

총수절제술, 수정체소절개, 제왕절개술 의료수가 수준에 대한 OECD국가 비교 연구

이 창 우¹ · 이 해 종^{2*} · 박 소 정³ | ¹보험연구원, ²연세대학교 보건행정학과, ³가톨릭대학교 보건대학원

Comparative study on medical fees: caesarean section, cataract, and appendectomy surgeries among OECD countries

Changwoo Lee, PhD¹ · Hae-Jong Lee, PhD^{2*} · So Jung Park, BS³

¹Korea Insurance Research Institute, Seoul, ²Department of Health Administration, College of Health Science, Yonsei University, Wonju,

³Graduate School of Public Health, The Catholic University of Korea, Seoul, Korea

*Corresponding author: Hae-Jong Lee, E-mail: haejongl@yonsei.ac.kr

Received November 12, 2012 · Accepted May 10, 2013

The question has been raised whether the medical fee schedule is very low in Korea. However, studies that empirically address this matter on a national scale are rare. This study attempted to determine the level of Korea's medical fees for caesarean section (C-section), cataract, and appendectomy surgeries by comparing and analyzing them with other Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries' medical cost data obtained from other studies. There are two ways to compare the level of medical fees: one is a direct comparison, which obtains each country's medical fee schedule and compares them with each other. Another is indirect comparison, a method which compares data such as physician income. For direct comparison, fees were calculated using data provided by the OECD and Health Insurance Review and Assessment. For indirect comparison by physician income, data obtained from Korea Employment Information Services were used to represent Korean physician income. When compared with other OECD countries, the results suggest that, overall, the Korean fee schedule could be low, based on the fees for C-section, cataract, and appendectomy surgeries. The study results also confirm that Korean physicians' average earnings ranked relatively low among OECD countries. These results are meaningful in that they empirically support the contention that Korean medical fees could be low. In addition, under what is known as national health insurance, in which the medical fee schedule is determined by a single payer, an empirical analysis on medical fee levels, as in this study, has substantial political implications because it may be utilized for medical fee schedule negotiation in the near future. An attempt to directly research fees and the range of services of OECD countries is still needed in order to provide more established data.

Keywords: Medical fees; International comparison

서 론

국민건강보험의 수가수준이 의사의 의료행위에 대한 보상으로 부족하다는 문제는 계속 제기되고 있다. 우리나라의 의료수가에 대한 구조적 문제점은 1977년 의료보험 수가 책정 당시부터 시작되었는데, 그 당시 의료보험 수가는 일본의 수가구조를 참조하여 수가수준을 9개 병원 의사를 대상으로 실시한 설문조사와 관행수가를 참조하여 결정하였다[1]. 보험수가는 수가수준에 대한 충분한 검토 없이 관행 수가의 45%(병원 측 주장)에서 75%(정부 공식 발표) 수준으로 결정되어 이후 저수가 논란이 지속되고 있다는 주장이 팽배하다[1-3]. 하지만 이에 대한 실증적 연구 혹은 타 국가와의 비교연구가 많지 않아서 국내 의료수가 수준이 낮다는 주장은 유의한 사회적 관심을 불러일으키지는 못하는 듯하다.

우리나라의 의료수가는 2001년부터 자원기준상대가치체계(Resources Based Relative Value Scale)가 도입된 이후 매년 건강보험공단과 의료계가 수가수준을 결정하는 환산지수를 계약하고 있다. 하지만 거의 매년 계약을 타결하지 못해 정부가 일방적으로 환산지수를 결정하는 파행을 겪고 있다[1]. 실제로 의료수가결정 분석을 통해 수가계약제 하에서 정부가 건강보험정책심의회를 통해 수가조정을 주도하고 있음을 확인한 연구들이 있으며[2,3], 수가현실화를 주장하는 다양한 연구들이 존재한다[3-11]. 심사평가원도 현재의 급여수가는 해당 서비스를 산출하기 위하여 투입하는 비용인 원가에 미치지 못한다는 결과를 제시하면서 의료수가가 낮다는 점을 인식하고 있다[12].

수요독점에 대한 경제학적 이론을 근거로 가늠해 보더라도 국민건강보험의 수요독점적 위치는 의료서비스 가격을 시장균형가격보다 낮은 수준에서 결정할 유인을 제공하고 있다. 따라서 국민건강보험은 수요독점적 시장수요자가 가지는 협상력을 바탕으로 항상 적정균형가격보다 낮은 수가에서 계약을 체결할 개연성이 높다[13]. 급여부문의 낮은 가격 책정은 결국 의료기관의 경영악화뿐만 아니라 소득보전을 위한 제공량의 증가, 비급여가격의 상승을 초래하고 있어 국민의료비 관리 측면에서도 급여부문의 낮은 수가는 문제를 야기할 수 있다.

