

보건복지부 고시 제2025 - 23호

「국민건강보험법」 제41조제3항 및 제4항, 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 관련 별표2 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제2항에 의한 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(보건복지부 고시 제2024-297호, 2024.12.31.)」을 다음과 같이 개정·발령합니다.

2025년 1월 31일
보건복지부 장관

「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 일부개정

요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 일부를 다음과 같이 개정한다.

I. 행위 제2장 검사료 중 나905 정량광형광기를 이용한 치아우식증 검사[1구강당]의 정량광형광기를 이용한 치아우식증 검사의 급여기준란을 다음과 같이 한다.

항 목	제 목	세부인정사항
나905 정량광형광기를 이용한 치아우식증 검사 [1구강당]	정량광형광기를 이용한 치아우식증 검사의 급여기준	1. 정량광형광기를 이용한 치아우식증 검사는 치아우식증 진단 보조 및 진행 여부 모니터링을 목적으로 실시하는 검사로 다음의 요건을 모두 충족한 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 -

		가. 급여대상: 15세 이하 아동 나. 실시간격: 구강당 3개월 간격으로 1회 인정 2. 다만, 동일 날, 동일 목적으로 정량광형광기를 이용한 치아우식증 검사와 방사선촬영(다191 치근단, 다195 교익, 다197 파노라마 촬영)을 동시에 실시한 경우 주된 검사 한 가지만 산정함.
--	--	---

I. 행위 제9장 처치 및 수술료 등 중 자2-1 일반처치 또는 수술 후 처치 등의 당뇨병발에 포비돈요오드액 담금처치 실시 시 급여기준란 다음에 휴대용 산소 공급장치를 이용한 당뇨병성 족부궤양 치료 급여기준란을 다음과 같이 신설한다.

항 목	제 목	세부인정사항
자2-1 일반처치 또는 수술 후 처치 등	휴대용 산소 공급장치를 이용한 당뇨병성 족부궤양 치료 급여기준	당뇨병성 족부궤양(Diabetic Foot)이 있는 환자를 대상으로 국소 산소 상처치료를 위해 창상처치를 시행할 경우 다음과 같이 요양급여로 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상: 1)~3) 조건을 모두 만족하는 경우 1) 궤양 지속기간 : 4주 이상 2) 궤양의 크기 : 35cm ² 이하 3) Wagner 1~2등급 환자 나. 추가산정방법 치료재료(산소전달장치) 적용 혹은 교체 당일, 자2-1가(1) 일반처치 또는 수술 후 처치 등[1일당]-창상처치-단순처치를 산정하고, 동일 병변에 흡입배농 및 배액처치 등 다른 처치가 함께 이루어질 경우 주된 처치 1종을 산정함.

항 목	제 목	세부인정사항
		다. 치료재료 1) 인정횟수: 2회/주, 3주간 2) 인정개수: 1개 3) 상기 가. 급여대상에 사용하는 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률 80%로 적용함. 다만, 횟수 및 개수를 초과하여 사용하는 경우 비급여로 함.

I. 행위 제9장 처치 및 수술료 등 중 자658 경피적 대동맥판삽입의 자658 경피적 대동맥판삽입 급여기준란 다음에 자658 ‘주’의 필터형 뇌색전 방어기구 거치술 급여기준란을 다음과 같이 신설한다.

항 목	제 목	세부인정사항
자658 경피적 대동맥판 삽입	자658 ‘주’의 필터형 뇌색전 방어기구 거치술 급여기준	1. 경피적 대동맥판 삽입술 시 필터형 뇌색전 방어기구 거치술을 실시할 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률 80%로 적용함. -다 음- 가. 급여대상: 1)~3) 중 어느 하나에 해당하는 경우 1) STS score > 8%인 수술 고위험군 2) 80세 이상 3) 심장통합진료*에 참여한 심장혈관흉부외과 전문의 전원이 수술 불가능하다고 판단한 환자 * 심장통합진료에는 순환기내과 분과전문의 2인 이상 (한국심초음파학회에서 인정한 심초음파 인증의 1인 포함), 심장혈관흉부외과 전문의 2인 이상, 마취통증의학과 전문의 1인 이상, 영상의학과 전문의 1인 이상이 대면으로 참여하되 부득이한

