

출장보고서

스웨덴 임플란트 비용 보조 제도

출장기간 : 2013.08.18. ~ 2013.08.23.

출장국가 : 스웨덴

방문기관 : Swedish Social Insurance Agency
Dental and Pharmaceutical Benefits Agency
Health and Social Care Inspectorate

연구과제 : 임플란트 급여적용방안연구

1. 스웨덴 국가 개요¹⁾

□ 스웨덴은 북유럽에 위치한 스칸디나비아 국가로 면적은 450,295 km²로 EU 국가 중 3번째로 큰 나라이며, 인구수는 약 950만명²⁾으로 인구밀도가 낮고(20.6명/km²) 인구의 85%가 도시 지역에 거주하고 있음.

□ 스웨덴은 의회 민주주의 형태로 입헌군주국이며, 국민 일인당 소득(GDP)이 \$40,393³⁾로 경제수준이 세계에서 8번째로 높은 국가임.

□ 스웨덴은 단일국가(unitary state)로 21개의 자치 주(county)로 나누어져 있음. 각 주에는 여러 지방(municipal)으로 지방은 교구(parish)로 세분됨.

□ 스웨덴은 가장 발전된 복지국가 중 하나로 손꼽히며, 2012 OECD 보고서에 의하면, GDP 중 공적사회지출 비중이 프랑스 다음으로 높은 국가임.

○ 1980년대부터 복지국가로서의 확장속도를 늦추기 시작했고, 규제완화 등 빠르게 경제자유화 정책을 채택하기 시작함.

○ 2007년 기준, 조세수입은 GDP의 47.8%로 선진국 중 조세부담이 두 번째로 높은 국가임. 공적 지출 비중이 GDP대비 53%에 이름.

□ 스웨덴의 의료시스템은 주로 정부 재원에 의해 지방분권화 방식으로 운영되며, 민간의료도 존재함. 스웨덴 의료시스템은 주로 주와 시정부가 부과하는 세금을 재원으로 함.

□ 스웨덴의 의료시스템은 국가, 지역, 지방의 세 개 수준에서 관리됨.

○ 국가수준(national level)에서는 보건사회부(Ministry of Health and Social Welfares)가 의료의 원칙과 기준, 보건과 의료에 대한 정책적 아젠다

1) Wikipedia의 스웨덴 국가 및 의료제도 현황을 요약함. viewed 12 September 2013, http://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Sweden

2) "Population Statistics". Statistics Sweden. Retrieved 14 August 2013.

3) "Sweden". International Monetary Fund. Retrieved 22 April 2012

를 설정함. 다른 정부단체와 함께 하위 수준의 활동을 감독하고 기금을 할당하며 정기적으로 국가 목표에 맞게 서비스가 제공되는지를 평가함.

○ 지역수준(regional level)에서는 의료를 제공하는 책임을 가지며, 주 위원회(county council)가 정책적 결정 기구임.

○ 지방수준(local level)에서는 식수공급 및 사회복지서비스와 같은 거주민에 대한 직접적 환경 조성의 책임을 가짐. 최근, 장애인과 노인의 퇴원 후 의료(discharge care), 정신과 환자의 장기의료가 지방정부로 분권화됨.

○ 스웨덴은 20개의 주 의회(county council)로 세분되는데, 주 의회 업무의 약 90%가 의료와 관계됨. 21개 지역들의 인구수는 6만명에서 190만명에 이름. 주 의회는 의료를 계획하고 제공 방법을 결정하는 상당한 권한을 가지고 있음.

○ 스웨덴의 의료제도는 다음의 7개 영역으로 세분됨.

- Close-to-home care(primary care clinics, maternity care clinics, out-patient psychiatric clinics, etc.)
- emergency care
- elective care
- in-patient care
- out-patient care
- specialist care
- dental care

2. 스웨덴 사회보험청⁴⁾

□ 사회보험은 스웨덴 사회보장시스템의 중요한 부분임. 스웨덴 사회보험은 스웨덴의 모든 거주민 또는 근로자를 대상으로 질병(illness), 산업재해(work injury), 노령(old age)으로부터 가구, 어린이, 장애인을 재정적으로 보호해주는 제도임. 스웨덴의 EU 가입을 통해 기타 EU회원국에서의 사회보험급여도 받을 수 있음.

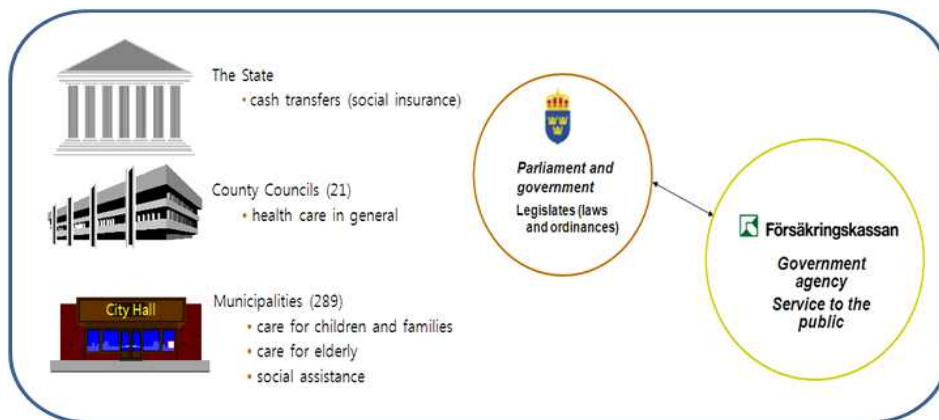
□ 스웨덴 사회보험청(The Swedish Social Insurance Agency, Försäkringskassan)

○ 스웨덴 사회보험청은 스웨덴에서 사회보험을 구성하는 여러 유형의 보험과 급여제도를 운영함.

○ 여러 주별로 약 240개 지역 사회보험사무소가 있고, 본부는 스톡홀름에 있으며, 약 16,000명이 근로하고 있음.

○ 스웨덴 사회보험청은 정부의 감독을 받으며, 각 주에는 선출된 정치인으로 구성된 insurance delegation이 있어서 시민의 관점에서 사회보험청의 운영을 감독하고 재할 영역 운영 관련 의사결정을 함.

[그림 2-1] 스웨덴 사회보험 제도 운영체계와 정부와 사회보험청의 관계



4) 스웨덴 사회보험청 제공 자료. 2013.8.19. 방문

□ 사회보험은 개인과 경제를 위해 매우 중요하며, 민간소비에 사용되는 100 SEK 중 25 SEK은 사회보험에서 지원됨. 2004년, 총 414 billion SEK이 사회보험에 지출되었으며 이는 GNP의 1/6에 해당됨.

