

치과 건강보험 우선순위 설정을 위한 고찰

한지형 · 황윤숙¹

서울보건대학 치위생과, ¹한양여자대학 치위생과

색인: 우선순위, 의료보장제도, 치과 건강보험

1. 서 론

우리나라 헌법 제34조 및 36조에 의거하면 국가는 사회보장·사회복지의 증진에 노력할 의무를 가지며, 모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다고 규정하고 있다. 최근 경제적 성장과 의료기술의 발달, 교육수준의 향상으로부터 국민의 의료정보와 지식이 확장되었으며, 국민 모두 평등하게 받을 수 있는 권리를 스스로 갖게 하였다. 또한 국가로부터 생존에 필요한 최소한의 서비스를 보장받을 수 있도록 하였다. 그러나 아직까지도 사회계층간 건강수준은 여러 선행연구¹⁻⁵⁾에서 보고되었듯이 건강수준의 불평등이 나타나고 지적되었다. 정부는 이러한 불평등을 해소하기 위해 지속적인 의지를 피력할 필요가 있다. 특히 암과 같은 중증질환은 연간 총 진료비가 수천만 원에서 1억원까지 이르러 가정의 경제적 파탄 또는 치료의 포기를 야기시키는 경우가

있으며 보건의료서비스가 공평하게 분배되도록 하는 적절한 정책적 합의가 필요하고 공공정책을 통해 모든 국민이 기본적인 보건의료서비스를 이용할 수 있도록 보장해야 한다¹⁾. 이를 위해 국가는 건강보험이라는 보장제도를 도입하여 경제적으로 어려운 사람들에게 고통을 분담시키고 건강권을 확보하여 국민이 행복을 추구할 수 있도록 노력하고 있으며 이들 노력의 하나로 2006년부터 암과 입원시 식대에 대한 의료보장을 추가 제공하고 있다. 그러나 중증질환과 같이 생명 지장을 초래하고, 소요되는 비용이 큰 질환으로 국한되어 있어 구강질환과 같이 전신건강에 밀접한 관계를 갖고 있음에도 불구하고, 생명에 큰 지장을 주지 않는 질환에 대해서는 보장을 충분히 받고 있지 못하다. 성⁶⁾의 연구에서와 같이 치아상실이 심혈관계 질환의 위험률을 높이고 구강질환이 전신질환에 영향을 준다는 것은 이미 보편적으로 인지되고 있다. 건강보험심사평가원의 2005년 건

강보험 급여 다빈도 상병현황 자료에 의하면 치수 및 치근단주위조직의 질환이 4위, 치은염(잇몸병) 및 치주질환이 6위, 그 뒤를 이어 치아우식증이 7위를 차지하였다. 이는 건강보험 전체 재정 중 외래이용 비용이 70%를 차지하고 있다고 할 때 중요한 의미를 갖는다⁷⁾. 이러한 구강질환은 만성질환으로 우리나라의 경우 여러 보고 자료에 의해 선진국보다 유병률과 발생률이 높게 나타나고 있다. 따라서 국민의료손실을 최소한으로 줄이기 위한 빠른 조치가 필요하다.

국민의 건강권과 가계의 경제적 안정을 위해서는 되도록 많은 질환에 보험급여가 적용되면 이상적이겠지만 건강보험의 재정에는 한계가 있고 이를 위해 질환에 대한 합리적인 접근방법이 필요하다. 한국보건사회연구원의 98국민건강 영양조사에 의하면, 우리국민의 10대 만성질환(필요경험 또는 의사진단) 유병률에 1위가 치아우식증, 7위가 치주질환 및 치경부마모증이다. 즉 한정된 보건진료자원을 고려하여 모든 상병을 관리 대상으로 삼기보다는 치아우식증과 같이 발생빈도가 높고 기능장애의 원인이 되는 상병을 우선적으로 관리해야 할 필요가 있다⁸⁾. 이와 같이 제한된 자원을 효과적으로 사용하기 위해서는 합리적 기준에 근거하여 접근성을 높여야 하는데 1980년대 중반 이후 일부 서부국가들에 의해 보건의료서비스의 우선순위¹⁾ 설정에 대한 논의가 전개되었다^{9,10)}. 세계보건기구(WHO)¹¹⁾에서도 예산을 최소한으로 제한하기 위해서 우선순위 설정을 요구하고 있다. 그러나 치과의료의 경우 타 의료와는 달리 차별적인 특성을 지니고 있다. 또한 치과의 경우 구조적 의료의 과잉으로 인한 건강보험 재정 지출뿐 아니라 개인의 경제적 부담 또한 많은 편이다. 따라서 이러한 낭비적 지출구

조를 개선하고 보건의료의 형평성 있는 우선순위 적용을 위해서는 치과 건강보험에 대한 우선순위 설정 기준이 제시되어야 한다. 즉 건강에 대한 포괄적 접근보다 구강건강에 대한 구체적 접근을 고려하여 건강보험의 우선순위 설정이 필요하다. 본 연구에서는 건강보험 우선순위에 대한 선진국과 우리나라의 연구를 살펴봄으로써 치과 건강보험에 대한 차별적인 특성을 고려하여 우선순위 설정기준을 정립하는데 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 본 론

본 연구는 문헌고찰을 통한 연구를 하였다. 우선 세계 사회보장체계를 통한 선진국들의 의료보장제도를 살펴보고, 이를 근거로 보건의료서비스 및 의료급여의 우선순위 설정기준을 어떻게 정의하고 있는지 살펴보았다. 또한 우리나라 의료제도와 건강보험 우선순위 설정에 대해 논의 되어진 기준을 살펴보았으며, 이를 근거로 치과 건강보험 우선순위 설정을 위한 논리적 근거를 마련하고자 하였다. 연구방법 및 연구설계를 도식화하면 <그림 1>과 같다.

의료보장제도는 한 국가의 역사와 문화이다. 의료보장을 운영하는데 소요되는 재원을 조달하는 방식 역시 그 사회의 여건에 따라 다르다. 이러한 의료보장제도를 바탕으로 국가들은 그 사회적 배경에 맞는 보건의료서비스의 우선순위를 설정하고 있다. 의료보장제도를 분류하면 국민을 구분하여 관리하는 사회보험(National Health Insurance) 방식과 전 국민에게 일괄 적용하는 국가보건서비스(National Health Service) 방식이

1) 김주경(2004)¹⁴⁾은 “우선순위 설정은 합의된 원칙 또는 기준에 비추어 보건의료서비스 중재나 프로그램의 상대적인 중요도나 가치를 평가하는 과정이다. 선택적 수술을 받을 환자의 순서를 분명하게 정하는 것과 관련하여 평점을 매기는 방식으로 임상적 우선순위를 측정할 기준을 정하여 환자 개인별로 우선순위를 정할 때도 있긴 하지만, 우선순위 설정은 일반적으로 서비스 또는 프로그램 수준에서 수행한다.”라고 정의하고 있다.

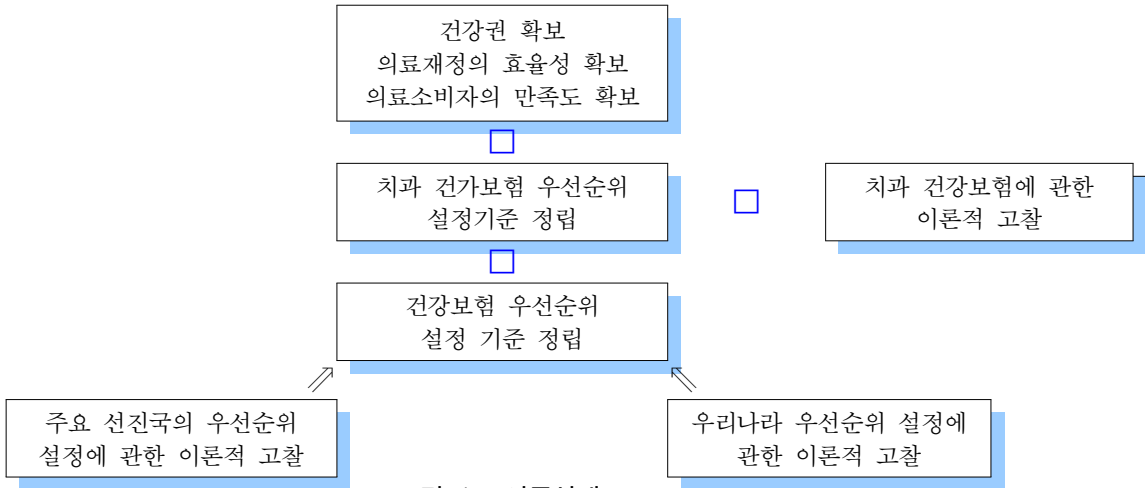


그림 1. 연구설계

있다. 보험료와 일부 국고지원으로 이루어지는 사회보험방식은 <표 1>과 같이 행위별수가제 등으로 진료가 산정되며 이는 치료중심적인 급여의

특성을 갖는다. 반면 국가보건서비스 방식은 인두제 또는 봉급제로 이루어져 예방중심적의 급여 특성을 갖게 된다^{12,13)}.

