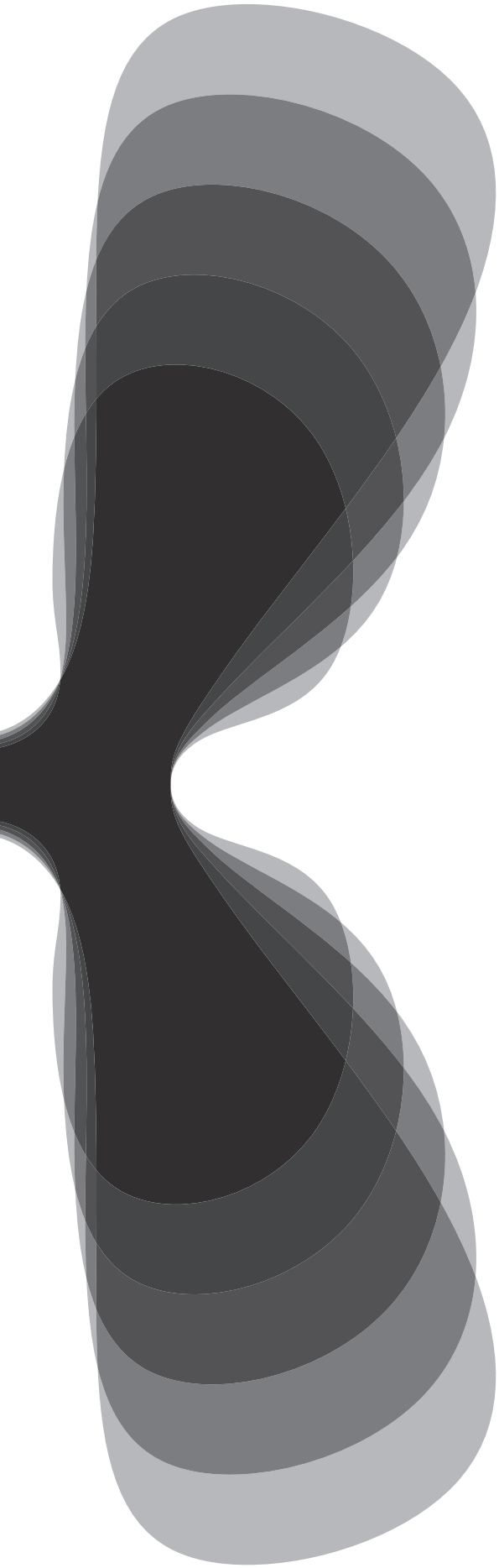
발 간 등 록 번 호
G000N43-2018-21



요양급여비용
청구길라잡이

2018. 3.

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE
서 울 지 원

Contents

Ⅰ. 청구착오 사례

1. 일반사항 ····· 3
2. 기본진료료 ····· 11
3. 검사료 ····· 31
4. 영상진단료 ····· 61
5. 투약 및 조제료 ····· 71
6. 주사료 ····· 80
7. 마취료 ····· 83
8. 이학요법 ····· 89
9. 정신요법료 ····· 95
10. 처치 및 수술료 ····· 99
11. 요양병원 ····· 124
12. 약제 ····· 134
13. 요양기관 현황관리 ····· 151
14. 인력 등급 및 차등제 ····· 159

Ⅱ. 요양기관 업무포털

1. 심사종합정보 ····· 176
2. 영상자료제출 ····· 177
3. 재심/이의신청 ····· 178
4. 청구오류 점검서비스 ····· 180
5. 휴대전화문자(SMS) 서비스 ····· 182

붙임

부서별 전화번호 ····· 185

Ⅰ. 청구착오 사례

1. 일반사항

대체공휴일 등 공휴가산 적용여부 ····· 3
위탁진료의 경우 면허종류와 면허번호 기재방법 ····· 4
입원 중인 환자를 타 요양기관에 진료 의뢰 시 청구방법 ····· 5
상해외인 관련 청구방법 ····· 6
신생아 분리청구 방법 ····· 7
처방전 재발급 (약제 분실, 처방전 분실) ····· 8
100분의 100 본인부담과 비급여 차이 ····· 9
비급여 행위 관련 진료시 요양급여 인정범위 ····· 10

2. 기본진료료

의사, 약사의 본인진료 및 조제 관련 ····· 11
의원급 만성질환관리제 산정방법 ····· 12
환자 미내원시 만성질환관리료 청구 관련 ····· 13
건강검진 당일 진찰료 산정 관련 ····· 15
차등수가 산정방법 ····· 17
여성 청소년 대상 사람유두종 바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰·상담에 따른 진찰료 산정방법 ····· 21
입원 중 협의진찰료 급여기준 ····· 24
격리실 산정기준 ····· 25
상급병실료 개편 관련 외박수가 산정 ····· 27
중환자실입원료 산정 ····· 28
의(한의)과 중복진료 ····· 29

3. 검사료

C형 간염항체검사 급여기준 ····· 31
종양검사의 급여기준 ····· 32
α-Fetoprotein검사의 적응증별 급여기준 ····· 33
고지혈증 다종검사 인정기준 ····· 34
골밀도검사의 인정기준 ····· 35
생화학적 골표지자 검사의 급여기준 ····· 37
갑상선 기능검사의 급여기준 ····· 38
갑상선침생검 수기료 산정방법 ····· 39
누300 미량알부민 검사의 급여기준 ····· 40
산전진찰 목적으로 시행하는 검사의 급여기준 ····· 41
임신성 100g 경구 포도당부하검사 관리료 급여기준 ····· 42
태아심음자궁수축검사의 인정기준 ····· 43
초음파 검사의 급여기준 ····· 44
난임치료 시술 등 요양급여 적용 Q&A ····· 47

4. 영상진단료

방사선 촬영 후 판독 미실시시 청구방법 ····· 61
전산화단층영상진단(CT)의 산정기준 ····· 62
동시 촬영 시 CT 수가 산정방법(하지, 척추) ····· 65
MRI 촬영시 수가산정방법 ····· 66
Full PACS 요양급여비용 산정기준 ····· 70

5. 투약 및 조제료

경구용 서방형제제(정제, 캡슐제, 과립제)분할 처방· 투여 인정여부 ····· 71
약제 급여 목록정비에 따른 코드 변경 ····· 72
처방 의약품 반납 ····· 79

6. 주사료

물리치료와 국소주사 동시 실시시 청구방법 ····· 80
Infusion Pump 및 수액유량조절기 인정기준 ····· 81
관절강내 주사 관련 인정기준 ····· 82

7. 마취료

신경차단술의 가산 적용기준 ····· 83
신경차단술 15회 초과시 수가산정방법 ····· 84
C-arm 등 투시가 반드시 필요한 신경차단술에 대하여 ····· 85
복재신경 및 복재신경관절차단술의 수기료 산정방법 ····· 86
선택적 경추간공 경막외조영술/신경차단술 또는 경추간공경막외주사/신경차단술의 인정기준 및 수가산정방법 ·· 87

8. 이학요법

근막동통유발점 주사자극치료(TPI) 인정기준 ····· 89
마사지치료 인정기준 ····· 90
재활저출력레이저치료와 경피적전기신경자극치료(또는 간섭파전류치료) 병용실시 인정기준 ····· 91
경피적 전기신경자극치료(TENS) 인정 가능 횟수 ····· 92
뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등)환자에게 장기간 시행하는 전문재활치료 인정기준 ····· 93

9. 정신요법료

개인정신치료 및 가족치료 산정기준 ····· 95
정신요법료 산정 가능한 의료인 자격 ····· 96
의료급여 정신질환자의 외래진료비용 청구관련 ····· 97

10. 처치 및 수술료

처치의 야간 및 공휴가산 인정여부 ····· 99
질강처치료 인정기준 ····· 100
부목이나 캐스트 재시행 관련 ····· 101
수술 당일 산정된 수술후 처치료 인정여부 ····· 102
하기도 증기흡입치료 인정기준 ····· 103
화상처치 수가 산정방법 ····· 104
결장경하폴립절제술 수가 산정방법 ····· 105
결장경하종양수술과 동시 산정된 결장경하출혈지혈법 ····· 106
결장경하종양수술 시 조직병리검사 산정방법 ····· 107
해당 수술료에 포함되어 별도 산정할 수 없는 생리식염수 산정 ····· 109
피임시술의 요양급여 인정기준 ····· 112
사마귀제거술 급여대상 여부 및 수기료 산정방법 ····· 114
하비갑개점막하절제술과 비중격교정술 동시 실시시 수술료 청구 방법 ····· 116
요실금수술의 적정여부를 판단하기 위한 참고자료 ····· 117
피부양성종양적출술 시 수기료 산정방법 ····· 118
건, 인대 피하단열수술, 건 및 인대 성형술의 진료수가 산정방법 ····· 119
치료재료대 Suture Anchor 인정기준 ····· 120
소화기 내시경하 시술 등에 사용하는 치료재료 인정기준 ····· 121
치석제거 급여기준 ····· 123

11. 요양병원

입원 중 환자를 타 요양기관에 진료의뢰시 발생한 약제비 산정 방법 ····· 124
재활의학과전문의 장기부재시 전문재활치료 관련 문의 ····· 126
정신과 약 복용중인 환자 요양병원 입원관련 문의 ····· 128
환자평가표 작성원칙 관련 문의 ····· 129
의료고도군으로 산정 가능한 산소요법 ····· 130
정맥주사요법으로 의료중도군 청구 관련 사례 ····· 131
특정기간 적용대상 중「패혈증」 ····· 132
연하재활 기능적 전기자극치료 ····· 133

12. 약제

Kallidinogenase 경구제(품명: 카나쿨린정 등) 인정기준 ····· 134
당뇨병용제 일반원칙 ····· 135
치매치료제 인정기준 및 청구방법 ····· 139
경구용 만성B형 간염 치료제 일반원칙 ····· 141
Rivaroxaban 경구제(품명:자렐토정 등) 인정기준 ····· 144
향정신성의약품 일반원칙 ····· 145
골다공증치료제 인정기준 ····· 146
고지혈증 치료제 ····· 148
Sodium hyaluronate 20mg 주사제(품명:히루안플러스주 등) ····· 150

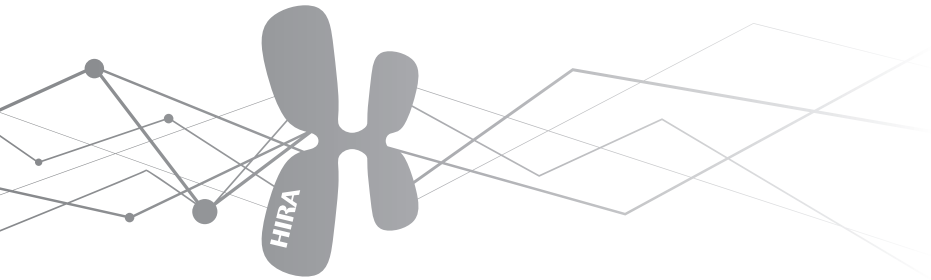
13. 요양기관 현황관리

개인 개설에서 공동 개설로 변경 시 신고절차 ····· 151
법인대표자의 개인 개설 가능 여부 ····· 151
의사의 중복근무 가능 여부 ····· 152
개설자의 타 기관 근무 가능 여부 ····· 153
휴가 및 대진 관련 사례 ····· 154
요양병원의 의사인력 휴가 시 청구 방법 ····· 156
타 요양기관과 공동이용 가능 여부 ····· 157
촉탁의 및 협약 의료기관 신고절차 ····· 158

14. 인력 등급 및 차등제

일반병동의 간호관리료 차등제 ····· 159
간호간병통합병동 근무 간호사 관련 ····· 163
요양병원의 간호인력 차등제 산정기준 ····· 164
공익근무요원인 의사의 요양병원 인력가산 적용 여부 ····· 167
필요인력 인센티브 관련 ····· 168
인력 관련 방문심사 사례 ····· 169

Health Insurance Review & Assessment Service
/ Seoul Branch



I. 청구착오 사례

대체공휴일 등 공휴가산 적용여부

Q uestion

근로자의 날(5월 1일)과 대체공휴일에 진료를 한 경우 공휴가산이 적용되나요?

A nswer

「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에 의한 공휴가산은 관공서의 공휴일에 관한 규정에 의거 공휴일로 정해진 날에 진료를 행한 경우에 산정할 수 있습니다. 근로자의 날(5월 1일)은 근로자의 날 제정에 관한 법률에 의거 유급휴일로 정한 것으로 "관공서의 공휴일에 관한 규정"에 해당되지 아니하므로 근로자의 날에 진료를 실시한 경우에는 공휴가산을 적용할 수 없음을 알려드립니다. 또한, "관공서의 공휴일에 관한 규정"에서 말하는 '공휴일'은 제2조에 따른 공휴일 및 제3조에 따른 대체공휴일을 포함하는 개념으로 판단되어 대체공휴일은 공휴가산을 적용할 수 있습니다.

관련 근거

관공서의 공휴일에 관한 규정

제1조(목적) 이 영은 관공서의 공휴일에 관한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(공휴일) 관공서의 공휴일은 다음과 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

〈개정 1998.12.18., 2005.6.30., 2006.9.6., 2012.12.28.〉

1. 일요일
2. 국경일 중 3 · 1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제 〈2005.6.30.〉
6. 석가탄신일 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일) 10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

① 제2조제4호 또는 제9호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조제4호 또는 제9호에 따른 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

② 제2조제7호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조제7호에 따른 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

[본조신설 2013.11.5.]

◎ 대통령령 제 24828호, 2013.11.5. 일부개정 (2013.11.5. 시행)

위탁진료의 경우 면허종류와 면허번호 기재방법

Q uestion

위탁진료(특정내역 구분코드 JS008)의 경우 '주된' 의사와 '실제 환자를 진료한' 의사의 기준이 무엇인가요? 또한, 영상의학과에서 중재적 시술만 시행하고 퇴원하는 등 처방의사와 시행의사가 다른 경우 '주된' 의사의 기준은 무엇인가요?

A nswer

위탁진료의 경우 명세서 상병내역에 의뢰한 요양기관 의사의 면허종류와 면허번호를 기재하고, 명세서 진료내역에 의뢰받아 진료를 실시한 의사의 면허종류와 면허번호를 기재합니다. 처방의사와 시행의사가 다른 경우는 명세서 상병내역에 주상병 기재원칙에 따라 주상병을 진단한 의사의 면허종류와 면허번호를 기재하여야 하므로 처방의사의 면허종류와 면허번호를 기재합니다.

관련 근거

의사·치과의사·한의사·약사 등 면허정보 기재 관련 주요 개정사항 안내

요양급여비용을 청구할 때 2013년 7월 1일 진료(조제)분부터 요양급여비용 명세서에 의(약)사 면허번호(면허종류, 면허번호)를 반드시 기재하여 청구하도록 하여야 합니다.

◎ 고시 제2013-51호 (2013.7.1. 시행)

※ 의료인 면허 정보 기재 착오 관련 심사불능 유형

심사불능코드	구분	상세 설명
42-05	주상병	의료인 면허 종류나 번호 기재 착오, 누락 또는 미신고
42-06	외래진찰료 및 약국조제기본료	
42-13	초음파 수가	
42-07	주상병	의료인 면허정보와 인력신고현황 불일치(청구일자 이후에 신고, 입사일 이전, 최종근무일 이후 등)
42-08	외래진찰료 및 약국조제기본료	
42-14	초음파 수가	
42-09	주상병	의료인 면허정보와 출입국 내역 비교 부재시 진료분 청구
42-10	외래진찰료 및 약국조제기본료	
42-11	주상병	의료인 면허정보와 휴가신고현황 비교 부재시 진료분 청구
42-12	외래진찰료 및 약국조제기본료	
42-15	주상병	의료인 면허정보 확인 결과 행정처분기간 중 진료분 청구
42-16	외래진찰료 및 약국조제기본료	
42-17	의료인면허정보와 인력현황불일치	질병군 마취통증의학과전문의 면허번호 관련
42-18	면허번호 기재누락 또는 단순기재착오	

입원 중인 환자를 타 요양기관에 진료 의뢰 시 청구방법

Question

입원 중인 환자를 해당 장비가 없는 관계로 타 요양기관에 의뢰하여 검사를 실시하게 되었습니다. 이 경우 해당 진료분은 어떻게 청구하여야 하나요?

Answer

입원 중인 환자를 타 요양기관에 진료 의뢰한 경우, 청구는 진료를 의뢰한 요양기관에서 해야 합니다. 이 때 진료행위의 종별가산은 의뢰받아 실제 진료를 실시한 기관의 가산율에 따르고 본인일부부담금은 진료를 의뢰한 요양기관의 진료형태(입원/외래)에 따라 적용하여 청구하여야 합니다.

관련 근거

「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」
요양급여비용 심사청구서·명세서 세부작성요령 Ⅲ.요양급여비용명세서 작성요령 2.진료내역별 사항 가.의과명세서 10).기타 (라) 타 요양기관 진료의뢰시

- 타 요양기관에 진료를 의뢰한 요양기관에서 청구한다.
- 「단가」는 진료를 의뢰한 해당 진료수가(분류코드)의 상대가치점수에 의뢰받아 진료를 실시한 기관의 유형별 점수 당 단가를 적용하고, 의뢰 받아 진료를 실시한 기관의 요양기관 종별가산율을 일투에 적용한다.
- 특정내역기재란에 발생단위구분, 해당 줄번호, 해당 특정내역 구분코드(JS008)를 입력하고, 기재형식에 따라 [의뢰받아 진료를 실시한 요양기관기호/진료의뢰일]을 기재한다.
  ※ 서면으로 청구하는 경우 : 특정내역란에 “해당진료과목”과 “T”, “의뢰받아 진료를 실시한 요양기관기호”, “진료의뢰일”을 기재
- 요양급여비용 본인일부부담금진료를 의뢰한 요양기관의 진료형태(입원/외래)에 따라 본인부담률을 적용한다.
  ※ 외래진료 중 타 요양기관에 진료의뢰 한 경우에는 의뢰받아 진료를 실시한 요양기관에서도 해당 요양급여비용을 청구할 수 있다. 이 경우 의뢰받아 진료를 실시한 요양기관의 「단가」 적용, 요양기관 종별가산율은 요양급여비용총액 산출시 일괄 적용 및 외래 본인부담률을 적용

상해외인 관련 청구방법

Q uestion

산재로 입원해 있는데 타 상병으로 진료를 봤을 때 청구는 어떻게 해야 하나요?

A nswer

산재로 인한 동일 입원기간 중 타 상병 진료를 봤을 경우 별도의 명세서를 작성하여 해당 상해외인 코드 「K」를 특정내역기재란(MT001)에 기재하여 분리청구를 해야 합니다.

관련 근거

「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」
요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 Ⅶ.별표 8. (별표8)
특정내역 구분코드 1.명일련단위

코드	상해외인코드 설명
C	의과, 치과, 한의과가 개설된 병원급이상 의료기관 및 보건의료원에서 입원기간 중 한의과,의과, 치과 협의 진료
D	자연분만으로인한동일입원기간중타상병진료로별도의명세서작성시
E	의료급여 수급권자의 정신과(다른 진료과목) 입원진료 중 다른 진료과목(정신과)전문의 진료시
F	중증질환자 및 희귀난치성질환자가 해당 산정특례 대상 상병(합병증 포함)과 동시에 타 상병 진료시
G	본인부담금 면제대상 신생아 입원진료 분으로 산모입원 명세서와 분리청구 시
H	의료급여 수급권자 또는 공상 E, F 대상자가 외래에서 의사진찰 없이 예약된 검사만 실시시
I	공상 H대상자가 의료비 지원 대상 상병과 동시에 타상병 진료로 별도의 명세서 작성시
J	의료기관의 촉탁의 또는 협약의료기관의 의사가 장기요양기관 진료 후 원외처방전 발행시 의료기관 및 장기요양기관이 모두 의약분업예외지역에 해당하여 원내 조제시
K	타법령(산재, 자보 등)으로 입원진료 중 그 외 질병(기왕증 포함) 진료 관련
L	결핵환자 의료비지원
M	의료급여 혈액투석정액 외래진료 당일 동일진료과목 의사가 혈액투석을 위한 정맥내카테타삽입술을 실시한 경우
N	잠복결핵감염 검진비 분리청구
O	의료급여선별급여 분리청구
P	개원의 참여에 의해 개방병원에서 이루어진 입원 및 외래수술 등의 경우
Q	잠복결핵감염 치료비지원 대상 분리청구
R	여성 청소년 대상 사람유두종 바이러스 예방접종대상 분리청구
S	뇌사자 장기이식
T	난임 보조생식술 분리청구
V	운수사고
W	추락
X	연기, 불, 불꽃 등 자연의 힘에 노출 / 가해
Y	의도 미확인 사건

신생아 분리청구 방법

Q uestion

신생아 진료분은 어떻게 청구하면 되나요?

A nswer

별도의 명세서를 작성하여 해당 상해외인 코드 「G」를 특정내역기재란(MT001)에 기재하여 분리청구를 해야 합니다. 입원일수 및 요양급여일수는신생아 해당 진료일수를 기재하시고, 상병코드는 Z380 (단, 쌍둥이, 다태아의 경우에는 Z383, Z386을 각각 기재), 진료과목은 소아과(코드번호'11')로 기재하시면 됩니다. 신생아로 건강보험증에 등재를 받지 못한 경우 수진자 성명 등은 아래를 참조하여 청구하여 주시기 바랍니다.

관련 근거

분리청구 방법

- 신생아 진료분 분리청구 시에는 「상해외인」란에 "G"를 기재
- 입원일수 및 요양급여일수: 신생아 해당 진료일수를 기재
- 상병코드: Z380을 기재. 단, 쌍둥이, 다태아의 경우에는 Z383, Z386을 각각 기재
- 진료과목: 소아과(코드번호 '11')로 기재
- 신생아로 건강보험증에 등재를 받지 못한 경우 수진자 성명 등은 아래와 같이 기재
  ① 수진자성명: 산모이름과 함께 "○○○아기"라고 기재
  (이름이 있는 경우에는 "아기이름"을 기재)
  ② 주민등록번호: "생년월일"과 남 · 여구분(3 또는 4)을
  기재하고 이후는 0으로 기재(서면은 0기재 불필요)
  쌍태아인 경우 주민등록번호 끝자리를 1 또는 2로 기재
  ③ 가입자성명, 증번호: 산모의 건강보험증에 기재된 가입자성명 및 증번호를 기재

◎ 행정해석, 보험급여기획팀-124 (2006.1.6.)

처방전 재발급 (약제 분실, 처방전 분실)

Question 환자가 약을 분실하여 동일한 처방전 재발급을 위해 내원하였습니다. 이 경우 발생한 진료비는 어떻게 청구해야 하나요?

Answer 환자가 이미 수령한 약제를 분실한 것은 환자에게 귀책사유가 있으므로, 동일한 처방전 발급을 위해 재내원한 경우의 진료비는 전액 본인부담 해야 합니다. 그리고 처방전 사용기관이내에 처방전을 단순히 분실하였을 경우는 분실된 처방전과 동일하게 재발급하고, 이때 처방전교부번호는 종전의 번호를 그대로 사용하고 재발급한 사실을 확인할 수 있도록 처방전에 표기하여야 합니다.

관련 근거

약제 분실하여 다시 처방하는 경우에 대한 질의 회신

환자가 약을 분실하여 다시 처방해야 하는 경우, 이미 수령한 약제를 분실한 것은 환자에게 귀책사유가 있으므로 진찰료 및 약국에서의 약제료, 조제료는 모두 전액 본인이 부담하도록 하고 요양급여비용은 청구할 수 없습니다. 이 경우 처방전양식 중 "기타"란에 "전액 본인부담"으로, "조제시 참고사항"란에 재처방 사유(예시 : 처방약 분실에 따른 재처방)를 표시하여야 합니다.

◎ 행정해석, 보험약제과-1070호 (2008.5.27.)

관련 근거

처방전 재발급시 요양급여비용 산정방법

처방전 재발급을 위해 의료기관에 내원시 요양급여비용의 산정은 다음과 같이 함

- 다 음 -

가. 처방전 사용기간 경과후 재발급시

: 처방전에 기재된 '사용기간'은 환자가 동 처방전에 의하여 조제 받을 수 있는 유효기간으로서, 이 기간이 경과한 때에는 그 사유와 관련 없이 종전 처방전에 의하여 조제 받을 수 없음. 따라서, 처방전을 재발급 받기 위해서는 의료기관에 재차 내원하여야 하며, 처방전 발급여부는 의사 또는 치과의사의 판단하에 이루어지는 바, 재발급 여부결정을 위해 진찰이 이루어진 경우 진찰료 등의 비용은 새로운 진료로 인해 발생되는 비용이므로 건강보험 법령에서 정한 부담률에 의하여 요양급여비용 중 일부를 본인이 부담하여야 함

나. 처방전 사용기간 이내에 처방전을 분실하여 재발급시

: 의사의 판단하에 재진찰 여부를 결정하되, 단순히 분실된 처방전과 동일하게 재발급하는 경우에는 진찰료를 별도 산정할 수 없으며, 이 때 처방전교부번호는 종전의 번호를 그대로 사용하고 재발급한 사실을 확인할 수 있도록 처방전에 표기함

◎ 고시 제2003-65호 (2003.12.1. 시행)

100분의 100 본인부담과 비급여 차이

Question

진료비 영수증에 보면 100분의 100 본인부담과 비급여 금액으로 나눠져 있는데요, 이 둘의 차이는 무엇인가요?

Answer

100분의 100 본인부담은 보건복지부장관이 정하여 고시한 상한금액을 환자가 모두 부담하는 것을 말합니다. 비급여는 보건복지부장관이 정하여 고시한 진료항목에 대하여 해당 진료를 실시하는 병의원에서 정한 금액을 환자가 모두 부담하는 것입니다. 따라서, 100분의 100 본인부담과 비급여의 차이는 100분의 100 본인부담은 법령 등으로 정하여진 상한금액이 있어 어느 병·의원에서든 동일한 금액을 환자에게 징수하여야하나, 비급여는 정하여진 금액이 없어 동일한 진료행위인 경우라도 병·의원별로 금액이 상이할 수 있습니다. 예를 들어 쌍꺼풀수술, 점 제거술 등은 비급여대상 진료로 병·의원별로 금액이 상이합니다.

관련 근거

「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2] 비급여대상

1. 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위 · 약제 및 치료재료
2. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위 · 약제 및 치료재료
3. 예방진료로서 질병 · 부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위 · 약제 및 치료재료
4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 비용 · 행위 · 약제 및 치료재료
5. 삭제
6. 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위 · 약제 및 치료재료.

6의2. 영 제21조제3항제3호에 따른 호스피스 · 완화의료 입원진료의 경우에는 제1호부터 제3호까지, 제4호나목(2) · 더목에 해당되는 행위 · 약제 및 치료재료. 다만, 제2호사목, 제3호아목 및 제4호더목은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료

7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우
8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방 · 투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우

비급여 행위 관련 진료시 요양급여 인정범위

Question

하지 정맥류 환자에게 비급여 행위로 결정된 레이저정맥폐쇄술(Endovenous Laser Treatment)을 실시한 경우 관련 진료내역 전체를 비급여 대상으로 적용하나요?

Answer

질병 자체가 건강보험요양급여 대상에 해당되는 경우에는 해당 비급여 행위를 제외한 모든 진료비에 대해서는 보험급여가 적용됩니다. 따라서 수술료인 레이저정맥폐쇄술료를 제외한 모든 내역을 보험급여로 청구하면 됩니다.

관련 근거

신의료행위 관련 진료시 요양급여 범위

건강보험적용대상자의 진료목적이 건강진단, 미용목적의 성형수술 등과 같이 명백하게 비급여 대상으로 신의료행위를 시술할 경우에는 진찰료를 포함한 모든 진료비는 요양급여대상이 될 수 없으나, 질병자체가 건강보험요양급여대상에 해당하는 경우로 진료담당의사가 진찰, 처치 및 수술 등을 실시할 경우에는 신의료행위(비급여대상 진료)를 제외한 모든 진료비에 대해서는 보험급여 대상이 됨

◎ 고시 제2011-27호 (2011.2.1. 시행)

의사, 약사의 본인진료 및 조제 관련

Question 의사가 자신의 질병을 진료한 경우 약제 및 치료재료 외의 검사료도 급여로 청구가 가능한가요?

Answer 의사가 자신의 질병을 직접 진찰하거나 투약, 치료한 경우 본인 진료시에 사용한 약제 및 치료재료만 요양급여비용으로 청구 가능합니다.

관련 근거

의사, 약사의 본인진료 및 조제시 요양급여비용 산정방법

의사가 자신의 질병을 직접 진찰하거나 투약, 치료하는 등 본인 진료시에는 사용한 약제 및 치료재료만 실거래 가격으로 보상함 또한, 약사 본인이 본인의 의약품을 조제한 경우에도 기술료를 제외한 의약품비만 실거래가격으로 보상함

고시 제2007-139호 (2008.1.1. 시행)

의원급 만성질환관리제 산정방법

Question 의원급 만성질환관리제 관련 재진진찰료 본인부담 경감 대상질환은 모든 고혈압 및 당뇨병 질환이 포함되나요?

Answer 의원급 만성질환관리제 관련 대상질환은 상병기호가 고혈압(I10) 또는 당뇨병(E11)에 해당하며 주상병으로 진료한 건강보험 환자의 경우만 해당되며, 진찰료의 본인 부담률이 정액인 만 65세 이상 노인환자나, 의료급여 환자의 경우는 해당되지 않습니다.

관련 근거

국민건강보험법 시행령 제19조 제1항 관련 [별표2] 요양급여비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액 제1호 나목 비고 5에 따른 재진진찰료 본인부담률 경감 대상 및 산정방법

국민건강보험법 시행령 제19조제1항 관련 [별표2] 요양급여비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액 제1호 나목 비고 5에 따른 재진진찰료 본인부담률 경감 적용대상 및 산정방법은 다음과 같이 함

– 다 음 –

가. 적용대상

(1) 대상질환: 고혈압(I10) 또는 당뇨병(E11)

(2) 대상기관: 의원

(3) 대상환자: 대상질환으로 대상기관에서 진료받는 건강보험 환자 중 의사로부터 지속적 질환관리 필요성에 대한 설명을 듣고, 당해 의료기관에서 대상질환을 지속적으로 관리 받을 의사를 표명한 환자, 이 경우 요양기관은 대상환자가 의사를 표명한 사실을 진료기록부에 기록 · 보관하여야 함

나. 절차 및 방법: 상기 '가' 항에 따른 대상질환을 주상병으로 진료한 경우에 한하여 환자가 지속적으로 관리받을 의사를 표명한 익일부터 직접 내원하여 진료받은 경우 재진 진찰료로 적용하며, 수가코드는 'AA250' 으로 산정함

◎ 고시 제2012-153호 (2012.12.1. 시행)

환자 미내원시 만성질환관리료 청구 관련

Question

환자가 고혈압 상병으로 지속적으로 진료를 받던 중 부득이하게 환자 가족이 내원하여 약제를 처방받은 경우에는 진찰료와 동시에 만성질환관리료를 청구할 수 있나요?

Answer

환자가 직접 내원하지 않고 가족이 대신 내원하여 상담 후 약제를 처방받은 경우에는 재진진찰료 소정점수의 50%를 산정할 수 있습니다. 그러나 만성질환관리료는 만성질환으로 지속적으로 내원하는 재진환자에 대하여 교육·상담 등을 통하여 환자가 자신의 질병을 이해하고, 합병증을 예방할 수 있도록 관리체계를 수립하는 경우에 산정할 수 있기 때문에 환자 가족이 대신 내원하여 상담을 받은 경우에는 산정할 수 없습니다.

관련 근거

「건강보험요양급여비용」 제1편 제2부 제1장 기본진료료

가-1 외래환자 진찰료

나. 재진진찰료

주: 7. 환자가 직접 내원하지 아니하고 환자 가족이 내원하여 진료담당의사와 상담한 후 약제를 수령하거나 처방전을 발급받는 경우에는 재진진찰료 소정점수의 50%를 산정한다. (산정코드 두 번째 자리에 9로 기재)

가-14 만성질환관리료

주: 1. 고혈압, 당뇨병 등의 상병으로 당해 의료기관에 지속적으로 내원하는 재진환자에 대하여 교육 · 상담 등을 통하여 환자가 자신의 질병을 이해하고, 합병증을 예방할 수 있도록 관리체계를 수립한 경우에 산정한다.

2. 대상환자는 의원급 요양기관(보건의료원 포함)의 외래에서 진료하는 환자로서 "한국표준질병 · 사인분류표"에 의한 질병코드(고혈압: I10-I13, I15, 당뇨병: E10-E14)를 상병명으로 하는 자 및 질병코드(정신 및 행동장애: F00-F99, G40-G41, 호흡기결핵: A15-A16, A19, 심장질환: I05-I09, I20-I27, I30-I52, 대뇌혈관질환: I60-I69, 신경계질환: G00-G37, G43-G83, 악성 신생물: C00-C97, D00-D09, 갑상선의 장애: E00-E07, 간의 질환: B18, B19, K70-K77, 만성신부전증: N18)를 주상병명으로 하는 자에 한한다.

3. 기관당 한 환자에 대하여 연간 12회 이내(단, 월 2회 이내)로 산정한다.

4. 해당 만성질환자를 진료한 기관은 개인별 진료기록부에 만성질환자 관리내역을 기록 · 보관하여야 한다.

구분	만성질환 관리제	만성질환 관리료
수가코드	AA250(재진진찰료-의원-만성질환 관리제)	AA254(재진진찰료) + AH200(만성질환관리료)
대상질환 (주상병)	고혈압(I10) 또는 당뇨병(E11)	(고혈압: I10-I13, I15, 당뇨병: E10-E14)를 상병명으로 하는 자 및 질병코드(정신 및 행동장애: F00-F99, G40-G41, 호흡기 결핵: A15-A16, A19, 심장질환: I05-I09, I20-I27, I30-I52, 대뇌혈관 질환: I60-I69, 신경계질환: G00-G37, G43-G83, 악성 신생물: C00-C97, D00-D09, 갑상선의 장애: E00-E07, 간의 질환: B18, B19, K70-K77, 만성신부전증: N18)
대상기관	의원	의원급 요양기관(보건의료원 포함)
대상환자	대상기관에서 진료받는 건강보험 환자 중 의사로부터 지속적 질환관리 필요성에 대한 설명을 듣고, 지속적 관리받을 의사를 표명한 환자	환자 자격조건과 무관하게 해당 상병으로 대상기관에 지속적으로 내원하는 재진환자
적용시점	지속적 관리받을 의사 표명한 익일부터	재진 시
혜택	재진진찰료 본인부담률경감 (30% → 20%)로 적용	1,970원 별도 지급
횟수제한	-	기관당 한 환자에 대하여 연간 12회(단, 월 2회 이내)
기록	대상환자가 의사를 표명한 사실을 진료기록부에 기록·보관해야 함	개인별 진료기록부에 만성질환자 관리내역을 기록·보관해야 함

건강검진 당일 진찰료 산정 관련

Question

공단건강검진 실시 당일에 환자의 기존 질환에 대한 진찰을 하고 처방전을 발급하였습니다. 이런 경우 진찰료는 별도로 산정이 가능한가요?

Answer

건강검진 당일 동일 요양기관에서 건강검진과는 별도로 질환에 대한 진찰이 이루어져 처방이나 별도의 진료행위가 발생한 경우는 진찰료의 50% 산정이 가능합니다. 일반건강검진 시 산정코드 세 번째 자리에 3으로 기재하여야 하며, 줄번호 단위 특정내역 구분코드(JT018)란에 해당 사유를 기재하여 청구하여야 합니다.

관련 근거

건강검진 실시 당일 진료 시 진찰료 산정방법

1. 「국민건강보험법」 제52조에 의거 가입자 및 피부양자에게 실시하는 건강검진 당일 동일 요양기관에서 건강검진과는 별도로 질환에 대한 진찰이 이루어져 진찰 이외에 의사의 처방(약제 처방전 발급, 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 의하여 산정가능한 진료행위)이 발생한 경우 해당 진찰료는 다음과 같이 산정함

   – 다 음 –

   「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료[산정지침] 1. 진찰료 '가'에 의거 초진(또는 재진)진찰료의 50%를 산정하며, 코드는 다음과 같이 기재함. 진찰료 산정 사유에 대하여는 진료기록부에 기록하고, 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령」에 의하여 작성 · 청구토록 함

   (가) 일반건강검진 시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우: 산정코드 세 번째 자리에 3으로 기재

   (나) 암검진 시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우: 산정코드 세 번째 자리에 5로 기재

   (다) 영유아 건강검진 시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우: 산정코드 세 번째 자리에 2로 기재

2. 상기 '1' 항에도 불구하고 건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료[산정지침]에 의거 2개이상의 진료과목이 설치되어 있고 해당 과의 전문의가 상근하는 요양기관에서 건강검진 당일 검진실시 의사와 전문과목 및 전문분야가 다른 진료담당의사가 건강검진과는 별도로 질환에 대하여 진료한 경우에 한하여 초진(또는 재진) 진찰료를 산정할 수 있음

3. 또한, 건강검진을 실시한 요양기관에서 동일 의사에게 검진 결과에 대해 다른날 설명하는 것은 검진결과 상담에 해당되어 진찰료를 별도 산정할 수 없으나, 검진결과 이상소견에 대해 단계적 정밀검사 또는 별도의 진료가 이루어진 경우에는 재진진찰료를 산정함

◎ 고시 제2017-249호 (2018.1.1.시행)

관련 근거

「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서세부작성요령」 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 Ⅶ.별표 8.(별표 8) 특정내역 구분코드 2. 진료(조제)내역 줄번호(확장번호) 단위 및 처방내역 줄번호(확장번호) 단위

<table>
<tr><th>구분코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td>JT018</td><td>건강검진
실시 당일
진찰료 산정사유</td><td>• 국민건강보험법에 따른 건강검진 실시 당일 별도의 진찰료를 산정하는 경우 해당 사유 코드를 모두 기재
(진찰료 산정 사유코드가 'F' 또는 'G'인 경우는 구체적인 사유를 함께 기재)
※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재 (영문200자, 한글100자)
〈진찰료 산정 사유코드〉
<table><tr><th>구 분</th><th>코드</th></tr><tr><td>원외처방전 발급</td><td>A</td></tr><tr><td>원내직접조제(경구, 외용제, 주사제 등)</td><td>B</td></tr><tr><td>이학요법</td><td>C</td></tr><tr><td>처치 및 수술</td><td>D</td></tr><tr><td>검사</td><td>E</td></tr><tr><td>「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」 제1편 제3부 행위 비급여 목록에 따라 산정 가능한 진료행위</td><td>F</td></tr><tr><td>A부터 F까지에 해당하지 않는 사유</td><td>G</td></tr></table>• 기재형식 : X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(200)/X(1)/ X(200)</td></tr>
</table>

참고

「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표2] 제3호 타목에 따른 급여 적용 범위(본인부담 면제)

국민건강보험법 제52조 및 동법 시행령 제19조제1항 [별표2] 제3호 타목에 따라 일반건강검진 후 검사결과에 따라 고혈압 · 당뇨병 질환을 확진하기 위해 실시하는 진찰료 및 검사의 적용범위(본인부담 면제)는 다음과 같이 함

– 다 음 –

가. 대상범위

1) 대상환자: 국민건강보험법 시행령 제25조에 따른 일반건강검진 대상자의 건강검진 결과 고혈압 또는 당뇨병 질환 의심자

2) 대상항목

(가) 고혈압: 진찰료 1회

(나) 당뇨병: 진찰료 1회, 누302 당검사(정량 또는 반정량) 1회

3) 적용기간: 건강검진실시 연도의 다음연도 1월31일까지

나. 청구방법

1) 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령에 따라 특정기호란에 'F022'를 기재하여 청구

2) 대상범위 이외 진료상 필요하여 추가 검사 등을 시행한 경우에는 분리청구

◎ 고시 제2018-8호(2018.1.1. 시행)

차등수가 산정방법

Q uestion

의과의원은 차등수가가 폐지되는데 청구시 진료일수를 어떻게 기재해야 하나요?

A nswer

의과의원은 2015년 12월 1일부터 차등수가가 폐지되어 진료일수, 명일련 단위 특정내역 MT008(의사별 진료일수)을 기재하지 않아도 됩니다.

관련 근거

의사 또는 약사의 차등수가 적용 제외 기준

가. 평일 18시~익일 9시의 진찰료 · 조제료의 적용 제외 기준:
1일 8시간(식사시간 포함) 이상 진료하는 요양기관에서 8시간을 초과하여 이루어지는 야간 진찰료 · 조제료에 대하여 적용을 제외함

나. 토요일 · 공휴일의 진찰료 · 조제료의 적용 제외 기준:
토요일 · 공휴일의 진찰료 · 조제료 전체에 대하여 차등수가 적용을 제외할 경우, 해당일은 진찰 · 조제일수의 합에서도 제외함 다만, 토요일 또는 공휴일에 진찰 · 조제나 매출 등이 있는 경우로서, 토요일 오전 및 공휴일의 진찰료 · 조제료에 대하여 차등수가를 적용하는 경우는 진찰 · 조제횟수의 합에 토요일 오전 및 공휴일에 발생한 진찰 · 조제를 포함하며, 진찰 · 조제일수의 합에도 해당일을 포함함(이 경우, 토요일 13시~익일 9시의 진찰료 · 조제료에 대하여는 산정코드 세 번째 자리에 1을 기재한다.)

◎ 고시 제2016-3호 (2016.1.18. 시행)

관련 근거

차등수가 개편에 따른 수가적용 관련 Q&A

1. 2015.12.1. 차등수가 개편에 따른 주요 변경 내용
   - (차등수가 폐지) 의과의원
   - (차등수가 유지) 치과의원, 한의원, 보건의료원, 약국 및 한국희귀의약품센터
   - (차등수가 적용 제외 확대) 평일 18시(토요일은 13시)~익일 9시 ☞ 평일 18시~익일 9시, 토요일 및 공휴일은 전일 제외

2. 문구 삭제에 따라 의료급여환자는 차등수가 적용대상이 되는 건가요?
   「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제3조제1항※에 따라 기존과 동일하게 의료급여 환자는 차등수가 적용 받지 않음
   ☞「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 문구만 변경된 것임
   ※ 제3조(진찰료 등) ① 진찰료(약국의 경우에는 조제료, 약국관리료, 기본조제기술료, 복약지도료를 말한다)의 경우에는 상대가치점수 제1부 일반원칙 "Ⅲ. 차등수가"는 적용하지 아니한다.

3. 차등수가 적용대상 제외시 수가산정 방법은?
개정된 가-1-가 초진진찰료 '주 6' 항 및 가-1-나 재진진찰료 '주 9' 항 에 따라 평일 야간만 적용제외 코드(산정코드 세 번째 자리에 1로 기재)사용하며, 토요일 및 공휴일은 적용제외 코드 사용하지 않음

적용제외 대상	적용제외 산정코드
평일 야간	사용
토요일※	사용 안함
공휴일	사용 안함

※ 토요일 적용제외 산정방법
- 개정전(~ '15.11.30.): 적용제외 산정코드 사용(토요일 13시~익일 9시)
- 개정후('15.12.1.~): 적용제외 산정코드 미사용

4. 진료(조제)일수 기재 시 토요일과 공휴일도 포함되는지?
차등수가 적용제외 대상에 해당하는 토요일 및 공휴일의 진료(조제)일수는 포함되지 않음

5. 주 3일 이상이면서 주20시간 이상 근무하는 격일제, 시간제 근무자의 진료(조제)일수 산정하는 방법은?
격일제, 시간제 근무자는 차등수가 적용제외 대상에 해당하는 토요일 및 공휴일을 제외한 재직일수의 1/2로 산정(소수점 이하 4사5입)함

6. 차등수가 폐지되는 의과의원에서 청구 시 진료일수 기재해야 하는지?
의과의원은 차등수가가 폐지되어 진료일수, 명일련 단위 특정내역 MT008(의사별 진료일수)을 기재하지 않아도 됨

7. 평일 18시~익일 9시에 차등수가 적용 대상에서 제외되는 진찰료(조제료 등)는?
1일 8시간 이상(식사시간 포함) 진료하는 요양기관에서 8시간을 초과하여 이루어지는 야간 진찰료(조제료 등)가 해당됨
* 야간 가산 시간: 평일 18시~익일 9시

8. 1일 진료시간이 8시간 미만인 경우 진찰료(조제료 등) 야간 가산 적용은 가능한지?
진찰료(조제료 등) 차등수가 적용대상 제외에 대한 것으로, 평일 18시~익일 9시에 진찰(조제)이 이루어진 경우 야간 가산은 가능함

9. 24시간 진료 시 차등수가제 야간진료 제외 기준은?
평일 1일 8시간 이상(식사시간 포함) 진료한 경우로, 8시간 초과 진료분 중 18시~익일 9시에 발생한 진찰료(조제료 등)는 차등수가 적용에서 제외함

10. 차등수가 적용 제외 대상 예시

근무시간	차등수가 제외대상
평일 9시~19시(10시간)	18시~19시
평일 11시~19시(8시간)	-
평일 7시~16시(9시간)	7시~8시
평일 8시~14시(6시간)	-
평일 8시~19시(11시간)	8시~9시, 18시~19시
평일 13시~22시(9시간)	21시~22시

◎ 보험급여과-6669호 (2015.12.1. 시행)

관련 근거

차등수가 적용제외 기준 관련 Q&A

1. 변경되는 주요 내용은 무엇인지?

