

치과건강보험 요양급여비용 및  
급여기준

2024년 1월판





# 일 러 두 기

본 책자는 보건복지부 고시를 반영하여 2024년도 건강보험요양급여 비용의 내역, 건강보험행위급여·비급여목록표 및 급여상대가치점수, 요양급여비용의 기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(약제포함) 그리고 산업재해보상보험 요양급여 산정기준, 자동차보험진료수가에 관한 기준, 자동차보험진료수가 심사업무처리에 관한 규정 중심으로 발췌·정리하여 수록하였으며,

본 책자에 수록된 비용은 상대가치점수에 2024년도 치과분야 요양급여비용 점수당 96.0원을 적용하였습니다.

아울러 이후 변경되는 고시 등에 대해서는 아래 홈페이지 등을 참고하여 주시기 바랍니다.

감사합니다.

2024년 1월  
보험위원회

- 본 협회 홈페이지([www.kda.or.kr](http://www.kda.or.kr)) – Dentists Only – 로그인 – 개원114 – 건강보험홍보실
- 보건복지부 홈페이지([www.mohw.go.kr](http://www.mohw.go.kr)) – 정보 – 법령 – 훈령/예규/고시/지침
- 건강보험심사평가원 요양기관업무포털([biz.hira.or.kr](http://biz.hira.or.kr)) ☞ 심사기준 종합서비스 – 심사기준(HUB)  
☞ 자동차 보험 알림방
- 고용노동부 홈페이지([www.moel.go.kr](http://www.moel.go.kr)) – 정보공개 – 법령정보 – 훈령/예규/고시

## [건강보험] 요양급여비용 [외래] 본인부담금 안내(치과의원)

근거 : 국민건강보험법시행령 [별표2] 및 국민건강보험법시행규칙 [별표3]

2023.11.7개정

연령	환자구분	본인부담금
6세미만	일반환자	[요양급여비용총액 × 30/100] × 70/100
	1세 미만 영유아	요양급여비용 총액 × 5/100
	조산아 및 저체중 출생아 <sup>1)</sup> (1세 이상)	요양급여비용 총액 × 5/100 (출생일부터 5년이 되는 날까지의 외래진료)
6세이상 65세미만	일반환자	요양급여비용 총액 × 30/100 (요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면서 해당 요양 급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액)
	18세 이하 아동 (치아홈메우기)	요양급여비용 총액 × 10/100
	임신부 <sup>2)</sup>	요양급여비용 총액 × 10/100
65세 이상	1만5천원 이하	1,500원
	1만5천원 초과 ~ 2만원 이하	요양급여비용총액 × 10/100
	2만원 초과 ~ 2만5천원 이하	요양급여비용총액 × 20/100
	2만 5천원 초과	요양급여비용총액 × 30/100
기타	선별급여 치과항목 (예 : 자가치아유래골이식술)	요양급여비용총액 × 50/100

1) 조산아 및 저체중아 기준 : 재태기간 37주 미만 또는 2500g이하

2) 임신부란 임신이 확인된 이후 임신이 유지되는 기간에 있는 사람으로 유산·사산으로 인한 외래  
진료를 받는 사람을 포함한다.

## Contents

**건강보험요양급여비용의 내역**

• 건강보험요양급여비용의 내역 .....	5
------------------------	---

**건강보험 행위 급여·비급여목록표 및  
급여 상대가치점수**

제1편 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 .....	12
제1부 행위 급여 일반원칙 .....	12
I. 일반기준 .....	12
II. 요양기관 종별가산율 .....	13
III. 차등수가 .....	15
IV. 예외 규정 .....	16
제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 .....	17
제1장 기본진료료 .....	17
제2장 검사료 .....	30
제1절 검체 검사료 .....	32
제2절 병리 검사료 .....	35
제3절 기능 검사료 .....	41
제4절 내시경, 천자 및 생검료 .....	43
제3장 영상진단 및 방사선 치료료 .....	44
제1절 방사선일반영상진단료 .....	45
제2절 방사선톤수영상진단료 .....	51
제5장 주사료 .....	64
제1절 주사료 .....	65
제6장 마취료 .....	66
제1절 마취료 .....	68
제2절 치과마취료 .....	69

제7장 이학요법료 .....	70
제1절 기본물리치료료 .....	70
제4절 기타 이학요법료 .....	72
제9장 처치 및 수술료 등 .....	73
제1절 처치 및 수술료 .....	73
제10장 치과 처치·수술료 .....	91
제1절 치아질환 처치 .....	96
제2절 수술 후 처치, 치주조직의 처치 등 .....	103
제3절 구강악안면 수술 .....	108
제4절 치주질환 수술 .....	118
제5절 보철물의 유지관리 .....	121
제18장 치과의 보철료 .....	122
제20장 치과의 교정치료료 .....	133
제3부 행위 비급여 목록 .....	138
제1장 기본진료료 .....	138
제2장 검사료 .....	143
제3장 영상진단 및 방사선 치료료 .....	143
제1절 방사선일반영상진단료 .....	143
제9장 처치 및 수술료 등 .....	143
제1절 처치 및 수술료 .....	143
제10장 치과처치·수술료 .....	144
제1절 치아질환 처치 .....	144
제2절 수술후 처치, 치주조직의 처치 등 .....	144
제3절 구강악안면 수술 .....	145
제4절 치주질환 수술 .....	145
[별첨] 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 .....	146

## Contents

### 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항

I. 행 위	155
일반사항	155
제1장 기본진료료	165
제2장 검사료	179
제3장 영상진단 및 방사선 치료료	182
제4장 투약 및 조제료	192
제5장 주사료	193
제6장 마취료	194
제7장 이학요법료	196
제9장 처치 및 수술료 등	199
제10장 치과 처치수술료	205
제18장 치과의 보철료	226
제20장 치과의 교정치료료	230
II. 치료재료	234
1. 일반사항	234
2. 처치 및 수술료 등	235
3. 비 급 여	239
III. 국민건강보험요양급여의 기준에 관한규칙 제10조에 의거 신의료기술로 신청된 항목 중 이미 심사기준으로 운용되고 있는 항목	249
일반사항	249
제1장 기본진료료	251
제2장 검사료	253

목  
차

제3장 영상진단 및 방사선 치료료 .....	254
제5장 주사료 .....	255
제7장 이학요법료 .....	256
제9장 처치 및 수술료 등 .....	257
제10장 치과 처치·수술료 .....	258
심사 지침 .....	263
제2장 검사료 .....	263
제9장 처치 및 수술료 등 .....	263
제10장 치과 처치·수술료 .....	263
치료재료 .....	265
 <b>IV. 약 제 .....</b>	 266
[일반원칙] .....	266
[117 정신신경용제] .....	273
[231 치과구강용약] .....	274
[332 지혈제] .....	275
[721 X선 조영제] .....	275
 • 보건복지부 행정해석(치과분야 일부발췌) .....	276
• 산업재해보상보험 요양급여 산정기준 .....	280
제1절 치과보철 .....	285
• 자동차보험진료수가에 관한 기준 .....	288
• [부록] 치과자동차보험 업무흐름도 및 치과자동차보험 매뉴얼 .....	302
• 건강보험 현지조사(업무정지 처분 및 과징금 부과의 기준 제70조제1항 관련) .....	304
• [부록] 한국표준질병·사인분류 .....	307

치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준



## 건강보험요양급여비용의 내역





보건복지부 고시 제2023-271호

제정 2000.12.28. 고시 제2000- 72호(2001.1.1. 시행)  
개정 2023.12.26. 고시 제2023-271호(2024.1.1. 시행)

국민건강보험법 제45조제4항의 규정에 의한 “건강보험요양급여비용의 내역”(보건복지부 고시 제2023-215호, 2023.11.16.)을 다음과 같이 개정·고시합니다.

2023년 12월 26일

보건복지부장관

## 건강보험요양급여비용의 내역 개정

건강보험요양급여비용의 내역의 표를 다음과 같이 한다.

유형별 분류	점수당 단가
「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 의료기관 중 병원, 요양병원, 정신병원 및 종합병원	81.2원
「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의료기관 중 의원	93.6원
「의료법」 제3조제2항제1호 및 같은 항 제3호에 따른 의료기관 중 치과의원 및 치과병원	96.0원
「의료법」 제3조제2항제1호 및 같은 항 제3호에 따른 의료기관 중 한의원 및 한방병원	98.8원
「의료법」 제3조제2항제2호에 따른 조산원	158.7원
「약사법」 제2조제3호에 따른 약국 및 같은 법 제 91조에 따른 한국희귀·필수의약품센터	99.3원
「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소와 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소	93.5원

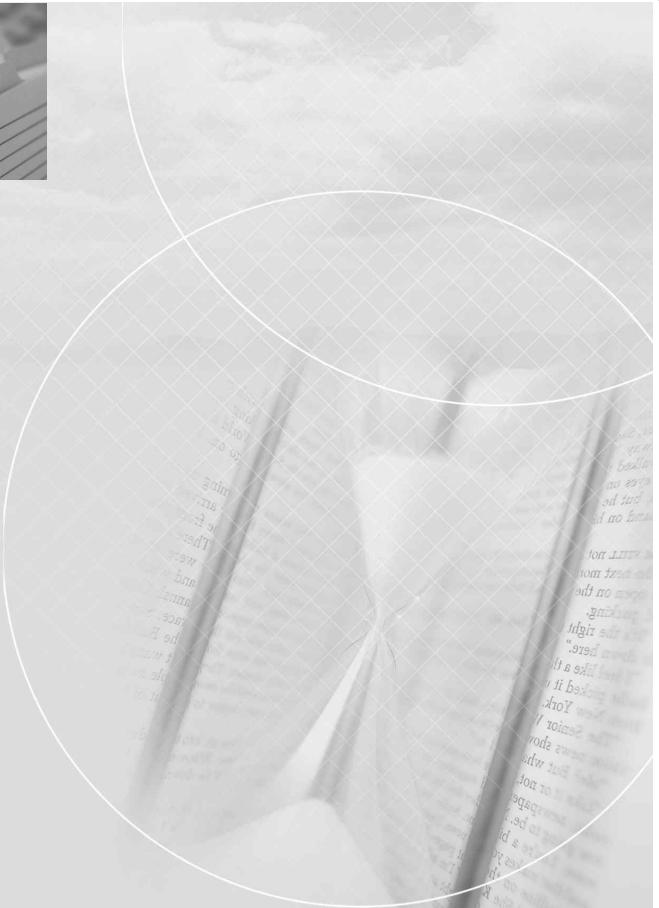
## 부 칙

이 고시는 2024년 1월 1일부터 시행한다.



치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준

## 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수





보건복지부 고시 제2023-299호

「국민건강보험법 시행령」 제21조제2항·3항 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제2항부터 제5항까지, 제9조제1항, 제11조제1항, 제12조제2항 및 제13조 제1항·제3항에 의한 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2023-278호, 2023.12.27.)를 다음과 같이 개정·발령합니다.

2023년 12월 29일  
보건복지부장관

## 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 일부개정

### 부 칙

이 고시는 2024년 1월 1일부터 시행한다.

다만, [부록] 검체검사 위탁에 관한 기준 제8조제1항제1호 개정 규정은 2024년 2월 1일부터 시행한다.

## 제1편 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수

### 제1부 행위 급여 일반원칙

#### I. 일반기준

1. 요양기관이 국민건강보험법령의 규정에 의한 요양급여를 실시하고 행위에 대한 비용을 산정할 때에는 제2부 각 장에 분류된 분류항목의 상대가치점수(이하 “점수”라 한다)에 국민건강보험법 제45조제3항과 같은 법 시행령 제21조제1항에 따라 정하여진 점수당 단가(제16장에 분류된 항목은 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소와 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소의 점수당 단가)를 곱하여 10원 미만은 4사5입한 금액으로 산정한다. 다만, 요양기관 종별가산율에 의하여 산출된 금액에 대하여는 원미만을 4사5입한다.
2. 각종 가감률에 의하여 산출된 금액에 대하여는 1호와 동일한 방법으로 산정하되 상대가치점수에 가감률을 곱하여 총 점수(소수점 이하 셋째 자리에서 4사5입)를 산출하고, 각종 가감률이 복합 적용될 경우에는 가감률을 모두 합한 총 가감률을 상대가치점수에 곱하여 총 점수(소수점 이하 셋째 자리에서 4사5입)를 산출한다. 이 경우 가감률이 중복 적용될 경우에는 중복 가산하지 아니한다.
3. 제2부 각 장에 분류되지 아니한 진찰·처치·수술 및 기타의 치료에 대한 요양급여를 실시한 경우에 우선적으로 행위의 내용·성격과 상대가치점수가 가장 유사한 분류항목에 준용하여 산정하여야 한다.
4. 상급종합병원, 종합병원, 병원, 정신병원, 요양병원(의과), 의원, 보건의료원(의과), 의과 진료과목이 있는 한방병원·치과병원인 요양기관은 제2부 제1장 내지 제9장 및 제16장, 제17장, 제19장에 분류된 분류항목과 제10장에 분류된 분류항목 중 고정장치의 제거, 악간고정술, 치간고정술, 순열수술후 보호장치, 상고정장치술, 구강내소염수술, 구강외소염수술, 구강내열상봉합술, 구강외열상봉합술, 협순소대성형술, 악골수염수술, 악골내고정용 금속제거술에 한하여 산정한다.

5. 치과병원, 치과의원, 보건의료원(치과), 치과 진료과목이 있는 상급종합병원·종합병원·병원·정신병원·요양병원·한방병원인 요양기관은 제2부 제1장 내지 제10장과 제16장 내지 제20장에 분류된 항목에 한하여 산정한다.
6. 국립병원 한방진료부, 한방병원, 한의원, 보건의료원(한의과), 한의과 진료과목이 있는 상급종합병원·종합병원·병원·정신병원·요양병원·치과병원인 요양기관은 제2부 제1장, 제4장, 제13장, 제14장 및 제17장에 분류된 분류항목에 한하여 산정한다.
7. 약국 및 한국희귀·필수의약품센터인 요양기관은 제2부 제15장에 분류된 분류항목에 한하여 산정한다.
8. 조산원인 요양기관은 다음 분류항목에 한하여 산정한다.  
가~다. (생략)
9. 보건소, 보건지소, 보건진료소인 요양기관은 다음 분류항목에 한하여 산정한다.  
가~다. (생략)
10. 의료법 제35조에 의한 부속 의료기관은 다음 분류항목에 한하여 산정한다.
  - 가. 제2부 제1장 재진진찰료, 의약품관리료, 혈액관리료
  - 나. 제2부 제4장 퇴장방지의약품 사용장려비
  - 다. 제2부 제5장, 제9장, 제10장, 제13장, 제14장 및 제16장에 분류된 분류항목

## II. 요양기관 종별가산율

1. 제2부 제2장 내지 제10장, 제13장 및 제14장, 제19장 및 제 20장에 분류된 분류 항목에 대하여는 소정점수에 점수당 단가를 곱한 금액을 모두 합산한 금액에 요양 기관의 종별에 따라 다음 각 호의 비율을 가산한다.
  - 가. 다음 각 항의 요양기관은 15%
    - (1) 상급종합병원으로 인정받은 종합병원
    - (2) 상급종합병원에 설치된 치과대학 부속 치과병원
    - (3) 상급종합병원에 설치된 한의과대학 부속 한방병원
    - (4) 상급종합병원에 설치된 특수전문병원

나. 다음 각 항의 요양기관은 10%

- (1) 상급종합병원을 제외한 종합병원
- (2) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속 치과병원
- (3) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 한의과대학 부속 한방병원
- (4) 국립병원 한방진료부

다. 다음 각 항의 요양기관은 5%

- (1) 병원
- (2) 위 “가-(2)” 또는 “나-(2)”에 해당되지 아니하는 치과병원
- (3) 위 “가-(3)” 또는 “나-(3)”에 해당되지 아니하는 한방병원
- (4) 요양병원
- (5) 정신병원

라. 다음 각 항의 요양기관은 종별가산율을 적용하지 아니한다.

- (1) 의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원
- (2) 약국 및 한국희귀·필수의약품센터
- (3) 조산원, 보건소, 보건지소, 보건진료소
- (4) 의료법 제35조에 의한 부속 의료기관

2. 위 “1”의 규정에도 불구하고 아래 항목에 대해서는 요양기관 종별가산율을 적용하지 아니한다.

가. 각 장의 산정지침 또는 분류항목의 “주”에서 별도로 산정할 수 있도록 규정한 약제비, 치료재료대 등

나. 생혈(마-103, X3010), 교환(마-104, X4000), 조혈모세포의 이식 준비-냉동 처리 및 보관(마-105-다-(1), X5020), 기증제대혈제제 비용(마-105-라-(3)-가, X5137), 자가수혈채혈료(마-106-가, X6001 내지 X6008), 연성신요관경 하 요관협착학장술 “주”(자-319-3 “주”, R3196), 연성신요관경하 결석제거술 “주2”(자-321-3 “주2”, R3429)

다. 퇴장방지의약품 사용장려비

라. 검체검사 위탁에 관한 기준에서 정한 수탁기관으로 위탁하는 경우의 검사료 및 위탁검사관리료

마. Infusion Pump 등 사용료(KK057, KK058, KK158, Q2662)

바. 마취통증의학과 전문의 초빙료(L7990, L7991)

- 사. 제19장 제1절 응급 기본진료료
  - 아. 제2장 제1절 검체 검사료 및 제5절 초음파 검사료
  - 자. 제3장 제1절 방사선일반영상진단료 · 제2절 방사선탈수영상진단료 · 제3절 핵의학 영상진단 및 골밀도검사료
  - 차. 기타 보건복지부장관이 별도로 정하는 경우
3. 위 “1-나” 항의 종별가산율을 적용받은 종합병원이 의료법 제3조의3 기준에 부적합한 경우에는 3월 이내의 범위 내에서 기간을 정하여 시정하도록하고 동 시정기간 내에 시정하지 아니한 때에는 시정기간 종료 익일부터는 위 “1-다”항의 종별가산율을 적용한다.

### III. 차등수가

치과의원, 한의원, 보건의료원, 약국 및 한국희귀·필수의약품센터의 경우에는 의사, 치과의사, 한의사, 약사 1인당 1일 진찰횟수, 약국 및 한국희귀·필수의약품센터의 경우에는 조제건수(처방전 매수를 말한다. 이하 같다)에 따라서 요양기관에 진찰료와 조제료 등 (조제료, 약국관리료, 조제기본료, 복약지도료를 말한다. 이하 같다)을 아래와 같이 차등지급한다.

가. 치과의원, 한의원, 보건의료원의 의사, 치과의사, 한의사 1인당 1일 진찰횟수를 기준으로 진찰료에 대하여 다음과 같이 차등지급한다.

- (1) 75건 이하 : 100%
- (2) 75건을 초과하여 100건까지 : 90%
- (3) 100건을 초과하여 150건까지 : 75%
- (4) 150건을 초과한 건 : 50%

나. 약국 및 한국희귀·필수의약품센터의 약사 1인당 1일 조제건수(의약분업 예외지역에서는 직접조제건수 포함)를 기준으로 조제료 등에 대하여 다음과 같이 차등지급한다.

- (1) 75건 이하 : 100%
- (2) 75건을 초과하여 100건까지 : 90%
- (3) 100건을 초과하여 150건까지 : 75%
- (4) 150건을 초과한 건 : 50%

- 다. 차등지급되는 진찰료(약국 및 한국희귀·필수의약품센터의 경우에는 조제료 등을 말한다)는 차등지수에 1개월(또는 1주일)간 총 진찰료를 승하여 산출하되 10원 미만은 4사5입한 금액으로 산출하며 차등지수는 의사, 치과의사, 한의사, 약사 1인당 1일평균 진찰횟수(약사의 경우에는 조제건수)를 n으로 할 때에 다음과 같이 산정하되 소수점 여덟째 자리에서 4사5입 한다.
- (1)  $n \leq 75$  이하일 경우에는 차등지수를 1로 한다.
  - (2)  $n > 75$ 를 초과하여 100 이하일 경우에는  

$$\{75 \times 1.00 + (n-75) \times 0.90\}/n$$
  - (3)  $n > 100$ 을 초과하여 150 이하일 경우에는  

$$\{75 \times 1.00 + 25 \times 0.90 + (n-100) \times 0.75\}/n$$
  - (4)  $n > 150$ 을 초과하는 경우에는  

$$\{75 \times 1.00 + 25 \times 0.90 + 50 \times 0.75 + (n-150) \times 0.50\}/n$$
- 라. 의사, 치과의사, 한의사 1인당 1일 평균 진찰횟수, 약사 1인당 1일 평균 조제건수는 내원환자의 순서 및 초·재진을 구분하지 아니하고 1개월(또는 1주일)간 총 진찰(조제)횟수의 합을 구하고 이를 해당 요양기관이 국민건강보험법 시행규칙 제12조 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 통보한 의사, 치과의사, 한의사가 진료한 총일수, 약국 및 한국희귀·필수의약품센터의 약사가 조제한 총일수로 나누어서 계산하되 소수점 첫째 자리에서 절사하여 산정한다.
- 마. 진료(조제)일수는 1개월(또는 1주일) 동안 의사(약사)가 실제 진료(조제)한 날수를 말한다.

#### IV. 예외 규정

1. 의료법 제35조에 의한 부속 의료기관은 해당 산정항목에 대하여 공휴·야간 가산 등 각종 가산을 산정하지 아니한다.
2. 공무원 및 교직원의 공무상 질병 또는 부상에 대한 요양급여에 소요된 비용의 산정은 산업재해보상보험법 제40조제5항의 규정에 의한 기준에 의한다.

## 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침

### 제1장 기본진료료

#### [산정지침]

##### 1. 진찰료

가. 진찰료는 외래에서 환자를 진찰한 경우에 처방전의 발행과는 관계없이 산정하며 초진 환자를 진찰하였을 경우에는 초진진찰료, 재진환자를 진찰하였을 경우에는 재진 진찰료를 산정한다.

- (1) 진찰료는 기본진찰료(초진의 경우 AA154~AA157은 155.57점, AA100, AA109는 152.11점, AA106, AA107은 202.24점, 10100은 152.06점, 10101은 160.79점, 10102는 170.02점, 10103은 179.78점, 재진의 경우 AA254~AA257은 98.03점, AA200, AA209는 95.98점, AA206, AA207은 127.44점, 10200은 95.98점, 10201은 104.61점, 10202는 114.02점, 10203은 124.27점)와 외래관리료 (진찰료에서 기본진찰료를 제외한 점수)의 소정점수를 합하여 산정한다.
  - (2) 초진환자란 해당 상병으로 동일 의료기관의 동일 진료과목 의사에게 진료받은 경험이 없는 환자를 말한다.
  - (3) 재진환자란 해당 상병으로 동일 의료기관의 동일 진료과목 의사에게 계속해서 진료받고 있는 환자를 말한다.
  - (4) 해당 상병의 치료가 종결되지 아니하여 계속 내원하는 경우에는 내원 간격에 상관 없이 재진환자로 본다. 또한, 완치여부가 불분명하여 치료의 종결 여부가 명확하지 아니한 경우 90일 이내에 내원시 재진환자로 본다.
  - (5) 해당 상병의 치료가 종결된 후 동일 상병이 재발하여 진료를 받기 위해서 내원 한 경우에는 초진환자로 본다. 다만 치료종결 후 30일 이내에 내원한 경우에는 재진환자로 본다.
  - (6) 치료의 종결이라 함은 해당 상병의 치료를 위한 내원이 종결되었거나, 투약이 종결 되었을 때로 본다.
  - (7) 진찰료 중 기본진찰료는 병원관리 및 진찰권발급 등, 외래관리료는 외래환자의 처방 등에 소요되는 비용을 포함한다.
- 나. 다음 각 호의 1에 해당하는 경우에는 진찰료는 1회 산정한다.
- (1) 동일 의사가 동시에 2가지 이상의 상병에 대하여 진찰을 한 경우
  - (2) 하나의 상병에 대한 진료를 계속 중에 다른 상병이 발생하여 동일 의사가 동시에

### 진찰을 한 경우(재진진찰료)

- (3) 동일한 상병에 대하여 2인 이상의 의사가 동일한 날에 진찰을 한 경우
- 다. 2개 이상의 진료과목이 설치되어 있고 해당 과의 전문의가 상근하는 요양기관에서 동일환자의 다른 상병에 대하여 전문과목 또는 전문분야가 다른 진료담당 의사가 각각 진찰한 경우에는 진찰료를 각각 산정할 수 있다.
- 라. 진료담당의사가 검사·방사선 진단 등을 처방지시하였으나 요양기관의 사정에 의하여 진료 당일에 검사·방사선 진단 등을 실시하지 못한 경우에는 검사·방사선 진단을 실시한 당일의 진찰료는 산정하지 아니한다.
- 마. 의료법 제18조에 따라 요양기관인 의료기관의 의사 또는 치과의사가 작성·교부한 처방전에 따라 요양기관인 약국 또는 한국희귀·필수의약품센터에서 조제받은 주사제를 투여받기 위해서 당해 요양기관에 당일에 재내원하는 경우에는 진찰료를 별도 산정하지 아니한다.

## 2. 입원료 등(입원료·집중치료실입원료·무균치료실입원료·낫병동입원료·신생아입원료·중환자실입원료·격리실입원료·남자폐특수치료실입원료)

가. 입원료 등에는 입원환자 의학관리료(기본점수의 40%), 입원환자 간호관리료(기본 점수의 25%), 입원환자 병원관리료(기본점수의 35%)가 포함되어 있으며 요양기관 종별에 따라 산정한다.

### (1) 입원료, 중환자실 입원료 기본점수

#### (가) 입원료 기본점수

- 1) 상급종합병원: 561.44점(6인실 이상, AB1A0, 151A0), 729.87점(5인실, AB1E0, 151E0), 898.30점(4인실, AB1J0, 151J0), 1,077.96점(3인실, AB1N0, 151N0), 1,437.28점(2인실, AB1S0, 151S0)
- 2) 종합병원: 495.54점(6인실 이상, AB2A0, 152A0), 644.20점(5인실, AB2E0, 152E0), 792.86점(4인실, AB2J0, 152J0), 951.43점(3인실, AB2N0, 152N0), 1,189.29점(2인실, AB2S0, 152S0)
- 3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과: 431.60점(6인실 이상, AB3A0), 561.07점(5인실, AB3E0), 690.57점(4인실, AB3J0), 828.68점(3인실, AB3N0), 966.80점(2인실, AB3S0)
- 4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과: 417.36점(6인실 이상, 153A0), 542.57점(5인실, 153E0), 667.78점(4인실, 153J0), 801.34점(3인실, 153N0), 934.89점(2인실, 153S0)

## (나) 일반 중환자실 입원료 기본점수

- 1) 상급종합병원: 3,852.62점(AJ1B0, 191B0)
- 2) 종합병원: 1,884.40점(AJ2B0, 192B0)
- 3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과: 1,520.15점(AJ3B0)
- 4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과: 1,375.51점(193B0)

## (다) 신생아 중환자실 입원료 기본점수

- 1) 상급종합병원: 4,074.04점(AJ1C0)
- 2) 종합병원: 3,755.24점(AJ2C0)
- 3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의과: 3,328.38점(AJ3C0)

## (라) 소아 중환자실 입원료 기본점수

- 1) 상급종합병원: 4,131.35점(AJ1D0, 191D0)
- 2) 종합병원: 2,773.27점(AJ2D0, 192D0)
- 3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과: 1,864.34점(AJ3D0)
- 4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과: 1,686.95점(193D0)

(2) 위 “(1)”에 해당하는 입원료는 위 “(1)”의 기본점수와 간호관리료 차등제에 의한  
간호관리료 점수를 가산하여 소정점수로 산정한다.

(3) 위 “(1)”에 해당하지 않은 입원료는 제2부 제1장에 분류된 소정점수를 기본점수로  
하며, 위 “가”의 기본점수 구성비율을 동일하게 적용하여 요양기관 종별에 따라  
산정한다.

나. 입원료 등을 산정하기 위해서는 국민건강보험법 제43조 및 동법 시행규칙 제12조에 따라  
요양기관의 병설 및 병상 현황을 신고하여야 한다.

다. 생략

라. 입원료 등은 1일당으로 다음과 같이 산정한다.

- (1) 1일이라 함은 12시(정오)부터 다음 날 12시(정오)까지를 의미한다.
- (2) 0~6시 사이에 입원하거나(산정코드 첫 번째 자리에 1로 기재), 18~24시 사이에  
퇴원한 경우(산정코드 첫 번째 자리에 2로 기재)에는 입원료 소정점수의 50%를  
별도 산정한다.
- (3) 6~12시 사이에 입원하거나, 12~18시 사이에 퇴원한 경우에는 동기간의 입원  
료는 별도 산정하지 아니한다.
- (4) 입원과 퇴원이 24시간 이내에 이루어진 경우에는 전체 입원 시간이 6시간 이상인  
경우에 한하여 1일의 입원료를 산정한다.

- (5) 가-2 입원료는 입원 16일째부터 30일째까지는 해당 점수의 90%를 산정한다.(산정코드 첫 번째 자리에 8로 기재)
- (6) 가-2 입원료는 입원 31일째부터는 해당 점수의 85%를 산정한다.(산정코드 첫 번째 자리에 9로 기재)

- 마. 생략  
바. 생략  
사. 생략  
아. 생략  
자. 생략

### 3. 의약품관리료

가. 외래환자 의약품관리료는 다음과 같이 산정한다.

- (1) 상급종합병원, 종합병원, 병원, 정신병원, 치과병원, 요양병원·한방병원 내 의·치과  
(가) 외래환자에게 투약한 경우 방문당으로 산정한다.  
(나) 외용약 및 주사제(약가를 산정하지만 주사료 등이 발생하지 아니하는 경우를 포함)를 복합 또는 단독으로 조제한 경우에도 외래환자 의약품관리료[방문당] 소정점수를 산정한다.
- (2) 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과  
(가) 내복약 조제일수에 따라 산정한다.  
(나) 외용약 또는 주사제를 내복약과 복합으로 조제한 경우에는 내복약의 조제일수에 의한다.  
(다) 위 “(가)”의 규정에도 불구하고 외용약 및 주사제(약가를 산정하지만 주사료 등이 발생하지 아니하는 경우를 포함)를 복합 또는 단독으로 조제한 경우에는 1일분 소정점수를 산정한다.

- 나. 입원환자 의약품관리료는 입원환자에 대하여 입원기간 중 투약한 경우에 투약일수에 따라 산정한다.  
다. 한방병원, 한의원, 보건의료원 한의과, 상급종합병원·종합병원·병원·정신병원·요양병원·치과병원 내 한의과 등은 산정하지 아니한다.

4. 가정간호 기본방문료(생략)  
5. 의료질평가지원금(생략)  
6. 전문병원 관리료 등(전문병원 관리료 전문병원(병원·정신병원·요양병원·한방병원) 의료질 평가지원금) (생략)

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
가-1		<p>외래환자 진찰료 Outpatient Care</p> <p>가. 초진 진찰료 New Patient</p> <p>주 : 1. 1세 미만의 소아에 대하여는 26.45점, 1세 이상 6세 미만의 소아에 대하여는 10.89점을 가산한다.(산정코드 첫 번째 자리에 1세 미만은 1, 1세 이상~6세 미만은 6으로 기재)</p> <p>2. 치과에서 장애인으로 등록되어 있는 뇌병변장애인, 지적장애인, 정신장애인, 자폐성장애인에 대하여는 9.03점을 가산한다.(산정코드 첫 번째 자리에 9로 기재)</p> <p>3. 평일 18시(토요일은 13시)~익일 09시 또는 관공서의 공휴일에 관한 규정에 의한 공휴일에는 진찰료 중 기본진찰료(초진) 소정점수의 30%를 가산한다. (산정코드 두 번째 자리에 야간은 1, 공휴일은 5로 기재)</p> <p>4. '주3' 규정에도 불구하고, 의원급 및 병원급(종합병원 이상은 제외) 요양 기관에서 6세 미만의 소아에 대하여 20시~익일 07시에는 진찰료 중 기본 진찰료(초진) 소정점수의 200%를 가산 한다. (산정코드 두 번째 자리에 2로 기재)</p> <p>5. 토요일 09시 후~13시 전의 진료시에는 의원급 요양기관(보건의료원 포함)에 한하여 기본 진찰료(초진) 소정점수의 30%를 별도 산정한다.(산정코드 두 번째 자리에 3으로 기재)</p>		

**22 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

분류번호	코드	분 류	점 수	비용(원)
		6. 평일 18시~익일 09시에 차등수가 적용 대상에서 제외하는 경우는 산정코드 세 번째 자리에 1을 기재한다.		
	AA100	(5) 치과의원, 보건의료원 내 치과	166.59	15,990
	AA109	(6) 치과병원, 병원·정신병원, 요양병원·한방 병원 내 치과	179.23	17,210
	AA106	(7) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과 대학부속치과병원	302.03	28,990
	AA107	(8) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과 병원	332.53	31,920
		나. 재진 진찰료 Established Patient		
		주 : 1. 1세 미만의 소아에 대하여는 16.67점, 1세 이상 6세 미만의 소아에 대하여는 6.86점을 가산한다.(산정코드 첫 번 째 자리에 1세 미만은 1, 1세 이상~6세 미만은 6으로 기재)  2. 치과에서 장애인으로 등록되어 있는 뇌병변장애인, 지적장애인, 정신장애인, 자폐성 장애인에 대하여는 9.03점을 가산한다.(산정코드 첫 번째 자리에 9로 기재)  3. 평일 18시(토요일은 13시)~익일 09시 또는 관공서의 공휴일에 관한 규정에 의한 공휴일에는 진찰료 중 기본진찰료 (재진) 소정점수의 30%를 가산한다. (산정코드 두 번째 자리에 야간은 1, 공휴일은 5로 기재)  4. ‘주3’ 규정에도 불구하고, 의원급 및 병원급(종합병원 이상은 제외) 요양기관 에서 6세 미만의 소아에 대하여 20시~익일		

분류번호	코 드	분 류	점 수	비용(원)
	AA222	<p>07시에는 진찰료 중 기본 진찰료(재진) 소정점수의 200%를 가산한다.(산정코드 두 번째 자리에 2로 기재)</p> <p>5. 토요일 09시 후~13시 전의 진료시에는 의원급 요양기관(보건의료원 포함)에 한하여 기본 진찰료(재진) 소정점수의 30%를 별도로 산정한다.(산정코드 두 번째 자리에 3으로 기재)</p> <p>6. 물리치료, 주사 등을 일시에 처방 지시 하여 의사의 진찰행위 없이 매일 또는 반복하여 내원하여 물리치료, 주사 등을 시술받은 경우 또는 주사제를 처방한 당일이 아닌 다른 날에 의사의 진찰 없이 주사를 실시한 경우에는 49.09점을 산정한다.</p> <p>7. 진료담당의사와 상담한 후 「의료법」 제17조의2 제2항에 따라 대리수령자가 처방전 및 약제를 수령한 경우에는 재진 진찰료 소정점수의 50%를 산정한다. (산정코드 두 번째 자리에 9로 기재)</p> <p>8. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설 (「노인 장기요양보험법」에 따른 장기 요양기관을 포함) 내에서 의료기관 소속 계약의사 또는 협약의료기관 의사가 시설 입소자(사회복지시설에서 숙식하는 자를 뜻함)에게 원외처방전을 교부한 경우에는 진찰료 중 외래관리료 소정점수를 산정한다.(산정코드 두 번째 자리에 8로 기재)</p>		

## 24 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)		
가-2	AA200 AA209 AA206 AA207  입원료 Inpatient Care  주 : 1. 1세 이상 8세 미만의 소아환자에 대하여는 소정점수의 30%, 1세 미만의 소아환자에 대하여는 소정점수의 50%를 가산(산정 코드 세 번째 자리에 1세 이상 8세 미만은 4, 1세 미만은 A로 기재)한다. (주2에 해당하는 경우 제외)  2. 강내치료를 위하여 밀봉소선원치료실에 입원한 경우에는 3일 이내의 기간 동안 소정점수의 100%를 가산한다.(산정코드 세 번째 자리에 3으로 기재)  다. 병원, 정신병원, 치과병원 내 의·치과	9. 평일 18시~의일 09시에 차등수가 적용 대상에서 제외하는 경우는 산정코드 세 번째 자리에 1을 기재한다.				
		AA200	(5) 치과의원, 보건의료원 내 치과	110.46	10,600	
		AA209	(6) 치과병원, 병원·정신병원·요양병원·한방병원 내 치과	123.09	11,820	
		AA206	(7) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과·병원	227.29	21,820	
		AA207	(8) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과·병원	257.80	24,750	
AB3A4	(1) 6인실 이상 입원료	571.52	54,870			
AB3E4	(2) 5인실 입원료	742.98	71,330			
AB3J4	(3) 4인실 입원료	914.43	87,790			
AB3N4	(4) 3인실 입원료	1097.32	105,340			
AB3S4	(5) 2인실 입원료	1280.2	122,900			

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
가-5	AB4A6	마. 의원, 치과의원, 보건의료원 내 의·치과 (1) 6인실 이상 입원료	358.86	34,450
		AB4E6 (2) 5인실 입원료		466.52
		AB4J6 (3) 4인실 입원료		574.18
	AE011 (16011)	회송료 Transfer Service 가. 회송료 (1) 입원	793.24	76,150
		AE012 (16012) 나. 회송료 II (2) 외래		594.93
		AE021 (16021) (1) 입원		871.78
		AE022 (16022) (2) 외래		676.90
		낮병동 입원료 Day Care		427.33
가-6	AF300	다. 병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과	358.86	34,450
	AF400	마. 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과	358.86	34,450
	AH500	협의진찰료 Consultation 가. 상급종합병원, 상급종합병원에 설치된 치과대학 부속치과병원 (1) 의과, 치과	252.95	24,280
		나. 종합병원, 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원 (1) 의과, 치과		
		AH600		
		(1) 의과, 치과		

**26 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

분류번호	코드	분 류	점 수	비용(원)
가-8-2	AH700	다. 병원, 정신병원, 한방병원, 치과병원 (1) 의과, 치과	172.11	16,520
		라. 요양병원, 보건의료원		
		AH800 (1) 의과, 치과		69.63 6,680
	AH900	마. 의원, 치과의원	69.63	6,680
	원격협의진찰료			
	AH510 (11510)	가. 의뢰료 주 : 영상정보를 공유한 경우 41.12점을 별도 산정한다.	151.37	14,530
		AH513 (11513) (3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원, 요양 병원		
	AH514	(4) 의원, 치과의원, 보건의료원 내 의·치과 나. 자문료 주 : 「응급의료에 관한 법률」에 따라 지정받은 응급의료기관의 응급실에서 자문한 경우 소정점수의 100%를 가산한다.(산정코드 세 번째 자리에 1로 기재) 다만, 응급실에 내원한 정신질환자를 대상으로 자문한 경우 소정점수의 100%를 추가로 가산 한다(산정코드 세 번째 자리에 5로 기재)	134.47	12,910
	AH523 (11523)	(3) 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	417.72	40,100
	AH524	(4) 의원, 치과의원, 보건의료원 내 의·치과	376.22	36,120
가-11	의약품관리료 Medication Keeping Fee 가. 외래환자 의약품관리료 Outpatient			
	AL300	(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 요양병원·한방 병원 내 의·치과[방문당]	0.87	80

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
	AL400	(4) 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과  주 : 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」고시에서 정한 상한금액이 포장단위로 책정된 의약품(병·팩 등)을 지급하는 경우에는 1일분의 소정점수를 산정한다.		
	AL801	(가) 1일분	2.34	220
	AL802	(나) 2일분	5.11	490
	AL803	(다) 3일분	6.86	660
	AL804	(라) 4일분	8.76	840
	AL805	(마) 5일분	10.36	990
	AL806	(바) 6일분	12.12	1,160
	AL807	(사) 7일분	13.87	1,330
		나. 입원환자 의약품관리료 Inpatient  (3) 병원, 정신병원, 치과병원, 요양병원·한방병원 내 의·치과		
	AL750	주 : 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」고시에서 정한 상한금액이 포장단위로 책정된 의약품(병·팩 등)을 지급하는 경우에는 1일분의 소정점수를 산정한다.		
	AL751	(가) 1일분	10.28	990
	AL752	(나) 2일분	19.52	1,870
	AL753	(다) 3일분	28.76	2,760
	AL754	(라) 4일분	34.98	3,360
	AL755	(마) 5일분	41.13	3,950
	AL756	(바) 6일분	47.28	4,540
	AL757	(사) 7일분	53.49	5,140

**28 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

분류번호	코드	분 류	점 수	비용(원)
	AL850	(4) 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 주 : 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」 고시에서 정한 상한금액이 포장단위로 책정된 의약품 (병·팩 등)을 지급하는 경우에는 1일분의 소정점수를 산정 한다.		
	AL851	(가) 1일분	6.62	640
	AL852	(나) 2일분	12.56	1,210
	AL853	(다) 3일분	18.54	1,780
	AL854	(라) 4일분	22.53	2,160
	AL855	(마) 5일분	26.48	2,540
	AL856	(바) 6일분	30.43	2,920
	AL857	(사) 7일분	34.41	3,300
가-17		회복관리료 Fee of Postanesthesia Care		
	AP701	다. 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	252.61	24,250
	AP801	라. 의원, 치과의원, 보건의료원	215.32	20,670
가-21	AP900	치과 집중관리료(1일당) Dental Intensive Management Fee	405.22	38,900
가-21-1		치과 안전관찰료(1일당) Dental Safety Observation Fee		
	AP911	주 : 치과에서 장애인으로 등록되어 있는 뇌병변 장애인, 지적 장애인, 정신장애인, 자폐성 장애인에 대하여는 소정점수의 100%를 별도 산정한다.		
	AP912			
	AP901	가. 단순 안전관찰료	133.87	12,850
	AP902	나. 복합 안전관찰료	267.74	25,700

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
가-25	AH021 (11021)	감염예방·관리료		
		나. 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원		
		(1) 1등급	43.86	4,210
가-33	AH022 (11022)	(2) 2등급	36.60	3,510
	AH023 (11023)	(3) 3등급	25.62	2,460
	AC303 AC304	소아 진정관리료		
		주 : 1. 신생아에 대하여는 소정점수의 100%를, 1세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 50%를, 1세 이상 6세 미만 소아에 대하 여는 소정점수의 30%를 가산한다.(산정 코드 첫 번째 자리에 신생아는 C, 1세 미만은 A, 1세 이상~6세 미만은 B로 기재)  2. 18시~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피한 경우에는 소정점수의 50%를 가산한다. (산정코드 두 번째 자리에 18시~ 09시는 1, 공휴일은 5로 기재) 이 경우 해당 행위를 시작한 시각을 기준으로 산정 한다.		
		다. 병원, 정신병원, 치과병원, 요양병원, 한방병원	412.47	39,600
		라. 의원, 치과의원, 보건의료원	351.86	33,780

## 제2장 검사료

### [산정지침]

- (1) 제2장에 기재되지 아니한 검사로서 외관, 취기, 색도 등의 간단한 검사 또는 계산 방법에 의하여 검사치를 얻는 경우에는 검사료를 산정하지 아니한다.
- (2) 대칭기관에 대한 양측검사를 하였을 때에도 “편측”이라는 표기가 없는 한 소정 점수만 산정한다.
- (3) 검사에 사용된 약제 및 재료대(1회용 주사침 및 주사기 포함)는 소정점수에 포함 되므로 별도 산정하지 아니한다. 다만, 다음의 경우에는 “약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준”에 의하여 별도 산정한다.
  - (가) 인체에 주입된 약제
  - (나) 부하시험시 사용된 약제
  - (다) 안기능검사시 사용된 필름, 형광물질, 사진현상 및 인화료
  - (라) 내시경검사시 사용된 슬라이드 필름 및 사진현상료, 포라로이드필름 또는 칼라 프린터 인화지
  - (마) 핵의학 기능검사시 사용된 방사성 동위원소 및 약제
- (4) 제2장 분류항목에 별도로 규정한 약제 및 재료대
- (5) 기타 장관이 별도로 인정한 약제 및 재료대
- (6) 인체에서 채취한 가검물에 대한 검사를 “(부록) 검체검사 위탁에 관한 기준”에서 정한 수탁기관으로 위탁하는 경우에는 제2장 제1절 및 제2절 분류항목 소정점수(가감률 적용 포함)의 87%를 산정(산정코드 네 번째 자리 Z로 기재)하고, 해당 점수에 수탁기관의 점수당 단기를 곱하여 계산한 금액의 10%를 “위탁검사관리료”로 산정 한다.
- (7) (별표)에 열거한 항목은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에만 산정하되, (가), (나) 및 (다)의 경우에는 소정점수의 10%를 가산하여 산정한다.(산정코드 세 번째 자리에 6으로 기재)
  - (가) 진단검사의학과 전문의가 판독하고 판독소견서를 작성·비치한 경우
  - (나) B세포 표면면역글로불린, 세포표지검사, 면역조직(세포)화학검사, 세포주기 및 혁산분석검사(유세포측정법), 사람유전자 분자유전검사, 검사원리가 혁산증폭, 혁산교잡, 염기서열분석인 검사(다만, 누-704라, 누-704마, 누-723나, 누-840, 누-841은 제외)에 대하여 병리과 전문의가 판독하고 판독소견서를 작성·비치한 경우

- (e) 사람유전자 분자유전검사의 관련분야에 대하여 인증 받은 전문의가 판독하고 판독소견서를 작성·비치한 경우
- (e) 면역조직(세포)화학검사에 대하여 구강병리과가 설치된 요양기관의 치과의사가 판독하고 판독소견서를 작성·비치한 경우
- (6) 제1절 검체 검사료 및 제2절 병리 검사료 분류항목에 대하여 다음에 해당되는 검체 검사 질가산 평가 및 인증결과에 따라 해당 기관에서 직접 또는 수탁받아 실시하는 검사에 대해 검체검사 질가산을 산정한다. 다만, 진단검사의학 전문검증료(나-0), 약물동력학적 해석 및 보고(누-529)에 대하여는 그러하지 아니한다.
  - (e) 제1절 검체 검사료(핵의학적 방법으로 검사한 경우 제외) 및 제2절 병리검사료 중 진단검사의학과 전문의가 판독하고 판독 소견서를 작성 또는 작성·비치 한 경우 산정 가능토록 ‘주’에 명시된 항목은 진단검사분야 질가산 평가결과에 따라 소정 점수의 1등급은 8%<sup>1)</sup>, 2등급은 6%<sup>2)</sup>, 3등급은 4%<sup>3)</sup>, 4등급은 3%<sup>4)</sup>, 5등급 2%<sup>H)</sup>, 6등급 1%<sup>J)</sup>를 가산한다. (산정코드 세 번째 자리 각각 1, 2, 3, 4, H, J로 기재) 다만, 산정지침(5)와 중복 적용되는 경우에는 산정코드 세 번째 자리에 각각 A<sup>1)</sup>, B<sup>2)</sup>, C<sup>3)</sup>, D<sup>4)</sup>, K<sup>H)</sup>, L<sup>J)</sup>로 기재한다.
  - (e) 제1절 김체 검사료 분류항목 중 ‘핵의학적 방법으로 검사한 경우’에는 대한 핵 의학회에서 실시하는 인증을 받은 경우 소정점수의 4%를 가산한다(산정코드 세 번째 자리 7로 기재) 다만, 산정지침(5)와 중복 적용되는 경우에는 산정코드 세 번째 자리에 E로 기재한다.
  - (e) 제2절 병리 검사료 및 제1절 김체 검사료 중 병리과 전문의가 판독하고 판독 소견서를 작성 또는 작성·비치한 경우 산정 가능토록 ‘주’에 명시된 항목은 대한 병리학회에서 실시하는 인증을 받은 경우 소정점수의 4%를 가산한다. (산정코드 세 번째 자리 8로 기재) 다만, 산정지침(5)와 중복 적용되는 경우에는 산정코드 세 번째 자리에 F로 기재한다.

## 제1절 검체 검사료

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
		<p>주 : 1. 각 분류항목에 검체를 별도 명시하지 아니한 경우에는 검체의 종류를 불문하고 해당 분류항목의 소정점수를 산정한다.</p> <p>2. 각 분류항목의 검사원리에는 관찰판정-육안·장비측정, 관찰판정-현미경, 혈구세포-현미경, 혈구세포-장비측정, 세포기능검사, 응고기능검사, 일반배양, 특수배양, 화학반응-육안검사, 화학반응-장비측정, 일반면역검사, 정밀면역검사, 면역형광법, 중화시험, 웨스턴블로트, 분획분석, 정밀분광-질량분석, 유세포분석, 혼산증폭, 혼산교잡, 염기서열분석이 해당된다.</p> <p>3. 각 분류항목별 세부 검사구분이 필요한 경우에는 분류항목에 별도 표시(+)하고 요양급여의 적용 기준 및 방법에 관한 세부사항에 명기된 검사 항목별로 세부코드를 산정코드 첫 번째 자리와 두 번째 자리에 표기한다.</p> <p>4. 위 2.의 검사원리 중 혼산증폭, 혼산교잡, 염기서열분석의 그룹은 「가」~「너」와 같다. 다만, 「나」, 「다」, 「라」에서 종목 추가 의미는 「가」에 역전사, 형광 프로브(probe)를 사용한 실시간 혼산증폭, 혼산증폭 후 프로브(probe) 교잡법, 이중, 제한효소 사용, 질량분석 방법이 추가되는 경우와 고위험성 검체(결핵, 한탄 바이러스, 중증열성헬소판감소증후군 바이러스, 메르스 코로나바이러스)에 실시한 경우를 의미 한다.</p> <p>가.~너. 생략</p>		

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
		5. 다종그룹은 다종검사 시야을 이용하여 2종 이상의 분석물질을 동시에 검사(증폭)한 경우 산정하며, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 고시된 필수 분석 물질은 1종, 이 외 분석물질(비필수 분석 물질)은 0.5종으로 계산(소수점 이하 첫째 자리에서 4사5입)하여 종수를 산출하며, 산출된 종수에 해당하는 다종그룹의 수가를 산정한다.		
		[일반화학검사]		
		〈신장요로〉		
누-220	D2201	요침사검사 Urine Sediment Examination 가. 관찰판정-육안·장비측정 † 주 : 요침사현미경검사로 재확인하는 경우에도 소정점수만 산정한다.	15.77	1,510
	D2202	나. 관찰판정-현미경	13.95	1,340
	D2203	주 : Wet Smear(Direct Smear)를 시행한 경우에는 12.37점을 산정한다.		
		[감염검사]		
		〈간염〉		
누-700		일반면역검사		
	D7001	가. B형간염표면항원(정성) HBsAg	33.12	3,180
	D7002	나. B형간염표면항체 HBsAb	43.34	4,160
	D7003	다. B형간염e항원 HBeAg	47.96	4,600
	D7004	라. B형간염e항체 HBeAb	61.77	5,930
	D7005	마. C형간염항체 HCV Ab	53.75	5,160

**34 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
	D7006	바. C형간염항체-간이검사 HCV Ab (1) 유형 I	53.75	5,160
	D7007	(2) 유형 II 주 : 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」별표2에 따른 요양급여 적용 〈후천성면역결핍증〉	340.62	32,700
누-720		일반면역검사		
	D7202	나. HIV 항체-간이검사 HIV Ab 주 : 1. 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 별표2에 따른 요양급여 적용 2. 구강액 검체를 이용하여 검사한 경우 211.14점을 산정한다.	70.79	6,800
	D7203		211.14	20,270

## 제2절 병리 검사료

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
		[조직병리검사]		
나-560		주 : 병리과 전문의 또는 구강병리과가 설치된 요양기관의 치과의사가 판독하고 판독소견 서를 작성·비치한 경우에만 산정한다.		
		조직병리검사 [1장기당] Histopathologic Examination		
	C5600	주 : 1. 각 항목별 세부내용은 「요양급여의 적용 기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따라 산정한다.  2. 천자, 절개, 침 또는 내시경하 생검 검체 에 대하여 검사를 시행한 경우에도 각 항 목별 소정점수를 산정한다.  3. 탈회 과정을 별도로 시행하는 경우에는 64.63점을 별도 산정한다.		
	C1561	4. 당해 요양기관에 상근하는 병리과 전문 의가 외부슬라이드를 판독하고 판독소견 서를 작성·비치한 경우에는 소정점수의 20%에 해당하는 점수를 산정한다. (◎ 가 <sup>1)</sup> , 나 <sup>2)</sup> , 다(1) <sup>3)</sup> , 다(2) <sup>4)</sup> , 라(1) <sup>5)</sup> , 라 (2) <sup>6)</sup> , 라(3) <sup>7)</sup> )		
	C1562			
	C1563			
	C1564			
	C1565			
	C1566			
	C1567			
		5. 신속처리조직병리검사 Pathologic Examination using Rapid Tissue Process를 실시한 경우에도 소 정점수를 산정한다.		
	C5601	가. Level A  주 : 염증성, 감염성, 비종양성 병변이 의심되는 소견이 있는 경우에 산정한다.	282.73	27,140

**36 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
	C5602	<p>나. Level B</p> <p>주 : 골, 뇌, 간, 심근, 췌장, 연부조직, 고환, 전립선 이외의 장기에서 생검한 경우에 산정한다.</p> <p>다. Level C</p> <p>주 : 1. 양성종양절제, 위장관 풀립절제, 태아 출혈 등의 이상이 있는 태반, 병변 전체를 검색하여 치료방침을 결정해야 하는 비종양성 병변의 경우에는 파라핀 블록 수에 따라 산정한다.</p> <p>2. 골, 뇌, 간, 심근, 췌장, 연부조직, 고환, 전립선을 생검한 경우에는 파라핀 블록 수를 불문하고 다(1)의 소정점수를 산정 한다.</p> <p>3. 양성종양에서 조직구축학적 방법으로 블록을 제작한 경우에는 파라핀 블록 수를 불문하고 다(2)의 소정점수를 산정 한다.</p>	424.10	40,710
	C5603	(1) 파라핀블록: 1~9개 Number of Paraffin Blocks $\leq 9$	659.71	63,330
	C5604	(2) 파라핀블록: 10개 이상 Number of Paraffin Blocks $\geq 10$	848.19	81,430
		라. Level D	.	.
		주 : 악성종양절제 또는 경계형 악성 이상의 종양에서 조직구축학적검사를 시행한 경우에 파라핀 블록수에 따라 산정한다.	.	.
	C5605	(1) 파라핀블록: 1~9개 Number of Paraffin Blocks $\leq 9$	1,427.91	137,080

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
나-561	C5606	(2) 파라핀블록: 10~15개 Number of Paraffin Blocks =10~15	1,798.95	172,700
	C5607	(3) 파라핀블록: 16개 이상 Number of Paraffin Blocks ≥16	2,099.14	201,520
		수술시 응급 조직병리검사 Emergency Histopathologic Examination During Surgery		
		주 : 수술시 동결절편을 이용하여 응급 진단을 한 경우에 산정하며, 최대 11개까지 산정한다.		
	C5611	가. 동결절편: 1개 Frozen Section: 1 Specimen	420.47	40,370
	C5612	나. 동결절편: 2개째부터 [동결절편당] Frozen Section: more than 2 Specimens  [세포병리검사]	252.29	24,220
나-562		세포병리검사 Cytopathology Examination		
	C5620	주 : 1. 「가(2)」, 「가(3)」, 「나(2)」, 「나(3)」에서 조직절편제작 검사를 별도로 시행하는 경우에는 110.01점을 별도 산정한다. 다만, 「가(2)」의 조직절편제작 검사는 병리과 전문의 또는 구강병리과가 설치된 요양 기관의 치과의사가 판독하고 판독소견서를 작성 · 비치한 경우에만 산정한다.  2. 당해 요양기관에 상근하는 병리과 전문의가 외부슬라이드를 판독하고 판독소견서를 작성 · 비치한 경우에는 소정점수의 20%를 산정한다. 다만, 「가(2)주1」의 경우에는 「가(2)」소정점수의 20%를 산정한다.(◎ 가(1) <sup>1)</sup> , 가(2) <sup>2)</sup> , 가(3) <sup>3)</sup> , 나(1) <sup>4)</sup> , 나(2) <sup>5)</sup> , 나(3) <sup>6)</sup> )		
	C2561			
	C2562			
	C2563			
	C2564			
	C2565			
	C2566			

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
		가. 일반세포검사 General Cytopathologic Examination		
	C5621	(1) 자궁질 세포병리검사 Cervicovaginal Cytopathology  주 : 병리과 전문의 또는 관련분야에 대하여 교육받은 전문의가 판독하고 판독 소견서를 작성·비치한 경우에만 산정 한다.	130.63	12,540
	C5622	(2) 체액 세포병리검사 Body Fluid Cytopathology	152.93	14,680
	C5627	주 : 1. Cyto-centrifuge를 이용한 경우에는 159.29점을 산정한다.  2. 객담, 뇨, Wound Discharge에 대하여 검사를 실시한 경우에도 소정 점수를 산정한다.		
	C5623	(3) 흡인 세포병리검사 Aspiration Cytopathology  주 : 1. 병리과 전문의 또는 구강병리과가 설치된 요양기관의 치과의사가 판독하고 판독소견서를 작성·비치한 경우에만 산정한다.  2. NAB(Needle Aspiration Biopsy) 응급진단료 경우에도 소정점수를 산정한다.	229.08	21,990
		나. 액상세포검사 Liquid-Based Cytopathologic Examination		
	C5624	(1) 자궁질 세포병리검사 Cervicovaginal Cytopathology	500.95	48,090

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
	C5625	<p>주 : 병리과 전문의가 판독하고 판독 소견서를 작성·비치한 경우에만 산정 한다.</p> <p>(2) 체액 세포병리검사 Body Fluid Cytopathology</p> <p>주 : 1. 병리과 전문의가 판독하고 판독 소견서를 작성·비치한 경우에만 산정한다.</p> <p>2. 객담, 뇨, Wound Discharge에 대하여 검사를 실시한 경우에도 소정점수를 산정한다.</p>	516.19	49,550
	C5626	<p>(3) 흡인 세포병리검사 Aspiration Cytopathology</p> <p>주 : 병리과 전문의 또는 구강병리과가 설치된 요양기관의 치과의사가 판독하고 판독 소견서를 작성·비치한 경우에만 산정 한다.</p> <p>[특수병리검사]</p> <p>주 : 병리과 전문의 또는 구강병리과가 설치된 요양기관의 치과의사가 판독하고 판독소견서를 작성·비치한 경우에만 산정한다. 다만, 「나-569」는 병리과 전문의가 판독하고 판독 소견서를 작성·비치한 경우에만 산정한다.</p>	448.28	43,030
나-563	C5630	특수염색검사 [염색별] pecial Stain Examination	217.25	20,860
나-564	C5640	조직면역형광현미경검사 [항체별] Tissue Immunofluorescent Microscopic Examination	399.64	38,370

**40 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
나-565	C5650	조직전자현미경검사 Tissue Electron Microscopy  주 : 1. 사진 촬영, 현상, 인화, 판독 및 필름 재료 대는 별도 산정하지 아니한다.  2. 면역전자현미경검사, 주사전자현미경검사, 분석전자현미경검사, 동결전자현미경검사 경우에도 소정점수를 산정한다.	1,711.74	164,330

## 제3절 기능 검사료

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
		[치아 검사]		
나-900	E9000	전기치수반응검사 [1구강 1회당] Electric Pulpal Test	28.60	2,750
나-901	E9010	근관장측정검사 [1근관 1회당] Root Canal Length Measuring	18.09	1,740
	E9011	주 : C형 근관에 해당하는 경우에는 25.32점을 산정한다.	25.32	2,430
나-902	E9020	치주낭 측정검사 [1/3악당] Periodontal Pockets Test	20.90	2,010
		주 : 치주낭의 깊이(Periodontal Pocket Depth)를 측정한 경우에 한하여 산정한다.		
나-903	E9030	교합분석 Occlusional Analysis  주 : 1. 치료기간 중 1회만 산정한다.  2. 교합기부착모형상에서 최대교합위, 중심위, 전방위, 측방위 등의 하악위치에 대한 교합 상태를 분석한 경우에 산정한다.  3. 인상채득, 교합채득, 재료대 및 부착료를 포함하므로 별도 산정하지 아니한다.  4. 교합성형술을 실시하는 경우에는 「차-36」의 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니 한다.	308.81	29,650
나-904	E9040	측두하악장애분석검사 Analytical Assessment of Temporomandibular Disorders  주 : 측두하악장애를 정밀진단하기 위하여 표준화된 도구(검사지)를 이용하여 악운동측정분석검사, 악관절촉진검사, 구강내교합검사, 저작근촉진 검사 등의 검사를 치과의사가 직접 실시하고	436.97	41,950

**42 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
나-905	E9050	분석하는 경우에 한하여 치료기간 중 1회만 산정한다. 정량광형광기를 이용한 치아우식증 검사[1구강당] Detection of Caries by Quantitative Light-induced Fluorescence	37.34	3,580
너-931	EX931	하악운동궤적검사 Mandibular Kinesiography	266.57	25,590
너-932	EX932	관절음도검사 TMJ Sonography	131.31	12,610
너-933	EX933	동기능적교합검사 Dynamic Functional Occlusion Analysis	198.03	19,010

## 제4절 내시경, 천자 및 생검료

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
		[일반생검]		
		주 : 1. 세침흡인생검을 실시한 경우에도 각 항목의 소정점수를 산정한다.		
		2. 유도 생검시 영상장치(투시, CT 등)를 이용한 경우에 유도 비용은 제3장 제1절 및 제2 절에 의하여 산정한다.		
		3. 만1세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 50%를, 만1세 이상 만6세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 30%를 가산한다. (산정코드 첫 번째 자리에 만1세 미만은 A, 만1세 이상~만6세 미만은 B로 기재)		
		4. 생검 시 Biopsy Gun을 사용한 경우, 사용된 Biopsy gun과 Coaxial guide needle은 별도 산정한다.		
나-850		침생검 Needle Aspiration Biopsy 가. 표재성 Superficial		
	C8501	(1) 피부 Skin	214.14	20,560
	C8502	(2) 근육 및 연부조직 Muscle and Soft Tissue	287.16	27,570
	C8506	(3) 기타부위 Others	246.30	23,640
		주 : 림프절 액와, 안, 비, 이, 구강, 안면, 외부 생식기 등을 생검한 경우에 산정한다.		

### 제3장 영상진단 및 방사선 치료료

#### [산정지침]

- (1) 영상진단 및 방사선 치료에 사용된 다음의 약제 및 재료대는 “약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준”에 의하여 별도 산정한다.
  - (가) 조영제
    - (나) 방사선 필름, 폴라로이드 필름 및 SPECT시 사용된 칼라프린터 인화지
    - (다) 맥관조영용 카테터
    - (바) 혈관조영용 가이드와이어
    - (마) 1회용 방사성 입자 및 방사성 동위원소
    - (바) 부하검사시 사용된 약제, 인체에 주입된 약제
    - (사) 운동부하검사시 사용된 EKG Paper 및 1회용 Electrode
    - (아) 기타 장관이 별도로 인정한 약제 및 재료
  - (2) 조영제 주입료와 방사선 필름 현상료(현상액 및 정착액 비용 등)는 소정 방사선 진단료에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.
  - (3) 제1절 및 제2절에 분류된 영상진단을 실시한 경우에는 반드시 판독소견서를 작성·비치하여야 한다.
  - (4) 제1절 및 제2절에 분류된 영상진단료의 소정점수에는 판독료(소정점수의 30%)와 촬영료 등(소정점수의 70%)이 포함되어 있다. 다만, 「다-246가(1)」, 「다-246가(2)」, 「다-246가(3)」, 「다-246가(5)」, 「다-246가(6)」, 「다-246가(7)(가)」, 「다-246가(7)(나)」, 「다-246가(7)(다)」, 「다-246가(7)(라)」, 「다-246가(7)(바)」, 「다-246가(8)」 및 「다-246가(9)」항목은 그러하지 아니한다.
  - (5) 위 “(3)”의 규정에도 불구하고 판독소견서를 작성·비치하지 아니한 경우에는 촬영료 등(소정점수의 70%)만 산정하며(산정코드 세 번째 자리에 7로 기재), 「다-246가(1)」, 「다-246가(2)」, 「다-246가(3)」, 「다-246가(5)」, 「다-246가(6)」, 「다-246가(7)(가)」, 「다-246가(7)(나)」, 「다-246가(7)(다)」, 「다-246가(7)(라)」, 「다-246가(7)(바)」, 「다-246가(8)」 및 「다-246가(9)」는 각 항목의 ‘촬영료 등’을 산정한다. 다만, 영상저장 및 전송시스템(Full PACS)을 이용한 처리비용, C-Arm형 영상 증폭장치 이용료(다-101)에 대하여는 그러하지 아니한다.