표 1. 사회보험(NHI) 방식과 국가보건서비스(NHS) 방식의 비교

구 분	사회보험(NHI) 방식	국가보건서비스(NHS) 방식
적용대상	국민을 임금소득자, 공무원, 자영자 등으로 구분	전 국민을 일괄 적용(집단구분 없음)
관 리	관리(국민자는 별도 구분)	
재원조달	보험료, 일부 국고지원	정부 일반조세
급여특성	치료 중심적	예방 중심적
진료보수	행위별수가제 또는 총액계약제 등	- 개원의는 인두제 - 병원 소속 의사는 봉급제
산정방법		정부기관(사회보장청 등)
관리기구	보험자(조합 또는 금고)	- 정부기관 직접관리(가입자의 운영참여 배제) - 직접 관리운영비 부분적 축소(보험료 징수비용이 조세관리 비용으로 전가)
관리운영	- 보험자중심 자율운영(대표기구를 통한 가입자의 조합운영 참여보장) - 직접 관리운영비 소요(보험료 징수 등)	영국, 스웨덴, 이태리, 캐나다 등
방 식		의료비 통제효과가 강함
채택 국가	독일, 프랑스, 네덜란드, 일본, 한국 등	
국민의료비	의료비 억제기능 취약	- 조세에 의한 재원조달로 소득재분배 효과 강함(단, 조세체계가 선진화되지 않은 경우 소득역진 초래) - 임원대기 환자 급증 - 대기기간 장기화 - 개원의의 입원의뢰 남발 가능성
보 험 료	- 보험자 내 보험료 부과 기구적 형평성 확보가능 - 보험자가 다수일 경우 보험자간 재정불균형 발생 우려	
형 평 성		
서비스 질	- 기술적 측면에서 상대적으로 양질의 의료제공 - 첨단의료기술 발전에 긍정적 영향	

2.1. 주요 선진국의 우선순위 설정에 관한 이론적 고찰

2.1.1. 캐나다

(1) 의료보장제도

캐나다는 국가보건서비스 방식에 의한 의료보장제도를 운영한다. 의료보장에 관한 기본적인 책임은 주정부에 있고, 연방정부는 각각 다른 주정부의 의료보장제도를 표준화하거나 일정 수준의 보장성을 유지하고 있다. 또한 전 국민의 보편적 의료보장을 위해 연방보건법(Canada Health Act)으로 운영의 공공성, 급여의 포괄성, 적용의 보편성, 급여수급권의 동반성, 접근성을 정하고 주정부로 하여금 준수하게 하는 법률적 제도적 장치를 통해 국민의료보장을 실현하고 있다. 주정부가 제공하는 의료급여는 보험급여(Insured Health Service)와 확장급여(Extended Health Care Services)로 나뉜다. 보험급여는 캐나다의 보건법에서 정한 병원서비스(표준 및 다인병실 간호, 혈액검사 및 X-ray 등 검사, 원내처방약제, 수술실 및 격리실, 마취실 사용), 의사서비스(각 주정부의 제도 취지에 따라 의사 결정한 의료행위) 및 치과수술(병원의 치과진료)이며, 확장급여는 병원 이외의 장기요양시설서비스, 가정요양서비스, 이송서비스 등이다. 그러나 성형수술과 같은 보충적 진료는 주로 개인부담이다. 병원 원외 처방 약품은 캐나다 보건법이 규정하는 보장범위에 포함되지 않아 주정부가 의무적으로 제공해야 하는 급여는 아니다¹⁴⁻¹⁶⁾.

(2) 우선순위 설정기준

캐나다 의사협회는 급여 우선순위 의사결정을 위한 요소로 의료의 질(효과성, 적절성, 효율성, 환자의 수용성과 안전성), 윤리성(공정성, 연령,

생활양식, 인지된 환자 대 통계적 환자, 무용성), 경제성(비용효과분석)의 세 가지를 제시하고 있다. 여기서 효과성은 치료와 효과를 발휘하는지 하는 것을 보는 것이고, 적절성은 특정 개개인에 대한 위험과 편익에 대한 정보를 포함한다^{16,17)}.

캐나다 윤리위원회는 연방정부와 지방정부 및 지역위원회가 급여 우선순위 결정 작업의 가이드라인이 되는 가치와 원칙을 분명하게 수립하고 우선순위 결정에 대중이 참여할 수 있도록 공공교육프로그램이 개발되어야 하며 우선순위 결정에 대한 의사결정 각 단계는 투명하고 공개적이어야 한다고 제안하였다.

Jennifer¹⁸⁾는 우선순위 설정기준에 대해 전략적 적합도, 외적 제휴, 학문적 책임(교육과 연구), 임상적 영향, 지역사회 요구도, 외부와의 협력, 내부의 상호의존도, 재원과의 관련성이라고 제시하였다. 전략적 적합성이라 함은 의료서비스에 대한 정부의 전략적 방향과 그에 대한 비전, 의무, 가치, 목표 등을 말하는 것이다. 외적 제휴는 우선순위 설정을 위해 정부의 위임과 법률이 제정되어야 한다는 것이다. 학문적 책임에서 교육은 교육을 통해 임상적 문제에 대한 규칙을 강조하고, 연구를 통해 임상적 기준을 설정한다는 의미이다. 임상적 영향은 환자에게 효과적이고 안전한 의료를 공급하기 위한 임상을 의미하며, 건강증진이나 질병현상에 대한 효과를 포함한다. 지역사회 요구도는 지역사회의 국민들이 필요로 하는 보건의료서비스를 기술한 것이고 외부와의 공동협력은 보건진료를 위해 전달되는 다른 기관과의 일치와 위임을 의미한다. 내부의 상호의존도에 관해서는 임상 서비스와 정부기관과의 공동협력을 함으로써 효과를 높이는 것을 뜻한다. 재원과의 관련성은 동원, 국민의 사용량, 국가의 자원과 관련된 요인들을 의미한다.

이밖에도 Deber¹⁹⁾는 우선순위 설정에 있어 치료의 효과성, 적절성, 정보가 제공된 상태에서 환자의 판단과 관점, 공적 영역에서 제삼자가 치료

비를 지불하는 것이 타당한지의 검토가 필요하다고 주장하고 있다.

2.1.2. 영국

(1) 의료보장제도

영국은 국가보건서비스(National Health Service)를 제창하여 포괄적 의료서비스를 제공하고 있다. NHS는 전 국민을 가입자로 하여 의료보장의 보편성(universality), 급여에 모든 서비스를 포함시키는 포괄성(comprehensiveness), 재원조달을 일반조세에 의존하게 하는 수직적 소득재분배(vertical income redistribution), 전 국민을 하나의 조직에 의해 관리하게 하는 행정관리의 효율성(administrative efficiency), 단일보험자와 비영리의료기관에 의한 의료제공에 따른 비용관리측면에서의 거시적 효율성(macro-efficiency)을 확보하는 구조를 가지고 있다^{15-17,20}.

