



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

노인 대상 치과 건강보험 급여 확대 방안 연구

- 독일 · 일본 비교제도론적 고찰을 중심으로 -

연세대학교 대학원

의료법윤리학협동과정

보건학전공

김 소 연

노인 대상 치과 건강보험 급여 확대 방안 연구

- 독일 · 일본 비교제도론적 고찰을 중심으로 -

지도교수 김 소 윤

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

2024년 1월

연세대학교 대학원

의료법윤리학협동과정

보 건 학 전 공

김 소 윤

김소연의 석사 학위논문을 인준함

심사위원 김 소 운 

심사위원 최 명 순 

심사위원 김 중 혁 

연세대학교 대학원

2024년 1월

감사의 글

입학 한지가 엇그제인 듯 2년간의 학위과정을 통해 마침내 논문을 완성할 수 있었습니다. 많이 부족하지만 격려와 따뜻한 말씀으로 지도해주신 교수님들과 연구원님들 덕분에 생각하며 감사의 말씀 올리고 싶습니다. 학위과정 동안 여러 시행착오를 통해 의료법윤리학의 많은 학문적 지식과 값진 경험을 몸소 배울 수 있었습니다. 제게 석사학위 과정은 매우 뜻깊고 소중한 시간이었습니다.

학문적 호기심으로부터 비롯된 석사학위의 길을 따뜻하게 품어주시고 지도해주신 김소윤 교수님께 먼저 감사 말씀 전해드리며 너그러운 미소와 체계적인 분석을 통해 아낌없이 논문에 첨언을 해주신 최영순 교수님과 통찰력 있는 지도와 많은 조언으로 논문 작성에 있어 큰 도움을 주신 김준혁 교수님께 감사드립니다. 개인적으로 응원해주신 교수님들과 의료법윤리학 연구원분들께 대단히 감사드립니다. 논문 개요와 여러 가르침을 주셨던 이미진 교수님, 항상 챙겨주셨던 이일학 교수님과 장욱 교수님, 이동현 교수님 그리고 마지막으로 인생의 멘토였던 손유미 박사님과 소울메이트 박지원 선생님께 매번 감사할 따름입니다. 저를 올바른 길로 인도해주시고 배려와 희생으로 잘 키워주신 부모님과 고마운 언니, 언제나 곁에서 힘을 줬던 지인, 친구 모두에게 감사드립니다.

석사학위의 길은 마치지만 더 넓은 세상에 도입하기 위한 시작으로 생각합니다. 기회를 얻어 배움의 길로 인도해주신 만큼 보건학을 꾸준히 공부하는 겸손한 자세를 갖추고 더불어 보답하며 베푸는 사람이 되겠습니다.

2024년 1월

김소연 올림

차 례

국문요약	v
제1장 서론	1
1.1 연구의 배경 및 필요성	1
1.2 연구의 목적	4
1.3 연구의 방법	5
제2장 치과 건강보험	8
2.1 치과 건강보험 개념	8
2.1.1 법률적 근거 및 수가제도	9
2.1.2 관련 기관 및 주요 업무	11
2.2 치과 건강보험 주요현황	14
제3장 국가별 노인 대상 치과 건강보험 비교분석	18
3.1 개요	18
3.2 독일	22
3.3 일본	40
3.4 한국	53
3.5 비교분석 결과	67
3.5.1 법·제도 측면	67
3.5.2 치과 진료서비스 측면	70
제4장 노인 대상 치과 건강보험 등의 문제점 및 개선방안	76
4.1 법·제도적 개선	76
4.2 노인 구강 진료센터 구축	81
4.3 노인 치과 담당 인력 확대 및 교육을 통한 전문성 강화	82

4.4 노인 구강 건강증진 사업 시행	84
4.5 평가방안 구축	86
제5장 고찰 및 결론	88
5.1 연구방법에 대한 고찰	88
5.2 연구결과에 대한 고찰	90
5.3 결론	92
참고문헌	94
부록	105
ABSTRACT	110

표 차례

표 1. 국민건강보험 본인 부담제도	10
표 2. 주요 치과 진료행위 건강보험 현황	16
표 3. 보험 임플란트 식립 현황	17
표 4. 독일 보험제도 비교	32
표 5. 치과 진료에 따른 보장 정도	36
표 6. 연도별 한국 노인 대상 치과 건강보험 역사	55
표 7. 노인 대상 임플란트 치과 건강보험	60
표 8. 노인 대상 치과 건강보험 급여 확대 변화	61
표 9. 행위별 급여·비급여 항목 수	62
표 10. 국가별 치과 건강보험 비교	69
표 11. 국가별 치과 건강보험 급여항목 서비스 비교	72
표 12. 국가별 노인 구강 건강 지표 비교	73
표 13. 국가별 노인 대상 치과 건강보험 방문진료서비스 비교	75
표 14. 임플란트 건강보험 급여 개선방안	78

그림 차례

그림 1. 연구수행 방법	7
그림 2. 국민건강보험공단 주요 업무 절차 체계	11
그림 3. 요양기관에서의 건강보험 청구 흐름도	13
그림 4. 연도별 치과의원 건강보험 보장률	15
그림 5. 연도별 치과병원 건강보험 보장률	15
그림 6. 독일 건강보험 가입자 구성	29
그림 7. 독일 보험급여 지급체계	30
그림 8. 독일 건강보험 제도 재원의 흐름	34
그림 9. 급여 보장성 확대의 우선순위 설정 추진체계 및 절차	77
그림 10. 제5차 국민건강증진종합계획 구강 보건 분야 정책	85

국 문 요 약

노인 대상 치과 건강보험 급여 확대 방안 연구

- 독일 · 일본 비교제도론적 고찰을 중심으로 -

최근 한국이 직면한 사회적 쟁점인 고령 인구 비중은 지속적으로 증가하여 2030년에는 24.3%, 2060년에는 40.1%로 점점 높아지고 있다. 고령 인구의 순위는 1960년에는 152위, 2015년에는 51위, 향후 2030년에는 15위, 2060년에는 1위로 세계에서 유례가 없을 정도로 진행 속도가 빠르다고 한다. 초고령사회 진입을 대비하여 노인 건강증진의 관심과 대책이 사회적으로 큰 화두가 되고 있다. 건강에 관한 관심의 증가에 따라 구강 건강에 대한 관심 또한 자연스레 높아지고 있다.

현재 국민건강보험공단에서 실시하는 노인 대상 치과 건강보험인 임플란트 보험은 만 65세가 된 시점의 노인들을 대상으로 평생 최대 2개까지 혜택을 받아 진료받을 수 있다. 임플란트 대상자는 70% 비용을 지원받고 30%의 비용만 본인이 부담하면 되기 때문에 2개의 임플란트를 식립해도 70만 원 정도만 부담하면 된다. 이렇게 임플란트를 국가보험에서 보장하고 있음에도, 한국의 노인 구강 건강상태는 일본, 독일 등 노인 구강 관리의 선진 국가에 비해 미진한 상태다. 따라서, 한국 치과 건강보험이 도입된 지 46년째 되어가고 있는 시점에서 보건 및 사회복지제도는 노인 구강 건강증진에 있어 더욱이 발전해야 한다. 앞으로 새로운 미래를 위한 치과 건강보험의 대안을 마련하는 기초 자료가 필요하다.

본 연구에서는 한국을 비롯해 국가별 국민건강보험제도 중 치과 건강보험을 시행하는 일본, 독일의 경우를 비교 제도론적으로 고찰하고 국가 간 현행조사 및 발전해나가야 할 부분에 대한 검토를 통하여 법·제도적 개선방안 등 정책적 운영을 고찰하였다.

연구결과 공보험 제도하에서도 큰 틀은 비슷하나 세세하게 들어가면 국외 치과 보험은 서로 같은 듯 다른 제도적 체계를 갖추고 있다. 일본은 의치, 보철, 심미 보철까지 폭넓게 치과 건강보험이 확보되어 있다. 급속한 노령화로 인한 노인 의료보장에 더욱더 적극적으로 대처하고 치과 치료비 증가를 방지하기 위해 예방을 꾸준히 강조하고 있다. 보철 보장의 범위를 넓혀 노인의 구강 기능 개선뿐만 아니라 노인 구강 건강 예방에 이르기까지 비중 있게 다루고 있다. 독일 또한 꾸준한 의료 정책 개혁과 발전의 과정을 거치고 있으며, 2007년 의료개혁을 통한 사용자 책임의 치과 건강보험을 시행하였다. 한국보다 먼저 초고령사회에 진입하였기에 노인 대상 건강보험 체계 및 시스템의 구축이 잘 형성되어 있다. 치과 보철의 경우 50% 보장을 해주며 국민건강 수준 또한 높은 국가이다.

비교 제도론적 연구를 통하여 국외의 제도를 현재 상황에 맞게 적용하여 더 효율적인 방향으로 노인 구강 건강을 위한 법·제도적 틀을 갖추고자 한다. 초고령사회를 대비하여 노년 인구의 삶의 질을 향상시키고자 하며 역사적으로 국가 수준 노인 대상 치과 건강보험의 기반이 잘 잡혀 있는 국가의 비교분석을 통하여 향후 치과계의 방향성을 제시한다. 이를 통해 한국 고령 인구의 구강 건강 수준을 제고하기 위한 노력에 일조하고자 한다.

핵심되는 말 : 치과 건강보험, 임플란트, 노인 구강 건강, 보험제도

제1장 서론

1.1. 연구의 배경 및 필요성

국내 전체인구에서 65세 이상의 노인 인구 비중은 2023년 기준 18.4%로 예상된다. 향후 고령화 속도는 다른 나라에 비해 가속화될 전망이다. 65세 이상의 인구 비중은 2037년 31.9%, 2070년 46.4%가 될 것으로 예측한다(김경민 외, 2017). 통계청은 2025년이면 고령 인구 비중이 20.6%로 ‘초고령사회’로 진입할 전망이다. 그 속도는 매우 빨라 2035년 생산연령인구 2명이 노인 1명을 부양해야 할 지경에 처한다고 발표하였다. 가장 큰 문제는 현재 고령사회에서 초고령사회로 진입하는 속도가 매우 빠르다는 점이다(보건복지부, 2023). 초고령사회의 진입 속도가 빠르게 되면 이에 따라 늘어나는 노인들을 위한 건강 대책 마련이 필요할 것이다. 따라서 건강 예방을 위한 장치인 보험제도에 대한 검토가 필요하다.

국민건강보험공단에서 실시하는 현행 노인 대상 치과 임플란트 건강보험 급여적용 범위가 확대되어 만 65세 이상 노인을 대상으로 1인당 최대 2개까지 건강보험이 적용된다. 본인부담금은 30%로 자부담의 비중을 줄여 2개의 임플란트를 식립해도 70만 원 이내의 비용만 소요된다. 그럼에도 불구하고 치과 치료비가 유독 다른 과목의 진료에 비하여 돈이 많이 든다는 느낌을 준다. 이는 건강보험 적용대상이 아니거나 급여항목 일부만 지원이 되는 경우가 대부분이기 때문이다. 나머지 부분은 비급여 항목으로 환자가 전액을 부담하는 경우가 많다. 이는 많은 노인에게 큰 부담으로 다가올 수밖에 없다.

향후 고령 인구 증가로 개인 스스로 정상적인 삶의 영위가 불가능하며 국가 측면에서 보면 궁극적으로 사회·경제적 손실의 규모 증가하고 개인 측면에서 가정파괴로 이어지게 된다. 노인 인구의 증가는 국가의 생산성 저하로 개인과 나라 모두 약해질 것이다. 선행연구들에 따르면 노인의 경우 건강상태가 안 좋을수록 삶의 만족도 즉 삶의 질이 낮아지는 것으로 보고되고 있다(김석건 등, 2021). 구강 건강의 저하로 저작능력이 감퇴하게 되며 이는 식생활에 영향을 준다. 이에 따라 노인에게 있어 구강 건강상태는 삶의 질을 결정하는 중요한 의미를 지닌다고 볼 수 있다. 의료보험제도의 법적 근거는 국민의 인간다운 생활의 보장이며, 사회보장 증진 및 보건권 보장 등에 대한 국가의 의무를 규정하고 있다.

국민의 보건을 향상시키고 사회보장을 증진하는 것을 목적으로 하여 고액의 진료비용이 소요되는 것을 방지하고자 의료보험제도가 도입되었다. 2023년 한국 치과 건강보험이 도입된 지 벌써 46년을 맞이하였다. 노인 구강 질병은 발생 이전에 예방·관리하는 것이 효과적이며 국가의 정책적 기반을 바탕으로 올바른 치과 건강보험의 환경 조성이 필요하다. 국민의 기본적인 권리이며 건강권의 기반이 되는 건강보험 보장률은 2022년 기준 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, 이하 'OECD') 국가 중 현재 평균 80%가 미치지 못하는 64.5% 수준이다(신정우, 2020). 아울러 치과 건강보험 보장률은 3년 연속 하락세이며 2019년에는 36.9%, 2020년에는 36%, 2021년에는 33.2%이다. 반면 비급여 부담률의 추이는 점점 올라가고 있다(국민건강보험공단, 2021). 따라서 국민의 기본권이자 늘어나는 고령 인구의 구강 보건 건강 수준 증진에 이바지하고자 하며 이를 미리 대비해야 한다.

초고령사회에 진입하기 전 치과 건강보험을 다시 한번 되돌아보고 재정비하여 문제점 파악 및 재구축해 볼 시점이다. 치과 건강보험의 주된 항목 중 하나인 노인 대상 임플란트 건강보험은 확대와 더불어 해마다 여러 하위 항목들을 변경하고 추가해 왔다. 치과 건강보험의 적용대상 및 범위, 산정기준 등을 이해해야 하며 보급과 확대에 더욱 관심을 가져야 한다.

1977년 한국 의료보험의 역사는 시작되었다. 21세기에 진입한 시점 변화의 방향은 우리 사회에 있어 국민의 삶의 질을 선진국 수준으로 제고하는데 매우 중요한 시기가 아닐 수 없다. 한국과 국외 제도 및 노인 대상 구강 건강증진 사업을 참고하여 치과 건강보험의 방향성을 좀 더 구체화할 수 있도록 발전시키는 것은 정책의 시행 및 제정에 있어 긍정적인 영향을 줄 것으로 보인다. 하지만 이향숙(2007)에 따르면 현재 주요 선진국의 치과 건강보험과 한국의 치과 건강보험의 시대적 변화에 대한 체계적이고 구체적인 비교연구는 많이 없는 것으로 확인된다. 이에 본 연구는 한국 치과 건강보험의 현황을 파악하고 국외의 정책적 사업을 비교하여 개선방안 및 방향성을 고찰하고자 한다.

1.2. 연구의 목적

현재 늘어나는 고령 인구로 인하여 노인 대상 국민건강보험제도 중 치과 건강보험의 분석을 통해 제도적 개선 및 건강보험의 발전적 기반을 마련하고 매뉴얼을 제시하고자 한다. 한국의 경우 다른 OECD 국가들에 비해 건강보험의 혜택이 높다고는 하지만 정작 치과 관련 보장은 기본적인 진료만 보장되고 있다. 주요국의 정책과 제도를 영역별로 세분화하여 비교 후 현황 조사를 통한 현행 이슈를 분석해보고 앞으로 재정비해야 할 방향성을 제시하고자 한다. 치과 건강보험의 안정성을 보완하고, 보장범위와 의료급여의 확대에 따라 발생하는 진료 수가 문제와 서비스의 질 저하 우려가 있다. 따라서 이에 대한 정책 마련이 필요하다. 한국 현 위치를 파악하여 국외 복지정책의 비교를 통한 문제점 파악 및 개선방안을 모색하여 앞으로 시대적 변화에 발맞추고자 한다. 본 연구를 통하여 현행 치과 건강보험의 정책적 역할의 향후 방안을 제시하고자 하였다.

구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 첫째, 치과 건강보험의 역사를 파악하고 현황 분석을 통하여 현재 법적, 정책적 내용을 살펴본다.
- 둘째, 비교분석을 통하여 국외 치과 건강보험을 살펴보고 각 제도의 장·단점을 도출해내 국내 치과 건강보험의 현황을 고찰 및 비교한다.
- 셋째, 비교분석 결과를 통하여 문제점 및 개선방안을 고찰하고 이에 대한 해결방안을 강구한다.

1.3. 연구의 방법

본 연구는 국가별 치과 건강보험에 대한 이차 문헌 고찰의 수행으로 수집된 자료들을 종합하고 현재까지 연구된 논문들을 근거로 치과 건강보험에 대해 비교를 통하여 현황 등을 파악하였다. 노인 대상 치과 건강보험 등의 문제점 및 개선방안을 제시함으로써 한국 치과 건강보험의 특성을 파악하고 방향성을 모색하고자 한다. 문헌의 고찰 내용은 현행 노인 대상 치과 건강보험 및 법령 사항과 서비스의 이용 범위, 수가체계를 기초로 하였다. 또한, 현행 시스템의 문제점과 그에 따른 개선방안을 살펴보았으며 보험적용 대상의 유형을 통해 비교 분석하고자 한다. 치과 건강보험의 분석을 위하여 역사 및 현황, 실태조사, 초고령사회 대비 구강 건강증진을 위한 사업수행을 참고하여 비교 제도적 접근을 하였다.

연구의 방법으로 정책적 유사제도의 비교법인 Most Similar Systems (이하, ‘MSS’) 비교제도 접근법을 사용하였다. 해당 연구법은 비슷한 제도를 분석하고자 할 때 사용한다. 본 연구 시스템은 현황과 관련하여 가능한 유사한 제도를 평가하는 데 사용한다. 또한, 각각의 독립적인 변수를 비교하고자 할 때 사용하나 MSS 연구방법은 국가의 수가 한정되어 있으므로 모든 것을 일정하게 유지하는 것은 결코 쉽지 않다. 여러 국가 중 유사한 국가를 선택하며 많은 배경적 특성에서 비슷한 것이 보이는 국가를 대상으로 선정한다. 대부분 국가 비교연구는 MSS 연구방법을 사용하며 많은 배경에 특징적 유사성이 있다. 관련 통제 변수에 대하여 체계적으로 사례가 일치하지 않은 국가를 연구 대상으로 선택한다. 다양한 시스템 내에서 하나의 특정 결과를 테스트하고 변수를 확인할 수 있다. 분석 단위 간의 유사점과 차이의 정도를 평가하기 위한 측정 방법으로 국가 수가 제한되어 있다. 많은 특징이 있는 제도에 한하여 비교가 가

능하다. 특정한 일정 설계가 공식화된다면 다른 하위 항목에 관한 비교연구를 통해 고찰할 수 있다(Anckar, 2008). 따라서 본 연구는 MSS 연구방법을 사용하고자 하며 국가 간 비교에 있어 독일, 일본, 한국을 세 가지 유사성을 기준으로 선정하였다.

첫째, 우리나라와 동일하게 모든 국민을 대상으로 하는 의료보험 방식 체계를 구축하고 있다. 전 국민 강제 가입 방식이며 보험자는 공공기관의 의료보험 방식으로 국민의 80% 이상이 공보험에 가입되어 있다. 둘째, 급여항목 및 급여 진료비 결정에 있어 협의 후 진행하며 대부분 의료기관에서 제공하는 의료서비스를 받고 있다. 셋째, 국가가 의료보장을 주요 책임으로 삼고 사회 연대성을 바탕으로 보험 원칙을 도입한 의료보장 체계를 가지고 있다. 국가 간 치과 건강보험을 처음 제정함에 있어 제도적 기반을 상호 참고한 바 있다. 이렇듯 한국은 일본과 독일의 의료보험제도를 기반으로 국내 상황에 맞춰 발전시켰으며, 그 결과 제도가 유사한 부분이 있다(이용갑, 2009; 황도경, 2013).

국가별로 수집된 자료들을 종합하고 현재까지 연구된 논문들을 근거로 노인 대상 치과 건강보험을 비교 고찰하여 현황 파악하였다. 개선방안에 있어 한국에서 필요한 시스템의 도입을 고찰하고자 일본, 독일, 한국의 치과 건강보험을 방문 진료서비스 측면에서 비교하였다. 예방과 진료 측면에서 나누어 분석하며 요양기관 방문, 가정방문과 관련한 현행 제도는 어떠한지 국외 사례를 연구하였다. 노인 대상 치과 건강보험 서비스 분석 후 이를 범주화하여 테이블로 나타냈다. 개선방안을 제시함으로써 한국 치과 건강보험의 특성을 파악하고 앞으로의 방향성을 모색하였다.

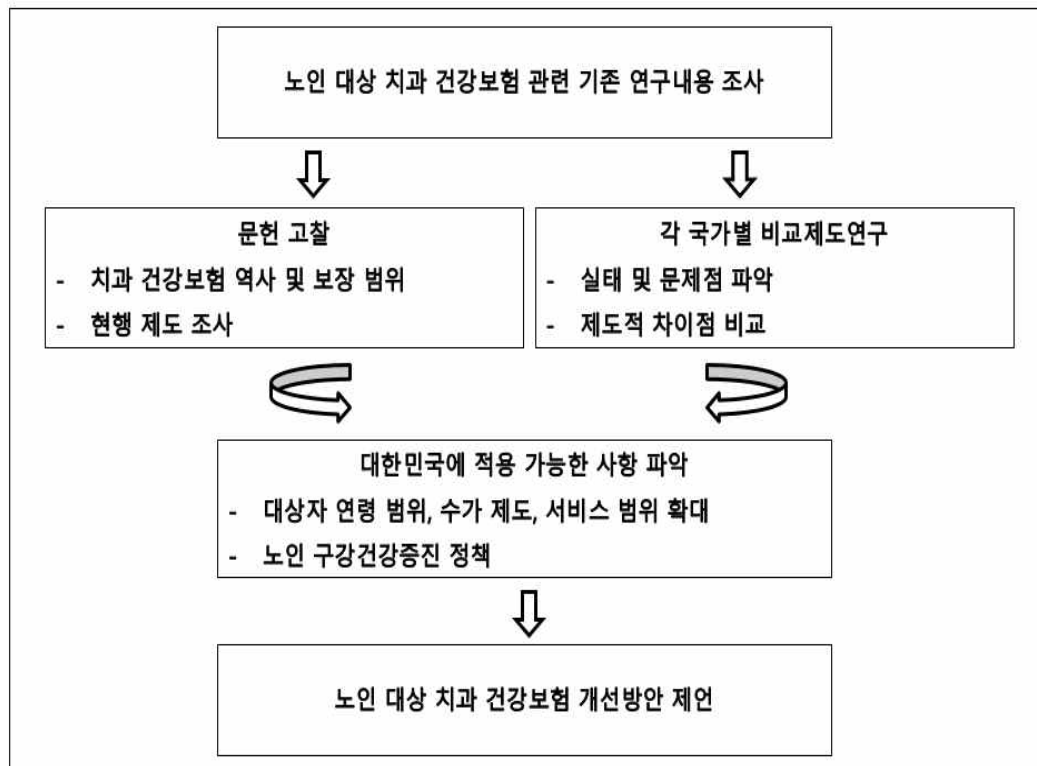


그림 1. 연구수행 방법

제2장 치과 건강보험

2.1. 치과 건강보험 개념

국민건강보험법 제1조에 따르면 ‘국민건강보험제도’란 국민의 질병 부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 시행함으로써 국민 보건을 향상시키고 사회보장을 증진함이 목적이다(건강보험심사평가원, 2018). 국민 상호 간 위험부담을 통한 의료비 해결 목적 실현과 더불어 강제 가입으로 실효성 확보를 위한 보험료 납부의 강제성의 성격 띠고 있다. 건강보장은 사회보장의 일종이며 사회보장은 헌법 제24조 제2항에 규정된 국가의 의무이자 법적 책임이다.

한국 건강보험 제도는 National Health Insurance (이하 ‘NHI’) 체계를 갖춘다. 전 국민 건강보험 단일 보험자기관이며 국민건강보험공단에서 주관하고 있다. 보험료는 국고보조금 지원이고 대부분 의료기관에서 서비스를 이용할 수 있다. 우리나라 4대 사회보험 중 하나로 소득에 따라 차등하게 보험료를 징수하여 평등하게 진료에 대한 혜택을 주는 보험이다. 따라서 이는 사회보험이라고도 한다. 건강보험 제도는 공적보험으로 진료비 일부만 본인 부담하고 행위별 수가제로 진료수가 체계가 이루어져 있다.

치과 건강보험은 1977년 7월 1일 시행 되었고, 보건사회부 내의 조직은 이를 대비하기 위하여 1년 2개월 전인 1976년 5월에 만들었다. 치과 건강보험의 수가제정작업으로는 일본에서 얻은 정보를 바탕으로 난이도와 시술 시간을 참고하여 의료보험 수가를 정한다는 원칙을 가졌다. 인건비 절약 및 병원 경영

의 합리성을 위하여 당시 구입가의 3~10배를 받던 약가는 낮게 책정했으며 행위별 분류도 많이 나누지 않았다. 치과 진료보수점수표를 참고해 치과 보험수가를 만들었으며 일본의 치과 진료보수점수표의 배점을 참고하여 보철을 제외하고 1점을 우리 돈 10원으로 환산하여 제정하였다. 이 당시 일본은 보험에서 치과 보철이 급여항목이었으나 당시 한국 보험재정은 감당하기 어려워 배제하였다(박덕영, 2019).

2.1.1. 법률적 근거 및 수가제도

국민건강보험법에 의거하여 국민의 질병 부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 시행함으로써 국민 보건 향상과 사회보장 증진에 이바지함을 목적으로 시행한다. 본 법률에 따른 건강보험사업은 보건복지부 장관이 맡는다. 1989년 전 국민 의료보험의 시행으로 1999년 보험자의 단일화와 2000년 국민건강보험법이 제정되었다.

2.1.1.1. 치과 건강보험 수가제도

우리나라의 치과 건강보험 수가제도는 포괄수가제(Diagnosis Related Group, 이하 ‘DRG’)로 이는 진단명 기준 환자군을 대상으로 치료행위를 묶어 같은 가격을 매기는 의료비 지불 방식이다. 환자가 진단명에 따라 진료받은 진찰, 검사, 수술, 주사, 투약 등 진료의 종류나 양과 무관하게 정해진 분류 체계에 따라 미리 정해진 일정액의 진료비를 부담하는 제도로 1997년 시범되었다. 2022년 이후 포괄수가제도는 더욱이 확대되어 시행되고 있다. 포괄수가

제도의 장점은 의약품의 오남용을 줄일 수 있고, 과잉 행위를 줄이며 진료비 청구방법의 간소화로 인한 환자의 진료비 부담 및 진료비 계산을 둘러싼 이견이 없는 것으로 들 수 있다. 하지만 의료서비스의 질 저하나 서비스의 규격화를 초래하고 건강보험재정의 부담 등이 단점으로 지적되고 있다. 틀니와 임플란트 또한 포괄수가제도로 적용되고 있으며 일부 치과 처치 및 수술료에 있는 대부분의 행위료는 행위별수가제도가 시행되고 있다(김영삼 등, 2023).

국민건강보험 본인부담제도란 「국민건강보험법」 제44조, 「국민건강보험법 시행령」 제19조에 의거하여 본인 부담 비용의 부담률 및 부담금은 별도로 정하나 약제에 대해 본인 부담 금액 상한액 범위에서 요양기관이 약제를 산 금액을 요양급여 비용으로 보아 산정함을 내용으로 한다. 본인이 연간 부담한 비용의 총액이 본인이 부담하는 상한액을 넘은 경우는 그 초과금액을 건강보험공단에서 부담하도록 한다. 본인부담률 및 부담액은 이렇듯 나이와 치과 치료 종별 그리고 요양기관에 따라 모두 다 다르게 제정되어 있으며 연령 및 요양기관별 국민건강보험 본인 부담제도를 살펴보면 아래와 같다.

표 1. 국민건강보험의 본인 부담제도

구분	본인부담률			본인부담금 끝수 계산
	6세 이상~ 65세 미만	6세 미만	65세 이상	
치과의원	30%	21%	진료비 총액이 15,000원 이하	1,500원
			진료비 총액이 15,000원 초과	10~30%
치과병원(동지역)	40%	28%	40%	100원 미만 절사
종합병원	50%			

* 출처 : 건강보험심사평가원. 건강보험 본인 부담기준 안내.