본 연구는 현행 국민건강보험의 의료수가의 수준을 판단하고자 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 및 기타국가의 의료수가를 조사하고 이를 국민건강보험의 의료수가와 비교하고자 하였다. 현실적으로 OECD국가의 의료수가를 개별적으로 모두 조사하는 것은 시간적, 자원적 제약이 존재하기 때문에 기존의 해외연구에서 제시한 의료수가를 조사하고 이를 국내 의료수가와 비교하는 방법을 통해 연구를 진행하였다.

이론적 고찰

대부분의 의료수가 비교를 포함하고 있는 선행연구는 의료수가의 비교자체를 목적으로 수행된 것이 아니며 각국의 의료서비스 비용을 단순히 상호비교하기 위해 수행된 경우가 많다[14]. 선행연구들은 의료서비스 비용을 직접적으로 파악하기 힘들기 때문에 의료서비스에 대한 의료수가, 의사의 소득을 근거로 각국의 의료서비스를 비교하고 있다. OECD국가의 대부분이 사회보험 등의 공보험을 통해 의료서비스를 제공하는 경우가 많기 때문에 공공보험에서 의료서비스 제공자에게 지불하는 의료수가를 근거로 각국의 의료서비스 비용을 간접적으로 비교하고 있다(Table 1).

일반적으로 국제간 의료수가의 비교를 위해서는 비교하고자 하는 각 국가의 의료서비스의 범위를 확인하고 이에 대한 가격을 조사하여 동일한 단위로 환산하는 작업이 필요하다[3]. 비교대상 의료서비스를 선정하기 위해서는 각 국가에서 정의하고 있는 의료서비스를 확인해야 하는데, 같은 용어를 사용하더라도 그 안에 포함되어 있는 의료서비스의 범위가 다를 수도 있기 때문이다. 또한 질적 차이로 인해 비교 대상간의 차이가 있는 경우도 있고, 일부 국가에서는 특정 의료서비스가 제공되지 않는 경우도 있기 때문이다. 따라서 각 국가를 대상으로 비교하고자 하는 의료서비스의 비교가능성과 대표성의 기준이 필요하다.

비교대상 의료서비스의 범위가 확인된 이후에는 해당 의료서비스의 가격을 조사해야 한다. 대부분의 OECD 국가에서 사회보험을 통하여 의료서비스를 제공하고 의료서비스 이용에 대한 대가를 환급하는 방식을 사용하고 있기 때문에

Table 1. Medical fee comparison: approach methods

Methods	
Direct comparison	Necessary to compare the range of medical service
	Confirm fees on identical medical service
	Represent in a single unit in order to compare collected medical fee data
	Drawback: hard to define the range of medical services among the countries that are subject to compare
Indirect comparison	Set up proxy, which can represent medical fee
	Compare physician income (in general)
	In case of direct comparison of physician income is unavailable, a ratio of other professions average income to physician income can be utilized
	Drawback: precise comparison of each medical service is not available

의료수가가 곧 의료서비스 가격을 역할을 한다. 즉 비교대상 서비스 범위가 국가 간 동일하다면 이에 해당하는 의료수가를 직접 조사하여 비교할 수 있다. 조사한 의료수가는 비교를 위하여 동일한 가치단위로 표시하여야 하는데 일반적으로 구매력평가지수(purchasing power parity)를 이용하여 동일한 가격단위로 나타낸다.

의료수가의 직접적 비교방법을 사용한 대표적인 연구로 Koechlin 등[15]의 연구가 있다. Koechlin 등[15]의 자료에서 조사한 각 질병별 의료수가를 그래프로 나타내면 Figure 1과 같다. 참고로 Koechlin 등[15]의 연구에서 호주의 수가 자료는 공공병원의 퇴원의 89.4%에 해당하는 241개 병원자료를 이용하였으며, 캐나다는 568개의 병원자료를 이용하였다. 프랑스는 41개의 병원자료, 독일은 1,684개의 병원자료를 이용하였다. 한국은 1,053개의 병원자료를 이용하였으며 미국은 1,000개 지역병원 자료를 이용하여 수가를 계산하였다.

Figure 1에서 한국의 의료수가는 빨간색으로 표시되어 있는데 타 국가와 비교했을 때 대부분의 의료서비스에 대한 수가가 낮은 수준을 보이고 있음을 알 수 있다. 인공심박조율기 삽입, 조절, 교체 및 제거, 경피적 관동맥 형성술 정도가 타 국가에 비해 의료수가가 높은 편이지만 대부분의 비교대상의 의료서비스는 상대적으로 낮은 의료수가수준을 보이고 있다.

각 국가의 의료수가를 직접적으로 조사하여 비교하는 방법과 달리 의료수가를 대표할 수 할 수 있는 대리변수(proxy)를 찾아 비교하는 간접적 비교방법이 존재한다. 대표적인 방법으로 각 국가별 의사의 소득을 비교하는 방법이 있다. 의료수가가 의사의 의료행위에 대한 보상이라는 점에서 국가 간 의사소득의 비교는 간접적으로 국가 간 의료수가의 수준을 제시하기 때문에 의료수가가 의사소득에 직접적으로 영향을 준다. 따라서 이를 근거로 간접적으로 의료수가를 판단할 수 있다.

