

한국 건강보험의 치과진료수가
항목변화와 요양급여비용 지급현황 연구

연세대학교 보건대학원

보건정책관리학과

이 향 숙

한국 건강보험의 치과진료수가
항목변화와 요양급여비용 지급현황 연구

지도 권 호 근 교수

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함

2006년 12월 일

연세대학교 보건대학원

보건정책관리학과

이 향 숙

이향숙의 보건학석사 학위논문을 인준함

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

연세대학교 보건대학원

2006년 12월 일

감사의 글

오늘 논문의 결실이 있기까지 참으로 오랜 시간동안 나와의 힘겨운 싸움이었습니다. 뜻하는 바 있어 2000년 의무행정학과 대학1학년을 다시 시작하여 보건관리학부 편입학 후 오늘까지 6년이란 세월이 흘렀습니다.

'80년 초에 배운 치과위생학과는 달리 컴퓨터프로그램 통계, 회계업무, 병원경영, 마케팅, 보건행정 및 정책 등 본인에게 너무나 생소하고 소중한 과목이라 공부하는데 어렵지 않는 부분이 하나도 없었습니다. 부족하나마 글씨, 표, 점하나하나 직접 연구하고 구성하여 논문을 써내면서 무슨 일이든 혼자만의 힘으로는 이를 수 없음을 다시 한번 깨닫게 되는 겸손함을 배웠습니다.

의무행정학과 시절부터 저를 지켜봐주시고 용기를 주신 진명식 박사님께 감사드립니다. 심사평가원 통계자료를 세심하게 도와주신 김철웅 차장님께 감사드립니다. 바쁘신 중에도 처음부터 끝까지 부족한 저에게 논문을 완성할 수 있도록 배려하시고 지도해 주신 원호근 교수님과 꼼꼼하신 지적으로 지도해주신 조영식 교수님, 강혜영 교수님께 머리 숙여 감사드립니다.

그 동안 멀리서 가까이서 좀더 나은 지식을 위해 밤잠못자고 힘들어하는 부족한 저를 지도해주셨던 존경하는 모든 교수님들께 감사드립니다.

업무에 바쁜 와중에도 논문 잘되고 있냐는 격려와 걱정을 함께 해주신 실장님, 부장님, 심사평가원 식구들과 친구들에게도 이 글을 빌어 감사드립니다.

저를 세상에 있게 하시고, 때늦게 공부하는 딸의 뜻을 이해해 주시고 늦게 귀가하는 딸을 위해서 6년이란 긴 세월을 밤잠설치시며 물심양면으로 보살펴주신 사랑하는 부모님께 머리 조아려 감사의 말씀을 올립니다. 항상 바쁘고 공부하느라 시간이 없어 많은 시간을 함께 못해서 미안해하는 엄마를 세상에서 제일 예쁘고, 항상 사랑한다는 말로 에너지를 충전시켜주는 가장 아끼고 소중한 딸 지선이 에게도 건강하게 자라줘서 고맙다는 마음을 전합니다.

마지막으로 지금도 어디서든 한국치과의 의료발전에 한 몫을 위하여 열심히 종사하시는 모든 분들에게 이 논문을 드립니다.

2006년 12월 이향숙

차 례

국문요약	i
I. 서 론	1
1. 연구의 배경 및 필요성	1
2. 연구목적	3
3. 연구방법	4
가. 기준자료 수집 및 분석	4
나. 요양급여비용에 통계지표 및 Data Base 분석	4
II. 요양급여 항목 및 진료수가 변화	7
1. 치과 연도별 요양급여 항목변화	7
(검사, 방사선, 마취, 이학 및 재활요법(치과), 처치 및 수술료 등)	
2. 치과 연도별 요양급여 항목 주요 변화 세부내용	10
가. 연도별 치과 요양급여 항목	10
(검사, 치과방사선, 마취, 이학 및 재활요법(치과) 등)	
나. 연도별 치과 요양급여 항목 (처치 및 수술료 등)	11
III. 충전치료 항목의 요양급여비용 현황	14
1. 즉일충전처치(차-6) 현황분석 (2001년~2005년)	14
가. 요양기관종별 즉일충전처치(1치당) 항목별 현황	15
나. 소재지별 치과병원, 치과의원의 즉일충전처치(1치당) 현황	17
다. 연령·성별 즉일충전처치(1치당) 현황	21
라. 요양기관종별 수진자당 즉일충전처치 요양급여비용	22
마. 즉일충전처치(차-6) 다 발생 상병	22
2. 와동형성(1치당) 현황 분석 (2001년~2005년)	24
가. 요양기관종별 와동형성(1면~4면이상) 항목별 현황	24
나. 소재지별 치과병원, 치과의원의 와동형성(1면~4면이상) 현황 ..	26
다. 연령별 와동형성(1면~4면이상) 현황	29
라. 요양기관종별 수진자당 와동형성 요양급여비용	29
마. 와동형성 (차-15) 다 발생 상병	30

3. 아말감충전 Amalgam Filling (1면~4면 이상)	32
가. 요양기관종별 아말감충전(U0131~U0134) 항목별 현황	33
나. 소재지별 치과병원, 치과의원의 아말감충전(1면~4면 이상) 현황	33
다. 연령·성별 아말감충전 (1면~4면 이상) 현황	38
라. 요양기관종별 수진자당 아말감충전 요양급여비용	39
마. 치과의원 의사1인 대표자 연령별 아말감충전 구성비	41
바. 아말감충전 (U0131~U0134) 다 발생 상병	44
4. 복합레진충전(글래스아이노머시먼트(Ⅱ)충전포함)	45
가. 요양기관종별 복합레진충전 (U0135~U0138) 항목별 현황	45
나. 소재지별 치과병원, 치과의원의 복합레진충전 현황	47
다. 연령·성별 복합레진충전 (1면~4면 이상) 현황	51
라. 요양기관종별 수진자당 복합레진충전 요양급여비용	52
마. 치과의원 의사1인 대표자 연령별 복합레진충전 구성비	54
바. 복합레진충전 (U0135~U0138) 다 발생 상병	57
IV. 치주수술의 현황 (2001년~2005년)	58
1. 치석제거의 현황	58
가. 요양기관종별 치석제거(1/3약당) 항목별 현황	59
나. 소재지별 치과병원, 치과의원의 치석제거(1/3약당) 현황	61
다. 연령·성별 치석제거(차-23-1) 현황	65
라. 요양기관종별 수진자당 치석제거 요양급여비용	66
마. 치과의원 의사1인 대표자 연령별 치석제거 구성비	68
바. 치석제거(차-23-1) 다 발생 상병	70
2. 치근활택술 (차-24) 현황	71
가. 요양기관종별 치근활택술 (1/3약당) 항목별 현황	71
나. 소재지별 치과병원, 치과의원의 치근활택술(1/3약당) 현황	73
다. 연령·성별 치근활택술(차-24) 현황	76
라. 요양기관종별 수진자당 치근활택술 요양급여비용	77
마. 치근활택술(차-24) 다 발생 상병	77
3. 치주소파술 (차-101) 현황	79
가. 요양기관종별 치주소파술 (1/3약당) 항목별 현황	79
나. 소재지별 치과병원, 치과의원의 치주소파술(1/3약당) 현황	81
다. 연령·성별 치주소파술(차-24) 현황	84

라. 요양기관종별 수진자당 치주소과술 요양급여비용	84
마. 치주소과술(차-101) 다 발생 상병	85
V. 발치수술의 현황 (2001년~2005년)	87
1. 전치 발치수술 (U4412) 현황	87
가. 요양기관종별 전치발치(1치당) 항목별 현황	87
나. 소재지별 치과병원, 치과의원의 전치발치(1치당) 현황	89
다. 연령·성별 전치발치(U4412) 현황	92
라. 요양기관종별 수진자당 전치발치 요양급여비용	93
마. 치과의원 의사1인 대표자 연령별 전치발치 구성비	94
바. 전치발치(U4412) 다 발생 상병	96
2. 구치, 난발치, 매복치 발치수술 (1치당) 현황	97
가. 요양기관종별 구치발치(U4413) 항목별 현황	97
나. 요양기관종별 난발치(U4414) 항목별 현황	99
다. 요양기관종별 매복치-(1)단순매복치(U4415) 항목별 현황	100
라. 요양기관종별 매복치-(2)복잡매복치(U4416) 항목별 현황	101
마. 요양기관종별 매복치-(3)완전매복치(U4417) 항목별 현황	103
바. 소재지별 치과병원, 치과의원의 구치, 난발치, 매복치 발치 현황	103
사. 연령·성별 구치, 난발치, 매복발치(U4413~U4417) 현황	104
아. 요양기관종별 수진자당 구치, 난발치, 매복발치 요양급여비용 ...	107
자. 치과의원 의사1인대표자 연령별 구치,난발치,매복치발치 구성비	109
차. 구치, 난발치, 매복발치(U4413~U4417) 다 발생 상병	111
VI. 고 찰	112
VII. 결 론	121
참고문헌	123
부 록. 치과 항목변화 세부내용	125
영문요약	140

표 차 례

<표2-1-1> ‘77년부터 ~’80년까지의 항목변화 통계표	8
<표2-1-2> ‘81년부터~’99년까지의 항목변화 통계표	8
<표2-1-3> ‘01년부터~’06년까지의 항목변화 통계표	9
<표3-1-가> 요양기관종별 즉일충전처치의 전체청구횟수 및 청구금액 현황	16
<표3-1-나-1> 소재지별 치과병원의 즉일충전처치 청구횟수 및 청구금액 현황	18
<표3-1-나-2> 소재지별 치과의원의 즉일충전처치 청구횟수 및 청구금액 현황	20
<표3-1-다> 연령별 즉일충전처치 청구금액 구성비	21
<표3-1-라> 요양기관종별 즉일충전처치 수진자당 요양급여비용	23
<표3-2-가> 요양기관종별 와동형성의 전체청구횟수 및 청구금액 현황	25
<표3-2-나-1> 소재지별 치과병원의 와동형성 청구횟수 및 청구금액 현황	27
<표3-2-나-2> 소재지별 치과의원의 와동형성 청구횟수 및 청구금액 현황	28
<표3-2-다> 연령별 와동형성료 청구금액 구성비	30
<표3-2-라> 요양기관종별 와동형성 수진자당 요양급여비용	31
<표3-3-가> 요양기관종별 아말감충전의 전체청구횟수 및 청구금액 현황	35
<표3-3-나-1> 소재지별 치과병원의 아말감충전 청구횟수 및 청구금액 현황	36
<표3-3-나-2> 소재지별 치과의원의 아말감충전 청구횟수 및 청구금액 현황	37
<표3-3-다> 연령별 아말감충전 청구금액 구성비	38
<표3-3-라> 요양기관종별 아말감충전 수진자당 요양급여비용	40
<표3-3-마-1> 치과의원 의사1인 대표자 연령별 아말감충전 구성비	42
<표3-3-마-2> 치과의원 의사1인 대표자 연령별·성별 아말감충전 구성비	43
<표3-3-마-3> 치과의원 30대 의사1인 대표자 소재지별 아말감충전 현황	43
<표3-3-마-4> 치과의원 40대 의사1인 대표자 소재지별 아말감충전 현황	44
<표3-4-가> 요양기관종별 복합레진충전의 전체 청구횟수 및 청구금액 현황	46
<표3-4-나-1> 소재지별 치과병원의 복합레진충전 청구횟수 및 청구금액 현황	48
<표3-4-나-2> 소재지별 치과의원의 복합레진충전 청구횟수 및 청구금액 현황	50

<표3-4-다> 연령별 복합레진충진 청구금액 구성비	51
<표3-4-라> 요양기관종별 복합레진충진 수진자당 요양급여비용	53
<표3-4-마-1> 치과의원 의사1인 대표자 연령별 복합레진충진 구성비	55
<표3-4-마-2> 치과의원 의사1인 대표자 연령별·성별 복합레진충진 구성비	56
<표3-4-마-3> 치과의원 30대 의사1인 대표자 소재지별 복합레진충진 현황	56
<표3-4-마-4> 치과의원 40대 의사1인 대표자 소재지별 복합레진충진 현황	57
<표4-1-가> 요양기관종별 치석제거의 전체청구횟수 및 청구금액 현황	60
<표4-1-나-1> 소재지별 치과병원의 치석제거 청구횟수 및 청구금액 현황	62
<표4-1-나-2> 소재지별 치과의원의 치석제거 청구횟수 및 청구금액 현황	64
<표4-1-다> 연령별 치석제거 청구금액 구성비	65
<표4-1-라> 요양기관종별 치석제거 수진자당 요양급여비용	67
<표4-1-마-1> 치과의원 의사1인대표자 연령별 치석제거 구성비	69
<표4-1-마-2> 치과의원 30대 의사1인 대표자 소재지별 치석제거 현황	69
<표4-1-마-3> 치과의원 40대 의사1인 대표자 소재지별 치석제거 현황	70
<표4-2-가> 요양기관종별 치근활택술의 전체청구횟수 및 청구금액 현황	72
<표4-2-나-1> 소재지별 치과병원의 치근활택술 청구횟수 및 청구금액 현황	74
<표4-2-나-2> 소재지별 치과의원의 치근활택술 청구횟수 및 청구금액 현황	75
<표4-2-다> 연령별 치근활택술 청구금액 구성비	76
<표4-2-라> 요양기관종별 치근활택술 수진자당 요양급여비용	78
<표4-3-가> 요양기관종별 치주소파술의 전체청구횟수 및 청구금액 현황	80
<표4-3-나-1> 소재지별 치과병원의 치주소파술 청구횟수 및 청구금액 현황	82
<표4-3-나-2> 소재지별 치과의원의 치주소파술 청구횟수 및 청구금액 현황	83
<표4-3-다> 연령별 치주소파술 청구금액 구성비	85
<표4-3-라> 요양기관종별 치주소파술 수진자당 요양급여비용	86
<표5-1-가> 요양기관종별 전치발치의 전체 청구횟수 및 청구금액 현황	88
<표5-1-나-1> 소재지별 치과병원의 전치발치 청구횟수 및 청구금액 현황	90
<표5-1-나-2> 소재지별 치과의원의 전치발치 청구횟수 및 청구금액 현황	91
<표5-1-다> 연령별 전치발치 청구금액 구성비	92

<표5-1-라> 요양기관종별 전치발치(U4412) 수진자당 요양급여비용	93
<표5-1-마-1> 치과의원 의사1인 대표자 연령별 전치발치 구성비	95
<표5-1-마-2> 치과의원 30대 의사1인 대표자 소재지별 전치발치 현황	95
<표5-1-마-3> 치과의원 40대 의사1인 대표자 소재지별 전치발치 현황	96
<표5-2-가> 요양기관종별 구치발치의 전체청구횟수 및 청구금액 현황	98
<표5-2-나> 요양기관종별 난발치의 전체청구횟수 및 청구금액 현황	99
<표5-2-다> 요양기관종별 단순매복발치의 전체청구횟수 및 청구금액 현황	100
<표5-2-라> 요양기관종별 복잡매복발치의 전체청구횟수 및 청구금액 현황	101
<표5-2-마> 요양기관종별 완전매복발치의 전체청구횟수 및 청구금액 현황	102
<표5-2-바-1> 소재지별 치과병원의 구치,난발치,매복발치 청구횟수 및 금액 현황	105
<표5-2-바-2> 소재지별 치과의원의 구치,난발치,매복발치 청구횟수 및 금액 현황	106
<표5-2-사> 연령별 구치, 난발치, 매복발치 청구금액 구성비	107
<표5-2-아> 요양기관종별 구치, 난발치, 매복발치 수진자당 요양급여비용	108
<표5-2-자-1> 치과의원 의사1인대표자 연령별 구치,난발치,매복발치 구성비	110
<표5-2-자-2> 치과의원 30대 의사1인대표자 소재지별 구치,난발치,매복발치 현황	110
<표5-2-자-3> 치과의원 40대 의사1인대표자 소재지별 구치,난발치,매복발치 현황	111

국문 요약

한국 건강보험의 치과진료수가 항목변화와 요양급여비용 지급현황 연구

본 연구의 목적은 1977년부터 한국의료보험 실시 이후 2006년 현재까지 29년간의 치과건강보험 진료수가 항목변화에 대하여 체계적으로 조사하고 각 항목별 변화에 대하여 구체적으로 정리하고자 하였으며, 치과진료 행태의 변화를 연구하고자 심사평가원(Health Insurance Review Agency)에서 최근 5년간(2001년~2005년) 심사 결정되어 지급된 요양급여비용 중 치과에서 다 발생하는 처치 및 수술항목의 요양급여비용에 대하여 구체적으로 분석하고자 하였다.

이에 따른 연구방법은 1977년부터 2006년까지 보건복지부 및 심사평가원에서 발행된 '진료수가 책'을 수집하여 29년간 치과 진료수가 항목변화를 연도별로 분석하였으며, 전국 종합전문요양기관(치과진료과목이 있는 3차기관), 종합병원, 치과병원(치과대학부속병원 포함), 치과의원에서 청구되어 2001년부터 2005년까지 심사결정 지급된 요양급여비용을 심사평가원에 구축되어있는 전산 시스템인, D/W(Data Warehouse) 및 D/B(Data Base) 통계자료를 활용하여 치과에서 다 발생하는 즉일충진처치(Treatment for One Visit Filling), 와동형성(Cavity Preparation), 발치(Extraction), 치주수술(Scaling, Root Planing, Subgingival Curettage) 각 항목별 요양급여비용을 분석하였다.

연구결과 1977년 치과에서 주로 산정되는 진료수가 항목수는 총 86개였으나 2006년 현재는 총 246개로 증가하였다. 즉일충진처치(Treatment for One Visit Filling)와 아말감충진료(Amalgam Filling) 요양급여비용은 매년

감소하였고 치과병원과 치과의원이 밀집되어 있는 서울지역의 기관당 청구 금액이 가장 낮은 것으로 조사되었다. 복합레진충전(Composite Resin Filling)의 요양급여비용은 계속증가 하였으며, 성별 구성비는 2002년부터 2005년까지 계속 남자보다 여자가 높았다. 치과의원 2005년 진료비중 복합레진충전 요양급여비용은 남자치과의사 40대 49.68%, 여자치과의사 30대 64.09%로 여자치과의사의 요양급여비가 높았다.

치석제거 요양급여비용은 2001년 비교 2002년에 -67.53% 감소되었으나, 치근활택술 요양급여비용은 68.05%증가하였다. 2005년 전치발치의 요양급여비용은 2005년 종합병원의 요양급여비용이 17.86%증가하였으며 연령별 구성비는 2005년 60대 30.43%, 50대 22.83%, 70대 10.75%이다. 구치발치의 요양급여비용은 2005년 전체 요양급여비용이 5.09%증가하였으며, 완전매복발치는 2005년 종합전문병원의 증가율이 18.53%로 가장 높았다. 2005년 구치발치, 난발치, 매복발치의 소재지별 현황 요양급여비용은 서울지역보다는 인천지역, 경기지역, 전북지역 등의 기관당 청구금액비율이 높게 조사되었다.

따라서 위에서 조사한 결과에서 알 수 있듯이 국민의 구강건강증진을 도모하는 측면에서도 예방치료항목은 계속 발전하여야 한다. 왜냐하면, 치과는 예방치료가 최우선되어야 하며 그 다음이 조기치료이기 때문이다. 그러나 초기우식증 치료인 즉일충전치치 요양급여비용이 매년 감소되고 있는 분석결과는 문제가 있다고 생각한다. 조기치주질환 치료인 치석제거의 보험급여확대와 광중합형 복합레진충전(Light-cured Composite Resin Filling), 광중합형 글래스 아이오노머 시멘트(Light-cured Glass Ionomer Cement)충전 등 질 좋은 충전재료의 보험급여확대는 우리 모두의 시급한 과제이다.

I. 서 론

1. 연구배경 및 필요성

의료보험제도의 법적근거는 우리 헌법에는 국민의 인간다운 생활보장, 사회보장 증진 및 보건권 보장 등에 대한 국가의 의무를 규정하고 있으며, 국민의 자유와 권리는 공공복리 등을 위하여 필요한 경우에 한하여 법률로써 제한 할 수 있다고 규정하고 있다.(양명생. 한국 의료보험 진료수가 제정 및 인상 조사 과정에 관한 연구. 박사논문 1993) 의료보험제도는 헌법상의 국가에 이러한 의무를 수행하기 위하여 법률로써 제정·시행되고 있는 제도이다. 따라서 사회보장의 범위에는 『사회보험+공공부조+사회복지서비스+관련 복지제도』를 총칭하는 말이라 할 수 있다. 의료보험제도를 규정한 당시 법률은 의료보험법과 국민의료보험법이었다.(국민건강보험공단. 건강보험제도 개요. 교육교재 2004) 그러나 2000년 7월부터 이 법률들이 폐지되고, 국민건강보험법이 제정·시행됨으로써 현재는 “국민건강보험법”이라고 한다.

의료보험(건강보험)의 의의는 질병·부상 및 사망 등 우발적 사고의 발생이라는 위험에 있는 다수인이 그 사고로 인하여 생기는 경제적 수요를 충족하기 위하여 산출된 금액(이를 보험료라 한다)을 미리 각출하여 공동재산을 비축하고, 사고가 발생한 경우에 그 공동재산으로부터 일정한 보험급여를 실시하여 국민보건을 향상시키고, 국민보건의 향상은 곧 사회보장의 증진을 가져오게 되는 것이 목적 이라고 하겠다.(의료보험연합회. 신규직원 교육자료. 2000) 이러한 목적과 취지로써 1977년 이후 우리나라 의료

보험의 역사는 시작되었다. 그러나 우리나라의 의료보험제도 시행은 처음부터 지금까지도 그리 순탄하지만은 않았다. 처음 의료보험 도입당시 강제 지정제, 원가미만의 일방적인 저수가 고시와 규제 일변도의 통제 심사기준의 강화 등으로 인하여 기본 진료행위를 심각히 왜곡시킨다는 의료계의 계속적인 문제점제기는 아직까지도 끝이 없이 계속되고 있는 실정이다. 각각의 진료행위에 있어서도 투입되는 물적 요소와 기술적인 요소의 증감요인이 상이할 수 있음에도 불구하고 보상의 근거가 모호하여 요인별 합리적인 보상이 어려우며 의료비 절감방안을 모색하는 데 있어서도 제한이 되고 있다.(손명세, 권호근등. 치과 의료서비스 상대가치 개발. 연구보고서 1996) 다만, 그 동안 큰 변화가 있었다면, 1977년 일인당 국민총생산이 천 달러도 안 되던 때 어렵사리 의료보험 시작이후 12년만인 1989년 7월 1일부로 전 국민의료보험을 달성하게 되어 세계인의 이목이 집중된 점과 2000년7월 의약분업실시와 건강보험법 제55조에 의거 『건강보험심사평가원』의 독립적 설립·운영 및 2002년 의료보험통합이라 하겠다.

이러한 역사와 더불어 성장한 우리나라 치과 건강보험이 도입된 지도 벌써 1977년 이후 2007년에는 30년을 맞이하려 한다. 21세기에 진입한 우리 사회는 변화의 시점에 있다. 보건 및 사회복지제도가 성숙되어 갈 향후 수년간은 국민의 삶의 질을 선진국 수준으로 제고하는 데 있어서 매우 중요한 전환점이 될 것이다. (김한중, 유승흠등. 국민건강보험 평가와 발전방향. 한국의학원, 2001) 최근 심사평가원으로 요양기관 개설 및 폐업신고 된 현황을 참고하면 2005년 12월말 기준의 경우 전국 치과병원은 124개 기관, 치과의원은 12,548개 기관으로 조사되어 전국의료기관(약국포함) 비교 치과의원은 17.2%, 치과병원은 0.17%이다. 치과병원은 2006년 11월말 현재 135개 기관으로 매년 증가되는 것을 확인할 수 있었다.

그러나 그럼에도 불구하고 그간의 한국 치과 건강보험에 대한 역사를 체

계적이고 구체적으로 연구 보고 된 경우는 매우 드물다. 더욱이 18년 이상 심사평가원에서 치과진료비 심사업무를 담당한 실무자 입장에서 우리나라 치과건강보험제도의 시대적 변화에 관한 연구 논문은 한 건도 없는 것으로 확인 된다.

따라서 본 연구의 의의로는 첫째, 우리나라 치과건강보험 실시 이후 1977년부터 2006년까지 요양급여 및 진료수가의 흐름을 체계적으로 분석하고 둘째, 심사평가원에서 치과진료비심사 업무를 담당한 실무자 입장에서 치과진료비 심사기준에 따른 치과 진료비산정항목의 증가 시점 등을 정리하고 셋째, 2001년부터 2005년까지 치과에서 다 발생하는 처치 및 수술인 발치, 치주수술, 즉일충진처치 및 와동형성 등에 대한 요양급여비용의 지급 현황을 구체적으로 분석하여 치과의 시대적 흐름에 따른 진료 행태의 변화 과정을 연구하는데 있다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 1977년 의료보험 실시이후부터 2006년 현재까지 29년의 역사를 보다 체계적으로 정리함으로써 그간의 치과건강보험에 대한 변화를 조사 정리하고 최근까지 이루어지고 있는 진료 행태를 분석하여 앞으로 더욱 발전될 새로운 30년을 위한 치과건강보험제도의 미래에 대안을 마련하는데 기초 자료로 제시하고자 한다.

구체적인 연구 목표는 첫째, 1977년부터 2006년까지(29년) 치과 진료수가의 항목 또는 행위의 변화 과정을 정확하고 구체적으로 재분류한다. 둘째, 2001년부터 2005년까지 최근 5년간 심사평가원에서 요양급여비용을 심사한

심사결정금액을 기초로 전체요양급여비용과 초과요양급여비용을 항목별로 비교 분석한다. 넷째, 2001년부터 2005년까지 최근 5년간 심사평가원에서 요양급여비용을 심사한 심사결정금액을 기초로 초과에서 다 발생하는 즉일 충전처치, 와동형성, 아말감충진, 복합레진충진, 발치 및 치주수술 등의 요양급여비용을 행위별, 항목별, 상병별, 소재지별, 성별, 연령별로 구분하여 통계현황을 정확하게 분석한 후 그 내용을 구체적이고 조사한다.

3. 연구 방법

가. 기준자료수집 및 분석

보건복지부 및 심사평가원에서 발생된 1977년부터 1999년까지는 “요양급여기준 및 진료수가 기준”책과 2000년부터 2006년까지는 “건강보험 요양급여 행위 및 그 상대가치점수”로 구분되어 있는 진료수가기준 책을 수집하고, 초과 진료수가 항목변화를 연도별로 구체적으로 분석하여 각 연도별의 증가된 신설항목수와 항목 명을 또는 삭제 항목수와 항목명 등을 구체적이고 정확하게 분석하여 그동안 지나온 초과 의료보험의 29년에 요양급여비용 및 진료수가 항목변화의 과정을 조사한다.

나. 요양급여비용에 통계지표 및 Data Base 분석

전국 의료기관에서 건강보험심사평가원으로 2001년부터 2005년까지 요양급여비용으로 청구된 내용 중 심사평가원에서 심사 후 결정 지급된 요양급여비용을 토대로 사전에 건강보험심사평가원에서 D/B(Data Base)로 구축

되어 있는 통계지표 내용을 분석하여 치과에서 다 빈도로 발생하는 (즉일 충전처치, 와동형성, 발치, 치주수술) 요양급여비용에 대하여 분석하고, 다시 각각의 항목에 대한 요양급여비용(서면청구기관제외) 지급현황에 대하여 심사평가원내에 구축된 전산 시스템인 D/W(Data Warehouse)를 활용하여 2001년부터 2005년 까지 지급된 요양급여비용을 분석하여 요양기관종별(종합전문병원, 종합병원, 치과병원, 치과의원), 소재지별 및 연령·성별의 비율 등을 세부적으로 조사하였다.

《주요용어 설명》

1. 의료기관이란? 의료법 제3조(의료기관) ①의료인이 공중 또는 특정다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하“의료업”이라 한다)을 행하는 곳을 말한다.
 - ②의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나눈다.<개정 1986.5.10, 1994.1.7>
 - ③ “종합병원”이라 함은 의사 및 치과의사 의료를 행하는 곳으로서, 다음 각호의 요건을 갖추고 주로 입원환자에 대하여 의료를 행할 목적으로 개설하는 의료기관을 말한다.
<개정 1999.9.7, 2002.3.30, 2006.12.26>
 - ④ “병원”·“치과병원”또는 “한방병원”이라 함은 의사·치과의사 또는 한의사가 각각 그 의료를 행하는 곳 입원환자 30인 이상 수용할 수 있는 시설을 갖춘 곳, 다만, 치과병원의 경우 그 입원시설의 제한을 받지 아니한다.<개정 1986.5.10, 1994.1.7, 1999.9.7>
 - ⑤ 생략
 - ⑥ “의원”·“치과의원” 또는 “한의원”이라 함은 의사·치과의사 또는 한의사가 각각 그

의료를 행하는 곳으로서, 진료에 지장이 없는 시설을 갖추고 주로 외래환자에 대하여 의료를 행할 목적으로 개설하는 의료기관을 말한다.<개정 1986.5.10, 1999.9.7>~중략~

2. 종합전문요양기관이란? “국민건강보험법시행규칙”제8조제1항 관련하여 『종합전문요양기관 또는 전문요양기관의 인정기준』의 요건에 맞는 기관으로써 보건복지부 장관이 인정한 기관을 말한다.
3. 요양기관이란? 환자들(에게) 진료(투약)하는 기관으로서, 종합전문기관, 종합병원, 병원, 의원, 치과병원, 치과의원, 조산원, 보건의료원, 보건소, 보건지소, 한방병원, 한의원 약국을 제외한 요양기관을 '의료기관'이라 한다.
4. 요양급여비용총액(총진료비)이란? 건강보험 요양급여비용에 소요되는 총비용으로서 비급여, 식대, 지정진료 등의 비용은 포함되지 않으며, 보험자인 공단과 환자 본인이 나누어 부담한다.
5. 청구건수란? 요양기관이세 환자를(에게) 진료(투약)한 후'건강보험 요양급여비용을 “명세서 세부작성요령”에 의거 요양급여비용명세서서식에 작성한 후 건강보험 요양급여비용 청구방법에 의거 청구한 요양급여비용명세서를 의미하며, 청구방법은 EDI, 디스켓, 서면 청구 중 한 가지 방법을 선택하여 청구한다.
6. 건당 요양급여비용(급여비)이란? 청구건수당 발생된 요양급여비용 또는 급여비(요양급여비용총액(급여비)÷청구건수)
7. 내원일당 요양급여비용(급여비)이란? 환자가 요양기관에 내원(입원) 1일당 발생한 요양급여비용 또는 급여비 (요양급여비용(급여비)÷내원일수)

Ⅱ. 요양급여 항목 및 진료수가 변화

1. 치과 연도별 요양급여 항목변화

(검사, 방사선, 마취, 이학 및 재활요법(치과), 처치 및 수술료 등)

1977년 7월 1일부터 시행한 진료수가 기준 중 치과에서 주로 실시하는 검사, 방사선, 마취, 이학 및 재활요법('77년~'80년), 물리치료('81년~'82년), 등과 치과항목으로 처치 및 수술료 등이 별도 분류되기 전까지는 치과에서 주로 하는 행위명만을 항목수로 넣었으며, 치과항목이 별도 분류된 이후는 치과로 구분되어 있는 처치 및 수술료만을 항목수로 체크하였고 EDI(electronic document interchange) 전산청구로 실시된 이후부터는 코드수를 한 항목으로 하였으며 가산될 수 있는 항목이 코드화로 별도 구분된 경우 그 구분된 코드도 항목수에 포함시켰다. (예: 50%가산 항목 코드 각각 인정함) 1977년부터 1981년까지는 요양급여비용이 1점당 10원 점수제를 시행하였으며 항목종류는 의과에 포함시켜 치과항목이 별도로 구분되어 있지 않았다. <표2-1-1>

1981년부터 1999년까지는 “진료수가 기준액표”에 의거 산정토록 하였으며 주요변경사항으로는 1983년에 치과마취(침윤, 전달마취)항목이 신설되었고 1994년부터 요양급여비용의 청구방법을 EDI(electronic document interchange)로 가능토록 도입되었으며, 2001년부터 요양급여비용을 ‘행위 및 그 상대가치 점수’로 산정토록 하였다. <표2-1-2> 따라서 1977년부터 2006까지 치과에서 주로 시행되는 진료수가 산정항목수를 분석한 결과 1977년에는 총 86항목에서 시작되어 2006년에는 246항목으로 현저하게 증가한 것으로 조사되었다. <표2-1-3>

<표2-1-1> '77년부터 ~'80년까지의 항목변화 통계표 (단위: 횟수, 점수)

연번	연월일 (시행일)	총 항목수	항목종류						
			검사	치과 방사선	마취	제7장 이학 및 재활요법 (치과)	제9장 처치 및 수술료등		
							제1절 처치 및 수술 【치과】		
처치	구강연조직질환의 처치 및 외과 후 처치	수술							
1	'77.07.01	86	1	6	3	2	21	14	39
2	'79.01.01	87	1	6	3	2	21	14	40▲(1)
3	'80.05.10	89	1	6	3	2	21	14	41▲(1)

* 주: 1.심사평가원발행 진료수가 기준 책 참조
2.'77년 ~ '81년 (점수제도) : 점수당 10원

<표2-1-2> '81년부터 ~'99년까지의 항목변화 통계표 (단위: 횟수, 원)

연번	연월일	총 항목수	검사	치과 방사선	마취	제7장 재활 및 물리 치료료	제10장 치과			주요 변경사항
							제1절 치아질환 의 처치료	제2절 구강연조직질 환 및 외과술 후 처치료	제3절 수술료	
4	'81.06.15	90	1	6	3	2	22▲(1)	13▼(1)	42▲(1)	※진료수가 기준 액표(원)
5	'82.06.01	100	1	6	3	2	24	13▼(3)	51▲(14)	※치과항목 별도분류
6	'83.10.01	111		6	5▲(2)		27▲(1)	11	61▲(8)	※치과마취신설 (침윤, 전달마취)
7	'86.06.01	111		6	5		28	11	61	
8	'88.02.15	111		6	5		28	13▲(2)	59▼(2)	
9	'89.07.01	113		6	6▲(1)		29▲(1)	13	59	
10	'90.02.01	113		6	6		29	13	59	
11	'91.07.01	113		6	6		29	13	59	
12	'92.05.01	114		6	6		30▲(1)	13	59	
13	'93.03.01	117		6	6		33▲(3)	13	59	
14	'94.08.01	132		6	10▲(4)		40▲(7)	14▲(1)	62▲(3)	※EDI 청구시작
15	'95.04.01	139		6	10		48▲(8)	14	61▼(1)	※Reamer또는 File, Barbed-Broach 별도 항목인정
16	'95.12.10	123		6	10		33▼(15)	14	60▼(1)	※차5:근관외동형성 신설
17	'97.09.01	123		6	10		33	14	60	※아말감연마:충전물 연마 (명칭변경)
18	'98.07.01	123		6	10		33	14	60	
19	'99.11.15	140	0	13▲(7)	10		37▲(2)	12	68▲(8)	

* 주: 1.심사평가원발행 진료수가 기준 책 참조
2.'81년 ~ '99년 진료수가 기준액표 의거 산정함.

<표2-1-3> '01년부터~'06년까지의 항목변화 통계표

(단위: 횟수, 원)

연 번	연도	총 항목수	항목 종류							주요 변경사항
			치아검사	방사선	마취	계10장 치과 치치·수술료				
						제1절 치아질환치치	제2절 수술후치치, 치 구조 직 의 치치 등	제3절 구강외과 수술	제4절 치주질환 수술	
20	'01.01.01	212	3	19	17	40	27	89	17	※상대가치 점수제도
21	'02.04.01	212	3	19	17	40	27	89	17	
22	'03.01.01	216	4▲(1)	19	17	40	27	92▲(3)	17	
23	'04.01.01	220	5▲(1)	19	17	40	30▲(3)	92	17	
24	'05.01.01	228	5	27▲(8)	17	40	30	92	17	
25	'06.01.01	246	8▲(3)	27	17	42▲(2)	31▲(1)	100▲(8)	21▲(4)	

- * 주: 1. 심사평가원 발행 진료수가 기준 책 참조
 2. '01년부터 상대가치 점수제도 시작
 3. ▲ 증가, ▼ 감소 로 표시함.
 4. 항목수는 치과로 별도 구분된 항목이나 치과에서 주로 실시되는 항목만 선정함.
 예: 마취(정맥마취, 치과마취등)

2. 치과 연도별 요양급여 항목 주요 변화 세부내용

가. 연도별 치과 요양급여 항목

(검사, 치과방사선, 마취, 이학 및 재활요법(치과))

1977년부터 시작된 진료수가 산정기준중 검사료는 진료수가기준점수표(별표1) 1.진료비산정지침 나.검사료 (1)항에 의거 점수표 제2장의 각 분류 소정점수에 의하여 산정하되, 별도로 규정된 약제를 환자에게 투여 또는 사용하였을 때에는 약제료를 합산하여 산정하며 (2) 대칭기관의 검사는 편측이라는 특기가 없는 한 양측검사를 하였을 때에도 소정점수만을 산정하도록 하였으며 (3) 점수표 제2장에 기재되지 아니한 검사로서 특수한 검사의 검사료는 검사분류 항목중 가장 근사한 검사항목의 검사료의 소정점수에 의하여 산정토록 하였으나 치과는 별도로 구분되어 있지 않아 의과 항목에 준하여 산정토록 되어 있었다. 다만, 【병리조직검사】 나-85 치수전기검사만이 구분되어 있었다.

방사선의 기준은 다. X-선 판독료와 촬영료, (2)항에 의거 동시에 2이상의 X-선 촬영을 한 경우에는 제2의 판독료부터는 소정판독점수의 30%에 상당하는 점수를 산정토록 하였고 (3) 동일부위에 대하여 동시에 2매 이상의 필름을 사용하여 동일방법으로 촬영을 한 경우의 판독료 및 촬영료는 분류번호 다-4, 다-5 「나」의 경우를 제외하고는 제2매에서 제5매까지의 판독 및 촬영료는 소정점수의 30%에 상당하는 점수에 의하여 산정하고 제6매부터는 판독 및 촬영료를 산정하지 아니하도록 하였다. 치과의 경우 <판독료> 다-6 일반사진판독, 다-7 입체사진판독, 다-8 파노라마사진판독, <촬영료> 다-9 치아, 치주조직, 악골, 구강연조직, 다-10 입체촬영, 다-11

파노라마, 다-8 파노라마 사진판독으로 구분되었으며 치아 우식증에는 파노라마 촬영과 표준촬영은 1가지만 인정하였다.

마취료의 경우는 진료수가기준점수표(별표1) 1.진료비산정지침 바. 마취료의 (5)항에 의거 ‘점수표 제6장에 기재되지 아니한 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취의 비용은 처치 및 수술료에 포함된 것으로 간주하여 산정하지 아니한다. 다만, 약제를 사용한 때에는 그 가격이 50원 이상인 경우에 한하여 약제료를 산정한다.’ 로 규정되어 있어 치과의 침윤마취나 전달마취는 별도 인정하지 아니 하였다. 그러나 그 후 1983에 치과 침윤마취와 전달마취항목이 신설되어 별도 산정할 수 있도록 하였다.

1977년 의료보험 시작당시 치과에서 주로 시행되는 검사항목은 1항, 치과방사선 6항, 마취3항 이학 및 재활요법(치과)2항으로 조사되었으나 2006년에는 치과항목으로 별도 분류된 치아검사 8항(8배), 방사선 27항(4.5배), 마취 17항(5.7배)으로 조사되어 현저히 증가함을 확인 할 수 있었다. <부표 2-2>

나. 연도별 치과 요양급여 항목 (처치 및 수술료등)

1977년 진료수가기준(요양급여기준). II.진료기준 6. 처치, 수술 및 기타의 진단의 산정기준은 ‘가. 처치는 진료의 효과를 높이기 위하여 필요한 정도에 따라 행하여야 한다. 나. 수술은 필요하다고 인정되는 경우에 한하여 행한다. 다. 이학적 요법은 다른 진료방법보다 현저한 효과가 있을 것이라고 기대되는 경우 또는 타 요법과 병행 할 특별한 필요가 있는 경우에 한하여 행한다.’ 로 되었으며 11.항에 의거 치과진료 는 ‘가. 치과의 진료는

발치, 충전 및 치료에 한하여 충전재료는 인산시멘트, 규산시멘트, 아말감, 레진으로 한다. 나. 피보험자의 희망에 의하여 「가」항에 계기한 충전 재료보다 고가의 재료를 사용한 경우에는 그 차액은 피보험자가 부담한다.’로 산정기준을 정하여 시작하였다. 당시 치과의 처치 및 수술 등의 항목은 별도 구분되지 않고 제9장 처치 및 수술 등에 제1절 처치 및 수술 [치과]로 구분하였다. 당시 치과에서 주로 시행되는 항목수는 처치 21항, 구강연조직질환처치 및 외과 후 처치 14항, 수술 39항으로 확인 되었다.

1977년 이후 항목변화의 주요내용으로는 1981년에 제10장 치과항목이 별도로 분류되어 제1절 치아질환의 처치료, 제2절 구강연조직질환 및 외과술 후 처치료, 제3절 수술로 세분화되어 구분되었고 차-582 근관치료(1치1회당)-다. 주:2.항으로 근관확대가 (1회 1근관당 250원을 가산함)로 신설되었다. 1982년에는 제3절 수술료항목이 구체적으로 세분화되어 차-41발치 중매복발치, 차-44 부골제거수술, 차-54 악골종양수술, 차-56 치근낭포적출수술, 차-57 치조돌기 골절 정복술, 차-58 악골골절수술, 등 14항목이 신설되었다. 또한, 1983년은 차-14 러버댐장착료(1구강1일당), 차-60 치주질환수술(가. 치주소파술, 다. 치은박리소파수술), 차-61 상악동 구강누공폐쇄술, 차-63 치아재식술, 차-64 하악골 재건술, 이 세분화 및 신설되었으며, 1988년 차-29 교합조정(간단, 복잡), 1989년 차-16 치주낭 측정검사, 1992년 차-13-2 아말감 연마, 1993년 차-17 근관장 측정검사 등이 신설되며 1994년 차-12 근관충전 중 주: 가압근관충전이 신설, 차-13 충전 항목이 1면에서~4면까지 세분화 되고 차-18 응급근관 처치 가 신설되었으며, 1995년에는 차-5 근관와동형성이 신설되었다. 1997년은 차-13-2 아말감 연마가 충전물 연마로 항목의 명칭이 변경되었고, 1999년은 차-11-1 근관확대 주:3.항에 근관성형과 차-20 보철물제거 등이 신설되었다.

2001년부터 행위별 상대가치 점수제도를 시작으로 제10장 치과 처치·수술료가 좀더 구체적으로 분류되어 제1절 치아질환처치 40항목, 제2절 수술 후 처치, 치주조직의 처치등 27항목, 제3절 구강외과수술 89항목, 제4절 치주질환수술 17항목으로 크게 증가 하였다. 항목 변화의 주요 사항으로는 100/100본인 부담항목에서 급여로 전환된 항목수가 많았으며 구체적인 증가 항목은 2003년은 차-78-1 환관골공 현수고정술, 차-78-2 두개안면 현수고정술, 차-84-1 환하악골 결찰술, 3항목이 신설되고, 2004년은 차-38 측두하악관절자극요법,(가, 나, 다) 3항목시설, 2006년은 처-1 지각과민처치, 처-2 금속재 포스트제거, 처-21 낭종강 감압장치술, 처-42 상악골성형술, (가.~라.), 처-43 하악골성형술(가.~다.), 처-44 악관절 세척술, 처-101 치관 확장술(가.~다.), 처-102 기관분리술등이 신설되었다.

