

Limitations and future challenges of dental care support policies for persons with disabilities: A stakeholder perception survey for sustainable access to dental healthcare

장애인치과진료 지원정책의 한계와 미래 과제:
 지속가능한 의료접근성을 위한 이해관계자 인식조사

Hyo-Seol Lee^{1,*}, Jieun Cheong², Eun-Jung Kwak³

¹Department of Pediatric Dentistry, College of Dentistry, Kyung Hee University, Seoul, Korea

²Department of Advanced General Dentistry, College of Dentistry, Yonsei University, Seoul, Korea

³National Dental Care Center for Persons with Special Needs, Seoul National University Dental Hospital, Seoul, Korea

ABSTRACT

Purpose: This study examined stakeholder perceptions of dental care support policies for persons with disabilities in Korea to assess policy effectiveness and to derive directions for a sustainable oral healthcare system.

Materials and Methods: A structured online survey was administered to two groups: dental professionals (providers) and persons with disabilities and related persons (users). After excluding incomplete responses, 210 providers and 60 users were analyzed. Descriptive statistics (frequencies and percentages) were computed for both groups.

Results: Both groups strongly agreed on the necessity of the special-care dental centers (97.1% vs 95.0%), the dental home-doctor pilot program (93.4% vs 90.0%), and the insurance add-on fee system (96.2% vs 98.3%). Among providers, policy knowledge tended to increase with clinical experience and patient volume (difference up to 18.8%p). Providers prioritized workforce and facility shortages, whereas users prioritized facility shortages and difficulty in transportation and access.

Conclusion: Although consensus on the necessity of these policies is well established, substantial gaps remain in actual accessibility and perceived benefit. Based on these findings, it is hoped that more efficient and sustainable policies will be established and implemented, centered on organizations that can incorporate the voices of stakeholders. (*J Korean Dent Assoc* 2026; 64(9): 300-306)

Key words : Persons with Disabilities; Program Sustainability; Health Services Accessibility; Health policy

서론

현재 국내 등록 장애인은 약 264만 명으로 전체 인구의 약

5% 수준을 유지하고 있으며, 이 가운데 지적·자폐성·뇌병변 등 행동조절이 어렵고 치과진료 난이도가 높은 장애 유형이 상당한 비중을 차지한다¹⁾. 「장애인복지법」은 장애인을 신체적·정신적 장애로 인하여 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자로 정의하고 국가와 지방자치단체의 책무를 규정하고 있다²⁾. 장애인은 구강위생 관리의 어려움, 약물 복용, 식이 습관, 치과 접근성 제약 등으로 비장애인에 비해 치아우식과 치주질환의 유병률이 높고 미충족 치과의료 경험이 많은 것으로 보고된다³⁾. 구강건강은 단순히 치아와 구강질환의 유무에

Received Jun 24, 2026; Revised Aug 25, 2026; Accepted Sep 7, 2026

This study was supported by the Dental Health Policy Research Institute in 2025.

*Corresponding author: Prof. Hyo-Seol Lee

Department of Pediatric Dentistry, College of Dentistry, Kyung Hee University,
 26 Kyungheedaero, Dongdaemun-gu, Seoul 02447, Korea
 Tel.: +82-2-958-9363, E-mail: stberryfield@gmail.com

ISSN: 0376-4672
 eISSN: 2713-7961

Copyright© 2026 by Korean Dental Association

This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND) license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

국한되지 않고 음식 섭취, 의사소통, 전신건강, 심미, 사회참여, 삶의 질과 직접 연결되며, 장애인의 자립생활과 지역사회 참여를 뒷받침하는 기본적 건강권의 일부이다^{4,5)}. 따라서 장애인치과의료는 선택적 복지서비스가 아니라 필수 보건의료체계의 한 축으로 이해되어야 한다.

