

大韓齒科醫史學會誌

Korean Journal of the History of Dentistry

2007

제26권 제1호 통권 28호

牙齒痛有七(冊心)蓋因胃熱上出牙齦風冷所熱 是本內服辛涼散而痛也寒是標外用辛溫擦熱 熱相搏腫痛膿膿臭鼻角升麻湯溫者外風與內 含漱○風冷痛齒不腫壯新溫散○得熱加 知母石膏升麻大黃蜜齒齦腫爛臭穢涼散○ 頭連齒痛羌活附子湯○細辛○八門○瘡毒瘡瘡 注痰盛咳唾等煎候溫細辛○八門○瘡毒瘡瘡 攻取五靈脂醋煎汁含漱○犀角地黃湯○瘡 又取五靈脂醋煎汁含漱○犀角地黃湯○瘡 臭承氣湯○有孔疳服○此指○必殺蟲痛止○ 草家木鳥舌 痛齒咬之		細辛湯 荆子鼠粘子各一錢升麻黃連防己各五分 黃芩知母並酒炒各五分 薄荷三分	白芷湯 連翹白芷薄荷赤芍藥片牙痛防風荆芥 溫風散 藥本露蜂房各一錢煎服○仍含漱○之 清胃散 其痛喜冷惡熱上下齒痛牽引頭滿○發熱 當歸生地黃連各一錢水煎服○或服○ 腫痛口瘡柴胡地骨皮等分薄荷煎服○ 貼牙齦奏效○ 聖廟 朝風熱牙痛白芷○ 定痛散 連翹苦參黃連川椒桔梗烏梅甘草各一錢 水煎下○ 後齒下○ 固齒散 兩香附子炒白茯苓炒青鹽各二兩爲末每 日擦牙○ 無齒病○ 韭子丸 各一錢半右末黃蠟和丸彈子大磁瓶內燒
---	--	--	---

大韓齒科醫史學會

The Korean Academy of the History of Dentistry

1960년 10월 7일 창립

1960년 10월 7일 창립

표지 설명 : 『의종손익(医宗損益)』 (364쪽에서 채택)

고종 5년(1868년)에 총 12권 7책으로 발간된 본서(本書)는 혜암(惠庵) 황도연(黃度淵)의 저서이다. 본서의 내용은 주로 동의보감을 참고하면서 저자의 경험방(經驗方)과 당시 향간의 속방(俗方)까지 수록한 것이다 (이 한수 종신명예회장 제공).

권 두 언

회장 김 평일

우리민족이 대한반도에 이주한 이래 역사적으로 이만큼 큰 변수가 많이 나타난 시대는 드물 것이다. 많은 변수 중에 팔목할 것은 순수한 단일민족인 우리민족이 점증하는 혼혈로 사라질 우려가 있다는 점이 그 하나요, 그 둘은 물질지상주의, 경제제일주의가 가져온 영어열풍이다.

먼저 날로 증가하는 혼혈아의 출생으로 순수한 민족 혈통이 영향을 받게 된 것을 짚어보자. 지난 40년간 양수검사와 초음파검사를 통한 성구별과 여아에 대한 임신중절수술로 아들만 골라 출산하는 악습이 성행한 결과, 남녀 성비에서 남자의 비율이 현저히 높아졌다. 그 결과 요즘은 동남아시아 각국에서 가임여성을 이주시켜 국제결혼을 주선하는 업체가 번성하여 산업화하면서, 외국인출신 가임여성이 30만에 이르게 되었다고 한다. 1년에 70만 명 인구증가를 감안하면, 한두 세대 더 지나 우리 백의민족 혈통은 서서히 퇴색되어 어느 시기엔가 선대와는 전혀 다른 인종이 될 것이 자명하다. 우리민족이 반만년 만에 지구상에서 사라지고 변종이 이 땅을 차지하게 되는 민족 종식의 시대가 다가오고 있다.

또 하나 여기에 곁들여 신라 이래 지켜온 혈통 중심의 성씨 문화가 대변혁을 맞게 됨도 문제는 된다. 이혼이 널리 성행하고 이혼여성의 자녀 성씨를 사회에서 백안시하는 경향이 있어, 개정된 민법에 의해 한 가정 안에 성씨와 본관을 양육부모 임의로 바꿔 줄 수 있게 된 현실은 족보 중심의 성씨문화의 천지개벽이 아닐 수 없다. 더구나 외국인 여성이 점점 증가할 터이니 순수하게 족보를 갖는 성씨와 그렇지 못한 사람들 사이에 위화감이나 저항감 같은 것도 없지 않을 것이다. 당장 한국천주교는 혼배문서(결혼을 위한 구비서류)에서 호적등본을 파기하고 1부1처 원칙을 위한 3개의 보완적 문서를 준비 하도록 신자들에게 주지시키고 있다. 교회에서 초혼여부 기존 배우자 생사 여부를 철저히 검증해야 할 근거로 호적은 이미 효력을 상실함 때문이다.

둘째 우리 언어와 한글의 위상이다. 국어는 틀려도 영어는 틀려서는 아니 되는 것이 현실이다. 위정자들은 공휴일을 줄인다고 한글날까지 없앨만큼 몰문화(沒文化)하다. 그러면 학자들은 어떤가. 2년 전 모 대학에서는 돈 되는 과를 증설하기 위하여 국어국문학과를 폐과하는 작태까지 벌렸다. 궁중과 방궁에서는 써서 적절치도 않은 영어 단어를 마구 섞어서 방송한다. 모든 상품은 영문이나 영자화(英字化)해야 상품성이 올라간다. 웬 영어 약자가 그리 많은지 담배인삼공사 전매청이 KT&G다. T&G가 토바코 앤드 진생인 모양인데 진생은 일본어다. 그 망측한 이름을 가진 KT&G에서 만든 담배들 이름 또한 담배답지 못하다. 알 수 없는 뜻을 가진 디스, 디스플러스, 인디고, 씨마, 레종, 예쎄, 윈, 라크, 타임 등등 그 옛날 쓰던 신선초 풍년초 백구 백양 백조 아리랑 청자 신탄진 거북선 한강 그렇게 구수한 이름은 죄다 내다버렸다. 우리가 영어를 하면 미국처럼 부강해지지는지 아는 모양이다. 그래서라도 부강해진다면 그것이 그렇게 좋은가. 참으로 지혜와 덕으로 반만년 우리 것을 지켜온 조상님들께 죄송하고 송구할 따름이다. 민족정기는 흐려지고 오랑캐 풍속이 들어와 가정을 버리는 음남탕녀가 늘어나고 그것을 동조하는 삼류 드라마를 한류라고 홍보하는 어리석은 우리 모습이 너무나 역겹다.

이 모든 것을 역사로 기록해야 최소한이나마 우리 것을 지킬 수 있다. 문자가 없고 부족 간의 언어가 달라 부득이 영어를 공문서에 쓰기 위해 영어를 공용어로 하는 동남아를 부러워하는 무지의 위정자로부터 이에 곱박아세하는 학자들의 모든 행태까지 첨부해서 말이다.

大韓齒科醫史學會誌

차 례

권 두 언	회 장 1
<특집> 치과건강보험 30년 - 과거의 성과, 미래의 전략	
치과건강보험의 성과에 대한 역사적 평가	신 재의 5
치과건강보험과 국민구강보건	권 호근 22
국민건강보험에서 '치과'의 위상	조 영수 36
치과건강보험의 발전전략	송 세진 49
치과건강보험이 치과의료산업에 미치는 효과	신 호성 70
치과건강보험에서 예방진료 전략	마 득상 85
번역자료 : 현대의치원론 - 2	나카하라 센 102
학회활동	140
회원동정	142

제26권 제1호 통권 28호 2007년

Korean Journal of the History of Dentistry

Contents

Presidential Address	President	1
Dental Health Insurance 30th Anniversary : Past Achievements, Future Strategies		
Historic Evaluation on the Achievements of Dental Health Insurance	JE Shin	5
Dental Health Insurance and National Oral Health	HG Kwon	22
Position of 'Dentistry' in National Health Insurance	YS Cho	36
The New Era Strategies for the National Dental Insurance Program of Korea	SJ Song	49
Effects of Dental Insurance on Dental Service Industry	HS Shin	70
Prevention Strategy of Dental Health Insurance	DS Ma	85
Principal Relation between Medicine and Dentistry - 2	S Nakahara	102
Activities of the Academy		140
News of Members		142

Vol 26, No 1, Series 28. 2007

치과건강보험 30주년 기념 학술대회 프로그램

주최 : 대한치과의사학회, 대한치과의료관리학회

후원 : 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 대한치과의사협회

2007년 11월 24일 (토), 13:00~18:00

서울대학교 치과대학

1부 : 개회식 및 기조 강연

개 회 사 김 평일 회장 (대한치과의사학회)

축 사 안 성모 회장 (대한치과의사협회, 김 재영 부회장 대독)

기조강연 “치과건강보험 30년의 성과와 미래 전략”

이 재용 이사장 (국민건강보험공단, 강 암구 상임이사 대독)

2부 : 과거의 성과 : 좌장 이 병태 박사

치과건강보험의 성과에 대한 역사적 평가

신 재의 초빙교수 (서울대학교 치과대학)

치과건강보험과 국민구강보건

권 호근 교수 (연세대학교 치과대학)

국민건강보험에서 ‘치과’의 위상

조 영수 총무 (대한치과의사협회)

3부 : 미래의 전략 : 좌장 양 정강 박사

치과건강보험의 발전전략

송 세진 박사 (건강보험심사평가원)

치과건강보험이 치과의료산업에 미치는 효과

신 호성 박사 (한국보건사회연구원)

치과건강보험에서 예방진료 전략

마 득상 교수 (강릉대학교 치과대학)

4부 : 종합토론 : 좌장 권 호근 교수

“한국건강보험에서 ‘위험’의 구조화 과정: 醫療政策史的 觀點”

이 종찬 교수 (아주대학교 의과대학)

패널토론 서 영수 박사 (대한치주과학회)

김 명기 교수 (서울대학교 치과대학)

조 영식 교수 (남서울대 치위생과)

황 윤숙 교수 (한양여대 치위생과)

폐 회

한국 치과건강보험 30년의 역사적 평가

신 재의¹⁾

1. 머리말

보험이란 의료사고로 인한 경제적인 위험에 대비하여 여러 사람이 자원을 결합해서 의료수요를 상호 분담·충족하는 경제 준비의 사회적 형태라고 한다. 국민건강보험법에는 “국민의 질병 부상에 대한 예방 진단 치료 재활과 출산 사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민건강을 향상시키고 사회보장의 증진을 목적으로 한다.”라고 명시하고 있다²⁾.

건강보험은 국민의 질병·부상·분만 또는 사망으로 인한 일시에 많은 비용을 분산시키는 제도로서 국민생활의 안정을 도모하는 의료보장제도의 일환이다. 한국의 의료보장제도는 본인이 비용의 일부 또는 전부를 부담하는 건강보험과 그 비용을 원칙적으로 국가가 부담하는 의료보호로 나누어진다. 사회보험방식의 건강보험은 강제 가입을 원칙으로 한다. 보험료는 소득수준에 따른 차등부과를 하고, 보험료 징수는 법률에 의한 강제징수를 행한다. 그러나 보험급여는 보험료 수준에 따른 차등급여가 아닌 필요에 따른 균등급여를 한다³⁾.

인류는 원시사회 이래 적절한 의료의 제공과 구제에 힘써 왔다⁴⁾. 특히 중세에는 기독교 교단과 각 도시에서 국민들의 질병 구제를 해왔다. 그러나 이슬람의 병원제도는 그리스도교 사회의 의료제도보다 훨씬 앞서 있었고, 의료보험의 초기 형태도 존재하였다. 환자들은 일터로 다시 돌아갈 수 있을 때까지 다섯 개의 금조각을 받아 생활에 보탬이 될 수 있었다. 13세기 술탄에 의해 세워진 카이로의 만수르 병원(Mansur Hospital)은 이슬람 문명권에서 가장 웅대하고 화려한 병원이었다. 설사, 열병, 눈병과 같은 질병을 위한 병동이 각기 따로 마련되었고, 회복기에 접어든 환자를 위한 병실도 따로 있었다. 이와 같이 이슬람의 병원제도는 위생, 시설, 약제 등에서 그리스도교 계통의 병원들보다 훌륭했다⁵⁾.

사회보장의 역사는 18세기 말 프로이센에서 처음으로 법률로서 규정되었다. 그러나 본격적인 의료보험은 1883년 비스마르크 시대의 독일에서 사회보험 “근로자 의료보험법(Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter)”으로 처음 실시되었다. 1911년 영국도 이 제도를 받아들여

1) 대한치과의사학회 명예회장. 대한치과의사협회 협회사편찬위원장.

2) 국민건강보험(2006. 12.30 법률 제8153호) 제1조 목적

3) 김종배, 최유진, 『공중구강보건학』, 고문사, 2004. 592-618쪽.

4) 許程, 「서양 보건의료와 의료보험의 역사」 고대편, 『의료보험』 의료보험조합연합회, 1983년 6월, 28-32쪽.

5) 대한치과의사학회, 『세계치과의학사』, 미발간문서, 이슬람병원 2쪽.

국민건강보험법을 제정하였다. 이 법률에서는 최초로 독일 제국 전역에서 통일적으로 보험 의무, 강제 보험료, 의무 의료행위와 임의 의료행위 등이 명시되었다. 이 법률에서는 의사 진료와 의약품, 그리고 무엇보다도 의료보험급여, 사망보험급여, 산육보험급여 등의 재정적 지원에 대한 권리가 규정되어 있었다. 1911년 제국보험규정(Reichsversicherungsordnung)에서 의료보험, 상해보험, 연금보험은 하나의 통일된 법이었다. 이 규정은 1989년 '1차 제호퍼 개혁' 때까지 독일 의료보험 법률의 중심이 되었다. 이후에 오스트리아와 소련·일본 등에 파급되었고, 1930년의 세계공황 후에는 미국·캐나다를 비롯하여 라틴아메리카로 확산되었다⁶⁾.

한국의 의료보장제도는 제정일치시대의 고조선에서는 "8조의 금법"에서 보이는 바와 같이 의학의 시조인 단군왕검 시대부터라 할 수 있다. 어떠한 치료법을 얼마만큼 베풀었는지 정확히 알 수 없으나 고대의 타민족과 마찬가지로 샤머니즘적 술법을 사용했을 것으로 추정된다⁷⁾. 고구려에서는 구료활동도 하였고⁸⁾, 백제에서도 구료제도가 있었다⁹⁾. 신라에서는 남해왕과 유리왕 등이 왕 중심으로 전홀사업을 하기도 했다. 고려시대에는 대비원(大悲院) 혜민국(惠民局) 등을 마련해 가부장적 국가 구제제도의 틀을 마련하였다¹⁰⁾. 조선왕조에서는 인정(仁政)으로 구제조치로 혜민국(惠民局)¹¹⁾, 대비원(大悲院)¹²⁾, 제생원(濟生院)¹³⁾을 마련하기도 했다¹⁴⁾. 일본제국주의의 목적을 달성하려는 정책으로 또한 조선인의 반일행동을 억제시키려는 치안적 방안을 구휼제도를 시행하기도 했다¹⁵⁾. 미군정은 보건위생 및 치료, 또는 응급 주택공급 등의 사업을 전개했을 뿐 적극적 획기적인 복지 정책이나 사회정책을 실시하지 않았다. 광복 후 응급구호 방침을 일부 변경, 장기적 대책을 강구하기 시작하였으나 전란으로 혼란에 빠진 구호시설들을 지도 감독할 필요성이 대두되었다. 1952년 10월 14일 사회부장관 훈령으로 "후생시설운영 요령" 발표된 것이 그것이다¹⁶⁾.

치의학에서 보험에 관한 준비는 최재경과 대한치과의사협회 의료보험연구위원회를 중심으로 연구되었다고 할 수 있다¹⁷⁾. 준비기에는 전문적인 연구가 없었으므로 본 연구에서는 치의신보에서 그

6) 김중배, 최유진, 『공중구강보건학』, 고문사, 2004. 572-573쪽.

7) 李漢水, 『齒科醫史學』 연세대학교출판부, 1988. 24쪽.

8) 金富軾 著·李丙燾東 譯: 『三國史記』上 卷第14, 高句麗本紀 大武神王 대양서관 1973. 255쪽, 故國川王 276쪽, 故國原王 295쪽.

9) 金斗鍾, 『韓國醫學史』全, 탐구당, 1966. 47-49쪽. 百濟新集方 本方書가 어느 때 누구의 손으로 엮어진 것인지 그 유래를 전연 알 수 없다. 다만 日本 圓融主永觀 2年(高麗 成宗 3年 984年)에 丹波康賴가 編述한 醫心方에 그 方文이 두 곳이나 인용되어 있다, 그 중의 하나는 康賴의 曾孫 丹波雅忠의 著인 藥略抄에 전제되어 있다.

10) 『高麗史』 권77, 志 卷 第31, 百官2

11) 『太祖實錄』 卷1, 太祖 元年 7月

12) 『太祖實錄』 卷1, 太祖 元年 7月

13) 『太宗實錄』 卷28, 太宗 14年 9月

14) 李漢水, 『韓國齒學史』, 서울대학교출판부, 1988. 169쪽.

15) 신재의, 『한국근대치의학사』 참운, 2004. 199쪽.

16) 김중배, 최유진, 『공중구강보건학』, 고문사, 2004. 572-573쪽.

17) 치의신보, 제53호 (1971. 10. 5) <3면> 보험연구위원회 경과보고 - 최재경
치의신보, 제56호 (1972. 1. 10) [6면], 최재경, 일본치과계와 의료보험고(상).

치의신보, 제57호 (1972. 3. 10) [2면], 최재경, 일본치과계와 의료보험고(하).

치의신보, 제66호 (1972. 12. 10) [4면, 5면], 치과계의 의료보험제도 전망 - 최재경
최재경, 「사회보장과 의료보험」, 『치원』 제6호, 1972. 29-31쪽.

과정을 살펴보았다. 이후 실시, 확장, 통합하는 과정은 대한치과의사협회 담당자 김동순¹⁸⁾, 안상규¹⁹⁾, 강태욱²⁰⁾, 서영수²¹⁾, 이종만²²⁾, 박경준²³⁾과 치과계 종사자 천병윤²⁴⁾, 보사부 정책담당자 양명생²⁵⁾, 엄영진²⁶⁾, 학자 손명세²⁷⁾, 이흥수²⁸⁾, 김창엽²⁹⁾, 정기택³⁰⁾, 진우정³¹⁾, 의료보험 연구위원 한오석³²⁾, 대학원생 이미희³³⁾, 병원 운영자 하호욱³⁴⁾, 개업한 치과의사 이찬영³⁵⁾, 소비자 김재욱³⁶⁾ 등의 연구를 살펴보았다. 본 연구는 이들 자료에서 준비, 실시, 확장, 통합하는 과정과 그 역사적 사실을 평가하려 하였다.

2. 국민건강보험의 역사적 평가

1) 준비기 (1963~1976)

1963년 12월 16일 국민건강보험의 역사는 최초로 의료보험 정책과 제도를 도입한 의료보험법(법률 제1623호)의 제정으로 시작되었다고 볼 수 있다. 이 법의 '정책 목표'는 의료균점, 질병의 불안으로부터 보호, 국민생활 향상과 사회복지와 정의 실현과 복지사회 건설 등이었다.

해방 후 1960년대 초까지는 정부수립, 한국전쟁, 전후의 경제적 빈곤과 정치적 불안 등으로 복지정책을 추진할만한 여유를 갖추지 못하고 있었다. 그 후 의료보험이 구체적으로 실시되는 것은 1968년 장기려(張起呂)가 청십자운동(靑十字運動)을 전개로 볼 수 있다³⁷⁾.

국민건강보험의 준비는 정부에 의해 강력하게 추진되었고, 대한치과의사협회에 의해 연구되었다. 1969년 1월 지광원은 치과의료 보험 사전 준비를 하자고 주장하였다³⁸⁾. 1969년 10월 대한치과의

18) 김동순, 「치과의료계의 보험진료 5년」, 『의료보험』 의료보험조합연합회, 1982년, 15-17쪽.

19) 안상규 「치과의료보험 수가에 대한 소고」, 『대한치과의사협회지』 1990년 10월, 865-880쪽.

안상규, 「2000년대 치과의료와 의료보험」, 『대한치과의사협회지』 1995년 6월, 422-429쪽.

20) 강태욱, 「치과의료보험의 문제점」, 『대한치과의사협회지』 1992년 3월, 229-230쪽.

강태욱, 「통계로 살펴본 치과의료보험」, 『대한치과의사협회지』 1992년 4월, 311-312쪽.

21) 서영수, 「치과의료보험의 정책과 개선방향」, 『대한치과의사협회지』 1997년 7월, 442-443쪽.

22) 이종만, 「진료비 심사기구 독립의 필요성」, 『대한치과의사협회지』 1997년 7월, 450-451쪽.

23) 박경준, 「치과의료보험 청구요령」, 『대한치과의사협회지』 1998년 12월, 831-836쪽.

24) 천병윤, 「치과의료보험의 현황과 과제」, 『의료보험』, 1991년 1월, 76-79쪽, 김영창, 천병윤, 「의료보험에서의 치과진료실적분석」, 『대한치과의사협회지』 1993년 7월, 533-537쪽. ; 8월 607-613쪽.

25) 양명생, 「의료보험의 정책방향」, 『대한치과의사협회지』 1995년 6월, 396-408쪽.

26) 엄영진, 「정부의 의료보험 정책방향」, 『대한치과의사협회지』 1997년 7월, 436-437쪽.

27) 손명세, 「보건의료개혁의 세계적 추세와 한국보건의료개혁의 전망」 『대한치과의사협회지』 1995년 6월, 418-421.

28) 이흥수, 「의료보험이 국민건강보전에 미친 영향」, 『대한치과의사협회지』 1995년 6월, 409-417쪽.

29) 김창엽, 「민간보험의 역할: 그 한계와 영향」, 『대한치과의사협회지』 2001년 1월, 50쪽.

30) 정기택, 「치과의료분야의 민간보험 가능성과 효과」, 『대한치과의사협회지』 2001년 1월, 46-47쪽.

31) 진우정, 「한국의료보험제도의 통합」, 『대한치과의사협회지』 2003년 5월, 362-376쪽.

32) 한오석, 「의료보험의 발전 방향」, 『대한치과의사협회지』 1997년 7월, 445-446쪽.

33) 이미희, 「각 국가별 치과의료보장의 유형과 치과의료보험급여화에 관한 연구」, 『제주관광대학 논문집』 제7집, 2001, 229쪽.

34) 하호욱, 「병원경영에 미친 영향과 제도 개선 방향」, 『대한치과의사협회지』 1997년 7월, 448-449쪽.

35) 이찬영, 「의료보험 20년 그 문제와 해결방안」, 『대한치과의사협회지』 1997년 7월, 449-450쪽.

36) 김재욱, 「소비자 의료보험 문제점과 개선방향」, 『대한치과의사협회지』 1997년 7월, 444-445쪽.

37) 치의신보, 제68호 (1973. 2. 10) [1면] 의료보험시범조합(청십자회), 치과의료업무가 진료내용에 삽입하도록.

사협회 제18차 대의원 정기총회에서는 의무위원회에 의료보험연구기구를 두기로 하였다³⁹⁾. 이에 따라 1970년 2월 27일 의무위원회에 의료보험제도연구위원회를 구성하고, 구미, 일본 등의 실례를 참고하여 장기 계획을 세우기로 하였다⁴⁰⁾. 1971년 6월 대한치과의사협회는 의료보험연구사업을 적극 추진하기로 하고 보사부 의료보험심의위원회에 치과의사 누락 모순점을 공문으로 지적하고 위원 재위촉 시에 치과의사를 위촉하도록 촉구하기도 하였다⁴¹⁾. 1971년 10월 보험연구위원회 경과보고에서 최재경은 개념 정의를 하였다⁴²⁾.

1971년 11월 보사부 치무담당관 김남규는 복지사회 건설을 위한 사회보험의 하나로 의료보험이 국민 전반의 보건 사업되어야 한다고 하였다. 그는 “의료보험 제도의 전망”에서 현실에 적합하고 합리적인 방안 모색하고, 여러 문제점을 고려하여 단계적 확장하는 질적, 양적 향상을 추진하면서, 1980년대 후반에는 전국민에게 의료보험을 공급할 것이라 하였다⁴³⁾. 1972년 1월 최재경은 일본의 치과계와 의료보험을 돌아보면서 의료보험이 치과의료의 수급관계의 불균형을 가져오고, 통제화되며, 치의학 발전에 문제점이 노출된다고 하였다. 다음은 그가 보고한 내용이다.

의료보험의 문제점 : ① 의료의 질적 저하. ② 윤리문제. ③ 환자의 제한. ④ 보험 이탈 의사 발생. ⑤ 진료계획에 모순. ⑥ 학교 교육보다 저질 임상 진료.

치과의사의 문제점 : ① 환자가 많다. ② 의료수가가 저렴하다. ③ 노동력이 부족하다. ④ 설비 투자의 필요성. ⑤ 환자의 수진태도.

환자의 문제 : ① 대합시간과 수진시간 문제. ② 진료 완료일과 수진 회수를 알 수 없다. ③ 의론에 대한 의사의 불친절. ④ 의료수가 건적의 불명확. ⑤ 진료 내용에 대한 설명 불충분⁴⁴⁾.

계속하여 최재경은 우리나라 의료보험제도로는 상환제가 적합하다고 보았다. ① 보험기관과 의료기관 협조 용이하다. ② 의사와 환자의 인간관계 유지된다. ③ 의사의 기술이 유지된다. ④ 과잉 치료 방지된다. ⑤ 사무 간편하다. ⑥ 환자가 의료기관을 선택할 수 있다는 것이었다⁴⁵⁾.

1972년 2월 8일 보사부 주최 간담회에서 의료보험에 대해 다음과 같은 방향으로 추진하기로 결론하였다. ① 저질의 의료를 피한다. ② 의료의 향상되도록 의료인 또는 의료기관의 보호 육성한다. ③ 국민 부담 감소시키는 국가보조금의 증액이 필요하다. 1972년 4월 대한치과의사협회 제20차

38) 치의신보, 제24호 (1969. 1. 15) [4면] <제언> 치과의료 보험 사전의 준비를 - 지광원

39) 치의신보, 제32호 (1969. 10. 30) [1면] 제18차 대의원 정총 성료 - 의무위원회에 의료보험 연구 기구

40) 치의신보, 제37호 (1970. 3. 20) [1면] 2월 27일 의무위원회, 의료보험 제도 연구위 구성, 장기 계획하기로

41) 치의신보, 제50호 (1971. 6. 20) <3면> 의료보험 연구사업, 치협 적극 추진, 보건사회부 의료보험심의위원회에 치과의사 누락 모순점을 공문으로 지적

42) 치의신보, 제53호 (1971. 10. 5) <3면> 보험연구위원회 경과보고 - 최재경 : ‘보험이라 함은 사망하거나 화재 따위 우발적 사고 발생의 개연성이 통계적 방법이나 그 밖의 방법으로 어느 정도까지 미리 알 수 있는 경우에 공통으로 그 사고의 위험을 받는 사람이 미리 일정한 보험료를 서로 거출하여 두고 그 적립금을 사용하여 그 사고를 당한 사람에게 일정한 금액을 주어 그 손해를 보상하는 경제적인 시설을 말하는 경제 용어라고 하였다. 그러므로 선진국에서는 의료보험제도를 일찍부터 채택하여 이를 실시하고 있고 또 많은 성과를 올리고 있다.

43) 치의신보, 제54호 (1971. 11. 10) <6면> 김남규

44) 치의신보, 제56호 (1972. 1. 10) [6면], 최재경, 일본치과계와 의료보험고(상).

45) 치의신보, 제57호 (1972. 3. 10) [2면], 최재경, 일본치과계와 의료보험고(하).

대의원 정기총회에서는 의료보험연구사업 계획을 수립하였다⁴⁶⁾. 1972년 5월 대한치과의사협회 회장 서영규는 이임사에서 보험제도 등을 꼭 실현토록 당부하기도 하였다⁴⁷⁾. 1972년 8월 치의신보는 사설로서 전국민의 균등하게 의료 혜택을 받도록 “치과 의료보험제도의 조속실시를 촉구한다.”고 하기도 하였다⁴⁸⁾. 1972년 9월 정부의 행정개혁조사위원회에서 부진 원인을 조사 분석하여 의료보험사업 확대를 모색하기도 했으며⁴⁹⁾, 1972년 11월 보건시책 장기계획을 마련하여 의료보험 확대를 복지사회 구현하려는 목표를 이루려 하였다⁵⁰⁾. 1972년 12월 최재경은 “치과계의 의료보험제도 전망”에서 보험제 채택은 의사에 의한 의학의 발전과 환자의 질병 치료로 건강을 유지하여 건전한 행복을 유지하는데 시대적 추세라 하였다⁵¹⁾.

1973년 2월 6일 치과 의료보험연구위원회는 의료보험시범조합인 청십자회에 치과의료업무가 진료내용에 삽입하도록 요청하기로 하였다. 또한 의료보험에 관한 선진국 자료 수집은 계속 수집하기로 하였다⁵²⁾. 1973년 4월 13일 제22차 대의원 정기총회에서 특별회계로서 재정적인 뒷받침을 하였다. 1973년 4월 대한치과의사협회 임시 이사회에서는 의료보험을 추진하기 위해 특별회계를 설정하기로 했으며⁵³⁾, 6월 13일 회원당 100원의 회비를 내기로 결정하였다.⁵⁴⁾ 또한 7월 24일 의료보험연구위원회에 연구비 지급하기로 결정하였다⁵⁵⁾. 1973년 5월 대한치과의사협회 의료보험연구위원회는 위원으로 최재경(아시아, 의료수가의 원가계산), 양정강(구미역), 최유진(구라파), 차병진(각국의 의료보험법)하여, 대정부 건의안을 마련 보고하였다⁵⁶⁾. 한편 최재경은 복지국가로 가는 사회보장 방법으로 보험적인 방법과 직접으로 공공에서 부담하는 방법이 있다고 하였다⁵⁷⁾. 전문의 제도를 시행되기를 바라던 공직치과의사회에서는 전문의제도 보다 의료보험제도가 선결되어야 할 문제라 하기도 하였다⁵⁸⁾. 1973년 7월 보건사회부 의료보험심사위 개편됨에 따라 1973년 7월 6일부터 1974년 7월5일 까지 대한치과의사협회 김기혁 부회장이 위촉되었다⁵⁹⁾.

1973년 8월 14일 대한치과의사협회 의료보험연구위원회는 연구 과제를 다음과 같이 선정하였다.

- ① 의료보험 개요. ② 의료보험자료 수집 및 연구 각국제도 장단점 연구. ③ 의료보험연구 종합보고 및 한국의료보험의 문제점. ④ 의료보험수가 원가계산. ⑤ 한국 치과의료보험추진 계획안과 성안⁶⁰⁾.

46) 최재경, 「사회보장과 의료보험」, 『치원』 제6호, 1972. 29-31쪽.

47) 치의신보, 제59호 (1972. 5. 10) [2면], <이임사> 단결로서 치계 목적 달성, 보험제도 등 실현토록-서영규

48) 치의신보, 제62호 (1972. 8. 10) [2면], <사설> 치과 의료보험제도의 조속실시를 촉구한다.

49) 치의신보, 제63호 (1972. 9. 10) [3면], 의료보험 사업 확대 모색 - 행정개혁조사위원회에서

50) 치의신보, 제65호 (1972. 11. 10) [1면], 보건시책 장기계획 마련

51) 치의신보, 제66호 (1972. 12. 10) [4면, 5면], 치과계의 의료보험제도 전망 - 최재경

52) 치의신보, 제68호 (1973. 2. 10) [1면], 치과의료보험연구위원회 개최

53) 치의신보, 제70호 (1973. 4. 10) [2면], 치협 임시 이사회 특별회계 설정 - 의료보험 추진위회

54) 치의신보, 제72호 (1973. 6. 10) [1면], 의료보험 연구사업 - 회원당 100원 회비

55) 치의신보, 제74호 (1973. 8. 10) [3,7면], 7월 24일 의료보험연구위원회에 연구비 지급기로 결정

56) 치의신보, 제81호 (1974. 3. 10) [6면, 7면] 의료보험 연구사업 경과 보고 - 김기혁

57) 최재경, 「사회보장과 의료보험」, 『치원』 제6호, 1972. 29-31쪽.

58) 치의신보, 제74호 (1973. 8. 10) [3,7면], 7월 24일 의료보험연구위원회에 연구비 지급기로 결정

59) 치의신보, 제75호 (1973. 9. 10) [1면], 보사부 의료보험심사위 개편

60) 치의신보, 제75호 (1973. 9. 10) [1면], 보사부 의료보험연구위원회

1973년 10월 연구 성과로 “의료보험제도론”을 배포하였고⁶¹⁾, 12월 “미국에서의 치과보험 실태에 관하여”와 “유럽제국의 의료보험제도 개요”를 발표하였다⁶²⁾. 1974년 2월 국회 보사위원이 대한치과의사협회를 방문하여, 구강보건법 제정을 논의하며, 의료보험에서 치과부문 자료 제출하면 곧 반영하기로 함에 따라 현안 14개 사항 건의하였다⁶³⁾. 1974년 3월 김기혁은 대한치과의사협회 의료보험연구위원회 연구사업 경과보고로 최재경의 “의료수가 책정에 관한 기본조사 작업”을 발표하였다. 여기에서 최재경은 ‘의료보수란 일반상품처럼 원가계산식으로 책정할 수 있는 성질의 것이 못 되고, 충분한 기술과 의도를 양양할 수 있는 수가가 되어야 한다’고 하였다⁶⁴⁾.

이후 1974년 7월 9일 대한치과의사협회 의료보험연구위원회는 국민학교의료보험조합을 추진하기로 하며⁶⁵⁾, 8월17일 문교부에 학교의료보험을 추진 건의하였다⁶⁶⁾. 그러나 이러한 학교의료보험조합을 추진하는 것은 직장과 공무원의료보험조합에 의하여 의료보험을 시행하려는 정부의 방향과는 초점이 맞지 않는 것이었다. 1974년 말 대한치과의사협회 의료보험연구위원회는 문교부에 학교치과 의료 보험제도 추진에 관한 건의하면서 산재보험에 의료수가 적정액 책정 건의하고, 은행 기업체의 의료수가 책정 일원화와 의료수가에 대한 세분화한 원가 계산이 필요하다고 하였다⁶⁷⁾.

1975년의 신년사에서 보사부 장관은 시범 의료보험사업 확대를 복지사회 건설의 기반 구축하자고 하였다⁶⁸⁾. 1975년 1월 1일부터 독일에서는 선진 세 보험제도에 의한 보철치료로 질병기금에서 보철치료비까지 지불한다고 희망을 말하기도 하였다⁶⁹⁾.

1976년 2월 대한치과의사협회는 현재 치과분야 보험은 학교보험을 중심으로 직장·학교 단위로 우선 실시하자고 하였다⁷⁰⁾. 1976년 3월 자동차보험이 계약 병원제로 서울지역에서 실시되었고⁷¹⁾, 1976년 7월 의료보험법 개정안에 의료보험기관에 치과 병·의원 포함되었고, 심사위에 치과의사도 참여하게 하였다⁷²⁾. 1976년 10월 4일 박정희 대통령은 1977년을 위한 시정연설에서 저소득자의 의료 혜택 확대하고, 의료보험 실시 등 국민건강 향상에 노력하겠다고 하였다. 특히 의료시혜 확대에 중점을 두고 보사부 내년 시책으로, 의료보험을 점진적 시행하고, 의료보호 확대하여 저렴한 의료 체제 개발하겠다고 하였다⁷³⁾. 1976년 11월 30일 제96회 정기국회서 의료보험법 개정안 통과되는 등

61) 치의신보, 제76호 (1973. 10. 10) [1면], 1973년 10월 10일 의료보험제도론 배포

62) 치의신보, 제78호 (1973. 12. 10) [4,5면], 미국에서의 치과보험 실태에 관하여, 유럽제국의 의료보험제도 개요

63) 치의신보, 제80호 (1974. 2. 10) [1면] 치과의료 전역에 관해 토의 - 국회 보사위원이 치협을 방문, 구강보건법 제정, 의료보험 치과부문 자료 제출하면 곧 반영 등 14개 사항 건의

64) 최재경, 의료수가 책정에 관한 기본조사 작업, 대한치과의사협회 의료보험연구위원회, 1974. 1쪽.

65) 치의신보, 제85호 (1974. 7. 15) [3면] 의료보험연구위 개최 - 국민교 의료보험조합 추진

66) 치의신보, 제87호 (1974. 9. 15) [3면] 의료보험연구위 개최 - 문교부 학교의료보험 추진 건의

67) 치의신보, 제90호 송년특집 (1974. 12. 15) [4면] 의료보험 문제는 계속 연구 과제

68) 치의신보, 제91호 (1975. 1. 15) [3면] <신년사>고재필(보사부장관) - 시범 의료보험 사업 확대를 복지사회 건설의 기반 구축

69) 치의신보, 제118호 (1976. 7. 1) [9면] 1975년 1월 1일부터 질병기금서 보철치료비 지불

70) 치의신보, 제108호 (1976. 2. 1) [7면] <치과의료보험>학교보험을 중심으로(상) - 양정강

치의신보, 제109호 (1976. 2. 15) [7면] <치과의료보험>학교보험을 중심으로(완) - 양정강

71) 치의신보, 제110호 (1976. 3. 1) [4면] 계약 병원제 실시 - 자동차보험 1차 서울지역 대상으로

72) 치의신보, 제120호 (1976. 8. 1) [3면] 1976년 7월 19일 의료보험기관에 치과 병·의원 포함 - 보사부 의료보험법 개정안에 반영

73) 치의신보, 제125호 (1976. 10. 15) [3면] 1976년 10월 4일 박대통령 새해 시정연설

법적인 장치가 정비되었다⁷⁴⁾. 경제개발과 의료시혜 확대로 의료의 지역화 하는 진료 체계 확립, 의료기관의 대형화, 무의지역 개업하도록 추진하는 등의 정책이 펼쳐졌다.

1976년 11월 치과계에서도 치과에서의 의료보험제도를 논의하였다. ① 지광원은 “의료보험의 실시와 치과 진료”에서 보험 실시 수용 태세를 갖추어야한다, ② 최유진은 “치과 의료보험의 문제점”에서 의료의 질·효과·수가에서 균형을 가져야하고, 의료 윤리 확립하고, 치과재료의 수급에 안정이 되고, 전문보조인력 확보가 중요하다고 하였다. ③. 최재경은 “의료보험과 치과 의료보수에 관하여”에서 의료보수 원가 계산 잘못으로 의도(醫道)는 산술화 되어 양질의 의료 불가능하게 될 것을 우려하였다⁷⁵⁾.

1977년 1월 19일 대한치과의사협회 의료보험연구위원회는 의료수가 조정 작업으로 진료행위별 난이·빈도 등을 조사하여 의료수가 제정에 반영하도록 진료과목별 소위원회를 구성하고 검토에 들어갔다⁷⁶⁾. 한편 보사부는 1977년의 시책으로 전인구 10%에 의료보험 혜택이 되도록, 6월까지 조합 설립 마치고 7월부터 보험금 지급하고, 치과이동진료사업은 새마을사업으로 넘길 것이라 하였다⁷⁷⁾. 1977년 4월 보사부는 요양취급기관 지정 규정을 만들어 보험의원 지정하고 모든 과목 진료하도록 하였다⁷⁸⁾. 1977년 5월 보사부는 보험료를 정부 회계법 따라 한달 앞당겨 7월 의료보험 실시에 앞서 6월부터 각출하도록 하였다⁷⁹⁾.

1977년 5월 보사부 의료보험 진료수가 기준 고시는 치과의 처치·수술을 40개 행위로 분류하고 점수제로 지역·의료기관 따라 차등 두고 초진 점수의 50%로 재진 점수로 하도록 하였다. 또한 보사부는 각 의사단체와 협조하여 지정 편중과 부조리를 철저히 배제하도록 하였다⁸⁰⁾. 보사부 의료보험 의료수가 기준이 고시되자 대한치과의사협회는 전국지부 보험 담당자로 의료보험 대책 회의를 소집하고 치과 진료는 발치·충전·치료뿐으로 관행 의료수가 보다 너무 적게 책정된 의료수가로 보험환자의 적정 의료에 염려된다고 하였다. 특정기재 등을 구입가로 인정하는 의사들의 기준과는 차이가 있다고 하였다⁸¹⁾.

2) 실시기 (1977~1987)

1977년 7월 1일 의료보험이 저보험급여 정책으로 저보험료가 되게 하여 출범되었다. 500명 이상의 사업장 근로자를 우선 대상으로 실시하였다. 이것은 강제적 성격의 의료보호제도였고, 저소득 계층의 국민에게는 의료보호제도를 실시하였다. 이러한 강제적 성격의 의료보험제도의 도입이 가능했던 것은 무엇보다 1960년대 초반부터 1970년대 중반까지 3차례에 걸친 경제개발계획으로 경제의 고도성장으로 가능했던 것이다.

74) 치의신보, 제130호 (1977. 1. 1) [4면] 1976년 11월 30일 제96회 정기국회서 의료보험법 개정

75) 치의신보, 제130호 (1977. 1. 1) [10-13면] 1976년 11월 30일 <특집 I - 치과에서의 의료보험제도>

76) 치의신보, 제132호 (1977. 2. 1) [3면] 1월 19일 치협 의료보험특위 의료보험수가 조정 작업,

77) 치의신보, 제132호 (1977. 2. 1) [7면] 의료보호·의료보험을 중심으로 한 올해 보사 시책 방향

78) 치의신보, 제137호 (1977. 4.15) [4면] 보사부, 요양취급 지정규정 법제처에

79) 치의신보, 제140호 (1977. 6.1) [3면] 7월 의료보험 실시에 앞서 의료보험료 6월부터 각출

80) 치의신보, 제141호 (1977. 6.15) [3면] 치과 처치·수술 40개 행위로 분류-보사부 의료보험진료수가기준 고시,

81) 치의신보, 제141호 (1977. 6.15) [3,6면] 의료보험 대책 회의 소집, 치협 전국지부 보험 담당자

그러나 요양의료기관 지정 지연과 수용태세가 준비되지 않아 시행에 차질을 가져오기도 하였다.⁸²⁾ 보사부에서는 지정 기피에 행정권 발동하여, 의료법에 진료 거부 등을 적용하여 제재할 방침이라 하였다.⁸³⁾ 보사부에서는 보험진료 점검하기 위하여 전국 요양기관 등 실태 조사를 하였다. 1977년 7월 전국의 의료보험조합 486개였고, 보험대상자는 390만8천여명이었다.⁸⁴⁾

대한치과의사협회 회장 김인철은 “치과의사 윤리의 준수: 의료보험 실시에 즈음하여”라고 했으며, 의료보험에 임하는 데에 “인술”, “보건 향상”, “양질의 진료”, “계몽”, “성공적으로 이끌 자세”가 요구되었으나, 당시 모습이 “갈팡질팡 우왕좌왕 의료보험”이라 표현되는 실정이었다.⁸⁵⁾ 또한 대한치과의사협회에서 의료보험 저해 요인으로 시정 촉구되는 것은 형평원칙 위배되는 의료수가 문제였다.⁸⁶⁾ 대한치과의사협회는 치과 표준 의료수가를 일반수가와 차이 커 균형 맞게 개정하도록 요청하였다.⁸⁷⁾ 서울시치과의사회와 치과연구사에서는 의료보험에 관한 특강을 하였다. 이 강연은 계속적인 상황을 이뤘다. 효율적인 보험진료 도모를 위한 이 보험에 관한 특강은 치과의사 5백50여명이 참석하기도 하였다. 이는 참석할 수 있는 전국치과의사의 1/3 정도였다. 대한치과의사협회에서는 “의료보험 질의상담실”을 설치하여 상담역으로 협회 부회장 이재현이 직접 나오기도 하였다.⁸⁸⁾

1977년 8월 의료보험을 시행하는 과정에서 문제점이 노출되었다. 보사부에서는 의료보험 진료 지침서를 만들어 보험 진료 체계를 준수하도록 촉구했으나, 환자들이 종합병원에만 몰리는 경향이 있었다. 청구 절차가 복잡해 1977년 8월 9일까지 7월분 보험급여를 1건도 청구하지 못한 실정이었다. 보험약국도 지정되지 안 되어서 원외처방전에 어려운 점이 있었다.⁸⁹⁾ 1977년 9월 보사부는 피보험자가 증명을 제시치 않았을 때 급여지급을 안 해도 무방하다고 한계를 규정하기도 하였다. 대한치과의사협회에서는 치석제거는 당일 처치를 원칙으로 하도록 하였는데, 이것은 재진료를 받기 위해 고의로 연기시키는 것으로 오해가 없기를 바라는 것이 이유였다. 대한치과의사협회 이재현 부회장은 의료수가 청구방법을 상담하기도 하였다.⁹⁰⁾ 1977년 10월에는 복잡한 의료보험 해설서도 출판되

82) 치의신보, 제142호 (1977.7.1) [3면] 의료보험 드디어 출범, 요양의료기관 지정 지연으로 시행 차질 우려,

치의신보, 제143호 (1977.7.15) [3면] 조합 요청에 우선 지정 계약 체결, 보사, 의료보험 운영에 문제점

83) 치의신보, 제143호 (1977.7.15) [3면] 지정 기피에 행정권 발동 -보사부, 의료법 진료 거부 등 적용 제재 방침

84) 치의신보, 제144호 (1977.8.1) [3면] 보험진료 점검 - 보사, 전국 요양기관 등 실태 조사

85) 치의신보, 제142호 (1977.7.1) [3면] 김인철(대한치과의사협회 회장). 치과의사 윤리의 준수는: 의료보험 실시에 즈음하여, 4면] <기자수첩>갈팡질팡 우왕좌왕 의료보험 [6면] 의료보험에 임하는 우리의 자세: 인술에 바탕 둔 마음가짐을 양원식(공직치의회 부회장), 보건 향상에 참여 긍지를 김영기(치협 총무이사), 성공적으로 이끌 자세 가짐 한형진(치협 치무이사), 양질의 진료되게 운영의 묘, 임채균(서울중로치의회장), 계몽 확대와 미비점 보완을 이혁(서울중구치의회장)

86) 치의신보, 제142호 (1977. 7. 1) 제142호 (1977. 7. 1) [5면] 의료보험 저해요인 시정 촉구, 초진료 50% 형평원칙 위배, 치협, 보험환자 소홀히 다룰 우려 지적

87) 치의신보, 제144호 (1977.8.1) [4면] 치과 표준 수가 개정도록 요청 - 치협, 자동차보험에 일반수가와 차 이 커 균형 맞도록

88) 치의신보, 제144호 (1977.8.1) [5면] 의료보험 특강 계속 상황 이뤘, 효율적인 보험진료 도모, 서울치의회·치과연구 보험특강 5백50여 참석, [6면] 의료보험 질의상담실. 많은 회원들의 질의를 바랍니다. 이재현(부회장)

89) 치의신보, 제145호 (1977. 8. 15) [3면] “외래진료는 의원급 기관 이용” - 보사, 의료보험 진료 지침서, 보험진료 체계 준수 촉구, [4면] <기자수첩>종합병원에만 몰리는 보험 환자, [5면] 요양비 청구 개선 시급 - 9일 현재 절차 복잡해 한 건도 청구 못해, 보험약국 지정 안돼 - 원외처방전에 난점

90) 치의신보, 제146호 (1977.9.1) [3면] 피보험자 증명 제시치 않았을 때 급여지급 안 해도 무방 - 보사부, 한계 규정. [6면] <의료보험 질의상담실> 상담역 - 이재현(치협부회장) : 의료보험수가 청구방법

었다. 류준식·이순·엄기섭 공저 “의료보험정해”가 그것이었다⁹¹⁾. 한편 1977년 10월 박정희 대통령은 새해 시정 방향으로 의료보호·보험 단계적 확충할 것이라고 하였다⁹²⁾. 1977년 10월, 11월, 12월 의료보험 문제점 점차 보완 개선하여 나갔다. 보사부와 병원협회실무회의는 보험급여비 청구 간소화를 위하여 방안을 마련하였다⁹³⁾.

1978년 1월 대한치과의사협회 명예회장 서영규는 의료보험에 사명감을 갖고 참여하여 정착화하도록 유도하게 하였다. 대한치과의사협회는 보사부에 의료수가 조정을 다시 건의하였다⁹⁴⁾. 1978년 4월 대한치과의사협회는 정관을 개정하여 보험이사를 신설하며, 의료수가를 조정하도록 건의하도록 하였다.⁹⁵⁾ 보건의 날 행사는 의료보험 내실의 해로 하자고 하였다. 1978년 5월 보사부는 의료보험을 유권 해석하고 있었고, 해설서가 편찬되기도 하였다.⁹⁶⁾ 1978년 5월 정부는 공무원·교직원 의료보험법 시행령 의결하여 공무원 등 의료보험 내년부터 시행하기로 하였다.⁹⁷⁾ 1978년 7월 의료보험 수혜자는 전국민의 23%로 1979년 하반기 적용 사업장 확대될 것이라 하였다. 그러나 치과에서의 의료보험은 의료보험제도의 기본개념 등 아직 충분히 주지 안 되어 있고, 양질의 의료 적시에 받게 지정 폭 넓혀야 하고, 의료수가를 물가 상승 따른 조정이 필요하다고 하였다.⁹⁸⁾

치의신보, 제147호 (1977.9.15) [6면] <의료보험 질의상담실> 상담역 - 이재현(치협부회장): 상병명 기호는 질병사인 분류 따라 기재, 본인부담금 과다징수 했을 때는 차액을 환자에게,

치의신보, 제148호 (1977.10.1) [6면] <의료보험 질의상담실> 상담역 - 이재현(치협부회장): 심야진료 환자 요양기관 도착시간 기준, 6개월 치료 후 재발 입원 경우 별개 질병으로 취급 급여

치의신보, 제149호(1977. 10. 15) [6면] <의료보험 질의상담실> 상담역 - 이재현(치협부회장): 보통처치 범위 1치 1회 단위로 산정, 치주소파서 간단한 치석제거를 주로 병합시술 하는 것

91) 치의신보, 제149호(1977.10.15) [10면] <신간> 의료보험정해 - 류준식·이순·엄기섭 공저

92) 치의신보, 제149호(1977.10.15) [3면] 의료보호·보험 단계적 확충, 박대통령, 새해 시정방향,

93) 치의신보, 제150호 (1977.11.1) [4면] 보험진료비 청구 간소화 - 보사, 병협실무회의서 방안

치의신보, 제151호 (1977.11.15) [5면] 의료보험수가 청구 간소화, 11.1부터 시행, X선 수가 행위별 총점 기재

치의신보, 제152호 (1977.12.1) [3면] 초진·재진료 100% 인상 추진 - 치협, 전국시도 의료보험심사위원 회서, 특정재료가 일원화, 의료보험 문제점 점차 보완 개선키로 [6면] 의료보험 진료수가 청구 - 기재사항 대폭 간소화 시행 : 전(錢)단위 사사오입 원 단위로, 진료실일수·상병 원인 등 기재 생략, 피보험자 주민등록번호 투약주사 약제료 내역 등

치의신보, 제153호 (1977. 12. 15) [4면] “지정제 폐지 의료 비중 초래”, 보사부, 의료보험 문제 지적에 해명

94) 치의신보, 제154호 (1978. 1. 1) [8면~12면] 서영규 의료보험 사명감 갖고 참여케 유도해야, [14면, 15면] <좌담회> 의료보험 - 치과 의료보험은 이렇게

치의신보, 제156호 (1978. 2. 1) [3면] 78년도 기본방향 - 의견의 정립, 의료보험 정착화, 「설탕 덜 먹기」 운동 적극 추진,

치의신보, 제157호 (1978. 2. 15) [5면] 구강보건 계몽·예방 사업 적극 전개 - 의료보험수가 등차제 조정, 치협, 신보사장관에 치과계 현안 문제 건의키로 치협, 보사부에 의료보험수가 조정 재건의

95) 치의신보, 제160호 (1978. 4. 1) [3면] 의보수가 조정 건의 채택 - 정관 개정, 보험이사 신설

96) 치의신보, 제162호 (1978. 5. 1) [3면] 홍보사업 강화 예산 증액 - 치협, 78년도 사업계획·예산 조정 확정, 구강질환 조사 삭제, 의료보험조합 구성 등 추진 [4면] 보사부 의료보험 유권해석 - 잠간고정술료는 6치 이상 경우에만 산정, 아말감 복합레진 충전시 연마료 산정 안돼 [10면] 의료보험수가 편람 - 김병국·류준식 공저.

치의신보, 제164호 (1978. 6. 1) [3면] 보험약가 기준표 발행 - 치협, 전국 회원에게 무료 배포

97) 치의신보, 제163호 (1978. 5. 15) [4면] 공무원 등 의료보험 내년부터 시행 - 정부, 공무원·교직원 의료보험법 시행령 의결

98) 치의신보, 제166호 (1978. 7. 1) [3면] 의료보험 수혜 23%로 - 79년 하반기 적용 사업장 확대 [5면] <의료보험 문답> 대구치 발치 중 파절 난발치 청구 가능, 난발치는 X선 촬영으로 증명해야 - 치협 의료보험위원회 [6면, 7면] <지상 토론> 전화원이 함께 모색해 보는 치과계 과제, 치과에서의 의료보험 : 주제의

1978년 8월 전국의 의료보험 요양취급기관으로 치과의원 1,107곳이 참여하고 있었고,⁹⁹⁾ 12월에는 1717곳이 지정의료보험 요양취급기관 확대로 치과 수요 급증하고 있었다.¹⁰⁰⁾ 치과의사와 인구 비례의 수치만 맞추는 계수적 계획은 안 되며, 양보다 질에 치중 우수한 치과의사를 배출하는 것이 중요하다고 하였다.¹⁰¹⁾ 1978년 12월 치과계 화제는 ‘공무원·교직원 대상 의료보험 확대 실시’, ‘치과재료업계 분규’, ‘치과대학 9개 대학으로 늘어나는 데 따른 교수 확보’, ‘기공료 인상’ 등이었다.¹⁰²⁾

1979년 1월 공무원·교직원 3백62만명을 대상으로 한 의료보험 시행되므로 의료보험 대상자가 크게 확장 되었다. 또한 1979년 의료보험제도는 300명 이상 사업장 근로자까지 적용대상에 포함되게 하였다. 박정희 대통령은 신년사에서 사회개발 확충으로 복지사회 이룩하자고 했고, 홍성철 보사부장관은 의료보험제도 발전도 하자고 하였다.¹⁰³⁾ 1979년 2월 박정희 대통령은, 보사부 연두 순시에서 의료보험의 문제점을 보완 해결하도록 하고, 의료보호를 확대하도록 지시했고, 대한치과의사협회는 65세 이상 7만5천명 대상으로 생활무능력 노인에게 총의치를 노인보호사업 일환으로 추진하기로 하였다.¹⁰⁴⁾ 대한치과의사협회 부회장 이재현은 의료보험제도 시행 1년 6개월 문제점으로 보험조합의 의료기관 지정에 문제 많아 지정제 폐지되어야 한다고 하였다. 대한치과의사협회 보험이사 김규문은 의료보험의 효율적 정착 위해 관계법 단일화, 진료 질서 준수, 의료수가, 지정 취소 등의 강제규정은 시정되어야 한다고 하였다.¹⁰⁵⁾ 서울·경기·공직치과의사회는 의료보험 특강을 개최하였는

제기, 이재현(치협 부회장) - 의료 전달 체계 확립이 급선무, 지정제 개방 환자에 선택권 부여, 종합병원 집중 막고, 일반진료와 동일한 수술이 치과서 차이 있는 모순 있어 : 최재경(최재경치과의원장), 김규문(치협 보험이사), 김종배(서울치대 부교수), 김기호(서울치대회 보험이사) - 보험수가 물가 상승 따른 조정을, 의료보험제도의 기본 개념 등 아직 충분히 주지 안 되어 있고, 양질의 의료 적시에 받게 지정 폭 넓혀야

99) 치의신보, 제169호 (1978. 8. 15) [4면] 의료보험 요양취급기관 - 치과의원 1천1백7개

100) 치의신보, 제176호 (1978. 12. 10) [4면] 치과 요양취급 1천7백17개소 지정 - 내년 1월 1일 시행, 공무원·교직원 의료보험

101) 치의신보, 제173호 (1978. 10. 15) [6면, 7면] <지상 토론> 전회원이 함께 모색해 보는 치과계 과제 - 치과의료 인력 수급(10) : 이정석(연세치대교수), 이화용(서울성북구치의회장), 정상주(서울강남구치의회장), 장홍수(서울마포구치의회장), 김영수(서울치대부교수), 최유진(경희치대부교수), 의료보험 확대로 치과 수요 급증, 치과의사와 인구 비례의 수치만 맞추는 계수적 계획 안 돼, 양보다 질에 치중 우수한 치의 배출

102) 치의신보, 제177호 (1978. 12. 25) [6,7면] 3백20만명 공무원·교직원 대상 의료보험 확대 실시로 새해 치과에 서광, 회오리바람 물고 온 치과재료업계 분규 사태 여운 남고, 치과대학 9 대학으로 늘어나, 치과대학 당면 과제로 교수 확보 등 많은 문제 숙제로 남기고, 연초부터 기공료 인상 파문 사표 소동까지

103) 치의신보, 제178호 (1979.1.5) [4면] 공무원·교직원 의료보험 시행, 의료보험에 새 장 열려. 공무원 등 3백62만명 대상, 진료비 청구 부정·허위보고·부실 기재 등 지정 취소, 진료비 심사 이전에 금융기관서 지급. “옹비의 80년대 태세 갖춰야”, 박정희 대통령 신년사, 사회개발 확충으로 복지사회 이룩, 보건 의료 기반의 확충 계속 홍성철 보사부장관, 의료보험제도 발전도, 공무원·교원 의료보험 지침, 전국시도 보험이사회의서 시달

104) 치의신보, 제181호 (1979. 2. 25) [3면] 의료보험 문제점 보완 해결토록 - 박대통령, 보사부 연두 순시 의료보호 확대 지시, 생활무능력 노인에게 총의치, 65세 이상 7만5천명 대상, 치협, 노인보호사업 일환으로

105) 치의신보, 제178호 (1979.1.5) [8면, 9면] 의료보험 시행 1년6개월 그 문제점 - 이재현 : 보험 환자 약 80%가 종합병원을 이용, 보험조합의 의료기관 지정에 문제 많아 지정제 폐지, 1종 보험조합 발전적으로 통합 전국 의료기관으로 확대, 의료보험 확대 따른 치과영역 대책 - 김규문(치협 보험이사) : 효율적 정착 위해 관계법 단일화해야, 의료체계의 확립 재정립 진료 질서 준수해야, 종전 치과진료수가 차이 두어 문제됐고, 물가상승 못따르는 수가 교육미필 지정 취소의 강제규정 시정돼야

데 성황을 이뤘다.¹⁰⁶⁾

1980년 이후 전국민의료보험 확대 실시를 위한 기반을 마련하였다. 1981년 강원도 홍천군·전라북도 옥구군, 경상북도 군위군을 대상으로 지역의료보험 1차 시범사업이 실시되었고, 1982년 경기도 강화군, 충청북도 보은군, 전라남도 목포시를 대상으로 지역의료보험 2차 시범사업이 실시되었다. 1982년 직장의료보험의 적용대상은 꾸준히 확대되어 16명 이상 사업장까지 실시되었다.

1982년 의료보험 실시에 대한 치과의사의 평가가 나오게 되었다. 김동순은 시행을 위한 사전 준비 없이 하여 진통을 겪는다 하면서 치과의료보험이 공동적이며, 공익적이어야 한다고 하였다. 이것은 학교보험을 중심으로 직장·학교 단위로 우선 실시하자 한 입장에서 보면 사전 준비가 안 된 것이었으며, 의료수가를 자동차보험과 비교할 때 낮은 의료수가일 수밖에 없었던 것이었다. 김동순은 의료수가 제도의 불합리성을 지적하였다. 의료수가에서 시술빈도가 낮은 행위에는 후하고, 높은 행위에는 인색한 모순과 치과에 대한 제어와 감시로 어려운 절차를 만들어 치과의사의 자율이 지나치게 무시되고 있다고 하였다. 이 두 가지 결과로 불친절과 차별대우의 주범이 된다고 하였다.¹⁰⁷⁾

1983년 최재경은 의료수가의 관점에서 보험료가 적고, 국가 보조도 적으면 치과의사가 낮은 의료수가로 봉사가 될 때 저질의 의료와 윤리가 추락될 수 있어, 국가보조의 다과가 보험의 성패가 달렸다고 하였다. 그는 의료의 질을 향상시킬 수 있고, 의료인의 기술 등이 반영되는 의료수가의 적정화와 사무의 간소화를 요청하였다.¹⁰⁸⁾

3) 확장기 (1987~1998)

1987년 한방의료보험이 실시되었다. 1988년 의료보험은 5명 이상의 사업장에까지 확대되었고, 1988년 농어촌지역까지 포함되었다. 1989년 7월 도시지역 의료보험이 실시됨으로써 전국민 의료보험이 되게 되었다. 1989년 약국의료보험이 실시되었다. 이리하여 의료보험은 140개 직장의료보험조합, 1개 공무원·교직원의료보험공단, 227개 시·군·구 지역의료보험조합이 보험자로서 독립채산으로 운영되었다.

