



안녕하십니까?

무더운 날씨에 국민의 구강보건 증진을 위하여 애써 주시는 치과의사 선생님들의
노고에 감사드립니다.

올해 7월부터는 만 75세 이상 어르신을 대상으로 치과임플란트 건강보험 급여를
시행하게 되었습니다.

보건복지부와 건강보험심사평가원 및 국민건강보험공단에서는 이러한 제도가 시작
되기 전에 전국에 계신 치과의사 선생님께서 준비하실 수 있도록 상세한 내용을 설명
해드리기 위하여 치과임플란트 건강보험 급여와 관련한 Q&A를 마련하였습니다.

새로운 정책이 의료현장에서 원활히 시행 될 수 있도록 많은 협조 부탁드립니다, 지속
적인 모니터링과 다양한 의견수렴을 통해 제도를 보완해 나가도록 하겠습니다.

2014. 7. 1

치과임플란트 급여 관련 Q&A



2014.7

치과임플란트 급여 관련 Q&A

CONTENTS

	치과임플란트 급여 관련 Q&A	1
1	치과임플란트 보험급여 적용기준	2
2	치과임플란트 수가 및 산정방법	5
3	치과임플란트 청구방법 관련	20
4	치과임플란트 사전등록제 관련	27
5	치과임플란트 유지관리	34
6	치과임플란트 차상위·의료급여 관련	38
	기타 참고사항	45

치과임플란트 급여 관련 Q&A

1

치과임플란트 보험급여 적용기준

Q 01

‘14.7.1. 시행하는 치과임플란트 보험급여 대상과 적응증은 어떻게 되나요?

- 만 75세 이상 어르신에 대하여 상악 또는 하악에 부분 무치악(완전 무치악 제외)으로 치과임플란트 제작이 가능한 어르신은 보험급여 대상입니다.

치과임플란트 보험급여 대상은 2014.7.1 기준으로 만 75세 이상(1939. 7.1 이전 출생자)의 건강보험 가입자 또는 피부양자에게 ‘14.7.1일 부터 치과임플란트 대상자를 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)보철 수복을 실시하는 경우입니다.

Q 02

‘14.7.1 이전에 시작한 치과임플란트도 등록하면 보험급여 적용이 가능한가요?

- ‘14.7.1 이전에 시작한 치과임플란트는 보험급여 대상으로 적용 되지 않습니다.

치과임플란트는 ‘14.7.1 부터 시술 시작 전에 사전등록을 실시하고, 치과임플란트 시술을 시작하는 경우에 한해서 보험급여 적용이 가능합니다.

따라서, ‘14.7.1 이전부터 진행 중인 치과임플란트는 사전 등록을 할 수 없으며, 보험급여 적용도 되지 않습니다.

Q 03

만 75세 이상 완전 무치악에 치과임플란트 보험적용이 가능한가요?

- 완전 무치악인 경우는 치과임플란트 보험급여 대상에 적용 되지 않습니다.

완전 무치악의 상태인 경우는 현재 보험적용이 되고 있는 레진상 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 완전틀니 대상자에 해당되므로 치과임플란트의 보험급여 대상에서는 제외됩니다.

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

Q 04

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 않으셔도 됩니다.

다만, 치과 의사의 의학적 판단 하에 불가피하게 시술을 중단하는 경우에는 평생 인정개수에 포함되지 않습니다.

Q 05**치과임플란트 보험급여 적용부위는 어떻게 되나요?**

- 보험급여 부위는 상·하악 구분없이 구치부(어금니)는 보험급여로 적용하고, 전치부(앞니)는 구치부에 식립이 곤란하다고 치과의사가 판단한 경우에 한하여 보험급여로 적용 합니다.

보험급여가 적용되는 치과임플란트는 저작기능 회복을 우선으로 하고 있어, 구치부에 치아가 모두 존재하나 전치부에만 치아결손이 있는 경우에는 보험급여 대상에서 제외합니다.

Q 06**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.

Q 07

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.

아래 표는 치과의원 기준, 2014년 치과임플란트 진료단계별 행위수가분류 및 상대가치점수입니다.

내역	비율(%)	점수(점)	금액(원)	비고 (식립재료)
1단계 진단 및 치료계획	10	1,336.35	101,300	
2단계 고정체(본체) 식립술	43	5,746.31	435,570	고정체 산정
3단계 보철수복	47	6,280.86	476,090	지대주 산정
전체	100	13,363.52	1,012,960	

Q 08

치과임플란트는 1치당 수가와 식립재료 가격은 각각 얼마인가요?

- 2014년 치과 병·의원 치과임플란트 1개당 행위수가입니다.

구분	치과병원	치과의원
행위수가 (원)	1,057,000	1,012,960

- * 수가조회 방법 : 심평원 인터넷 홈페이지(www.hira.or.kr)에 접속하여, **요양기관업무 포털서비스** → **심사정보** - **청구관련코드조회** - **수가**에서 확인 가능합니다.

- 분리형 식립재료는 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표」에 의거하여, 고시된 상한금액 내에서 요양기관 구입목록 제출에 따른 실구입가로 청구합니다.

분리형 식립재료는 고정체와 지대주로 구분됩니다.

고정체는 표면처리 방법별로 4가지(상한금액은 89,150~177,930원)로 구분되며, 지대주는 형태별로 4가지(상한금액은 41,390~92,390원)로 구분됩니다.

따라서, 고정체와 지대주를 합산한 식립재료의 상한금액은 130,540원~270,320원입니다.

고정체			지대주		
구분	상한금액		구분	상한금액	
ANODIZING	177,930		일체형(직선형)	42,120	
HA	160,810		일체형(ANGLED)	41,390	
RBM	89,150		분리형(직선형)	66,750	
SLA	112,750		분리형(ANGLED)	92,390	

- * 상한금액 조회방법 : 심평원 인터넷 홈페이지(www.hira.or.kr)에 접속하여, **요양기관 업무포털서비스** → **심사정보** - **청구관련코드조회** - **치료재료**에서 확인 가능합니다.
- * 치료재료 구입목록 제출방법 : 인터넷 홈페이지(www.hira.or.kr)에 접속하여, **요양기관 업무포털서비스** → **신청 및 자료제출** - **치료재료구입목록표**에서 치료재료 구입목록 작성 후 제출합니다.

Q 09

건강보험 대상자가 치과임플란트 1개 시술 비용과
본인부담금은 얼마인가요?

- 2014년 치과의원 기준, 치과임플란트 1개 시술 시 총 진료비는 114만원~128만원 정도로, 본인부담금은 총 진료비의 50%입니다.

2014년 기준 치과 병·의원에서 치과임플란트를 1개 시술 시 행위수가는 치과병원 1,057,000원, 치과의원 1,012,960원입니다.

분리형 식립재료는 고정체는 표면처리 방법별로 4가지(상한금액은 89,150~177,930원)로 구분되며, 지대주는 형태별로 4가지(상한금액은 41,390~92,390원)로 구분되어, 고정체와 지대주를 합산한 상한금액은 13만원~27만원 정도입니다.

예시1) 치과의원에서 건강보험 대상자가 치과임플란트 1개 시술할 경우

내역	A (행위수가)	B (식립재료 상한금액)	C(A+B) 총진료비
치과임플란트 1개	1,012,960원	130,540원	1,143,500
		270,320원	1,283,280

예시2) 치과병원에서 건강보험 대상자가 치과임플란트 1개 시술할 경우

내역	A (행위수가)	B (식립재료 상한금액)	C(A+B) 총진료비
치과임플란트 1개	1,057,000원	130,540원	1,187,540
		270,320원	1,327,320

Q 10**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 11**치과임플란트 본인부담률은 어떻게 하나요?**

- 본인부담률은 수가와 식립재료를 합산하여 총진료비의 50%입니다.

치과임플란트 1개를 시술하고 환자가 부담하는 본인부담률은 국민건강보험법 시행령에 따라 입원·외래 구분 없이 요양급여비용총액의 50%입니다.

Q 12 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 13 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 14**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.

※ 주로 전치부에 사용되는 일체형 식립재료는 치과임플란트는 보험급여 대상에서 제외되며, 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표」 고시에서 제외합니다.

Q 15**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 16

치과임플란트 보철수복을 PFM 크라운이 아닌 메탈, 지르코니아, 금, PFG 크라운 등으로 하는 경우 보험 급여가 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 17

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 <http://medi.nhis.or.kr>)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 18

**골유착 실패로 인한 2단계(고정체 식립술) 재시술의
수가산정방법은 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 산정할 수 없습니다.

Q 19

**A병원에서 치과임플란트 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.

치과임플란트의 제작을 위해서 A병원에서 진료계획을 수립했다면, A병원에서 3단계 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 시술중지 등록을 국민건강보험공단 정보통신망(요양기관정보마당 <http://medi.nhis.or.kr>)에서 확인 후에 재시술 등록을 완료하면 환자는 치과임플란트 시술을 받을 수 있습니다.

