

병 · 의원용

레진상 완전틀니 유지관리 급여화 등 치과 주요 개정사항 관련 Q&A

2012. 10.



보건복지부
MINISTRY OF HEALTH & WELFARE



건강보험심사평가원

h·well
국민건강보험
National Health Insurance Corporation



목 차

□ 레진상 완전틀니 유지관리 급여화 Q&A

1. '12.10.1일부터 시행되는 레진상 완전틀니 유지관리 보험적용 기준은? 5
2. 건강보험이 적용되는 유지관리 항목과 비용은? 6
3. 유지관리 본인부담은 어떻게 되나요? 또한, 동시에 여러 유지관리항목 시술을 받는 경우는 각각 비용을 산정되나요? 7
4. 유지관리 급여인정 기준은? 급여 횟수 제한 초과 시 비용은 어떻게 산정하나요? 8
5. 레진상 완전틀니의 각 유지관리 행위별 선택진료비 산정은 가능한가요? 9
6. 입원 중에 치과 외래에서 완전틀니 유지관리를 진료받는 경우, 본인부담비용은 어떻게 되나요? 9
7. 유지관리 비용 청구 시 상병코드는 무엇으로 기재하여야 하나요? 10
8. 만 75세 환자가 상악의 기존 레진상 완전틀니가 파절되어 의치 수리를 받은 당일 만성치주질환으로 인해 하악의 잔존치근을 발치한 경우, 청구명세서 작성은 어떻게 하나요? 10
9. 유지관리(9항목)는 반드시 레진상 완전틀니를 시술받은 요양기관에서만 처치가 가능한가요? 11
10. 레진상 완전틀니 유지관리 대상자도 등록해야 하나요? 11
11. 유지관리(9항목) 비용 청구 시 레진상 완전틀니의 사전등록번호를 기재하여야 하나요? 12
12. 유지관리 등록절차는 어떻게 되나요? 12
13. 유지관리 등록 취소 및 변경 방법은? 14
14. [의료급여] '12.10.1일 시행하는 완전틀니 유지관리 의료급여 적용 내용 중 건보와 다른 점은? 15

□ 등록 장애인 치과진료 가산 확대 관련 Q&A

1. 등록 장애인의 경우, 치과 진찰료는 종전에도 가산이 적용되었는데, 변경된 내용은 무엇인가요? 17
2. 등록 장애인의 경우, 요양기관에서 등록장애인 여부를 어떻게 확인하나요? 17

3. 등록 장애인의 치과 처치(치석제거 등 15개 항목) 시 처치료의 100%를 별도 산정하는데, 장애인을 확인할 수 있는 별도의 청구방법상의 구분자가 있나요? 18
4. 등록 장애인의 경우, 가산 범위만큼 본인부담을 면제하여 준다고 하였는데, 진찰료의 9.03점을 가산하는 것 또한 본인부담 면제가 되나요? 18
5. 만 7세의 자폐성 장애아동에 대하여 하악 우측 제1대구치에 치면열구전색술을 시행하는 경우, 수가 산정은 어떻게 하나요? 19
6. 치과에서 등록 장애인(뇌병변·지적·정신·자폐) 진료 시 선택진료비 산정은 가능한가요? 20
7. 의료법 제35조에 의한 부속의료기관 치과에서 등록 장애인(뇌병변·지적·정신·자폐) 진료 시 요양기관 종별 가산, 선택진료비 징수 및 장애가산 적용이 가능한가요? 20
8. 등록 장애인 치과진료 가산 확대에 따른 본인부담금 추가 비용을 의료급여 수급자에게도 면제하나요? 21

□ 레진상 완전틀니 급여화 관련 추가 Q&A

1. '잔존치근'의 경우, 무치악의 범주에 포함된다고 했는데, 해당 잔존치근에 신경 치료 시 별도 행위별로 산정가능하나요? 22
3. 상악의 완전틀니 3단계 시술 과정 중 하악은 남아있는 치아가 있어 해당 치아의 신경치료를 할 경우, 진찰료는 별도 산정이 가능한가요? 23
4. 제18장 치과의 보철료 [산정지침]에 의하면, 처치 시 사용된 치료재료, 약제, 진찰료가 해당 점수에 포함되어 별도 산정이 불가하다고 확인되는데, 치주질환 등의 사유로 원외처방이 필요하여 처방전을 발행한 경우의 약제도 포함되나요? 23
5. 레진상 완전틀니 안에 metal frame 및 mesh를 첨가하는 경우, 급여적용이 가능한가요? 24
6. 하루에 레진상 완전틀니의 1단계와 2단계 시술을 함께 한 경우, 수가 산정을 동시에 할 수 있나요? 24
7. 임시틀니 수가는 완전틀니처럼 진료 단계별 수가 구분이 없는데, 2단계 이후 환자가 내원하지 않는 경우, 비용은 어떻게 받나요? 25
8. 임시틀니 수가 적응증에 의하면, 기존 틀니 장착자를 제외한 금번 발치로 인하여 무치악 상태를 처음 경험하는 환자기에 완전틀니 제작 전 필요시 제작하는 것으로 되어 있는데, 발치 전 인상채득 후 발치 당일 장착하는 '즉시임치(Immediate denture)'도 포함되나요? 25

9. 임시틀니의 경우도 선택진료비 산정이 가능하나요? 26
10. 틀니 시술을 위하여 동요가 큰 기존 치아를 발치하는 경우, 발치료 산정이 가능한지? 또한, 사전등록번호를 부여받은 이후 '발치료' 산정이 가능한지? 26
11. 상악은 최근 타 치과에서 발치를 하여 무치악 상태이고, 하악은 남아있는 치아 상태에서 내원했으나, 만성치주염으로 치주상태가 불량하여 여러개의 치아를 발치하고 틀니를 제작해야 하는 경우, 임시틀니는 상·하악 모두 가능한가요? 27
12. 레진상 완전틀니를 장착한 환자가 해당 병원의 의과로 입원하게 되어 무상 보상기간 동안 치과외래에서 유지관리 수가를 받는 경우, 수가 산정은 어떻게 하나요? 27
13. 상악은 무치악으로 완전틀니 진료를 받고, 하악은 남아있는 치아가 있어 해당 치아의 신경치료를 할 경우, 본인부담률 및 진료비 명세서 작성방법은 어떻게 되나요? 28
14. 레진상 완전틀니 장착 후 3개월 이내(6회까지) 무상 보상기간으로 정하여 진찰료만 상정하도록 규정하였는데, 동 기간 동안에도 명일련 특정내역 구분 코드 MT014에 완전틀니 사전등록번호를 기재하나요? 28
15. 건강보험 완전틀니 대상자 등록 후 등록내역을 취소하려면 어떻게 하나요?· 29
16. 등록된 내용 중 시술부위, 틀니종류를 변경하려면 어떻게 하나요? 29

레진상 완전틀니 유지관리 급여화 Q&A

Q1

‘12.10.1일부터 시행되는 레진상 완전틀니 유지관리 보험적용 기준은?

