

발간등록번호

G000CW1-2018-65

급여기준 및 심의사례집 산부인과 분야

2018. 7.



건강보험심사평가원

HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

Contents

CHAPTER 1 산부인과 분야 급여기준	1
I. 행위	3
■ 일반사항	3
· 산부인과 관련	3
■ 기본진료료	13
· 외래환자 진찰료	13
· 입원료	17
■ 검사료	30
· 일반진단검사	30
· 혈액질환검사	31
· 내분비진단검사	38
· 임신관련검사	40
· 감염검사	43
· 세포병리검사	52
· 생식·임신 및 분만	54
· 내시경	58
· 초음파	60
· [별첨] 산부인과 관련 검체검사료 각 분류항목별 세부검사항목	69
■ 영상진단 및 방사선치료료	77
· 일반사항	77
· 비노생식기계	79
· 전산화단층영상진단	80
· 자기공명영상진단	83
· 혈관조영촬영	86
■ 주사료	87
■ 마취료	90
· 일반사항	90
· 신경차단술료	93
■ 처치 및 수술료 등	95
· 일반사항	95
· 복막 및 후복막	96
· 여성생식기, 임신과 분만	96
· 보조생식술	117
· 중재적 방사선시술	139
■ 조산료	140

II. 치료재료	141
III. 약제	149
CHAPTER 2 산부인과 분야 부당청구사례	185
CHAPTER 3 산부인과 분야 다빈도 문의사례	191
CHAPTER 4 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준	197
CHAPTER 5 심평원 홈페이지 內 요양기관 필요정보 이용방법	221

【일 러 두 기】

□ 이 자료에 수록된 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침, 수가항목별 금액 등의 내용은 다음과 같습니다.

- 건강보험 요양급여비용의 ‘금액’은 보건복지부 고시 제2018-12호 (2018.2.1. 시행)에 따른 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수의 항목별 상대가치점수에 보건복지부 고시 제2017-189호 (2018.1.1. 시행)의 유형별 점수당 단가(의원: 81.4원, 병원: 73.5원)를 곱하여 산출한 금액입니다.
- “요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항고시”는 고시 제2018-97호 (2018.6.1. 시행)까지 반영하였습니다.
- Chapter1 산부인과분야 급여기준에는 관련수가, 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항고시, 기결정 고시, 심사지침, 공개된 심의·심사사례, 행정해석을 수록하였습니다.

CHAPTER 1
산부인과 분야 급여기준

I. 행위

일반사항

산부인과 관련

■ 난임 관련 진료의 급여여부

난임을 진단하기 위한 검사 및 임신 촉진 목적의 배란촉진제 사용은 다음과 같은 경우에 요양급여하며, 환자가 원하여 실시하는 경우는 비급여대상임.

- 다 음 -

가. 피임없이 정상적인 부부생활을 하면서 1년 내에 임신이 되지 않은 경우(1차성)

나. 유산, 자궁외임신 및 분만 후 1년 이내에 임신이 되지 않은 경우(2차성)

[고시 제2017-170호, '17.10.1. 시행]

■ 난관 · 정관복원술의 요양급여 여부

영구피임수술(난관·정관절제술 또는 결찰술)을 받은 자가 자녀를 낳고자하여 실시하는 난관 · 정관복원수술은 요양급여대상임.

[고시 제2004-36호, '04.7.1. 시행]

■ 보조생식술 후 합병증인 과배란유도에 의한 난소과자극증후군과 다태임신의 급여여부

보조생식술 후 합병증으로 나타나는 과배란유도에 의한 난소과자극증후군과 다태임신은 임신에 수반된 질병치료의 목적 또는 임신된 모체의 건강을 해할 우려가 있어 시행되는 것이므로 급여대상임.

[고시 제2017-170호, '17.10.1. 시행]

■ 자연분만시 본인부담금 면제대상 적용범주

1. 국민건강보험법시행령 [별표2]제3호의 규정에 의하여 본인이 부담할 비용을 면제하는 자연분만은 자435분만, 자436둔위분만, 자438제왕절개술기왕력이 있는 질식분만, 카1 조산료, 타2 보건진료소 조산료, 타3다 보건지소 조산료, 타4다 보건소 조산료를 말함.
2. 다만, 자연분만을 시도하였으나 제왕절개술을 시행한 경우, 분만을 위해 입원하였으나 분만이 이루어지지 않은 경우는 해당되지 아니함.

[고시 제2012-153호, '12.12.1. 시행]

■ 고위험분만 인정기준

다음의 요건 중 1개 이상을 충족한 경우에 고위험 분만에 해당되는 것으로 함

- 다 음 -

- 가. 출산 당시 나이가 만 35세 이상인 산모
- 나. 임신 제1 삼분기 당시 BMI가 27.5 kg/m² 이상인 산모
- 다. 임신 중 5cm 이상의 자궁근종 또는 자궁기형을 가진 산모
- 라. 임신 34주 미만의 조산
- 마. 전자간증, 자간증 또는 가중합병전자간증
- 바. 전치태반 또는 태반 조기 박리
- 사. 양수과다증 또는 양수과소증
- 아. 뇌혈관계 질환, 심혈관계 질환, 신장 질환, 당뇨병, 혈액응고장애, 백혈병, 매독 또는 HIV 양성 중 어느 하나 이상에 속하면서 분만에 직접적인 위험을 줄 수 있는 질환을, 임신 전 또는 임신기간 중 진단 받고 지속 치료중인 산모
- 자. 출산과정에 영향을 미치거나, 분만 중 태아 또는 신생아의 생존 능력에 영향을 미치는 태아 기형
- 차. 출생당시 체중이 4kg 이상 또는 2.5Kg 미만의 신생아
- 카. 쌍태간 수혈 증후군

[고시 제2016-204호, '16.11.1. 시행]

■ 분만취약지 적용기준

건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수에 의한 분만취약지는 잠재적 분만취약지를 포함하여 아래와 같으며, 해당 취약지역 소재 요양기관(조산원 포함)에서 분만이 이루어진 경우에는 분만취약지 분만 가산 수가를 적용함.

잠재적 분만취약지를 포함한 분만취약지	
인천	강화군, 옹진군
경기	가평군, 양평군, 여주시, 연천군
강원	고성군, 삼척시, 양구군, 양양군, 영월군, 인제군, 정선군, 철원군, 태백시, 평창군, 홍천군, 화천군, 횡성군
충북	괴산군, 단양군, 보은군, 영동군, 옥천군, 음성군, 제천시, 증평군, 진천군,
충남	계룡시, 공주시, 금산군, 논산시, 보령시, 부여군, 서천군, 예산군, 청양군, 태안군, 홍성군
전북	고창군, 김제시, 남원시, 무주군, 부안군, 순창군, 완주군, 임실군, 장수군, 정읍시, 진안군,
전남	강진군, 고흥군, 곡성군, 구례군, 나주시, 담양군, 무안군, 보성군, 신안군, 영광군, 영암군, 완도군, 장성군, 장흥군, 진도군, 함평군, 해남군, 화순군
경북	고령군, 군위군, 김천시, 문경시, 봉화군, 상주시, 성주군, 영덕군, 영양군, 영주시, 영천시, 예천군, 울릉군, 울진군, 의성군, 청도군, 청송군
경남	거창군, 고성군, 남해군, 밀양시, 사천시, 산청군, 의령군, 창녕군, 하동군, 함안군, 함양군, 합천군

[고시 제2016-204호, '16.11.1. 시행]

■ 고위험 임신부 입원진료 시 본인부담액 경감 적용 기준

국민건강보험법 시행령 [별표2] 제3호 나목의 규정에 의하여 고위험임신부의 입원진료의 적용 범주는 다음과 같이 함.

- 다 음 -

가. 대상

(1) 임신부로서 아래 중 하나 이상의 질환으로 입원치료가 필요한 경우

- 아 래 -

- 고혈압 질환
- 당뇨병
- 심부전
- 신질환
- 다태 임신
- 대사 장애를 동반한 임신과다구토
- 절박 유산
- 자궁경부 무력증
- 자궁 및 자궁의 부속기 질환
- 자궁 내 성장제한
- 임신 중 복강 내 수술
- 분만 전 출혈
- 조기진통
- 전치태반
- 양막의 조기 파열
- 태반조기박리
- 양수과다증
- 양수과소증

(2) 35세 이상의 임신부로서 임신과 관련하여 입원이 필요하다고 의사가 판단한 경우

나. 기간

○ 입원에서 퇴원까지(입원 전 기간)

[고시 제2015-110호, '15.7.1. 시행]

■ 「고위험 임신부 입원진료 본인부담경감」관련 QA 안내

Q1. 고위험 임신부 입원진료 시 본인부담률 변경내용은?

A) 식대총액을 제외한 요양급여비용 총액의 100분의 10을 부담. 의료급여 2종 수급권자의 경우 식대총액을 제외한 의료급여비용 총액의 100분의 5를 부담

Q2. 입원 중인 환자의 제도 시행일 전·후 본인부담률 적용방법은?

A) 기 입원 중인 경우 제도 시행일 진료분(2015.7.1.)부터 분리청구

Q3. 고시에서 정한 고위험 임신부의 고위험 임신 입원기간 중 타상병 진료분에 대한 본인부담률은?

A) 타상병에 대한 진료분은 고위험 임신부 경감대상에 해당되지 않으므로 분리 청구함 (상해외인'D'를 기재)

Q4. 타상병 진료를 목적으로 입원 중 고시에서 정한 고위험 임신부 본인부담액 경감대상에 해당하는 진료를 실시한 경우 본인부담률은?

A) 고위험임신 대상인 경우 질환관련 해당진료비 및 타상병 진료분은 분리 청구함 (상해외인'D'를 기재)

Q5. 고위험 임신부 입원 시 합병증 관련 진료분에 대한 본인부담률은?

A) 진료의사의 의학적 판단 하에 고시에서 정한 임신 관련 질환과 직접적인 연관이 있는 합병증에 대한 진료도 경감대상임

Q6. 동일 입원기간 중 만 35세가 된 경우 적용방법

A) 만 35세 미만 임신부가 고시에서 정한 본인부담액 경감대상 질환에 해당되지 아니한 임신관련 질환으로 입원기간 중 만 35세가 된 경우에는, 만 35세가 된 시점을 기준으로 분리청구

Q7. 고위험 임신 질환 관련으로 입원 진료 도중 분만(질식분만 or 제왕절개분만) 시 본인부담률은?

A) 분만을 위한 처치가 이루어진 시점을 기준으로 분리청구

- 질식분만 : 분만전처치 시점부터 분리청구

- 질병군 적용하지 않는 행위별 제왕절개분만 : 마취시점부터 분리청구

Q8. 고위험 임신부 입원진료 중 제왕절개분만을 시행하여 질병군 요양급여를 적용할 경우 본인부담률은?

A) 제도 시행일 이후 고위험 임신부 입원 진료 중 제왕절개분만을 시행한 경우, 전체 입원기간에 「국민건강보험법 시행령,제21조제3항 등에 따른 질병군 또는 시범사업 중인 신포괄지불제도를 적용하며, 질병군 요양급여비용의 100분의 20을 본인이 부담(중증·희귀난치성질환자 및 차상위계층 등의 환자는 해당 본인부담률)

다만, 건강보험요양급여비용 제2편 질병군 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1부 질병군 급여 일반원칙 제2호 라.의 규정에 따라 질병군 진료 이외의 목적으로 입원하여 입원일수가 6일을 초과한 시점에 예상치 못하게 질병군 수술이 이루어진 경우에 해당하여 입원일로부터 수술시행일 전일까지의 진료분을 행위별로 청구하는 경우에는 본인부담률 10%(중증·희귀질환자 및 차상위 등 환자는 해당 본인부담률)를 적용

Q9. 절박유산으로 입원치료 중 유산이 된 경우 본인부담률은?

A) 입원 초일부터 퇴원시점까지 모두 적용

[보험급여과-3565호, '15.7.1. 시행]

■ 제왕절개분만 입원환자의 본인부담을 인하(5%) 관련 질의응답

가. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」고시 제2편 질병군 적용 대상

1. 고위험 임신부가 임신유지 목적으로 입원하여 입원일수가 6일을 초과한 시점에 예상치 못하게 제왕절개 분만이 이루어진 경우 본인 부담율은?

○ 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제2편 제1부 제2호 라.의 규정에 따라 질병군 진료 이외의 목적으로 입원하여 입원일수가 6일을 초과한 시점에 예상치 못하게 질병군 수술이 이루어진 경우 입원일로부터 수술 시행일 전일까지의 진료분을 행위별로 청구하며 본인부담률 10% 적용함

- 제왕절개술이 이루어진 날부터는 질병군으로 청구하며 「국민건강보험법 시행령」[별표2]에 따른 제왕절개분만 입원진료에 대한 본인부담률(5%) 적용

나. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」고시 제1편 행위 적용 대상

1. 다태아 분만중 분만방법이 복합적으로 이루어진 경우 요양급여비용 산정방법?

예시) 제1태아 자연분만, 제2태아 제왕절개 수술

○ 자연분만과 제왕절개분만을 분리청구

(자연분만으로 만출 이후부터 제왕절개분만 금액 적용)

* 자연분만 관련 비용은 면제대상임

2. 제왕절개분만으로 입원 중 합병증 등으로 치료가 불가하여 타 병원으로 전원하여 치료한 경우 요양급여 비용 산정방법?

○ 타 병원으로 전원하여 치료 한 경우에도 제왕절개분만을 위한 입원 진료로 보아 「국민건강보험법 시행령」[별표 2]에 따른 제왕절개분만 입원진료에 대한 본인부담률(5%) 적용

3. 제왕절개분만 입원 중 타상병 진료에 대한 요양급여비용 산정?

○ 타상병에 대한 진료분은 명세서를 분리하여 청구(별도의 명세서 작성시 'D'를 기재)하고 「국민건강보험법 시행령」[별표 2] 등에 따른 본인부담금액 적용

4. 고위험 임신 대상자가 입원 진료 중 제왕절개분만 시 분리청구 시점?

○ 제왕절개분만을 위한 마취시점

5. 제왕절개하고 퇴원 후 수술부위 감염 등 합병증으로 재입원 치료시 「국민건강보험법 시행령」[별표 2]제3호 아목 적용 여부?

○ 「국민건강보험법 시행령」[별표 2]에 따른 제왕절개분만을 위한 입원진료에 해당하지 않음

6. 타법령에 의거 입원진료 도중 제왕절개가 이루어진 후 건강보험으로 적용될 경우?

○ 건강보험으로 적용한 날부터 입원진료비 경감 적용

7. 질병군 대상자가 30일을 초과하여 제왕절개분만과 관련된 합병증으로 입원 중일 때 31일째부터 발생하는 진료분 산정방법?

○ 31일째부터는 제1편을 적용하며 제왕절개분만을 위한 입원 진료로 보아 「국민건강보험법 시행령」[별표2]에 따른 제왕절개분만 입원진료에 대한 본인부담률(5%) 적용

* 신포괄 질병군 진료로 90일을 초과 입원한 경우는 90일 초과분에 대하여 행위별 수가로 분리청구 기재형식: X(6)

8. 희귀난치성질환 등 산정특례 대상자가 제왕절개 분만을 실시한 경우 본인부담률?

○ 본인부담률이 낮은 것으로 적용하며, 본인부담률이 동일한 경우에는 주된 진료의 본인부담률을 적용

[보험급여과-3311, '16.7.4.]

■ 자연분만 가산관련 질의회신

[보험급여과-925, '13.3.5.]

연번	질의	답변
1	35세 이상인 등록 장애인이 자연분만 시 등록장애인 가산 및 35세 이상 산모의 분만 가산을 함께 적용받나요?	<p>‘장애인으로 등록되어 있는 장애인에 대하여 소정점수의 50%를 가산받는 경우에는 35세 이상 산모의 30%를 추가 가산 적용받지 아니하며, 50% 가산 적용만 받습니다.</p> <p>〈장애 구분 및 연령 구분별 자연분만 가산 적용 분류〉 비장애인 35세 미만 : 35세 이상 가산 미적용/ 장애가산 미적용 비장애인 35세 이상 : 35세이상 30% 가산 / 장애가산 미적용 장애인 35세 미만 : 장애가산 50% 가산 장애인 35세 이상 : 상동 * 분만 전 처치 : RA370, 분만 후 처치 : RA376</p>
2	분만 전 후 처치시 등록 장애인 가산이 신설되었는데, 이때 적용하는 등록 장애인의 범주는?	<p>기존, 자연 분만 시 등록 장애인에 대한 가산을 인정해온 범주와 동일하게 장애인 등록증을 교부받은 장애인은 모두 50% 가산을 적용받을 수 있습니다.</p> <p>〈장애 구분 및 연령 구분별 분만 전·후 처치 가산 적용 분류〉 장애구분/ 연령/ 산정코드(첫째자리)/ 35세이상 가산적용(분만 소정점수 기준)/ 장애가산 적용(분만소정점수 기준) * 분만 전 처치 : RA370, 분만 후 처치 : RA376</p>
3	입원 당시에는 환자가 만 34세 였으나, 자연분만 당일 35세가 된 경우 분만가산은 언제부터 적용받나요?	<p>입원 시점이 아닌 분만이 완료된 시점에서의 연령으로 적용하여야 합니다. 따라서, 35세 이상 산모의 자연분만 시에는 출번호 특정내역 'JT013'에 분만일자 를 반드시 기재하여야 합니다. 예를 들어, 2013년 3월 2일 자연 분만이 이루어진 경우, 'JT013'에 '20130302'로 기재하시면 됩니다.</p> <p>· 구분코드/ 특정내역/JT013/수술일자/ · 작성요령 및 기재형식 - 수술일자를 기재하는 수술을 시행한 경우 해당 수술일자를 기재 ※ 동 수술 중 양측으로 구분되는 수술인 경우에는 특정내역 구분코드 JT001(확인코드)에 좌우측 여부를 동시에 기재함 - 기재형식: ccymdd/ccymdd</p>
4	35세 이상 산모 및 장애인 산모가 자연분만(분만 전·후 처치 포함)시 공휴 및 야간 가산도 함께 적용받나요?	<p>35세 이상 산모 및 장애인 산모가 야간 및 공휴일에 자연분만(분만 전·후 처치) 시 공휴 및 야간가산을 적용받습니다.</p> <p>〈야간 및 공휴일에 정상분만(초산 및 제1태아 기준) 시 적용코드 및 가산범위〉 장애구분 /연령/기본코드/산정코드첫째자리/둘째자리/셋째자리</p>

■ 자연분만시 본인부담 면제관련 질의회신

[보험급여과-1305, '05.3.29.]

연번	질의	답변
1	다태아 분만중 분만방법이 복합적으로 이루어진 경우 예시: 제1태아는 자연분만 하고, 제2태아는(혹은 제2태아 이후) 제왕절개 수술시 본인부담 면제범위	자연분만과 제왕절개를 분리하며 자연분만 비용만 면제대상임 -자연분만 시술관련 비용 면제대상임(산모: 자연분만 관련까지 비용, 태아: 자연분만으로 태어난 당일비용) -그 이후 제왕절개수술시 면제대상이 아님(산모: 자연분만으로 만출 이후 비용, 제왕절개로 태어난 태아)
2	자연분만 후 출혈 등 합병증으로 당해 기관에서 치료가 불가하여 타 병원으로 전원하여 치료시 면제여부?	당해병원에서 치료가 불가하여 타병원으로 이송한 것은 당해병원에서 치료한 경우와 동일하게 면제대상임 - 단, 타병원 이송사유가 본인의 원이나 필요에 의한 것은 면제대상이 아님 -요양기관을 달리하여 합병증 치료후 분만을 실시한 처음 요양기관으로 다시 이동하여 치료하는 경우도 면제대상이 아님
3	산모가 합병증으로 타병원 이송하면서 정상 신생아가 같이 전원되는 경우 신생아가 면제대상인지 및 면제된다면 그 기간은 ?	신생아도 면제대상임
4	자연분만하고 퇴원 후 출혈 등 합병증으로 재입원 치료시	면제대상이 아님
5	요양기관 이외의 장소(요양기관으로 이동중 자동차내 등)에서 분만후, 분만후 처치 등을 위해 요양기관 내원시	긴급 부득이하게 분만의 일부 과정이 요양기관 이외의 장소에서 이루어지고 그 이후는 분만후 처치가 요양기관에서 이루어진 경우 면제대상임
6	1: 조산원에서 입원하여 분만하고 카1조산료 산정시 면제대상인지 2: 계류유산 등으로 임신 28주 이내에 자연분만의 방법으로 유산 등이 이루어진 경우	1 : 면제대상 임 2 : 세부사항 제9장 처치 및 수술료 등 자445 수기로 산정방법 적용
7	분만으로 인한 입원 중 가벼운 감기, 피부질환 등이 있을 때 분리청구 대상인지	분만과 관련 없는 상병은 면제대상이 아니므로 분리청구
8	기왕증이 있는 산모가 분만을 전제로 입원하여 안전한 분만을 위하여 기왕증관련 약제투여 및 검사 등을 시행	기왕증이 있더라도 분만을 위해 입원하여 합병증 등 위험요소를 줄여 안전 분만을 유도하기 위한 약제투여 및 수혈 등의 치료가 이루어진 경우는 면제대상임 예1)Rh- 산모에게 분만전 검사 또는 약제 투여시

연번	질의	답변
	한 경우	예2)진단된 특발성 혈소판감소성자반증(known ITP)인 환자로 분만시 예상되는 대량출혈에 대비키 위해 분만전 시행한 수혈
9	분만관련 약제(빈혈약, 소염제 등)를 분만입원기간 이후 기왕증 치료기간에 투여한 경우 예) 고혈압이 있는 환자가 정상 분만후 고혈압 검사등을 위해 10일간 입원하여 빈혈이 있어 빈혈약을 입원5일째부터 투여	분만 입원기간이후 발생한 제반비용은 면제대상이 아님

■ 분만 관련 Q&A

[보험급여과-5499, '04.12.31.]

연번	질의	답변
1	본인부담 면제 적용시점은?	05.1.1 진료분부터 적용
2	자연분만을 위해 내원 하였으나 사산한 경우	사산한 태아를 자연분만으로 처치한 경우 인정
3	자연분만 이후 분만으로 인한 합병증 치료도 포함이 되는지? 적용 기간은?	합병증 치료시까지 인정
4	자연분만 이후 입원기간 중 분만과 무관한 타상병(기왕증 포함)에 대한 진료가 이루어진 경우도 면제 대상이 되는지?	면제 대상이 아니므로 분리청구함
5	임신 중 입원으로 인한 진료	임신으로 인한 합병증 치료 및 입원을 포함하여 임신 중 입원진료는 불인정
6	분만 전 임신유지를 위한 ABR 등의 원인으로 계속 입원 중에 분만이 이루어진 경우 면제 대상 시점은?	분만을 위한 처치가 이루어진 시점을 기준으로 인정함. (분만전 처치 시점부터 인정)
7	자연 분만시 무통분만도 모두 면제 대상에 포함인지?	분만의 과정으로 면제 대상임

■ 새로 결정된 보험 인정기준 적용시기

새로 결정된 보험 인정기준의 적용시기에 대하여 국민건강보험법령(고시포함) 사항에 대한 해석은 당해 사항 시행일로부터 적용되므로 설사 어떤 사안에 대하여 질의가 있어 그에 대한 회신이 시행일 이후에 있더라도 그 법령의 효력이 발생하는 시기는 시행일부터 적용되는 것임. 그러나 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙에 의거 새로운 수가 적용기준을 신설하거나 급여비급여대상을 결정하여 시달할 경우에는 적용시기를 명시하지 아니하였으면 해석을 시달한 날을 기준으로 요양급여비용 산정 및 심사에 적용하여야 할 것임. 다만, 종전의 기준을 변경하거나 필요하다고 판단되는 경우에는 요양급여비용 산정 및 심사상의 문제점 등을 고려하여 적절한 적용시기를 명기하고 있음.

[고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행]

■ 요양급여의 절차의 업무 처리요령

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제2조에 의거 상급종합병원에서는 동조 제3항 가호에서 규정한 경우를 제외하고는 제2단계 요양급여를 받도록 규정하고 있는 바 이와 관련한 업무 처리요령을 다음과 같이 함.

- 다 음 -

- 가. 상급종합병원 외래에서 제2단계 요양급여를 받던 자가 동일 상병의 증상이 악화되어 응급실에 내원한 경우 : 이미 제2단계 요양급여를 받고 있는 자로 보아 응급의료에 관한 법률 제2조제1호에 해당하는 응급환자가 아니어도 요양급여대상이 됨.
- 나. 상급종합병원의 응급실을 방문한 환자가 상급종합병원에서의 요양급여가 필요하다는 요양급여 의뢰서를 제출한 경우 : 제2단계 요양급여를 받는데 필요한 요건을 갖춘 경우로 응급의료에 관한 법률 제2조제1호에 해당하는 응급환자가 아니어도 요양급여대상이 됨.
- 다. 요양급여의뢰서의 유효기간 : 요양기관은 해당 상병에 대한 요양급여가 종결되지 않았다면 별도의 요양급여의뢰서 제출을 요구할 필요는 없으며 가입자 등의 상태가 호전되어 제1단계 요양급여를 담당하는 요양기관으로 가입자를 회송하고자 할 때는 건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제6조제3항의 규정에 따라 요양급여 회송서를 발급하여야 할 것임.

[고시 제2010-18호, '10.2.1. 시행]

■ 요양급여의 절차와 요양급여의 신청에 대하여

1. 건강보험증의 경우 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제3조제1항의 규정에 따라 요양급여 신청일(가입자 등이 의식불명 등 자신의 귀책사유 없이 건강보험증을 제시하지 못한 경우에는 가입자 등 임의 확인된 날)부터 7일(공휴일 제외)이내에 건강보험증을 제출하는 경우에는 요양급여 신청일에 건강보험증을 제출한 것으로 간주할 수 있지만, 요양급여의뢰서 등은 1단계 요양급여를 받은 후 2단계 요양급여를 받도록 한 동규칙 제2조제1항의 규정과 요양급여의 절차의 마련 취지 등을 볼 때 상급종합병원에서 우선 요양급여를 받고 사후에 1단계 요양급여를 받아서 요양급여의뢰서를 발급받아 이를 제출하는 것은 2단계 요양급여로 인정할 수 없음.
2. 또한 동 규칙 제3조제2항에서는 가입자 등이 요양급여신청시에 건강보험증을 제출하지 못하는 경우 가입자 등 또는 요양기관이 공단에 자격확인을 요청하는 경우 공단은 지체없이 이를 확인하여 그 결과를 통보해 주도록 규정하고 있으며 이 경우 자격확인을 요청한 때에 건강보험증을 제출한 것으로 봄.

[고시 제2010-18호, '10.2.1. 시행]

■ **요양기관의 시설·인력 및 장비 등의 공동이용시 요양급여비용 청구에 관한 사항**

1. 의료법 제39조(시설 등의 공동이용) 및 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 제1호 마목에 의하여 요양기관의 시설·인력 및 장비 공동이용이 가능하도록 규정하고 있는 바, 동 시설·장비 등을 공동으로 이용하고자 하는 요양기관은 공동이용기관임을 확인할 수 있는 서류(요양기관 대표자의 확인이 되어 있는 공동계약서 사본 등)를 건강보험심사평가원에 제출한 후 공동 이용하여야 하며, 해당 항목의 요양급여비용은 실제 환자를 진료하고 있는 요양기관에서 청구하여야 함.
2. 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 인정하지 아니함.

[고시 제2008-5호, '08.2.1. 시행]

■ **처방전 재발급시 요양급여비용 산정방법**

처방전 재발급을 위해 의료기관에 내원시 요양급여비용의 산정은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

가. 처방전 사용기간 경과 후 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 여부 결정을 위해 진찰이 이루어진 경우 진찰료 등의 비용은 새로운 진료로 인해 발생하는 비용이므로 건강보험법령에서 정한 부담율에 의하여 요양급여비용 중 일부를 본인이 부담하여야 함.

나. 처방전 사용기간 이내에 처방전을 분실하여 재발급시

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

[고시 제2003-65호, '03.12.1. 시행]

■ **진료 중인 환자를 타 요양기관에 의뢰하여 특정 검사 등을 실시토록 하는 경우**

환자를 진료하는 중에 당해 요양기관에 인력·시설 또는 장비가 갖추어져 있지 아니하거나 기타 부득이한 사유로 해당 진료가 가능한 다른 요양기관으로 환자를 보내야 할 경우 의뢰기관은 환자의 일반사항 및 질병상태, 의뢰항목 등을 의뢰받은 요양기관에 제공하여 해당진료를 실시하게 할 수 있음. 다만, 검체검사는 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 (부록)검체검사 위탁에 관한 기준에 의함.

[고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행]

■ **격리 입원의 범위**

국민건강보험법시행령 [별표2]제1호가목1) 및 제3호라목2) 표 비고란 제4호에서 “보건복지부장관이 정하여 고시하는 격리 입원”이란 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준을 적용받는 사람을 제외한 가입자 및 피부양자의 가-9-1 중환자실내 격리관리료 및 가-10 격리실 입원료, 응-6 응급실 1인 격리병상 격리관리료의 적용을 받는 경우를 말함.

[고시 제2016-180호, '16.9.23.시행]

기본진료료

외래환자 진찰료

■ 초재진 진찰료 산정방법

1. 초재진 진찰료 산정시 감기와 같은 호흡기계 질환, 위염과 같은 소화기계 질환, 내과적인 질환, 질염과 같은 부인과적 질환 등은 어느 일정기간에 완치여부가 불분명하고 치료가 단기간에 종결되었다 하더라도 다시 치료를 받을때 그 상병이 새로운 상병인지, 재발하였는지, 치료의 중단으로 진행상태에 있었는지가 불분명하기 때문에 해당 상병의 치료가 종결된 후(해당 상병의 치료를 위한 내원일수 및 투약일수를 포함) 30일 이내에 내원하였을 경우에는 동일 상병의 계속 진료로 보아 재진 진찰료를 산정하도록 함.
2. 또한, '편도선염'과 '감기'와 같이 그 주요 증상이나 치료과정이 유사할 뿐 아니라 일반적으로 같은 부류(상기도 감염증)의 상병으로 분류되는 경우에도 동일 상병의 계속 진료로 보아 치료가 종결된 후 30일 이내에 진찰을 행하게 되면 재진 진찰료를 산정함.
3. 또한, 하나의 상병 치료 중 전혀 다른 상병이 발생하여 진찰을 한 경우에도 재진 진찰료를 산정하여야 하며 이 경우 진찰료는 1회만 산정함.

[고시 제2001-40호, '01.7.1. 시행]

■ 연속적인 처치 또는 치료를 위하여 1일 2회 이상 내원한 경우의 진찰료 산정방법

수진자가 내원하여 진찰한 결과 진료 상 일정기간 경과 후 연속된 처치 또는 치료(주사 또는 검사, 방사선 치료)를 필요로 하여 동일에 다시 내원하게 하였을 경우 등 진료 상 일정계획에 의하여 1일 2회 이상 내원하여 연속적인 처치 또는 치료를 한 경우에는 초진 또는 재진 진찰료는 1회만 산정함.

[고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행]

■ 각종 검사의 결과만을 알기 위해 내원한 경우 진찰료 산정여부

방사선 촬영 및 각종 검사의 결과만을 알기 위하여 익일이후 내원한 경우에도 재진 진찰료를 산정할 수 있음.

[고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행]

■ 출산 후 신생아에 대한 이상유무 관찰하여 이상이 있는 경우 진찰료 인정여부

출산 후 신생아에 대한 이상 유무를 관찰하여 정상이면 가7가(1) 질병이 없는 신생아 입원료를 산정하므로 진찰료를 별도 산정할 수 없으나, 이상소견이 있어 진료를 계속할 경우에는 환자이기 때문에 가7가(2) 질병이 있는 신생아 입원료 또는 가9 중환자실 입원료 등을 산정하게 되므로 1회의 초진 진찰료를 산정할 수 있음.

[고시 제2016-214호, '16.12.1. 시행]

■ 입원환자가 퇴원한 후 퇴원당일에 타 상병으로 외래로 진료를 받은 경우 진찰료 별도 산정여부

입원환자가 퇴원한 후 퇴원당일에 타 상병으로 외래로 진료를 받은 경우에는 별도의 진찰행위가 필요하므로 진찰료를 별도 산정할 수 있음.

[고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행]

■ 입원실 또는 응급실 등의 체류시간이 6시간 미만인 경우 본인부담액 산정방법

입원과 퇴원이 24시간 이내에 이루어진 경우로서 전체 입원시간이 6시간 미만인 경우와 지역응급의료기관, 응급 의료시설, 응급의료기관이 아닌 종합병원 응급실, 수술실 등에서 처치·수술 등을 받고 6시간미만 머무른 경우 그리고 시간에 무관하게 권역응급의료센터 및 지역응급의료센터 응급실에서 진료받은 경우에는 1일 입원료 또는 낮병동 입원료를 산정할 수 없으므로 본인이 부담할 비용은 외래환자 본인부담액 산정방법에 의해 진료비를 산정함.

※ 단, 응3 중증응급환자 진료구역 관찰료 및 응4의 응급환자 진료구역 관찰료 산정 환자, 응급진료 후 병동 입원환자 등은 입원환자 본인부담액 산정방법에 의해 진료비 산정

[고시 제2015-241호, '16.1.1. 시행]

■ 응급실 진찰료 산정방법

응급실의 진료의사가 환자상태를 종합적으로 파악하고 다른 진료과목·전문분야 전문의에게 진료를 요청하여 해당 전문의가 응급환자를 직접 진료한 경우에는 진료과목(전문분야)별로 진찰료를 각각 산정함(진료 전문의 기재). 다만, 응급실 내원 후 진료상 계속적인 치료를 위해 같은 날 외래에서 다시 진료를 받은 경우에 진찰료는 1회만 산정함.

[고시 제2013-36호, '13.3.1. 시행]

■ 여성 청소년 대상 사람유두종바이러스(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 사람유두종바이러스(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 사람유두종바이러스(HPV) 감염증 예방접종과 함께 표준 여성 청소년 건강 상담 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, '16.6.20. 시행]

■ 사람유두종바이러스 예방접종 및 진찰, 상담사업에 따른 진찰료 산정방법 Q&A 안내

[보험급여과-2911호(고시 제2016-86호 관련), '16.6.20. 시행]

◎ 일반사항

연번	질의내용	답변내용
1	건강보험 이외 의료급여, 보훈 대상자 포함여부	○ 건강보험(차상위 포함) 이외 의료급여, 보훈 포함
2	외래 및 입원시 여성청소년 대상 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰·상담 사업에 따라 예방접종과 진찰·상담이 실시된 경우 본인부담률 산정방법	○ 외래·입원 구분에 따른 각각의 본인부담률 적용

◎ 수가산정 관련

연번	질의내용	답변내용
1	여성청소년 대상 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰 상담 사업에 따른 진찰료 산정 시 야간·공휴·토요일 가산 적용 여부	○ 현행 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수가 1-가. 초진 진찰료 산정과 동일하게 야간·공휴·토요일 가산 적용함
2	같은날 동일 의사에게 여성청소년대상 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종 사업에 따른 진찰·상담 이외 별도로 질환에 대하여 진료받은 경우 진찰료 산정방법	○ 현행 진찰료 산정기준에 따라, HPV 예방접종 사업에 따른 진찰·상담에 대한 진찰료 1회만 산정 ※ 다만, 2개 이상의 진료과목이 설치되어 있고 해당과의 전문의가 상근하는 요양기관에서 전문과목 또는 전문분야가 다른 진료 담당 의사가 별도 질환을 진찰한 경우는 진찰료를 각각 산정 가능 (분리 청구)
3	여성청소년 대상 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰·상담 사업에 따른 진찰료 산정 시 의료질평가지원금 및 전문 병원 관리료, 전문병원 의료질지원금 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	여성청소년 대상 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰·상담 사업에 따른 진찰료 산정 시 선택진료 추가비용 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)
5	예외 인정자(면역저하자에게 3회 접종 하거나 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	사람유두종바이러스(HPV) 예방접종 시행일 외 다른 날짜에 방문하여 표준 여성 청소년 건강 상담을 하는 경우 진찰료 인정 여부	○ 여성청소년 대상 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰·상담 사업에 따른 진찰료는 예방 접종 시행 당일 동시에 표준 여성 청소년 건강 상담을 제공한 경우에만 인정

◎ 청구 관련

연번	질의내용	답변내용																				
1	여성청소년 대상 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰 상담 사업에 따른 진찰료 청구시 기재하는 상병분류기호는?	○ R688(기타 명시된 전신 증상 및 징후)로 기재함																				
2	여성청소년 대상 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰 상담 사업에 따른 진찰료 청구시 기재내역은?	○ 특정기호 F012(여성 청소년 대상 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰·상담사업 지원 대상자) 기재함																				
3	여성청소년 대상 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰 상담 사업에 따른 진찰료 청구시 기재된 본인일부부담금은?	<p>○ 실제 본인이 부담하는 금액은 환자에게 징수하지 않음 (사업예산으로 지급)</p> <p><건강보험, 의원 외래 작성예시></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>요양급여비용 총액 2</th> <th>요양급여비용총 액 1</th> <th>본인일부부 담금</th> <th>청구액</th> <th>특정내역구분 MT002</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>주1)14,410</td> <td>14,410</td> <td>주2)4,300</td> <td>주3)10,110</td> <td>F012</td> </tr> </tbody> </table> <p>주1) 요양급여비용총액2 = 진찰료 금액 주2) 국민건강보험법 시행령 별표2 및 같은법 시행규칙 별표 3에 따른 법정 본인부담금을 기재 $14,410\text{원}(\text{요양급여비용총액1}) \times 30\%(\text{외래 본인부담률}) = 4,300\text{원}(100\text{원미만 절사})$ 여성 청소년 대상 사람유두종 바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰·상담 사업 지원대상자에게 징수하지 않음(사업예산으로 지급) 주3) 요양급여비용총액1-본인일부부담금을 기재</p> <p><의료급여 2종 수급권자, 의원 외래 작성예시></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>요양급여비용 총액 2</th> <th>요양급여비용 총액 1</th> <th>본인일부부 담금</th> <th>청구액</th> <th>특정내역구분 MT002</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>주1)14,410</td> <td>14,410</td> <td>주2)1,000</td> <td>주3)13,410</td> <td>F012</td> </tr> </tbody> </table> <p>주1) 요양급여비용총액2 = 진찰료 금액 주2) 의료급여법 시행령 별표1의 2호에 따른 본인일부부담금 기재 $= 2\text{종 수급권자 그밖의 외래진료시 본인부담금}=1,000\text{원}$ 여성 청소년 대상 사람유두종 바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰·상담 사업 지원대상자에게 징수하지 않음(사업예산으로 지급) 주3) 요양급여비용총액1-본인일부부담금= 14,410원-1,000원 $=13,410\text{원}$</p>	요양급여비용 총액 2	요양급여비용총 액 1	본인일부부 담금	청구액	특정내역구분 MT002	주1)14,410	14,410	주2)4,300	주3)10,110	F012	요양급여비용 총액 2	요양급여비용 총액 1	본인일부부 담금	청구액	특정내역구분 MT002	주1)14,410	14,410	주2)1,000	주3)13,410	F012
요양급여비용 총액 2	요양급여비용총 액 1	본인일부부 담금	청구액	특정내역구분 MT002																		
주1)14,410	14,410	주2)4,300	주3)10,110	F012																		
요양급여비용 총액 2	요양급여비용 총액 1	본인일부부 담금	청구액	특정내역구분 MT002																		
주1)14,410	14,410	주2)1,000	주3)13,410	F012																		
4	여성청소년 대상 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종 시행 당일 진찰·상담 외 다른 행위(검사, 처치 등)가 동시에 발생한 경우 청구방법	<p>○ 명세서를 구분하여 각각 작성함</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>특정내역구분</th> <th>특정내역</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>예방접종</td> <td>MT002</td> <td>F012</td> </tr> <tr> <td>다른 행위(검사, 처치 등)</td> <td>MT001</td> <td>R</td> </tr> </tbody> </table>	구분	특정내역구분	특정내역	예방접종	MT002	F012	다른 행위(검사, 처치 등)	MT001	R											
구분	특정내역구분	특정내역																				
예방접종	MT002	F012																				
다른 행위(검사, 처치 등)	MT001	R																				

입원료

■ 입원료 세부항목의 의미

1. 입원환자 의학관리료 : 입원환자에게 제공되는 회진, 질병치료 상담, 교육 등의 직접행위와 의무기록 및 진료계획 작성 등 간접행위 포함.
2. 입원환자 간호관리료 : 간호사의 투약, 주사, 간호, 상담 등의 비용 뿐만 아니라 간호기록지 작성, 환자 진료보조 행위 등의 비용 포함.
3. 입원환자 병원관리료 : 비품 및 부대시설을 포함한 공간점유 사용비, 환자복, 침구 등 세탁비용, 비품 및 시설관리비용(인건비, 전기료, 수도료, 수리 비용 등), 시설 감가상각비 등 포함.

[고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행]

■ 퇴원 후에 당일 재입원 할 경우 입원료 산정방법

퇴원한 후 당일 재입원한 경우에는 계속 입원중이었던 환자로 간주하여 입원료를 산정하고 입원료 체감제도 최초 입원일로부터 적용함.

[고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행]

■ 외래진료 후 당일 입원했을 경우 외래요양급여비용에 대한 본인일부부담금 산정방법

외래진료 후 당일 검사결과가 나와 입원한 경우나, 외래진료 후 다음 날 다시 내원하라는 의사의 지시가 있었으나 수진자가 동일 질환 및 응급사유로 인하여 같은 날 내원하여 입원하였다면 동일 질병여부 및 의사의 지시에 불문하고 요양급여비용은 입원부담율에 의거 산정하여야 하며, 이미 외래부담율에 의해 징수한 요양급여비용은 입원부담율에 의거 산정하여 그 차액을 정산하여야 함. 다만, 외래진료시 발급된 원외처방전에 의한 약국의 약제비는 정산대상에 해당되지 아니함.

[고시 제2004-36호, '04.7.1. 시행]

■ 입원료 및 낮병동 입원료 산정 시 기산점

1. 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 1일의 입원료를 산정하는 기준은 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미하는 것이며 이 경우 입원료 산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함.
2. 낮병동 입원료의 경우는 지역응급의료기관, 응급의료시설, 응급의료기관이 아닌 종합병원 응급실, 수술실 등에서 처치수술 등을 받고 연속하여 6시간 이상 관찰 후 당일 귀가 또는 퇴원하는 경우에 산정토록 되어 있으므로 낮병동 입원료의 산정 기산점은 의료기관에 내원하여 진료가 시작된 시간을 기준으로 하며, 이 경우 의료기관은 진료기록부에 진료시간과 종료시간을 기재하여야 함.

[고시 제2015-241호, '16.1.1. 시행]

■ **낮병동 입원환자가 다른 상병으로 다른 전문과목 또는 전문분야에서 외래진료를 받은 경우 수가 산정방법**

건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 2. 입원료 다-(2)의 (가)에 해당하는 경우 산정하는 가6 낮병동 입원료는 입원으로 간주하여 적용 산정하되 입원료 체감제는 적용하지 아니함. 또한, 진료중인 환자가 같은 날에 다른 상병으로 다른 전문과목 또는 전문분야에서 외래진료를 받은 경우 소정 진찰료는 별도 산정하되, 진찰료를 포함한 모든 진료비용은 외래 요양급여비용명세서를 별도 작성 청구하지 말고 동 환자의 월간 입원요양급여비용명세서에 포함하여 일괄 작성 청구함.

[고시 제2014-141호, '14.9.1. 시행]

■ **낮병동입원료 산정방법**

낮병동입원료는 입원에 준하는 상태에서 항암제 투여, 처치 및 수술 등을 받은 환자에 대한 관찰에만 최소한 6시간 이상 소요되는 경우에 산정하는 것으로 외래에서 별다른 처치수술 등 없이 단순히 약제만을 투약하는 경우에는 산정할 수 없음.

[고시 제2003-65호, '03.12.1. 시행]

■ **다태아 분만시 신생아실 입원료, 모자동실 입원료, 모유수유간호관리료 신생아별 각각 인정 여부**

다태아 분만시 신생아실 입원료, 모자동실 입원료, 모유수유간호관리료는 신생아별로 산정함.

[고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행]

■ **고위험임산부 집중관리료 산정기준**

1. 고위험임산부 집중관리료는 '고위험임산부 집중치료실 입원료 및 집중관리료 급여기준'에 해당하나 '고위험임산부 집중치료실 입원료 산정기준'을 충족하지 못한 경우, 다음의 요건을 갖추고 고위험임산부를 집중치료한 경우에 인정함

- 다 음 -

가. 산정기관

분만실을 신고·운영하며, 산부인과 전문의가 1인 이상 상근하는 의료기관

나. 장비

- 의료가스시설
- 분만감시기, 심전도감시기, 맥박산소계측기
- 심전도기록기, 태아심음검사기, 초음파기기
- 지속적 수액 주입기

2. 단, 고위험임산부 집중치료실을 운영하나 불가피하게 고위험임산부 집중치료실(unit) 외에서 고위험임산부를 집중치료한 경우에도 고위험임산부 집중관리료를 인정함

3. 산정횟수

고위험임산부 집중관리료는 1일 1회 산정하며, 입원 환자의 경우에는 입원기간 중 7회 이내로 산정함.

단, 동일날 고위험임산부 집중치료실 입원료와 동시에 산정 할 수 없음

[고시 제2017-177호, '17.10.1. 시행]

■ 고위험임산부 집중치료실 입원료 산정기준

고위험임산부 집중치료실 입원료는 별도의 고위험임산부 집중치료실(Unit)을 신고·운영하는 상급종합병원, 종합병원, 병원에서 다음의 요건을 모두 갖추고 고위험임산부 집중치료실(Unit)에서 고위험임산부를 집중치료한 경우 인정함

- 다 음 -

가. 산정기관

분만실 및 신생아중환자실을 신고·운영하며, 산부인과 전문의 및 소아과 전문의가 각각 1인 이상 상근하는 기관

나. 인력

고위험임산부 집중치료실의 환자간호업무만을 전담하는 간호사가 분기별 평균 병상 수 대비 1.5:1 이하

다. 장비

- (1) 고위험임산부 집중치료실 내에 갖추어야 하는 장비
 - 중앙집중관찰시스템(간호 Station에서 각각의 병상을 모니터링할 수 있는 시스템을 갖추어야 함)
 - 심전도기록기, 태아심음검사기, 초음파기기
- (2) 병상당 갖추어야 하는 장비
 - 중앙공급식 의료가스시설
 - 모니터링 장비(분만감시기, 심전도감시기, 맥박산소계측기 등)
 - 지속적 수액 주입기

[고시 제2017-177호, '17.10.1. 시행]

■ 고위험임산부 집중치료실 입원료 및 집중관리료 급여기준

1. 고위험임산부 집중치료실 입원료 및 고위험임산부 집중관리료는 다음 중 하나 이상에 해당되는 임신부로서 집중치료가 필요하다고 의사가 판단한 경우에 인정함

- 다 음 -

- 가. 자궁 수축 검사상 20분동안 4회 이상 또는 1시간 동안 8회 이상의 자궁수축이 관찰된 임신 34주 이내의 조기진통
- 나. 임신 34주 이내의 조기 양막파열
- 다. 자궁경부무력증으로 응급수술 전·후 경과관찰을 요하는 경우
- 라. 중증 전자간증 또는 자간증
- 마. 양수과소증 또는 양수과다증
- 바. 자궁내 발육지연
- 사. 쌍태간 수혈증후군 환자
- 아. 산과적 출혈
- 자. 38도 이상의 고열이 있는 임신부

2. 상기 적응증에 해당함에도 집중치료가 아닌 단순 분만을 위해 대기 또는 검진만을 위해 내원한 경우에는 산정할 수 없음

[고시 제2017-177호, '17.10.1. 시행]

■ 집중치료실운영현황 신고 및 산정방법

집중치료실 입원료를 산정하고자하는 요양기관은 건강보험심사평가원에 각 집중치료실별 운영현황을 통보해야하며, 병상수 및 전담간호사수 산정방법은 다음과 같이함.

- 다 음 -

가. 병상수 산정방법

- 1) 집중치료실 병상은 요양기관 현황(변경사항) 통보 시 건강보험심사평가원에 신고한 병상 중 「건강보험 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침]2. 다(1)에 의한 집중치료실(뇌졸중 집중치료실, 고위험임산부 집중치료실)의 병상을 말함
- 2) 병상수는 전분기 매월 15일자 병상수의 3개월 평균값으로 계산 (소수점 3자리에서 반올림)

나. 집중치료실 전담간호사수 산정방법

- 1) 전일제 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 월평균 40시간인 근무자는 1인으로 산정함
- 2) 단시간 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 월평균 32시간(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.8인으로 산정하며, 32시간미만 근무자는 산정 대상에서 제외함
- 3) 전일제 및 단시간 근무 간호사는「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」제17조(근로조건)의 서면명시를 준수하고, 4대 사회보험에 가입 및 1년 이상 고용계약을 체결한 경우 산정 가능함.
다만, 출산휴가자 및 육아휴직자, 질병휴직(휴가)자 등의 대체 간호사의 경우 계약기간에 관계없이 산정 가능함
- 4) 간호사수는 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지 간호사별 재직일수의 합을 해당기간 일수로 나누어서 계산(소수점 3자리에서 반올림)
- 5) 집중치료실 전담간호사의 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간 동안은 인력산정 대상에서 제외함.
다만, 동 기간에 대체인력이 있을 경우는 산정 가능함.

다. 집중치료실 입원료를 산정하고자 하는 요양기관은 별지 제12호 서식에 의한 집중치료실 운영현황 신고서를 건강보험심사평가원에 매분기말 16일부터 20일까지 제출하여야 하며, 미제출 기관은 산정할 수 없음.
다만, 제출기간을 초과하여 적용분기 전일까지 부득이한 사유를 소명하여 제출하는 경우에 한하여 확인된 현황을 적용함

[고시 제2017-177호, '17.10.1. 시행]

■ 집중치료실 입원료 등 수가 적용 관련 Q&A

[고시 제2017-177호 관련, '17.10.1. 시행]

1. 수가 산정

연번	질의	답변
1	집중치료실(Unit)의 개념은?	각각의 간호사실(Station)을 포함한 별도의 공간을 가지고 독립적으로 운영되는 병동을 의미하며, 단위(Unit)당 해당 시설, 장비를 갖추어야 함.
2	집중치료실에 입원하고 있거나 이를 경유하여 일반입원실에 계속 입원하는 경우, 16일 이상 입원에 따른 장기입원 본인부담 인상의 적용여부?	집중치료실입원료는 가2입원료에 해당하지 않으며, 특수병상에 입원하는 경우에 해당되어 16일이상 입원에 따른 본인부담 인상에서 제외함 * “장기입원 환자 본인부담 인상 관련 Q&A(보험급여과-3236호, '16.7.1.) - 장기입원환자가 중환자실 등 특수병상에 입원한 경우 입원료 본인부담을 적용방법은?”을 따름
3	집중치료실 입원환자가 외박한 경우 수가 산정방법	집중치료실에 입원 중인 환자가 주치의의 허가를 받아 외박 시, 연속하여 24시간을 초과하는 경우는 집중치료실 입원료를 산정할 수 없음
4	뇌졸중집중치료실 입원료는 입원기간 중 7회만 산정할 수 있는지?	입원기간 중 7회 이내 산정가능함. 새로운 증상발현 또는 재발 등으로 집중치료가 필요하다고 의사가 판단한 경우, 사례별로 인정함 단, 0~6시 입원 또는 18~24시 퇴원한 경우 별도 산정하는 50%의 입원료는 위의 횟수에 포함하지 않음
5	뇌졸중집중치료실 전담의 포함 범위	뇌졸중 집중치료실의 전담의는 전문의 및 전공의(레지던트)까지만 포함하되, 수련의(인턴)는 이에 해당하지 아니함
6	고위험임산부 집중관리료 청구사항, 목 구분은?	고위험임산부 집중관리료는 1항 03목으로 청구함
7	동일 외래진료 후에 입원하는 경우 고위험임산부 집중관리료 산정횟수는?	고위험임산부 집중치료실에 입원하는 경우에는 고위험임산부 집중관리료를 산정할 수 없으며, 고위험임산부 집중치료실 외의 병상에 입원하여 집중치료하는 경우에는 고위험임산부 집중관리료를 1일 1회만 산정 가능함
8	중환자실 입원 시 고위험임산부 집중관리료 산정 가능여부	특수병동에 입원하는 경우(무균치료실 입원료, 중환자실 입원료, 격리실 입원료, 납차폐특수치료실 입원료등을 산정하는 경우)에는 고위험임산부 집중관리료를 산정할 수 없음 단, 간호·간병통합서비스 병동 입원료를 산정하는 경우에는 고위험임산부 집중관리료를 산정할 수 있음
9	“고위험임산부 집중치료실 입원료 산정기준”에서 중앙집중관찰시스템이란?	간호사 스테이션에서 태아의 심박수와 자궁수축에 대한 감시(분만 감시기)가 가능한 시스템을 의미함

2. 자원 관리

연번	질의	답변																																																				
1	집중치료실 인력·병상 신고 방법은?	<p>집중치료실 입원료는 [별지 12호 서식] 집중치료실 운영현황 신고서 작성 요령에 따라 건강보험심사평가원에 신고하여야 산정 할 수 있음</p> <p>* 현황신고: 보건료자원통합신고포털 > 현황신고.변경 > 시설-인력현황 신고 > 집중치료실 입원료 신고</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">최초운영일이 속한 분기</th> <th colspan="2">최초운영분기의 차기분기</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center;">최초운영일의 현황으로 산정</td> <td style="text-align: center;">인력</td> <td>최초 운영일부터 해당 산정분기 마지막월 14일 까지의 기준으로 산정</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">병상수</td> <td>① 최초운영일이 해당 월의 1일~15일인 경우, 각 월 15일자를 기준으로 산정 (예: 4/1, 5/14, 6/4)</td> </tr> <tr> <td>② 최초운영일이 해당 월의 15일 이후인 경우, 최초 운영일과 잔여기간의 각 월 15일자를 기준으로 산정 (예: 4/20, 5/18)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">단, 당해분기에 인력 및 병상수의 평균할 잔여기간이 없는 경우, 최초 운영일을 기준으로 산정 (예: 6/27)</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">최초 운영일</th> <th colspan="2">최초분기 적용기준일</th> <th colspan="2">차기분기 적용기준일</th> </tr> <tr> <th>인력 및 병상수</th> <th>인력</th> <th>병상수</th> <th>병상수</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="6" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">예시</td> <td>'17.10.1</td> <td>10/1</td> <td>10/1</td> <td>10/1~12/14</td> <td>10/15, 11/15, 12/15</td> </tr> <tr> <td>'17.10.20</td> <td>10/20</td> <td>10/20</td> <td>10/20~12/14</td> <td>10/20, 11/15, 12/15</td> </tr> <tr> <td>'17.11.14</td> <td>11/14</td> <td>11/14</td> <td>11/14~12/14</td> <td>11/15, 12/15</td> </tr> <tr> <td>'17.11.18</td> <td>11/18</td> <td>11/18</td> <td>11/18~12/14</td> <td>11/18, 12/15</td> </tr> <tr> <td>'17.12.4</td> <td>12/4</td> <td>12/4</td> <td>12/4~12/14</td> <td>12/15</td> </tr> <tr> <td>'17.12.27</td> <td>12/27</td> <td>12/27</td> <td>12/27</td> <td>12/27</td> </tr> </tbody> </table> <p>※ 최초 운영일이 속한 분기의 현황통보서는 최초 운영일부터 해당 월 말까지 제출하여야 함</p>	최초운영일이 속한 분기	최초운영분기의 차기분기		최초운영일의 현황으로 산정	인력	최초 운영일부터 해당 산정분기 마지막월 14일 까지의 기준으로 산정	병상수	① 최초운영일이 해당 월의 1일~15일인 경우, 각 월 15일자를 기준으로 산정 (예: 4/1, 5/14, 6/4)	② 최초운영일이 해당 월의 15일 이후인 경우, 최초 운영일과 잔여기간의 각 월 15일자를 기준으로 산정 (예: 4/20, 5/18)	단, 당해분기에 인력 및 병상수의 평균할 잔여기간이 없는 경우, 최초 운영일을 기준으로 산정 (예: 6/27)			최초 운영일	최초분기 적용기준일		차기분기 적용기준일		인력 및 병상수	인력	병상수	병상수	예시	'17.10.1	10/1	10/1	10/1~12/14	10/15, 11/15, 12/15	'17.10.20	10/20	10/20	10/20~12/14	10/20, 11/15, 12/15	'17.11.14	11/14	11/14	11/14~12/14	11/15, 12/15	'17.11.18	11/18	11/18	11/18~12/14	11/18, 12/15	'17.12.4	12/4	12/4	12/4~12/14	12/15	'17.12.27	12/27	12/27	12/27	12/27
최초운영일이 속한 분기	최초운영분기의 차기분기																																																					
최초운영일의 현황으로 산정	인력	최초 운영일부터 해당 산정분기 마지막월 14일 까지의 기준으로 산정																																																				
	병상수	① 최초운영일이 해당 월의 1일~15일인 경우, 각 월 15일자를 기준으로 산정 (예: 4/1, 5/14, 6/4)																																																				
		② 최초운영일이 해당 월의 15일 이후인 경우, 최초 운영일과 잔여기간의 각 월 15일자를 기준으로 산정 (예: 4/20, 5/18)																																																				
단, 당해분기에 인력 및 병상수의 평균할 잔여기간이 없는 경우, 최초 운영일을 기준으로 산정 (예: 6/27)																																																						
	최초 운영일	최초분기 적용기준일		차기분기 적용기준일																																																		
		인력 및 병상수	인력	병상수	병상수																																																	
예시	'17.10.1	10/1	10/1	10/1~12/14	10/15, 11/15, 12/15																																																	
	'17.10.20	10/20	10/20	10/20~12/14	10/20, 11/15, 12/15																																																	
	'17.11.14	11/14	11/14	11/14~12/14	11/15, 12/15																																																	
	'17.11.18	11/18	11/18	11/18~12/14	11/18, 12/15																																																	
	'17.12.4	12/4	12/4	12/4~12/14	12/15																																																	
	'17.12.27	12/27	12/27	12/27	12/27																																																	
2	전담의 가산 산정 방법은?	<p>① 뇌졸중 집중치료실 전담의 수가 산정방법</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">최초운영일이 속한 분기</th> <th>최초 운영분기의 차기분기</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">가산미적용</td> <td>최초 운영일부터 당해 분기의 마지막 월 14일까지의 재직일수 기준으로 가산 산정 (단, 당해분기 마지막월 15일이후 운영기관은 가산 미적용)</td> </tr> </tbody> </table>	최초운영일이 속한 분기	최초 운영분기의 차기분기	가산미적용	최초 운영일부터 당해 분기의 마지막 월 14일까지의 재직일수 기준으로 가산 산정 (단, 당해분기 마지막월 15일이후 운영기관은 가산 미적용)																																																
최초운영일이 속한 분기	최초 운영분기의 차기분기																																																					
가산미적용	최초 운영일부터 당해 분기의 마지막 월 14일까지의 재직일수 기준으로 가산 산정 (단, 당해분기 마지막월 15일이후 운영기관은 가산 미적용)																																																					

연번	질의	답변																					
		<p>② 최초운영일이 '17년 4분기('17.10~12월)에 속한 경우</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>최초운영일이 속한 분기</th> <th>최초 운영분기의 차기분기</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>최초운영일의 현황으로 산정</td> <td>최초 운영일부터 당해 분기의 마지막 월 14일 ('17.12.14일)까지의 재직일수 기준으로 가산 산정 (단, 최초운영일이 17.12.15일 이후인 경우 최초 운영일을 기준으로 산정)</td> </tr> </tbody> </table> <p>(예시)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">최초운영일</th> <th colspan="2">적용기준일</th> </tr> <tr> <th>최초 운영분기</th> <th>최초 운영분기의 차기분기</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>'17.10.1</td> <td>'17.10.1 현황</td> <td>'17.10.1~12.14 까지의 재직일수 기준</td> </tr> <tr> <td>'17.12.10</td> <td>'17.12.10 현황</td> <td>'17.12.10~12.14 까지의 재직일수 기준</td> </tr> <tr> <td>'17.12.25</td> <td>'17.12.25 현황</td> <td>'17.12.25 현황</td> </tr> <tr> <td>'18.1.1</td> <td>가산미적용</td> <td>'18.1.1~'18.3.14 까지의 재직일수 기준</td> </tr> </tbody> </table>	최초운영일이 속한 분기	최초 운영분기의 차기분기	최초운영일의 현황으로 산정	최초 운영일부터 당해 분기의 마지막 월 14일 ('17.12.14일)까지의 재직일수 기준으로 가산 산정 (단, 최초운영일이 17.12.15일 이후인 경우 최초 운영일을 기준으로 산정)	최초운영일	적용기준일		최초 운영분기	최초 운영분기의 차기분기	'17.10.1	'17.10.1 현황	'17.10.1~12.14 까지의 재직일수 기준	'17.12.10	'17.12.10 현황	'17.12.10~12.14 까지의 재직일수 기준	'17.12.25	'17.12.25 현황	'17.12.25 현황	'18.1.1	가산미적용	'18.1.1~'18.3.14 까지의 재직일수 기준
최초운영일이 속한 분기	최초 운영분기의 차기분기																						
최초운영일의 현황으로 산정	최초 운영일부터 당해 분기의 마지막 월 14일 ('17.12.14일)까지의 재직일수 기준으로 가산 산정 (단, 최초운영일이 17.12.15일 이후인 경우 최초 운영일을 기준으로 산정)																						
최초운영일	적용기준일																						
	최초 운영분기	최초 운영분기의 차기분기																					
'17.10.1	'17.10.1 현황	'17.10.1~12.14 까지의 재직일수 기준																					
'17.12.10	'17.12.10 현황	'17.12.10~12.14 까지의 재직일수 기준																					
'17.12.25	'17.12.25 현황	'17.12.25 현황																					
'18.1.1	가산미적용	'18.1.1~'18.3.14 까지의 재직일수 기준																					
3	집중치료실 병상이 일반병상 확보비율 계산 시 포함되는지?	<p>집중치료실 병상은 특수병상에 해당하므로 일반병상 확보비율 산정대상에서 제외함(일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외함)</p> <p>* 단, 관련법령 정비 전까지는 현행대로 일반병상 확보비율 산정대상에 포함하고, 일반입원실 6인실로 신고 (상급병실료 산정 불가)</p>																					

■ 격리실 입원료 급여기준

건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 2-다 (5) 격리실 입원료 중 “면역이 억제된 환자를 보호하기 위하여 일반 환자와 격리하여 치료한 경우”에 대한 급여기준은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

가. 격리실 입원이 필요한 경우

- (1) ANC가 500/mm³이하인 경우로서 담당의사가 감염의 위험이 있다고 판단하는 경우
- (2) 조혈모세포이식 등 이식환자에서 Grade II 이상의 급성 이식편대숙주질환(GVHD)이 발생한 경우
- (3) AIDS환자

나. 격리기간

- 상기(1): ANC가 3일간 계속하여 500/mm³이상 또는 감염의 위험이 소실될 때까지
- 상기(2): Grade II 이상의 급성 GVHD가 Grade I 으로 호전될 때까지
- 상기(3): 면역기능이 현저히 회복될 때까지

다. 상기 인정기준 이외 격리실 입원이 필요한 경우에는 환자상태에 따라 추가 인정

[고시 제2016-268호, '16.12.30. 시행]

■ 호흡기 결핵 의증에서의 격리병실료 급여여부

호흡기 결핵의증에서의 격리병실료는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

가. 적응증

결핵균이 증명되기 전에 임상적 또는 방사선학적 소견 상 활동성 호흡기 결핵이 의심되는 경우

나. 격리기간

객담 도말검사 상 3회 연속(수일간격) 음성이며, 전염력이 없다고 판단될 때까지로 함. 다만, 10세미만 소아에서 객담배출이 어려운 경우에는 담당의사의 의학적 판단(증상, 방사선학적 이상소견, 결핵환자 접촉 등)에 따라 격리기간을 정할 수 있음.

[고시 제2016-204호, '16.11.1. 시행]

■ VRE(Vancomycin-Resistant enterococcus) 양성 환자의 격리실 입원료 급여기준

VRE 양성인 환자를 일반 환자와 격리하여 치료한 경우 격리실입원료는 인정하되, 세부 급여인정기준은 『격리실 입원료 급여기준(일반원칙)』에 의함.

