

게 받으리라 예상되지만, 우리나라 보건 의료체계의 전반적인 변화의 흐름으로부터 결코 자유로울 수는 없다.

이러한 변화에 효과적으로 대응하기 위해서는 협회의 지속적인 정책분석 및 기획 능력의 배양 그리고 각 치과의원들의 경영능력 제고가 필수적인 과제이다. 이를 위해 가장 중요한 것은 환자 중심주

의로 치과의사들이 인식과 행동을 바꾸는 것이며, 이를 출발점으로 하여, 환경이 주는 기회와 위협을 분석하고 자신의 강점과 약점을 파악하여, 환자들이 원하는 차별화된 치과외료를 제공하는 것이 근본적인 과제이다. 경쟁의 강화, 구강건강 상태의 향상에 따른 잠재적 수요의 감소라는 위협적 요소가 예상되지만 그와 함

께 구강건강에 대한 관심의 증가, 소득의 증가, 노인층 및 그들의 구매력 증가는 치과의료계에 기회가 될 것이다. 그러한 환경의 기회와 위협에 구체적으로 어떻게 대응하고 또 활용할 것이지는 경영자인 원장의 마인드와 또 고객의 충성도를 높이는 차별화된 치과 외료를 제공할 수 있는 치과의사의 전략에 달려 있다.

### ❖ 참고문헌 ❖

1. 국민의료보험관리공단, 국민건강진단결과분석, 1988-1998.
2. 권순만, 의료서비스 가격 결정을 위한 자원기준 상대가치 체계(RBRVS)의 비판적 고찰, 보건경제연구 4권, 1998, pp.56-68.
3. 권순만, 의약품 관련 정부정책과 병원산업, 병원경영학회 추계학술대회 연세집, 1999.
4. 권순만, 건강보험 요양급여비용계약제 시행 방안에 관한 고찰, 보건경제연구 6권 1호, 2000.
5. 보건복지부, 환자조사보고서, 1990, 1992, 1996.
6. 보건복지부, 보건복지통계연보, 1998.
7. 최정수 외, 한국인의 건강과 의료이용양상, 보건사회연구원, 1995.
8. 황인경 외, 대한치과의사협회의 정책능력강화를 위한 전략 개발, 경원대학교, 1999.
9. Freeland, M, et al., Measuring input prices for physicians: The revised Medicare Economic Index, Health care financing review, Vol 12, No 4, 1991, pp61-73.
10. Weiner, J, et al., Risk-adjusted Medicare capitation rates using ambulatory and inpatient diagnosis, Health care financing review, Vol 17, No 3, pp.77-99, 1996.

# 치과의료 제도의 개선과제

권 호 근/연세대학교 치과대학 예방치과학교실 교수

## 1. 서론

서기 2000년도는 새로운 밀레니엄이 시작된다는 연대기적인 의미와 함께 보건학적인 측면에서도 또 다른 중요한 의미가 있는 해이다. 즉 2000년도는 보건학적으로 중요한 의미가 함축된 알마타 선언에서 천명한 목표 달성 연도이다. 알마타 선언은 2000년도까지 지구상의 모든 인류에게 최소한의 일차진료를 제공할 수 있도록 모든 국가들이 노력한다

는 선언으로 많은 국가들은 20세기 후반기에 이러한 목표 달성을 위하여 노력하여 왔다. 우리나라도 모든 국민들에게 기본적인 의료 제공의 확대와 보장을 목표로 1989년부터 전 국민 의료보험을 실시하여 외형적으로는 단기간 내에 많은 성과를 이룬 것도 사실이다. 그러나, 저부담, 저수가, 제한된 급여로 상징되는 우리나라 의료보험 체계는 내용적으로는 많은 문제점을 내포하고 있는 것이 현실이고 이러한 문제점과 모순이 최근 의약

분업 시행을 계기로 한꺼번에 분출되고 있다.

