

特 別 掲 載

치과의료보험 수가에 대한 소고



안 상 규 / 보험이사

— 목 차 —

- 1. 서 론
- 2. 치과의료보험의 현황
- 3. 치과의료 보험수가의 변동
- 4. 치과의료보험수가의 문제점
 - 가. 의료보험과 치과의료
 - 나. 현의료보험수가체계의 문제점
 - 다. 수가인상 과정에서의 문제점
 - 라. 적용기준 및 심사기준의 문제점
 - 마. 의과부문의 형평의 불균형
- 5. 결 론

1. 서 론

전인구의 14.5%인 5,295,000명을 대상인원으로 1977년 7월부터 시행된 의료보험은 치과영역에도 발치, 충전 및 치료에 한하여 적용하면서 시작되었다. 기본진료료와 처치료 21항목, 연조직 질환 처치 14항목, 수술 38항목, 방사선 6항목, 투약 빛 조제료, 이학요법 2항목으로 시작하여 79년도에 적용대상이 전인구의 28.6%인 천만명으로 확대되면서 수가항목이 정비 재편성되면서 현재의 의료보험이 정립되는 계기가 되었다고 생각한다.

의료보험 수가는 결정당시 일반수가의 50~55%로 책정되었다 하나 치과계에서는 공감할수는 없었으나 처음 시작하는 국가적인 사업이라 협조해야 했었고, 치과의사의 전체수입중 차지하는 비중이 낮았으므로 의료보험의 정착을 위하여 감수하면서 적극적으로 협조하여 현금에 이르게 되었다. 그러나 치과의료의 특수성이 충분히 반영되지 못한 상태로 부터 시작하여 보험수가의 인상 과정을 여러번 거치면서 그나마 왜곡되고 형평을 이루지도 못하면서 인상되어 치과의사의 불만이 가중되는 가운데 잘못된것도 부족한 것도 기정 사실화 된채로 전국민 의료보험으로 확대되었다. 실제로 치과의 기초치료분야의 모든 영역이 급여대상에 포함되므로, 일반환자의 격감으로 주수입원이 보험수입으로 바뀌기 시작하면서 더욱 피부로 느끼게 되었다. 개선의 전망이 쉽게 예측되지도 않는 것 같아 많은 치과의사들이 진료의욕의 감퇴와, 진료의 질 저하와 새로운 보험식 진료형태의 출현을 우려하고 치과의 장래를 걱정하게 되었다. 전국 어디를 가나 의료보험 환자를 취급하지 않는 치과가 없으니 최고수준의 진료를 안심하고 받기를 원하는 환자의 갈 곳까지 걱정해야 하는 처지에 이르게 되었다. 그동안의 보험수가의 변동을 검토하여 치과의료 보험 수가의 문제점을 도출하여 개선에 작으나마 도움을 주고자 한다.

2. 치과의료보험의 현황

전국민 의료보험으로 확대된 1989년도 치과의료보험의 현황은

[표-1]에서와 같다. 90년 5월말현재 9,561명의 치과의사가 있고 8월말에 치과의원급 요양취급기관이 5,290개 이지만, 89년말에는 5개의 치과병원과 4,571개의 의원급 요양취급기관이 등록되었고 총 의료보험건수 92,144,089건중 치과병원에서 47,717건, 치과의원에서 8,213,299건으로 8.96%와 1조 9,755억원의 총진료비중 5.8%를 점유하였다. 외래 다빈도 상병별로 보아도 [표-2]에서와 같이 4위, 9위, 14위, 18위를 점유하고 치아경조직 질환이 전체건수의 5.1%, 치수 및 근단조직질환이 2.4%, 치은 및 치주질환이 1.2%를 진료 건수에서 차지하며 전국민 의료보험에 공헌하는 바는 적지 않다고 생각된다.

의원급 치과요양기관은 전체 의원급의료기관의 30%를 점유하며, 진료건수나 진료비는 의원급 전체의 각각 11.48%이며, 치과의원당 진료건수와 진료비는 의원의 각각 22.75%이다. 치과의원은 1일 평균 11.3명의 환자를 진료하고 의원은 52.2명을 진료한 것으로 나타나고 있다.

3. 치과의료보험수가의 변동

1977년도에 시작된 의료보험이지만 수가항목의 체계가 79년에 재편성되어 지속적인 변화를 통계로 나타낼 수 없기때문에 79년부터의 수가변동 분석이 용이하여 일반 통계에서는 79년을 기준으로 하고 있다.

[표-1] 1989년도 치과의료보험 현황(89년도 의료보험 통계연보-관리공단) (단위:건, 일, 천원)

구 분	치과병원	치과의원	의 원
총진료건	47,717	8,213,299	63,340,828
총진료비	1,390,335	113,564,197	875,523,085
의료기관수	5	4,571	10,387
내원일수	116,841	15,536,261	162,750,656
건당진료비	29,137	13.826	10.387
일당진료비	11,899	7.309	5.379
기관당수입	278,067	24,844	84,290
기관당진료건수	9,543	1,796	6,098
월평균건수	795	149.7	508.2
일평균건수(300일기준)	31.8	5.99	20.3
총진료건비율	0.05%	8.91%	68.74%
총진료비비율	0.07%	5.75%	44.32%
의원급의료기관비율		30.56%	69.44%

- * 의료보험총진료비 : 1,975,459,094
- * 총의료건수 : 92,144,089
- * 기관당 진료비 점유율 의원의 22.75%
- * 기관당 진료건 점유율 의원의 22.75%
- * 건당내원일수 : 치과-1.89일, 의과-2.57일
- * 일일진료환자수 : 치과-11.3명, 의과-52.2명

[표-2] 외래다빈도 상병별 진료실적(89의료보험통계연보-의료보험관리공단)

순위	기호 상병명	진료건수	총진료비	건당진료비	내원일당진료비
1.	465 다발성 또는 부위불명급성상기도염	1,120,539	10,022,504,142	8,944	4,052
2.	466 급성기관지염 및 세기관지염	773,252	8,914,549,247	11,529	4,184
3.	460 급성비인두염(감기)	705,933	6,429,646,527	8,562	3,957
4.	521 치아경조직의 질환	681,443	9,664,774,267	14,183	8,786
5.	463 급성편도염	510,670	5,259,347,380	10,299	4,454
6.	462 급성인두염	410,615	3,998,984,527	9,739	4,230
7.	535 위염및 십이지장염	374,216	4,411,701,435	11,789	5,806
8.	372 결막의 장애	334,702	3,494,636,155	19,441	4,563
9.	522 치수및 근단조직의 질환	332,120	5,305,959,853	15,976	5,588
10.	692 접촉피부염 및 기타습진	313,629	3,104,231,594	8,898	4,121
14.	523 치은 및 치주질환	162,216	1,669,337,399	10,291	6,676
18.	치아의 발육 및 맹출장애	121,496	1,560,792,903	10,857	4,290

연도별 의료보험수가의 인상율은 [표-3]과 같다. 보험수가항목의 변화와 항목총액 및 평균액수는 [표-4]와 같다. 치과의료보험의 시작인 77년과 90년의 행위별 수가변동은 [표-5, 6, 7, 8, 9]와 같다. 77년을 기준하여 당국에서 인상했다고 고시한 인상율대로라면 90년 수가는 77년수가의 288.85%에 해당하며 이를 100%로 지수화하여 현보험수를 비교산출하여 참고로 병기하였다.