☞ (시행전) 토요일 · 공휴일의 진료(조제)에 대해서는 차등수가 적용을 제외하여, 청구 시 진료(조제)건수 및 진료(조제)일수 기재에서 토 · 공휴일의 사항은 모두 제외함
(시행후) 시행전 사항과 동일. 다만 토요일 오전 및 공휴일에 대해서도 차등수가 적용을 하고자 하는 경우를 허용하는 것으로, 이 경우에 한해서는 청구 시 진료(조제)건수, 진료(조제) 일수 기재에서 토 · 공휴일의 사항을 포함함(토요일 오후 진료(조제)건수는 제외)
※ 평일 18시~익일 9시 적용 제외 기준은 기존 차등수가 개편 Q&A에서 안내한 사항과 동일함

2. 기존 고시(제2015-191호) 및 Q&A(보험급여과-6669호, 2015.12.1.적용)과의 관계는?

기존 고시 및 Q&A는 유지하되, 토요일 오전 및 공휴일에 대해서 차등수가 적용을 하고 자 하는 경우를 허용하는 내용만 추가되는 것임
이에 따라, 기존 Q&A(보험급여과-6669호, 2015.12.1.적용) 중 3번 및 4번, 5번 항목은 아래와 같이 변경함

(3번) 기존: Q: 차등수가 적용대상 제외시 수가산정 방법은?
A: 개정된 가-1-가 초진진찰료 '주 6' 항 및 가-1-나 재진진찰료 '주 9' 항 에 따라서 평일 야간만 적용제외 코드(산정코드 세 번째 자리에 1로 기재)사용하며, 토요일 및 공휴일은 적용제외 코드 사용하지 않음
※ 토요일 13시~익일 9시 산정방법
- 개정전(~ '15.11.30.): 적용제외 산정코드 사용
- 개정후('15.12.1.~): 적용제외 산정코드 미사용

변경: Q: 차등수가 적용대상 제외시 수가산정 방법은?
A: 기존 안내와 동일함. 다만, 토요일 오전 및 공휴일의 진료(조제)에 대하여 차등수가를 적용하고자 하는 경우에 한해서는 토요일 13시~익일 9시의 진료(조제)에 대하여도 적용제외 코드(산정코드 세 번째 자리에 1로 기재)를 사용함

(4번) 기존: Q: 진료(조제)일수 기재 시 토요일과 공휴일도 포함되는지?
A: 차등수가 적용제외 대상에 해당하는 토요일 및 공휴일의 진료(조제)일수는 포함되지 않음

변경: Q: 진료(조제)일수 기재 시 토요일과 공휴일도 포함되는지?
A: 포함되지 않음. 다만, 토요일 또는 공휴일에 진찰 · 조제나 매출 등이 있는 경우로서, 토요일 오전 및 공휴일의 진료(조제)에 대하여 차등수가를 적용하는 경우에 한해서는 토요일과 공휴일을 진료(조제)일수에 포함함

(5번) 기존: Q: 주 3일 이상이면서 주20시간 이상 근무하는 격일제, 시간제 근무자의 진료(조제)일수 산정하는 방법은?
A: 주 3일 이상이면서 주 20시간 이상 근무하는 격일제, 시간제 근무자는 0.5인으로 인정하므로, 1개월(또는 1주일)동안 재직한 일수의 1/2로 산정함(소수점 이하 4사5입). 단, 재직 일수에 차등수가 적용제외 대상에 해당 하는 토요일 및 공휴일은 포함되지 않음. 격일제, 시간제 근무자는 1개월(또는 1주일) 동안 차등수가 적용제외 대상에 해당하는 토요일 및 공휴일을 제외한 재직일수의 1/2로 산정(소수점 이하 4사5입)함

변경: Q: 주 3일 이상이면서 주20시간 이상 근무하는 격일제, 시간제 근무자의 진료(조제)

일수 산정하는 방법은?

A: 주 3일 이상이면서 주 20시간 이상 근무하는 격일제, 시간제 근무자는 0.5인으로 인정하므로, 1개월(또는 1주일)동안 재직한 일수의 1/2로 산정함 (소수점 이하 4사5입)

* 단, 토요일 및 공휴일의 진찰(조제)에 대해 차등수가 적용을 제외 시키는 경우는 재직 일수에서 토요일 및 공휴일을 제외하고, 토요일 오전 및 공휴일의 진찰(조제)에 대해 차등수가 적용하는 경우는 재직 일수에 토요일 및 공휴일 포함

4. 개정된 사항의 적용 시점은?

– 개정된 고시(보건복지부 고시 2016-3호)의 부칙에 따라, 개정이 발령되어 시행된 날 부터 적용함

5. 개정 시행 이후에 청구하는 경우도 적용되는지?

– 개정이 발령되어 시행된 날 이후에 청구하는 경우에 대해서는 개정 사항이 적용됨. 다만, 동 내용은 당초 차등수가제 개편(보건복지부 고시 2015-191호, 2015.12.1.적용)이후에만 유효하므로, 해당 고시가 시행되기 이전(2015.11.30일 이전)의 진료분에 대한 청구에는 해당되지 아니함

◎ 행정해석, 보험급여과-195호 (2016.1.14.)

여성 청소년 대상 사람유두종 바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰·상담에 따른 진찰료 산정방법

Question 같은 날 동일 의사에게 여성 청소년 대상 사람유두종 바이러스(HPV) 예방접종 사업에 따른 진찰·상담 이외 별도로 질환에 대하여 진료 받은 경우 진찰료를 따로 산정 가능한가요?

Answer 현행 진찰료 산정기준에 따라, HPV 예방접종 사업에 따른 진찰·상담에 대한 진찰료 1회만 산정 가능합니다. 다만, 2개 이상의 진료과목이 설치되어 있고 해당과의 전문의가 상근하는 요양기관에서 전문과목 또는 전문분야가 다른 진료담당 의사가 별도 질환을 진찰한 경우는 진찰료를 각각 산정 가능하며, 분리청구 하여야 합니다.

관련 근거

여성 청소년 대상 사람유두종 바이러스(HPV)예방접종 및 진찰·상담 사업에 따른 진찰료 산정방법

「예방접종의 실시기준 및 방법(보건복지부 고시 제2016-80호)」등에 근거한「건강여성 첫걸음 클리닉 사업 관리 지침(이하 사업지침)」에 따라, 여성 청소년에게 사람유두종 바이러스(HPV) 감염증 예방접종과 진찰 및 상담을 실시하는 경우 진찰료는 다음과 같이 산정함

- 다 음 -

가. 적용대상

사업 참여 의료기관(보건기관 및 보건의료원 제외)이 사업지침에서 정한 절차에 따라 사업대상인 만 12세 여성 청소년에 대하여 사람유두종 바이러스(HPV) 감염증 예방접종과 함께 표준 여성 청소년 건강상담 등 진찰을 실시한 경우(대상자당 최대 2회)

나. 진찰료 산정 및 청구방법

「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 가-1 가 초진진찰료를 산정하며, 청구 시 "요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령"에 의하여 구분코드 등을 작성 · 청구토록 함

다. 기타

동 세부인정사항에 의한 진찰료에 한하여 환자 본인부담금은 사업예산으로 지급함(환자 본인부담금 면제)

고시 제2016-86호 (2016.6.20. 시행)

관련 근거

여성 청소년 대상 사람유두종 바이러스 청구방법 개정고시

▷ 특정기호 F012(여성 청소년 대상 사람유두종 바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰 · 상담사업 지원대상자) 신설

▷ 여성 청소년 대상 사람유두종 바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰 · 상담사업 지원대상이 해당 지원대상 상병과 동시에 타 상병 진료분인 경우 분리청구: 명세서 「구분자」기재: 특정내역 MT001(상해외인) 'R'

◎ 고시 제2016-93호 (2016.6.20. 시행)

관련 근거

여성 청소년 대상 사람유두종 바이러스 예방접종 및 진찰·상담 사업에 따른 진찰료 산정방법에 관한 질의 응답

❑ 일반사항

1. 건강보험 이외 의료급여, 보훈, 대상자 포함여부
   – 건강보험(차상위 포함) 이외 의료급여, 보훈 포함

2. 외래 및 입원시 여성 청소년 대상 사람유두종 바이러스(HPV) 예방 접종 및 진찰 · 상담에 따라 예방접종과 진찰 · 상담이 실시된 경우 본인부담률 산정방법
   – 외래 · 입원 구분에 따른 각각의 본인부담률 적용

□ 수가산정 관련

1. 여성 청소년 대상 사람유두종 바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰 · 상담 사업에 따른 진찰료 산정시 야간 · 공휴 가산 적용 여부
   – 현행 「행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가-1-가. 초진 진찰료 산정과 동일하게 야간 · 공휴 · 토요 가산 적용함

2. 같은날 동일 의사에게 여성 청소년 대상 사람유두종 바이러스(HPV) 예방접종 사업에 따른 진찰 · 상담 이외 별도로 질환에 대하여 진료 받은 경우 진찰료 산정방법
   – 현행 진찰료 산정기준에 따라, HPV 예방접종 사업에 따른 진찰 · 상담에 대한 지찰료 1회만 산정 ※ 다만, 2개 이상의 진료과목이 설치되어 있고 해당과의 전문의가 상근하는 요양기관에서 전문과목 또는 전문분야가 다른 진료담당 의사가 별도 질환을 진찰한 경우는 진찰료를 각각 산정 가능(분리청구)

3. 여성 청소년 대상 사람유두종 바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰 · 상담 사업에 따른 진찰료 산정시 의료질평가지원금 및 전문병원 관리료, 전문병원 의료질 지원금 산정 여부
   – 산정할 수 없음. 다만, 같은 날 예방접종 사업에 따른 진찰 · 상담 이외 별도로 질환에 대한 진료를 동시에 실시한 경우는 산정 가능(분리 청구)

4. 여성 청소년 대상 사람유두종 바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰 · 상담 사업에 따른 진찰료 산정시 선택진료 추가비용 산정 여부
   – 산정할 수 없음. 다만, 같은 날 예방접종 사업에 따른 진찰 · 상담 이외 별도로 질환에 대한 진료를 실시한 경우는 산정 가능(분리청구)

5. 예외 인정자(면역저하자에게 3회 접종하거나 조혈모세포 이식 등 타당한 의학적 사유로 재접종이 필요한 경우)의 경우 진찰료도 3회 산정 가능한지 여부
   – 표준 여성 청소년 건강 상담 시 발생하는 진찰료는 대상자당 최대 2회까지 인정

6. 사람유두종 바이러스(HPV) 예방접종 시행일 외 다른 날짜에 방문하여 표준 여성 청소년 건강 상담을 하는 경우 진찰료 인정 여부
   – 여성 청소년 대상 사람유두종 바이러스(HPV) 예방 접종 및 진찰 · 상담 사업에 따른 진찰료를 예방 접종 시행 당일 동시에 표준 여성 청소년 건강 상담을 제공한 경우에만 인정

□ 청구 관련

1. 여성 청소년 대상 사람유두종 바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰 · 상담 사업에 따른 진찰료 청구시 기재하는 상병분류기호는?
   – R688(기타 명시된 전신 증상 및 징후)로 기재함

2. 여성 청소년 대상 사람유두종 바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰 · 상담 사업에 따른 진찰료 청구시 기재내역은?
   – 특정기호 F012(여성 청소년 대상 사람유두종 바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰 · 상담사업 지원 대상자) 기재함

3. 여성 청소년 대상 사람유두종 바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰 · 상담 사업에 따른 진찰료 청구시 기재된 본인일부부담금은?
   – 실제 본인이 부담하는 금액은 환자에게 징수하지 않음(사업예산으로 지급)

〈건강보험, 의원 외래 작성예시〉

요양급여비용총액2	요양급여비용총액1	본인일부부담금	청구액	특정내역구분
				MT002
주1)14,410	주2)14,410	주3)4,300	주4)10,110	F012

주1) 요양급여비용총액2 = 진찰료 금액
주2) 국민건강보험법 시행령 별표2 및 같은법 시행규칙 별표3에 따른 법정 본인부담금을 기재
14,410원(요양급여비용총액1) × 30%(외래 본인부담률) = 4,300원(100원미만 절사)
여성 청소년 대상 사람유두종 바이러스(HPV) 예방 접종 및 진찰 · 상담 사업 지원대상자에게 징수하지 않음(사업예산으로 지급)
주3) 요양급여비용총액1–본인일부부담금을 기재

〈의료급여 2종 수급권자, 의원 외래 작성예시〉

요양급여비용총액2	요양급여비용총액1	본인일부부담금	청구액	특정내역구분
				MT002
주1)14,410	주2)14,410	주3)1,000	주4)13,410	F012

주1) 요양급여비용총액2 = 진찰료 금액
주2) 의료급여법 시행령 별표1의 2호에 따른 본인일부부담금 기재
= 2종 수급권자 그밖의 외래진료시 본인부담금=1,000원
여성 청소년 대상 사람유두종 바이러스(HPV) 예방 접종 및 진찰 · 상담 사업 지원대상자에게 징수하지 않음(사업예산으로 지급)
주3) 요양급여비용총액1–본인일부부담금=14,410원–1,000원=13,410원

4. 여성 청소년 대상 사람유두종 바이러스(HPV) 예방접종 시행 당일 진찰 · 상담 외의 다른 행위(검사, 처치 등)가 동시에 발생한 경우 청구방법
   – 명세서를 구분하여 각각 작성함

구분	특정내역구분	특정내역
예방접종	MT002	F012
다른 행위(검사, 처치 등)	MT001	R

◎ 고시 제2016-86호, 제2016-93호 관련 (2016.6.20.시행)

입원 중 협의진찰료 급여기준

Question 수술 시 마취통증의학과와 협의한 협의진찰료가 조정된 사유가 무엇인가요?

Answer 협의진찰료는 입원 중인 환자의 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위하여 그 환자의 주치의가 아닌 다른 진료과목 [또는 세부전문과목(분야)] 의사의 견해나 조언을 얻는 경우 산정하며, 협의진료를 요청하는 특별한 문제 및 협의진료의사의 견해 등을 의무기록에 명시하여야 합니다. 특별한 문제가 없거나 일률적으로 마취통증의학과 협의진찰료를 산정하거나, 예방적 목적으로 협의했을 때에는 산정할 수 없습니다.

관련 근거

입원 중 협의진찰료 급여기준

1. 산정기준
   협의진찰료는 입원 중인 환자의 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위하여 그 환자의 주치의가 아닌 다른 진료과목 [또는 세부전문과목(분야)] 의사의 견해나 조언을 얻는 경우 산정하며, 협의진료를 요청하는 특별한 문제 및 협의진료의사의 견해 등을 의무기록에 명시하여야 함

2. 진료과목당 또는 세부전문과목(분야)당 산정횟수
   가. 상급종합병원, 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원
   : 입원기간 중 30일에 5회 이내
   다만, 중환자실 입원환자의 경우 환자상태 변화 등으로 인해 협진이 필요한 경우 추가산정 가능 (기본코드 다섯 번째 자리에 1로 기재)
   나. 종합병원, 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원
   : 입원기간 중 30일에 3회 이내
   다. 병원 · 한방병원 · 치과병원
   : 입원기간 중 30일에 2회 이내
   라. 요양병원 · 의원 · 한의원 · 치과의원 · 보건의료원
   : 입원기간 중 30일에 1회

◎ 고시 제2016-99호 (2016.7.1. 시행)

격리실 산정기준

Question

수족구나 대상포진 등 전염력이 있는 질환 중 격리실 입원료가 인정되는 감염 질환은 뭐가 있나요?

Answer

「국민건강보험법 제41조」에 의하면, 요양급여란 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 진찰·검사, 처치·수술 기타의 치료 등을 실시하는 것이며, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 별표1. 요양급여의 적용기준 및 방법의 1. 요양급여의 일반원칙에 의거 요양급여는 가입자 등의 연령·성별·직업 및 심신상태 등의 특성을 파악하여 진료의 필요가 있다고 인정되는 경우에 정확한 진단을 토대로 하여 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하도록 하고 있습니다. 한편, 건강보험은 국민이 부담하는 보험료와 국고지원액을 재원으로 질병·부상 등에 대하여 보험급여를 실시하되, 한정된 재원으로 모든 가입자 및 피부양자에게 소요되는 진료비를 다 충당하기에는 어려움이 있어 건강보험재정을 효율적으로 쓰기 위하여 보험급여범위와 우선순위를 정하여 운영하고 있습니다. 격리실입원료는 진료 상 입원이 반드시 필요한 경우에 산정하되, 요양급여로 인정하는 급여대상을 따로 정하고 있어, 해당 감염병으로 입원이 반드시 필요한 경우에 격리실입원료가 요양급여로 인정되어 수족구등은 격리실입원료가 요양급여로 인정되지 않음을 알려드립니다.

관련 근거

격리실 입원료 급여기준 (일반원칙)

'일반 환자를 보호하기 위하여 전염력이 강한 전염성 환자를 일반 환자와 격리하여 치료할 필요가 있는 경우' 에서의 격리실입원료는 진료상 입원이 반드시 필요한 경우에 산정하되, 다음의 경우 요양급여를 인정함

– 다 음 –

가. 급여대상

(1) 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제1군 감염병

(2) 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제2군 감염병 중 디프테리아, 백일해, 홍역, 유행성 이하선염, 풍진, 폴리오, 수두

(3) 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제3군 감염병 중 결핵, 성홍열, 탄저, 수막구균성수막염, 인플루엔자

(4) 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 의료관련 감염병

(5) 기타 감염병: 파종성 대상포진, 로타바이러스, C. difficile, 옴

(6) 기타 공중보건상의 문제로 격리가 필요하다고 인정되어 보건복지부장관이 정하는 감염병 등

나. 격리기간

(1) 위 가. 급여대상 중 (1) ~ (3)에 해당하는 질환(인플루엔자 제외)은 질환이 의심되는 객관적인 소견이 있는 시점부터 감염력이 소실될 때까지

(2) 위 가. 급여대상 중 (4)에 해당하는 의료관련 감염병은 미생물학적 검사 결과 감염이 확인된 시점부터 주 1회 이상 실시한 감수성검사 결과에서 연속 3회 음성이 나타날 때까지. 다만, 과거 입원(3개월 이내)에서 균이 분리되어 선제 격리된 VRE, VRSA(VISA포함), CRE는 감시배양에서 2~3회 음성(1~2일 간격)이 나타날 때까지

(3) 위 가. 급여대상 중 (5)에 해당하는 질환은 배양검사 또는 면역학적 검사 결과 감염이 확인된 시점부터 감염력이 소실될 때까지. 다만, 기타 감염병 중 옴, 파종성 대상포진의 경우는 질환이 의심되는 객관적인 소견이 있는 시점부터 감염력이 소실될 때까지

(4) 위 가. 급여대상 중 (6)에 해당하는 경우, 보건복지부장관이 정하는 기간 동안

◎ 고시 제2016-268호 (2016.12.30. 시행)

상급병실료 개편 관련 외박수가 산정

Question

상급병실료 개편으로 4인실 AB357, 5인실 AB337 수가를 산정할 경우 환자가 외박을 한다면 수가 산정을 어떻게 해야 하나요?

Answer

2014년 9월 1일부터 상급병실제도 개편과 함께 4, 5인실 입원료가 건강보험 급여적용토록 개정되어, 기존의 '입원료'가 '기본입원료'로 변경되었고, '4인실입원료, 5인실입원료'가 신설되었습니다. 신설된 4인실입원료, 5인실입원료에도 각각의 입원료 소정점수가 부여되었고, 입원료 등에 포함되어 있는 의학관리료(입원료 소정점수의 40%), 간호관리료(소정점수의 25%), 병원관리료(소정점수의 35%)의 비율은 기존과 동일하므로, 외박 등 적용 시 각각의 해당 입원료 소정점수에 대한 비율을 적용하시기 바랍니다. (예: 5인실 입원 중 외박시, 5인실입원료의 35% 적용)

관련 근거

「건강보험요양급여비용」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 2. 입원료 등 [산정지침]

가. 입원료 등의 소정점수에는 입원환자 의학관리료(소정점수의 40%), 입원환자 간호관리료(소정점수의 25%), 입원환자 병원관리료(소정점수의 35%)가 포함되어 있으며 요양기관 종별에 따라 산정한다.

관련 근거

「입원환자 외박 시 병원관리료 산정방법」

- 입원중인 환자가 주치의의 허가를 받아 외박시 입원료는 산정할 수 있으나, 연속하여 24시간을 초과하는 경우는 입원료 중 입원환자 병원관리료만 산정함
- 이 때, 병원관리료는 내과질환자 · 정신질환자 · 만8세 미만의 소아환자에 대한 가산, 간호인력 확보 수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등가산 및 입원일수에 따른 체감이 적용되지 않은 상태에서 입원료 소정점수의 35%를 산정함

◎ 고시 제2003-65호 (2003.12.1. 시행)

중환자실입원료 산정

Question 의료법에서 정한 시설 및 장비를 갖추고 있지 않은 경우 중환자실입원료 산정이 가능한가요?

Answer 의료법 시행규칙 제34조 [별표4]에서 정하고 있는 시설·장비를 갖춘 중환자실에 한하여 중환자실입원료 산정이 가능하므로 의료법에서 정한 시설 장비를 갖추고 있지 않은 경우 일반병실입원료로 산정하여야 합니다.

관련 근거

의료법 시행규칙 제34조 [별표 4] <개정 2017.2.3.>

2. 중환자실
   가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
   나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
   다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
   라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
   마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
   바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
   사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
   아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
   자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
   차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
   카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

의(한의)과 중복진료

Q uestion

허리 통증으로 인하여 동일날 의과에서 물리치료를 한 후 한의과에서 침 치료를 시행하고 각각 청구하였는데 조정 되었습니다. 사유가 무엇인가요?

A nswer

같은 날 동일 상병에 대하여 통증완화 등 동일 목적의 진료가 실시 된 경우 우선적으로 주된 치료(선행된 분야, 즉 시계열상 먼저 이루어진 분야의 진료)가 이루어진 의(한의)과 요양기관의 요양급여비용을 산정하고, 동시에 이루어진 의(한의)과 요양기관의 중복 진료비용은 환자 전액본인부담 하셔야 합니다.

관련 근거

동일대표자가 개설한 동일소재지 의(한의)과 요양기관에서 같은날 동일상병으로 진료시 요양급여비용 산정방법

국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 제1호 사목에 의거 개설자가 동일한 요양기관은 동일 환자의 동일상병에 대하여 같은 날 외래로 요양급여를 중복하여 실시하여서는 아니 된다고 규정하고 있는 바, 동일 대표자가 개설한 동일 소재지의 의(한의)과 요양기관에서 의과 · 한의과 협의진료의 범주를 벗어나 단순, 반복되는 중복진료가 이루어진 경우에는 다음과 같이 적용토록 함

– 다 음 –

가. 같은 날 동일 상병에 대하여 통증완화 등 동일 목적의 진료가 실시된 경우 우선적으로 주된 치료가 이루어진 의(한의)과 요양기관의 요양급여비용을 산정하고, 동시에 이루어진 의(한의)과 요양기관의 중복 진료비용은 국민건강보험법시행규칙[별표5] 요양급여비용의 본인부담 제1호아목에 의거 환자가 전액본인부담토록 함 이 때, 선행된 분야 즉 시계열상 먼저 이루어진 분야의 진료를 주된 치료로 봄

나. 세부 적용기준

(1) 의과와 한의과의 투약과 침, 물리치료 등은 치료의 원리 및 접근방법 등이 다르기는 하나, 외래환자에게 동일 상병에 대하여 통증완화 등 동일 목적으로 실시된 진료는 중복진료로 보아 주된 치료만 요양급여로 적용하며, 동일 목적으로 투여된 약제도 중복진료로 간주하여 전액 본인이 부담함

(2) 의과 또는 한의과 요양기관에 입원한 환자 및 한의과에서 CT 등의 검사를 의과 요양기관에 의뢰하는 협의진료는 적용되지 아니함

다. 동 기준 적용대상 의료기관은 의(한의)과 요양급여비용을 같은 날 청구하도록 함

◎ 고시 제2010-18호 (2010.2.1. 시행)

관련 근거

의과, 치과, 한의과 진료과목을 개설·운영하는 요양기관 및 복수면허(의과, 치과, 한의과) 의료인이 개설하는 요양기관에서 같은 날 동일 상병 진료시 요양급여비용 산정방법

의료법 제43조 및 동법시행규칙 제41조에 의거 의과, 치과, 한의과 진료과목 추가 개설 · 운영하는 요양기관 및 복수면허 (의과,치과, 한의과) 의료인이 개설하는 요양기관에서 동일 환자의 동일상병에 대하여 같은 날 외래에서 단순, 반복되는 중복진료가 이루어진 경우에는 다음과 같이 적용토록 함

– 다 음 –

가. 같은 날 동일 상병에 대하여 통증완화 등 동일 목적의 진료가 실시된 경우 우선적으로 이루어진 주된 치료는 요양급여비용을 산정하고, 그 이외의 진료비용은 비급여임. 이 때, 선행된 분야 즉 시계열상 먼저 이루어진 분야의 진료를 주된 치료로 봄

나. 의(치)과와 한의과의 투약과 침, 물리치료 등 치료의 원리 및 접근방법 등이 다르기는 하나, 외래환자에게 동일 상병에 대하여 통증완화 등 동일 목적으로 실시된 진료는 중복진료로 보아 주된 치료만 요양급여로 적용하며, 동일 목적으로 투여된 약제도 중복진료로 간주하여 비급여로 적용함

다. 동 기준 적용대상 요양기관은 의과 · 치과 · 한의과 요양급여비용을 같은 날 청구하도록 함

◎ 고시 제2010-18호 (2010.2.1. 시행)

C형 간염항체검사 급여기준

Question

최근 변경된 C형 간염항체검사의 인정기준은 어떻게 되나요? 수술전 검사로 시행한 경우에 인정이 되나요?

Answer

C형 간염항체검사는 간기능검사상 이상소견이 있는 경우, 급성 및 만성 간질환 환자에서 C형간염이 의심되거나 C형간염의 배제가 필요한 경우, 혈액종양 환자와 혈액투석을 받는 만성 신부전증 환자 등 잦은 수혈로 인해 C형 간염 감염의 위험이 있다고 판단되는 경우 또는 수술(관혈적 시술 포함)이 필요하거나 예측되는 경우 등에 한하여 보험급여 됩니다. 따라서 수술 전 검사로 동 검사를 시행한 경우에는 급여로 인정됩니다. 사유가 있을 시 참조내역에 기재하여 주시기 바랍니다.

관련 근거

C형 간염항체검사의 급여기준

누700마 일반면역검사-C형간염항체(HCV Ab) 또는 누701아 정밀면역검사-C형간염항체(HCV Ab)의 급여기준은 다음과 같이 함

- 다 음 -

가. 간기능검사상 이상소견이 있는 경우

나. 급성 및 만성 간질환 환자에서 C형간염이 의심되거나 또는 C형간염의 배제가 필요한 경우

다. 혈액종양 환자와 혈액투석을 받는 만성 신부전증 환자 등 잦은 수혈로 인해 C형 간염 감염의 위험이 있다고 판단되는 경우

라. 혈액, 골수, 조직, 장기 등의 공여자

마. C형간염 고위험군에서 감염원에 노출되었거나 노출될 위험이 높은 경우

바. 수술(관혈적 시술 포함)이 필요하거나 예측되는 경우

사. 상기 가.~바. 이외 임상적으로 필요하여 실시하는 경우 사례별로 인정함

◎ 고시 제2017-265호 (2018.1.1. 시행)

종양검사의 급여기준

Q uestion

환자의 증상으로 암이 의심되는 경우에는 종양검사가 보험급여 가능한가요?

A nswer

종양검사는 원발장기 혹은 속발장기에 종양이 있는 경우나 암이 의심되는 경우에 가능하며, 암이 의심되는 경우라면 선행검사 등을 통해 임상증상이 확인된 경우에 인정됩니다.

관련 근거

종양검사의 급여기준

누421, 누422, 누428~누432, 누434~누441 및 누372를 종양검사로서 시행할 경우의 급여기준은 다음과 같이 함

– 다 음 –

가. 악성종양이 원발장기에 있는 경우: 최대 2종 인정

나. 악성종양이 원발장기와 속발(전이)장기에 있거나 악성종양이 의심되는 경우: 원발장기 2종을 포함하여 최대 3종 인정

다. 원발장기가 확인이 안된 상태에서 암이 의심되어 실시하는 경우: 장기별로 1종씩 인정하되, 최대 3종까지 인정. 다만, 난소암이 의심되는 경우는 치료 전 검사 1회에 한하여 최대 5종까지 인정함

라. 종양검사 중 '누437 인간부고환 단백4[정밀면역검사]'는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함

고시 제2017-265호 (2018.1.1. 시행)

α-Fetoprotein검사의 적응증별 급여기준

Question

얼굴도 노랗고 소변 색도 진해지고 피로감이 심해서 간암을 확인하고자 알파피토프로테인 검사를 시행했는데 조정이 되었습니다. 조정사유가 뭔가요?

Answer

α-Fetoprotein(AFP)검사는 간암 조기진단 시에는 간경변, 바이러스성(B,C형) 만성간염, AFP가 증가된 경우, 간암의 가족력 등이 있는 고위험군일 경우에만 급여로 인정됩니다. 고위험군일 경우 상세내역을 기재해 주시기 바랍니다.

관련 근거

α-Fetoprotein검사의 적응증별 급여기준

종양검사 중 누421 알파피토프로틴-알파피토프로테인검사의 급여기준은 다음과 같이 함

- 다 음 -

가. 악성종양 치료 시

1) 수술 전 · 후 각 1회, 경과 관찰을 위해서 2~3개월에 1회씩 인정

2) 시술(예: TACE, PEIT, RF ablation 등)의 효과 판정을 위해 시술 후 1회, 경과 관찰을 위해서 2~3개월에 1회씩 인정

3) Germ cell tumor 치료 후 추적검사는 첫 1년은 1~2개월에 1회, 2년째는 2~3개월에 1회, 3년째는 3~6개월에 1회, 5년까지는 6~12개월에 1회, 그 이후는 연 1회 인정

나. 간암 조기진단 시

간암의 고위험군[간경변, 바이러스성(B,C형) 만성간염, AFP가 증가된 경우, 간암의 가족력 등]인 경우에는 3~6개월 간격으로 인정

◎ 고시 제2017-265호 (2018.1.1. 시행)

고지혈증 다종검사 인정기준

Question

고지혈증 검사 total cholesterol, TG, HDL, LDL cholesterol 4종을 했더니 LDL cholesterol이 조정되었는데 사유가 뭔가요? 또 고지혈증 치료제 기준 변경에 따라 LDL cholesterol도 보험 기준이 변경되었나요?

Answer

지질관련검사에 대한 급여인정은 약제 급여기준과는 별도로 행위수가 관련 사항으로 지질대사 이상 질환의 screening 및 진단을 위한 검사 시 일반적으로 총콜레스테롤, HDL-C, TG 3종을 측정하며, TG 가 400mg/dl을 초과하거나, 제Ⅲ형 고지혈증 등의 경우에는 직접법으로 LDL-C를 측정하고 있습니다. 다만, 요양기관의 청구경향 등을 참조하여 지질검사 4종을 선별적으로 실시하거나 고지혈증 진단 및 고지혈증 약제 투여 내역 등이 확인될 시 사례별로 LDL-C 검사를 인정하고 있습니다. 고지혈증 치료제 일반원칙 변경에 따른 LDL-C는 직접법과 계산법 모두 인정 가능합니다.

관련 근거

「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1]

요양급여의 적용기준 및 방법을 정하고 있는 바, 동 규칙에 의거 요양급여는 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하여야 하며, 각종 검사를 포함한 진단 및 치료행위는 진료 상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 한다.

골밀도검사의 인정기준

Question

62세 여자인데 골밀도 검사가 조정되었습니다. 이유가 뭔가요?

Answer

골밀도검사는 65세 이상의 여성과 70세 이상의 남성, 비정상적으로 1년 이상 무월경을 보이는 폐경전 여성 등에게 급여 가능합니다.

관련 근거

골밀도검사의 인정기준

다334 골밀도검사의 인정기준은 다음과 같이 함

가. 적응증
(1) 65세 이상의 여성과 70세 이상의 남성
(2) 고위험 요소가 1개 이상 있는 65세 미만의 폐경후 여성
(3) 비정상적으로 1년 이상 무월경을 보이는 폐경전 여성
(4) 비외상성(fragility) 골절
(5) 골다공증을 유발할 수 있는 질환이 있거나 약물을 복용중인 경우
(6) 기타 골다공증 검사가 반드시 필요한 경우
※ 고위험요소
1. 저체중(BMI 〈 18.5)
2. 비외상성 골절의 과거력이 있거나 가족력이 있는 경우
3. 외과적인 수술로 인한 폐경 또는 40세 이전의 자연 폐경

나. 산정횟수
(1) 진단 시
– 1회 인정하되, 말단골 골밀도검사 결과 추가검사의 필요성이 있는 경우 1회에 한하여 central bone(spine, hip)에서 추가검사 인정함
(2) 추적검사
(가) 추적검사의 실시간격은 1년 이상으로 하되, 검사 결과 정상골밀도로 확인된 경우는 2년으로 함
(나) 치료효과 판정을 위한 추적검사는 central bone(spine, hip)에서 실시한 경우에 한하여 인정함
(다) 위 (가), (나)의 규정에도 불구하고 스테로이드를 3개월 이상 복용하거나 부갑상선 기능항진증으로 약물치료를 받는 경우는 종전 골밀도검사 결과에 따라 아래와 같이 할 수 있으며, 이 경우 central bone(spine, hip)에서 시행함

– 아 래 –

- 정상골밀도(T–score ≥ –1)인 경우
  : 첫 1년에 1회 측정, 그 이후부터는 2년에 1회
- T–score ≤ –3 인 경우
  : 첫 1년은 6개월에 1회씩, 그 이후부터는 1년에 1회

◎ 고시 제2007-92호 (2007.11.1. 시행)

참고

척추수술(VP)시 골밀도 검사 적용 기준

○ 경피적척추성형술은 고시(제2015–139호, 2015.8.1.)에 의거 2주 이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고 심한 배통이 지속되는 골다공증성 압박골절(단, 울혈성심부전, 폐렴, 혈전성정맥염, 약물로 잘 조절 되지않는 당뇨병환자, 투석을 받는 만성신부전환자, 80세 이상인 환자는 조기 시행가능) 시 인정함

○ 척추수술(척추성형술)시 골다공증에 의한 압박골절을 확인하는 골밀도검사 측정값은 고시(제2015–139호)에 의거 이중 에너지 방사선흡수법(Dual–Energy X–Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정한 T–score≤–2.5로 확인된 경우를 골다공증으로 인정함

[2015.12.8. 외부공개사례]

생화학적 골표지자 검사의 급여기준

Question 골다공증 환자에게 디옥시피리디놀린, (C-telopeptide of Collagen Type 1 (CTX)), 오스테오칼신 검사를 했는데(CTX) 검사가 조정된 사유가 뭔가요?

Answer 골다공증에 실시한 생화학적 골표지자 검사는 골흡수표지자검사와 골형성표지자검사를 각 1종씩 인정하고 있습니다.

관련 근거

골다공증에 실시한 생화학적 골표지자 검사의 급여기준

골다공증에 실시한 생화학적 골표지자검사는 다음과 같은 경우에 골흡수표지자검사와 골형성표지자검사를 각 1종씩 인정함

– 다 음 –

가. 골다공증 약물치료 시작 전 1회

나. 골다공증 약물치료 3~6개월 후 약제효과 판정을 위해 실시시 1회

※ 골흡수표지자
– 누501 골대사표지자[정밀면역검사]–
C–telopeptide of Collagen Type 1 (CTX),
N–telopeptide of Collagen Type 1 (NTX),
디옥시피리디놀린

※ 골형성표지자
– 누502 부갑상선표지자[정밀면역검사]–오스테오칼신
– 누500 골대사효소[정밀면역검사]–골특이성 알카리성 포스파타제

◎ 고시 제2017-265호 (2018.1.1. 시행)

갑상선 기능검사의 급여기준

Question 갑상선 기능장애의 진단을 위하여 T3, T4, free T4, TSH 총 4종의 검사를 동시 실시하려고 하는데 인정가능한가요?

Answer 갑상선 기능장애의 진단 및 치료를 위하여 실시하는 갑상선 기능검사는 T3, free T3, T4, freeT4, TSH 중 3종 이내에 시행하는 경우 요양급여로 인정합니다. 갑상선 기능검사 3종을 초과하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용합니다.

관련 근거

갑상선 기능검사의 급여기준

1. 갑상선 기능장애가 의심되거나, 진단 및 치료를 위해 시행하는 갑상선 기능검사는 다음 중 3종 이내에 시행하는 경우 요양급여를 인정함

– 다 음 –

가. 누323 갑상선호르몬 등 (01) Free T3

나. 누323 갑상선호르몬 등 (04) 싸이록신(Thyroxin, T4)

다. 누323 갑상선호르몬 등 (05) 유리싸이록신(Free T4)

라. 누323 갑상선호르몬 등 (06) 트리요도타이로닌(Triiodothyronine, T3)

마. 누325 갑상선자극호르몬 (01) 갑상선자극호르몬(Thyroid Stimulation Hormone, TSH)

2. 상기 1.에 해당하는 갑상선 기능검사 3종을 초과하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함

고시 제2018-3호 (2018.4.1. 시행)

갑상선침생검 수기료 산정방법

Question 갑상선 양쪽 엽에 각각 결절이 있어 동시에 양측으로 침생검을 실시하였습니다. 이런 경우에 갑상선침생검 수기료를 200%로 산정이 가능한가요?

Answer 나859-가 갑상선침생검 소정점수 100%만 산정하여야 합니다. 갑상선침생검은 "편측"이라는 표기가 없는 항목이므로 양측 검사 시에도 100%만 산정 가능합니다.

관련 근거 **「건강보험요양급여비용」 제1편 제2부 제2장 검사료 [산정지침]**

(2) 대칭기관에 대한 양측검사를 하였을 때에도 "편측"이라는 표기가 없는 한 소정점수만 산정한다.

관련 근거 **「건강보험요양급여비용」 제1편 제2부 제2장 검사료 제4절 내시경, 천자 및 생검료 [일반생검]**

나-859 갑상선생검
가. 침생검 Needle Biopsy
나. 관혈적 Operative

참고 **나560 조직병리검사[1장기당]의 양측장기 수가 산정방법**

나560 조직병리검사[1장기당]의 양측장기, 인접장기 및 연결장기의 수가 산정방법은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

가. 양측장기

1) 양측장기는 나560 조직병리검사의 소정점수를 양측으로 각각 산정함.

2) 갑상선, 편도, 성대, 혈관 수술 후 실시하는 나560 조직병리검사는 양측의 파라핀 블록수를 합하여 나560의 소정점수로 산정함.

◎ 고시 제2017-265호 (2018.1.1. 시행)

누300 미량알부민 검사의 급여기준

Q uestion

미량알부민 고시 인정기준에 의거 실시하였는데 조정되는 사유가 뭔가요?

A nswer

미량 알부민검사는 ① 당뇨병성 신증이 의심되는 당뇨병 환자 , ② 심혈관계 합병 위험인자(비만, 당뇨, 고지혈증, 뇌졸중 등)가 있는 고혈압환자의 경우에 해당되는 환자로서 요일반검사(누225가 또는 누225다)에서 요단백이 검출되지 아니하여 실시한 경우에 인정되므로 '요양급여비용 청구방법, 심사청구서 명세서서식 및 작성요령'에 의해 특정내역(MT004,MT015,MT016,JX999 만 해당)에 요일반검사에서 요단백 검출 여부 확인여부를 기재해 주시기 바랍니다.

관련 근거

누300 미량알부민 검사의 급여기준

누300 미량알부민 검사는 다음에 해당되는 환자로서 요일반검사(누225가 또는 누225다)에서 요단백이 검출되지 아니하여 실시한 경우에 인정함

– 다 음 –

가. 당뇨병성 신증이 의심되는 당뇨병환자

나. 심혈관계 합병 위험인자(비만, 당뇨, 고지혈증, 뇌졸중 등)가 있는 고혈압환자

◎ 고시 제2017-265호 (2018.1.1. 시행)

산전진찰 목적으로 시행하는 검사의 급여기준

Question 임산부에게 산전진찰 목적의 검사로 간기능검사를 실시하였는데 심사 조정되었습니다. 사유가 무엇인가요?

Answer 「산전진찰」이란 임산부 및 태아의 건강을 평가하여 위험임신을 선별하는 산전관리를 의미하는 것이므로 질병이 없는 산모에게 시행한 간기능검사는 산전진찰 검사의 요양급여대상으로 볼 수 없어 인정되지 않습니다.

관련 근거

산전진찰 목적으로 시행하는 검사의 급여기준

「산전진찰」이란 임신부 및 태아의 건강을 평가하여 위험임신을 선별하는 등의 산전관리를 의미하는 것으로, 산전진찰 목적으로 시행하는 검사의 급여기준은 다음과 같이 함

－ 다　　음 －

가. 요양급여대상 검사

1) 혈액학검사　　2) 요검사

3) 혈액형검사　　4) 매독반응검사(매독혈청검사)

5) HBsAg(B형간염 표면항원검사)

6) 모체혈청 선별검사 중 Triple Test 또는 Quad Test(α-FP, Estriol, β-HCG, inhibin-A)

7) 풍진검사(IgG, IgM)　　8) 에이즈검사

9) 비자극검사

가) 임신24주 이상 자궁수축이 없는 임부에게 임신기간 중에 입원, 외래 불문하고 1회만 인정하며, 다태임신의 경우에도 1회만 산정함 다만, 35세 이상 임부에 한하여 1회를 추가로 인정함

나) 위 가)의 인정횟수를 초과하여 시행한 경우에는 전액 본인부담토록 함

10) 50g 경구 포도당부하검사

임신 24~28주 사이에 1회만 인정하고, 해당 수기료는 누302나 당검사[화학반응-장비측정](정량)으로 산정하며, 부하검사 시 사용된 약제는 별도 인정함

11) 초음파검사

"초음파 검사의 급여기준"에 따름

12) 일반세포검사-자궁질세포병리검사

나. 비급여대상검사

1) 유전학적 양수검사

2) 위 1) 이외 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2] 비급여대상 3호 가목에 의한 건강검진의 범주에 속하는 검사항목

고시 제2017-265호 (2018.1.1. 시행)

임신성 100g 경구 포도당부하검사 관리료 급여기준

Question 임신성 100g 경구 포도당부하검사 관리료는 어떤 경우에 산정가능한가요?

Answer 임신부에게 실시하는 100g 경구 포도당부하검사 과정에서 발생 가능한 부작용(구토, 어지러움), 태아 등을 모니터링 및 관리한 경우에 산정 가능합니다.

관련 근거

임신성 100g 경구 포도당부하검사 관리료 급여기준

임신성 100g 경구 포도당부하검사 관리료는 아래와 같은 요건에 모두 해당하는 경우에 산정함

– 아 래 –

1. 임신부에게 실시하는 100g 경구 포도당부하검사 과정에서 발생 가능한 부작용(구토, 어지러움), 태아 등을 모니터링 및 관리하고, 검사전 · 후 상태 및 검사결과에 대한 판독소견을 기록한 경우에 산정함
2. Glucose를 4회 측정한 경우에 산정하며, 검체검사료는 나371나 당검사(정량)의 소정 점수를 별도 산정함
3. 나693나 경구 포도당부하검사와 동시에 산정할 수 없음

고시 제2015-217호 (2015.12.15. 시행)

태아심음자궁수축검사의 인정기준

Question 산모에게 실시한 태아심음자궁수축검사가 급여 인정되나요?

Answer 산모에게 실시한 태아심음자궁수축검사는 한 시간 당 8회 이상의 자궁수축이 느껴지거나 조기진통이 의심되는 임신 37주 이전 산모나 유도분만을 시도하는 산모에게 인정함을 원칙으로 합니다.