또한, 구강보건학적 측면에서 올해는 세계보건기구가 1979년 발표한 Health for all by the year 2000에서 세계 각국이 이루어야 할 목표 달성 연도이다. 세계보건 기구는 2000년도까지 달성해야 할 각국의 중요한 구강보건 목표로서 12세 아동의 치아우식경험 영구치 지수(DMFT index)를 3개 이하로 낮출 것을 제안하였다. 그러나 1995년 조사에 의하

면 한국 12세 아동의 치아우식경험 연구치 지수는 3.1개로 나타났고 2000년도 통계 자료는 현재 조사 중이나 세계보건기구가 제안한 목표를 달성하기는 어려울 것으로 추정되고 있다.

이러한 측면에서 한국은 20세기 후반에 보건의료에서 많은 성과를 이루었지만 내용적으로는 많은 문제점을 내포하고 있다. 따라서 새로운 밀레니엄을 맞이하여 보다 완전한 보건의료 제도의 정착을 위하여 사회적 합의에 근거한 새로운 의료체계 구축 및 의제 확립이 요구되고 있고 이러한 맥락에서 합리적인 구강보건 의료체계를 구축하기 위한 논의가 요구되는 시기이다.

구강의료는 광의로 보면 의료의 일부이나 일반 의료와는 다른 특수성이 있다. 그러나 그간의 의료체계 구축에 관한 논의에서는 구강 의료의 이러한 특수성이 고려되지 못하고 일반의료 체계의 일부로 소홀히 처리되었다. 따라서, 새로운 의료체계 구축 논의에서는 구강의료의 일반성과 특수성이 함께 고려되어야 한다. 구강의료의 특수성은 구강 질환의 특성에서 야기되는데 일반적으로 구강의료의 특성은 다음과 같이 정리될 수 있다.

첫째, 구강의료는 입원진료보다는 외래진료 위주이고 일반 개원의들의 치료 관행이 삼차의료에 포함되는 보철치료 위주로 이루어졌다는 점에서 대다수 개원의들이 담당하는 구강 의료는 일차, 이차, 삼차의료가 혼재되어 있다. 따라서 삼차 의료기관으로 후송해야 할 질병이 상대적으로 적다는 점에서 일반의료의 일괄적인 기준으로 일차, 이차, 삼차 구분을 적용하는 데는 문제가 있다.

둘째, 구강 치료는 특성상 응급의료라 많지 않다는 점에서 의료쇼핑 현상과 같은 도덕적 해이(Moral hazard)가 발생할 소지가 크다. 따라서 도덕적 해이로 인한 의료의 낭비를 방지할 수 있는 제도적 장치가 강구되어야 한다. 특히 구강 질환은 환자 스스로가 잇솔질과 같은 건강 증진 행위만을 잘 해도 80% 이상 예

방할 수 있다는 점에서, 환자 스스로 구강건강 증진을 촉진시킬 수 있는 방법을 강구함으로써 장기적으로 구강 의료비 증가를 억제하는 방안을 모색해야 한다. 이러한 이유는 구강 질환이 건강 증진 논쟁에서 야기된 희생자 비난(Blaming the victim)이 적용될 수 있는 질병이기 때문이다.

셋째, 구강의료는 일반의료에 비해서 기술집약적이고 노동집약적이다. 따라서 치과의사 일인이 볼 수 있는 환자의 수가 제한되어 있다.(표 1참조)

넷째, 구강 치료인 경우 치료자마다 치료 방법이 다양하고 치과의사의 치료 재량권이 일반 의료보다 크다는 점에서 치료의 표준화가 어렵고 따라서 질관리가 어렵다는 점에서 적극적인 질관리가 요구된다.

다섯째, 주요한 구강 질환인 치아우식증과 치주질환은 한번 발생되면 자연적인 치유가 불가능하고 후유증이 심하므로 어느 분야보다도 예방이 중요하다. 따라서 구강의료체계는 예방치료를 강조하는 방향으로 구축되어야 한다.

