

# 치과의료보험 청구요령

박경준 치과의원 원장 박경준

국민복지의 향상을 위한 사회보장제도로서 가장 중요한 것은 소득보장제도와 의료보장제도이다. 우리나라에서는 1977년에 사회보험으로 의료보험제도를 개발하였고, 1989년에 전국민에게 확대하여 전국민의료보장을 달성하였다. 의료보험제도 시행 초기에는 치과계에서 크게 관심을 갖지 않았지만 전국민의료보험으로 수혜범위가 확대되고 그에 따라 치과의원 경영에도 상당한 비중을 차지하게 되면서부터 의료보험의 요양급여비 중에서도 구강진료비를 산정하고 청구하는 방법에 대해 보다 정확하게 알아야 할 필요가 생겼고 의료보험 환경의 변화를 빨리 인지하여 그에 능동적으로 대처하지 않으면 안되게 되었다. 이에 여러 문헌을 참고하여 가장 흔히 이루어지는 진료항목에 대해 산정지침과 산정요령을 알아보고 요약하여 정리하였다.

## I. 기본 진료

초진료 또는 재진료에서 본인부담금을 제외한 나머지 금액을 청구하는 경우가 이에 해당한다.

1. 진찰 또는 상담만 한 경우
2. 치은염 지치주위염 등의 간단한 구강연조직의 처치
3. 구내염 등에 오라메디 연고를 도포한 경우
4. 발치 전 동통 감소를 위한 드레싱처치
5. 의료보험에서 말하는 야간은 오후 6시부터 익일 09시까지(토요일은 오후 1시부터 익일 09시까지) 환자가 도착하는 시각을 기준으로 한다.
6. 동일환자가 구강진료기관에 30일 이내에 내원할 때에는 상병명에 불문하고 1회만 초진료가 산정되며, 달이 바뀌어 청구할 때 계속 진료는 재진료로 산정한다. 단, 일련의 진료가 끝난 후 30일 이후에 내원할 때

에는 초진료로 산정한다.

7. 하나의 상병에 대한 진료가 끝난 후 30일 이내에 타상병(급성질환)이 발생하여 내원한 경우에 초진료를 인정한다. 급성질환이란 외상성 질환(치아파절, 골절 등) 또는 악관절질환 등을 말한다.

8. A 조합에서 B 조합으로 직장을 이전할 경우에 계속진료를 받던 환자에 대한 진찰은 계속진료이므로 재진료로 산정하여야 한다.

## II. 치아질환의 처치

### a. 보통처치

1. 우식상아질을 제거하고 ZOE를 이용하여 임시 충전한 경우에 산정하며, 청구단위는 1치당 1회이다.
2. 발수 전 치수의 일부를 제거한 경우에 산정하며 치수염 또는 치근단농양으로 치수관을 개방한 경우에는 응급근관치치를 산정하고 FC 교환은 보통처치에 준용하여 산정한다.
3. 동일 치아에 치수관 개방과 구내소염술을 동시에 시행한 경우는 주된 처치인 구내소염술만을 산정한다.
4. 치수절단 후 FC 교환을 하거나 치아파절부위를 제거한 경우도 보통처치를 산정한다.
5. 이같이로 인하여 생긴 예리한 교합면을 삭제하거나 간단한 치아삭제를 한 경우도 보통처치를 산정한다.
6. 치관이 파절되어 파절된 부위만을 발거한 경우 보통처치로 산정한다.

### b. 치수복조

1. 충전 전에 이장(BASE)한 경우에 적용하며 복조시 사용한 재료대는 별도 산정한다.
2. 1치 1회 산정하며 동일 치아에 2개소 이상 복조

한 경우도 1회만 인정한다.

3. 치수복조와 보통치치를 동시에 시행한 경우 치수 복조만 인정한다.

4. 베이스시멘트로 ZPC만을 사용했을 경우에도 산정이 가능하다.

5. 이중 복조를 한 경우 각각의 재료대를 모두 산정할 수 있으나 copalite와 dycal을 동시 산정 시에는 한 가지만 인정한다.

