, 시골. 청년 의사; Available from: <http://www.docdocdoc.co.kr/182462>.
6. 2015년 외국인환자 30만명 유치, 진료수입 6천7백억원. 보건복지부 보도자료; Available from: http://www.mohw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=332056&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=외국인.
7. 한국 정부가 ‘외국인 진료 수익’ 자랑하자 UAE ‘과잉 진료비 없다’ 국내 병원 감사. 한겨레신문; Available from: <http://www.hani.co.kr/arti/society/health/685233.html>.