다만, VRE 양성여부를 판단하는 기준은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

- 여러 가지의 검체(대변, 항문도말, 회음부, 액와부, 배꼽, 상처, 요관, 인공항문 부위 등)에서 실시한 배양검사 또는 VRE genotype(PCR법) 검사 결과 VRE 양성으로 확인된 경우
- 다만, 배양검사와 VRE genotype(PCR법) 검사 결과가 상이한 경우 배양검사 결과에 따라 산정

[고시 제2014-141호, '14.9.1. 시행]

■ 음압격리실 입원료 급여기준

음압격리실입원료는 전염력이 강한 전염성 환자를 일반 환자와 격리하되 공기감염을 예방하기 위하여 음압을 유지할 수 있는 시설기준을 갖춘 음압격리실에서 격리하여 치료한 경우에 산정하며 아래의 요건을 충족한 경우 요양급여를 인정함

- 아 래 -

가. 급여대상

- (1) 결핵, 수두, 파종성 대상포진, 홍역
- (2) 기타 공중보건상의 문제로 격리가 필요하다고 인정되어 보건복지부장관이 정하는 감염병 등

나. 격리기간

- (1) 위 가. 급여대상 중 (1)에 해당하는 질환은 질환이 의심되는 객관적인 소견이 있는 시점부터 감염력이 소실될 때까지
- (2) 위 가. 급여대상 중 (2)에 해당하는 경우, 보건복지부장관이 정하는 기간 동안

다. 시설기준

- (1) 질병관리본부의 「국가지정 입원치료(격리)병상 운영과 관리」에서 정한 음압 입원(격리)치료 시설 기준을 준용함.
- (2) 음압 입원(격리)치료시설 중 다음 표의 구분에 따른 병실의 시설기준은 반드시 준수해야 함

구 분		시설기준
공조시설	급기설비	외부병원체 인입차단을 위한 충분한 성능을 가진 필터설치 또는 공기 역류를 방지할 수 있는 기능(airtight back draft damper) 설치
	배기설비	· 충분한 성능을 가진 필터(HEPA filter 99.97%이상) 설치 · 공기 유입구 및 사람들이 밀집된 지역과는 멀리 떨어진 외부로 배출 · 역류로 인한 감염확산방지를 위해 각 실별 배기 HEPA filter 또는 역류 방지를 위한 댐퍼(airtight back draft damper) 설치
	음압제어	실간 음압차 -2.5pa(-0.225mmAq)이상을 유지
	환기	시간당 환기횟수(air change per hour, ACH) 적어도 6회 이상, 가능하면 12회 이상
벽 및 천장, 창·문		실내의 공기가 실 밖으로 흘러나가지 않는 구조여야 함
화장실·사위실		병실 내부에 화장실과 사위실이 있어야함

(3) 음압 입원(격리)치료시설 중 다음 표의 구분에 따른 병실의 시설기준은 요양기관의 건물 구조 변경 불가 등의 정당한 이유가 있는 경우 예외를 인정할 수 있음

구 분	시설기준
넓이 등	· 1인실의 경우 15㎡이상, 병상 수 추가 시 병상 수 반영 · 전실을 설치하여야 함
천장 높이	2.4M 이상
출입구역 폭	1.2M 이상

[고시 제2015-90호, '15.6.4. 시행]

■ 격리입원실 질환유형별 격리기간

- ‘일반 환자를 보호하기 위하여 전염력이 강한 전염성 환자를 일반 환자와 격리하여 치료할 필요가 있는 경우’에서의 격리실 입원료는「진료상 입원이 반드시 필요한 경우」에 한하여 인정함.
- ‘격리실 입원료’와 ‘음압격리실 입원료’ 산정에 관한 급여대상 및 격리기간에 대한 원칙적인 사항은 「요양 급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 의하여 적용하되, 『격리입원실 질환유형별 격리기간』은 다음과 같이 인정함.
- 다만, 다음의 격리기간을 초과하여 격리실 입원이 필요한 경우는 검사 결과·의사소견서 등을 참조하여 추가로 인정할 수 있음

- 다 음 -

가) 제1군 감염병

- 콜레라 : 설사 증상 소실 후 48시간 후부터 24시간 간격으로 2회 대변배양검사가 음성일 때
- 장티푸스, 파라티푸스 : 항생제 치료 종료 48시간 후부터 24시간 간격으로 3회 대변배양검사 음성일 때
- 세균성이질, 장출혈성대장균감염증
: 항생제 치료 종료 48시간 후부터 24시간 간격으로 2회 대변배양검사가 음성일 때
- A형간염 : 황달 발생 후 7일(황달 증상이 없는 경우 입원 후 7일)

나) 제2군 감염병 중 디프테리아, 백일해, 홍역, 유행성 이하선염, 풍진, 폴리오, 수두

- 디프테리아 : 항생제 투여 종료 후 24시간 간격으로 2회 호흡기분비물이나 병변분비물 배양검사가 음성일 때

- 백일해 : 항생제 투여 후 5일
- 홍역 : 발진 후 5일
- 유행성 이하선염 : 종창 시작 후 9일
- 풍진 : 발진 후 7일 다만, 선천성 풍진으로 입원시 만1세까지, 선천성 백내장 수술을 위해 입원시 만3세까지
- 폴리오 : 치료기간
- 수두 : 모든 수포에 가피가 앉을 때 다만, 가피가 생기지 않을 경우 24시간 동안 새로운 피부 병변이 생기지 않을 때까지, 수두 산모에게 출생한 신생아의 경우 생후 28일까지

다) 제3군 감염병 중 결핵, 성홍열, 탄저, 수막구균성수막염, 인플루엔자

- 결핵 : 객담 도말 검사상 3회 연속(수일간격) 음성으로 나타나 전염력이 없다고 판단될 때 다만, 10세 미만 소아에서 객담배출이 어려운 경우에는 담당의사의 의학적 판단(증상, 방사선학적 이상소견, 결핵환자 접촉 등)에 따라 격리기간을 정할 수 있음.
- 성홍열 : 항생제 투여 후 24시간
- 탄저 : 치료기간
- 수막구균성수막염 : 항생제 투여 후 24시간
- 인플루엔자 : 증상발현 후 5일

라) 의료관련 감염병

- 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 '격리실 입원료 급여기준(일반원칙)'에 의함

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

- 파종성 대상포진 : 치료기간
 - 로타바이러스 감염증 : 치료기간
 - C. difficile 감염증 : 치료기간
 - 옴 : 치료제 도포 후 24시간 다만, 가피성옴의 경우 의사가 감염력이 소실되었다고 판단할 때까지
- ※ 치료기간: 항생제 또는 항바이러스제를 사용하는 경우는 약제투여기간을 의미하며, 대증치료를 하는 경우는 증상이 지속되는 기간을 의미함.

[심사지침, '18.2.1. 진료분부터]

■ 방광내압을 통한 복강내압측정 Measurement of Intra-Abdominal Pressure by bladder pressure

가2입원료(입원환자간호관리료) 및 가9중환자실 입원료(입원환자 간호관리료) 소정점수에 포함됨

[기결정고시 제2010-100호, '10.12.1. 시행]

의약품관리료

■ 의약품관리료 산정기준

1일 내원하여 2개 이상의 진료과목에서 진료를 받고 각각 투약한 경우의 외래환자 의약품관리료는 동일 환자가 2개 이상 전문과목 전문의가 각각 상근하는 의료기관에서 다른 상병으로 전문과목별로 진찰료를 받은 경우에는 이를 별도의 방문과 진찰료로 보아 진찰료를 각각 산정하고 있으므로 외래환자 의약품관리료도 각각 산정함.

[고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행]

■ 의약품관리료 산정방법

의약품관리료는 실제 투약이 이루어진 경우에 산정하되 중별가산율이나 소아가산은 적용하지 아니하며, 퇴원환자에게 투약한 경우에는 외래환자로 간주하여 외래환자 의약품관리료로 산정하되, 라1 퇴원환자조제료 '주1'에 의거 퇴원 익일부터 산정함.

[고시 제2011-71호, '11.7.1. 시행]

혈액관리료

■ 혈액관리료 (Blood Management Fee) 급여기준

혈액관리료(Blood Management Fee)는 안전한 수혈을 위해 아래와 같은 인력·시설·장비 및 운영체계를 모두 갖춘 요양기관에서 혈액을 관리하는 경우에 요양급여를 인정함.

- 아 래 -

가. 인력

- (1) 혈액은행 업무를 담당하는 진단검사의학과전문의 1인 이상
- (2) 혈액은행 업무를 담당하는 임상병리사가 3인 이상이어야 하며, 이 중 1인은 혈액은행 업무만을 전담하여야 함.
※ 상기 (1),(2)의 인력이 상근하여야 하며, 임상병리사의 경우는 교대 근무 등을 통해 24시간 혈액은행이 가동될 수 있어야 함.

나. 시설·장비

- (1) 시설: 혈액 및 혈액성분제제를 24시간 관리·공급할 수 있는 혈액은행
- (2) 장비: 혈액전용 냉장고, 혈액전용 냉동고, 전용해동기, 혈소판교반기 각 1대 이상씩 설치토록 함. 다만, 혈액전용 냉장고, 혈액전용 냉동고, 혈소판교반기에는 모두 온도 감시·기록·경보 장치가 있어야 함

다. 운영체계

- (1) 수혈관리 위원회 구성: 다음의 인력이 1인 이상 상근하여야 함.
 - 혈액은행 업무를 담당하는 진단검사의학과전문의(위원장)
 - 혈액은행 업무만을 전담하는 임상병리사
 - 혈액에 관한 지식이 있다고 인정되는 내과계 전문의와 외과계 전문의
 - 수술부서를 담당하는 부서에서 추천하는 마취통증의학과 전문의
 - 직접적으로 수혈관리 업무를 수행하는 간호사
 - 기타 당해 요양기관의 장이 필요하다고 인정하는 자 등
- (2) 수혈관리위원회 운영방법
 - 연 2회 이상 정기회의를 개최하고, 회의기록을 작성·보관하여야 함
- (3) 기 타
 - 혈액관리료를 산정하는 요양기관은 혈액안전감시를 위해 질병관리본부에서 구축하여 위탁운영하는 한국혈액안전감시체계에 가입하여야 함

[고시 제2014-126호, '14.8.1. 시행]

보육기

■ 보육기료 산정방법

보육기료는 제1장 기본진료료에 분류되었으므로 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1부 II-1항의 규정에 의거 요양기관 종별 가산율 적용대상이 아니나 보육기를 이용하여 신생아를 치료하는 경우에는 가7가(2) 질병이 있는 신생아 입원료 적용이 가능함. 또한 보육기료는 [질병이 있는 신생아를 보육기에서 진료한 경우에 산정한다]라고 규정하고 있으므로 제1장 기본진료료 [산정지침] 2. 입원료 라의 기준에 의한 1일당이 아닌 보육기를 사용한 실제 일수대로 산정함.

[고시 제2016-214호, '16.12.1. 시행]

다학제통합진료료

■ 다학제 통합진료료 (Multidisciplinary Care) 급여기준

다학제통합진료료(Multidisciplinary Care)는 관련분야의 의료진이 환자를 중심으로 다학제적 통합진료를 실시한 경우 산정하며 다음과 같은 요건을 모두 충족한 경우 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

가. 급여대상

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 의한 산정특례 대상 중 미등록암환자(별표1), 중증질환자(별표3), 희귀난치성질환자(별표4), 결핵질환(별표5)에 해당하는 환자로 외래 및 입원 진료시

나. 산정기관

- 1) 상급종합병원
- 2) 종합병원

다. 산정기준

- 1) 다학제통합진료료는 상근하는 서로 다른 전문과목 [또는 세부 전문과목(분야)] 전문의가 동시에 대면 진료에 참여하여야 함
- 2) 다학제통합진료 시간 및 장소, 참여의사 성명 및 서명, 치료방침 및 결정사유, 설명한 내용 등을 진료 기록부에 기록하여야 함

라. 산정횟수

질환별 환자 당 3회 이내로 인정함. 다만, 소견서를 참조하여 2회 이내로 추가 인정할 수 있음

[고시 제2017-249호, '18.1.1.시행]

회복관리료

■ 회복관리료(Fee of Postanesthesia Care) 인정기준

회복관리료는 아래와 같은 요건을 모두 충족한 회복실에서 회복관리를 시행한 경우 인정함

가. 산정기준

(1) 인력

- (가) 회복실의 회복관찰 업무를 총괄하는 상근하는 마취통증의학과 전문의가 1인 이상
- (나) 회복실 내 환자 회복관리 업무만을 전담하는 간호사가 2인 이상 (정규직 전일제 근무 간호사로 1주 간의 근로시간이 월평균 40시간인 근무자를 말함)

(2) 장비

- (가) 회복실내에 반드시 갖추어야 하는 장비
 - 병상당 기본시설(산소공급장치, 흡인기)
 - 모니터링 장비: 말초산소포화도측정기, 심전도감시기, 비침습적 혈압측정기, 호기말이산화탄소분압감시기
 - 체온조절기
 - 호흡보조 장비 등(Nasal prong, Facial Mask, Ambu bag set)
 - 응급장비(기도삽관 장비 일체)
- (나) 필요시 즉시 사용가능하도록 수술실 또는 회복실에 갖추어야 하는 장비
 - Emergency Cart
 - 인공호흡기
 - 제세동기

나. 산정대상

바2가(1) 기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취 또는 바2가(2) 마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취 후 회복관리만을 목적으로 별도로 설치된 회복실에서 15분 이상 집중 회복관리를 한 경우

다. 기타

회복관리가 종료되기 전에 출혈 등의 이유로 재수술 후 회복실에 다시 입실하여 회복관리가 이루어진 경우에는 회복관리료는 1회만 산정함

[고시 제2015-155호, '15.9.1. 시행]

검사료

일반진단검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
누-032		체액 Body Fluid			
	D0321	가. Apt [관찰판정-현미경] Apt	31.91	2,600	2,350
	D0322	나. D-Xylose 흡수시험 D-Xylose Absorption Test	83.23	6,770	6,120
	D0323	다. 관절액뮤신검사 Synovial Fluid Mucin Test	13.11	1,070	960
	D0324	라. 관절액점성및탁도검사 Synovial Fluid Viscosity and Turbidity Test	42.25	3,440	3,110
	D0325	마. 호산구수(혈액 외) Eosinophil Count(Others)	18.38	1,500	1,350
	D0326	바. 백혈구백분율(혈액 외) WBC Differential Count(Others)	44.58	3,630	3,280
	D0327	사. 체액일반검사(뇌척수액, 복수, 늑막액, 관절액 등) (색조, 비중, 세포수, 세포감별계산, 산도) Examination (CSF, Ascites, Pleural Fluid, Joint Fluid, etc.) (Color, Gravity, Cell Count, Differential Count, pH)	53.87	4,390	3,960
	D0328	아. 위액 또는 십이지장액검사(양측정, 색조검사, 현미경관찰, 산측정, 유산, 잠혈반응, 펩신 등 포함) Gastric or Duodenal Fluid Examination(Amount, Color, Microscopy, Acidity, Lactic Acid, Blood, Pepsin, etc.)	64.73	5,270	4,760
	D0329	자. 체액염색검경(뇌척수액, 복수, 늑막액, 관절액 등) Stain and Microscopy (CSF, Ascites, Pleural Fluid, Joint Fluid, etc.)	69.33	5,640	5,100
	D0330	차. 결막압흔세포검사 Impression Cytology of Conjunctiva	95.40	7,770	7,010

■ 양수 Scanning 검사의 준용 항목

태아의 용혈성 빈혈을 판단하기 위해 실시하는 양수 Scanning검사는 누032사 체액-체액일반검사(뇌척수액, 복수, 늑막액, 관절액 등)(색조, 비중, 세포수, 세포감별계산, 산도)에 준용 산정함.

[고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행]

혈액질환검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
		〈출혈·혈전질환〉			
누-100		응고기능기본검사 Basic Examination of Coagulation Function			
	D1001	가. 출혈시간 Bleeding Time	10.25	830	750
	D1002	나. 응고시간 Coagulation Time	14.13	1,150	1,040
	D1003	다. 프로트롬빈시간 Prothrombin Time	24.34	1,980	1,790
	D1004	라. 활성화부분트롬보플라스틴시간 Activated Partial Thromboplastin Time	39.05	3,180	2,870
	D1005	마. 섬유소원 Fibrinogen	35.63	2,900	2,620
	D1006	바. 트롬빈시간 Thrombin Time	22.39	1,820	1,650
	D1007	사. 프로트롬빈소비시험 Prothrombin Consumption Test	57.63	4,690	4,240
	D1008*	아. 프로트롬빈시간-간이검사 Prothrombin Time 주 : 이차적인 후속검사를 실시하지 아니한 경우에 산정한다.	30.30	2,470	2,230
	D1009	자. 활성화응고시간 Activated Coagulation Time	30.19	2,460	2,220
	D1010	차. 칼슘재침가시간 Recalcification Time	21.89	1,780	1,610
	D1011	카. 러셀바이퍼베놈시간 Russel's Viper Venom Time	87.22	7,100	6,410
	D1012	타. 렘틸라제시간 Reptilase Time	57.22	4,660	4,210
	D1013	파. 트롬보플라스틴형성시험 Thromboplastin Generation Test	171.65	13,970	12,620
누-101	D2101	럼펠리드검사 Rumpel-Leede Test	28.04	2,280	2,060
누-102	D1020	항Xa 헤파린검사 Anti-Xa Heparin Test +	161.23	13,120	11,850
누-103	D1030	혈장혼합시험[응고억제인자선별검사] Plasma Mixing Test +	169.95	13,830	12,490
누-104	D1040	응고인자항체 Coagulation Factor Antibody +	170.48	13,880	12,530
누-105	D1050	헤파린검사 Heparin Test +	218.02	17,750	16,020
누-106		섬유소용해 Fibrinolysis			
	D1061	가. 응고기능검사 +	24.18	1,970	1,780
	D1062	나. 일반면역검사 +	67.79	5,520	4,980
누-107		D-dimer			
	D1071	가. 일반면역검사(정성)	44.63	3,630	3,280
	D1072	나. 일반면역검사(반정량(역가))	77.55	6,310	5,700

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
누-108	D1073	다. 정밀면역검사(정량) 섬유소분해산물(FDP) Fibrin Degradation Product	146.41	11,920	10,760
	D1081	가. 일반면역검사(정성)	46.20	3,760	3,400
	D1082	나. 일반면역검사(반정량(역가))	88.79	7,230	6,530
누-109	D1083	다. 정밀면역검사(정량)	123.52	10,050	9,080
	D1090	베타트롬보글로불린[정밀면역검사] β -thromboglobulin	128.26	10,440	9,430
누-110	D1091	주 : 핵의학적 방법으로 검사한 경우에는 90.13점을 산정한다. 본월리브란드인자 VWF		7,340	6,620
	D2110	가. 리스토세틴보인자[응고기능검사] Rco	195.47	15,910	14,370
누-111	D2111	나. 항원[정밀면역검사] Ag	160.97	13,100	11,830
	D2112	다. 멀티머검사[분획분석] Multimeric Analysis 루프스항응고인자[응고기능검사] Lupus Anticoagulant	415.86	33,850	30,570
	D1111	가. 선별	170.14	13,850	12,510
누-112	D1112	나. 확진 항트롬빈 III 측정 Antithrombin III	310.63	25,290	22,830
	D1121	가. 응고기능검사	85.67	6,970	6,300
누-113	D1122	나. 정밀면역검사	85.67	6,970	6,300
	D1131	가. 응고기능검사 + 혈액응고인자(정량) Coagulation Factor	142.52	11,600	10,480
누-114	D1132	나. 정밀면역검사 +	110.78	9,020	8,140
	D1141	응고인자단백 Protein-C 가. 응고기능검사	173.58	14,130	12,760
누-115	D1142	나. 정밀면역검사	170.70	13,890	12,550
	D1151	응고인자단백 Protein-S 가. 응고기능검사	167.10	13,600	12,280
누-116	D1152	나. 정밀면역검사	164.64	13,400	12,100
	D1160	조직플라즈미노겐 활성화체[정밀면역검사] Tissue Plasminogen Activator	178.99	14,570	13,160
누-117	D1170	조직플라즈미노겐 활성화체/플라즈미노겐 항활성체 복합체 [정밀면역검사] TPA/PAI-1 Complex	221.43	18,020	16,280
누-118	D1180	트롬보모듈린[정밀면역검사] Thrombomodulin	224.60	18,280	16,510

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
누-119	D1190	트롬복산 B2 [정밀면역검사] Thromboxane B2	303.05	24,670	22,270
누-120	D1200	트롬빈/항트롬빈Ⅲ 복합체[정밀면역검사] Thrombin/Antithrombin III Complex	216.14	17,590	15,890
누-121	D1210	파브리노펩타이드 A [정밀면역검사] Fibrinopeptide A	111.43	9,070	8,190
누-122	D1220	파브리노펩타이드 B 베타15-42 [정밀면역검사] Fibrinopeptide B β15-42	221.81	18,060	16,300
누-123	D1230	프로트롬빈분절 1+2 [정밀면역검사] Prothrombin Fragment 1+2	264.57	21,540	19,450
누-124	D1240	고분자량키니노겐[정밀면역검사] High Molecular Weight Kininogen	203.11	16,530	14,930
누-125		프리칼리크레인[정밀면역검사] Prekallikrein			
	D1251	가. 정성	158.86	12,930	11,680
	D1252	나. 정량	245.30	19,970	18,030
누-126		플라즈미노겐 Plasminogen			
	D1261	가. 응고기능검사	137.70	11,210	10,120
	D1262	나. 정밀면역검사	137.54	11,200	10,110
누-127		플라즈미노겐 항활성체 Plasminogen Activator Inhibitor-1			
	D1271	가. 응고기능검사	196.21	15,970	14,420
	D1272	나. 정밀면역검사	163.23	13,290	12,000
누-128		알파2-항플라즈민 검사 α2-Antiplasmin			
	D1281	가. 응고기능검사	167.92	13,670	12,340
	D1282	나. 정밀면역검사	163.10	13,280	11,990
누-129	D1290	플라즈민/알파2-항플라즈민 복합체[정밀면역검사] Plasmin/α2-plasmin Inhibitor Complex	276.63	22,520	20,330
누-130	D1300	유로키나제형 플라즈미노겐 활성체[정밀면역검사] Urokinase Type Plasminogen Activator	168.21	13,690	12,360
누-131		혈전탄성모사법 Thromboelastometry			
	D1311	가. 일반 General +	249.57	20,310	18,340
	D1312	나. 특수 Special +	362.11	29,480	266,20
		주 : 촉매제(activator), 억제제(inhibitor) 등을 추가로 사용하여 검사한 경우에 산정한다.			
누-132		혈소판기능검사 Platelet Function Test			
	D1321	가. 혈소판복합기능검사[응고기능검사] Platelet Multi Function Test +	182.08	14,820	13,380
	D1322	나. 혈소판부착능검사[응고기능검사] Platelet Adhesiveness Test	121.92	9,920	8,960

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
	D1323	다. 혈소판응집능검사[응고기능검사] Platelet Aggregation Test + 라. 혈소판인자	129.89	10,570	9,550
	D1324	(1) 제Ⅲ인자[응고기능검사] Platelet Factor Ⅲ	197.66	16,090	14,530

† 별첨참조

■ 환자상태 참조 유산상병에 실시한 항응고검사 등 인정여부

□ 청구내역(여/28세)

○ 청구 상병명: 합병증이 없는 완전 또는 상세불명의 유산, 절박유산, 원발성 혈전성향 등

○ 주요 청구내역

- 주요 청구내역 :

- 나153 활성화부분트롬보플라스틴시간 (B1530) 1*1*1
- 나153 활성화부분트롬보플라스틴시간 (B1530) 1*1*2
- 나154 프로트롬빈시간 (B1540) 1*1*2
- 나158 항트롬빈Ⅲ측정 (B1580) 1*1*1
- 나475나 기타 감염증 항원(정밀)-Chlamydia [진단검사의학과전문의 등 판독] (C4752816) 1*1*1
- 너301가 기타 미생물 배양-마이코플라즈마 [진단검사의학과전문의 등 판독] (BY301006) 1*1.1*1
- 너301다 기타 미생물 배양-유레아플라즈마 [진단검사의학과전문의 등 판독] (BY303006) 1*1.1*1
- 나503나(1) 항카디오리핀항체(확진)-IgG (C5032) 1*1*1
- 나503나(2) 항카디오리핀항체(확진)-IgM (C5033) 1*1*1
- 나171가 루프스항응고인자(선별검사) (B1711) 1*1.1*1
- 나183가 Protein-C(기능적) (B1831) 1*1.1*1
- 나184가 Protein-S(기능적) (B1841) 1*1.1*1
- 너80나 플라즈미노겐 항활성체(면역학적) (BY802) 1*1.1*1
- 나506가 항베타2당단백 I 항체(확진)-IgG (C5061) 1*1.1*1
- 나506나 항베타2당단백 I 항체(확진)-IgM (C5062) 1*1.1*1

□ 진료내역

○ 2016.12.6.

- 주호소 : Vaginal bleeding (발현시점 : 12/6)
- 입원시 산과력 : G2 P0 L0 D0 A1 (SA 1, AA 0)
- 상기 28세 여환 IUP 11+6wks 초산모, 이전에 절박유산으로 입원치료 받은적 있는 산모로 내원일 발생한 Vaginal bleeding으로 외래진료 후 자궁내 출혈로 입원함.
- LMP 2016.9.14.
- 입원 및 수술력 : 2016.11.30 Abortion, Threatened(본원)
- 임신기간 : 11+6wks

○ 2016.12.7.

- 심한 자궁출혈로 입원
- 금일 초음파에서도 자궁내 출혈 많음
- 계속 아랫배가 뭉쳐요
- v/s stable : vaginal bleeding 지속되나 전일보다 양이 감소함

- 2016.12.8.
 - vaginal bleeding 지속되나 전일보다 양이 감소함
- 2016.12.9.
 - 조금 나아진 것 같아요
- 2016.12.10.
 - 자궁출혈지속..줄어들고 있음
 - 비슷해요
- 2016.12.12.
 - Hb 9.1, HCT 26.8, TSH 0.04, FT4 1.37
- 2016.12.16.
 - 윗배가 아파요, 오늘 새벽부터 갈색 점도가 높은 분비물이 많아졌어요
- 2016.12.17.
 - 아직도 배가 아파요, 분비물도 비슷해요
- 2016.12.18.
 - 아침에 배가 더 아파지고 출혈도 많아졌어요. 걱정되요
- 2016.12.22.
 - 자궁출혈 지속, 그러나 양은 줄어듬, 태반에는 출혈부위 없음
 - 오늘 소변 볼 때 덩어리가 나왔어요. 배도 좀 아파요
- 2016.12.24.
 - 자궁 내 출혈 지속, 호전 없음, 자궁출혈은 덩어리로 나옴.
 - 배뭉침 심해서 많이 아픴
 - 자꾸 멎쳐요
- 2016.12.25.
 - 배가 너무 아파요
 - v/s stable
 - 23:00 복부 수축감 호소하여 nifedipine 추가 복용
 - 00:00(12/26) 복부 통증 및 수축감 악화되어 ritodrine 28cc/hr에서 32cc/hr로 증량함
산모 ritodrine으로 인한 palpitation 힘들어해 추가 증량하지 않음
 - 01:50 : 통증 호전되지 않아 AAP 복용함
 - 03:00 : 통증 지속되어 pethidine 25mg IM 추가 처방하였으나 증상 호전되지 않음. 자궁 수축감 호전위해 IV hydration 권유하였으나 refuse함
 - 07:00경 분만실에서 examination 함
 - 질경으로 확인한 결과 다량의 blood clot 관찰됨
 - 복부 초음파 확인 시 자궁내 위치하던 clot 크기 감소하였으며 태아상태 양호함
 - 질초음파 확인하던 중 산모 수축 지속되며 태아 및 태반 모두 만출됨
 - Complete abortion 확인한 후 분만실에서 vaginal bleeding 여부 지켜본 후 병동으로 이동함
- 주요검사결과
 - Protein C activity(70~130) : 142
 - Protein S activity(65~140) : 52
 - Lupus anticoagulant(negative) : negative
 - Plasminogen Activator inhibitor-1(Immunological)(4~43) : 65.31
 - anti-cardiolipin Ab(IgG) (negative <12) : negative
 - anti-cardiolipin Ab(IgM) (negative <12) : negative
 - Chlamydia test(negative) : negative
 - Anti B2 Glycoprotein(IgG) (normal <20) : normal 1.0
 - Anti B2 Glycoprotein(IgM) (normal <20) : normal 6.0

□ 심의내용 및 결과

- 이 건(여/28세)은 합병증이 없는 완전 또는 상세불명의 유산, 절박유산(IUP 11+6wks), 원발성 혈전성향 등 상병으로 입원하여 입원당일에 루프스항응고인자, 항카디오리핀항체-IgG, 항카디오리핀항체-IgM, Protein-C, Protein-S, 플라즈미노겐활성제, 항베타2당단백 I항체-IgG, 항베타2당단백항체-IgM 시행한 사례임.
- 제출한 진료기록부 등을 검토한 결과 원발성 혈전성향증으로 진단할 만한 병력, 기록이 확인되지 않으며 출혈(vaginal bleeding) 및 1회의 유산 기왕력이 동 검사를 꼭 시행해야 할 사유가 판단할 수 없으므로 상기 검사는 인정하지 아니함.

□ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
- 대한산부인과학회. 부인과학. 제4판. 고려의학. 2007.

[공개심의사례, '17.8.31.]

■ 기타 정상임신의 관리, 임신 34주 이상 상병에 시행한 혈소판 복합기능검사 인정 여부

□ 청구내역

- 수진자: 31세/여
- 입(내)원일수: 외래 1일(2017.1.17.)
- 상병명: 기타 정상임신의 관리, 임신 34주 이상
- 주요청구내역
 - 나164-1가 혈소판복합기능검사-에피네프린 1×1×1 ▶ 조정
 - 나153 활성화부분트롬보플라스틴시간 1×1×1 ▶ 조정
 - 나154 프로트롬빈시간 1×1×1 ▶ 조정
 - 나106 혈소판수 1×1×1 ▶ 인정

□ 진료내역

- (2016.6월) 임신확인 후 산부인과 F/U
- (2017.1.17.) ▶현청구분
- ※ (2017.1.27.~2017.1.29.) 자연분만

□ 심사결과

- 상기 환자는 2017.1.27. 분만한 산모로, 2017.1.17. 외래에서 분만 전 검사로 혈소판복합기능검사 및 활성화부분트롬보플라스틴시간, 프로트롬빈시간 검사 등을 시행함
- 혈소판복합기능 검사는 혈소판기능부전이 의심되는 경우, 항 혈소판제제 사용 후 약물효과 추적 시 유용한 검사이나 동 건은 혈소판 기능 부전 등의 이력 확인되지 않고 산전 진찰 목적으로 시행하는 검사의 요양급여 범위에도 해당되지 않아 나164-1가 혈소판복합기능검사-에피네프린 및 나153 활성화부분트롬보플라스틴시간, 나154 프로트롬빈시간은 인정하지 아니함.

[공개심사사례, '17.9.7.]

■ 난소낭, 자궁의 평활근종 상병에 시행한 혈소판복합기능검사 인정 여부

□ 청구내역

- 수진자: 49세/여
- 입(내)원일수: 외래 1일(2017.4.4.)

- 상병명: 기타 및 상세불명의 난소 낭
상세불명의 자궁의 평활근종
상세불명의 고지질혈증
상세불명의 간질환
- 주요청구내역
 - 나164-1가 혈소판복합기능검사-에피네프린 1×1×1 ▶ 조정
 - 나153 활성화부분트롬보플라스틴시간 1×1×1 ▶ 인정
 - 나154 프로트롬빈시간 1×1×1 ▶ 인정
 - 나106 혈소판수 1×1×1 ▶ 인정

□ 진료내역

- (2017.2월) 난소 낭, 자궁근종 진단
 - 복부CT(2017.2.13.)
 - : 6.5cm sized barely enhancing mass in left ovary in left ovary.
 - probable benign cystic lesion including hemorrhagic cystic mass.
- (2017.4.4.) Pre-OP Lab ▶현청구분
 - ※ (2017.4.9~2017.4.12.) 전자궁적출술, 부속기종양적출술[양측] 시행

□ 심사결과

- 상기 환자는 2017.2월에 시행한 복부 CT 상 난소 낭 및 자궁근종 진단 하 수술 위해 2017.4.4. 외래로 내원하여 수술 전 검사로 혈소판복합기능 검사를 시행함
- 혈소판복합기능 검사는 혈소판기능부전이 의심되는 경우, 항 혈소판제제 사용 후 약물효과 추적 시 유용한 검사이나 동 건은 진료기록 상 혈소판 기능 부전 등의 이력 확인되지 않고 수술 전 기본검사로 시행하여 나164-1가 혈소판복합기능검사-에피네프린은 인정하지 아니함

□ 관련근거

- 혈소판복합기능검사 행위정의
 - 혈소판복합기능검사는 혈소판 기능 부전이 의심되는 환자, 항 혈소판제제 사용 후 약물효과 추적 시 유용한 검사임

[공개심사사례, '17.9.7.]

내분비진단 검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
누-321		갑상선관련항체 Thyroid Related Antibody			
	D3211	가. 일반면역검사 +	90.38	7,360	6,640
	D3212	나. 정밀면역검사 +	183.27	14,920	13,470
	D3213	주 : 핵의학적 방법으로 검사한 경우에는 193.58점을 산정한다. +		15,760	14,230
누-322	D3220	항갑상선항체[정밀면역검사] Anti-Thyroid Antibody	64.74	5,270	4,760
누-323	D3230	갑상선호르몬 등[정밀면역검사] Thyroid Hormone etc. +	143.34	11,670	10,540
	D3231	주 : 핵의학적 방법으로 검사한 경우에는 148.18점을 산정한다. +		12,060	10,890
누-324	D3240	항갑상선글로불린항체[정밀면역검사] Anti-Thyroglobulin Antibody	170.78	13,900	12,550
	D3241	주 : 핵의학적 방법으로 검사한 경우에는 188.99점을 산정한다.		15,380	13,890
누-325	D3250	갑상선자극호르몬[정밀면역검사] Thyroid Stimulating Hormone +	192.11	156,40	14,120
	D3251	주 : 핵의학적 방법으로 검사한 경우에는 192.72점을 산정한다. +		156,90	14,160
누-370		성선자극 호르몬 Gonadotropin			
	D3701	가. 일반면역검사(정성)-간이검사 + 주 : 이차적인 후속검사를 실시하지 아니한 경우에 산정한다.	44.40	3,610	3,260
	D3702	나. 정밀면역검사 +	135.34	11,020	9,950
	D3703	주 : 핵의학적 방법으로 검사한 경우에는 139.37점을 산정한다. +		11,340	10,240
누-371	D3710	성선호르몬[정밀면역검사] Gonadal Hormone +	168.26	13,700	12,370
	D3711	주 : 핵의학적 방법으로 검사한 경우에는 166.81점을 산정한다. +		13,580	12,260

† 별첨참조

■ 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, '18.4.1. 시행]

■ **누321나 갑상선관련항체-[정밀면역검사]-갑상선호르몬결합글로불린검사의 급여기준**

누321나 갑상선관련항체-[정밀면역검사]-갑상선호르몬결합글로불린검사는 유전성 TBG 증가 및 감소증, 임신 중의 갑상선질환, 갑상선 기능저하증에 실시 시 인정함.

[고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행]

■ **누321나 갑상선관련항체-[정밀면역검사]-갑상선자극면역글로불린검사의 급여기준**

누321나 갑상선관련항체-[정밀면역검사]-갑상선자극면역글로불린검사의 급여기준은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

- 가. 그레이브스병, 하시모토병, 일차성 갑상선 기능저하증의 진단·치료효과 평가예후 추적 등에 실시한 경우 인정
- 나. 그레이브스병 병력이 있는 임신부의 임신 3기 및 동 산모에서 태어난 신생아에게 실시 시 각각 1회 인정
- 다. 신생아 선별검사 결과 갑상선 기능저하증이 의심되는 신생아로서 자가면역성 갑상선질환이 있는 산모에서 태어난 경우에 실시 시 1회 인정

[고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행]

■ **폐경기 및 폐경기 전·후장애시 난소의 기능과 에스트로겐의 분비는 수년 동안 등락을 거듭하므로 한 시점에서 에스트로겐 측정으로 난소의 기능을 판정하기는 부정확하며, 폐경 이행기에 혈중 난소자극호르몬(FSH)의 증가소견이 일정하게 나타나므로 폐경 진단에 유용한 검사는 누370나 성선자극 호르몬-정밀면역검사-난포자극 호르몬 FSH 임.**

따라서, 일률적으로 호르몬검사를 2종 (누370나 성선자극 호르몬-정밀면역검사-난포자극호르몬 FSH, 누371 성선 호르몬-정밀면역검사-에스트라디올 E2) 혹은 3종(누370나 성선자극 호르몬-정밀면역검사-난포자극호르몬 FSH, 누370나 성선자극 호르몬-정밀면역검사-황체형성호르몬 LH, 누371 성선호르몬-정밀면역검사-에스트라디올 E2) 을 산정한 경우에는 아래와 같이 심사함.

- 아 래 -

- 가. 폐경 진단 시에는 난포자극호르몬 검사만 인정하고 조기 폐경인 경우 에스트라디올 검사를 추가 인정함.
- 나. 첫 1회 검사로 진단이 확실치 않은 경우 1회 추가 인정하나, 일반적으로 연령이 만 55세 이상인 경우 이미 폐경이 된 상태라고 볼 수 있으므로 합당한 사유가 있는 경우에만 인정함.
- 다. 황체형성호르몬은 폐경의 진단 및 치료에 영향을 미치지 않으므로 황체형성호르몬 검사는 인정하지 아니함.
- 라. 폐경 진단 후 호르몬치료 중에 난포자극호르몬 검사는 의미가 없으므로 인정하지 아니함.
- 마. 안면홍조 등의 폐경증상이 나아지지 않는 경우 에스트로겐의 수치를 확인하기 위한 에스트라디올 검사는 사례 별로 인정함.

[심사지침, '18.1.18. 시행]

임신관련 검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
누-570		요임신반응검사 Urine Pregnancy Test			
	D5701	가. 일반면역검사(정성)	21.86	1,780	1,610
	D5702	나. 정밀면역검사(정량)	65.10	5,300	4,780
누-571		조기양막파수검사 Premature Rupture of Membrane Test			
	D5711*	가. 일반면역검사-간이검사 +	206.00	16,770	15,140
	D5712	나. 정밀면역검사 +	222.67	18,130	16,370
누-572		태아폐성숙도검사 Fetal Lung Maturity			
	D5721	가. 진탕검사[관찰판정-육안-장비측정] Shake Test	14.10	1,150	1,040
	D5722	나. 안정포말검사[관찰판정-현미경] Stable Microbubble Test	14.20	1,160	1,040
	D5723	다. 라멜라체[혈구세포-현미경] Lamellar Body	41.58	3,380	3,060
	D5724	라. 양수 PG [화학반응-육안검사] Amniotic Fluid Phosphatidyl Glycerol	25.46	2,070	1,870
	D5725	마. 양수 L/S비[분획분석] Amniotic Fluid L/S Ratio	169.56	13,800	12,460
누-573	D5730	인히빈 에이 검사[정밀면역검사] Inhibin A	328.05	26,700	24,110
누-574	D5740*	sFlt-1/PIGF [정밀면역검사](정량)	997.62	81,210	73,330
주 : 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 별표2에 따른 요양 급여 적용					

† 별첨참조

■ 태아 피브로넥틴 정량검사의 급여기준

1. 누571나 조기양막파수검사-정밀면역검사-태아 피브로넥틴 정량검사는 조기 진통의 발견, 조기 양막 파수와 조산의 가능성을 평가하는데 유용한 검사로써 임신 만22주이상 34주이하의 임신부에서 급여기준은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

- 가. 조기분만의 경력이 있는 경우
- 나. 자궁기형이나 자궁근종 등의 병변이 확인된 경우
- 다. 다태임신으로 진통이 있는 경우
- 라. 수술이나 Damage 등으로 자궁경부에 30%이상의 결손이 있는 경우
- 마. Monitor상 자궁수축이 명확한 경우
- 바. 자궁경관무력증 등으로 자궁경부결찰술을 받은 경우
- 사. 기타 동 검사의 실시 사유가 명확한 진료담당의사 소견서를 첨부한 경우

2. 상기 1항의 급여대상 이외 임신 만34주를 초과하여 동 검사를 실시한 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.

[고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행]

■ 태아 피브로넥틴 정성검사의 산정기준

누571가 조기양막파수[일반면역검사]-간이검사-태아피브로넥틴정성검사의 소정 점수를 산정함

[기결정고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행]

■ 간이검사(조기양막파수검사, 방광암항원, 소변 세균항원)의 수가 산정방법

다음과 같은 검사항목의 경우 이차적인 후속검사를 실시하지 않은 경우에 산정함.

- 다 음 -

가. 누422가 방광암항원-[일반면역검사](정성)-간이검사 (01) NMP22

나. 누571가 조기양막파수검사-[일반면역검사]-간이검사 (02) 인슐린양성장인자결합단백질-1, (03) 태반알파마이크로글로불린-1, (04) 태아 피브로넥틴정성검사

다. 누584다 소변 세균항원-간이검사 (01) Legionella

[고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행]

■ 조기 양막파수 진단을 위해 시행하는 누571가 조기양막파수검사-일반면역검사-간이검사-인슐린양성장인자결합단백질-1, 누571가 조기양막파수검사-일반면역검사-간이검사-태반알파마이크로글로불린-1 인정여부

분만진통을 동반하지 않은 조기 양막파수(PROM)시 일차적으로 나-733 니트라진 검사를 시행하고, 임상적으로 추가 검사가 필요하다고 판단되는 경우 누571가 조기양막파수검사-일반면역검사-간이검사-인슐린양성장인자결합단백질-1 또는 누571가 조기양막파수검사-일반면역검사-간이검사-태반알파마이크로글로불린-1 을 시행하는 것이 바람직하므로, 누571가 조기양막파수검사-일반면역검사-간이검사-인슐린양성장인자결합단백질-1 또는 누571가 조기양막파수검사-일반면역검사-간이검사-태반알파마이크로글로불린-1은 이차적으로 시행시 인정함.

[심사지침, '18.1.18.]

■ 조기양막파수를 진단하기 위해 시행한 태반알파마이크로글로불린-1 검사에 대하여(3사례)

□ 청구 및 진료내역

- A사례 (여/30세)

· 상병명 : 기타 명시된 보조 단일 분만, 상세불명의 양막의 조기 파열

· 주요청구내역: 자435나(1)(가) 유도분만 (초산 제1태아) 1× 1

나56-1 태반알파마이크로글로불린-1[현장검사] × 1

· 진료내역 8/5 IUP : 38+3, Pregnancy Hx : 0-0-0-0

Pain & PROM (AM 4:00)

11:30 내원 PROM TEST (+) *검사결과지 : 8/5 ROM vag. (+)

12:30 SS enema & shaving

16:54 N - delivery

- B사례 (여/31세)

· 상병명 : 진공흡착기 분만, 상세불명의 양막의 조기 파열, 임신, 출산 및 산후기에 합병된 빈혈, 분만에 따른 요로 감염, 골반 및 회음부 통증

· 주요청구내역: 자435다(1)(가) 겸자 또는 흡입분만(초산 제1태아) 1*1

나56-1 태반알파마이크로글로불린-1[현장검사] × 1

- 진료내역 8/4 IUP : 40+6 Pregnancy Hx : 0-0-0-0
06:00 PROM at home 5AM
ROM kit #1 *검사결과지 : 8/4 ROM vag. (+)
10:00 SS enema & shaving
16:09 N - delivery

- C사례(여/28세)

- 상병명 : 이전의 제왕절개 후 질 분만, 이전의 외과수술로 인한 자궁흉터산모관리
임신, 출산 및 산후기에 합병된 빈혈, 상세불명의 양막의 조기 파열
- 주요청구내역: 자438 제왕절개술 기왕력이 있는 질식분만 1*1
나56-1 태반알파마이크로글로불린-1[현장검사] × 1

- 진료내역 8/2 IUP : 40+6 Pregnancy Hx : 1-0-0-1 (2006.6 breech c/sec)
01:00 PROM at home (8/1 8AM)
PROM (+) * 검사결과지 : ROM vag. (+)
04:00 enema
09:53 N - delivery

□ 참고

- “국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙” [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 1-가
- Aetna, AmniSure ROM (Rupture of Membranes) Test (‘08.6.6)
- 산과학 제 4판, 대한산부인과학회, 2007년
- Measurement of placental alpha-microglobulin-1 in cervicovaginal discharge to diagnose rupture of membranes. Lee SE, Obstetrics and Gynecology 2007 Mar;109(3):634-40.
- AmniSure placental alpha microglobulin-1 rapid immunoassay versus standard diagnostic methods for detection of rupture of membranes. Cousins LM, Am J Perinatol. 2005 Aug;22(6):317-20.

□ 심의내용

조기양막 파수(PROM)를 진단하는 검사인 나733 니트라진 검사, 나56-1태반알파마이크로글로불린-1 검사, 너14 인슐린양성장인자결합단백-1 검사 중 태반알파마이크로글로불린-1 검사와 인슐린양성장인자결합단백-1 검사는 민감도 및 특이도가 높은 장점이 있으나 니트라진 검사와 비교할 때 상대적으로 고가이므로 분만진통을 동반하지 않은 양막 파수의 경우에 일차적으로 니트라진 검사 시행 후 임상적으로 추가 검사가 필요하다고 판단되는 경우 시행함이 바람직함.

[공개심의사례, '09.1.16.]

감염 검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
		〈일반미생물〉			
누-582	D5821	특수배양(배양 및 동정) Culture and Identification +	355.17	28,910	26,100
		〈바이러스〉			
누-658		핵산증폭			
	D6581	가. 정성그룹 1 Qualitative Group 1 +	359.24	29,240	26,400
	D6582*	나. 정성그룹 2 Qualitative Group 2 +	487.09	39,650	35,800
	D6583*	다. 정성그룹 3 Qualitative Group 3 +	581.97	47,370	42,770
	D6584	라. 정성그룹 4 Qualitative Group 4 +	736.06	599,10	54,100
	D6585	마. 정량그룹 1 Quantitative Group 1 +	739.40	60,190	54,350
	D6586*	바. 유전자형그룹 1 Genotyping Group 1 +	574.52	46,770	42,230
누-659		핵산교잡			
	D6591	가. 동소교잡그룹 In Situ Hybridization Group +	778.27	63,350	57,200
	D6592	나. 유전자형그룹 1 Genotyping Group 1 +	574.52	46,770	42,230
		〈다종미생물〉			
누-680		핵산증폭			
		주 : 다중검사시약을 이용하여 실시한 경우 산정하되, 검사하는 균 종 수를 불문하고 소정점수만 산정한다.			
	D6801	가. 다중그룹 1 Multiplex Group 1 +	727.13	59,190	53,440
	D6802	나. 다중그룹 2 Multiplex Group 2 +	855.90	69,670	62,910
		〈매독〉			
누-690	D6900	암시야현미경검사 Dark Field Microscopy	72.28	5,880	5,310
누-691		비트레포네마검사 Nontreponemal Test			
	D6911	가. 매독반응검사[일반면역검사] (VDRL, RPR, ART) Syphilis Reagin Test	17.49	1,420	1,290
	D6912	나. 매독반응검사[일반면역검사](역가) Syphilis Reagin Test	32.11	2,610	2,360
	D6913	다. 매독반응검사[정밀면역검사] Syphilis Reagin Test	22.56	1,840	1,660
누-692		트레포네마검사 Treponemal Test			
	D6921	가. 매독감작혈구응집 [일반면역검사] Treponema Pallidum Hemagglutination Assay	76.06	6,190	5,590

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
누-693	D6922	나. 매독감작혈구응집 [일반면역검사] (역가) Treponema Pallidum Hemagglutination Assay	153.79	12,520	11,300
	D6923	다. 매독항체 [정밀면역검사] Treponemal Pallidum antibody	105.39	8,580	7,750
	D6924	라. 형광트레포네마항체흡수검사 [면역형광법] Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test(FTA-ABS)	146.76	11,950	10,790
	D6925	마. 형광트레포네마항체흡수검사 [면역형광법] (역가) Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test(FTA-ABS)	250.77	20,410	18,430
	D6931	가. 정성그룹 1 Qualitative Group 1 †	359.24	29,240	26,400

† 별첨참조

■ 산부인과 영역에서 시행하는 누 582 특수배양(배양 및 동정)검사의 급여기준

1. 산부인과 영역에서 시행하는 누 582 특수배양(배양 및 동정)검사는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

- 가. 골반염의 제 증상(CRP상승, WBC 상승, 복통, 발열 등)이 있는 경우
- 나. 임신 제 2분기 이상에서 조산의 위험 증상 (조기 양막파수, 조기 진통 등)이 있는 경우
- 다. 질 분비물이 현저히 증가하거나 악취가 나는 등 부인과적 감염이 의심되는 경우

2. 상기 1항의 급여대상 이외 산부인과 영역에서 시행하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.

[고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행]

■ 19S-IgM-CMV-FTA검사 및 19S-IgM-FTA-ABS검사의 급여여부

19S-IgM-CMV-FTA검사는 골수이식의 Donor 선정시 실시하는 검사로 누654가 정밀면역검사-바이러스항원(바이러스별) 또는 누655가 면역형광법-바이러스항원(바이러스별)검사를 준용하고, 19S-IgM-FTA-ABS검사는 선천성 매독질환 및 매독치료 경과관찰을 위해 실시하는 검사로 누692라 트레포네마검사-형광트레포네마항체흡수검사[면역형광법](정성) 또는 누692마 트레포네마검사-형광트레포네마항체흡수검사[면역형광법](역가)에 준용함.

[고시 제2018-39호, '18.3.7. 시행]

■ 중합효소연쇄반응법-제한효소절편길이다형법의 수가 산정방법

다음과 같은 검사항목의 경우 돌연변이 위치별로 산정함.

- 다 음 -

- 가. 누604가 정성그룹2 (03) 비결핵항산균(NTM) 동정검사[중합효소연쇄반응-제한효소절편길이다형법]
- 나. 누658바 유전자형그룹1 (01) Epstein-Barr Virus (EBV) [중합효소연쇄반응-제한효소절편길이다형법],

(03) 인유두종바이러스(Human Papillomavirus, HPV) [중합효소연쇄반응-제한효소절편길이다형법]
다. 누704바 약제내성그룹 1 (01) B형간염바이러스 약제내성 돌연변이(라미부딘)[중합효소연쇄반응-제한효소절편길이다형법]

[고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행]

■ 인유두종 바이러스 검사(Human Papilloma Virus, HPV검사)의 급여기준

1. 인유두종 바이러스(Human Papilloma Virus, HPV)검사의 적응증은 다음과 같이 하며, 동 기준 이외에 시행한 경우에는 비급여토록 함.

- 다 음 -

- 가. 자궁질세포병리검사상 미확정 비정형 편평세포(ASC-US) 이상의 변화된 소견이 있는 경우
- 나. 조직검사상 구인두암 또는 구인두전구암이 확인된 경우
- 다. 상기 가. 또는 나. 이후 추적검사가 필요한 경우

2. 산정방법

위 1항에 의한 적응증에 해당하는 경우 검사방법에 따른 다음 검사항목 중 1가지 검사만 인정함. 다만, 중합효소연쇄반응법(PCR)에 의한 HPV 검사인 누658가, 누658나, 누658바 검사는 여러 HPV type을 실시하더라도 소정점수의 200%까지만 산정함.

- 다 음 -

- 가. 누658가 핵산증폭-정성그룹1-인유두종바이러스
- 나. 누658나 핵산증폭-정성그룹2-인유두종바이러스
- 다. 누658바 핵산증폭-유전자형그룹1- 인유두종바이러스
- 라. 누659나 핵산교잡-유전자형그룹1-인유두종바이러스

※ ASCUS : Atypical Squamous Cell of Undetermined Significance

[고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행]

■ HPV PCR 검사결과 음성인 경우에 시행한 인유두종 바이러스 유전자형 검사(비드마이크로어레이법) 인정여부

□ 청구내역(여/34세)

- 청구 상병명: 상세불명의 자궁경부의 이형성
- 주요 청구내역

나595-27주 인유두종바이러스 유전자형검사 [비드마이크로어레이법] [진단검사의학과전문의 등 판독(C6031006)] 1*1*1

□ 진료내역

- 주요 검사결과[2015.2.9.]
검체종류 및 출처: Liquid based cytology(Surepath)
HPV nested PCR: negative
HPV Liquid Beads Microarray: negative

□ 심의내용

- 동 건(여/34)은 '상세불명의 자궁경부의 이형성' 상병에 HPV nested PCR검사결과 음성으로 확인

되었으나 ‘인유두종바이러스 유전자형검사[비드마이크로어레이법]’을 추가 시행하고, 「나595-2가 주. 인유두종바이러스 유전자형검사[비드마이크로어레이법]」수가로 청구하여 인정여부에 대하여 논의한 결과,

- 고시[제2011-124호, 제2014-77호] 및 신의료기술고시[제2012-90호]에 따르면 ‘인유두종 바이러스 유전자형검사 [비드마이크로어레이법]’은 ‘자궁경부 세포진 검사에서 세포학적 이상 소견을 보이거나 인유두종 바이러스감염 가능성이 높은 환자’, ‘인유두종바이러스 감염의심 환자 중 유전자형을 정확히 구분할 필요가 있는 환자’를 대상으로 검사하도록 하고 있음.
- 검사관련 장비의 식약처 허가사항[제허 13-110호], 관련고시, 교과서, 학회 의견에 의하면 ‘인유두종 바이러스 유전자형검사[비드마이크로어레이법]’은 증폭된 중합효소연쇄반응(Polymerase Chain Reaction, PCR) 산물을 이용하는 검사로 단계적으로 실시해야 한다는 의견임.
- 동 건에서 5년전 자궁경부이형성증 상병에 시행한 자궁 경부 환상 투열 절제술(Large Loop Excision of Transformation Zone, LLETZ)은 자궁경부이형성증 2기(Cervical intraepithelial neoplasia II, CINII) 이상인 경우 적용하는 시술로, ‘자궁경부 세포진 검사상 이상 소견’에 해당됨.
 - 또한, ‘이중 중합효소 연쇄반응 Nested PCR-HPV’ 검사와 ‘인유두종 바이러스 유전자형검사[비드마이크로 어레이법]’ 검사를 동일 시행하였고, 두 검사결과 모두 음성이 확인됨.
- 따라서, 증폭된 중합효소연쇄반응(Polymerase Chain Reaction, PCR) 산물을 이용하지 않고, ‘이중 중합효소 연쇄반응 Nested PCR-HPV’ 검사결과 음성에 시행한 ‘인유두종 바이러스 유전자형검사 [비드마이크로어레이법]’은 적절하지 않은 검사로 판단되는 바 요양급여로 인정하지 아니함. 다만, 추후 「너-563나 이중 중합효소연쇄반응 Nested PCR HPV」검사로 청구 가능함을 안내하도록 함.

□ 참고

- HARRISON'S 내과학 제1권, 18판. 대한내과학회 편. 도서출판 MIP, 2013.
- 진단검사의학 제4판, 대한진단검사의학회, 이퍼블릭, 2009.
- Qinghua Feng, et al. Development and Evaluation of a Liquid Bead Microarray Assay for Genotyping Genital Human Papillomaviruses. JOURNAL OF CLINICAL MICROBIOLOGY, Mar. 2009, 547-53.
- Ying Li, et al. Detection of human papillomavirus genotypes with liquid bead microarray in cervical lesions of northern Chinese patients. Cancer Genetics and Cytogenetics 182 (2008) 12-17.

[공개심의사례, '15.8.31.]

■ 진료내역 참조, 나595-2 인유두종바이러스 유전자형검사 인정여부

□ 청구내역

- A사례(여/50세)
 - 청구 상병명: 자궁경부의 염증성질환, 달리 분류되지 않은 중증 자궁경부이형성, 여성생식기관 검사물의 세포학적 이상소견
 - 주요 청구내역
나595-2나 인유두종바이러스 유전자형검사 [PCR-제한효소절편 질량다형법] [진단검사의학과전문의 등 판독] 1*1.1*1
- B사례(여/78세)
 - 청구 상병명: 여성생식기관 검사물의 세포학적 이상소견
 - 주요 청구내역

나595-2가 인유두종바이러스 유전자형검사 [DNA Microarray법] [진단검사의학과전문의 등 판독] 1*1.1*1

○ C사례(여/48세)

- 청구 상병명: 상세불명의 불규칙월경, 자궁경부의 염증성 질환, 외음 및 질의 칸디다증(N77.1*), 상세불명의 자궁경부의 이형성
- 주요 청구내역

나595-2가 인유두종바이러스 유전자형검사 [DNA Microarray법] [진단검사의학과전문의 등 판독] 1*1.1*1

□ 심의결과

- 동 건(3사례)의 A사례는 자궁경부 세포진 검사 상 이상소견(ASCUS 이상)있는 경우로 이후 추적검사가 필요한 경우에 해당하므로 요양급여로 인정함. B사례의 경우 자궁경부 세포진 검사 상 이상소견(ASCUS 이상)있어 2주 후 인유두종바이러스 검사를 시행한 경우이므로 요양급여로 인정함. C사례의 경우 자궁경부 세포진 검사 상 이상소견(ASCUS 이상)의 결과가 확인되지 않은 상태에서 시행한 인유두종바이러스 검사로 요양급여로 인정하지 않음.

□ 심의내용

- 보건복지부 고시 제2011-124호에 의하면, 인유두종바이러스(HPV, Human Papilloma Virus)검사는 가)자궁경부 세포진 검사 상 이상 소견(ASCUS 이상)이 있는 경우, 나)조직검사 상 구인두암 또는 구인두전구암이 확인된 경우, 다) 상기 가) 또는 나) 이후 추적검사가 필요한 경우 등의 적응증에 해당하는 경우에 인정하도록 하고 있음.
- 교과서, 임상문헌에 의하면, 자궁경부 세포진 검사 상 이상 소견[비정형편평상피세포(ASCUS이상)]이 나온 경우 인유두종바이러스 검사(Human Papilloma Virus, HPV)를 실시하도록 하고 있음.
- 관련학회의견 및 임상진료지침에 따르면, 20세 이상의 여성에서 자궁경부세포진 검사(액상포함) 결과 비정형편평상피세포 (ASCUS) 또는 비정형선세포 (AGUS) 이상이 나온 경우(LSIL, CIN1, CIN2, CIN3 포함) HPV test를 실시하도록 함.
- 따라서, 진료내역 등을 참조하여, 아래와 같이 사례 결정함.

- 아 래 -

▶ A사례(여/50세)

: A사례는 '15.9.19. 자궁질도말세포병리검사(Pap smear) 상 저등급상피세포변성(LSIL), '15.10.5. 병리조직검사 상 중증도 상피이형성증(Moderate dysplasia), 인유두종바이러스 유전자형검사 실시하여 고위험군 양성 유전자형 16번 나온 후 '16.3.22. 인유두종바이러스 유전자형검사 실시한 사례로 자궁경부 세포진 검사 상 이상소견(ASCUS 이상) 있어 이후 추적관찰을 위해 실시하였으므로 요양급여로 인정함.

▶ B사례(여/78세)

: B사례는'16.3.3. 자궁질도말세포병리검사 상 비정형편평상피세포(ASCUS) 있어 2주 후인'16.3.17. 인유두종바이러스 유전자형검사(HPV genotype) 시행하여 음성 나온 사례로 자궁경부 세포진 검사 상 이상 소견(ASCUS 이상)으로 인유두종바이러스 검사를 실시하였으므로 요양급여로 인정함.

▶ C사례(여/48세)

: C사례는 '16.3.4. 부인과 세포병리(Gynecological cytology) 2등급(Class 2), 같은 날 시행한 인유두종바이러스 유전자형검사(HPV genotype) 음성 나온 사례로 자궁경부 세포진 검사 상 이상소견(ASCUS 이상)의 결과가 확인되지 않은 상태에서 시행한 인유두종바이러스 검사는 요양급여로 인정하지 않음.

□ 참고

- 인유두종바이러스 검사 인정기준 (보건복지부 고시 제2011-124호, 2011.11.1.)
- 대한내과학회. HARRISON'S 내과학 제1권. 18판. MIP. 2013.
- 대한진단검사의학회. 진단검사의학. 제4판. 이퍼블릭. 2009.
- 민경진외. 자궁경부암 검진 권고안. J Korean Med Assoc. 2015.
- 이은희 et al. 제한효소질량다형법을 이용한 인유두종바이러스 유전형 검사법의 임상적 유효성. J Lab Med Qual Assur 2008 ; 30 : 291-9.
- Ted E. Schutzbank, et al. Detection of High-Risk Papilloma virus DNA with Commercial Invader-Technology-Based Analyte-Specific Reagents following Automated Extraction of DNA from Cervical Brushings in ThinPrep Me. J. Clin. Microbiol. December 2007 vol. 45 no. 12 4067-4069.
- Anna K. Wong, et al. Invader Human Papilloma virus (HPV) Type 16 and 18 Assays as Adjuncts to HPV Screening of Cervical Papanicolaou Smears With Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance. Cancer 2009;115:823-32.
- 질병관리본부. 감염병연구. 바이러스질환. 제21장 Human Papilloma Virus 감염증. 2012.

[공개심의사례, '16.8.31.]

■ **난소의 자궁내막증 및 상세불명의 복통 상병에 시행한 하부요로생식기 및 성매개감염원인균검사 인정여부**

□ 청구내역

[A기관]

- A사례(여/39세)
 - 청구 상병명: 외음 및 질의 칸디다증(초진)
 - 주요 청구내역
나589-1가 하부요로생식기 및 성매개감염원인균 1*1*1

- B사례(여/81세)
 - 청구 상병명: 외음 및 질의 칸디다증(초진)
 - 주요 청구내역
나589-1가 하부요로생식기 및 성매개감염원인균 1*1*1

[B기관]

- C사례(여/57세)
 - 청구 상병명: 외음 및 질의 칸디다증(초진)
 - 주요 청구내역
나595-5라 하부요로생식기 및 성매개감염원인균 1*1*1

- D사례(여/52세)
 - 청구 상병명: 외음 및 질의 칸디다증(초진)
 - 주요 청구내역
나595-5라 하부요로생식기 및 성매개감염원인균 1*1*1

□ 심의내용

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1]에 의하면 요양급여는 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법 및 경제적으로 비용효과적인 방법으로 행하여야 하며, 각종 검사를 포함한 진단 및 치

료행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 하며 연구의 목적으로 하여서는 아니된다고 명시하고 있으며,

- 의료법 제22조에 의료인은 각각 진료기록부·조산기록부 또는 간호기록부를 비치하여 그 의료행위에 관한 사항과 소견을 상세히 기록하고 서명하여야 하며 의료법 시행규칙 제17조에 의하면 진료기록부에는 진료를 받은 자의 주소·성명·주민등록번호·병력 및 가족력, 주된 증상, 진단결과, 진료경과 및 예견, 치료내용(주사, 투약, 처치 등)을 한글과 한자로 기재하여야 한다 라고 규정하고 있음.
- 동 요양기관들(2개 기관)은 하부요로생식기 및 성매개 감염 원인균검사가 '14.11.1. 신의료기술에서 급여 수가로 신설된 이후 검사료 및 수진자당 진료비가 급등한 기관으로 성매개 감염균 검사를 다빈도로 시행하는 경향임.
진료기록부 검토 결과, 진료 내용이 일률적으로 기재되어 있어 의학적 타당성 및 신빙성이 결여된다고 판단되고, 검사는 정도에 따라 순차적으로 시행함이 타당하므로 초진에 시행한 나589-1(가)하부 요로생식기 및 성매개 감염 원인균[다중 중합효소연쇄반응법]검사, 나595-5(라)하부 요로생식기 및 성매개 감염 원인균 [다중 실시간 중합 효소연쇄반응법] 검사는 인정하지 아니함.

□ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 의료법 제22조(진료기록부 등)

[공개심의사례, '15.11.30.]

■ **난소의 자궁내막증 및 상세불명의 복통 상병에 시행한 하부요로생식기 및 성매개감염원인균검사 인정여부**

□ 청구내역

- 상병명(24세/여)(입원 3일)
난소의 자궁내막증
상세 불명의 복통
- 주요청구내역
나589-1가 하부요로생식기 및 성매개감염원인균(질편모충, 마이코플라스마 호미니스, 마이코플라스마 제니탈리움, 클라미디아 트라코마티스, 임균, 우레아플라스마 우레알리티쿰)[다중 실시간 중합효소연쇄반응법] 1×1 ▶ 인정

□ 진료내역

- 진단명: Ovary endometrial cyst
- 경과 기록
 - 내원전일 22시부터 시작된 Abdominal pain을 주소로 응급실로 내원함.
이전과 pain양상은 비슷하다고 하지만 이전 생리통과는 다르다고 함.
low abdomen RLQ Td(+), RTd(-), 입원시 fever 37.9
 - GY Sono(5.30일)
Abdomen erect 상 RLQ 위치에 Fecal impaction 소견, RLQ adhesion 가능성.
 - 과거력: vaginal bleeding(-) vaginal discharge(-)

○ 5.30일 검사 실시

검사명	결과	참고치
Ureaplasma urealyticum PCR	Positive	Negative
CRP	1.59	(0~0.5mg/dl)
WBC	11.31	(4.0~10.0*9/L)

□ 심사결과

- 복통 및 열(37.9℃)이 있어 응급실에 내원한 24세의 환자로, CRP 및 WBC 상승, 하복부 압통 등의 소견으로 시행한 하부요로생식기 및 성매개감염원인균 검사 인정함

□ 관련근거

- 나589-1가 하부요로생식기 및 성매개감염원인균(보건복지부 고시 제2014-195호, 2014.11.1.) 행위정의 : 하부 요로생식기 및 성매개 감염 의심자를 대상으로 다중 실시간중합효소연쇄반응법으로 원인균 6종 (질편모충, 마이코플라스마 호미니스, 마이코플라스마 제니탈리움, 클라미디아 트라코마티스, 임균, 우레아플라스마우레알리티쿰)의 감염 여부를 동시 확인하는 정성 검사임

[공개심사사례, '15.9.7.]

■ 상세불명의 장폐색증 및 상세불명의 자궁의 평활근종 상병에 시행한 하부요로생식기 및 성매개감염 원인균 검사 인정여부

□ 청구내역

- 상병명(37세/여)(입원 1일)
상세불명의 장폐색증
상세불명의 자궁의 평활근종
- 주요청구내역
나589-1가 하부요로생식기 및 성매개감염원인균(질편모충, 마이코플라스마호미니스, 마이코플라스마 제니탈리움, 클라미디아 트라코마티스, 임균, 우레아플라스마 우레알리티쿰)[다중 실시간 중합효소연쇄반응법] 1×1
- ▶ 조정

□ 진료내역

- 진단명: Myoma uteri
- 경과 기록
 - 5.19일 22:30부터 명치부위 통증과 10차례 이상 반복되는 구토증상이 나타나 본원 응급실 내원. 어제 생리 시작하였는데 양이 많지는 않다고 함. 2008년에 본원에서 Rt. oophorectomy with myomectomy 수술 후 계속 가임시도 하였으나 계속 실패하였다고 함
 - vaginal discharge(-), vaginal bleeding(-), PID Hx.(-)
 - 5.20. CT abdomen & Pelvis(enhance)
 - probable prominent paralytic ileus with minimal adhesive ileus change
 - probable multiple subserosal and intramural uterine myomas
- 5.20일 검사 실시

검사명	결과
STD Multiplex real time PCR(6종)	Negative

□ 심사결과

- 명치부위 통증 및 구토 증상으로 응급실로 내원한 환자로, 하부요로 생식기 등 관련 상병 및 임상소견이 확인되지 않고 복부, 골반 CT에서도 paralytic ileus, uterine myoma임이 확인되므로 하부요로생식기 및 성매개 감염 원인균 검사를 인정하지 아니함

□ 관련근거

- 나589-1가 하부요로생식기 및 성매개감염원인균(보건복지부 고시 제2014-195호, 2014.11.1.) 행위정의 : 하부 요로생식기 및 성매개 감염 의심자를 대상으로 다중 실시간 중합효소연쇄반응법으로 원인균 6종 (질편모충, 마이코플라스마 호미니스, 마이코플라스마 제니탈리움, 클라미디아 트라코마티스, 임균, 우레아플라스마, 우레알리티쿰)의 감염 여부를 동시 확인하는 정성 검사임

[공개심사사례, '15.9.7.]

