

치주치료희망치과의사제도에 대한 평가 연구

권호근, 최연희¹, 최충호²
연세대학교 치과대학 예방치과학교실,
¹연세대학교 보건대학원,
²순천향대학교 의과대학 치과학교실

색인 : 치주치료, 희망회원제

1. 서 론

치주질환은 치아우식증과 더불어 중요한 치과질환 중의 하나이다^{1,2}. 또한 치주치료는 국민건강증진과 국민의료비에 미치는 비용-편익적 효과가 큰 기본적, 필수적 치과의료보험의 급여부문이다. 그러나 현재 한국에서 치주치료가 소홀히 되고 있다. 이렇게 치주치료가 소홀히 되고 있는 이유는 국민들이 치주질환을 심각한 건강 문제로 인식하지 않아 치주질환의 예방과 치료를 소홀히 하는데서 그 원인을 찾을 수도 있다³. 그러나 더 중요한 이유는 부당청구나 과잉진료를 방지하기 위하여 시행되는 자율지도제도가 너무나 경직되게 운영됨으로써 치과의사들이 치주치료를 기피하기 때문이다⁴. 현재 보험자

단체에서 과잉진료 및 부당 청구를 방지하기 위하여 시행하는 평균진료비 개념에 의한 자율지도는 치과의사의 진료 자율권을 간접적으로 제한함으로써 치과의사들이 치주치료를 기피하고 이로 인해 진료 행태의 왜곡을 야기하고 있다. 이러한 현상에 대한 구체적인 사례로 치주질환의 경우, 총진료비와 총진료빈도에서 치주치료비와 치주치료빈도가 차지하는 비율은 모두 3% 미만으로 나타나고 있고⁵, 이는 외국에 비해 낮은 비율이다. 우리나라에서 치주치료비 비율이 낮은 것은 한국 국민들의 경조직 질환에 비해서 치주질환 유병률이 낮아서 생긴 현상으로도 볼 수 있으나 한국사람들이 미국사람들에 비해서 특별히 치주질환의 이환율이 낮다는 증거는 없다^{6,7}. 결국 치주치료가 활성화되지 못하고 있는 주요한 이유

연락처 : 우) 120-752 서울 서대문구 신촌동 134번지 연세대학교 치과대학 예방치과학교실
전화 : (02)361-8050 전송 : (02)392-2926 e-mail : yspd8050@yumc.yonsei.ac.kr
본 연구는 대한치과의사협회에서 위탁받은 연구입니다.

는 치과의사들이 치주치료를 기피하고 있고, 이러한 기피현상은 전국 평균 진료비 이상으로 청구하거나 특정 상병의 진료비 청구가 많은 경우 자율지도 대상으로 자동적으로 선정되어 경고 통보를 받고 시정이 안되면 실사를 실시하는 경직된 자율지도제도 때문이다. 일반적으로 치주치료는 건당진료비가 높아서 일반 개원의들은 물론이고 치주치료를 전문으로 한 치주전공의도 자율시정 및 현지 지도·감독대상이 될 것을 우려하여 치주질환 수술을 기피하고 있는 것으로 나타나고 있다. 이러한 현상은 1996년 대한치과의사협회가 치과의사를 상대로 치주치료에 대한 설문을 실시한 연구 결과⁸⁾에서도 나타나고 있는데 치주전공의나 비전공의 모두 치주치료의 필요성에 대해서는 동의하면서도 개업 후 시간이 경과함에 따라서 치주치료에 소극적인 태도를 보이고 있다. 1996년 설문 연구 결과 치주치료를 기피하는 가장 큰 이유는 첫째가 보험수가가 너무 낮고, 둘째 이유는 보험청구를 하여도 삭감이 된다는 것으로 나타났다. 따라서 치과의사들이 치주치료를 기피한다는 점에서, 치료가 가능한 치주질환에 이환된 치아도 발치 위주의 치료를 한다고 추정할 수 있고 이는 결국은 보철치료 수요를 증가시킴으로써 진료비를 증가시키고 진료 행태를 왜곡시키는 원인이 되고 있음을 알 수 있다. 그러나 현재 우리나라도 고령인구가 증가하고 특히 치아를 보유하고 있는 노령 인구층이 점차 증가됨에 따라서 치주질환 관리의 중요성이 점차 증대되고 있다⁹⁾. 특히 치주질환은 한번 악화되면 완치가 안된다는 점에서 조기 예방과 관리가 매우 중요하다. 따라서 치주질환에 대한 조기 치료와 관리가 이루어지고 치아를 보존하기 위한 치주수술이 활성화되기 위해서는 치주치료의 활성화와 정상화가 이루어져야 하며 이를 위해서는 치주치료의 경우 자율지도의 제도개선이 필요하다는 의견이 대두되었다. 이러한 이유로 대한치과의사협회는 국민 구강건강 증진을 도모하고자 치주치료회망치과의사제도