여섯째, 많은 구강 치료는 한번의 치료로 끝나지 않고 치료가 끝난 후에도 지속적인 관리가 필요하고 양질의 치료가 되기 위해서는 포괄적인 계속관리가 요구된다.

일곱째, 전신 건강 유지 및 사회적 활동과도 밀접한 관련이 있고 삶의 질 향상에 중요한 요소라는 점에서 사회적 차원에서 관리되어야 한다.

따라서, 새로운 구강의료체계를 구축하기 위한 논의에서는 이러한 구강의료의 특성이 고려되어야 한다.

## II. 21세기 구강의료계의 상황 예측

### - 질병 양상의 변화

치아우식증 같은 경조직 질환은 감소되고 노인 인구의 증가로 치주질환 유병률이 증가될 것이다.

### - 치료보다 구강 관리가 강조

질병 양상의 변화로 치료보다는 예방 치료와 같이 지속적이고 포괄적인 구강 관리의 중요성이 강조될 것이다(표 2, 3 참조).

### - 사회의 노령화

노인 인구의 증가로 구강의료의 수요는 계속 증가할 것으로 예상된다.

### - 의료의 상업화

치과의사수의 증가로 인한 구강 의료계의 경쟁 심화는 구강의료의 상업화를 가속화시킬 것이다.

### - 환자와 치과의사의 관계 변화

환자의 권리 의식 수준이 향상되어 환자와의 분쟁과 의료 소송이 증가될 것이다.

### - 의료시장 개방 가능성

의료시장이 개방이 될 경우 구강의료계의 변화의 요인으로 작용할 가능성이 높다.

### - 정부의 규제 강화

의료비 증가로 정부의 규제는 보다 강화 될 것이다.

## III. 한국 구강보건의료체계 개선 방안의 3대 목표

### 1. 환자에게 양질의 구강 의료 제공

양질의 구강 의료란 첨단 기술과 고가의 진료를 의미한다기보다는 꼭 필요한

〈표 1〉 치과와 의과의 진료비 구성비

구분	총진료비		의원진료비	
	치과	의과	치과	의과
기본진료비	30.30	29.70	31.40	46.00
기술료	69.40	33.47	61.10	27.46
약제비	3.68	32.41	2.76	285.62
재료대	5.19	4.43	529	0.97

\* 참조 : 의료보험 연합회 통계연보 참조

〈표 2〉 한국의 구강진료 분야별 의료보험 진료비 빈도 및 비율

분 야	연도	빈도(건)	비율(%)	진료비(원)	비율(%)
보존분야	1993	46,738,558	81.4	105,459,703,284	84.3
	1991	28,319,402	73.2	49,031,203,662	77.6
외 과	1993	6,856,805	11.9	13,866,056,200	11.2
	1991	6,197,200	16.0	11,290,810,800	17.9
치 주	1993	1,317,080	2.3	3,634,700,592	2.9
	1991	1,054,008	2.7	1,661,909,760	2.6
총 계	1993	54,902,443	95.6	122,960,460,040	98.8
	1991	35,570,690	91.9	61,903,924,222	96.1

※ 참조 : 의료보험 연합회 자료 참조

〈표 3〉 1977년과 1995년의 미국 구강진료 종류별 진료비 구성(Massachusetts union)

진 료	분류%	1977%	1995증가량 (%)
진단	8.2	15.9	+7.7
예방	7.7	14.8	+7.1
수복치료	27.9	21.8	-6.1
고정성 보철물	34.5	21.9	-12.6
가철성 보철물	9.6	2.0	-7.6
근관치료	6.4	7.3	+0.9
치주치료	0.8	12.9	+12.1
외과적 치료	3.9	1.4	-2.5
교정치료	1.	2.0	+0.9

※ 참조 : Community Dental Health(1998, George M. Cluck, Warren M. Morganstein)

시기에 꼭 필요한 진료가 소비자에게 제공되는 것으로 정의할 수 있다. 따라서 포괄적이고 지속적이며 전인적인 치료가 요구된다.