## 제1절 방사선일반영상진단료

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
		<p>주 : 1. 당해 요양기관에 상근하는 영상의학과 전문의가 판독을 하고 판독소견서를 작성한 경우에는 소정점수의 10%를 가산한다. (산정코드 세 번째 자리에 6으로 기재) 다만 “주3” 및 “C-Arm형 영상증폭장치 이용료”에 대하여는 그러하지 아니한다.</p> <p>2. 6세 미만의 소아에 대하여 방사선일반 영상진단을 한 경우에는 소정점수의 15%를 가산한다.(산정코드 첫 번째 자리에 6으로 기재) 다만 “주3” 및 “C-Arm형 영상증 폭장치이용료”에 대하여는 그러하지 아니 한다.</p> <p>3. 영상저장 및 전송시스템(Full PACS)을 이용하여 필름을 사용하지 않은 경우에는 제1매에 대해서 상급종합병원은 19.08점, 종합병원은 14.36점, 병원, 정신병원, 치과 병원, 요양병원·한방병원 내 의·치과는 10.14점, 의원, 치과의원 및 보건의료원 의·치과는 10.08점을 산정하고 제2매부터는 소정점수의 50%씩을 각각 가산하되 최대 5매까지만 산정한다.            (상급종합병원은 GB011~GB015, 종합 병원은 GB021~GB025, 병원, 정신병원, 치과병원, 요양병원·한방병원 내 의·치과는 GB031~GB035, 의원, 치과의원 및 보건의료원 의·치과는 GB041~GB045) 다만, 2009년 1월 1일부터 2009년 12월 31일 까지는 상급종합병원은 35.24점, 종합 병원은 30.06점, 병원, 치과병원 및 요양 병원 의과는 21.43점, 의원, 치과의원 및 보건의료원 의·치과는 21.41점을 산정하고, 2010년 1월 1일부터 2010년 12월 31일</p>		

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
		까지는 상급종합병원은 27.16점, 종합병원은 22.21점, 병원, 치과병원 및 요양병원·한방 병원 내 의·치과는 15.79점, 의원, 치과의원 및 보건의료원 의·치과는 15.75점을 산정 한다.		
다-105		특수촬영 [1건당]		
	G0050	가. 단층촬영 Tomography	157.91	15,160
	G0051	나. 개별화단층촬영 Individualized Tomography	206.68	19,840
다-111		두부 Skull		
	G1101	가. 1매	55.06	5,290
	G1102	나. 2매	78.11	7,500
	G1103	다. 3매	92.18	8,850
	G1104	라. 4매	106.26	10,200
	G1105	마. 5매 또는 그 이상	120.34	11,550
다-112		부비동 Paranasal Sinus		
	G1201	가. 1매	55.99	5,380
	G1202	나. 2매	79.51	7,630
	G1203	다. 3매	94.05	9,030
	G1204	라. 4매	108.58	10,420
	G1205	마. 5매 또는 그 이상	123.13	11,820

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
다-114		하악골 Mandible		
	G1401	가. 1매	55.06	5,290
	G1402	나. 2매	78.11	7,500
	G1403	다. 3매	92.18	8,850
	G1404	라. 4매	106.26	10,200
	G1405	마. 5매 또는 그 이상	120.34	11,550
다-115-1		안와 [이중노출] Orbit [Double Exposure]		
	G0501	가. 1매	55.99	5,380
	G0502	나. 2매	79.50	7,630
	G0503	다. 3매	94.05	9,030
	G0504	라. 4매	108.58	10,420
	G0505	마. 5매 또는 그 이상	123.12	11,820
다-116		측두하악관절 Temporomandibular Joint		
	G1601	가. 1매	55.99	5,380
	G1602	나. 2매	79.50	7,630
	G1603	다. 3매	94.05	9,030
	G1604	라. 4매	108.58	10,420
	G1605	마. 5매 또는 그 이상	123.12	11,820
다-117		터키안 Sella		
	G1701	가. 1매	55.06	5,290
	G1702	나. 2매	78.11	7,500
	G1703	다. 3매	92.18	8,850

**48 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
다-118	G1704	라. 4매	106.26	10,200
	G1705	마. 5매 또는 그 이상	120.34	11,550
	경부연부조직 Neck, Soft Tissue			
	G1801	가. 1매	55.06	5,290
	G1802	나. 2매	78.11	7,500
	G1803	다. 3매	92.18	8,850
다-119	G1804	라. 4매	106.26	10,200
	G1805	마. 5매 또는 그 이상	120.34	11,550
	상악골 Maxilla			
	G1901	가. 1매	55.99	5,380
	G1902	나. 2매	79.50	7,630
	G1903	다. 3매	94.05	9,030
다-120	G1904	라. 4매	108.58	10,420
	G1905	마. 5매 또는 그 이상	123.12	11,820
	관골(협골) Zygomatic Arch View			
	G2001	가. 1매	55.06	5,290
	G2002	나. 2매	78.11	7,500
	G2003	다. 3매	92.18	8,850
다-181	G2004	라. 4매	106.26	10,200
	G2005	마. 5매 또는 그 이상	120.34	11,550
	수지골 Finger			
	G8101	가. 1매	64.49	6,190
	G8102	나. 2매	91.31	8,770

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
다-191	G8103	다. 3매	107.27	10,300
	G8104	라. 4매	123.23	11,830
	G8105	마. 5매 또는 그 이상	139.20	13,360
		치근단 Periapical View		
	G9101	가. 1매	46.64	4,480
	G9102	나. 2매	73.38	7,040
	G9103	다. 3매	106.05	10,180
다-195	G9104	라. 4매	118.73	11,400
	G9105	마. 5매 또는 그 이상	136.65	13,120
		교의 Bitewing View		
	G9501	가. 1매	55.12	5,290
	G9502	나. 2매	76.08	7,300
	G9503	다. 3매	101.43	9,740
	G9504	라. 4매	126.80	12,170
다-196	G9505	마. 5매 또는 그 이상	152.16	14,610
	G9601	교합 Occlusal View	56.87	5,460
다-197		파노라마촬영 Panoramic View		
	G9701	가. 일반 Conventional	148.95	14,300
	G9702	주 : 상급종합병원·상급종합병원에 설치된 치과 대학 부속 치과병원에서 실시한 경우 <sup>2)</sup> 에는 해당 항목 소정점수의 32.38점, 종합병원·상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과 대학 부속 치과병원에서 실시한 경우 <sup>3)</sup> 에는 12.95점을 가산한다.		
	G9703			
	G9761	나. 특수 [악관절, 악골절 단면] Special	171.30	16,440

**50 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
	G9762 G9763	주 : 상급종합병원·상급종합병원에 설치된 치과 대학 부속 치과병원에서 실시한 경우 <sup>2)</sup> 에는 해당 항목 소정점수의 37.24점, 종합병원·상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과 대학 부속 치과병원에서 실시한 경우 <sup>3)</sup> 에는 14.90점을 가산한다.		
다-198	G9801	두부규격촬영 Cephalometric View	119.70	11,490
다-199	G9901	측두하악관절규격촬영 Transcranial View	219.01	21,020

## 제2절 방사선특수영상진단료

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
		<p>주 : 1. 당해 요양기관에 상근하는 영상의학과 전문의가 판독을 하고 판독소견서를 작성한 경우에는 소정점수의 10%를 가산한다.(산정코드 세 번째 자리에 6으로 기재) 다만, “주5”에 대하여는 그러하지 아니한다.</p> <p>2. “주1”에도 불구하고 「다-246가(1)」, 「다-246가(2)」, 「다-246가(3)」, 「다-246가(5)」, 「다-246가(6)」, 「다-246가(7)(가)」, 「다-246가(7)(나)」, 「다-246가(7)(다)」, 「다-246가(7)(라)」, 「다-246가(7)(바)」, 「다-246가(8)」 및 「다-246가(9)」 항목에 대하여 당해 요양기관에 상근하는 영상의학과 전문의가 판독을 하고 판독소견서를 작성한 경우에는 각 항목의 “주”에 따라 산정한다. 다만 “주5”에 대하여는 그러하지 아니한다.</p> <p>3. 촬영매수, 투시, 스팟트촬영 유무를 불문하고 소정점수로 산정하며 또한 조영제 주입료도 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.</p> <p>4. 6세 미만의 소아에 대하여 방사선특수영상 진단을 한 경우에는 소정점수의 20%를 가산한다.(산정코드 첫 번째 자리에 6으로 기재) 다만, “주5”에 대하여는 그러하지 아니한다.</p> <p>5. 영상저장 및 전송시스템(Full PACS)을 이용하여 필름을 사용하지 않은 경우에는 일련의 촬영과정에 대하여 상급종합병원은 57.24점 (HB011), 종합병원은 43.08점 (HB021), 병원 정신병원, 치과병원, 요양병원 한방병원 내 의·치과는 30.42점(HB031), 의원,</p>		

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
		<p>치과의원 및 보건의료원 의·치과는 30.24점 (HB041)을 산정한다. 다만, 2009년 1월 1일부터 2009년 12월 31일까지는 상급종합병원은 105.72점, 종합병원은 90.18점, 병원, 치과병원 및 요양병원 의과는 64.29점, 의원, 치과의원 및 보건의료원 의·치과는 64.23점을 산정하고, 2010년 1월 1일부터 2010년 12월 31일까지는 상급종합병원은 81.48점, 종합병원은 66.63점, 병원, 치과병원, 요양병원·한방병원 내 의·치과는 47.37점, 의원, 치과의원 및 보건의료원 의·치과는 47.25점을 산정한다.</p> <p>6. 당해 요양기관에 상근하는 영상의학과 전문의가 외부병원 필름을 판독하고 판독 소견서를 작성·비치하는 경우에는 소정 점수의 30%로 산정한다.(산정코드 세 번째 자리에 1로 기재) 다만, 이 경우 “주1”, “주4”, “주5”, “주8”에 대하여는 그러하지 아니한다.</p> <p>7. “주6”의 규정에도 불구하고 「다-246가(1)」, 「다-246가(2)」, 「다-246가(3)」, 「다-246가(5)」, 「다-246가(6)」, 「다-246가(7)(가)」, 「다-246가(7)(나)」, 「다-246가(7)(다)」, 「다-246가(7)(라)」, 「다-246가(7)(바)」, 「다-246가(8)」 및 「다-246가(9)」 항목에 대한 외부병원 필름을 당해 요양기관에 상근하는 전문의가 판독 소견서를 작성·비치하는 경우에는 각 항목의 “주”에 따라 산정하며, 다만, 이 경우 “주2”, “주4”, “주5”, “주9”에 대하여는 그러하지 아니한다.</p>		

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
		<p>8. 「응급의료에 관한 법률」에 의한 응급의료 기관의 응급실에서 중증응급환자, 중증 응급의심환자에게 「다-245」, 「다-246」 항목에 대하여 응급실 퇴실 전 당해 요양 기관에 상근하는 영상의학과 전문의가 판독을 하고 판독소견서를 작성한 경우에는 소정점수의 10%를 가산한다.(산정 코드 두 번째 자리 4로 기재) 다만, “주5”에 대하여는 그러하지 아니한다.</p> <p>9. “주8”에도 불구하고 「다-246가(1)」, 「다-246가(2)」, 「다-246가(3)」, 「다-246가(5)」, 「다-246가(6)」, 「다-246가(7)(가)」, 「다-246가(7)(나)」, 「다-246가(7)(다)」, 「다-246가(7)(라)」, 「다-246가(7)(바)」, 「다-246가(8)」 및 「다-246가(9)」 항목에 대해서는 각 항목의 “주”에 따라 산정한다. 다만 “주5”에 대하여는 그러하지 아니한다.</p> <p style="text-align: center;">[소화기계]</p>		
다-209	HA090	타액선조영 Sialography	1,173.09	112,620
		[전산화단층영상진단]		
다-245		일반 전산화단층영상진단 Computed Tomography		
	HA851	주 : 1. 생검 또는 중재적시술시 이용된 CT 유도 비용은 각 항목의 조영제를 사용하지 않는 경우(흉부 및 복부는 조영제를 사용하지 않는 경우-기타의 경우) 소정점수에 의하여 산정한다. 다만, 중재적 시술시 이용한 CT 유도 비용은 제2회 시술부터 소정점수의 50%를 산정한다.		
	HA801	(◎ 가(1) <sup>51</sup> , 나(1)(가) <sup>01</sup> , 나(2)(가) <sup>05</sup> ,		
	HA805	나(3)(가) <sup>09</sup> , 나(4)(가) <sup>13</sup> , 다(1) <sup>53</sup> ,		
	HA809			
	HA813			
	HA853			
	HA834			
	HA835			
	HA856			

**54 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
	-HA859	라(1)(나) <sup>34)</sup> , 마(1)(나) <sup>35)</sup> , 바(1) <sup>56)</sup> , 바(1)주 <sup>59)</sup> , 사(1) <sup>57)</sup> , 아(1) <sup>58)</sup>  2. 제한적 CT는 방사선 치료범위의 결정, Femur의 Anteversion Angle 측정 등을 실시한 경우 산정한다.		
	HA451	가. 두부 Brain  (1) 조영제를 사용하지 않는 경우 without Contrast Material	889.95	85,440
	HA461	(2) 조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함] with Contrast Material	1,341.72	128,810
	HA511	(3) 특수검사  (가) 이중시기 또는 삼중시기 CT Phase 2 or Phase 3 Dynamic Study CT	1,488.91	142,940
	HA521	(나) 삼차원 CT 3-Dimension CT	1,488.91	142,940
	HA531	(다) CT 혈관조영 CT Angiography	1,488.91	142,940
	HA551	(라) Cine CT Cine CT	1,488.91	142,940
	HA561	(마) 뇌조 CT CT Cisternography	1,488.91	142,940
	HA441	(4) 제한적 CT Limited CT  나. 안면 및 두개기저 Face or Skull Base  (1) 안와 Orbit	772.44	74,150
	HA401	(가) 조영제를 사용하지 않는 경우 without Contrast Material	1,070.77	102,790

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
	HA402	(나) 조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함] with Contrast Material	1,614.32	154,970
		(다) 특수검사		
	HA501	1) 이중시기 또는 삼중시기 CT Phase 2 or Phase 3 Dynamic Study CT	1,791.42	171,980
	HA502	2) 삼차원 CT 3-Dimension CT	1,791.42	171,980
	HA503	3) CT 혈관조영 CT Angiography	1,791.42	171,980
	HA404	(라) 제한적 CT Limited CT	929.38	89,220
		(2) 부비동 Paranasal Sinus		
	HA405	(가) 조영제를 사용하지 않는 경우 without Contrast Material	1,070.77	102,790
	HA406	(나) 조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함] with Contrast Material	1,614.32	154,970
		(다) 특수검사		
	HA504	1) 이중시기 또는 삼중시기 CT Phase 2 or Phase 3 Dynamic Study CT	1,791.42	171,980
	HA505	2) 삼차원 CT 3-Dimension CT	1,791.42	171,980
	HA506	3) CT 혈관조영 CT Angiography	1,791.42	171,980
	HA408	(라) 제한적 CT Limited CT	929.38	89,220

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
		(3) 측두골 Temporal Bone		
	HA409	(가) 조영제를 사용하지 않는 경우 without Contrast Material	1,070.77	102,790
	HA410	(나) 조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함] with Contrast Material	1,614.32	154,970
		(다) 특수검사		
	HA507	1) 이증시기 또는 삼증시기 CT Phase 2 or Phase 3 Dynamic Study CT	1,791.42	171,980
	HA508	2) 삼차원 CT 3-Dimension CT	1,791.42	171,980
	HA509	3) CT 혈관조영 CT Angiography	1,791.42	171,980
	HA412	(라) 제한적 CT Limited CT	929.38	89,220
		(4) 기타 Others		
	HA413	(가) 조영제를 사용하지 않는 경우 without Contrast Material	1,070.77	102,790
	HA414	(나) 조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함] with Contrast Material	1,614.32	154,970
		(다) 특수검사		
	HA591	1) 이증시기 또는 삼증시기 CT Phase 2 or Phase 3 Dynamic Study CT	1,791.42	171,980
	HA592	2) 삼차원 CT 3-Dimension CT	1,791.42	171,980

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
다-245-1	HA593	3) CT 혈관조영 CT Angiography	1,791.42	171,980
	HA594	4) 뇌조 CT CT Cisternography	1,791.42	171,980
	HA416	(라) 제한적 CT Limited CT	929.38	89,220
		Cone Beam 전산화단층영상진단 Cone Beam Computed Tomography		
	HA496	가. 일반	582.68	55,940
다-246	HA497	나. 3차원 CT, 관절강내조영촬영 [자기공명영상진단]	754.72	72,450
		자기공명영상진단 Magnetic Resonance Imaging		
		가. 기본검사		
	HE315 -HE323	1. 생검 또는 중재적시술시 이용된 MRI 유도 비용은 각 항목의 일반촬영 소정점수에 의하여 산정한다. 다만, 중재적시술시 이용한 MRI 유도비용은 제2회 시술부터 소정점수의 50%를 산정한다. (◉ 가(4)(가)1) <sup>15)</sup> , 가(4)(나)1) <sup>16)</sup> , 가(4)(다)1) <sup>17)</sup> , 가(4)(라)1) <sup>18)</sup> , 가(4)(마)1) <sup>19)</sup> , 가(4)(바)1) <sup>20)</sup> , 가(4)(사)1) <sup>21)</sup> , 가(4)(아)1) <sup>22)</sup> , 가(4)(자)1) <sup>23)</sup> )  2. 가(1) 뇌, 가(2) 두경부, 가(3)척추, 가(5) 흉부(가(5)(나) 유방 제외), 가(6) 복부(가 (6)(사) 담췌관, 가(6)(아) 전립선 제외), 가 (7) 혈관(가(7)(마) 사지혈관 제외) 및 가 (8) 전신에 한하여 ‘주4’~‘주8’을 산정한다.		

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
	HI303 -HI308 HJ303	<p>3. 단, 가(5)(나) 유방, 가(6)(사) 담췌관, 가(6)(아) 전립선, 가(9) 심장은 ‘주4’, ‘주5’ 및 ‘주8’을 산정한다.</p> <p>4. 1.5테슬라 이상~3테슬라 미만 장비를 이용하여 촬영한 경우 촬영료 등의 소정점수를 산정한다.</p> <p>5. 3테슬라 이상 장비를 이용하여 촬영한 경우에는 촬영료 등 소정점수의 10%를 가산 한다.(산정코드 두 번째 자리에 1로 기재)</p> <p>6. 0.5테슬라 이상~1.5테슬라 미만 장비를 이용하여 촬영한 경우에는 촬영료 등 소정 점수의 10%를 감산한다.(산정코드 두 번째 자리에 2로 기재)</p> <p>7. 0.5테슬라 미만 장비를 이용하여 촬영한 경우에는 촬영료 등 소정점수의 20%를 감산 한다.(산정코드 두 번째 자리에 3으로 기재)</p> <p>8. 「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 제5조에 따른 품질관리검사 결과 적합판정을 받은 경우 촬영료 등 소정점수의 10%를 가산한다.(산정코드 세 번째 자리 5로 기재)</p> <p>(2) 두경부</p> <p>주 : 1. 생검 또는 중재적 시술시 이용된 MRI 유도비용은 각 항목의 일반 소정점수에 의하여 산정한다.</p> <p>2. 다만, 중재적 시술시 이용된 MRI 유도비용은 제2회 시술부터 일반 소정점수의 50%를 산정한다.</p> <p>(◎ (가)1가)<sup>03)</sup>, (나)1가)<sup>04)</sup>, (다)1가)<sup>05)</sup>, (라)1가)<sup>06)</sup>, (마)1가)<sup>07)</sup>, (바)1가)<sup>08)</sup>)</p>		

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
	-HJ308	<p>(◎ (가)1)나)<sup>03)</sup>, (나)1)나)<sup>04)</sup>,            (다)1)나)<sup>05)</sup>, (라)1)나)<sup>06)</sup>,            (마)1)나)<sup>07)</sup>, (바)1)나)<sup>08)</sup>)</p> <p>3. 당해 요양기관에 상근하는 영상 의학과 전문의가 판독을 하고 판독소견서를 작성한 경우 (가)~(비)의 1)~4) 각각의 판독료 소정 점수에 318.81점, 423.65점, 169.91점, 448.59점, '주2'에 대하여는 판독료 소정점수에 159.40점을 가산한다.(산정코드 세 번째 자리 4로 기재)</p> <p>4. 제2절 '주8'에 해당하는 경우 (가)~(비)의 1)~4) 각각의 판독료 소정점수에 637.62점, 847.30점, 339.83점, 897.18점, '주2'에 대하여는 판독료 소정점수에 318.81점을 가산한다.(산정코드 두 번째 자리 4로 기재)</p>		
	HJ603 -HJ608	<p>5. 외부병원 필름 판독에 대하여는 당해 요양기관에 상근하는 영상 의학과 전문의가 판독을 하고 판독소견서를 작성한 경우 (가)~(비)의 1)~4)와 '주2'에 대하여는 1,626.93점을 산정한다.            (◎ (가)<sup>03)</sup>, (나)<sup>04)</sup>, (다)<sup>05)</sup>,            (라)<sup>06)</sup>, (마)<sup>07)</sup>, (바)<sup>08)</sup>)</p>		
	HJ703 -HJ708	6. '주5'에 대하여 당해 요양기관에 상근하는 전문의가 판독을 하고 판독소견서를 작성한 경우 (가)~(비)의 1)~4)와 '주2'는 1,279.18점을 산정한다.		

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
		(◎ (가) <sup>03)</sup> , (나) <sup>04)</sup> , (다) <sup>05)</sup> , (라) <sup>06)</sup> , (마) <sup>07)</sup> , (바) <sup>08)</sup> )  7. 다만, '주5'와 '주6'은 중복하여 산정하지 아니한다.		
		(가) 안면 Face		
		1) 일반		
	HJ103	가) 촬영료 등	2,231.67	214,240
	HJ103	나) 판독료	956.43	91,820
		2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독		
	HJ203	가) 촬영료 등	2,965.54	284,690
	HJ203	나) 판독료	1,270.95	122,010
		3) 제한적 MRI (방사선 치료범위 및 위치결정 등)		
	HJ403	가) 촬영료 등	1,189.42	114,180
	HJ403	나) 판독료	509.75	48,940
		4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우		
	HJ503	가) 촬영료 등	3,140.12	301,450
	HJ503	나) 판독료	1,345.76	129,190
		(나) 부비동 PNS		
		1) 일반		
	HJ104	가) 촬영료 등	2,231.67	214,240
	HJ104	나) 판독료	956.43	91,820
		2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독		
	HJ204	가) 촬영료 등	2,965.54	284,690

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
	HJ204	나) 판독료 3) 제한적 MRI (방사선 치료법위 및 위치결정 등)	1,270.95	122,010
	HI404	가) 촬영료 등	1,189.42	114,180
	HJ404	나) 판독료 4) 3차원자가공명영상을 실시한 경우	509.75	48,940
	HI504	가) 촬영료 등	3,140.12	301,450
	HJ504	나) 판독료 (다) 안와 Orbit 1) 일반	1,345.76	129,190
	HI105	가) 촬영료 등	2,231.67	214,240
	HJ105	나) 판독료 2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독	956.43	91,820
	HI205	가) 촬영료 등	2,965.54	284,690
	HJ205	나) 판독료 3) 제한적 MRI (방사선 치료법위 및 위치결정 등)	1,270.95	122,010
	HI405	가) 촬영료 등	1,189.42	114,180
	HJ405	나) 판독료 4) 3차원자가공명영상을 실시한 경우	509.75	48,940
	HI505	가) 촬영료 등	3,140.12	301,450
	HJ505	나) 판독료 (라) 측두골 Temporal Bone 1) 일반	1,345.76	129,190

**62 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
	HJ106	가) 촬영료 등	2,231.67	214,240
	HJ106	나) 판독료	956.43	91,820
		2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독		
	HI206	가) 촬영료 등	2,965.54	284,690
	HJ206	나) 판독료	1,270.95	122,010
		3) 제한적 MRI (방사선 치료범위 및 위치결정 등)		
	HI406	가) 촬영료 등	1,189.42	114,180
	HJ406	나) 판독료	509.75	48,940
		4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우		
	HI506	가) 촬영료 등	3,140.12	301,450
	HJ506	나) 판독료	1,345.76	129,190
		(마) 측두하악관절 TM Joint		
		1) 일반		
	HI107	가) 촬영료 등	2,231.67	214,240
	HJ107	나) 판독료	956.43	91,820
		2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독		
	HI207	가) 촬영료 등	2,965.54	284,690
	HJ207	나) 판독료	1,270.95	122,010
		3) 제한적 MRI (방사선 치료범위 및 위치결정 등)		
	HI407	가) 촬영료 등	1,189.42	114,180
	HJ407	나) 판독료	509.75	48,940

분류번호	코드	분 류	점수	비용(원)
	HI507	4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우 가) 촬영료 등	3,140.12	301,450
	HJ507	나) 판독료	1,345.76	129,190

## 제5장 주사료

### [산정지침]

- (1) 주사 시 사용된 주사재료대(1회용 주사기, 1회용 주사침, 나비침, 정맥내유치침, 수액 세트, 혈액 Bag 등)와 수혈에 소요된 약제 및 재료대는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다. 다만, 다음의 경우에는 “약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정 기준”에 의하여 별도 산정한다.
- (가) 치료적 성분채집술에 사용된 약제 및 재료대(요양기관이 대한적십자사혈액원 등으로부터 성분채집에 의한 혈액성분제제를 구입한 경우 포함)
  - (나) 조혈모세포이식 시 사용된 골수, 말초혈액, CD34+ Collection Kit, Cryo Bag, TCR  $\alpha/\beta$  Depletion Kit
  - (다) 적혈구수집기(Cell Salvage)를 이용한 자가수혈에 사용된 재료대
  - (라) 기타 장관이 별도로 인정한 약제 및 재료대
- (2) 제1절 주사료를 산정하는 경우 1세 미만의 소아에 대하여는 주사료 소정점수의 50%를, 1세 이상 6세 미만의 소아에 대하여는 주사료 소정점수의 30%를 가산한다.  
(산정코드 첫 번째 자리에 1세 미만은 1, 1세 이상~6세 미만은 6으로 기재) 다만, 피하 또는 근육내주사(마-1), 생물학적제제주사 (마-4), 수액제 주입로를 통한 주사 (마-5-1), 항암제 피하내주사(마-15-가), 급속항온주입(마-16)은 그러하지 아니한다.

### 제1절 주사료

분류번호	코 드	분 류	점 수	비용(원)
마-1	KK010	피하 또는 근육내주사 Subcutaneous or Intramuscular Injection  주 : 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회 이내만 산정 한다. 다만, 응급을 요하거나 진료상 반드시 필요한 경우에는 예외로 한다.	17.97	1,730
마-2	KK020	정맥내 일시 주사 [1일당] Intravenous Injection	25.67	2,460
마-3	KK031	동맥주사 Intraarterial Injection  가. 폐동맥기시부, 대동맥궁 및 복부대동맥 등 심부동맥의 경우 for Artery of Internal Organ	299.75	28,780
	KK033	나. 기타의 경우 Others	181.83	17,460

## 제6장 마취료

### [산정지침]

- (1) 마취약제 주사 시 사용한 1회용 주사기 및 주사침 등의 재료대는 마취료 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.
- (2) 신생아 마취시에는 마취료 소정점수의 100%를 가산하며, 1세 미만의 소아의 경우에는 마취료 소정점수의 50%를, 1세 이상 6세 미만의 소아 또는 70세 이상의 노인의 경우에는 마취료 소정점수의 30%를 가산한다.(산정코드 첫 번째 자리에 신생아는 1, 1세 미만은 A, 1세 이상~6세 미만은 B, 70세 이상은 4로 기재)  
단, 상급종합병원·종합병원은 신생아 마취시 120%, 1세 미만의 소아의 경우 100%, 1세 이상 6세 미만의 소아의 경우 50%를 가산한다. (산정코드 첫 번째 자리에 신생아는 D, 1세 미만은 E, 1세 이상~6세 미만은 F로 기재)
- (3) 장기이식수술마취<sup>④</sup>, 심폐체외순환법마취<sup>⑤</sup>, 일측폐환기법마취<sup>⑥</sup>, 고빈도제트환기법마취<sup>⑦</sup>, 개흉적 심장수술마취<sup>⑧</sup>, 뇌종양, 뇌혈관질환에 대한 개두술마취<sup>⑨</sup>, 중증외상환자에 대한 수술 마취<sup>A)</sup>시에는 마취료 소정점수의 50%를 가산한다.(산정코드 세 번째 자리에 각각 4, 5, 6, 7, 8, 9, A로 기재) 단, 70세 이상의 노인과 중복 가산하지 아니한다.
- (4) 18시~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 마취를 행한 경우에는 소정점수의 50%를 가산한다.(산정코드 두 번째 자리에 18시~09시는 1, 공휴일은 5로 기재) 이 경우 해당 마취를 시작한 시각을 기준으로 산정한다.
- (5) 수술 중에 발생하는 우발사고에 대한 처치(산소흡입, 응급적 인공호흡) 또는 주사 (강심제) 등의 비용은 별도 산정할 수 있으나, 그 밖의 경우에는 산소흡입, 응급적 인공호흡비용 및 EKG monitoring료는 산정하지 아니한다.
- (6) 동일 목적을 위하여 2 이상의 마취를 병용한 경우 또는 마취 중에 다른 마취법으로 변경한 경우에는 주된 마취의 소정점수만 산정한다.
- (7) 제6장에 분류되지 아니한 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취의 비용은 제2장, 제9장 또는 제10장에 분류한 소정 시술료에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.
- (8) 마취통증의학과 전문의 초빙료를 산정하는 경우에는 초빙된 마취통증의학과 전문의의 면허종류, 면허번호를 요양급여비용 청구명세서에 기재하고, 마취통증의학과 전문의가 서명 또는 날인한 마취기록지를 비치하여야 한다.
- (9) 18시~09시, 토요일 및 공휴일에 의원(보건의료원 포함)·치과의원(보건의료원 포함) 외래에서 제9장(별표8)에 열거한 항목 또는 제10장(별표2)에 열거한 항목에 대하여 마취를 행한 경우에는 소정점수의 30%를 가산한다.(산정코드 두 번째 자리에 8로

기재) 이 경우 해당 마취를 시작한 시각을 기준하여 산정하며, 산정지침 (4)와 중복 가산하지 아니한다.

- (10) 미국마취과학회 신체상태 분류(ASA-PS) 3 이상 환자에 대한 수술 마취<sup>B)</sup>시에는 마취료 소정점수의 50%를 가산한다.(산정코드 세 번째 자리에 B로 기재) 단, 산정지침 (2), (3), (11), (12)와 중복 가산하지 아니한다.
- (11) 입원 중인 수술 시행일 체중이 1,500g 미만 소아에게 제9장(별표 12)에 열거한 항목에 대하여 제1절 마취료를 행한 경우에는 마취료 소정점수의 300%를 가산한다.  
(산정코드 첫 번째 자리에 G로 기재) 단, 산정지침 (2)와 중복 가산하지 아니한다.
- (12) 입원 중인 신생아 및 1세 미만 소아에게 제9장(별표 12)에 열거한 항목에 대하여 제1절 마취료를 행한 경우에는 마취료 소정점수의 200%를 가산한다.(산정코드 첫 번째 자리에 H로 기재) 단, 산정지침 (2)와 중복 가산하지 아니한다.

## 제1절 마취료

분류번호	코 드	분 류	점 수	비용(원)
바-1	L0101	정맥마취 Intravenous Anesthesia 가. 전신마취 General Anesthesia	1,020.96	98,010
	L0102	나. 부위(국소)마취 Regional Anesthesia 주 : 정맥내 국소마취제를 주입하여 실시한 경우에 산정한다.	846.27	81,240
	L7991	다. 감시하 전신마취 Monitored Anesthesia Care 주 : 마취통증의학과 전문의를 초빙하여 실시한 경우에는 1,415.18점을 산정한다. 다만, 의료법 제3조의 3규정에 의한 종합병원인 요양기관 또는 마취통증의학과 전문의가 상근하고 있는 병·의원급 요양기관은 제외한다.		
	L0103	(1) 마취관리기본 [30분 기준] Basic Anesthesia for 30min	1,300.70	124,870
	L0104	(2) 마취 유지 Maintenance of Anesthesia for 15min 주 : 30분을 초과하여 마취관리를 지속 시킨 경우에 매 15분 증가할 때마다 산정한다.	292.64	28,090

## 제2절 치과마취료

분류번호	코 드	분 류	점 수	비용(원)
바-8	L0800	치과침윤마취 [1/3악당] Dental Infiltrative Anesthesia	18.40	1,770
바-9		치과전달마취 Dental Block Anesthesia  주 : 1. 상·하악, 양측으로 각각 산정한다.  2. 동일부위에 동시 2개 블록 이상 실시하더라도 주된 블록 1회만 산정한다.		
	L0901	가. 비구개신경블록 Nasopalatal Nerve	47.47	4,560
	L0902	나. 이신경블록 Mental Nerve	47.47	4,560
	L0903	다. 후상치조신경블록 Posterior Superior Alveolar Nerve	47.47	4,560
	L0904	라. 안와하신경블록 Infraorbital Nerve	60.55	5,810
	L0905	마. 하치조신경블록 Inferior Alveolar Nerve	60.67	5,820

## 제7장 이학요법료

### 제1절 기본물리치료료

분류번호	코 드	분 류	점 수	비용(원)
		주 : 1. 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용 할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 의사의 처방에 따라 상근하는 물리 치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다.  2. 표층열치료, 한냉치료, 경피적전기신경 자극치료, 간설파전류치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다.		
사-101	MM010	표층열치료 Superficial Heat Therapy  주 : 1. 온습포, 적외선치료 등을 포함한다.	10.58	1,020
	MM015	2. 같은날 「사-102」와 동시에 실시한 경우에는 소정점수의 50%를 산정한다.		
사-101-1		한냉치료 Cold Therapy  주 : 1. 한냉치료와 온열치료를 동시에 실시한 경우에는 한 가지만 산정한다.  2. 장비에 불문하고 소정점수를 산정한다.		
	MM011	가. 콜드팩 Cold Pack	11.48	1,100
	MM012	나. 냉동치료 Cryotherapy	16.54	1,590
사-102	MM020	심층열치료 [1일당] Deep Heat Therapy  주 : 초음파치료, 극초단파치료, 초단파치료 등을 포함한다.	15.08	1,450
사-103	MM030	자외선치료 [1일당] UV Ray Irradiation	6.34	610

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
사-104	MM070	경피적 전기신경자극치료 Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation	46.95	4,510
	MM080	주 : 간섭파전류치료(Interferential Current Therapy)를 실시한 경우에도 소정점수를 산정한다.		
사-105	MM090	마사지치료 [1일당] Massage Therapy  주 : 근마비로 인한 연부조직위축, 감염 및 외상으로 인한 연부조직유착을 개선하기 위하여 수기로 20분 이상 실시한 경우에 산정한다.	60.94	5,850
사-106	MM101	단순운동치료 [1일당] Simple Therapeutic Exercise  주 : 1. 근육기능장애와 관절기능장애에 대해 각종 운동, 자세교정운동 등을 포함하여 10분 이상 실시한 경우에 산정한다.  2. 제2절에 분류된 운동치료 또는 제3절에 분류된 재활기능치료와 동시에 실시하는 경우에는 주된 항목의 소정점수만 산정 한다.	67.23	6,450

## 제4절 기타 이학요법료

분류번호	코 드	분 류	점 수	비용(원)
사-30	MM300	적외선치료 [1일당] Infra Red Ray Irradiation	9.21	880
사-31	MM310	자외선치료 [1일당] Ultraviolet Ray Irradiation	7.23	690
서-32	MX032	분사신장치료 [1일당]  주 : 치과의사가 근막내 동통유발점에 기화성 냉각제 분사후 <u>스트레치운동</u> 을 시술한 경우에 산정하되 사용된 냉각제의 비용은 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.	166.99	16,030
서-36	MX036	약관절고착해소술 [1일당]  주 : 치과의사가 측두하악장애환자의 급·만성 과두 결림이 있는 경우 <u>하악과두운동</u> 을 도수적으로 실시한 경우에 산정한다.	190.82	18,320

## 제9장 처치 및 수술료 등

### 제1절 처치 및 수술료

#### [산정지침]

- (1) 18시~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 처치 및 수술을 행한 경우에는 소정점수의 50%를 가산한다.(산정코드 두 번째 자리에 18시~09시는 1, 공휴일은 5로 기재) 다만, 22~06시에 분만(자-435, 자-436, 자-438, 자-450, 자-451)을 시행한 경우에는 소정점수의 100%를 가산한다. (산정코드 두 번째 자리에 6으로 기재) 이 경우 해당 처치 및 수술을 시작한 시각을 기준하여 산정한다.
- (2) 제1절에 기재되지 아니한 처치 및 수술로서 간단한 처치 및 수술의 비용은 기본 진료료에 포함되므로 산정하지 아니한다.
- (3) 제1절에 기재되지 아니한 처치 및 수술로서 위 “(2)”에 해당되지 아니하는 처치 및 수술료는 제1절에 기재되어 있는 처치 및 수술 중에서 가장 비슷한 처치 및 수술 분류 항목의 소정점수에 의하여 산정한다.
- (4) 대청기관에 관한 처치 및 수술 중 “양측”이라고 표기한 것은 “양측”을 시술할지 라도 소정점수만 산정한다.
- (5) 동일 피부 절개 하에 2가지 이상 수술을 동시에 시술한 경우 주된 수술은 소정 점수에 의하여 산정하고, 제2의 수술부터는 해당 수술 소정점수의 50%(산정 코드 세 번째 자리에 1로 기재), 상급종합병원·종합병원은 해당 수술 소정점수의 70%(산정코드 세 번째 자리에 4로 기재)를 산정한다. 다만, 주된 수술시에 부수적으로 동시에 실시하는 수술의 경우에는 주된 수술의 소정점수만 산정한다.
- (6) 제1절에 기재된 분류항목 중 상·하악골 악성종양 절제술(자-40-나, 자-43-나), 비강, 부비동악성종양적출술(자-96), 비인강 악성종양적출술(자-104-1), 후두 전적출술(자-122-1-다), 후두 및 하인두 전적출술(자-125), 후두 전적출 및 하인두 부분적출술(자-125-1), 구순암적출술(자-215), 설암수술(자-218), 구강내악성종양적출술(자-220-다), 이하선악성종양적출술(자-223-나), 인두악성종양수술(자-229-1), 부갑상선악성종양절제술(자-454-나), 갑상선악성종양근치수술(자-456) 시행시 경부의 림프절 청소술을 병행한 경우에는 위 “(5)”에도 불구하고 경부림프절청소술(자-211) “주”의 소정점수를 별도 산정한다.
- (7) 근접하고 있는 다발성 절종을 수개 처에서 절개한 경우나 동일 검내에 존재하는 맥립종, 산립종의 수술 등은 1회 절개로 간주한다.

- (8) 수술은 개시하였으나 병상의 급변 등 부득이한 사유로 인하여 그 수술을 중도에서 중단하여야 할 경우에는 수술의 중단까지와 시술상태가 가장 비슷한 항목의 수술료를 산정한다.
- (9) 각 분류항목의 처치 및 수술 등에 레이저를 이용한 경우에도 각 분류항목의 소정 점수만을 산정한다.
- (10) 각 분류항목의 처치 및 수술 등에 내시경을 이용한 경우 내시경료는 소정 시술료에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.
- (11) 처치 및 수술시에 사용된 약제 및 치료재료대는 소정점수에 포함되므로 별도 산정 하지 아니한다. 다만, 다음에 열거한 약제 및 치료재료대는 “약제 및 치료 재료의 비용에 대한 결정기준”에 의하여 별도 산정한다.
- ①~⑧(생략)
- (12) (별표 1) 및 (별표 2)에 열거한 항목을 외과 전문의가 시행한 경우에는 해당항목 소정 점수의 (별표 1)은 20%, (별표 2)는 30%를 가산한다.(산정코드 첫번째 자리에 1로 기재)
- (13) (별표 3), (별표 4), (별표 5) 및 (별표 6)에 열거한 항목을 흉부외과 전문의가 시행한 경우에는 해당 항목 소정점수의 (별표 3)은 20%, (별표 4)는 30%, (별표 5)는 70%, (별표 6)은 100%를 가산한다.(산정코드 첫 번째 자리에 2로 기재)
- (14) 입원중인 신생아에게 처치 및 수술을 행한 경우에는 해당 항목 소정점수의 100%를 가산(산정코드 첫 번째 자리에 6으로 기재)하되, 상급종합병원·종합병원은 120%를 가산한다.(산정코드 세 번째 자리에 2로 기재하되, (5)와 동시 적용되는 경우에는 산정코드 세 번째 자리 6으로 기재)
- (15) 입원중인 1세 미만 소아에게 처치 및 수술을 행한 경우에는 해당 항목 소정 점수의 50%를 가산(산정코드 첫 번째 자리에 A로 기재)하되, 상급종합병원·종합병원은 100%를 가산한다.(산정코드 세 번째 자리에 3으로 기재하되, (5)와 동시 적용되는 경우에는 산정코드 세 번째 자리에 7로 기재)
- (16) 입원중인 1세 이상 6세 미만 소아에게 처치 및 수술을 행한 경우에는 해당항목 소정 점수의 30%를 가산(산정코드 첫 번째 자리에 B로 기재)하되, 상급종합병원·종합 병원은 50%를 가산한다.(산정코드 세 번째 자리에 5로 기재하되, (5)와 동시 적용 되는 경우에는 산정코드 세 번째 자리에 8로 기재)
- (17) 상급종합병원과 종합병원 이외의 요양기관에서 한 가지 항목에 (12)와 (14)<sup>U</sup>, (13)과 (14)<sup>V</sup>, (21)과 (14)<sup>E</sup> ‘화상치료 가산’과 (14)<sup>W</sup>, (12)와 (15)<sup>N</sup>, (13)과 (15)<sup>P</sup>, (21)과

- (15)<sup>G</sup>, ‘화상치료 가산’과 (15)<sup>O</sup>, (12)와 (16)<sup>K</sup>, (13)과 (16)<sup>L</sup>, (21)과 (16)<sup>H</sup> 또는 ‘화상치료 가산’과 (16)<sup>M</sup>의 두 가지 가산이 동시 적용되는 경우에는 산정코드 첫 번째 자리에 각각 E, G, H, K, L, M, N, P, Q, U, V 또는 W로 기재하여 산정 한다.
- (18) (별표 7)에 열거한 항목을 성형외과 전문의가 시행한 경우 소정점수의 50%를 가산 한다.(산정코드 첫 번째 자리에 4로 기재)
- (19) [기관, 기관지 및 폐], [소화기내시경 하 시술]의 항목 중 진정내시경 환자관리료의 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따라 진정내시경을 실시한 경우 제2장 제4절 [내시경]의 진정내시경 환자관리료의 소정점수 및 주항의 가산율을 적용한다.
- (20) 18시~09시, 토요일 및 공휴일에 의원(보건의료원 포함)·치과의원(보건의료원 포함) 외래에서 (별표8)에 열거한 항목을 행한 경우에는 소정점수의 30%를 가산한다. (산정코드 두 번째 자리에 8로 기재) 이 경우 해당 항목을 시작한 시각을 기준하여 산정하며, 산정지침 (1)과 중복 가산하지 아니한다.
- (21) (별표9), (별표10) 및 (별표11)에 열거한 항목을 신경외과 전문의가 시행한 경우에는 해당 항목 소정점수의 (별표9)는 5%, (별표10)은 10%, (별표11)은 15%를 가산한다. (산정코드 첫 번째 자리에 D로 기재)
- (22) 위 “(14), (15)”에도 불구하고, 입원 중인 수술 시행일 체중이 1,500g 미만 소아에게 (별표 12)에 열거한 항목을 행한 경우에는 해당 항목 소정점수의 300%를 가산(산정 코드 세 번째 자리에 A로 기재하되, (5)와 동시 적용되는 경우에는 산정코드 세 번째 자리에 C로 기재(상급종합병원·종합병원은 산정코드 세 번째 자리에 E로 기재)) 한다.
- (23) 위 “(14), (15)”에도 불구하고, 입원 중인 신생아 및 1세 미만 소아에게 (별표 12)에 열거한 항목을 행한 경우에는 해당 항목 소정점수의 200%를 가산(산정코드 세 번째 자리에 B로 기재하되, (5)와 동시 적용되는 경우에는 산정코드 세 번째 자리에 D로 기재(상급종합병원·종합병원은 산정코드 세 번째 자리에 F로 기재))한다.

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
자-1		[기본 처치] 절개술 Incision  주 : 1. 절개술의 길이는 절개창의 길이에 의한다.  2. 근접하지 아니한 여러 부위에 절개술을 시행하는 경우에는 전신을 두부, 복부, 배부, 좌우·상·하지의 7부위별로 구분하여 각 부위별로 소정점수를 각각 산정한다.  3. “주2”의 각 부위내에 절개창이 둘 이상일 때 여러 절개창이 4”×4”거즈 범위내에 포함되는 경우에는 제1범위 분류항목을 산정하고, 4”×4”거즈 한장범위를 초과하는 경우에는 두장째 범위부터 1범위당 제2범위의 분류항목으로 각각 산정한다.		
		가. 안면 또는 경부 Face or Neck		
		(1) 제1범위		
	S0011	(가) 1cm 미만	201.76	19,370
	S0012	(나) 1cm 이상~2cm 미만	244.48	23,470
	S0013	(다) 2cm 이상	329.42	31,620
		(2) 제2범위부터 [1범위당]		
	S0014	(가) 1cm 미만	72.16	6,930
	S0015	(나) 1cm 이상~2cm 미만	87.35	8,390
	S0016	(다) 2cm 이상	110.14	10,570
		나. 안면과 경부 이외 Others		
		(1) 제1범위		
	SA011	(가) 1cm 미만	177.50	17,040
	SA012	(나) 1cm 이상~2cm 미만	195.42	18,760

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
자-2	SA013	(다) 2cm 이상 (2) 제2범위부터 [1범위당]	208.81	20,050
	SA014	(가) 1cm 미만	52.35	5,030
	SA015	(나) 1cm 이상~2cm 미만	62.79	6,030
	SA016	(다) 2cm 이상	78.44	7,530
		창상봉합술 Suture of the Wound		
		주 : 1. 근접하지 아니한 여러 부위에 창상봉합술을 시행하는 경우에는 전신을 두부, 복부, 배부, 좌·우·상·하지의 7부위로 구분하여 각 부위별로 소정점수를 각각 산정한다.		
		2. “주1”의 각 부위별 창상봉합 길이에 따라 소정점수를 산정한다. 단, 부위내 창상이 둘 이상인 경우는 그 길이를 모두 합산하여 산정한다.		
		가. 안면 또는 경부 Face or Neck		
		(1) 단순봉합 Simple Suture		
		(가) 표재성인 것		
	S0021	1) 길이 1.5cm 미만	332.20	31,890
	S0022	2) 길이 1.5cm 이상~3.0cm 미만	465.08	44,650
	S0027	3) 길이 3.0cm 이상~5.0cm 미만	604.60	58,040
	S0028	4) 길이 5.0cm 이상~7.5cm 미만	725.52	69,650
	S0029	5) 길이 7.5cm 이상~10.0cm 미만	870.63	83,580
	S0030	주 : 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 59.80점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5cm 증가될때마다 59.80점을 추가 가산한다.		

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
		(나) 근육에 달하는 것		
	S0031	1) 길이 1.5cm 미만	585.64	56,220
	S0032	2) 길이 1.5cm 이상~3.0cm 미만	676.74	64,970
	S0037	3) 길이 3.0cm 이상~5.0cm 미만	767.84	73,710
	S0038	4) 길이 5.0cm 이상~7.5cm 미만	921.41	88,460
	S0039	5) 길이 7.5cm 이상~10.0cm 미만	1,105.70	106,150
	S0040	주 : 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 59.80점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5cm 증가될때마다 59.80점을 추가 가산한다.		
		(2) 변연절제를 포함 Including Debridement		
		(가) 표재성인 것		
	SA021	1) 길이 1.5cm 미만	407.70	39,140
	SA022	2) 길이 1.5cm 이상~3.0cm 미만	570.78	54,790
	SA027	3) 길이 3.0cm 이상~5.0cm 미만	742.01	71,230
	SA028	4) 길이 5.0cm 이상~7.5cm 미만	890.41	85,480
	SA029	5) 길이 7.5cm 이상~10.0cm 미만	1,068.50	102,580
	SA030	주 : 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 73.38점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5cm 증가될때마다 73.38점을 추가 가산한다.		
		(나) 근육에 달하는 것		
	SA031	1) 길이 1.5cm 미만	733.41	70,410

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
	SA032	2) 길이 1.5cm 이상~3.0cm 미만	837.88	80,440
	SA037	3) 길이 3.0cm 이상~5.0cm 미만	942.36	90,470
	SA038	4) 길이 5.0cm 이상~7.5cm 미만	1,130.83	108,560
	SA039	5) 길이 7.5cm 이상~10.0cm 미만	1,356.99	130,270
	SA040	주 : 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 73.38점을 가산하며, 창상봉합 길이가 5cm 증가될때마다 73.38점을 추가 가산한다.		
		나. 안면과 경부 이외 Others		
		(1) 단순봉합 Simple Suture		
		(가) 표재성인 것		
	SB021	1) 길이 2.5cm 미만	250.77	24,070
	SB022	2) 길이 2.5cm 이상~5.0cm 미만	461.07	44,260
	SB029	3) 길이 5.0cm 이상~10.0cm 미만	688.00	66,050
	SB030	주 : 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 90.28점을 가산하며, 창상봉합 길이가 10cm 증가될때마다 90.28점을 추가 가산한다.		
		(나) 근육에 달하는 것		
	SB031	1) 길이 2.5cm 미만	518.91	49,820
	SB032	2) 길이 2.5cm 이상~5.0cm 미만	696.34	66,850
	SB039	3) 길이 5.0cm 이상~10.0cm 미만	873.76	83,880

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
자-16	SB040	<p>주 : 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 90.28점을 가산하며, 창상봉합 길이가 10cm 증가될때마다 90.28점을 추가 가산한다.</p> <p>(2) 변연절제를 포함 Including Debridement</p> <p>(가) 표재성인 것</p>		
	SC021	1) 길이 2.5cm 미만	329.48	31,630
	SC022	2) 길이 2.5cm 이상~5.0cm 미만	565.86	54,320
	SC029	3) 길이 5.0cm 이상~10.0cm 미만	844.35	81,060
	SC030	<p>주 : 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 118.61점을 가산하며, 창상봉합 길이가 10cm 증가될때마다 118.61점을 추가 가산한다.</p>		
	SC027	다. 창상청소 및 변연절제만 실시한 경우 Only Cleaning or Debridement of Wound	337.08	32,360
	SC028	주 : 근육에 달하는 창상의 경우에는 428.09점을 산정한다.	428.09	41,100
	[피부 및 연부조직]			
	피판작성술 Flap Operation			
	<p>가. 피부피판술 Skin Flap</p> <p>(1) 국소피판술 Local Flap</p> <p>(나) 기타 Others</p>			
	S0161		4,696.35	450,850

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
		[근골]		
자-31	N0311	골편절제술 Ostectomy  주 : 환자가 아닌 자로부터 골편절제를 한 경우에는 골편절제술의 소정점수를 산정하지 아니 한다.	2,707.13	259,880
자-31-1	N0312	골이식술 Bone Graft  주: “제1절 [산정지침] (5)”에도 불구하고 타 수술과 동시에 실시한 경우 소정점수를 별도 산정한다.	1,193.82	114,610
자-38		악골골절수술 Operation of Fractured Jaw  가. 하악골 골절수술  N0951 (1) 비관혈적정복술 Closed Reduction (2) 관혈적정복술 Open Reduction  N0952 (가) 정중부, 골체부, 우각부 Symphysis, Body, Angle of Mandible  N0953 (나) 하악 과두부 Condylar Head of Mandible  나. 상악골 골절수술  N0961 (1) 비관혈적정복술 Closed Reduction (2) 관혈적정복술 Open Reduction  N0962 (가) Le Fort I  N0963 (나) Le Fort II  N0964 (다) Le Fort III  다. 관골골절정복수술 [관골궁, 관골체 포함] Reduction of Zygomatic Bone Fracture	594.58 4,855.78 6,727.67 408.79 5,436.13 8,087.84 10,938.49	57,080 466,150 645,860 39,240 521,870 776,430 1,050,100

## 82 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
자-38-1	N0965	(1) 길리씨수술 Gille's Method	4,102.25	393,820
	N0966	(2) 관절적수술 Open Reduction	8,485.29	814,590
자-38-2	N0955	부정유합된 하악골 절골 교정술 Corrective Osteotomy of Malunioned Mandibular Fracture	8,103.65	777,950
자-38-3	N0967	부정유합된 관골 절골 교정술 Corrective Osteotomy of Malunioned Zygomatic Bone	11,344.74	1,089,100
자-38-4	N0956	골격성 고정원 식립 [양측] Installation of Skeletal Anchorage  주 : 1. 선천성 악안면 기형 환자의 악정형 교정치료를 위하여 실시하는 경우에 산정한다.	4,081.28	391,800
	N0957	2. 편측에만 실시한 경우에는 2,720.85점을 산정한다.		
자-39	N0968	골격성 고정원 제거 [양측] Removal of Skeletal Anchorage  주 : 1. 선천성 악안면 기형 환자의 악정형 교정치료를 위하여 실시하는 경우에 산정한다.	2,835.61	272,220
	N0969	2. 편측에만 실시한 경우에는 1,890.40점을 산정한다.		
자-40		상악골절제술 Maxillectomy  가. 상악골부분절제 Partial Maxillectomy  나. 상악골전적출술 Total Maxillectomy	9,254.11 14,043.03	888,390 1,348,130
		상악골(관골 포함) 종양 절제술 Resection of Tumor of Maxilla (Including Zygomatic Bone)		

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)	
자-40-1		가. 양성종양 (낭종 포함) Benign Tumor (Including Cyst)			
		(1) 3cm 미만	4,951.80	475,370	
		(2) 3cm 이상	7,988.79	766,920	
		나. 악성종양 [립프절 청소 포함]			
		(1) 상악골부분절제 Partial Maxillectomy	11,966.67	1,148,800	
		(2) 상악골전적출술 Total Maxillectomy	18,415.15	1,767,850	
		상악골 신장술 Maxillary Distraction  주 : 시술 시 사용된 내고정 및 외고정 재료대는 별도 산정한다.			
		가. Le Fort I	15,825.59	1,519,260	
		나. Le Fort II	17,822.29	1,710,940	
		다. Le Fort III	22,822.47	2,190,960	
자-41	N0411	하악골 재건술 Reconstruction of Mandible  주 : 종양, 외상 등에 의하여 하악골의 연속성이 결손된 악골의 재건술을 행한 경우에 산정한다.	13,422.79	1,288,590	
자-42		하악골절제술 Mandibulectomy			
자-42-1		가. 하악골부분절제 Partial Mandibulectomy	9,438.99	906,140	
		나. 하악골반측절제 Hemimandibulectomy	12,435.35	1,193,790	
자-42-1	N0423	하악골 신장술 Mandibular Distraction Osteogenesis  주 : 1. 시술 시 사용된 내고정 및 외고정 재료대는 별도 산정한다.	16,746.15	1,607,630	
	N0424	2. 악골내 골신장기구의 제거는 「자97-나」의 소정점수를 산정한다.			

## 84 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
자-42-2	N0428	관상돌기절제술 Coronoidectomy	4,298.63	412,670
자-43		하악골 종양 절제술 Resection of Tumor of Mandible		
		가. 양성종양 (낭종 포함) Benign Tumor (Including Cyst)		
	N0432	(1) 편측 악골 1/3 미만	5,796.72	556,490
	N0433	(2) 편측 악골 1/3 이상~1/2 미만	6,269.13	601,840
	N0434	(3) 편측 악골 1/2 이상	6,924.21	664,720
		나. 악성종양 [림프절 청소 포함] Malignant Tumor		
	N0435	(1) 하악골변연절제 Marginal Mandibulectomy	9,903.79	950,760
	N0436	(2) 하악골부분절제 Partial Mandibulectomy	12,723.34	1,221,440
	N0437	(3) 하악골반측절제 Hemimandibulectomy	15,588.66	1,496,510
자-66	N0660	구개 성형술 Shelf Operation	6,065.34	582,270
자-71-2	N0719	악관절 치환술 [인공관절 대치술] Substitution of TMJ	7,056.76	677,450
자-74	N0741	악관절 성형수술 Arthroplasty of TMJ	6,670.45	640,360
자-74-1	N0742	하악과두절제술 Mandibular Condylectomy	5,506.10	528,590
자-74-2	N0743	악관절원반 성형술 TMJ Meniscoplasty	3,224.97	309,600
자-77		악관절탈구정복술 Reduction of TMJ Dislocation		
	N0771	가. 비관절적정복술 Closed Reduction	158.04	15,170
	N0772	나. 관절적정복술 Open Reduction	5,443.70	522,600

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
저-51		상악골성형술 Maxillary Plasty		
	NY051	가. 분절골절단술	10,207.63	979,930
	NY052	나. Le Fort I	10,587.75	1,016,420
	NY053	다. Le Fort II	11,955.96	1,147,770
	NY054	라. Le Fort III	15,600.70	1,497,670
저-52		하악골성형술 Mandibuloplasty		
	NY055	가. 분절골절단술	10,332.19	991,890
	NY056	나. 이부성형술 Genioplasty	6,139.52	589,390
	NY057	다. 하악지골절단술	10,891.80	1,045,610
[코]				
자-96		비강, 부비동악성종양적출술 Extirpation of Malignant Tumor of Nasal or Paranasal Sinuses		
	O0961	가. 상악부분절제 Partial Maxillectomy	11,188.94	1,074,140
	O0962	나. 상악전적출술 Radical Maxillectomy	23,706.87	2,275,860
	O0963	다. 두개안면절제 Radical Resection of Craniofacial Complex	25,416.97	2,440,030
자-104-1		비인강악성종양적출술 Extirpation of Nasopharyngeal Malignant Tumor		
	O1045	가. 경비강, 경구강 접근 Transnasal, Transoral Approach	8,822.49	846,960
	O1047	나. 상악골, 구개골 접근 Transmaxillary, Transpalatal Approach	14,817.51	1,422,480

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
자-105	O1048	다. 측두하와 접근 Trans infratemporal Approach	19,982.80	1,918,350
	O1050	상악동비내수술 Intranasal Antrostomy  주 : 1. 관혈적 부비동생검을 실시한 경우에도 소정점수를 산정한다.	1,734.36	166,500
	O1051	2. 내시경하에서 실시한 경우에는 1,852.28점을 산정하되, 풍선카테터*를 이용하여 수술을 시행한 경우에는 Balloon catheter, Guide catheter는 별도 산정한다.		
자-105-1	O1055	상악동후비공 용종 적출술 Operation for Antrochoanal Polyp	2,213.31	212,480
	O1056	주 : 내시경하에서 실시한 경우에는 2,585.65점을 산정한다.		
자-106	O1061	비전정성형술 Vestibuloplasty	2,812.52	270,000
자-107	O1070	상악동근치수술 CaldwellLuc Operation	2,896.74	278,090
자-108	O1081	부비강세척 [주입 포함] Sinus Irrigation	298.75	28,680
자-114	O1140	상악동사골동근본수술 Radical Operation of Maxillary and Ethmoid Sinus	2,544.93	244,310
	O1141	주 : 내시경하에서 실시한 경우에는 2,700.09점을 산정하되, 풍선카테터*를 이용하여 수술을 시행한 경우에는 Balloon catheter, Guide catheter는 별도 산정한다.		
자-115	O1150	상악동사골동집형골동근본수술 Radical Operation of Maxillary, Ethmoid and Sphenoid Sinus	3,524.21	338,320

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
	O1151	주 : 1. 내시경하에서 실시한 경우에는 4,112.38점을 산정하되, 풍선카테터*를 이용하여 수술을 시행한 경우에는 Balloon catheter, Guide catheter는 별도 산정한다.		
	O1152	2. '주1'의 시술이 복잡기준에 해당하는 경우에는 5,326.25점을 산정한다.  [입, 이하선]		
자-215	Q2150	구순암적출술 [림프절 청소 포함] Operation for Lip Tumor	7,349.95	705,600
자-216		순열수술 Cheiloplasty		
	Q2161	가. 일측성 Unilateral	9,138.59	877,300
	Q2162	나. 양측성 Bilateral	11,283.40	1,083,210
자-216-1	Q2165	비순누공폐쇄술 Repair of Nasolabial Fistula	3,575.02	343,200
자-216-2	Q2166	구강비강누공폐쇄술 Repair of Oronasal Fistula	6,381.14	612,590
자-216-3		구순열비교정술 Correction of Nose Deformity in Cleft Lip		
		가. 비내접근법 Endonasal Approach		
	Q2167	(1) 연골에 달하는 것 Lateral Cartilage	12,010.99	1,153,060
	Q2168	(2) 비중격에 달하는 것 Lateral and Septal Cartilage	14,413.19	1,383,670
	Q2169	나. 개방접근법 Open Approach	18,016.49	1,729,580
자-217		설단소증수술 Operation of Tongue Tie		
	Q2171	가. 간단한 것 Simple	494.36	47,460
	Q2172	나. 복잡한 것 Complex [Frenoplasty, Excision of Frenum]	920.38	88,360

분류번호	코드	분 류	점 수	비용(원)
자-218		설암수술 [림프절 청소 포함] Operation for Malignant Tongue Tumor		
	Q2181	가. 설부분절제 Less than OneHalf Tongue	11,728.37	1,125,920
	Q2182	나. 설반측절제 Hemiglossectomy	14,039.92	1,347,830
	Q2183	다. 설전절제 Total	19,578.30	1,879,520
자-218-1	Q2186	설종양적출술 Excision of Tongue Tumor  주 : 유두종(Papilloma)등을 간단하게 제거한 경우 에는 「자-220-나」의 소정점수를 산정한다.	1,371.64	131,680
자-218-2		설단순절제술 [거설증 등] Simple Excision of Tongue		
	Q2188	가. 1/2 미만	2,755.32	264,510
	Q2189	나. 1/2 이상	3,291.14	315,950
자-219		구개열수술 Operation for Cleft Palate		
	Q2191	가. 연구개열수술 [점막하구개열수술] Cleft Soft Palate	7,962.38	764,390
		나. 경구개열수술 Cleft Hard Palate		
	Q2193	(1) 편측 Unilateral	9,009.36	864,900
	Q2194	(2) 양측 Bilateral	11,475.49	1,101,650
	Q2192	다. 구개인두부전증 교정술 Correction of Velopharyngeal Insufficiency	8,002.56	768,250
자-219-1		수면증무호흡증후군수술 Operation of Sleep Apnea Syndrome		
	Q2196	가. 구개인두성형술 Palatopharyngoplasty	3,617.05	347,240
	Q2195	주 : 복잡기준에 해당하는 경우에는 4,170.75점을 산정한다.		

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
	Q2197	나. 구개수절제술 Uvulectomy	1,118.42	107,370
	QZ371	다. 고주파 설근부 축소술 Radiofrequency Tongue Base Reduction 주 : 1회용 치료재료 Electrode는 별도 산정 한다.	2,755.32	264,510
자-219-2		치조열수술 Alveolar Cleft Repair		
	Q2198	가. 편측 Unilateral	7,668.52	736,180
	Q2199	나. 양측 Bilateral	9,953.77	955,560
자-220		구강내종양적출술 Removal of Tumor in Oral Cavity		
	Q2201	가. 양성 Benign	1,249.60	119,960
	Q2204	주 : 구강저 병소제거시에는 1,784.20점을 산정한다.		
	Q2202	나. 유두종(Papilloma)등을 간단하게 제거한 경우	777.72	74,660
	Q2205	주 : 구강저 병소제거시에는 1,049.81점을 산정한다.		
	Q2203	다. 악성 [림프절 청소 포함] Malignant	9,238.53	886,900
	Q2206	주 : 구강저 병소제거시에는 11,485.21점을 산정한다.		
자-221	Q2211	하마종조대술 Marsupialization of Ranula	947.92	91,000
자-222	Q2220	하마종적출술 Excision of Ranula	1,864.64	179,010
자-223		이하선종양적출술 Removal of Parotid Tumor		
	Q2231	가. 양성 Benign	14,241.12	1,367,150
	Q2232	나. 악성 [림프절 청소 포함] Malignant	18,941.11	1,818,350

분류번호	코드	분 류	점 수	비용(원)
자-223-1	Q2236	악하선 또는 설하선 적출술 Excision of Submandibular(Submaxillary) Gland or Sublingual Gland	6,636.21	637,080
자-224		타액절개술 Sialolithotomy		
	Q2241	가. 단순적출 Uncomplicated	1,122.53	107,760
	Q2242	나. 타액선적출 Sialoadenectomy	3,553.16	341,100
자-850	Q8500	타액선 도관 세정술[도관 당] Intraductal Irrigation of Salivary Gland  주 : 「다-209 타액선조영」과 동시에 실시한 경우 에는 주된 항목의 소정점수만 산정한다.	496.04	47,620
자-271	QX271	타액관성형술 Sialodochoplasty	2,905.22	278,900

## 제10장 치과 처치·수술료

### [산정지침]

- (1) 본장에 기재되지 아니한 치과진료영역의 행위에 대하여는 제2부 제1장 내지 제9장 및 제16장 내지 20장에 의하여 산정한다.
- (2) 18시~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 처치 및 수술을 행한 경우에는 소정점수의 50%를 가산한다.(산정코드 두 번째 자리에 18시~09시는 1, 공휴일은 5로 기재) 이 경우 해당 처치 및 수술을 시작한 시각을 기준하여 산정한다.
- (3) 본장 및 제9장에 기재되지 아니한 간단한 구강연조직 질환의 처치는 기본진료료에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.
- (4) 동일 피부절개 하에 2가지 이상 수술을 동시에 시술한 경우 주된 수술은 소정점수에 의하여 산정하고, 제2의 수술부터는 해당 수술 소정점수의 50%(산정코드 세 번째 자리에 1로 기재), 상급종합병원·종합병원·치과대학부속치과병원은 해당 수술 소정점수의 70%(산정코드 세 번째 자리에 4로 기재)를 산정한다. 다만, 주된 수술 시에 부수적으로 동시에 실시하는 수술의 경우에는 주된 수술의 소정점수만 산정한다.
- (5) 상·하악골 악성종양 절제술 시행시 경부의 림프절 청소술을 병행한 경우에는 위 “(4)”에도 불구하고 제9장 제1절에 기재된 분류항목 중 경부림프절청소술(자-211) “주”의 소정점수를 별도 산정한다.
- (6) 각 분류항목의 처치 및 수술 등에 레이저를 이용한 경우에도 각 분류항목의 소정점수만을 산정한다.
- (7) 처치 및 수술에 사용된 약제 및 치료재료대는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다. 다만, 다음에 열거하는 약제 및 치료재료대는 “약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준”에 의하여 별도 산정하되, 본장에 기재되지 아니한 약제 및 치료재료대는 제2장 내지 제9장에 의한다.
  - (가) 충전재료(글래스아이오노머시멘트, 아말감, 복합레진 등)
  - (나) 치간고정용 재료(금속선, 아취바 등)
  - (다) 체내고정용 나사, 고정용 금속핀, 고정용 금속선, 고정용 못
  - (라) 지속적 주입, 지속적 배액 및 지속적 배기용 도관(체내유치)
  - (마) 고정용 신축성 봉대
  - (바) 안면수술 등 장관이 별도로 정한 처치 및 수술시 사용된 봉합사
  - (사) 인공관절

- (아) 골, 관절의 수복 또는 결손보철용 인공재료(체내유치)
- (자) 조직 대용 인조섬유포
- (차) 기타 장관이 별도로 인정한 약제 및 치료재료(인체조직 포함)
- (8) (별표1)에 열거한 항목을 상급종합병원·치과대학부속치과병원에서 시행한 경우에는 해당 항목 소정점수의 30%를 가산하여 산정한다.(산정코드 첫 번째 자리에 1 기재)
- (9) 18시~09시, 토요일 및 공휴일에 의원(보건의료원 포함)·치과의원(보건의료원 포함) 외래에서 (별표2)에 열거한 항목을 행한 경우에는 소정점수의 30%를 가산한다. (산정 코드 두 번째 자리에 8로 기재) 이 경우 해당 항목을 시작한 시각을 기준하여 산정 하며, 산정지침 (2)와 중복 가산하지 아니한다.

