

老人 義齒의 醫療保險 適用時 紿與基準과 供給體系에 관한 考察

A Study on the Benefit Coverage Criteria of Denture Services
for the Elderly under the National Health Insurance.

金惠連*, 文玉綸**, 金明起***

Kim, Hye-Ryun., Moon, Ok-Ryun and Kim, Myoung-Ki

▷ 目 次 ▷

- | | |
|------------|-------------|
| I. 序論 | IV. 本人一部負擔金 |
| II. 紉與適用對象 | V. 供給體系 |
| III. 紉與範圍 | VI. 結論 |

I. 序論

최근 우리나라의 노인인구는 계속 증가하는 추세에 있다. 서기 2000년에는 60세 이

* 치과의사, 서울대학교 보건대학원 석사.

** 서울대학교 보건대학원 교수.

*** 서울대학교 치과대학 교수.

상 노인이 전체 인구의 10.7%로 우리나라로 고령사회로 진입하게 된다. 고령화 사회는 부양문제와 함께 보건의료문제가 사회와 국가의 차원에서 해결되어야 하는 문제를 제기한다. 특히, 우리나라 65세 이상 노인은 저소득으로 인해 보건의료서비스 접근이 더욱 어려워, 이에 대한 국가적 차원의 노력을 필요로 한다. 이에 정부는 65세 이상 노인에 대해 보건소 무료건강검진을 시행¹⁾하고 있으며, 의료보험 급여기간 제한을 없앰으로써 노인의 보건의료에의 접근성을 높이고자 하고 있다.

그러면 노인의 보건의료문제 중, 삶의 만족도에서 높은 비중을 차지하는 치과의료보장은 어떠한가? 노인의 구강질환은 치아우식증과 만성치주염에 따른 고통과 함께 질환의 결과로서 나타나는 치아상실에 따른 저작장애를 수반한다. 노인의 구강보건향상은 구강질환의 치료와 함께 상실된 치아의 회복을 필요로 한다. 그러나 우리나라의 치과의료보장은 구강질환의 치료에 한정되어 있어, 상실된 치아의 회복에 대한 국가적 보장의 필요성이 제기된다.

'96년 초 정부는 노인에 대한 의치의 의료보험 급여시행을 발표함으로써 상실치아회복의 대안을 마련하였다. 이미 많은 논자²⁾들은 노인 구강보건의 심각성과 상실된 치아회복의 필요성을 제기하면서, 노인의 부담능력 부족을 감안하여 이를 국가적으로 해결하기 위해 치과보철에 대한 의료보험급여와 의치의 우선적인 보험급여실시를 주장하고 있다.

본 연구는 노인의 구강보건향상을 위한 방안으로서 의치의 의료보험 적용을 위한 기준의 마련과 공급체계에 대한 고찰을 목적으로 한다. 의치의 의료보험 급여적용 여부는 보험재정에 대한 고려속에서 결정되어야 하나, 소요재정추계를 위한 선행적 과정으로 급여기준과 공급체계에 대한 합리적 결정을 마련할 필요가 있어 연구의 범위를 한정하고자 한다. 연구의 내용은 다음과 같다.

첫째는 급여대상 기준에 대한 고찰이다. 이를 위하여 연령과 소득에 따른 기준과 외국의 사례를 살피고, 의료보험재정에 대한 고려속에서 합리적인 기준을 마련하고자

1) 65세 이상의 저소득층 노인을 대상으로 실시함.

2) 김종배, 최유진 공저, 『공중구강보건학』, 제4판, 고문사, 1995, pp.266-272.

문옥류, 『한국사회와 의료보장정책』, 명경출판사 1994, pp.438-439.

김수춘 외, 『노인복지의 현황과 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1995, pp.98-99.

최원기, 신승철, 『부정치과진료수진실태에 관한 조사연구』, 『대한구강보건학회지』 Vol.17, No.2, 1993, pp.370-384.

한다. 둘째는 급여항목기준에 대한 고찰이다. 상실된 치아의 회복을 위한 다양한 술식과 필요자율의 비교를 통해 최소한의 급여항목기준을 마련하고자 한다. 셋째는 노인 의치에 대한 급여에 합당한 본인부담률의 결정이다. 현행의 본인부담률을 의치에 적용하게 될 때의 문제점을 살펴 노인에 대한 의치급여시의 본인부담 수준을 결정하고자 한다. 넷째는 접근성과 계속성, 양질의 조건을 고려하여 공급체계를 구축하는 일이다.

급여기준의 결정은 향후 의치의 의료보험 급여시 가장 중요한 기준이 될 수 있는 보험재정의 안정화에 직접적으로 영향을 미칠 것이다. 즉 급여기준의 합리적 결정은 보험재정의 안정화라는 하나의 축과 노인의 구강건강향상이라는 또 다른 축의 합리적 결정속에서 이루어져야 할 것이다.

II. 紿與 適用 對象

일반적인 보험적용기준은 의료필요도와 직업군(적용계층), 지역³⁾에 의하여 결정된다. 의료요구를 기준으로 접근하는 방식은 동일한 의료요구에 대해 부담능력이 취약한 저소득층부터 보험을 적용시켜 나가는 방식으로 의료보험을 가장 필요로 하는 집단에게 우선적으로 보험적용을 실시한다. 그러면 의치에 대한 급여시행에 있어 적용대상은 어떠한 기준으로 마련할 수 있을까? 이를 위하여 의치의 필요정도와 부담능력, 외국의 사례를 통해 합리적인 기준마련의 근거를 살펴보자. 부가적으로 기대여명과 관련된 의치의 수명을 통해 사망으로 인한 의치의 미사용년수를 계산함으로써 급여적용대상의 기준을 밝힐 것이다.

3) 직업군에 따른 적용기준은 특정계층을 대상으로 보험을 확대하는 방식이며 혼히 사용되는 기준은 직업이나 직종별 접근임. 지역에 따른 적용의 기준은 특정지역단위인 경우임.
문옥류, 『한국의료보험론』, 신광출판사, 1997, pp.136-137.

1. 年齡과所得에 의한 紿與對象基準

의치의 필요는 20대 부터 시작하며 연령의 증가에 따라 필요가 증가한다.⁴⁾ 우리나라의 35~44세 연령군의 의치총필요자율⁵⁾은 6.1%이며, 동일연령의 여성에서는 8.4%이고, 남성에서는 3.8%이다. 또한 65~74세 연령군의 의치총필요자율은 69.9%이다. 이를 현재 의치를 장착하고 있는 사람을 제외한 나머지인 필요자율에 대해 보면 35~44세 연령군에서 3.2%인데 비해 65~74세 연령군에서는 40.0%이다.

이는 노인의 의치필요가 타연령군에 비해 높으나, 부담능력이 취약함으로 인해 의치를 장착하지 못하고 있음을 의미한다. 그러므로 의치에 대한 의료보험급여의 시행은 우선적으로 노인을 대상으로 해야 함을 알 수 있다. 우리나라의 노인복지법은 65세 이상을 노인으로 정의⁶⁾하고 있으며, 국민연금의 개시는 60세를 기준으로 하고 있다. 그러나 정부의 발표는 의치의 급여대상기준을 70세로 설정함으로서 논의의 여지가 남기고 있다.

의치필요자율에 대한 65세 연령과 70세 연령에 대한 분리된 연구는 없다. 단지 연령에 따른 의치필요자율의 증가에 따라 70세 이상 노인이 급여대상의 우선순위가 될 것이다. 그러나 65~69세 연령군의 의치필요자율 또한 상당히 높아, 이들에 대한 시행방안이 요구된다. 앞서의 연구에 의하면 65~74세 연령군의 의치필요자율 40%에 대해 70세 이상노인은 이보다 높은 비율을 가질 것이며, 65~69세 연령군은 이보다 낮은 비율을 가지게 될 것이다. 그러나 저소득노인의 낮은 의료이용⁷⁾을 감안한다면 65~69세 연령군 중 저소득노인의 의치필요자율은 70세 이상 노인 중 고소득노인의 의치필요자율에 비해 높을 것이다. 이에 의해 급여대상기준의 선정에 연령과 함께 소득에 따른 기준마련이 요구된다.