항 목	제 목	세부인정사항
		경우 화상으로 참여할 수 있음. 다만, 마취통증 의학과와 영상의학과는 별도의 협진으로 대신 할 수 있음. 나. 급여 횟수는 최초 시행 시 1회 인정함. 2. 상기 1. 급여대상 및 횟수를 초과하는 경우 비급여 함. 3. 다만, 동 행위에 사용되는 치료재료는 각 1개씩 인정하고 경피적 대동맥판 삽입술에서의 경피적 뇌색전방어기구 거치술용 기구, 경피적 대동맥판 삽입술에서의 경피적 뇌색전 방어기구 거치술용 GUIDE WIRE는 별도 산정하며, 해당 행위의 본인부담률을 적용함.

I. 행위 제9장 처치 및 수술료 등 중 자762 내시경적 상부 소화관 출혈 지혈법, 자768 결장경하 출혈 지혈법, 자773 에스상결장경하 출혈 지혈법의 내시경하 분말지혈제를 이용한 지혈술 시행 시 급여기준 및 수가 산정방법란을 다음과 같이 한다.

항 목	제 목	세부인정사항
자762 내시경적 상부 소화관 출혈 지혈법, 자768 결장경하 출혈	내시경하 분말지혈제를 이용한 지혈술의 급여기준	내시경하 분말지혈제를 이용한 지혈술은 비정맥류성 위장관 출혈환자 및 내시경적 시술 후 위장관 출혈 환자 중 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. 다만, 내시경적 종양 수술 시 실시한 경우는 수술의 일련의 과정이므로 별도 산정하지 아니함. - 다 음 - 가. 적응증 1) 악성 종양, 출혈 경향이 높은 질환(혈액질환,

항 목	제 목	세부인정사항
지혈법, 자773 에스상 결장경하 출혈 지혈법, 자778나 풍선소장 내시경하 출혈 지혈법		간경변증 등)의 미만성 출혈 환자 2) 기존 지혈술(전기소작응고술, 지혈클립, 주사요법 등)에 실패한 환자 나. 산정방법 1) 상부위장관 지혈은 자762 내시경적 상부 소화관 출혈 지혈법 소정점수를 산정함. 2) 하부위장관 지혈은 부위에 따라 자768 결장경하 출혈 지혈법, 자773 에스상 결장경하 출혈 지혈법, 자778나 풍선 소장내시경하 출혈 지혈법의 소정점수를 산정함. 다. 치료재료는 식약처 허가 범위 내에서 사용하되, 시술 당 1개 인정함.

I. 행위 제18장 치과의 보철료 중 찬11 치과임플란트(1치당)의 찬11 치과임플란트(1치당) 인정기준란을 다음과 같이 한다.

항 목	제 목	세부인정사항
찬11 치과임플란트 (1치당)	찬11 치과임플란트 (1치당) 인정기준	「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표 2] 비급여대상 4. 바에 따른 65세 이상 치과 임플란트의 요양급여 대상 등은 다음과 같이 함. - 다 음 - 1. 급여대상 가. 부분 무치악 환자에 대하여 악골(Maxilla or Mandible)내에 분리형 식립재료(고정체, 지대주)를 사용하여 비귀금속도재관(PFM Crown) 또는 지르코니아 크라운 보철수복으로 시술된 치과

항 목	제 목	세부인정사항
		임플란트 나. 적용개수 - 1인당 2개(평생개념)이내에서 보험급여를 원칙으로 함. 다만, 치과 의사의 의학적 판단 하에 불가피하게 시술을 중단하는 경우에는 평생인정개수에 포함되지 아니함. 다. 유지관리 1) 보철장착 후 3개월 이내 - 동기간 내는 유지관리를 위한 요양급여비용은 진찰료만 산정할 수 있음. 2) 보철장착 후 3개월 초과하는 경우 - 치과임플란트 주위 치주질환 등으로 처치 및 수술을 시행한 경우에는 해당 급여항목으로 산정함. - 보철수복과 관련된 유지관리는 비급여함. 2. 수가 산정방법 가. 치과임플란트 요양급여비용은 진료 단계별로 산정함을 원칙으로 하며, 보철수복 이전에 진료가 중단된 경우에는 해당단계까지만 비용을 산정함. 나. 찬11나 치과임플란트(1치당)-고정체(본체) 식립술 (2단계)의 재수술 인정기준 - 고정체 식립술 도중 재식립을 하는 경우에는 일련의 과정으로 인정하지 아니함. - 고정체 식립술 후 골 유착 실패로 식립된 고정체를 제거하고 재식립하는 경우에는 찬11나의 소정 점수 50%를 1회에 한하여 산정하고(산정코드 세 번째 자리에 2로 기재), 이 경우 고정체 제거술은 별도 산정하지 아니하며, 사용된 고정체 재료는 인정함. 3. 치료재료 - 식립재료 고정체(Fixture)와 지대주(Abutment)는