2.1.2. 관련 기관 및 주요 업무

국민건강보험은 보건복지부, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원에 의하여 관리 운영되고 있다. 보건복지부는 건강보험사업의 관장과 정책을 결정하고 건강보험 업무의 총괄을 담당하고 있다. ‘국민건강보험공단’은 보험자의 역할로 가입자와 피부양자의 자격을 관리해주며, 보험료 부과와 징수 그리고 보험급여의 관리의 주 업무를 담당한다. 가입자의 건강증진 개선을 위한 사업 및 보험 급여비용의 지급, 요양기관과 의료서비스 가격을 계약하는 등의 보험의 전반적인 관리와 국민 건강보장 사업을 관리하는 운영 주체로서의 역할을 수행한다. 전국 각 지역에 해당 지사를 두고 있다(보건복지부, 2023). 국민건강보험공단의 주요 업무 및 관련 흐름 체계는 아래 그림과 같다.

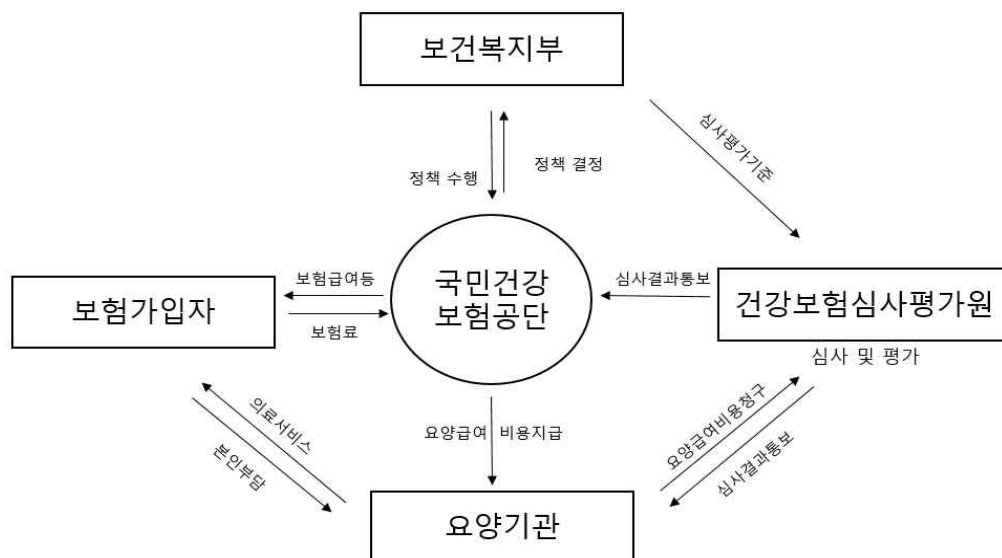


그림 2. 국민건강보험공단 주요 업무 절차 체계

* 출처 : 대한치과건강보험협회, 치과보험청구사 3급 재구성.

보험 가입자는 국민건강보험공단에 보험료를 납부하며 건강보험심사평가원은 요양기관의 비용청구를 심사·평가하여 심사결과를 통보한다. 보건복지부는 건강보험심사평가원에 심사평가 기준을 규정한다. 국민건강보험공단은 요양기관에 요양급여비용을 지급하고 있으며 전국 각 지역에 6개의 지역 본부와 178개의 지사를 두고 있다.

‘건강보험심사평가원’은 2000년부터 시행되었으며 건강보험 통합 이후 보험자로부터 심사의 기능을 독립한 기관으로 설치하였다. 요양급여 비용을 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하기 위하여 설립하였다. 각 의료기관의 요양급여비용 청구내용에 대하여 공정하고 객관적인 기준을 세우며 이에 대한 심사의 효율성과 보험자, 의료공급자의 신뢰를 구축하고자 한다. 심사와 함께 요양급여의 적정성을 평가하여 요양기관의 적정진료를 유도한다. 광역시·도 별로 기관을 두고 있다(건강보험심사평가원, 2022). 환자는 진료를 받은 후 수납을 하고 진료비를 청구하면 건강보험심사평가원에서 요양기관의 청구가 잘 된 건지 이를 심사한다. 이후 청구에 대한 심사결과 통보서를 제공하고 국민건강보험공단은 이를 토대로 요양기관에 진료비를 지급한다. 이때 요양기관에서 비급여 항목은 공단에 따로 청구하지 않는다. 아울러 진료비 청구에 있어 전자문서로 심사평가원에 자료가 넘어가게 되며 이에 대한 심사를 진행함을 원칙으로 한다. 요양기관 입장에서 본 건강보험 청구의 흐름도를 살펴보면 아래 그림과 같다. 이때 건강보험심사평가원에서 전문 심사를 진행하게 되는데 해당 단계의 절차는 직원심사 과정이 있으며 심사위원 심사를 거쳐 심사위원회 심사 단계로 단계별 심사과정을 진행하게 된다.

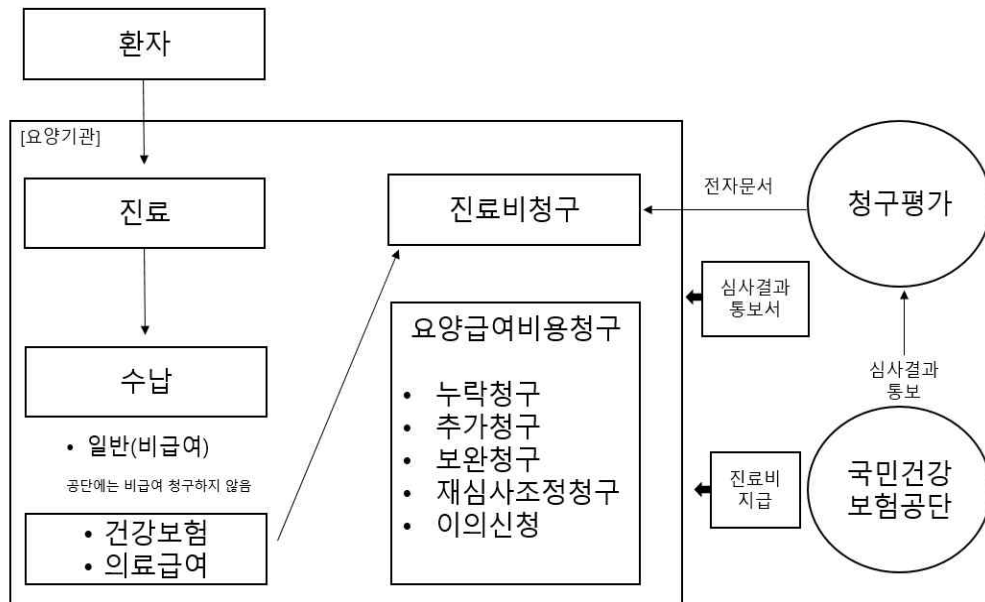


그림 3. 요양기관에서의 건강보험 청구 흐름도

* 출처 : 대한치과건강보험협회, 치과보험청구사 3급 재구성.

2.2. 치과 건강보험 주요현황

국민건강보험공단에서 조사한 치과 건강보험의 주요현황을 살펴보면 2020년 치과의원 건강보험 보장률은 36%, 법정본인부담률은 14.7%로 2019년도 대비 각각 0.9%, 0.3% 하락한 것으로 나타났다. 아울러 2021년도 치과의원 건강보험보장률은 33.2%, 법정 본인부담률은 13.6%로 2020년도 대비 3.2%, 1.1% 하락한 것으로 나타난다. 반면 비급여 부담률은 53.2%로 0.9% 상승했다. 치과병원의 경우 2021년 건강보험 보장률은 27.9%, 법정 본인부담률은 15.8%로 전년도 대비 각각 1.6%, 2.3% 상승하였다. 반면 비급여 부담률은 56.3%로 전년도 대비 3.9% 하락하였다. 건강보험 보장률을 살펴보면 2021년 치과 건강보장 본인부담률은 하락한 형태로 나타나고 있으며 이는 정부가 지속적이고 꾸준한 건강보험 보장성 강화 정책을 시행하였기 때문이다. 하나 치과의 건강보험 보장률은 아직 의과에 비하면 의원 55.5%, 병원 51.8%로 2021년 기준 낮은 편이다. 이렇듯 연도별 치과 건강보험 요양기관 종별 보장률의 추이는 아래와 같다.

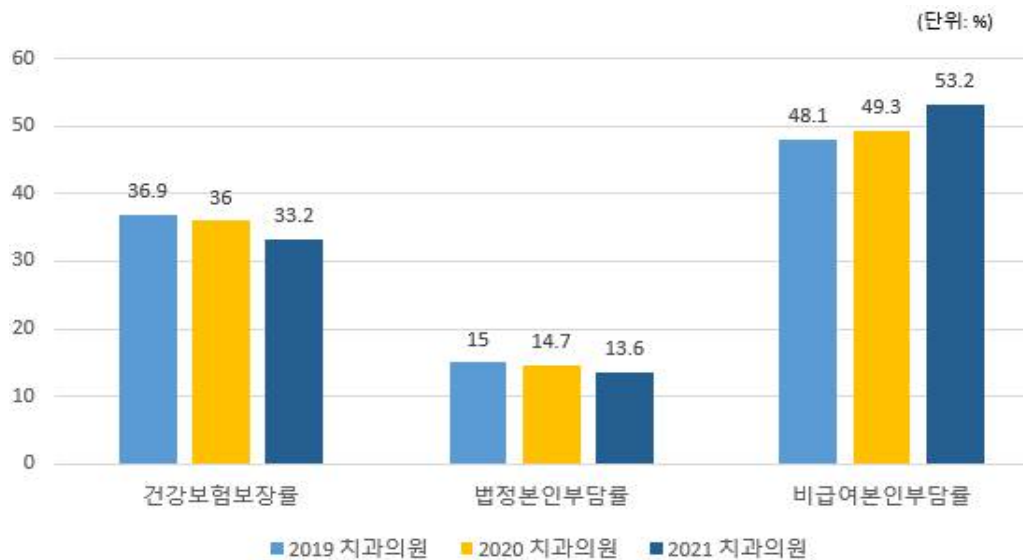


그림 4. 연도별 치과의원 건강보험 보장률

*출처 : 국민건강보험공단, 2021년도 건강보험환자 진료비 실태조사.

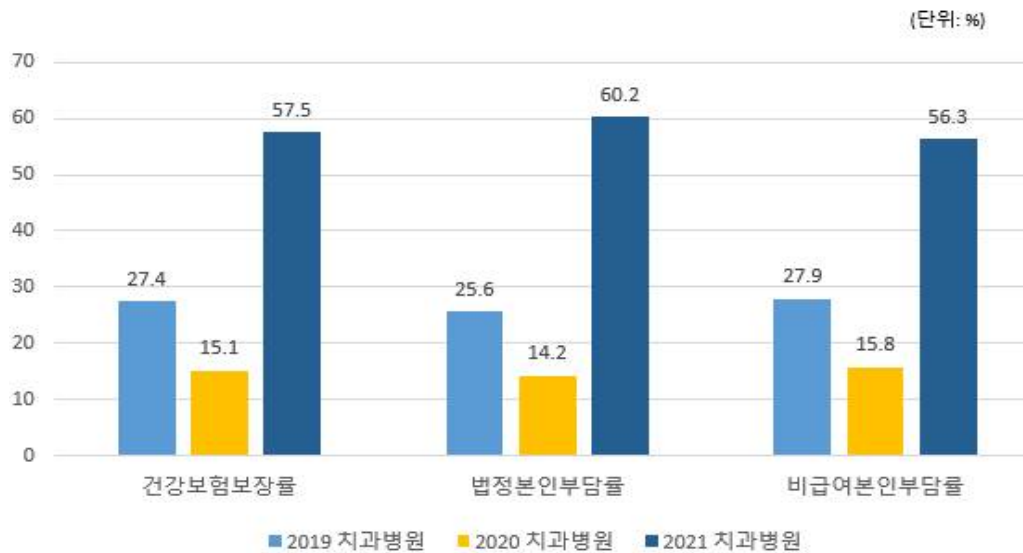


그림 5. 연도별 치과병원 건강보험 보장률

*출처 : 국민건강보험공단, 2021년도 건강보험환자 진료비 실태조사.

주요 치과 진료행위의 건강보험 추이로 2013년 건강보험 급여가 시행된 스케일링은 2017년 2,853억 원에서 2018년 3,065억 원으로 증가하며 2022년까지 꾸준히 증가하는 추세를 보인다. 치근 활택술은 2017년 849억 원에서 2018년 969억 원으로 증가했다. 레진상 완전 틀니 또한 5단계 의치장착 및 조정을 기준으로 2017년 643억 원에서 2018년 606억 원으로 감소했는데 2015년부터 금속상 완전 틀니 급여의 영향으로 본다. 금속상 완전 틀니는 5단계 의치장착 및 조정을 기준으로 2017년 345억 원에서 2018년 421억 원으로 증가했다. 2013년부터 급여된 부분 틀니의 경우 6단계 의치장착 및 조정을 기준으로 2017년 919억 원에서 2018년 979억 원으로 증가했다. 자세한 진료행위 건강보험 현황은 아래의 표와 같다.

표 2. 주요 치과 진료행위 건강보험 현황

(단위: 억 원)

진료행위	2014년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
스케일링	2,217	2,853	3,065	3,430	3,424	3,731	4,003
부분 틀니	1,580	3,387	3,601	3,401	3,071	2,883	2,759
완전 틀니	923	1,892	2,210	2,079	1,894	1,877	1,888
임플란트	249	6,957	6,872	9,385	9,404	10,001	10,882

* 출처 : 건강보험심사평가원. HIRA빅데이터 개방 포털 진료소 분류통계.

2018년 1월부터 2019년 12월까지 건강보험 적용으로 노인 임플란트는 2,531억 원의 의료비 부담경감액이 있었으며, 1인당 부담경감액은 291천 원이다. 임플란트 건강보험 진료비는 2021년 기준 10,001억 원이며 노인 틀니의 경우 2017년 11월 시행 이후 2,156억 원의 의료비 부담경감액이 있었다. 1인당 부담경감액은 353천 원이다(건강보험심사평가원, 2019).

임플란트의 경우 건강보험 보장이 시작된 2014년 7월 1일부터 임플란트 식립 환자 수가 급격히 증가한다. 2018년도 일부 정체되었으나 이후 본인부담금이 50%에서 30%로 인하되며 환자 수는 36만 2427명에서 51만 5467명으로 증가한다. 2016년 급여 연령확대 정책 이후 보험 이용자 또한 증가하였다. 보험 급여화의 확대는 이처럼 치과 진료 이용률을 증가시킨다. 따라서 급여화 확대로 치과 진료 이용에 있어 의료급여 대상자의 불평등을 줄이고 궁극적으로 노인 구강질환을 예방한다. 보험 임플란트 환자 수 현황을 살펴보면 아래의 표와 같다.

표 3. 보험 임플란트 식립 현황

연도	보험 임플란트 식립(3단계) 환자 수
2015년	7만 765명
2016년	21만 6781명
2017년	39만 2690명
2018년	36만 2427명
2019년	51만 5467명
2020년	50만 7843명
2021년	53만 4850명

* 출처 : 한국치과의료연감.

임플란트는 치과 전반에 많이 이용되고 있지만 국가에 따라 차이가 있다. 매년 1만 명 당 치료받는 임플란트 환자의 수는 한국은 180명, 독일은 100명, 일본은 50명이며 장기적 추이를 살펴보면 더욱 늘어날 전망이다. 한국의 경우 치아의 30~40%가량이 임플란트로 대체되었다. 독일은 수복될 치아의 20~26%이며, 일본은 10% 미만이나 점차 증가하는 추세이다(Misch, C. E. 2014).

제3장 국가별 노인 대상 치과 건강보험 비교분석

3.1. 개요

비교연구 대상 국가의 선정 기준은 우리나라 치과 건강보험과 유사하며 제도상의 관련성을 고려하였다. 본 논문 제1장에서 언급된 바와 같이 비교 대상 국가로 독일, 일본을 선정하였다. 해당 국가를 선정한 이유는 법령이 구체적으로 존재하며 전 국민의 80%가 공보험 제도에 가입된 국가를 기준으로 선정하였다. 따라서 유사제도 비교 국가 비교제도접근법인 MSS 비교제도 방법을 사용하여 일본, 독일을 분석하였다. 독일의 경우 구강 건강을 지속적으로 관리할 수 있는 체계를 마련하여 구강 건강증진에 초점을 두고 있으며, 일본의 경우 예방 위주의 진료 시스템의 도입으로 치료에 목적을 두지 않고 예방 측면에서 노인 구강 건강증진을 위하여 노력한 바 있다.

국가별 노인 대상 치과 건강보험 비교에 앞서 노인 구강 건강을 비교할 수 있는 지표로 노인 치아 개수를 들 수 있다. 일본의 경우 노인 평균 치아 수는 사랑니를 포함하여 22.7개로 추정되었다(Thomas Kocher et al., 2019). 또한, 거동이 불편한 노인은 치료비의 10%만 본인 부담 지급하고 나머지 90%는 개호보험으로 의료진에게 지급한다. 치과의사와 치과위생사가 고령자를 직접 찾아가 구강 관리를 하는 방문 치과 제도는 1년에 1,000만 건가량 이루어진다(김철중, 2019). 방문 진료의 수요는 치과 분야에서 현재 빠르게 증가하고 있다. 직접 가정이나 요양기관에 방문하여 치아 잇몸 질환을 진료하고 치간 칫솔질 사용 등 구강위생을 관리해주는 방식으로 2015년 기준 매달 62만 건으로 점점 사용량이 늘고 있다. 아울러 일본의 60세 이상의 노인 중 절반 이상이 재택

치과 진료서비스를 이용하고 있다.

독일의 경우 노인 평균 치아 수는 15.5개로 꾸준히 증가하고 있다. 의존성이 없는 노인의 무치악률의 비율이 32.8%로 의존성이 높은 노인의 무치악률은 46.5%로 의존성이 높은 노인들을 구강 건강관리에 관한 관심이 필요하다. 의존성이 높은 노인의 구강위생 관리에 도움이 필요한 비율도 29.8%로 매우 높은 편이다(정회인, 2020). 치과 진료서비스 이용 비율은 38.8%로 의존성이 없는 노인의 치과 진료서비스 이용률인 68.2%보다 현저하게 낮다.

한국의 경우 60대 노인의 치아 수는 22.8개이며 만 70세 이상에서는 16.2개로 나이가 들수록 감소하는 추세를 보인다. 특히 만 70세 이상 노인 중 20개 이상 자연 치아 보유율은 48%이며 치아가 하나도 없는 무치악 노인은 11%이다(질병관리청, 2021). 거동이 어려운 인구 집단의 치과 진료 이용률 대비 인구 대비 무치악 비율의 현황을 살펴보면 한국의 경우 65세 이상의 거동이 불편한 노인 중 39.1%가량이 진료가 필요함에도 받지 못한 경험이 있다. 또한, 이 중 건강 문제 및 거동 불편이 40.9%라고 한다. 경제적 사정 등으로 틀니 보조금 혜택을 받지 못하고 있는 인구는 2018년 기준 전체 노인 인구의 약 7.9%인 60만 명으로 추산된다(보건복지부, 2022). 거동이 불편한 노인의 81%가 일상적인 구강 건강관리를 원하고 있으며 63.1%는 집에서 직접 방문 구강 보건 진료를 받기를 원한다(김철신 등, 2007). 일본의 자가방문 진료제도의 도입이 필요할 것으로 보며, 자가 활동자의 경우 현존 치아 수가 많아지는 데에 비해 거동이 불편한 노인 환자의 경우 현존 치아 수가 감소하며 구강 건강이 안 좋게 나타나고 있다(서성미, 2010). 이처럼 지속 검진이 낮은 집단은 무치악 비율의 증가를 초래한다. 따라서 한국의 노인 구강 건강 지표인 노인 치아 개수는 독일과 일본에 비해 연령 대비 적으며 국외 시행 정책을 검토하여 한국 현황에 맞게 제도 도입이 필요할 것이다.

현재 한국형 방문 구강 건강관리 제도에 있어 재가, 요양 시설 노인의 경우 구강 관리가 진료의 영역이 아니라고 생각하여 방치된 상태다. 또한, 현행 국민 구강 건강보험 제도하에서는 치과 의사가 직접 고령자를 방문하여 진료하는 바는 시행되고 있지 않다(이성근, 2021). 앞으로 요양원 입소자에 대한 치과 의료 종사자의 개입이 더욱이 요구되며 입소자의 무치약 비율은 29.6%로 일반 국민 11.6%보다 약 3배 정도 높았다(전양현 외, 2023).

이에 따라 현재 한국에서 필요한 부분으로 논거 되는 시스템들은 도입하고자 하며 일본, 독일, 한국의 치과 건강보험을 방문 진료서비스 측면에서 비교하고자 한다. 국가별로 노인 구강 증진을 위한 예방 및 진료 측면에서 나누어 분석한다. 요양기관 방문, 가정방문과 관련한 현행 제도는 어떠한지 국외 사례를 고찰하며 국가별 노인 대상 치과 건강보험 서비스 분석하였다. 이를 범주화하여 테이블로 나타냈으며 자가방문과 요양 기관방문으로 나누어 이를 고찰하고자 한다.

치과 건강보험에 대한 연구 내용으로는 현재 시행 중인 제도 및 법령 사항과 서비스의 이용 범위 및 수가체계를 기초로 하였다. 또한, 현행 시스템의 문제점 및 개선방안을 살펴보았으며 보험적용 대상 및 유형을 통한 비교분석하고자 한다. 치과 건강보험의 분석을 위하여 역사 및 현황 조사, 초고령사회 대비 구강 건강증진을 위한 사업수행을 참고하여 분석하였다. 국가별 노인 대상 치과 건강보험 급여의 구체적인 비교분석 계획은 다음과 같다.

첫째, ‘치과 건강보험의 법·제도적 체계는 어떻게 되는가?’에 따라 국외 치과 건강보험의 법률적·제도적 전반적인 역사 및 현황을 살펴본다.

둘째, ‘노인 대상 치과 건강보험의 수가제도 및 서비스 보장범위는 어떠한가?’에 따라 국외 노인 대상 치과 진료 보장범위에 대하여 살펴본다.

셋째, ‘초고령사회 대비 국가 정책적 사업 현황 및 문제점은 무엇인가?’에 따라 국외 고령 인구의 구강 건강증진을 위한 대상, 추진체계, 성과 평가 등에 대하여 살펴보고 각 국가별 현행 보험의 장·단점을 비교 분석한다. 그로 인해 한국 치과 건강보험에 적용 가능한 제도의 도입을 파악하며, 법적 정책적 개선방안을 제언하고자 한다.

3.2. 독일

3.2.1. 노인 대상 치과의료 현황

2021년 기준 독일의 국민 의료비는 €474 Bn(약 5조 4천억 원)이며, 2020년 기준 국민 1인당 의료비는 \$6,939이다. GDP 대비 의료비 비율의 경우 2020년 기준 12.8%이다. 2017년 기준 노인 진료비 비율은 18.8%이고 기대수명은 2022년 기준 81.7세이다(국민건강보험공단, 2022). 독일의 경우 인구에서 고령자와 초고령자가 차지하는 비율이 다른 선진국과 마찬가지로 빠르게 증가 되었으며 이미 2009년 21%를 돌파하여 초고령사회에 진입하였다(UN, 2019). 2020년 기준 독일의 65세 이상 인구비율은 21.9%로 아직도 꾸준히 노년 인구의 수는 증가하고 있다(OECD health data, 2020). 현재 독일의 치과 건강보험 보장 범위는 매우 넓으며 수복치료, 치주 치료, 근관치료 등이 모두 보장된다. 심지어 보철 진료도 본인 부담기준 50%가 급여로 보장된다. 전 세계적으로 보철 진료를 보장하는 국가가 없는 편에 비해 매우 높은 수치로 보장해주고 있다. 또한, 사회·경제 상황과 관계없이 국민에게 매우 균등하게 치료를 보장해주고 있다. 의존성 노인의 치과 진료에 대한 부분 또한 동등하게 받을 수 있도록 75세 이상의 노인에게 추가로 필요한 급여항목을 만들어 이에 대한 급여화 확대 연구가 진행 중이다.

이처럼 독일은 꾸준한 의료개혁과 더불어 많은 연구보고서를 통한 정책을 제도화하고 고령 인구의 구강 보건을 예방하고 있다. 치과의사협회는 “치아에 개수가 많을수록 치매를 예방하는 효과가 있다고 하며 치아의 개수가 적을수록 치매를 유발하게 되므로 고령 인구의 치과 정기 검진 및 예방 교육을 추진하여 치매 예방에 도움을 주어야 한다.” 라고 주장한다(Nomura, M, 2008). 이

러하듯 독일은 86.0%의 수준 높은 의료보장률 지속하고 있다(OECD, 2022). 독일 인구의 인구통계학적 변화에 걸맞춰 법정 건강보험이 적용되는 피보험자의 수에도 반영되고 있다. 독일 65세 이상의 피보험자 및 공동 피보험자 가족 구성원의 비율이 지속해서 증가하고 있다(KM6 Statistics, 연방 보건부, 2018). 따라서 국가적 차원에서 노인 대상 치과 치료에 대한 급여화 및 관심과 대책의 마련은 지속적으로 논거 되고 있다.

3.2.2. 치과 건강보험 역사

독일은 1883년 오토 폰 비스마르크의 질병 보험법에서 출발하여 세계에서 가장 오래된 국가 사회 건강보험 시스템을 보유하고 있다. 건강보험 법안은 주로 산업 및 노동자와 같은 특정한 근로자를 주에서 관리하는 건강보험 기금에 기부하도록 의무화하였다. 이것을 기반으로 독일 사회건강보험 제도는 시작되었다. 국가보험청은 충치를 치료가 필요한 질병으로 결정한 후 1922년부터 치과 진료는 제도화되었다. 이러한 발전은 1935년 독일 건강보험치과의사 협회가 공공법인으로 설립된 후 건강보험 제도하에서 구강 건강관리를 제공하기 위한 기반의 마련을 형성함에 있다. 1943년 치과 건강보험의 기금이 제공하는 보장범위는 보철치료를 선택적 혜택으로 포함하도록 확장되었다.

독일은 오랫동안 의료비가 너무 비싸다는 지적을 국민에게 받아왔다. 이에 따라 의료보험 개혁을 통해 꾸준한 노력을 기울였다. 의료개혁으로 인해 국가 사회주의 인민복지기구(National Socialist People's Welfare)는 해체되었고, 이후 의료시스템이 개편되었다. 1949년 독일 연방공화국이 설립되었으며 인구 대부분을 대상으로 하는 새로운 건강보험 시스템(Gesetzliche Krankenversicherung - GKV)이 도입되었다. 1970년대부터 일련의 비용억제 법률의 형태로 의료보험의 계약 및 보수 구조에 대한 입법적 조정이 반복적으로 필요하게 되었다.

공적 건강보험이 처음 도입될 당시 치과 서비스가 급여 혜택에 포함되지 않았다. 그러나 1975년부터 발치와 의치제작이 보험급여의 일환으로 포함되기 시작했다. 1977년 보건의료비용통제법률(health insurance cost containment act, 이하 ‘KVKG’)가 도입되면서 치과 보철급여는 이 법률에 근거하여 제공되었다(대한치과보철학회, 2022). 보철의 보험 도입 초기에는 진료비용의 전

체를 보험으로 지원되었으나 이후 비용 절감에 중점을 두면서 의료개혁이 발생하게 되었다(정설희 외, 2011). 국민건강보험기금(Gesundheitsfonds)을 통해 중앙에서 자금을 모아 건강보험을 운영하고 전국 연방정부를 재조직하였다. 사회 민주당은 전 국민을 대상으로 하는 소득 기반 모델인 시민보험을 제안하였고 이 모형은 의무 의료보험 가입 대상을 더 많은 수의 집단으로 확대하는 것이었다. 반면 기독교민주당은 사회보험 가입 시민 대상으로 정액제 즉 고용주의 총입금을 기준으로 한 고정 고용주 부담금과 결합한 1인당 부담금을 제안하였다. 그 결과 집중 관리 구조의 방향으로 이동하게 되었다. 비용의 억제제는 질병 기금 자체의 과제로 시스템의 중앙 집권화가 기본원칙으로 자리 잡게 되었다.