○ 사회보험의 재원은 주로 고용주와 자영자에게 의무 부과되는 사회보장기여금 (social security contribution)이며, 사회보장기여금은 건강보험, 부모보험, 산재보험, 유족 연금 및 소득 연금(개인이 내는 일반 연금 보험료도 재원임)에 사용됨.

□ 다음의 역할을 수행하면서 약 50여개의 급여와 보조금제도를 운영하고 있으며, 여기에는 치과의료보조금도 포함되어 있음.

○ 시민들에게 급여 자격과 조건에 대한 정보를 다양한 방식으로 제공

○ 사회보험청의 결정사항에 대한 지속적인 평가

○ 어린이가 있는 가족에 대한 지원(parental insurance, Housing allowance 등 관련)

○ 질병과 재활(sickness insurance, allowance for care 등 관련)

○ 장애인 지원(Disability allowance 등 관련)

○ 해외 의료 지원(Medical Care Abroad)

○ 치과 치료(dental treatment)

– 치과 의료보험(dental care insurance)은 모든 성인에게 치과치료를 위한 재정적 지원을 하고 있음. 65세 이상 노인에게는 치과의료공급자에게 지불하는 본인부담상한을 두고 있음.

– 치과 의료보험 제도 하에서, 스웨덴 사회보험청은 일정액의 치료비용을 지불하고 이는 직접 치과의사에게 지불됨.

○ 연금(Pensions)

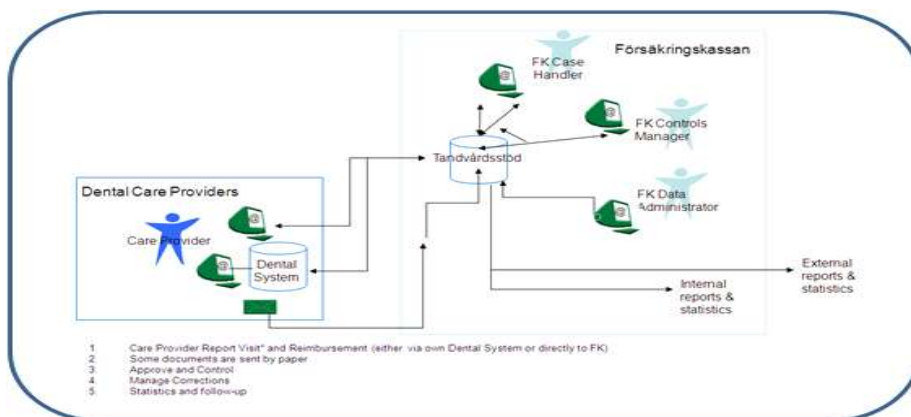
□ 치과급여체계

- 치과의료는 19세까지 어린이와 10대 청소년에게 무료이며, 주 의회(county council)의 재정으로 운영됨.
- 따라서 치과급여제도는 20세이상 성인을 대상으로 함. 현재의 치과급여제도는 2008년에 도입되었음.
- 1999년부터 스웨덴에서 개원하고 있는 모든 치과 병의원은 자율적으로 가격을 설정할 수 있음(free pricing).
- 사회보험청의 역할은 후향적으로 청구서를 모니터링 함으로서 치과의료공급자가 올바른 방식으로 급여기준을 이해할 수 있도록 안내함.
- 어떤 치과 치료가 보조되는지 아닌지는 ‘치과 및 약제 급여청(The Dental and Pharmaceutical Benefits Agency, TLV)’에서 결정하고 있음.

□ 치과 청구

- 사회보험청에 연간 10 million claims가 제출되며, 약 99%가 전산으로 처리됨.
- 2012년 현재, 치과 급여 체계에 사용된 총지출액은 5 billion SEK임.

[그림 2-2] 청구 프로세스



3. 스웨덴의 치과의료 보장 체계⁵⁾

□ 스웨덴의 치과 급여체계 운영을 위하여 스웨덴 사회보험청, 치과 및 약제 급여청, 국립 건강 및 복지 위원회, 의료제품관리청이 각각의 역할을 수행하면서 제도 운영의 책임을 공유하고 있음.

○ 각 기관들은 분석과 평가를 수행하고 보고서 등을 공개함.

[그림 2-3] 스웨덴 치과의료보장을 위한 정부 조직



□ 치과의료 보장의 기본 원칙

○ 인간의 가치 존중 원칙: 형평성 존중

○ 의료 욕구와 연대성 원칙: 의료욕구가 가장 큰 사람들을 대상으로 시행

○ 비용-효과성: 사회적 측면에서의 비용-효과성

□ 치과급여제도를 위해 범의 제정을 통해 국가보험청(National Insurance Agency)이 다음에 대해 진료비를 상환하도록 하고 있음.

5) 스웨덴 치과 및 약제 급여청(TLV) 제공자료. 2013.8.20. 방문

○ 예방적 치과의료

○ 환자의 의료욕구(need)에 대한 다음을 달성하기 위한 치과의료

- 통증과 질병에서 자유
- 큰 장애 없이 먹고, 씹고, 말할 수 있는 능력
- 시각적으로 받아들일 수 있는 결과

□ 스웨덴 치과급여체계의 기본 특징

○ 니즈(needs)와 진단 기반 진료비 상환으로 단순히, 상환 가능한 치료 목록만을 제시하지 않음.

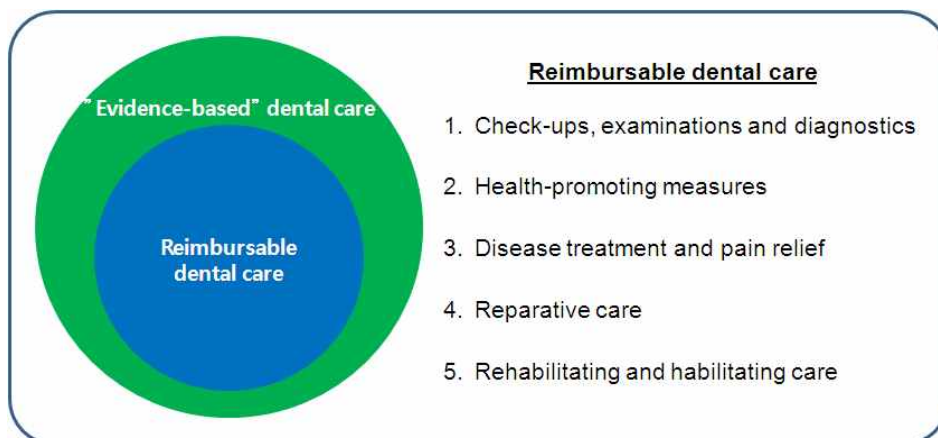
○ 더 많은 의료욕구가 있는 환자에게 연령에 관계없이 더 많은 지원을 함.