■ 기타 및 상세불명의 급성 충수염 및 상세불명의 여성골반의 염증성 질환 상병에 시행한 하부요로 생식기 및 성매개감염원인균검사 인정여부

□ 청구내역

- 상병명(38세/여)(입원 1일)
기타 및 상세불명의 급성 충수염
상세불명의 여성골반의 염증성 질환
- 주요청구내역
나589-1가 하부요로생식기 및 성매개감염원인균(질편모충, 마이코플라스마 호미니스, 마이코플라스마 제니탈리움, 클라미디아 트라코마티스, 임균, 우레아플라스마 우레알리티쿰)[다중 실시간 중합효소연쇄반응법] 1×1 ▶ 조정

□ 진료내역

- 진단명: 추정PID
- 응급실 경과기록
- Abdominal pain, RUQ
- vaginal discharge(-), vaginal bleeding(-), T/RT (-/-)
- 5.23일 CT abdomen & Pelvis (enhance)
→ Normal appearing appendix, No definite evidence of pelvic inflammatory disease.
- 5.23일 검사 실시

검사명	결과
STD Multiplex real time PCR(6종)	Negative

□ 심사결과

- 상복부 동통으로 입원한 환자로, 진찰소견 및 복부, 골반 CT 상 PID소견이 확인되지 않고, 임상적 증상 또한 확인되지 않아 하부요로생식기 및 성매개감염 원인균 검사를 인정하지 아니함

□ 관련근거

- 나589-1가 하부요로생식기 및 성매개감염원인균(보건복지부 고시 제2014-195호, 2014.11.1.) 행위정의 : 하부 요로생식기 및 성매개 감염 의심자를 대상으로 다중 실시간 중합효소연쇄반응법으로 원인균 6종 (질편모충, 마이코플라스마 호미니스, 마이코플라스마 제니탈리움, 클라미디아 트라코마티스, 임균, 우레아플라스마 우레알리티쿰)의 감염 여부를 동시 확인하는 정성 검사임

[공개심사사례, '15.9.7.]

세포병리검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
나-562	C5620	세포병리검사 Cytopathology Examination 주 : 1. 「가(2)」, 「가(3)」, 「나(2)」, 「나(3)」에서 조직절편제작 검사를 별도로 시행하는 경우에는 88.77점을 별도 산정한다. 다만, 「가(2)」의 조직절편제작 검사는 병리과 전문의 또는 구강병리과가 설치된 요양기관의 치과의사가 판독하고 판독소견서를 작성·비치한 경우에만 산정한다.		7,230	6,520
	C2561	2. 당해 요양기관에 상근하는 병리과 전문의가 외부슬라이드를 판독하고 판독소견서를 작성·비치한 경우에는 소정점수의 20%를 산정한다.		1,720	1,550
	C2562			2,010	1,810
	C2563			3,010	2,720
	C2564	다만, 「가(2)주1」의 경우에는 「가(2)」소정점수의 20%를 산정한다. (⊙ 가(1) ¹⁾ , 가(2) ²⁾ , 가(3) ³⁾ , 나(1) ⁴⁾ , 나(2) ⁵⁾ , 나(3) ⁶⁾)		6,580	5,940
	C2565			6,780	6,120
	C2566			5,890	5,320
		가. 일반세포검사 General Cytopathologic Examination			
	C5621	(1) 자궁질 세포병리검사 Cervicovaginal Cytopathology 주 : 병리과 전문의 또는 관련분야에 대하여 교육받은 전문의가 판독하고 판독소견서를 작성·비치한 경우에만 산정한다.	105.40	8,580	7,750
	C5622	(2) 체액 세포병리검사 Body Fluid Cytopathology	123.40	10,040	9,070
	C5627	주 : 1. Cyto-centrifuge 를 이용한 경우에는 128.53점을 산정한다. 2. 객담, 뇨, Wound Discharge에 대하여 검사를 실시한 경우에도 소정점수를 산정한다.		10,460	9,450
	C5623	(3) 흡인 세포병리검사 Aspiration Cytopathology 주 : 1. 병리과 전문의 또는 구강병리과가 설치된 요양기관의 치과의사가 판독하고 판독소견서를 작성·비치한 경우에만 산정한다. 2. NAB(Needle Aspiration Biopsy) 응급진단료 경우에도 소정점수를 산정한다.	184.85	15,050	13,590
		나. 액상세포검사 Liquid-Based Cytopathologic Examination			
	C5624	(1) 자궁질 세포병리검사 Cervicovaginal Cytopathology 주 : 병리과 전문의가 판독하고 판독소견서를 작성·비치한 경우에만 산정한다.	404.23	32,900	29,710

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
	C5625	(2) 체액 세포병리검사 Body Fluid Cytopathology 주 : 1. 병리와 전문의가 판독하고 판독소견서를 작성·비치한 경우에만 산정한다. 2. 객담, 뇨, Wound Discharge에 대하여 검사를 실시한 경우에도 소정점수를 산정한다.	416.52	33,900	30,610
	C5626	(3) 흡인 세포병리검사 Aspiration Cytopathology 주 : 병리와 전문의 또는 구강병리과가 설치된 요양기관의 치과 의사가 판독하고 판독소견서를 작성·비치한 경우에만 산정한다.	361.73	29,440	26,590

■ 나562나(1) 세포병리검사-액상세포검사-자궁질 세포병리검사 의 급여기준

나562나(1) 세포병리검사-액상세포검사-자궁질 세포병리검사의 급여기준은 다음과 같이 함

- 다 음 -

- 가. 자궁경부 세포진 검사상 미확정 비정형 편평세포(ASC-US) 이상 또는 비정형 선세포(AGC) 이상의 변화된 소견을 보여 추적 관찰이 필요한 경우
- 나. 인유두종 바이러스 검사에서 이상이 있어 추후 관찰이 필요한 경우
- 다. 자궁경부암 전단계 또는 자궁경부암으로 진단되어 치료를 받은 후 재발여부를 평가하는 경우
- 라. 자궁경부 출혈이나 polyp이 있는 경우

※ASCUS : Atypical Squamous Cell of Undetermined Significance

※AGC: Atypical Glandular Cell

[고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행]

■ Pap smear(채취료) 자궁경부암검사(채취료)

나562가(1) 세포병리검사-일반세포검사-자궁질 세포병리검사의 소정점수에 포함됨.

[기결정고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행]

생식, 임신 및 분만

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
나-730	E7300	정액검사 Semen Analysis	56.61	4,610	4,160
나-730-1	E7301	정자정밀형태검사 Sperm Strict Morphology Test 주 : 1. 정자의 형태를 엄격한 기준(Kruger Criteria 등)에 따라 현미경으로 정밀하게 관찰 및 분석한 경우에 산정한다. 2. 정액검사는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.	165.95	13,510	12,200
나-731	E7310	자궁경관점액검사 Cervical Mucus Test	91.32	7,430	6,710
나-732		분만전감시 Intrapartum Maternal and Fetal Monitoring 주 : 1. 「가」와 「나」는 동시에 산정할 수 없다. 2. 분만, 둔위분만, 제왕절개술 기왕력이 있는 질식분만의 시술 시 1회만 산정하되, 질식분만을 위하여 6시간 이상 분만전 감시를 실시하였으나, 부득이하여 제왕절개술 및 자궁적출술 또는 제왕절개만출술을 시행한 경우에도 1회 산정한다.			
		가. 전자태아감시 Electric Fetal Monitoring			
	E7321	(1) 12시간 이내	787.30	64,090	57,870
	E7322	(2) 12시간 초과	1,135.22	92,410	83,440
		나. 일반태아감시 Doppler Fetal Monitoring			
	E7323	(1) 12시간 이내	578.33	47,080	42,510
	E7324	(2) 12시간 초과	964.72	78,530	70,910
나-732-1	E7325	비자극검사 Non Stress Test 주 : 입원 중 나-732 분만전감시와 같은 날에 실시한 경우에는 별도 산정하지 아니한다.	446.19	36,320	32,790
나-732-2	E7326	태아심음자궁수축검사 [1일당] Cardiotocography 주 : 1. 입원 중 나-732 분만전감시와 같은 날에 실시한 경우에는 별도 산정하지 아니한다. 2. 나-732-1 비자극 검사와 동시에 산정할 수 없다.	580.12	47,220	42,640
나-733	E7330	니트라진검사 Nitrazine Test	47.42	3,860	3,490
나-734		난관소통검사 Tubal Patency Test			
	E7341	가. 통색소검사 Dye Test	393.83	32,060	28,950
	E7342	나. 통수검사 Hydrotubation	403.85	32,870	29,680

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
나-735	E7343	다. 카이모그래피 Kymography 항정자항체검사 Antisperm Antibody Test 주 : 간접법의 정자채취 및 정자공여자에 대한 검사비용과 직접법의 검사과정 중 정액검사는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.	399.80	32,540	29,390
	E7351	가. 직접법	86.09	7,010	6,330
나-736	E7352	나. 간접법	140.54	11,440	10,330
	E7360	자궁경부암 병기설정검사 [전신마취하] Pelvic Recto-Vaginal Examination under Anesthesia	601.71	48,980	44,230
나-737	E7370	임신성 100g 경구 포도당부하검사 관리료 100g Glucose Tolerance Test Management for Pregnant Woman	98.00	7,980	7,200
너-891	EX891	자궁경관점액양치상검사 Fern Test of Cervical Mucus	107.57	8,760	7,910
너-892	EX892	성교후 경관점액통과검사 Post Coital Test 주 : 성교후 자궁경관점액에 존재하는 활동성있는 정자의 수를 현미경으로 관찰하는 경우에 산정한다.	149.24	12,150	10,970
너-893	EX893	정액과당 정량측정 Semen Fructose Quantification	67.39	5,490	4,950

■ 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. 영양급여대상 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 인정회수를 초과하여 시행한 경우에는 전액 본인부담토록 함

10) 50g 경구 포도당부하검사

임신 24~28주 사이에 1회만 인정하고, 해당 수기로는 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, '18.1.1. 시행]

■ 산전 진찰의 해석적 보고 Interpretative report for prenatal screening test의 산정기준

해당 검사료 소정점수에 포함됨

[기결정고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행]

■ 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, '13.3.1. 시행]

■ 태아심음자궁수축검사와 비자극검사의 차이점은?

- 금번 신설된 나732-2 태아심음자궁수축검사는 나732-가 분만전감사-전자태아감시, 나732-1 비자극검사와 동일한 장비를 사용하나 실시대상과 목적이 다릅니다.

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

[보험급여과-925, '13.3.5.]

■ 유도분만을 시도하는 산모의 분만 시, 태아심음자궁수축검사와 분만전감시의 수가산정방법은?

- 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

[보험급여과-925, '13.3.5.]

■ 비자극검사(NST)에 대한 질의회신

○ 주요내용

1. 질의회신

- 자궁의 수축여부를 보기 위해 실시한 경우 비자극검사로 산정가능한지 여부 : 비자극검사의 실시목적은 고위험산모 등에게 자궁수축이 없는 상태에서 태아심박수를 보는 태아안녕검사임.
따라서, 자궁수축(조기진통여부)을 보기 위해 실시하는 진통감시(Tocogram)나 자궁수축검사(Contraction Stress Test)는 기존의 나-732 분만전감시 '주2'에 따라 산정하여야 함.
- 임신28주 이전에 비자극검사 실시 시 인정여부 : 비자극검사는 통상적인 태동시기를 고려하여 임신28주 이후에 실시한 경우에만 인정함.
- 나732-가 분만전감시-전자태아감시와 동일한 장비를 사용하는지 여부 : 사용장비는 동일하나 Monitor 방법별 검사종류에 따라 실시목적, 적응증, 실시방법이 다름.
- 다테임신인 경우 비자극검사 2회 산정이 가능한지 : 다테임신인 경우라 하더라도 비자극검사는 1회만 산정가능

[비자극검사(nonstress test)와 자궁수축검사(tocodynamometry)비교]

- 비자극검사는 임신28주이후, 태아 안녕상태를 보기 위해 실시하며, 임부의 자궁수축여부가 없음.
자궁수축검사(진통감시)는 임신 16주 이후, 자궁수축여부 확인을 위해 실시함.
장비는 cardiotocography 같은 장비를 사용함.

[보험급여과-999, '09.3.18.]

■ 임신부에게 실시하는 100g 경구 포도당부하검사의 급여기준

임신부에게 실시하는 100g 경구 포도당부하검사는 임신으로 인한 생리적 변화에 의해 발생하는 임신성 당뇨병을 진단하는 검사방법으로 급여기준은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

가. 적용대상

50g 경구 포도당부하검사 결과 140mg/dl(임신성 당뇨병의 고위험군은 130mg/dl) 이상인 경우에 인정함.

※ 임신성 당뇨병의 고위험군

: 소변검사상 당 검출, 4kg 이상의 거대아 분만력, 선천성 기형아 출산력, 당뇨의 가족력, 원인불명의 자궁내 태아사망의 분만력, 비만, 양수과다증, 임신주수에 비해 거대아인 경우, 임신성 당뇨병의 과거력 등

나. 수가산정방법

- 1) Glucose 측정 시 수기료는 누302나 당검사[화학반응-장비측정](정량)으로 산정하고, 부하검사 시 사용된 약제는 별도 인정함.
- 2) 위 1) 이외에 '나693나 경구 포도당부하 검사' 또는 '나737 임신성 100g 경구 포도당부하검사 관리료'를 별도 산정하는 경우 세부적인 기준은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제2장 제3절 [내분비 기능 검사] '주1·2' 또는 「임신성 100g 경구 포도당부하검사 관리료 급여기준」에 따름.

[고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행]

■ 임신성 100g 경구 포도당부하검사 관리료 급여기준

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

- 다 음 -

1. 임신부에게 실시하는 100g 경구 포도당부하검사 과정에서 발생 가능한 부작용(구토, 어지러움), 태아 등을 모니터링 및 관리하고, 검사 전·후 상태 및 검사결과에 대한 판독소견을 기록한 경우에 산정함.
2. Glucose를 4회 측정할 경우에 산정하며, 검체검사료는 누302나 당검사[화학반응-장비측정](정량)의 소정점수를 별도 산정함.
3. 나693나 경구 포도당부하검사와 동시에 산정할 수 없음.

[고시 제2018-39호, '18.3.7. 시행]

내시경

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
		[내 시 경] 주 : 1. 기기(Scopy, Fibroscopy, Microscopy)의 종류를 불문하고 소정점수를 산정한다. 2. 만1세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 50%를, 만1세 이상 만6세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 30%를 가산한다.(산정코드 첫 번째 자리에 만1세 미만은 A, 만1세 이상~만6세 미만은 B로 기재) 다만, 내시경 세척·소독료는 적용하지 아니하고, 진정내시경 환자관리료는 해당 분류번호의 주사항의 가산율을 적용한다. 3. 내시경하 생검을 하는 경우 해당 내시경 점수의 20%를 산정한다.(산정코드 두 번째 자리에 1로 기재) 4. 나762, 나764에 내시경하 채담도내점막세포 채취용 치료재료를 이용하여 Brushing을 하는 경우 해당 내시경 점수의 20%를 산정한다.(산정코드 두 번째 자리에 2로 기재) 다만, 내시경하 생검과 중복산정하지 아니한다.			
나-771	E7710	자궁경검사 Hysteroscopy	1,014.79	82,600	74,590
나-772		질확대경검사 Colposcopy			
	E7721	가. 단순 Simple	180.55	14,700	13,270
	E7722	나. 자궁내구경사용 with Endocervical Speculum	224.64	18,290	16,510
나-773	E7730	방광경검사 Cystoscopy	1,653.62	134,600	121,540
나-774		요관경검사 [요관점막하 주입 포함] Ureteroscopy			

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
나-775	E7741	가. 연성요관경 Flexible Ureteroscopic	5,306.84	431,980	390,050
	E7740	나. 경성요관경 Rigid Ureteroscopic	4,088.65	328,750	296,840
	E7750	요도경검사 [약물 주입 포함] Urethroscopy	912.32	74,260	67,060
		[천 자]			
나-811		주 : 1. 천자를 치료목적(약물주입 또는 지속적인 배액)으로 실시한 경우에는 본 분류항목 소정점수의 30%를 가산한다.(산정코드 두 번째 자리에 1로 기재) 다만, 「나-811 양수천자」에 대하여는 그러하지 아니한다. 2. 만1세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 50%를, 만1세 이상 만6세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 30%를 가산한다.(산정코드 첫 번째 자리에 만1세 미만은 A, 만1세 이상~만6세 미만은 B로 기재)			
		양수천자 Amniocentesis			
	C8111	가. 치료목적 [지속적 배액] Therapeutic Amnioreduction	3,646.93	296,860	268,050
	C8112	나. 기타의 경우 Others	2,487.21	202,460	182,810
		[일반생검]			
나-857		주 : 1. 세침흡인생검을 실시한 경우에도 각 항목의 소정점수를 산정한다. 2. 유도 생검시 영상장치(투시, CT 등)를 이용한 경우에 유도비용은 제3장 제1절 및 제2절에 의하여 산정한다. 3. 만1세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 50%를, 만1세 이상 만6세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 30%를 가산한다.(산정코드 첫 번째 자리에 만1세 미만은 A, 만1세 이상~만6세 미만은 B로 기재) 4. 생검 시 Biopsy Gun을 사용한 경우, 사용된 Biopsy gun과 Coaxial guide needle은 별도 산정한다.			
		자궁내막조직생검 Biopsy of Endometrium			
		C8573 가. 흡인생검 Aspiration or Suction Biopsy	365.04	29,710	26,830
		C8574 나. 단순소파생검 Simple Curettage	508.36	41,380	37,360
		C8575 다. 자궁경내소파술 Endocervical Curettage	601.77	48,980	44,230
		C8572 라. 구획소파생검 Fractional Curettage	910.32	74,100	66,910
나-857-1	C8576	자궁경부 착공생검 Cervix Punch Biopsy	328.55	26,740	24,150

■ Amnioscopy 수가 산정방법

양수경검사(Amnioscopy)는 나771 자궁경검사에 준용하여 산정함.

[고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행]

초음파

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
나-940		주 : 1. 만1세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 50%를, 만1세 이상 만6세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 30%를 가산한다.(산정코드 첫 번째 자리에 만1세 미만은 A, 만1세 이상~만6세 미만은 B로 기재) 2. 도플러 검사를 실시한 경우 소정점수의 10%를 가산한다(산정코드 두 번째 자리에 1로 기재). 다만, 「나-940」, 「나-943」, 「나-948」, 「나-952」, 「나-956」, 「나-961」은 소정점수에 포함되어 있으므로 그러하지 아니한다. 3. 조영제를 사용하여 검사한 경우 소정점수의 30%를 가산하고(산정코드 두 번째 자리에 2로 기재), 검사 시 사용된 조영제는 별도 산정한다. [기본초음파] 단순초음파			
	EB401	가. 단순초음파(Ⅰ) One Point Ultrasonography	130.01	10,580	9,560
	EB402	나. 단순초음파(Ⅱ) Simple Ultrasonography	260.03	21,170	19,110
나-943		[진단초음파] 주 : 제한적 초음파는 해당검사 소정점수의 50%를 산정한다(산정코드 세 번째 자리에 1로 기재). 심장			
		가. 경흉부 심초음파 Transthoracic Echocardiography			
	EB430	주 : 선천성 심질환에 검사를 실시한 경우 295.85점을 별도 산정한다.		24,080	21,740
	EB431	(1) 단순 Simple	937.12	76,280	68,880
	EB432	(2) 일반 General	1,479.23	120,410	108,720
	EB433	(3) 전문 Advanced	2,156.86	175,570	158,530
		나. 부하 심초음파 Stress Echocardiography			
EB434	(1) 약물부하 Pharmacologic Stress	2,566.32	208,900	188,620	
EB435	(2) 운동부하 Exercise	2,440.07	198,620	179,350	

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
나-944	EB436	다. 태아정밀 심초음파 Detailed Fetal Echocardiography	3,241.07	263,820	238,220
		복부			
		가. 복부 초음파 Abdominal Ultrasonography			
		(1) 간담낭·담도·비장·췌장 Liver·Gallbladder·Bile duct·Spleen·Pancreas			
	EB441	(가) 일반 General	1,021.64	83,160	75,090
	EB442	(나) 정밀 Detailed	1,517.17	123,500	111,510
	EB443	(2) 충수 Appendix	932.49	75,900	68,540
	EB444	(3) 소장·대장 Small Bowel·Colon	933.20	75,960	68,590
	EB445	(4) 서혜부 Inguinal region	644.31	52,450	47,360
	EB446	(5) 직장·항문 Rectum·Anus	1,098.26	89,400	80,720
	EB447	주 : 항문 초음파만 시행한 경우 915.21점을 산정한다.		74,500	67,270
		나. 비뇨기계 초음파 Urinary System Ultrasonography			
	EB448	(1) 신장·부신·방광 Kidney·Adrenal Gland·Bladder	821.83	66,900	60,400
	EB449	(2) 신장·부신 Kidney·Adrenal Gland	742.68	60,450	54,590
	EB450	(3) 방광 Bladder	669.97	54,540	49,240
		다. 남성생식기 초음파 Male Genital Ultrasonography			
	EB451	(1) 전립선·정낭 Prostate·Seminal Vesicle(Transrectum)	963.88	78,460	70,850
	EB452	주 : 경복부(Transabdomen)로 실시한 경우 535.97점을 산정한다.		43,630	39,390
	EB453	(2) 음경 ³⁾ ·음낭 ⁴⁾ Penis·Scrotum	757.35	61,650	55,670
	EB454				
		라. 여성생식기 초음파 Female Genital Ultrasonography			
	EB455	(1) 일반 General	866.76	70,550	63,710
	EB456	주 : 자궁내 생리식염수를 주입하여 검사한 경우에는 1,108.73점을 산정한다.		90,250	81,490
EB457	(2) 정밀 Detailed	1,270.03	103,380	93,350	
나-951		임산부			
		가. 제1삼분기 First Trimester			
	EB511	(1) 일반 General	678.69	55,250	49,880
	EB512	주 : 임신 여부만을 확인한 경우에는 460.55점을 산정한다.		37,490	33,850
	EB513	(2) 정밀 Detailed	1,211.10	98,580	89,020

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
	EB514	주 : 기형아(Anomaly)를 정밀 계측한 경우 1,553.20점을 산정한다. 나. 제2, 3삼분기 Second, Third Trimester		126,430	114,160
	EB515	(1) 일반 General	960.72	78,200	70,610
	EB516	주 : 고위험 임신의 경우 1,248.93점을 산정한다.		101,660	91,800
	EB517	(2) 정밀 Detailed	2,058.94	167,600	151,330
	EB518	주 : 기형아(Anomaly)를 정밀 계측한 경우 2,412.06점을 산정한다.		196,340	177,290
		[유도 초음파]			
나-956		유도초음파 Guiding Ultrasonography For Procedure			
	EB561	가. 유도초음파(Ⅰ)	443.90	36,130	32,630
	EB562	나. 유도초음파(Ⅱ)	887.80	72,270	65,250
	EB563	다. 유도초음파(Ⅲ)	1,065.36	86,720	78,300
	EB564	라. 유도초음파(Ⅳ)	2,663.40	216,800	195,760

■ 초음파 검사의 급여 기준

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 적용기간에 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) 임신부 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

행위명		인정 주수	인정 횟수
	정밀	임신 11-13주	1회
제2,3 삼분기	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 진료 시작일에 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 단순 초음파(II)를 산정함

[고시 제2017-170호, '17.10.1. 시행]

■ 초음파검사 Q&A 중 산부인과 관련

▶ 일반사항

연번	질의	답변
86	인접부위 적용기준	여러 부위에 초음파 검사를 동시에 시행하는 경우는 「초음파 검사의 급여기준」에서 정하는 2. 산정방법에 따라 적용하며 인접 부위는 다음과 같음. - 다 음 - (1) 나941가(1) 안구 / 나941가(1) 안와 (2) 나941나(1) 갑상선·부갑상선 초음파/나941나(2) 갑상선·부갑상선 제외한 경부 초음파 (3) 나942가 유방·액와부 초음파/나942나 유방·액와부 제외한 흉부 초음파 (4) 나944가(1) 간·담낭·담도·비장·췌장 초음파 / 나944가(2) 흉수 초음파 / 나944가(3) 소장·대장 초음파 / 나944가(4) 서혜부 초음파 / 나944나(1) 신장·부신·방광 초음파(or 나944나(2) 신장·부신 초음파 or 나944나(3) 방광 초음파)/나944다(1)‘주’ 전립선·정낭 초음파(경북부) / 나944라 여성생식기 초음파 (5) 나946가(1) 손가락·발가락(편측) 초음파/나946가(3) 손목 관절·발목관절 초음파 (6) 나948나(1) 경동맥 초음파/나948나(2) 기타 동맥 초음파 (7) 나948다(1) 상지동맥초음파/상지정맥초음파 (8-1) 나948다(2) 하지동맥초음파/하지정맥초음파 (8-2) 나948다(2) 하지동맥초음파/나948다(2)‘주’ 하지정맥류 검사 (9) 나944라 여성생식기 초음파 /나951 임신부 초음파

▶ 기본, 진단, 특수초음파

연번	질의	답변
5	나940 단순초음파 산정방법	<p>(단순초음파(Ⅰ)) 진찰 시 보조 역할을 하는 초음파</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 수술 또는 시술 후 혈종 확인 ② 종물 또는 종양 크기 확인 ③ 수술부위 피부 위치 표시 ④ 단순 잔뇨량 측정 등 <p>(단순초음파(Ⅱ))</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 분류된 진단초음파의 해부학적 부위 상태를 모두 확인하는 것이 아니라, 일부만을 확인하기 위하여 시행하는 초음파검사 - 경두개골결손 뇌실질 초음파 등 ② 처치·시술 진행 시 보조역할로 시행하는 초음파 - 천자부위 위치확인(방광천자, 관절천자 등) - 카테터 삽입부위 위치확인(경경정맥간내문맥정맥단락술 등)
15	나944 여성생식기 초음파 검사 시 접근방법에 따른 수가 산정여부	나944라 여성생식기 초음파는 여러 접근방법(경직장, 경질, 경회음부)으로 실시되는 검사를 반영한 수가로 접근방법을 불문하고 해당 검사 소정점수를 산정함.
16	나944 여성생식기 초음파 수가 산정방법	일반은 해부학적 이상이 없이 기능적 문제가 있는 경우(단순 질 출혈)에 산정하고, 정밀은 해부학적 이상소견이 있는 경우(여성생식기 종괴, 여성생식기 기형, 종양)에 산정하며, 자궁내 생리식염수와 같이 약제를 검사 목적으로 주입한 경우 나944라(1)주의 소정점수를 산정함.
71	나940 단순초음파(Ⅰ) 산정 범위	말초정맥, IMT(Intima-media thickness, 경동맥 내중막 혈관 두께), IVC(Inferior Vena Cava, 하대정맥) size 확인 등
72	나940, 나944, 노754 잔뇨량 측정시 초음파 적용 기준	<ul style="list-style-type: none"> ○ 초음파 장비를 이용하여 방광의 해부학적 부위 상태 확인 없이 잔뇨량만 측정 시 나940가 단순초음파(Ⅰ) 산정 ○ 초음파 장비를 이용하여 방광의 해부학적 부위 상태를 모두 확인하면서 잔뇨량 측정 시 나944나(3) 방광 초음파 산정 ○ Bladder scan 장비를 이용하여 방광 잔뇨량 측정 시 비급여 노754 Bladder scan을 이용한 방광 잔뇨량 측정 검사(1일당)산정

▶ 유도초음파

연번	질의	답변
25	나956 유도초음파 산정방법	<p>천자, 세침흡인, 생검, 경피적경화술, 고주파열치료술 등의 행위를 양측장기에 각각 시행하거나, 편측에 여러 번 시행하더라도 주된 유도초음파 소정점수를 1회만 산정함.</p> <p>(예시1) 양측 유방에 초음파 유도하 생검을 시행한 경우 유도초음파(Ⅱ)의 소정점수 100%를 산정함.</p> <p>(예시2) 초음파 유도하 신낭종을 흡인하고 경화술을 시행할 경우 유도초음파(Ⅲ)의 소정점수 100%를 산정함.</p>

연번	질의	답변																																																																																																			
33	나956 유도초음파 산정방법	「초음파검사의 급여기준」에 따라 급여목록 중 제2장(검사료) 또는 제9장(처치 및 수술료 등)에 해당될 경우 산정함.																																																																																																			
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>분류</th> <th>코드</th> <th>행위명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="14">(I)</td> <td>M6850</td> <td>낭종흡인요법</td> </tr> <tr> <td>C8040</td> <td>홍막천자</td> </tr> <tr> <td>C8060</td> <td>심낭천자</td> </tr> <tr> <td>C8100</td> <td>더글라스와천자</td> </tr> <tr> <td>C8111</td> <td>양수천자</td> </tr> <tr> <td>C8112</td> <td></td> </tr> <tr> <td>O1510</td> <td>홍강삽관술(폐쇄식)</td> </tr> <tr> <td>O1901</td> <td>부분체외순환</td> </tr> <tr> <td>O1903</td> <td></td> </tr> <tr> <td>O1905</td> <td></td> </tr> <tr> <td>M6670</td> <td>경피경간담즙배액술</td> </tr> <tr> <td>M6690</td> <td>경피적담낭조루술</td> </tr> <tr> <td>M6741</td> <td>경피적투브배액술</td> </tr> <tr> <td>M6773</td> <td>경피적간내출몰주입술</td> </tr> <tr> <td>M6830</td> <td>경피적장루술[공장루,맹장루포함]</td> </tr> <tr> <td>기타</td> <td>동정맥루 혈관지도검사, 수술 전 tattooing, 수술 전 wire 삽입</td> </tr> <tr> <td rowspan="23">(II)</td> <td>C8502</td> <td>침생검(표재성)-근육및연부조직</td> </tr> <tr> <td>C8506</td> <td>침생검(표재성)-기타부위</td> </tr> <tr> <td>C8511</td> <td>침생검(심부)-복막</td> </tr> <tr> <td>C8513</td> <td>침생검(심부)-장기[편측]</td> </tr> <tr> <td>C8551</td> <td>전립선생검-경피적</td> </tr> <tr> <td>C8561</td> <td>고환, 부고환생검-경피적</td> </tr> <tr> <td>C8572</td> <td>자궁내막조직생검-구획소파생검</td> </tr> <tr> <td>C8573</td> <td>자궁내막조직생검-흡인생검</td> </tr> <tr> <td>C8574</td> <td>자궁내막조직생검-단순소파생검</td> </tr> <tr> <td>C8575</td> <td>자궁내막조직생검-자궁경내소파술</td> </tr> <tr> <td>C8591</td> <td>갑상선생검-침생검</td> </tr> <tr> <td>M0031</td> <td>피부및피하조직, 근육내 이물제거술[봉침, 파편 등]근막절개하 이물제거술</td> </tr> <tr> <td>M0032</td> <td>피부 및 피하조직, 근육내 이물제거술[봉침, 파편 등]-기타</td> </tr> <tr> <td>R4028</td> <td>자궁내풍선카테터총전술[자궁용적측정포함]</td> </tr> <tr> <td>R4103</td> <td>질식배농술-질벽혈종제거</td> </tr> <tr> <td>R4271</td> <td>자궁내장치삽입술</td> </tr> <tr> <td>R4277</td> <td>자궁내장치제거료(실미보이지않는경우)-기타의경우</td> </tr> <tr> <td>R4441</td> <td>계류유산소파술-12주미만</td> </tr> <tr> <td>R4442</td> <td>계류유산소파술-12주이상</td> </tr> <tr> <td>R4460</td> <td>태아축소술</td> </tr> <tr> <td>R4521</td> <td>자궁소파수술</td> </tr> <tr> <td>M6781</td> <td>장중첩증 비관혈적정복술-성공한경우</td> </tr> <tr> <td>M6782</td> <td>장중첩증 비관혈적정복술 실패하여 관혈적수술을 실시한 경우</td> </tr> <tr> <td>M6800</td> <td>비축지유방중양침위치결정술</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">(III)</td> <td>M1771등</td> <td>경피적경화술</td> </tr> <tr> <td>R4016</td> <td>양막내양수주입술</td> </tr> <tr> <td>R4182</td> <td>자궁내반증수술-용수정복</td> </tr> <tr> <td>R4435</td> <td>난소낭종 또는 난소농양 배액술[질부접근]</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">(IV)</td> <td>QZ841등</td> <td>경피적고주파열치료술</td> </tr> <tr> <td>M6880등</td> <td>경피적냉동동계거술</td> </tr> </tbody> </table>	분류	코드	행위명	(I)	M6850	낭종흡인요법	C8040	홍막천자	C8060	심낭천자	C8100	더글라스와천자	C8111	양수천자	C8112		O1510	홍강삽관술(폐쇄식)	O1901	부분체외순환	O1903		O1905		M6670	경피경간담즙배액술	M6690	경피적담낭조루술	M6741	경피적투브배액술	M6773	경피적간내출몰주입술	M6830	경피적장루술[공장루,맹장루포함]	기타	동정맥루 혈관지도검사, 수술 전 tattooing, 수술 전 wire 삽입	(II)	C8502	침생검(표재성)-근육및연부조직	C8506	침생검(표재성)-기타부위	C8511	침생검(심부)-복막	C8513	침생검(심부)-장기[편측]	C8551	전립선생검-경피적	C8561	고환, 부고환생검-경피적	C8572	자궁내막조직생검-구획소파생검	C8573	자궁내막조직생검-흡인생검	C8574	자궁내막조직생검-단순소파생검	C8575	자궁내막조직생검-자궁경내소파술	C8591	갑상선생검-침생검	M0031	피부및피하조직, 근육내 이물제거술[봉침, 파편 등]근막절개하 이물제거술	M0032	피부 및 피하조직, 근육내 이물제거술[봉침, 파편 등]-기타	R4028	자궁내풍선카테터총전술[자궁용적측정포함]	R4103	질식배농술-질벽혈종제거	R4271	자궁내장치삽입술	R4277	자궁내장치제거료(실미보이지않는경우)-기타의경우	R4441	계류유산소파술-12주미만	R4442	계류유산소파술-12주이상	R4460	태아축소술	R4521	자궁소파수술	M6781	장중첩증 비관혈적정복술-성공한경우	M6782	장중첩증 비관혈적정복술 실패하여 관혈적수술을 실시한 경우	M6800	비축지유방중양침위치결정술	(III)	M1771등	경피적경화술	R4016	양막내양수주입술	R4182	자궁내반증수술-용수정복	R4435	난소낭종 또는 난소농양 배액술[질부접근]	(IV)	QZ841등	경피적고주파열치료술	M6880등	경피적냉동동계거술
		분류	코드	행위명																																																																																																	
		(I)	M6850	낭종흡인요법																																																																																																	
			C8040	홍막천자																																																																																																	
			C8060	심낭천자																																																																																																	
			C8100	더글라스와천자																																																																																																	
			C8111	양수천자																																																																																																	
			C8112																																																																																																		
			O1510	홍강삽관술(폐쇄식)																																																																																																	
			O1901	부분체외순환																																																																																																	
			O1903																																																																																																		
			O1905																																																																																																		
			M6670	경피경간담즙배액술																																																																																																	
			M6690	경피적담낭조루술																																																																																																	
			M6741	경피적투브배액술																																																																																																	
			M6773	경피적간내출몰주입술																																																																																																	
		M6830	경피적장루술[공장루,맹장루포함]																																																																																																		
		기타	동정맥루 혈관지도검사, 수술 전 tattooing, 수술 전 wire 삽입																																																																																																		
		(II)	C8502	침생검(표재성)-근육및연부조직																																																																																																	
			C8506	침생검(표재성)-기타부위																																																																																																	
			C8511	침생검(심부)-복막																																																																																																	
			C8513	침생검(심부)-장기[편측]																																																																																																	
			C8551	전립선생검-경피적																																																																																																	
			C8561	고환, 부고환생검-경피적																																																																																																	
			C8572	자궁내막조직생검-구획소파생검																																																																																																	
			C8573	자궁내막조직생검-흡인생검																																																																																																	
			C8574	자궁내막조직생검-단순소파생검																																																																																																	
			C8575	자궁내막조직생검-자궁경내소파술																																																																																																	
			C8591	갑상선생검-침생검																																																																																																	
			M0031	피부및피하조직, 근육내 이물제거술[봉침, 파편 등]근막절개하 이물제거술																																																																																																	
			M0032	피부 및 피하조직, 근육내 이물제거술[봉침, 파편 등]-기타																																																																																																	
			R4028	자궁내풍선카테터총전술[자궁용적측정포함]																																																																																																	
			R4103	질식배농술-질벽혈종제거																																																																																																	
			R4271	자궁내장치삽입술																																																																																																	
			R4277	자궁내장치제거료(실미보이지않는경우)-기타의경우																																																																																																	
			R4441	계류유산소파술-12주미만																																																																																																	
			R4442	계류유산소파술-12주이상																																																																																																	
			R4460	태아축소술																																																																																																	
			R4521	자궁소파수술																																																																																																	
			M6781	장중첩증 비관혈적정복술-성공한경우																																																																																																	
			M6782	장중첩증 비관혈적정복술 실패하여 관혈적수술을 실시한 경우																																																																																																	
		M6800	비축지유방중양침위치결정술																																																																																																		
		(III)	M1771등	경피적경화술																																																																																																	
			R4016	양막내양수주입술																																																																																																	
			R4182	자궁내반증수술-용수정복																																																																																																	
			R4435	난소낭종 또는 난소농양 배액술[질부접근]																																																																																																	
(IV)	QZ841등	경피적고주파열치료술																																																																																																			
	M6880등	경피적냉동동계거술																																																																																																			
37	단순·유도초음파 산정 시 특 정내역 기재방법	단순초음파 또는 유도초음파를 시행한 경우 세부내역을 “JS013”에 기재함. ▶ (기재형식) 해부학적 구분코드/수가코드(5단코드)/구체적 사유																																																																																																			
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>코드</th> <th>부위</th> <th>코드</th> <th>부위</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>뇌</td> <td>H</td> <td>남성생식기(전립선·정낭 등)</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>안</td> <td>I</td> <td>여성생식기</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>비·부비동</td> <td>J</td> <td>근골격</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>경부</td> <td>K</td> <td>연부</td> </tr> </tbody> </table>	코드	부위	코드	부위	A	뇌	H	남성생식기(전립선·정낭 등)	B	안	I	여성생식기	C	비·부비동	J	근골격	D	경부	K	연부																																																																															
		코드	부위	코드	부위																																																																																																
		A	뇌	H	남성생식기(전립선·정낭 등)																																																																																																
		B	안	I	여성생식기																																																																																																
		C	비·부비동	J	근골격																																																																																																
D	경부	K	연부																																																																																																		

연번	질의	답변																
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>코드</th> <th>부위</th> <th>코드</th> <th>부위</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>E</td> <td>흉부(심장, 유방 등)</td> <td>L</td> <td>혈관</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>복부(간·담낭·췌장·대장 등)</td> <td>M</td> <td>신경(말초신경 등)</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>비뇨기계(신장·부신·방광)</td> <td>N</td> <td>기타</td> </tr> </tbody> </table> <p>(예시1) 중심정맥관 삽입시 확인: 단순초음파(Ⅱ) 청구 ⇒ “L/O1650/ ”</p> <p>(예시2) 초음파 유도하 갑상선 생검: 유도초음파(Ⅱ) 청구 ⇒ “D/C8591/ ”</p> <p>(예시3) 초음파 유도하 유방 수술전 tattooing: 유도초음파(Ⅰ) 청구 ⇒ “E/ /수술전 tattooing”</p> <p>※ 자세한 사항은 요양급여비용 청구방법, 심사청구서, 명세서서식 및 작성요령 고시 참조</p>	코드	부위	코드	부위	E	흉부(심장, 유방 등)	L	혈관	F	복부(간·담낭·췌장·대장 등)	M	신경(말초신경 등)	G	비뇨기계(신장·부신·방광)	N	기타
코드	부위	코드	부위															
E	흉부(심장, 유방 등)	L	혈관															
F	복부(간·담낭·췌장·대장 등)	M	신경(말초신경 등)															
G	비뇨기계(신장·부신·방광)	N	기타															

▶ 임신부 초음파

연번	질의	답변
20	제1삼분기, 제2,3삼분기 기준은?	임신 제1삼분기는 착상부터 임신 13주까지(13주 6일까지), 제2,3삼분기는 임신 14주부터 출산 시까지 해당됨.
21	임산부(정밀) 초음파의 기형아 (Anomaly) 수가 적용범위는?	임산부 정밀 초음파로 태아정밀계측 실시 중 태아 기형이 확인되어 기형과 관련된 추가적인 계측을 시행한 경우, 또는 타 검사 등으로 기형 여부가 확인되어 기형아 정밀계측을 시행한 경우에 산정함.
22	다태아 초음파 산정 시 기재가 필요한 사항은?	태아 수에 따른 정확한 상병(완전코드)을 기재해야 함. - 2태아: 쌍둥이임신(O300) - 3태아: 세쌍둥이임신(O301) - 4태아: 네쌍둥이임신(O302) - 5태아 이상: 기타 다태임신(O308) - 다만, 상세불명의 다태임신(O309) 코드를 사용할 경우 사유 기재
34	「산전진찰 목적으로 시행하는 검사의 요양급여 범위」에서 비급여대상검사의 유전학적 양수검사시 유도초음파는?	유전학적 양수검사는 비급여 대상 검사이므로 이에 시행하는 유도초음파도 비급여임.
38	임산부 초음파 산정시 기재사항	“JT005”에 초음파검사 시 임신주수를 기재함.
39	임산부 초음파 산정횟수 초과 시 기재사항	임신 과정 중 의학적 판단 하에 태아에게 이상이 있거나 이상이 예상되어 7회를 초과하여 일반이나 일반의 제한적 초음파를 산정하는 경우에는 “JX999”에 초과 사유를 free text로 기재함.
78	임산부 초음파의 검사항목은?	해당 학회에서 제출한 행위분류별(일반, 정밀) 실시 검사항목(행위정의)관련 [별첨] 자료 참고 ※ 요양기관업무포털서비스 → 신청 및 자료제출 → 행위평가신청 → 고시항목조회
79	임신 여부만을 확인하는 경우의 적용기준	초음파 검사로 임신이 확인된 경우(G-sac, york-sac)를 의미함.

연번	질의	답변										
84	(비급여) 분만기간 초음파 산정방법	<p>1. 정의: 분만을 위한 입원기간 동안 발생한 초음파 (예: 분만 전 태아상태확인, 분만 중 태반배출유무 확인, 분만 후 오로상 태변화 등을 확인하기 위해 분만입원기간 동안 발생한 초음파)</p> <p>2. 적용방법</p> <p>1) 분만과 연결되지 않은 입원: 산전진찰 목적으로 실시된 경우 초음파 검사의 급여기준에 따라 적용 - (정상임신부) 7회까지 급여, 그 외 비급여 - (태아의 이상이나 이상이 예측되는 경우) 급여</p> <p>2) 분만과 연결된 입원: 분만기간이 장기로 길어진 경우 분리청구 시점 기준으로 적용 (자연분만 및 제왕절개분만) 본인부담률 차이로 분리청구</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">입원</th> <th style="width: 50%;">자연분만 및 제왕절개분만 입원</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(정상임신부) 7회까지 급여, 그 외 비급여 (태아의 이상이나 이상이 예측되는 경우) 급여</td> <td>분만기간 초음파(비급여)</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">↑ 분리청구 시점 구분</p> <p>(제왕절개 분만) 청구방법 차이(DRG/행위별)로 분리청구시</p> <p>▶ 임신 유지목적으로 입원하여 입원일수가 6일을 초과한 시점에서 예상치 못하게 제왕절개분만이 이루어진 경우</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">입원(행위별 청구)</th> <th style="width: 50%;">제왕절개분만 입원(DRG 청구)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(정상임신부) 7회까지 급여, 그 외 비급여 (태아의 이상이나 이상이 예측되는 경우) 급여</td> <td>분만기간 초음파(비급여)</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">↑ 분리청구 시점 구분</p> <p>▶ 임신 유지목적으로 입원하여 6일 이내에 제왕절개분만이 이루어진 경우</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 100%;">DRG 청구</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">분만기간 초음파(비급여)</td> </tr> </tbody> </table> <p>⇒ (분리청구) 분리청구 시점 기준으로 초음파의 급여/비급여 구분 (DRG청구) 분만기간 초음파 비급여</p>	입원	자연분만 및 제왕절개분만 입원	(정상임신부) 7회까지 급여, 그 외 비급여 (태아의 이상이나 이상이 예측되는 경우) 급여	분만기간 초음파(비급여)	입원(행위별 청구)	제왕절개분만 입원(DRG 청구)	(정상임신부) 7회까지 급여, 그 외 비급여 (태아의 이상이나 이상이 예측되는 경우) 급여	분만기간 초음파(비급여)	DRG 청구	분만기간 초음파(비급여)
입원	자연분만 및 제왕절개분만 입원											
(정상임신부) 7회까지 급여, 그 외 비급여 (태아의 이상이나 이상이 예측되는 경우) 급여	분만기간 초음파(비급여)											
입원(행위별 청구)	제왕절개분만 입원(DRG 청구)											
(정상임신부) 7회까지 급여, 그 외 비급여 (태아의 이상이나 이상이 예측되는 경우) 급여	분만기간 초음파(비급여)											
DRG 청구												
분만기간 초음파(비급여)												
87	자궁외 임신 시 시행하는 초음파 적용기준	자궁외 임신이라 하더라도 G-sac, york-sac이 확인될 경우에는 「초음파 검사의 급여기준」에 따라 산정함.										
88	나951나(1) '주'항의 적용을 받는 임부의 제2태아부터의 산정방법은?	<p>다태아 가산시 기준이 되는 소정점수는 “나951나(1) ‘주’항”에 해당되는 수가는 인정하지 않기 때문에 이 경우는 일반 수가인 960.72점의 50%를 추가로 산정한다는 의미임</p> <p>(예시) 임신성 당뇨병을 진단 받아 “나951나(1) ‘주’항”에 해당되는 쌍태아 임부의 제1태아는 1,248.93점, 제2태아는 480.36점을 추가로 산정</p>										

[별첨] 산부인과 관련 검체검사료의 각 분류항목별 세부 검사항목

보건복지부 고시 제2017-265호('18.1.1.시행)

항 목	세 부 인 정 사 항		
누102 항Xa헤파린검사		(01) 미분획 Unfractionated (02) 저분자 Low Molecular Weight	
누103 혈장혼합시험[응고억제인자 선별검사]		(01) 응고인자보완시험 Correction Test for Coagulation Factor (02) 혈장혼합시험 Plasma Mixing Test (03) 활성화C단백저항성검사 Activated Protein C Resistance Test	
누104 응고인자항체		(01) 제Ⅷ 응고인자항체 Coagulation Factor Antibody Ⅷ (02) 제Ⅸ 응고인자항체 Coagulation Factor Antibody Ⅸ	
누105 헤파린검사		(01) 정량 (02) 중화시험	
누106 섬유소용해	가. 응고기능검사	(01) 유글로불린용해시간 Euglobulin Lysis Time (02) 혈병퇴축시험 Clot Retraction Test	
	나. 일반면역검사	(01) 이응고검사 Paracoagulation Test	
누113 혈액응고인자(정량)	가. 응고기능검사	(01) 제Ⅱ응고인자 CoagulationFactor Ⅱ (02) 제Ⅴ응고인자 Coagulation Factor Ⅴ (03) 제Ⅶ응고인자 Coagulation Factor Ⅶ (04) 제Ⅷ응고인자 Coagulation Factor Ⅷ (05) 제Ⅸ응고인자 Coagulation Factor Ⅸ (06) 제Ⅹ응고인자 Coagulation Factor X (07) 제Ⅺ응고인자 Coagulation Factor Ⅺ (08) 제ⅩⅡ응고인자 Coagulation Factor ⅩⅡ (09) 제ⅩⅢ응고인자 Coagulation Factor ⅩⅢ	
		나. 정밀면역검사	(01) 섬유소원검사 Fibrinogen (02) 제Ⅱ 응고인자 CoagulationFactor Ⅱ

항 목	세 부 인 정 사 항	
		(03) 제Ⅴ 응고인자 Coagulation Factor V (04) 제Ⅶ 응고인자 Coagulation Factor VII (05) 제Ⅷ응고인자 CoagulationFactor VIII (06) 제Ⅸ 응고인자 Coagulation Factor IX (07) 제Ⅹ 응고인자 Coagulation Factor X (08) 제Ⅺ 응고인자 CoagulationFactor XI (09) 제Ⅻ 응고인자 Coagulation Factor XII (10) 제Ⅼ 응고인자 Coagulation Factor XIII
누131 혈전탄성묘사법	가. 일반	(01) 세분화된 혈전탄성묘사법 Modified Thromboelastometry (02) 트롬보엘라스토그래프 Thromboelastograph
	나. 특수	(01) 내인계 또는 외인계 Intrinsic or Extrinsic Pathway (02) 섬유소용해 Fibrinolytic Pathway (03) 피브리노겐 Fibrinogen (04) 헤파린효과 Heparinase Guided
누132 혈소판기능검사	가. 혈소판복합기능검사 [응고기능검사]	(01) ADP (02) Epinephrine
	다. 혈소판응집기능검사 [응고기능검사]	(01) Ristocetin (02) Arachidonic Acid (03) ADP (04) Epinephrine (05) 저용량 리스토세틴 Low dose ristocetin (06) Collagen
누321 갑상선관련항체	가. 일반면역검사	(01) 항마이크로솜항체 Anti-Microsome Antibody
	나. 정밀면역검사	(01) 갑상선자극면역글로불린 Thyrid Stimulating Immunglobulin (02) 갑상선호르몬결합글로불린 Thyroxine Binding Globulin (03) 갑상선호르몬결합능 Thyroxine Binding

항 목	세 부 인 정 사 항	
	나 주. 정밀면역검사 -핵의학적 방법	(04) 항마이크로솨체 Anti-Microsome Antibody
		(01) 갑상선자극면역글로불린 Thyroid Stimulating Immunoglobulin
		(02) 갑상선호르몬결합글로불린 Thyroxine Binding Globulin
		(03) 항마이크로솨체 Anti-Microsome Antibody
누323 갑상선호르몬[정밀면역검사]		(01) Free T3
		(02) T3 Uptake
		(03) 교환T3 Reverse T3
		(04) 싸이록신 Thyroxin
		(05) 유리싸이록신 Free T4
		(06) 트리요도타이로닌 Triiodothyronine
	주. 핵의학적 방법	(01) Free T3
		(02) T3 Uptake
		(03) 교환T3 Reverse T3
		(04) 싸이록신 Thyroxin
		(05) 유리싸이록신 Free T4
		(06) 트리요도타이로닌 Triiodothyronine
누325 갑상선자극호르몬 [정밀면역검사]		(01) 갑상선자극호르몬 Thyroid Stimulating Hormone
		(02) 갑상선자극호르몬결합억제 면역글로불린 Thyroxine Binding Inhibiting Immunoglobulin
	주. 핵의학적 방법	(01) 갑상선자극호르몬 Thyroid Stimulating Hormone
		(02) 갑상선자극호르몬결합억제 면역글로불린 Thyroxine Binding Inhibiting Immunoglobulin
누370 성선자극 호르몬	가. 일반면역검사 (정성)-간이검사	(01) 황체형성호르몬 Luteinizing Hormone
	나. 정밀면역검사	(01) 고나도트로핀 Gonadotropin
		(02) 난포자극호르몬 Follicle Stimulating Hormone
		(03) 황체형성호르몬 Luteinizing Hormone
	나주. 정밀면역검사 -핵의학적 방법	(01) 난포자극호르몬 Follicle Stimulating Hormone

항 목	세 부 인 정 사 항		
누371 성선히르문[정밀면역검사]		(02) 황체형성호르문 Luteinizing Hormone	
		(01) 17-OH프로게스테론 17-OH progesterone	
		(02) 에스트라디올 Estradiol E2	
		(03) 에스트로겐 Estrogen	
		(04) 에스트리올 Estriol E3	
		(05) 유리테스토스테론 Free Testosterone	
		(06) 테스토스테론 Testosterone	
		(07) 프레그난디올 Pregnandiol	
		(08) 프로게스테론 Progesterone	
	주. 핵의학적 방법		(01) 17-OH프로게스테론 17-OH progesterone
			(02) 에스트라디올 Estradiol E2
			(03) 에스트로겐 Estrogen
			(04) 에스트리올 Estriol E3
			(05) 테스토스테론 Testosterone
		(06) 프로게스테론 Progesterone	
누571 조기양막파수검사	가. 일반면역검사 -간이검사	(01) 인산화된 인슐린양 성장인자 결합단백질-1 Phosphorylated Insulin-like Growth Factor Binding Protein-1 (pIGFBP-1) *	
		(02) 인슐린양성장인자결합단백-1 Insulin-LikeGrowthFactorBindi ng Protein-1	
		(03) 태반알파마이크로글로불린-1 Placental Alpha-1 Microglobulin Protein	
		(04) 태아피브로넥틴정성검사 FetalFibronectin	
	나. 정밀면역검사	(01) 태아피브로넥틴정량검사 FetalFibronectin	
	누582 특수배양(배양 및 동정)		(01) Chlamydia
			(02) Legionella
			(03) Leptospira
		(04) Yersinia	
		(05) 비뇨생식기마이코플라즈마 (Ureaplasma)	
		(06) 캄필로박터(Campylobactor)	
		(07) 클로스트리디움 디피실 (Clostridium difficile)	
		(08) 폐렴마이코플라즈마 (Mycoplasmapneumoniae)	

항 목	세 부 인 정 사 항	
누658 핵산증폭	가. 정성그룹1	(01) Adenovirus [중합효소연쇄반응법] (02) BK 바이러스 [중합효소연쇄반응법] (03) Epstein-Barr Virus (EBV) [중합효소연쇄반응법] (04) Herpes Simplex Virus (HSV) (Type 1,2) [중합효소연쇄반응법] (05) Human Herpesvirus (HHV) (Type 6,7,8) [중합효소연쇄반응법] (06) JC Virus [중합효소연쇄반응법] (07) Varicella-Zoster Virus (VZV) [중합효소연쇄반응법] (08) 거대세포바이러스 (Cytomegalovirus, CMV) [중합효소연쇄반응법] (09) 인유두종바이러스 (Human Papillomavirus, HPV) [중합효소연쇄반응법] (10) 파보바이러스 B19 (Parvovirus B19) [중합효소연쇄반응법]
	나. 정성그룹2	(01) Enterovirus [역전사중합효소연쇄반응법] (02) Epstein-Barr Virus (EBV) [이중중합효소연쇄반응법] (03) Mumps Virus [역전사중합효소연쇄반응법] (04) Rubella Virus [역전사중합효소연쇄반응법] (05) Varicella-Zoster Virus(VZV) [이중중합효소연쇄반응법] (06) 거대세포바이러스 (Cytomegalovirus, CMV) [실시간중합효소연쇄반응법] * (07) 거대세포바이러스 (Cytomegalovirus, CMV) [이중중합효소연쇄반응법] (08) 인유두종바이러스 (Human Papillomavirus, HPV) [이중중합효소연쇄반응법]
	다. 정성그룹3	(01) 성인 T세포 백혈병바이러스 (Human T-Lymphotropic Virus Type I, II, III, HTLV-I, II, III) [역전사 이중중합효소연쇄반응법]

항 목	세 부 인 정 사 항	
	라. 정성그룹4	(02) 지카바이러스 [실시간역전사중합효소연쇄반응법] *
		(01) 중증열성혈소판감소증후군바이러스 [실시간역전사중합효소연쇄반응법] *
	(02) 한탄바이러스(Hantaan virus) [역전사 이중중합효소연쇄반응법]	
	마. 정량그룹1	(01) BK 바이러스 [실시간중합효소연쇄반응법]
		(02) Epstein-Barr Virus (EBV) [실시간중합효소연쇄반응법]
		(03) 거대세포바이러스 (Cytomegalovirus, CMV) [실시간중합효소연쇄반응법]
		(04) 파보바이러스 B19 (Parvovirus B19) [실시간중합효소연쇄반응법]
	바. 유전자형그룹1	(01) Epstein-Barr Virus (EBV) [중합효소연쇄반응-제한효소절편 길이다형법]
(02) 인유두종바이러스 (Human Papillomavirus, HPV) [Hybrid Capture Assay법]		
누659 핵산교잡	가. 동소교잡그룹	(01) Adenovirus
		(02) Epstein-Barr Virus (EBV)
		(03) 거대세포바이러스 (Cytomegalovirus, CMV)
		(04) 인유두종바이러스 (Human Papillomavirus, HPV)
	나. 유전자형그룹1	(01) 인유두종바이러스 (Human Papillomavirus, HPV) [DNA Microarray법]
		(02) 인유두종바이러스 (Human Papillomavirus, HPV) [PNA Microarray법] *
(03) 인유두종바이러스 (Human Papillomavirus, HPV) [비드마이크로어레이법] *		
누680 핵산증폭	가. 다중그룹1	(01) 급성설사 원인 바이러스 (로타바이러스(Rotavirus), 노로바 이러스(Norovirus))[다중 역전사 중합효소연쇄반응법] *
		(02) 급성설사 원인세균 (살모넬라균 (Salmonella), 시겔라균(Shigella), 비브리오균(Vibrio), 캄필로박터균 (Campylobacter), Escherichia coli O157:H7) [다중 중합효소연쇄반응법] *

항 목	세 부 인 정 사 항	
		<p>(03) 뇌수막염 원인세균 (폐렴사슬알균(<i>Streptococcus pneumoniae</i>), B형 인플루엔자균(<i>Haemophilus influenzae</i> group b, 수막염균(<i>Neisseria meningitidis</i>), B군사슬알균(Group B <i>Streptococcus</i>), <i>Listeria monocytogenes</i>) [다중 중합효소연쇄반응법] *</p> <p>(04) 폐렴 원인균 (<i>Chlamydia pneumoniae</i>, 폐렴 마이코플라즈마(<i>Mycoplasma pneumoniae</i>), <i>Legionella pneumophila</i>, 백일해균(<i>Bordetella pertussis</i>), 파라백일해균(<i>Bordetella parapertussis</i>)) [다중 실시간중합효소연쇄반응법] *</p> <p>(05) 폐렴 원인균(폐렴사슬알균(<i>Streptococcus pneumoniae</i>), 인플루엔자균(<i>Haemophilus influenzae</i>), 폐렴마이코플라즈마(<i>Mycoplasma pneumoniae</i>), <i>Legionella pneumophila</i>) [다중 중합효소연쇄반응법] *</p> <p>(06) 호흡기 바이러스(아데노바이러스(<i>Adenovirus</i>), 호흡기합포체바이러스(<i>Respiratory Syncytial Virus</i>), 인플루엔자바이러스(<i>Influenza Virus</i>), 파라인플루엔자바이러스(<i>Parainfluenza Virus</i>)) [다중 실시간 중합효소연쇄반응법] *</p> <p>(07) 호흡기 바이러스(아데노바이러스(<i>Adenovirus</i>), 호흡기합포체바이러스(<i>Respiratory Syncytial Virus</i>), 인플루엔자바이러스(<i>Influenza Virus</i>), 파라인플루엔자바이러스(<i>Parainfluenza Virus</i>)) [다중 역전사중합효소연쇄반응법]</p>
	나. 다중그룹2	<p>(01) 하부요로생식기및성매개감염원인균(질편모충, 마이코플라스마호미니스, 마이코플라스마제니탈리움, 클라미디아트라코마티스, 임균, 우레아플라스마우레알리티쿰, 우레아플라즈마파룸) [다중실시간중합효소연쇄반응법] *</p>

항 목	세 부 인 정 사 항	
		(02) 하부요로생식기및성매개감염원 인균[질편모충,마이코플라스마 호미니스,마이코플라스마제니 탈리움,클라미디아트라코마티 스,임균,우레아플라스마우레알 리티쿰,우레아플라즈마파붐,칸 디다알비칸스,트레포네마팔리 둠,가드넬라바지날리스,단순포 진바이러스1형및단순포진바이 러스2형] [다중중합효소연쇄반응법] *
누693 핵산증폭	가. 정성그룹 1	(01) Treponema pallidum [중합효소연쇄반응법]

영상진단 및 방사선치료료

일반사항

■ 동일 부위의 의미

방사선촬영에 있어 동일 부위라 함은 부위적으로 일치함은 물론, 위와 십이지장, 신요관, 흉추상부와 흉추 하부의 경우와 같이 통상 동일 필름면에 촬영 할 수 있는 부위를 뜻함.

[고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행]

■ Full PACS 요양급여비용 산정기준

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

구분	판독용 모니터	조회용 모니터
해상도	·일반촬영 또는 디지털저필름용 ; 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)	1,200×1,600 또는 1,600×1,200 이상 (LCD모니터 사용시 1,024×768 이상)
크기	20 inch equivalent 이상(CT는 19 inch 이상)	17 inch(LCD는 15inch) 이상을 원칙으로 하되, 19 inch(LCD는 17inch) 이상의 모니터가 50% 이상 확보되어야 함.
모니터 수	2대 이상	·각 외래 진료과목별 1대 이상 ·각 병동별 1대 이상 ·한 병동이 여러 층에 걸쳐있는 경우는 최소한 각 층별로 1대 이상

- 판독용 web PACS는 인정하지 아니함.

[고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행]

■ 방사선 영상진단의 판독료 산정기준

「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료료 [산정 지침] (3),(4)에서 규정하고 있는 제1절 방사선 단순영상진단료 및 제2절 방사선 특수영상진단료에 분류된 영상진단의 판독료 산정기준은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

가. 작성서류

방사선 영상진단의 판독료는 판독소견서를 작성·비치한 경우에 인정함. 다만, 방사선 단순영상진단의 판독소견을 진료기록부에 기록한 경우 또는 치료 목적의 영상 판독소견을 시술(수술)기록지에 기록한 경우에는 판독소견서를 작성·비치한 것으로 간주함.

나. 작성시기

판독소견서는 환자치료(치료계획) 전까지 작성하여야 하며, 치료행위가 연속적으로 동시에 이루어지는 경우(투시촬영 등) 또는 응급상황이 발생한 경우에는 치료 후 즉시 작성하여야 함. 다만, 상기 시점에 작성이 어려운 부득이한 사정이 있는 경우에는 건강보험심사평가원에 요양급여비용을 청구하기 전까지는 작성하여야 함.

다. 기재범위

판독소견서에는 환자성명, 나이, 성별, 검사명, 검사일시, 판독소견 및 결론(정상소견인 경우 구분 불필요), 판독일시, 판독의, 요양기관명 등을 포함하여 기재하여야 하며, 진료기록부에 판독소견을 작성하는 경우에는 환자성명, 나이, 성별, 요양기관명은 기재 생략 가능함.

[고시 제2017-118호, '17.7.1. 시행]

■ 외부병원 필름 판독료 산정 기준

외부병원 필름판독료는 이중촬영을 방지하고 적정 진료를 유도하기 위한 취지에서 신설된 것이므로 환자의 이송 없이 단지 필름에 대한 판독만 의뢰되는 경우에는 산정할 수 없음.

[고시 제2003-65호, '03.12.1. 시행]

비뇨생식기계

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
다-213		신장 Kidney			
	HA131	가. 경정맥신우조영 Intravenous Pyelography	635.71	51,750	46,720
		나. 역행성신우조영 Retrograde Pyelography			
	HA132	(1) 편측 Unilateral	1,072.94	87,340	78,860
	HA133	(2) 양측 Bilateral	1,474.77	120,050	108,400
	HA134	다. 하행성신우조영 Antegrade Pyelography	1,666.41	135,650	122,480
	HA135	라. 점적주입식신우조영 Drip Infusion Pyelography	657.30	53,500	48,310
다-214		방광 Bladder			
	HA141	가. 방광조영 [Barium-Air-Cystogram 포함] Cystography	356.97	29,060	26,240
	HA142	나. 방광요도조영 Cystourethrography	392.59	31,960	28,860
	HA143	다. 사슬방광조영 Chain Cystography	387.32	31,530	28,470
	HA144	라. 배뇨성요도방광조영촬영 Voiding Cystourogram	400.71	32,620	29,450
다-215		남성생식기 조영			
	HA151	가. 요도조영 Urethrography	358.04	29,140	26,320
	HA152	나. 정낭조영 Seminal Vesiculography	1,110.65	90,410	81,630
	HA153	다. 음낭수류조영 Scrotal Hydrocelography	594.17	48,370	43,670
	HA154	라. 음경해면체조영 Cavernosography	1,217.77	99,130	89,510
다-216		여성생식기 조영			
	HA161	가. 자궁난관조영 Hysterosalpingography	863.01	70,250	63,430
	HA162	나. 질조영 Vaginography	367.06	29,880	26,980
다-217		유선조영 Galactogram			
	HA171	가. 한개도관 Single Duct	814.03	66,260	59,830
	HA172	나. 다수도관 Multiple Ducts	1,456.81	11,8580	107,080

전산화단층영상진단

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
다-245		일반 전산화단층영상진단 Computed Tomography			
	HA851	주 : 1. 생검 또는 중재적시술시 이용된 CT 유도 비용은 각 항목의 조영제를 사용하지 않는 경우(흉부 및 복부는 조영제를 사용하지 않는 경우-기타의 경우) 소정점수에 의하여 산정한다. 다만, 중재적 시술시 이용한 CT 유도 비용은 제2회 시술부터 소정점수의 50%를 산정한다. (◎ 가(1) ⁵¹ , 나(1)(가) ⁰¹ , 나(2)(가) ⁰⁵ , 나(3)(가) ⁰⁹ , 나(4)(가) ¹³ , 다(1) ⁵³ , 라(1)(나) ³⁴ , 마(1)(나) ³⁵ , 바(1) ⁵⁶ , 바(1)주 ⁵⁹ , 사(1) ⁵⁷ , 아(1) ⁵⁸) 2. 제한적 CT는 방사선 치료범위의 결정, Femur의 Anteversion Angle 측정 등을 실시한 경우 산정한다. 마. 복부 [골반 포함] Abdomen (1) 조영제를 사용하지 않는 경우 without Contrast Material (가) 요로결석 의심 for Urinary Stone (나) 기타의 경우 Others (2) 조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함] with Contrast Material (3) 이중시기 CT, 삼중시기 CT, 삼차원 CT, CT 혈관조영, Cine CT Phase 2 Dynamic Study CT, Phase 3 Dynamic Study CT, 3-Dimension CT, CT Angiography, Cine CT (4) 제한적 CT Limited CT			
	HA801				
	HA805				
	HA809				
	HA813				
	HA853				
	HA834				
	HA835				
	HA856				
	-HA859				
	HA425	(가) 요로결석 의심 for Urinary Stone	1,025.36	83,460	75,360
	HA435	(나) 기타의 경우 Others	1,045.14	85,070	76,820
	HA465	(2) 조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함] with Contrast Material	1,396.83	113,700	102,670
	HA475	(3) 이중시기 CT, 삼중시기 CT, 삼차원 CT, CT 혈관조영, Cine CT Phase 2 Dynamic Study CT, Phase 3 Dynamic Study CT, 3-Dimension CT, CT Angiography, Cine CT	1,575.50	128,250	115,800
	HA445	(4) 제한적 CT Limited CT	690.33	56,190	50,740

■ 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

<중 략>

<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

<이하생략>

[고시 제2015-99호, '15.6.15. 시행]

■ 상세불명 기원의 위장염 및 결장염 상병에 복통 등의 내역으로 촬영한 복부 CT 인정여부

□ 청구내역

- 상병명(67세/여)(외래 1일)

상세불명 기원의 위장염 및 결장염

기타 급성 위염

- 주요청구내역

다245마(2) 일반전산화단층영상진단-복부[골반포함] 1*1*1 ▶ 조정

□ 진료내역

- (2015.11.2.) 진료기록부

A) RUQ pain & tenderness

p) APCT + lab

- (2015.11.4.) Abdomen and Pelvis CT

Nonspecific gastric wall thickening.