의료보험 수가표에 등재된 치과의 행위별 수가항목을 인상율 별로 분류했을 경우는 [표-10]과 같다. 신설항목의 경우는 당해년도의 지수로서 평가하여 지표상인상율로서 비교하였다. 참고[표-3]

의과와 비교하기 위하여 행위별 수가항목이 체계적으로 재편성된 1979년도와 90년도의 치과부문과 의과의 수가를 부문별로 비교해보면 [표-11, 12, 13]과 같다. 의과부문의 연도별 변화는 1990년 7월호 의료보험연합회 발행 "의료보험" 181쪽부터 208쪽을 참고하기 바란다.

의과의 수가인상과 비교하기 위하여 77년도 수가항목중에서 90년도까지 존속되고 있는 520개 항목에대한 개별인상율과 지표상 인상율을 산출하여 항목수만을 비교했다.참고 : [표-14]

[표-3] 연도별 의료보험수가 인상율

년 도	인 상 율 (%)	77년 기준지표	90년 기준지표
1977		100	288.8
1979. 1	20.75	120.75	239.2
1979. 7	11.14	134.20	215.2
1980. 5	19.4	160.23	180.3
1981. 8	16.6	186.82	154.6
1982. 6	7.1	200.08	144.4
1983.10	4.0	208.08	138.8
1985. 3	3.0	214.32	134.8
1986. 6	3.0	220.74	130.8
1988. 2	12.2	247.67	116.6
1989. 7	9.0	269.96	107.0
1990. 2	7.0	288.85	100.0

[표-4] 치과의료보험수가의 변동(치과질환 처치료, 연조직, 슬후처치료, 수술료)

구분	1979	1980	1981	1982	1983	1985	1988	1988	1990
<u>치과질환처치료</u>									
항목수	21	21	21	23	26	26	27	27	28
%		100	100	109.5	123.8	123.8	128.6	133.3	133.3
항목총액	19,600	24,010	28,080	30,800	33,190	33,190	37,410	39,540	42,280
%		122.5	143.3	157.1	169.3	168.3	190.9	201.3	215.7
평균	933	1,143	1,337	1,339	1,276	1,276	1,385	1,412	1,510
%		122.5	143.3	143.5	136.8	136.8	148.5	151.3	161.8
<u>연조직, 슬후처치료</u>									
항목수	14	14	13	13	11	11	13	13	13
%		100	92.9	92.9	78.6	78.6	92.9	92.9	92.9
항목총액	6,670	8,080	9,170	38,870	35,630	35,630	42,750	44,540	47,650
%		121	137.5	582.8	534.2	534.2	640.9	667.8	714.4
평균	476	577	705	2,990	3,239	3,239	3,288	3,426	3,665
%		121.1	148.1	628.6	679.9	679.9	690.2	719.1	769.3
<u>수술료</u>									
항목수	39	41	39	48	48	58	55	55	55
%		105.1	95.1	123.0	148.7	148.7	141.0	141.0	141.0
항목총액	245,340	324,050	282,780	1,057,960	1,460,510	1,460,510	1,684,120	1,684,120	1,801,930
%		132	115.3	431.2	595.3	595.3	659.8	686.4	734.5
평균	6,290	7,903	7,250	22,040	25,181	25,181	29,432	30,620	32,762
%		125.6	115.3	350.4	400.3	400.3	467.9	486.8	520.8

[표-5] 치과의료보험수가의 변동

분류번호	행 위	77년수가	90년수가	인상율(%)	지표상수가	지표상인상율(%)
가-1	초진	1,300	3,300	253.85	3,755	87.9
	재진	800	2,150	268.75	2,310	93.0
다-6	표준촬영	330	640	193.93	953	67.1
다-7	교합촬영	1,120	1,270	113.39	3,235	39.3
다-8	파노라마촬영	2,120	4,220	199.05	6,123	68.9
다-9	일반판독	170	370	217.65	491	75.4
다-10	교합판독	450	640	142.22	1,299	49.2
다-11	파노라마판독	450	900	200.0	1,299	69.2
라-1	조제료	100	420	420.0	288	145.4
	외용약	40	210	525.0	115	181.8
라-2	처방료	150	390	260.0	433	90.0
치아질환의 치료						
차-1	보통치치	200	280	140.0	577	48.5
차-2	치수복조	200	280	140.0	577	48.5
차-3	지각과민치치	200	390	195.0	577	67.5
차-4	이온도입법	170	370	217.0	491	75.1
차-6	즉일충전치치	1,430	3,080	215.0	4,139	74.4
차-7	생활발수즉일근충					
	단근	1,850	3,980	215.0	5,343	74.4
	2근	1,990	4,390	220.0	5,748	76.1
	3근이상	2,120	4,540	214.1	6,123	74.1
차-8	생활발수즉일근충					
	단근	1,100	2,360	214.5	3,177	74.2
	2근	1,260	2,760	219.0	3,639	75.0
	3근이상	1,420	3,080	216.9	4,101	75.8
차-9	치수절단	1,700	3,550	208.8	4,910	72.2
차-10	발수 단근관	480	1,140	237.5	1,386	82.2
	2근관	580	1,380	237.9	1,675	82.3
	3근관이상	680	1,540	237.9	1,964	82.4
차-11	근관치료 단근	200	460	230.0	577	79.6
	2근	240	560	233.3	693	80.7
	3근이상	270	630	233.3	779	80.7

[표-6]

분류번호	행 위	77년수가	90년수가	인상율(%)	지표상수가	지표상인상율(%)
차-12	근관충전 단근	410	880	214.6	1,184	74.2
	2근	440	960	218.1	1,270	75.5
	3근이상	470	1,140	242.5	1,357	83.9
차-13	충전 1와동당	570	880	214.6	1,184	74.2
	1면당	80	190	137.5	231	75.5
차-15	전기치수검사	600	960	160.0	1,733	55.4
구강연조직 질환 및 외과술 후 치료						
차-21	외과술 후 치료					
	단순	170	330	194.1	491	67.2
	복잡	310	650	209.6	895	72.6
차-22	치주질환의 치료	200	410	205.0	577	70.9
차-23	치석제거					
	단순	170	360	211.7	491	73.2
	복잡	510	1,060	207.8	1,473	71.9
차-24	제거료					
	단순	210	490	233.3	606	81.6
	복잡	420	890	211.9	1,213	73.4
차-25	구순푸로텍터	1,850	3,980	215.1	5,343	74.5
차-26	상부자	11,350	24,700	217.6	32,784	75.3
차-27	선부자	4,830	10,600	219.4	13,951	75.9
차-28	고정장치 제거	420	880	209.5	1,213	72.6

수술료							
차-41	발치료	유치	500	1,100	220.0	1,444	76.1
		전치	550	1,130	205.4	1,588	71.1
		구치	780	1,930	247.4	2,253	85.6
		난발치	2,000	3,960	198.0	5,777	68.5
		매복치	3,000	7,280	242.7	8,665	84.0
차-42	발치와재소파술	990	2,250	227.2	2,859	78.7	
차-43	치조골정형수술	990	2,250	227.2	2,859	78.7	
차-44	부골제거수술	가. 표재성	1,100	3,450	313.6	3,177	108.5
		나. 심재성	16,300	27,500	168.7	47,082	58.5
차-45	구강내소염수술	가. 절개, 치은판절제	990	2,110	213.1	2,859	73.8
		나. 협점막, 구강저농양	1,990	3,490	175.3	5,748	60.7