○ 사전 확인(pre-check) 대신 사후 확인(post-check)을 통한 관리 기전

- 치과의료 공급자는 사회보험청에 환자의 니즈와 진단에 대한 서류 제출을 위해 사진을 첨부해야 함.

□ 근거에 기반한 치과 의료가 시행되며, 정부가 이 중 일부에 대해 진료비를 상환 함.

[그림 2-4] 정부가 진료비 상환해주는 치과의료 범위



□ 스웨덴에서 어린이와 청소년은 19세가 될 때까지 무료로 치과의를 이용할 수 있으며, 20세부터는 영주권자에 대해 스웨덴치과급여제도(Swedish dental care benefits scheme)를 통해 치과 의료를 보장받음.

○ 19세까지 치과의료이 무료이 보장되기 때문에 성인을 대상으로 하는 급여체제가 주요 검토대상이 됨.

□ 치과 부분의 급여와 관련된 최근 시스템은 2008년 7월 1일부터 시행되고 있으며, 2013년 1월에는 특정 환자그룹에 대한 치과 치료 보조금을 추가적으로 도입함.

○ 이전의 치과치료 시스템은 급여 적용 가능한 진료의 수가 많지 않았으나, 개정된 치과치료 시스템은 폭넓은 급여 적용 범위를 토대로 진단내용을 기준으로 급여 가능 진단 목록을 통하여 급여 여부를 결정함.

□ 치과의료급여제도의 주요한 목적은 다음과 같음.

○ 정기적인 검진과 예방진료를 위한 인센티브 제공

○ 고비용을 부담해야하는 상당한 치과의료 need가 있는 환자들에 대한 재정적 지원과 보호

□ 치과의료급여제도는 세 개의 영역으로 구분됨.

○ 일반 치과의료 보조금(A general dental care grant, ATB)

○ 고비용 보장체계(The High-Cost Protection Scheme)

○ 특정 치과의료 보조금(A specific dental care for certain groups of patients, STB): 규정된 질병과 장애를 갖는 환자 대상

□ 치과시술의 가격은 치과의료공급자가 자율적으로 설정할 수 있음.

[그림 2-5] 스웨덴 치과의료 급여제도 체계



□ 일반 치과의료 보조금(The General Dental Care Grant - ATB)

○ 일반적인 치과 치료 보조금은 연령에 따라 보조금과 보장수준을 상이하게 설정하여 치과 치료를 보장함.

- 20세 미만의 아동과 청소년에게는 치과 치료를 무료로 제공하며, 20세 이상 성인에 대해서는 연령에 따라 보조금의 지급액을 달리하여 보장
- 이 부분은 정부가 관리하며, 연간 1 billion SEK 가 지출됨.
- 20세 이상 ~ 29세 이상과 75세 이상 노인에 대해서는 매년 7월 1일 SEK 300⁶⁾을 보조금으로 지급하며, 보조금을 제외한 추가 비용은 본인부담금으로 환자가 부담
- 30세 이상 ~ 74세 이하 그룹에게는 매년 7월 1일 SEK 150을 보조금으로 지급하며, 그 외 추가 비용은 본인부담금으로 환자가 비용을 부담

6) SEK 300=51,279원(SEK 100=17,086원 (2013.08.13. 기준))

- 다만, 본인부담금 중 고비용 보장체계에 적용되는 치과 치료에 대해서는 추가로 보조금의 지급이 가능함.
- 또한 사용하지 않은 보조금은 다음 년도에 적립되어 기본으로 지급되는 보조금과 함께 사용 가능하지만 보조금의 적립은 2년 이상 불가능함.

<표 2-11> 연령에 따른 치과의료 보장 범위: 일반 치과의료 보조금

급여혜택 적용 연령	치과 치료 보장범위
19세 이하	- 치과진료 전체 무료
20세 이상 ~ 29세 이하, 75세 이상	- 매년 SEK 300을 보조금으로 지급 - 보조금을 제외한 비용은 본인부담금으로 적용 (단, 고비용 보장체계가 적용되는 경우 치과비용의 일정금액을 차감)
30세 이상 ~ 74세 이하	- 매년 SEK 150을 보조금으로 지급 - 보조금을 제외한 비용은 본인부담금으로 적용 (단, 고비용 보장체계가 적용되는 경우 치과비용의 일정금액을 차감)

□ 특정 치과의료 보조금(The Specific Dental Care Grant - STB)

- 특정 환자그룹에 대한 치과 치료는 특정 질환을 가지고 있는 환자의 치과 예방 치료에 한해 보조금이 지급됨.
- 보조금은 6개월마다 SEK 600이 지급되며, 다음의 질환을 가지고 있는 환자를 포함함.
 - 이 부분은 정부가 관리하며, 연간 280 million SEK 가 지출됨.

<표 2-12> 특정 환자그룹에 포함되는 질환

특정 환자그룹에 포함되는 질환
· 낭포성 섬유증(cystic fibrosis)
· 중증 만성 폐쇄성 폐질환(severe chronic obstructive pulmonary disease, COPD)
· 장질환(bowel diseases), 궤양성 대장염(ulcerative colitis), 크론병(Crohn's disease), 장의 중량(intestinal weight)
· 거식증(anorexia), 과식증(bulimia), 역류성 식도염(gastroesophageal reflux disease)

- 당뇨병(diabetes which is difficult to set the)
- 신장투석(dialysis)
- 장기이식이나 약물치료 후 면역 저하(Immunosuppressed after organ transplantation or drug therapy)
- 쇼그렌 증후군(Sjögren's syndrome)
- 장기간 약물 치료로 인한 구강 건조증
- 방사선치료로 인한 구강 건조증

□ 고비용 보호체계(High-Cost Protection Scheme)

- 금전적인 이유로 치과 치료가 어려운 환자들을 위한 제도로 고비용 치과 치료에 대해 비용의 일부를 사회보험청(Swedish Social Insurance Agency)이 보조함.
- 고비용 보호체계는 TLV(the Swedish Dental and Pharmaceutical Benefit Agency)가 규제하며, 연간 약 5 billion SEK가 지출됨.
- 고비용 보장체계의 보장수준은 참조가격(Reference Price)에 의해 결정되며, 참조가격 목록을 기준으로 진료비에 따라 보조금을 차등 지급함.
- 1년 동안 이용한 치과 치료 비용이 SEK 3,000미만인 경우 비용은 환자가 전액 부담하며, SEK 3,000이상의 비용에 대해서는 두 단계로 구분하여 비용을 부담함.
 - SEK 3,000까지: 환자가 전액 본인부담
 - SEK 3,000⁷⁾ ~ SEK 15,000: 환자가 50% 부담, 사회보험청 50% 부담
 - SEK 15,000 초과: 환자가 15%부담, 사회보험청 85% 부담
- 환자에 대한 지불 비용은 각 치과 의료기술에 대한 참조가격 또는 의료공급자 가격(참조가격보다 낮은 경우)에 기초해서 계산됨.