항 목	제 목	세부인정사항
		별도 산정 하고, 그 외 재료(Cover Screw, Healing Abutment 등) 및 보철수복 재료는 찬11 치과임플란트(1치당) 소정점수에 포함되어 별도 산정할 수 없음. 다만, 맞춤형지대주(Custom Abutment)는 비급여함.(시술행위는 급여) 4. 다만, 아래 중 하나에 해당되는 치과임플란트 시술은 요양급여하지 아니함.(시술전체 비급여) - 아 래 - 가. 완전 무치악 환자에게 시술하는 경우 나. 상악골(Maxilla)을 관통하여 관골(Zygoma)에 식립하는 경우 다. 일체형 식립재료로 시술하는 경우 라. 보철수복 재료를 비귀금속도재관(PFM Crown) 또는 지르코니아 크라운 이외로 시술하는 경우

III. 치료재료 제4장 처치 및 수술료 등 중 ‘회소·필수 치료재료(TRACHEOSTOMY TUBE WITH ADJUSTABLE FLANGE, LONG)’의 급여기준란을 다음과 같이 신설한다.

제 목	세부인정사항
회소·필수 치료재료 (TRACHEOSTOMY TUBE WITH ADJUSTABLE FLANGE, LONG)의 급여기준	일회용 기관절개튜브인 TRACHEOSTOMY TUBE WITH ADJUSTABLE FLANGE, LONG은 회소·필수 치료재료로, 식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 아래의 경우에 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 해당코드 - K4360020, K4361020

	나. 사용목적 - 후두 전절제술 또는 기관절개술 후 기관절개 개구부를 안정화하고 이를 개방상태로 유지하기 위함
--	---

부 칙

이 고시는 2025년 2월 1일부터 시행한다.

요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 신구조문 대비표

현 행			개 정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
I. 행위 제2장 검사료			I. 행위 제2장 검사료			
나905 정량광형광 기를 이용한 치아우식증 검사 [1구강당]	정량광형광기를 이용한 치아우식증 검사의 급여기준	정량광형광기를 이용한 치아우식증 검사는 치아우식증 진단 보조 및 진행 여부 모니터링을 목적으로 실시하는 검사로 다음의 요건을 모두 충족한 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상: <u>5세 이상 ~ 12세 이하 아동</u> 나. 실시간격: 구강당 <u>6개월</u> 간격 으로 1회 인정 다. 동일 날, 동일 목적으로 다191 <u>치근단, 다195 교익, 다197 파 노라마 촬영을 한 경우 주된</u>	나905 정량광형광 기를 이용한 치아우식증 검사의 급여기준 [1구강당]	정량광형광기를 이용한 치아우식증 검사의 급여기준	1. 정량광형광기를 이용한 치아우식증 검사는 치아우식증 진단 보조 및 진행 여부 모니터링을 목적으로 실시하는 검사로 다음의 요건을 모두 충족한 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상: <u>15세 이하 아동</u> 나. 실시간격: 구강당 <u>3개월</u> 간격 으로 1회 인정 2. 다만, 동일 날, 동일 목적으로 <u>정량광형광기를 이용한 치아우 식증 검사와 방사선촬영(다191</u>	[제·개정 사유] 정량광형광기를 이용한 치아우식증 검사 기준 확대

