

노인틀니, 틀니유지관리 (다빈도 질의응답)

2021. 11.

목차

- Q1. 급여대상 틀니 종류는?
- Q2. 노인틀니 시술시 본인부담률은?
- Q3. 틀니 교체주기는?
- Q4. 틀니 진료비 지불방법은 무엇인가요? 진료 중 환자 개인사정으로 틀니 제작이 중단된다면 시술한 비용의 청구가 가능한가요?
- Q5. 틀니 장착 전 반드시 임시틀니를 해야 하나요?
- Q6. 임시틀니를 시술받고, 틀니 제작을 진행하지 않아도 되나요? 또한 반드시 동일한 병·의원에서 틀니를 제작해야 하나요?
- Q7. 최초 신청 시 임시틀니 여부에 체크하지 않았으나 치료계획이 변경되어 임시틀니가 필요해진 경우 신청방법은?
- Q8. 틀니 시행일 이후 환자가 임시틀니 시술을 받고 틀니 제작을 진행하지 않아도 되나요?
- Q9. 틀니 장착 후 틀니가 불만족스럽거나, 환자 과실로 틀니가 파절 혹은 틀니를 분실한 경우 재제작 사유가 되나요?
- Q10. 급여 틀니 제작 후, 사후점검기간에 의치상이 파절되어 재 내원했는데 의치수리가 불가하고 재제작을 해야 하는 경우, 환자에게 별도 비용을 징수할 수 있나요?
- Q11. 노인틀니 재등록은 어떻게 처리하나요?
- Q12. 틀니 사용 중 구강상태 등이 심각하게 변화되어 재제작이 필요한 경우 처리 방법은?
- Q13. 틀니 시술일로부터 7년이 지났으나 요양기관정보마당에서 신규 입력이 되지 않을 때 처리 방법은 무엇인가요?

- Q14.** 틀니 시술부위(상악↔하악) 혹은 틀니 종류를 변경하고자 할 경우 처리 절차는 무엇인가요?
- Q15.** 완전 무치악이었던 환자가 비급여로 임플란트 시술 후 해당 악에 부분틀니 급여 신청 시 급여적용 가능할까요?
- Q16.** 틀니 행위수가는 종별가산이 가능한가요?
- Q17.** 틀니 시술을 위한 치아의 ‘발치’ 혹은 사전등록번호 부여받은 이후 ‘발치’ 산정이 가능한가요?
- Q18.** A병원에서 틀니 진료단계 중 환자개인사유 또는 해당 병원의 불가피한 사정으로 인해 B병원으로 이동하여 재제작할 경우, 다시 보험급여적용이 가능한가요?
- Q19.** 보험급여가 되는 부분틀니를 제작한 하악(또는 상악)에 치과임플란트 시술을 하는 경우 보험급여 가능한가요?
- Q20.** 보건소 시행 노인틀니사업의 수혜 대상자가 건강보험 대상자로 자격 변동 이후 다시 완전틀니를 제작하려고 한다면 보험적용을 받을 수 있나요?
- Q21.** 부분틀니 급여적용을 받았던 환자분이 잔존치아가 모두 빠진 경우(완전무치악), 완전 틀니에 대한 급여적용이 가능한가요?
- Q22.** 입원환자가 협진 등의 형태로 치과 외래에서 틀니를 제작하거나, 산정특례(희귀난치, 중증암 등) 환자가 특례 적용 질환진료 당일 틀니 제작 시, 진료비용 청구는 어떻게 하나요?
- Q23.** 요양병원 또는 의과 의료기관에 입원 중인 환자가 치과 외래에서 틀니 시술을 받은 경우 진료비용 청구는 어디에서 하나요?
- Q24.** 틀니와 치과임플란트 시술을 동시에 하는 경우 진료비용 청구는 어떻게 하나요?
- Q25.** 의료급여 ↔ 건강보험 자격이 변동된 환자입니다. 지사에서 별도로 처리할 사항이 있나요?
- Q26.** 의료급여 수급권자가 틀니 시술 중 자격이 변동된 경우 틀니등록번호를 다시 부여받아야 하나요?

- Q27.** 틀니 급여 7년 기간 내에 재제작할 수 있는 사유 중 ‘천재지변 등 그 밖의 사유’는 정확히 어떤 경우를 말하는 건가요?
- Q28.** 틀니 재제작 횟수 1회는 재제작 사유별로 인정되나요?
- Q29.** 화재·수해 등 천재지변에 의해 틀니가 분실·파손된 경우 재제작을 신청하려면 어떻게 해야 하나요?
- Q30.** 고시 개정 이전, 2019년 화재 및 2020년 수해 발생으로 틀니가 분실·파손되었으나 재제작 신청을 하지 못한 경우, 신청 가능한가요?

Q1 건강보험 적용 가능한 틀니의 종류는 무엇입니까?

- 건강보험 급여대상 틀니는 크게 완전틀니, 부분틀니로 나눌 수 있으며, 완전틀니는 재료에 따라 레진상 완전틀니와 금속상 완전틀니로 나눌 수 있습니다. 부분틀니는 클라스프 유지형 부분틀니가 있습니다.