<표 2-13> 고비용 보호체계의 보조금 지급 범위

치과 치료 비용	치과 치료 비용 부담
----------	-------------

7) SEK 3000=512,790원(SEK 100=17,086원 (2013.08.13. 기준))

SEK 3,000 미만	환자가 전액 부담
SEK 3,000 ~ SEK 15,000	비용의 50%는 본인부담금이며, 50%는 사회보험청이 부담
SEK 15,000 이상	비용의 15%는 본인부담금이며, 85%는 사회보험청이 부담

- 하지만 모든 치과 치료에 대해 고비용 보장체계에서 보장하지 않으므로 치과 치료 시 고비용 보장체계에 포함되는 진료인지의 여부를 담당의사와 상의를 해야 하며, 고비용 보장체계에서 보장하지 않는 치료를 선택하는 경우 일반적인 치과치료 보조금을 제외한 추가 금액은 환자가 부담해함.
- 특히, 브릿지(Bridges)와 임플란트(Implant)는 보장범위가 상당히 복잡하며, 진료뿐 아니라 재료에 따라서 보장성이 상이하므로 보장여부에 대해 담당의사와 충분한 상의를 거쳐야 함.
- 또한 치과마다 치과 치료의 가격이 상이하므로 참조가격을 기준으로 환자가 혜택 받을 수 있는 보장금액을 확인해야 하며, 사회보장청 홈페이지를 통해 진료 가격의 기준을 확인할 수 있음.
 - － 담당의사가 참조가격보다 높은 가격을 환자에게 부과한다면, 고비용 부과 체계에서는 참조가격의 비용을 기준으로 보조금을 지급하며, 추가된 비용에 대해서는 환자가 부담함.
 - － 또한 참조가격보다 낮은 가격을 부과하는 경우 담당의사가 부과한 금액으로 고비용 부과체계가 적용됨.
- 응급치과치료의 경우 일반치과치료보다 비용이 높지만 참조가격은 동일하게 적용됨.

□ 치과 및 약제 급여청(the dental care and pharmaceutical agency, TLV)

- 업무
 - － 의약품, 의료장비, 치과 치료에 대한 지원 여부 결정,
 - － 고비용지원체계 운영 및 참조가격 설정
 - － TLV는 참조가격 관련하여 심층적인 질 관리 연구도 수행하고 있음.

- 2013년 동안, 치과의사와 기타 인력간에 작업시간에 대한 몇 가지 설문 조사 시행
- 최근에는 무작위 선택된 치과의사를 대상으로 시간 연구를 수행함.

○ 조직 구성 : 2개의 위원회와 6개의 부서로 구성됨.

– 위원회

- 의약품급여 위원회: 새로운 의약품의 가격 및 기타 약품에 대한 상환 (reimbursement) 수준 결정
- 치과 급여 위원회: 치과 치료제에 대한 지원 여부, 가격 수준, 진료비 상환 수준 설정

– 행정부서, 의약품 심사(review), 치과 급여 등 6개 부서로 구성되어 있으며, 약 90명이 근무함.

□ 고비용 보호체계 운영을 위한 치과 및 약제 급여청(TLV)의 규제와 매뉴얼⁸⁾

○ TLV는 고비용보호체계가 보장하는 세부 기준을 제공함.

○ 세부기준은 매년 개정되며, 설명과 예를 통해 쉽게 이해할 수 있는 기준집과 매뉴얼을 제공함.

○ TLV 기준에서 치과 임플란트와 관련 13개 처치 코드들이 있으며, 각각은 두 개의 참조가격(reference price)을 가지고 있음.

○ 제도 도입 초기에는 치료 유형(type of treatment)에 기초한 기준을 제시했었음. 따라서 치료 목록만 기준으로 제시되었었으나 변경된 제도 하에서는 진단 명에 근거하고 진단명별로 상환되는 치료 목록을 제시해주고 있음.

○ D/T(Diagnosis/Treatment, D/T) 그룹 분류

- 치과의사는 치과 조건을 설명하는 코드시스템에 환자 진단을 분류함.
- 변경된 치과 치료 시스템은 구강 및 치과의 ICD 10 에 기초하고 있으며, 진

8) 고비용 보호체계는 2008년 중반부터 시행되었으며, 본문에는 일반적인 내용과 함께 2013년 6월부터 변경된 새로운 내용까지 포함하여 정리하였음.

단 또는 진단 그룹은 진단관련 그룹으로 묶임(D/T). 이는 의학적 상태를 기술하기 위해 사용되는 체계와 유사함.

- 치과의사는 먼저 환자를 진단하여 진단명이 포함되는 D/T그룹을 결정하며, 그룹 내 치과 기술을 확인함. 특정 D/T 그룹에 포함되어 있는 기술만이 고비용보호제도하에서 진료비가 상환되는 기술임.
- 환자가 하나 이상의 D/T 그룹을 가질 수 있으므로, 다른 기술이 동일한 세션에서 상환될 수도 있음.
- 모든 치과 치료 조치는 관련 진단코드, 상환되는 치료코드가 연계되어 상세히 설명되어 있으며, 치과 치료 보장기준은 진료 소요시간, 사용 재료 등을 고려하여 결정됨.
- 고비용 부담 상한제도에 의해서, 환자는 3000과 5000 SEK사이에서는 치과 비용의 50%만을 부담하고 15000 SEK 초과시에는 85%를 부담함.

<표 2-14> 진단과 치료 그룹 (Diagnosis/Treatment, D/T) 분류 예시

Diagnosis /conditions	Description	Pre-conditions for reimbursement	Reimbursable treatment codes
4001	Cavity in a tooth due to primary caries lesion	D.2, D.4, D.5	161, 162, 301, 302, 303, 311, 321, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 491, 501, 502, 503, 504, 521, 522, 591, 701, 702, 703, 704, 705, 706
4002	Considerable cavity in a tooth due to primary caries lesion	D.1, D.2, D.3, D.5	161,162,301,302,303,311,321,362,401,402,403,404,405,491,501,502,503,504,521,522,591 Ocha)701,702,703,704,705,706,707,708 Ellerb)801,802,803,891
4011	Cavity in a tooth due to secondary caries lesion	D.2, D.4, D.5	161, 162, 301, 302, 303, 311, 321, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 491, 501, 502, 503, 504, 521, 522, 591, 701, 702, 703, 704, 705, 706

- 예를 들어, 상아질의 충치가 4개의 그룹으로 세분될 수 있음. 동일한 충치에 대해서도 상환 기준으로 소규모와 대규모로 세분하고 있는데, 이러한 구분은 진단학과 의료의 질에 근거하고 있음.

