

치석제거 요양급여 확대 정책으로 인한 치과의료 접근성 향상

¹연세대학교 치과대학 치의학교육학교실, ²연세대학교 치과대학, ³연세대학교 치과대학 구강생물학교실
⁴연세대학교 치과대학 보존과학교실, ⁵연세대학교 치과대학 치주과학교실
⁶연세대학교 치과대학 예방치과학교실

허지선^{1#}, 남수현^{2#}, 이보라¹, 허경석^{1,3}, 정일영⁴, 최성호⁵, 이주연⁶

#표기된 두 저자는 공동의 제1저자로서 본 연구에 동일하게 기여하였습니다.

ABSTRACT

Improvement of Accessibility to Dental Care due to Expansion of National Health Insurance Coverage for Scaling in South Korea

¹Department of Dental Education, Yonsei University College of Dentistry

²Yonsei University College of Dentistry

³Department of Oral Biology, Yonsei University College of Dentistry

⁴Department of Conservative Dentistry, Yonsei University College of Dentistry

⁵Department of Periodontology, Yonsei University College of Dentistry

⁶Department of Preventive Dentistry and Public Health, Yonsei University College of Dentistry

Jisun Huh^{1#}, SooHyun Nam^{2#}, Bora Lee¹, Kyung-Seok Hu^{1,3}, Il-Young Jung⁴, Seong-Ho Choi⁵, Jue Yeon Lee⁶

#These two authors equally contributed to this work as the first authors.

Since 2013, adults aged over 20 can receive national health insurance scaling once a year in South Korea. In this study, we analyzed the usage status of national health insurance care service for periodontal disease in 2010-2018 by using Healthcare big data of the Health Insurance Review and Assessment Service. The increase rate of the dental care users was very high at 7.8 and 11.2% in 2013 and 2014, respectively. These are higher than the increase rate of all medical institution users, which is between -1.7 and 3.7%. In 2017, the rate of dental use was 44.4%, which has increased more than 10% compared to 2012. Percent receiver of national health insurance scaling was 19.5% in 2017. The 20s had the highest rate of 23.2%. The rate decreased with age. Based on these results, it can be evaluated that the expansion of national health insurance coverage for scaling improves accessibility to dental care. A more long-term assessment of the effect of periodic dental examination and scaling on reducing the prevalence of periodontal disease is needed. National health insurance coverage should be extended to oral hygiene education and supportive periodontal therapy in order to prevent periodontal disease.

Keywords: Scaling, National Health Insurance, Healthcare Big data, Periodontal disease, South Korea

Corresponding Author

이주연

연세대학교 치과대학 예방치과학교실

E-mail: mar123a@hanmail.net

ACKNOWLEDGMENT 본 논문은 2018년 연세대학교 치과대학 정책과정연구비 수혜로 작성되었음.

I. 서론

우리나라에서는 2013년 7월부터 치석제거만으로 치료가 종료되는 경우까지 요양급여 적용이 확대되었다. 과거 치주염 진단 하에 치주치료 전 시행하는 치석제거 등에 한해 제한적으로 요양급여가 적용되던 것에서 치은염 및 치주질환(K05) 진단으로 만20세 이상 성인 누구나 연 1 회 치석제거를 요양급여로 받을 수 있게 된 것이다.¹⁾ 이러한 치석제거 요양급여 확대 정책은 치과의료의 접근성 개선 및 질환의 진행 차단을 위한 조기 치료의 확대를 통해 국민 구강건강 향상과 복지를 제공함과 동시에 구강질환 관련 의료비를 근본적으로 절감하고자 시행되었다.