레진상 완전틀니는 치과용 합성수지(Resin)로 제작한 틀니로 재료는 열중합형의치상용레진, 다중중합레진치아이며, 금속상완전틀니는 의치상에 코발트크롬 금속류를 사용한 틀니로 재료는 열중합형의치상용레진, 다중중합레진치아, 코발트크롬 금속류를 사용합니다. 부분틀니란 부분의치, 국소의치라고도 하며, 치아가 부분적으로 남아 있을 경우 시행되는 보철물로, 결손된 치아를 하나의 보철물로 만들어 고정시켜 줄 치아에 여러 가지 구조물(클라스프 등)을 통해 틀니를 고정할 수 있도록 만든 틀니를 말합니다.

이 밖에, 틀니에 귀금속(금, 티타늄 등)이 들어간 경우는 비급여로 보험적용이 되지 않으며, 차액도 보상되지 않습니다.

Q2 노인틀니 시술시 본인부담률은 얼마입니까?

- 요양급여비용 총액의 30%를 입원·외래 구분 없이 부담합니다.

차상위 대상자 중 희귀난치성질환자(C) 5%, 만성질환자(E, F) 15%를 부담하며, 의료급여 대상자는 1종 5%, 2종 15%입니다.

Q3 틀니의 교체주기는 언제입니까?

- 틀니 교체주기는 7년으로 틀니 최종 장착일 혹은 최종 시술단계(완전틀니 5단계, 부분틀니 6단계)의 시술종료일로부터 7년을 기산합니다.

다만, 요양기관의 폐업 등의 사유로 최종 시술단계 확인이 불가능한 건은 시술시작일로부터 7년을 기산합니다.

Q4

틀니 진료비 지불방법은 무엇인가요? 진료 중 환자 개인사정으로 틀니 제작이 중단된다면 시술한 비용의 청구가 가능한가요?

- 틀니 제작은 단계별 진료가 이루어지도록 정해져 있기 때문에 각 단계마다 진료비가 산정됩니다.

진료 전 단계에서 틀니 비용의 일부를 선납하고, 나머지 금액은 진료 후에 지불하는 형태가 관행적으로 시행되고 있었으나, 건강보험 및 의료급여 등에서는 진료 후 급여비 및 본인부담금 청구가 원칙인 점 등을 고려하여 단계별 급여비 청구 체계를 마련한 것입니다.

환자는 해당 요양기관에서 1단계를 시작하게 되면 중간에 다른 요양기관으로의 이동이 불가능합니다. 만약, 환자의 부득이한 개인사정으로 진료단계 중에 틀니제작이 중단된다면, 요양기관은 이미 진행된 진료단계까지 요양급여비용을 청구할 수 있습니다.

Q5

틀니 장착 전 반드시 임시틀니를 해야 하나요?

- 틀니 제작을 위해 반드시 임시틀니를 제작해야 하는 것은 아닙니다.

임시틀니는 틀니 제작 기간 동안 식사 또는 대외적인 활동에 어려움을 겪는 분들을 고려하여, 임시틀니가 필요한 경우에 한하여 제작이 가능합니다.

Q6

임시틀니를 시술받고, 틀니 제작을 진행하지 않아도 되나요? 또한 반드시 동일한 병·의원에서 틀니를 제작해야 하나요?

- 임시틀니는 틀니 시술 기관과 동일 병·의원에서 시술합니다.

임시틀니에 대한 보험 급여는 원칙적으로 틀니 제작을 전제로 하는 경우에 한하여 인정하고 있습니다. **임시틀니만 제작하거나, 임시틀니 시술 후 틀니를 제작하지 않는 것은 급여적용이 불가능합니다.**

또한, 임시틀니는 틀니 장착 전의 사전 단계이며, 임시틀니 제작시점부터 등록이 되기 때문에 임시틀니와 틀니는 동일한 병·의원에서 진행하여야 합니다.

Q7

최초 신청시 임시틀니 여부에 체크하지 않았으나 치료계획이 변경되어 임시틀니가 필요해진 경우 신청방법은?

의사소견서 등 임시틀니 시술이 필요함을 확인할 수 있는 서류, 건강보험 틀니 대상자 **변경**/해지/취소 신청서를 접수 후 전산 등록하시면 됩니다.

Q8

틀니 시행일 이후 환자가 임시틀니 시술을 받고 틀니 제작을 진행하지 않아도 되나요?

■ 임시틀니만 제작하는 것은 비급여대상입니다.

임시틀니는 틀니 제작을 하는 경우에 한하여 보험 급여를 인정하고 있습니다. 따라서, 환자가 틀니 제작을 원치 않고 임시틀니만 제작하는 경우는 급여 적용은 불가능합니다.

■ 임시틀니와 틀니는 동일 요양기관에서 시술하셔야 합니다.

또한, 임시틀니는 틀니 장착 전의 사전 단계로, 임시틀니 제작 시점부터 등록이 되기 때문에 임시틀니와 틀니는 동일한 요양기관에서 진행하여야 합니다.

Q9

틀니 장착 후 틀니가 불만족스럽거나, 환자 과실로 틀니가 파절 혹은 틀니를 분실한 경우 재제작 사유가 되나요?

■ 환자 개인의 귀책사유로 인한 경우는 틀니 재제작 불가

틀니는 원칙적으로 7년 이후에 다시 보험적용을 받을 수 있기 때문에, 틀니장착 이후 틀니가 불만족스럽거나, 개인의 귀책사유(부주의로 인한 분실 등)로 인해 다시 제작할 경우 보험적용은 불가능합니다.

다만, 틀니가 일부 파절된 경우에는 재제작이 아닌 수리하는 방법으로도 가능하며, 이러한 유지관리는 틀니유지관리행위 항목으로 급여적용이 가능합니다.

