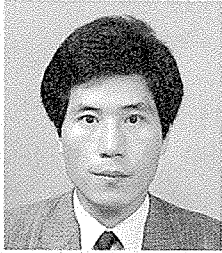


치과 건강보험의 현황과 유의사항

“건강보험 제대로 알자”



현 기 용 전 보험이사
대한치과의사협회

A. 건강보험의 현황

우리나라 의료보험은 1977년 7월 사업장 근로자를 대상으로 하는 직장의료보험을 시작으로 시행 12년 만인 1989년 7월 전국민의료보험이 달성되었다. 1998년 10월 1일부터는 227개 지역의료보험조합과 공교 의료보험공단을 통합했고, 2000년 7월 1일부터는 139개 직장의료보험조합도 통합하여 단일보험자로서 ‘국민건강보험공단’을 발족시켰다. 다만, 2002년 1월 1일부터 시행예정이었던 지역의료보험과 직장의료보험 재정의 완전통합은 2003년 6월 30일까지 유예되었다. 한편 2000년 7월 1일부터는 약의 오남용 방지와 보험재정절감을 이유로 의약품업도 실시하였다.

건강보험재정은 '95년도까지는 비교적 안정적으로 운영되었으나 '96년도 이후부터는 수진율의 증가, 급여범위의 확대, 인구의 노령화 등으로 지출이 수입보다 상대적으로 높아 단기적자폭이 점차 커지고, 결과적으로 누적 적자가 발생했다. 2000년도에는 약 1조 원의 단기적자가 발생했으며, 급기야 정부에서는

2001년 5월 31일 건강보험 재정안정 종합대책을 발표했으며, 2001년 10월 5일 추가대책을 발표했으나, 2001년 한 해 당기적자가 2조 4000억 원정도로 최고조에 도달했으며, 2002년 말에는 약 2조 6000억 원의 누적적자가 발생하는 등 적자상황이 심각하다.

의료비 증가는 필연적이다. 의료비 증가요인은 의료기술과 장비의 발달, 의료인력의 증가, 노령인구의 증가, 생활수준의 향상 등이며 따라서 수입과 지출의 균형을 이루려면 합리적이고 형평성있는 보험료 부과, 부과된 보험료의 제때 징수, 증가하는 의료비를 충당할 수 있도록 보험료의 적기인상 등이다.

결국 적정보험료부과, 적정급여체계의 정립과 함께 의료의 질을 향상시켜 나가는 한편 효율의 측면에서는 재원조달, 수가 및 지불제도 등과 관련되는 제도 개선, 보험재정의 안정화 그리고 보험행정의 효율화 등이 필요하다.

B. 치과 건강보험관련 유의사항

건강보험재정 위기가 사회적인 문제로 부각되면서, 치과의사들을 포함한 의사들의 진료비 부당청구 또한 사회적인 이슈가 되었다. 치과 병의원의 부당청구도 일부 있는 것으로 알고 있으나, 부당청구 보다는 적용 착오나, 오히려 부당 삭감이 많은 부분을 차지하고 있으며, 이 부분도 부당 청구와 혼동되어 보도되어지고 있는 것이 현실이다.

많은 치과의사들이 임상 세미나 참여에는 많은 투자를 하는 것으로 알고 있는데, 또한 의료법, 국민건

강보험법 등의 법과 제도에도 관심을 가져서 환자와의 분쟁을 예방하고, 진료비 심사 청구 과정 및 요양기관현지조사(실사) 등으로 불이익을 당하는 일이 없었으면 하는 바람이다.

건강보험 관련 환자와의 분쟁은 주로 급여, 비급여 대상 여부 및 본인부담금과 관련된 사항들이다. 이 부분은 고시된 내용을 숙지하여 진료에 임하면 될 것이다. 진료비 심사 청구 및 실사 관련 불이익을 피하려면 가장 중요한 것은 역시 수시로 바뀌는 법과 제도를 잘 숙지하고 진료기록부를 평소에 철저히 작성해야 한다.

