

목차

제1장 연구배경 및 필요성	4
제1절 연구배경	4
제2절 통일 후 북한지역 치과의료제도 설계의 필요성	7
제3절 북한 지역 건강보험제도 설계의 어려움과 치과건강보험제도 설계의 장점	8
제2장 연구목적	9
제3장 연구방법	10
제1절 연구수행체계	10
제2절 연구내용 및 방법	10
제4장 연구결과	12
제1절 남한의 의료보험통합일원화 경험: 조합주의 vs. 통합주의	12
제2절 남한의 치과 건강보험 확대 과정과 시사점	16
제3절 북한이탈주민의 구강건강실태	24
제4절 북한이탈주민 욕구 조사	28
제5절 남한주민의 통일 치과의료에 관한 인식 조사	34
제6절 통일 이후 단계적 치과의료보장 증장기 계획과 재정추계	40

그림 목차

<그림 1> 주요 국가별 치과의료비 중 본인부담률 추이	4
<그림 2> 남북한 국민총소득 추이	6
<그림 3> OECD 치과 보장률 비교	17

표 목차

<표 1> 치과 건강보험 급여 현황(2016~2021)	18
<표 2> 치과 의료급여 현황(2016~2021)	20
<표 3> 연령별 성별 북한이탈주민 대상자 특성	26
<표 4> 남북한 구강건강수준 비교	27
<표 5> 12세 아동 구강건강수준의 남북 비교	27
<표 6> 응답자 현황	35
<표 7> 통일 이후 치과의사 양성 및 관리 제도에 대한 인식	36
<표 8> 통일 이후 치과 진료에 대한 인식	37
<표 9> 통일 이후 (치과)의료제도에 대한 인식	38
<표 10> 통일 이후 치과 건강보험제도에 대한 인식	38
<표 11> 통일 이후 치과 무상의료제도에 대한 인식	40
<표 12> 동독 치과의사인력의 증가	41
<표 13> 보험계약의사 1인당 의료보험 지출액의 변화	45
<표 14> 북한 인구 추계(2022~2052)	47
<표 15> 치과의료비 연평균 증가율 5%일때 치과의료보장 재정추계	49
<표 16> 치과의료비 연평균 증가율 10%일때 치과의료보장 재정추계	50

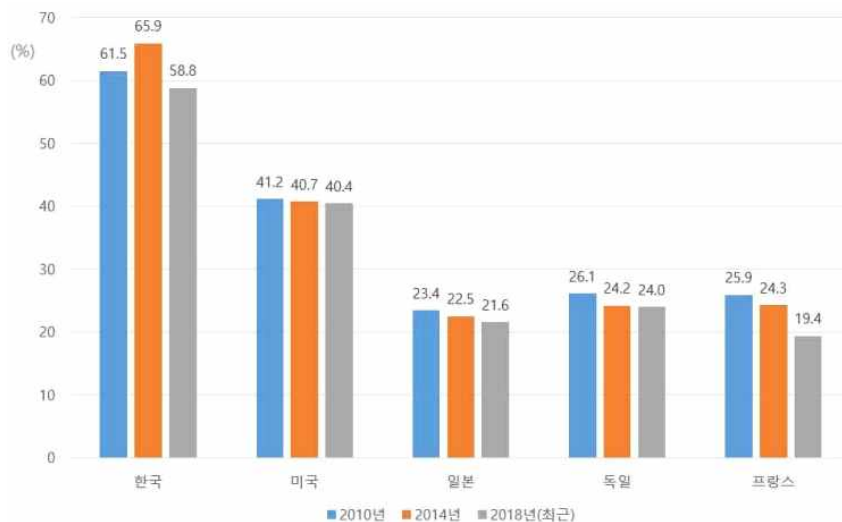
제1장 연구배경 및 필요성

제1절 연구배경

북한 사회 의료보장제도의 특징은 무상치료제도와 예방의학제도 및 의사담당구역 제도이다. 현행 북한 헌법은 국민의 무상치료권을 규정했고(제72조), 이에 따라 북한 「인민보건법」은 모든 약의 무료 제공, 진단·실험검사·치료·수술·왕진·입원·식사 등 환자 치료를 위한 모든 봉사 무료, 근로자의 무료 요양 등을 약속하고 있다(제10조). 또한 같은 법에서 국가의 질병 예방 활동을 강조하고(제18조), 예방치료 사업을 위한 의사 담당구역제를 도입하는(제28조) 등 예방의학제도를 갖추고 있다.

하지만 경제난과 시장화를 거치며 이러한 제도와 현실의 거리가 크게 벌어져 있는 게 사실이다. 북한이탈주민들에 따르면 진료, 입원, 수술, 약품 구매 등 의료서비스를 이용하는 과정에서 국가의 무상 제공이 전혀 없는 건 아니지만 개인 부담이 여전히 크고, 수술이나 입원을 했을 경우 수고비 명목으로 의료진에게 약간의 현금을 주거나 식사를 대접하는 것도 일반화되어 있다고 알려져 있다.¹⁾

통일 후 북한 지역 구강보건의료제도를 설계하는 것은 통일 한국의 미래를 위해 중차대한 이슈이다. 일반적으로 치과의료서비스는 의료서비스 중 본인부담률이 높은 의료서비스이다. 남한의 치과의료비 중 본인부담률은 60% 이상으로 미국 40% 수준과 일본, 독일, 프랑스의 20%대에 비해 크게 높은 수준으로 알려져 있다(그림 1).



1) 오경섭 외, 『북한인권백서 2021』, 통일연구원, 2021, pp. 260-265.

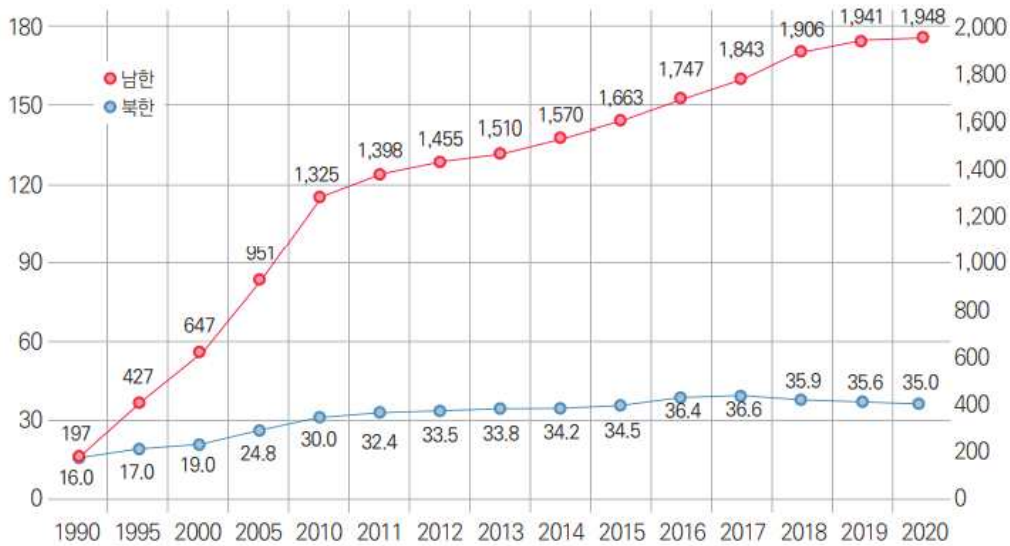
<그림 1> 주요 국가별 치과의료비 중 본인부담률 추이(최근 자료: 한국 2019년, 일본 2017년, 그 외 2018년)

출처: 경제협력개발기구OECD, EUROSTAT, 세계보건기구WHO

남한 주도의 통일 시, 결국 북한 주민의 구강건강을 위한 필수 치과의료서비스는 북한 주민이 아닌 남한 주민의 세금 혹은 건강보험료로 제공될 것이다. 북한의 경제수준을 고려할 때, 통일 후 필수 치과의료서비스에는 막대한 재정이 투입될 것으로 예상되며, 이것은 특히 남한 주민의 부담으로 작용할 수 있다. 이에 치과의료서비스의 적용 원칙을 마련하며, 구강보건의료의 재원규모를 추계하는 등 사전 대비가 필요하다.

북한의 경제는 1990년대 이후 과거의 엄격한 중앙집중적·계획적 관리 시스템으로 작동되고 있지 않다. 재정의 위기로 '계획의 일원화·세부화 원리'에 따른 중앙집중적인 계획화 자체가 한계에 부딪혔기 때문이다. 또한, 김정은 정권은 2014년 이른바 '5.30 조치'를 통해 '사회주의기업책임관리제'를 도입하고, 「사회주의 기업소법」도 2014·2015·2020년 세 차례 개정해 지배인의 자율적 경영지표를 확대해주고 시장을 활용한 기업 자체의 계획도 부분 인정하는 사실상의 시장화 현상이 확산되고 있다. 이에 따라 북한의 경제체제는 계획과 시장이 병존하는 이중구조적 특징을 나타내고 있다.

한국은행이 추정한 2020년 기준 북한의 국민총소득(명목 GNI; Gross National Income) 규모는 35조원(한국원), 1인당 국민총소득 수준은 137.9만원(한국원)이다. 남한과 북한의 국민총소득 변화추이는 아래와 같다(그림 2). 2020년 기준 북한의 국민총소득은 남한의 1/56 수준이며 북한의 1인당 국민총소득은 남한의 1/27 수준이다. 더구나 평양을 제외한 대부분의 지방 경제 및 전반적인 기초 인프라 상황은 여전히 열악한 것으로 알려져 있다.



<그림 2> 남북한 국민총소득 추이(단위: 조 원. 출처: 통계청 2021)

이렇듯 북한의 경제 수준이 낮은 상황에서 남한 주도의 통일이 된다면 북한 생활 수준 제고를 위한 필수 치과의료서비스에 막대한 재정이 투입되어야 할 것이다. 모든 형태의 치과의료서비스를 제공하는 것이 불가능하다 할지라도 필수 치과의료서비스는 북한 주민의 구강건강 보장을 위해 도입되어야 할 것이다. 북한 사회가 보장해야 할 필수 치과의료서비스의 범위가 어디까지인지는 추후 정해야 하지만, 남한의 경우 현재까지 국민건강보험에서 급여 항목에 해당하는 치과의료서비스가 필수 치과의료서비스라고 생각할 수 있다. 따라서 현재 북한 주민의 소득 수준, 구강건강 수준, 구강보건의료자원 등을 고려한다면 통일 후 필요한 필수 치과의료서비스 규모는 상당할 것으로 추정된다.

그간 통일 후 북한 지역 보건의료제도 및 비용 추계와 관련된 연구들이 일부 수행되었다. 2011년 한국법제연구원의 연구²⁾에서 남한의 장점인 의료이용의 자율선택권을 유지하고, 북한의 장점인 계층 및 지역간 차별이 없는 의료보장을 추구해야 한다는 원칙 하에 북한 주민에 대한 무료 또는 저가의 의료보험 또는 의료보호제도를 마련해야 한다고 주장하였다. 다만, 북한의 무상치료제를 그대로 수용할 경우 엄청난 재정 지출이 요구될 것이기 때문에 의료보호의 범위를 줄여야 한다고 하였다. 보건의료 비용 추계는 아니지만 민기채와 주보혜는 통일 후 북한지역 생계급여의 적용방안 및 재정추계 결과를 다음과 같이 제시하였다. 2020년 기준 수급자는

2) 이세정, 손희두, 이상영. 남북한 보건의료분야 법제통합 방안. 한국법제연구원 2011. pp. 160-161.

22,840천명, 월 생계급여는 84,338원, 연간 급여지출액은 23억 1천억 원, 운영비용은 4조 6천억 원, 총 비용은 27조 7천억 원으로 추계되며, 최종적으로 2030년 시점에 소요되는 북한주민 생계급여 총비용은 최소 1조 7천억 원에서 최대 10조 4천억 원 규모로 제시하였다.³⁾ 그러나 이 연구들은 통일 이후 보건의료법제 통합에 대한 제안이거나 보건의료 재정추계가 아닌 사회복지 재정추계라는 한계를 갖고 있기 때문에 치과의료서비스에 대한 통일 이후 모형과 재정추계에 대한 논의가 이루어져야 할 필요가 있다.

제2절 통일 후 북한지역 치과의료제도 설계의 필요성

통일 후 북한 지역 건강보험제도를 설계하는 것은 국가미래를 위해 중차대한 이슈이다. 남한의 건강보험제도는 개개인이 내는 사회보험료로 운영된다. 남한 주도의 통일 시, 결국 북한 주민의 치과의료보장을 위한 재원 마련을 어떻게 할지는 미리 준비해서 대비를 해야 한다. 북한의 생활수준을 고려할 때, 통일 후 북한 지역의 치과의료제도에는 막대한 재정이 투입될 것으로 예상된다. 의료비는 연령이 낮을수록, 소득수준이 높을수록, 교육수준이 높을수록, 건강상태가 좋을수록, 근로를 안 하는 경우에 비해 하는 경우가 더 많이 부담할 여유가 있는 반면, 의료서비스 이용은 반대의 경향이 있기 때문이다. 결국, 북한 지역의 의료비 재원은 남한 지역 수준으로 견디지 않을 것으로 예상되지만, 의료서비스 이용 필요는 남한 수준이거나 그 이상이 될 것으로 예상된다. 이에 북한 지역 치과의료보장의 적용 원칙을 마련하며, 치과의료제도의 재원규모를 추계하는 등 사전 대비가 필요하다. 통일 이후 보건의료제도를 설계할 때 남한주민이 얼마나 기여를 하고 북한주민의 혜택은 어느 범위가 지 정해야 할 것인지에 대해 사회적 합의를 형성하는 과정에서 정책 결정의 민주성 확보와 직역간, 계층간 부담은 어떻게 할 것인지 앞으로 해결해야 할 과제이다. 통일을 맞이할 때 겪게 될 혼란을 최소화하기 위해 북한 지역 구강보건의료 정책을 설계하고 추계를 하는 작업이 시급하다.

3) 민기채, 주보혜. 통일 후 북한지역 생계급여 적용방안 및 재정추계에 관한 연구: 통독 전후 생계부조 변화를 중심으로. 사회보장연구 2018;34(1):107-133.

제3절 북한 지역 건강보험제도 설계의 어려움과 치과건강보험제도 설계의 장점

건강보험제도 설계를 위해 사전에 파악하기 위해 의료서비스 이용의 결정요인을 알아야 한다. 각국의 의료서비스 이용의 결정요인으로 꼽는 것들은 인구통계, 건강수준, 소득수준, 법-경제-사회-문화제도, 사회적지지, 사회통합과 연대의식, 의료자원, 의료서비스 공급체계 등이 있다. 그러나 우리가 북한 지역에 대해 알고 있는 정보는 매우 한정되어 있으며, 특히, 의료체계에 대한 정보는 더욱 그렇다. 그래서 통일이 되었을 때 건강보험제도를 설계하는 것은 큰 어려움이 있다. 특히 의료행위별로 복잡하고 방대한 전체 보건의료서비스의 미래를 구체적으로 그려내고 지불보상제도를 설계한다는 것은 더더욱 그렇다. 치과의료서비스는 소규모 진료실에서 접수-진단-처치 및 수술-사후 관리까지 이루어진다는 점에서 전체 의료서비스의 축소판으로 간주되어 의료서비스 모형을 설계할 때 자주 이용된다. 더구나, 치과 영역의 질병은 치아우식증과 치주질환, 그리고 두 질환에 의한 결과인 치아상실로 비교적 단순하기 때문에 치과의료서비스 이용량과 재정추계가 전체 보건의료서비스 이용량과 재정추계보다 간단하다. 따라서 통일 후 북한 지역 건강보험제도 설계를 치과 영역에 국한하여 설계한다면 추후 전체 건강보험제도 설계에도 적용할 수 있을 것이다.

제2장 연구목적

본 연구에서 전제하는 통일 및 통합 방식은 남한 주도의 통일과 통합이다. 남북한 격차를 고려했을 때, 통일 직후부터 일원화된 치과건강보험체계를 설계하는 것은 남한 주민의 부담이 크기 때문에 반발이 클 수 있다. 북한 지역 별도의 치과건강보험체계를 설계하고, 추후 북한 지역의 경제력이 성장함에 따라 통합일원화로 가는 순차적 방법으로 추진한다면 기존 남한의 의료보험이 조합형에서 통합형으로 갔던 경험을 적용할 수 있다. 본 연구에서는 조합형에서 통합형으로 가는 단계적 모형을 적용하여 연구를 진행할 것이다. 단계적 모형의 가능성을 살피고, 단계적 모형이 작동하기 위한 요인들을 탐색하는 것이 본 연구의 첫 번째 목표이다.

통일 이후 북한 지역의 치과건강보험제도를 설계하기 위해 북한 주민의 구강건강 수준 파악이 필요하다. 구강건강 수준 파악에 따른 치과의료서비스 필요도를 도출하는 것이 본 연구의 두 번째 목표이다.

북한 지역 치과건강보험제도 설계를 위해 보험료를 부담할 사람들이 생각하는 급여 요구도 파악이 본 연구의 세 번째 목표이다.