1990년부터는 질병 기금에서 보험 가입자가 5년 10년 동안 매년 1회 이상 치과 방문 시 치료의 비용을 절감할 수 있는 보너스 지급을 제공하였다. 독일에서도 노인의 구강 건강증진에 중점을 둔 방안 마련에 중점을 두었다. 2005년에는 치과 보철 정액 보조금의 도입을 시행하였다. 2010년에는 연방 법정 치과의료보험 치과의사협회 및 독일 치과협회 독일 노인 치의학 협회에서 구강 건강을 개선하기 위한 ‘장애와 노령에도 불구하고 구강 건강’의 제안서를 공표하였다(S Ziller et al., 2015)

오늘날 독일은 모든 거주자에게 포괄적인 보장을 제공하는 보편적 의료시스템을 제공하고 있다. 이 시스템은 주로 직원과 고용주의 급여 기반 기여금과 자영업자를 위한 소득 기반 기여금을 통해 자금을 조달하고 있다.

3.2.3. 법 · 제도 체계

3.2.3.1. 치과 건강보험 법률적 체계

독일의 건강보험 제도는 1883년 6월 15일 비스마르크가 근로자를 위한 건강보험에 관한 법률을 제정함으로써 시작되었다. 현재 2022년 기준 독일 인구의 약 8300만 명 중 약 7400만 명이 건강보험에 가입되어 있다. 독일의 전체적인 보건의료체계에 관한 법은 1976년 건강보험진흥법(KVVG), 1977년 건강보험역제법(KVKG)이 발효되면서 법정 건강보험영역(GKV)의 경비를 통제하고 감시하기 위해 도입되었다.

치과 보철급여는 1977년 보건의료비용통제법률(KVKG: health insurance cost containment act)에 근거하여 제공된다. 독일 의료보장체계는 사회보장법(Sozialgesetzbuch, SGB)에 근거한다. 사회보장법은 의회에서 결정하고 수행과 관리는 각 보험 종류별 책임부처에서 담당한다. 건강보험은 연방 보건부(Bundesministerium für Gesundheit, 이하 ‘BMG’) 관할이며 공적 의료보험, 민간의료보험, 그리고 사회부조로 이루어진다. 사회부조는 스스로 생계를 유지할 수가 없는 계층에게 적절한 생활 수준을 보장하는 제도이다. 사회부조 수급자에 대한 지원이며 2007년에 제정된 사회보장법 제12권 8조(§ 8 SGB XI, 사회부조 건강지원)와 사회보장법 제5권 264조(§ 264 SGB V, 의료보험 대상이 아닌 자에 대한 진료)에 근거한다.

독일 국민건강보험은 2009년부터 ‘의료보험 경쟁력 강화법(GKV-WSG)’에 의거한다. 전 국민은 2009년 1월 1일부터 질병 금고에서 운영하는 의료보험 또는 민간의료 보험에 의무적으로 가입해야 한다(GKV-spitzenverband, 2022). 2022년 기준 국

민의 90%로 약 7,700만 명이 의료보험제도에 등록되어 있으며 의무가입자, 가족 가입자, 임의 가입자로 구성된다(우경숙 등, 2022).

독일의 급여 결정 구조의 포괄적 급여는 법률에서 정하고 있으며 사회법전 제5편 제11조(급여의 종류)에 의거한다. 건강보험의 의무화로 인하여 정부는 모든 거주자가 소득이나 건강상태와 관계없이 필수의료서비스를 이용할 수 있도록 한다. 따라서 피보험자, 고용주와 정부의 의무 분담금은 의료시스템을 유지하고 공공 서비스에 대한 부담을 줄이는 바를 목적으로 제정하였다. 2010년 독일치과의사협회, 연방 치과의사협회와 단체는 간호가 필요한 사람들의 구강 건강관리를 개선하기 위해 노인과 장애인을 위한 개혁안인 ‘장애와 노령에도 불구하고 구강 건강(이하, AuB-Konzept)’을 개발하기 위해 노력했다. 2012년에는 “AuB-Konzept”의 시행을 위한 첫걸음으로 간주할 수 있는 Versorgungsstrukturgesetz 법이 제정되었다. ‘거동이 불편한 환자의 진료 방문비’라는 새로운 항목을 법정 의료보험의 진료비 범위에 포함시켰다. 아울러 2014년 독일 입법 당국은 비용 절감과 의료서비스 품질 향상을 위해 의료부문의 전자 데이터 전송을 촉진하기 위해 전자 의료보험카드를 전자 건강 카드로 변경하였다.

3.2.3.2. 치과 건강보험 제도적 체계

독일의 의료전달체계에 있어 정책 결정은 연방정부, 주 정부에서 진행한다. 연방 보건부에서는 보건, 예방, 장기요양제도에 대한 총괄, 기획, 정책 수립 및 집행 감독의 기능을 한다. 주 정부에서는 공공보건, 전염성 질환, 환경위생, 재난방지 민간 긴급상황 계획 및 건강증진 관리 등의 업무를 담당한다.

보건의료서비스의 재정은 공동분담으로 진행한다.

건강보험 조직체계는 연방정부가 상위기관이며 연방 보건부 연방 공동위원회(G-BA)로 구성된다. 그 외 업무에서는 연방질병금고연합회, 연방보험의사연합회 연방 보건부에서 담당하고 주 정부는 보험의사연합, 주 질병금고연합, 질병 금고 등을 감독한다. 독일은 의료시스템에 대한 책임이 중앙정부, 16개의 연방 주, 의사, 병원 치과의사, 심리치료사, 공공질병 기금 등 자치 단체로 나누어져 있다. 건강보험은 법정보험과 민간보험으로 구분되며 의무가입이 원칙이다. 보험자는 직종별 6종류의 건강보험조합 120여 개의 공적보험이 있고 민간보험이 있다. 해당 범위 안에서는 보험자를 국민이 자유롭게 선택할 수 있으며 공적보험 가입자도 보충형 민간보험에 가입할 수 있다. 공적보험의 보험료는 소득의 14.6%로 높으나 환자 본인부담금으로 소득의 1~2% 이내로 정해지며 보통 자부담 비용은 없는 편이다. 따라서 병원에서 고지서를 대부분 따로 받지 않는다. 독일의 공보험인 의료보험(Gesetzliche Krankenversicherung, 이하 'GKV-SHI')은 사회 건강보험을 기반으로 하며 국가에서 승인한 질병 기금에 강제성을 띠고 있어 의무적으로 가입해야 한다.

2018년 기준 현재 GKV 건강보험 가입자는 전 국민의 87.9%이다(KBV, 2023). 의무가입자는 연방정부가 매년 소득을 기준으로 연간 의무 보험의 한도를 초과하지 않은 근로자 및 피고용인과 연금 수급자들이 해당된다. 가족 가입자는 의무가입자의 자녀와 배우자 중 소득이 일정 기준 이하인 피부양 가족을 의미한다. 자발적 가입자는 연간 소득이 의무가입의 한도를 넘은 근로자 혹은 자영업자, 프리랜서, 중앙 혹은 지방정부의 공무원 등이 속한다(BMG, 2022). 독일 인구 대다수가 현재 가입되었으며, 표준의료보험 서비스에 대한 비용을 구강 건강관리를 포함하여 법적으로 규정되어 부담하고 있다. SHI 제도에 대한 국가 최고 의사결정 기관은 연방공동위원회(Gemeinsamer Bundesausschuss,

G-BA)이고 2004년에 연방정부 차원에서 설립된 본 기관은 국민의 질병 기금 관리 및 SHI 제도 혜택의 전반을 담당하는 역할을 하고 있다. SHI 제도는 지역별로 조직화 되어 있으며 의료 보험자는 다수의 질병 금고(Krankenkasse)이다. 개별 질병 금고는 단독적으로 조직 운영 및 재정 관리를 수행하지만, 연방질병금고협회(GKV-Spitzenverband)와 연방정부의 관리를 받는다(GKV-spitzenverband, 2022). 주요 재원은 피보험자의 소득의 보험료와 연방정부의 보조금이다(우경숙 등, 2022). 국민과 고용주는 이러한 시스템에 비용을 지불하므로 이 기금을 조합하여 자금을 조달하며 무료 또는 보조금을 지급받는 의료서비스를 제공받는다. 본 제도는 실업 수당을 받는 사람들도 고려대상이 된다. 아래 그림은 독일 건강보험 가입자 구성의 모식도로 현재 건강보험료율은 고용주 7.3%, 근로자 7.3% 부담하고 있다(국민건강보험공단, 2023).

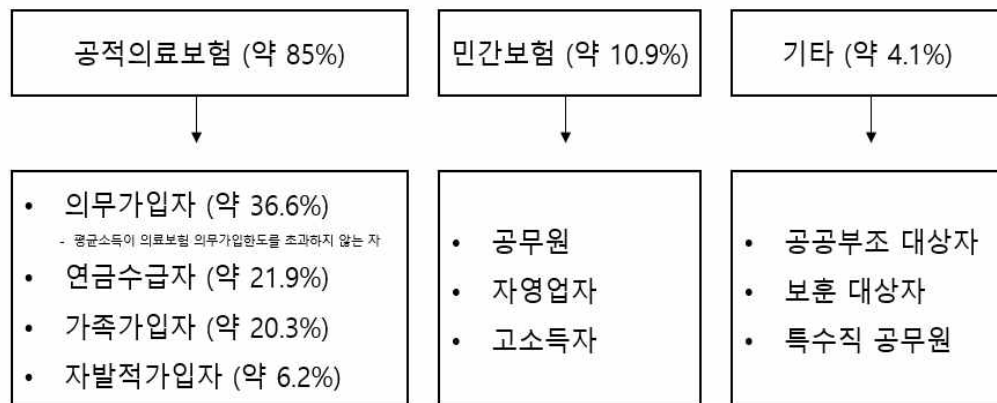


그림 6. 독일 건강보험 가입자 구성

* 출처 : 정재현 칼럼; 연방 보건부 홈페이지 재구성.

국가 차원에서 치과 건강보험 구강 건강관리의 제공은 연방 법정 의료보험 치과의사협회(Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 이하 ‘KZBV’)가 조직하고 치과의사 수가를 협상하며, 지역에서는 지역 법정 의료보험 치과의사협회(Kassenzahnärztliche Vereinigungen, 이하 ‘KZV’)가 질병 기금과 협력한다. 사회부조에 대한 의료서비스 지원은 수급자들이 선택한 의료보험 또는 민간의료보험이 의료기관에 비용을 지급하고, 그 후 사회보장기관(welfare office)에서 발생 비용을 질병 금고에 분기별로 갚는 방식이다. 저소득 계층에서도 사회보장국의 승인을 받은 후 의료기관을 통해 서비스를 받는다. 사회보장기관은 의료기관에 진료비를 직접 지불한다(BMJ, 2018). 아래 그림은 독일 보험급여 지급체계를 재구성하였다.

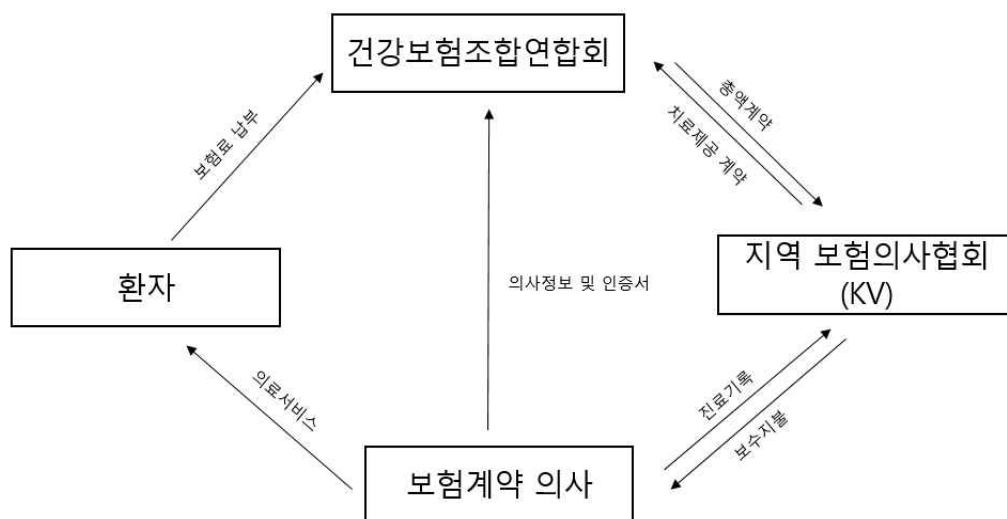


그림 7. 독일 보험급여 지급체계

* 출처 : 국민건강보험공단 재구성.

2009년 국민건강보험기금으로 불리는 중앙재할당 기금이 설립되었다. 일반적으로 협력을 통하여 능력을 증가시키고 건강을 위한 사회적 자본을 구축할 수 있도록 도우며 SHI 제도 시스템에서는 치과의사에게 보수교육은 필수이다. 본 제도에서 5년을 주기로 최소 125학점의 CPD(Continuous Professional Development)를 의무적으로 이수해야 한다. 만약 치과의사들이 보수교육을 불이행 시 사회건강보험 가입 자격의 상실 위험이 있다.

독일은 다양한 정책을 동원했을 뿐만 아니라 꾸준한 의료보험체계의 개혁을 추진하면서도 공공성을 유지하였다(Busse et al., 2017). 독일의 의료보장체계의 본인부담상한제도로 실효성과 정책적으로 시사되는 바가 많다. 지금도 모범제도로 인정받는 이유는 법정 건강보험 제도가 채택하고 있는 사회적 연대, 보조금 지급, 자치 운영의 3대 기본원칙과 “법정 건강보험에 가입한 피보험자는 필수적인 의료서비스를 받을 수 있다.”라는 이념 때문이다(임금자, 2003).

이러하듯 독일의 공공보험제도의 특징으로는 모든 거주자와 국민의 가입이 필수 요건이며 종합적인 의료서비스를 보장받게 된다. 환자는 의사, 전문의, 병원을 포함한 공공보험 제공자를 선택할 수 있다. 대부분의 의료 비용에 대해 공제받을 수 있으나 피보험자는 특정 치료 혹은 약물, 의료 지원에 한하여 부담금을 지불 할 수 있다. 독일의 건강보험 제도는 국민의 건강을 유지하고 예방에 목표를 두고 있다. 민간보험제도의 보장범위는 회사와의 계약관계에 따라 보장률이 상이하며 공보험 제도와 비교해 보면 아래 표와 같다.

표 4. 독일 보험제도 비교

구분	공보험	민간보험
명칭	Gesetzlicher krankenversicherung	Privater Krankenversicherung
자격 기준	독일 장기 거주 국민 모두	€ 66,600으로 소득 기준을 초과한 자
대표적 보험사	Techniker Krankenkasse	케어컨셉, 마비스타
비용	직원과 고용주 간 급여를 통해 총당 총급여의 14.6%(2023년 기준)	연령, 건강상태, 옵션 및 위험 수준에 따라 개별 차등 적용
임상 치료	간단한 진료 무료 임플란트와 같은 큰 진료 본인 부담	진료 보장범위 제한 없음 (상품 종류에 따라 치료비의 50~100%까지 상이)

독일의 건강보험조합연합회는 주별로 각 병원과 개별적으로 계약을 체결하고 있다. 지불의 체계에 있어 수급자는 사회부조청으로부터 사전 진료권을 받고 진료비용은 공공부조청이 직접 의사에게 지불한다. 독일의 병원비 지불 방법은 이처럼 독일 포괄수가제(German Diagnosis-Related Group system 이하 ‘G-DRG 시스템’)로 병원은 외래진료는 거의 하지 않고 주로 입원 위주로 운영된다. 입원은 포괄수가제도인 G-DRG 시스템을 통해 병원 총예산의 60~70%가 지불된다. 보험자와 보험계약 의사단체 간 계약에 의해 총액계약제를 채택한다. 급여비의 지불은 보험자가 아닌 의사단체가 개별 의원들의 진료량에 근거하여 납부한다. 외래 병원비 지불에 있어서는 총액 계약제와 행위별 수가제의 혼합 지불방식 제도이다(정재현, 2022). 독일의 의료보장제도는 보장률이 높기 때문에 일반적으로 의료 비용이 많이 들지는 않는다. 평균 치과 치료 본인 부담률은 30%이고 치과 치료에 대한 1인당 평균 지출 비용은 €314이다(Piet Calcoen et al., 2018). 건강보험 비용은 현재 의무 요율은 연봉의 14.5%로 제공자에 따라 변경되는 추가 기여금이며 비용의 절반을 고용주와 공유하는 제도로 우리나라와 같은 제도로 제정되어 있다. 독일에서는 현재 건강보험에 가입하지 않으면 벌금이 부과될 가능성이 있으므로 보험제도에 막중한 의무성과 강제성을 띠고 있다.

3.2.3.3. 관리 기관과 주요 업무

독일 건강보험정책심의위원회 ‘연방 공동위원회(G-BA)’는 공적보험과 의료정책과 수가 등을 결정하는 최고 의사결정기구이다. 본 기관은 민간보험에는 관여하지 않으며, 의장 및 중립 위원 3명, 보험자 대표 5명, 공급자 대표 5명으로 구성되어 관련 내용을 의결하고 환자 대표자 5명으로 총 13인이다. 환자 대표는 위원회에 참여 할 수는 있으나 결정권은 없다(정재현, 2022).

독일의 ‘연방 보험청(Bundesversicherungsamt)’은 단일 보험료율에 의한 재원의 투명성과 공적 건강보험조합 간의 경쟁이 있다. 이를 관리하는 건강보험기금으로부터 분배받은 재원이 충분하지 않을 때 공적 건강보험조합은 가입자에 대한 소득 조사 없이 최대 월 8€까지 추가보험료를 부과한다. 건강보험기금으로부터 분배받은 재원이 충분하여 흑자가 발생하면 공적 건강보험조합은 가입자에게 보험료의 일부를 돌려준다. 건강보험기금의 도입으로 공적 건강보험 제도는 큰 변화가 있었고 경쟁으로 인해 의료의 질을 강화하였다. 독일의 의료개혁에 따른 건강보험 재원의 흐름을 도식화하면 아래 그림과 같다 (이용갑, 2009; 국민건강보험공단).

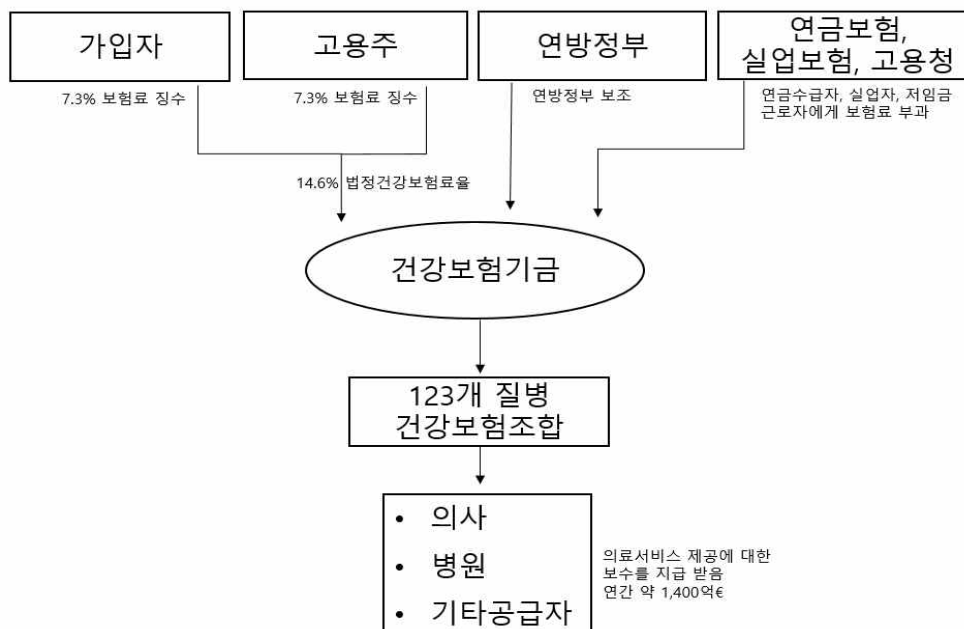


그림 8. 독일 건강보험 제도 재원의 흐름

* 출처 : 이용갑. 지난 20년간 독일 공적 건강보험 개혁과 시사점 재구성.

3.2.4. 노인 대상 치과 건강보험

3.2.4.1. 보장범위 및 수가제도

2022년 세계 의료 혁신 지수(World Index of Healthcare Innovation)에서 독일은 전체 의료 성과 4위를 차지하여 고품질 의료서비스를 제공하는 국가로 선정되었다. 2021년 기준 독일의 의료비 지출은 총 1억 유로로 의료 기반 제도 및 치과 건강보험 보장률 또한 높고 구축되어 있다(Germany visa, 2023). 이렇듯 현재 독일은 우수한 의료시스템을 포함하여 국민에게 많은 혜택을 제공하고 있다.

초기의 치과 진료는 치아를 뽑고 틀니를 제작하는 것만으로 구성되었다. 노인 치과 보험급여에 있어 역사적으로 치과 보철급여의 비중을 100%에서 80%로 제한한다. 이후 1982년 비용억제를 위해 본인부담금을 기존 20%에서 40%로 상향 조정되면서 보철 건강보험 급여는 줄고 있다. 반면에 의치에 대한 본인부담금은 50%로 인상하였고, 치아 정기 검진에 따른 틀니에 대한 본인부담금에 차등을 두었다. 수년에 걸쳐 보험으로 지불되는 치료의 범위는 전반적으로 확대되었지만, 오늘날 치료의 보장범위는 점점 제한되고 있다고 한다. 현재 치과 진료의 본인부담률은 기본적으로 50% 부담하나 피보험자의 장기적인 진료 정도에 따라 본인 부담이 증감된다. 발치, 치근단 절제술, 신경치료 또는 방사선 사진 촬영의 비용은 본인 지불해야 하며 보철치료의 경우 정기 검진 기록에 따라 35%~50%를 지불한다(Nomura, M, 2008). 전 세계적으로 비교해 보면 독일의 치과 건강보험 보장범위는 광범위하며 무치약 비율은 다른 국가에 비하면 가장 낮은 편에 속한다.

급여항목으로는 브릿지, 틀니, 임플란트 등이 포함되며 급여 기준 및 횟수는 의사가 기존 보철 상태 및 환자 상태를 판단하여 진단을 내리고 이에 대한 치료 비용 계획서를 작성한다. 급여의 범위는 보험에서 급여하는 보철 서비스를 ‘표준진료’로 정의한다. 표준진료란, 환자의 상태에 따라 대분류 7개의 유형, 소분류 47개의 유형으로 구분하여 보철 진료를 정의함을 뜻한다. 치과 건강보험에 적용되는 치과 치료의 보장범위를 표로 나타내면 아래와 같다 (Piet Calcoen, 2018; GKV-spitzenverband, 2022; Gesetzliche Zuzahlungen, 2022).

표 5. 치과 진료에 따른 보장 정도

치료 구분	보장 정도(범위 및 예외)
보존 치료(충전재)	높음
교정	보통
보철 치료	50%
임플란트	70~75%(정기 검진 기록 증빙 시)
치주 치료(RP)	보통
예방 치료(정기 검진, 아말감 충전)	높음(무료)
틀니	60%(개인의 관리에 따라 차등)

- 표준진료에서 가철성 틀니는 기본 플라스틱 제철, 선천성 외팔증 등의 환자 금속재료 제고(표준진료 이외 추가서비스는 ‘similar care’와 ‘different care’로 구분, 차액 환자 부담)

* 출처 : Calcoen P, van de Ven WPM. How can dental insurance be optimized? 재구성.

독일은 다른 유럽 국가보다 공보험 혜택이 많은 국가로 치과 비용의 약 68%를 공보험사에서 부담한다. 일반진료 및 충전 치료, 근관 치료, 교정 치료, 의치 등을 공보험에서 보장해준다. 독일의 치과 급여에 있어 환자는 질병 금

고에 보험료를 지급하고, 질병 금고는 환자에게 사회보장법에 근거한 보험보장급여서비스를 제공한다. 치과보험의사협회 대표는 질병 금고인 보험자와 치과 서비스에 대한 총액 계약을 한다. 두 기관에서 상호 협의를 통해 급여목록을 정하고 이에 따른 수가 점수를 지정하며 급여에 대한 요금을 정한다. 결정된 진료 보상은 치과보험의사협회에서 각 개원의에게 의료행위량인 행위별수가제에 기초하여 진료비를 분배한다(대한치과보철학회, 2022). 독일 치과 정액 보조금 및 본인부담금의 경우 정액 보조금은 표준진료 비용의 50% 금액을 보조해주고 치과 검진의 여부에 따라 20~30% 보철의 추가 보조도 가능하다. 본인부담금의 경우 분기별 치과 방문 시 정액 방문료는 10유로이며 연 1회 검진 시 제외된다.

독일의 수가제도는 G-DRG 시스템으로 2000년 공적 건강보험개혁법(the Statutory Health Insurance Reform Act)에 의거하여 기반을 만들었다. 1972년 독일 병원재정법(the Hospital Financing Act, KHG)를 통해 이중 재정 제도를 도입한 이래 병원 역사적으로 가장 큰 개혁이라고 할 수 있다(건강보험심평원, 2012). 2000년 6월까지 G-DRG제도는 기반 환급 시스템 도입하도록 정부에서 이를 의무화하였다. 진료비 보상방식은 진료 단계별 포괄수가제도로 환자의 상태 및 위중도에 따라 진료를 유형화시킨다. 예를 들어 치아 상실 개수, 긴급치료 요구 여부, 복합 치료 요구 여부 부분의치의 경우 주변 치아 상태 등을 확인한다.

치과 건강보험 가입자는 별도의 가입 없이 정기검진(Kontrolluntersuchung)을 1년에 2번 무료로 보장해주고 있다. 이는 예방을 위한 보장범위의 확대로 치주 질환과 같은 통증 치료가 정기 검진에서 발견된다면 거의 무료로 진행되고 있다. 다만 비용이 높은 재료로 치료 시 추가 요금이 부과된다. 간단한 스케일링도 무료로 제공되어 정기 검진을 통한 예방치료가 확대된다. 공보험 가

입자가 정기적으로 치아검진을 받았을 때 치과 방문 시 보너스 카드를 지참할 경우 임플란트나 틀니 치료에 혜택을 제공해주며 본 카드가 증빙자료로 활용된다. 2022년부터는 디지털 전자파일로 대체되었으며 임플란트 혹은 틀니 치료를 받아야 할 경우가 생기면 5년 동안 정기 검진을 받은 보너스 카드를 제시하여 총금액의 70%가 보장받을 수 있다. 10년 동안 정기 검진을 받은 기록이 증빙되었을 때는 75%의 금액이 진료비에서 보험적용 되어 급여 보장을 받을 수 있다(Gutentag Korea, 2022).

독일 임플란트의 치과 비용은 대략 세라믹 크라운이 있는 임플란트로 따지면 €2,500 ~ €3,500 정도 든다. 여기에서 기본적인 치과 치료는 국가 건강보험으로도 충분히 보장되지만, 공공 건강보험은 브릿지, 의치, 크라운과 같은 주요 치과 치료만 포함되므로 총비용의 60% 정도 보장받는다. 구강 예방진료를 받으며 치과를 꾸준히 내원할 경우 65년 후 5%, 70년 후 10%까지 증가할 수 있다. 경우에 따라 비용을 생각한다면 추가 보험에 가입하여 사보험을 가입하기도 한다. 이러한 제도는 궁극적으로 치료보다 예방을 우선시하려는 독일의 치과 시스템의 노력의 일환으로 볼 수 있다.

