

노인틀니 급여 관련 Q&A

1 틀니 보험적용기준 관련

Q 01 건강보험 급여가 적용되는 틀니 종류는 어떻게 되나요?

- **현행, 보험급여가 되는 틀니는 각 시행일부터 보험급여 대상으로 적용됩니다.**
 - ✓ 레진상 완전틀니 : '12. 7. 1. 시행
 - ✓ 부분틀니 : '13. 7. 1. 시행
 - ✓ 금속상 완전틀니 : '15. 7. 1. 시행

Q 02 틀니의 보험급여가 되는 대상 연령은 어떻게 되나요?

- '12. 7. 1.부터 ~ '15. 6. 30. : 만 75세 이상,
'15. 7. 1.부터 ~ '16. 6. 30. : 만 70세 이상,
'16. 7. 1.부터 ~ : 만 65세 이상을 대상으로 적용됩니다.

보험급여 적용 틀니는 국정과제 '65세 이상 어르신에 대해 단계적 임플란트 건강보험 급여화'(14년 75세→15년 70세→16년 65세)에 맞춰 동일하게 적용되었습니다.

Q 03 틀니 보험급여 대상과 적응증은 어떻게 되나요?

- **완전틀니(레진상, 금속상) 보험급여대상은 상악 또는 하악의 완전 무치악 환자, 부분틀니 보험급여대상은 상악 또는 하악의(일부 또는 다수의) 치아결손으로 잔존치아 이용하여 부분틀니 제작이 가능한 환자입니다.**

틀니 보험급여 대상은 만 65세 이상 건강보험 가입자 또는 피부양자에게 각 시행일부터 틀니 대상자를 국민건강보험공단에 사전 등록 후 진료를 시작하는 경우에 대하여 보험급여가 가능합니다.

※ **주상병은 K08.1(사고, 발치 또는 국한성 치주병에 의한 치아상실)로 통일하며, 기재·청구하여야 합니다.**

보험급여가 되는 완전틀니는 윗잇몸 또는 아랫잇몸 위로 올라온 치아가 하나도 없는 상태로 금속상 완전틀니는 「금속구조물이 코발트 크롬 금속류를 사용하여 제작하는 경우」이며, 부분틀니는 「Clasp(갈고리형 연결고리) 유지형 부분틀니」입니다.

따라서, 치과임플란트 치아의 피개의치(over denture), 금속상 완전틀니와 부분틀니의 금속구조물에 코발트 크롬 이외의 귀금속류의 들어가거나, Telescopic partial denture(텔레스코픽 부분틀니) 및 Attachment partial denture(어태치먼트 부분틀니) 등은 급여대상에서 제외됩니다.

Q 04 틀니 보험급여 적용기간은 어떻게 되나요?

- **보험급여 적용기간은 원칙적으로 7년 이후 다시 보험적용 가능합니다.**

완전틀니(레진상, 금속상), 부분틀니 모두 1악당으로 적용되며 7년 이후에 다시 급여적용이 가능합니다.

따라서, '15.7.1. 보험급여 적용되는 금속상 완전틀니의 경우 실시하고자 하는 동일 부위에 레진상 완전틀니로 이미 보험급여 적용을 받은 경우라면 7년 이후에 금속상 완전틀니 급여적용이 가능합니다.

다만, 틀니 제작 후, 7년 이내라도 환자의 구강상태가 심각하게 변화되어 새로운 틀니가 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우에 한하여 1회의 추가 급여가 가능합니다.

Q 05 틀니 장착 후 7년 이내 환자 본인의 부주의 등으로 분실, 파절 혹은 불만족 등으로 재제작할 경우, 보험급여 적용이 가능 하나요?

- **틀니 재제작의 사유가 환자 개인의 귀책사유인 경우 재제작은 비급여로 적용됩니다.**

틀니는 원칙적으로 7년 이후에 다시 급여적용이 가능하기 때문에, 환자가 틀니장착 이후 장착한 틀니가 불만족스럽거나, 환자 개인의 귀책사유(부주의로 인한 파손 등)로 인해 7년 이내에 다시 제작할 경우 급여 적용은 불가능하며 비급여로 적용됩니다.

다만, 틀니가 일부 파절되거나 인공 치아가 탈락된 경우에는 재제작이 아닌 수리 방법을 이용할 수 있으며, 클라스프 수리, 의치상 수리 등 **유지관리 항목 또한 보험 적용(본인부담율 30%)**이 가능합니다.

2 틀니 수가 및 산정방법

Q 06 틀니 진료비 지불방법은 어떻게 하나요?

■ 틀니는 각 단계마다 진료비를 지불하는 방법입니다.

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

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

Q 07 틀니 행위수가는 종별가산이 가능한가요?