Q10

급여틀니 제작 후, 사후점검기간에 의치상이 파절되어 재내원 했는데 의치 수리가 불가하고 재제작을 해야하는 경우, 환자에게 별도 비용을 징수할 수 있나요?

■ 틀니 제작 후 사후점검기간(무상)중 틀니 재제작도 무상 보상에 해당합니다.

틀니 제작 후 사후점검기간(무상)은 3개월 이내 6회까지이며, 틀니 제작 후 사후점검기간(무상) 중 의치가 심하게 파절되어 수리가 불가하고 재제작을 해야하는 경우에도 무상으로 보상하여야 합니다.

또한, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표 1] 요양급여의 적용기준 및 방법(제5조제1항관련) 제1호 나목에 따르면, 요양급여를 담당하는 의료인은 의학적 윤리를 견지하여 환자에게 심리적 건강효과를 주도록 노력하여야 하며, 요양상 필요한 사항이나 예방의학 및 공중보건에 관한 지식을 환자 또는 보호자에게 이해하기 쉽도록 적절하게 설명하고 지도하여야 합니다.

따라서, 건강보험 틀니 제작 환자가 65세 이상인 점, 틀니 장착 및 유지를 위해서는 틀니 사용상의 주의사항 및 별도의 교육이 필요한 점을 고려하여 수가가 책정되었으며, 사후점검기간(무상) 동안 심각하게 파절된 의치에 대한 환자의 귀책사유를 객관적으로 증빙할 방법도 부재하여 무상으로 운영하여야 하므로, 환자에게 재제작에 대한 별도의 비용을 징수할 수 없습니다.

Q11

노인틀니 재등록은 어떻게 처리하나요?

(폐업에 따른 재등록)

- ① 「건강보험 틀니 대상자 등록신청서」 접수
- ② 요양기관 폐업 여부 확인
 - 경로 : 통합급여정보시스템 → 급여정보 → 요양기관관리 → 요양기관기본 → 요양기관(기본)조회
- ③ 「틀니 대상자 관리」 화면에서 ‘입력’을 클릭, 신청내역 등록 후 저장

(구강상태의 심각한 변화에 따른 재등록)

- ① 「건강보험 틀니 대상자 등록신청서」 접수 - 의사 소견서 징구
- ② 소견서 검토 : 구강상태가 심각하게 변화되어 새로운 틀니제작이 불가피하다는 소견 확인
- ③ 「틀니 대상자 관리」 화면에서 ‘입력’을 클릭, 신청내역 등록 후 저장
 - ☞ 재등록 ‘시술시작일’은 후속 요양기관의 시술 시작일을 기입

Q12

틀니 사용 중 구강상태 등이 심각하게 변화되어 재제작이 필요한 경우 처리 방법은?

■ 의학적 소견 있을 경우 7년 이내라도 추가 1회에 한해 가능

(동종틀니 재제작) 구강상태가 심각하게 변화되어 새로운 동종틀니(부분틀니에서 부분틀니, 완전틀니에서 완전틀니) 제작이 불가피하다고 인정되는 의학적 소견이 있을 경우, 7년 이내라도 추가 1회에 한하여 재제작 가능하고 건강보험 틀니대상자 등록신청서(□재등록, □구강구조 변화에 따른 재제작 체크) 및 소견서를 첨부해야 합니다.

(부분틀니→완전틀니) 기존 부분틀니 장착자가 지대치가 흔들리거나 잔존치아가 질환 및 사고 등의 사유로 발치 및 결손이 되어 무치악 상태가 된 경우 부분틀니 제작 기간(7년)과 관계없이 완전틀니 신규 등록 가능합니다.

(기존요양기관 폐업) 요양기관 폐업 등으로 인해 진료진행이 불가능한 경우 재등록 가능하고 건강보험 틀니대상자 등록신청서(□재등록, □전 요양기관 폐업 체크)를 필요로 합니다.

※ 요양기관(기본)정보 조회 화면 등 확인자료 첨부(지사 담당자)

재제작 시술시작일은 최초 등록 요양기관의 폐업일 이후여야 하며, 요양기관 양도양수 등으로 시술단계가 연속적으로 진행될 경우 폐업요양기관과 개설요양기관에서 동일 단계에 대하여 중복청구가 이루어지지 않도록 안내가 필요합니다.

Q13

틀니 시술일로부터 7년이 지났으나 요양기관 정보마당에서 신규 입력이 되지 않을 때 처리 방법은 무엇인가요?

틀니 시술의 급여 주기는 7년으로, 시술 종료일로부터 7년*이 경과하였을 경우 요양기관에서 새로운 틀니 시술에 대한 신규 입력이 가능합니다.

하지만, 틀니 시술 단계(부분틀니 6단계, 완전틀니 5단계)를 모두 완료하지 않거나 혹은 청구 및 지급 반영되지 않은 경우 틀니 최종 장착 여부를 확인할 수 없으므로 요양기관에서 입력이 불가합니다.

유선 등의 방법으로 요양기관에 틀니 최종 장착여부 및 최종 시술일을 확인한 후, 최종 장착일로부터 7년이 도래한 시점부터 신규 입력이 가능합니다.