## 2. 비용-효과 면에서 경제적이고 합리적인 의료 전달 체계 및 수가 제도의 확립

구강 의료의 특성상 노령 인구가 증가 되면 구강의료 수요는 급속하게 증가되고 이에 따라서 구강의료비도 증가될 수 밖에 없다. 또한 구강의료의 특성상 도덕적 해이로 인한 의료의 낭비를 야기할 수 있다. 따라서 의료낭비를 방지하고 제한된 의료자원을 효율적으로 이용할 수 있는 의료전달제도 및 수가체계 확립이 요구된다.

## 3. 균등한 구강의료 분배

구강의 질병은 발생률이 높고 나이가 들면 대다수의 사람들에게 발생하는 질병이라는 점에서 구강의료의 균등한 분배는 중요한 사회적 문제이다. 따라서 사

회 안전망 확충이라는 측면에서 구강의료의 균등한 분배는 이를 수 있는 체계를 구축해야 한다.

## IV. 한국 구강보건의료체계 목표를 달성하기 위한 방안

### 1. 양질의 구강 의료 제공 방안

• 치과 의사 양성 체계의 개선  
- 치과 대학 교육 수준의 향상  
치과 대학 시설 및 교육 제도 개선을 통한 교육의 효율성을 확보해야 한다. 특히, 기초의학과 임상 교육의 강화를 통한 양질의 치과 의사 양성 방안을 강구할 필요가 있다. 이를 위하여 치과대학 평가를 정기적으로 시행하여 치과대학 인정 평가제를 도입하고, 평가 후 일정 수준의 교육 환경을 확보하지 못한 경우, 치과대학에 행정적인 규제를 가함으로써 치과대학의 수준 향상을 유도할 필요가 있다. 이를 위하여 공정한 평가를 할 수 있는 치과계, 학계, 정부, 사회계가 공동의 평가단을 구성하여 주기적인 평가를 하고

평가 결과를 현실에 반영하여야 한다. 또한, 국립 치과대학 부속병원 법인화와 독립화 방안도 양질의 치과 의료 인력 양성을 위한 임상 교육의 인프라를 구축한다는 측면에서 꼭 필요한 사항이다.

### - 적정치과 의사수의 양성

치과 의사수의 증가는 의료수가 인상을 억제하고 의료 인력의 불균형 분포를 해소한다는 긍정적인 측면도 있다. 그러나 제한된 의료 재정 하에서 과도한 의료 인력의 증가는 불필요한 과잉 진료를 야기하여 의료 재정을 낭비할 수 있다는 점에서, 적정 치과 의사수의 양성이 필요하다. 그러나 현재 추세로는 곧 과잉 상태에 이를 수 있으므로 적절한 치과 의사의 수급 대책이 필요하다. 이를 위해서 정확한 치과 의사 인력 수급에 대한 연구가 필요하고 과잉공급으로 판단이 되면 치과대학 신증설 억제 및 치과대학의 구조조정이 필요하다.

### - 치과 의사 국가고시의 방법 개선

국가고시가 요식 행위로 끝나서는 안 되고 치과 대학 교육 향상과 양질의 치과 의사를 양성하는 주요한 기전으로 작용할 수 있도록 개선이 요구된다. 이를 위해서는 문제 출제를 암기식에서 문제 해결 능력 평가 방법으로 대폭 전환하고 장기적으로는 임상 실기에 대한 합리적인 평가 방안을 강구하여 국가고시에 임상 실기 평가제를 도입할 필요가 있다.

외국치대 출신 응시자에 대한 보다 철저한 평가를 위한 예비 시험제 도입과 응시 횟수에 대한 제한이 요구된다.

