

발 간 등 록 번 호

G000ME5-2020-61

급여기준 및 심의사례집

- 신경외과 분야 -

2020년 6월



건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

발 간 등 록 번 호

G000ME5-2020-61

급여기준 및 심의사례집

- 신경외과 분야 -

2020년 6월



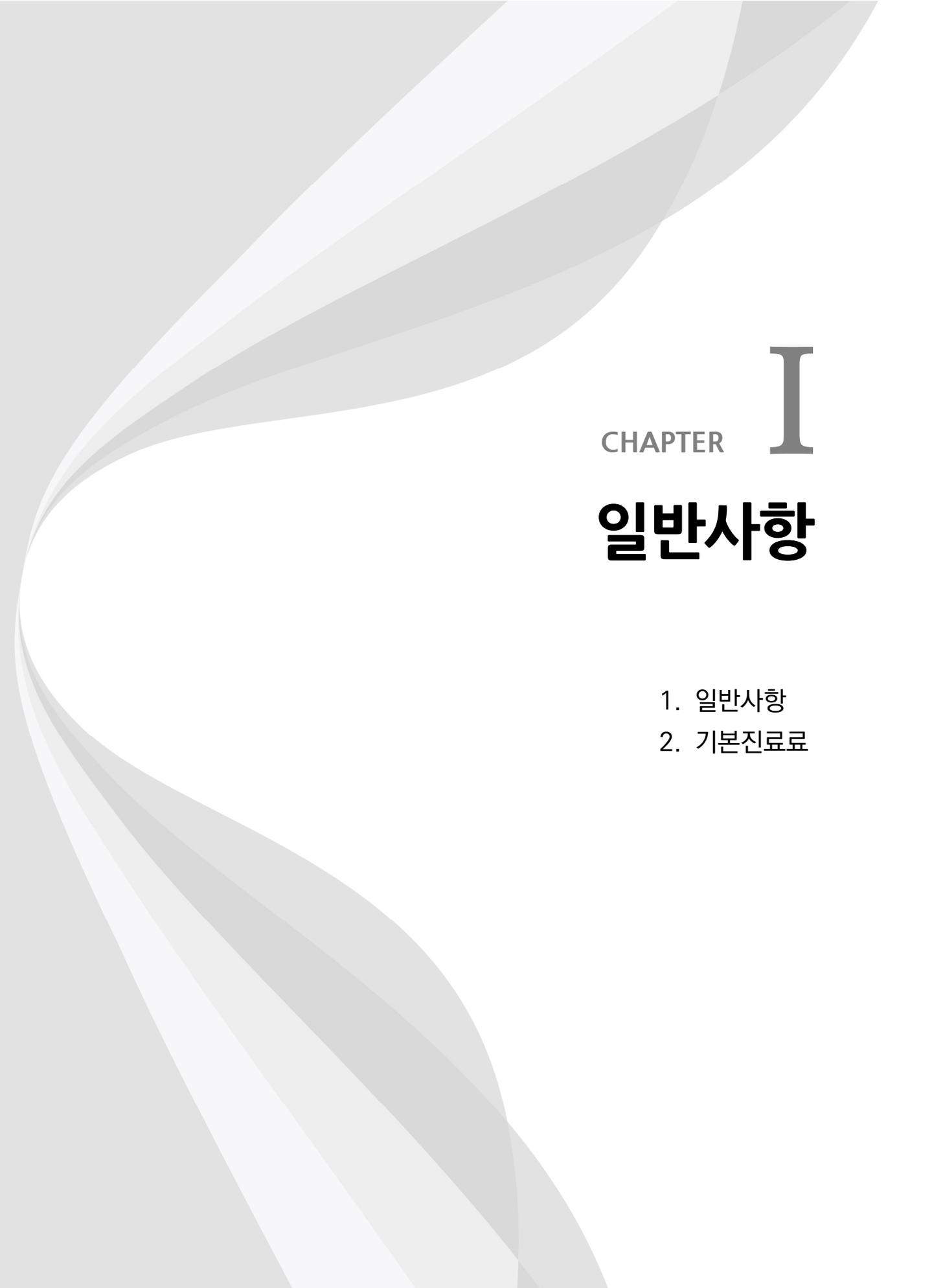
건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