Small both renal cysts. Fecal stasis in colon.

→ 위내시경 요망

□ 심사결과

- 제출한 진료기록부 상 우상복부 통증 등의 소견으로 외래로 내원하여 복부 CT를 촬영하였으나, 복부 CT 검사를 해야 할 응급 상황 또는 환자상태 소견 등이 확인되지 아니하므로, 복부 CT는 인정하지 아니함

□ 관련근거

- 전산화단층영상진단(CT)의 산정기준(보건복지부 고시 제2015-99호, 2015.6.15.)

< 일반기준 >

1. 악성종양과 감별을 요하는 종괴성질환(양성종양, 육아종, 비전형적인 낭종, 농양 등)의 진단, 감별진단
2. 악성종양의 병기 결정 및 추적검사 3. 급성 외상(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

<복부[골반포함] abdomen CT>

- 1. 만성간염, 간경화증으로 조기 암이 의심될 때
- 2. TIPS(간내 문맥정맥간단락술)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

[공개심사사례, '16.3.11.]

■ 상세불명의 복통 상병에 복통, 소화불량 등의 내역으로 촬영한 복부 CT 인정여부

□ 청구내역

- 상병명(47세/여)(외래 1일)
상세불명의 복통
소화불량
- 주요청구내역
다245마(2) 일반전산화단층영상진단-복부[골반포함] 1*1*1 ▶ 조정

□ 진료내역

- (2015.11.30.) 진료기록부
S) 음식 드시면 가스차고 소화 불량
O) abd. pain(+)
A) dyspepsia
P) APCT
- (2015.11.30.) Abdomen and Pelvis CT
Nonspecific gastric wall thickening. Fecal stasis in right colon.
→ 위내시경, 대장내시경 요망
- (2015.12.4.) 진료기록부
A) 변비-가스 & low abd pain
P) med 1달

□ 심사결과

- 제출한 진료기록부 상 복통, 소화불량 등의 소견으로 외래로 내원하여 복부 CT를 촬영하였으나, 복부 CT 검사해야 할 응급 상황 또는 환자 변화 소견 등이 확인되지 아니하므로, 복부 CT는 인정하지 아니함

[공개심사사례, '16.3.11.]

자기공명영상진단

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
다-246		자기공명영상진단 Magnetic Resonance Imaging 가. 기본검사			
	HE301- HE334	주 : 생검 또는 중재적시술시 이용된 MRI 유도비용은 각 항목의 일반촬영 소정점수에 의하여 산정한다. 다만, 중재적시술시 이용한 MRI 유도비용은 제2회 시술부터 소정점수의 50%를 산정한다. (㉔ 가(1)(가)1) ⁰¹ , 가(1)(나)1) ⁰² , 가(2)(가)1) ⁰³ , 가(2)(나)1) ⁰⁴ , 가(2)(다)1) ⁰⁵ , 가(2)(라)1) ⁰⁶ , 가(2)(마)1) ⁰⁷ , 가(2)(바)1) ⁰⁸ , 가(3)(가)1) ⁰⁹ , 가(3)(나)1) ¹⁰ , 가(3)(다)1) ¹¹ , 가(3)(라)1) ¹² , 가(3)주1(다)1) ¹³ , 가(3)주2(라)1) ¹⁴ , 가(4)(가)1) ¹⁵ , 가(4)(나)1) ¹⁶ , 가(4)(다)1) ¹⁷ , 가(4)(라)1) ¹⁸ , 가(4)(마)1) ¹⁹ , 가(4)(바)1) ²⁰ , 가(4)(사)1) ²¹ , 가(4)(아)1) ²² , 가(4)(자)1) ²³ , 가(5)(가)1) ²⁴ , 가(5)(나)1) ²⁵ , 가(5)(다)1) ²⁶ , 가(6)(가)1) ²⁷ , 가(6)(나)1) ²⁸ , 가(6)(다)1) ²⁹ , 가(6)(라)1) ³⁰ , 가(6)(마)1) ³¹ , 가(6)(바)1) ³² , 가(6)(사)1) ³³ , 가(6)(아)1) ³⁴			
		(6) 복부			
		(가) 복부 Abdomen			
	HE127	1) 일반	2,664.15	216,860	195,820
	HE227	2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독	3,548.50	288,850	260,810
	HE427	3) 제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등) Limited MRI	1,348.85	109,800	99,140
	HE527	4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우	3,691.45	300,480	271,320
		(나) 골반 Pelvis			
	HE128	1) 일반	2,664.15	216,860	195,820
	HE228	2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독	3,548.50	288,850	260,810
	HE428	3) 제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등) Limited MRI	1,348.85	109,800	99,140
	HE528	4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우	3,691.45	300,480	271,320
		(7) 혈관			
		(라) 복부혈관 Abdominal MRA			
	HE138	1) 일반	2,653.32	215,980	195,020
	HE238	2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독	3,548.26	288,830	260,800
	HE538	3) 3차원자기공명영상을 실시한 경우	3,691.45	300,480	271,320
		나. 특수검사			
	HF101	(1) 확산 Diffusion	1,732.91	141,060	127,370
	HF201	주 : 기본검사와 동시 실시한 경우에는 913.28점을 산정한다.		74,340	67,130

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
	HF102	(2) 관류 [3차원자기공명영상 포함] Perfusion	2,625.50	213,720	192,970
	HF202	주 : 기본검사와 동시 실시한 경우에는 1,388.86점을 산정한다.		113,050	102,080
	HF103	(3) 분광영상 Spectroscopy	1,739.31	141,580	127,840
	HF203	주 : 기본검사와 동시 실시한 경우에는 945.81점을 산정한다.		76,990	69,520
	HF104	(4) 영화 [3차원자기공명영상 포함] Cine	3,977.90	323,800	292,380
	HF105	(5) Dynamic	3,057.83	248,910	224,750
	HF305	주 : 3차원자기공명영상을 실시한 경우에는 4,061.26점을 산정한다.		330,590	298,500
	HF106	(6) 이중조영 Dual Contrast	3,408.92	277,490	250,560
	HF306	주 : 3차원자기공명영상을 실시한 경우에는 4,521.52점을 산정한다.		368,050	332,330
	HF107	(7) 기능적 [3차원자기공명영상 포함] Functional	4,596.64	374,170	337,850

■ 자기공명영상진단(MRI)의 급여기준

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.

<중 략>

나. 인정횟수

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

- 아 래 -

가) 수술 후(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(뇌경위적방사선수술 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 장기 추적검사와 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 적응증 및 인정횟수에 해당되는 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2편 제2부 각 장에 분류된 질병군 상대가치점수에 포함되어 별도 산정할 수 없으며, 적응증 및 인정횟수에 해당하지 않는 경우에는 비급여대상임.

[고시 제2018-70호, '18.4.1. 시행]

혈관조영촬영

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
다-262		주 : 1. 양측 혈관촬영의 경우는 해당부위별 촬영점수의 50%를 가산하여 산정하고, 다혈관 (각 항목으로 분류된 부위별 혈관)을 선택적으로 조영촬영한 경우에는 두번째 혈관촬영부터 각 해당 부위별 점수의 50%를 산정한다. (양측 혈관 촬영시 산정코드 두 번째 자리에 1로 기재, 두 번째 혈관 촬영부터 산정코드 두 번째 자리에 2로 기재, 두 번째 혈관의 양측 촬영시 산정코드 두 번째 자리에 3으로 기재) 2. 혈관조영촬영을 하는 경우 각 항목별로 분류된 분지이외의 혈관에 조영촬영을 실시한 경우에는 해당분지의 모혈관에 의하여 항목별로 산정한다. 복부 및 골반 동맥 조영 Abdomen and Pelvis			
	HA621	가. 복부대동맥 Abdominal Aortography	3,294.13	268,140	242,120
	HA622	나. 복강동맥 Celiac Arteriography	3,838.50	312,450	282,130
	HA623	다. 비장동맥 Splenic Arteriography	4,052.55	329,880	297,860
	HA624	라. 간동맥 Hepatic Arteriography	4,183.17	340,510	307,460
	HA625	마. 좌위동맥 Left Gastric Arteriography	4,183.17	340,510	307,460
	HA626	바. 하횡격막동맥 Inferior Phrenic Arteriography	4,079.74	332,090	299,860
	HA627	사. 위십이지장동맥 Gastroduodenal Arteriography	4,183.17	340,510	307,460
	HA628	아. 상장간막동맥 Superior Mesenteric Arteriography	4,043.74	329,160	297,210
	HA629	자. 하장간막동맥 Inferior Mesenteric Arteriography	3,725.43	303,250	273,820
	HA630	차. 신장동맥 Renal Arteriography	3,715.06	302,410	273,060
	HA631	카. 부신장동맥 Adrenal Arteriography	4,081.12	332,200	299,960
	HA632	타. 요추동맥 Lumbar Arteriography	4,183.17	340,510	307,460
	HA633	파. 총장골동맥 Selective Pelvic Arteriography	3,969.12	323,090	291,730
	HA634	하. 외장골동맥 External Iliac Arteriography	3,658.36	297,790	268,890
	HA635	거. 내장골동맥 Internal Iliac Arteriography	4,052.55	329,880	297,860
	HA636	너. 자궁동맥 Uterine Arteriography	4,183.17	340,510	307,460
	HA637	더. 내음부동맥 Pudental Arteriography	4,183.17	340,510	307,460

주사료

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
마-1	KK010	피하 또는 근육내주사 Subcutaneous or Intramuscular Injection 주 : 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회 이내만 산정한다. 다만, 응급 을 요하거나 진료상 반드시 필요한 경우에는 예외로 한다.	15.17	1,230	1,110
마-2	KK020	정맥내 일시 주사 [1일당] Intravenous Injection	22.04	1,790	1,620
마-3		동맥주사 Intraarterial Injection			
	KK031	가. 폐동맥기시부, 대동맥궁 및 복부대동맥 등 심부동맥의 경우 for Artery of Internal Organ	140.94	11,470	10,360
	KK033	나. 기타의 경우 Others	62.87	5,120	4,620
마-3-1	KK032	심장내주사 Intracardiac Injection	136.64	11,120	10,040
마-4		생물학적제제주사 [반응시험 포함] Biological Preparation Injection 주 : 생물학적제제주사는 각종 특소이드, 백신, 항독소, 치료혈청 중 다음에 열거한 약제를 주사한 경우에 한하여 산정한다.			
	KK041	가. 가스괴저항독소	39.35	3,200	2,890
	KK042	나. 항사독혈청	47.63	3,880	3,500
	KK043	다. 디프테리아항독소	39.35	3,200	2,890
	KK044	라. 광견병약진	35.26	2,870	2,590
	KK045	마. 파상풍항독소	32.36	2,630	2,380
	KK046	바. 와이루씨병치료혈청	47.63	3,880	3,500
	KK047	사. 보툴리누스항독소	48.14	3,920	3,540
마-5		정맥내 점적주사 [1병 또는 포장단위당] Continuous Intravenous Injection			
	KK059	주 : 1. 정맥내유치침을 사용한 경우 개당 5.42점을 산정한다.		440	400
	KK058	2. 정밀 지속적 점적주입을 위해 Infusion Pump를 사용한 경 우에는 기기당 27.08점을 1일 1회 산정한다.		2,200	1,990
	KK057 *	3. 목표혈당을 설정하여 인슐린을 자동 점적 주입하는 경우 27.08점을 1일 1회 산정한다.		2,200	1,990
	KK051	가. 100ml 미만	15.29	1,240	1,120
	KK052	나. 100ml~500ml	31.31	2,550	2,300
	KK053	다. 501ml~1000ml	38.87	3,160	2,860
마-5-1	KK054	수액제 주입로를 통한 주사 IV Side Injection	14.57	1,190	1,070

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
마-15		주 : 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회 이내만 산정한다. 항암제 주입 Chemotherapeutic Administration			
	KK156	가. 피하내 주사 Subcutaneous	23.29	1,900	1,710
	KK151	나. 정맥내 일시 주사 [1일당] Intravenous	53.11	4,320	2,900
		다. 정맥내 점적주사 [1병 또는 포장단위당] Continuous Intravenous			
	KK059	주 : 1. 정맥내유치침을 사용한 경우 개당 5.42점을 산정한다.		440	400
	KK158	2. 정밀 지속적 점적주입을 위해 Infusion Pump를 사용한 경우에는 기기당 27.08점을 1일 1회 산정한다.		2,200	1,990
	KK152	(1) 100ml 미만	32.43	2,640	2,380
	KK153	(2) 100ml~500ml	54.38	4,430	4,000
	KK154	(3) 501ml~1000ml	70.09	5,710	5,150
KK155	라. 동맥내 주사 Intraarterial	168.05	13,680	12,350	

■ 주사수기료의 산정방법

건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제5장 주사료 중 마1 ‘주’에 의하면 피하 또는 근육내주사를 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회 이내만 산정하되, 응급을 요하거나 진료상 반드시 필요한 경우에는 예외로 한다고 되어 있는 바, 응급을 요하는 경우란 환자의 상태로 보아 즉시 필요한 처치를 하지 아니하면 그 생명을 보존할 수 없거나 중대한 합병증을 초래할 것으로 판단되는 경우이며, 진료상 반드시 필요한 경우란 진료 의사의 전문의학적 판단에 근거하여 “국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법-주사”에 의하는 경우를 의미함.

[고시 제2009-55호, '09.4.1. 시행]

■ Infusion Pump와 수액유량조절세트 등의 급여기준

약제의 정밀 주입을 목적으로 Infusion Pump를 이용한 정밀 지속적 점적주사, 수액유량조절세트, 정밀 지속적 점적주사용 catheter의 급여기준은 다음과 같음. 다만, 정밀 지속적 점적주사용 catheter는 약물주입 속도가 5ml/h 미만인 경우에 한하여 인정함.

- 다 음 -

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

[고시 제2018-88호, '18.5.1. 시행]

■ 정맥내주사로 확보(Keep Vein Open)시 진료수가 산정방법

환자 치료상 수액제 주입 없이 일정기간 동안 정맥내유지침으로 정맥내주사로를 확보(Keep Vein Open)하고 하루에 수회의 약물을 투여하는 경우의 진료수가 산정방법을 다음과 같이 함.

- 다 음 -

가. 정맥내주사로 확보(Keep Vein Open)시

- (1) 수기로 : 마2 정맥내 일시주사로 산정
- (2) 재료대 : 5.42점(정맥내유지침)을 추가로 산정

나. 확보된 주사로를 통한 약물 주입시 : 마5-1 수액제 주입로를 통한 주사로 산정.

[고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행]

■ 수액제 주입로를 통한 항암제 주사시 (IV side injection) 수기로 산정방법

항암제를 수액제 주입로를 통하여 직접 주사하는 경우는 약제의 특성을 고려하여 마15나 항암제 주입(정맥내 일시주사)으로 산정함.

[고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행]

■ 동맥내 항암요법(Intra- Arterial Chemotherapy, I.A.C.)시 항암제 주입 수기로

동맥내 항암 화학요법(Intra-Arterial Chemotherapy)은 항암제를 종양의 영양 동맥에 직접 투여함으로써 고농도의 약제가 종양에 분포하도록 하여 항암제 투여효과를 높임과 동시에 전신에 순환하는 약제를 적게하여 부작용을 경감시킬 수 있는 방법으로 이미 간암, 골육종, 뇌종양 등의 치료에 널리 사용하고 있고, 자궁경부암, 방광암 등에도 다방면 치료요법의 일환으로 시도되어 효과적인 치료로 제시되고 있는 점을 감안하여 다음과 같이 산정함.

- 다 음 -

- 가. 항암제 주입 수기로 : 마15라 항암제 주입(동맥내주사)
- 나. 방사선조영 수기로 : 부위별 동맥조영 촬영료
- 다. 재료대 : 맥관조영용 카테타, 가이드와이어, 조영제, 필름

[고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행]

■ Syringe Pump

마5 정맥내 점적주사 또는 마15-다. 정맥내 점적주사 주.2에 의거, 기기당 27.08점을 1일 1회 산정함.

[기결정고시 제2016-204호, '16.11.1. 시행]

마취료

일반사항

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
바-1		정맥마취 Intravenous Anesthesia			
	L0101	가. 전신마취 General Anesthesia	711.54	57,920	52,300
	L0102	나. 부위(국소)마취 Regional Anesthesia	635.91	51,760	46,740
		주 : 정맥내 국소마취제를 주입하여 실시한 경우에 산정한다.			
		다. 감시하 전신마취 Monitored Anesthesia Care			
	L7991	주 : 마취통증의학과 전문의를 초빙하여 실시한 경우에는 1,415.18점을 산정한다. 다만, 의료법 제3조의 3규정에 의한 종합병원인 요양기관 또는 마취통증의학과 전문의가 상근하고 있는 병·의원급 요양기관은 제외한다.		115,200	104,020
	L0103	(1) 마취관리기본 [30분 기준] Basic Anesthesia for 30min	954.79	77,720	70,180
L0104	(2) 마취 유지 Maintenance of Anesthesia for 15min 주 : 30분을 초과하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가할 때마다 산정한다.	207.40	16,880	15,240	
바-2		마취 Anesthesia			
	L7990	주 : 마취통증의학과 전문의를 초빙하여 실시한 경우에는 1,415.18점을 산정한다. 다만, 의료법 제3조의3 규정에 의한 종합병원인 요양기관 또는 마취통증의학과 전문의가 상근하고 있는 병·의원급 요양기관은 제외한다.		115,200	104,020
		가. 마취관리기본 [1시간 기준] Basic Anesthetic Management for 1hr			
	L1211	(1) 기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취 Endotracheal Closed Circuit General Anesthesia	1,249.89	101,740	91,870
	L1212	(2) 마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취 Closed Circuit General Anesthesia with Mask	1,185.31	96,480	87,120
	L1213	(3) 척추마취 Spinal Anesthesia	1,021.68	83,160	75,090
	L1214	(4) 경막외마취 Epidural Anesthesia	990.75	80,650	72,820
	L1215	(5) 상박신경총마취 Brachial Plexus Anesthesia	1,153.47	93,890	84,780
	L1216	(6) 척추경막외마취 Combined Spinal-Epidural Anesthesia	1,077.87	87,740	79,220
		나. 마취 유지 Maintenance of Anesthesia for 15min			

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
바3		주 : 1시간을 초과하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가할 때마다 산정한다.			
	L1221	(1) 기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취 Endotracheal Closed Circuit General Anesthesia	207.40	16,880	15,240
	L1222	(2) 마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취 Closed Circuit General Anesthesia with Mask	170.10	13,850	12,500
	L1223	(3) 척추마취 Spinal Anesthesia	150.56	12,260	11,070
	L1224	(4) 경막외마취 Epidural Anesthesia	150.56	12,260	11,070
	L1225	(5) 상박신경총마취 Brachial Plexus Anesthesia	150.56	12,260	11,070
	L1226	(6) 척추경막외마취 Combined Spinal-Epidural Anesthesia	150.56	12,260	11,070
		마취중 감시료			
		주 : 마취(바2) 중 감시를 실시한 경우에 산정한다. 다만, 산정지침 (2), (3) 및 (4)의 가산율은 적용하지 아니한다.			
	L1310	가. 마취중 말초산소포화도감시 Monitoring of Pulse Oximetry in Anesthesia	32.99	2,690	2,420
L1320	나. 마취중 중심정맥압감시 [카테터삽입료 포함] Monitoring of Central Venous Pressure in Anesthesia	736.09	59,920	54,100	
	주 : 사용된 CVP Catheter는 별도 산정한다.				
L1330	다. 마취중 침습적동맥압감시 [카테터삽입료 포함] Monitoring of Intraarterial Pressure in Anesthesia	526.23	42,840	38,680	

■ 전신마취 실시 시간의 개념

전신마취 실시 시간이란 실질적으로 마취를 실시한 소요시간을 뜻하므로 마스크 또는 기관내 삽관을 시행한 시간 부터 기관내 삽관을 제거한 시간까지를 의미하나, 기관내 삽관 장치 상태로 회복실에 옮겨졌다 할지라도 회복실에서 소요된 시간은 마취 실시 시간에 삽입할 수 없음.

[고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행]

■ 마취시 환자감시장치 등을 이용한 각종 감시행위의 급여여부

마취시 환자감시장치(Patient Monitoring System)등을 이용한 호기말 이산화탄소 분압감시, 체온감시, 근이완 감시는 마취시 안전한 환자관리를 위하여 행해지는 일련의 행위로 현행 마취수기료에 포함하여 별도 산정할 수 없음.

[고시 제2004-36호, '04.7.1. 시행]

■ 2가지 이상의 마취시 수가산정방법

「건강보험 행위급여비급여목록표 및 급여상대가치점수」 제1편제2부 제6장 마취료[산정지침](6)항에 의거 동일 목적을 위하여 2가지 이상의 마취를 병용한 경우 또는 마취 중에 다른 마취법으로 변경한 경우 2가지 이상 마취 중 소정점수가 높은 마취의 소정점수를 산정함. 이 경우 '소정점수'란 제6장 마취료의 각 분류항목에 기재된 점수를 말함.

[고시 제2016-204호, '16.11.1. 시행]

■ 감시하 전신마취의 인정기준

1. 감시하 전신마취는 마취통증의학과 전문의가 마취 시작부터 종료까지 마취 전과정을 전담하여 직접 실시한 경우 산정하며, 응급상황시 신속하게 전신마취로 이행할 수 있도록 전신마취기 등을 준비한 상태에서 말초산소포화도감시하에 실시하여야 함.
2. 감시하 전신마취 실시시간은 정맥마취제를 주입한 시간부터 마취의 목적이 되는 수술 등이 종료된 시간까지를 의미함.
3. 감시하 전신마취를 산정하는 경우에는 마취 전과정을 전담하여 직접 실시한 마취통증의학과 전문의의 면허 종류, 면허번호를 요양급여비용 청구명세서에 기재하여야 함.

[고시 제2015-155호, '15.9.1. 시행]

■ 질식분만시 경막외마취(무통분만)의 산정기준

질식분만 산모에 대하여 분만전 통증조절 목적으로 실시하는 경막외마취(무통분만)의 산정기준을 다음과 같이 함.

- 다 음 -

가. 수가 산정방법

- (1) 수기로 : 경막외 Catheter 삽입, 유지 및 관리 등 일련의 과정에 대하여 바2가(4) 마취관리기본-경막외마취의 소정금액으로 준용 산정(단, 마취유지는 별도 산정불가)
- (2) 약제비 : 약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준에 따른 약가
- (3) 치료재료비 : 약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준에 따른 휴대용(1회용) 지속 주입재료, 경막외카테터의 구입가
- (4) 마취통증의학과 전문의 초빙료 : 마취통증의학과 전문의를 초빙하여 실시한 경우에는 바2 '주에 의거 산정'

나. "무통분만 경막외마취"를 18~09시 및 공휴일에 실시한 경우는 수기로 소정점수의 50%를 가산하되, 마취약제주입 시작시간을 기준으로 산정함.

다. 질식분만전 통증조절 목적으로 "무통분만 경막외마취"를 실시하였으나, 질식분만을 실패하여 제왕절개만출술을 실시한 경우, 수기로는 마취료 [산정지침]-(5)에 의거 제왕절개만출술시의 마취료 및 마취유지만 산정하되, 경막외마취(질식분만)에 사용된 약제 및 치료재료의 비용은 별도 인정함.

[고시 제2016-204호, '16.11.1. 시행]

신경차단술료

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
바-22		주 : 신경차단술시 사용한 약제(국소마취제, 스테로이드제, 조영제 등)는 “약제 급여 목록 및 급여 상한금액표”에 따라 실사용량으로 산정한다. 경막외 신경차단술 Epidural Nerve Block 가. 일회성 차단 Single Block 주 : 천자 또는 카테터를 삽입하여 일회 약제 주입한 후 카테터를 제거한 경우에 산정한다.			
	LA321	(1) 경추 및 흉추 Cervical and/or Thoracic	757.97	61,700	55,710
	LA322	(2) 요추 및 천추 Lumbar and/or Caudal	450.41	36,660	33,110
		나. 지속적 차단 Continuous Block 주 : 1. 카테터를 삽입하여 수일간 약제를 주입하여 지속적으로 차단한 경우에 산정하며, 사용한 카테터는 별도 산정한다. 2. 드레싱, 저장기내 약물주입, 1회용(휴대용)지속주입재료연결장치 등 관리 비용은 해당 소정점수에 포함되어 있으므로 별도 산정하지 아니한다.			
	LA222	(1) 피하터널식 카테터 삽입에 의한 방법 by Catheter Insertion through Subcutaneous Tunnel (가) 카테터삽입 당일 [카테터삽입료 포함]	892.23	72,630	65,580
	LA223	(나) 익일 이후 (1일당)	167.24	13,610	12,290
		(2) 피하매몰 저장기펌프 삽입술에 의한 방법 by Implantation of Subcutaneous Reservoir Pump			
	LA224	(가) 카테터삽입 당일 [카테터삽입료 포함]	1,726.26	140,520	126,880
	LA225	(나) 익일이후 (1일당)	165.75	13,490	12,180
		(3) 기타(비터널식카테터)에 의한 방법 Others			
	LA226	(가) 카테터삽입 당일 [카테터삽입료 포함]	656.17	53,410	48,230
	LA227	(나) 익일 이후 (1일당)	155.23	12,640	11,410
	LA228	다. 경막외패치술 [혈액채취료 포함] Epidural Patch	489.14	39,820	35,950

■ 통증자가조절법(Patient Controlled Analgesia)의 급여여부

1회용 펌프(Disposable Infusion Pump) 또는 통증자가조절장치(Patient Controlled Module) 등을 사용하여 환자 스스로 약물주입을 조절할 수 있도록 하는 통증자가조절법(Patient Controlled Analgesia)은 다음과 같은 경우에 인정함.

- 다 음 -

가. 급여대상

- 1) 암환자(암성통증, 암관련 수술후 통증)
- 2) 개심술, 개두술, 장기이식, 제왕절개 수술 후 통증
- 3) 근위축성측삭경화증(Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS)환자의 만성통증, 만성난치통증(Chronic intractable pain)

나. 산정방법

1) 수기로

구분		경막외 주입 (Epidural PCA)	정맥내 주입 (IV PCA)
시 술 당 일	주입로 확보 및 Infusor 장착을 모두 실시한 경우	바22나(3)(가)경막외 신경차단술(지속적 차단-기타카테터 삽입당일)소정점수(코드 LA201)	바22나(3)(가)경막외 신경차단술(지속적 차단-기타-카테터 삽입당일)소정점수의 50% (코드 LA204)
	확보된 주입로에 Infusor만 연결하는 경우	마5-1수액제주입로를 통한주사의 소정점수와 바22나(3)(나)경막외신경차단술(지속적차단-기타-익일이후)의 소정점수를 합한 점수(코드 LA202)	마5-1수액제주입로를 통한주사 소정점수와 바22나(3)(나)경막외신경차단술(지속적차단-기타-익일이후) 소정점수의 50%를 합한 점수(코드 LA205)
익일 이후		바22나(3)(나)경막외 신경차단술(지속적 차단-기타익일이후) 소정점수(코드 LA203)	바22나(3)(나)경막외 신경차단술(지속적 차단-기타익일이후) 소정점수의 50%(코드 LA206)
○약제 재충전 수기로, 환자교육료 등은 별도 산정하지 아니함.			

2) 약제비 및 치료재료

「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 따라 사용된 약제 및 치료재료 비용은 별도 산정함. 다만, IV bag만 교체하거나 Disposable bag과 Tubing set만 교체하는 경우에는 1회용 재료의 비용만 산정함

다. 상기 가.에 의한 급여대상 이외의 환자에게 시행시 다른 방법(PCA이외)의 통증관리방법을 충분히 설명하고 환자가 서면으로 신청한 경우에 한하여 수기로 및 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함

라. 동 시술시 사용되는 약제의 본인부담률은 「국민건강보험법 시행령」 제19조 및 해당 약제별 「요양급여의 적용 기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따른 본인부담률을 적용함

[고시 제2017-152호, '17.9.1. 시행]

처치 및 수술료 등

일반사항

■ 2가지 이상의 수술시 수기로 산정방법

1. 동일 절개하에서 2가지 이상 수술을 동시에 시술한 경우 주된 수술이란 2가지 이상 수술 중 소정금액이 높은 수술을 기준으로 함. 이 경우 '소정금액'이란 제9장 처치 및 수술료 등의 각 분류항목에 기재된 금액을 말함.
2. 동일 피부 절개하에 해당과를 달리하여 각각 다른 병변을 수술한 경우, 진료전문과목이 다르더라도 동일 마취하에 연속하여 수술을 하는 것이므로 제9장 처치 및 수술료 등[산정지침] (5)항에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함.

[고시 제2016-204호, '16.11.1. 시행]

■ 동일 피부 절개 하에 2가지 이상 수술시 수가 산정방법

『건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수』 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 [산정지침](5)항에 의거 종합병원(상급종합병원 포함)의 경우 동일 피부 절개하에 2가지 이상 수술을 동시에 시술한 경우 제2의 수술부터는 해당 수술 소정점수의 70%를 산정토록 되어 있음.

이 때, 2가지 이상 수술이란 서로 다른 수술로 별도 소정점수의 산정이 가능한 경우를 의미함.

[고시 제2016-204호, '16.11.1. 시행]

■ 동일 피부 절개 하 동일 수술을 여러부위에 하는 경우 수가 산정방법

동일 피부 절개(또는 동일 경로) 하 동일 수술을 여러 부위에 하는 경우는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 적용되지 않는 사항으로, 제1부위는 100%, 제2부위부터는 50% 산정을 원칙으로 함. 다만, 최대산정범위 및 산정방법에 대해 별도 고시가 있는 경우에는 해당 고시를 적용함

[고시 제2017-118호, '17.7.1. 시행]

■ ENDO LASER(산부인과 복강경하 레이저사용)

[산정지침]-(9)에 의거 각 분류항목의 처치 및 수술 등에 레이저를 이용한 경우에도 각 분류항목의 소정점수만을 산정함.

다만, [산정지침]-(11)에 의거 레이저시술 중 장관이 별도로 인정한 “레이저시술”에 소요된 레이저 재료대는 별도 산정가능함.

[기결정고시 제2016-204호, '16.11.1. 시행]

복막 및 후복막

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
자-244	Q2440	진단적개복술 Diagnostic Exploratory Laparotomy	5,774.37	470,030	424,420
자-245	Q2450	복강농양 개복배액술 Intraabdominal Abscess Operation	4,202.04	342,050	308,850
자-248	Q2481	복막세척술 Peritoneal Lavage	1,897.16	154,430	139,440
자-249	Q2490	횡격막하 농양 절개 및 배농술 Incision and Drainage of Subphrenic Abscess	4,681.12	381,040	344,060
자-250		후복막종양적출술 Excision of Retroperitoneal Tumor			
	Q2501	가. 양성 Benign	5,209.51	424,050	382,900
	Q2502	나. 악성 또는 갈색세포종 Malignant or Pheochromocytoma	8,392.81	683,170	616,870

■ 자414 전자궁적출술후 1주일후에 출혈이 심하여 개복하여 출혈 지혈시 수기로 산정방법

자궁 경관부 파열로 자414 전자궁적출술 후 출혈이 심하여 재개복하여 지혈하였을 경우에 수기로는 자 244 진단적개복술의 소정금액을 산정함.

[고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행]

여성 생식기, 임신과 분만

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
		주 : 분만취약지 소재 요양기관에서 분만(자-435, 자-436, 자-438, 자-450, 자-451)한 경우 소정점수의 200%를 가산한다.(산정코드 첫 번째 자리에 R로 기재) 다만, 고위험 분만과 가산이 동시에 적용되는 경우에는 산정코드 첫 번째 자리에 T로 기재한다.			
자-401	R4016	양막내양수주입술 Amnioinfusion	4,890.66	398,100	359,460
자-401-1	R4017*	양막부착술 [유도로 포함] Amniopatch	5,583.47	454,490	410,390
자-402	R4021	회음절개 및 봉합술 [분만시] Episiotomy and Vaginal Repair	706.38	57,500	51,920
자-402-1		회음열창봉합술 Repair of Perineal Laceration			
	R4023	가. 항문에 달하는 것 with Repair of Sphincter Muscle	1,376.54	112,050	101,180
	R4024	나. 질원개에 달하는 것 with Vaginal Fornix	1,394.73	113,530	102,510
	R4025	다. 직장열창을 동반하는 것 with Rectal Mucosa Laceration	1,454.12	118,370	106,880
자-402-2	R4026	자궁경관열상봉합술 Repair of Cervical Laceration	959.92	78,140	70,550

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
자-402-3	R4028*	자궁내 풍선카테터 충전술 (자궁용적측정 포함) Intrauterine balloon tamponade	496.68	40,430	36,510
자-403	R4030	처녀막절개술 Hymenotomy	865.18	70,430	63,590
자-404	R4040	처녀막절제술 Hymenectomy	947.81	77,150	69,660
자-404-1	R4041	음순유착해리술 Lysis of Labial Adhesions	1,482.53	120,680	108,970
자-404-2	R4042	음핵성형술; 양성의 경우 Clitoroplasty; for Intersex State	3,760.24	306,080	276,380
자-405	R4050	바도린선농양절개술 Incision of Bartholin's Gland Abscess 주 : 외음부 또는 회음부농양배농술을 실시한 경우에도 소정점수를 산정한다	598.26	48,700	43,970
자-406	R4060	바도린선낭종절제술 Excision of Bartholin's Gland and Cyst	1,092.06	88,890	80,270
자-406-1	R4065	바도린선낭종조대술 Marsupialization of Bartholin's Gland Cyst	939.08	76,440	69,020
자-406-2		외음부중양적출술 Vulvectomy			
	R4066	가. 양성 Benign 나. 악성 Malignant	1,768.83	143,980	130,010
	R4067	(1) 단순 Simple	4,886.09	397,730	359,130
	R4068	(2) 근치 [림프절 절제술 포함] Radical	10,383.86	845,250	763,210
자-407		질종양적출술 Extirpation of Vaginal Tumor			
	R4070	가. 양성인 것 Benign 나. 악성인 것 Malignant	1,370.00	111,520	100,700
	R4071	(1) 단순 [질절제술만 하는 경우] Simple	4,832.27	393,350	355,170
	R4073	주 : 자궁적출술을 실시하는 경우에는 9,899.48점을 산정한다.		805,820	727,610
	R4072	(2) 근치 [림프절절제술 포함] Radical	9,700.19	789,600	712,960
	R4074	주 : 자궁적출술을 실시하는 경우에는 11,655.11점을 산정한다.		948,730	856,650
자-408		질벽보합술 [분만시제외, 치료목적에 한함] Colporrhaphy			
		가. 전질벽 성형 Anterior Colporrhaphy			
	R0408	(1) 방광류를 동반한 경우	2,384.70	194,110	175,280
	R0409	(2) 방광류를 동반하지 아니한 경우	1,460.92	118,920	107,380
		나. 후질벽 및 회음 성형 Posterior Colporrhaphy			
	R0410	(1) 직장류를 동반한 경우	3,181.20	258,950	233,820
	R0411	(2) 직장류를 동반하지 아니한 경우	2,226.00	181,200	163,610
		다. 「가」 및 「나」를 합하여 하는 것			
	R0412	(1) 방광류 및 직장류를 동반한 경우	4,494.03	365,810	330,310
	R0413	(2) 방광류 및 직장류를 동반하지 아니한 경우	3,062.50	249,290	225,090
자-408-1		직장질루교정술 Operation for Recto-Vaginal Fistula			

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
		주 : 장루조성술(인공항문조성술)을 한 경우에는 소정항목에 의거 별도 산정한다.			
	R4085	가. 질부 조작 Vaginal Approach	2,702.85	220,010	198,660
	R4086	나. 경항문 혹은 경회음부 조작 Transanal or Transperineal Approach	2,959.52	240,900	217,520
	R4087	다. 복부 조작 Abdominal Approach	4,402.41	358,360	323,580
자-409		질폐쇄증수술 Construction of Vagina			
	R4091	가. 인공질조성술 Construction of Artificial Vagina	6,780.36	551,920	498,360
	R4092	나. 확장기이용에 의한 것 with Mold	4,984.55	405,740	366,360
자-410		질식배농술 Culdotomy			
	R4101	가. 다글라스와 Douglas Pouch	983.92	80,090	72,320
	R4102	나. 질벽 Vaginal Wall	616.91	50,220	45,340
	R4103	주 : 질벽혈중제거시에는 721.57점을 산정한다.		58,740	53,040
자-410-1	R4105	질이물제거술 Removal of Impacted Vaginal Foreign Body	324.05	26,380	23,820
자-410-2	R4106	질강처치 Vaginal treatment using speculum	61.10	4,970	4,490
자-411		질탈교정술 Colpopexy			
		가. 수술적치료 Surgical			
	R4111	(1) 복부접근 Abdominal Approach	4,334.45	352,820	318,580
	R4112	(2) 질부접근 Vaginal Approach	4,008.65	326,300	294,640
	R4113	나. 비수술적치료 [질폐사리 삽입술] Insertion of Pessary	238.95	19,450	17,560
자-412		자궁근종절제술 Myomectomy			
		가. 복부접근 Abdominal approach			
	R4124	(1) 단순 [장막하근종] Simple	3,818.00	310,790	280,620
	R4127	(2) 복잡 [근층내, 점막하, 인대간, 간질내, 복막하근종이나, 결절 2개 이상인 다발성자궁근종인 경우에 산정] Complex	5,104.86	415,540	375,210
	R4123	나. 질부접근 Vaginal Approach	2,957.19	240,720	217,350
		다. 복강경술 Laparoscopic approach			
	R4128	(1) 단순 [장막하근종] Simple	4,690.95	381,840	344,780
	R4129	(2) 복잡 [근층내, 점막하, 인대간, 간질내, 복막하근종이나, 결절 2개 이상인 다발성자궁근종인 경우에 산정] Complex	6,759.02	550,180	496,790
자-412-1		자궁경하 자궁근종절제술 Hysteroscopic Removal of Leiomyoma			
	R4125	가. 3cm 미만	2,141.02	174,280	157,360
	R4126	나. 3cm 이상 [다발성 포함]	2,993.13	243,640	220,000
자-413	R4130	자궁질상부절단술 Subtotal Hysterectomy	4,926.81	401,040	362,120
자-414		전자궁적출술 Hysterectomy			
		가. 림프절제술을 하는 경우 with Lymphadenectomy			

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
	R4143	(1) 단순 Simple	9,286.04	755,880	682,520
	R4144	(2) 복잡 [유착박리를 동반한 경우] Complex 나. 림프절절제를 하지 않는 경우 without Lymphadenectomy	10,857.31	883,790	798,010
		(1) 복부접근 Abdominal approach			
	R4147	(가) 단순 Simple	5,779.73	470,470	424,810
	R4148	(나) 복잡 [유착박리를 동반한 경우] Complex (2) 질부접근 Vaginal Approach	6,423.07	522,840	472,100
	R4149	(가) 단순 Simple	6,708.57	546,080	493,080
	R4140	(나) 복잡 [유착박리를 동반한 경우 또는 자궁무게 250g 이상] Complex (3) 복강경술 Laparoscopic approach	8,229.00	669,840	604,830
	R0141	(가) 단순 Simple	7,773.37	632,750	571,340
	R0142	(나) 복잡 [유착박리를 동반한 경우 또는 자궁무게 250g 이상] Complex	9,290.05	756,210	682,820
자-415		광범위자궁적출 및 양측 골반림프절절제술 Radical Hysterectomy with Bilateral Pelvic Lymphadenectomy			
	R4154	가. 대동맥주위림프절 생검을 하는 경우 with Para-Aortic Lymph Node Biopsy	22,506.01	1,831,990	1,654,190
	R4155	나. 대동맥주위림프절 생검을 안 하는 경우 without Para-Aortic Lymph Node Biopsy	20,680.51	1,683,390	1,520,020
자-415-1	R4156	골반내용물제거술 Pelvic Exenteration	12,600.85	1,025,710	926,160
자-415-2	R4157	골반 및 대동맥주위 림프절절제술 Pelvic and Para-Aortic Lymphadenectomy	9,251.02	753,030	679,950
자-416	R4160	골반내용물유착박리술 Pelvic Adhesiolysis 주 : 타수술과 동시에 실시한 경우에는 별도 산정할 수 없으며 관혈적으로 단독 실시하는 경우에 한하여 산정한다.	3,874.54	315,390	284,780
자-416-1	R4165	골반경하골반내용물소작술 Pelviscopic Fulguration	4,114.05	334,880	302,380
자-416-2	R4166	골반경에 의한 이물제거술 Pelviscopic Foreign Body Removal	2,972.01	241,920	218,440
자-417	R4170	기형자궁성형술 Metroplasty of Uterine Anomaly [Strassman]	5,198.02	423,120	382,050
자-418		자궁내반증수술 Correction of Uterine Inversion			
	R4181	가. Kustner수술	2,419.67	196,960	177,850
	R4182	나. 용수정복 Manual Reduction	1,349.08	109,820	99,160
	R4183	다. 전자궁적출술에 의한 것 Total Hysterectomy	5,659.00	460,640	415,940
자-420		자궁탈근본수술 Operation on Prolapsed Uteri			
	R4202	가. 질식자궁전적출술 Vaginal Total Hysterectomy	4,638.77	377,600	340,950

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
자-421	R4203	나. 질식자궁전적출술 및 질벽봉합술 Vaginal Total Hysterectomy with A and P Repair	5,687.15	462,930	418,010
	R4204	다. Manchester 수술 자궁위치교정술 Correction of Uterine Position	3,973.66	323,460	292,060
	R4211	가. 알렉산더수술 또는 도래리수술 Alexander's Operation	2,918.84	237,590	214,530
	R4212	나. 유착성자궁위치이상박리교정술 Corrective Adhesiolysis for Adhesive Uterine Malposition	3,080.34	250,740	226,400
자-421-1	R4215	자궁거상술 Uterine Suspension	3,043.30	247,720	223,680
자-422	R4221	자궁파열수술 Hysterorrhaphy 가. 전자궁적출을 하는 경우 Total Hysterectomy	5,230.15	425,730	384,420
	R4223	나. 자궁질상부절단을 하는 경우 Subtotal Hysterectomy	4,792.58	390,120	352,250
	R4224	다. 자궁파열봉합술을 하는 경우 Repair of Uterine Rupture	4,005.05	326,010	294,370
자-423	R4230	자궁경하 자궁내막소작박리술 Hysteroscopic Endometrial Ablation	1,705.14	138,800	125,330
자-423-1	R4235	자궁경하 자궁강내유착박리술 Hysteroscopic Lysis of Intrauterine Adhesion	2,237.86	182,160	164,480
자-424	R4240	자궁경관점막폴립절제술 Polypectomy of Cervical Mucosa	425.91	34,670	31,300
자-424-1	R4241	자궁경하 자궁내막폴립절제술 Hysteroscopic Endometrial Polypectomy	1,777.51	144,690	130,650
자-425	R4250	자궁경부암근치술 [질부접근] Vaginal Radical Hysterectomy (Schauta Type Operation)	9,402.88	765,390	691,110
자-426	R4261	자궁경부원추형절제술 Conization of Cervix 가. 수술도이용 Cold Knife	1,208.53	98,370	88,830
	R4262	나. 전기루프이용 Loop Electrosurgical Excision	1,290.38	105,040	94,840
자-427	R4271	자궁내장치삽입술 Insertion of Intrauterine Device 주 : 사용된 재료대는 별도 산정한다.	229.32	18,670	16,860
자-427-1	R4275	자궁내장치제거로 Removal of Intrauterine Device 가. 실이 보이는 경우 Visible Thread	145.56	11,850	10,700
		나. 실이 보이지 않는 경우 Invisible Thread			
	R4276	(1) 자궁경을 이용한 경우 Hysteroscopic	1,435.50	116,850	105,510
	R4277	(2) 기타의 경우 Others	521.29	42,430	38,310
자-428	R4281	자궁경관봉축술 Cerclage of Cervix 가. 맥도날드 Mcdonald Operation	1,069.99	87,100	78,640
	R4282	나. 쉬로도카법 Shirodker Operation	2,350.71	191,350	172,780
	R4283	다. 복식자궁경관봉축술 Abdominal	3,769.05	306,800	277,030

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
	R4284	라. 양막복원후 자궁경부원형봉합술 Transcervical Cerclage after Reduction of Amniotic Membrane 주 : 자궁경부가 개대되고 양막이 돌출되어 양수감압술과 「가」 를 동 시에 실시한 경우에 산정한다.	3,739.50	304,400	274,850
자-428-1	R4285	자궁경부봉축해제술 Release of Cerclage of Cervix	379.53	30,890	27,900
자-429		질중격절제술 Excision of Vaginal Septum			
	R4291	가. 전격인 것 Complete Septum	1,590.18	129,440	116,880
	R4292	나. 부전격인 것 Incomplete Septum	1,319.81	107,430	97,010
자-429-1	R4295	자궁경하 자궁강내격막절제술 Hysteroscopic Resection of Intrauterine Septum	2,698.34	219,640	198,330
자-430	R4300	자궁경부(질)약물소작술 Chemical Cauterization of Cervix(Vagina)	258.61	21,050	19,010
자-430-1		음부콘딜로마치료법 Removal of Perineal Condyloma			
	R4305	가. 수술적치료 [절제술, 전기소작술, 냉동소작술, 레이저절제술 포함] Surgical	595.62	48,480	43,780
	R4306	나. 비수술적치료 [포도필린 등 국소도포 포함] Non-Surgical	316.64	25,770	23,270
자-431	R4310	자궁경부(질)전기소작술 Electrocauterization of Cervix(Vagina)	398.67	32,450	29,300
자-432	R4320	자궁경부(질)냉동 또는 열응고술 Cryocautery or Thermal Cauterization of Cervix(Vagina)	424.05	34,520	31,170
자-433		유착성자궁부속기절제술 Adnexectomy			
	R4331	가. 편측 Unilateral	3,337.78	271,700	245,330
	R4332	나. 양측 Bilateral	4,089.87	328,850	296,930
자-434		난관결찰술 [양측] Tubaligation			
		가. 골반경이용 with Pelviscopy			
	R4341	(1) 난관결찰술을 한 경우 Ligation or Transection of Fallopian Tubes	1,428.84	116,310	105,020
	R4342	(2) 난관소작술을 한 경우 Surgical Fulguration of Oviduct	1,555.71	126,630	114,340
	R4343	나. 미니랩 이용 with Minilap	1,576.35	128,310	115,860
	R4344	다. 자궁경이용 with Hysteroscopy	1,169.70	95,210	85,970
	R4345	라. 개복술에 의한 경우 Laparotomy	1,279.26	104,130	94,030
자-435		분만 Delivery 주 : 1. 「가」, 「나」, 「다」는 동시에 산정할 수 없다. 2. 장애인으로 등록되어 있는 장애인에 대하여는 소정점수의 50%를 가산한다.			
	RA431	(◎ 가(1)(가) ¹ , 가(1)(나) ² , 가(2)(가) ³ , 가(2)(나) ⁴)			
	-RA434				

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
RA311 -RA314		(☉ 나(1)(가) ¹⁾ , 나(1)(나) ²⁾ , 나(2)(가) ³⁾ , 나(2)(나) ⁴⁾			
RA315 -RA318		(☉ 다(1)(가) ⁵⁾ , 다(1)(나) ⁶⁾ , 다(2)(가) ⁷⁾ , 다(2)(나) ⁸⁾			
		3. 2010년 7월 1일부터 2011년 6월 30일까지는 소정점수의 25%를 가산하고, 2011년 7월 1일부터는 소정점수의 50%를 가산한다.(산정코드 첫 번째 자리에 3 기재)			
		4. 고위험 분만에 해당되는 경우에는 소정점수의 30%를 추가 가산한다.(산정코드 첫 번째 자리에 S로 기재) 다만, '주2'에 의하여 가산을 적용받는 경우에는 그러하지 아니한다.			
		가. 정상분만 Normal			
		(1) 초산 Primiparous			
R4351		(가) 제1태아 First Fetus	4,230.17	344,340	310,920
R4353		(나) 다태아분만시 제2태아부터 [1인당] from Second Fetus in Multiple Pregnancy	3,980.28	323,990	292,550
		(2) 경산 Multiparous			
R4356		(가) 제1태아 First Fetus	3,739.39	304,390	274,850
R4358		(나) 다태아분만시 제2태아부터 [1인당] from Second Fetus in Multiple Pregnancy	3,797.31	309,100	279,100
		나. 유도분만 [촉진분만 포함] Induction			
		(1) 초산 Primiparous			
R3131		(가) 제1태아 First Fetus	4,835.78	393,630	355,430
R3133		(나) 다태아분만시 제2태아부터 [1인당] from Second Fetus in Multiple Pregnancy	4,689.07	381,690	344,650
		(2) 경산 Multiparous			
R3136		(가) 제1태아 First Fetus	4,445.37	361,850	326,730
R3138		(나) 다태아분만시 제2태아부터 [1인당] from Second Fetus in Multiple Pregnancy	4,414.54	359,340	324,470
		다. 겸자 또는 흡입분만 Forceps And Vaccum Delivery			
		(1) 초산 Primiparous			
R3141		(가) 제1태아 First Fetus	5,645.61	459,550	414,950
R3143		(나) 다태아분만시 제2태아부터 [1인당] from Second Fetus in Multiple Pregnancy	5,627.12	458,050	413,590
		(2) 경산 Multiparous			
R3146		(가) 제1태아 First Fetus	5,174.04	421,170	380,290

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
자-436	R3148	(나) 다태아분만시 제2태아부터 [1인당] from Second Fetus in Multiple Pregnancy 둔위분만 Breech Delivery	5,520.62	449,380	405,770
	RA361 RA362	주 : 1. 장애인으로 등록되어 있는 장애인에 대하여는 소정점수의 50%를 가산한다. (◎ 가 ¹⁾ , 나 ²⁾) 2. 2010년 7월 1일부터 2011년 6월 30일까지는 소정 점수의 25%를 가산하고, 2011년 7월 1일부터는 소정점수의 50%를 가산한다. (산정코드 첫 번째 자리에 3 기재) 3. 고위험 분만에 해당되는 경우에는 소정점수의 30%를 추가 가산한다. (산정코드 첫 번째 자리에 S로 기재) 다만, '주1'에 의하여 가산을 적용받는 경우에는 그러하지 아니한다.			
	R4361 R4362	가. 초산 Primiparous 나. 경산 Multiparous	6,707.99 6,424.58	546,030 522,960	493,040 472,210
자-437	R4370	분만전처치 Antepartum Care 주 : 1. 관장, 도뇨, 회음부면도, 소독 등의 비용을 포함한다. 2. 분만, 둔위분만 또는 제왕절개술 기왕력이 있는 질식분만 항목의 시술시 1회만 산정하되, 질식분만 도중 부득이하여 제왕절개술을 시행한 경우에도 1회 산정한다.	250.08	20,360	18,380
	RA370	3. 장애인으로 등록되어 있는 장애인에 대하여는 소정점수의 50%를 가산한다. 4. 만 35세 이상 산모에 대하여는 소정점수의 30%를 가산한다. (산정코드 첫 번째 자리에 5 기재) 다만, '주3'에 의하여 가산을 적용받는 경우에는 그러하지 아니한다.			
자-437-1	R4376	분만후처치 Postpartum Care 주 : 1. Uterine Massage, Breast Care, Heat Lamp, Dressing 등을 포함한다. 2. 분만, 둔위분만, 제왕절개술 기왕력이 있는 질식분만 또는 태반용수박리술 항목의 시술시 1회만 산정한다.	404.51	32,930	29,730
	R4379	3. 입원기간중 사용한 1회용 Pad는 1일 1통(10개입)이상 사용한 경우에 한하여 1일당 16.25점을 산정한다.		1,320	1,190
	RA376	4. 장애인으로 등록되어 있는 장애인에 대하여는 소정점수의 50%를 가산한다. 5. 만 35세 이상 산모에 대하여는 소정점수의 30%를 가산한다. (산정코드 첫 번째 자리에 5 기재) 다만, '주4'에 의하여 가산을 적용받는 경우에는 그러하지 아니한다.			

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
자-438	R4380	제왕절개술 기왕력이 있는 질식분만 Vaginal Birth after Cesarean Section 주 : 1. 분만방법별(정상분만, 유도분만, 겸자 또는 흡입분만) 구분없이 소정점수를 산정한다. 2. 장애인으로 등록되어 있는 장애인에 대하여는 소정점수의 50%를 가산한다. 3. 2010년 7월 1일부터 2011년 6월 30일까지는 소정점수의 25%를 가산하고, 2011년 7월 1일부터는 소정점수의 50%를 가산한다. (산정코드 첫 번째 자리에 3 기재) 4. 고위험 분만에 해당되는 경우에는 소정점수의 30%를 추가 가산한다. (산정코드 첫 번째 자리에 5로 기재) 다만, '주2'에 의하여 가산을 적용받는 경우에는 그러하지 아니한다.	7,388.59	601,430	543,060
자-439	R4390	하복동맥결찰술 [양측] Hypogastric Artery Ligation	3,842.96	312,820	282,460
자-440	R4400	난관구절개 또는 난관성형술 Salpingostomy or Salpingoplasty	4,135.65	336,640	303,970
자-440-1	R4405	난관채부성형술 Fimbrioplasty	3,374.47	274,680	248,020
자-441	R4411	난관난관문합술 Tubotubal Anastomosis	4,703.86	382,890	345,730
자-441-1	R4412	자궁난관이식술 Tubo-Uterine Implantation	5,208.85	424,000	382,850
자-441-2	R4413	난소위치전이술 Transposition of Ovary	3,108.21	253,010	228,450
자-442	R4421	부속기종양적출술 [양측] Extirpation of Adnexal Tumor 가. 양성 Benign 주 : 난소종양절제술, 자궁부속기절제술, 난소낭종 또는 부난소낭 종적출술을 실시한 경우에도 소정점수를 산정한다. 나. 악성 Malignant	4,374.03	356,050	321,490
	R4423	(1) 단순 [난소 및 부속기만 절제하는 경우] Simple	9,139.15	743,930	671,730
	R4427	주 : 자궁적출술을 동시 실시한 경우에는 14,497.93점을 산정한다.		1,180,130	1,065,600
	R4424	(2) 근치 [대망절제 또는 림프절 절제술 포함] Radical	11,529.20	938,480	847,400
	R4428	주 : 자궁적출술을 동시 실시한 경우에는 17,029.61점을 산정한다.		1,386,210	1,251,680
		다. 항암화학요법후의 2차 추시개복술 Staging or Restaging (Second Look)			
	R4425	(1) 생검 Biopsy	5,796.10	471,800	426,010
	R4426	(2) 종양감축술 Debulking	12,594.16	1,025,160	925,670
자-443	R4430	난소부분절제술 [질식 포함] Ovarian Wedge Resection	2,308.57	187,920	169,680

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
자-443-1	R4435	난소낭종 또는 난소농양배액술 [질부접근] Incision and Drainage of Ovarian Cyst	1,710.82	139,260	125,750
자-444		계류유산소파술 Treatment of Missed Abortion			
	R4441	가. 12주 미만	949.16	77,260	69,760
	R4442	나. 12주 이상	1,450.77	118,090	106,630
자-445		인공임신중절수술 Induced Abortion 주 : 모자보건법 제14조 및 동법 시행령 제15조의 규정에 해당되는 경우에 소정점수를 산정한다.			
	R4452	가. 임신 8주 이내	996.04	81,080	73,210
	R4453	주 : 월경조절술(MR)을 시행한 경우에는 686.72점을 산정한다.		55,900	50,470
	R4456	나. 임신 8주 초과 - 12주 미만	1,285.07	104,600	94,450
	R4457	다. 임신 12주 이상 - 16주 미만	1,558.54	126,870	114,550
	R4458	라. 임신 16주 이상 - 20주 미만	2,102.86	171,170	154,560
	R4459	마. 임신 20주 이상	2,625.07	213,680	192,940
자-446	R4460	태아축소술 Embryotomy	1,964.91	159,940	144,420
자-447		가사신생아소생술 Asphyxial Newborn Resuscitation			
	R4471	가. Apgar 6점 이하 - 4점까지 주 : 산소투여와 입과 입을 통한 호흡 및 양압호흡을 시킨 경우에 한하여 산정한다.	581.51	47,330	42,740
	R4472	나. Apgar 3점 이하 주 : 기관내 삽관에 의한 산소호흡을 시키거나 보온을 하면서 PO ₂ , PCO ₂ , pH Monitoring을 반복한 때에 산정한다.	1,311.11	106,720	96,370
자-448		포상기태제거술 Evacuation of Hydatid Mole			
	R4481	가. 흡인소파술에 의한 것 Uterine Suction Curettage	1,218.15	99,160	89,530
	R4482	나. 전자궁적출술에 의한 것 Total Hysterectomy	4,068.20	331,150	299,010
자-449	R4490	제대환납술 Correction of Cord Prolapse	494.38	40,240	36,340
자-450		제왕절개술 및 자궁적출술 Cesarean Hysterectomy			
		가. 1태아 임신의 경우 First Fetus			
		(1) 부분절제 Subtotal			
	R4507	(가) 초산 Primiparous	9,575.07	779,410	703,770
	R4508	(나) 경산 Multiparous	9,520.78	774,990	699,780
		(2) 전절제 Total			
	R4509	(가) 초산 Primiparous	11,197.09	911,440	822,990
	R4510	(나) 경산 Multiparous	11,239.31	914,880	826,090

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
자-451	R5001	나. 다태아임신의 경우 Multiple Pregnancy (1) 초산 Primiparous	12,152.02	989,170	893,170
	R5002	(2) 경산 Multiparous	12,577.10	1,023,780	924,420
		제왕절개만출술 Cesarean Section Delivery			
		가. 1태아 임신의 경우 First Fetus			
		(1) 초회 Initial			
	R4517	(가) 초산 Primiparous	4,376.63	356,260	321,680
	R4518	(나) 경산 Multiparous	4,038.28	328,720	296,810
	R4514	(2) 반복 Repeat	5,125.09	417,180	376,690
		나. 다태아임신의 경우 Multiple Pregnancy			
		(1) 초회 Initial			
자-451-1	R4519	(가) 초산 Primiparous	5,539.17	450,890	407,130
	R4520	(나) 경산 Multiparous	5,539.17	450,890	407,130
	R4516	(2) 반복 Repeat	5,842.04	475,540	429,390
	R4522	제왕절개술 전 질식분만 시도 주 : 7시간 이상 질식분만을 시도하였으나 부득이하게 제왕절개술을 시행한 경우 1회 산정한다.	2,136.83	173,940	157,060
자-452	R4521	자궁소파수술 Dilatation and Curettage 주 : 산욕기소파술, 기능성자궁출혈의 치료, 자궁내막폴립절제술 등을 실시한 경우에 산정한다.	747.84	60,870	54,970
자-452-1	R4526	태반용수박리술 Manual Delivery of Placenta 주 : 다른 요양기관이나 자가 등에서 분만후 이송되어 시행한 경우에만 산정한다.	918.57	74,770	67,510
자-453		자궁외임신수술 Surgical Treatment of Ectopic Pregnancy			
자-541	R4531	가. 난관 또는 난소임신 Tubal or Ovarian Pregnancy	3,148.45	256,280	231,410
	R4532	나. 자궁각임신 Cornual Pregnancy	3,599.17	292,970	264,540
	R4533	다. 자궁경관임신 Cervical Pregnancy	3,564.47	290,150	261,990
	R4534	라. 복강내임신 Abdominal Pregnancy	3,471.98	282,620	255,190
		임신중절을 위한 처치 Preparation for Induced Abortion			
	RY541	가. 라미나리아삽입, 1회 Insertion of Laminaria, Once	215.08	17,510	15,810
	RY542	나. 라미나리아삽입, 2회 Insertion of Laminaria, Twice	404.81	32,950	29,750
	RY543	다. 라미나리아삽입, 3회 (임신 16주 이상인 경우에 해당) Insertion of Laminaria, Three Times	605.99	49,330	44,540
	RY544	라. 송기법 Ballooning	556.83	45,330	40,930

■ 후질벽탈장봉합술Culdoplasty

자408-나. 후질벽 및 회음 성형술의 소정점수를 산정함.

[기결정고시 제2002-98호, '03.1.1. 시행]

■ 쌍극자 자궁경 전기수술Bipolar Hysteroscopic Electrosurgery(쌍극자 전기수술용 시스템을 이용한 자궁경하수술)

시술 행위에 따라 자412-1 자궁경하 자궁근종절제술, 자423 자궁경하 자궁내막소작박리술, 자424-1 자궁경하 자궁내막폴립제거술 등 해당항목의 소정점수를 산정함.

[기결정고시 제2002-98호, '03.1.1. 시행]

■ 질강치치료 인정기준

질강치치료는 외음과 질의 칸디다증, 비뇨생식기의 편모충증, 자궁경부의 염증성 질환, 자궁경부의 미란 및 외반 상병에 실시한 경우에 치료기간 중 1회 인정함.

[고시 제2013-36호, '13.3.1. 시행]

■ 질(자궁)탈출 후방슬링교정술 Posterior Intravaginal Slingplasty

자411-가(2) 질탈출교정술-수술적 치료-질부접근의 소정점수를 산정하며, 교정을 위해 사용된 소모성 재료대(Tunnelling Device)는 별도 산정함.

[기결정고시 제2005-100호, '16.1.1. 시행]

■ 자궁근종절제술 수가 산정방법

자궁내 근종절제술(myomectomy)을 질부접근으로 2군데 이상 실시한 경우에도 자412나 자궁근종절제술(질부접근) 소정점수만 산정함.

[고시 제2007-92호, '07.11.1. 시행]

■ 자궁경부절제술(transvaginal trachelectomy) 수기로 산정방법

자궁경부절제술(trachelectomy)은 시술방법(복강경, 질부접근 등) 불문하고 자413 자궁질상부절단술(subtotal hysterectomy) 소정점수에 준용하여 산정함.

[고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행]

■ 자414 전자궁적출술과 난소 또는 난관 종양적출술 동시 시술시 별도 인정여부

난소 또는 난관에 종양이 있어 전자궁적출술과 동시에 이를 적출하였을 경우에 자414 전자궁적출술과 자442가 부속기종양적출술을 제9장 처치 및 수술료 등[산정지침] (5)항에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함.

[고시 제2016-204호, '16.11.1. 시행]

■ 골반경 이용 자궁전적제술

자414 전자궁적출술의 소정 점수를 산정함.

[기결정고시 제2017-118호, '17.7.1. 시행]

■ 뼈 전이된 유방암 환자에게 아로마타제 저해제(AI) 투여위해 실시한 인공폐경수술 인정여부

□ 진료내역 (여/45세)

- 상 병 명: 상세불명의 유방의 악성 신생물
- 주요 진료내역

전자궁적출술, 단순	1*1
부속기양성종양적출술-난소를 전적출하는 경우	0.7*1

□ 심의결과

- 폐경 전 호르몬 수용체 양성인 전이성 유방암 환자에게 양측 난관-난소 절제술(BSO)은 호르몬 요법(아로마타제 저해제 등)을 위하여 선택적으로 실시할 수 있다고 판단되므로 동 건(여/45세)에 실시한 양측 난관-난소 절제술(Bilateral Salpingo-Oophorectomy, BSO)은 인정하기로 함.
다만, 복강경하 질식 자궁적출술(Laparoscopic-assisted Vaginal Hysterectomy, LAVH)은 실시할 만한 적응증이 확인되지 않아 인정하지 아니함.