확장기에는 양질의 진료에 논의 대상이 되었다. 1990년 안상규는 치과의료보험은 치과진료의 질 저하가 우려된다고 하였다. 낮은 의료수가로 실시되었던 의료수가의 인상과정에서 보험 재정 보호하여 빈도가 적은 항목은 올려주고, 빈도가 많은 항목은 낮게 책정하여 인상 효과를 최소화 한다고 하였다. 그는 해결 방안으로 치과의 행위별 의료보험수가가 인정되도록 의료수가 항목과 의료수가 체계를 힘을 기우려야 한다. 또한 사회보장 차원이 아닌 양질의 치과의료수가 되도록 제도적인 장치를 요구하며, 최고 수준의 진료를 받을 권리도 존중해야 한다고 하였다.¹⁰⁹⁾

1991년 대한치과의사협회는 치과의료보험의 지속적인 발전과 의료수가를 합리적으로 개선하고자 의료보험연구소위원회에 의뢰하여 연구하게 하였다. 여기에서 한국의 경우 획일적·일방통행적 처치를 하나 일본의 경우에는 환자 중심의 다양성을 인정하는 합리적 처치를 한다고 하였다.¹¹⁰⁾ 그

106) 치의신보, 제180호 (1979. 2. 10) [5면] 서울·경기·공직치의회 개최 - 의료보험 특강 성황

107) 김동순, 「치과의료계의 보험진료 5년」, 『의료보험』 의료보험조합연합회, 1982년, 15-17쪽.

108) 최재경, 「의료보험과 치과진료」, 『의료보험』 의료보험조합연합회, 1983년, 18-20쪽.

109) 안상규, 「치과의료보험 수가에 대한 소고」, 『대한치과의사협회지』 1990년 10월, 865-880쪽.

리고 소아 및 심신장애자의 가산율에 대하여 개선을 제시하기도 하였다.¹¹¹⁾ X선검사의 목적에서 병소를 탐지할 목적인 경우에 병소의 수에 상관없이 촬영한 경우 보험급여가 인정되어야 한다고 주장하였다.¹¹²⁾ 1991년 천병윤은 치과의료보험의 문제점과 과제로서 의료수가 문제, 진료비 심사, 진료비 청구, 본인부담금의 조정을 해야 한다고 하였다.¹¹³⁾

1992년 강태욱은 치과의료보험의 문제점으로 치과진료에 많은 시간이 소요되므로 시간에 대한 보상이 적절한 수준으로 이루어져야 한다고 주장하였다.¹¹⁴⁾ 본인 부담금의 상향조정으로 보험자부담률은 낮아지고, 치과의원의 수는 급격히 증가되고, 보험수입과 환자수는 감소하여, 치과의원은 영세화되고, 치과의료 발전은 저해되고 있다고 하였다.¹¹⁵⁾

1993년 김영창 및 천병윤은 의료보험에서의 치과진료실적을 분석하여 의료보험진료비에서 치과 진료비는 6.47%, 진료 인원은 7.71%였고, 연도별로 증가하는 추세였다. 치과의원은 일반의사보다 건당 진료비, 일당 진료비, 기술료 및 재료대가 높았고, 약제비는 매우 낮았다고 하였다.¹¹⁶⁾

1995년 보건복지부의 의료보험 정책 방향으로 양명생은 조합사이의 재정불균형 해소 및 농어촌 조합 지원확대, 의료보험 적용범위 확대, 의료수가 체계의 합리적 개편, 의료보험 관리운영 쇄신이 있었다.¹¹⁷⁾ 손명세는 한국 보건의료의 개혁이 규제 중심에서 합리성을 증진시킬 수 있는 형태로 바뀌며, 보건의료에 대한 투자는 확산되고, 정부뿐만 아니라 전문 의료인 단체는 합리성이 높고, 논리적인 정책대안을 제시하여야 한다고 하였다.¹¹⁸⁾ 1995년 안상규는 치과 의료보험은 양질의 치과 의료가 제공할 수 있도록 하며, 진료기준과 의료수가는 치과의사가 교육 받은 대로 소신껏 진료할 수 있도록 하여야 한다. 의료수가는 보험환자와 일반 환자가 구분되지 않는 단일 수가라야 한다. 치과 의료와 치과 의료의 이공학적인 측면이 사회보장차원과 보험재정보호차원에서 통제 되어서는 안 된다고 하였다.¹¹⁹⁾ 1995년 이흥수는 의료보험은 인력과 물적 자원 확대, 진료이용 증가, 진료비 증가, 우식치율 감소, 3차 예방하는 진료 형태 유발, 우식경험영구치의 증가는 의료보험의 기여도가 예방에는 미흡한 것으로 나타났다고 하였다.¹²⁰⁾

의료보험 20년을 맞이하여 1997년 엄영진은 정부 정책관으로 지금까지 저보험급여 정책으로 저보험료를 가능하게 해왔으나 소득수준의 향상에 따라 각종 신기술 및 고가장비에 대한 비급여로 국민과 의료공급자의 불만이 늘었다고 하였다. 이를 해결하기 위하여 보험급여가 확대되고, 양질의 의

110) 의료보험연구소위원회, 「한일치주의료보험의 비교연구」, 『대한치과의사협회지』 1992년 8월, 615-617쪽.

111) 의료보험연구소위원회, 「한일 의료보험의 비교연구」, 『대한치과의사협회지』 1992년 7월, 529-534쪽.

112) 대한구강악안면방사선학회, 「한일의료보험의 비교연구(치과방사선)」, 『대한치과의사협회지』 대한치과의사협회, 1992년 12월, 925-928쪽.

113) 천병윤, 「치과의료보험의 현황과 과제」, 『의료보험』, 1991년 1월, 76-79쪽.

114) 강태욱, 「치과의료보험의 문제점」, 『대한치과의사협회지』 1992년 3월, 229-230쪽.

115) 강태욱, 「통계로 살펴본 치과의료보험」, 『대한치과의사협회지』 1992년 4월, 311-312쪽.

116) 김영창, 천병윤, 「의료보험에서의 치과진료실적분석」, 『대한치과의사협회지』 1993년 7월, 533-537쪽. ; 8월 607-613쪽.

117) 양명생, 「의료보험의 정책방향」, 『대한치과의사협회지』 1995년 6월, 396-408쪽.

118) 손명세, 「보건의료 개혁의 세계적 추세와 한국 보건의료 개혁의 전망」, 『대한치과의사협회지』 대한치과의사협회, 1995년 6월, 418-421쪽.

119) 안상규, 「2000년대 치과의료와 의료보험」, 『대한치과의사협회지』 1995년 6월, 422-429쪽.

120) 이흥수, 「의료보험이 국민구강보건에 미친 영향」, 『대한치과의사협회지』 1995년 6월, 409-417쪽.

료가 되며, 보험제정의 안정과 관리운영 체계의 개혁이 필요하며, 정부, 소비자, 의료공급자의 상호 협조가 필요하다고 하였다.¹²¹⁾ 서영수는 치과의사로서 불합리한 의료수가 체계, 없애야 할 준용제도, 자율지도 등은 양질의 진료를 위하여 개선되어야 한다. 앞으로 의료보험의 급여범위가 확대되면 보험료의 부담이 가중될 것이라 예측하며 강제보다는 자유계약제와 사보험의 활성화가 의료보험 제정과 국민의 의료요구를 만족시키리라 하였다.¹²²⁾ 김재옥은 소비자로서 의료보험료의 가계부담이 높고, 관리운영체계의 혁신이 필요하며, 관리운영비를 최소화해야 하고, 점진적으로 의료보험의 통합이 이루어져야 한다고 하였다.¹²³⁾ 한오석은 의료보험 연구위원으로 보험급여 수준의 향상과 보험급여 제원의 확충하고, 관리운영체계를 효율화해야 한다고 하였다.¹²⁴⁾ 하호옥은 병원 운영자로서 의료수가 통제는 병원 경영난을 부르고, 의학 발전의 걸림돌이 된다고 하였다.¹²⁵⁾ 이찬영은 개업한 치과의사로서 원가이하의 의료수가는 개선되어야 하며, 의료비에 대한 심사는 전문성과 공정성을 고려하여 심사기구를 독립시켜야 하며, 의료수가는 정부 책임이 크며, 대한치과의사협회 내에 연구가 필요하다고 하였다.¹²⁶⁾ 또한 이종만은 대한치과의사협회 임원으로 진료비 심사기구 독립의 필요성을 제시하였다.¹²⁷⁾

4) 통합기 (1998.10 이후)

한국의 의료보험 체계는 소득의 형태, 소득과악률, 의료이용률 등이 유사한 집단별로 보험자를 구성하고 각 보험자별 독립채산 방식에 의해 자체 운영하는 다보험자 체계로 운영되었다. 다보험자 체계는 의료보험의 관리에서 조합을 통합할 필요성이 대두되었다. 1998년 10월 1일 공무원·사립학교 교직원 등 특수직역 근로자를 대상으로 하는 의료보험관리공단과 농어민과 도시자영업자를 대상으로 하는 각 시·군·구별 지역의료보험조합이 통합하였다. 2000년 7월 1일 5명 이상 사업장의 직장근로자를 대상으로 하는 사업장별, 지역별 직장의료보험조합도 국민건강보험공단으로 통합됨으로써 단일보험사업자가 의료보험체도를 운영하게 되었다. 1998년말 박경준은 치과 의료보험의 청구요령에 대하여 기본진료, 치아질환의 처치, 구강연조직질환 및 수술 후 처치, 수술, 진료비 이의 신청, 기타에 따라 안내하고 있었다.¹²⁸⁾ 1999년 말 의료보험조합별 적용인구는 공무원 및 사립학교교직원 의료보험 적용인구가 485만9,436명, 지역의료보험조합 적용인구가 2,346만7,242명, 직장의료보험조합 적용인구가 1,684만6,575명이었다.

2001년 정기택은 국민후생이 증대되고, 보장욕구의 강화 및 다양화 되고 보험사들이 경쟁이 우위에 설 것이며, 치과 의료분야의 민간보험 가능성이 나타나리라고 하였다. 의료기관은 추가적인 시장 개방과 외국의료기관과 보험사들이 진입되고 의료기관은 질적인 상승이 요구 될 것이라고 했다.

121) 엄영진, 「정부의 의료보험 정책방향」, 『대한치과의사협회지』 1997년 7월, 436-437쪽.

122) 서영수, 「치과의료보험의 정책과 개선방향」, 『대한치과의사협회지』 1997년 7월, 442-443쪽.

123) 김재옥, 「소비자 의료보험 문제점과 개선방향」, 『대한치과의사협회지』 1997년 7월, 444-445쪽.

124) 한오석, 「의료보험의 발전 방향」, 『대한치과의사협회지』 1997년 7월, 445-446쪽.

125) 하호옥, 「병원경영에 미친 영향과 제도 개선 방향」, 『대한치과의사협회지』 1997년 7월, 448-449쪽.

126) 이찬영, 「의료보험 20년 그 문제와 해결방안」, 『대한치과의사협회지』 1997년 7월, 449-450쪽.

127) 이종만, 「진료비 심사기구 독립의 필요성」, 『대한치과의사협회지』 1997년 7월, 450-451쪽.

128) 박경준, 「치과의료보험 청구요령」, 『대한치과의사협회지』 1998년 12월, 831-836쪽.

보험자는 우수한 서비스로 간접적인 효과가 있으리라고 하였다. 부정적인 견해로 소비자는 형평성이 저해되고, 의료기관은 사보험 환자를 선호하게 되고, 복잡한 청구 절차가 요구될 것이라 하였다. 지금까지의 치과 의료보험의 문제점은 열악한 치과 의료보장이 되며, 보험제정에 초점을 둔 보험정책으로 희생된 치과 의료였다고 하였다.¹²⁹⁾ 김창엽은 민간보험의 역할과 그 한계와 영향에서 민간보험이 정책적인 논의에 대상이 됨을 말하며, 정부, 의료계, 국민, 기업의 입장을 설명하였다. 민간보험의 유형과 한계와 문제점을 제시하였다.¹³⁰⁾

2001년 이미희는 비보험급여 대상으로 되어 있는 보철 중 의치를 외국의 사례를 연구하여 단계적으로 보험급여화를 하자고 하였다.¹³¹⁾ 2003년 진우정은 한국의료보험제도의 통합을 공평한 보험료부과체계의 개발, 의료수요자와 공급자의 측면에서의 문제점, 보험제정의 안정화 등의 현안을 해결하기 위하여 시행하게 되었다고 판단하였다. 그리고 그 통합의 이론적인 배경으로 복지국가 개념의 발전에 있다고 하였다. 즉 정치와 경제, 공익에 근거한 윤리적인 정책시행은 인간성 회복과 이윤을 위한 배려에 의해 아름다운 공동체를 구현하는데 있다고 하였다.¹³²⁾

2000년 7월 1일 국민건강보험공단 출범과 함께 객관적인 진료비 심사평가 업무를 위해 독립된 전문기구로 건강보험심사평가원이 설립, 운영되고 있다. 건강보험심사평가원은 종전 의료보험연합회의 심사업무와 관련된 권리와 의무를 포괄 승계한 것이었다.

치과건강보험은 치과진료에의 접근성이 증가되어 구강보건과 의료체계의 개선을 가져왔다. 국민 1명당 진료일수가 늘어났고, 도시와 농촌 사이 치과진료의 격차 줄어들었다. 치과진료비 증가했으며, 치과진료자원의 합리화하였다. 그러나 해결해야 할 문제도 남아 있다. 첫째, 건강보험 적용에서 제외되거나 별도 제도에 포함된 계층을 포함시켜야 한다. 둘째, 의료자원의 지역간 불균형을 해소해야 한다. 셋째, 보험급여에서 국민의 의료요구를 최대한 충족시켜 나가야 한다. 넷째, 재원조달의 형평성은 끊임없이 추구되어야 한다. 다섯째, 의료남용이 적은 포괄수가제로 개편이 필요하다.

3. 맺음말

국민건강보험의 목적은 “국민의 질병 부상에 대한 예방 진단 치료 재활과 출산 사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민건강을 향상시키고 사회보장의 증진이라 하였다.

인류는 원시사회 이래 적절한 의료의 제공과 구제에 힘써 왔다. 사회보장의 역사는 1883년 비스마르크 시대 독일에서 사회보험 “근로자 의료보험법(Gesetz betreffend die Kranken versicherung der Arbeiter)”으로 처음 실시되었다. 한국의 의료보장제도는 고조선, 고구려, 백제, 신라에서 전홀사업을 하기도 했다. 고려시대와 조선왕조는 인정(仁政)으로 구제조치로 국가 구제제도의 틀을 마련하였다. 광복 후 1952년 10월 14일 사회부장관 훈령으로 “후생시설운영 요령” 발표된 일이 있었다.

129) 정기택, 「치과의료분야의 민간보험 가능성과 효과」, 『대한치과의사협회지』 2001년 1월, 46-47쪽.

130) 김창엽, 「민간보험의 역할: 그 한계와 영향」, 『대한치과의사협회지』 2001년 1월, 50쪽.

131) 이미희, 「각 국가별 치과의료보장의 유형과 치과의료보험급여화에 관한 연구」, 『제주관광대학 논문집』 제7집, 2001, 229쪽.

132) 진우정, 「한국의료보험제도의 통합」, 『대한치과의사협회지』 2003년 5월, 362-376쪽.

준비기: 국민건강보험의 준비는 정부에 의해 강력하게 추진되었고, 대한치과의사협회에 의해 연구되었다. 1963년 12월 16일 국민건강보험의 역사는 최초로 의료보험 정책과 제도를 도입한 의료보험법(법률 제1623호)의 제정으로 시작되었다. 그 후 구체적으로 실시되는 것은 1968년 장기려(張起呂)가 청십자운동(靑十字運動)을 전개로 볼 수 있다.

대한치과의사협회는 1969년 1월 지광원이 치과의료 보험 사전의 준비를 하자고 주장하였다. 1969년 10월 대한치과의사협회 제18차 대의원 정기총회에서는 의무위원회에 의료보험 연구 기구를 두기로 하였다. 1973년 4월 13일 대한치과의사협회는 제22차 대의원 정기총회에서 특별회계로서 재정적인 뒷받침을 하였다. 1973년 5월 대한치과의사협회 의료보험연구위원회는 위원으로 최재경(아시아, 의료수가의 원가계산), 양정강(구미역), 최유진(구라파), 차병진(각국의 의료보험법)을 선임하였다. 1974년 7월 9일 대한치과의사협회 의료보험연구위원회는 국민학교의료보험조합을 추진하기로 하고, 8월17일 문교부에 학교의료보험을 추진 건의하였다. 그러나 이러한 학교의료보험조합을 추진하는 것은 직장과 공무원의료보험조합에 의하여 의료보험을 시행하려는 정부의 방향과는 초점이 맞지 않는 것이었다.

정부에서의 추진 경위는 1971년 11월 김남규는 보사부 치무담당관으로 복지사회 건설을 위한 사회보험의 하나로 의료보험이 국민 전반의 보건 사업되어야 한다고 하였다. 1972년 2월 8일 보사부 주최 간담회에서 의료보험을 시행하면서 다음과 같이 결론하였다. 1. 저질의 의료를 피한다. 2. 의료의 향상되도록 의료인 또는 의료기관의 보호 육성한다. 3. 국민 부담 감소시키는 국가보조금의 증액이 필요하다.

연구 성과로 1972년 1월 최재경은 의료보험이 치과의료의 수급관계의 불균형, 통제화 되며, 치의학 발전에 문제점이 노출된다고 하였다. 1973년 10월 위원회는 연구 성과로 “의료보험제도론”을 배포하였고, 12월 “미국에서의 치과보험 실태에 관하여”와 “유럽제국의 의료보험제도 개요”를 발표하였다. 1974년 3월 최재경은 의료수가란 일반상품처럼 원가계산식으로 책정할 수 있는 성질의 것이 못되고, 충분한 기술과 의도를 양양할 수 있는 의료수가가 되어야 한다고 하였다. 1976년 11월 치과에서의 보험 실시 수용 태세, 의료의 질과 의료수가 등 의료보험제도를 논의하였다.

실시기: 1977년 7월 1일 의료보험이 저보험급여 정책으로 저보험료가 되게 출범되었다. 500명 이상의 사업장 근로자를 우선 대상으로 실시하였다. 그러나 요양의료기관 지정 지연과 수용태세가 준비되지 않아 시행에 차질을 가져오기도 하였다. 보사부에서는 지정 기피에 행정권 발동하여, 의료법에 진료 거부 등을 적용하여 제재할 방침이라 하였다. 당시 모습이 “갈팡질팡 우왕좌왕 의료보험”이라 표현되기도 했다. 대한치과의사협회는 치과 표준 의료수가가 일반수가와 차이 커 균형 맞게 개정하도록 요청하였다.

1977년 8월 의료보험은 시행하는 과정에서 문제점이 노출되었다. 보사부에서는 보험 진료 체계를 준수하도록 촉구했으나 어려운 점이 있었다. 1979년 의료보험제도는 공무원 및 사립학교 교직원과 300명 이상의 사업장 근로자까지 적용대상에 포함하였다. 1982년 의료보험 실시에 대한 치과

의사의 평가가 나오게 되었다. 김동순은 시행을 위한 사전 준비 없이 하여 진통을 겪는다 하면서 치과 의료보험이 공익적이어야 한다고 하였다. 이것은 직장·학교 단위로 우선 실시하자 한 입장에서 보면 사전 준비가 안 된 것이며, 의료수가를 자동차보험과 비교할 때 낮은 의료수가일 수밖에 없었던 것이었다. 1983년 최재경은 의료수가의 관점에서 보험료가 적고, 국가 보조도 소액이면 치과 의사가 낮은 의료수가로 봉사가 될 때 저질의 의료와 윤리가 추락될 수 있어, 국가보조의 다과가 보험의 성패가 달렸다고 하였다.

확장기: 1987년 한방의료보험이 실시되었다. 1988년 의료보험은 5명 이상의 사업장에까지 확대되었고, 1988년 농어촌지역에서 실시되었다. 1989년 7월 도시지역 의료보험이 실시됨으로써 모든 국민 의료보험에 해당되게 되었다. 1989년 약국의료보험이 실시되었다. 이렇게 의료보험은 140개 직장 의료보험조합, 1개 공무원·교직원의료보험공단, 227개 시·군·구 지역의료보험조합이 보험자로서 독립채산으로 운영되었다. 1990년부터 1995년까지의 시기에 안상규, 대한치과의사협회 의료보험연구소 위원회, 천병윤, 김영창 및 천병윤, 강태욱, 보건복지부 정책관, 손명세, 이흥수 등이 의료보험에 대한 연구가 활발하게 되었다.

의료수가 연구가 크게 대두 되었다. 의료수가는 보험환자와 일반 환자가 구분되지 않는 단일 의료수가라야 한다. 의료수가 항목과 의료수가 체계에 힘을 기우려야 한다고 주장되었다. 사회보장 차원과 보험재정보호차원의 의료수가는 양질의 치과 치료가 되지 못하고, 치과의료 발전에 저해된다고 하였다.

진료는 환자에게는 최고 수준의 진료를 받을 권리도 존중해야 하며, 진료기준은 치과의사가 교육 받은 대로 소신껏 진료할 수 있도록 하여야 한다고 하였다. 보건의료는 규제 중심에서 합리성을 증진시킬 수 있는 형태로 바뀌어야 하며, 정부와 의료 단체는 정책대안을 제시하여야 한다고 하였다. 의료보험에 대한 투자는 확대하여 적용범위는 넓히고, 관리운영 쇄신이 필요하다고 하였다. 의료보험으로 인력과 물적 자원 확대, 진료 증가, 우식치을 감소, 3차 예방하는 진료 형태 유발되고, 우식경험연구치의 증가하였으나, 기여도에서 예방은 미흡하였다고 하였다.

의료보험 20년을 맞이하여 엄연진, 김재욱, 한오석은 의료보험 관리운영체계를 효율화해야 한다고 하였다. 그리고 저보험급여 정책으로 저저보험료를 가능하게 해왔으나, 소득수준의 향상에 따라 각종 신기술 및 고가장비에 대한 비보험급여로 국민과 의료공급자의 불만이 늘었다고 하였다. 보험급여의 확대, 양질의 의료를 위하여 엄연진은 정부, 소비자, 의료공급자의 상호협조가 필요하다고 하였고, 하호욱은 병원 수가통제는 병원 경영난을 부르고, 의학 발전의 걸림돌이 된다고 하였다. 서영수는 자유계약제와 사보험의 활성화가 의료보험재정과 국민의 의료요구를 만족시킬 것이라 하였다. 이찬영과 이종만은 의료비에 대한 심사기구를 독립의 필요성을 제시하였다.

통합기: 한국의 의료보험체계는 다보험자 체계로 운영되었는데, 다보험자 체계는 의료보험의 관리에서 조합을 통합할 필요성이 대두되었다. 1998년 10월 1일 공무원·사립학교 교직원 등의 의료보험관리공단과 지역의료보험조합이 통합하였다. 1999년 말 의료보험조합별 적용인구는 공무원 및

사립학교교직원 의료보험 적용인구가 485만9,436명, 지역의료보험조합 적용인구가 2,346만7,242명, 직장의료보험조합 적용인구가 1,684만6,575명이었다. 2000년 7월 1일 직장의료보험조합도 국민건강보험공단으로 통합됨으로써 단일보험사업자가 의료보험제도를 운영하게 되었다.

지금까지의 치과 의료보험의 문제점은 열악한 치과 의료보장이 되며, 보험제정에 초점을 둔 보험정책으로 희생된 치과 의료였다. 따라서 치과 의료분야에 민간보험 가능성이 나타나고 보험사들이 경쟁이 우위에 설 것이라고 하였다. 또한 보철 중 의치를 외국의 사례를 연구하여 단계적으로 보험급여화를 하자는 주장이 나오기도 하였다.

한국의료보험제도의 통합은 공평한 보험료부과체계의 개발, 의료수요자와 공급자의 측면에서의 문제점, 보험제정의 안정화 등의 현안을 해결하기 위하여 시행하게 되었다. 정치와 경제, 공익에 근거한 윤리적인 정책시행으로 인간성 회복과 이웃을 위한 배려에 의해 아름다운 공동체를 구현하고자 하였다. 2007년 7월 1일 국민건강보험공단 출범과 함께 객관적인 진료비 심사평가 업무를 위해 독립된 전문기구로 건강보험심사평가원이 설립하여, 운영되고 있다. 건강보험심사평가원은 종전 의료보험연합회의 심사업무와 관련된 권리와 의무를 포괄 승계한 것이었다.

결론으로 국민건강보험의 준비는 정부에 의해 강력하게 추진되었고, 치과의사에 의해 연구되었고, 소비자의 협조가 있었다. 저보험료 정책으로 저보험급여가 되게 출범되었던 소득수준의 향상에 따라 각종 신기술 및 고가장비에 대한 비보험급여로 국민과 의료공급자의 불만이 늘었다. 보험급여의 확대, 양질의 의료를 위하여 정부, 소비자, 치과의사의 상호협조가 필요하게 되었다. 자유계약제와 사보험의 활성화가 의료보험 재정과 국민의 의료 요구를 만족시킬 수 있을 것이다. 이렇게 치과 건강보험은 해결해야 할 문제도 남아 있으나, 치과진료에의 접근성이 증가되어 구강보건과 의료체계의 개선을 가져왔다고 할 수 있다.

한국 건강보험제도는 국민구강건강 증진에 얼마나 기여하였는가?

권 호근¹⁾

1. 서 론

한국이 건강보험제도가 도입 된지 올30년이 되는 해이다. 초기 시작 때 많은 논란이 있었고 1990년대 건강보험 통합을 놓고 많은 논쟁과 갈등이 있었지만 30년이 지난 현재 제도적인 측면에서 보면 인류 역사상 가장 짧은 시간 내에 전 국민이 건강보험제도 혜택 수립이라는 획기적인 성과를 이룬 것은 사실이다.

치과건강보험의 경우 1977년 7월 1일 시작시 진료 항목 수 86개에서 2006년에 246개로 증가되었고 여러 측면에서 발전한 것은 사실이다. 그러나 특히 국민구강건강 증진에 매우 중요한 예방치료 항목이 전혀 포함되지 않았다는 점에서 여러가지 미흡한 점이 있다. 이는 한국과 비슷한 국민개보험제를 실시하고 있는 일본이나 영국의 건강보험제도에 비추워 보아도 개선해야 할 사항이다. 영국과 일본의 경우 중요한 구강 질환 예방 치료법인 불소도포, 치아 홈메우기, 치석제거 등 거의 모든 예방치료 항목이 건강 보험에 포함되어 있다. 물론 영국과 일본의 경우 건강 보험 시작 자체가 우리 보다 오래되었다는 측면도 있지만 한국에서 건강 보험에 예방치료 항목이 포함되지 않은 이유는 보험 시행 초기 다양하고 심도 있는 논의 없이 정치적인 상황 때문에 치료위주로 조급하게 시행된 이유도 있다. 또한 시작 이후에도 치과계의 적극적인 노력이 없었던 것이 또 다른 중요한 원인이다.

전 세계적으로 유래 없이 30년이란 짧은 기간에 전국민 건강개보험 실현이라는 획기적인 성과를 거둔 것은 사실이지만 30년이 지난 오늘날에는 여러 문제를 극복하고 새로운 미래를 준비 하기 위해서는 많은 논의가 필요한 시점이다.

2. 건강보험은 국민구강건강증진에 얼마나 기여하였는가?

21세기의 사회적인 화두는 참살이(wellbeing) 이다. 이러한 참살이를 추구하는데 있어서 건강증진은 필수적인 사항이고 특히 구강건강증진은 이에 중요한 요소이다. 이러한 사회적 변화는 1960년대의 미국과 유럽과 같은 선진국에서의 세계관의 변화와 정신적인 변화로 시작되었다. 이러한 변화를 일부 학자들은 20세기의 보이지 않는 정신적인 혁명이라고도 명한다. 이러한 변화는 20세기

1) 연세대학교 치과대학 교수, 대한구강보건학회 회장, 대한치과의료관리학회 직전회장.

전반 경제성장과 물질적 가치의 중시에서 자아실현과 자기결정권을 더 중시하는 탈 물질적 가치로의 전환을 위미한다. 물질적 가치를 중시하는 시각에서의 환자에 대한 구강관리는 단지 육체적으로 건강한 치아와 치은을 유지하는 데에만 관심을 가지지만, 탈 물질적 가치를 중시하는 환자의 경우 환자의 심미적인 측면에서의 외모와 사회관계 유지, 자아 및 자긍심 고취도 고려되어야 한다.

이러한 사회의 전반적인 가치의 변화에 발맞추어 1946년 세계보건기구(WHO)는 건강의 정의에 대해 새로운 패러다임을 도입하였다. WHO의 건강의 정의는 "건강은 신체적, 정신적, 그리고 사회적으로도 이상이 없는 안녕한(wellbeing) 상태, 즉 질병이 없는 상태뿐만 아니라 사회적인 기능까지 고려함"이라고 정의하였다. 구강보건 분야에서 이러한 건강에 대한 새로운 패러다임에 따르면, 구강건강증진의 궁극적 목표는 신체적 측면에서 치아우식증과 치주질환이 없는 상태뿐만 아니라 환자의 정신적, 사회적 안녕(wellbeing)도 고려되어야 한다. 특히 구강건강은 생명에 직접적인 위협을 주지 않지만 사회적 정신적 삶의 질 향상에 중요한 영향을 준다는 점에서 한국건강보험제도의 국민구강건강증진 기여 정도를 평가 할 때 이러한 점이 중시되어야 한다.

따라서 지난 30년간 한국건강보험제도가 국민구강건강증진에 기여한 정도를 평가할 때도 역학 조사를 통한 객관적인 지표로 표현되는 역학적인 평가와 설문 조사를 통한 주관적인 지표로 표현되는 삶의 질 개선이라는 두 가지 차원에서 평가되어야 한다. 최근에는 보건사업이나 건강보험사업 평가에서는 역학적인 평가 보다 삶의 질 개선이라는 척도가 평가 지수로서 더 중요하게 인식되고 있다. 삶의 질의 개념이 추상적인 개념이고 평가가 설문 조사로 통하여 이루어지기에 주관적인 평가라는 약점도 있지만 설문 조사를 통하여 하기 때문에 적은 비용으로 쉽게 할 수 있고 조사 대상자가 직접 느끼는 만족도를 조사한다는 점에서 효율적이고 유용한 방법이다.

3. 구강건강증진 평가에서의 주관적 지표와 객관적 지표

삶과 관련된 구강건강 증진에서의 주관적인 지표 개발은 1997년 Locker에 의해서 시도되어 그 후 많은 지표들이 개발되었다. 이들 지표들은 대개 (1)구강기능적인 요인, (2)사람의 외모와 자존심을 고려한 심리적인 요인, (3)대인관계의 장애를 측정한 사회적 요인, (4)통증/불편함의 경험 등 측정으로 구성되어 있다. 예를 들면, 어떤 사람이 식당에서 저녁 식사를 할 때 모든 음식을 잘 저작하거나 깨물어 먹는데 장애가 없는지?", "달거나, 뜨겁거나 찬 음식을 먹었을 때 통증이나 불편함이 없는지?", "다른 사람들 앞에서 잘 웃을 수 있는지?", 또는 "거울을 봤을 때 자신이 좋게 느껴지거나 자긍심을 가질 수 있는지 등을 측정한다. 현재 개발된 설문 도구는 Social Impact of Dental Disease(SIDD), Dental impact profile, The oral health impact profile, Subjective oral health status indicators, The oral health related quality of life measure 등이 있다.

그러나 이러한 측정도구는 최근에 개발되었고 설문 문항 자체가 외국에서 개발 된 것이기 때문에 한국에서 사용하기 위해서는 설문의 타당도가 사전에 검증되어야 한다. 또한 이러한 설문 도구는 최근에 개발되었기에 실제적으로 사용하여 진행된 연구가 많지 않다는 점에서 현재에는 건강보험의 구강건강 증진 효과 평가시 이용가능 자료의 부족이라는 제한점이 있다.

한편 신체적 건강상태를 측정하는 역학적인 지수로는 보편적으로 사용되는 지수로 치아우식증의 경우 DMFT지수가 있고 치주질환의 경우는 지역사회치주질환 지수(CPI)지수가 있다. DMFT지수는 조사대상자들의 평균 우식경험 치아수(우식증이 있는 치아, 우식증 때문에 충전한 치아, 우식으로 인해서 발거한 치아 수)를 측정하는 것이다. 이 지수는 조사하기 간편하기 때문에 국가 간의 비교나 한 국가의 구강건강 상태를 비교하는 지수로 많이 사용되고 있다. 그러나 위험한 상태에 있는 치아 숫자와 그 심각한 정도를 표현할 수 없고, 성인에서는 상실치(missing teeth)의 경우 현재에는 우식증이 아닌 이유로 발치할 수도 있으므로 타당성이 낮을 수 있다. 또한 예방적 충전 때문에 과대측정(overestimation)될 수 있다. 그동안 구강건강상태를 나타내는 지수로서 우식경험영구치 지수(DMFT index)를 주로 이용해 왔으나, 상기와 같은 많은 문제로 인하여 구강건강상태를 측정하는데 한계가 있었다. 따라서 DMF 지수를 이용하여 비교평가 시에는 세심한 주의가 요구된다.

이러한 문제를 해결하는 대안으로 Sheiham은 기능치아지수(Functioning teeth index, FS-T 지수)와 건강한 치아조직 지수(T-Health 지수)를 개발하여 발표하였다. 이 지수는 발거치아와 우식치아에 더 많은 가중치를 두어서 한 개인의 구강건강 상태를 DMF 지수보다는 더 잘 나타내 주고 있지만 가중치를 임의적으로 주었다는 것이 문제점으로 지적되고 있다. 그러나 구강건강 상태의 기능적인 측면을 잘 나타내주고 있다는 점에서 매우 유용한 지수이다. 최근에는 선진국에서 치아우식증이 감소되면서 우식병소의 대부분을 차지하는 소수의 고위험군이 존재함이 확인됨에 따라서 이들 집단의 치아우식증 상태를 측정하는 Sic 지수가 개발되어서 사용되고 있다. 한국의 경우도 건강보험사업의 효과를 평가하기 위해서는 기존에 개발된 지수들의 문제점을 보완 할 수 있는 새로운 치아우식증 측정 지수 개발이 요구된다.

치주건강상태를 측정하는 지역사회치주지수(CPI index)는 역학이론 측면에서 여러가지 문제점이 지적되고 있으나 세계보건기구가 추천하고 있고 현재 국가 간의 비교지수로서 사용되고 있다는 점에서 현재에도 치주질환을 측정하는 역학적인 지수로서 널리 사용되고 있다.

건강보험의 국민구강건강 증진에 기여정도를 평가하기 위해서는 구강건강과 관련된 삶의 질 증진에 대한 평가가 이루어져야 하나 본 발표에서는 구강건강과 관련된 삶의 질 향상의 기여 정도 평가는 자료 부족 상태로 한계가 있기 때문에 객관적인 지표인 역학지표 분석에 초점을 맞추고자 한다.

4. 구강역학지표 측면에서 구강건강증진 정도

한국의 건강보험제도는 1977년 7월 500인 이상 대규모 사업장을 대상으로 실시된 이래로 1988년 1월 농어촌 지역의 자영자와 1989년 7월 대도시 지역의 자영자가 대상으로 포함됨으로써 전국민건강보험 시대를 열게 되었다. 1998년 지역조합과 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험이 통합되었으며, 2000년 7월에는 140개 직장 조합이 통합됨으로써 전국 단일보험자 시대가 되었다.

건강보험 시행의 국민건강증진 효과를 분석하기 위하여 전국민 건강보험 시대가 시작된 1989년의 한국인 치과질환 실태조사 보고, 1991년과 1995년의 국민구강건강조사보고서 및 2000년과 2006

년의 보건복지부의 국민구강건강실태조사의 자료를 분석하였다. 년도간 비교를 하기 위해서는 각 년도의 조사기준과 표본 추출방법이 동일해야 한다. 상기 조사는 모두 세계보건기구의 치아우식증 진단기준을 사용하였다는 점에서 조사기준은 동일하나 2000년과 2006년을 제외하고는 조사자의 훈련과 표본 추출 방법이 다르다는 점이 한계점으로 지적 될 수 있다. 그러나 동일한 진단 기준을 사용하였다는 점에서 비교적 의미 있는 비교라고 사료된다.

4.1. 유아의 치아우식증

5세 유아의 경우의 우식경험 유치지수(dft)는 1989년에 4.67에서 1991년에 5.7 증가된 후 1995년의 5.74 그리고 2000년에 5.48로 1991년 이후 비슷한 값을 보인다. 그 내용을 보면 우식유치지수(dt)는 1989년과 1991년 사이에 증가된 후 1991년부터는 감소되었고 처치유치지수(ft)는 1989년부터 2000년까지 계속 증가되어 2000년에 우식유치지수의 비율은 46.9%이고 처치유치지수의 비율은 53.1%였다. 이러한 처치치아의 수(ft)의 증가는 인구대비 치과의사수의 증가와 함께 1989년도의 전 국민 건강보험 제도실시가 중요한 요인이라고 볼 수 있다.

4.2. 청소년의 치아우식증

국가 간의 비교지수로 많이 사용되는 12세의 우식경험영구치지수(DMFT index)는 1989년의 1.96에서 1991년에 3.03으로 증가되고 1995년에 3.11를 보이다가 2000년과 2.8, 2006년의 2.6으로 감소되었다. 구체적인 내용을 보면 우식영구치지수(DT)는 1989년과 1991년 사이에 증가되고 1991년부터는 감소를 보이고 처치영구치지수(FT)는 계속 증가되었고 상실영구치지수(MT)는 0.05이하로 낮았다. 2000년에 우식, 상실, 처치영구치지수의 비율은 각각 52.4%, 1.0% 그리고 47.0%였다.

12세 아동의 처치치수(FT)의 지속적인 증가는 우식증의 발생 증가 요인 측면보다는 건강보험 실시로 인한 의료이용의 접근도의 개선으로 처치치료 수의 증가가 가장 큰 요인이라고 볼 수 있다. 전체 DMF 지수 중에서 FT 지수가 차지하는 비율이 한국이 다른 나라에 비해서 유난히 높다는 점에서 이러한 유추가 가능하다. 이러한 높은 FT 지수의 비율은 건강보험 실시로 인한 의료접근이 개선되었다는 측면도 있으나 한국의 유난히 낮은 아말감 충전치료 및 보전치료 보험 수가가 과잉진료를 유발하는 측면이 있다는 점에서 면밀하게 주시해야 하는 사항이다.

특히 한국건강보험제도는 예방치료 항목이 거의 전무하다는 점에서 치과의사들이 보험진료를 통한 예방처치가 거의 불가능한 상황이다. 이러한 것은 대다수의 치과의사들이 치아우식증 예방보다는 우식치아 충전 치료나 신경 치료에 치중함으로써 어떤 측면에서는 DMFT 지수를 증가시키는 요인이 될 수도 있다. 12세 아동의 경우는 지역별로 1991년 이후에 도시보다는 비도시의 우식영구치지수(DT)의 감소가 현저하고 도시에서는 약간 감소되거나 일정하고 처치영구치지수(FT)는 모두 증가되었다. 이러한 처치치지수의 증가는 1988년 이후 시작된 농어촌 지역의 건강보험 실시가 치과 의료의 접근성을 향상시켜 치과의료 이용을 높인 것이 주요한 이유라는 점에서 건강보험의 확대의 긍정적인 측면이라고 하겠다.

중고등 학생층인 15-19세 연령군의 우식경험영구치지수(DMFT)도 1989년에서 3.58에서 1991년에

는 4.09 그리고 1995년의 4.86과 2000년의 5.11로 지속적인 증가가 뚜렷하나 이러한 증가의 주된 요인은 우식차아의 발생 자체가 증가한다는 요인도 있지만 내용상으로 보면 우식영구치지수(DT)는 감소되고 치치영구치지수(FT)는 증가가 두드러진다는 점에서 건강보험 실시로 인한 치과 의료이용 증가로 인한 치치지수(FT) 증가가 주요한 요인 일 수 있다.

15-19세 아동의 지역별 비교에서는 비도시에서는 기간별로 보면 1989년에서 1995년까지 우식영구치지수(DT)와 치치영구치지수(FT)가 모두 증가되고 2000년에는 우식영구치지수(DT)의 감소와 치치영구치지수(FT)가 크게 증가하고 도시에서는 치치영구치지수(FT)가 점차 증가되나 우식영구치지수(DT)는 1989년과 1991년 사이에 감소되고 1991년부터는 일정하였다. 이러한 비도시지역에의 치치치아수의 증가는 건강보험 확대와 농어촌 보건지료를 위한 특별 조치법에 의한 농어촌 지역의 공중보건치과의사 배치가 주요한 요인으로 사료된다.

표1. 1995년부터 2006년도 간의 연도별 어린이의 DMFT 지수의 변화

※참조 : 전국구강보건실태조사 자료

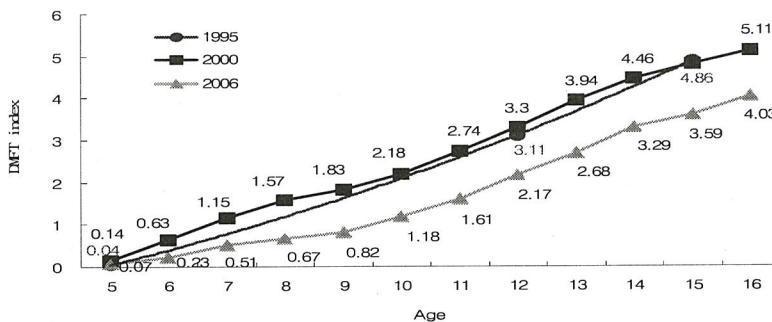
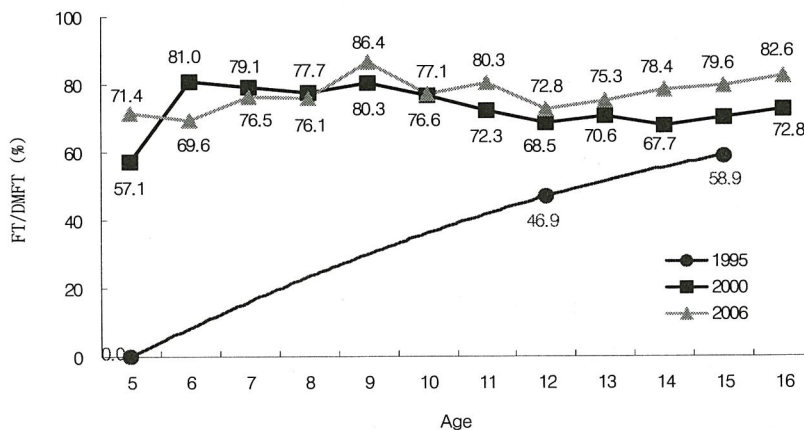


표2. 연도별 영구치경험지수에서 치치지수가 차지하는 비율(FT/DMFT) 변화

※ 참조 : 전국구강보건실태조사 자료



4.3. 성인의 치아우식증

성인의 경우 1987년도와 2000년도 자료를 비교해 보면 2000년도에서 18-24세층을 제외한 모든 성인층에서 우식경험영구치수(DMFT index)가 감소되었으며, 특히 우식영구치수(DT index)가 현저히 감소되었다. 우식경험 충전영구치수(FT index)의 경우 1987에 비해 2000년도에서 큰 값으로 증가 추세를 보인다. 1987년과 달리 2000년도의 경우 젊은 성인(18-43세)에서 치치치아지수(FT index) 값이 가장 높았으나 잔존치아 수는 과거에 비해 큰 변화는 없었다. 2000년도 자료를 보면 45-54세에서 잔존영구치수가 26.2개에서 55세-64세에서 21.8개로 급격히 감소되었으며, 65-74세에서 16.3개이었던 잔존영구치수가 75세 이상에서 10.4개로 감소되었다.

2000년도 전 연령층에서 도시 지역이 비도시 지역보다 치치치아(FT index)지수가 높다는 것으로 보아 아직까지 도시, 비도시 지역간 의료서비스 접근에 차이가 있음을 알 수 있다. 성인의 경우 우식지수(DT index)는 감소하고, 치치치아지수(FT index)가 크게 증가된 이유로는 건강보험제도의 확대에 인한 미충족 의료 해결이 주요한 요인으로 사료된다. 상기 내용을 종합해 볼 때 건강보험의 확대는 치과의료 이용도를 높임으로서 치아우식증이 치료되지 않고 우식증 상태로 남아 있는 우식지수를 감소시켜 미충족의료를 감소시키는데 많은 기여를 한 것으로 볼 수 있다. 이러한 미치치 우식치아수의 감소는 장기적으로 치아우식증으로 인한 치아발거를 예방하므로써 국민구강건강 증진에 많은 기여를 한 것으로 사료된다. 또한 치아우식증으로 인한 통증을 감소시킴으로서 통증 감소, 저작기능 향상이라는 구강건강과 관련된 삶의 질 향상에 많은 기여를 한 것으로 나타났다. 그러나 한편으로는 예방치치 진료 항목이 건강보험에 포함되지 못함으로서 예방을 통한 사전 치아우식증 예방을 소홀히 함으로서 치치한 치아지수(FT index)를 증가시키는 부정적인 측면도 있다.

4.4. 치은 및 치주건강 상태

한국사회가 점차 노령화가 진행됨에 따라서 치아를 보유하고 있는 노인 인구가 증가되고 따라서 치주질환은 점차 증가되고 있는 추세이다. 최근에는 경조직 질환이 감소됨에 따라서 치과계에 치주질환의 중요성은 점차 증대되고 있다. 특히 노령층의 치주관리는 주요한 구강보건 문제가 될 것이며 이러한 현상은 이미 선진국에서 나타나고 있다. 또한 치주질환이 심혈관질환 발생과 밀접한 관련이 있다는 연구 결과들이 최근에 계속 보고되고 있고 구체적인 기전도 규명되고 있다. 따라서 만성치주질환을 치료를 하지 않고 방치를 할 경우 염증반응의 결과로 혈중의 피브리노겐을 증가시켜서 혈전을 증가시키므로써 심혈관 질환을 증가시킨다. 또한 치주질환이 있는 산모는 저체중아 출산 위험이 높다는 연구 보고도 있다. 현재 심혈관 질환이 한국의 주요한 사망원인이라는 점에서 치주질환의 예방 및 치주건강 상태 향상은 중요한 국가정책적 과제이다.

치주건강 상태를 나타내는 지역사회치주지수(CPI index)는 비교가능한 자료가 2000년도와 2006년도 전국구강건강실태 자료밖에 없기에 두 자료를 비교분석 하였다. CPI 지수는 2000년에 비해서

2006년이 개선된 것으로 나타났다(표3,4). 2000년에 비해 2006년은 전체적으로 치주염 유병상태를 의미하는 치주낭(P1,P2)이 존재하는 비율은 감소되었으나 건강한 사람의 비율은 증가되었다.

표3. 2000년 연령별 지역사회 치주지수

※ 참조 : 2000년 전국구강보건실태조사 자료

Age	% Persons coded				
	Health	Bleeding	Calculus	P1	P2
12	46.29	26.85	26.75	0.11	0.00
13	43.46	23.34	33.20	0.00	0.00
14	38.66	24.64	36.51	0.20	0.00
16	34.43	22.19	43.20	0.18	0.00
18-24	22.73	14.90	60.03	1.96	0.38
25-29	16.83	11.22	66.43	5.06	0.46
30-34	11.12	10.59	64.20	12.90	1.18
35-44	9.67	8.78	58.83	18.48	4.25
45-54	5.46	5.66	55.03	27.57	6.29
55-64	3.69	5.93	44.48	35.49	10.41
65-74	3.77	7.24	42.60	37.59	8.80
75 over	4.97	10.01	40.82	36.69	7.52

표4. 2006년도 연령별 지역사회 치주지수.

※ 참조 : 2006년 전국구강보건실태조사 자료 참조

Age	% Persons coded				
	Health	Bleeding	Calculus	P1	P2
12	71.4	10.4	18.3	0.0	0.0
13	66.7	10.9	22.3	0.1	0.0
14	65.8	11.5	22.7	0.0	0.0
15	61.6	10.4	27.9	0.1	0.0
16	62.7	11.1	26.2	0.0	0.0
18-24	41.7	23.9	33.2	1.3	0.0
25-29	37.3	21.6	38.8	1.7	00.5
30-34	32.7	12.8	47.6	5.8	1.1
35-44	28.2	15.1	47.3	7.0	2.4
45-54	20.4	13.1	52.3	10.5	3.7
55-64	15.6	14.0	53.8	10.5	6.0
65-74	12.56	13.5	52.5	13.5	8.1
75 over	13.3	15.8	48.5	15.4	7.0

이러한 치주건강 상태의 향상의 요인으로서는 건강보험제도로 인한 향상이라기보다는 국민들의 구강건강관리 인식이 향상되므로써 구강관리에 대한 관심이 증대되었기 때문인 것으로 사료된다. 그 이유로서 첫째, 주요한 치주질환 예방치료 항목인 치석제거술이 건강보험급여에 포함되지 않고 있고, 둘째 치주치료가 건강보험 총 구강진료비와 총진료 빈도에서 차지하는 비율은 모두 3% 미만으로 낮기 때문이다. 이는 외국의 사례와 비교해 볼 때 매우 낮은 것임을 알 수 있다(표5,6).

우리나라에서 구강 진료비중 치주치료비 비율이 낮은 것은 한국 국민들의 경조직 질환에 비해서 치주질환 유병율이 낮아서 생긴 현상이라기보다는 건강보험에서 치주치료가 활성화 되지 못하고 있는 것이 주요한 원인이다. 건강보험 치주치료가 활성화되지 못하고 있는 주요한 요인은 자율지도라는 불합리한 건강보험 심사제도이다. 자율지도라 함은 전국 평균 진료비 이상으로 청구하거나 특정 상병의 진료비 청구가 많은 경우 자율지도 대상으로 자동적으로 선정되어 경고 통보를 받고 시정이 안 되면 실사를 실시하는 심사제도이다. 그러나 일반적으로 치주치료는 건당진료비가 높아서 일반 개원의들은 물론이고 치주치료를 전문으로한 치주전공의도 자율시정 및 현지 지도·감독대상이 될 것을 우려하여 치주질환 수술을 기피하고 있는 것으로 나타나고 있다. 이러한 현상은 1996년 대한치과의사협회가 치과의사를 상대로 치주치료에 대한 설문 조사 결과에서도 나타나고 있는데 치주전공의나 비전공의 모두 치주치료의 필요성에 대하여는 동의하면서도 개업 후 시간이 경과함에 따라서 치주치료에 소극적인 태도를 보이고 있다. 1996년 설문 조사 결과 치주치료를 기피하는 가장 큰 이유는 첫째가 보험수가가 너무 낮고, 둘째 이유는 보험 청구를 하여도 삭감이 된다는 것이다(표7). 따라서 치과의사들이 치주치료를 기피한다는 것은 치료가 가능한 치주질환에 이환된 치아도 발치 위주의 치료를 한다고 추정할 수 있고 이는 결국은 보철치료 수요를 증가시킴으로써 진료행태 왜곡의 원인이 되고 있음을 알 수 있다.

표5.. 진료 분야별 진료비 빈도 및 비율
※ 참조 : 의료보험 연합회 자료표

분야	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
외과	1993	6,856,805	11.9	13,866,056,200	11.2
	1991	6,197,200	16.0	11,290,810,800	17.9
치주	1993	1,317,080	2.3	3,634,700,592	2.9
	1991	1,054,008	2.7	1,661,909,760	2.6
총계	1993	54,902,443	95.6	122,960,460,040	98.8
	1991	35,570,690	91.9	61,903,924,222	96.1

그러나 현재 우리나라도 고령인구가 증가하고 특히 치아를 보유하고 있는 노령 인구층이 점차 증가됨에 따라서 치주질환 관리의 중요성이 점차 증대되고 있다. 특히 치주질환은 한번 악화되면 완치가 되지 않는다는 점에서 조기 예방과 관리가 매우 중요하다. 따라서 치주질환에 대한 조기 치

료와 관리가 이루어지고 치아를 보존하기 위한 치주수술이 활성화되기 위해서는 치주 치료의 활성화가 이루어져야 하며 이를 위해 치주치료에 대한 건강 보험제도의 개선이 필요하다. 즉 건강 보험에서의 치주질환 치료는 국민 건강 증진 차원에서 확대되고 활성화되어야 하며, 이를 위해서는 치과의사들은 스스로를 위축시키지 말고 의료인으로서 자긍심을 갖고 소신껏 치주치료에 임해야 한다. 또한 정부도 치과의사들이 소신껏 치주치료를 할 수 있는 제도적인 여건을 만들어 주어야 한다.

표6. 1977년과 1995년의 미국 치과진료 종류별 진료비 구성(Massachusetts union)

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

진료 분류	1977 (%)	1995 (%)	증가량 (%)
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	1.1	2.0	+ 0.9

표7. 치주치료를 기피하는 이유 (단위: %)

※ 참조: 의료보험 연구보고서(1996, 대한치과의사협회)

구분	전체	치주전공의	치주비전공의
1. 청구를 해도 삭감된다.	25	12	37
2. 자출지도의 대상이 된다.	8	19	0
3. 실사가 귀찮다.	2	6	0
4. 보험료가 너무 싸다.	35	28	40
5. 모두다.	30	35	23

5. 삶의 질 측면에서 구강건강증진 정도

앞서 언급하였듯이 삶의 질에 대한 평가는 주관적인 평가인 관계로 잘 설계되고 계획된 연구가 아니면 건강보험제도 시행으로 인한 구강건강과 관련된 삶의 질을 평가하는 것이 어렵다. 특히 건강보험제도가 본격적으로 시행되기 전인 1988년 이전에 대한 연구결과가 거의 없는 상태이다. 비교 가능한 자료는 전국 단위 조사로는 2003년도, 2006년도 전국구강보건실태 조사를 이용할 수밖에 없다.

2003년 국민구강건강실태조사 자료에 의하면 한국 성인은 자신의 구강상태를 건강하지 않다고

인식한 비율이 43.7%로 가장 높았으며, 보통 28.8%, 건강하다 27.6%로 나타났다. 2006년 국민구강건강실태조사 자료를 보면 전체 국민 중 '매우 건강하다 및 '건강하다'이라고 응답한 자는 27.4%인 반면, 43%는 자신의 구강건강 상태가 좋지 않다고 응답하여 2003년과 2006년 사이에는 국민들이 주관적으로 느끼는 구강건강 향상 정도는 큰 차이가 없는 것으로 나타났다. 객관적인 역학지표는 개선이 되고 있음에도 불구하고 주관적인 지표인 구강건강 인식도 개선의 큰 차이가 없는 이유는 국민들의 구강건강 중요도에 인식이 커지고 있다는 점에서 구강건강의 기대치가 높아졌다는 측면도 있지만 잔존 치아 수가 크게 늘어나지 않았다는 점에서 국민들이 느끼는 실제적인 구강건강 만족도는 향상되지 않은 측면도 있다. 따라서 장기적으로는 고령화 사회에 대비하여 잔존치아 수를 늘리는 일본의 2080과 같은 국민구강건강 캠페인이 필요하다. 아울러 건강보험정책도 잔존치를 보전할 수 있는 쪽으로 정책 수립이 되어야 한다. 이러한 점에서 현재 치과계에서 벌어지는 자연치아 살리기 운동은 매우 의미 있는 운동이라고 사료된다.

6. 한국과 일본 간의 구강역학자료 비교를 통한 건강보험의 구강증진 기여 평가

한국건강보험의 구강증진 기여 정도를 평가하기 위한 방안중의 하나로서 한국보다 건강보험을 앞서서 시행하고 있는 일본인과 구강건강 상태를 비교 분석해 보는 것도 의미가 있다고 사료된다. 특히 일본은 인종적으로도 같은 몽골리안이고 초기 한국의 건강보험제도는 과거에 일본의 건강보험 제도를 많이 참조하였다는 점에서 건강보험제도의 국민구강건강 기여 정도를 비교하기에 좋은 국가이다. 비교는 2000년도 한국과 1999년도 일본의 전국구강건강실태조사 자료를 이용해서 양국 성인(20-74세)의 구강건강실태를 잔존치아수, 건전치아수, 우식경험영구치치수(DMFT index)와 지역사회 치주지수(CPI index)를 이용하여 양국 성인의 치주건강상태를 비교하였다

6.1. 잔존치아 수

잔존치아 치아 수는 현재의 구강건강상태를 총체적으로 나타내는 지표이다. 따라서 구강건강 상태를 나타내는데 있어서 현재 잔존치아 수를 구강보건지표로 사용하는 것은 큰 의미가 있다. 잔존 치아 수가 20개 이상인 사람의 저작 효율이 잔존 치아 수가 20개 이하인 사람에 비해서 훨씬 높다. 이러한 잔존치아 수는 노인층에 있어서는 더욱 중요한 의미가 있다. 한일 양국 성인의 현재치아 보유상황을 비교한 결과, 50-64세 한국 남성은 일본 남성에 비해서 현재 20개 이상 치아 보유자들이 통계적으로 유의할 정도로 높았다. 즉, 한일 양국 성인의 최종적인 구강건강상태를 반영하는 현재 치아 수를 비교한 결과 양국 간 전반적으로 큰 차이는 없었으며, 30-50대의 일부 연령층에서는 한국 성인이 오히려 일본 성인보다 현재 치아 수가 약간 더 많은 것으로 나타났다.

한편 건전치아 수는 선진국의 경우 치과 이용실태를 반영하는 구강보건지표이다. 만약 어떤 집단이 건전치아 수가 적고, 충전치아 수가 많다면 그 집단은 치과 이용률이 높은 집단이라고 추정할 수 있다. 모든 연령층에 걸쳐서 한국 성인이 일본성인에 비해서 건전치아 수가 많았는데, 특히 30-50대 연령층에서는 한국 성인이 일본 성인에 비해서 건전치아 수가 무려 8개 이상 더 많았다.

즉 일본 성인들이 한국 성인에 비해서 전반적으로 건전치아 수가 적다.

6.2.우식경험영구치 지수

한국과 일본 성인의 우식경험영구치지수(DMFT index)를 비교한 결과 일본성인은 한국성인에 비해서 우식경험영구치지수가 더 높았다. 우식경험영구치지수의 각 구성요소 별로 살펴보면 우식 치아지수 자체도 일본성인이 한국성인보다 더 높았다. 특히 20-30대 일본남성은 다른 집단보다도 높은 우식 치아지수를 나타냈다. 한국과 일본 성인의 우식경험 중에서 가장 큰 차이는 충전지수에 나타났다. 일본성인은 한국 성인에 비해서 전 연령층에 걸쳐서 충전지수가 두 배 이상 더 높게 나타났다. 또한 한국 성인이 모든 연령층에서 비교적 일정한 충전지수 값을 나타내는데 비해서 일본성인은 30-45세 연령층에서 특히 높은 충전지수 값을 나타냈다.

6.3.지역사회치주지수

다음으로는 한국과 일본 성인의 치주건강상태를 지역사회치주지수로 비교한 결과 한국 성인이 일본 성인에 비해서 치주염 유무를 나타내는 치주낭 보유자율은 약간 낮았으나, 치석 보유자율은 훨씬 높은 것으로 나타났다. 이는 한국 성인이 일본 성인에 비해서 치주염 유병률은 다소 낮고, 치은염 발생 가능성은 높다는 뜻으로 한국 성인이 치석제거와 같은 기본적인 치주치료를 필요로 하는 사람이 더 많다는 것을 의미한다. 한국 성인이 일본 성인에 비해서 치석보유자율이 높은 원인으로 는 일본의 경우 치석제거와 같은 기본적인 치주치료가 모든 사람에게 건강보험 급여항목으로 처리 되지만, 한국의 경우는 심한 치주 질환 치료 시 치료 전에 치료 목적으로 행하는 치석제거만 제한 적으로 급여혜택을 주고 있는 현실 때문으로 사료된다. 그 결과 예방적 치석제거의 건강보험 급여 혜택을 받지 못하는 한국의 20-30대 젊은 성인의 경우, 치석 보유자율이 일본에 비해서 현저하게 높은 원인이라고 사료된다.

이상의 결과 한국 성인의 구강건강상태는 치아우식증의 경우는 전반적으로 일본 성인보다 좋은 상태인 것으로 나타났다. 한편 양국간에 치주건강 상태를 비교한 결과, 특히 젊은 한국 성인의 치석 보유율이 일본보다 현저히 높았는데, 이를 해결하기 위해서는 현행 예방적 치석제거의 급여를 제한 하는 정책에서 포괄적인 급여를 시행하는 쪽으로 변화가 필요하다고 사료되었다.

상기에서 보듯이 이러한 양국 국민의 구강건강상태가 차이는 식생활의 차이, 구강건강관리 등의 차이 등이 원인 일수 있지만 양국의 치과 건강보험제도의 차이도 하나의 중요한 요인이다. 일본은 1961년에 이미 전국민 건강보험이 시작되었으나 한국은 일본보다 28년이나 늦은 1989년에서야 전국민건강보험이 시작되었다. 즉, 일본 국민은 한국 국민에 비해서 상대적으로 오래 전부터 치과 진료 이용도가 훨씬 높았다고 볼 수 있다. 이러한 한일 양국 간에 치과 진료 접근도의 차이는 양국 성인의 충전 지수의 차이를 설명하는 데 있어서 주요인 요인으로 들 수 있다. 그 밖의 요인으로 는 한일 양국 간에 치과인력 규모의 차이이다. 인구 대비 치과의사 수가 1980년에는 일본이 45.8

명, 한국이 9.5명이었으며, 1990년에는 일본이 59.9 한국은 22.3명으로, 2000년에는 일본이 71.6명, 한국이 37.1명으로 일본의 인구 대비 치과의사 수는 한국에 비해서 높은 수준이다.