**c. 지각과민치치**

1. 1치당 2 ~ 3회 인정하며 약제료는 별도로 산정할 수 없다.

2. 치주질환으로 인한 지각과민치치시에는 치석제거료를 산정할 수 있다.

3. 치주치치와 지각과민치치를 동시 시행할 때, 주수술인 3치까지는 지각과민치치는 50%, 치주치치는 100% 산정이 가능하고, 4치 이상일 때에는 지각과민치치는 100%, 치주치치는 50% 산정이 가능하다.

**d. 즉일충전치치**

1. 치수복조비용, 특정약제료, 와동형성료는 포함되지만 충전료는 포함되지 않았으며, 마취를 한 경우에는 마취료 및 마취약제대를 산정할 수 있다.

2. 1개월 이내에 아말감충전물이 탈락되어 다시 즉치 시행시 " 재진 + 보철물제거(간단) + 충전료 50% + 아말감재료대 100% "를 산정한다.

3. 아말감 제거시 보철물제거(간단)를 산정한다.

4. 소아에서 치수절단과 아말감충전을 동시 시행시(만 15세 이하)에는 치수절단 50%, 충전 100%, 즉일충전치치 100%, 아말감재료대 100%를 산정한다.

**e. 충전**

1. 충전하는 치아부위에 따라 인정되는 면수는 다음과 같다.

- 구치부- 아말감 3와3면 인정
- 복합레진 2와2면 인정
- 전치부- 아말감 1와1면 인정
- 노인, 유치 -- 아말감 1와2면 인정
- 소구치- 아말감 1와2면은 내역설명 필요
- 2. 좌우측 동시에 아말감충전시에는 내역설명이 필요

하다.

3. 와동이장 목적으로 ZPC로 베이스를 한 경우 ZPC 재료대를 청구할 수 있다. (단, 즉치시는 인정되지 않는다.)

4. 격벽(matrix band)재료대는 충전료에 포함되어 있으므로 별도로 산정할 수 없다.

5. Inlay 시술시 청구법은 다음과 같다.

초진 : 초진료 + 와동형성료 + 보통치치

재진 : 재진료 + 충전료(와동면수)

재료대는 피보험자 부담

**f. 와동형성**

1. 충전을 완료한 날에 1치당 1회 청구한다. 즉일충전치치에는 와동형성료가 포함되므로 별도 산정할 수 없다.

2. 치수괴사 상병에 보통치치를 하거나 발수 전에 보통치치를 한 경우 와동형성료는 인정한다.

**g. 충전물연마**

1. 충전(아말감, 레진..)후 연마했을 때 1치당 1회 충전진료 후 산정한다. (단, 충전 당일에는 산정할 수 없다.)

2. 초진에서는 그 전에 아말감으로 충전한 치아가 있을 경우에만 충전물연마료를 산정할 수 있다.

3. 치수치료 후 아말감으로 충전을 완료하였으면 충전물연마료를 인정한다. (일률 산정 곤란)

**h. 치수절단**

1. 치수절단시에 사용된 약제대는 산정할 수 없다.

2. 영구치의 경우 NONVITAL PULPOTOMY는 보통치치로 조정되나, 유치의 경우는 치수절단으로 산정할 수 있다.

**i. 발수**

1. 발수가 완료된 날에 1치당 1회 산정(근관수에 따라 산정)한다.

2. 발수와 동시에 근관세척을 한 경우 발수료만 산정하나 발수당일에 행한 근관확대료는 산정할 수 있다.

3. 발수에 사용된 약제대는 별도로 산정하며 발수시 사용한 Barbed Broach도 인정한다.

4. 실제 사용된 PAPER POINT는 발수, 근관세척,

근관충전시 모두 산정 가능하다.

5. 영구치와 유치에 모두 발수를 적용할 수 있다.

6. 구강내소염수술 후 차회에 내원하여 발수와 수술 후처치를 한 경우 각각 100% 인정한다.