■ 해당 종별에 따른 상대가치점수를 산정하는 것으로 종별가산 적용은 불가능합니다.

틀니(1악당) 수가는 진료단계별(완전틀니5단계, 부분틀니6단계) 묶음수가로 환자에게 제공된 진료행위, 약제, 치료 재료 등을 모두 포함하므로 진찰료, 약제, 치료재료 비용 및 요양기관 종별가산은 별도 산정이 불가능합니다.

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 틀니 본인부담률은 어떻게 하나요?

■ 본인부담률은 총진료비의 30%입니다.

틀니 1악당을 시술하고 환자가 부담하는 본인부담률은 국민건강보험법 시행령에 따라 입원·외래 구분 없이 요양급여비용총액의 30%이며, 차상위 희귀난치질환자는 5%, 차상위 만성질환자의 경우 15%를 적용합니다.

Q 09 A병원에서 틀니 진료단계 중에 환자 개인사유 또는 해당병원의 불가피한 사정으로 인해 B병원으로 이동하여 재시술 할 경우에 보험급여 적용이 가능한가요?

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

틀니의 제작을 위해서 A병원에서 진료계획을 수립했다면, A병원에서 5~6단계 진료까지 완료해야 하며, 환자 개인적인 사유(이사 등)로 진료단계 중 B병원으로 이동하여 다시 제작한다면 다시 보험급여는 불가능합니다.

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

Q 10 틀니 등록 전에 환자를 타 병·의원으로 의뢰할 경우, 진료비용은 어떻게 산정하나요?

■ 타 기관 의뢰 시 진찰료 등 산정은 가능합니다.

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

Q 11 틀니 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?

■ 상급종합병원에서도 진찰료 산정은 불가능합니다.

요양기관 중별 및 입원·외래 구분 없이 틀니 해당 요양급여비용 총액의 30%를 부담하도록 되어 있으며, 틀니 수가에는 진찰료가 포함되어 있습니다.

따라서, 상급종합병원에서도 틀니 시술을 한 경우라 하더라도 동일하게 진찰료를 별도로 환자에게 부담시킬 수 없습니다.

Q 12 틀니 시술을 위한 치아의 '발치' 혹은 사전등록번호 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.

Q 13 하루에 치과 틀니 1단계와 2단계 시술을 함께 한 경우 수가 산정을 동시에 할 수 있나요?

■ 틀니의 경우 단계별로 순차적으로 진행되나 두단계 시술을 하루에 종료한 경우 동시 수가산정이 가능합니다.

틀니의 표준의료행위에 따른 진료단계(5단계 또는 6단계)는 각 단계별 시술이 순차적으로 이루어져야 하나, 반드시 하루에 1단계씩 실시해야 하는 것은 아닙니다.

따라서, 두 단계 시술을 하루에 함께 종료한 경우에는 동시에 1, 2단계의 수가 산정이 가능합니다.

단, 2단계의 '인상채득'은 개인 트레이 시적 후 정밀 인상 단계인 최종 인상채득을 말하며, 1단계 진단 및 치료 계획에 포함된 예비인상 채득을 의미하는 것이 아닙니다.

Q 14

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?

■ 틀니 시술과정에서 원외처방전 발행은 가능합니다.

틀니에는 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 틀니 과정 중에 원외처방이 필요하여 처방전을 발행한 경우에도 원외처방전 발행은 가능하나, 별도의 진찰료 산정은 불가합니다.

3

틀니 청구방법 관련

Q 15

틀니와 치과임플란트 시술을 동시에 하는 경우 진료비용 청구는 어떻게 하나요?

■ 틀니 명세서, 치과임플란트 명세서는 분리하여 각각 작성합니다

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

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

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

※ 특정내역 기재방법 및 입(내)원 일수 등 기재방법

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

Q 16 입원환자가 협진 등의 형태로 치과 외래에서 틀니와 치과임플란트 시술을 하는 경우 진료비용 청구는 어떻게 하나요?

■ 입원 진료분, 틀니, 치과임플란트명세서를 각각 분리 청구 합니다.

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

또한 치과임플란트는 입원·외래 구분 없이 해당 요양급여비용 총액의 30%를 환자 본인이 부담하도록 되어 있으며 본인부담상한제가 적용되지 않습니다.

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

- ✓ 틀니 진료 : 본인부담률 30%(본인부담상한제 적용)
- ✓ 치과임플란트 진료: 본인부담률 30%(본인부담상한제 미적용)

※ 특정내역 등 기재방법

명세서	MT014	MT001	MT037	입(내)원 일수	요양급여 일수
의과 입원명세서				입원일수 기재	해당 진료 요양 급여 일수 기재
틀니	등록번호 기재	C	M	0	0
치과임플란트	등록번호 기재	C		0	0

Q 17 산정특례(희귀난치, 중증암 등) 환자가 특례 적용 질환 진료 당일 틀니 시술 시에 진료비용 청구는 어떻게 하나요?