□ 심의내용

- 식약처 허가사항 및 암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부 사항(건강보험심사평가원 공고 제2015-291호, 2016.1.1. 시행)에 의하면, 유방암 항암치료를 위해 사용되는 2군 항암제 중 아로마타제 저해제(Aromatase Inhibitor, AI)인 Letrozole(품명: 페마라정 등), Anastrozole(품명: 아리미덱스정 등), exemestane(품명: 아로마신정)은 폐경기 이후 여성의 유방암 치료에 사용하도록 되어 있음.
- 동 건(여/45세)은 폐경전 전이성 유방암 환자로 폐경기 이후 사용할 수 있는 2군 항암제 투여의 목적으로 폐경상태를 유도하기 위한 복강경하 양측 난관-난소 절제술(Bilateral Salpingo-Oophorectomy, BSO) 및 질식 자궁적출술(Laparoscopic-assisted Vaginal Hysterectomy, LAVH)을 실시하였음.
이에 인공적으로 폐경상태를 유도하기 위해 실시한 BSO와 LAVH 인정여부에 대하여 심의함.
- 관련 교과서 및 임상진료지침에 의하면, 전이성 유방암 환자에게 호르몬 요법(endocrine therapy)은 치료의 첫 번째 선택이 될 수 있고, 호르몬 수용체가 발현되고, 무병기간이 길고, 증상이 없는 경우 등에 실시할 수 있음.
또한, 폐경 전 호르몬 수용체 양성인 전이성 유방암 환자는 호르몬요법으로 난소기능억제(ovarian function suppression)를 시행할 수 있고, 난소기능억제를 위해 생식샘자극호르몬 방출호르몬 작용제(Gonadotropin-releasing hormone agonist, GnRH agonist) 및 외과적(Oophorectomy) 또는 방사선 요법(radiotherapy)을 통한 난소절제(ovarian ablation)를 시행할 수 있음.
- 동 건(여/45세)은 좌측 유방암[T2N1, ER/PR(+/+), HER-2(-)] 진단받고 2010년 9월 유방사분역절제술(quadrantectomy) 시행 받은 환자로, tamoxifen(품명: 타목시펜정 등) 등 투여 후 2012년 12월 뼈 전이 확인되어 goserelin(품명: 졸라덱스데포주사 등) 등 투여하였음.

이후 2014년 11월 양측 유방암으로 진행되어 capecitabine(품명: 젤로다정 등)을 투여하였으나 2016년 5월 우측 유방에 새로운 병변 확인되어 폐경 후 상태를 유도하여 호르몬 요법을 시행하기 위한 목적으로 복강경하 양측 난관-난소 절제술(BSO)을 실시하였고 질식 자궁적출술(LAVH)도 동시 실시한 것으로 확인됨.

- 진료기록 및 관련 문헌 등을 검토한 결과, 폐경 전 호르몬 수용체 양성인 전이성 유방암 환자에게 양측 난관-난소 절제술(BSO)은 호르몬 요법(아로마타제 저해제 등)을 위하여 선택적으로 실시할 수 있다고 판단됨.
- 따라서, 동 건(여/45세)에 실시한 양측 난관-난소 절제술(Bilateral Salpingo-Oophorectomy, BSO)은 인정하기로 함.
다만, 복강경하 질식 자궁적출술(Laparoscopic-assisted Vaginal Hysterectomy, LAVH)은 실시할 만한 적응증이 확인되지 않아 인정하지 아니함.

□ 참고

- 국민건강보험법 제41조
- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표 2] 비급여대상(제9조제1항관련)
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 제1절 처치 및 수술료[산정지침](3)
- 동일 피부 절개 하에 2가지 이상 수술시 수가 산정방법(보건복지부 고시 제 2014-126호, 2014.8.1. 시행)
- Goldman, Lee, et al. Goldman-Cecil Medicine, 25th ed. Elsevier. 2016.
- Dennis Kasper, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine, 19th ed. McGraw-Hill Professional Publishing. 2015.
- John E. Niederhuber, et al. Abeloff's Clinical Oncology. 5th Ed. W B Saunders Co. 2014.
- Philip J., et al. Clinical Gynecologic Oncology. 8th Ed. Mosby. 2012.
- Endocrine Therapy for Hormone Receptor Positive Metastatic Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology Guideline. 2016.
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Breast Cancer. Version 2. 2016.
- ESO-ESMO 2nd international consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC2). 2014.
- NICE Clinical guideline. Advanced breast cancer: diagnosis and treatment. Last updated July 2014.
- 학회 의견(대암학 제 2016-157호, 2016.12.9.)

[공개심의사례, '17.1.31.]

■ 임피던스 컨트롤 자궁내막 소작술(Impedance-Controlled Endometrial Ablation)

자423 자궁경하 자궁내막소작박리술의 소정점수를 산정함.

[기결정고시 제2011-104호, '11.9.1. 시행]

■ 자궁경부고주파열응고술 (고주파원추절제술)

자궁경부상피내종양중 중증이형증이나 상피내암에 loop를 이용한 고주파자궁경부분 전기절제술은 자 426-나 (자궁경부원추형절제술의 전기루프이용)의 소정점수를 산정함.

[기결정고시 제2002-13호, '02.4.1. 시행]

■ 자궁내장치 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, '18.1.1. 시행]

■ 미래나 장치료

자427 자궁내장치 삽입술의 소정점수를 산정하고, 주.2에 의거 사용된 재료대는 별도 산정함.

[기결정고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행]

■ 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 새기구를 재삽입하는 경우는 관련 진찰료 및 시술료 등은 비급여 대상임.

[고시 제2011-50호, '11.5.1. 시행]

■ 자궁내 장치 교체시 제거료 산정방법 관련 질의회신

1. 피임수술의 요양급여 인정기준에 의하여 피임시술인 정관절제술 또는 결찰술(자389-1-라, R3896), 난관결찰술(자434, R4341~R4345) 및 자궁내장치삽입술(자427, R4271)을 본인이 원하여 실시한 경우에는 비급여 대상이나 1) 본인이나 배우자가 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우, 2) 임신으로 모성건강을 악화시킬 수 있는 질환이 있는 경우, 3) 본인이나 배우자가 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성질환이 있는 경우에 요양급여한다고 규정하고 있음.
2. 또한 저출산 문제를 해결하고 출산을 장려하기 위하여 건강보험 지원을 확대하는 정책의 일환으로 그동안 비급여대상으로 운영하였던 난관, 정관복원수술 및 자궁내장치 제거는 2004년 7월 1일부터 요양급여대상으로 적용하고 있음.
3. 이와 관련 상기 가의 1),2),3)의 경우로서 피임수술을 한 경우 및 출산을 목적으로 난관, 정관복원수술 및 자궁내장치 제거를 한 경우에는 요양급여대상이며, 피임수술의 보험급여 대상자로서 자궁내장치기구를 교체하기 위하여 기유치된 자궁내장치를 제거하고 새 기구로 재삽입하는 경우는 자427-1 자궁내장치 제거료를 50% 산정하도록 하고 있음.
4. 따라서 본인이 원하여 자궁내장치삽입술(자427, R4271)을 시술받고 동 장치기구를 교체하기 위하여 기유치된 자궁내장치를 제거하고 새기구를 재삽입하는 경우는 관련 진찰료 및 시술료 등은 비급여 대상임.

[보험급여과-2186호, '08.10.8.]

■ **‘갑’요양기관에서 흡인만출술에 실패하여 ‘을’ 요양기관에서 분만시 수기로 산정방법**

‘갑’ 요양기관이 흡인만출술에 실패하여 ‘을’ 요양기관에서 흡인만출술로 분만을 하였다면 당연히 ‘을’ 요양기관만 자435다 검자 또는 흡인분만의 소정금액을 산정할 수 있으며, ‘갑’ 요양기관은 흡인만출술 이전의 진료행위의 소정금액만을 산정할 수 있음.

[고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행]

■ **급성질염에 자궁경부(질)약물소작술 인정여부**

자430 자궁경부(질) 약물소작술은 자궁경부에 eversion(외번) 또는 erosion(미란)이 있는 경우는 인정하나, 급성질염에 실시하는 경우에는 인정하지 아니한다.

[심사지침, '08.1.1. 시행]

■ **수중분만, 그네분만, 가족분만(가족들의 입회하에 분만), 르보이에분만**

고시된 분만수가(자435) 이외에 추가로 발생한 비용은 별도로 산정하지 아니함.

[기결정고시 제2002-13호, '02.4.1. 시행]

■ **수술 전 면도, 삭모(두부, 회음부) 및 소독료 산정여부**

수술 전 면도, 삭모 및 소독료는 해당 수술료의 소정점수에 포함되며, 분만을 위한 회음부 삭모 및 소독료는 자437 분만 전 처치의 소정점수에 포함됨.

[고시 제2017-198호, '17.11.1. 시행]

■ **사산시 수기로 산정방법**

임신 24주 이내 태아를 사산한 경우에는 자445 인공임신중절수술에 준용하며, 임신 24주를 초과하여 태아를 사산한 경우에는 자435 분만의 소정금액과 자437 분만전처치, 자437-1 분만후처치의 소정점수를 산정하고 태아축소술을 실시한 경우에는 자446 태아축소술의 소정점수만을 산정함.

[고시 제2011-71호, '11.7.1. 시행]

■ **Breast Bandage**

자437-1의 주.에 의거 breast bandage는 분만후처치료의 소정점수에 포함되며, 수유억제용으로 사용된 탄력붕대는 별도 산정 가능함.

[기결정고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행]

■ **미세현미경(Micro Surgery Method)하에 실시한 난관채부성형술, 난관난관문합술, 자궁난관이식술 등 수기로 산정방법**

자440-1 난관채부성형술, 자441 난관난관문합술, 자441-1 자궁난관이식술 등을 미세현미경수술(Micro Surgery Method)로 시행할 경우 기법 및 소요시간이 다르더라도 각 분류항목의 소정금액만 산정함.

[고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행]

■ ■ 난소낭종흡인술 (경질하 시술)

자443-1 난소낭종 또는 난소농양배액술[질부접근]의 소정점수를 산정함.

[기결정고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행]

■ ■ 위험감소 난소난관적출술 급여여부

BRCA 유전자 돌연변이 검사결과 양성인 경우에 난소암 발생위험을 고려하여 시행하는 위험감소 난소난관적출술은 요양급여로 인정하며, “자442 가. 부속기종양적출술[양측](양성)”의 소정점수를 산정함.

[고시 제2012-153호, '12.12.1. 시행]

■ ■ BRCA 유전자 돌연변이(BRCA1, BRCA2) 검사의 인정범위

□ 심의배경

나 599-나(4) BRCA 유전자 돌연변이(BRCA1, BRCA2) 검사의 인정범위에 대하여 심의함.

□ 참고

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제2장 검사료
- 대한산부인과학회. 부인과학 제4판. 고려의학. 2008.
- Lentz. Comprehensive Gynecology 6th ed, online, 2012.
- NCCN guidelines Version 1. 2012.
- NICE guideline. 2012.
- 관련학회 의견(대한산부인과학회, 대한암학회)

□ 심의내용

BRCA 유전자 돌연변이(BRCA1, BRCA2) 검사는 실시목적, 임상적 의의 등과 관련한 교과서, 임상진료지침 및 학회의견 등을 참조하여 아래와 같은 대상자에게 실시하는 경우에 인정토록 함.

- 아 래 -

- 가. 유방암 혹은 난소암이 진단되고 환자의 가족 및 친척(2nd degree 이내)에서 1명 이상 유방암 혹은 난소암이 있는 경우
- 나. 환자 본인에게 유방암, 난소암 동시에 발병한 경우
- 다. 40세 이전에 진단된 유방암
- 라. 양측성 유방암
- 마. 유방암을 포함한 다장기암
- 바. 남성 유방암
- 사. 상피성 난소암

[공개심의사례, '12.5.23.]

■ ■ 본인의 원에 의해 입원하여 시행한 월경조절술 급여여부

월경조절술(MR) 실시시 입원할 상태가 아님에도 본인이 입원하여 시술받기를 희망한 경우에는 월경조절술의 소정금액은 급여하고 그외의 요양급여비용은 100분의 100으로 본인이 부담함.

[고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행]

■ **인공임신중절수술 (쌍태아) 수가 산정방법**

16주 이상인 쌍태아의 인공임신중절수술은 자445라 또는 마 인공임신중절수술 소정점수의 50%를 가산하여 산정함.

[고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행]

■ **포상기태제거술 이후 심한 출혈 등으로 재수술시 수가 산정방법**

자448 포상기태제거술 이후 심한 출혈 등으로 재수술한 경우에 수기료는 재수술 일자에 관계없이 자452 자궁소파수술의 소정점수로 산정함.

[고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행]

■ **쌍각자궁에 제왕절개만출술과 Hysterectomy 동시 실시시 수가 산정방법**

쌍각자궁(Bicornate Uterus)으로 제왕절개만출술을 시행하면서 Small Uterus를 Hysterectomy한 경우 수기료는 자451 제왕절개만출술과 자417 기형자궁성형술을 제9장 처치 및 수술료 등[산정지침] (5)항에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함.

[고시 제2016-204호, '16.11.1. 시행]

■ **인공임신중절수술 후 다른 요양기관에서 자궁소파수술 시행시 수가 산정방법**

'갑' 요양기관에서 인공임신중절수술을 하였으나 자궁내 부속물의 제거를 완전히 하지 못하여 '을' 요양기관에서 자궁소파수술을 한 경우에 '갑'과 '을' 요양기관의 수술료는 각각 산정함.

[고시 제2017-263호, '18.1.1. 시행]

■ **자궁내유착증 치료시 수가 산정방법**

자궁내유착증의 치료를 위해 자궁소파수술을 하고 유착증의 재발을 방지하기 위해 자궁내 장치를 삽입한 후 일정기간동안 관찰후 자궁내 장치를 제거하는 경우의 수기료는 자452 자궁소파수술과 자427 자궁내장치삽입술을 제9장 처치 및 수술료 등[산정지침] (5)항에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함.

[고시 제2016-204호, '16.11.1. 시행]

■ **자궁외임신 상병으로 파열된 곳은 자궁외임신수술을 하고 파열되지 아니한 쪽(대칭기관)에 난관결찰술 시행시 수기료 산정방법**

자궁외임신으로 인하여 난소 및 난관파열시 파열된 곳은 자궁외 임신수술을 하고 파열되지 아니한 쪽(대칭기관)에 대하여 난관결찰술을 시행한 경우에는 자453 자궁외임신수술과 자434 난관결찰술을 제9장 처치 및 수술료 등[산정지침] (5)항에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함.

[고시 제2016-204호, '16.11.1. 시행]

■ 초기자궁내막암(early endometrial cancer)에 시행한 수술 인정여부

□ 청구내역

○ A사례(여/60세)

- 청구 상병명: 자궁내막의 악성 신생물, 기타 및 상세불명의 난소낭
- 주요 청구내역

자415가	광범위자궁적출 및 양측골반림프절절제술-대동맥주위림프절생검을 하는 경우	1*1*1
자442가	부속기종양적출술[양측]-양성[제2수술]	1*1*1

○ B사례(여/58세)

- 청구 상병명: 자궁내막의 악성 신생물, 자궁내막선증식증, 기타 및 상세불명의 난소낭, 상세불명의 난관염 및 난소염
- 주요 청구내역

자415가	광범위자궁적출 및 양측골반림프절절제술-대동맥주위림프절생검을 하는 경우	1*1*1
자442가	부속기종양적출술[양측]-양성[제2수술]	1*1*1

○ C사례(여/66세)

- 청구 상병명: 자궁내막의 악성 신생물, 만성 난관염 및 난소염
- 주요 청구내역

자415나	광범위자궁적출 및 양측골반림프절절제술-대동맥주위림프절생검을 안 하는 경우	1*1*1
-------	--	-------

○ D사례(여/70세)

- 청구 상병명: 자궁내막의 악성 신생물
- 주요 청구내역

자414나(1)	전자궁적출술(림프절절제를 하지 않는 경우)-단순[제2수술]	1*1*1
자415-2	골반 및 대동맥주위림프절절제술	1*1*1

□ 심의결과

- 이 건(4사례)은 초기 자궁내막암에 수술 시행하고, ①광범위자궁적출 및 양측골반림프절절제술, ②전자궁적출술, ③골반 및 대동맥주위림프절절제술, ④부속기종양적출술 등을 청구한 것으로, 수술 전 조직검사, 영상소견 및 수술소견 등을 참조하여 사례별로 결정함.

□ 심의내용

- 교과서에 따르면 초기 자궁내막암(제 I, II기)의 경우 보편적으로는 전자궁적출술, 양측부속기 절제술, 골반림프절절제술을 시행하나, 임상진료지침 및 학회 의견에 따르면 초기 자궁내막암이라도 수술 전 조직검사나 영상검사 결과 자궁경부암과의 감별이 어렵거나 자궁경부기질 침윤이 확인되는 경우에는 광범위자궁적출술을 시행할 수 있음.

또한, 대동맥주위 림프절 절제술은 분화도 2~3인 경우, 암의 직경이 2cm 이상이면서 골반림프절 암 전이가 있는 경우, 조직학적 분류상 선편평암, 투명세포암, 유두상선암인 경우, 자궁근층 침윤이 50% 이상인 경우, 자궁외 조직을 침범한 경우 추가수술을 시행할 수 있음.

따라서 각 사례는 교과서, 임상진료지침, 진료내역 등을 참조하여 아래와 같이 결정하기로 함. 다만, 광범위자궁적출술의 시행이 불분명한 사례에 대해서는 수술기록지와 조직병리결과지를 종합하여 수술 인정여부를 판단하기로 함.

▶ A사례(여/60세)

- 자궁내막의 악성 신생물 상병으로 광범위자궁적출술, 양측난소난관절제술, 양측골반 및 대동맥 림프절 절제술 수술명 하에, '자415가 광범위자궁적출 및 양측골반림프절절제술-대동맥주위 림프절생검을 하는 경우', '자442가 부속기종양적출술[양측]-양성[제2수술]'을 청구한 사례임.

수술 전 D&C(Dilation and Curettage, 자궁내막소파검사) 결과 자궁경부암과의 감별이 어렵고 내자궁경부와 자궁내막에서 분화도 3의 선암이 확인되어 광범위자궁적출술, 양측골반 및 대동맥림프절 절제술은 가능하나, 수술기록지 및 조직병리소견을 종합하여 볼 때 광범위자궁적출술 시행이 확인되지 않으므로 해당 수술의 행위분류 및 수가산정방법에 따라 '자415가 광범위자궁적출 및 양측골반림프절 절제술-대동맥주위 림프절생검을 하는 경우'는 자414나(1) 전자궁적출술(림프절절제를 하지 않는 경우)-단순[제2수술]과 '자415-2 골반 및 대동맥주위 림프절절제술'로 인정함. 아울러, 난소에 섬유종이 있어 양측난소난관절제술을 동시 시행한 것이 확인되므로 청구된 '자442가 부속기종양적출술[양측]-양성[제2수술]'은 인정함.

▶ B사례(여/58세)

- 자궁내막의 악성 신생물 상병으로 광범위자궁적출술, 양측골반 및 대동맥림프절절제술, 양측난소난관절제술, 자궁유착박리술 수술명 하에, '자415가 광범위자궁적출 및 양측골반림프절 절제술-대동맥주위 림프절생검을 하는 경우', '자442가 부속기종양적출술[양측]-양성[제2수술]'을 청구한 사례임.

수술 전 영상검사 결과 자궁경부기질 침윤이 확인되고 자궁근층 침윤 50% 이상에 해당하므로 광범위자궁적출술, 양측골반 및 대동맥림프절절제술은 가능하나, 수술기록지 및 조직병리소견을 종합하여 볼 때 광범위자궁적출술 시행이 확인되지 않으므로 해당 수술의 행위분류 및 수가산정방법에 따라 '자415가 광범위자궁적출 및 양측골반림프절절제술-대동맥주위 림프절생검을 하는 경우'는 '자414나(2) 전자궁적출술(림프절절제를 하지 않는 경우)-복잡[제2수술]과 '자415-2 골반 및 대동맥주위림프절절제술'로 인정함. 아울러, 부난관에 낭종이 있어 양측 난소난관절제술을 동시 시행한 것이 확인되므로 '자442가 부속기종양적출술[양측]-양성[제2수술]'은 인정함.

▶ C사례(여/66세)

- 자궁내막암의 악성 신생물 상병으로 전자궁적출술, 양측난소난관절제술, 양측골반림프절절제술 수술명 하에 '자415나 광범위자궁적출 및 양측골반림프절절제술-대동맥주위림프절생검을 안하는 경우'를 청구한 사례임.

수술 전 D&C 및 자궁경부원추형절제검사 결과 자궁경부암과의 감별이 어렵고 내자궁경부와 자궁내막에서 장액성선암 추정되어 광범위자궁적출술, 양측골반림프절절제술이 가능함. 수술기록지와 조직병리 결과지를 종합하여 검토한 결과 광범위자궁적출술, 양측골반림프절절제술을 시행한 것으로 판단되므로 청구한대로 인정함.

▶ D사례(여/70세)

- 자궁내막의 악성 신생물 상병으로 전자궁적출술, 양측난소난관절제술, 양측 골반 및 대동맥 림프절절제술의 수술명 하에, '자414나(1) 전자궁적출술(림프절절제를 하지 않는 경우)-단순[제2수술]', '자415-2 골반 및 대동맥주위림프절절제술'을 청구한 사례임.

수술 전 D&C 및 영상검사 결과 자궁내막양 선암 1B기, 분화도 3으로 진단하여 시행한 전자궁적출술, 골반 및 대동맥주위림프절절제술은 청구한대로 인정함.

□ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수
- 대한산부인과학회 교과서 편찬위원회. 부인과학. 제 5판. 대한산부인과학회. 2015.

- Jonathan S. Berek. Berek & Novak's Gynecology. 15th ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2012.
- NCCN Clinical Guidelines in Oncology. Endometrial Carcinoma Version 2. 2017.
- 학회 의견(대한산부인과학회 제 2017-324호, 2017.6.27.)

[공개심의사례, '17.8.31.]

■ 질식분만에 다빈도 투여한 Sulprostone(품명: 나라돌주500) 인정여부

□ 청구내역

○ A사례(여/44세)

- 청구 상병명: 자연 두정태위분만, 기타 분만직후 출혈, 과다긴장성, 불일치 및 지연성 자궁수축

- 주요 청구내역

252 나라돌주500(sulprostone)	1*1*1
252 에르빈주사액(methylergonovine maleate)	1*1*2
252 중외옥시토신주(oxytocin)	1.5*2*1
파2가(4) 농축적혈구, 전혈 400ml 기준	1*2*1
자435나(2)(가) 유도분만[촉진분만포함](경산)	1*1*1

○ B사례(여/25세)

- 청구 상병명: 자연 두정태위분만, 기타 분만직후 출혈, 과다긴장성, 불일치 및 지연성 자궁수축

- 주요 청구내역

252 나라돌주500(sulprostone)	1*1*1
252 에르빈주사액(methylergonovine maleate)	1*1*2
252 중외옥시토신주(oxytocin)	1*1*1
자435나(1)(가) 유도분만[촉진분만포함](초산)	1*1*1

○ C사례(여/21세)

- 청구 상병명: 자연 두정태위분만, 기타 분만직후 출혈, 과다긴장성, 불일치 및 지연성 자궁수축

- 주요 청구내역

252 나라돌주500(sulprostone)	1*1*1
252 에르빈주사액(methylergonovine maleate)	1*1*2
252 중외옥시토신주(oxytocin)	1*1*1
자435나(1)(가) 유도분만[촉진분만포함](초산)	1*1*1

○ D사례 (여/32세)

- 청구 상병명: 자연 두정태위분만, 기타 분만직후 출혈, 과다긴장성, 불일치 및 지연성 자궁수축

- 주요 청구내역

252 나라돌주500(sulprostone)	1*1*1
252 에르빈주사액(methylergonovine maleate)	1*1*2
252 중외옥시토신주(oxytocin)	1*1*2
자435가(2)(가) 정상분만(경산)	1*1*1

○ E사례 (여/31세)

- 청구 상병명: 자연 두정태위분만, 기타 분만직후 출혈, 과다긴장성, 불일치 및 지연성 자궁수축

- 주요 청구내역

252 나라돌주500(sulprostone)	1*1*1
--------------------------	-------

252 에르빈주사액(methylergonovine maleate)	1*1*2
252 중외옥시토신주(oxytocin)	1*2*1
자435가(2)(가) 정상분만(경산)	1*1*1

□ 심의내용

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하면, 의약품은 약사 법령에 의하여 허가 또는 신고된 사항(효능·효과 및 용법·용량 등)의 범위안에서 환자의 증상 등에 따라 필요·적절하게 처방·투여하여야 함

식약처 허가사항에 의거, Sulprostone(품명: 나라돌주500)은 「1. 치료목적의 유산유도 및 태아의 자궁 내 사망 시 분만유도, 2. 출산 후 이완성 자궁출혈」에 허가 받은 약제로 출산 후 이완성 자궁출혈에 투여할 경우 옥시토신을 일차 치료로서 투여한 후에도 효과가 충분치 않은 경우 이차 치료로 투여하는 약제임

동 기관은 질식분만에 일률적으로 기타 분만직후 출혈, 과다긴장성, 불일치 및 지연성 자궁수축 부상병을 추가하여 자궁수축제로 Sulprostone(품명 : 나라돌주500)을 다빈도 투여하는 경향임

진료기록부 검토 결과 A사례는 수혈 내역과 혈액검사결과, 철분주사제 투여 등 자궁출혈을 의심할만한 상황으로 인정하고, B~E사례는 급성 이완성 자궁출혈을 확인할 수 있는 근거 기록이 없으며, 다른 자궁수축제와 동시에 투여함은 적절한 진료로 판단되지 않아 인정하지 아니함

□ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 식품의약품안전처장 허가사항
- 산과학 제4판, 제34장, 9) 자궁이완증

[공개심의사례, '15.8.31.]

보조생식술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
자-640		정자채취 및 처리 Sperm Retrieval and Processing			
	R6401	가. 정액 Semen	1,124.74	91,550	82,670
	R6402	주: 1. 동일 시술주기내 최대 2회 산정하며, 2회시에는 337.42 점을 산정한다.		27,470	24,800
	R6403	2. 감염환자 정자처리, 역행성사정 정자처리, 정자 운동성		146,490	132,270
	R6404	촉진 처리를 시행하는 경우 ³⁾ 1,799.59점을 산정한다. 2회시에는 ⁴⁾ 539.88점을 산정한다.		43,950	39,680
		나. 고환조직 [양측] Testicular Tissue			
	R6411	(1) 고환조직정자흡인 Testicular Sperm Aspiration	913.89	74,390	67,170
	R6412	(2) 고환조직정자추출 Testicular Sperm Extraction	5,504.58	448,070	404,590

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
자-641	R6413	(3) 미세수술적 부고환정자흡인술 Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration	2,633.13	214,340	193,540
	R6414	(4) 현미경하 미세수술적다중고환조직정자추출 Microsurgical Testicular Sperm Extraction	9,906.44	806,380	728,120
		난자채취 및 처리[양측] [초음파유도로 포함] Oocyte Retrieval and Processing			
	R6420	주: 난자 활성화(Oocyte activation)를 시행한 경우 550.36점을 별도 산정한다. 가. 성숙난자 Mature Oocyte		44,800	40,450
	R6430	(1) 10개 이하	8,704.60	708,550	639,790
	R6431	주: 1. 복강경하 난자처리를 시행하는 경우에는 9,889.40점을 산정한다.		805,000	726,870
	R6432	2. 개복의 방법으로 난자처리를 시행하는 경우에는 12,754.70점을 산정한다.		1,038,230	937,470
	R6440	(2) 11개 이상	9,805.32	798,150	720,690
	R6441	주: 1. 복강경하 난자처리를 시행하는 경우에는 10,990.12점을 산정한다.		894,600	807,770
	R6442	2. 개복의 방법으로 난자처리를 시행하는 경우에는 13,855.42점을 산정한다. 나. 미성숙난자 Immature Oocyte		1,127,830	1,018,370
	R6450	(1) 10개 이하	9,906.44	806,380	728,120
	R6451	주: 1. 복강경하 난자처리를 시행하는 경우에는 11,091.24점을 산정한다.		902,830	815,210
	R6452	2. 개복의 방법으로 난자처리를 시행하는 경우에는 13,956.54점을 산정한다.		1,136,060	1,025,810
	자-642	R6460	(2) 11개 이상	11,007.16	895,980
R6461		주: 1. 복강경하 난자처리를 시행하는 경우에는 12,191.96점을 산정한다.		992,430	896,110
R6462		2. 개복의 방법으로 난자처리를 시행하는 경우에는 15,057.26점을 산정한다. 수정 및 확인 Fertilization and Confirmation		1,225,660	1,106,710
		가. 일반 체외수정 In Vitro Fertilization			
R6471		(1) 10개 이하	1,789.96	145,700	131,560
R6472		(2) 11개 이상	2,340.32	190,500	172,010
	나. 세포질내 정자주입술 Intracytoplasmic Sperm Injection				

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
자-643	R6491- R6493	주: 1. 고배율 현미경(IMS) 등을 이용한 정자 선별이나 편광 현미경을 이용한 정자주입 위치를 선별하는 경우에 825.53점을 가산한다. (㉠나(1) ¹⁾ , 나(2) ²⁾ , 나(3) ³⁾)		472,820 540,020 607,220	426,930 487,610 548,290
	R6494- R6496	2. 히알루론산 결합 정자선별(Hyaluronic acid binding)을 시행하는 경우 550.36점을 가산한다. (㉠나(1) ⁴⁾ , 나(2) ⁵⁾ , 나(3) ⁶⁾)		450,420 517,620 584,820	406,710 467,390 528,060
	R6481	(1) 1~5개	4,983.08	405,620	366,260
	R6482	(2) 6~10개	5,808.62	472,820	426,930
	R6483	(3) 11개 이상	6,634.16	540,020	487,610
	R6501 R6502	해동 Thawing 가. 정자 Sperm 나. 기타(배아, 난자, 난소조직, 고환조직) Other(Embryo, Oocyte, Ovarian tissue, Testicular tissue)	1,475.98 3,502.38	120,140 285,090	108,480 257,420
자-644	R6510	배아 배양 및 관찰 Embryo Culture and Observation 주: 배아 활성화 시술시 1,100.72점을 1회 산정한다. 가. 수정 확인 후 1~2일 배양		89,600	80,900
	R6511	(1) 10개 이하	1,256.18	102,250	92,330
	R6512	주: 지속적 관찰을 시행한 경우에는 2,531.65점을 산정한다.		206,080	186,080
	R6513	(2) 11개 이상	1,806.54	147,050	132,780
	R6514	주: 지속적 관찰을 시행한 경우에는 3,082.01점을 산정한다. 나. 수정확인 후 3일이상 배양		250,880	226,530
	R6521	(1) 10개 이하	2,261.12	184,060	166,190
	R6522	주: 지속적 관찰을 시행한 경우에는 4,556.97점을 산정한다.		370,940	334,940
	R6523	(2) 11개 이상	2,811.48	228,850	206,640
	R6524	주: 지속적 관찰을 시행한 경우에는 5,107.33점을 산정한다.		415,740	375,390
	자-645	R6532	배아 이식[초음파유도로 포함] Embryo Transfer 주: 1. 동일 주기에 2회 이상 배아이식을 하는 경우에는 주기 내 최대 2회까지 소정점수를 산정한다. 2. 배아 이식 전 보조부화술을 실시하는 경우에는 1,651.08점을 별도 산정한다.		134,400
R6533		3. 배아 선별 후 이식할 때까지 착상능 향상을 위한 별도의 추가배양을 실시하는 경우에는 550.36점을 별도 산정한다.		44,800	40,450
R6530		가. 자궁경관을 통한 이식 Transcervical ET	4,946.65	402,660	363,580

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
자-646	R6531	주: 자궁경부의 해부학적 이상이 있어 배아이식용 카테터를 2개 이상 사용한 경우에는 5,497.01점을 산정한다.		447,460	404,030
	R6540	나. 난관내 이식[접합자, 생식세포 포함] Intrafallopian Transfer[Including Zygote, Gamete]	6,131.45	499,100	450,660
	R6550	다. 경자궁근층 이식 Transmyometrial ET	5,544.91	451,360	407,550
	R6560	자궁강내 정자주입술[초음파유도로 포함] Intra Uterine Insemination	1,867.41	152,010	137,250

■ 보조생식술 급여기준

난임부부에게 시행하는 보조생식술은 「모자보건법」 제11조의3 및 동법 시행규칙 제8조에 따라 난임시술 의료기관으로 지정된 기관에서 다음과 같은 경우에 시행시 요양급여함. 동 기준 이외 시행한 보조생식술과 간여배아 등을 동결·보관하는 비용은 비급여임.

- 다 음 -

가. 요양급여 대상자

- 1) 법적 혼인상태에 있는 난임부부(국내법상 혼인관계가 유효한 경우에 한함)
- 2) 여성 연령 만 44세 이하
(연령은 과배란유도가 필요하여 약제를 투여하는 경우 약제 처방일 또는 자연주기를 이용하는 경우 생리 시작 후 내원일 당일을 기준으로 함)

나. 요양급여 인정범위

- 1) 체외수정(신선배아) : ‘자640 정자채취 및 처리’부터 ‘자645 배아 이식’까지의 과정
- 2) 체외수정(동결배아) : ‘자643 해동’부터 ‘자645 배아 이식’까지의 과정
- 3) 인공수정: ‘자640 정자채취 및 처리’, ‘자646 자궁강내 정자주입술’

다. 적응증

- 1) 체외수정(신선배아, 동결배아)
 - 가) 원인불명 난임
정액검사, 배란기능, 자궁강 및 난관검사 결과 의학적 소견상 모두 정상으로 진단되었으나 3년 이상 임신이 되지 않은 경우(단, 여성 연령이 35세 이상인 경우 1년 이상 임신이 되지 않은 경우)

나) 여성요인

- (1) 양측난관 폐색 (단, 인공 폐색인 경우에는 난관문합술 이후 1년 이상 임신이 되지 않는 경우)
- (2) 중증 자궁내막증
- (3) 난소기능 저하
- (4) 착상전 유전진단이 필요한 경우

다) 남성요인

- (1) 시상하부나 뇌하수체 질환으로 인한 저성선자극호르몬성 성선기능저하증으로 최소한 24개월간 호르몬 치료를 하였으나 이 기간 중 자연임신이 되지 않은 경우
- (2) 정관절제술을 실시했던 경우

- (가) 2회 반복 정관문합술이 실패한 경우
 - (나) 정관문합술 후 3개월 내에 사정액에서 정자가 관찰되지 않거나, 정자가 출현한 이후 1년 내에 임신이 되지 않는 경우
 - (다) 정관문합술이 불가능한 경우
 - (3) 정계정맥류제거술 후 6개월 이내에 정액검사 지표의 향상이 없거나 수술 후 정액검사 지표 향상이 있으나 1년 이내 임신이 되지 않는 경우
 - (4) 폐쇄성 무정자증에 대한 수술적 교정이 실패했거나 불가능한 경우(수술적 교정이 불가능한 폐쇄성 무정자증은 정관무발생, 다발적 정관폐쇄, 부고환 전체 폐쇄를 말함)
 - (5) 비폐쇄성 무정자증의 경우 현미경하 미세수술적 다중고환조직정자추출에서 정자가 발견되어 체외 수정이 가능한 경우
- 라) 체외수정시술 이외의 난임치료에 의해 1년 이상 임신이 되지 않는 경우
마) 기타 체외수정이 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우

2) 인공수정

- 가) 원인불명의 난임
정액검사, 배란기능, 자궁강 및 난관검사 결과 의학적 소견상 모두 정상으로 진단되었으나 1년 이상 임신이 되지 않은 경우(단, 여성 연령이 35세 이상인 경우 6개월 이상 임신이 되지 않은 경우)
 - 나) 여성요인
 - (1) 과거 자궁내막증 수술 후 자연 임신 시도 6개월 이상 경과된 경우
 - (2) 임상적으로 의심되는 자궁내막증 소견이 있으면서 1년 이상 자연임신이 되지 않은 경우
 - 다) 남성요인
 - (1) 정계정맥류가 없으나 ‘인간정액 검사 및 처리 매뉴얼(제5판, 세계보건기구)’에 따른 정액검사 결과 정자수가 적거나 정자의 운동성이 저하되어 있는 경우
 - (2) 사정장애 등 기타 남성난임의 경우
- 라) 기타 인공수정이 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우

라. 급여인정 횟수: 체외수정(신선배아) 4회, 체외수정(동결배아) 3회, 인공수정 3회

[고시 제2017-265호, 2018.1.1.시행]

■ 난임치료 시술 등 요양급여 적용관련 질의 응답

▶ 1차 Q&A(9.15 발표)

연번	질의 및 답변
1	이번에 건강보험이 적용되는 난임치료 시술(보조생식술)이란 무엇인가요? 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.
2	난임치료 시술은 모두 건강보험이 적용되나요? 체외수정 및 인공수정에 포함된 필수 시술은 모두 건강보험이 적용됩니다. • 체외수정 : 정자-난자채취 및 처리 → 수정 및 확인 → 배아 배양 및 관찰 → 배아 이식 (동결배아

연번	질의 및 답변
	이식의 경우 해동 과정도 급여) • 인공수정 : 정자채취 및 처리 → 자궁강내 정자주입술
3	<p>시술과정에서 필요한 약제나 이를 주사맞는 비용도 비싸서 부담이 됐는데</p> <p>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, 10.1일 이후에도 난임치료에 필요한 약제는 지속적으로 건강보험 적용 확대를 추진할 예정입니다.</p>
4	<p>보조생식술과 관련된 각종 검사나 초음파 검사도 건강보험이 적용되나요?</p> <p>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.</p> <p>초음파 검사는 보조생식술 시술을 위해 시행되는 경우 건강보험을 적용합니다.</p>
5	<p>남은 배아를 냉동·보관하는 비용도 급여 적용이 되는 건가요?</p> <p>비급여에 해당됩니다.</p>
6	<p>태어나 배아에 대한 유전학적 검사는 급여 적용이 되는 건가요?</p> <p>비급여에 해당됩니다.</p>

1 대상자 및 자격 등 관련

연번	질의 및 답변
1	<p>보조생식술 진료시작일에는 건강보험 가입자였으나, 시술 과정 진행 중 자격이 상실되는 경우 급여 인정은 어떻게 되나요?</p> <p>건강보험 자격이 상실되는 시점부터 급여 적용에서 제외됩니다.</p>
2	<p>남편은 건강보험 자격자이나 여성은 비자격자인 경우 남편은 급여 적용되나요?</p> <p>보조생식술 급여 적용 대상자(보조생식술이 필요하다는 진단을 받은 법적 혼인상태의 부부로 여성 연령 만 44세 이하이며 급여회수가 남아있는 경우)에 해당된다면 정자채취 당일 요양급여비용에 대해 급여 적용됩니다.</p> <p>단, 남편의 요양급여비용에 대해 건강보험을 적용받기 위해서는 요양기관에서 여성의 보조생식술 정보를 공단 시스템에 반드시 등록해야 합니다.</p> <p>(참고) 여자가 추후 자격을 획득하는 경우, 기존 비자격시에 건강보험이나 지원사업에서 지원을 받지 않은 회수는 적용되지 않습니다.</p>
3	<p>남편이 해외 체류 중인 경우 급여 인정이 가능한가요?</p> <p>남편이 해외 체류 중인 경우라도 보조생식술 급여 적용 대상자(보조생식술이 필요하다는 진단을 받은 법적 혼인상태의 부부로 여성 연령 만 44세 이하이며 급여회수가 남아있는 경우)에 해당되면 급여 적용됩니다. 다만, 남편이 건강보험 급여 정지 상태라면 남편의 시술비용은 급여 적용되지 않습니다.</p>

4	<p>여성 연령 만 44세이하는 어떻게 적용하나요?</p> <p>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</p>
5	<p>과배란유도제 투여일에는 여성 연령이 만 44세이었으나, 시술 과정 진행 중 만 44세가 초과되는 경우 급여 인정은 어떻게 되나요?</p> <p>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.</p>
6	<p>보조생식술 급여기준의 적응증 중 여성요인의 '난소기능 저하'의 진단 기준은 어떻게 되나요?</p> <p>기준 '난임부부 시술비 지원사업'에서 적용된 진단기준과 동일하게 적용됩니다.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p><참고> 난임부부 시술비 지원사업에서 제시한 난소기능 저하 진단 기준 아래 3가지 요인 중 2가지 이상에 해당하는 경우에 난소기능 저하로 진단합니다.</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> </div>
7	<p>보조생식술 급여기준의 적응증 중 원인불명 난임의 검사 기준은 어떻게 되나요?</p> <p>기준 '난임부부 시술비 지원사업'에서 적용된 의학적 기준 가이드라인의 검사기준과 동일하게 적용됩니다.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p><참고> 난임부부 시술비 지원사업에서 제시한 검사기준</p> <p>▶ 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)</p> <p>▶ 배란기능: 황체기 중반 혈중 프로게스테론 검사로 확인하는 것을 추천하나, 규칙적인 월경주기를 가지면서 배란증상을 보일 경우 정상배란으로 판단 가능</p> <p>▶ 자궁강 및 난관검사: 자궁난관조영술(HSG) 혹은 HyCoSy, 복강경검사나 개복수술 중 진단하는 것을 원칙으로 하며, 검사 결과 최소한 한쪽 나팔관은 정상이어야 함</p> </div>

8	<p>우리나라에 거주하는 외국남성(건강보험 가입 안 됨)과 결혼한 한국인 여성(건강보험 가입)이 보조생식술 시술시 급여 인정이 가능한가요?</p> <p>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.</p>
9	<p>외국인과 결혼한 여성이 남편 국가에만 혼인신고를 한 경우에도 법적 부부에 해당하여 급여 적용받을 수 있나요?</p> <p>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.</p>

2 급여인정횟수 관련

연번	질의 및 답변																																						
1	<p>‘난임부부 시술비 지원사업’시 지원횟수가 초과된 경우 급여 적용받을 수 없나요?</p> <p>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.</p> <p>(예시)</p> <table border="1" data-bbox="337 1127 1430 1265"> <thead> <tr> <th>지원사업을 통한 지원횟수</th> <th>잔여횟수</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>신선배아 3회, 인공수정 3회</td> <td>신선배아 1회, 동결배아 3회</td> </tr> <tr> <td>신선배아 4회, 인공수정 3회</td> <td>동결배아 3회</td> </tr> <tr> <td>신선배아 2회, 동결배아 4회, 인공수정 3회</td> <td>신선배아 2회</td> </tr> </tbody> </table> <p>더불어 ‘난임부부 시술비 지원사업’의 지원횟수를 소진한 대상자 중 2018.1.1.부터 시술을 시작하는 경우 아래와 같이 추가 급여횟수를 제공합니다.</p> <table border="1" data-bbox="337 1379 1430 1586"> <thead> <tr> <th colspan="2">신선배아</th> <th colspan="2">동결배아</th> <th colspan="2">인공수정</th> </tr> <tr> <th>기지원받은 횟수</th> <th>급여횟수 (추가제공)</th> <th>기지원받은 횟수</th> <th>급여횟수 (추가제공)</th> <th>기지원받은 횟수</th> <th>급여횟수 (추가제공)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4회</td> <td>2회</td> <td>3회</td> <td>2회</td> <td>3회</td> <td>2회</td> </tr> <tr> <td>3회</td> <td>2회</td> <td>2회</td> <td>1회</td> <td>2회</td> <td>1회</td> </tr> <tr> <td>2회</td> <td>1회</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> <p>* 다만, 추가 지원 대상자 중 ‘17.10.1. 당시 연령이 만 44세7개월~만 44세12개월인 경우(생년월일 1972.10.2.~1973.4.1.)는 만 45세이상이라도 2018년 6월말까지 한시적으로 급여 적용 받을 수 있습니다.</p>	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	신선배아		동결배아		인공수정		기지원받은 횟수	급여횟수 (추가제공)	기지원받은 횟수	급여횟수 (추가제공)	기지원받은 횟수	급여횟수 (추가제공)	4회	2회	3회	2회	3회	2회	3회	2회	2회	1회	2회	1회	2회	1회	-	-	-	-
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																																						
신선배아		동결배아		인공수정																																			
기지원받은 횟수	급여횟수 (추가제공)	기지원받은 횟수	급여횟수 (추가제공)	기지원받은 횟수	급여횟수 (추가제공)																																		
4회	2회	3회	2회	3회	2회																																		
3회	2회	2회	1회	2회	1회																																		
2회	1회	-	-	-	-																																		
2	<p>동결배아 이식만 3회를 시행하였고 신선배아 이식은 한번도 시행하지 않았으나, 동결배아 이식을 원하는 경우 급여 적용이 가능한가요?</p> <p>신선배아와 동결배아 횟수의 교차적용 불가하므로 동결배아 시행에 대해서는 급여적용 되지 않습니다.</p>																																						
3	<p>인공수정 진행 중 신선배아로 전환하여 시술받은 경우 급여횟수는 어떻게 적용하나요?</p> <p>신선배아의 급여횟수로 적용합니다.</p> <p>인공수정 급여횟수는 초과하였으나 신선배아는 급여횟수 이내인 경우 해당 보조생식술 진료기간은 모두 급여로 적용합니다. 반대로 인공수정은 급여횟수 이내이나 신선배아는 급여횟수 초과인 경우에는 해당</p>																																						

	<p>보조생식술 진료기간의 보조생식술 시술행위는 비급여 적용합니다. ※ 건보공단 ‘(신)요양기관정보마당’에 시술유형 변경 필요</p>
4	<p>신선배아 진행 중 난자채취를 시도하였으나 실패하고, 난포발육상태를 고려하여 인공수정으로 전환시 급여 횟수는 어떻게 적용하나요?</p> <p>난자채취를 시도하였으므로 신선배아의 급여횟수로 적용하되, 인공수정 급여횟수는 적용하지 않습니다. 단, 공난포(난자가 하나도 채취되지 않은 경우)만 채취되어 인공수정으로 전환하여 시행하는 경우에는 난자채취는 본인부담률 80%로 적용하고 신선배아 급여횟수는 차감하지 않으며 인공수정 급여횟수만 적용합니다.(2018.1.1.부터 적용) (※ 건보공단 ‘(신)요양기관정보마당’에 신선배아 등록 건 종결처리, 인공수정 등록 필요)</p>
5	<p>신선배아 진행 중 이전에 냉동보관해 둔 배아를 해동하여 같이 이식하는 경우 급여횟수는 어떻게 적용하나요?</p> <p>신선배아의 급여횟수로 적용하되, 동결배아 급여횟수는 적용하지 않습니다. 단, 공난포(난자가 하나도 채취되지 않은 경우)만 채취되어 배아를 해동하여 이식하는 경우에는 난자채취는 본인부담률 80%로 적용하고 신선배아 급여횟수는 차감하지 않으며 동결배아 급여횟수만 적용합니다.(2018.1.1.부터 적용) (※ 건보공단 ‘(신)요양기관정보마당’에 신선배아 등록 건 종결처리, 동결배아 등록 필요)</p>
6	<p>동결된 정자나 난자를 해동하여 시술을 진행하는 경우에도 동결배아로 적용하나요?</p> <p>동결된 배아를 해동하여 시술을 진행하는 경우에만 동결배아로 적용합니다. 동결된 배아 외 동결된 정자나 난자를 해동하여 시술하는 경우에는 신선배아로 적용합니다.</p>
7	<p>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?</p> <p>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</p>
8	<p>과배란유도제 투여 이후 난자채취를 시도하였으나 공난포만 채취되어 시술을 중단한 경우 급여 및 횟수는 어떻게 적용하나요?</p> <p>난자채취를 시도하였으나 공난포*만 채취되어 시술이 중단된 경우, 난자채취 비용은 본인부담률 80%로 적용하고 시술횟수는 차감하지 않습니다. (2018.1.1.부터 적용) * 공난포: 난자가 하나도 채취되지 않은 경우를 의미하며, 채취된 난자의 질이 좋지 않은 경우는 해당하지 않음</p>
9	<p>과배란유도제 투여 이후 정자 및 난자를 채취하여 수정하였으나, 배양된 건강한 배아가 없어 이식을 하지 못한 경우 급여 및 횟수는 어떻게 적용하나요?</p> <p>난자채취 실시 이후 중단하였으므로 급여횟수를 적용합니다. 또한 해당 보조생식술 진료기간은 급여횟수 이내의 시술인 경우 급여 적용하며, 본인부담률도 30% 적용합니다.</p>
10	<p>비자격자인 여성이 추후 건강보험 자격을 획득하면 비자격자일 때 시술받은 보조생식술 횟수와 연계되나요?</p>

	건강보험(의료급여 등 포함) 자격시 시술받은 횟수 및 기존 지원사업에서 지원받은 횟수만 적용되고, 비자격시 시술받은 횟수는 적용되지 않습니다.
11	다른 남성과 재혼하였을 경우 급여횟수는 어떻게 적용되나요? 재혼하였다면 급여횟수는 처음부터 다시 적용됩니다.
12	건강보험을 적용하여 진행한 체외수정(신선배아) 시술이 중단된 경우, 환자의 원에 의해 해당차수를 비급여로 적용하고 급여횟수를 차감하지 않아도 되나요? 건강보험을 적용하여 시술을 진행할 수 있는 경우에도 불구하고 환자의 원에 의해 비급여를 적용하는 것은 허용되지 않습니다.
13	공난포만 채취된 경우에는 급여횟수를 차감하지 않는다고 하는데, 시술시작일이 2018.1.1.인 경우부터 적용되는 건가요? 2018.1.1. 실시한 난자채취부터 적용합니다. 따라서 배란유도제 투여 등 시술시작일이 2018.1.1.이전이라도 2018.1.1.부터 난자채취를 실시하였으나 공난포만 채취되어 시술을 중단한 경우 해당 차수는 급여횟수를 적용하지 않습니다.

③ 본인부담률 관련

연번	질의 및 답변
1	난임을 진단받기 위해 검사를 실시한 경우(예: 자궁난관조영술)에도 본인부담률을 30% 적용하나요? 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.
2	배란유도제 투여 전에 보조생식술 필요여부를 판단하기 위해 검사를 실시한 경우(예: 자궁난관조영술)에도 본인부담률을 30% 적용하나요? 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.
3	배아 이식 후 임신여부 확인을 위해 내원한 경우에도 본인부담률을 30% 적용하나요? 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.

4	<p>과배란유도제 투여 전 조기배란억제제를 투여하는 경우 보조생식술 진료기간의 시작일은 언제부터인가요?</p> <p>조기배란억제가 필요하여 과배란유도제 투여 전에 조기배란억제제를 투여하는 경우(장기요법) 본인부담률 30%를 적용하는 보조생식술 진료 시작일은 조기배란억제제 처방일부터입니다.</p>
5	<p>자연주기를 이용한 보조생식술을 진행하는 경우 보조생식술 진료기간의 시작일은 언제부터인가요?</p> <p>생리시작 후 2~3일경 내원하여 초음파 검사 등을 실시 후 자연주기를 이용한 보조생식술 시술을 진행하기로 결정하였다면 진료 당일이 진료 시작일이 됩니다.</p>
6	<p>급여적용 인정횟수를 초과하여 보조생식술을 시술받는 경우 약제를 포함한 보조생식술 과정 전부가 비급여인가요?</p> <p>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.</p>
7	<p>여성 연령 만 44세가 초과하여 보조생식술을 시술받는 경우 보조생식술 과정 전부가 비급여인가요?</p> <p>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.</p>
8	<p>보조생식술 당일 합병증이 발생하여 함께 진료받는 경우 본인부담률은 어떻게 적용하나요?</p> <p>합병증을 포함한 요양급여에 대해 국민건강보험법 시행령 [별표2] 제3호 카목의 규정에 의한 본인부담률 30%를 적용받습니다. ※ 하나의 명세서에 보조생식술 및 합병증 관련 요양급여비용 청구</p>
9	<p>보조생식술 당일 타상병에 대해서도 진료받는 경우 본인부담률은 어떻게 적용하나요?</p> <p>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</p>
10	<p>보조생식술 진료기간의 요양급여비용은 종별 상관없이 본인부담률을 30% 적용하나요?</p> <p>종별 상관없이 보조생식술 진료기간의 요양급여비용은 본인부담률을 30% 적용합니다. 다만, 상급종합병원의 경우 진찰료를 제외한 요양급여비용에 대해 본인부담률을 30% 적용합니다.</p>
11	<p>의료급여수급권자나 차상위인 경우에도 보조생식술 진료기간의 요양급여비용은 본인부담률을 30% 적용하나요?</p> <p>보조생식술 진료기간의 요양급여비용에 대해 본인부담률 30%는 건강보험 가입자에 대해서 적용합니다. 따라서 의료급여수급권자나 차상위의 경우 현행 통상적인 외래본인부담금(률)을 적용합니다.</p>
12	<p>외래에서 보조생식술 시술 행위를 한 당일 입원을 한 경우에 본인부담률은 어떻게 되나요?</p>

	입원본인부담률을 적용하되, 보조생식술 시술행위는 본인부담률 30%를 적용합니다.
13	의료급여수급권자나 차상위 해당자가 보조생식술 시술 행위를 한 당일 입원을 한 경우에 본인부담률은 어떻게 되나요? 의료급여수급권자나 차상위의 경우 보조생식술 시술행위를 포함하여 현행 통상적인 입원본인부담금(률)을 적용합니다.
14	보조생식술 합병증이 발생하여 다음날 합병증에 대한 진료만 실시한 경우에도 본인부담률을 30% 적용할 수 있나요? 보조생식술 급여대상자의 본인부담률 30% 적용기간 동안에는 보조생식술 진료 당일 이외 내원하여 진료한 합병증 치료에 대해서도 본인부담률 30%가 적용됩니다.
15	보조생식술 급여 대상자에게 보조생식술 진료기간에 발생한 ‘외래-의료질평가지원금’도 본인부담률을 30% 적용하나요? 보조생식술 급여 대상자에게 보조생식술 진료기간에 발생한 ‘외래-의료질평가지원금’은 본인부담률을 30% 적용합니다.

4 산정 및 청구방법

연번	질의 및 답변
1	‘자641 난자채취 및 처리’의 ‘가. 성숙난자와 ‘나. 미성숙난자’는 각각 어떠한 경우에 산정하나요? ‘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.
2	‘자642 수정 및 확인’에 해당하는 개수구간은 수정을 시도한 개수와 수정이 확인된 개수 중 어느 것을 적용하나요? 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.
3	half ICSI 수정(일부는 ‘일반 체외수정(IVF)’을 시행, 일부는 ‘세포질내 정자주입술(ICSI)’ 시행)한 경우 ‘자 642 수정 및 확인’은 어떻게 산정하나요? ‘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.
4	‘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? 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.

<p>5</p>	<p>‘자644 배아 배양 및 관찰’ 일수는 어떻게 산정하나요?</p> <p>배양일수는 ‘수정일+2’을 배양 1일째로 산정합니다.</p> <table border="1" data-bbox="337 369 1062 438"> <tr> <td>수정일</td> <td>수정일+1</td> <td>수정일+2</td> <td>수정일+3</td> </tr> <tr> <td>배양일수</td> <td>0일</td> <td>1일</td> <td>2일</td> </tr> </table> <p>[예]</p> <table border="1" data-bbox="337 500 1430 672"> <tr> <td>날짜</td> <td>8일(월)</td> <td>9일(화)</td> <td>10일(수)</td> <td>11일(목)</td> <td>12일(금)</td> <td>13일(토)~</td> </tr> <tr> <td>설명</td> <td>채취 및 수정</td> <td>수정확인</td> <td>1일 배양</td> <td>2일 배양</td> <td>3일 배양</td> <td>4일 배양~</td> </tr> <tr> <td>배양 일수</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2">10일(수) 또는 11일(목) 배아이식시 ‘1~2일 배양’ 산정</td> <td colspan="2">12일(금) 이후 배아이식시 ‘3일 이상 배양’ 산정</td> </tr> </table>	수정일	수정일+1	수정일+2	수정일+3	배양일수	0일	1일	2일	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	
수정일	수정일+1	수정일+2	수정일+3																											
배양일수	0일	1일	2일																											
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																									
<p>6</p>	<p>3일 배양 상태에서 동결한 배아를 해동 후, 며칠 추가 배양하여 포배기 배아로 성장시켜 이식하는 경우 추가 배양은 어떻게 산정하나요?</p> <p>해동한 날을 수정확인한 날로 간주하여 해동 후 추가하여 배양한 일수 및 개수구간에 해당하는 소정점수를 산정합니다.</p> <p>[예]</p> <table border="1" data-bbox="337 936 1430 1108"> <tr> <td>날짜</td> <td>9일(화)</td> <td>10일(수)</td> <td>11일(목)</td> <td>12일(금)</td> <td>13일(토)~</td> </tr> <tr> <td>설명</td> <td>해동 및 추가배양시작</td> <td>1일 배양</td> <td>2일 배양</td> <td>3일 배양</td> <td>4일 배양~</td> </tr> <tr> <td>배양 일수</td> <td></td> <td colspan="2">10일(수) 또는 11일(목) 배아이식시 ‘1~2일 배양’ 산정</td> <td colspan="2">12일(금) 이후 배아이식시 ‘3일 이상 배양’ 산정</td> </tr> </table>	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												
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																										
<p>7</p>	<p>3일 배양하여 배아를 이식하고, 남은 배아들을 추가로 5~7일까지 배양하여 동결하는 경우, 추가 배양은 어떻게 산정하나요?</p> <p>배아이식날을 기준으로 배양한 일수를 적용하여 산정합니다.</p>																													
<p>8</p>	<p>‘자645 배아 이식’시 자궁경부의 해부학적 이상이 있는 경우는 어떤 경우를 의미하나요?</p> <p>자궁경부의 해부학적 이상이란 협착, 유착, 용종, 비정상 소낭선, 심한 비틀림, 수축, 오목, 심한 자궁경전, 노출이 잘 되지 않는 경우 등이 해당됩니다.</p>																													
<p>9</p>	<p>‘경자궁근층 이식(R6550)’은 어떠한 경우에 시행하나요?</p> <p>자궁근층(transmyometrial)을 통한 배아이식은 자궁경관이 없는 경우(선천적 혹은 후천적)나 자궁경관폐쇄로 인해 자궁경관을 통한 배아이식을 할 수 없는 경우에 인정합니다.</p>																													
<p>10</p>	<p>보조생식술 시술을 위해 과배란유도제를 처방받는 날 시행한 초음파는 급여가 적용되나요?</p> <p>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.</p>																													
<p>11</p>	<p>자연주기를 이용한 보조생식술 시술을 위해 생리시작 후 내원하여 초음파를 시행한 경우에도 급여가 적용되나요?</p> <p>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.</p>																													

12	난자채취시 초음파를 시행한 경우 초음파 비용은 별도 산정이 가능한가요?
	난자채취나 배아이식시 시행한 유도초음파의 경우 해당 시술비용에 포함되어 있으므로 별도 산정이 불가합니다.
13	본인부담률 30%를 적용하는 보조생식술 진료기간의 요양급여비용 청구시 명세서 구분자를 기재해야 하나요?
	본인부담률 30%를 적용하는 보조생식술 진료기간의 요양급여비용을 청구하는 명세서에는 특정내역 MT002(특정기호)란에 'F021'기재하여 청구합니다.
14	의원급 외래인 경우 보조생식술 진료기간과 그 외 진료의 본인부담률이 30%로 동일한데도 특정기호 F021을 기재해야 하나요?
	건보공단 대상자 사전등록 시스템에 등록된 정보와 비교하여 급여 적용여부가 결정되므로 특정기호 F021을 반드시 기재하여야 합니다.
15	보조생식술 진료기간에 타상병과 동시 진료시 청구는 어떻게 하나요?
	보조생식술과 관련된 요양급여비용은 본인부담률을 30% 적용하고, 타상병에 대한 요양급여비용은 분리 청구하여 현행 종별 본인부담률을 적용하되, 특정내역 MT001(상해외인)란에 'T'를 기재합니다.
16	외래에서 보조생식술 시술 행위를 한 당일 입원을 한 경우에 청구는 어떻게 하나요?
	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.
17	자연임신을 시도하기 위해 과배란유도제를 투여받는 경우에도 약제 및 초음파가 급여 적용 되나요?
	자연임신을 시도하기 위한 배란유도제 사용에 대해서는 고시 '난임 관련 진료의 급여여부'에 따라 급여적용이 가능합니다. 다만, 보조생식술시 사용하는 경우에 급여를 인정하는 약제나 초음파에 대해서는 보조생식술을 시술받는 경우에만 급여가 적용됩니다.
18	단순초음파를 시행한 경우 특정내역 JS013을 기재해야 하나요?
	<p>과배란유도제 투여 등 후 난포의 크기, 자궁내막 상태 등을 추적 관찰하기 위해 단순초음파(II)(EB402)를 시행하는 경우 JS013(단순유도초음파 세부내역)을 기재해야 합니다.</p> <p>[예]</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 해부학적 구분코드/수가코드(5단코드)*/구체적 사유 <ul style="list-style-type: none"> * 수가코드(5단코드)는 단순유도초음파를 시행하게 된 관련 행위코드(검사, 처치 및 수술료 등)를 기재 ◆ 기재형식: X(1)/X(5)/X(200) ◆ (예시) JS013 I / 보조생식술 <ul style="list-style-type: none"> * 초음파 시행 당일 관련 행위 없으므로 수가코드(5단코드)는 기재 생략
19	일반 체외수정을 시도하였으나 실패하여 세포질내 정자주입술(ICS)을 시행한 경우 '자642 수정 및 확인'은 어떻게 산정하나요?
	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.
20	난관조영초음파를 시행하는 경우에도 급여 적용이 되나요?
	현행 '초음파 검사의 급여기준(고시 제 2017-170호, '17.10.1.시행)에 의거 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀난치성 질환에 해당하지 않는 경우 급여 적용 되지 않습니다.

21	<p>미리 정자를 채취하여 냉동 보관하였다가 난자채취시 해동하여 수정시도하는 경우, 정자채취 비용과 해동 비용은 급여 적용되나요?</p> <p>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.</p>
22	<p>보조생식술 당일 환자가 원하여 입원을 하는 경우에도 입원료 등 관련 비용은 급여 적용 가능한가요?</p> <p>「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.</p>
23	<p>난자채취시 OPU needle을 2개 사용한 경우 재료대 추가 산정이 가능한가요?</p> <p>보조생식술 행위에는 관련 치료재료 비용이 포함되어 있으므로 별도 산정이 불가능합니다.</p>
24	<p>체외수정(신선배아) 시술 중 이전에 냉동해 두었던 배아를 해동하여 같이 이식하는 경우 해동 비용은 급여 적용 가능한가요?</p> <p>신선배아 시술 중 동결배아를 해동하여 같이 이식하는 경우 이 때 해동에 대한 비용은 급여 적용합니다.</p>
25	<p>과배란유도제 투여 이후 난포의 크기, 자궁내막 상태 등을 추적 관찰하기 위한 초음파를 타병원에 실시하는 경우 급여 적용 가능한가요?</p> <p>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.</p>
26	<p>남편에게 발생한 비용(예: 정자채취 및 처리)을 부인 명세서에 청구해도 되나요?</p> <p>건강보험 적용에 따라 진료내역은 실제 진료는 받은 사람에게 청구되어야 하며, 남편에게 발생한 비용은 남편 명세서에 작성해야 합니다.</p>
27	<p>배아이식 후 합병증으로 복수가 차서 복수천자를 하는 경우 유도초음파를 사용하였다면 초음파는 급여가 적용되나요?</p> <p>보조생식술을 위해 초음파를 시행하는 경우 이외는 현행 초음파 급여기준과동일합니다. 즉, 급여대상인 4대 중증질환자 또는 임신부 초음파 이외에는 비급여이므로 복수천자시 유도초음파는 비급여입니다.</p>
28	<p>동결배아 이식을 위해 내원하여 초음파를 시행한 경우 급여가 적용되나요?</p> <p>동결배아 이식 위해 내원하여 초음파를 시행한 경우에도 첫 번째 초음파는 ‘복부-여성생식기 초음파_일반(EB455)’으로 산정하며, 이후 추적 관찰하기 위해 시행하는 초음파 ‘단순초음파(Ⅱ)(EB402)’를 산정하여 급여 적용합니다.</p>
29	<p>인공수정 당일 ‘자궁강내 정자주입술’ 실시 전에 초음파를 시행한 경우 급여가 적용되나요?</p> <p>인공수정 당일 시술 전에 난포 크기 및 자궁내막 상태 등을 관찰하기 위해 시행한 초음파는 ‘단순초음파(Ⅱ)(EB402)’를 산정하여 급여 적용합니다.</p>
30	<p>냉동배아를 해동하였으나 배아상태가 좋지 않아 다른 배아를 해동하는 경우 ‘해동’ 비용은 2회 산정 가능한가요?</p> <p>동일 시술주기내 2회 이상 실시하더라도 별도 산정 가능하다는 ‘주’ 사항이 없는 경우에는 1회만 산정 가능합니다.</p>

31	인공수정시 난포 자라는 속도가 달라 정자주입술을 2회 실시하는 경우 '자궁강내 정자주입술' 비용은 2회 산정 가능한가요?
	동일 시술주기내 2회 이상 실시하더라도 별도 산정 가능하다는 '주' 사항이 없는 경우에는 1회만 산정 가능합니다.
32	난자채취를 2회 실시하는 경우 '난자채취 및 처리' 비용은 2회 산정 가능한가요?
	동일 시술주기내 2회 이상 실시하더라도 별도 산정 가능하다는 '주' 사항이 없는 경우에는 1회만 산정 가능합니다.
33	'배아 배양 및 관찰'의 배양일수는 배아 이식일을 기준으로 적용하는데, 환자상태 등을 고려하여 배아이식을 하지 못하고 배아를 냉동하는 경우 배양일수는 언제를 기준으로 적용하나요?
	배아이식을 하지 못하고 냉동하는 경우에는 배아 이식일 대신 냉동 시작일을 적용하여 산정합니다.
34	급여 적용되는 보조생식술 진료 시작일(과배란유도제 투여 등) 전에 TESE로 정자를 미리 채취하는 경우 시술비용은 비급여라고 알고 있습니다. 그럼 이때 보조생식술과 관련하여 발생하는 마취료, 입원료, 조직검사 등은 급여가 적용되나요?
	보조생식술 급여기준에 해당하지 않아 해당 시술이 비급여인 경우에도 보조생식술 행위를 제외한 마취료, 입원료 등은 현행 급여기준에 해당할 경우 급여가 적용되며, 현행 종별 본인부담률을 적용합니다.
35	여성 난임 원인에 의해 보조생식술을 시술하는 경우 남편의 정자채취 시 어떤 상병코드를 기재해야 하나요?
	'Z318 기타 출산관리' 상병코드를 기재하면 됩니다. ※ 여성의 경우 체외수정은 'Z312 시험관수정'을 인공수정은 'Z311 인공정액주입' 상병코드를 기재합니다.
36	신선배아이식을 위해 성숙난자 채취를 목적으로 난자채취를 시행하였으나 성숙난자와 미성숙난자가 모두 채취된 경우 어떻게 산정하나요?
	과배란 유도를 통해 난포내에서 충분히 성숙된 난자를 채취하는 것을 목적으로 실시한 경우에는 '성숙난자'로 산정하며, 이 경우 미성숙난자가 채취되었어도 '성숙난자' 수가로 산정합니다. 단, 개수구간은 채취된 미성숙난자개수를 포함합니다. (예) 성숙난자 채취 목적으로 난자채취 시행. 성숙난자 9개, 미성숙난자 2개 채취 → 성숙난자 11개이상 (R6440) 산정
37	선택적 유산을 시행하는 경우 진찰료, 검사료 등 관련 비용은 급여가 적용되나요?
	'보조생식술 후 선택적 유산 급여여부(보건복지부 고시 제2017-170호)'에 의거 모자보건법 제14조 및 동법 시행령 제15조의 규정에 해당되어 실행하는 선택적 유산은 비급여이므로 진찰료, 검사료 등도 비급여입니다.