■ (급여대상) 만 75세 이상의 레진상 완전틀니 장착자 (기존 레진상 완전틀니 장착자 포함)

완전틀니 유지관리의 건강보험 적용대상은 만 75세 이상(2012.7.1 기준, 1937.7.1 이전 출생자)의 건강보험가입자 또는 피부양자로서, 레진상 완전틀니 장착자입니다.

지난 '12.7월 건강보험으로 전환된 레진상 완전틀니에 대한 유지관리 보험적용은 틀니 장착 후 3개월(최대 6회)의 무상 유지관리기간이 종료되는 시점부터 적용됩니다.

뿐만 아니라, 7월 이전 완전틀니가 급여화 되기 이전에 비급여로 제작하여 사용하고 있었던 만 75세 이상(2012.7.1 기준, 1937.7.1 이전 출생자)의 기존 레진상 완전틀니 장착자도 동일하게 건강보험이 적용됩니다.

이는 틀니를 새로 다시 제작하는 것보다 경제적 부담이 적어 재제작 대신 사후 수리를 통해 기존 틀니의 수명을 연장하도록 하기 위한 것입니다.

또한, 현재 건강보험이 적용되지 않는 금속상 틀니 및 부분틀니에 대한 유지관리는 건강보험이 적용되지 않습니다.

Q2

건강보험이 적용되는 유지관리 항목과 비용은?

■ (급여항목 및 비용) 의치수리 등 9개 항목, 요양기관 종별가산 적용

건강보험이 적용되는 유지관리 행위는 의치수리 등 9개 항목이며, 각 행위별 비용은 아래 표와 같습니다. 각 행위별 비용은 요양기관 종별에 따라 종별가산이 적용됩니다.(의원급 15%, 병원급 20%, 종합병원급 25%, 상급종합병원급 30%)

※ 의료법 제35조에 의한 부속의료기관은 요양기관 종별가산 미적용

또한, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부제10장 치과 처치·수술료 중 '제5절 보철물의 유지관리' 주항 규정에 따라 약제, 치료재료 및 진찰료는 별도 산정이 불가합니다. 따라서, 상급종합병원에서 틀니 유지관리를 한 경우에도 진찰료 총액을 산정하지 않습니다.

아래의 유지관리항목 이외에 잇몸처치, 의치 청소, 정기 정검 및 교육훈련은 무상 항목이며, 무상항목은 진찰료(원외처방 발행 가능)만 산정합니다.

다만, 신설된 유지관리 행위(첨상 등 9항목) 당일 무상 유지관리 행위(의치청소, 잇몸처치, 교육훈련 등)를 동반한 경우에는 진찰료는 별도 산정이 불가합니다.

< 유지관리 비용 >

* : 치과의원급 외래 기준 금액(본인부담금 50% 적용)임 (단위: 원)

구분	유지관리 행위		산정단위	요양급여비용 총액 *	본인부담금 *
의치 조직면 개조	첨상 (relining)	직접법	악당	85,040	42,500
		간접법	악당	165,200	82,500
	개상(rebasing)		악당	208,990	104,400
	조직 조정 (Tissue conditioning)		악당	55,230	27,600
의치 수리	인공치 수리		치당	55,000	27,500
	의치상 수리		악당	85,040	42,500
의치 조정	의치상 조정		악당	56,210	28,100
	교합조정	단순	악당	25,070	12,500
		복잡	악당	56,700	28,300

※ 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(고시)」 (보건복지부 2012-116호)

Q3

**유지관리 본인부담은 어떻게 되나요? 또한, 동시에 여러
유지관리항목 시술시 각각 비용을 산정하나요?**

■ (본인부담) 해당 유지관리행위 요양급여비용 총액의 50%

레진상 완전틀니 유지관리 행위의 본인부담금은 「국민건강보험법 시행령」 별표2 제3호바목에 따라 해당 요양급여비용의 100분의 50을 본인부담하는 완전틀니 요양급여의 범위에 포함되어, 레진상 완전틀니의 본인부담률과 동일하게 해당 요양급여비용 총액의 50%를 환자본인이 부담하여야 합니다.

※ 차상위 : 1종(희귀난치성 질환자 'C') 20%, 2종(만성질환자 등 'E' 및 'F') : 30%
의료급여 : 1종 20%, 2종 30% 본인부담 적용

■ (여러 항목 시술) 유지관리 행위별 각각 비용 산정

유지관리 행위는 각각의 독립된 행위로서 유지관리 행위별 각각의 비용을 산정하되, 각 유지관리 항목별 적응증 및 급여 인정기준 제한 횟수(초과 시 전액 본인부담)에 따라 산정합니다.

다만, 첨상은 의치상의 일부를, 개상은 의치상의 전부를 개조하는 것으로 첨상과 개상이 동시에 이루어질 수 있는 행위는 아니므로, 각 행위별 적응증에 따라 필요한 유지관리 행위 시술 후 해당 수가를 산정합니다.

Q4

유지관리 급여인정 기준은? 또한, 급여 횟수 제한 초과 시
비용은 어떻게 산정하나요?

■ (급여기준) 상·하악 각각 유지관리 행위별 1~4회

각 유지관리 항목별 급여기준은 아래와 같으며, 각 항목별 건강보험 적용
횟수를 초과한 경우에는 요양급여비용 전액을 환자 본인이 부담합니다.