건강보험심사평가원의 통계자료에 따르면 2012년 치은염 및 치주질환(K05)의 외래 요양급여비총액은 5천억여 원으로 외래 질병별 요양급여비총액 중 4위를 차지했다. 하지만 요양급여 확대가 시작된 2013년부터 2017년까지 줄곧 외래 진료인원이 증가하면서 외래 요양급여비총액 1, 2위를 차지했다. 2017년 치은염 및 치주질환(K05)의 연간 총 진료인원은 1천5백만여 명(15,186,583 명)으로 질병별 외래 진료인원 2위, 요양급여비총액은 1조2천억여 원으로 5년만에 두 배 이상 증가했다.²⁾

2013년 치석제거 요양급여 적용이 확대되고 시행 첫 해에 대한 실태조사 결과가 2016년에 발표되었다.³⁾ 그 후 치석제거 요양급여 확대의 성과와 현황에 대해 다양한 관점에서 분석하고 평가하는 논문들이 나오고 있다. 그러나 현재까지 지난 수 년간의 정책 효과를 고찰한 연구는 거의 이루어지지 않았다. 이에 본 연구에서는 보건 의료빅데이터 분석을 통해 치주질환 관련 치과의료 이용 실태 변화를 살펴봄으로써 치석제거 요양급여 적용 확대 정책의 효과를 살펴 보고자 한다.

II. 자료 및 방법

1. 자료 출처

건강보험심사평가원 보건의료빅데이터개방시스템의 의료통계정보 중 치석제거 요양급여 적용 확대 정책 시행 3년 전부터 가장 최근까지의 자료인 2010~2017년 건강보험진료통계자료와 2010~2018년 심사결정분 질병/행위별 의료통계 자료를 이용했다.

2. 조회 항목

- 1) 건강보험진료통계자료 중 연령별 건강보험 적용 대상자 수, 요양기관 전체 및 종별 진료인원과 요양급여비용
- 2) 질병 소분류(3단 상병) 통계 중 치은염 및 치주질환(K05) 상병 진료인원 및 요양급여비총액
- 3) 질병 세분류(4단 상병) 통계 중 만성치은염(K051), 만성치주염(K053) 상병 진료인원
- 4) 진료행위(검사/수술 등) 통계 중 치석제거[1/3약당](U2232), 치석제거[전약](U2233), 치근확박술(U2240), 치주소파술(복잡한것)(U4682), 치은박리소파술(U4701, U4703) 진료인원

3. 항목 정의

- 1) 연 1 회 급여 치석제거 : 치석제거 중 진료행위코드 U2233 치석제거[전약], 만 20세 이상에서 후속 처치 없이 치석제거만으로 치주질환 치료가 종료되는 경우
- 2) 치석제거[1/3약당] : 기존에 존재하던 요양급여 치석제거 항목인 U2232 치석제거[1/3약당]
- 3) 치과 진료인원 총계 = 치과병원 진료인원 + 치과 의원 진료인원
- 4) 의과 진료인원 총계 = 상급종합병원, 종합병원, 병원, 요양병원, 의원 진료인원 합

- 5) 한의과 진료인원 총계 = 한방병원 진료인원 + 한의원 진료인원
- 6) 치주질환 진료인원 = 치은염 및 치주질환(K05) 상병 진료인원
- 7) 진료인원 증가율(%) = ((해당 연도 진료인원 총계 - 직전 연도 진료인원 총계) / 직전 연도 진료인원 총계) × 100
- 8) 치과 이용률(%) = (치과 진료인원 총계 / 건강보험 적용 대상자 수) × 100
- 9) 연 1 회 급여 치석제거 수혜율(%) = (연 1 회 급여 치석제거 진료인원 / 건강보험 적용 대상자 수) × 100
- 10) 만성치은염 진료인원 비율(%) = (만성치은염 진료인원 / 건강보험 적용 대상자 수) × 100
- 11) 만성치주염 진료인원 비율(%) = (만성치주염 진료인원 / 건강보험 적용 대상자 수) × 100

4. 결과 자료 도출 : 위 2, 3 항 항목들을 바탕으로 다음과 같은 결과 자료를 도출했다.

