

1

2010~2011년 국민건강영양조사를 활용한 한국 노인의 치아보유상태에 따른 사회경제적 수준 분석

¹선문대학교 치위생학과, ²대한치과의사협회 치과의료정책연구소
최 용 금¹, 한 선 영², 김 철 신²

ABSTRACT

Relationship between oral health status and socioeconomic status of elderly in Korea -based on 2010~2011 Korea National Health and Nutrition Examination survey data-

¹Department of Dental Hygiene, Sunmoon University,

²Research Institute for Dental Care Policy & Dental Practice Management, Korean Dental Association
Yong-Keum Choi¹, Sun-Young Han², Cheoul-Sin Kim²

The insurance payment plan for dental implants in Korea has been criticized because the payment priority has not been properly established, and the benefits are concentrated among middle-class citizens. In the current study, the relationship between the oral health condition and socioeconomic status of the elderly was analyzed using data from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES). This study aims to determine the reason underlying the criticism of the insurance payment plan.

The subjects were >65-year-old individuals in the 2010 and 2011 database of KNHANES. Data from 2,812 subjects were analyzed. The socioeconomic status was determined based on edentulousness, molar tooth loss, and presence of 28 teeth.

According to the analysis, the average income was 1,560,000 won for edentulous elderly, 1,811,000 won for elderly who had lost molar teeth, and 1,896,000 won for elderly with 28 teeth ($p < 0.05$). In addition, elderly with a low education level demonstrated a poor oral health condition ($p < 0.001$).

In conclusion, the insurance plan currently under examination is not properly designed for economically impoverished elderly because the plan only covers 50% of the costs and is limited to implantation of molar teeth only. This plan will not provide practical benefits to elderly with a poor socioeconomic status; therefore, the insurance payment plan needs to be improved so that the appropriate beneficiaries can be targeted.

Key words : Dental implant, Elderly, Insurance, KNHANES, Socioeconomic status

I. 서론

우리나라는 경제성장과 의학의 발전으로 국민의 생활수준은 향상되고 평균수명은 크게 연장되었다. 우

리나라의 평균수명은 1960년 세계 최저수준이었으나 2007년에는 OECD 국가들의 평균수준인 79.1세에 달해 그 증가폭이 가장 큰 나라로 조사되었다¹⁾. 이에 따라 인구의 고령화도 급속히 진행되어 2000년도에

는 이미 총인구 대비 65세 이상 노인의 인구비율이 7%를 넘어 고령화 사회에 진입하였고, 2026년에는 그 비율이 20%를 넘어 초고령 사회로 진입하게 된다²⁾. 특히 한국사회의 고령화는 서구와는 달리 경제적으로 빈곤한 노인들이 계속 증가되고 있다는데 문제의 심각성이 있다³⁾. 경제성장 과정에서의 저출산, 핵가족화로 가정에서도 노인들이 소외되고, 사회적 보장체계의 미흡 등으로 노인문제가 주된 사회적 문제로 대두하여 최근에는 노인 복지 및 보건에 대한 관심이 높아지고 있다⁴⁾.

노인의 경제적 빈곤과 질병으로 인한 건강문제가 심각한 사회문제로 부각되고 있는 상황에서 노인의 건강문제를 해결하기 위한 노력의 일환으로 정부는 노인의 건강보장과 관련된 여러 정책들을 내놓고 있는데⁵⁾ 노인 질병특성에 따른 건강보험 보장성의 확대⁶⁾, 노인장기요양보험제도의 운영이 그것이다⁷⁾. 이와 더불어 노인의 구강건강증진 또한 중요한 보건정책 과제로 대두되고 있다. 구강건강은 전신건강의 일부이며, 소화와 영양섭취에 관련이 깊어 노인의 건강을 유지하는데 매우 중요하다고 보고되고 있기 때문이다⁸⁾.

