

1

노인의 치과임플란트 건강보험 급여 이용률 현황

¹경희대학교 치과대학 예방·사회치과학교실, ²대한치과의사협회 치과의료정책연구원
류재인¹, 전지은^{1,2}

ABSTRACT

Utilization rate of dental implant for elderly in National Health Insurance in Korea

¹Department of Preventive and Social Dentistry, College of Dentistry, Kyung Hee University

²Health Policy Institute, Korea Dental Association

Jae-In Ryu¹, Ji-Eun Jeon^{1,2}

A dental implant has been covered by National Health Insurance (NHI) in Korea since 2014. Every year the age group covered was extended and the out-of-pocket payment was decreased. This study analyzed the dental implant utilization rate by the National Health Insurance customized DB during the last 5 years. As a result, the utilization rate has been rapidly increasing steeply. The differences by age and sex in the utilization rate of dental implants were explored. The inclusion of a dental implant in the NHI system contributed to improving the dental accessibility of the elderly in Korea. However, a deep discussion is needed whether it is appropriately provided to necessary patients. The utilization rate will increase further in the future. Therefore, continuous monitoring and critical policy review should be continued.

Keywords: Health Insurance, Senior Citizen, Dental, Implant, Society Economic Factor

Corresponding Author: 전지은
경희대학교 치과대학 예방·사회치과학교실
서울특별시 동대문구 경희대로 26 치과대학 510호, 02453
E-mail: 2006707019@hanmail.net

I. 서론

치과임플란트는 티타늄과 같은 금속을 삽입하여 치아의 기능을 대신하는 것으로, 오래 전부터 사용되어 온 고정성 가공의치(bridge)와 비교되면서 새로운 기술로 인정받았다. 임플란트의 주요 임상적 장점은 이가 없는 부위와 인접한 치아의 조직을 파괴하지 않는 것으로 임플란트 치료는 비용효과적이고, 성공률이 높은 우세한 치료법으로 알려져 있다¹⁾. 우리나라에서도 1980년대부터 시술되기 시작하여 1990년 후반에 붐이 일었고, 2000년대에 들어와서 보편화 되었다. 이제는 국내 임플란트 시장 규모가 약 4천억원에 이르고, 의료기기 생산액 중 1위를 차지할 정도로 관련 산업도 크게 성장하였다²⁾.

우리나라는 2014년부터 전 세계 최초로 치과임플란트 보험 급여를 시작하였고, 이후 단계적인 확대를 통해 보장성을 높이고 있다³⁾. 치과임플란트 보험 급여는 2012년 박근혜 대통령후보가 ‘65세 이상 노인’에 대한 임플란트 건강보험 적용’을 공약으로 내세우면서 시작되었다. 이후 2013년 대통령 인수위원회에서 발표한 국정과제에 노인 임플란트 건강보험 급여화가 포함되었고, 보건복지부 업무보고에 노인 임플란트 건강보험 급여화를 주요 과제로 포함하면서 2014년부터 만 75세 이상을 대상으로 본인부담금 50%로 치과임플란트 급여화가 시행되었다. 여러 논의를 거치면서 2015년에는 만 70세 이상, 2016년에는 만 65세 이상으로 대상을 확대하고, 2018년에는 본인부담비율을 낮추면서 현재 만 65세 이상, 본인부담 30%로 운영되고 있다. 그러나 치과 임플란트 건강보험 보장성 확대에도 불구하고 전반적인 이용률이 높지 않고⁴⁾, 여전히 높은 30%의 본인부담금으로 인해 치과의료 보장성 확대에 대한 기여도가 명확하지 않다. 일부에서는 이용자당 금액이 높아서 국민건강보험공단에 재정적 부담이 되며, 비용대비 효과성에 대한 고민이 필요하다는 지적이 있다.