- 1) 2010~2017년 치과 진료인원 총계 및 치주질환 진료인원 연도별 추이
- 2) 2011~2017년 요양기관 분야별 진료인원 증가율

연도별 추이

- 3) 2010~2017년 치과 이용률 연도별 추이
- 4) 2010~2017년 치과치료 전체 요양급여비 및 치주질환 상병 요양급여비 연도별 추이
- 5) 2013~2017년 연 1 회 급여 치석제거 수혜율 연도별 추이 및 2017년 진료분 기준 연 1 회 급여 치석제거 수혜율 나이별 분포
- 6) 2018년 심사분 기준 만성치은염 진료인원 비율 및 만성치주염 진료인원 비율
- 7) 2010~2018년 치석제거, 치근활택술, 치주소파술, 치은박리소파술 진료인원 연도별 추이

III. 결과

1. 치과 진료인원 총계 및 치주질환 진료인원 (그림 1)

치은염 및 치주질환(K05) 상병으로 진료 받은 진료인원과 치과 진료인원 총계의 연도별 추이를 보면 2013년과 2014년에 치주질환으로 진료를 받은 진료인원은 전년 대비 각각 21.9%, 25.5% 증가했다. 치주질환 진료인원은 2012년 843만여 명에서 2017년 1,519만여 명으로 676만여 명 증가했으며 같은 기간 전체 치과 진료인

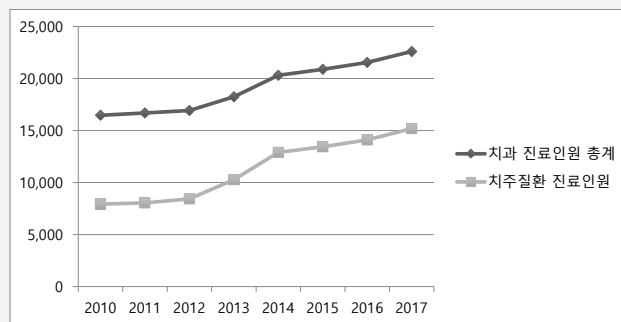


그림 1. 치과 진료인원 총계, 치주질환 진료인원 연도별 추이(단위: 천 명)

원은 1,692만여 명에서 2,260만여 명으로 568만여 명 증가했다.

2. 요양기관 분야별 진료인원 증가율 (그림 2)

2011~2017년 사이 전체 요양기관 진료인원 증가율은 -1.7~3.7% 사이 범위에서 연도 경과에 따른 뚜렷한 경향 없이 연도별로 증감되었다. 의과, 한의과 분야 진료인원 증가율은 비슷한 범위 내에서 전체 요양기관 이용자 증가율과 비슷한 추이를 보였다. 치과 진료인원 증가율은 치석제거 요양급여 확대 정책 시행 전에는 전체 요양기관 이용자 증가율과 비슷한 수준이었으나 정책 시행 초기인 2013년과 2014년에 각각 7.8%, 11.3%로 전체 요양기관 이용자 증가율 분포를 크게 웃돌았고 이후에도 2.9, 3.2, 4.9%로 의과, 한의과 분야에 비해 높은증

가율을 보였다.

3. 치과 이용률 (표 1)

전체 건강보험 가입자 중 치과 진료를 받은 진료인원으로 계산한 치과 이용률은 치석제거 요양급여 확대 전인 2012년 34.1%에서 2017년 44.4%로 10% 이상 증가했다. 증가폭은 정책 시행 전 연간 0.2%에 머물렀으나 2013, 2014년에 각각 2.4, 3.9%로 큰 폭으로 상승했고 이후 1~1.9%의 상승폭을 보였다.

4. 치과 요양급여비 (그림 3)

치주질환 상병으로 인한 외래 요양급여비 역시 증가해 2012년 5천억여 원이었던 것이 2013년 34.5%, 2014년 36.6% 증가했으며 그 이후로도 소폭씩 상승해

표 1. 치과 이용률

| 연도 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|-----------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 치과 이용률(%) | 33.7 | 33.9 | 34.1 | 36.5 | 40.4 | 41.4 | 42.5 | 44.4 |

