



A review of dental-related cases in the 2025 compilation of improper health insurance claims

‘2025년 요양급여 청구 부당사례 모음집’에 수록된 치과 진료 사례 분석

Jin-Won Sohng 

Misodream Dental Clinic, Suwon, Korea

ABSTRACT

In dental practice, claims for National Health Insurance reimbursement are an essential extension of clinical care, and dentists ultimately bear responsibility for the accuracy of insurance claims. This study analyzed dental-related cases included in the 2025 Compilation of Improper Health Insurance Claims published by the Health Insurance Review and Assessment Service and the Ministry of Health and Welfare of Korea to examine patterns of claim errors frequently occurring in routine dental practice. The findings suggest that these errors reflect structural vulnerabilities within dental clinic workflows, and that strengthening basic internal review systems may contribute to the prevention of improper insurance claims. (*J Korean Dent Assoc* 2026; 64(2): 45-47)

Key words : Insurance, Health; Insurance Claim Review; Reimbursement Mechanisms

서론

치과 진료 현장에서 건강보험 요양급여 청구는 진료의 연장선상에서 이루어지는 필수 업무이다. 실제 청구 실무는 직원이 담당하는 경우가 많지만, 어떤 진료가 어떤 기준으로 급여에 해당하는지에 대한 이해는 진료를 결정하는 치과의사에게 필수적으로 요구된다. 이는 청구 업무를 직접 수행하지 않더라도, 진료와 청구가 분리될 수 없다는 점에서 비롯된다.

최근 공개된 「2025 요양급여 청구 부당사례」 자료는 2025년도 실제 현지조사에서 확인된 요양기관의 청구 사례를 바탕으로 어떤 경우에 거짓청구 또는 부당청구로 판단되는지를 구체적으로 보여준다. 특히 치과 분야 사례를 살펴보면, 일부 명백한 위반 사례를 제외하고는 기준에 대한 오해, 관행적 처리, 전산 환경이나 인력 운용 방식 등 실무적인 요인이 청구 오류

로 이어진 경우가 적지 않다.

이러한 사례들은 단순히 결과만 놓고 보면 위반으로 판단되지만, 그 이면에는 치과 진료 현장의 구조적 특성과 복잡한 급여 기준이 맞물려 있음을 보여준다. 따라서 사례 별로 위반 여부만 확인하는 데 그치지 않고, 실제 진료 현장에서 어떤 판단 지점이 문제로 이어질 수 있는지를 점검하고자 한다.

본론

「2025 요양급여 청구 부당사례」에 수록된 사례 중 치과와 관련된 내용을 취합하고 그 중 고찰이 필요한 사례를 중심으로, 거짓청구와 부당청구로 나누어 현장에서 특히 혼동하기 쉬운 지점을 확인하고 그러한 청구가 발생된 원인을 유추한 결과 다음과 같은 결과를 얻었다.

*Corresponding author: Dr. Jin-Won Sohng
Misodream Dental Clinic, 68 Topdong-ro, Kwonsun-gu, Suwon, Gyeonggi-do 14542, Korea
Tel: +82-31-295-2876, E-mail: prosjin@naver.com

1. 거짓청구

실제로 시행하지 않은 진료를 청구한 경우를 거짓청구라고 한다. 거짓청구로 판단되는 사례는 악의적인 허위 청구에서 비롯되는 경우도 있으나, 치과 진료 현장에서 발생하는 거짓청구의 상당수는 실무 과정에서 관행, 전산 설정, 인력 운용상의 문제에서 발생한다. 그러나 실제 이루어진 진료 내용과 청구 내용이 일치하지 않는 경우에는 그 경위나 의도와 무관하게 문제가 되며, 거짓청구는 행정적으로 중대한 위반으로 판단될 수 있으므로 처분 역시 중하게 이루어질 수 있어 특히 주의가 필요하다.