치과임플란트를 비롯한 치과 항목의 건강보험 보장성 확

대 이후, 급여 정책의 효과에 대한 다양한 연구가 이루어졌다. 2013년 치과병의원 진료비가 다른 요양기관들에 비해 크게 증가한 원인은 스케일링의 급여화, 치면열구전색술과 노인 부분틀니의 확대 적용 때문이었고⁵⁾, 2011~2015년 진료경향에서도 구강질환의 환자수와 총 진료비는 매년 꾸준히 증가하였으며, 특히 스케일링 급여 확대에 의한 치은염 및 치주질환 환자 수가 급증하였다⁶⁾. 또한 스케일링 보험급여화 시행 후 치주질환으로 진단받고 치료받은 환자 수가 이전보다 3배 가량 증가하여, 환자들의 자발적인 치과 방문으로 이어진 것을 긍정적 효과로 판단하였고, 치주질환 뿐 아니라 신경치료 또는 충치치료 등 다른 진료의 비율도 높여 스케일링 보험급여화가 시기적절하고 합리적인 정책이라고 하였다⁷⁾. 치면열구전색 역시 구강보건사업을 통해 약 20만명에게 제공되던 것에 비해, 급여화 이후 연 평균 수혜자가 약 50만명으로 증가하여 치아우식증을 예방하기 위한 접근의 획기적인 전기가 되었음을 확인하였다⁸⁾.

이렇듯 치과 분야의 건강보험 급여 확대는 잠재된 치과 질환에 대한 예방 및 치료로 이어져, 전반적인 구강 건강 증진에 기여하는 바가 클 것으로 예상된다. 하지만 2014년부터 시작되어 5년여가 된 치과임플란트 급여에 대한 실질적인 연구와 분석이 상세하게 이루어진 바는 없다.

따라서 이 연구는 치과임플란트 급여화 이후 성별, 연령, 의료보장, 지역에 따른 이용 현황을 분석하여 향후 치과임플란트 급여 정책을 보완하기 위한 기초자료로 이용하고자 한다.

II. 재료 및 방법

1. 연구자료

이 연구는 국민건강보험공단에서 제공하는 맞춤형 연구 DB를 이용하였다. 맞춤형 연구 DB는 공단이 수집, 보

유, 관리하는 건강정보자료를 정책 및 학술 연구목적으로 이용할 수 있도록 수요맞춤형 자료로 가공하여 제공하는 데이터로, 공단 본부 또는 지역본부 내 설치된 빅데이터 분석센터 내에서만 자료 열람 및 분석이 가능하다. 경희대학교 생명윤리심의위원회에서 연구심의를 승인받아(KH-SIRB-17-094) 자료이용신청서, 연구과제요약서 등 신청서류를 제출하고, 공단 내 심의위원회를 거쳐 자료를 제공받았다. 공단으로부터 제공받은 자료는 2009년부터 2016년까지 전 국민의 치과내역 중 연도별, 월별로 구분된 자격 및 보험료, 명세서, 진료내역, 요양기관 데이터였다⁹⁾.

2. 연구방법

연도별, 월별로 구분된 자료를 병합하고, 공통변수를 기준으로 합쳐 자격 및 보험료, 명세서, 진료내역, 요양기관이 모두 포함된 분석 가능한 데이터를 생성하였다. 치과임플란트(1~6단계)를 받은 이용자를 재코딩하고 중복을 제거하여 치과임플란트 이용여부 변수, 사회경제적 요인으로 성별, 연령, 지역, 의료보장 변수를 생성하였다. 성별, 연령, 의료보장, 지역에 따른 치과임플란트 이용건수를 빈도분석으로 산출하였고, 치과임플란트 이용률을 계산하기 위해 해당연도 건강보험통계연보 자료를 통해 전체 대상자 수를 산출하였다. 치과임플란트 이용률은 맞춤형 연구 DB를 분석한 치과임플란트 이용건수를 건강보험통계연보에서 추출한 전체 대상자 수로 나누어 산출하였다. 해당 자료는 연구대상 시기에 대한민국에서 치과임플란트를 국민건강보험 급여를 통해 시술받은 전수를 대상으로 하는 자료로서 전수를 모집단이자 표본으로 하여 분석하였으며, 관련하여 모집단의 일부를 추출한 자료가 아니어서 통계학적 유의성을 제시하지 않았다. 통계프로그램은 국민건강보험공단 빅데이터 분석센터에 설치된 SAS 프로그램을 이용하였다.