(이하 회망치의제도)를 도입할 것을 정부에 건의하였고 정부는 대한치과의사협회의 건의를 수용하여 1999년 1월부터 회망치의제도를 시범운영하고 있다. 시범운영 내용은 개원의를 대상으로 회망치의를 자율적으로 신청받아 회망치의원을 지정하는 것으로, 치주치료의 진료 청구액이 자율시정 대상 기준보다 높아도 자율시정 대상으로 선정하지 않는 제도이다. 1999년 기준으로 10,343개소의 치과의료보험 요양기관 중 47.5%인 4,917개소의 치과의원이 회망치의로 신청을 하였고 비회망치의는 5,426개소로 52.5%로 나타났다. 이러한 제도가 바람직한 방향으로 정착하기 위해서는 치주치료 회망회원제에 대한 지속적인 연구와 평가가 요구된다.

따라서 본 연구의 목적은 1999년부터 1년간 시행되어온 회망치의제도의 성과를 평가하고 앞으로의 바람직한 발전방향을 제시하고자 시행되었다.

2. 연구대상 및 방법

2.1 연구대상 선정

본 연구는 회망치의제도의 사업 평가를 위하여 현재 개원을 하고 있는 개원의 중 회망치의군 4,917개소와 비회망치의군 5,426개소에서 치과의원 300개씩을 무작위 확률표집방법으로 추출한 후 자율지도 대상의원을 제외한 553개소의 치과의원을 대상으로 우편 설문조사를 실시하였다. 이중 179건이 회수되어 응답률은 32%로 나타났다.

2.2 연구내용

연구 내용은 일반 사항으로 나이, 성별, 전공과목, 개원 연수 등을 연구하였고 치주치료와 관련된 것으로서는 치주치료가 활성화가 안되는 이유, 회망치의제도 신청동기, 회망치의제도 시행 후 보험 청구액의 변화, 치주치료 청구 방법 인지여부, 치주치료 기피 경험, 회망치의제도 시행 취지 인지여부, 치주치

표 1. 치주치료를 소극적으로 하거나 안하는 이유

단위 : 명(%)

	치주치료에 자신이 없어서	삭감, 경고 등의 간섭이 싫어서	스케일링을 비급여로 하려고	관심이 없어서	합계
희망치의	4(15.4)	22(84.6)	0(0.0)	0(0.0)	26(100.0)
비희망치의	5(20.8)	18(75.0)	0(0.0)	1(4.2)	24(100.0)

표 2. 우리나라에서 치주치료 활성화가 이루어지지 않는 이유

단위 : 명(%)

	현행 의료보험 제도의 문제점	치주치료에 대한 지식과 임상기술 부족	낮은 의료보험수가	방사선 촬영, 차트기록의 번거로움	환자들의 관심과 이해부족	합계
희망치의	58(31.4)	14(7.6)	61(32.9)	16(8.6)	36(19.5)	185(100.0)
비희망치의	39(28.9)	19(14.1)	31(23.0)	13(9.6)	33(24.4)	135(100.0)

료를 적극적으로 하고 있는지 여부 등을 조사하였다.

의료보험 연합회의 협조를 얻어서 희망치의제도 시행 전과 시행 후의 보험 청구자료를 분석하여 희망치의와 비희망치의 간에 전체 상병과 치주상병의 진료건수, 총진료비, 건당 진료비 등의 변화를 분석하였다. 또한, 자율지도대상 요양기관 931개 중 희망치의 438개의 요양기관과 493개의 비희망치의 요양기관간의 종합점수, 분기점수, 치주치료별 치주치료건수, 일당진료비, 건당내원일수 등의 차이를 희망치의와 비희망치를 비교하여 희망치의제도가 실제임상에서 치료양상에 어떠한 변화를 주었는지 분석하였다.

3. 연구성적 및 결과

3.1. 희망치의제도 평가를 위한 설문연구 결과

우편설문으로 수집된 총 179명중 설문지 응답 완성도가 현저히 떨어지는 1명을 제외한 178명 중 희망치는은 108명, 비희망치는은 70명으로서, 이 중 남성이 83.8%(145명), 여성이 16.2%(28명)이었고, 연령별로 35세 미만은 20.4%(37명), 35-45세 64.6%(117명), 45-65세 14.9%(27명)이었으며, 개원연수는 10년 이하가 61.9%(112명)로 대부분이었다. 학력은 학

부이수자가 55.4%(93명)로 가장 많았고, 전공유무 별로 보았을 때 비전공자가 53.0%(87명)로 가장 많았다.