우리나라의 장애인 건강·의료 정책은 여러 법률을 토대로 발전해 왔다. 2007년 제정된 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」은 의료기관이 장애를 이유로 진료를 거부하거나 제한하지 못하도록 하고 정당한 편의 제공 의무를 규정함으로써 장애인 의료접근성의 법적 기반을 마련하였다⁶⁾. 이어 2015년 제정되어 2017년 시행된 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」은 장애인 건강주치의제도, 중앙·지역 장애인보건의료센터, 장애인 건강검진기관 등을 도입하여 장애인 건강 관리의 제도적 틀을 확립하였다⁷⁾. 또한 2019년 7월 장애등급제가 폐지되면서 장애 구분이 기존 1~6등급에서 '장애의 정도가 심한 장애인'과 '심하지 않은 장애인'으로 개편되어, 의료적 판정 중심에서 수요자 중심의 맞춤형 지원체제로 전환되는 계기가 마련되었다⁸⁾. 한편 「구강보건법」은 국가와 지방자치단체가 장애인의 구강보건을 위한 사업을 추진하도록 규정하고 장애인구강진료센터 설치·운영의 법적 근거를 제공한다⁹⁾.

이러한 법적 기반 위에서 국내 장애인치과의료는 세 가지 제도를 중심으로 운영되고 있다. 첫째, 장애인구강진료센터는 「구강보건법」 제15조의2에 근거하여 보건복지부장관이 중앙장애인구강진료센터를, 시·도지사가 권역 및 지역 센터를 설치·운영하는 공공 진료 인프라로서, 2025년 현재 중앙센터 1개소와 권역센터 17개소가 치과대학병원 및 종합병원 등을 기반으로 전신마취·진정 등 고난도 진료를 담당하고 있다¹⁰⁾. 둘째, 장애인 치과주치의 시범사업은 등록 장애인이 치과의사 1인을 주치의로 선택하여 구강검진, 불소도포, 치석제거, 구강보건교육 등 예방 중심의 포괄적 구강관리를 지속적으로 받도록 하는 제도로, 2020년 부산·대구·제주에서 시작되어 2024년 전국으로 확대되고 대상도 중증에서 일부 경증 장애인까지 확대되었다¹¹⁾. 셋째, 건강보험 가산제도는 중증 장애인에 대한 치과 처치·수술료 가산(최대 300%)을 통해 진료의 난이도와 추가 소요시간을 일부 보상한다¹²⁾. 그러나 이들 제도는 주관 기관과 재원 구조, 운영 목적이 서로 달라 현장에서 분절적으로 작동하기 쉽고, 가산제도가 일부 장애유형과 '처치 행위' 발생 시점에 국한되는 등 진료 현장의 실제 부담을 충분히 반영하지 못한다는 한계가 지적되어 왔다¹³⁾. 이는 시간·상담·예방관리 등 진료

과정 자체를 보상하는 해외 제도와 대비된다^{14,15)}.

정책의 실효성을 평가하기 위해서는 제도를 설계·집행하는 공급자(치과의료 전문가)와 제도를 실제로 이용하는 수요자(장애인 당사자 및 보호자, 복지시설 종사자) 양측의 인식을 함께 살펴볼 필요가 있다. 그러나 지금까지 국내에서는 두 집단의 인식을 동일한 문항으로 비교·분석한 연구가 드물었다. 이에 본 연구는 장애인치과진료 지원정책에 대한 이해관계자별 인식 수준과 정책 체감도를 다각도로 분석하여 현행 정책의 성과와 한계를 평가하고, 지속가능한 장애인치과의료 지원체계 구축을 위한 정책개선 방향을 제시하고자 하였다.

대상 및 방법

조사 대상 및 자료 수집

본 조사는 구조화된 설문지를 활용하여 치과의료 전문가 집단과 장애인 및 관계자집단의 두 집단을 대상으로 이원화하여 실시하였다. 2026년 1월부터 4월까지 약 4개월간 온라인 설문 링크 배포 방식으로 응답을 수집하였다. 조사 대상은 치과 의사·치과위생사 등 치과의료 전문가집단과 장애인 본인 및 가족, 복지시설 종사자를 포함한 장애인 및 관계자집단으로 구성하였다. 응답이 불충분한 사례를 제외하고 치과의료 전문가 210명, 장애인 및 관계자 60명의 유효 응답을 최종 분석 대상으로 선정하였다.