치과건강보험 급여 요구도와 우선순위를 파악하면 그에 따른 단계적 중장기 계획을 세우고 계획에 따른 재정추계를 하는 것이 본 연구의 마지막 목표이다.

제3장 연구방법

제1절 연구수행체계

본 연구는 분석팀, 북한이탈주민 조사팀, 남한 국민 설문조사팀으로 나누어 진행했다. 분석팀은 설문조사 분석과 재정추계를 수행했으며, 북한이탈주민 조사팀은 북한이탈주민에 대한 초점집단 인터뷰를 통해 욕구를 파악했고, 남한 국민 설문조사팀은 전문 설문조사기관으로 연구진의 의뢰를 받아 설문조사를 수행했다.

제2절 연구내용 및 방법

○ 남한의 의료보험 의료보험통합일원화 경험: 조합주의 vs. 통합주의

남한의 의료보험통합일원화 과정의 선행연구를 정리해 예측할 수 있는 북한 지역 치과의료보장의 단계적 모형화 가능성과 고려해야 할 요인들을 검토했다. 의료보험 통합 당시의 갈등 분석을 통해 북한 지역 치과의료보장제도 설계의 시사점을 얻었다.

○ 남한의 치과 건강보험 확대 과정과 시사점

2010년 이후 남한의 치과 건강보험 확대과정을 정리하고 이 과정에서 급여 확대의 원칙을 점검했다. 아울러 북한 지역 치과의료보장제도 설계의 원칙에 남한의 치과 건강보험 급여 확대 원칙을 적용할 수 있는지 검토하였다.

○ 북한이탈주민의 구강건강실태

북한이탈주민은 북한 주민의 구강건강 수준을 파악할 수 있는 대리인구집단이다. 북한이탈주민이 대한민국으로 입국하면 보호결정 여부를 위한 조사 및 긴급한 치료 등 임시보호조치를 실시하고 하나원으로 신병이 이관되는데 이 과정에서 파노라마 방사선사진 촬영을 포함한 구강검진이 이루어진다. 경기도 안성과 강원도 화천 하나원의 구강검진 자료에 접근하여 984명의 북한이탈주민의 구강건강 수준을 조사했다.

○ 북한이탈주민 욕구 조사

성별과 출신 도농지역을 고려해서 북한이탈주민 남성 4명(도시 1명, 농촌 3명)과 북한이탈주민 여성 3명(도시 1명, 농촌 2명)을 대상으로 남북한 치과의료서비스 경험과 통일 후 치과의료보장제도 욕구 조사를 진행했다.

○ 남한주민의 통일 치과의료제도 및 치과의료보장에 관한 인식 조사

남한주민 800명(남 409명, 여 391명)을 대상으로 1) 통일 이후 치과인력, 2) 통일 이후 치과의료서비스 제공 방식, 3) 통일 선호도에 관한 설문을 진행했다.

○ 통일 이후 단계적 치과의료보장 중장기 계획과 재정추계

통일 이후 치과의료보장 중장기 계획의 비전과 목표를 제시하고 이에 따른 치과의료서비스 중장기 계획을 세웠다. 재정추계는 남한 주민의 대표적 구강건강수준(치아우식, 치주질환, 치아상실)과 건강보험 재정 지출(치아우식 치료, 치주질환 치료, 틀니와 임플란트 치료) 자료를 이용하고, 북한이탈주민 구강건강 수준에 따른 단계적 급여화와 치과건강보험 소요재정 추계를 시행했다.

제4장 연구결과

제1절 남한의 의료보험통합일원화 경험: 조합주의 vs. 통합주의

1. 의료보험통합일원화 이전 남한 의료보험정책

남한은 1963년 12월 최초로 의료보험법이 제정되었지만 제도의 실시를 뒷받침할 경제적 자원이 부족했다. 따라서 강제가입 대신 임의가입제를 채택한 임의의료보험이라고 할 수 있다. 호남비료, 경북 문경의 봉명흑연광업, 대한석유공사, 협성 의료보험조합까지 총 4개가 1963년부터 1976년까지 임의의료보험기에 설립된 의료보험조합이었다.⁴⁾ 1970년 의료보험법 1차 개정을 통해 강제가입 조항으로 변경되었지만, 시행령이 만들어지지 않아 역시 시행되지 못했다. 이러한 상황으로 1970년 당시 의료혜택을 받는 인구는 서울 27%, 지방도시 17.9%, 농촌 2~3%에 불과하고, 의료비 부담도 자비 90%, 보험 2.7%, 구호가 6.3%로 의료보장제도는 거의 기능하지 않았다.⁵⁾ 이러한 이유 중 하나는 의료 공급 능력의 부족과 불균형이 심각했기 때문이다. 일례로 1970년 당시 총 인구의 58.9%가 거주하고 있던 전국읍면인구의 82.2%가 치과 의사가 없는 지역에서 거주하고 있었다.⁶⁾

1977년 7월 1일에야 강제적 성격의 의료보험제도를 실시하기로 했지만 정부의 직접적 재정부담을 필요로 하는 의료보험제도는 어려웠기 때문에 임금근로자를 중심으로 의료보험조합을 구성하고 점진적으로 그 적용범위를 확대하기 시작했다. 또한 같은 해 저소득계층의 국민에 대해서 공적부조 방식의 의료보호제도를 실시했다. 1977년부터 의료보험정책을 본격적으로 실시할 수 있었던 이유는 1960~70년대 세 차례에 걸친 경제개발계획의 수행으로 경제의 고도성장과 산업화가 급격히 진행되어 의료보험정책을 실천에 옮길 수 있는 경제적 여건이 만들어졌기 때문이다. 이 시기 의료보험정책이 추진된 경제적 이유에 대해서는 기업과 자본의 노동력 확보,⁷⁾ 기업 복지의 맥락에서 설명하는 분석⁸⁾이 있었으며, 정치적 이유에 대해서는 국가와

4) 醫療保險聯合會. 醫療保險의 발자취 : 1996년까지. 1997. pp. 46.

5) 경향신문. 1970년 1월 26일.

6) 문옥륜. 農漁村 醫療保險事業의 當面課題. 한국농촌학회지 1977;2(1):9-20.

7) 김영범. 한국 사회보험의 기원과 제도적 특징 - 의료보험과 국민연금을 중심으로. 경제와사회 2002;55:8-34.

8) 우명숙. 한국 초기 사회복지정책의 재해석 - 제도주의적 시각의 분석적 유용성을 제안하며. 경제와사회 2005;67:226-250.

이익집단 및 계급관계를 중심으로 분석한 연구⁹⁾도 있었다. 당시 실시된 의료보장제도는 저소득층을 위한 공적 부조인 '의료보호제도'와 사회보험인 '의료보험제도'의 두 가지로 구성되었고 핵심 내용은 500인 이상 사업장에 강제 적용으로 의료보험 조합을 조직하고, 보험재정은 사용자와 노동자가 각각 50%씩 분담하여 수혜자 부담 원칙을 적용했다는 점이다. 당시 의료보험은 복지국가의 상징과도 같이 여겨졌는데 복지지향적인 사회개발이 인간의 능력발휘와 복지향상을 도모하는 것이기 때문에 경제개발을 저해하는 여러 가지 요인을 제거하여 지속적인 고도성장을 오히려 촉진하는 역할을 하게 될 것이라는 논리가 통용¹⁰⁾되었지만, 한편으로 산업화에 따른 병리현상, 사회적 긴장이나 불안 등을 고려할 때 의료보험이 사회통합과 안정을 위한 안전판 역할을 할 것이라는 논리¹¹⁾도 당시 사회가 공유하고 있는 지배적 가치였다.

1980년대에 들어서면서 의료보험 혜택에서 제외된 농어촌 및 도시지역 자영업자 계층의 의료보장 요구가 거세어졌고, 경제적으로 1인당 국민소득이 2,000달러를 넘어서는 안정된 경제적 조건을 바탕으로 하여 1986년 '전국민의료보장계획'이 발표되었다. 이어 1987년 대통령선거에서 이 계획이 선거공약으로 등장하고, 마침내 1988년 농어촌지역의료보험과 1989년 도시지역의료보험이 실시됨으로써 전국민의료보험 제도가 실시되었다. 이는 의료보호 대상자까지 포함하여 모든 국민이 의료보장제도의 수혜권에 포함된 것을 의미한다.

2. 의료보험통합 정책추진의 배경: 지역의료보험조합의 적자

그러나 직장의료보험조합이 보험료를 사용자와 노동자가 각각 50%씩 분담한데 반해, 지역의료보험조합들은 조합자치의 원칙에 따라 필요한 보험료의 전액을 지역피보험자가 전액 자부담하도록 설계했다. 따라서 지역피보험자의 보험료 부담능력 부족과 지역별 재정력 격차 때문에 지역의료보험조합들 중 적자조합이 다수 발생하는 상황이 발생하였다. 이러한 재정불안정문제를 해결하기 위하여 정부는 국고보조금을 지원하였고, 지역의료보험조합의 고액진료비와 노인진료비에 대하여 직장조합 및 공·교조합은 재정공동사업을 시행하였음에도 지역의료보험조합의 재정은 1991년 227개 지역조합 중 1개 조합이 당기적자에서 1996년에는 147개 조합이 당기적자로 계속 악화되어 갔다.¹²⁾

9) 이종찬. 한국의료보험에서의 통합주의와 조합주의의 정치경제학. 사회보장연구 1997;13(2):61-81.

10) 신현확. 기초연설문: 사회개발을 위한 행정의 역할. 한국행정학회 추계학술발표논문집. 1977

11) 임흥달. 도시의 의료체계와 행정의 효율화: 사회개발계획과 의료시혜제도. 도시문제 1977;12(3):8

이렇게 의료보험통합 정책추진의 배경은 지역의료보험의 재정난과 농어민의 보험료부담과중이 가장 직접적인 문제였다. 기존 조합방식으로 지역의료보험의 재정난을 해결하지 못하기 때문이었다. 조합방식의 한계는 다음과 같은 한계를 보인다고 평가되었다. 1) 도시와 농어촌지역간의 부담능력 차이로 인한 구조적인 재정취약 조합이 발생, 2) 상이한 인구구조 및 질병구조로 인한 조합간 위험요인의 차이, 3) 직장퇴직 이후 주로 노인층들이 지역의료보험에 편입됨에 따라 소득은 감소하고 보험급여비 지출은 증가, 4) 소규모 조합의 경우 관리운영비가 과다하다는 점이 이러한 문제점들이었고, 지역의료보험조합의 문제점을 해결하기 위한 정책으로 의료보험을 통합운영하자는 통합주의 방안이 대두되었다.

3. 통합주의에 대한 찬반

1989년 7월 전국민의료보험이 실시된 이후로 조합방식의 의료보험을 통합방식으로 바꾸려는 시도는 꾸준히 있었다. 1990년대 초반 전국농민회총연맹 등 농민단체들을 중심으로 농촌지역의 의료보험료가 턱없이 높은 반면 의료급여 혜택은 매우 제한적이라는 이유로 보험료납부거부운동과 의료보험통합운동을 강력히 전개했다. 반면 경실련은 1990년대 중반부터 인도주의실천의사협회의, 병원노련, 민주노총 등과 함께 도시지역의 보험료납부거부운동과 의료보험통합운동을 추진했다. 이에 1997년 11월 1단계로 227개의 지역조합과 공무원 및 사립학교교직원의 의료보험관리공단을 통합일원화하는 '국민의료보험법안'이 여야 만장일치로 국회를 통과했다. 이 법에 따라 보건복지부에 '의료보험통합추진기획단'이 발족하였고 지역의료보험과 공·교의료보험 조직을 통합한 '국민의료보험관리공단'이 만들어졌다.

통합주의 방안으로 기대했던 효과는 다음과 같다. 1) 모든 국민이 단일한 보험자에 가입함으로써 위험분산의 적용범위가 넓어지고, 2) 조합방식에서의 재정조정사업이 불필요하게 되어 업무량이 감소하고, 3) 전국에 하나의 보험자만 존재하게 되므로, 조합간 재정불균형 문제가 없어지고, 4) 통합조직으로 전국 어디서나 피보험자의 자격관리가 용이해지고, 5) 관리운영비를 줄일 수 있다.

그러나 1998년 2단계 의보통합방안인 직장의료보험을 포함한 모든 의료보험조합의 전면통합법안인 '국민건강보험법안'이 입법예고되자, 전국직장의료보험 노동조합을 중심으로 한국노총과 경총 등이 의료보험통합 반대운동을 전개했다. 이들은 '국

12) 최병호. 地域醫療保險의 財政安定化 方案 研究. 한국개발연구원 1995.

민건강보험법제정 유보를 위한 국민청원'과 '헌법소원'을 제출하고 반대캠페인을 벌리는 등 강력한 통합반대운동을 전개했다. 1999년 1월 21일 국민건강보험법이 여당 단독으로 국회에서 기습처리되자 전국직장의료보험노동조합은 이 법안의 무효를 주장하는 총파업에 돌입한다. 1999년 7월에 6개 시민단체와 344개 직장협의회로 구성된 '봉급자보험료과잉부담저지및사회보험개혁을위한범국민회의'가 발족하고 의보통합 연기 및 보험료납부거부 서명운동을 전개하였다. 이에 1999년 8월 보건복지부는 직장, 지역, 공·교의 3대 의료보험 관리조직만 통합할 것이라는 내용의 국민건강보험법 재개정안을 입법예고했고 2000년 7월 관리조직이 완전 통합되는 국민건강보험법이 시행되었다.

통합주의에 반대하는 측에서는 다음과 같은 이유를 들어 반대하였다. 1) 지역피보험자의 소득과악율이 매우 낮아서 임금근로자에 비해 상대적으로 고소득자인 도시자영자 의료비를 임금근로자가 지원하는 불합리한 점이 있어서 계층간 불공평성 시비가 초래될 수 있으며, 2) 통합후 단일조직은 거대한 자금을 단독 관리하게 되므로 정부의 개입과 정부의 책임이 커질 수 있고, 3) 의료비에 대한 국민의 비용의식과 책임의식이 약화되고 도덕적 해이를 초래하며 정부 의존이 커져서 의료이용과 급여비가 크게 증가하며, 4) 의료비 증가에 따라 국고보조금에 의존하게 되면 정부가 과중한 의료재정부담을 안게 되고, 5) 통합으로 조직의 인력규모가 커지고 직원의 보수수준이 높아지는 보험조직의 비대화로 관료적 폐단과 경직성을 초래할 수 있다.

즉, 직장의료보험조합과 한국노총은 보험료부담의 불공평성과 의료보험관리의 비효율성이 심화된다고 반대주장을 했고, 보건복지부, 민주노총, 전국농민회총연맹 등은 하나의 조직과 부과체제로 의료보험을 운영해야 사회보장이 실현된다는 찬성의견을 주장했다.

4. 조합주의와 통합주의 논쟁의 시사점

결과적으로 의료보험의 통합은 "부담의 형평성 확보 - 적정수준의 보험료 부담 - 보험제정의 안정적 확보와 효율적 운영 - 적정 수준의 보험급여 제공"의 형태로 국민에 대한 의료보장을 제대로 실현토록 하는 것을 목적으로 추진되었지만, 일방적인 희생을 강요받았던 민간부문 직장 조합의 거센 반대와 반발이 있었던 것도 사실이다. 남한주민은 상대적으로 재정이 여유가 있었던 직장의료보험조합에, 북한주민은 보험료 부담과 상대적으로 적은 의료급여에 해당했던 지역의료보험조합에 비유

할 수 있다.

따라서 통일 이후 치과의료보장제도를 설계함에 있어서 남한주민이 얼마나 더 부담을 질 수 있을지, 북한주민의 부담은 어느정도 수준으로 결정해야 하는지, 북한주민이 얼마나 치과의료보장의 혜택을 누릴지에 대해 사회적 합의를 형성해야 하며, 통일 치과의료보장정책을 결정함에 있어서 정책결정의 민주주의는 어떻게 확보할지 고민해야 한다. 이 과정 속에서 남한주민과 북한주민의 지역간, 계층간 소득 파악과 의료보장제도 부담을 해결해야 할 것이다.

의료보험통합 논쟁 당시의 갈등과 남겨진 미완의 과제는 통일 후 치과의료보장체계를 설계할 때 다시 재연될 가능성이 높다. 통일을 맞이할 때 겪게 될 혼란을 최소화하기 위해 북한 지역 건강보험 정책을 설계하고 평가할 기준을 세우는 작업이 시급하다.