관련 근거

산모에게 실시한 태아심음자궁수축검사의 인정기준

태아심음자궁수축검사의 인정기준은 다음과 같이 함

– 다 음 –

가. 한 시간 당 8회 이상의 자궁수축이 느껴지거나 조기진통이 의심되는 임신 37주 이전 산모
나. 유도분만을 시도하는 산모

◎ 고시 제2013-36호 (2013.3.1. 시행)

참고

태아심음자궁수축검사와 비자극검사의 차이점

나732-2 태아심음자궁수축검사는 나732-가 분만전감시-전자태아감시, 나732-1 비자극검사와 동일한 장비를 사용하나 실시대상과 목적이 다름

- 비자극검사: 자궁수축이 없는 상태에서 태아심박동수 측정
- 분만전감시: 전자태아감시: 분만 진통 중 자궁수축에 따른 태아심박동의 변화를 관찰
- 태아심음자궁수축검사: 조기진통 및 유도분만을 시도하는 산모에게 자궁수축의 강도와 빈도 측정

◎ 보험급여과-925호 (2013.3.5. 시행)

참고

유도분만을 시도하는 산모의 분만 시, 태아심음자궁수축검사와 분만전감시의 수가산정방법

나732-2 태아심음자궁수축검사는 나732 분만전감시와 같은 날에 실시한 경우에는 별도 산정하지 아니한다고 규정하고 있는 바, 유도분만을 시도하는 산모가 분만한 당일에는 나732 분만전감시의 소정점수만 산정함. 다만, 유도분만을 시도하는 산모의 분만이 24시간을 초과하지 않은 경우에 실시된 나732-2 태아심음자궁수축검사는 같은 날이 아니더라도 나732 분만전감시의 소정점수만 산정합니다.

예시)

- 유도분만으로 감시 시작 2.27. 7:00am, 유도분만으로 감시 종료 2.28. 1:00pm
  : (총30시간) 나732 분만전감시×1회, 나732-2 태아심음자궁수축검사×1회 각각 산정
- 유도분만으로 감시 시작 2.27. 7:00am, 유도분만으로 감시 종료 2.28. 5:00am
  : (총22시간) 나732 분만전감시(12시간 초과)×1회 산정

초음파 검사의 급여기준

Q uestion

산전진찰 목적 초음파가 급여 전환 되었다고 하는데 「산전진찰 목적으로 시행하는 검사의 요양급여 범위」에서 비급여대상검사의 유전학적 양수검사시 유도초음파도 급여 가능한가요?

A nswer

유전학적 양수검사가 비급여 대상 검사이므로 이에 시행하는 유도 초음파도 비급여입니다.

관련 근거

초음파 검사의 급여기준

초음파 검사는 다음과 같은 경우에 요양급여하며, 이에 해당하지 않는 경우에는 비급여함

– 다 음 –

가. 급여대상 및 범위

1) 기본, 진단, 특수 초음파

가) 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀난치성 질환

(1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 산정특례 대상자: 해당 산정특례 적용 기간에 실시한 경우

(2) 산정특례 질환이 의심되는 환자: 해당 산정특례 질환이 의심되어 실시한 경우(1회 인정)

나) 신생아 중환자실 환자: 신생아 중환자실 입원기간에 실시한 경우

2) 임산부 초음파

가) 산전진찰을 목적으로 아래와 같이 시행하는 경우에 인정하며, 다태아의 경우 제2태아부터는 소정점수의 50%를 산정함
(나951나(1) '주' 항 제외)

– 아 래 –

행위명		인정 주수	인정 횟수
제1 삼분기	일반	임신 13주 이하 - 임신여부 및 자궁 및 부속기의 종합적인 확인을 하는 경우 산정하고, 임신 여부만을 확인하는 경우 '주'항에 따라 산정	2회
	정밀	임신 11-13주	1회
제2,3삼분기	일반	임신 14-19주, 임신 20-35주, 임신 36주 이후	각 1회
	정밀	임신 16주 이후	1회

나) 임신 과정 중 의학적 판단 하에 태아에게 이상이 있거나 이상이 예상되어 상기 산정횟수를 초과하여 시행해야 하는 경우에는 해당 삼분기의 일반 또는 일반의 제한적 초음파로 산정하며('주' 항 제외), 입원 중 동일 목적으로 1일 수회 시행하는 경우에도 1일 1회만 산정함

다) 나951나(1) '주' 항을 산정할 수 있는 경우는 아래와 같음

– 아 래 –

(1) 태아에게 문제를 초래하는 임부의 질환상태(임신성 당뇨병, 임신성 고혈압 등)

(2) 태아에게 문제를 초래하는 임부 자궁의 이상(여성생식기종양, 자궁경관무력증, 자궁기형 등)

(3) 정상 분만이 불가능한 태반의 이상(전치태반, 태반조기박리 등)

(4) 양수과다증 또는 양수과소증

(5) 자궁내 태아 성장지연

3) 유도 초음파

상기 1)의 적용을 받는 환자에게 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제2장(검사료) 또는 제9장(처치 및 수술료 등)에 분류된 행위를 초음파 유도 하에 아래와 같이 실시한 경우 해당 소정점수를 산정함

– 아 래 –

가) 유도초음파(Ⅰ): 흉막천자, 심낭천자, 더글라스와 천자, 양수천자, 배액 시 시술부위 확인

나) 유도초음파(Ⅱ): 조직생검, 세침흡인생검, 시술 시 간헐적 유도

다) 유도초음파(Ⅲ): 시술 시 지속적 모니터링

라) 유도초음파(Ⅳ): 고주파 열치료술, 냉동제거술과 같은 고난이도 시술

4) 응급 · 중환자 초음파

상기 1)의 적용을 받는 환자에게 실시한 경우에 산정하며, 나952나 복합 표적 초음파는 심정지, 호흡곤란, 쇼크 등 응급상황이나 의학적 상태가 악화되어 감별진단을 위해 응급의학과 전문의(전공의), 외과계 전문의(외상외과 분야에 한함), 중환자실 전담의가 검사를 시행한 경우에 산정함

나. 산정방법

1) 각 장기별 검사는 해당 장기 및 주변 림프절, 혈관, 연부조직 등을 포함하는 것으로 상기 가.의 적용을 받는 환자에게 서로 인접된 부위에 초음파 검사를 동시에 시행하는 경우 주된 검사는 소정점수의 100%, 제2의 검사는 소정점수의 50%를 산정하며, 최대 150%까지 산정함

2) 상기 가. 1)의 진단 초음파와 다.의 유도 초음파를 동시에 시행한 경우에는 각각의 소정점수를 산정함

3) 상기 가. 1)의 적용을 받는 환자에게 단순초음파를 동일 날,동일 목적으로 수회 시행하더라도 해당 항목의 소정점수를 1회 산정함

다. 상기 가.의 규정 이외에 아래와 같은 경우에도 요양급여를 인정함

– 아 래 –

1) 경피적 대동맥판삽입, 경피적 좌심방이폐색술을 시행한 경우에 관련 고시*에 따라, 임상자료 제출을 위해 심장초음파를 실시한 경우
*「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」제4조 관련[별첨1], [별첨2]

2) 「암관리법」에 의한 완화의료전문기관의 완화의료병동에 입원한 말기암환자에게 유도초음파를 실시한 경우

3) 나943다 태아정밀 심초음파는 산전진찰 결과 태아의 심장에 이상소견이 있어 정밀검사를 시행하는 경우 산정하며, 이 경우 다태아는 가.2).가)의 적용을 받음

4) 보조생식술을 위해 초음파를 시행하는 경우

가) 보조생식술 진료시작일에 자궁부속기 및 자궁내막의 상태 등을 보는 경우 나944라(1) 여성생식기 초음파(일반)를 산정함

나) 보조생식술 관련 약제투여 후 난포의 크기 및 수, 자궁내막두께 등을 관찰하는 경우 나940나 단순초음파(Ⅱ)를 산정함

◎ 고시 제2017-170호 (2017.10.1.시행)

| 참고 |

난임치료 시술 등 요양급여 적용 Q&A

◎ 보건복지부 고시 제2017-170호 관련, 2017.10.1.적용

□ 2017.10.1.부터 건강보험 적용되는 난임치료시술 등의 세부사항에 대해 다음과 안내드립니다.

Q. 이번에 건강보험이 적용되는 난임치료 시술(보조생식술)이란 무엇인가요?

A. 남성의 정자와 여성의 난자의 수정을 보조하기 위한 일련의 의학적 시술로 난자를 채취해 체외에서 수정시킨 뒤 생성된 배아를 자궁내로 이식하는 체외수정(일명 시험관시술)과 남성의 정자를 채취해 여성의 배란시기에 맞추어 여성의 자궁 등으로 직접 주입하는 인공수정을 일컬어 난임치료 시술(보조생식술)이라고 합니다.

Q. 난임치료 시술은 모두 건강보험이 적용되나요?

A. 체외수정 및 인공수정에 포함된 필수 시술은 모두 건강보험이 적용됩니다.
- 체외수정 : 정자·난자채취 및 처리 → 수정 및 확인 → 배아 배양 및 관찰 → 배아 이식 (동결배아 이식의 경우 해동 과정도 급여)
- 인공수정 : 정자채취 및 처리 → 자궁강내 정자주입술

Q. 시술과정에서 필요한 약제나 이를 주사맞는 비용도 비싸서 부담이 됐는데

A. 과배란 유도, 배란촉진, 조기배란 방지, 착상 보조 등에 사용되는 대부분의 약제는 건강보험이 적용되고, 급여 약제 투여시에는 관련 주사료 등 행위료도 모두 건강보험이 적용됩니다. 다만, 일부 환자에게만 선택적으로 사용되는 약제(반복 유산 · 착상 실패 환자 등에게 적용되는 착상보조제 등)는 전액본인부담으로 사용 가능합니다.
참고로, 10월 1일 이후에도 난임치료에 필요한 약제는 지속적으로 건강보험 적용 확대를 추진할 예정입니다.

Q. 보조생식술과 관련된 각종 검사나 초음파 검사도 건강보험이 적용되나요?

A. 보조생식술에 소용된 비용이 급여 적용되므로 해당 검사들은 원칙적으로 모두 급여로 전환됩니다. 다만, 개별 검사별 급여기준이 별도 존재하거나 비급여로 명시되어 있는 경우는 이에 따라 건강보험이 적용됩니다.
초음파 검사는 보조생식술 시술을 위해 시행되는 경우 건강보험을 적용합니다.

Q. 남은 배아를 냉동 · 보관하는 비용도 급여 적용이 되는 건가요?

A. 비급여에 해당됩니다.

Q. 태아나 배아에 대한 유전학적 검사는 급여 적용이 되는 건가요?

A. 비급여에 해당됩니다.

1 대상자 및 자격 등 관련

Q. 보조생식술 진료시작일에는 건강보험 가입자였으나, 시술 과정 진행 중 자격이 상실되는 경우 급여 인정은 어떻게 되나요?

A. 건강보험 자격이 상실되는 시점부터 급여 적용에서 제외됩니다.

Q. 남편은 건강보험 자격자이나 여성은 비자격자인 경우 남편는 급여 적용되나요?

A. 보조생식술 급여 적용 대상자(보조생식술이 필요하다는 진단을 받은 법적 혼인상태의 부부로 여성 연령 만 44세 이하이며 급여횟수가 남아있는 경우)에 해당된다면 정자채취 당일 요양급여비용에 대해 급여 적용됩니다.
단, 남편의 요양급여비용에 대해 건강보험을 적용받기 위해서는 요양기관에서 여성의 보조생식술 정보를 공단 시스템에 반드시 등록해야 합니다.
(참고) 여자가 추후 자격을 획득하는 경우, 기존 비자격시에 건강보험이나 지원사업에서 지원을 받지 않은 횟수는 적용되지 않습니다.

Q. 남편이 해외 체류 중인 경우 급여 인정이 가능한가요?

A. 남편이 해외 체류 중인 경우라도 보조생식술 급여 적용 대상자(보조생식술이 필요하다는 진단을 받은 법적 혼인상태의 부부로 여성 연령 만 44세 이하이며 급여횟수가 남아있는 경우)에 해당되면 급여 적용됩니다. 다만, 남편이 건강보험 급여 정지 상태라면 남편의 시술비용은 급여 적용되지 않습니다.

Q. 여성 연령 만 44세이하는 어떻게 적용하나요?

A. 연령 기준은 보조생식술 진료시작일을 기준으로 만 44세까지로 합니다.
(예시) 1972년 10월 3일생의 경우
시술시작일: 2017년 10월 2일 → 만 44세 이하로 급여 대상임
시술시작일: 2017년 10월 3일 → 만 45세로 급여대상 아님

Q. 과배란유도제 투여일에는 여성 연령이 만 44세이었으나, 시술 과정 진행 중 만 44세가 초과되는 경우 급여 인정은 어떻게 되나요?

A. 보조생식술 급여 적용 대상자인 여성 연령은 보조생식술 진료시작일을 기준으로 적용합니다. 즉, 과배란유도제 투여시 만 44세이었으나 시술 과정 진행 중 만 44세가 초과되더라도 해당 보조생식술 진료기간은 급여 적용됩니다.

Q. 보조생식술 급여기준의 적응증 중 여성요인의 '난소기능 저하'의 진단 기준은 어떻게 되나요?

A. 기존 '난임부부 시술비 지원사업'에서 적용된 진단기준과 동일하게 적용됩니다.

〈참고〉 난임부부 시술비 지원사업에서 제시한 난소기능 저하 진단 기준

아래 3가지 요인 중 2가지 이상에 해당하는 경우에 난소기능 저하로 진단합니다.

① 난소기능 검사(Ovarian reserve test)결과 기능저하

〈난소기능 검사결과 비정상 기준〉

- 초기 난포기 질식 초음파상 양측 난소에 난포수(Antral follicle count:AFC)가 6개 이하
- AMH 검사결과 1.0ng/mL이하
- FSH 12mIU/ml이상

② POR(Poor Ovarian Reserve)의 위험인자

- 나이 40이상, 터너증후군(Turner syndrome), FMR1 premutation, 골반염증(Pelvic infection), 난관손상(Tubal damage), 클라미디아 검사 양성(Chlamydia antibody test: +), 자궁내막증(Ovarian endometrioma), 난소낭종 수술력(Ovarian surgery for ovarian cysts), 골반장기 과거 수술력, 항암치료(Chemotherapy, 특히 alkylating agent), 생리주기가 짧아짐(Shortening of the menstrual cycle) 등

③ POR(Poor Ovarian Response) 과거력

- 3개 미만의 growing follicle로 인하여 cycle이 취소되거나 혹은 적어도 하루에 150IU FSH 이상을 적용한 ovarian stimulation protocol에서 3개 이하의 oocytes가 얻어지는 경우

Q. 보조생식술 급여기준의 적응증 중 원인불명 난임의 검사 기준은 어떻게 되나요?

A. 기존 '난임부부 시술비 지원사업'에서 적용된 의학적 기준 가이드라인의 검사기준과 동일하게 적용됩니다.

〈참고〉 난임부부 시술비 지원사업에서 제시한 검사기준

▷ 정액검사: 인간정액 검사 및 처리 매뉴얼(제5판, 세계보건기구)의 정상기준에 따름(총 사정액 1.5ml 이상, 정자수 1천5백만/ml 이상, 전진성 운동 정자의 비율이 32% 이상이거나 운동성 있는 정자비율이 40% 이상, 엄격기준에 따른 정상적인 모양의 정자 4% 이상)

▷ 배란기능: 황체기 중반 혈중 프로게스테론 검사로 확인하는 것을 추천하나, 규칙적인 월경주기를 가지면서 배란증상을 보일 경우 정상배란으로 판단 가능

▷ 자궁강 및 난관검사: 자궁난관조영술(HSG) 혹은 HyCoSy, 복강경검사나 개복수술 중 진단하는 것을 원칙으로 하며, 검사 결과 최소한 한쪽 나팔관은 정상이어야 함

Q. 우리나라에 거주하는 외국남성(건강보험 가입 안 됨)과 결혼한 한국인 여성(건강보험 가입)이 보조생식술 시술시 급여 인정이 가능한가요?

A. 보조생식술 급여 적용 대상자(보조생식술이 필요하다는 진단을 받은 법적 혼인상태의

부부로 여성 연령 만 44세 이하이며 급여횟수가 남아있는 경우)에 해당된다면 건강보험에 가입되어 있는 한국인 여성의 경우 급여 적용됩니다.

Q. 외국인과 결혼한 여성이 남편 국가에만 혼인신고를 한 경우에도 법적 부부에 해당하여 급여 적용받을 수 있나요?

A. 법적 부부란 민법 제812조제1항에 의거 「가족관계의 등록 등에 관한 법률」에 정한 바에 따라 법률상 혼인신고를 통해 법률적인 효력이 발생한 경우를 의미하므로 우리나라에 혼인신고가 되어 있지 않은 경우 급여 적용을 받을 수 없습니다.

2 급여인정횟수 관련

Q. '난임부부 시술비 지원사업'시 지원횟수가 초과된 경우 급여 적용받을 수 없나요?

A. 보조생식술 급여 적용시 급여인정 횟수는 '난임부부 시술비 지원사업'의 지원횟수와 연계됩니다. 따라서 지원사업시 지원받은 횟수를 신선배아 4회, 동결배아 3회, 인공수정 3회에서 차감한 횟수만큼 급여 적용을 받게 됩니다.
(예시)

지원사업을 통한 지원횟수	잔여횟수
신선배아 3회, 인공수정 3회	신선배아 1회, 동결배아 3회
신선배아 4회, 인공수정 3회	동결배아 3회
신선배아 2회, 동결배아 4회, 인공수정 3회	신선배아 2회

Q. 동결배아 이식만 3회를 시행하였고 신선배아 이식은 한번도 시행하지 않았으나, 동결배아 이식을 원하는 경우 급여 적용이 가능한가요?

A. 신선배아와 동결배아 횟수의 교차적용 불가하므로 동결배아 시행에 대해서는 급여적용 되지 않습니다.

Q. 인공수정 진행 중 신선배아로 전환하여 시술받은 경우 급여횟수는 어떻게 적용하나요?

A. 신선배아의 급여횟수로 적용합니다.
인공수정 급여횟수는 초과하였으나 신선배아는 급여횟수 이내인 경우 해당 보조생식술 진료기간은 모두 급여로 적용합니다. 반대로 인공수정은 급여횟수 이내이나 신선배아는 급여횟수 초과인 경우에는 해당 보조생식술 진료기간의 보조생식술 시술행위는 비급여 적용합니다.
※ 건보공단 '(신)요양기관정보마당'에 시술유형 변경 필요

Q. 신선배아 진행 중 난자채취를 시도하였으나 실패하고, 난포발육상태를 고려하여 인공수정으로 전환시 급여횟수는 어떻게 적용하나요?

A. 난자채취를 시도하였으므로 신선배아의 급여횟수로 적용합니다. 단, 인공수정 급여횟수는 적용하지 않습니다.
※ 건보공단 '(신)요양기관정보마당'에 시술유형 변경 필요

Q. 신선배아 진행 중 이전에 냉동보관해 둔 배아를 해동하여 같이 이식하는 경우 급여횟수는 어떻게 적용하나요?

A. 신선배아의 급여횟수 1회로 적용합니다.

Q. 동결된 정자나 난자를 해동하여 시술을 진행하는 경우에도 동결배아로 적용하나요?

A. 동결된 배아를 해동하여 시술을 진행하는 경우에만 동결배아로 적용합니다. 동결된 배아 외 동결된 정자나 난자를 해동하여 시술하는 경우에는 신선배아로 적용합니다.

Q. 과배란유도를 위한 약제 투여 이후 또는 자연주기를 이용하는 경우 생리 후 내원하여 보조생식술을 실시하기로 결정한 이후 난자채취 전에 시술을 중단한 경우 급여 및 횟수는 어떻게 적용하나요?

A. 급여횟수는 보조생식술 유형별로 아래와 같은 시술행위를 실시해야 급여횟수를 적용하므로 난자채취 전에 중단된 경우 급여횟수를 적용하지 않습니다. 다만, 급여횟수 이내 시술인 경우 보조생식술 진료기간인 약제투여일(또는 생리 후 내원일)부터 시술 종료일까지는 급여 적용하며, 본인부담률도 30% 적용합니다.
- 신선배아: 자641 난자채취 및 처리
- 동결배아: 자643 해동
- 인공수정: 자646 자궁강내 정자주입술

Q. 과배란유도제 투여 이후 난자채취를 시도하였으나 공난포만 채취되어 시술을 중단한 경우 급여 및 횟수는 어떻게 적용하나요?

A. 난자채취를 실시하였으므로 급여횟수를 적용합니다. 또한 해당 보조생식술 진료기간은 급여횟수 이내의 시술인 경우 급여 적용하며, 본인부담률도 30% 적용합니다.

Q. 과배란유도제 투여 이후 정자 및 난자를 채취하여 수정하였으나, 배양된 건강한 배아가 없어 이식을 하지 못한 경우 급여 및 횟수는 어떻게 적용하나요?

A. 난자채취 실시 이후 중단하였으므로 급여횟수를 적용합니다. 또한 해당 보조생식술 진료기간은 급여횟수 이내의 시술인 경우 급여 적용하며, 본인부담률도 30% 적용합니다.

Q. 비자격자인 여성이 추후 건강보험 자격을 획득하면 비자격자일 때 시술받은 보조생식술 횟수와 연계되나요?

A. 건강보험(의료급여 등 포함) 자격시 시술받은 횟수 및 기존 지원사업에서 지원받은 횟수만 적용되고, 비자격시 시술받은 횟수는 적용되지 않습니다.

Q. 다른 남성과 재혼하였을 경우 급여횟수는 어떻게 적용되나요?

A. 재혼하였다면 급여횟수는 처음부터 다시 적용됩니다.

Q. 건강보험을 적용하여 진행한 체외수정(신선배아) 시술이 중단된 경우, 환자의 원에 의해 해당차수를 비급여로 적용하고 급여횟수를 차감하지 않아도 되나요?

A. 환자의 원에 의해 비급여로 적용하는 것은 임의비급여에 해당됩니다. 따라서 건강보험을 적용하여 시술을 진행할 수 있는 경우에 비급여를 적용하는 것은 허용되지 않습니다.

3 본인부담률 관련

Q. 난임을 진단받기 위해 검사를 실시한 경우(예: 자궁난관조영술)에도 본인부담률을 30% 적용하나요?

A. 국민건강보험법 시행령 [별표2] 제3호 카목의 규정에 의하여 요양급여비용의 100분의 30을 부담하는 요양급여의 적용 범주는 보조생식술 진료기간(과배란유도가 필요하여 약제를 투여하는 경우 약제 처방일 또는 자연주기를 이용하는 경우 생리시작 후 내원일부터 배아이식일, 자궁강내 정자주입일 또는 시술 중단일까지의 기간)의 요양급여비용이므로 보조생식술 진료기간 전 난임을 진단받기 위해 실시한 검사는 현행 본인부담률을 적용합니다.

Q. 배란유도제 투여 전에 보조생식술 필요여부를 판단하기 위해 검사를 실시한 경우(예: 자궁난관조영술)에도 본인부담률을 30% 적용하나요?

A. 난임부부에게 보조생식술 시행시 국민건강보험법 시행령 [별표2] 제3호 카목의 규정에 의하여 요양급여비용의 100분의 30을 부담하는 요양급여의 적용 범주는 보조생식술 진료기간(과배란유도가 필요하여 약제를 투여하는 경우 약제 처방일 또는 자연주기를 이용하는 경우 생리시작 후 내원일부터 배아이식일, 자궁강내 정자주입일 또는 시술 중단일까지의 기간)의 요양급여비용이므로 배란유도제 투여 전 보조생식술 필요여부를 판단하기 위해 실시한 검사는 현행 본인부담률을 적용합니다.

Q. 배아 이식 후 임신여부 확인을 위해 내원한 경우에도 본인부담률을 30% 적용하나요?

A. 난임부부에게 보조생식술 시행시 국민건강보험법 시행령 [별표2] 제3호 카목의 규정에

의하여 요양급여비용의 100분의 30을 부담하는 요양급여의 적용 범주는 보조생식술 진료기간(과배란유도가 필요하여 약제를 투여하는 경우 약제 처방일 또는 자연주기를 이용하는 경우 생리시작 후 내원일부터 배아이식일, 자궁강내 정자주입일 또는 시술 중단일까지의 기간)의 요양급여비용이므로 배아 이식 후, 배란유도제 투여 전 보조생식술 필요여부를 판단하기 위해 실시한 검사는 현행 본인부담률을 적용합니다.

Q. 과배란유도제 투여 전 조기배란억제제를 투여하는 경우 보조생식술 진료기간의 시작일은 언제부터인가요?

A. 조기배란억제가 필요하여 과배란유도제 투여 전에 조기배란억제제를 투여하는 경우(장기요법) 본인부담률 30%를 적용하는 보조생식술 진료 시작일은 조기배란억제제 처방일부터입니다.

Q. 자연주기를 이용한 보조생식술을 진행하는 경우 보조생식술 진료기간의 시작일은 언제부터인가요?

A. 생리시작 후 2~3일경 내원하여 초음파 검사 등을 실시 후 자연주기를 이용한 보조생식술 시술을 진행하기로 결정하였다면 진료 당일이 진료 시작일이 됩니다.

Q. 급여적용 인정횟수를 초과하여 보조생식술을 시술받는 경우 약제를 포함한 보조생식술 과정 전부가 비급여인가요?

A. 급여적용 인정횟수 초과시에는 보조생식술 시술행위료는 비급여이며, 보조생식술에 사용되는 약제에 대해서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」을 따릅니다. 이외 보조생식술과 관련하여 발생하는 비용(마취료 등)에 대해서는 급여로 적용되며 현행 종별 본인부담률을 적용합니다.
단, 약제, 행위, 치료재료 중 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 본인부담률(액)을 별도로 고시한 항목은 해당 고시에서 정한 본인부담률(액)을 적용합니다.

Q. 여성 연령 만 44세가 초과하여 보조생식술을 시술받는 경우 보조생식술 과정 전부가 비급여인가요?

A. 여성 연령이 만 44세가 초과된 경우 보조생식술 시술행위료는 비급여이며, 보조생식술에 사용되는 약제에 대해서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」을 따릅니다. 이외 보조생식술과 관련하여 발생하는 비용(마취료 등)에 대해서는 급여로 적용되며 현행 종별 본인부담률을 적용합니다.
단, 약제, 행위, 치료재료 중 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 본인부담률(액)을 별도로 고시한 항목은 해당 고시에서 정한 본인부담률(액)을 적용합니다.

Q. 보조생식술 당일 합병증이 발생하여 함께 진료받는 경우 본인부담률은 어떻게 적용하나요?

A. 합병증을 포함한 요양급여에 대해 국민건강보험법 시행령 [별표2] 제3호 카목의 규정에 의한 본인부담률 30%를 적용받습니다.
※ 하나의 명세서에 보조생식술 및 합병증 관련 요양급여비용 청구

Q. 보조생식술 당일 타상병에 대해서도 진료받은 경우 본인부담률은 어떻게 적용하나요?

A. 보조생식술과 관련된 요양급여비용은 국민건강보험법 시행령 [별표2] 제3호 카목의 규정에 의한 본인부담률 30%를 적용하고, 타상병에 대한 진료는 현행 종별 본인부담률을 적용합니다.
※ 타상병에 대한 요양급여비용은 분리청구

Q. 보조생식술 진료기간의 요양급여비용은 종별 상관없이 본인부담률을 30% 적용하나요?

A. 종별 상관없이 보조생식술 진료기간의 요양급여비용은 본인부담률을 30% 적용합니다. 다만, 상급종합병원의 경우 진찰료를 제외한 요양급여비용에 대해 본인부담률을 30% 적용합니다.

Q. 의료급여수급권자나 차상위인 경우에도 보조생식술 진료기간의 요양급여비용은 본인부담률을 30% 적용하나요?

A. 보조생식술 진료기간의 요양급여비용에 대해 본인부담률 30%는 건강보험 가입자에 대해서 적용합니다. 따라서 의료급여수급권자나 차상위의 경우 현행 통상적인 외래본인부담금(률)을 적용합니다.

Q. 외래에서 보조생식술 시술 행위를 한 당일 입원을 한 경우에 본인부담률은 어떻게 되나요?

A. 입원본인부담률을 적용하되, 보조생식술 시술행위는 본인부담률 30%를 적용합니다.

Q. 의료급여수급권자나 차상위 해당자가 보조생식술 시술 행위를 한 당일 입원을 한 경우에 본인부담률은 어떻게 되나요?

A. 의료급여수급권자나 차상위의 경우 보조생식술 시술행위를 포함하여 현행 통상적인 입원본인부담금(률)을 적용합니다.

Q. 보조생식술 합병증이 발생하여 다음날 합병증에 대한 진료만 실시한 경우에도 본인부담률을 30% 적용할 수 있나요?

A. 보조생식술 급여대상자의 본인부담률 30% 적용기간 동안에는 보조생식술 진료 당일 이외 내원하여 진료한 합병증 치료에 대해서도 본인부담률 30%가 적용됩니다.

4 산정 및 청구방법

Q. '자641 난자채취 및 처리'의 '가. 성숙난자'와 '나. 미성숙난자'는 각각 어떠한 경우에 산정하나요?

A. '가. 성숙난자'는 과배란 유도를 통해 난포내에서 충분히 성숙된 난자를 채취하는 것을 목적으로 실시한 경우에 산정하며, '나. 미성숙 난자'는 난포내에서 충분히 성숙시키지 않은 상태의 난자를 채취하는 것을 목적으로 실시한 경우에 산정합니다.

Q. '자642 수정 및 확인'에 해당하는 개수구간은 수정을 시도한 개수와 수정이 확인된 개수 중 어느 것을 적용하나요?

A. 수정을 시도한 개수를 적용합니다. 즉, 12개의 난자를 채취하여 일반 수정을 시도하였으나 이식날 확인한 수정된 개수가 9개인 경우 '수정 및 확인_일반 체외수정_11개이상(R6472)'을 산정합니다.

Q. half ICSI 수정(일부는 '일반 체외수정(IVF)'을 시행, 일부는 '세포질내 정자주입술(ICSI)' 시행)한 경우 '자642 수정 및 확인'은 어떻게 산정하나요?

A. '세포질내 정자주입술(ICSI)' 인정기준에 해당하는 환자에게 half ICSI 수정을 시행한 경우 '세포질내 정자주입술(ICSI)'의 소정점수만 산정하고, 인정기준에 해당하지 않는 환자에게 시행한 경우에는 '일반 체외수정(IVF)'의 소정점수만 산정합니다. 이때 개수구간은 각각의 수정방법을 실시한 개수를 적용합니다.
[예] '세포질내 정자주입술(ICSI)' 인정기준에 해당하는 환자로부터 채취한 12개의 난자 중 7개는 '일반 체외수정(IVF)'을 시도하고, 5개는 '세포질내 정자주입술(ICSI)'을 시행한 경우 '세포질내 정자주입술_1~5개(R6481)'를 산정합니다.

Q. '자644 배아 배양 및 관찰'에 해당하는 개수구간은 배양 시작 시 배아 개수와 이식 또는 냉동으로 배양을 종료한 시점에서의 배아 개수 중 어느 것을 적용하나요?

A. 배양 시작 시 배아 개수를 적용합니다. 즉, 12개의 배아를 배양하였으나 3일 배양 후 이식날 8개의 배아를 확인한 경우 '배양 및 관찰_수정확인 후 3일이상 배양_11개이상(R6523)'을 산정합니다.

Q. '자644 배아 배양 및 관찰' 일수는 어떻게 산정하나요?

A. 배양일수는 '수정일+2'을 배양 1일째로 산정합니다.

수정일	수정일+1	수정일+2	수정일+3
배양일수	0일	1일	2일

[예]

날짜	8일(월)	9일(화)	10일(수)	11일(목)	12일(금)	13일(토)~
설명	채취 및 수정	수정확인	1일 배양	2일 배양	3일 배양	4일 배양~
배양 일수			10일(수) 또는 11일(목) 배아이식시 **'1~2일 배양' 산정**		12일(금) 이후 배아이식시 **'3일 이상 배양' 산정**	

Q. 3일 배양 상태에서 동결한 배아를 해동 후, 며칠 추가 배양하여 포배기 배아로 성장시켜 이식하는 경우 추가 배양은 어떻게 산정하나요?

A. 해동한 날을 수정확인한 날로 간주하여 해동 후 추가하여 배양한 일수 및 개수구간에 해당하는 소정점수를 산정합니다.

[예]

날짜	9일(화)	10일(수)	11일(목)	12일(금)	13일(토)~
설명	해동 및 추가배양시작	1일 배양	2일 배양	3일 배양	4일 배양~
배양 일수		10일(수) 또는 11일(목) 배아이식시 **'1~2일 배양' 산정**		12일(금) 이후 배아이식시 **'3일 이상 배양' 산정**	

Q. 3일 배양하여 배아를 이식하고, 남은 배아들을 추가로 5~7일까지 배양하여 동결하는 경우, 추가 배양은 어떻게 산정하나요?

A. 배아이식날을 기준으로 배양한 일수를 적용하여 산정합니다.

Q. '자645 배아 이식'시 자궁경부의 해부학적 이상이 있는 경우는 어떤 경우를 의미하나요?

A. 자궁경부의 해부학적 이상이란 협착, 유착, 용종, 비정상 소낭선, 심한 비틀림, 수축, 오목, 심한 자궁경전, 노출이 잘 되지 않는 경우 등이 해당됩니다.

Q. '경자궁근층 이식(R6550)'은 어떠한 경우에 시행하나요?

A. 자궁근층(transmyometrial)을 통한 배아이식은 자궁경관이 없는 경우(선천적 혹은 후천적)나 자궁경관폐쇄로 인해 자궁경관을 통한 배아이식을 할 수 없는 경우에 인정합니다.

Q. 보조생식술 시술을 위해 과배란유도제를 처방받는 날 시행한 초음파는 급여가 적용되나요?

A. 급여 적용됩니다. 보조생식술 진료 시작일에 시행한 초음파는 '복부-여성생식기 초음파_일반(EB455)'으로 산정하며, 이후 난포의 크기, 자궁내막 상태 등을 추적 관찰하기 위해 난자채취 전까지 시행하는 초음파도 '단순초음파(Ⅱ)(EB402)'를 산정하여 급여 적용합니다.

Q. 자연주기를 이용한 보조생식술 시술을 위해 생리시작 후 내원하여 초음파를 시행한 경우에도 급여가 적용되나요?

A. 약제 투여 여부와 관계없이 생리시작 후 내원하여 시행한 초음파는 '복부-여성생식기 초음파_일반(EB455)'으로 산정하고, 이후 난포의 크기, 자궁내막 상태 등을 추적 관찰하기 위해 난자채취 전까지 시행하는 초음파는 '단순초음파(Ⅱ)(EB402)'를 산정하여 급여 적용합니다.

Q. 난자채취시 초음파를 시행한 경우 초음파 비용은 별도 산정이 가능한가요?

A. 난자채취나 배아이식시 시행한 유도초음파의 경우 해당 시술비용에 포함되어 있으므로 별도 산정이 불가합니다.

Q. 본인부담률 30%를 적용하는 보조생식술 진료기간의 요양급여비용 청구시 명세서 구분자를 기재해야 하나요?

A. 본인부담률 30%를 적용하는 보조생식술 진료기간의 요양급여비용을 청구하는 명세서에는 특정내역 MT002(특정기호)란에 'F021'기재하여 청구합니다.

Q. 의원급 외래인 경우 보조생식술 진료기간과 그 외 진료의 본인부담률이 30%로 동일한데도 특정기호 F021을 기재해야 하나요?

A. 건보공단 대상자 사전등록 시스템에 등록된 정보와 비교하여 급여 적용여부가 결정되므로 특정기호 F021을 반드시 기재하여야 합니다.

Q. 보조생식술 진료기간에 타상병과 동시 진료시 청구는 어떻게 하나요?

A. 보조생식술과 관련된 요양급여비용은 본인부담률을 30% 적용하고, 타상병에 대한 요양급여비용은 분리청구하여 현행 종별 본인부담률을 적용하되, 특정내역 MT001(상해외인)란에 'T'를 기재합니다.

Q. 외래에서 보조생식술 시술 행위를 한 당일 입원을 한 경우에 청구는 어떻게 하나요?

A. 입원명세서에 작성하여 입원본인부담률을 적용하되, 보조생식술 시술행위는 명세서를 분리하여 작성하여 본인부담률 30%를 적용(특정내역 MT002(특정기호)란에 'F021' 기재, MT001(상해외인)란에 'T'를 기재)합니다.

Q. 자연임신을 시도하기 위해 과배란유도제를 투여받는 경우에도 약제 및 초음파가 급여 적용 되나요?

A. 보조생식술을 시술받는 경우에만 급여가 적용됩니다.

Q. 단순초음파를 시행한 경우 특정내역 JS013을 기재해야 하나요?

A. 과배란유도제 투여 등 후 난포의 크기, 자궁내막 상태 등을 추적 관찰하기 위해 단순초음파(Ⅱ)(EB402)를 시행하는 경우 JS013(단순·유도초음파 세부내역)을 기재해야 합니다.

[예]

- 해부학적 구분코드/수가코드(5단코드)*/구체적 사유
  * 수가코드(5단코드)는 단순·유도초음파를 시행하게 된 관련 행위코드(검사, 처치 및 수술료 등)를 기재
- 기재형식: X(1)/X(5)/X(200)
- (예시) JS013 I/ /보조생식술
  * 초음파 시행 당일 관련 행위 없으므로 수가코드(5단코드)는 기재 생략

Q. 일반 체외수정을 시도하였으나 실패하여 세포질내 정자주입술(ICSI)을 시행한 경우 '자642 수정 및 확인'은 어떻게 산정하나요?

A. 세포질내 정자주입술의 급여기준 중 '차. 이번 일반 체외수정 실시 후 수정 실패한 경우'에 해당하므로 요양급여를 인정합니다. 다만, 개수 구간은 세포질내 정자주입술을 실시한 개수만을 적용하여 산정합니다.

Q. 난관조영초음파를 시행하는 경우에도 급여 적용이 되나요?

A. 현행 '초음파 검사의 급여기준(고시 제 2017-170호, 2017.10.1.시행)에 의거 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀난치성 질환에 해당하지 않는 경우 급여 적용 되지 않습니다.

Q. 미리 정자를 채취하여 냉동 보관하였다가 난자채취시 해동하여 수정시도하는 경우, 정자채취 비용과 해동 비용은 급여 적용되나요?

A. 보조생식술 진료 시작일(과배란유도제 투여 등) 후에 정자를 미리 채취한 경우 채취비용은 급여이나 해동 비용은 비급여입니다.

다만, 보조생식술 진료 시작일(과배란유도제 투여 등) 전에 정자를 미리 채취한 경우에는 정자채취 비용과 해동 비용 모두 비급여입니다.

Q. 보조생식술 당일 환자가 원하여 입원을 하는 경우에도 입원료 등 관련 비용은 급여 적용 가능한가요?

A. 「국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙」[별표1]에 의거 입원은 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하며 단순한 피로회복·통원불편 등을 이유로 입원지시를 하여서는 안 되므로 급여로 적용할 수 없습니다.

Q. 난자채취시 OPU needle을 2개 사용한 경우 재료대 추가 산정이 가능한가요?

A. 보조생식술 행위에는 관련 치료재료 비용이 포함되어 있으므로 별도 산정이 불가능합니다.

Q. 체외수정(신선배아) 시술 중 이전에 냉동해 두었던 배아를 해동하여 같이 이식하는 경우 해동 비용은 급여 적용 가능한가요?

A. 신선배아 시술 중 동결배아를 해동하여 같이 이식하는 경우 이 때 해동에 대한 비용은 급여 적용합니다.

Q. 과배란유도제 투여 이후 난포의 크기, 자궁내막 상태 등을 추적 관찰하기 위한 초음파를 타병원에 실시하는 경우 급여 적용 가능한가요?

A. 보조생식술 시술을 받는 병원이 아닌 타병원에서 초음파를 시행한 경우
① 타병원이 난임시술 지정기관이라면 급여 적용하여 '단순초음파(Ⅱ)(EB402)'를 산정하되 해당 병원의 종별 본인부담률을 적용합니다.
② 타병원이 난임시술 지정기관이 아니라면 초음파는 비급여입니다.

Q. 남편에게 발생한 비용(예: 정자채취 및 처리)을 부인 명세서에 청구해도 되나요?

A. 건강보험 적용에 따라 진료내역은 실제 진료는 받은 사람에게 청구되어야 하며, 남편에게 발생한 비용은 남편 명세서에 작성해야 합니다.

5 기타

Q. '난임부부 시술비 지원사업' 지원대상자로 9월부터 보조생식술 진료를 시작한 경우 10월 1일부터 건강보험을 적용하면 횟수가 2회 차감되나요?

A. 하나의 보조생식술 진료기간이므로 횟수는 1회 적용합니다.

Q. '난임부부 시술비 지원사업' 지원대상자로 지원결정통지서를 발급받았으나 10월 1일 이후 배란촉진제 투여 등 보조생식술 진료를 시작한 경우 지원금이 제공되나요?

A. 기존 지원사업 지원결정통지서의 유효기간은 9월 30일까지입니다. 따라서 10월 1일 이후 보조생식술 진료를 시작한 경우 지원금은 받을 수 없으며, 건강보험을 적용합니다.

Q. '난임부부 시술비 지원사업' 지원대상자로 지원결정통지서를 발급받아 9월에 보조생식술 진료를 시작하였으나 지원금이 남은 경우 10월 1일 건강보험 적용 후에도 지원받을 수 있나요?

A. 10월 1일부터는 건강보험을 적용하므로 9월 30일까지 시술받은 금액에 대해서만 현행 기준대로 지원금을 받을 수 있습니다.

단, 9월에 신선배아 시술을 시작한 기준중위소득 130%이하의 난임 부부의 경우(기존 240만원 지원), 10월 1일 이후 발생한 비급여 시술비에 대해 50만원 한도에서 지원 가능합니다.

Q. 난자공여를 위해 기증자의 생식세포를 채취하는 경우 급여 인정이 가능한가요?

A. 보조생식술 급여 적용 대상자에게 시술시 급여되므로 기증자에 대한 시술은 급여대상에서 제외됩니다.

Q. 보조생식술 시술기관에서 처방받은 과배란유도제 등 주사약을 타병원에서 별도로 투약받는 경우 진찰료, 주사 수기료 등은 급여 적용되나요?

A. 급여 약제(전액본인부담 약제 포함)를 투여받는 경우에는 관련 주사료 등 행위료도 모두 급여 적용되며, 이때 본인부담률은 현행 통상적인 외래본인부담률(30~60%)을 적용합니다.

Q. 지원사업과 달리 이식배아수에 대한 급여기준이 없는데 별도의 제한은 없나요?

A. 요양급여상의 의료행위는 의료관계법령 및 생명윤리 등을 준수하여 시행하는 것을 원칙으로 합니다. 따라서 2015년 국가생명윤리심의위원회 권고 및 난임부부 시술비 지원사업의 '체외수정시술 의학적 가이드라인'에 따른 이식배아수 제한을 준수하여 시행하여야 합니다.
또한 안전한 시술환경 조성을 위해 난임시술 지정기관 평가시 이식배아수 준수 여부를 지속적으로 관리할 예정입니다.

Q. 보조생식술 급여대상자로 체외수정(신선배아) 시술을 위해 과배란유도 약제를 투여하였으나 난포가 잘 자라지 않아 시술이 중단되는 경우, 급여횟수에서 차감되지 않는 것으로 알고 있습니다. 이 경우에도 시술종료일을 입력해야 하나요?

A. 난자채취 전 중단되어 급여횟수가 차감되지 않는 경우에도 시술종료일을 입력해야 횟수 차감이 되지 않으면서 급여 적용받을 수 있습니다.

Q. 10월 1일 이후 보조생식술을 시작하는 경우 급여대상이면서 중위소득분위 130%이하의 대상자에게 50만원 한도의 지원금이 지급되는데, 이때 지원금을 받으려면 현재와 같이 보건소에서 지원결정통지서를 받아야하나요?

A. 보건소에 방문하여 대상여부를 확인하여야 하며, '난임부부 시술비 지원사업' 지원신청 절차에 맞게 진행된 경우 지원이 가능합니다.

방사선 촬영 후 판독 미실시시 청구방법

Q uestion

영상의학과전문의가 상근하지 않는 기관이어서 방사선 촬영 후 판독을 실시하지 못하고 있습니다. 이런 경우 방사선 촬영료는 어떻게 산정해야 하나요?

A nswer

영상진단료의 소정점수에는 판독료(소정점수의 30%)와 촬영료 등(소정점수 70%)이 포함되어 있으며, 영상진단을 실시한 경우에는 반드시 판독소견서를 작성·비치하도록 하고 있습니다. 따라서 판독소견서를 작성하지 아니한 경우에는 소정점수의 70%만 산정하여야 합니다.