[표-7]

분류번호	행 위	77년수가	90년수가	인상율(%)	지표상수가	지표상인상율(%)	
차-46	구강외소염수술	가. 2cm 미만	990	2,160	218.2	2,859	75.5
		나. 2~5cm	1,560	3,370	216.0	4,506	74.8
		다. 5cm 이상	1,990	4,340	218.1	5,748	75.5
차-47	구강내봉합술	가. 2cm 미만	990	3,010	304.0	2,859	105.2
		나. 2~5cm	1,990	5,490	275.8	5,748	95.5
		다. 5cm 이상	3,830	10,900	284.5	11,062	98.5
차-48	구강외봉합술	가. 2cm 미만	990	3,010	304.0	2,859	105.2
		나. 2~5cm	1,990	5,490	275.8	5,748	95.5
		다. 5cm 이상	3,830	10,900	284.5	11,062	98.5
차-49	치은식육제거술	990	2,270	229.2	2,859	79.4	
차-52	치성편도주위 농양절개수술	1,420	8,250	580.9	4,101	201.3	
차-56	치근낭포적출술	가. 1/2치관크기이상		6,530			
		나. 1치관크기이상	5,110	11,300	221.1	14,760	76.5
		다. 2치관크기이상	8,090	17,500	216.3	23,367	74.9
		라. 3치관크기이상		32,500			
차-59	치근단절제술	6,810	15,300	224.6	19,670	77.8	
차-60	치주질환수술	가. 치주소파술					
		1. 간단	710	1,460	205.6	2,050	71.2
		2. 복잡	2,130	4,600	215.9	6,152	74.7
		나. 치은절제술	4,970	11,000	221.3	14,355	76.6
		라. 잠간고정술	3,540	7,700	217.5	10,225	75.2
		총평균					
		전행위별항목 평균가	1,696	3,775	230.6	4,953	80.2
치아질환치료	777	1,657	208.9	2,226	73.4		
연조직절환, 술후치료	1,858	4,031	212.3	5,367	73.6		
수술료	2,797	6,362	246.6	8,079	85.1		

[표-8]

분류번호	행 위	당년수가	90년수가	인상율(%)	지수상수가	지표상인상율(%)
80년신설항목					(90년기준지표 180.3)	
차-50	협순 소대성형수술	1,500	2,410	160.6	2,704	89.1
차-60	치은정형술	6,800	10,900	160.2	12,260	88.8

81년신설항목			(90년기준지표 154.6)			
차-11	근관확대 단근	250	360	144.0	386	93.1
	2근	500	720	144.0	773	93.1
	3근이상	750	1,080	144.0	1,159	93.1
82년신설항목			(90년기준지표 144.4)			
차-51	설소대성형술(복잡)	8,470	13,500	159.3	12,231	110.3
차-53	악골수염수술					
	3치이하	13,550	17,500	126.7	19,566	87.7
	4치이상	23,510	30,500	127.8	33,948	88.5
차-57	치조돌기골절정복술					
	3치이하	5,000	6,530	130.0	7,220	90.0
	4치이상	10,000	12,900	129.0	14,440	89.3
차-58	악골골절수술					
	가. 하악골골절수술					
	1. 비관혈적정복술	6,200	8,050	129.8	8,952	89.9
	2. 관혈적정복술					
	가. 정중부, 골체부	49,300	64,000	129.8	71,189	89.9
	나. 과두부위	94,000	122,000	129.8	135,736	89.9
	다. 2부이상관혈적수술	102,000	132,000	129.9	147,288	89.9
	나. 상악골 골절수술					
	1. 비관혈적 정복술	6,800	8,830	129.8	9,819	89.9
	2. 관혈적정복술					
	가. Lefort I	55,000	71,500	130.0	79,420	90.0
	나. Lefort II	105,000	136,200	129.7	151,620	89.8
	다. Lefort III	120,000	155,800	129.8	173,280	89.9
	다. 협골골절수술					
	가. 길리-씨 수술	55,000	71,500	130.0	79,420	90.0
	나. 관혈적수술	105,000	136,200	129.7	151,620	89.8

[표-9]

분류번호	행 위	당년수가	90년수가	인상율(%)	지표상수가	지표상인상율(%)
인상율(%)						
83년 신설항목					(83년지표 138.8)	
바-7	치과침윤마취	240	310	129.2	333	93.0
바-8	치과전달마취	1,000	1,230	123.0	1,388	88.6
차-14	러버댐 장착료	730	910	124.6	1,054	89.7
차-55	법랑아세포중격출술					
	가. 계란크기이하	56,760	70,600	124.3	78,788	89.3
	나. 악골 1/3이상1/2미만	83,000	103,300	124.4	115,212	89.7
	다. 악골 1/2이상	110,000	137,000	124.5	152,691	89.6
차-60	치주질환수술					
	다. 치은박리소파수술					
	가. 간단한것	14,130	17,500	123.6	19,613	89.0
	나. 복잡한것	28,260	35,200	124.5	39,227	89.6
차-62	상악동구강누공폐쇄술	20,800	25,800	124.0	28,872	89.6
차-63	치아재식술					
	단근	9,350	11,600	124.0	13,235	89.3
	2근	9,670	12,000	124.0	13,422	89.3
	3근	9,790	12,200	124.6	13,589	89.7
차-64	하악골재건술	81,000	100,800	124.4	112,436	89.6
88년 신설항목					(88년지표 116.6)	
차-13-1	와동형성	500	570	114.0	583	97.0
차-29	교합조정술					
	간단	900	1,020	113.3	1,049	97.1
	복잡	2,050	2,280	112.2	2,289	95.3
(치아당이 구강당으로 변경)						
	총계	1,196,810	1,534,800	4,682.2	1,706,812	3,277.3
	평균	33,244	42,633	130.1	47,411	91.0

36항목
치과의료보험 총항목(111)

총 계	1,324,060	1,817,940	21,975.4	2,078,287	9,291.5
총평균	11,928	16,377	198.0	18,723	83.7

[표-10] 1977년 대비 1990년 치과의료보험 수가인상율별 항목의 분포
(77년 기준지표 288.85% = 지표상 인상율 100%)