따라서 2006년 현재 ‘제10장 치과 처치·수술료’ 항목 수를 구체적으로 살펴보면 제1절 치아질환처치 42항목, 제2절 수술후처치, 치주조직의 처치 등 31항목, 제3절 구강외과 수술 100항목, 제4절 치주질환수술 21항목이다.

1977년 당시 치과에서 처치 및 수술시 산정 가능한 항목수가 총 74항목에서 시작되어 2006년 현재 제10장 치과 처치·수술료의 항목수는 총 194항목(2.6배)으로 크게 증가 되었음을 확인할 수 있었다. <부표2-2>

Ⅲ. 충전치료 항목의 요양급여비용 현황

【즉일충전처치 및 와동형성의 요양급여비용】

2001년부터 2005년까지 심사평가원에 청구된 요양급여비용중(의료급여제외, 서면청구기관 제외) 심사결정금액(지급불능 건 제외)을 기준으로 초기우식증 치료시 산정되는 즉일충전처치(차-6)와 초기우식증 치료를 벗어난 치아우식치료(치수치료포함)시 치료 마지막 단계에 실시되는 충전의 경우 치료과정 중 1차 1회만 산정(산정지침)할 수 있는 와동형성(차-15)의 항목에 대한 요양급여비용을 분석하였다.

조사된 즉일충전처치(U006)와 와동형성(U0151, U0152, U0153, U0154) 금액은 요양기관 종별가산금이 포함되지 않았으며, 서면청구기관이 (2005년 말 기준 치과병원 7.9%, 치과의원 2.4%) 제외된 전체 전산 (EDI, 디스켓청구)청구기관의 자료를 토대로 하였다. 또한, 각 항목별 청구금액이 소아가산이나 야간가산을 포함한 코드로 청구된 경우는 청구횟수 및 청구금액에 포함되었다. 청구횟수는 일투(1일 처치 치아수) X 총 투여(총 처치 일수)수를 말한다. 즉일충전처치(차-6)와 와동형성(차-15)에 대한 요양급여비용의 현황을 요양기관종별, 소재지별, 연령 및 성별로 구분하였고 각각의 처치에 따른 수진자당 요양급여비용도 조사하였으며 아울러 동 항목 처치시 다 발생 상병에 대한 순위도 요양기관종별로 조사하여 최근 5년간의 진료행태의 변화에 대하여 연구하고자 한다.

1. 즉일충전처치(차-6) 현황분석 (2001년~2005년)

즉일충전처치(차-6)항목은 「건강보험 요양급여 행위 및 그 상대가치점

수」 제10장. 제1절. 차-6 (U0060) “주”:1.항에 의거 초기우식증에 대하여 1 일에 경조식처치(치수절단, 발수 등 제외)와 와동형성을 완료하고 충전을 실시한 경우에 산정한다. 2. 치수복조, 와동형성, 약제 및 재료의 비용이 포함되므로 별도 산정하지 아니한다. 3. 만8세 미만의 소아에 대하여는 소정 점수의 30%를 가산한다. 로 산정지침이 되어있으며 동 항목의 행위별 수는 (2005년1월1일 현재) 6,720원이다.

가. 요양기관종별 즉일충전처치(1치당) 항목별 현황

2001년부터 2005년까지 즉일충전처치(차-6)의 총 요양급여 비용을 요양기관종별구분으로 요양급여비용의 청구횟수와 청구금액을 각각 분석하였다. <표3-1-가> 분석결과 년별 총 청구횟수와 청구금액의 총계와 비교할 때 각 기관의 구성비는 치과의원이 99%, 치과병원급 이상 기관은 1%로 분석되었다. 이는 치과의원이 전체 요양기관수에 대다수로 기관수의 구성비율을 감안하지 않은 당연한 결과라고 생각된다. 전년비교 총 청구금액의 증가율을 2001년~2005년까지 조사한 결과 매년 감소추세이며, 2005년 기준 -1.53%로 치과병원-8.44%, 치과의원 -1.50%, 종합전문요양기관 -0.37%로 조사되었다. 종합병원급은 약간씩 증가되는 것으로 조사되었다.

<표3-1-가> 요양기관종별 즉일충전처치의 전체청구횟수 및 청구금액 현황

종별	수록 시점	청구횟수(1치당)			요양급여비용(1치당)		
		횟수	년 구성비(%)	전년비교 증감율(%)	금액(원)	년 구성비(%)	전년비교 증감율(%)
총계	2001	10,652,915.2	100.0	-	71,144,062,111	100.0	-
	2002	10,138,220.3	100.0	-4.83	68,880,152,178	100.0	-3.18
	2003	9,958,833.2	100.0	-1.77	68,103,044,167	100.0	-1.13
	2004	9,562,868.2	100.0	-3.98	66,846,560,387	100.0	-1.84
	2005	9,199,072.0	100.0	-3.80	65,821,200,420	100.0	-1.53
종합전문	2001	11,547.5	0.1	-	76,923,776	0.1	-
	2002	11,383.3	0.1	-1.42	78,137,053	0.1	1.58
	2003	9,781.5	0.1	-14.07	65,536,038	0.1	-16.13
	2004	6,522.5	0.1	-33.32	44,553,280	0.1	-32.02
	2005	6,264.0	0.1	-3.96	44,390,595	0.1	-0.37
종합병원	2001	12,596.4	0.1	-	79,403,523	0.1	-
	2002	19,932.4	0.2	58.24	129,843,597	0.2	63.52
	2003	27,054.9	0.3	35.73	178,517,582	0.3	37.49
	2004	28,470.6	0.3	5.23	191,360,439	0.3	7.19
	2005	28,684.6	0.3	0.75	199,133,025	0.3	4.06
치과병원	2001	51,588.1	0.5	-	334,044,770	0.5	-
	2002	63,151.9	0.6	22.42	440,462,450	0.6	31.86
	2003	71,881.4	0.7	13.82	503,448,936	0.7	14.30
	2004	71,976.3	0.8	0.13	520,964,929	0.8	3.48
	2005	64,709.9	0.7	-10.10	476,993,922	0.7	-8.44
치과의원	2001	10,577,183.2	99.3	-	70,653,690,042	99.3	-
	2002	10,043,752.6	99.1	-5.04	68,231,709,078	99.1	-3.43
	2003	9,850,115.4	98.9	-1.93	67,355,541,611	98.9	-1.28
	2004	9,455,898.8	98.9	-4.00	66,089,681,739	98.9	-1.88
	2005	9,099,413.5	98.9	-3.77	65,100,682,878	98.9	-1.50

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일부 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수록시점은 심사결정 연도를 말함.
 5. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨. (종합전문병원은 3차기관임)

나. 소재지별 치과병원, 치과의원의 즉일충전처치(1치당) 현황

치과병원의 소재지별 즉일충전처치(차-6) 요양급여비용 현황을 분석한 결과 2005년 기준으로 전체 조사 대상기관은 123기관이며, 총 청구금액은 476,993,922원이며, 전체 평균 기관당 청구금액은 3,877,999원이다.

소재지별 전체 청구금액의 구성비는 서울지역이 24.2%로 가장 높았고 경기 19.0%, 부산 8.0%순으로 조사되었다. 그러나 기관당 청구금액을 비교하면 2005년 전북지역의 기관당 청구금액이 27,999,730원으로 전체 평균 기관당 청구금액 보다 7배로 가장 높았으며, 충북, 강원, 인천지역 순으로 조사되었다.

치과병원 요양기관이 계속적으로 늘어나고 있는 서울지역의 경우는 2005년 전체 기관당 평균 청구금액보다 63.3%로 적은 것으로 조사되었다.

<표3-1-나-1>

<표3-1-나-1> 소재지별 치과병원의 즉일충전처치 청구횟수 및 청구금액 현황

지역	년도	치과병원 요양기관 즉일충전처치(U0060)							
		요양 기관수	횟수	횟수구성 비(%)	금액(원)	금액구 성비(%)	기관당 횟수	기관당금액(원)	
								금액	순위
총계	2001	52	51,588.1	100.0	334,044,770	100.0	992	6,423,938	
	2002	79	63,151.9	100.0	440,462,450	100.0	799	5,575,474	
	2003	108	71,881.4	100.0	503,448,936	100.0	666	4,661,564	
	2004	110	71,976.3	100.0	520,964,929	100.0	654	4,736,045	
	2005	123	64,709.9	100.0	476,993,922	100.0	526	3,877,999	기준
서울	2001	19	7,141.8	13.8	45,470,008	13.6	376	2,393,158	
	2002	29	16,432.7	26.0	112,901,973	25.6	567	3,893,171	
	2003	42	15,562.2	21.6	107,732,510	21.4	371	2,565,060	
	2004	40	18,991.8	26.4	137,302,204	26.4	475	3,432,555	
	2005	47	15,653.1	24.2	115,293,770	24.2	333	2,453,059	*
전북	2001	1	2,166.0	4.2	15,964,834	4.8	2,166	15,964,834	
	2002	1	2,336.0	3.7	17,725,340	4.0	2,336	17,725,340	
	2003	1	2,174.0	3.0	16,690,380	3.3	2,174	16,690,380	
	2004	1	2,516.0	3.5	20,111,580	3.9	2,516	20,111,580	
	2005	1	3,401.0	5.3	27,999,730	5.9	3,401	27,999,730	1
충북	2001	1	3,636.0	7.0	23,040,526	6.9	3,636	23,040,526	
	2002	1	2,395.8	3.8	15,767,115	3.6	2,396	15,767,115	
	2003	1	2,086.5	2.9	14,089,365	2.8	2,087	14,089,365	
	2004	1	1,878.9	2.6	12,910,687	2.5	1,879	12,910,687	
	2005	1	2,334.0	3.6	16,447,240	3.4	2,334	16,447,240	2
강원	2001	1	3,671.0	7.1	21,542,216	6.4	3,671	21,542,216	
	2002	1	4,188.0	6.6	29,796,400	6.8	4,188	29,796,400	
	2003	1	2,242.0	3.1	15,777,950	3.1	2,242	15,777,950	
	2004	1	2,447.5	3.4	17,176,625	3.3	2,448	17,176,625	
	2005	1	2,043.0	3.2	14,743,640	3.1	2,043	14,743,640	3
충남	2001	1	914.0	1.8	6,544,562	2.0	914	6,544,562	
	2002	3	1,321.0	2.1	9,559,790	2.2	440	3,186,597	
	2003	4	4,064.5	5.7	29,921,745	5.9	1,016	7,480,436	
	2004	4	5,213.0	7.2	39,404,550	7.6	1,303	9,851,138	
	2005	4	5,447.5	8.4	43,225,920	9.1	1,362	10,806,480	4
인천	2001	2	1,823.5	3.5	11,691,363	3.5	912	5,845,682	
	2002	4	2,612.0	4.1	17,958,470	4.1	653	4,489,618	
	2003	4	2,701.0	3.8	18,238,540	3.6	675	4,559,635	
	2004	3	2,711.0	3.8	18,656,500	3.6	904	6,218,833	
	2005	3	2,818.0	4.4	20,040,700	4.2	939	6,680,233	5

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용증 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일부 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수록시점은 심사결정 연도를 말함.
 5. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨.

치과의원의 즉일충전처치(차-6) 요양급여비용 현황을 분석하면 2005년 전체조사 대상기관수는 12,605기관, 총 청구금액은 5,100,682,878원이다. 소재지별 총 청구금액의 구성비는 서울지역이 1,946,153,286원(18.4%) 가장 높았으며, 경기지역 11,991,515,744원(18.4%), 부산 5,209,521,594원(8.0%) 순으로 조사 되었다.

2005년 전체 평균 기관당 청구금액은 5,164,671원이며, 소재지별 기관당 청구금액의 순위는 충북지역이 9,370,847원으로 전체 평균 기관당 청구금액 비교 1.8배로 가장 높은 지역으로 조사되었다. 반면, 2005년 즉일충전처치(차-6)의 요양급여비용에 구성비가 가장 높았던 서울지역의 기관당 청구금액은 3,091,655원으로 전체 평균 기관당 청구금액비교 59.9%로 평균금액보다 현저히 낮은 것으로 조사되었다.

또한, 기관당 청구금액이 가장 높은 지역으로 확인된 충북지역의 즉일충전처치(차-6)의 요양급여비용은 매년 증가하는 경향이나, 서울지역은 매년 감소하는 추세이다. <표3-1-나-2>

따라서 조사된 내용을 종합적으로 분석한 결과 치과의원의 경우 초기 우식증 처치인 즉일충전처치(차-6)의 요양급여비용은 서울지역이 타 지역에 비교하여 현저히 낮은 것으로 조사된다.

<표3-1-나-2> 소재지별 치과의원의 즉일충전처치 청구횟수 및 청구금액 현황

지역	년도	치과의원 요양기관 즉일충전처치(U0060)							
		요양 기관수	횟수	횟수구 성비(%)	금액(원)	금액구 성비(%)	기관당 횟수	기관당금액(원)	
								금액	순위
총계	2001	10,458	10,577,183.2	100.0	70,653,690,042	100.0	1,011	6,755,947	
	2002	11,049	10,043,752.6	100.0	68,231,709,078	100.0	909	6,175,374	
	2003	11,573	9,850,115.4	100.0	67,355,541,611	100.0	851	5,820,059	
	2004	12,045	9,455,898.8	100.0	66,089,681,739	100.0	785	5,486,898	
	2005	12,605	9,099,413.5	100.0	65,100,682,878	100.0	722	5,164,671	기준
서울	2001	3,117	2,004,567.0	19.0	13,162,919,748	18.6	643	4,222,945	
	2002	3,341	1,942,994.9	19.3	13,038,906,926	19.1	582	3,902,696	
	2003	3,554	1,917,591.0	19.5	12,934,581,182	19.2	540	3,639,443	
	2004	3,696	1,762,407.7	18.6	12,134,871,959	18.4	477	3,283,245	
	2005	3,864	1,695,074.1	18.6	11,946,153,286	18.4	439	3,091,655	※
충북	2001	232	349,158.2	3.3	2,317,695,351	3.3	1,505	9,990,066	
	2002	236	327,176.9	3.3	2,199,220,504	3.2	1,386	9,318,731	
	2003	238	346,011.5	3.5	2,344,083,275	3.5	1,454	9,849,089	
	2004	245	335,109.7	3.5	2,321,991,219	3.5	1,368	9,477,515	
	2005	254	334,977.4	3.7	2,380,195,021	3.7	1,319	9,370,847	1
전북	2001	388	568,160.9	5.4	3,822,877,069	5.4	1,464	9,852,776	
	2002	400	531,260.9	5.3	3,611,039,990	5.3	1,328	9,027,600	
	2003	397	535,862.9	5.4	3,677,695,903	5.5	1,350	9,263,718	
	2004	414	515,768.1	5.5	3,630,170,030	5.5	1,246	8,768,527	
	2005	402	488,108.4	5.4	3,518,094,036	5.4	1,214	8,751,478	2
대전	2001	335	458,060.9	4.3	3,058,433,954	4.3	1,367	9,129,654	
	2002	345	422,032.1	4.2	2,849,241,395	4.2	1,223	8,258,671	
	2003	356	413,545.7	4.2	2,814,950,196	4.2	1,162	7,907,163	
	2004	365	430,103.0	4.5	2,987,876,423	4.5	1,178	8,185,963	
	2005	382	431,429.5	4.7	3,071,569,175	4.7	1,129	8,040,757	3
경북	2001	440	610,478.3	5.8	4,063,954,708	5.8	1,387	9,236,261	
	2002	452	598,981.8	6.0	4,058,998,831	5.9	1,325	8,980,086	
	2003	448	564,044.9	5.7	3,849,286,002	5.7	1,259	8,592,156	
	2004	444	523,029.3	5.5	3,655,022,827	5.5	1,178	8,232,033	
	2005	468	506,760.7	5.6	3,636,103,448	5.6	1,083	7,769,452	4
제주	2001	111	134,926.8	1.3	895,187,538	1.3	1,216	8,064,753	
	2002	117	131,614.3	1.3	878,852,905	1.3	1,125	7,511,563	
	2003	119	124,198.0	1.3	839,000,021	1.2	1,044	7,050,420	
	2004	123	138,272.4	1.5	954,254,876	1.4	1,124	7,758,170	
	2005	128	135,569.5	1.5	960,569,336	1.5	1,059	7,504,448	5

* 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일투 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수록시점은 심사결정 연도를 말함.

다. 연령·성별 즉일충전처치(1차당) 현황

연령별구분 2002년~2005년의 즉일충전처치(차-6)에 요양급여비용 현황은 5세~9세가 매년 가장 높았으며 1세~4세, 10세~14세 순으로 높게 조사되었다. 1세~14세가 49.6%로 높았다. 그러나 1세~14세은 매년 감소하는 경향이 며 35~39세, 45세~49세는 계속 증가하였다. <표3-1-다>

성별로 구분하여 조사한 결과 5세~9세인 경우는 매년 여자보다 남자가 약간 높았고 10세~14세는 남자보다 여자가 높았다.

<표3-1-다> 연령별 즉일충전처치(차-6) 청구금액 구성비 (2002년~2005년)

구분	2005년		2004년		2003년		2002	
	청구금액(원)		청구금액(원)		청구금액(원)		청구금액(원)	
	금액	구성비 (%)						
계	65,821,200,420	100.00	66,846,560,387	100.00	68,103,044,167	100.00	68,880,152,178	100.00
0세	774,970	0.00	1,138,126	0.00	1,081,000	0.00	898,710	0.00
1~4	6,868,045,852	10.43	8,276,516,560	12.38	9,024,329,694	13.25	9,839,839,066	14.29
5~9	16,092,771,135	24.45	17,059,969,204	25.52	18,079,274,363	26.55	18,892,044,413	27.43
10~14	5,621,161,996	8.54	5,502,484,196	8.23	5,637,931,065	8.28	5,425,502,085	7.88
15~19	4,457,765,061	6.77	4,543,264,286	6.80	4,821,725,352	7.08	4,803,506,118	6.97
20~24	4,122,369,366	6.26	4,185,069,544	6.26	4,070,818,018	5.98	3,902,740,788	5.67
25~29	3,150,176,338	4.79	3,103,305,099	4.64	3,278,563,943	4.81	3,405,050,137	4.94
30~34	3,255,588,944	4.95	3,337,251,178	4.99	3,524,551,168	5.18	3,625,742,663	5.26
35~39	3,522,799,018	5.35	3,498,123,294	5.23	3,440,802,506	5.05	3,526,774,430	5.12
40~44	3,923,316,995	5.96	3,917,770,300	5.86	3,922,417,856	5.76	3,903,566,242	5.67
45~49	4,017,811,930	6.10	3,663,558,425	5.48	3,331,791,044	4.89	3,128,373,091	4.54
50~54	3,077,982,159	4.68	2,720,692,536	4.07	2,537,189,302	3.73	2,424,914,654	3.52
55~59	2,507,815,063	3.81	2,273,826,328	3.40	2,100,110,983	3.08	2,022,420,187	2.94
60~64	2,176,518,732	3.31	2,062,335,900	3.09	1,947,248,867	2.86	1,789,156,404	2.60
65~69	1,606,602,022	2.44	1,454,256,416	2.18	1,300,597,876	1.91	1,206,370,212	1.75
70~74	868,168,887	1.32	764,211,265	1.14	672,750,456	0.99	614,595,377	0.89
75~79	388,485,670	0.59	337,986,563	0.51	288,878,913	0.42	264,321,846	0.38
80~84	132,322,162	0.20	117,364,047	0.18	99,917,655	0.15	83,791,850	0.12
85이상	30,724,120	0.05	27,437,120	0.04	23,064,106	0.03	20,543,905	0.03

* 심사평가원 내부자료 (심사지급현황참조)

라. 요양기관종별 수진자당 즉일충전처치(U0060) 요양급여비용

즉일충전처치(차-6)는 「건강보험 요양급여 행위 및 그 상대가치점수」 제10장. 제1절. 차-6 (U0060) “주”:1.항에 의거 초기우식증 치료율 원칙으로 하는 처치로 (2005년1월1일 현재) 행위별 수가는 6,720원이다. 즉일충전처치(차-6)의 요양기관종별 수진자수비교 수진자당 청구금액은 2005년 전체 평균 수진자 1인당 청구금액은 17,344원이며, 요양기관종별의 순위는 치과의원이 17,366원으로 가장 높게 조사되었다. 따라서 즉일충전처치(차-6)는 조사된 바와 같이 치과의원에서 많이 시행되는 것으로 분석할 수 있다. 매년 수진자당 청구금액이 증가하는 것으로 조사된 것은 진료수가가 매년 약간씩 증가하는 것이 반영된 결과라고 추정된다. <표3-1-라>

마. 즉일충전처치(차-6) 다 발생 상병

요양기관종별 요양급여비용으로 청구된 즉일충전처치(차-6)의 다 발생되는 상병을 분석한 결과 종합전문요양기관은 (K02.9) 상세불명의 치아우식증, 종합병원, 치과병원. 치과의원은 (K02.1)상아질의 우식증으로 조사되었다.

<표3-1-라> 요양기관종별 즉일충전처치(차-6) 수진자당 요양급여비용

구분	수록 시점	요양 기관수	총 청구금액(원)	총 청구횟수	수진자수	수진자당 청구금액	순위
총계	2001	10,598	71,144,062,111	10,652,915.17	4,317,747	16,477	
	2002	11,253	68,880,152,178	10,138,220.27	4,195,733	16,417	
	2003	11,838	68,103,044,167	9,958,833.20	4,114,836	16,551	
	2004	12,327	66,846,560,387	9,562,868.16	3,943,118	16,953	
	2005	12,918	65,821,200,420	9,199,071.99	3,794,937	17,344	기준
전문종합	2001	26	76,923,776	11,547.52	6,133	12,543	
	2002	33	78,137,053	11,383.30	6,316	12,371	
	2003	34	65,536,038	9,781.50	5,558	11,791	
	2004	30	44,553,280	6,522.50	3,822	11,657	
	2005	32	44,390,595	6,264.00	3,442	12,897	4
종합병원	2001	62	79,403,523	12,596.35	6,316	12,572	
	2002	92	129,843,597	19,932.44	10,001	12,983	
	2003	124	178,517,582	27,054.88	13,591	13,135	
	2004	142	191,360,439	28,470.55	13,719	13,949	
	2005	158	199,133,025	28,684.63	14,377	13,851	3
치과병원	2001	52	334,044,770	51,588.10	22,838	14,627	
	2002	79	440,462,450	63,151.93	30,770	14,315	
	2003	108	503,448,936	71,881.43	35,528	14,170	
	2004	110	520,964,929	71,976.30	35,509	14,671	
	2005	123	476,993,922	64,709.90	32,182	14,822	2
치과의원	2001	10,458	70,653,690,042	10,577,183.20	4,286,053	16,485	
	2002	11,049	68,231,709,078	10,043,752.60	4,153,239	16,429	
	2003	11,573	67,355,541,611	9,850,115.39	4,065,206	16,569	
	2004	12,045	66,089,681,739	9,455,898.81	3,894,512	16,970	
	2005	12,605	65,100,682,878	9,099,413.46	3,748,792	17,366	1

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일부 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수록시점은 심사결정 연도를 말함.
 5. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨. (종합전문병원은 3차기관임)

2. 와동형성(1치당) 현황 분석 (2001년~2005년)

와동형성(차-15)항목은 「건강보험 요양급여 행위 및 그 상대가치점수」 제10장. 제1절. 차-15 (U0151) (U0152) (U0153) (U0154) “주”:1.항에 의거 치료기간 중 충전을 완료한 날에 1회만 별도 산정한다. 2. 동일치아 2이상 와동을 형성한 경우에는 각와동에 대한 면수를 합산하여 산정하되, 단 동일면에 국한한 2와동이상의 와동을 형성한 경우에는 와동수에 관계없이 1면으로 산정한다. 3. 만8세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 30%를 가산한다. 로 되어 있으며 동 항목의 행위별 수가는 (2005년1월1일 현재) 1면:1,590원, 2면:3,020원, 3면:3,490원, 4면 이상:4,920원이다.

가. 요양기관종별 와동형성(1면~4면이상) 항목별 현황

와동형성(1면~4면이상)의 요양급여비용을 2001년부터 2005년까지 요양기관종별로 총 요양급여비용에 전체 청구횟수 및 청구금액으로 각각 구분하여 산정현황을 분석한 결과 2005년의 청구금액의 전체 총 금액대비 구성비는 치과의원이 98.69%로 확인되었으며 치과병원급 이상 기관은 1.2%내외로 조사되었다. 이는 치과의원이 치과병원급 이상 요양기관보다 대다수를 차지하므로 전체 요양급여비용 총계만을 기준으로 한 단순한 조사결과로 생각된다. 그러나 여기서 주목할 사항은 전년비교 총 청구금액의 증가율이 치과병원과 치과의원은 계속적으로 감소되는 경향으로 2005년 치과병원의 경우 전년비교 증가율이 -16.86%로 크게 감소된 것으로 조사되었다. 반면, 종합전문요양기관과 종합병원은 증가되었다. <표3-2-가>

<표3-2-가> 요양기관종별 와동형성(1면~4면)의 전체청구횟수 및 청구금액 현황

종별	년도	요양 기관수	청구횟수			청구금액(원)		
			횟수	년 구성비 (%)	전년비교 증가율(%)	금액(원)	년 구성 비(%)	전년비교증 가율(%)
총계	2001	10,385	4,314,335.48	100.0	-	12,161,313,649	100.0	-
	2002	11,188	5,290,284.13	100.0	22.62	14,591,703,447	100.0	19.98
	2003	11,795	5,212,056.65	100.0	-1.48	14,377,015,616	100.0	-1.47
	2004	12,285	5,063,077.77	100.0	-2.86	14,228,042,392	100.0	-1.04
	2005	12,889	4,891,548.30	100.0	-3.39	14,040,627,702	100.0	-1.32
전문종합	2001	24	3,526.60	0.06	-	7,515,060	0.08	-
	2002	31	5,704.00	0.09	61.74	13,278,130	0.11	76.69
	2003	35	5,982.00	0.09	4.87	13,085,070	0.11	-1.45
	2004	33	5,187.50	0.09	-13.28	12,118,745	0.10	-7.38
	2005	31	5,530.00	0.10	6.60	14,447,770	0.11	19.22
종합병원	2001	54	5,993.50	0.11	-	13,705,515	0.14	-
	2002	90	12,635.20	0.19	110.82	28,078,937	0.24	104.87
	2003	121	16,357.54	0.26	29.46	37,011,093	0.31	31.81
	2004	136	16,865.12	0.27	3.10	37,799,883	0.33	2.13
	2005	158	18,498.50	0.31	9.68	43,718,785	0.38	15.66
치과병원	2001	47	22,185.52	0.50	-	60,638,105	0.51	-
	2002	79	41,632.73	0.78	87.66	114,245,163	0.79	88.40
	2003	108	50,738.11	0.99	21.87	142,180,046	0.97	24.45
	2004	112	48,736.11	0.97	-3.95	138,447,205	0.96	-2.63
	2005	118	40,196.40	0.82	-17.52	115,099,641	0.82	-16.86
치과의원	2001	10,260	4,282,629.86	99.33	-	12,079,454,969	99.27	-
	2002	10,988	5,230,312.20	98.93	22.13	14,436,101,217	98.87	19.51
	2003	11,532	5,138,979.00	98.66	-1.75	14,184,739,407	98.60	-1.74
	2004	12,004	4,992,289.04	98.68	-2.85	14,039,676,559	98.60	-1.02
	2005	12,582	4,827,323.40	98.77	-3.30	13,867,361,506	98.69	-1.23

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일투 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수록시점은 심사결정 연도를 말함.
 5. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨. (종합전문병원은 3차기관임)

나. 소재지별 치과병원, 치과의원의 와동형성(1면~4면이상) 현황

치과병원에 소재지별 와동형성(차-15)의 요양급여비용을 분석한 결과 2005년 조사대상기관수는 총 118기관, 청구금액은 총 115,099,641원이며, 전국 평균 기관당 청구금액은 975,421원으로 조사되었다. 와동형성(차-15)의 소재지별 요양급여비용의 순위를 확인하면 충북지역이 전체 청구금액 구성비가 8.8%, 기관당 청구금액이 10,103,170원으로 전국 평균 기관당 청구금액 비교 10.4배로 현저히 높게 분석되었다. 다음은 강원지역의 기관당 청구금액이 2,237,340원, 충남지역의 기관당 청구금액이 2,033,949원 순으로 조사되었다. 그러나 서울지역의 경우 총 요양급여비용에 구성비가 25.8%로 높게 분석되었으나 기관당 청구금액은 674,221원으로 전국 평균 기관당 청구금액에 96%로 평균금액보다 낮았다. <표3-2-나-1>

치과의원의 소재지별 와동형성(차-15)에 요양급여비용 현황을 분석한 결과 2005년 조사대상기관은 총 12,582개 기관이며, 청구금액은 총 13,867,361,506원이고, 전국 평균 기관당 청구금액은 1,102,159원으로 조사되었다. 소재지별 기관당 청구금액의 순위는 제주지역이 2,070,983원으로 전국 평균 기관당 금액비교 1.8배로 조사되었으며, 경남지역 1,700,302원, 전국 평균 기관당 청구금액의 1.5배, 경북지역이 기관당 청구금액 1,591,632원으로 조사되었다.

분석결과 특이한 점은 2005년 기준 서울지역의 조사대상기관수 3,853개 기관, 전체 청구금액 867,361,506원으로 전체 구성비가 18.8%로 높게 확인되었으나, 기관당 청구금액은 675,550원으로 전국 평균 기관당 청구금액비교 61.3%로 평균보다 적은 금액으로 가장 낮은 지역으로 조사되었다. <표 3-2-나-2>

<표3-2-나-1> 소재지별 치과병원의 와동형성 청구횟수 및 청구금액 현황

지역	년도	치과병원 요양기관 와동형성(차-13)							
		요양 기관수	청구횟수		청구금액(원)		기관당 횟수	기관당금액(원)	
			횟수	구성비(%)	금액	구성비(%)		금액	순위
총계	2001	47	22,185.5	100.0	60,638,105	100.0	472	1,290,172	
	2002	79	41,632.7	100.0	114,245,163	100.0	527	1,446,141	
	2003	108	50,738.1	100.0	142,180,046	100.0	470	1,316,482	
	2004	112	48,736.1	100.0	138,447,205	100.0	435	1,236,136	
	2005	118	40,196.4	100.0	115,099,641	100.0	341	975,421	기준
서울	2001	17	4,353.5	19.6	12,594,175	20.8	256	740,834	
	2002	29	11,429.3	27.5	33,484,195	29.3	394	1,154,627	
	2003	42	10,448.5	20.6	30,730,340	21.6	249	731,675	
	2004	41	12,764.0	26.2	36,717,850	26.5	311	895,557	
	2005	44	9,971.5	24.8	29,665,740	25.8	227	674,221	*
충북	2001	1	2,140.0	9.6	6,425,950	10.6	2,140	6,425,950	
	2002	1	3,487.4	8.4	10,321,660	9.0	3,487	10,321,660	
	2003	1	2,858.0	5.6	8,914,660	6.3	2,858	8,914,660	
	2004	1	2,856.0	5.9	9,265,530	6.7	2,856	9,265,530	
	2005	1	2,837.5	7.1	10,103,170	8.8	2,838	10,103,170	1
강원	2001	1	9.0	0.0	28,350	0.0	9	28,350	
	2002	1	102.0	0.2	305,570	0.3	102	305,570	
	2003	1	553.5	1.1	1,683,505	1.2	554	1,683,505	
	2004	1	909.0	1.9	2,745,930	2.0	909	2,745,930	
	2005	1	748.5	1.9	2,237,340	1.9	749	2,237,340	2
충남	2001	1	537.0	2.4	1,532,720	2.5	537	1,532,720	
	2002	3	936.0	2.2	2,391,190	2.1	312	797,063	
	2003	4	2,827.0	5.6	7,152,525	5.0	707	1,788,131	
	2004	5	3,107.5	6.4	8,837,480	6.4	622	1,767,496	
	2005	4	3,351.0	8.3	8,135,795	7.1	838	2,033,949	3
전북	2001	1	595.0	2.7	1,457,310	2.4	595	1,457,310	
	2002	1	726.0	1.7	1,629,040	1.4	726	1,629,040	
	2003	1	806.0	1.6	1,995,780	1.4	806	1,995,780	
	2004	1	880.0	1.8	2,249,630	1.6	880	2,249,630	
	2005	1	680.0	1.7	1,860,550	1.6	680	1,860,550	4
경남	2001	2	2,332.0	10.5	5,419,460	8.9	1,166	2,709,730	
	2002	3	2,766.5	6.6	5,891,603	5.2	922	1,963,868	
	2003	3	2,946.0	5.8	6,533,845	4.6	982	2,177,948	
	2004	3	3,308.0	6.8	9,185,855	6.6	1,103	3,061,952	
	2005	3	2,079.0	5.2	5,170,140	4.5	693	1,723,980	5

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일부 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수록시점은 심사결정 연도를 말함.
 5. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨.

<표3-2-나-2> 소재지별 치과의원의 와동형성 청구횟수 및 청구금액 현황

지역	년도	치과의원 요양기관 와동형성(차-13)							
		요양 기관수	청구횟수		청구금액(원)		기관당 횟수	기관당금액(원)	
			횟수	구성비(%)	금액	구성비(%)		금액	순위
총계	2001	10,260	4,282,629.9	100.0	12,079,454,969	100.0	417	1,177,335	
	2002	10,988	5,230,312.2	100.0	14,436,101,217	100.0	476	1,313,806	
	2003	11,532	5,138,979.0	100.0	14,184,739,407	100.0	446	1,230,033	
	2004	12,004	4,992,289.0	100.0	14,039,676,559	100.0	416	1,169,583	
	2005	12,582	4,827,323.4	100.0	13,867,361,506	100.0	384	1,102,150	기준
서울	2001	3,044	804,364.0	18.8	2,241,999,635	18.6	264	736,531	
	2002	3,310	1,002,024.0	19.2	2,747,010,809	19.0	303	829,913	
	2003	3,532	1,004,882.4	19.6	2,763,348,625	19.5	285	782,375	
	2004	3,679	941,741.7	18.9	2,646,202,932	18.8	256	719,272	
	2005	3,853	906,875.1	18.8	2,602,892,500	18.8	235	675,550	※낮음
제주	2001	110	80,550.3	1.9	223,378,885	1.8	732	2,030,717	
	2002	117	101,513.5	1.9	271,737,085	1.9	868	2,322,539	
	2003	119	96,149.2	1.9	257,116,850	1.8	808	2,160,646	
	2004	123	99,008.1	2.0	271,078,523	1.9	805	2,203,890	
	2005	128	95,258.7	2.0	265,085,868	1.9	744	2,070,983	1
경남	2001	515	306,895.3	7.2	856,864,840	7.1	596	1,663,815	
	2002	551	370,386.6	7.1	1,015,333,313	7.0	672	1,842,710	
	2003	562	369,572.1	7.2	1,014,284,666	7.2	658	1,804,777	
	2004	578	360,502.0	7.2	1,006,905,874	7.2	624	1,742,052	
	2005	590	356,122.2	7.4	1,018,480,648	7.3	595	1,700,902	2
경북	2001	434	219,977.9	5.1	612,193,629	5.1	507	1,410,584	
	2002	446	278,069.8	5.3	758,435,630	5.3	623	1,700,528	
	2003	441	271,027.6	5.3	734,682,429	5.2	615	1,665,947	
	2004	438	271,599.5	5.4	746,701,035	5.3	620	1,704,797	
	2005	467	264,665.5	5.5	743,292,215	5.4	567	1,591,632	3
충북	2001	227	131,428.0	3.1	367,102,224	3.0	579	1,617,190	
	2002	236	154,239.8	2.9	416,614,846	2.9	654	1,765,317	
	2003	238	151,557.7	2.9	408,055,110	2.9	637	1,714,517	
	2004	244	148,628.8	3.0	405,381,716	2.9	609	1,661,400	
	2005	256	144,022.3	3.0	403,061,766	2.9	563	1,574,460	4
전남	2001	326	187,361.8	4.4	534,720,825	4.4	575	1,640,248	
	2002	335	216,736.3	4.1	604,256,289	4.2	647	1,803,750	
	2003	328	203,568.0	4.0	566,995,705	4.0	621	1,728,645	
	2004	324	195,172.1	3.9	549,734,551	3.9	602	1,696,712	
	2005	326	177,546.1	3.7	507,029,435	3.7	545	1,555,905	5

* 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일부 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수록시점은 심사결정 연도를 말함.

다. 연령별 와동형성(1면~4면 이상) 현황

와동형성(1면~4면 이상)의 전체 총 요양급여비용중 연령별 구성비율을 분석하면 2005년 기준으로 5세~9세가(23.70%) 1순위, 1세~4세(8.16%) 2순위, 45세~49세(6.81%) 3순위로 조사되었다. 1순위와 2순위의 연령은 소아환자로서 유치치아의 와동형성(차-13)이 실시되는 점을 감안하여 소아 연령(1세~9세)을 제외한 성인연령인 20세 이상의 연령별 구성비를 다시 분석하면 10세 구간으로 40세~49세(13.3%), 20세~29세(11.2%), 30세~39세(11.1%), 50세~59세(10.5%), 60세~69세(8.1%), 70세 이상(3.0%)순으로 조사되었다. 이 결과는 와동형성(차-15)은 초기 우식증 치료를 벗어난 치아우식증의 경우나, 치수신경 치료 후 마지막 단계에 충전처치 시 1차 1회로 산정되는 항목으로 유치연령을 제외한 20세 이후 연령별 순위인 경우 영구치아의 신경치료 다 발생 순위와 같다고 해석 할 수 있다. <표3-2-다-1>

라. 요양기관종별 수진자당 와동형성(차-15) 요양급여비용

와동형성(차-15)항목의 행위별 수가는 높은 금액은 아니지만(2005년1월1일 현재 1면:1,590원, 2면:3,020원, 3면:3,490원, 4면 이상:4,920원), 치수치료 완료의 경우 반드시 산정되는 항목으로 상당히 중요한 처치 항목이다. 요양기관종별 와동형성(차-15)의 수진자수비교 수진자당 청구금액은 2005년 전체 평균 수진자 1인당 청구금액은 4,605원으로 분석되었고 이에 따른 요양기관종별의 순위는 치과의원이 4,610원으로 가장 높았고 치과병원 4,290원, 종합전문요양병원 4,158원, 종합병원 3,541원으로 조사되었다.

<표3-2-라>

마. 와동형성 (차-15) 다 발생 상병

요양기관종별 와동형성(차-15)의 다 발생 상병은 2005년 종합전문요양기관, 종합병원, 치과병원, 치과의원 모두 (K04.0) 치수염 다음이 (K02.1)상아질의 우식증으로 조사되었다. 와동형성(차-15)의 1순위상병이 “치수염”인 결과는 와동형성(차-15)은 초기우식증 치료시 보다는 치수염으로 치수치료의 경우 충전 마무리 단계에 주로 산정된 것으로 해석할 수 있다.

<표3-2-다> 연령별 와동형성료 청구금액 구성비 (2002년~2005년)

구분	2002년		2003년		2004년		2005년	
	금액(원)	구성비 (%)						
계	14,591,703,447	100.00	14,377,015,616	100.00	14,228,042,392	100.00	14,040,627,702	100.00
0세	65,900	0.00	122,340	0.00	117,520	0.00	92,420	0.00
1~4	1,458,401,715	9.99	1,357,940,937	9.45	1,268,854,002	8.92	1,145,670,706	8.16
5~9	3,955,643,768	★27.11	3,781,505,815	★26.30	3,593,056,451	★25.25	3,327,894,142	★23.70
10~14	740,642,229	5.08	758,882,343	5.28	747,026,409	5.25	744,110,742	5.30
15~19	861,849,010	5.91	863,256,096	6.00	825,136,386	5.80	807,310,594	5.75
20~24	793,074,135	5.44	827,434,871	5.76	866,793,025	6.09	873,833,014	6.22
25~29	728,402,874	4.99	690,707,394	4.80	671,817,572	4.72	698,911,566	4.98
30~34	826,023,284	5.66	786,918,603	5.47	752,678,964	5.29	739,398,149	5.27
35~39	840,765,512	5.76	807,434,751	5.62	814,011,643	5.72	813,373,976	5.79
40~44	961,858,170	6.59	975,507,519	6.79	919,719,517	6.46	906,637,983	6.46
45~49	833,475,836	5.71	864,082,908	6.01	913,630,750	6.42	955,835,204	6.81
50~54	694,664,465	4.76	708,974,592	4.93	733,982,708	5.16	789,940,860	5.63
55~59	623,220,396	4.27	619,711,644	4.31	651,091,624	4.58	686,651,476	4.89
60~64	578,258,891	3.96	614,685,668	4.28	636,319,988	4.47	641,158,994	4.57
65~69	390,547,533	2.68	414,893,315	2.89	457,038,612	3.21	489,408,391	3.49
70~74	193,117,883	1.32	210,109,245	1.46	235,773,786	1.66	263,430,018	1.88
75~79	81,325,901	0.56	86,523,985	0.60	100,185,055	0.70	112,308,146	0.80
80~84	24,814,115	0.17	28,928,040	0.20	33,314,300	0.23	36,245,370	0.26
85이상	5,551,830	0.04	6,392,590	0.04	7,494,080	0.05	8,415,951	0.06

* 심사평가원 내부자료 (심사지급현황 참조)

<표3-2-라> 요양기관종별 와동형성 (차-15) 수진자당 요양급여비용

구분	수룩시점	요양 기관수	총 청구금액(원)	총 청구횟수	수진자수	수진자당 청구금액	순위
총계	2001	10,385	12,161,313,649	4,314,335.48	2,727,049	4,460	
	2002	11,188	14,591,703,447	5,290,284.13	3,278,522	4,451	
	2003	11,795	14,377,015,616	5,212,056.65	3,235,339	4,444	
	2004	12,285	14,228,042,392	5,063,077.77	3,149,575	4,517	
	2005	12,889	14,040,627,702	4,891,548.30	3,048,871	4,605	기준
전문종합	2001	24	7,515,060	3,526.60	2,400	3,131	
	2002	31	13,278,130	5,704.00	3,828	3,469	
	2003	35	13,085,070	5,982.00	4,135	3,164	
	2004	33	12,118,745	5,187.50	3,389	3,576	
	2005	31	14,447,770	5,530.00	3,475	4,158	3
종합병원	2001	54	13,705,515	5,993.50	3,980	3,444	
	2002	90	28,078,937	12,635.20	8,443	3,326	
	2003	121	37,011,093	16,357.54	11,109	3,332	
	2004	136	37,799,883	16,865.12	11,205	3,373	
	2005	158	43,718,785	18,498.50	12,347	3,541	4
치과병원	2001	47	60,638,105	22,185.52	15,032	4,034	
	2002	79	114,245,163	41,632.73	27,404	4,169	
	2003	108	142,180,046	50,738.11	32,206	4,415	
	2004	112	138,447,205	48,736.11	31,827	4,350	
	2005	118	115,099,641	40,196.40	26,830	4,290	2
치과의원	2001	10,260	12,079,454,969	4,282,629.86	2,706,703	4,463	
	2002	10,988	14,436,101,217	5,230,312.20	3,241,472	4,454	
	2003	11,532	14,184,739,407	5,138,979.00	3,190,643	4,446	
	2004	12,045	14,039,676,559	9,455,898.81	3,105,664	4,521	
	2005	12,605	13,867,361,506	9,099,413.46	3,008,338	4,610	1

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일부 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수룩시점은 심사결정 연도를 말함.
 5. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨. (종합전문병원은 3차기관임)

【아말감충전 및 복합레진충전의 요양급여비용】

충전(1치당)은 「건강보험 요양급여 행위 및 그 상대가치점수」 제10장. 제1절. 차-13으로 구분되어 1치당 산정되며, 동항 ‘주’ 내용에 의거 1. 즉일 충전처치, 치수절단, 당일발수근충, 근관충전후 충전을 당일에 실시한 경우에는 소정점수를 별도 산정한다. 2. 동일치아에 2와동 이상의 충전을 실시한 경우에는 각 와동에 대한 면수를 합산하여 산정하되, 단 동일면에 국한한 2와동이상의 충전을 실시한 경우에는 와동수에 관계없이 1면으로 산정한다. 3. 만8세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 30%를 가산한다. 로 되어 있는 기준을 원칙으로 산정하는 항목이다. 산정가능 항목으로는 가. 아말감충전(1면~4면 이상) Amalgam Filling과 나. 복합레진충전(글래스아이노머시멘트(Ⅱ)충전포함) (1면~4면 이상) Composite Resin Filling이 있다.

