

■ 제1강 진찰료, 방사선, 마취 · 9

1. 진료비의 구성	10
2. 본인부담금	13
3. 급여와 비급여의 기준	15
4. 진찰료	16
5. 처방전	18
6. 치근단 촬영	20
7. 파노라마 촬영	22
8. 치과침윤마취	25
9. 후상치조신경 전달마취	26
10. 하치조신경 전달마취	27

■ 제2강 보존, 보철치료 · 29

11. 보통치치, 치아진정치치, 치수복조	30
12. 충전치치	33
13. 즉일충전치치	35
14. 광중합형 복합레진 충전	37
15. 충전물 연마	39
16. 교합조정술	40
17. 지각과민치치	41
18. 치면열구전색술	44
19. 치관수복물 또는 보철물의 제거	45
20. 보철물 재부착	47

■ 제3강 근관치료 · 49

21. 치수절단	50
22. 응급근관치치	52
23. 발수, 근관외동형성	53
24. 근관장 측정검사	55
25. 근관확대	56
26. 근관성형	57
27. 근관세척	58



28. 근관충전	59
29. 당일발수근충	60
30. 근관 내 기존 충전물 제거	61

■ 제4강 외과치료 · 63

31. 유치발치	64
32. 단순발치	65
33. 난발치	66
34. 매복치발치	67
35. 수술용 버	68
36. 발치와재소파술	69
37. 구강내소염수술	70
38. 치조골성형수술	72
39. 치은관절제술	73
40. 수술후 처치	74

■ 제5강 치주치료 · 75

41. 치면세마	76
42. 치주낭 측정검사	77
43. 치석제거	79
44. 치근활택술	81
45. 치주소파술	82
46. 치은박리소파술	83
47. 치은절제술	85
48. 치관확장술	86
49. 잠간고정술	88
50. 치주치료후처치	89

■ 부록 – 틀니 & 치과임플란트 · 91

1. 완전틀니와 부분틀니	92
2. 틀니 유지관리	94
3. 치과임플란트	97



제1강

진찰료, 방사선, 마취

1. 진료비의 구성
2. 본인부담금
3. 급여와 비급여의 기준
4. 진찰료
5. 처방전
6. 치근단 촬영
7. 파노라마 촬영
8. 치과침윤마취
9. 후상치조신경 전달마취
10. 하치조신경 전달마취

궁금한 부분이 있거나 오류가 있다면 언제든지 연락주세요.

진찰료, 방사선, 마취 파트 저자

정수오 <jsuoh@naver.com>



1

진료비의 구성

1) 진료비의 구성항목

진찰료 + 행위료 + 약제료 + 재료대 + 가산율 = 총 진료비(본인부담금 + 청구액)

① 진찰료(초진료/재진료)

요양기관 종별 구분	초진료	재진료
치과의원	15,490원	10,270원
치과병원	16,670원	11,450원

② 행위료

- 각종 진료행위의 정해진 수가
(예 치근단 촬영, 즉일충전처치, 발수, 단순발치, 치석제거(가. 전악), 리버댐 장착 등)

③ 약제료

- 진료행위에 사용된 약제의 수가
(예 마취제: 리도카인 등 / 예 주사제: 린코신주 등 / 예 지혈제: 써지셀 등)

④ 재료대

- 진료행위에 사용된 치과재료의 수가
(예 Burr, Ketac-Silver, 글래스아이오노머, Ni-Ti File, TS CA Fixture, Bio-Oss, Silk 등)

⑤ 진료행위 가산율(= 요양기관 종별 가산율)

- 진료행위 전체 금액에 대하여 적용되는 가산율
- 약제료와 재료대는 적용되지 않는다.



2) 가산의 적용

① 요양기관 종별 가산율

- 요양기관 종별에 따라 시설, 인력, 장비, 서비스 수준 등의 차이로 의료서비스 제공에 소요되는 비용이 다르기 때문에 진료행위료에 대해 차등을 두어 가산율을 적용해 주는 제도이다. 행위별 상대가치점수에 환산지수를 곱한 금액을 모두 합산한 금액에 요양기관종별 구분에 따라 정해진 비율을 가산한다.