4) 김무길, 김종배, 「대도시인의 구강보건실태 및 상대 구강보건수요 조사연구」, 『대한구강보건학회지』, Vol.4, No.1, 1979, pp.34-35, 박종만, 김종배, 「소도시인의 구강보건실태 및 상대 구강보건 수요 조사연구」, 『대한구강보건학회지』, Vol.5, No.1, 1981, pp.23-25; 오상일, 김종배, 「비도시인의 구강보건실태 및 상대구강보건수요 조사연구」, 『대한구강보건학회지』, Vol.5, No.1, 1981, pp.88-89; 김종배 외, 『국민구강건강조사 보고서』, 국민구강연구소, 1991, pp.58-60, pp.156-159.

5) 의치총필요자율 = 의치장착자율 + 의치필요자율.

6) 노인복지법, 제1조 참조.

7) 최정수 외, 『한국인의 건강과 의료이용실태』, 한국보건사회연구원, 1995, p.192.

65~69세 연령군과 70세 이상 연령군의 부담능력을 비교하기 위해 한국노인의 월 평균 수입액을 살펴보면, 60세 이상 전체 노인의 월평균 수입액은 20만 9천원이고 20만원이하의 수입을 가진 노인은 연령의 증가에 따라 그 비율이 증가한다. 또한 도시 지역에 비해 농촌지역 노인의 월평균 수입액이 더욱 낮아, 65~69세 연령군에 비해 70세 이상 연령군 노인의 월평균 수입액이 낮음을 알 수 있다. 그러나 여기에서 '94년 기준으로 도시근로자가구 1인당 월평균소득(45만7천원) 이하인⁸⁾ 노인은 65-69세 연령군에서 75.5%이고, 70세 이상 연령군에서 90.9%이며, 100만원 이상의 월평균수입을 가진 노인은 65-69세 연령군에서 7.7%, 70-74세 연령군에서 6.1%이다. 이는 6.1%의 70세 이상 노인보다 65-69세 연령군의 저소득층 노인이 우선급여 적용대상임을 의미한다. 즉 연령과 소득에 의한 급여대상 기준은 65세 이상 노인에 대해 저소득 노인을 우선대상으로 선정할 수 있음을 보이고 있다.

2. 他國의 老人에 대한 歯科 醫療保險 施行時 紿與 年齡基準

국가마다 노인에 대한 소득보장이나 사회복지정책의 차이로 일률적인 비교의 어려움이 있으나, 치과의료보장을 위한 각국의 노력과 노인에 대한 특례조항, 그리고 각국의 기준은 우리의 모범이 될 수 있다. 많은 선진국가에서는 이미 오래 전부터 의치에 대한 급여를 시행함으로써 국민구강보건 향상에서 의치의 급여 필요성을 인지하고 있고, 특히 노인에 대해 차별적인 치과의료보험을 시행함으로써 부담능력이 취약한 노인에 대한 치과의료보장을 시행하고 있다.

의치에 대해 급여를 시행하는 대부분의 국가는 전국민을 대상으로 급여를 시행하고 있고, 일본⁹⁾이나 영국¹⁰⁾의 경우 전국민에 대한 급여시행시 노인에 대한 특례조항으로 부담을 경감시키는 방식을 사용하거나, 캐나다의 앨버타 州¹¹⁾의 경우처럼 65세

8) 복지부는 1996년 3월 노인에 대한 특단의 소득보장대책으로 무각출 노령복지연금을 입안하였고 그 기준으로 98년부터 65세 이상 노인 중 도시근로자 가구 1인당 월평균소득(94년 기준 45만이고, 7천 원)이하인 노인에게 월 11만 8천원씩 지급하는 계획이 있음.

9) 의료보험연합회, 「일본의 노인보건의료와 건강보험의 급여제도」, 1995, pp.33~38.

10) 의료보험관리공단, 「외국의 의료보장동향」, 1993.

11) Donald W. Lewis and G. W. Thompson., "Utilization in Alberta's Universal Dental Plan for

상 노인에 대한 치과의료보장을 시행하고 있다. 이들 국가는 노인의 정의를 65세로 두고 있고, 일본의 경우에서 70세를 기준으로 특례조항을 두고 있으나, 전국민이 의 치급여를 받고 있어 65~69세 연령군에 대한 제도적 장치를 가지고 있다할 수 있다.

결국 의치에 대해 의료보험을 시행하는 많은 국가들은 전국민에 대한 급여시행에 서 노인에 대한 부담경감 제도를 시행하고 있어, 우리나라의 의치급여 시행에서도 장 차 전국민에 대한 급여시행을 전제하면서 우선적으로 노인부터 실시하되, 그 연령기 준을 65세로 하며 부담경감을 실시하는 것이 쉬운 접근방법의 하나가 될 것이다.

<表 2-1> 他國의 義齒 紿與 年齡基準

국가별	급여대상 연령기준
일본	전국민, 70세 이상 노인에 대한 본인부담경감
캐나다앨버타州	64세 이상 노인과 저소득계층에 대해 시행, 의치사제도
네덜란드	전국민, 의치에 대한 급여(보철 비급여) 의치사제도
아이슬랜드	전국민, 의치에 대한 급여(보철 비급여)
독일	전국민.
핀란드	전국민
헝가리	전국민
영국	전국민, 노인에 대한 본인부담경감
스웨덴	전국민, 의치에 대해 본인부담 경감

자료 : 신승철, 「세계의 치과여행」, 군자출판사 1994

의료보험연합회, 「일본의 노인보건의료와 건강보험의 급여제도」, 1995

유덕현, 「각국 노인 의료보험제도 현황」

Donald W.Lewis and G.W.Thompson, "Utilization in Alberta's Universal Dental Plan for the Elderly", 1974-91. Journal of Public Health Dent., 52(5):259-63. 1992.

의료보험관리공단 「외국의 의료보장동향」, 1993.11.

3. 義齒壽命을 통해 決定되는 適用對象基準

의치의 급여적용 연령기준으로써 65세 연령과 70세 연령의 기대여명과 의치의 수

the Elderly, 1974-91". Journal of Public Health Dent. 52(5) 1992, pp.259-63. 1992.

명에 연관된 분석을 통해 사망으로 인한 의치 미사용연수를 밝혀 급여대상기준을 선정할 수 있다.

의치의 수명¹²⁾은 완전의치의 경우 7.7년, 부분의치의 경우 8.1년이고, 일본의 경우 보험급여 완전의치의 경우 5.3년, 사비군 완전의치의 경우 9.7년이라고 한다. 의치수명에 대해 우리나라 노인의 기대여명¹³⁾을 비교해 보면 다음과 같다.

<表 2-2> 韓國老人의 期待餘命과 義齒의 壽命

(단위:년)

연령군	60-64	65	66	67	68	69	70-74
남자	15.48	12.29	11.71	11.13	10.56	10.01	9.48
여자	20.12	16.12	15.37	14.62	13.88	13.16	12.46
완전의치 평균수명							7.7
부분의치 평균수명							8.1

자료 : 통계청, 「1991년 생명표」, 1993.11

김영구, 「치과보철물 평균수명에 관한 연구」, 「치의신보」, 1996.5.11.