3. 아말감충전 Amalgam Filling (1면~4면 이상)

아말감 충전(1면~4면 이상) 항목은 「건강보험 요양급여 행위 및 그 상대가치점수」 제10장. 제1절. 충전(차-13)의 가. 아말감충전 Amalgam Filling의 (1) 1면(U0131) 2,810원, (2) 2면(U0132) 4,950원, (3) 3면(U0133) 5,990원, (4) 4면 이상(U0134) 8,540원으로 산정한다.

가. 요양기관종별 아말감충전(U0131~U0134) 항목별 현황

2001년부터 2005년까지 아말감충전(1면~4면 이상) 1치당의 총 요양급여 비용을 요양기관종별구분으로 요양급여비용의 청구금액을 분석결과 아말감충전(U0131~U0134) 년별 총 청구금액의 구성비는(2005년) 치과의원 98.8%, 치과병원 0.8%, 종합병원 0.3%, 종합전문병원 0.1%로 조사되었다. 2005년 전체 총 요양급여비용의 전년비교 증감율은 -6.57%로 감소되었고, 요양기관종별의 경우 치과병원이 -20.93%, 치과의원 -6.49%로 매년 감소된 것으로 조사되었다. <표3-3-가>

나. 소재지별 치과병원, 치과의원의 아말감충전 현황

치과병원의 아말감충전(1면~4면 이상) 1치당 소재지별 요양급여비용 현황을 분석하면, 2005년 기준 전체 조사대상기관수는 116개 기관이며, 총 청구금액은 327,460,677원, 전국 평균 기관당 청구금액은 2,822,937원이다.

치과병원의 소재지별 기관당 청구금액은 충북지역이 13,601,275원으로 전국 평균 기관당 금액비교 4.8배로 가장 높았으며 강원지역 기관당 청구금액이 13,106,100원, 전체 기관당 청구금액 비교 4.6배, 충남지역 기관당 청구금액 5,059,143원으로 전국 기관당 청구금액비교 1.8배 높은 것으로 조사되었다. 서울지역은 전체 총 요양급여비용의 구성비가 32.7%로 가장 높았으나, 기관당 청구금액은 2,489,891원으로 전체 평균 기관당 청구금액에 88.20%로 확인되어 평균금액보다 낮아 전체 치과병원 소재지별 순위는 10위로 조사되었다. <표3-3-나-1>

다음은 치과의원의 소재지별 아말감충전(1면~4면 이상)의 요양급여비용 지급 현황 변화 분석결과 2005년 비교 치과의원의 조사대상기관은 총 12,431개 기관이며, 총 청구금액은 43,117,264,280원, 기관당 평균 청구금액은 3,468,527원이다. 소재지별 기관당 청구금액의 순위를 분석하면 충북지역 기관당 청구금액이 5,244,527원으로 전국 평균 기관당 청구금액비교 1.5배로 분석되어 1순위이며, 전북지역의 기관당 청구금액 4,806,094원, 전체 평균 기관당 청구금액비교 1.4배, 경북지역 기관당 청구금액 4,729,422원 순으로 조사되었다. 반면, 서울지역은 아말감충전 요양급여비용 구성비율이 전체의 20.7%로 가장 높은 지역이나 기관당 청구금액은 2,342,479원으로 전체 기관당 청구금액비교 67.54%로 분석되어 평균금액보다 현저히 낮은 것으로 조사되었다. 따라서 치과의원의 아말감충전(1면~4면 이상)에 요양급여비용은 전체 요양기관 종별 구성비율은 98.8%(2005년)이며, 기관당 청구금액은 년 평균 기관당 청구금액비교 101.34%로 가장 높게 조사되었으며, 소재지별 현황은 치과의원이 밀집되어있는 서울지역의 기관당 청구금액이 제일 낮은 것으로 분석되었고 타 지역인 충북, 전북, 경북지역의 기관당 청구금액이 높은 것으로 조사되었다. <표3-3-나-2>

<표3-3-가> 요양기관종별 아말감충전의 전체청구횟수 및 청구금액 현황

종별	수특시점	청구횟수(1/3약당)			청구금액(1/3약당)		
		횟수	년 구성비(%)	전년비교 증감율(%)	금액(원)	년 구성비(%)	전년비교 증감율(%)
총계	2001	10,434,405.8	100.0	-	46,735,294,791	100.0	-
	2002	11,842,404.6	100.0	13.49	52,122,914,964	100.0	11.53
	2003	11,348,570.0	100.0	-4.17	50,057,233,817	100.0	-3.96
	2004	10,352,112.7	100.0	-8.78	46,706,397,742	100.0	-6.69
	2005	9,450,421.1	100.0	-8.71	43,635,773,485	100.0	-6.57
전문종합	2001	10,851.0	0.1	-	46,507,402	0.1	-
	2002	16,345.0	0.1	50.63	68,962,957	0.1	48.28
	2003	15,217.8	0.1	-6.90	61,619,918	0.1	-10.65
	2004	11,134.5	0.1	-26.83	46,394,240	0.1	-24.71
	2005	10,839.3	0.1	-2.65	46,996,520	0.1	1.30
종합병원	2001	11,098.5	0.1	-	42,750,696	0.1	-
	2002	22,918.1	0.2	106.50	88,456,121	0.2	106.91
	2003	31,901.8	0.3	39.20	126,468,795	0.3	42.97
	2004	34,808.7	0.3	9.11	137,339,730	0.3	8.60
	2005	35,345.9	0.4	1.54	144,052,008	0.3	4.89
치과병원	2001	38,972.5	0.4	-	172,859,230	0.4	-
	2002	87,561.1	0.7	124.67	390,599,871	0.7	125.96
	2003	99,353.4	0.9	13.47	443,857,654	0.9	13.63
	2004	90,956.1	0.9	-8.45	414,146,686	0.9	-6.69
	2005	72,253.5	0.8	-20.56	327,460,677	0.8	-20.93
치과의원	2001	10,373,483.8	99.4	-	46,473,177,463	99.4	-
	2002	11,715,580.5	98.9	12.94	51,574,896,015	98.9	10.98
	2003	11,202,097.1	98.7	-4.38	49,425,287,450	98.7	-4.17
	2004	10,215,213.5	98.7	-8.81	46,108,517,086	98.7	-6.71
	2005	9,331,982.4	98.7	-8.65	43,117,264,280	98.8	-6.49

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일투 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수특시점은 심사결정 연도를 말함.
 5. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨. (종합전문병원은 3차기관임)

<표3-3-나-1> 소재지별 치과병원 의 아말감충전 청구횟수 및 청구금액 현황

지역	년도	치과병원 요양기관 아말감 충전 (1면~4면 이상)							
		요양 기관수	횟수	횟수 구성비(%)	금액(원)	금액구 성비(%)	기관당 횟수	기관당금액(원)	
								금액(원)	순위
총계	2001	47	38,972.5	100.0	172,859,230	100.0	829	3,677,856	
	2002	79	87,561.1	100.0	390,599,871	100.0	1,108	4,944,302	
	2003	103	99,353.4	100.0	443,857,654	100.0	965	4,309,298	
	2004	108	90,956.1	100.0	414,146,686	100.0	842	3,834,692	
	2005	118	72,253.5	100.0	327,460,677	100.0	623	2,822,937	기준
서울	2001	17	6,556.0	16.8	29,086,080	16.8	386	1,710,946	
	2002	29	24,477.6	28.0	109,077,558	27.9	844	3,761,295	
	2003	40	23,455.7	23.6	106,840,740	24.1	586	2,671,019	
	2004	40	28,690.5	31.5	133,865,430	32.3	717	3,346,636	
	2005	43	22,601.8	31.3	107,065,325	32.7	526	2,489,891	※10
충북	2001	1	4,291.0	11.0	19,449,400	11.3	4,291	19,449,400	
	2002	1	5,650.6	6.5	26,158,785	6.7	5,651	26,158,785	
	2003	1	4,113.5	4.1	19,328,980	4.4	4,114	19,328,980	
	2004	1	2,968.5	3.3	12,610,985	3.0	2,969	12,610,985	
	2005	1	3,115.5	4.3	13,601,275	4.2	3,116	13,601,275	1
강원	2001	1	251.0	0.6	1,223,320	0.7	251	1,223,320	
	2002	1	4,407.0	5.0	20,352,070	5.2	4,407	20,352,070	
	2003	1	2,786.5	2.8	12,757,915	2.9	2,787	12,757,915	
	2004	1	3,490.5	3.8	15,336,400	3.7	3,491	15,336,400	
	2005	1	2,876.0	4.0	13,106,100	4.0	2,876	13,106,100	2
충남	2001	1	614.0	1.6	2,821,490	1.6	614	2,821,490	
	2002	3	1,326.0	1.5	5,577,160	1.4	442	1,859,053	
	2003	4	4,633.5	4.7	19,968,295	4.5	1,158	4,992,074	
	2004	5	4,937.5	5.4	23,217,400	5.6	988	4,643,480	
	2005	4	4,719.5	6.5	20,236,570	6.2	1,180	5,059,143	3
인천	2001	1	2,144.5	5.5	8,533,510	4.9	2,145	8,533,510	
	2002	4	4,219.0	4.8	17,140,430	4.4	1,055	4,285,108	
	2003	4	3,602.5	3.6	13,743,410	3.1	901	3,435,853	
	2004	3	3,455.5	3.8	13,561,785	3.3	1,152	4,520,595	
	2005	3	3,420.0	4.7	13,783,510	4.2	1,140	4,594,503	4
경남	2001	2	2,715.0	7.0	13,213,410	7.6	1,358	6,606,705	
	2002	3	2,424.0	2.8	9,856,240	2.5	808	3,285,413	
	2003	3	3,416.1	3.4	13,051,303	2.9	1,139	4,350,434	
	2004	3	4,056.0	4.5	18,391,570	4.4	1,352	6,130,523	
	2005	3	2,830.0	3.9	11,695,810	3.6	943	3,898,603	5

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일부 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수록시점은 심사결정 연도를 말함.
 5. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨.

<표3-3-나-2> 소재지별 치과의원의 아말감충전 청구횟수 및 청구금액 현황

지역	년도	치과의원 요양기관 아말감 충전 (1면~4면 이상)							
		요양 기관수	횟수	횟수 구성비(%)	금액(원)	금액구성 비(%)	기관당 횟수	기관당금액(원)	
								금액	순위
총계	2001	10,271	10,373,483.8	100.0	46,473,177,463	100.0	1,010	4,524,698	
	2002	10,974	11,715,580.5	100.0	51,574,896,015	100.0	1,068	4,699,735	
	2003	11,502	11,202,097.1	100.0	49,425,287,450	100.0	974	4,297,104	
	2004	11,930	10,215,213.5	100.0	46,108,517,086	100.0	856	3,864,922	
	2005	12,431	9,331,982.4	100.0	43,117,264,280	100.0	751	3,468,527	기준
서울	2001	3,052	2,094,978.4	20.2	9,374,252,036	20.2	686	3,071,511	
	2002	3,317	2,449,835.1	20.9	10,829,085,858	21.0	739	3,264,723	
	2003	3,530	2,371,624.9	21.2	10,519,837,976	21.3	672	2,980,124	
	2004	3,666	2,090,029.2	20.5	9,496,358,776	20.6	570	2,590,387	
	2005	3,814	1,921,076.6	20.6	8,934,213,732	20.7	504	2,342,479	※16
충북	2001	228	319,752.1	3.1	1,397,877,438	3.0	1,402	6,131,041	
	2002	236	348,932.4	3.0	1,484,939,983	2.9	1,479	6,292,119	
	2003	236	343,472.9	3.1	1,462,001,190	3.0	1,455	6,194,920	
	2004	242	312,748.6	3.1	1,364,997,332	3.0	1,292	5,640,485	
	2005	253	295,818.7	3.2	1,326,865,355	3.1	1,169	5,244,527	1
전북	2001	385	499,269.9	4.8	2,217,095,960	4.8	1,297	5,758,691	
	2002	400	531,098.7	4.5	2,303,217,098	4.5	1,328	5,758,043	
	2003	396	528,302.1	4.7	2,303,331,158	4.7	1,334	5,816,493	
	2004	410	481,388.2	4.7	2,144,049,257	4.7	1,174	5,229,388	
	2005	402	424,495.1	4.5	1,932,049,761	4.5	1,056	4,806,094	2
경북	2001	436	542,521.4	5.2	2,370,730,749	5.1	1,244	5,437,456	
	2002	448	629,011.8	5.4	2,700,826,488	5.2	1,404	6,028,631	
	2003	444	583,243.7	5.2	2,500,920,764	5.1	1,314	5,632,704	
	2004	442	525,765.5	5.1	2,311,901,371	5.0	1,190	5,230,546	
	2005	462	483,459.7	5.2	2,184,992,760	5.1	1,046	4,729,422	3
강원	2001	264	318,747.3	3.1	1,449,593,253	3.1	1,207	5,490,884	
	2002	264	368,718.3	3.1	1,634,634,836	3.2	1,397	6,191,799	
	2003	279	349,371.2	3.1	1,556,959,053	3.2	1,252	5,580,498	
	2004	279	323,364.3	3.2	1,475,900,111	3.2	1,159	5,289,965	
	2005	297	298,418.1	3.2	1,399,421,256	3.2	1,005	4,711,856	4
전남	2001	325	415,749.3	4.0	1,869,632,922	4.0	1,279	5,752,717	
	2002	334	461,665.3	3.9	2,040,085,323	4.0	1,382	6,108,040	
	2003	328	410,336.9	3.7	1,817,740,595	3.7	1,251	5,541,892	
	2004	321	377,809.9	3.7	1,698,065,701	3.7	1,177	5,289,924	
	2005	319	327,559.9	3.5	1,498,779,570	3.5	1,027	4,698,369	5

* 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일투 x 총 투여 횟수로 계산됨. 수록시점은 심사결정 연도를 말함.

다. 연령·성별 아말감충전(1면~4면 이상) 현황

아말감충전(1면~4면 이상)의 연령별 구성비는 2005년 기준 5~9세 25.82%, 10세~14세(7.05%), 15세~19세(6.16%), 20세~24세(6.16%), 45세~49세 6.11%, 40세~44로 조사되었다. <표3-3-다-1> 2002년부터 2005년까지 성별 구분 분석결과는 계속적으로 남자보다 여자(가 약간 높았다. 따라서 5세 구간 연령별 아말감충전(1면~4면 이상)에 요양급여비용의 구성비가 가장 높은 연령은 5세~9세(25.82%)이며, 성별 전체 요양급여 비용의 구성비율은 남자보다 여자(52.11%~52.59%)가 높은 것으로 조사된다.

<표3-3-다> 연령별 아말감충전(1면~4면 이상) 청구금액 구성비

구분	2005년		2004년		2003년		2002년	
	청구금액(원)		청구금액(원)		청구금액(원)		청구금액(원)	
	금액	구성비 (%)						
계	64,949,740,281	100.00	65,899,911,619	100.00	66,641,738,696	100.00	67,563,593,690	100.00
0세	602,690	0.00	844,594	0.00	897,580	0.00	625,970	0.00
1~4	6,387,242,283	9.83	7,424,931,245	11.27	7,946,581,460	11.92	8,605,020,902	12.74
5~9	16,767,808,178	25.82	17,815,293,571	27.03	18,687,689,360	28.04	19,497,762,016	28.86
10~14	4,579,732,996	7.05	4,523,674,350	6.86	4,596,323,386	6.90	4,439,862,550	6.57
15~19	4,002,007,118	6.16	4,078,103,835	6.19	4,290,806,894	6.44	4,279,881,775	6.33
20~24	4,001,816,824	6.16	4,016,273,380	6.09	3,852,296,967	5.78	3,692,560,917	5.47
25~29	3,107,295,686	4.78	3,022,336,318	4.59	3,134,058,130	4.70	3,269,646,443	4.84
30~34	3,208,793,910	4.94	3,267,843,193	4.96	3,416,728,696	5.13	3,544,009,095	5.25
35~39	3,454,098,200	5.32	3,441,851,142	5.22	3,383,225,737	5.08	3,493,530,084	5.17
40~44	3,823,035,152	5.89	3,846,355,144	5.84	3,898,981,407	5.85	3,926,958,697	5.81
45~49	3,969,243,527	6.11	3,704,242,299	5.62	3,429,429,075	5.15	3,270,798,887	4.84
50~54	3,154,917,497	4.86	2,859,004,630	4.34	2,711,657,503	4.07	2,629,080,866	3.89
55~59	2,659,233,721	4.09	2,464,610,837	3.74	2,311,553,796	3.47	2,280,413,030	3.38
60~64	2,408,112,696	3.71	2,336,259,983	3.55	2,229,381,674	3.35	2,082,405,985	3.08
65~69	1,819,960,688	2.80	1,675,197,379	2.54	1,508,247,630	2.26	1,414,622,470	2.09
70~74	990,852,820	1.53	877,967,140	1.33	776,335,454	1.16	712,978,934	1.06
75~79	435,094,557	0.67	383,398,832	0.58	329,026,914	0.49	305,220,676	0.45
80~84	145,840,516	0.22	131,181,932	0.20	112,678,212	0.17	95,757,045	0.14
85이상	34,051,222	0.05	30,541,815	0.05	25,838,821	0.04	22,457,348	0.03

* 심사평가원 내부자료 (심사지급현황참조)

라. 요양기관종별 수진자당 아말감충전(1면~4면) 요양급여비용

아말감충전은 1면과 2면, 3면, 4면 이상(U0131~U0134)으로 각각 구분하여 산정할 수 있는 항목으로 행위별 수가는 1치당 1회에 한하여 산정하되(2005년1월1일 현재) 1면의 경우(U0131) 2,810원, 2면(U0132) 4,950원, 3면(U0133) 5,990원, 4면 이상(U0134) 8,540원 이다.

요양기관종별 가산금액이 포함되지 않은 순수한 아말감충전(1면~4면이상)에 대한 요양급여비용의 심사결정금액 중 수진자당 청구금액을 분석한 결과로 2005년 기준 전체 평균 수진자 1인당 청구금액은 9,871원이고 요양기관종별 기관당 청구금액은 치과의원이 9,892원, 치과병원이 8,115원, 종합전문병원 7,456원, 종합병원 7,055원 순으로 조사되었다. 따라서 요양기관종별 아말감 충전(1면~4면 이상)항목의 요양급여비용에 수진자당 전체 평균 금액은 9,871원(2005년)이었으며, 가장 높게 분석된 기관은 치과의원 이었다. <표3-3-라>

<표3-3-라> 요양기관종별 아말감충전(U0131~U0134) 수진자당 요양급여비용

구분	수룩시점	요양 기관수	총 청구금액(원)	총 청구횟수	수진자수	수진자당 청구금액	순위
총계	2001	10,402	46,735,294,791	10,434,405.79	4,614,581	10,128	
	2002	11,184	52,122,914,964	11,842,404.61	5,242,520	9,942	
	2003	11,771	50,057,233,817	11,348,570.04	5,086,725	9,841	
	2004	12,220	46,706,397,742	10,352,112.73	4,744,100	9,845	
	2005	12,749	43,635,773,485	9,450,421.07	4,420,752	9,871	기준
전문종합	2001	27	46,507,402	10,851.00	6,401	7,266	
	2002	35	68,962,957	16,344.96	9,578	7,200	
	2003	38	61,619,918	15,217.77	9,261	6,654	
	2004	36	46,394,240	11,134.49	6,820	6,803	
	2005	37	46,996,520	10,839.34	6,303	7,456	3
종합병원	2001	57	42,750,696	11,098.54	6,567	6,510	
	2002	96	88,456,121	22,918.05	13,829	6,396	
	2003	129	126,468,795	31,901.81	18,934	6,679	
	2004	146	137,339,730	34,808.67	19,797	6,937	
	2005	165	144,052,008	35,345.88	20,419	7,055	4
치과병원	2001	47	172,859,230	38,972.50	21,140	8,177	
	2002	79	390,599,871	87,561.10	46,291	8,438	
	2003	103	443,857,654	99,353.35	51,681	8,588	
	2004	108	414,146,686	90,956.12	49,014	8,450	
	2005	116	327,460,677	72,253.50	40,352	8,115	2
치과의원	2001	10,271	46,473,177,463	10,373,483.75	4,583,557	10,139	
	2002	10,974	51,574,896,015	11,715,580.50	5,180,223	9,956	
	2003	11,502	49,425,287,450	11,202,097.11	5,014,571	9,856	
	2004	11,930	46,108,517,086	10,215,213.45	4,675,034	9,863	
	2005	12,431	43,117,264,280	9,331,982.35	4,358,844	9,892	1

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일투 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수룩시점은 심사결정 연도를 말함.
 5. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨. (종합전문병원은 3차기관임)

마. 치과의원 의사1인 대표자 연령별 아말감충전 구성비

요양기관 종별에서 치과의원의 경우 심사평가원으로 요양기관 ‘인원현황’으로 신고된 자료를 토대로 치과의사 1인 대표자 진료기관의 2005년 진료분 중 아말감충전(1면~4면 이상)에 요양급여비용 현황을 치과의사 연령별(20대, 30대, 40대, 50대, 60대 이상)로 구분으로 분석한 결과 전체 2005년 진료분 비교 총 조사대상 기관수는 10,456개 기관이며, 총 청구금액은 35,480,457,045원으로 조사되었다. 치과의사의 연령별 구분 구성비율은 30대와 40대가 85.45%로 높게 구성하였다. <표3-3-마-1> 아말감충전의 요양급여비용 성별 구성비는 남자는 40대가 52.29%로 많았으며, 여자는 30대가 59.41%로 많은 것으로 조사되었다. <표3-3-마-2>

치과의사 1인 대표자로 신고된 기관 중 2005년 진료분 중 치과의사 30대 연령의 아말감충전의 요양급여비용 현황을 소재지별로 구분하여 자세하게 분석하면 경기지역의 총 요양급여비용이 2,909,714,993원으로 전체 구성비가 22.71%로 가장 높았으며, 서울지역이 2,161,240,648원 구성비 16.87%로 높게 분석되었다. 그러나 지역별 기관당 청구금액의 순위는 강원지역의 기관당 청구금액이 5,356,353원으로 전체 기관당 평균 청구금액비교 1.7배로 높게 분석되어 1순위, 전북지역 기관당 청구금액 5,128,500원 전체 평균 기관당 청구금액 비교 1.6배, 충북지역 기관당 청구금액 4,698,419원, 1.5배 순으로 분석되어 각각 2,3순위로 조사되었다. 반면, 서울지역과 경기지역의 기관당 청구금액은 전체 기관당 평균 금액에 65.59%, 88.06%로 분석되어 평균금액보다 낮은 것으로 조사되었다. <표-3-3-마-3>

다음은 치과의원의 2005년 진료비중 치과의사 40대 연령 1인 대표자의 아말감충전의 요양급여비용을 분석하면 조사대상 기관수는 4,368개 기관이며, 총 청구금액은 17,509,531,726원이다. 소재지별 구성비율은 서울지역 총

요양급여비용 3,537,644,719원 전체금액구성비 20.20%로 가장 높으며, 경기 지역 총 요양급여비용 3,169,660,498원 구성비 18.10%로 높은 순으로 조사되었다.

그러나 소재지별 기관당 청구금액 구성비율 분석한 결과는 충북지역이 기관당 청구금액은 5,952,898원으로 전체 기관당 평균 청구금액비교 1.4배로 높았으며, 전남지역 기관당 청구금액 5,445,535원(1.3배), 전북지역 기관당 청구금액 5,146,427원(1.2배) 높은 순으로 분석되었다. 반면, 아말감충전의 전체 총 요양급여비용이 높은 서울지역과 경기지역은 기관당 청구금액은 2,938,243원, 3,694,243원으로 각각 조사되어 전체 기관당 평균금액비교 73.30%, 92.16%로 평균금액보다 작은 것으로 조사되었다. <표3-3-마-4>

<표3-3-마-1> 치과의원 의사1인대표자 연령별 아말감충전(1면~4면이상) 구성비

치과의사 연령구분	기관수	실시횟수	금액(원)	구성비
전체	10,456	7,655,941.45	35,480,457,045	100.00
20~29	195	77,890.30	367,421,414	1.04
30~39	4,086	2,725,435.60	12,810,019,196	36.10
40~49	4,368	3,795,921.35	17,509,531,726	49.35
50~59	1,151	824,883.60	3,757,172,427	10.59
60 이상	656	231,810.60	1,036,312,282	2.92

- * 주: 1. 심사평가원 내부자료 (심사지급현황참조)
 2. 요양기관 종별가산금 포함되지 않음.
 3. 서면청구기관 제외

<표3-3-마-2> 치과의원 의사1인대표자 연령·성별 아말감충전 구성비

치과의사 연령구분	남자				여자			
	기관수	실시횟수	금액(원)		기관수	실시횟수	금액(원)	
			금액(원)	구성비			금액(원)	구성비
전체	8,687	6,456,925.40	29,760,895,418	100.00	1,769	1,199,016.05	5,719,561,627	100.00
20~29	107	43,308.90	198,994,169	0.67	88	34,581.40	168,427,245	2.94
30~39	3,035	2,018,775.20	9,412,236,012	31.63	1,051	706,660.40	3,397,783,184	59.41
40~49	3,824	3,381,063.30	15,561,639,546	52.29	544	414,858.05	1,947,892,180	34.06
50~59	1,091	788,704.40	3,582,872,429	12.04	60	36,179.20	174,299,998	3.05
60 이상	630	225,073.60	1,005,153,262	3.38	26	6,737.00	31,159,020	0.54

- 주: 1. 심사평가원 내부자료 (심사지급현황참조)
 2. 요양기관 중별가산금 포함되지 않음.
 3. 서면청구기관 제외

<표3-3-마-3> 치과의원 30대 의사1인 대표자 소재지별 아말감충전 현황

구분	기관수	청구현황			기관당		
		횟수	금액(원)	구성비 (%)	청구 횟수	청구금액(원)	순위
전체	4,086	2,725,435.60	12,810,019,196	100.00	667.0	3,135,100	
서울	1,051	453,936.90	2,161,240,648	16.87	431.9	2,056,366	
부산	272	175,198.70	788,626,136	6.16	644.1	2,899,361	
인천	214	157,332.20	748,384,811	5.84	735.2	3,497,125	10
대구	189	178,997.50	833,706,786	6.51	947.1	4,411,147	4
광주	132	107,512.00	518,478,786	4.05	814.5	3,927,870	7
대전	132	97,608.40	449,321,891	3.51	739.5	3,403,954	
울산	97	75,190.10	361,433,829	2.82	775.2	3,726,122	
경기	1,054	604,830.70	2,909,714,993	22.71	573.8	2,760,640	
강원	94	103,811.70	503,497,190	3.93	1104.4	5,356,353	1
충북	81	83,425.90	380,571,957	2.97	1029.9	4,698,419	3
충남	131	91,522.00	421,325,613	3.29	698.6	3,216,226	
전북	146	161,923.10	748,760,997	5.85	1109.1	5,128,500	2
전남	109	90,517.00	421,822,266	3.29	830.4	3,869,929	8
경북	162	154,248.50	696,987,039	5.44	952.2	4,302,389	6
경남	184	152,901.90	701,481,869	5.48	831.0	3,812,401	9
제주	38	36,479.00	164,664,385	1.29	960.0	4,333,273	5

- * 주: 1. 심사평가원 내부자료 (심사지급현황참조)
 2. 요양기관 중별가산금 포함되지 않음.
 3. 서면청구기관 제외

<표3-3-마-4> 치과의원 40대 의사1인 대표자 소재지별 아말감충전 현황

구분	기관수	청구현황			기관당		
		횟수	금액(원)	구성비(%)	청구횟수	청구금액(원)	순위
전체	4,368	3,795,921.35	17,509,531,726	100.00	869.0	4,008,592	
서울	1,204	756,468.60	3,537,644,719	20.20	628.3	2,938,243	
부산	354	332,679.80	1,509,863,395	8.62	939.8	4,265,151	
인천	191	179,189.50	847,776,675	4.84	938.2	4,438,621	9
대구	275	285,151.90	1,315,373,986	7.51	1036.9	4,783,178	6
광주	148	144,207.20	653,285,433	3.73	974.4	4,414,091	8
대전	127	130,440.30	598,581,742	3.42	1027.1	4,713,242	7
울산	106	90,261.60	411,038,256	2.35	851.5	3,877,719	
경기	858	672,706.10	3,169,660,493	18.10	784.0	3,694,243	
강원	110	102,765.10	470,155,110	2.69	934.2	4,274,137	10
충북	104	137,755.20	619,101,353	3.54	1324.6	5,952,898	1
충남	105	94,830.40	432,654,291	2.47	903.1	4,120,517	
전북	167	191,481.75	859,453,377	4.91	1146.6	5,146,427	3
전남	122	148,028.10	664,355,293	3.79	1213.3	5,445,535	2
경북	189	204,967.40	924,368,803	5.28	1084.5	4,890,840	5
경남	250	271,174.90	1,251,591,045	7.15	1084.7	5,006,364	4
제주	58	53,813.50	244,627,755	1.40	927.8	4,217,720	

- * 주: 1. 심사평가원 내부자료 (심사지급현황참조)
 2. 요양기관 종별가산금 포함되지 않음.
 3. 서면청구기관 제외

바. 아말감 충전 (U0131~U0134) 다 발생 상병

요양기관종별로 요양급여비용으로 청구된 아말감 충전(1면~4면 이상)의 다 발생 상병 현황은 2005년 비교 종합전문요양기관은 (K02.1) 상아질의 우식증, (K02.9) 상세불명의 치아우식증이며, 종합병원, 치과병원, 치과의원은 (K02.1) 상아질의 우식증 상병이 1순위로 조사되었다.

4. 복합레진 충전(글래스아이노머시멘트(II)충전포함)

복합레진 충전은 「건강보험 요양급여 행위 및 그 상대가치점수」 제10장. 제1절. 충전(차-13) 항목의 나. 복합레진충전(글래스아이노머시멘트(II)충전포함) Composite Resin Filling (1) 1면(U0135) 3,070원, (2) 2면(U0136) 6,140원, (3) 3면(U0137) 6,570원, (4) 4면 이상(U0138) 9,210원으로 산정하며, 동항 '주' 내용에 의거 접착전처리 및 약재, 재료비용은 포함되므로 별도 산정하지 아니한다. 로 규정되어 있어 동 규정에 의하여 산정하는 항목이다.

가. 요양기관종별 복합레진 충전 (U0135~U0138) 항목별 현황

2001년부터 2005년까지 복합레진 충전(1면~4면 이상) 1치당의 총 요양급여비용을 요양기관종별구분으로 요양급여비용의 청구금액을 분석하였다. 분석결과 복합레진 충전(U0135~U0138) 년별 총 청구금액은 총계와 비교할 때 청구금액의 구성비는(2005년) 치과의원 98.9%, 치과병원 0.8%, 종합병원 0.3%, 종합전문병원 0.03%로 조사되었으며, 총 청구금액 전년비교 증감율은 2005년에 11.05%가 증가하였다. 요양기관종별 구분현황은 종합전문병원의 경우 44.96%로 크게 증가되었으며, 종합병원 11.51%, 치과의원 11.07%, 치과병원 6.98%로 분석되어 전체적으로 증가한 것으로 조사되었다. 따라서 복합레진 충전(1년~4면 이상)의 요양급여비용의 전년 대비 증감율은 치과병원과 치과의원의 경우는 계속적으로 증가한 것으로 조사된다.
<표3-4-가>

<표3-4-가> 요양기관종별 복합레진충전의 전체청구횟수 및 청구금액 현황

종별	수특시점	청구횟수(1치당)			청구금액(1치당)		
		횟수	년 구성비(%)	전년비교 증감율(%)	금액(원)	년 구성비(%)	전년비교 증감율(%)
총계	2001	2,827,868.7	100.0	-	12,272,215,754	100.0	-
	2002	3,590,635.6	100.0	26.97	15,440,678,726	100.0	25.82
	2003	3,840,642.0	100.0	6.96	16,584,504,879	100.0	7.41
	2004	4,299,068.0	100.0	11.94	19,193,513,877	100.0	15.73
	2005	4,662,431.9	100.0	8.45	21,313,966,796	100.0	11.05
전문종합	2001	2,802.0	0.1	-	15,061,990	0.1	-
	2002	1,923.0	0.1	-31.37	8,619,640	0.1	-42.77
	2003	1,460.0	0.0	-24.08	5,430,940	0.0	-36.99
	2004	1,123.0	0.0	-23.08	4,558,030	0.0	-16.07
	2005	1,455.1	0.03	29.57	6,607,159	0.03	44.96
종합병원	2001	4,348.0	0.2	-	17,076,497	0.1	-
	2002	10,271.6	0.3	136.23	41,262,413	0.3	141.63
	2003	11,926.8	0.3	16.12	48,522,412	0.3	17.59
	2004	12,186.0	0.3	2.17	47,842,018	0.2	-1.40
	2005	13,425.0	0.3	10.17	53,347,265	0.3	11.51
치과병원	2001	13,930.8	0.5	-	71,181,452	0.6	-
	2002	19,675.5	0.5	41.24	97,438,028	0.6	36.89
	2003	24,486.7	0.6	24.45	124,928,017	0.8	28.21
	2004	31,161.8	0.7	27.26	166,314,382	0.9	33.13
	2005	33,727.5	0.7	8.23	177,931,151	0.8	6.98
치과의원	2001	2,806,787.9	99.3	-	12,168,895,815	99.2	-
	2002	3,558,765.6	99.1	26.79	15,293,358,645	99.0	25.68
	2003	3,802,768.5	99.0	6.86	16,405,623,510	98.9	7.27
	2004	4,254,597.2	99.0	11.88	18,974,799,447	98.9	15.66
	2005	4,613,824.3	99.0	8.44	21,076,081,221	98.9	11.07

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일부 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수특시점은 심사결정 연도를 말함.
 5. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨. (종합전문병원은 3차기관임)

나. 소재지별 치과병원, 치과의원의 복합레진충진 현황

치과병원의 소재지별 복합레진충진(1면~4면)의 요양급여비용 현황을 분석한 결과 2005년 기준 조사대상기관수는 총 96개 기관으로 청구금액은 177,931,151원이며, 전국 평균 기관당 청구금액은 1,853,449원이다. 소재지별 요양급여비용 순위는 전북지역의 기관당 청구금액이 21,300,660원으로 전국 평균 기관당 금액비교 11.4배로 현저히 높은 것으로 분석되어 1순위로 조사되었다. 다음은 충북지역으로 기관당 청구금액 15,330,120원(8.2배), 광주 지역 기관당 청구금액 5,059,143원(2.7배)으로 높은 지역 순으로 조사되었다.

반면, 서울지역에 복합레진충진(1년~4면 이상)의 기관당 청구금액은 434,569원으로 전체 평균 기관당 청구금액에 15.39%로 분석되어 평균금액보다 현저하게 낮은 것으로 조사되었다. <표3-4-나-1>

<표3-4-나-1> 소재지별 치과병원의 복합레진충진 청구횟수 및 청구금액 현황

지역	년도	치과병원 요양기관 복합레진충진 (1면~4면 이상)							
		요양 기관수	횟수	횟수 구성비	금액(원)	금액구 성비	기관당 횟수	기관당금액(원)	
								금액(원)	순위
총계	2001	39	13,930.8	100.0	71,181,452	100.0	357	1,825,165	
	2002	65	19,675.5	100.0	97,438,028	100.0	303	1,499,047	
	2003	87	24,486.7	100.0	124,928,017	100.0	281	1,435,954	
	2004	91	31,161.8	100.0	166,314,382	100.0	342	1,827,631	
	2005	96	33,727.5	100.0	177,931,151	100.0	351	1,853,449	기준
서울	2001	14	2,305.3	16.5	13,769,790	19.3	165	983,556	
	2002	22	3,411.6	17.3	18,250,442	18.7	155	829,566	
	2003	32	2,461.5	10.1	10,440,460	8.4	77	326,264	
	2004	28	2,819.8	9.0	10,254,640	6.2	101	366,237	
	2005	30	3,082.3	9.1	13,037,072	7.3	103	434,569	※13
전북	2001	1	1,603.0	11.5	8,516,840	12.0	1,603	8,516,840	
	2002	1	2,013.0	10.2	10,487,620	10.8	2,013	10,487,620	
	2003	1	1,933.0	7.9	10,347,050	8.3	1,933	10,347,050	
	2004	1	2,647.0	8.5	14,782,280	8.9	2,647	14,782,280	
	2005	1	3,615.0	10.7	21,300,660	12.0	3,615	21,300,660	1
충북	2001	1	267.0	1.9	1,135,970	1.6	267	1,135,970	
	2002	1	228.5	1.2	892,983	0.9	229	892,983	
	2003	1	831.0	3.4	5,068,720	4.1	831	5,068,720	
	2004	1	1,748.9	5.6	12,275,613	7.4	1,749	12,275,613	
	2005	1	2,057.0	6.1	15,330,120	8.6	2,057	15,330,120	2
광주	2001	1	196.0	1.4	743,250	1.0	196	743,250	
	2002	1	61.5	0.3	304,070	0.3	62	304,070	
	2003	2	120.5	0.5	688,254	0.6	60	344,127	
	2004	2	1,029.0	3.3	6,975,476	4.2	515	3,487,738	
	2005	2	1,521.5	4.5	10,953,130	6.2	761	5,476,565	3
부산	2001	0	0.0	0.0	0	0.0	0	0	
	2002	3	1,039.0	5.3	4,822,820	4.9	346	1,607,607	
	2003	8	6,013.0	24.6	29,312,395	23.5	752	3,664,049	
	2004	6	7,458.0	23.9	39,641,260	23.8	1,243	6,606,877	
	2005	8	7,505.0	22.3	41,605,570	23.4	938	5,200,696	4
충남	2001	1	548.0	3.9	3,042,800	4.3	548	3,042,800	
	2002	3	998.0	5.1	5,106,280	5.2	333	1,702,093	
	2003	3	2,646.0	10.8	15,278,250	12.2	882	5,092,750	
	2004	4	3,393.5	10.9	19,463,145	11.7	848	4,865,786	
	2005	4	4,082.0	12.1	20,015,505	11.2	1,021	5,003,876	5

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일부 x 총 부여 횟수로 계산됨.
 4. 수록시점은 심사결정 연도를 말함.
 5. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨.

다음은 치과의원의 소재지별 복합레진충진(1면~4면 이상)의 요양급여비용 지급 현황 변화에 대하여 분석하였다. 2005년의 요양급여비용 현황을 분석한 결과 총 조사대상기관은 11,536개 기관으로 총 청구횟수는 4,613,824.3회, 청구금액 21,076,081,221원이며, 기관당 청구횟수는 400회, 기관당 평균 청구금액은 1,826,983원으로 분석된다. 치과의원의 경우 2005년 복합레진 충진 1치당 소재지별 요양급여비용의 순위를 확인하면 제주지역이 전체 청구금액 구성비율이 2.3%로 현저히 낮은 지역이나, 기관당 청구금액은 3,830,851원으로 전국 평균 기관당 청구금액에 2배로 가장 높았으며, 대전지역이 기관당 청구금액 3,168,007원으로 전체 평균 기관당 청구금액에 1.7배이며 전북지역이 기관당 청구금액 3,156,636원 1.7배 높은 지역으로 조사되었다.

서울지역의 경우는 기관당 청구금액이 887,395원으로 전체 평균 기관당 청구금액비교 48.57%로 분석되어 평균금액보다 현저하게 낮았다.

따라서 치과의원의 복합레진충진(1면~4면 이상)에 총 요양급여비용은 전체 요양기관 종별 구성비는 98.9%(2005년)로 가장 높았고 소재지별 복합레진충진의 요양급여비용에 기관당 청구금액은 서울지역은 평균금액보다 현저하게 낮았으나 제주지역, 대전, 전북지역은 높게 조사되었다.

<표3-4-나-2>

<표3-4-나-2> 소재지별 치과의원의 복합레진충전 청구횟수 및 청구금액 현황

지역	년도	치과의원 요양기관 복합레진충전 (1면~4면 이상)							
		요양 기관수	횟수	횟수 구성비(%)	금액(원)	금액구 성비(%)	기관당 횟수	기관당금액(원)	
								금액	순위
총계	2001	9,293	2,806,787.9	100.0	12,168,895,815	100.0	302	1,309,469	
	2002	9,805	3,558,765.6	100.0	15,293,358,645	100.0	363	1,559,751	
	2003	10,325	3,802,768.5	100.0	16,405,623,510	100.0	368	1,588,922	
	2004	10,850	4,254,597.2	100.0	18,974,799,447	100.0	392	1,748,829	
	2005	11,536	4,613,824.3	100.0	21,076,081,221	100.0	400	1,826,983	기준
서울	2001	2,537	383,888.3	13.7	1,512,493,475	12.4	151	596,174	
	2002	2,736	500,289.7	14.1	1,971,255,243	12.9	183	720,488	
	2003	2,923	556,802.5	14.6	2,225,586,802	13.6	190	761,405	
	2004	3,091	620,759.1	14.6	2,591,554,114	13.7	201	838,419	
	2005	3,322	686,165.9	14.9	2,947,927,462	14.0	207	887,395	*15
제주	2001	101	57,445.5	2.0	240,314,300	2.0	569	2,379,350	
	2002	106	71,518.1	2.0	291,649,931	1.9	675	2,751,414	
	2003	112	78,986.2	2.1	332,744,061	2.0	705	2,970,929	
	2004	119	104,545.4	2.5	467,413,752	2.5	879	3,927,847	
	2005	124	107,078.3	2.3	475,025,466	2.3	864	3,830,851	1
대전	2001	321	159,182.5	5.7	663,991,745	5.5	496	2,068,510	
	2002	331	186,407.5	5.2	764,857,107	5.0	563	2,310,747	
	2003	341	195,073.8	5.1	812,140,547	5.0	572	2,381,644	
	2004	353	240,976.8	5.7	1,054,929,315	5.6	683	2,988,468	
	2005	373	261,807.3	5.7	1,181,666,795	5.6	702	3,168,007	2
전북	2001	376	176,735.0	6.3	788,746,763	6.5	470	2,097,731	
	2002	383	211,534.4	5.9	924,599,005	6.0	552	2,414,097	
	2003	382	222,762.3	5.9	954,709,145	5.8	583	2,499,239	
	2004	398	248,841.2	5.8	1,099,630,361	5.8	625	2,762,890	
	2005	391	270,644.2	5.9	1,234,244,696	5.9	692	3,156,636	3
충북	2001	222	110,341.0	3.9	455,457,143	3.7	497	2,051,609	
	2002	230	132,542.9	3.7	540,652,513	3.5	576	2,350,663	
	2003	230	153,674.1	4.0	631,588,911	3.8	668	2,746,039	
	2004	241	170,889.1	4.0	716,393,924	3.8	709	2,972,589	
	2005	248	183,091.3	4.0	780,323,222	3.7	738	3,146,465	4
경북	2001	419	193,505.4	6.9	861,579,355	7.1	462	2,056,275	
	2002	434	249,073.5	7.0	1,100,602,200	7.2	574	2,535,950	
	2003	431	252,627.5	6.6	1,126,929,424	6.9	586	2,614,685	
	2004	426	269,336.4	6.3	1,226,676,366	6.5	632	2,879,522	
	2005	450	289,390.2	6.3	1,350,919,637	6.4	643	3,002,044	5

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일투 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수록시점은 심사결정 연도를 말함.

