

## 치과임플란트 급여 관련 Q&A

### 1 치과임플란트 보험적용기준 관련

#### Q 01 치과임플란트 보험급여 대상과 적용증은 어떻게 되나요?

- 만 65세 이상 어르신에 대하여 상악 또는 하악에 부분 무치악(완전 무치악 제외)으로 치과임플란트 제작이 가능한 어르신은 보험급여 대상입니다.

치과임플란트 보험급여 대상은 만 65세 이상의 건강보험 가입자 또는 피부양자로, 국민건강보험공단에 사전 등록 후 진료를 시작하는 경우에 대하여 보험급여가 가능합니다.

보험급여가 되는 치과임플란트는 상악 또는 하악에 부분 무치악으로 악골 내에 분리형 식립재료(고정체, 지대주)를 사용하여 비귀금속도재관(PFM Crown)보철수복을 실시하는 경우입니다.

#### Q 02 완전 무치악에 치과임플란트 보험적용이 가능한가요?

- 완전 무치악인 경우는 치과임플란트 보험급여 대상에 적용 되지 않습니다.

완전 무치악의 상태인 경우는 현재 보험적용이 되고 있는 레진상, 금속상 완전틀니 대상자로 치과임플란트는 보험적용 대상에서는 제외합니다.

또한, 치조골 소실 및 전신질환 등으로 매복된 잔존치근 발치가 어려운 경우, 즉 윗잇몸 또는 아랫잇몸 위에 올라온 치아가 하나도 없는 상태는 완전 무치악은 아니나 레진상, 금속상 완전틀니 대상자에 해당되므로 치과임플란트의 보험급여 대상에서는 제외됩니다.

다만, 치과임플란트만 존재하고 자연치는 존재하지 않는 상악 또는 하악은 부분 무치악으로 판단하여 치과임플란트의 보험급여 대상입니다.

**Q 03** 치과임플란트 보험급여 적용기간 및 인정개수는 어떻게 되나요?

■ 보험급여 적용기간 및 인정 개수는 평생 동안 1인당 2개입니다.

치과임플란트는 평생 동안에 2개만 인정되므로, 올해에 2개를 모두 하지 않으면서도 됩니다.

다만, 치과외사의 의학적 판단 하에 불가피하게 시술을 중단하는 경우에는 평생인정개수에 포함되지 않습니다.

**Q 04** 치과임플란트를 위한 부가수술(골이식술 등)은 비급여인가요?

■ 치과임플란트를 위한 부가수술은 비급여입니다.

치과임플란트 시술시에 반드시 부가수술을 실시하여야하는 것은 아니며, 부가수술(골이식술, 상악동 거상술 등)은 반드시 필요한 경우에 한해서 선택적으로 실시하는 것으로, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표 2] 비급여대상 4. 바에 의거하여 비급여입니다.

그리고, 부가수술과 보험급여 대상 치과임플란트 시술을 하는 경우에는, 부가수술만 비급여하고, 치과임플란트 시술은 보험급여입니다.

부가수술은 난이도와 위험도가 높은 술식으로 고령의 환자에게 치과임플란트 식립을 위한 부가수술이 반드시 필요한 경우라면, 부분틀니를 일차적으로 고려하는 것이 타당하다는 전문가 의견 참조하여 보험급여 적용이 되지 않는 것으로 하였습니다.

**2** 치과임플란트 수가 및 산정방법

**Q 05** 치과임플란트 진료비 지불방법은 어떻게 하나요?

■ 치과임플란트는 각 단계마다 진료비를 지불하는 방법입니다.

환자는 해당 요양기관에서 1단계를 시작하게 되면 진료단계 도중에 다른 요양기관으로의 이동이 불가능합니다.

만약, 환자의 부득이한 개인사정으로 진료단계 중에 치과임플란트 제작이 중단된다면, 요양기관은 이미 진행된 진료단계까지 요양급여비용을 청구할 수 있습니다.

**Q 06** 건강보험 대상자가 치과임플란트 1개 시술 비용과 본인 부담금은 얼마인가요?

■ 2018년 치과의원 기준, 치과임플란트 1개 시술 시 총 진료비는 114만원~128만원 정도로, 본인부담금은 총 진료비의 30%입니다.

2018년 기준 치과 병·의원에서 치과임플란트를 1개 시술 시 행위수가는 치과 병원 1,158,790원, 치과의원 1,110,510원입니다.

분리형 식립재료는 고정체는 표면처리 방법별로 4가지(상한금액은 57,410~137,770원)로 구분되며, 지대주는 형태별로 4가지(상한금액은 28,230~51,500원)로 구분되어, 고정체와 지대주를 합산한 상한금액은 8만원~19만원 정도 입니다.

예시1) 치과의원에서 건강보험 대상자가 치과임플란트 1개 시술할 경우

내역	A (행위수가)	B (식립재료 상한금액)	C(A+B) 총진료비
치과임플란트 1개	1,110,510원	85,640원	1,196,150
		189,270원	1,299,780

예시2) 치과병원에서 건강보험 대상자가 치과임플란트 1개 시술할 경우

내역	A (행위수가)	B (식립재료 상한금액)	C(A+B) 총진료비
치과임플란트 1개	1,158,790원	85,640원	1,244,430
		189,270원	1,348,060

### Q 07 치과임플란트 행위수가는 종별가산이 가능한가요?

■ 해당 종별에 따른 상대가치점수를 산정하는 것으로 종별가산 적용은 불가합니다.