지표상인상율	수	가	항	목
100%이상 (288.85이상)	: 치성편도주위 농양절개술(201.3), 외용약(181.8), 조제료(145.4), 설소대성형술(110.3), 포재성부골제거술(108.5), 2cm 미만구강내봉합술(105.2), 2cm 미만 구강외봉합술(105.2). (7항목)			
95~100% (274.4이상)	: 5cm 이상구강내봉합술(98.5), 구강외봉합술(98.5), 교합조정간단(97.1), 와동형성(97.0), 교합조정복잡(95.5), 2~5cm 구강내봉합술(95.5), 2~5cm 구강외 봉합술(95.5) (7항목)			
(90~95%) (260이상)	: 근관확대 단근, 2근, 3근(93.1), 침윤마취(93.0), 재진료(93.0), 3치이하 치조돌기정복술(90.0), 상악골 골절 관혈적정복술(90.0), 협골골절 길리-씨수술(90.0), 처방료(90.0). (9항목)			
85~90% (245.5이상)	: 악골골절수술[하악골, 상악골, 협골, 관혈적및 비관혈적 정복술](89.9), 리버덜장창료(89.7), 3근치아제식술(89.7), 악골1/2이상법낭아세포종격출술(89.6), 복잡치은박리소파수술(89.6), 법랑아세포종(89.6), 상악동구강누공폐쇄술(89.6), 하악골재건술(89.6), 치아제식술(89.3), 4치이상 치조돌기 골절정복술(89.3), 협순소대 성형술(89.1), 간단치은박리소파수술(89.0), 치은정형술(88.8), 전달마취(88.6), 4치이상 악골수염수술(88.5), 초진료(87.9), 3치이하 악골수염수술(87.7), 구치발치료(85.6) (27항목)			
80~85% (231.0이상)	: 매복지치발치료(84.0), 3근이상 근관충전(83.9), 3근이상발수료(82.4), 2근 발수료(82.3), 단근 발수료(82.2), 제거료 간단(81.6), 근관치료 2근, 3근이상(80.7) (8항목)			
75~80% (217.0이상)	: 근관치료 단근(79.6), 치은식육제거술(79.4), 치조골정형술(78.7), 발치와재소파술(78.7), 치근단절제술(77.8), 치은절제술(76.6), 치근낭포적출술 치관대(76.5), 생활발수죽일근충2근(76.1), 유치발치(76.1), 선부자(75.9), 3근이상 실활발수죽일근충(75.8), 근관충전2근(75.5), 충전 면당(75.5), 2cm 미만, 5cm 이상 외소염(75.5), 표준형 판독료(75.4), 상부자(75.3), 잠간고정술(75.2), 이온도입법(75.1), 2근실활발수 죽일근충(75.0). (21항목)			
70~75% (202이상)	: 치관크기이상 낭포적출술(74.9), 치주소파술 복잡(74.7), 구순푸로텍타(74.5), 죽일충전치치(74.4), 생활발수죽일근충 단근, 3근이상(74.4), 근관충전 단근(74.2), 와동당충전료(74.2), 실활발수죽일근충(74.2), 내소염간단(73.8), 제거료복잡(73.4), 치석제거 단순(73.2), 외과술후치치(72.6), 고정장치외제거(72.5), 치수절단(72.2), 치석제거 복잡(71.9), 치주소파술 간단(71.2), 전치발치(71.1), 치주질환치치(70.9) (19항목)			
60~70% (173.3이상)	: 파노라마 판독(69.2), 파노라마촬영료(68.9), 난발치(68.5), 지각과민치치(67.5), 외과술후치치 단순(67.2), 표준형촬영료(67.1, 내소염복잡(60.7). (7항목)			
60%미만 (173.3미만)	: 심재성 부골제거수술(58.5), 전기 치수검사(55.4), 판독료 교합(49.2), 보통치치(48.5), 치수복조(48.5), 교합촬영료(39.3) (6항목)			

[표-11] 의료보험수가의 변동

구	분	1979년	1990년	비 율(%)
치과질환 처치료 :	항목수	21	28	133
	항목총액	19,600	42,280	216
	평균	933	1,510	162
치과연조직, 술후치치 :	항목수	14	13	93
	항목총액	6,670	47,650	714
	평균	476	3,665	769
치과수술료 :	항목수	39	55	141
	항목총액	245,340	1,801,930	735
	평균	6,291	32,762	521

의과, 처치료 :	항목수	12	20	167
	항목총액	22,200	97,490	439
	평균	1,850	4,875	264
의과, 피부 :	항목수	25	40	160
	항목총액	257,800	1,292,120	501
	평균	10,312	32,303	313
의과, 유방 :	항목수	3	3	100
	항목총액	151,000	370,700	246
	평균	50,333	123,567	245
의과, 근골 :	항목수	121	149	123
	항목총액	4,146,900	13,336,000	322
	평균	34,272	89,503	261
의과, 호흡기 :	항목수	72	80	111
	항목총액	3,005,900	8,382,580	279
	평균	41,749	104,782	251
의과, 순환기 :	항목수	53	63	119
	항목총액	6,449,000	14,978,530	232
	평균	121,679	237,745	195
의과, 임파절 :	항목수	8	11	138
	항목총액	346,000	1,048,200	303
	평균	43,250	95,291	220
의과, 소화기 :	항목수	131	142	108
	항목총액	6,001,600	16,589,610	276
	평균	45,814	116,828	255
의과, 뇨·성기 :	항목수	180	181	101
	항목총액	6,304,400	14,763,210	234
	평균	35,024	81,565	255
의과, 내분비기 :	항목수	10	11	110
	항목총액	579,000	1,414,800	244
	평균	57,900	128,618	222
의과, 신경 :	항목수	31	33	106
	항목총액	2,011,000	5,266,800	262
	평균	64,871	159,600	246
의과, 감각기(시기) :	항목수	94	85	90
	항목총액	2,689,000	5,014,710	186
	평균	28,606	58,997	206
의과, 청기 :	항목수	26	29	112
	항목총액	995,550	2,258,170	227
	평균	38,290	77,868	203
의과, 처치및수술합계 :	항목수	766	847	111
	항목총액	32,959,350	84,812,920	287
	평균	43,028	1,00,133	233

[표-13] 의원급 표방과목별 평균진료비(89의료보험통계연보-의료보험관리공단)

순	위 표 방 과목	건당진료비
1.	신경과	26,531
2.	정신과	25,626
3.	신경외과	22,472
4.	정형외과	22,350
5.	결핵과	21,591
6.	산부인과	19,248
7.	흉부외과	18,905
8.	기타	18,585
9.	진단방사선과	16,252
10.	일반외과	15,572
11.	이비인후과	14,410
12.	성형외과	14,345
13.	비뇨기과	13,723
14.	치과	13,523
15.	일반의	13,513
16.	임상병리	13,490
17.	내과	12,485
18.	피부과	11,560
19.	안과	11,032
20.	소아과	9,563

[표-14] 1977년대비 1990년 의료보험수가 인상율별 항목수의 분포(77년기준지표 288.85)

지표상인상율(%) (77년기준지표)	치 과(점유율%)	의 과(점유율%)
230이상(664.4이상)		1(0.2)
225-230(650.0-664.4)		2(0.4)
220-225(635.5-650.0)		
215-220(621.0-635.5)		2(0.4)
210-215(606.6-621.0)		
205-210(592.1-606.6)		1(0.2)
200-205(577.7-592.1)	1(0.9)	1(0.2)
195-200(563.3-577.7)		1(0.2)
190-195(548.8-563.3)		
185-190(534.4-548.8)		2(0.4)
180-185(520.0-534.4)	1(0.9)	3(0.6)
175-180(505.1-520.0)		5(1.0)
170-175(491.0-505.1)		4(0.8)
165-170(476.6-491.0)		7(1.3)
160-165(462.2-476.6)		6(1.1)
155-160(447.7-462.2)		8(1.5)
150-155(433.3-447.7)		7(1.3)
145-150(418.8-433.3)	1(0.9)	8(1.5)
140-145(404.4-418.8)		8(1.5)
135-140(390.0-404.4)		14(2.7)
130-135(375.5-390.0)		21(4.0)
125-130(361.0-375.5)		21(4.0)
120-125(346.6-361.0)		26(5.0)
115-120(332.2-346.6)		30(5.8)
110-115(317.7-332.2)	1(0.9)	36(6.9)
105-110(303.3-317.7)	3(2.7)	31(6.0)
100-105(288.8-303.3)		31(6.0)
95-100(274.4-288.8)	7(6.3)	34(6.5)
90-95(260.0-274.4)	9(8.1)	18(3.5)