(별표 1)

## 해당분류항목(33개)

분류번호 및 코드		분류번호 및 코드	
차-41	(U4415, U4416, U4417)	차-69	(U4690)
차-43	(U4430)	차-72	(U4721)
차-46	(U4464)	차-73	(U4731, U4732)
차-47	(U4474)	차-76	(U4760)
차-50	(U4502)	차-77	(U4770)
차-51	(U4512)	차-78-1	(U4784)
차-55	(U4551, U4553)	차-78-2	(U4785)
차-56	(U4561, U4562, U4563, U4564)	차-90	(U4900)
차-59	(U4591, U4592)	차-91	(U4910)
차-62	(U4621, U4622)	차-97	(U4975)
차-63	(U4630)	차-98	(U4981, U4982)
차-67	(U4670)		

(별표 2)

## 해당분류항목

분류번호 및 코드		분류번호 및 코드	
차-41	(U4411, U4412, U4413, U4414,	차-72	(U4721, U4722)
	U4415, U4416, U4417)	차-73	(U4731, U4732)
차-42	(U4420)	차-74	(U4741, U4742)
차-43	(U4430)	차-75	(U4750)
차-45	(U4454, U4455, U4456, U4457)	차-76	(U4760)
차-46	(U4464, U4465, U4467)	차-77	(U4770)
차-47	(U4474, U4475, U4476, U4477)	차-78	(U4781, U4782, U4783)
차-50	(U4501, U4502)	차-78-1	(U4784)
차-51	(U4511, U4512)	차-78-2	(U4785)
차-52	(U4520)	차-79	(U4791, U4792)
차-53	(U4533, U4534, U4535)	차-80	(U4801, U4802)
차-55	(U4551, U4552, U4553)	차-81	(U4811, U4812)
차-56	(U4561, U4562, U4563, U4564)	차-83	(U4830)
차-59	(U4591, U4592)	차-84	(U4841, U4842)
차-61	(U4610)	차-84-1	(U4843)
차-62	(U4621, U4622)	차-85	(U4850)
차-63	(U4630)	차-86	(U4861, U4862)
차-64	(U4640)	차-87	(U4871, U4872, U4873)
차-66	(U4660)	차-88	(U4881, U4882, U4883)
차-67	(U4670)	차-90	(U4900)
차-69	(U4690)	차-91	(U4910)
차-71	(U4711, U4712)	차-93	(U4930)

분류번호 및 코드		분류번호 및 코드	
차-94	(U4940)	차-107	(U1071, U1072)
차-95	(U4950)	차-107-1	(U1073)
차-96	(U4960)	차-108	(U1081, U1082, U1083)
차-97	(U4971, U4972, U4973, U4974, U4975)	차-109	(U1090)
		차-110	(U1100)
차-98	(U4981, U4982)	차-111	(U1110)
차-101	(U1010)	차-113	(U1131, U1132)
차-102	(U1020)	처-42	(UY042, UY043, UY044, UY045)
차-103	(U1030)	처-43	(UY046, UY047, UY048)
차-104	(U1040)	처-44	(UX044)
차-105	(U1051, U1052)	처-101	(UY101, UY102, UY103)
차-106	(U1060)	처-102	(UX102)

(산정코드 두 번째 자리에 8로 기재)

## 제1절 치아질환 처치

분류번호	코 드	분 류	점 수	비용(원)
		<p>주 : 1. 8세 미만의 소아에 대하여 「차-1」, 「차-1-1」, 「차-1-2」, 「차-5」, 「차-6」, 「차-9」, 「차-10」, 「차-11」, 「차-11-1」, 「차-12」, 「차-13」, 「차-15」, 「차-18」을 실시한 경우에는 소정점수의 30%를 가산한다. (산정코드 첫 번째 자리에 3으로 기재)</p> <p>2. 치과에서 장애인으로 등록되어 있는 뇌병변장애인, 지적 장애인, 정신장애인, 자폐성 장애인에 대하여 「차-1」, 「차-1-1」, 「차-1-2」, 「차-5」, 「차-6」, 「차-7」, 「차-9」, 「차-10」, 「차-11」, 「차-11-1」, 「차-12」, 「차-13」, 「차-15」, 「차-18」을 실시한 경우에는 소정점수의 100%를 별도 산정한다.</p>		
	UH010			
	-UH012			
	UH050			
	UH051			
	UH052			
	UH053			
	UH060			
	UH074			
	UH079			
	UH075			
	UH090			
	UH101			
	UH109			
	UH111			
	UH110			
	UH116			
	UH114			
	UH119			
	UH115			
	UH121			
	UH126			
	UH129			

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
	UH131 -UH138 UH151 -UH154 UH210 UH239 -UH241			
차-1	U0010	보통처치 [1치 1회당] Simple Treatment  주 : 약제 및 임시충전 비용이 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.	13.24	1,270
차-1-1	U0011	치아진정처치 [1치당] Dental Sedative Filling  주 : 우식상아질제거 및 임시충전재를 사용하여 충전하는 경우 산정하되 약제비용이 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.	19.08	1,830
차-1-2	U0012	치아파절편제거 [1치당] Removal of Fractured Tooth Fragment	12.49	1,200
차-2	U0020	치수복조 [1치당] Pulp Capping	28.42	2,730
차-4		지각과민처치 [1치당] Desensitizing Treatment  주 : 약제 및 재료의 비용이 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.		
	U0041	가. 약물도포, 이온도입법의 경우 Topical Application, Iontophoresis	14.96	1,440
	UX001	나. 레이저치료, 상아질접착제 도포의 경우 Laser Treatment, Dentin Adhesive Application	36.00	3,460
차-5		근관와동형성 [1근관당] Access Cavity Preparation		
	U0050	주 : 1. 발수 <sup>50)</sup> 또는 근관내 기존충전물 제거 <sup>51)</sup>	68.93	6,620

분류번호	코 드	분 류	점 수	비용(원)
차-6	U0051	한 경우 당일에 한하여 별도 산정한다.	68.93	6,620
	U0052	2. C형 근관에 별수 <sup>52)</sup> 또는 근관내 기존충 전물제거 <sup>53)</sup> 한 경우 96.51점을 산정한다.	96.51	9,260
	U0053		96.51	9,260
차-6	U0060	즉일충전치료 [1치당] Treatment for One Visit Filling  주 : 1. 1일에 경조직처치(치수절단, 별수 등 제외)와 와동 형성을 완료하고 충전을 실시한 경우에 산정한다.  2. 치수복조, 와동형성, 약제 및 재료의 비용이 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.	118.27	11,350
차-7		당일발수근총 [1근관당] One Visit Endodontics  주 : 1. 별수 당일에 근관치료 및 근관충전을 완료한 경우에 산정한다.		
		2. 근관와동형성, 별수, 근관장축정, 근관확대, 근관성형, 근관세척 및 건조, (가입)근관충전 비용이 포함되므로 별도 산정하지 아니 한다.		
차-7	U0001	3. Barbed-Broach를 사용한 경우에는 3.61 점을 1회에 한하여 산정한다.	3.61	350
	U0002	4. Reamer 또는 File을 사용한 경우에는 치료기간 중 1회에 한하여 5.96점을 산정 한다.	5.96	570
	U0074	가. 영구치 Permanent Tooth	414.68	39,810
차-9	U0079	주 : C형 근관에 해당하는 경우에는 580.55점을 산정한다.	580.55	55,730
	U0075	나. 유치 Deciduous Tooth	248.77	23,880
	U0090	치수절단 [1치당] Pulpotomy	115.82	11,120

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
차-10		주 : 임시충전, 약제 및 재료의 비용이 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.		
	U0101	발수 [1근관당] Pulp Extirpation  주 : 1. 발수완료일에 1회 한하여 산정한다.	52.23	5,010
	U0001	2. Barbed-Broach를 사용한 경우에는 3.61 점을 1회에 한하여 산정한다.	3.61	350
	U0109	3. C형 근관에 해당하는 경우에는 73.13점을 산정한다.	73.13	7,020
차-11	U0111	근관세척 [1근관 1회당] Root Canal Irrigation  주 : 1. 치근막염의 치치, 구강내 누공의 치치 및 근관내 첨약 치치 등을 포함한다.	22.87	
	U0110	2. C형 근관에 해당하는 경우에는 32.03점을 산정한다.	32.03	3,070
차-11-1	U0116	근관확대 [1근관 1회당] Root Canal Enlargement  주 : 1. Reamer 또는 File을 사용한 경우에는 치료기간 중 1회에 한하여 근관당 5.96점을 산정한다.	47.59	4,570
	U0002	2. C형 근관에 근관확대를 실시한 경우 66.62점을 산정한다.	5.96	570
	U0114	3. 근관성형을 실시한 경우에는 50.51점을 별도 산정한다.	66.62	6,400
	U0119	4. C형 근관에 근관성형을 실시한 경우 70.71점을 별도 산정한다.	50.51	4,850
차-12	U0121	근관충전 [1근관당] Root Canal Filling  가. 단순근관충전 Root Canal Filling with Single Cone Method	70.71	6,790
			59.34	5,700

**100 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
차-13	U0126	나. 가압근관충전 Root Canal Filling with Condensation Method	109.26	10,490
	U0129	주 : C형 근관에 해당하는 경우에는 152.96점을 산정한다.	152.96	14,680
		충전 [1치당] Filling		
		주 : 1. 아밀감 충전 및 복합레진 충전(글래스아이오노머시멘트(II) 충전 포함)을 즉일 충전처치, 치수절단, 당일발수근총, 근관 충전 후 당일에 실시한 경우에는 소정 점수를 별도 산정한다.  2. 동일치아에 2와동 이상의 충전을 실시한 경우에는 각 와동에 대한 면수를 합산하여 산정하되, 단 동일면에 국한한 2와동 이상의 충전을 실시한 경우에는 와동 수에 관계없이 1면으로 산정한다.		
		가. 아밀감 충전 Amalgam Filling		
	U0131	(1) 1면	39.15	3,760
	U0132	(2) 2면	61.11	5,870
	U0133	(3) 3면	80.98	7,770
	U0134	(4) 4면 이상	103.13	9,900
		나. 복합레진 충전(글래스아이오노머시멘트(II) 충전 포함) Composite Resin Filling		
		주 : 접착전처치 및 약제, 재료비용은 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.		
	U0135	(1) 1면	96.66	9,280
	U0136	(2) 2면	129.66	12,450
	U0137	(3) 3면	150.86	14,480

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
차-13-2	U0138	(4) 4면 이상 다. 광증합형 복합레진 충전 Light Curint Composite Resin Restoration 주 : 접착전처치 및 약제, 재료비용과 러버댐 장착, 즉일충전처치, 충전물연마, 충전 재료 비용은 소정 점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.	202.03	19,390
	U0239	(1) 1면	726.63	69,760
	U0240	(2) 2면	786.77	75,530
	U0241	(3) 3면 이상	846.92	81,300
	U0200	충전물연마 [1치당] Restoration Polishing 주 : 아말감연마는 충전익일부터 산정한다.	9.80	940
차-14	U0140	러버댐장착 [1악당] Rubber Dam Application 주 : Rubber Dam의 재료대는 소정점수에 포함 되므로 별도 산정하지 아니한다.	30.59	2,940
차-15	와동형성 [1치당] Cavity Preparation 주 : 1. 치료기간 중 충전을 완료한 날에 1회만 별도 산정한다.  2. 동일치아에 2 이상의 와동을 형성한 경우 에는 각 와동에 대한 면수를 합산하여 산정 하되, 단 동일면에 국한한 2와동 이상의 와동을 형성한 경우에는 와동수에 관계 없이 1면으로 산정한다.			
	가. 1면	37.32	3,580	
	나. 2면	53.38	5,120	
	다. 3면	70.27	6,750	
	라. 4면 이상	83.69	8,030	

**102 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
차-17	U0170	파절기구 제거 Removal of Broken Instruments	64.09	6,150
차-18	U0210	응급근관치료 [1치당] Emergency Pulp Treatment  주 : 1. 급성증상을 없앨 목적으로 치수강개방 등을 시행한 경우에 산정한다.  2. 임시충전, 약제 및 재료의 비용이 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.	75.05	7,200
차-19		치관수복물 또는 보철물의 제거 [1치당] Removal of Restoration  주 : 간단한 것은 아밀감, 복합레진(글래스아이 노머시멘트 포함), 광증합형 복합레진, SP Crown 제거시에 산정하고, 복잡한 것은 Casting Crown, Onlay, Inlay제거시 산정한다.		
	U2241	가. 간단한 것 Simple	15.09	1,450
	U2242	나. 복잡한 것 Complicated	75.61	7,260
차-19-1	U2245	근관내 기존 충전물 제거 [1근관당] Removal of Old Root Canal Filling  주 : 1. 근관치료 완료후 재근관치료를 위해 근관 내 기존충전물 제거시 1회에 한하여 별도 산정한다.	143.99	13,820
	U2246	2. C형 근관에 해당하는 경우에는 201.58점을 산정한다.	201.58	19,350
차-20	U0220	보철물 재부착 [1치당] Recementation  주 : 장착된 보철물이 탈락되어 재부착하는 경우 산정하되 재료의 비용은 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.	28.87	2,770
처-2	UX002	금속재 포스트 제거 [1근관당] Removal of Metallic Post	167.51	16,080

## 제2절 수술 후 처치, 치주조직의 처치 등

분류번호	코 드	분 류	점 수	비용(원)
차-21	UH232	주 : 치과에서 장애인으로 등록되어 있는 뇌병변 장애인, 지적장애인, 정신장애인, 자폐성 장애인에 대하여 「차-23-1」, 「차-39」를 실시한 경우에는 소정점수의 100%를 별도 산정한다.		
	UH233	수술후 처치 [1일당] Postoperative Dressing		
	UH390	주 : 구강내 또는 구강외 수술후 이일부터 소정 점수를 산정한다		
	U2211	가. 단순처치 Simple	20.91	2,010
	U2212	나. 대수술후 처치 After Major Operation 주 : 악골수염수술, 악골종양수술, 치근낭적 출술(「다」 또는 「라」), 관혈적악골수술 등 대수술후 처치시 산정한다.	109.09	10,470
	U2213	다. 수술후 염증성처치, 배액관교환(Dressing 포함) 등 Postoperative Infected Wound, Drain Change etc.	159.09	15,270
	U2214	라. 후출혈 처치 Postoperative Bleeding Control	213.13	20,460
차-22		치주치료후처치 [1구강 1회당] Treatment of Periodontal Disease		
	U2221	가. 치석제거, 치근활택술, 치주소파술 후 After Scaling or Root palnning or Subgingival Curettage	17.55	1,680
	U2222	나. 치주수술후 (「가」이외의 경우) After Periodontal Surgery	44.49	4,270
차-23	U2231	치면세마 [1/3악당] Prophylaxis	19.37	1,860

분류번호	코 드	분 류	점 수	비용(원)
차-23-1		<p>주 : 1. Rubber Cup으로 Plaque(치태)를 제거하는 경우에 산정한다.</p> <p>2. 치주질환처치에 필요하여 실시한 경우에 산정한다.</p> <p>치석제거 Scaling</p> <p>주 : 1. Scaler 또는 Cavitron을 사용하여 시술하는 경우에 산정한다.</p> <p>2. 치주질환처치에 필요하여 실시한 경우에 산정한다.</p>		
	U2232	가. 1/3 악당	97.66	9,380
	U2233	나. 전악	434.71	41,730
차-24	U2240	치근활택술 [1/3악당] Root Planing	174.62	16,760
		<p>주 : 치주질환수술과 동시에 시행한 경우에는 치주질환 수술의 소정점수에 포함되어 별도 산정하지 아니한다.</p>		
차-25	U2250	순열수술후 보호장치 Cleft Lip Protector	8.17	780
차-26	U2260	<p>상고정장치술 [1악당] Plate Splint</p> <p>주 : 재료대, 인상채득, 장치제작 및 장착료는 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.</p>	911.28	87,480
차-28	U2280	<p>고정장치의 제거 [1악당] Removal of Splint</p> <p>주 : Plate Splint 또는 Wire Splint를 제거한 경우에 산정한다.</p>	32.96	3,160
차-29	U2290	교합조정술 [1치당] Occlusal Adjustment	45.44	4,360
차-30	U2300	수술용 스플린트 Surgical Splint	814.17	78,160

분류번호	코 드	분 류	점 수	비용(원)
		주 : 재료대, 인상채득, 교합채득, 장치제작 및 장착료는 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.		
차-32	U2320	약간고정술 Intermaxillary Fixation	834.97	80,160
차-33	U2330	치간고정술 [1악당] Interdental Wiring	307.82	29,550
차-34		잠간고정술 [1악당] Temporary Splinting		
	U2341	가. 3치 이하	242.51	23,280
	U2342	나. 4치 이상	336.32	32,290
차-35		교합성형술 Occlusal Equilibration		
		주 : 교합기부착모형상의 교합성형술을 시행한 후, 각 하악위치에 대한 교합성형술을 실시한 경우에 각각 산정한다.		
	U2351	가. 최대교합위 Maximum Intercuspal Position	100.82	9,680
	U2352	나. 중심위 Centric Relation	107.89	10,360
	U2353	다. 전방위 Protrusive Position	89.42	8,580
	U2354	라. 측방위 Laterotrusive Position	91.41	8,780
차-36	U2360	교합기부착모형상의 교합성형술 (Occlusal Adjustment on Model Mounted on Articulator)	416.17	39,950
		주 : 1. 치료기간 중 1회만 산정한다.  2. 교합기부착 모형상에서 최대교합위, 중심위, 전방위, 측방위 등의 하악위치에 대한 교합 상태를 분석하고 교합성형술을 모형상에서 실시한 경우에 산정한다.  3. 인상채득, 교합채득, 재료대 및 부착료를 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.		

분류번호	코 드	분 류	점 수	비용(원)
차-37		행동조절 [아산화질소 흡입] Behavior Management  주 : N <sub>2</sub> O, O <sub>2</sub> 재료대는 별도 산정한다.		
	U2370	가. 15분까지	230.97	22,170
	U2371	나. 15분 초과 1시간까지 매 15분당	108.17	10,380
	U2372	다. 1시간 초과시 매 30분당	108.32	10,400
차-38		측두하악관절자극요법 [1일당]  주 : 해당 항목의 치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 안면동통 분야 교육을 이수한 치과의사가 측두하악장애 분석검사(나-904)에서 측두하악장애로 진단된 환자에게 직접 실시하고 그 결과를 진료기록 부에 기록한 경우에 산정한다.		
	U2381	가. 약관절단순자극요법  주 : 표충열치료, 심충열치료, 한냉치료 등을 포함한다.	41.45	3,980
	U2382	나. 약관절전기자극요법  주 : 경피적전기신경자극치료, 저주파자극요법, Myomonitor, SSP 등을 포함하되 Myomonitor시 사용된 재료대는 소정 점수에 포함되어 별도 산정하지 아니한다.	66.47	6,380
	U2383	다. 약관절복합자극요법  주 : 측두하악장애운동요법, 재활저출력레이저 치료, 자기제어치료, 이온삼투요법, 근막동통 유발점 주사자극치료 등을 포함한다.	80.90	7,770
차-39	U2390	치면열구전색술 [1치당] Fissure Sealing	351.36	33,730

분류번호	코 드	분 류	점 수	비용(원)
처-21	UX021	<p>주 : 1. 재료대(전색제 비용 포함), 러버댐 장착료 및 재도포비용은 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.</p> <p>2. 8세 미만의 소아에 대하여 소정점수의 30%를 가산한다. (산정코드 첫 번째 자리에 3으로 기재)</p> <p>낭종강 감압장치술 [고무인상제를 이용한 경우]</p> <p>주 : 재료대, 인상채득, 장치제작 및 장착료는 소정 점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.</p>	183.97	17,660

## 제3절 구강악안면 수술

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
차-41	UH411 -UH417	주 : 1. 치과에서 장애인으로 등록되어 있는 뇌병변 장애인, 지적 장애인, 정신장애인, 자폐성 장애인에 대하여 「차-41」을 실시한 경우에는 소정점수의 100%를 별도 산정한다.		
		발치술 [1치당] Extraction		
	U4411	가. 유치 Deciduous Tooth	33.33	3,200
	U4412	나. 전치 Anterior Tooth	67.15	6,450
	U4413	다. 구치 Posterior Tooth	110.17	10,580
	U4414	라. 난발치 Complicated Extraction  주 : 구치(매복치제외), 전치 또는 유치가 치근 비대, 치근만곡 또는 골유착으로 단순 발치가 곤란한 경우에 산정한다.	240.73	23,110
		마. 매복치 Impacted Tooth		
	U4415	(1) 단순매복치 [(2), (3)에 해당되지 아니한 경우] Simple	363.23	34,870
	U4416	(2) 복잡매복치 [치아분할술을 실시한 경우] Complex	645.29	61,950
	U4417	(3) 완전매복치 [치관이 2/3 이상 치조골 내에 매복된 치아의 골절제와 치아분할술을 동시에 시행한 경우] Complete	887.27	85,180
차-42	U4420	발치와재소파술 Recurettage of Extracted Socket	120.29	11,550
차-43	U4430	치조골성형수술 [1치당] Alveoloplasty	131.30	12,600
차-45		구강내소염수술 Intraoral Antiphlogosis		
	U4454	가. 치은농양, 치관주위농양 절개 등 Incision of Gingival Abscess, Pericoronal Abscess	107.30	10,300

분류번호	코드	분 류	점 수	비용(원)
차-46	U4455	나. 치조농양 또는 구개농양의 절개 등 Incision of Alveolar Abscess or Palatal Abscess	111.44	10,700
	U4456	다. 설 또는 구강저농양 [이하극, 설하극, 악하극 농양등] Abscess of Tongue or Mouth of Floor	260.50	25,010
	U4457	라. 악골골염, 악골골수염 등 Osteitis of Jaw, Osteomyelitis of Jaw etc.	251.02	24,100
		구강외소염수술 Extraoral Antiphlogosis		
	U4464	가. 표층 Superficial Layer	158.71	15,240
	U4465	나. 심층 [근막극농양절개] Deep Layer	573.10	55,020
	U4467	다. 악골골염, 악골골수염 등 Osteitis of Jaw, Osteomyelitis of Jaw etc.	839.63	80,600
차-47		구강내열상봉합술 Closure of Intraoral Laceration		
		가. 치은, 구강진정, 협부 Gingiva, Vestibule of Mouth, Buccal part		
	U4474	(1) 2.5cm 이하	146.02	14,020
	U4475	(2) 2.5cm 초과	407.43	39,110
		나. 혀, 구강저, 구개부 Lingua, Floor of Mouth, Palate		
	U4476	(1) 2.5cm 이하	475.09	45,610
	U4477	(2) 2.5cm 초과	547.85	52,590
차-48		구강외열상봉합술 Closure of Extraoral Laceration		
		주 : 제9장 「자-2」에 의하여 산정한다.		
차-50		협순소대성형술 Buccal and Labial Frenectomy		

**110 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
차-51	U4501	가. 간단한 것 Simple [Incision of Labial Frenum, Frenotomy]	133.15	12,780
	U4502	나. 복잡한 것 Complicated [Excision of Labial or Buccal Frenum(Frenumectomy, Frenulectomy, Frenectomy)]	312.33	29,980
		설소대성형술 Lingual Frenectomy		
	U4511	가. 간단한 것 Simple	494.36	47,460
	U4512	나. 복잡한 것 [Frenoplasty, Excision of Frenum] Complex	920.38	88,360
차-52	U4520	치성편도주위농양절개술 Incision of Peritonsillar Abscess	468.43	44,970
차-53		악골수염수술 Surgery of Osteomyelitis of Mandible or Maxilla		
	U4533	가. 치조부에 국한된 경우 Limited Alveolar Bone	1,229.35	118,020
	U4534	나. 편측악골의 1/3 미만의 범위	3,034.57	291,320
	U4535	다. 편측악골의 1/3 이상의 범위	4,187.83	402,030
		법랑아세포종적출술 Operation of Ameloblastoma		
차-55	U4551	가. 편측악골 1/3 미만	1,812.80	174,030
	U4552	나. 편측악골 1/3 이상 - 1/2 미만	3,900.92	374,490
	U4553	다. 편측악골 1/2 이상	3,329.76	319,660
		치근낭적출술 Radicular Cyst Enucleation		
	U4561	가. 1/2치관크기 이상	293.76	28,200

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
	U4562	나. 1치관크기 이상	358.47	34,410
	U4563	다. 2치관크기 이상	468.81	45,010
	U4564	라. 3치관크기 이상	1,652.38	158,630
차-59		치근단절제술 [1치당] [치근단 폐쇄비용 포함] Apicoectomy		
	U4591	가. 전치 Anterior Tooth	399.89	38,390
	U4592	나. 구치 Posterior Tooth	544.48	52,270
차-61	U4610	구강안면누공폐쇄술 Orofacial Fistula Closure	1,089.98	104,640
차-62		구강상악동누공폐쇄술 Oroantral Fistula Closure		
	U4621	가. 전진피판이용 with Advancement Flap	788.11	75,660
	U4622	나. 유경피판이용 with Pedicled Flap	1,068.65	102,590
차-63	U4630	치아재식술 [1치당] Replantation	378.14	36,300
차-64	U4640	하악골재건술 Reconstruction of Mandible  주 : 총양, 외상 등에 의하여 하악골의 연속성이 결손된 악골의 재건술을 행한 경우에 산정 한다.	13,422.79	1,288,590
차-66	U4660	치은판절제술 Operculectomy	51.52	4,950
차-67	U4670	치은, 치조부 병소 또는 종양절제술 [Eplulis 포함] Excision of Lesion or Benign Tumor of Gingiva or Alveolar Portion	411.15	39,470
차-69	U4690	탈구치아정복술 [1치당] Reduction of Luxated Teeth	125.81	12,080
차-71		치조골골절비관혈적정복술 Closed Reduction of Alveolar Fracture		
	U4711	가. 2치 이하	371.84	35,700
	U4712	나. 3치 이상	681.73	65,450

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
차-72		치조골골절관절적정복술 Open Reduction of Alveolar Fracture		
	U4721	가. 2치 이하	396.18	38,030
차-73	U4722	나. 3치 이상	1,381.02	132,580
		골융기절제술 Excision of Torus		
차-74	U4731	가. 하악설측 또는 상악협측 골융기절제 Removal of Mandibulolingual or Maxillobuccal Torus	457.73	43,940
	U4732	나. 구개골융기절제 Excision of Maxillary Torus Palatinus	420.08	40,330
차-75		관골골절 정복수술 [관골궁, 관골체 포함] Reduction of Zygomatic Bone Fracture		
	U4741	가. 길리씨수술 Gille's Method	4,102.25	393,820
차-76	U4742	나. 관혈적수술 Open Reduction	8,485.29	814,590
차-75	U4750	부정유합된 관골 절골 교정술 Corrective Osteotomy of Malunioned Zygomatic Bone	11,344.74	1,089,100
차-76	U4760	관상돌기절제술 Coronoidectomy	4,298.63	412,670
차-77	U4770	상악골골절 비관혈적정복술 Closed Reduction of Maxillary Fracture	408.79	39,240
차-78		상악골골절 관혈적정복술 Open Reduction of Maxillary Fracture		
	U4781	가. Le fort I	5,436.13	521,870
차-78-1	U4782	나. Le fort II	8,087.84	776,430
	U4783	다. Le fort III	10,938.49	1,050,100
차-78-1	U4784	환관골궁 현수고정술 Circumzygomatic Suspension Wiring	2,086.46	200,300

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
차-78-2	U4785	주 : 관절적정복술과 동시에 시행하는 경우에는 관절적정복술의 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다. 두개안면 현수고정술 Craniomaxillary Suspension Wiring	3,085.89	296,250
차-79	U4791	주 : 관절적정복술과 동시에 시행하는 경우에는 관절적정복술의 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다. 상악골절제술 Maxillectomy	9,254.11	888,390
차-80	U4792	나. 상악골전적출술 Total Maxillectomy	14,043.03	1,348,130
차-81	U4801	상악골(관골 포함)양성종양(낭종 포함)절제술 Resection of Benign Tumor(Including Cyst)	4,951.80	475,370
차-81	U4802	가. 3cm 미만	7,988.79	766,920
차-81	U4811	상악골(관골 포함)악성종양절제술 [림프절 청소 포함] Resection of Malignant Tumor of Maxilla (Including Zygomatic Bone)	11,966.67	1,148,800
차-81	U4812	나. 상악골전적출술 Total Maxillectomy	18,415.15	1,767,850
차-83	U4830	하악골골절 비관절적정복술 Closed Reduction of Mandibular Fracture	812.85	78,030
차-84	U4841	하악골골절 관절적정복술 Open Reduction of Mandibular Fracture 가. 정중부, 골체부, 우각부 Symphysis, Body, Angle of Mandible	4,855.78	466,150

**114 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

분류번호	코드	분 류	점 수	비용(원)
차-84-1	U4842 U4843	나. 하악 과두부 Condylar Head of Mandible 환하악골 결찰술 Circummandibular Wiring  주 : 관절적정복술과 동시에 시행하는 경우에는 관절적정복술의 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.	6,727.67 1,602.65	645,860 153,850
차-85	U4850	부정유합된 하악골 절골 교정술 Corrective Osteotomy of Malunioned Mandibular Fracture	8,103.65	777,950
차-86		하악골절제술 Mandibulectomy		
차-87	U4861 U4862	가. 하악골부분절제 Partial Mandibulectomy 나. 하악골반측절제 Hemimandibulectomy  하악골양성종양절제술 [낭종 포함] Resection of Benign Tumor of Mandible [Including Cyst]	9,438.99 12,435.35	906,140 1,193,790
차-88	U4871 U4872 U4873	가. 편측 악골 1/3 미만 나. 편측 악골 1/3 이상 - 1/2 미만 다. 편측 악골 1/2 이상  하악골악성종양절제술 [림프절 청소 포함] Resection of Malignant Tumor of Mandible	5,796.72 6,269.13 6,924.21	556,490 601,840 664,720
차-89	U4881 U4882 U4883	가. 하악골변연절제 Marginal Mandibulectomy 나. 하악골부분절제 Partial Mandibulectomy 다. 하악골반측절제 Hemimandibulectomy	9,903.79 12,723.34 15,588.66	950,760 1,221,440 1,496,510
차-90	U4900	악관절탈구 비관절적정복술 Closed Reduction of TMJ Dislocation	158.04	15,170
차-91	U4910	악관절탈구 관절적정복술 Open Reduction of TMJ Dislocation	5,443.70	522,600

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
차-93	U4930	악관절원반 성형술 TMJ Meniscoplasty	4,382.24	420,700
차-94	U4940	악관절 성형수술 Arthroplasty of TMJ	6,670.45	640,360
차-95	U4950	악관절 치환술 [인공관절 대치술] Substitution of TMJ	7,056.76	677,450
차-96	U4960	하악과두절제술 Mandibular Condylectomy	5,506.10	528,590
차-97	U4975	악골내고정용 금속제거술 Removal of Implant for Internal Fixation		
		주 : 골에 삽입한 금속핀이나 금속정 등을 간단히 제거한 경우에는 570.04점을 산정한다.	570.04	54,720
		가. 악골내강선고정의 제거 Removal of The Interosseous Wire	1,799.20	172,720
		나. 소형금속판의 제거 Removal of The Fixation Mini Plate	2,740.92	263,130
		다. 재건용금속판의 제거 Removal of Reconstruction Plate		
	U4973	(1) 악골 1/2 이상의 크기인 것	3,298.36	316,640
	U4974	(2) 악골 1/2 미만의 크기인 것	2,730.81	262,160
차-98	U4981	치과임플란트 제거술(1치당) Dental Implant Removal		
		가. 단순 Simple	109.10	10,470
		주 : 골 유착 실패로 동요도가 있는 경우(육아 조직 제거 포함)에 산정한다.		
		나. 복잡 Complex	885.14	84,970
		주 : 동요도가 없는 임플란트 주위염, 파절, 신경손상 등으로 Trephine Bur 또는 별도의 전용 제거 Kit를 사용하는 경우에 산정한다.		

**116 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
차-99	U4991	골격성 고정원 식립 [양측] Installation of Skeletal Anchorage  주 : 1. 선천성 악안면 기형 환자의 악정형 교정 치료를 위하여 실시하는 경우에 산정한다.  2. 편측에만 실시한 경우에는 2,720.85점을 산정한다.	4,081.28	391,800
	U4992		2,720.85	261,200
차-99-1	U4993	골격성 고정원 제거 [양측] Removal of Skeletal Anchorage  주 : 1. 선천성 악안면 기형 환자의 악정형 교정 치료를 위하여 실시하는 경우에 산정한다.  2. 편측에만 실시한 경우에는 1,890.40점을 산정한다.	2,835.61	272,220
	U4994		1,890.40	181,480
차-100	U4995	타액선 도관 세정술 [도관 당] Intraductal Irrigation of Salivary Gland  주 : 「다-209 타액선조영」과 동시에 실시한 경우에는 주된 항목의 소정점수만 산정한다.	496.04	47,620
차-114	U1140	골이식술 Bone Graft  주 : “제10장 [산정지침] (4)”에도 불고하고 타 수술과 동시에 실시한 경우 소정점수를 별도 산정한다.	1,193.82	114,610
처-42		상악골성형술 Maxillary Plasty		
	UY042	가. 분절골절단술	10,207.63	979,930
	UY043	나. Le Fort I	10,587.75	1,016,420
	UY044	다. Le Fort II	11,955.96	1,147,770
	UY045	라. Le Fort III	15,600.70	1,497,670
처-43		하악골성형술 Mandibuloplasty		
	UY046	가. 분절골절단술	10,332.19	991,890

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
처-44	UY047	나. 이부성형술 Genioplasty	6,139.52	589,390
	UY048	다. 하악지골절단술 Ostectomy of Mandibular Ramus	10,891.80	1,045,610
	UX044	악관절강 세척술 TMJ Arthrocentesis	1,196.82	114,890

## 제4절 치주질환 수술

분류번호	코 드	분 류	점 수	비용(원)
차-101	U1010	치주소파술 [1/3악당] Subgingival Curettage	239.12	22,960
차-102	U1020	치은신부착술 [1/3악당] Excisional New Attachment Procedure	562.63	54,010
차-103	U1030	치은성형술 [1/3악당] Gingivoplasty	452.07	43,400
차-104	U1040	치은절제술 [1/3악당] Gingivectomy  주 : 치은절제수술후 동시에 치은성형술을 실시한 경우에도 소정점수만 산정한다.	461.83	44,340
차-105		치은박리소파술 [1/3악당] Periodontal Flap Operation		
	U1051	가. 간단 Simple	723.45	69,450
	U1052	나. 복잡 [치조골의 성형, 삭제술 포함] Complicated	1,141.72	109,610
차-106	U1060	치근면적치료 [1/3악당] Root Conditioning  주 : 1. 약제 및 재료대는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.  2. 치은박리소파술과 동시에 실시한 경우에는 소정점수를 산정한다.	128.13	12,300
차-107		치조골결손부 골이식술 Bone Graft for Alveolar Bone Defects		
	U1071	가. 동종골, 이종골, 합성골이식의 경우 Allogenic, Xenogenous or Substitute Bone Graft	1,327.23	127,410
	U1072	나. 자가골이식의 경우 [채취 포함] Autogenous Bone Graft	1,456.05	139,780
차-107-1	U1073	자가치아 유래 골 이식술 [이식재 비용 포함] Autogenous Tooth derived Bone Graft	2,532.02	243,070

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)						
		<p>주 : 1. 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 별표2*에 따른 요양급여 적용 *고시 2020-172호</p> <table border="1"> <tr> <td>본인부담률</td> <td>시행일</td> <td>평기주기</td> </tr> <tr> <td>50%</td> <td>2019-01-01</td> <td>5년</td> </tr> </table> <p>2. 치조골결손 재생을 목적으로 실시한 경우에 산정한다.</p>	본인부담률	시행일	평기주기	50%	2019-01-01	5년		
본인부담률	시행일	평기주기								
50%	2019-01-01	5년								
차-108	U1081	조직유도재생술 Guided Tissue Regeneration 가. 골이식을 동반하지 아니한 경우 without Bone Graft 나. 골이식을 동반한 경우 with Bone Graft	1,407.90	135,160						
	U1082	(1) 동종골, 이종골, 합성골이식의 경우 Allogenic, Xenogenous or Substitute Bone Graft	1,538.59	147,700						
	U1083	(2) 자가골이식의 경우 [재취 포함] Autogenous Bone Graft	1,656.95	159,070						
차-109	U1090	조직유도재생막 제거술 Removal of Barrier Membrane	436.33	41,890						
차-110	U1100	치은측방면위판막술, 치관면위판막술 Laterally Positioned Flap, Coronally Positioned Flap	1,381.44	132,620						
차-111	U1110	치은이식술 Gingival Graft	1,477.61	141,850						
차-113	U1131	치근절제술 [1치당] Root Resection 가. 선택적치근절제술 Selective Root Amputation 주 : 역충전비용을 포함한다.	613.64	58,910						
	U1132	나. 치아반측절제술 Hemisection	613.64	58,910						
차-101	UY101	치관확장술 [1치당] Crown Lengthening 가. 치은절제술 Gingivectomy	92.16	8,850						

**120 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
		주 : 치은절제술 후 동시에 치은성형술을 실시한 경우에도 소정점수에 의하여 산정 한다.		
	UY102	나. 근단변위판막술 Apically Positioned Flap	991.76	95,210
	UY103	다. 근단변위판막술 및 치조골삭제술 Apically Positioned Flap and Osteectomy of Alveolar Bone	1,108.12	106,380
처-102	UX102	치관분리술 Bicuspidization	923.98	88,700

## 제5절 보철물의 유지관리

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
차-151		주 : 유지관리 처치 시 산정된 진찰료, 치료재료 및 약제는 별도 산정하지 아니한다. 의치 조직면 개조[1악당] Denture Tissue Surface Alteration 가. 첨상 Relining U1511     (1) 직접법 Direct Method U1512     (2) 간접법 Indirect Method U1513     나. 개상 Rebasing U1514     다. 조직 조정 Tissue Conditioning		
		(1) 직접법 Direct Method U1511     (1) 직접법 Direct Method U1512     (2) 간접법 Indirect Method U1513     나. 개상 Rebasing U1514     다. 조직 조정 Tissue Conditioning	1,182.79	113,550
		(2) 간접법 Indirect Method U1511     (1) 직접법 Direct Method U1512     (2) 간접법 Indirect Method U1513     나. 개상 Rebasing U1514     다. 조직 조정 Tissue Conditioning	2,297.60	220,570
		나. 개상 Rebasing U1511     (1) 직접법 Direct Method U1512     (2) 간접법 Indirect Method U1513     나. 개상 Rebasing U1514     다. 조직 조정 Tissue Conditioning	2,906.67	279,040
		다. 조직 조정 Tissue Conditioning U1511     (1) 직접법 Direct Method U1512     (2) 간접법 Indirect Method U1513     나. 개상 Rebasing U1514     다. 조직 조정 Tissue Conditioning	768.13	73,740
차-152		의치수리 Denture Repair 가. 인공치 수리 [1치당] Artificial Tooth Repair 나. 의치상 수리 [1악당] Denture Base Repair		
		가. 인공치 수리 [1치당] Artificial Tooth Repair U1521     가. 인공치 수리 [1치당] Artificial Tooth Repair U1522     나. 의치상 수리 [1악당] Denture Base Repair	765.00	73,440
		나. 의치상 수리 [1악당] Denture Base Repair U1521     가. 인공치 수리 [1치당] Artificial Tooth Repair U1522     나. 의치상 수리 [1악당] Denture Base Repair	1,182.79	113,550
차-153		의치조정 [1악당] Denture Adjustment 가. 의치상 조정 Denture Base Adjustment 나. 교합조정 Occlusal Adjustment		
		가. 의치상 조정 Denture Base Adjustment U1531     가. 의치상 조정 Denture Base Adjustment U1532     나. 교합조정 Occlusal Adjustment	781.72	75,050
		나. 교합조정 Occlusal Adjustment U1531     가. 의치상 조정 Denture Base Adjustment U1532     나. 교합조정 Occlusal Adjustment	348.71	33,480
		나. 교합조정 Occlusal Adjustment U1531     가. 의치상 조정 Denture Base Adjustment U1532     나. 교합조정 Occlusal Adjustment	788.52	75,700
차-154		클라스프 수리 [1악당] Clasp repair 가. 단순 Simple 나. 복잡 Complex		
		가. 단순 Simple U1541     가. 단순 Simple U1542     나. 복잡 Complex	765.00	73,440
		나. 복잡 Complex U1541     가. 단순 Simple U1542     나. 복잡 Complex	1,558.27	149,590

## 제18장 치과의 보철료

### [산정지침]

- (1) 치과에서 치아의 보철을 정착한 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 산정한다.

분류번호	코 드	분 류	점 수	비용(원)
찬-1		레진상 완전틀니(1악당) Resin based complete denture  가. 진단 및 치료계획(1단계)		
	UA101	(1) 치과의원	2,034.86	195,350
	UA102	(2) 치과병원	2,123.33	203,840
	UA103	(3) 병원·정신병원·요양병원	2,313.14	
	UA104	(4) 한방병원	2,162.43	
	UA105	(5) 종합병원	2,409.52	
	UA106	(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속치과병원	2,211.80	212,330
	UA107	(7) 상급종합병원	2,505.90	
	UA108	(8) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원	2,300.27	220,830
	UA109	(9) 보건의료원	2,161.09	
		나. 인상채득(2단계)		
	UA111	(1) 치과의원	3,391.43	325,580
	UA112	(2) 치과병원	3,538.88	339,730
	UA113	(3) 병원·정신병원·요양병원	3,855.23	
	UA114	(4) 한방병원	3,604.04	

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
	UA115	(5) 종합병원	4,015.87	
	UA116	(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속치과병원	3,686.33	353,890
	UA117	(7) 상급종합병원	4,176.50	
	UA118	(8) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원	3,833.79	368,040
	UA119	(9) 보건의료원 다. 약간관계채득(3단계)	3,601.82	
	UA121	(1) 치과의원	2,034.86	195,350
	UA122	(2) 치과병원	2,123.33	203,840
	UA123	(3) 병원·정신병원·요양병원	2,313.14	
	UA124	(4) 한방병원	2,162.43	
	UA125	(5) 종합병원	2,409.52	
	UA126	(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속치과병원	2,211.80	212,330
	UA127	(7) 상급종합병원	2,505.90	
	UA128	(8) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원	2,300.27	220,830
	UA129	(9) 보건의료원 라. 납의치 시적(4단계)	2,161.09	
	UA131	(1) 치과의원	2,713.14	260,460
	UA132	(2) 치과병원	2,831.10	271,790
	UA133	(3) 병원·정신병원·요양병원	3,084.19	
	UA134	(4) 한방병원	2,883.23	
	UA135	(5) 종합병원	3,212.69	

**124 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
찬-2	UA136	(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속치과병원	2,949.07	283,110
	UA137	(7) 상급종합병원	3,341.20	
	UA138	(8) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원	3,067.03	294,430
	UA139	(9) 보건의료원 마. 의치장착 및 조정(5단계)	2,881.46	
	UA141	(1) 치과의원	3,391.43	325,580
	UA142	(2) 치과병원	3,538.88	339,730
	UA143	(3) 병원·정신병원·요양병원	3,855.23	
	UA144	(4) 한방병원	3,604.04	
	UA145	(5) 종합병원	4,015.87	
	UA146	(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속치과병원	3,686.33	353,890
	UA147	(7) 상급종합병원	4,176.50	
	UA148	(8) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원	3,833.79	368,040
	UA149	(9) 보건의료원 임시 레진상 완전틀니(1악당) Interin resin beased complete denture 주 : 완전틀니를 전제로 완전틀니 전 임시 완전틀니를 시술한 경우에 한하여 산정한다.	3,601.82	
	UA201	(1) 치과의원	3,059.81	293,740
	UA202	(2) 치과병원	3,192.84	306,510
	UA203	(3) 병원·정신병원·요양병원	3,478.26	

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
찬-3	UA204	(4) 한방병원	3,251.63	
	UA205	(5) 종합병원	3,623.19	
	UA206	(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속치과병원	3,325.88	319,280
	UA207	(7) 상급종합병원	3,768.12	
	UA208	(8) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원	3,458.91	332,060
	UA209	(9) 보건의료원	3,249.63	
	부분틀니(1악당) Removable partial denture			
	가. 진단 및 치료계획(1단계) Diagnosis and Treatment plan			
	UA301	(1) 치과의원	2,026.68	194,560
	UA302	(2) 치과병원	2,114.77	203,020
	UA303	(3) 병원·정신병원·요양병원	2,114.81	
	UA304	(4) 한방병원	2,114.76	
	UA305	(5) 종합병원	2,202.96	
	UA306	(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속치과병원	2,202.98	211,490
	UA307	(7) 상급종합병원	2,290.96	
	UA308	(8) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원	2,291.06	219,940
	UA309	(9) 보건의료원	2,026.63	
	나. 지대치 형성 및 인상채득(1악당)			
	UA311	(1) 치과의원	2,287.44	219,590
	UA312	(2) 치과병원	2,386.86	229,140
	UA313	(3) 병원·정신병원·요양병원	2,386.96	

분류번호	코 드	분 류	점 수	비용(원)
	UA314	(4) 한방병원	2,386.90	
	UA315	(5) 종합병원	2,486.37	
	UA316	(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속치과병원	2,486.31	238,690
	UA317	(7) 상급종합병원	2,585.78	
	UA318	(8) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원	2,585.77	248,230
	UA319	(9) 보건의료원	2,287.41	
		다. 금속구조물 시적(3단계)		
	UA321	(1) 치과의원	4,868.66	467,390
	UA322	(2) 치과병원	5,080.35	487,710
	UA323	(3) 병원·정신병원·요양병원	5,080.30	
	UA324	(4) 한방병원	5,080.28	
	UA325	(5) 종합병원	5,292.00	
	UA326	(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속치과병원	5,292.01	508,030
	UA327	(7) 상급종합병원	5,503.70	
	UA328	(8) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원	5,503.66	528,350
	UA329	(9) 보건의료원	4,868.60	
		라. 최종 악간관계 채득(4단계)		
	UA331	(1) 치과의원	1,404.48	134,830
	UA332	(2) 치과병원	1,465.58	140,700
	UA333	(3) 병원·정신병원·요양병원	1,465.48	
	UA334	(4) 한방병원	1,465.52	

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
	UA335	(5) 종합병원	1,526.67	
	UA336	(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속치과병원	1,526.56	146,550
	UA337	(7) 상급종합병원	1,587.70	
	UA338	(8) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원	1,587.67	152,420
	UA339	(9) 보건의료원	1,404.49	
		마. 남의치 시적(5단계)		
	UA341	(1) 치과의원	1,389.63	133,400
	UA342	(2) 치과병원	1,450.00	139,200
	UA343	(3) 병원·정신병원·요양병원	1,450.07	
	UA344	(4) 한방병원	1,450.07	
	UA345	(5) 종합병원	1,510.52	
	UA346	(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속치과병원	1,510.43	145,000
	UA347	(7) 상급종합병원	1,570.81	
	UA348	(8) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원	1,570.87	150,800
	UA349	(9) 보건의료원	1,389.58	
		바. 의치장착 및 조정(6단계)		
	UA351	(1) 치과의원	4,527.03	434,590
	UA352	(2) 치과병원	4,723.85	453,490
	UA353	(3) 병원·정신병원·요양병원	4,723.85	
	UA354	(4) 한방병원	4,723.86	
	UA355	(5) 종합병원	4,920.74	

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
찬-4	UA356	(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속치과병원	4,920.73	472,390
	UA357	(7) 상급종합병원	5,117.48	
	UA358	(8) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원	5,117.48	491,280
	UA359	(9) 보건의료원	4,527.06	
		임시 부분틀니(3치 기준) Interin resin beased partial denture  주 : 부분틀니를 전제로 부분틀니전 임시부분 틀니를 시술한 경우에 한하여 산정하되, 추가 1치당 77.91점을 별도 산정한다.	77.91	7,480
	UA411 -UA419	[(1) <sup>1</sup> , (2) <sup>2</sup> , (3) <sup>3</sup> , (4) <sup>4</sup> , (5) <sup>5</sup> , (6) <sup>6</sup> , (7) <sup>7</sup> , (8) <sup>8</sup> , (9) <sup>9</sup> ]		
	UA401	(1) 치과의원	810.30	77,790
	UA402	(2) 치과병원	845.53	81,170
	UA403	(3) 병원·정신병원·요양병원	845.53	
	UA404	(4) 한방병원	845.53	
	UA405	(5) 종합병원	880.76	
찬-5	UA406	(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속치과병원	880.76	84,550
	UA407	(7) 상급종합병원	915.99	
	UA408	(8) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원	915.99	87,940
	UA409	(9) 보건의료원	810.30	
		금속상 완전틀니(1악당) Metal based Complete denture  가. 진단 및 치료계획(1단계)		

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
	UA501	(1) 치과의원	2,034.87	195,350
	UA502	(2) 치과병원	2,123.34	203,840
	UA503	(3) 병원·정신병원·요양병원	2,123.34	
	UA504	(4) 한방병원	2,123.34	
	UA505	(5) 종합병원	2,211.81	
	UA506	(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속 치과병원	2,211.81	212,330
	UA507	(7) 상급종합병원	2,300.29	
	UA508	(8) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속 치과병원	2,300.29	220,830
	UA509	(9) 보건의료원	2,034.87	
		나. 인상 채득 (2단계) Impression Making		
	UA511	(1) 치과의원	4,257.08	408,680
	UA512	(2) 치과병원	4,442.17	426,450
	UA513	(3) 병원·정신병원·요양병원	4,442.17	
	UA514	(4) 한방병원	4,442.17	
	UA515	(5) 종합병원	4,627.26	
	UA516	(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속 치과병원	4,627.26	444,220
	UA517	(7) 상급종합병원	4,812.35	
	UA518	(8) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속 치과병원	4,812.35	461,990
	UA519	(9) 보건의료원	4,257.08	
		다. 악간관계 채득 (3단계) Jaw-Relation Record		

**130 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

분류번호	코 드	분 류	점 수	비용(원)
	UA521	(1) 치과의원	3,333.40	320,010
	UA522	(2) 치과병원	3,478.33	333,920
	UA523	(3) 병원·정신병원·요양병원	3,478.33	
	UA524	(4) 한방병원	3,478.33	
	UA525	(5) 종합병원	3,623.26	
	UA526	(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속 치과병원	3,623.26	347,830
	UA527	(7) 상급종합병원	3,768.19	
	UA528	(8) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속 치과병원	3,768.19	361,750
	UA529	(9) 보건의료원	3,333.40	
		라. 납의치 시적 (4단계) Wax Denture Try-in		
	UA531	(1) 치과의원	2,713.15	260,460
	UA532	(2) 치과병원	2,831.11	271,790
	UA533	(3) 병원·정신병원·요양병원	2,831.11	
	UA534	(4) 한방병원	2,831.11	
	UA535	(5) 종합병원	2,949.08	
	UA536	(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속 치과병원	2,949.08	283,110
	UA537	(7) 상급종합병원	3,067.04	
	UA538	(8) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속 치과병원	3,067.04	294,440
	UA539	(9) 보건의료원	2,713.15	
		마. 의치 장착 및 조정 (5단계)		
	UA541	(1) 치과의원	3,391.44	325,580

분류번호	코드	분류	점수	비용(원)
	UA542	(2) 치과병원	3,538.90	339,730
	UA543	(3) 병원·정신병원·요양병원	3,538.90	
	UA544	(4) 한방병원	3,538.90	
	UA545	(5) 종합병원	3,686.35	
	UA546	(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속 치과병원	3,686.35	353,890
	UA547	(7) 상급종합병원	3,833.80	
	UA548	(8) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원	3,833.80	368,040
	UA549	(9) 보건의료원	3,391.44	
찬-11		치과임플란트(1치당) Dental Implant 가. 진단 및 치료계획(1단계)		
	UB111	(1) 치과의원	1,336.35	128,290
	UB112	(2) 치과병원	1,394.45	133,870
	UB113	(3) 병원·정신병원·요양병원	1,394.45	
	UB114	(4) 한방병원	1,394.45	
	UB115	(5) 종합병원	1,452.56	
	UB116	(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속치과병원	1,452.56	139,450
	UB117	(7) 상급종합병원	1,510.66	
	UB118	(8) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원	1,510.66	145,020
	UB119	(9) 보건의료원 나. 고정체(본체) 식립술(2단계)	1,336.35	
	UB121	(1) 치과의원	5,746.31	551,650

**132 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

분류번호	코 드	분 류	점 수	비용(원)
	UB122	(2) 치과병원	5,996.15	575,630
	UB123	(3) 병원·정신병원·요양병원	5,996.15	
	UB124	(4) 한방병원	5,996.15	
	UB125	(5) 종합병원	6,245.99	
	UB126	(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속치과병원	6,245.99	599,620
	UB127	(7) 상급종합병원	6,495.83	
	UB128	(8) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원	6,495.83	623,600
	UB129	(9) 보건의료원	5,746.31	
		다. 보철수복(3단계)		
	UB131	(1) 치과의원	6,280.86	602,960
	UB132	(2) 치과병원	6,553.94	629,180
	UB133	(3) 병원·정신병원·요양병원	6,553.94	
	UB134	(4) 한방병원	6,553.94	
	UB135	(5) 종합병원	6,827.02	
	UB136	(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속치과병원	6,827.02	655,390
	UB137	(7) 상급종합병원	7,100.10	
	UB138	(8) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원	7,100.10	681,610
	UB139	(9) 보건의료원	6,280.86	

## 제20장 치과의 교정치료료

### [산정지침]

- (1) 치과에서 치과교정 및 악정형 치료를 실시한 경우에는 본 장의 해당 소정점수를 산정 한다.
- (2) 본 장에 기재된 치과교정 및 악정형 치료는 처치 시 사용된 치료재료, 약제, 진찰료가 해당 소정점수에 포함되어 별도 산정하지 아니한다.

분류번호	코드	분류	점 수	비용(원)
참-1		[구순구개열의 치과교정 및 악정형 치료] 술전유아악정형장치치료 Presurgical Infant Orthopedic Appliance (PIOA) or Presurgical Nasoalveolar Molding Appliance (PNAM) Treatment		
	UD110	가. 임상검사, 진단 및 치료계획 수립 Clinical Examination, Diagnosis and Treatment Planning	1,974.78	189,580
	UD120	나. 예비인상, 주인상채득 및 장치제작 Preliminary Impression for Individual Tray, Impression for Working Model and Fabrication of PIOA	3,712.29	356,380
		다. Nasal Stent 제작 Fabrication of Nasal Stent		
	UD131	(1) 편측	2,156.71	207,040
	UD132	(2) 양측	2,476.07	237,700
	UD140	라. PIOA or PNAM 치료 PIOA or PNAM Treatment	6,130.42	588,520
	UD150	마. 구순봉합수술 전 최종결과 검사 Final Evaluation of PIOA Treatment Results before Lip Surgery	1,648.51	158,260
참-2		악궁확장 교정치료 Arch Expansion Treatment		

분류번호	코드	분류	점 수	비용(원)
	UD210	가. 임상검사, 진단 및 치료계획 수립 Clinical Examination, Diagnosis and Treatment Planning	3,439.42	330,180
		나. 인상채득 및 장치제작 Impression Taking and Fabrication of an Expansion Appliance		
	UD221	(1) 고정식 장치 Fixed Type	4,467.96	428,920
	UD222	(2) 가철식 장치 Removable Type	2,548.76	244,680
		다. 악궁확장 치료 Active Treatment Using an Expansion Appliance		
	UD231	(1) 고정식 장치 Fixed Type	5,383.50	516,820
	UD232	(2) 가철식 장치 Removable Type	7,289.56	699,800
		라. 재평가 및 확장장치 재제작 Reassessment and Refabrication of an Expansion Appliance		
	UD241	(1) 고정식 장치 Fixed Type	6,833.56	656,020
	UD242	(2) 가철식 장치 Removable Type	8,710.15	836,170
	UD250	마. 악궁확장 치료 종료 및 보정 Finishing of Expansion Treatment and Retainer Fabrication	3,729.12	358,000
		바. 유지장치 제작 Fabrication of Lingual Arch or Removable Retainer		
	UD261	(1) 고정식 설측호선 유지장치 Lingual Arch	3,228.08	309,900
	UD262	(2) 가철식 유지장치 Removable Retainer	2,031.03	194,980
		사. 유지장치 재제작 Refabrication of Lingual Arch or Removable Retainer		

분류번호	코드	분류	점 수	비용(원)
참-3	UD271	(1) 고정식 설측호선 유지장치 Lingual Arch	3,228.08	309,900
	UD272	(2) 가철식 유지장치 Removable Retainer	2,105.25	202,100
		상악 전치부 배열을 위한 고정식 교정치료 Fixed Treatment for Leveling and Alignment of Maxillary Anterior Teeth		
	UD310	가. 임상검사, 진단 및 치료계획 수립 Clinical Examination, Diagnosis and Treatment Planning	3,125.24	300,020
		나. 상악 전치부 배열을 위한 고정식 교정치료 Fixed Orthodontic Treatment for Upper Anterior Aligning		
	UD321	(1) 교정장치 부착	12,497.00	1,199,710
	UD322	(2) 치아배열	14,579.84	1,399,660
	UD323	(3) 마무리조절	14,579.84	1,399,660
	UD330	다. 교정치료 종료 및 보정 Finishing of Fixed Orthodontic Treatment for Upper Anterior Aligning	6,222.12	597,320
		라. 유지장치 재제작 Refabrication of Fixed Retainer or Removable Retainer		
참-4	UD341	(1) 고정식 유지장치 Fixed Retainer	2,083.94	200,060
	UD342	(2) 가철식 유지장치 Removable Retainer	2,143.04	205,730
		악정형 교정치료 Orthopedic Treatment		
	UD410	가. 임상검사, 진단 및 치료계획 수립 Clinical Examination, Diagnosis and Treatment Planning	3,776.54	362,550
	UD420	나. 인상채득 및 구강 내 장치제작 Impression Taking and Fabrication of Intraoral Appliance	3,329.56	319,640

분류번호	코드	분류	점 수	비용(원)
참-5 참-6	UD430	다. 악정형 치료 Dentofacial Orthopedic Treatment	9,638.79	925,320
	UD431	주 : 구외장치 교체 시 재료대의 비용으로 1회당 10,000원을 4회 이내에 한하여 별도 산정 한다.		
	UD440	라. 재평가 및 구강 내 장치 재제작 Reassessment and Refabrication of Intraoral Appliance	7,516.42	721,580
	UD450	마. 악정형 치료 종료 및 보정 Finishing of Orthopedic Treatment and Retention	3,970.77	381,190
		바. 유지장치 재제작 Refabrication of Lingual Arch or Removable Retainer		
	UD461	(1) 고정식 설측호선 유지장치 Lingual Arch	3,228.08	309,900
	UD462	(2) 가철식 유지장치 Removable Retainer	2,073.00	199,010
	UD500	성장관찰 Growth Observation	6,035.30	579,390
		고정식 교정장치를 이용한 교정치료 Comprehensive Fixed Orthodontic Treatment		
	UD610	가. 임상검사, 진단 및 치료계획 수립 Clinical Examination, Diagnosis and Treatment Planning	3,434.16	329,680
		나. 고정식 교정장치를 이용한 교정치료 Orthodontic Treatment Using Fixed Orthodontic Appliances		
	UD620	주 : 한 악당 2개 이상 치아(사랑니, 과잉치 제외)의 발치 또는 선천적 결손치 공간에 공간 폐쇄 및 재평가를 한 경우에 11,160.68점을 1회에 한하여 별도 산정하되, 상악과 하악 동시에 실시하여도 1회만 산정한다.	11,160.68	1,071,430

분류번호	코드	분류	점 수	비용(원)
참-7	UD621	(1) 교정장치 부착	22,160.89	2,127,450
	UD622	(2) 치아배열	23,545.94	2,260,410
	UD623	(3) 마무리 조절	23,545.94	2,260,410
	UD630	다. 교정치료 종료 및 보정 Finishing of Fixed Orthodontic Treatment	11,063.46	1,062,090
		라. 유지장치 재제작 Refabrication of Fixed Retainer or Removable Retainer		
	UD641	(1) 고정식 유지장치 Fixed Retainer	3,070.91	294,810
	UD642	(2) 가철식 유지장치 Removable Retainer	3,019.47	289,870
	UD650	마. 골신장술을 동반한 교정치료 Orthodontic Treatment with Distraction Osteogenesis	24,679.68	2,369,250
	UD660	바. 악교정수술을 동반한 교정치료 Orthodontic Treatment with Orthognathic Surgery	13,567.48	1,302,480
	UD700	치조골 이식술을 위한 구개축 호선 제작 Fabrication of Lingual Arch for Alveolar Bone Graft	3,228.08	309,900

## 제3부 행위 비급여 목록

### 제1장 기본진료료

#### 고-1 교육·상담료

- 주 : 1. 당뇨병, 고혈압 등 특정환자 및 질환(별표 1. 대상환자(질환))에 대하여 교육·상담 등을 통하여 환자가 자신의 질병을 이해하고 합병증을 예방할 있도록 관리체계를 수립한 경우에 산정한다.
2. 교육은 담당의사의 지시하에 실시하며, 교육자는 미리 계획된 교육프로그램에 의해 실시한 교육 관련내용을 진료기록부에 기록·관리하여야 한다.(별표1의 ‘2. 교육자, 3. 교육 내용 및 방법’ 참조).
3. 요양기관별로 교육자 중 상근하는 교육전담인력을 배치하여야 하며, 교육이 원활히 이루어질 수 있는 별도의 공간을 확보하고 교육별로 전과정을 30분 이상 실시하여야 한다.(별표의 ‘2. 교육자, 3. 교육내용 및 방법’ 참조)
4. 교육프로그램 전과정을 포함한 비용을 1회 산정하며, 이 비용에는 교육프로그램 일부내용의 반복교육 및 추후관리가 포함된다.(별표의 ‘4. 기타’ 참조) 단, 치태 조절교육의 경우는 평생 1회 산정한다.
5. 교육시작 전 소정양식의 ‘교육·상담료 점검표 및 환자동의서’를 작성하여야 한다.  
(별지 참조)
6. 권고사항  
요양기관은 질환별로 교육·상담을 실시 한 후에는 환자의 만족도, 건강상태 변화 수준 등의 효과평가와 실시현황을 별도 관리하여 교육·상담의 질향상을 위해 노력 한다.

## (별표)

## 1. 대상환자(질환)

- 가. 당뇨병교육(AZ001) : “한국표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드 E10, E11, E12, E13, E14
- 나. 고혈압교육(AZ002) : “한국표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드 I10, I11, I12, I13, I15
- 다. 고지혈증교육(AZ008) : “한국표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드 E78
- 라. 재생불량성빈혈교육(AZ009) : “한국표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드 D60, D61
- 마. 유전성대사장애질환교육(AZ010) : “한국표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드 E70, E71, E72, E73, E74, E75, E76, E83.0
- 바. 난치성뇌전증교육(AZ011) : “한국표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드 G40, G41
- 사. 치태조절교육(AZ007) : “한국표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드 KO2, KO5

## 2. 교육자

- 가. 교육자는 관련분야에 대해 전문적 지식과 경험이 풍부한 전문 인력으로 하며, 요양 기관별로 교육자 중 상근하는 교육전담자(교육 관련 업무 외에 환자관리 등의 업무를 하지 않는 자)를 두어야 한다. 다만, 치태조절교육은 상근 교육전담자 및 별도의 공간 확보 사항은 예외로 한다.
- 나. 교육별 필수교육자는 다음과 같이 한다.
  - 당뇨병교육, 고혈압교육, 고지혈증교육, 재생불량성빈혈교육, 유전성대사장애 질환교육, 난치성뇌전증교육 : 의사, 간호사, 영양사
  - 치태조절교육 : 치과의사, 치위생사
- 다. 교육자 중 간호사와 영양사는 다음에 해당하는 자로 한다.
  - 간호사 : 해당분야 실무경력 3년 이상인 자
  - 영양사 : 국민영양관리법 제23조에 따른 임상영양사

### 3. 교육 내용 및 방법

교육자는 교육의 내용·횟수·간격 등에 대한 계획을 하고 해당 요양기관 임상과 또는 관련학회 등의 자문을 받은 자료를 이용하여 미리 계획된 교육프로그램에 의해 질환의 치료 및 합병증 예방 등 자가관리를 할 수 있는 포괄적인 내용을 교육(집단 또는 개별교육)하여야 한다.

### 4. 기타

- 가. 소아환자 등 환자가 독립적으로 교육받기 곤란한 경우에는 보호자를 대상으로 교육한 경우에도 산정할 수 있다.
- 나. 의원급 요양기관에서 만성질환관리료 산정대상질환에 대한 교육을 실시한 경우에는 “가14 만성질환관리료”를 산정한다.

## (별지)

(앞쪽)

## 교육·상담료 점검표 및 환자동의서

환자성명(병록번호)		생년월일(성별)	-
교육·상담일자	년월일	교육시간	총분
집단/개별교육구분	<input type="checkbox"/> 집단 <input type="checkbox"/> 개별		
주진단코드		기타진단코드	1. 2. 3.

1. 교육상담 대상환자(질환) (해당항목□에 √ 표기)			
<input type="checkbox"/> 당뇨병	<input type="checkbox"/> 고혈압	<input type="checkbox"/> 고지혈증	<input type="checkbox"/> 재생불량성빈혈
<input type="checkbox"/> 유전성대사장애질환	<input type="checkbox"/> 난치성뇌전증	<input type="checkbox"/> 치주질환	
2. 교육상담 전 점검사항 (해당항목□에 √ 표기)			
2.1 의사지시 유무	<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음	
2.2 별도 교육공간	<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음	
3. 교육자 관련 점검사항 (해당항목□에 √ 표기)			
3.1 필수교육자 여부 및 성명			
<input type="checkbox"/> 의사:	<input type="checkbox"/> 간호사:	<input type="checkbox"/> 영양사:	
<input type="checkbox"/> 치과의사:	<input type="checkbox"/> 치위생사:		
3.2 교육자 자격기준			
1) 간호사: 해당 분야 실무경력 3년이상	<input type="checkbox"/> 해당	<input type="checkbox"/> 해당되지 않음	
2) 영양사: 영양사 실무경력 1년 이상 등(세부 자격기준: 뒷면 고시 기준 참조)			
<input type="checkbox"/> 해당	<input type="checkbox"/> 해당되지 않음		
3.3 상근교육자			
1) 상근교육자 유무	<input type="checkbox"/> 있음(성명:)	<input type="checkbox"/> 없음	
2) 상근교육자 직종	<input type="checkbox"/> 의사	<input type="checkbox"/> 간호사	<input type="checkbox"/> 영양사
4. 교육프로그램 관련 점검사항 (해당항목□에 √ 표기)			
4.1 사전 계획된 교육프로그램 여부	<input type="checkbox"/> 해당	<input type="checkbox"/> 해당되지 않음	
4.1.1 교육자료 자문여부(요양기관 임상과 또는 관련학회 자문받은 자료)			
<input type="checkbox"/> 해당	<input type="checkbox"/> 해당되지 않음		
4.2 전과정 교육시간 30분 이상	<input type="checkbox"/> 해당	<input type="checkbox"/> 해당되지 않음	
4.3 자가판리를 할 수 있는 포괄적인 내용 여부	<input type="checkbox"/> 해당	<input type="checkbox"/> 해당되지 않음	
5. 환자동의서			
본인은 상기질환에 비급여항목인 '교육·상담(고-1)'을 받는 것에 동의합니다.			
20__년__월__일			
성명: _____ (서명) 관계: _____			
연락처: _____			

(뒷쪽)

**'고-1 교육상담료' 산정관련 고시기준**

- 주: 1. 당뇨병, 고혈압 등 특정환자 및 질환(별표 1. 대상환자(질환))에 대하여 교육·상담 등을 통하여 환자가 자신의 질병을 이해하고 합병증을 예방할 수 있도록 관리체계를 수립한 경우에 산정한다.
2. 교육은 담당의사의 지시하에 실시하며, 교육자는 미리 계획된 교육프로그램에 의해 실시한 교육 관련내용을 진료 기록부에 기록·관리하여야 한다.(별표1의 '2.교육자, 3.교육 내용 및 방법' 참조).
3. 요양기관별로 교육자 중 상근하는 교육전담인력을 배치하여야 하며, 교육이 원활히 이루어질 수 있는 별도의 공간을 확보하고 교육별로 전과정을 30분 이상 실시하여야 한다.(별표의 '2.교육자, 3.교육내용 및 방법' 참조)
4. 교육프로그램 전과정을 포함한 비용을 1회 산정하며, 이 비용에는 교육프로그램 일부내용의 반복교육 및 추후 관리가 포함된다.(별표의 '4.기타' 참조) 단, 치태조절교육의 경우는 평생 1회 산정한다.
5. 교육시작 전 소정양식의 '교육·상담료 점검표 및 환자동의서'를 작성하여야 한다.(별지참조)
6. 권고사항 :
- 요양기관은 질환별로 교육·상담을 실시한 후에는 환자의 만족도, 건강상태 변화 수준 등의 효과평가와 실시 현황을 별도 관리하여 교육·상담의 질향상을 위해 노력한다.

(별표)

## 1. 대상환자/대상질환

- 가. (AZ001)당뇨병교육 : "한국표준질병·사인분류표"에 의한 질병코드 E10, E11, E12, E13, E14
- 나. (AZ002)고혈압교육 : "한국표준질병·사인분류표"에 의한 질병코드 I10, I11, I12, I13, I15
- 다. (AZ008)고지혈증교육 : "한국표준질병·사인분류표"에 의한 질병코드 E78
- 라. (AZ009)재생불량성빈혈교육 : "한국표준질병·사인분류표"에 의한 질병코드 D60, D61
- 마. (AZ010)유전성대사장애질환교육 : "한국표준질병·사인분류표"에 의한 질병코드 E70, E71, E72, E73, E74, E75, E76, E83, 0
- 바. (AZ011)난치성뇌전증교육 : "한국표준질병·사인분류표"에 의한 질병코드 G40, G41
- 사. (AZ007)치태조절교육 : "한국표준질병·사인분류표"에 의한 질병코드 K02, K05

## 2. 교육자

- 가. 교육자는 관련분야에 대해 전문적 지식과 경험이 풍부한 전문 인력으로 하며, 요양기관별로 교육자 중 상근하는 교육전담자(교육 관련 업무 외에 환자관리 등의 업무를 하지 않는 자)를 두어야 한다. 다만, 치태조절교육은 상근 교육전담자 및 별도의 공간 확보 사항은 예외로 한다.
- 나. 교육별 필수교육자는 다음과 같이 한다.
- 당뇨병교육, 고혈압교육, 고지혈증교육, 재생불량성빈혈교육, 유전성대사장애질환교육, 난치성뇌전증 교육 : 의사, 간호사, 영양사
  - 치태조절교육 : 치과의사, 치위생사
- 다. 교육자 중 간호사와 영양사는 다음에 해당하는 자로 한다.
- 간호사 : 해당분야 실무경력 3년 이상인 자
  - 영양사 : 국민영양관리법 제23조에 따른 임상영양사

## 3. 교육 내용 및 방법

교육자는 교육의 내용·횟수·간격 등에 대한 계획을 하고 해당 요양기관 임상과 또는 관련학회 등의 자문을 받은 자료를 이용하여 미리 계획된 교육프로그램에 의해 질환의 치료 및 합병증 예방 등 자가관리를 할 수 있는 포괄적인 내용을 교육(집단 또는 개별교육)하여야 한다.

## 4. 기타

- 가. 소아환자 등 환자가 독립적으로 교육받기 곤란한 경우에는 보호자를 대상으로 교육한 경우에도 산정할 수 있다.
- 나. 의원급 요양기관에서 만성질환관리료 산정대상질환에 대한 교육을 실시한 경우에는 "가14 만성질환관리료"를 산정한다.

## 제2장 검사료

분류번호	코드	분류
		[치아검사]
노-916	EZ916	교합음도검사
노-917	EZ917	구취측정
노-918	EZ918	치아우식활성도검사
노-919	EZ919	타액검사 [분비율, 점조도, PH, 완충기능검사]
노-920	EZ920	하악과두위치와 운동검사 및 분석(Axiograph 이용)
노-921	EZ921	하악과두위치와 운동검사 및 분석 (Mandibular Position Indicator 이용)
너-934	EX934	인상채득 및 모형제작 [1악당] Impression Taking and Cast Construction

## 제3장 영상진단 및 방사선 치료료

### 제1절 방사선일반영상진단료

분류번호	코드	분류
도-1	GZ001	규격화 치근단 사진공제술 Standardized Periapical Subtraction Radiography

## 제9장 처치 및 수술료 등

### 제1절 처치 및 수술료

분류번호	코드	분류
조-375	QZ375	[입, 이하선] 타액선내시경술 Sialendoscopy ◦ 목적 : 타액선 질환의 진단 및 타석 제거와 타액선관 확장 시술

분류번호	코드	분류
		<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 대상 : 타액선 의심환자 및 타액선 질환자</li> <li>◦ 방법 : 타액선관내로 내시경을 삽입하여 광원 장치로부터 발생한 빛이 대물렌즈를 통해 화성이 전달되는 원리를 이용해 타액선관내를 진단하고, 타석의 경우 바구니와 겸자를 이용해 타석을 제거하며 협착증은 내시경을 통과시켜 확장시킴</li> </ul>

## 제10장 치과처치 · 수술료

### 제1절 치아질환 처치

분류번호	코드	분류
초-1	UZ001	보철물 장착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core
초-2	UZ002	접착 아말감 수복 Bonded Amalgam Restoration
초-3	UZ003	핀 유지형 수복 Pin Retained Restoration
초-4	UZ004	인레이(Inlay) 및 온레이(Onlay) 간접충전(금 등을 사용한 충전치료)
초-6	UZ006	광중합형 글래스 아이오노머 시멘트(Glass Ionomer Cement) 충전

### 제2절 수술후 처치, 치주조직의 처치 등

분류번호	코드	분류
초-31	UZ031	구강보호장치
초-32	UZ032	구취의 해석 및 진단, 구취처치
초-33	UZ033	금속교합안정장치
초-34	UZ034	대구치직립이동
초-35	UZ035	레진수지관스프린트
초-36	UZ036	이갈이장치
초-37	UZ037	인공치은
초-38	UZ038	치간이개 심미적폐쇄술(교정력을 이용한 경우, 복합레진축조술의 경우)

분류번호	코드	분류
초-39	UZ039	코골이장치
초-41	UZ041	임시수복치관내고정술 Intracoronal Splinting
초-42	UZ042	교합장치 Occlusal Appliance 가. 교합안정장치
	UZ043	나. 즉시전방교합장치
	UZ044	다. 연성교합안정장치
	UZ045	라. 전방재위치교합장치
	UZ046	마. 교합장치의 조정, 첨상, 재건

### 제3절 구강악안면 수술

분류번호	코드	분류
초-81	UZ081	신속한 교정치료를 위한 피질골절단술
초-82	UZ082	자가치아 이식술 Tooth Autotransplantation
초-83	UZ083	생체조직처리 자가골이식술 [골형단백(BMP)을 추출하여 시행하는 경우] Tissue Engineering Auto Bone Graft
처-41	UX041	치관노출술 [1치당] Surgical Uncovering

### 제4절 치주질환 수술

분류번호	코드	분류
초-111	UZ111	치은작색제거술
초-112	UZ112	잇몸웃음교정술
초-113	UZ113	심미적 치관형성술
초-114	UZ114	치아 외과적 정출술[1치당]

[별첨]

**국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙**

[별표 2] <개정 2023. 12. 28.>

**비급여대상(제9조제1항관련)**

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
  - 가. 단순한 피로 또는 권태
  - 나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
  - 다. 발기부전(imotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
  - 라. 단순 코골음
  - 마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
  - 바. 검열반 등 안과질환
  - 사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
  - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름 살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
  - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
  - 다. 치과교정. 다만, 선천성 기형으로 저하된 씹는 기능 및 발음 기능을 개선하기 위한 치과교정으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
  - 라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱열굴(악안면) 교정술
  - 마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
  - 바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
  - 사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료

- 아. 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료
3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
- 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이가입자등에게 실시하는 건강검진 제외)
- 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
- 다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전체 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
- 라. 불소부분도포, 치면열구전색(치아흡메우기) 등 치아우식증(충치) 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하인 사람의 치아 중 치아우식증(충치)이 생기지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 대한 치면열구전색(치아흡메우기)은 제외한다.
- 마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료
- 바. 유전성질환 등 태아 또는 배아의 이상유무를 진단하기 위한 유전학적 검사
- 사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료
- 아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료
4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료
- 가. 가입자등이 다음 표에 따른 요양기관으로서 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 1인(「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관 및 제3호나목에 따른 치과병원의 경우 3인 이하)이 입원할 수 있는 병상 (이하 “상급병상”이라 한다)을 이용한 경우에는 다음 표의 구분에 따라 부담하는 비용. 다만, 격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우에는 비급여대상에서 제외한다.