Gordon 등은 덴마크, 핀란드, 이스라엘, 일본, 미국 등 5개국의 젊은 성인을 대상으로 치아우식증 상태를 비교한 연구에서 인구대비 치과의사 수와 충전 지수 사이에는 양의 상관관계($r=0.60$)가 있다는 보고를 하였다. 따라서 치과의사 수가 많아지면 국민들의 충전치아 수도 증가하는 경향이 있다. 일본 성인이 한국 성인에 비해서 특히 건전치아 수가 적고, 충전치아 수가 많은 이유도 인구 대비 과도한 치과의사 수가 주요한 요인이다. 따라서 일본의 사례에 비추어 볼 때 과도한 치과의사 수의 배출은 국민구강건강 측면에서 역기능적인 측면이 있을 수 있다.

7. 결 론

한국의 건강보험제도가 시작된 지 올해로 30년, 전국민 건강보험이 시행된 것은 20년 가까이 된다. 그동안 한국은 사회경제적으로 급격한 변화가 있었고 건강보험도 많은 변화와 발전이 있었다. 한국에서 치과건강보험제도 시행은 주요한 구강질환인 치아우식증 치료시 경제적인 장애를 제거하여 의료 이용의 접근도를 획기적으로 개선함으로써 국민구강건강 증진에 기여한 것으로 나타났다. 실제로 한국에서 전국민 건강보험이 시행되기 전인 1981년에 지난 1년간 치과치료를 받은 인구 비율은 17.8%였으나, 2000년도 실태조사에서는 35.5%로 2배가량 증가하였다. 또한 2주간 치과병원의 외래 이용률 추세도 1989년에는 0.3%이었으나, 전국민 건강보험 실시 이후인 1992년에는 0.6%, 1998년에는 1.6%로 급격하게 증가하였다. 이러한 치과의료 이용의 증가는 미처치된 우식치아 수를 획기적으로 감소시키는데 직접적인 많은 기여하였다. 이러한 우식치아 수의 감소는 우식으로 인한 치아 조기 발거를 사전에 예방하고, 치수염으로 진행되어 생기는 치통 발생을 사전에 예방함으로써 국민들의 구강건강 증진과 삶의 질 향상에 크게 기여하였다.

그러나 예방치치 항목이 급여에서 제외됨으로서 우식증 발생을 초기에 예방하는데 크게 기여를 하지 못한 것으로 나타났다. 현재 예방치치 방법은 초기치아우식증의 경우 초기에 발견하여 예방치치를 하면 치아의 소실된 무기질을 재광화시켜 정상 치아로 회복시킬 수 있음에도 불구하고 예방치치 항목이 건강보험 급여에 포함되지 않음으로 치과의사들이 예방치료를 소홀하게 하는 요인이 되고 있다. 또한 중요한 치주질환 예방 처치인 치석제거가 급여에 포함되지 않음으로서 인구 고령화에 따른 치주질환의 증가를 초기에 예방 할 수 없다는 문제도 있다. 이러한 예방진료의 소홀은 장기적으로는 국민들의 구강건강 상태를 악화시키는 요인으로 작용 할 수 있다. 특히 최근에 치과의사 수가 급증하는데 비해서 국민들의 구강건강의식의 향상과 사회경제적 발달로 구강 질환의 발생 빈도는 감소되는 양상을 보이고 있다. 이러한 치과의사수의 증가와 구강병 발생의 상대적인 감소는 치과의원의 경영을 악화시키는 요인이 되어 과잉진료를 유발시킬 수 있는 요인이다. 이러한 상황에서 예방진료의 급여 제외와 낮은 건강보험 보전치료 수가는 예방진료와 보전진료를 회피하게 하는 요인이 되어 치아 발거를 증가시키는 요인 될 수 있다.

최근 급격히 발전하고 있는 임플란트 치료는 치과의사들이 자연치 보전에 힘쓰기 보다는 치아를 발거하고 비급여 진료인 임플란트 치료에 치중하게 하는 요인으로 작용하여 장기적으로는 잔존치아 수를 감소시키는 요인이 될 수 있다. 이러한 진료 행태는 장기적으로는 국민 구강건강 상태를 악화 시키고 국민들의 경제적인 부담을 증가 시키는 요인이다. 이러한 정조는 2000년도와 2006년도의 구강건강 실태조사의 비교에서도 나타나는데 전반적인 국민구강건강 상태의 역학적인 지표는 개선되고 있음에도 불구하고 잔존치아 수는 늘어나지 않는 것에서도 알 수 있다. 이러한 현상을 치과의사만의 책임으로만 돌릴 것이 아니라 불합리한 건강보험 정책 및 수가체계에도 문제가 있다는 점에서 치과계의 노력과 함께 건강 보험의 정책과 수가체계가 개선되어야 한다

끝으로 한국과 비슷한 건강보험제도를 운영하는 영국의 런던 보건대학원 저명한 구강보건 학자인 Sheiham 교수와 대화를 상기하면서 본 글을 마치고자 한다. 필자가 영국 런던 보건대학원을 방문하였을 때 Sheiham 교수는 다음과 같은 이야기를 하면서 영국의 건강보험제도를 비판한 적이 있다. 영국정부가 농작물에 해를 주는 해충을 퇴치하기 위하여 해충을 잡아서 꼬리를 잘라오면 꼬리를 돈을 주고 사겠다고 정책을 시작하니까 영국 농민들이 해충을 잡기보다는 해충을 길러서 꼬리를 자라서 돈을 벌었다는 말을 인용하면서 예방은 하지 않고 충치치료만 하여 돈을 버는 영국의 치과의사 행태가 영국 농민 행태와 비슷하다는 이야기를 하였다. 이러한 사례는 한국의 치과의사와의 건강보험 정책 입안자도 귀담아 들어야 할 사항이라고 사료된다.

현재 유럽의 예방치과계의 큰 흐름은 치과치료의 Surgical model에서 Medical model로의 전환이라는 구호 하에 우식증으로 인한 치아의 경조직 치질 삭제를 가능한 지양하고 조기에 초기 치아우식증을 발견하여 불소라든가 기타 약물을 이용하여 초기우식증을 건전한 치질로 회복시키는 방법으로 치료 패턴을 전환시키고자 노력하고 있다. 미래의 치과의사는 치과용 드릴 사용을 보다 자제하고 예방을 위한 약물 사용을 증대 시킬 필요가 있다.

참고문헌

1. 양은정. 전국단위 구강건강 실태조사 보고서 문헌분석을 통한 한국 성인의 치관우식증 유병상태 변화. 연세대학교 치의학과 학위논문. 2002년
2. 이춘희, 최충호, 권호근. 1989-2000년의 5,12세 한국아동의 치아우식실태에 관한 조사연구. 대한구강보건학회지 2003; 27(1): 47-58
3. 이영희, 권호근, 김백일. 2000년 국민구강건강실태조사자료에 근거한 한국인의 치아별 치면별 우식발생양상. 대한구강보건학회지 2004; 28(3): 315-324
4. 이영희, 권호근. 2000년 한국 국민구강건강실태조사자료에 근거한 Significant Caries(SiC) Index 조사연구. 대한구강보건학회지 2004; 28(3): 438-448
5. 김백일, 권호근, 김영남, 마츠쿠보. 퍼센타일 곡선을 이용한 한국과 일본 성인의 구강건강실태 비교. 대한구강보건학회지 2005; 29(1): 43-57
6. 김영남, 권호근, 정원균, 조영식, 최연희. 한국 성인의 주관적 구강건강인식과 객관적 구강건강상태와의 관련성. 대한구강보건학회지 2005; 29(3): 250-260
7. 조남익, 김민영, 유자혜, 김해선, 권호근, 조영식, 김백일. 한국 성인의 구강건강 평가를 위한 새로운 복합지수의 활용: Functioning Teeth(FS-T)와 T-Health 지수. 대한구강보건학회지 2006; 30(1): 1-11
8. 연세대학교 치과대학 예방치과학교실. 2001년도 저소득층 노인 틀니치료 사업을 위한 기초조사 연구 보고서.
9. 연세대학교 치과대학 예방치과학교실. 치주희망회원제 평가 보고서. 2000년
10. Gary D. Slade. Measuring Oral Health and Quality of Life. 1997년
11. 2000년 국민건강실태조사. 보건복지부
12. 김진범. 우리 국민의 구강건강 실태와 미래 전망. 대한구강보건학회 종합학술대회 초록집. 2007: vol.31:17-24

국민건강보험에서 '치과'의 위상

조 영수¹⁾

1. 머리말

“... 의외로 건강보험의 사각지대로 남아있는 부분이 치과와 한방이다. 치과진료에 대한 건강보험 급여범위는 현재 30% 수준에 불과하여, 수많은 소비자들이 치과진료시 높은 본인 부담금으로 불편을 겪고 있다. 특히 노인인구의 증가에 따라 노인들의 치과진료와 한방진료에 대한 요구도가 급증하고 있으나...”²⁾

“... 의료보험은 철저히 의과중심으로 관리 운영되었으며 치과는 덩으로 얹혀 구색을 맞추는 차원으로 시작했고 치과에 유리한 특성은 철저하게 반영되지 못했다. 보철, 교정 등 비급여부분이 많아 의료기관 경영에 어려움이 적다는 이유로 협조 차원에서 수가나 항목수를 의과보다 훨씬 낮은 수준으로 출발했다....”³⁾

국민들에게 '치과'는 정작 필요한 부분에 대해서는 보험적용이 안 되고 '비싸다'는 인식이 굳어져 있다. 치과의사들은 건강보험 수가가 지나치게 낮고 '의과'에 비해 홀대를 받아왔다고 생각한다. 건강보험을 운용하는 당국은 그다지 보험제정에서 차지하는 비중이 크지 않은 '치과'에 대해 별로 관심을 두지 않는다. 이처럼 건강보험을 둘러싸고 가입자(국민), 공급자(치과의사), 보험자(당국)는 서로 어긋난 채 30년을 지내 왔다.

우리나라 보건의료체계 및 건강보험제도에서 '치과'의 지위는 이중적이다. 즉, 사회제도로는 의과와 별도의 양성과정(대학), 면허(의료법) 및 조직(협회)을 갖춘 독자적인 전문직이면서, 건강보험의 운용에 있어서는 의과의 일개 과(科)로 규정되는 부분도 공존하고 있다⁴⁾. 이러한 이중적인 성격은 의료보험 도입 이후 30년 동안 여러 문제가 제기되고 심화되는 주요한 배경으로 작용하였다고 볼 수 있다.

이 글은 건강보험 30년의 시행 과정에서 '치과'는 어떤 위치를 점하고 있었으며 그 내용과 의미

1) 대한치과의사학회 총무

2) 김진현. 보장성 확대와 보험급여 우선순위 설정. 건강보장 30주년 기념 심포지엄 - 한국 건강보장의 비전과 전망. 국민건강보험공단. 2007.9.5, 120쪽.

3) 안상규. 초라한 치과의료보험과 치과의료 위기. 치의신보 제1086호. 2001.4.21자

4) 요양기관 중별로 치과병원/치과의원으로 분류되는 경우와 종합전문요양기관/종합병원에 과(科)로 포함된 경우.

는 어떤 것인지 돌아보아, 앞으로 나아갈 방향을 가늠하는 데 도움이 되고자 하는 취지에서 준비하였다. 그러나 이러한 문제의식에 걸맞는 구체적이고 실증적인 자료를 충분히 확보하지 못한 채 주로 공급자(치과계) 측 자료에 의존하는 한계를 안고 있다. 연구자의 능력이 부족하여 애초의 취지를 충분히 달성하지 못하였음이 사실이다.

2. 의료보험 도입 초반 (1977~1989)

1) 정부 주도의 수가 결정

의료보험의 도입이 사회보장의 중요한 진전이었음은 분명하나, 제도 도입의 계기와 초기 진행 과정은 유신권력과 뒤이은 군사독재정권⁵⁾의 정치적 의도에서 비롯되었음은 주지의 사실이다. 정부의 일방적인 주도, 보험수가의 지나친 하향책정과 요양기관 강제지정 등 출발부터 의료계의 양보를 전제한 결과, 의료전문직의 자율성은 훼손되었다.

5.16정권이 '쿠데타 이후 최고 권력기구였던 국가재건최고회의의 폐쇄적 공간에서'⁶⁾ 일찍이 의료보험법을 제정, 공포(1963.12.16)하고도 오랫동안 시행을 유보했었던 것은, 재정조달이 불가능했던 당시 경제 사정 뿐 아니라 정부가 보험급여를 위한 진료비 보상기준을 정하지 못하였던 점이 핵심적인 배경이었다. 일제시대 이래 의업(醫業)으로 불리우며 상당한 자율성을 누려온 민간의료기관들이 임의로 진료수가를 정하고 이를 국민들은 직접 지불해 오던 오래된 관행을 쉽게 허물지 못했던 것이다.

그러나 10여년이 지나 1976년 12월 22일 의료보험법이 전면 개정되고 1977년 7월 1일 500인 이상 사업장 293만 명을 대상으로 의료보험 시행이 가능했던 것은, 이미 정부가 1976년 11월 10일 의료계 대표 7명을 포함하는 '의료보험 수가제정 조사위원회'⁷⁾를 설치하고 자료조사, 일본 출장, 회의 등을 거쳐 1977년 3월, '의료보험수가 책정방식 시안(試案)'을 마련하였던 것이 결정적이었다. 시안의 원칙 7개 항목은 다음과 같다⁸⁾.

- ① 보험의료는 오늘의 의학 및 의료기술에 부합되어야 하는 반면 의료비 지불에 제약을 받는다. 낭비를 배제하는 것은 의료보험 육성의 관건(關鍵)이다,
- ② 보험医료를 담당할 의료기관의 경영실태에서 유리(遊離)된 의료보수 책정은 있을 수 없다. 의료보험사업의 출발시점의 경영자료를 기반으로 하여 수가를 책정해야 한다.
- ③ 성과불(成果拂)로 의료비를 지불하는 의료보험 형태에서는 의약품의 남용(濫用)을 가져오기 쉽고 난진(亂診), 난료(亂療)에 흐르게 된다. 의약품의 과잉사용을 억제할 수 있는 의료수가

5) 공무원 및 사립학교교직원 의료보험('79.1.1), 300인 이상 사업장근로자 적용확대('79.7.1), 100인 이상 사업장 적용확대('81.1.1, 국가보위비상대책상임위원회).

6) 양재진. 한국건강보험 30년의 역사, 의의 그리고 전망. 건강보장 30주년 국제학술대회. 2007.11.13

7) 대한의학협회 (1995년 이후 대한의사협회) 4명, 대한병원협회 3명, 보건사회부 2명 등 위원 9명, 간사 1명(보건사회부 사무관)으로 구성.

8) 梁明生. 한국 의료보험 진료수가 제정 및 인상 조정과정에 관한 연구. 慶山大 大學院 박사학위논문, 1994, 67쪽.

체계가 수립되어야 한다.

- ④ 기술(技術)과 물(物)을 분리하는 것을 원칙으로 하되, 분리가 용이한 투약, 주사, 입원 행위에서는 의약품을 완전히 분리시켜 남용을 방지토록 한다.
- ⑤ 의료기관의 수입을 '의료수가+a'로 볼 때, 'a'에 대한 적절한 산정(算定)을 기해야 한다.
- ⑥ 의료보험수가는 사회적, 경제적 변동에 따라 해마다 자동적으로 조정되는 제도를 미리 마련해야 한다.
- ⑦ 먼저 의료기관의 경영자료를 가지고 의보수가를 금액으로 산출한 후 1점(一點) 단가(單價)를 내정하고 의료행위별로 점수로 표시한다.

30년 전이라 일부 용어가 다소 낯설기는 하여도 담고 있는 내용은 지금도 유의미하다고 보인다. 시안은 이러한 원칙에 따라 국립의료원 등 9개 종합병원의 관행수가와 행위별 난이도, 빈도, 시술시간을 조사한 후 행위별 점수표를 결정하여 작성되었고, 이어서 1977년 6월 8일 '의료보험 진료수가 기준'이 제정, 공포되었다.

이 기준은 조사된 관행수가에서 45%를 감한 진료수가를 기준으로 하였는데, 이에 대해 의료계에서는 실제로 60% 이상이 감해졌다고 주장하였다⁹⁾. 대한의학협회, 사립대학의료원장, 대한병원협회 등은 다양한 방법으로 항의 및 의견을 제출하였으나 그 표현의 강도는 그리 높지 않아서, 강산이 세 번 바뀐 요즈음 의료계가 정부 정책에 대해 대응하는 정도에 비하면 온건하고 낮은 수위에 그치고 있었다¹⁰⁾. 당시 의료보험 시행의 큰 흐름을 거스를 수 없었던 한계 속에서 나름대로 최선의 노력은 한 것이라고 보인다.

“...한국에서 직장의료보험 도입과 전국민건강보험 달성은 모두 군인 출신의 권위주의 정부가 집권하던 시기에 이루어졌다... 1977년 권위주의 정부는 강력한 국가 권력을 기반으로 의료공급자의 이견을 제압하면서 직장의료보험을 시작하였다. 당시 관행수가보다 낮게 책정되었던 수가 수준에 대한 의료공급자의 불만이 존재했지만, 권위주의 정부의 정책에 반하는 적극적인 문제제기는 사실상 불가능했다....”¹¹⁾

2) 치과계의 대응

이 시기 치과계에서 의료보험 시행에 대한 적극적인 대응을 확인하기 어려우며, 관심의 정도가 의과에 비해 낮았던 것으로 볼 수 있다¹²⁾.

고시된 수가 기준에서 분류항목수 총 760개 중 치과 관련 내용은 별도의 장(章)으로 구분되지

9) 점수제(점수 당 10원)로 초진료 80점(800원), 재진료 50점(500원)으로, 지역에 따라 외래병원 관리료 5점~50점을 더하여 서울은 초진 1,300원, 재진 800원, 농어촌은 초진 850원, 재진 550원이었다.

10) 성명서. 한국일보 1977.6.19

11) 신영수. 한국 건강보험 30년의 성과와 조망. 건강보장30주년 국제학술대회. 2007.11.13.

12) 이 시기 치협회의 주 현안: 새마을운동의 일환으로 치과의료인의 올바른 자세 확립을 위한 10개항 결의문 채택('76.3), 새마을치과진료원 개원 1주년 기념식('77.10), 설탕덜먹기운동('79.2), 보사부장관 간담회에서 65세 이상 생활무능력노인에게 총의치 장착사업 검토('77.3), 치무관련 업무 보건사회부 의정3과로 이관('77.3) 등.

않고 '제9장 처치 및 수술료' 590항목에 40항목으로 배치되어 있었으며, '치과진료의 초진 또는 재진 기본 진료료는 각각 해당 점수의 50%로 산정한다'고 규정하고 있었다¹³⁾. 이에 대해 보건사회부는 '치과에는 반드시 처치료가 20~30점으로 되어 있으나 일반(一般)의 경우에 처치료가 없기 때문'이라고 설명했으나, 실제로는 당시 일본에서 치과의 초, 재진료를 의과의 50%로 정하고 있었던 것을 그대로 모방하여 적용한 것으로 보인다¹⁴⁾.

"... 치과의료보험의 시작은 최소한의 기초치료였다. 전체 치과진료 수입에 비하면 보험비중이 극히 적었다. 관행수가의 절반 정도밖에 안되는 봉사수가였어도 보험항목이 적은 것만 해도 고맙게(?) 생각한 치과계는 소극적이었다. 의과분야의 사활을 건 적극적 자세와는 대조적이었다. 보험자 측에서도 경영압박을 고려해서 치과분야의 봉사수가보다 위로수가의 은전을 베풀었다. 치과분야와 의과분야의 형평성을 잃게 하는 원인이었다..."¹⁵⁾

당시 대한치과의사협회(치협) 집행부¹⁶⁾는 초도이사회('76.4.28)에서 의료보험위원회 업무를 분담한 이후 의료보험 시행 무렵 시도(市道) 의료보험 담당이사 연석회의 2회 개최('77.6.16, '77.7.2), 종합학술대회('77.11.5) 연제에 의료보험 실무 포함, 의료보험 책자 및 유인물 배부 등 보사부의 협조요청에 부응했던 것으로 보인다.

그러나 '치과'의 특성이 반영될 수 있는 공식적인 통로는 확보되지 못하였다. 수가 산정에 핵심적 역할을 하였던 '의료보험 수가제정 조사위원회'에 치과계 대표는 포함되지 않았으며, 그 후 수가 기준의 결정과정에도 적극 참여하지 못한 것으로 보인다.

고시수가에서 치과의 초재진 점수가 의과와 차등 책정된 것에 대한 치과계의 조직적 대응은 지체되었다. '77년 11월 25일 치협의 시도의료보험심사위원회에서 초재진료 '100% 인상'을 추진하기로 논의하였고¹⁷⁾, '78년 4월 총회¹⁸⁾에서 보험이사 직제를 신설하면서 의료보험 수가조정 건의문을 채택하였다. 즉, 치과의 초, 재진료를 의과와 같이 해 줄 것을 요망하는 건의를 신임 집행부의 장관 간담회('78.4.13)에서 전달하였던 것이다¹⁹⁾. 이 문제는 다음 해('79.1.1) 보험수가가 인상되면서 치과의 초진, 재진료를 의과와 동일하게 함으로써 비로소 해결되었다.

그 외, 치협은 보험진료 관련 소득세 적정과세 건의('78.8), 의료수가 원가계산을 위한 사업비 5백만원 긴급집행('80.3), 보험이사를 일본에 파유하여 의료보험 전반에 관한 수업을 하도록 조치('80.5.16)하였다²⁰⁾.

한편 수가기준을 정하는데 기본 자료를 제공했던 국립의료원의 치과 내원환자를 기준으로 주요

13) 초진 400원 및 재진 250원으로 의과의 1/2.

14) 이재현. 의료보험 실시와 대처적 자세 - 요약과 시정을 중심으로. 치과계. 1977; 5(7):24-26.

15) 서영수. 치과의료보험의 정책과 개선방향. 대한치과의사협회지 1997; 35(7) 통338:442-443.

16) 제25차 정기총회(1976.4.27). 14대 회장 김인철 선출,

17) 치의신보 제152호. 1977.12.1

18) 제27차 정기총회(1978.4.1) 15대 회장 지현택 선출,

19) 기타 건의사항은 치성편도주위농양절제술의 수가 조정, 치과개업의의 의료보험 혜택의 건(梁明生, 앞의 글, 1964).

20) 대한치과의사협회. 대한치과의사협회사. 1980, 317-325.

보험적용항목에 대해 조사하여, 치과 의사 1명의 월수입이 평균 497,411원에 불과하다고 보고되었다. 의료보험 수가 산정이 시술소요시간, 난이도 및 케이스의 빈도 등이 아닌 소요된 재료비에 중점을 두고 정해진 탓에, 치과분야의 수가가 지나치게 낮게 책정되어 있음을 밝힌 실증적 분석이었다²¹⁾.

시행 초기의 어수선했음이 지나고 1980년대에 들어 치과병원의 의료보험 청구건수 비중은 전체의 6.4%(‘80)에서 7.3%(‘82 1/4분기)로, 지급진료비 비중은 전체의 6.35%(‘81)에서 6.54%(‘82 1/4분기)로 신장세를 보여주고 있으나(표1), 보험자 측의 시각은 ‘보철, 교정 등 비급여 대상의 범위’ 비율이 큰 탓에 여전히 ‘실제 정책적, 제도적인 면에서 치과영역은 별다른 관심이나 주목을 받지 못하고’ 있었다²²⁾. 당시 치협 부회장은, 의료보험제도 도입이 ‘중세 후반 문예부흥과 종교개혁’의 영향에 버금가는 ‘의료개혁’이라고 하면서 ‘진료(診療)수가의 개선, 기술의 차이 반영, 의료보험 요양규정 결정에 개업의의 의사 반영’ 등을 주장하였다²³⁾. 의료보험 시행 5주년을 맞는 시점에 치과계의 수장은 다음과 같이 지적하였다.

‘... 일방통행에 가까운 제도의 시책은 대화(對話)에 머무르지 못한 채 대결(對決)의 불씨만을 확산시켰을 뿐이다... 일부 보완작업은 어디까지나 지엽적(枝葉的)이고 미봉적(彌封的) 보완이었을 뿐... 당국자는 의료수급자의 의료인에 대한 불신과 불만의 발본색원에 인색하다. 오로지 귀책자(歸責者)는 의료인이며 의료기관이다... 가장 중요한 문제점은 수가제도의 불합리성이며 이는 보험재정의 신기축(新機軸) 위에서는 맥을 추지 못한다. 한국생산성본부 보고서에 의하면 치과의료기관의 경우 1979년 기준 의료보험 환자 점유율이 전체의 46.4%에 달할 때 수입액이 원가에 미달된다...’²⁴⁾

	출처 (각주)	‘80	‘81	‘82	‘83	‘84	‘85	‘86	‘87	‘88	‘89	‘90	‘91
진료건수	21	6.4	6.7	7.3									
	25									9.34	10.0		
진료비	21	7.0	6.35	6.54					5.9	5.6	5.8	5.9	5.8
	24	6.97	6.66	6.59	6.06	6.41	6.49						
	25									6.03	6.30		
	42					5.90	5.95	5.93	5.88	5.63	5.83	5.90	5.92

표 6. 의료보험 전체 진료건수 및 진료비 중 치과의 비율 (% , 1980~1991)

80년대 후반에 이르러 치과병원의 의료보험 급여비 규모에 대해 분석한 논문²⁵⁾을 필두로 실증적 연구가 이어진다. 치과진료는 진료형태와 내용이 의과와 확연히 달라 전체 진료비 구성 중 행

21) 崔久榮. 國立醫療院 齒科에 來院한 患者 中 醫療保險患者가 全體外來患者에 차지하는 比率의 月別統計 및 그에 따르는 問題점. 대한치과의사협회지 1979; 126:845-847

22) 金榮昌. 齒科에서의 醫療보험. 대한치과의사협회지 1982; 161:851-855

23) 崔在京. 齒科開業醫와 醫療保險. 의료보험 1981; 40:23-25

24) 金東壽. 치과의료계의 보험진료 5년. 의료보험 1982; 111:15-17.

25) 金光洙. 醫療保險給與費中 口腔診療給與費에 關한 調查研究. 大韓口腔保健學會誌 1987; 11(1):143-152

위료가 80%를 차지하는 특수성이 있는데, 의과에 비해 치과 부분 인상폭은 평균 인상율에 크게 못 미치고, 상당수 치과의원에서 심사에 대한 심리적 압박감으로 충실한 청구를 기피하여 불이익을 받는 문제, 불합리한 본인부담금 차등의 문제 등이 지적되었다²⁶⁾.

3. 전국민의료보험(1989) 이후

1989년 7월 1일 도시지역의료보험 실시로 전국민의료보험이 실현된 이래, 21세기 들어 국민의료보험관리공단과 직장의료보험(139개 조합) 통합으로 국민건강보험공단 출범, 의약 분업 실시('00.7.1), 지역, 직장 보험재정 일원화로 완전통합('03.7.1) 등의 변화가 이어졌다.

구분	계	종합 전문	종합 병원	병원	요양 병원	의원	치과 병원	치과 의원	조산 원	보건 기관	한방 병원	한의원	약국
1980	13,316	-	82	245	-	6,610	3	2,025	488	1,535	11	2,317	-
1985	18,322	-	183	330	-	8,348	4	2,994	504	3,168	17	2,774	-
1990	44,284	25	205	368	-	11,491	5	5,390	444	3,607	33	3,528	19,188
1995	53,674	39	227	462	-	14,569	14	8,363	183	3,587	70	5,743	20,417
2000	61,776	43	245	681	-	19,688	60	0,592	126	3,427	141	7,243	19,530
2005	72,921	42	249	909	203	25,166	124	12,548	52	3,422	149	9,761	20,296
2006	75,108	43	253	961	361	25,789	136	13,002	51	3,437	145	10,297	20,633

표 7. 요양기관의 변화 추이. 통계로 본 건강보험 30년. 건강보장 30주년 기념사업 추진위원회 2007

구분	1981		1985		1990		1995		2000		2005		2006	
	10만명 당인원	의료 인력	10만 명당 인원	의료 인력	10만명 당인원	의료 인력	10만 명당 인원	의료 인력	10만 명당 인원	의료 인력	10만 명당 인원	의료 인력	10만명 당인원	의료 인력
소계	87.2	33,772	114.9	46,900	172.4	73,896	235.9	106,394	311.3	146,330	392.3	188,847	408.9	197,501
의사	39.7	15,381	50.5	20,588	68.5	29,368	92.8	41,853	117.5	55,255	136.1	65,534	141.1	68,143
치과의사	6.8	2,624	9.4	3,826	14.9	6,384	22.6	10,176	31	14,553	36.9	17,771	38.3	18,515
한의사	6.4	2,465	7.2	2,919	10.7	4,607	14.8	6,652	18.8	8,845	26.6	12,808	28	13,523
조산사	3.3	1,268	3.4	1,382	3.4	1,440	3.0	1,334	4.2	1,970	2.8	1,361	2.7	1,321
간호사	31.1	12,034	44.6	18,185	74.9	32,097	102.9	46,379	139.8	65,707	189.8	91,373	198.8	95,999

표 8. 의료인력의 변화. 통계로 본 건강보험 30년. 건강보장 30주년 기념사업 추진위원회 2007.

그동안 치과의료기관과 치과의사는 기하급수적으로 증가하였고(표 2,3), 치과영역의 질병은 꾸준

26) 천병윤. 齒科醫療保險의 現況과 課題. 의료보험 1991; 102:71-79

히 외래 다발생질환의 상위권을 차지하고 있으며(표 4), 치과부문의 건강보험 진료비 규모는 1조를 넘어섰다(표 5). 이러한 외형적 발전의 이면에서 제기되는 문제들을 짚어 보고자 한다.

질병명	2001		2004년		2005년		지수 (‘01=100)
	진료 인원	순위	진료 인원	순위	진료 인원	순위	
급성편도염	7,498	1	8,590	1	8,977	1	120
급성기관지염	7,058	2	7,786	2	8,426	2	119
다발성 및 상해불명 부위의 급성상기도감염	6,846	3	5,710	3	5,651	3	83
치아우식증	5,471	6	5,400	4	5,349	4	98
치은염 및 치주질환	4,542	8	4,941	5	5,120	5	113
급성인두염	5,593	5	4,920	6	4,903	6	88
치수 및 치근단주위조직 질환	4,683	7	4,784	7	4,871	7	104

표 9. 외래 다발생 질병 변화추이. 심평원, 건보공단, 2005 건강보험통계연보』(단위 : 천명)

요양기관 종 별	진료형태	진료건수 (건)	내원일수 (일)	총진료비 (천원)	보험자부담금 (천원)
치과병원	소계	911,653	1,547,785	43,041,247	26,221,957
	입원	2,492	13,021	1,960,718	1,552,987
	외래	909,161	1,534,764	41,080,530	24,668,970
치과의원	소계	32,247,062	49,372,853	984,442,019	691,338,632
	외래	32,247,062	49,372,853	984,442,019	691,338,632

표 10. 2005년도 보험적용 치과진료비 총 보험 청구액. 보건복지부

‘치과’를 ‘의과’의 한 과(科)로 배치하여 비교한 표방과목별 급여실적을 보면(표 7), 치과의 건당 진료비는 31,279원으로 전체 22개 진료과목의 중간 지점에 위치하고 있다. 즉, 평균 건당진료비가 평균보다 높은 과목이 11개에 달하고 있어, 그동안 치과의원의 건당진료비가 높다는 이유로 정액 본인부담금이 의과에 비해 상향조정되어 있던 것이 불합리한 것이었음을 확인할 수 있다²⁷⁾.

	의원	치과의원	한의원
초진	2,000	2,500	2,200
재진	1,500	2,000	1,700

표 6. 기관별 본인부담금(진료비 10,000원 이하, ‘86기준)

천병윤. 齒科醫療保險의 現況과 課題. 의료보험 1991; 102:71-79

27) 천병윤. 앞의 글. 1991; 변진석. 요양기관종별 건강보험의 본인부담수준 비교분석. 상지대 박사학위논문. 2006.

구 분	요양 기관수	지 급 건 수	내 원 일 수	진 료 일 수	진 료 비 (천원)		건 당			
					계	급여비	진료비	급여비	내원일수	진료일수
계	49,797	155,186,778	263,380,716	296,441,573	4,190,598,541	3,041,829,809	27,004	19,601	1.70	1.91
내과	3,572	29,426,282	42,745,089	44,151,651	630,539,621	452,593,045	21,428	15,381	1.45	1.50
신경과	135	560,573	953,456	1,927,634	18,107,993	13,124,214	32,303	23,412	1.70	3.44
정신과	716	1,557,435	3,005,027	25,978,041	90,335,521	65,372,411	58,003	41,974	1.93	16.68
일반외과	1,070	4,261,371	7,802,687	7,982,485	175,810,019	134,598,211	41,257	31,586	1.83	1.87
정형외과	1,733	10,267,868	22,570,552	22,880,416	419,178,395	311,363,780	40,824	30,324	2.20	2.23
신경외과	364	1,923,573	4,267,401	4,339,933	77,212,084	57,501,600	40,140	29,893	2.22	2.26
흉부외과	36	133,916	222,266	222,798	3,232,074	2,379,770	24,135	17,771	1.66	1.66
성형외과	584	45,024	78,087	79,779	1,554,131	1,130,718	34,518	25,114	1.73	1.77
마취과	537	1,576,704	2,986,656	3,005,816	78,316,180	55,676,570	49,671	35,312	1.89	1.91
산부인과	1,871	5,523,761	9,384,256	9,824,154	196,700,485	154,974,132	35,610	28,056	1.70	1.78
소아과	2,214	13,867,191	27,281,179	27,359,757	279,838,087	189,386,750	20,180	13,657	1.97	1.97
안과	1,203	8,804,147	11,501,982	11,547,730	285,191,353	217,502,806	32,393	24,705	1.31	1.31
이비인후과	1,771	16,714,730	29,076,707	29,138,831	340,850,900	226,938,489	20,392	13,577	1.74	1.74
피부과	824	4,137,693	6,154,838	6,298,977	75,049,293	53,497,107	18,138	12,929	1.49	1.52
비뇨기과	914	3,438,586	5,408,163	5,429,265	87,679,261	63,268,320	25,499	18,400	1.57	1.58
진단방사선과	237	683,312	760,742	767,782	32,072,423	22,558,313	46,937	33,013	1.11	1.12
해부병리과	15	172	180	180	4,962	3,486	28,849	20,266	1.05	1.05
임상병리과	10	13,969	23,000	23,017	330,087	234,817	23,630	16,810	1.65	1.65
결핵과	9	41,880	66,603	73,044	804,461	583,786	19,209	13,939	1.59	1.74
재활의학과	282	990,453	2,408,497	2,417,638	48,500,686	36,281,894	48,968	36,632	2.43	2.44
핵의학과	1	2,588	3,036	4,576	251,056	219,971	97,008	84,997	1.17	1.77
가정의학과	756	4,264,277	7,157,242	7,228,845	80,887,470	58,766,587	18,969	13,781	1.68	1.70
치과	12,943	16,210,181	24,647,548	24,663,559	507,035,289	356,758,877	31,279	22,008	1.52	1.52
일 반	7,846	30,741,092	54,875,522	61,095,665	761,116,711	567,114,154	24,759	18,448	1.79	1.99

표 12 의원급 표방과목별 급여실적. 2006년 상반기 건강보험 주요 지표. 국민건강보험공단. 2006

1) '치과'의 비중 감소와 그 의미

건강보험심사평가원의 '2006년 건강보험 통계지표'가 발표되자 치의신보 제1면은 '치과건강보험, 그 추락의 끝은 어디인가?'라는 제목의 기사로 채워졌다²⁸⁾. 건강보험에서 치과의 진료비 비중은 1980년에 7.0%로 가장 높다가 '90년대 말에 5.7% 수준으로 완만한 감소 추세였는데(표 1)²⁹⁾. 상대가

28) 치의신보 제1527호. 2007.3.1

29) 김준수, 박재용, 한창현. 치과의원의 건강보험 진료비 수입분포와 관련 요인. 보건행정학회지 2002; 12(1):

치제도가 도입된 이후 건강보험 전체 진료비에서 치과보험이 차지하는 비율이 꾸준히 줄어들었다. 2001년 5.2%에서 해마다 0.2%씩 감소하던 추세가 2005년부터 0.3%로 감소폭이 늘더니 2006년에는 3.8%까지 하락하였다. 반면 한의과의 보험 점유율은 2005년도부터 치과를 역전하였다.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
치과	5.2	4.8	4.6	4.4	4.1	3.8
한방	3.8	4.2	4.3	4.4	4.4	4.2

표 13. 건강보험 진료비 중 치과 및 한방의 점유율 추이(% , 2001-2006)

급여가 적용되는 치아우식증, 치석제거, 치주수술의 경우 '02년과 '03년의 요양급여 건수를 비교할 때, 각각 0.97%, 3%, 2% 줄었으며, 전반적인 청구 건수 증가율이 한방에 비해서도 매우 낮아 치과진료를 늘이지 못하고 있음을 보여주었고, 치과병원의 기관당 진료비는 수가 인상률에 미치지 못하고 오히려 감소하는 추세를 보였다³⁰⁾.

그 원인으로, '환산지수는 매년 약 3%가량 증가했음에도 불구하고 건강보험에서 비율이 계속 감소하고 있는 것은 건당진료비 감소, 즉 행위 자체가 줄어들었기' 때문이라고 보고 있다. 즉, "치과의사들이 보험에 대해 많이 무관심... 우선 보험 청구액이 적고, 심사 결과에 대해 이의를 제기하는 비율이나 신(新)의료 신청 비율 등 제도 안에서 모든 것들의 현황이 매우 낮게 나타나... 치과의사들이 보험에 대해 무관심하고 신경을 쓰지 않게 되고 상대가치에서도 인정을 받지 못하게 되면 결국 왜곡된 진료를 할 수밖에 없을 것"이라고 우려했다³¹⁾.

2) 저수가 및 의과와의 차별

근본적인 문제는 치과의 낮은 수가로 지적되고 있다. '90년대에 이미 '1995년 기준 치과분야의 의료보험수가는 정부 공식 인상률의 평균 76.7%에 불과했고, 의과 평균인상률 125%에 비하면 61.3% 수준이었다. 의료보험 초기에 보험비중이 무시할 정도여서 큰 영향이 없을 것이라고 미소 짓던 치과분야는 세월이 갈수록 보험에 의존하는 일그러진 얼굴이 되어, 우거지상이던 의과분야의 퍼진 얼굴과는 대조를 이룬다'고 하였다³²⁾.

2001년 상대가치제도 도입으로 수가체계를 개편하는 과정에서도 치과 고유항목의 수가 수준이 지나치게 낮아 '초라한 치과의료보험과 치과의료 위기'로까지 표현되었다.

'... 치과는 수가인상과 보험확대 과정에서 치명타를 당했다. 정보는 독점한 채 치과의 총 진료비를 의과와 분리해 별도 관리했고 보험확대비용을 자체 부담시켰다. 수가인상을 거듭할 수록 의과와는 반대로 빈도수가 많거나 진료비 금액이 큰 항목일수록 수가수준이 처지게 되

84-1012.

30) 치의신보 제1497호. 2006.11.2

31) 치의신보 제1496호. 2006.10.30

32) 서영수. 앞의 글. 1997.

고 수가체계는 왜곡이 심화되었다. 보험재정의 희생양이 된 치과의료보험은 성장하지 못하고 더욱 왜소해 졌으며 보험초기부터 적용되던 치과고유항목의 수가 수준은 형편없이 낮아지고 항목 간 수가균형은 상식이하로 파괴되었다...“³³⁾

‘06년 건강보험심사평가원 상대가치점수개발단 연구에서 치과 의료행위의 원가보존율이 64%로 의과에 비해 17%, 한방에 비하면 30% 낮은 것으로 조사됐다. 치과계를 바라보는 정부의 입장은 “비급여가 있으니 급여 부분에서 입는 손해는 감당해야 한다”는 것이었다³⁴⁾.

3) 수가 구조의 왜곡

‘근관치료나 치주치료 등 주요한 기본적인 진료과목의 보험수가가 지나치게 낮게 책정되어 진료의 질적 수준의 저하 뿐 아니라 해당 진료자체를 기피하는 현상을 야기하기에 이르렀다’³⁵⁾. ‘엄연히 난이도나 진료시간이 다른 독립된 행위인데도 합리적 수가 보상을 기피함은 의료의 왜곡을 조장하는 것이며 의료의 하향평준화로 결국 국민이 피해를 보게 된다’³⁶⁾

왜곡된 수가구조의 지속은 교정, 보철, implant등의 비급여 부분의 진료에 관심이 집중되는 현실에 일조하고 있다. 한 치과의원의 총매출 중 건강보험 및 의료급여가 차지하는 비율이 시기(지역)에 따라 44.5%, 7.5%, 16.9%로 달라지는 경우를 예시해 보았다(그림1).

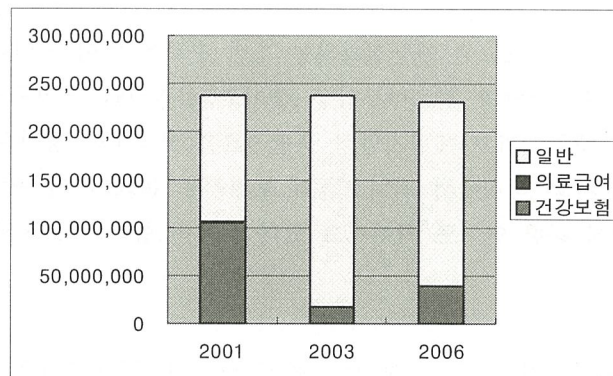


그림 1. 00치과의원의 연도별 수입의 항목별 구성

4) 보장성과 급여 확대

건강보장 30년의 많은 성과에도 불구하고 취약한 보장성 수준, 사회계층간 의료이용의 형평성 문제, 고령화에 따른 국민의료비 증가와 재정적 지속가능성 문제는 한계로 지적되고 있다³⁷⁾.

33) 안상규. 앞의 글, 2001.

34) 치의신보 제1497호. 2006.11.2

35) 근관치료의 질적 평가에서 성공 기준치율이 일반개업의(36.9%)와 근관치료 전공의(83.0%)간에 유의한 격차 (임성삼, 이승중. 우리나라 근관치료의료보험수가에 관한 소고. 대한치과의사협회지 1995; 33(6) 통313: 430-).

36) 서영수. 앞의 글, 1997.

37) 건강보장미래전략위원회. 건강보장 미래전략 공청회 자료집. 2007.7.11. 3쪽

의료소비자의 입장에서는 ‘특히 치과의료보험의 경우 치료비가 고가임에도 불구하고 극히 일부 분만 의료보험의 적용대상이 되고 있어 환자소비자의 부담이 매우’ 크다는 문제가 당연히 제기되며³⁸⁾. 이는 적용범위 확대에 대한 국민들의 요구로 이어진다. 최근 건강보험 보장율을 제고하는 정책에도 불구하고 치과병원의 보장률은 오히려 감소하는 추세를 보이고 있다(표10)³⁹⁾.

요양기관	종합전문 요양기관	종합병원	병원	치과병원	한방병원	의원	치과의원	한의원	계
2005				35.7			47.5		61.8
2006				23.6	31.9	69.1	45.4	65.4	64.3
증감율	4.3	4.2	1.2	-12.1		4.7	-2.1		2.5

표 10. 요양기관 중별 건강보험 보장률 증감 추이(% , 2005 ->2006)

보장성 수준을 높이기 위한 방안으로 현재 치료중심 의료체계를 예방중심으로 전환, 전체 보건 의료서비스 공급에서 공공부문이 차지하는 비중을 최소한 30% 수준으로 제고, 민간부문에서 1차 의료서비스공급이 늘어나도록 건강보험의 유인체계 개편, 행위별 수가제 개선 등이 제시되었다⁴⁰⁾.

건강보험 급여 확대에 대한 최근 보험자 측 및 전문가의 연구 결과에 따르면 치과분야의 급여 확대 우선순위(괄호)로 의치(3), 치아홈메우기(8), 불소도포(9), 교정치료(10), 치아충전재료(광중합레진 등, 12), 치석제거(15) 등이 거론되고 있다⁴¹⁾. 이와는 달리 치아홈메우기, 치석제거, 불소도포, 칫솔질교육, 노인틀니의 순으로 보고된 연구결과와는 우선 순위에 차이가 있다⁴²⁾.

예방 항목에 대해서는 국민의 진료비부담을 줄이고 실질적인 국민구강건강수준을 향상시키기 위하여 건강보험급여에 포함시키고 예방지향적 포괄진료를 보장하는 방식으로 가야한다는 공감대가 형성되어 있다⁴³⁾. 한편 사회 각계에서 의치보철의 보험적용 논의가 지속적으로 거론되고 구체적인 노인치보철 재정추계에 대한 연구도 이어지고 있어 사회적 합의가 요구된다⁴⁴⁾.

5) 형평성

‘06년 건강보장 지역가입자 가구 중 보험료 체납가구는 1,987천 가구로 전체 지역가입자 가구의 25%이며, 체납보험료 총액은 1조 2,449억원에 달하였다고 한다. 국민건강보험의 소득계층별 부담과

38) 김재욱. 소비자 의료보험 문제점과 개선방향. 대한치과의사협회지 1997; 35(7) 통338:444-445.

39) 보건복지부, 국민건강보험공단. 2006년도 건강보험환자의 진료비 부담현황조사. 치의신보 1590, 2007.10.29

40) 양재진. 앞의 글. 2007.

41) 김진현. 보장성 확대와 보험급여 우선순위 설정. 건강보장 30주년 기념 심포지엄 - 한국 건강보장의 비전과 전망. 국민건강보험공단. 2007.9.5, 120쪽.

42) 한지형. 치과 건강보험 급여확대의 우선순위 설정에 관한 연구. 한양대 대학원, 박사학위논문. 2007

43) 이흥수. 의료보험이 국민구강보건에 미친 영향. 대한치과의사협회지 1995; 33(6) 통313:409-417

44) 김혜련. 노인 의치의 의료보험 적용을 위한 급여비용추계. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문. 1997; 이미희. 각 국가별 치과의료보장의 유형과 치과의료보험급여화에 관한 연구. 濟州觀光大學 논문집 2001; 7:229- 42; 이영희. 노인 치과질환의 보험 확대 적용 방안에 관한 연구 :의치 보철 재정추계를 중심으로. 2006. 성균관대 행정대학원 석사. 2006.

혜택의 형평성 문제도 주요한 과제로 제기되고 있다⁴⁵⁾. 치과진료서비스 이용에 있어서 거주지역, 교육정도, 직업, 가구소득 등에 따른 불평등 분포에 대한 분석과 형평성 제고를 위한 정책 필요성도 제기되었다⁴⁶⁾. 현재 치과병의원 57%가 수도권에 집중되어 있고 대도시 집중률은 그 이상이다(표 11).

구 분	계	치과병원	치과의원
총 계	12,937	127	12,810
서울특별시	4,021	50	3,971
부산광역시	981	9	972
대구광역시	672	11	661
인천광역시	597	3	594
광주광역시	427	4	423
대전광역시	387	5	382
울산광역시	266	2	264
경기도	2,727	26	2,701
강원도	291	1	290
충청북도	257	1	256
충청남도	360	5	355
전라북도	406	1	405
전라남도	325	1	324
경상북도	481	5	476
경상남도	604	3	601
제주특별자치도	135	0	135

표 11. 시도별 치과병의원 현황. 건강보험심사평가원 자료(2006. 6월말)

한편, 치과의원의 건강보험 진료비 수입분포에 관련된 요인, 치과의사의 의료보험진료비와 소득에 관련된 요인에 대한 연구도 보고되었다⁴⁷⁾. 건강보험이 치과의료이용의 적정화를 기하기 위해 의료자원의 지역간 불균형을 해소하기 위한 노력, 구체적으로 취약진료권에 대한 금융 및 세제상의 지원, 공공의료의 강화 등 다각적 방안이 필요하다고 제기되었다⁴⁸⁾.

4. 마무리

70년대 후반 치과대학의 증설로 치과의사가 증가와 맞물려 전국민의료보험의 완성 이후 건강보험은 국민의 의료 접근성을 높였으나, 민간부문이 압도적인 치과부문에서 정부 주도 요양기관의 강제지정, 저수가, 일방적 심사 등 임상적, 재정적 자율성의 제한, 비급여부문의 확대와 같은 진료형태

45) 최병호, 신현웅. 국민건강보험의 소득계층별 부담과 혜택의 형평성. 보건복지포럼, 2005; 104:87-97.

46) 김혜영. 한국인의 치과진료서비스 이용도에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문. 1998; 李秀晶. 지역별 치과의료보험서비스 이용 분석. 서울대 保健大學院 석사학위논문. 1996; 김명희. 치과의료이용과 치과의료보험에 관한 연구 :환자만족도를 중심으로. 숭실대 석사. 2001

47) 유희대. 치과의사의 의료보험진료비와 소득에 미치는 요인. 延世大 保健大學院, 석사학위논문. 1998; 김준수, 박재용, 한창현. 치과의원의 건강보험 진료비 수입분포와 관련 요인. 보건행정학회지 2002; 12(1):84-1012

48) 이흥수. 앞의 글. 1995.

의 왜곡 등 역작용도 있었다⁴⁹⁾.

“... 권위주의 정부의 정치적 의지로 시작된 건강보험제도에 대해 (의료공급자들은) 순응하고, 적응하는 자세를 견지... 이미 주어진 제도적 환경 내에서 각자의 이익을 최대한 보장 받을 수 있는 위치를 확보하는데 주력하게 되었다. 정부가 제시한 저수가를 받아들여, 이로 인한 경제적 불이익을 보충하기 위해 건강보험이 적용되지 않는 비급여 의료서비스를 늘려나간 의료공급자의 전략이 대표적인 예이다. 합리적이고 근본적인 해결책이 아니라 우회로에 의존하게 되면서... 이해관계가 복잡하게 얽혀 매우 단단한 관행으로 정착하게 되었다.... 이익분배 방식의 작은 변화에도 매우 민감하게 반응하고, 상호 간의 이해갈등이 첨예화되었다... 근본적인 해결에 소요되는 막대한 사회적 비용과 의약분업의 학습효과로 인해 정부는 현상 유지와 제도의 부분적 수정에만 의존하고 있다... 낮은 건강보험 수가는 의료공급자들로 하여금 건강보험이 적용되지 않는 비급여 서비스를 늘리도록 구조적으로 부추기고 있다⁵⁰⁾”

치과건강보험 30년에 대한 평가에서 가장 핵심적으로 제기되는 것은 ‘수가의 현실화’이다. ‘보험 진료 수입만으로도 진료 수준을 어느 정도 유지하면서 의료기관을 운영 할 수 있는 최소한의 수가가 보장되지 않을 때 치아의 수명은 연장되지 못하고 국민의 의료비 부담만 상승’하므로⁵¹⁾, 불합리한 수가구조가 개편되어야 한다는 것이 치과계의 중론이다.

또한, 그동안 ‘정책이나 운영이 철저하게 의과 중심이었기에 치과분야는 많은 불이익을 받았고 치과의료의 특성이나 실상이 반영될 수 없어 치과의료가 왜곡될 수밖에 없었기에 “의료보험 치과”가 아니라 명실상부한 “치과의료보험”으로 독립 개편되어 의과 분야와 분리 운영되어야 한다는 주장도 제기된 바 있다⁵²⁾. 더 나아가 ‘오히려 모든 의료를 의료보험으로 감싸안은 강제지정보다는 자유계약제와 사(私)보험의 활성화가 의료보험제정의 보호와 높아진 국민의 의료욕구를 동시에 만족시켜 주는 길’로 제시되기도 하였다⁵³⁾.

한편, ‘저수가정책의 적용을 지양하고 소비자와 진료제공자가 같이 수용할 수 있는 선에서 의료보험수가의 재조정이 필요하며, ‘의료보험이 실질적인 국민구강건강 향상에 기여하기 위해 체계적인 구강진료수요조사와 국민구강보건진료비조사를 통한 합리적이고 효율적인 치과의료보험 운영방안’을 수립하고, ‘보험급여의 내실화를 도모하여 저소득층이나 노인과 같은 취약계층의 구강진료요구를 해소시키기 위해 노인의치보철의 급여화를 적극 검토’할 수 있다는 시각도 공존하고 있다⁵⁴⁾. 최근 보장성 강화와 급여 확대를 지향하는 기조에 대한 능동적인 대처가 필요한 지점이다.

한편으로 건강보험의 범주를 벗어나는 비급여 영역의 활발한 확장 추세와, 다른 한편으로 보장성과 형평성을 강조하는 방향성을 동시에 아우르는 미래 전략이 세워질 수 있기를 기대한다.

49) 이주연. 한국근현대치과의료체계의 형성과 발전. 2006. 420-428.

50) 신영수. 앞의 글, 2007.

51) 안상규. 앞의 글, 2001.

52) 안상규. 앞의 글, 1995.

53) 서영수. 앞의 글, 1997.

54) 이흥수. 앞의 글, 1995.

우리나라 치과건강보험의 발전전략¹⁾

송 세 진²⁾

1977년에 도입한 의료보험제도가 올해로 30년이 되었다. 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원이 2007년에 공동으로 출판한 '통계로 본 건강보험30년'에 의하면, 건강보험제도 도입 후에 건강보험 적용인구확대, 진료실적, 일인당 의료기관 방문일수와 진료비, 보험료부담 대 급여비, 요양기관수, 의료인력, 병상수, 기대여명, 국민의료비 대비 공공재원 비율의 증가 그리고 의료비 지출 중 본인부담비율 감소 측면에서 괄목할만한 성과를 보였다.

치과건강보험은 일반 의료보험과 함께 국민건강보험체계의 일부분으로 발전되어 왔다. 의료보험과 치과건강보험 모두 2007년 7월에 보험제도의 통합으로 건강보험으로 이름이 바뀌었다. 건강증진(health promotion)의 개념을 추가하여 의료보험(medical insurance)을 건강보험(health insurance)으로 이름을 바꾸는 것은 지난 20여 년간의 세계적 추세이기도 하다. 건강보험제도 시행 30년이 지난 지금의 국민소득 2만 달러 시대에는, 절대빈곤의 시대에 도입된 건강보험의 저부담-저수가-저급여 패러다임을 사회·경제적 수준에 맞추어 바꾸어야 한다는 소리가 높다. 지난 30년 동안의 한국의 경제적, 정치적, 사회적 환경은 건강보험 도입과 확장에 유리한 방향으로 형성되었으나 경제 성장률의 둔화와 인구의 고령화 등으로 앞으로는 과거와는 다른 양상으로 환경이 전개되어 건강보험제도의 안정에 큰 도전이 있을 것으로 예측된다.

과거에는 사회건강보험제도의 핵심요소인 사회적 연대(social solidarity)가 비교적 높은 수준을 유지하였으나, 경제적 환경변화와 인구구조의 변화는 복지비용 부담을 둘러싼 사회적 갈등을 야기하고, 건강보험에 대한 사회적 규범과 가치(social norm and value)를 변화시킬 개연성이 매우 크다(신영수, 2007). 이러한 변화하는 환경 속에서, 치과건강보험은 이제 의료보험과 분리하여 발전시키는 방안을 검토해야 할 때가 되었다. 후술하는 바와 같이, 치과는 의과와 다른 여러 특성을 가지고 있기 때문에 의과와 동일한 관점에서 건강보험제도를 발전시키는 것은 바람직하지 않다.

건강보험의 사각지대가 치과이며, 치과진료에 대한 건강보험 급여 범위가 현재 30퍼센트에 불과해 소비자들이 치과진료시 높은 본인부담금으로 불편을 겪고 있다고 한다. 김진현 교수(2007)에 의하면, 노인 인구의 증가에 따라 노인들의 치과진료에 대한 요구도가 급증하고 있으나 노인들의 낮은 경제력 때문에 적절한 진료를 받지 못하고 있는 경우가 허다하며, 의치는 더욱 그러하다고 주장하고 있다. 양승조 국회의원은 2007년도 국민건강보험공단 국정감사에서 노인층의 조속한 건강보험적용

1) 이 논문은 건강보험심사평가원의 공식견해가 아닌 저자 개인의 견해임

2) 건강보험심사평가원 상근심사위원

을 주장한 바 있다.

치과-의과 서비스의 차이와 건강보험 이론

건강 경제학에서 치과를 의과와 분리하여 연구한 논문은 그리 많지 않다. 치과에 대해 별도로 많은 연구가 되지 않은 것은 치과서비스가 일반 의료서비스와 별로 다르지 않다는 통념에 그 기초를 두고 있는 것 같다. 그러나 유럽과 북미의 여러 선진 OECD 국가에서 치과서비스를 사회건강보험의 급여 리스트에 포함시키지 않고 있다는 것은 무엇을 의미하는가? 치과서비스는 시장의 일반 상품이나 서비스와 동일한 것으로 취급할 수 있는 것인가, 아니면 의료서비스와 동일하게 일반 재화나 서비스로부터 분리시켜야 하는 것인가?

건강에 대한 불확실성(uncertainty)과 위험(risk)은 보험이 의료서비스에 있어서 중요한 역할을 담당할 수 있음을 의미한다. 건강 경제학에서는 의료서비스에 대한 개인 수요의 예측불능성(unpredictability)과 서비스 질에 대한 충분한 정보(information)의 결핍을 의료서비스가 시장의 다른 재화나 서비스와 차이를 보이는 두 가지 큰 특징으로 본다. 건강상태의 불확실성에 의한 경제적 불확실성과 의료서비스에 대한 소비자가 가지는 불완전한 정보(정보의 비대칭) 때문에 건강보험의 수요가 일어난다. 이러한 측면에서 치과서비스는 일반 의료서비스와 약간 다른 특성을 가진다.

첫째, 질병발생의 불확실성과 관련한 특성에 있어서, 대개의 의료서비스가 그 필요시기를 예측하기 어렵고 진료비도 높아서 소비자들이 의료서비스를 제공받는 시기의 불확실한 큰 비용을 보험에 가입하여 적은 비용으로 대체하려 할 확률이 높은 데 반하여, 치과의 경우는 질환이 의과에 비해 더 예측 가능하며, 이용비용이 상대적으로 저렴하며, 서비스 수요의 불확실성이 적기 때문에 소비자가 보험에 가입할 확률이 상대적으로 떨어지게 된다. 그 예로, 3대 구강질환이라고 불리는 치아우식증, 치주병, 부정교합 중에서도 치아우식증과 치주병은 비교적 쉽게 예측이 가능하다. 고용주가 제공하는 민간보험을 주로 하는 미국의 경우, 고용주는 의료보험은 필수적인 것이지만 치과보험은 특별한 부대급여(fringe benefit)나 사치로 간주하는 경향이 있다. 그래서 회사의 비용을 줄이기 위해 고용주들은 치과 보험을 없애거나 줄이는 경향이 있다. 2003년도 미국 치과진료비(dental expenditures) 총액 67 billion 달러(전체 health care expenditures의 7.5% 차지)중에서 43.1%가 민간 보험으로 지불되었다(non-institutionalized population을 대상으로 한 조사. Sommers, 2006). 그리고 치과비용의 지출이 있는 개인은 비용의 48.2%를 본인부담금(out-of-pocket)으로 지출하였다. 민간 치과보험에서는, 급여비용의 한계를 보통 두지 않는 의료보험과 다르게, 일반적으로 매년 약 1,000 달러의 급여한계를 두고 있다.

둘째, 정보의 비대칭 문제는 주로 서비스에 대한 가격과 질에 관한 것인데, 치과서비스는 의료서비스와 달리 서비스를 이용하기 전에 소비자가 가격을 미리 알 수 있는 가능성이 존재하고 소비자가 제공된 치과서비스의 질에 관해서 쉽게 판단할 수 있어 소비자가 선택적으로 이용할 가능성이 높다. 치과진료는 응급치료를 요하는 경우가 드물고 선택적 진료로서 치료시기와 치과서비스 공급자를 소비자가 쉽게 결정할 수 있다. 엑스레이 검사와 구강내 시진(oral exam)은 약 80%의 상관관계를 가지

므로 치과업무에 대해 감사(audit)하기가 쉽고, 보존치료나 보철물에 대해 일정기간의 보증제도(product/service warranty)도 도입할 수 있다.

셋째, 보험과 직접적으로 관련이 되지 않는 치과서비스 전달체계의 특성으로, 의과는 병원과 같은 시설 중심적인데 반하여 치과는 시설(institution)을 기초로 하고 있지 않으며, 전문분야가 적고, 전문수련과정을 이수하는 치과의사의 수가 적다. 대부분의 치과의사가 GP (general practitioner) 진료에 종사하기 때문에, 관리의료(managed care)의 관점에서 볼 때, 치과의사들은 이미 문지기(gatekeeper) 역할을 하고 있다. 일반치과의사가 구강외과의사, 치주과의사, 치과보존과의사에게 전문진료를 의뢰하는 경우는 많지 않고 대부분의 진료를 GP 수준에서 종결하려고 한다.