치주진료의 적극성에 관한 질문에 대해 응답자의 35.1%(60명)은 적극적으로 하고 있다고 응답하였고, 53.2%(91명)는 보통으로 하고 있다고 밝혔다. 치주진료를 소극적으로 하거나 안하는 집단의 80.0%(40명)는 이유를 삭감이나 경고 등의 간섭이 싫어서라고 답하였다(표 1).

우리나라에서 치주치료 활성화가 이루어지지 않는 이유로는 두 그룹 모두에서 현행의료보험 제도의 문제점과 낮은 의료보험수가를 가장 많이 뽑았다(표 2).

치주치료 청구방법에 대한 인지여부에서 희망치의 중 3.8%(4명), 비희망치의 중에서는 17.7%(12명)이 모른다고 응답해 희망치의 집단이 비희망치의 집단에 비하여 치주치료청구방법에 대한 인지도가 높았다(표 3). 한편, 현재 시행되고 있는 치주치료 청구지침에 대해서 희망치의 중 67.9%(72명), 비희망치의 71.2%(47명)가 부적절하다고 응답하여 두 집단 모두 현행 치주치료 청구지침에 대해 불만족스러운 입장을 보였다(표 4).

표 3. 치주치료 청구방법에 대한 인지도

단위 : 명(%)

	잘 알고 있다	어느 정도 알고 있다	모른다	합계
회망치의	20(18.9)	82(77.3)	4(3.8)	106(100.0)
비회망치의	9(13.2)	47(69.1)	12(17.7)	68(100.0)

표 4. 현재 시행되고 있는 치주치료 청구지침에 관한 의견

단위 : 명(%)

	적절하다	보통이다	부적절하다	합계
회망치의	5(4.7)	29(27.4)	72(67.9)	106(100.0)
비회망치의	0(0.0)	19(28.8)	47(71.2)	66(100.0)

표 5. 회망치의제도 시행 효과에 대한 의견

단위 : 명(%)

	그렇다	보통이다	아니다	합계
치주치료가 요구되는 환자를 적극적으로 진료가능	51(50.0)	41(40.2)	10(9.8)	102(100.0)
회망치의제도 실시 이후 치주치료 빈도가 실제 증가	70(68.6)	27(26.5)	5(4.9)	102(100.0)
임의비급여 치주치료를 급여 치주치료로 전환	71(69.6)	21(20.6)	10(9.8)	102(100.0)
자율 지도나 실사에 있어 실제로 자유로워졌음	9(9.1)	43(43.4)	47(47.5)	99(100.0)

표 6. 회망치의제도에 관한 전반적인 평가

단위 : 명(%)

	치주치료의 정상화에 긍정적으로 기여	치주치료에 혼란을 초래	별 영향이 없다	합계
회망치의	72(68.6)	19(18.1)	14(13.3)	105(100.0)
비회망치의	10(21.3)	16(34.0)	21(44.7)	47(100.0)

회망치의제도 신청인들의 신청 동기에 대해서는 소신껏 치료하기 위한 이유가 73.3%(77명)로 가장 많았고, 다음으로 심사 등의 불이익을 피하기 위하여 21.0%(22명), 주변에서 신청하기 때문에 4.8%(5명), 별 생각 없이 0.9%(1명)의 순으로 나타났다.

회망치의를 신청하지 않은 이유에 대해서는 37.1%(26명)가 제도에 대한 지식 부족 때문인 것으로 드러났고 이는 협회측에서의 사전논의나 홍보부족으로 인한 것으로 여겨진다. 또한 회망치의제도가 마음에 들지 않아서라 답한 이도 25.7%(18명)나 되었는데 제도가 개선된다면 충분히 회망치의제도를 신청하겠다는 의미도 내포되어 있다고 하겠다. 다음으로 귀찮기 때문이라는 응답이 25.7%(18명), 치주치료를 하고 있지 않기 때문이라는 응답이 11.4%(8명)이었다.

회망치의제도 시행을 통하여 치주치료가 요구되는 환자를 적극적으로 진료할 수 있다는 응답이 50.0%(51명)이었고, 회망치의제도 실시 이후 치주진료의 빈도가 실제로 증가하였다는 응답이 68.6%(70명)이었으며, 임의 비급여 치주치료를 급여 치주치료로 전환하게 되었다는 응답이 69.6%(71명)였다. 그러나 자율지도나 실사에 있어 실제로 자유롭게 되었다고 응답한 사람은 9.1%(9명)에 불과했다(표 5).

회망치의제도에 관한 전반적인 평가에 대해 치주치료의 정상화에 긍정적으로 기여하였다는 응답이 회망치의군에서 68.6%(72명)로 나타나 비회망치의군 21.3%(10명)에 비하여 매우 높았다(표 6).