연구방법

1. 사용자료

의료수가의 직접적 비교를 위해 본 연구는 건강보험국제연합(International Federation of Health Plans)의 자료와 심사평가원의 질병군 별 포괄수가자료를 이용하였다. 건강보험국제연합은 매년 독일, 스페인, 프랑스, 캐나다, 호주, 미국 등 주요 국가에서 제왕절개, 수정체소절개, 충수절제술, 자연분만, 고관절치환술 등에 대한 의료수가 비교자료를 발표하고 있다. 이 자료에서는 병원비용(hospital charge), 의사행위료(physician fee), 의료기기, 영상기기 사용료로 나누어 의료수가를 비교하고 있다. 본 연구는 건강보험국제연합에서 매년 발간하는 자료 중 2011년 자료를 기초로 하여 우리나라 수가와 비교하였다[16].

한편 의료수가의 간접적 비교한 의사소득 자료는 OECD 연구보고서[17]와 한국고용정보원 자료[18]를 통해 구하였다. OECD 연구보고서는 해외국가의 의사소득에 대하여 조사한 가장 최근 자료이다. 이 자료에서는 OECD국가별로 일반의와 전문의를 나누어 소득을 제시하고 있다. 우리나라의 의사소득 통계는 한국고용정보원, 통계청, 대한의사협회 등에서 집계 혹은 조사하고 있으나 매년 자료를 구하기 어렵다. 또한 타 국가와 의료전달체계가 달라서 일반의, 전문의의 소득자료를 별개로 구하기가 어렵다.

2. 직접비교: 비교대상 질병과 해당 의료수가

비교대상 질병의 선정은 제왕절개, 수정체소절개, 충수절



Figure 1. Medical fee comparison by case categories: Organization for Economic Cooperation and Development countries (unit: US dollars). From Koehlin F, et al. Comparing price levels of hospital services across countries: results of a pilot study. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development Publishing; 2010 [15].

제술로 제한하였는데 이는 자료의 가용성 때문이며 이 연구의 한계이기도 하다. 제왕절개술, 수정체소절개, 충수절제술은 의학적으로 시술절차가 비교적 간단하고 변이가 작으며 일반적으로 보편화된 질병군에 적용하는 포괄수가제 적용대상 질환이기 때문에[19-21] 비교대상 의료서비스의 국가 간 차이가 적을 가능성이 있다는 장점은 존재한다. 또한 건강보험국제연합의 수가는 병원비용, 의사행위료를 구분하여 수가를 제시하고 있지만 우리나라의 경우 병원비용과 의사행위료를 정확히 분리할 수 없는 구조이다. 이러한 이유로 최근 포괄수가제의 적용을 받는 질병인 제왕절개, 수정체소절개, 충수절제술로 한정하여 비교대상 의료서비스를 설정하였다.

건강보험국제연합의 자료에서 조사하고 있는 대상 국가는 캐나다, 스페인, 프랑스, 스위스, 독일, 인도, 칠레, 아르헨티나, 미국이다. 이 중 본 연구에서는 OECD국가에 해당하는 캐나다, 스페인, 프랑스, 스위스, 독일, 칠레, 미국으로 한정하여 비교대상 국가를 선정하였다. 즉, 비교대상국가의 선정은 비교적 우리나라 경제수준이 비슷하다고 할 수 있는 OECD국가 중에서 자료의 가용성이 존재하는 국가를 근거로 선정하였다.

건강보험국제연합에서 조사한 제왕절개, 수정체소절개, 충수절제술의 의료수가는 각 국가의 민영건강보험회사 혹은 공적 건강보험에서 획득한 자료이다. 호주와 스페인의 의료수가는 민영건강보험회사의 의료수가를 기준으로 작성하였다. 칠레의 의료수가는 민영건강보험의 의료수가를 근거로 하였으며, 제왕절개 수가는 신생아 케어도 포함된 가격이다. 캐나다의 자료는 노바 스코티아 지방의 공적 건강보험의 의료수가를 기초하여 조사한 가격으로 지방마다 의료수가의 차이가 존재한다. 프랑스는 공적, 사적 건강보험의 의료수가이다. 독일은 민영건강보험회사의 의료수가이며 제왕절개의 수가에 신생아케어가 포함되지 않는다. 또한 수정체 수술의 병원비용과 의사행위료는 입원기준이다. 스위스의 의료수가는 공적 부문에 근거한 것이다. 수정체수술의 시설비용과 의사행위료는 외래기준이다. 미국의 수가는 Thompson Reuters Market Scan Research Database를 근거로 조사한 가격 중 평균가격을 제시한 것이다.

우리나라의 제왕절개, 수정체소절개, 충수절제술에 대한 의료수가는 포괄수가제에 근거하여 보상하는 수가를 계산하

였다. 현행 포괄수가제에서 요양기관별 등 차등 적용되는 점수를 제시하고 있으며 제시된 점수를 단순 평균하여 제왕절개에 대한 대표점수를 구하였다[22]. 대표점수에 제시된 점수 당 가격을 곱하여 계산하였다. 산출된 가격은 시장환율을 적용하여 미국 달러로 표시하였다.