영국의 NHS는 병의원 이용시 본인부담이 없는 제도를 운영하고 있다. 다만 환자가 고급시설을 입원한다든지 등의 경우에만 본인부담이 있다. 입원서비스에는 본인 부담금이 없고 외래 이용시는 처방을 받을 경우에만 약간의 본인부담금이 있는 제도를 가지고 있다. 본인부담은 16세 이하 어린이, 노인, 저소득자 등을 제외한 약제비의 일부, 치과서비스 영역에서 상당한 부분을 차지하고 있다. 대부분 조세에 의해 조달되고 있으며, 중앙정부로부터 지원된다.

(2) 우선순위 설정기준

1993년 지역보건당국 수준에서 시작된 우선순위의 설정기준은 형평성, 효율성, 반응성 등이었지만 변동가능성을 강조하였다¹⁷.

Richard²¹⁾은 우선순위 설정에 관한 4가지 원리를 설명하고 있다. 첫째로 요구도를 말한다. 이는 치료의 응급성, 질환의 응급성, 질환의 생존기간, 유용성, 수명, 비용의 소모성을 포함한다. 둘

째는 최고점이다. 건강과 웰빙의 최고도를 말한다. 셋째로는 평등이다. 기대수명과 이를 위한 기회를 평등하게 제공하는 것이다. 마지막으로 조화이다. 이 모든 원리를 최대한으로 발휘할 수 있도록 조화를 이루는 것을 말한다.

이 밖에도 Peter²²⁾는 우선순위 설정에 있어서 형평성과 효과성에 대한 균형을 강조하고 있다.

2.1.3. 스웨덴

(1) 의료보장제도

국가보건서비스(NHS) 방식으로 운영되며, 스웨덴에 거주하면 국적 및 경제활동 유무에 관계없이 누구나 동등하게 필요에 따라 국가가 제공하는 의료서비스를 받도록 하고 있다. 재원은 중앙정부의 일반조세가 아닌 지방자치단체가 자체 조세권에 의해 조달된 조세 수입으로 보건서비스를 제공하고 있으며, 지방자치단체는 전체 수입의 85% 이상이 보건서비스를 제공하는데 사용하고 있다. 치과진료의 경우 19세까지는 무료로 제공되고, 의료 이용의 남용을 막기 위해 본인부담 제도를 시행하고 있으며, 주마다 본인부담률이 다르다.

(2) 우선순위 설정기준

1992년 보건의료 및 의료 우선순위위원회가 설치되고 이듬해 공식 보고서에 의해 인간 존엄성, 필요도와 사회적 연대성, 효율성의 우선순위 설정 원칙이 제시되었다. 이후 현재에는 우선순위 카테고리를 정치-행정적 우선순위와 임상적 우선순위로 구분하여 정의하였으며, 무엇보다도 측정할 수 있는지에 주안점을 두었다.

정치-행정적인 측면으로는 생명을 위협하는 급성 질환 및 치료받지 않으면 영구적 장애나 조기 사망의 원인이 되는 질병에 대한 치료, 심각한 만성질환에 대한 치료, 말기 환자의 동통 완화치료, 자율성이 제한된 사람에 대한 케어, 편익성이

있음이 보고된 바 있는 예방서비스와 개인적인 예방 및 재활서비스로 통합의료에 포함되지 않으나 기술적인 도움을 제공하는 것으로 "Health and Medical Services Act"에서 규정된 서비스, 아급성질환 및 만성질환 치료, 경계선상의(중간적)환례, 질병 또는 손상 이외의 이유로 인한 케어를 우선순위로 두었으며, 임상적 측면에서는 생명을 위협하는 급성질환 및 치료받지 않으면 영구적 장애나 조기사망의 원인이 되는 질병의 치료, 심각한 만성질환에 대한 치료, 말기 환자의 동통 완화치료, 자율성이 제한된 사람에 대한 케어, 의료진에게서 받는 개인적인 예방서비스와 보건의료서비스법에 규정된 재활서비스, 아급성 및 만성질환 치료, 경계선상의(중간적) 환례를 우선순위로 설정하였다¹⁴⁾. 이 밖에도 Alexander²³⁾는 우선순위 설정에 있어서 질병의 중증도, 국민보험 급여수준, 비용효과 이 세 가지를 측정할 수 있는 질적 문제를 들고 있다.

2.1.4. 노르웨이

(1) 의료보장제도

사회보험방식의 의료보장제도로 전 국민을 적용시키고 있으며, 대부분 조세와 공공기관에 의해 제공된다¹⁶⁾.

(2) 우선순위 설정에 대한 이론

1985년 정부에 의해 형평성을 위한 우선급여 설정가이드라인을 마련하도록 하여 질병의 심각성(기본, 보충, 저순위, 정부급여 제외 등), 접근의 형평성, 대기시간, 비용, 질병에 대한 환자 개인의 책임, 치료효과, 비용효과 등에 관한 기본원칙을 우선순위 기준으로 삼았다¹⁴⁾.

김¹⁴⁾의 논문에 의하면 Lønning Committee는 1996년 질병의 심각성, 치료의 효과성, 치료의 비용효과성 3가지의 기준을 제시하였으며, Alexander²³⁾는 형평성과 개인의 책임을 우선순위

설정 기준이라고 정의하고 있다.

2.1.5. 네덜란드

(1) 의료보장제도

네덜란드의 의료보장제도는 우리나라의 국민건강보험제도에 해당하는 일반의료비보장제도와 장기요양보험에 해당하는 특별의료비보장제도, 의료비보충제도로 나눌 수 있다. 일반의료비보장제도는 사회건강보험제도, 민간보험제도, 공무원 특별제도로 구성되어 있다. 사회건강보험제도와 특별의료비보장제도는 가입이 강제되는 사회보험 제도이며, 일반의료비보장제도는 민간보험제도와 의료비보충제도는 임의보험제도이다. 사회적 보호가 필요한 계층이나 질환에 대해서는 가입이 강제되는 사회보험 방식을 통해 사회적으로 연대하여 대처하는 한편 그렇지 않은 경우에는 민간보험을 통해 개인이 대처한다. 특별의료비보장제도의 재원은 보험료 및 가입자 부담금으로 구성된다. 사회건강보험제도의 재원은 가입자가 소득에 기준하여 부담하는 보험료, 정부가 부담하는 보험료, 민간보험가입자가 부담하는 보험료이다. 특별의료비보장제도와 일반의료비보장제도의 사회건강보험제도는 의료제공자에게 보험자가 진료비를 직접 지불하고, 민간보험의 경우 환자가 진료비를 지불한 후 보험회사로부터 지불받는 상환제를 채택 운영하고 있다¹⁵⁻¹⁷⁾.

(2) 우선순위 설정

기본급여 우선순위 설정에서의 결정기준으로 지역사회적 관점에서 필수적인지, 효과적임을 증명할 수 있는지, 효율적인지, 개인에게 책임이 있는지 등의 4가지가 있다¹⁴⁾.

2.1.6. 미 국

(1) 의료보장제도

미국은 민간의료보험이 가장 활성화되어 있고,

표 2. 전체 보건의료 비용에서의 상환율

(1999~2000, CNAMTS, DREES, Comtes de la Sante)

	책정 상환율(%)	실제 상환율(%)	최종 상환율(%)
의사 외래진료	70	81	75.0
치과진료	70	73	34.9
다른 의료서비스	60	92	79.0
검 사	60	77	73.3
약 품	35/65/100	73	61.5
입원비	80	-	90.2

선진국 중 유일하게 전 국민을 대상으로 하는 의료보장제도가 없는 나라이다. 미국의 공적 의료보장에는 메디케어(Medicare: 65세 이상 노인과 장애인을 위한 건강보험제도)와 메디케이드(Medicaid: 빈곤층을 위한 의료급여제도)가 있으며 전체 인구 중 약 13.7%가 메디케어, 12.4%가 메디케이드의 적용을 받는다. 메디케어나 메디케이드 모두 불완전한 의료보장제도로 나타나고 있으며, 최근 악화되고 있는 정부재정으로 말미암아 보장성이 커지기보다 오히려 악화되고 있는 추세이다²⁴⁾.