■ 산정특례 질환 관련 진료분 (본인부담금-중증·암:5%, 희귀난치:10%)과 틀니(본인부담금: 30%)명세서를 각각 분리 청구 합니다.

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

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

Q 18 요양병원 또는 의과 의료기관에 입원 중인 환자가 치과 외래에서 틀니 시술을 받은 경우 진료비용 청구는 어디에서 하나요?

■ 요양병원(의과 의료기관 입원)에서 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 틀니 관련 진료내역을 기재하여 청구하되, 이때 치식번호는 줄번호 특정내역 중 기타내역(JX999)란에 기재합니다.

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

※ 특정내역 기재 방법

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

Q 19 틀니 요양급여비용의 청구방법은 어떻게 되나요?

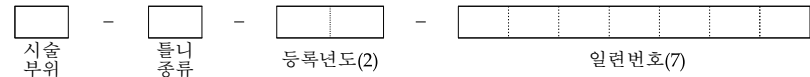
■ 틀니 상병(K08.1) 등록번호 11자리 기재하여 청구합니다.

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

진료단계별로 정한 점수(비용)에 따라 요양급여비용을 각 단계별 종료시점에 청구합니다.

그리고, 국민건강보험공단에 사전등록 한 틀니 등록번호 11자리를 명세서 특정내역 코드 'MT014'에 기재하여야하며, 치식번호의 오기나 누락 등은 지급불능 처리됩니다.

※ 구성 체계(11자리)



- 시술부위 : 상악(1), 하악(2)
- 틀니종류 : 레진상 완전틀니(1), 부분틀니(3), 금속상 완전틀니(5)
- 등록년도 : '시술시작일(1단계진료일)'의 연도 두 자리
- 일련번호 : 등록 순으로 번호 자동부여

✓ 틀니종류 : 신청서 항목에 '임시틀니여부' 추가

< 틀니종류 및 임시틀니여부 등록 화면(안) >

틀니종류	완전틀니, 부분틀니	▼
임시틀니여부	<input type="checkbox"/> 제작	<input type="checkbox"/> 미제작

- 틀니종류 변경은 기존 등록내역 취소 후 재등록해야 하는 등 민원처리 복잡, 변경처리가 가능한 별도 항목으로 분리

4 틀니 사전등록제 관련

Q 20 틀니 대상자 등록은 언제하나요?

■ 틀니는 국민건강보험공단 사전등록제로 운영합니다.

틀니는 중복급여 예방 등을 위해서 틀니 시술을 받는 경우에는 틀니 대상자 등록을 사전에 하여야 합니다.

Q 21 틀니 대상자 등록 시 확인 사항 및 진료단계 중 입력이 필요한 사항은 무엇인가요?

■ 시술 전 대상자 등록여부 확인, 시술시작단계, 일자 입력합니다.

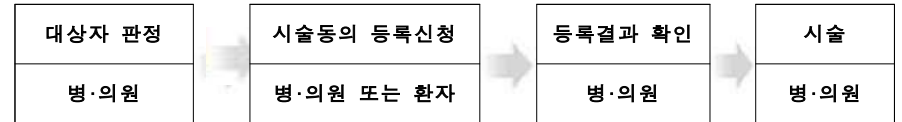
틀니 시술 전 수진자의 자격 및 대상자 등록여부를 확인하여야 하며 기 등록자는 [등록번호, 시술부위, 시술 시작일, 등록요양기관기호] 확인이 가능합니다.

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

Q 22 틀니의 대상자 신규등록, 변경, 취소, 해지, 시술중지, 재등록 방법은 어떻게 하나요?

■ 신규 등록 방법입니다.

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



※ 수진자 자격조회→자격여부 확인→건강보험 틀니 대상자 자격조회→등록여부 확인→등록신청서 작성→대상자 등록 신청→대상자 등록 결과(등록번호)확인→틀니 1단계 시술

※ **관련서식 다운방법:** 국민건강보험공단 홈페이지(www.nhis.or.kr)-민원신청-서식자료실-보험급여-치과시술 등록관련 제서식

✓ 병·의원이 대상자 등록 신청하는 방법

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

※ 환자내원→진료→틀니 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

틀니 대상자 등록내역에 변경사유(시술시작일 변경 등)가 발생한 경우에는 '건강보험 틀니 대상자 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.

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

등록 당일이 경과한 경우, 요양기관이 '건강보험 틀니 대상자 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.