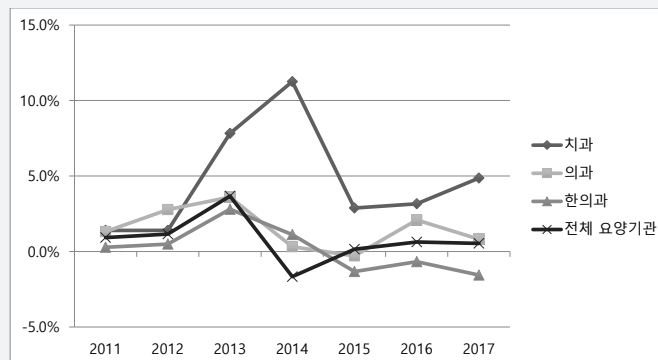


그림 2. 요양기관 분야별 진료인원 증가율 연도별 추이

2017년에는 1조 2천 4백억여 원의 요양급여비가 발생했다. 치과 전체 요양급여비는 2010년 1조 4천억여 원에서 2017년 4조여 원으로 2.9배까지 증가했다. 특히 2013년부터 2017년 사이에 매년 5천억여 원씩의 가파른 증가세를 보였다.

5. 연 1 회 급여 치석제거 수혜율 및 나이별 분포(그림 4, 5)

만 20세 이상 전체 건강보험가입자 중 연 1 회 급여 치석제거를 받은 진료인원인 연 1 회 급여 치석제거 수혜율은 시행 첫 해 9.3%에 불과했던 것이 2014년에는 16.7%로 크게 증가했고 2017년에는 19.5%까지 증가해

대상자 다섯 명 중 한 명꼴로 연 1 회 급여 치석제거를 받은 것으로 드러났다. 나이대별로 연 1 회 급여 치석제거 수혜율 비교 시 20대에서 23.2%로 가장 높았고 나이가 증가함에 따라 수혜율은 감소했으며 특히 70대와 80대에서는 수혜율이 각각 10.8%, 3.4%로 크게 감소했다.

6. 치주질환 진료인원 비율(그림 6)

건강보험 적용 대상자 중 만성치은염, 만성치주염으로 진료 받은 진료인원 비율을 그림 6에 정리했다. 만성치은염 진료인원 비율은 20대 연령층에서 11.4%로 가장 높았으며 이후 연령 증가에 따라 점차 감소했다. 만성

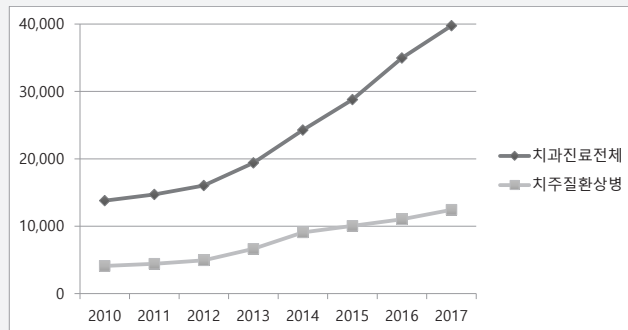


그림 3. 치과 요양급여비 연도별 추이(단위 : 억 원)

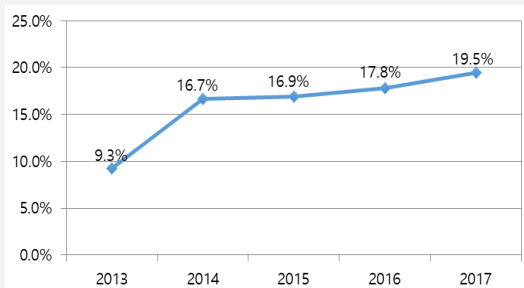


그림 4. 연 1 회 급여 치석제거 수혜율 (2017년 진료분 기준)

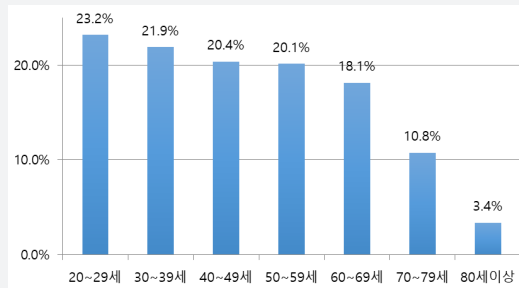


그림 5. 연 1 회 급여 치석제거 수혜율 나이별 분포(2017년 진료분 기준)

치주염 진료인원 비율은 나이 증가에 따라 꾸준히 증가해 60대에서 34.7%로 가장 높았으며 이후 감소해 80대에서는 20대보다 낮은 진료인원 비율을 보였다.