70세 연령을 기준으로 급여를 시행할 경우 기대여명이 남성 9.48년, 여성 12.46년이므로 약 7~8년의 수명을 지난 완전의치와 부분의치를 생애 두번 제작해야만 한다는 결론이 된다. 이때 사망으로 인한 의치의 미사용연수는 완전의치를 필요로 하는 남자 노인에서 5.92년, 여성의 경우 2.94년이며, 부분의치에서 남성의 경우 6.72년, 여성의 경우 3.74년이 된다. 만약 65세 연령을 기준으로 급여를 시행할 경우에는 그들의 기대여명이 남성 12.29년, 여성 16.12년으로 완전의치에 대해 남성의 경우 두번의 제작이 요구되며, 여성의 경우 적어도 세번의 제작이 요구된다. 이때 사망으로 인한 미사용연수는 남성에서 3.11년, 여성에서 6.98년이다. 부분의치는 남성과 여성에서 모두 두번의 제작이 요구되며, 사망으로 인한 미사용연수가 남성은 3.91년 여성은 0.08년이다.

12) 김영구, 「치과보철물 평균수명에 관한 연구」, 「치의신보」, 1996.5.11.

13) 통계청, 「1991년 생명표」, 1993.11

<表 2-3> 義齒의 紿與 年齡基準과 義齒 未使用年數

(단위 : 회, 년)

연령별, 성별	완전의치		부분의치		
	재제작횟수	미사용년수	재제작횟수	미사용년수	
70세 기준	남성	1	5.92	1	6.72
	여성	1	2.94	1	3.74
65세 기준	남성	1	3.11	1	3.91
	여성	2	6.98	1	0.08
66세 기준	남성	1	3.69	1	4.49
	여성	1	0.03	1	0.83
67세 기준	남성	1	3.27	1	5.07
	여성	1	0.78	1	1.58

자료 : 통계청, 『1991년 생명표』, 1993. 11

김영구, 「치과보철물 평균구명에 관한 연구」, 『치의신보』, 1996. 5. 11

즉, 70세 연령기준과 65세 연령기준에 있어 차이는 여성의 완전의치 제작이 세번으로 증가하게 되어 소요재정이 커지게 되므로 이를 방지하기 위해 평균기대여명이 70세 보다는 길고 65세 보다는 짧은 66세나 67세를 보면 여성의 제작 횟수를 두번으로 줄일 수 있고, 미사용년수 또한 크게 감소됨을 알 수 있다. 물론 비용으로 환산할 경우 인구수의 차이에 따른 전체 비용의 증가가 있겠지만 의치의 미사용년수를 줄여 사업의 효과를 크게 할 수 있다는 측면에서 합리적 기준으로 제안될 수 있다.

III. 紿與範圍

의치에 대한 급여범위의 선정은 상실된 치아의 회복을 통한 구강건강의 향상과 보험재정의 안정화에 의해 결정된다. 의치급여의 범위를 결정하는 것으로써 의치의 필

요자율에 따른 급여범위의 선정과 타국의 사례, 의치의 특성으로서 계속관리의 포괄 필요를 다루고자 한다. 또한 급여에 있어 몇 가지의 제한조처를 둘으로써 적정한 의료비 지출을 위한 조건을 마련하고자 한다.

1. 義齒에 따른 必要者率

의치 혹은 틀니에는 크게 두가지 종류가 있다. 하나는 잔존치아가 하나도 없을 경우의 완전의치이고, 다른 하나는 부분의치로 몇 개의 치아가 잔존하고 있으나 이들 치아만으로는 충분한 저작을 할 수 없는 상태에서 요구되어지는 의치이다. 대한치과 의사협회의 연구¹⁴⁾에 의하면 60~69세 연령군의 11% 이하만이 상하악에 모두 완전의치를 필요로 하며, 전체 노인의 60%정도는 부분의치와 완전의치 또는 부분의치만을 요구하고 있다. 또한 각종 연구¹⁵⁾는 완전의치필요자율이 점차 감소하는데 반해 부분의치의 필요자율은 증가하고 있다.

완전의치에 대해서만 급여를 한정할 경우 치의학적 견지에서 부분의치만으로 저작력회복이 가능한 경우에도 비용장벽에 의해 건전한 잔존치아를 모두 발거하고 완전의치를 요구하게 될 노인이 생겨나게 될 것이다. 또한 완전의치만의 급여는 대합악에 부분의치를 장착하지 못함으로써 의치급여의 목적인 저작력 향상을 통한 구강건강증진에 부합하지 못하는 결과를 낳게 된다. 특히 의치 진료의 특징상 상악과 하악에 모두 의치를 필요로 할 경우 동시에 제작을 하는 것이 의치의 만족도를 높힐 수 있음으로, 완전의치만의 급여는 급여시행의 목적에 부합하지 못한다.

또한 부분의치까지 급여한다고 하더라도 부분의치 제작시의 의치 지대치에 대한 전장관(full crown)이나 금인레이(gold inlay)까지 보험급여화되지 않는다면, 의치의 실패율 증가에 따른 재제작의 증가로 인한 보험재정의 어려움을 받게 될 것이다. 임상적 연구¹⁶⁾는 지대치의 치아우식증과 관련된 의치 사용중지가 금속 의치상의 경우

14) 「한국인 치과질환 실태조사보고」, 대한치과의사협회 1983, pp.59-62, p.153.

15) 김종배, 「한국노인의 구강보건실태 조사연구」, 『대한치과의사협회지』, Vol.15, No.4, 1977, pp.289-296; 김무길(1979), 박종만(1981), 오상일(1981), 김종배(1977) 참조.

16) 雨森洋 외, 「국부상 의치의 예후에 관한 임상적 연구(Ⅱ)」, 『일본보철학회지』, 1968.

에 22%를 차지하고, Resin 의치상의 경우 26%를 차지하므로 제작된 의치의 수명에 많은 영향을 미침을 보고하고 있다. 지대치의 우식을 방지하고, 지대치의 수명을 연장함으로써 의치의 수명을 연장할 수 있는 지대치의 보철에 대한 급여는 치의학적 기초와 급여시의 재정적 측면에서 필수적인 전제조건이라 할 것이다.

2. 外國의 歯科醫療서비스 紿與項目

치과의료보험 급여범위에 대한 자료 접근의 한계로 인해서 외국의 치과보철에 대한 전체적인 현황을 파악하기는 어려웠다. 단지 아이슬랜드, 네델란드, 일본, 독일, 캐나다의 몇 개 주(州)와 영국, 핀란드, 헝가리 등의 공적보험에서 치과보철을 급여하고 있다. 급여를 시행하는 모든 나라는 의치를 급여범위에 포함하고 있으며, 이에 완전의치와 부분의치를 포함하고 있다.

아이슬랜드와 네델란드의 경우에 특징적으로 의치에 대한 급여를 시행하면서 금관과 계속가공의치는 비급여항목이다. 단, 네델란드의 경우 19세 미만의 아동 및 청소년에 대해서는 금관 및 계속가공의치까지도 본인부담없이 급여를 받을 수 있다. 또한 덴마크의 경우 예방진료와 교정치료를 포함하는 급여범위를 가지고 있음에도 불구하고 보철 진료에 대해 급여 제한을 두고 있다. 일본¹⁷⁾의 경우 전국민에 대한 치과보철 급여를 시행하고 있는 나라도 노인에 대해서는 본인부담금을 경감시켜주는 방식으로 운영된다. 그들의 치과보철 급여의 범위는 고정성 보철물에서 부분의치, 총의치를 포함하는 급여를 시행하고 있다. 단 재료에 대한 제한규정을 두고 있으며, 이 경우에도 급여범위에 포함되지 않은 재료에 대해서는 차액을 부담하는 방식으로 급여를 시행한다. 독일의 경우 치관과 치아보철급여를 포함한 치과진료를 급여범위에 포함하고 있다.¹⁸⁾ 캐나다의 세스캐츠와 앨버타의 경우는 주정부에 의해 시행되는 공적치과의료 보장으로 65세 이상 노인에 대한 기본치과진료가 급여되며, 특히 앨버타주¹⁹⁾의 경우에는 기본치과진료와 함께 치과보철진료까지 포함하며, 그 범위는 완전의치와 부분의

17) 「일본의 노인보건의료와 건강보험의 급여제도」, 의료보험연합회 pp.137-138 참조.