제2절 남한의 치과 건강보험 확대 과정과 시사점

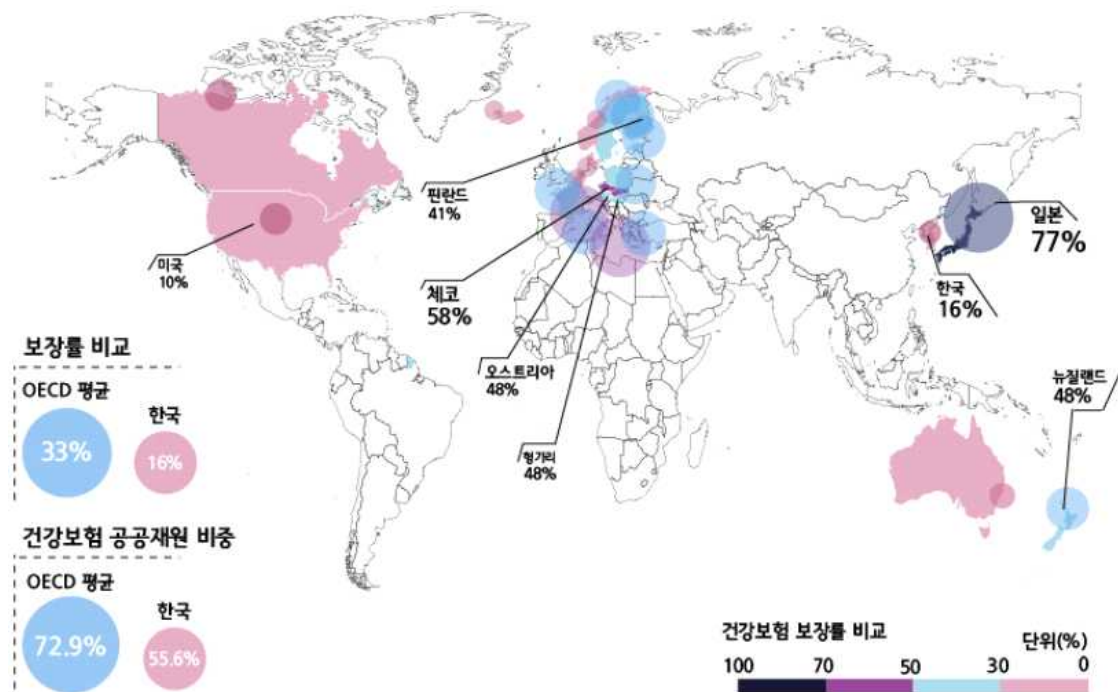
1. 남한 주민의 구강건강 수준

2018년 현재 우리나라 국민의 상당수가 구강건강의 문제를 갖고 있다. 5세 아동 3명 중 2명이 유치의 치아우식을 경험했고(유치우식경험자율 68.5%), 당장 치료해야 할 유치를 가진 5세 아동은 3명 중 1명이다(유치우식유병자율 33.9%). 영구치우식을 경험한 12세 아동은 2명 중 1명이며(영구치우식경험자율 56.4%), 당장 치료해야 할 영구치를 가진 12세 아동은 15명 중 1명이다(영구치우식유병자율 6.9%). 19세 이상 성인 3명 중 1명이 치주질환 치료가 필요한 상태였고(치주질환유병률 30.5%), 65세 이상 노인의 절반 정도만이 저작에 필요한 20개 이상의 자연치아를 보유하고 있었다(20개 이상 자연치아보유율 53.3%). 노인 11명 중 1명은 자연치아가 하나도 없는 무치악자였다(무치악자율 9.5%). 2010년 이후 상기 구강건강 수준은 일부 개선되기도 했지만(20개 이상 자연치아보유율) 치아우식, 치주질환 등 대부분의 항목에서 정체 상태이다.

2. 2010년 이후 남한의 치과 건강보험보장성 확대

치과 분야의 건강보험 보장률이 매우 낮다는 사실은 널리 알려져 있지만 비슷한

경제규모의 국가들에 비해서도 매우 낮은 수준이다. 보험연구원이 2016년 발간한 '고령화 리뷰'에 따르면 OECD 국가들의 평균 치과 보장률이 33%인데 비해 한국은 16%에 그쳤다.¹³⁾ 이러한 사실은 일반 국민의 다수가 민간치과의료보험에 추가적으로 가입하여 구강병에 대비하고 있으며, 건강보험의 치과 보장성은 여전히 미흡하여 사회적 취약계층은 구강병에 걸리더라도 필요한 치과의료서비스를 제대로 받지 못하거나 치과의료비로 말미암아 가계에 큰 부담이 생길 수도 있다는 것을 의미한다.



<그림 3> OECD 치과 보장률 비교 (출처: 건치신문 2016년 9월 29일)

치과의 건강보험 항목은 필요성, 재정부담 등을 고려하여 우선순위가 높은 보장성 필요 분야에 대해 건강보험 보장 항목을 확대해 왔다. 2009년 12월 치아우식예방을 위한 치아홈메우기와 2012년 7월 만 75세이상 완전틀니의 보험급여를 시작으로 2013년 7월에는 만 20세 이상 연 1회 예방적 치석제거, 만 75세이상 부분의치 건강보험에 적용되었다. 2014년 7월부터는 치과임플란트가 5세단위 연령별 순차적으로 보험이 적용되면서 2016년 7월부터 완전·부분의치와 치과임플란트의 건강보험 적용 연령이 만 65세로 낮아졌다. 2017년 7월 연1회 치석제거 급여화가 만 20세 이

13) 김미화. 건강보험 급여 항목별 보장률 비교. 고령화리뷰 2016;1:19-21.

상에서 만19세 이상으로 낮아졌고, 동년 10월 치아홈메우기 본인부담률 인하(30~60% → 10%), 동년 11월 노인틀니 본인부담률 인하(50% → 30%)가 되었으며, 2018년 7월 노인임플란트 본인부담률 인하(50% → 30%), 2019년 1월 12세 이하 아동의 영구치 대상 광중합형 복합레진 충전치료가 건강보험 적용(의원급 외래: 30%)되었다.

<표 1>에서 틀니와 임플란트의 건강보험 적용 연령이 만 65세로 낮아진 2016년 이후 치과 건강보험 현황을 분석하였다. 상급종합병원, 종합병원, 병원 등의 치과도 있지만 따로 추출하기 어려워 편의상 치과병원과 치과의원의 건강보험 급여 현황만을 분석하였다.

<표 1> 치과 건강보험 급여 현황(2016~2021)¹⁴⁾

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
건강보험 급여비(억원) ①	22,888	25,549	29,247	34,312	34,212	36,833
본인부담금 (억원) ②	12,732	14,113	12,947	14,282	14,286	15,379
총 진료비 (억원) ③= ①+②	35,620	39,662	42,194	48,593	48,499	52,213
본인부담률 (%) ④=② /③	35.7	35.6	30.7	29.4	29.5	29.5
건강보험 적용인구 (명) ⑤	50,763,283	50,940,885	51,071,982	51,391,447	51,344,938	51,412,137
진료실인원 (명) ⑥	21,586,738	22,530,949	23,050,804	24,107,951	23,126,025	24,321,835
건보적용인 구당 급여 비(원) ⑦= ①/⑤	45,0876	50,154	57,266	66,766	66,632	71,643
건보적용인 구당 급여 비 증가율 (%)		11.2	14.2	16.6	-0.2	7.5

14) 건강보험통계. 국민건강보험공단.

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=TX_35001_A037&conn_path=I3

진료실인원 당 진료비 (원) ⑧=③ /⑥	165,009	176,034	183,048	201,566	209,715	214,674
---------------------------------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

본인부담률은 틀니(2017년 11월)와 임플란트(2018년 7월)의 본인부담률이 50%에서 30%로 줄어들어 따라 감소하였다. 건강보험적용인구와 진료실인원은 꾸준히 증가하고 있지만 인구증가 속도보다 건강보험 요양급여비 증가속도가 더 가파르다.

국민이 부담하는 건강보험료 중 치과건강보험이 차지하는 비율을 건강보험 급여비를 건강보험적용인구로 나눈 값으로 추정해보면 2016년 4만5천원에서 2021년 7만원 이상으로 치과건강보험의 부담이 빠른 속도로 커지고 있음을 확인할 수 있다. 건강보험적용인구당 급여비 증가율은 2016~2021년 평균 9.9%였다. 실제 치과진료를 수진한 환자 당 총 치과건강보험 진료비는 2016년 16만5천원에서 2021년 21만4천600원 이상으로 증가하였다.

<표 2>에서 틀니와 임플란트의 건강보험 적용 연령이 만 65세로 낮아진 2016년 이후 치과 의료급여 현황을 분석하였다. 상급종합병원, 종합병원, 병원 등의 치과도 있지만 따로 추출하기 어려워 편의상 치과병원과 치과의원의 건강보험 급여 현황만을 분석하였다. 의료급여는 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료문제(질병, 부상, 출산 등)를 국가가 보장하는 공공부조 제도로 건강보험과 함께 국민 의료보장의 중요한 수단이 되는 사회보장제도이다. 의료급여 수급권자는 1종과 2종으로 나뉘며 의료급여법에 따라 1종 수급권자는 국민기초생활보장수급자, 등록 결핵질환자, 희귀난치성질환자, 중증질환자, 행려환자와 타법에 의해 적용받는 이재민, 의상자 및 의사자의 유족, 입양아동(18세미만), 국가유공자, 국가무형문화재 보유자, 북한이탈주민, 5·18민주화운동 관련자, 노숙인이며, 2종 수급권자는 국민기초생활보장 대상자 중 1종 수급권자 기준에 해당되지 않는 자이다. 의료급여 수급권자가 의료급여기관 이용시 1차 의료급여기관(의원) 기준으로 1종 수급권자는 입원 본인부담금은 없고, 외래는 1,000원의 본인부담금을 부담하며, 2종 수급권자는 입원 본인부담금은 10%, 외래는 1,000원의 본인부담금을 부담한다.

<표 2> 치과 의료급여 현황(2016~2021)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
의료급여비 기금부담금 (억원) ①	1,350	1,466	1,797	2,039	2,072	2,178
본인부담금 (억원) ②	189	202	118	116	118	122
총 의료급 여비(억원) ③=①+②	1,539	1,668	1,915	2,155	2,190	2,300
의료급여 적용인구 (명) ④	1,509,472	1,485,740	1,484,671	1,488,846	1,526,030	1,516,525
의료급여 적용인구당 기금부담금 (원) ⑤=① /④	89,436	98,664	121,020	136,969	135,799	143,595
의료급여 적용인구당 기금부담금 증가율(%)		10.3	22.7	13.2	-0.9	5.7

의료급여 적용인구는 일정한 수를 유지하고 있지만 의료급여비는 빠르게 증가하고 있다. 의료급여 적용인구당 기금부담금도 2016년 8만9천500원에서 2021년 14만3천500원으로 의료급여의 부담이 빠른 속도로 커지고 있음을 확인할 수 있다. 전년 대비 의료급여 적용인구당 기금부담금은 2016~2021년 평균 10.2% 증가했다.

3. 건강보험보장성 강화를 위한 급여 우선순위 결정

2015년 2월 보건복지부는 ‘2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획’을 발표하였다. 이를 위해 13차례의 건강보험정책심의위원회(이하 건정심) 소위원회 회의, 국민참여위원회 등 국민의견을 청취하고, 학계 및 관계전문가 의견 수렴 등의 과정을 거쳤다. 그 과정을 살펴보면, 2013년 건강보험 확대를 위한 전문가와 국민 의견을 수렴하였고, 2014년 언론, 국회 등을 통해 사회적으로 제기된 보장성 요구 수집을 진행하였으며, 이를 바탕으로 2014년 건정심을 중심으로 중기보장성 계획이 수립되었다.

이때 보장성 우선순위 결정기준 마련을 위한 전문가 및 대국민 의견수렴이 진행되었고, 전문가 패널의 델파이 조사 및 토론, ‘급여우선순위 국민참여위원회’ 개최가 건정심 소위에서 논의되었다. 여기에서 결정된 급여 우선순위 기준은 아래와 같다.

보장성 강화를 위한 급여 우선순위의 결정 기준(건강보험정책심의위원회, 2015.2.3.)

1. 급여 우선순위 결정기준의 의의

대한민국의 건강보험은 짧은 역사에도 불구하고, 모든 국민에게 보편적인 의료보장을 제공하고 국민들의 의료 이용과 건강 향상에 중추적 역할을 수행하는 사회보험으로 성장하였다. 반면, 건강보험의 보장수준은 아직 충분하지 않기에 의료보장의 범위와 수준을 계속 확대해 나가야 하며, 동시에 고령화 등 한국사회의 미래 변화에 대응하여 지속가능성을 확보해야 하는 중대한 과제들이 함께 요구되고 있다.

이러한 상황은 한정된 재원을 가장 효율적으로 활용하여 건강보장을 확대해야 하는 사회보험의 기본원리가 더욱 중요해짐을 의미한다. 이를 위해서는 건강보험 급여의 우선순위, 다시 말해 한국사회가 건강보장 제도의 우선적 가치를 어디에 두며, 보장성을 어떤 기준에 의해 확대할 것인지에 대한 사회적 합의가 필요하다. 또한 급여 우선순위에 대한 세부 원칙과 기준을 사회적 합의를 통해 확립하는 과정이 반드시 필요하며, 이 원칙과 기준에 의거하여 건강보험의 보장수준이 확대되어 나가도록 일관성 있게 관리될 필요가 있다.

이에 건강보험정책심의위원회는 여러 분야의 국민·전문가 의견 수렴, 외국의 사례 분석 및 기존 원칙의 재검토, 소위원회 실무검토 등 심도있는 논의를 거쳐 「보장성 강화를 위한 급여 우선순위의 결정 기준」(이하 「결정기준」)을 제시하는 바이다.

2. 적용 범위

「결정 기준」은 건강보험의 다양한 의사결정과정 중 건강보험의 보장성을 결정하는 모든 과정에 있어 가장 기본적인 원칙과 기준으로 활용될 것이다. 구체적으로는 건강보험 중장기 보장성 강화계획 등과 같은 거시 종합계획의 수립과, 의료행위·약제·치료재료 등의 급여·비급여 결정, 급여기준의 신설·조정 등의 과정에서 실무부서와 위원회 등 의사 결정주체가 「결정 기준」을 기본적인 원칙과 기준으로 활용하게 될 것이다.

3. 급여 우선순위의 결정 기준

(1) 근본적 원칙

보건의료의 기본이념과 사회보험의 기본원리에 충실하도록 ①인간 존엄의 원칙 ②형평성의 원칙 ③효율성의 원칙을 근본적 원칙으로 규정하며, 건강보험의 모든 급여 결정과정에서 이러한 원칙은 준수되어야 한다.

(2) 결정 기준의 구분

급여 우선순위 판단시에 고려해야 하는 다양한 가치를 구분하여, 가장 우선적으로 고려해야 할 기준과, 2차적으로 고려할 수 있는 기준의 2개 그룹으로 나누어 제시한다. 기본

적으로 각각의 기준들은 상호 동등한 사회적 가치를 지니고 있으나, 「결정 기준」이 활용되는 보장성 결정과정의 특성에 따라 각각의 기준들에 대한 가중치를 달리 부여하여 운용할 수 있다.

(3) Category I : 우선적으로 고려해야 할 결정 기준

1) 의료적 중대성 (유사개념: 중증도, 긴급성)

- (개념) 해당 질환에 대한 대처를 하지 않거나, 해당 의료서비스를 이용하지 않을 경우 건강상의 위험에 빠지는 정도 및 시급성을 가지는 정도

- (고려요소) ① 해당 질병의 위중도, 시급을 다루는 응급상황과의 관련 정도, 예상되는 후유장애의 심각성 정도 등 ② 해당 의료 서비스가 생명에 중대한 영향을 미칠 수 있는지 등

2) 치료효과성 (유사개념: 건강수준 향상정도)

- (개념) 해당 의료서비스를 이용할 경우 질병 치료 또는 건강수준 향상에 도움이 되는 정도

- (고려요소) ① 건강결과의 개선으로 이어질 수 있는 치료성적(유의미한 생존기간 연장, 삶의 질 개선, 합병증·부작용 감소, 시술률·재발률 감소 등)의 향상 정도 ② 효과성에 대한 근거수준 정도 등

3) 비용효과성 (유사개념: 비용대비효과, 경제성)

- (개념) 투입 비용 대비 결과(효과, 효용, 편익)의 향상 정도

- (고려요소) ① 경제성평가가 가능한 경우 그 결과(비용최소화 분석, 비용효과/효용 분석) ② 경제성평가가 불가능한 경우 비용의 크기와 효과성을 포괄적으로 평가한 결과 ③ 기존 의료기술이나 서비스와 비교시 개선되는 효과와, 이에 대비한 비용의 추가정도 또는 의료비의 절감 정도 ④ 비용효과성에 대한 근거수준 정도 등

4) 환자의 비용부담 정도 (유사개념: 가계부담 정도, 진료비 규모)

- (개념) 해당 의료서비스를 이용하거나 질병을 치료하기 위해 환자가 부담해야 할 비용의 크기

- (고려요소) ① 건강보험 급여가 적용되지 않을 경우 해당 의료 서비스를 이용하거나 질병치료 등을 위해 환자가 직접 부담하는 비용의 규모 ② 치료 또는 진단 등에 소요되는 직접 의료비용 중심으로 판단하되, 동일한 환자집단에게 공통적으로 발생하는 간접비용의 경우 제한적 범위 내에서 고려 가능

(4) Category II : 2차적으로 고려할 수 있는 결정 기준

1) 사회적 연대성

- (개념) 해당 질환 또는 의료서비스의 주요 대상자가 저소득층, 장애인 등 취약계층이나 사회적 약자에 해당하는지 여부

- (고려요소) ① 해당 질환이 저소득층, 장애인 등 취약계층 및 희귀질환 등 소수의 환자 집단에서 주로 발생하는지, 해당 의료서비스의 주요 이용자 혹은 비용 부담이 큰 취약계층이나 소수의 환자 집단에 해당되는지 여부 ② 사회적 약자에 속하는 이들의 특수한 의료적 필요에 따른 의료서비스와 이에 수반되는 직간접적인 의료비용의 지원에 해당하는지 여부 ③ 사회적 연대성은 사회적 약자에 대한 보호를 통해 인간존엄과 형평성

의 원칙이 강화될 수 있으나, 지나칠 경우 효율성이 저하될 우려도 존재하며, 사회적 연대성을 결정기준으로 활용하는 경우 비용효과성을 함께 고려할 필요가 있음

2) 국민적 수용성

- (개념) 국민이 해당 항목의 보험 적용을 필요로 하는 정도

- (고려요소) ① 해당 질환 또는 의료서비스에 대한 보험적용의 요구가 사회적으로 충분히 광범위하게 동의되는지 또는 지배적인 의견으로 표출되는지 여부 ② 국민적 수용성은 민주성의 원리가 강조되고 절차적인 과정에 있어 다양한 사회적 의견을 수용하도록 유도하여 의사결정의 공정성을 높일 수 있으나, 타 기준에 비해 측정이 더 어렵고, 수용성이 지나치게 강조되는 경우 효율성의 원칙이 저하될 우려가 있으며, 국민적 수용성을 결정기준으로 활용하는 경우 비용효과성, 치료효과성 등을 종합적으로 고려해야 함

4. 통일 이후 치과의료보장제도 설계를 위한 우선순위 결정의 원칙

통일 이후 치과의료보장제도를 설계할 때 우선 참고해야할 기준은 건정심에서 논명한 '보장성 강화를 위한 급여 우선순위의 결정 기준'이다. 이 기준에 근거해서 치과의료보장제도의 우선순위를 고려한다면 아래와 같다.