치과임플란트[1치당] 수가는 진료단계별(3단계) 묶음수가로 환자에게 제공된 진료행위, 약제, 치료 재료 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.

### Q 08 치과임플란트 본인부담률은 어떻게 하나요?

■ 본인부담률은 수가와 식립재료를 합산하여 총진료비의 30%입니다.

치과임플란트 1개를 시술하고 환자가 부담하는 본인부담률은 국민건강보험법 시행령에 따라 입원·외래 구분 없이 요양급여비용총액의 30%입니다.

### Q 09 분리형 식립재료인 경우 모든 재료는 보험급여 인가요?

■ 분리형 식립재료라 하더라도 모두 보험급여가 되는 것은 아닙니다.

분리형 식립재료는 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표」에 의거 급여 또는 비급여로 구분됩니다.

또한, 분리형 식립재료 고정체와 지대주 중 일부 품목은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표2. 비급여 대상 제4호 거목에 따라 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 비급여토록 결정되었습니다.

**Q 10** 맞춤형 지대주를 사용하는 경우는 보험급여 적용이 가능한가요?

■ 맞춤형 지대주(Custom Abutment)는 비급여하고 치과임플란트 시술은 보험급여 합니다.

분리형 식립재료인 고정체와 맞춤형 지대주를 사용한 경우에 고정체는 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표」에 의거, 상한금액 범위 내에서 실구입가로 산정하고, 맞춤형 지대주만 비급여합니다.

※ 맞춤형 지대주는 완제품으로 볼 수 없어 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표」 고시에서 제외합니다.

**Q 11** 일체형 식립재료로 치과임플란트 시술을 하는 경우에는 보험급여 가능한가요?

■ 일체형 식립재료로 시술하는 치과임플란트는 시술전체를 비급여합니다.

요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(고시)에 의하면 보험급여 대상의 치과임플란트는 분리형 식립재료로 시술한 경우만 보험급여에 해당됩니다.

**Q 12** 분리형 식립재료, PFM 보철수복의 치과임플란트 시술이나 관골에 식립하는 경우에는 보험급여 가능한가요?

■ 관골(Zygoma)에 식립하는 치과임플란트는 시술전체를 비급여합니다.

요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(고시)에 의하면 보험급여 대상의 치과임플란트는 악골내에 식립하는 것만 해당되어 상악골(Maxilla)을 관통하여 관골(Zygoma)에 식립하는 치과임플란트의 경우는 시술전체를 비급여합니다.

※ 관골에 식립하는 치과임플란트는 보험급여 대상에서 제외되며, 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표」 고시에서 제외합니다.

**Q 13** 치과임플란트 보철수복을 PFM 크라운이 아닌 메탈, 지르코니아, 금, PFG 크라운 등으로 하는 경우 보험급여가 가능한가요?

■ 보철수복을 메탈, 지르코니아, 금, PFG 크라운 등으로 시술하는 치과임플란트는 시술전체를 비급여합니다.

요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(고시)에 의하면, 치과임플란트는 보철수복 재료가 PFM크라운으로 시술한 경우만 보험급여에 해당됩니다.

**Q 14** 치과임플란트는 단계별로 재시술이 가능한가요?

■ **골 유착 실패로 인한 2단계 고정체 식립술의 재시술 1회만 가능합니다.**

동일 요양기관에서 2단계(고정체 식립술)시술 후 골유착에 실패하여 고정체(Fixture)를 제거하고 재식립술을 실시하는 경우에는 2단계 소정점수의 50%를 인정합니다.

이때, 국민건강보험공단 정보통신망 (요양기관정보마당 <https://medicare.nhis.or.kr/portal>)에 등록시스템에 2단계 고정체 식립술 재시술 전에 '시술중지' 와 '재시술'과 관련한 사전 등록절차를 거쳐야 시술이 가능합니다.

그러나, 2단계(고정체 식립술)과정에서 고정체(Fixture)를 교체하는 경우는 일련의 과정으로 재식립술은 인정되지 않으며, 1단계(진단 및 치료계획) 및 3단계(보철수복)의 재시술도 인정되지 않습니다.

**Q 15** 골유착 실패로 인한 2단계(고정체 식립술) 재시술의 수가 산정방법은 어떻게 되나요?

■ **2단계(고정체 식립술) 소정점수의 50%만 인정합니다.**

고정체(Fixture)를 식립하여 2단계 시술을 종료하였으나, 일정기간 경과 후 골유착 실패가 확인되어 고정체를 제거하고 고정체를 재식립하는 경우 수가산정 방법은 2단계 고정체 식립술 소정점수의 50%를 1회에 한하여 산정합니다.

이때, 산정코드는 세 번째 자리에 '2'로 기재('UB121002', 치과의원 기준)하고 사용된 고정체(Fixture) 재료는 별도 산정하나, 고정체 제거술 행위는 별도 산정 할 수 없습니다.