3.2.5. 시사점

건강보험 보장률은 전체 의료비 중 건강보험공단에서 부담하는 급여비가 차지하는 비율로 독일의 경우 2018년 기준 84.6%이다. 이는 전 세계적으로 건강보험 보장에 있어 높은 편에 속한다. 현재 독일은 구강검진을 통한 추가 보조금과 더불어 관련된 사업을 진행하고 있다. 노인 구강 관리의 필요성을 강조하는 측면에서 긍정적으로 볼 수 있다. 하나 구강검진을 통한 치과 진료까지는 유도하고 있지 못하여 치과 보철 서비스의 이원화된 수가체제로 민간보험을 통한 이용량이 증가하고 있다(정설희, 2012). 새로운 보철 제작보다는 기존 보철을 수리 또는 보수하는 환자가 증가하는 것으로 보아 이에 대한 방안 마련도 필요할 것으로 사료된다. 독일의 경우 일차적 의료보장범위가 포괄적이고 법정본인부담금이 낮게 설정되어 있다(우정숙 등, 2022). 의료보험제도가 잘 형성되어 있는 국가 중 하나로 보고 있어 우리나라에서도 이에 대한 정책적 제도를 참고해야 한다. 현재 인구학적 경향으로 보더라도 구강 점막 질환의 유병률은 증가할 것으로 보인다. 노년 인구에 대한 보철치료의 양과 질은 모두 어느 정도 커버가 되었다. 따라서 무치악 환자가 감소하였고, 자기치아를 보유하고 있는 경우가 많으므로 틀니보단 보철 또는 임플란트와 같은 치료가 더 흔하게 사용될 전망으로 보인다.

앞으로 독일 의료시스템의 전망은 인구통계학적 변화 및 의료기술의 발전과 사회보험제도의 재정 감소로 인하여 시스템이 비싸질 것이다. 특히 현재의 높은 의료 수준을 유지하려면 진료비를 서비스의 품질과 연계해야 할 것이다. 만약 이 부분이 해결이 안 된다면 국민은 보험료, 세금, 추가 부담금 또는 정액제 등을 통해 지난날보다 더 많은 치과 치료에 대한 비용을 자비로 부담할 것이다(Ziller S et al., 2015).

3.3. 일본

3.3.1. 노인 대상 치과의료 현황

2020년 기준 일본의 국민 의료비는 \$429,665 billion yen으로 약 53,425조 원이다. 국민 1인당 의료비는 2020년 기준 \$4,666이다. GDP 대비 의료비 비율의 경우 2020년 기준 11.1%이고 노인 진료비 비율은 2020년 기준 61.6%이다. 일본의 기대수명은 2020년 기준 84.7세이다(국민건강보험공단, 2022). 국민 1인당 치과 의사 외래진료를 받는 횟수는 2019년 기준 3.3회로 치과 진료에 관심이 많은 국가 중 하나이다. 1961년 보편적 의료보험 시스템을 도입하여 노인 인구에 대한 건강 및 복지 서비스를 제공하였다. 특히 일본은 우리나라보다 30년 전인 1970년에 고령화 사회에 진입하였다. 고령사회 진행 속도는 빨랐으며 1994년에는 정점을 찍었고 2005년 초고령사회에 도달하였다. 2022년 기준 65세 이상의 인구는 전체인구의 약 29%이다(후생노동성, 2022). 한편 75세 인구는 계속 증가하였고 이러한 추세가 지속된다고 예상한다.

인구 고령화로 인해 노인의 특정 요구사항을 충족하기 위한 구강 케어 시스템과 다양한 사업이 추진되었다. 1989년 ‘8020 캠페인’은 개인이 80세까지 20개 이상의 자연 치아를 유지하여 만족스러운 저작 운동과 전반적인 건강한 생활을 지속하기 위한 방안이다. ‘8020 캠페인’의 실천은 건강보험이 아닌 일본 후생노동성(MHLW)과 일본치과협회가 제정한 목표로 치과의료에 대한 정보를 제공하기 위한 활동이다(일본치과협회, n.d.). 20개 자연 치아의 유지에 목표를 둔 이유는 일반적인 음식을 모든 연령대에서 문제없이 씹고 먹을 수 있는 치아의 양이 20개라는 과학적, 데이터의 증명으로 기인한다(Ministry of

Health, Labour and Welfare. 2013). 고령 인구 중 20개의 치아를 가진 사람은 2023년 기준 일본의 70세~74세 구간이다. 80세 구간의 경우 20개의 치아를 가진 비율은 51.6%이다. 5년 전, 10년 전, 15년 전 데이터와 비교하면 각각 0.4%, 13.3%, 27.5% 순으로 향상되었다(일본치과협회, 2023).

일본의 경우 구강위생 및 예방 전략과 저작능력의 원활한 기능을 유지하기 위한 제도 기반이 잘 구축되어 있다(Zaitzu T et al., 2018). 일본치과의사협회와 일본노년치의학회는 ‘구강기능저하증’이라는 새로운 병명을 만들어 이를 보험 항목으로 등재했다. 구강기능저하증이란 구강 기능의 저하를 뜻하는 말로 구강위생 불량과 구강 건조, 교합력 저하, 혀와 입술의 운동기능 감소, 혀의 압력 감소, 저작능력의 감소, 삼킴 기능 저하 등 구강 노쇠 증상 7가지 중 3가지 이상에 해당할 때를 뜻한다(소중섭 외, 2022). 구강기능저하는 전신 쇠약에 따른 영양 상태로 이르게 되는 데 큰 영향을 미치기 때문이다. 구강 쇠약 증상인 구강기능저하증을 일본 대학병원 내원 환자 대상으로 조사하였을 때 60대 연령층에서는 6할에서 70대 연령층에서는 7할 정도 나타났다. 일본의 노인 연령층에서 지역사회 포괄케어를 적극적으로 활용하고 있다. 지역사회 포괄케어를 통하여 구강체조 및 구강 건강증진 프로그램을 꾸준히 이용하며 현재 일본 전역에서 의존적 노인에 대한 관심과 대책이 사회적으로 큰 화두가 되고 있다(이성근, 2020).

3.3.2. 치과 건강보험 역사

일본은 1920년 자국민을 대상으로 한 의료보장제도를 도입하였으며 건강보험 제도는 1922년 건강보험법을 제정하면서 시행되었다. 1923년 의료보험 도

입 시 일본의 후생성은 보철의 급여화를 반대하였다. 일본은 독일의 건강보험과 유사한 재정 및 제공시스템을 갖추고 있다. 보철은 치아의 결손에 대한 치료여서 질병 치료를 위주로 하는 보험 원리에 적용이 어렵고 고가의 치료로 방법과 재료 선택의 폭이 넓고 선진 유럽에서도 시행하는 국가가 없었으며 국가보험 재정의 부족으로 인하여 반대하게 되었다. 1923년 일본치과의사회의 적극적인 활동의 결과로 보철이 급여에 포함되었다. 당시 치과의사회 회장인 이이즈카 토오루가 적극적으로 급여항목에 보철을 포함하도록 주장했다. 치과 진료 수준이 낮은 상태에서 도입되어 보철 수가가 낮게 책정되어 이 문제는 현재의 낮은 보철 수가의 원인이 되고 있다(허욱, 2005).

1927년 건강보험법이 도입되었고 1958년을 기점으로 국민건강법이 개정되어 보편적인 의료보험체계가 완성되었다. 이후 1960년 국민 개호보험이 실시되고 보철도 법정 급여로 도입되었다(최승린, 2011). 1961년부터는 일본에서 모든 개인이 사회 의료보험에 가입했다. 직역별로 상호공제제도가 발달하였고 일반 직장 근로자 대상 사회보험을 적용하였으며 직장보험에서 제외된 일반 주민 등에게 지역 건강보험을 적용하여 전 국민건강보험제도를 구축하고 있다(국민건강보험공단, 2022). 법정 건강보험의 채원은 수급자, 고용주, 정부 보조금 및 수급자의 본인부담금으로 구성된다. 1973년 정부가 관리하는 건강보험 제도의 기반을 안정화하기 위해 고정 비율 공공 지출제도가 도입되었다. 1983년에는 농민, 어부, 자영업자와 같은 실직 근로자를 위한 국민건강보험이 도입되었다. 또한, 70세 이상 노인을 대상으로 무상의료를 보장하는 노인 의료제도가 도입되었다. 치과 보험은 1984년 고가의 재료와 수복 및 보철치료의 새로운 기술에 대한 사적 치료를 부분적으로 허용했다. ‘특정요양비제도’의 도입으로 환자의 선택성이 높은 치료의 경우 재료를 포함한 진료의 진찰과 약제, 입원비 등은 자부담하고 동시에 전액 자바 부담인 자율기반 진료를 포함하여 실질적으로 혼합진료가 제도화되었다(최승린, 2011).

1996년 ‘보철물 유지관리제도’를 신설하여 고정 의치에 대한 2년 이내 재제작을 급여항목에 제안한다. 거의 모든 보철물에 대한 보험 제도를 완성하였다. 이후 경제 상황에 따라 진료비 항목이 개정되었으나 치과 급여의 기본 체계는 그대로 유지되었다. 의료개혁을 통하여 치과 급여체계를 리모델링 하는데 초점을 맞추고 있다(허욱, 2006). 또한, 재료에 있어 기본적으로 건강보험 진료보수점수에 포함되어 보상하고 있으나, 2006년 2월에 제정된 「의료기기 보험적용 등에 관한 취급」을 근거로 치료적·경제적 가치가 우수한 제품을 선별 등재하는 방식으로 관리된다. 2008년 4월부터는 후기고령자 의료제도가 시행되었으며 이는 75세 이상의 고령자를 대상으로 한 보험제도이다. 일본의 건강보험 제도 및 치과 건강보험의 역사는 꾸준한 발전과 변화의 과정을 거쳐 현재 치과 건강보험을 구축하였다.

3.3.3. 법·제도 체계

3.3.3.1. 치과 건강보험 법률적 체계

일본은 헌법 제25조에 의거하여 ‘국가의 국민에 대하여 의료보장을 행할 책무’의 실현 수단으로서 전 국민 의료보험제도 체제를 확립하였다. 국민 누구나 언제나 평등하게 적절한 의료서비스를 받을 수 있는 것을 목표로 한다. 전 국민 강제 가입이며 언제 어디서나 의료서비스 제공을 보장받을 수 있도록 운영하고 있다(박혜원, 2015). 1911년 도입된 근로기준법상의 고용주 피해보상 의무 조항을 이유로 노동자는 보험료를 납부하는 의료보험을 거부한다. 1922년 일본의 의료보험제도는 근로자 의료보험을 제정함으로써 시작되었다.

1927년 건강보험법이 시행되었으며 1938년 국민건강보험법이 제정되었다. 이후 1958년 국민건강보험법이 개정되어 1959년부터 국민건강보험체계를 성립하였다. 1961년 전 국민 보험제도의 시행으로 일본의 의료보험제도는 직종, 지역뿐만 아니라 지역에서 자영업자 일반인, 직장에서도 사업장 규모 등 독자적인 조합이 보험자로 존재하고 있어, 제도뿐만 아니라 운영방식에서도 복잡한 편에 속한다(이용갑, 2009). 2008년 노인 보건법 폐지 후 고령자 의료보험 도입과 고령자 자기부담비율 세분화 실시로 고령자보험을 2가지로 분리하였다(후생노동성, 2023). 2013년 직장건강보험법과 지역건강보험법의 현행법으로 제정되었으며 현재 두 개의 법을 근거 법령으로 들 수 있다. 2008년 4월부터 75세 이상의 노인 및 65~74세의 전기 고령자 중 와상 상태에 있는 자 등을 대상으로 한 후기고령자 의료제도가 시행되었다(국민건강보험공단, 2023).

3.3.3.2. 치과 건강보험 제도적 체계

일본의 의료전달체계에 있어 정책 결정은 보험자가 결정하며 운영의 책임은 지역건강보험과 직장건강보험의 조합관장 및 협회 관장에 의해 진행된다. 공공 보건의료서비스의 재정은 보험료와 국고보조로 진행된다. 중앙정부에서는 의료 정책의 책임에 있어 중앙정부 건강보험 등에 관한 규제 및 재정 총괄을 담당하며, 지방정부에서는 건강보험조합 및 후생연금기금, 보험의료기관, 관내 전국보험협회 지부 및 사회보험진료보수 지불기금 지부에 대한 등 지도·감독을 담당한다. 건강보험조직체계는 중앙정부 후생노동성, 7개의 지방후생국로 구성된다. 일본 치과 건강보험의 체계는 1961년을 시작으로 우리나라보다 28년 앞서 제정되었다. 과거 우리나라가 이를 참조하여 도입하였는데 따라서 우리나라와 유사한 진료비 보수체계 및 비슷한 구조와 항목으로 구성하였

다. 일본의 건강보험의 종류는 여러 개이며 의무가입의 방침으로 국가 지역 정부에 의해 운영되며 모든 국민은 반드시 한 종류의 보험에 가입되어야 한다(일본치과의사협회, 2023). 일본의 보험제도는 국가적인 것과 고용된 형태로 나뉜다. 고용보험은 근로자의 보험을 보장한다. 국가보험은 지역 정부에 의해서 지역사회 대상의 의료보장을 맡는다. 이러한 제도는 한국의 보험제도와 구조가 흡사하다(최승린, 2011). 피용자를 대상으로 하는 직장건강보험과 농업 종사자와 자영업자, 퇴직자 등을 대상으로 하는 지역 건강보험의 2가지로 구분한다. 일본의 건강보험 제도는 치과의 일반적인 시술을 포함한 모든 의료행위를 대상으로 보장하고 있다(IBM, Japan Health Insurance Association, n.d.). 치아 보험에 포함되지 않는 일부 치료법은 치아교정, 임플란트, 미백 등의 치료가 있다(Furukawa, 2023). 현재 의료 또는 치과 시설은 검토 및 지불을 위해 기관에 청구서를 보내고 보험사, 의료서비스 제공자, 정부 학계로 구성된 중앙상회의료위원회에서 수수료를 관리하며 전체 의료비 중 치과는 8% 내이다.

일본은 2008년 후생노동성이 제정한 노인 의료체계를 보유하고 있으며, 노인 의료체계의 한 유형으로 건강보험이 포함된다. 노인 의료체계는 2가지가 존재하며 65세부터 74세까지의 개인 노인 대상 건강보험 제도와 75세 이상의 노인과 장애가 있는 65세 이상의 노인을 대상으로 하는 후기고령자건강보험 제도가 있다. 후기노인의료보험 제도는 개인 단위로 보험료를 납부하고 보험료는 모든 피보험자가 납부하는 ‘균등한 부분’ 과 각 피보험자의 소득에 따라 납부하는 ‘소득 부분’ 을 합산하여 개인 기준으로 산출한다. 현 전체에서 보험료율은 균일하며, 의료비 추이를 2년마다 검토한다(Ibaraki Prefecture Late Elderly Healthcare Regional Union, n.d.).

3.3.3.3. 관리 기관과 주요 업무

건강보험의 관리 주체는 전국건강보험협회이며 일본 청구서의 심사는 47개의 도도부현마다 지불 기금과 국민건강보험연합회의 위원회에서 담당한다. 금액이 높은 것은 본부의 특별심사위원회에서 담당한다. 일본에는 96개의 심사 위원회가 존재한다.

일본의 대표적인 건강보험정책심의위원회인 ‘중앙사회보험 의료협의회’의 구성은 진료 측 대표 8명, 피보험자와 보험자 대표 8명, 공익단체 4명이다. 법률상 사회보험 진료보수 지불기금 및 국민건강보험단체 연합회에서 진료비 지불의 심사는 가능하나 보험자는 어느 기관에든 심사를 위탁할 수 있다. 협의회의 자문 의견을 받아 후생노동성 대신 급여를 최종적으로 고시한다. 중앙 의사협의회의 외부조직인 ‘진료수가 전문조직’은 수가 결정의 구조에 있어 진료수가와 관련 기술적 과제를 검토하고 그 결과를 중앙사회보험 의료협의회에 보고한다.

3.3.4. 노인 대상 치과 건강보험

3.3.4.1. 보장범위 및 수가제도

일본은 교정 및 임플란트를 제외한 모든 치료에 있어 급여로 보장해주고 있다. 의료의 공공성을 강화하는 쪽으로 방향성을 정하여 우리나라보다 급여항목도 많고 예방과 유지관리에 많은 항목이 포함되어 있다(허욱, 2006).

일본의 수가제도는 개별 행위별 수가제로(Diagnosis Procedure Combination System, 이하 ‘DPC’)를 원칙으로 하고 있다. 보험의료기관으로 되어 있는 병원 등에 피보험자증을 제출하여 받게 되며, 그때 해당 보험의료기관에 본인 부담금을 지불한다. 보험자는 요양급여를 제공한 보험의료기관 등에 대해 그 대가로서 진료수가를 지불하며 보험의료기관 등에 납입하는 본인부담금을 공제한다(이현옥 등, 2022). 도도부현별 지역 의료계획에 의거해 1, 2, 3차 의료권 설정 및 DPC 적용대상 병원과 병상을 지정한다. 법정 건강보험 수혜자는 치과 진료를 받을 때 30%의 본인부담금을 지불해야 한다. 70세 이상 노인의 본인부담률은 10%로 낮아진다. 현재 전반적인 수술과 보존, 보철 진료는 보험으로 적용되고 임플란트와 일부 보철, 교정진료는 보험적용이 안 된다(최승린, 2011). 보험자가 스스로 병원 또는 의원을 개설하여 직접 보험급여를 제공할 수 있으나 그 비중은 매우 낮으며, 대부분 일반 의료기관을 통해서 보험급여를 제공하고 있다. 의료기관이 지방후생국에 급여기관으로서 지정 신청을 하고 지방후생 국장이 이를 승인하며 지정받은 기관은 보험급여제공기관으로서 환자에게 보험급여를 제공할 의무가 생긴다. 진료비는 보험자, 심사지불기관을 통해 보험의료기관에 지급된다(국민건강보험공단, 2022).

일본의 치과 건강보험은 각 도도현부에 따라 다른 특성이 있으며 각 지역의 방침을 따른다. 수가 결정 구조로는 중앙사회보험 의료협의회 외부조직인 ‘진료수가전문조직’ 에서 진료수가 관련 기술적 과제 검토가 이루어진다. ‘조사실시위원회’ 및 ‘진료비 기본문제소위원회’ 사전조정결과 작성 후 ‘중앙사회보험 의료협의회’ 의 총회 급여 여부 결정을 거쳐 전문의견을 받는다. 후생노동성 대신의 최종 승인의 과정을 거친다. 치과 진료 및 조제 수가는 각각의 단위를 10엔으로 하고, 단위 수를 곱한 금액이 진료수가가 되며, 결정된 진료수가는 ‘진료수가 산정방법’ 에서 고시한다.

일본의 보험료에 있어 후기노인의료보험 제도는 모든 피보험자가 개인 단위로 보험료를 납부하고 있다. 보험료는 모든 피보험자가 납부해야 할 ‘균등분’ 과 각 피보험자의 소득에 따라 납부해야 할 ‘소득분’ 으로 합산하여 개인 단위로 계산된다. 보험료율은 일률적이며, 의료비 등의 추이를 바탕으로 2년마다 검토된다. 또한, 이는 모든 현에서 적용된다(이바라키현후기노인의료지역연합, n.d).

위의 내용은 일본 전국 각지 공통의 사항이며 아래의 내용은 주요 지역별 노인 대상 치과 건강보험 정책을 자세하게 살펴보았다. 홋카이도의 경우 만 75세 생일 달부터 월별 보험료를 지급하여 산정한다. 연간 보험료 상한액은 1인 66만 엔이며, 의료급여 비용의 약 10%는 본인 부담한다. 정기 검진 및 예방 진료는 주된 노인 대상 치과 건강보험 제공 서비스이다. 아오모리의 경우 「치과·구강 보건증진에 관한 법률」의 기본원칙에 따라 적절하고 효과적인 치과 구강 보건 진료 강조한다. 2014년 7월 7일 ‘아오모리현 치과 건강증진조례’에 근거하여 각 생활단계에 따른 치과 질환 예방대책을 시행하였다. 아키타현의 경우 치과 비에 급여 비율을 곱한 후 남은 금액은 본인부담금으로 지급하며, 70세 이상의 피보험자의 경우 80% 혜택을 제공한다. 도치기현의 경우 후기노인건강관리지역연합은 노인 건강 유지 및 향상을 목적으로 2018년부터 2024년까지 6년에 걸쳐 구강 보건사업을 시행하였다. 75세 노년 인구를 대상으로 구강위생 상태를 점검하며 치과 검진의 경우 연 1회 무료로 제공한다. 사이타마현에서는 매년 ‘건강 장수 치아검진’을 실시하며 2023년에는 75세 또는 80세 대상 치과 검진을 무료로 제공한다. 반면, 도쿄의 경우 치과 진료비의 본인부담금은 소득별로 차이가 있다. 본인부담금이 20%인 경우 과세소득이 28만 엔 이상인 자이며, 본인부담금 30%는 과세소득이 145만 엔 이상인 자이다. 에히메현의 경우엔 2012년 치과 건강증진 계획을 수립하였다. 2017년 제2차 치과 구강건강증진 계획을 공표하여 노인 대상 구강위생 및 틀니 관리

의 지식을 공유하고 지역사회 구강 건강증진을 위한 워크숍을 개최하였다. 이와 같은 사업을 통하여 2017년 에히메현 80세 노인 인구 중 47.9%가 20개의 자연치아를 보유하고 있었다. 이는 일본 지역 평균 비율인 38.3%에 비해 9.6%가량 높은 수치를 보였다. 또한, 에히메현의 모든 구강사업소에 치과위생사협회와 협력하여 사업장 내 치과위생사를 파견하고 사무소의 요청에 따라 직원의 구강케어를 진행하였다. 후쿠오카 치과 건강보험으로는 후기 노인 건강관리 지역 연합에 따라 구강 기능 저하를 예방하고자 ¥300 본인부담금에 대해 1회 치과 검진 제공한다. 오이타 치과 건강보험의 경우 고령자 의료보험제도가 시행되며 일정한 장애가 있는 것으로 인정된 65세 이상 74세 미만 노인은 의료제도에 가입 의료급여를 제공받는다. 본인부담금은 소득에 따라 약 10%~30% 지급하며 일정 기간에 노인 대상 구강 건강검진을 1인 1회 무료 제공한다. 미야자키현의 경우 노인의료보험에 가입된 고령자를 대상으로 건강 프로그램에 등록된 노인에게 매년 무료 치과 검진 제공한다. 치아와 구강의 상태를 확인하여 구강 기능 저하와 삼킴 기능 저하를 예방 검진을 한다. 본인부담금은 무료 건강검진을 제외하고 모두 30% 지급하며 본인부담금은 과세소득 합계가 2,800,000엔 이상일 때 20%를 지불한다. 이하 주요 도도부현의 치과 건강보험 내용은 <부록 2>와 같다.

이처럼 일본의 노인 대상 치과 건강보험 및 관련한 노인 대상 구강 건강증진 사업은 지역별로 상이하다. 개호보험제도 및 후기노령화보험제도를 통하여 급속한 노령화로 인한 노인 의료보장에 더 적극적으로 대처하고 치과 치료비 증가를 방지하기 위해 예방에 힘을 썼다. 보철에도 보장의 범위를 확대하여 노인의 구강 기능 개선뿐만 아니라 예방에 이르기까지 노인 진료를 비중 있게 다루고 있다. 일본의 구강체조 및 저작능력 향상을 위한 구강 건강증진 프로그램의 도입으로 초고령 인구의 구강 증진을 위한 사업을 진행한 바 있다. 또한, 1989년 일본의 “8020 캠페인” 실천을 통하여 구강 건강 예방을 강조하며

저작능력 향상을 위한 대책 또한 꾸준히 강조한다.

일본 구강 건강증진 사업은 치아검진의 무료 제공으로 노인 구강 건강증진 대책 마련에 초점을 두고 있다. 구강 건강은 노인의 전신 건강 지표로도 활용한다. 아이치현 65세 이상 주민의 4년 추이 결과를 살펴보면 치아가 20개보다 적거나 틀니를 써야 하지만 치료를 받지 못한 사람들이 치아가 20개 이상 남아 있는 사람보다 치매 발생 위험이 1.9배 높았다. 또한, 20개 미만의 치아를 가진 고령자는 낙상 위험에서도 2.5배 증가하였다. 일본의 치과 질환 실태조사에 따르면 1989년 ‘8020 캠페인’ 이후 1987년 7%에서 2016년 56.1%로 증가하였다. 이로써 ‘8020 캠페인’이 주는 효과는 노인 전신 건강과 영양 및 구강 저작력으로 인한 뇌 자극 근육 양 등 모든 부분을 반영한 노년 건강 지표를 의미한다(김철중, 2019).

3.3.5. 시사점

2020년 기준 일본 건강보험 보장률은 국민 의료비 중 정부 의무가입 보험 재원 비중의 약 83.4%로 건강보험 보장률이 높은 국가이다. 하나 현재 일본 노인 대상 치과 보험진료 중 틀니가 보험급여가 되면서 질이 낮아지고 호주머니 틀니가 양산되고 있다. 이는 노인 대상 보험 틀니의 질이 낮아져 노인 인구의 저작능력을 회복시키지 못한다면 무의미한 제도가 될 것이다. 따라서 보험급여 틀니의 질을 높이는 방안을 국가적 차원에서 대비해야 할 것이다(김용진, 2010).

의치제작 주기에 대한 제한 및 경제력 차이에 의한 의료수급권 제한으로 저소득과 고령자 의료 이용에 있어 자기 책임을 강화하는 등 사회보장제도로서 의료보험의 역학 및 기능을 좁히는 경향이 있다. 보편적 의료보장제도의 이상 이 현실과 다른 부분이 있다. 국민 의료비의 증가로 노인 의료비 지원제도 검토 이래 건강보험협회의 재정 악화와 보험사회에 대한 시스템 재구축 및 정비 또한 필요하다. 결과적으로 환자의 부담 증가로 민간보험의 의존성이 증대될 것이며 치과의 보장성 또한 미약할 것이다.

일본의 치과 건강보험에 대한 문제점은 수가가 비정상적으로 낮다는 점이다. 진료보수의 개정을 의료비 억제 정책의 한 부분으로 사용한 것이 큰 문제로 지적되었다. 다른 과들과 비교해서도 수가가 낮은 것이 큰 문제로 지적받고 있다. 또한, 진료 수준의 하락 문제를 들고 있어 이로 인해 일본은 의료의 질에 대한 해결책 제시가 국가적으로 큰 논점이 되고 있다(최승린, 2011). 보편적 보철 진료를 제공하기 위해 마련된 저수가 정책은 심각한 사회문제를 초래하였다. 의치 급여화로 인해 현재 제작료가 정액으로 지급됨에 따라 진료의

질에 대한 문제도 제기되었다. 보험 의치는 플라스틱 수지와 간단한 철사를 사용하고 있어 치아에 부담이 가고 강도가 약하며 이에 대한 보충을 위해서 크고 두껍게 만들어지므로 사용하기에 불편하다는 의견이 있다(대한치과보철학회, 2022). 후기고령자 의료제도 시행에 따라 75세 이상의 고령자가 제외되면서 현재 지역 건강보험 가입자에서 무직자가 차지하는 비율도 감소하였다. 하나 65세 이상의 고령자는 지역 건강보험 가입자의 30%를 차지하고, 고용상황의 악화로 직장 건강보험으로부터 전환되는 가입자는 증가하고 있다. 따라서 고령자와 저소득층이 많은 지역 건강보험은 재정기반이 약하여 타 제도로부터의 지원에 의존하는 구조로 바뀌고 있다.

또한, 의료비의 지출률은 선진국 중 낮은 수준을 유지하고 있다. 이에 대한 요인으로는 의사 수나 간호사 수가 낮은 공급체제요인과 보험 의료수가 개정이나 환자부담의 인상 등 여러 차례에 걸친 제도 개혁 때문이라고 보고 있다. 65세 이상의 노인이 국민 의료비의 절반 이상을 차지하고 있어 상병 기간의 장기화를 볼 수 있다. 다행히 개호보험제도가 도입되었고 입원 노인의 요양시설 입소 수는 빠르게 감소하는 추세다. 우리나라의 고령화 속도가 현재 일본보다 더 빠르게 진행되고 있어 급여화 확대를 진행하고 있으나 이른 시기 준비대책을 세우지 않으면 혼돈이 일어날 가능성이 크다. 급여지출 비용을 확대해 놓고 이를 충당하기 위해 막대한 국채를 발행하여 후세대에 부담을 질 수 있으므로 이를 조심하고 그에 대한 대책 마련을 국가에서 준비해야 한다(최성은 등, 2011).