* 최종시술단계 이전까지만 시술이 진행된 경우 시술시작일로부터, 최종시술이 완료된 경우 시술종료일로부터 7년 기산

▶ 「틀니 대상자 관리(bifa110m01)」 메시지 알림

노인틀니 교체기간 7년이 지났으나 '요양기관 정보마당'에서 신규등록이 불가한 건은 아래와 같이 처리하시기 바랍니다. (처리순서 : 1→2→3) [전체보기]

1. 입력불가 대상 : 최종시술단계누락, 의료급여연계등록, 국정원소속 등
 - 주민번호별 명세서 조회 및 요양기관을 통해 최종시술단계를 확인합니다.
2. 신규 등록요청 : 업무전산Q&A/ 급여사업/ 치과시술(등록제)에 요청사항 게시
 - 게시 참고 : 업무별지식/ 급여사업/ 치과시술(등록제)_No.50978
3. Q&A 답변 확인 후 처리방법
 - 최종시술단계 누락 건 : 요양기관에서 직접 등록하도록 안내
 - 의료급여 연계등록, 국정원 소속 : 지사에서 신청서 접수하여 입력

Q14

틀니 시술부위(상악↔하악) 혹은 틀니 종류를 변경하고자 할 경우 처리 절차는 무엇인가요?

■ 시술부위 및 틀니 종류는 ‘변경’ 처리 불가하며, ‘취소’ 후 신규 등록

틀니 시술부위 및 틀니 종류를 변경하면 등록번호도 변경됩니다. 기존 틀니등록번호와 다른 새로운 등록번호를 부여받아 관리되어야 하므로 취소 후 신규 등록 절차가 필요합니다. 요양기관의 판정오류 혹은 착오입력 등으로 시술부위, 틀니 종류를 변경해야할 경우 처리 절차는 다음과 같습니다.

① 건강보험 틀니 대상자 변경/해지/취소 신청서를 공단으로 제출

→ 필요 시, 증빙자료를 제출받아 진위여부 확인이 필요하며, 요양급여비용 청구 내역이 있는 경우 요양기관은 건강보험심사평가원으로 자진환수 요청 후 환수 내역을 첨부하여 신청서와 함께 제출합니다.

② 공단(지사)에서 취소처리 후 요양기관에 처리내역을 알리고 새로운 내용으로 등록(신청)할 것을 안내합니다.

Q15

완전 무치악이었던 환자가 비급여로 임플란트 시술 후 해당 악에 부분틀니 급여 신청시 급여적용 가능한가요?

■ 완전틀니 급여적용 이력이 없는 경우 가능합니다.

부분무치악 환자가 완전무치악이 되는 경우는 대부분 수진자의 고의, 중대한 과실 없이 본인 의지와 무관하게 발생하게 되므로(잔존치아 소실) 급여적용에 문제가 없는 것으로 볼 수 있으나, 완전틀니에서 부분틀니로 전환은 본인 스스로의 의지(고의)에 따라 완전틀니에 대해 적용된 급여를 역행하는 것으로 볼 수 있어 완전틀니 급여 적용 후 7년 동안은 부분틀니에 대한 급여적용이 불가합니다.

다만, 해당 환자가 완전틀니에 대한 건강보험 급여적용 이력이 없는 경우는 임플란트 시술(완전무치악인 경우 비급여)후 부분틀니에 대한 급여적용이 가능합니다.

Q16 틀니 행위수가는 종별가산이 가능한가요?

- 해당 종별에 따른 상대가치점수를 산정하는 것으로 종별가산 적용은 불가합니다.

틀니(1악당) 수가는 진료단계별(완전틀니 5단계, 부분틀니 6단계) 묶음 수가로 환자에게 제공된 진료행위, 약제, 치료재료 등을 모두 포함하므로 진찰료, 약제, 치료재료 비용 및 요양기관 종별가산은 별도 산정이 불가합니다.

수가는 요양기관 종별에 따른 시설·장비, 인건비, 행정비용 등을 고려하여, 요양기관 종별로 차등을 두어 구분하여 고시한 것으로 해당되는 종별로 상대가치점수를 산정하실 수 있습니다.

Q17 틀니 시술을 위한 치아의 ‘발치’ 혹은 사전등록번호를 부여받은 이후 ‘발치’ 산정이 가능한가요?

- 틀니 수가에는 발치료가 포함되지 아니한 항목이므로 행위별 수가 산정이 가능합니다.

틀니 처치 시 사용된 치료재료, 약제, 진찰료가 해당 소정점수에 포함되어 별도 산정하지 않는 것으로 틀니 수가에 발치료가 포함된 것은 아닙니다.

또한, 사전등록번호는 틀니 1단계 시술 시작일에 등록번호를 부여받게 되므로, 통상 발치 이후에 사전등록 신청을 하게 되나, 시술 시작 이후 부득이하게 발치하게 된다면 의학적 타당성 등을 고려 적정성 여부를 판단해야 할 것이나, 필요성이 인정되는 경우, 발치료는 행위별로 산정 가능하되, 본인부담이 다르므로 명세서를 각각 분리하여 청구하여야 합니다.

Q18

A병원에서 틀니 진료단계 중, 환자 개인사유 또는 해당병원의 불가피한 사정으로 인해 B병원으로 이동하여 재제작할 경우, 다시 보험급여적용이 가능한가요?

- 원칙적으로 진료단계 중에 병·의원 이동은 불가능합니다.