요양기관 종별 구분	국민건강보험	의료급여
치과의원	15%	11%
치과병원	20%	15%

② 연령에 따라 적용되는 가산율

- 만 6세 미만의 유치열기 소아는 평균적으로 질병 이환율이 낮고 예방적 구강검진으로 병원을 방문하는 시기이므로 진찰료에 소정의 비용을 가산해 준다.
- 치과마취 시 만 6세 미만 소아는 성인 진료에 비해 치료 협조도가 낮아 더 많은 인력, 장비, 의료서비스 제공을 필요하는 부분을 고려하고, 만 70세 이상은 전신질환 등의 위험도를 고려하여 소정의 비용을 가산해 준다.

구분		가산 적용 내용
만 1세 미만	진찰료	초진료 + 26.45점, 재진료 + 16.67점
만 1세 이상~ 만 6세 미만	진찰료	초진료 + 10.89점, 재진료 + 6.86점
	30% 가산	마취료
만 6세 미만	15% 가산	방사선 단순영상진단료(치근단, 파노라마)
	20% 가산	방사선 특수영상진단료(Cone Beam CT)
만 8세 미만	30% 가산	보통치치, 치아진정치치, 외동형성, 충전, 즉일충전치치, 응급근관치치, 치수절단, 발수, 근관외동형성, 근관확대(근관성형), 근관세척, 근관충전, 치아파절편제거, 치면열구전색술, 광중합형 복합레진 충전
만 70세 이상	30% 가산	마취료

③ 야간, 공휴일에 적용되는 가산율

- 초진 및 재진 진찰료 중 외래관리료를 제외한 기본 진찰료에 30% 가산 적용된다.
- 진료기록부에 반드시 환자의 내원 시간을 기록해야 한다.
- 공휴일 야간에 내원 시 가산은 1회만 적용된다(공휴일 가산 혹은 야간 가산).
- 만 6세 미만 소아의 경우 20시~익일 7시 진료 시 기본진찰료의 100% 가산된다.

	야간 진료	공휴일 진료
적용시간	<ul style="list-style-type: none"> • 평 일 18시~익일 9시 • 토요일 13시~익일 9시 (치과병원급 이상 해당) 	진료시간 내 모두 적용
가산율	기본진찰료 30% 가산	기본진찰료 30% 가산

- 토요일 전일 가산제(치과의원급 해당)
- 치과의원은 토요일 13시 이전에 내원하더라도 진찰료 중 기본진찰료에 30% 가산된다.

④ 야간, 토요일 및 공휴일 수술 가산(치과의원급 해당)

- 제10장 제3절 구강악안면 수술, 제4절 치주질환 수술 항목에 30% 가산 적용되고, 마취를 행한 경우 마취료에도 30% 가산 적용된다.



2 본인부담금

1) 국민건강보험의 본인부담금(율) 국민건강보험법 시행규칙 별표3 제1호 개정(2018.01.01. 시행)

구 분	본인부담금(율)						
	만 1세 미만	만 1세 이상~ 만 6세 미만	만 6세 이상~ 만 65세 미만	만 65세 이상		임신부	
치과의원	5%	21%	30%	진료비 총액	15,000원 이하		1,500원
					15,000원 초과 ~ 20,000원 이하	10%	
					20,000원 초과 ~ 25,000원 이하	20%	
					25,000원 초과	30%	
치과병원 (동지역)	10%	28%	40%	40%		20%	

* 본인부담금 단수 계산 시 100원 미만은 절사한다.

2) 의료급여의 본인부담금(율)

- 의료급여제도란 생활 유지 능력이 없거나 일정 수준 이하의 저소득층을 대상으로 국가 재정에 의하여 기본적인 의료혜택을 제공하는 사회보장제도이다.
- 1종 수급권자와 2종 수급권자로 구분되어 있으며, 시·군·구청장으로부터 [의료급여증]을 발급받게 된다.

구 분	본인부담금(율)		
	원외처방(X)		원외처방(O)
	의약품(O)	의약품(X)	의약품 상관없음
치과의원(1, 2종)	1,500원	1,000원	1,000원
치과병원	2,000원	1,500원	1,500원
(시, 도)	2종 총액의 15%(임신부는 총액의 5%)		

* 의약품이란 리도카인, 셉타네스트, 아티카인 등의 마취제와 링크신주, 디페인주, 텍사메타손주 등의 주사제를 말한다.