Ⅲ. 결과

1. 전체 치과임플란트 급여 이용률

급여화가 시작된 2014년부터 2016년까지 연구 기간 내 전체 노인인구의 약 3.7%가 치과임플란트 급여를 이용하였고, 연도별로 이용률이 증가하였다. 연구 기간 내 전체 대상자의 성별에 따른 이용률은 남자가 여자보다 높았고, 연령에서는 65-69세가 5.9%로 다른 연령대보다 높았다. 의료보장에서는 의료급여자의 이용률이 지역/직장가입자의 이용률보다 낮았고, 지역별로는 서울과 제주에서 가장 높은 이용률을 나타냈다(Table 1).

2. 성별에 따른 치과임플란트 급여 이용률

전체적으로 남자의 치과임플란트 이용률이 여자의 이용률보다 높았다. 연령에서는 남자와 여자 모두 70-74세의 이용률이 7.2%, 6.1%로 가장 높았고, 의료보장에 따라 지역/직장가입자에서 남녀 이용률의 차이가 나타나는 반면, 의료급여자의 경우 남녀 이용률의 차이가 없었다. 지역별로 남자의 이용률은 제주, 광주, 서울 순으로, 여자의 이용률은 서울, 광주, 제주 순으로 높았다(Table 2).

3. 연령에 따른 치과임플란트 이용률 변화

치과임플란트 급여 이용률이 가장 높게 나타난 연도 및 연령은 2016년 70-74세로 전체 대상자의 6.6%가 이용하였으며, 같은 해 65-69세는 5.9%, 75세 이상은 2.9%로 나타났다. 모든 연령에서 남자가 여자보다 높았다. 의료보장에 따라 모든 연령에서 의료급여자의 이용률이 낮았고, 지역과 직장가입자 이용률의 차이는 크지 않았다. 지역별로 65-69세는 광주, 제주, 서울, 70-74세는 제주, 광주, 서울, 75세 이상은 서울, 제주, 광주 순으로 이용률이 높았다(Table 3).