넷째, 치과에 있어서 예방술식은 의과에 비해 훨씬 더 효과적이다. 치과는 치주병과 치아우식증 양대 질환에 대한 치료를 주로 하기 때문에 의과에 비해 진단이나 검진 비용이 낮다. 그러나 그 양대 질환은 자체제어(self-limiting)가 되지 않는다. 예를 들면, 하나의 치아가 치아우식증으로 충전치료를 받게 되면 몇 년이 지나서 근관치료, 발치, 보철치료, 임플란트 치료로 계속 연결되는 경향이 있다. 치주병의 경우, 병소가 하나의 치아에 국한되지 않고 전체 치아와 연결되는 경향이 있다. 충치의 경우도 구강 내에서 계속 발생한다.

다섯째, 치과의 주요 서비스인 보철은 쉽게 예측 가능한 치아우식증과 치주병의 후유증으로 발생된 치아의 결손을 위한 처치이다. 보철은 귀금속을 중심으로 한 고가의 재료를 주로 사용하고 있고, 환자 개인의 상황에 의해 기술과 재료의 선택폭이 넓다. 한 예로, 외과의사는 수술하기 전에 '적절한 수술, 더 좋은 수술, 최상의 수술' 등을 선택하도록 환자에게 질적 수준을 제시하지 않는다. 그러나 치과의 경우, 수용 가능한 여러 대체 치료법이나 질적 수준에 대해 환자에게 설명을 하고 환자가 선택하게 한다. 주문형 치료인 보철에 질병이나 부상으로 인한 위험(risk)을 다루는 보험의 원리를 적용하기 어렵다.

결론적으로, 전통적인 의료보험이 대개 긴박한 의료재해(고위험 저빈도 사건)에 급여를 하는 반면에, 치과보험은 예측할 수 없는 위험에 대한 보험이라기보다는 피보험자가 상당히 예측 가능하지만 서비스를 제공받는 시기에 상대적으로 저렴한 진료를 받기 위한 재원조달기전이나 지불기전이라고 할 수 있다. 바꾸어 말하면, 치과보험은 저축의 개념이 강하다. 그러므로, 치과서비스는 소비자 본인이 직접 비용을 부담하여 이용할 가능성이 높지만, 치과서비스의 재원조달에 보험이 기여하는 비중이 커진다고 하여도, 보험적 이론에서 볼 때, 사회보험 등의 공공보험에서 확대되기보다는 민간보험에서 확대될 가능성이 높다. 그리고 급여적용 확대나 의료비 증가로 사회건강보험에 재정적 위기가 올 경우, 긴축정책(retrenchment policy)으로서의 탈급여정책(de-listing policy)이 치과서비스 항목에 우선적으로 적용될 가능성이 높다.

우리나라 건강보험제도의 문제점

우리나라의 국민건강보험은 '저부담-저수가-저급여(low contribution, low fee, low benefit)' 정책 아래서 발전되어 왔다. 보험료율을 낮게 유지하면서 이용자부담금과 정부지원금으로 소요비용을

충당하고, 보험수가를 낮게 책정하고 또 급여범위를 제한함으로써 비용지출을 억제하는 방향으로 보험재정이 운용된 것이다. 그 결과 대부분의 저비용 고빈도 의료서비스에 대해서는 보험급여가 이루어져 왔으나 고비용 저빈도 서비스에 대해서는 제한적으로 급여를 실시하여 건강보험의 위험분산기능을 제대로 수행하지 못했다. 그러나 최근에 보건복지부가 보장성을 강화하는 방향으로 건강보험정책을 수정함으로써, 고액진료비 환자와 중증환자는 많은 진료비혜택을 보게 되었다. 후술하는 2006년도 실태조사 결과, 2005년도에 비해 평균적으로 암환자는 4.9%, 고액환자는 5.1%, 입원환자는 6.6% 본인부담금이 줄었다.

우리나라는 건강보험에 요양기관 강제지정 제도가 있다. 의료기관이나 약국이 개원을 하면 의무적으로 건강보험 환자를 진료하거나 환자에게 약을 판매하여야 한다. 민간의료체계가 주축을 이루는 나라에서 사회건강보험을 실시하면서 이러한 제도를 도입한 사례는 우리나라 밖에서는 찾아보기 힘들다. 미국 등의 정부에서 시행하는 Medicare나 Medicaid 제도에서도 찾아 볼 수 없다. 미국의 경우 전국민이 Medicare를 위해 65세까지 보험료를 납부해야 하지만, 의료서비스 등을 제공하는 요양기관은 연방정부와 선택적으로 계약을 맺는다(selective contracting). 우리나라의 요양기관 강제지정제도는 당사자간에 맺는 계약이라는 근본취지를 벗어나 있다. 이제 차세대의 건강보험을 논의하는 시점에서, 국민건강보험이 요양기관에 대한 계약제를 도입하게 되면 보험자는 적정 수가와 적정의 서비스 질을 제공하는 요양기관을 선택할 수 있고, 건강서비스 공급자는 건강보험공단이나 민간 보험회사에서 급여로 제공하는 수가표와 제공할 서비스의 질적 수준을 고려하여 공공이나 민영 보험자를 선택하여 계약을 할 수 있다. 보험 가입자인 국민은 국민건강보험을 기본으로 하여 자유롭게 질적수준이나 경제적 수준에 따라 요양기관을 선택할 수 있다. 그리고, 민간보험은 환자가 비계약 의료기관을 이용할 때 대체적인 보험 서비스를 제공할 수 있다. 또한 민간보험은 질적 수준이 확보되는 의료기관과의 계약을 통하여 의료기관과의 경쟁을 유도하여 의료의 질적 수준을 향상시키거나 소비자의 의료비 절감을 유도할 수 있다. 우리나라의 경제적 수준향상에 따른 소비자의 다양한 의료/치과 서비스 수요에 부응하여 의료기관에서 다양한 고급의 서비스를 선택하여 제공할 수 있도록 1970년대의 건강보험 패러다임인 요양기관 강제지정제도를 폐지하고 요양기관 계약제를 시행하여야 한다.

우리나라 치과건강보험의 문제점

OECD 국가인 미국, 캐나다, 호주가 공공 건강보험인 Medicare를 통해 입원진료 중심의 구강외과 수술에 제한하여 치과급여를 적용하고 있는 사례와 유럽 여러 OECD 국가에서 18세 이상의 성인에 대해서는 치과서비스를 비급여로 적용하는 사례와 비교하면, 우리나라의 치과건강보험은 급여 적용의 범위는 아주 넓다. 유럽의 치과진료비를 비교하는 유로-지 프로젝트(Euro-Z Project, 2001)에 의하면, 프랑스는 독일이나 네덜란드에 비해서 치과보철 수가가 2~3배까지 높다. 프랑스 치과의사들은 공적보험에서의 일반 치과서비스 수가가 너무 낮기 때문에 보철료를 그렇게 높게 받지 않으면 개인 치과의 적정수입을 도저히 확보할 수 없다고 한다. 프랑스의 경우, 치과서비스, 특히 보철에 관해서는, 수가표의 범위를 초과하여 치과의사가 환자에게 진료비를 추가청구(extra-billing) 하는 행위가 허

용된다(extra-billing over the fee schedule). 건강보험에서는 최소 품질의 보철 서비스 등에 대해서는 급여로 하고, 환자의 선택에 의한 고급 서비스나 재료에 대해서는 환자가 추가로 비용을 부담하도록 하여 보험제정의 지출을 줄이고 있다. 프랑스 치과의사들의 고민은 우리나라의 치과의사들과 유사한 것 같다. 의료공급자의 입장에서 볼 때, 건강보험의 낮은 치과 수가는 대표적으로 근관치료의 경우를 다른 나라와 비교해 보면 아주 잘 나타난다.

Health Affairs (Fall 1994)에 의하면, 미국의PPRC (Physician Payment Review Commission)는 Medicare가 민간 보험자가 지불하는 수가의 59% 수준으로, 저소득층을 위한 Medicaid 프로그램은 Medicare 수가의 73% 수준으로 의료공급자에게 지불하고 있다고 평가했다. 미국 매사추세츠 주의 저소득층을 위한 Medicaid 프로그램인 MassHealth에서, Code D3310 (전치부 근관치료, Endodontics, Anterior (excluding final restoration))의 경우, 미화 345 달러(EPSTDT 수가는 473 달러)가 지불된다. 우리나라 국민건강보험의 경우, 비슷한 치과의료 행위 코드 U0001. 당일발수근충(one-visit endodontics, 1근관당) 수가는 14,800원(미화로 약 16.5 달러)으로 미국에 비해서 엄청나게 낮다. Medicaid 프로그램에서 지불하는 수가가 일반치과의원에서 일반 환자에게 청구하는 관행수가보다 훨씬 낮은 수가임을 고려할 때, 한국의 치과의사들은 근관치료를 대해서는 미국에 비해 약 3~5 퍼센트 수준 이하의 극히 낮은 수가로 서비스를 제공하고 있다. 일부 서비스 분야를 제외하고는 우리나라의 소비자물가 수준이 미국보다 오히려 높은 현재의 경제적 상황을 고려할 때 우리나라 치과보험 수가는 상대적으로 심하게 저평가되어 있다.

한국의 현행 건강보험수가는, 의과의 경우 원가 보존율이 73.9%, 치과의 경우 급여행위 원가 보존율이 훨씬 낮은 61.2%라는 건강보험심사평가원의 최종적 추정결과가 나왔다(2006년 12월. 상대가치 점수 개정연구 보고서). 현행 수가가 이렇게 낮은 이유는 의료보험제도 도입 초기의 저평가·왜곡된 수가 때문이다. 의료보험도입 당시에 몇 개 병원의 관행수가(UCR fee)와 일본 의료보험 수가를 참고하여 수가가 결정되었는데, 1977년 당시에 정부는 결정된 수가가 관행수가의 70~75%라고 하였으나 의료계는 50~55% 수준이었다고 주장한다. 초기 수가결정 당시 원가계산을 제대로 하지 않고 주먹구구식으로 저평가, 왜곡된 수가가 정부의 통제로 소비자 물가상승율도 제대로 반영하지 못하고 지속되어 오다가 최근에는 수가계약제로 바뀌었는데, 이제는 건강보험정책심의위원회에 의하여 수가가 통제되고 있다. 지난 30년간 건강보험 적용이 되는 급여항목은 엄청나게 증가하였지만 건강보험제정은 그에 비례하여 증가하지 않아서 저평가되고 왜곡된 수가가 오늘까지 유지 되고 있는 것이다. 어떤 치과의료행위의 원가보존율이 100%라면 치과의사가 하루종일 그 행위만으로 진료를 해도 병원경영에 문제가 생기지 않는 것을 의미할 것이다. 치과의 현행 급여행위 원가보존율이 61.7% 밖에 되지 않는다는 것은 건강보험제도에 심각한 문제가 있다는 것을 말한다. 원가보존과 관련하여 의료공급자의 불만을 해소하여 장기적으로 지속가능한 건강보험을 만들기 위해서는, 치과 건강보험 재원확보와 상대가치에 관해서 우리가 근본적으로 재검토해야 한다는 것을 시사한다.

지난 30년간의 국민건강보험 보장성 확대 노력

우리나라의 의료보장 수준을 보면, 국민의료비 대비 공공의료비의 비율은 2004년도 52.6%로서 OECD 국가의 평균 72.9%와 비교할 때 미국(44.7%), 멕시코(46.4%), 그리스(52.8%)와 함께 낮은 수준을 유지하고 있다. 일본의 경우, 81.5%로서 우리나라 보다 훨씬 높은 수준을 유지하고 있다. 2004년도에 개인의료비 전체 중에서 공공재원이 차지하는 비율은 52.2%이고 민간재원이 차지하는 비율은 47.8%이다. OECD의 평균은 각각 72.5%와 27.5%로서 국민의료비 대비 공공의료비 비율과 유사한 결과를 보인다(OECD Health Data 2006).

보건복지부와 국민건강보험공단이 실시한 '2006년도 건강보험환자의 진료비 부담 현황조사'에 따르면, 전체 요양기관의 건강보험 보장율은 2005년 61.8%에서 2006년도에 64.3%로 2.5% 증가했다. 비급여를 포함한 2006년도 건강보험의 보장율은 보건복지부가 건강보험 보장성 강화 로드맵에서 제시한 목표보장율인 68%를 달성하지는 못했으나 충분한 성과를 이루었다. 요양기관 종별 건강보험 보장율이 2005년도에 비해, 종합전문요양기관 4.3%, 종합병원 4.2%, 병원 1.2%, 의원 4.7% 증가했다(그림1). 그러나, 치과병원은 12.1% 감소, 치과의원은 2.1% 감소를 보였다. 치과와 관련하여 좀 더 자세히 살펴 보면, 치과의원의 2006년도 건강보험 보장율은 45.4%였으며, 본인부담율 중 급여가 19.6%, 비급여가 35.0%였다. 치과병원의 2006년도 보장율은 23.6%였으며, 본인부담율 중 급여가 15.6%, 비급여가 60.8%로 비급여 부분이 요양기관 중 가장 높았다.

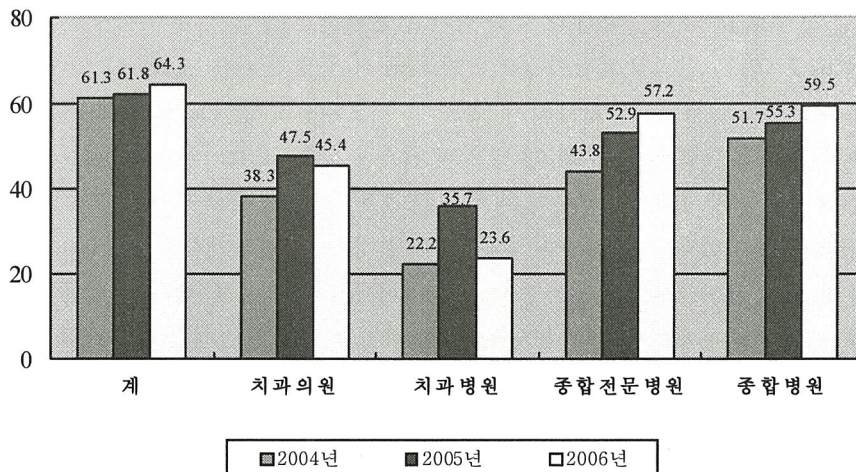


그림 1. 요양기관별 건강보험 보장율 (출처: 2006년도 건강보험환자의 진료비 부담 현황 조사. 보건복지부·국민건강보험공단)

건강보험이 지난 30년간 걸어온 길을 보면, 1977년에서 1989년 기간은 건강보험 적용대상 확대기로서 1977년도에 500인 이상의 사업장부터 시작하여 1989년에 전국민의료보험을 실시하게 되었다. 1989년에서 2000년 기간은 건강보험 조직 및 재정통합기로서 1989년에 공교-지역 보험이 통합되고

2000년에 지역-직장 보험이 통합되었다. 2001년에서 2004년 기간은 건강보험 재정 위기 극복기로서 2001년에 의약분업 이후 재정위기를 재정건전화특별법 등의 안정대책으로 극복하게 되었고 2003년에서 2004년에는 당기수지 흑자를 기록하게 되었다. 2005년도부터 지금까지는 건강보험 보장성 강화 및 내실화기로서 선진국 수준의 건강보험으로 도약하여 국민의료비 부담을 경감시키고 국민신뢰를 회복하는데 큰 노력이 경주되고 있다(최원영, 2007).

차세대 국민건강보험을 위한 보건복지부의 정책 방향

2005년 6월 보건복지부가 발표한 '건강보험 보장성 강화방안'에서 보장성 강화를 위한 재원조달 계획이 구체적이지 못하다는 것이 큰 문제점으로 지적되었다. 그리고, 42개 질환군에 근거해서 보장을 확대하는 것을 기조로 하고 있는 보건복지부의 국민건강보험 보장성강화 로드맵은 어떤 질환은 과다 보장이 되고 어떤 질환은 보장이 거의 되지 않는다는 문제점도 지적되었다. 현재 건강보험의 낮은 보장성, 낮은 보험료 수준과 부담의 형평성 문제, 급증하는 진료비 관리에 미흡한 비효율적 지출 구조 문제로, 보건복지부에서는 건강보험의 개혁방향을 보장성 강화, 투입구조 건전화, 그리고 지출 구조 합리화를 통하여 공평하고 효율적이며 장기적으로 지속 가능한 고품질의 차세대 건강보험이 되도록 하는 비전을 제시하고 있다.

보건복지부는 2007년 현재 이러한 비전을 성취하기 위하여, 첫째, 투입구조를 건전화 하기 위하여, 보장성 확대에 따른 적정 수준의 건강보험료 인상, 안정적 국고 지원, 그리고 보험료 부과체계 개선 및 징수 강화를 추진하고 있다. 둘째, 보장성의 지속적 강화를 위하여, 중증환자에 대한 진료비 경감(본인부담 상한제 확대, 희귀난치 질환자 지원 대상 확대, 수가조정 등을 통한 화상진료 및 전문재활치료 활성화)과 인적자본 건강투자, 사회적 약자에 대한건강투자, 그리고 의료서비스의 질 향상을 추진하고 있다. 셋째로, 지출구조 합리화를 위하여, 보험약제비의 합리적 관리 방안 마련, 진료비 지불제도의 개선(일당 정액방식의 장기요양형 건강보험수가 도입, 요양기관 특성을 고려한 유형별 수가계약 체결, 포괄수가 모형개발), 보험급여 사후관리(적정성 평가를 통한 가감지급의 재정적 인센티브 제공, 보험재정 누수 방지를 위한 요양기관 조사 강화)를 통한 재정누수 방지를 추진하고 있다(최원영, 2007).

급여확대의 우선순위와 국민건강보험 재정의 한계

건강보험 급여를 확대하는데 있어서 우선순위를 결정하는 것은 어느 나라에서나 볼 수 있는 현상이다. 제한된 의료자원을 효과적으로 사용하기 위해서는 자원배분(rationing)에 대한 우선순위결정(priority setting)이 필요하다. 대부분의 경우 서비스 제공의 우선순위 결정은 병원의 침상에서나 진료실에서 의사/치과의사들의 재량에 의해 묵시적으로 이루어지고 있으나 묵시적인 접근법(implicit approach)은 우선순위를 결정하는데 효율성이 떨어진다. 이에 반하여 네덜란드, 영국, 스웨덴을 비롯한 여러 국가에서는 명시적인 접근법(explicit approach)으로 우선순위를 결정하고 있다. 미국의 경

우, 오리건 주에서는 Medicaid 프로그램에서 제공하는 의료서비스에 대하여 주민의 여론을 수렴하여 우선순위를 결정하고 있다.

현재 우리나라의 전체 비급여 서비스 항목 중에서 어떤 항목을 우선적으로 급여화 하는 것이 좋은가에 대해서는 명확한 우선순위나 절차가 마련되어 있지 않다. 그러나, 이 문제에 대한 여러 선행 연구에 기초하여, 김진현 교수(2007)가 급여확대 우선순위에 대해 다음과 같이 요약하는 표를 만들었다(표 1). 김 교수는 건강보험의 사각지대에 남아 있는 부분이 치과와 한방이며, 치과진료의 급여범위는 현재 30% 수준으로 소비자들이 높은 본인부담금으로 치과진료시 불편을 겪고 있다고 주장하고 있다. 특히 노인인구의 증가에 따라 노인들의 치과진료에 대한 요구도는 증가하고 있으나 노인들의 낮은 경제력 때문에 적절한 진료를 받지 못하고 있으며, 고액으로 연결되는 노인계층의 반복되는 필수 치과진료 대해서는 비급여를 급여로 전환해야 한다고 주장하고 있다. 요약된 표에서, 건강보험 급여 적용을 논의하는데 있어서, 의치와 광중합레진 등에 대하여 의료서비스로 접근하지 않고 치료재료로 접근하는 방식은 치과진료의 특이성이 반영되지 않은 접근법이 아닌가 생각된다.

순 위	건강보험 급여 대상	정부계획	접근방법
1	예방접종		상 병
2	초음파	O	의료서비스
3	의 치		치료재료
4	MRI (척추질환 등 급여기준 완화)	O	의료서비스
5	호스피스	O	의료서비스
6	소이무이 재건설		의료서비스
7	산전진찰		의료서비스
8	치아 홈메우기		의료서비스
9	불소도포		의료서비스
10	교정치료		의료서비스
11	한약첩약(치료용)		의약품
12	치과충전재료(광중합레진 등)	O	치료재료
13	선택진료비		의료서비스
14	병실료 차액	O	의료서비스
15	치석제거		의료서비스
16	한방 물리요법		의료서비스
17	한약 복합제제		의약품
18	IVF (In-vitro Fertilization, 체외수정)		의료서비스

표 1. 건강보험 급여확대 우선순위 (출처: 김진현. 보장성 확대와 보험 급여 우선순위 결정. 건강보장 30주년 기념 심포지엄 연재집. 2007.9.5)

건강보험은 의료이용자의 경제적 부담을 이용시점에서 완화하여 의료필요의 충족을 보장하는데 목적을 두고 있는 제도이고, 이러한 목적을 달성하기 위해서는 보험의 재정적 안정이 중요하다. 의료보장의 확대 혹은 의료보험 급여의 확대를 위해서는 보험료 인상이나 국고지원 확대를 통하여 보험재정을 안정화하여야 한다. 보험가입자 혹은 환자의 입장에서 보험료를 부담하든 의료를 이용할 때 부담하든 재정적 부담은 동일하므로 보험료를 인상하여 의료보장을 강화해야 한다고 생각할 수 있으나 문제가 간단하지 않다. 국민의 건강보험료 부담액은 빠른 속도로 증가하고 있어서 국민의 재정부담이 가중되고 있다. (표 2)에서 보는 것처럼, 건강보험적용인구 1인당 월평균보험료는 1990년도의 2,590원에서 2006년에 20,852원으로 17년만에 705% 증가하였다. 누적지수로 볼 때, 건강보험료는 1977년도 기준으로 2006년에 8.1배 증가하였는데, 이는 같은 기간의 소비자 물가 상승을 6.3배를 초과하고 있다(그림 2).

	건강보험 적용인구 1인당 월평균 보험료	직장 1인당 월평균 보험료	지역 1인당 월평균 보험료
1990	2,590	2,572	2,609
1992	3,647	3,363	3,940
1994	4,253	3,968	4,530
1996	5,401	4,972	5,814
1998	7,145	5,623	8,511
2000	9,368	7,688	10,965
2002	13,425	12,220	14,650
2004	17,985	17,752	18,256
2006	20,852	20,714	21,050

표 2. 건강보험 적용인구 1인당 월평균 보험료 추이(단위: 원)
(출처: 건강보험통계연보, 국민건강보험공단)

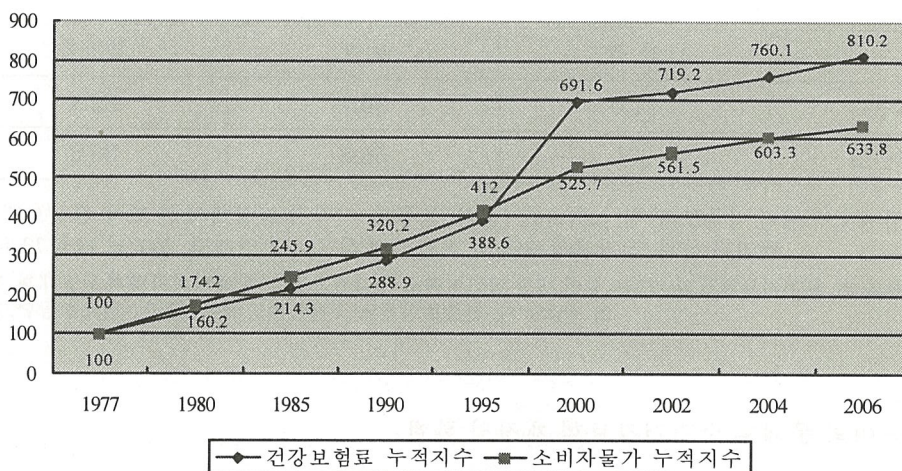


그림 2. 연도별 건강보험료 증가 추이 (출처: 김순양, 한국의 사회경제 변화와 건강보장.
건강보장 30주년 기념 국제심포지엄 연제집, 2007.11.13-14)

이미 우리나라 국민의 대부분은 국민건강보험료를 충분히 납부하고 있다고 생각하면서 의료기관에서 급여로 제공하는 의료서비스는 많지 않다고 불만을 크게 노출하고 있다. 건강보험제도의 만족도에 대해서 문옥륜, 서남규 등이 1999년과 2006년에 각각 조사를 실시한 바가 있다. 두 조사에서 만족한다는 비율은 1999년도의 31.0%에서 2006년에 4.7%로 현저하게 감소되었다(표 3). 건강보험심사평가원에 매일 접수되는 수 많은 불만의 민원 내용을 분석해 보면 국민건강보험의 이상과 현실간의 괴리가 얼마나 큰지 알 수 있을 것이다. 치과서비스에 대한 급여수준은 30% 정도로 국민의 불만은 대단하다. 후술할 임의비급여 문제와 현재의 비급여를 급여 항목으로 전환하기 위해서 보험료를 지금 수준의 3~4배 올려야 한다고 하면 국민들은 강하게 저항할 것이다. 실제로, 건강보장 미래전략기획위원회의 보고에 의하면, 국민의료비가 2005년 48조원에서 2015년 164조원으로 10년간 3.4배 증가할 것으로 전망되고, OECD 자료 기준으로 2005년의 공공 보장을 53%를 2015년의 70% 목표 수준으로 끌어 올리려면 건강보장 지출은 2005년 21조원에서 2015년 80조원까지 약 3.8배 증가하여야 한다(표 4). 여기서의 보험료 인상 예측치는 우리나라 의료공급자의 가장 큰 불만인 저수가 문제가 보정된 상태에서 추계된 것이 아니므로, 수가를 현실화시킨다면 보험료 인상폭은 이보다 훨씬 높을 것이다.

단기적으로 볼 때 건강보험재정은 국민들이 골고루 나누어 사용하는 것이 아니라 소수의 환자가 대부분을 의료비로 사용한다. 미국의 경우, 1%의 인구가 의료비 총액의 약 30%를 사용하고 있고, 10%가 약 70%의 의료비를 사용한다. 보험료가 일부 인구 계층이나 특수 질환에 대부분 사용된다는 것을 감안하면, 납부한 건강보험료 중에서 치과서비스를 위한 부분은 어디로 갈 것인가? 치과서비스를 위한 보험계정을 별도로 분리하지 않는다면 보험료의 대부분이 실제적으로 고액의 응급진료라든지 중증질환을 카버하기 위해 대부분 사용되지 않겠는가? 인구의 고령화와 함께 개인이 부담하는 노령인구의 치과 진료비는 더욱 증가될 것이다. 이러한 견지에서 일반 의료서비스와는 별도로 치과서비스를 카버할 수 있는 새로운 형태의 보충적 보험계정인 치과 HSA 도입을 제안한다.

	만족	보통	불만족
1994년1)	31.0	36.7	32.4
2006년2)	4.7	58.8	35.8

표 3. 건강보험제도에 관한 만족도(단위: percent) (출처: 문옥륜. 미시적 관점에서 본 한국 건강보험의 발전과 성과. 건강보장 30주년 기념 국제심포지엄 연제집. 2007년 11월 13-14일)

- 1) 문옥륜 외, 보건의료제도와 의료보험에 대한 국민여론조사 결과고찰, 대한예방의학학회 학술대회, 1999.
- 2) 서남규 외, 건강보험제도 국민만족도 조사, 국민건강보험공단, 2006.

임의비급여의 문제와 국민건강보험 재정의 한계

	국민의료비 (NHE)	건강보험재정					
		총지출	총수입			예상 보험료율* (%)	
			보험료	국고지원	담배부담금	시나리오1	시나리오2
2005년							
2015년	48.1	21.09	16.93	2.77	0.93		
	163.8	80.26	66.9	13.38		8.13	8.76

* 소득기준 보험료율 (2007년 현재 4.77%)

표 4. 건강보험 재정전망 (단위: 조원) (출처: 건강보장 미래전략위원회, 건강보장 미래전략, 차세대건강보장 혁신위원회 보고자료, 보건복지부, 2007)

절대빈곤의 시대에 도입된 의료보험과 건강보험의 저부담-저수가-저급여 정책은 경제성장 이후에도 적정의 보험료 부담으로 전환이 되지 않아서 보건복지부에서는 보험재정 건전화를 위해서 보험급여 항목으로서 환자 일부 본인부담 항목과 전액 본인부담금 항목(100/100), 그리고 전액 본인부담의 비급여 항목을 설정하게 되었다. 100/100 항목은 비급여 항목과 다르게 보험급여에 준하는 수가통제를 받게 된다. 제한된 건강보험 재정 한계 안에서 보험자는 평균적 진료(보험자 입장에서의 적정진료)에 대한 비용을 보상하지만 경제·사회적 발전으로 보험가입자는 최상의 진료를 받고자 하는 욕구가 있고, 의료기술의 발달에 부응하여 의료공급자는 공적 건강보험이 보장해주지 못하는 의료서비스에 대한 비용을 환자 본인에게 부담시키게 되어 최근에 임의비급여라는 사회적 문제가 대두하게 되었다.

임의비급여비(informal payments or extra-billing)는 법규의 범위를 벗어나서 요양기관이 환자에게 임의로 징수하는 비급여 진료비를 말하는데, 국민건강보험이 적용되는 급여와 적용이 되지 않는 비급여의 중간단계의 회색지대(gray zone)에 있는 진료비이다. 의료계에서는 임의비급여 문제가 의학적 타당성에 근거해 시행하였지만 건강보험제도가 적절하게 보장해주지 못하여 발생하기 때문에 임의비급여란 용어 대신에 의학적 비용보상 비급여(의학적 비급여)란 용어를 권장하고 있다. 의료계에서는 임의비급여 비용(혹은 의학적 비급여)를 다음과 같이 정의하고 있다(박상근, 2007):

- (1) 새로 개발되었거나 신의료 장비에 의해 행해지는 의료행위로 대통령령으로 정해지지 않은 비급여 의료행위 비용
- (2) 기존의 의료행위 비용을 기초로 한 현행 보험수가로는 원가보상이 미흡한 최신 치료재료 및 약제 비용
- (3) 보험급여 심사기준을 초과하여 사용하는약품 및 치료재료 비용
- (4) 식약청 허가사항을 초과하여 사용하는 약제(off-label use)
- (5) 의료수급권자의 선택 및 동의 하에 시행된상기 분류된 의료행위와 사용된 치료재료 및 약제의 비용

임의비급여는 국민건강보험법상 인정이 되지 않아 현행법상 불법으로 간주되어 환자들이 진료 후에 건강보험심사평가원(심평원)에 진료비확인요청 민원을 제기할 경우, 대부분의 경우에 환급결

정이 내려지게 된다. 비급여진료비에 대한 심사 후 심평원에서는 환자와 해당 의료기관에 통보하는 진료비정산 내역서에 다음의 네 가지로 분류하여 기재하고 있다:

- (1) 건강보험이 적용되는 급여사항을 비급여로 환자에게 징수하는 경우
- (2) 식품의약품안전청(식약청)에서 허가 받은 사항 이외로 비급여 징수한 경우
- (3) 선택진료를 신청하지 않았는데, 신청한 것처럼 비급여 징수한 경우
- (4) 행위수가에 포함되어 있는 처치, 재료대를 중복하여 징수한 경우이다.

그리고, 보건복지부에서는 현재의 임의비급여의 유형을 아래의 5가지로 분류하고 있다:

- (1) 요양급여기준 초과에 따른 임의비급여
- (2) 심사삭감에 따른 임의비급여
- (3) 식약청 허가사항 초과에 따른 임의비급여
- (4) 별도산정불가에 따른 임의비급여
- (5) 급여·비급여 목록에 등재되지 않은 새로운 행위 및 치료재료에 대한 임의비급여(미신고 진료 행위).

임의비급여 발생요인에 대해 요약하면 다음과 같다. 현행 건강보험체계는 행위별수가체계(fee-for-service system)로서 모든 의료행위 및 치료재료는 급여/비급여로 구분하여 법령 및 보건복지부장관 고시로 정하고 있으며, 비급여 대상을 제외한 일체의 사항을 요양급여의 범위로 규정하고 있다(negative list system). 이러한 급여체계에서 새로운 의료행위 및 치료재료는 건강보험의 급여여부 판정을 신청하도록 의무화하고 있으며, 급여/비급여 목록에 규정되어 있지 않고 급여여부에 대해 결정신청을 하지 않은 의료행위 및 치료재료는 환자에게 비용청구를 할 수 없다. 이로 인하여 항목에 대한 임의비급여가 발생하게 된다. 그러나, 약제인 경우는 제약사가 급여여부를 자율적으로 신청하도록 하여 경제성 평가를 통해 급여목록표만을 고시하고 있으며, 이 목록표에 기재되지 않은 의약품은 비급여 대상으로 하고 있다(positive list system).

2005년도 자료를 토대(최병호 박사)로 임의비급여의 규모는 3~4조원으로 추정되는데, 이는 전체 비급여 금액의 약 25%에 해당된다. 2007년 10월 9일의 제3회 심평포럼에서, 윤석준 교수는, 2006년도에 우리나라 국민이 부담한 국민건강보험료는 약16조원이므로 임의비급여를 제도권내로 가져오기 위해서는 건강보험료를 3~4조원 올려야 한다고 주장했다. 그러나, 20%이상의 사회보험료를 일반적 인상률에 추가하여 인상하는 것은 현실적으로 불가능해 보인다. 이러한 임의비급여비와 제도권내의 급여비는 인구의 고령화와 의료기술의 발달로 앞으로 더욱 증가할 것으로 예상된다. 이러한 맥락에서 꾸준히 제시되고 있는 해결방안이 건강보험급여의 포지티브(positive) 체계 도입과 보충형 민간보험제도의 도입이다. 임의비급여는 네거티브(negative) 급여체계에서 불가피하게 발생하기 때문에 포지티브 제도 도입이 필요하고, 사회 건강보험이 보장할 수 있는 범위는 재정부족 때문에 제한되어 있으므로 민간 건강보험제도를 확대하자는 것이다.

이러한 임의비급여 문제로 부각된 국민건강보험재정의 한계와 건강보험제도의 위기를 보면서

또 국민건강보험의 지출은 해마다 증가하지만 치과진료에 대한 급여는 최근에 상대적으로 감소추세를 보이는 것을 목도하면서 치과건강보험제도의 틀을 새롭게 짜야 한다고 필자는 생각한다. 치과보험 급여가 전체 의약계에서 차지하는 비율은 1999년도 5.8%에서 2007년도 상반기 3.5%로 심하게 하락하였다(양정강, 2007). 치과건강보험제도의 재편 논의를 진행하기에 앞서, 우리는 외국의 사례를 참고로 살펴 볼 필요가 있다.

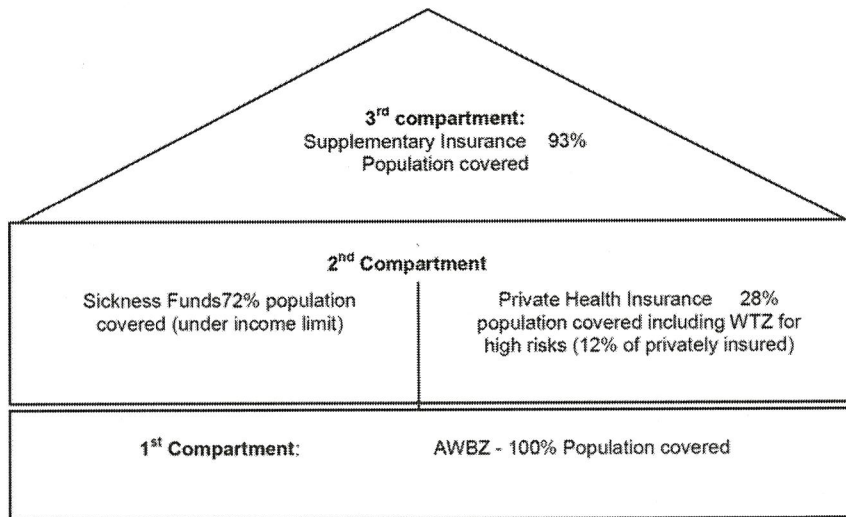
치과서비스 탈급여 정책과 네덜란드·독일의 사례

건강보험 프로그램은 현실적으로, 그것이 공적이든 사적이든, 비용이나 효과성을 떠나서, 모든 사람에게 모든 건강 서비스를 제공해 줄 수는 없다. 압도적인 비중으로 공적 보험재정체계를 선택한 국가들도 모든 건강 서비스를 제공하는 데는 조세부담이 너무 커져서 상대적으로 서비스가 급하지 않거나 미용, 성형, 치과 등의 서비스는 급여 리스트에서 제외하게 된다. 탈급여 기준(de-listing criteria)으로, (1) 의학적으로 유익하면서 비용/효과적인 건강 서비스(health care services both medically beneficial and cost-effective), (2) 서비스별 수요탄력성(elasticity of demand for differing services), (3) 수요반응의 바람직함(desirability of the demand response), (4) 보험급여 리스트에 있는 서비스의 탈급여시 형평성(equity consequences of de-listing insured services)을 고려하여 정책 담당자들이 서비스의 급여 제외 여부를 결정하게 된다. 그러나, 긴축정책으로서의 탈급여정책은 정치적으로 어렵다. 정치 지도자들은 대중의 반발을 두려워하여 이 이슈에 대해 정치적 지도력을 발휘하지 않으려고 하여, 무결정의 정치(politics of non-decision)에 안주하게 되고, 재정문제가 폭발하는 위기가 올 때까지 적극적으로 문제해결을 하려고 하지 않는다. 그러므로, 탈급여정책은, 정책관료나 정치인의 의제를 떠나서, 대중과 이해관계자들이 참여한 가운데 급여/탈급여의 우선순위를 결정하는 방향으로 진행되는 것이 바람직할 수 있다.

유럽의 네덜란드는 우리나라보다 훨씬 부유한 나라이다. 네덜란드의 건강재정체계는 공공/민간 혼합형(public/private mix)으로서 민간 건강보험(PHI)에 상당한 역할을 부여하면서 거의 전국민을 건강보험으로 커버하고 있다. OECD 국가 중에서는 특이하게, 2002년 1월 기준으로, 인구의 약 31%에 대하여 기본적인 중요한 보험급여를 민간 건강보험에 의존한다. 이 31%의 부분 인구 그룹은 공공체계인 사회건강보험(SHI)의 적용을 받지 않는다. 인구의 나머지 부분은 강제적인 국민건강보험 기금(sickness funds)(ZFW, Ziekenfondswet)의 적용을 받는데, 극소수의 인구만 건강보험에 가입되어 있지 않다. 그리고, 사회건강보험에 가입된 인구의 거의 대부분(2000년에 약 93%)이 어떤 종류이건 민간 보충보험을 구입한다. 장기요양서비스와 일부의 만성질환을 커버하기 위해서 전국민은 의무적으로 별도로 기금(AWBZ, Exceptional medical Expenses Compensation Act of 1968)에 가입하기 때문에 네덜란드의 건강보험체계는 3층을 이루고 있다(그림 3, 표 5). 그리고 민간 건강보험이 국민총의료비의 약 14%를 차지 하고 본인부담금(out-of-pocket payments)은 4%로서 적은 부분을 차지한다(그림 4)³⁾.

3) 주: OECD Health Data의 그림에 포함된 의료보장구(예, 안경)와 over-the-counter 약제 같은 여러 비용 그룹이 이 차트의

Figure 1. Overview of three-tiered health care system



Compartment	Type of Insurer	Type of Care
1st Compartment: ● AWBZ (Exceptional Medical Expenses Act)	Regional AWBZ health care offices (on behalf of sickness funds and private health insurers)	Long-term care, nursing home, mental and psychiatric care
2nd Compartment: ● Sickness Funds (ZFW) ● Private Insurance (MP) ● Standard Package Policy for high risks (WTZ) ● Civil Servant Insurance (KPZ)	Public sickness funds Private health insurance companies Civil servant insurance companies	GP, specialist, hospital, medication, midwife, and basic dental care
3rd Compartment: ● Supplemental Insurance	Private health insurance companies	"Extra" care (not covered in 1st and 2nd compartments, e.g., additional dental care)

1995년도에 네덜란드 보건복지체육부는 건강보험 재정부족의 문제로 인구의 약 70%를 커버하는 사회건강보험 급여 리스트에서 치과서비스를 제외하였다. 18세 미만의 소아·청소년의 치과서비스, 연례 구강검사, 성인을 위한 완전틀니는 사회건강보험의 표준 패키지에 남아 있었지만 다른 치과서비스는 급여에서 제외되었다. 그럼으로써, 네덜란드 국민들은 치과서비스를 받기 위해서 보충적 민간 치과보험(supplementary dental insurance)에 가입하든지, 아니면 치과보험 없이 전액 본인 비용

Out of Pocket 항목에 포함되어 있지 않다

부담으로 치과서비스를 제공받게 되었다. 흥미로운 것은 그러한 1995년도의 치과서비스 탈급여정책(de-listing policy)에도 불구하고 보충적 치과보험에 가입하든 안 하든 치과 진료나 진료비용 패턴에 별 변화가 오지 않았다는 것이다(Abraham *et al.*, 2003; Tapay and Colombo, 2004). 최근의 네덜란드의 경험은 전통적 사회보장에 중점을 둔 건강보험이 치과서비스를 위해 반드시 필요한가 하는 질문을 던지게 한다.

독일의 경우도 치과보철과 관련하여 탈급여정책을 시행하였다. 치과서비스가 독일에서 차지하는 비율은 2003년도 기준으로 국민 전체의료비의 15.1%이다. 사회건강보험인 GKV (Gesetzliche Krankenversicherung)에서 치과진료비가 전체 급여에서 차지하는 비중은 2005년에 7%이다(2005년부터는 치과보철의 많은 부분이 급여에서 제외되었는데, 급여의 7% 중에서 치과치료가 차지하는 비율이 5%, 치과보철이 차지하는 비율이 2%였다). GKV는 1975년에 치과보철을 마지막으로 급여 리스트에 올리고, 1977년에 급여항목 중에서는 처음으로 20% 본인부담금을 환자가 부담하도록 하였다. 그러나, 보험제정의 압박으로 약 20년이 지나서 두 차례에 걸쳐서 보철에 대한 탈급여정책을 실시했다. 먼저 1997년도에 Reduction of Contribution Rates Act (Beitragsentlastungsgesetz) 법으로 1978년 12월 31일 이후에 출생한 자에 대해서는 보철 (crowns and dentures) 급여를 완전히 제거하는 것으로 하였다가 1998년에 SPD/Greens 연합정부가 연방정권을 장악하고 1999년에 Improvement of Solidarity Act (GKV-Solidaritätsstrkungsgesetz) 법을 통과시키면서 1997년도의 법을 실제적으로 폐기함으로써 보철 급여 문제는 원점으로 환원되었다. 그러나, 2004년부터 본인부담금 (cost-sharing arrangements)에 대해 완전히 구조조정을 하는 건강시스템 현대화 법 (Health System Modernization Act (GMG: Gesundheits-Modernisierungs-Gesetz))이 시행되면서 다시 보철이 탈급여 리스트에 올랐다. 이 법으로 고용주가 피용자를 위해 보험료를 50% 납부하던 규정을 철폐하면서 치과보철은 미래에 소득과 관련된 보험료 납부만으로 재원이 충당되도록 하였다. 이 법으로 2005년부터 사회건강보험(SHI)인 GKV는 틀니, 크라운, 브리지는 더 이상 급여를 적용하지 않게 되었다. 사회건강보험기금(SHI funds) 가입자들은 의무적으로 사회보험 안에서 보철을 위해 추가적으로 보험료를 납부하든지 민영건강보험(PHI)을 구입하여야 했다. 예방적인 치과방문이나 치료(예, 충전)에 대해서는 본인부담금이 면제되었다.

인구의 고령화와 HSA 도입의 필요성:

건강과 관련하여 예기할 수 없는 위험(risk)을 분산시키는 방법은 어떤 한 시점에서 개인들의 위험을 공동으로 분산시키는 방법(cross-sectional risk pooling)과 다년간에 걸쳐서 개인별로 위험을 분산시키는 방법(inter-temporal risk pooling)이 있다. 사회보험으로서의 건강보험은 전자에 해당하고, 현재와 미래의 의료비용을 충당하기 위하여 개인이 개설하고 소유하는 건강저축계좌(HSA: health savings account)는 후자에 속한다. 공적 건강보험의 경우 위험분산 이외에도 소득재분배 기능을 발휘할 수 있으나 도덕적 해이(moral hazard)를 야기할 수 있고, HSA는 소득재분배의 효과는 기대하지 못하지만 가입자의 도덕적 해이를 통제할 수 있다. HSA와 같은, 연금의 재원조달방식에서 보는 선불

저축(prepaid savings) 방안은 노령인구의 장기요양(long-term care)을 위해 많은 국가에서 도입을 검토한 바가 있다.

선불저축계좌로서의 HSA는, 건강 부문에 있어서 재원조달 방식의 하나로, 과거에는 MSA (medical savings account)로 불렸으나 요즘은 HSA로 불리고 있다. 미국의 경우, 클린턴 행정부 때, HIPAA 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996)으로 Archer MSA가 메디케어 프로그램에 도입되었고, BBA 1997 (Balanced Budget Act of 1997)으로 Medicare+Choice MSA 프로그램이 도입되었다. 이후에 Archer MSA를 모델로 하여, 부시 행정부는 MMA 2003 (Medicare Modernization Act of 2003)으로 HSA 프로그램을 만들었다. HSA는 의료에 대한 정부 역할의 다른 관점, 즉 의료는 가능하면 다른 상품과 마찬가지로 취급되어야 하고, 대형의 건강보험 풀(pool)을 분할하여 개인의 의료비에 대한 인식과 개인적 책임을 강화해야 한다는 공화당(Republicans)의 철학이 반영되어 있다. 미국의 경우, HSA는 단독으로 사용되는 것이 아니고 High Deductible Health Plan (HDHP)와 함께 사용된다. 고용주가 피용자를 위해 HDHP를 구매하는 경우에도 HSA는 피용자 개인의 소유로서 고용과 연계되어 있지 않다. 그러므로 미국의 employer-based health insurance의 뿌리 깊은 문제인 직장고착(job-lock) 문제를 어느 정도 막을 수 있다.

미국 재무부(U.S. Treasury Department, 2007)에서 관리하는 HSA와 연계된 HDHP 민간 건강보험상품은 2007년도 현재 최소 공제액(deductible)은, 본인만 가입할 경우 \$1,100, 가족이 모두 가입할 경우 \$2,200이며 이 액수는 매년 물가상승 지수와 연계되어 조정된다. 그리고 deductible과 co-pay를 포함하여 연 최고 본인부담 비용(annual out-of-pocket payment)은 본인의 경우 \$5,500이며 가족의 경우 \$11,000이 되는데, 이것도 매년 인플레이션과 연계되어 조정된다. HSA는 본래의 목적대로 인가된 의료비의 본인부담금에 대해 사용할 때 고용주나 개인이 적립하는 금액에 대해 면세 혜택을 받을 수 있으며, 출금할 경우도 의료비로 사용할 경우에 연방 소득세에 대한 면세 혜택을 받을 수 있다. 정기 건강검진, 스크리닝 서비스, 백신접종, 금연 프로그램, 비만 체중감량 프로그램 등의 예방 서비스(preventive care)에 대해서는 deductible에 상관 없이 HDHP가 첫 달러부터 카버한다. 매년 적립할 수 있는 액수는 한계가 있는데, 2007년도에는 개인(self-only coverage)은 \$2,850, 가족(family coverage)은 \$5,650 이다. 나이 55세 이상일 경우, 추가적으로 2007년에 \$800, 2008년에 \$900, 2009년 이후에 \$1,000을 catch-up으로 적립할 수 있는데, 일단 개인이 Medicare에 가입하면 적립을 멈추어야 한다. 2005년 3월부터 2007년 1월까지 미국의 HSA/HDHP 가입자의 증가 현황은 (표 6)과 (그림 5)에서 보는 바와 같다.

HSA가 위험분산 기능을 효과적으로 발휘하기 위해서는 개인별로 기금을 적립해 가는 동안에 충분한 액수의 적립금이 조성되지 못한 시점에서 고액의 지출이 요구되는 경우에 자금의 유동성 문제를 고려해야 하고, 개인의 힘으로 분산시키지 못할 정도의 위험에 대비한 방안이 마련되어야 한다. 이런 이유로, 미국에서는 HSA를 개설할 경우 일반 보험상품에 비해 비교적 저보험료를 납부하는 HDHP 건강보험상품을 반드시 구매하도록 하고 있다.

TABLE 1.
HSA/HDHP Enrollment (Covered Lives)

	March 2005	January 2006	January 2007
INDIVIDUAL MARKET	556,000	855,000	1,106,000
SMALL-GROUP MARKET	147,000	510,000	1,057,000
LARGE-GROUP MARKET	162,000	679,000	2,044,000
OTHER GROUP*	88,000	247,000	291,000
OTHER**	77,000	878,000	34,000
TOTAL	1,031,000	3,168,000	4,532,000

* For this census, companies reported enrollment in the large- and small-group markets according to their internal reporting standards. The "other group" category contains enrollment data for companies that could not break down their group membership into large- and small-group categories within the deadline for reporting.

** The "other" category was necessary to accommodate companies that were able to provide information on the number of people covered by HSA/HDHP policies but were not able to provide a breakdown by market category within the deadline for reporting.

표 6. 미국의 HSA/HDHP 가입자 현황 (Source: January 2007 Census Shows 4.5 Million People Covered by HSA/High-Deductible Health Plans. Center for Policy and Research, America's Health Insurance Plans. March 2007)

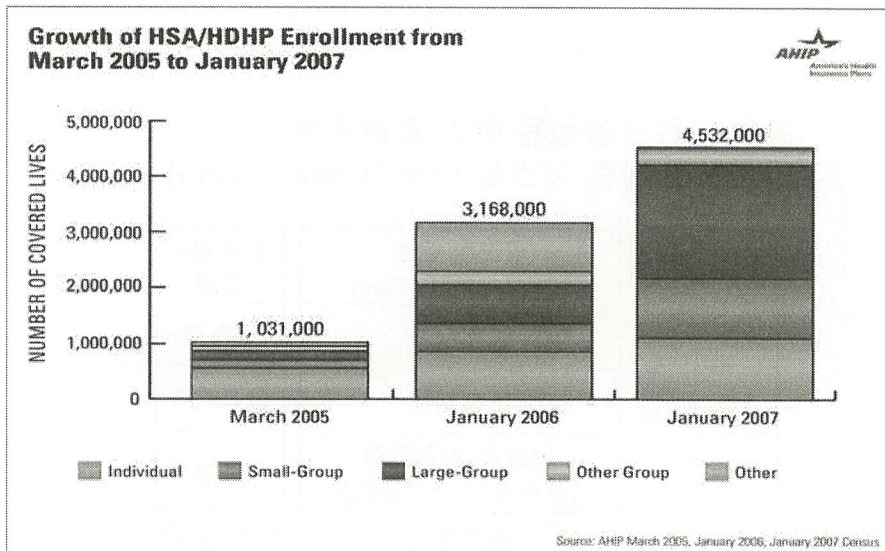


그림 5. 미국의 HSA/HDHP 가입자 증가 현황 (Source: January 2007 Census Shows 4.5 Million People Covered by HSA/High-Deductible Health Plans. Center for Policy and Research, America's Health Insurance Plans. March 2007)

우리나라 65세 이상의 노령인구는 다른 OECD 선진국에 비해서 매우 빠른 속도로 증가하고 있다. 국민소득의 향상과 구강건강관리에 대한 국민 의식수준의 향상, 상수도 불소화, 치과기술의 발전, 치과진료 수준의 향상 등으로 과거에 비해서 더 많은 개수의 치아를 보유한 노인 인구의 급격한 증가로, 완전 틀니 대신에 상대적으로 고액의 진료비를 요하는 부분틀니(브리지, 국소의치)나 치과임플란트-보철의 필요와 수요가 급증하고 있다. 보철진료 외에도 소액의 치과 진료서비스에 대한 필요도 급증하고 있다.

개인의 건강에 대한 위협으로 인한 재정적 부담을 생애에 걸쳐서 분산시키는 HSA 제도는 노후의 치과의료비의 재원으로 훌륭한 역할을 할 수 있다. 경질환 보충보험으로서 HSA가 도입될 경우, 건강보험체계 내의 가장 큰 변화는 보험료의 인상과 같은 추가적 재정지원이 없이, 현재 보건복지부의 정책 방향대로, 고비용 저빈도 의료서비스가 급여범위에 쉽게 들어 갈 수 있고, 저비용 고빈도 서비스가 탈급여화 되어 보험재정이 합리화 될 수 있다. 아울러, 건강보험이 카버하지 않는 저위험 고비용 서비스를 추가적인 재원확보로 급여화 하는 대신에 HSA를 도입하여 민간의 자금이동을 유발함으로써 적립금으로 개인이 그 부담을 담당하게 할 수 있다. 저위험 고빈도와 저위험 고비용 서비스가 중심이 되는 치과서비스에 HSA를 적용하고 별도의 보험계정을 유지하도록 하는 것은 인구의 고령화에 대비한 적절한 건강보험정책이 될 것이다.

참고로, 최병호 박사(2007)의 경우, 우리나라에서 공공의료보장성을 위한 자원배분은 위험(risk)의 정도에 따라서 4개의 다층시스템(multi-tier system)으로 구성하는 것이 좋고, 재원의 조달방식도 조세(예방과 건강증진), 의료저축(경증질환), 보험료(중증질환), 보험료+조세(재난성 질환)로 다원화 하는 것이 바람직하다고 주장하고 있다(그림 6).

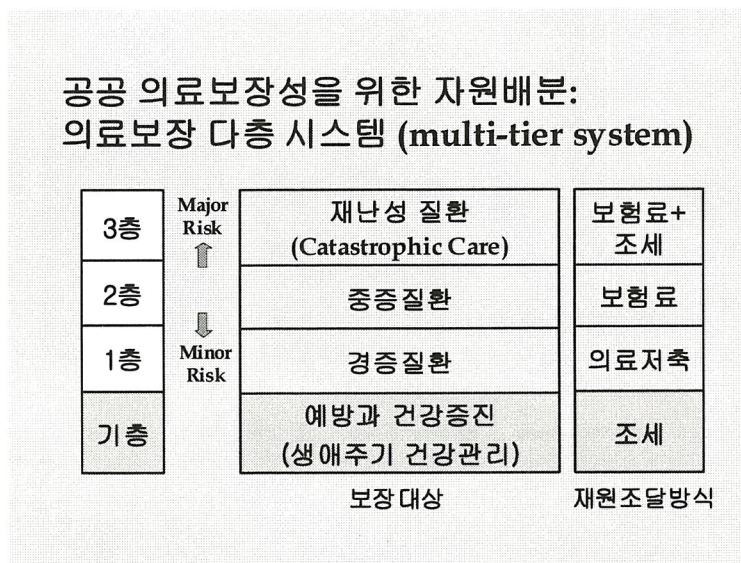


그림 6. 공공의료보장성을 위한 자원배분의 틀 (출처: 최병호(2007a).
의료자원배분의 우선순위. 대한임상보험의학회 제6차 학술대회)

결론: 새 시대의 우리나라 치과건강보험의 발전전략

우리나라 국민건강보험의 재원조달은 보험료와 보험재정에 대한 국고지원으로 이루어 지는데, 2007년도 건강보험재원은 보험료83.3%, 일반회계 국고지원 11.7%, 건강증진기금 5.0%로 구성되어 있다. 건강보험제도는 사회보험의 3대 원칙인 사회연대성(social solidarity), 형평성(equity), 그리고 소득분배(income distribution)에 근거하여 운영되고 있다. 그러나, 경제적 환경과 인구구조의 변화는 복지비용의 부담을 둘러싼 사회적 갈등을 야기하고 사회건강보험에 대한 규범과 가치를 변화시킬 수 있다. 인구의 고령화, 건강보험 급여의 확대, 임의비급여 문제 등으로 재정의 압박을 받고 있는 우리나라의 건강보험이 치과부문에서 차세대의 지속가능한 보험이 될 수 있도록, 수가와 지불보상, 재원조달과 재정관리, 보장성 확대의 세 부문을 생애주기별 건강관리의 틀에 적용하는 측면에서 다음의 네 가지 전략을 제시하고자 한다.

첫째, 수가와 지불보상 전략으로, 치과진료부문 특성에 적합한 지불방식의 적용과 상대가치체계의 전면 재검토 방안이다. 현행 보험수가를 과감히 상향조정하여 치과의사들이 건강보험 급여권에 많은 시간과 노력을 경주하도록 재정적 인센티브 부여하는 방안으로서 비급여 부문에 대한 공급자가 창출하는 수요(supplier-induced demand) 등을 감소시키는 것이 주목표가 되겠다. 이를 위해서는 보험재정 확대가 필요하고, 치과보험 수가의 근본적 재검토가 필요하다. 우리나라에서 건강보험제도를 도입할 때 일본의 보험체제와 수가가 많이 참고되었으나, 이제는 일본 중심의 벤치마킹은 탈피하여야 한다. 치과보험적 측면에서 일본은 성공한 사례라고 보기 힘들다. Euro-Z Project 처럼, 일인당 국민소득이 우리나라와 동등하거나 높은 OECD 국가들의 치과 건강보험체제와 수가를 비교연구하여 새로운 수가 체계를 만들어야 한다. 항목별로 불합리하게 산정된 상대가치를 재조정하고, 상대가치당 단가(환산지수)를 획기적으로 높여야 한다.

현재 치과부문의 상대가치 연구의 문제는 의과에 비해서 연구 심도가 낮고 전문적으로 연구하는 인력이 적다는 데 있다. 의과 상대가치의 경우, 미국 의사협회(AMA)에서 개발한 CPT (Current Procedural Terminology) 기준으로 비교적 잘 연구되어 있으나, 치과의 상대가치는 미국치과의사협회(ADA)의 CDT (Current Dental Terminology) 기준으로 개발이 잘 되어 있지 않다. 이는 악안면구강외과를 제외한 타 치과분야의 술식은 미국 연방정부에서 관장하는 Medicare 에서 급여로 하지 않기 때문이다. 즉, 미국에서 CPT와 연관된 상대가치는 Medicare 프로그램과 관련하여 깊게 연구검토되지만 CDT는 Medicare와 거의 연관성이 없어서 연구가 부진하거나 민간 업체에서 연구성과를 독점하고 있는 것이 그 이유가 되겠다. 그러므로, 2001년도에 제정된 상대가치점수와 2006년에 건강보험심사평가원에서 발표한 신상대가치점수를 치과적 측면에서 근본적으로 재검토해 볼 필요가 있다. 그리고, 치과 상대가치위원회를 제3자 중심으로 개편하고, 대한치과의사협회의 상대가치개정위원회(RUC: RVS Update Committee)의 활동을 강화할 필요가 있다. 특히 치과 상대가치 전문연구원을 양성할 필요가 있다.

우리나라의 현재 보험재정 확보 추세, 인구의 고령화와 의료기술의 발달로 인한 급격한 의료비 증가, 의과에서의 급증하는 임의비급여 비용, 의과와 나란히 수가를 인상하여야 하는 문제, 네덜란드

등의 선진국에서의 치과서비스 탈급여정책 등을 감안할 때, 치과 급여항목의 수가 인상은 정치적 결단을 통하여 취약한 건강보험재정 문제를 극복하는 것이 과제이다.

둘째, 수가와 지불보상 전략으로, 요양기관 강제지정 제도를 폐지하고 선택 계약제를 추진하는 방안이다. 요양기관 강제지정제도는 계약이라는 근본취지를 벗어나 있다. 보험자의 입장에서 보면, 현재 임의비급여 등을 통해 비급여가 지속적으로 확대 생산되는 상황에서는 보장성 강화의 목적 달성이 힘들므로, 건강보험 급여 서비스를 중점적으로 제공하는 기관과 요양기관 계약을 체결하고, 비급여 비중을 높여 가는 의료기관은 건강보험 요양급여 계약에서 제외하는 방안을 추진할 수 있다. 이렇게 하여 치과의 경우, 급여중심 치과와 비급여 중심의 치과 요양기관간에 경쟁을 시킬 수 있다. 건강서비스 공급자는 건강보험공단이나 민간 보험회사에서 급여로 제공하는 수가표와 제공할 서비스의 질적 수준을 고려하여 공공이나 민영 보험자를 선택하여 계약을 할 수 있다. 보험 가입자인 국민은 국민건강보험을 기본으로 하여 자유롭게 질적수준이나 경제적 수준에 따라 요양기관을 선택할 수 있다. 그리고, 민간보험은 환자가 비계약 의료기관을 이용할 때에 대체적인 보험 서비스를, 국민건강보험의 비급여 서비스에 대하여는 보충적 보험서비스를 제공할 수 있다. 또한 민간보험은 질적수준이 확보되는 의료기관과의 계약을 통하여 의료기관과의 경쟁을 유도하여 의료의 질적 수준을 향상시키거나 소비자의 의료비 절감을 유도할 수 있다. 우리나라의 경제적 수준향상에 따른 소비자의 다양한 의료/치과 서비스 수요에 부응하여 의료기관에서 다양한 고급의 서비스를 선택하여 제공할 수 있도록 정부에서는 1970년대의 건강보험 패러다임인 요양기관 강제지정제도를 폐지하고 요양기관 계약제를 시행하여야 한다.