○ 우선적으로 고려할 기준: 의료적 중대성

구강 질환에 대한 대처를 하지 않거나, 해당 치과의료서비스를 이용하지 않을 경우 건강상의 위협에 빠지는 정도 및 시급성을 가지는 정도로 구강건강 및 치과의료에 있어서는 씹기 어려움을 유발할 수 있는 치아상실 문제 등을 치료하기 위한 보철 치료가 대표적이라 할 수 있다. 다수 치아 상실자는 씹기 어려움을 경험할 가능성이 높기에 연령과 상관없이 보철치료를 해야 할 의료적 중대성이 크다. 통일 이후 북한 지역 치과보철 보장은 씹기 어려움에 해당하는 치아상실수준과 해당 인구에 따라 대상 연령과 치아상실기준을 정할 필요가 있다.

○ 우선적으로 고려할 기준: 치료효과성

해당 치과의료서비스를 이용할 경우 구강질환 치료 또는 구강건강수준 향상에 도움이 되는 것으로 예를 들어 치아우식 치료를 위한 충전이나 신경치료 후 크라운 치료가 대표적이라 할 수 있다. 치아우식 치료를 위한 충전과 크라운의 경우 제때 치료가 이루어지지 못하면 더 큰 치료를 요하는 상태로 발전할 가능성이 매우 크기 때문에 적절한 시기에 개입하여 질병이 진전되는 것을 차단할 필요가 있다. 통일 이후 북한 지역 치아우식 치료는 전 연령대를 대상으로 해야겠지만, 단계적으로 아동부터 시작하여 대상 범위를 넓혀 나갈수도 있다.

○ 우선적으로 고려할 기준: 비용효과성

투입 비용 대비 결과(효과, 효용, 편익)의 향상 정도로 구강분야에 있어서는 치석 제거, 치아홈메우기, 불소도포 등의 치료가 대표적이라 할 수 있다. 양대 구강병인 치아우식과 치주질환 예방을 위해서는 대상치아에 직접적으로 적용하는 치아홈메우기와 불소도포, 전체 치아 대상 치면세균막 관리 등의 예방법으로 비용대비 효과 및 편익을 향상시킬 필요가 있다. 하지만 예방 치료의 특성상 전반적으로 이용률이 낮거나 소득이 높은 계층에서 이용률이 높은 현상이 일어날 수 있으므로 이에 대비한 대책이 동반되어야 한다. 현재 남한에서는 아동 치과주치의 시범사업이 시행되고 있는데, 통일 이후 북한 지역에서도 아동을 시작으로 치과주치의제도 시행을 고려해 볼 수 있다. 치과주치의제도 안에 치아홈메우기, 불소도포, 치면세균막 관리 등의 예방 치료가 포함되면 효과적인 치료가 될 것이다.

○ 우선적으로 고려할 기준: 환자의 비용부담 정도

해당 치과의료서비스를 이용하거나 질병을 치료하기 위해 환자가 부담해야 할 비용의 크기로 치과 보철, 보존 등이 대표적이라고 할 수 있다. 통일 이후 북한 지역에서 해당 치과의료서비스를 제공하기 위해서 가격과 수요량 및 공급량을 고려해서 정책을 결정할 필요가 있다. 보철의 경우는 저작기능 회복을 목표로 하는 정책이 필요하며, 그 외 비용부담이 큰 보존치료는 단계적으로 제공할 수 있다.

제3절 북한이탈주민의 구강건강실태

1. 북한의 치과의료인력과 치과의료기관

남북한과 남북한을 둘러싼 국제 정세로 인해 북한의 구강건강 및 구강보건의료제도 현황에 대해 파악하기는 어려운 실정이다. 세계보건기구WHO 보고에 따르면 2017년 현재 북한 치과의사 수는 5,595명(인구 10,000명당 2.195명)이며 같은 시기 남한의 치과의사 수 25,300명(인구 10,000명당 4.963명)에 비해 매우 적은 수이다.

의료기관은 1차부터 2·3·4차 의료기관이 있다. 1차 의료기관으로는 리/동 진료소, 종합진료소, 리인민병원이 있으며 2차 의료 기관으로는 시/군/구역 인민병원, 3차 의료기관으로는 도 인민병원, 그리고 4차 의료 기관으로는 조선 적십자 종합병원이 있다. 이 중 의학대학 병원과 시/군 인민병원에는 구강과가 개설이 되어 있고 구강 의사가 배치되어 있다.

북한 주민은 구강 진료를 위해 1차 진료기관인 진료소에서 보철사나 구강의사를

거쳐서 2차 진료 기관에서 구강 의사로부터 본격적으로 진료를 받게 되며 이후 전문성이 필요한 진료, 보철 치료 및 큰 수술은 3차 진료 기관에서 받게 된다. 4차 의료기관은 희귀질병에 대한 치료와 연구 목적의 기관으로 주민들은 대부분 1~3차 기관에서 진료를 받게 된다. 구강의사가 배치되지 못하는 진료소나 인민병원에는 보철사를 두어 구강진료를 시행하고 있으나 진료소 대부분은 치과장비가 없어서 환자들은 시/군 병원으로 보내진다. 추가적으로 적십자 병원, 결핵병원, 운송부병원, 사회 안전부 병원, 방직 병원, 건설자 병원, 육/해/공군병원 등의 중앙병원과 산업 지역의 산업병원, 동의종합병원, 간염병원, 김만유병원, 평양산원, 제1,2병원과 구강예방원 등에 구강의사가 배치되어 있다.

2. 북한 주민의 치과의료서비스 경험

북한이탈주민 인터뷰에 따르면 거주지역과 소득수준에 따라 북한 주민이 받을 수 있는 치과의료서비스의 질에는 큰 차이가 있다. 무상의료라고 하지만 도시지역에서도 치과의료서비스는 돈을 지불해야 한다. 2013년 10월 북한 무상의료제도의 모범으로 당 직속으로 개원한 류경치과병원과 북한의 고급 의료기관들(봉화진료소, 남산진료소, 김만유병원 등)에서조차 심각한 물자난 때문에 환자가 직접 필요한 치과재료를 구하거나 치과의사에게 돈을 주고 미리 조달해야 한다. 북한의 치과 임플란트 가격은 265달러 정도이고 추가 비용은 최대 100달러에 이른다. 이것은 북한에서 보통 사람의 월급의 몇 배에 해당한다. 교정 시술을 위해서는 환자 본인이 교정기와 기타 필요한 재료를 구한 뒤 진료비로 100달러 정도를 지불해야 한다. 치과 의사들은 일반적으로 북한 원화보다는 달러, 유로 또는 중국 위안화를 선호한다. 도시 이외의 농어촌 지역에서 북한 주민들은 공적 의료기관에서 응급치료, 발치, 근관치료 등을 무상으로 받을 수 있지만 현금이나 현금화하기 쉬운 현물(담배 등)을 지불하고 더 좋은 진료를 받기를 기대한다. 보철 등의 분야는 치과의사가 집에서 행하는 불법 진료가 흔하게 이루어진다. 치과의사는 이동식 치과진료장비를 가지고 집에서 치과의료서비스를 제공하며 환자는 진료에 대해 현금으로 지불한다. 북한 시장경제가 발전하면서 치과 임플란트, 치아 미백 등 진료 수요가 늘고 있는 것도 특징이다. 북한 정부는 치과 진료 접근성을 보장할 수 없기에 구강질환 예방에 중점을 두고 올바른 구강위생(칫솔, 구강양치액 등 사용)에 관한 TV홍보 등을 제공한다.¹⁵⁾

15) Ask a North Korean: Do North Koreans go to the dentist? 『NK NEWS』, 2022.6.1.

3. 북한 인구의 고령화와 시사점

특히 북한 사회의 인구구조 변화에 주목할 때 노인복지 문제는 앞으로 북한 사회의 시급한 해결과제가 될 것으로 예상된다. 2008년 인구센서스 결과 북한 사회의 65세 이상 인구 비중은 9.0%로 '고령화 사회' 기준(7.0%)을 넘어섰고, 2014년 유엔인구기금과 북한 중앙통계국 공동 표본조사 결과, 고령인구 비중이 10.2%로 2008년에 비해 1.2% 증가했다.¹⁶⁾ 합계출산율 하락, 기대여명 증가 등에 따라([표 6-6]) 북한 사회의 인구 고령화는 앞으로도 불가피한 추세이고, 중위출산율을 가정했을 때 북한 사회는 2034년에 고령사회(65세 이상 인구 비중 14% 이상)로 진입할 것으로 예상된다.¹⁷⁾

4. 북한의 구강건강실태

강원도 원산시 초등학교 학생 854명을 대상으로 조사한 결과¹⁸⁾에 따르면 치아우식 유병률은 70.1%, 매일 칫솔질 경험률은 98.5%, 지난 1년간 치과방문경험율은 71.2%였지만 국가 수준의 구강건강실태나 구강보건의료제도 현황을 보고한 결과는 찾아보기 어렵다. 따라서 대부분의 북한 관련 정보는 북한이탈주민에게 얻는 경우가 많다. 본 연구에서 북한이탈주민의 구강건강상태는 하나원에 입소한 북한이탈주민 982명의 구강 파노라마 사진 판독을 통해 평가하였으며 기존 발표된 연구¹⁹⁾의 대상자와 동일한 대상으로 평가하였다. 연령별, 성별 북한이탈주민 대상자는 <표 3>과 같다.

<표 3> 연령별 성별 북한이탈주민 대상자 특성

연령군	전체	남성	여성
18세 이하	59	23	36
19~29세	419	147	272
30~39세	214	101	113
40~49세	174	85	89
50~59세	104	46	58

16) 최지영. 최근 북한의 인구구조 평가. 현대북한연구 2017;20(1):25-26.

17) 최지영. 북한 인구구조의 변화추이와 시사점. 북한연구학회보 2016;20(2):13.

18) Goe LC, Baysac MA, Todd KH, Linton JA. Assessing the prevalence of dental caries among elementary school children in North Korea: a cross-sectional survey in the Kangwon province. Int J Dent Hyg. 2005 Aug;3(3):112-6.

19) 이상길, 박영석, 이승표. 북한이탈주민 치아우식경험 실태. 대한구강해부학회지 2020;41(1):75-83.

60~69세	8	2	6
70세 이상	4	0	4
계	982	404	578

북한이탈주민의 구강건강수준을 비슷한 시기에 조사한 국민건강영양조사 결과와 비교한 결과가 <표 4>에 제시되었다. 북한이탈주민 구강건강수준은 파노라마 방사선사진 판독 결과이고, 남한 주민의 구강건강수준은 시진한 구강검사 결과라는 차이가 있지만 우식유병률은 30대 이하는 북한이 낮았고, 40대 이상부터 남한이 높았다. 우식경험영구치지수는 60대를 제외한 모든 연령층에서 북한이 낮았다. 현존 자연치아수와 20개이상 치아보유율은 40대 이상부터 북한이 낮아졌으며 연령이 증가할수록 그 차이가 벌어졌다.

<표 4> 남북한 구강건강수준 비교(남한은 2015년 국민건강영양조사 결과)

연령군	우식유병률 (%)		우식경험영구치수		현존 자연치아수		20개이상 치아보유율(%)	
	남한	북한	남한	북한	남한	북한	남한	북한
19~29세	32.1	29.1	6.0	1.8	28.5	28.4	100.0	100.0
30~39세	34.1	30.4	7.6	2.1	28.0	28.4	99.4	99.5
40~49세	28.0	42.5	6.9	4.1	27.7	25.5	98.2	90.2
50~59세	24.5	44.2	7.0	6.4	25.9	22.8	91.6	74.8
60~69세	23.2	37.5	8.3	10.1	22.0	19.1	73.2	50.0
>70세	23.3	33.3	11.3	10.0	16.1	10.0	47.0	33.3

<표 5>에서 아동의 치아우식 관련 구강건강수준은 남한은 2018년 아동구강건강실태조사의 12세 아동 결과를 북한이탈주민 12~14세 아동 결과와 비교하였다. 북한의 우식유병률과 우식치아수 및 상실치아수가 남한보다 높았지만 우식경험영구치수는 남한이 높았다. 이는 남한 아동의 충전치아수가 북한 아동의 그것보다 높기 때문이다.

<표 5> 12세 아동 구강건강수준의 남북 비교(남한은 2018 아동구강건강실태조사)

우식유병률 (%)		우식경험영구치수		우식치아수		상실치아수	
남한	북한	남한	북한	남한	북한	남한	북한
6.9	38.5	1.8	1.5	0.1	0.9	0.0	0.3

제4절 북한이탈주민 육구 조사

구강건강은 인간의 기본권이어야 하지만 세계 많은 나라에서 필수적으로 제공되는 의료서비스로 인식되지는 않고 있다. 최근 북한이 핵무장으로 국제사회에 노출되면서 많은 관심이 쏠리고 있지만 북한 주민의 구강건강 문제가 주목을 받지 못하다. 1990년대 북한은 ‘고난의 행군’으로 불리는 극심한 경제위기로 많은 아사자가 발생했고, 의료체계가 무너졌지만 필수의료, 예를 들어 아동 대상 예방접종은 비교적 잘 기능하고 있었다. 그러나 최근 최근 코로나 바이러스 감염병 확산으로 인한 국경봉쇄로 아동 예방접종률이 급감했다. 유니세프에 따르면 북한 아동 예방접종률은 경제난이 한창이던 1997년 35% 수준에 불과했지만, 유니세프, 세계보건기구 WHO, 세계백신면역연합GAVI 같은 국제기구의 지속적 지원 결과 2006년 이후 90%를 넘어섰으며, 유니세프는 북한 당국으로부터 매년 디프테리아, 백일해, 파상풍, 소아마비 등 주요 질병에 대한 예방접종률을 보고받고 있다.²⁰⁾ 유니세프 보고서에 따르면 북한 아동 예방접종률은 2020년 기준 97~99% 수준이었지만,²¹⁾ 코로나 방역을 위한 북한의 국경봉쇄로 아동 예방 백신도 반입이 안되어 아동 예방접종률이 급감했다. DTP(디프테리아, 파상풍, 백일해 백신) 등 아동 백신접종률은 2020년 97~99%에서 41~42%로 급감했으며, 소아마비 백신의 경우 2020년 98%에서 2021년 17%로 매우 급감했다. 코로나 여파로 전 세계적으로 DTP 접종률이 2019년 86%에서 2021년 81%로 5% 감소하여 2008년 이후 최저 수준의 접종률을 기록했다.²²⁾ 이것으로 볼 때, 북한이 외부로부터의 위기에 취약하다는 사실을 짐작해 볼 수 있다.

그러나 북한 주민의 구강건강수준에 대해 알려진 사실은 거의 없으며, 북한의 국가통계체계에도 구강건강 관련 자료는 찾기 어렵다. 따라서 북한 주민의 구강건강 수준과 치과의료이용경험에 대해 알기 위해 북한이탈주민을 통하는 방법 이외에 다른 방법은 찾기 어렵다. 따라서 질적 연구를 기반으로 한 북한이탈주민이 북한에 거주하는 동안 구강건강 및 치과의료이용 관련된 경험을 심층인터뷰를 통해 탐색하였다. 연구진은 현상학적 방법론을 사용하여 북한이탈주민의 구강건강 및 치과의료이용 관련된 경험을 조사했다. 현상학적 방법론은 개인이 현상과 접촉을 통해 드러나는 경험을 생생하게 기술함으로써 경험의 구조와 의미를 이해하는 방법이다.²³⁾

20) 유니세프 평양사무소장 ‘어린이 예방접종률 90% 이상유지 최대과제’, 『미국의소리(Voic of America)』, 2010.1.11.