18) 의료보험연합회, 「통일독일 및 일본의 의료보험제도의 주요동향」, 1993.

19) Donald. W et al.(1992), 위의 논문 참조.

치, 고정성 보철물까지 급여를 시행하고 있다. 이처럼 의치에 대한 급여를 시행하고 있는 나라의 대부분은 금관과 고정성 보철물에 대한 급여까지도 포함하고 있음을 알 수 있다.

3. 義齒 裝着 후 繼續管理의 紿與包括

의치장착후의 계속관리²⁰⁾란 장착후 적응까지의 6~8주간과 인체의 변화에 따른 정기적 검진으로 급여범위는 장착후 6개월까지와 이후의 매년 정기검진, 조직의 변화에 의해 의치의 부적합이 일어날 경우 의치상 개조(relining)와 의치상 전부개조(rebasing), 파절에 의한 수리(repair)문제를 포함하는 것이다. 일본²¹⁾의 경우 급여범위에 계속관리를 위한 조항으로 노인 신체의치 조정지도료, 노인 유상의치 조정료, 노인 유상의치 장기조정지도료 등의 항목에 대한 급여를 실시하고 있다.

4. 義齒給與時의 紿與制限事項

의치의 급여시에 사용될 수 있는 급여제한사항에는 의치제작시 사용될 수 있는 재료의 제한과 제작횟수의 제한, 수리와 관련된 횟수제한, 계속관리를 위한 인센티브의 실시나 제재조치 등을 들 수 있다.

의치는 여러가지 재료를 사용하여 제작할 수 있다. 재료가 좋으면 의치사용에 있어 마모에 따른 유지와 지지의 상실이 적고, 의치의 수명이 길어 의치에 대한 환자의 만족도도 증가한다. 그러나 보험급여의 원칙은 최저한도에 의하므로 이에 우선적으로 산재보험에서 급여되고 있는 재료에 한정하여 급여를 시행할 수 있다. 그러나 보험재정의 안정화 이후에는 일본²²⁾에서 사용되는 방식으로 비급여재료에 대한 차액보조방

20) Alfred H. Geering, Martin Kudert and Charles C. Kelsey, 『총의치 및 치근지지 의치보철, Color Atlas of Dental Medicine』, 국제치의학 출판사, 1993, pp. 215-217.

21) 『치과진료보수점수표』, 日本, 1994.

22) 『치과진료보수점수표』, 日本, 1994.

식을 고려해 볼 만하다. 한편, 구강상태가 급여적용 재료로 제작할 수 없는 경우 특수조항을 두어 적정한 질의 유지를 보장할 수 있어야 할 것이다.

의치제작횟수의 제한은 캐나다의 앨버타주²³⁾에서 사용하고 있는 방식으로 재제작은 5년에 1회에 한하고, 수리와 관련된 의치상 개조(relining), 의치상 전부개조(rebasing)는 2년에 1회로 제한하고 있다. 일본의 경우 6개월 이내에는 재제작이 원칙적으로 금지되어 있고, 재제작을 막기 위해 치과의사는 환자에 대해 의치의 저작만족이 자연치에 비해 낮음을 계속 교육시키고 있다. 또한 2년간의 의치계속관리에 따른 수가가 2년내의 재제작에 드는 보험수가에 비해 높아 재제작을 막고 잔존치아의 계속관리를 통한 구강건강향상책을 사용하고 있다. 독일²⁴⁾의 경우는 6개월에 한번씩의 치과 정기검진을 유도하기 위해 치과를 정기적으로 방문한 사람에 대해 본인부담을 10% 인하하는 방식을 사용하고 있어, 이를 우리나라에도 적용할 수 있겠다.

IV. 本人一部負擔金

노인에 대한 의치의 의료보험 적용은 그들의 부담능력이 취약하기 때문에 본인부담률의 적정선을 어디로 할 것인가에 대한 논의를 필요로 한다.

1. 義齒에 대한 本人負擔率

의치의 경우 환자의 적용노력이 술식의 일부로 간주될 만큼 불만족도²⁵⁾가 높은 진

23) Donald W. Lewis, Gorden W. Thompson and Andrew Folkins., "Denture replacement during a 14-year period in Alberta's univeral dental plan for the elderly" The Journal of Prosthetic Dentistry. 1992, 74(3), pp.264-269.

24) 의료보험연합회, 「독일 연방공화국 업무연수 결과보고」, 1995

25) 완전의치에 대한 만족도에서 두드러진 특징으로 완전의치 장착자의 20-30%가 자신의 완전의치에 대해 불만을 나타냈으며, 의치의 질이 양호할수록 오히려 환자는 더욱 불만을 나타낸다고 함.

김형우, 「총의치 환자의 만족도에 관한 연구」 서울대학교 치과대학 석사학위논문, 1994.

료로 본인일부부담이 없을 시 도덕적 위험의 발생가능성이 더욱 크다. 그러면 도덕적 위험을 방지하면서 노인의 부담능력을 초과하지 않는 적정율은 어디인가? 현행 의치의 관행수가²⁶⁾는 약 58만원 정도로 이를 의료보험수가로 인정한다고 할 때 의치 한 악당(頸當) 본인부담수준은 최소 약 17만원이며, 양악(兩頸) 의치필요자의 경우 34만 원의 본인부담을 가지게 된다. 이는 한국의 70세 이상 노인 중 67.5%가 20만원 미만의 월평균 수입²⁷⁾을 가지는 것에 대해 과중한 부담이 될 수 밖에 없다. 특히 노인의 수입원에서 볼 때 자식의존이 큰 우리나라의 경우 의치에 대한 본인부담률 경감조처의 필요성이 있다.

2. 外國의 齒科醫療서비스에 대한 本人負擔率水準

한국의료보험의 본인부담수준은 정액과 정률, 비급여항목 등에 의해 30%가 아니라 56.8%²⁸⁾로 밝혀져 있다.

일본은 노인에 대한 독립적 의료보장체계를 갖추고 있는 나라이다. 1983년 제도실시 당해 노인의료비 무료화제도는 본인부담금이 지나치게 낮아서 젊은 세대와의 부담의 불공평이 존재하는 문제를 시정하기 위해 1987년 이후로 일부부담으로의 개정을 단행하여 1991년 외래 월 800엔, 1992년 월 900엔, 1993년 월 1000엔, 1995년 이후 소비자물가의 변동율에 따라 일부부담금액을 개정하는 연동제가 도입되었다. 이 금액은 1990년의 65세 이상 세대당 월평균수입 37만 8,800엔에 비하면 적은 수준이다. 저소득자의 본인부담률은 300엔으로 고정되어 낮은 소득에 대해 적정한 금액을 부여하고 있다. 특히 의치나 치과보철치료등의 급여항목은 성인에서도 동일하게 적용되며 그들의 본인부담률은 10%(건강보험피보험자)~30%이다.

독일²⁹⁾의 경우 노인에 대한 특별조치는 없고 일반성인과 동일하게 의치서비스에

26) 대한치과의사협회『보철료조사』, 1996, p1.

27) 이가옥 외, 「노인생활 실태 분석 및 정책과제」, 한국보건사회연구원 1994, pp.89-90.