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

※ 대상자 등록된 요양기관에서만 취소신청 가능

■ 해지 신청 방법입니다(본인만 해지 신청 가능)

이미 틀니 대상자로 등록된 자가 시술 중 해지를 원할 경우에는, '건강보험 틀니 대상자 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, 해지의 경우 시술등록일로부터 **7년간 급여가 제한됩니다.**

※ 환자본인만 해지신청 가능, 신청서 제출방법 : 방문, FAX, 우편 가능

■ 재제작 등록 신청 방법입니다.

1)요양기관 폐업 등으로 진료진행이 불가능한 경우, '건강보험 틀니 대상자 등록 신청서'에 '전 요양기관 폐업'에 체크를 한 뒤 국민건강보험공단(지사,출장소)에 제출하시면 됩니다.

2)구강상태의 심각한 변화로 인한 재제작일 경우, '건강보험 틀니 대상자 등록신청서'에 '구강구조 변화에 따른 재제작'에 체크를 한 뒤 국민건강보험공단(지사,출장소)에 구강상태의 심각한 변화를 확인할 수 있는 의사소견서와 함께 제출합니다.

5 **임시틀니(임시 레진상 완전틀니, 임시 부분틀니)**

Q 23 **틀니 장착 전, 반드시 임시틀니 시술을 제공해야 하나요?**

■ **임시틀니는 틀니 제작기간 동안의 임시적 기능 보조가 필요한 경우입니다.**

틀니 제작을 위해서 반드시 임시틀니를 제작해야 하는 것은 아닙니다.

임시틀니는 신규로 틀니를 제작하거나, 기존 틀니를 재제작해야 하는 경우, 치료기간이 길어져 틀니 제작 기간 동안 식사에 어려움이 있거나 전치부 치아 상실로 인한 대외적인 활동의 어려움을 겪는 분들을 고려하여 제작합니다.

따라서, 틀니 장착 전 임시적 기능의 보조가 필요한 환자가 임시틀니를 희망하는 경우에 한하여 제작이 가능합니다.

Q 24 **임시틀니 급여적용 기준은 무엇인가요?**

■ **만 65세 이상으로 틀니를 신규 제작하거나 재제작하는 환자입니다.**

[기존 틀니보유자 제외]

임시틀니는 틀니 제작을 전제로 환자의 사회활동의 불편함 등을 최소화하기 위해 보험급여 하는 것이므로 기존 틀니 보유자로서 발치 및 치아 결손 등의 구강 변화가 없이 일정 기간 경과 후 재제작을 위하여 내원한 환자의 경우는 급여적용이 불가능하며, 틀니 제작을 위한 임시 틀니를 전제로 하지 않고 임시 틀니만의 시술을 목적으로 한 경우에는 보험적용이 불가능합니다.

Q 25 **임시틀니 수가는 어떻게 되나요?**

이미 장착하고 있는 경우 차액보상이 가능한가요?

■ **치과 의원급을 기준으로 임시 완전틀니(1악당)을 기준으로 254천원, 임시 부분틀니(3치 기준) 67천원, 추가 1치당 6천원이며, 본인부담율은 30% 적용됩니다.**

임시틀니 비용은 진찰료, 치료재료 등을 포함하고 있습니다.

임시 틀니는 틀니를 전제로 제작되므로, 틀니 급여시행일 이전에 틀니 시술을 결정하여 임시틀니를 제작한 경우 임시틀니 비용에 대해 소급하여 급여 적용이 불가능합니다.

따라서, 급여시행일 이전에 시술을 결정하여 임시틀니 제작한 경우에 임시틀니 비용에 대해 소급하여 급여 적용이 불가능하므로 급여 시행일 이전에 비급여로 이미 제작한 임시틀니에 대하여 차액보상이 되지 않습니다.

※ 차상위 본인부담률 : 차상위 1종(희귀난치성질환자 'C') 5%,
차상위 2종(만성질환자 'E' 및 'F') 15%

※ 의료급여 본인부담률 : 1종 5%, 2종 15%

Q 26

틀니 시행일 이후 환자가 임시틀니 시술 받고 틀니 제작을 진행하지 않아도 가능 한가요?

반드시 임시틀니 제작 후 동일 병·의원에서 틀니를 제작해야 하나요?

■ 임시틀니만 제작하는 것은 비급여대상입니다.

임시 틀니에 대한 보험 급여는 원칙적으로 틀니 제작을 전제로 하는 경우에 한하여 인정하고 있습니다.

따라서, 환자가 틀니의 제작을 원치 않고 임시 틀니만 제작하기를 원하는 경우에는 급여적용이 불가능합니다.

■ 임시틀니와 틀니는 동일 병·의원에서 시술하셔야 합니다.

또한, 임시 틀니는 틀니 장착 전의 사전 단계이며, 임시 틀니 제작시점부터 등록이 되기 때문에 임시 틀니와 틀니는 동일한 병·의원에서 진행하여야 합니다.