21) UNICEF, *The State of the World's Children 2021*, 2021, p. 200.

22) WHO·UNICEF ‘북 국경봉쇄로 어린이 예방접종률 급감’, 『자유아시아방송』, 2022.7.22.

인터뷰 참가자는 북한에서 치과의료이용 경험이 있었으며 서울의 북한이탈주민 민간지원단체를 통하여 인터뷰 계획을 듣고 인터뷰에 참가하였다. 대상자 선정 기준은 탈북 후 10년 이내 남한에 입국한 성인이었으며 인터뷰의 목적과 절차에 대해 설명을 듣고 인터뷰에 응하기로 동의한 사람이었다. 최종적으로 인터뷰에 응한 참여자는 북한이탈주민 남성 4명(도시 1명, 농촌 3명)과 북한이탈주민 여성 3명(도시 1명, 농촌 2명)이었다.

자료는 2022년 9월5일부터 9월 26일까지 심층 인터뷰를 통해 수집되었다. 북한주민의 구강건강과 치과이용 관련된 경험은 참여자와의 구조화되지 않은 일대일 인터뷰를 통해 기록되었으며, 1차 면담에 앞서 연구자는 참여자들에게 연구의 목적과 절차를 미리 설명하였다. 그들은 언제든지 참여를 중단할 수 있으며 인터뷰가 오디오로 녹음될 것이라는 정보를 받았다. 인터뷰는 참여자의 사생활이 존중될 수 있도록 한적한 사무실에서 진행되었다. 심층 인터뷰에 앞서 연구자의 배경과 해당 현상에 대한 관심도를 설명하여 참여자와의 친밀감을 형성하였다. 면담은 참여자 당 1회 진행되었으며, 소요시간은 90~120분이었다.

연구자들의 편견과 편견을 없애고 참여자들의 회상을 돕기 위해 인터뷰는 “북한에 대한 기억을 바탕으로 치과를 갈 때 어떤 감정이나 기분이 들었나”와 같은 질문으로 시작했다. 이후에는 자연스럽게 치과 의료기관에서 치료받은 경험과 개인집에서 치료받은 경험, 치과 치료 비용, 미충족치과진료 경험, 남한에서 치과 치료받은 경험과 남북한 치과 치료 비교, 구강건강에 대한 생각, 통일 이후 북한 치과보장제도에 대한 의견 등으로 질문이 확장되었다. 참가자의 얼굴 표정 및 행동과 같은 비언어적 의사소통을 주의 깊게 관찰하고 기록했다. 조사자의 판단을 배제하기 위해 노력했다. 자료수집은 현상에 대한 새로운 내용이 도출되지 않는 포화상태까지 진행하였다.

범주 1: 북한에서 치과 치료 받은 경험

“이북에서 27살부터 치아가 썩어서 치료받았어요. 이북에서는 마취를 조금 넣고 아파서 겁이나서 못가요. 집에서 치료받아요.”

“북한에서는 이 뽑았어요. 이북에서는 아프니까 그냥 뽑는 방법밖에 없어요. 쥐며느리 잡아서 입안에 넣는 방법 같은 민간요법도 많이들 사용해요.”

“북한에서는 이 썩으면 벌레를 많이 먹어서 그런거라 뽑아야한다고 생각해요. 임플란트

23) Colaizzi, P. F. Psychological research as the phenomenologist views it. Oxford University Press. 1978.

같은 치료는 없어요. 그냥 민간요법으로 파씨를 태워 연기를 모아 아픈 치아 반대쪽 귀에 대주면 하얀 벌레가 막 나오는 것이 보여요. 벌레가 나오고 나면 이가 안아프고, 그 후엔 이가 부스러지듯 부서졌어요. 이게 효과가 있어서 주변에 막 알려줬는데, 처음엔 무시했었으나 해보면 벌레가 나오고 효과가 있어서 다들 따라 했어요. 저는 아버지가 한의사라서 이 아플 때 침도 맞았어요. 하지만 남한에서는 현대의학이 발달되어 그런 방법을 쓸 생각 안해요.”

“북한에서는 처음엔 흔들리는 이는 집에서 다 뽑았어요. 예전에 이에 구멍이 났는데 음식이 닿으면 쏘는 느낌이 있었어요. 보통 구멍난 이빨은 더 뚫어서 신경 죽이고 땀질을 해서 구멍을 막는다고는 하는데 그런 치료를 받아본 적은 없어요. 어느 날 피곤해서 임파선이 부었는데, 함흥 구강분원에서 썩은 치아 때문이라며 그 이를 뽑아야 한다고 했어요. 그래서 해당 치아를 뽑고, 스스로 항생제를 구해서 맞았어요, 그런데 치아 뽑은 자리가 관리를 잘하지 못했는지 상황이 더 안 좋아져서 주변 치아 몇 개를 더 뽑았어요, 그래도 피곤하면 염증 증세가 나타나서 치료를 받던 중 신경을 다쳐서 60일 정도를 입을 다물지 못했어요. 입원하여 미음 먹고, 수액 맞으면서 치료 받았어요. 치료 받을 때 뼈가 부서지는 것이 느껴졌어요. 나중에 급성 골수염이라고 하는 이야기를 들었어요.”

“병원에 입원해서 봤을 때, 어떤 사람은 이를 하루에 3개까지 뽑는 사람도 봤어요.”

“아주 어릴 때 말고는 치과에 가본 적이 없어요. 북한 병원에 가면 재료가 아무것도 없어요. 그러니 기술이 없다는 것을 다 알 수 있어요.”

“웬만하면 집에서 다 해결했어요. 유치 발치는 집에서 엄마 아빠가 뽑아주고요. 17살에 충치치료 받으러 간 적이 있는데, 이때 처음 치과에 간거예요. 어금니였고 너무 붓고 아프길래 많이 썩은 것 같아서 그냥 빼달라고 했어요. 썩어서 많이 아플 때까지 치과에 검사 받으러 오라는 이야기는 들은 적 없어요.”

“치과는 죽을만큼 아파야 가고, 주요 치료는 발치예요. 병원에서 돈은 안내지만, 시간이 많이 걸려요.”

“요즘 병원에 가서 치과 치료 받는거보다 거의 개인 집에서 치과 치료 받아요. 병원이 거의 망했기 때문이에요.”

“북한 군대에서 앞니 깨졌었어요. 발치 후 양쪽에 거는 치아 만들었는데, 심혈마취(손으로 혈자리를 누르는 것)를 하고 발치했어요. 정말 아프지 않았어요. 그 치과의사는 육군 종합병원 치과의사로 기술이 좋았어요. 그 때 닭 한 마리 줬는데 2만원 정도의 값이었어요. 군대에서는 군의관이 대대별로 쭉 돌면서 치아 뽑을 사람 모아서 발치했어요. 군대는 무상이기 때문에 담배를 줘도 되고, 안 줘도 상관없어요.”

범주 2: 북한의 치과의료비, 재료비

“개인집에서 치과치료 받는건 돈 때문에 가기 힘들어해요.”

“개인집에서 하는 치과 치료는 거의 틀니를 만들어요. 틀니는 남한 돈으로 10만원 정도 될 거 같아요. 그런데 가격은 그때그때마다 달라요. 하지만 비싸서 못갈 정도는 아니에요.”

“병원에 입원했을 때, 마취제인 노보카인을 내가 사가지고 왔었어요. 나중에 항생제도 병원에서 끊으라고 했는데, 내 생각에 끊으면 안될 것 같아 병원 밖에서 개인적으로 계속

사서 스스로 맞았어요.”

“구강과에서 치료받으면 돈은 안내지만 약을 유엔약을 줘요. 유엔약이 짹짹해서 개인적으로 약을 사요.”

“중국산 재료를 가져와서 틀니를 만들어요. 함흥시에는 틀니가 한국돈으로 만원정도(중국돈 200원, 북한돈으로는 24만원) 비용 들어가요. 이걸 북한에서도 매우 비싼 비용이에요. 병원에서는 돈을 안내요. 병원에서는 틀니도 다 공짜예요.”

“집에서 개인적으로 하는 치과치료하는 의사들은 본인들이 자신의 경험이 많고, 병원보다 돈을 내더라도 더 재료도, 기술도 높다고 생각해요. 병원에 있는 의사들은 경력도 없고요.”

“구강 병원에 가면 무료긴 하지만 담배정도는 줘야해요. 무서워서 안가는 거지 돈 때문에 못가지는 않아요. 다 무료기 때문이에요.”

“뇌물을 안주면 질이 좀 낮거나 오래 기다리거나 해요. 급행료의 개념이에요. 보통 이걸 안하면 2-3주정도 더 있다가 오라고 해요. 하지만 급행료같은거 안내다고 해서 지나치게 오래 걸리거나 몇 달정도 넘어가는 경우는 없고, 아주 질이 많이 떨어지지는 않는다고 생각해요.”

“평송시에서는 2016년도에 임플란트 1개당 1백달러였어요. 선진기술을 배워온 극소수가 임플란트까지 치료를 해요. 북한에서 큰돈은 거의 다 달러로 계산해요.”

“치과는 발치 1개에 담배 한갑이에요. 시골에서는 이빨이 보통 한두개 없거나, 썩은걸 가지고 있는 것은 병이라고 생각안해요. 그냥 아프면 뽑아버려요. 10명중 8명은 구강건강이 좋지 않을 것이라 생각해요. 틀니는 그냥 보철사들이 찍어서 쉽게 만드는 것이라 생각하고 북한 돈 2만원(담배 3-4갑정도의 돈) 정도 해요.”

범주 3: 북한의 치과의료체계

“평양 구강병원은 가기 힘들어요. 거기는 평양 시민만 갈 수 있어요. 지역의 큰병원, 중간병원, 작은 병원이 있는 것으로 알고 있는데, 이게 규모와 질의 차이가 있다고 들었어요.”

“의사들은 평양에 가지 않으면 거의 다 구강 분원에서 훈련받아요. 구강 분원에 구강내과 소아과 있어요. 구강 통신생들이 구강분원에서 배워요. 여기에 외국기계들이 다 있어서 시설은 괜찮아요.”

“구강 분원은 함흥에, 구강 병원은 평양에 있어요. 구강과는 시군구에 있구요, 리에는 보철사만 있어요. 리 사람들이 더 큰 진료 받겠다고 하면 의뢰서 써줘요. 하지만 웬만하면 보철사들이 자기가 다 이빨 빼준다고 해요.”

“작은 병원은 기구가 없는 것 같아요. 그래서 차라리 다 뽑고 틀니를 하라고 하구요. 따라서 개인 보철사들이 병원 그만두고 개인집에서 틀니를 많이 해요.”

“북한에서 있던 곳은 평안남도 북창군으로. 한국의 경기도와 같은 개념이지만 그냥 시골이에요. 함흥 청송 등이 도심이라 할 수 있어요. 북한은 리같은 농촌이 훨씬 더 많고 인구가 많아요. 평양시는 아무나 들어갈 수 없어요. 그래서 평양에 있는 병원은 가보지도 못했어요. 도병원은 각 도에 하나씩 있는 최상위 도인민병원이에요, 각도에 구강병원이 있기는 해요. 군안에 진료소같은 작은 병원들이 있고요. 2019년까지는 의대 안에 치과가 있었어

요. 2019년도 이후부터 임상은 5.5년제였는데 4.5년제로. 약학4.5년이었으나 4년으로 줄어 들었어요. 전반적으로 다 교육기간이 줄었어요. 2년제 보철학교/구강학교도 있어요. 여기 졸업하면 보철사지만, 밖에서는 나오면 치과의사로 불려요.”

범주 4: 북한에서 치과치료 필요하다고 생각했는데 못가게된 이유

“병원이 너무 멀어서 가기 힘든 경우가 있어요. 남한의 보건소같이 북한도 시·군·구에 하나씩 치과가 있다고 생각하면 되는데, 약 20km정도 떨어져 있어요. 치과에 안 가는 이유가 교통수단이 없기 때문이기도 해요.”

“북한에서도 치과 가고 싶지만 돈이 없는 경우 많아요.”

“북한에서 치과 못가는 경우는 무서워서 안가는 경우 정도만 있어요.”

범주 5: 스스로 구강건강에 대한 인식

“어금니가 씹으면서 깨졌어요. 이것이 썩을까봐 걱정이예요. 이걸 어떻게 치료해야하는지 걱정되요.”

“검사 받아야한다거나 하는 생각은 없어요. 이가 튼튼하다고 생각니까요.”

범주 6: 장래 구강건강에 대한 걱정

“내가 지금 40살인데, 앞으로 10년 뒤 이 때문에 고생할 것 같아요. 미리 예방하면 좋을 것 같다고 생각해요. 정부에서 관리해주는 것이 좋을 것 같아요.”

“내가 32살인데, 앞으로 고생할 것이라는 생각은 해본 적 없어요. 하지만 잘 관리하면 좋을 것이라고 생각해요.”

“현재 50대 중반인데, 앞으로 이 때문에 고생할 것이라고 생각해요. 아예 구강건강은 포기했어요. 어떻게 대비할지도 이젠 아예 생각하지 않아요.”

범주 7: 남한의 치과 건강보험 적용 인지

“비싸고 바빠서 임플란트 못하지만 하고는 싶어요. 그런데 임플란트가 보험이 되는지 몰랐어요. 65세 이상만 보험이 되는 거면 너무 나이든 사람에게만 되는 것 같다는 생각이 들어요.”

“치과 건강보험 적용되는 거 몰라요. 실제 뭐가 보험 적용되는지 알아도, 병원에 가면 이것 저것 내는 돈이 많이 든다고 생각 들어요. 이런 것으로 돈을 빼내가는 것이라 생각해요.”

“스케일링은 1년에 한번 보험되고 1-2만원 되는 것으로 알고있어요.”

“몰라요. 아예 신경을 쓰지 않아요.”

범주 8: 통일 이후 치과의료보장체계

“통일 직후부터 모두에게 치과 치료를 보장해주면 좋겠어요. 하지만 내 보험료가 올라야 한다면 이건 잘 모르겠어요.”

“통일 직후부터 모두에게 적용되기 어려울 것 같다는 생각이 들어요. 북한 사람들도 보험료 내야한다고 한다면 받아들이지 못할 것 같아요. 갑자기 통일되었다고 해도 낼 돈도 없고, 보통은 죽을만큼 아파야 병원가는 상황이기 때문이에요.”

“치과 치료를 보장하는 건 노인과 아동 먼저 해주면 좋겠어요.”

“통일 후 북한 주민들한테 보험료 내라고 하면 죽으면 죽지 돈 내지는 않을 거예요. 소득이 없기 때문에 보험료 낼 생각을 못할 거예요.”

“지금의 북한 경제상황에서는 다달이 보험료 내라고 하는 건 안되겠지만, 남한처럼 경제가 좋아지면 보험료 지불에 대한 생각이 들거 같아요. 시간이 오래 걸릴 것 같아요.”

“치과가 매우 뛰어나거나 시설이 좋다고 하면 북한에서도 내 돈을 내고라도 운영될 수 있을 것 같다는 생각이 들어요.”

범주 9: 통일 이후 치과보장률

“통일 이후 치과 보장률은 50~70% 정도 되어야 할 것 같아요.”

“대한민국보다 10% 정도 더 많이 되어야 한다고 생각해요. 40% 정도요.”

“일자리 창출이 먼저 중요해요. 북한도 그렇고 남한에서도 아파야지만 치과 가요. 돈에 대한 부담도 크고요. 50% 이상 해줘야 한다고 생각해요. 왜냐면 그 전까지는 북한에서는 모든게 무료였기 때문이에요.”

범주 10: 남한과 북한의 치과치료 차이

“남한이 이빨 병이 더 많은 듯 해요.”

“남한에서는 최대한 이를 막 뽑지 않고 최대한 살려서 쓰려고 해요. 북한은 뽑구요. 이것이 달라요. 남한에서는 치아 하나라도 막 뽑으면 안된다고 생각해요. 이북에서는 아픈데, 방법이 없으니까 그냥 다 뽑는 것 같아요.”

“북한도 때우는 치료 있어요. 하지만 지역마다 권하는 치료가 달라요. 예를 들어 시골에서는 뽑으라고 하고, 도시에서는 신경치료를 이야기했어요. 그런데 거의 다 이 다치면 옆으로 전염된다고 다 뽑으라고 해요.”

“남한은 돈을 내고 북한은 무료인데 한국의 치료가 맞다고 생각해요. 남한이 기술이 더 발전했기 때문에 더 믿음이 가요. 비싸더라도 믿을 수 있어요.”

“남한 치과치료가 더 안전하다고 생각해요. 하지만 게으른 탓에 남한에서 치과를 잘 안 가게 되요.”