항목별 연간 급여 인정 횟수는 회계연도 기준으로 산정되며, 국민건강보험공단
등록시스템을 통하여 각 개인별 적용 횟수 관리가 이루어집니다. 따라서,
요양기관은 레진상 완전틀니 유지관리 시술을 위해서는 반드시 사전등록
절차를 거쳐셔야 합니다.

<유지관리 급여기준>

유지관리 행위		급여기준(약당)
첨상 (Relining))	직접법	연 1회
	간접법	연 1회
개상(Rebasing)		연 1회
조직조정		연 2회
인공치 수리		연 2회 (제1치 100%, 제2치부터 치아당 소정점수의 50% 적용)
의치상 수리		연 2회
의치상 조정		연 2회
교합 조정	단순	연 4회
	복잡	연 1회

※ 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 고시(보건복지부 2012-119호)」

- 건강보험심사평가원 홈페이지(<http://www.hira.or.kr>) → 기준법령 → 급여기준 →
행위(고시)에서 조회 가능
- 보건복지부 홈페이지(<http://www.mw.go.kr>) → 정보 → 법령정보 → 훈령/예규
/고시/지침 (최근 제·개정)에서 조회 가능

Q5

레진상 완전틀니의 각 유지관리 행위별 선택진료비 산정은 가능한가요?

■ (선택진료비) ‘처치’ 항목으로 적용하여 선택진료비 산정

「선택진료에 관한 규칙」에 따라 추가비용징수 자격이 되는 진료담당의사에게 레진상 완전틀니 유지관리를 시술받을 경우, 동 규칙 제5조제3항 [별표] ‘추가비용을 징수할 수 있는 선택진료의 항목과 추가비용의 산정기준’에 따라 ‘처치’ 항목으로 적용하여 선택진료비를 산정할 수 있습니다.

Q6

입원 중인 환자가 치과 외래에서 완전틀니 유지관리를 진료받는 경우, 본인부담비용은 어떻게 되나요?

■ (입원 중 진료) 입원·외래 구분 없이 본인부담률 50% 적용

완전틀니 유지관리 비용은 입원·외래 구분 없이 완전틀니 해당 요양급여비용 총액의 50%를 환자 본인이 부담하게 되므로, 입원 중이라도 입원 본인부담률(20%)과 관계없이 레진상 완전틀니 유지관리 비용의 50%를 환자가 부담하게 됩니다.

* 입원 진료분 20%, 레진상 완전틀니 유지관리 비용 50% 본인부담

또한, 산정특례 환자가 특례 적용 질환 진료 당일 레진상 완전틀니 치료를 받는 경우, 틀니 시술은 특례 적용 대상이 아니므로 산정특례 적용과 관계없이 레진상 완전틀니 유지관리 비용의 50%를 부담하게 됩니다.

* 특례 질환 관련 진료분(중증 암 : 5%, 희귀난치 : 10%), 레진상 완전틀니 유지관리 비용 50% 본인부담

Q7

유지관리 비용 청구 시 상병코드는 무엇으로 기재하여야 하나요?

■ (상병코드) Z46.3, 치과보철 장치의 부착 및 조정

신설된 유지관리 행위만 단독으로 실시하는 경우 현행 한국표준질병·사인분류에 의한 Z46.3 (치과보철 장치의 부착 및 조정, Fitting and adjustment of dental prosthetic device)을 주상병으로 기재하여 질병코드를 통일하여 산정합니다.

Q8

만 75세 환자가 상악의 기존 레진상 완전틀니가 파절되어 의치 수리를 받은 당일 만성치주질환으로 인해 하악의 잔존 치근을 발치한 경우, 청구명세서 작성은 어떻게 하나요?

■ (별도명세서 작성방법) MT037란에 'M'을 기재

레진상 완전틀니 유지관리 대상 상병(Z46.3)과 동시에 타 상병 진료로 별도의 명세서를 작성하거나, 타 상병 치료에 대한 진료기간 중 레진상 완전틀니 유지관리 대상 상병 진료로 별도의 명세서 작성 시 명일련 특정내역 구분코드 MT037 "레진상 틀니(유지관리 포함) 및 타 상병 진료"란에 'M'을 기재합니다.

※ MT037 기재 시 입(내원)원 일수, 요양급여 일수 및 진료개시일의 기재방법

구분	내용
입(내원)원 일수	0
요양급여 일수	해당 진료 요양급여 일수만 기재. 단, 틀니 및 유지관리 진료 또는 타 상병 진료로 인한 요양일수와 중복되는 기간은 산정하지 않음
진료개시일	해당 명세서상 틀니 및 유지관리 또는 타 상병에 대한 진료를 최초 실시한 날

Q9

유지관리(9항목)는 반드시 레진상 완전틀니를 시술받은
요양기관에서만 처치가 가능한가요?

■ (보험적용기관) 틀니를 제작한 병·의원과 동일하지 않아도 급여적용 가능

레진상 완전틀니의 유지관리 행위는 반드시 완전틀니를 제작한 병·의원과
동일하지 않아도 건강보험 적용이 가능합니다.

이는 환자가 완전틀니 제작 후 타 지역으로 이사하는 경우에도 주거지 근처에
서 편리하게 유지관리를 받을 수 있어 필요한 시점에 어디서나 적절한 유지
관리를 받을 수 있도록 하기 위함입니다.

다만, 건강보험 레진상 완전틀니를 장착한 후 무상 유지관리(3개월 이내 6회
까지)는 해당 틀니를 제작한 요양기관에서 제공하여야 합니다.

Q10

레진상 완전틀니 유지관리 대상자도 등록해야 하나요?

■ (시술일 등록) 공단 요양기관정보마당(<http://medi.nhic.or.kr>)에 등록

유지관리 항목별 연간 건강보험 적용 횟수가 정해져 있기 때문에 치과 병·의
원에서 개인별 횟수를 확인할 수 있도록 마련된 국민건강보험공단의 정보
통신망의 등록시스템을 이용할 수 있으며, 유지관리 행위시 반드시 사전
등록절차를 거쳐셔야 합니다.