일 러 두 기 >>>

- 이 자료에 수록된 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침, 수가 항목별 금액 등의 내용은 다음과 같습니다.
 - 건강보험요양급여비용의 ‘금액’은 보건복지부 고시 제2020-50호 (2020.3.1. 시행)에 따른 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」까지의 항목별 상대가치점수에 보건복지부 고시 제 2019-214호(2020.1.1. 시행)의 유형별 점수당 단가(의원: 85.8원, 병원: 76.2원)를 곱하여 산출한 금액입니다.
 - 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」은 고시 제2020-69호 (2020.4.1. 시행)까지 반영하였습니다.
 - 신경외과 분야 급여기준에는 관련수가, 양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항고시, 기결정 고시, 심사지침, 공개된 심의사례, 행정해 석을 수록하였습니다.

CHAPTER I	일반사항	1
	1. 일반사항	3
	1) 요양급여 절차	3
	2) 본인일부부담금	4
	3) 요양급여 인정범위	6
	4) 진료의뢰, 복수면허	7
	5) 기타	11
	2. 기본진료료	13
	1) 일반사항	13
	2) 외래환자 진찰료	14
	3) 입원료	21
	4) 낮병동 입원료	25
	5) 의약품관리료	26
	6) 기타	27
CHAPTER II	신경외과 분야 급여기준	35
	1. 검사료	37
	1) 신경계 기능검사	37
	2) 일반생검	44
	3) 초음파검사료	44
	2. 영상진단 및 방사선치료료	48
	1) 일반사항	48
	2) 중추신경계	50
	3) 전산화단층영상진단	52
	4) 자기공명영상진단	60
	5) 혈관조영촬영	71
	6) 핵의학영상진단	73
	3. 주사료	83
	1) 주사료	83

4. 마취료	87	
1) 신경차단술료	87	
2) 신경파괴술료	98	
5. 이학요법료	101	
1) 일반사항	101	
2) 기본물리치료료	103	
3) 단순재활치료료	108	
4) 전문재활치료료	118	
6. 처치 및 수술료 등	130	
1) 일반사항	130	
2) 근골	132	
3) 신경	184	
2) 중재적 방사선시술	214	
7. 행위 비급여 목록	220	
CHAPTER III	치료재료 및 약제 급여기준 -신경외과 분야-	221
1.	치료재료 급여기준	223
2.	약제	246
CHAPTER IV	착오 및 부당청구 유형 -신경외과 분야-	273
CHAPTER V	다빈도 문의 사례 -신경외과 분야-	281
CHAPTER VI	본인일부부담금 산정특례에 관한 기준	285
CHAPTER VII	심평원 홈페이지 內 영양기관 필요정보 이용방법	347



CHAPTER

I

일반사항

1. 일반사항
2. 기본진료료



1

일반사항

▶ 요양급여 절차

제목	세부인정사항
<p>요양급여의 절차의 업무 처리요령</p>	<p>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.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 상급종합병원 외래에서 제2단계 요양급여를 받던 자가 동일 상병의 증상이 악화되어 응급실에 내원한 경우 : 이미 제2단계 요양급여를 받고 있는 자로 보아 응급의료에 관한 법률 제2조 제1호에 해당하는 응급환자가 아니어도 요양급여대상이 됨.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2010-18호, 2010.2.1. 시행]</p>
<p>요양급여의 절차와 요양급여의 신청에 대하여</p>	<p>1. 건강보험증 또는 신분증명서의 경우 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제3조제1항의 규정에 따라 요양급여를 신청한 날(가입자 등이 의식불명 등 자신의 귀책사유 없이 건강보험증 또는 신분증명서를 제시하지 못한 경우에는 가입자등임이 확인된 날로 한다)부터 14일 이내에 건강보험증 또는 신분증명서를</p>