다. 연령·성별 복합레진충진 (1면~4면 이상) 현황

연령별 구성비는 5~9세 24.65%, 1세~4세(13.35%), 45세~49세(7.21%), 40세~44세(6.57%), 50세~54세(5.89%)로 조사되었다. 10세 구간 연령으로 분석하면 1세~9세까지 38.00%, 40세~49세 13.78%로 분석되었다. <표3-4-다-1> 성별 구성비율을 분석한 결과 2002년부터 2005년까지 계속적으로 남자보다 여자의 구성비율(51.03%~51.48%)이 약간 높다.

<표3-4-다> 연령별 복합레진충진 (1면~4면 이상) 청구금액 구성비

구분	2005년		2004년		2003년		2002년	
	청구금액(원)		청구금액(원)		청구금액(원)		청구금액(원)	
	금액	구성비 (%)						
계	21,313,966,796	100.00	19,193,513,877	100.00	16,584,504,879	100.0	15,440,678,726	100.00
0세	434,850	0.00	458,974	0.00	616,360	0.00	344,080	0.00
1~4	2,845,128,562	13.35	2,920,381,889	15.22	2,572,863,190	15.51	2,531,315,450	16.39
5~9	5,254,804,037	24.65	4,816,521,109	25.09	4,092,608,627	24.68	3,867,668,781	25.05
10~14	1,075,134,690	5.04	911,880,056	4.75	751,187,562	4.53	658,033,735	4.26
15~19	798,014,231	3.74	689,568,997	3.59	601,326,506	3.63	538,037,195	3.48
20~24	834,999,719	3.92	718,896,000	3.75	571,883,372	3.45	492,107,087	3.19
25~29	739,472,731	3.47	616,639,921	3.21	542,151,037	3.27	512,793,312	3.32
30~34	896,029,508	4.20	810,877,594	4.22	738,657,848	4.45	700,975,590	4.54
35~39	1,124,949,974	5.28	1,014,365,915	5.28	900,783,961	5.43	866,137,711	5.61
40~44	1,399,830,776	6.57	1,283,398,836	6.69	1,176,558,979	7.09	1,097,060,654	7.11
45~49	1,537,236,379	7.21	1,306,725,057	6.81	1,099,971,246	6.63	975,217,395	6.32
50~54	1,256,260,845	5.89	1,041,037,293	5.42	905,049,214	5.46	829,682,850	5.37
55~59	1,080,434,992	5.07	922,328,585	4.81	799,785,619	4.82	738,575,734	4.78
60~64	991,998,842	4.65	890,720,460	4.64	793,843,099	4.79	702,958,856	4.55
65~69	766,816,501	3.60	659,932,829	3.44	555,818,331	3.35	502,194,972	3.25
70~74	431,989,126	2.03	357,000,649	1.86	295,383,672	1.78	263,098,293	1.70
75~79	196,886,120	0.92	162,875,355	0.85	129,902,689	0.78	117,708,391	0.76
80~84	67,125,851	0.31	56,323,528	0.29	45,110,265	0.27	37,372,920	0.24
85이상	16,419,062	0.08	13,580,830	0.07	11,003,302	0.07	9,395,720	0.06

* 심사평가원 내부자료 (심사지급현황참조)

라. 요양기관종별 수진자당 복합레진충진(1면~4면이상) 요양급여비용

복합레진충진은 1면과 2면, 3면, 4면 이상(U0135~U0138)으로 각각 구분하여 산정할 수 있는 항목으로 행위별 수는 1치당 1회에 한하여 산정하되(2005년1월1일 현재) 1면의 경우(U0135) 3,070원, 2면(U0136) 6,140원, 3면(U0137) 6,570원, 4면 이상(U0138) 9,210원 이다.

수진자수 비교 발생 현황을 조사한 것으로 요양기관종별 가산금액이 포함되지 않은 순수한 복합레진 충진(1면~4면 이상)에 대한 요양급여비용의 심사결정금액 중 수진자수비교 수진자당 청구금액을 분석한 결과 2005년 현황을 살펴보면 전체 평균 수진자수 1인당 청구금액은 11,068원이며, 요양기관종별 기관당 청구금액은 치과병원이 11,211원, 치과의원 11,070원, 종합전문병원 9,164원, 종합병원 8,119원 순으로 조사되었다.

따라서 복합레진충진의 수진자당 평균 금액은 11,068원(2005년) 이었으며, 요양기관종별 청구금액이 가장 높게 분석된 기관은 치과병원으로 11,211원이었다. <표3-4-라>

<표3-4-라> 요양기관종별 복합레진충전 수진자당 요양급여비용

구분	수록 시점	요양 기관수	총 청구금액(원)	총 청구횟수	수진자수	수진자당 청구금액	순위
총계	2001	9,403	12,272,215,754	2,827,868.73	1,204,627	10,188	
	2002	9,970	15,440,678,726	3,590,635.60	1,507,442	10,243	
	2003	10,528	16,584,504,879	3,840,642.03	1,611,103	10,294	
	2004	11,069	19,193,513,877	4,299,068.00	1,780,199	10,782	
	2005	11,781	21,313,966,796	4,662,431.89	1,925,809	11,068	기준
전문종합	2001	22	15,061,990	2,802.00	1,338	11,257	
	2002	24	8,619,640	1,923.00	984	8,760	
	2003	23	5,430,940	1,460.00	688	7,894	
	2004	21	4,558,030	1,123.00	576	7,913	
	2005	23	6,607,159	1,455.08	721	9,164	3
종합병원	2001	49	17,076,497	4,348.03	2,198	7,769	
	2002	76	41,262,413	10,271.55	4,756	8,676	
	2003	93	48,522,412	11,926.83	5,472	8,867	
	2004	107	47,842,018	12,186.02	5,403	8,855	
	2005	126	53,347,265	13,425.00	6,571	8,119	4
치과병원	2001	39	71,181,452	13,930.82	6,414	11,098	
	2002	65	97,438,028	19,675.45	9,117	10,688	
	2003	87	124,928,017	24,486.70	11,577	10,791	
	2004	91	166,314,382	31,161.80	14,268	11,656	
	2005	96	177,931,151	33,727.50	15,871	11,211	1
치과의원	2001	9,293	12,168,895,815	2,806,787.88	1,195,066	10,183	
	2002	9,805	15,293,358,645	3,558,765.60	1,493,346	10,241	
	2003	10,325	16,405,623,510	3,802,768.50	1,594,243	10,291	
	2004	10,850	18,974,799,447	4,254,597.18	1,761,013	10,775	
	2005	11,536	21,076,081,221	4,613,824.31	1,903,875	11,070	2

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일투 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수록시점은 심사결정 연도를 말함.
 5. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨. (종합전문병원은 3차기관임)

마. 치과의원 의사1인 대표자 연령별 복합레진충진 구성비

요양기관 종별 치과의원의 경우 심사평가원에 요양기관 '인원현황'으로 신고된 자료를 토대로 치과의사 1인 대표자 진료기관의 2005년 진료분 중 복합레진충진(1면~4면 이상)의 요양급여비용 현황을 치과의사 대표자 연령별(20대, 30대, 40대, 50대, 60대 이상)로 구분하여 분석한 결과 전체 2005년 진료분 중 복합레진충진(1면~4면 이상)의 요양급여비용 조사대상 기관수는 9,715개 기관이며, 총 청구금액은 17,393,388,446원으로 조사되었다. 치과의사의 연령별 구분 구성비율은 30대 와 40대가 87.98%로 높게 구성하였다. <표3-4-마-1> 복합레진충진의 요양급여비용 성별 구성비는 남자는 40대가 49.68%로 많았으며, 여자는 30대가 64.09%인 것으로 조사되었다. <표3-4-마-2>

치과의사 1인 대표자로 신고된 기관 중 2005년 진료분 중 치과의사 30대 연령에 복합레진충진의 요양급여비용 현황을 소재지별로 구분하여 자세하게 분석하면 제주지역의 총 기관당 청구금액이 4,474,364원으로 전체 기관당 청구금액에 2.4배로 가장 높게 확인되었으며, 대전지역 기관당 청구금액 3,303,844원으로 전체 평균 기관당 청구금액비교 1.8배, 전북지역이 3,153,826원 전체 기관당 평균금액비교 1.7배 높은 순으로 분석되었다. 반면, 서울지역은 총 요양급여비용 837,344,384원(11.66%)로 높은 지역이지만, 기관당 청구금액은 850,096원으로 전체 기관당 평균 청구금액 비교 46.27%로 평균금액보다 현저히 낮은 것으로 분석되었다. 따라서 2005년 진료비중 치과의원에 치과의사 30대 연령대표자 1인 기관의 경우 복합레진충진(1면~4면 이상) 요양급여비용은 총 금액의 구성비가 41.27%로 확인되며, 소재지별로 구분하여 분석결과 제주지역의 기관당 청구금액이 가장 높았다. <표3-4-마-3>

다음은 치과의원의 2005년 진료비중 치과의사 40대 연령 1인 대표자의 요양급여비용을 분석하면 조사대상 기관수는 4,051개 기관이며, 총 청구횟수 및 청구금액은 1,862,028.80회, 8,124,570,984원이다. 소재지별 기관당 청구금액 구성비율은 충북지역의 기관당 청구금액이 4,007,187원으로 전체 평균 기관당 청구금액비교 1.9배로 분석되어 가장 높은 것으로 조사되었다. 다음은 전북지역 기관당 청구금액 3,429,906원 전체 기관당 평균 금액비교 1.7배, 대전지역 기관당 청구금액 3,407,827원(1.6배)로 높은 순으로 조사되었다. 따라서 2005년 진료비중 치과의원에 치과의사 40대 연령대표자 1인 기관의 경우 복합레진 충전(1면~4면 이상) 요양급여비용은 총 금액의 구성비는 46.71%로 높게 확인되었으며, 소재지별로 구분하여 분석한 결과 충북지역의 기관당 청구금액이 가장 높았으며, 서울지역이나, 경기지역은 전체 기관당 평균 청구금액보다 작은 것으로 조사되었다. <표3-4-마-4>

<표3-4-마-1>치과의원 의사1인대표자 연령별 복합레진충전 구성비

치과의사 연령구분	기관수	실시횟수	금액(원)	구성비
전체	9,715	3,818,842.70	17,393,388,446	100.00
20~29	197	55,333.90	277,553,129	1.60
30~39	3,933	1,466,593.90	7,179,086,010	41.27
40~49	4,051	1,862,028.80	8,124,570,984	46.71
50~59	1,001	340,446.80	1,415,579,627	8.14
60 이상	533	94,439.30	396,598,696	2.28

* 주: 1. 심사평가원 내부자료 (심사지급현황참조)
 2. 요양기관 종별가산금 포함되지 않음.
 3. 서면청구기관 제외

<표3-4-마-2> 치과의원 의사1인대표자 연령별·성별 복합레진충전 구성비

치과의사 연령구분	남자				여자			
	기관수	실시횟수	금액		기관수	실시횟수	금액	
			금액	구성비			금액	구성비
전체	8,046	3,289,612.30	14,862,027,430	100.00	1,669	529,230.40	2,531,361,016	100.00
20~29	112	35,704.80	173,620,495	1.17	85	19,629.10	103,932,634	4.11
30~39	2,929	1,141,287.80	5,556,637,505	37.39	1,004	325,306.10	1,622,448,505	64.09
40~49	3,546	1,692,844.40	7,383,313,873	49.68	505	169,184.40	741,257,111	29.28
50~59	950	328,026.80	1,363,003,102	9.17	51	12,420.00	52,576,525	2.08
60 이상	509	91,748.50	385,452,455	2.59	24	2,690.80	11,146,241	0.44

주: 1. 심사평가원 내부자료 (심사지급현황참조)

2. 요양기관 종별가산금 포함되지 않음.

3. 서면청구기관 제외

<표3-4-마-3> 치과의원 30대 의사1인 대표자 소재지별 복합레진충전 현황

구분	기관수	청구현황			기관당		
		횟수	금액(원)	구성비 (%)	청구 횟수	청구금액(원)	순위
전체	3,933	1,466,593.90	7,179,086,010	100.00	372.9	1,825,346	
서울	985	178,030.80	837,344,384	11.66	180.7	850,096	
부산	270	123,736.00	583,911,729	8.13	458.3	2,162,636	
인천	206	58,720.40	308,435,388	4.30	285.1	1,497,259	
대구	184	85,141.00	426,330,732	5.94	462.7	2,317,015	10
광주	127	43,846.60	211,569,742	2.95	345.2	1,665,903	
대전	134	87,772.90	442,715,076	6.17	655.0	3,303,844	2
울산	94	41,326.80	197,704,301	2.75	439.6	2,103,237	
경기	993	297,449.20	1,490,133,852	20.76	299.5	1,500,638	
강원	88	47,089.10	230,942,905	3.22	535.1	2,624,351	7
충북	81	47,851.40	217,925,975	3.04	590.8	2,690,444	6
충남	132	71,531.30	345,136,803	4.81	541.9	2,614,673	8
전북	145	98,992.80	457,304,814	6.37	682.7	3,153,826	3
전남	114	53,862.10	275,294,709	3.83	472.5	2,414,866	9
경북	164	92,309.60	457,144,664	6.37	562.9	2,787,467	5
경남	176	99,724.30	518,216,365	7.22	566.6	2,944,411	4
제주	40	39,209.60	178,974,571	2.49	980.2	4,474,364	1

* 주: 1. 심사평가원 내부자료 (심사지급현황참조)

2. 요양기관 종별가산금 포함되지 않음.

3. 서면청구기관 제외

<표3-4-마-4> 치과의원 40대 의사1인 대표자 소재지별 복합레진충전 현황

구분	기관수	청구현황			기관당		
		횟수	금액(원)	구성비(%)	청구 횟수	청구금액(원)	순위
전체	4,368	3,795,921.35	17,509,531,726	100.00	869.0	4,008,592	
서울	1,204	756,468.60	3,537,644,719	20.20	628.3	2,938,243	
부산	354	332,679.80	1,509,863,395	8.62	939.8	4,265,151	
인천	191	179,189.50	847,776,675	4.84	938.2	4,438,621	9
대구	275	285,151.90	1,315,373,986	7.51	1036.9	4,783,178	6
광주	148	144,207.20	653,285,433	3.73	974.4	4,414,091	8
대전	127	130,440.30	598,581,742	3.42	1027.1	4,713,242	7
울산	106	90,261.60	411,038,256	2.35	851.5	3,877,719	
경기	858	672,706.10	3,169,660,493	18.10	784.0	3,694,243	
강원	110	102,765.10	470,155,110	2.69	934.2	4,274,137	10
충북	104	137,755.20	619,101,353	3.54	1324.6	5,952,898	1
충남	105	94,830.40	432,654,291	2.47	903.1	4,120,517	
전북	167	191,481.75	859,453,377	4.91	1146.6	5,146,427	3
전남	122	148,028.10	664,355,293	3.79	1213.3	5,445,535	2
경북	189	204,967.40	924,368,803	5.28	1084.5	4,890,840	5
경남	250	271,174.90	1,251,591,045	7.15	1084.7	5,006,364	4
제주	58	53,813.50	244,627,755	1.40	927.8	4,217,720	

- * 주: 1. 심사평가원 내부자료 (심사지급현황참조)
 2. 요양기관 종별가산금 포함되지 않음.
 3. 서면청구기관 제외

바. 복합레진 충전 (U0135~U0138) 다 발생 상병

요양기관종별로 요양급여비용으로 청구된 복합레진 충전(1면~4면 이상)의 다 발생 상병 현황을 분석한 결과 2005년 기준으로 종합전문요양기관의 다 발생상병은 (K02.0) 상아질의 우식증, (K02.9) 상세불명의 치아우식증, (K04.0) 치수염이며, 종합병원, 치과병원, 치과의원은 (K02.1) 상아질의 우식증 상병이 1순위로 조사되었다. 2순위 상병은 종합전문병원의 경우는 동일하였으나, 종합병원은 (K03.1) 치아의 마모증, (K02.9) 상세불명의 치아우식증의 상병이며, 치과병원은 (K04.0) 치수염, 치과의원은 (K03.1) 치아의 마모증 상병으로 조사되었다.

IV. 치주수술의 현황 (2001년~2005년)

(치석제거, 치근활택술, 치주소파술)

1. 치석제거의 현황

치석제거(1/3약당)제거는 치주질환 처치나 치료시에 행한 경우 보험급여가 되었으나 보험재정의 악화로 2001년 7월 9일 진료분 부터는 보건복지부 고시 제2001-40호(2001.07.01)에 의거하여 “치주질환처치에 실시한 경우에 인정하며, 전악치석제거는 치주질환 치료를 위한 전처치의 경우에만 인정하므로 치석제거만으로 치료가 종료되는 전악치석제거는 요양급여의 기준에 관한규칙 [별표2] 비 급여대상 3. 다에 의한 비 급여대상으로 함”으로 결정되어 심사 인정기준에 적용하였다. 그 후 최근 치석제거 인정기준은 2005년 9월 15일 진료분 부터는 보건복지부 고시 제2005-61호(2005.09.09)에 의거 “치석제거만으로 치료가 종료되는 전악치석제거는 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비 급여대상 3. 다항에 의거 비급여대상이나, 다음과 같은 경우는 급여대상이다 가. 치주질환처치에 실시한 부분치석제거, 나. 치주질환치료를 위한 전 처치로 실시하는 전악치석제거, 다. 개심술 전에 실시하는 전악치석제거인 경우에는 급여토록 한다”로 재 고시 변경되어 동 인정기준에 의거 보험급여 및 심사 적용되는 항목이다. 치석제거(차-23-1)항목은 「건강보험 요양급여 행위 및 그 상대가치점수」 제10장. 제1절. 차-23-1 (U2232) “주”:1.항에 의거 Scaler 또는 Cavitron을 사용하여 시술하는 경우에 산정한다. 2. 치주질환처치에 필요하여 실시한 경우에 산정한다. 로 산정지침이 되어있으며 행위별 수가는 1/3약당 6,050원(2005년1월 1일 현재) 이다.

가. 요양기관종별 치석제거(1/3약당) 항목별 현황

2001년부터 2005년까지 치석제거(차-23-1)의 총 요양급여비용을 요양기관종별구분으로 요양급여비용의 청구횟수와 청구금액을 각각 분석하였다. <표4-1-가> 총 청구금액과 비교할 때 청구금액의 구성비는 2005년 기준 치과의원 92.9%, 치과병원 5.4%, 종합전문병원 1.1%, 종합병원 0.7%로 조사되었다. 청구금액 전년비교 증감률을 확인하면 2001년비교 2002년에는 -67.53%로 크게 감소하였다가 2005년에는 13.82%나 증가되었다. 이는 위에서 언급한 바와 같이 치석제거의 심사기준에 2001년 7월 9일 진료분부터(보건복지부 고시 제2001-40호) 적용되는 것에 영향이 있었던 것으로 해석된다. 각 요양기관종별 현황의 분석하면 치과의원의 경우 전년대비 증감률이 14.58%로 가장 높았으며 종합전문기관 11.82%, 종합병원 4.66%, 치과병원 3.50%로 치석제거(차-23-1)의 요양급여비용이 전체적으로 증가된 것으로 분석된다. 종합전문병원이나, 치과병원의 증가율이 높은 이유는 현행 인정기준이 전악치석제거의 경우 치주수술을 전제로 한 전에 실시된 전악치석제거의 경우에 한하여 요양급여 대상(보건복지부 고시)이므로 종합전문기관은 치주수술만 전문으로 실시되는 별도의 치주과가 설치되어 있고, 치과병원의 경우도 치과진료만을 전문으로 행하는 기관으로 치주수술이 다 발생되기 때문이 이라 해석된다. 아울러 이는 현행인정기준에 의거 치주수술을 전제로 전처치에 실시된 치석제거(차-23-1)의 요양급여비용만이 확인된 결과로 현행인정기준에 고시되기 전에 실시된 경미한 치주질환 치료로 실시되는 전악치석제거의 경우는 비급여 대상으로 하고 있다는 점을 감안할 때 2001년 비교 2002년에 전년대비 증감률이 크게 감소한 만큼 적어도 매년 치주질환 치료목적으로 실시되는 전악치석제거가 비급여로 행하여 질 수 있다고도 추정할 수 있다.

<표4-1-가> 요양기관종별 치석제거(차-23-1)의 전체청구횟수 및 청구금액 현황

종별	수특시점	청구횟수(1/3약당)			청구금액(1/3약당)		
		횟수	년 구성비(%)	전년비교 증감율(%)	금액(원)	년 구성 비(%)	전년비교 증감율(%)
총계	2001	12,173,801.9	100.0	-	67,880,818,332	100.0	-
	2002	3,914,229.9	100.0	-67.85	22,042,924,151	100.0	-67.53
	2003	3,727,413.1	100.0	-4.77	21,202,882,623	100.0	-3.81
	2004	3,986,801.5	100.0	6.96	23,287,540,659	100.0	9.83
	2005	4,401,755.8	100.0	10.41	26,505,822,736	100.0	13.82
전문종합	2001	59,248.7	0.5	-	331,155,780	0.5	-
	2002	45,106.0	1.2	-23.87	254,560,415	1.2	-23.13
	2003	43,439.0	1.2	-3.70	246,401,570	1.2	-3.21
	2004	43,832.8	1.1	0.91	256,016,321	1.1	3.90
	2005	47,580.5	1.1	8.55	286,467,525	1.1	11.89
종합병원	2001	27,426.4	0.2	-	153,175,900	0.2	-
	2002	25,160.5	0.6	-8.26	141,433,670	0.6	-7.67
	2003	31,137.1	0.8	23.75	176,995,658	0.8	25.14
	2004	30,846.9	0.8	-0.93	180,470,249	0.8	1.96
	2005	31,363.1	0.7	1.67	188,880,798	0.7	4.66
치과병원	2001	206,958.6	1.7	-	1,139,997,690	1.7	-
	2002	172,633.8	4.4	-16.59	974,215,956	4.4	-14.54
	2003	203,472.9	5.5	17.86	1,154,616,742	5.4	18.52
	2004	235,131.4	5.9	15.56	1,371,727,926	5.9	18.80
	2005	236,043.7	5.4	0.39	1,419,758,945	5.4	3.50
치과의원	2001	11,880,168.2	97.6	-	66,256,488,962	97.6	-
	2002	3,671,329.6	93.8	-69.10	20,672,714,110	93.8	-68.80
	2003	3,449,364.2	92.5	-6.05	19,624,868,653	92.6	-5.07
	2004	3,676,990.4	92.2	6.60	21,479,326,163	92.2	9.45
	2005	4,086,768.5	92.8	11.14	24,610,715,468	92.9	14.58

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일투 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수특시점은 심사결정 연도를 말함.
 5. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨. (종합전문병원은 3차기관임)

나. 소재지별 치과병원, 치과의원의 치석제거(1/3약당) 현황

치과병원의 소재지별 치석제거(차-23-1)의 항목변화를 분석한 결과는 2005년 비교 조사대상기관수는 총 127기관이며, 청구금액은 총 1,419,758,945원, 전국 평균 기관당 청구금액은 11,179,204원이다. 소재지별 요양급여비용의 순위는 강원지역의 기관당 청구금액이 47,134,430원으로 전국 평균 기관당 금액비교 4.2배로 높아 1순위로 분석되었다. 다음은 경남지역으로 기관당 청구금액이 41,738,537원, 3.7배로 2순위, 전북지역 기관당 청구금액이 34,245,890원, 3배로 3순위로 조사되었다. 그러나 서울지역은 2005년 비교 치과병원의 치석제거(차-23-1)에 대한 요양급여비용 총 금액 중 청구금액의 구성비율이 33.0%로 높게 분석된 반면, 기관당 청구금액이 9,963,236원으로 전국 평균 기관당 청구금액에 89% 금액에 불과 하여 평균 금액도 안되는 것으로 조사되었다. 따라서 치과병원의 경우 전체 요양기관 종별 치석제거(차-23-1)항목의 청구 구성비가 508%로 높게 조사되었다. 그러나 2005년 증감율은 감소하였고 치과병원이 밀집되어 있는 서울지역 보다는 타 지역(강원, 경남, 전북 등)이 높은 것으로 조사되었다. <표4-1-나-1>

<표4-1-나-1> 소재지별 치과병원의 치석제거 청구횟수 및 청구금액 현황

지역	년도	치과병원 요양기관 치석제거(U2232)							
		요양 기관수	횟수	횟수구성 비(%)	금액(원)	금액 구성비	기관당 횟수	기관당금액(원)	
								금액	순위
총계	2001	52	206,958.6	100.0	1,139,997,690	100.0	3,980	21,923,033	
	2002	78	172,633.8	100.0	974,215,956	100.0	2,213	12,489,948	
	2003	108	203,472.9	100.0	1,154,616,742	100.0	1,884	10,690,896	
	2004	115	235,131.4	100.0	1,371,727,926	100.0	2,045	11,928,069	
	2005	127	236,043.7	100.0	1,419,758,945	100.0	1,859	11,179,204	기준
서울	2001	19	48,825.0	23.6	267,818,880	23.5	2,570	14,095,731	
	2002	28	61,013.0	35.3	344,432,005	35.4	2,179	12,301,143	
	2003	42	60,342.5	29.7	342,563,610	29.7	1,437	8,156,276	
	2004	41	83,836.3	35.7	488,833,726	35.6	2,045	11,922,774	
	2005	47	77,820.2	33.0	468,272,080	33.0	1,656	9,963,236	*
강원	2001	1	6,159.0	3.0	31,195,320	2.7	6,159	31,195,320	
	2002	1	8,782.0	5.1	49,949,030	5.1	8,782	49,949,030	
	2003	1	7,088.0	3.5	40,004,600	3.5	7,088	40,004,600	
	2004	1	9,534.5	4.1	55,521,745	4.0	9,535	55,521,745	
	2005	1	7,843.0	33	47,134,430	33	7,843	47,134,430	1
경남	2001	2	26,573.0	12.8	152,784,080	13.4	13,287	76,392,040	
	2002	3	16,194.0	9.4	90,986,120	9.3	5,398	30,328,707	
	2003	3	22,396.0	11.0	127,310,370	11.0	7,465	42,436,790	
	2004	3	21,877.0	9.3	127,891,340	9.3	7,292	42,630,447	
	2005	3	20,797.0	8.8	125,215,610	8.8	6,932	41,738,537	2
전북	2001	1	6,252.0	3.0	34,946,880	3.1	6,252	34,946,880	
	2002	1	5,594.0	3.2	31,522,530	3.2	5,594	31,522,530	
	2003	1	4,894.0	2.4	27,813,820	2.4	4,894	27,813,820	
	2004	1	4,977.0	2.1	29,053,890	2.1	4,977	29,053,890	
	2005	1	5,683.0	2.4	34,245,890	2.4	5,683	34,245,890	3
광주	2001	1	4,571.5	2.2	26,148,980	2.3	4,572	26,148,980	
	2002	2	11,154.0	6.5	62,288,475	6.4	5,577	31,144,238	
	2003	3	19,265.5	9.5	109,509,480	9.5	6,422	36,503,160	
	2004	3	17,634.0	7.5	103,005,705	7.5	5,878	34,335,235	
	2005	3	13,143.0	5.6	79,193,760	5.6	4,381	26,397,920	4
충북	2001	1	18,302.5	8.8	99,995,180	8.8	18,303	99,995,180	
	2002	1	6,986.8	4.0	39,260,135	4.0	6,987	39,260,135	
	2003	1	3,497.4	1.7	19,878,699	1.7	3,497	19,878,699	
	2004	1	3,271.0	1.4	19,112,345	1.4	3,271	19,112,345	
	2005	1	4,025.0	1.7	24,309,940	1.7	4,025	24,309,940	5

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일투 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수록시점은 심사결정 연도를 말함.
 5. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨.

치과의원의 소재지별 치석제거(차-23-1)의 요양급여비용 지급 현황 변화에 대하여 분석결과는 2005년 비교 조사대상기관은 총 11,732개 기관이며, 청구금액은 총 24,610,715,468원, 전국 평균 기관당 청구금액은 2,097,743원으로 조사되었다. 소재지별 순위를 분석하면 2005년 기준 대전지역의 기관당 청구금액이 3,227,445원으로 전국 평균 기관당 횡수와 금액에 1.5배로 높게 조사되어 1순위, 충북지역 기관당 청구금액이 3,113,325원, 1.4배로 2순위, 전북지역의 기관당 청구금액이 3,018,567원, 1.4배로 3순위 지역으로 조사되었다.

반면, 서울지역은 전체 지역 비교 구성비가 24.5%로 높았으나, 기관당 청구금액은 1,694,979원으로 전체 기관 평균 청구금액에 81%로 전체 평균 기관당 청구금액에도 미치지 못하는 것으로 조사되었다. 따라서 치과의원의 치석제거(차-23-1)에 대한 요양급여비용의 지급현황을 분석한 결과 전체 평균 기관당 청구 횡수비교 95%로 평균금액보다 낮았으며, 소재지별로 분석결과는 치과의원이 밀집되어있는 서울지역보다 타 지역인 대전, 충북, 전북지역의 기관당 청구금액이 높은 것으로 조사되었다.

<표4-1-나-2> 소재지별 치과의원의 치석제거 청구횟수 및 청구금액 현황

지역	년도	치과의원 요양기관 치석제거(U2232)							
		요양기관수	횟수	횟수구 성비(%)	금액(원)	금액 구성비	기관당 횟수	기관당금액(원)	
								금액	순위
총계	2001	10,231	11,880,168.2	100.0	66,256,488,962	100.0	1,161	6,476,052	
	2002	10,219	3,671,329.6	100.0	20,672,714,110	100.0	359	2,022,968	
	2003	10,648	3,449,364.2	100.0	19,624,868,653	100.0	324	1,843,057	
	2004	11,153	3,676,990.4	100.0	21,479,326,163	100.0	330	1,925,879	
	2005	11,732	4,086,768.5	100.0	24,610,715,468	100.0	348	2,097,743	기준
서울	2001	2,983	2,489,294.3	21.0	13,793,058,560	20.8	834	4,623,888	
	2002	3,004	805,140.4	21.9	4,537,610,461	21.9	268	1,510,523	
	2003	3,224	820,075.8	23.8	4,666,442,323	23.8	254	1,447,408	
	2004	3,386	879,677.9	23.9	5,140,253,426	23.9	260	1,518,090	
	2005	3,563	1,002,807.7	24.5	6,039,211,172	24.5	281	1,694,979	※
대전	2001	334	571,769.8	4.8	3,203,767,016	4.8	1,712	9,592,117	
	2002	332	170,926.2	4.7	961,605,660	4.7	515	2,896,403	
	2003	340	155,716.8	4.5	885,315,550	4.5	458	2,603,869	
	2004	348	177,940.0	4.8	1,039,218,819	4.8	511	2,986,261	
	2005	363	194,610.5	4.8	1,171,562,518	4.8	536	3,227,445	1
충북	2001	228	344,452.2	2.9	1,928,563,074	2.9	1,511	8,458,610	
	2002	220	115,735.9	3.2	650,973,358	3.1	526	2,958,970	
	2003	219	114,392.3	3.3	650,642,436	3.3	522	2,970,970	
	2004	230	117,026.1	3.2	683,760,484	3.2	509	2,972,872	
	2005	240	124,059.9	3.0	747,197,929	3.0	517	3,113,325	2
전북	2001	387	578,225.0	4.9	3,238,658,920	4.9	1,494	8,368,628	
	2002	381	215,924.6	5.9	1,214,651,389	5.9	567	3,188,061	
	2003	375	176,992.6	5.1	1,007,207,860	5.1	472	2,685,888	
	2004	390	173,102.3	4.7	1,012,510,464	4.7	444	2,596,181	
	2005	382	191,288.7	4.7	1,153,092,687	4.7	501	3,018,567	3
경남	2001	525	712,283.0	6.0	3,982,234,360	6.0	1,357	7,585,208	
	2002	513	221,953.8	6.0	1,249,339,756	6.0	433	2,435,360	
	2003	519	199,983.3	5.8	1,138,519,639	5.8	385	2,193,679	
	2004	539	209,656.7	5.7	1,223,015,680	5.7	389	2,269,046	
	2005	561	237,491.3	5.8	1,430,003,650	5.8	423	2,549,026	4
충남	2001	289	355,811.0	3.0	1,987,898,270	3.0	1,231	6,878,541	
	2002	281	109,801.5	3.0	617,269,385	3.0	391	2,196,688	
	2003	282	106,699.1	3.1	607,238,214	3.1	378	2,153,327	
	2004	295	119,069.8	3.2	695,286,878	3.2	404	2,356,905	
	2005	326	129,821.0	3.2	782,801,720	3.2	398	2,401,232	5

* 주: 1. 심사평가원 요양급여비용증 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일부 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수록시점은 심사결정 연도를 말함.

다. 연령·성별 치석제거(차-23-1) 현황

치석제거(1/3약당)의 인된 연령별 구성비율을 분석하면 2005년 기준으로 45-49세가(15.29%), 40세~44세(14.90%), 35세~39세(12.46%), 50-54세(11.75%)이며, 10세 구간 연령은 40대 30%로 가장 높고, 30대 22%, 50대가 21%이다. 성별 구성비는 2001년의 지급현황에서는 남자보다 여자가 50.18%로 약간 높았으나, 2002년 이후부터는 여자보다 남자(51.23%~51.55%)의 치석제거(차-23-1) 요양급여비용이 약간씩 높았다. <표 4-1-다-1>

<표4-1-다> 연령별 치석제거(차-23-1) 청구금액 구성비

구분	2005년		2004년		2003년		2002년	
	청구금액(원)		청구금액(원)		청구금액(원)		청구금액(원)	
	금액	구성비 (%)						
계	26,505,822,736	100.00	23,287,540,659	100.00	21,202,882,623	100.00	22,042,924,151	100.00
0세	0	0.00	29,200	0.00	2,775	0.00	5,720	0.00
1~4	3,504,733	0.01	3,900,239	0.02	3,761,400	0.02	3,408,370	0.02
5~9	95,707,455	0.36	76,174,108	0.33	58,936,186	0.28	47,314,691	0.21
10~14	311,930,014	1.18	249,878,437	1.07	200,599,840	0.95	183,331,424	0.83
15~19	586,244,646	2.21	525,867,423	2.26	487,225,793	2.30	547,862,170	2.49
20~24	1,088,908,726	4.11	989,009,489	4.25	955,918,597	4.51	1,132,460,204	5.14
25~29	1,497,014,236	5.65	1,391,626,672	5.98	1,456,012,271	6.87	1,841,812,162	8.36
30~34	2,435,564,343	9.19	2,319,541,277	9.96	2,353,363,601	11.10	2,731,270,949	12.39
35~39	3,301,609,117	12.46	3,023,749,017	12.98	2,789,862,046	13.16	3,104,470,240	14.08
40~44	3,950,623,255	14.90	3,617,410,762	15.53	3,400,409,978	16.04	3,521,830,959	15.98
45~49	4,053,509,950	15.29	3,440,601,879	14.77	2,969,298,527	14.00	2,838,153,961	12.88
50~54	3,115,048,518	11.75	2,540,747,946	10.91	2,215,085,663	10.45	2,104,168,229	9.55
55~59	2,310,649,099	8.72	1,925,505,904	8.27	1,642,692,786	7.75	1,583,966,703	7.19
60~64	1,755,559,249	6.62	1,536,468,470	6.60	1,332,912,530	6.29	1,219,252,061	5.53
65~69	1,150,655,160	4.34	967,146,687	4.15	788,159,659	3.72	711,537,807	3.23
70~74	546,197,615	2.06	440,300,905	1.89	362,247,412	1.71	312,895,898	1.42
75~79	220,215,301	0.83	172,592,205	0.74	134,360,034	0.63	117,895,236	0.53
80~84	67,658,371	0.26	55,593,523	0.24	43,062,945	0.20	34,021,978	0.15
85이상	15,222,948	0.06	11,396,516	0.05	8,970,580	0.04	7,265,389	0.03

* 심사평가원 내부자료 (심사지급현황참조)

라. 요양기관종별 수진자당 치석제거(차-23-1) 요양급여비용

치석제거(차-23-1)항목의 행위별 수가는 1/3약당 1회에 한하여 산정되는 항목으로 (2005년1월1일 현재) 6,050원이며, 전악을 실시한 경우 최고 6회 까지 청구가 가능하다. 단, 전악 치석제거의 인정기준은 보건복지부 고시 제200-61호(2005 .9. 9)호에 의거 산정한다. 요양기관종별 치석제거(차-23-1)의 수진자수비교 수진자당 청구금액은 2005년 비교 전체 평균 수진자수 1인당 청구금액은 16,675원으로 조사되었고 요양기관종별 기관당 요양급여비용은 종합전문기관이 34,262원으로 평균금액의 2배로 가장 높게 조사되었으며 치과병원 29,501원, 1.8배로, 종합병원 20,852원 1.3배로 분석되었다. 반면, 치과의원은 16,108원으로 전체 기관당 평균 수진자당 청구금액비교 97%로 분석되어 평균금액보다 낮은 것으로 조사되었다.

이 결과는 위에서 조사된바와 같이 현재 치석제거(차-23-1)의 인정기준과 관련하여 “전악치석제거는 치주치료를 목적으로 계속 치료를 요하는 경우 전 단계에 실시시 인정”된 요양급여비용의 현황으로 치주수술 전문 진료과로 별도 운영되는 종합전문병원이나, 치과전문병원이 높게 분석된 결과라 사료된다.

<표4-1-라> 요양기관종별 치석제거 (차-23-1) 수진자당 요양급여비용

구분	수룩시점	요양기관수	총 청구금액(원)	총 청구횟수	수진자수	수진자당 청구금액	순위
총계	2001	10,374	67,880,818,332	12,173,801.89	2,405,813	28,215	
	2002	10,417	22,042,924,151	3,914,229.85	1,229,289	17,931	
	2003	10,903	21,202,882,623	3,727,413.12	1,295,005	16,373	
	2004	11,437	23,287,540,659	3,986,801.46	1,433,997	16,240	
	2005	12,043	26,505,822,736	4,401,755.78	1,589,554	16,675	기준
전문종합	2001	27	331,155,780	59,248.70	10,349	31,999	
	2002	33	254,560,415	45,106.00	8,024	31,725	
	2003	35	246,401,570	43,439.00	7,636	32,268	
	2004	36	256,016,321	43,832.80	7,653	33,453	
	2005	35	286,467,525	47,580.50	8,361	34,262	1
종합병원	2001	64	153,175,900	27,426.43	5,431	28,204	
	2002	87	141,433,670	25,160.50	6,294	22,471	
	2003	113	176,995,658	31,137.05	8,049	21,990	
	2004	133	180,470,249	30,846.90	8,377	21,544	
	2005	149	188,880,798	31,363.08	9,058	20,852	3
치과병원	2001	52	1,139,997,690	206,958.55	35,416	32,189	
	2002	78	974,215,956	172,633.80	32,485	29,990	
	2003	108	1,154,616,742	203,472.85	39,398	29,306	
	2004	115	1,371,727,926	235,131.39	46,932	29,228	
	2005	127	1,419,758,945	236,043.70	48,125	29,501	2
치과의원	2001	10,231	66,256,488,962	11,880,168.21	2,357,330	28,107	
	2002	10,219	20,672,714,110	3,671,329.55	1,184,818	17,448	
	2003	10,648	19,624,868,653	3,449,364.22	1,242,941	15,789	
	2004	11,153	21,479,326,163	3,676,990.37	1,374,596	15,626	
	2005	11,732	24,610,715,468	4,086,768.50	1,527,871	16,108	4

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일부 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수룩시점은 심사결정 연도를 말함.
 5. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨. (종합전문병원은 3차기관임)

마. 치과의원 의사1인 대표자 연령별 치석제거 구성비

요양기관 종별에서 치과의원의 경우 심사평가원으로 치과의사 1인 대표자 진료기관으로 '인원현황' 신고된 자료를 토대로 2005년 진료분 중 치석제거(차-23-1)에 대한 요양급여비용을 연령별로(20대, 30대, 40대, 50대, 60대 이상) 구분하여 분석하였다. 2005년 진료분의 치석제거(차-23-1) 청구기관수는 9,852개 기관으로 청구횟수는 3,141,516회, 청구금액은 19,004,105,131원이다. 치과의원의 치석제거(차-23-1) 요양급여비용 청구현황은 치과의사 30대 와 40대가 88%로 구성하고 있는 것으로 분석되었다. <표4-1-마-1> 치과의원에 치과의사 1인 대표자로 신고된 기관 중 치과의사 30대 연령의 소재지별 구성비율을 분석하면 치과의원이 가장 많은 서울(22.93%)과 경기지역(26.28%)의 구성비가 높았으나, 기관당 청구횟수나 청구금액은 30대 연령 전체 평균 청구횟수와 청구금액보다 낮았으며, 전북지역의 기관당 청구금액이 3,096,521원, 전체 금액의 164%로 가장 높은 지역으로 조사되었으며 충북지역, 대전지역 순으로 분석되었다. <표4-1-마-2> 다음은 2005년 진료비중 치과의원 1인대표자 연령에서 40대 치과의사의 치석제거(차-23-1) 요양급여비용 청구현황 구성비를 분석한 결과 전체 평균 기관당 청구횟수는 370회, 청구금액 2,239,632원이며, 대전지역의 기관당 청구금액이 3,781,430원으로 전체 평균 기관당 진료비에 169%로 가장 높은 지역 이였으며, 전북, 충남, 충북 순으로 조사되었다. 반면, 40대 연령의 치과의사가 24%나 밀집되어 있는 서울지역은 전체 기관당 평균 청구금액보다 낮은 것으로 조사되었다.