국민건강보험공단 요양기관정보마당에 유지관리 행위 시술일 등록을 통하여
해당 환자의 급여가능 여부를 확인할 수 있으며, 등록을 통하여 초과급여에
따른 환수 등을 미연에 방지할 수 있습니다.

유지관리 등록은 '12.7.1부터 시행된 레진상 완전틀니 대상자 등록과 유사하나
대상자 등록에 따른 사전등록번호를 부여받지 않고, 개인별 각 유지관리
행위의 시술일을 등록하는 절차를 거치면 됩니다.

Q11

유지관리(9항목) 비용 청구 시 레진상 완전틀니의 사전등록번호를 기재하여야 하나요?

■ (사전등록) 요양기관에서 사전등록 후 시술 (사전등록번호 기재필요 없음)

레진상 완전틀니 유지관리 행위는 국민건강보험공단 요양기관정보마당을 통하여 유지관리 항목별 급여횟수를 확인하여 시술내용을 등록한 후 시술을 진행하게 됩니다. 국민건강보험공단은 유지관리 항목별 연간 급여횟수 관리를 위하여 등록시스템을 마련하였으며, 동 시스템에 등록된 정보는 건강보험심사평가원으로 전송되므로, 진료비 심사 시 등록 정보가 없는 유지관리 청구건은 심사조정이 됩니다.

따라서, 유지관리 행위는 레진상 완전틀니를 장착 후 무상수리 기간 동안과는 달리, 국민건강보험공단의 해당 시스템의 사전등록 절차만 거친 후 진료비를 청구하면 되므로, 완전틀니 사전 등록번호를 기재하실 필요가 없습니다.

Q12

유지관리 등록절차는 어떻게 되나요?

■ (등록 절차) 유지관리 급여횟수 조회 및 시술일 등록

레진상 완전틀니를 장착자가 틀니 유지관리 시술을 받기위해 치과 병·의원 에 방문하였을 경우, 요양기관은 해당 환자의 급여대상여부(만 75세 이상, 레진상 완전틀니)를 확인하고,

대상자로 확인되면, 국민건강보험공단 등록시스템(요양기관정보마당)을 통해 해당 환자의 유지관리 항목별 급여 횟수를 확인합니다.

유지관리 시술을 위해 처음 내원한 환자는 개인정보동의서(본인서명 필수)를 받고, 등록시스템에 주민등록번호, 성명, 시술일을 등록한 후 시술을 시작합

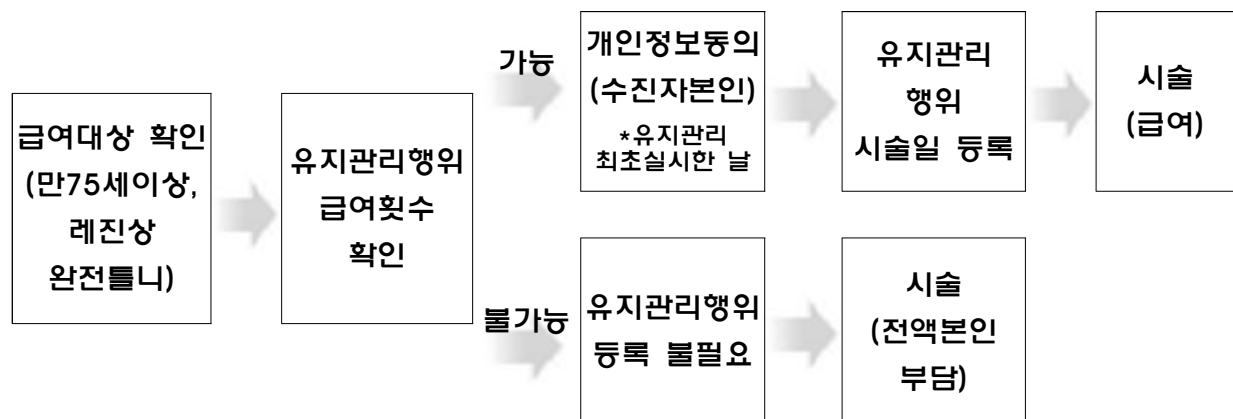
니다. ('개인정보동의서'는 틀니 유지관리를 위해 처음 내원한 요양기관에서만 1회 받습니다.)

환자의 개인정보동의서는 유지관리행위를 최초로 실시한 날만 작성하며, 이것은 건강보험 적용 횟수 초과로 인한 환수 등 사후에 발생할 수 있는 문제를 예방할 수 있도록 다른 치과 병·의원에서 틀니수리 내역을 확인하는 것에 동의하는 것입니다.

※ 시술시작일에 등록하지 않을 경우, 차후에 타 요양기관에서 먼저 등록한다면 시술한 부분에 대한 급여는 받으실 수 없습니다.

등록시스템 조회 결과 해당 유지관리 행위에 대해 급여횟수가 남아 있을 경우, 수진자 본인에게 건강보험 적용이 가능함을 안내하고 만약, 급여횟수가 남아있지 않다면, 수진자가 전액 본인부담해야 하므로 관련 내용을 설명하고, 원할 경우 별도의 등록없이 시술하면 됩니다.

< 요양기관 유지관리 급여 횟수 조회 및 등록 절차도 >



※ 인터넷 이용이 불가할 경우, 공단(지사)에 조회 및 시술일 등록을 요청합니다. 등록횟수 조회는 전화로도 가능하며, 시술일 등록은 공문으로 요청하면 공단(지사)에서 등록 처리합니다.

Q13**유지관리 등록 취소 및 변경 방법은?****■ (변경·취소) 당일은 치과 병·의원에서 취소 가능, 당일 이후는 지사요청**

시술부위나 유지관리행위 항목, 시술일자를 잘못 입력하여 변경이 필요한 경우, 당일 입력한 내용에 대해서는 치과 병·의원에서 '요양기관정보마당'을 통해 취소가 가능하며, 취소 후 다시 등록하면 됩니다.

그러나, 등록 당일이 경과한 경우에는 국민건강보험공단(지사)으로 요청해야 하며, 이 때 '틀니 유지관리행위 내역 변경/취소신청서'를 제출해야 합니다. '변경'시는 '증빙자료(진료기록부 사본 등)'를 같이 제출합니다.