Q 20

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 건강보험 보험급여 된 부분틀니를 제작한 환자가 지대치가 흔들리
거나 잔존치아가 질환 등의 사유로 상실치아가 발생되어 치과임플란트 시술을
하는 경우에도 보험급여 가능합니다.

Q 21

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

- 보철수복을 비귀금속도재관(PFM Crown)이 아닌 다른 형태 및 재질로 시술
하는 경우에는 시술전체를 비급여합니다.

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

따라서, 볼(Ball Type) 등 형태의 지대주(Abutment)를 이용하여 PFM Crown
과 다른 형태의 보철물인 피개의치(Over Denture) 등을 제작하는 경우에는 비
급여대상입니다.

Q 22**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 23**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 24

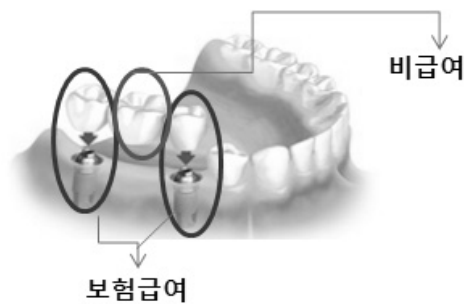
치과임플란트 2개를 시술하여 3번 브릿지(3 Unit Bridge)를 하는 경우에 크라운(Pontic Crown)도 보험급여 되나요?

- 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 25

치과임플란트 수가 [산정지침]에 의하면, 사용한 치료 재료, 약제, 진찰료가 포함되어 진찰료를 별도 산정할 수 없다고 하는데, ‘진찰료 총액’을 본인 부담하는 상급종합 병원의 경우 진찰료를 어떻게 산정하나요?

■ 상급종합병원에서 진찰료 산정은 불가능합니다.

국민건강보험법 시행령 개정([별표 2] 제3호 바목 개정)에 따라 요양기관 종별 및 입원·외래 구분 없이 치과임플란트 해당 요양급여비용 총액의 50%를 부담하도록 되어 있으며, 치과임플란트 수가에는 진찰료가 포함되어 있습니다.

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

Q 26

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 27

신설되는 차98 치과임플란트 제거술도 75세 이상만
보험급여 되나요?

- 차98 치과임플란트 제거술은 질환 등으로 실시하는 경우라면 연령 관계없이 보험급여입니다.

신설된 ‘차98 치과임플란트 제거술’ 수가는 질환 등으로 치과임플란트 제거가 필요하여 실시하는 경우라면 연령 및 보험급여 치과임플란트 여부와 관계없이 보험급여 가능합니다.

따라서, 사전등록은 하실 필요 없으며, 본인부담률도 30%(치과의원 외래 기준 적용)입니다.

Q 28

신설되는 차98 치과임플란트 제거술의 ‘가’, ‘나’의 산정
기준은 어떻게 되나요?

- 차98 치과임플란트 제거술의 ‘가. 단순’은 골 유착 실패로 동요도가 있는 경우이며, ‘나. 복잡’은 동요도가 없는 임플란트 주위염, 파절, 신경손상 등으로 Trephine Bur 또는 별도의 전용 제거 Kit을 사용하는 경우에 산정합니다.

차98-나 치과임플란트 제거술-복잡 시술시 Trephine Bur 또는 임플란트 제거용 Kit를 사용한 경우에는 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표」에서 정한금액(코드: N0051018)을 1회에 한하여 산정 할 수 있습니다.

Q 29

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 30

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

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

현행 진찰료 산정지침에 따라 2개 이상의 진료과목이 설치되어 있고 해당 과의 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 치과 보철과 전문의가 치과임플란트 시술을 하고, 치과보존과 전문의가 신경치료를 한 경우라면, 진찰료 1회는 별도 산정이 가능합니다.(치과보철과 진찰료 : 치과 임플란트 수가에 포함)

Q 31

제18장 치과의 보철료 [산정지침]에서 처치 시 사용된 치료재료, 약제, 진찰료가 해당 점수에 포함되어 별도 산정할 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.

Q 32

선택진료 의사가 치과임플란트를 할 경우, 각 단계별 진료비에 대한 선택진료비는 어떻게 산정하나요?

- 1단계 진단 및 치료계획은 ‘검사’ 항목으로, 2단계 고정체식립술과 3단계 보철수복은 ‘처치’ 항목으로 선택진료 비용을 산정 할 수 있습니다.

치과임플란트는 1단계는 주로 방사선검사 및 악간관계 기록 등의 ‘진단 및 치료 계획’이 주로 행해지고, 2단계~3단계는 고정체 식립술 및 보철수복까지 주로 처치·수술 항목으로 구성되어 있습니다.

따라서, 「선택진료에 관한 규칙」에 따라 추가비용징수 자격이 되는 진료담당의 사가 치과임플란트를 진료한 경우에는 동 규칙 제5조제3항 [별표] ‘추가비용을 징수할 수 있는 선택진료의 항목과 추가비용의 산정기준’에 따라 산정할 수 있습니다.

3

치과임플란트 청구방법 관련

Q 33

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 50%(본인부담상한제 적용)
- ✓ 치과임플란트 진료 : 본인부담률 50%(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 34

상악은 완전무치악으로 레진상 완전틀니, 하악은 남아 있는
치아의 신경 치료 후 Surveyed Crown과 금속상 부분틀니,
하악에 치과임플란트 1개를 시술하는 경우, 본인부담률 및
진료비 명세서 작성방법은 어떻게 되나요?

- 틀니 진료분, 치과임플란트 진료분, 신경치료 진료분 명세서는 분리하여 각각 작성합니다.(사전 등록번호는 MT014에 각각의 등록번호를 기재)

틀니 대상 상병(K08.1), 치과임플란트 대상 상병(K08.1) 명세서, 신경치료 대상 상병(K04.4 등)은 별도로 작성합니다.

또한 지대치 전장관(Surveyed Crown) 제작비용은 비급여로 별도 징수합니다.

치과임플란트 진료 중 틀니 및 신경치료 진료로 별도의 명세서 작성 시 명일련 특정내역 구분코드 MT037 “등록 틀니, 치과임플란트 및 타 상병 진료”란에 ‘M’을 기재합니다.

- ✓ 상악 레진상 완전틀니 및 하악 금속상 부분틀니진료 : 본인부담률 50%
- ✓ 치과임플란트 진료 : 본인부담률 50%(국민건강보험법 시행령 19조 개정에 따라 본인부담상한제 미적용)
- ✓ 하악 신경치료 : 본인부담률 30%(치과의원 외래 기준)

※ 특정내역 기재방법 및 입(내원)원 일수 등 기재방법

명세서	MT014	MT037	입(내원)원 일수	요양급여 일수
치과임플란트	등록번호 기재		1	해당 진료 요양급여 일수 기재
틀니(완전, 부분)	등록번호 기재	M	0	0
신경치료		M	0	0

Q 35

만 75세 환자가 상악에 치과임플란트 시술 당일 치주 질환으로 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 작성 합니다.

치과임플란트 진료 중 발치 진료로 별도의 명세서 작성 시 명일련 특정내역 구분 코드 MT037 “등록 틀니, 치과임플란트 및 타 상병 진료”란에 ‘M’을 기재합니다.

✓ 치과임플란트 진료 : 본인부담률 50%(국민건강보험법 시행령 19조 개정에 따라 본인부담상한제 미적용)

✓ 발치진료 : 본인부담률 30%(치과의원 외래 기준)

※ 특정내역 기재방법 및 입(내원)원 일수 등 기재방법

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

Q 36

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 50%를 환자 본인 이 부담하도록 되어 있으며 본인부담금 상한제가 적용되지 않습니다.

또한 부분틀니는 입원·외래 구분 없이 해당 요양급여비용 총액의 50%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.

- ✓ 의과입원명세서 : 본인부담률 20%(식대 제외)
- ✓ 치과임플란트 진료 : 본인부담률 50%(본인부담상한제 미적용)
- ✓ 부분틀니 진료 : 본인부담률 50%(본인부담상한제 적용)

※ 특정내역 등 기재방법

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

Q 37

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 치과임플란트(본인부담금:50%)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 50%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 38

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 50%를 환자가 부담합니다.

※ 특정내역 기재방법

명세서	MT014	MT037	JX999	JS008	본인부담액
입원명세서					요양급여비용총액의 20%(식대제외)
치과임플란트	등록번호 기재	M	치식기재	요양기관기호/ 진료의뢰일	요양급여비용총액의 50%

Q 39

치과임플란트 요양급여비용의 청구방법은 어떻게 되나요?

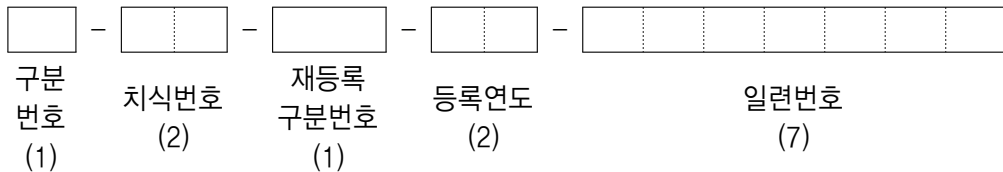
■ 치과임플란트 상병(K08.1) 등록번호 13자리 기재하여 청구합니다.