제목	세부인정사항
	<p>제출하는 경우에는 요양급여를 신청한 때에 건강보험증 또는 신분증명서를 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</p> <p>2. 또한 동규칙 제3조제2항에서는 가입자 등이 요양급여신청시 건강보험증 또는 신분증명서를 제출하지 못하는 경우 가입자등 또는 요양기관이 공단에 자격확인을 요청하는 경우 공단은 지체 없이 이를 확인하여 그 결과를 통보해 주도록 규정하고 있으며 이 경우 자격확인을 요청한 때에 건강보험증 또는 신분증명서를 제출한 것으로 봄</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행]</p>

▶ 본인일부부담금

제목	세부인정사항
<p>의사, 약사의 본인진료 및 조제시 요양급여비용 산정방법</p>	<p>의사가 자신의 질병을 직접 진찰하거나 투약, 치료하는 등 본인진료 시에는 사용한 약제 및 치료재료만 실거래 가격으로 보상함. 또한, 약사 본인이 본인의 의약품을 조제한 경우에도 기술료를 제외한 의약품비만 실거래가격으로 보상함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]</p>
<p>조제 의약품을 수령하지 않은 경우 요양급여비용 청구여부</p>	<p>수진자가 약국에 처방전을 제출한 후 조제된 약제 수령과 함께 복약지도가 이루어진 상태는 요양급여가 이루어진 것으로 볼 수 있으나, 약을 찾아가지 않은 경우에는 요양급여가 이루어졌다고 보기 곤란하므로 요양급여비용 청구는 불가함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2001-40호, 2001.7.1. 시행]</p>



제목	세부인정사항
15세 이하 아동에 대한 입원진료시 본인부담률 적용방법	<p>‘15세 이하 아동에 대한 입원진료비’는 「국민건강보험법 시행령」 [별표2] 제3호의 규정에 의하여 요양급여비용의 본인부담률에 따라 산정하며, 입원 중 본인부담률이 변경되는 경우에는 해당 연령이 되는 날을 기산점으로 본인부담률을 산정함 다만, 신생아 입원진료비는 해당 세부사항 고시에 따름.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행]</p>
예약진료시 본인일부부담금산정특례 적용여부	<p>검사 등 진료를 예약하는 경우 환자가 그 비용을 선납하였을지라도 해당 비용의 청구는 검사 등 진료가 실시된 날을 기준으로 함을 원칙으로 하며, 추가 발생하는 진료비용은 일자별로 정산토록 하고 있으므로 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 해당되는 날에 검사(치료)를 실시한 경우에는 동 기준에 의한 입원본인부담률이 적용됨. 그러나 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에 해당되는 날에 검사(치료)를 예약하였다 하더라도 실제 검사(치료)가 실시된 날이 동 기준에 해당되지 아니한 날이라면 입원본인부담률은 적용할 수 없음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2003-65호, 2003.12.1. 시행]</p>
본인일부부담금산정특례에 관한 기준에서 ‘해당상병으로 치료받은 당일’의 의미	<p>본인일부부담금 산정특례에 관한 기준의 적용대상 중 ‘해당 상병으로 치료받은 당일’이란 암 상병 등에 대한 치료나 검사 등 해당 상병과 관련된 진료를 받은 날을 의미함. 또한, 해당진료가 동반되지 않더라도 치료과정 또는 병의 경과 중 발생한 합병증은 해당 상병으로 인해서 발생한 것이므로 합병증 치료를 받은 당일도 포함됨.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2004-36호, 2004.7.1. 시행]</p>
처방전 재발급시 요양급여비용 산정방법	<p>처방전 재발급을 위해 의료기관에 내원시 요양급여비용의 산정은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 처방전 사용기간 경과 후 재발급시</p> <p style="padding-left: 2em;">: 처방전에 기재된 ‘사용기간’은 환자가 동 처방전에 의하여 조제 받을 수 있는 유효기간으로서, 이 기간이 경과한 때에는 그</p>