7. 치주치료 유형별 진료인원(그림 7)

치석제거, 치근활택술, 치주소파술, 치은박리소파술을 받은 진료인원은 지난 8년간 꾸준한 증가세를 보여왔다. 2010년부터 2018년도 사이에 진료인원이 가장

많이 증가한 치료는 치근활택술로 1.98배 증가했으며 치주소파술은 1.52배, 치은박리소파술은 1.39배 증가했다.

IV. 고찰

본 연구에서는 치석제거 영양급여 확대 정책의 효과를 살펴보고자 치석제거 영양급여 확대 시행 3년 전인

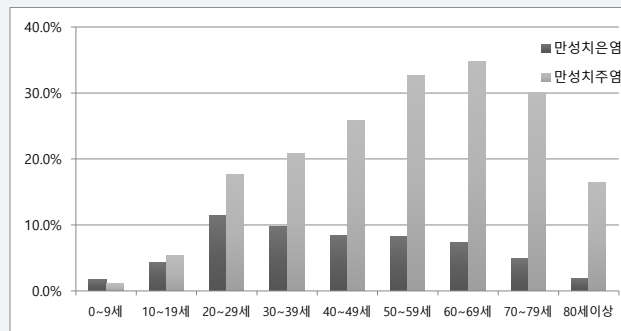


그림 6. 만성치은염, 만성치주염 진료인원비율 나이별 분포 (2018년 심사분 기준)

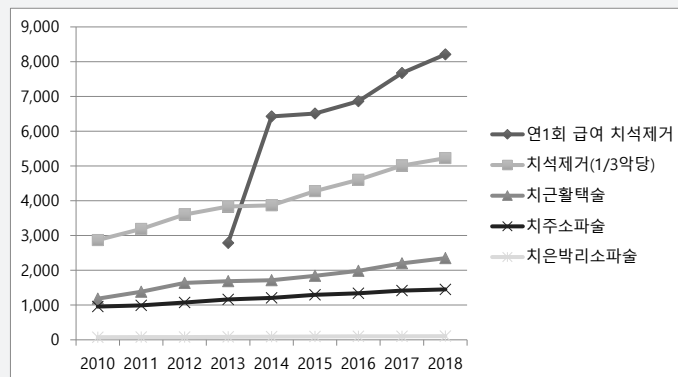


그림 7. 치주치료 유형별 진료인원 연도별 추이 (단위: 천 명)

2010년부터 2018년까지의 보건의료빅데이터를 이용해 치과 이용 실태를 확인했다.

그림 7에서 보듯이 2014년 이후 치주치료 중 가장 높은 빈도로 시행된 것은 연 1 회 급여 치석제거이다. 그림 1에서 치주질환 진료인원 증가가 거의 그대로 치과 전체 진료인원 증가로 이어지고 있으며, 치석제거 요양급여 확대 정책 실시 직후에 보다 빠르게 증가했음을 알 수 있다. 그림 2에서 치과 진료인원 증가율은 정책 시행 후 첫 두 해 동안 급상승했으며 특히 전체 요양기관 이용자인 의과, 한의과 진료인원 증가율에 비추어 볼 때 자연적인 진료인원 증가분을 훨씬 상회하는 높은 증가율임을 확인할 수 있다. 따라서 연 1 회 급여 치석제거가 치과 이용률 증가를 견인했다고 볼 수 있다. 치석제거 요양급여 확대 정책의 효과로 치과 이용률 증가를 통해 각종 구강 질환의 발견 기회가 될 수 있는 구강검진의 기회가 확대되었을 것으로 생각한다. 주기적 치과검진을 통한 치주질환, 치아우식증 등 주요 치과 질환의 예방과 조기 치료로 인한 치아상실률 감소, 구강암 등의 심각한 구강 질환의 조기 발견 기회 증가 등은 구강건강을 직접적으로 향상시키는 효과가 있다.^{4,5)} 여기에 치주질환의 지속적 관리를 통한 관련 전신질환에 대한 긍정적 효과가 더해져 궁극적으로 국민의 전신 건강 유지와 삶의 질 향상에 기여할 수 있을 것이다.^{6,7)}