### - 치과 의사들에 대한 보수 교육을 강화

형식적인 보수 교육이 되지 않기 위해서는 체계적인 보수교육이 이루어져야 하고 보수교육 후 교육에 대한 평가가 필요하다. 보수교육 평가 시험 제도를 시행하고 합격한 경우에는 공식적인 인증과 함께 진료비 청구상에 인센티브를 줌으로써, 치과 의사들의 자기 개발을 위한 평

(표 4) 전체 요양기관 대비 치과의원의 의료보험 청구 구성비 현황 (단위: 개소, 천건, 백만원, %)

구 분	기관수(100.0)	건수	진료비	건수구성비	금액구성비
총 계	53,860(100.0)	343,640	11,705,695	100.0	100.0
종합전문기관	44(0.1)	13,201	2,745,275	3.8	23.5
종합병원	237(0.4)	16,864	2,218,695	4.9	19.0
병 원	685(1.3)	11,013	954,760	3.2	8.2
의 원	18,637(34.6)	171,677	4,221,334	50.0	36.1
치과병원	40(0.1)	285	13,619	0.1	0.1
치과의원	10,332(19.2)	26,864	664,241	7.8	5.7
보건기관	3,478(6.5)	14,861	175,732	4.3	1.5
한방병원	141(0.3)	928	45,840	0.3	0.4
한의원	6,121(11.4)	16,261	339,977	4.7	2.9
약 국	14,078(26.1)	71,683	325,990	20.9	2.8
조산원	67(0.1)	2	249	0.0	0.0

참조. 1999년 진료비실사 지급자료 기준

(표 5) 1977년 대비 1993년 의료보험수가 인상을 분포도 비교(347% = 지수 100)

구 분	치 과		의 과	
	항목수	비율(%)	항목수	비율(%)
200% 이상	1	0.86	18	3.72
200 - 150%	1	0.21	77	15.88
150 - 100%	16	13.68	235	48.46
100 - 60%	93	79.49	122	24.95
60% 이하	6	5.13	33	6.81

참조. 의료보장개혁에 대한 치과계의 의견(1994, 대한치과의사협회)

(표 6) 치과총진료비 증가율 현황

구 분	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
치과(%)	5.9	6.0	6.0	6.0	5.6	5.8	5.9	5.96	6.0	5.9

참조. 의료보장개혁에 대한 치과계의 의견(1994, 대한치과의사협회)

(표 7) 의원급 기관당 월평균 진료비 비교 (단위: 천원)

구 분	1984	1993	비율(%)	비 고
치 과	1,235	2,848	130.61	1993년
의 과	3,293	10,884	230.52	상반기 자료

참조. 의료보장개혁에 대한 치과계의 의견(1994, 대한치과의사협회)

생교육 제도에 적극 참여할 수 있는 제도를 수립할 필요가 있다. 이를 위해 수행할 공식적인 기구를 만들 필요가 있다.

- 양질의 진료를 제공할 수 있는 전문 치의제도 확립

전문치의제도는 치의학의 발전과 국민에게 양질의 진료를 제공하기 위한 원칙에서 시행되어야 한다. 국민에게 양질의 진료를 제공하기 위해서는 구강의료 특성상 Super GP와 같은 전과 전문의 제도를 도입할 필요가 있다. 전문의 제도 시행은 치의학 발전이라는 긍정적인 측면도 있지만 일반 개원의의 과도한 전문

화는 포괄적인 치료를 강조하는 현재 임상 치의학의 흐름과도 배치된다. 그러나 전문의 제도 시행 자체는 치과의사의 질을 높일 수 있는 계기가 될 수 있다는 점에서 일반 개원의를 대상으로 전과 전문의 제도를 도입할 필요가 있다. 한편, 분과 전문의는 명실상부하게 전문의 역할을 할 수 있는 극소수 정예주의를 채택하고 공적에 근무하는 치과의사에게만 허용하는 방안을 강구해 볼 필요가 있다.