**Q 16** A병원에서 치과임플란트 진료단계 중에 환자 개인사유 또는 해당 병원의 불가피한 사정으로 인해 B병원으로 이동하여 재시술 할 경우에 보험급여 적용이 가능한가요?

■ **원칙적으로 진료단계 중에 환자가 병·의원을 이동하는 것은 불가능합니다.**

치과임플란트의 제작을 위해서 A병원에서 진료계획을 수립했다면, A병원에서 3단계 진료까지 완료해야 하며, 환자 개인적인 사유(이사 등)로 진료단계 중 B 병원으로 이동하여 다시 제작한다면 다시 보험급여는 불가능합니다.

또한, 환자의 귀책사유가 아닌 A병원 폐업 등으로 진료진행이 불가능한 경우에는, 이동한 B병원에서는 건강보험 치과임플란트 대상자 등록 신청서(재등록)를 작성하여 공단(지사)에 접수 후, 재시술 등록을 완료하면 환자는 치과임플란트 시술을 받을 수 있습니다.

**Q 17** 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.**

건강보험 급여를 적용하여 부분틀니를 제작한 환자가 지대치가 흔들리거나 잔존 치아가 질환 등의 사유로 상실치아가 발생되어 치과임플란트 시술을 하는 경우에도 보험급여 가능합니다.

**Q 18** PFM Crown수복을 하지 않고 지대주(ball 타입 등)로만 시술하는 경우에 보험급여가 가능한가요?

■ 보철수복을 비귀금속도재관(PFM Crown)이 아닌 다른 형태 및 재질로 시술하는 경우에는 시술전체를 비급여합니다.

요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(고시)에 의하면, 분리형 식립재료(고정체, 지대주)와 비귀금속도재관(PFM Crown) 보철수복으로 하는 경우만 치과임플란트를 1치당으로 보험급여 합니다.

따라서, 볼(Ball Type) 등 형태의 지대주(Abutment)를 이용하여 PFM Crown과 다른 형태의 보철물인 피개의치(Over Denture) 등을 제작하는 경우에는 비급여대상입니다.

**Q 19** 치과임플란트에서 발생하는 기공비용은 어떻게 조사 되었나요?

■ 수가 설계 방식 상 기공비용은 별도 계산이 불가능하나, 한국보건사회연구원의 연구에서는 기공비용이 평균 110,000원 정도로 조사되었습니다.

수가 설계 방식 상 기공비용은 별도로 분리하여 계산하지 않기 때문에 기공비용을 별도 산정하기 어렵습니다.

다만, 수가설계를 위해 한국보건사회연구원에서 실시한 「임플란트 급여적용방안 연구(2013년)」에서, 기공비용의 시장가격은 평균 11만원\* 정도로 조사되었으며, 이를 기반으로 치과임플란트의 가격과 원가를 조사한 바 있습니다.

\* 국산 식립재료와 PFM 크라운 치과임플란트 기준

이 연구결과의 기공비용은 조사대상기관의 평균 가격으로서, 지역에 따른 편차 및 기공업체와 인력 등 다양한 변이가 존재하고 있음을 알려드립니다.

**Q 20** 치과임플란트 등록 전에 환자를 타 병·의원으로 의뢰할 경우, 진료비용은 어떻게 산정하나요?

■ 타 기관 의뢰 시 진찰료 등 산정은 가능합니다.

치과임플란트 시술을 목적으로 내원한 환자가 해당 병원에서 제작이 불가능하여, 환자를 치과임플란트 보험급여 대상자로 등록하지 않고 타 병·의원으로 의뢰하는 경우에는 당일 진찰료 등 산정은 가능합니다.

**Q 21** 치과임플란트 2개를 시술하여 3번 브릿지(3 Unit Bridge)를 하는 경우에 크라운(Pontic Crown)도 보험급여 되나요?

■ 치과임플란트는 2개(1인당 평생 인정개수 내)는 1치당으로 보험급여로 인정하고, 크라운(Pontic Crown) 제작에 따른 비용은 비급여입니다.

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표 2] 4.바. 틀니 및 치과임플란트(보건복지부장관이 정하여 고시하는 완전틀니와 부분틀니 및 치과임플란트만 해당한다)를 제외한 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등 포함) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등)은 비급여대상입니다.

치과임플란트 시술은 1치당(단일치)으로 인정하는 것이지 '치과의 보철'이 모두 보험급여가 되는 것은 아닙니다.

따라서, 치과임플란트 보험급여와는 별개 영역으로 고정성가공의치(브릿지 등) 제작을 위한 크라운(Pontic Crown) 제작에 따른 비용은 비급여입니다.



Q 22

치과임플란트 수가 [산정지침]에 의하면, 사용한 치료재료, 약제, 진찰료가 포함되어 진찰료를 별도 산정할 수 없다고 하는데, '진찰료 총액'을 본인 부담하는 상급종합병원의 경우 진찰료를 어떻게 산정하나요?

■ 상급종합병원에서 진찰료 산정은 불가능합니다.

국민건강보험법 시행령 개정([별표 2] 제3호 바목 개정)에 따라 요양기관 중별 및 입원·외래 구분 없이 치과임플란트 해당 요양급여비용 총액의 30%를 부담하도록 되어 있으며, 치과임플란트 수가에는 진찰료가 포함되어 있습니다.