- 4001은 1차 치아 우식증(Primary caries (K02.1 in ICD-10))으로 치료가 필요한 적은 범위의 충치로 모든 치아에 적용되는 충전, 발치, 근관치료 등의 minor한 치과 시술과 연계됨.
 - 4002은 1차 치아 우식증(Primary caries (K02.1))이지만, 대규모 충치 치료가 필요한 경우로 모든 치아에 적용되는 충전, 발치, 근관치료와 6번 치아에 대한 크라운이 연계됨. 만약, 환자가 7번과 8번 치아의 크라운을 원한다면 충전에 대해서만 상환되고 크라운은 치과의사가 제시하는 가격에 대해 별도로 환자가 부담해야 함.
 - 4011은 2차 치아 우식증(Secondary caries (K02.1))으로 1차 소규모 우식증에 적용되는 치료와 동일하게 연계됨.
 - 4012은 2차 치아 우식증(Secondary caries (K02.1))으로 1차 대규모 우식증에 적용되는 치료와 동일하게 연계됨.
- 결과적으로, 구강 진단에 대해 약 90개의 D/T 그룹이 치과 시술과 연계되어 구성되어 있으며, 그룹에 포함되어 있지 않은 몇 개의 D/T가 있으며, 이들 중 일부는 추가로 개발되어 야 함.

<표 2-15> 상환되는 치과 항목(시술) 예시

치료코드	치료/항목	참조 가격 (’11.09.01, SEK)
701	Filling, one surface, incisor or canine The item can not be combined with item 702, 703, 704, 705, 706 or 707 or another item 701 for the same patient, tooth the same day and same dentist	545
702	Filling, two surfaces, incisor or canine The item can not be combined with item 702, 703, 704, 705, 706 or 707 or another item 701 for the same patient, tooth the same day and same dentist	860
703	Filling, three or more surfaces incisor or canine The item can not be combined with item 702, 703, 704, 705, 706 or 707 or another item 701 for the same patient, tooth the same day and same dentist	1020

□ 참조가격(reference price)

- 2008년 5월 도입된 제도로, TLV의 관리·감독하에 매년 전반적인 검토가 이뤄지고 있음.
- 진단 그룹별로 연계된 시술은 다시 시술별 참조 가격이 제시되고 있음.
- TLV는 국가에서 지원하는 치과 치료에 대한 참조가격(Reference Price)을 결정하며, 참조가격 리스트를 통해 환자는 치과 치료 비용의 본인부담률과 지급 가능한 보조금의 수준을 확인할 수 있음.
- 참조가격에는 충전재(fillings), 근관치료(root canal treatments), 크라운(crown) 등의 치과치료가 포함되어 있으며, 의치나 브릿지와 같은 인공치아 대체 치료가 불가능한 중증의 환자에 한하여 임플란트 치료를 보장함.
- 또한 재료비가 많은 부분을 차지하고 있는 치과치료의 특성을 고려하여 참조가격에는 재료비가 포함되어 있으며, 표준 재료비를 이용하여 참조가격을 설정함.
- 2013년 1월 1일부터 일반의와 전문의의 참조가격을 분리하여 진료행위에 적용함.
- 참조가격은 급여범위가 계산되는 상한값을 제시하는 동시에 의료 공급자 간의 치과 치료 비용 비교를 통해 합리적인 치과 치료 가격을 소비자에게 제시하기 위한 역할을 함.
- 참조가격의 계산
 - 상향식(bottom-up) 방식의 인건비를 기초로 한 단순 비용 계산 모형
 - 투입비용에는 시간, 임금, 직접비, 간접비 등을 이용하여 산출
 - 각 비용에 대해서는 치과 시장 관련 조직, 노동조합, 회사, 기타 분야의 대표들이 참여하여 협의를 통해 결정됨.
 - 각 치과 시술에 대해 참조가격이 제시되며, 가격에는 필요재료와 치과 구조물이 포함되고 표준화된 재료, 방법, 구조의 set을 기초로 계산됨.

- 포함되는 내용은 근거에 기반함. 예를 들어, 하나의 크라운 치료를 위한 재료는 티타늄(titanium)과 도자기(pocelain)를 반영한 것임.

- 한편, 스웨덴에서 치과 치료의 가격은 치과 의사, 치과 위생사, 치과치료 제공 업체(치과연구소 포함)가 자유롭게 설정할 수 있음(참조가격은 기준가격만을 제시하는 역할을 함).

□ 치과 치료의 품질과 보건경제

- 정부가 진료비를 상환하는 치과 시술의 결정은 기존의 경험과 연구를 바탕으로 함. 시스템에서의 의사결정은 HTA보고서와 기타 과학적 연구 보고서 등을 근거로 함.
- 크라운과 고정성 보철물에서 재료는 금이 아닌 티타늄을 기본으로 계산됨.
 - 금을 사용해서 추가로 기대되는 보건경제학적 향상이 추정되지 않았으며, 티타늄의 효능이 충분한 것으로 평가되었음.
 - 금으로 치료를 원하는 경우 추가 비용을 개인이 부담(단, 부분 보철물에 갈고리형 연결고리(clasp)는 금을 포함한 경우가 참조가격에 포함됨).
- 치과 치료 재료(충전재와 교정 등)에 대한 가격 기준으로 EU tenders 사용

4. 임플란트 진료비 상환 기준⁹⁾

□ 치과 임플란트 시술의 보장 범위

- 임플란트는 고비용 보호체계에 의해 보장되는 치과 임플란트 시술은 일반적으로 상당한 tooth gullets(three teeth missing or more in a row 등)이 있는 환자에 대해 #5 위치의 치아까지 해당됨.
 - 그러나 대상 환자 조건은 포괄적임. 치과급여원칙에 맞으면 대상이 될 수 있으므로 범위를 분명히 하기는 어려움.

9) TLV 핸드북 참조하여 임플란트 관련 부분 발췌하여 요약함.

- #4 뒤의 치아 한 개, #3 뒤의 치아 두 개, #2 뒤에 있거나 치아가 없는 경우 두 개의 임플란트와 가공치(pontics) 또는 범위 내 모든 치아가 상실되었을 때 보조(subsidy)
 - #5-5에 임플란트 식립이 불가능할 경우는 #6위치에서 임플란트 상환
- 위, 아래, 또는 위아래 턱의 치아가 모두 손실된 경우 임플란트 고정성 완전 틀니가 적용됨.