<표4-1-마-1> 치과의원 의사1인대표자 연령별 치석제거 구성비

치과의사 연령구분	기관수	실시횟수	금액(원)	구성비
전체	9,852	3,141,516.43	19,004,105,131	100.00
20~29	198	42,431.20	256,805,409	1.35
30~39	3,983	1,240,630.61	7,505,028,878	39.49
40~49	4,137	1,531,648.71	9,265,357,591	48.75
50~59	1,004	262,309.46	1,586,751,549	8.35
60 이상	530	64,496.45	390,161,704	2.05

- * 주: 1. 심사평가원 내부자료 (심사지급현황참조)
 2. 요양기관 종별가산금 포함되지 않음.
 3. 서면청구기관 제외

<표4-1-마-2> 치과의원 30대 의사1인 대표자 소재지별 치석제거 현황

구분	기관수	청구현황			기관당		
		횟수	금액(원)	구성비(%)	청구횟수	청구금액(원)	순위
전체	3,983	1,240,630.61	7,505,028,878	100.00	311.5	1,884,265	
서울	1,039	284,481.35	1,721,051,565	22.93	273.8	1,656,450	
부산	260	66,582.00	402,788,840	5.37	256.1	1,549,188	
인천	212	63,327.01	383,084,615	5.10	298.7	1,807,003	
대구	182	61,140.75	369,893,438	4.93	335.9	2,032,382	5
광주	125	36,906.65	223,290,354	2.98	295.3	1,786,323	
대전	129	56,561.55	342,207,290	4.56	438.5	2,652,770	3
울산	95	20,806.50	125,876,085	1.68	219.0	1,325,011	
경기	1,022	326,097.85	1,972,473,800	26.28	319.1	1,930,014	
강원	86	24,401.75	147,615,288	1.97	283.7	1,716,457	
충북	81	40,182.00	243,046,291	3.24	496.1	3,000,571	2
충남	130	38,748.80	234,392,448	3.12	298.1	1,803,019	
전북	142	72,687.00	439,705,953	5.86	511.9	3,096,521	1
전남	108	29,160.00	176,418,000	2.35	270.0	1,633,500	
경북	154	42,931.00	259,719,140	3.46	278.8	1,686,488	
경남	179	63,545.40	384,398,551	5.12	355.0	2,147,478	4
제주	39	13,071.00	79,067,220	1.05	335.2	2,027,365	

- * 주: 1. 심사평가원 내부자료 (심사지급현황참조)
 2. 요양기관 종별가산금 포함되지 않음.
 3. 서면청구기관 제외

<표4-1-마-3> 치과의원 40대 의사1인 대표자 소재지별 치석제거 현황

구분	기관수	청구현황			기관당		
		횟수	금액(원)	구성비(%)	청구횟수	청구금액(원)	순위
전체	4,137	1,531,648.71	9,265,357,591	100.00	370.2	2,239,632	
서울	1,145	368,476.86	2,229,055,600	24.06	321.8	1,946,773	
부산	330	97,858.75	591,993,028	6.39	296.5	1,793,918	
인천	180	72,123.75	436,320,158	4.71	400.7	2,424,001	
대구	270	97,276.00	588,461,356	6.35	360.3	2,179,487	
광주	142	49,121.95	297,193,301	3.21	345.9	2,092,911	
대전	123	76,865.95	465,115,858	5.02	624.9	3,781,430	1
울산	99	26,734.00	161,380,475	1.74	270.0	1,630,106	
경기	809	312,644.95	1,891,226,176	20.41	386.5	2,337,733	
강원	106	38,906.75	235,385,838	2.54	367.0	2,220,621	
충북	96	49,840.50	301,512,215	3.25	519.2	3,140,752	4
충남	101	53,346.00	322,708,290	3.48	528.2	3,195,132	3
전북	159	85,620.65	517,988,197	5.59	538.5	3,257,787	2
전남	113	31,153.25	188,467,173	2.03	275.7	1,667,851	
경북	173	54,283.00	328,335,455	3.54	313.8	1,897,893	
경남	236	96,636.35	584,622,501	6.31	409.5	2,477,214	5
제주	55	20,760.00	125,591,970	1.36	377.5	2,283,490	

주: 1. 심사평가원 내부자료 (심사지급현황참조)
 2. 요양기관 종별가산금 포함되지 않음.
 3. 서면청구기관 제외

마. 치석제거(차-23-1)다 발생 상병

요양기관종별 요양급여비용으로 청구된 치석제거(차-23-1)의 다 발생 상병은 2005년 기준으로 종합전문요양기관, 종합병원, 치과병원. 치과의원 모두 (K05.3)만성지주염 상병이 1순위, (K05.1)만성치은염 2순위는, (K05.2)급성치주염 및 K04.0치수염 상병이 3순위로 조사되었다.

2. 치근활택술 (차-24) 현황

치근활택술(차-24)항목은 「건강보험 요양급여 행위 및 그 상대가치점수」 제10장. 제1절. 차-24 (U2240-U2244) “주”:1.항에 의거 동일부위에 2회 이상을 시행한 경우 2회째 이후에는 소정점수의 50%로 산정한다. 2. 치주 질환수술과 동시에 시행한 경우에는 치주질환 수술의 소정점수에 포함되어 별도 산정하지 아니한다. 로 산정지침이 되어있으며 행위별 수가는 1/3약당 6,460원(2005년1월1일 현재) 이다. 치근활택술(1/3약당)은 큐렛 등을 사용하여 치은연하 치근의 치석과 변질된 백악질이나 세균, 내독소, 재침착된 치태 등을 제거하고 불규칙한 치근표면을 매끄럽게 하는 경우로 치주낭의 깊이에 따라, 환자가 통증을 느끼는 정도에 따라, 마취를 할 수도 있다.

가. 요양기관종별 치근활택술 (1/3약당) 항목별 현황

2001년부터 2005년까지 치근활택술(차-24)의 총 요양급여비용을 요양기관종별구분으로 요양급여비용의 청구금액을 분석하였다. 2005년 기준 요양기관종별 구성비는 치과의원 96.6%, 치과병원 1.9%, 종합전문병원 0.8%, 종합병원 0.6%로 조사되었다. 청구금액 전년비교 증감률은 2005년에 15.50%가 증가하였고. 전년대비 증감율은 치과의원이16.15%로 가장 높았으며 치과병원 4.11%, 종합전문기관 0.18%, 종합병원 -12.45%로 조사되었다. 특히, 2001년 비교 2002년의 전년대비 증감률은 68.05%로 현저히 증가하였다. 이는 아마도 치석제거(차-23-1)의 요양급여비용 산정기준이 보건복지부 급여사항에 의거 2001년7월9일 진료분 부터 적용되어 경미한 상태의 치주질환 치료에 산정되던 전악 치석제거의 건강보험 적용이 치주수술 전 단계시에만 인정한다는 심사기준에 의거 한계에 접어들어 그 시술과 흡

사한 치근활택술(차-24)항목으로 대체 적용되었기 때문인 것으로 추정된다. 아울러 2001년 비교 2002년의 요양기관종별의 증감률은 치과의원 66.15%이며 2005년의 전체 치근활택술의 전년 비교 증가율도 15.50%로 조사되었다. <표4-2-가>

<표4-2-가> 요양기관종별 치근활택술(차-24)의 전체청구횟수 및 청구금액 현황

종별	수특시점	청구횟수(1/3약당)			청구금액(1/3약당)		
		횟수	년 구성비(%)	전년비교 증감율(%)	금액(원)	년 구성비(%)	전년비교 증감율(%)
총계	2001	453,531.7	100.0	-	2,762,338,790	100.0	-
	2002	778,025.8	100.0	71.55	4,642,081,559	100.0	★68.05
	2003	873,517.1	100.0	12.27	5,245,048,014	100.0	12.99
	2004	936,764.6	100.0	7.24	5,779,706,577	100.0	10.19
	2005	1,052,172.5	100.0	12.32	6,675,580,568	100.0	15.50
전문종합	2001	3,717.0	0.8	-	22,718,485	0.8	-
	2002	6,920.5	0.9	86.19	41,701,685	0.9	83.56
	2003	6,868.5	0.8	-0.75	41,594,005	0.8	-0.26
	2004	9,031.6	1.0	31.49	56,434,736	1.0	35.68
	2005	8,800.0	0.8	-2.56	56,536,495	0.8	0.18
종합병원	2001	2,505.5	0.6	-	15,308,605	0.6	-
	2002	5,460.0	0.7	117.92	32,827,185	0.7	114.44
	2003	6,475.1	0.7	18.59	39,341,967	0.8	19.85
	2004	7,738.5	0.8	19.51	48,294,856	0.8	22.76
	2005	6,583.7	0.6	-14.92	42,281,014	0.6	-12.45
치과병원	2001	3,391.0	0.7	-	20,685,405	0.7	-
	2002	12,555.4	1.6	270.26	75,421,181	1.6	264.61
	2003	13,886.2	1.6	10.60	82,854,216	1.6	9.86
	2004	19,632.8	2.1	41.38	120,384,161	2.1	45.30
	2005	19,950.7	1.9	1.62	125,326,214	1.9	4.11
치과의원	2001	443,918.2	97.9	-	2,703,626,295	97.9	-
	2002	753,089.9	96.8	69.65	4,492,131,508	96.8	66.15
	2003	846,287.3	96.9	12.38	5,081,257,826	96.9	13.11
	2004	900,361.9	96.1	6.39	5,554,592,824	96.1	9.32
	2005	1,016,838.2	96.6	12.94	6,451,436,845	96.6	16.15

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일부 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수특시점은 심사결정 연도를 말함.
 5. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨. (종합전문병원은 3차기관임)

나. 소재지별 치과병원, 치과의원의 치근활택술(1/3악당) 현황

치과병원의 소재지별 치근활택술(차-24)의 항목변화의 분석결과는 2005년 기준 조사대상기관수는 총 116기관, 청구횟수는 19,951회, 청구금액은 총 125,326,214원으로 조사되었으며 전국 평균 기관당 청구횟수는 172회, 기관당 평균 청구금액은 1,080,398원이다. 소재지별 치근활택술(차-24) 요양급여비용의 순위는 대전지역의 기관당 청구금액 2,752,388원으로 전국 평균 기관당 금액비교 2.5배 높은 지역으로 분석되어 1순위 지역으로 조사되었으며 강원지역 기관당 청구금액 2,208,655원, 2배로 2순위, 인천지역 기관당 청구금액이 1,912,208원, 1.8배로 3순위 지역으로 조사되었다. 그러나 2005년의 경우 치과병원의 치근활택술(차-23-1)에 대한 총 요양급여비용의 구성비가 42%로 높게 확인된 서울지역의 기관당 청구금액은 1,231,696원으로 전체 기관당 평균금액에 불과하였다. 따라서 전체 요양기관종별 평균 청구금액비교 치과병원의 치근활택술(차-24)의 구성비율은 147.71%로 높았으며 소재지별 청구 금액은 서울지역보다 타 지역인 대전, 강원, 인천지역 등이 높은 것으로 조사되었다. <표4-2-나-1>

치과의원의 소재지별 치근활택술(차-24)의 요양급여비용 지급 현황에 대하여 분석을 확인하면 2005년 비교 조사대상기관은 총 8,891개 기관, 청구금액은 총 6,451,436,845원이며, 전국 평균 기관당 청구금액은 725,614원이다. 소재지별 순위는 2005년 기준으로 제주지역의 기관당 청구금액이 1,121,987원으로 전국 평균 기관당 금액의 1.5배로 1순위이며, 충북지역으로 기관당 청구금액 1,117,775원, 1.5배로 2순위, 전북지역 기관당 청구금액 1,040,365원, 1.4배로 3순위 지역으로 조사되었다. 반면, 서울지역의 기관당 청구금액은 611,900원으로 전체 기관 평균 청구금액의 84%로 전체 평균

기관당 청구금액에도 미치지 못하는 것으로 조사되었다. <표4-2-나-2>

<표4-2-나-1> 소재지별 치과병원의 치근활택술 청구횟수 및 청구금액 현황

지역	년도	치과병원 요양기관 치근활택술(U2240)							
		요양 기관수	횟수	횟수구성 비(%)	금액(원)	금액구성 비(%)	기관 당 횟수	기관당금액(원)	
								금액	순위
총계	2001	38	3,391.0	100.0	20,685,405	100.0	89	544,353	
	2002	73	12,555.4	100.0	75,421,181	100.0	172	1,033,167	
	2003	99	13,886.2	100.0	82,854,216	100.0	140	836,911	
	2004	104	19,632.8	100.0	120,384,161	100.0	189	1,157,540	
	2005	116	19,950.7	100.0	125,326,214	100.0	172	1,080,398	기준
서울	2001	16	1,874.5	55.3	11,450,140	55.4	117	715,634	
	2002	28	7,854.8	62.6	47,410,144	62.9	281	1,693,219	
	2003	40	6,837.1	49.2	40,788,146	49.2	171	1,019,704	
	2004	38	8,474.0	43.2	52,323,181	43.5	223	1,376,926	
	2005	43	8,334.6	41.8	52,962,911	42.3	194	1,231,696	*5
대전	2001	1	45.5	1.3	278,005	1.3	46	278,005	
	2002	2	537.0	4.3	3,194,040	4.2	269	1,597,020	
	2003	3	644.6	4.6	3,875,452	4.7	215	1,291,817	
	2004	3	1,028.5	5.2	6,379,665	5.3	343	2,126,555	
	2005	4	1,733.5	8.7	11,009,550	8.8	433	2,752,388	1
강원	2001	0	0.0	0.0	0	0.0	0	0	
	2002	1	5.5	0.0	33,065	0.0	6	33,065	
	2003	1	356.0	2.6	2,172,730	2.6	356	2,172,730	
	2004	1	1,233.0	6.3	7,648,190	6.4	1,233	7,648,190	
	2005	1	345.0	1.7	2,208,655	1.8	345	2,208,655	2
인천	2001	1	33.5	1.0	204,685	1.0	34	204,685	
	2002	4	1,251.0	10.0	7,587,270	10.1	313	1,896,818	
	2003	4	562.5	4.1	3,431,835	4.1	141	857,959	
	2004	3	568.5	2.9	3,553,295	3.0	190	1,184,432	
	2005	2	594.5	3.0	3,824,415	3.1	297	1,912,208	3
충남	2001	1	188.0	5.5	1,145,625	5.5	188	1,145,625	
	2002	3	136.5	1.1	816,210	1.1	46	272,070	
	2003	3	499.0	3.6	3,038,725	3.7	166	1,012,908	
	2004	4	700.0	3.6	4,324,660	3.6	175	1,081,165	
	2005	5	1,144.5	5.7	7,179,010	5.7	229	1,435,802	4

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일부 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수록시점은 심사결정 연도를 말함.
 5. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨.

<표4-2-나-2> 소재지별 치과의원의 치근활택술 청구횟수 및 청구금액 현황

지역	년도	치과의원 요양기관 치근활택술(U2240)							
		요양 기관수	횟수	횟수구성 비(%)	금액(원)	금액구성 비(%)	기관 당 횟수	기관당금액(원)	
								금액	순위
총계	2001	6,592	443,918.2	100.0	2,703,626,295	100.0	67	410,137	
	2002	7,532	753,089.9	100.0	4,492,131,508	100.0	100	596,406	
	2003	8,002	846,287.3	100.0	5,081,257,826	100.0	106	634,998	
	2004	8,382	900,361.9	100.0	5,554,592,824	100.0	107	662,681	
	2005	8,891	1,016,838.2	100.0	6,451,436,845	100.0	114	725,614	기준
서울	2001	1,858	110,682.1	24.9	674,856,827	25.0	60	363,217	
	2002	2,201	178,298.5	23.7	1,064,191,387	23.7	81	483,504	
	2003	2,467	219,997.6	26.0	1,318,761,108	26.0	89	534,561	
	2004	2,603	228,678.1	25.4	1,407,655,717	25.3	88	540,782	
	2005	2,798	270,552.7	26.6	1,712,096,465	26.5	97	611,900	※12
제주	2001	74	5,445.9	1.2	32,953,674	1.2	74	445,320	
	2002	78	11,350.5	1.5	67,327,115	1.5	146	863,168	
	2003	76	11,564.0	1.4	69,704,545	1.4	152	917,165	
	2004	80	12,879.5	1.4	79,817,990	1.4	161	997,725	
	2005	89	15,664.2	1.5	99,856,814	1.5	176	1,121,987	1
충북	2001	147	16,351.5	3.7	99,757,970	3.7	111	678,626	
	2002	156	27,169.3	3.6	162,911,643	3.6	174	1,044,305	
	2003	162	28,079.5	3.3	169,292,780	3.3	173	1,045,017	
	2004	159	26,477.5	2.9	164,530,065	3.0	167	1,034,780	
	2005	160	28,217.0	2.8	178,844,010	2.8	176	1,117,775	2
전북	2001	305	35,694.5	8.0	217,837,905	8.1	117	714,223	
	2002	325	51,881.3	6.9	309,099,493	6.9	160	951,075	
	2003	331	52,051.5	6.2	313,156,190	6.2	157	946,091	
	2004	330	52,805.1	5.9	326,109,690	5.9	160	988,211	
	2005	327	53,615.5	5.3	340,199,330	5.3	164	1,040,365	3
대전	2001	230	25,528.5	5.8	155,456,475	5.7	111	675,898	
	2002	241	33,362.7	4.4	199,580,153	4.4	138	828,133	
	2003	266	34,860.5	4.1	211,288,335	4.2	131	794,317	
	2004	274	36,079.6	4.0	223,951,914	4.0	132	817,343	
	2005	282	41,214.3	4.1	262,526,165	4.1	146	930,944	4
부산	2001	578	40,943.0	9.2	249,077,740	9.2	71	430,930	
	2002	646	67,930.9	9.0	405,014,792	9.0	105	626,958	
	2003	673	71,061.3	8.4	428,530,448	8.4	106	636,747	
	2004	691	87,114.2	9.7	539,662,236	9.7	126	780,987	
	2005	703	99,556.0	9.8	636,924,446	9.9	142	906,009	5

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일투 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수록시점은 심사결정 연도를 말함.

다. 연령·성별 치근활택술(차-24) 현황

치근활택술(1/3약당)의 연령별 구성비는 2005년 45-49세가(15.3%), 40세~44세(13.9%), 50세~54세(12.5%), 35-39세(11.1%), 55세~59세(9.8%)로 조사되며 40대 29.2%, 50대 22.3%, 30대 19%로 조사된다. 따라서 치근활택술(1/3약)의 다 발생 연령은 40대 와 50대 51.5%로 가장 높다. <표4-2-다-1> 성별 구분 구성비율은 2001년~2003년 까지는 남자보다 여자가 약간 높았으나, 2004년 이후는 여자보다 남자(50.53%)가 조금 높았다.

<표4-2-다> 연령별 치근활택술(차-24) 청구금액 구성비

구분	2005년		2004년		2003년		2002년	
	청구횟수		청구금액(원)		청구금액(원)		청구금액(원)	
	횟수	구성비 (%)	금액	구성비 (%)	금액	구성비 (%)	금액	구성비 (%)
계	1,052,172.54	100.00	5,779,706,577	100.00	5,245,048,014	100.00	4,642,081,559	100.00
0세	0.00	0.00	0	0.00	12,220	0.00	0	0.00
1~4	224.50	0.02	1,331,630	0.02	1,716,615	0.03	1,657,025	0.04
5~9	2,058.25	0.20	12,519,842	0.22	12,230,886	0.23	11,217,679	0.24
10~14	7,582.75	0.72	41,928,735	0.73	39,301,569	0.75	32,374,695	0.70
15~19	19,539.45	1.86	111,667,822	1.93	110,095,228	2.10	101,939,426	2.20
20~24	38,571.55	3.67	222,650,694	3.85	212,080,461	4.04	197,132,000	4.25
25~29	53,765.30	5.11	315,905,517	5.47	317,920,066	6.06	318,011,992	6.85
30~34	84,161.65	8.00	513,311,193	8.88	506,619,070	9.66	489,003,883	10.53
35~39	116,508.35	11.07	678,570,570	11.74	616,506,535	11.75	577,599,494	12.44
40~44	146,239.82	13.90	842,930,202	14.58	790,432,504	15.07	719,493,457	15.50
45~49	161,089.61	15.31	858,071,922	14.85	748,570,976	14.27	627,133,663	13.51
50~54	131,767.71	12.52	669,421,379	11.58	582,840,720	11.11	490,562,727	10.57
55~59	103,491.32	9.84	531,003,150	9.19	459,002,583	8.75	392,762,080	8.46
60~64	82,977.83	7.89	447,174,578	7.74	399,945,828	7.63	326,912,978	7.04
65~69	57,592.40	5.47	301,326,052	5.21	254,512,429	4.85	205,354,313	4.42
70~74	29,581.40	2.81	148,574,177	2.57	124,502,805	2.37	96,629,420	2.08
75~79	12,219.65	1.16	60,173,951	1.04	49,438,104	0.94	39,680,707	0.85
80~84	3,825.25	0.36	18,825,576	0.33	15,962,125	0.30	11,868,955	0.26
85~	975.75	0.09	4,319,587	0.07	3,357,290	0.06	2,747,065	0.06

* 심사평가원 내부자료 (심사지급현황참조)

라. 요양기관종별 수진자당 치근활택술(차-24) 요양급여비용

치근활택술(차-24)항목의 행위별 수가는 1/3약당 1회에 한하여 산정되는 항목으로 (2005년1월1일 현재) 6,460원이며, 전약을 실시한 경우 최고 6회 까지 청구가 가능하다. 요양기관종별 가산금액이 포함되지 않은 순수한 치근활택술(차-24)의 수진자수비교 수진자당 청구금액을 분석한 결과 2005년 비교 전체 평균 수진자 1인당 청구금액은 10,583원으로 요양기관종별 기관당 청구금액은 종합전문기관이 16,973원, 치과병원 11,709원, 종합병원 11,077원이며, 치과의원은 10,515원으로 전체 기관당 평균 수진자당 청구금액보다 낮은 것으로 확인되었다. 이 결과는 위에서 확인된바와 같이 현재 치근활택술(차-24)은 치석제거(차-23-1)의 인정기준과 관련하여 치주치료 목적으로 실시되는 경우에 산정가능 한 경우로 치주수술 전문 진료과가 별도 구분되어있는 종합전문병원이나, 치과병원이 높게 조사된 것으로 해석 될 수 있다. <표4-2-라>

마. 치근활택술(차-24) 다 발생 상병

요양기관종별 요양급여비용으로 청구된 치근활택술(차-24)의 다 발생 상병을 분석한 결과 2005년 기준으로 종합전문요양기관, 종합병원, 치과병원, 치과의원 모두 (K05.3) 만성지주염이 1순위 상병이며 (K05.1)만성치은염, (K04.5) 만성 근단성 치주염이 2순위, (K02.1)상아질의 우식증 및 (K04.0) 치수염이 3순위 순으로 조사 되었다.

<표4-2-라> 요양기관종별 치근활택술 (차-24) 수진자당 요양급여비용

구분	수특시점	요양기관수	총 청구금액(원)	총 청구횟수	수진자수	수진자당 청구금액	순위
총계	2001	6,675	2,762,338,790	453,531.65	278,056	9,934	
	2002	7,678	4,642,081,559	778,025.78	470,544	9,865	
	2003	8,194	5,245,048,014	873,517.11	532,915	9,842	
	2004	8,598	5,779,706,577	936,764.60	567,617	10,182	
	2005	9,127	6,675,580,568	1,052,172.54	630,798	10,583	기준
전문종합	2001	21	22,718,485	3,717.00	1,585	14,333	
	2002	26	41,701,685	6,920.50	3,105	13,430	
	2003	26	41,594,005	6,868.50	3,146	13,221	
	2004	24	56,434,736	9,031.55	3,523	16,019	
	2005	28	56,536,495	8,800.00	3,331	16,973	1
종합병원	2001	24	15,308,605	2,505.50	1,086	14,096	
	2002	47	32,827,185	5,460.00	2,557	12,838	
	2003	67	39,341,967	6,475.10	3,256	12,083	
	2004	88	48,294,856	7,738.45	4,005	12,059	
	2005	92	42,281,014	6,583.65	3,817	11,077	3
치과병원	2001	38	20,685,405	3,391.00	1,724	11,998	
	2002	73	75,421,181	12,555.40	5,927	12,725	
	2003	99	82,854,216	13,886.20	7,153	11,583	
	2004	104	120,384,161	19,632.75	9,464	12,720	
	2005	116	125,326,214	19,950.65	10,703	11,709	2
치과의원	2001	6,592	2,703,626,295	443,918.15	273,724	9,877	
	2002	7,532	4,492,131,508	753,089.88	459,277	9,781	
	2003	8,002	5,081,257,826	846,287.31	519,744	9,776	
	2004	8,382	5,554,592,824	900,361.85	551,165	10,078	
	2005	8,891	6,451,436,845	1,016,838.24	613,541	10,515	4

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일부 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수특시점은 심사결정 연도를 말함.
 5. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨. (종합전문병원은 3차기관임)

3. 치주소파술 (차-101) 현황

치주소파술(차-101)은 「건강보험 요양급여 행위 및 그 상대가치점수」 제10장. 제1절. 차-101 (U1010) 로 구분되어 1/3약당 산정되며, 『고시 제2000-73호(행위)(2000-12-30)』에 의거 ‘치주질환치료는 상병에 따라 치료 방법이 다를 수 있으나, 일반적으로 치주치료 초기과정에서 치석제거를 실시한 후 치주소파술을 실시하는 등 단계적으로 치료하는 것을 원칙으로 한다.’는 규정에 따라 심사적용되며 행위별 수가는 1/3약당 10,550원(2005년1월1일 현재) 이다. 치주소파술(1/3약당)은 마취후 깊은 치주낭 상피와 육아 조직 등에 염증성 조직이나 치석 등을 큐렛으로 끌어당기면서 제거하는 경우에 산정되는 행위로 『고시 제2000-73호(행위)(2000-12-30)』에 의거 일반적으로 치주치료 초기과정에서 전 처치로 치석제거등 단계적인 시술 후 시행하는 것을 원칙으로 한다.

가. 요양기관종별 치주소파술 (1/3약당) 항목별 현황

2001년부터 2005년까지 치주소파술(차-101)의 총 요양급여비용을 요양기관종별구분으로 요양급여비용의 청구횟수와 청구금액을 각각 분석하였다. 분석결과 년별 총 청구금액의 총계와 비교할 때 요양기관종별 기관별 청구금액의 구성비는 2005년 기준으로 치과의원 86.1%, 치과병원 9.1%, 종합전문병원 3.0%, 종합병원 1.8%로 조사되었다. 전년비교 총 증감률은 2005년에 8.52%가 증가하였고, 종합전문병원이 15.86%로 가장 높았으며 치과의원 8.91%, 종합병원 5.52%, 치과병원 3.46%로 조사되었다.

2001년 비교 2002년의 전년대비 청구금액의 증감률을 분석한 결과 전체적으로 -5.35%감소되었으나 종합병원의 경우 182.97%, 치과병원 159.47%,

종합전문병원 69.08%순으로 전체적으로 현저히 증가된 것을 확인할 수 있었다. 반면, 치과의원의 경우는 -11.57%로 감소된 것으로 조사되었다.

<표4-3-가> 요양기관종별 치주소과술의 전체청구횟수 및 청구금액 현황

종별	수룩시점	청구횟수(1/3약당)			청구금액(1/3약당)		
		횟수	년 구성비(%)	전년비교증감율(%)	금액(원)	년 구성비(%)	전년비교증감율(%)
총계	2001	1,112,998.2	100.0	-	11,049,155,478	100.0	-
	2002	1,070,498.2	100.0	-3.82	10,457,819,264	100.0	-5.35
	2003	1,086,117.5	100.0	1.46	10,687,751,323	100.0	2.20
	2004	1,171,210.4	100.0	7.83	11,830,437,919	100.0	10.69
	2005	1,234,233.5	100.0	5.38	12,838,591,083	100.0	8.52
전문종합	2001	18,422.1	1.7	-	182,836,787	1.7	-
	2002	31,862.8	3.0	72.96	309,148,066	3.0	69.08
	2003	34,843.3	3.2	9.35	338,812,934	3.2	9.60
	2004	33,162.3	2.8	-4.82	334,475,248	2.8	-1.28
	2005	37,255.5	3.0	12.34	387,531,956	3.0	15.86
종합병원	2001	4,174.9	0.4	-	41,618,325	0.4	-
	2002	11,970.6	1.1	186.73	117,767,083	1.1	182.97
	2003	20,639.1	1.9	72.41	204,212,090	1.9	73.40
	2004	21,540.0	1.8	4.37	218,616,305	1.8	7.05
	2005	22,007.3	1.8	2.17	230,686,551	1.8	5.52
치과병원	2001	26,748.0	2.4	-	268,234,680	2.4	-
	2002	71,140.4	6.6	165.97	695,977,467	6.7	159.47
	2003	97,125.8	8.9	36.53	942,041,286	8.8	35.36
	2004	112,731.9	9.6	16.07	1,131,932,847	9.6	20.16
	2005	112,821.6	9.1	0.08	1,171,115,725	9.1	3.46
치과의원	2001	1,063,653.3	95.6	-	10,556,465,686	95.5	-
	2002	955,524.4	89.3	-10.17	9,334,926,648	89.3	-11.57
	2003	933,509.2	85.9	-2.30	9,202,685,013	86.1	-1.42
	2004	1,003,776.3	85.7	7.53	10,145,413,519	85.8	10.24
	2005	1,062,149.1	86.1	5.82	11,049,256,851	86.1	8.91

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일투 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수룩시점은 심사결정 연도를 말함.
 5. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨. (종합전문병원은 3차기관임)

나. 소재지별 치과병원, 치과의원의 치주소파술(1/3약당) 현황

치과병원의 소재지별 치주소파수술(차-101) 요양급여비용 분석결과 2005년 조사대상기관수 총 112기관, 청구금액 총 1,131,932,847원, 전국 평균 기관당 청구금액 10,106,543원이다. 소재지별 기관당 요양급여비용은 경남지역 47,945,283원으로 전국 평균 기관당 금액비교 4.7배, 강원지역 37,154,375원(3.7배), 전북지역 36,396,820원(3.6배)로 조사되었다. 서울지역은 7,878,029원으로 전국 평균 기관당 청구금액에 77.95%에 불과 하여 평균금액보다 작은 지역으로 조사되었다. <표4-3-나-1>

치과의원의 소재지별 치주소파수술(차-101)의 요양급여비용은 조사대상기관은 총 10,197개 기관이며, 청구금액은 총 11,049,256,851원, 전국 평균 기관당 청구금액은 1,083,579원이다. 지역별 기관당 청구금액은 2005년 경남지역 1,419,500원으로 전국 평균 기관당 청구금액비교 1.3배, 전북지역 1,336,954원, 경기지역 1,205,475원 순으로 조사되었다. 그러나 서울지역은 978,839원으로 전체 평균 기관당 청구금액의 90.33%로 평균보다 낮았다. 따라서 치과의원의 치주소파수술(차-101) 요양급여비용은 전체 요양기관 종별 현황에서 전체 평균 기관당 청구금액비교 88.75%의 구성비율로 평균보다 낮았으며, 소재지별 현황은 치과의원이 밀집되어있는 서울지역(2005년: 28.2%)보다 타 지역인 경남, 전북, 경기, 대전지역의 기관당 청구금액이 높은 것으로 조사되었다. <표4-3-나-4>

<표4-3-나-1> 소재지별 치과병원의 치주소파술 청구횟수 및 청구금액 현황

지역	년도	치과병원 요양기관 치주소파술(U0101)							
		요양 기관수	횟수	횟수구성 비(%)	금액(원)	금액구성 비(%)	기관 당 횟수	기관당금액(원)	
								금액	순위
총계	2001	46	26,748.0	100.0	268,234,680	100.0	581	5,831,189	
	2002	77	71,140.4	100.0	695,977,467	100.0	924	9,038,668	
	2003	105	97,125.8	100.0	942,041,286	100.0	925	8,971,822	
	2004	112	112,731.9	100.0	1,131,932,847	100.0	1,007	10,106,543	
	2005	124	112,821.6	100.0	1,171,115,725	100.0	910	9,444,482	기준
서울	2001	17	7,492.0	28.0	74,680,285	27.8	441	4,392,958	
	2002	28	24,656.2	34.7	241,886,896	34.8	881	8,638,818	
	2003	40	26,895.8	27.7	265,975,745	28.2	672	6,649,394	
	2004	39	40,794.7	36.2	413,758,051	36.6	1,046	10,609,181	
	2005	46	34,600.5	30.7	362,389,356	30.9	752	7,878,029	※9
경남	2001	2	7,262.0	27.1	74,113,710	27.6	3,631	37,056,855	
	2002	3	12,624.0	17.7	123,799,815	17.8	4,208	41,266,605	
	2003	3	15,475.5	15.9	153,349,685	16.3	5,159	51,116,562	
	2004	3	13,307.5	11.8	135,576,135	12.0	4,436	45,192,045	
	2005	3	13,708.0	12.2	143,835,850	12.3	4,569	47,945,283	1
강원	2001	1	148.0	0.6	1,475,560	0.6	148	1,475,560	
	2002	1	3,402.0	4.8	33,718,855	4.8	3,402	33,718,855	
	2003	1	2,736.5	2.8	26,945,345	2.9	2,737	26,945,345	
	2004	1	3,955.0	3.5	40,189,370	3.6	3,955	40,189,370	
	2005	1	3,544.0	3.1	37,154,375	3.2	3,544	37,154,375	2
전북	2001	1	2,155.0	8.1	21,530,300	8.0	2,155	21,530,300	
	2002	1	3,184.0	4.5	31,353,720	4.5	3,184	31,353,720	
	2003	1	3,009.0	3.1	29,919,170	3.2	3,009	29,919,170	
	2004	1	2,978.0	2.6	30,338,510	2.7	2,978	30,338,510	
	2005	1	3,466.0	3.1	36,396,820	3.1	3,466	36,396,820	3
충북	2001	1	1,264.5	4.7	12,597,095	4.7	1,265	12,597,095	
	2002	1	2,580.5	3.6	25,140,375	3.6	2,581	25,140,375	
	2003	1	1,408.5	1.5	13,857,930	1.5	1,409	13,857,930	
	2004	1	1,498.0	1.3	15,125,860	1.3	1,498	15,125,860	
	2005	1	2,017.0	1.8	21,135,625	1.8	2,017	21,135,625	4
전남	2001	0	0.0	0.0	0	0.0	0	0	
	2002	0	0.0	0.0	0	0.0	0	0	
	2003	1	7.0	0.0	69,210	0.0	7	69,210	
	2004	1	765.0	0.7	7,831,170	0.7	765	7,831,170	
	2005	1	1,925.5	1.7	20,266,905	1.7	1,926	20,266,905	5

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일부 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수록시점은 심사결정 연도를 말함.
 5. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨.

<표4-3-나-2> 소재지별 치과의원 치주소파술 청구횟수 및 청구금액 현황

지역	년도	치과의원 요양기관 치주소파술(U0101)							기관당금액(원)	
		요양 기관수	횟수	횟수구 성비(%)	금액(원)	금액구성 비(%)	기관 당 횟수	금액	순위	
총계	2001	10,366	722,006.1	100.0	1,933,183,276	100.0	70	186,493		
	2002	10,967	858,680.3	100.0	2,334,757,871	100.0	78	212,889		
	2003	11,500	870,966.7	100.0	2,392,541,498	100.0	76	208,047		
	2004	11,956	917,887.8	100.0	2,586,024,584	100.0	77	216,295		
	2005	12,535	969,703.4	100.0	2,816,683,268	100.0	77	224,705	기준	
서울	2001	3,072	128,143.2	17.7	342,409,907	17.7	42	111,462		
	2002	3,296	154,146.0	18.0	418,210,600	17.9	47	126,884		
	2003	3,520	160,801.5	18.5	440,544,785	18.4	46	125,155		
	2004	3,662	162,939.4	17.8	457,897,985	17.7	44	125,040		
	2005	3,839	173,680.1	17.9	503,004,989	17.9	45	131,025	※10	
경북	2001	437	62,569.0	8.7	167,197,200	8.6	143	382,602		
	2002	452	75,073.1	8.7	204,791,470	8.8	166	453,078		
	2003	447	73,057.5	8.4	200,978,080	8.4	163	449,615		
	2004	443	77,867.0	8.5	219,690,670	8.5	176	495,916		
	2005	466	81,122.0	8.4	236,237,285	8.4	174	506,947	1	
충북	2001	231	30,594.4	4.2	81,951,956	4.2	132	354,770		
	2002	236	34,057.0	4.0	92,434,100	4.0	144	391,670		
	2003	237	33,883.0	3.9	92,860,990	3.9	143	391,819		
	2004	244	34,592.3	3.8	97,387,508	3.8	142	399,129		
	2005	252	37,163.0	3.8	107,996,860	3.8	147	428,559	2	
충남	2001	290	36,460.5	5.0	98,021,535	5.1	126	338,005		
	2002	299	43,046.0	5.0	117,474,630	5.0	144	392,892		
	2003	302	41,841.5	4.8	115,370,690	4.8	139	382,022		
	2004	325	47,008.0	5.1	132,914,470	5.1	145	408,968		
	2005	348	49,826.8	5.1	145,387,980	5.2	143	417,782	3	
전남	2001	329	38,615.0	5.3	102,648,935	5.3	117	312,003		
	2002	334	46,082.5	5.4	125,099,940	5.4	138	374,551		
	2003	329	43,078.0	4.9	118,226,230	4.9	131	359,350		
	2004	324	45,949.5	5.0	129,333,580	5.0	142	399,178		
	2005	325	46,313.5	4.8	134,626,980	4.8	143	414,237	4	
경남	2001	524	58,334.5	8.1	156,395,290	8.1	111	298,464		
	2002	551	66,954.0	7.8	182,234,930	7.8	122	330,735		
	2003	563	67,868.5	7.8	186,718,450	7.8	121	331,649		
	2004	577	70,870.5	7.7	199,713,425	7.7	123	346,124		
	2005	602	76,656.0	7.9	222,561,760	7.9	127	369,704	5	

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일투 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수록시점은 심사결정 연도를 말함.

다. 연령·성별 치주소파술(차-24) 현황

치주소파수술(1/3약당)의 전체 총 요양급여비용을 5세 구간으로 연령별 구성비율을 분석하면 2005년 기준으로 45-49세가(17.31%)로 1순위, 40세~44세(16.54%)로 2순위, 50세~54세(13.35%)로 3순위, 35-39세(3.25%) 4순위, 55세~59세(9.52%) 5순위로 조사되었다. 10세 구간으로 연령별 구성비율을 분석하면 40대 치주소파수술(1/3약) 구성비율은 33.85%로 1순위 50대 22.87%로 2순위, 30대 22.29%로 3순위로 확인되었다. <표4-3-다-1>

따라서 치주소파수술(1/3약)의 다 발생 연령은 40대 와 50대의 구성비율이 56.72%로 높게 조사되었으며 치주소파수술(차-101)의 요양급여비용에 성별 구성비는 2001년~2005년 까지 여자보다 남자(52.80%~53.69%)가 매년 높은 것으로 조사되었다. 이 결과는 여자보다 남자의 흡연 및 음주 문화 습관과 관련하여 구강 건강상태에 영향을 미침으로 인한 결과라고 추정된다.

라. 요양기관종별 수진자당 치주소파술(차-101) 요양급여비용

치주소파수술(차-101)항목의 행위별 수가는 1/3약당 1회에 한하여 산정되는 항목으로 (2005년1월1일 현재) 1/3약당 10,550원 이다. 요양기관종별 가산금액이 포함되지 않은 순수한 치주소파수술(차-101)의 수진자수비교 수진자당 청구금액을 분석한 결과로 2005년 기준을 살펴보면 전체 평균 수진자 1인당 청구금액은 22,568원이며 요양기관종별 기관당 청구금액은 치과병원이 32,447원, 종합전문기관은 32,359원으로 평균금액의 1.4배로 높게 분석되었으며, 치과의원 21,605원, 95.73%, 종합병원은 20,467원 90.69%로 전체 평균 수진자 청구금액보다 낮게 조사되었다. <표4-3-라>

마. 치주소파술(차-101) 다 발생 상병

치주소파술(차-101)의 다 발생 상병은 2005년 종합전문요양기관, 종합병원, 치과병원. 치과의원 모두 (K05.3)만성지주염이 1순위 상병으로 조사되었고 (K05.1)만성치은염, (K04.5) 만성 근단성 치주염, (K05.2) 급성 치주염 상병이 2순위, (K05.2) 급성 치주염 및 (K04.0) 치수염이 3순위상병이다.

<표4-3-다> 연령별 치주소파술(차-101) 청구금액 구성비

구분	2005년		2004년		2003년		2002년	
	청구금액(원)		청구금액(원)		청구금액(원)		청구금액(원)	
	금액	구성비 (%)						
계	12,838,591,083	100.00	11,830,437,919	100.00	10,687,751,323	100.0	10,457,819,264	100.0
0세	0	0.00	10,240	0.00	0	0.00	0	0.00
1~4	897,695	0.01	924,640	0.01	1,590,615	0.01	2,127,025	0.02
5~9	5,924,740	0.05	7,040,780	0.06	8,511,362	0.08	10,526,054	0.10
10~14	22,430,980	0.17	24,303,867	0.21	23,465,245	0.22	28,092,110	0.27
15~19	96,918,267	0.75	100,461,528	0.85	105,632,076	0.99	131,755,737	1.26
20~24	305,650,693	2.38	309,345,914	2.61	318,330,116	2.98	356,671,814	3.41
25~29	579,260,330	4.51	586,376,925	4.96	604,323,388	5.65	697,297,590	6.67
30~34	1,163,667,473	9.06	1,165,146,595	9.85	1,140,982,078	10.68	1,207,016,371	11.54
35~39	1,703,345,571	13.27	1,630,978,814	13.79	1,466,717,733	13.72	1,507,141,563	14.41
40~44	2,125,555,477	16.56	2,016,358,625	17.04	1,882,506,891	17.61	1,823,720,007	17.44
45~49	2,223,862,457	17.32	1,975,512,261	16.70	1,690,744,652	15.82	1,541,396,687	14.74
50~54	1,714,297,248	13.35	1,449,136,540	12.25	1,262,261,554	11.81	1,143,612,581	10.94
55~59	1,220,919,159	9.51	1,057,518,505	8.94	897,079,923	8.39	839,418,625	8.03
60~64	848,896,996	6.61	775,020,482	6.55	679,854,409	6.36	609,675,435	5.83
65~69	499,300,703	3.89	450,432,729	3.81	370,681,127	3.47	343,741,870	3.29
70~74	220,239,608	1.72	190,163,378	1.61	159,613,006	1.49	145,977,311	1.40
75~79	80,036,760	0.62	67,720,484	0.57	56,285,491	0.53	52,336,959	0.50
80~84	22,952,581	0.18	19,794,792	0.17	16,018,090	0.15	14,375,970	0.14
85이상	4,434,345	0.03	4,190,820	0.04	3,153,567	0.03	2,935,555	0.03

* 심사평가원 내부자료 (심사지급현황참조)

<표4-3-라> 요양기관종별 치주소파술 (차-101) 수진자당 요양급여비용

구분	수룩시점	요양기관수	총 청구금액(원)	총 청구횟수	수진자수	수진자당 청구금액	순위
총계	2001	9,766	11,049,155,478	1,112,998.24	633,547	17,440	
	2002	9,349	10,457,819,264	1,070,498.15	541,216	19,323	
	2003	9,661	10,687,751,323	1,086,117.45	525,090	20,354	
	2004	10,033	11,830,437,919	1,171,210.44	548,494	21,569	
	2005	10,515	12,838,591,083	1,234,233.45	568,880	22,568	기준
전문 종합	2001	27	182,836,787	18,422.10	6,970	26,232	
	2002	33	309,148,066	31,862.80	11,167	27,684	
	2003	38	338,812,934	34,843.30	12,049	28,120	
	2004	36	334,475,248	33,162.25	11,240	29,758	
	2005	38	387,531,956	37,255.50	11,976	32,359	2
종합 병원	2001	49	41,618,325	4,174.85	2,233	18,638	
	2002	93	117,767,083	11,970.60	6,138	19,187	
	2003	122	204,212,090	20,639.08	9,587	21,301	
	2004	135	218,616,305	21,539.99	10,775	20,289	
	2005	156	230,686,551	22,007.33	11,271	20,467	4
치과 병원	2001	46	268,234,680	26,748.00	10,293	26,060	
	2002	77	695,977,467	71,140.40	25,175	27,646	
	2003	105	942,041,286	97,125.84	31,846	29,581	
	2004	112	1,131,932,847	112,731.88	36,705	30,839	
	2005	124	1,171,115,725	112,821.55	36,093	32,447	1
치과 의원	2001	9,644	10,556,465,686	1,063,653.29	614,964	17,166	
	2002	9,147	9,334,926,648	955,524.35	500,161	18,664	
	2003	9,397	9,202,685,013	933,509.23	473,338	19,442	
	2004	9,750	10,145,413,519	1,003,776.32	491,699	20,633	
	2005	10,197	11,049,256,851	1,062,149.07	511,421	21,805	3

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일부 x 총 투여 횟수로 계산됨. 수룩시점은 심사결정 연도를 말함.
 4. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨. (종합전문병원은 3차기관임)

V. 발치수술의 현황 (2001년~2005년)

(전치발치, 구치발치, 난발치, 매복발치수술)

1. 전치 발치수술 (U4412) 현황

전치발치(U4412)은 「건강보험 요양급여 행위 및 그 상대가치점수」 제10장. 제1절. 차-41 가. 전치(U4412)으로 구분되어 산정하며, 행위별 수가는 1치당 2,940원(2005년1월1일 현재) 이다.