본 연구는 연세대학교 치과대학병원 기관생명윤리위원회(IRB)의 심의·승인을 받아 수행되었다(과제번호: 2-2025-0095, 접수번호: 2025-0194-004, 승인일: 2026년 1월 2일). 설문 시작 전 모든 참여자에게 연구의 목적과 내용을 설명하고 전자적 방식으로 자발적 참여 동의를 받은 후 조사를 진행하였다.

설문 구성

설문 문항은 두 집단에 공통으로 적용되는 응답자의 일반적 특성(성별, 연령, 근무지 등)과 주요 지원정책(장애인구강진료센터, 치과주치의 시범사업, 건강보험 가산제도)에 대한 인지도, 필요성 인식, 이용경험, 정책 실효성 평가, 정책 개선 우선순위(1~3순위 응답), 정책 논의기구(거버넌스) 구성안 및 정책

추진 중심기관·협의 운영 주기 선호도 등으로 구성하였다. 치과의료 전문가집단에 대해서는 직종(치과의사, 치과위생사, 국공립기관 종사자·공무원, 기타), 근무지, 임상 경력, 장애인 진료경험 수준, 주간 장애인 환자 진료실적 등 임상적 배경 변수를 추가로 조사하였다. 또한, 치과의료 전문가집단에게는 정책 관련 객관적 지식을 확인하기 위한 13개 문항을 별도로 구성하였으며, 이는 1) 장애인 기초 이해(2문항: 장애인구 규모, 법정 장애 분류), 2) 장애인구강진료센터 이해(6문항: 지정·총괄 주체, 지방자치단체의 역할, 센터의 역할 및 핵심 기능, 회송의 목적), 3) 치과주치의 시범사업 이해(2문항: 소관 부서, 서비스 범위), 4) 건강보험 가산제도 이해(3문항: 적용 대상 및 항목, 청구 요건, 최근 제도 변화)의 4개 지식영역으로 구분하였다. 각 영역별 정답률과 전체 평균 정답률을 산출하여 '지식수준' 변수로 활용하였으며, 이를 장애인 진료경험, 임상경력 등 응답자 특성별로 비교하는 한편, 각 영역에 대응하는 주관적 인지도 문항(제도별 인지 정도)과 비교하여 주관적 인지도와 객관적 지식 간의 격차를 분석하였다.

자료 분석

수집된 자료는 응답자의 일반적 특성과 정책별 인지도·필요성을 파악하기 위해 빈도와 백분율을 산출하는 기술통계 분석을 수행하였다. 정책 개선 우선순위 및 정책 추진 중심기관 선호도는 1~3순위 응답을 받는 다중응답 순위형 방식으로 조사하였으며, 응답의 상대적 중요도를 반영하기 위해 순위별 가중치(1순위 3점, 2순위 2점, 3순위 1점)를 부여한 뒤 이를 합산하는 가중합산 방식으로 점수화하였다. 장애인 및 관계자집단은 응답자 규모(N = 60)가 작아 통계적 유의성 검정을 수행하지 않았다. 양적 분석으로 파악하기 어려운 세부 의견은 주관식 응답에 대한 주제분석 및 내용분석을 병행하여 보완하였으며, 유효 응답 전수와 중복 응답을 포함한 총 의견 수를 함께 제시하였다.