● 건강생활유지비 지원제도

- 의료급여 1종 수급권자의 외래 진료 시 본인부담금 의료비 충당을 위해 국가에서 매월

6,000원씩 현금이 아닌 사이버머니로 대상자별 가상계좌에 지급한다.

- 건강생활유지비 잔액이 남아있을 경우 의무적으로 선차감제가 시행된다.
- 건강생활유지비 사용 후 남은 잔액은 가상계좌에 누적되며 다음 해에 수급권자의 계좌에 현금으로 지급된다.
- 의료급여 환자에 대한 당일승인작업 의무화로 반드시 당일에 승인작업을 완료하여 건강생활유지비를 차감하여야 한다(청구 시 진료확인번호가 기재되어야 한다).
- 급여 틀니, 급여 치과임플란트 치료 시 당일승인작업을 완료해야 하며, 이때 건강생활유지비는 차감되지 않는다.

● 의료급여 1종 수급권자 중 본인부담금 면제 대상자

1. 당연 적용 대상(사유 발생 시 일괄 적용)
 - 18세 미만인 자
 - 행려환자
 - 등록 결핵질환자
 - 등록 중증질환자(암환자 포함)
 - 등록 희귀질환자 및 등록 중증난치질환자(장기이식환자 포함)
 - 선택의료급여기관 이용자
2. 신청에 의한 적용(외래진료 본인일부부담 면제신청서 제출 시 적용)
 - 20세 이하의 중·고등학교 재학 중인 자
 - 임신부(임신임을 신고한 날부터 출산예정일 후 6개월까지)
 - 가정간호를 받고 있는 자

● 의료급여 1종 선택 병·의원 지정 대상자의 진료비

- 지정한 선택 병·의원에서 진료를 진행한 경우 본인부담금이 면제된다.
- 선택 병·의원은 일반적으로 1곳을 지정하며 특별한 사유가 있는 경우는 추가 지정이 가능하다 (추가 지정 시 전체 2곳에서만 본인부담금 면제).
- 지정한 선택 병·의원 이외에서 진료 시 지정한 선택 병·의원에서 [의료급여의뢰서]를 발급 받아야 하며, 기존 의료급여 1종 환자와 같은 본인부담금이 발생한다.
- [의료급여의뢰서]가 없는 경우 총 진료비 전액이 본인부담금으로 발생한다.
- 급여 틀니 및 급여 치과 임플란트 시행 시에는 [의료급여의뢰서] 없이 가능하며, 의료급여에 해당하는 본인부담금이 발생한다.



3 급여와 비급여의 기준

급여는 건강보험에 적용되는 부분이고, 비급여는 건강보험에 적용되지 않는 부분으로, 환자가 비용을 전액 부담한다. 우리나라의 건강보험제도는 환자에게 별도의 비용을 받을 수 있는 비급여 항목이 정해져 있고, 나머지는 건강보험을 적용하도록 되어 있다.

Tip

- 국민건강보호법 시행령 제19조
요양기관은 법 제41조 제3항 및 제4항에 따라 보건복지부령으로 정하는 요양급여 사항 또는 비급여 사항 외에 입원보증금 등 다른 명목으로 비용을 청구해서는 아니된다.

● 비급여 불가능 항목(임의비급여)

임의비급여는 건강보험법령에서 법정본인부담금 또는 비급여로 인정한 경우 외 임의로 환자로부터 비용을 받는 상황으로 부당청구에 해당한다.

- 매복치발치 시 Cone Beam CT 촬영 후 비용을 비급여로 환자에게 청구하는 경우
- 발치 후 흡수성 봉합사 비용을 비급여로 환자에게 청구하는 경우
- 탈락된 보철물 재부착 후 접착제 비용을 비급여로 환자에게 청구하는 경우
- 초진 시 일률적인 파노라마 촬영 후 비용을 비급여로 환자에게 청구하는 경우

위와 같은 경우는 모두 부당청구로 과징금과 영업정지, 면허정지의 처벌을 받게 된다.