※ 변경/취소신청서 서식 다운로드 가능

[국민건강보험공단(www.nhic.or.kr)/정보공개/서식자료실/보험급여/틀니관련서식]

[요양기관정보마당(<http://medi.nhic.or.kr>)/업무안내/보험급여/노인완전틀니보험급여적용]

또한, 해당환자의 유지관리 등록 취소는 시술이 시작되지 않았을 경우에만 시술일을 등록한 치과 병·의원에서(만) 가능하며, 유지관리 시술이 진행 중일 경우 등록 취소는 불가능합니다.

[의료급여] '12.10.1일 시행하는 완전틀니 유지관리 의료급여 적용 내용 중 건보와 다른 점은?

■ (본인부담금) 의료급여 1종 20%, 2종 30%

의료급여 노인 완전틀니 사후 유지관리의 내용 중 상당 부분(적용기준, 급여항목, 유지관리 비용, 비용청구 등)은 건강보험과 동일합니다. 그러나 본인부담률, 의료급여기관 이용절차 및 틀니 유지관리 등록내역 변경/취소 시 절차 등에서 건강보험과 차이가 있습니다.

< 의료급여 본인부담률 >

유지관리 시 본인부담률은 입원·외래 구분 없이 의료급여 1종 수급권자의 경우에는 급여비용 총액의 20%, 2종 수급권자의 경우에는 급여비용 총액의 30%를 본인이 부담합니다.

단, 완전틀니 사후 유지관리 중 무상항목(잇몸처치, 의치청소, 정기점검 및 교육훈련) 진료 시에는 일반수가 및 본인부담금을 적용하며 건강생활유지비 차감이 가능합니다.

한편, 완전틀니 관련 치료(완전틀니 장착 및 유지관리 포함) 시에는 의료급여 본인부담보상제 및 상한제가 적용되지 않습니다.

< 의료급여 대상자 등록방법 -건보와 동일 >

건강보험 가입자와 동일하게 요양기관정보마당에서 의료급여 틀니 유지관리 대상자 급여이력 조회 후 급여 가능한 경우, 수급권자로부터 개인정보제공동의서 수령 후 등록을 하시면 됩니다.

< 의료급여기관 이용절차 >

완전틀니 관련 시술 및 치료 시에는 선택병의원 지정자들의 경우에도 타 의료급여기관을 이용하실 수 있습니다.

단, 의료급여 진료절차(1차→2차→3차)는 준용됨에 따라 수급권자는 우선 1차 병의원(치과)에 방문하여 유지관리 시술을 위한 진료를 받아야합니다. 단, 담당의사는 완전틀니 대상자가 고위험 또는 고난이도 틀니 관련 시술이 필요한 환자라고 판단되면 의료급여의뢰서를 발급해 상급병원에 의뢰할 수 있습니다.

한편, 완전틀니 장착 후, 무상 수리기간(3개월 이내 6회) 중에는 틀니를 시술한 의료급여기관을 이용하여야 하며, 무상 수리기간 종료 후부터 적용되는 유지관리 치료 시에는 타 병의원 이용이 가능합니다.

< 유지관리 등록내역 변경/취소할 경우 >

기(既) 등록된 유지관리 등록내용을 변경/취소해야할 경우에는 등록당일 변경/취소 시에는 의료급여기관에서 처리 가능하나, 등록일 이후부터는 시군구청에 변경/취소 요청을 하여야합니다.

변경/취소 요청 방법은 의료급여기관에서 발급하는 '의료급여 틀니 유지관리 행위 등록내역 변경/취소 신청서' 및 관련 증빙자료를 수급권자 거주지 관할 시군구청에 방문·우편·팩스로 제출하시면 됩니다.

< 진료확인번호 요청 방법 >

완전틀니 사후 유지관리 중 무상항목(잇몸처치, 의치청소, 정기점검 및 교육훈련) 진료인 경우(건강생활유지비 차감 가능)

☞ '진료과목'에 '98, 치과'입력 후 '상세진료과목'에 '00, 치과통합' 입력

※ 단, 선택병의원지정자일 경우 본인부담코드로 'B009'입력

완전틀니 사후 유지관리 중 유상 9개 항목 진료인 경우(건강생활유지비 차감 불가)

☞ '진료과목'에 '98, 치과' 입력 후 '상세진료과목'에 '01, 노인틀니', 상병코드에 Z46.3입력

※ 본인부담코드는 입력하지 않음

등록 장애인 치과진료 가산 확대 관련 Q&A

Q1

등록 장애인의 경우, 치과 진찰료는 종전에도 가산이 적용되었는데, 변경된 내용은 무엇인가요?

‘12.10.1일부터 시행되는 등록 장애인 진료에 대한 치과진료비 가산 확대는 등록 장애인의 치과 진료 시, 진찰료 가산(9.03점)이 적용되는 장애인 범주를 확대하고 처치 및 수술 시 치석제거를 포함한 15개 항목에 대하여 소정점수의 100%를 별도 산정하도록 확대한 것입니다.

구분		현행	개정
장애인 범주 확대		뇌성마비, 지적 장애인	뇌병변 · 지적 · 정신 · 자폐성 장애인
가산범위	진찰료	진찰료 소정점수의 9.03점 (치과의원급 기준 650원) 가산	장애인 범주 추가(자폐성 장애 등)에 따른 현행 진찰료 가산 동일 적용
	처치 및 수술료	-	처치 및 수술료(치석제거 포함 15항목) 소정점수의 100% 별도 산정
환자 본인부담		요양기관 종별 외래 본인 부담률 적용(단, 환자 보험 자격 종별에 따른 차이 있음.)	확대되는 처치 및 수술료의 가산 범위만큼 본인부담금 면제(기존과 동일 부담) *

* : 장애인 범주 확대에 따른 뇌성마비를 제외한 뇌병변 · 정신 · 자폐성 장애인의 진찰료 9.03점 (치과의원급 기준 650원)에 대한 본인부담만 추가(100원)되며, 진찰료 총액을 부담하는 상급 종합병원의 경우, 500원만 더 부담하게 됨.