70세 이상 연령군에 대해 환산함.

28) 명재일, 「국민의료비의 동향과 구조 : 1985-1991」, 한국보건의료관리연구원, 1994.

29) 「외국의 의료보장동향」, 의료보험관리공단, 1993, pp.46-47.

대한 본인부담률은 50%이다. 그러나 독일 노인의 소득은 연금에 의해 대부분이 보장 됨으로써³⁰⁾ 한국노인의 그것에 비할 바가 아니다. 저소득근로자는 본인부담금이 없이 치아보철급여를 받는다.

캐나다 앨버타주³¹⁾의 경우 노인에 대한 특별한 주정부 차원의 의료보장이 있고, 본인부담금은 시행초기인 1974년에는 5-10%였다. 그러나 치과관행수가의 상승과 기금의 재정곤란 등의 이유로 1990년 치과의사는 관행수가의 50%(1990년)만 기금으로 부터 보상받고, 나머지(extra-billing)는 노인환자가 부담한다. 그러나 의치사에 의한 의치서비스 제공시 환자의 부담은 없고, 많은 노인은 의치사를 이용하고 있다.

핀란드³²⁾는 치과진료가 18세 까지는 무료이고, 성인의 경우 50%의 본인부담을 가지고 예방진료와 구강검진에 대해서는 20%의 본인부담을 가지고 있다. 특히 의치사 제도가 있어 낮은 비용으로 의치를 제작할 수 있다.

영국³³⁾의 경우 일반성인에 대해서는 1988년 개정에 따라 150파운드 상한(이하는 무료)에 75%의 정률 환자부담이 있고, 1989년에는 치과검진에 대해 3.15파운드의 정액일부부담이 도입되었다. 단 본인부담을 노인(65세 이상 남성과 60세 이상 여성)과 18세 미만의 아동, 임산부와 12개월 이내 출산부에 대해 면제하므로 노인의 치과의료필요를 충족시키고 있다.

스웨덴³⁴⁾은 노인에 대해 특정한 제도를 가지고 있는 것은 아니며, 성인에 대해 동일한 본인부담을 두고 있다. 기본치과진료는 50%, 그 외 고액진료는 금액에 따라 3000크로네 이하이면 60%, 3000-7000 크로네에서는 50%, 7000크로네 이상은 25%를 환자가 부담하나, 예방진료와 의치에 대해서는 25%의 본인부담률로 경감하여 노인의 의치필요의 중요성을 제도적으로 보장해주고 있다.

네덜란드는 타 보철에 대한 비급여에 반해 의치에 대해서는 급여를 시행하고 일정부담을 갖는다.

일본과 영국에서는 급여시 본인부담률이 낮거나 없고, 급여를 실시하고 있는 대부

30) 「복지국가의 현재와 미래」, 「사회복지 국제학술회의 자료집」, 한국사회복지학회, 1992, p.416.

31) Donald. W et al. (1992) 위의 논문 참조

32) 신승철,『세계의 치과여행』, 군자출판사, 1994, pp.224-225.

33) 「외국의 의료보장동향」 참조.

34) 「외국의 의료보장동향」 참조.

분의 나라에서는 25~50% 정도의 본인부담률을 가진다. 본인부담이 높은 캐나다, 페랜드, 네덜란드의 경우 의치사 제도를 두어 의치의 공급이 가능하다. 일본과 영국의 공통성은 이들 나라가 노인에 대해 본인부담률을 낮추어 적용하고 그 수준도 그들에게 부담이 되지 않는 범위로 정하고 있다. 이는 실제 그들의 의료비 지출에 대해 국가적 지원을 하겠다는 의지의 표현이 된다.

외국에서는 노인의 소득과 관련하여 의치 부담능력에 합당한 본인부담률을 마련하고 있을 알 수 있다.

3. 老人에 대한 本人負擔 輕減措處에 대한 諸 論議

노인의 본인부담 경감에 대해 이미 여러 논자가 주장을 평고 있다.

이를 정리해 보면 첫째, 노인들의 부담능력에 비해 부담률이 과다하므로 이를 개선하기 위해 본인부담률을 낮추거나, 노인들을 의료보험에서 분리시켜 국가재정으로 의료비를 부담하는 방법, 그리고 보험료와 조세의 복합적 재정으로 부담하는 방법을 제안³⁵⁾하였다. 둘째, 노인의 높은 만성퇴행성 질환 이환율 때문에 타연령층에 비하여 의료수요가 높은 반면 소득기반이 취약하여 특별한 의료보장과 별도의 의료비 경감 대책이 요구된다.³⁶⁾셋째, 노령연금생활자에 대한 특별배려가 필요하다. 보건복지부는 국민연금이 전국민으로 확대되는 '98년부터 65세 이상 노인 중 도시근로자 가구 1인당 월평균소득('94년 기준 45만 7천원)이하인 노인에게 월 11만 8천원씩 지급하는 저소득노인에 대한 노령연금제도를 계획³⁷⁾하고 있다. 그러므로 노인의 의료보험적용에 있어서도 본인부담금의 경감조치의 필요성을 알 수 있다.

그러면 본인부담률을 경감한다고 할 때 전체 노인에 대한 본인부담률 20%로의 경감조치와 일부 저소득 노인에 대한 20% 본인부담률을 생각해 볼 수 있다. 일부 저소득 노인에 대한 경감조치 기준으로서 월평균 수입 20만원 미만 노인과 월평균 수입

35) 이규식, 「노령화와 의료보장; 공적, 사적 영역과의 역할분담을 중심으로」, 『사회보장연구』, 제9권, 1993, pp.91-92.

36) 「고령화 사회를 향한 노인복지의 실천과제」, 한국보건사회연구원, 1995, p.13.

37) 「한겨레 신문」, 1996.9.26.

50만원 미만 노인의 비율은 70세 이상 노인에서 각각 57.3%(의료보호 제외)와 80.7%이다.

<表 4-1> 月評均 收入基準에 따른 老人の 比率

(단위:%)

저소득층기준	70세 이상	65-69세
의료보호	10.2	5.5
20만원 미만	57.3	32.8
20-50만원미만	23.4	37.2
50만원 이상	9.1	25.5
계	100.0	100.0

자료 : 이가옥 외, 『노인생활실태 분석 및 정책과제』 한국보건사회연구원 1994

만약 전체 노인에 대한 일률적인 경감조치의 어려움이 있다면 의료보호제도에서 2종에 대해 사용되었던 진료비 대불제도³⁸⁾를 사용할 수 있을 것이다. 이 경우에는 일정의 기간에 진료비를 대불하여 노인의 의치에 대한 필요를 충족시키면서 진료비에 대한 일시불의 부담을 덜 수 있을 것이다. 그 다음으로는 50만원이상 진료비에 대해 본인부담금 보상금제도를 시행해 볼 수도 있을 것이다. 이는 현재 몇 개의 직장조합에서 사용하는 방법으로 특히 상악과 하악에 의치의 필요를 가지는 노인의 과중한 부담을 덜 수 있다.

V. 供給體系

노인에 대한 의치의 보험급여화를 위한 자원의 개발과 조직화를 위해 어디에서 이를

38) 일정금액 이상은 정부에서 대불해 주어 무이자로 1년에서 3년에 걸쳐 분할상환토록 하여 부담을 덜어주는 제도임.

제공하고 담당할 것인가를 결정해야 한다. 노인들은 보건(지)소 치과진료실을 많이 이용하는데 이는 진료수가가 저렴하기 때문일 것이다. 그러나 공공부문은 공중보건 치과 의사의 잣은 이동 등으로 인하여 민간부문보다 진료의 계속성이 낮은 편이다. 그러므로 민간치과병·의원과 보건(지)소 치과진료실에서의 통합적 공급을 생각해 볼 수 있다.