셋째, 재원조달과 재정관리 위한 전략으로 건강저축계정(HSA) 제도를 도입하는 방안이다. 현재의 미국 부시행정부에서 적극적으로 추진하는 것처럼 HSA/HDHP (Health Savings Accounts with High Deductible Health Plan) 형태로 할 것인지 HDHP를 제외한 HSA 형태로 할지는 추가적인 연구와 정책적 검토가 필요하다. 기본적으로 구강암 수술을 제외하고는 보험이론적 측면에서 재난성 의료비지출(catastrophic loss)로 간주할만한 재정적 손실이 있는 경우는 드물기 때문에 치과에서는 HDHP가 필요하지 않을 것으로 예상된다. 오히려 반대로 미국의 민간 치과보험에서 볼 수 있는 것처럼, 고액 진료비 지출을 보장하는 것이 아니라 보험회사에서 가입자에게 급여로 하는 최대 비용에 한계를 설정하는 것이 필요하겠다. 건강보험 비급여 치과서비스의 본인부담과 우선 순위에서 밀리는 소액진료비에 대한 본인부담, 노후의 증가하는 치과서비스에 대해서 개인이나 가족이 건강저축계정(HSA)으로 평소에 의료비를 적립해 나갈 수 있도록 정부가 세제 및 금융상의 도움을 제공할 필요가 있다.

넷째, 국민건강보험 보장성 확대를 생애주기별 건강관리의 틀 속에서 소아·청소년과 노인에게로 제한하는 방안이다. 치과위원의 수진율로 판단하는 치과서비스 수요는 연령의 증가에 따라 U자 형태를 보인다. 그리고 치과서비스의 소득탄력성은 상당히 커서 전반적인 소득향상 경향으로 앞으로 치과서비스의 수요는 계속 증가할 수 있다. 그러나, 노인의 경우 상대적으로 소득수준이 감소하여 연령의 증가에 따라 증가하는 치과서비스의 필요를 충족시킬 수 없다. 그러므로, 18~65세 성인에 대해서는 탈급여정책(de-listing policy)을추진하고, 소아·청소년과 노인에 대해서 국민건강보험이 치과서

비스의 보장성을 확대하도록 정책을 추진할 수 있다. 이는 유럽 여러 나라에서 볼 수 있는 것처럼, 18세 미만의 소아·청소년에게는 포괄적인 치과서비스를 국민건강보험에서 제공하고 18세 이상의 성인에 대해서는 입원 치과진료와 예방 중심으로 연례 구강검사와 스케일링 서비스 급여로 제공하는 방안이다. 이 경우에 12세까지는 본인부담금을 전액 면제하고, 13~18세까지는 현재의 체계대로 본인부담금을 30% 정도 유지하는 방안을 검토해 볼 수 있다. 노인 완전틀니에 대해서는 전액 국고부담으로, 치과 임플란트나 부분 틀니에 대해서는 HSA로 저축한 돈을 진료비로 부담하게 하면 될 것이다.

마지막으로, 탈급여정책의 다른 방법으로, 유럽이 아닌 타지역의 OECD 국가인 미국, 캐나다, 호주의 Medicare 제도처럼 입원과 연관되는 고위험·고지출의 구강악악면외과 영역의 항목에 대해서는 국민건강보험에서 급여로 하고, 나머지 치과서비스에 대해서는 비급여로 하여 보충형 민간 보험인 HSA를 적용하는 방안이다. 그러나, 이 경우에도 노인에 대해서는 특별한 비중을 두고 치과서비스에 대한 보장성이 강화되도록 정책 검토를 할 필요가 있다.

치과건강보험의 확대와 치과의료산업

신 호성¹⁾

최근 들어 국가 간 교역이 점차 증가하고 서비스장벽이 무너지기 시작하면서 의료서비스산업의 국제화가 빠르게 진전되고 있다(강성욱, 2007). 차병원, 예치과 등 다수의 한국 의료기관이 중국, 베트남, 러시아 등에 진출하는 한편, 성형 목적으로 한국을 찾는 의료 관광객이 증가하고 있어 정부는 중국, 일본, 미국 등으로부터 2010년까지 연간 10만 명의 해외환자를 유치할 계획이다.

한편 의료서비스산업은 1인당 부가가치가 매우 높으며 고용창출 효과 또한 타 산업에 비해 높은 것으로 평가된다. 의료서비스산업은 1인당 부가가치가 제조업의 1.8배에 이르는 것으로 보고되고 있으며(한국은행, 2003) 제조업에 비해 고용창출 효과도 약 3.3배 큰 산업으로 평가된다(전국경제인연합회, 2003). 반면 제약 및 의료기기 산업의 기술개발은 '의학적 필요'보다는 '시장의 선호'에 치중하기 때문에 기술개발 방향과 내용이 왜곡될 가능성이 높고 의료서비스 산업이 노동집약적이지만 고도의 기술을 필요로 하는 산업이기 때문에 고용창출 효과가 제한적이라는 주장도 제기된다²⁾.

국부창출의 주요 동력으로서 의료서비스산업선진화가 논의되면서 의료서비스 산업과 관련된 논쟁³⁾이 뜨겁다. 건강보험 30주년에 즈음하여 건강보험이 의료산업에 미친 영향을 살펴보는 것도 이런 현황과 관련이 있는 듯하다. 본고는 치과의료보험⁴⁾의 발전과정과 치과의료산업 현황을 살펴보고 두 영역이 발전하기 위한 과제를 살펴보는 것에 초점을 맞추고자 한다.

<표 1> 의료산업화에 대한 각계의 입장

	찬성	절충	반대
근거	국가 성장 동력 고용창출 자본의 투자처 확보 서비스 경쟁력 제고 연관산업 발전	의료의 상업성 경계 서비스 경쟁력 제고 연관산업 발전 해외 환자 유치	건강보험의 기능 약화 의료비 양등 의료소비의 양극화 의료체계의 양극화 건강악화
정책이슈	영리의료법인 허용 민간의료보험 활성화 요양기관당연지정제 폐지	영리의료법인 불허 다양한 투자유인 방안 제반 규제 완화	영리의료법인 절대 불허 민간의료보험활성화 반대 요양기관당연지정제 유지
주요기관	재정경제부, 의료계, 재계	보건복지부	시민단체

자료: 삼성경제연구소. 의료서비스 개방 논의와 시사점. 2007

- 1) 한국보건사회연구원 연구위원. 대한치과의료관리학회 총무
- 2) 시민단체의 홈페이지에 게시된 글이나 여러 단체에 동일한 내용이 실려 있어 원출처를 찾기 어려웠다.
- 3) 의료서비스산업 논쟁과 관련한 정리는 전국경제인연합회 발행 의료서비스산업 현황 및 제도개선 과제(2003)와 삼성경제연구소 발행 의료서비스 개방 논의와 시사점(2007)을 참고하기 바란다.
- 4) 본고에서는 건강보험과 의료보험을 혼용한다. 1997년 국민의료보험법이 국회를 통과하기 전까지 통합의료보험(건강보험)은 의료보험으로 불렸기 때문이다.

1. 우리나라 치과의료산업

우리나라 치과의료산업의 현황 분석은 한국보건산업진흥원 보고서(2005)에 일부 인용되어 있으나 의과 위주의 내용 서술로 치과분야 통계는 제한된 생산통계⁵⁾에도 불구하고 온전히 정리하고 있지 못한 한계를 가지고 있다. 2005년 보건복지부 용역으로 수행된 ‘한국 치과의료 및 관련 산업의 동북아 중심국가 육성방안’(이재현, 2005)은 치과의료산업에 대한 최초의 본격적 분석이라는데 의의가 있으나 구체적인 수치보다는 전략 위주의 서술에 치중하고 있다. 우리나라 치과의료산업에 대한 현황분석이 제대로 수행된 보고서는 2007년 초에 발간된 ‘치과의료산업 현황분석과 선진화 전략연구’(2007)이다. 아래 정리할 치과의료산업 현황은 이 보고서(김명진, 2007)를 요약 서술한 것이다.

우리나라 치과의료기자재 산업의 총괄 표는 다음 <표 2>와 같다. 국내 치과의료기자재 산업의 총액은 2005년 8,000억 규모로 연평균 9%의 성장률을 이룩하고 있는 것으로 조사되었다. 구강의약외품, 칫솔 등 구강관련 용품을 포함하면 치과의료기자재 및 구강용품 시장의 규모는 1조 3,200억원 정도로 예측된다⁶⁾.

<표 2> 우리나라 치과의료산업 현황(총괄)

구분		치과의료기자재산업	구강의약외품
시장 규모	총 액	6,916억(2001) 8,032억(2005)	2,220억(2001) 3,190억(2004)
	국내의료시장 대비	12.3%(2004)	
	GDP 대비	0.099%(2004)	0.041%(2004)
	세계시장 점유율(2005)	1.43%(세계) 5.36%(아시아)	
	성장률	9%	13%
무역수지 적자		1천4백억(2004)	
기술 경쟁력	기술수준	50%	
	세계우위분야	임플란트 표면처리기술 3차원 영상진단장치	
	연구개발	미흡	

자료: 김명진 등. 치과의료산업 현황분석 및 선진화 전략 연구. 한국구강보건의료연구원, 2007

구강의약외품의 2004년 생산실적은 3,200억원으로 조사되었고 칫솔(공산품으로 분류됨)시장의 경우 2,000억원 규모의 시장을 형성하고 있는 것으로 판단된다. 구강의약외품의 성장률은 연간 13%로 기자재산업 연평균보다 빠르게 진행되고 있다.

세계적으로 치과의료기자재 시장은 IT, BT NT, 초정밀 가공 등의 다양한 첨단기술을 활용한 치

5) 식품의약품안전청에 매년 보고되는 생산실적 및 수입실적보고에 따라 생산된 통계이다.

6) 식약청 생산 수입 실적보고 자료를 근거로 할 때 2004년 4681억원으로 조사되었지만 식약청 분류코드에 잡히는 치과의료기자재 품목 중 미보고로 인한 누락부분과 치과기공장비(공산품으로 취급되어 분류되는 품목이 상당히 존재함)의 누락 등을 포함하면 외국의 문헌에 근거한 8000억 규모가 적당할 것으로 판단된다.

과기기 및 장비 확대로 디지털 진단장비(digital dental chair, digital panorama, digital dental CT 등), 심미적 디자인, 향상된 골유착능력 임플란트, 경조직 치료에 적합한 레이저의 개발, 생체적합 세라믹의 개발 등의 방향으로 움직이고 있다. 또한 가까운 시일 내에 치과기기 및 재료의 사용, 가공과정, 나아가 환자의 진료에 이르기까지 e-health를 기반으로 하는 경향이 확산될 것으로 예상된다(이재현, 2005).

가. 치과의료기자재 산업의 특성

우리나라 치과의료산업의 현황은 다음 몇 가지 특징을 가지고 있다. 첫째, 첨단 인공장기(치과 임플란트) 시장의 성장으로 전통적인 치료방식의 패러다임이 변화하고 있다. 치과임플란트 시장의 확대는 우리나라만의 고유한 현상은 아니나 치과의료시장 분석보고서에 따르면 전세계적으로 치과 임플란트 시장규모는 2010년까지 35억불(3조5천억원)에 이를 것으로 전망된다. 현재 치과임플란트 시장은 전세계 치과의료시장의 9%정도이나 다른 어떤 분야보다 빠른 성장을 보여 2010년에 전체 치과시장의 15%에 도달할 것으로 예상된다(Kalorama Information, 2005).

둘째, 치과의료산업이 국민의 삶의 질/수준과 연관되어 있어 임금수준이 상승할수록 치과의료 시장 규모는 상대적으로 빠르게 성장할 것이다. 특히 예전에 질병 영역이 아니었던 심미/미용에 중점을 둔 편리한 치료방식을 요구가 높고 감성공학적 치과의료기술의 적용에 관심이 모아지고 있다. 이는 삶의 질이 높아지고 전보다 보다 많은 치아를 유지하는 것에 근거하지만 평균수명연장과 구강 건강과 관련된 행복한 삶을 지향하는 인구사회적 요인의 변화와도 관련이 있다.

셋째, 우리나라 치과의료시장 규모의 증가에도 불구하고 여전히 치과재료기기는 높은 수입의존도를 보이고 있다. 2002년의 경우 수출액은 586.5억원, 외국으로부터의 수입액이 2,481억원 등 수출액 대비 수입액의 비중이 매년 변동이 있으나 2001년의 경우 8.65배, 2002년의 경우 4.24배에 이르고 있다. 무역수지 적자가 2000년 - 2004년 4년 동안 111% 증가하였다.

넷째, 2005년 세계치과시장 규모는 465억불(48조 4001억) 규모이며 2008년에는 545억불 규모로 성장이 예상되고 있다. 한국 치과의료시장의 1998년 512백만 USD에서 2005년 666백만 USD(8032억원)으로 성장한 것으로 보고되었다⁷⁾. 우리나라 치과산업 규모는 아시아 치과의료시장의 6.42-5.35% 대이며 이를 세계시장 규모로 환산하면 1.55% - 1.43% 정도로 계산된다. 이는 아시아에서 중국, 일본, 인도 다음으로 4번째 큰 것이다. 2003년 중국은 아시아 전체시장(109억)의 18.41%, 일본은 15.35%, 인도는 12.28%로 이들 3개국의 시장규모는 46%에 이른다. 한국은 인도네시아, 태국, 대만

7) 우리나라 치과의료기자재 시장의 규모에 대해 외국의 문헌 통계는 일정한 수치를 보이고 있지 못하다. International Business Strategies. Dental Equipment in Korea(2003,4)에 따르면 2002년 우리나라 치과의료기자재 시장규모는 3030억원으로 보고하였다.

연도	2000(백만원)	2001(백만원)	2002(백만원)
수입	180,478	225,796	248,138
국내생산	70,714	67,390	113,513
수출	25,591	26,104	58,650
총시장 규모	225,600	267,082	303,000

등과 함께 아시아 시장 규모의 5%대를 형성하는 제 2그룹의 선두에 있다.

<표 3> 연도별 우리나라 치과의료기기 및 재료 시장 규모: 1998 - 2005

연도	시장규모		시장점유율(아시아)	시장점유율(세계)
	USD 백만	환산가치(백만원)*		
1998	512	617,472	6.42%	1.55%
1999	531	640,386	6.27%	1.53%
2000	552	665,712	6.12%	1.52%
2001	573	691,038	5.97%	1.51%
2002	594	716,364	5.82%	1.49%
2003	617	744,102	5.67%	1.47%
2004	641	773,046	5.52%	1.45%
2005	666	803,196	5.36%	1.43%

Source: Philip M. Parker, INSEAD, copyright 2003, <http://www.icongrouponline.com>

주: * 평균 환율(2000년부터 2005년 12월, 5년간) 1:1206원을 적용함

다섯째, 치과의료서비스 분야의 높은 기술수준과 달리 전반적인 치과분야 기기 및 재료 기술수준은 선진국의 50% 수준 정도 미치고 있는 것으로 보인다. 그러나 임플란트 표면처리기술 및 3차원 영상진단 장치 등 일부 분야는 선진국 수준 기술 보유하고 있는 것으로 평가된다.

여섯째, 치과의료기자재 R&D 및 인력 부족이다. 전반적으로 치과분야 연구개발이 미흡하고 치과의료기자재에 대한 임상의학의 피드백이 가능한 산·학·치·연·관 연구체계가 구축되어 있지 못하다. 또한 통일된 기술 분류 미비로 세부적인 연구개발 추진이 어려운 실정이다.

일곱째, 치과의료산업의 역량에 비해 전반적 인식 및 지원이 부족하여 신제품에 대한 인허가 과정의 어려움이 있고 국산제품에 대한 소비자의 인식이 부족한 것으로 평가된다. 국내 치과의료기기 및 재료 시장의 협소 역시 치과의료산업 발전을 저해하고 있는 요인으로 꼽힌다.

<표 4> 우리나라 치과 의료기기산업 SWOT 분석

강 점	약 점
- 높은 수준의 전문 인력(치의학 및 이공학)	- 치과의료산업의 영세성
- 세계 정상 수준의 IT, BT, NT 기술	- 연구개발 인프라 부족
- 내수 시장의 규모 증가	- 사회보장적 의료보험제도로 인해 수익구조 열악
- 의료시장 및 사회전반의 역동성: 새로운 의료기술을 빨리 받아들임	- 국가적 장기 정책 부재
	- 세계시장에 대한 경험 부족
기회요인	위협요인
- 의료산업에 대한 정부의 인식변화: 차세대 성장 동력	- 의료시장 개방에 따라 선진국 의료기관의 국내시장 잠식
- 양질의 의료서비스에 대한 수요증가	- 선진국 (미국, 일본, EU)들의 지속적인 기술 개발
- 개발 가능한 분야가 많음	- 신흥 IT 강국들 (중국, 인도 등)의 추격
- 내수 시장에서 세계시장으로 확대 추세임	

나. 치과의료기자재 시장규모 추정

우리나라 치과의료산업의 자세한 분석을 위하여 자료의 한계에도 불구하고 식품의약품안전청 의약품, 의약외품 및 의료용구의 제조업자 또는 수입자의 생산실적 및 수입실적 보고를 기반으로 치과의료산업 현황 분석⁸⁾을 수행한다.

<표 5> 치과의료기자재 생산실적 비교(2004년, 2003년)

항 목	생산액(백만원) 2004	생산액(백만) 2003
치과용 기기	42,924	30,296
치과재료	179,923	140,197
일부치과기기*	24,081	19,412
치과 전체 합계	246,928	189,905

주: *식약청 자료에 일반의과 품목으로 분류되어 있지만 치과에서도 사용되는 품목으로 전체생산/수입량의 1/10으로 계산
 자료: 김명진 등. 치과의료산업 현황분석 및 선진화 전략 연구. 한국구강보건의료연구원, 2007

2003년 치과의료기자재 생산보고실적은 1,900억원 정도였으나 2004년 2,500억원 수준으로 상승하였는데 치과재료의 경우보다 치과용기기 및 장비의 생산실적이 10% 이상 증가된 것으로 보고되었다. 치과용 생산기기 및 장비의 생산 실적을 구체적으로 살펴보면 치과용 진료의자가 2년 연속 1위를 차지하였다. 그 규모도 다른 장비와 압도적인 큰 차이를 보였는데 치과용 진료의자의 생산액은 전체치과용 기기 생산액의 78%(2004년), 82.5%(2003년)에 이르렀다. 2003년도 생산실적과 비교적 큰 차이를 보이는 품목은 치과용 가시광선 중합기와 치과용 엔진인데 광중합기의 경우 생산실적이 증가하였으나 치과용 엔진은 생산실적이 50% 이상 감소한 것으로 보고되었다.

2004년 상위 10위 치과재료 생산품목은 치과용귀금속합금, 치과용 임플란트, 치과용 임플란트 시술기구및재료, 거타퍼차, 치과용 인상재료, 치과용 충전재, 치과교정용 브라켓밴드, 근관치료용 페이퍼포인트, 악안면성형용 나사, 아말감합금이고 2003년도와 비교하여 큰 차이를 보이지 않았다. 2004년 현재까지 치과재료 생산실적에서 부동의 1위는 치과용 귀금속합금 생산액이다.

치과용 임플란트 시장이 급속한 확대에 힘입어 관련 기기 및 재료의 시장도 크게 증가하고 있는 추세로 나타났다. 우리나라의 경우 치과용 임플란트 장비 및 재료의 수입의존도가 크지만 최근 국내 생산의 급속한 증가에 따라 수입대체 효과가 상당히 큰 것으로 보인다. 치과용 임플란트 기구 및 재료에 포함되는 치과용 임플란트(C11040)⁹⁾ 치과용 임플란트시술기구및재료(C11050) 골이식재(C01040)의 생산액 합계가 1년 동안 6.2배 상승하고 치과용 임플란트는 2.74배 치과용 임플란트시술기구및재료는 3.51배 증가하였으나 골이식재의 경우 5% 정도 마이너스 성장을 보였다.

8) 식품의약품안전청의 자료는 생산, 수입업자의 신고에 따른 통계이기 때문에 누락이 있을 수 있음. 따라서 우리나라 치과의료산업의 생산/수출/수입 현황을 파악하는데 근본적 한계가 있다.

9) ()안의 표기는 식약청 의료기기 분류코드에 따른 분류코드이다.

다. 치과의료기자재 산업의 수출입 현황

2004년 의료기자재 산업의 수출 및 수입의 경우 수입이 수출보다 2.23배 정도 큰 12억8천4백만 불, 수출이 5억5천9백만불 달성한 것으로 보고되었다. 이중 치과의료기자재는 수출의 경우 2.6%, 수입은 6.6%를 차지하였다.

2004년 치과재료 수입액은 80.5백만 달러로 2003년 86.8백만 달러에 비해 6.3백만 달러 감소한 것으로 보고되었다. 치과용 귀금속, 임플란트 등 최신 치과 술식과 관련된 제품보다는 치과용클린저(C12050), 의치상이장용레진(C05020), 치과교정용장치(C06010), 거타퍼차(C01020), 의치상용셀락(C05010) 등 전통적인 치과의료와 결부된 치과재료의 수입이 높았다.

치과용 귀금속, 치과용 임플란트, 치과인상재 등 국내생산실적이 높은 제품은 상대적으로 수입 비중이 적었는데 치과용 귀금속의 경우 2004년 1380억원 생산규모를 나타내어 전체 치과생산에서 으뜸을 차지하고 있으나 전체 수입품 중 상위 10위에도 들지 못하는 수준이다. 치과기기 수입품의 경우 치과진료용의자, X선 진단장치, 치과용 엔진, 광중합기기 등은 생산 실적뿐만 아니라 수입실적에 있어서도 여전히 상위 5위 수입제품군에 속한다.

치과용 재료의 주 생산품은 치과용 귀금속, 임플란트, 임플란트 시술기구 및 재료 거타퍼차 인과용 인상재료 등으로 조사되었다. 주요 수출품의 경우 거타파차, 근관용페이퍼포인트, 치과용 충전재, 치과용 귀금속 등이다. 치과용 임플란트 및 시술기구 장비 등의 수출은 아주 미약하여 2.3십만 USD 정도에 머물렀는데 생산액의 대부분이 국내용으로 치과임플란트의 경우 수출품보다는 수입대 제품으로서의 역할이 큰 것으로 보인다.

치과기기 및 재료의 주 수입국은 미국, 일본, 독일, 스위스 등이나 미국 의존도가 치과기기 41.7%, 치과재료 44.5%로 상당히 큰 것으로 조사되었다. 미국 다음으로 수입규모가 큰 나라는 일본으로 치과의료기자재 총액 83,451,867(USD)의 16.6%인 13,847,761(USD)로 보고/조사되었다. 독일의 경우 치과기기, 치과재료 등에서 상위 3위 수입국에 속하나 치과기기의 수입비중이 적어 일본 다음의 총 수입규모를 나타내었다.

2. 치과의료서비스산업

가. 치과의료서비스산업 규모

우리나라 치과의료 이용과 관련한 총비용에 대한 본격적인 연구조사는 전무하다. 국민건강보험공단에서 건강보험 급여율¹⁰⁾을 발표한 적이 있지만(김정희, 2005) 치과의료기관 경영분석 자료 및 현실적 체감으로 느끼는 것과 상당한 차이를 보인다. 다만 2007년 연구보고서(김명진, 2007)에서 우리나라 치과의료서비스 산업의 규모를 2005년 기준으로 3조 9661억원으로 추산한 바 있다. 그러나 이 경우도 치과기공소 관련 부분은 빠져 있으며 종합전문, 종합병원, 병원 소속의 치과진료 부분역

10) 2004년의 경우 치과위원의 건강보험공단 급여율(부담율)이 38.3%, 2005년 47.5%로 발표하였다.

시 추계에서 제외되어 있어 기본적으로 저추계된 것이다.

<표 6> 국내 치과의사, 병의원 및 치과기공소수(2005.12.31 기준)

구 분	단 위	참 고
전체 치과의사	21,545 명	대한치과의사협회
치과 병의원	12,543 개소	
치과 대학병원	11 개소	
치과기공소	1,870 개소	대한치과기공사협회

자료: 김명진 등. 치과의료산업 현황분석 및 선진화 전략 연구. 한국구강보건의료연구원, 2007

치과의료서비스산업 구성 요소 중 치과의료서비스의 대부분을 차지하는 치과의원의 연도별 수입구조는 다음 <표 7>과 같다. 총수입을 의료부대사업 등이 제외된 의료서비스 제공과 관련된 부분으로 한정할 경우 2000년 2조 2830억원, 2005년 3조 9660억원으로 추계되었고 연평균 12%의 상승률을 보였다.

<표 7> 연도별 치과 의료수익 변화

연도	총수입 ¹⁾	급여 총액	급여 비율 ²⁾	성장율
2000	2,282,936,203	776,198,309	0.34	
2001	2,746,440,332	933,789,713	0.34	1.2030
2002	2,702,258,926	918,768,035	0.34	0.9839
2003	2,792,616,138	949,489,487	0.34	1.0334
2004	3,197,866,561	991,338,634	0.31	1.1451
2005	3,966,197,058	1,031,211,235	0.26	1.2403

주1) 총수입 = 급여 + 비급여 수익+의료보호

주2) 치과의원 경영수지 분석 결과임. 2000-2002년은 2003년도의 결과를 차용함.

자료: 김명진 등. 치과의료산업 현황분석 및 선진화 전략 연구. 한국구강보건의료연구원, 2007

나. 치과의료기관 수익 지출 구조

<표 8>의 3개 조사 치과의원의 평균 월수익은 28,832,183원이다. 그 중 건강보험 급여수익은 8,801,667원(전체 수익의 30.5%), 비급여 수익 19,736,243원(68.5%), 기타 수익은 1%이다. 2005년 수입이 2004년 및 2003년에 비하여 적은 것은 치과의원의 경영수지 분석 자료가 가지는 표본의 대표성과 관련된 것인데 조사의 근본적 한계이다.

치과의원 비용 구조는 원장 인건비, 정규직/비정규직 직원 인건비, 퇴직금 총당금 등으로 구성되는 인건비와 치과진료에 직간접적으로 사용되는 재료비(치과보철물 기공비 포함), 치과의원의 운영관리비, 치과의료 위험도 비용, 투자비용에 대한 기회비용 등으로 구성되는데 최근의 3개 조사의 평균을 구하면 원장인건비 570만원을 포함하며 인건비 총액은 1,350만원, 재료비 610만원, 관리운영비 920만원, 자본 비용 68만원으로 총의료원가는 2,946만원이고 기타 손실비용을 포함하면 총 월평

균 지출액은 2,984만원으로 조사되었다. 총의료비용에 대한 인건비, 재료비, 관리운영비의 비율을 보면 인건비 45.4%, 재료비 20.3%, 관리운영비 30.8%로 3부분의 비중은 총 비용의 96.5%에 해당된다. 월평균 비용이 월평균 수익보다 커 치과의원은 월평균 100만원의 적자를 보고 있는 것으로 조사되었다.

<표 8> 월 평균 치과의원 수지 구조

월평균 비용		치과의원 수지					
		2005 ²⁾		2004 ³⁾		2003 ⁴⁾	
지출	인건비 ¹⁾	13,495,294	52%	12,201,499	38%	14,905,000	48%
	재료비	5,160,583	20%	7,180,000	22%	5,820,000	19%
	관리비	6,374,068	24%	11,909,000	37%	9,309,000	30%
	기타 비용*	1,116,671	4%	1,123,501	3%	16,045,401	52%
	총 지출	26,146,616	100%	32,414,000	100%	30,950,401	100%
수익	급여	6,887,167	26%	9,883,000	31%	9,634,833	34%
	비급여	19,109,967	73%	21,222,000	67%	18,876,762	66%
	소계	25,997,133	99%	31,105,000	98%	28,511,595	99%
	의료급여환자수익	199,833	1%	483,000	2%	200,988	1%
	자동차보험환자수익	-	-	-	-	-	-
	산재보험환자수익	-	-	-	-	-	-
	의료수익 합계	26,196,967	100%	31,587,000	100%	28,712,583	100%
수입-지출		50,351		-827,000		-2,237,818	

주: 1) 원자료의 치과의사 원장인건비는 7,377,000원으로 조사되었으나, 의사 인건비 수준인 8,114,700원 치과의원의 평균 원장 수 1.1명을 보정한 수치임

2) 한국보건산업진흥원. 2006년 요양급여비용 계약을 위한 환산지수 연구. 2005

3) 인제대학교 병원전략경영연구소. 치과의원 경영수지 및 원가분석에 의한 환산지수 산정연구. 2004

4) 서울대학교경영연구소. 진료비용 관련 상대가치 개발을 위한 회계조사. 2004

* 기타비용에 의료사고비용, 자본비용(투자 기회비용), 총 의료비용, 영업외비용, 특별손실 등이 포함된다.

3. 치과건강보험의 발전

가. 치과건강보험진료비 변화

건강보험은 1977년에 도입된 이후 1988(농어촌 지역)-1998(도시지역) 전국민 의료보험 적용을 거쳐 현재에 이르고 있다. 그동안 1980년 1901개의 치과의료기관수는 전국민 의료보험 확대시기의 4,541개(1989년), 2006년 13,002개로 증가하여 연평균 8.0%의 증가를 보였다.

건강보험 치과 총진료비의 경우 1980년에 132억 수준에서 1988년 농어촌 지역 전국민 의료보험 적용과 1989년 도시지역 전국민 의료보험 적용을 계기로 1150억 수준으로 급상승하게 된다. 전국민 의료보험이 적용되기 직전해인 1987년 치과의료비 총액은 629억원이었으나 2년 후인 1989년에 약 2배로 증가하였고 3년 후인 1990년에는 약 3배가량으로 높아졌다. 1980년 이후 2006년까지 26년 동안 치과건강보험진료비 총액은 연평균 19.2%의 증가를 보였으나 2001년을 정점으로 증가세가 둔화되었다. 이 같은 변화는 치과의원당 월평균 진료비 총액에도 영향을 미쳐 2001년 월평균 7백만원의

건강보험 진료비 수입이 2006년 687만원으로 오히려 감소하였다. 이 시기는 참여정부가 건강보험 보장성 강화를 역동적으로 추진하는 시기와 맞물려 있어 좋은 대조를 이루었다.

치과의원당 평균 내원일수는 2000년 이후로 감소추세에 있으며 건당진료비 역시 2001년 31,520 원을 정점으로 한 후 이를 회복하지 못하고 있다. 결론적으로 치과의료기관수, 총치과진료비는 계속적으로 증가하고 있으나 치과의원수의 증가 효과와 건강보험 환자 진료건수 증가 효과의 복합작용이 진료비 증가를 앞절러 기관당 월평균 진료비, 기관당 평균내원일수는 2001년 이후 감소추세를 보인다.

<표 9> 치과의원의 연도별 요양기관수 및 건강보험 요양급여의 변화

구 분	요양기관 수	총진료비(백만원)	총진료건수(천건)	건당진료비(원)	총내원일수(천일)	내원일당진료비(원)	치과의원당 평균내원일수	치과의원당 월평균진료비(천원)
1980년	1,901	13,262	1,183	11,210	2,995	4,428	1,575	581
1987년	3,599	62,854	4,989	12,301	9,067	6,759	2,519	1,455
1988년	4,004	81,228	6,139	13,134	11,639	6,942	2,907	1,691
1989년	4,541	115,272	8,285	13,825	15,695	7,310	3,456	2,115
1990년	5,292	173,460	11,937	14,531	21,234	8,169	4,012	2,731
1997년	9,243	507,664	23,967	21,013	33,410	13,216	3,623	4,577
1998년	9,742	587,031	25,028	23,455	40,312	14,562	4,137	5,021
1999년	10,204	664,241	26,864	24,726	43,461	15,284	4,259	5,425
2000년	10,592	772,237	28,650	26,954	46,257	16,694	4,367	6,076
2001년	10,783	911,549	28,919	31,520	46,299	19,688	4,294	7,044
2002년	11,157	894,870	29,933	29,895	47,618	18,793	4,267	6,684
2003년	11,556	909,705	30,685	29,646	48,149	18,894	4,167	6,560
2004년	12,083	947,758	31,550	30,039	48,959	19,358	4,052	6,536
2005년	12,548	984,442	32,247	30,528	49,373	19,939	3,935	6,538
2006년	13,002	1,072,281	32,929	31,080	49,526	20,665	3,809	6,873

자료: 건강보험심사평가원 건강보험 통계연보; 의료보험연합회 의료보험연보

건강보험에서 치과진료비가 차지하는 비율이 계속적으로 하락하자 2007년 대한치과의사협회는 건강보험에 대한 정책을 전향적으로 수정하여 일부 항목에 대하여 급여화를 요구하기에 이른다. 대한치과의사협회는 예방적 치석제거, 불소도포, 치아홈메우기의 건강보험 급여화를 요구하고 있는데 건강보험정책심의위원회 참여 시민단체들의 호의적인 반응으로 급여화 가능성이 커지고 있다(메디칼투데이, 2007,11)

나. 건강보험 보장성 강화와 치과비급여 서비스 영향

건강보험에서 치과급여가 차지하는 단적인 예는 진료비의 변화이다. 1980년 이후 건강보험 진료비는 150배 상승하였으나 치과진료비는 81배 정도 높아지는 것에 머물렀다. 건강보험 총진료비에

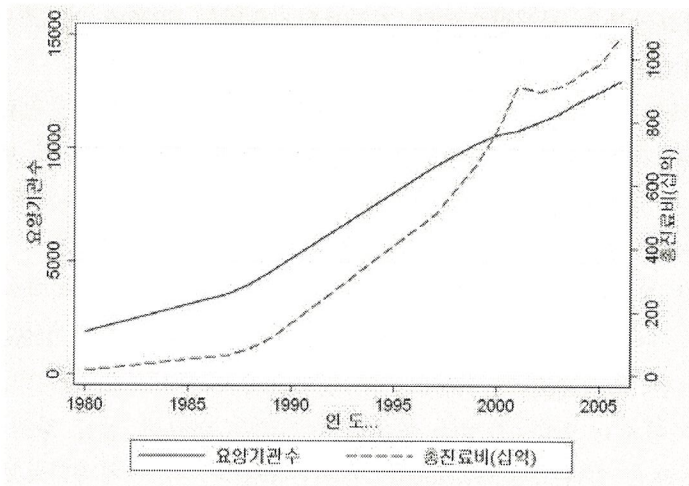


그림 21 치과의료기관수 및 총치과진료비 변화

서 차지하는 치과분야의 비율 역시 전국민 의료보험이 적용되기 전인 1980년에 오히려 7%로 가장 높고 2000년 5.2% 정도에서 머물다 현재는 3.8%까지 떨어졌다.

<표 10> 건강보험(의료보험) 진료비 변화

구 분	요양진료비			진료비 증가율	
	전체(백만원)	치과(백만원)	치과비중	전체	치과
1980년	190,273	13,262	7.0%	기준연도	기준연도
1987년	1,068,093	62,853	5.9%	5.6	4.7
1988년	1,441,202	81,218	5.6%	7.6	6.1
1989년	1,978,775	115,272	5.8%	10.4	8.7
1990년	2,941,905	173,460	5.9%	15.5	13.1
1997년	8,815,208	507,525	5.8%	46.3	38.3
1999년	11,521,631	666,385	5.8%	60.6	50.2
2000년	12,912,220	776,198	6.0%	67.9	58.5
2001년	17,819,469	932,361	5.2%	93.7	70.3
2002년	19,060,635	923,323	4.8%	100.2	69.6
2003년	20,533,558	942,435	4.6%	107.9	71.1
2004년	22,355,887	985,587	4.4%	117.5	74.3
2005년	24,796,776	1,027,483	4.1%	130.3	77.5
2006년	28,557,970	1,072,281	3.8%	150.1	80.9

참여정부의 건강보험 정책은 2008년까지 건강보험 보장성을 71.5% 이상으로 향상시킨다는 목표 아래 국고지원, 적정보험료를 인상, 진료비 지출구조 합리화 등의 재정운용계획을 수립했다(보건복지부, 2007a). 고액중증질환자 등록제, 본인부담보상/상한제, 희귀난치질환자에 대해 본인부담금 경감제, 고령자, 만성질환자의 수급권 보장을 위한 요양급여일수 상한제도 폐지, 초음파, PET(양전자 단층촬영장치) 및 입원환자 식대 보험급여 적용 등은 대표적인 건강보험 보장률 증가 정책의 예이

다. 적극적인 보장성 강화정책을 시행함으로써 건강보험진료비는 2006년 28.6조원이 이르게 되어 2001년에 비해 60% 증가되는 가파른 상승률을 보였다.

건강보장성 강화 정책이 추진되던 이시기 치과진료비 총액이 건강보험요양진료비에서 차지하는 비율은 2001년 5.2% 이후 지속적으로 감소하여 2006년 3.8%로 떨어졌다. 정부의 보장성 강화정책이 의과, 한방, 약제 중심으로 추진되면서 건강보험 서비스 영역에 포함되는 치과서비스가 다른 비보험 서비스로 대체되면서 일어난 현상으로 보는 시각이 우세하다(치의신보 2007.3.1).

치과의료보험 보장성 확대는 주로 국민의 여론¹¹⁾에 의해 요구되었다. 치과의료보험의 보장성 확대에서 주로 언급되는 서비스는 노인틀니, 레진수복, 예방적 스켈링 등인데 1996년 정부의 노인틀니 급여화 방침 발표 이후 최근(2007)의 여당의원의 발의까지 지속적으로 제기되고 있지만 다양한 이유¹²⁾로 그 시행이 미루어지고 있다. 유럽을 비롯한 선진국은 의료비 절감 정책의 일환으로 치과 급여를 제한하거나 축소하고 있다.(신호성, 2005) 그러나 유럽의 경우 치과의료보장이 우리나라에 비해 상대적으로 높은 수준이었던 것에 반해 우리나라의 경우 건강보험 초기부터 보장률이 매우 낮아 국민들의 치과의료이용에서 장벽으로 작용하게 된다.

저급여 치과보험은 국민들의 치과의료서비스 이용에도 파행을 가져왔다. 김광수(1988)의 연구에 의하면 농촌지역의 10년간 보철경험자 중 68.8%가 무면허 구강진료업자를 이용한다고 보고하였다. 전국민 의료보험이 실시된 직후 1991년의 조사(박명자, 1991)에 따르면 경북 농촌지역 일부주민의 10년간 보철경험자의 진료기관별 이용률에서 무면허구강진료업자 이용률이 52.7%로 가장 높았고 다음으로 치과병(의)원 39.8%, 보건(지)소 7.5%의 순이었다. 성별, 소득별 통계적 유의성의 보고되지 않았으나 연령에 따른 차이를 보여 65세 이상 노인들에게서 무면허 업자에 의한 이용률이 더 높은 것으로 보고되었다. 1996년의 조사연구(정광수, 1996)에서도 이러한 경향은 크게 변하지 않아 보철물 필요자의 42.2%만이 치과병(의)원을 통하여 보철서비스를 받았다. 1993년 전라북도 일부지역주민을 대상으로 한 연구에서(김일준, 1993) 10년간 보철경험자 중 치과병(의)원 59.4%, 무면허 구강진료업자 27.1%, 보건(지)소 13.5%로 지역간, 도농간 차이가 있음을 알 수 있다.

다. 의료보험 수가 인상률

1977년 6월 8일 우리나라 역사상 최초로 의료수가를 국가가 정하여 고시한 의료보험 진료수가 기준이 제정공포 되자 대한치과의사협회는 의료보험진료수가는 76년도 관행수가보다 60%이상 인하 책정되었기 때문에 양질의 진료 제공에 대한 우려를 표명하였다(양명생, 2000). 1977년 이후 의료보

11) 2003년 10월 13일 대한노인회(회장 안필준)가 주축이 되어 전국적으로 10만여 명이 서명한 ‘노인틀니급여실시에관한청원’이 김희선 의원(국민참여통합신당, 서울동대문갑)을 비롯한 17인 소개로 국회에 제출되었다. 그간 대한노인회와 협력하여 서명운동을 벌이고 지난 9월에는 정책토론회를 주최하기도 한 김희선 의원은 금번 청원건과 관련 노인틀니 보험급여화 연구 및 준비기구 구성, 빈곤층 및 차상위계층 노인에게 대한 우선 지원, 스켈링 등 예방치료 보험 급여화의 필요성을 골자로한 청원소개의견서를 제출했다. 한편 대한노인회 안필준 회장은 청원서를 통해 “경제적인 이유로 노인의 저작권이 보호받지 못하고 있는 실정”이라며 급여화의 필요성을 호소했다.

12) 정부가 틀니 급여화를 반대하는 주요 이유는 우선순위가 다른 질병에 비해 떨어진다는 것과 급여화에 따른 비용(재정부담)이 커다는 것이다.

험 수가 인상을 대비 소비자 물가 지수를 비교해 보면 <표 11>과 같다. 의료보험 실시 이후 1999년 말까지 보험수가 누적인상률은 523.9로 소비자 물가누적지수 514.3을 9.6 앞지르고 있는 것으로 되어 있으나 1977년 이후 누적치를 보면 소비자 물가지수 514.3, 보건의료서비스 물가지수 485.9로 28.4가 미달한 것으로 나타나고 있다(양명생, 2000). 건강보험 수가에 대한 구조가 자원기준 상대가치 수가제로 전환된 2000년 이후의 건강보험 수가인상 역시 물가 상승률에 버금가는 정도에서 이루어져 왔다(보건복지부, 2007b; 이석현, 2004).

의료보험이 제정될 당시 봉사적 관점에서 접근하였던 치과보험 수가가 소비자 물가상승률 정도에서 조정됨으로써 치과의사가 느끼는 일반적 수가 수준과 상당한 거리가 있는 것으로 되었다. 건강보험에 대한 치과의사들의 집단적 과민반응은 비급여 항목에 대한 집착으로 현상화 되었으며 치과서비스 보장성 강화의 걸림돌로 작용하게 되었다.

<표 11> 의료보험수가 인상율과 소비자 물가 인상률 비교

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
소비자 물가지수	23.1	26.5	31.4	40.4	49.0	52.5	54.3	55.5
	100.0	114.7	135.9	174.9	212.1	227.3	235.1	240.3
보건의료서비스 물가지수	26.3	26.7	34.9	41.7	47.9	53.0	55.6	57.1
	100.0	101.5	132.7	158.6	182.1	201.5	211.4	217.1
의료보험 수가 인상률(%)	제정	-	20.75	11.14	19.4	16.6	4.0	-
인상시기(월)	7	-	1	7	5	6	10	-
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
소비자 물가지수	56.8	58.4	60.2	64.5	68.2	74.0	80.9	86.0
	245.9	252.8	260.6	279.2	295.2	320.3	350.2	372.3
보건의료서비스 물가지수	58.0	60.7	62.5	68.4	71.0	77.5	81.4	86.9
	220.5	230.8	237.6	260.0	270.0	294.7	309.5	330.4
의료보험 수가 인상률(%)	3.0	3.0	-	12.2	9.0	7.0	8.0	5.98
인상시기(월)	3	6	-	2	7	2	7	5
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	
소비자 물가지수	90.1	95.7	100.0	104.9	109.6	117.8	118.8	
	390.0	414.3	432.9	454.1	474.5	510.0	514.3	
보건의료서비스 물가지수	91.5	93.8	100.0	107.8	115.1	124.6	127.8	
	347.9	356.7	380.2	409.9	437.6	473.8	485.9	
의료보험 수가 인상률(%)	5.0	5.8	5.8/11.82*	-	5.0/9.0*	3.5	9.0	
인상시기(월)	3	8	4/12	-	1/9	7	11	

자료: 양명생, 의료보험 진료수가의 요양기관 종별 가산을 차등 변천사. 병원경영연구소

<http://www.hospitallaw.or.kr/insurance-add.html> 2007년 11월 18일 인출

주: * 1995년과 1997년에 2차례의 인상이 있었다.

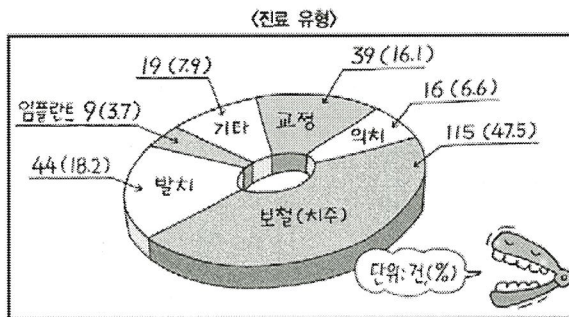
4. 치과의료산업의 발전을 위하여

정부의 의료정보 공개 노력과 소비자의 인터넷을 통한 건강정보 습득 등으로 소비자의 권리의식이 고양되고 있다(류시원, 2004). 보건복지부는 2004년부터 3년마다 의료기관을 평가하고 있으며,

건강보험심사평가원은 2005년 항생제 및 주사제 처방률에 관한 의료기관 현황을 조사·발표하였다. 또한 치과 관련 소비자 피해구제가 매년 평균 25.1% 증가하여 2000~2005년 상반기까지 한국소비자보호원에 접수된 치과 관련 소비자상담은 총11,292건으로 매년 평균 14.8% 증가하였고, 피해구제는 총348건으로 매년 평균 25.1% 증가하였다(김경래, 2005).

치과의료분쟁이 늘어난 것은 건강에 대한 관심과 소득수준 증가로 치과 수요가 늘어난 반면, 치과 진료비는 의료보험 적용이 안돼 소비자의 경제적 부담이 크기 때문이다. 공공 및 민간에 의한 감시/압박의 증대는 치과의료서비스 질관리에 대한 필요성이 있음을 의미한다. 현재 시범사업으로 추진 중인 치과의료기관 평가는 주로 치과대학 병원을 중심으로 일정규모의 치과병원에 초점이 주어져 있어 단독개원이나 소규모 치과의원에 대한 치과의료기관간 연계나 네트워크 활성화로 규모의 적정성 달성 및 질향상 추진할 수 있는 방안 모색이 요구된다.

자료 김경래. 치과의료분쟁 실태: 진료유형에 맞는
치과선택 포인트. 한국소비자보호원. 소비자시대, 2005,11.



우리나라 치과의료서비스 수준은 우수한 인적 자원과 앞선 치과의료기술로 미국 치과의료 의 91% 수준에 도달한 것으로 평가된다. 우리나라 평균 의료서비스 수준은 미국 대비 80% 수준인데 비해 일본은 85%, 유럽은 87% 수준으로 보고되었다. 미국 대비 80% 이상인 분야는 치과(91%), 신경외과, 안과, 재활의학과(89%), 진단검사(87%) 등 9개 분야로 유럽보다 앞서는 분야 또한 치과, 피부과인 것으로 나타났다(대한의학회, 2004). 그러나 세계적 수준의 R&D 성과 및 치과의료기술 개발은 미흡하여 이에 대한 장기적 투자가 요구된다.

치과의료서비스의 이런 특징은 외국 치과의료서비스 분야에서의 의료아웃소싱(medical outsourcing) 및 의료관광(medical tourism) 경향과 결부되어 새로운 수요창출의 좋은 시장이 될 수 있다. 선진외국에서도 치솟는 의료비 상승은 정부와 기업 모두에게 부담으로 작용하여 경비절감 방편으로 해외 이전 또는 값싼 외국인 노동력을 이용하는 경향을 가지게 되었는데 이런 경향이 의료분야에서 구체화 된 것이 의료아웃소싱(Medical Outsourcing) 또는 의료관광(Medical Tourism)이다. 이때 가격 경쟁력이 가장 큰 무기인데 치아미백/교정 등 미용치과, 임플란트 수술 등이 일차적 대상이 될 수 있겠다. 건강보험 급여 서비스의 경우 국내거주 외국인에게 내국인과 동일한 건강보험수가가 적용되나 치과의료서비스의 경우 고가 서비스는 대부분 비보험 영역으로 분류되어 있어 역

설적이긴 하지만 해외환자 유치에 유리한 조건으로 작용할 수 있다. 또한 유럽을 비롯한 선진국의 의료비 절감 정책 일환으로 치과급여를 제한하거나 축소하고 있는 상황도 환자유치에 유리한 환경으로 작용 가능하다.

우리나라가 처한 치과의료산업의 장애요소를 발전적으로 대처하기 위해서 다음과 같은 정책이 요구되어진다.

첫째, 치과임플란트, 미용치과 등 비교 우위 치과의료서비스산업 육성이 요구된다. 산,학,연,관 협동사업을 추진하여 연구·생산자원의 효율적 활용, 연구개발 성과의 상업적 제품화 지원이 필요하다. 치과의료기관의 기술지원 및 임상연구와 함께 자본투자가 용이한 환경 마련 요청되며 치과의료 R&D 강화가 필요하다. 치과의료산업 기술혁신센터 건립은 이런 활동의 출발점이 될 것이다.

둘째, 치과의료 허브 육성(해외인지도 향상 및 해외환자 유치 강화)을 위해 국제치의학교류협력센터의 설립이 요구된다. 국제치의학교류협력센터는 외국인 대상 국내 연수 프로그램 운영 및 유학생들의 적극적 유치, 개도국 파견 치과진료 활성화 및 치과의료기관 해외진출 지원, 국제 학술회의 및 치과의료 관련 컨벤션 사업 육성, 국제적 표준에 맞는 치과의료기관 인증제 도입 및 외국 의료기관 인증(JCI, ISO 등)획득 지원 등의 사업을 수행할 수 있을 것이다. 아시아 국가들의 경제발전에만 따른 치과의료 수요자의 국제적 이동 증가나 국내 거주 외국인(주재원, 이주노동자 등)들의 의한 국내 치과의료기술에 대한 신뢰도 증가 등이 치과의료허브 육성의 기초가 될 것이고 글로벌 표준에 맞는 환자 사생활 보호, 감염관리 기준, 환자관리 등의 치과의료 문화 정착이 필요조건으로 작용할 것이다.

셋째, 치과의료인력 경쟁력 강화를 위한 프로그램이 요구된다. 우선 치과의사전문의제도의 개선을 통하여 치과의사전문의의 일반의와 구별되는 명확한 역할 구분과 함께 시설 중심의 수련기관 지정 기준을 수련교육여건 중심으로 전환해 수련교육의 질향상을 도모할 필요가 있다. 또한 전문의 자격 관리 프로그램 도입하여 일정주기로 자격을 갱신할 수 있도록 자격갱신제도 도입이 요구된다. 치과의사일반의를 위한 수련제도 도입도 필요하다. 미국의 GPR, AEGD제도, 영국의 Vocational Training System, 일본의 치과임상연수제도와 같은 치과대학 졸업자들을 대상으로 하는 일반의(GP) 양성 수련프로그램을 도입하여 치과대학을 졸업하고 의료현장에 투입되는 치과의사의 질향상을 도모할 필요가 있다.

넷째, 치과의료기관 적정성 강화를 위하여 치과의료기관간 수평적/수직적 네트워크 결합이 요구된다. 가장 일반적인 치과진료 형태인 단독진료(solo practice)는 의원급 치과의료기관의 가장 큰 약점으로 적정규모에 이르지 못하는 영세성이 치과의료기관의 질향상을 가로막는 주범으로 작용하고 있다. 치과의료기관의 질향상과 함께 능동적인 경쟁력 강화 방안 마련하여 해외환자유치 및 해외자본의 진출 등에 대한 대비로서 치과의료산업체와 연계한 치과병원 및 전문 치과클리닉, 치과네트워크를 육성할 필요성이 있다. 이를 위해 치과의료기관간 협력(병합)이 가능하도록 하여 치과의료 자원 및 규모의 적정화 유도하고 치과의료기관의 자본조달 기전을 활성화할 필요가 있다. 이는 인력관리, 환자의뢰/이송, 브랜드 이미지 강화, 의료기자재 및 재료 물품관리 등 치과병원 및 치과의원간 수직적 수평적 결합을 지원하는 형태로 발전할 것이다.

참고문헌

- 김경래. 치과의료분쟁 실태: 진료유형에 맞는 치과선택이 포인트. 한국소비자보호원. 소비자시대, 2005,11.
- 김광수. 국민구강관리비에 관한 조사. 서울대학교 대학원 석사학위논문, 1998.
- 김명진, 신호성, 이장희, 강동안, 백승호, 조제국, 노학, 김현덕, 박주철. 치과의료산업 현황분석 및 선진화 전략 연구. 보건복지부, 2007
- 김일준, 남철현. 일부주민의 구강보건인식도 및 치과의료 이용양상. 한국보건교육학회지, 1993;10(1).
- 김정희 외, 2005년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사. 국민건강보험공단 2005.
- 김정희, 정종찬, 김성옥. 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사. 국민건강보험공단, 2004
- 대한의학회. 의료기술 기술수준조사. 2004
- 류시원 외, “건강정보 서비스 이용실태 분석”, 보건복지포럼, 11월호, 2004
- 마득상, 김백일, 김영남, 박덕영, 박용덕, 신호성, 조영식. 치과건강보험 급여확대 우선순위 선정을 위한 합리적 방안 연구. 보건복지부 2006.
- 박명자, 감신, 박재용. 농촌주민의 치과의료 이용양상 및 치아보철 요구도. 대한보건학회지, 1991;17(2).
- 보건복지부. 2006 보건복지백서. 2007a
- 보건복지부. 최근의료보험 급여 정책 방향. 2007b
- 서울대학교경영연구소. 진료비용 관련 상대가치 개발을 위한 회계조사. 2004
- 신호성, 김진숙, 홍수연, 양승옥, 이은지. 치과의료보험제도와 수가체계에 대한 외국사례연구. 대한치과의사협회, 2005.
- 이동근. 치석제거 스케일링 건강보험 적용 실현 임박. 메디칼투데이, 2007.11.7
- 이재현, 강동완, 정형식, 김규태 외 8명. 한국치과의료 및 관련산업 동북아 중심국가 육성방안. 보건복지부, 2005
- 인제대학교 병원전략경영연구소. 치과의원 경영수지 및 원가분석에 의한 환산지수 산정연구. 2004
- 의료보험연합회. 각년도 의료보험통계연보.
- 전국경제인연합회, 『의료서비스산업 현황 및 제도개선 과제』, 2003
- 정광수. 의치보철의 의료보험 적용에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1996.
- 한국보건산업진흥원. 의료기기산업 실태조사 및 구조분석. 2005.
- 한국보건산업진흥원. 2006년 요양급여비용 계약을 위한 환산지수 연구. 2005
- 한국은행, 『2000년 산업연관표』, 2003
- International Business Strategies. Dental Equipment in Korea 2003,4
- Kalorama Information. Implant-Based Dental Reconstruction: The Worldwide Implant and Bone Graft Market, 2005,9
- Philip M. Parker, INSEAD, copyright 2003, www.icongrouponline.com

치과건강보험에서의 예방진료전략

마 득상¹⁾

■ 예방진료가 치과건강보험에서의 요양급여에 포함되어야 할 이유 ; 치아우식증과 치주병의 심각성

○ 우리나라의 경우 12세 아동의 우식경험 영구치아수 선진국에 비하여 높은 수준이다.

표 1. 주요 OECD 국가에서 12세 청소년의 우식경험 영구치아수의 변화

국가명	우식경험 영구치아수 (개)	
	이전 (조사연도)	최근 (조사연도)
그 리 스	4.4개 (1985)	1.6개 (1993)
네덜란드	6.5-8.2개 (1965)	0.9개 (1992-3)
뉴질랜드	6.0개 (1973)	1.5개 (1993)
덴 마 크	6.4개 (1978)	1.2개 (1995)
독 일	6.0개 (1973)	1.7개 (1997)
미 국	4.0개 (1965-7)	1.4개 (1991)
스 웨 덴	6.3개 (1977)	1.0개 (1997)
스 위 스	2.3-9.9개 (1963-75)	1.1개 (1991)
아이슬란드	8.7개 (1980)	1.5개 (1996)
아일랜드	5.4개 (1972)	1.9개 (1992)
영 국	4.7개 (1973)	1.1개 (1996)
핀 란 드	7.5개 (1975)	1.2개 (1994)
호 주	2.6-6.0개 (1973-8)	1.1개 (1993)
한 국	0.6개 (1972)	3.1개 (1995)

<자료 : 세계보건기구(WHO) 홈페이지(<http://www.whocollab.od.mah.se>)>

○ 2000년도 국민구강건강실태 조사에 의하면, 12세 청소년의 절반 이상에서 이미 경미한 수준의 치주질환이 발생되고, 35~44세 성인에서는 90%에 달함. 또한 치주질환의 전형적인 증상인 치조골 파괴로 생기는 치주낭이 35~44세 성인의 22%와 65~74세 노인의 47%에서 확인되었다.

1) 강릉대학교 치과대학 교수

표 2 . 지역별 연령별 진행정도별 치주질환 유병실태, 2000(단위: %)

연령	전국					대도시					중소도시					비도시				
	1)	2)	3)	4)	5)	1)	2)	3)	4)	5)	1)	2)	3)	4)	5)	1)	2)	3)	4)	5)
12세	46	27	27	0	0	56	21	23	0	0	38	32	30	0	0	36	34	30	0	0
16세	34	22	43	0	0	43	19	38	0	0	25	25	50	0	0	30	27	43	0	0
35-44세	10	9	59	18	4	11	7	54	22	6	10	10	66	13	2	4	10	53	27	7
65-74세	4	7	43	38	9	6	5	38	41	10	2	11	44	35	8	2	5	50	36	8

주1: 1)치주조직건전자율 2)치은출혈자율 3)치식부착자율 4)천치주낭형성자율 5)심치주낭형성자율

주2: 각 진행정도별 수치는 CPI 표기법에 의한 누적치가 아닌 개별수치임

자료: 보건복지부, 2000 국민구강건강실태조사, 2000

- 의사진단 만성질환 유병률 10순위 안에 치아우식증과 치주질환이 포함될 정도로 질병이 심각한 상태이다.

표 3 . 연간 의사진단 유병률 순위 10대 만성질환(단위: 명/인구 1,000)

순위	남 자		여 자	
	질병명	유병률	질병명	유병률
1	치아우식증	52.4	관절염	96.9
2	고혈압	51.6	고혈압	63.5
3	위염, 소화성궤양	41.0	치아우식증	57.6
4	알러지성 비염	37.3	위염, 소화성궤양	56.0
5	관절염	29.4	요통, 좌골통	48.8
6	당뇨	26.3	알러지성 비염	36.5
7	요통, 좌골통	20.5	디스크	24.9
8	디스크	18.2	당뇨	24.8
9	사고후유증	17.0	신경통	23.0
10	치주질환	14.7	골다공증	21.7

자료: 보건복지부, 2001 국민건강영양조사, 2002

- 2004년도 건강보험심사통계자료에서 질병 소분류별 다발생 순위별 요양급여실적(외래)을 보면 다빈도 청구건수 10위중 3개가 치과관련 질환으로 치수 및 치근단주위 조직의 질환이 1,100만건으로 4위, 치아우식증이 800만건으로 7위, 치은염 및 치주질환이 750만건으로 9위를 차지하였다.
- 그러나 요양급여비용 순위를 보면 구강병의 일부인 치수 및 치근단주위 조직의 질환이 4,240억원으로 전체 질병중(외래) 단일 건으로는 가장 많은 급여비용이 지출된 질병이었다.
- 질병의 진행과정에서 보면 치수 및 치근단 질환은 주로 치아우식증을 적절한 시기에 치료를 받지 못하고 방치된 경우 발생하는 질병으로, 이 질병의 청구건수가증가하고 요양급여액에서 치아우식증보다 많다는 의미는 구강질환이 심각하게 방치되고 있다고 할 수 있다.

- 치아우식증과 치주질환(치은염포함)은 다른 일반 질병에 비하여 예방법이 확립되어 있음에도 불구하고 전체 건강보험 요양급여액 중 차지비중이 높은 것은 현재와 같은 질병관리 방법으로는 한계가 있다고 보아야 한다는 것을 의미한다.
- 따라서 예방을 급여화 항목에 포함시키는 등 일련의 시행을 통하여 중장기적으로 급여비용을 효율적으로 지출하고 국민의 구강건강수준은 올려야 한다.

표 4 . 2004년도 질병 소분류별 요양급여실적

질병분류	청구건수	건수순위	요양급여액(천원)	급여순위
본태성고혈압	19,427,094	1	304,864,752	2
급성편도염	14,468,629	2	231,690,911	5
급성기관지염	14,329,329	3	251,047,736	3
치수 및 치근단주위 조직의 질환	11,431,039	4	424,110,093	1
다발성 및 상세불명 부위의 급성상기도 감염	9,318,661	5	145,227,403	11
급성 코인두염	8,011,525	6	108,246,718	16
치아우식증	7,990,652	7	246,678,302	4
급성 인두염	7,825,054	8	121,842,182	13
치은염 및 치주질환	7,377,159	9	188,826,178	6
인슐린 비의존 당뇨병	7,003,480	10	147,391,500	10

- 우리나라 국민의 현존하는 자연 영구치아 개수는 35-44세 성인에서 26.7개로 이미 평균 1.3개의 영구치아가 상실된 상태이며, 65-74세 노인의 경우 평균 12.2개 치아가 상실된 상태이다.

표 5 . 연령계층별 현존하는 자연 영구치아 갯수(제3대구치제외)(단위: 개)

연령계층	전국	대도시	중소도시	농촌
35-44세	26.70	26.79	26.69	26.28
45-54세	24.85	24.99	24.78	24.40
55-64세	20.88	21.58	20.25	20.37
65-74세	15.76	17.24	15.44	13.78
75세 이상	10.17	10.97	9.55	9.95

자료: 2000년 국민구강건강실태조사

- 우리나라 국민의 주된 치아상실원인은 치아우식증과 치주질환이며, 특히 치주질환으로 인한 치아상실은 35세 이후 급격히 증가하는 양상을 보이고 있다.