요양기관 구분	비용
「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관	
「의료법」 제3조제2항제3호나목에 따른 치과병원	
「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원 중 진료과목에 소아청소년과 또는 산부인과를 둔 병원으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건을 갖춘 병원(이하 “아동·분만병원”이라 한다)	제8조에 따라 고시한 요양급여대상인 입원료(이하 “입원료”라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용비용
상급종합병원	
「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료 기관(치과병원 및 아동·분만병원은 제외한다)	입원실 이용 비용 전액

- (1) 의료법령에 따라 허가를 받거나 신고한 병상 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(이하 “일반병상”이라 한다)을 다음의 구분에 따라 운영하는 경우. 다만, 건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.
- (가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항 제1호의 의원급 의료기관(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상에 분만실이 포함된 경우만 해당한다), 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기(周產期) 전문병원(종합병원은 제외한다), 아동·분만 병원(분만병원만 해당한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 1 이상 확보할 것
- (나) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항 제1호의 의원급 의료기관(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상에 분만실이 포함된 경우는 제외한다), 같은 항 제3호나목의 치과병원, 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기 전문병원(종합병원만 해당한다) 및 아동·분만병원(아동병원만 해당한다): 일반병상을 총 병상의 2분의 1 이상 확보할 것
- (다) 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만 병원을 제외한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 3 이상 확보할 것

(라) 「의료법」 제3조제2항제3호바목의 종합병원 및 같은 법 제3조의4제1항에 따른 지정을 받은 상급종합병원: 일반병상을 총 병상의 5분의 4 이상 확보 할 것

(2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우

나. 가목에도 불구하고 다음 각 항목에 해당하는 경우에는 다음의 구분에 따른 비용

(1) 가입자등이 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다. 이하 같다) 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반 병상(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 제외한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우: 제8조제4항 전단에 따라 고시한 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

(2) 가입자등이 가목(1)에서 정한 요건을 갖춘 상급종합병원, 종합병원, 병원 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제25조에 따라 호스피스전문기관으로 지정된 요양기관에서 1인실 병상을 이용 하여 같은 법 제28조에 따른 호스피스·완화의료를 받는 경우(격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우, 임종실을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다): 제8조제4항 전단에 따라 고시한 호스피스·완화의료 입원실의 입원료 중 4인실 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

다. 선별급여를 받는 사람이 요양급여비용 외에 추가로 부담하는 비용

라. 법 제51조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다.

마. 친자확인을 위한 진단

바. 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시 한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 65세 이상인 사람의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.

- 사. 및 아. 삭제 <2002.10.24>
- 자. 제8조에 따라 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의 약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제
- 차. 삭제 <2006.12.29>
- 카. 삭제 <2018. 12. 31.>
- 타. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용
- 파. 「마약류 관리에 관한 법률」 제40조에 따른 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용
- 하. 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함하되, 같은 규칙 제3조제3항에 따라 서류를 송부 받은 경우와 같은 규칙 제3조의4에 따른 신의료기술평가 결과 안전성·유효성을 인정 받지 못한 경우에는 제외한다). 다만, 제11조제9항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 따라 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함한다)는 제외한다.
- 거. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제10항제2호에 따른 제한적 의료기술
- 너. 「의료기기법 시행규칙」 제32조제1항제6호에 따른 의료기기를 장기이식 또는 조직 이식에 사용하는 의료행위
- 더. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료

5. 삭제 <2006.12.29>

6. 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원 진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호아목, 제3호아목 및 제4호더목은 다음 각 목에서 정하는 경우에 한정한다.

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료

나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제

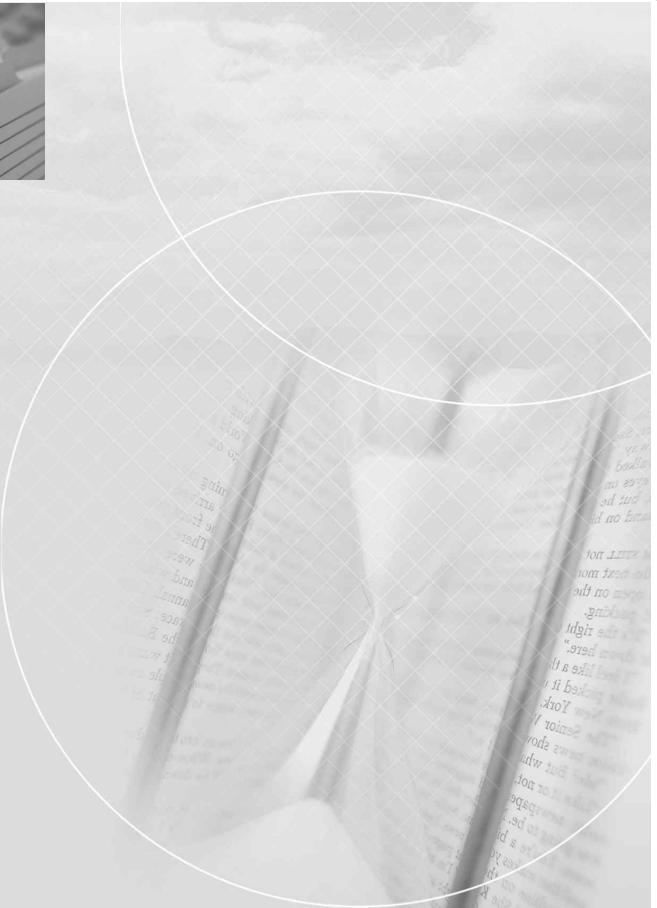
6의2. 영 제21조제3항제3호에 따른 호스피스·완화의료 입원진료의 경우에는 제1호부터 제3호까지, 제4호나목(2)·더목에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호 사목, 제3호아목 및 제4호더목은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료에 한정한다.

7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우
  - 가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법
  - 나. 한약침약 및 기상한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제
8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제5조제4항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.



치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준

## 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항





## I. 행 위

### 일반사항

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	주 2회의 개념	<p>건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수 제1편 제2부 각 장에 분류된 분류항목의 '주'에 주 2회 이내만 산정한다고 함은 실시 간격에 관계없이 주 2회까지 산정할 수 있음을 의미함. 다만, 1일 2회 이상 실시한 경우에는 1회만 산정할 수 있음.</p> <p>(고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)</p>
	의사·약사의 본인진료 및 조제시 요양급여 비용 산정방법	<p>의사가 자신의 질병을 직접 진찰하거나 투약, 치료하는 등 본인 진료시에는 사용한 약제 및 치료재료만 실거래 가격으로 보상함. 또한, 약사 본인이 본인의 의약품을 조제한 경우에도 기술료를 제외한 의약품비만 실거래 가격으로 보상함.</p> <p>(고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)</p>
	환자에게 퇴원 권유 하였으나 불응시 급여 여부	<ol style="list-style-type: none"> <li>국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에 의거 입원은 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하도록 명시되어 있으며 이는 피로회복, 통원불편 등으로 인한 불필요한 입원을 지양하고 적정진료를 유도하기 위한 것임.</li> <li>입원중인 환자의 상병 및 질병이 그 상태가 양호하여 담당 의사의 소견 상 퇴원하여 통원치료가 가능하다고 객관적으로 판단되어 환자에게 퇴원을 권유하였으나, 이에 불응할 시 보험급여에 관하여 제한 조치를 할 수 있는 자는 국민건강보험법 제53조에 의하여 보험자가 되므로 요양기관이 일방적으로 일반환자로 전환 조치하는 등의 급여를 제한하는 것은 부당함.</li> <li>따라서 요양기관은 환자가 요양에 관한 지시에</li> </ol>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>따르지 아니한 경우에는 그 지시 내용, 진료 경위, 담당 의사의 소견서 등 보험자가 상기 규정에 의한 급여의 제한 조치 결정에 필요한 사실을 통보하여 그에 관한 보험자의 결정에 따라 조치하여야 함.</p> <p>4. 또한 요양기관의 퇴원지시에도 불구하고 부득이한 사유로 장기 입원진료를 하게 되는 경우에는 요양 급여비용 청구시 명세서 여백에 그 사유를 기재하거나 증빙자료 등을 첨부함으로써 심사에 참고하도록 할 수 있음.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-193호, '18.10.1. 시행)</p>
	15세 이하 아동에 대한 입원진료 시 본인부담률 적용 방법	<p>'15세 이하 아동에 대한 입원진료비'는 '국민건강보험법 시행령' [별표2] 제3호의 규정에 의하여 요양급여비용의 본인부담률에 따라 다음과 같이 산정함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 대상     15세 이하 아동</p> <p>나. 기간     입원 중 본인부담률이 변경되는 경우에는 해당 연령이 되는 날을 기산점으로 본인부담률을 산정함. 다만, 신생아 및 2세 미만 영유아의 입원 진료비는 해당 세부사항 고시에 따름.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2023-240호, '24.1.1. 시행)</p>
	예약진료시 본인일부 부담금산정특례 적용 여부	<p>검사 등 진료를 예약하는 경우 환자가 그 비용을 선납 하였을지라도 해당 비용의 청구는 검사 등 진료가 실시된 날을 기준으로 함을 원칙으로 하며, 추가 발생 되는 진료비용은 일자별로 정산토록 하고 있으므로 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 해당되는 날에 검사(치료)를 실시한 경우에는 동 기준에 의한 입원 본인부담률이 적용됨. 그러나 본인일부부담금 산정 특례에 관한 기준에 해당되는 날에 검사(치료)를 예약 하였다 하더라도 실제 검사(치료)가 실시된 날이 동</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>기준에 해당되지 아니한 날이라면 입원본인부담률은 적용할 수 없음.</p> <p>(고시 제2003-65호, '03.12.1. 시행)</p>
	왕진료 진료수가 산정 방법	<p>1. 요양급여를 받을 수 있는 건강보험 가입자 또는 피부양자가 질병, 부상 및 출산 등으로 인하여 진료를 받아야 할 필요성이 있으나 보행이 곤란하거나 또는 불가능하여 환자나 환자보호자의 요청에 의하여 의사가 '왕진'을 한 경우진료수가 산정방법은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다음 -</p> <p>가. 진찰료 : 초진 및 재진 진찰료는 제1장 기본 진료료 [산정지침] 1. 진찰료 산정기준에 의하여 산정함.</p> <p>나. 진료료 : 초진 및 재진 진찰료 이외의 처치 및 수술료 등에 대하여는 진료행위별로 소정수기료를 산정함.</p> <p>다. 기타 비용 : 환자나 환자보호자의 요청에 의하여 의사가 왕진을 한 경우 그에 소요되는 기타 비용 (교통비 등)은 거리 및 소요시간 등을 참작하여 사회통념상 인정할 수 있는 실비 범위내에서 본인이 부담하도록 함.</p> <p>라. 위 사항 이외는 별도 산정하거나 본인부담시킬 수 없음.</p> <p>2. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설(「노인장기 요양보험법」에 따른 장기요양기관을 포함)은 계약 의사나 협약의료기관의사에 의하여 건강관리가 이루어지고 있고 시설내 처방전 발행이 가능하므로 별도의 왕진료를 산정할 수 없음. 다만, 노인복지법에 의한 노인복지주택 거주자가 상기 1.에 해당하는 경우에는 산정 가능함</p> <p>(고시 제2023-102호, '23.6.1. 시행)</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	장비에 따라 진료수가 차등 적용할 수 있는지 여부	<p>상대가치점수는 요양급여에 소요되는 업무의 양과 인력, 시설, 장비 등 자원의 양, 위험도가 포함되어 있으며 시설, 장비 자원의 양은 동일한 행위라도 요양기관에 따라 다를 수 있어 평균적 개념으로 포함되어 있음. 따라서 요양기관이 새로운 장비를 도입하였다 하더라도 실시한 검사, 처치 및 수술 등을 건강보험 행위·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수에 의한 소정항목에 따라 산정하여야 함.</p> <p>(고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)</p>
	신의료행위 관련 진료시 요양급여 인정범위	<p>건강보험 적용대상자의 진료목적이 건강진단, 미용 목적의 성형수술 등과 같이 명백하게 비급여대상으로 신의료 행위를 시술할 경우에는 진찰료를 포함한 모든 진료비는 요양급여 대상이 될 수 없으나, 질병자체가 건강보험요양급여대상에 해당하는 경우로 진료담당 의사가 진찰, 처치 및 수술 등을 실시할 경우에는 신의료 행위(비급여대상 진료)를 제외한 모든 진료비에 대해서는 보험급여 대상이 됨.</p> <p>(고시 제2011-10호, '11.2.1. 시행)</p>
	새로 결정된 보험 인정 기준 적용시기	<p>새로 결정된 보험 인정기준의 적용시기에 대하여 국민건강보험법령(고시포함) 사항에 대한 해석은 당해 사항 시행일로부터 적용되므로 설사 어떤 사안에 대하여 질의가 있어 그에 대한 회신이 시행일 이후에 있더라도 그 법령의 효력이 발생되는 시기는 시행일부터 적용되는 것임. 그러나 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙에 의거 새로운 수가 적용기준을 신설하거나 급여·비급여대상을 결정하여 시달할 경우에는 적용시기를 명시하지 아니하였으면 해석을 시달한 날을 기준으로 요양급여비용 산정 및 심사에 적용하여야 할 것임. 다만, 종전의 기준을 변경하거나 필요하다고 판단되는 경우에는 요양급여비용 산정 및 심사상의 문제점 등을 고려하여 적절한 적용시기를 명기하고 있음.</p> <p>(고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	요양급여의 절차와 요양급여의 신청에 대하여	<p>1. 건강보험증 또는 신분증명서의 경우 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제3조제1항의 규정에 따라 요양급여를 신청한 날(가입자 등이 의식불명 등 자신의 귀책사유 없이 건강보험증 또는 신분증명서를 제시하지 못한 경우에는 가입자등임이 확인된 날로 한다)부터 14일 이내에 건강보험증 또는 신분증명서를 제출하는 경우에는 요양급여를 신청한 때에 건강 보험증 또는 신분증명서를 제출한 것으로 간주할 수 있지만, 요양급여의뢰서 등은 1단계 요양급여를 받은 후 2단계 요양급여를 받도록 한 동규칙 제2조 제1항의 규정과 요양급여의 절차의 마련 취지 등을 볼 때 상급종합병원에서 우선 요양급여를 받고 사후에 1단계 요양급여를 받아서 요양급여의뢰서를 발급 받아 이를 제출하는 것은 2단계 요양급여로 인정할 수 없음</p> <p>2. 또한 동규칙 제3조제2항에서는 가입자 등이 요양 급여신청시 건강보험증 또는 신분증명서를 제출하지 못하는 경우 가입자등 또는 요양기관이 공단에 자격 확인을 요청하는 경우 공단은 지체없이 이를 확인 하여 그 결과를 통보해 주도록 규정하고 있으며 이 경우 자격확인을 요청한 때에 건강보험증 또는 신분증명서를 제출한 것으로 봄</p> <p>(고시 제2018-269호, '19.1.1. 시행)</p>
	요양기관의 시설·인력 및 장비 등의 공동이용 시 요양급여비용 청구에 관한 사항	<p>1. 의료법 제39조(시설 등의 공동이용) 및 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용 기준 및 방법 제1호 마목에 의하여 요양기관의 시설 · 인력 및 장비 공동이용이 가능하도록 규정하고 있는 바, 동 시설·장비 등을 공동으로 이용하고자 하는 요양 기관은 공동이용기관임을 확인할 수 있는 서류(요양 기관 대표자의 확인이 되어 있는 공동계약서 사본 등)를 건강보험심사평가원에 제출한 후 공동 이용</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>하여야 하며, 해당 항목의 요양급여비용은 실제 환자를 진료하고 있는 요양기관에서 청구하여야 함.</p> <p>2. 다만, 물리치료, 검체검사 및 FULL PACS 등과 같이 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대 가치점수」 등에서 별도의 시설·장비 및 인력에 대한 기준을 규정하고 있는 항목에 대하여는 이를 우선 적용하는 것이 원칙이므로 타 요양기관과 시설·장비 및 인력의 공동이용은 인정하지 아니함.</p> <p>(고시 제2008-5호, '08.2.1. 시행)</p>
법정 진료과목 미달 요양기관의 종별가 산율등 적용 기준		<p>법정진료과목 요건 미달 종합병원에 대하여 요양기관 종별 가산율은 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대 가치점수 제1편 제1부 급여 일반원칙 II3.에 의거하여 병원의 종별가산율을 적용하되, 본인일부 부담금 및 기본진료료 등은 종합병원으로 적용함.</p> <p>(고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)</p>
처방전 재발급시 요양 급여비용 산정방법		<p>처방전 재발급을 위해 의료기관에 내원시 요양급여 비용의 산정은 다음과 같이 함.</p> <p>- 다음 -</p> <p>가. 처방전 사용기간 경과 후 재발급시</p> <p>: 처방전에 기재된 '사용기간'은 환자가 동 처방전에 의하여 조제 받을 수 있는 유효기간으로서, 이 기간이 경과한 때에는 그 사유와 관련 없이 종전 처방전에 의하여 조제 받을 수 없음. 따라서 처방전을 재발급 받기 위해서는 의료기관에 재차 내원하여야 하며, 처방전 발급여부는 의사 또는 치과의사의 판단하에 이루어지는 바, 재발급 여부 결정을 위해 진찰이 이루어진 경우 진찰료 등의 비용은 새로운 진료로 인해 발생되는 비용이므로 「국민건강보험법 시행령」[별표 2] 본인일부부담금의 부담률 및 부담액에 따라 요양급여비용 중 일부를 본인이 부담하여야 함.</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>나. 처방전 사용기간 이내에 처방전을 분실하여 재발급시            : 의사의 판단하에 재진찰 여부를 결정하되, 단순히            분실된 처방전과 동일하게 재발급하는 경우에는            진찰료를 별도 산정할 수 없으며, 이 때 처방전 교부            번호는 종전의 번호를 그대로 사용하고 재발급한            사실을 확인할 수 있도록 처방전에 표기함.            (고시 제2018-269호, '19.1.1. 시행)</p>
의과대학병원(상급 종합병원)과 동일구내에 동일 대표자가 개설한 치과대학부속 치과병원 간에 시설, 장비 등의 공동이용시 요양급여비용 청구 방법		<p>의과대학병원(상급종합병원)과 동일구내에 동일 대표자가 개설한 치과대학부속 치과병원의 경우 각각의 요양기관으로 개설되었으나, 의료법상의 개설특례 및 요양기관 종별가산율 적용기준 등을 감안할 때, I. 행위일반사항 중 '요양기관의 시설·인력 및 장비 등의 공동이용시 요양급여비용 청구에 관한 사항'의 적용 대상에 해당되지 아니하며, 종합병원의 치과와 동일한 요양급여비용의 청구방법을 적용함.</p> <p>(고시 제2010-18호, '10.2.1. 시행)</p>
진료 중인 환자를 타 요양기관에 의뢰하여 특정 검사 등을 실시 토록 하는 경우		<p>환자를 진료하는 중에 당해 요양기관에 인력·시설 또는 장비가 갖추어져 있지 아니하거나 기타 부득이한 사유로 해당 진료가 가능한 다른 요양기관으로 환자를 보내야 할 경우 의뢰기관은 환자의 일반사항 및 질병상태, 의뢰 항목 등을 의뢰받은 요양기관에 제공하여 해당진료를 실시하게 할 수 있음. 다만, 검체검사는 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편(부록) 검체검사 위탁에 관한 기준에 의함.</p> <p>(고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)</p>
의과, 치과, 한의과 진료 과목을 개설·운영하는 요양기관 및 복수면허 (의과, 치과, 한의과) 의료인이 개설하는 요양		<p>의료법 제43조 및 동법시행규칙 제41조에 의거 의과, 치과, 한의과 진료과목 추가 개설·운영하는 요양기관 및 복수면허 (의과, 치과, 한의과) 의료인이 개설하는 요양기관에서 동일 환자의 동일상병에 대하여 같은 날 외래에서 단순, 반복되는 중복진료가 이루어진 경우에는</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	기관에서 같은 날 동일 상병 진료 시 요양급여 비용 산정방법	<p>다음과 같이 적용토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다음 -</p> <p>가. 같은 날 동일 상병에 대하여 통증완화 등 동일 목적의 진료가 실시된 경우 우선적으로 이루어진 주된 치료는 요양급여비용을 산정하고, 그 이외의 진료 비용은 비급여임. 이 때, 선행된 분야 즉 시계열상 먼저 이루어진 분야의 진료를 주된 치료로 봄.</p> <p>나. 의(치)과와 한의과의 투약과 침, 물리치료 등 치료의 원리 및 접근방법 등이 다르기는 하나, 외래환자에게 동일 상병에 대하여 통증완화 등 동일 목적으로 실시된 진료는 중복진료로 보아 주된 치료만 요양 급여로 적용하며, 동일 목적으로 투여된 약제도 중복 진료로 간주하여 비급여로 적용함.</p> <p>다. 동 기준 적용대상 요양기관은 의과·치과·한의과 요양급여비용을 같은 날 청구하도록 함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2010-18호, '10. 2.1. 시행)</p>
	복수면허(의과, 치과, 한의과) 의료인이 개설 하는 요양기관의 요양 급여비용 산정방법	<p>복수면허(의과, 치과, 한의과) 의료인에 대한 인정기준 및 수가산정방법 등은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다음 -</p> <p>가. 인정기준</p> <p>「복수면허 (의과, 치과, 한의과) 의료인의 복수의료 기관 개설지침」에 근거하여 복수면허 의료인은 하나의 장소에서 면허에 따라 각각 의료기관 개설이 가능하며 요양기관 기호는 각각 부여 됨.</p> <p>나. 수가산정방법</p> <p>(1) 차등수가는 복수면허(치과, 한의과) 의료인이 두 개과 이상을 개설 운영한 경우에도 의사인력 1인으로 산정하며 1일 진찰횟수는 실제 진료한 각각의 진료횟수를 합하여 산정함.</p> <p>(2) 같은 날 동일 환자에 대하여 각각 진찰한 경우라 하더라도 1인의 의사가 진찰한 것이므로 진찰</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>료는 1회만 요양급여비용을 산정하고 그 이외 진찰료는 비급여임.</p> <p>다. 인력, 시설 공동이용기준      「복수면허 의료인의 복수의료기관 개설지침」에      의하여 당해 요양기관의 시설, 인력 및 장비 등의      공동이용기준은 아래와 같이 적용함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>(1) 의과·한의과, 치과·한의과 복수면허자의 경우      임상병리, 방사선기기(CT 등)를 이용한 진단      등은 의(치)과 요양기관에서만 시행할 수 있으      므로 한의과 요양기관은 방사선사, 방사선실,      방사선장비(CT, MRI 포함), 임상병리사, 검사실,      물리치료사, 물리치료실, 물리치료장비 등을      공동이용할 수 없음.</p> <p>(2) 간호사 인력의 공동이용은 가능하나 의(치과),      한의과 의원 또는 의, 치과에 공동이용된 간호      사는 간호관리료 차등제 인력산정에서 제외함.</p> <p>(3) 기타 접수창구, 진료실, 입원실 등의 시설, 인력      및 장비 등을 공동이용하고자 하는 요양기관은      공동이용 기관임을 확인할 수 있는 서류(공동      계약서는 생략 가능함)를 건강보험심사평가원에      제출한 후 공동이용하여야 함.</p> <p>(4) 이 외에 세부적인 기준은 요양기관 시설, 인력      및 장비 등의 공동이용시 요양급여비용 청구에      관한 사항에 의함.</p> <p>라. 식사가산      복수면허자가 개설한 복수의료기관의 식사가산은      한 개의 요양기관에서 식사가산 산정에 필요한 인력      및 시설기준을 충족하는 경우에 식사가산(영양사, 조리      사, 직영가산)은 복수의 요양기관에 모두 산정 가능함.      (고시 제2018-193호, '18.10.1. 시행)</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	차등수가 적용 제외 기준	<p>가. 평일 18시~익일 09시의 진찰료·조제료의 적용 제외 기준 : 1일 8시간(식사시간 포함) 이상 진료하는 요양기관에서 8시간을 초과하여 이루어지는 야간 진찰료·조제료에 대하여 적용을 제외함.</p> <p>나. 토요일·공휴일의 진찰료·조제료의 적용 제외 기준 : 토요일·공휴일의 진찰료·조제료 전체에 대하여 차등수가 적용을 제외할 경우, 해당일은 진찰·조제일수의 합에서도 제외함. 다만, 토요일 또는 공휴일에 진찰·조제나 매출 등이 있는 경우로서, 토요일 오전 및 공휴일의 진찰료·조제료에 대하여 차등 수가를 적용하는 경우는 진찰·조제횟수의 합에 토요일 오전 및 공휴일에 발생한 진찰·조제를 포함하며, 진찰·조제일수의 합에도 해당일을 포함함. (이 경우, 토요일 13시~익일 09시의 진찰료·조제료에 대하여는 산정코드 세 번째 자리에 1을 기재한다.)</p> <p>(고시 제2016-3호, '16.1.18. 시행)</p>
	조산아와 저체중 출산아의 외래진료비 본인 부담경감 적용기준	<p>「국민건강보험법 시행령」[별표2] 제3호하목의 규정에 의하여 ‘조산아와 저체중 출생아의 외래진료’의 적용 기준은 다음과 같이 함</p> <p style="text-align: center;">- 다음 -</p> <p>가. 대상</p> <p>다음의 어느 하나에 해당하는 자 중 국민건강보험 공단에 조산아 및 저체중 출생아 외래진료비 본인 부담률 경감 대상자로 등록된 자</p> <p>(1) 조산아 : 재태기간 37주 미만</p> <p>(2) 저체중 출생아 : 출생체중 2,500g 이하</p> <p>나. 기간</p> <p>출생일(주민등록상의 생년월일)로부터 5년이 되는 날까지</p> <p>다. 요양급여 범위</p> <p>외래진료를 받거나 약국 또는 한국희귀의약품센터에서 처방전에 따라 의약품을 조제 받는 경우</p> <p>(고시 제2019-275호, '2020.1.1. 시행)</p>

## 제1장 기본진료료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	진료중 직장이전된 경우 진찰료 및 입원료 산정 방법	<p>직장보험 가입자 및 피부양자가 진료 받던 중 직장이전으로 소속 사업장이 변경되거나, 지역보험으로 변경되더라도 동일 요양기관에서 계속 진료 받는 경우에는 진료자체가 변경되는 것이 아니므로 재진환자에 속함.</p> <p>따라서 진찰료는 재진진찰료를 산정하여야 하며 입원 진료의 경우 입원료 체감은 최초 입원일로부터 적용함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)</p>
	요양기관의 비품을 환자가 파손하거나 휴대한 경우 비용 산정방법	<p>소정 진료행위에 포함되지 아니하거나 급여가 되지 아니하는 요양기관의 비품을 환자가 파손하거나 휴대하여 갈 때는 실비로 전액을 환자가 부담함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)</p>
가 1 외래환자 진찰료	초·재진 진찰료 산정방법	<p>1. 초·재진 진찰료 산정시 감기와 같은 호흡기계 질환, 위염과 같은 소화기계 질환, 내과적인 질환, 질염과 같은 부인과적 질환 등은 어느 일정기간에 완치 여부가 불분명하고 치료가 단기간에 종결되었다 하더라도 다시 치료를 받을때 그 상병이 새로운 상병 인지, 재발하였는지, 치료의 중단으로 진행상태에 있었는지가 불분명하기 때문에 해당 상병의 치료가 종결된 후(해당 상병의 치료를 위한 내원일수 및 투약일수를 포함) 30일 이내에 내원하였을 경우에는 동일 상병의 계속 진료로 보아 재진 진찰료를 산정하도록 함.</p> <p>2. 또한, '편도선염'과 '감기'와 같이 그 주요 증상이나 치료과정이 유사할 뿐 아니라 일반적으로 같은 부류 (상기도 감염증)의 상병으로 분류되는경우에도 동일 상병의 계속 진료로 보아 치료가 종결된 후 30일 이내에 진찰을 행하게 되면 재진 진찰료를 산정함.</p> <p>3. 또한, 하나의 상병 치료 중 전혀 다른 상병이 발생하여 진찰을 한 경우에도 재진 진찰료를 산정하여야 하며 이 경우 진찰료는 1회만 산정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2001-40호, '01.7.1. 시행)</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	치과에서 초·재진 진찰료 산정기준	<p>하나의 상병에 대한 진료가 끝난 후 동일 상병이 재발하여 30일 이내에 진찰을 하는 경우에는 재진진찰료를 산정할 수 있도록 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 1. 진찰료 가.(5)에 규정하고 있으므로 하나의 상병에 대하여 진료가 끝난 후 30일 이내 타 상병으로 진찰을 받은 경우에도 재진 진찰료를 산정함. 따라서 치과치료에서 초진 시 3개의 충치를 발견한 후 치료를 위하여 각각의 치아를 발치하는 경우에는 30일 이후에 내원하였더라도 일련의 치료기간에 해당되므로 재진 진찰료를 산정함.</p> <p>(고시 제2018-269호, '19.1.1. 시행)</p>
	만성 치주질환 치료시 초, 재진 산정기준	<p>만성 치주질환 치료시 치료종결 후 재치료의 경우 새로운 상병인지 진행상태의 상병인지가 불분명하므로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 1. 진찰료 가.(4)에 따라 치주질환 치료종결 후 90일 이내에 동일 부위 치료시 진찰료는 재진으로 산정함.</p> <p>(고시 제2018-269호, '19.1.1. 시행)</p>
	연속적인 처치 또는 치료를 위하여 1일 2회 이상 내원한 경우 의 진찰료 산정방법	<p>수진자가 내원하여 진찰한 결과 진료 상 일정기간 경과 후 연속된 처치 또는 치료(주사 또는 검사, 방사선 치료)를 필요로 하여 동일에 다시 내원하게 하였을 경우 등 진료 상 일정계획에 의하여 1일 2회이상 내원하여 계속적인 처치 또는 치료를 한 경우에는 초진 또는 재진 진찰료는 1회만 산정함.</p> <p>(고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)</p>
	동일 상병으로 진료월 을 달리하여 계속 진료 시 진찰료 산정방법	<p>「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대 가치점수」제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 1. 진찰료 가.(5)의 '해당 상병의 치료종결 후 30일 이내에 내원한 경우에는 재진환자로 본다'는 규정은 감기·배탈 등 자주 재발하는 일과성 질환의 경우 환자가 다시 병원을 방문했을 때 종전 질병의 계속적인 치료를 위한 것인지</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>완치 후 재발한 것인지가 불분명한 경우가 많아 다툼이 예견되어, 완치 후 재발한 경우라도 30일 이내에 진찰을 행한 경우에는 재진 진찰료를 산정토록 한 것으로 모든 환자를 대상으로 30일 단위 또는 진찰 간격이 30일 이상이라는 이유로 초진 진찰료를 산정 하여서는 아니됨.</p> <p>(고시 제2018-269호, '19.1.1. 시행)</p>
	각종 검사의 결과만을 알기 위해 내원한 경우 진찰료 산정여부	<p>방사선 촬영 및 각종 검사의 결과만을 알기 위하여 익일 이후 내원한 경우에도 재진 진찰료를 산정할 수 있음.</p> <p>(고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)</p>
	타 병령에 의거 진료 후 건강보험으로 급여를 계속 시행할 경우 진찰료 산정방법	<p>일반환자 또는 급여제한 등으로 인하여 타 병령으로 진료 후 동일 상병에 대하여 동일 요양기관에서 건강 보험으로 진료를 계속 시행할 경우 입원 또는 외래 진료시에도 진료자체가 변경되는 것이 아니므로 재진 환자에 속함. 따라서 진찰료는 재진 진찰료를 산정함.</p> <p>(고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)</p>
	입원환자가 퇴원한 후 퇴원당일에 타 상병으로 외래로 진료를 받은 경우 진찰료 별도 산정여부	<p>입원환자가 퇴원한 후 퇴원당일에 타 상병으로 외래로 진료를 받은 경우에는 별도의 진찰행위가 필요하므로 진찰료를 별도 산정할 수 있음.</p> <p>(고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)</p>
	요양기관 폐업 후 동일 장소에 다른 요양기관을 개설한 경우 진찰료 산정방법	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 요양기관 폐업후 동일 장소에 다른 요양기관이 개설 하였을 경우 비록 기존의 건물 및 의료장비가 고정 되어 종전의 의사에게 진료를 받던 환자가 재지정을 받은 요양기관에서 계속 진료를 받더라도 진료기록 등은 인수인계를 하지 않은 것이 통례이고 또한 진료 담당 의사는 처음으로 그 환자를 진료하게 되는 것이므로 모든 진료비용은 요양기관을 개설한 시점부터 초진환자로 간주하여 요양급여비용을 산정할 수 있음.</li> <li>2. 그러나 의료기관이 개설자와 관리의사가 다른 경우에 관리의사만이 변경되면 의료법상 개설자도 진료기록 등을 보관할 의무가 있으므로 재래환자의 경우에는</li> </ol>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>재진 진찰료를 산정하고, 또한 개설자, 의료기관 명칭 및 관리의사를 변경하였더라도 진료와 관련된 진료기록 일체를 개설 요양기관으로 인수한 경우에는 입원환자 및 외래진료환자 모두를 계속 진료로 함이 타당함. 그러므로 그 환자가 30일 이내에 동일 상병으로 진료를 행한 경우에는 재진 진찰료를 산정하는 것이 타당하며 입원환자가 계속적으로 입원 진료를 받는 경우에는 진찰료는 다시 산정할 수 없으며, 입원일이 15일을 경과할 경우에는 입원료 체감은 적용됨.</p> <p>(고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)</p>
	진찰료 선납 후 진찰 행위 없이 귀가한 경우 진찰료 본인부담 여부	<p>환자가 진료를 받기 위하여 신청(접수)한 후 치료를 받지 않고 귀가한 경우 진료행위가 이루어지지 아니하였기 때문에 진료신청시 선납한 가1 외래환자 진찰료를 포함한 요양급여비용은 징수할 수 없으므로 환불해야 함. 다만, 의료인이 혈압, 맥박, 체온 등을 측정한 경우에는 청진, 문진, 시진, 촉진 등의 진찰행위가 비록 이루어지지 아니하였다 하더라도 부분적인 진찰행위가 이루어진 것이므로 진찰료를 산정할 수 있음.</p> <p>(고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)</p>
	환자 치료 종결 후 추적관찰시 진찰료 산정방법	<p>환자에 대한 진료종결의 판단은 환자의 상태 등을 고려하여 진료 담당 의사가 결정하여야 할 것이나, 입원 치료 후 그 상병의 상태를 추적 관찰할 필요가 있어 1년 또는 6개월 후에 진찰을 받도록 예약한 경우에는 재진환자로 보아야 하므로 재진 진찰료로 산정함.</p> <p>(고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)</p>
	새로운 사례의 환자진 료 시 진찰료를 초과하 여 별도의 본인부담금 을 발생 시킬 수 있는지	<p>의사는 환자진료 시 습득한 의학적 지식이나 경험은 물론 문헌, 약전, 사례 등을 찾아 상담과 진료를 행함이 당연한 책무에 속하므로 새로운 사례의 환자진료에 소요되는 시간이 다른 환자에 비하여 다소 차이가 있다</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	여부	<p>하더라도 현행 소정 진찰료를 초과하여 본인에게 별도 부담시킬 수 없음.</p> <p>(고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)</p>
	진찰료 야간가산의 급여기준	<p>1. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대 가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 가1 외래 환자 진찰료 '주'에 명시되어 있는 진찰료 야간 가산을 적용·운영함에 있어서 진료 담당 의사가 진료한 시각을 기준으로 할 경우 수진자가 09시~18시 (토요일 13시) 중에 요양기관에 내원하였음에도 요양 기관의 사정(진료 담당 의사의 부재 또는 진료환자 적체 등)으로 진료 개시 시간이 늦어진 경우에도 야간가산율을 적용하게 되는 문제가 있고 환자가 도착한 시간을 기준으로 할 경우에는 단순히 진료를 빨리 받을 목적으로 09시 이전에 내원하여 접수를 마치고 기다리는 경우에도 진찰료 야간가산율을 적용하는 문제가 있으므로 어떤 경우를 택하더라도 수진자들의 불만이 제기될 소지가 있다고 사료됨.</p> <p>2. 반면, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제6장 마취료 및 제9장 처치 및 수술료 등의 [산정지침]에서 마취, 처치 및 수술의 경우에는 동 행위를 시작한 시각(18시~09시)을 기준으로 산정도록 정하고 있으나, 이 경우에 환자는 이미 요양기관에 내원한 상태에서 사전에 필요한 모든 조치를 취하고 동 행위를 시작한 것이므로 시작된 시각을 기준으로 야간가산료를 인정함이 타당하다 할 것임.</p> <p>3. 따라서 외래환자 진찰료 야간가산율 적용시간은 국민편익을 제고하기 위하여 환자가 야간가산 기준 시간인 평일 18시(토요일은 13시)에서 다음 날 09시 사이에 내원한 경우는 요양기관의 진료 담당 의사가 진료를 개시한 시각을 기준으로 적용하고 동 시각</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>이외의 시각에 내원한 경우에는 환자가 요양기관에 도착한 시각을 기준으로 함.</p> <p>(고시 제2018-269호 '19.1.1. 시행)</p>
소아에 대한 진찰료 가산 시 야간 또는 공 휴일에 대한 진찰료 증복 가산여부		<p>6세 미만의 소아를 야간 또는 공휴일에 진찰한 경우 가 1 외래환자 진찰료는 각각의 가산금액을 합하여 산정하여야 하며 증복가산을 하여서는 아니됨.</p> <p>(고시 제2023-293호, '24.1.1. 시행)</p>
건강검진 실시 당일 진료 시 진찰료 산정 방법		<p>1. 「국민건강보험법」 제52조에 의거 가입자 및 피부양 자에게 실시하는 건강검진 당일 동일 요양기관에서 건강검진과는 별도로 질환에 대한 진찰이 이루어져 진찰 이외에 의사의 처방(약제 처방전 발급, 「건강 보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」에 의하여 산정가능한 진료행위)이 발생한 경우 해당 진찰료는 다음과 같이 산정함.</p> <p>- 다음 -</p> <p>「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대 가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료[산정지침]</p> <p>1. 진찰료 '가'에 의거 초진(또는 재진)진찰료의 50%를 산정하며, 산정코드는 다음과 같이 기재함. 진찰료 산정 사유에 대하여는 진료기록부에 기록하고, 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서 서식 및 작성요령」에 의하여 작성·청구토록 함.</p> <p>가. 일반건강검진시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우 : 산정코드 세 번째 자리에 3으로 기재</p> <p>나. 암검진 시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우 : 산정코드 세 번째 자리에 5로 기재</p> <p>다. 영유아 건강검진 시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우 : 산정코드 세 번째 자리에 2로 기재</p> <p>2. 상기 '1'항에도 불구하고 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료[산정지침]에 의거 2개이상의 진료</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>과목이 설치되어 있고 해당 과의 전문의가 상근하는 요양기관에서 건강검진 당일 검진실시 의사와 전문 과목 및 전문분야가 다른 진료담당의사가 건강검진 과는 별도로 질환에 대하여 진료한 경우에 한하여 초진(또는 재진) 진찰료를 산정할 수 있음.</p> <p>3. 또한, 건강검진을 실시한 요양기관에서 동일 의사에게 검진 결과에 대해 다른날 설명하는 것은 검진 결과 상담에 해당되어 진찰료를 별도 산정할 수 없으나, 검진결과 이상소견에 대해 단계적 정밀검사 또는 별도의 진료가 이루어진 경우에는 재진진찰료를 산정함.</p> <p>(고시 제2017-249호, '18.1.1. 시행)</p>
	의사 또는 약사의 차등수가 적용기준	<p>1. 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 접수」 제1편제1부 급여 일반원칙 III 차등수가 적용 대상 의사 또는 약사의 수는 「국민건강보험법 시행 규칙」 제 12조 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 요양 기관현황(변경)신고서로 신고된 상근자를 대상으로 적용하는 것을 원칙으로 함.</p> <p>2. 위 1.에도 불구하고 다음에 해당되는 경우에 차등 수가 적용 대상으로 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다음 -</p> <p>가. 계약직근무자는 근무시간 등 근무조건이 정규직 근무자와 동일하면서 3월이상 고용계약을 체결 한 경우는 1인으로 인정함.</p> <p>나. 시간제, 격일제 근무자는 주3일 이상 이면서 주 20시간 이상인 경우 0.5인으로 인정함.</p> <p>(고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)</p>
가5 회송료	회송료 산정기준	가5 회송료는 요양급여 절차에 따라 2단계 요양급여를 담당하는 상급종합병원에서 상태는 호전되었으나 지속적 치료 및 관리가 필요한 환자를 1단계 요양급여를 담당하는 기관으로 회송 시 산정하며 다음의 요건을 모두 충족한

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>경우 요양급여함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1. 일반원칙</p> <p>가. 회송료 I은 진료협력센터 전담인력이 6명(의료인 3명 이상) 이상인 2단계 요양급여를 담당하는 요양 기관이 진료의뢰·회송 중계시스템(이하 '중계시스템'이라 한다)을 활용하여 1단계 요양급여를 담당하는 요양기관으로 환자를 회송한 경우에 산정함.</p> <p>나. 회송료 II는 상기 가.에 해당하면서 진료협력센터 전담인력이 100병상 당 1명 이상인 경우 산정하며, 회송료 I과 동시 산정하지 아니함.</p> <p>다. 환자를 회송하는 요양기관은 환자 및 보호자와 충분한 상담을 통하여 회송 받을 기관(1단계 요양 기관)을 선정하고, 회송 받을 기관이 회송환자를 '중계시스템'을 통해 접수하고 진료 받을 수 있도록 유선 등을 통하여 안내 후 관리하여야 함.</p> <p>라. 환자를 회송하는 요양기관은 회송 환자의 진료 정보를 건강보험심사평가원이 운영하는 '중계 시스템' 또는 「의료법」 제21조의2 제3항에 따른 「진료기록전송지원시스템」을 통해 환자를 회송 받는 요양기관으로 전송하여야 함.</p> <p>마. 상기 라.에 따라 환자 정보를 전송하는 경우에는 관련 법령과 규정에 따라 환자에게 진료정보 전송에 대한 내용을 설명하고, 동의서를 징구하여 별도 보관하여야 함.</p> <p>2. 회송환자 기준</p> <p>2단계 요양기관에서 중증·급성기 치료는 종료되었으나 의학적으로 지속적인 치료 또는 일정기간 동안 후속적인 1단계 요양급여가 필요한 경우 해당함.</p> <p>3. 회송환자 관리방법</p> <p>가. 진료협력센터는 회송된 환자의 상태 악화 등으로 인해 회송 받았던 기관(1단계 요양기관)으로부터 재의뢰를 받은 경우, 재의뢰일로부터 신속하게</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>진료할 수 있도록 재의뢰 환자 신속예약시스템을 갖추어야 함.</p> <p>나. 진료협력센터의 전담인력은 회송환자에게 회송 환자 신속예약시스템에 대하여 설명하고 회송 받을 기관(1단계 요양기관)에 안내하여야 함.</p> <p>4. 산정방법</p> <p>환자를 상기 1.에 따라 1단계 요양기관에 회송한 경우 1회 산정함. 다만, 회송환자 상태가 급격히 악화되어 재내원 후 다시 회송된 경우 등 불가피한 경우에는 별도로 인정함.</p> <p>(고시 제2020-221호, '20.10.8. 시행)</p>
가 8 협의진찰료	입원중 협의진찰료 급여기준	<p>1. 산정기준</p> <p>협의진찰료는 입원 중인 환자의 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위하여 그 환자의 주치의가 아닌 다른 진료과목 [또는 세부 전문과목(분야)] 의사의 견해나 조언을 얻는 경우 산정하며, 협의진료를 요청하는 특별한 문제 및 협의진료의사의 견해 등을 의무기록에 명시하여야 함.</p> <p>2. 진료과목당 또는 세부전문과목(분야)당 산정횟수</p> <p>가. 상급종합병원, 상급종합병원에 설치된 치과대학 부속치과병원 : 입원기간 중 30일에 5회 이내 다만, 중환자실 입원환자의 경우 환자상태 변화 등으로 인해 협진이 필요한 경우 추가산정 가능 (기본코드 다섯 번째 자리에 1로 기재)</p> <p>나. 종합병원, 상급종합병원에 설치된 경우를 제외 한 치과대학부속치과병원 : 입원기간 중 30일에 3회 이내</p> <p>다. 병원·정신병원·한방병원·치과병원 : 입원기간 중 30일에 2회 이내</p> <p>라. 요양병원·의원·한의원·치과의원·보건의료원 : 입원 기간 중 30일에 1회 이내</p> <p>(고시 제2021-73호, '21.3.5. 시행)</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
가8-2 원격협의 진찰료	원격협의진찰료 산정 기준 및 산정방법	<p>원격협의진찰료는 요양기관이 의료법 시행규칙 제29조에 따른 시설·장비를 갖추고, 의료법 제34조에 따라 원격 협진을 행한 경우 산정하며, 아래 요건을 충족하여야 함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 산정기준</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 원격협의진찰료 의뢰료             <ol style="list-style-type: none"> <li>가) 의사·치과의사·한의사가 다른 요양기관의 의사·치과의사·한의사의 의료지식이나 기술 지원이 필요하여 정보통신망으로 원격협진을 의뢰한 경우 산정함</li> <li>나) 원격협진을 의뢰한 사유와 내용 및 결과 등에 대하여 환자에게 충분히 설명하여야 함</li> </ol> </li> <li>2) 원격협의진찰료 자문료             <ol style="list-style-type: none"> <li>의사·치과의사·한의사가 원격협진을 의뢰한 의료인에게 의료지식이나 기술을 정보통신망으로 지원한 경우 산정함</li> </ol> </li> </ol> <p>나. 산정방법</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 원격협진을 실시한 요양기관은 의뢰내용 및 자문 결과가 포함된 원격의뢰·자문 기록지 등을 진료 기록부에 보관하여야 함</li> <li>2) 원격협진을 실시하는 요양기관은 별지 서식 제19호 서식에 의한 원격협진 기관 현황신고서를 최초 수가 청구 전 건강보험심사평가원에 제출하여야 하며, 최초 신고 이후 변경이 있는 경우 지체 없이 변경 내용을 신고해야 함</li> </ol> <p style="text-align: right;">(고시 제2020-135호, '20.7.1. 시행)</p>
가 11 의약품 관리료	가11 의약품관리료 산정기준	<p>가11 의약품 관리료는 실제 투약이 이루어진 경우에 한하여 다음과 같이 산정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 1일 내원하여 2개 이상의 진료과목에서 진료 받은 외래 환자의 경우</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항								
		<p>: 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대 가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침]</p> <p>1. 진찰료 ‘다’에 따라 동일 환자의 다른 상병에 대하여 2개이상의 전문과목 또는 전문분야가 다른 진료담당 의사가 각각 진찰한 경우 진찰료를 각각 산정하고 <u>있으므로</u> 외래환자 의약품 관리료도 각각 산정함.</p> <p>나. 퇴원환자에게 투약한 경우 : 외래 환자로 간주하여 외래환자 의약품관리료로 산정하되, 라1 퇴원환자 조제료 ‘주1’에 의거 퇴원 익일부터 산정함.</p> <p>다. 격일 또는 주1회 투약하는 의약품의 경우 의약품 관리료는 실제 투약되는 일수로 산정함.</p> <p>라. 입원기간 중 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 고시 개정 및 요양기관 종별 변경이 발생한 경우 의약품 관리료는 변경시점을 기준으로 분리 하여 청구 할 수 없으며, 입원시점의 점수 당 단가 및 요양기관 종별 가산율을 적용하여 산정하되, 퇴원일에 일괄하여 청구함.</p> <p>(고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)</p>								
가 21 치과 집중관리료	치과 집중관리료 산정방법	<p>가-21 치과 집중관리료는 치과대학부속치과병원 외래에서 중증감염의 위험으로부터 환자의 안전을 위해 시설·장비를 갖춘 경우에 산정하며, 다음의 요건을 모두 충족한 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p>- 다음 -</p> <p>가. 대상 별도의 unit으로 운영하는 외래 처치실에서 ‘집중 관리료 분류항목’을 실시한 경우</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="4">집중관리료 분류항목</td> </tr> <tr> <td>자-24</td> <td>(N0241)</td> <td>차-46</td> <td>(U4464, U4465, U4467)</td> </tr> </table>	집중관리료 분류항목				자-24	(N0241)	차-46	(U4464, U4465, U4467)
집중관리료 분류항목										
자-24	(N0241)	차-46	(U4464, U4465, U4467)							

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항			
		집중관리료 분류항목			
	자-24-1	(N0242, N0243, N0244, N0245, N0246, N0247)	차-53	(U4533, U4534, U4535)	
	자-24-2	(N0249)	차-56	(U4561, U4562, U4563, U4564)	
	자-105	(O1050)	차-59	(U4591, U4592)	
	자-107	(O1070)	차-62	(U4621, U4622)	
	자-220	(Q2201)	차-71	(U4711, U4712)	
	차-41	(U4415, U4416, U4417)	차-72	(U4721, U4722)	
	차-43	(U4430)	차-73	(U4731, U4732)	
	차-45	(U4454, U4455, U4456, U4457)	찬-11	(UB126, UB128)	
<p>나. 시설 · 장비</p> <p>(1) 수술실에 준하는 별도의 처치실, 멸균수세(滅菌水洗), 수술용 피복 등을 위한 시설을 갖추어야함            (2) 처치실과 처치실간 벽으로 구획되어야 하며, 하나의 처치실에는 하나의 치치대(dental chair)만 두어야함            (3) 환자의 안전을 위한 산소공급장치 등의 장비를 갖추어야함</p>					
<p>다. 증빙서류 제출</p> <p>요양기관은 치과 집중관리료 실시 이전에 건강보험 심사평가원에 상기 나.에 관한 기준에 적합한 증빙 서류를 첨부하여 제출하여야함</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2015-155호, '15.9.1. 시행)</p>					
가21-1 치과 안전관찰료	가21-1 치과 안전관찰료 산정방법	가21-1 치과 안전관찰료는 치과대학부속치과병원 외래에서 다음의 요건을 모두 충족한 경우에 요양급여를 인정함. - 다음 - 가. 대상			

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>(1) 장애인 : 장애인복지법에 따라 등록되어 있는 뇌병변장애인, 지적장애인, 자폐성장애인, 정신장애인</p> <p>(2) 파킨슨환자 : 산정특례 대상자(V124)</p> <p>(3) 치매치료제 복용 중인 중증치매환자</p> <p>나. 수가산정방법</p> <p>(1) 가21-1 가.(단순 안전관찰료)는 행동조절 등을 실시하여 처치 및 수술을 시행한 경우</p> <p>(2) 가21-1 나.(복합 안전관찰료)는 바1가 정맥 전신마취, 바1다 감시하 전신마취, 바2가(1) 기관내삽관에 폐쇄순환식 전신마취, 바2가(2)마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취를 실시하여 처치 및 수술을 시행한 경우</p> <p>(3) '단순 안전관찰료'와 '복합 안전관찰료' 동시 실시 시 '복합 안전관찰료'만 인정함</p> <p>(4) '가21-1(치과 안전관찰료)'과 '가17(회복관리료)' 또는 '바1다(감시하 전신마취)'를 동시에 산정 할 수 없음</p> <p>다. 산정횟수</p> <p>가21-1(치과 안전관찰료)은 월 2회(매월 초일부터 월의 말일)까지 산정함</p> <p>라. 시설·장비 및 인력 기준</p> <p>(1) 시설·장비</p> <p>별도의 unit으로 운영하는 처치실에 다음의 요건을 모두 충족해야 함</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 안전처치실 : 산소공급장치와 전신마취 장비를 갖추어야 함</li> <li>- 회복관찰실 : 병상, 회복관찰을 위한 장비(Monitor 기계 등)를 갖추어야 함</li> </ul> <p>(2) 인력</p> <p>마취통증의학과전문의 1인 이상 근무</p> <p>(3) 요양기관은 치과 안전관찰료 실시 이전에 건강</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항												
		<p>보험심사평가원에 상기 (1), (2)에 관한 기준에 적합한 증빙서류를 첨부하여 제출하여야함            (고시 제2023-80호, '23.4.27. 시행)</p>												
가25 감염예방· 관리료	가25 감염예방·관리료 산정기준	<p>나. 요양급여는 다음의 조건을 충족하는 경우 감염예방·관리료를 산정할 수 있음.</p> <p>1) 의료법 제58조에 따라 의료기관평가인증원이 실시하는 아래 유형별 의료기관 인증결과 '인증' 또는 '조건부인증'에 해당해야 함.            (단, 3등급의 경우 '23년 1월부터 적용)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 2px;">유형별 분류</th> <th style="text-align: center; padding: 2px;">의료기관 인증</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">상급종합병원, 종합병원</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">급성기병원인증</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">병원</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">급성기병원인증, 재활의료기관인증</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">정신병원</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">급성기병원인증, 정신병원인증</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">치과병원</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">치과병원인증</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">한방병원</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">한방병원인증</td> </tr> </tbody> </table> <p>2) 질병관리청에서 운영하는 '전국의료관련 감염 감시 체계(Korean National healthcare-associated Infections Surveillance System, KONIS)'에 참여하여야 함.            (단, 병원, 정신병원 경우 '19년 2월부터 적용, 치과 병원·한방병원의 경우 '24년 7월부터 적용)            (고시 제2022-285호, '23.1.1. 시행)</p>	유형별 분류	의료기관 인증	상급종합병원, 종합병원	급성기병원인증	병원	급성기병원인증, 재활의료기관인증	정신병원	급성기병원인증, 정신병원인증	치과병원	치과병원인증	한방병원	한방병원인증
유형별 분류	의료기관 인증													
상급종합병원, 종합병원	급성기병원인증													
병원	급성기병원인증, 재활의료기관인증													
정신병원	급성기병원인증, 정신병원인증													
치과병원	치과병원인증													
한방병원	한방병원인증													

## 제2장 검사료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	필름 현상료 및 인화료 산정여부	<p>내시경 및 안저촬영시 사용되는 필름은 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제1부 제2장 검사료[산정지침](3)-(다),(라)에 의거 산정할 수 있으며 필름 종류에 따라 흑백 또는 칼라사진의 경우에는 현상료 및 인화료를 산정하고 슬라이드 경우에는 현상료만 산정하되, 포라로이드의 경우에는 현상료 및 인화료 모두 산정하지 아니함.</p> <p>(고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)</p>
누302가당검 사[화학반응- 장비측정]-반 정량	HemoCue Photo meter를 이용한 혈당 검사의 수가 산정방법	<p>HemoCue Photometer를 이용한 혈당검사는 Glucose Dehydrogenase 효소법을 이용하여 광도계로 측정하는 것으로서, 측정원리면에서 생화학장비의 검사원리와 동일하다고는 하나, HemoCue Photometer의 측정범위가 0~400mg/dl로 제한되어 있어 400mg/dl 이상의 고혈당 측정이 곤란하다는 점과 높은 혈당치에 오차율이 다소 높은 점 등이 있어 실제 임상에서 사용시 혈당검사의 Final Test가 아닌 ScreenTest라고 볼 수 있으며, 타 자가 혈당측정기와 비교하여 볼 때 특장점이 있다고 보기 어려우므로, HemoCue Photometer를 이용한 혈당검사는 누302가 당검사[화학반응-장비측정]-반정량에 적용함.</p> <p>(고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)</p>
	“YSI Sidekick Glucose Analyser”를 이용한 당검사의 수가 산정방법	<p>“YSI(Model1500) Sidekick Glucose Analyser”를 이용한 당검사는 기존의 간이혈당측정기보다 정밀하고 전혈 측정시 문제가 될 수 있는 헤마토크리트의 영향을 보정할 수 있는 장점이 있는 검사로 누302가 당검사 [화학반응-장비측정]-반정량 소정점수로 산정함</p> <p>(고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)</p>
누700바 일반면역검사 -C형간염항 체(간이검사)	누700바 일반면역검사-C형 간염항체(간이검사) -유형 I, 유형 II 수가	<p>1. 누700바(2) 일반면역검사-C형간염항체(간이검사) - 유형 II는 면역크로마토그래피법(OraQuick 키트를 이용)을 이용하여 C형 간염 바이러스 항체를 검출할 경우에 산정함</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	산정방법	2. 상기 1. 이외 면역크로마토그래피법을 이용하여 C형 간염 바이러스 항체를 검출할 경우에는 누700바(1) 일반 면역검사-C형간염항체(간이검사) - 유형 I로 산정함 (고시 제2019-176호, '19.9.1. 시행)
누700마 일반면역검사 -C형간염항체 누700바(1) 일반면역검사 -C형간염항체 (간이검사)- 유형 I누701아 정밀면역검사 -C형간염항체	C형간염항체검사의 급여기준	누700마 일반면역검사-C형간염항체(HCV Ab), 누700 바(1) 일반면역검사-C형간염항체(간이검사)-유형 I 또는 누701아 정밀면역검사-C형간염항체(HCV Ab)의 급여 기준은 다음과 같이 함.  - 다음 - 가. 간기능검사상 이상소견이 있는 경우 나. 급성 및 만성 간질환 환자에서 C형간염이 의심되거나 나 또는 C형간염의 배제가 필요한 경우 다. 혈액종양 환자와 혈액투석을 받는 만성 신부전증 환자 등 잦은 수혈로 인해 C형 간염 감염의 위험이 있다고 판단되는 경우 라. 혈액, 골수, 조직, 장기 등의 공여자 마. C형간염 고위험군에서 감염원에 노출되었거나 노출 될 위험이 높은 경우 바. 수술(관절적 시술 포함)이 필요하거나 예측되는 경우 사. 상기 가.~바. 이외 임상적으로 필요하여 실시하는 경우 사례별로 인정함. (고시 제2019-176호, '19.9.1. 시행)
누720가, 누721가 HIV 항체, 누721나 HIV항원/항체 (동시 선별)	에이즈검사의 급여기준	에이즈바이러스(Human Immunodeficiency Virus, HIV) 감염 후 본인이 감지하지 못한 상태에서도 타인에게 전염력이 있게 되므로, 감염자의 조기발견과 수혈 등으로 인한 감염요인 사전규명 및 진료과정에서의 감염예방 등을 위하여 실시한 누720가 일반면역검사-HIV 항체, 누721가 정밀면역검사-HIV 항체 및 누721나 정밀면역검사-HIV 항원/항체(동시 선별) 급여기준은 다음과 같이 함.  - 다음 - 가. 장기이식수술을 위하여 장기를 제공하는 경우 나. 수술 또는 수혈이 필요하거나 예측되는 환자

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>다. 중증감염환자, 불명열환자 또는 투석환자(혈액, 복막)      라. 비전형적 피부질환자 또는 원인불명의 전신성 림프선      종창환자      마. 동성애, 매춘, 성병, 마약주사 경험자      바. 기타 후천성 면역결핍증이 의심되는 경우 등 임상적      으로 필요하여 실시하는 경우      (고시 제2018-39호, '18.03.07. 시행)</p>
나562 세포병리검사	나562나(3) 세포병리검사-액상세 포검사-흡인세포병리 검사의 급여기준	<p>종양 진단 목적으로 실시하는 액상세포검사-흡인 세포      병리검사는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. 다만,      동일 날 실시한 일반세포검사-흡인 세포병리검사와 중복      산정은 인정하지 아니함.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 영상의학적 검사에서 이상 소견이 확인된 폐 병변, 췌장      병변, 림프절 병변, 유방 병변, 안내 병변에 시행한 경우      나. 영상의학적 검사에서 확인된 갑상선 결절에 시행한 경우      (고시 제2020-243호, '20.11.1 시행)</p>
나901 근관장측정 검사	유치에 실시한 나901 근관장 측정검사 인정 여부	<p>유치라 할지라도 근관치료시 정확한 근관의 길이를 측정하기      위하여 나901 근관장측정검사를 시행한 경우에는 인정함.      (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)</p>
	근관장측정검사의 급여기준	<p>치료기간 중 1근관당 3회까지 인정한다.      (고시 제2020-246호, '20.11.2. 시행)</p>
나905 정량광형광기를 이용한 치아우식증 검사[1구강당]	정량광형광기를 이용한 치아우식증 검사의 급여기준	<p>정량광형광기를 이용한 치아우식증 검사는 치아우식증      진단 보조 및 진행 여부 모니터링을 목적으로 실시하는 검사로      다음의 요건을 모두 충족한 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상: 5세 이상 ~ 12세 이하 아동      나. 실시간격: 구강당 6개월 간격으로 1회 인정      다. 동일 날, 동일 목적으로 다191 치근단, 다195 교의, 다      197 파노라마 촬영을 한 경우 주된 1종만 산정함.      (고시 제2021-153호, '21.6.1. 시행)</p>

### 제3장 영상진단 및 방사선 치료료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항						
일반사항	동일 부위의 의미	<p>방사선촬영에 있어 동일 부위라 함은 부위적으로 일치함은 물론, 위와 십이지장, 신요관, 흉추상부와 흉추하부의 경우와 같이 통상 동일 필름면에 촬영 할 수 있는 부위를 뜻함.</p> <p>(고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)</p>						
Full PACS 요양급여 비용 산정기준		<p>1. 영상저장 및 전송시스템을 이용하여 필름을 사용하지 않는 경우(Full PACS)에 대한 요양급여비용 산정은 영상의학과 전문의가 상근하는 요양기관으로서, 건강 검진 환자 및 초음파 검사 등 비급여 대상을 포함한 모든 환자에게 필름 없이 운영되는 것을 원칙으로 함.</p> <p>2. 다만, 아래와 같은 경우는 Filmless 예외 대상으로 인정함.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>가. 유방촬영필름(Mammography)</li> <li>나. 수술장에서 실시한 영상진단</li> <li>다. 정형외과에서 수술전 인공삽입물의 종류 및 크기를 결정할 필요가 있는 경우</li> <li>라. 치과 필름과 긴 카세트(long cassette) 필름 등 현재의 PACS 수준으로 지원이 곤란한 경우</li> <li>마. 타 병원으로 환자 이송시 또는 환자의 요구로 film을 생성하는 경우</li> </ul> <p>3. 판독용 및 조회용 모니터</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #cccccc; text-align: center;">구 분</th><th style="background-color: #cccccc; text-align: center;">판독용 모니터</th><th style="background-color: #cccccc; text-align: center;">조회용 모니터</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">해 상 도</td><td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 일반촬영 또는 디지털 저필름용 ; 2,048×2,560 이상 (14×17 기준)</li> <li>• CT/DSA/Digital fluoroscopy ; 1,200×1,600 또는 1,600×1,200 이상 (LCD인 경우 1,280×1,024 이상)</li> </ul> </td><td> 1,200×1,600 또는 1,600×1,200 이상 (LCD모니터 사용시 1,024×768 이상) </td></tr> </tbody> </table>	구 분	판독용 모니터	조회용 모니터	해 상 도	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 일반촬영 또는 디지털 저필름용 ; 2,048×2,560 이상 (14×17 기준)</li> <li>• CT/DSA/Digital fluoroscopy ; 1,200×1,600 또는 1,600×1,200 이상 (LCD인 경우 1,280×1,024 이상)</li> </ul>	1,200×1,600 또는 1,600×1,200 이상 (LCD모니터 사용시 1,024×768 이상)
구 분	판독용 모니터	조회용 모니터						
해 상 도	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 일반촬영 또는 디지털 저필름용 ; 2,048×2,560 이상 (14×17 기준)</li> <li>• CT/DSA/Digital fluoroscopy ; 1,200×1,600 또는 1,600×1,200 이상 (LCD인 경우 1,280×1,024 이상)</li> </ul>	1,200×1,600 또는 1,600×1,200 이상 (LCD모니터 사용시 1,024×768 이상)						

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항			
		구 분	판독용 모니터	조회용 모니터	
		크 기	20 inch equivalent 이상 (CT는 19 inch 이상)	17 inch(LCD는 15inch) 이상을 원칙으로 하되, 19 inch(LCD는 17inch) 이 상의 모니터가 50% 이상 확보되어야 함.	
		모 니 터 수	2대 이상	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 각 외래 진료과목별 1대 이상</li> <li>• 각 병동별 1대 이상</li> <li>• 한 병동이 여러 층에 걸 쳐있는 경우는 최소한 각 층별로 1대 이상</li> </ul>	
		<p>4. 판독용 web PACS는 인정하지 아니함. (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)</p>			
방사선 영상진단의 판독료 산정기준		<p>「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」 제1편 제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료료 [산정 지침] (3),(4)에서 규정하고 있는 제1절 방사선일반영상 진단료 및 제2절 방사선탈수영상진단료에 분류된 영상 진단의 판독료 산정기준은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음-</p> <p>가. 작성서류</p> <p>방사선 영상진단의 판독료는 판독소견서를 작성·비치한 경우에 인정함. 다만, 방사선 일반영상진단의 판독 소견을 진료기록부에 기록한 경우 또는 치료 목적의 영상 판독소견을 시술(수술)기록지에 기록한 경우에는 판독소견서를 작성·비치한 것으로 간주함.</p> <p>나. 작성시기</p> <p>판독소견서는 환자치료(치료계획) 전까지 작성하여야 하며, 치료행위가 연속적으로 동시에 이루어지는 경우 (투시촬영 등) 또는 응급상황이 발생한 경우에는 치료 후 즉시 작성하여야 함. 다만, 상기 시점에 작성이</p>			