2006년 국민구강건강실태조사⁹⁾에 의하면 65~74세 노인의 자연치아 수는 17.2개, 75세 이상의 노인에서는 11.1개로 조사되었고, 의치 필요자율은 65~74세 노인에서 25.8%로 나타나는 등 우리나라 노인의 1/3 정도는 가철성의치가 필요한 열악한 구강 상태라는 것을 알 수 있다. 특히 2008년 국민건강영양조사¹⁰⁾에 따르면 소득수준이 낮은 집단일수록 의치를 필요로 하는 노인들이 더 많은 것으로 조사되었고, 권 등¹¹⁾의 연구에서는 기초생활 수급 대상 노인의 평균잔존치아 수가 65~74세에서 15.23개로, 17.2개인 일반 노인들에 비해 저소득층 노인일수록 치아상실이 더욱 두드러지며 구강건강상태가 좋지 못한 것으로 보고하였다.

하지만 열악한 노인의 구강건강실태에 반해 우리나

라 건강보험의 치과분야 보장성은 매우 미흡한 실정이다. 특히 2010년 보고에 따르면 치과에서 충치나 잇몸 치료, 발치 등을 제외하고 보철, 노인틀니(부분틀니는 2013년 하반기부터 급여화 예정이며, 틀니급여화의 대상이 제한적이고 보장내용이 취약함), 임플란트 등 대부분의 서비스는 비급여 상태이다. 이에 따라 건강보험보장성은 전체의 60%에 비해 치과분야는 17%에 불과할 정도로 대단히 낮은 상태이다¹²⁾. 따라서 취약계층 노인들은 낮은 경제적 수준으로 인하여 부담되는 진료비를 지불할 수 없어 필수적인 치과 의료 이용에 더 큰 제약을 받고 있다. 이러한 상황에서 여러 시민단체 및 전문가들은 노인들의 열악한 구강건강을 개선하여 삶의 질을 향상시키고자 틀니, 치석제거 등 치과건강보험확대 요구안들을 끊임없이 제시하면서 노력해 왔다¹³⁾. 이 중 노인틀니는 1990년대 후반부터 보험급여 적용의 필요성을 제시하여¹⁴⁾, 보험확대를 위한 지속적인 법 개정을 요구한 결과 2012년 7월부터 75세 이상 노인들을 대상으로 완전틀니에 건강보험적용이 시작되었다¹⁵⁾. 그러나 대상연령, 급여범위, 재제작 적용주기 등이 제한적이어서 폭넓은 보험적용이 이루어지지 못한 것에 대한 많은 우려들이 계속 이어지고 있다¹⁶⁾.

하지만 많은 제한점이 있음에도 불구하고 취약계층 노인들을 위한 치과건강보험의 보장성 확대라는 면에서 노인틀니 급여화는 긍정적인 측면이 많은 것이 자명한 사실이다. 이러한 노인틀니 급여화에 이어 노인의 치과건강보험 보장성 확대를 위해 최근에 새롭게 논의되고 있는 것이 임플란트 보험급여화이다. 최근 논의되고 있는 임플란트 보험급여화 방안은 75세 이상 노인 중 임플란트가 필요한 대상자를 기준으로 2014년부터 대구치부위에 50%의 본인부담금으로 건강보험을 적용하고, 단계적으로 연령을 확대 적용한다는 것이다¹⁷⁾.

이러한 임플란트 보험급여화 방침이 보도된 직후부터 여러 가지 비판의 소리들이 나오고 있다. 특히 노

인인구의 절반가량이 빈곤층에 속하는 현실에서¹⁸⁾ 높은 본인부담금과 대구치 한정의 임플란트 급여방안은 실제 구강건강이 매우 열악한 취약계층 노인들보다 오히려 소득이 높은 중산층 이상의 노인들에게 혜택이 집중되는 소득역진적인 급여 정책이 될 수 있다는 우려가 높다¹⁹⁾. 따라서 본 연구에서는 우리나라 국민 건강영양조사자료를 활용하여 노인들의 치아보유상태에 따른 사회경제적 수준을 분석함으로써 노인대상 건강보험보장성 강화정책 수혜집단의 특성을 파악하여 관련논의의 근거자료를 확보하고자 한다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

본 연구는 질병관리본부에서 실시한 제5기 2010년, 2011년도 국민건강영양조사(KNHANES, Korea National Health and Nutrition Examination Survey) 원시자료를 이용하였다. 전체대상자 17,476명(2010년 8,958명, 2011년 8,518명)의 조사자료에서 만 65세 이상의 건강설문조사 및 구강검진 정보가 모두 있는 2,812명(2010년 1,345명, 2011년 1,467명)의 자료를 사용하였다.