**j. 근관세척**

1. 치수괴사나 치근단염일 때 발수 없이 근관세척과 근관충전을 시행해도 인정한다.

2. Reamer 또는 File을 사용했을 경우 치료기간 중 1회 재료대를 인정하며 근관확대는 1치당 2회 이내에서 인정한다.

3. 근관세척시 사용한 약제대는 별도로 산정할 수 있다.(3종류 이상 산정 가능)

4. 유치치료에서 근관확대를 산정할 수 있는 경우는 다음과 같다.

- 1) 감염된 근관의 경우
- 2) 영구치의 교환시기가 많이 남은 경우
- 3) 후속영구치가 없어 특수치료를 요할 때

5. FC와 CP, FC와 CMC는 동시에 산정할 수 없다. 또한 R-C prep을 사용한 경우 2회까지 산정 가능하다.

6. 근관세척시 EDTA를 사용한 경우 구입증빙자료를 제출하면 인정받을 수 있다.

**k. 근관충전**

1. 발수와 근관세척 없는 근관충전은 보통처치로 조정될 수 있다.

2. 근관충전시 비타팩스와 가타퍼쳐 포인트를 동시 산정시 모두 인정된다.(단, 일률적인 산정은 삭감될 수 있다.)

3. 유치의 근관충전시에는 흡수성의 근충제(예:비타팩스)를 사용하여야 한다.

4. 근관충전시 filling재료와 sealer를 구별하여 청구하여야 한다.

- 1) filling 재료 --- 실버포인트, 가타퍼쳐포인트
- 2) sealer --- Vitapex, AH26, Sealapex, Tubliseal, ZOE paste

5. 미완성치근에 치근단폐쇄를 유도하기 위해 근충제로 Calcium Hydroxides 사용시 보험급여대상으로 한다.

**l. 응급근관치**

1. 급성증상을 없앨 목적으로 치수강 개방을 실시한 경우 산정한다.

2. 응급근관치 행위료에는 임시충전, 약제, 재료의 비용이 포함되어 있다.

**m. 치주낭측정검사**

1. 치주낭을 측정하여 진료기록부에 치주조직의 파괴 정도를 2면이상 mm단위로 기록한다.

2. 여러 치아를 측정하여도 1/3약(4~6개 치아)범위에서는 1회로 산정하며 1/3약 단위로 산정한다.(전약 - 6회)

**III. 구강연조직질환 및 수술후치치**

**a. 수술후치치**

1. 1구강 1일당으로 산정한다.

2. 발치후 수술후치치는 2 ~ 3회 정도 인정하며, 치발치후 수술후치치는 3 ~ 4회 정도 인정한다.

3. 수술후치치에 사용한 생리식염수는 별도로 약제대를 산정할 수 없다.

**b. 치주질환의 처치**

1. 치주질환수술 후 내원하여 발사, 팩 교환 및 제거, 생리식염수 등으로 환부를 소독한 경우 산정한다.(1구강 1회, 2~3 회 인정)

2. 치주치치없는 치주소파(복잡)는 인정되지 않는다.

**c. 치석제거**

1. 간단은 러버컵으로 치면세균막을 제거한 경우에 산정하며, 복잡은 스케일러 또는 Cavitron으로 치석을 제거한 경우에 산정한다.

2. 치석제거(복잡)의 경우 내역 설명을 요하며 전약을 1일에 시술하는 것이 원칙이다.

**d. 보철물제거**

1. 간단 --아말감제거, SP 제거, 보철물 재부착, 근관치료시 임시가봉 제거

2. 복잡 --POST를 가진 치아에서 POST 제거, CROWN, 2면 이상 Inlay, 근관내 이물질 제거

3. Bridge 제거시 연속된 Pontic은 여러 개 치아라도

1치료 산정한다.

4. 치관수복물 또는 보철물제거 후에 행한 보통치치는 산정 가능하다.

5. 치료중 부주의로 인하여 발생한 근관내 이물을 제거할 때에는 보철물제거를 산정할 수 없다.