3.4. 한국

3.4.1. 노인 대상 치과의료 현황

한국 국민 의료비는 2021년 기준 \$180,609이며, 국민 1인당 의료비는 2021년 기준 \$3,913.7이고 GDP 대비 의료비 비율의 경우 2021년 기준 8.8%이다. 노인 진료비 비율은 2021년 기준 42.4%이다. 한국의 기대수명은 2021년 기준 83.6세이다(국민건강보험공단, 2022). 국민 1인당 치과 의사 외래진료를 받은 횟수는 2020년 기준 1.5회이다. 한국 노인 관련 일반 현황 조사를 먼저 살펴보면 우리나라 기대수명은 남자의 경우 80.6세이며 여자의 경우 86.6세로 OECD 평균보다 3.5년 높은 추세이다. 아울러 2021년 기준 우리나라 65세 생존자의 기대여명은 OECD 남자 평균 17.8년, 여자 21.1년으로 남자의 경우 1.5년, 여자의 경우 2.6년 높다. 우리나라 80세 생존자의 기대여명은 남자 8.5년, 여자 11년으로 OECD 남자 평균 8.2년, 여자 9.8년보다 남자는 0.3년, 여자는 1.2년 높다. 한국 노인 대상 치과 진료에 대한 부분은 매 정책마다 꾸준히 제정되며 보장범위가 많이 넓어지고 있다. 하나 아직도 임플란트에 대한 진료비용의 부담으로 고령 환자는 이를 부담스러워하고 정책적으로 급여화 확대에 대한 논의가 논거 되고 있다.

건강보험의 노인 틀니 급여화 정책은 1996년 3월 28일 “삶의 질 세계화를 위한 노인·장애인 복지 종합대책”에서 처음 공표하였다. 한국의 경제적 화두로 ‘삶의 질’ 문제가 제기되었고 OECD 가입 등 세계화에 발맞춰 선진국의 제도에 맞게 개선될 필요가 있다. 하나 IMF 등의 문제로 이는 무산이 되었고 2012년부터 75세 이상의 노인에게 대한 노인 틀니 본인부담률을 50% 방식으로

보험급여를 목표로 추진하였다. 2017년 11월 이후 현재 노인 틀니 본인부담률은 30%이다(김용진, 2010). 또한, 보험 임플란트도 본인부담률 30%로 급여화 확대에 의한 보장률이 증가하였다.

3.4.2. 치과 건강보험 역사

치과 건강보험의 시행은 1977년 7월 1일이며, 이를 대비한 보건사회부 내의 조직은 1년 2개월 전인 1976년 5월에 만들어졌다.

수가제정작업으로는 일본에서 얻은 정보를 바탕으로 난이도와 시술 시간을 참고하여 의료보험수가를 정한다는 원칙을 가지고 인건비 절약 등 병원 경영의 합리화를 도모한다. 당시 구입가의 3~10배를 받던 약가는 하향 조정하였고 행위별 분류는 크게 세분화하진 않았다. 치과 진료보수 점수표를 참고해 치과 의료보험 수가를 만들었다. 일본의 치과 진료보수점수표의 배점을 참고하여 보철 부분은 제외하고 1점을 우리 돈 10원으로 환산하여 제정하였다. 이 당시 일본은 보험에서 치과 보철이 급여항목으로 되어 있었으나, 우리나라는 보험 재정이 감당이 안 되어 배제하였다(박덕영, 2019). 2012년부터 본격적인 노인 대상 치과 건강보험 보장성 확대의 추진에 따라 더 많은 고령 인구가 치과 치료를 받을 수 있게 되었다. 이 시기를 기점으로 건강보험진료비가 증가하기 시작했다. 그 이전과 비교하면 건강보험진료비가 3배 이상 오른 것으로 확인되었다. 우리나라 치과 건강보험의 급여화 확대의 역사를 살펴보면 아래 표와 같다.

표 6. 연도별 한국 노인 대상 치과 건강보험 역사

연도		내용
2012년	7월	만 75세 이상 완전 틀니 급여 적용, 본인 부담 50% (시술 7년 경과 후 재급여 가능, 레진 상판 가능)
	10월	만 75세 이상 틀니 유지관리 행위
2013년	7월	만 75세 이상 부분 틀니 급여 적용, 본인 부담 50% 틀니 유지관리 행위 (시술 7년 경과 후 재급여 가능)
2014년	7월	임플란트 급여 적용: 만 75세 이상 환자, 1인당 2개 인정
2015년	7월	만 70세 이상 급여 확대: 금속상 완전 틀니 추가 만 70세 이상 레진상 완전 틀니, 부분 틀니, 임플란트 모두 보장
2016년	7월	만 65세 이상 틀니 및 임플란트 연령 확대 적용
2017년	11월	만 65세 이상 틀니 본인부담률 50% → 30%
2018년	7월	만 65세 이상 임플란트 본인부담률 50% → 30%
2021년	1월	의료급여 노인 틀니 및 임플란트 조회·등록 절차 간소화
		- 요양 기관정보마당 신청화면 신설
		만 65세 이상 급여틀니 재제작 사유 추가 - 천재지변으로 분실 또는 파절 시 1회 재제작 가능
2022년	6월	레진상 완전 틀니 수가 산정 급여 기준 신설 - 레진상 완전 틀니 제작 시 유리섬유 보강재를 사용하는 경우

* 출처 : 국민건강보험공단 홈페이지 재구성.

3.4.3. 법·제도 체계

3.4.3.1. 치과 건강보험 법률적 체계

한국 치과 건강보험의 근거 법령은 국민건강보험법 제1조(목적) 국민의 질병·부상에 구강질환 및 외상이 포함되어있다. 제3조의2(국민건강보험종합계획의 수립 등) 급여 내용의 결정 사항 및 제4조(건강보험정책심의위원회) 제3

항 의료계를 대표하는 단체에 치과의사협회가 포함되어있어 치과계의 의견을 반영하여 보험 정책을 결정하고 있다. 근거 규칙으로는 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제2조(요양급여의 절차) 제3항 제3호 치과에서 요양급여를 받는 경우가 있으며, 별표 2 비급여 대상 제4호 바목 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등을 포함) 및 치과 임플란트를 목적으로 시행한 부가 수술이 있다(골 이식수술 등을 포함). 다만, 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 만 65세 이상 노인의 틀니 및 임플란트는 제외한다(보건복지부, 2023).

3.4.3.2. 치과 건강보험 제도적 체계

한국의 의료전달체계에 있어 정책 결정은 중앙정부인 보건복지부가 운영의 책임은 국민건강보험공단에 의해 진행된다. 공공 보건의료서비스의 재정은 보험료 및 국고보조로 구성된다. 의료 정책의 책임에 있어 중앙정부인 보건복지부가 건강보험 주요 정책의 수립 및 결정을 담당하며, 국민건강보험공단에서 보험급여 관리 및 건강증진 예방 사업을 진행한다.

건강보험조직체계는 중앙정부인 보건복지부 자격관리 및 보험료 부과, 징수 등 건강보험 전반을 운영하는 국민건강보험공단 그리고 요양급여비용 심사 및 적정성 평가를 담당하는 건강보험심사평가원 마지막으로 심의 및 의결기구인 건강보험정책심의위원회로 구성된다. 국민건강보험제도의 목적은 질병 부상이 있는 자에 대한 입원 외래 및 재활 치료 등의 의료서비스 제공이다. 현재 만 65세 이상의 고령 환자의 치과 건강보험의 치과 치료 중 틀니 및 임플란트 부담률은 요양급여 비용 총액의 30%만 본인 부담한다(건강보험심사평가원, 2023). 보험 보장물의 확대 정책으로 인해 치과 건강보험 진료 중 보험 임플란트에 대한 사회적인 관심이 증가하고 있다. 보험 임플란트 대상자 등록 및 신청 방

법은 신규등록의 경우 치과 병·의원에서 임플란트 급여 대상자로 판정을 받은 환자를 시술받을 요양기관에서 신청 후 등록한다. 2020년 12월 30일부터 행정업무 효율화를 위해 의료급여 환자도 신청 절차가 간소화되었다. 치과 병·의원에서는 대상자 신청 및 등록 결과를 (신)요양기관정보마당에서 해당 정보를 확인할 수 있다. 임플란트 대상자 등록 후 1단계부터 보험 임플란트 진료를 받는다.

3.4.3.3. 관리 기관과 주요 업무

한국 건강보험의 주요 정책은 ‘건강보험정책심의위원회’에서 결정한다. 건강보험정책심의위원회는 공급자 대표, 가입자 대표, 공익 위원 각 8명씩 24명과 위원장으로 구성된다. 공급자 대표는 의사 협회 2명, 병원협회, 치과의사협회, 한의사협회, 간호협회, 약사회, 제약협회 각 1명이다. 가입자 대표 및 공익 위원으로 근로자 단체 2명, 한국경영자총협회, 중소기업중앙회, 한국YWCA, 한국환자단체연합회, 한국농업경영인중앙연합회, 한국외식중앙회 각 1명이고 나머지는 공무원과 공무원이 추천한 사람들로 구성하였다. 가장 중요한 업무인 요양급여 기준을 결정할 수 있는 의학적 전문가들은 총 25명 중 의사 협회에서 추천한 2명으로 구성된다. 보건복지부 차관이 위원장을 맡고 공무원, 공무원이 추천한 위원, 정부의 통제가 보조금을 받는 단체대표들로 대부분 위원으로 구성된다(허대석, 2023).

3.4.4. 노인 대상 치과 건강보험

3.4.4.1. 보장범위 및 수가제도

한국의 치과 건강보험 진료비 지불제도는 진료행위별 수가제도로 진료에 드는 약제 또는 재료비를 별도로 산정하고, 진료행위 각 항목별로 가격을 책정하여 지급하는 제도이다. 일부에 있어서는 포괄수가제로 진료의 청구방법의 간소화 및 표준화를 유도하며 의료인과 심사기구의 마찰을 감소한다.

노인 건강보험의 시대적 확대에 의하여 2012년 이후 7년 후 틀니의 재제작이 가능해졌다. 이는 두 번째 보험 틀니의 제작이 가능하며 이에 대한 보험적용을 제공한다. 또한, 본격적인 임플란트 보험 청구의 시작으로 이는 2014년 7월 1일 시행되었다. 당시 만 75세 이상으로부터 시작된 급여 대상이 점점 확대되었다. 현재 급여 기준의 적용으로는 만 65세 이상의 건강보험가입자 또는 피부양자, 의료급여 수급자이다. 상악 또는 하악의 부분 무치악 환자이며 이때 전치부, 구치부의 구분은 상관없다. 산정기준의 정의가 중요한데 상악 또는 하악의 부분 무치악 환자의 경우 완전 무치악 시 레진상·금속상 완전 틀니 대상자로 치과 임플란트 보험적용 대상에서 제외하며, 잔존 치근만 존재하는 경우도 제외한다. 보험 부분 틀니를 제작한 환자가 상실 치아가 생겨 임플란트 시술 시 급여적용이 가능하다. 현재 많이 논거 되는 완전 무치악 환자는 아쉽게도 완전 틀니 대상자이므로 제외된다. 급여의 개수로는 1인당 평생 2개까지 식립할 수 있으며 보철의 종류로는 비귀금속도재관(PFM Crown)로 재료의 제한이 있다. 본 치과 치료의 시술 시 부분 틀니와 중복하여 급여적용이 가능하다. 건강보험 대상자의 본인부담률은 30%이며, 요양급여비용 총액의 10%~30%로 2018년 7월부터 본인부담금이 인하되었다. 진료 단계별 부분 포괄

수가 적용에 따라 단계별로 정한 비율별 본인부담금 수납이 청구되어야 한다. 임플란트 시술 중 환자의 자격이 변동 시 현재 진료 단계 시점에 해당하는 금액에 변경된 자격은 본인부담률을 산정해야 한다. 시술이 단계별로 순차적 진행되어야 하며, 반드시 하루에 1단계씩 산정되어야 한다. 유지관리에 대한 부분도 현재 3개월 이내 무상 유지관리로 시술료 없이 진찰료만 산정하고 있다. 현재는 임플란트 보철 세팅 후 3개월이 지나면 자연치아로 간주하게 되며 3개월만 지나면 임플란트에도 웬만한 보험진료는 가능하다. 만약 임플란트 시술 중 다른 치아에 다른 과에서 진료를 추가로 시행 시 각각의 전문의가 상근하는 각 기관에서는 진찰료를 별도 산정할 수 있다. 다만 보철과 진료는 임플란트 수가에 포함되어있으므로 진찰료는 산정할 수 없다(건강보험심사평가원, 행정해석. 보험급여과 248호). 현재 보험이 등록된 국산 임플란트가 없는 치과를 위해서 보험으로 등록되지 않은 제품만 갖춘 치과들도 행위료는 모두 급여할 수 있게 하여 보험이 안 되는 부분은 거의 없도록 하고 있다. 현행 노인 임플란트 치과 건강보험은 아래 표와 같다.

표 7. 노인 대상 임플란트 치과 건강보험

대상자	· 만 65세 이상 건강보험가입자 또는 피부양자 · 부분 무치악 환자(완전 무치악 제외)
적용 개수	1인당 평생 2개(본인부담금 30%)
급여 보장범위	급여 재료 식립 재료 분리형 식립 재료 * 분리형 식립 재료 고정체와 지대주 중 일부 품목은 [국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙] 별표 2 비급여 대상 제4호 거목에 따라 비급여로 적용 보철수복재료 PFM crown(비귀금속도재관)
적용 부위	상·하악 구분 없이 전·구치부에 모두 급여 적용
적용 상병코드	K08.1 사고 발치 또는 국한성 치주병에 의한 치아 상실
치과 임플란트 비급여 적용	· 완전 무치악 환자에게 시술하는 경우 · 상악골을 관통하여 관골에 식립하는 경우 · 일체형 식립 재료로 시술하는 경우 · 보철수복 재료를 비귀금속도재관 이외의 재료로 시술하는 경우
비급여 적용	· 골 이식술 및 상악동 거상술 · 맞춤형 지대주(Custom abutment)

* 출처 : 대한치과건강보험협회, 치과보험청구사 3급.

이렇듯 노인 대상 치과 건강보험의 대표적 진료인 임플란트 및 틀니 보험 보장성 확대의 변화는 정책적 측면에서 꾸준히 이루어졌으며 이에 대한 연도별 현황은 아래의 표와 같다.

표 8. 노인 대상 치과 건강보험 급여 확대 변화

시행 일자		내용
2012년	7월	노인 완전 틀니 보험적용: 만 75세 이상 상악 또는 하악의 완전 무치악 환자, 본인 부담비율 50% 사후 수리행위 보험급여 적용
2013년	7월	노인 부분 틀니 보험적용: 만 75세 이상 잔존 치아 이용 부분 틀니 제작 가능 환자 대상, 본인 부담비율 50% 임시 부분 틀니 클라스크 수리행위 추가 급여
2014년	7월	노인 임플란트 보험적용: 만 75세 이상 부분 무치악 환자 (완전 무치악 제외) 평생 2개, 상·하악 구분 없이, 본인 부담비율 50%
2015년	7월	노인 임플란트 및 틀니 보장 확대: 만 70세 이상, 본인 부담비율 50%
2016년	7월	노인 임플란트 및 틀니 보장 확대: 만 65세 이상, 본인 부담비율 50%
2017년	11월	노인 틀니 본인 부담비율 50% → 30% 경감
2018년	7월	노인 임플란트 본인 부담비율 50% → 30% 경감

* 출처 : 건강보험심사평가원

현행 치과 진료비 지불제도는 기본적인 진료에서 행위별수가제도이며 임플란트의 경우 포괄수가제도로 시행되고 있다. 아래의 표는 건강보험심사평가원에서 공표한 우리나라 진료비 지불제도인 행위별수가제도의 요양급여 급여·비급여 진료 목록이다.

표 9. 행위별 급여·비급여 항목 수

구분	항목 수		합계
	급여	비급여	
기본진료료	931	19	950
검사료	1,665	211	1,876
영상진단 및 방사선 치료료	1,136	14	1,150
투약 및 조재료	82	0	82
주사료	91	5	96
마취료	120	1	121
이학요법료	80	15	95
정신요법료	25	8	33
처치 및 수술료 등	2,697	65	2,762
치과 처치·수술료	273	27	300
조산료	9	0	9
보건기관의 진료수가	31	0	31
한방 검사료	9	9	18
한방 시술 및 처치료	60	7	67
약국 약제비	41	0	41
전혈 및 혈액성분제제료	39	0	39
입원환자 식대	41	0	41
치과의 보철료	198	0	198
응급의료수가	236	0	236
치과 교정치료	45	0	45
기타	146	2	148

* 출처 : 건강보험심사평가원. (2023. 02. 기준)

치과의 급여·비급여 항목에 있어 치과 처치 및 수술료의 항목은 다른 항목에 비해 비급여 치료가 있으므로 환자의 경우 부담을 느낄 수 있다. 비급여 진료의 급여화 확대로 환자의 비용에 따른 치료의 부담을 경감시켜주어야 하며 또한, 현재 급여항목 적용의 경우 치과 진료 위주로 보장해주고 있다. 따라서 예방치료에 대한 급여화의 적용 또한 필요할 것으로 본다. 임플란트 유

지관리에 대한 급여 기준은 임플란트 제거술의 경우 연령과 무관하게 산정되고 있다. 보철물 수복 이후 3개월 이후 산정되며 3개월 이전은 비급여 산정이다. 보철 장착 후 3개월 이내는 횟수 무제한이며 재진 진찰료만 청구받고 임플란트 시술한 병원에서만 유지관리의 산정이 가능하다. 보철 장착 후 3개월 이후로는 비급여사항에 나사 풀림, 포셀린 파절, 지대주 파절 등이 있다.

3.4.5. 시사점

경제협력개발기구에서 발표한 Health Data에 따르면 2019년 기준 주요 국가들의 국민 의료비에서 공공재원의 비중은 74.2%로 나타났고, 한국은 이에 반해 61.0%로 낮은 수준이다. 자료에 따라 건강 지표에서는 최상위를 달리나 수가 수준에서는 다른 국가에 비해 후진국 수준에 머물러 있다. 따라서 우리나라의 공공재원을 높이고 건강보험 보장성 강화 노력이 필요하다. 진료영역별 원가보전율과 의료기관 종별 추정 원가보전율을 도출해보면 진료영역별 원가보전율은 78.4%이며 의료행위와 관련된 수가는 50~80% 수준으로 매우 낮다. 한국의 의료수가는 공산주의 의료체제로 낙후된 의료시스템을 유지하고 있는 국가들과 다를 바 없지만, 현재 의료지표는 세계 수준을 유지하고 있다. 저수가 상황으로 인해 비급여 의료행위의 증가가 늘어나고 불법 의료행위와 환자 안전 문제를 초래한다. 적정 부담과 적정 수가를 통해 의료 이용량을 줄이고 충분한 인력 확대에 대한 문제를 해결해야 할 것이다(정재현, 2021).

치과의료 분야의 건강보험 급여화 확대에 인하여 전 국민에게 점점 광범위한 의료혜택이 주어짐으로 형평성 있는 진료를 제공해 줄 수 있다고는 하지만 의료기술의 발전이 더디고, 의료재정의 압박 문제 또한 의료인과 환자 간의 도덕적 문제를 초래할 수 있다. 급속한 급여화 확대에 대한 재정 압박 문제, 급여화 항목에 대한 의료기술의 문제의 대응책 마련이 최근 논의되고 있다. 보험료율은 선진국에 비하면 매우 낮은 수준이다. 따라서 이에 대한 재원의 안정적 운영이 최근 해결해야 할 과제이며 국가에서는 이에 대한 방안 마련이 필요하다. 다음으로 치과 의료분야의 건강보험 진료 비율이 너무 낮은 부분으로 인하여 배분에 대한 확대가 필요하다. 노인 임플란트의 급여화가 범위 및 연령에 있어 더욱이 증가해야 할 것으로 보이는데 이에 대한 방안이 필요하다

다. 진료의 질이나 서비스에 대한 부분은 평가 기준을 마련하여 의료인의 회생을 강요하지 않고 나아가 국민의 건강증진에 초점을 두어야 한다(이경은, 2014).

임플란트 연령 확대 정책에 따라 이용률이 증가하고 있어 임플란트 환자 수의 증가를 야기하였다. 치과 임플란트가 고가 진료라는 이유로 임플란트 건강보험에 대한 급여 보장이 이슈가 되고 있다. 고령층은 무치악 비율이 높으나 보험 임플란트의 적용대상이 아니다(대한치과보철학회, 2022). 이에 따라 임플란트의 경우에서도 틀니와 같이 혜택을 받을 수 있도록 완전 무치악 상태의 환자 또한 보험적용을 받을 수 있도록 개수 대상에 대한 제한 또는 재료에 대한 조건의 확대가 필요하다. 치과 의사의 보철 보험 보장성 강화 선호도 조사와 일반인의 보철 보험 보장성 강화에 대한 선호도 조사에 따르면 각각 23.5%와 24.4%로 보험 임플란트 개수의 확대를 가장 많이 언급하였다. 현재 임플란트 보험 보장 개수 확대가 논의 중이며 빠른 시일 내로 시행될 예정이다(대한치과보철학회, 2022).

2025년 초고령사회 진입에 따라 노령층의 구강질환으로 인한 경제적 부담이 사회적으로 가중되었다. 65세 고령 인구의 치과 진료 외래비 추계는 21년 기준 854만 명 11조 원에서 25년 1,051만 명 14조 4,000억 원으로 증가할 전망이다. 4차 산업혁명 시대로 인하여 치료 위주의 진료에서 예방중심으로 변화가 있을 전망이다. 개별 맞춤형 치과 진료의 수요가 증가하고 있다(보건복지부, 2022). 대한치과의사협회에서는 2017년 국민을 위한 구강 보건과 치과의료 정책 제안을 통해 전반적인 정책을 새롭게 수립했다. 노인 틀니와 임플란트의 보장성 확대가 우선 하나의 과제로 제시되며 보철 영역의 보장성 확대를 강조하고 있다(대한치과보철학회, 2022). 국민건강보험공단의 주관으로 매년 보고되는 건강보험환자 진료비 실태조사에서 치과병원은 2021년 기준 27.9% 치과의원은

33.2%로 다른 요양기관과 비교하면 치과 진료영역의 보장률이 현저히 낮다. 이는 치과 진료 총 지출금액에서 건강보험 급여가 적용되는 비율이 낮고 비급여 및 본인부담금이 높다는 것을 의미한다.

한국 건강보험 보장성은 아직도 평균 80% 기준 64.5% 수준으로 OECD 최저 수준이라는 말이 나올 정도이다. 치과 건강보험 보장률 또한 2021년 기준 3년 연속 하락세를 띄고 있다. 건강보험 가입자의 경우 경제적으로 부담할 수 있는 능력인 소득 수준이 낮은 계층이 구강 진료를 받기 힘들며 비급여 항목이 많은 치과 진료의 특성이 있다. 또한, 치과 진료비의 본인 부담비율은 88%로 매우 높은 편이다. 남성의 52.3%, 여성의 57.4%가 경제적인 이유로 치과 진료를 맘 편히 받을 수 없다고 한다(김윤경 외, 2015). 은퇴 시기를 앞둔 고령층이 소득적인 제약이 있으므로 치과 진료의 부담을 완화하기 위해 연령 확대 및 본인부담률을 낮출 필요가 있다(김정옥 등, 2019).

독일의 지속관리 정책과 거동이 불편한 노인들을 대상으로 치과 방문비 지급 등 급여화 정책의 추진으로 독일 법정 건강보험(GKV)은 2021년 기준 의치 및 임플란트 보철물을 포함한 치과 진료에 약 163억 유로를 지출하였다. 이는 전체 지출의 5.7%이며 이중 의치는 39억 유로를 달한다. 2016년 이래 독일은 지속적인 치과 진료 지출 증가 현상을 띄었으며 2021년 코로나일 때도 공보험의 치과 진료 지출 규모가 전년도 대비 8.7% 증가하였다(연방 보건부, 2021). 일본의 경우 방문 치과 제도는 1년에 100만 건가량 진행되고 있으며, 요양기관에 치과의사가 방문하여 구강위생을 관리해주는 제도 또한 62만 건으로 사용량이 늘고 있다(김철중, 2019). 현재 일본 노년층 절반 이상이 재택 치과 진료서비스를 이용하고 있다. 한국은 아직 정책적으로 의존적 노인의 치과 내원 환자 거동 비 급여화, 방문 치과 진료제도, 재택 치과 진료서비스는 도입되지 않았다. 이에 따라 정책적 변화가 필요할 것으로 보며 본 내용을 바탕으로 다음 절에서 국가별 비교 분석하였다.

3.5. 비교분석 결과

3.5.1. 법·제도 측면

치과 건강보험의 유형 및 수가 지불 방식과 서비스 방식 등이 유사하며 구체적인 관리 및 운영을 위한 규제, 실질적인 서비스 제공 등에 차이가 있음을 확인했다. 국외 치과 건강보험 법령과 비교하여 본 한국 치과 건강보험의 유사점과 차이점은 다음과 같다.

한국의 경우 전 국민 건강보험으로 국민건강보험법에 의거하며, 공공보험 가입률은 전 국민 강제 가입으로 모든 국민이 건강보험 제도에 가입되었다. 건강보험은 공적 부조인 의료급여로 구성되고 직장 가입자와 지역가입자로 나뉜다. 일본의 경우 전 국민 건강보험으로 후생노동성 보험국에서 관리하며 보건복지부의 조사를 받는다. 피용자보험과 국민건강보험으로 구성되어있으며 고령자 대상의 보험으로 전기 고령자 의료보험제도와 후기고령자 의료보험제도로 구성되어있다. 공적 부조는 의료보호로 공공보험의 가입률 또한 전 국민이 모두 가입되어 있다. 독일의 경우는 전 국민 의무 가입으로 공공보험 가입률은 현재 90%가 넘었으며 민간보험 가입률은 10% 이내이다. 공적건강보험제도(GKV)는 일정 소득 이하 대상자에 강제 적용된다. 민간 건강보험(PKV)은 기본형 보험과 보충형 보험으로 나뉜다. 기본형 보험은 고소득자 보험이고 보충형 보험은 공보험 제도의 보완을 위한 보험제도이다.

한국 국민건강보험 방식은 NHI(National Health Insurance)이며 사회보험과 마찬가지로 사회 연대성을 기반으로 보험의 원리를 도입한 의료보장체계이지

만 다 보험자로 운영되는 전통 사회보험방식과 달리 단일 보험자가 국가 전체 건강보험을 관리하고 운영한다. 독일과 일본은 사회보험방식제도인 SHI(Social Health Insurance)이며 다 보험자로 관리되고 있다. 사회보험은 국가가 기본적으로 의료보장에 책임을 지고 의료비는 국민이 자기 책임 일정 부분을 인정한다. 정부 기관이 아닌 보험자가 보험료를 통해 재원을 마련하고 의료를 보장받는 체계이다. 기구를 통한 자치적 운영을 근본으로 의료공급자가 국민과 보험자 간 보험급여를 대행한다(국민건강보험공단, 2023). 독일과 일본의 경우 다 보험자로 공적보험에 있어 보험제공기관을 선택할 수 있으며 그중 대표적인 기관이 따로 있다.

수가제도 측면에서는 일본의 경우 행위별 수가제의 방침을 가지고 있다. 보편적인 행위별수가제도와 달리 개별 행위별 수가제(Diagnosis Procedure Combination, 이하 ‘DPC’)로 개별 행위별 수가제는 정부의 환자부담금 및 정부 환급금 절감 효과를 얻을 수 있다. 독일과 한국의 수가제도는 포괄수가 제도이나 치료에 따라 행위별 수가제도로 지급되기도 한다. 한국 치과 분야의 급여비는 올라가는 추세이나 건강보험에서 치과 분야의 급여비가 차지하는 비중은 낮은 편이다. 또한, 비급여 진료의 비율은 증가하고 있다. 이에 대한 대책 방안이 마련되어야 할 것으로 사료된다. 독일의 치과 치료서비스에 대한 의료보장 급여는 연령 기준으로 급여의 차등화를 준다. 또한, 외래 및 치과의원 방문 시 분기별 10유로를 지불하고 3개월 동안 진단을 받으며 일반 치과 서비스의 무료 급여의 지침을 두고 있다. 이때 치과의원의 선택에 있어 분기단위 치과의사의 변경은 불가능하다.