치과임플란트 보험급여 대상 환자의 청구방법은 상병코드는 한국표준질병사인 분류의 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 기재하여야 하며, 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

Q 40

치과임플란트 대상자 등록은 언제하나요?

- 치과임플란트는 국민건강보험공단 사전등록제로 운영합니다.

‘14.7.1.부터 시행되는 치과임플란트는 중복급여 예방 등을 위해서 치과임플란트 시술을 받는 경우에는 치과임플란트 대상자 등록을 사전에 하여야 합니다.

Q 41

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.

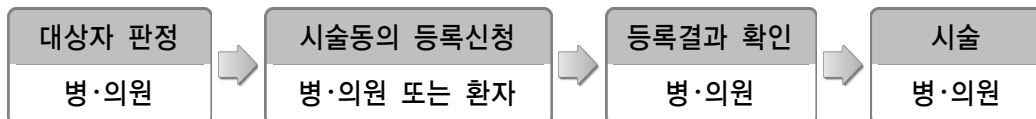
건강보험 치과임플란트 대상자 입력 시 필요한 사항은 수진자 주민번호, 수진자 성명, 치식번호, 시술시작일, 담당의사 성명, 의사 면허번호, 요양기관기호 등입니다.

Q 42

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) – 정보공개 – 서식자료실 – 급여 – 치과임플란트 관련서식

✓ **병·의원이 대상자 등록 신청하는 방법**

‘건강보험 치과임플란트 대상자 등록 신청서’를 병·의원이 요양기관 정보마당 (<http://medi.nhis.or.kr>)에 전산 등록합니다.

* 환자내원 → 진료 → 치과임플란트 시술동의 → ‘요양기관정보마당’ 홈페이지(<http://medi.nhis.or.kr>) 법인인증서로 로그인합니다.

✓ **환자가 등록 신청하는 방법**

환자는 관련서식을 작성하여 국민건강보험공단(지사, 출장소)에 방문 또는 우편인 경우에는 원본을 제출하며, FAX신청 시에는 대상자의 신분증 사본을 첨부하면 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. (대상자 등록한 요양기관에서만 취소신청 가능)

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.

■ 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 불가한 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(<http://medi.nhis.or.kr>)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 불가한 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 43**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 병·의원에서 다시 대상자를 등록하시면 됩니다.

Q 44**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.

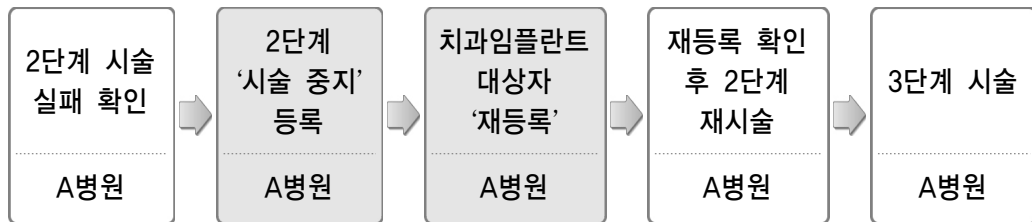
Q 45

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,

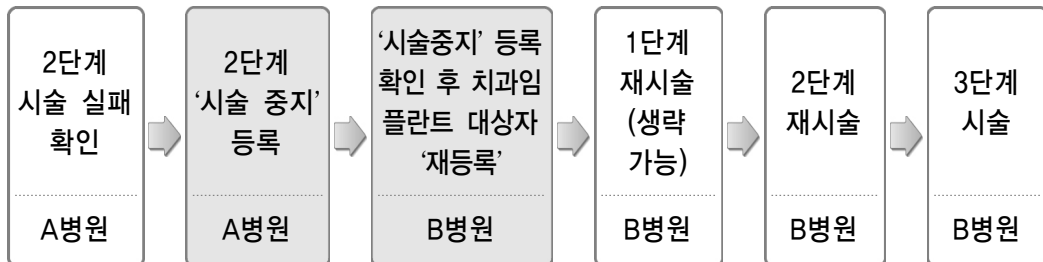
치과 병·의원에서 해당 등록번호에 대해 ‘시술중지’ 등록 여부를 확인 후, 치과 임플란트 대상자 ‘재등록’이 완료되면, 2단계부터 재시술이 가능합니다.



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.



5

치과임플란트 유지관리

Q 46

치과임플란트 보철수복 후 사후점검기간이 있나요?

- 사후점검기간은 치과임플란트 보철수복 후 3개월 이내입니다.

치과임플란트 보철수복 후 사후점검기간은 횟수제한 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 47

치과임플란트 보철수복 후 사후점검기간에도 명일련 특정 내역 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 48**치과임플란트 보철수복 후 사후점검기간의 시작시점은 언제 인가요?**

- 사후점검기간의 시작 시점은 치과임플란트 3단계 보철수복에 대한 종료시점 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 49

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 50

치과임플란트 보철수복 후 사후점검기간(3개월 이내)에 해당 병원 의과에 입원 하여, 치과 외래에서 치과임플란트 유지관리 진료를 하는 경우 진찰료 산정은 어떻게 하나요?

- 사후점검기간(3개월 이내)중 해당 병원 의과에 입원하여, 치과외래에서 치과 임플란트 유지관리 치료를 받는 경우에는 ‘가8협의진찰료’ 산정이 가능합니다.

「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 가-8 협의진찰료 ‘주’ 항 규정에 따라 협의진찰료 산정이 가능합니다.

Q 51

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 75세 이상인 점, 치과임플란트 보철수복 및 유지를 위한 주의사항 및 별도의 교육이 필요한 점을 고려하여, 사후 점검기간 동안은 환자에게 재제작에 대한 별도의 비용을 징수할 수 없습니다.

6

치과임플란트 차상위·의료급여 관련

Q 52

건강보험 치과임플란트의 내용과 다른 점은 무엇인가요?

- 대상자 등록방법, 본인부담금 등에서 차이가 있습니다.

치과임플란트와 관련하여 건강보험과 거의 동일하나 등록방법, 본인부담금 및 건강생활유지비, 의료급여절차(1차→2차→3차) 등이 차이가 있습니다.

Q 53

치과임플란트 시술 시에도 지정 병·의원을 우선 방문해야 하나요?

- 치과임플란트 시술 시에는 선택 병·의원을 반드시 방문하실 필요는 없습니다.

선택 병·의원으로 치과를 지정하신 분들도 치과임플란트 시술 시, 선택 병·의원 의 의료급여의뢰서 없이 타 치과 병·의원에서 진료 받으실 수 있습니다.

다만, 이 경우에도 의료급여절차(1차→2차→3차)는 준수하여야 합니다.

Q 54

의료급여 치과임플란트 대상자 등록방법 및 진료확인 번호 요청은 어떻게 하나요?

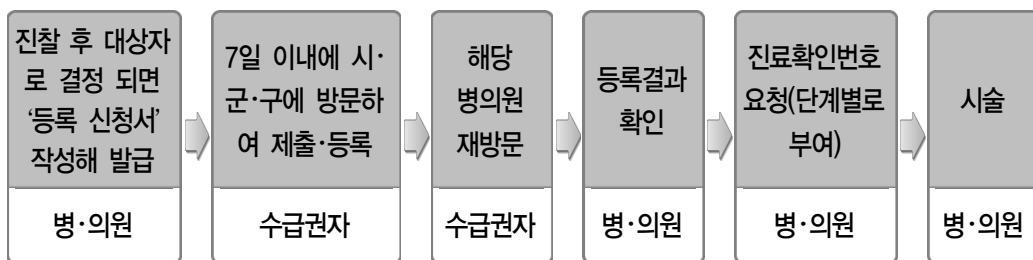
■ 의료급여 치과임플란트 대상자 등록 확인 후 시술합니다.

병·의원(치과)에 내원한 의료급여 수급권자가 치과임플란트 대상자로 결정되면 병·의원은 수급권자에게 치과임플란트 등록신청서를 작성하여 발급해 줍니다.

수급권자(가구원 및 가족 포함)는 발급받은 등록신청서를 7일 이내(공휴일제외)에 관할 시·군·구에 방문하여 제출·등록합니다.

수급권자는 재방문하고 해당 병·의원은 국민건강보험공단 홈페이지-요양기관정보마당에서 등록사실을 확인 합니다.

또한, 병·의원은 등록된 의료급여 치과임플란트 대상자에 대하여 국민건강보험공단에 진료확인번호를 요청하여야 합니다.



* 보장기관 연락처 : 국민건강보험공단홈페이지(www.nhis.or.kr) - 민원신청(사이버민원센터) - 건강보험안내 - 의료급여 - 보장기관에서 주소와 전화번호를 확인할 수 있습니다.

* 병·의원은 단계별 진료시작 일자별로 진료확인번호를 부여받아야 합니다.