85- 90(245.5-260.0)	27(24.0)	23(4.4)
80- 85(231.0-245.5)	8(7.2)	17(3.3)
75- 80(217.0-231.0)	21(18.9)	11(2.1)
70- 75(202.0-217.0)	19(17.1)	22(4.2)
60- 70(173.3-202.0)	7(6.3)	56(10.8)
60이하	6(5.4)	63(12.1)

4. 치과의료보험 수가의 문제점

가. 의료보험과 치과의료

우리나라의 치과의료의 수가체계는 의료보험이 시작되기 전에는 포괄 수가체계이었고 행위별로는 분류된 바 없었다. 다만 얼마 이상으로 하여 복잡하고 어려운 경우에는 추가로 부담하게하여 균형을 맞추었다. 치의학의 급속한 발달과 더불어 전국적으로 볼때 일반 개원의간이나 대학이나 종합병원의 진료수준에는 상당한 차이가 있었다고 생각하며 경쟁적으로 노력하여 수복치과 의술의 발전을 현재와 같은 세계적 수준으로 향상시켰다고 생각한다.

모든 수복치과 영역에서 치료자체의 모든 과정은 생체의 일부가 되어 영구히 구강내에 남아 생물학적, 화학적, 물리화적으로 지속적으로 생체에 영향을 준다. 따라서 최고품질의 약제와 재료가 사용되어야함은 물론 최고수준의 학문적, 기술적, 예술적 요소에 최선의 정성과 시간적 요소가 추가하여 배려될때 치료효과가 상승되는 즉 예후가 좋아지고 수복물의 수명이 연장되는 특수성을 갖고 있다. 어느 한요소라도 결여되거나 부족할때는 그만큼 나빠지는 것이다. 치과의료의 특수성을 강조하는 것은 바로 이때문이다.

우리의 치과의료보험은 이러한 치과의 특수성은 어느 한 가지도 제대로 배려된 곳이 없다고 생각되니 결국 결과가 어떻게 될지 우려하지 않을 수 없다. 대표적 예로서 동일한 성능이라하여 재료비 기백원 절약하려고 국산아말감만 인정한 경우이다. 아말감은 종류도 많고 특성도 다르며 제품에 따라 성능도 다르다. 의료보험이 시행되기 전에는 대부분의 치과에서는 적어도 몇가지 재품을 비치하고 치료목적이나 부위에 따라 가장 적격한 재료를 선택하여 사용했었다. 부위에 따라서 성능이 우수한 재료를 사용할 때 수명이 연장될 것은 당연하며, 질이 떨어지는 재료를 사용할 때 수명이 그만큼 단축될 것은 자명한 일이다. 흔히 환자로부터 아말감의 수명을 질문받을 때 부위에 따라 다르지만 한 5년은 간다고 답변하는 경우가 많았었으며 본인의 경우 인턴 수련의에게서 치료받은지 30년이 된 것을 아직도 사용하고 있으니 아말감도 훌륭한 충전재료라 생각된다. 요즘 보험으로 충전된 아말감의 수명이 단축되었다 하는데 시술상의 문제인지 재료에서 오는 문제인지 생각해 볼 문제이다. 아말감의 성질은 수은과의 혼합비율에서 큰차이가 나게 되므로 수은과 아말감을 이상적인 비율로 개별 포장하여 공해도 예방하고 아말감의 성능을 최고로 유지하게 하면서 특성이나 품질이 우수한 제품도 여러종류를 그전에는 쉽게 구입할 수 있었다. 그러나 이제는 시중에서 사라지고 외제라고 이름뿐이지 대부분 원가가 저렴한 제품이 주종이 되어 유통되고 있고 생산지 불명의 값싼 제품도 있다고 한다. 치과의사의 몸에서 가장많은 양의 수은이 검출되고 있으며, 종사자들도 조사를 꺼리고있고, 치과의 좁은 공간을 수은공해로부터 보호하기 위하여 나아가 환경오염을 예방하기 위해서라도 단가는 기백원 비싸도 품질이 우수한 재료의 사용을 원하지 않는 치과의사는 없을 것이다.

의료보험이라는 제도의 잘못된영으로 우리 치과의사는 수은공해에서 조차 벗어날 수가 없는 것이다.

저렴한 원가의 국산재료를 사용하고 조금더 비싼외제로 청구할 것이 걱정이 되어 사용을 못하게 한다면 어떻게 치료는 믿고 의뢰하겠는가? 질이 더 우수한 외제도 부위에 따라서 사용이 허용되어

야 하며, 국산 아말감인 경우라도 비용 적게들고 공해를 줄이는 차원에서 아말감과 수은을 개별 포장 한 것 이외에는 치과에 공급될 수 없게하여 공해도 줄이고 아말감의 성질도 가장 우수한 상태로 사용할 수 있게 해야 할 것이다.

시작부터 치과의료의 실제와는 거리가 먼 출발이었고 대학의 교육과정이나 내용과는 차이가 크고, 대학에서 연구할 필요성이 적어 의료보험을 연구 개발하는 교수는 일부에 국한되므로서, 정작 연구해야 할 대학이나 분과학회에서 외면당하여 결국 치과의료의 실제가 지금과 같은 결과를 초래하여 합리적인 행위별 의료보험 수가로 개발되지 못했다고 생각한다. 양질의 진료가 되도록 유도하는 것보다 의료보험 재정을 보호하는 것이 최우선인 것 같은 정책으로 인하여, 의료비를 지불하는 쪽의 심사담당과 의사아닌 심사요원에 의한 경쟁적인 삭감과 심사기준 적용의 엄격성으로 인하여 의료의 규격화를 강요받은 결과가 되었다. 설상가상으로 그나마의 수가체계마저 왜곡되고 변형되어 불만 투성이의 치과의료보험으로 오늘에 이르렀다고 생각한다. 이제 전국민 의료보험으로 확대되어 정착단계에 이르는 시점에서 치과의료의 특수성이 반영되지 않은 현상태로 기정사실화 되어 유지된다면 그동안 발전된 치과의료의 수준은 형편없이 저질화될 것으로 우려된다. 수가문제가 거론될 때마다 관계자들은 치과에는 보철이 있으니 피해가 덜할 것이라 위로도하고 감수할 것을 요구하기도 했다. 그러나 보철치료의 기초는 현의료보험으로 치료해 주어야 한다. 정당한 수가로 기초치료를 잘하게 해 주어야 치과의료의 발전이 있는 것이지, 아무리 훌륭한 보철치료를 한들 결국 보험치료를 이루어진 치료가 저질이었다면 무슨 소용이 있겠는가? 적어도 치과의료보험은 최고의 수준으로 유지하는 것이 가장 경제적이라 생각된다. 실제의 치과의료의 가장 잘 반영, 수용될 수 있는 치과 의료보험 체계가 될 수 있도록 전치과계와 당국의 노력이 요구된다 하겠다.