표 10. 국가별 치과 건강보험 비교

구분	한국	독일	일본
보험제도 및 운영기구	전 국민 건강보험 단일보험 (보건복지부, 국민건강보험공단)	전 국민 건강보험 다보험 (연방정부, 연방 보건부, 연방 공동위원회)	전 국민 건강보험 다보험 (후생노동성, 지방후생국)
근거 법령	국민건강보험법 (시행령, 시행규칙 등)	사회법전 제5편 법정 건강보험 (Sozialgesetzbuch V, SGB V)	직장건강보험법 지역건강보험법
보험대상 유형	전 국민 강제 가입 NHI, 보험료 국고지원	전 국민 강제 가입 SHI, 보험료 국고지원	국민건강보험법 보험 가입자 SHI, 보험료 국고지원
수가 제도	행위별수가제도 일부 DRG	총액계약제+행위별수가제도 일부 포괄수가제도(DRGs)	개별 행위별수가제도 (DPC)
시사점 및 문제점	비급여 항목에 대한 진료비 부담	의료보험 재정 불안정, 진료의 질 저하	진료의 질 저하

3.5.2. 치과 진료서비스 측면

치과 진료에 있어 진료 서비스 측면에서 국외 치과 건강보험의 유사점과 차이점을 살펴보면 보장범위 면에서 큰 차이가 드러났고, 다음으로 급여진료 보장에 있어 예방적 치료에 대한 급여화가 체계적으로 제공되고 있었다.

사회보험방식의 독일과 일본의 경우 공적 건강보험은 보장범위가 매우 포괄적인 편이라 비급여 항목이 많지 않다는 공통적인 특징이 있다. 국가별로 공적 건강보험의 보장범위 및 본인 부담의 범위, 비급여에 포함되는 항목 등이 각 국가에 따라 다르게 나타난다. 독일과 비교하면 일본은 본인부담률이 높은 편이나 일본은 본인 부담상한제를 적용하고 있어 실제적인 국민 의료비의 부담은 낮고 민간의료보험에 대한 보장은 좋은 편이다. 또한, 진료비 중 환자 본인이 부담해야 하는 의료서비스에 대한 정보를 제공하여 보험 가입자에게 정확한 정보에 대한 제공과 의사결정을 하도록 한다(김하윤 등, 2021). 국외 사례를 살펴보면 건강보험 제도인 급여적용 진료로 인하여 질적인 면에서 보장을 받지 못하였다고 생각하여 의료보험의 의의가 반감되었고 복지가 만능이 아니라는 이야기가 나오고 있다. 하나 특이하게 일본의 비교 수가는 한국보다 낮았다(허욱, 2006). 또한, 의치제작 주기에 대한 제한이 있어 이에 대한 사회보장의 문제점이 논거 되고 있다.

가장 주목해야 할 차이점은 독일과 일본의 경우 한국과 다르게 보철에 있어 건강보험 적용을 제공하고 있다. 보철급여에 대한 보장을 또한 매우 높은 편이다. 그러나 한국의 경우 보철이 보험급여로 보장되지 않는다. 예방적 차원의 서비스를 모두 중시하는 국가로 고령사회에 대한 노인 구강 건강의 대비책으로 보철 진료를 치과 건강보험에서 보장해주고 있다. 독일의 경우 의료개혁

으로 보철에 대한 보장범위가 축소 되었고 결국 2005년 보철은 법정 의료보험에서 보충 의료보험으로 전환되었다. 일본의 경우는 보철에 대한 보장성은 꾸준히 유지되었었지만 1997년부터 현재까지 차츰 상승하였다.

독일의 경우 보험 치료에 있어 계약된 의료기관에서만 진행하는 바가 있어 치료 전 이를 확인하여야 한다. 또한, 급여 진료의 추가 요금이 붙을 수 있다는 차이점이 있다. 독일과 일본의 노년층의 결손 치아 교체율이 감소하는 것은 가격에 민감한 보철 수요를 의미하기도 한다. 이처럼 독일의 의료개혁으로 인하여 치과계에서도 치료 중심의 모델에서 예방중심의 모델로 전환되고 있다. 일본의 의료개혁은 기본 법정 의료보험제도를 유지하는 데 초점을 두었다. 그 결과 개인이 법정 의료보험 비용을 더 많이 부담하게 되어 가격에 민감한 치과 의료 수요에 영향을 미쳤다. 독일과 일본 모두 중앙집중화 강화 정책을 지지하고 있고 사회보험제도의 이러한 측면은 점차 국가 관리형의 의료로 변모하고 있다(Nomura, M, 2008).

보험 임플란트의 경우 한국은 본인부담률이 30%로 만 65세 이상의 노인 대상 치료에 보장을 제공하며, 독일은 보험사 및 나이에 따라 상이한 퍼센트를 보장해주고 있다. 이처럼 임플란트는 한국과 독일의 경우 보험적용 대상이나 일본의 경우 임플란트는 보험적용이 안 된다. 이렇듯 국가별 치과 건강보험 급여항목 서비스를 비교하여 분석한 내용은 아래의 표와 같다.

표 11. 국가별 치과 건강보험 급여항목 서비스 비교

구분	한국	독일	일본
급여진료 추가 요금	X	0	X
의료 질 평가	0	0	0
모든 의료기관 (공공의료 공급자)	0	X (계약된 의료기관)	0
전체 · 부분 틀니 (제작 주기)	0* (규정 없음)	0 (규정 없음)	0 (6개월)
임플란트	0*	0**	X
보철	X	0***	0
치료계획 및 비용정보 문서화 제공	X	0	0
진료비용 공개	0	X	0

* 만 65세 이상 본인부담률 30%

** 본인부담금 60%(나이 및 보험사에 따라 변동)

*** 본인부담금 50%(나이 및 보험사에 따라 변동)

한국 질병 관리청 국민건강통계에 따르면 2021년 기준 70세 이상의 노인 평균 치아 수는 16.2개로 정상적인 저작 운동을 위한 필수 치아 개수인 20개를 넘지 못하였다. 독일 노인 자연치아 수는 1997년 기준 21.6개이며, 일본의 경우 2019년 기준 노인 평균 치아 수는 22.7개로 노령층 치아 개수는 한국이 가장 적었다(Thomas Kocher et al., 2019; 하주영, 2008). ‘무치악’이란 치아가 하나도 없는 상태를 뜻한다. 원인은 다양하나 보통 충치나 치주 염증에 의하여 치아 손실 및 외상 사고로 치아의 파손으로 인하여 발치하게 되는 경우를 뜻한다. 무치악 환자율은 일본의 경우 2016년 기준 만 65세 이상 74세 이하 4.1%이다(후생노동성, 2016). 독일의 경우 독일치과의사협회의 제5차 독일 구강 건강조사에 따라 2014년 기준 12.4%이다. 한국의 경우 2020년 국민건강통계에 따르면 13.6%로 나타났다(8020 진흥재단, n.d; 국민건강통계, 2020). 국가별 노인 구강 건강 지표 비교로 한국 노인 구강 건강증진을 위하여 해외 제도 도입의 중요성을 강조하였다.

표 12. 국가별 노인 구강 건강 지표 비교

구분	한국 ¹⁾	독일 ²⁾³⁾	일본 ²⁾⁴⁾⁵⁾
무치악 환자율	13.6%	12.4%	4.1%
노인 평균 치아 개수	16.2개	21.6개	22.7개

1) 질병관리청. 2021 국민건강통계. 2023.

2) 8020 진흥재단 홈페이지. <https://www.8020zaidan.or.jp/databank/jpn.html>

3) Federal Dental Association. 제5차 독일 구강 건강조사. 2014.

4) Kocher, T., Iwasaki, M., Yoshihara, A., & Hoshino, T. (2019). A Comparison of Oral Health in Japan and Germany and Its Cost Efficiency. *Ronen Shika Igaku*, 34(3), 342-353.

5) 후생노동성. 치과질환실태조사. 2016

이러한 수치상의 차이는 노인에게 있어 치아 한 개에 따라 노인 전신 건강의 문제를 야기한다. Satoshi Yamaguchi(2023) 연구팀 최근 논문에 따르면 기

억력에 문제가 없던 평균 연령 67세 노인을 대상으로 치아 손실로 입은 뇌 수축률은 뇌 노화가 1년 진행된 것과 비슷하다는 연구결과를 발표하였다. 이렇듯 치아 1개의 상실은 뇌 노화 1년을 앞당기는 지표를 의미한다. 해마는 기억 등을 관장하는 조직으로 해마의 수축은 노년기에 가장 경계해야 할 뇌 신경 질환인 알츠하이머병을 유발하고 이는 치매를 일으키는 가장 흔한 퇴행성 뇌 질환이다. 이렇듯 노인에게 있어 치아 1개의 유실은 큰 지표로 볼 수 있다. 따라서 국가별 노인 구강 지표의 분석을 통하여 노인 구강 건강을 유지하고 치아 개수의 유지에 대한 노력이 필요할 것이다.

노인 대상 치과 건강보험 자택 방문서비스 및 요양기관 내 구강 진료의 예방과 진료 측면에서 비교 분석하였다. 최근 한국은 국외의 사례를 바탕으로 자택 방문서비스 진료 및 구강질환 예방을 위한 교육을 진행하고 있다. 서서히 지역사회 내 방문 구강 건강관리 사업이 시행되고 있다. 기존 환자의 외상으로 인한 보호자 문의가 왕진 진료의 시초가 되었다. 2023년 방문 구강 돌봄 활동이 시작되었으며 구강 노쇠 진단 및 중재 활동의 사업도 시행되었다.

‘구강 노쇠’란 2014년 일본의 국립 노인병 학 및 노인학 센터에 의하면 구강 기능의 저하가 전신기능의 저하를 유발할 수 있다고 제시하였고, 노쇠의 위험인자로 구강 노쇠를 정의하였다. 이는 음식물의 흘림, 씹지 못하는 음식수의 증가를 나타내는 증상이다. 구강 노쇠는 노쇠의 위험인자로, 노쇠 전 단계에서 보통 드러난다(정희인, 2020). 하나 이에 대한 수가제도 혹은 제도적 시행은 현재 한국에서 뚜렷하게 이루어지지 않는다. 방문 치과 진료의 제도화를 위한 부분이 논의되어야 할 시기이며 궁극적으로 통합돌봄 사업의 급여화가 추진되어야 한다. 방문 치과 진료의 제도화에서 논의가 되어야 할 부분은 급여화 추진을 위한 본인 부담비용에 대한 부분이다. 예를 들어 방문 진료에 있어 치과병원보다 더 큰 비용을 지불하는데 케어가 필요한 노인 환자 관점에서 수가제도의 불만이 없어야 한다(황지영, 2023).

표 13. 국가별 노인 대상 치과 건강보험 방문진료서비스 비교

구분		한국 ¹⁾	독일 ²⁾³⁾⁴⁾	일본 ⁵⁾⁶⁾
방문서비스 (자택)	진료	X	0	0
	예방	X	0	0
요양기관	진료	△	0	0
	예방	△	0	0

1) 황지영. 우리나라 방문 치과의료의 현황. 대한치과보험학회, 2023.

2) 이성근. 치과위생사 주도형 시니어 구강 건강관리. 대한치과위생사협회, 2021.

3) 헤센주 치과협회 홈페이지. <https://www.lzkh.de/patienten/senioren/zahnaerztliche-betreuung-von-senioren-in-alten-und-pflegeheimen>

4) 김정민, 김혜진. 지역사회 커뮤니티케어 체계구축에 관한 문헌 고찰: 부산시 일부 취약계층을 대상으로. 한국구강보건과학회지, 9(4), 32-39, 2021.

5) 한동현 등. 노인요양시설 치과 촉탁의 도입을 위한 연구보고서. 보건복지부, 서울대학교 산학협력단, 연세대학교 원주산학협력단, 2014.

6) 김철중. 일본선 거동 힘든 환자 왕진 치아 관리 서비스 한해 1000만 건. 조선일보, 2019.

일본의 구강 서비스나 방문 치과 진료도 지역포괄케어시스템 내 행해지고 있으며 개호보험제도 내에 구강 보건 서비스는 대상자의 건강상태에 따라 다르게 제공하고 있다. 치과의사와 치과위생사가 개호보험 시설 입소자를 대상으로 직접 구강 관리를 시행하거나 개호보험시설 내 직원에게 구강 관리에 대한 지도를 조언해줄 수 있다. 또한, 의료보험 내 방문 진료에서의 구강 보건 서비스로 자거나 요양 시설에서 질병으로 인해 통원 진료가 곤란한 환자를 대상으로 진료와 위생관리에 구체적인 수가 및 가산 체계를 가지고 있다(한동현 등, 2014). 비교제도를 통한 정책 도입을 위하여 무치악 환자율 및 노인 평균 치아 수 비교하였다. 한국 현행에 맞춰 제도를 도입하는 방향성을 추진하고자 하며 다음 4장에서는 노인 대상 치과 건강보험 등의 문제점 및 정책적 개선방안을 제안하였다.

제4장 노인 대상 치과 건강보험 등의 문제점 및 개선방안

4.1. 법·제도적 개선

제도적 측면에서 개선방안을 통하여 개인과 집단 간 행위에 대한 외부 제약 요인으로 작용하는 사회적 이념과 장치를 마련한다. 정치와 경제 각 부분에서 행위자들 사이 관계를 구조화시키는 공적 규칙으로 표준화된 관행이자 갈등의 중재를 규정한다. 또한, 법적인 근거 장치를 통해 효율적으로 관리하기 위한 제도를 만들어야 한다.

치과 진료 급여에 있어 재료가 한정될 경우 환자에게 적합하지 않은 진료가 진행될 수 있고 따라서 예후가 만족스럽지 않을 수 있다. 환자의 경우 보험 혜택을 받기 위해 국가에서 보장해주는 치료를 진행하는 경우가 많은데 임의 수가를 허용 시 이에 대한 한계성이 사라질 수 있을 것이다. 따라서 보험진료에 관한 기술 발전을 기대할 수 있을 것이다. 급여진료에 대한 추가 요금 징수의 허용 및 급여화 확대 더불어 예방 진료에 대한 수가체계의 제정이 주요 법적 정책적 사안으로 고려된다(이경은, 2014).

노인 대상 치과 건강보험의 개선방안을 위한 법·제도적 기반 개선점을 4가지 기본 요건 간의 균형을 추구하면서 제도의 고유 목표를 달성하고자 이에 대한 기준이 있어야 하며 그 기준은 다음과 같다. 첫째, 접근성(access)으로 개인의 지불 능력과 상관없이 언제 어디서나 필요에 따라 기회를 보장한다. 둘째, 효율성(efficiency)으로 투입 대비 결과를 의미하며 건강보험의 주어진 성과목표를 달성하기 위해 한정된 자원인 재원, 인력, 장비, 물품, 시설 등을

적절히 활용하는 것을 의미한다. 셋째, 형평성(equity)은 건강보험 가입자 간 소득 수준 등 부담 능력에 따라 공평하게 분담되고 필요에 따른 의료 이용을 보장한다. 넷째, 지속가능성(sustainability)으로 건강보험의 재정수입 대비 지출이 적정 수준을 유지함으로써 제도의 지속을 유지하며 건강보험 재원은 미래의 수요변화에도 대응 가능해야 한다. 이러하듯 건강보험 제도의 개선에 있어 올바른 건강보험을 위한 4가지 요건에 따라야 한다(김용진, 2013).

급여 보장성 확대의 요구 항목의 수렴은 매년 3월에서 7월 사이이며, 의견 수렴의 기간은 국민건강보험공단은 3월, 보건복지부는 7월이다. 급여 우선순위 설정을 위한 논의는 꾸준히 이루어져야 한다. 국민의 급여 확대 요구수준은 높으나, 보험료 인상 등 재원확보가 어려운 상황에서 보장성의 우선순위에 대한 중요성은 강조되고 있다. 합리적인 우선순위의 설정과 논의구조의 필요성이 제기되고 있다. 이때 국민의 의견을 상시적 정기적으로 수용하는 것이 핵심이다(권순만, 2010). 급여 우선순위 설정을 위한 논의의 급여 보장을 위한 추진체계 및 절차는 아래 그림과 같다(고영, 2012).

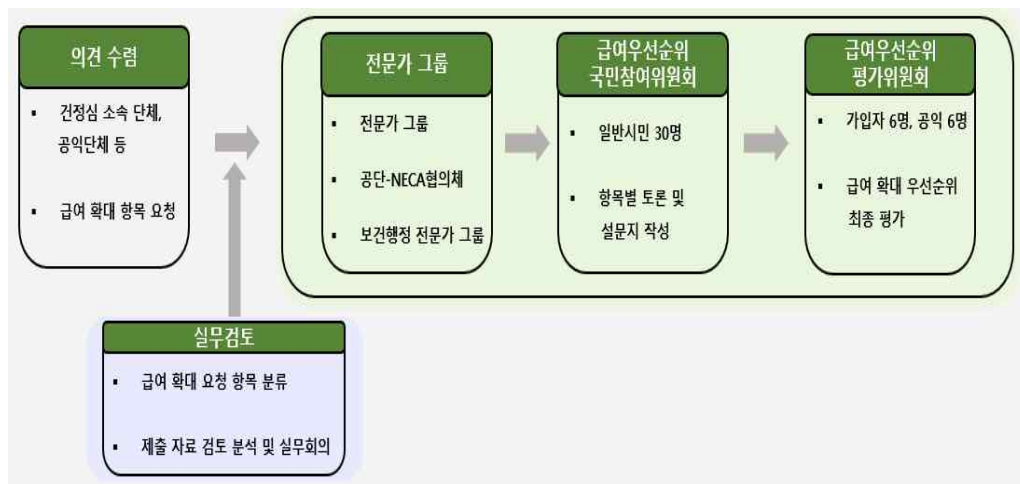


그림 9. 급여 보장성 확대의 우선순위 설정 추진체계 및 절차

* 출처: 대한치과보험학회. 고영, 2012.

보건복지부와 건강보험정책심의위원회의 임플란트 급여화 확대에 대한 절차를 통하여 더욱더 나은 초고령사회에 대비하기 위한 노인 대상 치과 건강보험의 개선안을 제시하고자 한다. 앞으로 개선되어야 할 부분은 65세 이상 완전 무치악 환자에게도 임플란트 급여적용이 추진되어야 한다. 현재 완전 무치악은 보험 임플란트의 대상자가 아니므로 보험적용에 있어 제한을 두어서는 안 된다. 또한, 노인의 저작능력 향상을 위해선 저작 교육 활동을 장려하고 제도적 기반이 마련되어야 한다. 이를 급여항목으로 포함시켜야 하며 예방 치료적 관점에서 진행해야 할 것으로 본다. 차후 아래와 같이 개선안을 토대로 차츰 보장범위를 늘려나간다면 노년 환자의 구강 건강을 위한 보장은 더욱더 확실할 것으로 본다. 정부는 보험급여의 재료 및 보장범위를 제한을 두어서는 안 되며 급여화의 확대를 통하여 초고령사회를 대비해야 한다.

표 14. 임플란트 건강보험 급여 개선방안

구분	현행	개선(안)
대상자	만 65세 이상 무치악 환자 (완전 무치악 제외)	만 60세 이상 무치악 환자 및 완전 무치악 환자(Overdenture)
본인부담률	요양급여 비용의 30%	-좌동-
재료	PFM crown(비금속도재관)	PFM crown(비금속도재관) 및 세라믹 crown

*(신설) 저작 운동 예방관리 적용

건강보험 급여 확대 정책 이후 치과 임플란트 서비스 이용자는 4.79배 이상 증가하였으며 연간 가구 소득이 높을수록, 교육 수준이 높을수록 치과 임플란트 서비스 이용이 증가했다. 따라서 치과 임플란트 치료의 사회·경제적 취약

노인계층에 대한 건강보험 이용으로 구강 건강을 보호받아야 할 것이다(한동현, 2018). 보험 임플란트의 경우 재료에 있어 현재 PFM crown만 보장해주고 있어 이에 대한 제한을 두어서는 안 된다. 세라믹 크라운이 강도가 높은 재료 중 하나이므로 세라믹의 보험 보장이 필요하다. 또한, 치과의료정책연구원 연구보고서(2022)에 따르면 보철 보험 보장성 강화에 대한 선호도 조사에서 24.4%가량이 ‘보험 임플란트의 개수 확대’를 꼽았다. 급여적용 개수에 있어서 1인당 2개에서 현재 4개까지 보장해주고자 하는 논의가 꾸준히 진행되고 있다(박용환, 2023).

치과 진료 항목별 건강보험 보장정책 만족도에 따르면 65세 이상 임플란트 항목의 만족도가 30%로 가장 낮으며 이유는 경제적 부담으로 논거 되고 있다(대한치의학회, 2021). 급여화 확대로 인하여 노인성 질환의 예방을 통해 의료비 지출을 줄일 수 있으며 비급여 진료의 급여화로 국가의 활성화 및 구강 건강 수준의 증진과 사회적 부흥을 야기할 수 있다. 더불어 국가 입장에서도 수가 제정을 통하여 경제 활동의 촉진을 일으켜야 한다. 이는 또한, 치과계 입장에서든 꾸준한 방문 환자 수의 증가를 기대할 수 있다. 국민의 세금으로 급여화를 제정하여 정책화함으로 장기적으로 삶의 질 향상과 노인 건강수명 연장에 있어 도움이 될 것으로 본다.

거동이 어려워 누군가의 도움 없이는 치과에 내원할 수 없는 의존적 노인들은 구강 진료에 있어 아예 방치되어 있다. 2016년부터 시행된 치과 촉탁의 제도과 시범사업들도 이러한 의존성 노인들에 대한 구강 케어는 실제로 거의 이루어지지 않고 있다. 신체 마비와 인지 장애로 치과 치료에 협조도 할 수 없기 때문이다. 또한, 치료 후에도 스스로 관리를 할 수 없다. 따라서 정부나 요양 시설에서 이에 대한 문제점에 대해 방치하고 있을 수밖에 없다. 독일의 연방 치과의사협회에서도 이에 대한 급여 보장으로 제정을 도입하였고 2012년

독일에서 시행한 ‘노인과 장애인 개념(AuB-Konzept)’의 시행으로 이와 같은 문제점을 간주할 수 있는 법이 통과되었다. ‘거동이 불편한 환자 방문 진료비(visiting fee)’가 급여 첫 법규 제정되었다. 이후 예방 및 치료 항목에서 급여로 추가되었다. 따라서 전기 노인에 대한 건강보험 급여화 확대와 함께 후기 노인들에 대한 구강 진료 또한 가능하였다. 이처럼 국내에서도 본 제도의 적용을 통하여 치과 서비스에 대한 부담을 줄여줄 수 있어야 한다.

환자의 일일 진료 요금에서 제외되어야 하고 거동이 불편한 노인에게 대한 법적 근거를 마련하여 장거리 이동비에 대한 급여를 보장한다. 장애인건강주치의 제도와 같이 직접 고령자가 주치의를 선택하고 건강관리를 받을 수 있는 방문 치과위생 제도를 활성화하여 전문 인력을 대상으로 효율적으로 진료를 받을 수 있는 환경을 조성하고 불평등한 의료서비스를 해소해야 한다(김정민, 2017). 방문 진료의 근거 법령은 의료법 제33조에 의거하며 수가 시범사업의 근거로는 다음의 법 조항이 있다. 보건의료기본법 제44조(보건의료 시범사업) 제1항에 따라 필요하면 시범사업을 시행할 수 있으며 국민건강보험법 제41조의 5(방문 요양급여)에 따라 보건복지부령으로 정하는 사유에 해당하면 가입자 또는 피부양자를 직접 방문 가능하며 해당 법령을 근거로 들 수 있다.

이렇듯 거동이 불편한 노인 대상 치과 건강보험적용을 급여항목으로 제정하고자 하며 이를 거리에 따라 하위 법령 개선안을 제시함으로써 우리나라도 의존적 노인에 대한 방문 구강 건강관리제도의 도입으로 거동이 불편한 노인에게 대한 대책이 하루속히 이루어져야 한다(이성근, 2020). 또한, 가정방문을 통한 구강 예방 진료를 시스템화하여 제공하도록 한다. 치과 진료에 대한 넉넉한 보험 범위의 적용은 필요에 따라 치과 서비스에 대한 접근성을 보장할 것이다.

4.2. 노인 구강 진료센터 구축

한국과 국외 노인 대상 치과 건강보험 및 진료의 비교에 따르면 전달체계에
서 차이점을 볼 수 있으며 아직까지 노인 대상 구강 진료 공공기관은 없는 것
으로 확인된다. 따라서 늘어나는 고령 인구를 대비하여 구강 예방 교육과 진
료를 도맡아 관리하는 센터의 구축 또한 고려해 봐야 한다.

‘중양장애인 구강 진료센터’는 보건복지부의 지원을 받아 서울대학교치과
병원이 운영하는 장애인 전문 치과병원이다. 전국에 13개 권역 장애인 구강
진료센터가 있으며 협력 및 지원을 수행하고 있다. 공공의료 사업을 추진하고
구강검진과 구강 보건교육, 권역 내 치과 종사자에 대한 교육·훈련과 지역보
건소와 연계한 공공보건사업을 수행하고 있다(서울대학교치과병원, 2023). 이
처럼 노인을 대상으로 한 노인 구강 진료센터의 구축 또한 큰 의미가 있을 것
으로 본다. 노인 구강 건강관리 요구 및 감독을 담당하여 노년 위험 그룹의
진료를 위한 공공복지 기관의 설립을 통해 노인 구강 건강증진을 위한 또 하
나의 개선방안이 될 것이다. 요양원과 협력하며 구강 관리에 대한 요구사항을
구체화한다. 치과의사와 치과위생사는 장비를 갖추고 노인 대상 담당자의 전
문가적 역량으로 그들에게 올바른 서비스를 제공하고 구강 건강증진을 보장한
다. 틀니의 세척뿐만 아니라 재료 및 기타 노인 보철에 대한 특정 요구사항도
포함되어야 한다. 전문 센터의 구축을 통해 의료의 질 향상을 기대하고자 하
며 노인 환자와의 관계에 있어 진료의 만족감을 제공한다. 지역사회 내 운영
되고 있는 노인 구강 보건사업의 분담 관리 및 전문담당 부서의 체계적인 운
영을 통한 노년 인구의 구강 건강증진을 기대할 수 있다. 노년 치의학 전문
치과의사 및 치과위생사의 상주로 고령 인구의 집중적인 구강 관리 및 초고령
사회를 대비하고자 한다.

4.3. 노인 치과 담당 인력 확대 및 교육을 통한 전문성 강화

현재 2021년 기준 활동 치과위생사 수는 45,737명으로 2011년 대비 96.8% 증가하였으나 요양기관 내 치과위생사 수는 현저하게 낮다. 2021년 기준 23명으로 늘어나는 노인들의 구강 교육 및 예방치료에 좀 더 신경 쓸 필요가 있다. 2019년을 기준으로 다시 요양병원 내 치과위생사 수는 감소하는 추세로 인력 확대 대책 마련도 시급하다. 치과의사지정제도와 같이 정책적 방안으로 노인 구강위생을 위한 치과위생사 지정제도와 같은 방안 마련도 생각해 봐야 할 것이다. 인력 배치에 대한 문제로 노인 치과 치료에 대한 이슈가 발생하고 있으며 저작 운동 등과 같은 구강 교육에 대한 꾸준한 피드백도 신경 써야 할 것으로 본다(국민건강보험공단, 2021). 기본 구강 처치 및 질 관리가 어려우며 비전문가들이 노인들의 구강 관리를 행하는 경우도 종종 있다. 실제로 일본 동경 요양 시설 2곳을 선정하여 노인들을 대상으로 치과위생사가 전문가 구강위생 관리를 수행하고 24개월 동안 충치균인 포도상구균과 칸디다 구균이 줄어들었으며, 구취 발생도 유의하게 감소했다. 따라서 요양 시설 노인의 치과위생사 구강 관리는 구강 내 세균과 구취 감소뿐만 아니라 이에 따라 예방할 수 있는 전신질환인 발열과 흡인성 폐렴의 유병률까지 감소시키는 매우 중요한 역할을 확인할 수 있었다(Adachi M et al., 2022)

노인요양시설에 구강 건강을 위한 촉탁의 제도에 치과의사가 포함된 건 2016년 9월부터이다. 독일의 요양 시설이 촉탁 치과의사를 두는 것을 의무화하여 법규에 추가한 바와 같이 우리나라 치과위생사도 요양기관 내 상주하여 전문적으로 노인 구강 건강을 관리할 수 있는 시스템을 구축하는 방안을 검토해야 한다. 치과의사와 함께 노인 대상 구강 관리 업무를 협업할 수 있게 치과위생사의 배치 및 구강 관리 예방인력으로 포함하는 등 제도적인 문제가 논

의되어야 한다. 일본 개호보험의 요양 전문 관리 인력 확보 및 서비스 제공을 위한 노력과 같이 장기적인 노인복지시설의 치과위생사 상주 개선이 필요할 것으로 본다(김경민 등, 2017). 「노인복지법」에 따라 의사가 상주하지 않는 노인요양시설 등을 주기적으로 방문해 구강 건강관리를 제공하는 의사와 같이 치과위생사 촉탁제도가 필요하다. 사회적 합의는 촉탁 의사제도와 같이 요양 시설에서 공동협의체에 추천요청서를 이메일로 보내고 후보자를 추천받도록 하며, 촉탁 치과위생사 활동을 희망하는 신청자 중 적정 기준을 고려하여 후보자를 시설에 추천하도록 한다. 또한, 경제와 국가적 측면에 있어서 이에 대한 정책적 합의가 이루어져야 할 것으로 보는데 공중보건 의사 제도와 같이 필요 인원을 충원하고 남은 인원을 기관 내에 3년간 종사하게 하듯 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에서 정해진 바에 따라 공중보건 업무를 복무한다. 공중보건 의사 제도의 임기제 공무원과 같이 치과위생사 촉탁제도에 있어서도 규정과 지침이 필요하다.