Table 1. 전체 치과임플란트 급여 이용률 변화

구분	2014			2015			2016			전체		
	Total N	n	%	Total N	n	%	Total N	n	%	Total N	n	%
전체	2,598,158	31,702	1.2	4,530,764	146,117	3.2	6,878,889	333,975	4.9	14,007,811	511,794	3.7
성별												
남자	915,633	16,397	1.8	1,776,961	72,878	4.1	2,872,660	165,350	5.8	5,565,254	254,625	4.6
여자	1,682,525	15,305	0.9	2,753,803	73,239	2.7	4,006,229	168,625	4.2	8,442,557	257,169	3.0
연령												
65-69	-	-	-	-	-	-	2,238,813	132,678	5.9	2,238,813	132,678	5.9
70-74	-	-	-	1,780,147	76,569	4.3	1,770,874	116,458	6.6	3,551,021	193,027	5.4
75+	2,598,158	31,702	1.2	2,750,617	69,548	2.5	2,930,709	84,839	2.9	8,279,484	186,089	2.2
의료급여	249,742	1,256	0.5	388,228	5,584	1.4	495,184	12,998	2.6	1,133,154	19,838	1.8
지역가입자	692,363	8,695	1.3	1,198,958	40,738	3.4	1,923,065	93,651	4.9	3,814,386	143,084	3.8
직장가입자	1,656,290	21,751	1.3	2,943,578	99,796	3.4	4,522,147	227,326	5.0	9,122,015	348,873	3.8
지역												
서울	420,186	7,732	1.8	790,038	34,264	4.3	1,272,141	76,488	6.0	2,482,365	118,484	4.8
부산	172,512	1,720	1.0	323,144	8,986	2.8	528,756	22,269	4.2	1,024,412	32,975	3.2
대구	114,930	1,580	1.4	206,600	7,044	3.4	326,143	16,057	4.9	647,673	24,681	3.8
인천	114,775	1,255	1.1	203,574	5,806	2.9	322,950	14,444	4.5	641,299	21,505	3.4
광주	60,388	955	1.6	108,126	4,460	4.1	171,390	10,006	5.8	339,904	15,421	4.5
대전	61,662	856	1.4	108,568	3,717	3.4	170,634	8,520	5.0	340,864	13,093	3.8
울산	34,311	263	0.8	63,832	1,576	2.5	108,438	4,589	4.2	206,581	6,428	3.1
세종	8,976	103	1.1	15,624	472	3.0	24,095	1,139	4.7	48,695	1,714	3.5
경기	492,115	6,887	1.4	877,508	31,407	3.6	1,371,635	69,808	5.1	2,741,258	108,102	3.9
강원	108,520	941	0.9	187,134	4,664	2.5	263,361	9,983	3.8	559,015	15,588	2.8
충북	100,864	816	0.8	167,551	4,004	2.4	239,740	9,216	3.8	508,155	14,036	2.8
충남	153,929	1,848	1.2	243,770	7,719	3.2	348,924	16,148	4.6	746,623	25,715	3.4
전북	143,976	1,760	1.2	233,149	7,863	3.4	339,213	17,089	5.0	716,338	26,712	3.7
전남	174,153	1,437	0.8	283,008	7,307	2.6	396,654	16,885	4.3	853,815	25,629	3.0
경북	209,474	1,416	0.7	340,760	7,126	2.1	489,712	17,492	3.6	1,039,946	26,034	2.5
경남	191,701	1,491	0.8	318,977	7,159	2.2	478,028	18,633	3.9	988,706	27,283	2.8
제주	35,686	642	1.8	59,401	2,543	4.3	88,582	5,208	5.9	183,669	8,393	4.6

IV. 고찰

고령화 사회 속에서 노인의 구강건강 중 저작기능 저하는 영양상태의 불균형, 치아의 상실로 인한 심미적인 불편감, 부정확한 발음, 이로 인한 사회적, 심리적 능력저하 및 사회적 불리를 가져올 수 있다. 세계보건기구는 각국의 노인 구강건강을 증진시킬 수 있는 확실한 정책을 수립할 것을 권고하였으며, 오래전부터 독일, 네덜란드, 덴마크, 대만, 홍콩 등에서는 노인에 대한 차별적인 치과 건강보험을 시

행하여 경제적 능력이 취약한 노인들의 의료보장을 지원하였다¹⁰⁾. 이러한 배경에서 우리나라도 노인복지 종합대책의 일환으로 1990년대 후반부터 틀니에 대한 보험급여의 필요성이 대두되었고, 노인 구강질환의 건강보험 보장성 강화로 노인의 저작기능 개선을 통한 건강증진 및 삶의 질 향상을 도모하기 위해 틀니 및 임플란트의 건강보험 급여를 시행하였다¹¹⁾.