공급체계에 대한 합리적 기준을 마련하기 위해서는 연도별 민간치과병·의원과 보건(지)소 치과진료실의 증가추이를 파악하고, 이들의 지역적 분포를 고찰할 필요가 있다. 특히 본고에서는 노인복지차원에서 보건(지)소 치과진료실 단독의 의치공급체계를 구축하는 것에 대한 현상태에서의 문제점을 지적하여 대안마련의 기준으로 삼고자 한다.

1. 年度別 民間齒科醫療서비스와 公共齒科醫療서비스의 推移

우리나라는 공공부문이 취약한 의료공급체계를 가지고 있다.³⁹⁾ 이는 치과의료 공급 체계에서도 마찬가지이다. 우리나라 전체 민간 치과병·의원 7,726개소에 대해 공공 치과의료기관이라 볼 수 있는 보건(지)소 치과진료실은 1994년 현재 단 1,104개소에 불과하다. 여기에서 활동중인 치과의사의 수는 더욱 큰 차이를 보여 민간치과병·의원에 9,239명의 치과의사가 근무하는 반면 보건(지)소에는 1,104명만이 근무하고 있다. 결국 한국 치과의료제도에 있어 공공의 비율은 기관별에 있어 12.5%, 활동 치과의사 비율로 10.7%이다.

지난 20년간 인구증가는 둔화했음에도 치과 의료기관과 치과의사의 증가는 급격히 이루어졌는데 이러한 경향은 1989년 전국민 의료보험의 시행 이후에 더욱 뚜렷해졌다. 즉, 1985년의 치과병·의원의 수 2,998개소에 대해 1990년도 5,292개소로의 증가를 가져왔다. 이는 1985년을 기준으로 이전 10년과 이후 10년의 치과병·의원의 증가율이 1.86배에서 2.58배의 증가를 보이는 데에서 명확히 드러난다. 이 시기 치과의사수의 증가는 '85년을 기준으로 급격히 증가하기 시작하여, 이전 10년과 이후 8년간 치과의사수 증가율은 2.1배 대비 2.3배의 증가를 보인다.

39) 문옥류, 「한국사회와 의료보장 정책」, 명경출판사, 1994, pp.56-64.

<表 5-1> 年度別 歯科醫療機關과 歯科醫師數의 增加推移

(단위 : 개소, 명)

연도별	계	치과병·의원		치과 의사수
		병원	의원	
1975	1,614	3	1,611	2,595
1980	2,027	3	2,025	3,620
1985	2,998	4	2,994	5,436
1990	5,292	6	5,286	9,619
1991	5,957	6	5,952	10,137
1992	6,639	7	6,632	11,285
1993	7,276	7	7,269	12,180
1994	7,726	8	7,718	12,939

자료 : 보건복지부 「보건복지 통계연보」 제 41호, 1995년, pp.110-111.

그러나 보건(지)소의 경우 1992년을 고비로 하여 절대수의 감소와 함께 치과의사수급의 어려움으로 인하여 보건(지)소내 치과진료실이 운영되는 곳은 더욱 적어지고 있는데 1994년 현재 전국 보건(지)소의 수는 총 1,572개소로 269개소의 보건소와 1303개소의 보건지소 중 치과의사가 배치되어 있는 보건(지)소는 1104개소(56%)에 불과하다.

이를 구체적으로 보면 보건소가 151개소(56%)이고 보건지소는 953개소(43%)로 보건지소의 충원율이 더욱 낮다. 이러한 현상은 다음의 세가지 이유에 연유하고 있다. 첫째, 공중보건의를 할 수 있는 남자 치과의사 인력의 계속적 감소(치과의사 면허소

<表 5-2> 保健所와 保健支所의 年度別 推移

(단위 : 개소)

연도별	보건소	보건지소
1985	225	1,303
1990	260	1,318
1991	267	1,329
1992	269	1,331
1993	269	1,324
1994	269	1,303

자료 : 보건복지부, 「보건복지 통계연보」, 제41호, 1995, pp. 136-138.

지자 중 여성의 비율 증가추세)와 둘째, 치과 수련과정에 남는 남자 치과의사의 비중이 커졌다는 점 세째, 예산부족으로 인하여 관리의사채용의 어려움 등이 복합적으로 관련되어 있다.

<表 5-3> 保健所 歯科醫療人力의 年度別 推移

(단위:명)

연도별	계 치과의사	보건소			보건지소	
		관리의사	공중보건의	치과위생사	치과의사	치과위생사
1985	475	14	384	-	77	-
1990	1,367	35	144	172	1,188	1,174
1991	1,097	38	98	180	961	1,151
1992	1,188	50	99	195	1,039	1,149
1993	1,123	49	102	211	972	1,123
1994	1,104	54	97	256	953	1,080

자료 : 보건복지부 『보건복지 통계연보』 제41호, 1995, pp.136~138.

민간 치과병·의원의 계속적인 증가와 활동 치과의사수의 절대수 증가에도 불구하고, 당분간 보건(지)소의 치과의사충원의 어려움과 계속적인 감소추세로 인해 보건(지)소 치과진료실만의 의치서비스 공급은 어려움이 따르게 될 것이다.

2. 地域別 民間齒科醫療서비스와 公共齒科醫療서비스의 比較

양질의 의료라는 측면에서 치과의료이용의 접근성을 보장해야 한다. 지역적 접근성으로는 30분 이내와 그 이상에 있어 이용도의 유의한 차이⁴⁰⁾가 있다. 그러므로, 노인에 대한 의치 보험급여화에 있어 지리적 접근성을 높혀야 한다. 이에 민간치과의료기관과 보건(지)소 치과진료실의 지역별 분포현황을 살펴봄으로써 노인의 치과의료이용도를 높힐 수 있는 방안을 마련해야 할 것이다.

40) 김진범, 김종배, 「비도시지역 주민의 구강보건진료기관 접근시간별 일차구강진료소비도에 관한 조사연구」, 「대한구강보건학회지」, Vol.8, No.1, 1984, pp.83-95.

한국노인의 지역별 분포현황은 65세 이상 노인에서 도시거주가 53.6%이고, 70세 이상에서는 52.5%가 도시에 거주⁴¹⁾한다. 전체 국민의 74.4%가 도시에 거주하는 것에 비해 노인의 군지역거주가 많음을 알 수 있다. 이에 대해 민간치과병·의원은 자유방임하의 의료제도하에서 치과의료이용이 좀더 높은 도시지역에 91%가 편중하여 분포하며, 치과의사는 92%가 도시지역에서 진료하고 있다.

군지역거주 노인의 47%는 전체 민간치과병·의원의 8%에 대해서만 접근할 수 있

<表 5-4> 齒科醫療機關의 地域別 分布現況

(단위 : 개소, %)

지역별	계	치과 병·의원	
		치과병원	치과의원
계	7726(100.0)	8	7,718
시	7027(91.0)	8	7,019
군	699(9.0)	-	699

자료 : 보건복지부, 『보건복지 통계연보』, 41호, 1995, pp. 114-115.

<表 5-5> 醫療機關別¹⁾ 齒科醫師 分布現況

(단위 : 명)

지역 별	계	치과		병원이나 의원소재 치과					
		병원	의원	종합병원	일반병원	정신병원	일반의원	부속의원	
계	9,239(100.0)	429	7,856	869	32	12	8	32	
시	8,506(92.0)	429	7,153	852	25	8	8	31	
군	733(8.0)	-	703	17	7	4	-	1	

주 : 1) 행정의료법상 보건소는 의료기관이 아니므로 보건기관(보건소)의 조사자는 포함되지 않은 현황
임, 나병원(군소재)에 1인 근무

자료 : 보건복지부 『보건복지 통계연보』, 41호, 1995년, pp. 122-129.