5 기타

연번	질의 및 답변
1	'난임부부 시술비 지원사업' 지원대상자로 9월부터 보조생식술 진료를 시작한 경우 10월 1일부터 건강보험을 적용하면 횟수가 2회 차감되나요?
	하나의 보조생식술 진료기간이므로 횟수는 1회 적용합니다.

2	<p>‘난임부부 시술비 지원사업’ 지원대상자로 지원결정통지서를 발급받았으나 10월 1일 이후 배란촉진제 투여 등 보조생식술 진료를 시작한 경우 지원금이 제공되나요?</p> <p>기존 지원사업 지원결정통지서의 유효기간은 9월 30일까지입니다. 따라서 10월 1일 이후 보조생식술 진료를 시작한 경우 지원금은 받을 수 없으며, 건강보험을 적용합니다.</p>
3	<p>‘난임부부 시술비 지원사업’ 지원대상자로 지원결정통지서를 발급받아 9월에 보조생식술 진료를 시작하였으나 지원금이 남은 경우 10월 1일 건강보험 적용 후에도 지원받을 수 있나요?</p> <p>10월 1일부터는 건강보험을 적용하므로 9월 30일까지 시술받은 금액에 대해서만 현행 기준으로 지원금을 받을 수 있습니다. 단, 9월에 신선배아 시술을 시작한 기준중위소득 130%이하의 난임 부부의 경우(기존 240만원 지원), 10.1일 이후 발생한 비급여 시술비에 대해 50만원 한도에서 지원 가능합니다.</p>
4	<p>난자공여를 위해 기증자의 생식세포를 채취하는 경우 급여 인정이 가능한가요?</p> <p>보조생식술 급여 적용 대상자에게 시술시 급여되므로 기증자에 대한 시술은 급여대상에서 제외됩니다.</p>
5	<p>보조생식술 시술기관에서 처방받은 과배란유도제 등 주사약을 타병원에서 별도로 투약받는 경우 진찰료, 주사 수기로 등은 급여 적용되나요?</p> <p>급여 약제(전액본인부담 약제 포함)를 투여받는 경우에는 관련 주사료 등 행위료도 모두 급여 적용되며, 이때 본인부담률은 현행 통상적인 외래본인부담률(30%~60%)을 적용합니다.</p>
6	<p>지원사업과 달리 이식배아수에 대한 급여기준이 없는데 별도의 제한은 없나요?</p> <p>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.</p>
7	<p>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?</p> <p>난자채취 전 중단되어 급여횟수가 차감되지 않는 경우에도 시술종료일을 입력해야 횟수 차감이 되지 않으면서 급여 적용받을 수 있습니다.</p>
8	<p>10월 1일 이후 보조생식술을 시작하는 경우 급여대상이면서 중위소득분위 130%이하의 대상자에게 50만원 한도의 지원금이 지급되는데, 이때 지원금을 받으려면 현재와 같이 보건소에서 지원결정통지서를 받아야하나요?</p> <p>보건소에 방문하여 대상여부를 확인하여야 하며, ‘난임부부 시술비 지원사업’ 지원신청 절차에 맞게 진행된 경우 지원이 가능합니다.</p>
9	<p>난임시술 의료기관인 산부인과에서 보조생식술 시술 진행중이나, 해당 의료기관에 비뇨기과 의사가 없는 경우, 타병원(난임시술 의료기관 아님)에서 고환조직 정자채취를 시행할 수 있나요?</p> <p>고환조직 정자채취(자640 중 R6411~R6414)가 필요한 보조생식술 급여대상자로 타기관의 비뇨기과 진료가 필요한 경우에는 진료의뢰서를 작성하여 의뢰할 수 있으며, 급여적용(보조생식술 급여대상자 본인</p>

<p>부담률 30%)이 가능합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 의뢰기관(난임시술 의료기관만 가능) <ul style="list-style-type: none"> - 보조생식술 급여대상자 등록 및 비뇨기과 진료 필요시 진료의뢰서 작성 필요 · 진료의뢰서 포함내용: 시술차수, 여성 연령, 보조생식술 진료시작일 등 ※ 의뢰받는 비뇨기과에서 보조생식술 급여대상자임을 알 수 있도록 정보 제공 ○ 의뢰받는 기관(비뇨기과, 난임시술 의료기관 아니어도 됨) <ul style="list-style-type: none"> - 진료의뢰서의 내용 확인 - 청구시 ①명세서 특정내역(MT002)에 F021* 기재 <ul style="list-style-type: none"> ②출단위 특정내역(JX999)에 의뢰한 요양기관기호(8자리숫자) 기재 * 보조생식술 급여대상자로 본인부담률 30%적용시 필수 기재 항목임 ○ 다만, 보조생식술 급여대상자에 해당하나 의뢰없이 고환조직 정자채취가 시행된 경우에는 시술비는 비급여, 동반비용은 급여(현행 종별본인부담률)로 적용

■ 공난포 채취시 요양급여비용 산정방법

난자채취를 시행했으나 공난포(난자가 채취되지 않은 경우)만 채취된 경우에는 요양급여(자641 난자채취 및 처리)로 산정하되 국민건강보험법 시행규칙 별표6에 따라 본인부담률을 100분의 80으로 적용하며, 급여인정 횟수에는 포함하지 않음.

[고시 제2017-263호, '18.1.1.시행]

■ 남자 활성화 급여기준

수정을 돕기 위한 남자 활성화는 다음의 경우에 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

- 가. 성숙난자 채취를 시도했으나 모든 난자가 미성숙난자로 채취된 경우
- 나. 채취된 성숙난자 중 70% 이상 수정되지 않는 경우
- 다. 정자운동성이 없는 경우(전진성 운동 정자의 비율이 10%이하이거나 운동성 있는 정자 비율이 20%이하)
- 라. 이전 체외수정 시술에서 모든 난자의 수정 실패 혹은 수정률 저하(40% 미만)를 보였던 경우
- 마. 이전 체외수정 시술에서 세포질내 정자주입술로 수정이 이루어졌으나 배아발달이 비정상적으로 느리거나 배아질이 많이 떨어지는 경우

[고시 제2017-170호, '17.10.1.시행]

■ 보조부화술의 급여기준

착상률을 향상시키기 위해 배아이식 전 투명대에 인위적으로 절개를 가하여 배아의 부화를 돕는 보조부화술은 다음의 경우에 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

- 가. 여성의 연령이 40세 이상인 경우
- 나. 투명대가 정상보다 두꺼운 경우($\geq 15\mu\text{m}$) 또는 투명대의 색이 검거나 비정형 모양인 경우
- 다. 난포자극호르몬(FSH) 수치가 정상보다 높은 경우($\text{FSH} \geq 12$)

- 라. 난할기 동결배아 이식과 같이 투명대의 경화현상이 발생하는 경우
- 마. 이전 체외수정 시술 시 양질의 수정란을 이식하였으나 2회 이상 착상 실패한 경우
- 바. 이전 체외수정 시술 시 배아의 부화가 일어나지 않았던 경우

[고시 제2017-170호, '17.10.1. 시행]

■ 보조생식술 후 선택적 유산 급여여부

보조생식술 후 모자보건법 제14조 및 동법 시행령 제15조의 규정에 해당되어 시행하는 선택적 유산은 비급여임.

[고시 제2017-170호, '17.10.1. 시행]

■ 난임부부 보조생식술 시행시 본인부담률 적용기준

난임부부에게 보조생식술 시행시 「국민건강보험법시행령」 [별표2] 제3호 카목의 규정에 의하여 요양급여비용의 100분의 30을 부담하는 요양급여의 적용 범주는 다음과 같음.

- 다 음 -

- 가. 적용대상: 보조생식술 급여기준에 해당하는 자
- 나. 적용기간: 과배란유도가 필요하여 약제를 투여하는 경우 약제 처방일 또는 자연주기를 이용하는 경우 생리시작 후 내원일부터 배아이식일, 자궁강내 정자주입일 또는 시술 중단일까지의 기간
- 다. 적용범위
 - 1) 보조생식술과 관련하여 발생한 일체의 요양급여비용(진찰료, 보조생식술 시술행위로, 마취료, 약제비 등)
 - 2) 입원의 경우 보조생식술 시술행위로

* 다만, 약제, 행위, 치료재료 중 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(또는 기타법령)에서 본인 부담률(액)을 별도로 정한 항목은 해당 고시(또는 법령)에서 정한 본인부담률(액)을 적용함

[고시 제2017-170호, '17.10.1. 시행]

■ 보조생식술 후 합병증인 과배란유도에 의한 난소과자극증후군과 다태임신의 급여여부

보조생식술 후 합병증으로 나타나는 과배란유도에 의한 난소과자극증후군과 다태임신은 임신에 수반된 질병 치료의 목적 또는 임신된 모체의 건강을 해할 우려가 있어 시행되는 것이므로 급여대상임.

[고시 제2017-170호, '17.10.1. 시행]

■ 지속적 관찰을 시행한 경우의 급여기준 및 산정방법

배아의 발달 속도가 불규칙하여 Time-lapse 시스템 등을 이용하여 배아 발달 상태를 지속적으로 모니터링 해야 하는 다음과 같은 경우에 요양급여로 산정하되 국민건강보험법 시행규칙 별표6에 따라 본인부담률을 100분의 80으로 적용함.

- 다 음 -

- 가. 이전 체외수정 시술 후 반복 임신 실패나 2회 이상의 화학적 임신을 경험한 경우
- 나. 단일 배아이식을 예정할 경우
- 다. 기타 지속적 배아 관찰이 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우

[고시 제2017-170호, '17.10.1. 시행]

■ 배아 활성화의 급여기준

자연적인 배양 과정이 원활히 진행되지 않아 약물, 전기 등의 방법을 사용하여 배양을 돕는 배아 활성화는 다음의 경우에 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

가. 난소저반응군에 해당하는 경우

- 1) 난소저반응군의 과거력이 없는 경우 이번 시술시 난포자극호르몬 주사제를 최소 하루에 150IU 이상 사용한 과배란유도로 3개 이하의 난자가 얻어진 경우
- 2) 난소저반응군의 과거력이 있는 경우 이번 시술시 난포자극호르몬 주사제를 최소 하루에 150IU 이상 사용한 과배란유도로 5개 이하의 난자가 얻어진 경우

나. 미성숙 난자가 많이 나온 경우

- 1) 성숙난자 채취를 시도하였으나 미성숙난자가 70% 이상 나온 경우
- 2) 미성숙난자 채취를 시도하여 난자를 성숙시켰으나 70% 이상에서 실패한 경우

다. 배아 발달이 심하게 늦거나, 발달이 정지된 경우

[고시 제2017-170호, '17.10.1. 시행]

■ 히알루론산 결합 정자선별의 급여기준

정자 선별시 형태와 운동성 외에 히알루론산이 코팅된 장치 혹은 용액을 사용하여 성숙한 정자를 선별하여 수정을 시도하는 히알루론산 결합 정자선별은 다음의 경우에 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

가. 이전 체외수정 시술 후 자연 유산을 2회 이상 경험한 경우

나. 이전 체외수정 시술에서 세포질내 정자주입술을 시행했으나 반복 임신 실패나 2회 이상의 화학적 임신을 경험한 경우

다. 이전 체외수정 시술에서 세포질내 정자 주입술로도 40% 이하의 낮은 수정률을 보인 경우

라. 이전 세포질내 정자주입술시 포배기 배발달률이 낮거나 지연 발육되었던 경우

마. 정상적인 형태의 정자가 1% 미만이거나 운동성이 심하게 감소(전진성 운동 정자의 비율이 10%이하이거나 운동성 있는 정자비율이 20%이하)되어 있는 경우

바. 정자성숙도가 떨어지는 경우

[고시 제2017-170호, '17.10.1. 시행]

■ 세포질내 정자주입술(고배율 현미경, 편광현미경 이용)의 급여기준

수정률을 높이기 위해 고배율 현미경(IMSI) 등을 이용한 정자 선별이나 편광 현미경을 이용한 정자주입 위치선별을 통한 세포질내 정자주입술은 다음의 경우에 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

가. 이전 체외수정 시술 후 자연 유산 2회 이상 경험한 경우

나. 이전 체외수정 시술에서 세포질내 정자주입술을 시행했으나 반복 임신 실패나 2회 이상의 화학적 임신

을 경험한 경우

- 다. 이전 체외수정 시술에서 세포질내 정자주입술로도 40% 이하의 낮은 수정률을 보인 경우
- 라. 이전 체외수정 시술에서 포배기 배발달률이 낮은 경우
- 마. 이전 체외수정 시술에서 모든 난자의 수정 실패가 있었던 경우
- 바. 심한 기형정자증이 있는 경우(정상정자의 비율 1% 이하)
- 사. 수술적으로 채취 후 동결한 정자를 해동하여 세포질내 정자주입술을 시행하는 경우

[고시 제2017-170호, '17.10.1. 시행]

■ 세포질내 정자주입술의 급여기준

수정률을 높이기 위해 난자의 세포질내에 정자를 직접 주입하여 수정을 유도하는 세포질내 정자주입술은 다음의 경우에 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

- 가. 희소정자증, 무력정자증, 기형정자증, 희소무력정자, 희소무운동성 기형정자증 등과 같은 심각한 남성인자로 인한 난임인 경우
- 나. 항 정자항체가 존재하는 경우
- 다. 척수손상 환자, 사정장애가 있는 환자, 역방향 사정 환자의 경우
- 라. 폐쇄성무정자증인 경우
- 마. 성숙정지에 기인한 고환부전, 부분 생식세포 무형성증의 경우
- 바. 동결보존된 정자나 난자를 이용하는 경우
- 사. 유전질환에 대한 착상 전 유전진단이 필요한 경우
- 아. 중증의 자궁내막증, 난소기능저하가 있는 경우
- 자. 미성숙 난자를 수정시키는 경우
- 차. 이번 일반 체외수정 실시 후 수정 실패한 경우
- 카. 이전 일반 체외수정 실시 후 수정 실패하였거나 배발생률이 낮았던 경우
- 타. 이전 체외수정 시술 후 2회 이상의 반복 임신 실패력이 있는 경우

[고시 제2017-170호, '17.10.1. 시행]

■ 현미경하 미세수술적 다중고환조직정자추출의 급여기준

현미경하 미세수술적 다중고환조직정자추출은 비폐쇄성 무정자증으로 진단된 경우에만 요양급여를 인정함.

[고시 제2017-170호, '17.10.1. 시행]

■ 미세수술적 부고환정자흡인술의 급여기준

부고환에서 정자를 채취하는 미세수술적 부고환정자흡인술은 다음의 경우에 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

- 가. 고환의 백막에 접근이 불가능하여 고환조직 채취가 불가능한 경우
- 나. 고환의 악성종양이 의심되는 경우

[고시 제2017-170호, '17.10.1. 시행]

■ 고환조직정자추출의 급여기준

정액에서 체외수정에 사용할만한 정자가 없는 경우에 고환조직을 일부 절제하여 정자를 얻는 고환조직정자추출은 다음의 경우에 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

- 가. 수술적 교정이 불가능한 폐쇄성무정자증
- 나. 폐쇄성무정자증 환자에서 정관정관문합술(vasovasostomy)이나 정관부고환문합술(vasoepididymostomy) 수술에 실패한 경우
- 다. 사정장애가 있는 환자 중에서 약물치료로 교정이 되지 않는 경우
- 라. 발기기능장애로 기존의 치료로 교정이 되지 않는 경우
- 마. 체외수정 당일 사정된 정액에서 정상모양의 정자가 하나도 없거나 모든 정자가 비활동성인 경우

[고시 제2017-170호, '17.10.1. 시행]

■ 고환조직정자흡인의 급여 기준

고환조직에서 정자를 채취하기 위해 가는 바늘로 고환을 찔러 세정관내에 존재하는 정자를 찾는 고환조직정자흡인은 수술적 교정이 불가능한 폐쇄성무정자증으로 확인된 자 중 의학적으로 고환조직정자추출 시행이 불가능한 경우(이전의 고환의 염증성 질환 및 반복적인 수술로 인하여 유착이 심한 경우, 고환암이 의심되는 경우)에 요양급여를 인정함.

[고시 제2017-170호, '17.10.1. 시행]

■ 감염환자 정자처리, 역행성사정 정자처리, 정자운동성 촉진 처리 급여기준

정자채취 및 처리시 감염환자에게 실시한 경우나 역행성사정을 통해 얻어진 경우, 정자운동성 촉진 처리가 필요한 경우로 다음의 경우에 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

- 가. B형, C형 간염보균자나 HIV 보균자의 정자를 처리하는 경우
- 나. 농정액(pyospermia) 정자를 처리 하는 경우
- 다. 역행성사정 환자의 소변에서 정자를 확보하여 처리하는 경우
- 라. 정자운동성이 저하(전진성 운동 정자의 비율이 10%이하이거나 운동성 있는 정자 비율이 20%이하)되어 운동 촉진 처리를 하는 경우
- 마. 전기자극을 이용하여 채취한 정자를 처리하는 경우

[고시 제2017-170호, '17.10.1. 시행]

중재적 방사선시술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				의원	병원
자-664		혈관색전술 Embolization 가. 뇌혈관 [척추 포함] Cerebral (중 략)			
	M6644	나. 기타혈관 Others	12,210.54	1,002,010	904,760

■ 자궁근종치료를 위한 자궁동맥색전술 보험급여 여부에 대한 질의회신

1. 자궁근종 치료를 위한 자궁동맥색전술의 보험급여 여부에 대하여 관련 학회 의견 및 전문가 자문 등을 거쳐 면밀히 검토한 결과, 자궁동맥색전술은 자궁근종의 크기 감소 및 증상 개선 등의 효과가 입증되어 있고, 수술에 비해 안정적이며 자궁을 보존할 수 있다는 장점들이 보고되어 있으나, 재발율이 높은 편이고, 시술 후 임신능력에 대한 장기 추적 연구가 부족한 실정으로 우선 관련 학회간에 공통된 임상 가이드라인 마련이 필요할 것으로 판단됩니다.
2. 다만, 자궁근종에 실시하는 자궁동맥색전술은 현재도 환자의 상태에 따른 의사의 의학적 판단하여 선별적으로 실시하는 경우 보험급여 대상이 되고 있으며, 건강보험요양급여의 근본 취지 및 관련학회 의견 등을 감안해 볼 때 현재와 같이 환자의 질병상태에 따라 사례별로 의사의 의학적 판단하에 실시되는 것이 타당함을 알려드립니다.

[보험급여기획팀-1019호, '07.2.21.]

조산료

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점수	금액(원)	
				조산원	
카1		조산료 가. 초산 주 : 2010년 7월 1일부터 2011년 6월 30일까지는 580.23점을 가산하고, 2011년 7월 1일부터는 1,160.46점을 가산한다. (산정코드 첫 번째 자리에 3 기재)			
	V0111	(1) 주간	3,589.81	450,520	
	V0112	(2) 18시-09시 또는 공휴일	4,885.47	613,130	
	V0113	(3) 22시~06시	6,102.68	765,890	
		나. 경산 주 : 2010년 7월 1일부터 2011년 6월 30일까지는 268.19점을 가산하고, 2011년 7월 1일부터는 536.38점을 가산한다. (산정 코드 첫 번째 자리에 3 기재)			
	V0121	(1) 주간	3,321.59	416,860	
	V0122	(2) 18시-09시 또는 공휴일	4,483.36	562,660	
	V0123	(3) 22시~06시	5,646.70	708,660	
		다. 골반위만출술 주 : 2010년 7월 1일부터 2011년 6월 30일까지는 1,110.51점 을 가산하고, 2011년 7월 1일부터는 2,221.01점을 가산한다. (산정코드 첫 번째 자리에 3 기재)			
	V0131	(1) 주간	4,265.62	535,340	
	V0132	(2) 18시-09시 또는 공휴일	5,895.05	739,830	
	V0133	(3) 22시~06시	7,251.55	910,070	

II. 치료재료

■ 1회용 호기말 이산화탄소분압측정용 치료재료 인정기준

1회용 호기말이산화탄소분압(End-tidal CO₂, ETCO₂) 측정용 치료재료는 폐포환기의 적절성을 지속적으로 판별해야 하는 경우 날숨의 이산화탄소 분압을 측정하기 위해 사용하는 1회용 치료재료로 나604 호 기말이산화탄소분압감시 및 바-1-다 감시하 전신마취에 환자 당 각각 1개씩 인정함.

다만, 장기간 사용으로 교체 필요시 MICROSTREAM방식은 3일에 1개, SIDESTREAM 및 MAINSTREAM방식은 7일에 각각 1개씩 인정함.

[고시 제2018-32호, '18.3.1. 시행]

■ 자동봉합기 급여기준

1. 자동봉합기는 식약처 허가사항 범위내에서 사용한 경우 다음과 같이 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

가. 분리형-직선형

1) 적응증 및 인정개수

가) 몸체

특수침 적응증과 동일: 1개(관혈적&비관혈적)

나) 특수침

(1) 후두

- 후두전적출술: 2개(관혈적&비관혈적)

(2) 폐

- 폐기포절제술: 2개(관혈적&비관혈적)

- 폐쇄기절제술: 2개(췌기당)(관혈적&비관혈적)

- 폐엽절제술, 폐구역절제술 : 3개(관혈적), 6개(비관혈적)

- 폐전적출술: 4개(관혈적), 5개(비관혈적)

(3) 식도

- 식도수술 : 2개(관혈적&비관혈적)

(4) 위

- 위수술: 6개(관혈적&비관혈적)

* 비관혈적 복강내 문합시 추가 2개

(5) 간/담체

- 담낭수술: 1개(관혈적&비관혈적)

- 담도수술: 4개(관혈적&비관혈적)

- 간수술: 2개(관혈적&비관혈적)

* 3구역절제술시 추가 2개

- 췌장수술: 4개(관혈적&비관혈적)

* 미부절제시 2개

(6) 비장

- 비장수술: 2개(관혈적&비관혈적)

(7) 장

- 소장수술: 2개(관혈적&비관혈적)

- 결장수술: 2개(관혈적&비관혈적)
 - * 비관혈적 복강내 문합시 추가 2개
- 직장수술 : 2개(관혈적&비관혈적)
 - * 결장낭조성술시 추가 2개, 회장낭항문문합술시 추가 2개
- (8) 비뇨기
 - 신적출술, 전립선정낭전적출술: 3개(관혈적&비관혈적)
 - 신요관적출술: 4개(관혈적&비관혈적)
 - 방광대치술, 방광전적출술, 방광확대성형술(장문합을 실시하는 경우), 요관장피부문합술: 4개(관혈적&비관혈적)
- (9) 자궁/자궁부속기
 - 자궁적출술, 자궁부속기절제술, 난소절제술: 2개(관혈적&비관혈적)
 - * 광범위자궁적출술시 추가 2개

나. 일체형(몸체+특수침)

1) 적응증 및 인정개수

가) 직선형

- 식도절제 후 문합술, 결장반절제술, 직장수술: 1개(관혈적)
- 직장절제술후 문합술- 전방절제, 저위전방절제 : 1개(비관혈적)

나) 굴곡형

- 식도절제 후 문합술, 위절제술 후 문합술(식도-위, 식도-공장, 위-십이지장, 위-공장, 공장-공장), 결장 반절제술, 직장절제술 후 문합술(전방·저위전방절제, 회장낭항문문합술, 결장전절제술, 하트만씨수술 복원술) : 1개(관혈적 & 비관혈적)

다. 일체형과 분리형 자동봉합기를 동시에 사용하는 경우, 각각의 적응증 및 인정개수를 한하여 요양급여를 인정함. 다만, 결장반절제술에 일체형과 분리형 자동봉합기를 동시에 사용하는 경우에는 일체형 1개, 분리형 1개를 인정함.

2. 상기 적응증별 인정개수를 초과하여 사용한 경우에는 다음과 같이 함.

- 다 음 -

가. 분리형-직선형 몸체: 사례별 인정

나. 분리형-직선형 특수침: 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용

다. 일체형(몸체+특수침): 사례별 인정

[고시 제2017-152호, '17.9.1. 시행]

■ 재사용이 가능한 자동봉합기 분리형몸체(Idrive Ultra Powered Handle) 급여기준

재사용이 가능한 자동봉합기 분리형 몸체(Idrive Ultra Powered Handle)는 외과 수술시 50주기 멸균 또는 특수침 300번 발사 재사용으로 허가받은 치료재료로, 내시경용 특수침 Endo GIA Reticulator(치료재료 코드: B1111001, B1112011)와 결합하여 비관혈적 수술에 사용한 경우에 한하여 다음과 같이 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

가. 적응증

- (1) 후두 - 후두전적출술

- (2) 폐 - 폐기포절제술, 폐쇄기절제술, 폐엽절제술, 폐구역절제술, 폐전적출술
- (3) 식도 - 식도수술
- (4) 위 - 위수술
- (5) 간/담체 - 간수술, 담낭수술, 담도수술, 췌장수술
- (6) 비장 - 비장수술
- (7) 장 - 소장수술, 결장수술, 직장수술
- (8) 비뇨기 - 신적출술, 전립선정낭전적출술, 신요관적출술, 방광대치술, 방광전적출술, 방광확대성형술(장문합을 실시하는 경우), 요관장피부문합술
- (9) 자궁/자궁부속기 - 자궁적출술, 자궁부속기절제술, 난소절제술

나. 인정개수

- 수술당 1개(1주기)

※ 재사용이 가능한 자동봉합기 분리형 몸체(IDRIVE ULTRA POWERED HANDLE)와 1회용 자동봉합기 분리형 몸체를 동시 사용하는 경우, 재사용이 가능한 자동봉합기 분리형 몸체는 인정하되, 1회용 자동봉합기 분리형 몸체는 사례별로 인정함

[고시 제2016-226호, '16.12.1. 시행]

■ 골반장기탈출 교정용 mesh 급여기준

골반장기탈출을 교정하기 위하여 사용하는 Seratom Implant와 골반장기탈출증 이식용 메쉬(Preshape Type)는 다음의 경우에 1개만 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

1. 자궁적출술을 시행 받은 후 발생한 질원개탈출증
2. 골반재건술을 시행 받은 후 재발된 경우
3. 자궁적출술 또는 골반재건술을 처음 시행 받는 경우
 - 1) POP-Q 검사상 II기에서 다음의 경우 인정
 - ① 60세 미만 환자
 - ② 65kg 이상의 과체중 환자
 - ③ 외측 결손이 의심되는 전 질벽 탈출증(방광류) 환자
 - 2) POP-Q 검사상 III 또는 IV기인 경우

※ POP-Q: Pelvic Organ Prolapse Quantification

[고시 제2016-190호, '16.10.1. 시행]

■ 색전물질인 Embosphere의 인정기준

Embosphere는 자궁근종 혈관색전술시 한하여 인정하며, 편측당 최대 4ml까지 인정함(평생개념).

[고시 제2014-79호, '14.6.1. 시행]

■ 질폐사리 삽입술시 치료재료 인정여부

자-411나 질탈교정술-비수술적치료(질폐사리삽입술)시 탈출된 자궁을 교정하기위한 목적으로 사용되는 Pessary는 별도 인정함

[고시 제2009-200호, '09.11.1. 시행]

■ 엔도사이트(endocYTE)의 별도 산정여부

자궁내막암 검사기구인 "엔도사이트(EndocYTE)"는 소정검사료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.

[고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행]

■ "Endo 26" 과 "Pipelle Endometrial Suction Curette"의 요양급여 대상여부

"Endo 26" 과 "Pipelle Endometrial Suction Curette"은 자궁내막 생검기구로 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 자궁내막암 검사기구인 ENDOCYTE가 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없으므로 동 재료도 별도 산정할 수 없음.

[고시 제2002-80호, '03.1.1. 시행]

■ "Operative sheath, Diagnostic sheath, Outflow cannula"의 요양급여 대상여부

"Operative sheath, Diagnostic sheath, Outflow cannula"는 "GYNECARE VERSASCOPE Hysteroscopy System"중의 일부로 자궁 근종 및 유착 등에 자궁내부를 직접 진단 및 수술할 수 있는 재료로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음.

[고시 제2002-80호, '03.1.1. 시행]

■ 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, '18.2.1. 시행]

■ 1회용 수술(시술)팩 급여전환에 따른 질의·응답

[고시 제2018-19호 관련, '18.2.1. 적용]

연 번	질의	답변
1	1회용 수술(시술)팩 치료재료의 급여기준 외에 사용 시 산정 방법은?	「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 않음.
2	1회용 수술(시술)팩이란?	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
3	1회용 수술(시술)팩과 린넨팩 관리료 산정방법은?	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 적용증은 1회용 수술(시술)팩과 동일함. ※린넨팩 관리료는 '18.12.31일까지 한시적으로 적용함
4.	마취시간별 수술팩 산정 방법은?	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 수술예시를 참조하여 수술 시작 전 예상되는 마취시간에 따른 수술팩을 산정함.
5	1회용 수술(시술)팩의 관련 행위는?	(1회용 수술팩) <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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

연 번	질 의	답 변
		(1회용 시술팩) ■ 중재적 방사선 시술팩: 행위 급여 비급여 목록 및 급여 상대 가치점수 제9장 처치 및 수술료 등 제1절 처치 및 수술료 [중재적 방사선시술] ■ ECMO 시술팩: 자190 (O1903) ■ 중심정맥 삽입 시술팩: 자165, 자165-1, 자701
6	자연분만의 관련 행위는?	마취와 상관없이 자435, 자436, 자438에 인정
7	협 의 진료로 2가지 이상 수술(시술)을 동 시에 시행하여 수술(시술)팩을 추가로 사 용하는 경우 산정방법은?	■ 협 의 진료에 따라 전체 수술(시술)팩이 추가 소요되어 사 용 하는 경우 별도로 인정 (별도의 수술팩을 사용하지 않는 경우 에 는 총 마취 예상시간에 따른 수술팩 산정) ■ 단, 양측 수술 및 앞뒤 등의 수술에 추가로 사용하는 경우는 정액수가에 포함되어 별도로 산정하지 않음 ■ 각각의 수술시간을 기준으로 해당 수술팩 산정
8	리도카인 등으로 국소마취로 시행한 수술의 경우 수술팩의 별도보상이 가능한지?	바1, 바2 마취에 해당하지 않는 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등의 경우는 해당하지 않음
9	수술(시술)팩 성능 관련	수술(시술)팩은 감염예방 및 환자안전을 위해 사용하는 것으로 [별첨2] 배리어 성능 관련 학회 권고사항을 참조하여 업체 허 가사항상 관련 내용*을 확인하고 수술(시술)별로 적절히 사 용할 것을 권장함 * 미국 FDA 기준에 따른 내수도, 발수도, 인공혈액침투시험 적합 여부 등

[별첨1] 마취시간별 수술팩 진료과별 수술 예시

연번	명칭	관리진료과	EDI코드	분류번호	행위명
1	수술팩(Ⅰ) (마취시간 1시간이하)	정형외과	N0911	자91	건,인대피하단열수술
2		정형외과	N0912	자91주	건,인대피하단열수술-간단한건봉합을한경우
3		정형외과	N0922	자92-2가	근막절개술-단순절개
4		이비인후과	Q2172	자217나	설단소증수술(복잡한것)
5		이비인후과	Q2300	자230	편도전적출술
6		외과_대장항문	Q3015	자301가	치핵수술(혈전제거술및체피절제술)
7		외과_대장항문	Q3016	자301나	치핵수술(응고,소자레이저포함,경화요법및고무밴드결찰술)
8		산부인과	R4241	자424-1	자궁경하자궁내막플립제거술
9		산부인과	R4261	자426가	자궁경부원추형절제술-수술도이용
10		산부인과	R4262	자426나	자궁경부원추형절제술-전기루프이용
11	수술팩(Ⅱ) (마취시간 1시간~3시간)	정형외과	N1499	자49-1다	척추후궁절제술-요추
12		정형외과	N0983	자60-1다	체외금속고정술(전완골)
13		외과_내분비	P4551	자455가(1)	갑상선수술(냉동,선종,갑상선기능항진등)(갑상선엽전절제술)-편측
14		산부인과	R4421	자442가	부속기종양적출술[양측]-양성
15		산부인과	R4143	자414가(1)	전자궁적출술(림프절제술을하는경우)-단순
16		이비인후과	Q2231	자223가	이하선종양적출술(양성)
17		이비인후과	S5651	자565	고막성형술
18		정형외과	N0700	자70나	사지관절절제술[활막절제를포함]-견관절
19		외과_유방	N7133	자713가(3)	유방절제술-양성-부분절제
20		외과_대장항문	Q2861	자286가	충수절제술(단순)
21	수술팩(Ⅲ) (마취시간 3시간~6시간)	신경외과	N0333	자33나	개두술또는두개절제술(두개감압술)
22		정형외과	N0466	자46가(3)	척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-요추
23		외과_위암	Q2533	자253가(1)	위전절제술(복부접근)-림프절청소를포함하는것
24		비뇨기과	R3273	자327라	신적출술(근치적전적출[림프절및부신적출포함])
25		비뇨기과	R3290	자329	신부분절제술
26		외과_내분비	P4561	자456	갑상선악성종양근치수술
27		신경외과	S4641	자464가	뇌동맥류수술-단순[경부Clipping]
28		외과_간담체	Q7221	자722가	간절제술-부분절제
29		외과_간담체	Q7563	자756다	췌절제술-체부절제
30		외과_대장항문	QA672	자267다(1)	결장절제술(전체)-림프절청소를포함하는것
31	수술팩(Ⅳ) (마취시간 6시간초과)	신경외과	S4636	자463나(1)	종양절제를위한개두술(천막하부)-단순
32		신경외과	S4661	자466가	두개강내혈관문합술-직접법
33		외과_간담체	Q7342	자734나	담도종양수술-악성[근치적담도절제술]
34		외과_간담체	Q7571	자757가	췌십이지장절제술-위플씨수술
35		외과_간담체	Q7572	자757나	췌십이지장절제술-유문보존수술
36		외과_간담체	Q7230	자723	간,췌,십이지장절제술
37		흉부외과	O1782	자178나	판막성형술(승모판)
38		흉부외과	O2006	자200-1가	부정맥수술-상심실성부정맥
39		흉부외과	O2031	자203가	동맥류절제술[혈관이식술포함]-상행대동맥
40		흉부외과	Q2366	자236-1나	식도절제후재건술(위이용)

[별첨2] 배리어 성능 관련 학회 권고사항

구 분	학회 의견			
식약처 성능 기준	발수도 4.5g이하	발수도 1g이하, 내수도 20cm이상	발수도 1g이하, 내수도 50cm이상	인공혈액침투시험 적합
FDA 성능기준	LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4
해당 수술	-	<p>(외과) 탈장 수술</p> <p>(비뇨기과) 서혜부 수술(정계정맥류 절제술, 음낭수종절제술, 고환고정술 등)</p>	<p>(외과) 복경강 수술(총수절제술, 담낭절제술 등), 갑상선, 유방 수술, 항문수술 등</p> <p>(이비인후과) 비강 및 부비동 수술(비내접근), 구강 양성질환 수술, 후두 및 성대 수술 (현수후두경 또는 연성내시경하), 외이 및 외이도 양성질환 수술, 고막절개 및 환기관 삽입술 등</p> <p>(비뇨기과) 경요도 수술(TURP, TURP, HoLEP, cystolitholapaxy 등), 요관경 수술(요관경 하 제석술 등), 경피적 신절석술, 요실금 수술 등</p> <p>(안과) 백내장, 녹내장, 유리체 망막수술, 사시수술 등</p> <p>(산부인과) 자궁경수술, 골반내시경 등</p> <p>(성형외과) 얼굴 수술(안면 골절 정복술, 안면 미용수술(단순), 안면 미용수술(복잡, 안면거상술))</p> <p>(치과) 치아 및 치주 질환 수술 등</p>	<p>(외과) 복강경 수술(대장 및 위 절제술), 개복술, 간이식 등</p> <p>(이비인후과) 비강 및 부비동의 악성종양 적출술 및 비외접근법을 통한 부비동수술, 경부 양성종양 적출술, 갑상선 수술 (림프절 청소 제외), 경부 림프절청소술을 포함한 두경부 악성종양 수술, 고실개방술 및 고막성형술 (이소골 수술 포함), 유양동절제술 및 인공와우수술, 미로절제술, 청신경종양, 청기의 악성종양 및 병변이 뇌경막과 인접한 경우</p> <p>(흉부외과) 개흉술, 흉강경, 대동맥 수술, 개심술 등</p> <p>(비뇨기과) 신장수술(근치적 신적출술, 근치적 방광적출술, 근치적 전립선 정낭 적출술, 신외관전적출술, 신우성형술, 방광부분절제술, 관혈적 요관절석술 등), 신이식 수술 등</p> <p>(신경외과) 개두술, 척추수술, Shunt 등 임플란트 삽입술 등</p> <p>(산부인과) 제왕절개술, 개복술 등</p> <p>(성형외과) 피부이식(유리피판술 등), 상·하악골 골절수술, 유방재건술, 두개안면 재건 성형술, 사지접합수술 등</p> <p>(정형외과) 인공관절치환술, 척추수술, 관절경, 골절 수술 등</p> <p>(치과) 구강악안면수술, 악성종양절제술 등</p>

III. 약제

일반원칙

■ [일반원칙] 병용금기 성분, 특정연령대 금기 성분 및 임부금기 성분

1. 식품의약품안전처장이 고시한 병용금기 성분 및 특정연령대 금기 성분과 임부금기 성분에 대하여는 요양급여를 인정하지 아니함
 - 가. 이 경우 임부금기 성분은 고시 성분을 함유한 단일제와 복합제를 모두 포함함
2. 다만, 병용금기 성분, 특정연령대 금기 성분 및 임부금기 1등급 성분임에도 불구하고 부득이하게 처방·조제할 필요가 있다고 판단하여 사용하는 경우에는 예외로 할 수 있음. 이 경우 다음의 가, 나 모두에 처방·조제 사유를 의학적 근거와 함께 명시하여야 하며, 건강보험심사평가원장이 그 사용이 적절하다고 인정하는 경우에 한함.
 - 가. 보건복지부장관이 고시한「요양급여비용 심사청구소프트웨어 검사 등에 관한 기준」에 따라 설치한 “의약품 처방·조제 지원 소프트웨어”에 의해 컴퓨터 화면에 제공(Pop-up)된 사유기재란
 - 나. 보건복지부장관이 고시한 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서 서식 및 작성요령」에 따른 요양급여비용명세서
3. 2호에도 불구하고 특정연령대 금기 성분인 “acetaminophen (encapsulated 포함)(서방형 제제에 한함)”등 서방형 제제, 장용성제제 등은 그 제제의 특성상 분할하거나 분말 형태로 처방·조제하여서는 안됨
4. 임부금기 2등급에 해당하는 성분을 처방·조제할 때는 부득이하게 사용할 필요가 있다고 의학적 타당성을 판단한 경우에 한하여야 하며, 투약 이전에 반드시 환자에게 적절한 안내조치를 하여야 함
5. 급여기준 적용일 : 식품의약품안전처장이 고시한 다음날부터 적용한다.

[고시 제2017-109호, '17.7.1. 시행]

■ [일반원칙]국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조제3항에 의하여 중증환자 중 암 환자에게 처방·투여하는 약제로서 건강보험심사평가원장이 정하여 공고하는 약제의 범위 및 비용부담

1. 약제의 범위
 - 가. 항암요법제 사용 관련
 - 245 부신히르르몬제, 247 난포 및 황체호르르몬제, 249 기타의 호르르몬제(항르르몬제를 포함), 313 비타민B제(비타민B1을 제외), 339 기타의 혈액 및 체액용약, 392 해독제, 399 따로 분류되지 않는 대사성 의약품, 421 항악성종양제, 429 기타의 종양치료제, 431 방사성 의약품, 617 주로 악성종양에 작용하는 것, 639 기타의 생물학적 제제, 항암면역요법제
 - 나. 항구토제 사용 관련
 - 235 최토제·진토제, 239 기타의 소화기관용약, 245부신히르르몬제
 - 다. 암성통증치료제 사용 관련
 - 112 최면진정제, 113 항전간제, 114 해열진통소염제, 117 정신신경용제, 119 기타의 중추신경용약, 124 진정제, 264 진통·진양·수렴·소염제, 811 아편알칼로이드계 제제, 821 합성마약

2. 비용부담

상기 1.의 약제는 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부 사항」 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. 다만, 아래에 해당하는 경우에는 약값의 전액 또는 일부를 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. 허가사항 범위이지만 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」이외에 투여한 경우

나. 허가사항 범위 초과이지만 의학적 타당성·비용효과성 등을 종합적으로 고려하여 전액본인부담 또는 일부 본인부담으로 인정한 범위 내에서 투여한 경우(해당약제 심사평가원장이 공고하거나 또는 신청기관에 국한하여 통보)

[고시 제2018-81호, '18.5.1. 시행]

■ [일반원칙]경구용 만성B형간염 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 \geq 20,000IU/mL이거나 또는, HBeAg(-)로서 HBV-DNA \geq 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 \geq 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 억제내성 돌연변이가 발현된 경우 또는

나) B형간염 바이러스 억제내성 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 투여에 따른 급여 인정 조합은 우리원 공지사항의 보건복지부 고시 제2017-193호 안내를 참조하시기 바랍니다)

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, '17.11.1. 시행]

■ **바라크루드 투여 중 임신으로 인해 비리어드 약제로 교체, 출산 이후 재투여한 바라크루드 인정여부**

□ 청구내역

- 상병명 (34/여)(외래 1일)
델타-병원체가 없는 만성 바이러스B형간염
- 주요청구내역
391 바라크루드정0.5밀리그램(엔테카비르) 1*1*90 ▶ 인정

□ 진료내역

- 약제투여내역
 - 2008.5.9. HBeAg(+), HBV DNA(+), AST: 342U/L, ALT: 417U/L,
 - 2008.5.15. 바라크루드0.5mg 투여 인정
 - 2016.1.19. HBeAg(-) HBV DNA(-)
 - 2016.10.5. HBV DNA 5.16*10(1)IU/mL
 - 2016.12.2. 비리어드 교체 → 임신으로 변경투여 인정
 - 출산 후 -
 - 2017.4.24. 바라크루드0.5mg 투여
 - 2017.4.24. HBV DNA PCR < 20IU/ml

□ 심사결과

- 바라크루드는 임신부 투여안전성 등급 C에 해당하는 약제로 임신으로 투여안전성 등급 B에 해당하는 약제인 비어리드로 교체 투여한 것으로 확인 됨.
- 출산 후 이전 약제인 바라크루드정 0.5밀리그램(엔테카비르)으로 재변경함을 인정

[공개심사사례, '17.12.8.]

■ **[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 Bisphosphonate제제 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 \leq -2.5)
- 나) 정량적 전산화 단층 골밀도 검사(QCT) : 80mg/cm³ 이하인 경우
- 다) 상기 가), 나)항 이외: 골밀도 측정시 T-score가 -3.0 이하인 경우(T-score \leq -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, 추적 검사에서 T-score가 -2.5 이하(QCT 80mg/cm³ 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 + Cholecalciferol)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, '17.7.1. 시행]

■ Denosumab 주사제(품명 : 프롤리아 프리필드시린지)

허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. 투여대상

중심골[Central bone: 요추, 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 이중 에너지 방사선 흡수계측(Dual-Energy X-ray Absorptiometry: DEXA)을 이용하여 골밀도 측정 시 T-score가 -2.5 이하인 경우로서, 다음의 경우에 해당하는 환자

- 다 음 -

- 1) Bisphosphonate 제제를 1년이상 충분히 투여했음에도 새로운 골다공증성 골절이 발생하거나, 1년 이상 투여 후 골밀도 검사 상 T-score가 이전보다 감소한 경우
- 2) 신부전, 과민반응 등 Bisphosphonate 제제에 금기인 경우

나. 투여기간: 1년(2회)

추적검사서에서 T-score가 -2.5 이하이거나 골다공증성 골절이 발생하여 약제 투여가 계속 필요한 경우 추가 2년(4회)까지 인정함.

[고시 제2017-180호, '17.10.1. 시행]

■ Teriparatide acetate 주사제(품명: 테리본피하주사)

허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. 투여대상

기존 골흡수억제제(alendronate, risedronate, etidronate 등) 중 한 가지 이상에 효과가 없거나 사용할 수 없는 환자로 다음의 조건을 모두 만족하는 경우

- 다 음 -

- 1) 65세 이상의 폐경 후 여성
- 2) 중심골[Central bone: 요추, 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 이중 에너지 방사선 흡수계측(Dual -Energy X-ray Absorptiometry: DEXA)으로 측정된 골밀도 검사결과 T-score -2.5 SD 이하
- 3) 골다공증성 골절이 2개 이상 발생(과거에 발생한 골절에 대해서는 골다공증성 골절에 대한 자료를 첨부하여야 함.)

나. 투여기간

최대 72주. 한 환자의 일생에서 72주 과정을 반복해서는 안됨.

다. Teriparatide 주사제(품명: 포스테오주)와 교체투여는 급여로 인정하지 아니함.

※ 효과가 없는 경우란 1년 이상 충분한 투여에도 불구하고 새로운 골절이 발생한 경우를 의미함.

[고시 제2017-17호, '17.2.1. 시행]

■ [일반원칙] 폐경 후 호르몬요법 인정기준

폐경기증후군 및 골다공증에 사용하는 호르몬요법은 허가범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.

- 아 래 -

가. 적응증

- 1) 폐경기증후군의 증상완화와 골밀도검사서에서 같은 성, 젊은 연령의 정상치보다 1표준편차 이상 감소된 경우에 골다공증의 예방 및 치료목적으로 투여 시 요양급여를 인정함.
- 2) 심혈관계 질환의 예방 및 치료에는 인정하지 아니함.

나. 재평가 기간

매 12개월마다 재평가를 실시하여야 함(환자의 전반적인 상태 및 필요성)

다. 적정투여기간

60세까지 투여하며, 60세를 초과하여 호르몬 요법을 지속하는 경우에는 동 치료의 효과를 평가하여 지속투여 여부를 결정하여야 함.

[고시 제2013-127호, '13.9.1. 시행]

■ [일반원칙] 폐경기증후군에 투여하는 약제

갱년기장애(폐경기증후군) 증상의 발현 시 동 증상완화를 위하여 호르몬제나 칼슘제제 등의 약제를 투여하는 경우에 요양급여를 인정함.

[고시 제2013-127호, '13.9.1. 시행]

■ [일반원칙] 보조생식술에 사용되는 호르몬 약제

1. 각 약제의 허가사항 및 급여기준 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함.
2. 허가사항 범위를 초과하여 보조생식술에 아래와 같은 기준으로 투여 시「보조생식술 급여기준」 범위 내에서 요양급여를 인정하며, 비급여로 실시한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. Prednisolone 경구제, Dexamethasone 경구제

○ 투여 대상

- 1) 반복 유산과 관련된 자가면역 질환이 있는 환자
- 2) 원인불명으로 3회 이상 반복하여 착상 실패를 경험한 환자

나. Estradiol valerate 경구제, Medroxyprogesterone acetate 경구제

3. 허가사항 범위를 초과하여 보조생식술에 아래와 같은 기준으로 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. Micronized progesterone 경구제의 경구 투여.

- 1) 체외수정 시 Progesterone의 보충요법
- 2) Progesterone 결핍으로 인한 불임 여성의 난모세포 공여프로그램
- 3) 반복적인 유산(3회 이상)의 과거력이 있는 환자

나. 성장호르몬제(Growth hormone, Somatropin)

○ 체외수정을 시행하는 여성 중 다음 2가지 이상을 만족하는 경우

- 1) 만 40세 초과 연령
- 2) 난소 예비능이 좋지 않은 과거력
- 3) 난소 기능검사 결과 기능저하

※ 대상 약제: Estradiol valerate 경구제, Medroxyprogesterone acetate 경구제, Prednisolone 경구제, Dexamethasone 경구제, Micronized progesterone 경구제, Somatropin 서방형 주사제, Somatropin 주사제

[고시 제2017-193호, '17.11.1. 시행]

골격근이완제

■ Atracurium besylate 주사제(품명: 아트라주 등)

허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. 입원의 경우

1) 제왕절개술(C-sec), 2) 개심술, 3) 안압이 현저히 높은 환자의 수술, 4) 짧은 시간 수술(1시간 이내), 5) 노인(만 65세 이상) 및 중환자실 환자, 6) 빈혈이 있는 환자, 7) 심장 및 신장환자 수술시, 8) 빈맥이 있는 환자, 9) 만 15세 이하의 환자, 10) 인공호흡기와의 부조화(Ventilator fighting) 시

나. 외래환자 마취시

다. 간 또는 신기능이 저하된 환자

[고시 제2017-193호, '17.11.1. 시행]

혈관확장제

■ Nifedipine 경구제(품명: 아달라트오로스정30 등)

허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 하며, 허가사항 범위를 초과하여 '조기 진통(가진 통)'에 투여한 경우에는 아래와 같은 기준으로 요양급여를 인정함.

- 아 래 -

가. 적응증 : 임신 20주에서 36주 사이에 자궁경부 변화를 동반하거나 규칙적인 자궁 수축이 관찰되는 경우

나. 인정용량

- 1) 부하용량>Loading dose) : 10mg/15분 투여하여 총 40mg 이내
- 2) 유지용량>Maintenance dose) : 자궁수축억제 정도에 따라 60-160mg/일

[고시 제2013-127호, '13.9.1. 시행]

기타의 순환계용약

■ Aspirin 경구제(품명: 아스피린 프로텍트정100밀리그램 등)

- 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.
- 2. 허가사항 범위(효능·효과)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 요양급여를 인정함.

- 아 래 -

가. 절박유산과 관계가 있다고 추정되는 태반이나 탈락막의 혈전생성을 방지하기 위해 혈소판 응집억제 작용으로 저용량(80~100mg/day)을 투여한 경우

나. 말초 동맥성질환에 투여한 경우

다. 전자간증 예방목적으로 다음 중 하나 이상에 해당되어 저용량을 임신 12주부터 투여한 경우

- 다 음 -

- 1) 이전 임신 시 고혈압성 질환
- 2) 만성신장질환
- 3) 자가면역질환(전신홍반루프스, 항인지질 항체증후군 등)

- 4) 제1형 또는 제2형 당뇨
- 5) 만성 고혈압
- 6) 다태임신
- 7) 아래 중 2개 이상에 해당하는 경우
 - 가) 초산모
 - 나) 만 40세 이상의 고령 임신부
 - 다) 이전 임신 후 임신 사이 기간이 10년 이상인 경우
 - 라) 비만 임신부(BMI≥30kg/m²)
 - 마) 전자간증의 가족력

라. 가임기 여성 및 임신부 중 다음과 같은 기준으로 투여한 경우

- 다 음 -

- 1) 투여대상
 - 가) 항인지질항체증후군
 - 나) 선천성 안티트롬빈 결핍
 - 다) 임신 전 2회 이상 정맥혈전색전증을 경험
- 2) 투여방법
 - 아스피린 경구제 100mg를 저분자량헤파린 주사제(enoxaparin 또는 dalteparin)와 병용함.
- 3) 투여기간
 - 임신 기간(또는 보조생식술 시행일)로부터 분만 후 6주 까지

3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

- 가. 투여대상
 - 선천성 안티트롬빈 결핍을 제외한 선천성 혈전성향증으로 인하여, 3회 이상 반복하여 유산 또는 착상실패를 경험
- 나. 투여방법
 - 아스피린 경구제 100mg를 저분자량헤파린 주사제(enoxaparin 또는 dalteparin)와 병용함.
- 다. 투여기간
 - 배란일(또는 보조생식술 시행일)로부터 임신확인일까지

[고시 제2018-97호, '18.6.1. 시행]

뇌하수체호르몬제

■ Vasopressin 20U 주사제(품명: 한림 바소프레신 주사액)

- 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.
- 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 경우에도 요양급여를 인정함.

- 아 래 -

- 가. 식도정맥류 출혈: 1일 400단위 투여, 2주 이내
- 나. 자궁근종절제술중 20단위 투여
- 다. 자궁경부원추형절제술(자426)중 20단위 투여

[고시 제2017-193호, '17.11.1. 시행]

난포호르몬제 및 황체호르몬제

■ Medroxyprogesterone acetate 경구제(품명: 프로베라정 등)

1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.
2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 아래와 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 요양급여를 인정함.

- 아 래 -

- 가. 자궁내막증에 고용량 투여(60mg/일)
- 나. 임파관평활근종증(Lymphangiomyomatosis)
- 다. 「보조생식술 급여기준」 급여 인정 범위 이내에서 투여하는 경우에는 “[일반원칙] 보조생식술에 사용되는 호르몬 약제”에 의거하여 인정함.

[고시 제2017-193호, '17.11.1. 시행]

■ Dienogest 경구제(품명: 비잔정)

허가사항 범위 내에서 복강경 검사 등으로 자궁내막증이 확진된 경우에 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

[고시 제2013-127호, '13.9.1. 시행]

■ Levonorgestrol 제제(품명: 미레나 20mcg)

1. 허가사항 중 월경과다증, 월경곤란증, 에스트로겐 대체요법시 프로게스틴의 국소적용에 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

- 가. 월경과다증으로 확진된 경우
- 나. 생리주기 당 1~2일간 일상생활이 불가능한 월경곤란증인 경우
- 다. 에스트로겐 대체요법시 경구 프로게스틴(Progestin)제제를 사용할 수 없거나 간 등의 대사기능에 문제가 있는 경우

2. 피임 목적으로 투여 시에는 비급여함.

[고시 제2013-127호, '13.9.1. 시행]

기타의 호르몬제

■ 태반성성선자극호르몬(hCG) 주사제(품명: 아이브이에프씨주5000IU 등)

허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여함을 원칙으로 함. 다만, 보조생식술에 투여 시에는 「보조생식술 급여기준」 범위 내에서 요양급여를 인정하며, 비급여로 실시한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

[고시 제2017-180호, '17.10.1. 시행]

■ 난포자극호르몬(FSH) 주사제

1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여함을 원칙으로 하며, 보조생식술에 Human menopausal gonadotropin (hMG (menotrophin))과 병용 투여한 경우 병용 약제의 총 용량은 600IU/day 까지 요양급여를 인정함.
 2. 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 보조생식술에 human chorionic gonadotrophin 주사제 투여 당일에 투여한 경우 요양급여를 인정함.
 3. 상기 1. 2. 중 보조생식술에 투여 시에는 「보조생식술 급여기준」 범위 내에서 요양급여를 인정하며, 비급여로 실시한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.
- ※ 대상약제: Follitropin- α (품명: 고날-에프펜주 등, 고날에프주75IU), Follitropin- β (품명: 퓨레곤펜주 등, 퓨레곤용액주100IU), Follitropin(r-hFSH)(품명: 폴리트로프프리필드시린지주, 고나도핀엔에프주사액프리필드시린지), Urofollitropin(품명: 포스티몬주)

[고시 제2017-246호, '18.1.1. 시행]

■ follitropin- α + lutropin α (r-hLH) 복합주사제(품명: 퍼고베리스주)

1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. 저성선자극호르몬성 성선부전증

(Hypogonadotropic hypogonadism(WHO Group I))으로 진단받은 여성

- 1) 폐경여성 성선자극호르몬(Human menopausal gonadotropin)을 이용한 배란유도 또는 과배란 유도에 부적절한 반응을 보이는 경우
- 2) 약물과민반응 등 투약으로 인한 부작용이 발생하였거나 그 위험성이 높은 경우에 투여 시 인정

나. 심한 LH결핍 환자(LH 1.2IU/L 미만)의 보조생식술에 2바이알/day까지 투여한 경우

2. 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 보조생식술에 human chorionic gonadotrophin 주사제 투여 당일에 투여한 경우 요양급여를 인정함.
3. 상기 1, 2. 중 보조생식술에 투여 시에는 「보조생식술 급여기준」 범위 내에서 요양급여를 인정하며, 비급여로 실시한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

[고시 제2017-193호, '17.11.1. 시행]

■ lutropin alpha(r-hLH) 주사제(품명: 루베리스주 75IU)

허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. 저성선자극호르몬성 성선부전증(Hypogonadotropic hypogonadism (WHO Group I))으로 진단받은 여성

- 1) 폐경여성 성선자극호르몬(Human menopausal gonadotropin)을 이용한 배란유도 또는 과배란유도에 부적절한 반응을 보이는 경우

2) 약물과민반응 등 투약으로 인한 부작용이 발생하였거나 그 위험성이 높은 경우에 투여 시 인정

나. 심한 LH결핍 환자(LH 1.2IU/L 미만)의 보조생식술에 150IU/day까지 투여한 경우

다. 상기 가. 나. 조건에서 병용 투여한 난포자극호르몬(FSH) 주사제는 인정

라. 상기 가. 나. 중 보조생식술에 투여 시에는 「보조생식술 급여기준」 범위 내에서 요양급여를 인정하며, 비급여로 실시한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

[고시 제2017-180호, '17.10.1. 시행]

■ 이니시아정(울리프리스탈아세테이트)

□ 효능효과

- 가임기 성인 여성에서 중등도-중증 증상을 가진 자궁근종 환자의 수술 전 치료
- 가임기 성인 여성에서 중등도-중증 증상을 가진 자궁근종 환자의 간헐적인 치료

□ 용법용량

- 1일 1회 1정(5mg)을 매 투여기마다 3개월까지 연속하여 경구투여한다. 투여는 반드시 월경이 있을 때 시작되어야 한다.
 - 첫 번째 투여기는 월경 첫 주에 시작되어야 한다.
 - 재 투여기는 이전의 투여기가 완료된 후 첫 번째 월경을 온전히 지내고 두 번째 월경의 첫 주 중에 되도록 빨리 시작되어야 한다.
- 간헐적인 치료라 함은 약을 복용하지 않는 휴약기가 반드시 필요함을 뜻하므로 이에 주의하여 투여한다.
- 반복치료는 4회의 간헐적인 투여기까지 연구되었다.
- 만약, 복용을 잊었을 경우는 가능한 한 빨리 복용한다. 하지만, 복용예정시간보다 12시간이 넘게 지난 경우 약은 복용하지 않고 다음날 복용시간에 맞춰 1정을 복용한다.
- 이 약은 식사와 관계없이 복용할 수 있다.

□ 사용상 주의사항

1. 다음 환자에는 투여하지 말 것
 - 1) 이 약의 주성분인 울리프리스탈아세테이트나 다른 첨가제에 과민증이 있는 자
 - 2) 임부 및 수유부
 - 3) 자궁근종이 아닌 다른 원인 혹은 병인학적으로 밝혀지지 않은 이유로 인한 성기출혈환자
 - 4) 자궁암, 자궁경부암, 난소암, 유방암환자

(중 략)

4. 일반적 주의

- 1) 이 약은 정확한 진단 후 처방되어야 한다. 치료 전에 임신이 아님을 확인하여야 한다. 만약 새로운 투여기 시작전에 임신이 의심되면 임신테스트를 반드시 실시해야 한다.
- 2) 피임: 프로게스테론 단일제, 프로게스타젠 방출형기구, 경구용 피임복합제와 병용하지 않는다. 울리프리스탈 아세테이트의 복용으로 인해 무배란이 일어나더라도 치료기간 중 비호르몬성 피임방법을 사용하도록 한다.

(이 하 생 략)

[허가/신고일 '12.7.12.]

■ 자궁의 평활근종 상병에 투여한 울리프리스탈아세테이트(품명: 이니시아정) 인정여부

□ 청구내역

○ A사례(여/41세)

- 청구 상병명: 상세불명의 철결핍성빈혈, 자궁경부의 미란 및 외반, 상세불명의 자궁의 평활근종
- 주요 청구내역
249 이니시아정(울리프리스탈아세테이트) 1*1*28
322 헤로바-유서방정(건조황산제일철) 1*1*28

○ B사례(여/47세)

- 청구 상병명: 상세불명의 자궁의 평활근종, 상세불명의 철결핍성빈혈, 외음 및 질의 칸디다증, 자궁경부의 미란 및 외반
- 주요 청구내역
249 이니시아정(울리프리스탈아세테이트) 1*1*28

○ C사례(여/58세)

- 청구 상병명: 상세불명의 철결핍성빈혈, 급성 질염, 상세불명의 자궁의 평활근종
- 주요 청구내역
249 이니시아정(울리프리스탈아세테이트) 1*1*28
322 헤로바-유서방정(건조황산제일철) 1*1*28

□ 심의결과 및 심의내용

- 식품의약품안전처 허가사항에 의하면, 이니시아정(성분명: 울리프리스탈아세테이트)은 '가임기 성인 여성에서 중등도-중증 증상을 가진 자궁근종 환자의 수술전 치료, 가임기 성인 여성에서 중등도-중증 증상을 가진 자궁근종 환자의 간헐적인 치료'에 사용하도록 하고 있음.
이 기관의 경우 자궁근종 상병 하에 이니시아정을 고강도초음파집속술(HIFU) 시행 후 투여하거나 폐경 이후에도 투여하는 경향으로 진료기록 등 참조하여 아래와 같이 심의결정함.

- 아 래 -

- A사례(여/41세): 이 건은 상세불명의 철결핍성빈혈, 상세불명의 자궁의 평활근종 상병으로 내원함. 혈액 검사 결과 Hb 9.8g/dl, 초음파검사결과 자궁근종 6.5-7cm으로 고강도초음파집속술을 시행하였고 수술 7일 후 자궁근종이 5.8cm으로 감소되었으나 이니시아정을 처방함. 이니시아정 투여와 고강도초음파집속술은 자궁근종의 크기를 줄여 출혈 등 증상을 완화하기 위한 목적으로 시행하는 것이므로 고강도초음파집속술 후 일정기간의 관찰 없이 투여한 이니시아정은 동일 목적의 중복된 치료로 판단되며, 고강도초음파집속술로 근종 조직이 파괴된 상태에서 프로게스테론수용체 억제제인 이니시아정 사용한 것은 적절한 치료로 보기 어려우므로 이니시아정은 인정하지 않음.
- B사례(여/47세): 이 건은 상세불명의 자궁의 평활근종, 상세불명의 철결핍성빈혈 상병으로 내원함. 혈액 검사 결과 Hb 9.8g/dl, 초음파검사결과 자궁경부근종 3cm으로 고강도초음파집속술을 시행하였고 수술 4일 후 이니시아정 투여함. 요양기관에서 제출한 소견서에는 5cm 크기의 자궁체부근종이 존재했음을 설명하고 있으나 진료기록 및 초음파사진 상 확인되지 않음. 고강도초음파집속술 후 일정기간의 관찰 없이 투여한 이니시아정은 동일 목적의 중복된 치료로 판단되므로 인정하지 않음.
- C사례(여/58세): 이 건은 상세불명의 철결핍성빈혈, 상세불명의 자궁의 평활근종 상병으로 내원하였고 혈액 검사 결과 Hb 9.0g/dl, 초음파검사결과 자궁근종 7cm으로 고강도초음파집속술을 시행 후 출혈, 약간의

복부통증 증상으로 수술 11일 후 이니시아정을 처방한 경우로 허가사항을 초과하여 폐경기에 처방된 이니시아정은 인정하지 아니함.

□ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- 식품의약품안전처장 허가사항 (이니시아정)

[공개심의사례, '17.12.30.]

■ 자궁의 점막하 평활근종 상병에 투여한 이니시아정 인정여부

□ 청구내역

- 상병명(44/여)(외래 1일)
자궁의 점막하 평활근종
골반 및 회음부 통증

- 주요청구내역(2017.4.15.)

[원외]249 이니시아정(울리프리스탈아세테이트) 1*1*3 ▶ 인정

□ 진료내역

- 경과기록
2016.11월부터 헤로바유 복용 (Hb 8.1g/dl, ○○의원)
통증 심하여 못 견딜 정도, 점막하 근종 10cm, 골반통증 심함
월경과다(생리대 13장 이상/일)
9/22일 근종절제술 수술 예정
- 2017.4.15. 초음파: 점막하 근종 10cm, 출혈 생리과다

□심사결과

- 동건은 식품의약품안전처 허가사항 효능·효과에 따르면, 가임기 성인 여성에서 중등도-중증 증상을 가진 자궁근종 환자의 수술 전 치료에 투여함이 확인되어 이니시아정(울리프리스탈아세테이트) 인정

□관련근거

- 이니시아정(식약의약품안전처 허가사항)
가임기 성인 여성에서 중등도-중증 증상을 가진 자궁근종 환자의 간헐적인 치료
가임기 성인 여성에서 중등도-중증 증상을 가진 자궁근종 환자의 수술 전 치료

[공개심사사례, '17.12.8.]

■ 자궁내막증 및 선근증 상병에 투여한 이니시아정 인정여부

□ 청구내역

- 상병명(34/여)(입원 2일)
자궁의 자궁내막증
의심되는 악성 신생물에 대한 관찰

○ 주요청구내역(2017.9.4.)