원칙적으로 진료단계 중에 환자가 병·의원을 이동하는 것은 불가능합니다. 틀니 제작을 위해서 A병원에서 진료계획을 수립했다면, A병원에서 5단계 진료를 완료해야 합니다. 환자 개인적인 사유(이사 등)로 진료단계 중 B병원으로 이동하여 다시 제작한다면 다시 급여적용은 불가능합니다.

다만, 진료계획 수립 전(시술 동의서 작성 전 및 사전등록 전)에는 다른 요양기관에서 1단계를 다시 시작할 수 있으며, 이 경우 해당 진료 과정에서 발생하는 진찰료와 검사비(방사선 촬영료 등)를 행위별 수가로 청구하시면 됩니다.

또한 환자의 귀책사유가 아닌 A병원의 폐업 등의 사유로 연속하여 진료진행이 불가능한 경우, 환자는 중단사유에 대한 증빙서류를 공단(지사)에 제출한 후 B병원으로 이동하여 처음부터 건강보험 틀니 시술을 받을 수 있습니다.

Q19

보험급여가 되는 부분틀니를 제작한 하악(또는 상악)에 치과임플란트 시술을 하는 경우 보험급여 가능한가요?

- 보험급여가 되는 부분틀니를 제작한 하악(또는 상악)에 치과임플란트를 하는 경우에도 보험급여 가능합니다.

2013년 7월 보험급여 된 부분틀니를 제작한 환자가 지대치가 흔들리거나 잔존치아가 질환 등의 사유로 상실되어 치과임플란트 시술을 하는 경우에도 보험급여 가능합니다.

Q20

보건소 시행 노인틀니사업의 수혜 대상자가 건강보험 대상자로 자격 변동 이후 다시 완전틀니를 제작하려고 한다면 보험적용을 받을 수 있나요?

■ (중복급여) 국가사업 및 의료급여사업과 중복급여 방지

기존 의료급여대상자로서 '02년부터 보건소에서 시행하고 있는 국민건강증진기금 노인틀니사업 및 일부 지자체의 노인의치사업 또는 의료급여사업을 통하여 틀니를 장착한 사람은 건강보험 가입자로 자격 변동이 있더라도, 틀니에 대한 보험적용을 받을 수 없습니다. 다만, 틀니 제작 후 7년이 지난 시점에서는 틀니를 건강보험 적용 받을 수 있습니다.

Q21

부분틀니 급여적용을 받았던 환자분이 잔존치아가 모두 빠진 완전무치악인 경우 완전 틀니에 대한 급여적용이 가능한가요?

■ 기존 부분틀니 제작 환자가 잔존치아의 발치, 결손 등으로 인해 무치악 상태가 된 경우에는 부분틀니 제작기간과 관계 없이 완전틀니 급여가 가능합니다.

아울러, 기존 부분틀니 급여적용을 받았던 환자분에 대해 완전틀니를 착오로 입력한 경우에는 당일 입력건라도 요양기관에서 취소처리가 불가합니다. ☎ 「건강보험 틀니 대상자 변경/해지/취소 신청서」 접수, 지사 취소처리

Q22

입원환자가 협진 등의 형태로 치과 외래에서 틀니를 제작하거나, 산정특례 (희귀난치, 중증암 등) 환자가 특례 적용 질환 진료 당일 틀니 제작시, 진료 비용 청구는 어떻게 하나요?

■ (복합진료) 입원·외래 구분 없이 본인부담률 30% 적용, 각각 분리청구

국민건강보험법 시행령 개정 [별표 2] 제3호 바목에 따라 틀니 시술 시에는 입원·외래 구분없이 해당 요양급여비용 총액의 30%를 환자 본인이 부담하게 되므로, 입원 중 타과(치과) 협진 등을 통해 외래 진료가 이루어지는 경우, 명세서를 분리하여 청구하여야 하며, 틀니비용 이외의 협진료 등의 비용을 별도로 부담시킬 수 없습니다.

또한, 산정특례 환자가 특례 적용 질환 진료 당일 틀니 치료를 받는 경우, 틀니 시술은 특례 적용 대상이 아니므로 특례적용 대상 진료와 명세서를 분리하여 청구해야 합니다.

Q23

요양병원 또는 의과 의료기관에 입원 중인 환자가 치과 외래에서 틀니 시술을 받은 경우 진료비용 청구는 어디에서 하나요?

■ 환자가 입원하고 있는 요양병원(의과 의료기관 입원)에서 명세서를 작성하여 청구 합니다.

요양병원(또는 의과 의료기관) 입원 중 치과 외래 진료에 이루어지는 경우에는 요양 병원(또는 의과 의료기관) 명세서에 줄번호 특정내역 'JS008'에 시술한 치과 요양 기관의 '요양기관기호/ 진료의뢰일'을 기재합니다.

또한, 의료기관 입원 명세서와 별도의 입원 명세서에 치과에서 발생된 틀니 관련 진료 내역을 기재하여 청구하되, 이때 치식번호는 줄번호 특정내역 중 기타내역(JX999)란에 기재합니다.

다만, 틀니 사전등록은 시술한 치과 요양기관에서 등록하며, 틀니의 본인부담금은 요양 급여비용 총액의 30%를 환자가 부담합니다.

Q24

틀니와 치과임플란트 시술을 동시에 하는 경우 진료비용 청구는 어떻게 하나요?

■ 틀니 명세서, 치과임플란트 명세서는 각각 분리하여 작성·청구합니다.