3. 간접 비교: 의사평균소득의 산출

의료수가의 간접적 비교방법인 의사의 소득은 한국고용정보원의 자료에 근거하였다. 한국고용정보원의 자료는 일반의, 전문의 등의 소득 자료를 구분하여 제시하고 있지 않기 때문에 전문의, 일반의를 구분하여 소득자료를 구축하고 있는 타 국가의 의사소득과 직접비교가 어렵다. 또한 의사소득의 직접 비교 시 환율 혹은 구매력 평가지수 등을 이용하여 동일한 가치단위로 변환하여 비교해야 하는데 우리나라와 타 국가의 이용 가능한 의사소득 자료가 서로 다른 년도를 기준으로 작성되어 있다. 이러한 문제를 최대한 극복하기 위하여 본 연구에서는 각 국가 간 의사소득의 직접비교보다는 타 직업의 평균 임금과의 비율을 비교하였다. 타 직업의 평균소득과 의사의 평균소득 비율로 비교하기 때문에 비교년도도 다르더라도 간접적으로 의사의 소득수준을 판단할 수 있다. 본 연구에서 사용하는 한국 의사의 평균소득 수준과 타 직업의 평균소득 수준은 2008년 자료이지만 타 직업 소득 평균대비 의사소득 비율이 급격하게 변할만한 사회현상이 존재하지 않았다는 가정 하에서는 타 국가의 소득 비율과 비교하는 것이 큰 무리가 아닌 것으로 판단된다.

2008년 한국고용정보원의 자료에는 당시 타 직업의 평균소득 대비 의사의 평균소득 비율을 2.9로 제시하고 있는데, 국내통계에는 일반의와 전문의의 소득을 따로 구분하고 있지 않기 때문에 해외의 일반의의 소득과 전문의소득 비교 시 같은 값을 두고 비교하였다[23].