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>어려운 부득이한 사정이 있는 경우에는 적어도 건강 보험심사평가원에 요양급여비용을 청구하기 전까지는 작성하여야 함.</p> <p>다. 기재범위</p> <p>판독소견서에는 환자성명, 나이, 성별, 검사명, 검사 일시, 판독소견 및 결론(정상소견인 경우 구분 불필요), 판독일시, 판독의, 요양기관명 등을 포함하여 기재 하여야 하며, 진료기록부에 판독소견을 작성하는 경우에는 환자성명, 나이, 성별, 요양기관명은 기재 생략 가능함</p> <p>(고시 제2023-242호, '24.1.1. 시행)</p>
	외부병원 필름 판독료 산정 기준	<p>외부병원 필름판독료는 이중촬영을 방지하고 적정 진료를 유도하기 위한 취지에서 신설된 것이므로 환자의 이송 없이 단지 필름에 대한 판독만 의뢰되는 경우에는 산정 할 수 없음.</p> <p>(고시 제2003-65호, '03.12.1. 시행)</p>
다245 일반 전산화단층영상진단(CT)의 산정기준	전산화단층영상진단(CT)의 산정기준	<p>다245 일반 전산화단층영상진단(Computed tomography, CT)은 다음과 같이 요양급여함.</p> <p>- 다음 -</p> <p>가. 일반기준</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 악성종양과 감별을 요하는 종괴성질환(양성종양, 육아종, 비전형적인 낭종, 농양 등)의 진단, 감별진단</li> <li>2) 악성종양의 병기 결정 및 추적검사</li> <li>3) 급성외상(뇌, 흉부, 복부, 골반강, 척추 등)</li> <li>4) 수술 또는 치료 후 호전되지 않거나 심부 합병증이 의심될 때</li> <li>5) 선천성질환 중 해부학적 구조 확인이 필요한 경우 (뇌, 안구, 안면, 측두골, 척추 및 체부의 심부)</li> <li>6) 대동맥질환, 동맥류</li> <li>7) 손상통제수술 후 단계적 수술을 위해 해부학적으로 재평가가 필요한 경우</li> </ol>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>나. 두부(Brain)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 뇌혈관질환(뇌졸증, 뇌동정맥기형, 뇌동맥류, 뇌출혈, 뇌허혈증, 뇌경색)</li> <li>2) 뇌막염, 뇌염, 뇌농양 등 염증성 질환(진균 및 기생충질환 포함)</li> <li>3) 대사성질환, 퇴행성질환 및 회백질 질환, 저산 소증으로 인한 뇌증의 진단</li> <li>4) 뇌전증</li> <li>5) 수두증의 진단, 감별진단</li> <li>6) 합당한 증상 또는 신경학적 소견이 있어 뇌신경 질환이 의심되는 경우</li> </ul> <p>다. 안면 및 두개기저(Face or Skull Base)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 종괴형성, 안외염증, 안구돌출(갑상선 기능亢진증 등)</li> <li>2) 타액선 결석</li> <li>3) 임상소견 상 수술을 요할 정도의 부비동염</li> <li>4) 터키안내 양성종양, 낭종(선천성, 후천성) 또는 염증성 질환, 뇌하수체호르몬 이상 시, Empty Sella</li> <li>5) 중이염에서 진주종, 뇌막염 등의 합병증이 의심 될 때</li> <li>6) 내이(Inner ear)의 정밀 해부학적 구조 파악이 필수적일 때(혈관성 또는 원인불명의 이명, 원인 불명의 청각장애 등)</li> </ul> <p>라. 경부(Neck)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 원인불명의 심부 림프선 종대</li> <li>2) 기도폐쇄의 원인진단 및 범위 결정</li> </ul> <p>마. 흉부(Chest)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 미만성 간질 폐질환, 원인불명의 기흉, (폐기)종, 세기관지 질환, 기관계 이형성증</li> <li>2) 종격동 질환의 감별진단</li> <li>3) 일반 X선 사진으로는 감별이 어려운 폐결절의 감별진단</li> </ul>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>4) 일반 X선 사진으로는 진단이 어려운 기관지 확장증의 확진 또는 수술 전 해부학적 범위 결정</p> <p>5) 원인불명의 각혈, 무기폐, 늑막삼출액</p> <p>6) 종양과 감별이 어려운 소방형성 늑막삼출, 폐경화 등</p> <p>7) 기관지 이물</p> <p>8) 일반 X선 사진상 폐문종대가 있어 감별진단을 필요로 할 때</p> <p>9) 일반흉부 X선 및 객담검사상 폐결핵의 활동성 여부를 결정하기 어려울 때</p> <p>10) 심장 전산화단층영상진단(Cardiac CT)은 64 채널(channel)이상의 CT로 촬영한 경우에 요양 급여로 인정하며, 세부인정기준은 아래와 같음. 다만, 자)~카)는 64채널(Channel)미만의 CT로 촬영한 경우에도 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 급성 <u>흉통</u>으로 응급실에 내원한 환자를 대상으로 급성 관동맥 증후군을 감별하기 위하여 촬영한 경우로서 다음 요건을 모두 충족하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 관상동맥질환의 위험이 저위험도이거나 중등도 위험도이면서 이전에 관상동맥 질환을 진단받은 적이 없는 환자</li> <li>(2) 심전도 검사결과 허혈성 소견이 없는 환자</li> <li>(3) 심근표지자 검사가 진단적이지 않은 환자</li> </ul> <p>나) 관상동맥질환의 발병 위험이 저위험도 이거나 중등도 위험도이면서 이전에 관상동맥 질환을 진단받은 적이 없고 안정형 흉통이 있는 환자를 대상으로 촬영한 경우로서 다음 요건 중 하나 이상을 충족하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 선행부하검사 결과 관상동맥질환의 판정이 곤란한 경우</li> </ul>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>(2) 기저심전도검사 결과 이상이 있어 운동 부하검사 판독이 곤란한 경우</p> <p>(3) 환자의 상태가 운동부하검사를 실시할 수 없는 객관적인 소견이 있는 경우</p> <p>다) 관상동맥 우회로 수술 후 흉통이 있는 환자를 대상으로 이식 혈관의 개통성을 평가하기 위하여 촬영하는 경우</p> <p>라) 좌주간지 관상동맥 중재시술(직경 3mm 이상 스텐트 삽입)을 받은 환자를 대상으로 혈관의 개통성을 평가하기 위하여 촬영하는 경우</p> <p>마) 임상적으로 유의한 선천성 관상동맥 기형 평가</p> <p>바) 실재동기화치료(cardiac resynchronization therapy, CRT)전 관상정맥의 해부학적 평가를 위하여 촬영하는 경우</p> <p>사) 관상동맥질환의 발병 위험이 중등도 위험도인 환자를 대상으로 다음 수술을 시행하기 전에 관상동맥질환 여부를 진단하기 위하여 촬영하는 경우</p> <p>(1) 비관상동맥 심장질환수술 또는 대동맥 수술</p> <p>(2) 죽상경화성 말초동맥폐쇄성질환의 우회로 (Bypass graft) 수술</p> <p>아) 관상동맥질환을 진단받은 적이 없고, 새롭게 심부전(좌심실 구혈률 35%이하)을 진단받은 환자를 대상으로 심부전의 원인을 감별하기 위하여 촬영하는 경우</p> <p>자) 교착성 심낭염</p> <p>차) 심낭재수술시 흉벽과 심낭 사이의 유착 확인</p> <p>카) 복잡 선천성 심장기형의 구조 평가</p> <p>* 관상동맥질환의 위험도 분류는 교과서(Brauwald's heart disease 등), 임상진료지침 참고</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>바. 복부 [골반포함](Abdomen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 만성간염, 간경화증으로 조기 암이 의심될 때</li> <li>2) 간내 문맥정맥간 단락술(TIPS) 시행 시</li> <li>3) 합병증이 의심되는 담관 또는 췌관의 확장</li> <li>4) 원인불명의 담도 또는 췌관의 확장</li> <li>5) 선행 검사 상 원인을 알 수 없는 혈뇨</li> <li>6) 선행 검사 상 원인을 알 수 없는 요로폐쇄</li> <li>7) 선행 검사 상 진단이 어려운 급성 복증</li> <li>8) 심부 헤르니아</li> <li>9) 허혈성 장 질환</li> <li>10) 자궁내막증</li> <li>11) 자궁 외 임신</li> <li>12) 정류고환</li> </ul> <p>사. 상지 및 하지(Upper or Lower Extremity)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 해부학적으로 복잡한 부위의 골절(관절, 수족골, 안면, 두개기저, 측두골, 척추 등)</li> <li>2) 관절 내 유리골편의 확인</li> <li>3) 염증 또는 외상 후 관절 내 이상소견의 치료 전 평가 및 치료 후 경과 관찰</li> <li>4) 골연골증의 수술 전 진단 및 범위 결정</li> <li>5) 수술 후 내고정물의 정확한 위치 평가</li> <li>6) 골수염의 활동성 여부 결정</li> <li>7) 일반 X선 사진 상 골절 유합의 평가가 어려울 때</li> <li>8) 만성관절염, 척추분리증의 수술여부 정밀 평가</li> </ul> <p>아. 척추(Spine)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 척수의 염증성, 기생충 질환</li> <li>2) 합당한 증상 또는 신경학적 증상이 있는 추간 판탈출증, 척추강협착증, 퇴행성질환, 추간반 팽윤증 등의 진단 및 감별진단</li> </ul> <p>자. 3차원 CT</p> <p>상기 가.~아.의 급여대상 중 해부학적 부위가 복잡하여 선행검사로는 진단이 어렵다고 판단되는 경우</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>차. 상기 가.~자. 이외 진료담당의사의 진단 및 치료방향 설정을 위해 부득이 촬영했을 때는 합당한 관련 자료와 소견서를 첨부하여 촬영의 필요성이 인정된 경우 요양급여함.</p> <p>(고시 제2023-242호 '24.1.1. 시행)</p>
	CT 촬영을 실시한 환자를 다른 요양기관에 이송시 기준	<p>국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제6조에 의거 요양기관은 CT 촬영을 실시한 환자를 다른 요양기관으로 이송 또는 회송한 경우에는 CT 필름 및 판독소견서를 교부하여야 하고, 진료를 담당하는 요양기관에서는 환자의 주증상, 치료경력 등의 진찰이나 환자 가족으로 부터의 진술을 통하여 타 요양기관에서의 촬영여부를 확인하여 불필요한 진료행위 발생을 방지하여야 함.</p> <p>(고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)</p>
다245-1 Cone Beam전산화 단층영상진단	다245-1 Cone Beam 전산화 단층영상진단	<p>245-1 Cone Beam 전산화단층영상촬영은 제3장 제1절 방사선일반영상진단(파노라마 등)으로는 진단이 불확실한 경우에 한하여 식약처 허가사항 범위 내에서 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p>- 다음 -</p> <p>가. 치아부위</p> <p>1) 근관(신경)치료의 경우</p> <p>    가) 통상적인 근관(신경)치료 시 비정상으로 계속 적인 통통을 호소하는 경우                  : 치근의 파절 또는 비정상적 근관형태로 추가 적인 근관치료를 요하는 경우</p> <p>    나) 치근단절제(Apicoectomy) 또는 치아재식술을 요하는 경우로써 해부학적으로 위험한 상태로 하치조관이나, 이공, 상악동 부위에 병소가 위치하여 정확한 진단이 필요한 경우</p> <p>2) 차41마(3)완전 매복치 발치술과 관련된 완전 매복치</p> <p>3) 제3대구치는 치근단, 파노라마촬영 등에서 하치</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>조관 또는 상악동과 치근이 겹쳐 보여 발치의 위험도가 높은 경우</p> <p>4) 치아나 치조골의 급성외상에 의한 치아의 함입 등으로 인해 계승치아에 미치는 영향의 진단</p> <p>나. 안면 및 두개기저 부위</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 3치관 크기 이상의 치근낭</li> <li>2) 타액선 결석</li> <li>3) 임상소견 상 수술을 요할 정도의 상악동염</li> <li>4) LeFort I, II, III 골절 혹은 협골부, 안와의 blow-out골절, 하악골의 골절 혹은 하악 과두 골절, 비골골절, 전두동골절, 비·전두사골복합체골절</li> <li>5) 악안면 기형 수술의 전·후 평가</li> <li>6) 낭종 또는 염증성 질환</li> <li>7) 터키안내 양성종양, 뇌하수체 호르몬 이상시, Empty Sella</li> </ul> <p>다. 측두하악관절부위</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 강직(Ankylosis)과 감별진단을 요하는 심한 임상적 개구제한</li> <li>2) 골 변화를 동반하는 관절염(퇴행성, 류마티스성, 감염성) 및 과두형태의 이상</li> <li>3) 스플린트 치료에 반응하지 않는 측두하악장애</li> <li>4) 악관절수술의 전, 후 평가</li> </ul> <p>라. 부비동(Paranasal) 및 측두골(Temporal)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 임상소견 상 수술을 요할 정도의 부비동염이나 비중격만곡증, 만성 중이염과 진주종 등이 의심 될 때</li> <li>2) 비부비동염, 중이염에서 두개내, 두개외의 합병증 등이 의심될 때</li> <li>3) 중이(middle ear), 내이(inner ear)나 내이도 (internal auditory canal)의 정밀 해부학적 구조 파악이 필수적일 때(혈관성 또는 원인불명의 이명,</li> </ul>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>원인불명의 청각장애 등)</p> <p>4) 인공와우 이식술 시행 시</p> <p>5) 악성종양과 감별을 요하는 종괴성 질환의 진단시</p> <p>6) 악성종양의 병기결정 및 추적 검사</p> <p>7) 수술 또는 치료 후 호전되지 않거나 수술 후 재발 및 심부 합병증이 의심될 때</p> <p>8) 선천성질환 중 해부학적 구조 확인이 필요한 경우</p> <p>9) 측두골 외상이 의심될 때</p> <p>마. 상지 및 하지 부위</p> <p>1) 해부학적으로 복잡한 부위의 골절(관절, 수족골)</p> <p>2) 관절 내 유리골편의 확인</p> <p>3) 염증 또는 외상 후 관절 내 이상소견의 치료 전 평가 및 치료 후 경과 관찰</p> <p>4) 골연골증의 수술 전 진단 및 범위 결정</p> <p>5) 수술 후 내고정물의 정확한 위치 평가</p> <p>6) 일반 X선 사진 상 골절 유합의 평가가 어려울 때</p> <p>7) 만성관절염의 수술여부 정밀 평가</p> <p>(고시 제2023-242호 '24.1.1. 시행)</p>

## 제4장 투약 및 조제료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	처방의약품 반납관련 처리방법	<p>의약분업의 시행 이전 의료기관에서는 환자에게 투약한 의약품에 대하여 부작용의 발현, 복용불편 등의 사유로 환자의 요구가 있는 경우에 잔여 의약품을 반납 처리하는 것이 일반화되어 있음.</p> <p>그러나, 의약품은 그 특성상 보관 및 관리가 엄격하여야 하며, 여타의 오염에 의하여 심각한 부작용을 야기할 수 있으므로 일단 조제·투약된 의약품을 반납 받아 다른 환자에게 재사용하는 것은 사실상 불가능하며, 의약품의 경우 정상적인 처방 및 조제·투약이라 하더라도 필연적으로 부작용이 발현될 수 있으므로 부작용이 발현되었다 하여 잔여 의약품을 반납처리하는 것은 정상적인 진료 및 투약 등을 저해하게 됨.</p> <p>따라서, 요양기관에서는 여타의 이유로 환자가 복용중인 의약품을 반납받아 다른 환자에게 재사용하거나, 이를 보험으로 정산처리해서는 아니됨.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)</p>
	제제료 산정방법	<p>약사법 제41조 및 의약품 등의 안전에 관한 규칙 제54조에 의한 조제실 제제를 조제 투약한 경우에는 라1 퇴원 환자 조제료, 라1-1 외래환자 조제복약지도료 또는 라2 입원 환자 조제·복약지도료 소정금액의 50%를 제제료로 산정 토록 되어 있는 바, 요양 기관에서 동 제제료를 청구시에는 병원 제제약 내역 설명서에 의약품 등의 안전에 관한 규칙 제53조에 의거, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 발급한 의료기관 조제실제제 제조 품목 신고증을 첨부하여 제출하여야 함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-206호, '18.10.1. 시행)</p>
라1 처방조제료	치과대학병원에서의 제제료 산정방법	<p>치과대학 부속병원의 환자에게 자체 제제약을 조제하여 의과대학 부속병원 환자와 똑같이 투약하는 경우 수기료는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대 가치점수」 제1편 제2부 제4장 투약 및 조제료 [산정지침] (5)에 준용하여 제제료를 산정할 수 있음.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)</p>

## 제5장 주사료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	주사수기료의 산정방법	<p>「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대 가치 점수」 제1편 제2부 제5장 주사료 중 마1 「주」에 의하면 피하 또는 근육내주사를 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회 이내만 산정하되, 응급을 요하거나 진료상 반드시 필요한 경우에는 예외로 한다고 되어 있는 바, 응급을 요하는 경우란 환자의 상태로 보아 즉시 필요한 처치를 하지 아니하면 그 생명을 보존할 수 없거나 중대한 합병증을 초래 할 것으로 판단되는 경우이며, 진료상 반드시 필요한 경우란 진료 의사의 전문의학적 판단에 근거하여 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」[별표1] 요양급여의 적용 기준 및 방법 3.나. 주사에 의하는 경우를 의미함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)</p>

## 제6장 마취료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	전신마취 실시 시간의 개념	<p>전신마취 실시 시간이란 실질적으로 마취를 실시한 소요 시간을 뜻하므로 마스크 또는 기관내 삽관을 시행한 시간부터 기관내 삽관을 제거한 시간까지를 의미하나, 기관내 삽관 장치 상태로 회복실에 옮겨졌다 할지라도 회복실에서 소요된 시간은 마취 실시 시간에 삽입할 수 없음            (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)</p>
환자의 요구에 의하여 실시한 전신마취 산정 여부		<p>1. 환자의 심신상태를 감안할 때 국소마취로도 시술이 충분히 가능하다고 판단되는 경우임에도 환자가 부당하게 전신마취를 계속 요구할 경우에는 국민건강보험법 제53조제1항제2호 및 국민건강보험요양급여의기준에 관한규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하여 요양기관은 의견서를 첨부하여 그 사실을 보험자에게 통보하고 그 의견을 들어 조치하여야 함.</p> <p>2. 만약, 요양기관에서 이러한 조치없이 환자의 단순한 요구에 의하여 전신마취를 시행할 경우의 책임(전신마취료와 국소마취료의 차액)은 통보 의무를 위반한 요양기관에 있다 할 것임.</p> <p>3. 또한, 국소마취가 통상의 마취방법이라 할지라도 환자의 심신상태 및 심리적 건강효과를 고려하여 전신마취의 필요성이 있다고 판단될 때에는 환자의 요구에 관계없이 이를 시행할 수 있으며 그 비용은 보험자에게 청구할 수 있음.            (고시 제2012-153호, '12.12.1. 시행)</p>
2가지 이상의 마취시 수가산정방법		<p>「건강보험 행위급여·비급여목록표 및 급여상대 가치점수」 제1편제2부 제6장 마취료[산정지침](6)항에 의거 동일 목적을 위하여 2가지 이상의 마취를 병용한 경우 또는 마취 중에 다른 마취법으로 변경한 경우 2가지 이상 마취 중 소정점수가 높은 마취의 소정점을 산정함. 이 경우 '소정점수'란 제6장 마취료의 각 분류항목에 기재된 점수를 말함.            (고시 제2016-204호, '16.11.1. 시행)</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	장애인 치과 진료 시 전신 마취 급여기준	<p>장애인으로 등록되어 있는 뇌병변장애인, 지적장애인, 정신장애인, 자폐성장애인에게 급여, 비급여 동시 치과 진료 시 시행된 전신마취에 대해서는 현행 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제6장 마취료 제1절 마취료를 적용하여 청구함.</p> <p>단, 비급여 치과진료만을 시행하는 경우의 마취료는 제외함.</p> <p>(고시 제2022-26호, '22.2.1. 시행)</p>

## 제7장 이학요법료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	물리치료사 1인당 1일 물리치료 실시 인원	<p>해당항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관(보건기관 포함)에서 재활 및 물리치료를 실시한 경우에 상근하는 물리치료사 1인당 물리치료 실시인원(물리치료 실시 총 청구건수를 의미함)은 월평균(또는 주 평균) 1일 30명까지 인정하며, 이경우 의료급여 환자를 포함함. 다만, 상근물리치료사 1인 이상이 근무하는 기관에서 시간제, 격일제 근무자(주3일이상 이면서 주20시간 이상 근무하는자)의 경우 0.5인으로 보아 월평균(또는 주평균) 1일 15명까지 인정함.</p> <p>※월평균(주평균) 물리치료실시인원 = 1개월간(1주일간) 총 물리치료청구건수(물리치료 실시 연인원)÷1개월간(1주일간) 물리치료사 근무일수</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2010-31호, '10.6.1. 시행)</p>
물리치료 항목을 여러병변에 실시시 산정방법		<p>「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」 제1편 제2부 제7장에 분류된 이학요법료 중 “외래는 1일1회, 입원은 1일2회 산정한다”라고 규정한 것은 동일 환자에 대하여 2가지 이상 상병의 병변이 각각 상이하거나 동일상병의 병변이 각각 상이하거나를 불문하고 외래는 1회, 입원은 2회까지만 소정행위료를 산정할 수 있는 것임.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)</p>
물리치료와 국소주사 등을 동시 시행시 인정기준		<p>외래 진료시 물리치료와 국소주사 등(관절강내, 신경간 내주사, 신경차단술 등)을 동시에 실시한 경우 동일 목적으로 실시된 증복진료로 보아 주된 치료만 요양급여로 적용하고, 1종은 환자가 전액을 본인이 부담함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2011-10호, '11.2.1. 시행)</p>
새로운 장비(저주파 치료기, 미세전류 치료기, 합성전자기파		<p>1. 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수 제1편 제1부 일반원칙 I.3항에 “각 장애 분류되지 아니한 항목과 비슷한 진료행위는 가장 비슷한 분류 항목에 준용하여 산정”하도록 규정하고 있으므로</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	치료기, 자기치료기, 견인기구, 운동기구, 레이저치료기 등)를 이용한 물리치료 진료수가 산정방법	<p>새로운 시설, 장비, 기구 등을 사용하더라도 이미 등재된 분류항목 중 가장 비슷한 분류항목에 준용·산정하여야 하며, 준용하기 곤란한 특수 또는 새로운 진료 행위에 대하여는 보건복지부장관이 별도로 인정하는 기준에 의하는 것임.</p> <p>2. 현행 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대 가치점수는 장비별 수가체계가 아닌 행위별 수가체계이며, 수입 또는 국내 생산제품일지라도 소정의 수입 또는 제조 허가를 받지 아니한 장비(기구)를 임의로 설치하여 요양급여비용을 산정하거나 환자에게 전액 부담시키는 일이 없도록 유의하여야 함.</p> <p>(가) 저주파치료기(미세전류치료기 포함) : 사104 경피신경 자극치료 적용 EMI(Electric Acuscop Myopulse), Somadyne, Achromone, Intelect-600 mp, Mens 1-Super</p> <p>(나) 합성전자기파치료기 : 사101 적외선치료 적용 TDP, Aladdin-H, SEMS</p> <p>(다) 자기치료기 : 사102 심층열치료 적용 Magentic Field Therapy, 알파트론, 코스노 감마, 열전 마그네틱(국산)</p> <p>(라) 견인기구 : 사112 간헐적 견인요법 적용 Vertetrap</p> <p>(마) 운동기구 : 운동요법 각 해당수가 적용 Medx, NORSK(KEBO), Toning Table, Cybex</p> <p>(바) 레이저치료기 : 사115 레이저 치료 적용 스타빔(Star Beam SP-3000 또는 SP-7000)을 이용</p> <p>(고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)</p>
사102 심층열 치료	초음파치료 인정기준	<p>초음파치료는 심장부위·안면부위에는 금기이며, 성장기 아동의 관절부위에 실시 시 골단(epiphysis)의 성장에 지장을 초래하므로 인정하지 아니함. 다만, 15세 이상의 측두하악관절에는 치료효과 등 임상적 유용성을 감안하여 인정함.</p> <p>(고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)</p>

**198 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
사106 단순운동치료	안면신경마비에 실시한 운동치료 수가 산정 방법	Hunt-Ramsay Syndrome시 안면신경마비가 동반될 경우 실시한 운동치료는 사106 단순운동치료 [1일당]의 소정점수를 산정함.  (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)

## 제9장 처치 및 수술료 등

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	2가지 이상의 수술시 수기료 산정방법	<p>1. 동일 절개 하에서 2가지 이상 수술을 동시에 시술한 경우 주된 수술이란 2가지 이상 수술 중 소정점수가 높은 수술을 기준으로 함. 이 경우 ‘소정점수’이란 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 등의 각 분류 항목에 기재된 소정점수를 말함.</p> <p>2. 동일 피부 절개하에 해당과를 달리하여 각각 다른 병변을 수술한 경우, 진료전문과목이 다르더라도 동일 마취 하에 연속하여 수술을 하는 것이므로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 등[산정지침] (5)항에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급 종합병원 포함)]은 70%]를 산정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)</p>
동일 피부 절개 하에 2가지 이상 수술시 수가 산정방법		『건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수』 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 [산정지침] (5)항에 의거 종합병원(상급종합병원 포함)의 경우 동일 피부 절개 하에 2가지 이상 수술을 동시에 시술한 경우 제2의 수술 부터는 해당 수술 소정점수의 70%를 산정토록 되어 있음. 이 때, 2가지 이상 수술이란 서로 다른 수술로 별도 소정점수의 산정이 가능한 경우를 의미함.
동일 피부 절개 하 동일 수술을 여러 부위에 하는 경우 수가 산정방법		동일 피부 절개(또는 동일 경로) 하 동일 수술을 여러 부위에 하는 경우는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치및수술료 [산정지침] (5)에 적용되지 않는 사항으로, 제1 부위는 100%, 제2부위부터는 50% 산정을 원칙으로 함. 다만, 최대산정 범위 및 산정방법에 대해 별도 고시가 있는 경우에는 해당 고시를 적용함
		(고시 제2017-118호, '17.7.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	수면무호흡증후군의 급여기준	<p>「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」[별표2] 제1호에 따라 ‘단순 코골음’은 비급여대상이나, ‘수면무호흡증후군’은 업무 또는 일상생활에 지장을 초래할 뿐 아니라 여러 합병증을 유발할 수 있어, 다음과 같은 경우 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다음 -</p> <p>가. 수면다원검사상 호흡 곤란 지수 (RDI : Respiratory Disturbance Index)가 15이상인 경우</p> <p>나. 수면다원검사상 호흡 곤란 지수 (RDI : Respiratory Disturbance Index)가 5이상이면서 아래 1) 중 하나 또는 2)에 해당하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 아래 -</p> <p>1) 불면증, 주간 졸음, 인지기능 감소, 기분장애, 고혈압, 빈혈성 심장질환, 뇌졸중의 기왕력</p> <p>2) 산소포화도 85% 미만</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-135호, '18.7.1. 시행)</p>
	액화질소를 사용하여 치핵, 종양 등 냉동응고술을 사술하였을 경우 수치료 및 치료재료 산정방법	<p>액화질소를 이용한 냉동응고술의 수가적용은 다음과 같으며 동 시술시 사용되는 재료(액화질소)는 산정할 수 없음.</p> <p style="text-align: center;">- 다음 -</p> <p>가. 일반외과 : 자301나 응고, 소작 [레이저 포함], 경화요법 및 고무밴드결찰술</p> <p>나. 부인과 : 자432 자궁경부질냉동 또는 열응고술</p> <p>다. 피부과 : 자12 피부전기소작술 또는 냉동술, 티눈제거시는 자141가 티눈제거술(전기소작, 냉동응고술 또는 약물밀봉대) 산정</p> <p>라. 구강외과 : 자12가 피부전기소작술 또는 냉동술 (<math>25\text{cm}^2</math> 미만)</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)</p>
	외국에서 수술후 국내에서 진료시 급여여부	외국에서 수술을 받은 경우 외국의 의료기관 등에 부담한 진료비용은 국민건강보험법 제41조제3항 및 같은법 제54조에 의거 급여할 수 없으나 외국에서 수술을 받았다

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>하더라도 수술이후에 필요한 치료를국내 요양기관에서 받은 경우의 진료비용은 급여함            (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)</p>
	당해 요양기관에서 시술에 필요한 시설과 장비를 보유하지 않고 의료용기구 수입판매업자로부터 장비를 대여 받아 시술한 경우 요양급여비용 산정방법	<p>당해 요양기관에서 시술에 필요한 시설과 장비를 보유하지 아니한 때에는 해당 시설 및 장비가 갖추어진 요양기관과 공동으로 사용할 수는 있으나 요양기관이 아닌 의료용기구 수입판매업자로부터 시술장비를 대여 받아 시술행위를 한 경우에는 요양기관이 시술장비를 직접 대여 받아 행한 것이므로 현행 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수에 따라 해당 수기료의 소정금액을 산정하여야 하고, 장비 대여료나 사용료, 부대비 등의 명목으로 별도의 비용을 수진자에게 부담시킬 수는 없음.            (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)</p>
	악안면교정수술(신장술 포함) 보험급여 인정 기준	<p>악안면교정수술(신장술포함)은 외모개선목적이 아닌 저작 또는 발음 기능개선 목적으로 시행한 경우에 보험급여 하되, 다음 중 하나에 해당되는 경우로 함.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 선천성 악안면 기형으로 인한 악골발육장애(구순 구개열, 반안면왜소증, 피에르 로빈 증후군, 크루즌 증후군, 트리쳐 콜린스 증후군 등)</p> <p>나. 종양 및 외상의 후유증으로 인한 악골발육장애</p> <p>다. 뇌성마비 등 병적 상태로 인해 초래되는 악골발육장애</p> <p>라. 악안면교정수술을 위한 교정치료전 상하악 전후 교합 차가 10mm 이상인 경우</p> <p>마. 양측으로 1개 치아씩 또는 편측으로 2개 치아 이하만 교합되는 부정교합</p> <p>바. 상하악 중절치 치간선(dental midline)이 10mm 이상 어긋난 심한 부정교합</p> <p>(고시 제2007-37호, '07.5.1. 시행)</p>
자2 창상봉합술	부위내 창상봉합부위가 둘 이상일 때자2	한 부위에 여러 형태의 창상이 존재하는 경우 난이도가 높은 창상의 형태로 산정한다. 단, 창상의 길이는 각

**202 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	창상봉합술 수가 산정방법	창상의 형태를 불문하고 부위내 길이를 모두 합산하여 산정한다. (고시 제2021-291호, '21.12.1. 시행)
자31 골편절제술	편측 전·후 장골능에서 골편채취시 수기료 산정방법	편측의 전·후 장골능에서 골편채취시 동일 피부절개하에 실시한 경우에는 골편의 개수를 불문하고자31 골편절제술 소정점수를 산정하며 서로 다른피부 절개하에 실시한 경우에는 자31 골편절제술소정점수 200%를 산정함. (고시 제2017-118호, '17.7.1. 시행)
자31-1 골이식술	골이식술의 급여기준	골 결손부위에 보존 및 보강 목적으로 실시하는 자 31-1 골이식술(Bone graft)은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다음 - 가. 자31 골편절제술 후 자가골 이식의 경우 나. 골대체제(동종골, 이종골, 합성골)를 사용하여 골이식 하는 경우 1) 골성 종양 수술시 골결손이 있는 경우 2) 사지 장관골 골절 수술 후 불유합이나 자연유합이 있는 경우 3) 사지 관절(견관절, 주관절, 원관절/고관절, 슬관절, 족관절)의 재수술시 불유합이나 자연유합이 있는 경우 (고시 제2017-118호, '17.7.1. 시행)
자216 순열수술 자216-3 구순열비교정술 자219 구개열 수술	순열수술, 구개열수술, 구순열비교정술 급여여부	1. 소아선천성질환인 구순구개열의 순열 및 구개열수술은 급여대상이며 언어장애, 저작운동장애, 음식물 등의 연하운동장애 등이 있어 신체의 필수 기능개선을 목적으로 재수술을 시행할 경우에는 계속 급여가 가능함. 2. 순열수술로 인해 안면부에 생긴 반흔, 입술변형, 비변형은 사회적 기능에 영향을 주게 되므로 6세 이하 환자에게 이를 개선하기 위한 수술은 급여대상으로 하고 이외에는 비급여대상으로 함. 3. 상기 2.에 따른 급여대상에게 반흔 및 입술변형 교정, 구순열비교정술을 동시에 시행하는 경우 주된 수술은

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>소정점수를 산정하고, 제2의 수술부터는 해당 수술 소정 점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함.</p> <p>4. 구순열비교정술 후 nasal retainer는 1개 급여인정함. 다만, 사이즈 변경 필요로 인한 교체시 1개를 추가 인정 하며, 그 외에는 비급여 대상으로 함.</p> <p>(고시 제 2023-293호, '24.1.1. 시행)</p>
자217 설단소증수술	자217 설단소증수술의 급여기준	<p>자217 설단소증수술은 설소대 단축으로 인한 수유곤란, 발음장애, 치아 부정교합 등이 확인되어 수유능력의 향상, 혀 운동성 향상 또는 발음 정확도 개선을 목적으로 실시한 경우 요양급여를 인정함.</p> <p>(고시 제2019-315호, '20.1.1. 시행)</p>
자218 설암수술	COMMANDO & Myocutaneous Flap수술 수기료 산정방법	<p>COMMANDO &amp; Myocutaneous Flap은 자218 설암 수술, 자42 하악골절제술, 자130 기관절개술, 자16 피판 작성술의 소정금액을 각각 산정함.</p> <p>(고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)</p>
자219 구개열수술	연구개열 또는 경구개열 교정수술과 구개인두부전증 교정술을 동시에 실시한 경우 수기료 산정방법	<p>연구개열 또는 경구개열수술과 구개인두부전증 교정술을 동시 실시시 자219가 연구개열수술 또는 자219나 경구개열수술과 자219다 구개인두부전증 교정술을 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 치치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. 과거에 구개열수술을 받았으나 언어장애 때문에 구개인두부전증 교정술을 2차적으로 시행하였을 경우에는 자219다 구개인두부전증 교정술의 소정점수를 산정함.</p> <p>(고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)</p>
자219-1 수면중무호흡 증후군수술	고주파 설근부 축소술의 급여기준	고주파 설근부 축소술(Radiofrequency Tongue Base Reduction)은 폐쇄성 수면무호흡증으로 진단된 환자 중 설근부 비대가 확인되어 실시한 경우 최대 연 2회까지

**204 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>요양급여를 인정함. 이 경우 동 행위에 사용되는 치료재료(「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」의 중분류명 “고주파 설근부 축소술용전극”)는 별도 산정하되 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용하며, 수술당 1개 인정함.</p> <p>(고시 제2022-125호, '22.6.1. 시행)</p>
자220 구강내종양적 출술	혀 부위의 용종 제거술 수기료 산정방법	혀 부위의 용종을 CO2 Laser를 이용하여 제거한 경우의 수기료는 자220나 구강내종양적출술(유두종 등을 간단하게 제거하는 경우)의 소정점수로 산정함.

## 제10장 치과 처치·수술료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	금속강화형시멘트의 인정 여부	금속강화형시멘트는 지대치축조형 및 유치총전용으로 사용 시 인정하며, 해당 수기료는 차13가 아밀감총전으로 산정함. (고시 제2016-30호, '16.3.1. 시행)
	치과수술 항목의 일반적 산정기준	건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제10장 치과 처치 및 수술료 항목 중 산정기준이 치당, 악당, $\frac{1}{3}$ 악당으로 구분되지 아니한 경우에는 치아수 불문하고 소정금액만 산정함. (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
	치과의 처치 및 수술시 $\frac{1}{3}$ 악당의 인정범위	치과 처치 및 수술시 ' $\frac{1}{3}$ 악당' 인정기준은 1악을 $\frac{1}{3}$ 로 구분하여 해당 부위별로 실시시 각각 산정함. 다만, 동일 악중에 연결된 $\frac{1}{3}$ 악 범위내(인접한 치아 3~4개이내 범위)에서 처치 및 수술을 행한 경우에 소정 처치 및 수술료는 1회만 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	치주질환치료시 단계별처치에 대한 원칙	치주질환치료는 상병에 따라 치료방법이 다를 수 있으나, 일반적으로 치주치료 초기과정에서 치석제거를 실시한 후 치주소파술을 실시하는 등 단계적으로 치료하는 것을 원칙으로 함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	파노라마 촬영 급여기준	파노라마 촬영은 부분적인 치근단촬영 만으로는 진단이 불충분하거나, 소아의 해당치아가 맹출되는 평균 연령을 초과한 경우 등 임상적으로 필요한 경우 인정함. (고시 제2016-224호, '16.12.1. 시행)
	$\frac{1}{2}$ 악으로 처치 및 수술을 실시한 경우 수기료 산정방법	산정단위가 $\frac{1}{2}$ 악당으로 분류된 치주질환에 $\frac{1}{2}$ 악당으로 처치 및 수술을 시행한 경우의 수기료는 소정점수의 150%로 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)

**206 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	C형 근관 치아 근관치료의 급여기준	<p>C형 근관을 가진 치아의 근관치료는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함</p> <p>-다 음 -</p> <p>가. 급여대상 : C형 근관을 가진 영구치</p> <p>나. 인정기준</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 근관 위치 및 형태 등 의사의 소견을 기록하고, 근관 충전 후 방사선 영상자료를 반드시 보관하여야 함. 다만, 치료를 실패한 경우에는 근관치료 중 촬영한 영상으로 갈음함</li> <li>2) C형 근관을 가진 영구치 중 상악제2대구치, 하악 제1소구치, 하악제2대구치가 아닌 경우에는 요양 급여비용 청구 시 진료기록부 및 영상자료 등 증빙 자료를 첨부하여 제출토록 함</li> </ol> <p>(고시 제2022-103호, '22.5.1. 시행)</p>
차1 보통치치	방사선촬영이 없이 시행한 근관치료 수기료 산정방법	<p>근관치료는 근관장축정검사 만으로 근관의 길이, 치근의 병변 및 해부학적 치근의 형태 등을 예측할 수 없으므로 방사선촬영으로 근단의 병소나 근관의 상태등을 확인 하여야 함.</p> <p>따라서, 근관장축정검사의 유무를 불문하고 치수치료 중 X-Ray 촬영 없이 실시한 근관치료(발수, 근관세척, 근관 확대, 근관충전)는 차1 보통치치로 산정함.</p> <p>(고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)</p>
차2 치수복조	차13 충전 당일에 실시한 치수복조 인정여부	<p>차2 치수복조는 치수에 근접된 깊은 우식을 제거하고 상아질 형성을 유도하는 것으로 치수복조 처치에 대한 경과 관찰 후 차13 충전을 행하게 되므로 차13 충전 당일 치수복조는 인정하지 아니함.</p> <p>(고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)</p>
차4 지각과민처치	불소를 이용한 치아우식증 예방처치의 급여기준	<p>불소를 이용한 치아우식증 예방처치(불소바니시도포, 불소 용액도포, 이온영동법 등)는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」[별표2] 비급여대상 제3호 라목에 따른 비급여대상이나 다음과 같은 경우에는 요양급여함.</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 두경부 방사선 치료를 받은 환자</li> <li>2) 쉐그伦 증후군 환자</li> <li>3) 구강건조증 환자(비자극시 분비되는 전타액 분비량이 분당 0.1ml 이하를 의미함)</li> <li>4) 장애인으로 등록되어 있는 뇌병변장애인, 지적장애인, 정신장애인, 자폐성장애인</li> </ul> <p>나. 수가 산정방법</p> <p>차4가 지각과민처치 [1치당]-약물도포, 이온도입법의 경우의 소정점수를 산정하며, 약제료는 차4 지각과민처치 [1치당]‘주’에 의거 별도 산정하지 아니함.</p> <p>(고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)</p>
	차4나 지각과민처치 [1치당]-레이저치료, 상아질접착제 도포의 경우 급여기준	<p>차4나 지각과민처치 [1치당]-레이저치료, 상아질접착제 도포의 경우는 ‘지각과민증’의 치료를 목적으로 허가받은 레이저, 상아질 접착제를 이용하여 시행하는 경우에 다음과 같이 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다음 -</p> <p>가. 동일 치아에 재시행한 경우: 6개월 이내 재시행한 경우에는 인정하지 아니함.</p> <p>나. 동시에 다수치료를 시행한 경우: 제1치는 차4나 소정 점수의 100%, 제2치부터는 소정점수의 20%를 산정 하되 최대 6치(1일 최대 200%) 까지 산정함.</p> <p>다. 동일 치아에 2가지 이상 치치를 동시 시행한 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 차4가와 차4나를 동시 시행한 경우에는 주된 치치 1종만 인정함.</li> <li>2) 차4나와 치아질환처치(충전 등), 치주조직의 치치 (치석제거 등), 보철치료를 동시 시행한 경우에는 차4나를 인정하지 아니함.</li> </ul> <p>(고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)</p>

**208 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
차5 근관와동형성	근관와동 형성 급여기준	발수 또는 근관내 기존 충전물 제거한 경우 당일 1회에 한하여 1근관당 1회 인정한다. (고시 제2020-246호, '20.11.2. 시행)
차9 치수절단	유치치수치료시 방사선 촬영없이 실시한 차9 치수절단 인정여부	차9 치수절단을 하고자 할 때는 X-Ray 촬영결과에 따라 실시하여야 하는 것이 보편적인 치료절차라 할 수 있으나, 유치는 치료도중 치수가 개방되는 경우가 많아 X-Ray 촬영을 하지 않더라도 치수관의 위치를 확인할 수 있으므로, 유치에 행한 차9 치수절단은 X-Ray 촬영 행위가 없더라도 인정할 수 있음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
차11 근관세척	차11 근관세척의 급여기준	차11 근관세척은 5회까지 인정함. 다만, 근관치료와 관련된 잔존 통증 및 농의 배출 등과 같은 특별한 경우에는 환자상태에 따라 추가 인정함 (고시 제2021-289호, '21.12.1. 시행)
	차10 발수[1근관당] 및 차12 근관충전 [1근 관당] 당일에 실시한 차11 근관 세척[1근관 1회당] 인정여부	차10 발수[1근관당] 및 차12 근관충전[1근관당] 당일에 실시한 차11 근관세척[1근당1회당]은 주된 처치료에 포함되므로 별도 인정하지 아니함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
차11-1 근관확대	근관확대 및 근관 성형의 급여기준	치료기간 중 각각 1근관당 2회까지 인정한다. (고시 제2020-246호, '20.11.2. 시행)
	유치에 실시한 차11-1 근관확대 [1근관 1회당]의 급여기준	유치에 실시하는 차11-1 근관확대 [1근관 1회당]는 다음과 같은 경우에 인정함. - 다음 - 가. 감염된 근관인 경우 나. 영구치의 교환시기가 많이 남아 있는 경우 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
차12 근관충전	유치에 실시하는 차12 근관충전	유치에 실시하는 차12 근관충전은 가. 단순근관충전[1근 관당]으로 요양급여를 인정함. 다만, 후속영구치의 선천적

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	[1근관당]의 급여기준	결손 등으로 인해 나. 가압근관충전[1근관당]이 필요하여 실시한 경우는 나. 가압근관충전[1근관당]의 소정점수를 산정함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
차13 충전	차13 충전 [1치당] 후 동일 치아에 재충전 시 수가 산정방법	1. 차13가 아말감 충전 [1치당]-아말감충전을 실시한 후 1개월 이내에 재충전을 실시한 경우 차13가 소정점수의 50%와 차15 외동형성 [1치당] 소정점수의 50%를 인정하고 치료재료는 별도 산정함. 2. 차13나 충전 [1치당]-복합레진 충전(글래스아이오노머시멘트(II) 충전 포함)을 실시한 후 3개월 이내(글래스아이오노머시멘트의 경우 1개월 이내)에 재충전을 실시한 경우 차13나 소정점수의 50%와 차15 소정점수의 50%를 인정하고 치료재료는 별도 산정함. 3. 차13다 충전 [1치당]-광중합형 복합레진 충전을 실시한 후 6개월 이내에 재충전을 실시한 경우 소정점수의 50%를 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	차13 충전 [1치당] 당일에 실시한 차1 보통처치 [1치 1회당] 인정여부	차13 충전 [1치당] 당일에 실시한 차1 보통처치 [1치 1회당]은 차13 충전 [1치당]에 포함되므로 별도 인정하지 아니함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	차13다 충전 [1치당]-광중합형 복합레진 충전의 급여기준	차13다 충전 [1치당]-광중합형 복합레진 충전은 충전 당일 치아 경조직처치(치수절단, 발수 등 제외)와 외동형성 완료 후 실시한 경우에 다음과 같이 요양급여를 인정하며, 그 외에는 비급여함. - 다 음 - 가. 급여대상 : 5세 이상 ~ 12세 이하 아동 (단, 5세 미만 아동의 맹출된 영구치에 대하여 충전을 시행한 경우에는 요양급여비용 청구 시 영상자료 등 증빙자료를 첨부하여 제출토록 함.)

**210 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>나. 급여범위 : 치수병변이 없는 치아우식증에 이환된 영구치 (제3대구치는 제외)</p> <p>다. 산정횟수: 1일 최대 4치까지 인정 (단, 환자의 구강건강 상태, 치료 순응도, 장애 등을 고려하여 전신 마취 또는 진정요법을 이용한 행동조절 시행 후 1일 최대 인정 치아 수를 초과하여 충전을 실시한 경우에는 요양급여 비용 청구시 의사소견서를 첨부하여 제출토록 함.)</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)</p>
차13다 충전 [1치당]-광중합형 복합레진 충전 전·후 1개월 이내 동일 치아에 시행된 타 처치 인정 여부	차13다 충전 [1치당]-광중합형 복합레진 충전은 접착 전 처치 및 약제, 재료비용과 라버맵 장착, 즉일충전처치, 충전물 연마, 충전재료, 교합 조정 및 외형 마무리 등의 비용이 포함되어 있어 충전을 목적으로 광중합형 복합레진 충전 전·후(당일 포함) 1개월 이내에 동일 치아에 광중합형 복합레진 충전 비용에 포함된 행위를 실시한 경우 별도로 인정하지 아니함.	<p>차13다 충전 [1치당]-광중합형 복합레진 충전 전·후(당일 포함) 1개월 이내 동일 치아에 타 충전이 동시에 시행된 경우에는 차13다의 소정 점수만 인정함. (단, 병변의 위치 등으로 불가피하게 타 충전을 동시에 시행 하여 요양급여비용 청구 시 타 충전 사유를 명시한 의사 소견서를 제출한 경우 차13다 소정점수의 100%와 타 충전 소정점수의 50%를 인정함.)</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)</p>
차13다 충전 [1치당]-광중합형 복합레진 충전 당일 동일 치아에 동시 시행된 타 충전 인정 여부	차13다 충전 [1치당]-광중합형 복합레진 충전 당일 동일 치아에 타 충전이 동시에 시행된 경우에는 차13다의 소정 점수만 인정함. (단, 병변의 위치 등으로 불가피하게 타 충전을 동시에 시행 하여 요양급여비용 청구 시 타 충전 사유를 명시한 의사 소견서를 제출한 경우 차13다 소정점수의 100%와 타 충전 소정점수의 50%를 인정함.)	<p>차13다 충전 [1치당]-광중합형 복합레진 충전 당일 동일 치아에 차39 치면열구전색술 [1치당](치아홈메우기)을 동시 시행한 경우 차13다 소정점수의 100%와 차39 소정 점수의 50%[상급종합병원·종합병원·치과대학부속치과 병원은 소정점수의 70%]를 인정함</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)</p>
차13다 충전 [1치당] -광중합형 복합레진 충전 당일 동일 치아에 차39 치면열구전색술 [1치당] 동시 시행 시 인정 여부	차13다 충전 [1치당]-광중합형 복합레진 충전 당일 동일 치아에 차39 치면열구전색술 [1치당](치아홈메우기)을 동시 시행한 경우 차13다 소정점수의 100%와 차39 소정 점수의 50%[상급종합병원·종합병원·치과대학부속치과 병원은 소정점수의 70%]를 인정함	<p>차13다 충전 [1치당]-광중합형 복합레진 충전 당일 동일 치아에 차39 치면열구전색술 [1치당](치아홈메우기)을 동시 시행한 경우 차13다 소정점수의 100%와 차39 소정 점수의 50%[상급종합병원·종합병원·치과대학부속치과 병원은 소정점수의 70%]를 인정함</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
차13 충전 (면당), 차13-2충전물 연마(치당), 차15와동형 성료(면당)	치과임플란트 치아에 보철물의 교합면 나사 삽입구 재충전시 수가 산정방법	치과임플란트 치아 보철물의 교합면 나사 삽입구 재충전을 하는 경우 수가는 차15 와동형성 [1치당](면당), 차13 충전 [1치당](면당), 차13-2 충전물연마 [1치당](치당)의 소정 점수를 각각 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
차 13-2 충전물 연마	근관치료 후 차13 충전을 하고 보철을 시행한 경우 차13-2 충전물 연마 별도 인정여부	근관치료 후 차13 충전을 하고 보철(Crown 또는 Bridge)을 시행할 경우에 충전물연마는 보철을 위한 전단계이므로 차13-2 충전물연마는 별도 산정할 수 없음. (고시 제2021-52호, '21.2.16. 시행)
차18 응급근관처치	발수와 동시 산정된 응급근관처치 인정여부	응급근관처치는 급성증상을 없앨 목적으로 치수강개방 등을 실시한 경우에 산정하므로 발수와 동시 산정된 경우 에는 인정하지 아니함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
차19 치관수복물또 는 보철물의 제거	재충전 등을 위해 충전물 제거 시 수가 산정방법	재충전 등을 위하여 기존 충전물(아말감, 복합레진, 클래스 아이노머시멘트, 광중합형 복합레진 등)을 제거할 경우 차19 치관수복물 또는 보철물의 제거 [1치당] '주'에 따른 해당 행위 소정점수를 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	차41 발치술[1치당]과 동시에 실시된 차19 치관수복물 또는 보철물의 제거[1치당] 급여기준	차41 발치술(1치당)과 동시에 실시된 차19 치관수복물 또는 보철물의 제거[1치당]는 별도로 인정하지 아니함. 다만, 수복물 및 보철물을 제거하여 상태를 확인한 이후 발치가 순차적으로 이루어진 경우에는 각각의 소정점수를 산정함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
	차19 치관수복물 또는 보철물의 제거 [1치당] 후 처2금속재 포스트제거[1근관당]	재근관 치료를 위하여 차19 치관수복물 또는 보철물의 제거[1치당] 후 처2금속재 포스트 제거[1근관당]와 차 19-1 근관내 기존 충전물 제거[1근관당]를 각각 실시한 경우, 차19 치관수복물 또는 보철물의 제거[1치당]와

**212 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	와 차19-1 근관내 기존충전물 제거 [1근관당]의 수가 산정방법	처2금속재 포스트 제거[1근관당]는 각각 소정점수의 100%를 산정하고, 차19-1 근관내 기존 충전물 제거 [1근관당]는 소정점수의 50%를 산정함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
차20 보철물 재부착[1치당]	치과임플란트 치아에 보철물(크라운) 재부착	치과임플란트치아의 보철물을 재부착하는 경우에는 차20 보철물 재부착[1치당]의 소정점수에 포함됨. (고시 제2014-100호, '14.7.1. 시행)
차21 수술 후 처치[1일당]	동일 부위에 치주치료 또는 차22가 치주치료 후 처치[1구강 1회당]와 차21가 수술후 처치[1일당]- 단순처치 수가산정방법	동일 악 중 1/3악 또는 동일 악 중에 연결된 1/3악 범위 내(인접한 치아 3~4개 이내 범위)에서 치주치료 또는 차22가 치주치료 후 처치[1구강 1회당]와 차21가 수술후 처치[1일당]-단순처치[1일당]를 동시에 실시한 경우 주된 치과 처치료의 소정점수만 산정함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
차23 치면세마	차23 치면세마를 1-2개 치아에 시행하는 경우 수가산정방법	1-2개 치아에 치면세마를 시행한 경우 차23 치면세마 [1/3악당] 소정점수의 50%를 산정함. (고시 제2022-82호, '22.4.1. 시행)
차23-1 치석제거	차23-1 치석제거 인정기준	국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여 대상 제3호 다목에 의한 치석제거는 비급여대상이나 다음과 같은 경우에 실시한 차23-1 치석제거는 다음과 같이 요양 급여 함. - 다음 - 가. 차23-1가. 1/3악당 1) 치주질환에 실시한 부분치석제거 2) 치주질환치료를 위한 전처치로 실시하는 전악치석 제거 3) 개심술 전에 실시하는 전악치석제거 나. 차23-1 나. 전악 후속 치주질환 치료 없이 전악 치석제거만으로 치료가 종료되는 경우에 19세 이상 연(매년 1월~12월) 1회 요양급여함 (고시 제2017-249호, '18.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	동일부위에 차23-1 치석제거와 차29 교합조정술 [1치당] 동시 실시 시 수가 산정방법	동일 부위에 차23-1 치석제거와 차29 교합조정술 [1치당]을 동시 실시한 경우에는 해당 소정점수를 각각 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	차23-1가 치석제거 -1/3악당 후 동일부위에 치석제거를 재실시할 경우 수가 산정방법	치주질환 치료에 필요하여 차23-1가 치석제거-1/3악당을 동일부위에 재실시하는 경우는 다음과 같이 산정함. - 다음 - 가. 3개월이내 : 차22가 치주치료후처치 [1구강 1회당]- 치석제거, 치근활택술, 치주소파술 후를 산정 나. 3개월초과 6개월이내 : 차23-1가 소정점수의 50%를 산정 다. 6개월초과: 차23-1가 소정점수를 산정 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	차23-1 치석제거를 1-2개치아에 시행하는 경우 수가산정방법	1-2개 치아에 치석제거를 시행한 경우 차23-1 가 치석 제거-1/3악당 소정점수의 50%를 산정함. (고시 제2022-82호, '22.4.1. 시행)
차24 치근활택술	동일부위에 차24 치근활택술을 재시술시 수기료 산정방법	차24 치근활택술 실시후 동일부위에 재시술시 수기료는 다음과 같이 산정함. - 다음 - 가. 1개월이내 : 차22-가 치주치료후 처치로 산정 나. 1개월 초과 3개월 이내 : 차24 치근활택술 소정점수의 50%로 산정 다. 3개월 초과 : 차24 치근활택술 소정점수를 산정 (고시 제2007-92호, '07.11.1. 시행)
차29 교합조정술	동일 치아에 충전처치 또는 치수치료와 동시 실시한 차29 교합 조정술의 인정 여부	동일 치아에 충전처치 또는 치수치료와 동시 실시한 차 29 교합조정술은 주된 치치료에 포함되므로 별도 인정하 지 아니함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)

**214 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
차33 치간고정술	치아 동요나 탈구 또는 골절 등에 고정술을 시행한 경우 수가 산정방법	<p>치아동요나 탈구에 Wire와 복합레진 혹은 복합페진만으로 고정을 하는 경우에는 치아수(數)에 따라 차34가 잠간 고정술 [1악당]-3치 이하 또는 차34나 잠간고정술 [1악당]-4치 이상 소정점수를 산정하고 골절 등에 Arch bar와 Wire를 이용하여 상악 또는 하악의 치간을 고정한 경우에는 차33 치간고정술 [1악당]의 소정점수를 산정하며 사용된 치료 재료는 별도 산정함.</p> <p>(고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)</p>
	전위된 치아의 고정 및 치수치료 시행 시 수가 산정방법	<p>전위된 치아를 원위치로 고정하고 치수치료를 한 경우 고정술 (차33 치간고정술 [1악당] 또는 차34 잠간고정술 [1악당])의 소정점수와 치수치료(차10 발수 [1근관당], 차11 근관세척 [1근관 1회당] 및 차12 근관충전 [1근관당])의 소정점수를 각각 산정함.</p> <p>(고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)</p>
차34 잠간고정술	치아탈구로 차34 잠간 고정술[1악당]과 차29 교합조정술 [1치당] 동시 실시 시 수가 산정방법	<p>치아탈구에 차34 잠간고정술 [1악당]과 차29 교합조정술 [1치당]을 동시에 실시한 경우 차34 소정점수의 100%, 차29 소정점수의 50%[상급종합병원·종합병원·치과대학 부속병원의 경우 소정점수의 70%]를 산정함.</p> <p>(고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)</p>
차39 치면열구전색술	차39 치면열구전색술의 급여기준	<p>국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여 대상 3.라에 따른 치면열구전색술(치아홈메우기)의 요양 급여대상은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다음 -</p> <p>18세 이하를 대상으로 치아우식증에 이환되지 않은 순수 건전치아('교합면'이 우식증 등 질환에 이환되지 않은 치아)인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 시행한 치면열구전색술 (치아홈메우기)은 요양급여를 인정함. 다만, 탈락 또는 파절 등으로 2년 이내에 동일의료기관에서 동일치아에 재도포를 시행한 경우의 비용은 별도 산정 불가함.</p> <p>(고시 제2017-173호, '17.10.1. 시행)</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
차41 발치술	발치나 치주질환수술 등에 지혈목적의 창상봉합술 시행시 별도 수기료 인정여부	발치나 치주질환수술 등 당일에 실시한 창상봉합술 수기료는 해당 소정수기료에 포함되어 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	유치발치시 치근을 분리하여 발치한 경우 수가 산정방법	유치발치시 후속 영구치 손상의 위험을 방지하기 위하여 심부의 유치잔근치를 제거할 목적으로 치근분리술을 시행한 경우에는 차41라 발치술 [1치당]-난발치 소정 점수로 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	난발치 및 매복발치시 수기료 산정방법	영구치나 유치의 난발치 및 매복발치는 X-선 촬영 후 치아 상태 등을 확인하여 실시하므로 X-선 촬영 없이 일률적 으로 산정된 난발치의 경우는 해당 발치로, 매복발치는 차41라 난발치로 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
	비급여대상 치과교정과 관련된 차41 발치술의 급여기준	「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」[별표2] 제2호 다목에 따른 비급여의 치과교정을 목적으로 시행한 발치는 비급여임. 다만, 치과교정 중이라도 질병의 상태(매복치, 치관주위염, 치아 우식증 등)로 발치(지치포함)하는 경우 에는 요양급여대상으로 함 (고시 제2019-54호, '19.3.25. 시행)
차43 치조골 성형수술	차41 발치술과 동시에 실시하는 차43 치조골 성형수술 급여기준	차41 발치술과 동시에 실시하는 차43 치조골성형수술은 다음과 같이 요양급여함. - 다 음 - 가. 치조골성형수술은 치아를 발치한 후 반드시 실시하는 것이 아니므로 아래 1), 2) 중 어느 하나에 해당하는 경우 인정함. 1) 예리한 치밀골의 심한 undercut이 있는 경우 2) 발치 시 높은 치조증격이 있는 경우 나. 수가산정방법 : 주된 수술은 소정금액을 산정하고 제2의 수술은 50% [상급종합병원·종합병원·치과대학부속치과병원의 경우]

**216 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>소정점수의 70%]를 산정함.</p> <p>다. 상기 가, 나에도 불구하고 차41마 발치술-매복치와 동시에 실시한 차43 치조골성형수술은 주된 수술의 일련의 과정이므로 별도 산정하지 아니함.</p> <p>(고시 제2022-82호, '22.4.1. 시행)</p>
	차98나 치과임플란트 제거술-복잡과 동시에 실시한 차43 치조골 성형수술 수가산정 방법	<p>차98나 치과임플란트 제거술-복잡과 동시에 실시한 차43 치조골성형수술은 주된 수술의 일련의 과정이므로 별도 산정하지 아니함.</p> <p>(고시 제2022-82호, '22.4.1. 시행)</p>
차45 구강내소염 수술	2개소 이상의 구강내소염수술시 수가 산정방법	<p>다발성 농양으로 차45 구강내소염 수술을 동시에 2개소 이상 부위에 실시한 경우에는 상·하·좌·우로 구분하여 주된 부위는 소정점수의 100%, 그 이외부위는 소정점수의 50%로 산정하되 최대 200%까지 산정함.</p> <p>(고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)</p>
차51 설소대성형술	차51 설소대 성형술의 급여기준	<p>차51 설소대성형술은 설소대 단축으로 인한 수유곤란, 발음장애, 치아 부정교합 등이 확인되어 수유능력의 향상, 혀 운동성 향상, 발음 정확도 개선을 목적으로 시행한 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p>(고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)</p>
차56 치근낭적출술	차56 치근낭적출술의 진료수가 산정기준	<p>치근낭적출술 수기료는 산정단위가 구분되어 있지 않고 [1/2치관크기 이상], [1치관크기 이상], [2치관크기 이상], [3치관크기 이상]으로 구분하고 있으므로 단일 낭종의 경우에는 낭종의 크기에 따라 해당 항목의 수기료를 산정하되, 다발성 낭종의 경우에는 신경·혈관의 분포 상황을 감안한 수술의 난이도와 유사 수술에 대한 건강보험 행위·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수의 산정지침 등을 참조하여 다음과 같이 산정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다음 -</p> <p>가. 상·하·좌·우에 분포된 다발성 낭종을 동일 절개선 하에 수술을 시행한 경우</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
차59 치근단절제술		<p>: 제1수술 부위에 대해서는 소정수기료의 100%, 제2수술부위부터는 소정수기료의 50%[상급종합병원·종합병원·치과대학부속병원의 경우 소정점수의 70%] 산정</p> <p>나. 상·하·좌·우에 분포된 다발성 낭종을 서로 다른 절개선하에 수술을 시행한 경우 : 소정수기료의 100%를 각각 산정</p> <p>(고시 제2015-155호, '15.9.1. 시행)</p>
차66 치은판절제술	차59 치근단절제술 [1치당] [치근단 폐쇄비용 포함] 당일에 차12 근충전 [1근관당] 또는 차7 당일발수근충 [1근관당]을 실시한 경우 수가 산정방법	차59 치근단절제술 [1치당] [치근단 폐쇄비용 포함]은 치근단에 잔존하는 염증조직을 제거하는 외과적 치료방법이고, 근관치료는 치수내 염증조직을 제거하는 방법으로 각각의 목적과 접근방법 등이 상이한 점을 감안하여, 치근단절제술 당일에 차12 근충전 [1근관당] 또는 차7 당일발수근충 [1근관당]을 실시한 경우 소정점수를 각각 산정함.  (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
차78 상악골골절 관혈적정복술	차66 치은판절제술 (Operculectomy) 산정기준	<p>치은조직절제를 다음과 같이 실시한 경우에는 차66 치은판절제술의 소정점수를 산정함</p> <p>- 다음 -</p> <p>가. 오래된 치아우식와동 상방으로 증식된 치은식육 제거 나. 파절된 치아 상방으로 증식된 치은식육 제거 다. 치아맹출을 위한 개창술 라. 부분 맹출 치아 또는 유치의 우식치료를 위한 치은판 제거 마. 급성 또는 만성 지치주위염 치아의 치관 상방을 덮고 있는 치은판 제거</p> <p>(고시 제2016-30호, '16.3.1. 시행)</p>
	양측 악골골절수술시 진료수가 산정방법	상악골골절에 대한 관혈적정복술만을 단독으로 실시한 경우에는 양측 개념이 성립될 수 없으므로 차78 상악골골절 관혈적정복술의 소정금액만 산정하고, 상악골골절과 협골, 비골 또는 하악골골절로 각각 수술한 경우에는 주된

**218 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>수술은 소정금액을 산정하고, 제2수술부터는 소정금액의 50% [상급종합병원·종합병원·치과대학부속병원의 경우 소정점수의 70%]를 산정함. 다만, 절개선(Incision line)이 상이한 경우에는 해당 수술료를 각각 산정함.</p> <p>(고시 제2015-155호, '15.9.1. 시행)</p>
차84 하악골골절관 혈적정복술	하악골골절 관혈적정복술(하악과 두부)등을 양측 시행시 수가 적용방법	<p>하악 과두부는 혈관, 신경계 및 저작근과 인대가 양측에 각각 분포 또는 부착되어 있고 하악 과두부 및 악관절 성형술 양측 시행시 피부 절개선이 상이할 뿐 아니라 수술시 혈관 양측 구조물의 손상을 가져올 위험성이 있는 등 시술에 따른 난이도가 높은 점을 감안하여 차91 악관절탈구 관혈적정복술, 차93 악관절원반 성형술, 차94 악관절 성형 수술, 차95 악관절 치환술, 차96 하악과두절제술 또는 차84나 하악골골절 관혈적정복술(하악 과두부)을 양측으로 시행하는 경우에 대하여도 각각의 소정점수를 산정함.</p> <p>(고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)</p>
차97 악골내교정용 금속제거술	치과임플란트 치아에 보철연결용 나사 및 지대주 파절편제거술	<p>치과임플란트 보철연결용 나사 또는 지대주가 임플란트 고정체 내부에서 파절되어 판막을 거상하고 파절편을 제거하는 경우에는 차97 악골내 고정용 금속제거술(주)의 소정 점수에 포함됨</p> <p>(고시 제2014-100호, '14.7.1. 시행)</p>
차98 치과임플란트 제거술 [1치당]	치주외과수술과 치과임플란트제거술 동시 시행시 수기료 산정방법	<p>동일 부위에 차105 치은박리소파술[1/3악당]과 차98 치과 임플란트제거술[1치악당]을 동시에 시행한 경우에는 주된 수술은 소정 점수의 100%, 제2수술은 소정점수의 50% [상급종합병원·종합병원·치과대학부속병원의 경우 소정 점수의 70%]로 산정함.</p> <p>(고시 제2015-155호, '15.9.1. 시행)</p>
제4절 치주질환 수술	전처치 없이 산정된 치주질환 수술의 인정기준	치주질환치료는 통상 초기 치료과정(차23-1가 치석제거 -1/3 악당, 차24 치근활택술 [1/3악당] 등)을 거치거나 통증, 부종 또는 출혈 등 급성 증상을 완화시킨 다음 단계적으로 치주치료를 시행하는 것이 원칙이므로 전처치 없이

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>산정된 다음의 수술은 차101 치주소파술[1/3악당]로 인정함.</p> <p>- 다음 -</p> <p>가. 차105 치은박리소파술 [1/3악당]      나. 차107 치조골결손부 골이식술      다. 차108 조직유도재생술</p> <p>(고시 제2023-33호, '23.3.1. 시행)</p>
차101 치주소파술	차101 치주소파술 [1/3악당] 후 동일 부위에 재수술시 수가 산정방법	<p>차101 치주소파술 [1/3악당] 후 동일 부위에 재수술시 수가 산정방법은 다음과 같이 함.</p> <p>- 다음 -</p> <p>가. 1개월이내 : 차22가 치주치료후처치 [1구강 1회당]- 치석제거, 치근활택술, 치주소파술 후로 준용산정      나. 1개월 초과 3개월 이내: 차101 소정점수의 50% 산정      다. 3개월 초과: 차101 소정점수를 산정</p> <p>(고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)</p>
	차101 치주소파술의 인정기준	<p>차101 치주소파술은 마취하에 치주 pocket내의 육아 조직을 제거하는 외과적 수술로서 대부분 치석제거 또는 치근활택술 후에 실시하므로 급성(acute) 상태의 치주 질환에 시술시 인정하지 아니함.</p> <p>(고시 제2007-92호, '07.11.1. 시행)</p>
차103 치은성형술, 차104 치은절제술	차103 치은성형술[1/3악당], 차104 치은절제술[1/3악당] 후 동일부위에 재수술 시 수가 산정방법	<p>차103 치은성형술[1/3악당], 차104 치은절제술[1/3악당] 후 동일 부위에 재수술 시 다음과 같이 산정함.</p> <p>- 다음 -</p> <p>가. 1개월 이내 : 차22나 치주치료후처치[1구강 1회당]- 치주수술 후('치석제거, 치근활택술, 치주소파술 후' 이외의 경우) 소정점수를 산정      나. 1개월 초과 3개월 이내: 해당 항목의 소정점수 50%를 산정      다. 3개월 초과: 해당 항목의 소정점수를 산정</p> <p>(고시 제2023-33호, '23.3.1. 시행)</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
차104 치은절제술	치은절제술의 급여기준	차104 치은절제술 [1/3악당은 치은증식 또는 치은비대에 실시한 경우 요양급여를 인정함. (고시 제2022-82호, '22.4.1. 시행)
차105 치은박리 소파술	치은박리소파술의 간단과 복잡의 구분방법	1. 차105가 치은박리소파술(간단)은 절개 후 치주판막을 박리하여 골결손부의 육아조직을 제거하고 치근면의 치석 및 치근활택술을 시행한 경우 또는 1~2개 치아에 박리술을 시행한 경우에 산정함. 2. 차105나 치은박리소파술(복잡)은 골내낭을 제거하면서 치조골의 생리적 형태를 만드는 것으로 골성형술과 지지 골을 제거하는 골삭제술을 동시에 실시한 경우에 산정함. 따라서 골성형과 골삭제술이 동반된 경우에는 치아수에 불문하므로 치은박리소파술(복잡)의 소정금액을 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
차105 치은박리소파술 [1/3악당] 후 재수술 시 진료수가 산정방법	차105 치은박리소파술 [1/3악당] 후 재수술 시 수가 산정 방법은 다음과 같이 함. - 다음 - 가. 6개월 이내 : 차105 소정점수의 50%를 산정 나. 6개월 초과 : 차105 소정점수를 산정 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)	
차105 치은박리소파술 [1/3악당]과 차41 발치술 [1치당] 동시 실시 시 수가 산정방법	동일 부위에 차105 치은박리소파술 [1/3악당]과 차41 발치술 [1치당]을 동시에 실시한 경우 「건강보험 행위 급여· 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제10장 치과 치치·수술료 [산정지침] (4)에 의거 주된 수술은 소정 점수의 100%, 제2의 수술은 소정점수의 50% [상급종합 병원·종합병원·치과대학부속병원의 경우 소정점수의 70%]를 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)	
치과임플란트 치아주위염 점막박리소파술 수가 산정방법	치주질환 등으로 치과임플란트 치아 주위염 점막박리 소파술을 실시하는 경우에는 실시행위에 따라 차105가 치은박리소파술 [1/3악당]-간단 또는 차105나 치은박리 소파술 [1/3악당]-복잡 [치조골의 성형, 삭제술 포함] 소	

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		정점수로 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	치과임플란트 접막관통 이행부 재형성술 수가 산정방법	치주질환 등으로 치주질환 치치 후 치과임플란트를 점막으로 완전 피개하였다가 구강내로 재노출시키는 방법인 치과임플란트 접막관통 이행부 재형성술을 실시하는 경우에는 차105가 치은박리소파술 [1/3악당]-간단의 소정 점수로 산정하거나, 치은이식을 동반하는 경우에는 차111 치은이식술의 소정점수로 산정함.(차105 치은박리소파술 [1/3악당]은 일련의 과정이므로 별도 산정할 수 없음.) (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
차106 치근면처치술 [1/3악당]	치과임플란트 치아에 표면처치술(표면세정, 무독화시술, 나사선성형술 등)	치과임플란트 치아에 치주 외과적수술 치치 후에 실시하는 치과임플란트 표면처치술(나사선성형술 등)을 실시한 경우에는 1~2개 치아에 실시하였다하더라도 차106 치근면처치술[1/3악당] 소정점수의 200%를 산정함. (고시 제2014-100호, '14.7.1. 시행)
차107 치조골결손부 골이식술	치조골 결손부와 동일한 부위에서 자가골을 채취 하여 이식술을 시행한 경우 수가산정방법	치조골 결손부와 동일한 부위에서 자가골을 채취하여 이식술을 시행하는 경우에는 차107-가 치조골결손부골이식술 동종골, 이종골, 합성골 이식술의 경우로 산정함. (고시 제2008-149호, '08.12.1. 시행)
	치과임플란트 치아 주위염 치조골결손부 골이식술 수가 산정방법	치주질환 등으로 치과임플란트 치아 주위염 치조골결손부 골이식술을 실시하는 경우에는 실시행위에 따라 차107가 치조골결손부 골이식술-동종골, 이종골, 합성골이식의 경우 또는 차107나 치조골결손부 골이식술-자가골이식의 경우 [채취 포함]의 소정점수로 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
차108 조직유도 재생술	치과임플란트 치아 주위염 골유도재생술	치주질환 등으로 치과임플란트 치아 주위염 골유도재생술을 실시하는 경우에는 실시행위에 따라 차108 조직유도 재생술 가. 골이식을 동반하지 아니한 경우 또는 나. 골이식을 동반한 경우의 소정점수에 포함됨. (고시 제2014-100호, '14.7.1. 시행)

**222 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
차111 치은이식술	구강전정성형술시 수기료 산정방법	<p>구강전정성형술은 수술방법이 다양하므로 해당 술식에 따라 수기료는 아래와 같이 산정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다음 -</p> <p>가. 점막하전정성형술 또는 이차성상피회구강전정술 : 차16가(1)(나)국소피판술기타의 소정금액</p> <p>나. 점막이식 또는 피부이식전정성형술 : 차111치은이식술 100%와 차16가(1)(나)국소피판술기타의 50%</p> <p>(고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)</p>
차114 골이식술	차114 골이식술의 급여기준	<p>자기골 또는 골대체제(동종골, 이종골, 합성골)를 사용하여 골 결손부위를 재건하기 위한 차114 골이식술(Bone graft)은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다음 -</p> <p>가. 적용대상</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 골성병소(종양, 낭종) 수술 시 골 결손이 있는 경우</li> <li>2) 선천적 아안면 기형 시 골 결손으로 치료가 필요한 경우</li> <li>3) 골절수술 후 골편 치유장애가 예상되는 경우</li> </ol> <p>나. 외모개선, 치과교정, 치과보철, 치과임플란트의 목적으로 실시한 골이식술은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」[별표2]에 따라 비급여함</p> <p>(고시 제2023-147호, '23.8.1. 시행)</p>
차151~ 차154 보철물의 유지관리 일반원칙	보철물의 유지관리(차151~차154)에 대한 일반원칙	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 완전틀니(레진상, 금속상) 및 급여기준에서 정하고 있는 금속상 부분틀니의 수리 등 유지관리 행위는 국민건강보험법 시행령 [별표2] 제3호라목3)-4), 같은 호 바목에 따라 완전틀니 및 부분틀니 요양급여의 범위에 포함됨.</li> <li>2. 틀니 최종 장착 후 3개월이내(최대 6회까지)에는 유지관리 행위료를 별도 산정하지 아니하고, 진찰료만 산정할 수 있음.</li> <li>3. 틀니 최종 장착 후 3개월(최대 6회)이 경과한 후에는 급여대상 유지관리 행위별 인정기준에 따라 해당 소정 점수를 별도 산정할 수 있으며, 각 행위별 인정기준에</li> </ol>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>해당하지 않는 경우에는 해당 요양급여비용을 전액 본인이 부담하도록 함.</p> <p>(고시 제2018-314호, '19.1.1. 시행)</p>
차151 의치 조직면 개조[1악당]	차151 의치 조직면 개조 [1악당] 급여기준	<p>차151 의치 조직면 개조 [1악당]는 다음과 같이 각각의 요건을 모두 충족하는 경우 요양급여를 인정함.</p> <p>- 다음 -</p> <p>가. 첨상(relining)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 직접법 : 연 1회 인정             <ol style="list-style-type: none"> <li>가) 의치의 내면 부적합이 존재하는 경우</li> <li>나) 자가 종합형 의치상용레진을 이용하여 진료실에서 의치 내면을 개조한 경우</li> </ol> </li> <li>2) 간접법 : 연 1회 인정             <ol style="list-style-type: none"> <li>가) 의치의 내면의 부적합과 수직 고경 상실이 존재하는 경우</li> <li>나) 기능인상을 채득하여 주모형을 제작하고 교합기에 장착한 후, 의치상용레진을 적용한 경우</li> </ol> </li> </ol> <p>나. 개상(rebasing) : 연 1회 인정</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 의치의 내면 부적합과 수직 고경 상실이 존재하며, 의치 변연 및 연마면의 조정이 필요한 경우</li> <li>2) 기능인상을 채득하여 주모형을 제작하고 교합기에 장착한 후, 의치상용레진을 적용한 경우</li> </ol> <p>다. 조직 조정(Tissue conditioning): 연 2회 인정</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 의치 하방의 연조직에 과도한 압박이나 남용이 관찰되거나 잇몸 염증이 존재하는 경우</li> <li>2) 의치상 내면에 연질 이장재를 적용하여 일정 시간이 경과한 후 과량의 연질 이장재를 제거하는 경우</li> </ol> <p>(고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)</p>
차152 의치수리	차152 의치수리 급여기준	<p>의치수리는 다음과 같이 각각의 경우 요양급여를 인정함.</p> <p>- 다음 -</p> <p>가. 인공치 수리[1치당](Artificial Tooth Repair): 연 2회 인정</p>