치과 진료인원 총계는 연간 치과병원 이용 진료인원과 치과의원 이용 진료인원을 합한 것으로 양쪽을 모두 이용한 진료인원이 중복되어 있어 치과 이용률이 다소 과대평가된 면이 있다. 하지만 치과병원 이용 진료인원은 치과 진료인원 총계의 10% 미만이고 치과의료 전달체계 상 치과의원을 거치지 않고 치과병원 이용이 가능해 치과 이용률 수치에는 큰 영향을 미치지 않았을 것으로 생각한다. 2017년 기준으로 치과의원 진료인원은 2,105만여 명으로 전체 건강보험 적용 대상자 5,094만여 명 대비 치과의원 이용률은 41.3%이며 이는 표 1에

나타난 치과 이용률 44.4%와 3.1% 차이를 보인다. 치과병의원 중복 사용자를 감안하면 실제 치과 이용률은 42~44% 사이일 것으로 추정할 수 있다.

치주질환 상병으로 인한 요양급여비 증가는 진료인원 증가율보다 높았는데 이는 진료인원 증가 요인에 요양급여 수가 인상 요인이 복합적으로 작용한 결과로 생각한다. 치과 전체 진료에 대한 요양급여비 총액은 치주질환 상병 요양급여비 상승분을 훨씬 상회하는 증가를 보이고 있는데 이는 2012년 하반기 만 75세 이상 완전틀니 요양급여 적용을 시작으로 2016년 하반기 만 65세 이상 완전 및 부분틀니와 치과임플란트 요양급여 적용에 이르기까지 고비용의 임플란트 및 가철성 보철 치료의 급여화가 단계적으로 시행되었기 때문일 것이다. 건강보험심사평가원 보건의료빅데이터개방시스템의 의료통계정보에 따르면 부분틀니와 임플란트 치료의 원인 상병인 치아 및 지지구조의 기타 장애(K08) 요양급여비는 2012년 670억여 원에서 2017년 1조 3천억여 원으로 크게 증가한 것을 그 근거로 들 수 있다. 치주질환 상병 요양급여비 지출 측면에서 현재까지는 재정지출이 증가된 것을 확인할 수 있었으나 이는 정책 시행 초기에 피할 수 없는 결과이며 장기적으로는 주요 치과 질환의 유병률과 발병률 감소를 통해 치아상실률을 감소시켜 요양급여비 지출 안정화에 기여할 수 있을 것으로 기대된다.

연 1 회 급여 치석제거의 수혜율이 젊은 연령일수록 높은 이유는 젊은 층일수록 정보접근성이 뛰어나고 활동성이 높기 때문으로 생각한다. 치석제거 확대 이전인 2013년 치은염 및 치주질환(K05)으로 요양기관에 내원한 진료인원은 40세 이상 65세 미만의 수혜자가 가장 많았다.³⁾ 70대 이후 고령자에서는 정보접근성이 낮고 거동이 불편하거나 치과접근성이 떨어지는 경우가 많아 수혜율이 낮은 것으로 생각한다. 만성치주염 진료인원 비율 나이별 분포에서도 같은 경향을 확인할 수 있다. 만

성치주염으로 치료받은 진료인원은 60대까지 증가하다가 그 이후 감소해 80대에서는 16.4%에 불과했다. 65세 이상 고령자에서 치주질환 유병률이 더 높아진다는 외국의 연구 결과가 있으며⁸⁾ 우리나라 국민건강영양조사 가장 최근 자료인 2015년 치주질환 유병률 추이 통계에서도 19~29세, 30, 40, 50, 60대 및 70대 이상 연령별 치주질환 유병률은 각각 5.1, 15.5, 30.1, 47, 47.6, 47.5%로 연령 증가에 따라 치주질환 유병률이 증가함을 확인할 수 있다. 고령자에서 요양기관 입원자 비율이나 거동 불편자 비율이 높아 이로 인해 치과 이용률 자체가 낮아짐으로써 치주염 진료인원 비율이 낮아진 것으로 보는 것이 타당할 것이다.