가. 요양기관종별 전치발치(1치당) 항목별 현황

2001년부터 2005년까지 전치발치(1치당)의 총 요양급여비용을 요양기관종별구분으로 요양급여비용의 청구금액을 분석한 결과 전치발치(U4412)년별 총 청구금액의 총계와 비교할 때 청구금액의 구성비는 2005년 기준으로 치과의원 94.9%, 치과병원 2.1%, 종합병원 2.0%, 종합전문병원 1.0%로 조사되었다.

청구금액 전년비교 증감율은 2005년에 9.04%가 증가하였고, 요양기관종별 현황은 종합병원의 경우 전년대비 증감율이 17.86%로 가장 높았으며 치과의원 8.92%, 치과병원 8.05%, 종합전문병원 6.89%순으로 조사되었다. 전치 발치의 요양기관종별 전년비교 증감률은 전체적으로 증가하였다.

<표5-1-가>

<표5-1-가> 요양기관종별 전치발치(U4412)의 전체 청구횟수 및 청구금액 현황

종별	수특시점	청구횟수(1/3약당)			청구금액(1/3약당)		
		횟수	년 구성비(%)	전년비교 증감율(%)	금액(원)	년 구성비(%)	전년비교 증감율(%)
총계	2001	740,719.9	100.0	-	1,982,161,892	100.0	-
	2002	893,323.8	100.0	20.60	2,428,152,880	100.0	22.50
	2003	915,885.0	100.0	2.53	2,514,646,815	100.0	3.56
	2004	966,684.5	100.0	5.55	2,722,579,862	100.0	8.27
	2005	1,022,353.5	100.0	5.76	2,968,744,837	100.0	9.04
전문종합	2001	6,234.0	0.8	-	16,443,850	0.8	-
	2002	9,282.0	1.0	48.89	24,900,230	1.0	51.43
	2003	10,594.0	1.2	14.13	28,691,290	1.1	15.22
	2004	10,279.0	1.1	-2.97	28,625,845	1.1	-0.23
	2005	10,622.5	1.0	3.34	30,597,675	1.0	6.89
종합병원	2001	5,941.0	0.8	-	15,564,640	0.8	-
	2002	11,903.5	1.3	100.36	32,250,699	1.3	107.20
	2003	15,785.3	1.7	32.61	43,306,157	1.7	34.28
	2004	17,547.5	1.8	11.16	49,434,085	1.8	14.15
	2005	20,135.5	2.0	14.75	58,260,975	2.0	17.86
치과병원	2001	6,538.8	0.9	-	16,970,126	0.9	-
	2002	13,458.0	1.5	105.82	36,244,080	1.5	113.58
	2003	18,539.0	2.0	37.75	50,107,870	2.0	38.25
	2004	20,970.3	2.2	13.11	58,495,348	2.1	16.74
	2005	21,892.1	2.1	4.40	63,202,919	2.1	8.05
치과의원	2001	722,006.1	97.5	-	1,933,183,276	97.5	-
	2002	858,680.3	96.1	18.93	2,334,757,871	96.2	20.77
	2003	870,966.7	95.1	1.43	2,392,541,498	95.1	2.47
	2004	917,887.8	95.0	5.39	2,586,024,584	95.0	8.09
	2005	969,703.4	94.9	5.65	2,816,683,268	94.9	8.92

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일부 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수특시점은 심사결정 연도를 말함.
 5. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨. (종합전문병원은 3차기관임)

나. 소재지별 치과병원, 치과의원의 전치발치(1치당) 현황

치과병원의 소재지별 전치발치(1치당)의 항목변화에 대하여 분석하였다. 2005년 기준 조사대상기관수는 총 126기관, 청구금액은 총 63,202,919원이며 전국 평균 기관당 청구횟수는 174회, 기관당 평균 청구금액은 501,910원이다. 소재지별 전치발치(1치당)의 요양급여비용 순위는 강원지역이 기관당 청구금액이 1,716,255원으로 전국 평균 기관당 금액비교 3.4배, 광주지역 기관당 청구금액 1,513,165원(3배), 경남지역 기관당 청구금액 1,378,300원(2.7배)로 조사되었다. 반면, 서울지역은 전치발치(1치당)에 대한 2005년 기준 요양급여비용의 총 청구금액에 구성비가 27.9%로 높았으나, 기관당 청구금액은 375,327원으로 전국 평균 기관당 청구금액에 74.8%에 불과 하여 평균금액보다 낮았다. 따라서 치과병원의 경우 전치발치의 요양급여비용은 전체 평균 청구금액의 구성비에 2.1배로 높았으며, 강원지역의 기관당 청구금액이 3.4배로 높게 분석되어 소재지별 1순위로 조사되었다. <표5-1-나-1>

치과의원의 소재지별 전치발치(1치당)의 요양급여비용 지급 현황 변화에 대하여 분석결과는 2005년 기준 조사대상기관수는 총 12,535개 기관이며, 청구금액은 총 2,816,683,268원이고, 전국 평균 기관당 청구금액은 224,705원으로 조사되었다. 소재지별 순위를 확인하면 2005년 기준 경북지역의 기관당 청구금액이 506,947원으로 전국 평균 기관당 청구금액비교 2.2배로 1순위, 충북지역 기관당 청구금액이 428,559원, 충남지역 기관당 청구금액 417,782원으로 조사되었다. 그러나 서울지역의 경우 전치발치(1치당) 요양급여비용의 조사대상 구성비가 17.9%로 높은 반면 기관당 청구금액은 131,025원으로 전체 기관당 청구금액비교 현저하게 낮은 58.30%로 분석되어 평균보다 낮아 전체 지역비교 10순위로 조사되었다. <표5-1-나-2>

<표5-1-나-1> 소재지별 치과병원의 전치발치 청구횟수 및 청구금액 현황

지역	년도	치과병원 요양기관 전치발치(U0101)							
		요양기관수	횟수	횟수구성비(%)	금액(원)	금액구성비(%)	기관당횟수	기관당금액(원)	
								금액	순위
총계	2001	52	6,538.8	100.0	16,970,126	100.0	126	326,349	
	2002	79	13,458.0	100.0	36,244,080	100.0	170	458,786	
	2003	109	18,539.0	100.0	50,107,870	100.0	170	459,705	
	2004	116	20,970.3	100.0	58,495,348	100.0	181	504,270	
	2005	126	21,892.1	100.0	63,202,919	100.0	174	501,610	기준
서울	2001	19	1,289.5	19.7	3,396,420	20.0	68	178,759	
	2002	29	4,175.5	31.0	11,076,300	30.6	144	381,941	
	2003	43	4,719.0	25.5	12,523,480	25.0	110	291,244	
	2004	42	6,348.0	30.3	17,459,985	29.8	151	415,714	
	2005	47	6,154.5	28.1	17,640,380	27.9	131	375,327	※11
강원	2001	1	338.0	5.2	758,250	4.5	338	758,250	
	2002	1	749.5	5.6	2,071,990	5.7	750	2,071,990	
	2003	1	551.5	3.0	1,513,330	3.0	552	1,513,330	
	2004	1	562.0	2.7	1,586,785	2.7	562	1,586,785	
	2005	1	588.0	2.7	1,716,255	2.7	588	1,716,255	1
광주	2001	1	77.5	1.2	207,110	1.2	78	207,110	
	2002	2	699.5	5.2	1,892,660	5.2	350	946,330	
	2003	3	1,421.5	7.7	3,913,230	7.8	474	1,304,410	
	2004	3	1,801.0	8.6	5,109,680	8.7	600	1,703,227	
	2005	3	1,553.0	7.1	4,539,495	7.2	518	1,513,165	2
경남	2001	2	687.5	10.5	1,896,210	11.2	344	948,105	
	2002	3	822.0	6.1	2,241,090	6.2	274	747,030	
	2003	3	909.0	4.9	2,509,540	5.0	303	836,513	
	2004	3	1,360.0	6.5	3,847,820	6.6	453	1,282,607	
	2005	3	1,413.5	6.5	4,134,900	6.5	471	1,378,300	3
전북	2001	1	214.0	3.3	588,680	3.5	214	588,680	
	2002	1	301.0	2.2	834,000	2.3	301	834,000	
	2003	1	403.0	2.2	1,078,740	2.2	403	1,078,740	
	2004	1	354.0	1.7	958,630	1.6	354	958,630	
	2005	1	467.0	2.1	1,342,070	2.1	467	1,342,070	4
충남	2001	1	154.0	2.4	407,600	2.4	154	407,600	
	2002	3	436.0	3.2	1,179,030	3.3	145	393,010	
	2003	4	2,045.0	11.0	5,584,140	11.1	511	1,396,035	
	2004	5	2,067.0	9.9	5,801,860	9.9	413	1,160,372	
	2005	5	2,301.0	10.5	6,675,570	10.6	460	1,335,114	5

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일투 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수록시점은 심사결정 연도를 말함.
 5. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨.

<표5-1-나-2> 소재지별 치과의원의 전치발치 청구횟수 및 청구금액 현황

지역	년도	치과의원 요양기관 전치발치(U0101)							기관당금액(원)	
		요양 기관수	횟수	횟수구 성비(%)	금액(원)	금액구성 비(%)	기관 당 횟수	금액	순위	
총계	2001	10,366	722,006.1	100.0	1,933,183,276	100.0	70	186,493		
	2002	10,967	858,680.3	100.0	2,334,757,871	100.0	78	212,889		
	2003	11,500	870,966.7	100.0	2,392,541,498	100.0	76	208,047		
	2004	11,956	917,887.8	100.0	2,586,024,584	100.0	77	216,295		
	2005	12,535	969,703.4	100.0	2,816,683,268	100.0	77	224,705	기준	
서울	2001	3,072	128,143.2	17.7	342,409,907	17.7	42	111,462		
	2002	3,296	154,146.0	18.0	418,210,600	17.9	47	126,884		
	2003	3,520	160,801.5	18.5	440,544,785	18.4	46	125,155		
	2004	3,662	162,939.4	17.8	457,897,985	17.7	44	125,040		
	2005	3,839	173,680.1	17.9	503,004,989	17.9	45	131,025	※10	
경북	2001	437	62,569.0	8.7	167,197,200	8.6	143	382,602		
	2002	452	75,073.1	8.7	204,791,470	8.8	166	453,078		
	2003	447	73,057.5	8.4	200,978,080	8.4	163	449,615		
	2004	443	77,867.0	8.5	219,690,670	8.5	176	495,916		
	2005	466	81,122.0	8.4	236,237,285	8.4	174	506,947	1	
충북	2001	231	30,594.4	4.2	81,951,956	4.2	132	354,770		
	2002	236	34,057.0	4.0	92,434,100	4.0	144	391,670		
	2003	237	33,883.0	3.9	92,860,990	3.9	143	391,819		
	2004	244	34,592.3	3.8	97,387,508	3.8	142	399,129		
	2005	252	37,163.0	3.8	107,996,860	3.8	147	428,559	2	
충남	2001	290	36,460.5	5.0	98,021,535	5.1	126	338,005		
	2002	299	43,046.0	5.0	117,474,630	5.0	144	392,892		
	2003	302	41,841.5	4.8	115,370,690	4.8	139	382,022		
	2004	325	47,008.0	5.1	132,914,470	5.1	145	408,968		
	2005	348	49,826.8	5.1	145,387,980	5.2	143	417,782	3	
전남	2001	329	38,615.0	5.3	102,648,935	5.3	117	312,003		
	2002	334	46,082.5	5.4	125,099,940	5.4	138	374,551		
	2003	329	43,078.0	4.9	118,226,230	4.9	131	359,350		
	2004	324	45,949.5	5.0	129,333,580	5.0	142	399,178		
	2005	325	46,313.5	4.8	134,626,980	4.8	143	414,237	4	
경남	2001	524	58,334.5	8.1	156,395,290	8.1	111	298,464		
	2002	551	66,954.0	7.8	182,234,930	7.8	122	330,735		
	2003	563	67,868.5	7.8	186,718,450	7.8	121	331,649		
	2004	577	70,870.5	7.7	199,713,425	7.7	123	346,124		
	2005	602	76,656.0	7.9	222,561,760	7.9	127	369,704	5	

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일부 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수록시점은 심사결정 연도를 말함.

다. 연령·성별 전치발치(U4412) 현황

전치발치(1치당)의 연령별 구성비는 2005년 기준으로 65~69세가(15.50%), 60세~64세(14.93%), 55세~59세(12.08%), 70~74세(11.59%), 50~54세(10.75%)이며 10세 구간 구성비는 60대 30.43%, 50대 22.83%, 70대 18.63%로 조사되었다. 따라서 전치발치(1치당)의 다 발생 연령은 60대 와 50대의 구성비율이 53.26%로 높았다. <표5-1-다-1> 아울러 전치발치(1치당)에 요양급여비용의 성별 구성비율은 2001년~2005년까지 매년 여자보다 남자가 높은 것으로 조사된다.

<표5-1-다> 연령별 전치발치(U4412) 청구금액 구성비

구분	2005년		2004년		2003년		2002년	
	청구금액(원)		청구금액(원)		청구금액(원)		청구금액(원)	
	금액	구성비 (%)						
계	2,968,744,837	100.00	2,722,579,862	100.00	2,514,646,815	100.00	2,428,152,880	100.00
0세	0	0.00	0	0.00	8,180	0.00	4,170	0.00
1~4	1,687,330	0.06	1,533,275	0.06	1,596,100	0.06	1,535,320	0.06
5~9	36,986,070	1.25	34,615,930	1.27	29,223,610	1.16	24,339,380	1.00
10~14	9,789,635	0.33	9,561,455	0.35	9,059,560	0.36	7,999,970	0.33
15~19	11,182,960	0.38	11,878,675	0.44	12,969,560	0.52	14,147,620	0.58
20~24	19,187,800	0.65	18,267,025	0.67	17,715,395	0.70	18,899,590	0.78
25~29	23,236,840	0.78	21,993,810	0.81	21,476,375	0.85	24,510,440	1.01
30~34	46,620,535	1.57	46,210,680	1.70	46,971,390	1.87	49,249,005	2.03
35~39	100,268,025	3.38	93,024,955	3.42	89,002,925	3.54	90,318,830	3.72
40~44	181,090,639	6.10	169,948,652	6.24	166,345,045	6.62	166,286,153	6.85
45~49	276,402,634	9.31	254,648,800	9.35	227,981,470	9.07	218,425,480	9.00
50~54	318,914,275	10.74	288,244,913	10.59	268,426,963	10.67	256,110,965	10.55
55~59	358,389,553	12.07	321,374,320	11.80	296,181,365	11.78	303,593,590	12.50
60~64	443,002,663	14.92	423,380,064	15.55	405,241,582	16.12	389,468,483	16.04
65~69	459,970,768	15.49	421,096,320	15.47	383,332,723	15.24	368,833,974	15.19
70~74	343,964,755	11.59	306,775,570	11.27	277,529,162	11.04	256,139,385	10.55
75~79	208,928,555	7.04	185,605,660	6.82	161,262,920	6.41	151,187,037	6.23
80~84	96,476,890	3.25	86,364,023	3.17	76,291,020	3.03	65,911,520	2.71
85이상	32,644,910	1.10	28,055,735	1.03	24,031,470	0.96	21,191,968	0.87

* 심사평가원 내부자료 (심사지급현황참조)

라. 요양기관종별 수진자당 전치발치 요양급여비용

전치발치(U4412)항목의 행위별 수가는 1치당 1회에 한하여 산정되는 항목으로 (2005년1월1일 현재) 1치당 2,940원 이다. 요양기관종별 가산금액이 포함되지 않은 순수한 전체 평균 수진자 1인당 청구금액은 5,823원이며 종합전문병원 6,662원, 종합병원은 6,294원, 치과병원은 6,210원, 치과의원은 5,784원으로 조사되었다. <표5-1-라>

<표5-1-라> 요양기관종별 전치발치(U4412) 수진자당 요양급여비용

구분	수룩시점	요양기관수	총 청구금액(원)	총 청구횟수	수진자수	수진자당 청구금액	순위
총계	2001	10,511	1,982,161,892	740,719.90	385,115	5,147	
	2002	11,180	2,428,152,880	893,323.80	452,471	5,366	
	2003	11,782	2,514,646,815	915,885.01	464,967	5,408	
	2004	12,261	2,722,579,862	966,684.50	486,786	5,593	
	2005	12,876	2,968,744,837	1,022,353.50	509,862	5,823	기준
전문종합	2001	30	16,443,850	6,234.00	2,754	5,971	
	2002	36	24,900,230	9,282.00	4,082	6,100	
	2003	41	28,691,290	10,594.00	4,774	6,010	
	2004	40	28,625,845	10,279.00	4,457	6,423	
	2005	41	30,597,675	10,622.50	4,593	6,662	1
종합병원	2001	63	15,564,640	5,941.00	2,960	5,258	
	2002	99	32,250,699	11,903.50	5,542	5,819	
	2003	133	43,306,157	15,785.31	7,487	5,784	
	2004	149	49,434,085	17,547.50	8,302	5,954	
	2005	174	58,260,975	20,135.50	9,257	6,294	2
치과병원	2001	52	16,970,126	6,538.80	3,245	5,230	
	2002	79	36,244,080	13,458.00	6,429	5,638	
	2003	109	50,107,870	18,539.00	8,729	5,740	
	2004	116	58,495,348	20,970.25	9,882	5,919	
	2005	126	63,202,919	21,892.10	10,177	6,210	3
치과의원	2001	10,366	1,933,183,276	722,006.10	376,574	5,134	
	2002	10,967	2,334,757,871	858,680.30	437,209	5,340	
	2003	11,500	2,392,541,498	870,966.70	444,999	5,377	
	2004	11,956	2,586,024,584	917,887.75	465,279	5,558	
	2005	12,535	2,816,683,268	969,703.40	486,998	5,784	4

* 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 청구횟수는 일투 x 총 투여 횟수로 계산됨. 수룩시점은 심사결정 연도를 말함.
 3. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨. (종합전문병원은 3차기관임)

마. 치과의원 의사1인 대표자 연령별 전치발치 구성비

치과의원 2005년 진료분 중 치과의사 1인대표자 진료기관을 중심으로 (심사평가원 인원현황 신고기준) 전치발치(차-23-1) 요양급여비용을 치과의사 연령별로(20대, 30대, 40대, 50대, 60대 이상) 구분하여 전치발치(1치당)의 요양급여 비용을 분석하였다. 분석결과 조사대상 기관수는 10,586개 기관으로 청구금액은 2,342,344,269원으로 조사되었다. 대표자 1인 기관 중 치과의사의 연령별 구성비를 분석한 결과 30대와 40대가 가장 많았으며 전체 81.53%였다. <표5-1-마-1> 치과의사 30대 연령의 전치발치(1치당)의 소재지별 구성비율을 분석한 결과 전체 청구금액은 치과의원이 가장 많은 서울(14.85%)과 경기지역(20.26%)의 구성비가 높았고 기관당 청구금액은 경북지역이 424,158원으로 1순위, 충남지역이 기관당 청구금액 374,174원으로 2순위, 전남지역 기관당 청구금액 313,098원 3순위로 조사되었다. 반면, 치과의사 30대 연령의 요양급여비용이 가장 많은 경기지역과 서울지역은 전체 평균 기관당 청구금액비교 경기 79.04%, 서울 57.56%로 분석되어 평균금액 보다 훨씬 작은 것으로 조사되었다. <표5-1-마-2>

다음은 2005년 진료비중 치과의원 40대 치과의사 1인대표자의 전치발치(1치당)요양급여비용 청구현황 구성비를 분석한 결과 전체 평균 기관당 청구금액은 260,983원이며 소재지별 기관당 구성비율은 경북지역의 기관당 청구금액이 3561,263원(2.1배)로 가장 높았으며 전남, 충북, 경남, 충남지역 순으로 높게 조사되었다. 그러나 치과의사 40대 연령의 구성비율이 가장 높은 경기지역(16.8%)와 서울지역(45.20%)은 기관당 청구금액이 212,732원과 143,139원으로 전체 기관당 평균 청구금액보다 81.5%, 54.84%로 분석되어 평균금액보다 낮았다. <표5-1-마-3>

<표5-1-마-1> 치과의원 의사1인대표자 연령별 전치발치 구성비

치과의사 연령구분	기관수	실시횟수	금액(원)	구성비
전체	10,586	802,133.60	2,342,344,269	100.00
20~29	202	8,449.50	24,728,355	1.06
30~39	4,147	258,972.10	757,263,899	32.33
40~49	4,416	394,652.90	1,152,500,181	49.20
50~59	1,158	96,683.00	281,569,605	12.02
60 이상	663	43,376.10	126,282,229	5.39

- * 주: 1. 심사평가원 내부자료 (심사지급현황참조)
2. 요양기관 종별가산금 포함되지 않음. 서면청구기관 제외

<표5-1-마-2> 치과의원 30대 의사1인 대표자 소재지별 전치발치 현황

구분	기관수	청구현황			기관당		
		횟수	금액(원)	구성비(%)	청구 횟수	청구금액(원)	순위
전체	4,147	258,972.10	757,263,899	100.00	62.4	182,605	
서울	1,070	38,555.50	112,468,760	14.85	36.0	105,111	
부산	278	18,667.00	54,492,705	7.20	67.1	196,017	
인천	218	13,717.50	40,203,460	5.31	62.9	184,420	
대구	191	12,430.60	36,479,184	4.82	65.1	190,990	
광주	131	4,501.50	13,179,145	1.74	34.4	100,604	
대전	134	7,287.00	21,257,280	2.81	54.4	158,636	
울산	97	6,194.50	18,177,150	2.40	63.9	187,393	
경기	1,063	52,508.00	153,436,385	20.26	49.4	144,343	
강원	93	9,383.00	27,515,190	3.63	100.9	295,862	4
충북	82	8,210.00	24,046,170	3.18	100.1	293,246	5
충남	135	17,234.00	50,513,490	6.67	127.7	374,174	2
전북	147	12,353.50	35,996,010	4.75	84.0	244,871	
전남	115	12,309.50	36,006,320	4.75	107.0	313,098	3
경북	165	23,868.50	69,986,070	9.24	144.7	424,158	1
경남	188	18,371.00	53,605,830	7.08	97.7	285,137	
제주	40	3,381.00	9,900,750	1.31	84.5	247,519	

- * 주: 1. 심사평가원 내부자료 (심사지급현황참조)
2. 요양기관 종별가산금 포함되지 않음.
3. 서면청구기관 제외

<표5-1-마-3> 치과의원 40대 의사1인 대표자 소재지별 전치발치 현황

구분	기관수	청구현황			기관당		
		횟수	금액(원)	구성비 (%)	청구 횟수	청구금액(원)	순위
전체	4,416	394,652.90	1,152,500,181	100.00	89.4	260,983	
서울	1,224	60,181.00	175,201,900	15.20	49.2	143,139	
부산	355	34,231.50	99,582,420	8.64	96.4	280,514	
인천	190	14,212.00	41,603,435	3.61	74.8	218,965	
대구	274	23,999.50	69,858,620	6.06	87.6	254,958	
광주	151	9,267.60	27,151,489	2.36	61.4	179,811	
대전	129	10,532.00	30,889,010	2.68	81.6	239,450	
울산	109	10,314.00	30,279,090	2.63	94.6	277,790	
경기	871	63,394.40	185,289,421	16.08	72.8	212,732	
강원	111	14,236.90	41,648,666	3.61	128.3	375,213	
충북	104	17,122.00	50,233,890	4.36	164.6	483,018	3
충남	107	15,699.50	46,002,420	3.99	146.7	429,929	5
전북	168	19,745.50	57,508,935	4.99	117.5	342,315	
전남	123	22,333.50	65,377,895	5.67	181.6	531,528	2
경북	190	36,470.00	106,639,915	9.25	191.9	561,263	1
경남	252	37,735.50	110,120,870	9.55	149.7	436,988	4
제주	58	5,178.00	15,112,205	1.31	89.3	260,555	

- * 주: 1. 심사평가원 내부자료 (심사지급현황참조)
- 2. 요양기관 종별가산금 포함되지 않음.
- 3. 서면청구기관 제외

바. 전치발치(U4412) 다 발생 상병

요양기관종별 요양급여비용으로 청구된 전치발치(1치당)의 다 발생 상병 현황을 분석한 결과 2005년 기준 종합전문요양기관, 종합병원, 치과병원. 치과의원의 모두 (K05.3) 만성지주염 상병이 1순위이며, (K08.3)잔존치근, (K02.9)상세불명의 치아우식증이 2순위, (K04.0) 치수염이 3순위인 것으로 조사되었다. <부표5-1-바>

2. 구치, 난발치, 매복치 발치수술 (1치당) 현황

구치발치(U4413)은 「건강보험 요양급여 행위 및 그 상대가치점수」 제10장. 제1절. 차-41 다. 구치(U4413)으로 구분되어 산정하며, 행위별 수가는 1치당 4,920원(2005년1월1일 현재) 이다.

난발치(U4414)은 「건강보험 요양급여 행위 및 그 상대가치점수」 제10장. 제1절. 차-41 라. 난발치(U4414)으로 구분되어 산정하며, 동항 ‘주’에 의거 “구치(매복치제외), 전치 또는 유치가 치근비대, 치근만곡 또는 골유착으로 단순발치가 곤란한 경우에 산정한다.”로 규정하며 행위별 수가는 1치당 10,760원(2005년1월1일 현재) 이다.

매복치(U4415, U4416, U4417)은 「건강보험 요양급여 행위 및 그 상대가치점수」 제10장. 제1절. 차-41 마. 매복발치 (1) 단순매복발치 (U4415) [(2),(3)에 해당되지 아니한 경우], (2) 복잡매복치 [치아분할술을 실시한 경우], (3) 완전매복치 [치관이 2/3이상 치조골내에 매복된 치아의 골절제와 치아분할술을 동시에 시행한 경우]로 구분되어 산정하며, 행위별 수가는 1치당 (1) 단순매복발치(U4415) 23,210원, (2) 복잡매복발치 (U4416) 34,810원, (3) 완전매복치 (U4417) 46,400원 (2005년1월1일 현재) 이다.

가. 요양기관종별 구치발치(U4413) 항목별 현황

2005년 구치발치(1치당)의 총 요양급여비용의 구성비는 치과의원 94.0%, 치과병원 3.5%, 종합병원 1.6%, 종합전문병원 0.9%이며, 전년비교 증감률은 5.09%가 증가하였고, 종합병원이 전년대비 증감률이 8.83%로 가장 높았다. <표5-2-가>

<표5-2-가> 요양기관종별 구치발치(U4413)의 전체청구횟수 및 청구금액 현황

종별	수룩시점	청구횟수(1/3약당)			청구금액(1/3약당)		
		횟수	년 구성비(%)	전년비교 증감율(%)	금액(원)	년 구성비(%)	전년비교 증감율(%)
총계	2001	2,910,746.1	100.0	-	13,101,019,655	100.0	-
	2002	3,326,923.5	100.0	14.30	15,185,697,210	100.0	15.91
	2003	3,451,751.3	100.0	3.75	15,916,391,751	100.0	4.81
	2004	3,586,321.2	100.0	3.90	16,997,202,280	100.0	6.79
	2005	3,659,621.3	100.0	2.04	17,861,893,741	100.0	5.09
전문종합	2001	19,822.6	0.7	-	87,724,066	0.7	-
	2002	29,582.5	0.9	49.24	133,589,170	0.9	52.28
	2003	35,940.0	1.0	21.49	163,377,485	1.0	22.30
	2004	33,438.0	0.9	-6.96	156,415,070	0.9	-4.26
	2005	33,983.5	0.9	1.57	164,386,720	0.9	5.10
종합병원	2001	16,965.5	0.6	-	75,112,517	0.6	-
	2002	33,300.5	1.0	96.28	151,590,966	1.0	101.82
	2003	47,267.2	1.4	41.94	217,658,331	1.4	43.58
	2004	54,349.1	1.5	14.98	257,478,239	1.5	18.29
	2005	57,679.0	1.6	6.13	280,204,000	1.6	8.83
치과병원	2001	43,139.0	1.5	-	189,008,658	1.4	-
	2002	80,763.1	2.4	87.22	366,828,331	2.4	94.08
	2003	108,946.0	3.2	34.90	496,171,285	3.1	35.26
	2004	127,494.5	3.6	17.03	598,302,680	3.5	20.58
	2005	126,507.0	3.5	-0.77	613,261,851	3.4	2.50
치과의원	2001	2,830,819.0	97.3	-	12,749,174,414	97.3	-
	2002	3,183,277.5	95.7	12.45	14,533,688,743	95.7	14.00
	2003	3,259,598.0	94.4	2.40	15,039,184,650	94.5	3.48
	2004	3,371,039.7	94.0	3.42	15,985,006,291	94.0	6.29
	2005	3,441,471.8	94.0	2.09	16,804,041,170	94.1	5.12

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용증 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일부 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수룩시점은 심사결정 연도를 말함.
 5. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨. (종합전문병원은 3차기관임)

나. 요양기관종별 난발치(U4414) 항목별 현황

2005년까지 난발치(1치당)의 총 요양급여비용의 구성비는 치과의원 91.2%, 치과병원 3.7%, 종합병원 2.6%, 종합전문병원 2.5%로 조사되었으며, 전년비교 증감율은 7.10%가 증가하였으며 종합병원이 15.90%로 가장 높았다. <표5-2-나>

<표5-2-나> 요양기관종별 난발치(U4414)의 전체 청구횟수 및 청구금액 현황

종별	수탁시점	청구횟수(1/3약당)			청구금액(1/3약당)		
		횟수	년 구성비(%)	전년비교 증감율(%)	금액(원)	년 구성비(%)	전년비교 증감율(%)
총계	2001	432,395.0	100.0	-	4,250,913,350	100.0	-
	2002	504,788.0	100.0	16.74	5,042,457,812	100.0	18.62
	2003	524,268.4	100.0	3.86	5,296,535,119	100.0	5.04
	2004	548,600.6	100.0	4.64	5,695,253,459	100.0	7.53
	2005	569,951.2	100.0	3.89	6,099,843,739	100.0	7.10
전문종합	2001	9,561.5	2.2	-	93,008,575	2.2	-
	2002	12,627.0	2.5	32.06	124,652,785	2.5	34.02
	2003	15,064.8	2.9	19.31	149,379,828	2.8	19.84
	2004	14,665.5	2.7	-2.65	150,872,075	2.6	1.00
	2005	14,082.5	2.5	-3.98	150,085,960	2.5	-0.52
종합병원	2001	3,288.0	0.8	-	31,967,240	0.8	-
	2002	7,686.5	1.5	133.77	76,685,072	1.5	139.89
	2003	11,910.5	2.3	54.95	119,922,899	2.3	56.38
	2004	13,396.0	2.4	12.47	138,941,645	2.4	15.86
	2005	15,084.5	2.6	12.60	161,037,270	2.6	15.90
치과병원	2001	6,862.5	1.6	-	66,175,180	1.6	-
	2002	13,084.5	2.6	90.67	130,943,815	2.6	97.87
	2003	16,546.0	3.2	26.45	166,675,285	3.1	27.29
	2004	19,385.0	3.5	17.16	200,628,025	3.5	20.37
	2005	21,206.5	3.7	9.40	226,391,255	3.7	12.84
치과의원	2001	412,683.0	95.4	-	4,059,762,355	95.5	-
	2002	471,390.0	93.4	14.23	4,710,176,140	93.4	16.02
	2003	480,747.1	91.7	1.99	4,860,557,107	91.8	3.19
	2004	501,154.1	91.4	4.24	5,204,811,714	91.4	7.08
	2005	519,577.7	91.2	3.68	5,562,329,254	91.2	6.87

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일투 x 총 투여 횟수로 계산됨. 수탁시점은 심사결정 연도를 말함.
 4. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨. (종합전문병원은 3차기관임)

다. 요양기관종별 매복치-(1)단순매복치(U4415) 항목별 현황

2005년 단순매복치(1치당)의 총 요양급여비용의 구성비는 치과의원 85.0%, 치과병원 6.1%, 종합병원 4.6%, 종합전문병원 4.3%로 조사되었으며, 전년비교 증감율은 4.77%가 증가하였고, 종합병원이 10.12%로 가장 높았다. <표5-2-다>

<표5-2-다> 요양기관종별 단순매복치(U4415)의 전체청구횟수 및 청구금액 현황

종별	수룩시점	청구횟수(1/3약당)			청구금액(1/3약당)		
		횟수	년 구성비(%)	전년비교 증감율(%)	금액(원)	년 구성비(%)	전년비교 증감율(%)
총계	2001	161,596.5	100.0	-	3,129,387,031	100.0	-
	2002	179,943.0	100.0	11.35	3,532,792,385	100.0	12.89
	2003	193,362.0	100.0	7.46	4,153,496,025	100.0	17.57
	2004	206,913.5	100.0	7.01	4,636,354,205	100.0	11.63
	2005	210,537.7	100.0	1.75	4,857,499,061	100.0	4.77
전문종합	2001	5,816.5	3.6	-	111,543,665	3.6	-
	2002	6,942.5	3.9	19.36	136,082,625	3.9	22.00
	2003	7,550.5	3.9	8.76	161,381,580	3.9	18.59
	2004	8,667.5	4.2	14.79	193,727,375	4.2	20.04
	2005	9,058.5	4.3	4.51	207,670,250	4.3	7.20
종합병원	2001	2,149.5	1.3	-	41,486,738	1.3	-
	2002	5,256.5	2.9	144.55	103,255,915	2.9	148.89
	2003	8,344.0	4.3	58.74	177,336,720	4.3	71.74
	2004	9,125.0	4.4	9.36	204,405,925	4.4	15.26
	2005	9,762.2	4.6	6.98	225,100,562	4.6	10.12
치과병원	2001	3,968.5	2.5	-	74,727,465	2.4	-
	2002	7,504.0	4.2	89.09	147,586,765	4.2	97.50
	2003	10,185.5	5.3	35.73	216,008,230	5.2	46.36
	2004	11,990.0	5.8	17.72	267,947,125	5.8	24.04
	2005	12,771.0	6.1	6.51	294,368,915	6.1	9.86
치과의원	2001	149,662.0	92.6	-	2,901,629,163	92.7	-
	2002	160,240.0	89.1	7.07	3,145,867,080	89.0	8.42
	2003	167,282.0	86.5	4.39	3,598,769,495	86.6	14.40
	2004	177,131.0	85.6	5.89	3,970,273,780	85.6	10.32
	2005	178,946.0	85.0	1.02	4,130,359,334	85.0	4.03

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일부 x 총 투여 횟수로 계산됨. 수룩시점은 심사결정 연도를 말함.
 4. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨. (종합전문병원은 3차기관임)

라. 요양기관종별 매복치-(2)복잡매복치(U4416) 항목별 현황

2005년 복잡매복치(1치당)의 총 요양급여비용의 구성비는 치과의원 76.2%, 치과병원 9.3%, 종합전문병원 8.0%, 종합병원 6.5%로 조사되었으며, 전년비교 증감율은 6.43%가 증가하였고, 종합병원이 9.54%가 증가하여 가장 높았다. <표5-2-라>

<표5-2-라> 요양기관종별 복잡매복치(U4416)의 전체청구횟수 및 청구금액 현황

종별	수룩시점	청구횟수(1/3약당)			청구금액(1/3약당)		
		횟수	년 구성비(%)	전년비교 증감율(%)	금액(원)	년 구성비(%)	전년비교 증감율(%)
총계	2001	108,754.6	100.0	-	3,148,592,393	100.0	-
	2002	125,802.5	100.0	15.68	3,704,882,762	100.0	17.67
	2003	141,693.5	100.0	12.63	4,558,834,850	100.0	23.05
	2004	157,045.5	100.0	10.83	5,276,328,150	100.0	15.74
	2005	162,295.0	100.0	3.34	5,615,382,987	100.0	6.43
전문종합	2001	6,388.1	5.9	-	185,753,068	5.9	-
	2002	10,012.5	8.0	56.74	294,926,600	8.0	58.77
	2003	13,996.0	9.9	39.79	447,827,640	9.8	51.84
	2004	13,052.0	8.3	-6.74	438,214,270	8.3	-2.15
	2005	13,001.0	8.0	-0.39	449,385,655	8.0	2.55
종합병원	2001	2,021.5	1.9	-	58,495,895	1.9	-
	2002	5,728.5	4.6	183.38	168,630,737	4.6	188.28
	2003	8,420.5	5.9	46.99	268,729,395	5.9	59.36
	2004	9,845.0	6.3	16.92	331,185,160	6.3	23.24
	2005	10,486.5	6.5	6.52	362,776,075	6.5	9.54
치과병원	2001	4,034.5	3.7	-	115,452,740	3.7	-
	2002	8,159.5	6.5	102.24	240,766,885	6.5	108.54
	2003	11,259.0	7.9	37.99	358,205,880	7.9	48.78
	2004	15,807.5	10.1	40.40	529,793,505	10.0	47.90
	2005	15,145.5	9.3	-4.19	523,618,480	9.3	-1.17
치과의원	2001	96,310.5	88.6	-	2,788,890,690	88.6	-
	2002	101,902.0	81.0	5.81	3,000,558,540	81.0	7.59
	2003	108,018.0	76.2	6.00	3,484,071,935	76.4	16.11
	2004	118,341.0	75.4	9.56	3,977,135,215	75.4	14.15
	2005	123,662.0	76.2	4.50	4,279,602,777	76.2	7.61

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일투 x 총 투여 횟수로 계산됨. 수룩시점은 심사결정 연도를 말함.
 4. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨. (종합전문병원은 3차기관임)

마. 요양기관종별 매복치-(3)완전매복치(U4417) 항목별 현황

2005년까지 완전매복치발치(1치당)의 총 요양급여비용의 구성비는 치과 의원 65.5%, 종합병원 12.8%, 치과병원 12.3%, 종합전문병원 9.3%로 조사되었으며, 전년비교 증감률은 9.14%가 증가하였고 종합전문병원이 18.53%로 가장 높게 증가한 것으로 조사되었다. <표5-2-마>

<표5-2-마> 요양기관종별 완전매복치(U4417)의 전체청구횟수 및 청구금액 현황

종별	수탁시점	청구횟수(1/3약당)			청구금액(1/3약당)		
		횟수	년 구성비(%)	전년비교 증감율(%)	금액(원)	년 구성비(%)	전년비교 증감율(%)
총계	2001	127,439.0	100.0	-	4,917,679,470	100.0	-
	2002	170,423.1	100.0	33.73	6,685,705,433	100.0	35.95
	2003	206,753.8	100.0	21.32	8,845,772,311	100.0	32.31
	2004	231,216.1	100.0	11.83	10,347,680,525	100.0	16.98
	2005	244,930.0	100.0	5.93	11,292,997,277	100.0	9.14
전문종합	2001	13,398.0	10.5	-	511,498,890	10.4	-
	2002	17,851.5	10.5	33.24	698,590,270	10.4	36.58
	2003	19,813.0	9.6	10.99	839,551,970	9.5	20.18
	2004	19,969.0	8.6	0.79	887,613,540	8.6	5.72
	2005	22,950.5	9.4	14.93	1,052,106,495	9.3	18.53
종합병원	2001	8,215.0	6.4	-	318,014,030	6.5	-
	2002	17,377.5	10.2	111.53	682,259,810	10.2	114.54
	2003	26,512.0	12.8	52.57	1,127,883,285	12.8	65.32
	2004	31,466.6	13.6	18.69	1,408,382,090	13.6	24.87
	2005	31,471.5	12.8	0.02	1,450,671,355	12.8	3.00
치과병원	2001	7,180.0	5.6	-	271,265,320	5.5	-
	2002	16,832.6	9.9	134.44	661,046,463	9.9	143.69
	2003	25,291.5	12.2	50.25	1,069,775,245	12.1	61.83
	2004	29,322.5	12.7	15.94	1,308,693,710	12.6	22.33
	2005	30,241.5	12.3	3.13	1,393,202,040	12.3	6.46
치과의원	2001	98,646.0	77.4	-	3,816,901,230	77.6	-
	2002	118,361.5	69.5	19.99	4,643,808,890	69.5	21.66
	2003	135,137.3	65.4	14.17	5,808,561,811	65.7	25.08
	2004	150,458.0	65.1	11.34	6,742,991,185	65.2	16.09
	2005	160,266.5	65.4	6.52	7,397,017,387	65.5	9.70

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일투 x 총 투여 횟수로 계산됨. 수탁시점은 심사결정 연도를 말함.
 4. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨. (종합전문병원은 3차기관임)

바. 소재지별 치과병원, 치과의원의 구치, 난발치, 매복치, 발치 현황

치과병원의 구치, 난발치, 매복발치(1치당)에 대한 소재지별 요양급여비용 현황을 분석한 결과 조사대상기관수는 총 127개 기관, 총 청구금액 3,050,842,541원, 전국 평균 기관당 청구금액 124,022,382원이다. 소재지별 순위는 전북지역 기관당 청구금액 97,250,920원, 전국 평균 기관당 금액비교 4.0배, 광주지역 기관당 청구금액 89,880,433원, 전국 기관당 청구금액의 3.7배, 강원지역 기관당 청구금액이 83,962,555원, 전국 기관당 청구금액비교 3.5배 순으로 조사되었다.