현재 의료보험진료 수입(환자 본인 부담금과 청구액 포함)이 전체 수입 중 차지하는 비중에 관한 질

표 7. 향후 치협의 희망치의제도 정책방향에 대한 의견

단위 : 명(%)

	현행대로 시행	현행대로 시행하되 원하는 사람은 누구든지 가입	폐지해야 함	합계
희망치의	9(9.3)	74(76.3)	14(14.4)	97(100.0)
비희망치의	3(5.0)	41(68.3)	16(26.7)	60(100.0)

표 8. 희망치의와 비희망치의 진료실적

	기관수	상 병	건 수	총진료비 (백만원)	건당진료비 (원)	기관당 총진료비(천원)
계	10,343	전체상병	26,859	668,577	24,892	64,641
		치주상병	4,629	114,874	24,816	11,106
희망치의	4,917	전체상병	14,618	372,132	25,458	75,683
		치주상병	2,686	71,174	26,498	14,475
비희망치의	5,426	전체상병	12,241	296,445	24,217	54,634
		치주상병	1,944	43,700	22,479	8,054

문에 대하여 의료보험수입이 차지하는 비율이 25% 미만이라 밝힌 응답자는 23.9%(39명), 25-50%는 50.9%(83명), 50-75%는 24.5%(40명), 75% 이상 0.6%(1명)로 대부분은 의료보험수입에 상당 부분을 의존하고 있으며, 이는 치주치료가 모든 치과 의사들의 보편적인 치료술식으로서 삭감 등의 부당한 의료보험 처사가 해결된다면 활발한 치료가 이루어질 수 있다는 가능성을 내포하고 있다.

향후 희망치의제도는 현행대로 시행하되 원하는 사람은 누구든지 회원으로 가입시켜야 한다는 의견이 희망치의 집단에서 76.3%(74명), 비희망치의 집단에서 68.3%(41명)를 차지하여 현행대로 존속시키되 차후 좀더 합리적이고 수긍할 만한 정책으로 개선되기를 희망하는 의견이 주류를 이루었다(표 7).

3.2 희망치의와 비희망치의의 치주치료 진료 실적 평가
전체 치과 의료보험 요양의료기관의 전체상병의 건당 평균 진료비는 24,892원으로 나타났고 치주 상병의 평균 건당 진료비는 24,819원으로 전체 상병 건당 평균 진료비 대비의 99.7%로 나타났다.

비희망치의 대비 희망치의의 진료 내용은 전체상병에 대한 희망치의가 비희망치의에 비해서 전체 청

구건수가 2,377천건 많았고 비율로는 19% 많았다. 총 진료비 75,787백만원 많았고 비율로는 25.5%가 많았다. 건당진료비 1,241원 많았고 비율로는 5.1% 많았다. 기관당 총진료비 21,049백만원 많았고 비율로는 희망치의가 38.5% 많았다. 치주상병에 대해서는 희망치의는 비희망치의에 비해서 전체 총 청구건수는 742천건 비율로는 38.2%가 많았고, 총진료비 27,474백만원, 비율로는 62.9% 많았으며, 건당진료비 4,019원, 비율로는 17.9%가 많았고, 기관당 총진료비 6,421천원 비율로는 79.9% 희망치의가 높게 나타났다(표 8).

치주질환 상병 청구 구간별 기관수 분포를 희망치의의군 중에서 치주상병 청구율이 30% 미만은 4,371개소(88.9%)이고, 전체상병대비 치주상병 청구 점유율은 18.4%로 평균 미만인 치주치료희망기관은 2,772개소(56.4%)로 나타났다. 희망치의의군에서 '99년 치주질환상병 청구실적이 없는 기관은 8개소(0.2%)이며, 치주상병 청구율이 10%미만인 기관은 752개소(15.3%)로 나타났다. 비희망치의의군에서 치주상병 청구율이 30%미만은 4,964개소(91.5%)이다. 치주상병 청구율이 10%미만인 기관은 1,215개소(22.4%)로 나타났다. 전체적으로 희망치의의군에서

표 9. 총건수 대비 치주질환상병 청구 구간별 기관수 분포현황

단위: 개소(%)

	기관수	30%이상	30%~20%	20%~10%	10%~0%	청구실적없음
희망치의	4,919 (100.0)	546 (11.1)	1,386 (28.2)	2,225 (45.3)	752 (15.3)	8 (0.2)
비희망치의	5,426 (100.0)	462 (8.5)	1,290 (23.8)	2,433 (44.8)	1,215 (22.4)	26 (0.5)