연구결과

1. 의료수가에 대한 직접적 비교: 건강보험국제연합 자료 이용

2011년도 기준 우리나라와 주요 OECD국가의 제왕절개,

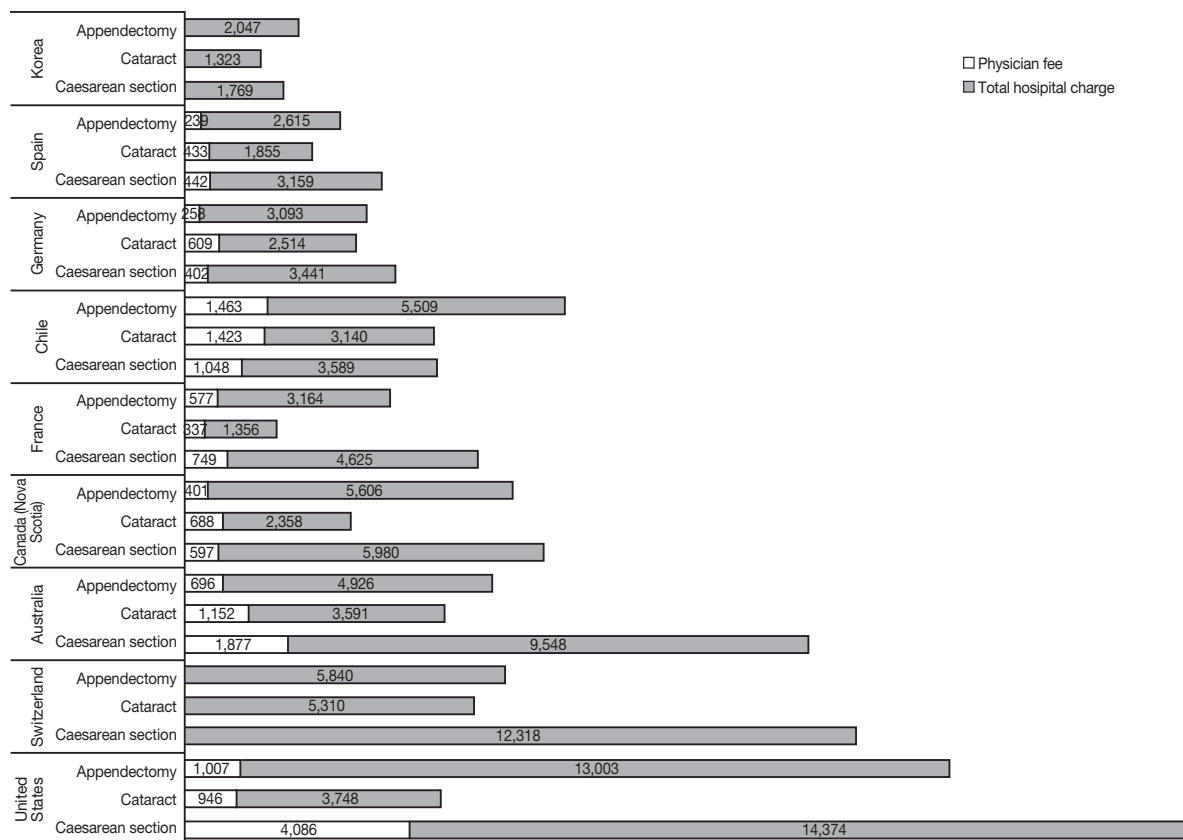


Figure 2. Caesarean section, cataract surgery, appendectomy's medical fee schedule comparison. From International Federation of Health Plans. 2011 Comparative price report: medical and hospital fees by country. London: International Federation of Health Plans; 2012 [16] and Health Insurance Review and Assessment Service. DRG fee schedule (effective from 2012 Jun 1) [Internet]. Seoul: Health Insurance Review and Assessment Service; 2012 [21].

수정체소절개, 충수절제술 비교결과를 집약한 그래프는 Figure 2와 같다. 연구방법에서 언급하였듯이, 우리나라의 자료는 건강보험심사평가원의 자료를 근거로 산출한 2011년도 기준자료이며, 해외국가의 자료는 건강보험국제연합의 자료를 이용하여 산출한 2011년도 기준자료이다. 제왕절개의의 평균 수가는 약 US\$ 1,769로 비교대상국 중 최하위에 속해 있음을 알 수 있다. 수정체소절개의 우리나라 의료수가는 약 US\$ 1,323으로 다른 선진국보다는 낮은 수가가 적용되고 있다. 또한 우리나라의 충수절제술에 대한 수가는 약 US\$ 2,000 수준으로 수정체소절개술과 비슷한 양상을 보이고 있는데 비교대상 OECD국가에 비하면 낮은 수준임을 확인할 수 있다.

Table 2는 비교대상 의료서비스에 대한 평균수가가 아닌

개별 시술별 순위와 우리나라와 비교대상국가의 의료수가 차이를 배수로 나타내어 제시하였다. 우리나라는 세 개의 비교대상 시술 모두 가장 낮은 의료수가 수준을 보이고 있다. 미국의 의료수가는 우리나라보다 최대 10.43배에 이르며 스페인의 경우는 2.03배에 이른다. 프랑스, 캐나다, 칠레는 우리나라보다 최대 3배 이상 의료수가가 높으며, 호주, 스위스는 최대 6-7배 정도 높다.

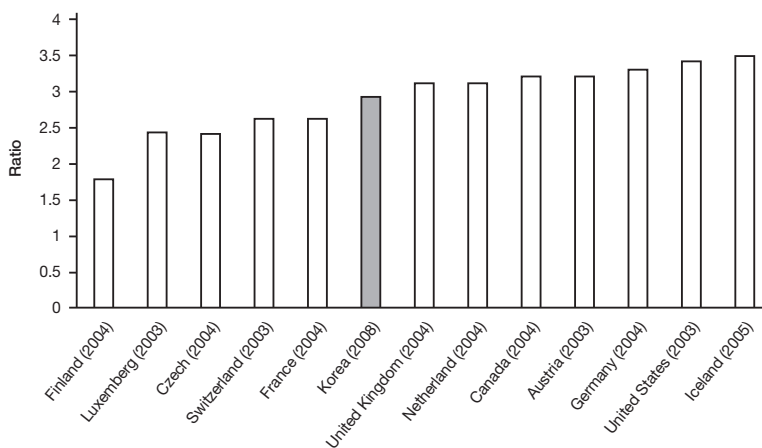
2. 의료수가에 대한 간접적 비교: 타 직업 소득과 의사소득의 비율 이용

고용정보원이 발표한 2008년 기준으로 우리나라의 의사 평균소득은 타 직업의 평균소득에 비해 2.9배 높다[18]. 이

Table 2. Comparison of medical fees of Korea and Organization for Economic Cooperation and Development countries: surgery

Country	Caesarean section			Cataract surgery			Appendectomy		
	Fee	Rank	Ratio ^{a)}	Fee	Rank	Ratio	Fee	Rank	Ratio
South Korea	1,769	1		1,323	1		2,047	1	
Spain	3,601	2	2.0	1,855	3	1.4	2,854	2	1.3
Germany	3,843	3	2.1	3,123	5	2.3	3,351	3	1.6
France	5,374	5	3.0	1,693	2	1.2	3,741	4	1.8
Canada (Nova Scotia)	6,577	6	3.7	3,046	4	2.3	6,007	7	2.9
Chile	4,637	4	2.6	4,563	6	3.4	6,972	8	3.4
Australia	11,425	7	6.4	4,743	8	3.5	5,622	5	2.7
Switzerland	12,318	8	6.9	5,310	9	4.0	5,840	6	2.8
United States	18,460	9	10.4	4,694	7	3.5	14,010	9	6.8

Unit: US dollars.

^{a)} Ratio of other country to Korea.**Figure 3.** Average income ratio of general practitioner to other professions: comparison among Organization for Economic Cooperation and Development countries. From Fujisawa R, et al. The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: what are the factors influencing variations across countries? Paris: Organization for Economic Cooperation and Development Publishing; 2008 [17] and Korea Employment Information Service. OES: occupational employment statistics 2008 [Internet]. Seoul: National Human Resources Development; 2008 [22].