[원외]249 이니시아정(울리프리스탈아세테이트) 1*1*3 ▶ 조정

□ 진료내역

○ 경과기록

주진단: 자궁선근증

부진단: r/o 자궁내막증

생리통 심함, 초음파(선근증, 자궁내막증 및 유착)

과거력: 2006, 2011. 자궁내막증 수술 2회

○ 검사기록

2017.9.4. Hb 9.6g/dl

2017.9.4. MRI(Pelvis contrast)

1) 3.5cm cyst in Lt. ovary => 자궁내막종

2) 7.3cm ill defined low signal intensity lesion

=> focal adenomyosis(자궁선근증) rather than intramural myoma(근층내근종)

□ 심사결과

- 동건은 자궁내막증, 자궁선근증 상병에 이니시아정을 투여한 것으로 식약의약품안전처 허가사항을 초과하여 사용한 이니시아정(울리프리스탈아세테이트)은 인정하지 아니함

□ 관련근거

- 이니시아정(식약의약품안전처 허가사항)

가임기 성인 여성에서 중등도-중증 증상을 가진 자궁근종 환자의 간헐적인 치료

가임기 성인 여성에서 중등도-중증 증상을 가진 자궁근종 환자의 수술 전 치료

[공개심사사례, '17.12.8. 시행]

■ 상세불명의 자궁의 평활근종 상병에 4회 초과 투여한 이니시아정 인정여부

□ 청구내역

- 상병명(52/여)(외래 2일)

상세불명의 자궁의 평활근종

(만성) 실혈에 따른 이차성 철결핍빈혈

○ 주요청구내역

[원외]249 이니시아정(울리프리스탈아세테이트) 1*1*1(2017.6.1.) ▶ 조정

[원외]249 이니시아정(울리프리스탈아세테이트) 1*1*1(2017.6.27.) ▶ 조정

□ 진료내역

○ 경과기록

진단명: Ut. myoma

C/C: Ut. myoma check

○ 검사기록

2016.9.30. Hb 14.5g/dl,

2017.6.1. 초음파: Ut & myoma 7.5*8.5cm

○ 이니시아정 처방정보

1차: 20160215, 20160316, 20160412

2차: 20160613, 20160711, 20160808

3차: 20161004, 20161026, 20161128

4차: 20170201, 20170225, 20170327

□ 심사결과

- 동 건은 이니시아정 식약의약품안전처 허가사항 용법·용량에 따르면, 반복치료는 4회의 간헐적인 투여기 까지 연구되어 5회차 투여에 대한 안전성·유효성 등이 확립되지 않아 이니시아정(올리프리스탈아세테이트) 인정하지 아니함

□ 관련근거

- 이니시아정(식약의약품안전처 허가사항)

가임기 성인 여성에서 중등도-중증 증상을 가진 자궁근종 환자의 간헐적인 치료

가임기 성인 여성에서 중등도-중증 증상을 가진 자궁근종 환자의 수술 전 치료

- 이니시아정(식약의약품안전처 허가사항-용법용량)

1일 1회 1정(5mg)을 매 투여기마다 3개월까지 연속하여 경구투여 한다. 투여는 반드시 월경이 있을 때 시작되어야 한다

· 첫 번째 투여기는 월경 첫 주에 시작되어야 한다.

· 재 투여기는 이전의 투여기가 완료된 후 첫 번째 월경을 온전히 지내고 두 번째 월경의 첫 주 중에 되도록 빨리 시작되어야 한다.

간헐적인 치료라 함은 약을 복용하지 않는 휴약기가 반드시 필요함을 뜻하므로 이에 주의하여 투여한다.

반복치료는 4회의 간헐적인 투여기까지 연구되었다. (이하생략)

[공개심사사례, '17.12.8. 시행]

■ 자궁내장치술을 실시한 환자에게 투여한 이니시아정 인정여부

□ 청구내역

- 상병명(47세/여)(재진외래 1일)

상세불명의 자궁의 평활근종

- 주요청구내역

이니시아정 0.04*1*28(2014.8.27.) ▶ 조정

□ 진료내역

- 경과기록:

- 2014.7.30.: 생리통+, sono myoma 1~3cm 6개 정도 있음, 미레나 삽입
4주후 내원하여 미레나 확인

- 2014.8.27.: 생리양 줄었음, IUD(+)
이니시아정 => 현청구분

- 검사내역

- 2014.7.30. 초음파: D1 9.09cm, D2 6.97cm

□ 심사결과

미레나는 월경과다증, 월경곤란증, 에스트로겐 대체요법시 프로게스틴의 국소적용시 치료목적으로 자궁 내 삽입(5년 효과)하는 약제이고, 이니시아정은 중등도-중증 증상(월경과다, 월경통 등)을 가진 자궁근종 환

자에서 수술전 치료로 투여하는 약제이므로, 두 약제는 자궁근종과 관련된 월경과다, 월경통 치료에 동일 목적으로 사용되고 있음.

따라서, 이미 자궁내 장치(미레나)를 통해 생리량이 줄었음에도 불구하고 동일목적의 약제를 병용 투여한 경우 이므로 이니시아정은 인정하지 아니함

□ 사유

이니시아정은 식품의약품안전처 허가사항 중 「가임기 성인 여성에서 중등도-중증 증상을 가진 자궁근종 환자의 수술전 치료」에 효능·효과가 있고 미레나는 피임, 월경과다증, 월경곤란증, 에스트로겐 대체요법시 프로게스틴의 국소적용에 효능·효과가 있음

□ 참고

- 식품의약품안전처의 허가사항

[공개심사사례, '14.12.3. 시행]

■ 53세 자궁의 평활근종 환자에게 투여한 이니시아정 인정여부

□ 청구내역

- 상병명(53세/여)(외래 1일)
상세불명의 자궁의 평활근종
- 주요청구내역
이니시아정 0.04*1*28(2014.8.7.) ▶ 인정

□ 진료내역

- 경과기록: 참기 힘든 생리통이 있고 생리량이 많으며, 빈혈 있음
- 검사내역
2014.8.7. : Hgb 8.4g/dl
초음파: D1 4.93cm

□ 심사결과

53세 연령으로 규칙적인 월경을 하고 있으며 자궁초음파영상에서 4.9cm의 자궁근종이 확인되었고 경과 기록 상 '참기 힘든 생리통'과 '생리량 과다'등의 증상 및 중등증의 빈혈소견(Hgb 8.4g/dl)이 확인되어 수술 전 빈혈치료 목적으로 투여한 경우이므로, 이니시아정은 인정함

□ 사유

- 이니시아정은 식품의약품안전처 허가사항 중「가임기 성인 여성에서 중등도-중증 증상을 가진 자궁근종 환자의 수술전 치료」에 효능·효과 있음
- 세계보건기구(WHO)에서는 빈혈을 혈색소치의 정도에 따라 경증(9g/dl이상), 중증등(6-9g/dl), 심증(6g/dl미만)으로 분류하였음

□ 참고

- 식품의약품안전처의 허가사항
- 세계보건기구(WHO)-빈혈

[공개심사사례, '14.12.3.]

■ R/O adenomyosis에 투여한 이니시아정 인정여부

□ 청구내역

- 상병명(53세/여)(외래 1일)
상세불명의 자궁의 평활근종
- 주요청구내역
이니시아정 0.04*1*28(2014.8.26.) ▶ 조정

□ 진료내역

- 경과기록: 생리통 +++, 생리량 +++
- 검사내역
2014.6.30. CT Abdomen-Pelvis: r/o adenomyosis

□ 심사결과

‘상세불명의 자궁의 평활근종’ 진단명으로 청구되었으나, 자궁근종으로 인한 증상이 불명확하고 월경과다로 인한 빈혈소견 등 근종 치료 사유가 확인되지 않으며 복부CT에서도 R/O 자궁선근종(adenomyosis)으로 확인되므로 이니시아정은 인정하지 아니함

□ 사유

이니시아정은 식품의약품안전처 허가사항 중 「가임기 성인 여성에서 중등도-중증 증상을 가진 자궁근종 환자의 수술전 치료」에 효능·효과 있음

□ 참고

- 식품의약품안전처의 허가사항

[공개심사사례, '14.12.3.]

자궁수축제

■ Methylergonovine maleate 주사제(품명: 에르빈주사액 등)

허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 하며, 허가사항 범위(효능·효과)를 초과하여 ‘자궁근 종절제술 후 출혈의 방지 및 치료’에도 요양급여를 인정함.

[고시 제2013-127호, '13.9.1. 시행]

기타의 비노생식기관 및 항문용약

■ Atosiban 주사제(품명: 트랙토실주 등)

허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전 액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. 인정대상

- 1) 갑상선 기능항진, 고혈압, 부정맥, 당뇨, 폐성고혈압 상병으로 치료중인 환자

- 2) 선천성 혹은 후천적 심장질환, 임신 중 고혈압질환, 자궁내 감염이 아닌 태부위의 감염으로 체온이 상승한 경우
- 3) 임신 중 폐부종 발생의 위험인자를 가지고 있는 경우(다량의 수액 투여, 다태아)
- 4) 기존 약제(Ritodrine 제제*) 사용 후 심계항진, 빈맥 등 심혈관계 부작용 등이 발생한 경우

나. 인정주기 : 최대 3주기

※ 1주기 : 연속적인 3단계용법으로 투여시간은 48시간을 넘지 않음

*** Ritodrine 제제 허가사항**

▶ **효능효과:** 단순 조속산통에 대한 단기간 관리(자궁수축억제제치료에 대한 의학적 또는 산과적 금기에 해당되지 않는 임신기간 22주에서 37주 사이의 임부 분만억제)

▶ **용법용량:** 자궁수축억제제 사용경험이 있는 산부인과전문의/내과의사만이 이 약을 이용한 치료를 시작해야 하며, 이는 임부 및 태아의 건강상태에 대한 지속적인 모니터링을 실시할 장비를 적절히 갖춘 시설에서 시행해야 한다.

자궁수축억제제치료의 주효과로써 분만을 48시간까지 지연하는 것을 보여주는 자료에 따라, 치료기간은 48시간을 초과하지 않아야 한다(무작위 대조시험에서 주산기 사망률 또는 이환율에 대하여 통계적으로 유의한 효과가 없는 것으로 관찰되었다. 이러한 단기간 지연은 주산기 건강을 향상시키는 것으로 알려진 다른 방법들에 적용하는 데 사용할 수 있다.

이 약은 리토드린 사용에 따른 어떠한 금기사항을 배제하도록 환자평가를 완료한 후 조속산통으로 진단된 후 가능하면 조기에 투여해야 한다.

정맥주입에 대한 특별한 주의사항: 제한인자인 수축억제, 맥박수 증가, 혈압변화와 관련하여 환자 각각의 용량은 적정해야 한다. 이러한 변수들은 치료 중 주의깊게 모니터링해야 한다. **임부의 최대 심박수는 분당 120회를 넘지 않아야 한다.**

임부의 폐부종 위험성을 피하기 위하여 수화(Hydration) 정도를 주의깊게 조절하는 것이 필수적이다. 따라서 약액량을 최소한으로 유지하도록 투여해야 하며, 주입장치(가급적 시린지펌프)를 사용해야 한다.

[고시 제2015-184호, '15.11.1. 시행]

■ Ritodrine 제제 부작용이 있는 산모에게 투여한 트랙토실주 인정여부

□ 청구내역

- 상병명(39세/여)(입원 43일)
분만이 없는 조기진통, 임신 22주 이상, 34주 미만
- 주요청구내역
트랙토실주(아토시반) 37.5mg/B 2×1×5, 2×2×2, 1×1×3, 2×3×1 ▶인정
트랙토실주(아토시반) 6.75mg/B 1×1×3 ▶인정

□ 진료내역

- 경과기록
- Preg 29+3wks c threatened preterm labor
- 간호기록 (2016.1.4.)
- (18:00) Rabopa 투여
- (20:35) 산모 palpitation 호소하며 pulse 120회/분 측정
트랙토실주(아시토반) 3주기 투여 ▶ 현청구분

□ 심사결과

- 조기진통 산모에게 라보파(Ritodrine 제제) 사용 후 심혈관계 부작용(심계항진, 빈맥)이 발생하여 투여한 트랙토실주(아시토반)는 인정함

[공개심사사례, '16.6.9.]

■ 조기진통 산모의 감염질환에 투여한 트랙토실주 인정여부

□ 청구내역

- 상병명(31세/여)(입원 10일)
분만이 없는 조기진통, 임신 22주 이상, 34주 미만
- 주요청구내역
트랙토실주(아토시반) 37.5mg/B 2×1×2, 2×2×3, 1×1×1, 1×1×2, 2×2×2 ▶조정
트랙토실주(아토시반) 6.75mg/B 1×1×2, 1×1×1 ▶조정

□ 진료내역

- 경과기록
- fever/chilling(-/-), Not so ill looking appearance, V/S stable
입원 직후 febrile sensation 등의 증상이 있어 yutopa 대신 atosiban 사용함
트랙토실주(아시토반) 3주기 투여 ▶ 현청구분
- 검사결과(2016.2.4.)
- (Vaginal culture)
·Growth of yeast, yeast → candida albicans
- (Vaginal mycoplasma culture)
·Mycoplasma hominis: No growth
·Ureaplasma Urealyticum: Growth of Ureaplasma sp.

□ 심사결과

- 조기진통 산모(임신 29주2일)에게 입원 직후 febrile sensation과 질 감염으로 인한 체온상승 가능성이 있어 1차로 트랙토실주(아토시반)를 사용한 경우로, febrile sensation이 타 부위 감염으로 인한 체온상승임을 확인할 수 없으므로 고시 기준에 해당되지 않아 트랙토실주(아시토반)는 인정하지 않음

[공개심사사례, '16.6.9.]

■ 조기 양막 파열 산모에게 마구내신주와 병용 투여한 트랙토실주 인정여부

□ 청구내역

- 상병명(30세/여)(입원 3일)
분만이 없는 조기진통
- 주요청구내역
마구내신주사액50% (황산마그네슘수화물) 2×2×1 ▶조정
트랙토실주(아토시반) 37.5mg/B 2×1×1 ▶조정
트랙토실주(아토시반) 6.75mg/B 1×1×1 ▶조정

□ 진료내역

- 경과기록
- Preg 30+6wks 산모로 100cc/hr 이상의 다량의 수액투여로 dyspnea 호소하여 트랙토실주(아시토반) 인정대상에 해당되어 1주기 투여 시작

○ 간호기록

- 양수 leakage, 조기양막 파열된 상태로 마구내신주 110cc/hr 투여 중 가슴 답답함을 호소하여 100cc/hr→90cc/hr→100cc/hr로 증감하면서 마구내신주와 트랙토실주(아시토반) 병용 투여
- ▶ 현청구분 (1주기)

□ 심사결과

- 조기양막 파열이 발생한 조기진통 산모(임신30주6일)에게 MgSo4를 혼합한 다량의 수액투여 후 dyspnea 호소하여 마구내신주와 트랙토실주(아토시반)를 병용 투여한 경우로 식품의약품안전처 허가 사항(사용상 주의사항) 및 고시 기준에 해당되지 않아 트랙토실주(아토시반)는 인정하지 않음

[공개심사사례, '16.6.9.]

■ Danazol 경구제(품명 : 영풍 다나졸 캡슐 등)

1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

- 가. 복강경검사 등으로 자궁내막증이 확진된 경우
- 나. 유전성 혈관부종에 투여한 경우

2. 허가사항의 범위(효능·효과 등)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정함.

- 아 래 -

- 가. 스테로이드치료 또는 비장절제 후에도 호전되지 않는 특발성 혈소판 감소증(ITP)
- 나. 표준치료에 반응하지 않는 심각한 불응성 혈소판 감소증이나 용혈성 빈혈을 동반하는 일부 난치성혈액질환(PNH(발작성 야간 혈색소증), IMF(특발성 골수섬유화증), MDS(골수이형성증후군), AIHA(후천성 자가면역성 용혈성 빈혈) 등)

[고시 제2017-193호, '17.11.1. 시행]

무기질 제제

■ 액제형 철분제제(품명 : 헤모큐액 등)

- 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

- 가. 일반적인 철결핍성 빈혈의 경우혈액검사결과 다음에 해당되고 타 경구 철분제제 투여 시 위장장애가 있는 경우에 급여하며, 투여기간은 4~6개월 급여함.

- 다 음 -

- 1) 일반환자혈청 페리틴(Ferritin) 12ng/ml 미만 또는 트랜스페린포화도(Transferrin saturation rate) 15% 미만인 경우
- 2) 만성신부전증 환자 및 항암화학요법을 받고 있는 비골수성 악성종양을 가진 환자혈청 페리틴(Ferritin) 100ng/ml 미만 또는 트랜스페린포화도(Transferrin saturation rate) 20% 미만인 경우

- 나. 임신으로 인한 철결핍성 빈혈의 경우혈액검사결과 헤모글로빈(Hb) 10g/dl이하이고, 타 경구 철분제제 투여 시 위장장애가 있는 경우에 급여하며, 투여기간은 4~6개월로 함.
- 다. 급성출혈 등으로 인한 산후 빈혈의 경우혈액검사결과 Hb 10g/dl이하인 경우에 급여하며, 투여기간은 4주로 함.
- 라. 8세 미만의 소아는 철결핍성 빈혈이 확인된 경우 1차로 투여 시에도 요양급여하며, 미숙아의 경우는 예방 투여 시에도 인정함.

[고시 제2013-127호, '13.9.1. 시행]

■ Iron acetyl-transferrin 200mg 경구제(품명: 알부맥스캡셀 등)

허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

- 가. 일반적인 철결핍성 빈혈의 경우혈액검사결과 다음에 해당되고, 타 경구 철분제제 투여 시 위장장애가 있는 경우에 급여하며, 투여기간은 4~6개월 급여함

- 다 음 -

- 1) 일반 환자혈청페리틴(Serum ferritin) 12ng/ml 미만 또는 트랜스페린포화도(Transferrin saturation rate) 15% 미만인 경우
- 2) 만성신부전증 환자Serum ferritin 100ng/ml 미만 또는 Transferrin saturation rate 20% 미만인 경우

- 나. 임신으로 인한 철결핍성 빈혈의 경우혈액검사결과 헤모글로빈(Hb) 10g/dl 이하이고 타 경구 철분제제 투여 시 위장장애가 있는 경우에 급여하며, 투여기간은 4~6개월로 함.
- 다. 급성출혈 등으로 인한 산후 빈혈의 경우혈액검사결과 Hb 10g/dl 이하인 경우에 급여하며, 투여기간은 4주로 함.

[고시 제2013-127호, '13.9.1. 시행]

■ Iron proteinsuccinylate 400mg 경구제(품명: 헤모큐츠퍼블정)

허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

- 가. 일반적인 철결핍성 빈혈에는 혈액검사결과 다음에 해당되고 타 경구 철분제제 투여 시 위장장애가 있는 경우에 급여하며, 투여기간은 통상 4~6개월 급여함.

- 다 음 -

- 1) 일반 환자 혈청페리틴(Serum ferritin) 12ng/ml 미만 또는 트랜스페린 산소포화도(Transferrin saturation rate) 15% 미만인 경우
- 2) 만성신부전증 환자Serum ferritin 100ng/ml 미만 또는 Transferrin saturation rate 20% 미만인 경우

- 나. 임신으로 인한 철결핍성 빈혈혈액검사결과 Hb 10g/dl 이하이고 타 경구 철분제제 투여 시 위장장애가 있는 경우에 급여하며, 투여기간은 4~6개월로 함.
- 다. 급성출혈 등으로 인한 산후 빈혈혈액검사결과 Hb 10g/dl 이하인 경우에 급여하며, 투여기간은 4주로 함.

[고시 제2013-127호, '13.9.1. 시행]

혈액응고저지제

■ Enoxaparin sodium 주사제(품명: 크렉산주 등)

1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.
2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 요양급여를 인정함.

- 아 래 -

가. 투여대상: 가임기 여성 및 임산부 중

- 1) 항인지질항체증후군
- 2) 선천성 안티트롬빈 결핍
- 3) 임신전 2회 이상 정맥혈전색전증을 경험

나. 투여방법

- 단독 또는 아스피린 경구제 100mg와 병용 투여함.

다. 투여기간

- 임신 기간(또는 보조생식술 시행일)로부터 분만 후 6주 까지

3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. 투여대상

- 선천성 안티트롬빈 결핍을 제외한 선천성 혈전성향증으로 인하여, 3회 이상 반복하여 유산 또는 착상실패를 경험

나. 투여방법

- 단독 또는 아스피린 경구제 100mg와 병용 투여함.

다. 투여기간

- 배란일(또는 보조생식술 시행일)로부터 임신확인일까지

[고시 제2018-97호, '18.6.1. 시행]

■ Dalteparin sodium 주사제(품명: 프라그민주 등)

1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.
2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 요양급여를 인정함.

- 아 래 -

가. 뇌졸중 증상 발현 후 2~3일 이내의 급성기 또는 진행성 뇌경색증에 투여 시, 투여용량과 기간은 1일 1바이알(2500 IU)을 2회씩 10일로 함.

나. 가임기 여성 및 임산부 중 다음과 같은 기준으로 투여한 경우

- 다 음 -

1) 투여대상

- 가) 항인지질항체증후군
- 나) 선천성 안티트롬빈 결핍
- 다) 임신전 2회 이상 정맥혈전색전증을 경험

2) 투여방법

- 단독 또는 아스피린 경구제 100mg와 병용 투여함.

3) 투여기간

- 임신 기간(또는 보조생식술 시행일)로부터 분만 후 6주 까지

3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. 투여대상

- 선천성 인티트롬빈 결핍을 제외한 선천성 혈전성향증으로 인하여, 3회 이상 반복하여 유산 또는 착상실패를 경험

나. 투여방법

- 단독 또는 아스피린 경구제 100mg와 병용 투여함.

다. 투여기간

- 배란일(또는 보조생식술 시행일)로부터 임신확인일까지

[고시 제2018-97호, '18.6.1. 시행]

기타의 인공관류용제

■ D-mannitol + D-sorbitol (품명: 유리온액 등)

1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 별도 인정하지 않음.

- 아 래 -

가. 경요도적 방광 내 수술(자351나 또는 자351라)

나. 관혈적 또는 경요도적 수술 후 합병증(출혈)이 있어 내시경을 통한 전기소작

다. 신내시경하 신종양절제술(자330-1)

2. 허가사항 범위를 초과하여 자궁경시술 시 자궁확장매체로 사용하는 경우 2Bags(6L)까지 영양급여를 인정함.

[고시 제2013-127호, '13.9.1. 시행]

따로 분류되지 않는 대사성 의약품

■ Cabergoline 경구제(품명:카버락틴정 등)

1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함.
2. 산모와 신생아가 건강상 필요치 않는 단순한 모유억제를 위해 사용하는 경우에는 비급여대상으로 함.

[고시 제2018-58호, '18.4.1. 시행]

■ Avocado soya unsaponifiables경구제(품명:이모튼캡슐)

1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함.
2. 허가사항 중 치주증(치조농루)에 의한 출혈 및 통증의 보조요법에는 아래와 같이 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. 임신, 당뇨, 전신질환이 있는 경우 : 4~6주간 투여

나. 치은박리소파술을 시행한 경우 : 4주간 투여

[고시 제2017-193호, '17.11.1. 시행]

■ Bromocryptine mesylate 경구제((품명:팔로델정 등)

1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.
2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 황체자극호르몬(Prolactin)치가 높은 간성혼수, 조울정신병, 치매상병 등에 투여한 경우에도 요양급여를 인정함.
3. 산모와 신생아가 건강상 필요치 않는 단순한 모유억제를 위해 사용하는 경우에는 비급여대상으로 함.

[고시 제2013-127호, '13.9.1. 시행]

항악성종양제

■ GnRH agonist 주사제

1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. 대상약제성분: Goserelin, Leuprolide, Triptorelin

나. 급여범위: 각 약제 허가사항 범위 내에서 다음과 같이 인정함.

- 다 음 -

1) 자궁내막증: 복강경 검사등으로 확진된 경우

2) 중추성사춘기조발증

가) 투여대상

(1) 이차성징성속도(Tanner stage) 2이상이면서 골연령이 해당 역연령보다 증가되고,

(2) GnRH(생식샘자극호르몬분비호르몬)자극검사에서 황체형성호르몬(LH)이 기저치의 2-3배 증가되면서 최고 농도는 5 IU/L 이상인 경우.

나) 투여기간

(1) 투여시작: 역연령 여아 9세(8세 365일), 남아는 10세(9세 365일) 미만

(2) 투여종료: 역연령 여아 11세(11세 364일), 남아는 12세(12세 364일)까지

다) 성장호르몬제와의 병용

(1) 성장호르몬결핍증이 동반된 경우 GnRH(생식샘자극호르몬분비호르몬) agonist 주사제와 병용된 성장호르몬주사제도 인정함.

(2) GnRH(생식샘자극호르몬분비호르몬) 주사제로 인한 성장속도 감소의 경우, 성장호르몬주사제는 약값 전액을 환자가 부담함

3) 자궁근종

가) 가임여성 중 임신을 원하는 경우(자궁보존이 필요한 경우)

나) 대량출혈 등으로 당분간 수술이 곤란한 경우 등

2. 전립선암, 유방암: 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 참조

3. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 한 경우에도 요양급여를 인정함.

- 아 래 -

- 가. 혈우병환자에서 월경으로 인한 과다출혈 예방(무월경 유도)이 필요한 경우
- 1) 투여대상: 타 약물치료(경구피임제, Progestin제제 등)에 부작용이 있거나 반응이 없는 경우
 - 2) 투여기간 및 평가방법 : 부작용에 대한 모니터링 및 정기적인 산부인과 협진(Consult)을 반드시 실시하여 계속 투여여부 결정
- 나. 중증재생불량성빈혈, 특발성혈소판감소증, 혈액암 등 치료 중 혈소판감소증 혹은 골수 억제가 심하여 월경으로 인한 과다출혈 예방(무월경 유도)이 필요한 경우
- 1) 투여대상: 타 약물치료(항혈소판용해제, 프로게스토겐 제제 등)에 부작용이 있거나 반응이 없는 경우 (투여소견서 첨부)
 - 2) 투여방법: 각 약제별 허가사항 중 '자궁내막증 치료'의 용법용량에 의거 투여
 - 3) 투여기간: 장기사용에 따른 부작용을 감안하여 6개월 이내로 함.
4. 보조생식술에 아래와 같은 기준으로 투여 시 「보조생식술 급여기준」 범위 내에서 요양급여를 인정하며, 비급여로 실시한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

- 가. 대상약제성분: Goserelin 3.6mg, Triptorelin 0.1mg, Triptorelin 3.75mg, Leuprolide 14mg
- 나. 급여 범위
- 1) 조기배란방지
 - 가) Long protocol: 황체기 중반에 투여
 - (1) goserelin 3.6mg 또는 triptorelin 3.75mg 1회 투여
 - (2) triptorelin 0.1mg 또는 leuprolide 1mg를 배란유도 직전까지 투여(투여용량은 감량 가능)
 - 나) Short protocol
 - (1) 월경주기 초반에 triptorelin 0.1mg 또는 leuprolide 1mg를 투여 시작하여, 배란유도 직전까지 투여(투여용량은 감량가능)
 - 다) Ultra-short protocol
 - (1) 월경주기 3일부터 5일까지 triptorelin 0.1mg 또는 leuprolide 1mg를 투여(투여 용량은 감량가능)
 - 2) 배란유도(ovulation trigger) 또는 황체기 보강 목적으로 투여하는 leuprolide, triptorelin은 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

[고시 제2017-180호, '17.10.1. 시행]

■ GnRH antagonist 주사제

1. 각 약제의 허가사항 범위 내에서 투여 시 「보조생식술 급여기준」의 급여 인정 범위 내에서 요양급여를 인정하며, 비급여로 실시한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.
2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

- 가. 체외수정 시술 환자 중 저반응군에서 조기난포 성장 억제를 위해 투여한 경우
- 나. 체외수정 시술 환자 중 난소과자극증후군의 예방을 위해 투여한 경우

※ 대상약제: Cetrorelix acetate(품명: 세트로타이드주 0.25밀리그램 등), Ganirelix acetate(품명: 오가루 트란주 0.25mg/0.5ml 등)

[고시 제2018-28호, '18.3.1. 시행]

■ **상황균사체엑스 경구제(품명: 메시마캡셀 등)**

1. 허가사항 범위 중 '소화기암, 간암 환자의 절제수술 후 화학요법 병용에 의한 면역기능의 향진'에는 「암 환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」의 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함.
2. 허가사항 중 '자궁출혈 및 대하, 월경불순, 장출혈, 오장 및 위장기능 활성화, 해독작용'에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

[고시 제2013-127호, '13.9.1. 시행]

■ **Methotrexate 제제**

1. 허가사항 및 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.
2. 허가사항 중 류마티스성 관절염에 투여 시(경구제)는 일반 소염진통제, 항류마티스성 제제 등 1차 약제에 효과가 없는 부득이한 중증의 류마티스성 관절염의 2차 약제로 투여하는 경우 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.
3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.

- 아 래 -

- 가. 강직성 척추염, 건선성 관절염 상병에 기존의 비스테로이드성 항염증 약물(NSAIDs) 투여에도 호전되지 않는 경우. 다만, 주사제의 경우에는 경구제 복용이 불가능한 사유 등이 있는 경우에 한하여 인정함.
- 나. 류마티스성 관절염에 주사제 투여 시에는 경구제 복용이 불가능한 사유 등이 있는 경우에 한하여 인정함.
- 다. 주사제의 경우 크론병에 관해 유도 시 25mg/week, 관해 유지 시 15mg/week 으로 투여 시 인정함.
- 라. 조혈모세포이식 후 이식편대숙주질환(GVHD) 예방을 위하여 이식 후 4회(1, 3, 6, 11일째) 투여하는 경우
- 마. 주사제를 자궁외 임신 상병에 투여 시
 - 1) 투여대상혈류역학적(Hemodynamic)으로 안정(Stability) 상태이고 복강 내에 난관 파열 등으로 인한 출혈소견이 없는 경우로서 다음과 같은 경우에 인정함.(단, 동 약제 금기대상은 제외)

- 다 음 -

- 가) 임신 6주 이하
 - 나) 혈청 사람융모성성선자극호르몬(β -hCG)가 15,000mIU/ml 이하
 - 다) 자궁외 임신으로 인한 난관의 종괴가 3.5cm 이하
 - 라) 초음파검사에서 태아 심박동이 없는 경우
- 2) 투여요법
 - 가) 복합요법(Methotrexate 1mg/kg/day와 Leucovorin 0.1mg/kg/day를 교대로 근주, 각각 4일)
 - 나) 단일요법(Methotrexate 50mg/m² 근주)
- ※ 동 고시는 분류번호 [421: 항악성종양제]에 해당하는 약제에 한함. [114: 해열·진통·소염제]에 해당하는 Methotrexate 주(품명 : 메토젝트주)는 "세부사항" 참조.

[고시 제2013-127호, '13.9.1. 시행]

■ **letrozole 경구제(품명: 페마라정 등)**

1. 유방암: 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함.
2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하되 보조생식술에 투여 시에는 범위 내에서 요양급여를 인정하며, 비급여로 실시한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. 투여 대상

- 1) clomiphene 배란유도로 자궁내막이 얇아진 경우 (자궁 내막 < 7mm)
- 2) clomiphene 배란유도에 실패한 다낭성난소증후군(PCOS) 환자
- 3) 다낭성난소증후군(PCOS) 환자 중 clomiphene 배란유도 시 과도한 난소반응을 보이거나 다태임신을 원하지 않는 경우
- 4) 인공수정이나 체외수정 시 과배란유도 목적으로 clomiphene 등 배란유도제에 반응이 없거나 사용할 수 없는 경우

나. 투여 용법·용량

- 1일 2.5mg~5mg을 5~10일간 복용

[고시 제2017-193호, '17.11.1. 시행]

■ **진료내역 참조, 재발된 유방암 상병에 재수술 후 투여된 페마라정 요양급여 인정여부**

□ 청구내역(여/48세)

- 상병명: 상세불명의 유방의 악성 신생물, 왼쪽
- 내원일수: 1일(2011.7.26.)
- 주요 청구내역
421 페마라정(레트로졸) 2.5mg 1x99

□ 진료내역

- 1998.11.16. 유방암 진단함. 수술 시행
- 1998.11월 ~ 1999.1월 cyclophosphamide + pinorubicin 4차까지 투여
- 2006.3.30. 좌측 흉벽 전이 소견(+), 수술(wide excision) 시행
- 2006.4월 ~ 6월 방사선요법
- 2007.6월 ~ 2008.6월 늑골 전이 소견(+), 조메타 투여
- 2006.4월 ~ 2011.3월 타병원에서 타목시펜 투여
- 2011.7.26. 페마라정(레트로졸) 투여

□ 참고

- 한국유방암학회. 유방학 제2판. 일조각. 제18장. 유방절제술 또는 유방보존술 후의 국소재발과 구역재발
- Townsend: Sabiston Textbook of Surgery, 19th ed. Chapter 36. Disease of the Breast
- Devita, et al. Cancer, Principle & Practice of Oncology, 8th ed. Chapter 43. Cancer of the Breast
- Abeloff: Abeloff's Clinical Oncology, 4th ed. Chapter 95. Cancer of the Breast
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Breast Cancer. Version 1. 2012.

□ 심의내용

- 유방암 상병에 letrozole 약제는 인정기준(건강보험심사평가원장 공고 제2007-7호: 2007.11.20. 시행, 제2009-3호: 2009.7.1. 시행)에 의거 「가. stage III, IV, 1차 이상, P(고식적 요법), 나. 조기 유방암에 수술 후 보조요법으로 처음부터 투여하는 경우(투여기간: 5년), A(수술 후 보조요법), 다. 조기유방암에 수술 후 보조요법으로 5년 동안 타목시펜 투여 후 전환하여 투여하는 경우, A(수술

후 보조요법)」으로 되어있고, 주8항에 의거 재발한 환자 중 국소재발의 경우 완치 목적의 수술을 시행 후 재발 방지를 위해 투여한 항암화학요법은 ‘수술 후 보조요법(adjuvant chemotherapy)’에 해당한다고 되어있음.

- 동 건(여/48세)은 1998.11월 유방암(stage I) 상병에 수술(Modified Radical Mastectomy) 및 보조화학요법 후 2006.3월 Lt chest wall metastasis 소견 보여 ‘Wide excision(2.5cm) of recurred cancer on chest wall’ 및 타목시펜을 5년 동안 투여 후 페마라정(성분명: letrozole)을 투여하여 심사 조정된 사례로, 타목시펜을 5년 동안 복용하였기에 Extended endocrine therapy의 개념으로 페마라정을 투여한 것이며 recurrence의 증거가 없으므로 고식적 요법이 아니라는 요양기관의 이의가 제기되어 동 내용에 대한 의학적 타당성을 논의한 결과, 진료기록부상 2007.6월 타병원에서 rib metastasis로 추가적으로 조메타주사를 투여하였다고 하나 동 요양기관에서 진료시 ‘rib metastasis로 보기 어렵고 post traumatic lesion인 것 같다.’라고 기록되어 있고 mammography 등 검사결과 ‘No evidence of tumor recurrence’라고 기록된 바, 유방암 [2군 항암제를 포함한 요법] 주8항에 의거 국소재발의 경우 완치 목적의 수술을 시행 후 재발 방지를 위해 투여한 항암화학요법은 수술 후 보조요법(adjuvant)에 해당된다고 볼 수 있음.
- 따라서, 유방암 상병에 수술(Modified Radical Mastectomy) 후 흉벽에 국소재발되어 ‘Wide excision (2.5cm) of recurred cancer on chest wall’ 시행 후 5년 동안 타목시펜 투여 후 페마라정으로 전환하여 투여한 동 항암화학요법은 수술 후 보조요법(adjuvant)으로 인정기로 함.

[공개심의사례, ‘12.6.29.]

주로 그람양성, 음성균, 리케치아, 비루스에 작용하는 것

■ Doxycycline hyclate 제제(품명:바이브라마이신-엔 정 등)

1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.
2. 허가사항을 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.

- 아 래 -

- 요도염에 1일 200-300mg, 상기도염에 1일 200mg 투여

3. 허가사항 범위를 초과하여 보조생식술에 아래와 같은 기준으로 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

- 보조생식술 중 난자채취 시 1일 2회, 최대 5일까지 복용

[고시 제2017-180호, ‘17.10.1. 시행]

기타의 화학요법제

■ Balofloxacin 100mg(품명: 큐록신정)

허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. 단순요로감염증

다른 치료방법이 없는 환자에게 사용하며 단독으로 투여 시 3-5일 정도 인정함.

1) 성인 : 1회 100mg을 1일 2회

2) 신장애 환자 (크레아티닌 청소율이 40ml/min 이하의 심한 신기능 장애 환자) : 1회 100mg을 2일 1회

나. 골반내 감염증, 자궁경관염

1) 1차 약제(Ofloxacin경구제 등) 투여로 증상이 호전되지 않는 환자에게 투여하는 것을 원칙으로 함.

2) 타항생제에 내성이 있는 환자, 면역기능이 저하된 환자, 중증감염환자 등의 경우에는 1차 약제로 인정함.

3) 투여기간

7일간 인정하며, 골반내감염증의 경우 증상개선 정도에 따라 14일까지 인정함.

4) 투여용량

가) 성인 : 1회 200mg을 1일 2회

나) 신장애 환자 (크레아티닌 청소율이 40ml/min 이하의 심한 신기능 장애 환자) : 1회 200mg을 2일 1회

[고시 제2017-77호, '17.5.1. 시행]

■ Nelfinavir mesylate 경구제(품명: 비라셉트필름코팅정)

허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.

- 아 래 -

가. 신규 소아환자(만 16세 이하)등 약이 포함된 처방으로 치료를 시작하지 말 것(현재 치료중인 소아환자는 계속 사용가능)

나. 신규 임신부 환자등 약이 포함된 처방으로 치료를 시작하지 말 것(현재 치료 중인 임신부는 대체치료제로 변경하여 치료하며, 다른 대체치료방법이 없는 임신부는 이 약제 계속 사용 가능)

[고시 제2017-215호, '17.12.1. 시행]

■ seltamivir 경구제(품명: 타미플루캡슐 등)

허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. 생후 2주 이상 신생아를 포함한 소아 및 성인 중 다음과 같은 환자에게 인플루엔자 초기증상(기침, 두통, 인후통 등 2개 이상의 증상 및 고열)이 발생한지 48시간 이내에 투여 시 요양급여를 인정함. 다만, 입원 환자는 증상 발생 48시간 이후라도 의사가 투약이 필요한 것으로 판단한 경우 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

1. 인플루엔자 감염이 확인된 환자

- 신속항원검사 또는 중합효소연쇄반응법으로 인플루엔자 양성 확인된 경우.

2. 인플루엔자주의보 발표 시에는 다음과 같은 환자.

- 만 9세 이하

- 임신 또는 출산 2주 이내 산모

- 만 65세 이상

- 면역저하자

- 대사장애(Metabolic disorders)
- 심장질환(Cardiac disease)
- 폐질환(Pulmonary disease)
- 신장기능장애(Renal dysfunction)
- 간질환
- 혈액질환
- 신경계질환 및 신경발달 장애
- 장기간 아스피린 치료를 받고 있는 만 19세 이하 환자 등

나. 조류인플루엔자의 경우조류인플루엔자주의보가 발표된 이후나 검사상 조류인플루엔자 바이러스 감염이 확인된 경우에는 허가사항 범위 내(치료 및 예방) 투여 시 요양급여를 인정함

[고시 제2017-193호, '17.11.1. 시행]

혈액제제류

■ Human immunoglobulin G 주사제(품명: 아이비글로불린에스주 등)

1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. 저·무 감마글로불린혈증(유전적 저·무 감마글로불린혈증 포함)

1) 투여대상

저·무 감마글로불린혈증(유전적 저·무 감마글로불린혈증 포함)으로 진단된 환자로서 반복적인 감염증상이 있고 항체결핍소견을 보이는 경우

2) 투여용량 및 기간

가) 허가사항(용법·용량) 범위 내에서 투여

나) 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 매 3-4주 간격으로 400mg/kg을 투여(혈중 IgG 정상하한치(Trough level)를 400mg/dl 이상으로 유지)

나. 아급성탈수초성다발성신경염(길랑바레증후군) 및 만성염증성탈수초다발성신경병증(CIDP; Chronic Inflammatory Demyelinating Polyradiculoneuropathy)에 투여 시

1) 아급성탈수초성다발성신경염(길랑바레증후군)에 투여 시는 다음과 같은 경우에 인정함.

- 다 음 -

가) 대상 환자

(1) 임상적으로 양측 하지 또는 상지의 중등도 이상의 근력약화정도(MRC III- MRC 0)로서 타인의 도움 없이 보행이 어려운 경우

(2) 흡인(Aspiration)과 관련된 연하곤란이 있거나 호흡곤란이 있는 경우

나) 투여용량 : 400mg/kg/day x 5일 (또는 1g/kg/day x 2일)

다) 혈장분리교환술(Plasmapheresis)과 아이비글로불린주의 동시 투여는 인정하지 아니함.

2) 만성염증성탈수초다발성신경병증(CIDP; Chronic Inflammatory Demyelinating Polyradiculo neuropathy)에 투여 시는 다음과 같은 경우에 인정함.

- 다 음 -

가) 대상 환자

- (1) 임상적, 생리적, 병리적 기준에 의해 확진되고,
- (2) Prednisone 또는 Azathioprine을 심각한 부작용 등으로 투여할 수 없거나 최소 3개월 이상 해당 약제투여에 불응성, 재발성인 환자로서 mRS 3점 이상인 경우. 단, 스테로이드 사용이 금기인 경우에는 1차 투여 가능함

※ Modified Rankin Scale(mRS)

- 0 - No symptoms at all
- 1 - No significant disability despite symptoms; able to carry out all usual duties and activities
- 2 - Slight disability; unable to carry out all previous activities, but able to look after own affairs without assistance
- 3 - Moderate disability; requiring some help, but able to walk without assistance
- 4 - Moderate severe disability; unable to walk without assistance and unable to attend to own bodily needs without assistance
- 5 - Severe disability; bedridden, incontinent, and requiring constant nursing care and attention
- 6 - Dead

나) 투여용량: 400mg/kg/dayx5일 (또는 2g/kg을 4-5회 분할투여), 다만 대상 환자 조건에 해당되어 투여 후 호전되었다가 이후 다시 악화된 경우 재투여 가능함.

다) 혈장분리교환술(Plasmapheresis)과 아이비글로불린주의 동시투여는 인정하지 아니함.

다. 중증감염증에 항생물질과 병용 시

1) 투여대상

가) 중증패혈증

- (1) 중증감염증으로 인한 전신성 염증반응 증후군(Systemic inflammatory response syndrome)과 다음과 같은 장기 부전(감염 이외의 사유로 인한 경우는 제외)이 1개 이상 확인된 경우

- 다 음 -

(가) 신장 : 충분한 수액 공급에도 불구하고 급성 췌노증(적어도 2시간 동안 소변량<0.5ml/kg/h)인 경우

(나) 호흡기 : 급성 저산소혈증($PaO_2/FiO_2 < 300$)

(다) 혈액 : 혈소판<100,000/ μ L

(라) 대사 : Hyperlactatemia(>2mmol/L)

- (2) 임상 증상이 상당히 진행된 다발성 장기부전 등과 같은 가역성이 희박한 경우는 인정하지 아니함.

나) 신생아패혈증

다) 후천성면역결핍증(AIDS) 등 면역기능이 현저히 저하된 질환에 합병된 감염증으로 통상적인 치료방법으로 호전되지 않아 투여한 경우는 사례별로 인정함.

2) 투여용량 및 기간

가) 중증패혈증 : 1g/kg를 2-3일간 나누어서 투여

나) 신생아패혈증 : 1g/kg로 투여

라. 특발성혈소판감소성자반증(ITP; Idiopathic Thrombocytopenia Purpura)에 투여하는 경우

1) 성인

가) 적응증: 급·만성 특발성 혈소판 감소성 자반병(ITP) 환자 중 아래의 1항목에 해당하는 경우 인정함.

- (1) 심한 혈소판감소증(20,000/ mm^3 이하)

- (2) 중증의 출혈이 있을 때(ex:중추신경계질환, 위장관출혈 등)
 - (3) 응급수술을 요하는 경우
 - (4) 비장적출수술의 전처치
 - (5) 임신 30주 이상의 임산부가 분만에 대비하고자 할 때
 - (6) 면역글로불린(I·V globulin)으로 치료가 있었던 환자에서 증상 재발 시
- 나) 용법 및 인정기간: 400mg/kg/day를 5일간 투여하거나, 1g/kg/day로 2일간 또는 2g/kg/day로 1일간 투여

2) 소아(16세 미만 소아에 적용)

가) 적응증: 아래의 1항목에 해당하는 경우 인정함.

- (1) 급성 ITP에서 출혈경향이 심하거나 중추신경계의 출혈의 위험성이 있을 때, 또한 심한 혈소판 감소증(20,000/mm³이하)이 있을 때
 - (2) 급·만성 ITP 환아가 외과적 수술을 요할 때
 - (3) 급·만성 ITP 환아가 심한 외상을 입었을 때
 - (4) Steroid제제를 2-4주간 투여한 후에도 효과가 없을 때
 - (5) ITP 환아가 감염이 합병되었을 때
 - (6) 5세 이하의 어린이가 만성 ITP로 심한 혈소판 감소증(80,000mm³ 이하)으로 비장적출을 연기하고자 할 때
 - (7) 비장적출이 요구될 때
 - (8) 경태반 모체 항체로 인한 급성 혈소판 감소증인 신생아
- 나) 용량 및 인정기간: 400mg/kg/day를 5일간 투여하거나, 1g/kg/day로 2일간 또는 2g/kg/day로 1일간 투여[※주: 만성 ITP란 발병 6개월내에 관해(Remission)가 나타나지 않는 경우를 말함]

마. 가와사끼병

- 1) 투여대상: 가와사끼병으로 진단받은 환자 중 관상동맥합병증 발병 위험이 있다고 진료의사가 판단하여 투여하는 경우
- 2)투여용량: 400mg/kg씩 5일까지 또는 2g/kg/day×1일

2. 허가사항범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정함.

- 아 래 -

가. 다발성근염이나 피부근염에 투여시는 다음과 같은 경우에 인정함.

- 다 음 -

- 1) 대상 환자
 - 가) 다발성근염이나 피부근염이 Biopsy로 증명되고,
 - 나) 적어도 4-6개월 기존의 치료제(Prednisone단독 또는 Prednisone 병용투여 등)투여 후 부작용이 있거나 치료되지 않는 중증상태인 경우로서
 - 다) 혈청크레아티닌키나제(CK; Serum creatine kinase)가 지속적으로 상승된 경우
- 2) 투여용량: 400mg/kg/day ×5일 (또는 2g/kg/day ×1일, 1g/kg/day ×2일)을 매월 반복하여 3개월까지 투여가능하며 투여 후 호전되었다가 이후 다시 악화된 경우 재투여 가능함.

나. 중증근무력증에 투여 시는 다음과 같은 경우에 인정함.

- 다 음 -

1) 대상 환자

- 가) 표준치료(Cholinesterase inhibitors, Corticosteroids and Azathioprine 등)에 불응성이면서
- 나) 폐활량이 1L보다 적고, 흡인(Aspiration)과 관련된 연하곤란이 있고,
- 다) 도움 없이 100 feet(30m) 이상 걷지 못하는 경우

2) 투여 용량: 400mg/kg/dayx5일 (또는 2g/kg/ day을 2-5회 분할투여)

다. 골수이식(제대혈 조혈모세포이식 포함)후 감염 위험이 있는 경우에는 3개월까지 격주로 500mg/kg, 그 후 6개월까지 매월 500mg/kg을 요양급여하며, 특이사례 발생 시에는 사례별로 인정함.

라. 신생아 면역 용혈성 질환

- 1) 투여대상: ABO 또는 Rh 불일치로 인한 면역 용혈성 황달로서, 광선요법(Phototherapy)에도 호전되지 않아 교환수혈 위험이 있는 경우
- 2) 투여용량: 0.5-1g/kg(1회 투여 이후 효과가 불충분한 경우 12시간 내 재투여 가능함)

마. 심상성(보통) 천포창, 낙엽상 천포창, 수포성 유사천포창, 반흔성(흉터) 유사천포창, 후천성 수포성 표피박리증에 투여 시 다음과 같은 경우에 인정함.

1) 대상 환자

생검(Biopsy)으로 확진되고, 면역형광검사에서 양성으로 확인된 경우로서, 경구용 스테로이드와 기존의 면역억제제 치료에 부작용이 있거나 반응이 없는 경우

2) 투여용량 및 기간

1.5~2g/kg을 2~5일에 걸쳐 투여하며 2~4주 간격으로 3회까지 인정하며, 그 이후 투여횟수부터는 전액본인부담함.

바. 독성 표피 괴사증후군(Toxic Epidermal Necrosis, TEN)이 확진된 경우 총 2g/kg 범위 내에서 투여

사. 다병소성 운동신경병증(Multifocal Motor Neuropathy, MMN)에 투여 시 다음과 같은 경우에 인정함

○ 투여용량 및 기간

총 2g/kg(2~5일에 걸쳐) 투여를 인정하고 이후 반응이 있는 경우에는 2~4주 간격으로 1g/kg(또는 4~8주 간격으로 2g/kg)을 투여할 수 있음.

3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

- 보조생식술을 시행하는 가임기 여성 중 말초혈액 NK(natural killer) cell 분율이 12% 이상이며, 3회 이상 반복하여 유산 또는 착상실패를 경험한 경우
- 투여방법 및 기간: 400mg/kg, 난자채취일 또는 배아이식일 중 1회 투여

[고시 제2018-58호, '18.4.1. 시행]

X선 조영제

■ Ioxitalamic acid 주사제 (품명: 텔레브릭스 30 메글루민주)

허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 하며, 허가사항(위장관검사, 자궁난관조영) 범위를 초과하여 비혈관성 조영촬영 시 요양급여를 인정함.

[고시 제2013-127호, '13.9.1. 시행]

합성마약

■ Fentanyl citrate 주사제(품명 : 구연산펜타닐주 등)

1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. 개심술의 경우

- 1) 마취의사의 판단에 따라 투여 시 인정하고,
- 2) 흡입마취제를 병용한 경우 해당 흡입마취제는 약값의 50% 범위 내에서 인정하고, N2O는 사용기준량대로 인정함

나. 뇌수술의 경우흡입마취제와 병용한 경우에는 (2시간 이상 마취의 경우 흡입마취제 단독마취시의 약값을 넘지 않는 경우에 한함) 흡입마취제의 사용기준량에 의한 약값의 50% 범위내에서 인정하고, N2O는 사용기준량대로 인정함

다. 상기 가, 나 수술 이외에 보다 안전한 마취를 위하여 환자상태(심혈관계질환, 고혈압, 뇌질환 환자 등)를 고려하여,

- 1) 마취의사의 판단에 따라 사용시 흡입마취제 병용 유무와 관계없이 4ml까지 급여함
- 2) 심혈관계 변동이 심한 경우에는 8ml까지 급여(8ml 초과 투여된 금액은 조정)하고, 흡입마취제는 사용기준량에 의한 해당 약값 범위 내에서 인정함.

라. 통증자가조절법(Patient Controlled Analgesia)에 사용하는 경우

- 1) 암환자(암성통증, 암관련 수술후 통증)
- 2) 개심술, 개두술, 장기이식, 제왕절개 수술 후 통증
- 3) 근위축성측삭경화증(Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS)환자의 만성통증, 만성난치통증(Chronic intractable pain)

2. 허가사항을 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정함

- 아 래 -

- 1) 질식분만 산모에 대하여 분만 전 통증조절 목적으로 실시하는 경막외 마취(무통분만)에 투여된 경우
- 2) 내시경 검사·치료시 의식하 진정 목적으로 사용하는 경우
- 단, 「진정 내시경 환자관리료(나-799) 급여기준」의 급여인정 범위에 한함.

3. 허가사항을 초과하여 중환자실 환자의 통증조절에 투여한 경우 요양급여를 인정하며, 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

[고시 제2017-246호, '18.1.1. 시행]

CHAPTER 2

산부인과 분야 부당청구사례

요양급여비용 거짓청구

■ [사례1] 내원 일수 거짓 및 증일 청구

- A의원의 경우 2009년 1월 19일, 1월 23일 두 차례 “급성 질염”상병으로 진료받은 것으로 청구한 수진자의 경우 1월 19일만 내원하여 진료를 받고 1월 23일에는 내원한 적이 없는데 내원하여 요양급여 받은 것으로 요양급여비용을 청구
- B의원의 경우 2014년 4월18일, 4월22일까지 2일간 ‘상세불명의 자궁의 염증’으로 진료 및 투약한 것으로 청구하였으나, 내원하지 않은 22일 진료한 것으로 진료기록부에 기록 후 요양급여 비용을 청구함.
- C의원은 2013년 6월 17일, 6월 19일 2일간 내원하여 ‘자궁목의 미란 및 외반증(N86), 아급성 및 만성 외음염(N763), ’외음의 고름집(농양)(N764)’ 상병 등으로 청구한 수진자 ○○○는 실제 6월 17일만 진료를 받았음에도, 2일간 진료한 것으로 요양급여비용을 거짓 청구함.
- 요양기관 종사자 및 가족이 약제가 필요하여 원외처방전을 분할하여 같은날 일시에 발행하면서 실제로는 내원하지 않은 날의 본인부담금은 징수하지 아니하고 진찰료 등을 요양급여비용으로 청구

■ [사례2] 실제 투약하지 않은 행위(약제비)

- C의원은 포타딘질좌약을 실제 투약(주입)을 하지 않았으나 약을 투약한 것으로 진료기록부에 기록 후 요양급여 비용을 청구함.
- D의원은 '방광염(N30)' 등의 상병으로 내원한 수진자 ○○○의 경우, 실제로는 미생물현미경검사[일반 염색]-그람염색(B4101)를 실시한 사실이 없으나 해당 검사료를 요양급여비용으로 청구함

■ 관련근거

- 요양급여비용 청구 시에는 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) 및 「의료법」 제22조(진료기록부 등) 제1항 등에 의거 실제로 진료한 사실을 진료기록부 등에 기록하고 그 내용을 근거로 정확하게 청구하여야 함

요양급여비용 이중청구

■ 비급여 대상 진료 후 요양급여비용 이중청구

- 질병과 무관한 단순 피임에 대한 상담 및 피임약제 처방을 받기 위해 내원한 수진자 김○○의 경우 비급여로 본인부담금 징수 후 요양급여 비용으로 이중 청구함.
- 2012년 12월 30일, 2013년 2월 26일 2일간 내원한 수진자 ○○○의 경우, 자궁경부암 예방접종을 실시하고 비급여로 180,000원씩 징수하였으나, '상세불명의 피부염(L309)' 상병으로 진찰료를 요양급여 비용으로 청구함.
- 2013년 4월 5일에 '급성 자궁주위조직염 및 골반 연조직염(N730)' 상병으로 내원한 수진자 ○○○의 경우, 비급여대상인 미용목적의 비만관리시술(메조테라피)을 실시 후 팩키지로 28만원을 징수하고 요양급여비용으로 청구함.
- 2013년 6월 3일, 8월 13일에 '상세불명 원인의 알레르기성 접촉피부염(L239)' 상병등으로 청구한 수진자 ○○○의 경우, 미용목적 피부관리(프락셀)를 받기위해 상담 및 피부시술을 실시하고, 25만원을 비급여로 징수 후 요양급여비용으로 청구함.
- 2013년 12월 10일 '기타 요인에 의한 알레르기성 접촉피부염(L238)' 상병 등으로 청구한 수진자 ○○○의 경우 점 제거를 실시하고, 비급여로 100,000원을 징수 후, 요양급여비용으로 청구함.
- 본인이 원하여 실시한 자궁내장치 삽입술 및 교체는 비급여대상이나 '자궁목의 염증성 질환, 급성질염, (자궁내) 피임장치의 관리'상병으로 청구한 수진자의 경우 5년전 삽입한 루프 교체목적으로 내원하였으며 타 상병에 대한 진료행위없이 자궁내장치 제거 및 삽입술만을 실시하고 비용을 수진자에게 비급여로 징수하고 진찰료 및 자궁내장치 제거료를 요양급여비용으로 청구
- 단순비만에 체중감량을 목적으로 내원하여 진료를 실시한 경우는 비급여대상임에도, 수진자 A의 경우 총 13일간 실제로는 비만진료(메조테라피)를 실시하고 그 비용을 수진자에게 비급여로 징수하고, 이를 '급성 질염' 및 '자궁목의 염증성 질환'에 대하여 진료한 것으로 전자차트에 입력한 후 초진진찰료 1회, 재진진찰료 12회 및 투여하지 아니한 카네스린질정, 리브타신주1g, 1일분 외래환자의약품관리료, 피하 근육내주사, 대한멸균증류수 1/5@을 각각 2회 요양급여비용으로 청구

■ 관련근거

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조(요양급여의 범위 등), 제9조(비급여대상) 제1항[별표 2] 의거 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우, 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우, 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료는 비급여 대상임.

요양급여비용 부담청구

■ [사례1] 신생아실 입원료 및 모유수유 간호 관리료 부담청구

- 출생 후 산모와 같이 퇴원하였다가 수일 후 신생아 황달 상병으로 입원하여 광선요법 등 치료를 실시하였음에도, 신생아실 입원료와 신생아 모유수유간호 관리료를 산정하여 요양급여를 부당으로 청구함.

■ [사례2] 진찰료 산정기준 위반 청구

- 2013년 9월 1일 청구한 수진자 ○○○의 경우 '상세불명의 방광의 신경근육 기능장애(N319)' 상병으로 환자 가족이 내원하여 원외처방전을 발급하였으나, 환자가 직접 내원한 것으로 진찰료 100%로 청구함

■ [사례3] 의약품 증량 청구

- A의원은 리보스타주, 리오마이신주를 실제로는 각각 0.25g를 투여하였으나, 0.5g 사용한 것으로 청구하여 실제 사용량보다 증량하여 청구한 사실을 확인함

■ [사례4] 마취료 부당 청구

- 복압 요실금 상병으로 요실금 수술을 시행한 수진자의 경우 수술 시행시 척추마취를 40분 실시하였으므로, 기본 척추마취료 1시간만 청구하여야하나, 1시간 15분 시행한 것으로 마취료를 요양급여비용을 청구

■ [사례5] 모자동실입원료 부당 청구

- 신생아를 모자동실에서 진료·간호하지 아니하고 산후조리원 또는 산부인과의원 신생아실에서 입원, 간호하였음에도 모자동실 입원료로 요양급여비용을 청구
- 모자동실 입원료는 질병이 없는 신생아를 모자동실에서 진료·간호한 경우에 산정할 수 있으나 A 수진자의 아기는 실제로 산모의 입원실에는 모유수유 할 때 일시적으로 데려와 보는 것 외에는 신생아실에서 진료 및 간호를 받았으며 모자가 동실에서 입원한 사실이 없음에도 모자동실 입원료를 요양급여비용으로 청구

■ [사례6] 본인부담금 과다징수

- 보험급여가 가능한 검사 미생물현미경검사(일반염색)-그람염색(B4101), 자궁질도말세포병리검사(C5920), 요임신반응(B20260)을 실시하고 요양급여비용으로 청구하지 않고 수신자에게 비급여로 비용 징수
- 기본진료료에 포함되어 별도산정 불가항목인 GV(Gentian Violet) 약액을 발라주고 별도로 일정금액을 수신자에게 징수
- 그람염색, 소변검사(10종, Microscopy) 등을 실시한 후, 요양급여비용으로 청구하지 않고 수신자에게 비급여로 징수

■ [사례7] 저가약제 투여 후 고가약제로 청구

- “자궁목의 염증성질환(N72)”상병으로 진료받은 수진자의 경우, 진료기록부에 “CS 1◎”로 기재하고 비급여약제인 ”세나서트질2mg 1정(367원)“을 실제 투여하였으나, 요양급여비용 청구시에는 ”지노프로질 1정(1,022원)“으로, ”동광리보스타마이신주 500mg(300원)“을 주사하였으나, 요양급여비용 청구시에는 ”신일리보스타마이신주500mg(456원)“로 실제와 다르게 요양급여청구

■ [사례8] 치료재료 실구입가 위반청구

- 요실금 수술시 사용한 치료재료 SAFYRE SLING SYSTEM을 거래도매상인으로부터 개당 70만원에 구입하였음에도 건강보험심사평가원에는 개당 920,150원에 구입한 것으로 신고하고 실제 구입한 금액과 다르게 요양급여비용을 청구

■ 관련근거

- 「국민건강보험법」 제41조(요양급여) 및 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 일부부담) 및 [별표2] ‘본인일부부담금의 부담률 및 부담액’에 따라 요양급여의 비용 중 본인이 부담할 비용의 부담액은 징수하고, 요양급여사항 또는 비급여사항 외의 다른 명목으로 비용을 청구해서는 아니됨.
- 요양급여비용 청구 시에는 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) 및 「의료법」 제22조(진료기록부 등) 제1항 등에 의거 실제로 진료한 사실을 진료기록부 등에 기록하고 그 내용을 근거로 정확하게 청구하여야 함
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」 제1편 제2부 행위 급여 목록상대가치점수 및 산정지침 제1장 기본진료료 2.입원료 등 가-7 신생아 입원료는 질병이 없는 신생아를 신생아실에서 진료·간호한 경우에 산정하며, 신생아실 입원료를 산정하는 신생아에게 모유수유를 한 경우에 신생아 모유수유 간호료를 산정하여야 한다.
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편제2부제1장 가-1나 주7항 의거 환자가 직접 내원하지 아니하고 환자 가족이 내원하여 진료담당의사와 상담한 후 약제 또는 처방전만을 수령 또는 발급하는 경우에는 재진진찰료 소정점수의 50%를 산정함

CHAPTER 3
산부인과 분야 다빈도 문의사례

산부인과 분야 다빈도 문의사례

Q1	임산부의 초음파 급여기준에 대해 문의드립니다.
<p>보건복지부 고시 제2017-170호(2017.10.01.) “초음파검사의 급여기준”에 따르면, 임신과정 중 의학적 판단 하에 태아에게 이상이 있거나 이상이 예상되어 해당 삼분기의 인정횟수를 초과하여 시행한 경우에는 해당 삼분기의 일반 또는 일반의 제한적 초음파로 산정하도록 규정하고 있으며, 또한, 상기 고시 관련 Q&A(연번 84) ‘분만기간 초음파 산정방법’에 의하면, 분만과 연결되지 않은 입원기간 중에 산전진찰 목적으로 실시된 초음파 검사의 경우, 정상임신부는 임신주수별 인정횟수(7회)까지 급여, 그 외에는 비급여이나, 태아의 이상이나 이상이 예측되는 경우에는 추가적으로 급여로 산정가능함을 알려드립니다.</p>	
Q2	산전진찰 목적으로 시행하는 검사의 요양급여 범위에 대해 문의드립니다.
<p>1. 보건복지부 고시 제2017-265호(2018.01.01.) “산전진찰 목적으로 시행하는 검사의 급여기준”에 따르면, 산전진찰이란 임신부 및 태아의 건강을 평가하여 위험임신을 선별하는 등의 산전관리를 의미하는 것으로 급여기준은 다음과 같이 하고 있사오니 참고하시기 바랍니다.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 요양급여대상 검사</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <ol style="list-style-type: none"> 가) 임신24주 이상 자궁수축이 없는 임부에게 임신기간 중에 입원, 외래 불문하고 1회만 인정하며, 다태 임신의 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 수기로는 누302나 당검사 [화학반응-장비측정](정량)으로 산정하며, 부하검사 시 사용된 약제는 별도 인정함 11) 초음파검사 “초음파 검사의 급여기준”에 따름 12) 일반세포검사-자궁질세포병리검사 <p>나. 비급여대상검사</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 유전학적 양수검사 2) 위 1) 이외 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2] 비급여대상 3호 가목에 의한 건강검진의 범주에 속하는 검사항목 	

Q3	고위험임산부의 태아정밀 심초음파 급여여부 문의드립니다.
<p>1. 보건복지부 고시 제2017-170호(2017.10.01.) “초음파검사의 급여기준”에 따라 급여대상 및 범위를 정하고 있으며, 이에 해당하지 않는 경우에 비급여하도록 규정하고 있습니다.</p> <p>2. 상기 고시에 의거, 임신부 초음파의 경우 산전진찰을 목적으로 시행하는 경우에 인정하되, 임신 과정 중 의학적 판단 하에 태아에게 이상이 있거나 예상되어 상기 산정횟수를 초과하여 시행해야 하는 경우에는 해당 삼분기의 일반 또는 일반의 제한적 초음파로 산정토록 하며, 태아정밀 심초음파는 산전 진찰 결과 태아의 심장에 이상소견이 있어 정밀검사(태아정밀 심초음파)를 시행한 경우에 산정토록 정하고 있음을 알려드립니다.</p>	
Q4	고위험 임신부 초음파 심사기준 문의드립니다.
<p>「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부 제2장 제5절 초음파 검사료에 분류된 나951나(1) ‘주’항은 보건복지부 고시 제2017-170호(2017.10.01.) “초음파검사의 급여기준”에 따라 아래와 같이 정하고 있음을 알려드리니 참고하여 주시기 바랍니다.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 태아에게 문제를 초래하는 임부의 질환상태(임신성 당뇨병, 임신성 고혈압 등) 나) 태아에게 문제를 초래하는 임부 자궁의 이상(여성생식기종양, 자궁경관무력증, 자궁기형 등) 다) 정상 분만이 불가능한 태반의 이상(전치태반, 태반조기박리 등) 라) 양수과다증 또는 양수과소증 마) 자궁내 태아 성장지연</p>	
Q5	태아심음자궁수축검사의 요양급여여부 문의드립니다.
<p>보건복지부 고시 제2013-36호(2013.03.01.) “태아심음자궁수축검사의 인정기준”에 의하면, 동 검사는 조기진통 및 유도분만을 시도하는 산모에게 자궁수축의 강도와 빈도를 측정하는 검사로써, 한 시간당 8회 이상의 자궁수축이 느껴지거나 조기진통이 의심되는 임신 37주 이전 산모, 유도분만을 시도하는 산모에게 실시 시 인정한다고 정하고 있으며, 1일당 수가로 산정하도록 정하고 있음을 알려드립니다.</p>	
Q6	난임 관련 검사의 급여여부 문의드립니다.
<p>보건복지부 고시 제2017-170호(2017.10.01.) “난임 관련 진료의 급여여부”에 따라 난임을 진단하기 위한 검사 및 임신촉진 목적의 배란촉진제 사용 등 치료는 ① 피임없이 정상적인 부부생활을 하면서 1년 내에 임신이 되지 않은 경우(1차성)와 ②유산, 자궁외 임신 및 분만 후 1년 이내에 임신이 되지 않은 경우(2차성)에 요양급여하며, 위 사항에 해당되지 않으나 환자가 원하여 실시한 경우는 비급여대상으로 정하고 있음을 알려드립니다.</p>	

Q7	인유두종 바이러스검사 급여기준에 대해 문의드립니다.
<p>인유두종 바이러스검사는 보건복지부 고시 제2017-265호(2018.01.01.) “인유두종 바이러스검사 (Human Papilloma Virus, HPV검사) 급여기준”에 따라 아래와 같이 정하고 있음을 알려드리니 참고하여 주시기 바랍니다.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>1. 인유두종 바이러스(Human Papilloma Virus, HPV)검사의 적응증은 다음과 같이 하며, 동 기준 이외에 시행한 경우에는 비급여토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 자궁질세포병리검사상 미확정 비정형 편평세포(ASC-US) 이상의 변화된 소견이 있는 경우 나. 조직검사상 구인두암 또는 구인두전구암이 확인된 경우 다. 상기 가. 또는 나. 이후 추적검사가 필요한 경우</p> <p>2. 산정방법 위 1항에 의한 적응증에 해당하는 경우 검사방법에 따른 다음 검사항목 중 1가지 검사만 인정함. 다만, 중합효소연쇄반응법(PCR)에 의한 HPV 검사인 누658가, 누658나, 누658바 검사는 여러 HPV type을 실시하더라도 소정점수의 200%까지만 산정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 누658가 핵산증폭-정성그룹1-인유두종바이러스 나. 누658나 핵산증폭-정성그룹2-인유두종바이러스 다. 누658바 핵산증폭-유전자형그룹1-인유두종바이러스 라. 누659나 핵산교잡-유전자형그룹1-인유두종바이러스</p> <p>※ ASCUS: Atypical Squamous Cell of Undetermined Significance</p>	
Q8	3회 이상의 습관성 유산 부부에 있어 부부의 염색체 검사가 필요합니다. 이 경우 여성은 습관성 유산이라는 질병코드를 넣고 보험청구가 가능한데 남성의 경우에도 염색체 검사가 급여가 되는지 문의드립니다.
<p>관련 교과서에 따르면, 습관성 유산은 3회 이상 연속해서 유산이 발생하는 경우로 정의할 수 있다고 명시되어 있으며, 습관성유산은 질병이므로 습관성유산으로 진단된 임신부에게 실시한 염색체검사는 임상적 의미가 있어 요양급여가 가능하나, 배우자에게 실시한 염색체검사는 질병 또는 증상이 없는 상태에서 실시한 검사로서 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조제1항 [별표2] 비급여대상 제3항 가.본인의 희망에 의한 건강검진에 해당된다고 사료되므로 비급여에 해당됨을 알려드립니다.</p>	
Q9	임산부에게 시행하는 도플러검사의 기준에 대해 문의드립니다.
<p>혈관 혈류의 속도 및 방향 등을 측정할 수 있는 도플러 검사는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제2장 제5절 초음파 검사료 주2.에 의거, 동 검사를 실시한 경우 소정 점수의 10%를 가산하되, 나-940, 나-943, 나-948, 나-952, 나956, 나-961은 소정점수에 포함되어 있으므로 그러하지 아니한다고 규정하고 있으며,</p> <p>태아의 혈관이나 심장 등에 문제가 있어 동 검사를 실시한 경우에는 보건복지부 고시 제2017-170호 (2017.10.01.) “초음파검사의 급여기준”에 준하여 산정 가능함을 알려드립니다.</p>	

CHAPTER 4
본인일부부담금 산정특례에
관한 기준

본인일부부담금 산정특례에 관한 기준

개정 2017. 9. 26. 보건복지부 고시 제2017-171호

제1조(외래진료시 산정특례 대상) 국민건강보험법시행령(이하 “영”이라 한다) 제19조 제1항 [별표2] 제1호 가목에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국회귀의약품센터인 요양기관에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래진료의 경우에도 요양급여비용총액의 100분의 20에 해당하는 금액을 부담하는 대상은 별표1과 같다.