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		1종만 산정함.			치근단, 다195 교익, 다197 파노라마 촬영)을 동시에 실시한 경우 주된 검사 한 가지만 산정함.	
I. 행위 제9장 처치 및 수술료 등			I. 행위 제9장 처치 및 수술료 등			
자2-1 일반처치 또는 수술 후 처치 등	<신설>	<신설>	자2-1 일반처치 또는 수술 후 처치 등	휴대용 산소 공급장치를 이용한 당뇨병성 족부궤양 치료 급여기준	당뇨병성 족부궤양(Diabetic Foot)이 있는 환자를 대상으로 국소 산소상처치료를 위해 창상처치를 시행할 경우 다음과 같이 요양급여로 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상: 1)~3) 조건을 모두 만족하는 경우 1) 궤양 지속기간 : 4주 이상 2) 궤양의 크기 : 35cm ² 이하 3) Wagner 1~2등급 환자 나. 추가산정방법	[제·개정 사유] 신의료기술 등재 관련 고시 신설

현 행			개 정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
					<u>치료재료(산소전달장치) 적용 혹은 교체 당일, 자2-1가(1) 일반처치 또는 수술 후 처치 등 [1일당]-창상처치-단순처치를 산정하고, 동일 병변에 흡입 배농 및 배액처치 등 다른 처치가 함께 이루어질 경우 주된 처치 1종을 산정함.</u> <u>다. 치료재료</u> <u>1) 인정횟수: 2회/주, 3주간</u> <u>2) 인정개수: 1개</u> <u>3) 상기 가. 급여대상에 사용 하는 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률 80%로 적용함. 다만, 횟수 및 개수를 초과하여 사용하는 경우 비급여로 함.</u>	

현 행			개 정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
자658 경피적 대동맥판 삽입	<신설>	<신설>	자658 경피적 대동맥판 삽입	자658 ‘주’의 필터형 뇌색전 방어기구 거치술 급여기준	1. 경피적 대동맥판 삽입술 시 필터형 뇌색전 방어기구 거치술을 실시할 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률 80%로 적용함. - 다 음 - 가. 급여대상: 1)~3) 중 어느 하나에 해당하는 경우 1) STS score > 8%인 수술 고위험군 2) 80세 이상 3) 심장통합진료*에 참여한 심장혈관흉부외과 전문의 전원이 수술 불가능하다고 판단한 환자 * 심장통합진료에는 순환기내과 분과전문의 2인 이상(한국심초음파학회에서 인정한 심초음파 인증의 1인 포함),	[제·개정 사유] 신의료기술 등재 관련 고시 신설

현 행			개 정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
					<u>심장혈관흉부외과 전문의 2인 이상, 마취통증의학과 전문의 1인 이상, 영상의학과 전문의 1인 이상이 대면으로 참여하되 부득이한 경우 화상으로 참여할 수 있음. 다만, 마취통증의학과와 영상의학과는 별도의 협진으로 대신할 수 있음.</u> <u>나. 급여 횟수는 최초 시행 시 1회 인정함.</u> <u>2. 상기 1. 급여대상 및 횟수를 초과하는 경우 비급여 함.</u> <u>3. 다만, 동 행위에 사용되는 치료 재료는 각 1개씩 인정하고 경피적 대동맥판 삽입술에서의 경피적</u>	

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
					<u>뇌색전방어기구 거치술용 기구, 경피적 대동맥판 삽입술에서의 경피적 뇌색전 방어기구 거치술용 GUIDE WIRE는 별도 산정하며, 해당 행위의 본인부담률을 적용함.</u>	
자762 내시경적 상부 소화관 출혈 지혈법 자768 결장경하 출혈 지혈법 자773 에스상결장 경하 출혈 지혈법	내시경하 분말지혈제를 이용한 지혈술 시행 시 급여기준 및 수가 산정방법	1. 내시경하 분말지혈제를 이용한 지혈술은 비정맥류성 출혈환자 및 시술 후 출혈환자(출혈성 소화기 궤양 환자, 내시경적 점막 절제술 및 내시경적 점막하 박리술 환자 등) 중 기존 지혈술(전기소작응고술, 지혈클리프, 주사요법 등)에 실패한 환자에게 시행하며, 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 상부위장관 지혈: 자762 내시경적 상부 소화관	자762 내시경적 상부 소화관 출혈 지혈법 자768 결장경하 출혈 지혈법 자773 에스상결장 경하 출혈 지혈법, 자778나 풍선소장 내시경하	내시경하 분말지혈제를 이용한 지혈술의 급여기준	내시경하 분말지혈제를 이용한 지혈술은 비정맥류성 위장관 출혈 환자 및 내시경적 시술 후 위장관 출혈환자 중 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. 다만, 내시경적 종양 수술 시 실시한 경우는 수술의 일련의 과정이므로 별도 산정하지 아니함. - 다 음 - 가. 적응증 1) 악성 종양, 출혈 경향이 높은	[제·개정 사유] 신의료기술 등재 관련 고시 개정