나. 현의료보험 수가체계의 문제점

처음부터 일본치과의료 보험체계를 철저히 도입하지도 않고 부분적으로 도입하여 치과의료의 특성이 배려된 항목은 제외된채로 시행하면서, 의료보험의 시작이니 부족한대로 이해하고 협조해야 한다는 계몽과 함께 시작한 치과의료보험은 부분적으로 개선되었다 하지만, 현금여범위의 일본치과 의료보험의 수가항목은 우리의 3배에 가까운 수준인 것으로 보아 실제의 치과의료의 특성이 그만큼 반영되지 않고 있다는 것을 의미하고 있다. 치협에서는 수가인상 때마다 개선안을 마련한 것으로 알고 있고 지난 87년에도 23쪽, 88년과 89년에도 40쪽에 이르는 개선의견이 있었으나 반영된 부분은 극히 일부인것으로 생각된다. 합리적인 치과의료의 시혜될 수 있도록 수가체계의 대폭적인 개선이 요구된다.

다. 수가인상 과정에서의 문제점

77년도부터 당국이 발표한 수가의 인상율과 현실에는 상당한 차이를 볼 수 있다. [표-10]을 주의 깊게 보면 실제 치과임상에서 빈도가 적은 항목의 인상율은 높게 나타나고, 빈도가 많은 항목의 인상율은 상대적으로 낮음을 보여주고 있다. 결국 생색뿐인 인상을 해준 결과가 되었다.

의과의 수가항목중 77년 시작부터 90년 현재까지 존속하고 있는 520개 항목의 수가인상율을 보면 [표-14]에서와 같다. 당국의 인상율 이상으로 인상된 항목은 의과의 520항목의 53.1%인데 반하여 치과는 전 항목의 6.3%였다. 150%이상인 항목이 의과는 9.6%이었고, 치과는 1.8%이었다. 인상율이 70%이하인 항목이 의과는 22.9%이었고, 치과는 11.7%이었다. 의과에는 77년 수가보다 오히려 적어진 항목이 10개가 있었고 29%로 감소된 항목이 있었다. 전체 평균 인상율은 치과에서 최근에 신설된 항목의 91.0%를 포함하여 전항목 평균 83.7%이고, 빈도가 많은 처치료 부분은 73.4%, 연조직 질환 및 술후 처치료는 73.6%, 수술료는 85.1%를 나타내 의과의 총평균 103.5%와 대조를 이룬다. 가장 중요한 차이점은 통계상에는 나타나지 않지만 의과의 인상율이 높은 항목은 대부분

빈도가 많은 항목이란 점이다.

수가인상 작업시에는 정정 당당히 올려준다는 인상올대로 일률적으로 시행함이 마땅하다. 합의에 의하여 처리는 되었겠지만 치과의료 항목을 분석해 보면 공평하지 못함을 알 수 있다. 당국에서는 전산처리로 쉽게 결과를 알 수 있으면서 전혀 구체적인 결과를 예측하지 못하고 있는 상대와 협상하는 과정에서 야비하게 눈가림식의 인상으로 처리해 버린다면 곤란하다. 판단단체는 인상과정 때마다 어느 항목을 어느 정도 내리는 대신에 어느 항목을 더 집중하여 올려달라야 유리할가를 연구하고 로비하고 교섭해야 한다면 신뢰하는 사회가 될 수 없는 것이다. 빈도가 적은 항목이라고 형평을 이루지 못하면 그항목의 의료는 위축되거나 왜곡될 가능성이 커져 전체의료의 불균형으로 될 가능성이 그만큼 커지는 것이다.

라. 적용기준 및 심사기준의 문제점

특히 치주 분야에서 적용 기준이 지나치게 규격화되어 있어 심사과정에서의 융통성 결여와 지나친 삭감으로, 진료의 위축을 초래했다고 생각하는 치과의사가 많다. 실제로 1988년 치주 분야의 건당진료비는 10,239원, 89년에는 10,537원, 90년에는 10,819원으로 그동안 16.6%의 인상효과가 나타나고 있지 않다. 특히 치주수술은 전공수련을 받지않은 의원에서는 거의 포기상태에 도달한 것으로 알고 있다. 성인이 되면서부터는 치주질환이 경조직 질환을 빈도수에서 능가한다고 생각되는데 89년도에는 청구건수가 치주질환이 경조직 질환의 23.5%에 지나지 않아 치주치료가 위축되었음을 보여주고 있다. 예를 들어 치은박리 소파술은 구강상태에 따라 어느 단계이든 시행할 수 있는데도 과거에 치석제거, 치주소파, 치주치치 몇회를 거치는 규격진료만 인정하던 심사관행 때문에 아직도 그렇게 해야하는 것으로 알고 있으니 시술에 제약이 되고, 모처럼 시술하고 청구하면 자료요청이 온니 귀찮다고 포기해 버려 위축이 오는 것이다.

교합조정 항목이 치아당에서 구강당으로 바뀌었고, 교합조정 복잡항목이 신설되어 인상채득후 교합기에 올려 교합상태를 분석하여 시행시에는 인상채득료와 모형료 교합기에 올리는 비용을 합하여 2,280원으로 되었는데 이러한 수가로 과연 진료행위가 이루어진 경우가 있었는지 알고 싶다. 복잡항목은 과연 치료내용이나 알고 정하게되었는지 의심스럽다. 교합조정 과정은 단순이든 복잡항목에 해당하는 경우이건 개개 치아의 교합면 형태를 술자가 원하는 형태로 조정하여 안정되고 유리한 형태로 변경시켜주는 과정이므로 양자는 동일한 내용으로 치아마다 각각 다르게 시술해주어야 함으로 당연히 치아당이라야 합리적이다. 복잡이라는 항목은 없어야 하며 인상채득료와 교합기에서 교합을 분석하기 위한 각종 기록들과 교합기에 올리는 비용, 모형료, 각종 분석료등이 별도로 추가되어야 하는 것이 합리적이다. 당연히 치아당으로 환원되어야 할 것이다. 1988년 이전에는 치아당으로, 1990년도 해설집에는 1 구강 1 회당으로 되어 있는데 실제 심사기준은 1/3악당으로 하고 있어 치과 의사는 혼선을 빚고 있다.

88년도에 와동형성료가 신설되면서 즉치에서는 인정도하지 않으면서 엉뚱한 보통치치, 치수복조, 와동당 충전료에서 100원씩 삭감한 처사는 한심하기 조차하다. 교합조정의 기준변경과 함께 당국의 신뢰도를 가장크게 저하시킨 처사라 생각된다.

마. 의과부문과의 형평의 불균형

의료보험 시작 초기부터 의과와는 균형을 맞추지 못하고 출발하였다고 할 수 있다. 기본 진료료 가 의과의 50%라는 단서로 시작된 것만 보아도 알 수 있다.

동일한 진료수준이면서 수가에는 불균형을 이루는 부분도 상당수 있다. 예를들면 다음과 같다.

(1) 방사선 진단료

분류번호	치 과 영 역	금 액	분류번호	의 과 영 역	금 액
다-6	치아, 치주조직, 악골, 구강연조직, 교익, 촬영료	640원	다-1-나	지골촬영료	980원
다-8	파노라마 촬영료	4,220원	다-2	특수촬영가. 단층상	5,990원
다-9	일반, 교익사진 판독료	370원	다-4-나	다-1-나 지골판독료	640원
다-11	파노라마 판독료	900원	다-4-나	다-2 단층상판독료	1,870원

*구강내 촬영은 입을 크게 벌려야하는 어려움과, 구역질, 타액분비등 여러 유동조직을 안정되게 하여 고정해야 하는등 어려운 조건하에서 촬영법도 훨씬 난이도가 크다고 생각되는 데도 의과와 형평을 이루지 못하고 있다. 판독해야할 사항도 지골촬영 필름보다 훨씬 많은데도 판독료수준은 차이가 크다.