6. SINGLE CROWN이 부착된 치아를 발거한 경우에는 보철물제거를 인정하지 않는다.

#### IV. 수술

##### a. 발치수술

1. 발치료는 치아 또는 잔근의 전부를 발거한 경우 산정한다.

2. 유치발거시 후속영구치의 손상위험을 방지하기 위하여 치근분리술을 시행한 경우 난발치로 산정할 수 있다.

3. 치열교정을 목적으로 시행한 발치는 비급여 대상이다.

4. 과잉치 발치시 과잉치가 위치하는 부위를 표시하고 그 부위의 해당치 발치료를 산정한다.

5. 치근비대, 골 유착치 등에 대해 골삭제 또는 치근분리술을 시행한 경우 난발치료를 산정한다.

6. 발치 중에 중단한 경우 보통치치로 산정한다.

7. 치아편측절단 ( hemisection )을 한 경우 난발치료 100%, 치수치료료 100% 산정한다.

8. 치수치료 도중 예후 불량으로 발치한 경우 치수치료와 발치를 각각 100% 인정한다.

9. 발치와 동시에 치조골성형술을 시행한 경우 높은 수가 100%, 낮은 수가 50%를 산정한다.

10. 치아맹출 촉진을 위한 수술을 시행한 경우 다음과 같이 산정한다.

\* 간단 --- 치은식육제거술 ( 피막절개 )

\* 복잡 --- 치근낭종적출수술 중 1치관 크기 준용 (치조골개창술이 필요한 경우)

11. 발치 중에 상악동에 함입된 치아를 발거한 경우 발치와로 수술하여 발거하면 난발치료를 산정하고, 견치와 절개로 수술하여 발거하면 상악동근치수술료를 산정한다.

12. 발치 시 인정되는 리도카인 카트리지 갯수는 다음과 같다.

\* 유치, 영구전치----- 1개

\* 영구치 구치----- 2개

\* 난발치, 매복치----- 3개

13. 발치후 병행하여 사용하는 가글액은 다음의 종류가 있으며 허용용량만큼 산정한다.

\* 원 액 ----- 베타딘 가글, 티오바론

\* 희석액 ----- 클로르헥사메드, 샤브론가글, 탄튬액

\* 베타딘가글 1일 사용량 ---- 원액 9ml, 감염 예방목적 5ml

##### b. 발치외재소파술

1. 발치료와 동시에 발치외재소파수술료는 산정할 수 없다.

2. 필요시 발치후 1회만 산정하며 유치에는 산정할 수 없다.

3. 타 진료기관에서 발치 후 내원한 경우도 청구할 수 있다.

##### c. 치조골성형수술

1. 발치와 동시에 하거나 발치후 일정기간 경과 후 수술하기도 한다.

2. 발치후 10 ~ 20일 경과 후 치조골성형수술시 발치료와 치조골성형수술료 모두 100% 산정할 수 있다.

3. 진단명은 불규칙한 치조돌기(K08.8)를 사용하며, 치조골, 골류제거술은 1치당으로 산정한다.

4. 발치와 치조골성형술을 동시 시행시 높은 수가 100%, 낮은 수가 50%를 산정한다.

(적용 예) 예리한 치밀골의 undercut 존재 시

높은 치조중격 존재

골융기의 성형이 필요한 경우

##### d. 구강내소염수술

1. 절개와 치수강개방을 동시에 시행한 경우 구강내소염수술만 인정한다.

2. I&D 후 재수술을 할 경우 15일 이전은 50%, 15일 이후에는 100%를 산정한다.

3. 지치주위염으로 치은판절제시 적용한다.

4. 치수치료와 농양절개수술을 동시 시행시 치수치료만 인정한다.

##### e. 치은식육제거수술

1. 치간 유두가 증식된 경우와 치아맹출장애로서 치은판절제시 적용하며 1치당으로 산정한다.
2. 보철물 장착전 과도히 증식된 치은조직을 제거한 경우 산정한다.