본 연구는 국민건강보험심사평가원의 보건의료빅데이터를 이용한 것으로 치과병의원에 내원하여 건강보험 적용 하에 진료를 받은 진료인원의 자료이므로 특정 질환으로 진료 받은 진료인원 자료가 실제 그 질환의 유병률이나 발병률을 나타내지는 않는다. 하지만 전 국민의료보험 의무 가입으로 거의 모든 국민을 대상으로 한 방대한 자료라는 점에서 얻고자 하는 항목에 따라 아주 유용한 자료가 될 수 있다. 치주질환 치료는 대부분 요양급여 적용 항목이며 과거 대표적인 비급여 항목이던 치석제거가 20세 이상 성인에서 연 1 회 요양급여 적용 항목으로 포함되어 더욱 의미 있는 자료가 구축되었다.

이상의 결과를 바탕으로 치석제거 요양급여 확대 정책의 효과를 진단하고 정책적으로 보완할 점에 대해 제안하고자 한다.

첫째, 치석제거 급여 확대 이후 치은염 및 치주질환(K05) 상병 진료인원 및 치과 이용률은 꾸준히 증가했다. 환자들은 치석제거를 받기 위해 자발적으로 정기적으로 내원하여 검진과 치료를 받는 형식으로 대응하였다. 따라서 이 정책은 환자의 치과의료 접근성과 만성 구강병에 대한 대응성(responsiveness)을 높인 정책으로 평가할 수 있다.

둘째, 연 1 회 급여 치석제거 수혜자의 나이별 분포 비중은 20대가 가장 높고, 다음이 30대, 40대 순으로 나타났다. 치석제거 확대 이전에는 40세 이상 65세 미만의 수혜자가 가장 많았다. 따라서 이 정책은 요양급여비 분배에 있어 형평성(equity)을 증가시켰음을 알 수 있다. 더불어 20, 30대의 치석제거를 통해 치은염이 치주염으로 진행되는 것을 차단하는, 질환에 대한 조기 대응의 확대를 가져왔다는 점에서 적절성(appropriateness)이 높다고 평가할 수 있다. 하지만 정기적인 검진과 주기적인 치석제거를 통한 치주질환 유병률 감소 효과에 대해서는 보다 장기적인 평가가 필요하다.

셋째, 치석제거 단일항목에 국한된 요양급여 적용과 그 횟수 제한은 치주질환 진행과 재발 방지에 있어 한계가 있다. 치주질환은 치료 후 꾸준한 유지관리가 필요한 만성 질환이며 환자 교육과 개인 구강위생이 매우 중요하다.⁹⁾ 구강병 예방의 핵심은 치태조절인데 치태관리에 대해서는 요양급여가 적용되지 않고 있다. 치주질환을 예방하고 유지치주치료의 목적을 달성하기 위해서는 구강건강관리지도, 치태관리, 치주치료 후 유지관리 부분을 요양급여 적용 항목에 포함함으로써 환자 개개인에 맞는 예방적 치료 전략을 세울 수 있도록 해야 할 것이다. 치주질환 예방 및 치주치료 후 유지관리의 중요성에 대한 대국민 홍보도 강화할 필요가 있다. 이와 같은 정책 보완을 통해 치주질환의 예방 및 조기발견과 재발 방지, 치과 이용률 증가 및 그에 따른 다른 치과질환의 조기발견, 치아상실률의 감소와 국가적 비용 감소 효과를 기대할 수 있을 것이다. 이를 위해서는 구강건강지도, 치태조절, 치주치료 후 유지관리 부분에 대한 요양급여 확대 등 정책적 보완이 필요하다.