노인 구강 건강증진을 위한 정책적 개선방안의 제언으로 교육과정의 강화제도 또한 살펴볼 수 있다. 노년 의학 전문의들은 임상 노인의학 수련의가 기본적인 치과 지식에 대한 교육에도 참여하도록 권장하며 더불어 강의, 실습, 워크숍으로 구성되어 이에 대한 수행방법을 배워야 한다. 또한, 치과 전문 인력들은 노년 치의학 교육 강화로 치과위생사의 요양원 지도를 위한 교육도 제공되어야 한다.

4.4. 노인 구강 건강증진 사업 시행

구강 보건 정책적 측면에서 노인 대상 구강 건강증진을 위한 종합계획 발표 안의 공표사항으로 보건복지부는 국가 구강 보건 정책 및 구강 보건사업의 수립 실행을 체계적으로 구체화한다. 이를 통해 국민건강증진과 삶의 질 향상에 기여하며 「구강보건법」에 의거하여 5년마다 기본계획을 구상한다. 제2차 구강 보건사업 기본계획은 2022년부터 2026년까지 향후 5년의 구강 보건사업에 대한 청사진을 2022년 6월 9일 공표하였다. 그간의 성과와 한계, 정책 환경변화를 살펴보면 제1차 계획의 경우 2021년 기준으로 19개의 성과지표 중 3개의 지표는 달성하였고 7개 지표는 개선되었다. 9개 지표는 목표에 미달하였다. 성과의 주요 내용은 2017년 11월 틀니 본인부담금 인하로 약 40%인 8만 원이며 2018년 7월 임플란트 본인부담금 인하로 약 41% 16만 7천 원으로 부담을 낮추었다. 또한 진료에 앞서 비급여 사전 설명 제도를 도입하였다. 보완사항으로 구강질환은 노년기 치아 상실과 기능장애로 노인의 40%가 저작 불편을 호소한다. 이를 대비하기 위해 법적·정책적 제도의 장치가 필요하다.

향후 정책적 사업 추진 계획의 마련으로 2025년 초고령사회 진입에 따른 치과의료 수요 가속화 및 보편적 의료 제공으로 인한 의료의 확대가 필요할 것으로 사료된다. 국민의 선택권 보장과 치과의료의 질 안전 제고 차원의 항목에서는 전문가 역량 강화 부분이 강조되고 있다. 아울러 치과의료 보장성 지속 확대 사항으로 장애인과 노인의 저작기능 향상 문제에 대한 부분이 꾸준히 논거 되고 있다. 아래의 그림은 제2차 구강 보건사업 기본계획안으로 공표된 사항이다.

총 괄 목 표	▶ 건강수명 연장 및 건강 형평성 제고
세 부 목 표	• 2030년까지 건강수명 73.3세 달성 - 2018년 기준 건강수명은 70.4세로 2030년까지 2.9세 연장 목표 • HP 2030 구강 보건 분야 성과지표 중 노인 대상 성과 추진 계획 - 노인(70세+) 20개 이상 치아 보유율, 기준치(‘18) 47.0% → 목표치(‘30) 52.0% - 노인(70세+) 저작 불편 호소율, 기준치(‘18) 40.9% → 목표치(‘30) 33.0%

그림 10. 제5차 국민건강증진종합계획 구강 보건 분야 정책

* 출처 : 대한치과의사협회. 2021 한국치과의료연감

한국의 65세 이상 노인의 저작 불편 호소율은 2020년 기준 33.1%로 2007년 56.1%, 2014년 46.6%, 2020년 33.1%로 꾸준히 감소하고는 있으나 전체적으로 볼 때는 증감을 반복하고 있다. 완전히 감소하고 있지 않은 부분이라 이에 대한 노년 치과 진료 정책이 필요할 것이다(질병관리청. 국민건강통계, 2022). 초고령사회 진입으로 인하여 노년 인구의 건강한 40년을 위해 일본의 “8020 캠페인”을 토대로 한국 65세 이상의 노년 인구 치아 개수의 20개 보장을 위한 예방적 치료가 우선이 되어야 할 것이다. 또한, 일본의 경우 구강 쇠약 증상으로 인한 구강체조 및 저작능력 향상을 위한 구강 건강증진 프로그램의 도입으로 인하여 초고령 인구의 구강 증진을 위한 사업을 진행한 바 있다. 1989년 일본의 “8020 캠페인” 실천 이후 개선된 사항으로는 정기적으로 치과 검진을 받는 사람들이 증가하였으며 치실과 치간칫솔 이용자 수 및 하루에 세 번 이상 양치하는 사람들의 수가 두 배 이상 증가하였다(8020 진흥재단, n.d). 한국 노인 구강 건강증진을 위해 65세 이상의 노년 인구 대상 “6520 캠페인”의 제도화를 통한 구강 건강 예방을 강조하며 저작능력 향상을 위한 대책을 강구해 나가야 할 것이다.

4.5. 평가방안 구축

현재 한국에서 시행하고 있는 치과 건강보험에 대한 문제점으로 저수가와 급여화 확대에 의한 의료의 질의 강조는 꾸준히 논거가 되고 있다. 치과 건강보험의 직접적인 의료의 질 관리 및 평가사항은 없는 것으로 확인된다. 합리적인 보험제도와 이에 따른 의료의 질을 평가하는 기준을 마련하고 국민과 정부가 이를 공유함으로써 더욱더 나은 서비스 환경을 만들도록 유도하여야 한다. 치과 건강보험의 꾸준한 평가 연구 및 모니터링은 필요하다. 현재 비급여 관리에 대한 제도적 제정안으로 비급여 고지 및 사전 설명으로 가격 공개 제도의 내실화를 통한 소비자의 알 권리 강화 및 합리적 의료 이용을 촉진하고 있다.

독일은 질 관리 정책 및 진료지침으로 연방 공동위원회의 규정을 준수하고 있으며 환자의 구강 상태를 기준으로 표준진료 설정 진료비 보상과 연계에 힘을 쓰고 있다. 의료기관의 질 관리를 법적 규정을 통해 병원 스스로 질 관리를 하고 시스템을 갖추도록 하고 있다. 2005년 이후 병원은 Federal Joint Committee(G-BA)에서 정한 양식에 따라 의료기관 질 관리 보고서를 2년마다 제출한다(건강보험심사평가원, 2012)

서비스의 질 확보와 모니터링, 평가 방법 등을 공개한다면 구강 건강 및 만족도 향상에 도움이 될 것으로 고려된다. 건강보험 요양급여비용의 검사료의 검체 검사 위탁과 같이 검체 검사 질 관리를 위하여 진단, 병리, 핵의학의 검사 분야별 평가 및 인증 결과에 따라 요양기관별 검체 검사 질 가산율을 산출한다. 숙련도, 우수검사실, 전문 인력 영역별 평가 점수를 합산한 총 점수에 따라 등급을 나누고 이에 대한 검체 검사를 위탁하는 경우 위탁기관은 수탁

기관의 검사 분야별 가산율을 확인 후 해당 가산율이 적용된 수가 산정한다. 치과 진료에 있어서도 환자에게 더욱더 나은 진료의 질을 보장하기 위해 평가 제도를 구축해야 한다. 결과를 공개하고 국민 종합건강증진계획과 연계하여 지속적인 사업을 수행한다면 노인 대상 구강 건강증진에 긍정적인 영향이 있을 것이고 환자의 신뢰도 또한 함께 증가할 것이다.

치과 건강보험의 제도적 측면과 서비스적 보장 측면의 평가 기준 마련이 중요할 것으로 보며 정부의 기준, 국민의 기준, 의료인의 기준이 서로 불일치한다면 오히려 혼란을 야기할 것이다. 제대로 된 의료의 질 평가까지 이와 같은 부분이 연계되어 이루어진다면 비윤리적인 의료행위는 자연스레 사라지고 국민의 치과 진료비에 대한 반감도 줄어들게 될 것이다. 나아가 급여 진료수가에 대한 개선도 좋아질 것으로 본다(이경은, 2018). 전문적이고 구체적인 의료 질 평가와 의료소비자와 의료제공자 또한 국가가 함께 꾸준히 의견을 제시한다면 합리적인 평가와 체계가 구축될 것이다. 현재 대한치과병원협회 치과 의료제도 개선과 발전을 위한 협력방안 모색을 위해 치과의료 질 관리 및 치과의료 기관 건강보험 제도 개선 등 치과병원 현안에 대한 논의가 이루어지며 치과의료 기관의 참여를 높이기 위해 관련 보험수가 개정을 제안하고 있다(대한치과병원협회, 2023). 이렇듯 꾸준한 연구와 논의를 통해 지속적인 노인 구강 건강증진을 위한 정책개발에 힘써야 한다.

제5장 고찰 및 결론

5.1. 연구방법에 대한 고찰

본 연구는 국외 치과 건강보험의 법·제도적 체계 및 임상적 치료서비스의 보장범위를 비교하여 한국 노인 대상 치과 건강보험 등의 개선방안을 도출하고자 진행하였다. 하나 본 연구방법에는 한계점이 있다.

첫째, 본 연구에서는 사회보장의 전 국민 대상 치과 건강보험을 유지하고 있는 국가를 대상으로 유사제도의 비교를 진행하였다. 하지만 일본, 독일은 단일보험이 아닌 다보험 제도로 우리나라 치과 건강보험과 유사하나 약간의 제도적 차이가 존재한다. 또한, 포괄수가제도가 아닌 행위별 수가제도를 주되게 사용하고 있어 한국 건강보험 제도와 임플란트 진료 및 노인 대상 건강보험에 있어 차이가 있다는 사실을 간과해서는 안 된다.

둘째, 본 연구에서는 분석의 틀을 법·제도, 보험제도의 현황, 보험진료 서비스의 분류로 비교하였다. 하지만 치과 건강보험의 영향을 주는 부분에 있어 사회적 상황, 국민의 인식 수준 등 다양한 변인들이 존재한다. 국가별로 하나의 진료 형태에도 권장하는 진료 포함 내역이 다를 수 있고, 수가체계 적용기준이 달라 진료 항목에 대한 해석이 국가별로 차이가 있다. 또한, 자료의 수집 시기 및 발표 시기에 따라 차등이 있어 이를 배제할 수 없다. 본 연구에서의 분석의 틀로는 해당 변인들까지 포함하여 국가 간 비교를 진행하는 것이 제한되었고 도출한 개선방안이 한국에 적용되었을 때 동일한 효과를 발휘하지 않을 수 있다. 추후 경제적 인문학적 사항을 고려하여 이를 반영하여 비교한

다면 더욱더 정확한 비교가 가능할 것으로 보인다.

비교제도를 통하여 현재 우리나라 치과 건강보험은 임플란트 치과 진료에 있어 보장률이 높은 편이긴 하나 노인 대상 구강 건강증진을 위하여 다른 국가와 같이 예방 진료의 급여화에 초점을 맞출 필요가 있다. 치료만을 위한 보험 보장이 아닌 예방적 측면의 보장률 확대는 궁극적으로 노인 구강 건강증진에 이바지할 것이다. 21세기 진입한 현재는 변화의 시점에 있다. 사회복지제도 및 의료 제공에 있어 성숙 되어 가고자 하며, 차후 수년간 국민의 삶의 질을 선진국 수준으로 제고하는 데 있어 더욱더 발전될 새로운 40년을 위한 기초자료로 제시하고자 한다.

5.2. 연구결과에 대한 고찰

본 연구를 통하여 한국과 국외 치과 건강보험과 관련된 내용을 법·제도적 측면과 정책적 측면에서 기존의 연구와 문헌들을 토대로 현황 및 역사에 대해 살펴보았다. 해외 사례를 토대로 비교 분석하여 보다 더 형평성 있는 보험의 서비스 제공과 법·정책적 개선방안을 제시하였다. 이를 바탕으로 한국 노인 대상 치과 건강보험 등 구강 건강증진을 위한 개선방안을 최종적으로 도출해 내었다. 연구결과를 바탕으로 검토해야 할 부분은 다음과 같다.

첫 번째, 현재 일본의 경우 방문 진료의 수요는 치과 분야에서 매우 빠르게 증가하고 있다. 가정이나 요양기관에 직접 방문하여 치아 잇몸 질환의 진료 및 치간 칫솔질의 사용 등 구강위생을 관리해주는 방식으로 일본 60세 이상의 노인 중 절반 이상이 재택 진료서비스를 이용한다. 이와 같은 서비스는 보험으로 보장된다. 늘어나는 노인 인구를 대비하여 방문 치과 진료서비스 제도의 시행 및 통합돌봄 사업의 급여화가 추진되어야 한다.

두 번째, 독일의 경우 노인 대상 치과 건강보험 급여화에 있어 방문진료비 급여 보장 및 정기 검진을 강조한다. 정기검진기록에 따라 차등하게 보험을 보장하는 방안으로 개인 구강 관리능력의 중요성을 강조한다. 노인 대상 치과 건강보험 제도하에 다양한 사업이 진행되고 있으며 실효성 있는 방안의 도입과 의료개혁으로 꾸준한 발전을 지속해왔다. 이에 따라 치과 건강보험 관리 차원에서 지속적인 관리를 위한 제도를 마련하였고, 관리능력에 따른 차등을 두어 더욱이 효과적으로 노인 개개인의 구강 건강관리에 매진하였다.

세 번째, 독일의 경우 고령 인구의 증가에 따른 임플란트의 지속적인 수요

가 있었다. 독일 연방 통계청(Destatis)에 의하면 독일 65세 이상의 인구는 1991년의 1200만 명에서 2022년에는 1866만 명으로 늘었다(의료기기뉴스라인, 2023). 전체인구 중 65세 이상은 1991년 15%에서 2022년 22.1%로 임플란트의 수요가 지속해서 상승했다. 2021년에는 13.8%의 증가율을 기록하였고 2022년에는 9.8% 증가하였다(Global Trade Atlas, 2023). 이처럼 임플란트의 지속적인 증가로 인하여 고령 인구 대비 정책적 방안의 도입이 시급하다. 노인들이 꾸준히 진료를 받을 수 있도록 이를 목표로 해야 한다. 일본의 ‘8020 구강 사업’ 및 독일의 개인 지속관리 보험급여 확대 제공과 요양기관 방문 진료를 토대로 국가별 비교를 통한 노인 구강 건강 지표에 근거하여 궁극적으로 제도 도입을 통한 노인 구강 관리 환경 조성 구축이 필요하다.

이렇듯 비교 제도론적 고찰을 통한 제도 도입에 있어 현재 우리나라에서 이를 시행하기에 적합한지에 여부를 판단하기 위한 사회적 합의가 필요할 것이다. 따라서 자문위원의 의견을 받아 제도 도입의 타당성 검토가 필요하다. 델파이 연구를 통한 전문가의 의견을 수집하고 이를 종합하여 정리하는 후속 연구가 필요할 것이다. 또는, 관련 기초 후속 연구를 위한 Focus Group Interview를 통해 연구결과에 사회적 합의의 적합성을 판단한다. 적합성을 판단하기 위해 인터뷰를 진행하며 대상자의 구성으로는 관련 전문가뿐만 아니라 시민단체와 국민의 의견도 종합해야 한다.

5.3. 결론

이상으로 기존의 선행연구들과 문헌 조사를 통한 노인 대상 치과 건강보험의 관련 법제도 비교분석을 통하여 치과 건강보험 등의 개선방안을 제시하고, 연구방법 및 결과에 대한 고찰을 진행하였다.

역사적으로 현행 한국 치과 건강보험은 1963년 의료보험법이 제정되고, 1999년 국민건강보험법이 제정되는 과정에서 현재 의료보장제도로 운용되고 있다. 우리나라는 전 세계적으로 전례가 없을 정도로 고령 인구가 빠르게 증가하고 있어 이에 관한 관심과 대책 및 사회적 비용이 증가하고 있다. 국민 연령이 증가함에 따라 신체 기능 및 퇴행적 변화로 인해 인지력과 판단력이 저하되며 호흡의 불편 등을 겪게 된다. 근력의 감소와 불량의치에 따른 섭식 장애로 영양결핍을 초래할 수 있고 이에 따른 구강위생 관리 및 예방에 제도적 한계를 꾸준히 연구해야 한다(김경민 등, 2017).

현재 노년 인구의 구강 건강증진을 위한 다양한 문제점이 논거 되고 있다. 관련된 문제점을 개선하기 위하여 국외 노인 대상 치과 건강보험의 검토를 통하여 다음과 같이 도출하였다. 일본과 독일의 경우 건강보험 제도에 대하여 법 제도를 보유하고 있으며 노인 대상 구강 건강증진을 위한 사업 및 프로그램을 시행하고 있다. 독일의 경우 지속해서 노인들이 구강 건강을 케어할 수 있는 환경을 조성하며 이를 보험으로 급여화하여 국민의 구강 건강증진을 위한 더 나은 시스템을 구축하였다. 일본의 경우 예방 진료의 강조를 두고 있었다.

국외 치과 건강보험에 관하여 비교하였을 때 법·제도부터 임상적 상황까지

앞으로 한국은 치과 건강보험 진료 제공에 있어 재료의 한계 및 비급여 진료까지 자유롭게 이용을 가능할 수 있도록 서비스적 한계를 두어서는 안 된다. 보험급여 제공에서도 연령에 따른 차별을 두어서는 안 된다. 앞으로 건강수명의 연장을 위한 예방 진료 및 저작기능 능력의 강화가 필요할 것으로 사료된다. 예방 및 치아 보존에 대한 급여항목의 부족으로 예방 진료 위주 필수의료의 급여화가 필요할 것이다. 노년기의 치아 상실과 기능장애의 대비를 방지하여야 하며 노인 인구의 약 40%인 거의 절반 가까이 저작 불편을 호소하고 있다.

또한, 앞으로 한국 구강 치료의 격차 해소를 위하여 소득 간 격차의 대비와 거동이 불편한 노인도 치료에 응할 수 있는 제도의 마련 그리고 전문 인력에 대한 충원이 필요할 것으로 본다. 공공 인력 부족과 공공 구강 보건사업의 활성화가 강조되어야 한다. 향후 정책적 환경변화에 있어 급속한 고령화를 대비하기 위한 구강질환의 사회·경제적 부담의 증가로 정부의 투자가 필요하며 이에 대한 강화 정책이 수립되어야 한다. 65세 이상의 고령 인구의 외래비 추계는 2021년 기준 854만 명으로 11조 원이며 이에 대한 확대가 필요하고 사회양극화의 심화로 인한 형평성에 맞는 정책의 시행이 필요하다. 임플란트 보험제정과 그로 인한 재정적 정책 사항에 있어 건강보험이 적용되는 1인당 임플란트 개수를 기존 2개에서 4개로 확대 시 8268억 원이 소요된다는 추계결과로 여러 항목을 고려해야 한다. 국민 구강 건강 측면에서 보장성 확대에 신중하고 지속적인 정책 효과를 초래할 수 있도록 연구를 지속해 나아가야 할 것이다(치과의료정책연구원, 2021). 구강 건강 불평등을 해소하기 위한 보편주의 정책의 확대를 강조해야 하며(한국치과의료연감, 2021), 노년 구강 건강증진을 위한 보험제도 개선방안 등의 후속연구가 필요하다.

참고문헌

I. 국내

1. 논문 및 단행본

- 강호덕. 치과건강보험제도의 역사 - 의료보험의 태동, 도입, 통합, 발전. 대한치과보험학회지, 2020.
- 고영. 보험자의 입장에서 본 보장성 확대 및 급여 우선순위. 대한치과보험학회 학술대회지, 29-41, 2012.
- 국민건강보험. 건강보험심사평가원. 2021 건강보험통계연보, 2022.
- 군자출판사. 2016 치과보험청구사 3급 치과건강보험 실무이론. 대한치과건강보험협회, 2017.
- 김경민, 김혜진. 지역사회 커뮤니티케어 체계구축에 관한 문헌고찰: 부산시 일부 취약계층을 대상으로. 한국구강보건과학회지, 9(4), 32-39, 2021.
- 김경민, 김혜진. 우리나라와 일본의 건강보험에서의 치과의료보장 현황. 의료경영학연구, 2017.
- 김경민, 김남희, 이정화, 윤현서, 박혜영, 김혜진. 한국과 일본의 노인장기요양보험에 관한 문헌고찰. 한국치위생학회지, 2017.
- 김석건, 김광호. 노인의 건강상태가 삶의 만족도에 미치는 영향-가족 지지의 매개효과와 성별 차이 중심으로. 한국콘텐츠학회논문지, 21(4), 565-575, 2021.
- 김영삼, 김유미, 김자영. 치과건강보험 달인되기. 군자출판사, 2023.
- 김용진. 노인틀니 건강보험 급여화의 제 문제에 대한 검토. 대한치과보험학회지, 2010.
- 김윤경, 김은지, 노수현, 백은진, 신민서, 황수정. 일부 성인의 치과진료비 부담에 따른 치과 건강보험 확대 및 민영치과보험 가입 의사. 치위생과학회지, 2015.
- 김정욱, 배호중. 고령층의 미충족 치과의료 경험에 관한 연구. 보건사회연구, 39(1), 365-389, 2019.

- 김철신, 백대일, 김현덕, 진보형, 배광학. 공중구강보건학 분야: 원저; 용인시 처인구 거동불편노인의 구강보건진료 수요조사. 대한구강보건학회지, 31(4), 559-567, 2007.
- 김하윤, 장종원, 박보람, 임슬기, 고은비. 주요국의 비급여 관리 현황과 시사점. 정규보고서. 국민건강보험. 건강보험연구원, 2021.
- 남상요, 권오주, 김영재, 강주현. 일본의 의료보험제도 및 진료비지불체계에 관한 연구. 대한의사협회 의료정책연구소 연구보고서, 1-346, 2010.
- 대한치과의사협회. 2021 한국치과의료연감. 치과의료정책연구원, 2022.
- 대한치의학회. 국민건강보험의 치과 보장성 확대 성과분석 및 중장기 계획 마련 연구보고서, 2021.
- 류재인, 김철신, 정세환, 신보미. 국내외 치과 의료수가 비교현황: 한국, 일본, 독일, 미국을 중심으로. 대한치과의사협회지, 2015.
- 박덕영. 치과분야 의료보험 급여항목 진입의 역사: 이재현 당시 치협 부회장 인터뷰. 대한치과보험학회지, 29-34, 2019.
- 박원희, 권공록, 황경균, 전상호, 노관태, 구정귀. 노인틀니 및 치과임플란트 건강보험 급여적용 효과분석을 통한 보철 보장성 강화의 방향성 제고 최종보고서. 대한치과보철학회 치과의료정책연구원, 2022.
- 박혜원. 일본 의료보장법제의 구조와 저소득층의 의료수급권. 사회보장법학, 4(2), 45-83, 2015.
- 보험연구원. 연구보고서. 주요국의 건강보험체계와 민영건강보험의 역할, 2010.
- 서성미. 일부지역 거동불편노인과 자가 활동 가능한 65세 이상 노인의 구강건강상태 비교 연구. 중앙대학교 사회개발대학원 석사학위논문, 2010.
- 선정연, 라규원, 박현경, 박한람. 2022년도 주요국의 건강보장제도 현황과 정책동향 - 제3권 독일-. 건강보험연구원, 2022.
- 소종섭, 정희인, 김남희, 고석민, 이지나, 김지훈, ... & 강정현. 구강노쇠 임상진료지침, 2022.
- 우경숙, 신영전. 독일 의료보험의 본인부담 상한제도 “한국 의료보험에 주는 함의를 중심으로. 보건사회연구, 2022.
- 윤홍철. 치과보험의 보장성 확대, 그 명암, 대한치과보험학회 학술대회지,

- 2010.
- 이경은. 치과의료보장제도에 관한 나라 간 비교 연구. 대한치과보철학회지, 2018.
- 이성근. 치과위생사 주도형 시니어 구강건강관리. 대한치과위생사협회, 2021.
- 이용갑. 우리나라 국민건강보험과 비교한 일본과 대만의 공적 의료보험제도, 서울대학교 의과대학 의료관리학교실, 2009.
- 이용갑. 지난 20년간 독일 공적 건강보험 개혁과 시사점: 경쟁적 다보험자체제에서 공적 건강보험제도에 대한 국가의 역할과 책임 강화, 보건사회연구, 2009.
- 이향숙. 한국 건강보험의 치과진료수가 항목변화와 요양급여비용 지급현황 연구. 연세대학교 보건대학원, 2007.
- 이현옥, 김소영, 이연주, 김현기. 2022년도 주요국의 건강보장제도 현황과 정책동향 - 제2권 일본-. 건강보험연구원, 2022.
- 임금자. 독일 건강보험제도 개혁 주요내용. 대한의사협회 의료정책연구소 연구보고서, 1-53, 2003.
- 전양현, 박지운. 노인 요양시설 내 구강보건 서비스 확대를 위한 정책 제언 연구. 대한치과의사협회 연구보고서, 2023.
- 정설희, 우경숙, 오주연, 이혜진, 김한상, 김수남, ... & 갈민정. 노인틀니 급여적용 방안 (Ⅱ)-원가분석 및 급여적용 방안, 2011.
- 정설희. 해외 노인틀니 급여현황. 대한치과보험 학술대회지, 2012.
- 정희인. 노년기 건강의 적, 노쇠 (frailty) 와 구강노쇠 (oral frailty). 대한치과의사협회지, 58(12), 746-750, 2020.
- 최성은, 선우덕, 구인회, 김인춘, 백인립, 임완섭, 이주연, 이기주. 선진4국과 우리나라 사회보장체계 비교연구 결과보고서. 한국보건사회연구원, 2011.
- 최승린. 한국과 외국의 치과 의료보장 비교. 전남대학교 치의학전문대학원, 2011
- 치과의료정책연구원. 임플란트 치과 보장성 확대 시나리오에 따른 비용 추계, 2021.
- 통계청. 건강보험심사평가원. 2021 생명표 보도자료, 2022.

- 포괄수가관리실 수가제도개발단. 독일 환자분류체계 관련 국외출장 결과보고서. 건강보험심평원, 2012.
- 한동현 등. 노인요양시설 치과촉탁의 도입을 위한 연구보고서. 보건복지부, 서울대학교 산학협력단, 연세대학교 원주산학협력단, 2014.
- 한동현, 전성연, 김진주, 최하늘, 유지원. 노인 치과 임플란트 서비스 이용 실증 분석: 건강보험 급여 확대 정책 및 민간의료보험 역할 중심으로. 대한치과보험학회지, 44-45, 2018.
- 허욱. 한국과 일본의 치과 건강보험 현황 및 수가 비교. 연세대학교 대학원, 2006.
- 현대성, 박영용, 이유진, 백지아. 최나영, 김민지, 홍민희, 박근희, 김주혜, 김경남, 윤민주, 장종원, 서남규. 2021년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 국민건강보험공단, 2023.
- 황도경. 독일의 의료보험 개혁 동향. 한국법제연구원, 2013.
- 황지영. 우리나라 방문치과의료의 현황. 대한치과보험학회, 2023.