2. 조사 내용 및 방법

1) 일반사항 및 사회경제적 수준

연구대상자의 일반사항 및 사회경제적 변수는 국민 건강영양조사의 건강설문조사에서 수집된 연령, 성별, 월평균 가구총소득, 교육수준, 배우자 동거여부, 기초생활수급여부를 포함하였다. 성별은 남·여로, 연령은 65~69세, 70~74세, 75세이상으로 분류하였다. 월평균가구총소득은 연구대상자의 일반적 특성을 나타내기 위해 100만원 미만, 100~199만원,

200~299만원, 300~399만원, 400만원 이상으로 분류하였고, 치아보유상태와의 비교에서는 연속변수로 사용하였다. 교육수준은 초졸이하, 중졸, 고졸, 대졸이상으로 분류하였고, 결혼상태 변수에서 배우자가 있고 함께 거주하는 경우를 1, 나머지 경우를 0으로 처리한 배우자 동거여부 변수를 생성하였다. 현재 기초생활수급자 유무에 따라 각각 1과 0으로 처리하였다.

2) 치아보유상태 분류

최근 정부 국정과제²⁰⁾에서 2014년도부터 2016년까지 단계적으로 노인 임플란트 보험급여화 계획이 발표되었고 세부적으로는 대구치부터 보장하는 방안이 검토되고 있는 것으로 알려졌다. 이에 임플란트 보험급여화의 수혜자가 다른 구강상태를 가진 노인과 비교했을 때 어느 정도의 사회경제적 수준을 보이는지 확인하기 위해 연구대상 그룹을 대구치상실군(1개이상의 대구치상실자, 무치악군, 28개 현존치아 보유군으로 분류하였다. 치아보유상태는 구강검진조사를 통해 수집된 치아건강상태 자료를 이용하였으며, 대구치는 모두 가지고 있으면서 다른 부위의 상실이 있는 노인(N=199)은 전체 노인의 특성에서만 포함하였고, 치아보유상태에 따른 사회경제적 수준의 차이 분석에서는 제외하였다.

3) 통계분석

모든 자료의 통계처리는 PASW statistics 18.0 프로그램을 사용하였으며, 가중치를 부여하여 복합표본분석방법으로 분석하였다. 치아보유상태에 따라 분류된 3개 군의 일반사항, 교육수준, 배우자 동거여부, 및 기초생활수급여부는 교차분석으로 검정하였고, 월평균 가구총소득에 대한 평가는 일반선형분석법을 이용하여 비교하였다. 모든 분석의 유의수준은 $\alpha=0.05$ 이었다.

Ⅲ. 연구결과

1. 65세 이상 노인의 특성

65세 이상 전체 노인 중 월평균 가구총수입이 100

만원 미만인 비율이 47.1%로 가장 높았고, 초졸이하 71.7%, 배우자와 동거하는 비율이 63.5%, 기초생활수급자가 아닌 비율이 94.2%로 높았다. 치아보유상태 분류에서 무치악자는 18.0%, 대구치상실자는 75.5%, 28개 현존치아보유자는 6.5%였다(표 1).

표 1. 연구대상자의 일반·사회경제적 특성 및 치아보유상태 분포

변수		가중되지 않은 표본수	가중된 %(표본오차)
전체		2,812	100.0
일반적 특성			
성별	남자	1,230	41.4(0.9)
	여자	1,582	58.6(0.9)
연령	65~69	961	33.4(1.0)
	70~74	921	28.8(0.9)
	≥75	930	37.8(1.2)
사회경제적 특성			
월평균 가구총수입 (만원)	<100	1,290	47.1(1.4)
	100~199	634	21.7(1.0)
	200~299	325	10.9(0.8)
	300~399	210	7.8(0.8)
	≥400	353	12.5(0.9)
교육수준*	초졸이하	1,834	71.7(1.3)
	중졸	327	11.2(0.7)
	고졸	380	11.4(0.7)
	대졸이상	177	5.8(0.7)
배우자동거여부	예	1,891	63.5(1.4)
	아니오	921	36.5(1.4)
기초생활수급여부	예	145	5.8(0.6)
	아니오	2,667	94.2(0.6)
구강상태			
치아보유상태**	무치악	446	18.0(1.3)
	대구치상실	2,054	75.5(1.3)
	28개 현존치아 보유	193	6.5(0.6)

*무응답 제외, **대구치 이외의 치아상실이 있으면서 다른 그룹에 포함되지 않는 노인의 수 제외.