따라서, 상급종합병원에서 치과임플란트 시술을 한 경우라 하더라도 동일하게 진찰료를 별도로 환자에게 부담시킬 수 없습니다.

Q 23

치과임플란트 시술할 치아의 '발치' 산정이 가능한가요?

■ 치과임플란트 수가에는 발치료가 포함되지 아니한 항목이므로 행위별 수가 산정이 가능합니다.

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

Q 24

하루에 치과 임플란트 1단계와 2단계 시술을 함께 한 경우 또는 2단계와 3단계를 함께한 경우 수가 산정을 동시에 할 수 있나요?

■ 치과임플란트는 단계별로 시술하는 것을 원칙으로 합니다.

치과임플란트의 표준 의료행위에 따른 진료단계(3단계)는 각 단계별 시술이 순차적으로 이루어지는 것을 원칙으로 합니다.

또한, 각 단계가 반드시 1일에 완료되는 시술을 의미하는 것이 아니라 내원일이 여러 날인 진료를 묶음으로 단계를 표시한 것입니다.

Q 25

치과임플란트 2단계~3단계 시술과정 중 다른 치아에 신경치료를 할 경우, 진찰료는 별도 산정이 가능한가요?

■ 치과임플란트 시술 중 다른 치아에 실시한 신경치료에 대한 진찰료 산정 가능합니다.

현행 진찰료 산정지침에 따라 2개 이상의 진료과목이 설치되어 있고 해당과의 전문의가 상근하는 요양기관에서, 동일 환자의 다른 상병에 대하여 전문과목 또는 전문분야가 다른 진료담당 의사가 각각 진찰한 경우에는 각각의 진찰료 산정이 가능합니다.

따라서, 2개 이상의 진료과목이 설치된 병원급 이상 요양기관에서 동일 날 치과보철과 전문의가 치과임플란트 시술을 하고, 치과보존과 전문의가 신경치료를 한 경우라면, 진찰료 1회는 별도 산정이 가능합니다.(치과보철과 진찰료 : 치과임플란트 수가에 포함)

Q 26

제18장 치과의 보철료 [산정지침]에서 처치 시 사용된 치료재료, 약제, 진찰료가 해당 점수에 포함되어 별도 산정 할 수 없는데 원외처방이 필요하여 처방전을 발행한 경우의 약제도 포함되나요?

■ 치과임플란트 시술과정에서 원외처방전 발행은 가능합니다.

치과임플란트에는 시술 시 사용된 치료재료, 약제(Adhesive, Gargle, 주사제 등) 등이 포함된 것이나, 시술 중에 발생하는 원외처방 약제까지 포함된 것은 아니므로 원외처방전 발행은 가능합니다.

또한, 다른 치아에 염증처치 등으로 치과임플란트 과정 중에 원외처방이 필요하여 처방전을 발행한 경우에도 원외처방전 발행은 가능하나, 별도의 진찰료 산정은 불가합니다.

3

치과임플란트 청구방법 관련

Q 27

부분틀니와 치과임플란트 시술을 동시에 하는 경우 진료비용 청구는 어떻게 하나요?

■ 부분틀니 명세서, 치과임플란트 명세서는 분리하여 각각 작성합니다

부분틀니 대상 상병(K08.1)과 치과임플란트 대상 상병(K08.1) 명세서는 별도로 작성합니다.

치과임플란트 진료 중 부분틀니 진료로 별도의 명세서 작성 시 명일련 특정내역 구분코드 MT037 "등록 틀니, 치과임플란트 및 타 상병 진료"란에 'M'을 기재합니다.

- ✓ 부분틀니진료 : 본인부담률 30%(본인부담상한제 적용)
- ✓ 치과임플란트 진료: 본인부담률 30%(국민건강보험법 시행령 19조 개정에 따라 본인부담상한제 미적용)

※ 특정내역 기재방법 및 입(내원)원 일수 등 기재방법

명세서	MT014	MT037	입(내원)원일수	요양급여 일수
치과임플란트	등록번호 기재		1	해당 진료 요양급여 일수 기재
부분틀니	등록번호 기재	M	0	0

**Q 28** 만 65세 환자가 상악에 치과임플란트 시술 당일 치주질환으로 하악의 잔존 치근을 발치한 경우에 청구명세서 작성은 어떻게 하나요?

■ 치과임플란트 진료분, 발치 진료분 명세서는 각각 분리 청구 합니다.

치과임플란트 대상 상병(K08.1)과 동시에 타 상병 진료로 별도의 명세서를 작성합니다.

치과임플란트 진료 중 발치 진료로 별도의 명세서 작성 시 명일련 특정내역 구분코드 MT037 "등록 틀니, 치과임플란트 및 타 상병 진료"란에 'M'을 기재합니다.

- ✓ 치과임플란트 진료: 본인부담률 30%(국민건강보험법 시행령 19조 개정)에 따라 본인부담상한제 미적용)

※ 특정내역 기재방법 및 입(내원)원 일수 등 기재방법

명세서	MT014	MT037	입(내원)원 일수	요양급여 일수
치과임플란트	등록번호기재		1	해당 진료 요양급여 일수 기재
발치		M	0	0

**Q 29** 입원환자가 협진 등의 형태로 치과 외래에서 치과임플란트와 부분틀니 시술을 하는 경우 진료비용 청구는 어떻게 하나요?

■ 입원 진료분, 치과임플란트, 부분틀니명세서를 각각 분리 청구 합니다.