Q2

등록 장애인의 경우, 요양기관 등록 장애인 여부를 어떻게 확인하나요?

「장애인 복지법」 제32조에 의한 등록 장애인은 관할 시 · 군 · 구(읍 · 면 · 동)에서 발급받은 장애인등록증 또는 장애인복지카드(이하 “장애인등록증 등”이라 한다)를 통해 해당 자격 사항을 확인할 수 있습니다. 따라서 장애인등록증 등에 기재된 장애등급 및 장애 종류를 확인 후 가산 대상(뇌병변 · 지적 · 정신 · 자폐성 장애인)에 한하여 가산을 적용하여 산정하시면 됩니다.

Q3

**등록 장애인의 치과 처치(치석제거 등 15개 항목) 시
처치료의 100%를 별도 산정하는데, 장애인을 확인할 수
있는 별도의 청구방법상의 구분자가 있나요?**

「장애인 복지법」 관련 규정에 따라 발급받은 “장애인등록증 등”을 확인 후 별도의 구분자 없이 진찰료 가산 및 처치료 가산을 산정하시면 됩니다. 단, 서면청구 기관의 경우 서면서식 작성요령(제1편 제4조 및 제30조 관련)에 따라, 명세서 진료과목란의 하단에 “장애인”이라고 기재하여 청구하시면 됩니다.

Q4

**등록 장애인의 경우, 가산 범위만큼 본인부담을 면제하여
준다고 하였는데, 진찰료의 9.03점을 가산하는 것 또한
본인부담 면제가 되나요?**

등록 장애인의 경우, 국민건강보험법 시행령 [별표 2]에 따라 ‘장애인의 치과 진료에 필요한 시설 및 장비 등의 사용으로 인해 부가적으로 발생하는 비용에 대해 가산하여 주는 금액’은 면제하기로 하였으나, 이는 종전부터 인정해오던 진찰료의 가산(9.03점)에 대한 면제를 의미하는 것이 아니며, 치과 처치 및 수술시 치석제거를 포함한 15개 항목에 대하여 장애가산 100%를 별도 산정하도록 처치료의 가산 확대부분에 대한 면제를 의미합니다.

Q5

만7세의 자폐성 장애아동에 대하여 하악 우측 제1대구치에 치면열구전색술을 시행하는 경우, 수가 산정은 어떻게 하나요?

보건복지부 보험급여과-1951호('12.7.4.) 레진상 완전틀니 급여화 등 치과 주요 개정사항 관련 Q&A안내에 따르면, 처치 및 수술료의 경우 소아 및 장애가산을 중복 산정하지 아니하고 장애가산 100%만 산정할 수 있다고 규정하고 있는 바, 명세서에 U2390(치면열구전색술)의 소정점수와 UH390 치면열구전색술-장애인가산(뇌병변·지적·정신·자폐)의 소정점수를 산정하여야 합니다.

다만, 해당 장애인이 야간(18~09시) 및 공휴일에 응급진료가 불가피하여 치과 처치 및 수술을 행한 경우에는 소정점수의 50%를 추가 가산하여 산정이 가능합니다.

※ 처치료의 가산(소정점수의 100% 별도 산정) 부분만 면제되는 사유로 장애인의 치과 처치(치석제거 등 15개 항목) 시 장애인 가산 코드를 별도 산정(진료내역 줄번호 2줄 발생)하여야 합니다.

○ 등록 장애인(뇌병변·지적·정신·자폐)이 치과에서 응급근관처리 가산 산정범위

구 분	수가산정코드	추가산정 여부
만 8세 미만 소아	U0210	추가 산정(U0210300) 불가
	UH210	
공휴일 진료	U0210050	추가 산정 가능
	UH210	
야간(18~09시) 진료	U0210010	추가 산정 가능
	UH210	

주 : 단, 공휴 및 야간 가산의 경우, 응급의료에 관한 법률 규정에 따라 응급진료가 불가피한 경우에만 산정 가능함.

Q6

치과에서 등록 장애인(뇌병변·지적·정신·자폐) 진료 시 선택진료비 산정은 가능한가요?

■ (선택진료비) ‘처치’ 항목으로 적용하여 선택진료비 산정

선택진료에 관한 규칙 제5조제3항 관련 [별표] ‘추가비용을 징수할 수 있는 선택진료의 항목과 추가비용의 산정기준’에 따라 추가 비용 징수 자격이 되는 진료담당의사가 진료를 한 경우, ‘처치·수술료(U0010~U2390, 15개항목) 소정 금액의 100% 이내 범위 안에서 당해 요양기관의 장이 정한 금액으로 추가비용 산정하실 수 있습니다. 다만, 가산(UH010~UH390) 수가에 대하여 선택진료비를 별도로 추가 부담시킬 수는 없습니다.

Q7

의료법 제35조에 의한 부속의료기관 치과에서 등록 장애인(뇌병변·지적·정신·자폐) 진료 시 요양기관 종별 가산, 선택진료비 징수 및 장애가산 적용이 가능한가요?

■ (부속의료기관) 선택진료비 및 요양기관 종별 가산 미적용

선택진료에 관한 규칙 제2조에 따라 병원급 이상 요양기관에서 추가비용 징수 자격이 가능한 의사(제4조)가 진료를 한 경우에 [별표] 규정에 따른 추가비용을 징수할 수 있으므로 부속의료기관에서는 선택진료에 따른 추가 비용 징수가 불가능합니다. 또한, 현행 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수 제1편제1부 행위 급여 일반원칙 II. 요양기관 종별가산을 제1호 마목 규정에 따라 의료법 제35조에 의한 부속 의료기관은 종별가산율을 적용하지 않습니다.

아울러, 치과에서 장애인으로 등록되어 있는 뇌병변장애인, 지적장애인, 정신장애인, 자폐성장애인에 대하여 치과 진료 시 비 장애인에 비하여 별도의 시설 및 장비 등이 추가로 소요되는 점을 고려하여, 치석제거 등 15개 항목을 시술하는 경우 각 행위별 소정점수의 100%를 별도 산정토록 한 바, 이는 장애인 치과진료 수가의 현실화 및 치과 진료 접근성 제고 측면에서 확대된 사항이므로, 해당 취지를 고려, 장애가산 적용을 하시기 바랍니다.