2. 치아보유상태에 따른 연구대상자의 일반·사회경제적 특성 비교

65세 이상 노인의 치아보유상태에 따라 일반적 특성과 사회경제적 특성에 대한 교차분석 결과는 표 2와 같다. 치아보유상태에 따른 성별의 차이는 없었다($p>0.05$). 무치약자는 연령이 높을수록 증가하였고, 교육수준이 낮을수록 증가하였으며 배우자와 동거하지 않는 비율은 47.2%, 기초생활수급자가 8.6%였다. 반면 대구치상실자는 연령에서 고른 분포를 보였고, 배우자와 동거하지 않는 비율이 35.7%, 기초생활수급자가 5.6%로 무치약자에 비해 낮은 비율을 보였다. 28개 현존치아보유자는 연령이 증가할수록 감소하였고, 초졸 이하의 비율이 57.5%로 낮았으며 대졸자의 비율이 치아보유상태 그룹 중 가장 높았다(8.2%). 그리고 배우자와 동거하지 않는 비율과 기초생활수급자율은 각각 21.9%, 1.1%로 가장 낮았다.

치아보유상태에 따른 소득수준의 차이를 복합표본 일반선형분석으로 분석한 결과 무치약군은 월평균가구 총소득이 156.0만원으로 가장 낮았고, 대구치상실군은

181.1만원, 28개 현존치아보유군은 189.6만원으로 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p=0.045$, 그림 1).

IV. 고찰

현재 논의되고 있는 임플란트 보험급여화 방안은 급여우선순위가 적절하지 않다는 지적과 더불어 중산층 이상에 혜택이 집중된다는 비판이 제기되고 있다²¹⁾. 따라서 본 연구에서는 우리나라 국민건강영양조사를 활용하여 노인들의 구강건강상태의 지표가 되는 치아보유상태에 따른 사회경제적 수준을 분석함으로써 이러한 문제제기에 대한 근거를 확인해 보고자 하였다.

65세 이상 노인의 특성은 표 1과 같으며 교육수준에 있어서는 초등학교 이하가 71.7%로 가장 높았고, 중학교 졸업 11.2%, 고등학교 졸업은 11.4%, 대학교 졸업은 5.8%로 가장 낮은 것으로 조사되었다. 조사대상 노인의 대다수가 초등학교 졸업 이하의 낮은 교육수준을 가진 것은 우리나라가 일제강점기, 한국전쟁 등 급격한 사회변동을 겪으면서 노인들의 정규교육의

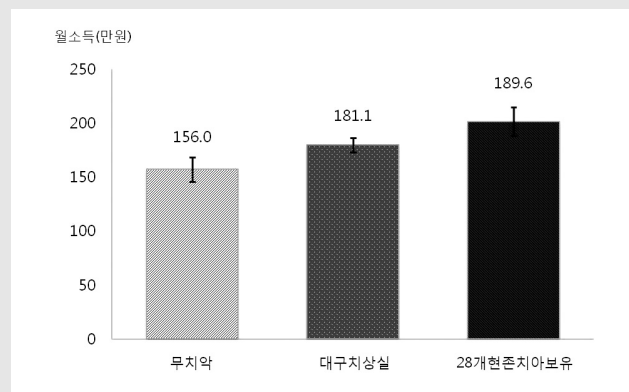


그림 1. 치아보유상태에 따른 소득수준 비교*

*복합표본 일반선형분석(성별, 연령 보정, $p<0.05$)

*월평균가구총소득의 상하위 0.1% 극단 값을 제거하고 분석함.