Q 55

의료급여 수급권자의 치과임플란트 시술시 본인이 부담하는 비용은 얼마인가요?

■ 본인부담률은 의료급여 1종 20%, 2종 30%입니다.

의료급여 수급권자의 치과임플란트 본인부담은 입원·외래 구분 없이 의료급여 1종 수급권자의 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 20%이며, 2종 수급권자의 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 30%를 본인이 부담합니다.

또한, 치과임플란트 시술 진료인 경우에는 건강생활유지비 차감이 불가하며, 진료과목(98, 치과), 상세진료과목(02, 임플란트), 주 상병 분류기호(K08.1)를 입력해야 합니다.

* 본인부담 보상제 및 상한제는 적용되지 않습니다.

Q 56

의료급여 수급권자가 치과임플란트 대상자 여부를 진단 하기 위한 진료 시 본인이 부담하는 비용은 얼마인가요?

■ 의료급여기관 종별에 따라 1종은 1~2천원, 2종은 1천원 또는 15%입니다.

치과임플란트 대상자 여부를 진단하기 위한 진료 시에는 의료급여 일반수가가 적용되어 의료급여기관 종별에 따라 (1종은 1천원~2천원, 2종은 1천원 또는 15%) 본인부담금을 수급권자에게 청구하면 됩니다.

또한, 이 경우 건강생활유지비 차감은 가능하며, 진료과목(98, 치과), 상세진료과목(00, 치과통합), 주 상병 분류기호(K08.1)를 입력해야 합니다.

Q 57

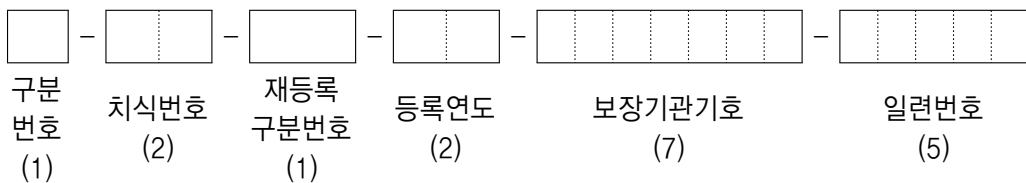
치과임플란트 등록번호는 건강보험과 다른가요?

■ 등록번호 보장기관기호가 추가되어 총18자리입니다.

의료급여 치과임플란트 등록번호와 건강보험 치과임플란트 등록번호는 자릿수, 구성체계가 다릅니다.

건강보험은 총 13자리로 이루어지는 반면, 의료급여의 경우 구분번호(1), 치식번호(2), 재등록구분번호(1), 등록연도(2), 보장기관기호(7), 일련번호(5) 총 18자리로 이루어집니다.

※ 구성 체계(18자리)



- 구분번호 : 3(치과임플란트)
- 치식번호 : 시술할 부위에 해당하는 치식번호를 기재
- 재등록구분번호
 - 0 : 신규
 - 1 : 동일 요양기관 재등록
 - 2 : 타 요양기관 재등록
- 등록연도 : 등록연도 4자리 중 뒤의 두 자리
- 보장기관기호 : 보장기관기호 7자리
- 일련번호 : 등록 순으로 번호 자동부여

Q 58**장애인에게 지급되는 본인부담금 지원은 어떻게 되나요?**

- 2종 수급권자의 장애인 본인부담금은 지원하지 않습니다.

치과임플란트 시술 시에는 2종 수급권자 장애인에게 지급하는 본인부담금 의료비 지원은 받을 수 없으므로, 의료급여비용 청구 시 종별코드는 '2'로 기재하여 청구하여야 합니다.

Q 59**차상위 대상자, 의료급여 수급권자 또는 자격변동자의 치과임플란트 시술 시 본인부담률은 어떻게 적용하나요?**

- 차상위, 의료급여 대상자 본인부담률 20~30%이며, 진료단계 시점에 해당하는 변경된 자격에 따라 본인부담률을 산정합니다.

만 75세 이상 차상위 대상자의 치과임플란트 진료비 중 본인이 지불하는 비용은 차상위 1종(희귀난치성·중증질환자 'C')의 경우 해당요양급여비용총액의 20%, 차상위 2종(만성질환자 'E', 'F')의 경우에는 해당요양급여비용총액의 30%입니다.

의료급여 대상자 중 만 75세 이상 치과임플란트는 의료급여법에서 정하는 바에 따라 본인부담률은 의료급여 1종은 20%, 의료급여 2종은 30%입니다.

또한, 치과임플란트 시술 중 환자의 자격변동이 있는 경우, 현재 진료단계 시점에 해당하는 변경된 자격에 따라 본인부담률을 산정합니다.

Q 60

의료급여 수급권자가 치과임플란트 시술 중 자격이 변동된 경우 등록번호를 다시 부여받아야 하나요?

■ 등록번호를 다시 부여받아야 합니다.

의료급여 치과임플란트 등록번호와 건강보험 치과임플란트 등록번호는 자릿수와 구성체계가 다릅니다.

따라서, 의료급여 수급권자가 치과임플란트 시술 중 건강보험으로 자격이 변동된 경우 등록번호는 다시 부여받아야 합니다.

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

Q 61

치과임플란트 사후점검기간(3개월 이내)에 건강생활 유지비 차감이 가능한가요?

■ 치과임플란트 사후점검기간에는 건강생활유지비 차감이 적용됩니다.

치과임플란트 보철수복 후 사후점검기간(3개월 이내)동안 진료를 받는 경우에는 건강생활유지비 차감이 가능합니다.

기타 참고사항

01 주요 내용 관련 요약

■ 틀니와 치과임플란트 비교

구분	레진상 완전틀니	금속상 부분틀니	치과임플란트
진료단계 구분	1~5단계	1~6단계	1~3단계
본인부담	본인부담상한제 적용		본인부담상한제 미적용
	건강보험 50%(차상위 1종 20%, 2종 30%) 의료급여 1종 20%, 2종 30%		
장구분	제18장 치과의 보철료		
종별가산	미적용(종별 수가 차등)		
진찰료 산정가능여부	산정 불가 (진찰료, 치료재료, 약제 포함)		
선택진료비 산정가능여부	산정가능 1단계: 검사, 2단계~5단계: 처치 및 수술료 준용	산정가능 1단계: 검사, 2단계~6단계: 처치 및 수술료 준용	산정가능 1단계: 검사, 2단계~3단계: 처치 및 수술료 준용

02

치과임플란트의 표준행위 분류

－ 분리형 식립재료, 비귀금속도재관(PFM Crown)에 한함

■ 진료단계별 주요 진료 행위(기공행위 포함)

- － 진료과정을 3단계로 구분하고 각 단계내의 진료내용은 환자상태 및 진료담당 의사의 진료행태에 따라 생략하거나 추가가능
- － 내원횟수는 환자의 시술 난이도와 협조도 등에 상태에 따라 차이가 날 수 있으므로 단계별 표준행위 구분이 타당

단계 및 내역	비율(%) (누적비율)
전 체	100
1단계 진단 및 치료계획	10
2단계 고정체(본체) 식립술	43 (53)
3단계 보철수복	47 (100)

주 : 치과임플란트는 보철재료와 기공행위가 포함된 것임.

■ 진료단계별 표준행위 분류(상세 진료내용)

진료단계	진료내용	백분율 (누적비율)
1단계 진단 및 치료계획	1. 전신건강 상태문진(필요시 Lab시행)	10%
	2. 구강 검사 및 기록	
	3. 구강 검사용 파노라마, 치근단 방사선 검사	
	4. 내과적 상태 평가 및 진료 의뢰	
	5. 예비인상 채득	
	6. 안궁 이전	
	7. 악간관계기록	
	8. 진단 모형의 제작	
	9. 교합 분석	
	10. 방사선 촬영용 implant stent의 제작	
	11. 파노라마 방사선 검사 필요시 CT 촬영(Cone-Beam CT, Medical CT)	
	12. 골질 및 골량 평가	
	13. 안면 지지 필요성 평가	
	14. 치료계획 설정	
	15. 수술용 implant stent의 제작	

진료단계		진료내용	백분율 (누적비율)
2단계 고정체 (본체) 식립술	1차 수술	1. 소독	43% (53%)
		2. 국소마취	
		3. 절개	
		4. 판막거상	
		5. 골삭제(drilling)	
		6. Fixture 식립	
		7. 식립 수술 중 방사선 사진 검사	
		8. Cover screw연결	
		9. 봉합	
		10. 식립 수술 후 방사선 사진 검사	
		11. 소독	
		12. 발사	
		13. 1차 수술 후 방사선 사진 검사	
	2차 수술	1. 소독	
		2. 국소마취	
		3. 절개	
		4. 판막거상	
		5. Cover screw노출	
		6. Fixture 주위 골 조정	
		7. Healing abutment연결	
		8. 봉합	
		9. 2차 수술 후 방사선 사진 검사	
		10. 소독	
		11. 발사	