- 구강진료의 질 평가를 할 수 있는 방안 강구

치과의사 단체에서 자율적으로 진료의 질 관리를 할 수 있는 다양한 방안 및 기준을 개발 해야 한다. 이러한 질 평가 시행은 양질의 의료를 국민에게 제공한다는 측면과 함께 의료 분쟁의 증가를 줄이고 구강 치료의 신뢰를 높일 수 있다는 점에서 치의계계가 자발적으로 시행 할 필요가 있다. 이를 위하여 치의계계가 자체적인 기구를 만들고 다빈도 발생 질환인 경우 질을 향상시키기 위한 진료의 표준화 즉, Practice guideline을 만들 필요가 있다.

2 비용 효과적인 의료전달제도 수립

- 가정 주치의제도 도입

일반 개원의가 담당하는 구강의료의 특징이 일차, 삼차 의료가 혼재되어 있다는 점에서 전문의 제도 시행을 통한 과도한 전문화는 바람직하지 않을 수 있다. 따라서 양질의 의료가 되기 위해서는 구강의료 특성상 포괄적이고 지속적으로 환자를 관리해 주는 total care 또는 holistic 접근 방법을 강구해야 한다. 이를 위해서는 가정주치의제도 도입도 필요하다. 한편 가정주치의제도로써 미국의 Managed Care의 HMO 방식이나 영국의 인두제 방식의 진료비 지불 제도를 예방진료에 도입한다면 장기적으로 국민구강 건강 질을 향상시키고 진료비 증가를 억제할 수 있다.

예방진료에서 가정주치의제도 도입이 필요한 이유는 다음과 같다.

(1) 예방 진료가 성공하려면 환자와의 라포(Rappot) 형성이 필수적이라는 점에서 예방 치료가 효율적으로 이루어지기 위해서는 가정 주치의제도 도입이 필요하다.

(2) 예방 치료 프로그램을 패키지화 하여 가정 주치의 제도에 인두제와 같은 진료비 지불 방법을 도입한다면 지속적이고 포괄적인 치료가 가능하고 예방 진료시 발생될 수 의료낭비나 의사들의 과잉진료로 인한 진료비 낭비를 방지할 수 있다.

- 초등학생들을 대상으로 구강건강 수  
첩 제도 시행

1999년도 의료보험 진료비 지출을 보면 치아우식증으로 인한 진료비 지출은 2287억 원으로 4위를 차지하고 있다. 구강병 특성상 예방과 조기 치료가 필수적이다. 이를 위해서는 치아우식증 호발 연령인 초등학교 때 집중적인 관리를 해줌으로써 치아우식증 발생을 조기에 예방하고 발생한 경우에는 조기 치료가 필요하다. 이렇게 되기 위해서는 초등학생 시기에 규칙적인 관리가 필요하고 이러한 방안의 한 방법으로 구강 건강 수첩 제도를 시행할 필요가 있다. 구강 건강 수첩제도는 정해진 기간에 주기적으로 치과의를 방문하게 하여 예방 처치 및 치료를 받게 함으로써 구강병 고위험 발생 시기를 체계적으로 관리하여 장기적으로 구강의료 수요를 감소시킬 수 있다. 아울러 이러한 프로그램을 완료한 학생들의 경우는 성인이 되어서 구강 치료를 받을 경우 진료비 지출에 할인 혜택 등의 인센티브를 주어 환자 스스로 구강 건강 관리에 관심을 기울이게 유도하여야 한다. 저소득층 자녀들에게는 보건소와 같은 공공기관에서 무료로 관리를 해주고 따라서 이를 위한 도시 지역 보건소에 구강치료실과 같은 공공의료시설 기반을 확충할 필요가 있다.

- 의료보험 수가제도 개선

적정 진료가 이루어지기 위해서는 현재와 같은 저부담과 저수가 그리고 제한된 급여방식을 탈피하고 적정부담, 적정수가, 포괄적인 급여 방식으로 의료보험 수가 제도를 개선해야 한다. 의료 보험 제정의 낭비를 방지하고 효율성을 높이기 위해서는 환자들의 도덕적 해이로 인한 의료낭비와 치과사들의 과잉진료를 방지할 수 있는 방안을 강구해야 한다. 현재와 같은 낮은 수가체계는 결국 서비스의 덩치를 키워 손실을 만회하려고 하기 때문에 과잉진료의 원인이 될 수 있고 이러한 면에서 수가 현실화가 필요하다.