**f. 협순소대(설소대)성형수술**

1. 각 소대(FRENUM)마다 산정한다.  
상병명: 설유착(Q38.1), 이상순소대, 치아크기 형태이상(K00.2)
2. Z-PLASTY를 시행한 경우 설소대성형수술(복잡)을 산정한다.

**g. 치근단절제수술**

1. 치근단절제술을 실시한 치아에 1일 동시에 발치, 근관세척, 근충의 수가 산정할 수 없다.
2. 발수, 근관세척, 근충 완료후 1주 정도 후 시행한 치근단절제술은 각각 인정한다.
3. 치근단절제술과 치근낭종적출술을 동시 시행시 높은 수가 100%, 낮은 수가 50%를 산정한다.

**h. 치주질환수술**

1. 1/3약당 산정하며 인접한 3~4개 치아는 소정수가 1회로 산정한다.
2. 치주수술 시 사용하는 리도카인은 1/3약당 3앰플까지 산정할 수 있으며, periodontal pack 교환은 5 ~ 7일에 1회 산정한다.
3. 치근활택술( root planing )은 소정 수술료에 포함되어 있으므로 별도 산정할 수 없다.
4. 인접하지 아니한 원인치가 3개 이상인 경우 파노라마 촬영을 인정한다.

**i. 치주소파술**

1. 간단은 도포마취 하에서 시술한 경우 산정하며, 복잡은 전달마취 또는 침윤마취 하에서 시행한 경우 산정한다.
2. 치주낭 깊이가 2 ~ 3mm 이내인 경우 산정한다.
3. 치면세마 5 ~ 7일 경과 후 치주소파술을 시행하는 것이 바람직하다.
4. 치주소파와 치석제거를 동시 시행시 치주소파만 인정한다.
5. 제3대구치 만성치은염으로 치주소파 간단을 산정

한 경우 인정된다.

6. 치주소파 시행 후 재수술시 산정방법은 다음과 같다.  
\* 1개월 이내 : 치주치치  
\* 1개월 초과 3개월 이내 : 치주소파 50%  
\* 3개월 초과 : 치주소파술 소정금액 산정

**j. 치은절제수술**

1. 1 ~ 2개 치아에 시술해도 산정할 수 있다.
2. 교정밴드 장착 후 치은증식으로 치은절제수술을 시행한 경우는 비급여 대상이다.
3. 재수술시 수가 산정방법은 다음과 같다.  
\* 6개월 이후 : 100% 인정  
\* 3 ~ 6 개월 : 50% 인정  
\* 3개월 이내 : 치주치치로 인정

**k. 치은박리소파수술**

1. 간단: 1) 3 ~ 5 mm 치주낭 존재  
2) 치근 1/3 이하의 치조골소실이 있는 경우
2. 복잡: 1) 5mm 이상의 치주낭 존재  
2) 치근 1/3 이상의 치조골소실  
3) 치은 및 치조점막의 변형, 좁은 부 착치은, 낮은 구강저 및 치조골 변형시
3. 치은박리소파술과 치아결손부의 골류를 제거하는 경우 각기 소정금액을 산정한다.
4. 골조직이식술 시행시 치은박리소파수술 소정금액의 150%를 산정한다.
5. 발치와 치은박리소파수술 동시 시술시 치은박리소파술 100%, 발치료 50%를 산정한다.

**V. 진료비 이의신청**

연합회에서 이루어진 진료비 심사에 이의가 있을 경우 다음 각각의 경우에 맞게 이의신청을 하면 된다. 이에 하나씩 경우에 따라 신청 방법을 알아보고자 한다.

- a. 진료비재청구(주민등록번호 불명자분)
- b. 정산진료비 환수금 재청구
- c. 이의신청(재심사) 및 심사청구

d. 보완청구

a. 진료비재청구(주민등록번호 불명자)

1. 국민공단분만 해당하며 "진료비재청구서"를 작성하여 다음의 주소로 제출하면 된다.