표 6. 연도별, 조사자 별 영구치아 발거원인 질병 비중

조사자	조사연도	영구치아 발거원인 질병(%)		조사방법
		치아우식증	치주질환	
1)	1980	87.7	7.9	검진 시 문진
2)	1990	85.3	8.5	검진 시 문진
3)	1995	75.2	21.2	검진 시 문진
4)	1998	46.5	41.1	치과의사 대상 설문
5)	2003	53.6	36.0	발거치아 관찰

자료:

- 1) 강신영 등. 한국인 발치수요와 원인비중에 관한 조사연구. 대한구강보건학회지 1983.
- 2) 김종배 등. 한국사람의 발치원인비중에 관한연구. 대한구강보건학회지 1995.
- 3) 노인기 등. 한국사람발치원인비중에 관한연구. 대한구강보건학회지 1998.
- 4) 최원철. 도시권 일차구강진료수령자의 영구치아발거원인비중에 관한 조사연구.
서울대학교 대학원 박사학위논문. 1999.
- 5) 전재규 등. 전라북도 도민의 영구치발거원인비중. 대한구강보건학회지 2003.

표 7 . 연령군별 영구치아 발거원인질병 비중(%)⁵⁾

연령군	치아우식증	치주질환	우식증+ 치주병
6-14	63.2	0.0	0.0
15-19	78.3	3.8	0.0
20-24	57.6	12.6	1.0
25-29	53.2	7.3	0.9
30-34	59.2	13.8	2.0
35-44	54.5	28.7	3.7
45-54	51.5	36.7	7.3
55-64	49.5	40.1	8.7
65-74	49.5	34.9	14.1

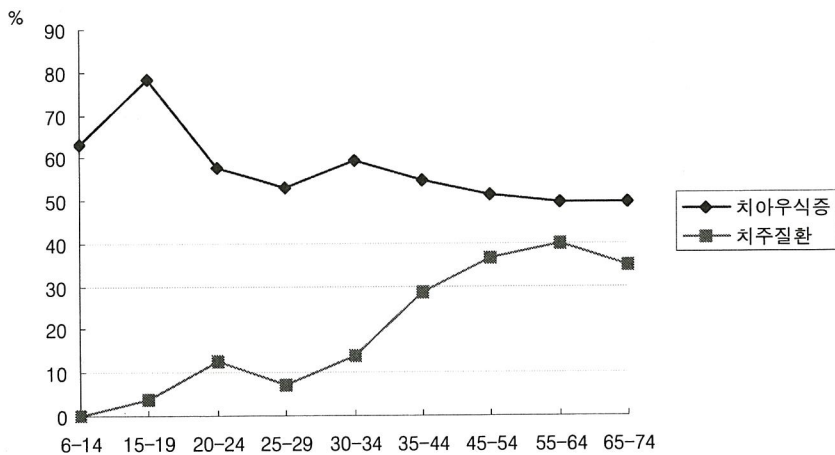


그림 23. 연령군별 영구치아 발거원인질병 비중(%)⁵⁾

- 국민의 구강건강증진을 위한 국가구강보건 정책목표는 치아우식증과 치주병 억제 및 현존 치아수 증가에 초점이 맞춰져 있다.

표 8 . 2010년 구강보건정책목표

구강보건정책목표		2000년	2010년
현존 자연치아 수 증가목표(65세 ~ 74세)		16.0개	19.0개
치아우식증 5세 우식경험유치지수		5.5	5.0
발생예방목표 12세 우식경험영구치지수		3.3	2.8
치아우식증 5세 우식유치율		47%	30%
악화예방목표 12세 우식영구치율		31%	10%
치주질환 발생 및 15세 ~ 19세 치면세마필요자율		43%	30%
악화예방 목표 35세 ~ 44세 치면세마필요자율		77%	60%

- 치아우식증과 치주병 억제 및 현존 치아수를 증가시키려면 예방항목의 급여화가 우선된다고 할 수 있다.

■ 치과건강보험에서의 예방진료 요양급여에 관한 법적 고찰

- 국민건강보험법 제1조에 보면“이 법은 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진함을 목적으로 한다.”고 하여서 예방의 보험급여가 국민보건향상에 기여함을 분명히 하고 있다.
- 또한 동법 제39조 4호에는 가입자 및 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대하여 예방·재활의 요양급여를 실시한다고 명시하고 있다.
- 그러나 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 별표2(제9조관련)에 비급여대상을 언급하면서 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거와 치아우식증 예방을 위한 진료로 불소도포 치면열구전색 등을 질병과 부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시하는 행위로 나열하고 있다.
- 이는 국민건강보험 실시 취지에 부합되지 않는 조항으로 구강병의 특성을 충분히 이해하지 못한데서 기인한 것이라고 생각된다.

■ 치과건강보험에 포함되어야 할 예방진료

- 2004년도 건강보험심사통계지료에서 질병 소분류별 다발생 순위별 요양급여실적(외래)을 보면 다

빈도 청구건수 10위중 3개가 치과관련 질환으로 치수 및 치근단주위조직 질환이 1,100만건으로 4위, 치아우식증이 800만건으로 7위, 치은염 및 치주질환이 750만건으로 9위를 차지하고 있다.

- 그러나 요양급여비용 순위를 보면 구강병의 일부인 치수 및 치근단주위 조직의 질환이 4,240억원으로 전체 질병중(외래) 단일건으로는 가장 많은 급여비용이 지출된 질병임을 알 수 있다.
- 질병의 진행과정에서 보면 치수 및 치근단 질환은 주로 치아우식증을 적절한 시기에 치료를 받지 못하고 방치된 경우 발생하는 질병으로, 이 질병의 청구건수가증가하고 요양급여액에서 치아우식증보다 많다는 의미는 구강질환이 심각하게 방치되고 있다고 할 수 있다.
- 치아우식증과 치주질환(치은염포함)은 다른 일반 질병에 비하여 예방법이 확립되어 있음에도 불구하고 전체 건강보험 요양급여액 중 차지비중이 높은 것은 현재와 같은 질병관리 방법으로는 한계가 있다고 보아야 한다.
- 따라서 예방을 급여화 항목에 포함시키는 등 일련의 시행을 통하여 중장기적으로 급여비용을 효율적 지출하고 국민의 구강건강수준은 올려야 한다.
- 우리나라 국민이 가지고 있는 10대 만성질환 가운데에도 역시 치아우식증과 치주병이 포함되어 있는데, 더욱 심각한 문제는 성인에서 치아를 상실하는 원인중 약 88%가 치아우식증이나 치주병인 것을 조사되었다. 치아를 상실하고 나면 치아의 기능을 재활하기 위해서는 치아보철을 하여야 하는데 이는 모두 급여화대상이 아니기 때문에 국민의 경제적인 부담은 더욱 커진다.
- 국민이 경험하고 있는 다빈도 질병은 치아우식증과 치주병 관련 질병이므로 이 두가지 질병과 관련된 급여가 우선 고려되어야 한다.
- 현재 치아우식증과 치주병 치료의 대부분이 보험급여화 되어 있음에도 불구하고 매년 이와 관련된 부분에 요양급여비가 증가하고 있다는 의미는 현재의 요양급여체계로는 이 두가지 질환을 효율적으로 관리할 수 없다는 증거이므로 급여화 항목에 예방을 포함시켜 유병률을 줄여야 한다.
- 국민의 구강건강수준이 향상되면 보험재정이 절약이 됨과 아울러 치아우식증과 치주병으로 인한 치아상실이 줄어 들면서 보철에 대한 수요가 감소하고 고가의 비급여 항목을 급여항목으로의 전환에 따른 보험재정부담을 줄일 수 있다.
- 따라서 치아우식증을 예방하는 대표적 진료인 불소도포와 치아홈메우기, 치주병을 예방하는 치료

하는 진료인 치석제거 그리고 치면세균막관리가 급여화 대상이 될 수 있다.

■ 예방진료의 비용추계2)

1. 불소도포의 요양급여화에 따른 비용추계

1.1. 급여화 필요근거

- 불소를 이용은 치아우식증을 예방하는 효과적인 수단중 하나임
- 치아우식증의 약 30%가 평활면에서 발생
- 치아상실의 가장 큰 원인을 비중을 차지하는 질환이 치아우식증
- 치아우식증의 치료로 인한 건강보험급여 지급건수와 지출액수가 전체 질환의 가운데 10위 이내를 차지함 (우식충전, 치수치료 등)
- 불소도포로 치아우식증 예방과 아울러 건강한 치아유지와 우식치료로 인한 보험제정 절감효과 기대

1.2. 소요재정추계식

$\text{대상인구수} \times \text{예상수가} \times \text{연간적용횟수} \times \text{의료이용률} \times \text{보험자부담률}$

(1) 불소도포 대상인구수

- 인구수 : 2005년도 추계인구수를 반영
- 대상연령 : 만 2세에서 15세까지를 유치와 영구치에 대하여 효과적인 연령이라고 할 수 있어 이 연령층을 대상으로 고려

(2) 예상수가 (불소겔도포기준)

- 예상수가는 상대가치점수에 의한 행위료와 진찰료를 합산하여 계산

- ① 상대가치척도(RBRVS) 점수에(143.36) 점수당 수가(60.7원)를 곱하고 의원가산을 15%를 적용(8세 미만 30%추가가산) :

$$\text{척도점수}(143.36) \times \text{점수당 수가}(60.7\text{원}) \times 1.15 = 10,007\text{원}$$

- ② 의원기준 초진료 :

$$\text{척도점수}(106.06) \times \text{점수당 수가}(60.7\text{원}) = 10,080\text{원}$$

- 예상수가 : 10,007원 + 10,080원 = 20,087원

2) 비용추계는 “치과건강보험 급여확대 우선순위선정을 위한 합리적 방안 연구”보고서(2006) 를 인용하였음

(3) 연간적용횟수

- 개인의 치아우식활성도에 따라 적용주기가 달라지지만 평균적으로 6개월에 1회씩 도포한다고 가정하여 연 2회로 계산함

(4) 의료이용률

- 기존자료에 의한 의료이용률과 추정치를 계산함
 - ① 전국구강건강실태조사(2000)에 의한 치과이용률 : 36%
 - ② 한국구강보건의료연구원에서 조사한(2002) 최근 1년간 치과이용률 : 22%
 - ③ 급여화에 따른 수요증가를 예상한 추정치 : 50%

(5) 보험자부담률

- 현행 의원급 보험자 부담률인 70%를 적용

1.3. 소요재정

- 2세에서 15세를 대상으로 불소도포를 급여화할 경우 의료이용률을 고려하지 않은 전체대상인구에 대한 보험자부담 소요재정은 2,632억원이 추계되었으며, 의료이용률 22%적용시 연간 약 579억원 정도 재정이 소요될 것으로 추정됨

표 9 . 불소도포 급여화에 따른 보험자 소요재정추계

연령	인구수	예상 수가 (원)	연간 적용 횟수	보험자 부담률 (%)	의료이용률에 따른 소요재정 (단위 : 백만원)			
					22%	36%	50%	100%
2-15	8,912,034	20,087	2	70	57,917	94,774	131,630	263,261

1.4. 추계된 소요재정과 관련한 고려요인

- 불소도포주기는 우식활성에 따라 3, 6, 12 개월 등으로 다양하기 때문에 실제 급여화시 이에 대한 검토가 필요함
- 불소로 인한 치아우식증을 예방효과가 약 30%정도임을 감안하면 불소도포의 보험급여화는 단기적으로는 보험재정을 증가시키지만 장기적으로 치아우식증과 치수 및 근단치치료에 소요되는 보험재정을 현재보다 감소시킬 것으로 예상됨

2. 치면열구전색의 영양급여화에 따른 비용추계

2.1. 급여화 필요근거

- 치면열구전색은 치아우식증을 예방하는 효과적인 수단중 하나로 전색제가 열구부위에서 탈락하지 않고 남아있는 한 치아우식증이 거의 발생되지 않음
- 치아우식증의 약 60%가 교합면 혹은 협설면 열구부위에서 발생
- 치아상실의 가장 큰 원인을 비중을 차지하는 질환이 치아우식증
- 치아우식증의 치료와 주로 치아우식증 미처치로 발생하는 치수 및 치근단주위조직의 질환에 대한 건강보험급여 지급건수와 지출액수가 감기 등을 포함한 전태 질환의 가운데 10위 이내를 차지함
- 치면열구전색으로 치아우식증을 예방하면 건강한 치아유지와 우식치료로 인한 보험제정 절감효과 기대할 수 있음

2.2. 소요제정추계식

$$\text{대상인치아수} \times \text{예상수가} \times \text{의료이용률} \times \text{보험자부담률}$$

(1) 치면열구전색 대상치아수

○ 대상치아수 = 인구수 × 연령별 건전치아수

① 인구수 : 2005년도 추계인구수를 반영

② 연령별 건전치아수 : 일반적으로 대상연령을 만3세에서 25세 정도까지를 고려할 수 있으나 영구치의 경우 6-14세에서 대부분의(80%이상) 우식이 발생하는 제1대구치와 제2대구치, 그리고 유치의 경우 3-9세에서 제1유구치와 제2유구치를 고려함. 전국실태조사자료(2000년)에 근거하여 3-14세 까지의 각 연령별로 건전치아를 반영함

표 10. 연령별 건전 제1유구치와 제2유구치 수

연령	인구수	건전치아수	
		제1유구치	제2유구치
3	513,930	0.00	0.00
4	594,759	0.00	0.00
5	613,603	0.57	0.40
6	620,072	0.69	0.44
7	637,655	1.36	0.83
8	666,793	2.32	1.49
9	686,634	3.08	2.28

표 11. 연령별 건전 제1대구치와 제2대구치 수

연령	인구수	건전치아수	
		제1대구치	제2대구치
4	594,759	0.07	0.00
5	613,603	1.34	0.02
6	620,072	3.27	0.01
7	637,655	3.34	0.01
8	666,793	3.01	0.03
9	686,634	2.78	0.35
10	700,562	2.57	1.27
11	705,887	2.26	2.19
12	706,437	2.18	2.94
13	693,704	1.96	2.98
14	663,735	1.98	2.79

(2) 예상수가

○ 예상수가는 상대가치점수에 의한 행위료와 진찰료를 합산하여 계산

- ① 상대가치척도(RBRVS) 점수에(146.21) 점수당 수가(60.7원)를 곱하고 의원가산을 15%를 적용한 후 러버댐 장착료를 합함 (8세미만은 30%추가 가산):

가. 척도점수(146.21) X 점수당 수가(60.7원) X 1.15 = 10,206원

나. 러버댐 : 2,484원 (2,160원 +가산을 15%)

- ② 의원기준 : 1회 방문시 2개 치아에 치면열구전색을 한다고 가정하고 해당치아의 1/2은 초진료를 나머지 1/2은 재진료를 적용함

가. 초진료 : 척도점수(166.06) X 점수당 수가(60.7원) = 10,080원

나. 재진료 : 척도점수(110.11) X 점수당 수가(60.7원) = 6,680원

○ 예상수가 :

- ① 초진료 적용시 : 10,206원 + 2,484원 + 10,080원 = 22,770원

- ② 재진료 적용시 : 10,206원 + 2,484원 + 6,680원 = 19,370원

(3) 의료이용률

○ 기존자료에 의한 의료이용률과 추정치를 계산함

- ① 전국구강건강실태조사(2000)에 의한 치과이용률 : 36%
 ② 한국구강보건의료연구원에서 조사한(2002) 최근 1년간 치과이용률 : 22%
 ③ 급여화에 따른 수요증가를 예상한 추정치 50%

(4) 보험자부담률

○ 현행 의원급 보험자 부담률인 70%를 적용

2.3. 소요재정

- 6세에서 14세까지 제1대구치와 제2대구치에 대하여 치면열구전색을 보험급여화할 경우 이론적으로 첫해에 100%의 모든 진료료가 소비된다고 가정한 보험자 부담액은 5,364억원이 추계되었으며, 의료이용률 22%를 적용하면 1,180억원의 재정이 필요할 것으로 추계됨

표 12. 치면열구전색 급여화에 따른 보험자 소요재정추계

연령	대상치아	의료이용률에 따른 보험자부담액 (보험자부담 70%, 백만원)			
		22%	36%	50%	100%
3-9	건전 제1,2유구치	33,464	54,760	76,056	152,112
6-14	건전 제1,2대구치	84,547	138,349	192,152	384,304
합계		118,011	193,110	268,208	536,417

2.4. 추계된 소요재정과 관련한 고려요인

- 추계된 금액은 첫해에 대부분의 진료료가 소모된다는 가정이므로 두 번째 해부터는 새로 진입하는 연령층만 해당되므로 의료이용률 22% 적용시 100억원 미만일 것으로 예상됨
- 치면열구전색으로 인한 치아우식증을 예방효과는 재료가 탈락되지 않고 열구부위에 남아있는 한 우식효과가 지속되며, 열구부위에서 발생하는 치아우식증이 전체 우식의 60%이상임을 감안하면 치면열구전색의 보험급여화는 단기적으로는 보험재정을 증가시키지만 장기적으로 치아우식증과 치수 및 근단치료에 소요되는 보험재정을 현재보다 상당히 감소시킬 것으로 예상됨
- 2000년도 전국실태조사자료를 재분석한 결과에 의하면 전체 충전치료에서 제1대구치와 제2대구치가 차지하는 비율이 약 75%정도이었고, 문헌검토결과 교합면 우식발생 비율이 약 60%, 치면열구전색의 우식예방효과가 65% 정도라고 보면, 장기적으로 보험재정 감소효과는 약 30%정도로 볼 수 있어서, 2004년도 건강보험심사통계지표에 의한 치아우식증으로 인한 요양급여비용은 (보험자 부담액) 1,708억원, 치수 및 치근단 주위조직의 질환은 2,950억원에서 30%인 약 1,400억원 이상의 보험자 부담을 감소시킬 수 있을 것으로 예상됨
- 나아가 전체 치아발거에서 제1대구치와 제2대구치가 차지하는 비중이 약 59%나 되므로(2000년 전국실태조사자료 재분석), 치면열구전색 급여화로 3단위이상 계속가공의치 필요를 대폭 감소시켜, 국민의 삶의 질을 높이고 구강진료비 부담은 감소될 것으로 예측됨

3. 치석제거의 요양급여화에 따른 비용추계

3.1. 보험급여화 필요근거

- 치주질환은 치아우식증과 더불어 치과의 양대 질환 중 하나로 뇌혈관질환 및 관상동맥질환, 당뇨병, 저체중아 조산, 사망률 등 전신질환과의 관련성도 보고되고 있는 등 중요성이 매우 큼
- 우리나라 성인의 약 70~90%가 치석부착 혹은 치주낭 형성자임
- 치석제거는 치주질환 치료와 예방을 위한 기본적인 술식임

- 2001년 7월 이후 치석제거 급여 기준을 축소하여 치주질환에 대한 처치가 크게 위축되어 국민구강건강악화와 의료비 증가의 원인이 되고 있음

표 13 . 치과외래의 행위별 연간 급여비 추이 (백만원)

	급여비용(백만원)		
	2001년	2002년	2003년
치석제거	97,338	23,490	23,503
기타 치주치료항목	25,635	22,562	23,173
치면세마	441	821	604
치근활택술	1,236	4,790	5,787
치주소파술	18,557	11,285	11,586
치은박리소파술	4,023	4,761	5,196
치주치료후처리	1,378	905	994
발수	28,860	30,338	32,735
발치술	15,920	18,925	20,614
와동형성	15,619	15,579	16,236

- 현재는 치료목적의 치석제거도 급여가 제한되어 있음. 이는 법적으로 비급여의 근거가 없으며 과거 치석제거의 급여가 재정 문제로 축소되었던 만큼, 재정이 확보되는 대로 최우선적으로 급여 기준을 환원시키는 것이 바람직할 것이며, 예방목적의 치석제거는 다른 비급여 항목들과 우선순위를 비교하여 결정하는 것이 적절할 것임
- 그런데, 과거와 같은 방식으로 치료목적의 치석제거와 예방목적의 치석제거를 구분하여 급여하는 것은 의료공급자가 이를 구분해야 하므로 급여 기준에 대한 소비자의 민원이 다수 발생될 수 있음. 또한 의료공급자가 치석제거를 회피하게 되어 치주질환치료 전체가 위축되는 결과를 발생시킴. 또한 치주질환 예방 및 유지관리를 위한 정기적 치석제거의 효과(코크란리뷰 2005)는 치주질환 유병률이 높은 국가에서는 효과적이며, 특히 개인구강위생교육을 함께 수행했을 때 더욱 효과적으로 밝혀져 있음. 따라서 치석제거에 대해 전면적으로 급여하는 방안에 대해서도 적극적으로 고려할 필요가 있음
- 영국, 대만, 일본 등 외국의 사례를 검토한 결과 치주치료가 우리나라에 비해 활성화되어 있었음. 치료목적의 치석제거에 대해서는 제한없이 모두 급여하고 있었으며 치석제거의 급여시 개인구강위생교육을 필수적으로 함께 수행하도록 요구하고 있었음. 또한 일본의 경우 유지관리치료(SPT)에 대해 별도 급여를 하고 있음. 우리나라의 치석제거 수가는 다른 외국과 비교시 다소 높은 수준에 속하며, 치근활택술의 수가는 극히 낮은 형편임
- 현재 우리나라 개원의들은 치료목적의 전악치석제거 중 절반 이상을 비급여로 청구하게 되면서 치주치료가 매우 위축되어있는 실정이며, 대부분 개인구강위생교육을 치석제거시 함께 수행하고는 있었으나 단순한 악모형을 이용한 시범 정도에 그치고 있어 이를 활성화하는 것이 필요함
- 우리나라 국민의 대부분이 고통받고 있는 치주질환의 치료 및 예방을 위해 치석제거 급여확대가 시급히 요청되며, 개인구강위생교육을 치석제거 진료 내용에 포함시켜 활성화하는 방안에 대해

여 적극 검토하는 것이 필요할 것임

3.2. 치석제거 재정추계

추계식

치석제거 전면 급여시 추가 소요액

$$= \text{치석제거 급여시 소요액(A)} - \text{기존 치석제거 급여비(B)} + \text{진찰료 추가 소요액(C)}$$

(1) 치석제거 급여시 소요액(A)

치석제거 급여시 소요액

$$= \text{치석제거필요자율(연령군별)} \times \text{2005년도 총인구수(연령군별)} \\ \times \text{치석제거보험수가(중별가산15\%적용)} \times \text{보험자부담율(70\%)} \\ \times \text{치과병의원의료이용률(각각 22\%, 36\%, 50\%, 100\% 적용)}$$

- 고려사항

- 대상 인구는 통계청 2005년도 총인구조사의 총인구수를 적용
- 치석제거필요자율과 치석제거필요부위 수는 2000년도 국민구강건강실태조사의 건강보험가입자에 대한 값임. 단, 18세 미만은 건강보험가입여부가 조사되지 않았으므로 전체 대상자의 해당 값을 적용
- 치석제거의 단가는 2006년 급여 수가인 1/3약당 6,267원을 적용
- 장년, 노인 연령대의 경우 평균영구치아수가 45-54세가 26개, 55-64세가 21개, 65-74세가 16개, 75세 이상이 10개로 전체 치아를 대상으로 치석제거를 하더라도 2~5부위(1/3약 기준)에 대해서만 청구하게 됨. 따라서, 45-54세는 5부위, 55-64세는 4부위, 65-74세가 3부위, 75세 이상이 2부위에 대해 계산함

표 14 . 치석제거필요자율을 적용한 치석제거 재정추계

연령	총인구수	치석제거 필요자율 (%)	치석제거 필요자수 (명)	공단부담금 70% 적용 (단위: 백만원)			
				의료이용률 22%	의료이용률 36%	의료이용률 50%	의료이용률 100%
12	706,437	27	189,749	1,099	1,798	2,497	4,994
13	693,704	33	230,310	1,334	2,182	3,031	6,062
14	663,735	37	243,657	1,411	2,309	3,207	6,413
15-19	3,076,412	54	1,650,495	9,558	15,640	21,722	43,443
20-24	3,831,616	63	2,411,236	13,963	22,848	31,734	63,467
25-29	3,862,253	70	2,689,287	15,573	25,483	35,393	70,786
30-34	4,358,523	75	3,289,813	19,050	31,173	43,296	86,592
35-44	8,469,035	80	6,785,391	39,292	64,296	89,300	178,601
45-54	6,849,248	88	6,043,092	29,161	47,719	66,276	132,552
55-64	3,742,943	90	3,362,286	12,980	21,240	29,500	59,000
65-74	2,581,141	89	2,292,569	6,638	10,862	15,086	30,172
75-	1,443,878	85	1,228,307	2,371	3,880	5,388	10,777
전체			30,416,191	152,429	249,430	346,430	692,861

(2) 기존 치석제거 급여비(B)

- 2003년도 빈도자료에 2006년도 수가(종별가산 15% 적용)를 적용하여 계산
 - 2003년도 치과외래 치석제거 빈도: 3,552,918건
 - 2006년도 치석제거 수가: 6,267원
 - 치과의원 종별가산 15% 반영
 - 기존 치석제거 급여비: 22,266,137,106원

(3) 진찰료 추가 소요액 산정(C)

진찰료 추가 소요액
 = 치석제거 추가 소요액/치석제거 전악 수가×진찰료 수가×보험자부담율

- 진찰료(초진) 10,080원 적용
- 치석제거 추가 소요 재정에 대해 치석제거(1/3악당) 6건 당 1번의 초진료가 발생한다고 가정했을 때임

표 15. 진찰료 추가 소요액

	공단부담금 70% 적용 (단위: 백만원)			
	의료이용률 22%	의료이용률 36%	의료이용률 50%	의료이용률 100%
추가소요 초진료 총액	34,893	66,865	92,868	187,736

3.3 소요 재정

- 치석제거 전면 급여시 추가 소요액: A - B + C
- 치석제거를 급여화하고 이론적으로 모든 국민이 치석제거를 일년에 2회 모두 받는다고 가정한 보험자 부담액은 1조 7,126억원이 추계되었으며, 실제로 진료가 100% 소비될 가능성은 희박하므로, 의료이용률 22%를 적용하면 3,301억원의 재정이 필요할 것으로 추계됨

표 16 . 총 소요 재정

		공단부담금 70% 적용 (단위: 백만원)			
		의료이용률 22%	의료이용률 36%	의료이용률 50%	의료이용률 100%
추가재정총액 (진찰료포함)	연1회	165,056	294,029	417,032	856,330
	연2회	330,112	588,058	834,064	1,712,660

3.4. 추계된 소요재정과 관련한 고려요인

- 일반적으로 치석제거는 6개월에 한번이상을 권고하므로, 실제 급여화시 연 2회이상 진료가 소비될 것으로 추계하였음
- 치석제거필요자율은 2000년도 국민구강건강실태조사의 지역사회치주요양필요지수(CPITN)를 이용하여 산출한 값으로, 6분악을 대표하는 치아(index tooth)를 6분악별로 1개씩 선정하여 건강(0점), 출혈치은(1점), 치석부착(2점), 천치주낭(3점), 심치주낭(4점)에 대한 점수를 매김. 이때 어느 한 부위만 치석이 존재하더라도 치석제거필요자에 해당하게 됨. 즉, 치석제거필요자가 모두 전악치석제거를 하는 것은 아님에도 불구하고 현재는 일률적으로 6부위로 계산한 것이므로 과잉추계가 될 것으로 예상됨
- 의료이용율은 치과병의원 의료이용률 22, 36, 50, 100%를 적용했으나 예방 목적 치석제거를 위해 내원하는 비율은 더 낮을 것으로 생각됨
- 추가 진찰료의 경우도 예방목적의 치석제거 만을 위해 신규로 추가 내원한 경우만을 고려해야하나 일률적으로 치석제거(1/3악당) 6건 당 1회의 초진료를 산정하여 계산하였으므로 과잉추계되었을 가능성 있음

■ 치과건강보험에서의 예방진료 급여화 고려사항

(1) 법적근거가 마련되어 있는가?

건강보험의 모범이라고 할 수 있는 국민건강보험법에 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시한다고 하였으므로 예방진료 급여화에 있어 법적 기초는 마련되었다고 볼 수 있다. 그러나 실제 운영에 관여하는 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙에 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거와 치아우식증 예방을 위한 진료로 불소도포 치면열구전색 등을 비급여로 구분하면서 예방진료 급여에 제동을 걸고 있다. 따라서 이런 운영에 관한 규칙을 개정하기 위해서는 제한근거로 삼고 있는 “예방진료로서 질병, 부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시되는 행위”에 구강병 예방진료가 포함되는 것이 부적절하다는 지적과 함께 설득과 홍보가 필요하다.

(2) 구강병의 상태가 심각한 수준인가?

질환의 심각성은 여러 가지 기준에 의하여 평가할 수 있다. 예를 들면, 얼마나 생명에 위협을 초래하는가? 얼마나 많은 사람에게 이환되어 있는가? 얼마나 많은 비용을 초래하는가? 등등을 열거할 수 있다.

본론에서 언급한 바와 같이 예방급여가 필요한 구강병은 치아우식증과 염증성 치주질환이라고 볼 수 있다. 구강병은 어떤 기준에 의해 심각하다고 할 수 있겠는가? 단일질환으로는 가장 높은 요양급여액을 차

지하고 있는 질병이다. 요양급여액 중 많은 비중을 차지하는 질환으로 국민건강보험비를 가장 많이 소비한다고 본다면 보험재정에 큰 영향을 주는 질환이라고 볼 수 있다. 보험재정적 측면에서 가장 심각히 다루어야 할 질환이다. 요양급여 청구액 뿐만 아니라 다빈도 청구전수에서도 상위를 차지하고 있다. 치아우식증과 치주병은 국민이 의료기관을 가장 자주 찾게하는 질병인 것이다. 즉 널리 퍼져있어서 많은 국민들을 괴롭히는 심각한 질환이라고도 볼 수 있다. 또한 국민들이 치아를 상실하게 하는 대부분의 원인이고 상설로 인한 재활비용이 수조원대로 추산되고 있어 가정경제에 심각한 영향을 주는 질환이라고도 볼 수 있다.

(3) 예방급여화의 목적이 무엇인가?

정확한 분석자료는 없지만 재정추계와 예방효과에 관한 이전 연구를 고찰해 볼 때 예방진료의 보험급여화는 단기적으로 치과의사에게 경제적 이익을 가져다 줄 수 있지만 중장기적으로 볼 때 결과적으로 치과의사의 보험진료수입을 감소시키는 원인이 될 가능성이 높다. 그럼에도 불구하고 치과관련단체가 계속적으로 예방진료 급여화를 요구하는 이유는 현재의 구강병 상태에 따른 해결책을 제시하는 직업적 윤리에 기초한다고 볼 수 있다. 요양급여화 전략이란 국민이 부담없이 진료소비를 촉진할 수 있도록 도와주고 이에 따라 건강한 신체를 유지 증진하는 것이다. 많은 국민이 이환되어 있고 국민보험재정에 상당한 영향을 초래하고 국민의 가정경제에 부담을 가중시키는 질환이라면 요양급여화가 당연하다.

(4) 실현가능한 요구인가?

실현가능성이라는 측면에서는 보면 우선 재정이 가장 큰 고려요인이라고 볼 수 있다. 희망대로 예방진료가 요양급여화되고 국민이 치과의료기관을 예방목적으로 36% 이용한다고 가정하면 시행 첫해의 소요재정은 대략 불소도포 950억원, 치면열구전색 1,900억원, 치석제거 3,000억원을 합하여 5,850억원으로 여기에 치면세균막관리까지 추가되면 치과병의원 총요양급여비지출 6,600억원(2004년 보험자부담기준)을 훨씬 초과하게 될 것이다. 합리적인 목적과 질환의 심각성을 고려하더라도 시행 첫해의 예상 추가소요재정이 이전 총액을 초과한다면 이는 무리가 있는 요구라고 생각된다. 하지만 단순히 예상총액이 크다고 해서 현 상황을 무시하고 그저 안 된다고 단정짓는 태도 또한 바람직하지 않다. 목적이 합리적이고 심각한 질환임을 고려할 때 과연 실현할 수 있는 방법은 무엇일지부터 긍정적 측면에서 고민하는 것이 바람직하다.

예를 들어 국가가 경찰력을 동원해 운전자의 안전띠 착용을 단속하는 이유를 생각해 볼 수 있다. 안전띠는 생명을 보호한다고 홍보하는 것으로 국가의 의무를 다했으며 이후 운전자가 안전띠를 매지 않아서 부상을 심하게 당한 것은 본인의 잘못으로 몰아세워도 아무 문제없을 듯한데, 교통사고 처리 등 사건 사고에 모든 인력을 투입해도 손이 모자라는 경찰공무원을 투입해서 안전띠를 착용했는지 여부를 꼼꼼히 조사하는 이유는 부상 사망으로 인한 개인의 손실이 결국 국가적 손실로 이어진다는 점을 높이 평가하는데 있다. 또 다른 예는 자동차보험에서도 찾을 수 있다. 이윤을 극대화하기로 소문난 자동차보험회사는 자동차에 에어백 등 안전장치를 장착하면 보험료를 일정액 할인해 준다. 예방이 궁극적으로는 보험회사의 이익을 가져다 준다는 증거를 가지고 있기 때문이다.

앞서 언급한 바와 같이 예방은 모든 국민을 대상으로 하기 때문에 소요재정에 신중을 기하지 않을 수 없다. 하지만 국민 대부분이 경험하고 국가적 손실을 유발하는 질환이고 예방이 확실한 질환이라면 초기 소요재정을 조절하는 방향으로 요양급여화를 시작해 보는 것이 바람직하다. 초기 소요재정을 조절하는 방법으로는 진료와 질병에 특성에 따라 대상자를 다양하게 구분하는 방법이 있다. 다발성질환을 가진 상위 10~20%를 대상으로 하는 방법이 있을 수 있고, 경제수준을 고려하는 방법, 취약연령계층을 고려하는 방법, 다빈도 치아를 우선적으로 고려하는 방법 등도 생각해 볼 수 있다.

현대의치원론(現代醫齒原論)-2¹⁾

나카하라 센 (中原 泉)²⁾

제4장. 의치분수령(醫齒分水嶺)시대(2) : 1885-1892

은연공연(隱然公然) 입치사 잔당(殘黨) 의사시험면허제도가 확립되자 그동안 내재(內在)해 있던 문제가 드러나기 시작했으니, 이는 무면허 구중요치자(口中療治者)에 대한 대책이었다. 당시까 지도 에도(江戸)시대의 향구사(香具師)를 중심으로 입치사, 치발구중요치자(齒拔口中療治者)가 잔당 처럼 퍼져 공공연히 혹은 은연중에 영업을 계속하고 있었다. 그들은 속칭 종래가(從來家), 전통가(傳統家), 재래가(在來家)로 불리면서 나름대로 한방치료를 널리 행하고 있었다. 당시는 문명개화시대로 모든 것이 서양식에 몰들어 양방의(洋方醫)는 문전성시를 이루고 한방의(漢方醫)는 경제적 압박에 호구지책조차 어려운 자도 적지 않았다. 그들 중에는 시대 변화를 민감하게 깨닫고 파도처럼 밀려 오는 서양의술을 공부하여 개업시험에 도전하는 자도 있었다. 메이지 초기 이미 많은 문하생(門人)을 두고 일류 문호(門戶)를 이루었던 도변양계(渡邊良齊)나 이택도성(伊澤道盛)도 젊은 서양 치과의 사에게 배우기를 청할 정도였다.

그러나 대개는 시대 흐름에 둔감하여 서양의학의 필요성을 거부했다. 가치관의 격렬한 변동이 나 새 시대의 요구에 대응하기는커녕 그 의미도 알지 못한 채 갈팡질팡하고 있었다. 이것이 당연한 것이었을까. 독일에서 귀국하여 소변(小幡) 다음으로 서양치과 개업을 했던 장곡천보병위(長谷川保兵衛)처럼 새로운 법령을 무시하고 끝내 비(非)면허자로 남는 경우도 있었다. 대부분 소양이나 능력이 부족하여 새 제도의 rule에 맞지 않는 자였는데, 전업(專業)도 하지 않고 무면허 상태의 영업기 득권자로 남았다. 지방청은 그들의 요치(療治)에 의존할 수밖에 없는 실정에서 하루아침에 영업을 정지시킬 수도 없고, 면허를 가진 치과의사가 있는 상황에서 그들을 언제까지나 방임할 수도 없는 dilemma에 빠져있었다.

봉쇄작전 감찰제도 시험에 합격하여 면허를 취득해야 의술개업을 할 수 있는 제도에서 무면

1) 이 글은 “中原泉. 現代醫齒原論 - 齒科醫師へのアプローチ. 書林. 1979”의 4~8장을 번역한 것이다. 일본에서 메이지유신 이후 서양식 교육을 받은 치과의사의 등장 과정과 외사와의 갈등관계 등을 다룬 1~3장까지의 내용은 大韓齒科醫史學會誌 1998; 17(1):85-102에 게재되어 있다. 내용의 오류나 미흡한 부분은 역자의 부족함 탓이다(역자 註).

2) 1941년 일본 鎌倉출생, 1965년 일본치과대학 졸, 1979년 일본치과대학 교수, 저서로는 新齒科概論, 新常用齒科辭典, 標準齒科用語集, Dental Panel 全 8卷, 浮世繪로 보는 齒科風俗史 등이 있다(역자 註).

허영업자는 분명 법률위반이다. 법률을 지키게 해야 할 정부는 그들을 취체(取締)³⁾해야 했다. 1885년 3월, 내무성은 입치치발구중요치접골영업자취체방(入齒齒拔口中療治接骨營業者取締方)을 전국에 통달(通達)했다⁴⁾.

이는, 무면허자의 신규개업은 허가하지 않되 기존 개업하고 있는 영업기득권자는 소정의 수수를 거쳐 감찰을 주어 지역에서 제한된 영업을 허가하는 행정조치였다. 고시를 받은 각 지방청에서는 나름대로 취체규칙을 만들고 특히 업무에 대해 엄격히 제한하였다. 예를 들어 시즈오카현(靜岡縣)은 “입치영업자는 입치이외의 시술 불허(不許). 치발(齒拔)영업자는 치발(齒拔)과 입치술 이외의 시술 불허. 구중요치(口中療治)영업자는 치은파혈(破血), 우치요치(齧齒療治) 및 입치발치 시술 이외의 시술 불허. 각 영업자는 약법(藥法) 지시나 약제 사용을 불허”하여 철저히 영업을 제한했다. 다른 부현(府縣)도 대동소이하였다.

이는 입치치발구중요치영업자를 강력히 봉쇄, 근절하려는 결정적 조치였다. 감찰제도로 무시험 무면허자를 구별하였고, 감찰에 의거 영업하던 그들은 폐업과 사망으로 차차 감소하여 소멸의 길을 밟았다. 구제도에서 신제도로 가는 과정의 냉엄한 과도적 현상이었다. 시대 변화에 따른 그들의 말로(末路)를 생각할 때 일말의 슬픔을 느끼지 않을 수 없다.

치과의술은 의사의 업무 여기에서 2가지 유의하여야 할 점이 있다. 첫째, 치과에 대한 행정 side의 기본 입장이 감찰제도에서 분명하게 드러났다. 내무성은 취체법 고시의 이유로 “입치치발구중과는 원래 의술의 하나인데 그동안 방임하여 일정한 규칙이 없었다. 지난해(客歲) 제85호 포고 및 제34호 고시로 의사의 업무를 확정하였으며, 입치치발구중과나 치과접골(接骨)은 외과의 일부로 의사의 업무이므로 그들 영업자가 의사규칙에 따름은 당연하다....”고 하였다. 무면허영업자 봉쇄작전의 이유를 언급하면서 치과는 의술의 하나(一技)이며 외과의 일부로 의사의 업무라고 명시하였으나 치과전문 의사의 업무라고 하지는 않았다. 의과도 치과전문도 같은 의사이므로 애매(曖昧)한 표현으로 오해하기 쉬우나, 여기에서 말하는 의사는 치과전문의사를 포함하는 의사 전체를 의미한다. 추후 법제화 단계에서 의(醫)-치(齒) 업무범위 문제가 최대의 논점이 되는데 이미 이 시기에 그 불씨가 지퍼졌던 것임을 기억해 두자.

대실책! 감찰자(鑑札者)의 공인(公認) 이는 두 번째 유의점으로 이어진다. 즉 구중요치(口中療治)를 의술, 의사업무로 보고 조건부, 잠정적이라고 하면서 치과의사가 아닌 자가 시행하는 것을 허가했다는 사실이다.

의사가 부족하여 어쩔 수 없이 산간(山間)이나 외딴 섬 등 무의(無醫)지역에 이력(履歷)에 따라가(仮)면허를 주는 한지(限地)개업의 제도는 있었으나, 입치치발구중요치자는 무의촌에 제한하지 않

3) 규칙, 법령, 명령 따위를 지키도록 통제함. ‘단속(團束)’ (역자 註).

4) [入齒齒拔口中療治接骨營業者取締方 (1885년 3월 23일, 내무성 고시 제7호 각 府縣宛)] 入齒齒拔口中療治接骨營業者는 1883년 10월 제34호 고시에 의거, 의술개업시험을 치러야 신규개업을 할 수 있다. 종래 영업자는 차제에 각 지방청에서 감찰(鑑札)을 받아 해당 취체법규에 따르도록 한다. 단, 기존의 취체를 받은 자는 재발급을 받지 않는다.

고 가(假)이나마 의술개업면허를 주었다. 비록 일부라고해도 비(非)치과의사에게 치과의술을 공인하였던 것이다. 무면허영업자를 봉쇄, 근절하려던 작전이 오히려 그들의 의료행위를 공식적으로 인정하는 결과가 되었다. 이렇게 치과의사와 입치치발구중요치자라는 두 종류의 치과의료담당자가, 한 쪽이 자연소멸하기까지 공존하게 되었다. 그렇지 않아도 치과의사를 입치사와 동일시하는 풍조가 이후로도 심각하였지만, 서양치과의학을 배우고 치과시험이라는 등용문을 거쳐 세간의 인식도 서서히 달라져가던 시기였는데 감찰영업자 공인(公認)이 치과의사에게 미쳤던 damage는 컸다. 치과의사 중에는 치과의 전진을 방해하고 역행하는 이 제도에 대해 이를 악무는(齒嚙み) 자도 적지 않았을 것이다.

“치과의학은 의학의 한 분과인 이상, 논리적으로 치과의학 전체가 의학이라 할 수 있다. 과연 치과의학의 일부 기술을 업무로 하는 입치사, 야사(野師)의 무리도 의사로 볼 수 있는가. 의학의 한 분과로서 치과의학은 모순이 심각하다. 정부도 인민도 당사자도 이 점에 있어서는 실로 정도가 지나치다(無茶極). 치과의(齒科醫)의 소양(素養)은 의사 쪽에 묶여 있고, 사실상 이론상 똑같은 의사로서의 자격은 무시당하고 있다. 해결해야 할 문제이다.”⁵⁾

이는 20년 후 어느 치과의사의 한탄이다. 치과의사만이 할 수 있는 행위의 일부를 입치야사(入齒野師)의 무리에 허가했던 대실책을 ‘정도가 지나치다’고 단정하였다. 고시(通達) 하나가 치과계에 미친 측량할 수 없는 minus를 여실히 보여준다.

감찰자의 취체(取締) 요구 1890년 무렵 동경부(東京府)에 치과의사는 40명인데 입치영업자는 140명이상이었다. 손발은 묶였어도 그들은 끈끈이 살아남아 있었던 것이다. 대부분 감찰에 의해 겨우 생계를 꾸리는 상태였으나 그중에는 뛰어난 상술로 치과의사에 비해 크게 번성하는 자도 있어 치과의사측을 크게 자극하였다. 비록 제한을 했다고 하지만 실제로는 치과의사와 유사한 업무였기에 허가된 범위를 벗어나는 경우도 적지 않았다. 치과의사가 늘어나면서 결국 도처에서 서로 문제가 발생하게 되고 ‘면허 측’ 대(對) ‘감찰 측’이라는 신구(新舊)세력의 싸움이 표면화되고 있었다.

번창족(族) 치과의사는 쇠망족(族)의 형편을 슬퍼할 여유조차 없었다. 그들에게 입치영업자는 자신들의 진료권을 위협하는 외적(外敵)에 불과했다. 자기 업권(業權)을 지키기 위해 이른바 불초(不肖) 선배인 그들 영업자를 고발하고 관청에 엄중한 취체를 요구하는 진정(陳情)이 전국으로 확대되었다. 특히 1897년 즈음에는 극독약(劇毒藥) 사용, 약액전투술(藥液電透術)로 불리우는 전기요법, 입치세공(細工)영업자에 의한 치료 등 지나친 위법행위가 빈번했다. 1896년 봄, 당시 치과의사단체 중 하나였던 일본치과의회(日本齒科醫會)는 간사 청산송차랑(靑山松次郎), 평강뢰일(平岡賴一), 제등영삼랑(齊藤英三郎), 중원시오랑(中原市五郎), 고교직태랑(高橋直太郎), 총원전(塚原傳) 등의 연명(連命)으로 “입치치발구중요치자 비(非)치과의 취체” 건에 관한 상신서(上申書)를 경시총감에게 제출하였다.

“오늘에 이르기까지 이들 영업자의 상황은, 정식 치과의와 동일한 간판을 걸기도 하고 입구에 감찰문서를 내걸지도 않은 채 치아치료소, 치료소(齒療所), 구중요치소(口中療治所) 등 애매한 문구를 사용하거나, 통상 문패에 공공연히 치과를 유추하게끔 써놓고 있다. 그들은 실로 법령을 무시하

5) 齒科學報 제9권 8호. 1904년 8월

고 위반할 뿐 아니라, 무단 수술을 시행하고, 위생상 환자에게 위해를 끼치는 자가 적지 않다. 법령의 이행과 공공 인민의 위해(危害)를 구제하기를 바란다”고 주장하는 추토문(追討文)이었다. 특히 각 부현(府縣)지사에게 “그들은 의술개업시험에 응할 학력이 없음은 물론 기술도 졸렬한 부랑(浮浪)의 무리로, 이 지방 저 지방 다니면서 도처에 해독을 퍼뜨리는 자도 적지 않다. 위생 관계 뿐 아니라 환자의 불행은 어떻게 할 것인지”라고 호소하고, 내무성 위생국장에게도 같은 취지의 상신서를 제출하였다.

치과의사로서는, 업무침범도 문제가 되지만 영업자의 존재 자체가 자신들에게 이중(二重)으로 주어진 낙인이었다. 사회 일반에서 이유 없이 천한 직업(賤業)으로 보는 시선에서 벗어나지 못하는 현상을 언제까지 견뎌야 하는지, 언제까지 발이 묶여야 하는지 분노하면서 치과의사의 고민은 1907년 무렵까지 계속되었다. 이처럼 입치치발구중요치영업자의 존재는 분수령시대 치과의사에게 내우외환(內憂外患)의 제 1 요소였다.

치과의사 양성을 무시 치과의학교육(醫育)기관 문제는 제2의 중요한 내환(內患) 요소였다. 치과시험을 보려면 2년 이상 수학(修學)해야 함은 이미 1884년에 정해졌으나 당시 치과의학교육기관은 전혀 없었다.

의과에는 이미 5년제로 약 1,000명의 학생을 교육하는 동경대 의학부를 필두로 지방에도 행정이 충실해지면서 의료방면에 힘을 쏟아 의학교를 설치하고 의사를 양성하였다. 사립병원 등도 부설 의학교에서 끊임없이 의사를 양성하고 있었다. 1882년에는 개정교육령에 의거, 의학교 통칙(通則)으로 의학교제도가 확립되어 수업연한 4년 이상의 갑종, 3년의 을종이 만들어졌다. 어떤 경우든 의학교 교사(教師)의 요건은 의학사(醫學士)였기에, 당시 유일하게 의학사 칭호를 주는 기관이었던 동경대 의학부의 졸업생이 모든 의학교로 가게 되었다. 최신의 독일의학을 배웠던 그들을 통해 전국적으로 독일의학이 급속히 침투했다. 1882년에 의학교는 관립대학 1곳, 공립 30곳, 사립 9곳 등 총 40교였다. 1886년 제국대학령에 의해 동경대 의과대학은 동경제국대학이 되면서 수업연한 4년이 되었다. 1887년에 제1에서 제5까지 고등중학에 의학부 설치, 1900년 교토(京都)제대 의학대학 창설, 1901년 5개 고등학교에 의학부 독립, 그리고 치바(千葉), 仙台, 오카야마(岡山), 金澤, 나가사키(長崎)의 의학교는 관립의학전문학교가 되었다. 칙령으로 부현(府縣)의 의학교가 폐지되면서 숫자가 감소하여 1901년에는 관립대학 2곳, 관립의전 5곳, 공립 3곳, 사립 13곳으로 총 22교였다.

이렇게 의과는 국가에서 관공립 중심으로 적극적으로 의사를 양성하였다. 정규 의학교에서 체계적인 서양의학교육을 받은 의사는 무시험 또는 시험을 거쳐 착실히 배출되어 의사사회를 파동처럼 넓혀나갔다. 의학교에서 치과의학은 가르치지 않았다. 부국강병정책으로 국가인명에 관계되지 않은 치과의학교육은 무시되었던 것이다. 의과에서는 법령 이전에 이미 교육기관이 경쟁적으로 세워졌으나 치과의 경우 독자적인 치과시험은 있으며 치과의학교 설립의 기미는 없었던 것이다. 서로간의 간격은 이미 메울 수 없을 정도로 벌어져 있었다.

예비교적 강습회(講習會) 그러면 치과의사에 뜻을 둔 사람은 어떻게 서양치과의술을 배웠을

까. 어떻게 2년 이상 수학(修學)할 수 있었던가. 개업의 밑에 제자로 들어가 스승의 가사(家事)일을 하면서 견학, 견습, 시험 준비를 하는 것 외에는 길이 없었다. 즉 봉건적 도제교육이었다. 스승으로부터 2년 이상 배웠다는 증명을 받아야 했기에 문하생으로서 노고는 대단하였다. “청년으로 치과가가 되려는 자는 따로 배울 곳이 없어 어렵게 개업의의 문중에 제자로 들어가 일하면서 아침저녁으로 스승의 치술(治術)을 보고 겨우 단편적인 소책자를 읽고 시험을 준비하는데 불과”한 것이 당시 실태였다. 중도 낙오자도 적지 않았다. 체계적인 공부는 기대할 수도 없고 합격의 영광을 얻는 자는 적었다. 1884년에 전국에서 합격자는 5명에 불과하였고, 1885년 20명, 1886년 20명, 1887년 13명, 1888년 25명, 1889년 27명, 1890년 25명, 1891년 29명, 1892년 25명이었다.

치과지망자가 점차 증가하자 개업의 혼자 제자를 많이 맡는 것이 어려워졌다. 교육책으로 누가 먼저랄 것도 없이 지망자들을 하나로 모아 가르치는 방식이 시작되었다. 처음에는 약간 명을 대상으로 개인지도처럼 시작했다가 1887년 이후 개업의 유지(有志) 주도로 치과시험 합격을 목적으로 하는 강습회 설립 움직임이 시작되었다.

1888년 8월 동경에 종래가(從來家) 유지 40여명이 협력하여 치과교화회(齒科矯化會)를 만들고 나중에 야마구치(山口), 오오사카(大阪) 등에도 개강했다. 지원자가 쉽게 수강하도록 야간으로 하고 자격 제한을 두지 않아 학력에 차이가 있는 학생들에게 단기간에 시험의 필수과목만 가르쳤다. 개업의들은 문하생을 수업에 청강시켜 속성으로 치과시험을 준비시켰다. 이렇게 하여 스승의 부담을 줄였을 뿐 아니라 당시 지원자 전체를 한 장소에 집결시키는 효과를 얻었다. 말하자면 예비교적 성격을 가진 사숙(私塾) 교육이었다.

이 강습회에는 감찰조 종래가들이 당연히 힘을 발휘하였다. 그들은 의술개업시험 실시 후 치과 전문의사면허 취득을 청원하는데 지나지 않았으나, 평소의 원통하고 분한 생각은 역으로 치과의사로서의 대향의식을 점점 심화시키는 쪽으로 제자양성에 집착한 것으로 보인다.

치과의학교 설립의 거품이 일다 강습회 활동 무렵 학교형태를 띤 교육기관으로서 치과의학교가 만들어지기 시작했다. 1888년 3월 경교구(京橋區)에서 정규 치과의학교 설립이 급속히 이루어져 의사 석교천(石橋泉), 종래가 구보전풍(久保田豊)이 동경치과전문의학교(東京齒科專門醫學敎)를 개교했다. 2년제로 부속병원을 두고 미국치과의학서 번역본으로 교육하였다. 각종학교 중 우리나라 최초의 치과의학교였다. 다음 해에도 동경에 치과의학교가 2군데 탄생했다. 역시 민간에 의한 교육기관이었다.

그러나 당시 개인 유지의 힘만으로 치과의학교를 경영하는 것은 어려운 일이었다. 모처럼 출범했던 동경치과전문의학교는 1889년 말 폐교하였고 다른 1곳도 없어지고 말았다. 타까야마(高山紀薺)가 창설했던 타까야마치과대학원(高山齒科醫學院)⁶⁾만이 유일하게 존속하였다. 당시 정부는 치과시험제도를 발족시키고도 치과의사 양성은 민간에 의존하여 이런 거품같은 부침(浮沈)을 그대로 방관할 뿐이었다. 당시 학교 관계자의 노고를 생각하면 의사와 동등한 의료담당자인 치과의사의 양성을 고려조차도 하지 않았던 나라의 무(無)대책에 분노를 금할 수 없다.

6) 현재 동경치과대학. 1890년 설립 이후 1892년 동경치과대학으로 개명(역주).

당시 정부는 의과교육기관의 정비에 힘을 쏟느라고 치과의사 양성의 기본적인 방침조차 세우지 않았다고 한다. 그들에게 관립치과의학교 신설은 미친 짓(狂氣의 沙汰)이었을 것이다. 수많은 의학교들도 치과의학교육을 시행하려는 생각조차 없었다. 혹시라도 실제로 실지(實地)시험을 포함한 치과시험과목 5과목을 의과교육의 curriculum에 넣을 여유는 없었을까? 아마 신흥학문인 치과의학을 담당할 교수진도 없었을 것이다. 더구나 종류가 다른 치과교육을 가르친다는 것을 납득할 의학교도 없었을 것이다.

결국, 생명에 직접 관련없는 국소 질환에 불과하다고 경시하여 국민의 치과질병에 대한 대책은 기껏해야 소염진통의 범주라는 의식이 정부당국자에게 있었을 것이다. 수고와 시간을 들여 전문과의(專門科醫)를 양성하지 않고도 전신(全身) 의학을 배운 전과의(全科醫)에게 치료를 맡기는, 말하자면 대(大)가 소(小)를 겸하게 하는 안이한 발상이었던 데 불과하다.

치과의학교 기성(既成)사실로 이런 와중에 의학교와는 별도로 치과의학교가 만들어진 것은 의치(醫齒)분리의 환경 조성에 커다란 영향을 미쳤다. 독립된 치과의학교의 발족은, 치과교육은 의학교가 아닌 별도의 학교에서 시행하는 것이라는 선입관을 관계자에게 심어주게 되었다. 몇 군데에 불과한 치과의학교의 존재가 기성(既成)사실을 만들어 낸 것이다. 이 점이 의치(醫齒)분리에 기여한 역할은 결코 과소평가할 수 없다. 훗날 법제화 단계에서 의치(醫齒)의 업무문제와 더불어 치과교육기관의 바람직한 형태가 쟁점이 되었을 때 기존에 설립된 치과의학교가 실례로 제시되었던 것이다.

1896년에는 치과의사단체에서 관립치과의학교 설립 청원운동이 제기되었다. 청원서에서 “세상 사람들이 치과의를 바라보는 시선은, 자칭 치의자(齒醫者)로 행세하는 향구사의 무리로 보거나, 졸렬(拙劣)하고 해로운 기술(毒技)로 치부하거나, 은연중 사회에 폐해를 만들어(釀成)낸다고 본다. 실제적 근본원인은 소양있는 치과의를 없기 때문이다. 정부가 치과의를 필요성을 인식하여 그 존재를 공인(公許)한 이상, 국가예산(國費)으로 양성을 도모하는 것이 옳바르고 당연한 의무”라고 하였다.

이렇게 제1, 제2 내우외환의 굵은 뿌리가 일거에 제거되지 않은 어두운 시대로 10년이 넘는 세월이 흐르고 있었다.

제 5장. 의치(醫齒) 분리 전(前)시대(1) : 1893-1894

동문(同門) 중심의 연구회 눈에 보이지 않는 분수령의 흐름은 이제 좌우로 나뉘어 포말을 흘뜨리고 있다. 1887년 이후 치과의사 스스로의 동향에 따라 의치(醫齒)분리라는 새로운 상황이 설정되어 왔다. 이는 좋든 싫든 되돌리고 싶어도 그럴 수 없는 시대의 조류였다.

첫째, 치과의사단체가 결성되었다. 앞에 언급했던 사숙(私塾)강습회는 제자교육의 장이었으나 별도로 개업의들이 치과의학의 교류 연찬을 도모하는 학술연구의 기회를 만든 것이다. 처음에는 동업자의 단순한 친목 모임으로 스승 중심의 동문회 성격이었다. 1887년 7월 소변(小幡)의 제자들이 만든 치과교순회(齒科交詢會)를 선두로 유사한 연구회가 차례차례 만들어졌다. 이런 연구회는 문하생 이외는 가입시키지 않고 엄하게 제자 동문(同門)관계로 이어져 일문일파(一門一派) 원칙을 견지, 서

로 배타적인 경향이 강했다.

따라서 동업자들로부터 비난이 적지 않았다. “치과의는 공동체 의식이 없이 단독고립의 풍조를 만들어, 더불어 기술을 배우고 구치과(口齒科) 학문을 연구하는 기상이 희박하고 서로 적대시하는 상태에 이르렀다. 독단의 풍조를 버리고 학술을 상호 연마하지 않는다면 그 도(道)를 확장할 수 없다”고 통렬한 비판도 제기되어, 당시 치과의술 양태의 일면을 엿볼 수 있다.

각과를 통합한 연구집단도 생겼다. 1888년에 결성된 치과담화회(齒科談話會)는 정례 월례회를 열어 강연발표, 토론, 기관지 발행 및 학술연찬에 애써 1891년에는 회원이 200명에 이르렀다고 한다. 후에 치과학회(齒科學會)로 개칭하였는데, 이를 우리나라 치과학회의 시초로 본다. 그러나 이 담화회도 역시 파벌과 동문의식을 벗어나지 못했다. 한 양식있는 이는 “치과 단체를 세어 볼까. 치과의회(齒科醫會), 치과학회, 치과강의회(講義會), 치과교화회(交話會), 고산원우회(高山院友會), 소변온교회(小幡溫交會), 치과장교회(長交會) 등등. 일천한 치과사회에 무슨 필요가 있어 이렇게 단체가 많은지 기이(奇異)하다. 치과의의 도량이 크지 않음(狹量)을 보여주는 이들을 비난한다”고 엄하게 야유하였다.

치과의회(齒科醫會) 지역단체로 이처럼 친목교류와 학술연마를 목적으로 한 연구회와는 별도로, 치과의사 증가에 따라 정치적 단체를 설립하려는 기운이 이어졌다. 반목하는 각과의 대동단결과 구중요치자(口中療治者)에 대응하는 업권(業權) 보전을 위해 지역단체 결성이 필요하게 된 것이다. 1893년 6월, 이택도성(伊澤道盛), 소변영지조(小幡英之助), 타까야마(高山紀薺)를 발기인으로 동경부에 거주하는 치과의사 34명이 모여 치과의회(齒科醫會)를 창립했다. 목적은 동업자의 권리신장과 업무보호였다. 1894년 7월 경시청령에 의해 공인단체가 되었으니 이것이 우리나라 최초의 치과의사회이다. 이 조직은 동경 중심으로 지방에도 입회를 호소하였는데, 이에 자극받아 이듬해 나고야(名古屋)와 오오사카(大阪) 등 주요 도시에 치과의회가 조직되었다.

한편, 의사 측은 이미 1885년 동경대 의학부 학생의 발기로 세운 동경의학회(東京醫學會)가 최초의 학회로서 활동하고 있었다. 1886년에는 동경부 의사들이 동경의회(東京醫會)를 결성하였다. 1877년 유행했던 콜레라 방역대책에 고심했던 정부가 일선(一線) 개업의의 협력을 얻고자 부(府)지사 권고로 만들게 했다고 한다. 의회(醫會) 결성의 움직임은 지방으로 파급되어 각지에 유사한 형식의 단체가 만들어졌다. 당시 개업하고 있던 한방의(漢方醫)들도 의회(醫會)를 결성하여 양방의에게 세차게 저항하면서 조직적으로 한방의 존속운동을 하고 있었다. 의사 측으로서는, 한방의 대책과 약제사의 의약분리운동이라는 당면한 정치적 과제를 앞두고 의사들의 빠짐없는 결집이 중요하였다.

의회(醫會) 가입 off-limit 이들 의회에 치과의사가 가입하였는지 여부는 알 수 없으나 동경 의회에는 극히 소수가 회원으로 적(籍)을 두고 있었다. 1883년 이전의 구중과 및 치과 등록자는 대략 30명 정도였는데 그들 중 누군가는 아마 가입하고 있었을 것이다. 1884년 이후는 동일한 규칙에 의한 의사 동사(同士)이면서도 웬지 서로 경원시하는 서먹서먹한 분위기에 자연히 자리를 같이하지 않게 되었으리라 생각된다.