서울지역은 전체 총 요양급여 금액 구성비율이 34.8%로 가장 높았으나, 기관당 청구금액은 22,100,180원으로 전체 기관당 평균금액에 92.00%로 분석되어 평균금액보다 낮았다. <표5-2-바-1>

치과의원의 소재지별 구치, 난발치, 매복발치(1치당)의 요양급여비용 지급 현황 변화에 대하여 분석한 결과 2005년의 조사대상기관은 총 12,708개 기관이며, 청구금액은 총 38,173,349,922원이고, 전국 평균 기관당 청구금액은 3,003,883원으로 조사된다. 치과의원의 경우 구치, 난발치, 매복발치(1치당)의 소재지별 순위를 확인하면 2005년 기준으로 충북지역의 기관당 청구금액이 4,032,745원으로 전국 평균 기관당 청구금액비교 1.3배, 경북지역 기관당 청구금액이 3,857,961원(1.2배), 강원지역 기관당 청구금액 3,829,497원(1.2배)의 순으로 조사되었다.

반면, 2005년 서울지역의 구치, 난발치, 매복발치(1치당) 요양급여비용은 총 금액비교 구성비가 26.2%로 가장 높았으나, 기관당 청구금액은 2,537,861원으로 전체 기관당 청구금액비교 84.49%로 분석되어 평균금액보다 낮은 것을 알 수 있었다.

따라서 치과의원의 구치, 난발치, 매복발치(1치당)에 대한 요양급여비용은 전체 요양기관 종별 현황에서 전체 평균 기관당 청구금액비교 67.94%로 전체 기관당평균 청구금액보다 낮았으며, 소재지별 현황은 치과의원이 밀집되어있는 서울지역(2005년: 26.2%)보다 타 지역의 기관당 청구금액이 높았으며, 순위는 충청지역의 청구금액이 가장 높았고, 경북지역, 강원지역 순으로 조사되었다. 아울러 서울지역의 치과의원 구치, 난발치, 매복발치(1치당)의 요양급여비용은 전체 평균 기관당 청구금액보다(84.49%) 낮은 것으로 조사되었다. <표5-2-바-2>

사. 연령·성별 구치, 난발치, 매복발치(U4413~U4417) 현황

구치, 난발치, 매복발치(1치당)의 전체 총 요양급여비용을 5세 구간 연령별로 구분하여 구성비율을 분석하였다. 2005년 기준으로 20~24세의 구성비율이 20.33%로 1순위, 25세~29세(15.66%)로 2순위, 30세~34세(10.89%)로 3순위이며, 10세 구간 연령별의 구치, 난발치, 매복발치(1치당) 요양급여비용의 구성비율을 분석하면 20대 35.99%로 1순위, 30대 18.83%로 2순위, 40대 14.28%로 3순위로 조사되었다. 또한, 2001년부터 2005년까지의 구치, 난발치, 매복발치(1치당)의 요양급여비용에 성별 구성비율을 분석하면 2001년과 2002년은 남자보다 여자(50.13%)의 구성비율이 약간 높았으나, 2003년~2005년까지는 남자(50.22%~51.19%)의 구성비율이 약간씩 높았다.

따라서 연령별 구치, 난발치, 매복발치(1치당)의 요양급여비용은 2005년 최근기준으로 5세 구간 연령의 구성비율은 20세에서 24세까지(20.33%)의 연령이 가장 높았으며, 10세 구간 연령의 구성비율도 20대가 35.99%로 가장 높게 조사되었으며 여자보다 남자의 요양급여비용이 약간 높은 것을 알 수 있었다. <표5-2-사>

<표5-2-바-1> 소재지별 치과병원의 구치, 난발치, 매복발치 청구횟수 및 청구금액 현황

지역	년도	치과병원 요양기관 구치, 난발치, 매복발치(U4413~U4417)							
		요양 기관수	횟수	횟수 구성비	금액	금액구 성비	기관당 횟수	기관당금액	
								금액	순위
총계	2001	52	65,184.5	100.0	716,629,363	100.0	1,254	13,781,334	
	2002	79	126,343.7	100.0	1,547,172,259	100.0	1,599	19,584,459	
	2003	109	172,228.0	100.0	2,306,835,925	100.0	1,580	21,163,632	
	2004	117	203,999.5	100.0	2,905,365,045	100.0	1,744	24,832,180	
	2005	127	205,871.5	100.0	3,050,842,541	100.0	1,621	24,022,382	기준
서울	2001	19	16,283.5	25.0	180,835,578	25.2	857	9,517,662	
	2002	29	41,875.0	33.1	552,241,695	35.7	1,444	19,042,817	
	2003	43	45,708.5	26.5	658,677,230	28.6	1,063	15,318,075	
	2004	43	62,905.5	30.8	970,119,410	33.4	1,463	22,560,917	
	2005	48	65,769.0	31.9	1,060,808,656	34.8	1,370	22,100,180	※10
전북	2001	1	3,520.0	5.4	65,227,520	9.1	3,520	65,227,520	
	2002	1	4,362.0	3.5	70,054,970	4.5	4,362	70,054,970	
	2003	1	4,483.0	2.6	80,409,910	3.5	4,483	80,409,910	
	2004	1	5,209.0	2.6	98,340,260	3.4	5,209	98,340,260	
	2005	1	5,251.0	2.6	97,250,920	3.2	5,251	97,250,920	1
광주	2001	1	1,461.5	2.2	16,894,360	2.4	1,462	16,894,360	
	2002	2	8,802.6	7.0	127,690,388	8.3	4,401	63,845,194	
	2003	3	15,848.0	9.2	247,348,235	10.7	5,283	82,449,412	
	2004	3	19,622.0	9.6	307,008,345	10.6	6,541	102,336,115	
	2005	3	16,050.0	7.8	269,641,300	8.8	5,350	89,880,433	2
강원	2001	1	2,230.0	3.4	26,409,485	3.7	2,230	26,409,485	
	2002	1	4,512.5	3.6	61,997,560	4.0	4,513	61,997,560	
	2003	1	3,518.5	2.0	51,379,510	2.2	3,519	51,379,510	
	2004	1	4,582.0	2.2	81,263,575	2.8	4,582	81,263,575	
	2005	1	4,345.0	2.1	83,962,555	2.8	4,345	83,962,555	3
충남	2001	1	1,659.0	2.5	18,463,750	2.6	1,659	18,463,750	
	2002	3	5,108.0	4.0	52,895,785	3.4	1,703	17,631,928	
	2003	4	15,755.0	9.1	234,245,665	10.2	3,939	58,561,416	
	2004	5	17,860.0	8.8	257,986,590	8.9	3,572	51,597,318	
	2005	5	19,100.5	9.3	279,241,090	9.2	3,820	55,848,218	4
충북	2001	1	4,143.0	6.4	38,918,300	5.4	4,143	38,918,300	
	2002	1	3,962.5	3.1	40,895,040	2.6	3,963	40,895,040	
	2003	1	4,126.5	2.4	52,749,130	2.3	4,127	52,749,130	
	2004	1	4,268.0	2.1	51,368,640	1.8	4,268	51,368,640	
	2005	1	3,954.5	1.9	49,919,840	1.6	3,955	49,919,840	5

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일부 x 총 투여 횟수로 계산됨.
 4. 수특시점은 심사결정 연도를 말함.
 5. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨.

<표5-2-바-2> 소재지별 치과의원의 구치, 난발치, 매복발치 청구횟수 및 청구금액 현황

지역	년도	치과의원 요양기관 구치, 난발치, 매복발치(U4413~U4417)							
		요양 기관수	횟수	횟수 구성비(%)	금액(원)	금액구 성비(%)	기관당 횟수	기관당금액(원)	
								금액	순위
총계	2001	10,454	3,588,120.5	100.0	26,316,357,852	100.0	343	2,517,348	
	2002	11,071	4,035,171.0	100.0	30,034,099,393	100.0	364	2,712,862	
	2003	11,626	4,150,782.4	100.0	32,791,144,998	100.0	357	2,820,501	
	2004	12,115	4,318,123.7	100.0	35,880,218,185	100.0	356	2,961,636	
	2005	12,708	4,423,924.0	100.0	38,173,349,922	100.0	348	3,003,883	기준
서울	2001	3,116	785,861.2	21.9	6,481,683,723	24.6	252	2,080,130	
	2002	3,365	899,032.4	22.3	7,681,537,680	25.6	267	2,282,775	
	2003	3,594	955,593.9	23.0	8,795,091,589	26.8	266	2,447,160	
	2004	3,759	967,553.3	22.4	9,427,405,777	26.3	257	2,507,956	
	2005	3,940	990,361.7	22.4	9,999,170,472	26.2	251	2,537,861	*15
충북	2001	231	117,794.0	3.3	798,373,873	3.0	510	3,456,164	
	2002	236	123,649.5	3.1	819,560,290	2.7	524	3,472,713	
	2003	238	123,877.0	3.0	865,039,250	2.6	520	3,634,619	
	2004	245	129,899.5	3.0	981,056,850	2.7	530	4,004,314	
	2005	255	133,008.5	3.0	1,028,350,045	2.7	522	4,032,745	1
경북	2001	440	209,594.0	5.8	1,317,850,172	5.0	476	2,995,114	
	2002	452	238,571.0	5.9	1,512,810,185	5.0	528	3,346,925	
	2003	447	233,371.0	5.6	1,532,239,100	4.7	522	3,427,828	
	2004	444	240,940.0	5.6	1,645,372,810	4.6	543	3,705,795	
	2005	488	250,085.0	5.7	1,805,525,835	4.7	534	3,857,981	2
강원	2001	265	117,784.0	3.3	833,835,137	3.2	444	3,146,548	
	2002	265	133,186.0	3.3	950,958,205	3.2	503	3,588,522	
	2003	278	135,853.0	3.3	1,022,002,645	3.1	489	3,676,269	
	2004	279	141,518.5	3.3	1,103,284,145	3.1	507	3,954,423	
	2005	296	139,154.5	3.1	1,133,531,098	3.0	470	3,829,497	3
전남	2001	330	157,638.5	4.4	1,012,665,900	3.8	478	3,068,685	
	2002	337	177,649.8	4.4	1,153,425,831	3.8	527	3,422,629	
	2003	331	168,237.6	4.1	1,162,547,100	3.5	508	3,512,227	
	2004	325	175,045.0	4.1	1,263,308,005	3.5	539	3,887,102	
	2005	328	168,033.6	3.8	1,237,565,188	3.2	512	3,773,065	4
충남	2001	293	148,899.0	4.1	976,445,449	3.7	508	3,332,578	
	2002	300	161,500.0	4.0	1,056,094,320	3.5	538	3,520,314	
	2003	304	159,327.0	3.8	1,075,423,075	3.3	524	3,537,576	
	2004	325	172,333.0	4.0	1,215,966,985	3.4	530	3,741,437	
	2005	350	179,351.4	4.1	1,300,394,537	3.4	512	3,715,413	5

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일부 x 총 부여 횟수로 계산됨.
 4. 수록시점은 심사결정 연도를 말함.

<표5-2-사> 연령별 구치, 난발치, 매복발치(U4413~U4417) 청구금액 구성비

구분	2005년		2004년		2003년		2002년	
	청구금액(원)		청구금액(원)		청구금액(원)		청구금액(원)	
	금액	구성비 (%)						
계	45,727,616,805	100.00	42,952,818,619	100.00	38,771,030,056	100.00	34,151,535,602	100.00
0세	21,520	0.00	15,220	0.00	26,600	0.00	19,950	0.00
1~4	19,627,114	0.04	15,637,690	0.04	14,150,950	0.04	13,761,150	0.04
5~9	330,543,757	0.72	295,804,255	0.69	261,672,910	0.67	208,313,395	0.61
10~14	308,777,632	0.68	297,720,960	0.69	281,244,615	0.73	246,806,630	0.72
15~19	3,044,447,541	6.66	2,810,389,099	6.54	2,454,744,335	6.33	2,080,905,155	6.09
20~24	9,296,985,855	20.33	8,772,157,965	20.42	7,494,048,310	19.33	6,027,398,488	17.65
25~29	7,162,028,966	15.66	6,664,128,660	15.51	6,140,110,476	15.84	5,389,470,177	15.78
30~34	4,979,820,715	10.89	4,869,852,769	11.34	4,548,730,568	11.73	4,000,677,438	11.71
35~39	3,629,713,413	7.94	3,456,116,541	8.05	3,113,162,899	8.03	2,844,346,070	8.33
40~44	3,300,817,496	7.22	3,248,903,423	7.56	3,087,843,323	7.96	2,838,961,735	8.31
45~49	3,228,808,616	7.06	2,962,334,272	6.90	2,651,888,878	6.84	2,369,384,384	6.94
50~54	2,583,105,890	5.65	2,322,840,635	5.41	2,147,797,263	5.54	1,999,566,578	5.85
55~59	2,215,462,645	4.84	2,029,933,923	4.73	1,854,579,358	4.78	1,798,155,635	5.27
60~64	2,093,773,130	4.58	2,023,697,332	4.71	1,899,240,709	4.90	1,750,724,431	5.13
65~69	1,686,221,131	3.69	1,547,636,868	3.60	1,387,290,460	3.58	1,281,253,586	3.75
70~74	1,029,002,624	2.25	903,384,705	2.10	805,026,325	2.08	738,716,950	2.16
75~79	531,596,040	1.16	472,646,992	1.10	407,078,270	1.05	376,251,630	1.10
80~84	219,807,677	0.48	199,888,975	0.47	173,216,750	0.45	145,151,530	0.43
85이상	67,055,043	0.15	59,728,335	0.14	49,177,057	0.13	41,670,690	0.12

* 심사평가원 내부자료 (심사지급현황참조)

아. 요양기관종별 수진자당 구치, 난발치, 매복발치의 요양급여비용

구치, 난발치, 매복발치(U4413~U4417)항목의 행위별 수가는 1치당 1회에 한하여 산정되는 항목으로 (2005년1월1일 현재) 구치발치(U4413) 1치당 4,820원, 난발치(U4414) 1치당 10,760원, 단순매복발치(U4415) 23,210원, 복잡매복발치(U4416) 34,810원, 완전매복발치(U4417) 1치당 46,400원 이다.

요양기관종별 가산금액이 포함되지 않은 순수한 구치, 난발치, 매복발치(1치당)에 요양급여비용의 심사결정금액 중 수진자수비교 수진자당 청구금액은 2005년 기준 14,151원이고 요양기관종별 기관당 청구금액은 종합전문

병원이 36,442원(2.5배), 종합병원이 31,206원(2.2배), 치과병원 24,030원(1.7배) 순으로 높게 조사되었다. 반면, 치과의원의 수진자당 청구금액은 12,769원으로 전체 평균 수진자당 청구금액보다 90.23%로 낮았다. 따라서 요양기관종별 구치, 난발치, 매복발치(1치당)항목의 요양급여비용에 수진자당 전체 평균 금액은 14,151원(2005년)이었으며, 종합전문병원 2.5배로 가장 높게 조사되었다. <표5-2-아>

<표5-2-아> 요양기관종별 구치, 난발치, 매복발치 수진자당 요양급여비용

구분	수룩시점	요양기관수	총 청구금액(원)	총 청구횟수	수진자수	수진자당 청구금액	순위
총계	2001	10,604	28,547,591,899	3,740,931.22	2,601,726	10,973	
	2002	11,287	34,151,535,602	4,307,880.11	2,926,510	11,670	
	2003	11,911	38,771,030,056	4,517,828.91	3,056,511	12,685	
	2004	12,424	42,952,818,619	4,730,096.86	3,182,489	13,497	
	2005	13,050	45,727,616,805	4,847,335.15	3,231,412	14,151	기준
전문종합	2001	30	989,528,264	54,986.72	33,758	29,312	
	2002	36	1,387,841,450	77,016.00	46,780	29,667	
	2003	41	1,761,518,503	92,364.25	55,451	31,767	
	2004	40	1,826,842,330	89,792.00	53,934	33,872	
	2005	41	2,023,635,080	93,056.00	55,531	36,442	1
종합병원	2001	68	525,076,420	32,639.50	21,082	24,906	
	2002	102	1,182,422,500	69,349.50	44,662	26,475	
	2003	136	1,911,530,630	102,454.23	65,646	29,119	
	2004	152	2,340,393,059	118,181.66	76,115	30,748	
	2005	174	2,479,789,262	124,483.70	79,465	31,206	2
치과병원	2001	52	716,629,363	65,184.50	42,282	16,949	
	2002	79	1,547,172,259	126,343.66	79,967	19,348	
	2003	109	2,306,835,925	172,228.00	107,678	21,423	
	2004	117	2,905,365,045	203,999.50	126,516	22,964	
	2005	127	3,050,842,541	205,871.50	126,961	24,030	3
치과의원	2001	10,454	26,316,357,852	3,588,120.50	2,511,427	10,479	
	2002	11,071	30,034,099,393	4,035,170.95	2,768,040	10,850	
	2003	11,626	32,791,144,998	4,150,782.43	2,845,235	11,525	
	2004	12,115	35,880,218,185	4,318,123.70	2,945,758	12,180	
	2005	12,708	38,173,349,922	4,423,923.95	2,989,507	12,769	4

- * 주: 1. 심사평가원 요양급여비용중 심사결정금액을 기준으로 함. (지급불능 건 제외)
 2. 요양기관종별 가산금액은 포함되지 않음. (서면청구기관 제외)
 3. 청구횟수는 일투 x 총 투여 횟수로 계산됨. 수룩시점은 심사결정 연도를 말함.
 5. 치과대학병원은 치과병원으로 분류됨. (종합전문병원은 3차기관임)

자. 치과의원 의사1인대표자 연령별 구치, 난발치, 매복치발치 구성비

2005년 치과의원 진료비 중 치과의사 대표자1인으로 신고된(심사평가원) '인원현황' 신고 된 자료를 토대로 구치 난발치, 매복발치(1치당)에 대한 요양급여비용을 치과의사 연령별(20대 , 30대, 40대, 50대, 60대 이상) 구분으로 분석하였다. 분석결과 전체 2005년 조사대상 기관수는 10,674개 기관으로 청구금액은 28,505,921,059원으로 조사되었으며 치과의사의 연령별 구분으로 요양급여비용 구성비를 분석한 결과 30대 와 40대가 86.44%로 높게 구성하고 있는 것으로 조사되었다. <표5-2-자-1>

치과의사 30대의 1인 대표자로 신고 된 2005년 치과의원 진료분 중 소재지별로 구분하여 구성비율을 분석한 결과 치과의원이 가장 많은 서울지역 요양급여비용 2,963,730,455원(24.71%), 경기지역 2,874,207,777원(23.97%)으로 높았다. 그러나 소재지별 기관당 청구금액은 충남지역이 3,680,267원으로 전체 기관당 평균 청구금액비교 1.2배로 가장 높았으며 강원지역 기관당 청구금액 3,668,911원, 충북지역 기관당 청구금액 3,626,174원으로 높게 조사되었다. <표5-2-자-2> 다음은 치과의원 1인 대표자 40대 연령 치과의사의 구성비율을 분석한 결과 서울지역의 총 요양급여비용 3,114,564,113원, 구성비율 24.63%와 경기지역의 총 요양급여비용 2,298,501,832원, 구성비 18.17%로 가장 높게 조사되었다. 그러나 기관당 청구금액의 구성비율은 서울지역 2,532,166원(88.79%), 경기지역 2,626,859원(92.11%)으로 전체 평균 기관당 청구금액보다 낮은 것으로 조사되었다. 따라서 치과의사 40대 연령의 구치, 난발치, 매복발치(1치당)에 요양급여비용 현황 중 기관당 청구금액과 구성비율이 높은 순위를 분석한 결과 충북지역의 청구금액이 3,894,064원 전체 평균 기관당 청구금액비교 136.55%, 강원지역은 3,746,079원 구성비 131.36%, 경남지역 3,607,533원 구성비 126.50%로 전체 평균 기관당 청구금액의 1.2배로 높은 순으로 조사되었다. <표5-2-자-3>

<표5-2-자-1> 치과의원 의사1인 대표자 연령별 구치, 난발치, 매복발치 구성비

치과의사 연령구분	기관수	실시횟수	금액(원)	구성비
전체	10,674	3,451,781.95	28,505,921,059	100.00
20~29	205	46,540.00	409,807,800	1.44
30~39	4,199	1,350,057.25	11,993,147,012	42.07
40~49	4,435	1,598,108.60	12,647,811,326	44.37
50~59	1,165	334,627.60	2,571,372,432	9.02
60 이상	670	122,448.50	883,782,489	3.10

- * 주: 1. 심사평가원 내부자료 (심사지급현황참조)
 2. 요양기관 종별가산금 포함되지 않음.
 3. 서면청구기관 제외

<표5-2-자-2> 치과의원 30대 의사1인대표자 소재지별 구치, 난발치, 매복발치 현황

구분	기관수	청구현황			기관당		
		횟수	금액(원)	구성비 (%)	청구 횟수	청구금액(원)	순위
전체	4,199	1,350,057.25	11,993,147,012	100.00	321.5	2,856,191	
서울	1,098	274,638.60	2,963,730,455	24.71	250.1	2,699,208	
부산	280	90,956.60	783,828,707	6.54	324.8	2,799,388	
인천	220	76,714.50	648,351,716	5.41	348.7	2,947,053	
대구	193	61,378.60	551,916,765	4.60	318.0	2,859,672	
광주	133	28,567.20	232,384,416	1.94	214.8	1,747,251	
대전	136	42,599.30	393,976,591	3.29	313.2	2,896,887	
울산	99	34,121.50	281,982,547	2.35	344.7	2,848,309	
경기	1,076	315,746.60	2,874,207,777	23.97	293.4	2,671,197	
강원	93	41,761.50	341,208,765	2.85	449.0	3,668,911	2
충북	82	36,519.00	297,346,241	2.48	445.4	3,626,174	3
충남	134	67,155.50	493,155,770	4.11	501.2	3,680,267	1
전북	147	57,911.35	490,742,538	4.09	394.0	3,338,385	5
전남	116	46,066.50	337,557,136	2.81	397.1	2,909,975	
경북	165	81,573.50	598,000,808	4.99	494.4	3,624,247	4
경남	187	79,834.50	589,732,208	4.92	426.9	3,153,648	6
제주	40	14,512.50	115,024,572	0.96	362.8	2,875,614	

- * 주: 1. 심사평가원 내부자료 (심사지급현황참조)
 2. 요양기관 종별가산금 포함되지 않음.
 3. 서면청구기관 제외

<표5-2-자-3>치과의원 40대 의사1인대표자 소재지별 구치,난발치,매복발치 현황

구분	기관수	청구현황			기관당		
		횟수	금액(원)	구성비 (%)	청구 횟수	청구금액(원)	순위
전체	4,435	1,598,108.60	12,647,811,326	100.00	360.3	2,851,818	
서울	1,230	328,935.65	3,114,564,113	24.63	267.4	2,532,166	
부산	357	138,467.00	1,082,852,032	8.56	387.9	3,033,199	
인천	191	64,990.00	501,558,056	3.97	340.3	2,625,958	
대구	276	94,365.50	757,626,896	5.99	341.9	2,745,025	
광주	151	43,346.00	328,509,541	2.60	287.1	2,175,560	
대전	128	45,513.50	364,006,552	2.88	355.6	2,843,801	
울산	110	42,930.10	329,063,962	2.60	390.3	2,991,491	
경기	875	288,630.75	2,298,501,832	18.17	329.9	2,626,859	
강원	111	51,524.50	415,814,775	3.29	464.2	3,746,079	2
충북	104	56,585.50	404,982,706	3.20	544.1	3,894,064	1
충남	108	52,439.50	367,333,467	2.90	485.6	3,401,236	6
전북	168	71,533.50	503,172,833	3.98	425.8	2,995,076	
전남	124	67,001.10	439,992,401	3.48	540.3	3,548,326	5
경북	191	101,531.00	681,175,980	5.39	531.6	3,566,366	4
경남	252	129,495.00	909,098,192	7.19	513.9	3,607,533	3
제주	59	20,820.00	149,557,988	1.18	352.9	2,534,881	

- * 주: 1. 심사평가원 내부자료 (심사지급현황참조)
 2. 요양기관 종별가산금 포함되지 않음.
 3. 서면청구기관 제외

차. 구치, 난발치, 매복발치(U4413~U4417) 다 발생 상병

요양기관종별 요양급여비용으로 청구된 구치, 난발치, 매복발치(1치당)의 다 발생 상병을 분석한 결과 2005년 기준 종합전문요양기관과 종합병원의 상병은 (K01.1) 매복치상병이 1순위, 치과병원. 치과의원은 (K05.3)만성치주염 상병이 1순위로 조사되었다. 2순위 상병으로는 종합전문병원과 종합병원이 (K05.3) 만성 치주염, 치과병원은 (K01.1)매복치상병, 치과의원은 (K08.3)잔존치근 상병이다. 특히, 매복치상병은 종합전문병원 요양기관에서 가장 많이 발생된 것으로 조사되었다.

VI. 고 찰

심사평가원의 요양기관 개설 및 폐업현황 신고내역을 참고하여 전국 요양기관현황을 조사한 결과 2005년 12월말 기준 약국포함 전체의료기관수는 총 72,921개 기관이며 그중 치과병원 124개(0.17%), 치과의원 12,548개(17.2%)기관이다. 전국 치과병원과 치과의원의 소재지별 요양기관 현황의 구성비는 2005년 12월말 치과병원은 서울지역이 48개(38.71%), 경기지역이 27개(27%), 대구지역이 10개(8.06%)이며, 치과의원은 서울지역 3,903개(31.10%), 경기지역 2,617개(20.86%), 부산지역이 973개(7.76%)순으로 조사되었다. 치과의원의 경우 전년비교 증감률은 제주지역이 2004년 119개 기관에서 2005년 131개 기관으로 증가(9.24%)하여 증가율이 가장 높다. 따라서 2006년 11월말 현재 치과병원 135개, 치과의원 12,979개 기관으로 매년 치과병원이 현저히 증가하고 있다.

심사평가원에 전국 요양기관 인원현황 신고 내역을 참조하면 2005년 12월말 기준 전국 의료인은 총 144,083명(약사포함) 이었으며 그중 치과의사수는 17,771명(12.3%), 의사수 65,534명(45.5%), 한의사수 12,808명(8.9%), 약사 30,600명(21.2%)으로 조사되었다. 의사, 치과의사, 한의사 3직종의 인력현황(계 96,113명)비교 구성비는 의사 68.2%, 치과의사 18.5%, 한의사 13.3%이며 2002년부터 2005년 4년간 각각 의료인의 구성비에 대한 증가율은 거의 차이가 없었다. 아울러 전체 요양기관에서 2005년 12월말 신고된 의료인(약사제외) 113,483명 중 치과업무에 주로 종사하는 의료기사수는 치과위생사 16,200명, 치과기공사 1,872명으로 전체 의료인의 구성비는 치과위생사가 14.2%, 치과기공사 1.6%이다. 치과기공사의 구성비가 적은 이유는 아마도 치과기공사는 기공실을 오픈하여 자영업에 종사하는 등의 인력을

감안해야 할 것으로 사료된다.(심사평가원 요양기관 인력현황신고 안됨)

원외처방 횟수 및 처방일수는 2000년 7월 이후 의약분업시작으로 많은 변화가 있었다. 2001년부터 2004년의 전체 요양기관의 원외처방현황을 분석하면 2004기준 전체 의료기관 소계(약국제외)의 원외처방 구성비가 기관당 평균 57.03%이고 전체 의료기관의 년 평균 원외처방횟수는 7.27일로 조사되었다. 2000년 의약분업이후 2001년 비교 처방률은 매년 감소되었으나, 횟수 당 처방일수는 점점 늘어나는 경향으로 조사되었다. 2004년 치과병원의 기관당 원외처방율은 치과병원 23.82%, 치과의원 17.47%이다. (심사평가원 심사지급 결정자료 참조) 또한, 원외처방횟수 당 처방일수는 치과병원이 3.72일, 치과의원은 2.54일로 조사된다.

심사평가원에서 심사결정 지급된 전체 요양급여비용중 약국을 제외한 요양급여비용을 요양기관종별로 구분하여 청구기관수비교 기관당 진료비를 분석하면 2005년 기준 총 53,663기관으로 요양급여비용은 17조원이며 전체 평균 기관당 진료비는 3억 3천만원으로 조사되었다. 그중 치과병원은 130개 기관으로 총 요양급여비용은 430억원이며, 전체 요양급여비에 0.2%이고 기관당 진료비는 3억 3천만원으로 전체 총 평균 기관당 진료비와 같았다. 치과의원의 경우는 12,855개 기관으로 총 요양급여비용은 9,844억원이며 전체 총 요양급여비용중(약국제외) 구성비는 5.5%로 조사되었다. 2005년 의료기관(약국제외) 소계비교 전체 의료기관의 건당요양급여비용은 평균 44,350원이며, 치과병원은 47,212원, 치과의원은 30,528원이다.

전국 치과병·의원의 요양급여비용을 합한 요양급여비용은 2004년 기준년 청구건수는 3,238만 건, 요양급여비용은 9,855억원, 급여비용은 6,871억원, 건당내원일수는 1.56일, 건당 요양급여비용은 30,436원, 내원일당 요양

급여비용은 19,551원으로 조사되었다. 소재지별로 분석한 결과 구성비율은 서울지역이 22.42%, 경기 19.68%, 부산 8.04%, 대구지역 6.07%, 경남지역이 6.02%순으로 조사되었다. 좀더 세분화하여 치과병원의 요양급여비용을 분석하면 2004년 소재별지 건당요양급여비용은 전북지역 69,296원, 강원지역 61,764원으로 가장 높았으며 서울지역은 44,851원이다. 건당 내원일수는 대구, 전북, 경북지역이 2.03일이며 치과병원이 38.71%로 밀집되어 있는 서울지역은 1.66일이다. 내원일당요양급여비용은 강원지역 35,554원, 전북지역 34,193원으로 서울지역 26,952원보다 높게 조사되었다. 따라서 2004년 치과병원의 건당요양급여비용과 내원일당요양급여비용이 높은 지역은 전북지역과 강원지역이었다. 다음은 2004년 치과의원의 총 요양급여비용중 소재지별 건당요양급여비용의 구성비는 대구지역 32,157원, 전남 31,270원, 전북 30,867원, 강원 30,866원순으로 치과의원의 구성비가 31.10%로 가장 높은 서울지역 29,638원보다 높게 조사되었다. 건당 내원일수는 제주지역 1.62일, 부산, 광주, 전남지역이 1.60일로 조사되어 서울지역 1.53일보다 높았다. 아울러 내원일당 요양급여비용은 대구지역 20,220원, 경기지역 19,715원이며, 서울지역은 19,682원이다. 따라서 대구지역 치과의원의 경우 건당요양급여비용과 내원일당요양급여비용이 높은 지역으로 조사되었다.

한국의 의료보험은 1977년 7월 1일부터 본격적으로 시작되었다. 처음 의료보험 시작당시 1977년부터~ '80년까지 행위별 수가제도를 실시하였으며 1점수 당 10원이었다. 1977년 진찰료의 시작은 초진료와 재진료로 서울, 대도시, 중소도시, 농어촌 4구역으로 구분하여 차등을 두었으며 초진료와 재진료는 진찰료(초진, 재진)와 외래병원 관리료를 합산한 금액을 요양급여비용으로 정하였다. 당시 진찰료 “진료수가산정지침”으로는 진료수가기준 점수표(별표1)-1.-가.기본진료료-(4)항에 의거 심야진료(22~05시)에 있어서

초진 또는 재진료는 소정점수의 50%를 가산하여 산정하며, (5)항에 의거 입원진료중인 환자에 대하여는 재진시 기본진료료는 산정하지 아니하도록 하였다. 또한, (6)항에 의거 치과진료의 초진 또는 재진 기본진료과는 각각 소점점수의 50%로 산정토록 하였다. 1979년은 심야진료(22~06시)시간을 재조정하였으며 그 후 현재 2006년 2월1일부터 야간가산은 평일18시(토요일은 13시)~09시로 변경 등 많은 변화가 있었다.

2001년부터 상대가치 점수 제도를 시작하였으며 당시 1점수 당 단가는 55.4원('01.01.01진료분 부터)으로 시작하여 '02.04.01 진료분 부터는 53.8원, '03.01.01 진료분 부터 55.4원, '04.01.01 진료분 부터는 56.9원, '05.01.01 진료분 부터는 58.6원, 최근 '06.01.01 진료분 부터는 60.7원이다.

1977년 의료보험의 시작으로 치과에 건강보험도 전체적인 급여 확대에 따라서 급여의 범위도 늘어나고 많은 발전을 한 것은 사실이지만 선진국에 비해서는 아직도 급여 범위가 작고 수가체계에도 많은 문제점이 있는 것도 사실이다. 그럼에도 불구하고 한국 의료보험의 역사와 더불어 치과진료수가 항목변화는 괄목할 만한 발전을 거듭하고 있다.

치과의 진료수가 항목변화는 1977년부터 1981년까지는 의과에 포함시켜 치과항목이 별도로 구분되어 있지 않았다. 1977년 당시 치과에서 주로 산정할 수 있는 항목수는 총 86개였다. 1981년부터 '제10장 치과'로 처치 및 수술료가 별도 세분화되기 시작하였고 1983년 10월 처치 및 수술료에 포함되어 별도 산정불가 하던 치과침윤마취와 전달마취 항목이 신설되었고 1994년부터 요양급여비용의 청구방법을 EDI(electronic document interchange)로 전산청구 가능하도록 도입되면서 각 항목이 전산 코드화되었다. 따라서 각 항목 중 소아가산이나 야간가산 및 기타 별도산정 가능한 금액도 전산 코드화 시킴으로써 치과에서 산정 가능한 진료수가 항목수가 더욱 증가되어 1999년 140개 항목이었다. 2001년부터는 '행위 및 그 상

대가치 점수'제도를 시작하여 2006년에 치과의 진료수가 항목수는 총 246개 항목으로 현저하게 증가한 것으로 조사되었다.<표2-1-1> <표2-1-2> <표2-1-3> 그러나 아직도 치과 진료시 산정 가능한 진료수가 항목은 턱없이 부족하고 다양하지 못한 것이 현실이다.

첫째, 초기 우식증치료시 산정되는 즉일충전처치(차-6)의 요양급여비용은 매년 감소된 것을 알 수 있다. 치과병원의 경우 2005년 감소율이 -8.44%, 치과의원의 경우 -1.50%로 조사되었다. 더욱이 치과병원과 의원이 밀집되어 있는 서울지역의 즉일충전처치의 기관당 청구금액은 타 지역보다 낮았다. 아마도 서울지역은 초기우식치료인 즉일충전처치(차-6)보다 그 외의 진료(보철, 임플란트등)나 그이상의 치료(신경치료 등)를 더 많이 실시하고 있는 것으로 추정된다.

둘째, 아말감충전(1면~4면이상)의 요양급여비용 현황분석결과 2005년 전체 요양기관종별 전년비교 증감률이 -6.57% 감소하였고, 치과병원의 경우 -20.93%, 치과의원 -6.49% 감소하였으며 전체 요양급여비용도 매년 계속 감소되는 것으로 조사되었다. 따라서 아말감 충전(1면~4면 이상)은 환경오염 및 수은중독 등 유해성 논란이 계속되어지고 있는 충전재로 앞으로도 계속 감소될 것으로 추정된다.

셋째, 복합레진충전(1면~4면이상)의 요양급여비용 현황분석결과는 2005년 전년비교 증감률이 11.05% 증가하였다. 종합전문병원의 경우 44.96%로 크게 증가하였으며 종합병원 11.51%, 치과의원 11.07%, 치과병원 6.98%등 전체적으로 증가되고 매년 계속 증가하는 추세이다.

아울러 2001년부터 2005년까지 복합레진 충전(1면~4면 이상)의 요양급여비용 성별 구성비는 2002년부터 2005년까지 남자보다 여자(50.3%~51.48%)의 구성비율이 약간 높다. 이는 복합레진충전은 심미적, 미용적으로 좋은 효과

를 얻을 수 있는 점 등을 감안한 결과가 아닌가 생각된다. 치과의원의 2005년 진료비중 치과의사 1인 대표자로 신고된 치과의사의 성별 복합레진충전 요양급여비용 구성비 조사결과 남자는 40대 49.68%, 여자 30대 64.09%인 것으로 분석되어 남자치과의사보다 여자치과의사 30대의 선호도가 월등히 높은 것으로 해석할 수 있었다.

치과진료의 특성상 최우선이 예방이며 다음은 조기치료가 우선이라는 지식은 누구나 알고 있다. 그럼에도 현재 한국치과의 건강보험 적용항목은 다양하지 못한 것이 현실이다. 치과요양급여 항목의 경우, 일본이 한국보다 급여 항목도 많고 다양하였으며, 특히 예방과 유지관리에 한국보다 많은 항목이 포함되어 있다.(허욱, 한국과 일본의 치과건강보험 현황 및 수가비교, 석사논문, 2005) 우리나라 치과진료수가 항목도 예방진료수가 항목이 좀더 다양화 되어야 한다.

따라서 위에서 조사된 결과와 같이 초기 우식증치료시 산정되는 즉일충전처치(차-6)의 요양급여비용은 매년 감소된 것을 알 수 있다. 또한, 아말감충전료의 요양급여비용은 전체적으로 매년 감소한다. 반면, 복합레진충전의 요양급여비용은 매년 증가되었다. 이는 초기 우식증 치료시 산정되는 즉일충전처치의 경우 보험급여 되는 충전재료의 선택에 한계에 있다고 하겠다. 그러므로 초기 치아우식증 치료인 즉일충전처치(“건강보험요양급여비용”진료수가 제10장 치과 처치·수술료, 차-6, 주;1.항 의거)시 광중합형 복합레진이나 글래스아이노머시멘트충재료와 같이 질 좋은 충전재료의 급여 확대는 당연한 과제라고 생각된다. 지난 2004년 광중합 레진에 대한 급여화 문제가 제기되어 국민건강보험법 시행규칙을 개정하여 다시 2년간 급여화가 유예되기는 하였으나, 이는 잠정적인 것에 불과한 것으로 이해된다.(대한치과의사협회, 치과의료보험제도와 수가체계에 대한 외국 사례 연

구. 2005) 아울러 치과진료는 “비급여 진료이며 보험급여는 거의 없다”라는 무조건적인 의식도 변화되어야 한다고 사료된다.

와동형성(차-15)항목의 요양급여비용 분석결과 전체 요양기관종별 현황으로 종합병원, 치과병원, 치과의원은 전체적으로 매년 감소하는 추세이나, 종합전문요양기관의 2005년 기관당 청구금액이 26.91%로 현저히 증가한 것으로 조사되었다. 연령별 분석결과초기우식을 벗어난 치수치료(신경치료)시 산정되는 와동형성(차-13-1)은 1세~9세를 제외하고 40세~44세의 연령 구성비가 6.7%로 가장 높게 조사되었다. 이는 20세 이상 성인연령비교 보철 다 발생 연령이라고 해석할 수도 있다고 추정된다.

치주질환치료의 경우 치석제거(차-23-1)항목의 요양급여비용 현황을 분석한 결과 치석제거(차-23)는 치과의원보다도 치과병원이나, 종합전문병원의 기관당 진료비가 높았으며 종합전문병원은 전년비교 2005년의 증감률이 15.09%로 가장 높았고 매년 계속 증가되었다.

치석제거(차-23)는 보건복지부 고시(제2001-40호)에 의거 2001년 7월9일 진료분 부터 인정기준이 변경됨에 따라서 요양급여 청구금액의 변화를 확실하게 확인할 수 있었다. 2001년과 2002년의 전체 청구금액의 증감률이 -67.53% 감소되었기 때문이다. 이수치는 역으로 해석하면, 기존(2001년 6월말 이전진료분 까지)에는 치석제거(차-23)만으로 치주질환치료가 가능한 경우 보험급여 하였으나, 보건복지부 고시 이후(2001년7월9일 진료분 이후)는 치주질환치료 목적으로 실시된 전악치석제거라 할지라도 동 인정기준에 의해 전악 치석제거의 경우 치주수술(치근활택술, 치주소파 등)이 계속되지 않은 경우는 비급여로 행하고 있는 수치라고 추정할 수도 있다.

반면, 치근활택술(차-24)의 경우 치석제거(차-23)의 현황과는 반대로

2001년 비교 2002년의 증감률이 68.05%로 현저하게 증가되었다. 이 또한, 치석제거(차-23)의 보험급여 인정기준이 변경됨에 따라 산정가능 범위가 좁아지므로 인하여 치석제거와 근접한 항목인 치근활택술(차-24)에 요양급여 비용이 상대적으로 증가 된 것으로 추정할 수도 있다. 따라서 보험재정 문제로 치석제거(차-23) 보험급여 확대가 계속 지연된다면 이러한 역현상도 가능할 것으로 예측되고, 입증할 수 있는 결과라 할 것이다. Hirschfeld 등(1978)은 치은연하치석제거 및 치근면활택술과 계속관리를 포함한 치주 처치후 치아의 상실률에 대한 23년간의 장기적인 연구결과 비외과적인 치주 처치에 의해 치은연하감염이 제거될 뿐 아니라 치아상실이 현저하게 감소하였음을 보고하였다.(권영혁등 치주과학. 군자출판사, 1996) 치주치료의 효과에 대한 최종적인 평가는 치아상실이 방지될 수 있는가에 의한다. 3-6개월마다 치은연하치석제거와 철저한 치태조정을 시행하게한 후 5년간 평가한 결과 모든 환자에게 치아상실률의 감소가 있었으며 구강위생이 불량한 경우에는 치석제거는 치아상실을 방지하는데 효과가 있었다.(Lovdal,A., Arono,A.,Schei,O. & Waerhaug,J.1961) 따라서 치주초기 예방치료인 치석제거(차-23)의 보험급여 확대도 시급한 과제이다.

발치수술의 현황에 대한 분석결과는 전치발치의 경우 치과병·의원보다 종합전문병원의 기관당 청구금액이 323.38%(3.2배)로 가장 높았으며, 인천 지역의 전체 기관당 평균금액 비교 2.4배로 가장 높게 조사되었다. 전치발치(U4412)의 다 발생 연령은 60대와 50대의 구성비율이 53.26%로 가장 높았다. 구치 발치현황 분석결과는 치과병원의 기관당 청구금액이 351.18%(3.5배)로 가장 높았고 전년 비교 증감률은 계속적으로 감소하는 추세로 조사되었다. 매복발치의 현황 분석결과는 치과병원이나, 치과의원보다는 종합전문병원의 기관당 청구금액이 현저하게 높게 분석되었고 특히,

단순매복발치의 경우 종합전문병원의 기관당 전체 평균 청구금액 비교 1,231.38%(12.3배), 복잡매복발치의 경우는 1,952.67%(19.5배), 완전매복발치의 경우는 2,010.49(20.1배)로 분석되어 현저히 높은 것으로 조사되었다. 아울러 구치발치, 난발치, 매복발치의 소재지별 현황으로는 서울지역보다는 인천지역, 경기지역, 전북지역 등의 기관당 청구금액비율이 높았다.

1977년 이후 의료보험의 시작과 더불어 치과건강보험의 역사도 30년의 역사를 맞이한다. 21세기에 진입하고 있는 현 시점에서 “국민의 구강보건 증진”을 향상시킴으로써 향후 보다 질 좋은 삶을 위한 노력은 당연한 과제이다. 따라서 본 연구가 한국 치과건강보험의 보다 발전된 새로운 역사를 마련하기 위한 기초 자료가 되었으면 한다.

Ⅶ. 결 론

1977년 당시 치과에서 산정할 수 있는 주요 진료수가 항목수는 총 86개였다. 그러나 29년 동안 많은 연구와 노력으로 2006년 현재 치과진료수가 항목수는 총 246개로 증가하였다. 치과진료수가 항목 중 주로 치과에서 실시하는 “제10장 치과 처치 및 수술료”의 항목 수 만 1977년 당시 74개에서 194개로 2.6배 증가했다.