**224 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>1) 적응증</p> <p>가) 인공치의 마모나 파절 또는 탈락으로 인하여 인공치의 교체나 형태를 복원한 경우</p> <p>나) 자연치의 상실로 새로운 인공치를 부착한 경우</p> <p>2) 산정방법 : 제1치는 인공치 수리 소정점수 100%, 제2치부터는 치아 1개당 소정점수의 50%를 산정 함.</p> <p>나. 의치상 수리[1악당] (Denture Base repair): 연 2회 인정 의치상용례진을 이용하여 부러진 의치를 원래 형태로 수리 복원하는 경우</p> <p>(고시 제2018-314호, '19.1.1. 시행)</p>
차153 의치조정 [1악당]	차153 의치조정 급여기준	<p>의치조정은 다음과 같이 각각의 요건을 모두 충족하는 경우 요양급여를 인정함.</p> <p>- 다음 -</p> <p>가. 의치상 조정(Denture base adjustment) : 연 2회 인정</p> <p>1) 의치의 사용으로 조직에 궤양이나 불편감이 존재 하여 조직면, 연마면 부분의 조정이 필요한 경우</p> <p>2) 압력 지시재를 사용하여 과도한 압력부위를 삭제 한 후 의치 내면을 조정하는 경우</p> <p>나. 교합조정(Occlusal adjustment)</p> <p>1) 단순(simple): 연 4회 인정</p> <p>가) 의치 착용 후 경미한 교합 오차가 있는 경우</p> <p>나) 구강 내에서 직접 교합조정을 시행한 경우</p> <p>2) 복잡(complex): 연 1회 인정</p> <p>가) 의치 착용 후 교합 부조화 양상으로 '접촉 후 미끌림(touch and slide)'이 1mm 이상존재 할 경우</p> <p>나) 의치 장착 상태에서 인상채득 후 의치와 재부착 모형을 교합기에 옮겨 교합 조정을 시행한 경우</p> <p>(고시 제2018-314호, '19.1.1. 시행)</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
차154 클라스프 수리 [1악당]	차154 클라스프 수리 [1악당] 급여기준	<p>부분틀니에서 파절된 클라스프(Clap)의 유지력 회복을 위해 다음과 같이 시행한 경우 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다음 -</p> <p>가. 단순(simple): 연 2회 인정 가공선을 이용하여 파절된 클라스프(Clap)를 수리 한 경우</p> <p>나. 복잡(Complex): 연 1회 인정 주조법으로 파절된 클라스프(Clap)를 제작하여 수리한 경우</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-314호, '19.1.1. 시행)</p>

## 제18장 치과의 보철료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	「국민건강보험법 시행령」[별표 2] 제3호 라목3)·4), 같은 호 바목에 따른 틀니의 적용범위는 찬1 레진상 완전틀니, 찬2 임시 레진상 완전틀니, 찬3 부분틀니 및 찬4 임시 부분틀니, 찬5 금속상 완전틀니가 해당됨.	「국민건강보험 시행령」[별표 2] 제3호 라목3)·4), 같은 호 바목에 따른 틀니의 적용범위는 찬1 레진상 완전틀니, 찬2 임시 레진상 완전틀니, 찬3 부분틀니 및 찬4 임시 부분틀니, 찬5 금속상 완전틀니가 해당됨. (고시 제2017-198호, '17.11.1 시행)
찬1 레진상 완전틀니 찬5 금속상완전틀 니 및 찬3 부분틀니 (1약당)	완전틀니(레진상, 금속상) 및 금속상 부분틀니의 인정기준	<p>국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표 2] 비급여 대상 4.바에 따른 65세이상 틀니의 요양급여 대상 등은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다음 -</p> <p>가. 적용증</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 완전틀니(레진상, 금속상) : 상악 또는 하악의 완전 무치악 환자</li> <li>(2) 금속상 부분틀니 : 상악 또는 하악(일부 또는 다수)의 치아 결손으로 잔존 치아를 이용하여 부분틀니 제작이 가능한 환자</li> </ul> <p>나. 적용횟수</p> <p>: 7년이내 1회 적용을 원칙으로 함.</p> <p>다만, 구강상태가 심각하게 변화되어 새로운 틀니 제작이 불가피하다고 인정되는 의학적 소견이 있거나, 천재지변 등 그 밖의 부득이한 사유로 틀니를 재제작할 경우에 한하여 추가 1회 요양급여를 인정함.</p> <p>다. 유지관리</p> <p>: 틀니 장착 후 3개월 이내 최대 6회 적용을 원칙으로 하며, 동 기간내 유지관리를 위한 요양급여비용은 진찰료만 산정할 수 있음.</p> <p>라. 수가산정방법</p> <p>: 틀니 요양급여비용은 진료 단계별로 산정함을 원칙으로 하며, 틀니 최종 장착 이전에 중간단계에서 진료가 중단된 경우에는 해당단계까지만 비용을 산정함.</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>마. 틀니재료</p> <p>(1) 레진상 완전틀니 : 의치상 열중합형 의치상용레진, 인공치 다중중합레진치아</p> <p>(2) 금속상 부분틀니 : 의치상 열중합형 의치상용레진, 인공치 다중중합레진치아, 금속구조물 코발트 크롬 금속류</p> <p>(3) 금속상 완전틀니 : 의치상 열중합형 의치 상용레진, 인공치 다중중합 레진치아, 금속상 코발트 크롬 금속류</p> <p>바. 연결유지장치 : 금속상 부분틀니의 경우, 클라스프(Clasp) 유지형에 한함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2021-212호, '21.8.2. 시행)</p>
찬1 레진상 완전틀니 (1악당)	유리섬유 보강재를 사용한 완전틀니의 수가 산정방법	<p>레진상 완전틀니 제작 시 유리섬유 보강재(glass fiber mesh)를 사용하는 경우, 찬1 레진상 완전틀니(1악당)의 소정점수를 산정하고 ‘완전틀니(레진상, 금속상) 및 금속상 부분틀니의 인정기준’을 동일하게 적용함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2022-137호, '22.6.1. 시행)</p>
찬2 임시 레진상 완전 틀니(1악당)	완전틀니 장착 전 ‘임시 레진상 완전틀니’ 제작 시 요양급여 인정범위	<p>임시 레진상 완전틀니에 대한 요양급여는 완전틀니 제작 전 치아를 발치하여 무치악 상태인 경우에 한하여 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2012-71호, '12.7.1. 시행)</p>
찬11 치과임플란트 (1치당)	찬11 치과임플란트(1치당) 인정기준	<p>「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」[별표 2] 비급여대상 4. 바에 따른 65세 이상 치과임플란트의 요양급여 대상 등은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다음 -</p> <p>1. 급여대상</p> <p>가. 부분 무치악 환자에 대하여 악골(Maxilla or Mandible) 내에 분리형 식립재료(고정체, 지대주)를 사용하여 비귀금속도재관(PFM Crown) 보철수복으로 시술된 치과임플란트</p> <p>나. 적용개수</p> <p style="text-align: center;">- 1인당 2개(평생개념)이내에서 보험급여를 원칙</p>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>으로 함. 다만, 치과의사의 의학적 판단 하에 불가피하게 시술을 중단하는 경우에는 평생인정 개수에 포함되지 아니함.</p> <p>다. 유지관리</p> <p>1) 보철장착 후 3개월 이내</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 동기간 내는 유지관리를 위한 요양급여비용은 진찰료만 산정할 수 있음.</li> </ul> <p>2) 보철장착 후 3개월 초과하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 치과임플란트 주위 치주질환 등으로 치치 및 수술을 시행한 경우에는 해당 급여항목으로 산정함.</li> <li>- 보철수복과 관련된 유지관리는 비급여함.</li> </ul> <p>2. 추가산정방법</p> <p>가. 치과임플란트 요양급여비용은 진료 단계별로 산정 함을 원칙으로 하며, 보철수복 이전에 진료가 중단된 경우에는 해당단계까지만 비용을 산정함</p> <p>나. 찬11나 치과임플란트(1치당)-고정체(본체) 식립술 (2단계)의 재수술 인정기준</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 고정체 식립술 도중 재식립을 하는 경우에는 일련의 과정으로 인정하지 아니함.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>3. 치료재료</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 식립재료 고정체(Fixture)와 지대주(Abutment)는 별도 산정 하고, 그 외 재료(Cover Screw, Healing Abutment 등) 및 보철수복 재료는 찬11 치과임플란트(1치당) 소정점수에 포함되어 별도 산정 할 수 없음. 다만, 맞춤형지대주(Custom Abutment)는 비급여함.(시술행위는 급여)</li> </ul>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		<p>4. 다만, 아래 중 하나에 해당되는 치과임플란트 시술은 요양급여하지 아니함.(시술전체 비급여)</p> <p style="text-align: center;">- 아래 -</p> <p>가. 완전 무치악 환자에게 시술하는 경우</p> <p>나. 상악골(Maxilla)을 관통하여 관골(Zygoma)에 식립 하는 경우</p> <p>다. 일체형 식립재료로 시술하는 경우</p> <p>라. 보철수복 재료를 비귀금속도재관(PFM Crown)이외로 시술하는 경우</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)</p>

## 제20장 치과의 교정치료료

항 목	제 목	세부인정사항
일반사항	선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형 치료 급여기준	<p>『국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙』[별표2] 비급여 대상 2. 다에 따른 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형 치료의 요양급여 대상 등은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다음 -</p> <p>가. 급여대상: 아래에 해당하는 경우로 국민건강보험 공단에 치과교정 및 악정형 치료 대상자로 등록된 자</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 구개열, 구순열을 동반한 치조열, 구순열을 동반한 구개열 환자</li> <li>2) 선천성 악안면 기형 환자로서 희귀질환 산정특례대상 (등록이력 포함)으로 등록된 자</li> </ol> <p>나. 실시기관 및 실시인력</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 실시기관 : 2) 실시인력 기준에 의한 치과의사가 1인 이상 상근 하는 요양기관에서 아래의 조건 중 하나에 해당하는 경우</li> </ol> <p style="text-align: center;">- 아래 -</p> <p>가) 「치과의사전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정 시행규칙」[별표2]에 따른 레지던트 수련치과 병원으로 지정된 의료기관</p> <p>나) 종합병원, 상급종합병원으로서 동일 의료기관 내에 치과 및 의과 진료과 간 협진체계를 구축한 경우</p> <p>다) 치과병원, 치과의원으로서 상기 가) 또는 나)에 해당 하는 의료기관과 협진체계를 구축하고 증빙서류를 제출한 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) 실시인력 : 아래의 조건 중 하나에 해당 하는 치과의사</li> </ol> <p>가) 치과교정과 전문의</p> <p>나) 고시 시행일 이전부터 구순구개열의 치과교정 및 악정형 치료의 진료 실적이 있는 경우</p> <p>다) 최근 5년간 교정치료 진료 실적이 「치과 전공의의 연차별 수련 교과과정」의 치과교정과 치료교정학에서 정하는 최소 환자 취급수를 충족한 경우</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2022-252호, '22.11.1. 시행)</p>

항 목	제 목	세부인정사항
	선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형 치료에서 두 가지 이상 치료를 동시에 시행 시 급여기준	<p>악궁획장 교정치료, 상악 전치부 배열을 위한 고정식 교정치료, 악정형 교정치료, 성장관찰, 고정식 교정장치를 이용한 교정 치료 중 두 가지 이상의 치료를 동시 또는 연이어* 시행 시 치료 시기가 유사하여 각 치료의 진료 단계가 중복되는 경우 산정 방법은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 임상검사, 진단 및 치료계획 수립, 치료 종료 및 보정, 구내 장치제작(악궁획장 장치 및 악정형 장치)이 중복되는 경우 1회만 산정함.</p> <p>나. 두 가지 이상 치료를 동시에 시행 시 구내장치 재제작(악궁 획장 장치 및 악정형 장치), 유지장치 제작 및 재제작이 중복 되는 경우 각 치료의 구내장치 재제작(악궁획장 장치 및 악정형 장치), 유지장치 제작 및 재제작에 해당하는 인정 횟수 중 최대 인정횟수 이내로 산정함.</p> <p>* 연이어 : 6개월 이내</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2021-248호, '21.10.1. 시행)</p>
참1 술전유아 악정형 장치치료	술전유아악정형장 치치료의 급여기준	<p>참1 술전유아악정형장치치료의 인정횟수는 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 참1가 임상검사, 진단 및 치료계획 수립, 참1라 PIOA or PNAM 치료, 참1마 구순봉합수술 전 최종결과 검사: 각각 1회</p> <p>나. 참1나 예비인상, 주인상채득 및 장치제작</p> <p>1) 편측성 구순열을 동반한 치조열, 편측성 구순열을 동반 한 구개열의 경우: 2회 이내</p> <p>2) 구개열, 양측성 구순열을 동반한 치조열, 양측성 구순 열을 동반한 구개열의 경우: 3회 이내</p> <p>다. 참1다 Nasal Stent 제작</p> <p>1) 편측성 구순열을 동반한 치조열, 편측성 구순열을 동반한 구개열의 경우: 2회 이내</p> <p>2) 양측성 구순열을 동반한 치조열, 양측성 구순열을 동반한 구개열의 경우: 3회 이내</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-48호, '19.3.25. 시행)</p>

**232 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

항 목	제 목	세부인정사항
참2 악궁확장 교정치료	악궁확장 교정치료의 급여기준	<p>참2 악궁확장 교정치료의 인정횟수는 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 참2가 임상검사, 진단 및 치료계획 수립, 참2마 악궁확장 치료 종료 및 보정: 각각 1회</p> <p>나. 참2나 인상채득 및 장치제작: 확장장치 종류에 구분 없이 1회</p> <p>다. 참2다 악궁확장 치료: 확장장치 종류에 구분 없이 1회</p> <p>라. 참2라 재평가 및 확장장치 재제작: 확장장치 종류에 구분 없이 5회 이내</p> <p>마. 참2바 유지장치 제작: 유지장치 종류별 각각 1회</p> <p>바. 참2사 유지장치 재제작: 유지장치 종류에 구분 없이 1회</p> <p>(고시 제2019-48호, '19.3.25. 시행)</p>
참3 상악전치부 배열을 위한 고정식 교정치료	상악 전치부 배열을 위한 고정식 교정치료의 급여기준	<p>참3 상악 전치부 배열을 위한 고정식 교정치료의 인정횟수는 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 참3가 임상검사, 진단 및 치료계획 수립, 참3나 상악 전치부 배열을 위한 고정식 교정치료, 참3다 교정치료 종료 및 보정 - 각각 1회, 다만 성장과 불가피한 상황에 따라 치료결과가 적절하게 유지되지 않는 경우에는 참3가 임상검사, 진단 및 치료계획 수립, 참3나 상악 전치부 배열을 위한 고정식 교정치료, 참3다 교정치료 종료 및 보정을 각각 1회에 한하여 추가 인정</p> <p>나. 참3라 유지장치 재제작: 유지장치 종류 구분 없이 3회 이내</p> <p>(고시 제2019-48호, '19.3.25. 시행)</p>
참4 악정형 교정치료	악정형 교정치료의 급여기준	<p>참4 악정형 교정치료의 인정횟수는 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 참4가 임상검사, 진단 및 치료계획 수립, 참4나 인상채득 및 구강 내 장치제작, 참4다 악정형 치료, 참4라 재평가 및 구강 내 장치 재제작, 참4마 악정형 치료 종료 및 보정: 각각 1회</p> <p>나. 참4바 유지장치 재제작: 유지장치 종류에 구분없이 1회</p> <p>(고시 제2019-48호, '19.3.25. 시행)</p>

항 목	제 목	세부인정사항
참5 성장관찰	성장관찰의 급여기준	참5 성장관찰은 3회 이내로 요양급여함. (고시 제2019-48호, '19.3.25. 시행)
참6 고정식 교정 장치를 이용한 교정치료	고정식 교정장치를 이용한 교정치료의 급여기준	참6 고정식 교정장치를 이용한 교정치료의 인정횟수는 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 참6가 임상검사, 진단 및 치료계획 수립, 참6나 고정식 교정 장치를 이용한 교정치료, 참6다 교정치료 종료 및 보정 - 각각 1회, 다만 수술을 동반하지 않은 고정식 교정장치를 이용한 교정치료 종료 후 골신장술 또는 악교정수술을 동반한 교정치료를 하는 경우에는 참6가 임상검사, 진단 및 치료계획 수립, 참6나 고정식 교정장치를 이용한 교정 치료, 참6다 교정치료 종료 및 보정을 각각 1회에 한하여 추가 인정 나. 참6마 골신장술을 동반한 교정치료, 참6바 악교정수술을 동반한 교정치료: 각각 1회 다. 참6라 유지장치 재제작: 유지장치 종류 구분 없이 3회 이내 (고시 제2019-48호, '19.3.25. 시행)
참7 치조골 이식술을 위한 구개측 호선 제작	치조골 이식술을 위한 구개측 호선 제작의 급여기준	참7 치조골 이식술을 위한 구개측 호선 제작의 인정횟수는 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 편측성 구순열을 동반한 치조열, 편측성 구순열을 동반한 구개열인 경우: 1회. 단, 치조골 이식술 실패시 추가 1회 인정 나. 양측성 구순열을 동반한 치조열, 양측성 구순열을 동반한 구개열인 경우: 2회 이내. 단, 치조골 이식술 실패시 추가 1회 인정 (고시 제2019-48호, '19.3.25. 시행)

## II. 치료 재료

### 1. 일반사항

제 목	세부 인정사항
의료기관의 비품 등	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 주전자, 물병, 물컵, 체온계 및 수저는 의료기관의 비품으로서 주전자, 물병, 물컵 사용료는 입원료에, 체온계사용료는 입원료에, 수저 사용료는 식대에 포함되어 있으므로 별도로 환자에게 부담시킬 수 없으나 본인이 파손하거나, 귀가시 휴대하여 갈 경우에는 그 실비를 본인에게 부담시킬 수 있음.</li> <li>◦ 치솔, 치약, 비누, 수건, 슬리퍼, 휴지를 본인이 준비하지 아니하여 의료기관으로부터 유상 공급받았을 경우 실비로 본인에게 부담 시킬 수 있음.</li> <li>◦ 아기포대기는 산전산후 처치 등에 의한 기저귀와 다른 것으로서 주로 세탁하여 계속 사용할 수 있어 입원료에 포함되어 있으므로 별도 부담시킬 수 없으나 본인이 휴대하여 갈 경우 그 실비를 본인에게 부담시킬 수 있음.</li> </ul> <p style="text-align: right;">(고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)</p>
검사 및 수술시 사용된 Burr, Saw등 절삭기류 치료재료비용의 산정 방법	<p>검사 및 수술시 전동장비의 핸드피스에 연결하여 골 및 조직을 절삭, 연마하는데 사용되는 Burr, Saw등 절삭기류는 시술과정상 여러종류가 동시에 반복 사용되는 점을 감안하여 종류 및 사용개수를 불문하고 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」에서 정한 금액을 별도 산정하고, 2가지 이상의 수술이 동시에 시술되는 경우 등의 수기료 산정 방법에 따른 치료재료비용(정액수가)의 세부산정 방법은 다음과 같이 함.(코드 N0051001~N0051020)</p> <p style="text-align: center;">- 다음 -</p> <p>가. 2가지 이상 수술을 동시에 한 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 동일 피부 절개 하 수술 시(동일 병소에 대하여 절개부위를 달리 하는 수술 시 포함) 주된 수술에 해당하는 치료재료비용(정액 수가)만 1회 산정함.</li> <li>2) 양측 수술 또는 병소를 달리하는 서로 다른 피부 절개 하 수술의 경우 해당하는 치료재료비용(정액수가)을 각각 산정함.</li> </ol>

제 목	세 부 인 정 사 항
	<p>나. Burr, Saw등 절삭기류와 관절경 수가(N0031003, Q9923)는 동일 병소에 동시(증복) 산정할 수 없음.</p> <p>다. 치과의 치아 당(또는 1/3악당) 시술이 각각 발생하는 경우는 주된 수술에 해당되는 치료재료비용(정액수가)을 1회만 산정함.</p> <p>(고시 제2023-242, '24.1.1. 시행)</p>

## 2. 처치 및 수술료 등

제 목	세 부 인 정 기 준
봉합사 산정기준	<p>1. 산정방법 : 치치 및 수술시 사용된 봉합사는 다음의 경우를 제외하고는 실사용량으로 산정할 수 있으며, “치료재료급여목록 및 상한금액표” 범위내에서 실구입가로 산정함.</p> <p>- 다음 -</p> <p>가. 천자, 생검, 내시경 검사 등에 사용한 경우</p> <p>나. 중재적(경피적, 내시경적) 시술시 사용한 경우</p> <p>다. 다른 특수기기(레이저, 감마나이프 등)를 이용하는 경우</p> <p>라. 안면수술을 제외한 2cm이하의 피부봉합 또는 피부고정</p> <p>2. 기타 : 봉합사 제품명(catalog No.), 굽기(Gauge), 사용량 등을 진료 기록부(수술기록지)에 반드시 기재하여야 함.</p> <p>(고시 제2007-143호, '08.1.1. 시행)</p>
골대체제(동종골, 이종골, 합성골)의 인정기준	<p>1. 자가골을 대체하는 골대체제(동종골, 이종골, 합성골)는 자가골의 사용이 어려운 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p>- 다음 -</p> <p>가. 장골능의 성장판이 열려 있는 소아</p> <p>나. 장골능에서 다량의 자가골 채취의 과거력이 있는 경우</p> <p>다. 70세 이상 고령 환자 또는 골다공증(T-score≤-2.5 : 이중 에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptio metry, DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴 (Ward's triangle 제외)]에서 측정한 값)</p> <p>라. 안면-두개골 수술 시</p> <p>1) 모발선(hair line) 이하의 안면부 골결손이 있는 경우</p>

제 목	세부 인정 기준
	<p>2) 1차 두개골 성형술에 실패했을 경우</p> <p>3) 뇌기저부 수술[경비]적접형동접근법(TSA)포함] 시 뇌척수액 누출이 예상되는 경우</p> <p>4) 성장하는 소아에서 두개골 결손이 있는 질환. 단, 4세 미만에서 경막이 손상되지 않고 온전한(intact) 경우는 제외</p> <p>마. 척추 수술 시 척추체제거술, 요추 3분절 이상, 경·흉추 5분절 이상의 장분절 유합의 경우</p> <p>바. 사지 및 골반골 수술 시 골결손이 심해 자가골 이식만으로 부족한 경우</p> <p>사. 수술 중 혀혈성 속이 발생하거나, 다발성 골절로 인해 척추 이외 타 병소에도 자가골 이식이 필요한 경우와 같이 자가골 사용이 매우 어려운 경우</p> <p>아. 악골에 골결손이 심해 자가골 이식이 어려운 경우</p> <p>2. 상기 1.의 급여대상 이외 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p>3. 상기 1., 2.의 경우에도 다음은 인정하지 아니함.</p> <p style="text-align: center;">- 다음 -</p> <p>가. 골대체제간의 병용 사용</p> <p>나. 슬관절치환술시 수술과정에서 기구 장착을 위해 발생하는 원위 대태골 골수강내 구멍(intramedullary hole)을 메우는데 사용 한 경우</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2023-85호, '23.5.1. 시행)</p>
Nasal packing용 치료재료 인정기준	<p>1. Nasal packing용 치료재료는 바셀린거즈에 비하여 수분 흡수력이 뛰어나고, 팩킹 시 지혈효과가 높으며, 삽입과 제거시에 통증을 유발하지 않고 점막손상이 없는 장점 등을 감안하여 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <p>1) 부비동 수술(Sinus Surgery)</p> <p>2) 비중격교정술 또는 비중격성형술 (Submucosal Resection or Septoplasty)</p>

제 목	세 부 인 정 기 준
	<p>3) 하비갑개 절제술 또는 점막하 절제술 (Inferior Turbinectomy or Submucosal Inferior Turbinectomy)</p> <p>4) 비용적출술(Nasal Polypectomy)</p> <p>5) 상악동근치수술(Caldwell-Luc Operation)</p> <p>6) 비출혈지혈법(Control of Epistaxis)</p> <p>7) 내시경적 비내누낭비강문합술 (Endoscopic Dacryocystorhinostomy)</p> <p>8) 경비적 뇌하수체종양 적출술 (Transnasal Excision of Pituitary Tumor)</p> <p>9) 안면골 골절수술</p> <p>10) 비강, 부비동 악성 및 양성종양적출술 (Extrirption of Malignant or Benign Tumor of Nasal or Paranasal Sinuses)</p> <p>11) 비인강 악성 및 양성종양적출술 (Extrirption of Nasopharyngeal Malignant or Benign Tumor)</p> <p>나. 급여개수</p> <p>1) 상기 1항 가. 1) ~ 9)는 편측 수술당 최대 2개까지 인정함.</p> <p>2) 상기 1항 가. 10), 11)은 편측 수술당 최대 4개까지 인정함.</p> <p>2. 상기 1항의 급여대상별 급여개수를 초과하여 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-255호, '20.1.1. 시행)</p>
전동형태 Ni-Ti File 인정여부	전동형태의 Ni-Ti File은 차11-1 근관확대 실시에 사용한 경우 「치료 재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에서 정한 금액(코드 N0061001)을 치료기간 중 치아당 1회 산정하되, 전동형태 Ni-Ti File과 기존 File(U0002)을 각각 사용한 경우에도 1종만 인정함. (고시 제2010-2호, '10.4.1. 시행)
매식재 (이종골 콜라겐류 등) PLUG형의 급여기준	1. 창상 보호 및 육아 형성을 촉진하는 매식재(이종골 콜라겐류 등) PLUG 형태의 치료재료는 다음과 같은 발치의 경우에 요양급여를 인정함.

제 목	세부 인정 기준
	<p style="text-align: center;">- 다음 -</p> <p>가. 혈액질환 등으로 인한 환자의 발치 후 치유부전이 예상되는 경우      나. 발치 후 출혈이 계속될 경우      다. 구강 상악동 누공</p> <p>2. 상기 1.의 급여대상 이외 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-242호, '18.12.1. 시행)</p>
약관절 치환술에 사용되는 치료재료의 급여기준	<p>자71-2, 차95 약관절 치환술 [인공관절 대치술]에 사용되는 치료재료는 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다음 -</p> <p>가. 다른 치료에 반응하지 않는 약관절 강직(섬유성 또는 골성)      나. 외상, 골 흡수, 발육성 기형이나 병변 등에 의한 하악고경 (vertical mandibular height)이나 교합관계의 소실      다. 이전 재건수술들의 실패      (failed previous reconstruction surgeries of TMJ)</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)</p>
치근낭 적출술, 치근단절제술, 치조골결손부 골이식술 등 시행시 사용한 골대체물질 급여기준	<p>치근낭적출술, 치근단절제술, 치조골결손부 골이식술 등을 시행시 골 결손부에 사용한 골대체물질은 자가골이식술 없이 사용하였을 경우 최대 3cc(2.5g) 범위 내에서 실사용량을 요양급여 함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)</p>
1회용 전기수술기용 Monopolar 전극과 1회용 Patlent Return Pad 급여기준	<p>1. 1회용 전기수술기용 MONOPOLAR 전극      가. 급여대상 및 급여개수</p> <p>1) 바1, 바2 마취에 의한 관혈적 수술 및 검사에서 일체형 (Blade, Spatula, Needle Type) 또는 교체형 전극(Blade, Spatula, Needle Type)을 병용하여 최대 2개 이내에서 실 사용량으로 요양급여를 인정함. 다만, 아래의 경우 교체형 전극(Blade, Spatula, Needle Type) 1개를 추가 요양급여로 인정함</p>

제 목	세 부 인 정 기 준
	<p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 암제거술과 재건술 동시 시행 나) 장기이식수술</p> <p>2) 자426나 자궁경부원추형절제술-전기루프이용의 경우 일체형(Blade, Spatula, Needle Type) 1개, 교체형 전극(Loop, Ball Type) 2개 이내에서 실사용량으로 요양급여를 인정함</p> <p>3) 아래의 경우 일체형(Blade, Spatula, Needle Type) 1개, 교체형 전극(Micro Needle(<math>5\mu</math>) Type) 1개 이내에서 실사용량으로 요양급여를 인정함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 만 6세미만 비뇨기 수술(복강경수술 제외) 나) 자389-1나 정관수술-정관정관문합술, 자389-1다 정관수술-부고환정관문합술, 자399 정계정맥류수술 다) 눈 부속기관 수술(자525 산립종절개술, 자540 맥립종절개술, 자543 첨모발거술 제외)</p> <p>4) 복강경, 흉강경을 이용한 검사 및 수술에서 투관침 삽입을 위한 조직 절개 및 지혈용으로 사용한 경우 일체형(Blade, Spatula, Needle Type) 또는 교체형 전극(Blade, Spatula, Needle Type) 중 1개를 요양급여로 인정함 나. 상기 가.의 1), 2), 3), 4)는 중복하여 인정하지 않음</p> <p>2. 1회용 Patlent Return Pad  <input type="radio"/> 상기 1.의 적응증에 해당하는 경우 1개를 요양급여 함          ※ 눈 부속기관: 안와, 눈꺼풀, 결막, 눈물기관, 외안근</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2020-163호, '20.8.1. 시행)</p>

### 3. 비 급 여

제 목	세 부 인 정 사 항
근관치료시 사용하는 근관충전재인 MTA 인정여부	근관치료시 사용하는 근관충전재인 MTA는 기존의 충전재에 비해 고가이므로 비용효과성 등을 감안하여 비급여토록 함. (고시 제2009-200호, '09.11.1. 시행)

## [붙임 1]

## 봉합사를 별도 산정할 수 있는 치과 처치 및 수술항목

분류번호	코드	분류
차-43	U4430	치조콜성형수술
차-45	U4454	구강내소염수술 가. 치은농양, 치관주위농양 절개 등
	U4455	나. 치조농양 또는 구개농양의 절개 등
	U4456	다. 설 또는 구강저농양 [이하극, 설하극, 악하극농양 등]
	U4457	라. 악골골염, 악골골수염 등
차-46		구강외소염수술
	U4464	가. 표층
	U4465	나. 심층 [근막극농양절개]
	U4467	다. 악골골염, 악골골수염 등
차-47		구강내열상봉합술
		가. 치은, 구강전정, 협부
	U4474	(1) 2.5cm 이하
	U4475	(2) 2.5cm 초과
		나. 혀, 구강저, 구개부
	U4476	(1) 2.5cm 이하
	U4477	(2) 2.5cm 초과
차-50		협순소대성형술
	U4501	가. 간단한것
	U4502	나. 복잡한것
차-51		설소대성형술
	U4511	가. 간단한 것
	U4512	나. 복잡한 것
차-61	U4610	구강안면누공폐쇄술

분류번호	코드	분류
차-64	U4640	하악골재건술
차-67	U4670	치은, 치조부병소 또는 종양절제술 [Epulis 포함]
차-73		골융기절제술 가. 하악설측 또는 상악협측 골융기절제 나. 구개골융기절제
차-74	U4731 U4732 U4741 U4742	관골골절 정복수술 [관골궁, 관골체 포함] 가. 길리씨수술 나. 관혈적수술
차-75	U4750	부정유합된 관골 절골 교정술
차-76	U4760	관상돌기절제술
차-78	U4781 U4782 U4783	상악골골절 관혈적정복술 가. Le fort I 나. Le fort II 다. Le fort III
차-79	U4791 U4792	상악골절제술 가. 상악골부분절제 나. 상악골전적출술
차-80	U4801 U4802	상악골(관골 포함) 양성종양(낭종 포함) 절제술 가. 3cm 미만 나. 3cm 이상
차-81	U4811 U4812	상악골(관골 포함) 악성종양절제술 [림프절 청소 포함] 가. 상악골부분절제 나. 상악골전적출술
차-84	U4841 U4842	하악골골절 관혈적정복술 가. 정중부, 골체부, 우각부 나. 하악 과두부

**242 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

분류번호	코드	분류
차-85	U4850	부정유합된 하악골 절골 교정술
차-86		하악골절제술 가. 하악골부분절제 나. 하악골반측절제
차-87	U4861 U4862	하악골양성종양절제술 [낭종 포함] 나. 하악골반측절제
차-88	U4871 U4872 U4873	하악골악성종양절제술 [림프절 청소 포함] 나. 편측 악골 1/3 미만 나. 편측 악골 1/3 이상 - 1/2 미만 다. 편측 악골 1/2 이상
차-89	U4881 U4882 U4883	하악골변연절제 나. 하악골부분절제 다. 하악골반측절제
차-91	U4910	악관절탈구 관절적정복술
차-93	U4930	악관절원반 성형술
차-94	U4940	악관절 성형수술
차-95	U4950	악관절 치환술 [인공관절 대치술]
차-96	U4960	하악과두절제술
차-102	U1020	치은신부착술
차-103	U1030	치은성형술
차-104	U1040	치은절제술
차-105	U1051 U1052	치은박리소파술 나. 복잡 [치조골의 성형, 삭제술 포함]
차-107	U1071 U1072	치조골결손부 골이식술 나. 자가골이식의 경우 [채취 포함]

분류번호	코드	분류
차-108		조직유도재생술 가. 골이식을 동반하지 아니한 경우 나. 골이식을 동반한 경우
	U1081	
	U1082	(1) 동종골, 이종골, 합성골이식의 경우
	U1083	(2) 자가골이식의 경우 [채취 포함]
차-109	U1090	조직유도재생막 제거술
차-110	U1100	치은측방변위판막술, 치관변위판막술
차-111	U1110	치은이식술
차-113		치근절제술 [1치당] 가. 선택적치근절제술 나. 치아반측절제술
	U1131	
	U1132	
처-101		치관확장술 [1치당] 가. 치은절제술 나. 근단변위판막술 다. 근단변위판막술 및 치조골삭제술
	UY101	
	UY102	
	UY103	
처-102	UX102	치관분리술
차-99	U4991	골격성 고정원 식립 [양측]
차-99주2	U4992	골격성 고정원 식립 [양측] - 편측에만 실시한 경우

(관련근거)

- 고시 2007-143호, ('08.1.1. 시행)
- 보험급여과-4414호(2017.7.1. 시행)
- 고시 개정 2019-47호, ('19.3.25. 시행)
- 보험급여과-1611호(2019.4.1. 시행)
- 보험급여과-6118호(2023.12.18. 시행)

**244 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

[붙임 2]

Burr, Saw등 절삭기류 치료재료 비용 산정 가능 행위 목록(치과분야 발췌)

행위분류번호	코드	분류(행위명)
11. 안면골(악관절포함)수술에 사용하는 Burr, Saw등 절삭기류(N0051017).....61,840원		
자38가(2)(가)	N0952	하악골절관절적정복술(정중부,골체부,우각부)
자38가(2)(나)	N0953	하악골절관절적정복술(하악 과두부)
자38나(2)(가)	N0962	상악골절관절적정복술(LE FORT I)
자38나(2)(나)	N0963	상악골절관절적정복술(LE FORT II)
자38나(2)(다)	N0964	상악골절관절적정복술(LE FORT III)
자38다(1)	N0965	관골골절정복수술-길리씨수술(관골궁, 관골체 포함)
자38다(2)	N0966	관골골절관절적정복수술(관골궁, 관골체 포함)
자38-2	N0967	부정유합된 관골 절골 교정술
자38-3	N0956	골격성 고정원 식립[양측]
자38-3주2	N0957	골격성 고정원 식립[편측]
자39가	N0391	상악골부분절제술
자39나	N0392	상악골전적출술
자40가(1)	N0402	상악골(관골포함)양성종양(낭종포함)절제술-3cm미만
자40가(2)	N0403	상악골(관골포함)양성종양(낭종포함)절제술-3cm이상
자40나(1)	N0404	상악골(관골포함)악성종양(림프절청소포함)부분절제술
자40나(2)	N0405	상악골(관골포함)악성종양(림프절청소포함)전적출술
자41	N0411	하악골 재건술
자42가	N0421	하악골부분절제술
자42나	N0422	하악골반측절제술
자42-2	N0428	관상돌기절제술
자43가(1)	N0432	하악골양성종양(낭종포함)절제술-편측악골1/3미만
자43가(2)	N0433	하악골양성종양(낭종포함)절제술-편측악골1/3이상~1/2미만

행위분류번호	코드	분류(행위명)
자43가(3)	N0434	하악골양성종양(낭종포함)절제술-편측악골1/2이상
자43나(1)	N0435	하악골악성종양(림프절청소포함)-면연절제술
자43나(2)	N0436	하악골악성종양(림프절청소포함)-부분절제술
자43나(3)	N0437	하악골악성종양(림프절청소포함)-반측절제술
자71-2	N0719	악관절치환술(인공관절대치술)
자74	N0741	악관절 성형수술
자74-1	N0742	하악과두절제술
자74-2	N0743	악관절원반 성형술
저51가	NY051	상악골성형술(분절골절단술)
저51나	NY052	상악골성형술(Le Fort I)
저51다	NY053	상악골성형술(Le Fort II)
저51라	NY054	상악골성형술(Le Fort III)
저52가	NY055	하악골성형술(분절골절단술)
저52나	NY056	하악골성형술(이부성형술)
저52다	NY057	하악골성형술(하악지골절단술)
차64	U4640	하악골재건술
차74가	U4741	관골골절정복수술(길리씨수술)[관골궁,관골체포함]
차74나	U4742	관골골절관혈적정복수술[관골궁,관골체포함]
차75	U4750	부정유합된 관골 절골 교정술
차76	U4760	관상돌기절제술
차78가	U4781	상악골골절관혈적정복술(Le fort I)
차78나	U4782	상악골골절관혈적정복술(Le fort II)
차78다	U4783	상악골골절관혈적정복술(Le fort III)
차79가	U4791	상악골부분절제술
차79나	U4792	상악골전적출술
차80가	U4801	상악골(관골포함)양성종양(낭종포함)절제술-3cm 미만

**246 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

행위분류번호	코드	분류(행위명)
차80나	U4802	상악골(관골포함)양성종양(낭종포함)절제술-3cm 이상
차81가	U4811	상악골(관골포함)악성종양부분절제술[림프절청소포함]
차81나	U4812	상악골(관골포함)악성종양전적출술[림프절청소포함]
차84가	U4841	하악골골절관혈적정복술(정중부, 골체부, 우각부)
차84나	U4842	하악골골절관혈적정복술(하악 과두부)
차86가	U4861	하악골부분절제
차86나	U4862	하악골반측절제
차87가	U4871	하악골양성종양(낭종 포함)절제술(편측악골 1/3 미만)
차87나	U4872	하악골양성종양(낭종 포함)절제술(편측악골 1/3 이상~1/2 미만)
차87다	U4873	하악골양성종양(낭종 포함)절제술(편측악골 1/2 이상)
차88가	U4881	하악골악성종양절제술[림프절 청소 포함]-하악골변연절제
차88나	U4882	하악골악성종양절제술[림프절 청소 포함]-하악골부분절제
차88다	U4883	하악골악성종양절제술[림프절 청소 포함]-하악골반측절제
차93	U4930	악관절원반 성형술
차94	U4940	악관절 성형수술
차95	U4950	악관절 치환술 [인공관절 대치술]
차96	U4960	하악과두절제술
차99	U4991	골격성 고정원 식립[양측]
차99주2	U4992	골격성 고정원 식립[편측]
처42가	UY042	상악골성형술(분절골절단술)
처42나	UY043	상악골성형술(Le Fort I)
처42다	UY044	상악골성형술(Le Fort II)
처42라	UY045	상악골성형술(Le Fort III)
처43가	UY046	하악골성형술(분절골절단술)
처43나	UY047	하악골성형술(이부성형술)
처43다	UY048	하악골성형술(하악지골절단술)

행위분류번호	코드	분류(행위명)
12. 치과 관련 수술 등에 사용하는 Burr, Saw등 절삭기류		
가. 발치, 치근, 치조골성형술 등(N0051018).....6,980원		
차41라	U4414	발치술[1치당]-난발치
차41마(1)	U4415	발치술[1치당]-단순매복치
차41마(2)	U4416	발치술[1치당]-복잡매복치(치아분할술을 실시한 경우)
차41마(3)	U4417	발치술[1치당]-완전매복치(치관이 2/3이상 치조골내매복된 치아의 골절제와 치아분할술을 동시에 시행한 경우)
차43	U4430	치조골성형수술[1치당]
차56가	U4561	치근낭적출술(1/2치관크기 이상)
차56나	U4562	치근낭적출술(1치관크기 이상)
차56다	U4563	치근낭적출술(2치관크기 이상)
차56라	U4564	치근낭적출술(3치관크기 이상)
차59가	U4591	치근단절제술[1치당][치근단 폐쇄비용 포함]-전치
차59나	U4592	치근단절제술[1치당][치근단 폐쇄비용 포함]-구치
차98나	U4982	치과임플란트 제거술[1치당]-복잡
나. 절제, 적출, 골수염수술 등 (N0051019).....39,980원		
차53가	U4533	악골수염수술(치조부에 국한된 경우)
차53나	U4534	악골수염수술(편측악골의 1/3 미만의 범위)
차53다	U4535	악골수염수술(편측악골의 1/3 이상의 범위)
차55가	U4551	법랑아세포종적출술(편측악골 1/3미만)
차55나	U4552	법랑아세포종적출술(편측악골 1/3이상 - 1/2 미만)
차55다	U4553	법랑아세포종적출술(편측악골 1/2 이상)
차73가	U4731	골융기절제술(하악설측 또는 상악협측 골융기절제)
차73나	U4732	골융기절제술(구개골융기절제)
차85	U4850	부정유합된 하악골 절골 교정술

**248 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

행위분류번호	코드	분류(행위명)
다. 관혈적정복술 등(N0051020).....28,070원		
자38-4	N0968	골격성 고정원 제거[양측]
자38-4주2	N0969	골격성 고정원 제거[편측]
차72가	U4721	치조골골절관혈적정복술(2치이하)
차72나	U4722	치조골골절관혈적정복술(3치이상)
차78-2	U4785	두개안면 현수고정술
차91	U4910	악관절탈구관혈적정복술
차97주	U4975	악골에 삽입한 금속핀이나 금속정등을 간단히 제거
차97가	U4971	악골내고정용 금속제거술(악골내강선고정의 제거)
차97나	U4972	악골내고정용 금속제거술(소형금속판의제거)
차97다(1)	U4973	악골내고정용 금속제거술(재건용금속판의 제거,악골 1/2이상의 크기에 달한것)
차97다(2)	U4974	악골내고정용 금속제거술(재건용금속판의 제거,악골 1/2미만의 크기인 것)
차99-1	U4993	골격성 고정원 제거[양측]
차99-1주2	U4994	골격성 고정원 제거[편측]
차108나(2)	U1083	조직유도재생술(골이식을 동반한경우-자가골이식의 경우[채취포함])

(관련근거)

- 고시 제2009-238호( '09.12.24. 시행)
- 고시 제2009-250호( '09.12.30. 시행)
- 보험급여과-2071호(2014.6.14. 시행)
- 보험급여과-4415호(2017.6.27. 시행)
- 고시 제2020-254호( '20.12.1. 시행)
- 복지부 공고 제2020-854호( '20.12.1. 시행)
- 복지부 공고 제2023-861호( '23.12.18. 시행)

### III. 국민건강보험요양급여의 기준에 관한규칙 제10조에 의거 신의료기술로 신청된 항목 중 이미 심사기준으로 운용되고 있는 항목

#### 일반사항

항 목	제 목	세부 인정사항
일반사항	각종 증명서 발급비용 (일반 진단서, 입원 및 치료 확인서, 진료비추정서, 장해진 단서, 추가발급비용 등)	진단서 등 각종 증명서 발급비용은 환자가 부담함. (수수료 상한기준이 별도 정하여진 경우에는 그 비용에 의함) (고시 제2000-73호)
	필름 복사료 스캔결과 복사 Monitoring Data 복사 Video Tape 복사 Diskette 복사 진료기록부 복사	환자 제공을 위한 복사비용은 실비로 환자가 부담함. (고시 제2000-73호)
	표본대여(slide 대여) (타병원 전원시 표본제공을 위하여 표본을 다시 제작)	환자 제공을 위한 표본 재제작 비용은 실비로 환자가 부담함. (고시 제2000-73호)
	장비이동(portable)이 필요한 방사선촬영, 기관지경검사, 물리 치료, 근전도검사 등	별도로 산정토록 명시된 경우를 제외하고는 해당 분류항목별 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	Video 녹화료 (각종 검사, 수술 등의 내용을 녹화한 후 환자 또는 보호자가 타 병원으로 가져가는 목적 등의 이유로 요구시 비디오 복사 제공)	환자의 요구에 의한 복사비용은 실비로 본인이 부담하되, 진료를 위한 비디오 녹화료는 기본 진료료 또는 해당 수술료 등의 소정점수에 포함됨. (고시 제2002-13호)

**250 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

항 목	제 목	세부 인정사항
	입원 또는 외래 환자 (가족 포함)에게 제공되는 각종 교육 및 상담	<p>〈행위 급여·비급여 목록표 및 상대가치점수 II. 비급여 항목〉 “교육상담료”의 “주” 및 “별표1”에 해당하는 경우는 비급여대상이며, 이외의 경우는 기본진료료의 소정점수에 포함됨.</p> <p>(고시 제2003-40호)</p>

## 제1장 기본진료료

항 목	제목	세 부 인 정 사 항
가1 진찰료 가2 입원료	요양급여비용명세서	가1 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
	소견서, 촉탁서	
	구강진단 및 치료계획	
	특수구내진단	
	생리적하악위 검사	
	개폐구검사	
	구강안면동통 주관적검사	
	구강악안면동통 기왕력검사	
	구강안면동통 간이병력검사	
	구강악안면동통 상담 및 치료 계획	
	구강안면동통 정기검사	
	악관절응급처치 check	
	Aseptic Technique (주사전 준비, 주입 및 드레싱 전 준비와 관련된 멸균관리)	
	활력증후측정, 사지혈압측정	
	알보칠 도포(1회당)	
	포도필린, AgNO <sub>3</sub> 도포 A,B AgNO <sub>3</sub> Chemical Quaterization	
가1 진찰료 가2 입원료	치아동요검사	가1 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2002-13호)

**252 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

항 목	제목	세부 인정 사 항
가1 외래환자 진찰료	수면무호흡증후군 환자의 지속적 상기도 양압술 (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP) 치료를 위한 교육 및 처방	가1 외래환자 진찰료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2013-208호)
가1 외래환자진 찰료 또는 가2 입원료	치수온도검사 Thermal Pulp Test	가1 외래환자 진찰료 또는 가2 입원료의 소정 점수에 포함됨. (고시 제2002-98호)
	국소약물요법 Local Delivery Therapy	
	측두하악장애행동요법 Behavioral Therapy for Temporomandibular Disorders	
	부비동 약물주입요법 Sinus Instillation Therapy	가1 외래환자진찰료 또는 가2 입원료의 소정 점수에 포함됨. (고시 제2005-8호)
가1 외래환자진 찰료 또는 가2 입원료	구강안면 저수준 레이저치료 Low- Level Laser Therapy of Orofacial Region	가1 외래환자진찰료 또는 가2입원료의 소정 점수에 포함됨. (고시 제2006-32호)
가1 외래환자진 찰료	원외처방전 관리	가1 외래환자진찰료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2007-139호)

## 제2장 검사료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	심리평가결과 분석, 해석 및 보고서 작성	가1 진찰료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
누220 요침사검사	위상차현미경을 이용한 구강 미생물검사	누220나 ‘주’에 의거 요침사검사[관찰판정-현미경]의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
나562가(1) 세포병리검사- 일반세포검사- 자궁질 세포병 리검사	구강박리세포병리검사	나562가(1) 세포병리검사-일반세포검사-자궁 질 세포병리검사의 소정점수를 산정하되, 구강 병리과가 설치된 요양기관의 치과의사가 판독하고 판독소견서를 작성·비치한 경우에도 산정함. (고시 제2017-265호)
나901 근관장측정	전자근관장측정술	전자근관장측정을 실시한 경우에도 나901 근관장측정검사 [1근관당]의 소정금액을 산정함. (고시 제2000-73호)

### 제3장 영상진단 및 방사선 치료료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	방사선사진분석료	방사선촬영료 소정점수에 포함됨.
다105 특수촬영	복잡운동 악관절 개별단층촬영(측방 좌우 및 전후방좌우), 복잡운동단층규격촬영	다105-나. 개별화단층촬영[1건당]의 소정 점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
다197 파노라마촬영	Scano-panogram	다197-가. 파노라마촬영-일반의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	Sinus View Scanogram	상악동파노라마촬영의 경우는 다197-나. 파노라마촬영-특수[악관절, 악골절단면]의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
다245-1 Cone Beam 전산화단층영 상진단	Cone Beam 전산화단층영 상진단 - 악안면복합체, 측 두골, 공동 Cone Beam CT Imaging on maxillofacial complex, temporal bone, sinus	다245-1 Cone Beam 전산화단층영상진단의 소정점수를 산정함. (고시 제2009-180호)

## 제5장 주사료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	두피 정맥주사 처치료, 신생아 정맥주사 처치료	제5장 주사료 [산정지침]-(2)에 의거 만 8세 미만의 소아에 대하여 실시한 정맥내 점액주사 (마5, 마15-다)는 주사료 소정점수의 30%를 가산함.  (고시 제2000-73호)
마1 피하 또는 근육 내주사	근육주사 (환자본인이 구입한 약제 주사시)	마1 피하 또는 근육내주사의 소정점수를 산정함.  (고시 제2000-73호)
마5 정맥내 점액주사	정맥주사 (환자본인이 구입한 약제 주사시)	마2 정맥내 일시주사, 마5 정맥내 점액주사 또는 마15-나. 정맥내 점액주사의 소정점수를 산정함.  (고시 제2000-73호)
마9 관절강내주사	관절내주사(1회) 악관절강내주사	마9 관절강내주사의 소정점수를 산정함.  (고시 제2000-73호)
	폴리뉴클레오티드나트륨을 이용한 관절강내 주사	마9 관절강내주사의 소정점수를 산정함. 다만, 슬관절강내 주입용 폴리뉴클레오티드나트륨은 치료재료 인정기준에 따라 별도 산정함.  (고시 제2020-49호)

## 제7장 이학요법료

항 목	제 목	세부 인정사항
사102 심층열치료 [1일당]	심부자극 전자기장 치료요법 Deep Penetrating Electro-Magnetic Therapy	사102 심층열치료[1일당]의 소정점수를 산정함. (고시 제2005-77호)
사104 경피적 전기 신경자극치료	저주파치료	사104 경피적 전기신경자극치료의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
사117 운동점 차단술 [근육당]	보툴리눔 독소 주사요법 Botulinum Toxin Injection Therapy	<p>1. 약제급여 범위내(방광내 주입 제외) 보툴리눔 독소 주사요법 시행시 수기료는 다음과 같이 산정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 약제 급여 범위내 시술시는 사117 운동 점차단술[근육당]의 소정점수를 산정하여 급여하되 동시에 2개 근육 이상 실시시 제2의 근육부터는 소정점수의 50%를 산정함. 다만, 안면내 주입 시는 안면 근육의 해부학적 상태 및 시행방법 등을 고려하여 편측당 '사117 운동점차단술 [근육당]' 소정점수만을 산정함.</p> <p>나. 보툴리눔톡신 주사제 이외에 사용된 약제는 소정점수에 포함되나, 유도비용인 나611 근전도검사는 별도 산정함.</p> <p>2. 약제 급여 범위 중 방광내 주입 시는 자351라 요관구절개술(Ureteral Meatotomy) 소정점수의 150%를 산정하되, 나773 방광경검사는 소정 점수에 포함됨.</p> <p>3. 요양급여의 적용기준및방법에관한세부사항 [약제]에서 환자전액본인부담으로 정한 범위의 시술을 한 경우 행위료는 비급여토록 함. (고시 제2020-243호)</p>
사127 근막동통유발점 주사자극치료	동통유발점 차단	사127 근막동통유발점 주사자극치료의 소정 점수를 산정함. (고시 제2000-73호)

## 제9장 처치 및 수술료 등

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
자2다 창상봉합술 - 창상청소 및 변연절제만 실시한 경우	초음파 창상소파술 및 변연 절제술  Ultrasonic assisted Wound Curettage and Debridement	자2다 창상봉합술-창상청소 및 변연절제만 실시한 경우의 소정점수를 산정함.  (고시 제2022-26호)
자107 상악동근치수술	수술후성 상악낭종 (Caldwell-Luc operation 후 재발)	자107 상악동근치수술의 소정점수를 산정 함.  (고시 제2000-73호)
자108 부비강세척 [주입 포함]	Sinojet (상악동 천지하여 상악동 세척 실시)	자108 부비강세척[주입 포함]의 소정점수를 산정함.  (고시 제2000-73호)
자216 순열수술	구순열재성형술 (언어장애, 저작운동장애 등 일상생활에 지장이 있는 경우)	자216 순열수술의 소정점수를 산정함.  (고시 제2000-73호)
자219 구개열수술	인두피판성형술	자219-다. 구개열수술(구개인두부전증 교정)의 소정점수를 산정함.  (고시 제2000-73호)

## 제10장 치과 처치 · 수술료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	구강건조증처치	[산정지침](3)에 의거 간단한 구강연조직 질환의 처치는 기본진료료에 포함되므로 별도 산정하지 아니함.
	연조직질환처치	
	구강내캔디다증처치, 구내염 치료(약물도포)	(고시 제2000-73호)
	초음파이용근관내이물제거, 초음파기구조작, 초음파기구치료	초음파기구를 이용한 시술시에도 해당시 술항목의 소정점수만 산정함. (고시 제2000-73호)
	비부부목드레싱 nasal splint dressing	해당수술료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
	개구기나 Pediwrap 등을 사용한 행동조절	
	Electric Mess사용료	
	냉온찜질팩	
	수술용바	BURR, SAW등 절삭기류는 해당수술별로 「치료재료 급여·비급여 목록표 및 급여상한 금액표」에서 별도로 정한 재료비용(정액 수가)을 산정토록 고시된 행위만 별도산정하고 그외의 행위는 해당 처치 및 수술료의 소정점수에 포함되어 별도 산정할 수 없음 (고시 제2011-172호)
	초음파수술장비이용료	가1 진찰료 또는 해당 처치 및 수술료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
	외향성병소제거(레이저이용) CO2 레이저 병소제거술 CO2 레이저 구강내절제술	[산정지침](6)에 의거 각 분류항목의 처치 및 수술 등에 레이저를 이용한 경우에도 각 분류항목의 소정점수만 산정함. (고시 제2000-73호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	레이저소대절제술 연조직치유성고수준레이저 연조직제거성고수준레이저 레이저응고술 레이저절개술 레이저절제술 레이저치은성형술	
	근관미세현미경치료 현미경적검사(시술시 사용된 현미경) 미세치근단수술 치근단미세현미경수술 미세현미경하 치근단절제·역충전 현미경수술	현미경하 시술시에도 해당시술항목의 소정 점수만 산정함. (고시 제2000-73호)
	약관절 관절경수술	약관절경을 이용한 수술시 해당 관절적수술 항목의 소정점수만 산정함. (고시 제2000-73호)
	악교정수술을 위한 분석	소정 수술료에 포함됨. (고시 제2002-98호)
차4 지각과민처치	Gluma 탈감각, 불소탈감각 불소이온도포법	차4 가 지각과민처치[약물도포, 이온도입법의 경우]의 소정점수를 산정함. (고시 제2011-172호)
차5 근관와동형성	금관치아근관와동성형 Access Opening for Crown	차5 근관와동형성[1근관당]의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
차9 치수절단	수산화칼슘을 이용한 부분치수절단술	차9 치수절단[1치당]의 소정점수를 산정함. (고시 제2017-91호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
차11-1 근관확대	니케-타티타늄기구조작 엔진화일, Ni-ti file 특수근관처치, Ni-Ti Motor Driven File 근관성형	Niti file을 사용한 근관성형의 경우에도 차11-1-주.근관성형의 소정점수만 산정함. (고시 제2000-73호)
차12 근관충전	근첨형성술 Apexification	차12가. 단순근관충전[1근관당]의 소정 점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	온가압법  특수근관충전 근관충전(obtura ll)사용 열가소성근관충전 열연화GuttaPercha충전 Thermafil충전	차12나. 가압근관충전의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
차13 충전	지오이이장 글래스아이노미이장 Cement base	차13 충전료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
차21 수술후처치	지혈요법	차21라. 후출혈처치의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
차25 순열수술후 보 호장치	로간보우 장착 Logan bow	차25 순열수술후 보호장치의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
차26 상고정장치술	레진부목, 악수지제작	차26 상고정장치술[1악당]의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
차28 고정장치의 제거	약간고정제거술 외상성손상치료제거	차28 고정장치의제거[1악당]의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
차30 수술용 스플린트	악교정수술장치 Surgical Wafer	차30 수술용 스플린트의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
차33 치간고정술	가철성상고정장치, 가철성레진선부자장치, 치아고정장치 (재료 : 화학중합형레진, 화학중합형글래스아이노머, 광중합형레진, 광중합형 글래스아이노머), 외상치아교정용 강선레진고정 술, 레진고정술(WireResin Fixation), 레진와이어고정술, 치아강선고정술, 선부자접착	차33 치간고정술[1악당], 차34 잠간고정술 [1악당]의 소정점수를 산정하며, 사용된 재료대는 별도 산정함. (고시 제2000-73호)
차51 설소대성형술	보철전성형술(치조골 성형술, 계대절제술) Alveoplasty, Frenoplasty	실시행위에 따라 해당항목의 소정점수를 산정함. 차43 치조골성형술[1치당] 차50 협순소대성형술 차51 설소대성형술 (고시 제2000-73호)
	Z-성형술을 병행한 소대성형 수술	실시행위에 따라 해당항목의 소정점수를 산정함. 차50 협순소대성형술 나. 복잡한것 차51 설소대성형술 나. 복잡한 것 (고시 제2000-73호)

**262 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
차64 하악골재건술	하악과두재건술	차64 하악골재건술의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
차75 부정유 합된 관골 절골 교정술	협골골절(관상절개술)	차75 부정유합된 관골 절골 교정술의 소정 점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
차93 악관절원반성 형술	관절원판성형술, 관절원판절제술	차93 악관절원반성형술의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
차94 악관절성형술	관절결절축조술	차94 악관절성형술의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	악관절강직증수술 악관절내장증수술	시술행위에 따라 해당항목의 소정점수를 산정함. 차93 악관절원반성형술 차94 악관절성형술 차96 하악과두절제술 (고시 제2000-73호)
차95 악관절치환술	악수지이식술	차95 악관절치환술[인공관절대치술]의 소정 점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
차108 조직유도 재생술	농축혈소판을 이용한 골형성 (골결손부에 농축혈소판을 이용하여 골형성 속도 및 골 재생을 촉진시키는 과정)	차108-나. 골이식을 동반한 경우의 소정 점수를 산정함. (고시 제2002-98호)
차111 치은이식술	결체조직이식술 치주조직부착술(치료목적인 경우)	차111 치은이식술의 소정점수를 산정함. (고시 제2002-98호)

## 심 사 지 침

### 제2장 검사료

항 목	제 목	내 용
나560 조직병리 검사	나560 조직병리검사 중 치아 낭종(dental cyst) 의 인정기준	<p>치아 낭종 중 염증성 낭(inflammatory cyst)은 나560가 조직병리검사[1장기당]-Level A로 인정하며, 발육성 낭 (developmental cyst)은 나560다 조직병리검사[1장 기당]-Level C로 인정함.</p> <p>(공고 제2019-422호, 2020.1.1. 진료분부터 적용)</p>

### 제9장 처치 및 수술료 등

항 목	제 목	내 용
처치 및 수술 일반사항	수술료 불인정 시 제반비용 인정여부	<p>요양급여비용을 심사함에 있어 수술료 전체를 인정하지 않는 경우 해당 수술과 직접 연관되는 행위(마취료 등) 약제(마취약제 등)-치료재료 비용은 인정하지 아니함.</p> <p>(공고 제2021-333호, 2022.1.1. 진료분부터 적용)</p>

### 제10장 치과 처치·수술료

항 목	제 목	내 용
차29 교합조정술	차29 교합조정술의 1일 최대 인정가능한 치아수	<p>차-29 교합조정술은 치아모형의 교합기 부착 없이 구강 내에서 직접 조기접촉이나 교두 간섭부위를 선택적으로 삭제하거나 재형성해서 교합력을 여러개의 치아에 균등 하게 분산시킴으로서 기능적 관계를 설정하는 방법이나, 여러 개 치아에 대하여 광범위한 교합관계의 형성이 필요한 경우에는 차35 교합성형술을 실시하는 것이 타당하므로 차-29 교합조정술은 1일에 최대 4치까지 인정함.</p> <p>(공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)</p>

## 264 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준

항 목	제 목	내 용
차59 치근단 절제술	치근단폐쇄(역충전) 없이 산정된 차59 치근단절제술의 인정여부	<p>차-59 치근단절제술은 치근단에 잔존하는 염증 조직을 제거하는 외과적 치료방법으로 대부분 근관치료를 완료 후 시행하거나 근관치료의 마지막단계에서 근관충전과 동시에 시행하며, 치근단 병변이 근관치료만으로는 해결되지 않는 경우에 시행함.</p> <p>또한, 동 항목에서 “치근단폐쇄비용 포함”이라고 명시된 것은 해당 소정점수 내 치근단폐쇄비용을 포함하고 있으므로 해당 비용을 별도 산정할 수 없다는 의미로 보아야 하며, 치근단폐쇄(역충전)을 실시하지 않은 경우에도 차-59 치근단절제술 소정점수로 산정함.</p> <p>(공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)</p>
차87 하악골양성 종양절제술 [낭종포함]	악안면 낭종에 시행하는 조대술(Marsupialization) 수가산정방법	<p>악안면 낭종을 제거하는 수술방법은 크게 낭종 적출술, 개창술(조대술: marsupialization)로 구분되며, 조대술(marsupialization)은 골내의 낭종 크기가 크거나 인접 구조물의 손상이 우려되는 경우나 일차적인 적출이 용이하지 않는 경우 낭종 내벽의 일부가 구강점막이 되도록 하는 술식임.</p> <p>악안면 낭종에 대한 조대술은 낭종을 적출하는 방법에 비해 수술 난이도가 비교적 낮고, 일정기간 후 적출하는 수술이 따로 이루어져야 하는 점 등을 고려하여 차87-가 하악골양성종양절제술[낭종 포함]-편측악골1/3미만 소정점수의 50%으로 인정함.</p> <p>(공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)</p>

### 치료재료

연번	제 목	내 용
6	치조골 결손부위에 사용하는 골 대체물질(인조골)의 인정범위	<p>골대체물질의 인정기준(고시 제2007-139호)에 의거 “치조골 결손부에 골 이식술시 사용한 골 대체물질은 자가골 이식술없이 합성골만을 사용하였을 경우에는 최대 3cc(2.5g) 범위 내 인정”토록 하고 있으나, 골 결손 크기가 비교적 작아 자연 치유가 가능한 경우도 있으므로, 골 대체물질은 최소한 직경 1cm 이상의 골 결손이 있는 경우에 인정하되, 1cm 미만의 골 결손이 있다하더라도 아래와 같은 경우에는 인정함.</p> <p>가. 협측과 설측골이 모두 소실된 관통(through &amp; through)병소가 있는 경우</p> <p>나. 근단부 병변과 치주염이 혼재된 경우</p> <p>다. 치조골결손이 근단부에서 치경부까지 전개되어 치근이 노출된 열개결손(dehiscence defect)의 경우</p> <p>(공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)</p>
7	골대체제 (동종골, 이종골, 합성골)의 급여 기준에서 ‘개두술 후 인정 용량’의 기준	「골대체제(동종골, 이종골, 합성골)의 급여기준」의 적용증 중 개두술 후 ‘1.- 라.- 1) 모발선(hair line) 이하의 안면부 골결손이 있는 경우’에는 편측 5g 미만, 양측 10g 미만 사용을 원칙으로 함. (공고 제2019-428호, 2020.1.1. 진료분부터 적용)

## IV. 약 제

### 【일반원칙】

제 목	세 부 인 정 사 항
<b>[일반원칙]</b> <b>동일성분 의약품 증복처방 관리에 관한 기준</b>	<p>동일 요양기관에서 같은 환자에게 6개월 동안 동일성분 의약품의 투약일수가 214일을 초과하여 처방하는 경우 요양급여를 인정하지 아니하나, 아래에 해당하는 경우에는 예외로 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 환자가 장기출장이나 여행으로 인하여 의약품이 소진되기 전 처방을 받아야 하는 경우</p> <p>나. 의약품 부작용, 용량 조절 등으로 약제 변경이 불가피하거나, 파우더 형태의 조제 등으로 인하여 기존 처방의약품 중 특정 성분만을 구분하여 별도 처방할 수 없는 경우</p> <p>다. 항암제 투여 중인 환자이거나, 소아환자로서 구토로 인해 약 복용 중 약제가 소실된 경우 등 환자의 귀책사유 없이 약제가 소실·변질된 경우</p> <p>※ “동일성분 의약품”이라 함은 국민건강보험법 시행령 제 24조제3항 및 ‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’ 제8조제2항에 의한 ‘약제급여목록 및 급여 상한금액표’ 상의 주성분코드를 기준으로, 1~4째 자리(주성분 일련번호)와 7째자리(투여경로) 가 동일한 의약품을 말함.</p> <p>(예) 123101ATB, 123102ATB, 123102ATR, 123104ATR은 모두 동일 성분 의약품에 해당됨.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1. 시행)</p>
<b>[일반원칙]</b> <b>병용금기 성분, 특정연령대 금기 성분 및 일부금기 성분</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>식품의약품안전처장이 고시한 병용금기 성분 및 특정연령대 금기 성분과 일부금기 성분에 대하여는 요양급여를 인정하지 아니함             <ol style="list-style-type: none"> <li>이 경우 일부금기 성분은 고시 성분을 함유한 단일제와 복합제를 모두 포함함</li> </ol> </li> <li>다만, 병용금기 성분, 특정연령대 금기 성분 및 일부금기 1등급 성분임에도 불구하고 부득이하게 처방·조제할 필요가 있다고 판단하여 사용하는 경우에는 예외로 할 수 있음.</li> </ol>

제 목	세부 인정사항
	<p>이 경우 다음의 가, 나 모두에 처방·조제 사유를 의학적 근거와 함께 명시하여야 하며, 건강보험심사평가원장이 그 사용이 적절하다고 인정하는 경우에 한함.</p> <p>가. 보건복지부장관이 고시한 「요양급여비용 심사청구소프트 웨어 검사 등에 관한 기준」에 따라 설치한 “의약품 처방·조제 지원 소프트웨어”에 의해 컴퓨터 화면에 제공(Pop-up)된 사유기재란</p> <p>나. 보건복지부장관이 고시한 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서 서식 및 작성요령」에 따른 요양급여비용명세서</p> <p>3. 2호에도 불구하고 특정연령대 금기 성분인 “acetaminophen (encapsulated 포함)(서방형 제제에 한함)”등 서방형 제제, 장용성제제 등은 그 제제의 특성상 분할하거나 분말 형태로 처방·조제하여서는 안 됨</p> <p>4. 임부금기 2등급에 해당하는 성분을 처방·조제할 때는 부득이하게 사용할 필요가 있다고 의학적 타당성을 판단한 경우에 한하여야 하며, 투약 이전에 반드시 환자에게 적절한 안내조치를 하여야 함</p> <p>5. 급여기준 적용일 : 식품의약품안전처장이 고시한 다음날부터 적용한다.</p> <p>(고시 제2017-109호, '17.7.1. 시행)</p>
<p>[일반원칙]</p> <p>비용효과적인 함량 의약품 사용</p>	<p>동일한 제조업자(수입자)가 제조(수입)한 동일성분·동일제형이지만 함량이 다른 의약품이 여러 가지 있는 경우, 1회 투약량에 대하여 가장 비용효과적인 함량의 약제를 사용하여 처방·조제하여야 한다. 다만, 부득이한 경우에는 예외로 할 수 있으며, 이 경우 해당 사유를 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서 서식 및 작성요령(보건복지부 고시)」에서 정한 바에 따라 요양급여비용명세서에 명시하여 제출하여야 한다.</p> <p>(예) 25mg, 50mg 함량의 약제가 각각 등재된 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1회 투약량이 50mg인 경우 → 50mg 1정 처방</li> <li>- 1회 투약량이 75mg 필요한 경우 → 50mg 1정과 25mg 1정 처방</li> </ul> <p>(고시 제2017-109호, '17.7.1. 시행)</p>

제 목	세부 인정사항
[일반원칙] 비타민제	<p>소모성 질환에는 허가된 용량 범위 내에서 투약한 경우 요양급여를 인정하며, 비타민 결핍증에는 다량 투여가 필요하므로 허가된 용량을 초과한 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1. 시행)</p>
[일반원칙] 항생제	<ol style="list-style-type: none"> <li>전반적인 감염증에 사용토록 되어 있고, 실제 임상에서 항생제 선택 시에는 적응증별 선택보다 약제감수성 검사에 따라 선택하고 있으므로 환자의 병력 등을 참조하여 허가사항 범위 내에서 1차 약제부터 단계적으로 사용해야 함.</li> <li>중증 감염증에는 경구 투약만으로 치료효과를 기대할 수 없는 경우 주사제와 병용하여 처방 투여 할 수 있음.</li> </ol> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1. 시행)</p>
[일반원칙] 항진균제	<ol style="list-style-type: none"> <li>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.           <p style="text-align: center;">- 아래 -</p> <p>가. 칸디다감염</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Amphotericin B deoxycholate, Fluconazole, Itraconazole 경구제 투여시 인정</li> <li>Echinocandin제 약제는 다음과 같은 경우에 인정</li> </ol> <p style="text-align: center;">- 다음 -</p> <p>가) 중증 또는 칸디다혈증을 동반한 침습성 칸디다증으로 확진된 경우</p> <p>나) 침습성 칸디다증으로 확진된 경우로서 최근에 azole 투여 경험이 있었던 환자</p> <p>다) 상기 가), 나) 이외의 침습성 칸디다증으로 확진된 경우로서 타 항진균제 (Fluconazole 등)에 실패 하였거나 투여가 불가능한 경우</p> <p>※ 단, Fluconazole 투여가 가능한 경우에는 Fluconazole로 변경 투여하는 것이 권장됨.</p> <li>Voriconazole은 타 항진균제(Fluconazole 등)에 실패 하였거나 투여가 불가능한 경우 투여시 인정</li> </li></ol>