1893년 초 의사의 전국 조직인 대일본의회(大日本醫會) 설립이 제창되면서부터 의치(醫齒)의 소원한 간격은 결정적으로 되었다. 이 조직은 양방 개업의의 권리강화와 한방의 축출을 내걸고 회원을 의술개업면허자에 한정했기 때문에 치과의술개업면허자는 off-limit(자격외)이 되었다. 1893년 말 대일본의회 제1회 대회는 전국에서 약 2,000명이 참석하였는데 산과, 안과 의사의 모습은 보어도 치과 의사는 1명도 없었다. 이러한 의사 측의 동태를 보고 별도로 치과 의사의 이익집단을 결성할 필요성을 통감하여 치과 의회 결성을 도모한 것이다. 이들 역시 “본회는 치과의술개업면허를 가진 자로 조직한다”고 하여 치과 의사에 한정된 조직임을 분명히 했다.

치과 의사는 자신들의 치과 의회 결성을 어떻게 느끼고 있었을까. 대일본의회에서 제외되었다고 하는 분노나 치과 전문의사도 가입시키라고 항의했다고 하는 기록도 없다. ‘의회(醫會)에서 목소리를 내지 못한다면 우리만의 단체를 만드는 것이 낫다, 이미 의사 중에서는 소수파’라는 의식이 스며들어 있었기에 치과 의사끼리 모이는 것이 자연스럽다고 보았던 것일까. 의사들도 별도 단체의 깃발을 드는 치과 의사의 움직임을 당연시하여 아무 저항감도 느끼지 않았던 것은 아닐까. 치과 의사 측도 ‘그들은 일반의사, 나는 전문의사’로 나누는 담담한 심정이었을 것이다.

두 이익집단(gesselschaft) 어쨌든 의학, 의료라는 1종류의 영역에 2개의 직역단체가 탄생하였고, 서로 독자적 이익단체였기에 각각의 업무옹호를 위해 행동하기 시작했다. 의사는 의사만의, 치과 의사는 치과 의사만의 이해득실에 급급하게 된 것이다. 치과 의회는 일반국민에게 치아의 양생법을 홍보하고 회원에게 치아소독법을 계몽하는 등 구강위생활동에 애쓰는 한편, 구중요치자(口中療治者), 비(非)치과의 취체법 상신운동, 관립치과의학교 설립청원운동 등 독자적인 정치활동을 추진했다. 이는 의회의 의사와는 전혀 무관한 활동이었다. 의사들은 강 건너를 바라보는 기분으로 치과 의사 무리(連中)의 움직임을 방관하였다. 거기에는 이미 보이지 않는 벽이 가로놓여 있었다. 서먹서먹한 분위기가 생기는데 그리 시간이 걸리지도 않았다. 아예 남남의 관계로 시종일관하면 차라리 좋겠으나, 같은 영역에서 쌍방의 이해가 충돌하여 마찰이 생기고 원래의 동업자끼리 이해득실을 따라서 서로 부딪치게(拮抗) 되었다. 결국 동업(同業)의 동료가 이미 이해가 다른 경쟁상대가 된 것이다. 설사 이해 대립이 해결되더라도 냉랭함은 남아 있게 될 것이다.

결국 각각의 이익집단은 각자의 이익사회를 구축하게 된다. 의치(醫齒) 각각의 gesselschaft라고 하는 새로운 상황은 이 시대에 이미 부정할 수 없는 의치분리(醫齒分離)의 실례였다. 의치(醫齒)관계를 논의하기 이전에 이미 의회와 치과 의회, 의사계와 치과 의사계의 2종류가 공존하는 의치분리의 실상을 사람들에게 보여주었던 것이다. 눈앞의 실상은 논리에 앞서는 확실한 증거가 된다.

엇갈린 가슴(襟) 단추(button) 돌이켜보면, 의제(醫制) 제정 이래 ‘소변(小幡) 치과’, ‘치과 공식명칭’을 거쳐, ‘치과시험’, ‘치과의적(醫籍)’, ‘치과 의회(醫會)’에 이르기까지 여러 고개를 넘어 왔다. 그 시기에는 아주 미세(些細)한 변화에 불과하여 간과했었던 작은 일(小事)들이 누적되어 결국은 치과 의사의 장래를 좌우하는 큰 일(大事)에 이르게 되었다고 본다. 웃웃 단추를 처음에 엇갈리게 채우면 계속해서 잘못되는 것과 유사하다. 당사자는 당장 단추 채우는데 정신을 쏟아 이미 잘못 채워진

것은 눈치 채지 못하는 셈이다. 다시 고치려(翻然)해도 단추를 다시 채우기는 이미 늦다.

기묘(奇妙)한 의사 타까야마(高山紀薺) 그런데 치과의회(醫會)에 관련하여 이상한 점이 있었다. 이미 서술한 대로 치과의회는 치과의술개업면허자로 조직된 치과전문의사 집단이다. 창립식에서 회칙의 수정이 있었다. 회원자격의 단서에 '치과의술개업면허자가 아닌 치과종사자는 준회원으로 한다'고 했던 것을 '보통의(普通醫)로서 1883년 이전에 치과를 개업하여 현재 종사하는 자는 회원 자격이 있다'고 수정했던 것이다. 이는 의제(醫制)와 1879년 의사시험규칙에 의해 면허를 취득한 의사로 치과를 개업하고 있는 자를 뜻하는 것으로, 창립하는 마당에 왜 특별히 회칙을 고쳤던 것일까. 여기에는 당시 치과의 상황이나 관계자의 생각 이상으로 각별한 사정이 있었다.

치과의회는 임원으로 상(常)위원과 간사를 두었는데, 상위원회에는 이택도성(伊澤道盛), 이택신평(伊澤信平), 소변영지조(小幡英之助), 타까야마(高山紀薺), 정야춘곡(井野春穀), 가본정일(榎本積一), 관소우삼랑(寬沼友三郎), 좌등장이랑(佐藤丈二郎) 등 원로급이, 간사에는 제등영삼랑(齊藤英三郎), 중원시오랑(中原市五郎), 청산송차랑(靑山松次郎), 평강뢰일(平岡賴一), 부안진(富安晉) 등 소장층이 선출되었다. 이 중 타까야마(高山紀薺)와 정야춘곡(井野春穀)은 실은 치과의술개업면장을 가진 치과전문의사가 아니라 의술개업면장을 가진 내, 외과의사였다. 회칙을 만들면서 그들의 자격에 대하여 의혹이 제기된 것이 아니었을까. 회(會)의 취지와 회원 자격 원칙에서 보면 두 사람은 준회원으로, 회원이 될 수 없다. 따라서 그들에 대한 대우에 곤혹스러웠던 것이 분명하다.

정야(井野)는 제1회 치과의술개업시험위원이었고 타까야마(高山)도 1885년부터 오랫동안 위원이었다. 특히 타까야마는 1890년 타까야마치과의학원을 창립하여 치과의학교육에 진력하고 있던 지도자였고 치과 의사의 단결을 역설하여 조직 결성을 주도했던 인물이었다. 그런 두 사람을 위한 교육책으로 회원자격의 요건을 만들어 준 것이다.

타까야마는 미국에 유학하여 Van Denburgh 밑에서 5년간 치과 의학을 배우고 귀국했었다. 처음부터 치과에 뜻을 두었던 그가 1878년 귀국 후 응시했던 것은 치과전문시험이 아니라 전과의(全科醫) 시험이었다. 진료과목이 내, 외과인 의술개업면허를 받고 그 해 치과를 개업했다. 치과 의학을 배워 면허취득 후 곧바로 치과를 개업한 의사였음에도 그가 왜 치과전문시험에 응시하지 않았었는지 도무지 알 수 없다.

낮게 평가된 전문과의 추측컨대, 당시 전문과보다 전과(全科) 쪽이 우위(優位)였기에 서양 의학을 했던 pride로, 낮은 평가가 싫어 내, 외과를 택했던 것으로 볼 수 있지 않을까. 반면 소변영지조(小幡英之助)는 내, 외과를 취득할 실력이 충분했으면서도 주저하지 않고 자신이 뜻을 둔 치과를 응시했다고 한다. 두 사람을 비교하면 치과 의학에 대한 신념과 애착에서 소변(小幡)의 손을 들어주고 싶다.

당시 전과의(全科醫)와 전문과의(專門科醫)는 같은 의사라도 사회적으로 꽤 간격이 있었던 듯하다. 최초의 치과시험위원에는 소변(小幡)의 제자 정야(井野)가 위촉되었다. 소변(小幡)이 공직을 싫어하여 고사하고 제자를 추천한 것이라지만 소변(小幡)이 전문과의였던 것이 진짜 이유가 아니었을까

싶다. 정야(井野)의 뒤를 이은 것이 타까야마였다. 두 사람은 궁내성(宮內省) 시의국(侍醫局) 어용괘(御用掛)로 황족(宮家)의 배진(拜診)을 허락받았다. 타까야마는 동궁전하(東宮殿下)의 발치나 황후전하의 계속치(繼續齒) 치료를 하였고 여러 차례 훈장과 은사를 받았다. 메이지 시대 당시 궁내성 시의(侍醫)의 배명(拜命)은 더없는 영예이고 영광의 극치였을 것이다.

물론 그가 의사(醫者)로서 조예(造詣)가 출중한 점도 있었겠지만, 그러한 공직이나 배진(拜診)이라는 최고의 임무를 맡게 된 것은 전과(全科) 면허가 있었던 덕분일 것이다. 당시 43세였던 그는 운상인(雲上人)7)의 주치의라는 영광을 배경으로 모든 치과의사의 외경(畏敬)을 받고, 1902년에 일본치과의회(日本齒科醫會)로 이름을 바꾸게 되는 치과의회의 회장에 추대되었던 것이다.

대(大)가 소(小)를 겸했던 전과의(全科醫) 독자들은 여기서, 당시에는 일반의사도 치과진료가 허용되었던 것인지 의문을 품을 것이다. 타까야마처럼 내, 외과의사가 구강외과 진료에 한정하지 않고 전반적인(general) 치과진료에 종사한 예가 있었던 것이다. 그런 사례가 많고 적음(多寡)을 떠나 이는 의치(醫齒) 업무에 연관된 중대한 문제이나, 당시는 그다지 문제되지 않았던 듯하다. 의사는 본래 광의(廣義)의 의학, 의술 전반을 다룬다는 기본적인 개념에서 의학, 의술에 치과의학, 치과외과도 포함되는 것으로 보았을 것이다. 전과의(全科醫)는 전신(全身)을 담당하므로 신체 일부인 전문과 영역도 다룰 수 있음은 당연시되었다. 그것은 산과(産科)나 안과(眼科)에 있어서도 마찬가지였다. 반대로 전문과의(專門科醫)는 국소부위에 한정되어 있기에 내, 외과에 손대는 것은 금기였다.

이처럼 대(大)가 소(小)를 겸한다는 발상이 당시 의사(醫者)의 양태나 의료 상황에서 상식적인 분위기였다. 전과의도 이를 당연시하였고 전문과의 측 역시 별로 부자연스럽게 생각하지 않았다.

의치(醫齒)업무권에 의혹 그런데 이러한 의치(醫齒)업무권에 의혹을 느낀 치과의사가 있었다. 그는 의혹을 그대로 유야무야 넘기지 않았다. 사건은 1893년 1월 야마가타(山形)현 주전(酒田)의 전사정(田舎町)에서 발생하여 적지 않은 파문을 일으켰다. 주전정(酒田町)의 모 의사가 치과의사와 동일한 간판을 걸고 치과진료를 시행한 것에 대해 주변의 치과의사가 편지 1통을 정장(町長)에게 제출하면서 사건이 시작되었다.

“의술개업시험규칙 제6조에 따른 전후기(前後期) 시험을 거쳐 개업한 보통의(普通醫)가 규칙 제7조에 규정된 치과시험과목의 면허를 소지하지 않고 치과의사와 똑같이 환자 시술을 할 수 있는 지”. 즉 치과시험을 거친 치과의사가 아닌 의사가 치과진료를 touch하여도 지장이 없는 것인지 묻는 직설적인 질의서였다.

정장(町長)의 조회를 받은 야마가타(山形)현 지사는 내무성 위생국장에게 치과의사와 의사의 업무상 한계에 대해 다음과 같이 조회했다. “보통개업의가 치과의사와 동일한 시술을 하는 것은, 본현(縣)과 같이 치과의가 부족한 지방에서 보통개업의로서 치료할 환자 병환의 근본적 치료(根治, 발치 등 치료법에 나오는 것 제외) 방법을 택할 때 치과전문 부분을 넘어서는 경우도 있어, 보통개업의로서 시술할 수 있는 병환의 구별이나 정도 등에 의문을 갖는 사람이 있다. 자연히 취척(取締)에

7) 최고권력자(역주)

이를 받은 위생국장은 지난번 결론이 내려진 직후였지만 다시 중앙위생회에 조회했다. 그런데 6월 중순에 나온 회답은 또 다시 의외의 결론이었다. “일반의사가 치과의 표찰을 거는 것은 아니 된다”고 하여 의사의 치과의사 표찰을 단호히 부정했다.

“치과의의 업(業)은 단순한 진통 발치 등만이 아니며 어렵게 치과의술시험을 거쳐 개업한 것으로 의치(義齒) 충전(充填) 구개장식(口蓋粧飾) 등의 기술을 배워 익힌 것이며, 일반의사는 전적으로 내, 외과에 속하는 학술을 배웠고 따로 치과에 속하는 특별한 기술을 배우기 쉽지 않으며 혹 배운 자가 있더라도 수백 명 중 겨우 한두 명에 불과하니, 일반의사가 치과의 표찰을 걸고 그 업무를 행하게 되면, 치과의와 일반의의 업무구역을 나눌 수 없고 치과의의 발달을 저해하며 또 치과의술 개업시험규칙을 제정한 정신에도 맞지 아니하니, 일반의사가 치과의 표찰을 다는 것은 가능하지 않다.”

이번의 답변을 앞의 경우와 비교하면, 같은 자문기관의 견해라고는 믿기 어렵다. 표찰 금지의 이유를 들면서 치과에 대한 평가가 손바닥을 뒤집는 듯 달라진 것이다. 지난번에는 의사는 전신(全身)을 배웠다는 이유로 치과에 관해 어느 정도 인정하였으나 이번에는 내, 외과를 배운 의사가 따로 치과의 특별한 기술을 배우기는 용이하지 않다고 전혀 뉘앙스를 달리 했다. 더구나 의사가 치과를 표방하여 치과진료를 행하는 행위는 의치(醫齒)의 업무구역을 잃어 법령의 정신에 배반한다고 단언하고 있는 것이다. 이렇게 변한 것은 처음의 불합리했던 결론에 대한 반성이 작용했던 것인지도 모른다.

그렇다 해도 결론적으로는 지난번의 본래 취지를 뒤집었던 것은 아니었다. 의사가 치과의사 표찰을 걸고 치과에 속하는 치술(治術)을 시행하는 건에 대해 회답을 구했던 것인데, 중앙위생회는 후자(後者)의 진료업무에 관한 언급은 하지 않고 전자(前者)의 표찰금지에 한정해 회신했다. 진료업무에 대해서는 첫 번째 조회에서 이미 회답을 했다는 태도를 취한 것으로 볼 수 있다.

치과의회, 의견(御興) 내지 못함 두 차례 회신을 나란히 놓고 보면 당시 행정 side의 기본 생각이 잘 드러난다. 의사가 치과를 표방할 수는 없으나 의원에 온 치과질병 환자의 진료는 막지 않는다는 논리이다. 결국 표방금지로 형식상 업무저축의 심화를 어떻게든 막는(齒止) 한편 이면(裏面)으로 사실상 환자처리를 하도록 하는, 당시로서는 최선(精一杯)의 현실적 타협책이었다.

실제 이것은 조회에 대한 회답 형식으로 행정 당사자들간에 주고받은 내용이었다. 이처럼 치과에 관련된 공적(公的) 움직임을 치과의사 측은 알고 있었을까? 아니면 외진 시골(片田畝)의 편협(偏屈)한 치의자(齒醫者)에게 생긴 세간의 사건(出來事)으로 치부했던 것은 아닌가? 아쉽게도 당시까지 치과의사 단체는 없었다. 본래 이 사안은 지사(知事)를 거쳐 정장(町長)이 해당 치과의사에게 회답하고 종결될 개인적 문제는 아니다. 치과의사의 업무권을 흔드는 중대한 문제로 치과의사 단체가 출현하여 조직적으로 다루어야 했다. 당시로부터 몇달 뒤 설립되었던 치과의회가 직역단체로서 자각과 기능을 발휘했다면 불가능한 일은 아니었던 것이다.

그러나 설사 가능하였더라도 과연 치과의회는 의견(御興)을 제출할 의사(意思)가 있었을까? 당시 구강외과 치료를 의사에 위임(委讓)하고 있던 치과의사로서는 이 점이 취약했다. (의사가) 구강외과 질환을 치료한다면 그 범위에 그치지 않고 발치나 농양(膿瘍) 처치를 위시하여 줄줄이 치과진료를 하였을 것이다. 따라서 ‘일일이 그런 부분을 항의하면 굵어 부스럼이 될 수 있다, 평소 신세를 지는 의사와 소란(喧嘩)을 만들지 않는’ 것이 현명하다는 배려가 작용했을지도 모른다.

이렇게 현실을 앞세운 중앙위생회의 해석은 본래 취지 그대로 정확하게 전달되지 않았다. 즉, 위생국장으로부터 “치과의사와 동일한 수술을 하여도 무방하다”고 회답을 받은 야마가타(山形)현 지사가 주전정(酒田町)장(長)에게 “치과의사와 동일한 시술을 하여도 어긋남이 없다”고 지시하였던 것이다. “무방하다”와 “어긋남이 없다”의 대의(大義)는 같아도 듣는 쪽의 뉘앙스가 미묘하게 달라서, 의사가 자유로이 치과진료를 시행해도 좋다는 인상을 주는 것이다. 중앙위생회의 본래 취지는 치과의사의 업무권을 충분히 고려하면서 현재 사정상 불가피하니 “굳이 막을 수 없다”고 했을 뿐 당시 사정이나 조건에 따라 한차례 공인된 것인데 제멋대로 독주(獨走)한 것이다. 치과표방의 악화를 막는 일(齒止)은 외면하고 치과의가 없는 지역이나 긴급환자라는 조건도 물 흐르듯 사라지고, 결국 “의사는 치과진료를 해도 좋다”는 결론만 남게 되었다.

급기야 누구랄 것도 없이 “의사는 언제 어디서든 모든 치과진료를 해도 좋다”고 확대 해석되어 그대로 사람들의 의식에 침투하여 자리잡았다. 치과의사 자신의 감수성도 관습처럼 마비되어 의심(疑念)을 느끼지도 않고 정지(stop)되어, 급기야 안방까지 내주는 처지가 되었다. 이런 현실 우선의 처리는 10수년의 잠복기간을 거쳐 치과의사가 지불(拂)해야 할 비싼 계산서로 되돌아 왔던 것이다.

이미 이원(二元)제도의 씨름판(土俵上) 여기서 저자는 중요한 것을 간과하였다. 곰곰이 생각하면 의치(醫齒)의 기본적 업무권이 문제가 되는 것 자체가 의사와 치과의사가 대치 관계에 있다는 것을 의미한다. 의치(醫齒)가 전혀 구별없이 한 몸이라면 업무범위의 의의(疑義)가 제기되지 않을 터이나, 제기되었다는 것은 양 측이 이미 이원(二元)제도에 속해 있다는 증거가 아닌가!

실제로 2년도 지나지 않아 의치(醫齒) 일이원(一二元)논쟁이 시작되었다. 이미 이 시기에 의치(醫齒)가 이원(二元)제도의 중심에 있었던 사실을 관계자들은 우회적(迂闊)으로라도 전혀 의식하지 않았다. 이 시점에서는 아직 의치(醫齒) 분리, 비분리에 관한 논점이 명확하게 드러나 있지 않았기에, 일이원제도의 상황을 설정하는 발상은 없었다. 그래도 역사적으로 보면 의치(醫齒)제도를 둘러싼 갈등은 이 때 시작되었다고 말할 수 있다.

그런 의미에서 야마가타(山形)현의 무명(無名) 치과의사가 제기했던 의의(疑義)에 대한 해석의 전개과정은 의치(醫齒)일원론 문제의 원점이었다고 보아도 좋다. 시대의 상식에 안이하게 협조하지 않았던 그가 의치(醫齒)문제에 대해 그냥 지나치지 않는 선견지명을 가졌었는지는 알 수 없으나, 일상 업무 중에 떠오른 의혹을 적확히 파악하고 이를 확인하려고 행동에 옮겼던 용기와 적극성은 틀림없이 선구자적 자질이였다. 그런 의혹이야말로 의치(醫齒)일원론의 원형이었다. 이 원점(原點), 원형이 의치(醫齒)분리 전(前)시대에 있어서 제2의 상황이다.

제 6장. 의치(醫齒) 분리 전(前)시대(2) : 1895~1896

의치(醫齒)의 전초전(前哨戰) 시작 “치과의의 지위를 고상하게 하기 위해 어떤 이는 치과의 계(界)를 점차 격상시켜야 하며, 그 방법으로...” 이렇게 의과치과(醫科齒科)일원론이원론(一元論二元論) 논쟁이 시작되었다.

이 글은 1895년 7월 27일자 일본의사주보(日本醫事週報) 제29호 잡보(雜報)란에 게재되었던 23줄 분량의 기사 중 앞부분이다. 일본의사주보는 그 해 1월에 창간된 주간지로 편집주간은 의사 천상원치랑(川上元治郎)이었다. 안과 개업의 천상(川上)은 의사단체 명치의회(明治の會)의 간부로 당시 대가(大家)로 주목받고 있었다. 명치의회는 동경제대 의학부 출신을 주체로 의사의 최고봉을 자부하는 지위 높은 단체였다.

드디어 의사단체가 치과의사를 향해 거만한 태도(傲然)를 보인 것이었으되, 아직은 치과의사와 천교가 두터운 천상원치랑(川上元治郎) 개인의 의견에 불과했다. 이어진 내용은, 치과의사를 고상하게 하는 방법으로 치과시험도 의사시험처럼 전기(前期)시험을 보게 해야 한다는 주장과, 반대로 치과의사의 가치(價値)는 술기(術妓, technique)에 있으므로 전기(前期) 학술시험이 필요하지 않다는 주장을 소개하였다. 실제 당시 “지금 이를 분리하여 학술의 정도를 낮게 하는 것은 치과의학의 불행일 뿐 아니라 우리나라에 득이 되지 못”하니 치과시험에 전기시험을 추가하자는 주장이 학생들 사이에 꽤 있었다.

일본의사주보 제28호 (1895.7.27 발행) “치과의의 지위를 고상하게 하기 위해 어떤 이는 치과의 계(界)를 점차 격상시켜야 하며 그 방법으로 치과시험 응시자를 보통의(普通醫) 학생처럼 전기(前期)시험을 보게 해야 한다고 하고, 다른 이는 치과의사의 가치가 학설(學說)이 아니라 기술(技術)에 있으니 기술을 정교히 하면 저절로 고상하게 되므로 전기(前期)시험을 치를 필요가 없다는 2가지 주장이 있다.

우리의 의견을 말하자면, 두 주장 모두 완전하다고 보지 않는다. 첫 번째 주장은 토끼와 거북이 끌리고 두 번째 주장은 아무래도 찬성하기 어렵다 (계속)

두 주장에 대해 찬성하기 어렵다고 하면서, ‘결국 치과의사의 몽상(夢想)이 아닌가’ 하는 견해를 피력했다. “우리의 생각으로는 치과를 의학 중 1분과로 하여 일반(一般)의학을 수료한 후 따로 치과의 술(術)을 전수(專修)하면 치과전문가로 칭하고 지금의 내외과(內外科), 안과(眼科), 산과(産科) 등과 같게 하지 않는 한, 치과의의 지위는 결코 고상하게 될 수 없으며 아무리 해도 치아 기계공(大工, 목수)이 될 뿐이다.” 즉, 내외과 등과 같이 일반의학을 배워 의사가 된 후 치과의학을 전수하도록 해야 한다는, 당시로서는 실로 획기적인 안이었다. 기사는 ‘우리가 세운 계획은 세계의 대세에 따른 것으로 반드시 그 실행을 보게 될 것’이라고 자신있게 예언하고 있다.

(계속) 우리의 생각으로는 “치과”를 의학 중 1분과로 하여 일반(一般)의학을 수료한 후 따로 치과의 술(術)을 전수(專修)하면 치과전문가로 칭하여 지금의 내외과(內外科), 안과(眼科), 산과(産科) 등과 같게

하지 않는 한, 치과의의 지위는 결코 고상하게 될 수 없으며 아무리 해도 치아 기계공(大工, 목수)이 될 뿐이다.

우리의 제안이 기교(奇矯)하다고 실소할지는 몰라도 우리는 이 계획이 앞으로 10년 정도는 치과의(齒科醫) 제군은 물론 당국자에게도 수용되기 어려울 것임을 안다. 그래도 우리가 세운 계획이 세계의 대세에 따른 것으로 반드시 그 실행을 보게 될 것이다. 이것이 실행될 때 치과의의 지위는 고상하게 될 것이다

즉흥적인 천상(川上)의 이상론(理想論) 이는 전 단계와 비교하면 계단을 일거에 뛰어오르는 것과 같은 급진적 논조였다. 이전의 순쉬운 현실문제에서 꿈같은 이상론으로 의표(意表)를 찌르는 논리의 비약이 보인다. 아마 대수롭지 않게 즉흥적으로 쓴 문장이 아닌가 생각된다. 잡보(雜報)란에 조선의 콜레라 소동과 학교위생강습회 등 작은 기사(記事) 뒤에 게재되어 있는 것을 보면 단순히 지면의 빈칸을 메운 것(埋草)은 아닌지, 부주의(油斷)하게 붓을 놀려 당돌한 논지를 폈던 것이리라.

그러나 이 간결하고 침예한 문장이 당시 치과의사에 어떤 영향을 주었는지 상상하기 어렵지 않다. 기사처럼 기교(奇矯)한 말투(物語)에 실소하는 사람도 있었으리라. 또 어느 나라에선가 시행하고 있는 제도로 귀를 담아두는 사람, 눈꺼풀에 묻은 가루(鱗)처럼 생각하는 사람도 있지 않았을까. 글에 의하면 1883년까지는 치과와 나란히 전문과였던 안과나 산과(産科)가 이 무렵에는 내외과(內外科)와 동일한 위치를 확보하고 있는데, 치과의사도 의사가 되는 것이라는 이상안(理想案)에 흠족하게 고무되는 사람도 있었으리라. 글쓴이도 치과의사의 pride를 부추겨 의욕을 고취한다는 계산이 있었던 것은 확실하다.

젊은 혈협수지조(血脇守之助)의 반론 그런데 글쓴이의 의도(思惑)는 한 치과의사로부터 생각지 않던 반박을 받았다. 기사를 검토한 혈협수지조(血脇守之助, 후에 동경치과의학전문학교 교장)는 즉시 직접 천상(川上)에게 투서(投書)를 보냈다. 그는 당시 25세로 타까야마(高山紀齋) 문하의 뛰어난 제자(俊英)였기에 천상(川上)과 안면이 있었으리라. 잡보난의 글은 무기명(無記名)이었으나 그는 천상(川上)주간의 글이라고 추측했을 것이다. 이 투서는 8월 10일자 일본의사주보 제31호 기고난에 게재되었다.

내용은, 서릿발같은(犀利) 필봉으로 치과의의 머리에 일침(一針)을 가하였다고 감사하면서 천상(川上)이 말하는 '의사class(級) 치과'가 치과의사의 지위를 고상하게 하는 유일한 방법이라는 의견이 반드시 좋은 방책(得策)은 아니며, 치과의술은 구강기관의 구조와 기능(官能), 질병(病氣)의 원인을 연구하는 학설로 질병을 치료하고 결손을 보철하여 본래 기능을 회복하는 기술(技術)이라고 전제하면서 다음과 같이 반론했다. "그 범위를 언급하자면 크게 경부(頸部)의 윗부분이므로, 내외과, 안과, 산과 중 하나(一斑)을 수료한다고 치아의 치료에 종사할 수 있을지는 우려스럽다. 오직 의학 전반(一汎)에 대체(大體)적으로 능통하고 치과의술에 정통해야 만족스럽다."

그 근거로서, 여러 외국의 예를 들면서 "미국의 치과학교는 38곳으로 대개 대학의 한 분과이며, 첫해에 의학 전반의 대강을 배우고 2,3년차에 치과의술을 전수(傳受)하는 것이 상례이다. 치과의술

이란 수예(手藝)기술을 요하는 것이 아주 많아 일반 내외과, 안과, 산과 등과 다르므로 의학 전반을 수료한 후에 치과를 전수하게 되면 실지(實地) 기술을 익히는데 통상 2,3년의 세월이 필요하다. 보통의가 2,3년의 세월을 치과전수에 쏟아야한다면 치과의가 되기를 원하는 자는 극히 희박할 것이다. 따라서 우리나라를 위한 길은, 앞선 미국의 제도를 본받아 의학 전반의 대강을 배운 후 치과를 전수하되 우리나라 독자(獨特)의 수예를 숙련하여 해외에 일본치과의 명예를 떨치는 것이 좋은 방책이다. 독일의 정연한 분류적 미풍(美風)을 본받게 되면 뒤떨어진 독일치과기술의 폐해에 빠지게 된다”고 하였다.

가식(粉飾)없는 혈협(血脇)의 현실론 당시는 서양풍속 모방의 상징이었던 로쿠메이칸(鹿鳴館)⁹⁾의 화려한 모양이 완성된 시대였기에 선진 제외국의 방식을 인용하는 것이 가장 효과적이었을 것이다. 그의 반론은 당시까지 암중모색이었던 치과 본연의 자세와 나아갈 길을 현실의 문제로서 논의의 장에 던진 용기있는 제언이었다. 치과의술의 범위를 크게 목 윗부분으로 잡고 의학 전반에 대체적으로 능통해야 한다고 단언하는 등, 당시의 치과의사의 혼미(昏迷)를 말끔히 없애주는 극히 시사적인 견해였다. 천상(川上)의 생각에서 촉발되었지만 젊은 혈협(血脇)의 기개가 넘치고 있다.

옳고 그름을 떠나 이 명쾌한 현실론은 당시 치과의사 내부에 잠재된 frustration(욕구 불만)을 건드려 공감을 얻었다. 이 짧은 투서에는 훗날 의치(醫齒) 이원론(二元論)을 구성하는 생생한 소재가 이미 들어 있었다. 즉 의학 전반을 대체적으로 배운 후 치과의술을 전수할 것, 치과의술은 수예 기술을 요하는 것이 많아 자연히 의과와는 취지가 다른 점, 우리나라 독특한 수예에 숙련해야 함, 의사가 되고 나서 치과의사가 되기를 바라는 자는 드물다는 점, 미국의 제도를 본받아야 한다는 점 등, 훗날 법제화 단계에서 이원론자(二元論者) 주장의 골자는 모두 드러나 있다. 나중에 지엽적인 것만 추가되었을 뿐이다.

천상(川上)의 고양(高揚) 이 반론을 받고 천상(川上)은 곤혹스러웠을 것이다. 치과의사에 대한 세평을 모아 정리했던 잡문에 대해 정면으로 도전을 받은 기분이었으리라. 그는 8월 24일자 제33호의 잡보난 top에 2단 반에 걸쳐 자신의 견해를 실어 대응했다. 이번에는 자신의 아호(雅號)를 적어 필자를 분명하게 밝혔다.

의학을 실지(實地)에 응용하여 병자를 치료하는데 기술이 필요하다는 것은 단지 치과에 한정된 것이 아니며 학문의 고상(高尚)과 기술의 교묘(巧妙)는 별개 문제이니, 혈협(血脇)이 치과의 기술 편중을 지적(諫)하였지만 의과에서도 의학 전반 수료 후 3~5년 동안 1개의 과를 전수해야 하는 상황에서 치과만 것처럼 연한을 두는 것이 적절치 않다고 하는 점이 현재 치과의사의 지위가 낮은 원인이라고 화살을 날렸다. “세상에 많은 청년들이 어느 정도 연한(年限)이 들더라도 최고의 치과의가 되려는 뜻을 품게 해보자”고 치과의사를 크게 치켜세웠다.

9) 메이지정부가 서양과의 조약 개정교섭을 1883년에 개관한 외국인 접대소. 정부고관과 상류계급의 사교장으로 화려한 무도회와 서양식 복장을 유행케 함. 극단적 서구화정책의 상징 (역주: 유모토 고이치, 연구공간 수유+너머 역, 일본 근대의 풍경, 2004. 그린비, 434쪽).

자신은 “치과의의 지위를 고상하게 하기 위한” 이상론을 제기했다면, 혈협(血脇)은 “지금 일본에서 치과의료의 방법을 어떻게” 할 것인지에 대한 현실론이어서, 서로 논의의 각도가 다르기에 엇갈림이 생겼다고 보았다. 또, 각자의 주장에 대해 서로 이론(異論)이 없지는 않겠으나 “입치사가 아무리 세공(細工)이 앞서도 세상에서 낮춰 보는 것은 그들이 치과의학 지식이 없이 단지 기술자(齒大工)에 그치기 때문이다. 이런 점에서 오늘날 치과이나 입치사나 오십보백보로 보인다. 지금의 입치사를 천하게 보지만 훗날의 치과의(소위 치과전문의)는 오늘의 치과의를 천하게 볼 것이다. 미국식, 독일식 주장도 있었지만, 독일의 정연한 분류적 미풍에 미국(阿米利加)식 기술을 합하여 우리 독자적인 수예를 갖추어 시술한다면 이는 진정 호랑이에 날개를 다는 격으로 일본치과가 세계 최고의 날이 오겠지만 그저 미국식의 찌꺼기(糟粕)를 바라는 것이라면 세계 최고가 되기는 어렵다”고 하였다.

양측 방법론에 간격 “미국사람 gas를 맡는다”는 말이 있듯이, 독일 친화적인 명치의회의 member다운 표현을 써서 america식 기술에 경도된 혈협(血脇)에게 야유를 보내면서 전체적으로는 젊은 혈협(血脇)을 타이르는 어조였다. 의회의 원로로서 관록이 넘치는 것인가. 이에 대해 혈협(血脇)은 10월 5일자 제39호에 답신을 보내 반론을 폈다. 경의를 표하면서, “귀 주장과 비견(卑見)이 부딪히게 되니 극도로 송구...”라 하였다. 그는 노획한 천상(川上)과 논점이 다르다는 점에 박자를 맞추었다. 더 이상 논의하는 것이 무의미하다고 보았을 것이다.

양측의 논지를 볼 때, 천상(川上)의 지적처럼 논점이 엇갈렸다고 생각되지는 않는다. 천상(川上)은 이상론, 혈협(血脇)은 현실론을 폈다는 차이는 있으나 양측 모두 치과의사의 지위, 교육방법을 논지로 한 점에서 차이가 없다. 방법론에서 장래와 현재라는 시점에 차이가 있고 양성(養成) 방식에 큰 차이가 있었던 것이다. 양측의 차이는 서로 입장이 다른데서 생긴 것이다. 당사자인 혈협(血脇)에게는 자신의 존재에 대해 절실한 문제였으나 의사인 천상(川上)에게는 호의를 보였으되 결국 타인의 일이라는 가벼운 기분이었으리라.

천상(川上)은 치과의사를 위한 이상론을 내놓았으나 실현에 대해서는 자신조차 믿음이 없었다. 생각해 보면 치과의사교육기관 설립도 의심스러운 상황에서 입치사처럼 보이는 치과의사가 의사가 된다는 것이 쉬운 일은 아니다. 그는 “어떻게 치과의의 지위를 고상하게 할 것인가에 대한 본인의 이상을 피력하였지만 그 실행을 결정하는데 5년, 10년이 걸릴지 알 수 없다”고 했다.

내일을 위해 오늘 꼭 해야 할 일이 있겠으되, 오늘을 위해 당장 뭔가를 해야 하는 다급한 때였다. 당시 치과의 형편에서 천상(川上)론은 1단계에서 5단계로 바로 건너뛰는 것처럼 비현실적 제안임을 부정할 수 없다. 그것은 현실을 고려하지 않은 이상론이었다. 혈협(血脇)을 비롯한 치과의사는 현실을 호도하는 그의 논조에 현혹되어 공허한 이론에 휘둘렸다고 볼 수 있다. 그런 의미에서 극히 무책임한 지상(紙上) 발언에 지나지 않았다.

이것이 소위 천상(川上) 혈협(血脇)논쟁이라고 불리웠던 사건의 전말이다. 논쟁은 계속되지 않고 종결(period)되지만, 훗날 의치(醫齒) 논쟁에 미쳤던 영향이 적지 않았다는 점에서 의치(醫齒) 일이 원론(一二元論) 논의의 전초전이라고 할 수 있다.

현실책, 전기(前期)시험을 놓치다(失念) 이 전초전에서 관련자는 2가지 오류를 범하였는데 이는 결과적으로 의치(醫齒)문제를 좌우하는 중대한 착오였다. 첫째, 양자 모두 기본론에 사로잡혀 선결되어야 할 당면한 현실 문제, 즉 논쟁의 단초였던 전기(前期)시험 문제를 잊고 있었다.

치과시험에 물리학, 화학, 해부학, 생리학의 전기시험을 추가하는 것은 당시로서 현실적인 개선책이었을 것이다. 이들 기초과목을 배운다면 종래 치과의사의 약점이었던 의학적 소양이 배양될 수 있다. 즉, 의치(醫齒)는 전기시험은 동일하고 후기시험만 각자 전공과목을 보게 되므로 의사(醫者)로서 기초(base)는 같다고 할 수 있다. 그러면 일반의학 지식이 부족하다는 불유쾌한 비판은 사라지고 치과의사의 이미지를 높이게 된다. 치과의사 수준의 향상에 가장 손쉽고 유효한 방책이라고 할 수 있다.

이미 의술개업시험 실시 즈음부터 “일반의학을 배우지 않으면 치술(治術) 기술을 시행할 수 없다. 즉 인체의 생리, 해부, 병리, 약제 등의 학문을 배워 우치(齠齒) 발치, 충전, 의치(義齒) 제작 등의 기술을 시행하되, 겨우 구치부(口齒部)의 해부 생리 등을 배우는 것만으로는 치과이라 칭할 수 없다”는 주장이 일부 있었던 것이다. 이러한 의견은 일소(一笑)에 붙일 수 없는 지적으로 치과의사의 가슴에 새겨야 할 것이다.

그러나 시험과목이 늘어나고 연 2회 시험을 보는 것에 대해 납득하지 않는 자도 적지 않았다. 시험이 어려워지면 수험자의 부담이 늘어 결국 합격의 문은 좁아지고 가뜩이나 수가 적은 합격자가 더 감소할 것을 우려했던 것이다. 이러한 반대의견에 대해 치과의사의 동료인 많은 의사들이 “오늘날 치과의사들은 학설이나 치술(治術)은 어떻든지 세공(細工)에 능하면 치과의로 족하다고 믿는데, 전기(前期) 시험이라는 소리에 벌벌 떠는 정도라면 도저히 치대공(齒大工), 치방직(齒鋸職), 치세공인(齒細工人)의 범주를 벗어날 수 없으니, 의학에는 멀고 세공인의 경계에 가까운 경향이 있어 개탄스럽다. 그들의 염원이 세공인의 범위를 벗어나 학자의 범주에 가까워질 마음이 있는지”(일본의사주보 제43호. 11월 2일자 발행)라고 직언(直言)할 정도였다.

기본론에서 단호했던 혈협(血脇)도 이에 대해 “치과계에는 우리의 길을 의례 좁게 한정하는 무리가 없지 않아, 기술을 정교히 하는 것을 최고로 보고 세공사를 자임(自任)하기도 한다. 이들은 전기(前期)시험 개시의 의제에 반대한다”(일본의사주보 제36호)고 탄식했다. 사실 당시는 대다수의 치과의사가 입치사와 의사의 중간을 방랑하는 인종에 지나지 않았다. 그런 시점에서 관련자의 방관으로 전기시험문제에서 본격적이고 실질적인 국면이 전개되지 못하였다. 적어도 1단계에서 2단계로 올라갈 좋은 기회를 잃어버린 셈이었다.

일이원론(一二元論) 정의에 착오 다음으로, 당시 두 사람의 논쟁을 의치(醫齒) 일이원론(一二元論)의 출발점으로 보지 않고, 이를 일원론-이원론의 정의로 규정하는 바람에 제2의 착오가 발생했다. 즉 치과는 의학의 한 분과이니 일반의학 수료 후 치과의술을 전수하게 하자는 것은 천상(川上)이 주장했던 하나의 안(案)이었으나 이것을 일원론으로 정의하였고, 치과는 구강 영역에 집중하니 일반의학의 대요(大要)를 배운 후 치과의술을 습득해야 한다는 혈협(血脇)의 주장을 이원론으로 정의해 버렸던 것이다.

그러나 각각 대답하는 개념의 의미를 정의하면서 tough한 표현에 근거하였기에 용어 해석자체가 애매하게 되고 말았다. 의치(醫齒) 일원론이원론은 교육과 자격이 다름에 따라 분별된다. 따라서 논의의 정의에서 당연히 교육과 자격이 명확했어야 하나 혈협(血脇)의 안은 두 측면 모두 추상적인 표현에 머물고 있다. 일반의학은 어디에서 배우고 치과의술은 어디에서 익히는 것인지, 취득하는 자격은 무엇인지 명확하지 않다. 단, 그가 america식 제도를 따르고 있기에, 독립된 치과의학교에서 교육하고 별도로 치과의사 자격을 주는 것으로 해석되는 것이다.

천상(川上)안 실제로는 이원론 한편 천상(川上)안의 경우 '일반의학 수료 후', 즉 의학교에서 교육받은 의사 자격을 주는 것까지 확실히 하고 있으나, 그 후 어디에서 치과의술을 전수하는지 즉 의학교인지 치과의학교인지 불분명하다. 특히, 의사 자격을 얻은 후에 치과의학을 배운다는 '의사+치과의사' 방식을 일원론으로 해석하는 것은 중대한 오해이다. 의사 말고도 별도의 자격을 필요로 하는 과정으로 치과의사가 되어야 한다면 의사와는 다른 교육과 자격을 가져야만 된다는 뜻이다. 치과의사가 되는데 있어서 의사 자격은 요건에 불과하다는 것인데, 교육과 자격이 다르면 결국 이원제도가 아닌가!

일원제도라면 치과는 의과의 과정에 녹아 완전히 일체화해야 한다. 산과학이나 안과학처럼 의과의 curriculum에 치과학이 편성되고, 의사 자격으로 치과진료가 시행되는 system이 되어야 한다. 즉, 배우는 장소도 배우는 학문도 취득하는 자격도 동일하여 치과를 포함하는 모든 진료를 시행할 수 있는 것이 본래 의미의 일원론이다. 따라서 본래 이원론인 천상(川上)안을 성급히 일원론으로 정의한 것은 수습할 수 없는 착오라 아니할 수 없다.

특별히 이론(異論)을 제기하는 사람도 없고 수정되는 것도 없이 이후로도 잘못된 정의가 그대로 관계자들 사이에 통용되었다. 덕분에 법제화운동 과정에서 논전(論戰)이 반복되었다. 두 주장이 실제로는 같은 의견일 뿐 명확히 대답하는 견해가 아니기에 이는 당연한 일이었다. 오늘날까지도 이 오류는 꼬리를 물어 "천상(川上) 혈협(血脇) 논쟁=의치(醫齒) 일원론 이원론 논쟁"이라고 믿고 있다. "천상(川上) 혈협(血脇) 이원론 논쟁"이라고 정정해야 한다.

천상(川上) 몽상론에 춤추다 이 착오로 중대한 오류가 야기되었다. 몽상론이었던 천상(川上)안이 일원론으로 정의되었기 때문에 대답하는 한 쪽의 기본 견해로 고정되어 버렸다. 결국 잘못된 정의(定議)로 모래위에 누각(樓閣)을 세우는 이중(二重)의 miss를 범한 것이다. 때문에 제대로 된 일원론의 견해는 봉쇄되어 논의의 장(場)에 나올 기회를 잃어버렸다. 올바른 논의를 구축하는 중요한 기둥 하나가 처음부터 빠져 나간 것이다. 이처럼 본래의 일원론이 아예 논의에 나서지 못한 것은 의치(醫齒) 문제를 별개의 방향으로 표류시키게 되었다.

이는 천상(川上)만의 책임은 아니다. 그는 주보(週報)가 발행된 시점에서 치과를 육성할 방법을 상세히 설계한 것이 아니라 하나의 시안으로 문제를 제기한데 불과하였다. 일원론이원론이라는 용어도 당초부터 쓰인 것이 아니라 훗날 관계자들이 붙인 명칭이다. 의치(醫齒) 일원론 문제는 아직 법제화의 기세가 불붙지 않는 휴지기(休止期)였으며 몇 년 후 돌연 가열되어 그로부터 7년여에 걸

쳐 의학계를 소란케 하게 된다.

치과 정치활동 개시 의치원론(醫齒原論) 문제가 일시 휴식상태에 있는 동안 치과의회는 2가지 운동을 추진하였다. 실은 이 운동도 의치원론에 깊게 뿌리박은 것이었으나 치과의사들은 지엽(枝葉)에 힘을 쏟을 뿐 땅속의 뿌리에 결합하려 하지 않았다. 첫째 운동은 치과시험 응시자 이력보증의 개정에 관한 건의이다.

이미 서술한 대로 1883년 의술개업시험규칙 제9조에서 응시원서에 의사에 의한 2년 수학(修學)을 보증하는 이력을 첨부하는 것이 의무였는데 치과시험의 경우 치과의사가 아닌 의사의 보증을 받아야 했다. 이는 극히 불합리한 것으로 치과의회는 1898년 5월 내무대신에게 다음과 같이 건의했다. “치과는 의학의 한 분과이면서도 자체로 특별한 지식이 요구되므로 일반 내, 외과의(醫)만이 보증할 수 있게 하기보다 수학(修學)한 치과의학교 혹은 치과개업의가 할 수 있게 함”.

즉 치과시험에서 치과의사가 수학 이력을 보증할 수 있도록 시험규칙 개정을 요구했던 것이다. 해마다 치과의사가 늘어 400명을 넘는 만큼 종래 형식에 불과했던 다른 의사(他醫)에 의한 치과 수학 보증을 본래 취지에 맞게 할 필요가 있어 정부에 제기했던 정치적 행동이었다. 메이지유신 이후 30년이 지나 비로소 치과의사가 직역집단으로서 자신의 뜻을 공적(公的)으로 주장하기까지 성장했다고 할 수 있다.

이 운동에 의사배척의 의도는 없었던 것인가? 필연적으로 치과의 일은 치과의사에게 맡기는 치과독립에 걸맞는 사상을 보이는 동시에, 치과가 자립자존이 가능한 실력을 갖기 시작하였음을 내외에 과시하는 것이었다. 그런 의미에서 의의가 큰 시위운동이었다고 본다.

관립치과의학교 청원 두번째 운동은 5년에 걸친 대규모 정치적 demonstration으로, 앞에서도 언급했던 관립치과의학교 설립청원운동이었다. 1897년 치과의회 회원 35명 연명으로 중의원과 귀족원에 청원서를 제출했다.

‘대체로 미국으로부터 치과의학이 들어온 지 이미 20여년이나 우리나라의 치과의료는 아직 미미하고 지금까지 천학무식(淺學無識)의 향구사(香具師) 무리가 조잡하고 해로운 기술(毒技)을 행하는 실태로, 우수한 치과의사를 양성할 교육기관이 없기에 사회의 수요를 채우지 못해 인구 3천명에 치과의사 1명인 미국에 비해 우리나라는 인구 10만명에 1명에 불과’한 점을 지적하고, “치아의 질환은 그 피해가 가벼워 보이거나 소화기능의 질병을 야기하고 전신건강을 해치며 발육을 저해하는데 이르니, 부국강병을 이루려면 이를 등한시할 수 없다”고 치과의료의 중요성을 역설하고 정부에서 관립의학교를 설립할 것을 호소하고 있다. 정부의 환심(歡心)을 사고자 치과의료를 당시 국책인 부국강병에 연계하여 청원한 것이다.

청원서 제출과 동시에 일본의사주보, 동경일일신문, 시사신보에 널리 보도하여 운동의 틀을 넓히고자 애썼다. 각 신문은 일제히 “국비(國費)로 치과의 양성”에 대해 논평하고 치과시험 제정과 동시에 치과의학교육기관을 설치해야 한다고 지적했다. 치과의사 양성을 민간에 맡기고 있는 정부의 태만을 추궁하고 ① 현존하는 고산(高山)치과의학원에 국비 보조, ② 2~3군데 고등학교 의학부 내에

치과의(醫) 양성소 설치, ③ 독자적 치과대학교 설립 등 3가지 구체적 방안을 제안하고, 그 중 ③이 가장 유망한 방법이라고 측면에서 청원운동을 강력히 지원했다.

귀족원의 청원위원회는 통과했으나 중의원에서는 의제에서 제외된 채 의회가 해산하는 바람에 덧없이 좌절되고 말았다. 1900년 1월 일본치과의회는 같은 건의를 중의원에 제출, 겨우 가결시켜 정부에 전달하였다. 그러나 정부의 태도는 냉담하여 여타 초미(焦眉)의 급한 건에 밀려 어떤 조치든 취하려는 배려도 없었다.

헌신작(敝履)처럼 무시되다 1901년 3월에 의원 100여명의 서명을 받아 치과의 양성에 관한 건의안을 제출, 중의원 특별위원회를 거쳐 본회의에서 가결되었다. 특별위원회에서 정부위원은 이렇게 답변하였다. “지금 치과의(醫) 양성에 대해서 필요하다는 것은 충분히 인정된다. 그렇지만 여타 초미의 급한 일들이 있기에 지금까지 착수하지 못했다. 문부성은 치과전문 의사를 해외에 유학시키고, 훗날 의과대학에 치과강좌를 개설하려 한다. 그러나 독자적 관립학교를 세울 계획은 없다. 민간 사립학교에 정부 보조를 주어 목적을 이루는 것이 가능하다면, 재정이 허락하는 한 보조할 수 있다”

답변 중 의과대학의 치과강좌 설치에 관해서는, 정부 유학자(留學者)였던 석원구(石原久)가 1903년 10월 동경제대 의과대학 부속병원 외과 일부를 갈라 치과를 개설했다¹⁰⁾. 그러나 실제 치과강좌는 그로부터 10수년 지나 이루어진다. 관립치과대학교 설립은 물론, 사립치과대학교에 대한 보조도 헌신작처럼 무시되었다.

그러나 일본치과의회의의 계속된 집요한 노력으로 1902년 3월 중의원 의원이 치과의사 양성에 관한 질의서를 정부에 제출하였다.

- ① 정부는 치과의의 양성을 불필요하다고 보는가? (회답) 정부는 불필요하다고 보지 않음.
- ② 정부는 치과대학 전수학교 설립을 고려하는가? (회답) 전수학교 설립 여부는 지금 조사중임.
- ③ 정부가 전문학교를 설립한다면 그 시기는? (회답) ②번 회답 내용대로 시기명기 곤란.

쌍방은 단도직입적인 질문에 단호한 답변으로 응수하였다. 400여 치과의사 집단의 왕성한 압력 운동도 정부에게는 모기가 무는 정도에 지나지 않았으리라.

의학의료의 낙제생 의회에서 청원과 건의가 채택되었음에도 불구하고 회답대로 성과는 zero였다. 말하자면 치과는 의학의료 중에 낙제생이었다. 정부가 관립치과대학교를 설립한 것은 놀랍게도(!) 그로부터 27년 후에 이루어진다. 그것은 1928년에 설립된 동경고등치과대학교(현 동경의과치과대학)였다. 그러나 이 학교는 치과대학전문학교가 아니라 고등치과대학교에 불과하여 졸업생의 칭호는 치과의학사(齒科醫學士)가 아닌 치과득업사(齒科得業士)였다. 두번째 국립치과대학교육기관은 그로부터 다시 4반세기가 지난 1952년 오오사까(大阪)대학이었다. 지금으로부터 7,8년 전까지는 국

10) 당시 동경제대 졸업 의학사, 동경제대 조교수로 베를린대학 등에서 주로 독일치과대학을 전문하고 귀국

립 치학부 졸업생이 이 두 학교 출신 백수십명에 지나지 않았다. 국민의 구강위생사상의 무지와 빈곤이라는 배경에 나라의 무위무책(無爲無策)으로 사립 관계자의 고난의 역사가 이어졌던 것이다.

사족으로, 최초의 관립치과의학교가 동경대학에 만들어지면서 치과계의 분위기(趣)가 변하였던 것 같다. 동경대학의 잘잘못(公罪)은 있겠으나, 우리나라에서 동경대학의 폐해(弊害)가 없는 유일한 분야는 치과계라 해도 과언이 아니다. 반면 의학은 물론 약학, 농학이나 공학까지도 훨씬 뒤로 처져 있던 사실은 부정할 수 없다. 관립치과의 기초를 세웠던 석원구(石原久) 이후 확고한 주장으로 고등치과의학교가 아닌 동경제대 치학부가 탄생하였던 것은, 정부관청에 대한 발언권과 영향력에서 현격한 차이가 있었던 것이다. 어쩌면 지금 치과계의 위상(圖模樣)은 어떤 사회에서도 유래가 없을 정도이다. 이것이 치과에 행(幸)인지 불행인지는 알 수 없다.

치과독립(!)의 image 5년에 걸친 관립치과의학교 설립운동은 결국 무위에 그쳤다. 게다가 이 싸움을 하면서 관련자의 마음에 그물망이 하나 드리워지게 되었다. 이 운동이 겨냥했던 것은 관립치과의학교라는 특수한 조건이었으나, 기존 사립치과의학교와 같은 종류이면서 관제(官製)일 뿐이라는 단순한 발상에 머물고 말았다. 이런 태도는 '치과의사 양성은 의학교와는 별개의 교육기관에서 시행하는 것'이라는 관념을 고정화시켜 치과의사는 독립지향적이라는 image가 정착되고, 특히 치과의회, 치과이력보증 사안과 중첩되어 "치과독립"의 방향이 결정되는 결과가 되었다. 의치(醫齒) 논쟁 직전에 시작되어 병렬적으로 추진되었던 이 운동이 미칠 영향을 예측하지 못했던 것이다. 만약 치과의 양성에 추가적인 방법으로 '의학부 내에 치과양성소, 즉 의학부 치학과 style'의 청원이었다면 다른 방향으로 진전되지 않았았을까?

청원운동에 나섰던 치과의사 중 누군가는 가까운 장래에 닥칠 의치(醫齒) 분쟁을 상정하고 있었을까? 당장 열중하여 정신없이 진행되고 있는 운동이 자신들의 장래에 어떻게 영향을 줄 것인지 의문을 느낀 자는 없었을까? 이제 치과의사는 왼손으로는 독자적인 치과의학교 설립, 오른손으로는 의치일원제(醫齒一元制)를 내세우는, 모순되기 짝이 없는 언행에 돌입하게 되었다.

제 7장. 의치(醫齒)분리시대(1) : 1897~1899

의회(醫會)의 법안운동 시작 의치(醫齒)분리시대는 의회(醫會)의 움직임에서 시작되었다. 1897년 무렵 각지에 의사단체가 군웅할거하고 의사세계는 혼돈이었다. 특히 병원이 보급되면서 관공립 병원 의사와 개업의사간에 이해를 둘러싼 대립으로 위생행정에도 지장을 초래하는 일이 잦았다. 장년(壯年)에 이른 한방의와 양방의간의 항쟁도 아직 계속되고 있었다. 개업의는 자신들의 권리를 옹호하고 정부는 의사와 각종 단체를 규제하려는 각자의 입장에서 의사에 관한 종합적 법률의 필요성을 통감하게 되었다.

그 배경으로 1890년대 전후 의학교육기관은 대체로 정비되어 근대 의학을 배운 의사가 해마다 착실히 증가하여 그들을 주체로 새로운 의료활동의 장래계획을 수립할 수 있었다. 당시 대학이나 전문학교에서 배출되는 의사는 매년 5천명 이상이였다. 이러한 시대 조류에 변호사법과 유사한 의

사신분법을 제정하려는 기운이 급속히 높아져 1897년 이후 움직임이 활발하였다. 그로부터 약 10년에 걸쳐 각종 의회(醫會)는 이해득실에 따라 복잡한 양상과 우여곡절을 되풀이한다. 의사의 신분확립이라는 의제(醫制)사상 가장 중요하고 파란만장한 시기를 맞은 것이다.

최초의 의사법안 법제화 활동의 선두는 이미 서술했던 동경의회(東京醫會)였다. 그들은 1896년부터 초안을 연구하여 의사 자격과 권리 의무, 의사회의 징계 등을 정한 의사(醫士, 師가 아님) 법안을 작성했다. 이를 의사 전체 여론에 의한 법안으로 하고자 당시 전국 의사 유지(有志)로 조직되어 있던 대일본의회(大日本醫會) 제4회 대회에 제안, 일부의 반대의견을 무릅쓰고 일부 수정한 후, 1897년 3월 회기종료 직전의 제10회 의회(議會)에 제출, 중의원에서 위원에게 위임(付託)되었다가 의회해산으로 심의 미완으로 끝나고 말았다.

비록 최초의 의사법안은 좌절됐으나 신속하고 강력했던 법제화 활동으로 그동안 관심이 적었던 의사법 제정에 일반의 이목을 집중시키게 되었다. 각 의회(醫會)가 의사의 신분확립 뿐 아니라 우리나라 최초의 전국 통일조직에서 주도권을 잡으려 경쟁적으로 초안 작성에 힘을 쏟은 것이다. 다음 해 대일본의회 제5회 대회에는 각 지방의회에서 20여 초안이 연달아 제출되어 소동이 될 정도였다. 이처럼 의사의 신분과 의사회 설립에 주력했던 초안이었지만 결국 하루 밤 법안으로 거품처럼 사라졌다.

의사 내부의 치열한 상극(相剋) 의사들의 움직임을 지켜보던 정부는 의사단체를 법률로 규제하는 방침을 세워 당시 내무성 위생국장 후등신평(後藤新平)이 새로운 안을 기초하여 같은 해 9월 중앙위생회에 제출했다. 이는 훗날 의사법의 원안(原案)이 되었다고 하지만 당시에는 찬반양론 끝에 시기상조라며 각하되었다. 의사법안 2번째 좌절이었다.

동경의회는 지난번의 경험에서 의사회 규정을 주제로 한 의사회안을 작성, 1898년 1월 대일본 의회 제5회 대회에 제안했으나 시기를 둘러싸고 논란이 비등하였고 연기(延期)론이 우세하여 계속 심의하기로 하였다. 11월 제6회 대회에서 다시 심의하여 이번에는 찬성다수로 의결, 바로 개회중인 제13회 의회(議會)에 제출했다. 그런데 여기에 복병이 있었다. 동경의회 안(案)이 의회(議會)에 제출되면서 의사 측 일부에서 강경한 반대론이 돌출한 것이다. 이는 의사(醫士)법안 당시부터 반대를 분명히 했던 동경제대 출신의 공중의사회(公衆醫事會)로, 그들은 다수의 한방의와 대학 출신의 양방의가 일괄적으로 의사회로 은근히 맺어진 것을 완강히 반대했다. 12월에는 의사회법안 반대동맹회가 결성되어 일부 개업의의 권모술수라고 비난하고 각 방면에 널리 알려 유지(有志)를 모으고 의회(議會)통과를 저지하고자 각 반별로 의원(議員)에게 진정하면서 집요하게 반대운동을 벌였다. 결국 개업의 중심의 찬성과 대학교수들 중심의 반대파가 서로 치열한 상극을 연출하였다. 의원(議員)들은 양쪽으로부터 파상적인 진정을 받으면서, 1899년 1월 법안을 일부 수정한 후 찬성 다수로 중의원을 통과, 귀족원에 송부했다. 이에 반대동맹은 맹렬한 기세로 귀족원 의원에게 강력히 노력하여 귀족원에서는 차가운 분위기에서 질문이 계속 제기되고 반대 다수로 부결되었다. 3번째 좌절이었다.

감정적인 적개심이나 이해타산도 작용했으나 이처럼 철저했던 배격운동의 바탕에는 한방의(漢方醫) 절멸사상이 있었다. 당시 한방의는 2만 수천 명으로 의사 4만 명의 반수를 넘었다. 의사법에

다른 의술개업시험규칙 등을 폐지하고 의학교를 졸업하지 않은 한방의가 신규 면허를 받는 길을 막아 한방의와의 싸움에 중지부를 찍는 것이 반대파의 지상명령이었다. 이처럼 대학출신이 중심이 된 신흥세력의 공격으로 양방의(洋方醫)끼리 싸움도 불사하는 격렬한 골육상쟁이었다. 이는 제대(帝大) 출신이라는 대단한 pride와 한방의(漢方醫) 압살(壓殺)이라는 비정상적 집념의 소산이었다.

치과의사는 어떻게 다루었는가 이것은 치과의사에게 강 건너 불이 아니었다. 바로 이때부터 치과의사도 그들의 강렬한 선량(選良)의식에 찬물을 끼얹는 존재가 되었다. 그러면 당시 치과의사 측은 어떻게 행동했는가. 치과의사는 독자적으로 관립치과의학교 청원운동을 전개하였다. 의사 측은 법제화를 위한 토대가 잘 다져져 있었으나 치과의 경우는 1곳도 교육기관을 설립하지 못한 양상으로, 명암이 선명하게 대비되었다. 치과의사 side는 아직 법제화 기운이 무르익지 않았기에 의회(醫會)의 법안 제정을 둘러싼 양측 운동에 참가하지 않았다.