관련 근거

「건강보험요양급여비용」 제1편 제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료료 [산정지침]

⑶ 제1절 및 제2절에 분류된 영상진단을 실시한 경우에는 반드시 판독소견서를 작성 · 비치하여야 한다.

⑷ 제1절 및 제2절에 분류된 영상진단료의 소정점수에는 판독료(소정점수의 30%)와 촬영료 등(소정점수의 70%)이 포함되어 있다.

⑸ 위 "⑶"의 규정에도 불구하고 판독소견서를 작성 · 비치하지 아니한 경우에는 촬영료 등(소정점수의 70%)만 산정한다.(산정코드 세 번째 자리에 7로 기재) 다만, 영상저장 및 전송시스템(Full PACS)을 이용한 처리비용, C-Arm형 영상증폭장치 이용료(다-101)에 대하여는 그러하지 아니한다.

전산화단층영상진단(CT)의 산정기준

Question 뇌경색이 의심되어 CT촬영을 했는데 보험(급여)적용이 되나요?

Answer 뇌혈관질환(뇌졸중, 뇌동정맥기형, 뇌동맥류, 뇌출혈, 뇌허혈증, 뇌경색)의 진단을 위해 촬영한 CT는 급여대상입니다.

관련 근거

전산화단층영상진단(CT)의 산정기준

〈일반기준〉

1. 악성종양과 감별을 요하는 종괴성질환(양성종양, 육아종, 비전형적인 낭종, 농양 등)의 진단, 감별진단
2. 악성종양의 병기 결정 및 추적검사
3. 급성외상(뇌, 흉부, 복부, 골반강, 척추 등)
4. 수술 또는 치료 후 호전되지 않거나 심부 합병증이 의심될 때
5. 선천성질환 중 해부학적 구조 확인이 필요한 경우 (뇌,안구, 안면, 측두골, 척추 및 체부의 심부)
6. 대동맥질환, 동맥류

〈두부 Brain CT〉

1. 뇌혈관질환.(뇌졸중, 뇌동정맥기형, 뇌동맥류, 뇌출혈, 뇌허혈증, 뇌경색)
2. 뇌막염, 뇌염, 뇌농양 등 염증성 질환(진균 및 기생충질환 포함)
3. 대사성질환, 퇴행성질환 및 회백질 질환, 저산소증으로 인한 뇌증의 진단
4. 뇌전증
5. 수두증의 진단, 감별진단
6. 합당한 증상 또는 신경학적 소견이 있어 뇌신경질환이 의심되는 경우

〈안면 및 두개기저 Face CT or Skull Base CT〉

1. 종괴형성, 안와염증, 안구돌출(갑상선 기능항진증 등)
2. 타액선 결석
3. 임상소견상 수술을 요할 정도의 부비동염
4. 터키안내 양성종양, 낭종(선천성, 후천성) 또는 염증성 질환, 뇌하수체호르몬 이상시, Empty Sella
5. 중이염에서 진주종, 뇌막염 등의 합병증이 의심될 때
6. 내이(Inner ear)의 정밀 해부학적 구조 파악이 필수적일 때(혈관성 또는 원인불명의 이명, 원인불명의 청각장애 등)

〈경부 Neck CT〉

1. 원인불명의 심부 림프선 종대

2. 기도폐쇄의 원인진단 및 범위 결정

〈흉부 Chest CT〉

1. 비만성 간질 폐질환, 원인불명의 기흉, (폐기)종, 세기관지 질환, 기관계 이형성증
2. 종격동 질환의 감별진단
3. 단순 X선 사진으로는 감별이 어려운 폐결절의 감별진단
4. 단순 X선 사진으로는 진단이 어려운 기관지확장증의 확진 또는 수술전 해부학적 범위 결정
5. 원인불명의 각혈, 무기폐, 늑막삼출액
6. 종양과 감별이 어려운 소방형성 늑막삼출, 폐경화 등
7. 기관지 이물
8. 단순X선 사진상 폐문종대가 있어 감별진단을 필요로 할 때
9. 단순흉부 X선 및 객담검사상 폐결핵의 활동성 여부를 결정하기 어려울 때
10. 심장 전산화단층영상진단(Cardiac CT)은 64채널(channel)이상의 CT로 촬영한 경우에 요양급여로 인정하며, 세부인정기준은 다음과 같음. 다만, 자.~타.는 64채널(Channel) 미만의 CT로 촬영한 경우에도 인정함

– 다 음 –

가. 급성 흉통으로 응급실에 내원한 환자를 대상으로 급성 관동맥 증후군을 감별하기 위하여 촬영한 경우로서 다음 요건을 모두 충족하는 경우

(1) 관상동맥질환의 위험이 저위험도이거나 중등도 위험도이면서 이전에 관상동맥질환을 진단받은 적이 없는 환자

(2) 심전도 검사결과 허혈성 소견이 없는 환자

(3) 심근표지자 검사가 진단적이지 않은 환자

나. 관상동맥질환의 발병 위험이 저위험도이거나 중등도 위험도이면서 이전에 관상동맥질환을 진단받은 적이 없고 안정형 흉통이 있는 환자를 대상으로 촬영한 경우로서 다음요건 중 하나 이상을 충족하는 경우

(1) 선행부하검사 결과 관상동맥질환의 판정이 곤란한 경우

(2) 기저심전도검사 결과 이상이 있어 운동부하검사 판독이 곤란한 경우

(3) 환자의 상태가 운동부하검사를 실시할 수 없는 객관적인 소견이 있는 경우

다. 관상동맥 우회로 수술 후 흉통이 있는 환자를 대상으로 이식 혈관의 개통성을 평가하기 위하여 촬영하는 경우

라. 좌주간지 관상동맥 중재시술(직경 3mm 이상 스텐트 삽입)을 받은 환자를 대상으로 혈관의 개통성을 평가하기 위하여 촬영하는 경우

마. 임상적으로 유의한 선천성 관상동맥 기형 평가

바. 심실재동기화치료(cardiac resynchronization therapy, CRT)전 관상정맥의 해부학적 평가를 위하여 촬영하는 경우

사. 관상동맥질환의 발병위험이 중등도위험도인 환자를 대상으로 다음의 수술을 시행하기 전에 관상동맥질환 여부를 진단하기 위하여 촬영하는 경우

(1) 비관상동맥 심장질환수술 또는 대동맥 수술

(2) 죽상경화성 말초동맥폐쇄성질환의 우회로 (Bypass graft) 수술

아. 관상동맥질환을 진단받은 적이 없고, 새롭게 심부전(좌심실 구혈률 35%이하)을 진단 받은 환자를 대상으로 심부전의 원인을 감별하기 위하여 촬영하는 경우

자. 교착성 심낭염

차. 심낭재수술시 흉벽과 심낭사이의 유착확인

타. 복잡 선천성 심장기형의 구조 평가

*관상동맥질환의 위험도 분류는 교과서(Brauwald's heart disesase 등), 임상진료지침 참고

〈복부[골반포함] abdomen CT〉

1. 만성간염, 간경화증으로 조기 암이 의심될 때
2. TIPS(간내 문맥정맥간 단락술)시
3. 합병증이 의심되는 담관 또는 췌관의 확장
4. 원인불명의 담도 또는 췌관의 확장
5. 선행 검사상 원인을 알 수 없는 혈뇨
6. 선행 검사상 원인을 알 수 없는 요로폐쇄
7. 심부 헤르니아
8. 허혈성 장질환
9. 자궁내막증
10. 자궁외임신
11. 정류고환

〈상지 및 하지 upper or lower extremity CT〉

1. 해부학적으로 복잡한 부위의 골절(관절, 수족골, 안면, 두개기저, 측두골, 척추 등)
2. 관절내 유리골편의 확인
3. 염증 또는 외상 후 관절내 이상소견의 치료 전 평가 및 치료 후 경과 관찰
4. 골연골증의 수술 전 진단 및 범위 결정
5. 수술후 내고정물의 정확한 위치 평가
6. 골수염의 활동성 여부 결정
7. 단순 X선 사진상 골절 유합의 평가가 어려울 때
8. 만성관절염, 척추분리증의 수술여부 정밀 평가

〈척추 spine CT〉

1. 척수의 염증성, 기생충 질환
2. 합당한 증상 또는 신경학적 증상이 있는 추간판탈출증, 척추강협착증, 퇴행성질환, 추간 반괭윤증 등의 진단 및 감별진단

〈기 타〉

위 항목에 포함되지않는 질환들 중 진료담당의사의 진단 및 치료방향 설정을 위해 부득이 촬영했을 때는 합당한 관련 자료와 소견서를 첨부하여 촬영의 필요성이 인정된 경우

◎ 고시 제2015-99호 (2015.6.15. 시행)

동시 촬영 시 CT 수가 산정방법(하지, 척추)

Question 양하지의 병적 골절로 동일에 하지 CT를 양측으로 실시한 경우 수기료를 200%로 산정할 수 있나요?

Answer 동일에 양측 하지에 CT 촬영을 실시하더라도 수기료는 하지 CT 소정점수 100%만 산정하여야 합니다.

관련 근거

양측에 시행한 하지 CT 수가산정방법에 대하여

현행「건강보험행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에 의거 전산화단층영상진단(CT)은 크게 8부위(두부, 안면 및 두개기저, 경부, 흉부, 복부, 척추, 상지, 하지)로 구분하여 고시되어 있으며, 1995년 의료보험 수가 신설당시에도 사지를 상지, 하지 당으로 구분되어 있었던 점을 고려해볼 때 상지 혹은 하지에 대하여 양측 촬영이 이루어졌다 하더라도 해당 항목의 소정점수만 산정함이 타당할 것임

◎ 진료심사평가위원회 (2008.9.22.)

Question "경추, 흉추, 요추 부위"를 동시 촬영하거나 "경추, 요추"를 동시 촬영한 경우에는 HA 459 입력하라고 명시 되어 있는데 동시에 "경추, 흉추" 만 촬영할 경우에도 해당 되는 지요? 아니면 각 각 경추, 흉추 따로 수량 2회로 청구 가능한지요?

Answer "경추, 흉추" 또는 흉추, 요추" 를 동시 촬영하는 경우에는 다-245바 척추 CT의 소정점수만 산정하여야 하며 2회로 청구함은 착오임을 알려드립니다.

관련 근거

흉추 요추 동시 촬영시 CT 촬영 산정방법

"경추, 흉추, 요추"를 동시 촬영하거나 "경추, 요추"를 동시 촬영한 경우에만 1,263.06점을 산정한다.

◎ 건강보험요양급여비용 제1편 제2부 제3장 제2절[전산화단층영상진단] 다-245바 척추 'HA459 주'

MRI 촬영시 수가산정방법

Question

뇌경색 상병으로 Brain MRI, Brain MRA 그리고 Brain diffusion 세 종류의 검사를 동일에 실시하였습니다. 이 경우 수가는 MRA 100%, MRI 50%, Diffusion 50%로 하여 총 200%를 산정할 수 있나요?

Answer

제1의 촬영은 소정점수 100%, 제2의 촬영부터는 촬영 종류에 불문하고 소정점수 50%만 산정하여야 합니다. 따라서 동 경우에는 MRA 100%, MRI 50%로 산정하여야 합니다.

관련 근거

동일부위 및 동일상병에 대하여 여러 종류의 촬영을 동시 시행시 수가산정방법 (MRI 관련)

동일부위 및 동일상병에 대하여 여러 종류의 촬영을 동시에 시행한 경우에는 제1의 촬영은 소정점수를 산정하고 제2의 촬영부터는 촬영 종류에 불문하고 소정점수의 50%만 산정

◎ 행정해석, 보험급여과-3905호 (2005.9.12.)

관련 근거

뇌경색 등 뇌질환에 여러 종류의 MRI 촬영을 수회 실시하는 경우 수가산정 방법(동일에 시행시 포함)

가. 1주일 이내에 환자 상태의 변화없이 수회 촬영시는 촬영종류 및 횟수에 관계없이

- 제1의 촬영은 소정점수를 산정하고 제2의 촬영부터는 촬영 종류에 불문하고 소정점수의 50%만 산정하되, 다만 제4촬영이상은 소정점수의 50%만 산정하여 최대 200%를 산정함(진단시 촬영 포함)

예시1) 뇌경색 상병으로 내원 당일은 Brain MRI + Brain MRA + Brain diffusion을 실시하고, 3일후 Carotid MRA를 시행하는 경우☞ 수가산정방법: MRA 100% + MRA 50% + MRI 50%

예시2) 뇌경색 상병으로 내원 당일은 Brain MRI + Brain diffusion를 실시하고, 1주일 이내 Brain MRI + Brain MRA를 실시하는 경우☞ 수가산정방법 : MRA 100% + MRI 50% + MRI 50%

나. 1주 이내라 하더라도 환자상태 변화가 있어 추적 촬영한 경우에는 별도 산정하는 것을 원칙으로 하며, 산정방법은 '동일부위 및 동일상병에 대하여 여러 종류의 촬영을 동시 시행시 수가산정방법' 에 의함

◎ 행정해석, 보험급여과-3905호 (2005.9.12.)

참고

MRI 세부산정 기준

자기공명영상진단(MRI)의 급여기준은 다음과 같이 하며, 동 기준을 초과하여 실시하는 경우에는 비급여대상임

– 다 음 –

가. 적응증

1) 암
   가) 원발성 암(부위별)
      – 뇌종양, 두경부암, 연조직 육종 및 골 육종, 척추(척수)를 침범한 경우, 생식기관암
   나) 전이성 암(원발종양에 관계없이 전이 혹은 침범된 부위별)
      – 뇌, 척추(척수), 연조직 및 골, 생식기관
   다) 타 진단방법 이후 2차적으로 시행한 경우
      – 간암, 담낭암, 췌장암, 요로계암, 내분비샘암, 직장암 등
   라) 폐, 위, 소장, 대장, 유방 부위의 원발성 암 진단시에는 타 진단방법을 우선 시행함을 원칙으로 함. 다만, 진료담당의사가 필요하다고 판단하여 MRI를 2차적으로 시행할 필요가 있는 경우에는 소견서를 첨부하여야 함

2) 뇌양성 종양 및 뇌혈관 질환
   가) 두개강내 양성종양(낭종성 병변 포함)
   나) 뇌혈관 질환 : 뇌경색, 두개강내출혈, 기타 뇌혈관 질환(뇌지주막하출혈, 모야모야병 등)
   다) 타 진단방법 이후 2차적으로 시행한 경우 : 두개골의 양성 신생물 등

3) 뇌전증, 뇌염증성 질환 및 치매 등
   가) 뇌전증(단순 열성경련, 전형적인 소발작은 제외)
   나) 중추신경계통의 탈수초성 질환 및 퇴행성 질환
   다) 다발성 경화증
   라) 중추신경계의 염증성 질환(낭미충증포함)
   마) 경증, 중등도 치매
   바) 파킨슨병
   사) 수두증
   아) 신경계의 기타 선천 기형

4) 척수손상 및 척수질환
   가) 척수손상
   나) 척수종양(척추강내종양)
   다) 혈관성 척수병증(척수경색, 척추동정맥기형, 척수내 정맥염 등)
   라) 척수에 발생한 탈수초성 질환(급성 횡단성 척수염 등)
   마) 척수의 염증성 질환(척수염, 척수내농양 및 육아종, 기생충 등)
   바) 척수기형(척수공동증, 구공동증 등)

5) 척추질환
   가) 염증성 척추병증
   나) 척추 골절
   다) 강직성 척추염

6) 관절질환
   가) 외상으로 인한 급성 혈관절증
   나) 골수염
   다) 화농성 관절염
   라) 무릎관절 및 인대의 손상(반달연골의 열상 등)

7) 심장질환: 심장초음파 검사 상 아래의 질환이 의심되어 2차적으로 시행한 경우
   가) 심근병증(심장 이식 후 상태 포함)
   나) 복잡 선천성 심기형 또는 심장과 연결된 대혈관기형을 동반한 선천성심질환

8) 크론병: 크론병 진단 이후 아래의 병변이 의심되어 시행한 경우
   가) 소장병변
   나) 직장, 항문 병변

9) 신생아
   가) 주산기 가사 중 신경학적 이상이 있는 경우
   나) 저산소성-허혈성 뇌손상
   다) 저산소성-허혈성 뇌증

나. 인정횟수

1) 진단시 1회 인정하며, 추적검사는 아래와 같이 시행함을 원칙으로 함

- 아 래 -

   가) 수술후(중재적시술 포함): 1개월 경과 후 1회 인정하되, 위 가.의 5) 6)은 제외함
      다만, 뇌종양 · 뇌동정맥기형(AVM), 척수농양, 혈관성 척수병증, 척수기형 등을 수술 또는 시술 후 잔여 병변을 확인하기 위해 48시간이내 촬영한 경우 인정함
   나) 방사선치료 후(뇌정위적방사선수술 포함) : 3개월 경과 후 1회
   다) 항암치료중: 2~3주기(cycle) 간격
   라) 위 가)~다) 이후의 장기추적검사
      (1) 양성종양: 매1년마다 1회씩 2년간, 그 이후부터 매2년마다 1회씩 4년간
      (2) 악성종양: 매1년마다 2회씩 2년간, 그 이후부터 매1년마다 1회씩
   마) 수술, 방사선 · 항암 치료 등을 시행하지 않은 종양, 뇌혈관질환의 경우는 위 라)-(1) 양성종양의 장기추적검사와 동일하게 적용함

2) 위 1) 이외에도 환자상태 변화 또는 새로운 병변 발생 등 진료상 추가촬영의 필요성이 있는 경우 인정함

다. 기타

1) [본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)] [별표 4] 희귀난치성질환자 산정특례 대상의 구분 5~7 중 진단 받은 질환의 특성상 특정부위의 MRI 촬영이 임상적으로 의학적 필요성이 있는 경우 별도 인정함

2) 기타 보건복지부 장관이 정하여 고시한 질병군 진료 시 시행된 MRI는 질환별 급여 대상 및 산정기준에 해당되는 경우 [건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수] 제2편 제2부 각 장에 분류된 질병군 상대가치점수에 포함되어 별도 산정할 수 없으며, 질환별 급여 대상 및 산정기준에 해당하지 않는 경우에는 비급여대상임

◎ 고시 제2016-275호 (2016.12.30. 시행)

참고

경도인지장애의 자기공명영상진단(MRI) 급여기준

1. 경도인지장애의 자기공명영상진단(MRI)은 치매로 이행될 가능성이 높은 고위험군 선별 및 경과관찰을 위해 실시하며 다음의 경우에 급여대상으로 함

– 다 음 –

가. 급여대상

1) 적응증: 신경인지기능검사 결과 1가지이상 영역에서 1.5SD(표준편차) 이하 인지기능 저하가 확인된 경우

※ 신경인지기능검사는 「신경인지기능검사의 급여기준」에 의거 종합검사를 시행하는 것을 원칙으로 함

2) 연령기준: 만60세 이상

나. 인정횟수: 상기 가.1), 2) 조건을 모두 충족하는 경우

1) 진단 시 1회

2) 급격한 인지기능 변화 등 진료상 추가 촬영의 필요성이 있는 경우

2. 아래의 경우에는 국민건강보험법 시행규칙 별표6에 따라 본인부담률 100분의 80으로 적용함

가. 상기 1.나.2) 이외 진단일 이후 경과관찰을 위해 촬영하는 경우(최대 2년에 1회)

나. 상기 1.의 적응증은 충족하나 연령기준을 충족하지 않을 경우 1.나.인정횟수 또는 2.가.경과관찰을 위해 촬영 시

다. 상기 가., 나.의 MRI 촬영 시 사용된 조영제, 방사선 필름, 영상저장 및 전송시스템(Full PACS)이용 비용 등의 본인부담률은 「국민건강보험법 시행령」 제19조 및 해당 항목별 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따라 적용함

3. 다만, 상기 1. 또는 2.에 해당되지 아니한 경우에는 비급여 대상임

◎ 고시 제2017-263호 (2018.1.1.시행)

Full PACS 요양급여비용 산정기준

Question

Full PACS(영상저장 및 전송시스템) 장비를 구입하여 사용하게 되어 이에 대한 이용료를 청구하려고 하는데 가능한가요?

Answer

Full PACS(영상저장 및 전송시스템)의 급여비용 산정은 영상의학과전문의가 상근하는 요양기관에 한하여 필름을 사용하지 않는 경우에 산정 가능합니다. 따라서 영상의학과전문의가 상근하지 않는 기관이라면 동 장비를 이용하더라도 비용을 산정할 수 없습니다.

관련 근거

Full PACS 요양급여비용 산정기준

1. 영상저장 및 전송시스템을 이용하여 필름을 사용하지 않는 경우(Full PACS)에 대한 요양급여비용 산정은 영상의학과 전문의가 상근하는 요양기관으로서, 건강검진 환자 및 초음파 검사 등 비급여 대상을 포함한 모든 환자에게 필름 없이 운영되는 것을 원칙으로 함

2. 다만, 아래와 같은 경우는 Filmless 예외 대상으로 인정함
   가. 유방촬영필름(Mammography)
   나. 수술장에서 실시한 영상진단
   다. 정형외과에서 수술전 인공삽입물의 종류 및 크기를 결정할 필요가 있는 경우
   라. 치과 필름과 긴 카세트(long cassette) 필름 등 현재의 PACS 수준으로 지원이 곤란한 경우
   마. 타 병원으로 환자 이송시 또는 환자의 요구로 film을 생성하는 경우

3. 판독용 및 조회용 모니터
   • 판독용 모니터
     – 해상도: 일반촬영 또는 디지타이저필름용 – 2,048×2,560 이상(14×17 기준)CT/DSA/Digital fluoroscopy ; 1,200×1,600 또는 1,600×1,200이상(LCD인 경우 1,280×1,024 이상)
     – 크기: 20 inch equivalent 이상(CT는 19 inch 이상)
     – 모니터수 : 2대 이상
   • 조회용모니터
     – 해상도: 1,200×1,600 또는 1,600×1,200 이상(LCD모니터 사용시 1,024×768 이상)
     – 크기: 17 inch(LCD는 15inch) 이상을 원칙으로 하되, 19 inch(LCD는 17inch) 이상의 모니터가 50% 이상 확보되어야 함
     – 모니터수: 각 외래 진료과목별 1대 이상 각 병동별 1대 이상 한 병동이 여러 층에 걸쳐있는 경우는 최소한 각 층별로 1대 이상

4. 판독용 web PACS는 인정하지 아니함

고시 제2007-139호 (2008.1.1. 시행)

경구용 서방형제제(정제, 캡슐제, 과립제)분할 처방· 투여 인정여부

Q uestion

경구용 서방형제제의 분할투여가 가능한 약제는 무엇인가요?

A nswer

모든 경구용 서방형 제제는 원칙적으로 분쇄(crush) 해서는 안됩니다. 경구용 서방형 제제 중 정제 및 캡슐제의 분할(split) 투여는 허가사항에 분할투여가 명시되어 있는 경우 외에는 인정되지 않습니다.

관련 근거

경구용 서방형제제(정제, 캡슐제, 과립제) 분할처방·투여 인정여부

1. 모든 경구용 서방형 제제는 원칙적으로 분쇄(crush) 해서는 아니됨
2. 경구용 서방형 제제 중 정제 및 캡슐제의 분할(split) 투여는 다음의 경우에만 인정함

– 다 음 –

○ 허가사항에 분할투여가 명시되어 있는 경우

◎ 심사지침 (2015.10.1. 시행)

참고

경구용 서방형제제(정제, 캡슐제, 과립제) 중 허가사항에 분할투여가 명시된 약제

	변경 전	변경 후
1/2 분할 인정	카르마인씨알정, 아트레톨씨알정, 에필렙톨씨알정200mg, 부광티모닐서방정300mg, 임듈지속정60mg, 이소트릴지속정60mg, 푸로롤100서방정, 시네메트씨알정, 레보다서방정200/50mg, 앤지비드서방정40mg, 카마제핀씨알정200mg 테그레톨씨알정200mg 카마제핀씨알정300mg 디퓨탭서방정 에란탄지속정60mg 펜타사서방정500mg 데파킨크로노정500mg 콤비도파서방정200/50mg 이소켓서방정40mg 유로시트라케이10mEq서방정	임듈지속정60mg 에란탄지속정60mg 이소트릴지속정60mg 푸로롤100서방정
1/3 분할 인정	트리티코서방정75mg	-
분할 투여 가능	메타데이트CD서방캡슐10mg 메타데이트CD서방캡슐20mg 메타데이트CD서방캡슐30mg 오르필롱서방캅셀150mg 오르필롱서방캡슐300mg	-

약제 급여 목록정비에 따른 코드 변경

Question 최소단위 및 단일단위로 등재되는 제품과 그 이유는 뭔가요?

Answer 주문공급용 방사성의약품은 최소단위, 산소와 아산화질소는 단일단위로 등재되며, 중앙공급식 또는 주문공급 등으로 규격화되어 유통되기 어렵기 때문입니다.

Question 상한금액이 포장단위로 책정된 의약품[병·팩 등]은 병·팩 등에 포장된 모든 약제를 의미하는건가요?

Answer '상한금액이 포장단위로 책정된 의약품(병·팩 등)'은 호르몬제 등과 같이 포장단위로 정해진 투약기간동안 투여하는 약제를 의미하며, 생산규격 단위로 상한금액이 등재되어 분할조제가 가능한 내복제 및 1회 용량으로 포장된 의약품(병·포 등)은 제외합니다.

관련 근거

약제급여 목록 및 급여 상한금액표 일부개정

약제 급여 목록 및 급여 상한금액표 일부를 다음과 같이 개정한다.

제2조에 제4항 및 제5항을 각각 다음과 같이 신설한다.

④ 모든 약제는 정, 캡슐, 앰플, 병, 통 등 생산규격단위로 등재한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 각 호의 구분에 따른다.

1. 산소, 아산화질소는 단일단위(각 10L, 45L)로 등재
2. 주문공급용 방사성의약품은 최소단위(1mCi)로 등재

⑤ 약제의 상한금액은 등재된 생산규격단위로 표기한다. 다만, 분할조제용 내복제, 혈액투석용 인공관류용제, 혈액응고인자는 규격란에 "⑴"로 구분하여 최소단위 가격을 표기한다.

제3조에 제3항을 다음과 같이 신설한다.

부 칙

제1조(시행일) 이 고시는 2016년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(삭제되는 약제의 보험급여 기한에 관한 경과조치) 별표 1의 개정규정에도 불구하고 별지 3에

의해 삭제되는 약제는 2016년 6월 30일까지 요양급여 대상으로 본다.

[별표4] : 주성분명 및 제품명 등 표기방법(제3조제4항 관련)

1. 주성분명

가. 식품의약품안전처(이하 '식약처' 라 한다) 허가사항 상 원료명(염 포함 성분 등)과 활성성분(유효성분)명을 병용 표기한다.

나. 영문명은 「대한민국약전 의약품각조」 및 「대한민국약전외한약(생약)규격집 의약품 각조」 등을 따른다.

다. 주성분 함량은 식약처 허가사항 상 원료약품의 분량대로 표기하되, 주성분의 활성성분에 대한 총함량 및 단위당 함량을 병용 표기한다.

라. 제제특성 상 원료명의 총함량 등을 표기할 수 있다(예. 생약 등).

마. 주성분의 함량 단위 표기는 아래와 같다.

– 질량의 단위 표기

구분	표기 단위
100 ng 미만	ng
100 ng 이상 100 μg 미만	μg
100 μg 이상 100 mg 미만	mg
100 mg 이상	g

– 용량의 단위 표기

구분	표기 단위
100 μL 미만	μL
100 μL 이상 1 mL 미만	mL (또는 필요에 따라 μL)
1 mL 이상 5000 mL 미만	mL
5000 mL 이상	L

– 질량 및 용량 외의 단위(I.U 등)는 천 단위로 단위 표기

구분	표기 단위
1,000 I.U 미만	I.U
1,000 I.U 이상 1,000,000 I.U 미만	KI.U
1,000,000 I.U 이상	MI.U

2. 제품명

가. 식약처 허가사항 상 제품명을 표기한다.

나. 식약처 허가사항 상 동일제품명에 다른 주성분 함량 등을 갖는 품목은 제품명 뒤에 '(주성분총함량/규격)' 등을 추가 표기함으로써 제품 구분을 용이하게 한다.

3. 단위

가. 식약처 허가사항 성상 및 의약품관리종합정보센터에 등록된 포장형태 등에 따라 표기한다.

나. 다음 포장형태는 용어를 통일한다.

– 내복제 중 액상제 용기: 병

- 과립제, 산제 등 용기: 통
- 일회용 점안제: 관
- 일회용 점안제가 아닌 점안제: 병
- 주사제 중 바이알: 병
- 내복제 중 구강붕해필름: 장
- 외용제 중 패취, 경고제, 첩부제, 카타플라스마: 매

다. 주사제 중 앰플 또는 병의 재질에 따라 표준코드를 부여받은 경우 폴리프로필렌제(PP) 또는 폴리에칠렌제(PE) 재질을 단위 뒤에 표기한다.

라. 규격의 계량단위 표기는 아래와 같다.

- 질량의 단위 표기

구분	표기 단위
100 mg 미만	mg
100 mg 이상	g

- 용량의 단위 표기

구분	표기 단위
5000 mL 미만	mL
5000 mL 이상	L

- 규격의 계량단위에는 질량 및 용량 외의 단위 중 I.U는 KI.U, MI.U 등을 사용하지 않고 I.U로만 표기

고시 제2015-213호 (2016.1.1. 시행)

관련 근거

약제급여 목록 및 급여 상한금액표 일부개정 Q&A

1. 최소단위 및 단일단위로 등재되거나 상한금액 표기되는 제품과 그 이유는?

[최소단위 · 단일단위 등재]

① 주문공급용 방사성의약품(최소단위)

② 산소 · 아산화질소(단일단위)
(이유) 중앙공급식 또는 주문공급 등으로 규격화되어 유통되기 어려움

[최소단위 상한금액 표기]

① 혈액응고인자
(이유) 환자의 불이익 방지 위해 IU당 청구 규정 있음

② 혈액투석용 인공관류용제
(이유) 대용량으로 중앙공급형 기계에 희석해서 소량씩 분할 사용

③ 분할조제용 내복제

(이유) 외래에서 분할 조제에 사용되는 약제로 청구방법 변경 시 약국 청구방법 변경에 따른 혼란 초래 및 청구착오 발생

> ☞ **분할조제용 내복제 분류기준**
> ① 내복제 중 엘릭서제(AEL), 액제(ALQ), 시럽제(ASY), 현탁제(ASS), 과립제(AGN), 산제(APD) 등으로 ② 식약처 허가사항 용법·용량 상 1회용으로 사용되는 제품을 제외한 나머지 제품

2. 최소단위 상한금액 표기 대상에 외용제 및 주사제는 해당되지 않는 이유는?

[외용제]

① 분할조제가 극히 일부 품목에 한정되어 있으며, 일부 분할조제로 확인된 스테로이드 연고제의 경우 오남용 우려가 있어 환자가 성분 · 함량 확인할 수 있는 상품포장형태로 공급되는 것이 바람직함

② 연고제를 덕용으로 분할한 경우 며칠 후 제제가 굳는 등 소비자 안전성 측면에서 적합하지 않은 포장형태임

③ 외용제는 대용량 포장이더라도 10 g, 20 g 등으로 청구단위가 일정한 편임

[주사제(조영제 등)]

주사제는 무균적 조작이 필요하여 분할투여가 권장되지 않으므로 다회 사용을 전제로 가격부여는 적절하지 않음

3. 생산규격단위로 등재된 연고제 등의 약제를 분할 사용한 경우 청구방법은?

생산규격단위로 등재된 연고제 등의 약제를 분할하여 사용한 경우 실제 사용량을 요양급여비용 청구방법에 따라 청구하여야 함

관련 근거

상한금액이 포장단위로 책정된 의약품[병·팩 등]관련 수가산정 방법

「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 명시하고 있는 '상한금액이 포장단위로 책정된 의약품(병 · 팩 등)'이란, 호르몬제 등과 같이 포장단위로 정해진 투약기간동안 투여하는 약제를 의미하며, 생산규격 단위로 상한금액이 등재되어 분할조제가 가능한 내복제 및 1회 용량으로 포장된 의약품(병 · 포 등)은 제외함

◎ 행정해석 보험급여과-6144호 (2016.10.18.)

관련 근거

투약료 청구방법

1. 연고제 등 외용제

(1) 생산규격단위로 처방한 경우

(예시) 도모호론크림 20g/개를 처방한 경우

– 처방내역

[변경전]

「1회 투약량」 란에 총 투약량(20g)을 기재하고, 「1일 투여 횟수」 및 「총 투약일수」란에 모두 1로 기재

코 드	1회 투약량	일투	총투
657300410	20	1	1

[변경후]

「1회 투약량」 란에 총 투약량(1개)을 기재하고, 「1일 투여 횟수」 및 「총 투약일수」 란에 모두 1로 기재

코 드	1회 투약량	일투	총투
657300412	1	1	1

– 진료(조제)내역 : 처방내역 작성방법과 동일

[변경전]

코 드	단가	1회 투약량	일투	총투
657300410	43	43	1	1

[변경후]

코 드	단가	1회 투약량	일투	총투
657300412	860	1	1	1

(2) 대용량 포장에서 소분조제하도록 처방한 경우

(예시) 도모호론크림 500g/병에서 20g을 처방한 경우

– 처방내역

[변경전]

「1회 투약량」 란에 총 투약량(20g)을 기재하고, 「1일 투여 횟수」 및 「총 투약일수」 란에 모두 1로 기재

코 드	1회 투약량	일투	총투
657300410	20	1	1

[변경후]

「1회 투약량」 란에 총 투약량 0.04(1/25, 소수점 5째자리에서 4사5입)을 기재하고, 「1일 투여 횟수」 및 「총 투약일수」 란에는 모두 1로 기재

코 드	1회 투약량	일투	총투
657300413	0.04	1	1

– 진료(조제)내역 : 처방내역 작성방법과 동일

[변경전]

코 드	단가	1회 투약량	일투	총투
657300410	43	20	1	1

[변경후]

코 드	단가	1회 투약량	일투	총투
657300413	21,500	0.04	1	1

2. 시럽제 등 내복제

(1) 생산규격단위로 처방한 경우

(예시) 푸로스판시럽 5mL/포를 하루 3회, 3일간 처방한 경우

– 처방내역

[변경전]

「1회 투약량」 란에 총 투약량(5mL)을 기재하고, 「1일 투여 횟수」 및 「총 투약일수」 란에 모두 3을 기재

코 드	1회 투약량	일투	총투
641805270	5	3	3

[변경후]

「1회 투약량」 란에 총 투약량(1포)을 기재하고, 「1일 투여 횟수」 및 「총 투약일수」 란에 모두 3을 기재

코 드	1회 투약량	일투	총투
641805273	1	3	3

– 진료(조제)내역 : 처방내역 작성방법과 동일

[변경전]

코 드	단가	1회 투약량	일투	총투
641805270	32	5	3	3

[변경후]

코 드	단가	1회 투약량	일투	총투
641805273	160	1	3	3

(2) 대용량 포장(분할조제용 시럽제)에서 소분조제하도록 처방한 경우

(예시) 푸로스판 시럽 500(1)mL/병에서 5mL를 하루 3회, 3일간 처방한 경우

– 처방내역

[변경전]

「1회 투약량」 란에 총 투약량(5mL)을 기재하고, 「1일 투여 횟수」 및 「총 투약일수」 란에 모두 3을 기재

코 드	1회 투약량	일투	총투
641805270	5	3	3

[변경후]

「1회 투약량」 란에 총 투약량(5mL)을 기재하고, 「1일 투여 횟수」 및 「총 투약일수」 란에 모두 3을 기재

코 드	1회 투약량	일투	총투
641805272	5	3	3

– 진료(조제)내역 : 처방내역 작성방법과 동일

[변경전]

코 드	단가	1회 투약량	일투	총투
641805270	32	5	3	3

[변경후]

코 드	단가	1회 투약량	일투	총투
641805272	32	5	3	3

3. 분할투여한 인슐린제제(주사제)

(예시) 휴마로그주(1000Ū/10mL/병) 1일 1회 4Ū를 처방한 경우

– 처방내역

「1회 투약량」 란은 0.004(4/1000, 소수점 5째자리에서 4사5입)로 기재하고, 「1일 투여횟수」 및 「총 투약일수」 란에는 모두 1로 기재

코 드	1회 투약량	일투	총투
670800351	0.004	1	1

– 진료(조제)내역 : 처방내역 작성방법과 동일

코 드	단가	1회 투약량	일투	총투
670800351	23,573	0.004	1	1

처방 의약품 반납

Question

환자가 처방된 의약품을 복용하다가 위장장애가 심하다며 1일분만 복용 후 나머지 약제를 가지고 와 반납을 해달라고 합니다. 이와 같이 부작용으로 처방약제 복용이 어렵다면 약제 반납이 가능한가요?

Answer

가능하지 않습니다. 일단 조제·투약된 의약품은 타 환자에게 재사용 할 수 없으며 여타의 오염에 의하여 심각한 부작용을 야기할 수 있으므로 반납이 불가능 합니다.

관련 근거

처방 의약품 반납관련 처리방법

1. 의약분업의 시행 이전 의료기관에서는 환자에게 투약한 의약품에 대하여 부작용의 발현, 복용불편 등의 사유로 환자의 요구가 있는 경우에 잔여 의약품을 반납 처리하는 것이 일반화되어 있음
2. 그러나, 의약품은 그 특성상 보관 및 관리가 엄격하여야 하며, 여타의 오염에 의하여 심각한 부작용을 야기할 수 있으므로 일단 조제 · 투약된 의약품을 반납 받아 다른 환자에게 재사용하는 것은 사실상 불가능하며, 의약품의 경우 정상적인 처방 및 조제 · 투약이라 하더라도 필연적으로 부작용이 발현될 수 있으므로 부작용이 발현되었다하여 잔여 의약품을 반납처리하는 것은 정상적인 진료 및 투약 등을 저해하게 됨
3. 따라서, 요양기관에서는 여타의 이유로 환자가 복용중인 의약품을 반납받아 다른 환자에게 재사용하거나, 이를 보험으로 정산처리해서는 아니됨

◎ 고시 제2000-73호 (2000.12.30. 시행)

물리치료와 국소주사 동시 실시시 청구방법

Question

같은 날 외래에서 무릎 부위에 관절강내주사를 시행하고 어깨에 물리치료를 시행한 경우 각각 청구가 가능한가요?

Answer

외래 진료 시 물리치료와 국소주사를 동시에 실시한 경우 각각 다른 병변에 실시하더라도 동일 목적으로 실시된 중복진료로 보아 주된 치료만 요양급여로 적용하고 1종은 전액을 환자 본인이 부담토록 하고 있습니다. 따라서 같은 날 무릎과 어깨에 각각 관절강내주사와 물리치료를 실시하더라도 주된 치료인 관절강내주사만 청구가 가능하며 청구금액이 적은 물리치료는 전액을 환자 본인이 부담해야 합니다.

관련 근거

물리치료와 국소주사 등을 동시 시행시 인정기준

외래 진료시 물리치료와 국소주사 등(관절강내, 신경간내주사, 신경차단술 등)을 동시에 실시한 경우 동일 목적으로 실시된 중복진료로 보아 주된 치료만 요양급여로 적용하고, 1종은 환자가 전액을 본인이 부담함

◎ 고시 제2011-10호 (2011.2.1. 시행)

Infusion Pump 및 수액유량조절기 인정기준

Question

환자가 수액 주입 시 혈관이 자주 막혀서 control set을 연결해 주었습니다. 이 경우 수액유량조절기(control set)를 청구할 수 있나요?

Answer

수액유량조절기(control set)를 청구할 수 있는 경우는 아래와 같습니다. 단순한 혈관유지 불편 등의 이유로 사용 시에는 인정되지 않습니다.

관련 근거

Infusion Pump 및 수액유량조절기 인정기준

약제의 정밀 주입을 목적으로 Infusion Pump장비를 이용한 정밀 지속적 점적주사, 수액유량조절기(Infucon Infusion Set, IV Flow Control Line 등) 및 Medicsfuser의 인정기준은 다음과 같음. 다만, Medicsfuser는 약물주입속도가 5㎖/h 미만인 경우에 한하여 인정함

– 다　　음 –

가. 8세 미만 소아
나. 약제 투여용량의 정확성이 요구되는 환자 (중증환자, 항암치료환자, 응급환자)
다. 유도분만을 위해 옥시토신 또는 조산방지를 위한 자궁수축억제제 주입시
라. 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 제4조 중증질환자 산정특례 대상

◎ 고시 제2016-112호 (2016.7.1. 시행)

관절강내 주사 관련 인정기준

Q uestion

리도카인만을 관절강내로 주입하였는데 심사 조정 되었습니다. 사유가 무엇인가요?

A nswer

국소마취제만을 사용한 관절강내주사는 인정하지 않습니다. 다만, 국소마취제를 부신피질호르몬제 등 타약제와 병용하여 관절강내로 주입하는 것은 타당한 방법이므로 마9 관절강내 주사로 인정합니다.

관련 근거

국소마취제(lidocaine)만으로 시행한 관절강내주사 인정여부

국소마취제를 부신피질호르몬제 등 타약제와 병용하여 관절강내로 주입하는 것은 타당한 방법이므로 마9 관절강내 주사를 인정하되, 국소마취제만을 관절강내로 주입하는 것은 인정하지 아니함

◎ 고시 제2007-92호 (2007.11.1. 시행)

Q uestion

관절강내 주사 시 부신피질호르몬제의 실시 간격은 어떻게 되나요?

A nswer

부신피질호르몬제를 이용한 관절강내 주사는 2-4주 간격으로 1년에 3-4회 인정하고, 동일에 여러 관절에 실시한 경우에는 2관절까지 인정하되, 1개월에 최대 3-4관절까지만 인정합니다.

관련 근거

부신피질호르몬제를 이용한 관절강내주사 인정기준

부신피질호르몬제를 이용한 관절강내 주사는 약제에 의한 부작용을 고려하여 동일관절에는 2-4주 간격으로 1년에 3-4회 인정하고, 동일에 여러 관절에 실시한 경우에는 2관절까지 인정하되, 1개월에 최대 3-4관절까지만 인정함

◎ 고시 제2007-46호 (2007.6.1. 시행)

신경차단술의 가산 적용기준

Question

만 75세 환자에게 동통완화의 목적으로 신경차단술을 시행하였는데 노인 가산이 심사 조정되었습니다. 이유가 무엇인가요?

Answer

신경차단술을 동통완화 또는 치료목적으로 실시한 경우에는 마취행위가 아니므로 제6장 마취료 산정지침에 의한 신생아, 소아, 노인 가산을 할 수 없으며 응급진료가 불가피한 경우를 제외하고는 공휴일 또는 야간가산을 할 수 없습니다. 다만, 마취목적으로 시행하는 경우에는 제6장 마취료 산정지침에 의거 가산 가능합니다.

관련 근거

신경차단술의 가산 적용기준

신경차단술은 마취, 동통완화 또는 치료목적으로 시행할 경우에 산정할 수 있으며 시술행위에 따라 소정금액을 산정하되, 동통완화 또는 치료목적으로 실시한 경우에는 마취행위가 아니므로 제6장 마취료 산정지침에 의한 신생아, 소아, 노인 가산을 할 수 없으며 응급진료가 불가피한 경우를 제외하고는 공휴일 또는 야간가산을 할수 없음. 다만, 마취목적으로 시행하는 경우에는 제6장 마취료 산정지침에 의한 가산을 할 수 있음

◎ 고시 제2016-190호 (2016.10.1. 시행)

신경차단술 15회 초과시 수가산정방법

Question

경추 추간판탈출증 환자에게 통증 완화 목적으로 척추후근신경절차단술(DRG Block)을 주 2~3회 간격으로 실시하였는데, 일부가 50%수가로 심사 조정되었습니다. 사유가 무엇인가요?

Answer

신경차단술이 15회 초과 실시되어 수기료의 50%로 조정된 것입니다. 신경차단술은 상병에 따라 주 2~3회 인정함을 원칙으로 하되, 최초 시술부터 15회까지는 소정금액 100%, 15회를 초과 시에는 50%를 산정하여야 합니다. 또한 신경차단술을 장기간 연속적으로 실시하는 것은 바람직하지 않으므로 대상포진 후 통증 등 일부 상병을 제외하고는 치료기간 당 최대 2개월까지 인정됩니다.