결과

응답자의 일반적 특성

치과의료 전문가집단(N = 210)은 여성 58.6%, 남성 41.4%

Table 1. General characteristics of the providers (total number = 210)

Group		Number	Percentage (%)
Sex	Male	87	41.4
	Female	123	58.6
Age	20s	10	4.8
	30s	62	29.5
	40s	93	44.3
	50~	45	21.5
Occupation	Dentist	156	74.3
	Dental hygienist	47	22.4
	Public institution/civil servant	1	0.5
	Other (unspecified)	6	2.9

'Public institution/civil servant' refers to respondents employed at government agencies (e.g., Ministry of Health and Welfare, Health Insurance Review and Assessment Service). 'Other (unspecified)' refers to respondents who selected the free-text occupation field but did not specify a distinct occupation.

였으며, 연령대는 30~40대가 전체의 73.8%를 차지하였다. 직종은 치과의사 74.3%, 치과위생사 22.4%로 직접 의료인력이 96.7%를 구성하였고, 국공립기관 종사자·공무원이 0.5%(1명), 그 외 직종을 구체적으로 특정하지 않고 자유기재란에 '기타'로만 응답한 경우가 2.9%(6명)였다. 직접 의료인력이 절대다수를 구성하여 임상 최전선 전문가의 의견이 높은 비율로 수렴되었다(Table 1). 장애인 및 관계자집단(N = 60)은 장애인 본인과 가족, 복지시설 종사자 등 정책의 직접 수요자로 구성되었다.

치과의료 전문가집단(공급자)의 정책 인식

전문가집단은 세 가지 주요 지원정책의 필요성에 대해 장애인 구강진료센터 97.1%, 치과주치의 시범사업 93.4%, 건강보험 가산제도 96.2%로 매우 높은 긍정 응답을 보였다(Table 2). 현행 지원정책의 효과성에 대해서는 '매우 효과적' 또는 '효과적'이라는 긍정 응답이 61.0%였고, '보통' 또는 부정 응답이 39.0%였다.

전문가집단의 정책지식 정답률을 분석한 결과, 장애인 진료경험이 많을수록 전 영역에서 정답률이 높아지는 경향을 보였다(Table 3). 경험 '많음' 집단(N = 84)의 전체 평균 정답률은 63.1%로 '적음' 집단(N = 78, 48.2%)보다 약 14.9%p 높았다. 4개 지식영역 중에서는 건강보험 가산제도 이해 영역의 격차가

Table 2. Perceived necessity, utilization, and awareness of major policies (unit: %)

Indicator		Special-care dental center	Dental home-doctor pilot	Insurance add-on fee
Providers	Necessity	97.1	93.4	96.2
Users	Necessity	95.0	90.0	98.3
	Non-utilization	61.7	85.0	-
	Awareness	-	-	38.4

Table 3. Providers' policy-knowledge correct-answer rate by clinical experience, across knowledge domains (unit: %)

	Clinical experience		
	High (N = 84)	Moderate (N = 48)	Low/none (N = 78)
Basic understanding of disability	57.1	47.9	41.0
Understanding of special-care dental centers	65.5	56.9	49.8
Understanding of the dental home-doctor pilot program	61.9	53.1	51.9
Understanding of the insurance add-on fee system	63.5	52.1	47.0
Overall average	63.1	54.5	48.2

Table 4. Priorities for policy improvement (weighted scores)

Priority	Providers	Users
1	Workforce and facility shortage (388)	Facility shortage (95)
2	Realistic fees and financial support (369)	Difficulty reaching dental clinics/transport (83)
3	Access and regional imbalance (211)	Realistic fees and treatment-cost support (70)
4	-	Workforce shortage (61)

Weighted scores derived from ranked priorities; higher scores indicate higher priority.

63.5%(많음)에서 47.0%(적음)로 약 16.5%p로 가장 컸고, 치과 주치의 시범사업 이해 영역의 격차는 10.0%p로 가장 작았다.

전문가집단은 전문 인력·시설 부족(388점), 수가 현실성 및 재정지원 확대(369점), 접근성 및 지역 불균형(211점)을 상위 과제로 제시하여, 공급 측면의 인프라와 보상체계 문제를 복합적으로 인식하였다(Table 4).