대표적인 사례로는 실제 내원하지 않은 날짜를 내원한 것처럼 청구한 경우, 이른바 ‘증일’ 문제가 있다. 이는 대부분 악의적으로 이루어지지만, 스케일링 이후 후속 처치가 없을 경우 삭감을 피하려는 과정에서 발생하는 경우도 적지 않다. 예를 들어 10월 25일에 스케일링 진료만 이루어졌음에도, 환자가 내원하지 않았던 29일에 ‘치근활택술’을 시행한 것처럼 기록하여 요양급여를 청구한 사례가 이에 해당한다. 삭감을 피하려는 작은 판단에서 비롯되었더라도, 실제 내원 사실이 없었다는 점에서 중대한 문제로 판단된다.

또 다른 유형은 실제로 시행하지 않은 검사나 진단을 청구한 경우이다. 신경치료 과정에서 방사선 촬영을 시행하지 않았음에도, 진료 항목이 치료 묶음으로 설정되어 방사선 촬영이 일률적으로 청구되는 사례가 종종 발생한다. 이 경우에도 판단 기준은 실제 촬영 여부이며, 전산 설정이나 관행은 정당화 사유가 될 수 없다.

이와 유사하게 실제 사용하지 않은 재료를 청구한 경우도 문제가 된다. 디지털 방사선 장비를 도입한 이후 기존 청구 체계를 그대로 유지하면서, 필름을 사용하지 않았음에도 필름 재료를 청구하는 사례가 이에 해당한다. 이는 실무상 착오로 발생하는 경우가 많지만, 실제 사용 내용과 청구 항목이 일치하지 않는 이상 거짓청구로 판단된다.

마지막으로 무자격자가 시행한 처치에 대한 요양급여 청구 역시 거짓청구에 해당한다. 치석제거, 방사선 촬영, 예방치치 등은 법적으로 치과위생사의 고유 업무 범위에 해당하므로, 간호조무사가 이를 시행한 경우 해당 행위에 대한 요양급여 청구는 인정되기 어렵다. 이 경우 무자격자 진료에 대한 행정처분과는 별도로, 거짓청구로 판단되어 환수 및 추가적인 행정처분이 이루어질 수 있다.

2. 부당청구

부당청구로 판단되는 사례의 상당수는 실제 진료가 이루어졌음에도 불구하고, 급여 산정기준이나 인정 범위를 정확히 이해하지 못한 상태에서 청구가 이루어진 경우이다. 특히 영상진단, 보철 단계별 산정, 행위 주체의 구분, 비급여와 급여의 경계 등에서 실무상 혼동이 자주 발생한다.

먼저 별도의 판독소견서를 작성하지 않고 촬영료(소정점수의 70%)만 산정해야 함에도, 판독료까지 포함한 100%를 산정하여 요양급여비용을 청구한 사례가 언급되고 있다. 방사선 영상진단 수가는 촬영료 70%와 판독료 30%로 구성되어 있으므로, 판독소견서를 작성·비치하지 않은 경우에는 촬영료만 인정된다. 특히 Cone beam CT의 경우에는 판독소견서의 작성·비치가 필수적이다. 파노라마나 스탠다드 촬영과 같은 일반영상진단은 진료기록부나 수술기록지에 판독 내용이 기재되어 있으면 판독으로 인정되지만, 이를 “판독 기록이 없어도 되는 것”으로 오해하여 아무런 기록을 남기지 않을 경우 판독료가 인정되지 않을 수 있으므로 주의를 요한다.

다음으로 보험 임플란트 치료 과정에서 제작한 임시 보철물을 보험 임시틀니나 최종틀니로 별도 청구하거나, 치아 발거 전 제작한 즉시의치를 임시의치 또는 최종의치로 청구한 사례가 있다. 보험 임플란트를 위한 임시보철물은 임플란트 단계 수가에 포함되어 있으며 별도로 비용을 받을 수 없는 항목이다. 또한 보험 틀니에서 인정되는 임시틀니는 최종 틀니 제작을 위한 중간 단계로서, 임시틀니만 단독으로 시행된 경우는 인정되지 않는다. 틀니 등록 후 임시틀니 단계만 진행되고 장기간 추가적인 행위가 청구되지 않는 경우에는 문제가 될 수 있으며, 치아 발거를 계획한 상태에서 틀니를 먼저 제작하여 발거와 동시에 장착하는 즉시의치 역시 임시의치나 최종의치로 인정되지 않는다. 모든 치아가 발거된 이후의 구강 상태에서만 급여 적용증이 인정되기 때문이다. 따라서 보철 단계가 진행된 이후 추가적인 치아 발거가 이루어지는 경우에도 유의가 필요하다.