**적정보험료부과, 적정급여체계의
정립과 함께 의료의 질을 향상시켜
나가는 한편 효율의 측면에서는 재원조달,
수가 및 지불제도 등과 관련되는 제도개선,
보험재정의 안정화 그리고
보험행정의 효율화 등이 필요하다**

치과 병의원을 개설하면 건강보험 요양기관으로 당연 지정되도록 현행 국민건강보험법에 정해져 있으며, 그래서 치과의사는 누구나 환자를 진료하려면 건강보험을 알아야만 하고, 모르고는 언젠가는 불이익을 당할 수도 있다. 최근 부담청구 등에 대한 과징금부과 및 행정처분 또는 법 집행이 강화되고 있기에 특히 주의가 요망된다.

1. 국민건강보험법

(특징)

- 2000년 7월 1일부터 시행
- 국민건강보험공단출범
 - 기구통합(단일 보험자 탄생)
 - 재정통합(2003년 7월에는 완전통합 예정)
- 건강보험심사평가원 탄생(심사기구 독립) - 질 평가 포함
- 요양급여비용계약제(수가계약제) 도입

〈현재 건강보험의 문제점〉

○ 저부담=>저수가=>저급여 체계
앞으로 적정부담=>적정수가=>적정급여로 전환되어야 한다.

- 피보험자인 환자의 불만제기
- 보험자인 공단의 보험재정불안
- 공급자인 의료기관은 요양기관으로 당연지정제도(국민건강보험법 제40조)
- 요양급여내용의 사실상 강제화

〈긍정적인 면〉

- 의료서비스의 접근 용이

2. 비급여대상

‘국민건강보험요양급여의기준에 관한규칙’에서 요양급여의 방법·절차·범위·상한 및 제외대상 등 요양급여기준에 관하여 필요한 사항을 규정하고 있는데, 여기에서 고시된 비급여대상은 다음과 같다.

- 1) 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상 생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
라. 단순 코골음
- 2) 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
라. 저작 또는 발음기능개선의 목적이 아닌 외 모개선 목적의 악안면 교정술 및 교정치료
- 3) 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제47조의 규정에 의하여 공단이 가입자들에게 실시하는 건강검진 제외)
다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거

라. 불소국소도포, 치면열구전색 등 치아우식증예 방을 위한 진료

4) 기타 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료 재료

가. 상급병상 입원료

나. 입원기간중의 식대

바. 치과의 보철(보철재료 및 가공료 등 포함)

카. 의료법 제37조의2의 규정에 의한 선택진료를 받는 경우에 선택진료에관한규칙에 따라 추가되는 비용

하. 이 규칙 제11조제2항의 규정에 해당하는 미결정행위등

5) 2003년 12월 31일까지 적용되는 한시적 비급여 대상

나. 대체가능하고 비용효과적측면에서 상대적 고가인 경우

(3) 인레이(Inlay) 및 온레이(Onlay) 간접충전(금 등을 사용한 충전치료)

(4) 광중합형 복합레진충전

(5) 광중합형 글래스아이노머시멘트충전

6) 제1호 내지 제4호에 상당하는 미결정행위등으로서 보건복지부장관이 이 규칙 제11조 및 제13조의 규정에 의하여 비급여대상으로 결정하여 고시한 사항

■ 신의료기술등(미결정행위등)의 결정·조정

1) 신의료기술등(미결정행위등)의 결정 및 조정

- 건강보험에서 요양급여하고 있지 않은 새로운 의료행위·약제·치료재료(이하 “신의료기술등”)는 보건복지부에 건강보험 요양급여의 대상여부에 대해 결정신청을 할 수 있고,
- 이미 고시된 요양급여대상여부, 상대가치점수 및 상한금액에 대하여는 조정신청을 할 수 있음.