관련 근거

신경차단술의 산정기준

통증완화 또는 치료목적으로 실시하는 신경차단술은 상병명, 환자의 상태 및 신경차단술에 대한 환자의 반응 등에 따라 그 종류와 실시간격 및 횟수 등이 달라질 수 있으나 적정치료기간 등을 감안하여 동 시술에 대한 산정기준은 다음과 같이 함

– 다 음 –

가. 신경차단술은 상병에 따라 주 2–3회 인정함을 원칙으로 하되, 최초시술부터 15회까지는 소정금액의 100%를, 15회를 초과시는 50%를 산정함

나. 신경차단술을 장기간 연속적으로 실시하는 것은 바람직하지 아니하므로 일정기간 신경차단술 후 제통이 되지 않을 경우에는 치료의 방향 등을 고려하여야 하는 점 등을 감안하여 실시기간은 치료기간당 최대 2개월까지 인정함. 다만, 대상포진 후 통증, 척추수술 실패후 통증, 신경병증성통증(neuropathic pain), 척추손상후통증, 말기암성통증인 경우에는 예외로 적용함

다. 동일 병소에 날짜를 달리하여 서로 다른 신경차단술을 실시하는 경우에는 시술의 종류에 불문하고 실시횟수를 합산함

라. 동일병소에 동시에 서로 다른 2가지 이상의 신경차단술을 실시하는 경우에는 2가지의 신경차단술만 산정하되, 주된 신경차단술은 해당 소정금액의 100%를 산정하고 제2의 신경차단술은 해당 소정금액의 50%를 산정하며, 횟수는 1회로 산정함. 다만, 주 신경에서 세분된 분지신경 차단을 주 신경차단과 동시에 실시하는 경우에는 주 신경차단에 따른 효과를 고려하여 주 신경차단의 소정금액만 인정함(예: Saphenous N/B과 동시에 Articular branch block of Saphenous nerve)

◎ 고시 제2009-180호 (2009.10.1. 시행)

C-arm 등 투시가 반드시 필요한 신경차단술에 대하여

Question

C-arm을 보유하지 않고, 실시할 수 있는 신경차단술은 무엇인가요?

Answer

C-arm 등 투시가 반드시 필요한 신경차단술을 C-arm 등 투시 없이 실시한 경우에는 인정되지 않습니다.

관련 근거

C-arm 등 투시가 반드시 필요한 신경차단술에 대하여

C-arm 등 투시가 반드시 필요한 신경차단술은 다음과 같으며, 동 신경차단술을 C-arm 등 투시 없이 실시한 경우에는 인정하지 아니함

- 다 음 -

가. 바22 관련: 경추간공경막외신경차단술(Transforaminal epidural block)

나. 바23 관련: 삼차신경절(Trigeminal ganglion), 상악신경(Maxillary nerve), 하악(Mandibular nerve), 익구개신경절(Pterygopalatine ganglion)

다. 바24 관련: 상박신경총신경차단술(Brachial plexus block) (Supraclavicle approah 경우만)

라. 바25 관련: 척추주위척추관절돌기신경(Facet joint), 천장관절(Sacro-iliac joint), 방척추신경근(Paravertebral spinal nerve root), 후근신경절신경차단술(Dorsal root ganglion block), 척추후지내측지신경차단술(Post. medial branch block) 척추신경근(Spinal root block) (Psoas compartment block : blind block도 가능)

마. 바26나 관련: 흉요부교감신경절(Thoracolumbar sympathetic ganglion), 복강신경총(Celiac plexus), 하장간막신경총(Inferior mesenteric plexus), 상하복신경총(Superior hypogastric plexus)

◎ 고시 제2007-92호 (2007.11.1. 시행)

복재신경 및 복재신경관절차단술의 수기료 산정방법

Q uestion

복재신경 차단술을 시행하였는데 어떻게 청구하면 되나요?

A nswer

동 신경에 실시하는 신경차단술은 실시 부위에 따라 발목까지는 바24거 척수신경말초지차단술(대퇴신경) 소정점수의 50%, 발목아래는 바24거 소정점수의 25%를 산정하여 청구하시면 됩니다.

관련 근거

복재신경 및 복재신경관절지차단술의 수기료 산정방법

복재신경(Saphenous Nerve) 및 복재신경관절지(Articular Branch of Saphenous Nerve)는 대퇴신경에서 분지되는 말초지신경(Peripheral Branch Nerve)이므로 동 신경에 실시하는 신경차단술은 실시 부위에 따라 발목까지는 바24거 척수신경말초지차단술(대퇴신경)소정점수의 50%, 발목아래는 바24거 소정점수의 25%로 산정함

◎ 고시 제2011-124호 (2011.11.1. 시행)

선택적 경추간공 경막외조영술/신경차단술 또는 경추간공 경막외주사/신경차단술의 인정기준 및 수가산정방법

Question

선택적 경추간공 경막외조영술 기준과 청구 시 첨부해야 할 자료는 뭔가요?

Answer

선택적 경추간공 경막외조영술/신경차단술(Selective Transforaminal Epidurography /Block) 또는 경추간공 경막외주사/신경차단술(Transforaminal Epidural Injection/Block)시에는 영상자료에서 다음 소견이 확인되어야 합니다

-다 음-

가. 주사바늘 끝(Needle tip)은 정면 상에서 추간공 안쪽에, 측면 상에서 전경막외강(anterior epidural space)에 위치해야 함

나. 조영제는 정면 상에서 시술부위(level) 주위의 경막외강에, 측면 상에서 전경막외강(anterior epidural space)내에 퍼짐이 확인되어야 함

다. 상기 가 또는 나의 조건을 충족하기 어려운 경우는 그 사유를 기재 시에 사례별로 인정함

따라서 진료기록부 및 시술시 영상자료 (AP & Lat)를 첨부하여야 함을 알려드리오니 참고하시기 바랍니다.

관련 근거

「선택적 경추간공 경막외조영술/신경차단술 (Selective Transforaminal Epidurography /Block) 또는 경추간공 경막외주사/ 신경차단술 (Transforaminal Epidural Injection/Block)시 영상자료의 세부적용기준

선택적 경추간공 경막외조영술/신경차단술 (Selective Transforaminal Epidurography /Block) 또는 경추간공 경막외주사/신경차단술(Transforaminal Epidural Injection/Block)시에는 영상자료에서 다음 소견이 확인되어야 함

-다 음-

가. 주사바늘 끝(Needle tip)은 정면 상에서 추간공 안쪽에, 측면 상에서 전경막외강(anterior epidural space)에 위치해야 함

나. 조영제는 정면 상에서 시술부위(level) 주위의 경막외강에, 측면 상에서 전경막외강(anterior epidural space)내에 퍼짐이 확인되어야 함

다. 상기 가 또는 나의 조건을 충족하기 어려운 경우는 그 사유를 기재 시에 사례별로 인정함

◎ 본원 심사지침 (2013.9.1.시행)

관련 근거

선택적 경추간공 경막외조영술/신경차단술(Selective Transforaminal Epidurography/Block) 또는 경추간공경막외주사/신경차단술 (Transforaminal Epidural Injection/Block)의 인정기준 및 수가산정방법

선택적 경추간공 경막외조영술/신경차단술 (Selective Transforaminal Epidurography/Block) 또는 경추간공경막외주사/신경차단술(Transforaminal Epidural Injection/Block)의 인정기준 및 수가산정방법은 다음과 같이 함

– 다 음 –

가. 인정기준

부신피질호르몬제 사용시 주1회씩, 3회 정도 시행하고 호전되지 않으면 수술 등 다른 치료 방법을 고려해야 함. 이때 확인할 수 있는 영상자료를 첨부토록 함

나. 산정방법

(1) 행위료

(가) 1 level 시행시

· 편측 – 다210나 경막외조영 소정점수만 산정 (Selective Transforaminal Epidural Block / Transforaminal Epidural Injection 행위료는 조영술료 에 포함)

· 양측 – 다210나 경막외조영 소정점수와 바22가 경막외신경차단술(일회성차단) 소정점수의 50%를 산정

(나) 동시에 2 level 이상 시행시

· 편측 – 제1 level은 다210–나 경막외조영 소정점수를 산정하고, 제2 level부터는 바22가 경막외신경차단술(일회성차단) 소정점수의 50%를 산정하되, 최대 3 level까지 산정함(바22가 최대 100%산정)

· 양측 – 최대 2 level까지 산정하며 제 1 level은 다210나 경막외조영 소정점수와 바22가 경막외신경차단술(일회성차단) 소정점수의 50%를 산정하고, 제2level은 바22가 경막외신경차단술(일회성차단) 소정점수의 50%를 산정함(바22가 최대 150%산정)

(2) 약제비 : 조영제, 국소마취제, 스테로이드 등 사용된 약제는 별도 산정함

◎ 고시 제2009-180호 (2009.10.1. 시행)

근막동통유발점 주사자극치료(TPI) 인정기준

Q uestion

사127 근막동통유발점 주사자극치료는 어떤 경우에 인정되나요?

A nswer

TPI(Trigger point injection)의 적응증은 근막동통증후군(Myofacial pain syndrome)이며 동 질환은 상병명이 아닌 증후군으로서 '근육이나 인대의 한정된 부위에 압통이 있고, 이 압통 부위를 자극하면 환자가 평소에 느끼던 연관통(reffered pain)을 발생시키는 경우'를 말하는 것으로 Trigger point가 있는 경우에 해당됩니다.

관련 근거

사127 근막동통주사자극치료의 진료수가 산정방법 및 다른 물리치료요법을 병행 실시하는 경우의 인정기준

근막동통유발점 주사자극치료의 인정기준은 다음과 같이 함

– 다 음 –

가. 적 응 증: 근막동통증후군(Myofascial Pain Syndrome)

나. 사용약제: 국소마취제나 생리식염수의 약가는 동 요법의 소정수가에 포함하여 별도 산정하지 아니함. 다만, 부신피질호르몬제의 약가는 약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준에 의하여 산정함

다. 실시횟수: 통상 3일 간격으로 7회 정도 산정하며 7회 이상 실시하는 경우에는 진료의사의 소견서를 첨부하여 실시횟수대로 산정하되, 15회를 초과하여 산정할 수 없음

라. 다른 물리치료요법을 병행 실시하는 경우: 사101 표층열치료와 사106 단순운동치료는 근막동통유발점 주사자극치료시 시행되는 일련의 과정으로서 별도 산정할 수 없음. 그러나, 동통제거의 상승효과를 위하여 사104 경피적 전기신경자극치료(또는 간섭파전류치료), 사102 심층열치료를 병행하는 경우 입원 진료시에는 소정금액을 각각 산정하며, 외래 진료시에는 동일 목적으로 실시된 중복진료로 보아 병행 실시된 물리치료는 전액을 환자가 부담토록 함

고시 제2016-204호 (2016.11.1. 시행)

마사지치료 인정기준

Question

요추부 염좌 상병에 마사지치료를 실시하였는데 마사지치료가 조정되었습니다. 사유가 무엇인가요?

Answer

요추부 염좌 상병에 마사지치료는 인정되지 않습니다. 동 치료는 근마비로 인한 연부조직위축, 감염 및 외상으로 인한 연부조직유착을 개선하기 위해 수기로 20분 이상 실시한 경우에 산정 가능합니다.

관련 근거

「건강보험요양급여비용」 제1편 제2부 제7장 이학요법료 제1절 기본물리치료료

사105 마사지치료[1일당]

주: 근마비로 인한 연부조직위축, 감염 및 외상으로 인한 연부조직유착을 개선하기 위하여 수기로 20분 이상 실시한 경우에 산정한다.

관련 근거

사105 마사지치료의 세부인정범위

사105 마사지치료 세부인정범위는 다음과 같이 함

– 다 음 –

가. 인정대상

– 근마비로 인한 연부조직위축 상병인 위축 · 구축 상병, 마비상병, 림프부종 및 부종, 연축, 사경

– 얼굴부위의 신경장애, 사지 신경손상 중 신경총(얼기)손상 또는 단신경에서 운동신경의 장애로 근마비에 의한 연부조직의 위축이 나타난 경우

나. 그 외 상지 · 하지 관련 상병, 척추관련 상병, 순수한 감각신경(상지: superfical radial nerve, medial antebrachial cutaneous nerve, lateral antebrachial cutaneous nerve 등, 하지: sural nerve, saphenous nerve, lateral femoral cutaneous nerve 등) 장애 등에는 인정하지 아니함

◎ 본원 심사지침 (2011.3.1. 진료분부터 적용)

재활저출력레이저치료와 경피적전기신경자극치료(또는 간섭파전류치료) 병용실시 인정기준

Question

재활저출력레이저치료와 경피적전기신경자극치료 같이 시행했는데 인정기준은 어떻게 되나요?

Answer

재활저출력레이저치료와 경피적전기신경자극치료(또는 간섭파전류치료)는 동일목적의 치료이나, 작용기전이 다르고 단독치료보다 복합치료 시 치료효과가 증가하는 등의 장점이 있으므로 병용실시를 인정하되, 주된 물리치료는 요양급여하고 그 외 1종은 전액을 환자가 부담토록 하여야 합니다.

관련 근거

재활저출력레이저치료와 경피적전기신경자극치료(또는 간섭파전류치료) 병용실시 인정기준

사115 재활저출력레이저치료와 사104 경피적전기신경자극치료(또는 사104주 간섭파전류치료)는 동일목적의 치료이나, 작용기전이 다르고 단독치료보다 복합치료 시 치료효과가 증가하는 등의 장점이 있으므로 병용실시를 인정하되, 주된 물리치료는 요양급여하고 그 외 1종은 전액을 환자가 부담토록 함

고시 제2009-135호 (2009.8.1. 시행)

경피적 전기신경자극치료(TENS) 인정 가능 횟수

Q uestion

하지의 염좌 상병으로 외래에서 경피적 전기신경자극치료(TENS)를 10일간 실시하였으나 3일이 심사 조정되었습니다. 사유가 무엇인가요?

A nswer

고시에 의거 염좌, 좌상 등 상병에 대한 경피적전기신경자극치료(사104)는 1주 이내 실시함이 원칙이므로 7일간 인정되었습니다. 다만, 반드시 실시가 필요하다는 의사소견서 등이 있는 경우에는 사례별로 인정이 가능합니다.

관련 근거

사104 경피적 전기신경자극치료, 사104주 간섭파전류치료, 사115 재활저출력레이저치료의 인정기준 및 기간

경피적 전기신경자극치료 및 간섭파전류치료, 재활저출력레이저치료는 근골격계 통증 및 신경통증의 완화를 위해 시행하는 요법으로서 관절염에는 2주, 염좌 · 좌상 등에는 1주, 추간판 탈출증에는 3주 이내로 실시함을 원칙으로 하되, 상태 호전이 있는 등 연장 실시가 반드시 필요한 경우에는 주 2~3회로 산정함

◎ 고시 제2009-55호 (2009.4.1. 시행)

뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등)환자에게 장기간 시행하는 전문재활치료 인정기준

Q uestion

뇌손상 환자에게 시행하는 전문재활치료 인정기준에 대해 알고 싶습니다.

A nswer

뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등) 환자에게 장기간 시행한 전문재활치료는 다음과 같이 심사적용하며, 뇌성마비와 파킨슨 질환은 환자의 개별 증상이 다양하고, 장기적으로 지속적인 전문재활치료가 필요하므로 환자의 개별상태 등을 고려하여 사례별로 심사하고 있습니다.

관련 근거

뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등)환자에게 장기간 시행하는 전문재활치료의 인정기준

뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등) 환자에게 장기간 시행한 전문재활치료는 다음과 같이 심사적용하며, 뇌성마비와 파킨슨 질환은 환자의 개별 증상이 다양하고, 장기적으로 지속적인 전문재활치료가 필요하므로 환자의 개별상태 등을 고려하여 사례별로 심사토록 함

– 다 음 –

가. 뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등) 환자에게 시행하는 전문재활치료는 발병 후 2년 정도 인정하는 것으로 하되, 환자 기능회복 및 호전여부 등을 고려하여 아래와 같이 적용함

– 아 래 –

1) 발병 후 2년 이내라도 환자의 기능적 회복이 3개월 동안 확인되지 않는 경우에는 필요한 전문재활치료를 1일 1회만 인정함

2) 발병 후 2년이 경과한 경우에는 환자의 기능상태 유지를 위하여 사–122 중추신경계발달재활치료, 사–123 작업치료, 사–130 재활기능치료만 1일 1회 인정하나, 2년이 경과하였음에도 환자상태의 지속적인 호전이 있는 경우에는 3개월마다 기능회복 및 호전상태를 평가하여 필요한 전문재활치료를 인정함

3) Vegetative state(식물인간 상태 등)는 발병기간에 관계없이 사례별로 필요한 전문재활치료만 인정함

나. 발병 후 적정기간이 경과하였으나 부적절한 치료(전문재활치료를 중단한 경우 등)를 받은 경우 약 3개월 정도 전문재활치료를 실시하고, 기능 회복 및 호전여부 등에 따라 상기 가.항과 동일하게 적용함

다. 재활기능치료 중 사130–가 매트 및 이동치료와 사130–나 보행치료는 단계적으로 시행하여야 하므로 동일에 실시 시 1종만 인정함

라. 사–124 일상생활동작훈련치료는 인지기능이 있는 환자에게 실시하여야 하며, 1–2종목만 실시하는 등 1일당 수가로 인정하기 곤란한 경우 주 2회 인정함

마. 작업치료는 환자상태에 따라 사123-가 단순작업치료, 사123-나 복합작업치료, 사123-다 특수작업치료 중 한 항목을 선택하여 실시하여야 하므로 동일에 다른(단순작업치료 + 특수작업치료 등) 작업치료를 실시하였을 경우 1종만 인정함

바. 서-141 연하장애재활치료는 발병 후 객관적 소견 없이 6개월 정도 인정하며 그 이후는 객관적 소견(연하장애평가검사 등)이 있는 경우 추가 인정함

사. 사-126 기능적전기자극치료는 기능 호전을 목적으로 하는 재활치료이므로 발병 후 2년 이내는 1일 2회 인정가능하나 지속적인 치료에도 불구하고 근력이나, 기능적인 호전이 없는 경우 등에는 발병 후 6개월까지는 1일 2회 인정하고 6개월 이후에는 1일 1회 인정하며, 2년 이후에는 인정하지 아니함

※ 환자상태에 대한 기능적 회복 및 호전여부는 K-MBI, MRS, FIM, DRS, 근력, 경직, 관절운동 범위, 감각상실 변화, 균형 및 보행기능, 인지 및 언어기능, 연하기능 등을 평가하여 판단함

* K-MBI : Korean Modified Barthel Index

* MRS : Modified Rankin Scale

* FIM : Functional Independence Measure

* DRS : Disability Rating Scale

◎ 심사지침 (2012.7.1. 시행)

개인정신치료 및 가족치료 산정기준

Q uestion

개인정신치료를 하루에 2회 시행한 경우 모두 인정되나요?

A nswer

개인정신치료는 지지요법, 집중요법, 심층분석요법을 같은 날 동시에 산정할 수 없으며, 아3가 가족치료(개인)은 주3회이내, 아3나 가족치료(집단)은 주1회만 산정가능합니다. 또한, 개인정신치료 및 가족치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 1회만 산정할 수 있습니다.

관련 근거

개인정신치료 및 가족치료 산정기준

1. 아1 개인정신치료는 가. 지지요법, 나. 집중요법, 다. 심층분석요법을 같은 날 동시에 산정할 수 없음
2. 아3가 가족치료(개인)은 주3회 이내, 아3나 가족치료(집단)은 주1회만 산정함
3. 아1 개인정신치료 및 아3 가족치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 1회만 산정할 수 있음

◎ 고시 제2015-185호 (2015.11.1. 시행)

정신요법료 산정 가능한 의료인 자격

Q uestion

정신보건임상심리사가 실시한 정신요법료는 인정이 가능한가요?

A nswer

정신요법료 산정지침에 의거 정신보건임상심리사는 '상근하는 전문가'에 포함될 수 있으므로 해당 정신요법료를 산정할 수 있습니다. 이에 해당하는 정신요법으로는 일반집단정신치료, 정신치료극, 작업 및 오락요법 등이 있습니다.

관련 근거

「건강보험요양급여비용」 제1편 제2부 제8장 정신요법료 [산정지침]

(1) 정신요법료는 정신건강의학과 전문의가 정신건강의학과 환자에게 행한 경우에 산정하되, 반드시 분류항목별 치료행위에 관한 내용을 진료기록부 등에 기록한 경우에 산정할 수 있다.

(2) 위 "(1)"의 규정에도 불구하고 다음의 분류항목은 정신건강의학과 전문의 지도하에 정신건강의학과 전공의가 실시한 경우에도 산정할 수 있다. 다만, "(가)"는 3년차 이상 전공의가 실시한 경우에 산정할 수 있다.

(가) 심층분석요법(아-1-다), 분석집단정신치료(아-2-나), 약물이용면담(아-5)

(나) 지지요법(아-1-가), 집중요법(아-1-나), 가족치료(아-3), 전기충격요법(아-7), 지속적 수면요법(아-8)

(3) 위 "(2)"에서 규정한 분류항목 이외는 정신건강의학과 전문의 지도하에 정신건강의학과 전공의 또는 상근하는 전문가(정신간호사, 사회복지사 등)가 실시한 경우에도 산정할 수 있다. 다만, 정신의학적 사회사업(아-11)은 사회복지사가 직접 실시한 경우에만 산정한다.

관련 근거

정신보건임상심리사가 실시한 정신요법료 인정여부

건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제8장[산정지침](3)에서는 "(2)에서 규정한 분류항목 이외는 정신건강의학과전문의 지도하에 정신과 정신건강의학과전공의 또는 상근하는 전문가(정신간호사, 사회복지사 등)가 실시한 경우에도 산정할 수 있다"라고 규정하고 있는 바, 정신보건임상심리사는 '상근하는 전문가'에 포함될 수 있으므로 해당 정신요법료를 산정할 수 있음

◎ 고시 제2012-39호 (2012.3.27. 시행)

의료급여 정신질환자의 외래진료비용 청구관련

Question

정신건강의학과 전문의료급여 기관에서 의료급여 정신질환자에게 외래 진찰과 가족치료를 시행한 경우 어떻게 청구하여야 하나요?

Answer

한국표준질병사인분류항목 중 정신 및 행동장애(F00-F99)와 뇌전증(G40, G41)에 해당하는 질병(이하, "정신질환"이라 한다)으로 정신건강의학과 전문의료급여기관(병원 및 종합병원급의 정신건강의학과 포함)에서 진료한 경우에는 1일당 정액수가로 산정하며, 정액수가에는 진찰료·입원료·투약료·주사료·정신요법료·검사료 등 환자진료에 필요한 제반 비용이 포함되어 있습니다.

관련 근거

[의료급여] 의료급여수가의 기준 및 일반기준 제9조 및 제10조

제9조(정신질환 수가 기준)

① 한국표준질병사인분류항목 중 정신 및 행동장애(F00-F99)와 뇌전증(G40, G41)에 해당하는 질병(이하"정신질환"이라 한다)으로 정신건강의학과 전문의료급여기관(병원 및 종합병원급의 정신건강의학과 포함)에서 입원 진료한 경우에는 1일당 정액수가로 산정한다.

② 정신질환에 대한 정액수가에는 진찰료 · 입원료 · 투약료 · 주사료 · 정신요법료 · 검사료 등 환자진료에 필요한 제반비용이 포함되어 있으므로 환자상태에 따라 적절한 진료를 행하여 치료기간을 단축시키도록 노력하여야 한다.

③ 입원환자의 경우 1주일에 2회 이상(개인정신치료 1회 이상) 정신요법을 실시하여야 하고, 별표 4에서 정한 정신건강의학과 의사, 정신건강의학과 간호사 및 정신보건전문요원 인력 확보수준에 따른 차등제 적용 시 기관등급 G3에 해당하는 의료급여기관의 경우 1주일에 3회 이상(개인정신치료 1회 이상), 기관등급 G2 이상에 해당하는 의료급여기관의 경우에는 1주일에 4회 이상(개인정신치료 2회 이상) 정신요법을 실시하여야 한다.

④ 〈2017.3.13일자로 삭제〉

⑤ 의료인 등 인력 확보수준에 따른 정신건강의학과 입원료 차등제 적용 기준은 별표 4와 같다.

제10조(정신질환 외래수가 등)

① 정신건강의학과 전문의료급여기관에서 한국표준질병사인분류항목 중 정신질환에 대한 외래진료 시 급여비용은 제1조에 따라 산정하며 약제는 직접 조제 · 투여하여야 한다. 이 경우 개인정신치료 및 가족치료 산정기준은 다음 각 호와 같다.

1. 개인정신치료(지지요법, 집중요법, 심층분석요법)는 같은 날 동시에 산정할 수 없으며, 각각의

개인정신치료를 합하여 주 2회 이내만 산정할 수 있다.

2. 가족치료(개인가족치료, 집단가족치료)는 각각 주 1회만 산정할 수 있다.

3. 개인정신치료 및 가족치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 1회만 산정할 수 있다.

② 정신질환자 외래투약 시에는 환자상태 및 병력 등에 따라 그 투약기간을 적절하게 처방하도록 하여야 하며, 환자의 치료가 투약만으로 가능하다고 판단될 때에는 환자의 불편을 최소화할 수 있도록 1회 내원 시 기준처방일수(15일 이상)을 준수하여야 한다.

③ 〈2017.3.13일자로 삭제〉

관련 근거

「건강보험요양급여비용」 제1편 제2부 제8장 정신요법료 [산정지침]

제8장 정신요법료 [산정지침]

(1) 정신요법료는 정신건강의학과 전문의가 정신건강의학과 환자에게 행한 경우에 산정하되, 반드시 분류항목별 치료행위에 관한 내용을 진료기록부 등에 기록한 경우에 산정할 수 있다.

처치의 야간 및 공휴가산 인정여부

Question

상지의 3도 화상으로 입원한 환자에게 화상처치를 매일 실시하고 있습니다. 화상처치가 일요일에도 계속 시행되는 경우에 공휴 가산료를 산정할 수 있나요?

Answer

화상처치나 대상포진 처치, 수술후 처치와 같이 계속되는 처치인 경우 공휴일에 실시하더라도 응급진료가 불가피하여 실시하는 경우로 볼 수 없으므로 공휴가산료는 인정되지 않습니다.

관련 근거

「건강보험요양급여비용」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 [산정지침]

(1) 18시~9시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 처치 및 수술을 행한 경우에는 소정점수의 50%를 가산한다.(산정코드 두 번째 자리에 18시~9시는 1, 공휴일은 5로 기재) 다만, 22~6시에 분만(자-435, 자-436, 자-438, 자-450, 자-451)을 시행한 경우에는 소정점수의 100%를 가산한다.(산정코드 두 번째 자리에 6 으로 기재) 이 경우 해당 처치 및 수술을 시작한 시각을 기준하여 산정한다.

참고

이중가산 사유 발생시 수기료 산정방법(한방)

만6세미만 소아에게 야간에 침술을 시술한 경우 소정침술료란에 소아가산료와 야간가산료를 합하여 산정함(1+소아가산+야간가산)

◎ 고시 제2017-249호 (2018.1.1.시행)

질강처치료 인정기준

Question

질염에 질강처치료가 인정되나요?

Answer

질강처치료 [Vaginal treatment using speculum]는 외음과 질의 칸디다증, 비뇨생식기의 편모충증, 자궁경부의 염증성 질환, 자궁경부의 미란 및 외반 상병에 실시한 경우에 치료기간 중 1회 인정합니다.

관련 근거

질강처치료(자410-2) 인정기준

질강처치료 [Vaginal treatment using speculum]

– 대상상병
: 외음과 질의 칸디다증, 비뇨생식기의 편모충증, 자궁경부의 염증성 질환, 자궁경부의 미란 및 외반

– 인정횟수
: 치료기간 중 1회

고시 제2013-36호 (2013.3.1. 시행)

부목이나 캐스트 재시행 관련

Question

환자가 고의로 캐스트를 파손하였으나 재시행 하기를 원하는 경우 건강보험 적용이 가능한가요?

Answer

환자가 고의로 캐스트를 파손하여 재시행 하는 경우는 캐스트의 행위 및 치료재료 요양급여비용을 환자가 전액 본인부담하여야 합니다.

관련 근거

부목이나 캐스트 재시행 관련

부목 또는 캐스트의 재시행시 보험적용여부에 대한 회신입니다.

가. 골절 등의 고정을 목적으로 부목이나 캐스트를 시행하였으나, 환부의 부종 감소, 수술 등 불가피한 사유가 발생하여 담당의사의 판단에 따라 교체 등이 이루어지는 경우는 건강보험 적용이 가능할 것임

나. 다만, 부목이나 캐스트를 환자가 고의로 파손하는 경우, 의사의 지시에 따라 착용하지 않아 분실한 경우, 환자가 개인적인 사유로 교체를 원하는 경우 등 환자의 귀책이 명백한 사유로 다시 시행하는 부목 또는 캐스트의 행위 및 치료재료의 요양급여비용은 환자가 전액을 부담함이 타당함

◎ 행정해석 보험급여과-2930호 (2010.12.10.)

수술 당일 산정된 수술후 처치료 인정여부

Question

아래다리 열상으로 외래로 내원한 환자에게 창상봉합술과 단순처치를 시행하여 청구하였으나 단순처치가 심사 조정되었습니다. 사유가 무엇인가요?

Answer

단순처치는 「자2-1 일반처치 또는 수술후 처치 등」으로 분류되는 수가로 동 수가의 '주1'에 의거 수술후 처치료는 수술 익일부터 청구할 수 있습니다. 따라서 창상봉합술 실시 당일에 실시된 단순처치는 산정할 수 없으며 수술 익일부터 산정 가능합니다.

관련 근거

「건강보험요양급여비용」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 제1절 처치 및 수술료

자-2-1 일반처치 또는 수술후처치 등 [1일당]

주: 1. 수술후 처치료는 수술 익일부터 산정한다.

하기도 증기흡입치료 인정기준

Question

기관지염에 하기도 증기 흡입치료를 실시하였는데 심사 조정되었습니다. 사유가 무엇인가요?

Answer

하기도 증기흡입치료는 천식이나 만성폐쇄성 폐질환의 급성 악화기, 급성세기관지염의 호흡곤란 치료에 한하여 인정 가능하고 단순기관지염 등에는 인정되지 않습니다.

관련 근거

「건강보험요양급여비용」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 제1절 처치 및 수술료

자4-1 하기도 증기흡입치료[1일당]

주: 1. 1일 1회 산정을 원칙으로 하되, 소아, 노인, 안면마비, 의식불명 등 일반흡입제 사용이 곤란한 환자의 천식발작 치료시에는 1일 3회, 천식지속상태 치료시에는 1일 6회까지 산정한다.

2. Disposable Nebulizer Kit, Mask의 재료대는 별도 산정한다.

관련 근거

자4-1 하기도증기흡입치료 급여기준

1. 자4-1 하기도 증기흡입치료(Nebulizer Treatment of Lower Airway)는 천식이나 만성폐쇄성 폐질환의 급성악화기, 급성세기관지염의 호흡곤란치료에 실시함을 원칙으로 함

2. 상기 1. 기준 이외에도 다음과 같은 경우에 요양급여 함

– 다 음 –

가. 응급실 또는 입원진료 중인 환자

1) 정량식(또는 분말)흡입기를 사용할 수 없는 경우로 “기도 폐쇄에 의한 호흡곤란(PaO2 〈 60mmHg 등)”이 있거나 “하기도경련에 의한 천명(Wheezing)”이 확인되는 경우에는 급성기 일주일 이내 인정함

2) 객담배출이 곤란하여 전신 투여(경구 또는 주사)를 실시하였음에도 불구하고 치료효과를 기대할 수 없어 직접 하기도에 국소 투여가 필요한 경우에는 급성기에 사례별로 인정함

나. Pentamidine isethionate 주사제의 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따라 증기흡입치료하는 경우

◎ 고시 제2017-152호(2017.9.1.시행)

화상처치 수가 산정방법

Question

좌측 상지와 좌측 하지에 각각 화상부위가 있는 경우 화상처치 수기료는 부위별로 산정하나요?

Answer

화상처치 수기료는 화상범위가 수개 부위일 경우 수개 부위의 화상범위를 합하여 산정하여야 합니다. 따라서 상지와 하지의 화상범위를 합한 범위가 9% 이하라면 N0011 소정점수 100%로 산정하여야 합니다.

관련 근거

「건강보험요양급여비용」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 제1절 처치 및 수술료

자18-1 화상처치

주: 1. 화상부위가 수개 부위일 경우에는 수개 부위의 화상범위를 합하여 아래 항목에 의거하여 산정하되 화상범위 산정시 1도 화상 범위는 제외한다.

2. 사용된 거즈, 붕대의 재료대는 별도 산정하되 탈지면, 반창고 등의 비용은 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.

가. 열탕, 화염, 동상, 화학화상 등의 경우

(1) 9%이하의 범위 (가) 수, 족, 지, 안면, 경부, 성기를 포함하는 경우

(2) 하지의 1지, 복부 또는 배부에 준하는 범위[10%~18%]

(3) 양하지 또는 동체(복부 및 배부)에 준하는 범위[19%~36%]

(4) 상 · 하지 대부분, 양하지와 복부 또는 배부에 준하는 범위[37%~54%]

(5) 전신대부분의 범위[55% 이상의 범위]

결장경하폴립절제술 수가 산정방법

Question

결장경검사 결과 다수의 폴립이 있어 0.5cm 이상 크기의 6개의 폴립을 snare로 절제하고, 0.3cm 크기의 폴립 1개를 forcep으로 제거하였습니다. 이 경우에 수기료는 어떻게 청구하나요?

Answer

수기료는 자770-가 결장경하종양수술-폴립절제술 '주'항에 의거 결장경하종양수술 6개까지만 산정 가능합니다. 추가적으로 hot biopsy를 실시하였다 하더라도 내시경하생검 수기료 1회는 별도 산정할 수 없습니다. 다만, snare polypectomy를 6개 미만으로 실시하고 hot biopsy를 동시 실시한 경우에는 내시경하생검료 1회를 별도 산정 가능합니다.

관련 근거

「건강보험요양급여비용」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 제1절 처치 및 수술료

자-770 결장경하 종양 수술

가. 폴립 절제술

주: 1개 이상의 폴립을 절제한 경우에는 초과되는 폴립 개수마다 410.28점을 산정한다(최대 5개까지)

관련 근거

결장경하 폴립절제술 인정기준

결장경하 폴립 절제시 폴립의 크기가 0.5cm 이상이거나, 0.5cm 미만이더라도 올가미(snare)를 사용하여 절제한 경우에는 자770가 결장경하 폴립절제술로 인정하며, 폴립의 크기가 0.5cm 미만으로서 올가미를 사용하지 않은 경우에는 폴립의 개수와 상관없이 나766 결장경검사 소정점수와 나854 내시경하생검 소정점수로 산정함

고시 제2007-46호 (2007.6.1. 시행)

결장경하종양수술과 동시 산정된 결장경하출혈지혈법

Question

결장경하 snare polypectomy를 시행하였으나 폴립을 제거한 부위에 출혈양상이 있어 소작 후 hemoclip을 이용해 지혈을 실시하였습니다. 이 경우 결장경하종양수술과 결장경하출혈지혈법 수가를 동시 산정할 수 있나요?

Answer

결장경하종양수술 수기료만 산정 가능합니다. 결장경하종양수술을 시행하면서 해당 수술 부위의 출혈양상으로 지혈을 한 경우는 주된 수술 시에 부수적으로 동시에 실시하는 수술로 보아 주된 수술의 소정점수만 산정하여야 합니다.

관련 근거

「건강보험요양급여비용」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 제1절 처치 및 수술료 [산정지침]

⑸ 동일 피부 절개 하에 2가지 이상 수술을 동시에 시술한 경우 주된 수술은 소정점수에 의하여 산정하고, 제2의 수술부터는 해당 수술 소정점수의 50%(산정코드 세 번째 자리에 1로 기재), 상급종합병원 · 종합병원은 해당 수술 소정점수의 70%(산정코드 세 번째 자리에 4로 기재)를 산정한다. 다만, 주된 수술 시에 부수적으로 동시에 실시하는 수술의 경우에는 주된 수술의 소정점수만 산정한다.

결장경하종양수술 시 조직병리검사 산정방법

Question

결장경하종양수술 시 S상결장에 0.2cm 크기의 폴립 1개, 직장에 0.2cm 크기의 폴립 1개가 각각 확인되어 조직검사를 시행한 경우 조직병리검사료를 어떻게 청구해야 하나요?

Answer

나560 조직병리검사 100%만 청구하여야 합니다. 조직병리검사는 장기당 1회 산정하여야 하며 소화기관의 경우 식도, 위, 소장, 대장 4부위로 구분하여 인정합니다. 따라서 결장과 직장에 각각 폴립이 있어 조직병리검사를 실시하더라도 결장과 직장은 대장 하나의 장기이므로 나550 조직병리검사[1장기당] 100%만 산정 가능합니다.

관련 근거

「건강보험요양급여비용」 제1편 제2부 제2장 검사료 제2절 병리 검사료

나-560 조직병리검사 [1장기당]

관련 근거

나560 조직병리검사[1장기당]의 양측장기, 인접장기 및 연결장기의 수가 산정방법

나560 조직병리검사[1장기당]의 양측장기, 인접장기 및 연결장기의 수가 산정방법은 다음과 같이 함

- 다 음 -

가. 양측장기

1) 양측장기는 나560 조직병리검사의 소정점수를 양측으로 각각 산정함

2) 갑상선, 편도, 성대, 혈관 수술 후 실시하는 나560 조직병리검사는 양측의 파라핀 블록수를 합하여 나560의 소정점수로 산정함

나. 인접장기

1) 위풀씨 수술(Whipple's Op): 췌장, 담낭, 장(Intestine)으로 각각 나누어 산정

2) 방광암 수술시 전립선, 위암 수술시 비장, 췌장, 간, 담낭절제술 시 담낭: 장기별로 산정

3) 비강과 부비동, 편도(Tonsil)와 아데노이드(Adenoid), 두경부 악성종양 시 침샘, 신장 악성종양 시 부신: 한 장기로 산정

4) 대망(Omentum), 복막(Peritoneum): 별도장기로 볼 수 없음. 다만 병변이 있어 단독 생검시는

병리조직 검사를 산정할 수 있음

5) 자궁부속기(Adnexa of uterus, 동측 난소와 난관 등)

: 한 장기로 산정

다. 연결장기

1) 소화기관의 경우: 식도, 위, 소장, 대장 4부분으로 구분하여 인정

– 말단 회장(Terminal Ileum)의 경우 연결하여 절제되는 경우 대장과 함께 산정

– 결장절제술시 결장(Colon), 맹장(Cecum), 회장(Ileum), 직장(Rectum)은 한 장기로 산정

2) 요관(Ureter)같은 연결기관: 주 장기에 포함하여 한 장기로 산정

해당 수술료에 포함되어 별도 산정할 수 없는 생리식염수 산정

Question

인공관절치환술을 시행하면서 사용한 멸균생리식염수를 청구하였는데 심사조정 되었습니다. 사유가 무엇인가요?

Answer

처치 및 수술 시 사용한 생리식염수는 소정 처치 및 수술료에 포함되어 별도 산정할 수 없습니다. 다만, 일반처치 또는 수술후처치, 피부과처치, 화상처치, 위세척 시에 총사용량이 500ml 이상인 경우와 관절경시술에 한하여 생리식염수를 별도 산정할 수 있습니다.

관련 근거

「건강보험요양급여비용」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 [산정지침]

(11) 처치 및 수술시에 사용된 약제 및 치료재료대는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다. 다만, 다음에 열거한 약제 및 치료재료대는 "약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준"에 의하여 별도 산정한다.

㉔ 일반처치 또는 수술후처치(자-2-1), 피부과처치(자-18), 화상처치(자-18-1), 위세척(자-590)에 사용된 생리식염수 [단, 총사용량이 500ml 이상인 경우에 한함]

참고

1회용 수술(시술)팩의 급여기준

1회용 수술(시술)팩은 수술 부위를 오염 등으로부터 보호하기 위해 사용하는 환자용, 의료진용, 수술기구용, 기타 구성품으로 구성된 패키지로 다음의 경우에 요양급여를 인정하고 「치료재료 급여 · 비급여 목록 및 급여상한금액표」의 해당 치료재료비용을 산정함. 또한, 적응증 이외의 경우에는 소정 행위료에 포함되어 별도 산정하지 아니함

- 다 음 -

가. 적응증

1) 바1, 바2 마취에 의한 수술
2) 중재적 방사선시술
3) ECMO(체외순환막형산화요법, Extra Corporeal Membrane Oxygenation)를 위해 Cannula를 삽입하는 시술
4) 중심정맥관 삽입술
5) 자연분만

나. 인정개수 : 수술(시술) 당 1개 인정
단, 협의 진료로 2가지 이상 수술(시술)을 동시에 시행하여 수술(시술)팩을 추가로 사용하는 경우 별도인정

다. 산정방법
1) 적응증 '가. 1)'의 경우 'CABG 수술팩', 'Shoulder, Knee, Hip 관절치환 수술팩', '눈 수술팩', 마취시간별 수술팩(Ⅰ)~(Ⅳ) 중 해당 수술팩 치료재료비용을 산정
2) 적응증 '가. 2)~4)'의 경우 '중재적 방사선 시술팩', 'ECMO 시술팩', '중심정맥관 삽입 시술팩' 중 해당 시술팩 치료재료비용을 산정
3) 적응증 '가. 5)'의 경우 '수술팩(Ⅰ)(마취시간 1시간이하)' 치료재료비용을 산정

라. 다만, 1회용 수술(시술)팩을 사용하지 않고 린넨팩을 사용하는 경우 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 해당 린넨팩 관리료(자-0)를 별도 산정할 수 있으며, 이는 2018년 12월 31일까지 한시적으로 적용함

◎ 고시 제2018-19호 (2018.2.1. 시행)

1회용 수술(시술)팩 급여전환에 따른 질의·응답

◎ 보건복지부 고시 제2018-19호 관련, 2018.2.1.적용

Q. 1회용 수술(시술)팩 치료재료의 급여기준 외에 사용 시 산정 방법은?

A. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」중에서 별도로 산정할 수 있도록 규정한 경우와 장관이 불가피하다고 인정하는 경우를 제외하고는 소정 행위수가에 포함되므로 별도로 산정하지 아니함

Q. 1회용 수술(시술)팩이란?

A. 수술 부위를 오염 등으로부터 보호하기 위해 사용하는 패키지 제품으로 세부 구성품은 Main drape, Utility drape, Surgical gown, Back table cover, Mayo stand cover, Suture bag, Instrument pocket, Hand towel 등임

Q. 1회용 수술(시술)팩과 린넨팩 관리료 산정방법은?

A. 1회용 수술(시술)팩과 린넨팩 관리료는 동시에 산정할 수 없으며, 수술을 위해 1회용 제품을 사용하는 경우는 1회용 수술(시술)팩 치료재료를 산정하고, 기존 린넨팩을 소독하여 재사용하는 경우는 린넨팩 관리료를 산정함. 또한 린넨팩 관리료 적응증은 1회용 수술(시술)팩과 동일함
※ 린넨팩 관리료는 2018.12.31.까지 한시적으로 적용함

Q. 마취시간별 수술팩 산정 방법은?

A. 마취시간별 수술팩 Ⅰ~Ⅳ의 구성품은 환자용, 의료진용, 의료기구용 등을 포함하고 있으며 각 수술에 따른 구성품 개수, 커버 범위(크기 등) 등을 고려하여 마취시간별로 수술팩 Ⅰ~Ⅳ로 분류하였음 따라서, [별첨1] 마취시간별 수술팩 진료과별 수술 예시를 참조하여 수술 시작 전 예상되는 마취시간에 따른 수술팩을 산정함

Q. 1회용 수술(시술)팩의 관련 행위는?

A. (1회용 수술팩)
- CABG 수술팩: 자164가
- Shoulder, Knee, Hip 관절치환 수술팩: 자71, 자71-1 견관절, 슬관절, 고관절 부위
- 눈 수술팩: 행위 급여 비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제9장 처치 및 수술료 등 제1절 처치 및 수술료 [감각기 - 시기]
- 마취시간별 수술팩(Ⅰ),(Ⅱ),(Ⅲ),(Ⅳ): 행위 급여 비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제9장 처치 및 수술료 등 제1절 처치 및 수술료(기본 처치, 응급 처치, 소화기 내시경하 시술, 기타 분류 제외) , 제10장 치과 처치·수술료 제3절 구강악안면 수술 중 바1, 바2 마취에 의한 수술

(1회용 시술팩)
- 중재적 방사선 시술팩: 행위 급여 비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제9장 처치 및 수술료 등 제1절 처치 및 수술료 [중재적 방사선시술]
- ECMO 시술팩: 자190 (O1903)
- 중심정맥 삽입 시술팩: 자165, 자165-1, 자701

Q. 자연분만의 관련 행위는?

A. 마취와 상관없이 자435, 자436, 자438에 인정

Q. 협의 진료로 2가지 이상 수술(시술)을 동시에 시행하여 수술(시술)팩을 추가로 사용하는 경우 산정방법은?

- 협의 진료에 따라 전체 수술(시술)팩이 추가 소요되어 사용하는 경우 별도로 인정 (별도의 수술팩을 사용하지 않는 경우에는 총 마취 예상시간에 따른 수술팩 산정)
- 단, 양측 수술 및 앞·뒤 등의 수술에 추가로 사용하는 경우는 정액수가에 포함되어 별도로 산정하지 않음
- 각각의 수술시간을 기준으로 해당 수술팩 산정

Q. 리도카인 등으로 국소마취로 시행한 수술의 경우 수술팩의 별도보상이 가능한지?

A. 바1, 바2 마취에 해당하지 않는 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등의 경우는 해당하지 않음

Q. 수술(시술)팩 성능 관련

A. 수술(시술)팩은 감염예방 및 환자안전을 위해 사용하는 것으로 [별첨2] 배리어 성능 관련 학회 권고사항을 참조하여 업체 허가사항상 관련 내용*을 확인하고 수술(시술)별로 적절히 사용할 것을 권장함

* 미국 FDA 기준에 따른 내수도, 발수도, 인공혈액침투시험 적합 여부 등

피임시술의 요양급여 인정기준

Question

자궁내장치(IUD)를 시행한 환자에게 장치를 교체하기 위하여 자궁내장치를 제거하고 재삽입하였습니다. 이 경우 관련 진료비를 보험급여할 수 있나요?