2. 보도자료 및 홈페이지

- 김철중. ‘여든에도 자기 치아 스무개~’ 조선일보. 2019.02.12. 보도자료.
(2023.10.10. 인용)
<https://www.chosun.com/site/data/html_dir/2019/02/12/2019021200214.html>
- 김철중. ‘일본선 거동 힘든 환자~’ 조선일보. 2019.04.05. 보도자료.
(2023.09.10. 인용)
<https://www.chosun.com/site/data/html_dir/2019/04/05/2019040500355.html>
- 박용환. ‘절반의 성공~’ . 덴탈뉴스 홈페이지. 2023.08.15. 보도자료.
(2023.10.15. 인용)
<<http://www.dentalnews1.com/news/articleView.html?idxno=17928>>
- 보건복지부. 6월 9일 제77회 구강보건의 날 제2차
구강보건사업기본계획(2022_2026). 2022.06.09. 보도자료.
(2023.11.11. 인용)

- <https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&tag=&act=view&list_no=371733&cg_code=>
- 윤희훈. 조선일보. ‘고령인구 사상 첫 900만명 돌파~’. 2022.09.29. 보도자료. (2023.12.11. 인용)
- <https://biz.chosun.com/policy/policy_sub/2022/09/29/MVM6HABSIVHURHEG5J2MXM4VW4/>
- 의료기기뉴스라인. 독일 치과용 임플란트 시장동향. 한국의료기기산업협회. 2023.10.12. 보도자료. (2023.10.11. 인용)
- <<http://www.kmdianews.com/news/articleView.html?idxno=60560>>
- 이가영. ‘대한치과병원협회, 치과 건강보험제도~’. 치과신문 홈페이지. 2023.08.25. 보도자료. (2023.10.15. 인용)
- <<http://www.dentalnews.or.kr/news/article.html?no=38541>>
- 이성근. ‘치과 영영 확장: 의존적 노인의~’. 치의신보 홈페이지. 2020.11.18. 보도자료. (2023.10.13. 인용)
- <<https://www.dailydental.co.kr/news/article.html?no=113439>>
- 정재현. ‘독일의 의료보험 제도~’. Medigatenews 홈페이지. 2022.01.05. 보도자료. (2023.10.13. 인용)
- <<https://medigatenews.com/news/2440451695>>
- 정희인. ‘커뮤니티 구강케어 모델~’. 치의신보 홈페이지. 2020.06.17. 보도자료. (2023.10.13. 인용)
- <<https://dailydental.co.kr/news/article.html?no=111624>>
- 최상근. ‘보험 임플란트 4개~’. 치의신보 홈페이지. 2021.09.08. 보도자료. (2023.10.13. 인용)
- <<https://www.dailydental.co.kr/news/article.html?no=116737>>
- 하주영. ‘하루 3번~’. 메디컬투데이. 2008.09.11. 보도자료. (2023.11.11. 인용) <<https://mdtoday.co.kr/news/view/179570621523636>>
- 허대석. ‘14년만에 의사과업, 무엇을 얻어야 하나’. 메디컬타임즈. 2014.03.13. 칼럼뉴스. (2023.11.23. 인용)
- <<https://www.medicaltimes.com/News/1088837>>
- 건강보험심사평가원 홈페이지. (2023.08.15. 인용)
- <<https://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA030056010000>>

건치신문 홈페이지. (2023.08.10. 인용)

<<http://www.gunchinews.com>>

구텐탁 코리아 홈페이지. (2023.09.13. 인용)

<<https://gutentagkorea.com/archives/79365>>

국민건강보험 홈페이지. (2023.10.10. 인용)

<<https://www.nhis.or.kr/nhis/about/wbhada04300m01.do>>

DENALL 홈페이지. (2023.08.10. 인용)

<https://job.denall.com/7522/board/board.do?cmd=board_view&no=312518&category_idx=0&db=NOTI&category=all>

DENTIST 홈페이지. (2023.08.13. 인용)

<<http://www.dentist.or.kr>>

II. 국외

1. 논문

- Adachi M, Ishihara K, Abe S, Okuda K, Ishikawa T. Effect of professional oral health care on the elderly living in nursing homes. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology* 2002;94(2):191-195.
- Anckar C, On the applicability of the most similar systems design and the most different systems design in comparative research. *International Journal of Social Research Methodology* 2008; 11(5):389-401.
- Calcoen P, van de Ven WPMM. How can dental insurance be optimized?. *The European Journal of Health Economics*, 2018;19:483-487.
- Kocher T, Iwasaki M, Yoshihara A, Hoshino T. A Comparison of Oral Health in Japan and Germany and Its Cost Efficiency. *Ronen Shika Igaku*, 2019;34(3):342-353.
- Misch CE. Rationale for dental implants. *Dental implant prosthetics*, 2014;2:1-25.
- Nitschke I. Geriatric oral health issues in Germany. *International dental journal*, 2001;51:235-246.
- Nomura M. Dental healthcare reforms in Germany and Japan: a comparison of statutory health insurance policy. *Japanese Dental Science Review*, 2008;44(2):109-117.
- Yamaguchi S, Murakami T, Satoh M, Komiyama T, Ohi T, Miyoshi Y, ... & Hattori Y. Associations of Dental Health With the Progression of Hippocampal Atrophy in Community-Dwelling Individuals: The Ohasama Study. *Neurology*, 2023;101(10): e1056-e1068.
- Zaitzu T, Saito T, Kawaguchi Y. The oral healthcare system in Japan. In *Healthcare*, 2018.
- Ziller S, Eaton KE, Widström E. The healthcare system and the provision

of oral healthcare in European Union member states. Part 1: Germany. British Dental Journal, 2015;218(4):239-244.
Ziller S, Micheelis W, Oesterreich D, Reich E. Goals for oral health in Germany 2020. International dental journal, 2006;56(1): 29-32.

2. 기타자료 및 홈페이지

Akita Prefecture Dental National Health Insurance Association
秋田県歯科医師国民健康保険組合. 保険給付について. n.d.
(2023.11.15. 인용)
<<https://akita-shikakokuho.or.jp/grant-entry.html?id=50>>
Aomori Prefecture Health and Medical Care Plan. 青森県保健医療計画. n.d.
(2023.08.11. 인용)
<https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/iryo/files/h30_iryokeikaku_2-1-13_kakuron.pdf>
Chiba Prefectural Dental Health Association 後期高齢者医療広域連合.
歯科口腔健康診査のご案内. n.d. (2023.11.22. 인용)
<<https://www.cda.or.jp/health/office/kourei>>
Ehime Prefecture 愛媛県庁. 歯と口腔の健康づくり. 2023.04.03.
(2023.11.22. 인용)
<<https://www.pref.ehime.jp/h25500/shika/index.html>>
Ehime Prefecture 愛媛県庁. 第2次愛媛県歯科口腔保健推進計画. 2023.04.15.
(2023.11.22. 인용)
<<https://www.pref.ehime.jp/h25500/shika/index2.html>>
Fukuoka Prefecture Late Elderly Healthcare Regional Union
福岡県後期高齢者医療広域連合. n.d. (2023.11.29. 인용)
<<https://www.fukuoka-kouki.jp/>>
Furukawa Dental Clinic ふるかわ歯科. 保険適用外診療について. 2023.04.05.
(2023.11.22. 인용) <<https://furukawa-dent.com/private/>>
Gifu Prefecture 岐阜県. 第3期 岐阜県歯・口腔の健康づくり計画: ~健康は歯から 口から 笑顔から~, 岐阜県庁公式ホームページ. 2018.

(2023.11.28. 인용)

<<https://www.pref.gifu.lg.jp/uploaded/attachment/47373.pdf>>

Hokkaido National Health Insurance Operation Policy.

北海道国民健康保険運営方針. 2017. (2023.11.30. 인용)

<https://www.pref.hokkaido.lg.jp/fs/2/4/9/6/4/0/0/_/uneihousin.pdf>

Ibaraki Prefecture Late Elderly Healthcare Regional Union

茨城県後期高齢者医療広域連合. 保険料

茨城県後期高齢者医療広域連合公式ホームページ. n.d. (2023.11.30.

인용) <<https://www.kouiki-ibaraki.jp/page/page000010.html>>

IBM Japan Health Insurance Association. Health insurance benefits. n.d.

(2023.11.30. 인용)

<<https://www.ibmjapankenpo.jp/eng/member/benefit/dental.html>>

Ishikawa Prefecture 石川県. Medical care system for the elderly.

2023.04.01. (2023.11.30. 인용)

<<https://www.pref.ishikawa.lg.jp/iryou/koukikourei/index.html>>Fu
kui City>

Kanagawa Prefecture Late Elderly Healthcare Regional Union

神奈川県後期高齢者医療広域連合. 「歯科健康診査」. 2023.

(2023.11.30. 인용)

<www.union.kanagawa.lg.jp/1000011/1000646.html>

Nagasaki Prefecture Late Elderly Healthcare Regional Union

長崎県後期高齢者医療広域連合.

お口"いきいき"健康支援(口腔ケア)事業について. 2023.08.08.

(2023.11.30. 인용)

<<https://www.nagasaki-kouiki.net/seido-hokenjigyo/hokenjigyo/>>

Nagasaki Prefecture 長崎県. 資料集「8020への道」令和5年度版 2023.08.09.

(2023.12.01. 인용)

<<https://www.pref.nagasaki.jp/bunrui/hukushi-hoken/kenkodukuri/ha/614741.html>>

Saitama Prefecture Late Elderly Healthcare Regional Union

埼玉県後期高齢者医療広域連合．歯科健診（健康長寿ら歯科健診）．

n.d. (2023.10.11. 인용)

<<https://www.saitama-koukikourei.org/seido/page-4507/page-4542/>>

Shizuoka Prefecture 静岡県．第2次静岡県歯科保健計画 改訂版．

静岡県庁公式ホームページ．2018. (2023.10.10. 인용)

<https://www.pref.shizuoka.jp/_res/projects/default_project/_page_001/024/519/sikakaiteiban.pdf>

Shizuoka Prefecture Late Elderly Healthcare Regional Union

静岡県後期高齢者医療広域連合．

令和4年度後期高齢者歯科健診を実施します．2022. (2023.10.10.

인용) <<https://www.shizuoka-ki.jp/other/index5.html>>

Tochigi Prefecture Late Elderly Healthcare Regional Union

栃木県後期高齢者医療広域連合．保健事業について．n.d.

(2023.10.11. 인용)

<<https://www.kouikirengo-tochigi.jp/seido/hoken.html>>

Tokyo Metropolitan Dental Health Insurance Association

東京都歯科健康保険組合．2023. (2023.12.01. 인용)

<www.t-shikakenpo.or.jp/index.html>

Yamagata Prefecture 山形県．山形県口腔保健支援センターについて．n.d.

(2023.11.15. 인용)

<<https://www.pref.yamagata.jp/090015/kenfuku/kenko/ha/koukuhokenshien.html>>

Yamagata Prefecture Late Elderly Healthcare Regional Union

山形県後期高齢者医療広域連合．山形県後期高齢者医療広域連合．n.d.

(2023.11.22. 인용) <<http://yamagata-kouiki.jp/>>

8020 Promotion Foundation 8020推進財団．2023.08.31. 보도자료．

(2023.11.28. 인용) <<https://www.8020zaidan.or.jp/index.html>>

8020 は．なぜ50%を達成できたのか？ これから必要なことは？．n.d.

(2023.11.22. 인용)

<<https://www.8020zaidan.or.jp/achieve/future.html>>

OCED Health data. (2023.08.15. 인용)

<<https://www.oecd.org/health/health-data.htm>>

8020 zaidan 홈페이지. (2023.11.28. 인용)

<<https://www.8020zaidan.or.jp/databank/jpn.html>>

Gutentagkorea 홈페이지. 2023.10.19. 보도자료. (2023.11.15. 인용)

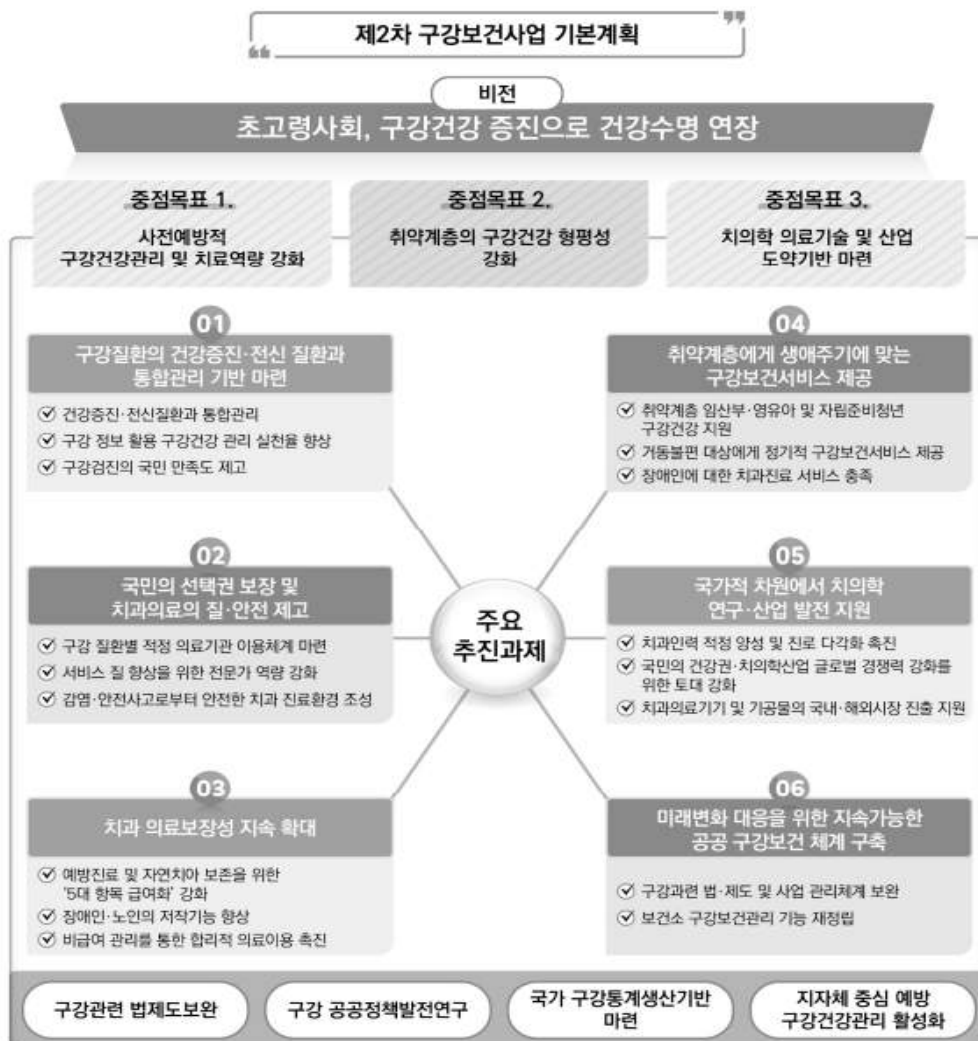
<<https://gutentagkorea.com/archives/89626>>

NewYork Times 홈페이지. (2023.08.11. 인용)

<<https://www.nytimes.com/interactive/2023/07/16/world/world-demographics.html?searchResultPosition=1>>

부록

부록 1. 제2차 구강보건사업 기본계획



* 출처 : 대한치과의사협회, 2021 한국치과의료연감.

부록 2. 일본 주요 도도부현 별 치과 건강보험

도도부현	내용
홋카이도	보험료: 만 75세 생일 달부터 월별 산정. 연간 보험료 상한액(1인 66만 엔) 의료급여 비용의 약 10% 본인 부담(국가 및 홋카이도 지방자치 단체의 공적자금 50%, 74세 이하 지원자금 40%), 정기 검진 예방·진료 서비스 제공.
아오모리	「치과·구강 보건증진에 관한 법률」의 기본원칙에 따라 적절하고 효과적인 치과 구강 보건 진료 강조. 2014년 7월 7일 "아오모리현 치과 건강증진 조례"에 근거하여 각 생활단 계에 따른 치과 질환 예방대책 시행(아오모리현 보건의료계획, 2016).
아키타	- 피보험자 본인의 카드를 피보험자 치과 기관에 제시하고 치과 검진을 받는 방법으로 혜택 제공. - 치과비에 급여 비율 곱한 후 남은 금액 본인부담금, 개인 및 소득 기준 월 최대 본인부담금 있음. 70세 이상의 피보험자 80% 혜택 제공(아키타 현치과국민건강보험협회, n.d.).
야마가타	'일본 최고의 건강 장수'를 달성하기 위해 '야마가타 치과 및 구강 건강 증진 조례'와 '건강한 야마가타 안전계획'에 근거하여 구강 건강 대책 추진. - 고령자의 치과 및 구강 건강증진을 위해 구강 특성 및 구강 관리 방법을 기술한 '노인 및 장애인 서포터즈 치과 건강 편람'을 마련 관계 기관에 배포(야마가타현 n.d.).
이바라키현	75세 이상의 이바라키현 거주자와 65세 이상의 고령자로서 지역연맹의 인증을 받은 장애가 있는 사람만 75세 이상 노인보건의료 제도에 의한 보험에 가입되어 있는 사람. - 공공부조를 받는 사람, 거주자격이 3개월 미만인 사람, 일본국적이 없는 사람 등은 이 제도의 적용을 받지 않음(이바라키현 만 65세 이상 노인보건의료지역연합, n.d.).

도도부현	내용
도치기현	- 도치기현 후기노인건강관리지역연합은 노인의 건강 유지 및 향상 목적. 2018년부터 2024년까지 6년에 걸쳐 보건사업 시행. 2018년부터는 구강 기능 저하 예방, 폐렴 등 질병 예방을 위해 전년도 75세에 도달한 사람 대상. 치아, 잇몸 및 구강위생 상태를 점검 치과 검진 연 1회 무료 제공(도치기현 후기노인건강관리지역연합, N.d.).
사이타마	- 사이타마현노인건강관리지역연합은 구강 기능 저하, 폐렴 등 예방 목적. 매년 "건강 장수 치아검진"을 실시. 사이타마현노인건강관리지역연합회에서 2023년에 75세 또는 80세 대상 치아검진 무료. - 건강검진 결과 치료가 필요한 경우에는 별도의 치료비가 부과. 검진은 치아와 틀니의 상태, 교합 상태, 구강위생 상태 등의 구강 기능 평가를 검사(사이타마현노인건강관리지역연합회, N.d.).
치바	- 치바현치과의사회는 전년도 75세가 된 피보험자를 대상으로 치아 건강검진을 시행. 구강 기능 저하, 흡인성 폐렴 등의 질병 예방. 구강 기능 유지 및 개선 강조. 75세 이상 80세 미만인 자가 대상. 무료 검진 기간은 2023년 6월 1일부터 2023년 12월 28일 사이(이 기간 검진 횟수는 1인 1회로 제한) - 치아 건강검진 무료. 치료가 필요한 경우에는 치과 건강검진 후 치료비가 부과. 구강검진의 내용은 치아 및 잇몸, 구강 기능 상태 확인(치바현치과의사회, n.d.).
도쿄	- 각 도부현의 모든 시·구·읍·면이 포함된 도쿄도 후기노인건강관리지역연합회가 주관(도쿄도 치과 건강보험협회, 2023). - 의료비 본인부담금은 소득별로 차이. 본인부담금 10%, 20%, 30%. 본인부담금 20%는 과세소득이 28만엔 이상인 자, 본인부담금 30%는 과세소득이 145만엔 이상인 자(도쿄도 치과 건강보험협회, 2023). - 보험 가입자 본인부담금으로 연간 건강진단비가 500엔이며 일부 지자체에선 무료(도쿄도 치과 건강보험협회, 2023).
가나가와	후기노인건강관리제도는 75세 이상 거주자가 대상. 1년에 1회 치아 건강검진 무료. 치아 및 교합 상태, 연조직 상태, 구강건조증 상태 검사(가나가와현 후기노인건강관리지역연합, 2023).

도도부현	내용
이시카와	75세 이상의 거주자 노인 의료제도 대상. 갱신 기간은 매년 8월, 의료비의 10%가 발생. 근로자에 준하는 소득이 있는 사람은 30%가 발생 - 연간 보험료는 소득 기준 보험료와 1인당 보험료를 합한 금액(이시카와현, 2023) - 고비용 의료/고비용요양 복합의료비 제도는 의료비와 간병비를 모두 부담하는 가구의 부담을 줄임(이시카와현, 2023). 2020년 10월 1일부터 75세 이상의 과세소득금액 280,00엔 미만일 때 본인부담금 10% 시행
기후	65세 이상 노인 대상으로 치아 상실 예방 및 구강 기능 유지 및 개선 사업을 추진. 이를 위해 70세에 치주 질환 검진 시행 - 매년 1회 이상 치과 검진 시행하는 장기요양보험 시설 늘림. 노인 무료 치과 검진, 의료협회 등 관련 기관과의 협력 심화 등의 혜택 제공(기후현, 2018).
시즈오카	- 정기 치과 검진의 중요성 강조(당뇨병 환자의 치과 진료의 필요성, 암 치료 중인 환자의 정기적인 구강 건강관리의 중요성) 구강 건강관리 지원이 구강 문제로 인한 불편함을 줄이는 법 연구 - 자가간호에 효과적인 치간 세척기구 사용 강조(시즈오카현, 2018).
에히메	2012년 치과 건강증진계획을 수립 2017년 제2차 에히메현 치과·구강 건강증진계획 공표(에히메현, 2023). 노인 대상 구강위생 및 틀니 관리 지식 공유. 지역사회 건강증진 워크숍 및 행사 진행. - 구강 기능 교육을 제공. 구강 기능 유지에 대한 인식을 높이고 노인을 위한 흡인성 폐렴 및 질식사고 예방 목표. 2017년 에히메 80세 중 47.9%가 20개의 자연치아 보유. 일본 지역 평균 비율 38.3% 에 비해 9.6% 높음.
후쿠오카	- 후기 노인 건강관리 지역 연합은 구강 기능 저하, 폐렴 등 질병 상태 예방하고자 ¥300 본인부담금에 대해 1회 치과 검진 제공. - 후기 노인 건강관리 시스템의 보험에 가입된 76세에서 80세 사이 대상 치과 검진 시행(후쿠오카현 후기 노인 건강관리 지역 연합).

도도부현	내용
나가사키	• 나가사키현 후기노인건강관리지역연합은 나가사키시 후기노인건강관리 제도의 보험에 가입한 주민에게 "생동형 구강 건강지원 사업"으로 2회에 걸친 구강건강지도/상담을 무료 제공. • 의료시설이나 요양 시설에 입원해 있거나 거주하는 개인은 서비스 대상 제외. 병원에 쉽게 접근할 수 없는 일정한 사유가 있는 개인은 자택 서비스 제공(나가사키현 후기노인건강관리지역연합, 2023). • “8020” 실천 80세에 20개의 자연치아를 가진 노인 인구 증가 촉진(나가사키현, 2023). 치과 건강증진 지원 교육 프로그램(도부현 치과협회 위탁). 행정직원, 보험전문가, 노인보건의료책임자, 기업 치과 보건 담당자, 의료전문가, 간병인 등을 포함하여 구강 기능 유지 및 건강증진을 지원. 구강 노쇠 예방 치과 보건 강사 양성 사업. 구강 노쇠 예방을 위한 치과 지역 보건 강사 온라인 교육 진행.
오이타	• 고령자 의료보험제도 제공. 일정한 장애가 있는 것으로 인정된 65세 이상 74세 미만은 노인 의료제도에 가입 의료급여를 받음. 본인부담금은 소득에 따라 10%, 20% 또는 30%를 차감한 금액(benefits)의 약 10%를 피보험자의 보험료로 충당. 나머지 90% 중 50%는 공적자금(국가: 현: 시정 춘= 4:1:1)으로 약 40%는 건강보험협회 등 의료보험사의 말기 노인지원금으로 충당(오이타현 구청). • 오이타현 노인 의료광역협회는 2023년 76세, 78세, 81세 노인 대상으로 폐렴 등 감염병 예방과 요양 중인 피보험자의 구강 기능 저하 예방. 구강 건강검진 1인 1회 무료 검진 제공(2023년 7월 1일~2023년 12월 28일까지)
미야자키	• 노인의료보험에 가입된 고령자를 대상으로 건강 프로그램에 등록된 노인에게 매년 무료 치과 검진 제공. 치아와 구강의 상태를 확인하여 구강 기능 저하와 삼킴 기능 저하를 예방(미야자키현 노인 의료협회, 2020). • 건강검진, 청소, 충전제, 발치, 근관, 크라운, 브릿지, 틀니, 임플란트 등의 보험이 적용되며, 본인부담금은 무료인 건강검진을 제외하고 모두 30%. 본인부담금은 과세소득 합계가 2,800,000엔 이상일 때 20%를 지불.

ABSTRACT

Research on Expanding Dental Health Insurance Coverage for the Elderly

- A comparative institutional analysis focused on Germany and Japan -

Kim, So Yeon

Dept. of Medical Law

and Ethics

The Graduate School

Yonsei University

The recent social issue faced by South Korea is the continuous increase in the proportion of the elderly population, projected to reach 24.3% by 2030 and 40.1% by 2060. The ranking of the elderly population in South Korea has escalated dramatically, from 152nd in 1960 to 51st in 2015, and it is expected to rise to 15th by 2030 and 1st by 2060. This pace of progression is unprecedented globally. Consequently, there's a significant societal focus on preparing for an ultra-aged society, prompting increased attention and initiatives for promoting elderly health. As the interest in health grows, there is a natural inclination towards heightened attention to oral health as well.

The dental health insurance for the elderly, currently provided by the

National Health Insurance Service, includes implant insurance targeting individuals who reach the age of 65. They are entitled to receive benefits for a maximum of two implants throughout their lifetime. Those eligible for implants receive 70% coverage of the expenses, while the remaining 30% is the individual's responsibility, resulting in an approximate personal cost of 700,000 KRW for two implants. Despite the coverage of implants under national insurance, the oral health status of the elderly in South Korea remains less advanced compared to countries like Japan and Germany, known for their advanced elderly oral care management. Consequently, at this juncture, after 46 years since the inception of dental health insurance in South Korea, healthcare and social welfare systems need further advancement in promoting oral health among the elderly. Therefore, it is imperative to establish foundational data for alternative dental health insurance strategies for a new future.

In this study, we comparatively analyzed the dental health insurance systems under the national health insurance programs of various countries including Korea, Japan, and Germany. This analysis was conducted from an institutional perspective to examine the existing systems, identify areas requiring further development across nations, and evaluate potential legal and institutional improvements through policy assessments.

The research findings indicate that even under public health insurance systems, there are overarching similarities in dental insurance. However, upon closer examination, dental insurances across different countries demonstrate subtly different systemic structures. Japan, for instance, provides

comprehensive dental health insurance coverage, including prosthetics, dental restoration, and aesthetic prostheses. In response to the rapid aging population, Japan actively emphasizes preventive measures to proactively address elderly healthcare, aiming to prevent the increase in dental treatment costs. The focus extends from enhancing oral function through expanded prosthetic coverage to prioritizing preventive measures for elderly oral health. Germany has also undergone consistent healthcare policy reforms and advancements. In 2007, it implemented user-responsible dental health insurance as part of its healthcare reform. Being an early entrant into the super-aged society compared to South Korea, Germany has effectively established systems and structures for health insurance targeting the elderly. It provides a 50% coverage for dental prostheses and maintains a high national health standard.

Through a comparative institutional analysis, the aim is to adapt foreign institutional models to the current context, establishing a more effective legal and institutional framework for elderly oral health. Preparing for an ultra-aging society, the goal is to enhance the quality of life for the elderly population and, historically examining countries that have a well-established foundation for dental health insurance targeting the elderly at a national level, provide a comparative analysis. This analysis aims to suggest the future direction of dentistry by presenting a roadmap based on the comparison, contributing to efforts to improve the oral health standards of the elderly population in South Korea.

Key words : Dental Health Insurance, Implants, Elderly Oral Health, Insurance System.