① 기존에 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정되지 않은 새로운 의료행위, 약제 및 치료재료(신의료기술등)에 대한 결정신청

② 요양급여대상으로 이미 결정·고시된 상대가치점수 및 상한금액에 대한 조정신청

2) 법적 근거

- 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 제10조, 제11조

- 신의료기술등의 결정및조정기준 보건복지부 고시2002-97호(2002. 12. 31)

**치과 병의원을 개설하면
건강보험 요양기관으로 당연 지정되도록
현행 국민건강보험법에 정해져 있으며,
그래서 치과의사는 누구나 환자를 진료하려면
건강보험을 알아야만 하고,
모르고는 언젠가는 불이익을 당할 수도 있다.
최근 부당청구 등에 대한 과징금부과 및
행정처분 또는 법 집행이 강화되고 있기에
특히 주의가 요망된다**

3) 신청에 의한 신의료기술등의 결정업무 처리절차

(1) 결정신청건 접수

- 요양기관, 의약관련단체, 약제·치료재료의 제조·수입업자

- 보건복지부장관 또는 심사평가원의 해당전문위원회에게 신청

(2) 결정대상

- 요양급여기준 제8조제2항 또는 제9조의 규정에 의해 급여목록표 또는 비급여대상으로 고시되지 아니한 새로운 의료행위, 약제 및 치료재료로서 가입자등의 진료에 필요한 경우

(3) 결정기한 및 과정

- 결정기한 : 정당한 사유가 없는 한 150일 이내 결정

- 결정 및 고시과정

①신청 → ②심평원 실무검토(수가분석부, 약가분석부, 재료관리부) → ③전문평가위원회의 급여여부 및 상대가치점수·상한금액 평가 → ④평가결과를 보건복지부장관에게 송부 → ⑤건강보험정책심의조정위원회의 심의 → ⑥보건복지부장관이 고시

(4) 보건복지부장관의 고시

- 비급여대상
- 요양급여대상(이미 고시된 요양급여대상에 포함된 것으로 할 것인지 또는 100/100 본인 부담으로 할 것인지 결정 포함)
- 상대가치점수 또는 상한금액 결정 고시

○ 정부에서 2000년 7월 1일 국민건강보험법을 시행하며, 이상과 같이 비급여대상을 고시했다. 2000년 7월말 급여 및 비급여항목 어디에도 고시되지 않은 행위들은 보건복지부 및 심사평가원에 미결정행위로 접수하여 현재까지 일부는 행위로 인정해 급여 혹은 비급여로 고시되었으며, 현재까지 고시되지 않은 일부 미결정행위들에 대하여도 현재 심의를 계속 진행

하고 있다.

미결정행위가 고시된 예로 2000년 말 “보철물 장착을 위한 전 단계로 실시하는 Post Core”가 비급여로 고시되었다. 또한 다음과 같이 추가로 비급여항목으로 고시되었다.

1) 기능검사로

- (39) 타액검사[분비율, 점조도, PH, 완충기능검사]
- (40) 교합음도검사
- (41) 치아우식활성도검사
- (42) 하악과두위치와 운동검사 및 분석 (Mandibular Position Indicator이용)
- (43) 하악과두위치와 운동검사 및 분석 (Axiograph이용)
- (44) 구취측정

2) 방사선단순영상진단료

- (1) 규격화 치근단 사진공제술(Standardized periapical subtraction radiography)

<처리절차>

신 청 인	처 리 기 관 보 건 복 지 부
결정 (행위·약제·재료)의 조정신청서작성·제출	접수 (보건복지부 또는 건강보험심사평가원장)
	(행위·약제·재료)전문평가위원회 평가 및 보건복지부장관 보고 (접수후 100일 이내)
보건복지부장관 결정·고시 (접수후 150일 이내)	건강보험정책심의위원회 심의