이 연구에서는 2014년부터 시작되어 5년여가 경과한 치과임플란트 급여 정책의 효과를 파악하고자 국민건강보험

Table 2. 성별에 따른 치과임플란트 급여 이용률 변화

구분	남자						여자						
	2014		2015		2016		2014		2015		2016		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
전체	16,397	1.8	72,878	4.1	165,350	5.8	15,305	0.9	73,239	2.7	168,625	4.2	
연령	65-69	-	-	-	-	68,263	6.4	-	-	-	-	64,415	5.5
	70-74	-	-	39,018	4.9	57,427	7.2	-	-	37,551	3.8	59,031	6.1
	75+	16,397	1.8	33,860	3.5	39,660	4.0	15,305	0.9	35,688	2.0	45,179	2.4
의료 보장	의료급여	406	0.7	1,807	1.7	4,426	2.8	850	0.4	3,777	1.4	8,572	2.6
	지역가입자	4,597	1.9	21,330	4.5	48,712	5.9	4,098	0.9	19,408	2.7	44,939	4.1
	직장가입자	11,394	1.8	49,741	4.2	112,212	5.8	10,357	1.0	50,055	2.9	115,114	4.5
지역	서울	3,979	2.5	16,973	5.1	37,324	6.7	3,753	1.4	17,291	3.8	39,164	5.5
	부산	892	1.5	4,579	3.5	11,174	4.9	828	0.7	4,407	2.3	11,095	3.7
	대구	802	2.0	3,396	4.2	7,724	5.7	778	1.0	3,648	2.9	8,333	4.4
	인천	579	1.5	2,756	3.5	6,938	5.0	676	0.9	3,050	2.5	7,506	4.0
	광주	493	2.4	2,183	5.2	4,915	6.8	462	1.2	2,277	3.5	5,091	5.1
	대전	443	2.0	1,865	4.3	4,198	5.7	413	1.0	1,852	2.8	4,322	4.4
	울산	133	1.2	832	3.4	2,434	5.1	130	0.6	744	1.9	2,155	3.5
	세종	60	1.9	236	4.0	571	5.7	43	0.7	236	2.4	568	4.0
	경기	3,574	2.0	15,376	4.4	33,836	5.8	3,313	1.1	16,031	3.0	35,972	4.6
	강원	503	1.3	2,444	3.3	5,147	4.7	438	0.6	2,220	2.0	4,836	3.2
	충북	450	1.3	2,094	3.2	4,738	4.8	366	0.6	1,910	1.9	4,478	3.2
	충남	994	1.8	3,939	4.2	8,237	5.6	854	0.9	3,780	2.5	7,911	3.9
	전북	889	1.8	3,947	4.5	8,302	6.0	871	0.9	3,916	2.7	8,787	4.4
	전남	723	1.3	3,643	3.6	8,504	5.4	714	0.6	3,664	2.0	8,381	3.5
	경북	774	1.1	3,801	3.0	9,281	4.6	642	0.5	3,325	1.6	8,211	2.8
	경남	792	1.3	3,607	3.1	9,421	4.9	699	0.5	3,552	1.7	9,212	3.2
제주	317	2.8	1,207	5.5	2,606	7.2	325	1.3	1,336	3.6	2,602	5.0	

공단의 맞춤형 DB를 이용하여 사회경제적 조건에 따른 치과임플란트 이용률을 분석하였다. 그 결과 치과임플란트 보험 급여 시행 이후 해당 연령 노인 인구의 약 5%가 이용한 것으로 나타났으며, 연도에 따라 빠른 속도로 증가하고 있어 향후 공단 재정에 부담이 될 것으로 예상된다. 실제 2017년 치과병의원 진료비 3조 9,766억원 중 치아 및 지지구조의 기타장애가 33%로 가장 많은 비중을 차지하고 있어 치과임플란트 급여가 치과 진료비에 상당한 영향을 끼치고 있음을 확인하였다¹²⁾. 앞으로 얼마만큼 재정이 늘어날지

예측하기는 어려우나, 2018년부터 본인부담비율을 30%로 하여 이전보다 경제적 장벽을 낮춘 만큼 이후 건강보험 재정의 지속적인 증가가 예상되기에 꾸준한 모니터링을 통해 주의 깊게 살펴볼 필요가 있겠다.

또한 성별, 연령, 의료보장, 지역에 따라 치과임플란트 급여 이용률을 분석한 결과, 상당한 차이를 나타내고 있어, 이에 대한 자세한 원인 분석 및 해결방안이 필요하다. 먼저 성별에 따라 여자보다 남자의 이용률이 높았는데, 국민건강영양조사에서 70세 이상의 현존치아 수가 0개인 무치악자