Answer

본인이 원하여 자궁내장치삽입술을 시술받고 동 장치를 교체하기 위하여 기유치된 자궁내장치를 제거하고 재삽입하는 경우는 관련 진찰료 및 시술료 등은 비급여 대상입니다. 다만, 피임시술 요양급여 대상자가 자궁내 장치를 교체하는 경우는 자427-1 자궁내 장치 제거료 50%를 보험급여로 산정 가능합니다.

관련 근거

피임시술의 요양급여 대상 여부

1. 피임시술인 정관절제술 또는 결찰술(자-389-1-라, R3896), 난관결찰술(자-434, R4341~R4345) 및 자궁내장치삽입술(자427, R4271)을 본인이 원하여 실시한 경우에는 비급여 대상이나, 다음과 같은 경우에는 요양급여함

   - 다 음 -

   가. 본인이나 배우자가 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우

   나. 임신으로 모성건강을 악화시킬 수 있는 질환이 있는 경우

   다. 본인이나 배우자가 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성질환이 있는 경우

2. 다만, 기타 보건복지부 장관이 정하여 고시한 질병군 진료시 이루어진 피임시술은 1항의 요양급여대상에 해당되는 경우 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2편 제2부 각 장에 분류된 질병군 상대가치점수에 포함되어 별도 산정할 수 없으며, 본인이 원하여 피임시술을 실시한 경우에는 비급여 대상임

고시 제2010-45호 (2010.7.1. 시행)

관련 근거

자궁내장치(IUD) 교체시 제거료 산정방법

1. 피임시술 요양급여 대상자가 자궁내 장치기구를 교체하기 위하여 기 유치된 자궁내장치를 제거하고 새기구를 재삽입하는 경우는 자427-1 자궁내장치 제거료를 50% 산정함

2. 다만, 본인이 원하여 자궁내장치삽입술을 시술받고 동 장치를 교체하기 위하여 기유치된 자궁내장치를 제거하고 재삽입하는 경우는 관련 진찰료 및 시술료 등은 비급여 대상임

고시 제2011-50호 (2011.5.1. 시행)

참고

자궁내장치(IUD) 제거료 급여기준

피임시술 요양급여 대상자 또는 본인이 원하여 자궁내장치삽입술을 시술받은 대상자가 다음과 같은 사유로 제거시 자궁내장치제거료는 요양급여 대상으로 인정함

– 다 음 –

가. 지속적인 자궁 · 질 출혈, 과다월경

나. 골반통, 복통, 월경통

다. 골반염, 자궁 · 질염

라. 자궁천공

마. 임신

바. 암: 자궁체부, 자궁경부, 유방암(레보노르게스트렐 자궁내장치)

사. 상기 가.~바. 이외 의학적 치료가 필요하여 제거한 사유를 제시한 경우

◎ 고시 제2017-263호 (2018.1.1. 시행)

사마귀제거술 급여대상 여부 및 수기료 산정방법

Question 오른쪽 발바닥 및 동측 여러 발가락에 각각 4개와 3개의 사마귀 제거술을 시행하였습니다. 이런 경우 수기료는 어떻게 산정해야 하나요?

Answer 우선 사마귀제거술이 급여대상인지 확인해야 합니다. 발바닥, 발가락 등에 사마귀가 생겨 보행이나 신을 신는데 통증이나 불편을 줄 경우의 사마귀제거술은 급여대상이 됩니다. 하지만, 사마귀가 몸통이나 허벅지 등 부위에 있어 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우의 사마귀제거술은 비급여대상입니다. 또한 수기료는 티눈제거술로 준용 산정하고 제1의 것은 100%, 제2의 것은 50%로 산정하되 최대 200%까지 산정하며, 발가락과 발바닥은 타 부위로 간주하여 소정금액을 각각 산정하여야 합니다. 따라서 동 사례의 경우 수기료는 400%(발바닥 200% + 발가락 200%)가 산정 가능합니다.

관련 근거

사마귀제거술의 급여여부 및 수기료 산정방법

사마귀제거술은 업무 또는 일상생활에 지장을 초래하는 경우 요양급여하며, 자14-1 티눈제거술로 준용 산정하되, 수가 산정방법은 다음과 같이함

- 다 음 -

가. 동일부위에 근접하고 있는 2개 이상을 동시에 제거하는 경우에는 제1의 것은 100%, 제2의 것부터는 50%를 산정하되 최대 200%를 산정함

나. 동일부위의 범위는 다섯 손가락, 다섯 발가락을 각각 하나의 범위, 손바닥과 손등을 합쳐서 하나의 범위, 발바닥과 발등을 합쳐서 하나의 범위로 함

◎ 고시 제2016-226호 (2016.12.1. 시행)

관련 근거

바이러스성 사마귀에 병변내주입요법시 수가산정방법에 대하여

- 사마귀 상병에 브레오마이신주을 이용한 병변내 주입요법시 수가산정방법에 대하여 논의한 결과,
- 현행 인정기준(고시 제2000-73호, 2001.1.1 시행)에 의거 사마귀제거술(자14-1 티눈제거술 준용)은 근접하고 있는 2개 이상을 동시에 제거하는 경우에는 제1의 것은 100%, 제2의 것부터는 50%를 산정하되 최대 200%를 산정하고, 손(발)가락〈손등 포함〉과 손(발)바닥은 타 부위로 간주하여 소정금액을 각각 산정하고 있음(수부 또는 족부 기준 편측당 최대 400% 산정).
- 한편, 자9 병변내주입요법은 주입요법이 이루어지는 병변의 크기를 기준으로 "가. 25cm2 미만"과 "나. 25cm2 이상"으로 구분하고 있으나, 사마귀 특성상 수개처에 발생하는 사마귀의 면적을 합쳐도 25cm2를 초과하는 경우가 드물어 대부분 "자9-가. 25cm2 미만" 소정금액만 산정하게 되는 바, 전신에 생긴 전염성연속종을 제거할 때 산정하는 자14-2-가. 전염성연속종제거술(전신의 것)이나, 사마귀 개수를 근거로 산정되는 사마귀제거술(자14-1 티눈제거술)에 비해 낮은 수가를 적용하게 됨
- 따라서, 사마귀 상병에 브레오마이신주을 이용한 병변내 주입요법시 수가산정방법은 수부 또는 족부를 기준으로 편측당 사마귀의 분포가 5x5cm 미만인 경우에는 "자9-가 병변내주입요법 25cm2 미만"으로 산정하고, 5x5cm 이상인 경우에는 "자9-나 병변내주입요법 25cm2 이상"으로 산정하되, 손(발)가락〈손등 포함〉과 손(발)바닥은 타 부위로 간주하여 소정금액을 각각 산정토록 함(수부 또는 족부 기준 편측당 최대 200% 산정)

◎ 진료심사평가위원회 (2011.3.14.)

하비갑개점막하절제술과 비중격교정술 동시 실시시 수술료 청구 방법

Question

1일 입원하여 하비갑개점막하절제술을 양측으로 시행하면서 연골에 달하는 비중격교정술을 동시 시행하였습니다. 이 경우 수술료는 어떻게 청구해야 하나요?

Answer

관련 고시에 의거 양측으로 실시한 하비갑개점막하절제술(자102) 수기료가 비중격교정술-연골에 달하는 것(자100-가) 수기료보다 큰 경우에 해당되므로, 수기료는 자102 하비갑개점막하절제술 200%와 자100-가 비중격교정술 또는 성형술-연골에 달하는 것 50%로 산정하여야 합니다.

관련 근거

자100 비중격교정술과 양측으로 동시에 시행한 자101 하비갑개절제술 또는 자102 하비갑개점막하절제술의 수기료 산정방법

양측으로 자101 하비갑개절제술 또는 자102 하비갑개점막하절제술 실시하면서 동시에 자100 비중격교정술을 시행한 경우 수기료는 다음과 같이 산정함

- 다 음 -

가. 자100 비중격교정술 수기료가 동시 실시한 양측 수기료보다 큰 경우: 자100 소정점수의 100%, 동시 수술 소정점수의 150% [종합병원(상급종합병원 포함)은 170%] 산정

나. 자100 비중격교정술 수기료가 동시 실시한 양측 수기료 보다 작은 경우: 자100 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%], 동시 수술 소정점수의 200% 산정

◎ 고시 제2014-126호 (2014.8.1. 시행)

요실금수술의 적정여부를 판단하기 위한 참고자료

Question

요실금 수술을 시행하고 해당 건에 대해 청구하려고 합니다. 청구 시 첨부해야 하는 자료가 무엇인가요?

Answer

인조테이프를 이용한 요실금수술은 요류역학검사로 복압성 요실금 또는 복압성 요실금이 주된 혼합성 요실금이 확인되어 수술적 치료가 필요한 경우에 인정합니다. 따라서 요실금 수술에 대한 요양급여비용 청구시 판독소견서와 관련 검사결과지를 반드시 첨부하여 제출하여야 합니다. 다만, 진료담당의사의 요류역학검사 판독소견서는 다음 항목을 포함하여 작성하여야 합니다.

관련 근거

인조테이프를 이용한 요실금수술 인정기준

1. 인조테이프를 이용한 요실금수술은 나656가 요역동학검사(단순 또는 복잡)로 복압성 요실금 또는 복압성 요실금이 주된 혼합성 요실금이 확인되어 수술적 치료가 필요한 경우에 인정함. 다만, 진료담당의사의 나656가 요역동학검사(단순 또는 복잡) 판독소견서는 다음 항목을 포함하여 작성하고, 요양급여비용 청구시 판독소견서와 관련 검사결과지를 첨부하여 제출토록 함

   – 다　　음 –

   가. 총 방광용적(Maximal Cystometric Capacity)

   나. 감각(Sensation)의 증감 혹은 정상 여부

   다. 유순도(Compliance)의 증감 혹은 정상 여부

   라. 비억제성배뇨근수축(Uninhibited Detrusor Contraction)의 유무
   – 복압(Pabd), 배뇨근압(Pdet) 포함

   마. 요류검사시(Uroflometry) 최고요속 및 배뇨량, 배뇨후 잔뇨량

   바. 요누출압(Valsalva Leak Point Pressure, VLPP 또는 Coughing Leak Point Pressure, CLPP) 측정시
   (1) 충전 방광용적(Bladder filling Volume)
   (2) 요누출(Urine Leakage) 유무
   (3) 방광내압(Pves)

   사. 최대요도폐쇄압(Maximal Urethral Pressure)

2. 동 인정기준 이외에는 비용효과성이 떨어지고 치료보다 예방적 목적이 크다고 간주하여 제반 진료비용(입원료, 마취료 및 치료재료 비용 등)은 요양급여하지 아니함(비급여)

◎ 고시 제2017-118호 (2017.7.1.시행)

피부양성종양적출술 시 수기료 산정방법

Question 좌측 상지에 2개와 등 부위에 5개, 총 7개의 지방종 제거술을 시행하였습니다. 이 경우 수기료로 피부양성종양적출술을 지방종 개수별로 산정할 수 있나요?

Answer 지방종절제술을 수개 처에서 시행한 경우 수기료는 전신을 두부, 경부, 상·하·전·후 체간, 좌·우 상·하지, 회음부로 구분하여 부위 당 제1의 것은 100%, 제2의 것부터는 50%를 인정하고 최대 200%를 산정 가능합니다. 따라서 이 경우 수기료는 자14 피부양성종양적출술 350%(좌상지 150% + 후체간 200%)가 산정 가능합니다.

관련 근거

양측상지에 피부양성종양적출술을 시행한 경우 자14 17회 인정여부

- 동 건은 양측 상지의 17개 지방종(좌측: 8개, 우측: 9개)에 제거술을 시행하고 자14가 피부양성종양적출술 1700%를 청구하였으나 400%로 조정되어 심사청구한 건으로 편측 상지에 다발생한 지방종을 연속 제거한 것이므로 동일부위로 보아 제1의 것은 자14가 피부양성종양적출술 소정점수의 100%, 제2의 것부터는 50%를 인정하여 최대 200%를 인정하되 양측 상지에 제거술을 시행하였으므로 총 400%를 인정함
- 아울러, 지방종절제술을 수개처에서 시행한 경우 수가산정은 그간의 고시와 심의사례 등을 참조하여 전신을 두부, 경부, 상하 · 전 · 후 · 체간, 좌 · 우 상 · 하지, 회음부로 구분하여 부위 당 제1의 것은 100%, 제2의 것부터는 50%를 인정하되 최대 200%를 인정키로 함. 다만, 경부, 하지에 지방종절제술시 수술 중 체위변경이 이루어진 경우는 별도의 부위로 보아 별도 인정키로 함

◎ 중앙심사조정위원회 심사사례 (2008.10.20.)

건, 인대 피하단열수술, 건 및 인대 성형술의 진료수가 산정방법

Question 환자가 손가락의 깊은 자상(stab wound)으로 내원하여 동일 부위의 flexor tendon 1개, extensor tendon 1개를 봉합하는 경우의 수가는 어떻게 산정하여야 하나요?

Answer 수가산정방법에 의해 신전(extensor)측의 경우는 자91 건, 인대 피하단열수술, 굴곡(flexor)측의 경우는 자93가 건 및 인대성형술-간단한 것으로 산정 가능하며, 동일 부위의 수술이므로 주·부수술 개념을 적용하여 자93가 건 및 인대성형술-간단한 것 100%, 자91 건, 인대 피하단열수술 50%로 산정하면 됩니다.

관련 근거

자91 건, 인대 피하단열수술, 자93 건 및 인대 성형술의 진료수가 산정방법

수개의 건, 인대에 대한 봉합, 박리, 절제술을 시행했을 때 동일 부위에 절개선이 다른 경우에는 각각의 수술로 인정하되, 동일 피부 절개인 경우 다음과 같이 산정함

- 다 음 -

가. 굴곡측

(1) 건, 인대 개수가 1-2개: 자93가 건 및 인대성형술-간단한 것으로 산정

(2) 건, 인대 개수가 3-5개: 자93나 건 및 인대성형술-복잡한 것으로 산정

(3) 건, 인대 개수가 6개 이상: 자93나 소정점수의 100%에 5개를 초과하는 추가 건마다 자93나의 20%를 가산하여 최대 200%까지 산정

나. 신전측

(1) 건, 인대 개수가 1개: 자91 건, 인대 피하단열수술로 산정

(2) 건, 인대 개수가 2-3개: 자93가 건 및 인대성형술-간단한 것으로 산정

(3) 건, 인대 개수가 4-5개: 자93나 건 및 인대성형술-복잡한 것으로 산정

(4) 건, 인대 개수가 6개 이상: 자93나 소정점수의 100%에 5개를 초과하는 추가 건마다 자93나의 20%를 가산하여 최대 200%까지 산정

고시 제2017-118호 (2017.7.1. 시행)

치료재료대 Suture Anchor 인정기준

Question

견관절부위 인대 재건 수술시 사용되는 Suture Anchor(봉합나사못)은 몇 개 까지 인정이 되나요?

Answer

견관절부위 인대 등을 재건시 사용 하는 Suture Anchor(봉합나사못)는 단독병변일 경우 6개 이내, 복합병변일 경우 8개 이내에서 인정가능하며, 부위별 인정개수를 초과한 경우 치료재료 비용은 본인부담률을 80%로 적용합니다.

관련 근거

Suture Anchor(봉합나사못)의 급여기준

1. 관절부위 인대 등을 재건 시 사용하는 Suture Anchor(봉합 나사못)는 다음의 경우에 요양급여를 인정함

– 다 음 –

가. 견관절(shoulder)

1) 단독병변일 경우: 6개 이내

2) 복합병변일 경우: 8개 이내

나. 주관절(elbow), 슬관절(knee), 완관절(wrist), 족관절(ankle), 고관절(hip): 2개
단, 족관절에 Suture Anchor(봉합나사못)를 Biotenodesis Screw와 같이 사용시에는 Biotenodesis Screw개수를 포함하여 최대 2개까지 인정함

다. 지관절(finger, toe): 1개

2. 상기 1항 급여대상의 적응증별 인정개수를 초과하여 사용한 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함

◎ 고시 제2017-152호 (2017.9.1. 시행)

소화기 내시경하 시술 등에 사용하는 치료재료 인정기준

Question

생검용 Forcep과 절제술용 Forcep(생검포함)의 차이는 무엇인가요? 또, 어떤 시술에 산정가능한가요?

Answer

절제술용 Forcep(생검포함: N0041002)는 자 131-1가 내시경적 기관 또는 기관지 종양제거술 [육아조직 포함] (연성기관지경), 자765 내시경적 상부 소화관 종양수술, 자770 결장경하 종양수술, 자775 에스상결장경하 종양수술, 자776마 역행성 담췌관 내시경 수술(용종 및 종양제거술), 자777 경피적담관[낭]경을 이용한 시술[PTBD Route 또는 T-Tube을 이용한 경우](용종 및 종양제거술), 자778마 풍선 소장내시경하 용종 절제술 시 별도 산정 가능합니다. 또한 절제술용 Forcep(생검포함)은 생검만 시행한 경우에는 인정하지 않습니다.

관련 근거

소화기 내시경하 시술 등에 사용하는 치료재료 급여기준

내시경하 시술시 사용하는 치료재료는 해당 치료재료별로 다음과 같은 항목에 한하여「치료재료 급여 비급여목록 및 급여상한금액표」에서 정한 금액을 별도 산정함.

- 다 음 -

가. Argon probe(코드N0041001)
1) 자762 내시경적 상부소화관 출혈지혈법
2) 자768 결장경하 출혈지혈법
3) 자773 에스상결장경하 출혈지혈법
4) 자778나 풍선 소장내시경하 출혈 지혈법

나. 절제술용 Forcep(생검포함)(코드N0041002)
1) 자131-1가 내시경적 기관 또는 기관지 종양제거술 [육아조직 포함] (연성기관지경)
2) 자765 내시경적 상부 소화관 종양수술
3) 자770 결장경하 종양수술
4) 자775 에스상결장경하 종양수술
5) 자776마 역행성 담췌관 내시경 수술(용종 및 종양제거술)
6) 자777다 경피적담관[낭]경을 이용한 시술[PTBD Route 또는 T-Tube을 이용한 경우](용종 및 종양제거술)
7) 자778마 풍선 소장내시경하 용종 절제술

다. 절제용 Snare(코드N0041003)
1) 자765 내시경적 상부소화관 종양수술
2) 자770 결장경하 종양수술
3) 자775 에스상결장경하 종양수술
4) 자776마 역행성 담췌관 내시경 수술(용종 및 종양제거술)
5) 자778마 풍선 소장내시경하 용종 절제술

라. Papillotome(코드N0041004)

소화기 내시경하 시술과정상 유두괄약근 절개(Sphincterotomy)가 이루어진 경우 산정

마. 기타
1) 사용개수는 각 시술 당 1개 인정하는 것을 원칙으로 하되, 절제술용 Forcep (생검포함) 과 절제용 Snare는 폴립크기 및 경(Stalk)의 유무에 따라 선택적으로 사용되는 점 감안하여 동시 사용 시 각각 인정함
2) 절제술용 Forcep(생검포함)과 절제용 Snare는 내시경적 소화관 종양수술-점막하 박리 절제술(ESD: Endoscopic Submucosal Dissection)에는 인정하지 아니함
3) 절제술용 Forcep(생검포함)은 생검만 시행한 경우는 인정하지 아니함

◎ 고시 제2017-152호 (2017.9.1. 시행)

참고

내시경적 시술시 사용되는 내시경용 주사침(Sclerosing needle류)급여기준

내시경적 시술시 사용되는 내시경용 주사침(Sclerosing needle 류)은 식약처 허가사항의 사용목적에 따라 다음의 경우에 시술당 1개 인정함

- 다 음 -

가. 내시경적 점막절제술시
1) 자765나 내시경적 상부 소화관 종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술
2) 자765다 내시경적 상부 소화관 종양수술-점막하 박리 절제술
3) 자770나 결장경하 종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술
4) 자775나 에스상결장경하 종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술
5) 자778마 풍선 소장내시경하 용종 절제술

나. 내시경적 출혈 지혈 시
1) 자762 내시경적 상부 소화관 출혈 지혈법
2) 자768 결장경하 출혈 지혈법
3) 자773 에스상결장경하 출혈 지혈법

◎ 고시 제2017-15호 (2017.2.1 시행)

치석제거 급여기준

Q uestion

최근 변경된 치석제거 기준이 어떻게 되나요?

A nswer

차23-1 나. 전악의 후속 치주질환 치료 없이 전악 치석제거만으로 치료가 종료되는 경우에 19세 이상 연 1회 인정되는 것은 종전기준과 동일하며, 회계연도와 동일한 적용을 위해 연1회 기간을 매년 1월~12월까지로 변경하였습니다.(종전 : 당해7월~다음해6월)

관련 근거

차23-1 치석제거 급여기준

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여대상 제3호 다목에 의한 치석제거는 비급여대상이나 다음과 같은 경우에 실시한 차23-1 치석제거는 다음과 같이 요양급여 함

- 다 음 -

가. 차23-1 가. 1/3악당
   1) 치주질환에 실시한 부분치석제거
   2) 치주질환치료를 위한 전처치로 실시하는 전악치석제거
   3) 개심술 전에 실시하는 전악치석제거

나. 차23-1 나. 전악
   후속 치주질환 치료 없이 전악 치석제거만으로 치료가 종료되는 경우에 19세 이상 연(매년 1월~12월) 1회 요양급여함

◎ 고시 제2017-249호 (2018.1.1. 시행)

입원 중 환자를 타 요양기관에 진료의뢰시 발생한 약제비 산정 방법

Question

요양병원에 입원 중인 환자가 타 기관 진료의뢰 후 처방 약제를 입원 중인 요양병원에서 원내처방을 했습니다. 이 경우 원내처방 약제가 청구 가능한가요?

Answer

요양병원의 정액수가에는 별도로 산정하도록 정해진 약제를 제외한 모든 약제 비용이 포함되어 있습니다. 따라서 타 요양기관 진료의뢰 결과로 발생한 약제를 입원 중인 요양병원에서 원내처방을 하였다 하더라도 해당 약제는 별도 비용을 산정 할 수 없습니다.

관련 근거

요양병원에 입원중인 환자를 타 요양기관으로 진료의뢰하여 의뢰받은 요양기관에서 진료 후 발생한 약제비 산정방법

- 요양병원의 일당정액 수가에는 별도로 산정하도록 정해진 약제를 제외한 경구 및 비경구 약제비용이 모두 포함되어 있으므로, 요양병원에 입원중인 환자에게 별도 산정토록 정해진 약제를 제외한 나머지 약제에 대하여 원외처방전을 발행하는 것은 인정하지 아니하나, 요양병원에서 위 내용에도 불구하고 불가피하게 원외처방하는 경우는 동 내역을 청구명세서에 명기할 경우 심사시 이를 고려하여 심사 · 조정할 것임을 기 통보한 바 있음
- 따라서, 요양병원에 입원 진료중인 환자를 치료하는 과정에서 시설 · 장비 또는 인력이 갖추어져 있지 아니하여 부득이하게 해당 진료가 가능한 요양기관으로 환자를 의뢰하여 처치 및 수술, 방사선치료 등을 받도록 할 경우 의뢰받은 요양기관에서 처방한 약제는 요양병원에 입원중인 환자에 대한 처방이므로 의뢰받은 요양기관에서 원내처방 하여야 하며, 환자에게 처방한 약제를 포함한 진료내역은 의뢰한 요양병원에서 일괄 청구하여야 함
- 다만, 의뢰받은 요양기관에서 원내처방 약제를 구비하지 아니하여 부득이하게 원내처방 할 수 없을 경우는, 처방내역을 의뢰한 요양병원에 통보하여 요양병원에서 원내처방토록 하고, 이 경우 요양병원에서 원내처방 한 약제는 별도 비용을 산정할 수 없음

◎ 행정해석, 보험급여팀-204호 (2008.1.24.)

관련 근거

요양병원 입원환자를 다른 요양기관에 진료 의뢰 시 수가산정방법 등

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

– 아 래 –

가. 진료비청구 및 정산

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

나. 본인일부부담금 요양병원 입원환자의 본인일부부담율을 적용함

다. 진찰료 입원 진료중인 해당 진료전문과이외의 다른 진료전문과에 다른 상병의 진료를 의뢰한 경우에 한하여 소정 진찰료를 별도 산정함

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

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

◎ 행정해석, 보험급여팀-4048호 (2007.12.31.)

재활의학과전문의 장기부재시 전문재활치료 관련 문의

Question

요양병원에 재활의학과 전문의는 한 분이 재직하고 계시는데, 단기간의 휴가 등을 다녀오실 경우 전문재활치료에 대해 사전에 처방 후, 물리치료사가 시행을 하면 청구가 가능한가요?

Answer

"재활의학과전문의가 장기 부재 시 전문재활 치료료 산정여부에 대한 민원회신(보험급여과-588호, 2008.5.6,행정해석)"에 의거 요양병원에서 재활의학과 전문의가 16일 이상 장기 휴가 시 의사인력확보수준에 따른 입원료 차등제 산정대상에서 제외되는 점 및 전문재활치료의 특성 등을 감안하여 재활의학과 전문의가 휴가 중에 발생한 전문재활치료는 휴가 초일부터 별도 산정이 불가함을 알려드립니다.

관련 근거

전문재활치료로 산정여부에 대한 민원회신 통보

휴가 시 전문재활치료 관련 질의내용에 대하여 아래와 같이 복지부에서 재활의학과전문의가 장기부재시 전문재활치료료 산정여부에 대한 민원회신 통보(보험급여과-588호)된 내용을 참고하시기 바랍니다.

- 아 래 -

1. 건강보험 요양급여 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부 제7장 이학요법료는 난이도 및 전문성 등에 따라 인력기준을 구분하여 정하고 있으며, 이중 제3절은 전문적인 재활치료항목으로서 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과전문의가 상근하고, 해당전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사 또는 해당분야 전문치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정토록 하고 있습니다.
2. 재활의학과 전문의가 상근하는 기관에서만 전문재활치료를 산정토록 한 것은 전문재활치료의 특성 및 전문성 등을 감안할 때 재활의학과 전문의가 처방후 환자에게 직접 재활치료를 하지 않는다 할지라도 처방에 따른 각 행위의 지도 · 감독 및 환자 상태 등을 주도면밀하게 관찰하여 환자에게 적절한 재활치료가 될 수 있도록 하기 위함입니다.
3. 또한, 요양병원에서 시행중인 의사인력 확보수준에 따른 입원료 차등제 적용 기준 중 의사는 요양기관 현황통보서상의 상근자를 의미하며, 분만휴가자(16일 이상 장기 유급 휴가자 포함)의 경우에는 산정대상에서 제외토록 하고 있습니다.

4. 따라서, 요양병원에서 재활의학과 전문의가 16일 이상 장기휴가시 의사인력확보수준에 따른 입원료 차등제 산정대상에서 제외되는 점 및 전문재활치료의 특성 등을 감안하여 재활의학과 전문의가 휴가중에 발생한 전문재활치료는 휴가 초일부터 별도 산정이 불가함을 알려드립니다.

5. 아울러, 전문재활치료의 특성을 감안할 때 재활의학과전문의의 휴가중에는 전문재활치료료를 산정하지 않음이 원칙이므로 재활전문의의 휴가중에 발생한 전문재활치료료는 휴가일수에 관계없이 휴가 초일부터 별도 산정할 수 없음을 알려드립니다.

◎ 보험급여과-588호 (2008.5.6.)

정신과 약 복용중인 환자 요양병원 입원관련 문의

Question

오랜 기간 정신과 약(수면제 및 적응증이 정신분열증인 약제)을 드시던 분이 요양병원입원에 입원이 가능한가요?

Answer

진료 담당의사의 의학적 소견에 따라 정신분열증으로 해당 약제를 복용 중인 경우라면 주·부상병 상관없이 정신질환자에 해당되는 것으로 판단되어 요양병원 입원 대상에 포함되지 아니함을 알려드립니다.

관련 근거

의료법 시행규칙 제 36조(요양병원의 운영)

① 법 제36조제3호에 따른 요양병원의 입원 대상은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로서 주로 요양이 필요한 자로 한다. 〈개정 2010.1.29.〉

1. 노인성 질환자
2. 만성질환자
3. 외과적 수술 후 또는 상해 후 회복기간에 있는 자

② 제1항에도 불구하고 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제41조제1항에 따라 보건복지부장관이 고시한 감염병에 걸린 같은 법 제2조제13호부터 제15호까지에 따른 감염병환자, 감염병의사환자 또는 병원체보유자(이하 "감염병환자등"이라 한다) 및 같은 법 제42조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 감염병환자등은 요양병원의 입원 대상으로 하지 아니한다. 〈개정 2015.12.23.〉

③ 제1항에도 불구하고 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제1호에 따른 정신질환자(노인성 치매환자는 제외한다)는 같은 법 제3조제5호에 따른 정신의료기관 외의 요양병원의 입원 대상으로 하지 아니한다. 〈신설 2015.12.23., 2017.5.30.〉

보건복지부령 제485호 (2018.1.1 시행)

환자평가표 작성원칙 관련 문의

Question

요양병원 환자평가표작성이 매월 1일~10일에 작성을 원칙으로 하는데 10일 이후에 평가표가 작성되면 생기는 문제점들은 무엇이 있나요?

Answer

환자표는 매월 1~10일에 작성함이 원칙입니다. 따라서, 10일 이후에 환자평가표를 작성하여 청구할 경우, 심사 시 '지급불능' 처리가 됩니다.

관련 근거

「건강보험요양급여비용」 제3편 제3부 환자평가표 작성 원칙

1. 요양병원은 환자군별 상대가치점수 결정을 위하여 매월 환자평가표를 작성하여야 한다.
2. 환자평가표는 당해 환자를 담당하는 간호사가 의무기록을 근거로 작성하여야 하며, 의무기록에 비치한다.
3. 환자평가표는 매월 1~10일에 작성함을 원칙으로 하며, 입원시 평가인 경우는 입원 제1일~10일 사이에, 월중 특정기간에서 정액수가기간으로 변경할 경우는 정액수가 적용 개시일로부터 제1일~10일 사이에 평가하여 작성한다.
4. 환자평가표는 작성일을 기준으로 관찰기간 7일이 확보되었다면 반드시 작성하되, 지난 7일간의 환자상태를 종합적으로 평가하여 작성한다. 특정기간 발생 등 불가피한 경우에 한해 평가기간을 단축할 수 있다.
5. 환자 평가기간은 정액수가 적용 기간이어야 한다.
6. 월말 입원 등으로 인하여 익월에 환자평가표가 작성된 경우에는 익월의 환자평가를 생략한다.
7. 전월 환자평가표 작성일로부터 전월 마지막 날까지의 잔여일수가 7일 이하인 경우에는 당월의 환자평가를 생략할 수 있다.

의료고도군으로 산정 가능한 산소요법

Q uestion

의료고도로 산정 가능한 산소요법이란 어떤 경우인가요?

A nswer

mask, cannula 등 투여경로를 불문하고 작성일을 기준으로 지난 14일 중 7일 이상 산소를 투여하되, SaO_2(SpO_2) 90% 이하인 상태에서 산소 투여를 시작한 경우를 말합니다.

관련 근거

환자평가표 작성 세부사항 → 특수처치 및 전문재활 치료

– 산소요법mask, cannula 등 투여경로를 불문하고 작성일을 기준으로 지난 14일 중 7일 이상 산소를 투여하되, SaO_2(SpO_2) 90% 이하인 상태에서 산소 투여를 시작한 경우를 말함 날을 달리하여 비연속적으로 산소를 투여하는 경우에도 SaO_2(SpO_2) 90% 이하로 재시작한 경우만 해당하고, 산소를 투여하는 하루 중에는 지속적 또는 간헐적으로 투여할 수 있음 관찰기간은 이전 관찰기간과 중복되지 않도록 함 관찰기간이 14일 미만인 경우는 실제 관찰기간에 비례하여 적용함

◎ 고시 제2007-143호(요양병원) (2007.12.31. 시행)

정맥주사요법으로 의료중도군 청구 관련 사례

Question 복통이 있어 진통제를 IV로 1회 투여하여 정맥주사에 의한 투약으로 의료중도로 청구하였으나, 환자분류군이 심사 조정되었습니다. 사유가 무엇인가요?

Answer 의료중도군 중 정맥주사는 주사제 투여 원칙에 의거 경구약제 투여가 불가능하여 주사제를 투여 한 경우 등에 한하여 인정합니다. 따라서 동 사례의 경우 진료내역상 경구투여가 가능한 상태이며 근육내주사를 할 수 있는 진통제를 1회 정맥주사한 것으로 확인되어 정맥주사 투여로 인한 의료중도군에 해당되지 않는 것으로 보아 환자분류군이 조정되었습니다.

관련 근거

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1]요양급여의 적용기준 및 방법(제5조제1항관련)

3. 약제의 지급

나. 주사

(1) 주사는 경구투약을 할 수 없는 경우, 경구투약시 위장장애 등의 부작용을 일으킬 염려가 있는 경우, 경구투약으로 치료효과를 기대할 수 없는 경우 또는 응급환자에게 신속한 치료효과를 기대할 필요가 있는 경우에 한한다.

(2) 동일 효능의 내복약과 주사제는 병용하여 처방 · 투여하여서는 안된다. 다만, 경구투약만으로는 치료효과를 기대할 수 없는 불가피한 경우에 한하여 병용하여 처방 · 투여할 수 있다.

(3) 혼합주사는 치료효과를 높일 수 있다고 의학적으로 인정되는 경우에 한한다.

(4) 당류제제 · 전해질제제 · 복합아미노산제제 · 혈액대용제 · 혈액 및 혈액성분제제의 주사는 의학적으로 특히 필요하다고 인정되는 경우에 한한다.

관련 근거

환자평가표 작성 세부사항 → 특수처치 및 전문재활 치료

– 정맥주사에 의한 투약
정맥을 통한 치료약제가 투여된 경우를 말함. 영양물질, 투석, 진단 혹은 수술 전 처치에 수반되는 일시적 약물만 투여된 경우는 제외함

◎ 고시 제2007-143호(요양병원) (2007.12.31. 시행)

특정기간 적용대상 중 「패혈증」

Question

요양병원 입원 중 체온 및 심박동수가 상승하여 패혈증으로 보아 특정기간으로 행위별 수가로 산정하였는데 심사결과 통보시 정액수가로 인정되었습니다. 패혈증 기준에 해당하는데 특정기간으로 인정이 되지 않는 이유는 무엇인가요?

Answer

패혈증은 혈액내 균 혹은 균독소가 증명되거나 감염으로 인한 전신염증반응을 기본으로 하고 패혈증 진단(체온, 심박동수, 호흡수, 백혈구수 등) 기준에서 두 항목 이상에 해당되어야 합니다. 때문에 체온 및 심박동수가 상승하였다 하더라도 전신염증반응이 아닌 경우라면 행위별 청구를 할 수 없습니다.

관련 근거

요양병원 특정기간 적용 대상인「패혈증」관련 등 질의회신

요양병원 입원료의 특정기간으로 적용할 수 있는 [패혈증] 기준 관련 질의내용에 대하여 아래와 같이 복지부에서 회신(보험급여과-1799호)된 내용을 참고하시기 바랍니다.

- 아 래 -

1. 요양병원 입원료의 특정기간으로 적용할 수 있는 패혈증 기준 관련, 상기도감염 등의 경우에서 패혈증 진단의 2가지 이상 항목(체온 및 심박동수 상승 등)에 해당 시 특정기간(행위별 수가로 청구)으로 적용 가능한지?
   - ○ 요양병원 입원료는 환자군별로 소요되는 행위, 약제, 치료재료 각 항목을 반영하여 1일당 정액수가로 운영이 되고 있으며, 동 수가에 포함될 수 없는 특정기간(패혈증 등)을 일부 예외적으로 인정하고 있음
   - ○ 위 기준 중 '감염으로 인한 전신염증 반응으로서 2가지 이상의 항목에 해당되어 패혈증으로 확진된 경우' 에도 특정기간으로 적용할 수 있으며, 다만 일부 요양병원에서 단순 바이러스 감염(상기도감염 등)에서 패혈증진단의 2가지 이상 항목(별첨)에 해당된다 하여 특정기간으로 적용하여 행위별수가로 청구하는 것은 질병 진단 및 기준 적용상의 착오 사례로 판단됨
   - ○ 따라서 일선 요양병원에서는 동 기준 적용에 착오가 발생되지 않도록 협조를 부탁드리며, 진료비심사를 담당하는 기관에서는 관련 진료비 심사에 만전을 기울여 주시기 바람

〈별첨 - 패혈증 확진 기준〉

: 혈액 내 균 혹은 균 독소가 증명된 경우 또는 감염으로 인한 전신염증반응으로서 다음 중 2가지 이상에 해당되어 패혈증으로 확진된 경우

(1) 체온이 38℃ 초과되거나 36℃ 미만인 경우
(2) 심박동수가 90회(/분)를 초과한 경우
(3) 호흡수가 24회(/분)를 초과하거나 이산화탄소분압이 32mmHg 미만인 경우
(4) 백혈구수가 12,000/㎣ 초과되거나 4,000/㎣ 미만인 경우, 미성숙 호중성구 [immature(band) neutrophils] 수가 10% 초과된 경우

◎ 행정해석 보험급여과-1799호 (2010.8.31.시행)

연하재활 기능적 전기자극치료

Question 연하재활 기능적전기자극치료(MZ008)와 연하장애재활치료(MX141)를 동시에 시행해도 급여 인정이 가능한가요?

Answer 연하재활 기능적전기자극치료(MZ008)와 연하장애재활치료(MX141)는 의학적으로 타당한 범위 내에서 동시에 시행 시 급여 인정가능합니다.

관련 근거

사-131 MZ008 연하재활 기능적전기자극치료

주: 1. 중추신경계질환등으로 인한 연하장애환자에게 30분 이상 훈련을 실시한 경우에 산정한다.
2. 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다.

고시 제2015-129호 (2015.8.1. 시행)

관련 근거

연하재활기능적전기자극치료 관련 Q&A

1. 연하재활 기능적전기자극치료(MZ008)와 연하장애재활치료(MX141)를 동시에 시행해도 급여 인정이 가능한가?
   - 연하재활 기능적전기자극치료(MZ008)와 연하장애재활치료(MX141)는 의학적으로 타당한 범위내에서 동시에 시행 시 급여 인정 가능함
2. 연하재활 기능적전기자극치료와 다른행위(예를 들어 FES:기능적전기자극치료)를 동시에 시행해도 가능한가?
   - 의료행위는 환자의 상태 등을 고려하여 의학적으로 타당한 범위 내에서 실시하여야 함
3. Vital stim 치료에 필요한 pad는 재료대 별도산정이 가능한가?
   - 연하재활 기능적전기자극 치료 목적용 패드는 급여 전환시 행위료에 포함되어 별도 산정 불가 함
4. 연하재활 기능적전기자극치료(MZ008)를 할 수 있는 허가 의료기기는 어떤 것이 있는가?
   - 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한규칙(별표1)요양급여의 적정기준 및 방법8.의료장비 가항에 의거 "요양기관은 의료기기법 제2조 제1항에 따른 의료기기를 사용할 경우 같은법 제6조와 제15조에 따라 식품의약품안전처장의 제조 또는 수입허가를 받거나 신고한 것에 한하여 그 허가 또는 신고된 범위에서 사용하여야 한다"고 하였으며, 동 행위는 연하장애 극복을 목적으로 허가받은 장비를 사용하여야 함
5. 청구 시 해당 의료기기는 심평원에 의료기기 신고를 해야 하는가?
   - 관련 장비는「의료장비현황 신고대상 및 식별부호화에 관한 기준(별표1)(제2015-140호, '15.7.30개정)에 따른 신고대상 장비임

Kallidinogenase 경구제(품명: 카나쿨린정 등) 인정기준

Question

당뇨환자의 말초순환장애에 카나쿨린정을 투여하는 경우 급여 인정기준에 해당하나요?

Answer

칼리디노게나제는 혈관을 확장시켜 순환을 향상시켜주는 약제로 말초순환장애에 효과가 있으며, 고혈압 외 당뇨를 원인으로 발생되는 말초순환장애에는 임상적으로 입증된 내용은 없습니다. 따라서 고혈압, 메니에르증후군, 폐색성 혈관염(버거병) 외로 발생하는 '기타 말초순환장애'에는 인정되지 않습니다.

관련 근거

Kallidinogenase 경구제 (품명: 카나쿨린정 등)

허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함

– 아 래 –

• 고혈압, 메니에르증후군, 폐색성 혈관염(버거병)에 의한 말초순환장애

고시 제2014-17호 (2014.2.1. 시행)

당뇨병용제 일반원칙

Question

경구용 당뇨약제가 3가지까지 인정된다고 들었는데 왜 자주 조정이 되나요? 인정기준이 어떻게 되나요?

Answer

경구용 당뇨약제는 2제 요법을 2~4개월 이상 투여해도 HbA1C가 7%이상인 경우에는 다른 기전의 당뇨병 치료제 1종을 추가한 병용요법을 인정합니다. 다만, 2제 요법에서 인정되지 않는 약제의 조합이 포함되어서는 아니 되나, Metformin + Sulfonylurea + Empaglifliozin은 인정합니다. 병용 투여가 가능한 약제는 아래 관련근거의 '표'를 참고하여 주시기 바랍니다.