틀니 대상 상병(K08.1)과 치과임플란트 대상 상병(K08.1) 명세서는 각각 따로 작성 합니다.

틀니 진료 중 치과임플란트 진료로 별도의 명세서 작성 시 명일련 특정내역 구분코드 MT037(등록 틀니, 치과임플란트 및 타 상병 진료)에 'M'을 기재합니다.

☞ 틀니진료 : 본인부담률 30%(본인부담상한제 적용)

☞ 치과임플란트 진료 : 본인부담률 30%(본인부담상한제 미적용)

Q25

의료급여 ↔ 건강보험 자격이 변동된 환자입니다. 지사에서 별도로 처리할 사항이 있나요?

- 자격변동 처리일 기준 7일에서 10일 내에 새로운 등록번호가 부여됩니다.

틀니 시술 도중 건강보험에서 의료급여, 의료급여에서 건강보험으로 자격이 변동된 환자의 경우, 자격 변동 처리일 기준 7일에서 10일 내(공휴일 제외)에 새로 취득한 자격정보 상에서 등록번호가 부여됩니다.

처리일 기준이 지났음에도 불구하고 등록번호 생성이 되지 않았을 때 처리방법은 건강보험에서 의료급여로 자격이 바뀌는 경우 관할 지자체에서 건강보험에서 수신된 정보로 별도의 승인절차 과정을 거친 뒤 등록번호가 생성되므로, 수신자 관할 시군 구청(보장기관)으로 안내해주시면 됩니다.

반대로 의료급여에서 건강보험으로 자격이 바뀐 경우, 별도의 승인 절차 없이 자동으로 등록되므로 문제가 발생할 시 본부로 문의하시기 바랍니다.

또한, 등록제로 운영되는 치과시술은 등록번호별로 단계별 청구하도록 되어 있으므로, 건강보험 자격 당시 진료받은 치료단계에 대해서는 건강보험으로, 의료급여 당시 진료 받은 치료단계에 대해서는 의료급여로 청구하시면 됩니다.

※ 의료급여 치과시술 업무 관련 문의에 대한 내용은 관할 지자체로 안내하여 주시고, 의료급여 치과 시술 전산 관련 문제로 문의사항 발생 시에는 급여사업실 의료복지부 의료복지1팀으로 이관 부탁드립니다.

Q26

의료급여 수급권자가 틀니 시술 중 자격이 변동된 경우 틀니등록번호를 다시 부여받아야 하나요?

- 틀니등록번호를 다시 부여받아야 합니다.

의료급여 틀니등록번호와 건강보험 틀니등록번호는 자릿수와 구성체계가 다릅니다. 따라서, 의료급여 수급권자가 틀니 시술 중 건강보험으로 자격이 변동된 경우 등록번호는 다시 부여받아야 합니다.

단, 의료급여 수급권자의 관할 보장기관이 변경된 경우에는 틀니등록번호를 다시 부여받지 않아도 됩니다.

Q27

틀니 급여 7년 기간 내에 재제작할 수 있는 사유 중 ‘천재지변 등 그 밖의 사유’는 정확히 어떤 경우를 말하는 건가요?

- 화재·수해 등 천재지변으로 인해 건강보험 틀니가 분실 또는 파손된 경우를 말하며 동종틀니에 한해 재제작이 가능합니다.

천재지변으로 인한 피해사실은 지방자치단체 등 행정기관을 통해 발급받은 증명서류(피해사실확인서*)로 입증될 수 있어야 합니다.

* 자연재해대책법 시행규칙 별지 제16호 서식

(보건복지부 고시 제2021-212호, 2021. 8. 2. 시행)

Q28

틀니 재제작 횟수 1회는 재제작 사유별로 인정되나요?

- 아니요. 그렇지 않습니다.

틀니 제작 후 7년 내에 구강상태가 심각하게 변화되어 새로운 틀니 제작이 불가피하다고 인정되는 의학적 소견이 있거나, 화재·수해 등 천재지변으로 인해 틀니가 분실·파손된 경우 중 어느 하나에 해당될 경우 1회에 한해 재제작이 가능합니다.

예) 틀니 제작 후 7년 내에 구강상태가 심각하게 변화되어 새로운 틀니 제작이 불가피하다고 인정되는 의학적 소견으로 재제작을 진행한 경우 천재지변으로 인한 재제작은 추가로 인정되지 않습니다.

(보건복지부 고시 제2021-212호, 2021. 8. 2. 시행)

Q29

고시 개정 이전, 2019년 화재 및 2020년 수해 발생으로 틀니가 분실·파손되었으나 재제작 신청을 하지 못한 경우, 신청 가능한가요?

- 틀니 재제작 신청이 불가합니다. 화재·수해 등 천재지변에 의한 노인틀니 재제작 신청은 고시 시행일 이후 발생한 자연재해부터 적용됩니다.

(보건복지부 고시 제2021-212호, 2021. 8. 2. 시행)

Q30

화재·수해 등 천재지변에 의해 틀니가 분실·파손된 경우 재제작을 신청하려면 어떻게 해야 하나요?

- (재제작 신청절차) 치과 병·의원을 방문하여 「건강보험 틀니 대상자 등록 신청서」를 작성하고 행정기관에서 발행한 자연재해로 인한 피해사실을 입증하는 증명서류인 「피해사실확인서」를 공단 지사에 팩스·우편·방문의 방법으로 제출하시면 됩니다. (요양기관에서 등록 불가)

다만, 틀니가 파손된 경우는 자연재해로 인해 틀니가 파손되어 사용이 불가하다는 「의사 소견서」를 추가로 제출하셔야 합니다.