Q8

**등록 장애인 치과진료 가산 확대에 따른 본인부담금
추가 비용을 의료급여수급자에게도 면제하나요?**

의료급여 수급자 중 등록 장애인의 치과진료 시에는 **현행** 부가 방법과 동일합니다. 즉, 의료급여 수급자의 경우에는 가산확대에 따른 본인부담금 증액에 대해 면제하지 않습니다.

따라서, 급여비용 청구 시에도 현행과 동일하게 총 진료비에서 본인부담률 만큼 부과하면 됩니다.

레진상 완전틀니 급여화 관련 추가 Q&A

레진상 완전틀니 - 수가 산정 관련 Q&A

Q1

'잔존치근'의 경우, 무치악의 범주에 포함된다고 했는데, 해당 잔존치근에 신경치료 시 별도 행위별로 산정가능 하나요?

잔존치근 하단의 병소(periapical lesion)가 있어서 신경치료 후 해당 잔존치근을 남겨두고 틀니 시술을 하는 경우도 급여 항목에 해당되며, 신경치료는 레진상 완전틀니 행위료에 포함되지 아니한 항목으로 별도 행위별 산정이 가능 (post등은 제외)합니다.

Q3

상악의 완전틀니 3단계 시술 과정 중 하악은 남아있는 치아가 있어 해당 치아의 신경치료를 할 경우, 진찰료는 별도 산정이 가능한가요?

현행 진찰료 산정지침에 따라 2개 이상의 진료과목이 설치되어 있고 해당 과의 전문의가 상근하는 요양기관에서 동일환자의 다른 상병에 대하여 전문과목 또는 전문분야가 다른 진료담당 의사가 각각 진찰한 경우에는 각각의 진찰료 산정이 가능하므로 치과 병원급 이상 요양기관에서 치과 보철과 전문의가 완전틀니 시술을 하고, 치과보존과 전문의가 신경치료를 한 경우라면, 진찰료 1회는 별도 산정이 가능(치과보철과 진찰료 : 틀니 행위료에 포함)합니다.

Q4

제18장 치과의 보철료 [산정지침]에 의하면, 처치 시 사용된 치료재료, 약제, 진찰료가 해당 점수에 포함되어 별도 산정이 불가하다고 확인되는 데, 치주질환 등의 사유로 원외처방이 필요하여 처방전을 발행한 경우의 약제도 포함되나요?

현행 틀니 수가에는 틀니 제작 시 사용된 치료재료, 약제(Adhesive, Gargle 등) 등이 포함된 것으로 틀니 제작과정 중 발생하는 환자의 동통호소 및 치주질환에 대한 원외처방 약제까지 포함된 것은 아니므로, 원외처방전 발행은 가능합니다. 단, 틀니 하방의 염증(sore spot) 등으로 원외처방을 한 경우라면 처방전 발행만 가능하며, 진찰료 산정은 불가합니다.

Q5

레진상 완전틀니 안에 metal frame 및 mesh를 첨가하는 경우, 급여 적용이 가능한가요?

최근, 일부 개정된 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표 2]에 의하면, 급여 대상의 완전틀니는 레진을 재료로 한 것만 해당한다고 하였으므로, metal frame 및 mesh(fiber mesh 포함)등을 첨가하는 경우에는 급여 대상에서 제외됩니다.(비급여)

[별표 2] 건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙 제4호

바. 75세 이상의 완전틀니[레진(resin)을 재료로 한 것만 해당한다]를 제외한 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등 포함)

Q6

하루에 레진상 완전틀니의 1단계와 2단계 시술을 함께 한 경우, 수가 산정을 동시에 할 수 있나요?

표준의료행위에 따른 진료단계(5단계)는 각 단계별 시술이 순차적으로 이루어져야 하나, 반드시 하루에 1단계씩 실시하여야 하는 것은 아닙니다. 따라서, 두 단계 시술을 하루에 함께 종료한 경우에는 동시에 1,2단계 수가 산정이 가능합니다. 단, 2단계의 인상채득은 개인 트레이 시적 후 정밀 인상 단계인 최종 인상채득을 말하며, 1단계 진단 및 치료 계획에 포함된 예비인상 채득을 의미하는 것이 아닙니다.

진료단계	진료내용
1단계 진단 및 치료계획	1. 구강검사 및 기록
	2. 방사선검사
	3. 예비인상 채득
	4. 진단모형 제작
	5. 진단 및 치료계획 수립
2단계 인상 채득	1. 환자 상담 및 치료계획 확정
	2. 개인트레이 시적 및 조정
	3. 변연형성
	4. 최종 인상채득

Q7

임시틀니 수가는 완전틀니처럼 진료 단계별 수가 구분이 없는데, 2단계 이후 환자가 내원하지 않는 경우, 비용은 어떻게 받나요?

임시틀니는 치과보철학회에서 제출한 표준의료행위에 따르면, 통상 3단계 정도의 과정을 거치며, 전체 단계가 포함된 수га이므로 중간과정에서 중단 시 ‘임시틀니’ 수가 산정이 불가하며, 임시틀니 진료 종료 시에 산정이 가능합니다. 다만, 임시틀니는 완전틀니를 전제로 한 경우에만 급여가 가능하므로, 임시틀니를 중단한 환자는 타 요양기관에서 급여가 불가능합니다.

Q8

임시틀니 수가 적응증에 의하면, 기존 틀니 장착자를 제외한 금번 발치로 인하여 무치악 상태를 처음 경험하는 환자에게 완전틀니 제작 전 필요시 제작하는 것으로 되어 있는데, 발치 전 인상채득 후 발치 당일 장착하는 ‘즉시의치(Immediate denture)’도 포함되나요?

임시틀니는 레진상 완전틀니 제작을 전제로 무치악 상태를 처음 경험하게 되는 환자의 사회활동의 불편함 등을 최소화하기 위해 완전틀니 제작 전 발치창의 치유 및 완전틀니의 제작 기간을 고려, 완전틀니 장착 전까지 사용하는 interim denture에 한하여 급여 적용을 하는 것입니다. 따라서, 발치 전 인상채득 후 발치 당일 장착하는 ‘즉시의치(Immediate denture)’는 이에 해당되지 않습니다.