<표 2-16> Palmer notatin system과 FDI system에 의한 약호

	우	좌
Palmer notatin system에 의한 약호		
상악	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
하악	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
FDI system에 의한 약호		
상악	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
하악	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

□ 치과 치료 서비스의 기본 framework

- 진료비 상환이 되는 치과 의료의 종류를 정하는 기본 틀은 법에 근거함.
- 국가 건강 및 복지 위원회(National Board of Health and Welfare)는 임상(practis), 연구(research), 레즈 아티스 윤리(lege artis ethics)에 근거하여 성인의 치과의료에 대한 가이드라인을 제공함.
- 임플란트의 근거로서 사용되는 연구의 최소 수준이 있음.
 - 최소 3년의 기간, 최소 2개의 독립적인 연구와 보고서가 저명한 학술 논문으로 발표된 결과를 활용
- 이러한 근거를 바탕으로, TLV는 정해진 절차에 따라 치의학자, 경제 및 법률 자문위원과의 작업을 통해 진료비가 상환되는 시술을 결정함.
- 정부는 진료비 상환을 위해 소요되는 예산을 결정하고 TLV는 이상의 기본 틀을 바탕으로 예산 사용의 우선순위를 결정함.

□ 환자 상태에 따른 진료비 상환 기준

- 고정성가공의치(bridge)의 보장은 단일 임플란트 크라운(single implant crown)으로 대체 가능
 - 급여 범위의 변경에 따른 비용 차이는 환자가 부담
- (예시)friändstandlöshet(어금니가 남아 있지 않은 무치악)에서의 고정성가공의 치 대신 임플란트 크라운으로 급여 변경
 - friändstandlöshet: 5~8번 치아가 없는 상태, 양쪽 턱 모두 해당되는 경우 각각 급여 적용됨.

<표 2-17> friändstandlöshet¹⁾ 보장 범위

인정코드	상태	상환조건	치과 시술 코드
5011	5-8번 치아가 없는 단순 friändstandlöshet	2개의 임플란트 지지 고정성 가공의치(brige)	362, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 430, 480, 801, 802 또는 803, 804, 808, 852
5012	4-8번 치아가 없는 단순 friändstandlöshet	2개의 임플란트 지지 고정성 가공의치(brige)	362, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 430, 480, 801, 802 또는 803, 804, 808, 852
5013	3-8번 치아가 없는 단순 friändstandlöshet	2개의 임플란트 지지 고정성 가공의치(brige)	362, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 430, 480, 801, 802 또는 803, 804, 808,m 852, 853
5014	2-8번 치아가 없는 단순 friändstandlöshet	3개의 임플란트 지지 고정성 가공의치(brige)	362, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 430, 480, 801, 802 또는 803 ,804, 808, 852, 853

주 1) friändstandlöshet : toothlessness with no molars left

□ 임플란트 관련 TLV 참조가격¹⁰⁾

○ TLV가 2013년 2월에 발간한 Tandvårds -och läkemedels förmånsverkets författningssamling(Dental and Pharmaceutical Benefits Agency Statutes)에서 임플란트 수술, 치주 수술(일부), 임플란트 인공치아 시술, 임플란트와 임플란트기반의 보철의 수리에 해당되는 크

<표 2-18> 임플란트 수술 (a'tga''rd)의 참조가격

코드	조치(a'tga''rd)	참조가격 ('13.09.01부터)	
		일반의	전문의
420	임플란트, 개당 이 조치는 임플란트와 덮개나사 그리고 기둥(abutment)을 포함한다.	2155	2155
421	턱뼈에 임플란트 수술, 임플란트 한 개 이 조치는 수술과 사전 사후 치료 그리고 부분마취와 경구(peroral) 약제를 말한다. 이 조치는 같은 환자의 같은 날, 같은 치아위치에서 404, 405, 422, 424, 426 또는 441의 조치와 함께 보상요건이 안된다(not qualified). 또한 조치 423, 425, 427, 428 또는 421와도 마찬가지로이다(동시에 not qualified)	3450	3925
422	2단계 시술(2 steps technique)에서 절개와 노출 시술: 한 개 임플란트 일 때 이 조치는 절개와 노출을 포함한 기둥(abutment component) 시술을 말한다. 이 조치는 404, 405, 421, 423, 425, 또는 441과 같은 환자와 같은날 같은 치아위치에서 함께 적용되지 않는다. 또한 424, 426, 또는 422과도 마찬가지로이다.	1385	1575
423	턱뼈에 임플란트 수술, 두개 또는 세개 이 조치는 수술과 사전 사후 치료 그리고 부분마취와 경구복용(peroral) 약제를 말한다. 조치는 같은 환자의 같은 날, 같은 치아위치에서 404, 405, 422, 424, 426 또는 441의 조치와 함께 보상요건이 안된다(not qualified). 또 조치 421, 425, 427, 428 또는 423과도 마찬가지로이다(동시에 not qualified)	4695	5360
424	2단계시술(2 steps technique)에서 절개와 노출을 포함한 기둥(abutment) component 시술: 2~3개 임플란트 일때 이 조치는 2~3개의 절개와 노출을 포함한 기둥(abutment) component 시술을 말한다. 조치는 404, 405, 421, 423, 425, 또는 441과 같은 환자와 같은 날 같은 치아위치에서 함께 적용되지 않는다.	1550	1770

10) TLV. Tandvårds -och läkemedels förmånsverkets författningssamling(Dental and Pharmaceutical Benefits Agency Statutes). 2013.2 중 관련부분을 발췌하여 번역함.