제목	세부인정사항
	<p>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 「국민건강보험법 시행령」[별표 2] 본인일부부담금의 부담률 및 부담액에 따라 요양급여비용 중 일부를 본인 부담하여야 함.</p> <p>나. 처방전 사용기간 이내에 처방전을 분실하여 재발급시 : 의사의 판단하에 재진찰 여부를 결정하되, 단순히 분실된 처방전과 동일하게 재발급하는 경우에는 진찰료를 별도 산정할 수 없으며, 이 때 처방전 교부번호는 종전의 번호를 그대로 사용하고 재발급한 사실을 확인할 수 있도록 처방전에 표기함.</p> <p>[고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행]</p>
<p>법정 진료과목 미달 요양기관의 종별가산율등 적용 기준</p>	<p>법정진료과목 요건 미달 종합병원에 대하여 요양기관 종별 가산율은 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제1부 급여 일반원칙 II-3.에 의거하여 병원의 종별가산율을 적용하되, 본인일부부담금 및 기본진료료 등은 종합병원으로 적용함.</p> <p>[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]</p>

▶▶ 요양급여 인정범위

제목	세부인정사항
<p>신의료행위 관련 진료시 요양급여 인정범위</p>	<p>건강보험적용대상자의 진료목적이 건강진단, 미용목적의 성형수술 등과 같이 명백하게 비급여대상으로 신의료 행위를 시술할 경우에는 진찰료를 포함한 모든 진료비는 요양급여대상이 될 수 없으나, 질병자체가 건강보험요양급여대상에 해당하는 경우로 진료담당 의사가 진찰, 처치 및 수술 등을 실시할 경우에는 신의료행위(비급여대상 진료)를 제외한 모든 진료비에 대해서는 보험급여 대상이 됨.</p> <p>[고시 제2011-10호, 2011.2.1. 시행]</p>



제목	세부인정사항
<p>새로 결정된 보험 인정기준 적용시기</p>	<p>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 시행일 부터 적용되는 것임. 그러나 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙에 의거 새로운 수가 적용기준을 신설하거나 급여·비급여 대상을 결정하여 시달할 경우에는 적용시기를 명시하지 아니 하였으면 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.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>

▶ 진료의뢰, 복수면허

제목	세부인정사항
<p>요양기관의 시설·인력 및 장비 등의 공동이용 시 요양급여비용 청구에 관한 사항</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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. <p style="text-align: right;">[고시 제2008-5호, 2008.2.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
<p>동일대표자가 개설한 동일소재지 의(한의)과 요양기관에서 같은 날 동일상병으로 진료시 요양급여비용 산정방법</p>	<p>국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 제1호 사목에 의거 개설자가 동일한 요양기관은 동일 환자의 동일상병에 대하여 같은 날 외래로 요양급여를 중복하여 실시하여서는 아니 된다고 규정하고 있는 바, 동일 대표자가 개설한 동일 소재지의 의(한의)과 요양기관에서 의과·한의과 협의 진료의 범주를 벗어나 단순, 반복되는 중복진료가 이루어진 경우에는 다음과 같이 적용토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 같은 날 동일 상병에 대하여 통증완화 등 동일 목적의 진료가 실시된 경우 우선적으로 주된 치료가 이루어진 의(한의)과 요양기관의 요양급여비용을 산정하고, 동시에 이루어진 의(한의)과 요양기관의 중복 진료비용은 국민건강보험법 시행규칙[별표5] 요양급여비용의 본인부담 제1호 아목에 의거 환자가 전액본인 부담토록 함. 이 때, 선행된 분야 즉 시계열상 먼저 이루어진 분야의 진료를 주된 치료로 봄.</p> <p>나. 세부 적용기준</p> <p>(1) 의과와 한의과의 투약과 침, 물리치료 등은 치료의 원리 및 접근방법 등이 다르기는 하나, 외래환자에게 동일 상병에 대하여 통증완화 등 동일 목적으로 실시된 진료는 중복진료로 보아 주된 치료만 요양급여로 적용하며, 동일 목적으로 투여된 약제도 중복진료로 간주하여 전액 본인이 부담함.</p> <p>(2) 의과 또는 한의과 요양기관에 입원한 환자 및 한의과에서 CT 등의 검사를 의과 요양기관에 의뢰하는 협의진료는 적용되지 아니함.</p> <p>다. 동 기준 적용대상 의료기관은 의(한의)과 요양급여비용을 같은 날 청구하도록 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2010-18호, 2010.2.1. 시행]</p>
<p>진료 중인 환자를 타 요양기관에 의뢰하여 특정 검사 등을 실시토록 하는 경우</p>	<p>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</p>