Table 3. 연령에 따른 치과임플란트 급여 이용률 변화

구분	65-69		70-74				75+						
	2016		2015		2016		2014		2015		2016		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
전체	132,678	5.9	76,569	4.3	116,458	6.6	31,702	1.2	69,548	2.5	84,839	2.9	
성별	남자	68,263	6.4	39,018	4.9	57,427	7.2	16,397	1.8	33,860	3.5	39,660	3.7
	여자	64,415	5.5	37,551	3.8	59,031	6.1	15,305	0.9	35,688	2.0	45,179	2.4
의료보장	의료급여	3,816	3.5	2,467	2.1	4,448	3.9	1,256	0.5	3,117	1.2	4,734	1.7
	지역가입자	38,625	5.8	21,903	4.5	32,738	6.7	8,695	1.3	18,835	2.6	22,288	2.9
	직장가입자	90,237	6.2	52,199	4.4	79,272	6.8	21,751	1.3	47,596	2.7	57,817	3.1
지역	서울	29,905	6.7	18,073	5.3	27,005	7.8	7,732	1.8	16,191	3.6	19,578	4.1
	부산	9,626	5.1	4,990	3.6	7,620	5.5	1,720	1.0	3,996	2.2	5,023	2.5
	대구	6,671	5.9	3,683	4.4	5,420	6.6	1,580	1.4	3,361	2.8	3,966	3.0
	인천	5,940	5.5	3,081	3.8	5,026	6.0	1,255	1.1	2,725	2.2	3,478	2.7
	광주	3,979	6.8	2,327	5.3	3,496	7.9	955	1.6	2,133	3.3	2,531	3.7
	대전	3,532	6.1	1,923	4.4	3,037	7.0	856	1.4	1,794	2.8	1,951	2.8
	울산	2,207	5.3	950	3.5	1,590	5.8	263	0.8	626	1.7	792	2.0
	세종	474	6.3	245	4.4	394	6.9	103	1.1	227	2.3	271	2.5
	경기	26,684	6.0	16,312	4.7	24,817	7.0	6,887	1.4	15,094	2.9	18,307	3.2
	강원	3,521	5.0	2,439	3.4	3,722	5.3	941	0.9	2,225	1.9	2,740	2.2
	충북	3,706	5.4	2,159	3.5	3,254	5.4	816	0.8	1,845	1.7	2,256	2.0
	충남	6,010	6.0	3,766	4.5	5,507	6.7	1,848	1.2	3,953	2.5	4,631	2.8
	전북	6,543	6.6	3,912	4.7	5,807	7.1	1,760	1.2	3,951	2.6	4,739	3.0
	전남	6,306	5.8	3,771	3.8	5,949	6.2	1,437	0.8	3,536	1.9	4,630	2.4
경북	7,511	5.2	3,757	3.1	5,799	5.0	1,416	0.7	3,369	1.5	4,182	1.8	
경남	8,266	5.5	3,932	3.4	6,189	5.4	1,491	0.8	3,227	1.6	4,178	2.0	
제주	1,797	6.8	1,248	5.8	1,826	8.3	642	1.8	1,295	3.4	1,585	3.9	

울과 고정성가공의치나 의치가 필요한 의치필요자율이 여자보다 남자가 더 높은 것으로 보아 남자의 치과임플란트 필요도가 높아 이러한 결과를 나타낸 것으로 보인다¹³⁾.

의료보장의 경우 전체 결과와 성별, 연령으로 구분한 세부분석 결과에서 지역/직장가입자에 비해 의료급여자의 치과임플란트 이용률이 낮은 것으로 나타났다. 건강보험가입자와 의료급여자를 비교한 다른 연구에서도 의료급여자의 의료이용이 낮고, 의료 미충족 경험이 높은 것으로 나타났다¹⁴⁾. 치과임플란트 이용률의 경우에도 의료급여자가 지역/직장가입자에 비해 본인부담금에 대한 부담이 더 커 이와 같은 결과가 나타난 것으로 보인다. 치과임플란트 건강보험 급여 이전에도 65세 이상 노인의 절반 정도가 빈곤층이고, 매월 2~30만원씩 보건의료비를 지출하고 있어 급여가 된다 하더라도 50%의 본인부담금을 지급할 수 있는 일부 노인만 치료를 받게 될 것이 지적되었다⁵⁾.