표 10. 희망치의군과 비희망치의군의 비교

단위: 원

분류기호	상 병 명		'98.4/4	'99.4/4	
				희망치의	비희망치의
k05	치은염 및 치주질환	수술	21,152	22,200	24,386
		비수술	15,685	21,128	19,965
k05.0	급성치은염	수술	20,812	23,676	21,626
		비수술	14,804	26,145	22,716
k05.1	만성치은염	수술	20,958	39,598	29,203
		비수술	17,133	30,440	26,090
k05.2	급성치주염	수술	21,359	23,664	21,894
		비수술	13,796	18,275	15,545
k05.3	만성치주염	수술	23,263	31,470	26,199
		비수술	16,493	24,937	22,317
k05.4	치주증	수술	18,495	27,145	22,298
		비수술	15,291	20,015	18,338
k05.5	기타치주질환	수술	22,032	26,230	20,531
		비수술	13,873	18,504	16,674
k05.6	상세불명의 치주질환	수술	22,529	29,873	22,296
		비수술	13,553	15,218	12,628

주) 통보분기 기준

치주질환 상병 청구비율이 높은 것으로 나타났다 (표 9).

치주질환상병의 건당진료비는 희망치의군이 비희망치의군보다 수술상병은 K05(치은염 및 치주질환)를 제외하고 8.1%~35.6%, 비수술상병은 5.8%~20.5% 높게 나타났다. 특히, 치주질환의 대표상병인 만성치주염(K05.3)의 수술 경우 희망치의군이 비희망치의군보다 5,271원 비올로는 20.1% 정도 높게 나타났고, 만성치은염인 경우 수술상병인 경우 희망치의가 비희망치의에 비해서 만원 이상 높은 것으로 나타났다.

4. 총괄 및 고찰

설문연구 결과 응답자의 80.0%(40명)가 치주치료를 소극적으로 하는 이유로서 삭감과 경고와 같은 경직된 자율지도 제도의 운영을 들고 있고, 또 응답자의 67.8%(118명)가 실제적으로 실사나 삭감 등의 이유로 치주치료를 기피한 적이 있다고 하였다. 또한 희망치의를 신청한 치과 의사 중 73.6%(78명)가 신청이유로 적극적으로 소신껏 치주치료를 하기 위하여 신청을 하였다고 응답하였다. 따라서 그간의 의료보험 재정 중 치주치료 진료비가 선진국의 10%에 비하여 3%로 낮았던 이유는 한국인의 치주질환 유병률이 낮아서 치료 빈도나 청구 건수가 낮았다고

보다는 자율지도라는 제도 때문에 일반 개원의 들이 치주치료를 소극적으로 하였거나 치료를 기피하였던 것으로 추정할 수 있다.

또한 자율지도의 문제점을 해결하기 위하여 시행된 회망치의제도의 효과에 대해 과반수의 응답자가 긍정적인 평가를 한 것으로 미루어 보아 자율지도의 문제를 해결하기 위하여 시행한 회망치의제도는 치주치료 활성화에 많은 기여를 한 것으로 해석할 수 있다. 특히 응답자의 66.9%(91명)가 회망치의제도를 시행한 이후로 치주치료를 임의 비급여에서 급여화로 전환하였다고 응답한 것으로 나타나 회망치의제도가 치주치료의 활성화와 함께 치주치료 급여화에 많은 기여를 한 것으로 볼 수 있다. 이는 회망치의와 비회망치의의 진료실적 자료에서도 잘 나타나고 있다. 회망치의와 비회망치의의 진료실적 자료를 분석해 보면 치주 상병 총청구건수는 회망치의가 비회망치의에 비해서 38% 이상 높았으며, 치주상병 건당 진료비는 18%, 기관당 총 치주진료비는 80% 정도 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 회망치의가 비회망치의에 비해서 치주치료를 보다 적극적으로 하였고 또한 그간에 임의 비급여로 치료하던 것을 급여화하였기 때문인 것으로 해석할 수 있다. 물론 이러한 결과는 회망치의들이 비회망치의에 비해서 보다 의료보험 진료에 치중하고 있기 때문인 것으로도 해석할 수 있지만 치주치료 건수나 치주치료 건당 진료비, 치주치료 기관당 총진료비가 회망치의가 비회망치의에 비해서 모두 높다는 것은 회망치의제도 시행으로 인해 자율지도 대상 선정에 대한 우려를 하지 않게 됨으로써 보다 소신껏 치주치료를 임하게 된 결과로 사료된다. 그러나 자율 시정 통보 현황은 회망치의와 비회망치의에 비해서 약간 작으나 두 군 간에는 큰 차이는 없었다. 이러한 결과는 회망치의가 비회망치의에 비해서 의료보험 치료를 적극적으로 하기 때문에 평균 진료비가 높아서 생긴 결과일 수도 있으나 또 다른 이유로써 회망치의를