Q 27

임시 틀니 대상에는 발치 전 인상채득 후 발치 당일 장착하는 즉시의치(Immediate denture) 도 포함 되나요?

■ 발치 당일 장착하는 즉시의치는 급여 적용 대상이 아닙니다.

임시 틀니는 틀니 제작까지의 기간이 장시간 소요되는 환자의 사회활동의 불편함을 최소화하고, 저작기능의 일부 보조 등을 위해 최종 틀니 장착 전까지 사용하는 interim denture에 한하여 급여 적용을 하는 것입니다.

따라서, 발치 전 인상채득 후 발치 당일 장착하는 ‘즉시의치’ 는 이에 해당되지 않습니다.

Q 28

임시 틀니 비용은 어떻게 받나요?

■ 임시틀니는 임시틀니 최종 진료 종료시 산정 가능합니다.

임시 틀니는 치과보철학회에서 제출한 표준의료행위에 따르면, 여러 과정을 거치나, 현행 수가는 전체 단계가 모두 포함된 수가입니다.

따라서, 중간과정에서 중단 시 ‘임시 틀니’ 수가 산정이 불가하며, ‘임시 틀니 장착 및 조정’ 등 최종 진료 종료 시에 산정이 가능합니다.

다만, 임시 틀니는 틀니를 전제로 한 경우에만 급여 가능하므로, 임시 틀니를 중단한 환자는 타 요양기관에서 급여 적용이 불가능합니다.

Q 29

임시 틀니도 선택진료비 산정하나요?

■ 임시틀니는 선택진료 비용을 산정 할 수 없습니다.

임시 틀니는 틀니 최종 장착 전까지 사용하는 interim denture에 한하여 급여 적용을 하는 것이므로, 선택진료비 산정할 수 없습니다.

다만, 이후 제작하는 틀니에 대해서는 선택진료비 산정이 가능(1단계: 검사, 2~6 단계: 처치로 적용)합니다.

Q 30 임시틀니에 대하여 틀니 유지관리 급여적용이 가능한가요?

■ 임시틀니는 틀니 유지관리가 급여적용 대상이 되지 않습니다.

임시틀니는 유지관리를 받을 수 없습니다. 임시틀니는 틀니를 제작 전 기존 치아의 발치 및 결손 등으로 틀니를 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 해당되지 않습니다.

※ 유지관리 : 리라이닝(Relining), 리베이스(Rebasing), 탈락된 치아(인공치)의 재부착 및 수선, 클라스프(Clasp) 파절 수리 등

Q 31 임시 부분틀니의 수가 산정은 어떻게 하나요?

■ 결손치아(지치제외)를 기준으로 기본 3치 + 추가 1치당으로 산정 할 수 있습니다.

예시1)	치식(명세서 줄번호)		구분	수가코드	실시 횟수
	$\frac{7\ 6\ 5\ 4\ 3\ 2\ 1}{x\ x\ x\ 4\ 3\ x\ 1}$	$\frac{1\ 2\ 3\ 4\ 5\ 6\ 7}{1\ 2\ 3\ x\ x\ x\ x}$	기본 3치	UA401	1
		추가 5치	UA411	5	

예시2)	치식(명세서 줄번호)		구분	수가코드	실시 횟수
	$\frac{x\ 6\ 5\ x\ x\ 2\ 1}{x\ x\ x\ 4\ 3\ x\ 1}$	$\frac{1\ 2\ 3\ 4\ 5\ x\ x}{1\ 2\ 3\ x\ x\ x\ x}$	상 악	기본 3치	UA401
		하 악	추가 2치	UA411	2
			기본 3치	UA401	1
			추가 5치	UA411	5

예시3)	치식(명세서 줄번호)		구분	수가코드	실시 횟수
	$\frac{x\ 6\ 5\ x\ x\ 2\ 1}{x\ x\ x\ 4\ 3\ x\ 1}$	$\frac{1\ 2\ 3\ 4\ 5\ x\ x}{1\ 2\ 3\ x\ x\ x\ x}$		기본 3치	UA401
			추가 7치	UA411	7

※ 'x' 표기한 부분은 치아 결손(missing) 부위를 의미합니다.

6 틀니 유지관리

Q 32 틀니 장착 후 사후점검기간(무상)은 언제인가요?

■ 사후점검기간(무상)은 틀니 최종 장착 후 3개월 이내(최대 6회까지)입니다.

틀니를 최종 장착한 다음 날부터 3개월 이내 최대 6회까지 무상으로 틀니 유지 관리가 적용됩니다.

Q 33 틀니 유지관리 보험적용기준은 무엇인가요?

■ 만 65세 이상의 틀니 장착재(기준 틀니 장착자 포함)가 대상입니다.