제 목	세부 인정 사항
	<p>나. 호중구 감소성 발열의 경험적 치료</p> <p>1) Amphotericin B deoxycholate, Liposomal amphotericin B, Caspofungin, Itraconazole 주사제 투여시 인정</p> <p>2) 투여기간</p> <p>가) 원인을 알 수 없는 불명열인 경우는 호중구 감소증이 회복될 때까지 인정</p> <p>나) 해열이 되는 경우에는 최대 2주 이내 또는 해열 후 5-7일 이내로 인정</p> <p>다. 침습성 아스페르길루스증</p> <p>1) Amphotericin B deoxycholate, Itraconazole, Voriconazole 투여 시 인정</p> <p>2) Caspofungin은 타 항진균제(Voriconazole 등)에 실패 하였거나 투여가 불가능한 경우 투여시 인정</p> <p>라. 침습성 진균감염 예방</p> <p>1) 조혈모세포이식 환자에서 Micafungin 투여시 인정</p> <p>2) 급성 골수성 백혈병이나 골수이형성증후군으로 관해-유도 화학요법을 받고 있는 환자 또는 이식편-숙주 질환(GVHD)으로 고용량 면역억제요법을 받고 있는 조혈모세포 이식 수여자에서 Posaconazole 투여 시 인정</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 단, 저메틸화제(azacitidine, decitabine)를 이용한 저강도 관해-유도 요법을 받고 있는 환자에게 투여 시 다음의 요건을 충족하는 경우 인정함.</li> </ul> <p style="text-align: center;">- 다음 -</p> <p>가) 급성 골수성 백혈병 : 해당 요법의 시행 첫 3주기(cycle) 이내 투여 시(단, 2-3 번째 주기는 주기의 시작시점에 절대호중구 수(ANC)가 500/<math>\mu</math>l 미만인 경우에 한함)</p> <p>나) 골수이형성증후군 : 해당 요법의 시행 첫 3주기(cycle) 이내 투여 시 (단, 매 주기의 시작시점에 절대호중구 수(ANC)가 500/<math>\mu</math>l 미만인 경우에 한함)</p> <p>3) 세포독성화학요법, 방사선요법, 골수이식 환자에서 Fluconazole 투여시 인정</p>

제 목	세부 인정사항
	<p>4) 혈액종양 또는 골수이식 환자에서 Itraconazole 시럽 투여시 인정</p> <p>5) 급성 백혈병, 림프종 치료실패 또는 만성 골수성 백혈병으로 인한 조혈모세포이식환자에서 침습성 아스페르길루스증 기왕력이 확인되는 경우 Voriconazole 투여시 인정</p> <p>마. Liposomal amphotericin B는 타 항진균제에 실패하였거나 투여가 불가능한 경우 투여시 인정</p> <p>바. 그 외의 진균감염증에는 허가사항 범위내에서 사례별로 인정함. 단, Liposomal amphotericin B를 만성육아종질환에 투여하는 경우에는 원인균이 증명되지 않더라도 1차 약제로 인정함</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아래 -</p> <p>○ Voriconazole 주사제는 진균 안내염으로 진단된 성인 환자가 다음에 해당하는 경우에 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다음 -</p> <p>1) 대상 환자 : 혈액 또는 안구 내에서 진균 감염이 확인된 경우</p> <p>2) 투여 방법 : 전방 내 주사(50μg/0.1ml), 유리체강 내 주사(50μg/0.1ml~100μg/0.1ml) 투여 시 인정</p> <p>3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 경우에는 약값 전액을 환자가 부담도록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아래 -</p> <p>○ 고령장기이식으로 인한 진균감염 고위험군 환자(호흡기 감소증, 장기간 중환자실에 있는 경우 등)의 진균감염 예방에 Fluconazole, Itraconazole, Liposomal amphotericin B를 투여한 경우</p> <p>* 대상약제</p> <p style="margin-left: 2em;">- Azole계 : Fluconazole, Itraconazole, Posaconazole, Voriconazole</p>

제 목	세부 인정사항
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Echinocandin계 : Anidulafungin, Caspofungin, Micafungin</li> <li>- Polyene계 : Amphotericin B deoxycholate, Liposomal amphotericin B</li> </ul> <p>(고시 제2022-131호, '22.6.1. 시행)</p>
[일반원칙] 향정신성약물	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 허가사항 범위 내에서 1품목 투여를 원칙으로 하며, 1품목의 처방으로 치료 효과를 기대하기 어려운 경우에는 2품목 이상의 병용 처방을 인정함.</li> <li>2. 1회 처방 시 30일까지 요양급여를 인정하며, 아래와 같은 경우에는 1회 처방 시 최대 90일까지 인정 가능함.       <ul style="list-style-type: none"> <li>- 아 래 -</li> <li>가. 말기환자, 중증 신체장애를 가진 환자, 중증 신경학적 질환자, 중증 정신질환자</li> <li>나. 선원, 장기출장, 여행 등으로 인하여 장기처방이 불가피한 경우</li> </ul> </li> <li>3. 2항에도 불구하고, 허가사항 등에서 치료기간을 제한하고 있는 약제는 아래와 같이 요양급여를 인정함.       <ul style="list-style-type: none"> <li>- 아 래 -</li> <li>가. Triazolam(품명: 할시온정 등) : 1회 처방시 3주이내</li> <li>나. Chloral hydrate(품명: 포크랄시럽) : 1회 처방시 2주 이내</li> <li>다. Zolpidem(품명: 스틸녹스정10밀리그램 등) Zaleplon (품명: 잘레딥캡슐5밀리그램 등) : 1회 처방 시 4주이내</li> </ul> </li> <li>4. 3개월 이상 향정신성 약물을 장기 복용할 경우 6~12개월마다 혈액검사(간·신기능검사 포함) 및 환자상태를 추적·관찰하여 부작용 및 의존성여부 등을 평가하도록 권고함.</li> <li>5. Benzodiazepine계열 등은 투여를 중지할 경우 금단 증후군(Withdrawal syndrome)을 일으킬 수 있어 환자상태에 따라 4~16주 기간 동안 1~2주마다 10~25%를 감량하면서 투여하도록 권고함.</li> </ol> <p>※ 대상성분 :</p> <p>Alprazolam, Bromazepam, Chloral hydrate, Chlordiazepoxide, Clobazam, Clorazepate</p>

제 목	세부 인정 사항															
	<p>Clotiazepam, Diazepam, Ethyl loflazepate, Etizolam, Flunitrazepam, Flurazepam, Lorazepam, Mexazolam, Midazolam, Triazolam, Zolpidem, Eszopiclone, Zaleplon            (고시 제2023-58호, '23.4.1. 시행)</p>															
[일반원칙] 허가 또는 신고 범위 초과 약제 비급여 사용승인에 관한 기준 및 절차	<p>「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」별표 2 제8호에 따른 “허가 또는 신고 범위 초과 약제 비급여 사용 승인에 관한 기준 및 절차”를 다음과 같이 제정·고시합니다.</p> <p>[부록 2참조]</p> <p>(고시 제2020-140호, '20.7.1. 시행)</p>															
[일반원칙] 흡입마취에 사용되는 약제	<p>흡입마취에 사용되는 약제 중 일부 약제의 요양급여비용은 아래와 같이 산정하며, 동 사용량을 초과하여 투여하는 경우에는 투여 소견서를 첨부하여야 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>대상</th><th>사용량</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Oxygen gas (품명: 산소)</td><td>15분당 45 ℥ (전신마취에 한함)</td></tr> <tr> <td>Isoflurane (품명: 아이프란액 등)</td><td>초회량: 15분까지 12.9㎖, 유지량: 15분당 5.5㎖</td></tr> <tr> <td>Sevoflurane (품명: 세보레인흡입액 등)</td><td>초회량: 15분까지 9.5㎖, 유지량: 15분당 5㎖</td></tr> <tr> <td>Desflurane (품명: 슈프레인)</td><td>초회량: 15분까지 15㎖, 유지량: 15분당 10.7㎖</td></tr> <tr> <td>Thiopental sodium (품명: 펜토탈소디움)</td><td rowspan="2">실제 사용량</td></tr> <tr> <td>Suxamethonium chloride (품명: 석시콜린)</td></tr> <tr> <td>Nitrous oxide (품명: 아산화질소)</td><td>15분당 45 ℥ (전신마취에 한함)</td></tr> </tbody> </table> <p>(고시 제2018-235호, '18.12.1. 시행)</p>	대상	사용량	Oxygen gas (품명: 산소)	15분당 45 ℥ (전신마취에 한함)	Isoflurane (품명: 아이프란액 등)	초회량: 15분까지 12.9㎖, 유지량: 15분당 5.5㎖	Sevoflurane (품명: 세보레인흡입액 등)	초회량: 15분까지 9.5㎖, 유지량: 15분당 5㎖	Desflurane (품명: 슈프레인)	초회량: 15분까지 15㎖, 유지량: 15분당 10.7㎖	Thiopental sodium (품명: 펜토탈소디움)	실제 사용량	Suxamethonium chloride (품명: 석시콜린)	Nitrous oxide (품명: 아산화질소)	15분당 45 ℥ (전신마취에 한함)
대상	사용량															
Oxygen gas (품명: 산소)	15분당 45 ℥ (전신마취에 한함)															
Isoflurane (품명: 아이프란액 등)	초회량: 15분까지 12.9㎖, 유지량: 15분당 5.5㎖															
Sevoflurane (품명: 세보레인흡입액 등)	초회량: 15분까지 9.5㎖, 유지량: 15분당 5㎖															
Desflurane (품명: 슈프레인)	초회량: 15분까지 15㎖, 유지량: 15분당 10.7㎖															
Thiopental sodium (품명: 펜토탈소디움)	실제 사용량															
Suxamethonium chloride (품명: 석시콜린)																
Nitrous oxide (품명: 아산화질소)	15분당 45 ℥ (전신마취에 한함)															

## [117 정신신경용제]

제 목	세부 인정 사항
[117] Fluvoxamine maleate (품명: 듀미록스정), Imipramine HCl (품명: 이미프라민정 등), Clomipramine HCl (품명: 그로민캡슐 등), Amitriptyline HCl (품명: 에트라밸정 등), Nortriptyline HCl (품명: 센시발정), Amoxapine (품명: 아디센정), Trazodone HCl (품명: 트리티코정 등), Milnacipran HCl (품명: 악셀캡슐)	<p>1. 각 약제의 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 만 24세 이하인 자의 우울병에 투여하는 경우에는 허가사항 중 사용상의 주의사항(경고, 이상반응, 일반적주의 항목 등)에 따른 임상적 유용성이 위험성보다 높은지 신중하게 고려하여 투여하여야 함.</p> <p>3. 삼환계 항우울제(Amitriptyline HCl, Nortriptyline HCl 등)는 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여하는 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아래 -</p> <p>가. 섬유근육통(Fibromyalgia) 확진 시</p> <p>나. 과민성 장증후군(Irritable bowel syndrome)에 투여 시</p> <p>다. 턱관절 장애로 인한 만성통증에 투여 시 : Amitriptyline HCl, Nortriptyline HCl만 인정</p> <p>※ 섬유근육통 확진은 2010년 미국 류마티스학회 발표 진단기준에 해당되고 섬유근육통진단설문지(FIQ; Fibromyalgia impact questionnaire) 점수가 40점 이상이며, 시각적 아날로그 통증 스케일(pain VAS; pain Visual Analog Scale)이 40mm 이상인 경우에 한함.</p> <p>라. 대상포진으로 인한 심한 소양증에 투여 시:</p> <p style="padding-left: 2em;">Amitriptyline HCl, Nortriptyline HCl, Imipramine HCl만 인정</p> <p>마. 신경병증성 통증에 투여 시 :</p> <p style="padding-left: 2em;">Amitriptyline HCl, Nortriptyline HCl, Imipramine HCl만 인정</p> <p>바. 편두통 예방: Amitriptyline HCl만 인정.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-18호, '18.2.1. 시행)</p>

**274 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

제 목	세 부 인 정 사 항
[117] Levomepromazine maleate 경구제 (품명: 티세르신정)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아래 - 가. 조현병 나. 수면장애(취침 시 단회 투여) 다. 진통제의 효력 증가 라. 신경성 불안증 (고시 제2018-253호, '18.12.1. 시행)

**[231 치과구강용약]**

제 목	세 부 인 정 사 항
[231] 가글 용제 (품명 : 헥사메딘가글액 등)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양 급여를 인정함. - 아래 - 가. 입원환자 및 암환자: 허가사항(용법·용량) 범위 내 나. 외래환자 1) 인정용량 : 100ml 2) 인정용량 초과한 경우 : 초과한 용량의 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2018-253호, '18.12.1. 시행)
[231] Doxycycline hyclate 20mg 경구제 (품명 : 텐티스타캡슐)	허가사항 범위 내에서 만성 치주염상병에 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아래 - ○ 치주소파 이상의 치치 후 투여 (고시 제2022-160호, '22.7.1. 시행)

### [332 지혈제]

제 목	세부 인정사항
[332] Gelatin sponge 외용제 (품명: 큐탄플라스트스폰지 등)	<p>1. 수술 시 결찰 등의 지혈방법이 효과적이지 않을 때 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p>2. 허가사항 범위(효능·효과, 용법·용량)를 초과하여 색전시 사용하는 경우에도 요양급여를 인정함 (고시 제2013-151호, '13.10.1. 시행)</p>
[332] Oxidized regenerated cellulose (품명: 써지셀(오리지널) 등)	<p>1. 수술 시 결찰 등의 지혈방법이 효과적이지 않을 때, 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. (고시 제2023-37호, '23.3.1. 시행)</p>

### [721 X선 조영제]

제 목	세부 인정사항
[721] Ethyl esters of the iodised fatty acids of poppyseed oil 주사제 (품명 : 리피오돌울트라액 등)	<p>1. 각 약제별 허가사항 및 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」의 범위 내에서 아래와 같은 경우에 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 외에는 약값 전액을 환자가 부담도록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 림프조영, 침샘조영</p> <p>나. 간암의 경동맥화학색전술(TACE, transarterial chemoembolization) 시행 시 사용</p> <p>다. 난임 진단 검사 중인 여성에서의 자궁난관조영: 1회에 한하여 인정함.</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 간암 진단목적의 간동맥 조영술에 투여 시 요양급여를 인정함. (고시 제2023-101호, '23.6.1. 시행)</p>

## 보건복지부 행정해석(치과분야 일부발췌)

### 1. 치과 전문 과목별 진찰료 산정 관련

보건복지부 보험급여과-2487 (2010.11.01.)

#### 가. 질의내용

- 치과 분야의 전문의 제도가 도입되고 「치과의사전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정」 제3조에 의거 10개 전문과목 전문의가 일부 배출됨에 따라 치과 요양 기관에서도 동일 환자의 다른 상병에 대하여 전문과목이 다른 진료담당의사가 각각 진찰한 경우 각각의 진찰료 산정 방법

#### 나. 답변내용

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 1.진찰료 '다'에는 “2개 이상의 진료과목이 설치되어 있고 해당과의 전문의가 상근하는 요양기관에서 동일환자의 다른 상병에 대하여 전문과목 또는 전문분야가 다른 진료담당 의사가 각각 진찰한 경우에는 진찰료를 각각 산정”할 수 있도록 규정하고 있습니다.
- 이와 관련하여 전문 과목 이라 함은 「전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정」 제3조에 의한 전문의의 전문 과목을 의미하며, 전문분야라 함은 대한의학회에서 인증하는 세부 전문 과목을 의미합니다.
- 따라서 치과분야의 경우에도 「치과의사전문의의 수련 및 자격인정 등에 관한 규정」 제3조에 의한 전문 과목의 전문의가 상근하는 요양기관에서 동일 환자의 다른 상병에 대하여 전문과목이 다른 진료담당의사가 각각 진찰한 경우 진찰료를 각각 산정할 수 있음을 알려드립니다.

## 2. 치과의원에서 2개 이상 전문과목의 전문의가 상근하고 동일환자의 다른 상병에

대하여 전문과목이 다른 진료담당의사가 각각 진찰한 경우 진찰료 산정여부

보건복지부 보험급여과-3839 (2015.07.09.)

- 기회신(‘질의회신통보(치과 전문 과목별 진찰료 산정 관련)’ 보험급여과-2488 (2010.11.02.)) 하여 드린 바와 같이, 치과분야의 경우에도 「치과의사전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정」 제3조에 의한 전문과목의 전문의가 상근하는 요양기관에서 동일환자의 다른 상병에 대하여 전문과목이 다른 진료담당의사가 각각 진찰한 경우 진찰료를 각각 산정할 수 있으며, 치과 의원의 경우에도 상기 ‘요양기관’에 포함됨을 알려드립니다.

## 3. 치과에서 비급여 진료시 진찰료 등 인정여부 안내

보건복지부 보험급여과-3024 (2010.12.10.)

- 치과분야에서 교정이나 보철 등 비급여대상 진료 중 수반되는 진료행위에 대한 인정 여부에 대하여 다음과 같이 안내하니 관련 업무에 참고하여 주시기 바랍니다.

- 가. 치과에서 치아우식증 등 질병치료를 목적으로 진료가 이루어진 경우 진찰료 및 방사선 진료 등은 현행과 마찬가지로 당연 요양급여로 적용되며, 다만 동 진료과정에서 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수(보건복지부 고시)제3부 행위비급여목록표상의 비급여 행위만을 시행한 날의 진찰료는 비급여임
- 나. 또한, 현행 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조제1항 별표2에서 명시하고 있는 치과보철(틀니 등 임플란트 포함)을 위한 진료는 요양급여대상이나, 치과보철의 직접비용(행위·약제 및 치료재료 등을 포함한 제반 진료)과 임플란트 시술을 목적으로 사전에 실시하는 진료행위(골이식술 등) 비용은 진찰료를 포함하여 비급여대상임. 끝.

#### 4. 치과위생사의 파노라마 촬영에 대한업무 협조요청

보건복지부 의료제도과-1307 (2009.03.19.)

- 의료기사에 관한 법률시행령 제2조제1항제6호의 “구내진단용방사선촬영업무”를 다음과 같이 회신함

- 다음 -

치과위생사의 구내 진단 방사선촬영은 구내진단을 위해 촬영부위를 구내로 제한하여 방사선촬영을 하도록 한 것으로 치과 진단용 엑스선 발생장치로 제한한다는 의미가 아니며, 파노라마장치를 이용한 구내촬영은 가능함.

다만, 세파로의 경우 구강내를 포함한 두부 촬영이 가능하므로 치과위생사가 촬영하는 것은 적절하지 않음

#### 5. 요양병원 입원환자를 다른 요양기관에 진료의뢰시 수가산정방법 등

보건복지부 보험급여팀-4048 (2007.12.31.)

요양병원에 입원 진료중인 환자를 치료하는 과정에서 시설·장비 또는 인력이 갖추어져 있지 아니하여 부득이하게 해당 진료가 가능한 요양기관으로 환자를 의뢰하여 처치 및 수술, 방사선치료 등을 받도록 할 경우 수가산정방법은 아래와 같이 함.

- 아래 -

##### 가. 진료비청구 및 정산

- 진료를 의뢰한 요양병원에서 의뢰한 진료내역을 포함하여 청구하되, 의뢰한 진료내역은 실제 진료한 요양기관의 종별가산율을 적용하여 (I)란으로 청구함.
- 이때 의뢰한 진료내역은 EDI청구기관은 특정내역 기재란에 위탁진료임을 표시하는 구분코드(JS008), 위탁진료실시기관기호, 위탁진료실시연월일을 기재하여 청구하고, 서면청구기관은 특정내역란에 해당 진료항목, “T”, 위탁진료실시기관기호 및 위탁진료실시연월일을 기재하여 청구함.
- 진료비 정산은 해당 요양기관간 상호 협의에 의함.

##### 나. 본인일부부담금

요양병원 입원환자의 본인일부부담율을 적용함.

다. 진찰료

입원 진료증인 해당 진료전문과이외의 다른 진료전문과에 다른 상병의 진료를 의뢰한 경우에 한하여 소정 진찰료를 별도 산정함.

라. 요양병원(의과)에서 타 요양기관(한방)으로 또는 요양병원(한방)에서 타 요양기관(의과)으로 진료의뢰 시

- 동일 구내에 있는 한방(의과)요양병원에 입원중인 환자가 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위하여 담당의사의 지시에 따라 의과(한방)진료를 받기 위해 의과(한방) 요양기관의 외래를 방문하거나 입원환자 진료를 위해 의과(한방)요양기관의 의사가 직접 방문한 경우에는 진찰료가 아닌 “협의진찰료”로 산정하여야 함.
- 이 경우 요양급여비용은 실제 협의진찰을 실시한 요양기관에서 외래요양급여비용 명세서에 작성하여 청구하되, 협의진찰료를 포함한 요양급여비용총액에 대한 외래본인부담액산정방법에 의해 청구하여야 함.

## 산업재해보상보험 요양급여 산정기준

개정 2022.12.30. 고용노동부고시 제2022-87호 (2023.1.1. 시행)

**제1조(목적)** 이 고시는 「산업재해보상보험법」에 따른 업무상의 재해를 입은 근로자에 대한  
요양급여의 범위 및 요양에 소요된 비용의 산정기준을 정함을 목적으로 한다.

**제2조(요양급여의 범위)** ① 업무상의 재해를 입은 근로자(이하 “산재근로자”라 한다)에 대한  
요양급여의 범위는 다음 각 호에 따른다.

1. 「국민건강보험법」 제41조제2항 및 제3항에 따라 보건복지부령으로 정한 「국민건강  
보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」(이하 “건강보험 요양급여규칙”이라 한다) 제5조  
및 제8조에 따른 요양급여
  2. 「국민건강보험법」 제49조제1항 및 같은 법 시행규칙 제23조제1항에 따른 요양비
  3. 「국민건강보험법」 제51조 및 같은 법 시행규칙 제26조제1항 관련 별표 7에 따른  
장애인 보조기기
  4. 「응급의료에 관한 법률」 제23조제1항에 따른 응급의료수가기준
- ② 제1항의 경우, 보건복지부장관이 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여  
상대가치점수」(이하 “행위 및 상대가치점수”라 한다) 및 「요양급여의 적용기준 및 방법에  
관한 세부사항」의 인정기준을 초과하여 본인이 전액 부담하는 부분에 대해서는 산재  
근로자 진료를 위해 필요한 경우 인정할 수 있다.

**제3조(요양급여의 비용 산정)** ① 제2조에 따른 요양급여의 비용은 「국민건강보험법」 제45조,  
제46조, 제49조, 같은 법 시행령 제22조, 같은 법 시행규칙 제23조제4항 및 건강보험  
요양급여규칙에 따라 보건복지부장관(보건복지부장관이 그 권한을 위임하거나 위탁한  
경우에는 그 위임 또는 위탁을 받은 자를 포함한다. 이하 같다)이 고시하는 요양급여의  
내역 및 기준에 따른다.

- ② 「산업재해보상보험법」(이하 “법”이라 한다) 제11조제2항에 따라 근로복지공단(이하  
“공단”이라 한다)에 두는 연구기관 또는 법 제43조제1항에 따른 산재보험 의료기관(이하  
“산재보험 의료기관”이라 한다)에서 일반 환자에게 적용하는 진료비용기준이 이 고시에  
의한 기준보다 낮은 경우에는 낮은 수가에 따라 산정한다.<개정 2021.12.30. >

#### **제4조(산업재해보상보험에서 국민건강보험과 달리 정하거나 추가로 인정하는 요양급여의 범위 및 비용산정기준 등)**

- ① 산업재해보상보험(이하 “산재보험”이라 한다)에서 국민건강보험과 달리 정하는 요양급여의 범위 및 비용산정기준은 별표 1과 같다.
- ② 국민건강보험에서 요양급여로 정하지 않은 사항 중 산재보험에서 추가로 인정하는 요양급여의 범위 및 비용산정기준은 별표 2와 같다. 이 경우, 요양급여의 비용은 별표 2에서 정한 금액의 범위에서 산재보험 의료기관이나 산재근로자가 구입한 가격 또는 실제 소요된 금액으로 한다.
- ③ 별표 2에서 정한 요양급여의 범위 및 비용산정기준이 국민건강보험 관련규정의 개정으로 새로이 국민건강보험의 요양급여의 범위 및 비용산정기준에 포함되는 경우에는 개정된 규정이 시행되는 날부터 국민건강보험 관련 규정에 따른다.
- ④ 공단 이사장은 산재근로자의 진료와 관련하여 국민건강보험 및 별표 1, 별표 2에서 요양급여로 정하지 아니한 진료항목과 비용 중 산재근로자의 진료에 필요하다고 판단되는 진료항목과 비용에 대해서는 요양급여로 인정할 수 있다. 이 경우, 공단 이사장은 요양급여 승인 결과를 고용노동부장관에게 보고하여야 한다.

#### **제5조(비급여대상)** 법 제40조에 따른 요양급여의 범위에서 제외되는 사항은 다음 각 호의 어느 하나와 같다.

1. 업무상 부상 또는 질병의 치료목적이 아닌 진료 또는 투약
2. 제2조 및 제3조제1항의 규정에서 정하지 않은 요양급여
3. 상급병실 사용료. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.
  - 가. 종합병원 이상에서 요양하는 경우로서 상병상태가 응급진료, 수술 등으로 입원 요양이 필요하나 일반병실이 없어 부득이하게 특실을 제외한 상급병실을 사용하는 경우에 7일의 범위에서 인정. 다만, 상급병실 사용 중 그 차급 또는 일반병실이 있음에도 병실을 옮기지 않은 경우에는 불인정한다.
  - 나. 증상이 위중하여 절대 안정이 필요하고, 의사 또는 간호사가 상시 감시하면서 수시로 적절한 조치를 해야 할 필요가 있다고 인정되나, 중환자실·격리실 등 집중 치료실이 없거나 여유 병상이 없어 불가피하게 상급병실을 사용한 경우

#### **제6조(산재보험 의료기관에 대한 지원)** ① 공단 이사장은 산재보험 의료기관 중 산재근로자의 재활치료 또는 화상치료를 전문적으로 담당하는 의료기관을 재활치료전문 산재보험 의료기관(이하 “재활인증의료기관”이라 한다) 또는 화상치료전문 산재보험 의료기관(이하 “화상인증의료기관”이라 한다)으로 따로 지정하여 운영할 수 있다.〈개정 2021.12.30.〉

- ② 공단 이사장은 재활인증의료기관, 화상인증의료기관, 산재근로자를 재활인증의료기관으로 의료기관 변경요양하게 한 산재보험 의료기관 및 법 제50조제1항에 따른 평가

점수가 높은 산재보험 의료기관에 대하여 재정적으로 우대할 수 있다. 이 경우, 우대 기준, 방법 및 절차 등에 대해서는 별도로 정한 기준에 따른다.

**제7조(산재관리의사에 대한 지원)** ① 공단 이사장은 산재보험 의료기관 소속 의사 중에서 산재보험에 대한 전문지식을 가지고 있는 의사, 치과의사, 한의사를 산재관리의사로 임명할 수 있다.

② 공단 이사장은 산재관리의사의 자격, 임명절차, 행정적·재정적 지원에 관하여 별도로 정할 수 있다.

**제8조(권역외상센터에 대한 지원)** 공단 이사장은 산재근로자의 진료와 관련하여 「응급 의료에 관한 법률」 제30조의2에 따라 지정된 권역외상센터를 대상으로 요양급여의 지원 범위 및 비용산정기준을 별도로 정하여 운영할 수 있다.

**제9조(그 밖의 사항)** ① 산재보험 의료기관은 이 고시에서 정한 요양급여의 범위 및 비용 산정기준에 대해서는 산재근로자에게 그 비용을 부담하도록 해서는 안된다.

② 요양급여의 범위 및 비용산정기준에 관하여 국민건강보험에서 정하지 않았거나, 이 고시와 달리 정한 사항이 있는 경우에는 이 고시에서 정한 기준에 따른다.

**제10조(재검토기한)** 고용노동부 장관은 이 고시에 대하여 2021년 1월 1일 기준으로 매 3년이 되는 시점(매 3년째의 12월 31일까지를 말한다)마다 그 타당성을 검토하여 개선 등의 조치를 하여야 한다.

## 부 칙 <2022. 12. 30.>

**제1조(시행일)** 이 고시는 2023년 1월 1일부터 시행한다.

**제2조(적용례)** 이 고시 시행 전 행한 요양의 요양급여 범위 및 비용산정기준은 종전 규정을 따른다.

**제3조(재활보조기구에 대한 적용례)** 별표 2 제2절 재활보조기구 수리료는 이 고시 시행 이후 지급사유가 발생한 경우부터 적용한다.

### [별표 1] 국민건강보험과 달리 적용하는 요양급여의 범위 및 비용산정기준

#### [산정지침]

산재근로자에 대한 요양급여의 범위 및 비용산정에 대한 세부사항은 보건복지부장관이 고시한 행위 및 상대가치점수, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」, 「요양비의 보험급여 기준 및 방법」, 「장애인보조기기 보험급여 기준 등 세부사항」 및 「응급의료 수가기준」에 따른다. 다만, 이 기준에서 달리 정한 사항은 이 기준에 따른다.

#### [행위목록 및 산정기준]

〈개정 2022.12.30.〉

행위목록	분류	분류번호	산정기준
일반사항	요양기관 종별가산율		<p>1. 행위 및 상대가치점수 제1편제1부Ⅱ. 요양기관 종별가산율에 다음 각 호의 비율을 가산하여 산정한다.</p> <p>가. 가목(상급종합병원)은 15%</p> <p>나. 나목(종합병원)은 12%</p> <p>다. 다목(병원)은 1%</p> <p>2. 위 제1호를 적용함에 있어 공단에 두는 의료 기관에 대해서는 법 시행규칙 제10조제2항에 따라 고용노동부장관의 승인을 얻어 조정한 등급을 적용한다.</p>
제18장 치과의보철료	광중합형 복합레진충전	차-13 다	업무상 재해로 인한 일부 치아파절에 적용한 경우 연령 제한 없이 인정한다.
	레진상 완전틀니 임시레진상 완전틀니 금속상 완전틀니	찬-1 찬-2 찬-5	업무상 재해로 인해 발생한 상악 또는 하악의 완전 무치악에 적용한 경우 연령 제한 없이 인정한다. 이 경우, 보철은 총 2회에 한하여 지금하되 2회째 보철 지급은 별표 2 제1절 [진료원칙] 제6호에 따른다.
	부분틀니 임시레진상	찬-3 찬-4	1. 업무상 재해로 인해 고정성 가공의치료는 가능 회복이 어려운 치아결손이 발생한 경우 연령

**284 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

행위목록	분류	분류번호	산정기준
	부분틀니		<p>제한 없이 인정한다. 이 경우, 보철은 총 2회에 한하여 지급하되 2회째 보철 지급은 별표 2 제1절 [진료원칙] 제6호에 따른다.</p> <p>2. 위 제1호에도 불구하고 임시레진상 부분틀니는 치과임플란트 시술 중 임시치아가 필요한 경우에도 산정할 수 있다.</p>
	치과임플란트	찬-11	<p>1. 업무상 재해로 승인된 치과상병에 대해 연령 제한 없이 1차 당 1개 인정한다.</p> <p>2. 치과임플란트 시술 중 치과의사의 의학적 판단에 따라 불가피하게 시술을 중단하는 경우에는 인정개수에 포함하지 아니한다.</p>

**[별표 2] 산재보험에서 추가로 인정하는 요양급여의 범위 및 비용 산정기준**

**제1절 치과보철**

**[진료원칙]**

1. 보철재료는 금합금, 팔라디움합금, 코발트 크롬합금 또는 지르코니아를 사용한다.
2. 보철재료대, 행위진료에 대한 가산율 및 보철진료 중 실시한 국소 마취료는 별도 계산하지 아니한다.
3. 보철시행 시 산재로 인한 것이 아닌 환부(결손치 등)가 있을 때 환자가 희망하면 본인 부담으로 할 수 있다.
4. 보철설계 시행 시 같은 조건의 두 가지 설계방법 중 하위의 가격으로 기능회복이 가능한 것을 상위가격으로 할 수 없으며, 보철재료 중 귀금속은 비귀금속에 과민반응이 있는 경우에 적용할 수 있다.
5. 가공치는 인접 지대치에 시행된 보철방법을 준용하여 수가를 산출한다.
6. 보철은 총 2회에 한하여 지급하되, 2회째 보철은 최초 보철 일부터 5년이 경과된 후에 지급한다. 다만, 의학적 소견이 있는 등 부득이한 사유가 있을 경우에는 5년경과 이전이라도 지급할 수 있다.

**[보철원칙 및 금액]**

〈개정 2022.12.30.〉

분류번호	분 류	보 철 원 칙	금액(원)
카-1	주조금관	75wt.% 이상의 금과 백금족 원소를 함유한 치과주조용 금합금으로 하며, 구치부에 적용할 수 있다.	425,000
카-2	3/4금관	75wt.% 이상의 금과 백금족 원소를 함유한 치과주조용 금합금으로 하며, 전치부 및 소구치부에 적용할 수 있다.	318,410
카-3	도재전장주조관 (귀금속)	심미적 회복이 요구되는 전치부 또는 소구치부에 적용하되, [진료원칙] 제4항을 적용하지 아니한다.	510,000

분류번호	분 류	보 철 원 칙	금액(원)
		◦ 금 77.8~87.5%, 백금 4.0~9.1%, 팔라 디움 5.5~9.9%의 조성비를 가지면서 백금의 순도는 97% 이상이어야 한다.	
카-4	도재전장주조관 (비귀금속)	심미적 회복이 요구되는 전치부 또는 소구 치부에 적용할 수 있다.	347,650
카-5	국소의치 (백금가금주조)(1악)	고정성 가공의치로는 기능 회복이 어려운 경우에 적용하여야 한다. ◦ 백금가금은 순금 70%, 은 10%, 동 10%, 백금 10%의 비율로 하면서 백금의 순도는 60% 이상이어야 한다.	1,718,470
카-9	포스트 (캐스트코아)	전치부 또는 구치부에서 치관부의 3분의 2 이상이 파절되거나 손상이 심하여 치관부에서 인공치관의 유지가 곤란한 경우 또는 치경 부를 포함한 우식증이나 불규칙한 파절을 치수치료 한 경우에 지대치를 보강하기 위하여 적용한다. ◦ 사용재료는 팔라디움이 25%이상인 팔라 디움은 합금으로 한다.	170,000
카-10	포스트 (기성품)	치관부의 3분의 2 미만이 파절되거나 손상되어 치수 치료한 치아로써 잔존치질이 부족 하여 사용 중 파절의 우려가 있는 경우에 지대치를 보강하기 위하여 적용한다.	110,500
카-11	악안면보철 (귀금속: 유치악)	악안면보철은 구개부 및 악골 절제 등으로 생긴 실질결손에 대해 그 기능과 형태를 전부 또는 부분적으로 회복하기 위해 적용하며, 보철물의 사용재료는 유치악의 경우는 부분 틀니에 준하고 무치악의 경우는 완전틀니에 준한다.	1,677,290
카-12	악안면보철 (코발트크롬: 유치악)	카-11 악안면보철(귀금속: 유치악) 보철 원칙과 같다.	1,179,780

분류번호	분 류	보 철 원 칙	금액(원)
카-13	악안면보철 (코발트크롬: 무치약)	카-11 악안면보철(귀금속: 유치약) 보철 원칙과 같다.	1,487,000
카-14	임시레진관	보철완료시까지 임시적으로 치아를 사용하기 위하여 지급한다.	26,710
카-18	지르코니아 크라운	심미적 회복이 요구되는 전치부, 소구치부, 대구치부에 적용하되, [진료원칙] 제4항을 적용하지 아니한다. ◦ 사용재료는 순수지르코니아(ZrO <sub>2</sub> )에 약 3~5% 정도의 안정화제(stabilizer)를 첨가 하며, 국제 표준화 시험법(ISO 6872, ISO 13356, ISO 10993)에 적합하여야 한다.	502,380

※ 재료대와 기술료를 합한 금액임

## 자동차보험진료수가에 관한 기준

개정 2023.12.26. 국토교통부 고시 제2023-859호

### 제1장 총칙

**제1조(목적)** 이 고시는 자동차보험진료수가에 관하여 「자동차손해배상 보장법」 제15조 및 같은 법 시행규칙 제7조에서 위임한 사항과 그 시행에 관하여 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

**제2조(정의)** 이 고시에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “자동차보험”이란 「상법」 제726조의2에 따른 계약을 내용으로 하는 「보험업법」에 따른 보험과 「여객자동차운수사업법」·「화물자동차운수사업법」·「건설기계관리법」 및 「생활물류서비스산업발전법」에 따른 공제를 말한다.
2. “자동차보험진료수가”란 「자동차손해배상 보장법」(이하 “법”이라 한다) 제2조제7호에서 정한 것을 말한다.
3. “교통사고환자”란 자동차의 운행으로 인한 사고(이하 “자동차사고”라 한다)로 말미암아 의료기관에서 진료를 받았거나 받는 사람을 말한다.
4. “교통사고환자 진료비”란 교통사고환자가 자동차사고로 인한 상병(傷病 : 부상으로 인한 제 증상을 말한다)을 진료하기 위하여 소요된 비용을 말한다.
5. “의료기관”이란 「의료법」 제3조에 따른 “의료기관” 및 「지역보건법」제12조에 따른 “보건의료원”을 말한다.
6. “보험회사 등”이란 다음 각목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.
  - 가. 「보험업법」에 따른 보험회사(이하 “보험회사”라 한다)
  - 나. 「여객자동차운수사업법」·「화물자동차운수사업법」 및 「건설기계관리법」 및 「생활물류서비스산업발전법」에 따른 공제사업을 하는 자(이하 “공제사업자”라 한다)
  - 다. 법 제45조제1항에 따라 같은 항 제2호의 업무를 위탁받은 자(이하 “자동차손해배상보장사업자”라 한다)

**제3조(적용범위)** ① 이 고시는 다음 각 호의 경우에 이를 적용한다.

1. 법 제10조제1항 또는 법 제11조제1항에 따라 보험회사등이 보험금(공제금을 포함한다. 이하 “보험금등”이라 한다) 또는 가불금의 지급청구를 받아 피해자에게 교통사고환자 진료비를 직접 지급하는 경우

2. 제1호의 보험금등 또는 가불금의 지급을 받았거나 이를 지급받을 교통사고환자가 의료기관에게 진료비를 변제하는 경우. 다만, 국민건강보험법령 또는 산업재해보상보험법령에 따라 보험 처리될 수 있는 비용은 제외한다.
3. 법 제12조의2제2항에 따라 의료기관이 자동차보험진료수가(이하 “진료수가”라 한다)를 「국민건강보험법」 제62조에 따른 건강보험심사평가원(이하 “심사평가원”이라 한다)에 청구하고 이에 대하여 심사평가원이 심사하는 경우 및 보험회사 등이 의료기관에게 그 진료비를 지급하는 경우
4. 의료기관이 법 제12조제5항 단서에 따라 교통사고환자에게 직접 진료비의 납입을 청구하는 경우. 다만, 국민건강보험법령 또는 산업재해보상보험법령에 따라 보험 처리될 수 있는 비용은 제외한다.
5. 법 제17조에 따른 자동차보험진료수가분쟁심의회(이하 “심의회”라 한다)가 법 제20조 제1항에 따른 심사결정을 하는 경우

## 제2장 진료의 기준 및 진료수가의 인정범위 및 산정방법

**제4조(진료의 기준)** 의료기관은 교통사고환자의 조속한 원상회복을 위하여 필요한 진료에 최선을 다하되, 그 진료는 의학적으로 인정되는 범위 안에서 보편·타당한 방법·범위 및 기술 등에 따라 행하여야 한다.

**제5조(진료수가의 인정범위)** ① 교통사고환자에 대한 진료수가의 인정범위는 다음 각 호에 따른다.

1. 「국민건강보험법」제41조제3항 및 제4항에 따라 보건복지부장관(보건복지부장관이 그 권한을 위임하거나 위탁한 경우에는 그 위임 또는 위탁을 받은 자를 포함한다. 이하 같다.)이 정한 내역 및 기준
  2. 「국민건강보험법」시행규칙 별표7에 따른 ‘보조기기에 대한 보험급여기준’
  3. 「응급의료에 관한 법률」제23조제1항에 따른 응급의료수가기준
- ② 제1항에서 정한 인정범위(이하 “건강보험기준”이라 한다)와 달리 정하는 사항에 대해서는 다음 각 호에 따른다.
1. 건강보험기준과 달리 적용할 필요에 의하여 별표 1에 규정된 사항
  2. 건강보험기준에 규정되지 않았거나 요양급여로 정하지 아니한 진료항목에 대해 별표 2에 규정된 사항
  3. 제2호에서 정하지 아니한 항목의 진료수가에 대하여 고용노동부장관이 고시한 「산업재해보상보험 요양급여 산정기준」의 별표 2 “산재보험에서 추가로 인정하는 요양

급여의 범위 및 비용산정기준”에 규정된 사항. 다만, 제1절 치과보철의 [진료원칙] 중 제6호, 제3절 보험급여청구서 확인 및 진단서 발급수수료 등, 제5절 재활보조기구 처방 및 검수료, 제6절 이송료, 제9절 전신해부에 따른 비용, 제10절 재활치료료 중 제3호, 제13절 예방접종비용은 제외한다.

- ③ 진료수가 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 별표 3에 따른다.
- ④ 제2항제2호 및 제3호에 명시된 항목이 건강보험기준의 개정으로 새로이 요양급여의 범위에 포함되는 경우에는 그 날부터 건강보험기준에 따른다.
- ⑤ 법 제31조제1항제1호에 따른 의료재활시설의 재활의학과 전문의가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 환자의 동의를 받아 시범재활치료를 할 경우에는 별표 4에 따른다.

  1. 사고 후 2년 이내의 기간 동안 치료 중인 환자로서 적극적인 재활치료의 효과가 기대 되는 경우
  2. 사고 후 2년이 경과하였으나 부적절한 치료(전문재활치료를 중단한 경우 등)를 받은 환자로서 적극적인 재활치료의 효과가 기대되는 경우

**제6조(진료수가 인정 제외대상)** ① 제5조에 따른 인정범위의 진료비에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 진료비는 그 인정범위에서 제외된다.

1. 명백히 해당 자동차사고와 인과관계가 없는 상병(傷病)에 대한 진료비. 다만, 해당 자동차 사고 당시에는 증상이 없었으나 환자에게 고의 또는 중대한 과실이 없으며 의료기관 또한 고의 또는 과실 없이 진료 중에 발생한 증상(“합병증”을 말한다)에 대한 진료비는 그러하지 아니하다.
2. 해당 자동차사고가 있기 전에 이미 가지고 있던 증상(“기왕증”을 말한다)에 대한 진료비. 다만, 기왕증이라 하여도 해당 자동차사고로 인하여 악화된 경우에는 그 악화로 인한 진료비는 그러하지 아니하다.
3. 교통사고환자의 요구로 발생한 상급병실료(기본입원료와의 차액) 및 상급종합병원·종합병원·병원·정신병원·한방병원·요양병원(‘장애인복지법’ 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다. 이하 이 호에서 같다)의 2~3인실 사용 시 건강보험에서 정한 본인일부 부담금(상급종합병원·종합병원·병원·한방병원의 2~3인실 사용 시 입원일수에 따른 입원료의 본인일부부담금 산정기준은 별표 3에 따른다)에 해당하는 입원료. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당되는 경우에는 그러하지 아니한다.
  - 가. 의료진이 치료상 부득이하게 상급병실 및 상급종합병원·종합병원·병원·정신 병원·한방병원·요양병원의 2~3인실에 입원하여야 한다고 판단하였을 때

나. 일반병실이 없어 부득이하게 병원급 이상 의료기관의 상급병실 및 상급종합병원·종합병원·병원·정신병원·한방병원·요양병원의 2~3인실 사용 시 7일의 범위에서는 그 병실의 입원료를 지급함. 다만, 7일을 초과했을 때에는 상급병실은 기본입원료만 지급하고 상급종합병원·종합병원·병원·정신병원·한방병원·요양병원의 2~3인실 입원료는 건강보험에서 정한 본인일부부담금을 제외한 차액만 지급함.

#### 다. <삭제>

4. 교통사고환자가 제12조제1항에 따른 의료기관의 퇴원 또는 전원(轉院) 지시에 불응하는 경우에 그 지시일의 다음 날부터 그 의료기관에서 입원함으로 인하여 증가된 진료비. 다만, 퇴원 또는 전원 지시에 따라 통원치료 또는 다른 의료기관으로 전원하여 발생한 진료비는 그러하지 아니하다.
- ② 제1항에 따라 진료수가의 인정범위에서 제외되는 비용은 교통사고환자 등에게 청구할 수 있다. 다만, 제1항제1호 단서 중 의료기관의 고의 또는 과실로 인한 합병증에 대한 진료비는 그러하지 아니하다.

### 제7조 <삭제>

**제8조(진료수가의 산정방법)** ① 제5조의 진료수가 인정범위는 다음 각 호의 비용으로 산정하되, 제4호 및 제5호는 각 호의 순서에 따라 적용한다.

1. 건강보험기준 중 상대가치점수, 금액이 정해진 행위·치료재료, 상한금액이 정해진 약제에 대해서는 「국민건강보험법」 제45조제4항 및 제46조, 같은 법 시행령 제21조제2항, 제3항제1호·제3호 및 제22조에 따른 요양급여의 상대가치점수 및 금액
2. 제5조제1항제2호에 의한 보조기기는 「국민건강보험법」 시행규칙 [별표7]에 의한 금액
3. 제5조제2항 제1호부터 제3호까지에서 정한 항목 및 제5조제5항에서 정한 항목에 대해서는 그 항목의 점수 및 금액
4. 제1호 및 제3호에서 비용이 정해지지 아니한 행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 “제2부 행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침” 중 가장 유사한 분류항목의 점수 및 금액
5. 건강보험기준의 비급여대상으로 상대가치점수가 정해지지 아니한 행위는 해당 진료에 소요된 실제비용, 비급여로 정해진 치료재료 및 상한금액이 정해지지 않은 약제는 의료기관의 실구입가
- ② 제1항에도 불구하고 제5조제2항 각 호의 인정범위 중 금액으로 정한 항목은 의료기관 종별가산율을 적용하지 아니하되, 별도로 가산을 인정하는 항목은 그러하지 아니하다.
- ③ 개별 의료기관이 제5조의 진료수가 인정범위에 해당하는 비용에 관하여 별도로 정한

금액 또는 실제 구입금액이 제1항제1호부터 제4호까지의 규정에 따라 정한 금액보다 낮은 경우에는 제1항제1호부터 제4호까지의 규정에도 불구하고 그 금액을 산정한다.

### 제3장 진료수가의 청구·지급절차 및 방법 등

**제9조(진료수가의 청구 · 지급절차 및 방법 등)** ① 「자동차손해배상 보장법 시행규칙」 제6조의2 및 제6조의3에 따른 진료수가의 청구 · 지급절차 및 방법 등은 국토교통부장관이 정하여 고시하는 「자동차보험진료수가 심사업무처리에 관한 규정」을 따른다.  
② 의료기관이 제1항에 따라 진료수리를 청구할 때에는 반드시 해당 교통사고환자에 대한 진료기록부 등의 기록내용에 근거하여 청구서 등을 작성하여야 한다.  
③ 의료기관이 제1항에 따라 다음 각 호의 진료수가를 청구할 때에는 그 내용·근거 및 진료비용을 객관적으로 알 수 있도록 소명하여야 한다. 이 경우 그 소명이 없거나, 소명된 내용·근거 및 진료비용이 객관적으로 인정될 수 없는 부분의 진료비는 교통사고환자 진료비의 인정범위에서 제외된다.

1. 제6조제1항 각 호의 단서에 해당하는 진료비
2. 별표 1에 명시된 진료항목(종별가산율 및 입원료는 제외한다)에 대한 진료비중 건강 보험기준을 초과하는 진료비

**제10조(진료기록의 확인청구)** ① 보험회사등은 진료수가 지급을 위하여 관계 진료기록이 필요한 경우 법 제12조의2제1항에 따라 위탁한 심사평가원 또는 의료기관에게 진료 기록의 확인을 청구할 수 있다. 이 경우 그 청구는 별지 제1호 서식에 의한다.  
② 제1항에 따른 보험회사등의 확인청구 내용이 진료에 관한 사실확인 및 진료수가 지급에 필요한 범위를 명백히 초과한 것으로 판단되는 경우 심사평가원 또는 의료기관은 관계진료기록의 일부만을 확인하게 하거나 그에 응하지 아니할 수 있다. 이 경우에는 보험 회사등에게 그 사유를 소명하여야 한다.

### 제11조〈삭제〉

### 제4장 보칙

**제12조(교통사고환자의 퇴원·전원 지시 등)** ① 의료기관은 입원중인 교통사고환자가 수술·처치 등의 진료를 받은 후 상태가 호전되어 의학적으로 더 이상 그 의료기관에서의 입원 진료가 불필요한 경우에는 해당 교통사고 환자에게 퇴원 또는 「자동차손해배상 보장법 시행령」제12조의2제2항에 따른 다른 의료기관으로의 전원(轉院)을 지시할 수 있다. 이 경우 의료기관은 해당 환자(보호자를 포함한다) 및 법 제12조제1항에 따라 진료수가의

지급의사를 통지한 해당 보험회사등에게 그 사유를 서면으로 설명·고지 하여야 한다.

② 의료기관은 제1항에 따라 교통사고환자가 다른 의료기관으로 전원한 경우 새로운 의료 기관이나 담당의사가 진료기록, 입상소견서 및 치료경위서의 열람이나 송부 등 진료에 관한 정보의 제공을 요구한 때에는 자체 없이 이에 응하여야 한다.

③ 보험회사등은 제1항에 따른 고지를 받은 후 또는 교통사고환자와 합의가 성립되어 더 이상 그 의료기관에게 진료비 지급 의사가 없는 경우 또는 「자동차손해배상 보장법 시행령」별표 1에서 정한 상해급별 구분 중 12급 내지 14급에 해당하는 교통사고 환자가 상해를 입은 날로부터 4주 경과 후 의료법에 따른 진단서를 제출하지 않은 경우 별지 제2호 서식으로 지급보증중지를 통보하여야 한다.

**제13조(전자문서교환방식의 표준화)** ① 국토교통부장관은 보험회사등, 의료기관 및 심의회가 다음 각 호의 업무를 효율적으로 처리하기 위하여 필요한 경우에는 전자문서교환(Electronic Data Interchange, EDI)방식의 표준을 정할 수 있다.

1. 법 제12조제1항에 따라 보험회사등의 의료기관에 대한 진료수가의 지급의사유무 및 지급한도 등의 통지
  2. 법 제12조제5항에 따라 보험회사등의 의료기관에 대한 진료수가의 지급의사의 철회
  3. 법 제14조제1항 및 이 고시 제10조의 규정에 따라 보험회사등의 의료기관에 대한 관계 진료기록의 확인청구 및 그 확인청구에 대한 의료기관의 보험회사등에 대한 의사표시
  4. 법 제19조제1항에 따라 보험회사등의 심의회에 대한 심사청구
  5. 법 제21조제1항에 따라 심의회의 심사청구 당사자에 대한 결정내용의 통지
  6. 법 제21조제2항에 따라 심의회의 결정내용에 대한 당사자의 수락 또는 거부의 의사표시
  7. 법 제22조에 따라 심의회의 관계자에 대한 의견 등의 수집
  8. 그 밖에 제1호부터 제7호까지의 업무를 위하여 필요한 사항
- ② 보험회사등, 의료기관 및 심의회가 제1항의 전자문서교환방식에 따라 통지 등을 행한 경우에는 법, 같은 법 시행령, 같은 법 시행규칙 및 이 고시에 적합한 것으로 본다.

**제14조(재검토기한)** 이 고시에 대하여 국토교통부장관은 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정」에 따라 이 고시에 대하여 2024년 1월 1일 기준으로 매 3년이 되는 시점 (매 3년째의 12월 31일까지를 말한다)마다 그 타당성을 검토하여 개선 등의 조치를 하여야 한다.

**부 칙**〈제2023-859호, 2023. 12. 26.〉

**제1조(시행일)** 이 고시는 2024년 1월1일부터 시행한다.

**제2조(적용례)** 이 고시의 개정 규정은 2024년 1월 1일 진료분부터 적용한다.

[별표 1]

**건강보험기준과 달리 적용하는 사항**  
**(제5조제2항제1호 관련)**

대 분 류	건강보험기준 및 응급의료기준 중 달리 적용하는 사항
일반 사항	<p>[의료기관 종별가산율] 「건강보험 행위 급여·비급여목록표 및 급여 상대가치점수」의 제1편 제1부 “II. 요양기관 종별가산율” 1항의 의료기관 종별에 따라 가산하는 비율을 다음과 같이한다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 가목은 30%</li> <li>2. 나목은 22%</li> <li>3. 다목은 6%</li> <li>4. 라목은 0%</li> </ul>
제5장 주사료	<p>[주사료] 피하 또는 근육내주사(마-1)는 외래는 1일 1회, 입원은 1일 4회 이내만 산정한다.</p> <p>다만, 응급을 요하거나 진료상 반드시 필요한 경우에는 예외로 한다.</p> <p>수액제 주입로를 통한 주사(마-5-1)는 외래는 1일 1회, 입원은 1일 4회 이내만 산정한다.</p>
제7장 이학요법료	[이학요법료] 표층열치료(사-101), 한생치료(사-101-1), 경피적전기자극치료(사-104), 간섭파전류치료(사-104의 '주')는 수상일로부터 17일까지 외래는 1일 1회 2부위 까지, 입원은 1일 2회 2부위까지 산정하며, 수상일로부터 18일 이후부터는 부위 불문하고 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다.
제9장 처치 및 수술료 등	[처치 및 수술료 등] 안면 또는 경부에 대하여 창상봉합술(자-2-가)을 시행한 경우에는 1회의 시술에 한하여 별도로 50,000원을 산정한다.(키-9, VI010)

**296 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

[별표 2]

건강보험기준에 규정되지 않았거나 요양급여로 정하지 아니한 진료항목에 대한 사항  
(제5조 제2항 제2호 관련)

분류번호	코드	분류	점수	금액(원)
키-5		[영상진단 및 방사선 치료료] X-Ray 필름 복사(매당) 다. 병원 라. 의원		3,400 3,200
키-24	VC040	영상진단 저장매체 복사수수료(개당) 주 : 1. CD 등 저장매체 종류에 불문하고 소정금액을 산정한다. 2. 타 의료기관으로의 전원 등 진료상 필요하여 복사한 경우 산정한다.		10,000
키26	VJ010	[치과 처치·수술료] 완전도재전장판 All Ceramic Crown 주 : 「산업재해보상보험 요양급여 산정기준」 [별표 2] 제1절 치과보철 중 '카3 도 재전장주조관(귀금속)'의 소정금액을 산정하며, [진료원칙] 및 [보철원칙] 및 금액]도 동일하게 적용한다.		510,000
초42	UZ042	교합안정장치	9,839.31	944,570

주 : 행위에 사용된 약제 및 치료재료는 별도로 명시한 경우를 제외하고는 각 분류항목의 소정점수  
(금액)에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.

[별표 3]

**자동차보험 진료수가 적용기준 및 방법에 관한 세부사항**  
**(제5조 제3항 관련)**

연번	항목	제 목	세 부 인 정 사 항
1	일반사항	진료수가(행위) 인정범위	<p>1. 교통사고환자에 대한 진료수가(행위)는 건강보험요양급여 목록에 등재(고시)되어 있는 행위를 우선 인정함.</p> <p>2. 건강보험이준에서 비급여로 정해진 행위에 대해서는 요양급여대상에 대체가능한 행위가 없거나 환자의 증상 및 질병의 정도에 따라 진료상 반드시 필요한 경우 사례별로 인정함.</p>
2		진료수가(약제) 인정범위	<p>1. 교통사고환자에게 사용하는 약제는 약사법령에 의한 혀가·신고사항(효능·효과, 용법·용량 등) 범위 내에서 환자의 증상 등에 따라 필요·적절하게 투여하여야 함.</p> <p>2. 이 경우 건강보험 「약제급여목록 및 급여상한 금액표」에 등재된 약제를 우선 인정하고, 등재되지 않은 약제를 사용하는 경우에는 별도 산정이 가능한 약제로서 등재된 약제 중 대체 가능한 약제가 없거나 환자의 증상 및 질병의 정도에 따라 진료상 반드시 필요한 경우 사례별로 인정함.</p>
3		진료수가 (치료재료) 인정범위	<p>1. 교통사고환자에게 사용하는 치료재료는 약사법 및 기타 다른 관계법령에 의하여 혀가·신고 또는 인정된 사항(효능·효과 및 사용방법)의 범위 내에서 환자의 증상에 따라 의학적 판단에 의하여 필요 적절하게 사용하여야 함.</p> <p>2. 이 경우 건강보험이에서 요양급여 대상인 치료재료를 우선 인정하고, 비급여대상으로 정해진 치료재료는 요양급여 대상 치료재료 중 대체가능한 치료재료가 없거나 환자의 증상 및 질병의 정도에 따라 진료상 반드시 필요한 경우 사례별로 인정함.</p> <p>3. 건강보험이준에서 인정범위 등이 별도 정해지지 않은 경우에는 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한 금액표」상 중분류의 사용 용도 범위 내에서 사용하되, 환자 진료상 불가피하게 사용 용도범위를 벗어나 사용 한 것으로 확인이 되는 경우는 사례별로 인정함</p>

**298 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준**

연번	항목	제 목	세부 인정 사항
4		진료수가 (신의료기술등) 인정범위	<p>1. 건강보험에서 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정되지 않은 새로운 행위 및 치료재료(신의료기술등)를 자동차사고환자에게 시행 또는 사용하는 경우, 인정범위는 건강보험 요양급여대상 여부의 결정신청서가 접수된 행위·치료재료로서, 건강보험기준 중 대체 가능한 행위·치료재료가 없거나 환자의 증상 및 질병의 정도에 따라 의학적으로 불가피한 경우에 인정함.</p> <p>2. 이 경우 의료기관은 해당 신의료기술등에 대한 가격(행위는 실제비용, 치료재료는 실구입가)을 기재한 비용산정 목록표를 심사평가원에 제출하여야 함.</p>
5		건강보험기준 중 전액본인부담 항목에 대한 인정기준	자동차보험진료수가기준 제5조제1항에 의한 건강보험기준 중 인정기준을 초과하여 환자 본인이 전액을 부담하는 부분에 대해서는 교통사고환자의 진료를 위해 필요한 경우 인정할 수 있음.
9	의약품 관리료	건강보험(의료급여 포함) 또는 산재 등 타 법령에 의거 진료를 받고 있던 환자가 자동차 보험으로 적용될 경우 입원환자 의약품관리료 산정방법	건강보험(의료급여 포함) 또는 산재 등 타 법령에 의거 진료를 받고 있던 환자가 자동차보험으로 적용될 경우 입원환자 의약품관리료는 자동차보험 적용일을 시점으로 하여 해당 소정점수의 의약품관리료를 산정함.
13	진료수가 제외대상	진료비 처리방법	<p>명백히 해당 자동차사고와 인과관계가 없는 상병에 대한 진료비 및 교통사고환자가 해당 자동차사고가 있기 전에 가지고 있던 증상("기왕증"을 말한다)의 진료비에 대하여</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 보험회사등은 환자 또는 보호자에게 '건강보험 등으로 처리됨'을 서면으로 안내(별지 제5호 서식)</li> <li>- 의료기관은 주치의의 의학적 판단에 따라 진료비 구분하여 청구</li> </ul>

연번	항목	제 목	세 부 인 정 사 항
			- 심사기관은 자동차보험진료수가 인정범위에서 제외되는 것으로 판단하는 경우 그 진료비를 인정하지 아니하나, 제6조제1항제1호 및 제2호의 단서조항에 해당하는 경우 해당 진료비를 인정함
14	처치 및 수술료	동일 피부 절개하에 2가지 이상 수술을 동시에 시술한 경우 자동차보험진료수가의 인정범위(제5조)내에서 모든 수술료에 대하여 주된 수술은 소정점수(또는 금액)에 의하여 산정하고, 제2의 수술부터는 해당 수술 소정점수(또는 금액)의 50%, 상급종합병원·종합병원은 해당수술 소정점수(또는 금액)의 70%를 산정함. 다만, 주된 수술시에 부수적으로 동시에 실시하는 수술의 경우에는 주된 수술의 소정점수(또는 금액)만 산정함.	
16	치아 보철	치아보철비 산정기준	치아보철비의 경우 보험업법에 따라 인가된 자동차보험 약관에 의하여 인정되는 범위 내에서 산정한다.
26	회송료	교통사고환자에 대한 회송료 산정기준	교통사고환자에 대한 가5 회송료는 보건복지부 장관이 고시한 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 및 「진료의뢰·회송 중계시스템 운영 등에 관한 세부사항」에 따라 진료의뢰·회송 중계시스템을 활용하여 환자를 회송한 경우에 산정함

자동차보험진료수가에 관한 기준(제5—조2항3호)

**[별표] 산재보험에서 추가로 인정하는 요양급여의 범위 및 비용 산정기준**

**산업재해보상보험 요양급여 산정기준**

2022.12.30. 일부개정 고용노동부고시 제2022-87호(2023.1.1.시행)

**[별표] 전문증**

제1절 치과의보철[진료원칙]중 제6호 (보철은 총2회에 한하여 지급하되, 2회째 보철은 최초 보철일로부터 5년이 경과된 후에 지급한다. 다만, 의학적 소견이 있는 등 부득이한 사유가 있을 경우에는 5년경과 이전이라도 지급할 수 있다.), 제7절 보험급여청구서 확인 및 진단서 발급수수료, 제10절 재활보조기구 처방 및 검수료, 제11절 이송료, 제14절 전신해부에 따른 비용, 제15절 재활치료료 중 제3호는 제외

\* 자동차보험진료수가에 관한 기준 제5조제2항제3호 관련

\* ‘제1절 치과보철’ 이하생략

– 산업재해보상보험 요양급여 산정기준 참조

■ 자동차보험진료수가에 관한 기준 [별지 제5호 서식] <개정 2014. 8. 28.>

## 교통사고환자 진료비 안내문

뜻하지 않은 교통사고로 고통을 겪고 계시는 귀하와 가족분들께 진심으로 위로의 말씀을 드리며, 조속히쾌유하시길 바랍니다. 교통사고로 인하여 처리되는 진료비에 대한 이해를 돋고자 다음과 같이 안내를 드립니다.

- 다음 -

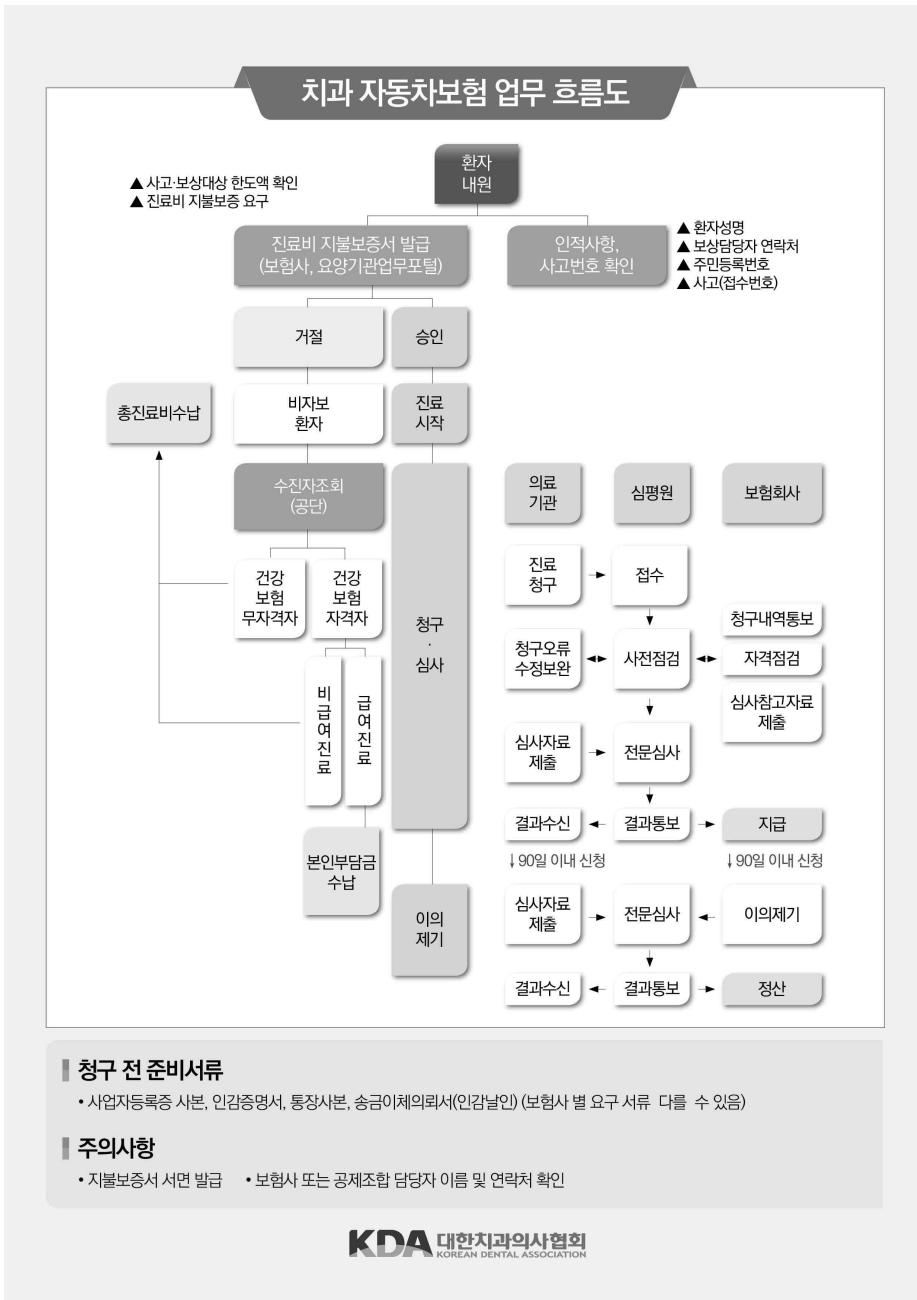
교통사고로 인한 진료비는 보험회사에서 지급되고, 기존질병에 대한 진료비는 건강보험 등으로 처리됩니다.

1. 교통사고로 인해 발생된 진료비는 자동차보험으로 처리됩니다. 이 경우 의료기관은 이에 해당하는 진료비를 교통사고환자에게 직접 청구할 수 없습니다.
2. 기존 질병 및 해당 자동차사고와 관련이 없는 상병에 대한 진료비는 건강보험 등으로 처리되며 이 경우 환자측의 본인부담금이 발생합니다.
3. 다만, 기존질병이라고 하여도 당해 교통사고로 인하여 악화된 경우, 그 악화로 인한 진료비 또는 자동차사고와 인과관계가 없으나 고의 또는 과실 없이 진료 중에 발생한 합병증 진료비는 자동차보험으로 처리됩니다.

※ 관련규정

1. 「자동차손해배상보장법」제12조
2. 국토교통부 고시 「자동차보험진료수가에 관한 기준」제6조 제1항

손해보험협회 · 대한의사협회 · 대한병원협회 · 대한치과의사협회 · 대한한의사협회  
(담당자 : ○○ 화재(공제), ○○○, 전화 \_ )



## 치과 자동차보험 매뉴얼

### 환자 접수(진료거부 불가)

지불보증서 발급이 반드시 필요함

방법 1. 보험회사 직접발급

방법 2. 요양기관업무모델(자동차보험 자금보증정보 종계서비스)

요양기관업무모델 → 자동차보험 → 보험사 지급보증번호 신청 및 조회

### 진료대상

자동차 사고로 인하여 발생한 치과질환

### 진료수가

- 건강보험 수가기준을 우선함
- 건강보험 수가가 정해져 있지 않은 항목 중 보철료 등은 자동차보험 수가 기준에 의거함
- 1, 2 외에 자동차보험 수가가 정해져 있지 않은 항목은 '비용산정 목록표'를 작성하여 실비용을 직접 청구함

#### ※ 비용산정 목록표 작성방법

요양기관업무모델 로그인 → 자동차보험 → 신청 및 자료제출 → 비용산정목록표 → 행추가 → 코드입력 → 조회 → 확인 → 작성자 → 병원수가 및 적용(신청일)(진료시작일 기준) → 참조란 작성 → 파일추가 → 우측하단 '접수클릭' → 접수완료

### 청구 심사 및 진료비 지급

심평원은 청구일 기준 15일 이내 심사 후 의료기관과 보험회사에 통보, 통보일 14일 이내 진료비 지급

※ 의료기관, 보험회사는 이의제기 가능(청구일로부터 90일 이내 신청)

#### 참고)

##### 1. 보험사, 공제조합 코드

보험회사등 코드		
보험회사등	코드	보험회사등
메디스위체alth보험	01	전국버스·공제조합
한화손해보험	02	전국화물·자동차공제조합
롯데손해보험	03	전국기관역내시공제조합
MG손해보험	04	전국의약제조공제조합
흥국화재해상보험	05	전국판매기·공제조합
삼성화재해상보험	06	AIA손해보험
현대해상화재보험	09	하나손해보험
KB손해보험	10	신한은행손해보험
DDS손해보험	13	현대화재(카카오)리트지자동차보험
AI손해보험	17	케读懂손해보험
전국택시공제조합	21	자동차손해배상진흥원

##### 2. 심사불능(J1)사유 및 조치방법

세부코드	사유
J1-01	보험회사등이 알만 한도초과
J1-02	합의 이체 발생된 진료비
J1-03	지급보증 증지 또는 사망일 이후 진료분
J1-04	보험회사 등 코드 기재착오, 타 보험사 대상건
J1-06	시급 암수변동, 지급보증번호 기재착오 또는 확인불가
J1-10	동일 환자 내원일자 중복 또는 기재일본 충복 청구
J1-11	교통사고 진료비 개기차이
J1-12	한국남부해(한지로부터 적립 받은 진료비)로오 청구
J1-13	시급일 이전 진료분 청구전료개시일, 내원일자가 사고일자보다 빠른 경우)

▶ 해당 보험사 본사 전신 담당자에게 확인(사유, 처리방법) 후 보안청구

## 건강보험 현지조사

(업무정지 처분 및 과징금 부과의 기준 제70조제1항 관련)

국민건강보험법 시행령[별표 5] <개정 2021. 12. 07.>

### 1. 업무정지 처분기준

가. 요양기관이 법 제98조제1항제1호 또는 제3호에 해당하는 경우의 업무정지기간은 다음 표와 같다.