제목	세부인정사항
	<p>제공하여 해당진료를 실시하게 할 수 있음. 다만, 검체검사는 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편(부록)검체검사 위탁에 관한 기준에 의함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]</p>
<p>의과, 치과, 한의과 진료과목을 개설·운영하는 요양기관 및 복수면허(의과, 치과, 한의과) 의료인이 개설하는 요양기관에서 같은 날 동일 상병 진료 시 요양급여비용 산정방법</p>	<p>의료법 제43조 및 동법시행규칙 제41조에 의거 의과, 치과, 한의과 진료과목 추가 개설·운영하는 요양기관 및 복수면허(의과, 치과, 한의과) 의료인이 개설하는 요양기관에서 동일 환자의 동일 상병에 대하여 같은 날 외래에서 단순, 반복되는 중복진료가 이루어진 경우에는 다음과 같이 적용토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 같은 날 동일 상병에 대하여 통증완화 등 동일 목적의 진료가 실시된 경우 우선적으로 이루어진 주된 치료는 요양급여비용을 산정하고, 그 이외의 진료비용은 비급여임. 이 때, 선행된 분야 즉 시계열상 먼저 이루어진 분야의 진료를 주된 치료로 봄.</p> <p>나. 의(치)과와 한의과의 투약과 침, 물리치료 등 치료의 원리 및 접근방법 등이 다르기는 하나, 외래환자에게 동일 상병에 대하여 통증완화 등 동일 목적으로 실시된 진료는 중복진료로 보아 주된 치료만 요양급여로 적용하며, 동일 목적으로 투여된 약제도 중복진료로 간주하여 비급여로 적용함.</p> <p>다. 동 기준 적용대상 요양기관은 의과·치과·한의과 요양급여비용을 같은 날 청구하도록 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2010-18호, 2010.2.1. 시행]</p>
<p>복수면허(의과, 치과, 한의과) 의료인이 개설하는 요양기관의 요양급여비용 산정방법</p>	<p>복수면허(의과, 치과, 한의과) 의료인에 대한 인정기준 및 수가산정방법 등은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 인정기준</p> <p>「복수면허(의과, 치과, 한의과) 의료인의 복수 의료기관 개설지침」에 근거하여 복수면허 의료인은 하나의 장소에서 면허에 따라 각각 의료기관 개설이 가능하며 요양기관 기호는 각각 부여됨.</p>