정책 논의기구의 구성 주체로 전문가집단은 치과계 단체(88.1%), 행정기관(75.7%), 장애인 당사자·가족 단체(60.5%), 사회복지 전문가(49.0%) 순으로 포함되어야 한다고 응답하였다(Table 5). 정책 추진 중심기관으로는 중앙장애인구강진료센터를 가장 적합한 기관으로 응답하였으며(397점), 협의체 운영 주기는 분기별 1회를 선호하였다(57.6%).

전문가집단의 주관식 유효 응답(76건, 중복 포함 97개 의견)은 수가 현실화 및 보상 확대, 전문인력 양성·교육 강화, 컨트롤

Table 5. Requested members of the policy deliberation body (%)

Member	Providers	Users
Dental professional organizations	88.1	66.7
Administrative agencies	75.7	61.7
Persons with disabilities / family groups	60.5	85.0
Social welfare experts	49.0	50.0

Multiple responses were allowed

타워·통합 거버넌스 부재, 지역 불균형 및 접근성, 제도 홍보·정보 전달, 의뢰·회송 연계체계 정비 등으로 분류되었다.

장애인 및 관계자집단(수요자)의 정책 인식과 체감

장애인 및 관계자집단 역시 세 가지 정책의 필요성에 장애인

구강진료센터 95.0%, 치과주치의 시범사업 90.0%, 건강보험 가산제도 98.3%로 높게 동의하였다(Table 2).

당사자집단에서 장애인구강진료센터를 이용한 경험은 없다는 응답이 61.7%, 치과주치의 시범사업을 이용한 경험은 없다는 응답이 85.0%였다. 건강보험 가산제도는 필요성 인식이 98.3%로 가장 높았으나 인지도는 38.4%였다(Table 2). 현행 지원정책이 실제로 도움이 된다는 응답은 81.7%로, 전문가집단의 효과성 긍정 응답(61.0%)보다 높았다.

당사자집단은 진료 시설 부족(95점), 치과에 가기 어려움 즉 이동의 문제(83점), 진료비 현실화 및 치료비 지원(70점), 전문 인력 부족(61점) 순으로 제시하였다(Table 4).

정책 논의기구 구성 주체로 당사자집단은 당사자·가족 단체(85.0%)를 가장 높게 꼽았고 치과계 단체(66.7%), 행정기관(61.7%), 사회복지 전문가(50.0%) 순으로 응답하였다(Table 5). 정책 추진 중심기관으로는 중앙장애인구강진료센터를 가장 적합한 기관으로(102점), 협의의 주기로는 분기별 1회를 선호하여(61.7%), 선호하는 중심기관과 협의의 주기의 순위는 전문가집단과 동일하였다.

당사자집단의 주관식 유효 응답(49건, 중복 포함 57개 의견)에서는 이동권·교통 등 '치과 문턱을 넘기까지'의 물리적·환경적 어려움, 진료 가능 시설·기관 부족, 진료비 부담, 장애 이해·소통이 가능한 전문인력 부족 등이 주요 주제로 나타났다.

두 집단 간 인식 비교

두 집단을 직접 비교하면 '필요성'에서는 차이가 거의 없으나 '체감·우선순위'에서 뚜렷한 시각차가 확인된다(Table 6). 세 정책 모두 양측에서 90% 이상의 필요성 동의를 얻었다는 점에서 사회적 합의는 충분하다. 그러나 정책의 작동을 바라보는

시선은 갈렸다. 공급자는 제도를 '운영'하는 입장에서 인력·시설·수가·지역 불균형을 핵심 문제로 보았고, 객관적 지식은 현장 경험에 비례하였다. 반면 수요자는 제도를 '이용'하는 입장에서 시설 부족과 이동의 어려움을 가장 앞세웠으며, 가산제도의 인지도(38.4%)가 낮아 필요성 인식과 실제 인지 사이의 간극이 컸다. 정책 추진의 중심기관으로 중앙장애인구강진료센터, 협의의 주기로 분기별 1회를 선호한 점은 양 집단이 공통적이었으나, 거버넌스 구성에서는 공급자가 치과계·행정기관을, 수요자가 당사자·가족 단체를 가장 앞세워 대표성에 대한 기대가 달랐다.