41) 통계청, 『1990년 인구 주택 총조사 보고서 결과』, Vol.8, pp. 30-33.

어 이들의 치과의료접근성이 낮음을 알 수 있다. 이러한 군지역의 치과의원과 치과의사의 부족을 해결하는 방안으로 보건(지)소내 치과진료실이 만들어졌고 공중보건의가 배치되어 접근성의 향상을 기하고 있다. 보건소의 경우 관리의사와 공중보건치과의사에 의해 충원되어지고, 보건지소의 경우 공중보건치과의사에 의해서만 충원되어지며, 6대 도시의 경우 관리의사에 의해서만 충원되어 있다. 그럼에도 6대도시 보건소에 치과의사 충원율이 56개 보건소 중 32개소(57%)인데 비해 도단위의 충원율은 관리의사 22명과 공중보건의사 97명으로 총213개 보건소 중 119개소(55.9%)만이 치과의사가 배치되어 있다. 현 단계에서 보건(지)소 치과진료실의 분포를 정확히 알 수는 없으나 보건지소에 배치된 공보의가 모두 군지역에 배치되어 있다하더라도 군지역의 치과의료기관(민간치과병·의원과 보건(지)소 치과진료실 포함)의 분포는 15%를 넘어서지 못하기 때문에 군지역에 47%나 거주하는 노인의 치과의료이용에 기여함이 적을 수밖에 없다.

<表 5-6> 保健(支)所의 地域別 分布現況

(단위 : 개소)

	계	보건소	보건지소
계	1,555	256	1,299
시	551	150	401
군	908	106	898

자료 : 보건복지부, 「보건소, 보건지소 건물현황」, 1995.10.

따라서 일차적으로 보건(지)소 치과진료실을 활용하면서, 추가적으로 민간치과병·의원을 중심으로 의치서비스가 공급되어야 할 것임을 알 수 있다.

3. 保健(支)所 歯科診療室의 義齒서비스 提供의 問題點

노인에 대한 복지적 관점에서 보건소를 중심으로 하는 의치공급의 문제점을 고려

하여 이를 보완할 조치와 선행과제를 검토하고자 한다. 한 사회속에서 국민모두에게 적정한 보건의료서비스를 제공할 수 있도록 하기 위한 의료자원의 적정한 배치는 적정 보건의료의 구성요건을 조화롭게 용해한 체계내에서만 이루어질수 있다.⁴²⁾ 이때 적정의료란 공간 접근성이란 조건, 양질의 조건, 계속성의 조건 및 효율성의 조건을 들 수 있다.

① 接近의 容易性 要件

접근성을 보장하기 위해서는 앞서 언급한 바와 같이 민간 치과의원과 보건(지)소 치과를 총동원할 필요가 있다. 일차의료에서 접근성을 보장하는 것은 응급치료 뿐만 아니라 비용절감, 시간절감의 차원에서 필수적이다.

② 良質의 要件

양질의 조건이란 의료제공자가 의료에 관한 지식과 기술에 정통할 만큼 전문성을 갖추어야 한다는 의미와 함께 환자의 수용성, 질적 적정성을 의미한다.

여기에서 문제가 되는 것은 첫째, 보건소나 보건지소에 배치된 공중보건 치과의사의 실력이 완전의치나 부분의치를 수행해 낼 수 있을 정도로 숙련되어 있는지 하는 점이다. 특히 완전의치의 경우 난이도에 있어 가장 높은 가중치를 가지는 진료항목⁴³⁾으로서 이를 치과의사 면허 1-3년 정도의 공중보건 치과의사에게만 제한하여 의치공급을 하게 될 경우 해결하기 어려운 case에서 환자의뢰체계가 없음으로 인하여 문제가 발생할 소지가 크다. 즉, 의치를 장착하기에 구강상태가 열악하여 공보의 수준에서 해결할 수 없는 경우 이를 환자는 어디에서도 급여를 받을 수 없다는 문제가 생기게 될 것이다.

둘째, 환자의 수용성에 있어 완전의치의 환자만족도가 아주 낮다는 점이다. 보건

42) 문옥류, 「한국의료보험론」, 신광출판사 1997, pp.483-485.

43) 문혁수, 「구강진료의 상대진료비 지수에 관한 연구」, 「대한구강보건학회지」, Vol.13, No.1, 1989, pp.47-49.

(지)소의 짊은 공중보건 치과의사만으로는 완전의치의 환자만족도를 높히는데 어려움이 있기 때문에 노인의 치과진료를 많이 담당하는 경험있는 숙련된 치과의사에 의한 의치공급의 필요성이 제기된다.⁴⁴⁾

세째, 의치 제작에 필요한 기공소가 보건지소가 위치한 곳에 인접해 있지 않아 전달에 어려움이 있고, 이송에 따른 교통비의 문제가 발생한다. 의치의 제작 특성에 의해 치과의사가 진료실에서 의치에 대한 환자진료를 시행한 후 이를 기공소에서 제작하게 된다. 이 과정에서 현재 보건지소가 위치하고 있는 지역에 치과기공소의 부재로 인하여 이를 이송하고 운반해야 할 필요가 있고 이를 위한 재원이 요구된다. 기공소의 지역적 분포현황은 전체 928개의 기공소 중 6대 도시에 649개, 시지역에 213개 군 지역에 60개소가 있어 시지역 편중이 93.5%에 이르며 이는 보건지소가 위치한 지역에 기공소의 부족을 나타내준다.⁴⁵⁾

③ 繼續性의 要件

계속성의 조건이란 넓게는 후송체계의 문제로서 지역사회내의 보건의료서비스 간에 협조적이고 상호의존적인 관계가 유지되어야 함을 뜻한다. 공중보건의사가 진료하기 어려운 완전의치 환자에 대한 후송체계의 확립은 진료의 계속성 확보에 필수적이다. 이는 협의로 볼때 개인 환자의 진료의 계속성에서 출발한다. 의치는 장착후 6개월과 이후 1년에 한 번씩의 정기적인 점검이 필요하며, 이에 대해 계속적으로 진료를 담당할 치과의사의 필요가 있다. 그러나 공중보건 치과의사의 현 상황은 적게는 1년에 한번씩 길게는 3년에 한번씩 바뀌게 되어 진료가 단절될 가능성이 크다. 특히 공중보건 치과의사의 감소에 의한 보건지소 치과실의 폐쇄는 진료의 단절을 가져올 수 밖에 없는 상황이다.

44) "Social Sciences and Dentistry:A Critical Bibliography. Vol. II," chapter 5, pp.267-322, Queenteusence, 1984.

45) 대한 치과기공사협회, 「대한 치과기공사 협회 30년사」, 1994, pp.189-386.

VI. 結 論

노인의치의 의료보험 급여기준으로 제기된 급여적용대상, 급여범위, 본인부담률, 공급체계에 대한 고찰을 통해 다음과 같은 추론을 내릴 수 있다.

급여적용대상은 의료필요도와 인구집단계층, 지역에 의해 결정된다고 할 때 우선적인 의료요구를 가진 노인에 대해 의치를 의료보험 적용함은 당연한 일이다. 그러나 70세를 기준으로 급여시행을 함은 노인복지법의 기준에도 어긋나고, 유사한 의료요구를 가지고 낮은 부담능력의 65세 이상에서 70세 미만 노인에 대한 치과의료보장을 요원하게 만든다. 치과의료보험에 의치를 급여하고 있는 대다수의 선진국가에서 65세를 기준으로 하고 있고, 70세를 기준으로 하는 일본의 경우에서도 65~69세 노인은 타 공보험을 통한 급여기회가 제공되고 있다. 우리나라에서도 의치의 의료보험의 적용대상의 기준을 65세로 낮추는 것이 합리적이다. 의치의 수명과 관련된 급여적용대상의 기준도 66세가 가장 사업의 효과를 가진다 할 때 70세 기준에 대한 재검토가 요구된다 할 것이다.