“양옆에 갈고 이를 하는 보철치료를 북한에서 했었어요. 그때 했던 것이 최근에 떨어졌는데 그것을 그냥 다시 사용했어요. 그러니 북한 치료의 질이 아주 낮다고 생각하지는 않

아요.”

“북한이 그렇게 많이 차이난다고 생각하지는 않아요. 함흥에는 기계가 다 있긴 해요. 지방에서 치료 받았을 때 의사를 잘못 만나 고생했지만, 아주 질이 나쁘다고 생각하지는 않아요.”

제5절 남한주민의 통일 치과의료에 관한 인식 조사

1. 설문 개발

일반 국민을 대상으로 한 '통일 후 치과의료제도에 대한 국민인식 조사' 설문 개발은 먼저 연구진 내부의 2인이 일반적 특성, 통일 이후 치과대학 교육 및 치과의사 관리, 치과이용, 치과의료제도, 북한 무상의료제도 지원 의사 등의 문항으로 구성하였다. 연구진이 설문지의 내용타당도 평가를 진행했으며 설문문항에 대해 연구진 외부 1인과 연구진이 일대일 심층면접을 진행하여 질문을 잘 이해하고 있는지, 혼동되거나 모호한 질문은 없는지, 질문에 응답함에 있어 어려움 없이 잘 대답할 수 있도록 설정되었는지 등의 관찰을 통하여 설문지 문항에 대한 문제점을 평가했다. 마지막으로 전문가 자문을 받은 후 현재 실정에 적합한 설문지 표현으로 수정하였다. 최종적으로 구성된 설문은 대상자에게 문자를 보내 문자의 링크에 접속하여 설문에 응답하는 문자조사를 시행하였다.

2. 응답자 현황

일반 국민을 대상으로 한 '통일 후 치과의료제도에 대한 국민인식 조사'는 외부 외부 설문조사기관에 의뢰하여 기관의 패널 800명이 응답할 때까지 시행하였고, 성별로는 남성 409명(51.1%), 여성 391명(48.9%), 연령별로는 20~29세 175명(21.9%), 30~39세 178명(22.3%), 40~49세 215명(26.9%), 50~59세 232명(29.0%)이었다. 거주지역은 서울특별시 155명(19.4%), 인천/경기권 265명(33.1%), 대전/세종/충청권 85명(10.6%), 광주/전라권 73명(9.1%), 대구/경북권 74명(9.3%), 부산/울산/경남권 117명(14.6%), 강원/제주권 31명(3.9%)이었다.

2022년 11월 현재 행정안전부의 주민등록 인구통계에 따르면, 대한민국의 20~59세 총 인구수는 29,753,751명으로 20~29세 6,441,542명(21.6%), 30~39세 6,620,713명

(22.3%), 40~49세 8,083,707명(27.2%), 50~59세 8,607,789명(28.9%)이었고, 거주지역으로는 서울특별시 5,767,411명(19.4%), 인천/경기권 9,974,089명(33.5%), 대전/세종/충청권 3,121,002명(10.5%), 광주/전라권 2,694,484명(9.1%), 대구/경북권 2,707,705명(9.1%), 부산/울산/경남권 4,293,760명(14.4%), 강원/제주권 1,195,300명(4.0%)으로 인구구조에 맞추어 표집하였다.

학력은 대학교 졸업 이상이 2/3 이상이였으며, 직업은 사무직이 절반이었다. 10개의 계단을 가진 사다리에서 자신이 어느 위치에 있는지 시각적으로 묻는 주관적 사회계층은 가운데가 가장 많은 구조를 보였다. 통일에 대해서는 필요하다는 응답이 절반 가까이 되었지만 통일이 나에게 이익이 안된다는 응답은 절반이 넘었다. 지지정당은 더불어민주당이 28.6%, 국민의힘이 18.5%의 지지를 보였다.

<표 6> 응답자 현황

인구특성		명 (%)
성별	남성	409 (51.1)
	여성	391 (48.9)
연령대	20대	175 (21.9)
	30대	178 (22.3)
	40대	215 (26.9)
	50대	232 (29.0)
	60대	215 (26.9)
거주 지역	서울특별시	155 (19.4)
	인천/경기권	265 (33.1)
	대전/세종/충청권	85 (10.6)
	광주/전라권	73 (9.1)
	대구/경북권	74 (9.3)
	부산/울산/경남권	117 (14.6)
	강원/제주권	31 (3.9)
	기타	10 (1.2)
최종학력	고등학교 졸업 이하	135 (16.9)
	전문대 졸업	111 (13.9)
	대학교 졸업	496 (62.0)
	대학원 졸업 이상	58 (7.3)
직업	농업/수산업/축산업	5 (0.6)
	자영업	51 (6.4)
	판매/서비스직	37 (4.6)
	기능/숙련공	35 (4.4)
	사무/기술직	398 (49.8)
	경영/관리직	37 (4.6)
	기타	10 (1.2)

	전문/자유직	62 (7.8)
	전업주부	74 (9.3)
	학생	31 (3.9)
	무직, 정년, 휴직	62 (7.8)
	기타	8 (1.0)
주관적 사회계층	1 (최하층)	32 (4.0)
	2	38 (4.8)
	3	92 (11.5)
	4	120 (15.0)
	5	183 (22.9)
	6	166 (20.8)
	7	103 (12.9)
	8	41 (5.1)
	9	14 (1.8)
	10 (최상층)	11 (1.4)
통일 필요 인식	필요하다	377 (47.1)
	보통이다	207 (25.9)
	필요하지 않다	216 (27.0)
통일이 나에게 이익이 되는지 여부	이익이 된다	338 (42.3)
	이익이 되지 않는다	462 (57.7)
지지정당	국민의힘	148 (18.5)
	더불어민주당	229 (28.6)
	정의당	20 (2.5)
	기타 정당	6 (0.8)
	지지하는 정당 없음	397 (49.6)

3. 통일 이후 치과의사 양성 제도에 대한 의견

통일 이후 치과의사 교육은 남한의 치과대학을 기준으로 통합해야 한다는 의견이 다수였다. 치과의사국가시험 제도도 유지해야 한다는 의견이 다수였으며 남한의 보수교육도 계속 필요하다고 했다. 치과의료기관 인증제도도 압도적으로 필요하다는 의견이 많았다.

<표 7> 통일 이후 치과의사 양성 및 관리 제도에 대한 인식

통일 이후 치과의사 양성 및 관리 제도에 대한 인식		명 (%)
통일이후 치과대학 교육제도	남한 치과대학 기준으로 통합	375 (46.9)
	북한 치과대학 기준으로 통합	17 (2.1)
	남북한 제도 각각 유지	156 (19.5)
	기존 제도 아닌 새로운 제도로 통합	252 (31.5)

통일 이후 치과 의사 면허시험	졸업 후 치과 의사 면허시험제도 합격해야 치과 의사	510 (63.8)
	졸업 후 치과 의사	62 (7.8)
	남북한 제도 각각 유지	80 (10.0)
	기존 제도 아닌 새로운 제도로 통합	148 (18.5)
통일 이후 치과 의사 보수교육	필요하지 않다	24 (3.0)
	모르겠다	120 (15.0)
	필요하다	656 (82.0)
통일 이후 치과 의료기관 인증제도	필요하지 않다	6 (0.8)
	모르겠다	185 (23.1)
	필요하다	609 (76.1)

4. 통일 이후 치과 진료의 자유

통일 이후 남북한 주민은 남북한 모든 곳에서 자유롭게 진료받을 수 있어야 한다는 의견이 다수였고, 남북한 출신 치과 의사 역시 남북한 모든 곳에서 자유롭게 진료할 수 있어야 한다는 의견이 다수였다.

<표 8> 통일 이후 치과 진료에 대한 인식

통일 이후 치과 진료에 대한 인식		명 (%)
통일 이후 남북 주민의 치과 진료 수신 자유	남한 주민은 남한에서만, 북한 주민은 북한에서만 치과 진료 수신	98 (12.3)
	남한 주민만 남북 모든 곳에서 자유롭게 치과 진료 수신	141 (17.6)
	북한 주민만 남북 모든 곳에서 자유롭게 치과 진료 수신	78 (9.8)
	남북 주민 모두 남북 모든 곳에서 자유롭게 치과 진료 수신	483 (60.4)
통일 이후 남북 치과 의사의 진료 자유	남한 치과 의사는 남한에서만, 북한 치과 의사는 북한에서만 치과 진료	113 (14.1)
	남한 치과 의사만 남북 모든 곳에서 자유롭게 치과 진료	103 (12.9)
	북한 치과 의사만 남북 모든 곳에서 자유롭게 치과 진료	59 (7.4)
	남북 치과 의사 모두 남북 모든 곳에서 자유롭게 치과 진료	525 (65.6)

5. 통일 이후 (치과)의료제도에 대한 인식

통일 이후 의료제도는 남한과 북한의 체제를 절충한 의료제도를 만들어야 한다는 의견이 가장 많았으며, 남한의 의료제도를 그대로 유지해야 한다는 의견도 다수 있었다. 통일 이후 북한 치과는 남한처럼 건강보험체제로 운영해야 한다는 의견이 절

대 다수였으며, 기존 북한의 무상의료체제로 응답한 응답자는 소수였다.

<표 9> 통일 이후 (치과)의료제도에 대한 인식

통일 이후 (치과)의료제도에 대한 인식		명 (%)
통일 이후 의료제도	남한의 의료제도	255 (31.9)
	남북한 체제 절충한 의료제도	369 (46.1)
	남북한 두 체제 각각 유지	106 (13.3)
	어떤 체제도 상관없음	70 (8.8)
통일 이후 북한 치과의료제도	건강보험제도	700 (87.5)
	무상의료제도	100 (12.5)

6. 통일 이후 치과 건강보험제도에 대한 인식

통일 초기 북한의 치과건강보험제도를 시행한다면 경제력 격차 때문에 건강보험료 부담을 달리해야 남북한 주민 모두에게 동등한 치과의료 혜택을 제공할 수 있다. 이에 북한 주민은 남한 주민보다 건강보험료를 적게 내고, 부족한 부분만큼 남한 주민이 건강보험료를 더 내는데 동의한다는 응답이 많았지만 동의하지 않는다는 응답과 모르겠다는 응답의 합이 절반 이상이였다. 통일 이후 북한 치과 건강보험 급여를 보편적으로 해야 한다는 응답과 선별적으로 해야 한다는 응답 역시 반반이였다. 치과 건강보험의 보장률은 현재 남한의 치과 건강보험 보장률과 비슷한 25~35% 수준이 적당하다는 응답이 가장 많았으며 그 이상 보장해야 한다는 응답도 있었다. 선별적으로 해야 한다는 367명의 응답자를 대상으로 우선적으로 보장해야 할 대상자에 대해 질문했을 때 영유아와 아동청소년, 후기노인과 저소득층에게 우선적으로 보장해야 한다는 응답이 많았다. 우선 보장해야 할 진료 항목으로는 구강검사와 충치치료, 충치예방치료가 가장 많았다.

<표 10> 통일 이후 치과 건강보험제도에 대한 인식

통일 이후 치과 건강보험제도에 대한 인식		명 (%)
통일 이후 치과 건강보험료 부담	남한 주민이 더 내는데 동의하지 않는다	228 (28.5)
	모르겠다	261 (32.6)
	남한 주민이 더 내는데 동의한다	311 (38.9)
통일 이후 북한 치과 건강보험 급여	보편적 보장	433 (54.1)
	선별적 보장	367 (45.9)

통일 이후 북한 치과 건강보험 보장률	5% 미만	8 (1.0)
	5~15%	16 (2.0)
	15~25%	27 (3.4)
	25~35%	313 (39.1)
	35~45%	60 (7.5)
	45~55%	142 (17.8)
	55~65%	70 (8.8)
	65~75%	75 (9.4)
	75~85%	56 (7.0)
	85~95%	18 (2.3)
	95% 이상	15 (1.9)
통일 이후 우선 치과 보장 대상자	영유아(6세 미만)	92 (25.1)
	아동청소년(6~18세)	63 (17.2)
	성인(19~54세)	20 (5.4)
	장년(55~64세)	15 (4.1)
	초기노인(65~74세)	33 (9.0)
	후기노인(75세 이상)	67 (18.3)
	저소득층	58 (15.8)
	장애인	19 (5.2)
통일 이후 우선 보장해야 할 치과 진료 항목	충치치료	206 (25.8)
	구강검사	200 (25.0)
	충치예방치료	189 (23.6)
	치과보철치료	63 (7.9)
	임플란트	56 (7.0)
	잇몸치료	34 (4.3)
	발치	27 (3.4)
	틀니	21 (2.6)
	치아교정	4 (0.5)

7. 통일 이후 치과 무상의료제도에 대한 인식

통일 이후 북한 치과 무상의료를 해야 한다는 응답자 100명을 대상으로 치과 무상의료 재원을 얼마나 남한 정부가 지원해야 할지 설문했을 때 50% 이상 지원해야 한다는 응답이 다수였다. 남한의 보건소에서 시행하는 무료틀니사업, 아동치과주치의사업, 충치예방사업 같은 구강보건사업을 북한 주민에게도 제공해야 하는지에 대해서는 긍정적인 응답이 매우 많았다. 치과 무상의료 형태는 모든 북한 주민에게 특정 치료만 제공해야 한다는 응답이 가장 많았으며, 선별 주민에게 무상의료를 제공해야 한다는 응답이 그 다음이었다. 모든 주민에게 모든 치료를 무상으로 제공해야 한다는 응답은 가장 적었다. 치과 무상의료를 선별 주민에게 제공해야 한다고 응답한 38명을 대상으로 우선 대상자를 질문했을 때 영유아와 노인이 가장 많은 응답 선택지였다. 모든 주민에게 특정 치료만 우선 제공해야 한다는 응답자 52명을

대상으로 제공해야할 치과 진료 항목의 우선순위를 질문했을 때 구강검사와 충치예방치료가 가장 많았다.

<표 11> 통일 이후 치과 무상의료제도에 대한 인식

통일 이후 치과 무상의료제도에 대한 인식		명 (%)
통일 이후 북한 치과 무상의료 재원 지원	재원 지원하면 안된다	8 (8.0)
	전체 재원의 25% 미만 지원	9 (9.0)
	전체 재원의 50% 미만 지원	50 (50.0)
	전체 재원의 75% 미만 지원	16 (16.0)
	전체 재원 전액 지원	17 (17.0)
통일 이후 북한 구강보건사업(틀니 지원, 아동치과주치의, 충치예방) 지원	지원해야 한다	561 (70.1)
	모르겠다	189 (23.6)
	지원하면 안된다	50 (6.3)
통일 이후 북한 치과 무상의료제도 형태	모든 주민에게 모든 치료를 무상으로	10 (10.0)
	선별 대상자에게 모든 치료를 무상으로	38 (38.0)
	모든 주민에게 특정 치료만 무상으로	52 (52.0)
통일 이후 우선 치과 무상의료 대상자	영유아(6세 미만)	15 (39.5)
	초기노인(65~74세)	6 (15.8)
	후기노인(75세 이상)	6 (15.8)
	장년(55~64세)	4 (10.5)
	저소득층	4 (10.5)
	아동청소년(6~18세)	2 (5.3)
	성인(19~54세)	1 (2.6)
통일 이후 우선 치과 무상의료 항목	구강검사	22 (42.3)
	충치예방치료	12 (23.1)
	치과보철치료	6 (11.5)
	충치치료	5 (9.6)
	발치	3 (5.8)
	틀니	2 (3.8)
	잇몸치료	1 (1.9)
	치아교정	1 (1.9)

제6절 통일 이후 단계적 치과의료보장 중장기 계획과 재정추계

본 연구에서는 한반도에 앞서 분단과 통일을 경험한 독일의 사례를 통해 통일 이후 치과의료보장제도의 설계에 시사점을 얻고자 한다. 독일의 사례는 통일부 자료²⁴⁾ 민기채와 주보혜의 연구²⁵⁾ 및 김상철의 연구²⁶⁾를 정리했다.

1. 동독의 보건의료체계

통일 당시 서독과 동독의 보건의료체계는 서독의 의료보험제도와 동독의 국가의료서비스제도라는 이질적인 제도가 각각 존재하고 있었으며, 두 제도의 통합이 중심 과제였다. 동독의 국가의료서비스제도는 국가가 의료보험재정의 70% 이상을 세금으로 관리하고, 일부 교회 소속 병원을 제외한 대부분의 병원은 국영병원이었으며, 대부분의 의사는 폴리클리닉이라고 하는 모든 진료과목이 모여있는 1차진료기관에 고용되어 진료하는 제도였다. 동독은 단일의 국가가 관리하는 의료보험 네트워크를 조직함으로써, 보편적이고 포괄적인 의료보험 적용을 유지했다. 또한, 사회보험 특유의 원칙인 고용주와 피고용인이 보험 분담금 비용을 동일하게 나누는 것도 법적으로 유지되었다. 노동자들은 총 임금의 10%를 납부했고, 고용주 역시 같은 금액을 납부했다. 그러나 보험행정은 오직 두 의료보험조합, 즉 노동자들(89%)은 자유독일노동조합(Free German Trade Union)을 통해 보험 적용을 받았고, 나머지 11% 국민(자영업자, 협동조합 회원, 공무원과 그 부양가족)의 보험은 국가가 부담했다. 통일 독일은 이러한 동독의 제도를 서독의 의료보험제도로 변화시키려고 계획하고 추진했다. 통일과정에서 서독은 자신들의 체제를 동독지역에 일괄 확대하고 동독지역 의료보장을 책임졌다.