제2조(가정간호 산정특례 대상) 의료법 제33조 및 같은 법 시행규칙 제24조에 의한 가정간호에 대한 요양급여시에도 영 제19조 제1항 [별표2] 제1호 가목 및 제3호에 의하여 요양급여비용총액의 100분의 20에 해당하는 금액을 부담하는 대상은 별표2와 같다. 다만, 제4조, 제5조, 제5조의2에 따라 등록된 환자는 각 조에서 정한 금액을 부담한다.

제3조(고가특수의료장비 산정특례 대상) 영 제19조 제1항 [별표2] 제1호 나목에 의하여 입원진료의 경우에도 외래진료의 본인일부부담금 산정방법에 따라 산정한 금액을 본인이 부담하는 고가의료장비는 다음 각호와 같다. 다만, 제4조, 제5조 및 제5조의2에 의한 본인일부부담금 산정특례대상자는 제외한다.

1. 전산화단층영상진단(CT)
2. 자기공명영상진단(MRI)
3. 양전자단층촬영(PET)

제4조(중증질환자 산정특례 대상) 영 제19조 제1항 [별표2] 제3호 마목에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국회귀의약품센터인 요양기관에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 포함)시 요양급여비용총액의 100분의 5에 해당하는 금액을 부담하는 대상은 별표3과 같다.

제5조(희귀난치성질환자 산정특례 대상) 국민건강보험법시행령 제19조제1항 별표2 제3호나목2)에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국회귀의약품센터인 요양기관에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료를 포함)시 요양급여비용총액의 100분의 10 또는 영 별표2 제2호가목의 산식에 따라 계산한 금액의 100분의 10에 해당하는 금액을 부담하는 대상은 별표4와 같다.

제5조의2(결핵질환자 산정특례 대상) 국민건강보험법시행령 제19조제1항 별표2 제3호 가목3)에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국회귀의약품센터인 요양기관에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 포함)시 본인부담의 제외 대상은 별표5와 같다. 국민건강보험법시행령 제19조제1항 별표2 제3호 가목3)에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국회귀의약품센터인 요양기관에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 포함)시 본인부담의 제외 대상은 별표5와 같다.

제6조(약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례대상) 국민건강보험법시행령 제19조 제1항 [별표2] 제1호 다목 3)에 따라 상급종합병원 외래진료시에는 약국 요양급여비용총액의 100분의 50, 종합병원 외래진료 시에는 약국 요양급여비용총액의 100분의 40에 해당하는 금액을 부담하는 질병은 별표6과 같다.

- 제7조(산정특례 등록 신청 등)** ① 제4조, 제5조 및 제5조의2의 산정특례 대상에 해당하여 등록을 하려는 자는 요양기관에서 확인한 별지의 건강보험 산정특례 등록 신청서를 공단 또는 요양기관에 제출하여야 한다. 이 때 등록 신청일은 별지 서식이 공단에 제출된 때로 한다.
- ② 제5조의 산정특례 대상자 중 극회귀질환자 및 상세불명 회귀질환자는 공단 이사장이 사전에 승인한 요양기관을 통하여 공단에 제1항의 신청을 하여야 한다. 다만, 상세불명 회귀질환자는 질병관리본부 회귀질환 관련 위원회로부터 상세불명 질환임을 판정받은 후에 신청하여야 한다.
- ③ 산정특례는 진단확진일로부터 30일 이내 신청 시 확진일로부터 소급하여 적용하고, 30일 이후에 신청 시 신청일로부터 적용한다. 다만, 상세불명 회귀질환자의 산정특례는 질병관리본부 회귀질환 관련 위원회에서 상세불명 회귀 질환임을 판정한 날로부터 적용한다.
- ④ 제3항에도 불구하고 제4조 중 암환자로 등록된 자가 산정특례 적용기간 중 추가로 발생한 다른 암종(전이암 제외)에 대하여 산정특례를 신청한 경우, 추가로 발생한 암의 진단확진일 부터 적용한다.
- ⑤ 별지 서식 발급에 대한 비용은 등록신청인 또는 공단에 별도 청구할 수 없다.
- ⑥ 공단 이사장은 산정특례 등록 신청을 위해 필요한 질환별 특례 충족기준을 등록 하려는 자 및 요양기관에 제공하고, 등록 하려는 자 및 요양기관은 충족 여부를 확인한 후 신청하여야 한다.
- ⑦ 공단은 산정특례 등록 자료의 확인이 필요하다고 인정되는 경우 산정특례 등록자 및 요양기관에 검사내역 등 자료를 제공하도록 요청 할 수 있다.
- ⑧ 제7항에 따라 자료 제공을 요청받은 자는 성실히 이에 응하여야 한다.
- ⑨ 제1항에도 불구하고 제5조의2의 대상자가 결핵치료를 위하여 여러 요양기관에서 요양급여를 받는 경우 요양기관마다 별지의 건강보험 산정특례 등록 신청서를 공단 또는 요양기관에 제출하여야 한다.
- ⑩ 제9항에 의거 산정특례 등록 신청 된 요양기관은 다음 각 호의 산정특례 종료사유가 발생한 경우 공단에 산정특례 종료신청을 하여야 한다. 다만 공단이 국가 등으로부터 결핵예방법 시행규칙 제3조제2항에 따라 신고한 자료를 확인 할 수 있는 경우에는 종료신청을 하지 아니 할 수 있다.

1. 완치 또는 완료
2. 중단 및 다른 요양기관으로 전원
3. 사망
4. 진단변경

- 제7조의2(극회귀질환자 및 상세불명 회귀질환자 등록 신청 요양기관의 승인 및 자료의 제출 등)** ① 공단 이사장은 제7조제2항의 등록 신청을 할 수 있는 요양기관의 승인 및 승인 취소 등의 관리를 실시한다. 이 경우 요양기관은 이에 필요한 서류를 공단에 제출하여야 한다.
- ② 제1항에 따른 요양기관은 제7조제2항 단서에 따른 상세불명 회귀질환자의 상세불명 질환 판정에 필요한 임상자료를 공단 또는 질병관리본부에 제출하여야 한다.

- 제8조(산정특례 재등록)** ① 제4조 중 암환자로 등록된 자, 제5조의 산정특례 등록 대상자가 산정특례 적용 종료 시점에 다음 각 호에 해당하는 경우, 재등록을 신청 할 수 있다.
1. 별지 서식에 따라 등록된 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우
 2. 별지 서식에 따라 등록된 회귀난치성질환자가 특례기간 종료시점에 등록된 회귀난치성질환의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료 중인 경우
 3. 별지 서식에 따라 등록된 상세불명회귀질환자가 특례기간 종료시점에 질병관리본부 회귀질환 관련 위원회로부터 임상 경과 검토 결과 재등록 대상자로 판정받은 경우
- ② 재등록에 관하여는 제7조를 준용한다.

제9조(본인부담경감 대상 희귀난치성질환자 및 중증질환자) 영 제19조 제1항〔별표 2〕 제3호 라목의 “보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성질환 또는 중증질환을 가진 사람”이란 다음 각 호에 해당하는 사람(등록(재등록을 포함한다)이 필요한 경우에는 해당 등록을 한 사람을 말한다)으로서 해당 산정특례의 적용을 받을 수 있는 기간이 지나지 않은 사람을 말한다.

1. 별표 3의 중증질환자 산정특례 대상 중 암환자 및 중증화상환자
2. 별표 4의 희귀난치성질환자 산정특례 대상. 다만, 별표 4의 구분 제4호의 정신질환과 구분 제8호 및 제9호의 치매상병으로 요양급여를 받은 자는 제외한다.
3. 제5조의 2에 해당하는 자

제10조(치매질환 산정특례 적용 등) ① 요양기관(건강보험법 제42조제1항제2호의 약국은 제외한다)은 별표 4의 구분 제9호에 해당하는 자를 진료할 경우에는 산정특례 적용일수 관리에 필요한 정보를 공단에 제출하고 공단의 승인이 이루어진 경우 산정특례 적용을 하여야 한다.

- ② 공단은 제1항에 의거 요양기관에서 승인 신청이 접수된 경우 신청 내역을 확인하고 이상이 없는 경우 즉시 승인하여야 한다.
- ③ 건강보험법 제42조제1항제2호의 약국은 제1항에 따라 산정특례를 적용하는 경우에는 별표 4의 구분 제9호에 따라 발급된 처방전인지여부를 확인하여야 한다.

제11조(산정특례위원회) ① 산정특례 질환의 등록 및 적용기준 관리, 산정특례 확대 요구질환 검토 등 산정특례 제도 운영에 필요한 사항을 심의의결하기 위하여 공단에 산정특례위원회를 둔다.

- ② 산정특례위원회 위원장은 제12조제6호에 따른 위원 중에서 호선한다.

제12조(산정특례위원회 구성 등) ① 산정특례위원회는 다음 각 호의 위원으로 구성하고 제5호 및 제6호의 위원은 공단이사장이 위촉한다.

1. 보건복지부 장관이 지명하는 자 2명
 2. 질병관리본부장이 지명하는 자 1명
 3. 공단 이사장이 지정하는 직위에 해당하는 직원 2명
 4. 건강보험심사평가원장이 그 소속 직원 중에서 추천하는 제 3호의 직위에 상당하는 직원 2명
 5. 환자단체가 추천하는 사람 2명
 6. 다음 각 목의 사람 중에서 대표성이 인정되는 전문가 6명
 - 가. 희귀난치성질환, 암, 뇌혈관심장질환 또는 중증화상에 대한 진료경험이 풍부한 전문의
 - 나. 건강보험 또는 산정특례제도 관련 전문가
- ② 산정특례위원회 위원(제1항 제1호부터 제4호까지의 위원은 제외한다)의 임기는 2년으로 한다. 다만, 위원의 사임 등으로 새로 위촉된 위원의 임기는 전임위원 임기의 남은 기간으로 한다.
 - ③ 산정특례위원회 운영 등에 필요한 사항은 공단 이사장이 정한다.

제13조(재검토기한) 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정」(대통령 훈령 제334호)에 따라 이 고시 발령 후의 법령이나 현실여건의 변화 등을 검토하여 이 고시의 폐지, 개정 등의 조치를 하여야 하는 기한은 2018년 12월 31일까지로 한다.

부 칙 <제2017-171호, 2017.9.26.>

이 고시는 2017년 10월 1일부터 시행한다.

[별표1] 외래 진료시 산정특례 대상

- 요양급여비용총액의 100분의 20을 본인일부부담

구분	대 상	특정기호
1	미등록 암환자가 해당 상병(C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~ D48)으로 진료를 받은 당일	V027

[별표2] 가정간호 산정특례 대상

- 요양급여비용총액의 100분의 20을 본인일부부담. 단, 제4조, 제5조, 제5조의2에 따라 등록된 환자는 각 조에서 정한 금액을 부담한다.

구분	대 상	특정기호
1	등록 암환자·희귀난치성질환자·중증화상환자·결핵환자를 제외한 환자가 가정간호를 받은 경우(등록 암환자·희귀난치성질환자·중증화상환자·결핵환자가 타 상병만으로 가정간호를 받은 경우 포함)	V008
2	등록 암환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병(C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~D48)으로 가정간호를 받은 경우	V194
3	등록 희귀난치성질환자가 등록일로부터 5년간 고시에서 정한 해당 상병으로 가정간호를 받은 경우, 단 상세불명 희귀질환은 등록일로부터 1년	V231
4	등록 중증화상환자가 등록일로부터 1년간 고시에서 정한 해당 상병으로 가정간호를 받는 경우	V251
5	별표5에 의거 등록된 결핵환자가 특례기간 동안 결핵질환으로 가정간호를 받는 경우	V274
6	별표 4의 구분 제8호에 의거 등록된 치매질환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병으로 가정간호를 받은 경우	V801
	별표 4의 구분 제9호에 의거 등록된 치매질환자가 제10조제1항에 의거 해당상병으로 가정간호를 받은 경우	V811

[별표3] 중증질환자 산정특례 대상

- 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의료장비사용 포함)시 요양급여비용총액의 100분의 5 본인일부부담

구분	대 상	특정기호		
1	[별지] 서식에 따라 등록된 암환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병(C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~D48)으로 진료를 받은 경우	V193		
2	[별첨 1]에 해당하는 상병의 뇌혈관질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 [별첨 1]에 해당하는 수술을 받은 경우 최대 30일	V191		
	[별첨 1]에서 160~162에 해당하는 상병의 중증 뇌출혈환자가 급성기에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일 * [별첨1]에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V268		
	[별첨 1]에서 163에 해당하는 상병의 뇌경색증 환자가 증상 발생 24시간 이내에 병원에 도착하여 입원 진료 중 NIHSS가 5점 이상인 경우 최대 30일 * [별첨1]에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V275		
3	[별첨 2]에 해당하는 상병의 심장질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 [별첨 2]에 해당하는 수술 또는 약제투여를 받은 경우 최대 30일 * 단, [별첨 2]에 해당하는 상병 중 복잡 선천성 심기형질환자 또는 [별첨 2]에 해당하는 수술 중 심장이식술을 받은 경우 최대 60일	V192		
4	[별지] 서식에 따라 등록된 중증화상환자가 등록일로부터 1년간 [별첨 3]에 해당하는 상병의 진료를 받는 경우	2도(T20.2, T21.2, T22.2, T23.2, T24.2, T25.2, T30.2)이면서 체표면적 20%이상(T31.2~T31.9)인 경우	V247	
		3도(T20.3, T21.3, T22.3, T23.3, T24.3, T25.3, T30.3)이면서 체표면적 10%이상인 경우 (T31.11,T31.21~T31.22,T31.31~T31.33,T31.41~T31.44,T31.51~T31.55,T31.61~T31.66,T31.71~T31.77,T31.81~T31.88,T31.91~T31.99)	V248	
		* 단, 등록기간 종료 후 진료담당의사의 의학적 판단하에 등록기간을 6개월 연장할 수 있음	기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 안면부, 수부, 족부, 성기 및 회음부화상은 2도이상, 눈 및 각막 등 안구화상(T20.2~T20.3, T21.2~T21.3, T23.2~T23.3, T25.2~T25.3, T26.0~T26.4)인 경우	V249
		흡입, 내부장기 화상(T27.0~T27.3, T28.0~T28.3)인 경우	V250	
5	손상중증도점수(ISS) 15점 이상에 해당하는 중증외상환자가「응급의료에 관한 법률」제 30조의2에 따른 권역외상센터에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일	V273		

[별표4] 희귀난치성질환자 산정특례 대상

- 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의료장비사용 포함)시 요양급여비용총액의 100분의 10을 본인일부부담(별지 서식에 따라 등록(인체면역결핍바이러스질환(B20~B24)은 등록에서 제외)한 환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병으로 진료를 받은 경우. 단, 결핵(A15~A19)은 등록일로부터 2년간 해당상병으로 진료를 받은 경우로 하며, 상세불명 희귀질환은 등록일로부터 1년간 해당 임상 소견으로 진료를 받은 경우로 함.

구분	대 상	특정기호
1	만성신부전증환자의 경우	
	가. 인공신장투석 실시 당일 외래진료 또는 해당 시술 관련 입원진료	V001
	나. 계속적 복막관류술 실시, 복막관류액 수령 당일 외래진료 또는 해당 시술 관련 입원진료	V003
2	혈우병 환자가 항응고인자동결침전제 등의 약제 및 기타 혈우병치료를 받은 당일 외래진료 또는 해당 치료 관련 입원진료	V009
3	장기이식 환자의 경우	
	가. 간 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	V013
	나. 췌장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	V014
	다. 심장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	V015
	라. 신 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	V005
	마. 폐 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	V277
	바. 소장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	V278
4	정신질환자가 해당상병(F20~F29)으로 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료	V161
5	아래의 상병을 갖고 있는 환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료	
	가. 결핵	
	- 항결핵제 내성 (U84.3)	V206
	- 결핵(A15~A19)	V246
	나. 중추신경계통의 비정형바이러스감염 (A81)	V102
	다. 인체면역결핍바이러스병 (B20~B24)	V103
	라. 거대세포바이러스병 (B25)	V104
	마. 크립토кок쿠스증 (B45)	V105
	바. 뇌하수체의 양성 신생물 (D35.2)	V162
	사. 효소장애에 의한 빈혈	-
	- 포도당-6-인산탈수소효소결핍에 의한 빈혈 (D55.0)	V163
	- 해당효소의 장애에 의한 빈혈 (D55.2)	V164
	아. 지중해빈혈(D56)	V232
	자. 용혈-요독증후군 (D59.3)	V219

구분	대 상	특정기호
	차. 발작성 야간헤모글로빈뇨 (D59.5)	V187
	카. 후천성 순수적혈구무형성[적모구감소] (D60), 기타 무형성빈혈 (D61)	V023
	타. 선천성 적혈구조혈이상빈혈 (D64.4)	V220
	파. 항인지질증후군 (D68.6)	V253
	하. 혈소판 관련 질환	
	- 정성적 혈소판결손 (D69.1)	V106
	- 에반스증후군 (D69.30)	V188
	- 상세불명의 혈소판감소증 (D69.6)	V107
	거. 무과립구증 (D70)	V108
	너. 다형핵호중구의 기능장애 (D71)	V109
	더. 림프세망 및 세망조직구 조직의 참여를 동반한 기타 명시된 질환 (D76.1, D76.2, D76.3)	V110
	러. 면역결핍증 및 사르코이드증 (D80~D84, D86)	V111
	머. 내분비샘의 장애	
	- 말단비대증 및 뇌하수체거인증 (E22.0)	V112
	- 고프로락틴혈증 (E22.1)	V113
	- 콜만증후군, 쉬한증후군 (E23.0)	V165
	- 쿠싱증후군 (E24)	V114
	- 부신생식기장애 (E25)	V115
	- 바터증후군 (E26.8)	V254
	- 부신의 기타 장애 (E27.1, E27.2, E27.4)	V116
	- 기타 명시된 내분비장애 (E34.8)	V166
	버. 활동성 구루병 (E55.0)	V207
	서. 대사장애	
	- 대사장애 (E70~E77)	V117
	- 레쉬-니한증후군 (E79.1)	V221
	- 기타 포르피린증 (E80.2)	V118
	- 구리대사장애 (월슨병 등 : E83.0)	V119
	- 혈색소증 (E83.1)	V255
	- 인대사 및 인산분해효소 장애 (E83.3)	V189
	- 낭성 섬유증 (E84)	V120
	- 아밀로이드증 (E85)	V121
	어. 뇌전증에 동반된 후천성 실어증[란다우-클레프너] (F80.3)	V256
	저. 레트증후군 (F84.2)	V122

구분	대 상	특정기호
	처. 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축 (G10~G13)	V123
	커. 파킨슨병 (G20)	V124
	터. 할러포르덴-스파츠병 (G23.0)	V257
	퍼. 진행성 핵상안근마비 [스틸-리차드슨-올스제위스키] (G23.1)	V190
	허. 아급성 괴사성 뇌병증[리이] (G31.81)	V208
	고. 다발경화증 (G35)	V022
	노. 시신경 척수염(데빅병) (G36.0)	V276
	도. 중증 약물난치성 뇌전증 - 난치성 뇌전증을 동반한 국소발병의 발작을 동반한 국소화 관련 (초점성)(부분적) 특발성 뇌전증 및 뇌전증증후군 (G40.01) - 난치성 뇌전증을 동반한 복합부분발작을 동반한 국소화 관련 (초점성)(부분적) 증상성 뇌전증 및 뇌전증증후군 (G40.21) - 난치성 뇌전증을 동반한 전신성 특발성 뇌전증 및 뇌전증증후군 (G40.31)	V279
	로. 레녹스-가스토증후군, 웨스트증후군 (G40.4)	V233
	모. 뇌전증지속상태 (G41)	V125
	보. 발작수면 및 허탈발작 (G47.4)	V234
	소. 멜커슨증후군 (멜케르손-로젠탈증후군 : G51.2)	V167
	오. 팔의 복합부위통증증후군 II형 (G56.4), 다리의 복합부위통증증후군 II형 (G57.80)	V168
	조. 다발신경병증 - 유전성 운동 및 감각 신경병증 (샤르코-마리-치아질한 등 : G60.0) - 염증성 다발신경병증 (G61) - 달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 다발신경병증 (G63.0)	V169 V126 V170
	초. 중증근무력증 및 기타 근신경장애 (G70), 근육의 원발성 장애 (G71)	V012
	코. 주기마비(가족성) 저칼륨혈성 (G72.3)	V258
	토. 람베르트-이튼증후군 (G73.1)	V259
	포. 자율신경계통의 기타 장애 (G90.8)	V171
	호. 척수공동증 및 연수공동증 (G95.0)	V172
	구. 기타 망막장애 - 코츠(H35.01) - 노년성 황반변성(삼출성) (H35.31) - 색소망막염(H35.51), 스타르가르트병 (H35.58) 레베르 선천성 흑암시 (H35.59)	V260 V201 V209
	누. 컨스-세이어증후군 (H49.8)	V261
	두. 원발성 폐동맥고혈압 (I27.0)	V202

구분	대 상	특정기호
	루. 심근병증 (I42.0~I42.5)	V127
	무. 모야모야병 (I67.5).	V128
	부. 폐색혈전혈관염[버거병] (I73.1)	V129
	수. 랑뒤-오슬러-웨버병 (I78.0)	V235
	우. 버드-키아리증후군 (I82.0)	V173
	주. 폐포단백질증 (J84.0)	V222
	추. 특발성 폐섬유증 (J84.18)	V236
	쿠. 크론병[국소성 장염] (K50)	V130
	투. 궤양성 대장염 (K51)	V131
	푸. 원발성 담즙성 경변증 (K74.3)	V174
	후. 자가면역성 간염 (K75.4)	V175
	그. 원발성 경화성 담관염 (K83.0)	V262
	느. 수포성 장애	-
	- 보통천포창 (L10.0)	V132
	- 낙엽천포창 (L10.2)	V210
	- 수포성 유사천포창 (L12.0)	V211
	- 흉터유사천포창 (L12.1)	V212
	드. 후천성 수포성 표피박리증 (L12.3)	V176
	르. 중증보통건선(L40.00)	V280
	므. 혈청검사양성 류마티스관절염 (M05)	V223
	브. 건선성 및 장병성 관절병증 (M07.1~M07.3)	V237
	스. 연소성 관절염 (M08.0~M08.3)	V133
	으. 전신결합조직장애	
	- 결절성 다발동맥염 및 관련 병태 (M30.0~M30.2)	V134
	- 기타 과사성 혈관병증 (M31.0~M31.4)	V135
	- 현미경적 다발동맥염 (M31.7)	V238
	- 전신홍반루프스 (M32)	V136
	- 피부다발근염 (M33)	V137
	- 전신경화증 (M34)	V138
	- 결합조직의 기타 전신침습 (M35.0~M35.7)	V139
	즈. 강직척추염 (M45)	V140
	츠. 진행성 골화섬유형성이상 (M61.1)	V224
	크. 가족섬증(선종)폴립증(M8220/0, D12.6)	V281

구분	대 상	특정기호
	트. 뼈의 파절병[변형성 골염] (M88)	V213
	프. 복합부위통증증후군 1형 (M89.0)	V177
	흐. 재발성 다발연골염 (M94.1)	V178
	기. 선천성 신증후군 (N04)	V263
	니. 신장성 요붕증 (N25.1)	V141
	디. 신생아의 호흡곤란 (P22)	V142
	리. 신경계통의 선천기형	
	- 댄디-워커증후군 (Q03.1)	V239
	- 무뇌이랑증, 큰뇌이랑증(경뇌회증) (Q04.3)	V214
	- 분열뇌증 (Q04.6)	V240
	- 이분척추 (Q05)	V179
	- 척수이개증 (Q06.2)	V180
	- 아놀드-키아리증후군 (Q07.0)	V143
	미. 순환계통의 선천기형	
	- 심장 방실 및 연결의 선천기형 (Q20.0~Q20.3, Q20.5)	V144
	- 단일심실 (Q20.4)	V225
	- 방실중격결손(Q21.2), 팔로네징후(Q21.3), 대동맥폐동맥중격결손(Q21.4)	V269
	- 아이젠먼거복합, 아이젠먼거증후군 (I27.8), 아이젠먼거결손 (Q21.8)	V226
	- 폐동맥판폐쇄 (Q22.0)	V145
	- 삼첨판폐쇄(Q22.4), 에브스타인이상(Q22.5), 형성저하성 우심증후군(Q22.6)	V146
	- 대동맥판 및 승모판의 선천기형 (Q23)	V147
	- 선천성 대동맥협착 (Q24.4)	V270
	- 관상동맥혈관의 기형 (Q24.5)	V148
	- 선천성 심장차단 (Q24.6)	V271
	- 대동맥의 축착 (Q25.1), 대동맥의 폐쇄 (Q25.2), 대동맥의 협착 (Q25.3)	V272
	- 폐동맥의 폐쇄 (Q25.5)	V149
	- 대정맥혈관의 선천기형 (Q26.0~Q26.6)	V150
	비. 무설증 (Q38.3)	V241
	시. 담관의 폐쇄 (Q44.2)	V181
	이. 다낭성 신장, 보통염색체열성 (Q61.1)	V264
	지. 방광외반 (Q64.1)	V227
	치. 근골격계통의 선천기형 및 변형	-
	- 두개골유합 (Q75.0)	V265

구분	대 상	특정기호
	- 두개안면골이골증 (크루존병 : Q75.1)	V151
	- 하악안면골이골증 (Q75.4)	V182
	- 관상골 및 척추의 성장결손을 동반한 골연골형성이상 (Q77)	V228
	- 불완전골형성 (Q78.0)	V183
	- 다골성 섬유성 형성이상 (Q78.1)	V154
	- 골화석증 (Q78.2)	V229
	- 카무라티-앵겔만증후군 (Q78.3)	V266
	- 내연골증증 (Q78.4)	V230
	- 필레증후군 (Q78.5)	V215
	- 다발선천외골증 (Q78.6)	V242
	- 달리 분류되지 않은 근골격계통의 선천기형 (Q79)	V155
	키. 치사성 수포성 표피박리증 (Q81.1), 디스트로피성 수포성 표피박리증 (Q81.2)	V184
	티. 선천기형	-
	- 신경섬유종증(비악성 : 폰렉클링하우젠병) (Q85.0)	V156
	- 결절성 경화증 (부르느뷰병 등 : Q85.1)	V204
	- 포이츠-제거스 증후군, 스테지-베버(-디미트리) 증후군, 폰 히펠-린다우 증후군 (Q85.8)	V216
	- (이상형태성) 태아알콜증후군 (Q86.0)	V157
	- 주로 얼굴형태에 영향을 주는 선천기형 증후군 (골덴하 증후군 등) (Q87.0)	V185
	- 주로 단신과 관련된 선천기형증후군 (프라더-윌리 증후군 등 : Q87.1)	V158
	- 루빈스타인-테이비 증후군, 홀트-오람 증후군, 클리펠-트레노우네이-베버 증후군, 손발톱무릎뼈 증후군, 바테르 증후군 (Q87.2)	V243
	- 소토스 증후군, 위버 증후군(Q87.3)	V244
	- 마르팡증후군 (Q87.4)	V186
	- 알포트 증후군, 로렌스-문(-바르데)-비들 증후군, 젤웨거 증후군, चा지 증후군 (Q87.8)	V267
	피. 염색체이상	
	- 다운증후군 (Q90)	V159
	- 에드워즈증후군 및 파타우증후군 (Q91)	V160
	- 5번 염색체 단완의 결손 (Q93.4)	V205
	- 캐취22증후군, 엔젤만 증후군, 스미스 마제니스 증후군, 윌리엄스 증후군 (Q93.5)	V217
	- 터너증후군 (Q96)	V021
	- 클라인펠터증후군 (Q98.0, Q98.1, Q98.2, Q98.4)	V218
	- 취약X증후군 (Q99.2)	V245

구분	대 상	특정기호
6	제7조제2항에 따른 요양기관을 통해 등록된 극희귀질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료	V900
7	구분 5에 해당되지 않는 희귀질환으로 제7조제2항에 따른 요양기관을 통해 제7조제3항에 따라 등록된 상세불명 희귀질환자가 해당 임상 소견으로 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료	V999
8	<p>아래 상병으로 등록하여 해당 상병 및 이와 직접 관련된 외래진료 또는 입원진료</p> <p>가. 조기발병 알츠하이머병에서의 치매(F00.0) 나. 알츠하이머병 2형(F00.0) 다. 초로성 치매, 알츠하이머형(F00.0) 라. 알츠하이머형의 원발성 퇴행성 치매, 초로성 발병(F00.0) 마. 피크병에서의 치매(F02.0) 바. 조기발병을 수반한 알츠하이머병(G30.0) 사. 피크병(G31.00) 아. 전두측두치매(G31.00) 자. 의미변이원발진행실어증(G31.01) 차. 비유창원발진행실어증(G31.02) 카. 로고페닉원발진행실어증(G31.03) 타. 달리 분류되지 않은 원발진행실어증(G31.04) 파. 진행성 고립성 실어증(G31.04) 하. 루이소체치매(G31.82)</p>	V800
9	<p>아래 상병으로 등록하여 다음 중 한 가지 상황 발생 시, 해당 상병과 직접 관련된 외래진료 또는 입원진료를 받은 경우 등록일 기준 매년 최대 60일. 단, 의료법 제3조제2항제3호라목의 요양병원을 제외한 병원급 이상 의료기관에서 신경과 또는 정신과 전문의가 의료적으로 필요하다고 인정한 경우 60일 추가 인정</p> <p>① 치매 및 치매와 직접 관련되어 중증의 의료적 필요가 발생하여 입원 및 외래진료가 필요한 경우, ② 문제행동이 지속적으로 심하여 잦은 통원 혹은 입원치료가 필요한 경우, ③ 급속한 치매 증상의 악화로 의료적 재접근이 필요한 경우, ④ 급성 섬망 상태로 치료가 필요한 경우</p> <p>가. 만기발병 알츠하이머병에서의 치매(F00.1) 나. 알츠하이머병 1형(F00.1) 다. 알츠하이머형의 원발성 퇴행성 치매, 노년발병(F00.1) 라. 알츠하이머형의 노년성 치매(F00.1) 마. 비정형 또는 혼합형 알츠하이머병에서의 치매(F00.2) 바. 비정형치매, 알츠하이머형(F00.2) 사. 급성 발병의 혈관성 치매(F01.0) 아. 다발-경색치매(F01.1) 자. 주로 피질성 치매(F01.1) 차. 피질하 혈관성 치매(F01.2) 카. 혼합형 피질 및 피질하 혈관성 치매(F01.3) 타. 만기발병을 수반한 알츠하이머병(G30.1)</p>	V810

[별표5] 시행령 별표2 제3호가목 3)에 따른 결핵 질환의 적용 범위

- 시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따라 본인부담의 제외 대상이 되는 결핵 환자는 별표4 구분 5의 가에 해당되는 상병 중에 적용 대상 및 등록 기간은 아래와 같으며, 해당 환자가 결핵치료를 진료 받은 당일 외래진료 또는 입원진료에 대해 적용

대상 및 적용기간	특정기호
가. 대상 : 결핵예방법 시행규칙 제3조에 따라 신고한 결핵환자 중 결핵치료가 진행 중인 자 나. 적용기간 : 산정특례 적용시작일부터 결핵예방법 시행규칙 제3조 및 별지서식의 치료결과보고에 따른 산정특례 종료일까지 - 산정특례 종료일은 결핵예방법 시행규칙 제3조 및 별지서식의 치료결과보고에서 치료결과 구분항목이 “완치” 또는 “완료”일 경우는 치료종료일을, “사망”은 사망일을, “진단변경”은 “진단변경일”로 “중단 및 다른 의뢰기관으로 전원”은 “해당 요양기관의 최종 진료일”로 한다.	V000

[별표6] 약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상

- 상급종합병원 외래진료시 발급받은 처방전에 따라 약국에서 조제받는 경우 약국 요양급여비용총액의 100분의 50, 종합병원 외래진료시 발급받은 처방전에 따라 약국에서 조제받는 경우 약국 요양급여비용총액의 100분의 40을 본인일부부담
- 다만, E11.9, E12.9, E13.9, E14.9 상병에 해당되더라도 인슐린을 처방(인슐린 단독요법 또는 인슐린과 경구용 치료제의 병용 요법)받거나 투여중인 경우에는 약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상에서 제외

구분	대 상	특정기호
1	감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염(A09.0~A09.9)	V252
2	손백선 (B35.2)	V252
	발백선 (B35.3)	
	체부백선 (B35.4)	
	와상백선 (B35.5)	
	사타구니백선증 (B35.6)	
	기타 피부백선증 (B35.8)	
3	합병증을 동반하지 않은 2형 당뇨병 (E11.9)	V252
	합병증을 동반하지 않은 영양실조-관련 당뇨병 (E12.9)	
	합병증을 동반하지 않은 기타 명시된 당뇨병 (E13.9)	
	합병증을 동반하지 않은 상세불명의 당뇨병 (E14.9)	
4	지질단백질대사장애 및 기타 지질증(E78.0~E78.9)	V252
5	맥립종 및 콩다래끼(H00.0~H00.1)	V252
6	눈물계통의 장애(H04.0~H04.9)	V252
7	결막염(H10.0~H10.9)	V252
8	노년백내장(H25.0~H25.9)	V252
9	굴절 및 조절의 장애(H52.0~H52.7)	V252
10	외이의 연조직염(H60.1)	V252
	기타 감염성 외이도염(H60.3)	
	급성 비감염성 외이도염(H60.5)	
	기타 외이도염(H60.8)	
	상세불명의 외이도염(H60.9)	

구분	대 상	특정기호
11	양성 고혈압 (I10.0) 기타 및 상세불명의 원발성 고혈압 (I10.9)	V252
12	급성 비인두염[감기](J00)	V252
13	급성 부비동염(J01.0~J01.9)	V252
14	급성 인두염(J02.0~J02.9)	V252
15	급성 편도염(J03.0~J03.9)	V252
16	급성 후두염 및 기관염(J04.0~J04.2)	V252
17	다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도감염 (J06.0~J06.9)	V252
18	상세불명의 급성 기관지염(J20.9)	V252
19	혈관운동성 및 앨러지성 비염(J30.0~J30.4)	V252
20	만성 비인두염(J31.1) 만성 인두염(J31.2)	V252
21	만성 부비동염(J32.0~J32.9)	V252
22	기타 앨러지천식, 간헐성 및 경증 지속성 (J45.01) 상세불명의 주로 앨러지성 천식 (J45.09) 기타 비앨러지천식, 간헐성 및 경증 지속성 (J45.11) 상세불명의 비앨러지천식 (J45.19) 기타 혼합형 천식 (J45.88)	V252
23	위-식도역류병(K21.0~K21.9)	V252
24	출혈 또는 천공이 없는 급성 위궤양(K25.3) 출혈 또는 천공이 없는 만성 위궤양(K25.7) 출혈 또는 천공이 없는 급성인지 만성인지 상세불명인 위궤양(K25.9)	V252
25	출혈 또는 천공이 없는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양(K27.3) 출혈 또는 천공이 없는 만성 상세불명 부위의 소화성 궤양(K27.7) 출혈 또는 천공이 없는 급성인지 만성인지 상세불명인 상세불명 부위의 소화성 궤양(K27.9)	V252
26	위염 및 십이지장염(K29.0~K29.9)	V252
27	기능성 소화불량 (K30)	V252
28	앨러지성 또는 식사성의 위장염 및 결장염(K52.2) 불확정 결장염(K52.3) 기타 명시된 비감염성 위장염 및 결장염(K52.8) 상세불명의 비감염성 위장염 및 결장염(K52.9)	V252
29	과민대장증후군 (K58.0~K58.9)	V252
30	변비(K59.0) 기능성 설사(K59.1) 달리 분류되지 않은 신경성 장(K59.2) 항문연축(K59.4) 기타 명시된 기능성 장장애(K59.8) 상세불명의 기능성 장장애(K59.9)	V252
31	달리 분류되지 않은 지방(변화성)간(K76.0) 상세불명의 간질환(K76.9)	V252
32	기타 아토피성 피부염(L20.8) 상세불명의 아토피성 피부염(L20.9)	V252
33	기타 요인에 의한 앨러지성 접촉피부염(L23.8) 상세불명 원인에 의한 앨러지성 접촉피부염(L23.9)	V252
34	두드러기(L50.0~L50.9)	V252

구분	대 상	특정기호
35	기타 관절염(M13.0~M13.9)	V252
36	기타 척추증(M47.8)	V252
	상세불명의 척추증(M47.9)	
37	상세불명의 경추간판장애(M50.9)	V252
38	기타 명시된 추간판변성(M51.3)	V252
	쉬물결절(M51.4)	
	기타 명시된 추간판장애 (M51.8)	
	상세불명의 추간판장애 (M51.9)	
39	기타 등통증 (M54.8)	V252
	상세불명의 등통증 (M54.9)	
40	석회성 힘줄염 (M65.2)	V252
	방아쇠손가락 (M65.3)	
	기타 율활막염 및 힘줄율활막염 (M65.8)	
	상세불명의 율활막염 및 힘줄율활막염 (M65.9)	
41	어깨의 유착성 관절낭염(M75.0)	V252
	이두근 힘줄염(M75.2)	
	상세불명의 어깨병변(M75.9)	
42	달리 분류되지 않은 기타 골부착부병증(M77.8)	V252
	상세불명의 골부착부병증(M77.9)	
43	근통(M79.1)	V252
	(무릎뼈밑) 지방체의 비대(M79.4)	
	사지의 통증(M79.6)	
	기타 명시된 연조직장애(M79.8)	
	상세불명의 연조직장(M79.9)	
44	병적 골절이 없는 골다공증(M81.0~M81.9)	V252
45	급성 방광염(N30.0)	V252
	상세불명의 방광염(N30.9)	
46	만성 전립선염(N41.1)	V252
47	급성 질염(N76.0)	V252
	급성 외음염(N76.2)	
48	폐경 및 여성의 갱년기상태(N95.1)	V252
	폐경후 위축성 질염(N95.2)	
	상세불명의 폐경 및 폐경전후 장애(N95.9)	
49	요추의 염좌 및 긴장(S33.5)	V252
	천장관절의 염좌 및 긴장(S33.6)	
	요추 및 골반의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장(S33.7)	
50	손가락의 염좌 및 긴장(S63.6)	V252
	손의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장(S63.7)	
51	무릎의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장(S83.6)	V252
52	발가락의 염좌 및 긴장(S93.5)	V252
	발의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장(S93.6)	

[별첨 3] 중증화상 본인부담금 산정특례 상병코드 및 상병명

구분	중증도	체표면적
1	T20.2 머리 및 목 2도 화상 T21.2 몸통의 2도 화상 T22.2 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 2도 화상 T23.2 손목 및 손의 2도 화상 T24.2 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 2도 화상 T25.2 발목 및 발의 2도 화상 T30.2 상세불명 신체부위의 2도 화상	T31.2 신체표면의 20-29%를 침범한 화상 T31.3 신체표면의 30-39%를 침범한 화상 T31.4 신체표면의 40-49%를 침범한 화상 T31.5 신체표면의 50-59%를 침범한 화상 T31.6 신체표면의 60-69%를 침범한 화상 T31.7 신체표면의 70-79%를 침범한 화상 T31.8 신체표면의 80-89%를 침범한 화상 T31.9 신체표면의 90%이상을 침범한 화상
2	T20.3 머리 및 목 3도 화상 T21.3 몸통의 3도 화상 T22.3 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 3도 화상 T23.3 손목 및 손의 3도 화상 T24.3 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 3도 화상 T25.3 발목 및 발의 3도 화상 T30.3 상세불명의 3도 화상	T31.11 신체표면의 10-19%를 침범한 화상 중 3도 화상이 신체표면의 10-19%인 경우 T31.21~2 신체표면의 20-29%를 침범한 화상 중 3도 화상이 신체표면의 10%이상인 경우 T31.31~3 신체표면의 30-39%를 침범한 화상 중 3도 화상이 신체표면의 10%이상인 경우 T31.41~4 신체표면의 40-49%를 침범한 화상 중 3도 화상이 신체표면의 10%이상인 경우 T31.51~5 신체표면의 50-59%를 침범한 화상 중 3도 화상이 신체표면의 10%이상인 경우 T31.61~6 신체표면의 60-69%를 침범한 화상 중 3도 화상이 신체표면의 10%이상인 경우 T31.71~7 신체표면의 70-79%를 침범한 화상 중 3도 화상이 신체표면의 10%이상인 경우 T31.81~8 신체표면의 80-89%를 침범한 화상 중 3도 화상이 신체표면의 10%이상인 경우 T31.91~9 신체표면의 90%이상을 침범한 화상 중 3도 화상이 신체표면의 10%이상을 경우
3	T20.2~T20.3 머리 및 목 2·3도 화상 T21.2~T21.3 몸통의 2·3도 화상 (몸통 중 성기 및 회음부만 해당) T23.2~T23.3 손목 및 손의 2·3도 화상 T25.2~T25.3 발목 및 발의 2·3도 화상 T26.0~T26.4 눈 및 부속기 화상	
4	T27.0~T27.3 : 호흡기도의 화상 T28.0~T28.3 : 기타 내부기관의 화상	

암·희귀난치성·중증화상·결핵 개인정보 제공동의서

1. 개인정보를 제공하는 기관 및 사업 : 국민건강보험공단, 산정특례등록자 본인일부부담금 경감
2. 개인정보화일 수집목적 : 본인일부부담을 인하 적용을 위해 요양기관에 등록자로 제공시 활용
3. 개인정보 수집항목
 - 성명, 주민등록번호, 외국인등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 상병코드, 상병명, 특정기호, 확진일, 건강보험 증번호, 세대주성명
4. 개인정보 보유 및 이용기간 : 준영구
5. 제3자에게 제공 : 건강보험심사평가원(진료비심사), 요양기관(본인일부부담금경감적용), 보건복지부(국가암 사업 및 의료급여자 산정특례연계), 지방자치단체(의료급여1종취득), 환경관리공단(석면피해자지원)에 제공할 수 있음
6. 개인정보를 제공하는 자의 개인정보 보유 및 이용기간 : 문서보존기간까지
7. 개인정보 제공 동의서는 동의하지 않을 수 있으며, 동의하지 않을 경우에는 국민건강보험 산정특례등록 대상자에서 제외됩니다.
 - 본인은 건강보험 산정특례 등록 대상자로 신청하거나 대상자로 선정·등록된 자로, 개인정보보호법제15조제1항 제3호 규정에 의거하여 본인의 개인정보를 제공할 것을 동의합니다.
 - 동의함 동의하지 않음
 - 본인은 건강보험 산정특례 등록 대상자로 신청하거나 대상자로 선정·등록된 자로, 개인정보보호법 제23조 제1호 규정에 의거하여 본인의 민감정보를 처리할 것을 동의합니다.
 - 동의함 동의하지 않음
 - 본인은 건강보험 산정특례 등록 대상자로 신청하거나 대상자로 선정·등록된 자로, 개인정보보호법 제24조 제1항 제1호 규정에 의거하여 본인의 고유식별정보를 처리할 것을 동의합니다.
 - 동의함 동의하지 않음
 - 본인은 건강보험 산정특례 등록 대상자로 신청하거나 대상자로 선정·등록된 자로, 개인정보보호법 제17조제1항 제2호 규정에 의거하여 본인의 개인정보를 제3자에게 제공할 것을 동의합니다.
 - 동의함 동의하지 않음

위의 사항을 확인합니다.

년 월 일

동의인 본인

(서명 또는 인)

< 건강보험 산정특례 등록 신청서 작성요령 >

- ① 등록결과 통보방법란은 반드시 1개 이상 선택하여 기재하여 주시고, 통보방법에 따라 문자 또는 E-mail로 등록 결과가 통보됩니다.
- ② 개인정보 제공동의란은 반드시 수진자 본인의 이름을 기재한 후 본인이 서명하여야 합니다.
- ③ 암·희귀난치성질환의 적용기간은 등록일로부터 5년간 적용합니다. 단, 상세불명 희귀질환의 경우 1년간 적용됩니다.
- ④ 본인부담 제외 대상 결핵의 경우 결핵예방법 시행규칙 제3조 및 별지서식의 치료결과보고에 따른 산정특례 종료일까지 적용됩니다.
- ⑤ 중증화상환자인 경우, 적용기간은 등록일로부터 1년이며, 등록기간 종료 후 진료담당의사의 의학 적 판단하에 등록기간을 6개월 연장 할 수 있습니다.

* 개인정보 관련 문의 : 국민건강보험공단(☎ 1577-1000)

[별첨 1] 본인부담금산정특례 뇌혈관질환의 상병명, 수술명

상병명(상병코드)
가. 뇌혈관 질환(I60~I67) 나. 경동맥의 동맥류 및 박리(I72.0) 다. 후천성 동정맥루(I77.0) 라. 순환계통의 기타 선천기형(Q28.0~Q28.3) 마. 두개내손상(S06)
수술명(수술코드)
가. 혈종제거를 위한 개두술(S4621, S4622) 나. 뇌동맥류수술(S4641, S4642) 다. 뇌동정맥기형적출술(S4653~S4658) 라. 두개강내 혈관문합술(S4661, S4662) 마. 단락술 또는 측로조성술 (S4711~S4713) 바. 뇌엽절제술(S4780) 사. 뇌 기저부 수술(S4801~S4803) 아. 중추신경계정위수술-혈종제거(S4756) 자. 경피적풍선혈관성형술(M6593, M6594, M6597) 차. 경피적뇌혈관약물성형술(M6599) 카. 경피적혈관내 금속스텐트삽입술(M6601, M6602, M6605) 타. 경피적혈전제거술(M6630, M6632, M6635, M6636, M6637, M6639) 파. 혈관색전술(M1661~M1667, M6644) 하. 천두술(N0322~N0324) 거. 개두술 또는 두개절제술(N0333) 너. 혈관내 죽종제거술(O0226, O0227, O2066) 더. 경동맥결찰술(S4670) 러. 뇌내시경수술(S4744) 머. 뇌 정위적 방사선수술(HD113~HD115)

[별첨 2] 본인부담금산정특례 심장질환의 상병명, 수술명 및 약제성분명

상병명(상병코드)	
가. 심장의 양성 신생물(D15.1) 나. 심장 침범이 있는 류마티스열(I01) 다. 만성 류마티스심장질환(I05~I09) 라. 허혈심장질환(I20~I25) 마. 폐성 심장병 및 폐순환의 질환(I26, I28) 바. 기타 형태의 심장병(I30~I51) 사. 대동맥의 죽상경화증(I70.0) 아. 대동맥동맥류 및 박리(I71) 자. 달리 분류된 질환에서의 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 장애(I79.0, I79.1) 차. 대동맥궁증후군[다카야수](M31.4) 카. 순환계통의 선천기형(Q20~Q25) 타. 대정맥혈관의 선천기형(Q26.0~Q26.4, Q26.8, Q26.9) 파. 흉부 혈관의 손상, 심장의 손상(S25~S26)	
수술명(수술코드)	약제성분명
가. 동맥관 우회로 조상술(OA640-OA641, OA647-OA649, O1640-O1641, O1643-O1649) 나. 심장 창상봉합술(O1660) 다. 동맥관개존폐쇄술(O1671, O1672) 라. 대동맥축착증수술(O1680) 마. 폐쇄식 승모판 교련 절개술(O1690) 바. 심혈관단락술(O1701, O1702) 사. 폐동맥결찰술(O1703, O1704) 아. 심방중격결손조성술(O1705) 자. 심방, 심실중격결손증수술(O1710, O1711, O1721~O1723) 차. 판막협착증수술(O1730, O1740, O1750, O1760) 카. 심방중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술(O1770) 타. 판막성형술(O1781~O1783) 파. 인공판막치환술(O1791~O1793, O1797) 하. 인공판막재치환술(O1794~O1796, O1798) 거. 비봉합 대동맥판막치환술(O1799) 너. 활로씨 4 증후군 근본수술(O1800) 더. 심실중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술(O1810) 러. 심내막상결손증 수술(O1821, O1822) 머. 좌심실류절제술(O1823) 버. 좌심실용적축소성형술(O1824) 서. 좌심실, 우심실 유출로 성형술(O1825, O1826) 어. 관상동맥 내막절제술(O1830) 저. 발살바동 동맥류파열수술(O1840) 처. 동정맥기형교정술(O1841)	가. Alteplase 주사제 나. Tenecteplase 주사제 다. Urokinase 주사제 약제성분명

커. 기타 복잡기형에 대한 심장수술 (O1851,O1852)
 터. 좌우폐동맥 성형술(O1861)
 퍼. 기능적 단심실증 교정술(O1873, O1874)
 허. 라스텔리씨수술(O1875)
 고. 총 폐정맥 환류이상증 수술(O1878)
 노. 대혈관전위증 수술(O1879)
 도. 인공심폐순환(O1890)
 로. 개흉심장마사지(O1895)
 모. 부분체외순환(O1901~O1904)
 보. 국소관류(O1910)
 소. 대동맥내풍선펌프(O1921, O1922)
 오. 심낭루조성술(O1931)
 조. 심낭창형성술(O1932, O1935)
 초. 심막절제술(O1940)
 코. 폐동맥혈전제거술(O1950)
 토. 대동맥-폐동맥 창 폐쇄술(O1960)
 포. 심내이물제거술(O1970)
 호. 심장종양제거술(O1981, O1982)
 구. 심박기거치술(O2001, O2004, O2005, O0203~O0210)
 누. 부정맥수술(O2006, O2007)
 두. 심율동전환 제세동기거치술(O0211, O0212)
 루. 동맥류 절제술(O2031~O2033)
 무. 경피적 동맥관개존 폐쇄술(M6510)
 부. 경피적 심방중격결손폐쇄술(OZ751)
 수. 경피적 심방중격절개술(M6521, M6522)
 우. 경피적 심장 판막성형술(M6531~M6533)
 주. 부정맥의 고주파절제술(M6541~M6543, M6546~M6548)
 추. 경피적 관상동맥확장술(M6551,M6552,M6553,M6554)
 쿠. 경피적 관상동맥스텐트삽입술(M6561~M6564,M6565~M6567)
 투. 경피적 관상동맥죽상반절제술(M6571, M6572)
 푸. 경피적 대동맥판삽입(M6580, M6581, M6582)
 후. 경피적 풍선혈관성형술(M6595~M6597)
 그. 경피적 혈관내 금속스텐트삽입술(M6603~M6605)
 느. 경피적 혈관내 스텐트-이식설치술(M6611~M6613)
 드. 경피적 혈관내 죽종제거술(M6620)
 르. 경피적 혈전제거술(M6632,M6634,M6638,M6639)
 르. 혈관색전술(M6644)
 브. 심장이식술(Q8080)
 스. 심장 및 폐이식술(Q8103)

CHAPTER 5

심평원 홈페이지 內 요양기관 필요정보 이용방법

요양기관업무포털 주소 <https://biz.hira.or.kr>



심사종합정보: 고시, 심사기준, 수가, 약가 등 심사관련 정보 한곳에서 확인 가능

1 심사종합정보

2 심사종합정보

3 검색결과

최근심사기준

순위	구분	제목	제정시행일자
1	고시	경각리안부	2018-10-16
2	고시	11111	2018-10-16
3	고시	112121	2018-10-16
4	고시	환자안전관리평가-테스트	2018-10-16
5	고시	테스트안	2018-10-16
6	고시	고시	2018-10-16
7	공제심사기준	180105회위 공백	2018-10-16
8	고시	테스트 테스트	2017-12-27
9	공제심사기준	장사발명의 권입의 생변 통해 복제한 박스콜링(Campral 20mg + Moprosin 0.5g)	2017-12-26
10	공제심사기준	무용관찰용 생변 통해 복제한 롱소실염(Lowprotein sodium hydrate)	2017-12-26

다변도포집심사기준

순위	구분	제목	포집수
1	고시	건강보험심사평가원(CI)의 신원기준	23,336
2	고시	공급목록서의 원형기준	20,404
3	고시	국민심사기준(일반형식)	22,470

담당부서 | 중앙부담 관리 / 담당자명 | 송길동 010-1234-5678

고시/행정해석/심사지침 전문

≡ 심사지침정보

통합검색 > 검색어를 입력하세요, Q

> 조회조건 전체

Q 조회

총 9건

순번	제목	작성자	작성일자	최종수정일	조회	첨부
9	검사 명칭 후 명세서 청구 및 금기 의약품 처방 사유기재 관련입니다	게시판 관리자	2010-11-30	2011-05-17	7	
8	m.db 업데이트용 독립설치형 프로그램(java) 배포합니다.	게시판 관리자	2010-11-30	2011-05-17	3	
7	참고소프트웨어검시등에 관한 기준	게시판 관리자	2010-11-30	2011-04-20	4	[첨]
6	의약품 처방조제관련 검사신청 안내입니다.	게시판 관리자	2010-11-30	2011-04-20	1	
5	요양급여비용 검사참구소프트웨어의 검사 등에 관한 기준 개정고시	게시판 관리자	2010-11-30	2010-12-23	4	[첨]
4	병용금지 등 약제 원내직접조제의 경우 원자에게 정보제공 방법 안내	게시판 관리자	2010-11-30	2010-12-22	2	
3	고시개정 관련 안내	게시판 관리자	2010-11-30	2010-12-21	2	[첨]
2	DurProxy - java version 오류관련 안내	게시판 관리자	2010-11-30	2010-12-10	5	
1	DUR Proxy Server 제공	게시판 관리자	2010-11-30	2010-12-09	1	

<< < 1 / 1 > >> 이동 20개씩 보기 > >>

담당부서 : 요양부담 관리 / 담당자명 :

■ 자주하는 질문 조회 방법

✓ 자주하는 질문에 대한 분야별 상담사례 조회

www.hira.or.kr ➡ 고객의 소리 ➡ 상담문의 클릭

<예시>



번호	민원분류	제목	작성일	조회수	항부
13	진료비확인요청	귀가시 소지한 체온계가 비급여가 정당하지 문의 드립니다.	2017-09-29	369	
14	진료비확인요청	무릎에 레이저 치료비용 보험적용 여부	2017-09-29	145	

■ 자주 묻는 진료항목 조회 방법

✓ 자주하는 질문에 대한 진료항목별 상담사례 조회

www.hira.or.kr ➡ 의료정보 ➡ 알기 쉬운 급여혜택 ➡ 자주 묻는 진료항목 클릭

<예시>



진료과목	급여항목
전체	CT 28전산화단층영상진단
외과	C형간염 항체검사
치과	MRI(자기공명영상진단)
한방	PET(양전자단층촬영)
	격리실 입원료
	경피적 척추성형술
	경피적 척추후궁 풍선박원술
	골밀도 검사
	근막동통유발점주사자극치료
	뇌정위적방사선수술

■ 급여기준 및 사례집 등 HIRA e-Book 조회 방법

www.hira.or.kr ➡ 의료정보 ➡ 간행물 ➡ HIRA e-Book 클릭

<예시>

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

로그인 회원가입 글자 + - ENG

병원·약국 진료비 **의료정보** 제도·정책 국민참여 정보공개 알림 기관소개 전체메뉴

내가 먹는 약
· 내가 먹는 약! 한눈에
· 의약품안전사용서비스(DUR)
· 약제비 계산기

의약품정보
· 의약품통합정보
· 암질환사용약제및요법
· 자료공개

심사평가연구
· 연구보고서
· 진료경향분석
· 정책동향

알기 쉬운 급여혜택
· 자주 묻는 진료항목
· 쉽게 풀어쓴 치료재료 급여기준

건강정보
· 생활속 건강정보
· 통계로 보는 질병정보
· 쉽게 이해하는 용어설명

간행물
· HIRA e-Book
· 뉴스레터
· 통계자료실



건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

로그인 회원가입 글자 + - ENG

병원·약국 진료비 의료정보 제도·정책 국민참여 정보공개 알림 기관소개 전체메뉴

HIRA e-Book
홈 > 의료정보 > 간행물 > HIRA e-Book

☆ 📄 🖨️

HIRA-ebook 뉴스레터 통계자료실

전체 [] 🔍 검색

전체 간행물·발간물 연구·보고서 요양급여·의료급여 자동차보험 영문 기타 Hira 사보(건가사)

요양급여비용 청구방법
일차연구회 용해사건이
의상유형
2019. 12. 20

요양급여
의제이력
보약용
2019. 12. 20

요양급여의 적용기준 및
방법에 관한 제보사항과
진단서
2019. 12. 20

요양급여의 적용기준 및
방법에 관한 제보사항과
진단서
2019. 12. 20

■ 급여기준 검토안전공지/전문가회의참석요청접수 방법

www.hira.or.kr ➡ 국민참여 ➡ 급여기준 개선
➡ 검토안전공지/전문가회의참석요청접수 클릭

<예시>

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

로그인 회원가입 글자 + - ENG

병원·약국 진료비 의료정보 제도·정책 국민참여 정보공개 알림 기관소개 전체메뉴

검토안전공지/전문가회의 참석요청접수
홈 > 국민참여 > 급여기준개선 > 검토안전공지/전문가회의 참석요청접수

급여기준 개선 검토 시 보다 많은 이해관계자가 참여하고 의견을 개진할 수 있도록 검토안전공지를 공지하고 있습니다.

10개씩 보기 조회

안전번호	안전제목	공지일자	신청기간	접수현황	회의참여신청	진행상황
94	「수면다원검사(level I)」의 급여...	2017-11-07	2017-11-08 ~ 2017-11-15	접수마감	미신청	-
93	「부경맥의 고주파절제술(RFA) 급여...	2017-09-06	2017-09-06 ~ 2017-09-20	접수마감	미신청	-
92	「전방경추고정술시 cage 와 pla...	2017-05-23	2017-06-21 ~ 2017-06-28	접수마감	미신청	-
91	간질환의 초음파 검사 급여 기준 설정	2017-05-17	2017-05-18 ~ 2017-05-25	접수마감	미신청	-
90	「기계적 혈전제거술용 치료재료 급여기...	2017-05-16	2017-05-16 ~ 2017-06-02	접수마감	미신청	-

■ 급여기준 검토 진행과정 조회 방법

www.hira.or.kr ➡ 국민참여 ➡ 급여기준 개선
➡ 급여기준 의견수렴 및 절차공개 클릭

<예시>



건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

로그인
회원가입
글자 + -
ENG

병원·약국
진료비
의료정보
제도·정책
국민참여
정보공개
알림
기관소개
☰ 전체메뉴



급여기준의견수렴 및 절차공개

☞ 홈 > 국민참여 > 급여기준개선 > 급여기준의견수렴 및 절차공개

* 항목을 클릭하시면 상세내용을 확인하실 수 있습니다.
* 상시 경비만 의견제출이 가능합니다.

10개씩 보기
조회

전체
전체
전체

Q 검색

순번	구분	검토 안건	고시번호 ⇩	추진절차 및 검토과정				의견 제출	결과	
				의견수렴 실무검토	위원회 심의	복지부 보고	시행		고시 개정	현행 유지
406	상시경비	제품명 : 포스레놀경500mg(탄산란탄),포스레놀경750mg(탄산란탄), 포스레놀산1000mg(탄산란탄)		○						
405	상시경비	TNF-a inhibitor		○						
404	상시경비	레그파라경		○						
403	상시경비	아이비글로불린에스주		○						
402	상시경비	맙테라,글리벡필름코팅경		○						
401	상시경비	트랙토실주	제2015-184호				○			

공익신고제도

(국민의 건강 등을 침해하는 행위를 신고한 사람을 보호하고 지원하는 제도)



신고 주체

누구든지(내부 직원이나 관계자로 한정되지 않습니다)

신고 대상

공익침해행위

- 국민의 건강과 안전, 환경, 소비자의 이익 및 공정한 경쟁과 관련하여 공익신고자 보호법에서 열거하고 있는 279개 적용대상 법률 위반행위
- ☞ 불량식품제조·판매, 부실시공, 폐수 무단방류, 개인정보 무단유출, 기업간 담합 등

신고 기관

- 국민권익위원회
- 수사기관
- 관할 행정·감독기관(소관부처, 관할 지자체 등)
- 공사 등 공공단체
- 기업의 대표자·사용자 등

신고 방법

인터넷상에 '청렴신문고' 입력

신고자 보호

- 비밀보장
- 불이익조치 금지
- 신변보호
- 책임감면

신고 보상금

- 보상 : 20억원 한도에서 벌금·과징금 등의 최대 20%(내부신고자에 한함)
- 포상 : 공익증진에 크게 기여한 경우 등 최대 2억원

문의처

- 국민권익위원회(www.acrc.go.kr) ⇒ 부패·공익신고 ⇒ 공익신고 상담
- 국번 없이 110 또는 1398
- 공익신고자 보호법, 신고사건 처리 : 044-200-7752~7761
- 공익신고자 보호·보상 : 044-200-7772~7779

공익신고자 보호·보상제도

● 공익신고자와 협조자의 신분비밀을 보장합니다.

- 비밀보장 의무 위반시 3년 이하 징역 또는 3천만원 이하 벌금 부과
- 주의·감독을 게을리한 사업주도 처벌

● 공익신고자와 협조자에 대한 불이익조치가 금지됩니다.

- 공익신고·협조를 이유로 신분상(해고 등)·인사상(징계 등)·경제적(계약해지 등) 불이익과 정신적·신체적 손상(집단 따돌림·폭행 등)을 받지 않습니다.
- 불이익조치를 받을 우려가 있거나 받은 경우, 국민권익위원회에 보호조치 신청을 할 수 있으며, 불이익조치를 한 자는 권익위의 보호조치 결정에 따라야 합니다.
- 이를 위반할 경우, 2년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금

● 공익신고자와 협조자의 위법행위에 대한 책임감면이 가능합니다.

- 공익신고로 신고자·협조자의 위법행위가 발견된 경우, 형벌·징계·행정처분이 감경·면제될 수 있으며, 직무상 비밀준수 위반 및 손해배상 책임도 지지 않습니다.

● 신변보호조치를 요청할 수 있습니다.

- 신고자·협조자와 그 친족·동거인은 국민권익위원회에 신변보호조치를 요청할 수 있습니다.

● 공익신고자에게 구조금을 지급합니다.

- 공익신고 등으로 치료, 이사, 쟁송, 임금손실 등 피해를 받았거나 비용을 지출한 경우 국민권익위원회에 구조금을 신청할 수 있습니다.

● 내부공익신고자에게 보상금을 지급합니다.

- 공익신고로 국가 수입이 회복·증대된 경우 보상금을 지급합니다.(최대 20억원)