※ 틀니 장착자: 레진상 완전틀니, 금속상 완전틀니, 부분틀니(클래스프 유지형)

틀니 유지관리의 건강보험 적용대상은 만 65세 이상의 건강보험가입자 또는 피부양자로서, 틀니 장착자입니다.

틀니 유지관리 보험적용은 틀니 장착 후 3개월(최대 6회)의 사후점검기간(무상)이 종료되는 시점부터 적용됩니다.

기존 틀니 장착자도 동일하게 건강보험이 적용되며, 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 피개의치(over denture), 금속상 완전틀니와 부분틀니의 금속구조물이 금 등과 같은 귀금속류가 들어가거나, Telescopic partial denture(텔레스코픽 부분틀니) 및 Attachment partial denture(어태치먼트 부분틀니)에 대한 유지관리는 건강보험이 적용되지 않습니다.

Q 34 건강보험이 적용되는 틀니 유지관리 항목과 급여인정기준은 어떻게 되나요?

■ 의치수리 등 11개 항목이며, 요양기관 종별 가산 적용됩니다.

건강보험이 적용되는 틀니 유지관리 항목은 아래와 같으며, 각 행위별 비용은 요양기관 종별에 따라 종별 가산이 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 제2부 제10장 제5절 '주항' 규정에 따라 약제, 치료재료 및 진찰료는 별도 산정이 불가합니다.

따라서, 상급종합 병원에서 틀니 유지관리를 한 경우에도 진찰료 총액을 산정하지 않습니다.

아래의 틀니 유지관리항목 이외는 무상항목(잇몸치치, 의치 청소, 정기 정검 및 교육훈련)으로 무상항목만 실시한 경우에는 진찰료(원외처방 발행 가능)만 산정합니다.

■ 연간 급여 인정횟수 범위 내에서 산정가능하며, 횟수 초과한 경우 비용 전액을 환자 본인이 부담합니다.

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

항목별 연간 급여 인정 횟수는 회계연도(1.1. ~ 12.31.) 기준으로 산정되며, 국민건강보험공단 등록시스템을 통하여 각 개인별 적용 횟수 관리가 이루어집니다.

따라서, 요양기관은 틀니 유지관리 시술을 위해서는 각 항목별로 처치시마다 사전등록 절차를 거쳐야 하며 등록 이후에 요양급여비용을 청구하여야 합니다.

< 유지관리 비용 >

구분	유지관리 행위		산정단위	급여기준
의치 조직면 개조	첨상 (relining)	직접법	약당	연 1회
		간접법	약당	연 1회
	개상(rebasing)		약당	연 1회
	조직 조정 (Tissue conditioning)		약당	연 2회
의치 수리	인공치 수리		치당	연 2회 (제1치 100%, 제2치부터 치아당 소정점수의 50% 적용)
	의치상 수리		약당	연 2회
의치 조정	의치상 조정		약당	연 2회
	교합조정	단순	약당	연 4회
		복잡	약당	연 1회
	클래스프 파절 수리	단순	약당	연 2회
복잡		약당	연 1회	

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

Q 35 틀니 유지관리 본인부담은 어떻게 되나요?
또한, 동시에 여러 항목(틀니 유지관리) 시술시 각각 비용 산정 가능한가요?

■ 틀니 유지관리 행위의 본인부담은 요양급여비용 총액의 30%입니다.

「국민건강보험법 시행령」 별표2 제3호 바목에 따라 해당 요양급여비용의 100분의 30을 본인이 부담하는 틀니 요양급여의 범위에 포함되어, 틀니의 본인부담률과 동일하게 해당 요양급여비용 총액의 30%를 환자본인이 부담하여야 합니다.

- ※ 차상위 : 희귀난치성 질환자 'C' 5%, 만성질환자 등 'E' 및 'F' 15%
- 의료급여 : 1종 5%, 2종 15% 본인부담 적용

「국민건강보험법 시행령」 제19조 3항에 의거 본인부담액은 요양기관의 청구에 따라 요양급여를 받은 가입자 또는 피부양자가 요양기관에 납부하여야 합니다.

따라서, 틀니 유지관리 처치가 당일에 종료되지 아니한 경우에는 해당 틀니 유지관리 치료기간 중 요양기관이 진료비용을 요구하는 날 납부하여야 합니다.

■ 여러 항목 동시 시술시 틀니 유지관리 행위별로 각각 비용 산정이 가능합니다.

틀니 유지관리 행위는 각각의 독립된 행위로서 틀니 유지관리 행위별 각각의 비용을 산정하되, 각 틀니 유지관리 항목별 적용중 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 적용중에 따라 필요한 유지관리 행위 시술 후 해당 수가를 산정합니다.