신청하고도 치주치료를 적극적으로 하지 않은 의료기관이 많아서 생긴 결과일 수도 있다. 회망치의를 신청한 의원 중 치주질환 상병 청구 건수가 10% 이하로 치주치료를 적극적으로 하지 않은 의원이 752 개나 되고 청구 실적이 전혀 없는 의료 기관도 8개 소로 나타났다. 이러한 형식적인 회망치의 의료기관이 많아지면 회망치의 의료기관의 치주상병 평균 진료비를 낮춤으로써 결과적으로 회망치의 의료기관 중 자율시정 통보를 받는 의료기관이 증가될 수 있다. 따라서 회망치의제도를 정착시키기 위해서는 회망치의를 신청한 의료기관 중 치주치료를 적극적으로 하지 않은 의료기관은 평가를 하여 회망치의 의료기관 지정에서 제외시킬 필요가 있다. 물론 제외시킬 경우 일부 의료기관에서는 불만을 제기할 수도 있으나 실제적으로 치주치료를 소극적으로 하는 의료기관인 경우는 회망치의제도에서 제외되어도 받게 되는 불이익은 전혀 없다는 점에서 이를 적극적으로 홍보하면 큰 문제는 없을 것으로 사료된다. 그러나 다시 재가입을 원하는 의료기관인 경우는 일년간의 치주치료 실적을 평가하여 치주치료 실적이 전체 10% 이상 된다면 언제든지 다시 재가입을 시켜야 한다. 또한 신규 개원이라도 회망치의 지정을 원할 경우는 1년간의 진료실적을 평가하여 타당하다면 누구든지 가입시켜야 한다. 결론적으로 회망치의 제도 시행에 있어서 가입에 대하여는 개방적인 정책이 유지되어야 한다. 이러한 것은 회망치의 제도의 존속을 원하는 응답자 중 73%의 응답자가 원하는 사람은 누구나 가입을 희망하기를 원하고 있다고 답한 결과에서도 나타나듯이 가입에 있어서 개방적인 정책은 매우 필요하다.

설문응답자 수가 179개로 전체 조사대상자의 32%에 불과하기 때문에 본 연구결과 전체 회망치의와 비회망치의를 정확히 대변한다고 보기는 어렵지만, 전반적으로 살펴볼 때 회망치의와 비회망치의의 치주치료 진료 실적 평가결과 다음 사항들이 관찰되

었다. 첫째, 회망치의가 비회망치의에 비해서 전체 청구건수와 총진료비, 건당진료비가 모두 높게 나타났다. 둘째, 회망치의의군에서 치주상병 청구율이 10% 미만인 기관이 752개소(15.3%)로 비회망치의의군의 1,215개소(22.4%)와 비교 시, 전체적으로 회망치의가 치주질환 상병 청구비율이 높은 의료기관이 많은 것으로 나타났다. 셋째, 치주질환상병의 건당진료실적은 회망치의의군이 비회망치의의군보다 비교적 높게 나타났다. 이는 회망치의의군이 비회망치의의군에 비해 실사라는 압력에서 벗어나 비교적 적극적으로 치주치료에 임한 결과로 사료되며, 회망치의제도 근본취지¹¹⁾인 치주분야의 치료빈도와 평균진료비 상승을 달성했다고 볼 수 있다.

한국사회는 점차 노령화가 진행됨에 따라 치아를 보유하고 있는 노인 인구가 증가되고 따라서 치주질환은 점차 증가되고 있는 추세이다^{12,13)}. 특히 노령층의 치주관리는 주요한 구강 보건 문제가 될 것이며 이러한 현상은 이미 선진국에서 나타나고 있다. 특히 경조직 질환이 감소됨에 따라서 치과계에 치주질환의 중요성은 점차 증대되고 있다. 또한 치주질환이 심혈관질환 발생과 밀접한 관련이 있다는 연구 결과들이 최근에 계속 보고되고 있고 구체적인 기전도 규명되고 있다^{13,20)}. 또한 치주질환이 있는 산모는 저체중아 출산 위험이 높다는 연구보고도 있다^{21,25)}. 현재 심혈관 질환이 한국의 주요한 사망원인²⁶⁾이라는 점에서 치주질환의 조기 치료는 전신적인 건강 증진과도 밀접한 관계가 있다. 따라서 치주질환 치료는 국민 건강 증진 차원에서 확대되고 활성화되어야 하며, 이를 위해서는 치과의사들은 스스로를 위축시키지 말고 의료인으로서 자긍심을 갖고 소신껏 치주치료에 임해야 한다. 또한 정부도 치과의사들이 소신껏 치주치료를 할 수 있는 제도적인 여건을 만들어 주어야 한다. 이러한 면에서 회망치의제도는 매우 의미 있는 제도이다. 그러나 회망치의제도 시행이 국민 구강 건강 증진이라는 측면에서는 매우

긍정적인 측면도 있지만 치과계의 단합을 저해하고 회망치의와 비회망치의의 간에 위화감을 조성할 수 있다는 일부 치과계의 반대 여론에도 적극 수렴하여 문제점을 보완 발전시킬 필요가 있다.