한편 지역별로는 서울, 광주, 제주의 이용률이 높았는데, 서울의 경우 상대적으로 치과병의원 및 치과인력이 다른 지역에 비해 많고, 다른 지역보다 치과를 포함한 전반적인 의료서비스 이용률 자체가 높기 때문에 이러한 결과가 나타난 것으로 보인다^{16,17)}. 제주의 경우 재정자립도가 2014년 34.0%에서 2017년 39.6%로 증가추세였으며, 노인 취업률 전국 3위, 의료비 중 본인이 직접 부담하는 비율이 매우 높아¹⁸⁾, 다른 지역보다 노인의 경제력 등 의료서비스를 이용할 수 있는 동기가 높은 것으로 추측된다.

치과의료의 접근성은 사회경제적 차이가 60%, 생활습관 요인이 30% 이하로 설명한다고 할 정도로 사회경제적 조건의 차이가 구강건강에 큰 영향을 끼친다고 알려져 있다¹⁹⁾. 태국 노인의 치과의료 이용을 분석한 연구에서도 사회경제적 불평등이 영향을 끼치며, 특히 소득이 높은 노인일수록 치과 이용이 집중되어 있다고 하였다²⁰⁾. 브라질 성인

의 치과 이용을 분석한 연구에서도 사회경제적 조건인 소득이 높고, 교육수준이 높고, 가정환경이 좋을수록 치과 이용이 높다고 하였다²¹⁾.

치과급여항목의 이용률을 분석한 다른 연구²²⁾에서 급여 이후 평균 이용률은 부분틀니 2.9%, 완전틀니 2.0%로 상대적으로 치과임플란트의 이용률이 높은 것을 확인하였다. 치과임플란트 급여가 우리나라 노인들의 치과 접근성을 높이는데 일부 기여했다고 볼 수 있으나, 치과임플란트가 최우선적인 치료였는지, 적응증에 해당하는 환자에게 적절하게 제공되었는지에 대한 부분은 깊은 논의가 고민이 필요하다. 우리나라의 치과임플란트는 2000년대 후반부터 급성장하여 성공률이 매우 높은 치료로 각광 받고 있지만, 다양한 요인을 원인으로 임플란트의 실패도 꾸준히 보고되고 있다^{23,24)}. 적절한 환자에게 질 높은 치료를 제공하기 위해 치과임플란트에 대한 진료 가이드라인 매뉴얼을 구축하고, 질 관리 방안을 논의해야 할 필요가 있겠다.

비록 이 연구는 국민건강보험공단의 맞춤형 DB에 한정된 변수를 사용하여 소득분위, 교육수준 등 다양한 변수를 분석에 반영하지 못하였고, 데이터가 2016년까지 구축되어 있어 이후 년도 분석을 하지 못하였다는 한계가 있으나, 그럼에도 불구하고 전 국민의 보험진료 현황을 반영한 데이터를 이용하여 분석했다는 점에서 의미가 있다고 할 수 있다.

2018년부터 의료급여자의 경우 본인부담금 비율이 10~20%로, 지역 및 직장가입자의 경우 50%에서 30%로 감소 되어 치과임플란트 이용률이 더욱 증가할 것으로 보이는 상황에서 치과의료 접근성의 형평적인 대안이 있어야 불평등한 의료서비스 이용을 감소시키고 접근성이 향상되는 방향으로 진행될 것이다. 따라서 앞으로도 치과의료서비스 이용률에 대한 지속적인 모니터링과 이에 따른 정책 분석 및 대응에 대한 비판적인 검토가 필요하겠다.