기회가 상대적으로 적었던 것이 영향을 미쳤을 것으로 사료된다²²⁾.

우리나라 65세 이상 노인의 교육수준과 치아보유상태와의 상관성을 분석한 결과 유의한 차이가 있었고 (표 2, $p < 0.001$), 초등학교 졸업 이하 노인의 치아보유상태에서 무치약자의 비율이 거의 80%로 가장 높았다. 본 연구와 유사한 결과로 박 등²³⁾의 연구에서는 교육수준에 따라 구강건강기능에 차이가 있다고 하였고, 이와 마찬가지로 신 등²⁴⁾은 최종학력이 높을수록 노인구강건강평가지수가 높게 나타나며 교육수준이 낮을수록 지수가 낮아지는 경향을 보고하였다. 이처럼 노인의 교육수준이 낮을수록 구강건강상태가 더 열악하며 교육수준과 구강건강상태와는 밀접한 상관성

이 있음을 알 수 있다.

최근 발표된 OECD의 자료²⁵⁾에 의하면 우리나라 노인빈곤 문제는 OECD 회원국 중 가장 심각한 수준인 것으로 보고되고 있다. 65세 이상 노인들 중 소득이 전체 인구의 중위소득에 미치지 못하는 노인의 비율은 2010년 기준 45.1%이며²⁵⁾ 노인가구의 절대 빈곤율 역시 심각한 수준으로 2000년 11.47%에서 2007년 35.9%로 급증한 것으로 발표되었다. 이러한 노인빈곤의 사회적 심각함을 반영하듯 본 연구결과에서도 노인들의 월평균 소득수준을 분석한 결과 100만원 미만이 47.1%로 가장 높은 비율을 차지하고 있었다.

이러한 소득수준은 노인의 의료이용에도 영향을 미치는데 한국보건사회연구원의 조사에 따르면, 신체적

표 2. 치아보유상태에 따른 일반·사회경제적 특성

단위: %(SE)

변수	치아보유상태			p-value
	무치약	대구치상실	28개 현존치아 보유	
성별				
남자	36.6(2.9)	41.4(1.1)	49.8(4.6)	0.055
여자	63.4(2.9)	58.6(1.1)	50.2(4.6)	
연령				
65~69	15.2(1.9)	35.2(1.2)	52.7(4.6)	<0.001
70~74	21.5(2.1)	30.6(1.0)	28.7(4.1)	
≥75	63.2(2.5)	34.1(1.4)	18.6(3.8)	
교육수준* (n=2,576)				
초졸이하	79.9(2.7)	71.6(1.5)	57.5(4.3)	<0.001
중졸	7.3(1.5)	11.2(0.9)	18.4(3.6)	
고졸	7.3(1.7)	11.8(0.9)	15.8(2.7)	
대졸이상	5.5(1.7)	5.4(0.7)	8.2(1.8)	
배우자동거여부				
예	52.8(3.2)	64.3(1.5)	78.1(4.0)	<0.001
아니오	47.2(3.2)	35.7(1.5)	21.9(4.0)	
기초생활수급여부				
예	8.6(1.9)	5.6(0.7)	1.1(0.8)	0.012
아니오	91.4(1.9)	94.4(0.7)	98.9(0.8)	

*무응답 제외, 복합표본 교차분석.

약화로 인해 노년기에는 의료서비스에 대한 수요가 높아짐에도 불구하고 노인인구의 특성상 퇴직으로 인한 경제적 능력 감소 등으로 인해 의료이용을 위한 접근성은 낮아지는 경향을 보였다²⁶⁾. 실제의료이용 횟수만으로 의료이용의 집중지수를 구한 결과에서도 상대적으로 소득이 적은 노인들이 소득이 많은 노인보다 외래의료 및 입원의료 이용 횟수가 적은 것으로 나타나 소득수준에 따른 의료이용의 격차가 발생하였다²⁶⁾.