국민건강보험법 시행령 개정([별표 2] 제3호 사목 신설)에 따라 치과임플란트 시술 시에는 입원·외래 구분 없이 해당 요양급여비용 총액의 30%를 환자 본인이 부담하도록 되어 있으며 본인부담금 상한제가 적용되지 않습니다.

또한 부분틀니는 입원·외래 구분 없이 해당 요양급여비용 총액의 30%를 환자 본인이 부담하도록 되어 있으며 본인부담상한제가 적용됩니다.

따라서 입원 중 타과(치과) 협진 등을 통해 외래 진료가 이루어지는 경우에는 명세서를 각각 분리하여 청구하여야 하며, 치과임플란트 또는 부분틀니비용 이외에 협진료 등의 비용을 별도로 부담시킬 수 없습니다.

- ✓ 치과임플란트 진료: 본인부담률 30%(본인부담상한제 미적용)

- ✓ 부분틀니 진료 : 본인부담률 30%(본인부담상한제 적용)

※ 특정내역 등 기재방법

명세서	MT014	MT001	MT037	입(내원)원 일수	요양급여 일수
의과 입원명세서				입원일수기재	해당 진료 요양급여 일수 기재
치과임플란트	등록번호기재	C		0	0
부분틀니	등록번호기재	C	M	0	0

**Q 30** 산정특례(희귀난치, 중증암 등) 환자가 특례 적용 질환 진료 당일 치과임플란트 시술 시에 진료비용 청구는 어떻게 하나요?

■ 산정특례 질환 관련 진료분 [본인부담금-중증·암:5%, 희귀난치:10%]과 치과 임플란트 [본인부담금: 30%]명세서를 각각 분리 청구 합니다.

국민건강보험법 시행령 개정([별표 2] 제3호 사목 신설)에 따라 치과임플란트 시술 시에는 입원·외래 구분 없이 해당 요양급여비용 총액의 30%를 환자 본인이 부담하도록 되어 있습니다.

따라서, 산정특례 환자가 특례 적용 질환 진료 당일에 치과임플란트 치료를 받는 경우에는 치과임플란트는 특례 적용대상이 아니므로 특례 적용대상 진료와 명세서를 분리하여 청구해야 합니다.

**Q 31** 요양병원 또는 의과 의료기관에 입원 중인 환자가 치과 외래에서 치과임플란트 시술을 받은 경우 진료비용 청구는 어디에서 하나요?

■ 요양병원에서 명세서를 작성하여 청구 합니다.

요양병원 입원 중 치과외래 진료가 이루어지는 경우에는 요양병원 명세서에 줄번호 특정내역 'JS008'에 시술한 치과 요양기관의 '요양기관기호/ 진료의뢰일'을 기재합니다.

또한, 의료기관 입원 명세서와 별도의 입원명세서에 치과에서 발생한 치과임플란트 관련 진료내역을 기재하여 청구하되, 이때 치식번호는 줄번호 특정내역 중 기타내역(JX999)란에 기재합니다.

다만, 치과임플란트 사전등록은 시술한 치과 요양기관에서 등록하며, 치과임플란트의 본인부담금은 요양급여비용 총액의 30%를 환자가 부담합니다.

※ 특정내역 기재방법

명세서	MT014	MT037	JX999	JS008
입원명세서				
치과임플란트	등록번호 기재	M	치식기재	요양기관기호/ 진료의뢰일

**Q 32** 치과임플란트 요양급여비용의 청구방법은 어떻게 되나요?

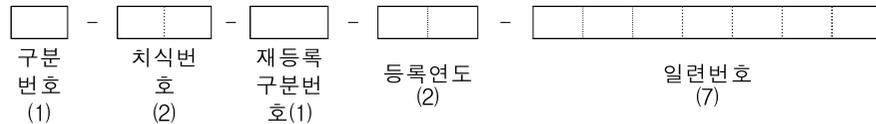
■ 치과임플란트 상병(K08.1) 등록번호 13자리 기재하여 청구합니다.

치과임플란트 보험급여 대상 환자의 청구방법은 상병코드는 한국표준질병사인분류의 K08.1(사고, 발치 또는 국한성 치주병에 의한 치아상실)을 주 상병으로 합니다.

치식은 치과임플란트(정보통신망 및 전산매체 청구 해당부위에 '!', 서면청구는 '치식번호!') 로 기재하며, 진료단계별로 정한 점수(비용)에 따라 요양급여비용을 각 단계별 종료시점에 청구합니다.

그리고, 국민건강보험공단에 사전등록 한 치과임플란트 등록번호 13자리를 명세서 특정내역 코드 'MT014'에 기재하여야하며, 치식번호의 오기나 누락 등은 지급불능 처리됩니다.