3) 치과 처치 및 수술

- (1) 보철물 정착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core
- (2) 치은착색제거술
- (3) 신속한 교정치료를 위한 피질골절단술
- (4) 심미적 치관성형술
- (5) 구취의 해석 및 진단, 구취치치
- (6) 치간이개 심미적폐쇄술(교정력을 이용한 경우, 복합레진축조술의 경우)
- (7) 레진수지관스프린트
- (8) 이갈이장치
- (9) 코풀이장치
- (10) 금속교합안정장치
- (11) 구강보호장치
- (12) 잇몸웃음교정술
- (13) 대구치직립이동
- (14) 인공치은
- (15) 임시수복치관내 고정술(Intracoronar splinting)
- (16) 자가치아이식술
- (17) 교합장치
 - (가) 교합안정장치
 - (나) 즉시전방교합장치
 - (다) 연성교합안정장치
 - (라) 전방재위치교합장치
 - (마) 교합장치의 조정, 침상, 재건
- (18) 핀유지형 수복(Pin Retained Restoration)
- (19) 생체조직처리 자가골이식술[골형단백(BMP)을 추출하여 시행하는 경우]

(Tissue engineering auto bone graft)
- (20) 접착 아말감 수복(Bonded Amalgam Restoration)

3. 상대가치수가제도

1977년 처음 시작된 의료보험제도가 1989년 전국민의료보험으로 확대되고, 2000년 7월 국민건강보험으로 바뀌었다.

정부 주도의 수가고시제의 문제점인 의료수가간

의 불균형, 낮은 수가수준, 수가개정 과정의 문제점 등을 조금이나마 해소하고자 국민건강보험법에 기초하여 2001년 1월 1일부터는 상대가치점수에 기초한 요양급여비용계약제(수가계약제)가 도입되었다.

상대가치수가제도는 의료행위의 업무량, 난이도, 투입자원의 양, 위험도 등을 고려한 비교적 과학적이며 합리적인 수가제도이다. 상대가치 수가제도란 미국 하버드대학 Hsiao교수의 투입 자원에 근거한 행위별 수가 산정 모형인 「자원기준상대가치체계, RBRVS(resource based relative value scale)」를 우리 나라 사정에 맞게 재 고안한 것으로 진료항목 행위별 상대가치점수에 환산지수를 곱해 수가를 책정하는 방식이다.

상대가치 점수당 단가 즉 환산지수는 산출된 상대가치를 화폐단위로 전환한 것으로 즉 점수당 단가이다. 이 환산지수는 의료기관 경영수지분석, 원가분석 환산지수 등으로 도출된다.

현행 국민건강보험법 상에서는 의약계 대표와 국민건강보험공단 이사장이 매년 계약을 하기로 되어 있는데 바로 이 환산지수 즉 점수당 단가를 계약하는 것이다. 이때 환산지수를 계약하면 수가가 결정된다. 수가계약이 결렬되면 보건복지부내의 건강보험정책심의위원회에서 심의, 의결하도록 되어 있다.

4. 본인 일부 부담금

■ 건강보험환자

2003. 1. 1 현재

기관종별	요양급여비용총액에 의한 조건 채방전발급 여부	환자의 연령	본인 부담액	비고
치과의원	발급하지 않는 경우	17,000원을 초과하는 경우	요양급여비용 총액 × 30/100	정률
		7,000원을 초과하지 않는 경우	3,500원	정액
	발급하는 경우	15,000원을 초과하는 경우	요양급여비용 총액 × 30/100	정률
		7,000원을 초과하지 않는 경우	3,500원	정액

5. 치주건강보험

치석제거(Scaling) 비급여 범위

1) “국민건강보험요양급여의기준에관한규칙” 제9조 제1항 비급여대상 3. 다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거

2) “요양급여의적용기준및방법에관한세부사항” 치석제거 인정기준

- 부분치석제거는 치주질환처치에 실시한 경우에 인정하며, 전악치석제거는 치주질환 치료를 위한 전처치의 경우에만 인정함. 따라서, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전악치석제거는 요양급여의기준에관한규칙【별표2】비급여대상 3. 다에 의한 비급여대상임.