연도별 의치필요자율을 통해 급여범위는 틀니로 완전의치와 부분의치를 포괄해야만 노인의 구강상태향상에 도움이 됨을 보였다. 부분의치의 장착시 요구되는 crown에 대한 급여포괄도 시술의 연속적 과정이란 측면에서 함께 고려되어야 할 것이다. 의치에 대해 급여를 시행하는 선진국가는 완전의치와 부분의치, 지대치금관에 대한 급여를 포괄하고 있다. 계속관리에 대한 급여는 의료보험재정의 장기적인 안정화에도 도움을 줄 것이므로 포괄적으로 제공할 필요가 있다. 단, 의료보험재정의 안정화와 의료비 낭비요인을 방지하기 위한 조처로서 급여제한조항을 둘 수 있을 것이다.

본인일부부담의 과중함을 노인의 경제적 상태와 의치의 높은 수가를 통해 고찰하고 의치급여가 노인의 불량한 구강상태를 개선하기 위한 목적을 달성하기 위하여 본인부담률을 20%로 경감해야 할 것이다. 만약 필요하다면 저소득층 노인에 대한 우선적인 본인부담경감조치를 실시해야 한다.

본 연구는 공급체계의 합리적 기준으로 의치제공의 계속성과 양질의 조건, 접근의

용이성을 위하여 민간치과병·의원과 보건(지)소 치과진료실에서의 통합적 공급을 제안한다. 이를 통해 현재 감소하고 있는 보건(지)소 치과진료실의 수적 열세와 도시지역에 편중되어 분포하는 민간치과병·의원의 지역적 접근성의 문제를 해결할 수 있다.

연구의 향후 과제는 의치의 의료보험 급여적용을 위한 소요재정을 추계하는 일이다. 이를 위한 급여기준과 공급체계의 결정은 소요재정에 의해 크게 영향을 받을 수 있다. 그러므로 보험재정의 안정화와 노인의 구강보건향상을 위한 적정한 기준의 책정이 소요재정의 추계과정을 통해 재검토되어야 할 것이다.

參考文獻

- 김무길, 김종배, 「대도시인의 구강보건실태 및 상대구강보건 의료수요 조사연구」, 『대한구강보건학회지』 Vol.4, No.1, 1979.
- 김수춘 외, 『노인복지의 현황과 정책과제』, 한국보건사회연구원 1995.
- 김영구, 「치과보철물 평균수명에 관한 연구」, 치의신보 1996.
- 김종배, 「한국노인의 구강보건실태 조사연구」, 『대한치과의사협회지』 Vol.15, No.4, 1977.
- _____, 『국민구강건강조사보고서』, 국민구강연구소. 1991.
- _____, 최유진 공저, 『공중구강보건학』, 제 4판, 고문사. 1995.
- 김진범, 김종배, 「비도시지역 주민의 구강보건진료기관 접근시간별 일차구강진료소비 도에 관한 조사연구」, 『대한구강보건학회지』, Vol.8, No.1, 1984.
- 김형우, 『총의치 환자의 만족도에 관한 연구』, 서울대학교 치과대학 대학원, 석사학위논문 1994.
- 대한 치과기공사협회, 『대한 치과기공사 협회 30년사』, 1994.
- 의료보험연합회, 『'95 독일 연방공화국 업무연수 결과보고』, 1995.
- 명재일, 『국민의료비의 동향과 구조: 1985-1991』, 한국보건의료관리연구원 1994.
- 문옥륜, 『의료보장 정책연구』, 신팔출판사, 1992.
- _____, 『한국사회와 의료보장정책』, 명경출판사, 1994.

- _____ 외, 『한국의료보험론』, 신광출판사, 1997.
- 문혁수, 「구강진료의 상대진료비지수에 관한 연구」, 『대한 구강보건학회지』 Vol.13, No.1, 1989.
- 박종만, 김종배, 「소도시인의 구강보건실태 및 상대구강보건 의료수요 조사연구」, 『대한구강보건학회지』, Vol.15, No.1, 1981.
- 대한치과의사협회, 『보철료 조사』, 1996.
- 보건복지부, 『보건복지 통계연보』, 제41호, 1995.
- 한국사회복지학회, 「복지국가의 현재와 미래」, 『사회복지 국제학술회의 자료집』, 1992.
- 신승철, 『세계의 치과여행』, 군자출판사, 1994
- 오상일, 김종배, 「비도시인의 구강보건실태 및 상대구강 보건의료 수요조사연구」, 『대한 구강보건학회지』, Vol.5, No.1, 1981.
- 雨森洋 외, 「국부상 의치의 예후에 관한 임상적 연구(II)」, 『일본보철학회지』 1968.
- 유덕현, 「각국 노인 의료보험제도 현황」.
- 의료보험관리공단 『외국의 의료보장동향』, 1993. 11
- 이가옥 외, 『노인생활 실태 분석 및 정책과제』, 한국보건사회 연구원 1994.
- 이규식, 「노령화와 의료보장: 공적, 사적영역과의 역할분담을 중심으로」, 『사회보장연구』 한국사회보장학회지, 제9권, 1993.
- 『일본의 노인보건의료와 건강보험의 급여제도』, 의료보험연합회, 1995
- 최원기, 신승철, 「부정치과진료수진실태에 관한 조사연구」, 『대한구강보건학회지』 1993.
- 최정수 외, 『한국인의 건강과 의료이용실태』, 한국보건사회연구원, 1995.
- 의료보험연합회, 『통일독일 및 일본의 의료보험제도의 주요동향』, 1993.
- 대한치과의사협회, 『한국인 치과질환 실태조사보고』, 1983.
- Donald W. Lewis, G.W.Thompson, "Utilization in Alberta's Universal Dental Plan for the Elderly, 1974-91". Journal of Public Health Dent., 52(5):259-63, 1992.
- G.W.Thompson. D.W.Lewis, "Changes in Utilization of Dental Services of Alberta's, Universal Dental Plan for the Elderly. "Journal of Canadian Dental Association. 60(5):403-405, 1994.
- L. K. Cohen and P. S. Bryant, "Social Sciences and Dentistry ; A Critical Bibliography.Vol, Queentensence Publishing Company Ltd., II. 1984.

Abstract

A Study on the Benefit Coverage Criteria of Denture Service for the Elderly under the National Health Insurance

by Kim, Hye-Ryoun., Moon, Ok-Ryun and Kim, Myoung-Ki

Denture Services are excluded from the program coverage under the National Health Insurance. The study aims at suggesting reasonable criteria for the benefit coverage of denture services for the elderly.

It consists of the eligibility standard, benefit package, cost-sharing, and the system of provision.

The main findings were summarized as follows;

1. Various eligibility criteria such as age, percentage of people needing dentures, income of the elderly, unused denture years due to death, cases of other countries were reviewed ; The priority beneficiary found to be the aged over 70 and followed by the elderly at 65-69.
2. As for the scope of benefits for denture services, the degree of need and wear percentage of full and partial denture, examples of other countries were reviewed ; full denture, partial denture and surveyed crowns should simultaneously be covered, and follow-up services be provided even after denture delivery.
3. Based on the above finding, the study recommends that it is necessary to cut the current cost-sharing formulae from 30% to 20% for the poor elderly. It is also proposed that, for the convenience's sake, denture services be provided by both hospital/clinics and health centers(sub-centers).

The inclusion of denture services obviously depends on financial conditions of NHI. Therefore, a study is urgently called for the cost estimation of denture services of the elderly.