※ 구성 체계(13자리)



- 구분번호 : 3(치과임플란트)
- 치식번호 : 시술할 부위에 해당하는 치식번호를 기재
- 재등록구분번호
  - 0 : 신규
  - 1 : 동일 요양기관 재등록
  - 2 : 타 요양기관 재등록
- 등록연도 : '시술시작일(1단계진료일)'의 연도 두 자리
- 일련번호 : 등록 순으로 번호 자동부여

**4** 치과임플란트 사전등록제 관련

**Q 33** 치과임플란트 대상자 등록은 언제하나요?

■ 치과임플란트는 국민건강보험공단 사전등록제로 운영합니다.

치과임플란트는 중복급여 예방 등을 위해서 치과임플란트 시술을 받는 경우, 치과임플란트 대상자 등록을 사전에 하여야 합니다.

**Q 34** 치과임플란트 대상자 등록 시 확인 사항 및 진료단계 중 입력이 필요한 사항은 무엇인가요?

■ 시술 전 대상자 등록여부 확인, 시술시작단계, 일자 입력합니다.

치과임플란트 시술 전 수진자의 자격 및 대상자 등록여부를 확인하여야 하며, 기 등록자는 [등록번호, 치식번호, 시술 시작일, 등록요양기관기호] 확인이 가능합니다.

건강보험 치과임플란트 대상자 입력 시 필요한 사항은 수진자 주민번호, 수진자 성명, 치식번호, 시술시작일, 담당의사 성명, 의사 면허번호, 요양기관기호 등입니다.

**Q 35** 치과임플란트의 대상자 신규등록, 변경, 취소, 해지, 시술중지, 재등록 방법은 어떻게 하나요?

■ 신규 등록 방법입니다.

병·의원에 내원한 환자를 진찰한 후 치과임플란트 대상자로 확정되면, '건강보험 치과임플란트 대상자 등록 신청서'를 작성하여 대상자 등록 신청을 합니다



\* 수진자 자격조회→자격여부 확인→건강보험 치과임플란트 대상자 자격조회→등록 여부확인→**등록신청서 작성**→**대상자 등록 신청**→대상자 등록 결과(등록번호)확인] →치과임플란트 1단계 시술

\* **관련서식 다운방법:** 국민건강보험공단 홈페이지([www.nhis.or.kr](http://www.nhis.or.kr)) - [민원신청](#) - 서식 [자료실](#) - [보험급여](#) - [치과시술](#) 등록관련 제서식

✓ **병·의원이 대상자 등록 신청하는 방법**

건강보험 치과임플란트 대상자 등록 신청서'를 병·의원이 요양기관 정보마당 (<https://medicare.nhis.or.kr/portal>)에 전산 등록합니다.

\* 환자내원→진료→치과임플란트 시술동의→'요양기관정보마당' 홈페이지(<https://medicare.nhis.or.kr/portal>) 법인인증서로 로그인합니다.

✓ **환자가 등록 신청하는 방법**

환자는 관련서식을 작성하여 국민건강보험공단(지사, 출장소)에 방문 또는 우편인 경우에는 원본을 제출하며, FAX신청 시에는 대상자의 신분증 사본을 첨부하시면 원본 생략이 가능합니다.

■ **변경 신청 방법입니다(치식번호는 변경이 불가하며 취소 후 다시 등록)**

치과임플란트 대상자 등록내역에 변경사유(시술시작일 변경 등)가 발생한 경우에는 '건강보험 치과임플란트 대상자 시술중지/변경/해지/취소 신청서'에 등록사항과 변경사항 및 그 사유를 기재하여 환자 또는 요양기관이 국민건강보험공단(지사, 출장소)에 제출하면 대상자 변경처리가 가능합니다.

■ **취소 신청 방법입니다.**

치과임플란트 대상자 등록 취소는 등록당일은 치과 병·의원에서 요양기관정보마당을 통하여 직접 취소할 수 있습니다.

등록 당일이 경과한 경우, 요양기관이 '건강보험 치과임플란트 대상자 시술중지/변경/해지/취소 신청서'에 등록사항과 취소 사유를 기재한 후, 국민건강보험공단(지사, 출장소)에 제출하면 대상자 취소 처리가 가능하며 취소가 완료되면 타 요양기관에서 대상자 등록이 가능합니다.

치과임플란트 요양급여비용 청구 내역이 있을 경우에는, 요양기관은 건강보험심사평가원으로 치과임플란트 요양급여비용 자진환수 요청 후, 공단(지사, 출장소)에 '건강보험 치과임플란트 대상자 시술중지/변경/해지/취소 신청서'와 환수된 내역을 함께 제출하셔야 취소처리가 가능합니다.

※ 대상자 등록한 요양기관에서만 취소신청 가능

■ **해지 신청 방법입니다(본인만 해지 신청 가능)**

이미 치과임플란트 대상자로 등록된 자가 시술 중 해지를 원할 경우에는, '건강보험 치과임플란트 대상자 시술중지/변경/해지/취소 신청서'에 등록사항과 해지 사유를 기재한 후, 국민건강보험공단(지사, 출장소)에 신청서 사본을 제출(대상자의 신분증 사본 첨부)하는 경우 대상자 해지 처리가 가능합니다.

다만, 해지신청 된 치과임플란트는 보험급여 개수에 포함됩니다.

## ■ 시술중지 신청 방법입니다(대상자를 등록한 요양기관에서만 시술중지 신청 가능)

치과임플란트 시술 중 '2단계 시술 실패(골유착 실패)'가 된 경우에 한하여 대상자를 등록한 요양기관에서만 '시술중지' 신청이 가능합니다.