(2) 우선순위 설정 기준

질병, 치료에 대한 우선순위 목록을 마련하고 여기에 대중을 참여시키고 있다. 우선순위 설정 기준으로는 생존가능성과 치료비용 등을 논하고 있다. 김¹⁷⁾의 연구에서는 사망을 예방하고 완전한 회복을 보장하는 정도, 산과의료, 완전한 회복을 기대하지는 못하나 사망을 예방하는 정도, 동통의 경감 등 환자의 관점에서 증상을 완화할 수 있는 치료(삶의 질)가 있다고 보고하고 있다. Annie²⁵⁾의 윤리적 우선순위 설정 이론에 의하면 예방을 강화하여 질병을 유발되는 비용을 최소화한다는 의미에서의 편익성, 본인 스스로 삶에 중요하다고 여겨지는 가치를 말하는 것으로 삶의 질에 미치는 영향, 이 밖에도 편익의 지속성, 긴급성, 공평성(성공적인 치료를 위한 요구도)을 제시하고 있다.

2.1.7. 프랑스

(1) 의료보장제도

서비스의 질과 비용뿐만 아니라 보건의료 공급과 재정조달을 중앙정부에서 관리한다. 질병보험제도는 기본적으로 의무적인 공적 질병보험과 민간보험자와 공제조합에 의해 제공되는 보충보험 2가지 체제로 이루어지고 있다. 재원은 공공병원의 경우 질병보험금고에서, 민간병원의 경우 행위별수가제(fee-for-service)를 근거로 지불된다.

건강보험의 급여범위는 질병 및 출산에 대한 현물/현금급여, 가족수당, 연금으로 구성되어 있고, 이 중 현물급여는 치료비, 입원비, 치과진료 및 치아보철 비용, 약제비, 환자이송비, 온천요법, 직업복귀와 직업재활비용 등이 포함되어 있으며, 본인 부담 급여방식은 상환제로 이루어져 있다^{26,27)}.

2.1.8. 독일

(1) 의료보장제도

연방주의(federalism)와 공동체적 조합주의(corporatism)로 사회보험방식이다. 독일 인구 중 약 86%가 법정질병보험에 가입했으며, 나머지 약 13%는 민간질병보험 및 사회부조 그리고 무보험자로 구성되어 있다. 법정질병보험의 재원은 원칙적으로 보험료 수입으로 조달된다. 행위별 수

가제와 주요 비용부분별로 그 예산 총액이 정해져 있는 부문별 예산제(Sectoral budget)의 진료비 지불방식을 정하고 있다.



그림 2. 우리나라 보험급여의 구성

보험급여는 현물급여와 현금급여로 나눌 수 있는데 현물급여에는 질병예방, 외래급여(의사 및 치과의사에 의한 진료는 급여기간의 제한이 없고 본인, 가족 모두 원칙적으로 100% 급여함, 의치는 비용의 40~60%를 본인이 부담. 의치 또는 치과장착 비용의 50~60%는 환자가 부담. 치아보철은 원칙적으로 비용의 50%를 본인이 부담. 다만 치과정기검진을 받는 수진자는 질병금고에서 10% 또는 15%의 특별보조금이 지급되기 때문에 본인부담 비용은 35% 또는 40%가 됨), 입원, 가정간호, 출산급여, 가사 및 경영원조, 재활(재활을 목적으로 하는 의학적·치과적 처치와 의약품 및 치료재료의 공급 등), 온천치료요법이 있으며, 현금급여에는 상병수당, 모성수당, 치아보철(질병금고의 보조비율을 넘어가는 비용), 치아교정(첫 번째 어린이는 비용의 20%, 두 번째 어린이부터 동시진료시 비용의 10%)이 있다^{26,27)}.

2.2. 우리나라 우선순위 설정에 관한 이론적 고찰

2.2.1. 의료보장제도

우리나라의 사회보장기본법은 질병·장애·노령·실업·사망 등의 사회적 위험으로부터 모든 국민을 보호하고 빈곤을 해소하며 국민생활의 질을 향상시키기 위하여 제공되는 사회보험, 공공부조, 사회복지서비스 및 관련복지제도를 규정하고 있다. 사회보험에는 의료보장과 소득보장, 공적부조에는 최저생활보장과 의료급여, 사회복지서비스에는 노인·아동·장애인·가정복지서비스, 관련복지제도에는 보건, 주거, 교육, 고용이 포함되어 있다¹²⁾.

사회보험에 속해 있는 의료보장체계는 국가의 연대성의 원리를 기초로 하는 공공부조제도와 특정 동종집단의 연대성을 기초로 조직·운영되는 사회보험제도, 국민의 정상적인 사회생활을 위해 제공되는 사회복지서비스제도 및 관련복지제도로 대별된다. 우리나라 의료보장 관련 제도를 보면 건강보험, 의료급여, 산업재해, 자동차보험이 있다.

건강보험의 제도현황을 보면 질병 및 부상에 대한 예방, 진단치료, 재활과 출산, 사망, 건강증진에 대한 보험급여라는 기본 성격을 지니며, 가입자와 사용자가 관리대상이 된다. 사업주, 근로자, 정부, 세대원이 보험료의 부담주체가 되며, 급여내용으로는 요양급여, 건강검진, 요양비, 장제비, 본인부담액 보상금, 장애인보장구, 본인부담금환급금 등이 있다. 그러나 범죄행위로 인하여 사고를 유발했을 때 및 다른 법령에 의하여 급여를 받게 되면 급여제한을 둔다. 건강보험수가로 이루어지며 모든 요양기관이 진료기관이 된다. 본인부담은 입원 20%, 외래는 요양기관 종별

표 3. 건강보험 급여 결정기준

구분	결정기준
법정 급여	안정성·유효성이 있으며, 보험급여원리에 부합되는 행위 - 질병·부상 등에 대한 치료목적의 경우 - 업무 또는 일상생활에 지장이 있는 경우 - 신체의 필수 기능개선 목적인 경우 등 ① 질병치료에 필요하고 보편적으로 시술되는 경우 ② 유사 또는 대체 가능한 행위와 비교시 보험재정에 변화가 적은 경우
법정 비급여	건강보험 급여원리에 부합되지 않는 행위 ① 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우 ② 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우 ③ 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 않는 경우 ④ 기타 진단서 발급 등 직접적 진료목적 이외의 경우 등 안정성·유효성의 확인이 최종적으로 이루어지지 않았으나, 진료에 반드시 필요하고 향후 의료발전에 기여할 가능성이 있다고 판단되는 경우는 실시대상, 실시기간 등 요건을 정하여 비급여
본인부담 (100분의 100)	안정성·유효성이 있으며, 보험급여 원리에 부합되는 행위 ① 보험재정에 상당한 부담을 초래하는 경우 ② 추정 상충원가가 유사 또는 대체 가능한 행위의 상대가치점수보다 상대적으로 고가인 경우
한시적 비급여	안정성·유효성이 있고 보험급여 원리에 부합되며, 일정기간 경과 후 요양급여대상(법정급여, 100분의 100 본인부담)으로 적용 가능한 행위 ① 시행 초기(2년 미만)로 적정 상대가치점수 결정이 곤란하거나 소요비용이 월등히 고가인 경우 ② 일부 요양기관(10개 미만)에서만 실시하고 있는 것으로 확인되거나 실시건수가 적은 등 보편적이지 아니하며, 적정 상대가치점수 결정이 곤란하거나 소요비용이 월등히 고가인 경우 ③ ① 또는 ②에 해당되지 않더라도 소요비용의 편차 등으로 적정상대가치점수 결정이 곤란한 경우 ④ 비용효과 등 진료상 경제성이 있다고 판단하기 곤란한 경우

*자료출처: 김주경(2004)

로 다르다. 진료비심사는 건강보험심사평가원에서 하며, 진료비지급은 국민건강보험공단에서 실시하고 있다¹³⁾.

보험급여의 구성은 〈그림 2〉와 같이 현물급여와 현금급여로 나눌 수 있으며, 본 연구에서는 현물급여에 속하고 있는 요양급여를 다루고자 한다.