진료단계	진료내용	백분율 (누적비율)
3단계 보철수복	1. 연조직 검사	47% (100%)
	2. 골유착 정도 검사	
	3. 구강검사 및 기록	
	4. 치과임플란트 보철 수복 전 파노라마, 치근단 방사선 검사	
	5. 임상적 치과임플란트 고정체(fixture) 평가	
	6. 진단 및 보철 치료계획 확인(나사 또는 시멘트고정)	
	7. 예비인상 채득	
	8. 개인용 인상 트레이의 제작	
	9. Fixture level인상채득 및 주모형제작	
	10. 안궁이전 및 악간관계 채득	
	11. 교합기에 모형연결	
	12. 임시 지대주 선택	
	13. 임시 보철물 제작	
	14. 임시 지대주 장착	
	15. 임시 보철물 구강내 장착	
	16. 교합조정 및 연마	
	17. 환자 만족도 평가/ 교합기능 심미발음 평가	
	18. 최종 지대주 선택 또는 제작(기성품, 맞춤형 등)	
	19. 최종 지대주 장착	
	20. 최종 인상채득 및 주모형 제작	
	21. 1차 교합 관계 채득	
	22. 안궁 이전 및 교합기에 모형장착	
	23. 최종 보철 framework 설계 및 제작	
	24. 최종 보철 framework 장착 및 평가	
	25. 교합관계 조정 및 2차 교합관계 채득	
	26. 색조 선택	
	27. 최종 보철물 완성	
	28. 최종 보철물의 구강 내 시적	
	29. 적합도 및 교합조정 및 연마	
	30. 최종 보철물 장착	
	31. 최종 보철물 장착 후 파노라마, 치근단 방사선 검사	
	32. 환자 교육(치료종결)	

03

진료 단계별 행위 수가

(보건복지부 고시 제2014-77호, 2014.7.1. 시행)

■ 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부
제18장 치과의 보철료

[산정지침]

- (1) 치과에서 치아의 보철을 장착한 경우에는 본 장의 해당 소정점수를 산정한다.
- (2) 본 장에 기재된 치과의 보철은 처치 시 사용된 치료재료, 약제, 진찰료가 해당 소정점수에 포함되어 별도 산정하지 아니한다. 다만, 분리형 식립재료의 고정체(Fixture), 지대주(Abutment)는 “약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준”에 의하여 별도 산정 한다.

분류번호	분 류	점수(점)
찬-11	치과임플란트(1치당) Dental Implant	
	가. 진단 및 치료계획(1단계) Diagnosis and Treatment Plan	
UB111	(1) 치과의원	1,336.35
UB112	(2) 치과병원	1,394.45
UB113	(3) 병원·요양병원	1,394.45
UB114	(4) 한방병원	1,394.45
UB115	(5) 종합병원(상급종합병원 제외)	1,452.56
UB116	(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속 치과병원	1,452.56
UB117	(7) 상급종합병원	1,510.66
UB118	(8) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원	1,510.66
UB119	(9) 보건의료원	1,336.35

분류번호	분 류	점수(점)
	나. 고정체(본체) 식립술(2단계) Fixture Placement Operation	
UB121	(1) 치과의원	5,746.31
UB122	(2) 치과병원	5,996.15
UB123	(3) 병원·요양병원	5,996.15
UB124	(4) 한방병원	5,996.15
UB125	(5) 종합병원(상급종합병원 제외)	6,245.99
UB126	(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속 치과병원	6,245.99
UB127	(7) 상급종합병원	6,495.83
UB128	(8) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원	6,495.83
UB129	(9) 보건의료원	5,746.31
	다. 보철수복 (3단계) Prosthetic Restoration	
UB131	(1) 치과의원	6,280.86
UB132	(2) 치과병원	6,553.94
UB133	(3) 병원·요양병원	6,553.94
UB134	(4) 한방병원	6,553.94
UB135	(5) 종합병원(상급종합병원 제외)	6,827.02
UB136	(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속 치과병원	6,827.02
UB137	(7) 상급종합병원	7,100.10
UB138	(8) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원	7,100.10
UB139	(9) 보건의료원	6,280.86

■ 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부
제10장 치과 처치·수술료 제3절 구강 외과수술

분류번호	분 류	점수(점)
차-98	치과임플란트 제거술(1치당) Dental Implant Removal	
U4981	가. 단순 Simple 주: 골 유착 실패로 동요도가 있는 경우(육아조직 제거 포함)에 산정한다.	93.16
U4982	나. 복잡 Complex 주: 동요도가 없는 임플란트 주위염, 파절, 신경손상 등으로 Trepine Bur 또는 별도의 전용 제거 Kit을 사용하는 경우에 산정한다.	756.34

제목	세부인정사항
치과임플란트 인정기준	국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표 2] 비급여대상 4. 바에 따른 치과임플란트의 요양급여 대상 등은 다음과 같이 함 - 다 음 - 1. 급여대상 가. 급여대상 및 적응증 - 75세 이상 부분 무치악 환자에 대하여 악골(Maxilla or Mandible)내에 분리형 식립재료(고정체, 지대주)를 사용하여 비귀금속도재관(PFM Crown) 보철수복으로 시술된 치과임플란트 나. 적용개수 및 부위 - 1인당 2개(평생개념)이내에서 급여를 원칙으로 함. - 다만, 치과 의사의 의학적 판단 하에 불가피하게 시술을 중단하는 경우에는 평생인정개수에 포함되지 아니함 - 상·하악 구분 없이 구치부(어금니)에 급여 적용하되, 전치부(앞니)는 구치부에 식립이 곤란하다고 치과 의사가 판단한 경우에 한하여 급여 적용함 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. 수가산정방법

제목	세부인정사항
치과임플란트 인정기준	가. 치과임플란트 요양급여비용은 진료 단계별로 산정함을 원칙으로 하며, 보철수복 이전에 진료가 중단된 경우에는 해당단계까지만 비용을 산정함 나. 찬11-나 치과임플란트-고정체(본체) 식립술의 재수술 인정기준 - 고정체 식립술 도중 재식립을 하는 경우에는 일련의 과정으로 인정하지 아니함 - 고정체 식립술 후 골 유착 실패로 식립된 고정체를 제거하고 재식립하는 경우에는 찬11-나의 소정점수 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 별도 산정하고, 그 외 재료(Cover Screw, Healing Abutment 등) 및 보철수복 재료는 찬11 치과임플란트 소정점수에 포함되어 별도 산정 할 수 없음. 다만, 맞춤형지대주(Custom Abutment)는 비급여함(시술행위는 급여) 4. 다만, 아래 중 하나에 해당되는 75세 이상 치과임플란트는 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)이외로 시술하는 경우
치과임플란트 치아에보철물의 교합면 나사 삽입구 재충전	치과임플란트 치아 보철물의 교합면 나사 삽입구 재충전을 하는 경우 수기료는 차15와동형성료(면당), 차13충전(면당), 차13-2충전물연마(치당)의 소정점수를 각각 산정함.

제목	세부인정사항
치과임플란트 치아에 보철물(크라운)재부착	치과임플란트 치아의 보철물을 재부착하는 경우에는 차20보철물 재부착[1치당]의 소정점수에 포함됨.
치과임플란트 치아에보철연결용 나사 및지대주 파절편제거술	치과임플란트 보철연결용 나사 또는 지대주가 임플란트 고정체 내부에서 파절되어 판막을 거상하고 파절편을 제거하는 경우에는 차 97 악골내고정용 금속제거술(주)의 소정점수에 포함됨.
치주외과수술과 치과임플란트 제거술 동시시행 시 수기로 산정방법	동일부위에 차105치은박리소파술[1/3악당]과 차98치과임플란트 제거술[1치당]을 동시에 시행한 경우에는 주된 수술은 소정점수의 100%, 제2수술은 소정점수의 50%로 산정함.
치과임플란트 치아 주위염 점막박리소파술	치주질환 등으로 치과임플란트 치아 주위염 점막박리소파술을 실시하는 경우에는 실시행위에 따라 차105치은박리소파술 가. 간단 또는 나. 복잡의 소정점수에 포함됨.
치과임플란트 점막관통 이행부 재형성술	치주질환 등으로 치주질환처치 후 치과임플란트를 점막으로 완전 피개하였다가 구강내로 재노출시키는 방법인 치과임플란트점막 관통이행부 재형성술을 실시하는 경우에는 차105-가 치은박리소파술[1/3악당]-간단의 소정점수에 포함하거나, 치은이식을 동반하는 경우에는 차111치은이식술의 소정점수에 포함됨(치은박리소파술을 동시에 시행한 경우에도 별도 산정 할 수 없음).
치과임플란트 치아에표면처치술(표면세정, 무독화시술, 나사선성형술 등)	치과임플란트 치아에 치주외과적 수술처치 후에 실시하는 치과임플란트 표면처치술(나사선성형술 등)을 실시한 경우에는 1~2개 치아에 실시하였다 하더라도 차106치근면처치술[1/3악당] 소정점수의 200%를 산정함.
치과임플란트 치아 주위염 치조골결손부 골이식술	치주질환 등으로 치과임플란트 치아주위염 치조골결손부 골이식술을 실시하는 경우에는 실시행위에 따라 차107치조골결손부 골이식술 또는 가. 동종골, 이종골, 합성골이식의 경우 또는 나.자가골이식의 경우에 소정점수에 포함됨.
치과임플란트 치아주위염 골유도재생술	치주질환 등으로 치과임플란트 치아주위염 골유도재생술을 실시하는 경우에는 실시 행위에 따라 차108조직유도재생술 가. 골이식을 동반하지 아니한 경우 또는 나. 골이식을 동반한 경우의 소정점수에 포함됨.