대상자를 등록한 요양기관이 '건강보험 치과임플란트 대상자 시술중지/변경/해지/취소 신청서'에 시술중지일과 시술중지사유 등을 기재한 후, 국민건강보험공단 지사(출장소)에 제출하면 대상자 시술중지 신청이 가능합니다.

다만, 3단계 비용 청구 이후에는 시술중지 등록을 할 수 없습니다.

## ■ 재등록 방법입니다

'2단계 시술 실패(골유착 실패)' 또는 '요양기관 폐업으로 진료진행이 불가능한 경우'에 동일 치식번호에 한해서 재등록이 가능합니다.

2단계 시술 실패(골유착 실패)인 경우에는 치과 병·의원은 요양기관정보마당에서 '시술중지' 등록 여부를 확인하여, 시술중지가 되어 있으면 요양기관정보마당(<https://medicare.nhis.or.kr/portal>)에서 건강보험 치과임플란트 대상자 '재시술 등록'을 하거나,

증빙서류(치료계획서\* 등)와 함께 '건강보험 치과임플란트 대상자 등록 신청서'를 국민건강보험공단 지사(출장소)에 제출하면 치과임플란트 대상자 '재등록'이 가능합니다.

또한 요양기관 폐업 등으로 진료 진행이 불가능한 경우에는, 재등록할 치과 병·의원에서 재등록 시술 시작 단계를 확인 후 '건강보험 치과임플란트 대상자 등록 신청서'와 증빙서류(치료계획서\* 등)를 국민건강보험공단(지사, 출장소)에 제출하시면 됩니다.

신청서는 원본을 제출하며 팩스로 신청 시 대상자의 신분증 사본을 첨부하면 원본 생략이 가능합니다.

\* 재등록 시술 시작 단계를 확인할 수 있는 치료계획서

## Q 36 등록내역 중 치식번호를 착오 입력한 경우에 어떻게 하나요?

### ■ 등록 당일에는 병·의원에서 취소하고, 당일 경과 시에는 국민건강보험공단으로 취소 요청합니다.

건강보험 치과임플란트 대상자 등록내역 중 치식번호를 착오 입력 한 경우, 등록 당일은 치과 병·의원에서 '요양기관 정보마당'을 통하여 취소 후 다시 등록하여야 합니다.

등록 당일 이후에는 국민건강보험공단(지사, 출장소)으로 '건강보험 치과임플란트 대상자 시술중지/변경/해지/취소 신청서'를 작성하여 제출해야 합니다.

국민건강보험공단에서 취소처리가 완료된 것을 확인한 후, 치과 병의·원에서 다시 대상자를 등록하시면 됩니다.

## Q 37 A병원에서 치과임플란트 진료단계 중에 환자의 개인사유로 B병원으로 이동하여 시술을 받고자 할 때 보험급여가 가능한가요?

### ■ 원칙적으로 진료단계 중 환자가 병·의원을 이동하는 것은 불가능합니다.

치과임플란트 시술을 위해서 A병원에서 진료계획을 수립했다면, A병원에서 진료를 완료하여야 합니다. 환자 개인적인 사유(이사 등)로 진료단계 중 B병원을 이동하여 시술 받는다면 A병원 등록 건에 대해서는 보험급여는 불가능합니다.

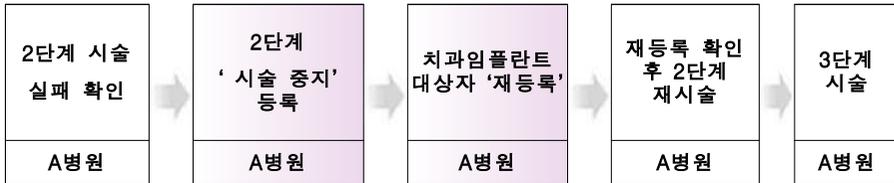
다만, '요양기관 폐업 등으로 진료 진행이 불가능한 경우'에는 B병원에서 치과임플란트 대상자 재등록이 가능합니다.

**Q 38** 2단계 시술 실패(골유착 실패)로 2단계를 재시술해야 하는 경우, 등록절차는 어떻게 되나요?

■ 2단계 시술 실패 시에는 ‘시술 중지’ 등록 후에 ‘재등록’ 하셔야 합니다.

동일 치과 병·의원에서 치과임플란트 2단계를 재시술 하는 경우,

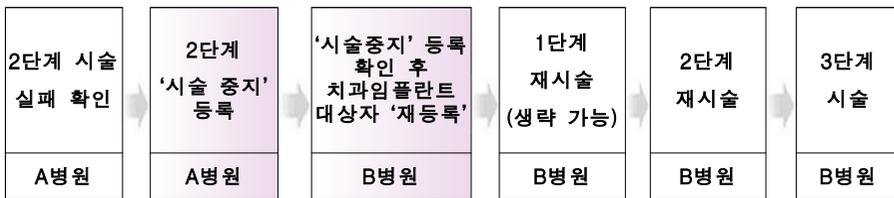
치과 병·의원에서 해당 등록번호에 대해 ‘시술중지’ 등록 여부를 확인 후, 치과임플란트 대상자 ‘재등록’이 완료되면, 2단계부터 재시술이 가능합니다.