우리나라 건강보험 제도의 특성으로는 첫째, 질병 및 부상을 보험사고의 주체로 하고 있으므로 질병보험이며 둘째, 법률에 의하여 가입이 강제화된 강제보험이다. 셋째, 단기보험으로 1년을 기준으로 보험료의 부담과 보험 급여의 형평을 고려하여 설계한다. 넷째 개인적 여건에 관계없이 그 수요에 따라 급여가 제공되는 형평성의 원

표 4. 건강보험 비급여 대상

각 호에 따른 내용	진료군
업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료	단순피로 또는 권태, 피부질환, 비뇨생식기질환, 단순 코골음, 단순포경, 안과질환 등 7개 진료군
신체의 필수기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료	미용성형 및 그로 인한 후유증, 사시교정, 시력교정술 등 외모개선을 목적으로 하는 6개 진료군
질병·부상의 진료를 직접 목적으로 하지 아니 하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치과재료	건강검진, 예방접종, 구강질환 예방의 위한 진료 등 예방서비스인 7개 군
보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여 원리에 부합하지 아니하는 경우로서 비용·행위·약제 및 치료재료	12개 진료군으로 상급병실 입원료 차액, 보장구, 보조생식술, 친자확인, 치아보철 등이 포함
한시적 비급여 대상	보험재정에 상당한 부담을 초래하는 경우(초음파영상 다만, 2006년 12월 31일까지 적용) 대체가능하고 비용효과적인 측면에서 상대적으로 고가인 경우(광중합형 복합레진충전, 광중합형 글래스 아이오노머시멘트 충전, 다만 2006년 12월 31일까지 적용)
보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우	제1호 내지 4호, 제5호 가목 및 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료
건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우	한방물리요법, 한방생약제제의 2개군

* 자료출처 : 2006.5.19 개정 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙

칙을 따르며 다섯째, 소요재원은 이해 당사자인 수익자가 부담하는 것을 원칙으로 하고 있다. 여섯째 급여는 인간 생명과 직결되므로 급여를 우선적으로 실시하는 것을 원칙으로 하고 일곱째, 급여는 적정 급여를 원칙으로 한다. 여덟째, 급여 시행자, 급여 수령자, 비용 지불자가 상이한 제3자 지불을 원칙으로 하고 마지막으로 보험 대상자의 자격취득과 상실은 발생주의에 입각한다¹³⁾.

건강보험 적용대상자로는 국내에 거주하는 국민으로서(의료급여 대상자는 제외) 직장 가입자는 상시 5인 이상 사업장 근로자, 공무원 및 사립학교 교직원을 그 대상으로 하며 지역가입자는 그 피부양자를 제외한 자를 말한다.

건강보험 급여 결정기준은 <표 3>과 같이 법정급여, 법정 비급여, 본인부담, 한시적 비급여로 나뉘며, 비급여 대상은 각 호에 따라 7가지로 나뉜다<표 4>.

2.2.2. 우선순위 설정기준

김¹⁴⁾은 우선순위의 문제는 규모, 문제의 심각성, 문제의 응급성, 비용대비 효과성, 문제의 해결가능성(실현가능성) 등을 고려하여 정해진다고 인용하여 설명하고 있다. 즉 유병률 및 사망률의 크기가 문제의 규모를 나타내고, 적절한 시기에 치료를 하지 않아 나타나는 장애나 후유증의 정

표 5. 각국의 우선순위 설정기준 비교

우선순위 설정기준	캐나다	영국	스웨덴	노르웨이	네덜란드	미국	우리나라
치료의 효과성	○			○	○		
치료의 적절성	○						
치료의 효율성	○	○	○		○		○
환자의 수용성	○	○					○
치료의 안전성	○						○
형평성	○	○		○		○	
유병률 및 발생률(질병의 규모)	○						○
비용 효과(편익성)	○		○	○		○	○
환자의 (선택적 관점)요구도	○	○					○
치료의 응급성		○	○			○	○
치료의 유용성		○					
수명에 미치는 영향		○	○			○	
비용의 소모성		○		○		○	○
인간의 존엄성			○				
사회적 연대성			○				
건강한 삶(삶의 질)		○	○			○	
심각한 만성질환			○				
질병의 중증도(심각성)			○	○			○
급여의 수준(보험재정에 대한 부담)			○				○
질병에 대한 환자의 책임				○	○		○
측정 가능성			○				
지역사회적 관점					○		
생존가능성						○	
후유장애의 심각성							○
대중의 관심							○
지역적 변이							○
질적평가의 실행가능성							○
국민적 수용성							○

도가 문제의 심각성을, 문제의 응급성은 시간이 지체됨으로써 생명에 위협을 느끼게 되는 경우, 비용대비 효과성은 투입자원을 가장 작게 하면서 동일한 효과를 초래하는 것을 말한다. 문제 해결 가능성은 보험 재정의 한도 내에서 충당이 가능한지 또는 의학적 치료가 가능한지를 판단하는 것이다.

김 등^{14),17)}의 전문가를 대상으로 한 조사에서

급여여부 결정을 위한 평가기준으로 ① 즉각적인 치료를 요하는 응급성이 큼, ② 질병의 중증도가 높음, ③ 치료에 대한 개인의 경제적 부담이 큼, ④ 질병으로 인한 후유장애의 심각성이 큼, ⑤ 치료의 효율성 즉, 비용 대비 효과가 큼, ⑥ 질병 발생에 대한 개인의 책임이 크지 않음, ⑦ 질병 발생률 및 유병률이 높음, ⑧ 치료의 대체가능성이 높지 않음, ⑨ 치료의 의학적 효과성이 큼, ⑩ 공중

표 6. 2005년 상반기 요양기관 현황

단위: 개, %

총계	종합전문 요양기관	종합 병원	병원	요양 병원	의원	치과		한방		조산원	보건 기관	약국
						병원	의원	병원	의원			
71,994	42	249	878	154	24,876	114	12,377	153	9,541	55	3,420	20,135
	0.05%	0.34%	1.21%	0.21%	34.55%	0.15%	17.19%	0.21%	13.25%	0.07%	4.75%	27.96%

의 관심이 높음, ⑪ 치료의 안전성이 높음, ⑫ 보험급여시 보험재정에 대한 부담이 크지 않음, ⑬ 치료의 수단의 지역적 변이가 크지 않음을 제시하고 있다.

배⁹⁾의 연구에서는 보건부분에서의 우선순위를 보건의료서비스와 이외의 건강을 유지·증진하는데 필요한 서비스들 간에 우선순위를 정하는 경우, 건강증진, 예방, 치료, 재활 등 보건의료서비스 간에 우선순위를 정하는 경우, 서비스의 계층별, 지역별 우선 대상자를 정하는 문제로 구분하고 있다.

Woohyun²⁸⁾의 연구에서 우리나라 보건의료서비스에 대한 우선순위 설정은 부담의 정도, 질적 문제의 심각성, 사회의 관심과 요구도, 수용성, 질적 평가의 실행가능성을 제시하고 있다.

보건복지부의 건강보험 보장성 강화 방안을 위한 공청회에서는 본인부담의 크기, 위급성, 치료 효과성, 국민적 수용성, 비용효과성, 해당 질환의 환자 수를 우선순위 설정기준으로 하였다.

선진국과 우리나라의 보건의료서비스 및 급여 확대를 위한 우선순위 설정기준을 종합해보면 <표 5>와 같다

7개국 중에 치료의 적절성과 비용효과(편익성) 항목이 5개 국가의 설정기준이 되고 있으며 형평성, 치료의 응급성, 비용의 소모성도 여러 국가의 우선순위 설정기준이 되고 있었다. 이 밖에도 치료의 효과성, 환자의 수용성, 환자의(선택적 관점) 요구도, 수명에 미치는 영향, 건강한 삶(삶의 질), 질병의 중증도(심각성), 질병에 대한 환자의 책임 등도 눈여겨봐야 할 기준이다.