그림 1을 보면 실제로 본 연구에서도 치아보유상태에 따른 소득수준의 차이가 있는 것으로 나타나는데 무치악군에서 월평균가구총소득이 156.0만원으로 가장 낮았고, 대구치상실군은 181.1만원, 28개 현존치아보유군은 189.6만원으로 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p=0.045$). 소득수준이 낮은 계층에서 상대적으로 치과의료이용 횟수가 적고²⁷⁾, 소득수준이 낮을수록 치과의료이용에 대한 의료비 지출도 낮다는 결과는 이미 여러 연구에서 나타난 바 있다²⁸⁾. 또한 Sanders 등²⁹⁾은 구강건강상태의 지표인 결손된 치아의 개수와 소득수준과는 역상관관계가 있다고 하였고, 허 등³⁰⁾의 연구에서도 노인의 소득수준이 낮을수록 현존하는 치아수가 적고, 소득수준이 높은 군에 비해 구강건강이 좋지 못하다고 하였다.

이러한 결과를 종합하여 볼 때 소득수준이 낮은 취약계층 노인들은 경제적인 이유로 의료이용의 접근성이 떨어질 수밖에 없으며 이로 인해 구강건강은 제대로 관리 받지 못하고, 더욱 열악한 구강상태로 이어지는 악순환에 빠지게 된다. 따라서 사회경제적위치가 낮고, 구강건강이 열악하여 임플란트가 가장 필요한 저소득 노인들은 높은 본인부담금액의 문제로 임플란트 보험급여화의 혜택을 받기 어려울 것이고, 오히려 중산층 이상에게 혜택이 집중되는 소득역진적 현상을 초래할 가능성이 실제로 매우 높을 것으로 생각할 수 있다.

또한 본 연구의 표 1을 살펴보면 무치악자군 18.0%, 대구치 1개 이상 상실군 75.5%로 최소 1개

이상 대구치를 상실한 노인의 비율이 90%를 넘었고, 2010년 국민구강건강실태조사³¹⁾에 따르면 65~74세 노인은 평균 6.04개, 75세 이상 노인은 평균 9.27개의 치아를 상실한 것으로 조사되었다. 이러한 상황을 고려할 때, 임플란트 급여화를 시행하기 위해서는 엄청난 국고가 투자되는 것은 당연하기 때문에 임플란트 급여화에 대한 효율성과 경제성이라는 측면에서 충분한 검토가 먼저 이루어져야 할 것으로 보인다.

또한 임플란트라는 치과건강보험의 새로운 급여항목개발도 좋지만 우선순위를 고려하여 불완전한 기존의 치과건강보험 보장제도를 확대하고, 강화하는 방안도 고민해 보아야 하겠다. 특히, 임플란트 치료를 대체할 수 있는 노인들만의 경우 여러 시민단체와 전문가들의 요구로 2012년 7월에 건강보험급여화가 시작되었는데, 현재 급여대상 연령을 75세로 제한하고 있으며, 본인부담금도 50%에 달하여 저소득층 노인에게는 여전히 경제적 부담이 너무 높아 그 실효성이 기대에 못미치는 것으로 지적되어 왔다. 이에 따라 실제 2012년 시술한 횟수도 당초 정부추계의 약 10%에 불과한 것으로 조사되어 아직까지도 논란의 대상이 되고 있다^{20,32)}. 그 뿐만 아니라 완전틀니 보험급여화 시행 직전에 노인들에게 틀니보험화에 대한 인식을 조사한 연구 결과⁶⁾에서도 상대적으로 정보획득이 어렵거나 치과이용에 제한이 있는 노인들에게서 틀니보험에 대한 인식이 낮아 적극적인 홍보의 필요성을 알 수 있었고 개선되길 희망하는 항목에서도 '보장연령을 확대' 하는 것에 대한 의견이 '부분틀니까지 확대한다' 다음으로 높았음을 보고하였다. 이처럼 노인틀니 급여화 정책 역시 많은 문제가 해결되지 못하고 있는 상황에서 임플란트 보험급여화 논의는 신중히 접근해야 할 것이다.