다른 치과 병·의원에서 치과임플란트 2단계를 재시술 하는 경우,

A병원에서 2단계 시술 후 치과임플란트가 식립 실패가 되었다면, A병원에서는 식립 실패 확인 후, 해당 등록번호에 대해 ‘시술중지’ 신청을 합니다.

B병원에서는 ‘시술 중지’ 등록을 확인 후 치과임플란트 대상자 ‘재등록’을 합니다. 재등록이 완료되면, 1단계 또는 2단계부터 시술이 가능합니다.



\* 시술중지는 건강보험 치과임플란트 대상자 시술중지/변경/해지/취소 신청서를 작성한 뒤, 공단(지사)에 제출

**5** 치과임플란트 유지관리

**Q 39** 치과임플란트 보철수복 후 사후점검기간이 있나요?

■ 사후점검기간은 치과임플란트 보철수복 후 3개월 이내입니다.

치과임플란트 보철수복 후 사후점검기간은 횡수제한 없이 3개월 이내로, 동 기간 동안에는 처치와 관련된 비용은 징수할 수 없으며, 진찰료만 징수합니다.

다만 원외처방이 필요한 경우에는 처방전 발행은 가능합니다. 그리고 3개월 이내에 유지관리는 동일한 병·의원에서 시술받아야 합니다.

**Q 40** 치과임플란트 보철수복 후 사후점검기간의 시작시점은 언제 인가요?

■ 사후점검기간의 시작 시점은 치과임플란트 3단계 보철수복에 대한 종료 부터이며 3개월 이내입니다.

치과임플란트 3단계 보철수복에서 최종 보철물을 영구 장착하고 교육 후 종료한 다음 날부터 3개월입니다.

그리고 치과임플란트의 특성상 영구부착을 실시하지 아니하고 임시부착을 실시한 경우에도 보철수복이 완료된 것으로 판단하여 3단계 보철수복에 대한 진료비 청구는 가능합니다.

다만, 3개월이 초과되어 보철물 영구부착을 하지 않고 임시 부착을 반복 실시하는 경우에는 처치(차20 보철물재부착 항목은 적용불가)와 관련된 행위료는 산정할 수 없습니다.

**Q 41** 치과임플란트의 사후점검기간(3개월 이내) 이후 보험급여 항목과 비급여 항목에는 어떤 것이 있나요?

■ 치과임플란트 주위질환과 관련된 처치 및 수술은 보험급여입니다

보철수복 후 3개월이 경과된 후 치과임플란트 주위에 치주질환 등으로 처치 및 수술을 시행한 경우에는 보험급여 대상입니다.

따라서 과거에 치과임플란트를 비급여로 시술한 치아도 치과임플란트 주위 질환 등으로 처치 및 수술을 시행한 경우에도 연령과 관계없이 보험급여 대상이며, 처치 및 수술료는 세부인정고시에 의거하여 질환에 따른 보험급여 항목으로 산정할 수 있습니다.

■ 치과임플란트 보철수복과 관련된 처치는 비급여입니다.

보철수복 완료 후 3개월이 경과된 후 보철수복과 관련된 처치는 비급여입니다.

**Q 42** 치과임플란트 보철수복 후 사후점검기간에도 명일련 특정내역 구분코드 MT014에 치과임플란트 사전등록번호를 기재하나요?

■ 사후점검기간에는 사전등록번호를 기재하여 청구합니다.

치과임플란트 보철수복 완료 후 3개월 이내 사후점검기간에는 치과임플란트를 제작한 요양기관에서만 처치와 관련된 비용은 산정할 수 없으며, 진찰료만 산정합니다.

이 경우 명일련 특정내역 구분코드 MT014에 치과임플란트 사전 등록번호를 반드시 기재하여야 합니다.

**Q 43** 치과임플란트 보철수복 후 사후점검기간(3개월 이내) 동안 치과임플란트 보철(크라운)이 파절되어 크라운을 재제작을 해야 하는 경우에 환자에게 별도 비용을 징수할 수 있나요?

■ 사후점검기간 중에 재제작도 환자에게 별도 비용을 징수 할 수 없습니다.

치과임플란트 보철수복 후 사후점검기간(3개월 이내) 중에는 보철부분이 파절되어 수리를 하거나, 재제작을 하여야하는 경우에도 처치와 관련된 비용은 징수할 수 없으며, 진찰료만 징수합니다.

또한, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표 1] 요양급여의 적용기준 및 방법(제5조제1항 관련) 제1호 나목에 따르면, 요양급여를 담당하는 의료인은 의학적 윤리를 견지하여 환자에게 심리적 건강효과를 주도록 노력하여야 하며, 요양 상 필요한 사항이나 예방의학 및 공중보건에 관한 지식을 환자 또는 보호자에게 이해하기 쉽도록 적절하게 설명하고 지도하여야 합니다.

따라서, 건강보험 급여대상 치과임플란트 환자가 65세 이상인 점, 치과임플란트 보철수복 및 유지를 위한 주의사항 및 별도의 교육이 필요한 점을 고려하여, 사후점검기간 동안은 환자에게 재제작에 대한 별도의 비용을 징수할 수 없습니다.