코드	조치(a'tga''rd)	참조가격 ('13.09.01부터)	
		일반의	전문의
	또한 422,426, 또는 424도 마찬가지이다		
425	턱뼈에 임플란트 수술, 네개 이상 이 조치는 수술과 사전 사후 치료 그리고 부분마취와 경구(peroral) 약제를 말한다. 조치는 같은 환자의 같은 날, 같은 치아위치에서 404,405,422,424,426 또는 441의 조치와 함께 보상요건이 안된다(not qualified). 또 조치 421,423,427, 또는428과도 마찬가지이다(동시에 not qualified). 턱마다 4개이상의 임플란트를 시술할때 하루에 2개까지 보상대상(qualified)이 된다.	6655	7605
426	2단계시술에서 절개와 노출을 포함한 기둥(abutment) component 시술: 4개 이상의 임플란트 일때 이 조치는 4개이상의 절개와 노출을 포함한 abutment component 시술을 말한다 . 이 조치는404,405,421,423,425,또는 441과 같은 환자와 같은날 같은 치아위치에서 함께 적용되지 않는다. 또한 422,424와도 마찬가지이다. 턱마다 4개이상의 임플란트를 시술할때 하루에 2개까지 보상대상(qualified)이 된다.	2060	2375
427	수술시(時) 본인의 뼈로 턱뼈확장, 각 수술 시 이 조치는 임플란트 전 턱뼈가 유실한 환자 본인의 뼈를 가져다 확장할 경우에 해당한다. 경구복용(peroral)약제와 마취를 포함한다. 이 조치는 같은 환자의 같은 날421,423,425,또는 428의 조치와 함께 보상요건이 안된다(not qualified). 이 조치는 구강수술전문의사나 periodontology의 자격이 있는 의사에 한해 시술될때 보상요건(qualified)이 된다.	4640	5455
428	수술시(時) 대체물질로 턱뼈확장, 각 수술 시 이 조치는 임플란트 전 턱뼈가 유실한 환자 본인의 뼈가 아닌 대체물로 확장할 경우에 해당한다. 또 경구복용(peroral)약제와 마취를 포함한다. 이 조치는 같은 환자의 같은 날421,423,425,또는 427의 조치와 함께 보상요건이 안된다(not qualified). 이 조치는 구강수술전문의사나 periodontology의 자격이 있는 의사에 한해 시술될때 보상요건(qualified)이 된다.	6225	7040
429	임플란트의 외과적 제거(remove)(잘못된 임플란트 제거하는 시술을 말하는 듯), 각 수술 시 이 조치는 하나 또는 여러개의 임플란트의 외과적 제거를 말한다. 경구복용(peroral)약제와 마취를 포함한다. 이 조치는 같은 환자에 같은날 한번을 적용할 수 있다.	3580	4150
430	임플란트 외과의 수술전후 시술. 이 조치는 임플란트를 설치할 자리를 마련하기위해 턱의 구강점막을 들어올리는 것과 특히 direct임플란트 시술시 추출 문체를 막을 때 플라스틱을 포함하며 또는 앞니관(incisive canal)의 부분적 뼈보충도 포함된다.	930	1120

코드	조치(a'tga''rd)	참조가격 ('13.09.01부터)	
		일반의	전문의
	이 조치는 같은 시술자, 같은 환자에 같은날 한 번 적용된다		
435	한 개의 임플란트 제거 이 조치는 연결 되지 않은 한개의 임플란트를 수술없이 제거하는 것을 의미한다. 이 조치는 같은 환자의 같은 날442,443,444,또는 445의 조치와 함께 보상요건이 안된다(not qualified). 이 조치는 각 환자와, 각 치아위치와 그리고 각 보상기간에 각 한번 씩 적용된다.	820	980
436	임플란트 제거, Simple 이 조치는 다른 시술을 위한 부분 마취상태에서 연결되지 않는 다른 임플란트를 동 시술 기간에 수술없이 제거하는 것을 말한다. 이 조치는 같은 환자의 같은 날442,443,444,또는 445의 조치와 함께 보상요건이 안된다(not qualified). 이 조치는 각 환자와, 각 치아위치와 그리고 각 보상기간에 각 한번 씩 적용된다.	160	185
치치 코드	치치(a'tga''rd)	참조가격 ('13.09.01부터)	
		일반의	전문의
441	하나 또는 두개의 치아 또는 한개의 임플란트의 수술전후 시술등 각 시술을 할때 플라스틱, 간단한 치주외과 시술 이 조치는 램보(lambeau) 여는 것과 함께 기계적인 감염치료를 포함한다. 이 조치는 수정 외과술과 램보(lambeau) 시술시papilla, 플라스틱 뼈, 플라스틱 frenulum을 원위치 하는 것, 또는 치주문제, 충치나 금간이의 치료중 어금니를 뽑거나 분리하는 경우 적용될 수 있다. 또는 남은 치아뿌리를 세척하는 것을 포함 허끝질병에 적용될 수 있다. 이 조치는 같은 환자에421-426의 조치와 함께 보상할 수 없으며 같은 날, 같은 치아위치에 적용 안된다. 이 조치는 404,405,442,443,444 또는 445와 같은 환자에 같은 날 보상될 수 없다. 이 조치는 하루에 한 환자에 한 번 보상할 수 있다.	1855	2140
442	한번의 수술상황에서 3 - 6개 치아의 치주외과 치료 이 조치는 치주과 질병의 3개에서 6개 치아의 수술에 적용된다. 그리고 한개의 임플란트의 수술전후 시술의 경우에도 적용된다. 이 조치는 램보(lambeau) 여는 것과 함께 기계적인 감염치료 및 발치(extraction) 또 연결되지 않은 임플란트 제거에 적용된다. 이 조치는 같은 환자, 같은 날 401,402,403,403,405,406,435,436,441,443,444 또는 445와 함께 적용될 수 없다. 이 조치는 하루에 한 환자에 한 번 보상할 수 있다.	3250	3820

- 임플란트 인공치아에 대한 모든 처치는 임플란트 시술시 재료들과 특별한 언급이 없으면 치료캡(bonnet), 임시 임플란트, 조정(control)과 필요에 따라 조치 후 최대 3개월 후 수정(adjustment)까지 포함함.
- 조치는 또한 특별한 언급이 없는 경우 재료를 포함한 기술적 시술을 포함하며 control x-ray와 인공치아를 위한 연마작업을 포함함.

<표 2-20>임플란트 인공치아 시술(atgard)의 참조가격

처치 코드	처치(a'tga''rd)	참조가격 ('13.09.01부터)	
		일반의	전문의
851	TLVFS 2010:2 를 통해 없어짐		
852	임플란트에 기초한 크라운 이 조치는 한개의 그리고 부분 임플란트와 보철실린더와 고정나사 시술 시 기둥(abutment)을 포함한 크라운 또는 임플란트와 연결하는 다른 부분을 포함한다. 이 조치는 물론 봉합도 포함된다.	7745	8445
853	임플란트기반 연결(bridge)의 hanging joint	2130	2255
854	각 joint마다 임플란트에서 반영구 크라운 또는 hanging joint 이 조치는 철골뼈대에 구축(construction)을 의미한다.	1800	1895
855	임플란트마다 임플란트위의 반영구 크라운의 실린더와 고정나사	290	290
856	각 joint 마다 임플란트 조인트에 시술되는 장기간 임시 실험용 크라운 또는 hanging joint 구조는 최소한 6개월의 수명을 가져야 한다.	1070	1165
857	각 임플란트 마다 임플란트에 시술하는 장기간 임시 실험용 크라운의 고정나사와 실린더	250	250
861	임플란트기반의 bridge, 윗턱, 4개의 임플란트 이 조치는 턱 전체를 말하며 임플란트 외에 사전 가공된 치아나 굽거나 주조한 bridge뼈대 와 임플란트부품들을 말한다. 이 조치는 봉합까지 의미한다.	36280	38180
862	임플란트기반의 bridge, 윗턱, 5개의 임플란트 이 조치는 턱 전체를 말하며 임플란트 외에 사전 가공된 치아나 굽거나 주조한 bridge뼈대 와 임플란트부품들을 말한다. 이 조치는 봉합까지 의미한다.	38790	40685
863	임플란트기반의 bridge, 윗턱, 6개의 임플란트 이 조치는 턱 전체를 말하며 임플란트 외에 사전 가공된 치아나 굽거나 주조한 bridge뼈대 와 임플란트부품들을 말한다. 이 조치는 봉합까지 의미한다.	41380	43280
864	윗턱, 임플란트 기반의 bridge를 위한 supraconstruction 이 조치는 턱 전체를 말하며 사전 가공된 치아나 굽거나 주조한 bridge뼈대 를 말한다. 이 조치는 임플란트와 임플란트 부속품을 제외한다.	32710	34610