특히 현재 정부에서 추진하고 있는 대구치 한정급여와 높은 본인부담금, 노인틀니와의 연계치료에 대한 제한은 노인의 진료비 부담을 경감하고 구강건강을 증진하고자 하는 건강보험보장성 강화정책의 근본취지

에 부합하기 어렵다. 따라서 임플란트 급여대상의 재검토와 본인부담금 경감 등으로 보다 형평성이 있는 제도 마련에 대한 고민이 있어야 하며, 노인틀니와의 연계치료에 대한 급여보장으로 효율적인 진료가 가능하도록 노력해야 할 것이다.

노인틀니는 건강보험급여화가 제기되고 현실화되기 까지 10년 이상의 긴 시간이 걸렸으며, 그 기간 동안 노인틀니 급여화를 위한 급여의 경제적 부담, 수가의 적정성, 급여범위, 우선순위 등에 관한 많은 연구들이 진행되어 왔다⁴⁾. 하지만 현재 임플란트 보험급여화 방안에 대한 관련 연구는 전무한 상황이다. 따라서 관련 연구 및 통계자료 확보를 통한 근거마련과 전문가 집단의 의견수렴이 조속히 이루어져야 할 것으로 보인다. 특히 본 연구에서 드러난 것처럼 치아보유상태에 따라 소득수준의 격차가 있음을 감안하면 임플란트 급여화방안이 형평성 있는 건강보장정책이 되도록 하기 위한 세심한 노력이 필요하다 하겠다.

마지막으로 본 연구를 일반화하는데 있어 다음과 같은 제한점이 있을 것이다. 첫째, 우리나라 65세 이상 노인의 월평균가구총소득 분포는 한쪽으로 편향된 형태를 보기 때문에 평균값을 산출할 때 소수의 극단값에 의한 영향을 받을 수 있다. 이러한 경우에는 일반적으로 중앙값을 제시하지만 통계적 검증이 불가능한 단점이 있으므로 본 연구에서는 월평균가구총소득의 상하위 0.1% 극단값을 제거하고 분석하였다. 둘째, 현재 논의되고 있는 임플란트 보험급여 대상은 2개 이상의 대구치를 상실한 사람이지만 아직까지 공식적인 발표가 나기 전이므로 본 논문에서는 최소 1개 이상의 대구치를 상실한 사람부터 모두 포함하였다.

이러한 한계에도 불구하고 본 연구는 임플란트 보험급여화의 대상 집단에 대한 특성을 파악하여 관련 논의의 근거를 마련한 연구로서 의미를 가질 것이다. 추후 연구에서는 실제 임플란트 치료를 받은 경험이 있

는 노인의 사회경제적 위치를 확인하는 연구도 필요할 것으로 사료된다.

V. 결론

우리나라 국민건강영양조사를 활용하여 노인들의 치아보유상태에 따른 사회경제적 수준을 분석함으로써 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 65세 이상 전체 노인 중 월평균 가구총수입이 100만원 미만인 비율은 47.1%, 교육수준은 초졸이하가 71.7%로 가장 높았고, 치아보유상태로는 무치악자가 18.0%, 대구치상실자는 75.5%, 28개 현존치아보유자는 6.5%였다.
2. 치아보유상태와 교육수준과의 상관성 분석결과 무치악군에서 초졸이하의 비율이 79.9%로 가장 높았고, 대구치상실군(71.6%)과 28개 현존치아보유군(57.5%)에서는 그 비율이 점차 통계적으로 유의하게 낮아졌다($p < 0.001$).
3. 월평균가구총소득은 무치악군에서 156.0만원으로 가장 낮았고, 대구치상실군에서는 181.1만원, 28개 현존치아보유군에서는 189.6만원으로 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p = 0.045$).

결론적으로 구강건강이 열악할수록 경제적 상황도 곤궁한 노인들에게 현재 검토되고 있는 본인부담금 50%로 대구치에 제한적으로 시행하는 임플란트 급여화는 실질적인 혜택을 주기 어려울 것으로 판단되므로 급여내용과 대상의 개선이 필요하다 하겠다.