- (제출서류) 1. 건강보험 틀니 대상자 등록신청서(요양기관)
2. 피해사실확인서(지자체 발급)
3. 의사소견서(요양기관) - 틀니가 파손된 경우만 해당

(보건복지부 고시 제2021-212호, 2021. 8. 2. 시행)

목차

- Q1. 비급여로 제작한 틀니도 유지관리행위 급여 적용이 가능한가요?
- Q2. 틀니유지관리행위 등록 당일 청구 가능한가요?
- Q3. 틀니 장착 후 사후 유지관리는 무료제공 기간이 있나요? 보험적용이 가능한 기간은 언제인가요?
- Q4. '12.7.1일 이전 제작된 기존 완전틀니 또는 부분틀니도 유지관리에 대한 급여적용이 가능한가요?
- Q5. 유지관리 급여인정 기준은? 급여 횟수 제한 초과 시 비용은 어떻게 산정하나요?
- Q6. 임시틀니 유지관리에 대하여 급여적용이 가능한가요?
- Q7. 유지관리 비용 청구 시 상병코드는 무엇으로 기재하여야 하나요?
- Q8. 틀니 유지관리행위 등록내용 변경 및 취소 방법은?
- Q9. 틀니 유지관리(11항목) 급여 적용은 반드시 틀니를 제작한 요양기관에서 실시해야만 가능한가요?
- Q10. 틀니 유지관리(11항목)도 공단에 등록해야 하나요?
- Q11. 틀니 유지관리(11항목)도 비용 청구 시 틀니등록번호를 기재해야 하나요?
- Q12. 틀니 유지관리의 등록절차는 어떻게 되나요?

Q1 비급여로 제작한 틀니도 유지관리행위 급여 적용이 가능한가요?

- 급여적용 대상 틀니종류와 동종인 경우에 한해 급여적용 가능합니다.

비급여로 제작한 틀니라 할지라도 급여적용 대상 틀니(레진상 완전틀니, 금속상 완전틀니 및 클라스프 유지형 부분틀니)일 경우 틀니유지관리행위 급여 적용이 가능합니다. 단, 해당 틀니가 급여적용 대상이라 할지라도 수진자가 만 65세에 도달하지 못한 경우에는 급여가 불가합니다.

본인부담률은 요양급여비용 총액의 30%를 입원/외래 구분 없이 부담합니다.

Q2 틀니유지관리행위 등록 당일 청구 가능한가요?

- 틀니유지관리행위를 포함한 모든 치과시술(등록제)은 등록 당일 청구가 불가합니다.

등록제로 실시되는 치과시술은 전산에 입력 후 입력된 데이터가 건강보험심사평가원에 전송되는 시간이 소요되므로 대상자 등록 당일 청구는 불가합니다. 데이터가 정상적으로 전송되어 반영된 등록 다음날 오후부터 청구가 가능합니다.

Q3 틀니 장착 후 사후 유지관리는 무료제공 기간이 있나요? 보험적용이 가능한 기간은 언제인가요?

- 틀니 장착 후 3개월이내 6회까지 무상유지관리 가능합니다.

틀니 장착 후 3개월 이내(횟수로 6회까지) 사후 유지관리를 무상으로 받을 수 있으며, 이 경우 진찰료만 부담하시면 됩니다.

☞ 2012.10.1.부터 사후 유지관리 급여 인정

Q4 '12.7.1일 이전 제작된 기존 완전틀니 또는 부분틀니도 유지관리에 대한 급여적용이 가능한가요?

■ 기존 완전틀니 또는 부분틀니 유지관리 보험적용 가능합니다.

만 65세 이전에 제작하거나 비급여로 제작한 틀니에 대해서도 만65세에 도달한 경우 보험적용을 받을 수 있습니다. 이는 추가 틀니제작 대신 부담이 적은 사후관리를 통해 기존 틀니의 수명을 연장하도록 하기 위한 차원입니다.

Q5 유지관리 급여인정 기준은? 급여 횟수 제한 초과 시 비용은 어떻게 산정 하나요?

■ (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 등록 시스템을 통하여 각 개인별 적용 횟수 관리가 이루어집니다. 따라서, 요양기관은 틀니 시술을 위해서는 반드시 사전등록 절차를 거쳐셔야 합니다.

〈급여대상 및 인정기준〉

※ 행위분류 8개 항목-세부분류 포함 11개 항목)

구분	유지관리 행위		급여인정 횟수
의치 조직면 개조	첨상 (relining)	직접법	연1회
		간접법	연1회
	개상(rebasing)		연1회
	조직 조정		연2회
의치 수리	인공치 수리		연2회 ※ 제1치 100%(제2치부터 50%)
	의치상 수리		연2회
의치 조정	의치상 조정		연2회
	교합조정	단순	연4회
		복잡	연1회
클래스프 수리	단순		연2회
	복잡		연1회

Q6 임시틀니 유지관리에 대하여 급여적용이 가능한가요?

- 임시틀니 유지관리는 급여적용이 불가합니다.