치과의사는 의사들의 원망(怨念)과 갈등을 결눈질(橫目)할 수밖에 없는 처지에서 내심으로는 마음(肝)이 조마조마하였을 것이다. 지나치게 말려들게 되는 것을 우려(懸念)하여 몸을 웅크렸을 것이다. 의사법에 관련하여 치과의회가 의회(醫會)와 접촉을 시도한 바도 없었다. 의회 측으로서도 내부(仲間) 항쟁에 겨를이 없어(忙殺), 이웃 치과의사에게 눈을 돌릴 여유조차 없었을 것이다. 이처럼 의치(醫齒)가 정보나 의견을 교환하는 기회도 없는 채, 의회의 어수선한 움직임이 선행(先行)되었다. 실제로 의사법안이 3번째 공중분해될 때까지 치과의사에 관한 논의는 드러나지 않았다.

의사법과 치과의사의 관계에 대해 본격적인 검토를 시작한 것은 명치의회였다. 명치의회의 설립모체는 의사법안 반대동맹과 공중의사회이다. 그들은 자신의 특권적 입장을 강화하여야 했기에, 힘을 모아 추진했던 의사법안을 묻어(葬)버리거나 의사 신분을 확립하는 법률의 필요성을 포기할 수는 없었다. 즉, 2번의 패배로 대일본의회가 해산에 이르렀지만 의사법안 재제출에 대한 강력한 목소리는 사라지지 않았다. 법안 폐기(廢案)에 대한 책임과 독자적 입장에서 의사법 제정을 추진할 필요에 따라(追) 1899년 3월에 명치의회를 결성하였다. 따라서 새로운 조직이라기보다 옛 조직의 명칭만 바꾼 단체였다.

이리하여 명치의회는 종래의 행보에서 의사회 설립 문제는 피하고 의사면허규칙 개정안이라는 성격의 의사법안 작성에 착수하여 이 과정에 치과의사를 어떻게 다루어야 할지에 대해 외국 제도를 조사하여 우리나라에 적용할 방법 등을 연구했다. 건설적인 방향에서 적극적으로 노력하여 만년 후 8월에 명치의회 기관지 ‘공중의사(公衆醫事)’ 제3권 6호에 의사법 초안을 발표했다. 이 법안의 골자는 의사는 의학교 졸업자에 한할 것, 의술개업시험은 본법 실시 5년 경과 후 폐지하는 것이었다.

치과의사는 공칭(公稱)이 아니다 제1조에 “의사는 내무대신으로부터 의사증(證)을 받아 의업을 시행한다”고 되어 있어, 치과의사 측은 당연히 치과의사도 이에 해당하니 의사법에 포함된다고 해석하여 조용히 지켜보는(靜觀) 태도를 취했다고 한다. 그러나 이는 현실인식이 결여된 안이한 생각이었다. 법안 전체를 제대로 이해하면, 의학교 졸업자에 한정하고 있음을 볼 때 명치의회의 뜻은 그렇지 않음이 명백하였다. 치과의사 십수년의 곁을과 주변 상황을 냉정히 판단할 때 안이한 태도

였다. 의적(醫籍)에 같이 등록하는 한방의까지도 원수(仇敵)로 보는 “초(超) elite” 집단의 본질적 성격을 간과한 것이 아니었을까.

의사법안에 포함되어 있다고 무사태평하게 믿고 있던 치과의사 측의 분위기가 명치의회 측에 전해졌던 것인가, 8월 하순이 되자 기묘(妙)한 소문(噂)이 들려왔다. 그 내용인 “명치의회에서 금년 봄 위원 입택(入澤), 천상(川上), 전대(田代), 중빈(中浜), 홍전(弘田) 씨 등에 의해 기초(起草)중인 의사법안은, 우선 초안이 공중의사(公衆醫事)를 통해 세상에 발표되는데 그 초안에는 치과의(醫)가 포함되지 않는 것으로 모 위원이 전했다”는 것이었다. 그 위원은 천상원치랑(川上元治郎)일 것이다.

이를 전해들은 치과의사 측에서는 급거 재경(在京) 유지(有志) 5, 6명이 8월 30일 일본교(日本橋) 오복정(吳福町) 류옥(柳屋)에 모여 대책을 협의했다. 그러나 소문의 진위도 확인하지 못하고 반신반의(半信半疑)한 채 결국 “당분간 두고 보(放置)”기로 하였다.

며칠 후 사태가 과장하게 되었다. 9월 2일자 일본의사주보(日本醫事週報) 제241호 잡보 난에 치과의사의 명칭에 대한 의의(疑義)를 거론하는 논설이 게재되었다. 즉, “지금의 제규(制規)를 보면, 의술개업시험규칙 중 전기시험, 후기시험, 치과시험이 나뉘어 있고, 의사면허규칙에 치과시험에 급제(及第)하는 것을 운운하는 문자는 일획도 보이지 않는다. 말하자면 치과의(醫)라는 것은 하나의 공칭이라기보다 편리하게 붙여진 명칭으로 볼 수 있다”고 실려 있어, 문맥에서 보자면 면허규칙 중 치과시험에 급제한 자는 치과의사라 칭하고, 치과에 관한 치료만을 할 수 있게 한다는, 치과의사는 공칭이 아니라고 하는 이치(理屈)를 다룬 것이었다. “오늘날에도 마치(恰) 공칭인 것처럼 관청에 제출하는 정식 진단서에도 치과의가 서명하고 개업시험규칙위원의 조항에도 ‘치과의’라는 문구는 있다”

치과의사 제의를 예고 이미 제3장에서 면허규칙의 문제(不備)를 지적한 바와 같이, 애매(曖昧)한 점이 있었으나 실제 15, 6년 동안 실시되어온 법령이었기에 치과의사로서는 ‘왜 이제 와서...’라는 생각을 하였으리라. 이 기사의 원래 속셈(狙)은 또한 별개의 문제였다.

명칭문제에 관련된 문장 중에 “들리는 바로는 이번 명치의회 위원에 의한 조사에서 의사법 중 치과의를 포함하는 문제는, 역시(是) 의사법 전반에 전혀 다루지 않는 것이라고 한다. 이런 고로 명치의회에서는 차제에 치과의(醫) 제씨가 서로 만나 일치 협의하고 자신들에게 적당한 제도를 세울 것을 희망하는 바”라고 하였다.

전해진 바(傳聞)에 의하면, 이 논설이 의사법의 치과의사 취급을 명기한 최초의 문장이었다. 얼핏 보아 당돌한 것처럼 보이지만 실은 정교(巧妙)한 계산이 숨어 있었다. 명치의회가 이미 8월 상순 오복교(吳福橋) 류옥(柳屋)의 평의원회에서 검토한 결과, 치과의사 취급에 대해서는 별개의 취체(取締)가 필요하니, “이를 포함하지 않는다”는 결론을 내리고 치과의사를 제외한 의사법 초안을 결정한 것이었다.

명치의회에는 얼마되지 않더라도 치과의사 회원이 있었던 것인가, “평의원회 자리에서 반대론자는 적어서, 채결(採決)에 이르는데 소수로는 성립되지 않는 것으로 보았다”고 전해지고 있다. 치

과 의사의 장래를 결정하는 중대 사항이 치과의사측을 빼 놓은 채 정해졌던 것이다.

이 초안이 가을(秋)에 자기 업계지에 발표되는 단계까지 진전되었는데, 치과의사를 제외하는 방침을 지면(誌上)에 처음으로 실는 것은 혼란이 크다고 판단한 것이 아닐까. 또한 주보(週報) 지상(紙上)에 “들리는 바로는...”이라고 제3자적 표현을 씀으로써 예고(豫告)적인 함의를 나타낸 것이리라. 우선 단편적으로 거론하여 치과의사의 마음에 파장을 야기하는 작전이었다. 주보는 천상(川上)이 주관이었기에, 명치의회가 직접 준비(手配)한 것에 다름 아니다. 천상(川上) 자신이 작성한 기사는 아니었다고 해도 그의 생각이 충분히(十分) 반영되었으리라.

치과의론(齒科醫論), 치과계 동요 이에 대한 치과의사 측의 반응은 컸다. 아직 명치의회 의도를 통찰하지는 못했을 것이다. 기사가 치과의사 제외와 별개 법안 채택방침을 어느 정도 명확히 예고하고 있는데도 불구하고, 무사태평(吞氣)으로 “치과의 명칭은 공칭이 아니라고 건강부회(府會)하고 기괴한 붓을 놀린다”고 하여 그 진의(眞意)에 무심한 태도였다¹¹⁾. 어떻게 해도 명치의회 방안이 이해되지 않았던 것인가, 아니면 자신들에게 닥친 현실을 직시(直視)하지 못한 것인가 - 아마 반반이었으리라.

명치의회는 용서(容赦)없이 다음 수(手)를 두었다. ‘치과의사 제외’라는 뜻을 착실히 실행에 옮겨 단호하게 계획을 마무리하였던 것이다. 발빠른 작전이라고 할 제2의 파도는 10월 중순에 충격적으로 치과계를 동요시켰다. 당시 업계지는 이를 “치과의사의 뇌장(腦漿)을 자격(刺擊)했다”고 표현하였다.

1899년 10월 18일 자 공중의사(公衆醫事) 제3권 8호에 “치과의론(齒科醫論)”이라는 제목의 글이 실렸다. 낙후생(落後生)이라는 야유(揶揄)적인 가명(假名)의 명치의회 회원이 모멸(侮蔑)적인 격렬한 문체로 “의사법 중 치과의를 망라(網羅)함이 가능하지 않은 이유를 명확히 하기를 요구”하면서, 의사 사회로부터 치과의사 배제를 논한 것이다. 그들은 1897년 의사법안에서도 이처럼 공중의사(公衆醫事)를 무기로 열렬히 반대운동을 했던 전력이 있어 명치의회 상투수단이었다.

“1. 치과의는 의사와 동일한 학과를 배워야(習修) 할 필요가 없다.

2. 치과의는 공중(公衆)에 대한 관계가 의사와 크게 다르므로 의사와 동등한 신분상 제재(制裁)가 필요하지 않다.

3. 치과의는 현재 구미(歐米) 여러 나라에서도 의사와 같게 보지 않으며, 외국 치과의의 개업치료는 허가사항이다.

이 3가지 점을 치과의사 배제의 이유로 했다. 더 나아가 “본 과목 및 그 직분의 성격도 역시 논란이 될 만한 여지가 있다. 의사와 동일한 성격인지 검토가 필요하다”고 단언하였다.

11) 9월 하순 서수옥(瑞穗屋) 발행 齒科雜誌 제81호. 또 醫界時報 제284호에 실린 글에서도 의식적으로 무시하는 태도를 보였다.

도발적 독필(毒筆) 공격 특히 면허규칙에 치과의사에 대한 조항이 없는 것을 이유로 종래의 취급이 오류라고 하면서 이미 의사가 아니(非)라고 질타하고, 따라서 의사법에 포함될 필요가 없다는 논리를 강력히 제기하였다. 즉 법령의 미비(不備)를 끌어(楯) 지금의 치과의사를 비(非)의사로 취급하는 것으로, 의사법의 문앞(門前)에서 막아버리는 작전이였다. 여기에는 15년 이상 실행되어 온 관습법을 무시하고 무턱대고 치과의사를 폄하(貶下)하려는 의도가 노골적으로 드러나 있다.

“작년에 의사법안이 귀족원에 상정되었을 때 장곡천(長谷川) 정부위원은 모(謀)의원의 질문에 대한 답변에서, 치과의(醫)를 우차(又此) 의사회에 가입케 한다는 것은 회의장(議場)에서 크게 웃을 일이라고 했다. 성질이 서로 다른 의사와 치과의사를 묶어 동일 법안에 넣고 싶어도 그럴 수는 없다. 치과의는 일개 기예인(技藝人)으로 그 품위가 의사에 비해 낮으니, 오늘의 실황(實況)을 치밀하게 보라. 의사의 직분은 크게는 국가의 부국(富國)에 관계되고 작게는 개인의 생명을 다룬다. 치과의의 기술을 보면 충전(噴齒), 발치, 보철(補齒) 따위에 불과하여 직접 인명(人命)에는 관계없는 범주이다. 치과의가 의사의 영역에 침입하는 것과 같은 거동(舉動)은 무엇인가. 이는 의사의 이해에 관련된 것일 뿐 아니라, 실로 공익(公益)을 해치는 자(者)라고 본다. 치과의들(諸子)이 안과의, 산과의에 비견(比肩)하면서 스스로 구내의(口內醫)가 되길 원하여도 그들이 의사가 될 수는 없다”

참으로 명치의회다운 위압적(居丈高)이고 악의(惡意)에 가득 찬 내용이었다. 그들의 논지(論旨)는 의사의 직분이 크게는 나라의 부강, 작게는 개인의 생명에 관한 것으로 치과의사는 직접 인명에 관계없다고 하는 의식에서, 결국 의사와 치과의사는 성격이 다르다는 결론이다. 그런즉 치과의학은 극히 유치(幼稚)하니 이를 자기네 영역에 넣는 것은 옥석(玉石)을 섞는 것처럼 일반의학의 저하(低下)를 초래하며 의사의 명예와 품위에 관계된다고 하는 거만(傲然)한 기피(忌避)관념이었다. 4년 전 천상(川上)의 초현실론에서 보였던 논조도 일부 그대로 답습되고 있다(자료 참조).

‘대치과의론(對齒科醫論)’에서 반박하다! 명치의회가 왜 이처럼 도발적으로 배격(排擊)에 나선 것인가. 치과의사는 의사가 아니라는 뜻(大仰)을 이루고자 치과의사 배제의 여론(世論)을 퍼뜨렸으리라. 어떻게든 치과의사의 분노를 부채질(煽)하여 스스로 이반(離反)하기를 기도(企圖)한 것이리라. 그런 의도(意圖)에서, 명치의회를 대표하는 이면(裏面)의 “폭론독필(暴論毒筆)”에 치과의사는 분격했다. 특히 “치과의(醫)의 기술의 범위는 산과라 불리는 자와 유사(相似)하다고 해도 지당(至當)하다”는 등의 모멸(侮蔑)찬 문구(文面)는 치과의사의 속(心臓)을 뒤집어 놓았다.

이어서 1899년 11월 중순에 세 번째 파도가 습격했다. 예정된 수순으로 명치의회는 공중의사(公衆醫事) 제4권 1호에 문제의 의사법안을 발표했던 것이다. 법안은 그들의 태도를 명확히 표명했다. 제1조에 “본법에서 의사라 함은 인체의 진찰치료를 행함을 업(業)으로 하는 자를 이르며(謂), 치과의(齒科醫)는 본법의 규정을 적용하지 않음”이라고 명기하고 있다. 이는 의사법에 있어서 치과의사 취급을 중단한 최초의 조문이었다. 이 명치의회 안(案)에서 의사에 대한 정의(定義)가 변하기 시작한 점을 주목할 만 하다. 이 정의가 ‘치과의에게는 적용되지 않음’에 얽혀 논의의 초점이 된 것이다.

치과의사측에서는 역시 침묵할 수 없었으니, 이제 의치(醫齒)는 진면목으로 부딪히게 되었다. 11월 13일자 의계시보(醫界時報) 제 384호에 “대치과의론(對齒科醫論)”을 실어 격렬히 반박하였으니, 일본치과의회 이사(理事)였던 부안진(富安晉), 청산송차랑(靑山松次郎), 제등영삼랑(齊藤英三郎), 가본적일(榎本積一) 등이 연명(連命)으로 치과의회를 대표한 반론을 편 것이다. “특히 폭론의 구역을 벗어나, 미친 듯 보이는 자들. 이런 어리석은 주장(愚論)이 과연 우리 의계(醫界) 준수(俊秀)한 자의 집합(叢淵)이라 자칭하는 명치의회 다수의 의견이라면, 우리(吾人)는 아연(啞然)할 뿐”이라고 상대의 비열함을 지적하면서, 낙후생(落後生)의 5배에 달하는 장문(長文)을 게재하고 상세(詳細)하고 논리정연(理路挺然)하게 논박하였다.

이 글에서는 지난번 의사주보(醫事週報)의 명칭 비난에 이어진 일련의 치과의사 공격에 대해 반증(反證)을 시작하여, 얼핏 보아(一見) 별개의 잡지에 실렸지만 두 글(兩論)이 동일한 필자의 글이라는 사실을 지적하고 그 작의(作意)적인 행동을 예리하게 짚었다. 이어 낙후생의 논점에 대해 하나하나 논증하고 조목조목 부정하였다. 그 논거를 발췌하여 보도록 한다.

폭론(暴論)을 하나하나(逐一) 논박하다 현행규칙의 치과의사 적용은 오류라는 주보(週報)의 비판에 대해서는, “시험규칙이 어떠냐에 따라 치과시험과목이 정(定)해진다고 한다면, 왜 보통의(普通醫)와 동일한 시험장에서, 동일한 시기에, 동일한 시험위원장의 감독 아래 같이 시험을 시행하는 것인가? 의적(醫籍)에 등록하고 면허(免狀)를 받는다든 사실은 어떻게 보아야 하는가? 치과의술(齒科醫術) 개업면허(免狀)에 ‘의사면허규칙에 의거 이 면허(免狀)를 수여한다’고 기록되어 있는 것은 무엇인가? 이러한 예는 이미 정부가 치과의사를 의사로 보고 있다는 증거(證左)가 아닌가. 수의(獸醫)나 침의(鍼醫) level로 떨어뜨리는 논자(論者)는 삼척동자(三才童子)도 비웃으며, 치과의사는 어디까지나 의사면허규칙의 보호를 받을 권리가 있고 또 이에 복종할 의무가 있다”고 못박았다. 이는 조문(條文)의 미비(不備)를 기화로 삼아 법령의 정신과 역사적 사실을 부정하려는 주보(週報)의 설(說)을 멋지게(見事) 논박(論破)한 것이다.

이어서 제1의 논점, ‘치과의사는 의사와 동등의 학과를 요하지 않는다’는 비판에 대해서는, 각국의 치과의학 교육상황을 실례를 들어 설명하고, 외과학의 분과(一科)로 외과와 동일하게 대우받는다든 “만국(萬國) 여론과 일치하는 것을 부정할 수 없”으며, 반드시 의과와 동일한 학과를 배워야 할 필요가 있다고까지 할 수는 없더라도, 동등한 학과를 배울 필요가 없다는 견해는 인정되지 않는다고 반론하였다.

다음으로 두 번째 논점, ‘치과의사의 공중(公衆)에 대한 관계는 의사만큼 크지 않다’는 비판에 대해, 바야흐로 각국에서 의학은 진보와 더불어 점차 각과로 세분화하는 경향으로, 내과, 외과, 안과, 산과, 부인과, 소아과, 이비인후과, 위장(胃腸)과, 정신병과, 전염병과 등 각자 전문적으로 발전하여 각 전문의는 자기 전문 범위 내에서 질병을 치료하는 상황임을 지적하고, 그런 의미에서 공중에 대한 관계는 어디까지나 한(一) 영역을 담당한다는 점에 치과의사도 차이가 없음을 강조했다.

또 치과의사는 인명(人命)에 관계없다는 비판은, 안과의, 이비과의(耳鼻科醫)도 역시 인명에 관계가 없을 뿐 아니라, 구강질환이 어떠한 것인지, 발치나 충전술(充填術)의 결과는 어떠한지 - 치과

의학이 어떤 것인지 모르는 자의 발언에 치우쳐 비난하고 치과의사를 입치사(入齒師)와 혼동하여 그들의 소행(所業)을 치과의사의 행위로 보는 세간의 잘못된 인식을 이용하면서 자기네의 비망(非望)을 추구하기 위해 치과의사를 비방(誹謗)하는 것으로 분석하였다.

강경과 연약(硬軟)을 섞어 호소(訴)하다 특히 “낙후생은 치과의를 다른 의사의 명령에 따르는 자로 보고 있다. 이는 무례(無禮)한 언사이다. 우리는 독립된 의사이다. 결코 타인의 지휘 아래 머물 자는 아니다” 불초(不肖) 의사의 천직(天職)을 분명히 하여(辨識) 보자. 어떤 환자를 대하든 자기 지식과 전문 범위를 벗어나면 다른 전문가에게 의뢰한다. 자기 기량이 남들보다 우수하더라도 치아에 연관되는 다른 질환을 치료하는 것이 불가(不可)하다. 우리는 적어도 전문학(專門學)이 우리에게 가르친 범위 내에서 지식을 사용하여 환자를 그 질환에서 구(救)하는 의무를 지고 있다. 전문(專門)을 표방하는 자는 그 과(科)에 대한 지식이 남들보다 뛰어나다. 따라서 우리들(余輩)은 위장병으로 인해 구강질환이 발병된 자를 보게 되면 이를 위장 전문가에게 의뢰하고, 위장 전문가가 구강병인을 발견하면 이를 치과의에게 의뢰한다. 의학 각 분과의 융합을 완전히 수행하여 사람들에게 의학의 혜택을 누리게 해야 한다”고 상술하여 독립된 의사임을 주장하고, 전문의(專門醫)로서의 태도를 자세히 설명했다.

한방의, 한지(限地)개업의, 종래(從來)개업의 조차 의사로 부르고 있는데, 관청의 시험에 합격하여 의적에 등록된 치과의사를 억압하고 그 학술의 진보를 질시(嫉視)하며 기득의 권리조차 박탈(剝奪)하려는 것은, 필히 자신들의 영역을 침입할 것을 두려워하는 상매적 근성(商賣的¹²⁾ 根性)이 작용한 것으로, “그 심사(心事)가 비열하여 구토(嘔吐)가 날(催) 지경”이라고까지 비난하는 한편, “오늘의 치과 의학을 장려하고 그 종사자를 부조(扶助)하는 것은 동포(同胞), 특히 의학에 종사하는 자의 당연한 의무에 다름 아니다. 일본치과 의학을 구미(歐米)에 선전하면 우리나라(本邦) 의학의 명예라고 생각(思惟)되지 않는다. 만일 오늘의 치과 의사가 의사보다 열등(劣等)하다면, 사회는 의사(優者)만을 대접하게 될 것이 명백하다”고 의사 측의 양식에 호소하면서 교묘(巧妙)히 강경과 연약을 섞는 전법(戰法)을 전개하였다.

마지막으로 “수십년 전(前) 구미(歐米)에서 치과의를 내과의보다 멸시(蔑視)하였던 일이 있었어도 우리 선배들이 끈끈하게 대응하여 치과 의학은 오늘의 영광된 위치에 이르게 되었다. 우리도 또한(亦) 용기와 인내를 가지고 오랑캐의 공격(蠻風)을 제압할 뿐이라”고 결의를 표명하였다(자료참조).

치과의사들, 반론(反論)에 갈채(喝采) 의사법안 문제에 대항하여 일본치과 의회는 11월 20일 사립위생회(私立衛生會)에서 총회를 소집했다. 동시에 오오사카(大阪)에서도 유지(有志)가 회합하여 대책을 협의하였다. 공중의사(公衆醫事) 발행에서 1개월 반 지나서야 겨우 대응한 것이다. “오늘 치과 사회의 큰(一大) 문제인 명치의회의 치과의 배척에 대한 대책 의제(議題)를 상정한 바, 출석자가 많고 재경(在京)회원은 태반이 출석하여”라고 업계지(業界誌)에 기록되어 있다. 그러나 출석자는 30

12) 원문에 적(敵)으로 되어 있으나 오기(誤記)로 생각됨(역주).

명에 지나지 않았다. 회원 수나 당시 정보 연락망으로 보아 이것이 최선(精一杯)의 소집 능력이었으리라. 오후 7시에 개최하여 의장과 부의장에 각각 이택신평(伊澤信平), 가본적일(榎本積一)을 선출하고, 가본(榎本) 이사가 '대(對) 명치의회 기초(起草) 의사법안의 건'에 대해 경과설명을 하였다.

아마 명치의회의 움직임, 대(對)치과의론에 의한 반론을 중심으로 보고하였으리라. 일본치과의회는 대치과의론을 게재한 의제시보(醫界時報)를 인쇄 후 매입하여 전국 치과의사와 의사에게 배포하였다. 반격작전에 대해서도 보고가 있었다. 반론은 "치과의술 및 치과의에 대해 경모(輕侮)의 의논(議論)을 드러(吐)냈다. 낙후생(落後生)의 치과의론에 대해 반박(反駁)을 시행할 것을"¹³⁾호소하여 박수갈채(拍手喝采)를 받았다. 시의적절하고 정확한 역공(反攻)이었다. "낙후생은 추호도 답하지 못하고 다른 명치의회 회원도 역시 동지의 패배를 보고 이를 응원하지 않는다"¹⁴⁾고 하였다.

향후 방침, 진지(眞劔)한 토의 반론에 대해 소리없이 침묵하는 낙후생의 태도에 분노는 점차 가라앉고 상처난 심정도 치유되었으리라. 낙후생 비난이 일단락되고 명치의회의 견해 분석과 앞으로의 방침에 대해 진지한 토의가 이어졌다. 치과의사의 자세에 대해 치과의사 스스로 진심(本氣)으로 생각한 최초의 날이었으리라. 그들은 불응(不應)할 수 없는 시대의 파랑(波浪)에 허리(腰)까지 막혀 있는 자신들의 기(氣)에 매우 놀랐던(愕然) 것이 아니었을까? 결국 대부분(大半)은 따뜻한 자리에서 밀려나 일방적으로 추방 선언당하여 낭패(狼狽)를 당하게 되었던 것이었다.

토의를 거치면서 몸으로 확인한 것은 소수민족의 비애(悲哀)였다. 4만의 의사에 비해 한줌에 지나지 않는 500명으로 뒤에 말석(末席)으로 밀려나 있다는 의식이었으리라. 이미 39,500명이 사망을 에워싸고 있었다. "다수(多數)가 가진 부당한 뜻(暴意)을 관철하고자 명치의회는, 도리(道理) 이전에 머릿수(頭數)로 남(他)을 복종시키려 한다"¹⁵⁾고 지적하고 "저들의 머릿수가 아니라 우리의 바른 뜻(正理)의 힘은 백만(百萬) 병사와 같으니 승리할 수 밖에 없다"고 스스로 용기를 북돋우었다.

결국 그날(當日)은 모든 결정을 임원(役員)에 위임하는 것으로 결의하였다. 관련된 운동비용으로 전국 치과단체와 동업자가 기부금을 모집하기로 하였다. 당시 일본치과의회는 아직 전국 조직이 되지 않았었기에 재정기반도 부족하였을 것이다. 어떻게든 대책을 세우지 않을 수 없는 위기감과 초조(焦燥)함에서 그들의 발걸음은 바빴다.

이론무장하여 반론(反論) 계속 12월 치학연찬(齒學研鑽) 제5호 잡록(雜錄)난에 당시 치과의사의 목소리를 대표하는 견해가 발표되었다. 치학연찬은 일본치과의회(日本齒科醫會) 이사(理事) 부안진(富安晉)이 주재하여 그해 4월에 창간된 학술잡지로 매호 조직현미경사진을 lay-out하고 최신 학설을 소개하는 등 주목받고 있었다. 무기명(無記名)이었으나 부안(富安) 자신의 집필이었을 것이다. 냉정하게 이론무장한 이 견해는, 명치의회의 의사법안에 대해 대치과의론(對齒科醫論)의 부족한 점을 충분히 보강하였다. 우선 법안 제1조에 뚜렷한 논리적 모순이 있음을 지적했다.

13) 치과잡지(齒科雜誌) 제83호. 1899년 11월

14) 치학연찬(齒學研鑽) 제5호. 1899년 12월

15) 치학연찬(齒學研鑽). 제5호. 1899년 12월

“3단 논법의 형식에 따르면, 모든 의사는 인체의 진찰치료를 업(業)으로 하는 자(者)를 말하고 치과의는 인체를 진찰하고 치료하는 자(者)가 아니므로, 따라서 치과의는 의사가 아니(非)라고 하는 것은 불가사의(不可思議)한 말이다. 치과의는 신체 일부를 진찰, 치료하는 자이니 신체 전부를 진찰, 치료하는 것과 같지 않다는 뜻인데, 안과의는 과연 어떠한가? 이비과, 인후과 등은 과연 어떠한가? 그들은 신체 일부를 치료하는 자(?)가 아닌가? 치과의가 전문가(專門家)임을 인정하지 않으면 명백히 도리와 법도에 어긋난(非理非法) 것이다”

즉, 치과의사도 인체를 진찰, 치료하는 자임은 부정할 수 없는 사실인데다가 치과의사 뿐 아니라 안과도, 이비과도, 외과도 역시 인체의 일부를 진찰하고 있으니, 기본 논리에서 보면 의사법에서 치과의사를 배제한 이유 자체가 근거(根底)에서 성립되지 않는다. 신체 전부를 진료한다고 칭하는 자들의 법리에 어긋난(非理非法) 논법을 비판하여 명치의학회의 콧대(鼻柱)를 꺾었다.

이어서 제3조도 논리적 모순은 마찬가지라고 지적하였다. “본법(本法) 시행 전에 취득한 의술개업면허(免狀)은 본법 시행 후와 같은 효력을 갖는다”고 하였는데, 현재의 의술개업면허는 보통의도 치과의도 똑같이 의사면허규칙에 의해 발급(下付)되고 있는 것이 사실이다. 지금의 면허가 의사법 시행 후에도 유효하다면 치과의사도 역시 그 범위 안(內)에 있는 것이므로, 각 조항이 서로 맞지 않는 점을 예리하게 짚었다. 즉, 현행법령을 부정하면서 의사면허규칙이 무효라는 결의를 한 것이 아닌가 - 이렇게 역(逆)으로 반문하였다.

기득권 방기(放棄)를 강력 경고 한편 치과의사에 대해서는 명치의학회의 책모(策謀)에 빠지지 않는 것이 좋다고 경고하였다. 이는 이미 일부에서, 의회(醫會)가 거부하면 치과의사법으로 따로 가는(特立獨行) 것이 상책(上乘策)이라는 주장이 있었기 때문이었다. “그들이 치과의를 거부함은, 처음부터 치과의에게 다른 의사와 동등한 권리를 부여하기 어렵다는 것이다. 치과의를 다른 의사의 명령에 따르는(從) 것으로 볼 따름이다. 따로 치과의사(士)법을 제정한다면, 그들이 치과의에게 다른 의사와 동등한 권리를 주는 결과를 얻을 수 없게 된다. 스스로 기득권을 방기(放棄)하는 자가 되는 것은 결코 득(得)이 없다”.

이렇게 치과의사에게 의사와 같은 권리를 주지 않는 것이 명치의학회의 의도인 상태에서, 독립하려 해도 그들의 방해로 막아낼 수 없다는 불신감을 감추지 못하였다. 지금까지 치과의사의 입장을 꾸준히 견지해 온 것임을 강조하고, 의제(医制) 이래 기득권을 스스로 방기하게 될 우려가 있음을 간(諫)한 것이다.

특히 “권리를 잃으면, 우리 치과의학의 전도(前途)에 대단한 타격을 입게 되므로 우리는 결단코 참아내어 치과의학과 다른 의학 각과의 융합을 절대적으로 저지하고 비분리(非分離)를 주장해야 한다”고 함으로써, 의치(醫齒)분리에 의해 치과의학이 의학에서 유리되어 큰 minus를 초래하는 것을 우려하였다. 학문상의 악영향이 당시 식자(識者)에게는 분리반대의 첫째 이유였으리라.

“따라서 우리 치과의는 이런 불법적인 의사법에 대해 찬성할 수 없고, 전력을 다하여 의회(議會)운동에 진력하는 것이 치과의학에 충실한 자의 당연한 의무”라고 하여, 치과의사의 당연한 의무로서 분리 저지에 전력을 다하여 진격하자고 하였다.

이처럼 의회(醫會)의 의사법안 운동 과정에서 의치(醫齒)는 정면으로 격렬히 마주쳤다. 의제(醫制) 이래 양측의 흐름에서 볼 때, 머지않아 마찰이 생길 것은 피할 수 없는 현실이었다고 말할 수 있다. 이는 역사적 필연에 따른 숙명의 충돌이었다. 해가 갈수록 감정이 하나씩 쌓여 노골적으로 대립하면서, 생각지도 못 했던 험악한 양상을 드러내 관계자에게 치유하기 힘든 상처를 입혔던 것이다.

제 8장. 의치(醫齒)분리 시대(2) : 1900~1901

침묵하는 명치의회 일파(一派) 판관(判官) 측의 동정론도 있었는지 명치의회 회원 중에도 의치(醫齒)분리에 반대하는 사람도 적지 않았다고 한다. 낙후생의 악랄하기까지 한 언사(言辭)를 비난하는 소리도 있었을 것이다. 분리에는 찬성하지만 치과의사의 분노를 부추겨(煽) 문제를 일으키는 것에 대해 문제를 제기하는 자도 많았을 것이다.

주보(週報) 예고에 실린 명치의회의 견해는 이미 예정되어 있던 것이었으나, 인연을 끊는(緣切) 모양(狀)의 모멸(侮蔑)적인 내용(文面)이 느닷없이 튀어 나와 분노가 폭발(爆發)하였던 것은 진실이었을 것이다. 이는 치과의사에게 있어서 이성(理性)적으로도 눈을 의심할 만한 충격이었다.

불에 기름을 붓는 것처럼 치과의사는 분연히 반발했다. 불안감, 위기감, 초조감, 부당한 취급에 대한 분노, 고집(意地), pride 등, 복잡한 감정과 동요가 어우러져 맹렬한 반격에 나섰다. 똑같이 인연을 끊는(緣切) 모양(狀)이라도 예의(禮儀)와 조리를 갖춘 것이었다면 아마 솔직하고 냉정하게 대응하였을 것이며, 그랬다면 일의 진전(進展)은 달랐았을 것이다.

치과의사의 결속과 의사의 동정(同情)을 야기하게 된 역효과를 보고 명치의회 일파는 추방 작전이 오산(誤算)이었음을 깨닫게 되고 말았다. 약소집단으로 궁지에 몰린 쥐(窮鼠)와 같은 치과의사의 반격(反攻)은 자신(自信)감이 과잉이던 그들에게 호된(手痛) 체험이었을 것이다. 이에 입을 다문 채 1899년 제14회 의회(議會)에 법안은 제출되지 않았다.

천상(川上) 회유작전에 착수(乘出) 해(年)가 바뀌어 치과의사의 흥분이 가라앉기 시작하자 회유작전이 있었다. 오로지 치과의사와 가까운 천산원치랑(川上元治郎)이 pump로 불을 끄는 역할을 했다. 그는 1900년 2월에 도쿄(東京)치과의학원¹⁶⁾에서 작년 이래의 문제에 대하여 연설했다. 당시의 복잡기묘한 상황을 반영하는 극히 흥미로운 내용이었다.

“명치의회의 의사법 작성에 본인도 위원으로 기초(起草)하였으며 당시 여러 법률을 보고 여러 식자(識者)의 의견을 연구하였습니다. 치과의라는 것은 어떻게 해도 보통의사와는 별개이며 같지 않다는 것을 발견했던 것입니다. 치과의의 학문의 정도가 어떤지, 어떻게 하는 것이 품위(品位)에 맞는 것인지를 두고 의사법에서는 다루지 않는 것이 알맞다고 보았습니다. 의사는 곧(卽) 의사이니 의사법에 지배받는 것이고, 치과의에게 법률이 필요하다면 치과의의 법률을 만드는 것이 가능할 것입

16) 혈협수지조(血協守之助)가 타카야마(高山紀齊濟)로부터 타카야마(高山)치과의학원을 이어받아 1월에 학교 이름을 바꾸었다.

니다. 명치의회의 의사법 중에서 치과의를 제외하였어도 오늘날 치과의 여러분(諸君)의 상태가 어떠하고 품위는 어떠한가에 대해 별 영향이 없다고 저는 생각했던 것입니다”.

천상(川上)으로서는 어떻게든 그럴듯한 말로 그동안 버텨온 치과 의사의 심정을 위무(慰撫)하기에 매달린(懸命) 듯 하다. 치과 의사는 의사와 별개이므로 의사법에서 제외된 것이고 여러분은 자신들의 법률을 갖추는 것이 좋을 것이다 - 이것이 요지였다. 그러나 치과 의사와 의사가 어떻게 별개인가. 핵심(肝心)에 있어서는 전혀 요령부득(要領不得)이다. 치과 의사의 품위나 정도가 이유가 아니라 하는 것을 강조하면서 결국 낙후생(落後生)을 변명한 것이다.

“치과 의는 보통 의사를 제외하면 탁월하게 1개 전문 학과를 다루는 여유가 있습니다. 보통 의사와 동일하게 되지 않으면 품위가 떨어진다고 보고 있는데 절대 그렇지 않다고 생각합니다. 치과 의는 전문과로서 사회에 자리 잡은 입장이기 때문에 의사법에서 치과 의를 제외한 것이며 품위에 영향을 주는 것은 아니라고 생각합니다. 여러분이 강력하게 이를 주장하려 한다면 오히려 독립의 기치(旗幟)를 들어야지 의사법에 포함되어야 하는 것은 아니라고 봅니다. 치과 의의 법률이 필요하다면 정부를 상대로 치과 의를 취체(取締)하는 법률을 요구하고 운동을 추진하는 것이 좋다고 봅니다. 의사법에 포함되어야 한다는 것은 바로 치과 의가 보통 의사에게 항복(降參)하는 것입니다”

독립 치과 의사법 권하다 혈협(血脇)을 비롯한 학교 관계자는 이러한 천상(川上)의 말을 어떤 기분으로 받아 들였을까. 독자들은 어떻게 생각하는가. 저자는 아주 정교한 회유(懷柔) 연설이라고 생각한다. 우선 무참히 구겨진 치과 의사의 자존심을 고려하여 전문과로 자립(自立)이라는 귀에 듣기 좋은 말로 관심을 끌고, 의사법에 들어오면 의사에 투항하는 것이 되니 차라리 치과 의사의 신분(身分)법 제정을 추진하라는 것이다. 저자에게는 천상(川上)의 간교한 꾀(狡智)와 변절(變節)이 보인다.

치과 전문 의론(論)은 신갈현(新渴縣) 출신의 중의원(衆議員) 의원(議員)이었던 정치가 천상(川上)의 면목(面目)을 잘 보여주는데, 나중에 그는 “치과 의도 똑같이 의사이므로 하나의 법률로 지배하는 것이 당연하다고 공격하고 있으나, 나는 치과 의는 어떻게든 특별하게 취급해야 한다고 믿기에 단호하게 다른 주장(異說)을 배척한다”고 그 자신이 치과 의사 배척 운동의 중심 인물이었다는 것을 고백하였다. 이후 사태는 천상(川上)의 생각 그대로 이어지고 말았다.

치과 의 가능성에 경계심 천상(川上)이 연설 중에 극히 시사적으로 설득한 것은, “의사를 제외하면 탁월하게 전문 학과를 다루는 여유가 있다”고 치과 를 평가하고 있는 점이다. 치과 를 여러 가지 측면에서 연구했다는 그들은 치과 의사에 대해 역사적인 차별 의식을 가졌고, 어떻게 해도 의과에 융합하지 않는 치과 의 이질적(異質的) 성격에 당혹하여 귀찮은(厄介) 짐(荷物)으로 간주했던 것은 확실하다. 단적으로 말하면 그들에게 치과 의학은 쓸데없는 부분이고 치과 의사는 이단아(異端兒)였다. 어쨌든 치과 의학과 치과 의료는 의과에 포용되지 않는 농후(濃厚)한 밀도(密度)의 전문과라는 인식에 도달하였던 것이다. 환자 수나 질환 수로 보아 이 전문과는 장래 착실히 팽창하여 점차 만만치 않은 용량(容量)이 될 가능성이 있음을 예감하고 있었다고 본다.

이것이 의과 전체에 악영향을 미치게 되지는 않을까 하는 불안감에서 그들은 이제 당면한 사태

에 막연한 경계심을 갖게 된 것이 아니었는지, 미래 의학계, 의료계의 지도(地圖)에 치과의사를 어떻게 취급해야 할 것인지 의견이 분분하였다. 대부분은 단순한 차별감이나 동정론에 따른 찬반양론(贊反兩論)이었겠지만 그중에는 장래를 전망하는 식견(識見)있는 의사도 있었다고 믿는다.

외국의 예에 비추어 볼 때, 치과의사 500명, 치과학교 1~2곳에 불과한 시대에 치과가 장래 사회에 요긴한 존재가 되리라고 보았던 천상(川上)의 앞선 생각(先見性)은 인정된다. 그러나 그들의 거친(慌) 관혈적(觀血的) 치료(療治)가 완치(完治)수술이었는지 오진(誤診)오료(誤僚)였는지는 아무도 판정할 수 없다.

게릴라 전법(戰法), 규칙 개정 책사(策士) 천상(川上)이 회유공작을 하는 한편, 명치의회는 새로운 다음 수(手)를 두었다. 회원 일부가 1900년 말부터 불온(不穩)한 움직임을 시작해 의술개업시험규칙 개정이라는 봉화(烽煙)을 지핀 것이었다. 개정 의견은 10개 항에 이르는데 다른 내용은 별 문제 없으나 단 한 가지, 의술개업시험을 의사시험으로 변경하고 의사의 개업에 관한 규정을 넣는 것이었다. 그렇게 되면 치과의사시험은 별도로 규정하게 되는 것이었다.

이는 지난해 일련(一連)의 치과의사 공격이 논리상 분화하여, 의사법 제정 전(前)단계로 시험규칙에 있는 치과시험 조문(條文)을 말소함으로써 현행 법규의 시점에서 치과의사를 추방하고자 하는 게릴라 전법이었다. 이렇게 되면 의사법에 포함 운운(云云)할 근거(根據)가 없어지게 된다는 계산이었다.

이에 대해 치과의사 측은 명치의회의 “비망(非望)이 새로운 옷을 입고 재현(再現)한 것”으로 보고 개정을 단호히 반대하였다. 1901년 3월에 발행된 ‘치학연찬(齒學研鑽)’ 제9호 평론(評論)란에 “치과의술시험니 어찌하여 의술시험에서 완전(全然)히 분리되어야 하는가?”라는 제목으로 “치과시험은 따로 한다는 것은 의술개업시험의 영역 밖으로 완전히 추방(放逐)되는데 이르니, 우리(吾人)는 수궁하기 어렵다”고 반론하였다.

잔불같은 모략운동 이어서 “치과의학이 의학의 한 분과라는 점은 설명이 필요하지만, 치과의학은 의학 중 가장 전문(專門)이고 또 가장 특수(特殊)하기에 학과에 차이는 있더라도 과학(科學)으로서 양자(兩者)의 근간은 같으며, 정부는 보통의(普通醫)와 치과의(齒科醫)를 동일한 의사규칙으로 총괄하고 치과시험을 의술개업시험에 포함시켜야 함이 명백하다”고 치과의학의 본체론(本體論)을 주장했다.

“사람들이 치과의를 입치사(入齒師)와 동일시하는 폐단이 근절되어 가는 오늘날, 치과시험을 별도로 둔다면 수의(獸醫)나 산파(産婆)의 경우와 비교할 때 학술의 정도에 큰 차이가 있는데도 사람들이 치과의를 가벼이 보고 의사보다 열등하다고 믿게 된다. 야사적(野師的)¹⁷⁾ 사상(思想)이 여전히 신(新) 계승자(繼續者)로 이어(襲)지기에 이르는 것이다”. 후세의 치과의사에게 드리워질 어두운 이미지(暗影)을 우려하여, “점점 학문이 진보하고 고상(高尚)하게 된 시기”에 시험규칙을 분리하는 것은 부조리(不條理)하며 치과의학을 실추(失墜)시키고 치과의사를 spoil시킬 뿐이라고 호소하였다.

17) 야사(野師): 무면허 치과시술자 (역주)

이 개정운동은 명백히 속보이는 모락이었기에 잔불처럼 바로 소진(消盡)하고 말았다. 의사법 제정도 미완(未完)으로 현행 법규상 한계가 있었던 점도 이 사건이 진정화(鎮靜化)된 원인이었을 것이다. 결국 비열한 수단으로 치과의사 배제를 기도(企圖)했던 명치의회 group의 집념을 보여주는 사건이었다.

치과의를 미워함(憎)) 그 후에도 그들은 단념하지 않았다. 침(針)으로 찌르듯 공격을 반복하여 치과의사의 가슴(心囊)에 궤양(潰瘍)을 일으키는 자극이 이어졌다. “치과의가 되고자 한다면 결국 치과의의 현관방에서 보고 배우면서 얼마되지 않는 책을 읽고 시험을 치루면 된다. 이는 보통학(普通學)으로도 가능하지만 대개는 고등소학(高等小學) 전과(全科)를 졸업하고 이루어진다. 이런 자들에게 치아를 맡길 수 밖에 없다는 것을 견딜(堪)수 있겠는가?”라고 모욕(侮辱)하고 치과의학교육의 내용을 빈정거렸다(皮肉). 이상은 1901년 일본 의사주보(日本醫師週報) 제317호에 “남현방어(南軒放語)”라는 제목으로 게재(掲載)되었던 문장이다.

“명치의회에서 의사법에 치과의사를 포함하지 아니한 것은, 오늘날 소위 치과의란 전(全)적으로 의사와 시험도 달리(異)하고 명칭도 다르며 그 성립 자체도 총체적으로 다르기에, 치과의는 자칭 치과의일 뿐 결국 의사와 동일한 법률로 규정된다고 할 수 없는 것이다. 치과의 등이 명치의회가 치과의를 도외시(度外視)한다고 생각하는 것은 두고두고(平生) 자신들이 의사와 구별되어 버리기 때문이다”.

“우리는, 치과의가 일반의사와 전혀 별개라고 하면 치과의 등이 대찬성하리라고 생각하고 감사장(感謝狀)이 쌓일 줄로 보았다가, 치과의로부터 반박을 받게 되자 실로 의외(意外)였다”. 이처럼 치과의사를 미워하는 감정은 벗겨지지 않았다. 이런 집요(執拗)한 비방(誹謗)의 배후에는 주간(主幹) 천상(川上)이 있었다. 그는 양면공격을 획책(劃策)하는 일파(一派)의 “원흉(元兇)”이었다.

싸움보다 정진(精進)을 구하다 이 무렵 치과의사측이 명치의회의 매도(罵倒)전술에 대해 처음만큼 격노(激怒)하는 모습을 보이지는 않았으나 날카로워진 신경은 과민하게 반응했다. “덕의(德義)를 중하게 여기는 의사 사회에서 말로 비웃고 마부(馬夫)들도 못할 폭언을 치과의에게 하였다. 오호, 그 말은 무례(無禮)하고 그 정신은 졸렬(拙劣)하다. 그들은 쥐떼(鼠輩)처럼 기어들어(漬) 붓을 놀렸다. 그들이 어떻게든 곡필(曲筆) 무문(舞文)하고 사람들이 치과의를 입치사(入齒師)와 동일시(同一視)하게끔 노력하였어도 우리는 추호(秋毫)도 아프거나 다치지(痛痒) 않았다”고 오히려 주보자(週報子)의 비례(非禮)를 멸시(蔑視)하고 “추호(秋毫)도 아픔(痛悔)을 느끼지 않는”다고 분기(氣負)하지 않음을 표현하였다.

치학연찬(齒學研鑽) 제9호 (1901년 3월 발행) 평론(評論)에 실린 이 글(所說)은 명치의회를 향한 반격의 소리를 울리고 치과의사에게 호소(呼訴)하는데 힘을 집중하였다. “우리(吾人)는 천부(天賦)의 자유가 있다. 당당하게 그들의 일거일동(一舉一動)에 구속(拘束)되지 않고 우리 500여 동업자(同業者)에게 고(告)한다. 오늘날의 치과의학은 여러분들이 시작하여 존속(存續)해 왔다. 우리는 실로 치과의학과 일심동체(一身同體)이다. 치과의학의 흥망(消長)은 바로 우리의 흥망(消長)이다. 우리 치과

의계(齒科醫界)의 존속(存續)을 믿는다. 높은 학문의 산(山)을 우리는 밤을 새워서라도 올라가 그들의 비방(誹謗)에 닿지 않는 부위(部位)까지 나아가자”고.

당시 혼미(昏迷)하던 치과의를 lead하는 탁견(卓見)이었다. 짧은 문장 중에 치과의를의 장래를 암시하는 factor가 응축(凝縮)되어 있다. 즉, 천부(天賦)의 자유를 내세웠고 치과의를의 본질적(本質的) 특성을 표현하였으며, 치과의학은 치과의를가 있어 존재하는 것과 치과의학의 흥망(消長)은 치과의를의 흥망(消長)인 점, 치과의학의 독점성(獨占性)과 치과의를의 관계를 냉정하게 정립, 자체의 학문적 향상을 장려하였다. 명치의회와 견원(犬猿)처럼 싸움을 계속하더라도 비방(誹謗)하지 않는 만큼 정진(精進)해야 할 필요가 있음을 진지(進擊)하게 호소하였다.

신의회(新醫會), 고육(苦肉)의 타협책 1901년 4월 관서(關西)지방에서 새로운 상황이 전개되었다. 교-토(京都), 오오사카(大阪), 시가(滋賀), 기후(岐阜)의 의사들이 동경세력에 대항하기 위해 오오사카(大阪)에서 관서연합의회(關西聯合醫會)를 결성하였다. 이는 관서, 근기지방을 중심으로 2부(府) 15현(縣)에서 34개 의회를 통합한 일대 세력권이었다. 그들 역시 세력과시를 위해 독자적인 의사법안을 발표하였다.

제1조에 “의사는 의적(醫籍)에 등록되고 의업(醫業)을 하는 자를 말하며, 의업(醫業)은 진료 치료 및 기타 의술을 행하는 것을 의미한다. 치과의를는 그 의업의 범위를 치과의를에 한정하는 의사를 말한다”고 하였다. 또 32조에는 의사 자격을 갖는 자로 “의학박사, 제국대학의학과 졸업생, 의학전문학교 의학교 졸업생, 부현립(府縣立)의학교 졸업생, 문부대신이 인정하는 사립의학교 또는 사립치과의학교 졸업생”을 들고 있다.

이는 확실히 명치의회 안(案)과 달리 trouble을 의식한 것으로 명치의회와 치과의를의 주장을 절충한 타협안이었다. 즉, 의사법 중에 치과의를를 포함시켜 치과의를의 면목을 살리되 ‘치과의를을 다루는 의사’라는 단서를 붙여 의사의 반발을 가라앉히려는 고육책(苦肉策)이었다. 치과의를의 일부에서 의사법에 발을 들여놓으려면 아예 치과의를에 대한 특정조항을 넣는 것도 좋다는 의견도 있었다. 관서연합의회 안(案)은 이 소수의견을 반영한 관서인(關西人)다운 타협의 산물이었다.

조건부로나마 가입이 되면 우선 치과의를의 입장은 확보되고 불명예스런 취급은 피할 수 있기에 이 타협안의 유혹에 끌린 자도 상당했으리라. 반대로, 이는 결국 부속적인 취급이고 의사의 부속물이 되는데 불과하다는 분노가 재연(再燃)된다고 보기도 하였다. 그들은 이런 “한정(限定)의사”의 단(甘)맛 보다 독립자존의 길이 낫다고 입술을 깨물었으리라.

결국(所詮) 치과는 의붓자식 취급인가 이미 천상원치랑(川上元治郎)도, “유일한 법률인 의사면허규칙에 치과의를에 대한 별도의 규정은 없다. 즉, 시험규칙은 있으나 시험에 급제하면 어떻게 취급된다는 것이 규정되어 있지 않다. 따라서 치과시험에 급제한 의사는, 급제는 하였어도 아무 것도 아닌 무자격자인 셈이다. 그러므로 의사법에 치과의를가 포함되려면 치과의를라는 것이 결국 해의 그림자(日蔭者)가 될 수밖에 없다. 어떻게 해도 그렇게 되기에 치과의를라고 하면 결국 하나의(一箇) 치과 의로서 따로 서는 것이 지당하다”고 하여, 의치(醫齒) 비분리(非分離)의 주장에 제동을 걸었다. 그가

교묘하게 “일음자(日蔭者)”라고 한 것은 타협안에 서서 치과의사 입장에 딱 들어맞는 표현이었다.

부속(附屬)의사, 한정의사로 취급하게 되면 제32조 자격자의 경우는 어떻게 되는 것인가. 규칙의 시대는 가고 신분법(身分法)이 되었어도, 동일하게 의학을 가르치는 학교인데 한쪽은 의학교, 다른 한쪽은 치과의학교로 서로 다른 교육기관을 다니는 자들에게 똑같이 의사 자격을 주는 것이 당연한가. 명목은 같아도 실질은 다른 것이니 특정 신분자격을 정하는 신분법의 기본에 저촉되는 것은 아닌가. 결국 이 점이 타협안의 치명적인 결함이었다고 본다.

지금까지 분리인가, 비(非)분리인가 - 양 극단(極端)을 오갔던 치과의사의 심리에 이런 새로운 진동(振動)이 생겨 복잡한 증폭을 보였다. 관서연합의회 안(案)은 쓸데없이 치과의사의 마음을 어지럽혔을 뿐 1년 반 후에는 미련(呆氣)없이 사라져 버렸다.

이처럼 갖가지 호된(手痛) 체험을 겪은 후에 치과의사 내부에 미묘한 변화가 나타나기 시작했다. 치과의사는 결국 의붓자식 취급을 받아왔다는 사실을 실감(實感)하게 된 것이다. 처음의 분노를 식히고 차차 깨달아 가면서(諦) 열린 의식(意識)을 증착(蒸着)하여 온 것이다(계속).

(번역 조영수)

학회활동

1. 정기총회

일시 및 장소 : 2007년 3월 20일(화), 서울대병원 임상연구동 가든뷰

안건 : 2006년도 회무보고, 결산보고, 감사보고, 2007년도 사업계획안, 예산안 심의 의결

2. 학술집담회

1) 2007년 3월 20일(화), 서울대병원 임상연구동 가든뷰

연제 : “중국 치과의학사”

연자 : 이 병태 명예회장

2) 2007년 5월 15일(화), 서울대병원 임상연구동 가든뷰

연제 : “식민지 조선의 치과의업자: 1905-1945”

연자 : 조 영수 총무

3) 2007년 9월 18일(화), 서울대병원 임상연구동 가든뷰

연제 : “경성치과의학교와 경성치과의학전문학교의 재정과 국유임야 대부조림에 관한 연구”

연자 : 신 재의 명예회장

3. 치과건강보험 30주년 기념 학술대회 공동개최

주 최 : 大韓齒科醫史學會, 대한치과의료관리학회

후 원 : 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 대한치과의사협회

일 시 : 2007년 11월 24일(토) 오후 1시 30분~6시 30분

장 소 : 서울대학교 치과대학

1부 : 개회식 및 특별 기조 강연

개 회 사 김 평일 회장 (대한치과의사협회)

축 사 안 성모 회장 (대한치과의사협회, 김재영 부회장 대독)

기조강연 “치과건강보험 30년의 성과와 미래전략” 이 재용 (건보공단이사장, 강암구 이사 대독)

2부 : 과거의 성과 - 좌장 이 병태 박사

치과건강보험의 성과에 대한 역사적 평가 (신 재의 서울치대 초빙교수)

치과건강보험과 국민구강보건 (권 호근 연세치대 교수)

국민건강보험에서 ‘치과’의 지위 (조 영수 원장)

3부 : 미래의 전략 (15:20~16:20) - 좌장 양 정강 박사

치과건강보험의 발전전략 (송 세진 건강보험심사평가원 상근심사위원)

치과건강보험이 치과의료산업에 미치는 효과 (신 호성 한국보건사회연구원 연구위원)

치과건강보험에서 예방진료 전략 (마 득상 강릉치대 교수)

4부 : 종합토론 (16:30~17:30) - 좌장 권 호근 교수

“한국 치과건강보험의 전략은 현실가능한가” 이 종찬 교수(아주대 의대)

패널토론 서 영수 박사 (대한치주과학회)

김 명기 교수 (서울치대 치과의료관리학)

조 영식 교수 (남서울대 치위생과)

황 윤숙 교수 (한양여대 치위생과)

4. 이사회

1) 2007년 4월 17(화), 프레스센터 마로니에

안건 : 2007년도 사업계획 확정 의 건, 학회지 합본 및 공공도서관 납권의 건

2) 2007년 6월 23일(화), 프레스센터 마로니에

안건 : 하반기 학술집담회 준비의 건, 한국치과건강보험 30주년 기념 학술대회 준비 건

3) 2007년 10월 16일(화), 프레스센터 마로니에

안건 : 하반기 학술집담회 준비의 건, 학회지 제 26권 제1호 (통권 28호) 발간의 건, 기타

4) 2006년 12월 16일(화), 프레스센터 마로니에

안건: 학회지 통권 28호 발간 준비의 건, 3월 정기총회 준비의 건

5. 제5회 기초치의학학술대회 참가

일시 및 장소 : 2007년 12월 1일(토) 11시. 코엑스 컨퍼런스센터

연제 : "박물관을 통하여 치의학의 미래를 꿈꾸다"

연자 : 이 종찬 교수 (아주의대)

6. 학회지 발간

제27권 제1호 통권 28호, 2007년 12월 31일 발행

회원동정

이한수 (중신명예회장) 월간 치과연구에 컬럼 연재 중이시며, 회고록 준비를 위해 이병태 명예회장과 대담을 추진하고 계심.

김정균 (명예회장) 에베레스트 B.C. 트레킹을 12일에 걸쳐 완주하시는 노익장을 과시하심(2월).

박승오 (명예회장) 12월 대선에서 이명박 대통령 당선자 군포지역 선대본부장으로 활약하셨고, 2008년 4월 국회의원 총선에 군포지역 한나라당 후보로 출마 준비 중이심.

이병태 (명예회장) 대한치과의사문인회 회장 선임(1월), 대한치과의사협회 협회사편찬위원장을 사임하시고, 금강산 온정인민병원 치과진료소 2주년 기념행사(9월 15일) 등 남북치의학 교류협력사업에 매진하고 계심. 서울대학교 치과대학 보철학 동문회 30년사 편찬위원장을 맡아 발간하심(12월 2일).

신재의 (명예회장) 운영하시던 치과의원을 정리하셨고, 서울대학교 치의학전문대학원에서 '치의학의 역사'를 강의하고 계시며, 대한치과의사협회 협회사편찬위원장으로 선임되셨음(6월),

변영남 (직전회장) 서울가톨릭치과의사회 치과진료봉사팀장으로 성동외국인진료센터에서 외국인 근로자 치과진료를 계속하고 계시며, 대한치과이식(임플란트)학회 감사 선임(4월), 장남 우재균 결혼식(7월), 문정동 천주교회 평신도회장 피선되심(12월).

김평일 (회장) 한국치과건강보험 30주년 기념학술대회 대회장 역임(11월), 대한치과의사협회 협회사편찬위원으로 특히 치과계 단체의 진료봉사활동을 중점적으로 맡으심.

배광식 (서울치대 교수) '서울대학교치과병원사' 편찬위원장을 맡아 6월 29일 치과병원 강당에서 발간기념회를 개최하심.

홍예표 (공보이사) 서울대학교 치과대학 동창회장으로 선임되시고(2월), 미국 LA지부 및 뉴욕지부 총회에 참석하심(4월).

이종찬 (학술이사) 한국치과건강보험 30주년 기념학술대회 조직위원장으로, "한국 치과건강보험의 전략은 현실가능한가" 연제 발표하심(11월 24일), 제5회 기초치의학학술대회에서 "박물관을 통하여 치의학의 미래를 꿈꾸다" 연제를 발표하심(12월 1일).

조영수 (총무이사) 한국치과건강보험 30주년 기념학술대회에서 "국민건강보험에서 '치과'의 위상" 연제를 발표(11월 24일).

大韓齒科醫史學會

중신명예회장 이 한수

명예회장 김 정균, 이 병태, 박 승오, 임 경빈, 신 재의

직전회장 변 영남

회 장 김 평일

감 사 변 영남

허 정균

부 회 장 임 용준

이 준규

총무이사 조 영수

학회지편집위원장 이 병태

학술이사 이 종찬

위 원 배 광식

교육이사 김 재형

정 진형

정보통신이사 박 영준

김 희진

국제이사 최 창균

공보이사 홍 예표

의철학윤리위원장 김 수남

이 사 김 종만

위 원 권 호근

이 사 이 홍수

강 신익

大韓齒科醫史學會誌

*The Korean Journal of the
History of Dentistry*

제26권 제1호 통권28호 2007

Vol 26, No 1, 2007

2007년 12월 20일 인쇄

2007년 12월 31일 발행

발행인 김 평일

편집인 이 병태

발행소 大韓齒科醫史學會 150-805 서울시 영등포구 당산동 5가 42 삼성래미안A 상가 201

전 화 2634-0406

전 송 2636-0356

인 쇄 동광문화사

大韓齒科醫史學會誌 제26권 제1호 통권 28호 2007년

〈특집〉 치과건강보험 30년 - 과거의 성과, 미래의 전략

치과건강보험의 성과에 대한 역사적 평가	신재의	5
치과건강보험과 국민구강보건	권호근	22
국민건강보험에서 '치과'의 위상	조영수	36
치과건강보험의 발전전략	송세진	49
치과건강보험이 치과의료산업에 미치는 효과	신호성	70
치과건강보험에서 예방진료 전략	마득상	85
번역자료 : 현대의치원론 - 2	나카하라 센	102
학회활동		140
회원동정		142