동독의 치과의사 수는 1952년 7,290명에서 1989년 12,011명으로 크게 증가하였다. 이것은 인구증가율을 훨씬 상회한 증가폭으로써 같은 기간 단위인구 만 명당 치과의사 수가 4.0명에서 7.2명으로 증가한 것이다

<표 12> 동독 치과의사인력의 증가

연도	전체 치과의사 수	인구 만 명당 치과의사 수
1952	7,290	4.0
1960	6,361	3.5
1970	7,349	4.3
1980	9,709	5.7
1989	12,011	7.2

24) 오인환, 윤석준, 이요한. 독일의 보건의료 분야 통합과 한반도통일의 시사점. 통일부 2015.

25) 민기채, 주보혜. 통일 후 북한지역 생계급여 적용방안 및 재정추계에 관한 연구: 동독 전후 생계부조 변화를 중심으로. 사회복지연구 2018;34(1):107-133.

26) 김상철. 독일을 사례로 한 한반도 사회복지제도의 통합에 관한 연구. 질서경제저널 2016;19(3):17-39.

2. 서독의 보건의료체계

서독 의료보험제도에서 피보험자의 보험료부담금은 성별, 나이, 건강상의 위험과 관계없이 오직 소득을 기준으로 정해졌다. 서독의 의료보험제도는 중앙집권과는 거리가 먼 분권형으로, 대략 1,300개의 자율적인 법적 의료보험조합이 전체 인구의 약 90%에게 보험을 제공하였다. 의료보험조합은 1차 의료보험조합²⁷⁾과 2차 의료보험조합²⁸⁾ 두 그룹으로 나눌 수 있었다.

의료보험조합 회원들은 외래진료 의사를 자신들의 1차 진료의로 선택할 수 있었다. 선택한 의사의 진료실을 방문하면, 환자는 접수처에 치료 바우처(treatment voucher)를 건네고, 이 바우처에 의사는 제공한 서비스를 기록한다. 환자는 분기당 단지 1개의 치료 바우처만 받는다. 해당 분기 동안 환자는 자신의 치료 바우처를 가지고 있는 의사만 방문할 수 있다. 따라서 의료보험조합 회원들은 분기당 의사 한 명만 방문할 수 있고, 자신이 선택한 의사를 몇 번 방문하느냐는 제한이 없었고 몇 번이고 방문할 수 있었다.

환자가 전문의를 찾아가야 할 경우, 1차 진료의는 환자에게 반드시 의뢰서를 써 주어야 한다. 분기가 끝나면, 1차 진료의는 치료 바우처들을 자신이 속한 지역 의사 협회에 제출하고, 돈을 받는다. 의료보험조합 회원과 의사 사이에는 돈이 오가는 일이 없으므로 대부분의 경우 환자는 자신이 받은 치료가 얼마인지 모른다.

의료보험조합은 매년 자립 경영에 필요한 금액을 계산하고 그런 다음 피고용인과 고용주들이 내야 할 보험부담금을 정하였다. 노동자와 고용주 모두 의료보험조합에 동일한 금액을 지불하고, 이 금액은 각 노동자의 총소득의 퍼센티지로 계산한다. 의료보험조합은 정부로부터 추가 자금을 받지 않기 때문에 반드시 정해진 기간 동안 의료비용이 수익을 넘어서지 않도록 신중해야 했다.

일단 노동자와 고용주들로부터 보험료를 징수하면 의료보험조합은 이 돈을 지역 의사협회로 넘겨주고, 지역 의사협회는 의사와 협상한 수수료율에 따라 의료 서비스에 대한 지불을 했다. 이들 지역 의사협회가 치료에 대해 의사에게 돈을 지불하고, 환자에게 제공하는 서비스 패턴을 모니터링하고, 모든 의료보험조합 회원들이 외래

27) 1차 의료보험조합(primary fund)은 지역의료보험조합(local fund), 직장의료보험조합(industrial fund), 수공업자의료보험조합(craft fund), 농민의료보험조합(rural fund), 선원의료보험조합(sailors' fund), 광부의료보험조합(miners' fund)로 구성되어 있다.

28) 2차 의료보험조합(substitute fund)은 정해진 소득 상한선 이상을 버는 일부 블루칼라 노동자와 화이트칼라 노동자들이 가입할 수 있으며, 회원 자격이 높은 소득을 상징하기 때문에 어느 정도 사회적으로 전망의 대상이다. 또한 2차 의료보험조합은 1차 의료보험조합의 두 배 정도의 진료비를 의사에게 지불하기 때문에, 회원들에게 더 나은 서비스를 제공한다고 간주되었다.

진료를 받을 수 있게 보장했다.

지역의사협회는 외래진료 의사들만 대표하고, 병원에서 일하는 의사들을 대표하는 조직이 따로 있다. 외래진료 의사의 90퍼센트 이상이 병원에서 환자를 치료하는 것이 금지되어 있었고 마찬가지로, 대부분의 병원에서 일하는 의사도 외래진료 방식으로 환자를 치료하지 못했다.

외래진료 의사들은 의료보험조합으로부터 행위별 수가제로 지불 받는데 반해, 병원에서 일하는 의사들은 봉급 받는 노동자로, 전문성과 연공서열을 토대로 결정하는 수준에 따라 병원에서 봉급을 지불 받았다. 병원에서 일하는 의사들에게 줄 봉급에 필요한 돈은 병원의 운영비에서 나온다. 병원들은 의료보험조합에서 운영비를 받고, 병원들의 자본은 주로 주정부 및 지방정부가 주는 돈이었다.

이후 1970년대와 1980년대를 거치면서 의료 지출을 통제하려는 의료개혁이 있었고 이에 따라 의사에 대한 지출의 성장세를 독일 평균 임금 증가율로 제한하고, 초과보철치료의 환자 본인부담금을 올리는 등의 조치가 취해졌다.

3. 독일 통일 이후의 구 동독 지역 보건의료 인프라 재건

통일 이후 첫 조치는 즉각적인 지원 프로그램이었다. 동독의 의료 인프라를 업그레이드시키는데 5억 2,000만 마르크(2억 4,800만 달러)를 지원하는 긴급원조계획의 중요 내용은 240대의 특수장비차량을 포함한 장애인 운송차량, 휠체어, 아동용 청각 보조기, 구급차, 신장 투석기, 인공신장센터, 요양원의 병상, 소모성의 의료품과 1,305명의 동독환자의 서독병원으로 이송치료 등이었다.

중기 대책으로는 “솟아오르는 동독(Soaring East)”이라고 이름 붙인 대책으로 1990-1991년부터 5년간 동독 병·의원들과 노인 및 장애인을 위한 시설들을 복구하고 재건하는데 50억 마르크(24억 달러)를 지원했다.

장기 대책으로는 1995년에 시작된 3부분 자금지원 프로그램(three-part financing program)으로 10년 동안 매년 21억 마르크(10억 달러), 총 120-134억 달러를 동독 병원들에게 제공하여 서독 수준으로 재건을 목표로 했다. 다음 조치는 새로운 자금 조달 및 서비스 제공 체계를 동독 쪽에서 조직하는 것이었다.

4. 독일 통일 이후의 구 동독 지역 보건의료 통합

1990년 5월 18일 동독과 서독 사이에 맺어진 '통화, 경제, 사회 통일에 관한 조약'의 여러 조항은 독일 보건의료 통합을 위한 기초적인 원칙들을 제시하는데 구동독지역의 통합사회보험 중심의 사회보장제도를 개별 사회보험을 중심으로 한 자치 운영 원리의 서독식 사회보장체계로의 전환을 원칙으로 제시한다. 더 나아가 동독 의료보험법을 서독의 의료보험법에 맞추도록 하고, 자본주의적 시장경제의 도입에 따라 동독의 국가에 의한 보건의료 서비스 공급이 민간에 의한 보건의료 서비스 공급체제로의 전환, 즉 서독 방식으로의 전환을 규정했다.

이 조항에 따라 동독의 국가공급체계는 이후 국공립과 민간 병원의 입원진료, 보험계약의사에 의한 외래진료, 민간에 의한 약국과 의약품 공급이 활성화된다. 반면 동독 외래진료의 중심축이었던 폴리클리닉제도는 보험계약의사에 의한 외래진료 활성화에 밀려 몰락하게 된다. 위의 조항들은 1991년 1월 1일자로 구 동독에서의 의료보험 도입을 위한 법적 기초가 되었고 결과적으로는 서독의 의료보험제도를 동독으로 확대하고 이전 동독의 의료보험제도는 해체하도록 만들었다.

대략 200개의 새로운 법적 의료보험조합이 동독 주들에 만들어졌다. 보험료는 처음에는 총임금의 12.8%로 정했고, 고용주와 피고용인이 동등하게 나눠 지불했다. 동서독의 경제 격차 때문에 독일 정부는 이전 동독의 주민들은 그들이 사는 지역의 의사에게만 진료를 받게 했고, 서독의 시민들은 서독뿐 아니라 동독 출신 의사 및 다른 국가의 어떤 의사들로부터 진료를 받을 수 있게 했다. 이것은 동독 의료 인프라가 즉각 붕괴하는 것을 막았다. 구동독지역의 의료보험료 산정 한도액은 구서독 지역보다 낮게 설정되었고 이 방침은 통일 초기부터 현재까지 이어져 오고 있다. 또한 본인부담금 면제 기준도 구서독지역보다 낮게 설정되어 사회적 약자에 대한 특별한 배려를 하고 있다. 동독의 새로운 의료보험조합들은 1991년 말 27억 마르크 (13억 달러)의 흑자를 냈지만, <표 13>에서 보듯이 외래진료 서비스의 양과 진료비 증가가 뒤따랐다. 특히 1992년부터 1995년까지 4년 동안 공적 의료보험의 구동독 지역 외래진료 담당 의사인 보험계약의사에 대한 진료비 증가가 매우 컸다. 이는 1990년대 중반 구동독지역 의료보험제도의 재정안정화를 위한 개혁을 실시하는 원인이 되었다.

<표 13> 보험계약의사 1인당 의료보험 지출액의 변화

연도	보험계약의사 1인당 공적 의료보험 지출액		
	구서독지역(마르크)	구동독지역(마르크)	구동독지역/구서독지역의 비율(%)
1991	322,298	172,122	53.4
1993	315,467	249,674	79.1
1995	329,172	288,938	91.6
1998	330,205	296,858	89.9

5. 통일 이후 북한 지역 치과의료보장체계 설계에 대한 시사점

남북한 경제적 격차는 독일 통일 당시의 동서독 격차보다 크다. 더구나 북한주민은 현재 남한에서 시행하는 의료보장제도의 핵심인 건강보험을 경험한 적이 없기 때문에 보험료나 본인부담금 등에 대한 이해가 부족하다. 이러한 상황에서 통일이 이루어진다면, 경제력이 빈곤한 북한주민의 의료이용에서 불평등이 커질 수 있다.

북한은 장마당에서의 약품 구매, 뇌물을 통한 의료 서비스 공급 등을 부분적으로 경험했기 때문에 의료 서비스 이용시의 비용의식이 어느 정도 생겼을 것이고 따라서 북한 주민들도 치과의료서비스는 무상의료 및 국가가 보장해준다는 인식에서 벗어난 경험을 충분히 했다고 볼 수 있다. 그러나 기본적으로는 비용의식이 부족할 것으로 예상된다. 이러한 상황에서 향후 통일한국의 의료보장체계에서 보험료나 본인부담금 등의 필수적인 자기 납부를 어떤 자세로 받아들이고 수행할지 미지수라 할 수 있다. 본인부담에 대한 부담이 매우 크게 다가온다면 이것은 결과적으로 북한지역 주민의 미충족 의료이용으로 발전할 가능성이 크다. 더구나 통일한국의 북한주민은 남한정부의 의료보장에 대한 기대감이 매우 클 수 있다.

따라서 통일 초기시점에 과도기적으로 북한지역 주민에 대한 필수치과의료서비스를 기본적으로 보장하면서 본인부담을 최소화할 필요가 있다. 처음에는 북한의 무상의료제도와 유사한 형태로 본인부담금을 무상으로 하다가 단계적으로 본인부담금을 증가시키는 방법을 생각해 볼 수 있다. 다행히 남한 주민이 어느 정도는 북한 치과의료체계 건설에 부담을 더 질 의견이 있는 것으로 보이기 때문에 제대로 작동할 수 있고 재정적으로도 실현 가능한 시스템을 마련해야 한다.

6. 통일 이후 치과의료보장의 북한 지역 적용방안 및 재정추계

○ 재정추계의 가정

통일 이후 치과의료보장은 독일의 경우와 마찬가지로 남한의 건강보험제도를 북한으로 확장하는 것을 기본 전제로 한다. 다만 통일한국의 의료보장체계에서 북한 주민이 보험료나 본인부담금 등의 필수적인 자기 납부를 어떤 자세로 받아들이고 수행할지 미지수라 할 수 있기에, 1단계로 북한지역 주민에 대한 필수치과의료서비스를 기본적으로 보장하면서 본인부담금을 무상으로 하고, 단계적으로 본인부담금을 올리는 방향으로 재정추계를 위한 가정과 방법을 설정하도록 한다.

가정은 첫째, 급여내용 가정, 둘째, 급여대상 가정, 셋째, 급여수준 가정, 넷째, 추계기간과 시간에 따른 변화가정 이상 4가지를 기준으로 분석하였다.

첫째, 급여내용 가정이다. 급여내용은 남한의 의료급여와 건강보험에서 보장하는 항목과 동일하게 북한도 의료급여와 건강보험을 적용한다는 가정으로 재정추계하였다. 남한의 의료급여와 건강보험 대비 통일 이후 북한에 의료급여와 건강보험 재정이 얼마나 소요될지 재정추계하였다.

둘째, 급여대상 가정이다. 2021년 현재 남한의 전체 의료보장 인구는 52,928,662명이고 이 중 의료급여 인구는 1,516,525명으로 2.9%이다.²⁹⁾ 2015년 북한이탈주민 수는 30,212명이고 그 중 의료급여 1종 수급자 수는 16,440명으로 의료급여 1종 수급률은 54.4%이다.³⁰⁾ 먼저 의료급여의 경우 초기에는 전체 인구를 대상으로 하며, 점진적으로 수급자 규모가 하락하여 추계 종료 시점에 가정① : 3%(남한 의료급여자율), 가정② : 10%(남한 의료급여자율의 3배), 가정③ : 25%(북한이탈주민 국민기초생활보장 수급률), 가정④ : 60%(북한이탈주민 의료급여 수급률 추정)가 되도록 감소시키는 방법이다.

건강보험 적용인구의 경우 전체 인구에서 의료급여 수급자 규모를 제외하여 구하며, 초기에는 0에서 시작하여 점진적으로 적용인구가 증가하여 추계 종료시점에 가정① : 97%, 가정② : 90%, 가정③ : 75%, 가정④ : 40%가 되도록 감소시키는 방법

29) 연도별 의료보장 적용인구 현황.

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=TX_35001_A001

30) 북한이탈주민에 대한 정착지원정책에 관한 연구. 2019. 중 p. 41.

[https://training.go.kr/html/Report/TD0391TR0221020/20190402QXYaBUNo.hwp?saveas=\[e3\]Mnr22MnzffjGnNvKmt4MipBxK8m2f50uLFOPdgaqwCSNmFwXD5Xpib5Sk8A0pL0_nnmvQIqk6N-uRINnHcT0rdP0AuN-b35pHbIF8-uNztsNb6gc4=](https://training.go.kr/html/Report/TD0391TR0221020/20190402QXYaBUNo.hwp?saveas=[e3]Mnr22MnzffjGnNvKmt4MipBxK8m2f50uLFOPdgaqwCSNmFwXD5Xpib5Sk8A0pL0_nnmvQIqk6N-uRINnHcT0rdP0AuN-b35pHbIF8-uNztsNb6gc4=)

이다. 모든 추계는 북한거주 북한주민만 추계에 반영한다. 또한 인구가정은 DPRK Central Bureau of Statistics(2009)의 2008년 북한 인구센서스에 기초하며, 통계청(2022)의 인구추계를 활용한다.

이러한 가정을 설정한 이유는 북한 주민의 낮은 생활수준을 감안할 때 통일 직후에는 북한 전체 인구를 대상으로 하는 것이 필요하며, 통일 직후 북한 주민의 소득 인정액 추정이 불가피할 것으로 예상되고, 통일 이후 북한경제가 급속한 경제발전을 이룬다고 할지라도 일정 기간 동안에는 자본주의 시장경제에 적응할 기간이 필요하기 때문에 통일 초기에는 북한주민 전체를 의료급여대상에 포함시켰다가 추후에 소득조사를 통해 제외시키는 방안을 적용한다. 2022년 기준 북한 총인구는 25,598,023명이며, 2032년, 2042년, 2052년 인구 추계는 <표 14>와 같다.