관련 근거

[일반원칙] 당뇨병용제

인슐린 비의존성 당뇨병(제2형 당뇨병) 환자에게 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담함

– 아 래 –

가. 경구용 당뇨병치료제

1) 단독요법다음의 하나에 해당하는 경우 Metformin 단독투여를 인정하고, Metformin 투여 금기 환자 또는 부작용으로 Metformin을 투여할 수 없는 경우에는 Sulfonylurea계 약제의 단독 투여를 인정하며, 이 경우 투여소견을 첨부하여야 함

– 다 음 –

가) 헤모글로빈A1C(HbA1C) ≥6.5%

나) 공복혈장혈당 ≥ 126mg/dl

다) 당뇨의 전형적인 증상과 임의혈장혈당 ≥ 200mg/dl

라) 75g 경구당부하검사 후 2시간 혈장혈당 ≥ 200mg/dl

2) 병용요법

가) 2제요법

(1) 단독요법으로 2–4개월 이상 투약해도 다음의 하나에 해당하는 경우 다른 기전의 당뇨병 치료제 1종을 추가한 병용요법을 인정함

– 다 음 –

(가) HbA1C ≥7.0%

(나) 공복혈당 ≥130mg/dl

(다) 식후혈당 ≥180mg/dl

(2) HbA1C ≥7.5% 경우에는 Metformin을 포함한 2제 요법을 처음부터 인정함

○ Metformin 투여 금기 환자 또는 부작용으로 Metformin을 투여할 수 없는 경우에는 Sulfonylurea계 약제를 포함한 2제 요법을 처음부터 인정하며, 이 경우 투여소견을 첨부하여야 함

(3) 인정 가능 2제 요법

구분		Metformin	Sulfonylurea	Meglitinide	α-glucosidase inhibitor	Thiazolidinedione	DPP-IV inhibitor	SGLT-2 inhibitor		
								dapagliflozin	ipragliflozin	empagliflozin
Metformin			인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	
Sulfonylurea		인정			인정	인정	인정	인정		
Meglitinide		인정			인정	인정				
α-glucosidase inhibitor		인정	인정	인정						
Thiazolidinedione		인정	인정	인정			인정			
DPP-IV inhibitor		인정	인정			인정				
SGLT-2 inhibitor	dapagliflozin	인정	인정							
	ipragliflozin	인정								
	empagliflozin	인정								

(4) 2제요법 투여대상으로 2제요법 인정 가능 성분 중 1종만 투여한 경우도 인정함

나) 3제요법

○ 2제 요법을 2-4개월 이상 투여해도 HbA1C가 7% 이상인 경우에는 다른 기전의 당뇨병 치료제 1종을 추가한 병용요법을 인정함. 단, 2제 요법에서 인정되지 않는 약제의 조합이 포함되어서는 아니되나, Metformin+Sulfonylurea +Empagliflozin은 인정함

나. Insulin 요법

1) 단독요법

가) 초기 HbA1C가 9% 이상인 경우, 성인의 지연형 자가면역당뇨병(LADA), 제1형 당뇨병과 감별이 어려운 경우, 고혈당과 관련된 급성합병증, 신장 · 간손상, 심근경색증, 뇌졸중, 급성질환 발병 시, 수술 및 임신한 경우 등에는 Insulin 주사제 투여를 인정함

나) 경구용 당뇨병 치료제 병용투여에도 HbA1C가 7% 이상인 경우 Insulin요법을 인정함

2) 경구제와 병용요법Insulin 단독요법 또는 경구용 당뇨병치료제 투여에도 HbA1C가 7% 이상인 경우 Insulin과 경구용 당뇨병치료제의 병용요법을 인정함

가) Insulin과 경구용 당뇨병치료제 2종까지 병용요법을 인정함. 단, 경구용 당뇨병 치료제 2제 요법에서 인정되지 않는 약제의 조합이 포함되어서는 아니 됨

나) Rosiglitazone 및 Ipragliflozin는 Insulin 주사제와 병용시 인정하지 아니함

다. GLP-1 수용체 효능제

1) 경구제와 병용요법

가) 투여대상

Metformin+Sulfonylurea계 약제 병용투여로 충분한 혈당조절을 할 수 없는 환자 중

(1) 체질량지수(BMI: Body mass index)≥25kg/㎡ 또는

(2) Insulin 요법을 할 수 없는 환자

나) 투여방법

(1) 3종 병용요법(Metformin +Sulfonylurea+GLP-1 수용체 효능제)을 인정

(2) 3종 병용요법으로 현저한 혈당개선이 이루어진 경우 2종 병용요법(Metformin+GLP-1 수용체 효능제)을 인정

2) Insulin와 병용요법

가) 투여대상

기저 Insulin(Insulin 단독 또는 Metformin 병용) 투여에도 HbA1C가 7% 이상인 경우

나) 투여방법

기저 Insulin+GLP-1 수용체 효능제※(+Metformin)을 인정

라. 각 단계에서 명시한 기간에 해당하지 않더라도 신속한 변경을 요하는 경우에는 투여소견 첨부 시 사례별로 인정함

마. 복합제는 복합된 성분수의 약제를 투여한 것으로 인정함

바. 급여 인정용량

각 약제별 용법 · 용량 범위 내에서 급여하며, 다음의 인정용량을 초과한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함

- 다 음 -

1) Repaglinide 경구제(복합제 포함): 1일 최대 6mg

2) Pioglitazone 경구제(복합제 포함): 1일 최대 30mg

3) Rosiglitazone 경구제(복합제 포함): 1일 최대 4mg

4) Metformin 성분이 포함된 복합제에 Metformin 단일제 추가 투여 시(복합제 용량 포함)

가) 일반형: 1일 최대 2,550mg

나) 서방형: 1일 최대 2,000mg

다) 일반형과 서방형 병용: 1일 최대 2,550mg까지 인정하나, 서방형을 2,000mg까지 투여 시에는 추가투여 할 수 없음

5) Glimepiride 성분이 포함된 복합제에 Glimepiride 단일제 추가투여 시: 복합제 내 함량을 포함하여 1일 최대 8mg

※ 대상약제

[경구제 중 단일제]

· Biguanide계: Metformin HCl

· Sulfonylurea계: Glibenclamide, Gliclazide, Glimepiride, Glipizide

· Meglitinide계: Mitiglinide calcium hydrate, Nateglinide, Repaglinide

· α-glucosidase inhibitor계: Acarbose, Miglitol, Voglibose

· Thiazolidinedione계: Lobeglitazone sulfate, Pioglitazone HCl, Rosiglitazone maleate

· DPP-IV inhibitor계: Alogliptin, Anagliptin, Evogliptin, Gemigliptin, Linagliptin, Saxagliptin, Sitagliptin phosphate, Teneligliptin, Vildagliptin

· SGLT-2 inhibitor계: Dapagliflozin, Empagliflozin, Ipragliflozin

[경구제 중 복합제]

· Glibenclamide+Metformin HCl, Gliclazide+Metformin HCl, Glimepiride+Metformin HCl

· Mitiglinide calcium hydrate+Metformin HCl, Nateglinide+Metformin HCl, Repaglinide+Metformin HCl

· Voglibose+Metformin HCl

· Lobeglitazone sulfate+Metformin HCl, Pioglitazone HCl+Metformin HCl, Rosiglitazone maleate+Metformin HCl

· Pioglitazone HCl+Glimepiride, Rosiglitazone maleate+Glimepiride

· Alogliptin+Metformin HCl, Anagliptin+Metformin HCl, Evogliptin+ Metformin HCl, Gemigliptin+Metformin HCl, Linagliptin+Metformin HCl, Saxagliptin+Metformin HCl, Sitagliptin phosphate+Metformin HCl, Teneligliptin+Metformin HCl, Vildagliptin+Metformin HCl

· Alogliptin+Pioglitazone HCl

· Dapagliflozin+Metformin HCl, Empagliflozin + Metformin HCl

[주사제]

· Insulin 주사제

· GLP-1 수용체 효능제: Albiglutide, Dulaglutide, Exenatide, Lixisenatide

· Insulin glargine + Lixisenatide

◎ 고시 제2018-18호(2018.2.1.시행)

치매치료제 인정기준 및 청구방법

Question

아리셉트정을 처방하여 급여로 복용 중인데 치매 증상이 더 심해져 에빅사정을 급여로 병용 투여할 수 있나요?

Answer

치매치료제 중 Acetylcholinesterase inhibitor 제제(예: 아리셉트정, 엑셀론정 등)나 memantine 제제(예: 에빅사정 등)와 Memantine경구제 병용 시 알츠하이머 형태(뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 중등도·중증 치매증상으로 각 약제의 급여기준에 적합한 경우 요양급여를 인정합니다. 그러나, Acetylcholinesterase inhibitor 제제(예: 아리셉트정, 엑셀론정 등)와 Ginkgo biloba extract제제 병용 시 각 약제의 허가사항 범위 내에서 투약비용이 저렴한 1종의 약값 전액을 환자가 부담토록 합니다.

관련 근거

Donepezil HCl 경구제(구강붕해정 포함) (품명: 아리셉트정 등, 아리셉트에비스정 등)

1. 각 약제별 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함

– 아 래 –

가. 투여대상

1) 5mg, 10mg

가) 진단기준: (1), (2) 조건을 동시에 충족하여야 함.

(1) 간이정신진단검사(MMSE; Mini Mental State Exam) 26점 이하

(2) 치매척도검사

(가) CDR(Clinical Dementia Rating) 1～3 또는

(나) GDS(Global Deterioration Scale) stage 3～7

나) 상병

(1) 알츠하이머 형태의 경증(mild), 중등도(moderate), 중증(severe) 치매증상(뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)

(2) 혈관성 치매 증상

(가) 전략적 뇌경색(Strategic cerebral infarction) 치매와 피질의 큰 뇌경색 후 발생한 혈관성 치매인 경우에는 급여를 인정하지 아니함.

(나) 급성기 뇌졸중 이후 발병한 치매는 3개월 이후에 실시한 평가가 치매의 상기 가) 진단기준에 해당할 경우 인정함

2) 23mg가), 나) 조건을 동시에 충족하는 알츠하이머 형태(뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 중등도 · 중증 치매증상

가) 간이정신진단검사(MMSE; Mini Mental State Exam) 20이하
나) 치매척도검사
(1) CDR(Clinical Dementia Rating) 2~3 또는
(2) GDS(Global Deterioration Scale) stage 4~7

나. 평가방법 : 6-12개월 간격으로 재평가하여 계속투여 여부를 결정함
○ 다만, MMSE 10점 미만이고 CDR 3(또는 GDS 6~7)인 중증 치매인 경우, 6-36개월 간격으로 재평가할 수 있음
○ 노인장기요양보험법령에 따른 장기요양 1등급인 경우, 장기요양인정 유효기간까지 재평가없이 계속투여 여부를 결정할 수 있음(「노인장기요양보험법」 제17조의 장기요양인정서를 제시해야 함)

2. 동 제제와 Memantine경구제 병용 시 알츠하이머 형태(뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 중등도 중증 치매증상으로 각 약제의 급여기준에 적합한 경우 요양급여를 인정함

3. 동 제제와 Ginkgo biloba extract제제 병용 시 각 약제의 허가사항 범위 내에서 투약비용이 저렴한 1종의 약값 전액을 환자가 부담토록 함

◎ 고시 제2017-109호 (2017.7.1.시행)

Question

아리셉트정을 고시기준에 적합하여 처방하였으나 조정 되었습니다. 사유가 무엇인가요?

Answer

치매치료제 중 Acetylcholinesterase inhibitor 제제(예: 아리셉트정, 엑셀론정 등)나 memantine 제제(예: 에빅사정 등)를 투여한 경우 줄번호 특정내역 'JT007' 란에 관련 검사결과를 다음의 형식대로 기재하여야 합니다. 검사결과 미기재시에는 해당 약제가 전산심사 조정되므로 반드시 검사결과를 기재하여 청구하여야 합니다.

관련 근거

「요양급여비용 청구방법, 심사청구서」명세서세부작성요령」 Ⅶ. 별표 8.(별표 8) 특정내역 구분코드 2. 진료(조제)내역 줄번호(확장번호)단위 및 처방내역 줄번호(확장번호)단위

구분코드	특정내역	작성요령 및 기재형식
JT007	치매검사결과	• 치매치료제 중 Acetylcholinesterase inhibitor 제제(예: 아리셉트정, 엑셀론정 등)나 memantine 제제(예: 에빅사정 등)를 투여한 경우 MMSE/검사결과/검사실시일/CDR 검사결과/검사실시일/GDS 검사결과/검사실시일 순서대로 기재 • 기재형식 : 9(2)/ccyymmdd/9(1).V9(1)/ccyymmdd/9(1)/ccyymmdd MMSE CDR GDS

경구용 만성B형 간염 치료제 일반원칙

Question B형 간염 환자가 간경변, 간암일 때 간수치가 정상이면 경구용 만성 B형 간염치료제 급여가 안되나요?

Answer 대상성 간경변을 동반한 만성활동성 B형 간염환자는 간기능 수치와는 관계 없이 HBV-DNA≥2,000IU/mL인 경우, 비대상성 간경변, 간암을 동반한 만성활동성 B형 간염 환자는 HBV-DNA 양성인 경우 급여가 가능합니다.

관련 근거

[일반원칙] 경구용 만성 B형간염 치료제

1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. 다만, 시럽제의 경우는 시럽제의 투여가 반드시 필요한 경우에 한함

– 아 래 –

가. 초치료 시

1) 대상환자

가) HBeAg(+)로서 HBV-DNA≥20,000IU/mL이거나 또는, HBeAg(-)로서 HBV-DNA≥2,000IU/mL인 만성활동성 B형간염 환자에서 AST(Aspartate Transaminase) 또는 ALT(Alanine Transaminase)가 80단위 이상인 환자

나) 대상성 간경변을 동반한 만성활동성 B형간염 환자: HBV-DNA≥2,000IU/mL인 경우

다) 비대상성 간경변, 간암을 동반한 만성활동성 B형간염 환자: HBV-DNA 양성인 경우

– 단, Besifovir, Tenofovir alafenamide 경구제는 비대상성 간경변증, 간암에 인정하지 아니함

2) 투여방법

가) Lamivudine, Clevudine, Telbivudine, Entecavir 0.5mg, Adefovir, Tenofovir disoproxil, Tenofovir alafenamide, Besifovir 경구제 중 1종

나) Lamivudine 경구제는 만성 B형간염 치료를 처음으로 시작하는 환자로서 Lamivudine 제제보다 높은 유전적 장벽(genetic barrier)이 있는 다른 항바이러스제를 사용할 수 없거나 적절하지 않은 경우에 한하며, 투여소견서를 첨부하여야 함

다) Besifovir 경구제는 L-carnitine 660mg을 함께 투여함

나. 내성 발현 시

1) 대상환자

Lamivudine, Clevudine, Telbivudine, Entecavir, Adefovir 경구제 사용 후 다음과 같은 기준을 충족하는 내성 변이종 출현 환자

– 다 음 –

가) 바이러스돌파현상(Viral Breakthrough)※의 발현과 B형간염 바이러스 약제내성 돌연변이가 발현된 경우 또는

나) B형간염 바이러스 약제내성 돌연변이가 발현된 경우(사례별로 인정)

※ 바이러스돌파현상(Viral Breakthrough): 항바이러스 치료 중 HBV-DNA가 100배 이상 감소하는 바이러스 반응에 도달했다가 이후 혈청 HBV-DNA가 최저치에서 10배 이상 증가한 경우

2) 투여방법

내성약제		치료약제				
		단독요법		병용요법		
		entecavir 1mg	tenofovir disoproxil 또는 tenofovir alafenamide	(lamivudine 또는 clevudine 또는 tenofovir) + (adefovir 또는 tenofovir)	entecavir 0.5mg + (adefovir 또는 tenofovir)	entecavir 1mg + (adefovir 또는 tenofovir)
단독 내성	lamivudine	인정	인정	인정		
	clevudine	인정	인정	인정		
	telvibudine	인정	인정	인정		
	adefovir	인정	인정	인정		인정
다약제 내성	entecavir 0.5mg		인정		인정	
	entecavir 1mg		인정			인정
	adefovir		인정	인정(주)		인정

주) lamivudine(또는 clevudine 또는 telbivudine) 내성 이후 발현한 순차내성에 한해 tenofovir 병용요법을 인정함

다. 투여연령 및 금기사항

1) Telbivudine: 만 16세 이상

2) Clevudine: 만 18세 이상. 크레아티닌 클리어런스가 60mL/분 미만인 환자는 금기임

3) Entecavir: 만 2세 이상

4) Adefovir: 만 18세 이상

5) Tenofovir disoproxil: 만 12세 이상

6) Tenofovir alafenamide: 만 18세 이상

7) Besifovir: 만 20세 이상, 사구체 여과율(GFR) 50mL/분 미만인 환자는 금기임

라. 인터페론과 병용투여 시에는 인터페론만 인정함

마. Hepatotonics(Carduus marianus ext., Ursodeoxycholic acid 등) 병용투여 시, 항바이러스제를 요양급여(본인일부부담)하는 경우는 Hepatotonics 약값 전액을 환자가 부담토록 하고, 항바이러스제 약값 전액을 환자가 본인 부담하는 경우는 Hepatotonics를 요양급여(본인일부부담)토록 함

2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같이 투여한 경우에도 요양급여를 인정함

– 아 래 –

가. B형간염으로 간이식을 받은 환자: Lamivudine, Clevudine, Telbivudine, Entecavir 0.5mg, Adefovir, Tenofovir disoproxil 경구제 중 1종

(단, Lamivudine 경구제는 만성 B형간염 치료를 처음으로 시작하는 환자로서 Lamivudine 제제보다 높은 유전적 장벽(genetic barrier)이 있는 다른 항바이러스제를 사용할 수 없거나 적절하지 않은 경우에 한하며, 투여소견서를 첨부하여야 함)

나. 간이식 전에 Entecavir 1mg, Adefovir 또는 Tenofovir disoproxil를 투여 받은 환자로서 B형간염으로 간이식을 받은 환자: Entecavir 1mg, Adefovir, Tenofovir disoproxil 경구제 중 1종

다. 소아환자

1) 초치료 시

가) 대상환자: 만 12세 이상 18세 미만 환자

나) 투여방법: Adefovir 경구제

2) 내성 발현 시

가) 대상환자: Lamivudine에 내성변이종이 출현한 만 18세 미만 만성 B형간염 소아환자

나) 투여방법

○ Lamivudine과 Adefovir의 병용투여

3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 경우에 투여시 약값 전액을 환자가 부담토록 함

– 아 래 –

○ 항암화학요법 또는 면역억제요법을 받는 B형간염 보균자가 B형간염 예방목적으로 투여 시

– 대상약제: Lamivudine, Clevudine, Telbivudine, Entecavir, Adefovir, Tenofovir disoproxil 경구제

4. 교체투여는 내성, 치료반응 불충분 및 무반응, 임신, 객관적으로 증명된 심한 부작용에는 급여인정하며, 복약 순응도 개선 필요, 비용효과성 개선 등은 의학적 타당성을 감안하여 사례별로 급여인정함

◎ 고시 제2017-193호 (2017.11.1. 시행)

Rivaroxaban 경구제(품명:자렐토정 등) 인정기준

Question

심방세동이 있는 환자로 자렐토정을 처방하였으나 조정 되었습니다. 사유가 무엇인가요?

Answer

자렐토정은 비판막성 심방세동 환자 중 뇌졸중, 일과성허혈발작, 혈전색전증의 과거력이 있거나, 75세 이상 환자 또는 6가지 위험인자(심부전, 고혈압, 당뇨, 혈관성질환, 65~74세, 여성) 중 2가지 이상의 조건을 가지고 있는 고위험군에서만 급여로 인정하고 있습니다. 인정기준 이외에 처방된 약값은 전액 본인 부담해야 합니다.

관련 근거

Rivaroxaban 경구제 (품명: 자렐토정 2.5밀리그램, 10밀리그램, 15밀리그램, 20밀리그램)

허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함

– 아 래 –

가. 슬관절 또는 고관절 전치환술을 받은 환자의 정맥 혈전색전증 예방

○ 슬관절 또는 고관절 전치환술을 받은 환자중에서 고위험군※에 1가지 이상 해당되는 경우

※ 고위험군의 기준비만(BMI ≥ 30kg/㎡), 에스트로겐 치료, 하지정맥류, 고령(60세 이상), 장기간의 부동(1주일 이상의 침상안정이 필요한 경우), 울혈성심부전, 호흡부전, 악성 종양, 중심 정맥 카테터 삽입, 항암화학요법, 중증감염증, 정맥혈전색전증의 과거력

나. 비판막성 심방세동 환자에서 뇌졸중 및 전신 색전증의 위험 감소

○ 비판막성 심방세동 환자 중 다음의 고위험군에 투여시 인정

– 다 음 –

1) 뇌졸중, 일과성허혈발작, 혈전색전증의 과거력이 있거나 75세 이상 환자 또는
2) 6가지 위험인자(심부전, 고혈압, 당뇨, 혈관성질환, 65–74세, 여성) 중 2가지 이상의 조건을 가지고 있는 환자

다. 심재성 정맥혈전증, 폐색전증의 치료 및 재발위험 감소

○ 투여기간

1) 급성 심재성 정맥혈전증 및 폐색전증 치료 초기: 3주 이내
2) 심재성 정맥혈전증 및 폐색전증 치료(초기치료 이후 유지)와 재발 위험 감소: 6개월 이내

※ 허가사항 중 사용상 주의사항을 참조하여 임상적으로 유의한 출혈 환자, 임상적 연관성이 있는 출혈 위험을 유발할 수 있는 혈액응고장애와 관련된 간질환 환자 등에는 투여하지 말아야 함

◎ 고시 제2015-118호 (2015.7.1. 시행)

향정신성의약품 일반원칙

Question 불면증을 호소하는 환자에게 스틸녹스정을 30일 처방했는데 일부가 조정되었습니다. 조정 사유를 알고 싶습니다.

Answer 스틸녹스정은 식약청 허가사항 상 효능효과가 '불면증'으로 되어 있으며 용법용량도 '치료기간을 최대 4주를 넘지 않는다'로 되어 있습니다. 그래서 30일 중 4주만 인정되고 초과분은 조정된 것입니다.

관련 근거

[일반원칙] 향정신성약물

1. 허가사항 범위 내에서 1품목 투여를 원칙으로 하며, 1품목의 처방으로 치료 효과를 기대하기 어려운 경우에는 2품목 이상의 병용 처방을 인정함
2. 1회 처방 시 30일까지 요양급여를 인정하며, 아래와 같은 경우에는 1회 처방 시 최대 90일까지 인정 가능함

   – 아 래 –

   가. 말기환자, 중증 신체장애를 가진 환자, 중증 신경학적질환자, 중증 정신질환자

   나. 선원, 장기출장, 여행 등으로 인하여 장기처방이 불가피한 경우
3. 2항에도 불구하고, 허가사항 등에서 치료기간을 제한하고 있는 약제는 아래와 같이 요양급여를 인정함

   – 아 래 –

   가. Triazolam(품명:할시온정 등) : 1회 처방시 3주이내

   나. Chloral hydrate(품명: 포크랄시럽) : 1회 처방시 2주 이내

   다. Zolpidem 5mg 및 10mg(품명: 스틸녹스정10밀리그람 등) : 1회 처방 시 4주 이내
4. 3개월 이상 향정신성 약물을 장기 복용할 경우 6~12개월마다 혈액검사(간、신기능검사 포함) 및 환자상태를 추적、관찰하여 부작용 및 의존성여부 등을 평가하도록 권고함
5. Benzodiazepine계열 등은 투여를 중지할 경우 금단 증후군(Withdrawal syndrome)을 일으킬 수 있어 환자상태에 따라 4~16주 기간 동안 1~2주마다 10~25%를 감량하면서 투여하도록 권고함

   ※ 대상성분 :
   Alprazolam, Bromazepam, Chloral hydrate, Chlordiazepoxide, Clobazam, Clorazepate Clotiazepam, Diazepam, Ethyl loflazepate, Etizolam, Flunitrazepam, Flurazepam, Lorazepam, Mexazolam, Midazolam, Triazolam, Zolpidem

골다공증치료제 인정기준

Question

DXA 장비를 이용하여 central bone의 골밀도를 측정한 결과 L1~L4의 T-score가 -2.0 ~ -2.4로, 대퇴부위에서는 -2.2 ~ -2.4, 대퇴의 Ward's triangle 부위는 -2.5로 결과가 나왔습니다. 이 경우에 골다공증치료제가 보험급여가 가능한가요?

Answer

골밀도검사 측정결과를 해석 시에는 요추 L1~L4 중 2부위 이상의 평균 골밀도 또는 Ward's triangle 부위를 제외한 대퇴부 측정값 중 낮은 부위를 기준으로 적용합니다. 이 때 L1~L4 중 가장 낮은 값의 적용은 인정하지 아니합니다. 따라서 동 경우는 검사결과 상 골다공증치료제의 인정기준에 해당되지 않으므로 약값의 전액을 환자가 부담토록 하여야 합니다.

관련 근거

[일반원칙] 골다공증치료제

1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함

– 아 래 –

가. 칼슘 및 Estrogen제제 등의 약제 골밀도검사에서 T-score가 -1 이하인 경우(T-score ≤ -1.0)

나. Elcatonin제제, Raloxifene제제, Bazedoxifene제제, 활성형 Vit D3제제 및 Bisphosphonate 제제 등의 약제(검사지 등 첨부)

1) 투여대상

가) 중심골[Central bone; 요추, 대퇴(Ward' s triangle 제외): 이중 에너지 방사선 흡수계측(Dual-Energy X-ray Absorptiometry: DEXA)을 이용하여 골밀도 측정시 T-score가 -2.5 이하인 경우(T-score ≤ -2.5)

나) 정량적 전산화 단층 골밀도 검사(QCT) : 80㎎/㎤ 이하인 경우

다) 상기 가), 나)항 이외: 골밀도 측정시 T-score가 -3.0 이하인 경우(T-score ≤ -3.0)

라) 방사선 촬영 등에서 골다공증성 골절이 확인된 경우

2) 투여기간

가) 투여대상 다)에 해당하는 경우에는 6개월 이내

나) 투여대상 가), 나)에 해당하는 경우에는 1년 이내, 라)에 해당하는 경우에는 3년 이내로 하며, 추적검사에서 T-score가 -2.5 이하(QCT 80㎎/㎤ 이하)로 약제투여가 계속 필요한 경우는 급여토록 함

다. 단순 X-ray는 골다공증성 골절 확인 진단법으로만 사용할 수 있음

2. 골다공증 치료제에는 호르몬요법(Estrogen, Estrogenderivatives 등)과 비호르몬요법(Bisphosphonate, Elcatonin, 활성형 Vit.D3, Raloxifene 및 Bazedoxifene제제 등)이 있으며, 호르몬요법과 비호르몬요법을 병용투여하거나 비호르몬요법 간 병용투여는 인정하지 아니함 다만 아래의 경우는 인정 가능함

- 아 래 -

가. 칼슘제제와 호르몬대체요법의 병용

나. 칼슘제제와 그 외 비호르몬요법의 병용

다. Bisphosphonate와 Vit. D 복합경구제(성분: Alendronate + Cholecalciferol 등)를 투여한 경우

라. Bisphosphonate 단일제와 활성형 Vit. D3 단일제 병용

마. SERM과 Vit.D 복합경구제(성분: Raloxifene + Cholecalciferiol)를 투여한 경우

※ SERM: Seletive Estrogen Receptor Modulator(선택적 에스트로겐 수용체 조절제)

3. 특정소견 없이 단순히 골다공증 예방목적으로 투여하는 경우에는 비급여 함

◎ 고시 제2017-109호 (2017.7.1. 시행)

고지혈증 치료제

Question 고지혈증 치료제 초치료 시 위험 요인은 무엇이며, 위험요인이 있을 경우 인정 기준은 어떻게 되나요?

Answer 위험요인은 흡연, 고혈압(BP≥140/90 mmHg 또는 항고혈압제 복용), 낮은 고밀도지단백콜레스테롤(HDL-C)(〈40 mg/dL), 관상동맥질환 조기 발병의 가족력(부모, 형제자매 중 남자〈55세, 여자〈65세에서 관상동맥질환이 발병한 경우), 연령(남자≥45세, 여자≥55세)혈중 LDL-C≥160 mg/dL일 때입니다. 위험요인이 2개 이상인 경우는 혈중 LDL-C≥130 mg/dL일 때, 관상동맥질환 또는 이에 준하는 위험(말초동맥질환, 복부대동맥류, 증상이 동반된 경동맥질환, 당뇨병)인 경우는 혈중 LDL-C≥100 mg/dL일 때, 급성 관동맥 증후군인 경우에는 혈중 LDL-C≥70 mg/dL일 때, 혈중 TG≥200 mg/dL일 때 급여로 가능하며 그 외에는 약값 전액을 본인부담합니다.

관련 근거

고지혈증 치료제

허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함

– 아 래 –

가. 순수 고저밀도지단백콜레스테롤(LDL-C)혈증

1) 투여대상

가) 위험요인*이 0~1개인 경우: 혈중 LDL-C≥160 mg/dL일 때

나) 위험요인*이 2개 이상인 경우: 혈중 LDL-C≥130 mg/dL일 때

다) 관상동맥질환 또는 이에 준하는 위험(말초동맥질환, 복부대동맥류, 증상이 동반된 경동맥질환, 당뇨병)인 경우: 혈중 LDL-C≥100 mg/dL일 때

라) 급성 관동맥 증후군인 경우: 혈중 LDL-C≥70 mg/dL일 때

2) 해당 약제: HMG-CoA 환원효소억제제, 담즙산제거제, Fibrate계열 약제 중 1종

나. 순수 고트리글리세라이드(TG)혈증

1) 투여대상

가) 혈중 TG≥500 mg/dL일 때

나) 위험요인*또는 당뇨병이 있는 경우: 혈중 TG≥200 mg/dL일 때

2) 해당 약제: Fibrate 계열, Niacin 계열 중 1종

다. 고LDL-C 및 고TG혈증 복합형

1) 투여대상

"가. 순수 고LDL-C혈증"과 "나. 순수 고TG혈증"에 해당하는 경우

2) 해당 약제

LDL-C 및 TG에 작용하는 약제별로 각각 1종씩 인정

라. 약제투여는 치료적 생활습관 변화(therapeutic lifestyle changes)를 병행하여 실시토록 권장함

* 위험요인

① 흡연

② 고혈압(BP≥140/90 mmHg 또는 항고혈압제 복용)

③ 낮은 고밀도지단백콜레스테롤(HDL-C)(〈40 mg/dL)

④ 관상동맥질환 조기 발병의 가족력(부모, 형제자매 중 남자〈55세, 여자〈65세에서 관상동맥질환이 발병한 경우)

⑤ 연령(남자≥45세, 여자≥55세)

※ HDL-C≥60 mg/dL은 보호인자로 간주하여 총 위험요인 수에서 하나를 감한다.

◎ 고시 제2014-34호 (2014.3.1. 시행)

Sodium hyaluronate 20mg 주사제(품명:히루안플러스주 등)

Question 무릎관절증에 히루안플러스주를 투여했는데 심사조정되었습니다. 이유가 뭔가요?

Answer 히루안플러스주는 방사선학적으로 중등도 이하(Kellgren-Lawrence grade I, II, III)의 슬관절의 골관절염, 견관절주위염에 인정가능하며, 그 외에는 약값 전액을 환자가 부담하여야 합니다.

관련 근거

Sodium hyaluronate 20mg 주사제(품명: 히루안플러스주 등)

각 약제별 허가사항 범위 내에서 사용함을 원칙으로 하고, 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함

– 아 래 –

가. 대상 환자

1) 방사선학적으로 중등도 이하(Kellgren-Lawrence grade I, II, III)의 슬관절의 골관절염

2) 견관절주위염

나. 투여횟수

1) 슬관절의 골관절염: 재투여 시점은 1주기 투여 후 효과가 있을 경우에 최소 6개월 경과한 후 투여 시 인정

2) 견관절주위염: 1주기 투여 인정

※ 1주기: 1주에 1회씩 3주간 연속 투여

◎ 고시 제2013-127호 (2013.9.1. 시행)

개인 개설에서 공동 개설로 변경 시 신고절차

Question 단독으로 운영하던 요양기관을 공동개설로 변경하려 합니다. 이 경우 신고 절차에 대해 문의 드립니다.

Answer

주개설자가 동일한 경우(홍길동 ↔ 홍길동, 홍길순)

☞ 요양기관기호 변동 없이 개설 형태를 '개인'에서 '집단개원'으로 변경신고만 보건소에하면 건강보험심사평가원에 통보되며, 부대표자인 '홍길순'의 입사 신고만 건강보험심사평가원에 '공동개설자'로 하면 됩니다.

주개설자가 변경되는 경우(홍길동 ↔ 홍길순, 홍길동)

☞ 이 경우 주대표자와 부대표자가 변경되므로 보건소 신고시 건강보험심사평가원에 통보되며, 예전 개설자인 '홍길동'의 요양기관 폐업 후 주개설자인 '홍길순' 명의의 공동개설로 처리됩니다.

법인대표자의 개인 개설 가능 여부

Question 법인대표자가 의료인인 경우 복수의료기관에서 진료가 가능한가요?

Answer 법인대표자는 개인이 아닌 법인으로 간주, 여러 기관의 법인 대표로 등록 가능합니다. 또한 법인대표자가 의료인인 경우 복수의료기관 진료가 가능합니다. 다만, 법인의 대표자이면서 본인이 개설한 의료기관이 있는 경우 개설자로 적용되므로 복수의료기관(이중 등록 불가) 진료가 불가합니다.

◎ 행정해석, 보험급여과-286 (2010.1.28.)

의사의 중복근무 가능 여부

Q uestion

타 기관(A)에서 비상근으로 근무하고 있는 의사가 우리 기관(B)에 매주 3일 21시간 동안 근무하는 봉직의사로 근무할 수 있는지 여부와 신고 방법은 어떻게 되나요?

A nswer

2010년 1월 5일부터 행정해석이 변경되어(의료자원과-90호, 2010.1.5.) 의사가 양쪽 기관에서 동시에 근무하는 것이 허용되었습니다. 다만, 이러한 경우에도 선 입사 기관에만 근무형태에 따라 "상근" 또는 "비상근"으로 등록할 수 있고, 후 입사 기관에는 "기타" 인력으로 등록하여야 합니다.

◎ 보험급여과-76호 (2010.1.8.)

따라서 A의원에서 먼저 비상근으로 근무하고 있던 의사를 B의원에서 봉직의사로 등록하려는 경우에는, B의원에서의 근무 시간이 "비상근" 요건을 충족함에도 불구하고 "비상근"이 아닌 "기타" 인력으로 신고하여야 합니다.

차등수가 상 상근은 1인, 비상근은 0.5인, 기타는 0인으로 계산된다는 데에 구분의 실익이 있습니다(의과 제외). 즉 중복근무 인력은 선 입사 기관과 후 입사 기관을 막론하고 행위별 수가는 모두 받을 수 있지만, 차등수가 상으로는 선 입사 기관만 인정되고, 후 입사 기관에서는 0인으로 계산됩니다.

한편 의료인의 중복근무는 개설자가 아닌 의사에 한해 가능한 것이며, 약사나 물리치료사 등에는 적용되지 않으므로 약사나 물리치료사가 두 기관에서 동시에 근무하는 것은 불가합니다.

※ 근무형태에 따른 수가 적용기준 (참고)

근무형태	내 용	비 고
상근	선 입사기관에 주 5일 이상, 40시간 이상 근무	의사수 1인
비상근	선 입사기관에 주 3일 이상, 20시간 이상 근무	의사수 0.5인
기타	주 3일 미만, 20시간 미만 근무, 후 입사기관 근무(상근포함)	인원수 0명

개설자의 타 기관 근무 가능 여부

Question 의료기관의 개설자가 타 기관에서 봉직의사 또는 봉직약사로 근무할 수 있나요?

Answer 개설자는 의료법 제33조 제1항에 의해 자신이 개설한 요양기관 내에서만 근무하도록 되어 있습니다. 따라서 의료법상 개설자가 다른 요양기관에서 중복으로 근무하는 것은 금지됩니다. 한편 자신이 개설한 요양기관에는 봉직의·약사를 두고, 자신은 진료하지 않으면서 다른 요양기관에서 근무하는 것도 원칙적으로 금지됩니다.

Question 휴업 중인 의료기관의 개설자(의료인)가 다른 의료기관을 개설·운영하거나 봉직의로 근무할 수 있나요?

Answer 어떠한 명목으로도 복수의료기관 개설·운영을 금지한 법 제33조제8항의 개정 취지와 개설 의료기관에 대해 전념토록 한 의무를 고려할 때, 휴업 중 개설자가 다른 의료기관을 개설·운영하거나 다른 의료기관에서 봉직의로 근무하는 것은 법 제33조 제8항을 위반하는 것입니다.

관련 근거

의료법 제33조(개설)

① 의료인은 이 법에 따른 의료기관을 개설하지 아니하고는 의료업을 할 수 없으며, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 외에는 그 의료기관 내에서 의료업을 하여야 한다.
〈개정 2008.2.29., 2010.1.18.〉

1. 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 응급환자를 진료하는 경우
2. 환자나 환자 보호자의 요청에 따라 진료하는 경우
3. 국가나 지방자치단체의 장이 공익상 필요하다고 인정하여 요청하는 경우
4. 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 가정간호를 하는 경우
5. 그 밖에 이 법 또는 다른 법령으로 특별히 정한 경우나 환자가 있는 현장에서 진료를 하여야 하는 부득이한 사유가 있는 경우

⑧ 제2항제1호의 의료인은 어떠한 명목으로도 둘 이상의 의료기관을 개설 · 운영할 수 없다. 다만, 2 이상의 의료인 면허를 소지한 자가 의원급 의료기관을 개설하려는 경우에는 하나의 장소에 한하여 면허 종별에 따른 의료기관을 함께 개설할 수 있다.
〈신설 2009.1.30., 2012.2.1.〉

휴가 및 대진 관련 사례

Question

의원의 개설자 휴가기간 동안 대진의를 사용할 경우의 신고방법은?

Answer

건강보험심사평가원에만 개설자에 대한 휴가신고와 대진의사 신고를 하면 됩니다.
(추후 건강보험심사평가원에서 보건소에 통보)
또한 대진의가 다른 의원에 비상근으로 등록되어 있는 경우 심평원 신고시 첫째, 비상근으로 등록되어 있는 의원에 대진 기간 동안 휴가신고를 하고, 대진기관에 "대진" 인력으로 등록하는 방법이 있습니다. 둘째, 대진 기관에 대진의를 "대진"이 아닌 "기타"로 등록하면, 비상근으로 등록된 기관에서 휴가 신고를 하지 않아도 됩니다.
봉직의사의 경우에는 동시에 두 기관에서 근무할 수 있도록 행정해석(의료자원과-90호, 2010.1.5)이 변경되었습니다. "대진"은 차등수가상 "상근"과 동일하게 인정되며, "기타"의 경우 진료행위는 모두 인정되나, 차등수가 상으로 인원수는 "0"명으로 계산되는 점에 그 차이가 있습니다.

관련 근거

비전속진료허용 및 대진의, 협진, 타의료기관 시설이용 제한 폐지 행정해석 안내

- 기존 유권해석을 폐지하고, 의료인(의사, 치과의사, 한의사)이 복수의 의료기관에서 근무하는 것을 허용
- 다만, 의료기관 개설자는 자신이 개설한 의료기관에서만 근무하도록 함

  * 의료인의 복수의료기관 개설금지 조항(당해 의료기관에서의 전념 의무)과의 조화로운 해석 필요성, 대법원 판례 등을 감안시 불가피

◎ 의료자원과-90호 (2010.1.11 시행)

Question 개설자가 외국으로 휴가를 가는 경우, 출국일과 입국일 당일에 청구할 수 있나요?

Answer 오전에 진료하고 저녁에 출국하거나, 오전에 입국하여 오후에 진료하는 경우처럼 출국과 입국 당일에도 진료했다면 청구가 가능합니다. 이러한 경우. 출국 다음날부터 입국 전 날까지 휴가 신고를 해야 합니다.

Question 개설자와 비상근 봉직의사가 한 명 있으며, 비상근 의사는 월요일부터 금요일까지 매주 오후에만 5시간씩 근무하고 있는데, 개설자의 휴가기간 동안은 비상근 의사가 오전, 오후 모두 진료한 경우의 신고방법은?

Answer 개설자에 대해서 휴가신고를 하고, 비상근 의사를 휴가기간 동안 대진의로 신고를 하면 됩니다. 대진의는 상근자의 휴가 기간 동안은 차등수가에서 대진(상근)으로 인정을 받을 수 있습니다. 휴가 기간이 종료된 후에는 다시 비상근자로 인정을 받게 됩니다.

Question 개설자가 오전에는 진료하고 오후에만 휴가하고, 대진의는 오후에만 나오는 경우의 신고방법은?

Answer 첫째, 하루 이틀 정도의 단기간 동안 위와 같은 형태로 근무를 하여 휴가시간을 제외해도 개설자의 상근 요건이 충족되는 경우를 생각해 볼 수 있습니다. 이러한 경우라면 개설자가 하루 중 일부라도 나와서 실제 진료를 한 경우에는 휴가신고를 할 필요가 없습니다. 휴가는 하루 전체에 대한 개념이기 때문입니다. 그리고 "대진"은 휴가자가 전제되는 개념이어서 휴가 등록 없이는 대진 등록을 할 수 없으므로 이렇게 반일만 대진하는 의료인은 그 해당일 만큼 "기타" 인력으로 신고하면 됩니다. 둘째, 위와 같은 근무형태가 지속적으로 유지되어 개설자가 매일 오전에, 대진의는 매일 오후에 근무하는 경우를 생각해 볼 수 있습니다. 이러한 경우라면 개설자는 상근요건을 충족하지 못하므로 비상근으로 신고를 해야 하고, 대진의 역시 비상근 요건을 충족한다면 비상근으로 신고를 하면 됩니다.

요양병원의 의사인력 휴가 시 청구 방법

Question

의사 1인, 한의사 2인이 근무하는 요양병원에서 의사가 해외 출국으로 부재중인 경우 한의사만 근무한 기간 동안 의과 입원환자 요양급여비용을 청구할 수 있나요?

Answer

의료법 제2조 및 제27조에 의거 의사는 의료와 보건지도를, 한의사는 한방의료와 한방보건지도를 임무로 하며, 의료인은 면허된 것 이외의 의료행위를 할 수 없도록 규정하고 있습니다. 따라서 의사 부재중 의과 입원환자에 대한 의과진료를 한의사가 대신 할 수 없으므로 기본적인 의사의 진료행위가 없는 상태에서 발생한 입원료, 식대 등 의과 요양급여비용은 인정하기 곤란하며, 단 동 상황에서 시행한 한의사의 한방 의료행위는 해당내역에 한해 인정할 수 있습니다.

보험급여과-513호 (2009.2.12.)

관련 근거

의료법 제2조(의료인)

① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사 · 치과의사 · 한의사 · 조산사 및 간호사를 말한다. 〈개정 2008.2.29, 2010.1.18〉

② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.

1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.

관련 근거

의료법 제27조(무면허 의료행위 등 금지)

① 의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며 의료인도 면허된 것 이외의 의료행위를 할 수 없다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 보건복지부령으로 정하는 범위에서 의료행위를 할 수 있다. 〈개정 2008.2.29, 2009.1.30, 2010.1.18〉

1. 외국의 의료인 면허를 가진 자로서 일정 기간 국내에 체류하는 자
2. 의과대학, 치과대학, 한의과대학, 의학전문대학원, 치의학전문대학원, 한의학전문대학원, 종합병원 또는 외국 의료원조기관의 의료봉사 또는 연구 및 시범사업을 위하여 의료행위를 하는 자
3. 의학 · 치과의학 · 한방의학 또는 간호학을 전공하는 학교의 학생

② 의료인이 아니면 의사 · 치과의사 · 한의사 · 조산사 또는 간호사 명칭이나 이와 비슷한 명칭을 사용하지 못한다.

타 요양기관과 공동이용 가능 여부

Q uestion

다른 병원과 시설, 장비를 공동으로 이용이 가능할까요?

A nswer

의료인은 다른 요양기관장의 동의를 받아 그 의료기관의 시설, 장비 및 인력 등을 이용하여 진료할 수 있습니다.(의료법 제39조, 시설 등 공동이용) 다만, 물리치료, 검체검사 및 FULL PACS 등과 같이 [건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수] 등에서 별도의 시설, 장비 및 인력에 대한 기준을 규정하고 있는 항목에 대하여는 이를 우선 적용하는 것이 원칙이므로 타 요양기관과 시설, 장비 및 인력의 공동이용은 불가합니다.

※ 시설·장비 공동이용 적용일자는 공동이용 관련 서류를 건강보험심사평가원에 접수한 시점으로 합니다.

◎ 고시 제2008-5호 (2008.2.1. 시행)

촉탁의 및 협약 의료기관 신고절차

Question

노인장기요양원과 협약을 맺은 병원입니다. 건강보험심사평가원에도 신고해야 하나요?

Answer

요양기관 내 사회복지시설과 협약한 경우에는 국민건강보험법 시행규칙 제12조 제4항에 의거 관련서류(협약서, 사회복지시설신고증사본)를 건강보험심사평가원에 제출하도록 되었습니다. 다만, 노인장기요양법에 따른 장기요양기관은 [촉탁의 및 의료기관 협약체결(변경) 신고서]를 해당 시군구에 제출하면 그 자료가 국민건강보험공단을 거쳐 건강보험심사평가원으로 전송이 되므로 별도로 신고할 필요가 없습니다.

◎ 행정해석 보험평가과-9070호 (2009.9.30.)

일반병동의 간호관리료 차등제

Q uestion

2018년 4월 1일자 시행인 일반병동 간호관리료가 어떻게 적용되는지 궁금합니다.

A nswer

'종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원 중 별도로 정하는 일부 요양기관'의 간호관리료 등급 산정식은 아래와 같으며, '종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원 중 별도로 정하는 일부 요양기관'에 해당되지 않는 기관은 기존 일반병동 등급 산정식(병상 수 대 간호사 수)로 산정합니다.