*교익촬영은 방법과 목적이 표준 촬영과 다르고, 촬영 방법도 다르며 난이도도 높으며 필름대도 고가이므로 별도의 항목으로 처리되어야 한다.

*파노라마의 경우도 표준촬영을 할 수 있는 장비로 되는 것도 아니고, 고가장비이면서 시설물을 설치하는 공간도 별도로 넓게 차지해야 하며, 촬영법도 까다롭고 빈도가 적어 의료보험 수가로는 감가상각료에도 미치지 못하는 경제성이 없는 경우인데도 수가에서는 반영되지 않고 있다.

(2) 마취부문

분류번호	치 과 영 역	금 액	분류번호	의 과 영 역	금 액
바-9-1	상악의 안와공, 상악후두 결절 및 문치공블록크와 하악의 하악공, 이공블록을 실시한 경우	1,230	바-4	신경블록크 가. 상후두신경, 후두신경, 녹간신경부블록크	4,920
바-8	침윤마취 : 당일 피하근육내 주사행위료가 산정되지 아니한 경우에만 산정할 수 있다.	310			

*치과에서 사용되는 마취제에는 혈관수축제를 포함하는 제재를 사용하고 있어 단순마취제를 사용할 때보다 부작용이 많고, 구강영역에는 혈관이 발달하여 고혈압이나 심장질환 환자나 허약자에서 뿐만아니라 정상인에서도 후유증이 빈발하며, 어느 환자이고 치과마취에 대한 공포감을 가지고 있는데다 환자가 보는 앞에서 시행하게 되어 문제가 많아 치과의사는 어느 치료행위에서 보다는도 세심한 주의를 하며, 가장 긴장을 많이하는 술식이다. 의과에서도 그러하겠지만 마취를 하기 위하여는 언제나 환자를 설득해야 하는 과정이있는데 치과에서는 소요시간이 더 길다. 환자에 따라 소요시간이 다르며 의과에서는 드문 일이겠지만 어린이 뿐만아니라 성인에서도 상당한 시간을 설득하며 노력하다가 마취를 못하여 치료도 못해주고 치료비도 못받는 경우도 종종 있다. 두터운 치밀골을 침투하여 시술할 수 있을 정도의 마취심도에 도달하는 시간도 더 길편이며 장시간의 치료시간으로 마취지속시간이나 심도때문에 추가해야 할 경우도 많다. 모든 경우에 일회용 주사침을 사용하고 있으며, 그나마 수술의 경우에는 산정할 수도 없으면서 보조원이 할 수 있는 피하근육 주사로 400원 보다 적다는 것은 형평에 어긋난다. 최소한 전달마취 수준은 되어야 한다. 치과분야의 특이성으로 마

취 행위와 근육주사행위는 전혀 관련이 없으므로 별개항목으로 산정할 수 있어야 하겠다.

(3) 수술후 처치료

분류번호	치 과 영 역	금 액	분류번호	의 과 영 역	금 액
차-21	가. 간단한것	330	자-2-1	가. 단순처치	380
	나. 복잡한것 복잡한 것은 부골제거술, 악골수염수술, 악골중앙 수술, 치근낭포작출술, 관혈적악골절수술등 대수 술후에 행하는 경우에 산 정한다.	650	자-2	나. 염증성처치 심한육장의 처치, 심한염 증을 동반한 상처에 대한 처치, 수술후 심한 염증 을 동반한 경우의 처치.	2,250

(4) 일반수가와의 괴리

1977년 의료보험 시행당시 일반수가의 50~55%를 반영했다 하는데 전체적인 산술평균은 사실일 지 모르지만 개별항목별로 볼 때는 지나치게 낮은 항목이 많았다. 특히 보존영역의 발수료, 근총료와 구강의과영역의 발치료, 난발치, 매복치와 수술료에서 일반수가와 현격한 차이를 보여 주고 있다.

우리의 일반수가는 일반환자보다 오히려 경제형편이 좋다고 생각되는 보험환자의 보험수가가 저렴했기 때문에 그 영향으로 80년대에는 거의 인상되지 않았다. 일반수가와 보험수가의 괴리는 88년도 서울특별시 치과의사회가 권장하는 일반수가와 90년도 의료보험수가중 특히 보존영역의 발수료와 근관 충전 부분만 비교해 보아도 쉽게 알 수 있을 것이다.

발수료와 근관충전 부분의 수가 비교

		일반수가	보험수가	비 고
발 수 료	단근	15,000이상	1,020원	
	2근	20,000이상	1,230원	
	3근	30,000이상	1,370원	
근 관 충 전	단근	15,000이상	780원	
	2근	20,000이상	860원	
	3근	25,000이상	1,020원	

※보험수가는 기본진료료와 마취료, 재료비등 부대비용이 합산되어야함.

특히 치과의 특수성이 가장 배려되지 못한 부분이 수복치과의 기초라 할 수 있는 치수치료 과정이라 생각 된다. 치수치료는 근본적으로 치수질환을 치료하는 과정으로 치근내의 치수조직을 찾아 완전히 제거하는 발수과정을 거쳐 근관충전을 효과적으로 할 수 있도록 확대하고 치료하여 염증을 없애고 근관을 이상적으로 충전해 주는 과정이라 할 수 있다. 치수의 형태는 치아마다, 환자마다 다르고 나이에 따라, 치아의 조건에 따라 2차상아질 형성으로 형태의 변형이 많으면서 만곡과 협착 등 예측이 어려울 뿐 아니라 인체의 조직중 가장 단단한 조직내에 들어 있어 기구가 접근하기에 어

려운 조건이다. 의사의 큰손으로 좁은 구강내에서 장시간동안 여러 소기구를 이용하게 되는 과정에서 조작도 문제지만 좁은 입안이라 기구를 원하는 부위에 도달시킬수 없기 때문에 어려움이 많고 구경이 작은 금속제품은 작은 실수나 무리로 파절이 되어 치료를 망치는 경우가 너무 많기 때문에 장시간의 노력과 인내심의 발휘와, 시행착오와 확인과정을 거치면서 시술을 조금씩 진행해 나가고 있는 것이다. 치료가 잘되었을 때 치과의사로서의 만족감과 보람을 느끼는 부분이기도 하며, 치료가 잘못되었을 때 다른 치과의사의 평가를 받을 수도 있는 기준이 되기도 하여 자존심이 상하게 되는 과정이기도 하다. 증거가 영구히 확실하게 남기 때문이다. 600페이지가 넘는 교과서에 한 두학기씩의 교육을 받고 있으며, 교육후에도 특별수련을 가장 많이 받고 있는 과정이며 미국에서는 이 분야에서만의 전문의가 있다.