1 치과임플란트 진료단계별 행위정의

■ 1단계. 진단 및 치료계획

구분	내 용
공식학술명	국문 - 진단 및 치료계획(1단계) 영문 - Diagnosis and Treatment Plan
분류/관련학회	대한구강악안면외과학회, 대한치과보철학회, 대한치주과학회, 대한치과이식임플란트학회, 대한구강악안면임프란트학회, 대한영상치의학회
적응증	부분 무치악 환자가 치아상실 부위를 치과임플란트로 수복하기 위하여 내원한 경우
실시방법 (시술개요)	- 치과임플란트 치료에 영향을 미칠 수 있는 전신병력조사 및 치과병력조사를 실시한다. - 구강 검사 및 치근단 방사선 영상검사 또는 파노라마 촬영 영상검사를 실시하고, 검사 결과를 토대로 종합적인 치료계획을 수립한다. - 수립된 치료계획을 환자에게 설명하고 동의를 구한다.
전형적인 사례	1. 성별/연령/상병명 : 여/75세/치아상실 2. 시술대상자 구분 : 외래 3. 시술 장소 : 외래진료실 4. 시술시 필수 인력 : 치과의사 및 보조인력

■ 2단계. 고정체(본체) 식립

구분	내 용
공식학술명	국문 - 고정체(본체) 식립술 영문 - Fixture Placement Operation
분류/관련학회	대한구강악안면외과학회, 대한치과보철학회, 대한치주과학회, 대한치과이식임플란트학회, 대한구강악안면임프란트학회
적응증	부분 무치악 부위를 치과임플란트로 수복하기 위하여 치조골 내 치과임플란트 고정체(fixture)를 식립하는 경우
실시방법 (시술개요)	- 구강내 소독을 실시한 후 국소마취를 시행한다. - 절개를 시행한 후 전층 판막을 거상하여 하방의 치조골을 노출시킨다. - 임플란트 고정체 식립 위치를 확인한 후 임플란트 식립 전용 도구를 이용하여 골삭제를 시행한다. - 임플란트 고정체를 식립한다. 필요한 경우 술중 술 후 방사선 검사를 시행한다. - cover screw 또는 healing abutment를 연결하고 판막을 봉합한다. 적절한 치유를 위하여 수술 후 처치를 시행한다. - 임플란트를 연조직으로 완전히 피개한 경우, 적절한 골유착 기간이 경과한 후 절개 및 전층 판막을 거상하여 cover screw를 제거하고 healing abutment를 연결한 후 판막을 봉합한다. - 적절한 치유를 위하여 수술 후 처치를 시행한다.
전형적인 사례	1. 성별/연령/상병명 : 여/75세/치아상실 2. 시술대상자 구분 : 외래 3. 시술 장소 : 외래진료실 4. 시술시 필수 인력 : 치과의사 및 보조인력

■ 3단계. 보철수복

구분	내 용
공식학술명	국문 - 보철수복 영문 - Prosthetic Restoration
분류/관련학회	대한구강악안면외과학회, 대한치과보철학회, 대한치주과학회, 대한치과이식임플란트학회, 대한구강악안면임프란트학회
적응증	부분 무치악 부위를 치과임플란트로 수복하기 위하여 식립된 고정체 상부에 임플란트 고정성 금속도재 보철물로 수복하는 경우
실시방법 (시술개요)	- 연조직 치유 및 임플란트 고정체의 골유착 정도를 평가하여 임플란트 보철 시기를 결정한다. - healing abutment를 제거한 후 인상용 코핑 또는 지대주를 연결한 후 인상채득을 시행하고 교합 관계를 채득한다. - 주모형을 제작한 후 선택된 지대주에 맞게 보철 framework을 설계 및 제작한다. - 임플란트 보철수복을 위하여 구강 내 지대주를 연결한 후 권장 토크로 지대주 나사를 체결한다. - 최종 보철물을 구강 내 시적 후 필요한 경우 조정 및 연마를 시행한다. - 최종 보철물 장착 후 치근단 방사선 영상검사 또는 파노라마촬영 영상 검사를 하여 보철물의 연결 상태를 평가한다. - 환자교육 및 보철 후 점검을 시행한다.
전형적인 사례	1. 성별/연령/상병명 : 여/75세/치아상실 2. 시술대상자 구분 : 외래 3. 시술 장소 : 외래진료실 4. 시술시 필수 인력 : 치과의사 및 보조인력

2 치과임플란트 제거술 행위정의

■ 치과임플란트 제거술 - 단순

구분	내 용
공식학술명	국문 - 치과임플란트 제거술(1치당) - 단순 영문 - Dental Implant Removal - simple
분류/관련학회	대한치주과학회
적응증	1. 임플란트 주위염 또는 외상성 교합 등으로 골유착이 완전히 상실되어 임플란트 동요도가 있는 경우 2. 임플란트 주위염 또는 외상성 교합 등으로 치조골 소실이 근단부까지 진행되어 발치 기자 및 검자로 임플란트 발거가 가능한 경우
실시방법 (시술개요)	- 구강내 소독을 시행한 후 발치 기자 및 발치 검자를 이용하여 임플란트를 발거한다. - 염증성 육아조직을 제거한다. - 생리식염수를 이용하여 발치와를 세척한다. 필요시 봉합 후 거즈를 물려 지혈한다.
전형적인 사례	1. 성별/연령/상병명 : 여/75세/임플란트 동요도가 있는 경우 2. 시술대상자 구분 : 외래 3. 시술 장소 : 외래진료실 4. 시술시 필수 인력 : 치과의사 및 보조인력
인력/시간(분)	시술전 : 5분, 시술중 : 10분, 시술후 : 3분

■ 치과임플란트 제거술 - 복잡

구분	내 용
공식학술명	국문 - 치과임플란트 제거술(1치당) - 복잡 영문 - Dental Implant Removal - Complex
분류/관련학회	대한치주과학회
적응증	1. 임플란트의 파절 또는 찢김 2. 파절된 지대주 나사를 제거할 수 없는 경우 3. 임플란트 연결부위의 계면이 손상된 경우 4. 신경 손상이 있는 경우 5. 임플란트 주위염으로 치조골 소실이 본체의 절반이 넘는 경우로 발치 기자 및 검자로 발거가 어려운 경우
실시방법 (시술개요)	- 구강내 소독을 시행한 후 치조정 수평절개 및 수직절개를 시행하여 판막을 거상한다. - 저속 또는 고속 핸드피스에 연결된 절삭 기구를 이용하여 주수 하에서 임플란트 주위로 치조골을 삭제한다. - 임플란트 근단부 2~3mm까지 치조골을 삭제한 후 발치 기자 또는 검자를 이용하여 임플란트를 탈구시켜 발거한다. - 염증성 육아조직을 제거한다. - 생리식염수를 이용하여 발치와를 세척한다. 판막을 봉합하고 거즈를 물려 지혈한다.
전형적인 사례	1. 성별/연령/상병명 : 여/75세/임플란트 동요도가 있는 경우 2. 시술대상자 구분 : 외래 3. 시술 장소 : 외래진료실 4. 시술시 필수 인력 : 치과의사 및 보조인력
인력/시간(분)	시술전 : 10분, 시술중 : 50분, 시술후 : 10분

1 별첨1 전자문서 작성요령(제1편 제4조 및 29조 관련)

1. 요양급여비용(의료급여비용)명세서

(1) 의·치과

1) 명세서 상병내역

항목명	MODE	항목설명	
		변경 전	변경 후
		치과의 경우 <u>처치 및 수술의</u> 해당치식번호를 (붙임4 치식구분기재요령)과 같이 기재	치과의 경우 <u>검사, 마취, 처치 및 수술의</u> 해당치식번호를 (붙임4 치식구분기재요령)과 같이 기재
우상	an(8)	우측 윗부분의 치아	좌동
좌상	an(8)	좌측 윗부분의 치아	
우하	an(8)	우측 아랫부분의 치아	
좌하	an(8)	좌측 아랫부분의 치아	

2 붙임4. 치식구분 기재 요령(제1편 제23조 제2항 관련)

1. 정보통신망 및 전산매체 청구

치식번호를 우상, 좌상, 우하, 좌하 순으로 일렬로 위치한 뒤 상병과 관련된 치식번호 또는 검사, 마취, 처치 및 수술부위의 치식번호 위치에 영구치의 경우는 “_”를, 유치의 경우는 “#”를, 치과임플란트의 경우는 “!”를 기재하며 관련이 없는 치식번호에는 “0”으로 채운다.