수치를 2004년 기준의 OECD국가의 일반의 수치와 비교해 본다면 중하위 그룹에 속함을 알 수 있다(Figure 3). 비교 시 주의해야 할 점은 우리나라의 수치는 2008년 기준이며 타 국가의 경우는 2004년 무렵의 수치라는 점이다. 연구방법에서 언급하였듯이 타 직업 소득 평균대비 의사소득 비율이

급격하게 변할만한 사회현상이 존재하지 않았다는 가정 하에서는 비교한 결과이기 때문에 한계점이 존재한다. 우리나라의 수치가 더욱 최근이라는 점을 고려한다면 타 국가보다 더 낮은 가능성을 배제하지 못한다.

Figure 4는 Figure 3에서 사용한 2008년 기준 우리나라의 타 직업군 소득 대비 의사소득비율을 2004년 기준 OECD국가의 타 직업군 평균소득 대비 전문의의 평균소득 비율과 비교한 결과이다. OECD국가의 일반의 소득 비율과 비교했을 때 보다 더 낮은 비율을 보이고 있다. 우리나라의 타 직업 대비 의사소득의 비율은 일반의와 전문의를 구별하여 발표되고 있지 않기 때문에 전문의와 일반의의 소득이 모두 포함되어 계산되어 있다는 점을 비교 시 주의할 필요가 있다.

결론 및 고찰

본 연구는 제왕절개술, 수정체 소절개술, 충수절제술에 대해 한국의 의료수가와 OECD국가의 의료수가를 비교하여 한국의 의료수가 수준을 파악하고자한 연구이다. 이를 위해 기존 선행 연구에서 제시하고 있는 OECD국가의 의료수가를 바탕으로 한국의 의료수가를 비교분석하였다. 비교결과는 제왕절개술, 수정체 소절개술, 충수절제술별

로 차이는 있지만 한국의 의료수가가 비교대상국 중 가장 낮은 수준임을 확인할 수 있었다. 이는 이전 연구인 Koechlin 등[15]의 연구결과와 Yoo [24]의 결과와 유사하다. 본 연구의 자료는 Koechlin 등[15]의 연구에서 사용한 자료보다 국가별 차이가 있긴 하지만 민영건강보험의 의료수가가 더 많

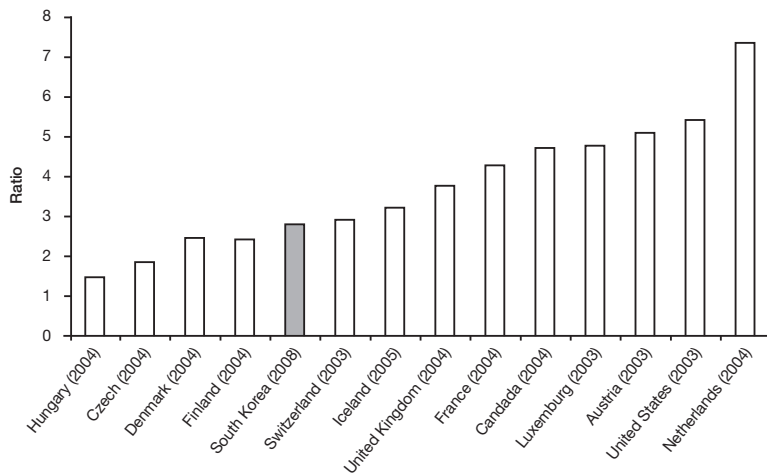


Figure 4. Average income ratio of specialists to other professions: comparison among Organization for Economic Cooperation and Development countries. From Fujisawa R, et al. The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: what are the factors influencing variations across countries? Paris: Organization for Economic Cooperation and Development Publishing; 2008 [17] and Korea Employment Information Service. OES: occupational employment statistics 2008 [Internet]. Seoul: National Human Resources Development; 2008 [22].

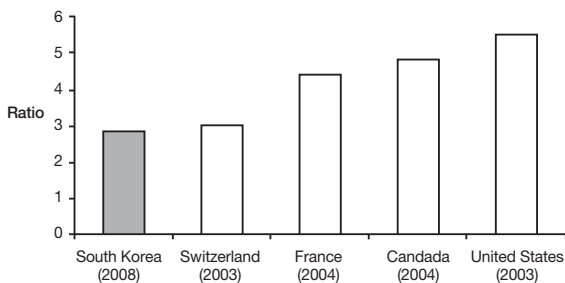


Figure 5. Indirect comparison of countries of selected countries. From Fujisawa R, et al. The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: what are the factors influencing variations across countries? Paris: Organization for Economic Cooperation and Development Publishing; 2008 [17] and Korea Employment Information Service. OES: occupational employment statistics 2008 [Internet]. Seoul: National Human Resources Development; 2008 [22].