2. 접수일과 접수번호는 기재하지 않으며, 서류번호는 송금통보서의 번호를 기재하면 되고, 주민등록번호는 의료보험증에 등재된 주민등록번호를 확인하여 작성하면 된다.

3. 제출처 : 국민의료보험관리공단 보험급여부  
(예 : 서울 마포 염리동 168-9, 우 121-749)

b. 정산진료비 환수금 재청구

1. 정산진료비 환수금이 발생하는 원인은 수급자격확인 소홀, 진료비 청구명세서 착오기재, 이중 청구 진료비, 초진 진찰료 중복 청구 등이 있다. 환수금이 발생되지 않도록 청구시 각별한 주의가 요망된다.

2. "정산진료비재청구의뢰서"를 작성하여 다음의 접수처로 보내면 된다.

3. 접수처  
병원급이상, 한방 요양기관 : 급여관리부  
치과의원, 의원, 보건기관, 약국 : 각 지부 서무과  
서울지부 : 서울 영등포구 여의도동 36-2. 여의도백화점 5층 우 150-749 783-0626

c. 이의신청(재심사) 및 심사청구

1. 진료비 심사 결과에 이의 또는 불복이 있을 시 진료비(약제비)심사결과통지서가 요양기관에 도착한 날로부터 90일 이내에 문서로 연합회에 이의신청하거나 의료보험심사위원회에 심사청구한다.

2. "진료비이의신청서"를 작성하고 심사결과통지서의 (주4) 증감 내역 사항의 심사조정내역에 따라 필요한 경우 진료기록부사본과 방사선 사진 기타 자료를 첨부하여 청구한다.

3. 신청장소 : 연합회 본부 및 해당지부

d. 보완청구

1. 요양기관의 청구상 하자로 인하여 심사지급불능된 경우로 (주4)증감내역사항 중 심사지급불능 내역에 해당한다. 이 때에는 진료비명세서를 다시 작성하고 진료비청구서를 첨부하여 처음과 동일하게 청구한다.

2. 명세서 우측하단에 "보완청구" 라 적색 표기하고 원청구의 접수번호, 심사차수, 심사 지급불능 항목사유 코드, 명세서 일련번호를 기재하여 통지서를 받은 후 30일 이내에 청구해야 하며 소정기한 내에 보완청구하지 않으면 당초 청구가 없던 것으로 간주한다.

## VI. 기타

a. 구강검사비용 청구

1. 구강검사 실시 후 구강검사비용을 청구하는 데 수검자용은 환자에게 주고 요양기관용은 보관하며 보험자용을 보험자 조합별로 청구하면 된다. 가능하면 구강검사 후 15일 이내에 청구해야 하는 데, 1년 동안 모았다가 연말에 한꺼번에 청구해도 무방하다.

2. 보험자용 구강검사용지와 구강검사비용청구서를 동봉하여 각 조합별로 청구하는 데, 1998년에는 구강검사비가 2,200원이며 구강검사비는 연합회에 신고된 계좌로 입금되고 각 조합에서 송금통보서가 발송된다.

b. 의료보호

1. 의료보호의 종류는 1종과 2종이 있다.

1종 : 본인부담금 없음 ( 치과의원 )

2종 : 본인부담금 1일에 1,500원

2. 의료보험진료비 청구와 동일하게 청구하면 되는 데, 행위료의 가산율이 5%인 것이 의료보험과 다른 것이다. 종별과 보호기관의 구분 없이 합철하여 연합회로 청구한다.

## 참고문헌

1. 金鍾培, 崔有鎭, : 公衆口腔保健學, 高文社, pp.517-565, 1993.  
2. 金鍾培, 張起完, 金鎭範 : 口腔診療分野의 醫療保險運營, 5th ed, 高文社, 1996.  
3. 서울특별시치과의사회 보험위원회 : 齒科醫療保險 解說 및 審査事例集, 1996.  
4. 보건복지부 : 醫療保險 療養給與基準 및 診療酬價基準, 大韓齒科醫師協會, 1997.