참고문헌

- Bouchard P, Renouard F, Bourgeois D, Fromentin O, Jeanneret MH, Beresniak A. Cost-effectiveness modeling of dental implant vs. bridge. *Clin Oral Implants Res* 2009;20(6):583-587.
- 식품의약품안전처. 2018 식품의약품통계연보 제20호. 2018.
- 보건복지부. 75세 이상 임플란트 등 건강보험 적용. 보건복지부;2014.5.14.:1-10.
- 건강의료빅데이터개방시스템. <https://opendata.hira.or.kr/home.do>
- 건강보험심사평가원. 치과병원의 최근 3년간 진료경향 분석. HIRA 정책동향 2014;8(6): 66-72.
- 건강보험심사평가원. 최근 5년간의 구강질환 진료경향. HIRA 정책동향 2016;10(3):59-65.
- 김영택, 이종빈, 이재홍, 최정규, 김동욱. 스케일링 보험급여화 전·후 실태조사 및 개선방안. 국민건강보험 일산병원 연구소. 2015.
- 최진선, 마득상, 정세환, 조은별, 박덕영. 국민건강보험 급여화에 따른 공공재원기반 치면연구전색 공급량 변화. *대한구강보철학회지* 2015;39(1):69-77.
- Seong SC, Kim YY, Khang YH, et al. Data Resource Profile: The National Health Information Database of the National Health Insurance Service in South Korea. *Int J Epidemiol* 2017;46(3):799-800.
- 류혜경. 치과위생사의 치과건강보험 산정기준에 대한 지식조사: 노인들 니 중심으로. *한국치위생학회지* 2016;16(1):61-67.
- 조민하. 정책 신뢰도가 정책 만족도 및 치과의료서비스 이용의도에 미치는 영향에 관한 연구 –치석제거 급여화 정책 사업을 중심으로-. *경희대학교 경영대학원 의료경영학과* 2017.
- 대한치과의사협회 치과의료정책연구원. 2018 한국 구강보건의료의 현황. 2018.
- 보건복지부, 질병관리본부. 2015 국민건강통계. 2016.
- 홍주연, 강길원, 김민경. 의료급여수급권자와 건강보험가입자의 건강 및 삶의 질 차이에 관한 연구. *한국자료분석학회* 2016;18(3):1655-1669.
- 김용진. 노인 임플란트 보험 급여화에 대한 검토. *대한치과보험학회지* 2013;4(1):24-29.
- Kim JM, Ha JW, Kim JS, Jung YH, Kim DS, Lee GY, Jang YE, Kim NH. Factors associated with community scaling rate: Using community health survey data. *Journal of Korean Society of Dental Hygiene* 2015;15(6):1053-1061.
- 대한치과의사협회 치과의료정책연구원. 2017 한국치과의료연감. 2018.
- 정경희, 오영희, 강은나, 김경래, 이윤경, 오미애, 황남희, 김세진, 이선희, 이석구, 홍송이. 2017년도 노인실태조사. 보건복지부, 한국보건사회연구원. 2017.
- Wamala S, Merlo J, Bostrom G. Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: the Swedish National Surveys of public health 2004–2005. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60:1027–1033.
- Somkotra T. Experience of socioeconomic‐related inequality in dental care utilization among Thai elderly under universal coverage. *Geriatr Gerontol Int* 2013;13(2):298-306.
- Monteiro CN, Beenackers MA, Goldbaum M, de Azevedo Barros MB, Gianini RJ, Cesar CL, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in dental health services in Sao Paulo, Brazil, 2003-2008. *BMC Health Serv Res* 2016;16(1):683-693.
- 류재인, 정세환, 한동현, 이새롬. 문재인 케어, 비급여의 전면 급여화에 대한 치과분야의 대응전략. *대한치과의사협회 치과의료정책연구원*. 2018.
- 김성희, 김선재, 이근우, 한동후. 임플란트의 생존율에 영향을 미치는 국소적 인자에 대한 19년간의 후향적 연구. *대한치과보철학회지* 2010;48(1):28-40.
- Esposito M, Grusovin MG, Coulthard P, Thomsen P, Worthington HV. A 5-year follow-up comparative analysis of the efficacy of various osseointegrated dental implant systems: a systematic review of randomized controlled clinical trials. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2005;20:557-568.