이 반영되어 있다. 하지만 두 연구의 결과는 우리나라의 의료수가가 다른 국가에 비해 상대적으로 낮은 수준임을 보여주고 있다. 또한 본 연구는 대만, 일본, 미국을 중심으로 진찰료, 수술료 등을 비교한 Yoo [24]의 연구결과와 유사한 결론을 도출할 수 있었다. 종합하면 본 연구 결과는 이전 연구의 연구결과를 확신할 수 있는 근거를 제시하고 우리나라의

의료수가가 시장균형가보다 낮게 결정되고 있다는 주장을 뒷받침할 수 있는 결과이다.

한편 의료수가를 간접적으로 비교하기 위해 OECD국가의 타 직업 평균소득 대비 의사의 평균소득비율과 우리나라의 타 직업 평균소득 대비 의사의 평균소득 비율과 비교한 결과는 우리나라의 의사소득 수준이 OECD국가 중 중하위에 속하고 있음을 보여주고 있다(Figure 5). 하지만 직접 비교 대상 국가와 중복되는 국가인 스위스, 프랑스, 캐나다, 미국만을 대상으로 본다면 우리나라의 타 직업 평균소득 대신 의사의 평균소득비율은 여전히 최하위에 속해 있음을 알 수 있다. 이는 직접 비교 결과의 강건성을 뒷받침하는 것

로 간접비교시 사용한 자료의 제한이 분명히 존재하지만 우리나라의 전반적인 의료수가가 직접비교대상국가에 비해 낮음을 다시 확인할 수 있는 결과이다.

본 연구는 크게 두 가지 한계가 존재한다. 첫째, OECD국가의 의료서비스 비용 비교문헌과 건강보험국제연합의 자료에 의존을 많이 하였다는 점에서 비교자료의 가용성의 한계가 존재한다. 의료수는 공식적으로 국가에서 집계하여 발표하는 자료가 아니라 의료제공자와 보험자간의 계약에 근거하여 작성 제공되기 때문에 수가 비교연구의 가장 큰 장애물이라고 할 수 있다. 둘째, 본 연구는 비교질환을 제약질개술, 수정체소절개술, 충수절제술 등 3가지 질병에만 국한하였기 때문에 우리나라의 전반적인 의료수가에 대한 대표성에 한계가 존재한다. 질병의 종류와 각 질병에 대한 처치방법이 수 없이 많이 존재한다는 점을 감안한다면 특정한 3가지 질병에 국한하여 의료수가를 살펴보는 것은 전체 의료수가의 극히 일부분만을 살펴보는 것이 될 수 있다. 하지만 상기 세 가지 질병은 의료절차가 타 질병에 비해 비교적 표준화되어 있고 간략하다는 점에서 각 나라의 의료수가를 비교하기에 가장 적절한 대상이 될 수 있기 때문에 비교의의가 있을

것으로 생각된다.

이러한 한계점에도 불구하고 한국의 의료수가 수준이 다른 국가에 비해 낮은 수준에 있음을 구체적인 수치와 객관적인 비교방법을 통해 제시하였다는 점에서 이 연구의 의의를 찾아 볼 수 있다. 우리나라의 의료수가가 낮다는 지적은 지속적으로 제기되어 왔으나[1-12], 실증적으로 규명된 경우는 거의 없었기 때문이다. 또한 현재 의료수가수준에 대한 실증적인 판단은 향후 수가계약 등에 활용될 수 있기 때문에 국민건강보험이라는 단일보험자가 의료서비스 가격을 책정하고 있는 우리나라에서는 정책적 의의가 상당히 크다고 할 수 있다. 따라서 본 연구와 같은 의료수가수준에 대한 실증적 연구가 계속될 필요가 있다. 정보통신기술의 발달 등으로 자료의 가용성이 늘어나고 있다는 점을 감안한다면 향후 연구에서는 국내뿐만 아니라 해외의 의료서비스 가격과 범위를 직접 조사하여 의료수가수준을 판단할 수 있는 보다 정밀한 근거 자료를 제공할 것으로 기대된다.