○ 신설된 “치석제거 인정기준”에서는 부분치석제거는 치주질환처치에 실시한 경우에 치석제거만으로 치료가 종료되는 경우에도 급여로 인정된다.

○ 전악치석제거는 주의를 요한다. 예방목적으로 전악치석제거를 시행하고 치주치료가 종결되는 경우는 비급여 대상이다. 또한 치주질환이 있더라도 전악치석제거로 치주치료가 종료될 수 있거나, 종료시킬 예정이라면 비급여대상이다. 이때는 비급여로 했다는 것을 진료기록부에 기록해 놓고 실수로 급여 청구하는 일이 없도록 해야 한다.

○ 치은염이나 치주염이 있고 전악치석제거 실시 후에 치근활택술이나 치주소파술이나 그 외의 치주수술 등을 시행할 계획인 환자에서의 전악치석제거는 급여 대상이다. 향후의 치주치료 계획을 진료기록부에 기록하고 환자에게 다음의 치주치료를 받아야 급여 인정된다는 사실을 잘 주지시켜서 치주치료가 성공적으로 마무리 될

수 있도록 해야 한다.

○ 그러나 이와 같이 치과의사는 충분한 유의사항을 지켰음에도 불구하고 환자가 다음의 치주치료를 위한 내원을 하지 않은 경우가 있을 수 있다. 이때는 전악치석제거를 보험청구할 때 환자가 다음의 치주치료를 위한 내원을 하지 않았다고 명시하거나 하여 보험청구하고, 혹시 추후 삭감되면 진료기록부 사본을 첨부하여 이의신청하여 급여로 인정받으면 된다.

○ 물론 전악치석제거로 치주치료가 종결될 수 있거나, 종결시키는 경우는 비급여대상이다.

○ 치석제거 관련질의에 대한 회신(보건복지부 급여 65720-1553호 2001.10.15)

치석제거후 치주치료란 건강보험요양급여행위 및그상대가치점수 제10장 제2절의 치근활택술 등의 시술과 제4절 치주질환 수술에 해당하는 항목을 의미하며, 치석제거후 환자가 치주치료를 받으러 오지 않거나 치주치료일이 다음달에 예정되어 있을 경우 등의 상황에서는 요양급여비용 청구시 치석제거비용만 청구하는 사유를 자세히 기재한다면 요양급여비용심사시 이를 고려할 것임을 알린다.

○ 2001년 1월 1일 치주소파 간단 항목이 없어지고 치근활택술이 신설되었으나, 아직까지 일부 혼란이 있어 용어를 설명하고자 한다.

1) 스케일링과 치근활택술의 차이는?

스케일링이란 치아에 부착된 치석을 포함한 치아 부착물을 제거함을 말하며, 치근활택술이란 문자 그대로 치근에 부착된 치석 및 치주염의 원인인 세균과 그로 인한 변성백악질을 제거함으로써 치주염을 완화시키고 나아가 파괴된 치주조직의 치근면 재부착을 용이하게 해주는 술식이다. 말하자면 치주염으로 조직파괴가 일어나기 전에는 치근은 노출이 되어 있지 않기 때문에 치근활택술이 필요없는 술식이고 스케일링만이 요구되나, 치주염으로 치주조직이 파괴되

어 일단 치주낭이 형성되면 치근이 노출되었음을 의미하며 이때는 스케일링외에 치근활택술은 반드시 필요한 술식이다.

2) 치근활택술은?