Q 36 입원 중인 환자가 치과 외래에서 틀니 유지관리를 진료를 받는 경우, 본인부담비용은 어떻게 되나요?

■ 입원·외래 구분 없이 본인부담률 30% 적용합니다.

틀니 유지관리 비용은 입원·외래 구분 없이 틀니 해당 요양급여비용 총액의 30%를 환자 본인이 부담하게 되므로, 입원 중이라도 입원 본인부담률과 관계없이 틀니 유지관리 비용의 30%를 환자가 부담하게 됩니다.

또한, 산정특례 환자가 특례 적용 질환 진료 당일 틀니 치료를 받는 경우, 틀니 시술은 특례 적용 대상이 아니므로 산정특례 적용과 관계없이 틀니 유지관리 비용의 30%를 부담하게 됩니다.

Q 37 틀니 유지관리(11항목)은 반드시 틀니 시술받은 요양기관에 서만 처치가 가능한가요?

■ 틀니 유지관리는 틀니를 제작한 병·의원과 동일하지 않아도 급여적용 가능합니다.

틀니의 유지관리 행위는 반드시 틀니를 제작한 병·의원과 동일하지 않아도 건강보험 적용이 가능합니다.

이는 환자가 틀니 제작 후 타 지역으로 이사하는 경우에도 주거지 근처에서 편리하게 유지관리를 받을 수 있어 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.

Q 38 틀니 유지관리(11항목)도 공단에 등록해야 하나요?

■ 틀니 유지관리의 시술일을 공단 요양기관 정보마당(<https://medicare.nhis.or.kr/portal>)에 등록하여야 합니다.

틀니 유지관리는 항목별 연간 건강보험 적용 횟수가 정해져 있기 때문에 치과 병·의원에서 개인별 횟수를 확인할 수 있도록 마련된 국민건강보험공단의 정보통신망의 등록시스템을 이용할 수 있으며, 틀니 유지관리 행위 시 반드시 사전 등록절차를 거쳐야 합니다.

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

Q 39 틀니 유지관리(11항목)도 비용 청구 시 틀니 등록번호를 기재해야 하나요?

■ 틀니 유지관리는 사전등록 후 시술하며 틀니 등록번호는 기재하지 않습니다.

틀니 유지관리 행위는 국민건강보험공단 요양기관정보마당을 통하여 틀니 유지관리 항목별 급여횟수를 확인하여 시술내용을 등록한 후 시술을 진행하게 됩니다.

국민건강보험공단은 틀니유지관리 항목별 연간 급여횟수 관리를 위하여 등록시스템을 마련하였으며, 동 시스템에 등록된 정보는 건강보험심사평가원으로 전송되므로, 진료비 심사 시 등록 정보가 없는 틀니 유지관리 청구 건은 심사조정이 됩니다.

따라서, 국민건강보험공단의 해당 시스템의 사전등록 절차만 거친 후 진료비를 청구하면 되므로, 틀니 등록번호를 기재하실 필요가 없습니다.

Q 40 틀니 유지관리의 등록절차는 어떻게 되나요?

■ 틀니 유지관리는 급여횟수 조회 및 시술일 등록합니다.

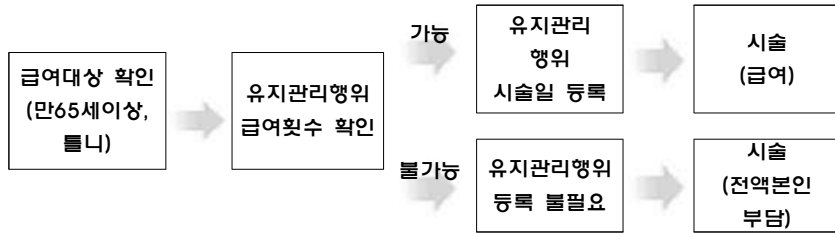
틀니 장착자가 틀니 유지관리 시술을 받기위해 치과 병·의원에 방문하였을 경우, 요양기관은 해당 환자의 급여대상여부(만 65세 이상, 틀니)를 확인하고,

대상자로 확인되면, 국민건강보험공단 등록시스템(요양기관정보마당)을 통해 해당 환자의 유지관리 항목별 급여 횟수를 확인하고, 등록시스템에 주민등록번호, 성명, 시술일을 등록한 후 시술을 시작합니다.

※ 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 횡수 조회 및 등록 절차도 >



- ※ 인터넷 이용이 불가할 경우, **공단(지사)**에 조회 및 시술일 등록을 요청합니다. 등록횡수 **조회**는 **전화**로도 가능하며, 시술일 **등록**은 **공문**으로 요청하면 공단(지사)에서 등록 처리 합니다.
- ※ 등록정보는 국민건강보험공단으로부터 심평원으로 전송되며, 공단 등록일과 심평원 접수일(요양급여비용청구)을 달리하여 적용하여 주시기 바랍니다.