핵심용어: 의료수가; 국제비교

REFERENCES

1. Kang KW. Medical payment system and national health insurance fee. Cheongju: Chungbuk National University College of Medicine; 2010.
2. Kim JH. Cybernetics interpretation on national health insurance fee decision and change. In: The Korean Association for Policy Studies, editor. Paper presented at the Korean Association for Policy Studies International Conference; 2010 Jul 19; Seoul, Korea. Seoul: The Korean Association for Policy Studies; 2010. p. 417-438.
3. Choi HK. An analysis on the process of setting fees for medical and pharmaceutical services in the National Health Insurance and the role of the government in the process. *Int Rev Public Admin* 2004;38:127-147.
4. Kim CY. Implementation of DRG and its effect. In: The Korean Association of Internal Medicine, editor. Korean Association of Internal Medicine Spring Conference; 2000 Apr 29; Gyeongju, Korea. Seoul: The Korean Association of Internal Medicine; 2000. p. 13-14.
5. Park EC. Relative value development for national health insurance payment system reform. *Korean J Dermatol* 1996; 34:36.
6. Park KI, Lee BH, Bae WK, Song YS, Ko SH, Lee MD, Yu IH, Kim CB, Kim YS, Mun IS, Kim YS. Progress report on KCPT and RBRVS. Seoul: Korean Surgical Society; 1997.
7. Lee MR, Lee YH, Koh KW. The change of medical care pattern and cost of cataract surgery by the DRG payment system in a general hospital. *J Korea Soc Hosp Admin* 2005;10:48-70.
8. Lee YG. Global budget and drug related group. In: The Korean Social Security Association, editor. Finance and innovation of Korean social security in 21st century. Korean Social Security Association Spring Conference; 2001; Seoul, Korea. Seoul: The Korean Social Security Association; 2001. p. 177-203.
9. Lee JY. Korean health care system and a suggestion for its improvement. *J Soc Sci* 2000;19:63-79.
10. Lee CH. Problems with national health insurance fee. In: The Korean Association of Internal Medicine, editor. Korean Association of Internal Medicine Spring Conference; 2000 Apr 29; Gyeongju, Korea. Seoul: The Korean Association of Internal Medicine; 2000. p. 15-19.
11. Chae HY, Park JY. DRG payment system and health care providers' incentives. *Health Econ Policy Rev* 2003;9:1-24.
12. Health Insurance Review and Assessment Service. Relative value point reform study report. Seoul: Health Insurance Review and Assessment Service; 2006.
13. Lee CW, Lee KH. Healthcare market overview and insurer's response strategy. Seoul: Korea Insurance Research Institute; 2011.
14. Mogyrosy Z, Smith P. The main methodological issues in costing health care services: a literature review. York: Centre for Health Economics, University of York; 2005.
15. Koehlin F, Lorenzoni L, Schreyer P. Comparing price levels of hospital services across countries: results of a pilot study. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development Publishing; 2010.
16. International Federation of Health Plans. 2011 Comparative price report: medical and hospital fees by country. London: International Federation of Health Plans; 2012.
17. Fujisawa R, Lafortune G. The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: what are the factors influencing variations across countries? Paris: Organization for Economic Cooperation and Development Publishing; 2008.
18. Ministry of Health and Welfare; Health Insurance Review and Assessment Service. OJT materials for diagnosis related group. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2003.
19. Kim SH. Health care reform lag in Korea by actor-centered institutionalism: in case of DRG payment system policy. *Korean Policy Stud* 2009;18:125-155.
20. Kang KW. Significance and contention related to introduction of refined DRG. In: Korean Academy of Health Policy and

- Management, editor. The 45th Korean Academy of Health Policy and Management Fall Conference; 2010 Nov 19; Gwangju, Korea. Seoul: Korean Academy of Health Policy and Management; 2010. p. 21-37.
21. Health Insurance Review and Assessment Service. DRG fee schedule (effective from 2012 Jul 1) [Internet]. Seoul: Health Insurance Review and Assessment Service; 2012 [cited 2012 Jul 14]. Available from: http://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA030066040000&cmsurl=/cms/law/02/04/04/1212279_13434.html.
 22. Korea Employment Information Service. OES: occupational employment statistics 2008 [Internet]. Seoul: National Human Resources Development; 2008 [cited 2012 Jul 20]. Available from: http://www.nhrd.net/board/view.do?dataSid=16400&boardId=BBS_0000006&menuCd=DOM_000000102005000000.
 23. Choi BH, Shin YS. International trends and restructure directions of health insurance fee systems. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 1997.
 24. Yoo IH. International comparison of medical fee. J Korean Med Assoc 2001;44:382-391.



Peer Reviewers' Commentary

의료수가의 국제적 비교는 기술적인 차원에서 많은 한계점을 내포하고 있음은 이미 잘 알려져 있다. 그러나 그럼에도 불구하고 수가에 관한 국제 비교는 반드시 필요한 연구이다. 특히 최근과 같이 보건의료산업에 관한 새로운 global market이 등장하는 현실과, 국내 의료수가 결정 논의에 있어서 반드시 필요한 실증적 자료를 제공한다는 점에서 매우 중요하다. 본 연구는 OECD 국가의 의료수가를 바탕으로 한국의 제왕절개술, 수정체 소절개술, 총수절제술의 의료수가가 비교대상국 중 가장 낮은 수준(미국 10.43배, 스페인 2.03배, 프랑스, 캐나다, 칠레는 최대 3배 이상, 호주, 스위스는 최대 6-7배 의료수가 높음)이라는 것을 제시하고 있다. 또한 우리나라 타 직업 평균소득 대비 의사의 평균소득비율은 스위스, 프랑스, 캐나다, 미국과 비교 시, 최하위에 속한 수준임을 밝히고 있다. 이는 우리나라의 전반적인 의료수가뿐만 아니라 의사평균소득비율 역시 비교대상 국가에 비해 낮음을 확인할 수 있는 결과로서 매우 유용한 논문이다.

[정리: 편집위원회]