〈표 8〉 구강의료 수가코드 항목수

대분류	소분류	미국 <sup>1)</sup>	영국 <sup>2)</sup>	독일 <sup>3)</sup>	일본 <sup>4)</sup>	한국 보험	한국RBRVS
검진	진찰, 검사	11	4	20	22	4	56
	방사선	16	11	11	11	6	22
예방	예방	14	3	5	18	-	37
보존	수복, 근관	61	26	25	29	28	115
	인레이, 금관	27	32			-	-
치주	치주	19	13			14	34
보철	가철상	43	57	8	12	-	-
	악안면	38		51		-	-
	임플란트	8			109	-	-
	고정성	33	29			-	-
외과	외과	102	12	37	166	62	92
	마취	8	28		7	6	10
교정		15	33	82	-	-	-
기타		16	15		33		28
합계		411	263	239	407	120	394

참조 1) 미국은 CDT-1, 1990 참조

2) 영국은 1996년 NHS 수가집 참조(Capitation 제외)

3) 독일은 BEMA 수가집 항목 참조(1997년)

4) 일본은 진료보수점수표(1997년, 사회보험연구소) 참조, 노인치과부분 제외

다. 수가 현실화와 함께 구강진료 수가 항목간·불균형이 진료 행태를 왜곡시킨다는 점에서 개선이 필요하다. 특히 외과 항목간의 수가 불균형은 더욱 심화되고 있다는 점에서 개선책이 요구된다. 이러한 수가 항목 간의 불균형을 개선하기 위한 방안으로 그 동안 개발된 자원배분 상대가치 의료수가체계 시행이 필요하다. 한편 수가의 현실화 이후에는 과잉진료를 방지하고 질 관리가 철저히 이루어져야 한다. 이를 위하여 대한치과의사협회 산하에 질 관리 위원회와 환자 고충처리 위원회를 구성하여 자체적으로 질 관리를 수행하고 과잉 진료를 방지하여야 한다. 〈표 4-7 참조〉

- 구강 치료의 보험 급여 범위의 확대  
전체 보험 재정 중 구강 의료비가 차지하는 비율이 6% 미만으로 낮은 이유는 구강의료 보험 수가 자체가 낮은 것도 원인이지만 보험 급여가 되는 구강의료 치료 항목이 너무 적은 것도 한 원인이다(표 8참조). 따라서 급속한 치의학의 발전에 따라 새롭게 개발되는 치료 항목이 치의학적으로 합당하고 효과가 있다고 판정이 되면 보험 급여에 포함시

켜야 한다.

따라서, 이러한 보험 급여 항목 선정과 개발을 위한 위원회를 보험자 단체와 치과의사협회 공동으로 설립하여 상시적으로 운영할 필요가 있다.

이와 함께 구강 질환을 예방하고 구강의료 제도의 효율성을 향상시킨다는 점에서라도 예방치료 항목의 보험 급여화는 시급히 이루어져야 한다.

- 규제위주의 정책에서 지원위주로 정책 전환

제한된 의료보험 재정 하에서 무한정한 수가 인상은 한계가 있으므로 일차의료 기관의 적정 수익을 확보하기 위해 일차의료 기관의 경영 합리화가 필수적이다. 이러한 경영 합리화는 전체 의료시스템의 비용 대비 효율을 향상시킨다는 점에서 이를 위한 정책적인 지원이 필요하다. 현재와 같은 영세한 치과의원 구조 하에서는 경영 합리화를 위한 새로운 시도가 어렵다(표 9 참조). 따라서 중복 시설 투자를 방지하고 규모의 경계를 이루기 위해서는 공동 개원과 치과의원간의 Net-working을 적극 유도하는 방향으로 법적, 제도적, 재정적 지원이 필요하다.