미국에서 치수치료를 받아 본 사람이면 그 치료의 정확함과 엄청난 치료비에 놀라는 경험을 했을 것이다. 우리도 미국식의 교육을 받으며 전공과목으로서 수련의를 양성하는지 40여년이 되어 간다. 전문의를 두어야 할만큼 중요한 부분이 단돈 몇 백원이라는 보험수가로 무시 당했기 때문에 학회나 대학교육에서는 거론조차 하지 못하고 의료보험을 무시해 버림으로서 현재까지의 상황으로 묵인된 것으로 생각된다. 일본의 발수료는 단근이 120점, 2근이 200점, 3근이 300점에 치수에 실패체의 남용을 방지하고 생활 치수발수를 유도하기 위하여 마취하에 발수를 하면 단근에 210점, 2근에 330점, 3근에 470점을 가산하여 실제로는 단근 330점(17,820원), 2근이 550점(29,700원), 3근이 770점(41,580원)이며 마취없이 시행할 수 있는 감염근관인 경우에는 감염근관 처치료로 단근 120점, 2근 200점, 3근 300점을 산정 하고 있다. 여기에 유아나 심신 장애자에게는 50%가 가산되고 있다. 초진료가 160점, 단순한 아말감충전이 68점, 복잡한 아말감 충전이 129점인 것을 비교하면 그래도 특성이 배려된 셈이다. 근충은 단근이 65점, 2근이 85점, 3근이 105점이며 가압근충의 경우에는 단근인 경우 110점을 가산하고, 2근은 130점, 3근은 150점을 가산해 주고 있다. 결국 근충을 제대로 할 경우 단근이 175점(9,450원), 2근이 215점(11,610원), 3근이 255점(17,770원)으로 하여 수준높은 진료가 되도록 유도하고 있다. 우리수가로 환산하려면 점수에다 10배를 하고 환율(5.4)을 곱하면 된다. 우리는 언제부터인지 마취를 하고 시행한 생활발수의 경우이나 발수를 인정하고 피사된 치수를 발수하고 환자가 오지 않아 치료가 중단된채로 내역설명없이 청구하면 인정도 하지않고 있다. 이때문에 치수피사나 근단치주 농양등의 경우 발수를 인정하지 않는 것으로 생각하는 치과의사가 많다.

치수치료 수가의 대폭적인 현실화와 부대소모품비인정, 치료횟수 제한철폐와 필요한 경우 치료결과를 확인하는 과정을 두어 치료한 치아의 수명을 연장시키고 발치하지 않아도 될 가능성이 있는 치아를 구제해 주도록 유도해 주는 것이 결과적으로는 구강보건 향상과, 복지향상은 물론 보험재정과 국민의 의료비 지출을 보호해 주는 첩경이 될 것으로 생각한다. 다른 치료수가가 현의료보험 수가수준이라도 치수치료 부문은 현재의 최소한 10배이상의 수가는 되어야 할 것으로 생각된다.

수가의 현실화가 재정상 어려우면 차라리 비급여대상으로 해 준다면 치과의사는 더 열심히 경쟁적으로 완벽한 치료가 되도록 노력할 수 있을 것이며, 따라서 치료한 치아의 수명도 연장될 것이고 발치할 수도 있는 치아를 최선을 다해 구제함으로써 본연의 임무를 보람되게 수행할 수 있을 것이다. 비용이 더 들더라도 환자편에서는 의료보험으로 보장받지 않는 편이 유리하며, 치료비가 더 든 다해도 발치하고 보철하는 것보다 몇배 경제적이고 바람직하다 하겠다. 전국 어디를 가나 보험치료 이외에는 받을 수 없다는 사실을 의사아닌 환자편에서 생각해야 할 것이다. 과감하게 비급여로 될 때 임상 치과의술의 급속한 발전을 기대할 수 있겠다.

형편없는 수가에 장시간의 어려운 치료과정을 제대로 하자면 치료비 보다 소모품 값이 더 들겠다는 생각이 앞서는 현실에, 제대로 해주지 않으면 예후가 나쁘다는것을 아는데, 치료비가 적다고 책임감이 따라서 적어지는 것도 아니라는 것도 아는데, 모험해가며 자율지도 대상에나 오르고 과잉진

료라는 누명씩 가며 누가 제대로 치료하려 하겠는가? 시간 덜걸리고 경제성있는 환자는 기다리고 있는데! 참으로 우리 치과의사들 양과같이 착하고 존경스러운 의사라는 사실을 국민들이나 관계당국은 알아 주어야 한다고 생각한다. 인간이란 한두번의 잘못은 쉽게 너우치고 고칠수 있지만 습관화될 때는 잘못을 잊기쉽고 고치기도 어려우며 잘못을 잘못으로 모르고 행동하는 법이다.

인술만을 내세우며 지나치게 저렴한 수가로 일관한다면 앞으로 어떻게 치과의사의 지속적, 창의적, 의욕적인 진료를 기대하며 치과의학의 발전을 기대하겠는가? 이제 더이상 치과의사를 시험하지 말았으면 하는 기원 뿐이다. 보험제도라는 것 때문에 엉터리 치과의사가 양산된다면 그 책임은 누가 지겠는가? 그 피해자는 누구겠나? 그 피해자는 환자뿐 아닌 우리 모두이다. 더이상 현실이 고착되기 전에 근본적인 대책과 개혁이 요구된다 하겠다.

(5) 방문당 정액본인부담금의 차등

의료보험에서 치과분야가 차지하는 진료비는 5.8%에 불과하며, 보험수가가 지나치게 낮다는 것은 누구나 인정하는 상황인데 의과와는 달리 방문당 정액본인부담금에서 500원을 본인이 더 부담하게 함으로서 환자는 치과의사가 500원 더 버는 것으로 생각하고, 치과는 더 비싸다는 인식을 갖어 치과에 대한 급여를 그만큼 제한하는 결과를 초래하고 있다. 의원급 표방과목별 평균 진료비를 보면 [표-13참조] 20개 분야중 치과는 14위를 차지하며 15위인 일반의와는 평균 진료비가 13,513원과 13,523원으로 10원의 차이 이므로 차등은 철회되어야 한다.

5. 결 론

치과의료보험은 시작부터 치과의료의 특수성이 제대로 반영되지 않은 상태로 일본의 보험수가 체계를 부분적으로 도입하여 지나치게 낮은 수가로 실시했다고 생각한다. 그나마도 수가의 인상과정에서 보험재정 보호 측면만 배려되어 빈도가 적은 항목은 올려주고, 빈도가 많은 항목은 낮게 책정하여 인상효과를 최소화했으며 일부항목의 부당한 왜곡과 함께 진료비를 지불하는 측에서 심사하면서 엄격한 심사과정으로 규격진료와 변형된 진료형태로 유도하여 치과의사의 진료의욕 감퇴는 물론 진료의 질저하를 우려하는 사태로 변질되어 가고 있다고 생각된다.

개원 치과의사 뿐아니라 전치과계가 단결하여, 치과의료의 실체가 행위별 의료보험수가로 수용될 수 있도록 수가항목의 개발과 수가체계를 정립하는데 총력을 기울여야 할 것이며 당국은 최소한 치과부문에서 만든 부분적인 개선보다는 과감한 개혁을 단행하여 사회보장 차원만이 아닌 진정한 의미의 양질의 치과의료가 될 수 있는 근거를 마련해 주든가, 사회보장 차원으로서의 진료를 일정범위로 제한하여 진정한 국민구강보건 향상이 될 수 있는 정책의 시행을 요망한다. 결코 치과 의사의 이익만을 위한 요구는 아니다. 양질의 진료를 유도할 수 있는 제도적 장치를 요구하며 최고수준의 진료를 받을 수 있는 국민의 권리도 존중해 주어야 한다. 경제력도, 생활수준도, 국민의 의식도 높아만 가는데 정작 하나뿐인 우리 몸의 일부가 되는 치과진료의 수준이 제도로 인하여 낮아지는 일은 결코 없어야 하겠다.