2.3. 치과 건강보험을 위한 우선순위 설정

선진국의 치과진료에 관한 급여정도를 살펴보면 독일의 경우 치과보철 및 의치치료에 대해서 기준 금액 초과분의 100%를 본인이 부담하며, 기준 금액은 과거 5년 또는 10년간의 예방적 치과 진료 여부에 따라 달리 적용하고 있다. 치열교정의 경우 정상적인 식사, 대화, 호흡에 어려움을 초래하는 경우에 20% 본인부담이지만 그렇지 않은 경우는 100% 본인부담을 하고 있다²⁹⁾.

핀란드의 경우는 치과 진료비 종류에 따라 60~75% 본인부담 상환율을 갖고 있으며, 덴마크의 경우 치과 및 약제비에 대해서는 본인부담금이 발생하며, 비임상적인 서비스(물리치료, 치과 치료, 안정처방 등)에서도 일부 본인부담금을 지불하고 있다²⁹⁾.

스웨덴은 의료보장제도가 NHS로 운영되나 치과진료의 경우 의과진료와는 달리 20세 미만은 국가보건서비스 방식으로 20세 이상은 치과보험제도(Dental care insurance)를 도입하여 사회보험 방식을 적용하고 있다.

우리나라 치과진료의 경우 일부 본인이 부담하는 항목과 비급여 항목이 많아 의료소비자에게 부담을 주고 있다. <표 6>과 같이 기타 요양기관을 제외한 일반 병의원의 2005년 상반기 개원현황을 보면 35.76%로 치과 병의원 17.34%보다 2배 가량 많았다. 그러나 <표 7>의 2005년 상반기 요양급여비용 심사실적을 보면 일반 병의원의 경우 34.74%로 치과 병의원 4.28%보다 8배 이상

표 7. 2005년 상반기 요양급여비용 심사실적

단위: 원, %

총계	종합전문 요양기관	종합병원	병원	의원	치과		한방		조산원	보건 기관	약국
					병원	의원	병원	의원			
12,042,935	1,682,667	1,648,208	914,421	3,270,635	516,304		531,205		119	67,010	3,412,367
	13.97%	13.68%	7.59%	27.15%	4.28%		4.41%			0.55%	28.33%

높았다. 이를 보면 치과진료의 경우 건강보험의 적용비율이 매우 낮은 것을 알 수 있다.

치과 건강보험에 관련해서 적용하는 우선순위 설정 기준이 차별적으로 분류되어 있지 않으며, 대부분 일반 의료에 대한 우선순위 설정기준을 공용하고 있다.

3. 고 찰

건강보험은 국민의 질병·부상에 대한 예방과 진단, 치료, 재활과 출산·사망 및 건강증진에 대해 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진하기 위해 만들어졌다. 즉 질병으로 인해 발생하는 경제적 부담을 감소시켜 개인을 보호하고자 하는 것이다^{14,30)}.

우리나라의 경우 1977년 500인 이상 사업장을 대상으로 강제 적용된 이래 12년 만인 1989년 전 국민 의료보험을 달성하였다. 국가가 주도하여 가입자에게 비교적 높은 본인부담을 시켜 초기에 재정안정을 이루었고, 보장성 확보보다는 가입자 확대에 치중하는 일련의 정책을 취해왔다. 2006년 현재 건강보험의 보장성은 65%로 주요 선진국들의 85~90%의 보장성에 비해 매우 낮다. 이는 높은 법정본인부담과 비급여 영역이 지나치게 넓기 때문이다.

현재 우리나라는 인구구조의 급격한 변화와 이에 따른 국민의료비 급증, 인구의 노령화로 질병의 양상 변화, 즉 전염성, 급성질환에서 만성, 중증질환 중심으로 재편되고 있으며 더불어 생산가능인구의 감소로 노인의료비의 상승이라는 부담

을 초래하고 있다. 뿐만 아니라 사회의 양극화 심화와 보건의료분야의 개방 압력, 이에 따른 의료산업화 논의의 촉발 등의 변화도 빠르게 진행되고 있다. 따라서 국민의 의료이용 형평성이 확보되어야 하고, 그러기 위해서는 필수의료서비스에 대한 보장성을 높여야 한다³¹⁾. 보장성은 건강보험 급여의 범위와 수준에 따라 결정된다. 국민 건강보험이 국민의 삶의 질 향상에 기여하는 지속가능한 사회보장제도로 확립되기 위해서는 건전하고 안정적인 재정운동을 바탕으로 충분한 보장성을 확보하여야 한다. 이를 위해 보건복지부는 급여확대 우선순위 기준을 마련하고, 암 등 중증질환 중심의 환자부담 경감방안 및 2008년까지 급여율 71.5% 달성을 위한 보장성 강화전략을 발표하였다. 우리나라 의료체계 성과 향상을 위해 의료체계의 효과성을 제고하고 건강불평등을 해소하기 위해서는 적정수준의 의료비가 확보되어야 한다. 그러나 단순히 의료비를 늘리는 차원이 아닌 의료비 수준보다는 의료비의 사용이 보다 중요함을 시사해 주고 있다. 보험급여를 확대하고 본인부담금 수준을 낮추는 것은 의료의 접근성을 향상시켜 의료체계의 효과성을 높이고 건강불평등을 해소하기 위한 기본요건이라 할 수 있다. 특히 건강증진, 질병예방, 보건교육, 재활 등에 대한 포괄적인 서비스의 제공이 필요하다³²⁾.

본 연구에서는 다음과 같이 정리할 수 있다.

첫째, 국가보건서비스(NHS) 방식을 취하고 있는 영국, 캐나다, 스웨덴 등에서 우선순위 설정기준에 대한 연구가 활발히 이루어지고 있음을 알 수 있다. 치료의 효율성, 환자의 수용성, 형평성,

비용효과성, 환자의 (선택적 관점)요구도, 치료의 응급성, 수명에 미치는 영향, 건강한 삶(삶의 질) 등이 공통적으로 우선순위 설정의 기준이 되고 있다. 사회보험(NHI) 방식을 취하고 있는 국가는 치료의 효율성, 비용효과(편익성), 비용의 소모성, 질병에 대한 환자의 책임 등이 우선순위 설정 기준이 되고 있다. 사회보험방식의 경우 대부분 국민의 보험료로 재원이 조달되고 있어 특히 비용적인 효율성과 적합성에 우선순위를 설정하고 있다.

둘째, OECD 국가 중 GDP(Gross Domestic Product)가 높은 국가일수록 우선순위 설정에 관한 연구도 활발히 진행되고 있었다. 2005년 GDP 순위에서 미국, 일본, 독일, 영국, 프랑스, 캐나다 모두 GDP 10위 안에 기록되었으며, 우리나라도 11위를 차지하였다³³⁾. GDP가 높은 국가일수록 보건부문에서 합리적인 정책방안을 도출하고 있음을 알 수 있다.

셋째, 우리나라에서도 우선순위 설정기준에 관한 꾸준한 연구가 진행되고 있으며, 건강보험 급여 확대정책에 반영되고 있다. 우리나라 건강보험의 재원조달이 대부분의 보험료로 이루어져 급여확대 즉, 건강보험 보장성 확대를 위해서는 보험료 인상이 불가피하다. 보건복지부에서는 2006년 단기간 급격한 보험료 인상을 최소화하는 수준에서 보험료를 3.9%를 인상하였다. 소요비용 절감과 효율적인 급여 관리를 위해서는 합리적 기준설정이 불가피하다. 따라서 치과 건강보험의 보장성을 위해서는 비급여의 축소, 급여확대가 우선되어야 한다. 그러나 급여에 포함시키는 항목의 선정에 있어서는 사회적 합의를 거치는 신중한 접근이 필요하다. 건강보험의 취지에 적합한지 여부, 의학적 안전성 및 효과성을 확보했는지 여부 등을 따져 급여화 할 항목을 정하고 재정부담의 크기와 우선순위에 대한 검토를 거쳐 단계적으로 급여화 할 필요가 있다²⁹⁾.