치치 코드	치치(a'tga''rd)	참조가격 ('13.09.01부터)	
		일반의	전문의
	이 조치는 임플란트와 고정나사에 필요한 치의학기술의 연결부품을 포함한 suprakonstruktion에만 적용된다. 이 조치는 봉합도 포함된다.		
865	임플란트기반의 bridge, 아래턱, 4개의 임플란트 이 조치는 턱 전체를 말하며 임플란트 외에 사전 가공된 치아나 굽거나 주조한 bridge뼈대 와 임플란트부품들을 말한다. 이 조치는 봉합도 포함된다. 부록 3의 일반권고를 볼 것.	35255	36995
867	아래턱, 임플란트 기반의 bridge를 위한 supraconstruction 이 조치는 턱 전체를 말하며 사전 가공된 치아나 굽거나 주조한 bridge뼈대 를 말한다. 이 조치는 임플란트와 임플란트 부속품을 제외한다. 이 조치는 임플란트와 고정나사에 필요한 치의학기술의 연결부품을 포함한 suprakonstruktion에만 적용된다. 이 조치는 봉합도 포함된다.	30390	32100
871	임플란트기반의 cover틀이(의치), 2개 임플란트 이 조치는 임플란트를 제외한 가공된 치아, 고정부품과 임플란트 부품들을 말한다.	16020	17380
872	임플란트 기반의 cover틀이(의치), 윗턱, 3개의 임플란트 이 조치는 임플란트를 제외한 가공된 치아, 고정부품과 임플란트 부품들을 말한다 이 조치는 아래턱에 적용되지 않는다.	17970	19330
873	임플란트 기반의 cover틀이(의치), 윗턱, 4개의 임플란트 이 조치는 임플란트를 제외한 가공된 치아, 고정부품과 임플란트 부품들을 말한다 이 조치는 아래턱에 적용되지 않는다.	20520	21925
874	임플란트시 alveolarbar의 추가물, 2개의 임플란트	2860	3050
875	임플란트시 alveolarbar의 추가물, 3개의 임플란트	3170	3360
876	임플란트시 alveolarbar의 추가물, 4개의 임플란트	4180	4370
877	임플란트기반의 cover틀이(의치), 임플란트제외, 임플란트부속품과 고정 부품 이 조치는 오직 cover틀이만, 즉 오래된 틀이를 새로해야 할때 또는 임플란트에 고정된 bridge를 제거하고 cover틀이로 대체해야 할때 적용된다.	13065	14425
878	개당 고정부품 cover틀이(의치), 부가품 이 조치는 871,872,873조치와 함께 같은 환자, 같은 턱에 같은 날 같은 병원에서 적용될 수 없다.	260	260

○ 임플란트와 임플란트기반의 보철의 수리조치(881-889)는 시술이 끝나고 3개월까지 콘트롤(control)과 수정작업을 말함.

<표 2-21> 임플란트와 임플란트기반의 보철의 수리에 대한 참조가격

처치 코드	처치(a'tga"rd)	참조가격 ('13.09.01부터)	
		일반의	전문의
881	임플란트에 고정된 구조의 수리, 작은 규모 조치는 치과기술적 개입없이 bridge수리를 의미한다.	1000	1190
882	임플란트에 고정된 bridge의 제거와 재장착 이 조치는 임플란트에 고정된 bridge의 제거와 재장착 그리고 봉합 뿐만 아니라 경우에 따라 고정나사나 중앙나사의 교환 또는 독립적 임 플란트가 흔들릴 경우 뽑는 것을 포함한다. 이 조치는 여러번 치료를 할지라도 최대 7개까지 연결된 임플란트 의 한개 또는 여러개 bridge 손상 또는 치료에 1회 보상을 말한다. 이 조치는 여러번 치료를 할지라도 최대 8개까지 연결된 임플란트 의 한개 또는 여러개 bridge 손상 또는 치료에 2회 보상을 말한다	2870	3440
883	치과공학적 개입(intervention)에 의한 임플란트기반구조의 수리와 재구축 이 조치는 제거, 수리 그리고 재구축(rebuild)를 의미한다. 예컨대: -모든 틀이 치아나 부분적 기본재료의 교환 -metalbacking, 레이저 용접, 경우에 따라 뿔질과 강화 -새 bridge부분에 용접과 뿔질 -3개이상의 joint에 금간 자기(porcelain)의 수리와 재조립 그리고 봉합과 사후control	4055	4625
885	TLVFS 2010:2 를 통해 없어짐		
886	개당 중앙나사를 포함한 기둥(abutment) 이 조치의 보상 범위는 -수리시(時) -확장과 재구축(rebuild) -턱전부에 걸친 임플란트에 틀이의 확장 -임플란트가 설치된 턱과 임플란트 설치가 될 턱에 또는 -틀이가 설치될 때와 기존 틀이가 사용될 때 이 조치는 852,889조치와 같은 치아위치에서 함께 보상요건이 되지 않는다. 또 861-863, 865 또는 871-873과 같은 기간에 같은 턱에 적용되지 않는다. 이 조치는 교환조치인 926,927,929,930,932 또는 934와 같은 보상 기간에 같은 치아위치에서 함께 적용되지 않는다.	1205	1205
887	TLVFS 2010:2 를 통해 없어짐		

치치 코드	치치(a'tga''rd)	참조가격 ('13.09.01부터)	
		일반의	전문의
888	고정나사, 개당 이 조치는 단지 수리시에만 보상적용된다. 이 조치는 조치852또는 890과 같은 치아위치에서 보상되지 않으며 또는 864 또는 867 조치와 같은 턱에 같은 보상기간에 적용되지 않 는다.	165	165
889	중앙나사, 개당 이 조치는 단지 수리시에만 보상적용된다. 이 조치는 852조치나 886조치와 같은 날 같은 치아위치에서 적용되 지 않는다.	575	575
890	기존에 있는 기둥/연결부분에 임플란트 크라운 이 조치는 크라운과 보철실린더와 고정나사에 적용된다. 이 조치는 봉합도 포함한다.	6515	7215
891	TLVFS 2012:2 를 통해 없어짐		