앞서 치과 요양급여비에 관한 기술에서 볼 수 있듯이 요양급여비는 요양급여비 상승률, 요양기관 이용자 수, 다양한 정책 시행 등에 의해 복합적으로 영향을 받는다. 이 논문에서는 치주질환과 치주치료, 그 중에서도 연 1

회 급여 치석제거에 초점을 맞춰 자료를 분석했다. 자연적인 전체 인구 증감률, 연령대별 인구 구성 비율, 사회경제적 상황에 따른 요양기관 이용 양상의 차이 등에 대해서는 고려하지 않았고 조사 대상 시기에 이루어진 다양한 분야의 여러 정책 변화들에 대해서도 전면적인 검토가 이루어지지 않은 한계가 있다. 향후 보다 다양한 변수들에 대한 심도깊은 분석이 필요할 것이며 치과 전체 요양급여비 지출의 적정성 평가, 장기적인 정책 효과 검토 및 정책 수립 방향 설정에 대해서 추가적인 연구가 계속되어야 한다.

V. 결론

본 연구는 2013년부터 시행된 치석제거 급여 확대 정책의 효과를 살펴보기 위해 보건의료빅데이터 분석을 했으며 그 결과는 다음과 같이 요약할 수 있다.

1. 치석제거 요양급여 확대 정책 시행 후 첫 두 해동안

치과 진료인원 증가율은 7.8, 11.2%로 매우 높았다. 전체 조사 기간동안 -1.7~3.7% 사이에 머물고 있는 의과, 한의과 진료인원 및 전체 요양기관 이용자 증가율을 상회하는 수치이다.

2. 치과이용률은 2012년 34.1%에서 2017년 44.4%로 증가했으며 2013, 2014년 증가분은 각각 2.5, 3.9%로 조사 기간 중 가장 큰 증가를 보였다.

3. 연 1 회 급여 치석제거 수혜율은 2017년 19.5%였다. 20대 연령층에서 23.2%로 가장 높았고 연령 증가에 따라 감소 양상을 보였다.

이상의 결과를 바탕으로 치석제거 요양급여 확대 정책은 치과의료에 대한 접근성을 향상시킨 정책으로 평가할 수 있다. 치석제거 요양급여 적용 확대 후 치과 이용률이 증가했지만 여전히 50% 미만에 머물고 있는 점, 현재의 치석제거 요양급여 확대 적용이 질환의 예방 및 유지치주치료의 목적을 달성하기에는 한계가 있다는 점에서 향후 정책 수정, 보완이 필요하다.

참고문헌

1. 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 개정. 보건복지부 고시 제2013-79호. 2013. 6. 4. 개정. 2013. 7. 1. 시행
2. 2017 건강보험통계연보, 2018:614, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원
3. 김영택, 이재홍, 권혜인, 이종석, 최정규, 김동욱, 최성호. 국민건강보험공단 표본코호트 DB를 이용한 치석제거 보험급여화 전후 실태조사. 대한치과의사협회지 2016;54(8):604-612.
4. Lewis DW, Ismail AI. Periodic health examination, 1995 update: 2. Prevention of dental caries. The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. CMAJ. 1995;152(6):836-846.
5. Lang WP, Farghaly MM, Ronis DL. The relation of preventive dental behaviors to periodontal health status. J Clin Periodontol 1994;21(3):194-198.
6. Aldridge JP, Lester V, Watts TLP et al. Single-blind studies of the effects of improved periodontal health on metabolic control in type 1 diabetes mellitus. J Clin Periodontol 1995;22:271-275.
7. Azarpazhooh A, Leake JL. Systematic review of the association between respiratory diseases and oral health. J Periodontol 2006;77:1465-1482.
8. Eke PI, Dye BA, Wei L, Thornton-Evans GO, Genco RJ. Prevalence of periodontitis in adults in the United States: 2009 and 2010. J Dent Res 2012;91(10):914-920.
9. Axelsson P, Lindhe J. The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. J Clin Periodontol 1981;8(4): 281-294.