참 고 문 헌

1. 보건복지부. 2009년 한눈에 보는 OECD 보건지표. OECD대한민국 정책센터 사회정책본부. 2009. p16-18.
2. 통계청. 장래인구추계. 보건복지통계연보 제57호. 2011. p6-7.
3. 한국보건사회연구원. 국제비교를 통해 살펴본 한국 노인의 소득 및 빈곤실태. 보건복지 제1호. 2009. 09.11.
4. 박풍규. 인구고령화에 따른 노인복지 정책연구. 노인 소득보장제도를 중심으로. 우암논총. 2007;29:61-81.
5. 보건복지부. 독거노인 종합지원대책. 2012. p3-11.
6. 보건복지부. 새로 맞이하는 행복한 출산과 노후 (새로마지 플랜 2010). 2011. p17-22.
7. 국민건강보험. 노인장기요양보험제도 특징. [online] http://m.nhic.or.kr/mWeb/html/wmwc/wmwc_chara.html
8. 보건복지부. 국민구강건강 관련 실태조사 자료심층 분석. 2011. p320-349.
9. 보건복지부. 2006년 국민구강건강실태조사. 2007. p92-101.
10. 보건복지부. 2008년 국민건강영양조사. 2009. p58-59.
11. 권호근, 김영남, 김백일, 유자혜. 기초생활수급 대상 노인들의 구강건강실태조사연구. 대한구강보건학회지 2004;28(1):87-96.
12. 한국보건사회연구원. 건강보험 정책현황과 과제. 2010. p39-55.
13. 건강세상네트워크, 의료소비자시민연대. 기자회견. 노인틀니, 스케일링, 아동청소년 치과주치의제 촉구 시민 행동 선언. 2008. 10. 1.
14. 김철신, 김용진. 노인틀니 건강보험 급여에 관한 연구보고서 구강보건정책연구회 2010.1. p.26-57.
15. 보건복지부. 만 75세 이상 노인 완전틀니, 7월부터 보험 적용. 보도일자. 2012.5.16.
16. 한선영, 김철신. 노인틀니 보험화에 대한 인식과 틀니 사용 실태. 대한치과보철학회지 2012;50(7):407-419.
17. 금융감독 연수원. 한눈으로 보는 제 18대 대통령 선거 공약. [online] <http://www.park2013.com/policy/eyepledge.html>
18. 한국보건사회연구원. 탈빈곤정책 현황과 발전방안 연구. 2003. p22-28.
19. 보건복지부 포럼. 담배가격의 효율성과 형평성. 2009. p22-37.
20. 제18대 대통령직인수위원회. 제18대 대통령직인수위원회 제안-박근혜정부 국정과제. 2013.2. p.76.
21. 건치신문. 노인 임플란트 누구를 위한 공약인가. 보도일자. 2013.2.14.
22. 한국건강형평성학회. 건강형평성 측정 방법론. 한올아카데미. 2009. p98.
23. 박지혜, 정성화, 이가령, 송근배. 일부 농촌지역 노인들의 치아상실이 구강건강과 관련된 삶의 질에 미치는 영향. 대한구강보건학회지 2008;32(1):63-74.
24. 신선정, 정원균, 마득상, 박덕영, 정세환. 다중로지스틱 회귀모형을 이용한 구강건강관련 삶의 질과 사회경제적위치의 연관성. 대한구강보건학회지 2011;35(3):287-305.
25. OECD, 경제협력개발기구 아시아 사회정책센터. 한눈에 보는 연금. 2011. p153.
26. 한국보건사회연구원. 노인의료이용의 형평성. 보건복지 Issue&focus. 제62호. 2010.11.19.
27. 치의신문. 치과의료 이용행태. 보도일자. 2012.12.3.
28. 정영호. 한국의료패널로본 의료이용 및 본인부담 의료비지출. 보건복지부 포럼. 2011.9. p64-81.
29. Sander AE, Spencer AJ, Slade GD. Evaluating the role of dental behavior in oral health inequalities. Community Dent Oral Epidemiol 2006;34:71-79.
30. 허익강, 이태용, 동진근, 홍송희. 일부 노인의 치과보철물 상태가 구강건강관련 삶의 질에 미치는 영향. 대한치과보철학회지 2010;38(2):101-110.
31. 보건복지부. 2010년 국민구강건강실태조사. 2011. p500.
32. 건치신문. 임플란트급여화 무지한 선심성 공약. 보도일자. 2012.12.3.