제목	세부인정사항
	<p>나. 수가산정방법</p> <p>(1) 차등수가는 복수면허 (치과, 한의과) 의료인이 두 개과 이상을 개설 운영한 경우에도 의사인력 1인으로 산정하며 1일 진찰횟수는 실제 진료한 각각의 진료횟수를 합하여 산정함.</p> <p>(2) 같은 날 동일 환자에 대하여 각각 진찰한 경우라 하더라도 1인의 의사가 진찰한 것이므로 진찰료는 1회만 요양급여비용을 산정하고 그 이외 진찰료는 비급여임.</p> <p>다. 인력, 시설 공동이용기준</p> <p>「복수면허 의료인의 복수의료기관 개설지침」에 의하여 당해 요양기관의 시설, 인력 및 장비 등의 공동이용기준은 아래와 같이 적용함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>(1) 의과·한의과, 치과·한의과 복수면허자의 경우 임상병리, 방사선기기(CT 등)를 이용한 진단 등은 의(치)과 요양기관에서만 시행할 수 있으므로 한의과 요양기관은 방사선사, 방사선실, 방사선장비(CT, MRI 포함), 임상병리사, 검사실, 물리치료사, 물리치료실, 물리치료장비 등을 공동이용할 수 없음.</p> <p>(2) 간호사 인력의 공동이용은 가능하나 의(치과), 한의과 의원 또는 의, 치과에 공동이용된 간호사는 간호관리료 차등제 인력산정에서 제외함.</p> <p>(3) 기타 접수창구, 진료실, 입원실 등의 시설, 인력 및 장비 등을 공동이용하고자 하는 요양기관은 공동이용 기관임을 확인할 수 있는 서류(공동계약서는 생략 가능함)를 건강보험심사평가원에 제출한 후 공동이용하여야 함.</p> <p>(4) 이 외에 세부적인 기준은 요양기관 시설, 인력 및 장비 등의 공동이용시 요양급여비용 청구에 관한 사항에 의함.</p> <p>라. 식사가산</p> <p>복수면허자가 개설한 복수의료기관의 식사가산은 한 개의 요양기관에서 식사가산 산정에 필요한 인력 및 시설기준을 충족하는 경우에 식사가산(영양사, 조리사, 직영가산)은 복수의 요양기관에 모두 산정 가능함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-193호, 2018.10.1. 시행]</p>



▶ 기타

제목	세부인정사항
주 2회의 개념	<p>건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 각 장에 분류된 분류항목의 ‘주’에 주 2회 이내만 산정한다고 함은 실시 간격에 관계없이 주 2회까지 산정할 수 있음을 의미함. 다만, 1일 2회 이상 실시한 경우에는 1회만 산정할 수 있음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]</p>
환자에게 퇴원 권유하였으나 불응시 급여여부	<ol style="list-style-type: none"> 1. 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에 의거 입원은 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하도록 명시되어 있으며 이는 피로회복, 통원 불편 등으로 인한 불필요한 입원을 지양하고 적정진료를 유도하기 위한 것임 2. 입원중인 환자의 상병 및 질병이 그 상태가 양호하여 담당 의사의 소견상 퇴원하여 통원치료가 가능하다고 객관적으로 판단되어 환자에게 퇴원을 권유하였으나, 이에 불응할 시 보험급여에 관하여 제한 조치를 할 수 있는 자는 국민건강보험법 제53조에 의하여 보험자가 되므로 요양기관이 일방적으로 일반환자로 전환 조치하는 등의 급여를 제한하는 것은 부당함 3. 따라서, 요양기관은 환자가 요양에 관한 지시에 따르지 아니한 경우에는 그 지시 내용, 진료 경위, 담당 의사의 소견서 등 보험자가 상기 규정에 의한 급여의 제한 조치 결정에 필요한 사실을 통보하여 그에 관한 보험자의 결정에 따라 조치하여야 함 4. 또한 요양기관의 퇴원지시에도 불구하고 부득이한 사유로 장기 입원진료를 하게 되는 경우에는 요양급여비용 청구시 명세서 여백에 그 사유를 기재하거나 증빙자료 등을 첨부함으로써 심사에 참고하도록 할 수 있음 <p style="text-align: right;">[고시 제2018-193호, 2018.10.1. 시행]</p>
장비에 따라 진료수가 차등 적용할 수 있는지 여부	<p>상대가치점수는 요양급여에 소요되는 업무의 양과 인력, 시설, 장비 등 자원의 양, 위험도가 포함되어 있으며 시설, 장비 자원의 양은 동일한 행위라도 요양기관에 따라 다를 수 있어 평균적 개념으로 포함되어 있음. 따라서 요양기관이 새로운 장비를 도입하였다 하더라도 실시한 검사, 처치 및 수술 등은 건강보험 행위</p>