A-1. 일반병동 간호관리료 등급 산정식

- '종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원 중 별도로 정하는 일부 요양기관'(2018.4.1. 시행)
- 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 평균 환자 수 대비 직전분기 각 월 15일자 평균 간호사 수

$$\frac{\text{일반병동 입원환자 수(직전분기 3개월 평균)}}{\text{일반병동 간호사 수(직전분기 3개월 평균, 15일자 간호사 수의 합/3)}}$$

[참고]

A-2일반병동 간호관리료 등급 산정식 (A-1에 해당되지 않은 기관)

$$\frac{\text{일반병동 병상 수(3개월 평균, 직전분기 15일자 병상 수의 합/3)}}{\text{일반병동 간호사 수(3개월 평균, 직전분기 15일자 간호사 수의 합/3)}}$$

관련 근거

'종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원 중 별도로 정하는 일부 요양기관'의 간호인력확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제 적용 기준

「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 제2호 마목(1)에서 '종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원 중 별도로 정하는 일부 요양기관'의 간호인력확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제(환자 수 대 간호사 수의 비) 적용 기준은 다음과 같이 함

- 다 음 -

가. 대상기관: 아래 중 하나 이상에 해당하는 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원

– 아 래 –

1) 다음을 제외한 지역에 소재한 요양기관

가) 서울특별시

나) 광역시 구지역

다) 경기도의 구가 있는 시

2) 다음의 법령에 근거하여 설립된 요양기관

가)「보건복지부와 그 소속기관 직제」

나)「국립중앙의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」

다)「국민건강보험법」

라)「대한적십자사 조직법」

마)「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」

바)「암관리법」

3)「응급의료에 관한 법률」에 의한 응급의료기관 중 지역응급의료기관인 요양기관

나. 환자 수 기준

1) 간호인력확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제의 기준이 되는 환자 수는 건강보험심사평가원에 제출한 [별지 제2-1호의 2 서식] 입원 환자 수 현황상의 입원 환자 수를 말함

2) 입원 환자 수에는「건강보험 행위 급여?비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 제2호 마목(2)에 따른 일반병동의 병상에 입원한 모든 환자 수를 기재하여야 함

3) 환자 수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 매일 재원일수의 합이며, 입원초일인 환자는 입원 환자 수에 산입하고 퇴원 환자는 입원 환자 수에서 제외함

다. 간호사 수 기준간호사 수의 산정기준, 신고사항 등은 '간호인력 확보수준에 따른 간호관리료 차등적용 관련 기준' 에 의하여 산정함

라. 소수점 이하 값의 처리평균 환자 수와 평균 간호사 수는 각각 소수점 셋째자리에서 반올림하여 계산하며, 환자 수 대 간호사 수의 비는 소수점 셋째자리 이하 절사하여 계산함

마. 간호인력 및 등급신청

1) 요양기관은 [별지 제2호 서식]에 의한 요양기관 입원환자 간호관리료 차등제 산정현황 및 [별지 제2-1호 서식]에 의한 요양기관 입원환자 간호관리료 차등제 산정현황(환자 수 기준)을 건강보험심사평가원에 매분기말 16일부터 20일까지 제출하여야 하며 미제출기관의 경우 7등급으로 산정함.다만, 제출기간을 도과하여 적용분기 전일까지 부득이한 사유를 소명하여 제출하는 경우에 한하여 확인된 간호등급을 적용함

2) 병동별 병실현황: [별지 제3호 서식] 에 의한 요양기관 병동별 병상 운영현황 통보서를 제출하여야 하며, 변경사항 발생시 즉시 건강보험심사평가원에 제출하여야 함

3) 간호인력 신고: [별지 제4호 서식]에 의한 요양기관 간호 인력 일반현황 통보서를 제출하여야 하며, 변경사항 발생시 즉시 건강보험심사평가원에 제출하여야 함

바. 그 외 별도로 규정하지 않은 산정기준은 '간호인력 확보수준에 따른 간호관리료 차등적용 관련기준' 에 의하여 산정함

◎ 고시 제2018-41호 (2018.4.1. 시행)

관련 근거

간호인력 확보수준에 따른 간호관리료 차등적용 관련기준 (일반병동)

적정수준의 간호인력을 확보하지 못한 요양기관에서 간호서비스의 일부를 보호자나 간병인에게 위임하는 등 입원 진료시 간호서비스의 질이 저하되는 바람직하지 않은 현상을 해소하기 위해서 시행하고 있는 [간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제] 관련 기준은 다음과 같이함

– 다 음 –

가. 일반병상 기준간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제의 기준이 되는 일반병상은 요양기관현황(변경사항) 통보시 건강보험심사평가원에 신고한 병상 중 건강보험 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침]2.마(2)에 의한 일반병동의 병상을 말함. 다만, 신고한 병상보다 더 많은 병상을 운영하는 경우에는 운영병상으로 함

나. 환자간호업무에 종사하지 않은 간호사
: 근무표 상 일반병동에 배치되어 있다고 하여도 실제 환자간호를 담당하지 않으면 일반병동 근무 간호사수에서 제외하여야 함(간호감독, 전임노조, 가정간호사, 호스피스 등)

다. 소수점이하 값의 처리
: 간호등급 산정 시 평균 병상수와 평균 간호사수는 각각 소수점 셋째자리에서 반올림하여 계산함

라. 단시간 근무 간호사 및 계약직 간호사 산정 기준
: 기간제 및 단시간근로자 보호에 관한 법률 제8조(차별적 처우의 금지) 및 제17조(근로조건의 서면명시)를 준수하고, 계약직의 경우에는 1년 이상 고용계약을 체결하고 4대 사회보험에 가입한 경우에 산정함. 단, 출산휴가자 및 육아휴직자 대체 간호사의 경우 계약기간에 관계 없이 산정 가능함.

(1) 계약직 간호사 중 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 40시간인 근무자의 경우 1인으로 산정함

(2) 단시간 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 40시간 미만인 근무자에 대하여 16(이상)~24시간(미만) 근무자의 경우 0.4인, 24(이상)~32시간(미만) 근무자는 0.6인, 32(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.8인으로 산정함 (다만, 상급종합병원 및 서울지역 종합병원은 기존에 해당 병원에서 근무 중인 간호사에 한함)

(3) 서울특별시를 제외한 지역의 병원(상급종합병원 및 종합병원은 제외한다)의 단시간 근무 간호사 중 근로계약서 상 야간(20시~익일08시사이)근무 전담임을 명시하고, 간호인력 산정시점을 기준으로 1개월 이상 야간만 전담하여 근무한 간호사(이하 야간전담간호사)에 대하여 다음과 같이 산정함. 다만, 야간전담간호사를 제외한 간호사 총 인원이 직전분기 대비 5%를 초과하여 감소하지 않은 경우에만 적용하며, 상급종합병원, 종합병원 및 서울 지역 소재 병원의 경우에도 2014.12.15.을 기준으로 야간전담간호사가 1인 이상인 의료기관(이하 야간전담 기존기관)은 건강보험심사평가원에 야간전담 기존기관임을 신고한 후 같은 기준을 적용할 수 있음

(가) 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 16(이상)~24시간(미만) 근무자는 0.8인으로 산정

(나) 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 24(이상)~32시간(미만) 근무자는 1.2인으로 산정

(다) 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 32시간 이상 근무자는 1.6인으로 산정

(4) 계약직 간호사를 고용하는 경우, 정규직 근무 간호사 의무고용비율은 상급종합병원 및 종합병원은 100분의 80으로 하고 병원급 이하 요양기관은 100분의 50으로 함

마. 삭제

바. 순환근무 간호사 : 일반병동과 외래 등 특수부서를 순환 또는 파견(PRN포함) 근무하는 간호사로는 간호의 질 향상을 기대 할 수 없으므로 해당 간호사는 산정대상에서 제외 함

사. 정신보건의료시설 중 폐쇄병동 : 정신보건의료시설 중 폐쇄병동이라 함은 일반적으로 다른 병동과 구분되어 있고 일반인의 출입이 통제되는 병동으로서 정신건강의학과 환자만을 입원시키는 병동을 말함

아. 미숙아실 : 미숙아라함은 미숙아를 포함한 질병이 있는 신생아의 총칭(sick baby)을 말하며 미숙아를 수용하는 미숙아실은 신생아실의 범주에 포함되므로 일반 병상수에서 제외함

자. 조기진통실 : 분만실내의 조기진통실은 일반병상수에서 제외함

차. 모자동실 : 모자동실에 입원하는 산모의 병상은 일반병동의 병상으로 산정함

카. 간호인력 및 등급신청

(1) 요양기관은 별지 제2호 서식에 의한 요양기관 입원환자 간호관리료 차등제 산정현황을 건강보험심사평가원에 매분기말 16일부터 20일까지 제출하여야 하며 미제출기관의 경우 7등급으로 산정함.(상급종합병원, 의원, 한의원의 경우 미제출시 6등급으로 적용)
다만, 제출기간을 도과하여 적용분기 전일까지 부득이한 사유를 소명하여 제출하는 경우에 한하여 확인된 간호등급을 적용함

(2) 병동별 병실현황: 별지 제3호 서식에 의한 요양기관 병동별 병상 운영현황 통보서를 제출하여야 하며, 변경사항 발생시 즉시 건강보험심사평가원에 제출하여야 함

(3) 간호인력 신고: 별지 제4호 서식에 의한 요양기관 간호 인력 일반현황 통보서를 제출하여야 하며, 변경사항 발생시 즉시 건강보험심사평가원에 제출하여야 함

◎ 고시 제2017-58호 (2017.4.1. 시행)

간호간병통합병동 근무 간호사 관련

Q uestion

야간전담간호사 선정 기준을 적용할 경우, 일반병동에서 실제 환자 간호를 담당하는 간호사 총 인원이 직전분기 대비 감소하지 않는 경우에만 적용하도록 되어 있습니다. 이러한 경우 간호사 총 인원에 간호간병통합서비스 병동 근무 간호사를 포함할 수 있나요?

A nswer

보건복지부 고시 제2015-40호 및 보험급여과-1419(2015.3.17.)에 따르면, 간호관리료 차등제에서 야간전담간호사(이하 야간전담)에 대한 산정 기준은 일반병동에서 실제 환자 간호를 담당하는 간호사 수(전분기 간호등급에 산정된 인원수)가 감소하지 않은 경우에만 적용하도록 하고 있습니다. 동 사항의 취지는 야간전담 인정으로 인해 병원에서 실제 환자 간호를 담당하는 간호사를 줄이게 되는 경우가 없도록 하기 위함으로, '간호사 수가 감소하지 않는 경우'에서 '간호사 수'에는 실제 환자 간호를 담당하는 간호간병통합서비스 병동 근무 간호사도 포함한다고 보아야 할 것입니다. 다만, 이는 야간전담 산정 기준 적용 여부를 결정할 때만 해당되는 사항이며, 실제 야간전담 산정 기준을 적용하여 간호등급을 산정할 때는 간호간병통합서비스 병동 근무 간호사는 제외하여야 합니다.

◎ 보험급여과-3196호 (2016.6.28.)

요양병원의 간호인력 차등제 산정기준

Question 요양병원의 임시직 간호인력은 어떻게 인정되나요?

Answer 간호인력중 비정규직 간호인력(기간제, 단시간근로자등) 산정기준은 [기간제 및 단시간근로자 보호에 관한 법률] 제17조(근로조건의 서면명시)를 준수하고, 3개월 이상 고용계약을 체결한 경우에 산정합니다. 임시직 간호사 중 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 20(이상)~30시간(미만)인 경우 0.4인, 30(이상)~40시간(미만)근무자는 0.6인, 40시간(이상)근무자는 0.8인으로 산정하며, [소득세법] 시행규칙제 7조제4호에 의한 의료취약지역 소재 요양기관은 각각 0.5인, 0.7인, 0.9인으로 산정할 수 있습니다. 다만, 임시직간호사를 고용하는 경우 정규직 간호사 의무고용비율은 100분의 50입니다. 임시직 간호조무사는 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 44시간(다만, 근로기준법에 의한 근로시간이 주40시간인 요양기관은 40시간)인 근무자의 경우에만 3인을 2인으로 산정할 수 있습니다. 출산휴가자를 대체하는 간호사는 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 44시간(다만, 근로기준법에 의한 근로시간이 주40시간인 요양기관은 40시간)인 근무자의 경우 1인으로 산정할 수 있습니다.

Question 요양병원의 간호업무를 전담하나, 직급간호사(감독, 부장, 과장 등)의 경우 간호인력으로 산정 가능한가요?

Answer 간호사가 입원환자 간호업무만 전담하는 경우에는 간호인력으로 산정 가능하되, 입원병동에 근무하지만 타 업무와 겸하여 간호업무를 담당하는 경우에는 간호인력 산정에서 제외하는 것이 타당합니다. 요양병원 간호인력은 입원환자 간호업무를 전담하는 간호사와 이에 대한 간호업무를 보조하는 간호조무사를 의미하며, 입원병동에 근무하지만 입원환자 간호를 전담하지 않는 간호인력(간호감독, 간호과장 등), 일반병상과 특수병상을 순환 또는 파견(PRN 포함)근무하는 간호인력, 특수병상 중 집중치료실, 인공신장실, 물리치료실에서 근무하는 간호인력, 외래근무자와 분만휴가자(1월 이상 장기유급휴가자 포함)의 경우에는 산정대상에서 제외됩니다.

◎ 보험급여과-389호 (2010.2.5.)

Question 임시직 간호사가 3개월 이상 고용계약을 체결하였으나 3개월 근무를 채우지 못한 경우 간호인력으로 산정 가능한가요?

Answer 임시직 간호사(시간제, 계약직 등)가 3개월 이상 고용계약을 체결하였으나 부득이한 사유로 실제 근무기간이 3개월이 안되는 경우라도 간호관리료 산정대상 간호사수에 포함할 수 있습니다.

◎ 보험급여과-2512호 (2009.6.30.)

Question 요양병원 간호인력 등급 산정식이 궁금합니다.

Answer 요양병원 간호인력 등급 산정식은 아래와 같습니다.

• 요양병원 간호인력 등급 산정식

$$\frac{\text{입원 환자 수(직전분기 3개월 평균)}}{\text{간호인력 수(직전분기 3개월 평균, 15일자 간호인력 수의 합/3)}}$$

※ 소수점 처리:

평균 환자 수, 평균 간호인력 수는 소수점 셋째자리에서 반올림(4사5입)

환자 수 대 간호인력 수 비는 소수점 셋째자리에서 절사하여 둘째자리까지 표기

관련 근거

간호인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등적용 관련 기준

적정수준의 간호인력을 확보하지 못한 요양병원에서 간호서비스의 일부를 보호자나 간병인에게 위임하는 등 입원 진료시 간호서비스의 질이 저하되는 바람직하지 않은 현상을 해소하기 위해서 시행하고 있는 [간호인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등제] 관련 기준은 다음과 같이함

– 다 음 –

가. 환자 기준

간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등제의 기준이 되는 환자는 건강보험심사평가원에 제출한 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서상의 입원환자수를 말함

나. 간호인력 기준

(1) 간호인력은 입원환자 간호업무를 전담하는 간호사와 이에 대한 간호업무를 보조하는 간호조무사를 의미함. 다만, (입원)병동에 근무하지만 입원환자 간호를 전담하지 않는 간호인력(간호감독, 전임노조, 가정간호사, 호스피스 간호사 등), 일반병상과 특수병상을 순환 또는 파견(PRN 포함) 근무하는 간호인력, 특수병상 중 집중치료실, 인공신장실, 물리치료실에서 근무하는 간호인력, 외래 근무자와 분만 휴가자(1월 이상 장기유급휴가자 포함)의 경우에는 산정대상에서 제외함

(2) 간호인력 중 비정규직 간호인력(기간제, 단시간근로자 등) 산정기준 : 「기간제 및 단시간근로자 보호에 관한법률」제17조(근로조건의서면명시)를 준수하고, 3개월 이상 고용계약을 체결한 경우에 산정 함

(가) 임시직 간호사 중 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 20(이상)~30시간(미만)인 근무자의 경우 0.4인, 30(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.6인, 40시간(이상) 근무자는 0.8인으로 산정하며, 「소득세법」시행규칙 제7조제4호에 의한 의료취약지역 소재 요양기관은 각각 0.5인, 0.7인, 0.9인으로 산정 함. 다만, 임시직간호사를 고용하는 경우 정규직 간호사 의무고용비율은 100분의 50으로 함

(나) 임시직 간호조무사는 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 44시간(다만, 근로기준법에 의한 근로시간이 주40시간인 요양기관은 40시간)인 근무자의 경우에만 3인을 2인으로 산정 함

(3) 출산휴가자를 대체하는 간호사는 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 44시간(다만, 근로기준법에 의한 근로시간이 주40시간인 요양기관은 40시간)인 근무자의 경우 1인으로 산정

다. 간호인력 확보수준에 따른 등급산정 및 신청방법

(1) 직전분기 평균(각 월의 15일 기준)으로 산정하되, 평균 환자수와 평균 간호인력 수는 각각 소수점 셋째자리에서 반올림하여 계산함

(2) 요양기관은 별지 제6호 서식에 의한 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서를 건강보험심사평가원에 매분기말 20일까지 제출하여야 하며, 미제출 기관은 8등급으로 산정함. 단, 통보서 내용 중 간호인력 현황에 변경사항 발생시는 즉시 제출하여야 함

◎ 고시 제2009-214호 (2010.4.1. 시행)

관련 근거

기간제 및 단시간 근로자 보호에 관한 법률 제17조 (근로조건의 서면명시)

사용자는 기간제근로자 또는 단시간근로자와 근로계약을 체결하는 때에는 다음 각 호의 모든 사항을 서면으로 명시하여야 한다. 다만, 제6호는 단시간근로자에 한한다.

1. 근로계약기간에 관한 사항
2. 근로시간 · 휴게에 관한 사항
3. 임금의 구성항목 · 계산방법 및 지불방법에 관한 사항
4. 휴일 · 휴가에 관한 사항
5. 취업의 장소와 종사하여야 할 업무에 관한 사항
6. 근로일 및 근로일별 근로시간

공익근무요원인 의사의 요양병원 인력가산 적용 여부

Question

공익근무요원으로 복무중인 의사를 요양병원에서 야간전담의사로 지정하려고 하는 경우에 의사인력확보에 따른 입원료 차등제에 대한 인력으로 적용 가능한지요?

Answer

병역법 제33조 및 공익근무요원 복무관리규정 제28조의 규정에서 공익근무요원은 복무기관의 장의 허가를 받아 다른 직무를 겸할 수 있습니다.요양병원의 의사인력확보수준에 따른 입원료 차등제에서 의사 수는 요양병원입원료차등제 산정현황통보서상의 상근자를 의미하므로 당직의사가 상근자인 경우에 포함되며, 의사확보수준에 따라 수가를 차등적용하는 취지 및 상대가치점수 산출 배경등을 감안하여 주5일이상 주40시간이상 근무의사는 1인으로 주3일이상 주20시간이상 근무의사는 0.5인으로 인정합니다.

◎ 보험급여과-4556호 (2009.12.24.)

따라서 해당 복무기관의 장으로부터 겸직근무허가를 받은 공익근무요원인 의사가 요양병원의 당직의사로서 주5일 이상이면서 주40시간 이상 근무하거나 주3일 이상이면서 주20시간이상 근무하는 경우 요양병원 의사인력확보수준에 따른 입원료차등제 적용이 가능합니다.

◎ 보험급여과-341호 (2012.2.3.)

필요인력 인센티브 관련

Question 필요인력 유급휴가 중 대체 고용인력이 인정되나요?

Answer 필요인력이 16일 이상 장기유급휴가 시 인력 산정대상에서 제외됩니다.다만 장기유급휴가자를 대체하는 상근자가 있는 경우에는 신고 후 인정됩니다.

◎ 보험급여과-389호 (2010.2.5.)

Question 필요인력의 최종 퇴직일 직전 기간에 연차 휴가인 경우, 인력으로 산정 가능하나요?

Answer 필요인력(상근하는 약사, 의무기록사, 방사선사, 임상병리사, 사회복지사, 물리치료사)은 요양병원입원료차등제산정현황통보서 상의 상근자를 의미하며, 16일 이상 장기 유급휴가의 경우에는 산정대상에서 제외합니다.

◎ 보험급여과-389호 (2010.2.5.)

Question 환자수 200명 미만인 요양병원에서 주당 16시간 이상 근무약사를 고용한 경우 근로기준법상 연차가 인정되나요?

Answer 필요인력 확보에 따른 별도 보상제와 관련하여 환자수 200명 미만인 요양병원에서 약사가 주 16시간 이상 근무한 경우에는 근로기준법령에 따른 휴가가 인정 가능합니다.

◎ 보험급여과-389호 (2010.2.5.)

인력 관련 방문심사 사례

사례1.
입원환자식대 직영가산은 실제 당해 요양기관에 소속된 영양사가 1명 이상 상근하는 경우에 산정 가능하며 시간제, 격일제 근무자의 경우에는 인력 산정 대상에서 제외토록 되어 있으나, 상근한 것으로 신고하고 입원환자식대 **직영가산**을 요양급여비용으로 청구

사례2.
입원환자식대 **영양사가산, 조리사가산**은 입원환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관 소속 영양사, 조리사가 상근하는 경우에 산정 가능하도록 되어 있으나, 타 업무(원무과 등)를 주로 담당하는 인력을 신고하고 영양사가산, 조리사가산을 요양급여비용으로 청구

사례3.
입원환자식대 **영양사가산, 조리사가산**은 전전월 평균 영양사 수 및 조리사 수에 따라 산정토록 되어 있으나, 입사일자 및 퇴사일자를 실제와 다르게 신고하여 영양사가산, 조리사가산을 요양급여비용으로 청구

사례4.
요양병원입원료차등제 의사등급은 대상기간 각 의사별 재직일수의 합/ 대상기간일수의 합으로 산정토록 되어 있으나, 주3일 이상이면서 주20시간 이상 근무하는 의사를 비상근으로 신고하여야하나 상근 근무자로 신고하여 의사등급 산정하고 요양급여비용으로 청구

사례5.
요양병원입원료차등제 간호등급은 입원환자간호를 전담하는 간호인력만을 산정대상으로 하고 있으나 외래접수 수납, 물리치료 보조, 약국근무자 등을 병동 근무자로 신고하여 간호등급 산정하고 요양급여비용으로 청구

사례6.

요양병원입원료차등제 간호등급은 임시직간호사의 경우 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 20시간 이상~30시간 미만인 근무자의 경우 0.4인, 30시간 이상~40시간 미만인 근무자의 경우 0.6인, 40시간 이상 근무자는 0.8인으로 산정토록 하고 있으나 정규직 1인으로 신고하여 간호등급 산정하고 요양급여비용으로 청구

사례7.

일반병동간호관리료차등제는 일반병동 3개월 평균병상수(각월 15일자 병상수의 합/3)/일반병동 3개월 평균 간호사수(각월 15일자 간호사수의 합/3)로 산정토록 하고 있으며, 허가받은 병상보다 더 많은 병상을 운영하는 경우에는 운영병상으로 간호등급 산정토록 하고 있으나 운영병상을 적게 신고하여 간호등급 산정하고 요양급여비용으로 청구

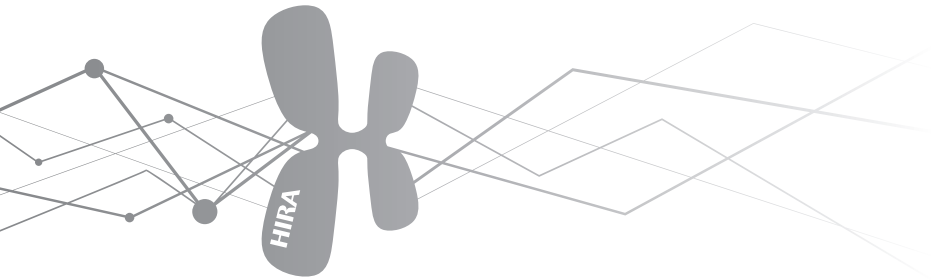
사례8.

간호인력의 입사일자 또는 퇴사일자를 실제와 다르게 신고하여 간호등급 산정하고 요양급여비용으로 청구

사례9.

간호인력의 경우 분만휴가자(1월 이상 장기유급휴가자 포함)의 경우 산정제외하고 있으며 1월 이하의 무급휴가의 경우 휴가일수와 관계없이 휴가신고하여 간호등급에서 산정제외토록 하고 있으나, 휴가미신고하고 간호등급 산정인력으로 포함·적용하여 요양급여비용으로 청구

Health Insurance Review & Assessment Service
/ Seoul Branch

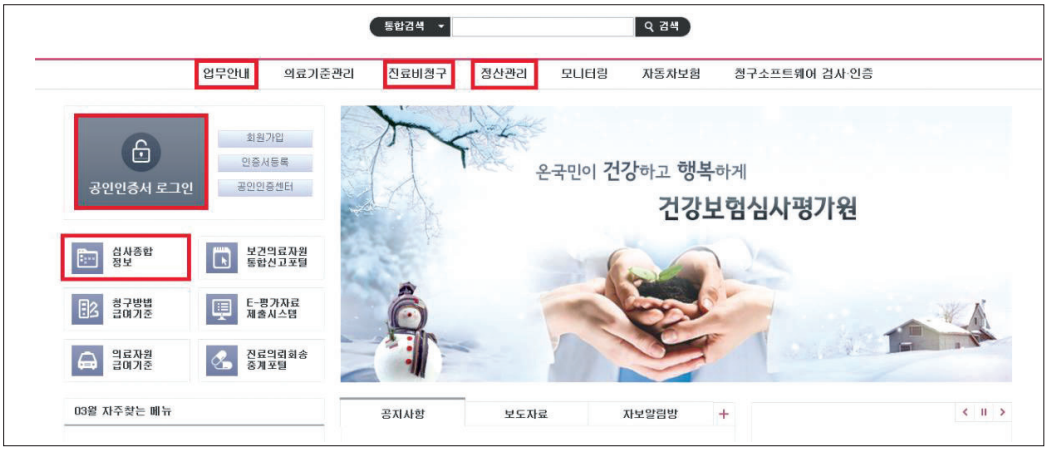


Ⅱ. 요양기관 업무포털

Ⅱ. 요양기관 업무포털

- 요양기관 대상으로 진료비청구, 정산관리, 영상자료제출 업무 등 정보제공
- 접속경로: http://www.hira.or.kr 〉 요양기관 업무포털

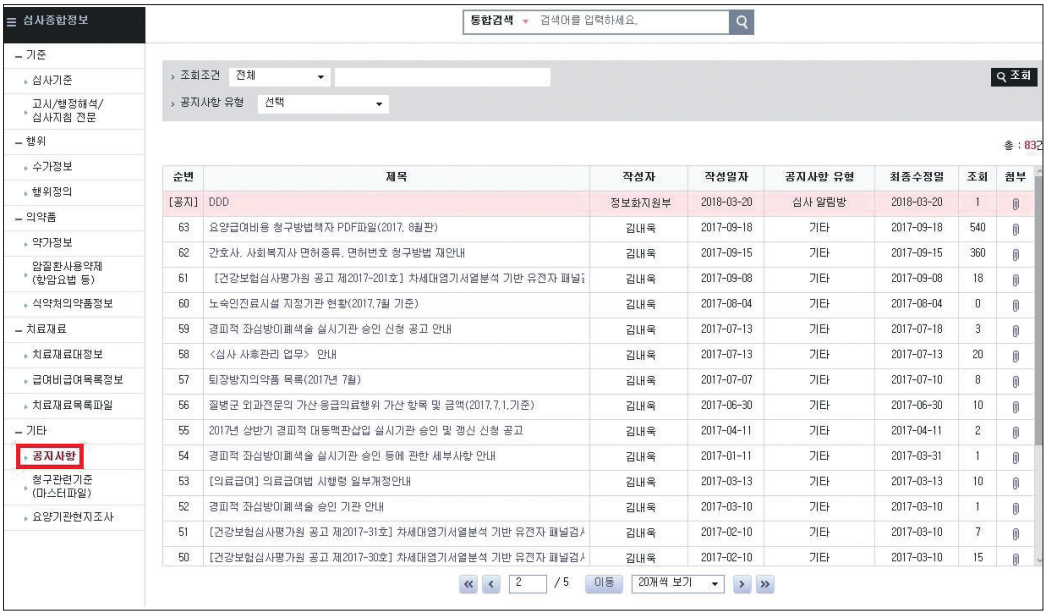
- 요양기관 업무포털 메인화면



1. 심사종합정보

– 심사기준, 고시, 수가, 약가 등 관련정보 조회

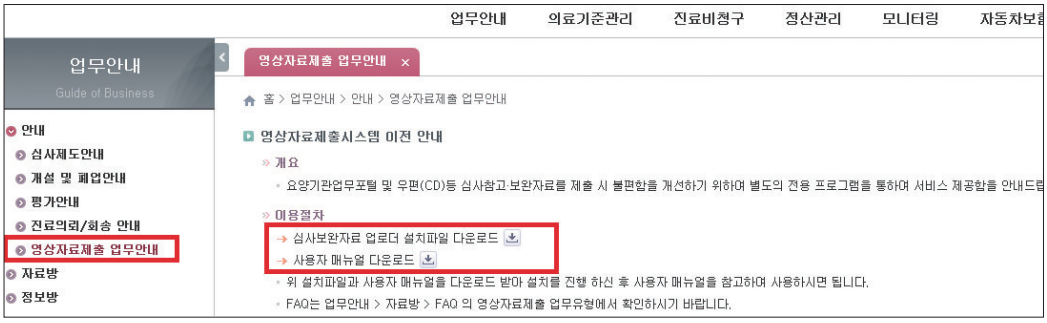
– 공지사항: 최근변경고시 및 주요 안내



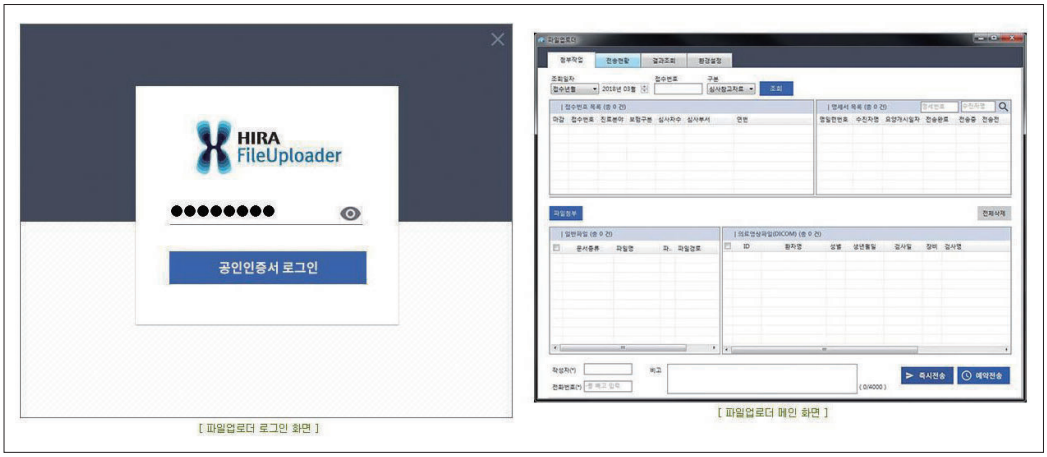
2. 영상자료제출

- 요양기관에서 전송프로그램(uploader)통해 의료영상자료 전송
- 의료영상자료가 저장관리되어 1차심사 및 이의신청시 이용 가능
- 접속경로: 진료비청구 〉 요양기관영상자료제출 〉 1차 심사자료입력, 심사보완자료입력
  정산관리 〉 재심/이의신청/환수/정산 〉 보완자료제출
  업무안내 〉 안내 〉 영상자료제출 업무안내

- 설치파일 및 사용자 매뉴얼 다운로드



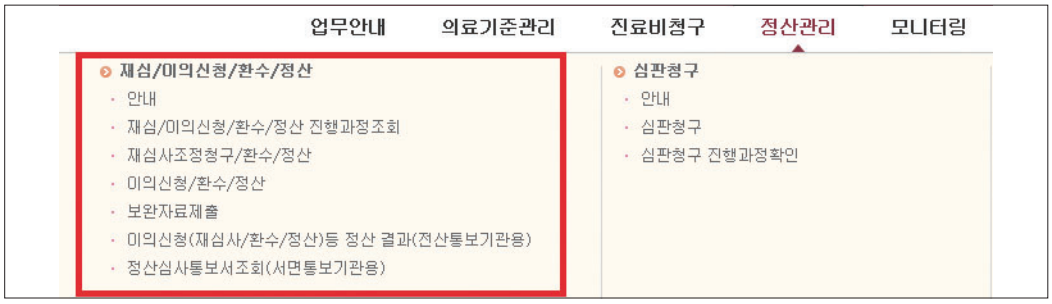
- 파일 업로더: 공인인증서 로그인 후 영상자료 제출



[파일업로더 로그인 화면]

[파일업로더 메인 화면]

3. 재심/이의신청



1) 재심 및 이의신청서 서식

– 접속경로: 업무안내 〉 자료실 〉 서식자료실

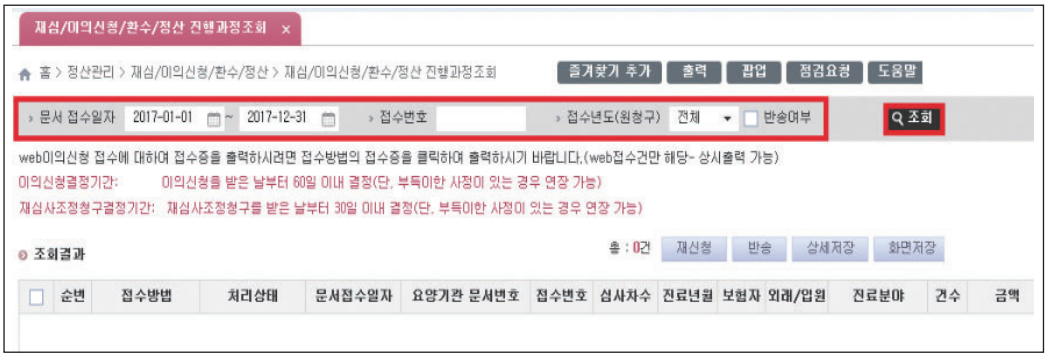
2) web 접수

– 접속경로: 정산관리 〉 재심사조정청구/환수/정산

– 조회방법: 01~05 중 선택〉이의신청 할 명일련 더블클릭 / 명세서별 코드별 조정내역 체크 / 신청내역 체크 후 하단에 사유와 첨부 파일 입력 / 최종제출

3) 진행과정 조회

- 접속경로: 정산관리 〉 재심/이의신청/환수/정산 〉 재심/이의신청/환수/정산 진행과정 조회



4) 정산 결과

- 접속경로: 정산관리 〉 재심/이의신청/환수/정산/ 〉 이의신청(재심사/환수/정산) 등 정산결과(전산통보기관용)
- 조회조건: [작업구분: 정산심사내역서], [정산구분: 정산], [정산차수: 91~94], [정산년월: 입력하기] 후 조회

4. 청구오류 점검서비스

- **청구오류 수정·보완서비스란?**
  - 청구명세서 청구(접수)과정에서 확인되는 기재착오 등 청구오류건을 심사에 들어가기 전에 요양기관이 스스로 수정·보완할 수 있도록 제공하는 서비스(접수 후 2일 이내 수정·보완)
    ※ 본 서비스를 통하여 요양기관에서 직접 심사 전에 오류를 수정·보완함으로써 요양기관과 심평원의 재심사조정청구 및 이의신청 업무를 최소화하는 서비스

- **다발생 청구오류 내용은?**

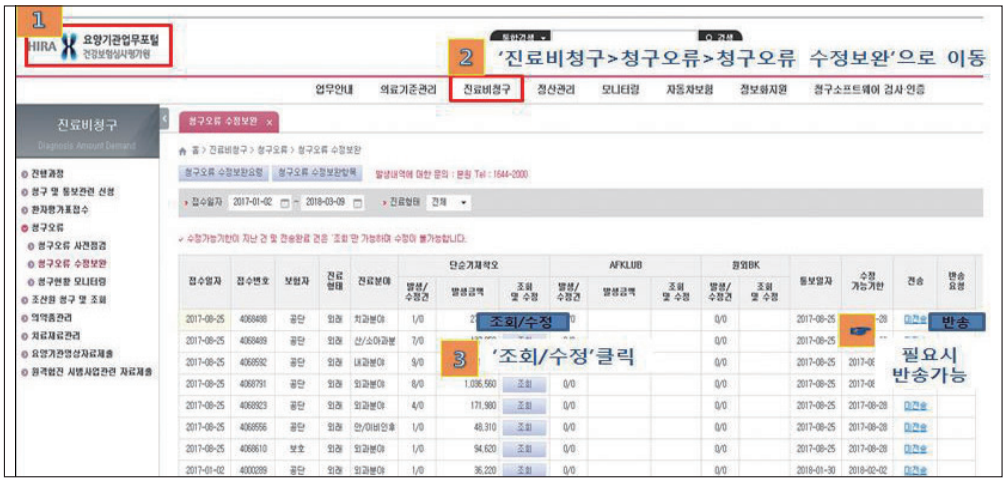
〈 금액산정 착오(A코드) / 코드 또는 코드구분착오(K코드) 〉
- 조치방법으로 원무시스템 메뉴 중 기초자료관리(수가, 약가, 치료재료대 등 관리하는 화면)에서 오류 발생된 청구코드에 대한 단가 및 청구코드 또는 코드구분을 변경해야 함
  ※ 원무시스템 마다 수가, 약가, 치료재료대 등 관리하는 화면 명칭이 다를 수 있음

〈 증빙자료 미제출(F코드) 〉
- 구입 시 마다 신고가 원칙이며 청구명세서 청구(접수)전에 실구입가로 미리 제출
- 동일 품목을 재구입 없이 계속 사용 시 유효기간은 2년이며, 만료일 도래하기 1개월 전부터 연장신고
- 신고방법 및 제출방법
  ① 요양기관업무포털(biz.hira.or.kr) 접속 및 공인인증서 로그인
  ② 진료비청구 → 치료재료관리 → 치료재료구입목록표 → 행추가하여 구입내역 등록 후 확인 → 접수하기

〈 수탁기관기호착오(L코드) 〉
- 원내에서 검사를 실시하지 않고 외부 수탁기관에 검사를 의뢰할 경우 해당기관의 기호가 정확히 들어와야 하나 잘못된 경우로서 검사 보내는 수탁기관에 연락하여 수탁기관기호 확인해야 함

〈 수진자 성명 또는 주민등록번호 기재착오(10코드) / 미자격자 진료분 청구(91코드) 〉
- 오류 발생된 수진자의 성명 또는 주민등록번호를 확인 후 국민건강보험공단(☎ 1577-1000)에 해당 환자의 자격유무를 확인해야 함

- **청구오류 수정·보완서비스란?**
  ① 문자서비스(SMS), 웹메일, 진료비청구포털 통보서 등 수신
  ② 요양기관업무포털(biz.hira.or.kr) 접속 및 공인인증서 로그인
  ③ 진료비청구 → 청구오류 → 청구오류 수정보완에서 수정 및 전송
  - 수정(통보)대상 자세한 조치방법은 아래화면 청구오류 수정보완요령 을 참고



- **청구명세서 접수과정에서 청구오류건을 감소시키려면?**
  - 진료비 청구(접수)전에 진료비청구포털프로그램의 청구오류 사전점검을 이용
- **청구오류 사전점검이란?**
  - 요양기관이 요양급여비용을 청구(접수)전에 수시로 심사평가원의 청구오류 점검 시스템을 통해 청구오류를 점검하여 수정·보완 후 실제 청구하도록 하는 서비스로 진료비 조정을 예방하고, 신속한 진료비 지급 및 행정비용절감을 도모하는 서비스입니다.
- **청구오류 사전점검의 좋은 점은?**

  하나, 반송, 심사불능, 심사조정, 인력·장비·시설 등 827항목 점검 서비스 제공

  둘, 횟수에 관계없이 수시로 이용가능
- **청구오류 사전점검 요령**

  ① 원무시스템에서 청구파일 생성

  ② 진료비청구포털프로그램에서'청구파일점검'실행(필수사항)

  ③ '청구오류 사전점검'실행

④ 점검결과 확인 – 요양기관업무포털(biz.hira.or.kr)의 진료비청구 → 청구오류 → '청구오류 사전점검'확인

청구오류 사전점검은 진료비 지급과 무관하므로 오류 점검 후 수정하시어 꼭 실청구를 해야 진료비가 지급됩니다.

5. 휴대전화문자(SMS) 서비스

> **'휴대전화문자(SMS)서비스'란?**
> 진료비청구 접수(반송)현황, 심사진행과정 등을 문자로 빠르게 받을 수 있도록 건강보험심사평가원에서 제공하는 무료서비스입니다.

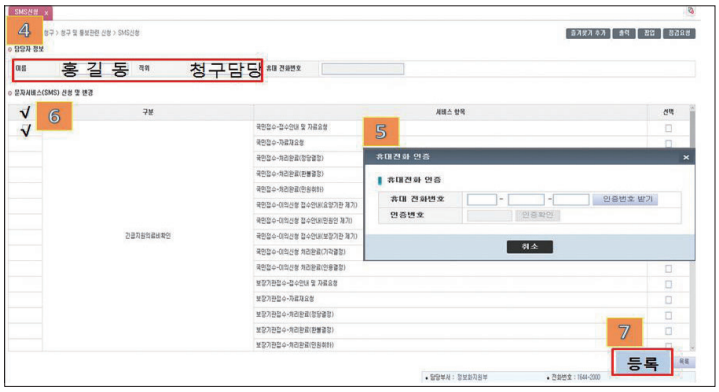
- **문자서비스(SMS) 제공 정보**
  1) 진료비청구 후 접수(반송) 결과 및 청구오류 점검결과 안내
  2) 심사완료 후 심사결과통보서 등 발송 안내
  3) 심사보완자료 요청 관련 안내
  4) 요양기관 현황 신고 및 고시 안내 등

- **신청하기**

① 요양기관업무포털(biz.hira.or.kr) 접속 및 공인인증서 로그인

② 진료비청구 → 청구 및 통보관련 신청 → SMS신청 클릭

③ 개인정보수집이용 동의함 체크 후 사용자 등록 클릭



④ 담당자 정보(이름/직위)입력 후 휴대전화번호 클릭

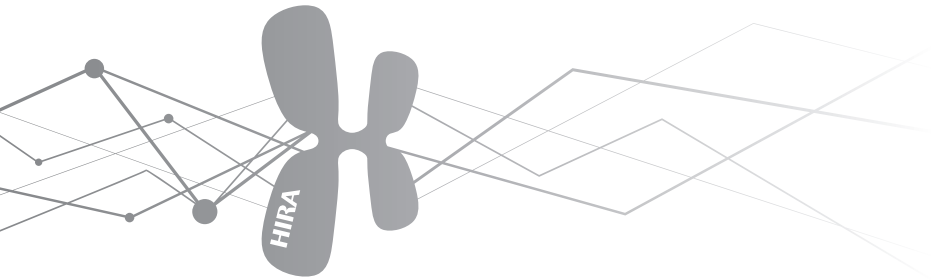
⑤ 휴대전화 인증 실시

⑥ 원하는 서비스의 체크박스에 체크
- 그룹단위 서비스 선택 가능
- 항목단위 서비스 선택 가능
- 전체선택 가능

⑦ 등록 클릭

| 문의 | 행복의 전화 1644-2000 / 서울지원 : 3772-8835

Health Insurance Review & Assessment Service
/ Seoul Branch



붙 임

건강보험심사평가원 서울지원 부서별 전화번호

민원사안	세부민원사항	담당부서	전화번호
주소	서울시 중구 소월로10(남대문로5가 단암빌딩) 14, 22, 24, 25층 우편번호 : 04527		
명세서 접수	서면(디스켓)접수	운영부	3772-8815
	EDI 접수, 반송	정보운영부	3772-8838
S/W업무	청구 프로그램 (S/W 검사 및 인증)		3772-8835
치료재료 (의약품)	치료재료 구입목록표 관리	운영부	(국번없이) 1644-2000
	구입약가 확인		
요양기관 현황관리	요양기관 기호부여 (지정, 폐업)		
	요양기관 변경 (인력, 시설, 장비)		
	요양기관 계좌 변경		
	간호등급, 입원환자식, 중환자실 등급		
요양기관 심사 및 평가	종합민원	심사평가부	(국번없이) 1644-2000
	1차 심사 - 병원, 요양병원, 의원, 약국, 보건기관	심사평가 1부	3772-8932~4 3772-8854,6,8 3772-8866
		심사평가 2부	3772-8881~3 3772-8945~7
	1차 심사 - 종합병원(내과, 산·소)	심사평가 3부	3772-8989~96
	1차 심사 - 종합병원(외과, 안·이, 피·비)		3772-8926~8 3772-8982~4 3772-8949
	재심, 이의신청	심사평가 1부	3772-8844 3772-8930 3772-8943
		심사평가 2부	3772-8875~6 3772-8885
		심사평가 3부	3772-8967,9 3772-8997
	한의원	심사평가 1부	3772-8850,2,3,9
	치과	심사평가 2부	3772-8891~4 3772-8948

요양급여비용 청구길라잡이

인쇄 · 2018년 3월 21일
발행 · 2018년 3월 23일
발행인 · 김승택
편집인 · 김충의
발행처 · 건강보험심사평가원 서울지원
주소 · 서울시 중구 소월로 10(남대문로 5가, 단암빌딩)
전화 · 02)3772-8952 | http://www.hira.or.kr
인쇄처 · 리젠시온디맨드솔루션즈

※ 본 자료의 무단복제를 금함