■ 영구치(치과임플란트)와 유치의 치식번호 위치

	우상	좌상	우하	좌하
영구치, (치과임플란트) :	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
유 치 :	E D C B A	A B C D E	E D C B A	A B C D E

예시 1) 좌상 4,5,6번 치아(영구치)의 치아우식증 진단 시 치식구분 기재방법

	우상	좌상	우하	좌하
치식번호 :	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
기재방법 :	0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 * * * 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0

예시 2) 우하 D번, 좌하 A번 치아(유치)의 치아우식증 진단 시 치식구분 기재방법

	우상	좌상	우하	좌하
치식번호 :	E D C B A	A B C D E	E D C B A	A B C D E
기재방법 :	0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 # 0 0 0	0 # 0 0 0 0 0 0 0 0

예시 3) 좌상 4번, 우하 3번 치아(치과임플란트)의 치주염 진단 시 치식구분 기재방법

	우상	좌상	우하	좌하
치식번호 :	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
기재방법 :	0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 ! 0 0 0 0	0 0 0 0 0 ! 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0

2. 서면 청구 (예시)

■ 유치인 경우

부위 및 상병명 :	D	가역적 치수염(상병분류기호 K04.00)
------------	---	------------------------

■ 영구치인 경우(복합상병시)

부위 및 상병명 :	4 5 6	만성 단순치주염(상병분류기호 K05.30)
	3	근단 및 외측의 치근낭(상병분류기호 K04.80)

■ 치과 임플란트인 경우

부위 및 상병명 :	4!	기타 명시된 급성치주염(상병분류기호 K05.28)
	3!	

[별지1]

건강보험 치과임플란트 대상자 등록 신청서

①(☐ 신규 ☐ 재등록)

※ 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바라며, 색상이 어두운 란은 신청인이 적지 않습니다.

(앞면)

등록번호			접수일자			
②수진자	성명	주민등록번호		건강보험증번호		
	주소 ()			휴대전화		
	자택전화		등록결과 통보방법	■ 문자서비스(SMS) ※ 요양기관에서 등록 결과 확인 가능		
③요양기관 확인란	상병명	사고, 발치 또는 국한성 치주병에 의한 치아상실		상병기호	K08.1	
	시술시작일					
	치식번호	* 치식번호: 우상(11~18), 좌상(21~28), 좌하(31~38), 우하(41~48)				
	재등록 ※재등록시에만 작성합니다.	재등록 구분	요양기관 구분		재등록 시술 시작 단계	
			☐ 동일요양기관 재등록		☐ 2단계	
			☐ 타요양기관 재등록		☐ 1단계 ☐ 2단계 ☐ 3단계	
	재등록 사유 ☐ 2단계 시술 실패(골유착실패) ☐ 요양기관 폐업 등 불가피한 사유로 진료진행이 불가한 경우					
위에 기록한 사항이 사실임을 확인함 년 월 일 요양기관기호, 명칭 : , (요양기관 직인) 담당의사 면허번호, 성명 : , (서명 또는 인)						

위와 같이 건강보험 치과임플란트 대상자 등록을 신청합니다.

년 월 일

④신청인

(서명 또는 인)

수진자와의 관계 () 전화번호 ()

국민건강보험공단 이사장 귀하

치과임플란트 급여 안내

- 만 75세 이상으로, 부분무치악 어르신(완전무치악 제외)에게 분리형 식립재료와 비귀금속도재관(PFM crown) 보철수복으로 시술된 치과임플란트에 한하여 보험급여 적용이 됩니다.
- 1인당 평생 2개 이내에서 상·하악 구분 없이 구치부(어금니)에 급여 적용되며, 전치부(앞니)는 구치부에 식립이 곤란하다고 치과의사가 판단한 경우에 한하여 급여가 가능합니다.
- 건강보험 대상자의 본인부담금은 요양급여비용 총액의 50%이고, 이 중 차상위대상 희귀난치성질환자(C)는 20%, 만성질환자 등(E, F)은 30%입니다.
- 분리형 식립재료의 고정체(Fixture), 지대주(Abutment)는 별도 산정하고, 그 외 재료(Cover screw, Healing abutment 등) 및 보철수복재료는 찬11 치과임플란트 수가에 포함되어 별도 산정할 수 없습니다.
- 치과임플란트의 사후점검기간은 보철 장착 후 3개월(진찰료만 부담)까지 입니다.
- 치과임플란트 시술 시 필요에 따라 시행하는 부가수술(골이식술 등)은 비급여입니다.

유의사항 및 작성방법

유의사항

1. 재등록은 같은 치식번호에 한해서 가능합니다. 동일요양기관 재등록은 '2단계 시술 실패(골유착실패)'인 경우에만 가능합니다.
2. 요양기관 확인란은 반드시 치과의사가 확인하여야 합니다.
3. 치과임플란트 대상자 등록신청서 발급 비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.

작성방법

- ① 처음 건강보험 치과임플란트 대상자로 등록하는 경우에 '신규'에 ✓ 표시하고, 건강보험 치과임플란트를 재시술하고자 할 경우 '재등록'에 ✓ 표시합니다.
- ② 수진자의 성명을 한글로 기재하고, 건강보험증에 기재된 주민등록번호를 기재합니다.
 - 외국인(재외국민)은 외국인 및 재외국민 등록번호를 기재합니다.
 - 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다. 기재한 휴대전화번호로 임플란트 대상자 등록 결과가 통보됩니다.
- ③ 요양기관에서 기재하는 항목입니다.
 - 시술시작일은 1단계 진료일을 정확히 기재하여야 합니다. 재등록 건은 재등록 시술시작단계의 시술시작일을 기재합니다.
 - 치식번호는 변경할 수 없으므로 신중히 기재합니다.
- ④ 신청인은 다음에 해당하는 사람이어야 합니다.
 - 수진자 : 만75세 이상 건강보험 가입자 및 피부양자
 - 가족 : 「민법」 제779조에 따른 가족으로 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매

[별지2]

건강보험 치과임플란트 대상자 시술중지/변경/해지/취소 신청서

※ 아래 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다.

① 등록 내 역	등록 번호		치식 번호		시술 시작일	
	수진자 정보	성명	건강보험증번호			
		주민등록번호	전화번호			
	요양기관 정보	요양기관기호	요양기관명			전화

☐ ②시술 중지	중지신청	시술중지일			
		사유	☐ 2단계 시술 실패(골유착 실패)		
☐ ③변경	변경신청	신청구분	☐ 수진자 요청 ☐ 요양기관 요청 ☐ 기타		
		사유기재			
	변경내용	항목	변경 전	변경 후	
		(변경항목기재)			
☐ ④해지	해지신청	사유기재			
	※ 해지신청건도 치과임플란트 보험인정 개수에 포함됩니다.				
☐ ⑤취소	취소신청	사유기재			

위와 같이 건강보험 치과임플란트 대상자 시술중지/변경/해지/취소를(을) 신청합니다.

년 월 일

신청기관 또는 신청인	☐ 요양기관	요양기관명(기호) :	()	(직인)
		담당의사(면허번호) :	()	(서명 또는 인)
	☐ 수진자	⑥ 신청인 :	(서명 또는 인)	
		수진자와의 관계	()	

국민건강보험공단 이사장 귀하

유의사항

- 요양기관 요청에 의한 **시술중지/변경/취소**는 반드시 요양기관 **직인** 및 치과의사의 **서명**이 있어야 합니다.
- ② **시술중지**는 대상자 등록된 요양기관 요청에 의해서만 가능하며, 3단계 시술 후에는 '시술중지'를 하실 수 없습니다.
- ③ **변경**은 신청한 내용에 대한 변경사항이 있을 경우, 변경 항목을 기재하여 신청합니다.
※ 치식번호에 대한 변경 : 공단에 **취소신청** 후 요양기관에서 다시 **등록**합니다.
- ④ **해지**는 수진자 요청에 의해서만 가능하며, 치과임플란트 평생인정 개수에 포함되므로, 신중히 결정하셔야 합니다.
- ⑤ **취소**는 요양기관 요청에 의해서만 가능합니다.

작성방법

- 건강보험 치과임플란트 대상자로 **등록된 내역**을 **정확히** 기재합니다.
 - 수진자의 성명을 한글로 기재하고, 건강보험증에 기재된 주민등록번호를 기재합니다.
 - 외국인(재외국민)은 외국인 및 재외국민 등록번호를 기재합니다.
- ②, ③, ④, ⑤ 등록된 내용을 시술중지, 변경, 해지, 취소하고자 할 경우, 해당 항목에 **✓** 표시하고 관련내용을 기재합니다.
- ⑥ 수진자의 신청인은 다음에 해당하는 사람이어야 합니다.
 - 수진자 본인
 - 가족 : 「민법」 제779조에 따른 가족으로 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매

의료급여 치과임플란트 대상자 등록 신청서

①(☐ 신규 ☐ 재등록)

※ 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바라며, 색상이 어두운 란은 신청인이 적지 않습니다.