다음 사례는 실제 시행한 행위보다 상위 행위로 청구한 경우이다. 치석제거를 시행한 후 치근활택술을 실시한 것처럼 청구한 사례가 확인되는데, 이는 치근활택술의 시술자가 치과위생사인 것으로 추정된다. 치과위생사의 업무 범위는 치석 등 침착물 제거, 불소 도포, 임시 충전, 임시 부착물 장착 및 제거, 치아 본뜨기, 교정용 호선의 장착·제거, 그리고 구강 질환의 예방과 위생에 관한 업무 및 구내 진단용 방사선 촬영까지로 한정

된다. 따라서 치과위생사는 치근활택술을 시행할 수 없으며, 해당 행위는 반드시 치과의사가 직접 시행해야 인정될 수 있다.

비급여 대상 진료 후 진찰료를 급여로 청구한 사례도 부당청구에 해당한다. 12세 이하 아동에게 시행하는 광중합형 복합레진 충전은 우식 상병이 있는 경우에만 급여로 인정된다. 치아 파절, 치간 이개, 신경치료 후 코어 형성 등 우식과 무관한 경우에는 비급여로 진행해야 함에도, 단순히 연령 요건만을 근거로 급여 청구를 한 경우에는 부당청구로 판단된다.

이와 함께 치료재료대를 부당하게 징수한 사례도 주의해야 한다. 탈락된 기존 보철물의 재부착은 보험 행위에 해당하며, 해당 수가에는 접착제 비용이 포함되어 있다. 그럼에도 불구하고 라미네이트 등의 재부착 과정에서 고가의 레진 접착제를 사용했다는 이유로 별도의 재료대를 추가로 징수하는 경우, 이는 임의 비급여에 해당한다.

마지막으로 급여 대상 검사나 재료에 대해 본인부담금을 과다 징수한 사례가 있다. 완전매복치 발치술을 시행하면서 급여 대상인 콘빔CT 촬영료나 지혈제 비용을 별도로 본인부담금으로 징수한 경우가 이에 해당한다. 우리나라 건강보험은 네거티브 방식을 채택하고 있어, 비급여로 명시된 항목이 아닌 이상 급여로 간주된다. 따라서 비급여 목록에 없는 재료나 검사는 임의로 비급여 청구를 할 수 없으며, 급여 행위를 급여 기준을 벗어났다는 이유로 비급여로 전환하여 징수하는 것도 허용되지 않는다.

결론

현실적으로 청구 실무를 직원에게 맡기는 것은 불가피하다. 그러나 청구 과정에서 발생한 오류나 착오는 그 발생 주체와 관계없이 요양기관의 책임으로 판단된다. 다시 말해, 직원의 실수 역시 기관의 책임이며 그 최종 책임은 원장에게 귀속된다.

따라서 이러한 사례들을 단순한 위반 사례로 받아들이기보다는 우리 진료실의 청구 구조와 업무 분장, 기록 방식이 적절한지 점검해 보는 계기로 삼을 필요가 있다. 진료 판단과 청구 결과 사이의 연결 구조를 이해하고, 최소한의 내부 점검 체계를 갖추는 것만으로도 상당수의 위험은 예방할 수 있을 것이다.

Conflicts of Interest: None

References

1. Health Insurance Review and Assessment Service; Ministry of Health and Welfare. Compilation of improper health insurance claims. Wonju: Health Insurance Review and Assessment Service 2025.
2. Korean Dental Association. National health insurance reimbursement guidelines for dental services. 2025. Seoul: Korean Dental Association 2025.
3. Insurance Committee of Gyeonggi Dental Association. Dental insurance claims: case and chart-based approach. Suwon: Gyeonggi Dental Association 2019.