5. 결 론

본 연구는 회망치의제도의 사업 평가를 위하여 현재 개원을 하고 있는 개원의 중 회망치의를 신청한 치과의사와 신청하지 않은 치과의사를 회원 명부에서 553명을 무작위로 선정하여 우편 설문을 통한 설문연구를 실시하여 회망치의제도를 실시한 1년 후 치과의사들의 회망치의제도에 대한 의식연구와 함께 진료 실적들을 분석하여 향후 이 정책의 나아갈 바를 모색해 보고자 한 것으로, 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 회망치의제도 신청인들의 신청 동기에 대해서는 소신껏 치료하기 위한 이유가 73.3%로 가장 많았고, 다음으로 심사 등의 불이익을 피하기 위하여 21.0%, 주변에서 신청하기 때문에 4.8%, 별 생각 없이 0.9%의 순으로 나타났다.
2. 회망치의제도 시행효과에 대해서 9%만 부정적이라고 했고, 57%는 실시 후 치주치료 빈도도 증가했다고 했으며, 67%는 임의비급여 치주치료를 급여로 전환했다고 했으나, 51%가 여전히 자율지도나 실사에 있어서 자유롭지 못하다고 했다.
3. 회망치의제도에 관한 전반적인 평가에 대해 치주치료의 정상화에 긍정적으로 기여하였다는 응답이 회망치의의군에서 47.4%로 나타나 비회망치의의군 6.6%에 비하여 매우 높았으며 이는 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다
4. 향후 회망치의제도는 원하는 사람은 누구든지 회원으로 가입시켜야 한다는 의견이 73.3%를 차지하여 회망치의제도를 현행대로 존속시키되 차후 좀더 합리적이고 수긍할 만한 정책으로 개선되기

를 희망하는 의견이 주류를 이루었다

5. 99년 희망치과의 비희망치과의 진료비 지급 현황은 치주상병에 대한 분석시 희망치과의 비희망치과의에 비해서 총 청구건수는 742천건(38.2%)가 많았고, 총진료비 27,474백만원(62.9%) 많았고, 건당 진료비 4,019원(17.9%), 기관당 총진료비는 6,421원(79.9%)가 많았다.

결론적으로 희망치과의제도의 시행은 치주치료를 어느 정도는 활성화시켰다고 볼 수 있으며 적극적인 홍보와 합리적인 제도개선을 통해 희망치과의가 보완된다면 앞으로 국민구강건강증진과 구강진료의 진료왜곡 현상을 해소하는데 많은 기여를 할 수 있는 바람직한 제도라고 사료된다.

참 고 문 헌

1. 김종배, 최유진. 공중구강보건학. 4판. 서울: 고문사; 1993:25.
2. Ali RW, Dahlen G, Johannessen AC et al. Comparison of subgingival microbiota of periodontally healthy and diseased adults in Northern Gameroon. J Clin Periodontol 1997;24(11):830-835.
3. 최정수. 한국인의 건강과 의료이용양상. 한국보건사회연구원; 1995.
4. 권호근. 한국과 주요 선진국의 치과의료수가체계에 대한 비교분석. 연세치대 예방치과학교실; 1998.
5. 의료보험관리공단. 분야별 비교조사. 서울:의료보험관리공단; 1997.
6. 권호근. 자원배분상대가치(RBRVS)방법에 의한 치과의료수가 지수와 외국치과의료 수가와의 비교 연구. 서울:연세치대 예방치과학교실; 1996.
7. 유습흙, 김한중, 조우현, 손명세, 박은철. 의료보험 수가구조개편을 위한 3차 연구. 서울:연세대학교 보건정책 및 관리 연구소; 1999.
8. 대한치과의사협회. 의료보험 연구보고서. 서울:대한치과의사협회; 1996.
9. 이승우. 노인치과학. 서울:지성출판사; 2001.
10. 의료보험관리공단. 분야별 비교조사. 서울:의료보험관리공단; 1997.
11. 대한치과의사협회. 치주치료희망회원을 위한 홍보집. 서울:대한치과의사협회; 1998.
12. 국민구강보건연구소. 1995년 국민구강건강조사 보고서. 서울:국민구강보건연구소; 1995.
13. 보건복지부. 2000년 국민구강건강실태조사. 서울:보건복지부; 2001.
14. Joshipura KJ, Rimm EB, Douglass CW et al. Poor oral health and coronary heart disease. J Dent Res 1996;75(9):1631-1636.
15. Danesh J. Coronary heart disease, helicobacter pylori, dental disease, chlamydia pneumoniae, and cytomegalovirus: Meta-analyses of prospective studies. Am Heart J 1999;138:434-437.
16. DeStefano F, Anda RF, Kahn HS et al. Dental disease and risk of coronary heart disease and mortality. Br Med J 1993;306(6879):688-691.
17. Mattila KJ, Valtonen VV, Nieminen M et al. Dental infection and the risk of new coronary events: Prospective study of patients with documented coronary artery disease. Clin Infect Dis 1995;20(3):588-592.
18. Beck JD, Offenbacher S. Oral health and systemic disease: periodontitis and cardiovascular disease. J Periodontol 1998; 62(10):859-70.
19. Loesche WJ. Periodontal disease as a risk factor