(앞면)

등록번호			접수일자			
②수급권자	성명	주민등록번호		종별		
	주소 ()			전화번호		
③ 의료급여기관 확인란	상병명	사고, 발치 또는 국한성 치주병에 의한 치아상실		상병기호	K08.1	
	시술시작일					
	치식번호	* 치식번호: 우상(11~18), 좌상(21~28), 좌하(31~38), 우하(41~48)				
	재등록 ※재등록시에만 작성합니다.	재등록 구분	의료급여기관 구분		재등록 시술 시작 단계	
			☐ 동일 의료급여기관 재등록		☐ 2단계	
			☐ 타 의료급여기관 재등록		☐ 1단계 ☐ 2단계 ☐ 3단계	
		재등록 사유 ☐ 2단계 시술 실패(골유착실패) ☐ 의료급여기관 폐업 등 불가피한 사유로 진료진행이 불가한 경우				
위에 기록한 사항이 사실임을 확인함						
의료급여기관 기호, 명칭 : , (의료급여기관 직인)						
담당의사 면허번호, 성명 : , (서명 또는 인)						

위와 같이 의료급여 치과임플란트 대상자 등록을 신청합니다.

④신청인

수급권자와의 관계 () 전화번호 ()

시장·군수·구청장 귀하

- ☐ 본인은 의료급여 치과임플란트 대상자로 신청하거나 대상자로 선정·등록된 자로, 개인정보보호법 제15조제1항의 제3호 규정에 의거하여 본인의 **개인정보**①를 제공할 것을 동의합니다. ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
- ☐ 본인은 의료급여 치과임플란트 대상자로 신청하거나 대상자로 선정·등록된 자로, 개인정보보호법 제23조의1 규정에 의거하여 본인의 **민감정보**②를 처리할 것을 동의합니다. ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
- ☐ 본인은 의료급여 치과임플란트 대상자로 신청하거나 대상자로 선정·등록된 자로, 개인정보보호법 제24조의1 규정에 의거하여 본인의 **고유식별정보**③를 처리할 것을 동의합니다. ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
- 위의 사항을 확인합니다.

⑤ 수급권자 본인

시장·군수·구청장 귀하

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

- 1) 개인정보보호법 제2조에 의한 “개인정보”란 살아있는 개인에 관한 정보로서 성명, 주민등록번호 및 영상 등을 통하여 개인을 알아볼 수 있는 정보(해당 정보만으로는 특정 개인을 알아볼 수 없더라도 다른 정보와 쉽게 결합하여 알아볼 수 있는 것을 포함한다)를 말한다.
- 2) 개인정보보호법 시행령 제18조에 따른 민감정보 : 개인정보보호법 제23조에 따른 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(유전자검사 등의 결과로 얻어진 유전정보, 「형의 실효 등에 관한 법률」 제2조 제5조에 따른 범죄경력자료에 해당하는 정보)
- 3) 개인정보보호법 시행령 제19조에 따른 고유식별정보 : 「주민등록법」 제7조 제3항에 따른 주민등록번호, 「출입국관리법」 제31조 제4항에 따른 외국인 등록번호 등

의료급여 치과임플란트 급여 서비스 안내

- 만 75세 이상으로, 부분무치악 어르신(완전무치악 제외)에게 분리형 식립재료와 비귀금속도재관(PFM crown) 보철수복으로 시술된 치과임플란트에 한하여 의료급여 적용이 됩니다.
- 1인당 평생 2개 이내에서 상·하악 구분 없이 구치부(어금니)에 급여 적용되며, 전치부(앞니)는 구치부에 식립이 곤란하다고 치과의사가 판단한 경우에 한하여 급여가 가능합니다.
- 의료급여 대상자의 본인부담금은 의료급여비용 총액의 1종 수급권자는 20%, 2종 수급권자는 30%입니다.
- 분리형 식립재료의 고정체(Fixture), 지대주(Abutment)는 별도 산정하고, 그 외 재료(Cover screw, Healing abutment 등) 및 보철수복재료는 찬11 치과임플란트 수가에 포함되어 별도 산정할 수 없습니다.
- 치과임플란트의 사후점검기간은 보철 장착 후 3개월(진찰료만 부담)까지입니다.
- 치과임플란트 시술 시 필요에 따라 시행하는 부가수술(골이식술 등)은 비급여입니다.

유의사항 및 작성방법

유의사항

1. 재등록은 같은 치식번호에 한해서 가능합니다. 동일 의료급여기관 재등록은 '2단계 시술 실패(골유착실패)'인 경우에만 가능합니다.
2. 의료급여기관 확인란은 반드시 치과의사가 확인하여야 합니다.
3. 치과임플란트 대상자 등록신청서 발급 비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.

작성방법

- ① 처음 의료급여 치과임플란트 대상자로 등록하는 경우에 '신규'에 √ 표시하고, 의료급여 치과 임플란트를 재시술하고자 할 경우 '재등록'에 √ 표시합니다.
- ② 수급권자의 성명을 한글로 기재하고, 의료급여증에 기재된 주민등록번호를 기재합니다.
 - 외국인(재외국민)은 외국인 및 재외국민 등록번호를 기재합니다.
 - 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다.(휴대전화가 있는 경우 우선적으로 기재).
- ③ 의료급여기관에서 기재하는 항목입니다.
 - 시술시작일은 1단계 진료일을 정확히 기재하여야 합니다. 재등록 건은 재등록 시술 시작단계의 시술시작일을 기재합니다.
 - 치식번호는 변경할 수 없으므로 신중히 기재합니다.
- ④ 보장기관에 대상자 등록 신청은 본인 또는 가족이 하실 수 있습니다.
 - 임플란트 대상자 본인 : 만75세 이상 의료급여 수급권자
 - 가족 : 「민법」 제779조에 따른 가족으로 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매
- ⑤ 치과임플란트 의료급여를 위해서는 반드시 수급권자 본인이 개인정보에 관련 사항 동의 및 확인이 필요하므로 수급권자 본인이 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다.

의료급여 치과임플란트 대상자 시술중지/변경/해지/취소 신청서

※ 아래 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다.

① 등록 내 역	등록 번호		치식 번호		시술 시작일	
	수급권자 정보	성명			종별	
		주민번호			전화번호	
	의료급여 기관 정보	의료급여기관기호	의료급여기관명		전화	

☐ ② 시술 중지	중지신청	시술중지일			
		사유	☐ 2단계 시술 실패(골유착 실패)		
☐ ③ 변경	변경신청	신청구분	☐ 수급권자 요청 ☐ 의료급여기관 요청 ☐ 기타		
		사유기재			
	변경내용	항목	변경 전	변경 후	
		(변경항목기재)			
☐ ④ 해지	해지신청	사유기재			
	※ 해지신청건도 치과임플란트 보험인정 개수에 포함됩니다.				
☐ ⑤ 취소	취소신청	사유기재			

위와 같이 의료급여 치과임플란트 대상자 시술중지/변경/해지/취소를(을) 신청합니다.

년 월 일

신청기관 또는 신청인	☐ 의료급여기관	의료급여기관명(기호) : () (직인) 담당의사(면허번호) : () (서명 또는 인)
	☐ 수급권자	⑥ 신청인 : (서명 또는 인) 수급권자와의 관계 ()

시장·군수·구청장 귀하

유의사항

- 의료급여기관 요청에 의한 **시술중지/변경/취소**는 반드시 의료급여기관 **직인** 및 치과과사의 **서명**이 있어야 합니다.
- ② **시술중지**는 등록된 의료급여기관 요청에 의해서만 가능하며, 3단계 시술 후에는 '시술중지'를 하실 수 없습니다.
- ③ **변경**은 신청한 내용에 대한 변경사항이 있을 경우, 변경 항목을 기재하여 신청합니다.
※ **치식번호**에 대한 변경 : 보장기관에 **취소신청** 후 보장기관에서 다시 **등록**합니다.
- ④ **해지**는 수급권자 요청에 의해서만 가능하며, 치과임플란트 평생인정 개수에 포함되므로, 신중히 결정하셔야 합니다.
- ⑤ **취소**는 의료급여기관 요청에 의해서만 가능하며, **시술이 시작되지 않았을 경우** 가능합니다.

작성방법

- 의료급여 치과임플란트 대상자로 **등록된 내역**을 정확히 기재합니다.
 - 수급권자의 성명을 한글로 기재하고, 의료급여증에 기재된 주민등록번호를 기재합니다.
 - 외국인(재외국민)은 외국인 및 재외국민 등록번호를 기재합니다.
- ③, ④, ⑤ 등록된 내용을 시술중지, 변경, 해지, 취소하고자 할 경우, 해당 항목에 √ 표시하고 관련내용을 기재합니다.
- ⑥ 보장기관에 신청은 본인 또는 가족이 하실 수 있습니다.
 - 임플란트 대상자 본인 : 만75세 이상 의료급여 수급권자
 - 가족 : 「민법」 제779조에 따른 가족으로 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매

“자연치아=평생건치”