Q 41 틀니 유지관리 등록 취소 및 변경 방법은 어떻게 되나요?

■ 당일은 치과 병·의원에서 취소 가능하며, 당일 이후는 공단 지사에 요청하여야 합니다.

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.nhis.or.kr)/정보공개/서식자료실/보험급여/틀니관련서식]
 [요양기관정보마당(<https://medicare.nhis.or.kr/portal/>)/서식자료실]

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

Q 42 틀니 유지관리 비용 청구시 상병코드는 무엇으로 기재하나요?

■ 틀니 유지관리 상병(Z46.3/치과보철 장치의 부착 및 조정)로 청구합니다.

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.

Q 43 틀니 장착 후 사후점검기간(무상)에도 명일련 특정내역 구분코드 MT014에 틀니 등록번호를 기재하나요?

■ 사후점검기간(무상)에는 틀니 등록번호를 기재하여 청구합니다.

틀니 장착 후 3개월 이내(6회 까지) 사후점검기간(무상)에는 틀니를 제작한 요양기관에서만 처치와 관련된 비용은 산정할 수 없으며, 진찰료만 산정합니다.

이 경우 명일련 특정내역 구분코드 MT014에 틀니 등록번호를 반드시 기재하여야 합니다.

- ※ 편약 틀니인 경우에 틀니 반대약의 남아있는 치아의 치료 당일 유지관리를 함께 한 경우에도 MT014에 틀니 등록번호를 기재하여야 합니다.

Q 44

틀니 유지관리(의치 수리 등)를 받은 당일 타상병으로 다른 부위에 처치를 시행한 경우, 청구명세서 작성은 어떻게 하나요?

■ 별도의 명세서로 분리하여 작성하고 특정내역 구분코드 MT037에 ‘M’ 을 기재하여 청구합니다.

틀니 유지관리 대상 상병(Z46.3)과 동시에 타 상병 진료로 별도의 명세서를 작성하거나, 타 상병 치료에 대한 진료기간 중 틀니 유지관리 대상 상병 진료로 별도의 명세서 작성 시 명일련 특정내역 구분코드 MT037 ‘등록 틀니, 치과임플란트 및 타상병 진료’ 란에 ‘M’ 을 기재합니다.

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

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

Q 45

급여 틀니를 제작하였는데, 사후점검기간(무상) 동안 환자가 의치상이 파절되어 재내원 한 경우, 의치 수리가 불가하고 재제작을 해야 하는 경우, 환자에게 별도 비용을 징수할 수 있나요?

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

틀니 제작 후 사후점검기간(무상)은 3개월 이내 6회 까지이며, 틀니 제작 후 사후점검기간(무상) 중 의치가 심하게 파절되어 수리가 불가하고 재제작을 해야 하는 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 제작환자가 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 부재하므로 무상으로 운영하여야 하므로, 환자에게 재제작에 대한 별도의 비용을 징수할 수 없습니다.

Q 46

틀니를 장착한 환자가 해당 병원의 의과로 입원하게 되어 사후점검기간(무상) 동안 치과 외래에서 틀니 사후점검(유지관리)을 받은 경우, 수가 산정은 어떻게 하나요?

■ 입원기간 중 사후점검기간(무상) 동안은 진찰료(협의진찰료)만 산정 가능합니다.

현행 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편제2부제1장 가-8 협의진찰료 주항 규정에 따라 협의진찰료 산정이 가능하나, 입원기간 중 30일에 1회만 산정 가능하므로, 3개월 이내 6회까지 무상유지관리를 실시한 경우에도 협의 진찰료는 3회까지만 산정 가능합니다.

다만, 사후점검기간(무상) 이후에 시행되는 유지관리 항목의 경우, 무상 유지관리 행위(잇몸치치 및 의치 청소 등)는 진찰료만 산정하고, Clasp 파절 수리 등 유상 유지관리 행위에 경우, 각 유지관리 항목별 급여 가능 횟수에 한하여 수기로 산정이 가능합니다.

※ 유·무상 유지관리 행위 구분

구분	항목수	행위		틀니 등록번호 기재 여부	
무상	3항목	잇몸 처치		기재	
		의치 청소			
		정기점검 및 교육훈련			
유상	8항목 (세부분류 포함 11항목)	의치 조직면 개조	첨상(relining)	직접법	미기재, 사전등록 절차만 거침
			첨상(relining)	간접법	
			개상(rebasing)		
		의치 수리	조직 조정재		
			인공치 수리		
			의치(상) 수리		
		의치 조정	의치(상) 조정		
			교합조정	단순 복잡	
		클래스프 수리		단순 복잡	