현 행			개 정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		<u>출혈 지혈법 소정점수를 산정함.</u> 나. <u>하부위장관 지혈: 자768</u> <u>결장경하 출혈 지혈법</u> <u>소정점수를 산정함.</u> 다. <u>직장 또는 에스상 결장</u> <u>이하의 지혈: 자773 에스상</u> <u>결장경하 출혈 지혈법의</u> <u>소정점수를 산정함.</u> 2. 단, 사용되는 치료재료는 시술 당 1개 인정함.	<u>출혈</u> <u>지혈법</u>		<u>질환(혈액질환, 간경변증 등)의</u> <u>미만성 출혈 환자</u> 2) <u>기존 지혈술(전기소작응고술,</u> <u>지혈클리프, 주사요법 등)에</u> <u>실패한 환자</u> 나. <u>산정방법</u> 1) <u>상부위장관 지혈은 자762</u> <u>내시경적 상부 소화관 출혈</u> <u>지혈법 소정점수를 산정함.</u> 2) <u>하부위장관 지혈은 부위에</u> <u>따라 자768 결장경하 출혈</u> <u>지혈법, 자773 에스상 결장</u> <u>경하 출혈 지혈법, 자778나</u> <u>풍선 소장내시경하 출혈</u> <u>지혈법의 소정점수를 산정함.</u> 다. <u>치료재료는 식약처 허가 범위</u> <u>내에서 사용하되, 시술 당</u>	

현 행			개 정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
					1개 인정함.	
I. 행위 제18장 치과의 보철료			I. 행위 제18장 치과의 보철료			
찬11 치과임플란트 (1치당)	찬11 치과임플란트 (1치당) 인정기준	「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표 2] 비급여대상 4. 바에 따른 65세 이상 치과임플란트의 요양급여 대상 등은 다음과 같이 함. - 다 음 - 1. 급여대상 가. 부분 무치악 환자에 대하여 악골(Maxilla or Mandible) 내에 분리형 식립재료(고정체, 지대주)를 사용하여 비귀금속 도재관(PFM Crown) <u>보철 수복으로 시술된 치과임플란트</u> 나. 적용개수	찬11 치과임플란트 (1치당)	찬11 치과임플란트 (1치당) 인정기준	「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표 2] 비급여대상 4. 바에 따른 65세 이상 치과임플란트의 요양급여 대상 등은 다음과 같이 함. - 다 음 - 1. 급여대상 가. 부분 무치악 환자에 대하여 악골(Maxilla or Mandible) 내에 분리형 식립재료(고정체, 지대주)를 사용하여 비귀금속 도재관(PFM Crown) 또는 <u>지르코니아 크라운</u> 보철수복으로 시술된 치과임플란트 나. 적용개수	[제·개정 사유] 치과 임플란트 보철 재료 확대

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		- 1인당 2개(평생개념)이내에서 보험급여를 원칙으로 함. 다만, 치과 의사의 의학적 판단 하에 불가피하게 시술을 중단하는 경우에는 평생인정개수에 포함되지 아니함. 다. 유지관리 1) 보철장착 후 3개월 이내 - 동기간 내는 유지관리를 위한 요양급여비용은 진찰료만 산정할 수 있음. 2) 보철장착 후 3개월 초과하는 경우 - 치과임플란트 주위 치주질환 등으로 처치 및 수술을 시행한 경우에는 해당 급여 항목으로 산정함. - 보철수복과 관련된 유지 관리는 비급여함. 2. 수가 산정방법			- 1인당 2개(평생개념)이내에서 보험급여를 원칙으로 함. 다만, 치과 의사의 의학적 판단 하에 불가피하게 시술을 중단하는 경우에는 평생인정개수에 포함되지 아니함. 다. 유지관리 1) 보철장착 후 3개월 이내 - 동기간 내는 유지관리를 위한 요양급여비용은 진찰료만 산정할 수 있음. 2) 보철장착 후 3개월 초과하는 경우 - 치과임플란트 주위 치주질환 등으로 처치 및 수술을 시행한 경우에는 해당 급여 항목으로 산정함. - 보철수복과 관련된 유지 관리는 비급여함. 2. 수가 산정방법	