〈표 9〉 치과 의사의 개원 형태

구 분	인원수	장비대수	비율(%)
치과의사수	1명	256	92.8
	2명	17	6.2
	3명	2	0.7
	4명	1	0.4
	무응답	3	
위생사수	0명	129	47.6
	1명	93	34.3
	2명	40	14.8
	3명이상	9	3.3
	무응답	8	
조무사수	0명	17	6.7
	1명	84	33.2
	2명	115	45.5
	3명이상	37	4.6
	무응답	26	
위생사+조무사	2명이하	170	69.1
	3-4명	66	26.8
	5명이상	10	4.1
	무응답	33	
unit chair	2대이하	94	33.7
	3대	141	51.6
	4대	24	8.8
	5대이상	14	5.1
	무응답	6	
계		279	100.0

### 3. 의료 형평성 확대

- 공공구강의료기관 수와 역할의 확대  
구강질환 발생 위험집단과 취약 집단을 집중 관리하기 위하여 도시 지역의 공공구강의료 기관을 확대할 필요가 있다. 이를 위해서는 도시 지역 보건소의 치과 진료실 수를 확대하고 기능과 업무도 현재 치료 위주에서 저소득층과 초등

학생 위험집단에 대한 구강 질병 예방 및 관리로 확대하여야 한다.

#### - 저소득층 구강 진료 지원 확대

사회복지 차원에서 저소득층 노인들에 대해서는 보철치료를 포함한 재정적인 지원사업을 확대할 필요가 있다. 이러한 사업에 필요한 제정은 정부에서 부담하

고 이에 대한 운영은 치과의사 자원 봉사자들 위주로 민간 재단을 설립함으로써 적은 재정 부담으로 많은 저소득층 노인들이 혜택을 받을 수 있는 방법으로 사업이 이루어져야 한다.

## V. 결 론

결론적으로 21세기의 한국의 구강의료 체계는 과도한 전문화된 의료보다는 지속적이고 포괄적이고 통합적이며 비용 효율적인 양질의 의료를 제공해 줄 수 있는 제도이어야 한다. 이를 위해서는 치과대학 교육 제도, 치과의사 평생 교육 제도, 의료전달제도, 의료보험제도, 진료비 지불 제도 방법, 의료보험 수가제도 등이 전체적인 전망 하에서 유기적인 연관을 가지고 개선되어야 한다. 특히 개선이 효율적으로 이루어지기 위해서는 치의계 주도로 정부와 학계 시민 단체와의 긴밀한 협조로 이루어져야 하고, 또한 사업의 효율성을 높이기 위해서사업의 우선 순위 결정이 필요하다.

이를 위하여 첫째 치의료계의 역량 강화와 체계 정비, 유기적인 업무분담이 요구 되고, 둘째 양질의 구강의료를 국민에게 제공하기 위한 기본적으로 윤리적이고 유능한 치과의사 양성이 전제되어야 한다는 점에서 치과의료인력 양성 및 교육 방법에 대한 개선이 무엇보다도 중요하다.

## ◆ 참고문헌 ◆

1. 국민의료비 및 의료기관별 의료비추계; 보건사회연구원 정책연구자료 97-05
2. 치과의료인력 수요와 공급 추계; 보건사회연구원 연구보고서 95-27
3. 외국의 의료보험 제도 분야별 비교조사; 의료보험 관리공단 조사자료 35
4. 의료시장 개방 대응 전략 개발 연구; 한국의료관리 연구원
5. 구강건강 증진을 위한 전략 개발 연구; 한국보건사회연구원 용역보고서 2000-21
6. 치과의료서비스 상대가치개발; 연세대 보건정책 및 관리 연구소, 한국보건의료관리 연구원 Dentistry, Dental Practice and the Community 5th edition; Burt and Eklund