넷째, 우선순위가 국가재정상태, 질병의 양상,

개인의 경제적 상태, 제도적 장치 등에 따라 달라지듯 일반 의료와 치과 의료의 질병양상에 차이를 두어야 한다. 예를 들면 일반 건강보험 우선순위에 있어서 가중치를 높게 갖는 것은 중증 질환 및 입원환자^{7,32)}이지만 구강질환의 경우 구강암과 같은 중증질환의 비율이 낮고, 입원 치료를 하게 되는 의료가 적다. 즉 치과영역에서는 구강암의 발생률이나, 입원을 필요로 하는 질환보다는 치아우식증이나 치주질환과 같이 만성질환으로부터의 치아탈락을 예방하고 보철물 착용을 위한 경제적 부담을 해소시킬 수 있는 질환에 우선순위를 두어야 한다. 이를 배제하고 일반 의료와 치과 의료의 우선순위 설정에 대한 차별성을 두지 않으면 치과 진료의 보험급여 확대에 대한 효율성을 낮아지게 된다. 치과질환은 만성적 특성을 갖고 있으며, 예방을 통해 비용의 소모를 절감할 수 있다. 또한 국민의 70% 이상이 치과질환을 보유하고 있다⁸⁾는 것을 유념할 때 위의 우선순위 설정기준을 재정립 하여야 할 것이다.

따라서 치과 건강보험의 우선순위 설정에 대한 기준을 제시하자면 <표 5>의 우선순위 결정 항목과 관련지어 볼 때, 첫째, 유병률과 발생률이다. 2005년 건강보험심사평가원의 자료에서 보고한 바와 같이 구강질환은 급여 다빈도 상병이다. WHO에서도 구강질환은 대부분의 만성질환으로 불소나 구강위생관리 등 예방할 수 있는 요소까지 위협에 노출되어 비율이 계속 높아감을 주시하고 있다¹¹⁾. 우리나라 5세 어린이 구강건강상태의 추이를 살펴보면 유치우식경험자율이 1991년 86.9%, 1995년 82.0%, 2000년 83.3%를 보이고 있어³⁴⁾ 치아우식증 등 구강질환에 대한 유병률이 심각함을 알 수 있다. 우선순위 설정에 있어서 질병의 경험과 파급정도에 관한 고려가 필요하다.

둘째, 형평성이다. 구강 질환은 비급여 항목이 많다. <표 6>과 <표 7>에서 알 수 있듯이 보험급여율이 매우 낮다. 이는 비급여 항목으로 인해

질환이 발생하였을 경우 의료 소비에 대한 빈부의 차이를 발생시킨다. 의료소득의 불평등 또는 건강수준의 불평등을 해소하기 위해서는 형평성을 고려해야 한다.

셋째, 비용효과이다. 치과질환은 예방을 통해 환자의 고통 감소 및 소요비용의 경제적 절감을 이끌어 낼 수 있다. 질병의 만성화는 결국 비급여 항목으로 인한 급여 지출을 야기하고, 이를 통해 경제적 부담을 안게 된다. 예방을 통해 적은 비용으로 최대의 효과를 볼 수 있도록 하는 것이 중요하다. Walter Loesche가 언급하기를 치아우식과 치주질환은 아마도 한 인간이 겪게 되는 가장 비용이 드는 질환이라고 하였다³⁵⁾. 예방의료에 대한 급여확대는 장기적으로 국민건강증진과 국민의료비 절감에 도움을 줄 것이다.

넷째, 삶의 질이다. 20세 이상 성인들을 대상으로 삶의 질 추구에 있어 구강건강의 문제점의 중요성을 조사한 결과 60세 이상 노인의 경우에서 구강건강이 다른 어떤 건강의 문제보다 가장 중요하다(64.5%)고 응답하였으며, 평균적으로 치아가 건강한 20대의 경우 2.0%만이 구강이 중요하지 않다는 응답을 하여³⁹⁾ 구강건강이 삶의 질 향상에 중요한 요인임을 확인할 수 있다.

다섯째, 후유장애의 심각성이다. 구강질환의 경우 만성질환으로 특히 치아우식증의 경우 경조직 질환으로 한번 손상을 받으면 원상태로 회복될 수 없는 질환이며 치주질환으로 인한 치아발거로 후유증장애가 심각한 질환이다. 이는 치아의 기능적 장애, 발음장애, 안모 손상 등의 피해가 발생하며, 결과적으로 경제적 재정에 따라 기능 회복율이 달라질 수 있다.

이런 이유들로 본 연구에서는 구강질환의 경우 유병률 및 발생률(질병의 규모), 형평성, 비용효과(편익성), 건강한 삶(삶의 질), 후유장애의 심각성 등의 건강보험 우선순위가 필요하다.

우선순위에 있어서 의사결정자들의 요구도와 우선순위를 위한 조직적이고 명백한 접근, 즉 공

정하고 실현가능하고 현실적 근거에 바탕을 두어야 한다³⁶⁾. 하지만 선진국에서도 우선순위를 설정하는 과정은 아직 명백하지 못하고 많은 사례에 있어서 보건의료에 직접적으로 포함을 시키고 있다기보다 의회의 선택에 따르고 있다³⁷⁾. 따라서 질병을 예방함으로써 치료에 소요되는 비용을 절감시키고, 치과의 경우 많은 국민이 보유하고 있는 질환, 노인틀니와 같이 수입비용 대비 지출 비용 부담이 크게 작용되는 점 등을 고려할 때 치료의 효과성, 치료의 효율성, 개인의 경제적 부담 정도, 대중의 관심 등과 같은 문항들이 치과 건강보험 우선순위 설정기준에 포함되어야 할 것으로 사료된다.

Poul³⁸⁾은 The World oral health report에서 보건행위는 건강을 증진시키기 위해 일차적으로 증진적, 예방적, 치료적 활동의 회복이 되어야 하며, 이는 정부와 지역사회와 개인 사이의 활동에서 안전한 균형이 이루어져야 한다고 하였다. 또한 이중에서도 강조되어야 할 점은 구강건강증진과 구강질환 예방을 위해 다른 우선순위 프로그램과 효과적인 공동작업을 정책적으로 발전시켜야 한다고 주장하였다. 우선순위 설정은 능률적이고 효과적인 보건투자라 할 수 있다³⁷⁾. 이를 위해서는 명백한 접근을 통해 공정하고, 실현 가능하고, 근거를 바탕으로 하는 노력이 무엇보다 중요하다고 하겠다³⁶⁾. 합리적인 기준으로 제시되는 우선순위는 결국 의료재정의 효율성을 확보하여 개인의 건강권을 보장하고 의료소비자의 만족도를 높일 것이다.

구강질환은 대부분 만성질환뿐만 아니라 조기 발견과 예방으로 충분히 그 발생을 막거나 과다한 의료비의 지출과 질병으로 인한 고통 후유증을 감소할 수 있는 질환이다. 그럼에도 불구하고 국가적인 재정적 지원의 미흡과 구강의 중요성에 대한 국민적 인식부족으로 인하여 간단한 예방치료 미연에 방지할 수 있는 질환을 키우고 있는 실정이며, 불소나 구강위생관리 등으로 예방할

수 있는 요소까지도 위험에 노출되어 있다고 보고되고 있다¹¹⁾. 따라서 구강건강증진과 구강질환 예방은 건강보험을 위한 일반 의료의 우선순위 프로그램과 효과적인 공동작업으로 정책적 발전이 요구된다. 따라서 우선순위의 설정과 가중치 부여에 대해서는 좀더 전문가들의 논의가 필요할 것으로 사료되며, 차후 본 연구를 바탕으로 치과 진료의 건강보험 급여확대 및 개선방안을 위한 전문가 조사와 의료종사자 및 의료소비자의 의견 조사를 실시하여, 정책결정자, 의료실무자, 의료소비자의 공통적 의견을 통일시켜 구체적인 방안을 도출해 보건정책에 반영하기 위한 노력이 필요하다고 생각된다.