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		가. 치과임플란트 요양급여 비용은 진료 단계별로 산정 함을 원칙으로 하며, 보철수복 이전에 진료가 중단된 경우 에는 해당단계까지만 비용을 산정함. 나. 찬11나 치과임플란트(1치당)- 고정체(본체) 식립술(2단계)의 재수술 인정기준 - 고정체 식립술 도중 재식립을 하는 경우에는 일련의 과정 으로 인정하지 아니함. - 고정체 식립술 후 골 유착 실패로 식립된 고정체를 제거 하고 재식립하는 경우에는 찬11나의 소정점수 50%를 1회에 한하여 산정하고(산정 코드 세 번째 자리에 2로 기재), 이 경우 고정체 제거술은 별도 산정하지 아니하며, 사용된 고정체 재료는 인정함.			가. 치과임플란트 요양급여 비용은 진료 단계별로 산정 함을 원칙으로 하며, 보철수복 이전에 진료가 중단된 경우 에는 해당단계까지만 비용을 산정함. 나. 찬11나 치과임플란트(1치당)- 고정체(본체) 식립술(2단계)의 재수술 인정기준 - 고정체 식립술 도중 재식립을 하는 경우에는 일련의 과정 으로 인정하지 아니함. - 고정체 식립술 후 골 유착 실패로 식립된 고정체를 제거 하고 재식립하는 경우에는 찬11나의 소정점수 50%를 1회에 한하여 산정하고(산정 코드 세 번째 자리에 2로 기재), 이 경우 고정체 제거술은 별도 산정하지 아니하며, 사용된 고정체 재료는 인정함.	

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		3. 치료재료 - 식립재료 고정체(Fixture)와 지대주(Abutment)는 별도 산정하고, 그 외 재료(Cover Screw, Healing Abutment 등) 및 보철수복 재료는 찬11 치과임플란트(1치당) 소정점수에 포함되어 별도 산정할 수 없음. 다만, 맞춤형지대주(Custom Abutment)는 비급여함.(기술행위는 급여) 4. 다만, 아래 중 하나에 해당되는 치과임플란트 기술은 요양급여하지 아니함.(기술전체 비급여) - 아 래 - 가. 완전 무치악 환자에게 기술하는 경우 나. 상악골(Maxilla)을 관통하여 관골			3. 치료재료 - 식립재료 고정체(Fixture)와 지대주(Abutment)는 별도 산정하고, 그 외 재료(Cover Screw, Healing Abutment 등) 및 보철수복 재료는 찬11 치과임플란트(1치당) 소정점수에 포함되어 별도 산정할 수 없음. 다만, 맞춤형지대주(Custom Abutment)는 비급여함.(기술행위는 급여) 4. 다만, 아래 중 하나에 해당되는 치과임플란트 기술은 요양급여하지 아니함.(기술전체 비급여) - 아 래 - 가. 완전 무치악 환자에게 기술하는 경우 나. 상악골(Maxilla)을 관통하여 관골	

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		(Zygoma)에 식립하는 경우 다. 일체형 식립재료로 시술하는 경우 라. 보철수복 재료를 비귀금속 도재관(PFM Crown) <u>이외로</u> 시술하는 경우			(Zygoma)에 식립하는 경우 다. 일체형 식립재료로 시술하는 경우 라. 보철수복 재료를 비귀금속 도재관(PFM Crown) <u>또는</u> <u>지르코니아 크라운</u> 이외로 시술하는 경우	
Ⅲ. 치료재료 제4장 처치 및 수술료 등			Ⅲ. 치료재료 제4장 처치 및 수술료 등			
	<신설>	<신설>		회소·필수 치료재료 (TRACHEO STOMY TUBE WITH ADJUSTABLE FLANGE, LONG)의 급여기준	일회용 기관절개튜브인 TRACHEO STOMY TUBE WITH ADJUSTABLE FLANGE, LONG은 회소·필수 치료재료로, 식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 아래의 경우에 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 해당코드 - K4360020, K4361020	

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
					나. 사용목적 - 후두 전절제술 또는 기관절개술 후 기관절개 개구부를 안정화하고 이를 개방상태로 유지하기 위함	