치과에서 다 발생하는 처치 및 수술료의 요양급여비용 현황조사 결과는 다음과 같다. 첫째, 초기 우식증치료시 산정되는 즉일충진처치(차-6)의 요양급여비용은 매년 감소하였으며, 2005년 전체요양급여비용의 감소율이 -1.53%이고 치과병원 -8.44%, 치과의원 -1.05%, 종합전문병원 -0.37%로 조사되었다. 서울지역의 기관당 청구금액은 전체 기관당 평균금액 보다 낮았으며, 매년 감소하는 추세이다. 둘째, 아말감충진(1면~4면이상)의 경우도 총 요양급여비용이 매년 감소하였으며, 2005년 전체 요양급여비용의 감소율은 -6.57%이고 치과병원 -20.93%, 치과의원 -6.49%로 치과병원이 가장 많이 감소되었다. 서울지역의 기관당 청구금액은 타 지역비교 현저히 낮았으며, 매년 감소되었다.

셋째, 복합레진충진(1면~4면이상)의 요양급여비용은 계속증가 하였으며, 2005년 전체 요양급여비용의 증가율은 11.05%로 종합전문병원 44.96%, 종합병원 11.51%, 치과병원 6.98%, 치과의원 11.07%로. 종합전문병원이 현저하게 증가되었고 치과병원과 치과의원은 매년 증가하고 있다. 치과의원 2005년 진료비중 복합레진충진의 요양급여비용은 남자치과의사 40대 49.68%, 여자치과의사 30대 64.09%로 여자치과의사의 요양급여비용이 현저히 높았다.

넷째, 와동형성(1면~4면이상) 요양급여비용의 연령별 구성비는 20세 이상의 경우 40세~49세(13.3%), 20세~29세(11.2%), 30세~39세(11.1%), 50세~59세(10.5%), 60세~69세(8.1%), 70세 이상(3.0%)순으로 조사되었다

다섯째, 치석제거(차-23-1) 요양급여비용은 2001년 비교 2002년에 -67.53% 감소되었으나, 치근활택술(차-24) 요양급여비용은 68.05%증가하였다. 2005년 전체요양급여비용 증가율은 치석제거 13.82%, 치근활택술 15.50%로 매년 증가하였다. 치석제거 2005년 연령별 구성비는 40대 30%로 가장 높고, 30대 22%, 50대가 21%이다. 치주소파수술(차-101)의 다 발생 연령은 40대와 50대 구성비가 56.72%로 높았으며, 성별 구성비는 2001년~2005년 까지 여자보다 남자(52.80%~53.69%)가 매년 높은 것으로 조사되었다.

여섯째, 2005년 전치발치의 요양급여비용은 2005년 종합병원의 요양급여비용이 17.86%증가하였으며, 연령별 구성비는 60대 30.43%, 50대 22.83%, 70대 10.75%로 조사되었다. 구치발치의 요양급여비용은 2005년 전체 요양급여비용이 5.09%증가하였으며, 완전매복발치는 2005년 종합전문병원의 증가율이 18.53%로 가장 높았다. 2005년 구치발치, 난발치, 매복발치의 소재지별 현황 요양급여비용은 서울지역보다는 인천지역, 경기지역, 전북지역 등의 기관당 청구금액비율이 높게 조사되었다.

참고문헌

1. 국민건강보험공단, 건강보험통계연보, 각 년도
2. 국민건강보험공단, 건강보험제도 개요, 교육교재. 2004
3. 국민건강보험공단, 『의료보험진료비 증가요인 분석자료집』
4. 건강보험심사평가원. 『건강보험통계지표』 2006
5. 건강보험심사평가원. 『건강보험의 심사와 평가』 2005
6. 건강보험심사평가원. 『심사평가원 통계연보』 2000년 ~ 2005년
7. 건강보험심사평가원. 『요양급여기준 및 진료수가기준』 1977년~2006년
8. 건강보험심사평가원. 『요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침서』 2000년~2006년
9. 건강보험심사평가원. 『건강보험심사평가원 .조사연구실 조사통계부 실무분석』 2003
10. 권영혁등. 『치주과학』 군자출판사, 1996
11. 권호근. 『예방치과 진료항목 보험급여 방안에 대한 연구』 대한치과의사협회, 2002
12. 김한중, 유승흠 등. 『국민건강보험의 평가와 발전방향』 한국의학원, 2001
13. 김한중, 손명세 등 『치과 의료서비스 상대가치 개발』 연구보고서, 1996
14. 대한치과의사협회. 『일본의 구강보건제도 및 치과의료 현황』 2005
15. 대한치과의사협회. 『치과의료보험제도와 수가체계에 대한 외국 사례 연구』 2005
16. 양명생 『한국 의료보험 진료수가 제정 및 인상 조사 과정에 관한 연구』 박사 논문,1993
17. 유승흠. 『연구방법과 논문쓰기』 계축문화사, 2005
18. 의료보험연합회. 『신규직원 교육자료』 2000
19. 허욱. 『한국과 일본의 치과건강보험 현황 및 수가비교』 2005, 석사논문

20. Hirschfeld,L. & Wasserman,B.(1978) A longterm survey of tooth loos in 600 treated periodontal patients. J Periodontol, 5:225-237
21. Lovdal,A.,Arono,A.,Schei,O. & Waerhaug,J.(1961) Combined effect of subgingival scaling and controlled oral hygiene on the incidence of gingivitis. Acta Odont Scand, 19:537-555

【 부 록 】

<부표2-2 > 치과 항목변화 세부내용

시행년월일	주요내용 및 변경사항	
'77.07.01	【검사】	
	나-85 치수전기검사[1구강 1회당 치과] ※ 치과로 별도 분류안함. 제2장에 포함됨.	
	【치과 방사선】	
	<판독료> 다-6 일반사진판독, 다-7 입체사진판독, 다-8 파노라마사진판독 ※우식증에는 파노라마 촬영과 표준 촬영은 1가지만 인정함. 파노라마 촬영은 우식증에는 1회만 인정함.	<촬영료> 다-9 치아, 치주조직, 악골, 구강연조직, 다-10 입체촬영, 다-11 파노라마
	【마취】	
	제6장 마취료 바-2 정맥마취, 바-6 신경블록크, 가.삼차신경반월신경절 나.안면신경복강신경블록크 ※ 치과 침윤,진달마취 별도 인정 안함.	
	『제9장 처치 및 수술등 제1절 처치 및 수술 [치과]』	
	【처치】	
	자-547 보통처치(1치1회당) (첩약.가봉등을 포함) 자-548 치수복탁(1치1회당) 자-549 근관치료(1치1회당) 가.단근관(1치1회당) 나.2근관 다.3근관이상 주:환치에 기인한 치근막염의 처치 및 구강내의 누공에 대한 처치등을 포함하는 것으로 한다. 자-550 지가과민처치(1치당1회당) 자-551 즉일충전처치(1치당) 자-552 발수(1치당) 가.단근관 나.2근관 다.3근관이상 자-553 치수절단(1치당)	가.생활치수절단[치수복탁]의 비용을 포함 나.실활치수절단[치수복탁]의 비용을 포함 자-554 근관충전(1치당) 가.단근관 나.2근관 다.3근관이상 자-555 직발즉시근충(1치당) 가.단근관 나.2근관 다.3근관이상 자-556 실활발수즉일근충(1치당) 가.단근관 나.2근관 다.3근관이상
	【구강연조직질환처치 및 외과후처치】	
자-557 구강연조직질환의 처치 (1구강1회당)	[지치주위염, 치육염, 구내염 및 설명의 처치를 포함]	

시행년월일	주요내용 및 변경사항	
	<p>자-558 외과후처치 가. 구강내 외과후 처치 [1구강1회당] 1). 단순한 것 2). 복잡한 것 주: 구강연조직질환의 처치 및 구강내외과후 처치를 동시에 행한 경우에 있어서도 단순한 외과후처치를 행한 경우에 17점만으로 하고 복잡한 외과후처치를 한 경우에는 31점만으로 한다. 나. 구강외 외과후 처치(1회당) 1). 단순한 것 2). 복잡한 것 자-559 구각미란의 처치(1회당) 자-560 치주질환의 처치(1악1회당)</p>	<p>자-561 치주소파(3분의 1악 1회당) 가. 간단한 것 나. 복잡한 것 자-562 치석제거(3분의 1악 1회당) 가. 간단한 것 나. 복잡한 것 주: 치주질환처치에 필요한때에 한함 자-563 치관수복물 또는 보철물의 제거(1치당) 가. 간단한 것 나. 곤란한 것 자-564 잠간고정장치의 제거 (1장치당)</p>
'77.07.01	【수술】	
	<p>자-565 발치수술(1치당) 가. 유치, 나. 전치, 다. 구치, 라. 난발치 주: 1. 난발치란 매복치, 치근비대골의 유착치등에 대골개 또는 치근분리술을 한 경우를 말한다. 2. 매복치에 대해서는 100점을 가산한다. 자-599 상아동축농증술후성 협부낭포의 수술 자-600 발치와재소파수술 자-601 치조골정형수술, 골류제거술 (1치당) 자-602 부골제거수술 가. 간단한 것 나. 복잡한 것 [악골의 편측 3분의 1이상에 결친것] 자-603 구강내소염수술 가. 치은농양, 골막하농양, 구개농양의 절개 또는 지치주위염의 치은판절제등 나. 골수염 또는 악골골염등</p>	<p>자-604 악골수염수술 가. 전악에 결친 것 나. 2분의 1악에 결친 것 자-605 치은식육제거수술 자-606 치성편도주위농양절개수술 자-607 구강외소염수술 [골막하농양, 피하농양, 봉와직염등] 가. 2cm미만의 것 나. 5cm미만의 것 다. 5cm이상의 것 자-608 구강외에 있어 봉합술 가. 소[길이 5cm미만] 나. 중[길이 5cm이상] 다. 대[근육장기에 달하는 것] 자-609 구강내 봉합술 가. 소(5cm미만) 나. 중(5cm이상) 다. 대(근육장기에 달하는 것) 자-610 악골종양수술 [여포성, 치아낭포 에뿌릿 등]</p>

시행년월일	주요내용 및 변경사항	
'77.07.01	자-611 범랑아조포종적출술 자-612 치근낭포적출술 가.치관대의 것 나.모지두대의 것 자-613 악골골절수술[봉합수술포함] 자-614 치근단절제수술(1치당) [치근단폐쇄의 비용을 포함] 자-615 치주질환수술 가.치은절제수술(1회당)	나.치은박리소파수술(1회당) 다.잠간고정술 자-616 외치루수술 자-617 구순푸로텍터 자-618 선부자[1악당] 자-619 상부자[1악당] 자-620 충전 가.1와동당 나.1면당
'79.01.01	『제9장 처치 및 수술등 제1절 처치 및 수술 [치과]』	
	<p style="text-align: center;">【처치】</p> <p>☞ 【변동내용】 자-582 근관치료(1치1회당) 가.단근관(1치1회당), 나.2근관, 다.3근관이상 주:1.환치에 기인한 지근막염의 처치 및 구강내의 누공에 대한 처치 등을 포함하는 것으로 한다. 2.발치를 전제로 한 소염을 위하여 근관치료를 할시는 산정 할 수 없다. ※ “주”내용문구 신설</p>	<p style="text-align: center;">【수술】</p> 자-611 범랑아조포종적출술 ※1항목(+)
'80.05.10	【수술】	
	자-605-1 협순설 소대 정형술 ※1항목(+)	
'81.06.15	『제10장 치과 (처치 · 수술료 항목)』	
	<p style="text-align: center;">【제1절 치아질환의 처치료】</p> 자-582 근관치료(1치1회당) 다.3근관이상 주:1.환치에 기인한 지근막염의 처치 및 구강내의 누공에 대한 처치등을 포함하는 것으로 한다. 2.근관확대를 한 경우에는 1회에 한하여 1근당 250원을 가산한다. ※ 문구삽입 및 1항목(+)	<p style="text-align: center;">【제2절 구강연조직질환 및 외과술 후 처치료】</p> 자-592 구각미란의 처치(1회당) ※ 1항목 삭제됨.(-) <p style="text-align: center;">【제3절 수술】</p> 자-605-1 협순소대 성형수술 ※1항목(+)

시행년월일	주요내용 및 변경사항	
'82.06.01	『제10장 치과 (치치 · 수술료 항목)』	
	【제1절 치아질환의 처치료】	
	차-3 근관치료(1치1회당) 다.3근관 2.근관확대를 한 경우에는 1회에 하여 1근관 <u>265원을 가산</u> 한다. (※ 금액인상) 차-4 지각과민치치(1치1회당) 주:이온도입법(사-18)에 의한 경우에도 소정 금액을 산정한다. (※ 문구변경) 차-11 충전 [와동형성의 비용을 포함] 가.1와동당 나.1면당 ※ 수술료에서 2항목이동	차-3 근관치료(1치1회당) 가.단근관 나.2근관 다.3근관 주:2.근관확대를 한 경우에는 1회에 한하여 1근관 <u>265원을 가산</u> 한다. ※금액인상
	【제2절 구강연조직질환 및 외과술 후 처치료】	
	차-590 구강연조직질환의 처치 (1구강1회당) ※ 1항목삭제(-) ☞ 변경전 차-591 외과후처치 ☞ (변경후) 차-21 외과술후처치(1일당) 주:1.구강내 또는 구강외 수술후의 일부터 소정금액을 산정한다. 2.복잡한 것은 부골제거술(차-44-나또는다),악골수염수술(차-53), 악골 종양수술(차-54), 치근낭포 적출술(차-56-다또는라)관혈적 악골골절수술(차-580등 대수술 후에 행하는 경우에 산정한다	가.간단한 것 나.복잡한 것 ※ 2항목 감소(-) 및 항목 변경 차-27 구순 푸로텍터 차-28 선부자[1약당] 차-29 상부자[1약당] ※ 수술료에서 3항목이동
【제3절 수술】		
차-41 발치수술(1치당) 라.난발치 1)치근 분리술의 경우 2)수평지치, 치근비대, 골 유착치에 대한 골개의 경우 ※ 1항목(+) 3).매복치[매복지치]의 경우	차-44 부골제거수술 다.관절두 ※ 1항목(+) 항목명 변경	

시행년월일	주요내용 및 변경사항	
'82.06.01	<p>차-45 구강내소염수술 다.악골골염등 ※ 1항목(+) 항목명 변경</p> <p>차-47 구강내 봉합술 주: 「자-2」의 소정 금액에 의하여 산정한다. ※가.나.다.3항목에서 단일항목으로 변경:2항 감소(-)</p> <p>차-48 구강외 봉합술 주: 「자-2」의 소정 금액에 의하여 산정한다. ※가.나.다 3항목에서 단일항목으로 변경:2항감소(-)</p> <p>차-51 설소대 성형수술 ※ 1항목(+) 항목명 변경)</p> <p>차-54 악골중앙수술 [여포성, 치아낭포, Epulis 등 포함] 가.결손부위에 골이식을 필요로 하지 않는 경우 나.결손부위에 골이식을 필요로 하는 경우 ※ 1항목(+) 항목명 세분화 변경</p> <p>차-56 치근낭포적출수술 가.치관크기의 2분의1 1/2 C개주 Size</p>	<p>나.치관크기 Crown Size 다.모지두크기 Thumb Size 라.계란크기 Egg Size ※ 2항목(+) 항목명 세분화 변경</p> <p>차-57 치조돌기 골절 정복술 가.3치이하 Lee than 3 teeth 나.4치이상 Above 4 teeth ※ 2항목(+)신설</p> <p>차-58 악골골절수술 가.하악골골절수술 1)비관혈적정복술 2)관혈적 수술 가) 정중부, 골체부, 우각부 나) 과두부위 다) 2부이상 관혈적수술</p> <p>나. 상악골 골절수술 1)비관혈적정복술 2)관혈적수술 가) Lefort I 나) Lefort II 다) Lefort III</p> <p>다.협골골절수술 [협궁골절포함] 1) 길리-씨 수술(Gili's 수술) 2) 관혈적 수술 ※ 9항목(+) 치과항목으로 세분화 신설</p>
'83.10.01	<p style="text-align: center;">【마취】</p> <p>바-8 치과침윤마취(1일당) 주:당일 피하근육내 주사(마-1)행위료가 산정되지 아니한 경우에만 산정할 수 있다.</p> <p>바-9 치과전달마취[상·하악 신경블록크] 주:1.상악의 안와공, 상악후두결절 및 문치공블록크와 하악의 하악공 및 이공블록크를 실시한 경우에만 산정한다. 2.동시에 2개소이상 실시하더라도 각 악당 주된 블록크 1회만 산정한다.※ 치과마취 2항목 신설(+)</p> <p style="text-align: center;">『제10장 치과 (처치 · 수술료 항목)』</p>	

시행년월일	주요내용 및 변경사항	
'83.10.01	【제1절 치아질환의 처치료】	
	차-4 이온도입법[1일당] 주:치경부의 지각과민,~ 차-4 고주파요법(1치1회당) ※ 2항목전환 차-14 러버댐 장착료(1구장1일당) 주:Rubber Dam의 재료대는 소정 금액에 포함되어 있으므로 별도 산정할 수 없다. ※ 1항목 (+)신설	차-11 근관치료(1치1회당) 다.3근관이상 주:2.근관확대를 한 경우에는 1회에 한하여 1근당 280원을 가산한다. ※금액인상
	【제3절 수술】	
	차-55 범랑아세포종적출술 (※ 2항목신설 세분화.가.나.다.) 가.계란크기이하 나.악골1/3이상1/2미만 다.악골1/2이상 차-60 치주질환수술 가.치주소파술[3분의 1억당] 주:간단한 것은 도포마취하에 시행한 경우에 산정하며, 복잡한 것은 전달 마취 또는 침윤마취를 하여 실시하는 경우에 산정한다. 1)간단한 것 2)복잡한 것 (※ “주”내용문구 신설) ☞ (※ 전환 2항목)“치주소파술“ 수술항목으로 전환됨 다.치은박리소파수술[3분의1억] 주:간단한 것은 3mm이상의 치주낭 제거 목적으로 치조골의 노출없이 부분박리 소파술(Partial thickness flap)을 실시한 경우에 산정하며, 복잡한 것은 골내낭(Infrabony pocket), 치은 및 치조	점막의 변형, 좁은 부착치은, 낮은 구강저 또는 치조골의 변형, 좁은 부착치은, 낮은 구강저 또는 치조골의 변형이 있는 경우에 치조골의 성형절단을 포함하는 완전박리 소파술(full thickness)을 실시한 경우에 산정한다. ※ “주”내용문구 신설 및 항목세분화.가.나 1)간단한 것 2)복잡한 것 ※ 1항목(+) 신설 차-61 상악동구강누공폐쇄술 차-63 치아재식술 가.단근관 나.2근관 다.3근관 차-64 하악골 재건술 주:종양, 외상등에 의하여 결손된 악골의 재건술을 행한 경우에 산정한다. ※ 5항목(+) 신설
'88.02.15	『제10장 치과 (처치 · 수술료 항목)』	
	【제1절 치아질환의 처치료】	
	차-11 근관치료(1치1회당) 다.3근관이상 주:2.근관확대를 한 경우에는 1회에 한하여 1근당 310원을 가산한다. ※금액인상	

시행년월일	주요내용 및 변경사항
‘88.02.15	<p align="center">【제2절 구강연조직질환 및 외과술 후 처치료】</p>
	<p>차-29 교합조정[1구강1회당]</p> <p>1) 간단한 것 2) 복잡한 것</p> <p>주:1.복잡한 것은 인상채득후 교합기에 mounting하여 교합상태를 check 한 경우에 산정한다. 2.인상채득 및 study model 형성등의 비용을 포함한다.</p> <p>※ 2항목(+)<u>신설</u></p>
	<p align="center">【제3절 수술】</p> <p>☞ 【변동내용】</p> <p>차-14 발치수술(1치당)</p> <p>라. 난발치</p> <p>1)치근 분리술의 경우 2)수평지치, 치근비대, 골 유착치에 대한 골개의 경우 3)매복치[매복지치포함]의 경우</p> <p>☞ 【변경】</p> <p>라. 난발치</p> <p>주:치근분리술, 치근비대, 골유착치에 대한 골개등의 경우</p> <p>마. 매복치[매복지치 포함]의 경우</p> <p>주:골성의 완전매복치 및 치관부 2/3이상의 골성매복된 수평매복지치에 한하여 산정한다.</p> <p>차-60 치주질환수술</p> <p>바. 삭제 (-) ※2항목 (-)감소</p>
‘89.07.01	<p align="center">『제10장 치과 (처치 · 수술료 항목)』</p>
	<p align="center">【제1절 치아질환의 처치료】</p>
	<p>차-11 근관치료[1치1회당]</p> <p>주:2.근관확대를 한 경우에는 <u>1회 1근당 340원</u>을 가산하되 2회 이내에 한하여 산정한다. ※금액인상</p> <p>차-16 치주낭 측정검사[3분의 1약당]</p> <p>주:치주낭의 깊이(Perio Pocket Depth)를 측정한 경우에 한하여 산정한다.</p> <p>※ 1항목(+)<u>신설</u></p>
‘91.07.01	<p align="center">『제10장 치과 (처치 · 수술료 항목)』</p>
	<p align="center">【제1절 치아질환의 처치료】</p>
	<p>차-11 근관치료(1치1회당)</p> <p>다.3근관이상</p> <p>주:2.근관확대를 한 경우에는 1회에 한하여 <u>1근당 310원</u>을 가산한다.</p> <p>※금액인상</p>

시행년월일	주요내용 및 변경사항	
'92.05.01	『제10장 치과 (처치 · 수술료 항목)』	
	【제1절 치아질환의 처치료】	
	차-11 근관치료[1치1회당] 주:2.근관확대를 한 경우에는 <u>1 회 1근관당 420원</u> 을 가산하되 2회이내에 한하여 산정한다. ※금액인상 차-13-2 아말감 연마[1치당] ※ 1항목(+) 신설됨.	
'93.03.01	『제10장 치과 (처치 · 수술료 항목)』	
	【제1절 치아질환의 처치료】	
	차-11 근관치료[1치1회당] 주:2. 근관확대를 한 경우에는 <u>1회 1근관당 440원</u> 을 가산하되 2회이내에 한하여 산정한다. ※금액인상 차-17 근관장측정검사[1치당] 주: 근관장을 측정할 경우에 치료기간중 1회에 한하여 산정한다. 가. 단근관, 나. 2근관, 다. 3근관 이상 ※ 3항목 (+)신설	
'94.08.01	【마취】	
	바-9 치과전달마취 주:1.상 · 하악, 양측으로 각각 산정한다. 2.동일부위에 동시2개 블록 이상 실시하더라도 주된 블록 1회만 산정한다. (가) 문치공블록크, 이공블록크, 상악후두 결절블록크 (나) 안와하공블록크, 하악골블록크 ※ 4항목 (+)	
	『제10장 치과 (처치 · 수술료 항목)』	
	【제1절 치아질환의 처치료】	
	차-11 근관치료 주:2. 근관확대를 한 경우에는 <u>1회 1 근관당 460원</u> 을 가산하되 2회이 내에 한하여 산정한다. ※금액인상 차-12 근관충전[1치당] 주:가압근관충전을 실시한 경우에는 소정금액의 50%를 가산한다. ※ “주’ 내용 삽입 1항목(+)신설 차-13 충전 (☞ 변경전) 가. 1와동당, 나. 1면당.(☞ 변경후)	차-13 충전 가. 1와동당 나. 1면당 (● 1와동1면, 1와동2면, 1와동 3면, 2와동2면, 2와동3면, 3와동 3면)※ 5항목 세분화 (+)

시행년월일	주요내용 및 변경사항	
'94.08.01	차-18 응급근관처리[1치당] 주:1.급성증상을 없앨 목적으로 치수강개방 등을 실시한 경우에 산정하되, 구강내소염수술과 동시에 실시한 경우에는 산정하지 아니한다.	2.임시충전, 약제 및 재료의 비용을 포함한다. ※ 1항목 (+) 신설
	【제2절 구강연조직질환 및 외과술 후 처치료】	
	차-21 외과술후처리[1치당] 주:2.간단한 외과술후 처치의 경우에는 제9장 「자-2-가」 소정금액을 산정한다. 3.부골제거수술(차-44-나 또는 다),악골수염수술(차-53), 악골종양수술(차-54), 치근낭종적출수술(차-56-다 또는 라), 관혈적악골골절수술(차-58),	치은박리소파수술(차-60-다)등 대수술후 처치의 경우에는 「자-2-1-나」 소정금액의 50%의 50%를 산정한다. 4.위'3'의 대수술후 수술창의 심한 염증처치의 경우에는 「자-2-1-나」 소정금액을 산정한다. ※ “주”항 변경 및 1항목 (+)증가
	【제3절 수술】	
	차-41 발치수술 마.매복치의 경우 주:1.매복치, 매복지치, 치관부의 2/3 이상이고 내매복된 수평지치,또는 악골내에 완전매복치의 경우에 산정한다. 2.치아분리술을 실시한 경우에는 소정금액의 50%를 가산하며,	골삭제 및 치근분리술을 실시한 경우에는 소정금액의 100%를 가산한다. ※ “주”항 변경 및 2항목(+) 증가 차-63 치아재식술 주: 「차-59」의 소정금액에 의하여 산정한다. ※ “주”항 변경(가.나.다.삭제) 및 2항목(-) 감소
'95.04.01	「제10장 치과 (처치 · 수술료 항목)」	
	【제1절 치아질환의 처치료】	
	차-7 생활발수즉일근충[1치당] 주:1.Barbed-Broach를 사용한 경우에는 190원을 1회에 한하여 산정한다. 2.Reamer 또는 File을 사용한 경우에는 치료기간중 1회에 한하여 310원을 사정한다. 3.가압근관 충전을 실시한 경우에는 「차-12」 소정금액의 50%를 가산한다.	가. 단근관, 나. 2근관, 다. 3근관 이상 ※ 3항목(+) 신설 “주” 내용 삽입 차-8 생활발수즉일근충[1치당] 주:1.Barbed-Broach를 사용한 경우에는 190원을 1회에 한하여 산정한다. 2.Reamer 또는 File을 사용한 경우에는 치료기간중 1회에 한하여 310원을 산정한다.

시행년월일	주요내용 및 변경사항	
'95.04.01	<p>3.가압근관 충전을 실시한 경우에는 「차-12」 소정금액의 50%를 가산한다. 가. 단근관, 나. 2근관, 다. 3근관 이상</p> <p>※ 3항목(+) 신설 “주” 내용 삽입 차-10 발수[1치당] 주:2. Barbed-Broach를 사용한 경우에는 190원을 1회에 한하여 산정한다.</p> <p>※ 1항목(+) 신설 “주” 내용 삽입 차-11 근관치료 주:2.근관확대를 한 경우에는 1회 1근당 490원을 가산하되 2회 이내에 한하여 산정한 다. 3.Reamer 또는 File을 사용한 경우에는 치료기간중 1회에 한 하여 310원을 사정한다.</p> <p>※ 1항목(+) 신설 “주” 내용 삽입 차-5 근관와동형성[근관당] ※ 1항목(+)신설 (☞ 변경전) 차-7 생활발수즉일근충[1치당] 주:1.Barbed-Broach를 사용한 경우에는 190원을 1회에 한하여 산정한다. 2.Reamer 또는 File을 사용한 경우에는 치료기간중 1회에 한하여 310원을 사정한다. 3.가압근관 충전을 실시한 경우에는 「차-12」 소정금액의 50%를 가산한다. 가. 단근관, 나. 2근관, 다. 3근관 이상 차-8 생활발수즉일근충[1치당] 주:1.Barbed-Broach를 사용한 경우에는 190원을 1회에 한하여 산정한 다. 2.Reamer 또는 File을 사용한 경우에는 치료기간 중 1회에 한하여 310원을 사정한다.</p>	<p>3.가압근관 충전을 실시한 경우에는 「차-12」 소정금액의 50%를 가산한다. 가. 단근관, 나. 2근관, 다. 3근관 이상 ※ 12항 삭제 및 변경 (☞ 변경후) 차-7 즉일발수·근충[근관당] 주:1.당일에 근관치료 및 근관충전을 완료한 경우에 산정한다. 2.근관와동형성(차-5), 발수(차10), 근관치료(차-11), 근관확대(차11주2), 근관충전(차-12),와동형성(차-13-1),근관장축정(차-17)의 비용이 포함되므로 별도 산정하지 아니한다. 3.충전을 당일에 실시한 경우에는 「차-13」의 소정금액을 별도 산정한다. 4.가압근관 충전을 실시한 경우에는 는 「차-12」 소정금액의 50%를 가산한다. 5.Barbed-Broach를 사용한 경우에는 190원을 1회에 한하여 산정한다. 6.Reamer 또는 File을 사용한 경우에는 치료기간 중 1회에 한하여 310원을 사정한다. ※ (4항목으로 축소.) 차-8 <삭제> ※ ☞ 총 9항목 감소 차-10 발수[근관당] 주:1.발수완료일에 1회 한하여 산정한 다. 2.Barbed-Broach를 사용한 경우에는 190원을 1회에 한하여 산정한 다. ※ 2항목 감소</p>

시행년월일	주요내용 및 변경사항	
'95.04.01	차-11 근관치료[근관당] 주:1.치근막염의 처치, 구강내 누공의 처치등을 포함한다. 2.근관확대를 한 경우에는 1회 540원을 치료기간 중2회 이내만 산정한다. 3.Reamer 또는 File을 사용한 경우에는 치료기간 중 1회에 한하여 310원을 사정한다. ※ 2항목 감소	차-12 근관충진[근관당] 주:가압근충진을 실시한 경우에는 소 정금액의 50%를 가산한다. ※ 2항목 감소 차-17 근관장측정[근관당] 주:근관장을 측정한 경우에 치료기간 중 1회에 한하여 산정한다. ※ 2항목 감소
	【제3절 수술】	
	차-54 악골중양수술 주:제9장 「자-40」 또는 「자-43」 소정금액에 의하여 산정한다. (● 자-40가, 나), 자-43가, 나) ※ 1항목 감소(-) : 삭제(가.나) 및 변경	
	차-58 악골골절수술 가. 하악골골절수술 (2)관혈적정복술 (다) 2부이상 관혈적수술 주:가, 나) 동시 실시시 산정한다. ※ 1항목 삭제	
'97.09.01	『제10장 치과 (처치 · 수술료 항목)』	
	【제1절 치아질환의 처치료】	
	차-13-2 아말감 연마 차-13-2 충전물 연마[1치당] ※ 명칭 변경	
	『제10장 치과 (처치 · 수술료 항목)』	
	【제1절 치아질환의 처치료】	
	차-11-1 근관확대 주:3.근관성형을 실시한 경우에는 1회에 한하여 소정금액을 별도 산정한다. ※ 1항목(+) 신설	차-20 보철물 제거[1치당] 주:정착된 보철물이 탈락되어 재부착하는 경우 산정하되 재료의 비용은 포함되므로 별도 산정하지 아니한다. ※ 1항목(+)신설
'99.11.15	【제2절 구강연조직질환 및 외과술 후 처치료】	
	차-19 치관수복물 또는 보철물의 제거[1치당] 주:1.간단한 것은 Amalgam, 복합레진, S-P crown등을 제거하는 경우에 산정한다. 2.복잡한 것은 Post를 가진 치아, 급성치수염을 동반한 치아로서 제거가 곤란한 주조치관, Casting crown, 2면 이상인 Inlay 또는 근관내에 있는 이물을 제거하는 경우에 산정한다 가. 간단한 것, 나. 복잡한 것 ※ 2항목(+) 2절에서 전환됨	

시행년월일	주요내용 및 변경사항
'99.11.15	【제3절 수술】
	<p>☞ 【변동내용】 차-47 구강내 봉합술 가. 소(길이 5cm 미만), 나. 중(길이 5cm 이상), 다. 대(근육에 달하는 것) 차-48 구강외 봉합술 가. 소(길이 5cm 미만), 나. 중(길이 5cm 이상), 다. 대(근육에 달하는 것) 차-51 설소대 성형술 가. 간단한 것, 나. 복잡한 것, 차-54 악골종양수술 가. 상악골종양적출술, (1) 양성 Benign, (2) 악성 Malignant[뿔프절청소 포함] 나. 하악골종양적출술, (1) 양성 Benign, (2) 악성 Malignant[뿔프절청소 포함] * “자항목” (의과공통항목)을 치과항목으로 세분화 시킴. * 8항목(+)</p>
'01.01.01 (상대가치 점수 제도 시작)	【치과 방사선】
	<p>[제1절 방사선단순영상 진단료] 다-105 특수촬영[1건당], 가.단층영상, 나.개별화단층촬영 ☞ 다-105 단층촬영에서 항목명 변경 및 *1항목(+) 다-198 두부규격촬영, 다-199 측두하악관절규격촬영 *2항목(+) 주: 3.동일부위(부위적으로 일치하는 것과 통상 동일필름에 촬영할 수 있는 범위)에 대하여 동시에 2매이상의 방사선영상진단을 한 경우에는 제2매 부터 매당 소정점수의 50%씩을 각각 가산하여 산정하되 최대5매까지만 산정함. ☞ 동 산정지침 신설에 의거 각 항목에 가.1매, 나.2매, 다.3매, 라.4매, 마.5매 또는 그 이상 내용이 삭제됨. * 항목 감소 다 발생됨.</p>
	【마취】
	제6장 마취료
	[제3절 신경 차단술료]
	<p>바-23 뇌신경말초차단술(4항목) 주: 삼차신경절과 그 분지, 안면 신경, 설인신경, 접구개신경절이 해당됨. ☞ 변경전 바-4 신경블록크 (3항목) 라. 안면신경블록크, 설인시경블록, 마. 삼차신경절블록크 * 신경절부위별로 세분화 시킴. 기존 항목에서 “접구개신경”추가됨. *1항목 (+)</p>
	[제4절 신경 파괴술료]
	<p>주: 신경파괴술시 사용한 약제는 조정점수에 포함 별도 산정 안됨.</p>
	<p>바-33 뇌신경 말초지파괴술 (5항목) 가.삼차신경절 파괴술 나.기타 뇌신경말초지파괴술 주: 삼차신경 및 그 분지, 안면신경, 설인신경, 접구개신경절이 해당됨. ☞ 1절 ~4절로 구분됨. * 6항목(+)</p>

시행년월일	주요내용 및 변경사항	
'01.01.01	『제10장 치과 (처치 · 수술료 항목)』	
	【제1절 치아질환처치】 , 【제2절 수술후처치, 치주조직의 처치 등】 , 【제3절 구강외과수술】 , 【제4절 치주질환수술】 로 구분함. ※"건강보험 요양급여 행위 및 그 상대가치점수" 제도 시작 항목 내용 참조.	
'03.01.01	『제2장 검사료』	
	【제2절 기능 검사료】	
	나-903 교합분석[행위급여 · 비급여목록표 및 상대가치점수] 주:1.치료기간중 1회만 산정 2.교합기부착모형상 최대교합위,중심위,전방위,측방위 등 하악위치에 대한 교합상태 분석 경우산정. 3.인상채득,교합채득,재료대 및 부착료를 포함하므로 별도 산정 안함. 4.교합성형술을 실시한 경우 「차-36」의 소정점수 포함되어 별도 산정안됨. ※ 1항목(+):100/100본인부담 항목에서 급여 항목으로 전환됨.	나-904 측두하악장애분석검사[행위급여 · 비급여목록표 및 상대가치점수] 주:측두하악장애를 밀진단하기위하여 표준화된 도구(검사지) 이용하여 악운동측정분석검사, 저작근촉진검사 등 검사를 40분이상 치과의사가 직접 실시하고 분석하는 경우 한하여 치료기간중 1회산정. ※ 1항목(+):100/100본인부담 항목에서 급여 항목으로 전환됨.
	『제10장 치과 (처치 · 수술료 항목)』	
【제3절 구강외과수술】		
	차-78-1 환관골궁 현수고정술[행위급여 · 비급여목록표 및 상대가치점수] 주:관혈적정복술과 동시에 시행하는 경우 관혈적정복술의 소정점수에 포함 별도 산정안함. 차-78-2 두개안면 현수고정술[행위급여 · 비급여목록표 및 상대가치점수] 주:관혈적정복술과 동시에 시행하는 경우 관혈적정복술의 소정점수에 포함 별도 산정안함.	차-84-1 환하악골 결찰술[행위급여 · 비급여목록표 및 상대가치점수] 주:관혈적정복술과 동시에 시행하는 경우 관혈적정복술의 소정점수에 포함 별도 산정안함. ※ 3항목(+) 증가 * 100/100본인 부담항목에서 급여로 전환항목임.
'04.01.01	『제2장 검사료』	
	【제2절 기능 검사료】	
	나-904 측두하악장애분석검사[행위급여 · 비급여목록표 및 상대가치점수] 주:측두하악장애를 정밀진단하기 위하여 표준화된 도구(검사지) 이용하여 악운동측정분석검사, 저작근촉진검사 등 검사를 40분이상 치과의사가 직접 실시하고 분석하는 경우 한하여 치료기간중 1회산정. ※ 1항목(+):100/100본인부담 항목에서 급여 항목으로 전환됨.	

시행년월일	주요내용 및 변경사항
'04.01.01	『제10장 치과 (처치 · 수술료 항목)』
	【제2절 수술후처치, 치주조직의 처치 등】
	<p>차-38 측두하악관절자극요법[1일당]</p> <p>[행위급여 · 비급여목록 및 상대가치점수]</p> <p>주:해당항목의 치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 안면동통분야 교육을 이수한 치과의사가 측두하악장애분석검사(나-904)에서 측두하악장애로 진단된 환자에게 직접 실시 하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우 산정함.</p> <p>가.악관절단순자극요법,</p> <p>나.악관절전기자극요법</p> <p>주:경피적전기신경자극치료, 저주파자극요법, Myomnitor, SSP 등을 포함하되 Myomnitor 시 사용된 재료는 소정점수 포함 별도 산정안함.</p> <p>다.악관절복합자극요법</p> <p>주:측두하악장애운동요법,재활저출력레이저치료,자기제어치료, 이온삼투요법, 근막동통유발절 주사자극치료 등을 포함함.</p> <p>※ 3항목(+) 증가 * 100/100본인 부담항목에서 급여로 전환항목임.</p>
'05.01.01	【치과 방사선】
	【제2절 방사선평수영상진단료】
	<p><자기공명영상진단></p> <p>다-246 자기공명영상진단(8항목)</p> <p>주:3차원자기공명영상 실시경우 각 항목 소정점수 30% 가산함</p> <p>가. 기본검사</p> <p>(1)뇌[뇌,해마]</p> <p>(2)두경부[안면, 부비동, 안면측두골, 측두하악관절, 경부] ※ 8항목 (+)</p>
'06.01.01	『제2장 검사료』
	【제2절 기능 검사료】
	*너-931하악운동궤적검사
	*너-932관절음도검사
	*너-933동기능적교합검사
	※ 3항목 (+) * 100/100본인 부담항목에서 급여로 전환항목임.
'06.01.01	『제10장 치과 (처치 · 수술료 항목)』
	【제2절 수술후처치, 치주조직의 처치 등】
	<p>처-1지각과민치치[1치당]</p> <p>처-2금속제 포스트제거[1근관당]</p> <p>※ 2항목(+)증가 * 100/100본인 부담항목에서 급여로 전환항목임.</p>

시행년월일	주요내용 및 변경사항
'06.01.01	【제2절 수술후처치, 치주조직의 처치 등】
	처-21 낭종강 감압장치술[고무인상제를 이용한 경우] 주:재료대, 인상채득, 장치제작 및 장착료는 소정점수 포함 별도 산정안함. ※ 1항목(+) 증가 * 100/100본인 부담항목에서 급여로 전환항목임.
	【제3절 구강외과수술】
	처-42 상악골성형술 가.분절골절단술, 나.Le fort I, 다.Le fort II 라..Le fort III 처-43 하악골성형술 가.분절골절단술, 나.이부성형술, 다.하악지골절단술 처-44 악관절 세척술 ※ 8항목(+) 증가 * 100/100본인 부담항목에서 급여로 전환항목임.
	【제4절 치주질환수술】
처-101 치관확장술[1치당] 가.치은절제술 주:치은절제술 후 동시 치은성형술 실시 경우 소정점수 산정. 나.근단변위관막술 다.근단변위관막술 및 치조골삭제술 처-102 치관분리술 ※ 4항목(+) 증가 * 100/100본인 부담항목에서 급여로 전환항목임.	

- * 주: 1. 변화없음 (*), 신설항목 증가 (+), 삭제 및 감소항목 (-)로 표시함.
 2. 코드추가 및 가산항목 신설등도 1항목으로 표시함.

ABSTRACT

A Study on Item Variations in Dental Service Reimbursement and Payment Status of National Dental Insurance Treatment Expenses

Lee, Hyang Sook

Dept. of Health Policy and Management

Graduate School of Public Health

Yonsei University

(Directed by Professor Ho keun Kwon, D.D.S., Ph.D.)

In this study, item variations in dental service reimbursement in Korea national dental insurance fee schedule for a period of twenty nine years from 1977 to 2006 are systematically examined and concretely organised. Further, dental treatment expenses for treatment and surgical operation items which have frequently been generated from dental service are specifically analysed amongst various dental treatment expenses approved by the Health Insurance Review Agency (HIRA) for the past five years from 2001 to 2005 in order to study the variations in dental treatment behaviour.

The research methods in this study were to *i) analyse item variations in dental service reimbursement per year by collecting "service reimbursement report" issued by the Ministry of Health and Welfare (MOHW) and HIRA from 1977 to 2006, ii) utilize the statistical data provided by HIRA through its data warehouse and database from 2001 to 2005, and iii) analyse dental*

treatment expenses per item such as treatment for one visit filling, cavity preparation, extraction, scaling, root planing, and subgingival curettage.

According to this study, the total number of dental service reimbursement items was eighty six in 1977 and the number increased to 246 as of 2006. The dental treatment expenses for treatment for one visit filling and amalgam filling have decreased each year with the lowest demand for payment in Seoul area where dental hospitals and clinics are densely aggregated. On the contrary, the expenses for composite resin filling have continuously increased with more males than females from 2002 to 2005. Among the general dentist fee in 2005, the dental treatment expenses for composite resin filling showed higher expenses amongst the female dentists with 49.68% of male dentists in the forties and 64.09% of female dentists in the thirties.

In addition, the dental treatment expenses for scaling decreased by 67.53% and the expenses for root planing increased by 68.05% in 2002 compared to 2001. The status of dental treatment expenses per specific item in 2005 are as follows: i) the expenses for anterior teeth extraction increased by 17.86% amongst general hospitals with 22.83% in the fifties, 30.43% in the sixties, and 10.75% in the seventies in terms of age distinction, ii) the expenses for posterior teeth extraction increased by 5.09% in terms of the overall dental treatment expenses, iii) the expenses for impacted teeth showed the highest increase with 18.53%, and iv) the expenses for posterior teeth, impacted teeth, and complicated extraction showed higher demands for payment amongst the dental hospitals and clinics in Incheon, Gyunggi, and Jeonbuk areas than in Seoul.

Therefore, preventive treatment items need to be continuously developed in order to promote dental health amongst the citizens. In dentistry, preventive treatment is the highest priority followed by early treatment. However, the research result showing the decreasing amount of dental treatment expenses for treatment for one visit filling raises several issues. Expansion of dental insurance coverage for scaling, light-cured composite resin filling, and light-cured glass ionomer cement must be facilitated.