Q9

임시틀니의 경우도 선택진료비 산정이 가능한가요?

■ (임시틀니) 선택진료비 산정불가

임시틀니는 레진상 완전틀니 장착 전까지 사용하는 interim denture에 한하여 급여 적용을 하는 것이므로, 선택진료비 산정은 불가하며, 이후 제작하는 레진상 완전틀니에 한하여 선택진료비 산정이 가능(1단계: 검사, 2~5단계: 처치로 적용)합니다.

Q10

틀니 시술을 위하여 동요도가 큰 기존 치아를 발치하는 경우, 발치료 산정이 가능한지? 또한, 사전등록번호를 부여받은 이후 '발치료' 산정이 가능한가요?

현행 레진상 완전틀니 수가에는 발치료가 포함되지 아니한 항목이므로 별도 행위별 산정이 가능합니다. 또한, 사전등록번호는 틀니 1단계 시술 시작일에 등록번호를 부여받게 되므로, 통상 발치 이후에 사전등록 신청을 하게 되나, 시술 시작 이후 부득이하게 '잔존치근'을 발치하게 되는 경우, 의학적 타당성 등을 고려 적정성 여부를 판단해야 할 것이나, 필요성이 인정되는 경우, 발치료는 행위별로 산정 가능하되, 본인부담이 다르므로 명세서를 각각 분리하여 청구하여야 합니다.

Q11

상악은 최근 타 치과에서 발치를 하여 무치악 상태이고, 하악은 남아있는 치아 상태에서 내원했으나, 만성치주염으로 치주상태가 불량하여 여러개의 치아를 발치하고 틀니를 제작해야 하는 경우, 임시틀니는 상·하악 모두 가능한가요?

임시틀니는 발치를 하여 처음으로 무치악을 경험하게 된 환자에게 발치창의 치유기간 등을 고려, 레진상 완전틀니 제작 전 심미적 기능 및 저작 기능을 일부 보완하기 위해서 제작하는 것으로 하악 임시틀니 제작을 위해서는 상악 임시틀니 제작도 동일하게 급여 가능합니다. 또한, 임시틀니의 제작은 레진상 완전틀니를 전제로 한 경우에만 가능하며, 임시틀니만 단독으로 제작은 불가능합니다. 다만, 상악의 무치악으로 기존틀니를 보유하고 있는 환자의 경우는 임시틀니 제작이 불필요할 것입니다.

Q12

레진상 완전틀니를 장착한 환자가 해당 병원의 의과로 입원하게 되어 무상보상기간 동안 치과외래에서 유지관리 수가를 받은 경우, 수가 산정은 어떻게 하나요?

현행 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 가-8 협의진찰료 주항 규정에 따라 협의진찰료 산정이 가능하나, 입원기간 중 30일에 1회만 산정 가능하므로, 3개월 이내 6회를 실시한 경우에도 협의 진찰료는 3회까지만 산정 가능합니다. 다만, 6회를 실시한 경우에는 '12.10.1부터 시행되는 유상 유지관리 행위의 수기로 산정이 가능합니다.

레진상 완전틀니 - 청구방법 관련 Q&A

Q13

상악은 무치악으로 완전틀니 진료를 받고, 하악은 남아 있는 치아가 있어 해당 치아의 신경치료를 할 경우, 본인부담률 및 진료비 명세서 작성방법은 어떻게 되나요?

틀니 진료분과 신경치료 진료분은 분리하여 청구해야 합니다.

- ✓ 상악 틀니진료 : 본인부담률 50%
- ✓ 하악 신경치료 : 본인부담률 30%(치과의원 외래 기준) 적용
명세서 2장으로 분리 청구

Q14

레진상 완전틀니 장착 후 3개월 이내(6회 까지) 무상 보상기간으로 정하여 진찰료만 산정하도록 규정하였는데, 동 기간 동안에도 명일련 특정내역 구분코드 MT014에 완전틀니 사전 등록번호를 기재하나요?

레진상 완전틀니를 장착한 후 3개월 이내(6회까지) 유지관리는 틀니를 제작한 요양기관에서 무상으로 제공하며, 이 경우 진찰료만 별도 산정하되, 명일련 특정내역 구분코드 MT014에 완전틀니 사전 등록번호를 기재하여야 합니다.

※ 편악 틀니인 경우에 틀니 반대악의 남아있는 치아의 치료 당일 유지관리를 함께 한 경우에도 MT014에 완전틀니 사전 등록번호를 기재하여야 합니다.

레진상 완전틀니 - 사전등록제 관련

Q15

건강보험 완전틀니 대상자 등록 후 등록내역을 취소하려면 어떻게 하나요?

건강보험 틀니 대상자로 등록한 후 그 등록내역을 취소하고자 할 경우,

치과 병·의원에서만 취소요청이 가능하며, 시술이 시작되기 전 공단(지사)으로 '건강보험 틀니 대상자 변경/해지/취소신청서'를 작성하여 제출합니다.

☞ 변경/해지신청서 → 변경/해지/취소신청서로 변경

※ 서식 다운로드

[국민건강보험공단(www.nhic.or.kr)/정보공개/서식자료실/보험급여/틀니관련서식]

[요양기관정보마당(<http://medi.nhic.or.kr>)/업무안내/보험급여/틀니관련서식]

Q16

등록된 내용 중 시술부위, 틀니종류를 변경하려면 어떻게 하나요?

건강보험 틀니 대상자로 등록한 후 그 등록내역 중 시술부위나 틀니종류를 변경하고자 할 경우,

등록 당일은 치과 병·의원에서 '요양기관정보마당'을 통해 취소 후 다시 등록하여야 하며,

당일 경과한 경우, 공단(지사)으로 '건강보험 틀니 대상자 변경/해지/취소신청서'를 작성하여 '증빙자료(진료기록부 등)'와 함께 제출합니다. 공단에서 취소처리가 완료된 것을 확인한 후, 다시 등록하시면 됩니다.

☞ 변경/해지신청서 → 변경/해지/취소신청서로 변경