(단위 : 일)

월평균 부당금액	부당비율					
	0.1% 이상 0.5% 미만	0.5% 이상 1% 미만	1% 이상 2% 미만	2% 이상 3% 미만	3% 이상 4% 미만	4% 이상 5% 미만
40만원 이상 ~ 80만원 미만	5	10	20	30	40	50
80만원 이상 ~ 160만원 미만	10	15	25	35	45	55
160만원 이상 ~ 320만원 미만	15	20	30	40	50	60
320만원 이상 ~ 640만원 미만	20	25	35	45	55	65
640만원 이상 ~ 1,000만원 미만	25	30	40	50	60	70
1,000만원 이상 ~ 2,000만원 미만	30	35	45	55	65	75
2,000만원 이상 ~ 3,000만원 미만	35	40	50	60	70	80
3,000만원 이상 ~ 4,000만원 미만	40	45	55	65	75	85
4,000만원 이상 ~ 5,000만원 미만	45	50	60	70	80	90
5,000만원 이상 ~ 1억원 미만	50	55	65	75	85	95
1억원 이상	55	60	70	80	90	100

## (비고)

1. 월평균 부당금액은 조사대상 기간(요양기관이 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 요양급여비용을 청구하였는지 확인하기 위하여 6개월부터 36개월까지의 범위에서 보건복지부장관이 정하는 기간을 말한다. 이하 같다) 동안 요양기관이 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 공단에 요양급여비용을 부당하게 한 금액과 가입자 또는 피부양자에게 본인부담액을 부당하게 한 금액을 합산한 금액(이하 “총부당금액”이라 한다)을 조사대상 기간의 개월 수로 나눈 금액으로 한다.
2. 부당비율은  $(\text{총부당금액}/\text{요양급여비용 총액} + \text{요양급여비용 총액에 포함되지 않은 부당금액}) \times 100$ 으로 산출한다.
3. “요양급여비용 총액”이란 조사대상 기간에 해당되는 심사결정된 요양급여비용(법 제47조제2항에 따라 심사청구된 요양급여비용에 대하여 심사평가원이 심사결정한 요양급여비용을 말한다)을 합산한 금액을 말한다.
4. “요양급여비용 총액에 포함되지 않은 부당금액”이란 조사대상 기간 동안 해당 요양기관의 요양급여 비용 총액에는 포함되지 않으나 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 공단에 요양급여비용을 부당하게 한 금액과 가입자 또는 피부양자에게 본인부담액을 부당하게 한 금액을 말한다.
5. 부당비율이 5% 이상인 경우에는 초과 1%마다 업무정지기간을 3일씩 가산하되, 소수점 이하의 부당비율은 올림한다.
6. 위 표에 따라 계산한 업무정지기간이 365일을 초과하는 경우에는 365일로 본다.
  - 나. 요양기관이 법 제97조제2항에 따른 관계 서류(컴퓨터 등 전산기록장치로 저장·보존하는 경우에는 그 전산기록을 포함한다. 이하 같다)의 제출명령을 위반하거나 거짓 보고를 하거나 거짓 서류를 제출하거나, 관계 공무원의 검사 또는 질문을 거부·방해 또는 기피하였을 때에는 업무 정지기간을 1년으로 한다. 다만, 관계 서류 중 진료기록부, 투약기록, 진료비계산서 및 본인 부담액 수납대장을 제외한 서류의 전부 또는 일부의 제출명령에 위반한 경우에는 업무정지 기간을 180일로 한다.
  - 다. 가목과 나목 모두에 해당되는 요양기관의 업무정지기간은 해당 기간을 합한 기간으로 한다. 다만, 업무정지기간을 합하는 경우에도 법 제98조제1항에 따른 기간을 넘을 수 없다.

## 2. 과징금 부과기준

- 가. 과징금은 업무정지기간이 10일 이하인 경우에는 총부당금액의 2배, 업무정지기간이 10일을 초과하여 30일까지에 해당하는 경우에는 총부당금액의 3배, 30일을 초과하여 50일까지에 해당하는 경우에는 총부당금액의 4배, 업무정지기간이 50일을 초과하는 경우에는 총부당금액의 5배로 한다.
- 나. 요양기관이 과징금의 분할납부를 신청하는 경우 보건복지부장관은 12개월의 범위에서 과징금의 분할납부를 허용할 수 있다.

### 3. 가중처분

- 가. 요양기관이 법 제98조제1항 · 제5항 및 제99조제1항 · 제9항에 따른 업무정지 또는 과징금 처분을 받은 이후 5년 이내에 법 제98조제1항 각 호의 위반행위를 하였을 경우에는 해당 위반행위에 대한 업무정지기간 또는 과징금(같은 항 제2호의 위반행위를 한 경우는 제외한다. 이하 이 목에서 같다)의 2배에 해당하는 처분을 할 수 있다. 이 경우 업무정지기간은 1년을 넘을 수 없으며 과징금은 총부당금액의 5배를 넘을 수 없다.
- 나. 가목에 따른 5년 이내의 기간 산정은 위반사실이 확인된 날부터 그 직전에 업무정지 또는 과징금 처분서를 송달받은 날까지로 한다.

### 4. 감면처분

다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 업무정지기간 또는 과징금 금액을 2분의 1의 범위에서 줄이거나 면제할 수 있다. 다만, 속임수를 사용하여 공단 · 기입자 및 피부양자에게 요양급여비용을 부담하게 하였을 때에는 그러하지 아니하다.

- 가. 요양급여비용을 부당청구한 요양기관이 그 부당청구 사실이 적발되기 전에 보건복지부장관 등의 감독관청에 부당청구 사실을 자진하여 신고한 경우
- 나. 요양기관의 대표자가 인지할 수 없었던 불가항력적인 사유로 요양급여비용 부당청구가 발생한 사실이 객관적으로 증명된 경우
- 다. 그 밖에 위반행위의 동기 · 목적 · 정도 및 위반횟수 등을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 감면기준에 해당하는 경우

## 구강, 침샘 및 턱의 질환 (K00-K14)

<b>K00</b>	치아의 발육 및 맹출 장애	Diseases of oral cavity, salivary glands and jaws
제외 :	매몰치 및 매복치(K01.-)	Excludes : Embedded and impacted teeth
K00.0	무치증	Anodontia
● K00.00	부분무치증[치아결핍][희치증]	Partial anodontia [hypodontia][oligodontia]
● K00.01	완전무치증	Total anodontia
● K00.09	상세불명의 무치증	Anodontia, unspecified
K00.1	파이很差	Supernumerary teeth
포함 :	추가치	Includes : Supplementary teeth
제외 :	매복추가치(K01.18)	Excludes : Impacted supplementary teeth
● K00.10	전치부위의 과잉치 정중과잉치	Supernumerary teeth in anterior region Mesiodens
● K00.11	소구치 부위의 과잉치	Supernumerary teeth in premolar region
● K00.12	대구치 부위의 과잉치 구후치 부위의 과잉치 제4대구치 부위의 과잉치 구방치(臼傍齒) 부위의 과잉치	Supernumerary teeth in molar region Supernumerary teeth in distomolar Supernumerary teeth in fourth molar region Supernumerary teeth in paramolar region
● K00.19	상세불명의 과잉치	Supernumerary teeth, unspecified
K00.2	치아의 크기와 형태의 이상	Abnormalities of size and form of teeth
● K00.20	대치증	Macrodontia
● K00.21	왜소치	Microdontia
● K00.22	유착	Concrescence
● K00.23	유합 및 쌍생 분열치 유합치	Fusion and gemination Schizodontia Synodontia
● K00.24	치외치[교합면 이상결절] 제외 : 정상변형으로 간주되어 분류하지 말아야 하는 카라밸리결절	Dens Evaginatus [occlusal tuberculum] Excludes : Tuberculum Carabelli, which is regarded as a normal variation and should not be coded
● K00.25	치내치(齒內齒)[확장성 치아증] 및 절치 이상 구개구 정형(원추)치 삽형치 T형절치	Dens Invaginatus [dens in dente][dilated odontoma] and incisor anomalies Palatal groove Peg-shaped[conical] teeth Shovel-shaped incisors T-shaped incisors
● K00.29	치아의 크기와 형태의 기타 및	Other and unspecified abnormalities of size

<p><b>상세불명의 이상</b></p> <p>구방치의 결절 소구치화 이상결절 및 법랑질진주 우상치</p> <p><b>K00.3 반상치</b></p> <p>제외 : 치아의 침작물[증식유착](K03.6) 터너치(K00.48)</p> <p>● K00.30 법랑질의 풍토병성 (불화물)반점[치아불소증]</p> <p>● K00.31 법랑질의 비풍토병성 반점[비불화물법랑질불투명]</p> <p>● K00.39 상세불명의 반상치</p> <p><b>K00.4 치아형성의 장애</b></p> <p>제외 : 치아구조의 유전적 장애(K00.5-)</p> <p>선천매독에서의 허친승치아 및 오디모양구치(A50.5) 반상치(K00.3-)</p> <p>● K00.40 법랑질형성저하 법랑질형성저하(신생아)(출생후)(출생전)</p> <p>● K00.44 절렬(切裂)</p> <p>● K00.48 치아형성의 기타 명시된 장애</p> <p>국소성 치아형성이상 시멘트질의 무형성 및 형성저하 터너치아</p> <p>● K00.49 치아형성의 상세불명 장애</p> <p>K00.5 달리 분류되지 않은 치아구조의 유전성 장애</p> <p>● K00.50 불완전법랑질형성증</p> <p>● K00.51 불완전상아질형성</p> <p>제외 : 불완전골형성(Q78.0)</p> <p>상아질형성이상(K00.58) 각상치아(K00.58)</p> <p>● K00.52 불완전치아형성증</p> <p>● K00.58 치아구조의 기타 유전성 장애</p> <p>상아질형성이상</p>	<p>and form of teeth</p> <p>Tuberculum of paramolare</p> <p>Premolarization</p> <p>Abnormal tubercula and enamel pearls [enameloma] Taurodontism</p> <p>Mottled teeth</p> <p>Excludes : Deposits [accretions] on teeth Turner's tooth</p> <p>Endemic (fluoride) mottling of enamel [dental fluorosis]</p> <p>Non-endemic mottling of enamel[non-fluoride enamel opacities]</p> <p>Mottled teeth, unspecified</p> <p>Disturbances in tooth formation</p> <p>Excludes : Hereditary disturbances in tooth structure Hutchinson's teeth and mulberry molars in congenital syphilis Mottled teeth</p> <p>Enamel hypoplasia</p> <p>Enamel hypoplasia (neonatal)(postnatal)(prenatal)</p> <p>Dilaceration</p> <p>Other specified disturbances in tooth Formation</p> <p>Regional odontodysplasia Aplasia and hypoplasia of cementum Turner's tooth</p> <p>Disturbances in tooth formation, unspecified</p> <p>Hereditary disturbances in tooth structure, NEC</p> <p>Amelogenesis imperfecta</p> <p>Dentinogenesis imperfecta</p> <p>Excludes : Osteogenesis imperfecta</p> <p>Dentinal dysplasia Shell teeth</p> <p>Odontogenesis imperfecta</p> <p>Other hereditary disturbances in tooth structure</p> <p>Dentinal dysplasia</p>
--	--

	각상치아	Shell teeth
● K00.59	치아구조의 상세불명의 유전성 장애	Hereditary disturbances in tooth structure, unspecified
K00.6	치아맹출의 장애	Disturbances in tooth eruption
● K00.63	잔존 [지속성][탈락성] 유치	Retained [persistent] primary [deciduous] teeth
● K00.68	치아맹출의 기타 명시된 장애 조기생치 선천치 신생치 치아의 조기맹출 [탈락성] 유치의 조기탈락	Other specified disturbances in tooth eruption Dentia praecox Natal tooth Neonatal tooth Premature eruption of teeth Premature shedding of primary [deciduous] teeth
● K00.69	치아맹출의 상세불명 장애	Disturbances in tooth eruption, unspecified
K00.7	생치증후군	Teething syndrome
K00.8	치아발육의 기타 장애	Other disorders of tooth development
포함 :	치아의 내인성 칙색 NOS 치아 형성 중 색조 변색	Includes : Intrinsic staining of teeth NOS Colour changes during tooth formation
K00.9	치아발육의 상세불명 장애 치아형성의 장애 NOS	Disorder of tooth development, unspecified Disorder of odontogenesis NOS
<b>K01</b>	<b>매몰치 및 매복치</b>	<b>Embedded and impacted teeth</b>
제외 :	해당 치아나 인접 치아의 이상위치를 동반한 매몰치 및 매복치(K07.35)	Excludes : Embedded and impacted teeth with abnormal position of such teeth or adjacent teeth
K01.0	매몰치	Embedded teeth
	매몰치는 다른 치아에 의한 폐쇄가 없는데도 맹출되지 못한 치아를 말한다.	
K01.1	매복치	Impacted teeth
	매복치는 다른 치아에 의한 폐쇄 때문에 맹출되지 못한 치아를 말한다.	
● K01.10	상악절치의 매복	Impacted teeth of maxillary incisor
● K01.11	하악절치의 매복	Impacted teeth of mandibular incisor
● K01.12	상악건치의 매복	Impacted teeth of maxillary canine
● K01.13	하악건치의 매복	Impacted teeth of mandibular canine
● K01.14	상악소구치의 매복	Impacted teeth of maxillary premolar
● K01.15	하악소구치의 매복	Impacted teeth of mandibular premolar
● K01.16	상악대구치의 매복	Impacted teeth of maxillary molar
● K01.161	상악제1대구치의 매복	Impacted teeth of maxillary first molar
● K01.162	상악제2대구치의 매복	Impacted teeth of maxillary second molar
● K01.163	상악제3대구치의 매복	Impacted teeth of maxillary third molar

## 310 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준

● K01.169	상세불명의 상악대구치의 매복	Impacted teeth of maxillary molar, nspecified
● K01.17	하악대구치의 매복	Impacted teeth of mandibular molar
● K01.171	하악제1대구치의 매복	Impacted teeth of mandibular first molar
● K01.172	하악제2대구치의 매복	Impacted teeth of mandibular second molar
● K01.173	하악제3대구치의 매복	Impacted teeth of mandibular third molar
● K01.179	상세불명의 하악대구치의 매복	Impacted teeth of mandibular molar, unspecified
● K01.18	과잉매복치	Supernumeric impacted tooth
● K01.19	상세불명의 매복치	Impaction tooth, unspecified
<b>K02</b>	<b>치아우식</b>	Dental caries
K02.0	법랑질에 제한된 우식 백색반점병변(초기우식)	Caries limited to enamel White spot lesions[initial caries]
K02.1	상아질의 우식	Caries of dentin
K02.2	시멘트질의 우식	Caries of cementum
K02.3	정지된 치아우식	Arrested dental caries
K02.4	파치증 영아흑색치아 흑색파치증	Odontoclasia Infantile melanodontia Melanodontoclasia
K02.5	치수노출이 있는 우식	Caries with pulp exposure
K02.8	기타 치아우식	Other dental caries
K02.9	상세불명의 치아우식	Dental caries, unspecified
<b>K03</b>	<b>치아경조직의 기타 질환</b>	Other diseases of hard tissues of teeth
제외 :	이갈이(F45.8) 치아우식(K02.-) 이갈이 NOS(F45.8)	Excludes : Bruxism Dental caries Teeth-grinding NOS
K03.0	치아의 과다한 생리적 마모	Excessive attrition of teeth
● K03.00	교합면의 생리적 마모	Occlusal attrition of teeth
● K03.01	인접면의 생리적 마모	Approximal attrition of teeth
● K03.08	치아의 기타 명시된 생리적 마모	Other specified attrition of teeth
● K03.09	치아의 상세불명의 생리적 마모	Attrition of teeth, unspecified
K03.1	치아의 마모	Abrasion of teeth
● K03.10	치아의 쇄기결손 NOS 치아의 치약마모 치아의 굴곡파절	Wedge defect of teeth NOS Dentifrice abrasion of teeth Abfraction of teeth
● K03.18	치아의 기타 명시된 마모 치아의 마모 :	Other specified abrasion of teeth Abrasion of teeth :

습관성	habitual
전통성	traditional
종교의식성	ritual
직업성	occupational
● K03.19 치아의 상세불명 마모	Abrasion of teeth, unspecified
K03.2 치아의 침식	Erosion of teeth
치아의 침식 :	Erosion of teeth :
NOS	NOS
식사에 의한	due to diet
약물 및 약제에 의한	due to drugs and medicaments
지속된 구토에 의한	due to persistent vomiting
특별성	Idiopathic
직업성	Occupational
K03.3 치아의 병적 흡수	Pathological resorption of teeth
● K03.30 치아의 외부 흡수	External resorption of teeth
● K03.31 치아의 내부 흡수	Internal resorption of teeth
● K03.39 상세불명의 치아의 병적 흡수	Pathological resorption of teeth, unspecified
K03.4 과시멘트질증	Hypercementosis
시멘트화증식증	Cementation hyperplasia
제외 : 과ჯ염에서의 과시멘트질증(M88.8)	Excludes : Hypercementosis in Paget's disease
K03.5 치아의 강직증	Ankylosis of teeth
K03.6 치아의 침착물[증식유착]	Deposits[accretions] on teeth
치석 :	Dental calculus :
잇몸밑	Subgingival
잇몸위	Supragingival
치아의 침착물[증식유착] :	Deposits [accretions] on teeth:
베델(씹는 후추)	Betel
흑색	Black
녹색	Green
백질	Materia alba
오렌지색	Orange
담배	Tobacco
치아의 칙색 :	Staining of teeth:
NOS	NOS
외인성 NOS	Extrinsic NOS
K03.7 치아경조직의 맹출후 색조변화	Posteruptive colour changes of dental hard tissues
제외 : 치아의 침착물[증식유착](K03.6)	Excludes : Deposits [accretions] on teeth
K03.8 치아경조직의 기타 명시된 질환	Other specified diseases of hard tissues of teeth
● K03.80 민감상아질	Sensitive dentine

## 312 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준

● K03.81	방사선조사된 법랑질	Irradiated enamel
	방사선유발성일 때 방사선 감별을 원한다면 추가로 외인분류코드(XX장)를 사용할 것.	
● K03.88	치아경조직의 기타 명시된 질환	Other specified diseases of hard tissues of teeth
K03.9	치아경조직의 상세불명 질환	Disease of hard tissues of teeth, unspecified
<b>K04</b>	<b>치수 및 근단주위조직의 질환</b>	<b>Diseases of pulp and periapical tissues</b>
K04.0	<b>치수염</b>	<b>Pulpitis</b>
	급성 치수염	Acute pulpitis
	만성 (증식성)(케양성) 치수염	Chronic (hyperplastic)(ulcerative) pulpitis
● K04.00	기역적 치수염	Reversible pulpitis
● K04.01	비기역적 치수염	Irreversible pulpitis
● K04.09	상세불명의 치수염	Pulpitis NOS
K04.1	치수의 괴사	Necrosis of pulp
	치수괴저	Pulpal gangrene
K04.2	치수변성	Pulp degeneration
	상아질석	Denticles
	치수석회화	Pulpal calcifications
	치수결석	Pulpal stones
K04.3	치수내의 이상경조직형성	Abnormal hard tissue formation in pulp
	이차성 또는 불규칙적 상아질	Secondary or irregular dentine
제외 :	치수석회화(K04.2)	Excludes : Pulpal calcifications
	치수결석(K04.2)	pulpal stones
K04.4	치수기원의 급성 근단치주염	Acute apical periodontitis of pulpal origin
	급성 근단치주염 NOS	Acute apical periodontitis NOS
K04.5	만성 근단치주염	Chronic apical periodontitis
	근단 또는 근단주위 육아종	Apical or periapical granuloma
	근단치주염 NOS	Apical periodontitis NOS
K04.6	동이 있는 근단주위농양	Periapical abscess with sinus
	동이 있는 :	With sinus :
	치아농양	Dental abscess
	치아치조농양	Dentoalveolar abscess
	치수기원의 치주농양	Periodontal abscess of pulpal origin
● K04.60	상악동으로 연결된 동	Sinus to maxillary antrum
● K04.61	비강으로 연결된 동	Sinus to nasal cavity
● K04.62	구강으로 연결된 동	Sinus to oral cavity
● K04.63	피부로 연결된 동	Sinus to skin
● K04.69	상세불명의 동이 있는 근단주위농양	Periapical abscess with sinus, unspecified
K04.7	동이 없는 근단주위농양	Periapical abscess without sinus

농양 NOS :	Abscess NOS :
치아의	Dental
치아치조	Dentoalveolar
근단주위	Periapical
<b>K04.8 치아뿌리낭</b>	<b>Radicular cyst</b>
낭 :	Cyst :
근단(치주)	Apical(periodontal)
근단주위	Periapical
제외 : 외측치주낭(K09.0)	Excludes : Lateral periodontal cyst
● K04.80 근단 및 외측의 치아뿌리낭	Apical and lateral radicular cyst
● K04.81 잔류성 치아뿌리낭	Residual radicular cyst
● K04.82 염증성 치주의 치아뿌리낭	Inflammatory parodontal radicular cyst
제외 : 발달성 외측치원성 낭(K09.0)	Excludes : Developmental lateral odontogenic cysts
● K04.89 상세불명의 치아뿌리낭	Radicular cyst, unspecified
K04.9 치수 및 치근단주위조직의 기타 및 상세불명의 질환	Other and unspecified diseases of pulp and periapical tissues
<b>K05 치은염 및 치주질환</b>	<b>Gingivitis and periodontal diseases</b>
K05.0 급성 치은염	Acute gingivitis
제외 : 급성 치관주위염(K05.22)	Excludes : Acute pericoronitis
급성 괴사체양성 치은염(A69.1)	Acute necrotizing ulcerative gingivitis
헤르페스바이러스[단순헤르페스]	Herpesviral [herpes simplex]
치은구내염(B00.2)	gingivostomatitis
● K05.00 급성 연쇄알균치은구내염	Acute streptococcal gingivostomatitis
● K05.08 기타 명시된 급성 치은염	Other specified acute gingivitis
● K05.09 상세불명의 급성 치은염	Acute gingivitis, unspecified
K05.1 만성 치은염	Chronic gingivitis
● K05.10 만성 단순 변연부 치은염	Chronic simple marginal gingivitis
● K05.11 만성 증식성 치은염	Chronic hyperplastic gingivitis
● K05.12 만성 궤양성 치은염	Chronic ulcerative gingivitis
제외 : 괴사성 궤양성 치은염(A69.1)	Excludes : Necrotizing ulcerative gingivitis
● K05.13 만성 박리성 치은염	Chronic desquamative gingivitis
● K05.18 기타 명시된 만성 치은염	Other specified chronic gingivitis
● K05.19 상세불명의 만성 치은염	Chronic gingivitis, unspecified
K05.2 급성 치주염	Acute periodontitis
● K05.20 동이 없는 잇몸 기원의 치주농양	Periodontal abscess [Parodontal abscess] of gingival origin without sinus
제외 : 치수기원의 급성 근단치주염(K04.4)	Excludes : Acute apical periodontitis of pulpal

## 314 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준

	근단주위농양(K04.7)	origin
	동이 있는 근단주위농양(K04.6-)	Periapical abscess
● K05.21	동이 있는 잇몸 기원의 치주농양	Periapical abscess with sinus
	제외 : 치수기원의 급성 근단치주염(K04.4)	Periodontal abscess [Parodontal abscess] of gingival origin with sinus
	근단주위농양(K04.7)	<b>Excludes</b> : Acute apical periodontitis of pulpal origin
	동이 있는 근단주위농양(K04.6-)	Periapical abscess
● K05.22	급성 치관주위염	Periapical abscess with sinus
● K05.28	기타 명시된 급성 치주염	Acute pericoronitis
● K05.29	상세불명의 급성 치주염	Other specified acute periodontitis
K05.3	만성 치주염	Acute periodontitis, unspecified
● K05.30	만성 단순치주염	Chronic periodontitis
● K05.31	만성 복합치주염	Chronic simplex periodontitis
● K05.32	만성 치관주위염	Chronic complex periodontitis
● K05.38	기타 명시된 만성 치주염	Chronic pericoronitis
● K05.39	상세불명의 만성 치주염	Other specified chronic periodontitis
K05.4	치주증(齒周症) 연소성 치주증	Chronic periodontitis, unspecified
K05.5	기타 치주질환	Periodontosis
K05.6	상세불명의 치주질환	Juvenile periodontosis
■ K06	잇몸 및 무치성 치조용기의 기타 장애	Other periodontal diseases
	제외 : 무치성 치조용기의 위축(K08.2)	Periodontal disease, unspecified
	치은염 :	Other disorders of gingiva and edentulous alveolar ridge
	NOS(K05.1-)	<b>Excludes</b> : Atrophy of edentulous alveolar ridge
	급성(K05.0-)	Gingivitis :
	만성(K05.1-)	NOS
K06.0	치은퇴축	Acute
● K06.00	국소적 치은퇴축	Chronic
● K06.01	전반적 치은퇴축	Gingival recession
● K06.09	상세불명의 치은퇴축 치은퇴축(감염후, 수술후)	Localized gingival recession
K06.1	치은비대	Generalized gingival recession
● K06.10	치은섬유종증	Gingival recession, unspecified
● K06.18	기타 명시된 치은비대	Gingival recession(postinfective, postoperative)
		Gingival enlargement
		Gingival fibromatosis
		Other specified gingival enlargement

● K06.19	상세불명의 치은비대	Gingival enlargement, unspecified
K06.2	외상과 연관된 잇몸 및 무치성 치조용기의 병변	Gingival and edentulous alveolar ridge lesions associated with trauma 원인의 분류를 원한다면 부가적인 외인분류코드(XX장)를 사용할 것.
● K06.20	외상성 교합에 의한	Due to traumatic occlusion
● K06.21	칫솔질에 의한	Due to toothbrushing
● K06.22	마찰성(기능성) 각화증	Frictional [functional] keratosis
● K06.23	자극성 증식증[의치성 증식증] 무치성 용선의 자극성 증식증[의치성 증식증]	Irritative hyperplasia[denture hyperplasia] Irritative hyperplasia of edentulous ridge[denture hyperplasia]
● K06.28	외상과 연관된 기타 명시된 잇몸 및 무치성 치조용기의 병변	Other specified gingival and edentulous alveolar ridge lesions associated with trauma
● K06.29	외상과 연관된 상세불명의 잇몸 및 자연치아치조용기의 병변	Unspecified gingival and dentulous alveolar ridge lesions associated with trauma
K06.8	잇몸 및 무치성 치조용기의 기타 명시된 장애  섬유성 치은종 가동성 용기 거대세포치은종 말초 거대세포육아종 잇몸의 화농성 육아종	Other specified disorders of gingiva and edentulous alveolar ridge  Fibrous epulis Flabby ridge Giant cell epulis Peripheral giant cell granuloma Pyogenic granuloma of gingiva
K06.9	잇몸 및 무치성 치조용기의 상세불명 장애	Disorders of gingiva and edentulous alveolar ridge, unspecified
<b>K07</b>	<b>치아얼굴이상[부정교합포함]</b>	<b>Dentofacial anomalies [including malocclusion]</b>
제외 :	반쪽얼굴 위축 또는 비대(Q67.4) 한쪽 관절돌기 증식증 또는 형성저하(K10.8)	Excludes : Hemifacial atrophy or hypertrophy Unilateral condylar hyperplasia or hypoplasia
K07.0	턱크기의 주요 이상	Major anomalies of jaw size
제외 :	말단비 대증(E22.0) 로빈증후군(Q87.0)	Excludes : Acromegaly Robin's syndrome
● K07.00	상악의 대악증[상악의 증식증]	Maxillary macrognathism[Maxillary hyperplasia]
● K07.01	하악의 대악증[하악의 증식증]	Mandibular macrognathism[Mandibula hyperplasia]
● K07.02	양악의 대악증	Macrognathism, both jaws
● K07.03	상악의 소악증[상악의 형성저하]	Maxillary micrognathism[Maxillary hypoplasia]
● K07.04	하악의 소악증[하악의 형성저하]	Mandibular micrognathism[Mandibula hypoplasia]

## 316 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준

● K07.05	양악의 소악증	Micrognathism, both jaws
● K07.08	턱크기의 기타 명시된 이상	Other specified jaw size anomalies
● K07.09	턱크기의 상세불명 이상	Anomaly of jaw size, unspecified
K07.1	턱-두개골저의 관계이상	Anomalies of jaw-cranial base relationship
● K07.10	턱의 비대칭	Asymmetry of jaw
● K07.11	하악돌출증	Mandibular prognathism
● K07.12	상악돌출증	Maxillary prognathism
● K07.13	하악후퇴증	Mandibular retrognathism
● K07.14	상악후퇴증	Maxillary retrognathism
● K07.18	턱-두개골저의 기타 명시된 관계이상	Other specified anomalies of jaw-cranial base relationship
● K07.19	턱-두개골저의 상세불명 관계이상	Anomaly of jaw-cranial base relationship, unspecified
K07.2	치열궁관계의 이상	Anomalies of dental arch relationship
● K07.20	원심교합	Disto-occlusion
● K07.21	근심교합	Mesio-occlusion
● K07.22	과도한 수평겹침[수평적 겹침]	Excessive overjet[horizontal overlap]
● K07.23	과도한 수직겹침[수직적 겹침]	Excessive overbite[vertical overlap]
● K07.24	개방교합	Open bite
● K07.25	교차교합(전치부, 구치부)	Crossbite (anterior, posterior)
● K07.26	정중편위	Midline deviation
● K07.27	하악치의 후방설촉교합	Posterior lingual occlusion of mandibular teeth
● K07.28	치열궁 관계의 기타 명시된 이상	Other specified anomalies of dental arch relationship
● K07.29	치열궁관계의 상세불명 이상	Anomaly of dental arch relationship, unspecified
K07.3	치아위치의 이상	Anomalies of tooth position
제외 :	위치이상이 없는 매몰치 및 매복치(K01.-)	Excludes : Embedded and impacted teeth without abnormal position
● K07.30	치아의 밀집	Crowding of teeth
● K07.31	치아의 전위(轉位)	Displacement of teeth
● K07.32	치아의 회전	Rotation of teeth
● K07.33	치아의 간격 치아의 간극(口隙)	Spacing of teeth Diastema of teeth

● K07.34	치아의 전위	Transposition of teeth
● K07.35	위치이상을 동반한 매몰치 또는 매복치	Embedded or impacted teeth with abnormal position
● K07.38	치아위치의 기타 명시된 이상	Other specified anomalies of tooth position
● K07.39	치아위치의 상세불명 이상	Anomaly of tooth position, unspecified
K07.4	상세불명의 부정교합	Malocclusion, unspecified
K07.5	치아얼굴의 기능이상	Dentofacial functional abnormalities
제외 : 이갈이(F45.8) 이갈이 NOS(F45.8)		Excludes : Bruxism Teeth-grinding NOS
● K07.50	턱닫힘이상	Abnormal jaw closure
● K07.51	삼킴이상에 의한 부정교합	Malocclusion due to abnormal swallowing
● K07.52	입호흡에 의한 부정교합	Malocclusion due to mouth breathing
● K07.53	혀, 입술 또는 손가락의 습관에 의한 부정교합	Malocclusion due to tongue, lip or finger habits
● K07.58	기타 명시된 치아얼굴의 기능이상	Other specified dentofacial functional abnormalities
● K07.59	상세불명의 치아얼굴의 기능이상	Dentofacial functional abnormality, unspecified
K07.6	턱관절장애	Temporomandibular joint disorders
제외 : 현존 턱관절의 : 탈구(S03.0) 긴장(S03.4)		Excludes : Current temporomandibular joint : Dislocation Strain
● K07.60	턱관절내장증	Internal derangement of temporomandibular joint
● K07.61	턱관절잡음	Snapping jaw
● K07.62	턱관절의 재발성 탈구 및 아탈구	Recurrent dislocation and subluxation of temporomandibular joint
● K07.63	달리 분류되지 않은 턱관절의 통증	Pain in temporomandibular joint, not elsewhere classified
● K07.64	달리 분류되지 않은 턱관절의 경직	Stiffness of temporomandibular joint, not elsewhere classified
● K07.65	턱관절의 퇴행성 관절병	Degenerative joint disease of temporomandibular joint
● K07.66	저작근장애	Masticatory muscle disorders
● K07.68	기타 명시된 턱관절장애	Other specified temporomandibular joint disorder, not elsewhere classified
● K07.69	상세불명의 턱관절장애	Temporomandibular joint disorder,

## 318 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준

		unspecified
K07.8	기타 치아얼굴이상	Other dentofacial anomalies
K07.9	상세불명의 치아얼굴이상	Dentofacial anomaly, unspecified
<b>K08</b>	<b>치아 및 지지구조의 기타 장애</b>	<b>Other disorders of teeth and supporting structures</b>
K08.0	전신적 원인에 의한 치아의 탈락 치아탈락(말단통증(T56.1), 저인산효소증(E83.3) 등 전신적 원인을 포함하는 주위 조직의 질병에 기인하는)	Exfoliation of teeth due to systemic causes Exfoliation of teeth(attributable to disease of surrounding tissue, including systemic causes, e.g. acrodyndia(T56.1), hypophosphatasia (E83.3))
제외 :	유치[탈락성]의 조기탈락(K00.68)	Excludes : Premature shedding of primary [deciduous] teeth
K08.1	사고, 추출 또는 국한성 치주병에 의한 치아상실	Loss of teeth due to accident, extraction or local periodontal disease
제외 :	현존 손상(S03.2-)	Excludes : Current injury
K08.2	무치성 치조용기의 위축	Atrophy of edentulous alveolar ridge
K08.3	잔류치근	Retained dental root
K08.8	치아 및 지지구조의 기타 명시된 장애	Other specified disorders of teeth and supporting structures
● K08.80	치통 NOS	Toothache NOS
● K08.81	불규칙치조돌기 치조(돌기)열	Irregular alveolar process Alveolar (process) cleft
● K08.88	치아 및 지지구조의 기타 명시된 장애 치조용기의 확대 NOS	Other specified disorders of teeth and supporting structures Enlargement of alveolar ridge NOS
K08.9	치아 및 지지구조의 상세불명 장애	Disorder of teeth and supporting structures, unspecified
<b>K09</b>	<b>달리 분류되지 않은 구강영역의 낭</b>	<b>Cysts of oral region, NEC</b>
포함 :	동맥류성 낭 및 별도의 섬유-꼴성 병변 모두의 조직학적 특성을 보이는 병변	Includes : Lesions showing histological features both of aneurysmal cyst and of another fibro-osseous lesion
제외 :	치아뿌리낭(K04.8-)	Excludes : Radicular cyst
K09.0	발달성 치원성 낭	Developmental odontogenic cysts
	낭 :	Cyst :
	합치성	Dentigerous
	맹출	Eruption
	소포성	Follicular
	치은	Gingival
	외측치주성	Lateral periodontal
	원시성	Primordial
K09.1	구강영역의 발달성 (비치원성) 낭	Developmental (nonodontogenic) cysts of

		<b>oral region</b>
	(~의) 낭 :	Cyst (of) :
	비구개관[절치관]	Nasopalatine duct [incisive canal]
	코입술[코치조]	Nasolabial [nasoalveolar]
K09.2	<b>턱의 기타 낭</b>	<b>Other cysts of jaw</b>
	턱의 :	Of jaw :
	낭 NOS	Cyst NOS
	동맥류성 낭	Aneurysmal cyst
	출혈성 낭	Haemorrhagic cyst
	외상성 낭	Traumatic cyst
	제외 : 턱의 잠복성 골낭(K10.0)	<b>Excludes</b> : Latent bone cyst of jaw
	스타프네낭(K10.0)	Stafne's cyst
K09.8	달리 분류되지 않은 구강영역의 기타 낭	<b>Other cysts of oral region, NEC</b>
	입의 :	Of mouth :
	유피낭	Dermoid cyst
	표피모양낭	Epidermoid cyst
	림프상피낭	Lymphoepithelial cyst
	엡스타인진주	Epstein's pearl
K09.9	상세불명의 구강영역의 낭	Cyst of oral region, unspecified
<b>K10</b>	<b>턱의 기타 질환</b>	<b>Other diseases of jaws</b>
K10.0	<b>턱의 발달장애</b>	<b>Developmental disorders of jaws</b>
	턱의 잠복성 골낭	Latent bone cyst of jaw
	스타프네낭	Stafne' cyst
	하악융기	Torus mandibularis
	구개융기	Torus palatinus
K10.1	<b>중심성 거대세포육아종</b>	<b>Giant cell granuloma, central</b>
	거대세포육아종 NOS	Giant cell granuloma NOS
	제외 : 말초성 거대세포육아종(K06.8)	<b>Excludes</b> : Peripheral giant cell granuloma
K10.2	<b>턱의 염증성 병태</b>	<b>Inflammatory conditions of jaws</b>
	턱의 (급성)(만성)(화농성) :	Of jaw (acute)(chronic)(suppurative) :
	골염	Osteitis
	골수염(신생아)	Osteomyelitis (neonatal)
	골괴사(약물유발)(방사선유발)	Osteonecrosis (drug-induced) (radiation-induced)
	골막염	Periostitis
	턱뼈의 부골	Sequestrum of jaw bone
	방사선유발성일 때 방사선의 분류를, 약물유발성일 때 약물의 분류를 원한다면 부가적인 외인분류코드(XX장)를 사용할 것.	
K10.3	<b>턱의 치조염</b>	<b>Alveolitis of jaws</b>
	치조골염	Alveolar osteitis
	건성 빌치와	Dry socket
K10.8	<b>턱의 기타 명시된 질환</b>	<b>Other specified diseases of jaws</b>
	턱 :	Of jaw :
	가족성 섬유형성이상	Cherubism

	외골증	Exostosis
	섬유성 형성이상	Fibrous dysplasia
	한쪽 관절돌기 :	Unilateral condylar :
	증식증	Hyperplasia
	형성저하	Hypoplasia
K10.9	턱의 상세불명 질환	Disease of jaws, unspecified
<b>K11</b>	<b>침샘의 질환</b>	<b>Diseases of salivary glands</b>
K11.0	침샘의 위축	Atrophy of salivary gland
K11.1	침샘의 비대	Hypertrophy of salivary gland
K11.2	타액선염	Sialadenitis
제외 :	유행성 이하선염(B26.-) 포도막귀밀샘열(D86.8)	Excludes : Epidemic parotitis Uveoparotid fever[Heerfordt]
● K11.20	급성 타액선염	Acute sialadenitis
● K11.21	급성 재발성 타액선염	Acute recurrent sialadenitis
● K11.22	만성 타액선염	Chronic sialadenitis
● K11.29	상세불명의 타액선염	Sialoadentitis, unspecified
K11.3	침샘의 농양	Abscess of salivary gland
K11.4	침샘의 누공	Fistula of salivary gland
제외 :	침샘의 선천루(Q38.4)	Excludes : Congenital fistula of salivary gland
K11.5	타석증	Sialolithiasis
	침샘 또는 관의 결석	Calculus of salivary gland or duct
	침샘 또는 관의 돌	Stone of salivary gland or duct
K11.6	침샘의 점액류	Mucocele of salivary gland
	침샘의 :	Of salivary gland :
	점액유출낭	Mucous extravasation cyst
	점액저류낭	Mucous retention cyst
	두꺼비종	Ranula
K11.7	침분비의 장애	Disturbances of salivary secretion
	침분비저하	Hypoptyalism
	침과다증	Ptyalism
	구강건조증	Xerostomia
④	체이(滯頤)	Dribbling disorder
제외 :	건조입안 NOS(R68.2)	Excludes : Dry mouth NOS
K11.8	침샘의 기타 질환	Other diseases of salivary glands
	침샘의 양성 림프상피병변	Benign lymphoepithelial lesion of salivary gland
	미쿨리츠병	Mikulicz' disease
	괴사성 타액선화생	Necrotizing sialometaplasia
	타액관확장증	Sialectasia
	타액관의 :	Of salivary duct :
	협착	Stenosis
	협착	Stricture

제외 : 건조증후군[쉐그렌](M35.0)

K11.9 침샘의 상세불명 질환  
타액선병증 NOS

### K12 구내염 및 관련 병변

제외 : 구강궤양(A69.0)

입술염(K13.0)

괴저성 구내염(A69.0)

헤르페스바이러스[단순헤르페스]

치은구내염(B00.2)

괴저구내염(A69.0)

### K12.0 재발성 구강 아프타

아프타성 구내염(대)(소)

베드나르아프타

재발성 점막피사성 선주위염

재발성 아프타성 궤양

헤르페스모양구내염

### K12.1 구내염의 기타 형태

구내염 :

NOS

의치

궤양성

소수포성

### K12.2 입의 연조직염 및 농양

입(바닥)의 연조직염

하악하농양

제외 : (~의) 농양 :

근단주위(K04.6--K04.7)

치주(K05.21)

편도주위(J36)

침샘(K11.3)

혀(K14.0)

### K12.3 구강점막염(궤양성)

점막염(입의)(입인두의) :

NOS

약물-유발성

방사선-유발

바이러스성

외부요인의 분류를 원한다면 부가적인 외인분류코드(XX장)를 사용할 것.

제외 : 위장관(구강 및 입인두를 제외한)의

점막염(궤양성)(K92.8)

### K13 입술 및 구강점막의 기타 질환

포함 : 혀의 상피성 장애

**Excludes** : Sicca syndrome[Sjögren]

Disease of salivary gland, unspecified

Sialadenopathy NOS

### Stomatitis and related lesions

**Excludes** : Cancrum oris

Cheilitis

Gangrenous stomatitis

Herpesviral [herpes simplex] gingivostomatitis

Noma

### Recurrent oral aphthae

Aphthous stomatitis (major)(minor)

Bednar's aphthae

Periadentitis mucosa necrotica recurrens

Recurrent aphthous ulcer

Stomatitis herpetiformis

### Other forms of stomatitis

Stomatitis :

NOS

Denture

Ulcerative

Vesicular

### Cellulitis and abscess of mouth

Cellulitis of mouth (floor)

Submandibular abscess

**Excludes** : Abscess (of) :

Periapical

Periodontal

Peritonsillar

Salivary gland

Tongue

### Oral mucositis (ulcerative)

Mucositis (oral)(oropharyngeal) :

NOS

Drug-induced

Radiation-induced

Viral

**Excludes** : Mucositis(ulcerative) of

gastrointestinal tract(except oral cavity and

oropharynx)

### Other diseases of lip and oral mucosa

**Includes** : Epithelial disturbances of tongue

## 322 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준

제외 : 잇몸 및 무치성 치조용기의 특정  
장애(K05-K06)  
구강부위의 낭(K09.-)  
혀의 질환(K14.-)  
구내염 및 관련 병변(K12.-)

### K13.0 입술의 질환

입술염 :  
NOS  
각의  
탈락  
선성  
입술통  
입술증  
달리 분류되지 않은 구각미란

제외 : 리보플라빈결핍증(E53.0)  
방사선-관련 장애에 의한 입술염(L55-L59)  
칸디다증에 의한 구각미란(B37.88)  
리보플라빈결핍에 의한 구각미란(E53.0)

### K13.1 볼 및 입술 씹기

K13.2 혀를 포함하는 구강상피의 백반 및 기타 장애  
혀를 포함하는 구강상피의 홍색판  
혀를 포함하는 구강상피의 백색부종  
구개 니코틴성 백색각화증  
흡연자구개

제외 : 유모백반(K13.3)

### K13.3 유모백반(K13.3)

### K13.4 구강점막의 육아종 및 육아종-유사병변

구강점막의 :  
호산구성 육아종  
화농육아종  
사마귀황색종

K13.5 구강점막하섬유증  
혀의 점막하섬유증

### K13.6 구강점막의 자극성 증식증

제외 : 무치성 용기의 자극성 증식증[의치성 증식증]  
(K06.23)

K13.7 구강점막의 기타 및 상세불명의 병변  
초점성 구강점액증

### K14 혀의 질환

제외 : 혀의(K13.2) :  
홍색판

Excludes : Certain disorders of gingiva and edentulous alveolar ridge  
Cysts of oral region  
Diseases of tongue  
Stomatitis and related lesions

### Diseases of lips

Cheilitis :  
NOS  
Angular  
Exfoliative  
Glandular  
Cheilodynbia  
Cheilosia  
Perleche NEC

Excludes : Ariboflavinosis  
Cheilitis due to radiation-related disorders  
Perleche due to candidiasis  
Perleche due to riboflavin deficiency

### Cheek and lip biting

Leukoplakia and other disturbances of oral epithelium, including tongue  
Erythroplakia of oral epithelium, including tongue  
Leukoedema of oral epithelium, including tongue  
Leukokeratosis nicotina palati  
Smoker's palate

Excludes : Hairy leukoplakia

### Hairy leukoplakia

Granuloma and granuloma-like lesions of oral mucosa  
Of oral mucosa :  
Eosinophilic granuloma  
Granuloma pyogenicum  
Verrucous xanthoma

### Oral submucous fibrosis

Submucous fibrosis of tongue

### Irritative hyperplasia of oral mucosa

Excludes : Irritative hyperplasia of edentulous ridge[denture hyperplasia]

Other and unspecified lesions of oral mucosa  
Focal oral mucinosis

### Diseases of tongue

Excludes : Of tongue :  
Erythroplakia

	초점성 상피증식증	Focal epithelial hyperplasia
	백색부종	Leukoedema
	백반	Leukoplakia
	유모백반(K13.3)	Hairy leukoplakia
	대설증(선천)(Q38.2)	Macroglossia(congenital)
	혀의 점막하섬유증(K13.5)	Submucous fibrosis of tongue
K14.0	<b>설염</b>	<b>Glossitis</b>
	혀의 :	Of tongue :
	농양	Abscess
	케양(외상성)	Ulceration(traumatic)
	제외 : 위축성 설염(K14.4)	Excludes : Atrophic glossitis
K14.1	<b>지도모양혀</b>	<b>Geographic tongue</b>
	양성 이동성 설염	Benign migratory glossitis
	탈락성 원형 설염	Glossitis areata exfoliativa
K14.2	<b>정중능형설염</b>	<b>Median rhomboid glossitis</b>
K14.3	<b>혀유두의 비대</b>	<b>Hypertrophy of tongue papillae</b>
	흑모설	Black hairy tongue
	태설	Coated tongue
	엽상유두의 비대	Hypertrophy of foliate papillae
	설모증	Lingua villosa nigra
K14.4	<b>혀유두의 위축</b>	<b>Atrophy of tongue papillae</b>
	위축성 설염	Atrophic glossitis
K14.5	<b>주름잡힌 혀</b>	<b>Plicated tongue</b>
	혀 :	Tongue :
	열창	Fissured
	구상	Furrowed
	음낭	Scrotal
	제외 : 선천성 균열혀(Q38.3)	Excludes : Fissured tongue, congenital
K14.6	<b>설통</b>	<b>Glossodynia</b>
	혀작열감	Glossopyrosis
	통증성 혀	Painful tongue
K14.8	<b>혀의 기타 질환</b>	<b>Other diseases of tongue</b>
	혀(의) :	(of) tongue :
	위축	Atrophy
	톱날모양	Crenated
	확대	Enlargement
	비대	Hypertrophy
K14.9	<b>혀의 상세불명 질환</b>	<b>Disease of tongue, unspecified</b>
	혀병증 NOS	Glossopathy NOS
<b>식도, 위 및 십이지장의 질환 (K20-K31) Diseases of oesophagus, stomach and duodenum</b>		
제외 : 열공탈장(K44.-)	Excludes : Hiatus hernia	
다음의 4단위 세분류는 항목 K25-K28 항목과 함께 사용할 것 :		

외상성 파열	Traumatic rupture
외상성 찢김	Traumatic tear

기타 및 상세불명의 손상(Other and unspecified injuries)

### 머리의 손상 (S00-S09)

포함 : ~의 손상 :

- 귀
- 눈
- 얼굴[모든 부분]
- 잇몸
- 턱
- 턱관절부위
- 구강
- 구개
- 눈주위부위
- 두피
- 혀
- 치아

제외 : 화상 및 부식(T20-T32)

~에서의 이물의 영향 :

- 귀(T16)
- 후두(T17.3)
- 입(T18.0)
- 코(T17.0~T17.1)
- 인두(T17.2)
- 외안의 이물의 영향(T15.-)
- 동상(T33-T35)
- 독액성 곤충 물림 또는 쏘이(T63.4)

#### S00 머리의 표재성 손상

제외 : 뇌타박상(미만성)(S06.2)

초점성 뇌타박상(S06.3)

눈 및 안와의 손상(S05.-)

#### S00.0 두피의 표재성 손상

#### S00.1 눈꺼풀 및 눈주위의 타박상

멍든 눈

제외 : 안구 및 안와 조직의 타박상(S05.1)

#### S00.2 눈꺼풀 및 눈주위의 기타 표재성 손상

안와부위

제외 : 결막 및 각막의 표재성 손상(S05.0-)

#### S00.3 코의 표재성 손상

#### S00.4 귀의 표재성 손상

### Injuries to the head

Includes : Injuries of :

- Ear
- Eye
- Face [any part]
- Gum
- Jaw
- Temporomandibular joint area
- Oral cavity
- Palate
- Periocular area
- Scalp
- Tongue
- Tooth

Excludes : Burns and corrosions

Effects of foreign body in :

- Ear
- Larynx
- Mouth
- Nose
- Pharynx
- Effects of foreign body on external eye
- Frostbite
- Insect bite or sting, venomous

### Superficial injury of head

Excludes : Cerebral contusion (diffuse)

Focal cerebral contusion

Injury of eye and orbit

### Superficial injury of scalp

### Contusion of eyelid and periocular area

Black eye

Excludes : Contusion of eyeball and orbital tissues

### Other superficial injuries of eyelid and periocular area

Orbital region

Excludes : Superficial injury of conjunctiva and cornea

### Superficial injury of nose

### Superficial injury of ear

	귀길	Auditory canal
	귓바퀴	Auricle
S00.5	입술 및 구강의 표재성 손상	Superficial injury of lip and oral cavity
S00.7	머리의 다발성 표재성 손상	Multiple superficial injuries of head
S00.8	머리의 기타 부분의 표재성 손상 불 턱 얼굴 NOS 이마 NOS 관자놀이	Superficial injury of other parts of head Cheek Chin Face NOS Forehead NOS Temple Superficial injury of head, part unspecified
S00.9	머리의 상세불명 부분의 표재성 손상	
<b>S01</b>	<b>머리의 열린상처</b>	<b>Open wound of head</b>
제외 :	머리제거(S18)	Excludes : Decapitation
	눈 및 안와의 손상(S05.-)	Injury of eye and orbit
	머리 부분의 외상성 절단(S08.-)	Traumatic amputation of part of head
S01.0	두피의 열린상처	Open wound of scalp
제외 :	두피의 박리(S08.0)	Excludes : Avulsion of scalp
S01.1	눈꺼풀 및 눈주위의 열린상처 눈물길의 침범이 있거나 없는 눈꺼풀 및 눈주위의 열린상처	Open wound of eyelid and periorcular area Open wound of eyelid and periorcular area with or without involvement of lacrimal passages
S01.2	코의 열린상처	Open wound of nose
● S01.20	코 외피의 열린상처	Open wound of nose, external skin
● S01.21	콧구멍의 열린상처	Open wound of nares
● S01.22	비중격의 열린상처	Open wound of nasal septum
● S01.28	코의 기타 및 여러 부분의 열린상처	Open wound of other and multiple parts of nose
● S01.29	코의 상세불명 부분의 열린상처	Open wound of nose, part unspecified
S01.3	귀의 열린상처	Open wound of ear
● S01.30	귓바퀴의 열린상처 귓바퀴	Open wound of auricle Pinna
● S01.32	외이도의 열린상처	Open wound of external auditory meatus
● S01.38	귀의 기타 및 여러 부분의 열린상처	Open wound of other and multiple parts of ear
● S01.39	외이의 상세불명 부분의 열린상처 이도(외부의)	Open wound of external ear, part unspecified Ear canal (external)
S01.4	볼 및 측두하악부의 열린상처	Open wound of cheek and temporomandibular area
● S01.40	볼의 열린상처	Open wound of cheek
● S01.41	상악부의 열린상처	Open wound of maxillary region

## 326 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준

	위턱부위	Upper jaw region
● S01.42	하악부의 열린상처 아래턱부위	Open wound of mandibular region Lower jaw region
● S01.48	볼 및 측두하악부 영역의 기타 및 여러 부위의 열린상처	Open wound of other and multiple sites of cheek and temporomandibular area
S01.5	입술 및 구강의 열린상처 제외 : 치아의 탈구(S03.2-) 치아의 과절(S02.5-)	Open wound of lip and oral cavity Excludes : Dislocation of tooth Fracture of tooth
● S01.50	입술의 열린상처	Open wound of lip
● S01.51	볼점막의 열린상처 볼(내부의)	Open wound of buccal mucosa Cheek (internal)
● S01.52	잇몸(치조돌기)의 열린상처	Open wound of gum (alveolar process)
● S01.53	혀와 입바닥의 열린상처	Open wound of tongue and floor of mouth
● S01.54	구개의 열린상처	Open wound of palate
● S01.58	입술 및 구강의 기타 및 여러 부분의 열린상처	Open wound of other and multiple parts of lip and oral cavity
● S01.59	입술 및 구강의 상세불명 부분의 열린상처	Open wound of lip and oral cavity, part unspecified
S01.7	머리의 다발성 열린상처	Multiple open wounds of head
S01.8	머리의 기타 부분의 열린상처	Open wound of other parts of head
S01.9	머리의 상세불명 부분의 열린상처	Open wound of head, part unspecified
<b>S02</b>	<b>두개골 및 안면골의 골절</b>	<b>Fracture of skull and facial bones</b>

주 : 두개내손상과 연관된 두개골 및 안면골 골절의 일차분류를 위해서는 제2권의 질병 및 사망 분류준칙과 지침을 참조해야 한다.

다음의 세분류는 보조분류코드로 임의로 선택하여 사용할 수 있다. 폐쇄성 또는 개방성으로 명시되지 않은 골절은 폐쇄성으로 분류해야 한다(단, S02.5는 6단위 세분류를 하지 않는다).

0 폐쇄성	Closed
1 개방성	Open
<b>S02.0</b>	<b>두개원개의 골절</b>
전두골	Fracture of vault of skull
두정골	Frontal bone
<b>S02.1</b>	<b>두개저의 골절</b>
두개와 :	Fracture of base of skull
전	Fossa :
중	Anterior
후	Middle
후두	Posterior
안와천장	Occiput
사골동	Orbital roof
	Ethmoid sinus

전두동	Frontal sinus
겹형골	Sphenoid
측두골	Temporal bone
제외 : 안와 NOS(S02.84) 안와바닥(S02.3)	Excludes : Orbit NOS Orbital floor
S02.2 비골의 골절	Fracture of nasal bones
S02.3 안와바닥의 골절	Fracture of orbital floor
제외 : 안와 NOS(S02.84) 안와 천장(S02.1)	Excludes : Orbit NOS Orbital roof
S02.4 광대뼈 및 상악골의 골절	Fracture of malar and maxillary bones
● S02.42 르포트 1	LeFort 1
● S02.43 르포트 2	LeFort 2
● S02.44 복합 중안면	Combined midface
● S02.45 한쪽 르포트3	Unilateral LeFort 3
● S02.46 양쪽 르포트3	Bilateral LeFort 3
● S02.47 관골궁	Zygomatic arch
● S02.48 광대뼈 및 상악골의 기타 골절	Other Fracture of malar and maxillary bones
● S02.49 광대뼈 및 상악골의 상세불명 골절	Unspecified Fracture of malar and maxillary bones
S02.5 치아의 파절 파절치	Fracture of tooth Broken tooth
● S02.52 법랑질만의 파절	Fracture of enamel of tooth only
● S02.53 치수침범이 없는 치관의 파절	Fracture of crown of tooth without pulpal involvement
● S02.54 치수침범이 있는 치관의 파절	Fracture of crown of tooth with pulpal involvement
● S02.55 치근의 파절	Fracture of root of tooth
● S02.56 치근을 포함한 치관의 파절	Fracture of crown with root of tooth
● S02.57 치아의 다발성 파절	Multiple fractures of teeth
● S02.59 치아의 상세불명 파절	Fracture of tooth, unspecified
S02.6 하악골의 골절 아래턱(뼈)	Fracture of mandible Lower jaw (bone)
● S02.62 관절돌기의 골절	Fracture of condylar process
● S02.63 아래관절돌기의 골절	Fracture of subcondylar process
● S02.64 갈고리돌기의 골절	Fracture of coronoid process
● S02.65 가지의 골절	Fracture of ramus

## 328 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준

● S02.66	각의 골절	Fracture of angle
● S02.67	결합부위의 골절	Fracture of symphysis
● S02.68	하악골의 기타 부위의 골절	Fracture of other site of mandible
● S02.69	하악골의 상세불명 부위의 골절	Fracture of mandible of unspecified site
S02.7	두개골 및 안면골을 침범한 다발골절	Multiple fractures involving skull and facial bones
● S02.72	비–안와–사골의 골절	Fracture of naso–orbito–ethmoid
● S02.78	두개골 및 안면골을 침범한 기타 다발골절	Other multiple fractures involving skull and facial bones
S02.8	기타 두개골 및 안면골의 골절	Fractures of other skull and facial bones
제외 :	안와바닥(S02.3) 안와천장(S02.1)	Excludes : Orbital floor Orbital roof
● S02.84	안와내벽의 골절 안와 NOS	Fracture of medial wall of orbit Orbit NOS
● S02.88	기타 및 상세불명의 두개골 및 안면골의 골절 경구개 치조골	Fracture of other and unspecified skull and facial bones Hard palate Alveolus
S02.9	두개골 및 안면골의 상세불명 부분의 골절	Fracture of skull and facial bones, part unspecified
<b>S03</b>	머리의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	Dislocation, sprain and strain of joints and ligaments of head
S03.0	턱의 탈구 턱(연골)(반달연골) 하악 측두하악(관절)	Dislocation of jaw Jaw (cartilage)(meniscus) Mandible Temporomandibular (joint)
S03.1	코의 중격연골의 탈구	Dislocation of septal cartilage of nose
S03.2	치아의 탈구	Dislocation of tooth
● S03.20	치아의 아탈구 치아의 측방탈구	Subluxation of tooth Lateral luxation of tooth
● S03.21	치아의 함입 또는 탈출	Intrusion or extrusion of tooth
● S03.22	치아의 박리(완전탈구)	Avulsion of tooth [exarticulation]
● S03.28	기타 및 상세불명의 치아의 탈구	Dislocation of tooth, other and unspecified
S03.3	머리의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	Dislocation of other and unspecified parts of head
S03.4	턱의 염좌 및 긴장 측두하악(관절)(인대)	Sprain and strain of jaw Temporomandibular (joint)(ligament)

T85.2	<b>안구내렌즈(인공수정체)의 기계적 합병증</b> 안구내렌즈에 의한 T82.0에 나열된 병태	Mechanical complication of intraocular lens Conditions listed in T82.0 due to intraocular lens
T85.3	<b>기타 안구 인공장치, 삽입물 및 이식편의 기계적 합병증</b> 각막이식에 의한 T82.0에 나열된 병태 눈의 인공삽입안와에 의한 T82.0에 나열된 병태	Mechanical complication of other ocular prosthetic devices, implants and grafts Conditions listed in T82.0 due to corneal graft Conditions listed in T82.0 due to prosthetic orbit of eye
T85.4	<b>유방 보형물 및 삽입물의 기계적 합병증</b> 유방 보형물 및 삽입물에 의한 T82.0에 나열된 병태	Mechanical complication of breast prosthesis and implant Condition listed in T82.0 due to breast prosthesis and implant
T85.5	<b>위장의 인공삽입장치, 삽입물 및 이식편의 기계적 합병증</b> 담관인공삽입물에 의한 T82.0에 나열된 병태 식도의 항역류장치에 의한 T82.0에 나열된 병태	Mechanical complication of gastrointestinal prosthetic devices, implants and grafts Conditions listed in T82.0 due to bile-duct prosthesis Conditions listed in T82.0 due to oesophageal anti-reflux device
T85.6	<b>기타 명시된 내부 인공삽입장치, 삽입물 및 이식편의 기계적 합병증</b>  치과보철물장치의 파절 및 상실 ~에 의한 T82.0에 나열된 병태 : 경막외 및 경막하 주입 카테터 복강내투석카테터 비흡수성 외과적 재료 NOS 영구봉합	Mechanical complication of other specified internal prosthetic devices, implants and grafts  Fracture or loss of dental prosthetic device Conditions listed in T82.0 due to : Epidural and subdural infusion catheter Intraperitoneal dialysis catheter Nonabsorbable surgical material Permanent sutures
<b>제외 :</b> 뼈교정에 사용된 영구적 (철사)봉합의 기계적 합병증(T84.1-T84.2)		<b>Excludes :</b> Mechanical complication of permanent (wire) suture used in bone repair
T85.7	<b>기타 내부 인공삽입장치, 삽입물 및 이식편에 의한 감염 및 염증반응</b>	Infection and inflammatory reaction due to other internal prosthetic devices, implants and grafts
T85.8	<b>달리 분류되지 않은 내부 인공삽입장치, 삽입물 및 이식편의 기타 합병증</b> 내부 보철장치, 삽입물 및 이식편에 의한 T82.8에 나열된 병태	Other complications of internal prosthetic devices, implants and grafts, NEC Conditions listed in T82.8 due to internal prosthetic devices, implants and grafts, NEC
T85.9	<b>내부 인공삽입장치, 삽입물 및 이식편의 상세불명 합병증</b> 내부 인공삽입장치, 삽입물 및 이식편의 합병증 NOS	Unspecified complication of internal prosthetic device, implant and graft Complication of internal prosthetic device, implant and graft NOS
T86	<b>이식된 기관 및 조직의 실패 및 거부</b>	Failure and rejection of transplanted organs

## 330 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준

	예방접종	reasons
Z28.9	상세불명의 이유 때문에 수행되지 못한 예방접종	Immunization not carried out for unspecified reason
Z29	기타 예방적 조치의 필요	Need for other prophylactic measures
제외 :	예방적 외과수술(Z40.-) 알레르기항원에 대한 텔민감(Z51.6)	Excludes : Prophylactic surgery Desensitization to allergens
Z29.0	격리	Isolation
	외부 환경으로부터 개인을 보호하거나 감염성 질환에 접촉한 사람을 격리시키기 위한 입원	Admission to protect the individual from his or her surroundings or for isolation of individual after contact with infectious disease
Z29.1	예방적 면역요법	Prophylactic immunotherapy
	면역혈청의 주입	Administration of immunoglobulin
Z29.2	기타 예방적 화학요법	Other prophylactic chemotherapy
	화학예방 예방적 항생제요법	Chemoprophylaxis Prophylactic antibiotic therapy
Z29.8	기타 명시된 예방적 조치	Other specified prophylactic measures
Z29.9	상세불명의 예방적 조치	Prophylactic measure, unspecified
생식에 관련된 상황에서 보건서비스와 접하고 있는 사람 (Z30-Z39)		Persons encountering health services in circumstances related to reproduction (Z30-Z39)
Z30	피임관리	Contraceptive management
Z30.0	피임에 관한 일반 상담 및 권고	General counselling and advice on contraception
	가족계획권고 NOS 피임약의 초기 처방	Family planning advice NOS Initial prescription of contraceptives
Z30.1	(자궁내)피임장치의 삽입	Insertion of (intrauterine) contraceptive device
Z30.2	불임법	Sterilization
	난관이나 정관의 중절을 위한 입원	Admission for interruption of fallopian tubes or vasa deferentia
Z30.3	월경추출법	Menstrual extraction
	임신의 방해 월경조절	Interception of pregnancy Menstrual regulation
Z30.4	피임약제의 감시	Surveillance of contraceptive drugs
	경구피임약 또는 기타 피임약제의 반복처방 피임유지를 위한 일상검사	Repeat prescription for contraceptive pill or other contraceptive drugs Routine examination for contraceptive maintenance
Z30.5	(자궁내)피임장치의 감시	Surveillance of (intrauterine) contraceptive device
	(자궁내)피임장치의 조사, 제삽입 또는 제거	Checking, reinsertion or removal of (intrauterine)

Z45.0	심장장치의 조정 및 관리	Adjustment and management of cardiac devices
	심장장치의 조사 및 검사	Checking and testing of cardiac devices
Z45.1	주입펌프의 조정 및 관리	Adjustment and management of infusion pump
Z45.2	혈관통로장치의 조정 및 관리	Adjustment and management of vascular access device
Z45.3	이식청력장치의 조정 및 관리	Adjustment and management of implanted hearing device
	골전도장치	Bone conduction device
	달팽이관장치	Cochlear device
Z45.8	기타 이식장치의 조정 및 관리	Adjustment and management of other implanted devices
Z45.9	상세불명의 이식장치의 조정 및 관리	Adjustment and management of unspecified implanted device
<b>Z46</b>	<b>기타 장치의 부착 및 조정</b>	Fitting and adjustment of other devices
제외 :	인공삽입 및 기타 장치의 존재(Z95-Z97)	Excludes : Presence of prosthetic and other devices
	반복처방전만 발급(Z76.0)	Issue of repeat prescription only
	장치의 기능이상 또는 기타 합병증 - 색인 참조	Malfunction or other complications of device - see Alphabetical Index
Z46.0	안경 및 콘택트렌즈의 부착 및 조정	Fitting and adjustment of spectacles and contact lenses
Z46.1	보청장치의 부착 및 조정	Fitting and adjustment of hearing aid
Z46.2	신경계통 및 특수감각에 관련된 기타 장치의 부착 및 조정	Fitting and adjustment of other devices related to nervous system and special senses
Z46.3	치과보철 장치의 부착 및 조정	Fitting and adjustment of dental prosthetic device
Z46.4	치열교정 장치의 부착 및 조정	Fitting and adjustment of orthodontic device
Z46.5	회장조루 및 기타 장 장치의 부착 및 조정	Fitting and adjustment of ileostomy and other intestinal appliances
Z46.6	요로계 장치의 부착 및 조정	Fitting and adjustment of urinary device
Z46.7	정형외과적 장치의 부착 및 조정 정형외과적 :	Fitting and adjustment of orthopaedic device Orthopaedic : Brace Cast Corset Shoes
	보조구	
	석고봉대	
	코르셋	
	구두	
Z46.8	기타 명시된 장치의 부착 및 조정	Fitting and adjustment of other specified devices

## 332 | 치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준

Z96.5	치근 및 하악골 삽입물의 존재	Presence of tooth–root and mandibular implants
Z96.6	정형외과적 관절삽입물의 존재	Presence of orthopaedic joint implants
● Z96.63	고관절삽입물	Hip joint implants
● Z96.64	무릎관절삽입물	Knee joint implants
● Z96.68	기타 및 상세불명의 정형외과적 관절삽입물 손가락관절대치물	Other and unspecified orthopaedic joint implants Finger-joint replacement
Z96.7	기타 골 및 힘줄 삽입물의 존재 두개골판	Presence of other bone and tendon implants Skull plate
Z96.8	기타 명시된 기능적 삽입물의 존재	Presence of other specified functional implants
Z96.9	상세불명의 기능적 삽입물의 존재	Presence of functional implant, unspecified
<b>Z97</b>	<b>기타 장치의 존재</b>	<b>Presence of other devices</b>
제외 :	내부 보철장치, 삽입물 및 이식편의 합병증(T82-T85) 보철물 및 기타 장치의 부착 및 조정(Z44-Z46) 뇌척수액배출장치의 존재(Z98.2)	Excludes : Complications of internal prosthetic devices, implants and grafts Fitting and adjustment of prosthetic and other devices Presence of cerebrospinal fluid drainage device
Z97.0	의안의 존재	Presence of artificial eye
Z97.1	인공사지(전부)(일부)의 존재	Presence of artificial limb (complete)(partial)
Z97.2	치과보철장치(전부)(일부)의 존재	Presence of dental prosthetic device (complete)(partial)
Z97.3	안경 및 콘택트렌즈의 존재	Presence of spectacles and contact lenses
Z97.4	외부보청기의 존재	Presence of external hearing-aid
Z97.5	(자궁내)피임장치의 존재 제외 : 피임장치의 점검, 재삽입 및 제거(Z30.5) 피임장치의 삽입(Z30.1)	Presence of (intrauterine contraceptive device Excludes : Checking, reinsertion or removal of contraceptive device Insertion of contraceptive device
Z97.8	기타 명시된 장치의 존재	Presence of other specified devices
<b>Z98</b>	<b>기타 수술후 상태</b>	<b>Other postsurgical states</b>
제외 :	추적치료 및 회복(Z42-Z51, Z54.-)	Excludes : Follow-up medical care and convalescence Postprocedural or postoperative complication – see Alphabetical Index
	처치후 또는 수술후 합병증 - 색인 참조	Intestinal bypass and anastomosis status Arthrodesis status Presence of cerebrospinal fluid drainage
Z98.0	장 우회 및 연결 상태	
Z98.1	관절고정상태	
Z98.2	뇌척수액배출장치의 존재	

※ 통계청의 사전 승인없이 한국표준질병·사인분류(KCD) 책자의 축소, 발췌, 복제 등의 행위 및 전자매체 수록·변경 등의 행위를 할 수 없음을 안내 드립니다.



2024년 1월판

치과건강보험 요양급여비용 및 급여기준

인쇄일 : 2024년 1월

발행일 : 2024년 1월

발행처 : 대한치과의사협회

(02) 2024-9160

인쇄 : 아람에디트

(02) 2273-2497