- for heart disease. *Compend Contin Educ Dent* 1994;15(8):976-991.
20. Beck JD. Methods of assessing risk for periodontitis and developing multifactorial models. *J periodontol* 1994;65(5):468-478.
21. Davenport ES, Williams CE, Sterne JA et al. Maternal periodontal disease and preterm low birthweight: Case-control study. *J Dent Res* 2002;81(5):313-318.
22. Lopez NJ, Smith PC, Gutierrez J. Higher risk of preterm birth and low birth weight in women with periodontal disease. *J Dent Res* 2002;81(1):58-63.
23. Jeffcoat MK, Geurs NC, Reddy MS et al. Periodontal infection and preterm birth : Results of a prospective study. *J Am Dent Assoc* 2001;132(7):875-880.
24. Mitchell-Lewis D, Engebretson SP, Chen J et al. Periodontal infections and pre-term birth: early findings from a cohort of young minority women in New Yor. *Eur J Oral Sci* 2001; (1):34-39.
25. Offenbacher S, Katz V, Fertik G et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. *J Periodontol* 1996;67(10):1103-1113.
26. 서일, 지선하, 김일순. 한국에서의 심혈관계 질환의 변천양상. *한국역학회지* 1993;15(1):40-46.

Abstract

An evaluation study in the adjusted insurance reimbursement review system of periodontal treatment

Ho-Keun Kwon, Youn-Hee Choi¹, Chung-Ho Choi²

Department of Preventive Dentistry and Public Oral Health, College of Dentistry,

¹Graduate School of Health Science and Management, Yonsei University,

²Department of Dentistry, College of Medicine, Soonchunhyang University

Key words : periodontal treatment, the adjusted insurance reimbursement review system of periodontal treatment

The purpose of this study was to investigate awareness of dentists in the adjusted insurance reimbursement review system of periodontal treatment(AIRRSP) for evaluating a operation of this system after one year and to suggest the improvement system on periodontal related dental insurance claim. The results of this study were as followed:

1. In the participant motive of AIRRSP, the 73.3% answered that they wanted to treat for their own opinion, the 21.0% answered that they avoided disadvantage such as inspection, the 4.8% answered that they just followed other dentists, and the 0.9% answered that they were with no definite idea.
2. In the enforcement effect of AIRRSP, the 50.0% answered that they can actively treat patients who need the periodontal treatment, the 68.6% answered that a frequency of periodontal treatment was virtually increased after operating this system, and the 69.6% answered that the sliding scale of periodontal treatment was converted to prospective insurance coverage of periodontal treatment. Thus, they had positive opinion in the AIRRSP. However, the only 9.1% answered that self-regulating guidance and actual inspection were to be free.
3. In the general evaluation of AIRRSP, the 68.6% of participant group answered that they contributed positively on normalization of periodontal treatment and the 21.3% answered in the non-participant group.
4. In the future, even though AIRRSP is to be continued same as at present, the opinion that anybody could join a member was 76.3% in the participant group, and 68.3% in the non-participant group. Most of their opinion was that improve more logically their present policy.

5. In the analysis of the health insurance review agency, treatment fee payment status of both participant dental clinic and non-participant dental clinic in 1999 was that participant dentists had higher than non-participant dentists. Total requesting case was 742 thousand case (38.2%), total treatment fee was 274 billion 7,400 won (62.9%), each case of treatment fee was 4,019 (17.9%) won, total treatment fee was 6,421 (79.9%) won.

In conclusion, we can consider that periodontal treatment in dental clinics was activated by the enforcement of AIRRSP. Furthermore, if AIRRSP is compliment through a positive publicity and a systematic improvement, it will be a desirable system for solving a distorted condition of public oral health promotion.