4. 결 론

본 연구는 주요 선진국의 우선순위 설정에 관한 이론적 고찰과 우리나라 우선순위 설정에 관한 이론적 고찰을 통해 건강보험 우선순위 설정의 기준을 정립하고, 치과 건강보험에 합리적인 우선순위 설정 기준을 제시함으로써 의료재정의 효율성 및 개인의 건강권 확보와 건강보험에 대한 의료소비자의 만족도를 높이고자 하였다.

1. 각국의 건강보험 우선순위 설정은 국가의 의료보장제도와 우선순위 도입 환경 및 사회적 환경에 따라 다르게 나타나고 있으나 대부분 공통적인 요인을 많이 포함하고 있다.
2. 각국의 보건의료서비스 및 건강보험에 관한 우선순위 설정 기준을 도출한 결과 치료의 효율성, 형평성, 비용효과, 치료의 응급성, 비용의 소모성, 치료의 효과성, 환자의 수용성, 환자의 요구도, 질병의 중증도(심각성), 질병에 대한 환자의 책임 등이 공통적인 기준으로 제시되었다.
3. 우리나라 질병 양상과 구강질환의 특성에 따

라 치과 건강보험 우선순위 설정에 대해 유병율과 발생률, 형평성, 비용효과, 삶의 질, 후유장애의 심각성 등이 고려되어야 할 기준으로 나타났다.

4. 구강질환의 경우 구강암과 같은 중증질환의 비율이 낮고, 입원 진료가 적다. 이와 같이 치과 의료의 질병양상과 제도적 차별성을 고려하여, 예방을 통한 치료의 효율성, 비용 효과, 범발성 질환의 유병율과 발생률, 개인의 경제적 부담 정도 등을 고려하여 치과 건강보험의 우선순위에 대한 차별적 기준을 설정해야 한다.

참고문헌

1. 이용재, 김승연. 소득계층별 건강보험 본인부담과 이용의 형평성. 사회복지정책. 2006;24: 173-199
2. 김창엽. 사회계층과 전반적 건강수준 및 건강행태. 보건복지포럼. 2004;92:18-25
3. 김혜련, 강영호, 윤장재, 김창석. 건강수준의 사회계층간 차이와 정책방향. 한국보건사회연구원. 2004
4. 윤태호, 문옥륜, 이상이, 정백근, 이신재 등. 우리나라의 사회계층별 건강행태의 차이. 예방의학회지 2000;33(4):
5. 이상이, 김철웅, 홍성철, 김기영. 건강보험 자료를 이용한 소득계층별 암 불평등 연구. 국민건강보험공단. 2004
6. 성동경. 구강질환이 심혈관 질환에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 박사학위논문. 2003
7. 보건복지부. 건강보험 보장성 강화 방안 수립을 위한 공청회. 국민건강보험공단. 2005
8. 보건복지부. 정책공동체활성화를 통한 영유아·노인 구강건강증진사업. 2006

9. 배상수. 보건의료서비스의 우선순위 결정과 보건목표 설정. 건강보장연구. 2001;5:107-148
10. Craig Milton, Cam Donaldson. Health care priority setting: principles, practice and challenges. Cost Effectiveness and Resource Allocation 2004;2(3)1-8
11. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century-the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2003;31:3-24
12. 사회보장기본법
13. 국민건강보험공단 홈페이지(<http://www.nhic.or.kr>)
14. 김주경. 건강보험 급여확대의 우선순위 설정에 대한 연구. 연세대학교 대학원 박사학위 논문. 2004
15. 이용갑, 김경하, 박지연, 엄의현, 전창배 등. 외국의 건강보험제도 조사. 국민건강보험공단. 2005
16. Chiris Ham, Glenn robert. Reasonable Rationing. Open University press maidengead philadelphia 2003
17. 정형선, 김주경, 이규식, 신의철. 건강보험 기본급여의 우선순위. 보건행정학회지 2004; 14(2):34-57
18. Jennifer L Gibson, Douglas K Martin, Peter A Singer. Setting priorities in health care organisations: criteria, processes, and parameters of success. BMC Health Services Research. 2004
19. Deber R, Narine L, Baranek P, Sharpe N, Masnyk Duvalko K, Zlotnik Shaul R, Coyte P, Pink G, Williams AP. The Public-Private Mix in Health Care. National Forum on Health 1998;4:423-545
20. Klein, R, Williams, A. Setting priorities: what is holding us back-inadequate information or inadequate institutions?. Buckingham. Open university press 2000
21. Richard Cookson, Paul Dolan. Principles of justice in health care rationing. Journal of Medical ethics 2000;26:323-329
22. Peter C. Smith. User charges and priority setting in health care: balancing equity and efficiency. Journal of Health Economics 2005;24:1018-1029
23. Alexander W. Cappelen, Ole Frithjof Norheim. Responsibility, fairness and rationing in health care. Health policy 2005.
24. 김창엽. 미국의 의료보장체계(3) : 정부재정에 의한 의료보장. 건강보험포럼 2005;65-74
25. Annie P. Michaelis. Priority-Setting Ethics in Public Health. Journal of Public Health Policy 2002;23:399-412
26. 프랑스·독일·스페인 해외출장 보고서. 건강보험심사평가원 내부자료. 2005
27. 고선희, 김세라, 박인범, 안학준, 이용갑. 독일, 프랑스 심사기관 방문결과 보고서. 건강보험심사평가원 내부자료 2003
28. Woohyun Cho, Sunhee Lee, Hye-young Kang, Myongkeun Kang. Setting national priorities for quality assessment of health care services in Korea. International Journal for Quality in Health Care 2005;17(2): 157-165
29. 김정희, 이진경, 주원석. 본인부담액상한제 소요재정 추계 및 개선방안 연구. 국민건강보험공단 2005.
30. 국민건강보험법
31. 최숙자, 김정희, 이상이. 국민건강보험 보장성 강화: 의미·계획·실제. 건강보험포럼. 2005;2-13

32. 정애숙. 보건의료체계 성과 결정요인 분석-효과성, 효율성, 형평성을 중심으로-. 연세대학교 대학원 박사학위논문. 2004
33. <http://siteresources.worldbank.org/DATA-STATISTICS/Resources/GDP.pdf>
34. 한지형, 이영수, 안용순, 김미정, 허성운 등. 성남시 5세 어린이의 구강건강실태 조사. 치위생과학회지 2005;5(2):89-95
35. 대한치과보존학회. 치과보존학. 대한나래출판사. 2003 p66
36. Craig Mlton, Cam Donaldson. Health care priority setting: principles, practice and challenges. Cost Effectiveness and Resource Allocation 2004;2(3)1-8
37. Sabine kleinert. Next phase of priority-setting in health care. The Lancet 2000; 356:1869-1870
38. Poul Erik Petersen, The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century-the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31:3-24
39. 정세환, 고대호, 김영남, 김용진, 박덕영 등. 구강보건사업강화방안. 저출산고령화사회위원회. 2006

Abstract

A study of Priority-setting in Korean National Dental Health Insurance Scheme

Ji-Hyoung Han, Yoon-Sook Hwang¹

Dept. of Dental Hygiene, Seoul Health College,

¹Dept of Dental Hygiene, Hanyang Woman's College

Key words: priority-setting, health security system, dental health insurance

Priority setting in national health insurances in major advanced countries and the nation was investigated to draw the criteria for priority setting and suggest the most rational criteria for dental insurance so as to help secure the efficiency of medicare financing and individual's health right and also elevate medical consumers' satisfaction with health insurance.

1. Priorities in national health insurance are different from country to country, depending on the medical security systems, priority introducing conditions, and social environment, but have many common factors.
2. The priority setting criteria for national health insurance in those countries include the following in common: the efficiency, equity, and cost effect of treatment, emergency of treatment, consumption of expense, efficacy of treatment, patient's receptiveness, patient's demand, severity of disease, and patient's responsibility for the disease.
3. In oral diseases, severe diseases including oral cavity cancer are low in rate, and in-hospital treatments are few.

From the above findings, it is suggested that dental insurance should establish discriminative criteria for priority setting by reflecting the aspects of dental diseases and system difference between dental and other health insurances and taking account of efficiency of treatment through prevention, cost effect, prevalence and incidence of generalized diseases, and individual's financing burden.