고찰

본 연구의 가장 두드러진 결과는 장애인치과진료 지원정책의 '필요성에 대한 합의'와 '실제 작동·체감' 사이의 간극이다. 세 가지 주요 정책 모두 공급자와 수요자 양측에서 90% 이상의 높은 필요성 인식을 얻었음에도, 당사자집단의 미이용 경험은 구강진료센터 61.7%, 주치의 시범사업 85.0%로 높았고 가산제도 인지도는 38.4%에 불과하였다. 이는 정책의 존재와 타당성은 확인되지만 실제 이용 경로, 참여기관, 의뢰체계, 안내방식이 현장에 충분히 정착되지 못하였음을 의미한다. 따라서 향후 정책 평가는 '사업의 존재 여부'가 아니라 실제 이용으로 이어지는지, 참여기관이 확대되는지, 취약지역 접근성이 개선되는지, 당사자가 체감하는 편의가 향상되는지를 중심으로 이루어져야 한다.

전문가집단에서 장애인 진료경험과 진료실적이 많을수록 정책지식이 높았다는 결과는 정책의 작동에 '현장 경험'이 중요한 요인일 수 있음을 보여준다. 특히 가산제도와 같이 실무적 청구

Table 6. Comparison of key perceptions between providers and users

Dimension	Providers (N = 210)	Users (N = 60)
Necessity (3 policies, mean)	Very high (93 - 97%)	Very high (90 - 98%)
Perceived effectiveness/benefit	Effective 61.0%	Helpful 81.7%
Add-on fee awareness	Knowledge rises with experience	Awareness only 38.4%
Top improvement priority	Workforce/facility, fees	Facilities, transportation
Preferred governance lead	Dental orgs + administration	Disability/family groups
Central body/cycle	Central center, quarterly	Central center, quarterly

경험이 요구되는 영역에서 경험에 따른 지식 차이가 크게 관찰되었다. 이는 정책지식이 이론 중심 교육보다 실제 진료·청구 경험을 통해 내재화될 가능성을 시사한다. 다만 본 연구는 교육 방법 간 효과를 직접 비교하지 않았으므로, 증례 기반 교육이나 센터 참관·실습, 의뢰·회송 프로토콜 교육 등 경험적 학습 기회의 확대가 도움이 될 수 있다는 점은 하나의 가능성으로 제시하며, 이에 대한 검증은 후속 연구가 필요하다. 이러한 맥락에서 중앙·권역 장애인구강진료센터를 교육·컨설팅의 거점으로 활용하는 방안을 고려해 볼 수 있다.

정책 개선 우선순위에서 드러난 공급자-수요자의 시각차는 정책 설계에 중요한 함의를 갖는다. 공급자는 인력·시설·수가·지역 불균형을 복합적으로 인식한 반면, 수요자는 '갈 수 있는 기관의 부족'과 '이동의 어려움'이라는 진입 장벽을 우선적으로 제기하였다. 이는 장애인치과의료의 진입 장벽이 치과의료 기관 내부의 진료 과정뿐 아니라 집이나 시설에서 진료기관까지 이동하는 단계에서부터 시작될 수 있음을 시사한다. 따라서 장애인치과의료정책은 보건의료정책인 동시에 지역사회 돌봄 및 이동지원정책과 연계될 필요가 있다.

거버넌스 측면에서 두 집단 모두 다자간 통합 협의체를 요구하였다. 전문가는 치과계와 행정기관의 참여를, 당사자는 자신의 경험이 정책에 직접 반영되기를 기대하였으며, 중앙장애인구강진료센터의 '현장 전문성'과 보건복지부의 '행정 집행력'을 결합한 공동 추진 구조가 바람직한 것으로 나타났다. 이는 어느 한 기관의 독점적 리더십이 아니라 역할은 분담하되 정책 기획·실행·점검·환류를 함께 논의하는 통합 거버넌스가 정책 수용성과 성공의 핵심 전제임을 보여준다.