<표 14> 북한 인구 추계(2022~2052)

연령군	2022년	2032년	2042년	2052년
14세 이하	5,053,436 (19.7%)	5,226,126 (19.8%)	4,709,954 (17.8%)	4,489,478 (17.2%)
15~64세	17,917,911 (70.0%)	17,528,429 (66.3%)	16,953,983 (64.0%)	16,665,834 (63.8%)
65세 이상	2,626,676 (10.3%)	3,672,844 (13.9%)	4,809,331 (18.2%)	4,977,287 (19.0%)
계	25,598,023 (100.0%)	26,427,399 (100.0%)	26,473,268 (100.0%)	26,132,599 (100.0%)

셋째, 시간에 따른 추계이용률 가정이다. 먼저 치과의료서비스 추계이용률은 남한과 동일하다고 가정한다. 이는 북한 주민의 구강건강수준은 남한보다 열악한 반면, 경제적 수준과 치과의료서비스를 받고자 하는 욕구는 남한보다 떨어진다고 추정되기 때문이다. 경제적 수준과 치과의료서비스를 받고자 하는 욕구는 시간에 따라 증가하지만, 북한 주민의 구강건강수준 역시 호전된다고 가정하기 때문에 추계이용률은 동일하다고 가정한다.

넷째, 시간에 따른 인당 치과의료비 변화가정이다. 통일 직후 북한의 경제적 수준과 물가를 고려하여 치과의료비는 2022년 현재 남한의 20%로 가정하고 시간이 흐름에 따라 40%(2032년), 80%(2042년), 100%(2052년)로 가정한다. 2016~2021년 사이 남한의 인당 건강보험 치과의료비는 매년 9.9% 증가하였으며, 인당 의료급여 치과의료비는 매년 10.2% 증가하였다. 이에 북한 주민 인당 치과의료비는 5%와 10% 두 가지 증가하는 것으로 가정하였다.

다섯째, 2022년에 통일이 된다고 가정하고 30년간 두 체제로 나뉘어 있다가 완전한 통합은 2052년에 이루어지는 것으로 가정한다. 2052년 전까지 북한의 치과의료 인프라의 붕괴를 막기 위해 북한 주민은 북한의료체계만 이용하는 것으로 가정한다. 독일의 경우, 통일 이전에 상당한 교류가 이루어졌지만 남북한은 그렇지 않기 때문에 통합을 위한 충분한 시간이 필요하다고 봤고, 30년이라는 기간을 통합에 필요한 준비기간으로 설정했다.

이상의 가정에 따른 추계 산식은 다음과 같다.

연간북한건강보험재정 = [북한수급자수×북한1인당건강보험진료비추계×북한건강보험대상자비율]

연간북한의료급여재정 = [북한수급자수×북한1인당의료급여진료비추계×북한의료급여대상자비율]

○ 통일 이후 북한 지역 치과의료보장의 재정추계 결과

통일 이후 치과의료보장 재정추계 결과를 네 가지 가정으로 구분하고, 인당 진료비 증가율 5%와 10%로 나누어 <표 15>와 <표 16>에 제시하였다. 네 가지 가정 모두 2022년 기준 북한 인구는 25,598,023명, 남한 인당 건강보험진료비와 의료급여진료비는 각각 75,225원과 150,774원이었다.

가정①의 경우, 건강보험 수급권자와 의료급여 수급권자의 비율은 2022년 건강보험 0%, 의료급여 100%에서 2032년 건강보험 34%, 의료급여 66%, 2042년 건강보험 68%, 의료급여 32%, 2052년 건강보험 97%, 의료급여 3%로 가정하였다.

가정②의 경우, 건강보험 수급권자와 의료급여 수급권자의 비율은 2022년 건강보험 0%, 의료급여 100%에서 2032년 건강보험 30%, 의료급여 70%, 2042년 건강보험 60%, 의료급여 40%, 2052년 건강보험 90%, 의료급여 10%로 가정하였다.

가정③의 경우, 건강보험 수급권자와 의료급여 수급권자의 비율은 2022년 건강보험 0%, 의료급여 100%에서 2032년 건강보험 25%, 의료급여 75%, 2042년 건강보험 50%, 의료급여 50%, 2052년 건강보험 75%, 의료급여 25%로 가정하였다.

가정④의 경우, 건강보험 수급권자와 의료급여 수급권자의 비율은 2022년 건강보험 0%, 의료급여 100%에서 2032년 건강보험 13%, 의료급여 87%, 2042년 건강보험 26%, 의료급여 74%, 2052년 건강보험 40%, 의료급여 60%로 가정하였다.

<표 15> 치과의료비 연평균 증가율 5%일때 치과의료보장 재정추계

	2022년	2032년	2042년	2052년
남한 건강보험 인당 진료비 (원)	75,225	122,534	199,595	325,120
남한 의료급여 인당 진료비 (원)	150,774	245,595	400,049	651,638
북한 건강보험 인당 진료비 추 계 (원)	15,045	49,014	159,676	325,120
북한 의료급여 인당 진료비 추 계 (원)	30,155	98,238	320,039	651,638
북한 인구 추계 (명)	25,598,023	26,427,399	26,473,268	26,132,599
가정①				
북한 총 건강보 험 진료비 (천 원)	0	440,403,697	2,874,465,314	8,241,342,168
북한 총 의료급 여 진료비 (천 원)	771,904,891	1,713,478,704	2,711,195,748	510,869,768
가정②				
북한 총 건강보 험 진료비 (천 원)	0	388,591,497	2,536,292,924	7,646,606,135
북한 총 의료급 여 진료비 (천 원)	771,904,891	1,817,325,898	3,388,994,686	1,702,899,227
가정③				
북한 총 건강보 험 진료비 (천 원)	0	323,826,248	2,113,577,437	6,372,171,779
북한 총 의료급 여 진료비 (천 원)	771,904,891	1,947,134,891	4,236,243,357	4,257,248,067
가정④				
북한 총 건강보 험 진료비 (천 원)	0	168,389,649	1,099,060,267	3,398,491,616
북한 총 의료급 여 진료비 (천 원)	771,904,891	2,258,676,473	6,269,640,168	10,217,395,361

원)				
----	--	--	--	--

<표 16> 치과의료비 연평균 증가율 10%일때 치과의료보장 재정추계

	2022년	2032년	2042년	2052년
남한 건강보험 인당 진료비 (원)	78,808	204,407	530,178	1,375,145
남한 의료급여 인당 진료비 (원)	157,954	409,692	1,062,636	2,756,204
북한 건강보험 인당 진료비 추 계 (원)	15,762	81,763	424,142	1,375,145
북한 의료급여 인당 진료비 추 계 (원)	31,591	163,877	850,109	2,756,204
북한 인구 추계 (명)	25,598,023	26,427,399	26,473,268	26,132,599
가정①				
북한 총 건강보 험 진료비 (천 원)	0	734,663,059	7,635,336,472	34,858,036,032
북한 총 의료급 여 진료비 (천 원)	808,662,266	2,858,353,632	7,201,649,532	2,160,802,988
가정②				
북한 총 건강보 험 진료비 (천 원)	0	648,232,111	6,737,061,593	32,342,507,658
북한 총 의료급 여 진료비 (천 원)	808,662,266	3,031,587,185	9,002,061,916	7,202,676,627
가정③				
북한 총 건강보 험 진료비 (천 원)	0	540,193,426	5,614,217,994	26,952,089,715
북한 총 의료급 여 진료비 (천 원)	808,662,266	3,248,129,127	11,252,577,395	18,006,691,568
가정④				
북한 총 건강보 험 진료비 (천 원)	0	280,900,581	2,919,393,357	14,374,447,848

북한 총 의료급여 진료비 (천원)	808,662,266	3,767,829,787	16,653,814,544	43,216,059,764
--------------------	-------------	---------------	----------------	----------------

7. 결론 및 정책제언

본 연구는 통일 이후 북한지역 치과의료보장 적용방안을 마련하고 소요재정을 추계하기 위한 목적으로 수행되었다. 남북한의 통일과 관계없이 치과의료비 지출은 정부와 가계가 감당할 수 없을 만큼 증가할 가능성이 있고, 이는 장기적으로는 국가 발전을 저해할 우려도 있다.

따라서 치과의료보장 추계가정을 제안하고 치과의료보장 재정추계 결과를 제시하였다. 먼저 재정추계 결과이다. 치과의료비 연평균 증가율 5% 가정시,

가정①의 경우, 건강보험 수급권자와 의료급여 수급권자의 비율은 2022년 건강보험 0%, 의료급여 100%에서 건강보험 0원, 의료급여 정부지출 7,719억원, 2032년 건강보험 34%, 의료급여 66%에서, 건강보험 4,404억원, 의료급여 정부지출 1조 7,135억원, 2042년 건강보험 68%, 의료급여 32%에서, 건강보험 2조 8,744억원, 의료급여 정부지출 2조 7,112억원, 2052년 건강보험 97%, 의료급여 3%에서, 건강보험 8조 2,413억원 의료급여 정부지출 5,109억원으로 가정하였다.

가정②의 경우, 건강보험 수급권자와 의료급여 수급권자의 비율은 2022년 건강보험 0%, 의료급여 100%에서 건강보험 0원, 의료급여 정부지출 7,719억원, 2032년 건강보험 30%, 의료급여 70%에서 건강보험 3,886억원, 의료급여 정부지출 1조 8,173억원, 2042년 건강보험 60%, 의료급여 40%에서 건강보험 2조 5,363억원, 의료급여 정부지출 3조 3,890억원, 2052년 건강보험 90%, 의료급여 10%에서 건강보험 7조 6,466억원, 의료급여 정부지출 1조 7,029억원으로 가정하였다.

가정③의 경우, 건강보험 수급권자와 의료급여 수급권자의 비율은 2022년 건강보험 0%, 의료급여 100%에서 건강보험 0원, 의료급여 정부지출 7,719억원, 2032년 건강보험 25%, 의료급여 75%에서 건강보험 3,238억원, 의료급여 정부지출 1조 9,471억원, 2042년 건강보험 50%, 의료급여 50%에서 건강보험 2조 1,136억원, 의료급여 정부지출 4조 2,362억원, 2052년 건강보험 75%, 의료급여 25%에서 건강보험 6조 3,722억원, 의료급여 정부지출 4조 2,572억원으로 가정하였다.

가정④의 경우, 건강보험 수급권자와 의료급여 수급권자의 비율은 2022년 건강보험 0%, 의료급여 100%에서 건강보험 0원, 의료급여 정부지출 7,719억원, 2032년 건

강보험 13%, 의료급여 87%에서 건강보험 1,684억원, 의료급여 정부지출 2조 2,587억원, 2042년 건강보험 26%, 의료급여 74%에서 건강보험 1조 991억원, 의료급여 정부지출 6조 2,696억원, 2052년 건강보험 40%, 의료급여 60%에서 건강보험 3조 3,985억원, 의료급여 정부지출 10조 2,174억원으로 가정하였다.

치과의료비 연평균 증가율 10% 가정시,

가정①의 경우, 건강보험 수급권자와 의료급여 수급권자의 비율은 2022년 건강보험 0%, 의료급여 100%에서 건강보험 0원, 의료급여 정부지출 8,087억원, 2032년 건강보험 34%, 의료급여 66%에서, 건강보험 7,347억원, 의료급여 정부지출 2조 8,584억원, 2042년 건강보험 68%, 의료급여 32%에서, 건강보험 7조 6,353억원, 의료급여 정부지출 7조 2,016억원, 2052년 건강보험 97%, 의료급여 3%에서, 건강보험 34조 8,580억원 의료급여 정부지출 2조 1,608억원으로 가정하였다.

가정②의 경우, 건강보험 수급권자와 의료급여 수급권자의 비율은 2022년 건강보험 0%, 의료급여 100%에서 건강보험 0원, 의료급여 정부지출 8,087억원, 2032년 건강보험 30%, 의료급여 70%에서 건강보험 6,482억원, 의료급여 정부지출 3조 316억원, 2042년 건강보험 60%, 의료급여 40%에서 건강보험 6조 7,371억원, 의료급여 정부지출 9조 21억원, 2052년 건강보험 90%, 의료급여 10%에서 건강보험 32조 3,425억원, 의료급여 정부지출 7조 2,027억원으로 가정하였다.

가정③의 경우, 건강보험 수급권자와 의료급여 수급권자의 비율은 2022년 건강보험 0%, 의료급여 100%에서 건강보험 0원, 의료급여 정부지출 8,087억원, 2032년 건강보험 25%, 의료급여 75%에서 건강보험 5,402억원, 의료급여 정부지출 3조 2,481억원, 2042년 건강보험 50%, 의료급여 50%에서 건강보험 5조 6,142억원, 의료급여 정부지출 11조 2,526억원, 2052년 건강보험 75%, 의료급여 25%에서 건강보험 26조 9,521억원, 의료급여 정부지출 18조 67억원으로 가정하였다.

가정④의 경우, 건강보험 수급권자와 의료급여 수급권자의 비율은 2022년 건강보험 0%, 의료급여 100%에서 건강보험 0원, 의료급여 정부지출 8,087억원, 2032년 건강보험 13%, 의료급여 87%에서 건강보험 2,809억원, 의료급여 정부지출 3조 7,678억원, 2042년 건강보험 26%, 의료급여 74%에서 건강보험 2조 9,194억원, 의료급여 정부지출 16조 6,538억원, 2052년 건강보험 40%, 의료급여 60%에서 건강보험 14조 3,744억원, 의료급여 정부지출 43조 2,161억원으로 가정하였다.

결국 치과의료보장 재정추계 결과는 초기 급여대상과 급여수준 및 시간에 따른 변화가정을 어떻게 적용하느냐에 달려있다고 해석할 수 있다. 따라서 통일 이후 제도통합 과정에서 제도설계에 대한 합리적 논의가 필요할 것이다. 본 연구는 2016~2021년 치과의료비 연평균 증가율(10%)과 2016~2021년 치과의료비 연평균 증가율의 1/2(5%)이라는 두 가지 조건과 건강보험과 의료급여의 네 가지 비율 가정을 통한 다양한 시나리오를 가정하였다는 점에서 정책판단의 여지가 있다.

아울러 독일의 경험이 주는 가장 중요한 시사점은 통일 후 치과의료보장 정책을 시행함에 있어 남한의 제도를 북한 지역에 적용하는 것이 행정적 부담을 경감시키면서 신속하게 정책 집행할 수 있는 방법이라는 점이다. 독일의 경우도 동서독의 경제적 격차가 상당한 수준에서 통일이 이루어졌고, 따라서 보건의료재정이 크게 소요될 것으로 예상되었으나, 실제로는 의료개혁을 실시하여 재정증가를 억제할 수 있었다. 그러나 본 연구를 통해 치과의료비 증가 속도를 통제하지 못하면 향후 매우 큰 치과의료비 부담이 남북한 모두에게 큰 사회적 부담이 될 것이라는 점도 확인할 수 있었다.

본 연구의 한계는 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 '현재의 북한'에 대한 정보의 제한과 '미래의 통일' 상황을 가정하였으므로, 자료의 객관성 측면에서 일정한 제한이 있다는 점에 유의할 필요가 있다. 둘째, 본 연구는 특정한 통일 시나리오에 대한 가정, 특정한 통일시점, 특정한 치과의료비 증가율, 특정한 추계기간을 상정하였으므로, 향후 연구에서는 본 연구에서 가정하지 못한 통일 시나리오, 통일시점, 치과의료비 증가율, 추계기간 등으로 추계 전제를 달리 적용할 필요가 있다. 셋째, 본 연구는 치과 건강보험 급여에만 초점을 맞추었으므로, 향후 연구에서는 통일 이후 발생할 비보험 진료 항목에 대한 연구로 확대될 필요가 있다.

본 연구의 제언은 다음과 같다. 첫째, 통일 이전부터 통일 이후 발생할 치과의료비의 비용부담을 완화하기 위해 대북인도지원과 대북 치과 인프라 투자가 필요하다. 무엇보다 북한지역의 구강건강과 치과의료 접근성 수준을 높이기 위하여 영유아, 노인, 임산부 등의 취약계층에 대한 인도적 지원을 시작으로 비평양지역 주민들을 위한 치과의료 인프라 지원정책이 민-관 거버넌스 방식으로 지원될 필요가 있다.

둘째, 통일 이후 치과의료보장 재원 준비과정에서 부담주체의 저항이 발생할 수 있으므로, 재원마련 방안과 관련된 국민적 공감대 형성이 중요하다. 통일재원 준비는 현재 시점이지만 통일발생은 미래 시점이므로 현세대에서 미래세대로의 이전이

발생한다. 통일 초기의 적절한 대응이 장기적으로 통일 비용을 줄이고 편익을 극대화할 수 있으므로, 통일편익이 없는 현세대가 통일편익을 누릴 미래 세대를 위해 사전에 부담을 지는 것에 대한 공감대가 마련되어야 할 것이다. 이를 위해 통일초기 시점에 발생할 체제전환 및 통일 충격을 완충할 장치로서 독립된 통일재원 마련이 중요하다는 점에 대한 사회적 공감대가 형성될 필요가 있다.