제목	세부인정사항
	<p>급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수에 의한 소정항목에 따라 산정하여야 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]</p>
<p>차등수가 적용 제외 기준</p>	<p>가. 평일 18시~익일 09시의 진찰료·조제료의 적용 제외 기준 : 1일 8시간(식사시간 포함) 이상 진료하는 요양기관에서 8시간을 초과하여 이루어지는 야간 진찰료·조제료에 대하여 적용을 제외함.</p> <p>나. 토요일·공휴일의 진찰료·조제료의 적용 제외 기준 : 토요일·공휴일의 진찰료·조제료 전체에 대하여 차등수가 적용을 제외할 경우, 해당일은 진찰·조제일수의 합에서도 제외함. 다만, 토요일 또는 공휴일에 진찰·조제나 매출 등이 있는 경우로서, 토요일 오전 및 공휴일의 진찰료·조제료에 대하여 차등수를 적용하는 경우는 진찰·조제일수의 합에 토요일 오전 및 공휴일에 발생한 진찰·조제를 포함하며, 진찰·조제일수의 합에도 해당일을 포함함. (이 경우, 토요일 13시~익일 09시의 진찰료·조제료에 대하여는 산정코드 세 번째 자리에 1을 기재한다.)</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2016-3호, 2016.1.18. 시행]</p>
<p>질병군(DRG) 대상 환자가 30일을 초과하여 입원하는 경우 행위별수가 적용시 입원료체감제 및 의약품관리료 산정방법</p>	<p>질병군(DRG) 대상 환자가 30일을 초과하여 입원하는 경우 행위별수가 적용시 입원료체감제 및 의약품관리료 산정방법은 다음과 같이 적용함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 30일 초과 진료분에 대한 입원료체감제는 계속 입원중이었던 환자이므로 진료내역을 연계하여 최초 입원일부터 적용함.</p> <p>나. 의약품 관리료는 30일 이내 입원 진료비용(질병군 DRG)에 의약품관리료 등 제반비용이 포함되어 있으므로 연계하여 계산할 경우 중복 산정되는 바, 행위별 수가 적용일을 시점으로 하여 해당 투약일수의 의약품관리료를 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2009-96호, 2009.7.1. 시행]</p>



2

기본진료료

▶ 일반사항

제목	세부인정사항
진료중 직장 이전된 경우 진찰료 및 입원료 산정방법	<p>직장보험 가입자 및 피부양자가 진료 받던 중 직장이전으로 소속 사업장이 변경되거나, 지역보험으로 변경되더라도 동일 요양기관에서 계속 진료 받는 경우에는 진료자체가 변경되는 것이 아니므로 재진환자에 속함. 따라서, 진찰료는 재진진찰료를 산정하여야 하며 입원진료의 경우 입원료 체감은 최초 입원일로부터 적용함.</p> <p>[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
요양기관의 비품을 환자가 파손하거나 휴대한 경우 비용 산정방법	<p>소정 진료행위에 포함되지 아니하거나 급여가 되지 아니하는 요양기관의 비품을 환자가 파손하거나 휴대하여 갈 때는 실비로 전액을 환자가 부담함.</p> <p>[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
일반병상 운영에 대한 안내	<p>「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」[별표2] 제4호 가목에 의거하여 1인(의원급 의료기관·치과병원은 1~3인실)이 입원할 수 있는 병상을 일반병상으로 운영하는 경우,</p> <p>가. 병실 운영에 대한 안내문을 게시하고, 해당 병실을 이용하는 환자가 상급병상 또는 일반병상 여부 및 그 병상에서 산정하는 입원료 종류를 알 수 있도록 설명하여야 함.</p> <p>나. 일반병상으로 운영하는 1인실(의원급 의료기관·치과병원은 1~3인실) 병상은 건강보험심사평가원에 신고한 총 일반병상 수 내에서 의료기관이 자율적으로 지정하며, 그 지정은 의료기관의 병상 운영 사정에 따라 변경할 수 있음.</p> <p>다. 일반병상으로 운영하는 1인실(의원급 의료기관·치과병원은 1~3인실) 병상의 입원 대상 등은 이 규정에서 별도로 정하지 않으나, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법을 준수하는 범위 내에서 의료기관별 자체적으로 기준을 정하여 운영할 수 있음.</p> <p>[고시 제2019-115호, 2019.7.1. 시행]</p>