본 연구는 공급자와 수요자의 인식을 동일한 문항으로 비교 분석하고 정성·정량 자료를 함께 활용하였다는 점에서 의의가 있다. 다만 온라인 설문 방식으로 인한 표본의 대표성 한계, 특히 장애인 및 관계자집단의 표본 규모(N = 60)가 작아 통계적 일반화에 제약이 있다는 점은 한계로 남는다. 향후 표본을 확대하고 장애유형별·지역별 세부 분석을 포함한 후속 연구가 필요하다.

종합하면, 장애인치과진료 지원정책의 핵심은 개별 제도의 양적 확대가 아니라 장애인이 실제로 이용할 수 있고 의료기관이 지속적으로 참여할 수 있는 구조를 만드는 데 있다. 본 연구에서 공급자와 수요자 모두 현행 주요 정책의 필요성에 높은 수준으로 동의하였으나, 동시에 인력·시설·수가·지역 불균형(공급자)과 시설 부족·이동의 어려움·비용 부담·전문인력 부족

(수요자)을 주요 과제로 제시하였다.

Conflicts of Interest: None

참고문헌

1. Ministry of Health and Welfare. 2025년 등록장애인 262만 8천 명, 전체 인구 대비 5.1% [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2025 [cited 2026 Sep 15]. Available for: https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list_no=1490145&tag=&nPage=1.
2. Act on Welfare of Persons with Disabilities. Act No. 20290. 2024.
3. An JY. 스스로 양치질 못 하는 '치과적 장애인' 일반인보다 치주질환 많게는 4배나 [Internet]. Busan: Busan Ilbo; 2018 Apr 9 [cited 2026 Sep 18]. Available from: <https://www.busan.com/view/busan/view.php?code=20180409000336>.
4. Glassman P, Subar P. Improving and maintaining oral health for people with special needs. Dent Clin North Am 2008; 52: 447-461.
5. Gallagher JE, Fiske J. Special care dentistry: a professional challenge. Br Dent J 2007; 202: 619-629.
6. Act on the Prohibition of Discrimination Against Persons with Disabilities, Remedy against Infringement of Their Rights, etc. Act No. 8341. 2007.
7. Act on Guarantee of Right to Health and Access to Medical Services for Persons with Disabilities. Act No. 13661. 2015.
8. Ministry of Health and Welfare. 2019년 7월 장애등급제가 폐지되고, 장애인 중심의 맞춤형 지원체계가 도입된다! [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2019 [cited Sep 15]. Available from: https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list_no=345768&tag=&nPage=657.
9. Oral Health Act. Act No. 19442. 2023.
10. National Rehabilitation Center, National Health Care Center for the Disabled [Internet]. 권역장애인구강진료센터 운영현황. Seoul: National Rehabilitation Center; 2024 [cited Sep 15]. Available from: <https://www.mohw.go.kr/menu>.

es?mid=a10706030200.

11. Ministry of Health and Welfare. 장애인 건강주치의·치과주치의 시범사업 안내 [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2024 [cited 2026 Sep 15]. Available from: <https://www.mohw.go.kr/menu.es?mid=a10710060300>.
12. Health Insurance Review & Assessment Service. 치과 처치·수술로 장애인 가산 산정기준. Wonju: Health Insurance Review & Assessment Service; 2024.
13. Moon SK. Overseas dental care systems and health insurance for persons with disabilities. J Korean Dent Assoc 2020; 59: 54-62.
14. Vahdati A, Khadivi G, Ghorbani Z, Vahdati Helan E, Ranjbar A, Azimi S. Accessibility of special care dentistry across countries: a scoping review. Healthcare (Basel) 2024; 12: 2376.
15. Zaitsu T, Saito T, Kawaguchi Y. The oral healthcare system in Japan. Healthcare (Basel) 2018; 6: 79.