치근활택술은 일반적으로 스케일링을 한 후에 행하는 것이 좋으며 치주소파술이나 치주수술 전에 행하게 된다. 그러나 치주소파술이나 수술 후에도 필요에 따라 추가적으로 행할 수도 있다. 치근활택술을 몇 회 해야한다고 단정할 수는 없다. 치근을 깨끗하게 활택하는 술식이므로 환자의 상태에 따라 다를 수밖에 없다. 치주낭이 깊지 않는 경우는 1회로써도 충분하지만 깊은 경우에는 1회로 철저히 시행하기는 불가능하다. 또 치주조직의 부종이 심할 경우에는 1차 치근활택술로 부종이 소실되면서 안보이던 치석이나 치근부착물이 다시 보이게 된다. 이 경우 추가적 치근활택술이 필요하다. 마취는 환자의 상태에 따라 할 수도 있고 안 할 수도 있다. 그러나 치주소파술을 실시할 때에는 반드시 마취가 필요하다.

3) 치근활택술과 치주소파술은 어떻게 다른가?

앞서 설명한 치근활택술이 치주낭을 이루고 있는 치근면에 있는 치주염의 원인요소를 제거하는 경조직 처치라면, 치주소파는 치주낭을 이루는 상피층을 제거하는 연조직 처치라고 할 수 있다. 아무리 치근면이 활택되었어도 치주조직의 재부착을 도모하려면 치주낭을 이루고 있는 상피층을 포함한 결합조직의 일부를 제거해 주지 않으면 안된다. 따라서 치근활택술과 치주소파를 동시에 행하기도 하고, 치근활택술로 염증을 완화시킨 후 치주소파나 수술을 행하면서 치근활택술을 동시에 병행하기도 한다.

6. 요양기관 현지조사(실사), 현지확인심사의 현황과 대비책

통상 치과의사들이 말하는 실사라는 것은 심사평가원의 지원을 받아 보건복지부가 실시하는 요양기관 현지조사를 말한다. 이는 분기별로 전국의 병의원들을 대상으로 실시하는 정기실사와 민원이 있거

나 특별한 경우에 실시하는 수시실사로 나뉘어진다.

본인부담금이나 지급된 공단 지급분에서 부당이익금이 있었다면 과징금부과와 행정처분이 뒤따른다. 그 외에 현재 확대 실시되고 있는 것으로 심사평가원의 고유권한인 심사 과정을 현지 치과의원을 방문하여 청구된 내용을 정밀 심사하는 현지확인심사가 있다. 현지확인심사는 실사와 달리 공단 지급분을 지급하기 전에 하는 과정으로 잘못 청구된 부분은 수정하며, 부당청구 부분이 있었다면 삭감하는 과정이다. 그리고 최근 언론에 자주 오르내리는 국민건강보험공단에서 실시하는 수진자 조회후에 수진자가 부당하다고 신고한 치과의원에 공단직원이 사실을 확인하는 과정도 있다.

이러한 3가지 모두를 치과의사들 입장에서는 실사라고 표현하지만 엄밀한 의미에서의 실사는 보건복지부에서 하는 요양기관 현지조사를 실사라고 말한다. 실사에 대한 대비책은 결국 진료기록부를 정확하게, 누락되지 않도록 철저히 기록하는 것이 기본이다. 그리고 진료기록부대로 보험청구를 해야만 한다. 또한 자주 바뀌는 요양급여기준에 대하여도 관심을 가져야만 한다. 건강보험에 대한 홍보책자나 공문 등의 내용에 대하여 철저히 숙지하여 적용착오가 없도록 해야되며, set청구 등 자기도 모르게 잘못 청구되는 현상이 생기지 않도록 주의해야만 한다.

1) 요양기관 구비서류

- 진료기록부
- 의약품 및 진료용 재료 구입관계 서류
- 본인부담금 수납대장
- 기타 보험급여 관계서류

2) 부당청구 유형

- 진료일수 허위청구
- 마취료 허위청구(computer set청구)
- 진료내역 허위청구
- 특정재료대 허위청구
- 방사선촬영 증량 및 허위청구
- 본인부담금 과다 징수