임시틀니는 유지관리를 받을 수 없습니다. 임시틀니는 틀니를 제작 전 기존 치아의 발취 및 결손 등으로 신규 또는 재 제작하는데 장시간이 소요되어 최종 장착까지 저작 기능 및 사회활동의 어려움을 호소하는 환자에 한하여 임시적으로 제작된 틀니로서, 틀니의 수명연장이나 질 제고를 위하여 수행되는 유지관리 보험적용 대상에는 해당 되지 않습니다.

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)을 주상병으로 기재하여 질병코드를 통일하여 산정합니다.

Q8 틀니 유지관리행위 등록내용 변경 및 취소 방법은?

- (변경 및 취소) 당일은 치과 병·의원에서 취소 가능, 당일 이후는 지사 요청

틀니 유지관리행위의 등록내역에 대한 '변경'은 불가합니다. 기존 변경이 가능했던 시술등록일자, 요양기관기호에 대한 자료관리의 어려움이 발생하여 변경이 불가하며, 동 내용에 대한 변경을 원할 경우, 취소처리 후 다시 등록해야 합니다.

착오등록 등록 등으로 등록내역 '취소'가 필요한 경우, 당일 입력한 내용에 대해서는 치과 병·의원에서 '요양기관정보마당'을 통해 등록내역 '취소'가 가능합니다.

그러나, 등록 당일이 경과한 경우에는 공단(지사)로 요청해야 하며, 이때 「건강보험 틀니 유지관리 행위 등록내역 취소 신청서」를 제출해야 하고, 틀니 유지관리행위 요양 급여비용 청구 내역이 있을 경우에는 요양기관은 '건강보험 심사평가원'으로 요양 급여비용 자진환수 요청 후, 환수내역을 첨부하여 취소신청서를 제출해야 합니다.

Q9

틀니 유지관리(11항목) 급여 적용은 반드시 틀니를 제작한 요양기관에서 실시해야만 가능한가요?

- 틀니 유지관리는 틀니를 제작한 요양기관과 동일하지 않아도 급여 적용이 가능합니다.
틀니의 유지관리 행위는 반드시 틀니를 제작한 요양기관과 동일하지 않아도 건강보험 적용이 가능합니다.
이는 환자가 틀니 제작 후 타 지역으로 이사하는 경우에도 주거지 근처에서 편리하게 유지관리를 받을 수 있는 등 필요한 시점에 어디서나 적절한 유지관리를 받을 수 있도록 하기 위함입니다.
다만, 건강보험 틀니를 장착한 후 무상 유지관리(3개월 이내 6회까지)는 해당 틀니를 제작한 요양기관에서 제공하여야 합니다.

Q10

틀니 유지관리(11항목)도 공단에 등록해야 하나요?

- 틀니 유지관리의 시술일은 공단 요양기관 정보마당에 등록하여야 합니다.
(요양기관 정보마당 : <http://medicare.nhis.or.kr/potal>)
틀니 유지관리는 항목별 연간 건강보험 적용 횟수가 정해져 있기 때문에 요양기관에서 개인별 횟수를 확인할 수 있도록 마련된 공단의 요양기관 정보마당을 이용하여 등록하여야 하며, 틀니 유지관리 행위 시 반드시 사전등록절차를 거치셔야 합니다.
틀니 유지관리 행위 시술일 등록을 통하여 해당 환자의 급여가능 여부를 확인할 수 있으며, 등록을 통하여 초과급여에 따른 환수 등을 미연에 방지할 수 있습니다.

Q11 틀니 유지관리(11항목)도 비용 청구 시 틀니등록번호를 기재해야 하나요?

- 틀니 유지관리는 사전등록 후 시술하며 틀니등록번호는 기재하지 않습니다.

틀니 유지관리 행위는 요양기관 정보마당을 통하여 해당 항목별 급여횟수를 확인하고 시술내용을 등록한 후 진행하게 됩니다.

따라서, 요양기관 정보마당의 사전등록 절차만 거친 후 진료비를 청구하면 되므로, 틀니등록번호를 기재하실 필요는 없습니다.

※ 틀니 유지관리 등록정보는 공단에서 건강보험심사평가원으로 전송되며, 요양기관 정보마당에 등록일로부터 1일 경과 후 건강보험심사평가원에 요양급여비용 청구를 해야 합니다.

Q12 틀니 유지관리의 등록절차는 어떻게 되나요?

- 요양기관은 수진자의 틀니 유지관리 요양급여 대상 여부를 확인하고 급여 대상인 경우 등록 후 시술을 합니다.

틀니 장착자가 틀니 유지관리 시술을 위해 요양기관에 방문하였을 경우, 요양기관은 해당 환자의 급여대상 여부(만 65세 이상)를 확인하고,

요양급여 대상자로 확인되면, 요양기관 정보마당을 통해 해당 환자의 유지관리 항목별 급여 횟수를 확인합니다.

요양기관은 유지관리 시술을 위해 내원한 환자의 주민등록번호, 성명, 시술일 등을 요양기관 정보마당에 등록한 후 시술을 시작합니다.

※ 시술 시작일에 등록하지 않고 차후 타 요양기관에서 먼저 등록을 한다면 시술한 부분에 대한 급여는 받으실 수 없습니다.

등록시스템 조회 결과 해당 유지관리 행위에 대해 급여횟수가 남아 있다면 수진자 본인에게 건강보험 적용이 가능함을 안내하고

만약, 급여횟수가 남아있지 않다면, 수진자가 해당 비용을 전액 부담해야 하므로 관련 내용을 설명하고, 원할 경우 별도의 등록절차 없이 시술하면 됩니다.