▶▶ 외래환자 진찰료

제목	세부인정사항
초·재진 진찰료 산정방법	<ol style="list-style-type: none"> 1. 초·재진 진찰료 산정 시 감기와 같은 호흡기계 질환, 위염과 같은 소화기계 질환, 내과적인 질환, 질병과 같은 부인과적 질환 등은 어느 일정기간에 완치여부가 불분명하고 치료가 단기간에 종결되었다 하더라도 다시 치료를 받을 때 그 상병이 새로운 상병인지, 재발하였는지, 치료의 중단으로 진행 상태에 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. <p style="text-align: right;">[고시 제2001-40호, 2001.7.1. 시행]</p>
같은 날 동일 구내에 있는 양(한)방 요양기관 진료 시 진찰료 산정방법	<ol style="list-style-type: none"> 1. 최근 동일 건물 내에 한방요양기관과 양방요양기관을 개설·운영함으로써 양·한방 협진체계가 활성화되고 있는 실정으로 동일 구내에 있는 양·한방요양기관이라 하더라도 외래로 내원한 동일 환자를 각각 진찰한 경우에는 의사의 인건비와 시설관리료가 각각 소요되므로 협의진찰료가 아닌 초(재)진찰료를 각각 청구할 수 있음. 2. 그러나, 동일 건물 내의 한방(양방)요양기관에 입원중인 환자가 담당의사의 지시에 따라 양방(한방)진료를 받기 위해 양방(한방) 요양기관의 외래를 방문하거나 입원환자 진료를 위해 양방(한방)요양기관의 의사가 직접 방문한 경우에는 입원중인 환자의 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위하여 그 환자의 주치의가 아닌 다른 진료과목 의사의 견해나 조언을 얻는 경우에 해당하므로 “입원중 협의진찰료 급여기준”에 따라 진찰료가 아닌



제목	세부인정사항
	<p>[협의진찰료]로 산정하여야 하며, 요양급여비용은 실제 협의진찰을 실시한 요양기관에서 외래요양급여비용명세서에 작성하여 청구하되, 협의진찰료를 포함한 요양급여비용총액에 대한 외래 본인부담액 산정방법에 의해 청구하여야 함.</p> <p>[고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행]</p>
<p>연속적인 처치 또는 치료를 위하여 1일 2회 이상 내원한 경우의 진찰료 산정방법</p>	<p>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 계속적인 처치 또는 치료를 한 경우에는 초진 또는 재진 진찰료는 1회만 산정함.</p> <p>[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
<p>동일 상병으로 진료월을 달리하여 계속 진료 시 진찰료 산정방법</p>	<p>「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 1. 진찰료 가.(5)의 ‘해당 상병의 치료종결 후 30일 이내에 내원한 경우에는 재진환자로 본다’는 규정은 감기·배탈 등 자주 재발하는 일과성 질환의 경우 환자가 다시 병원을 방문했을 때 종전 질병의 계속적인 치료를 위한 것인지 완치 후 재발한 것인지가 불분명한 경우가 많아 다툼이 예견되어, 완치 후 재발한 경우라도 30일 이내에 진찰을 행한 경우에는 재진 진찰료를 산정토록 한 것으로 모든 환자를 대상으로 30일 단위 또는 진찰 간격이 30일 이상이라는 이유로 초진 진찰료를 산정하여서는 아니됨.</p> <p>[고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행]</p>
<p>각종 검사의 결과만을 알기 위해 내원한 경우 진찰료 산정여부</p>	<p>방사선 촬영 및 각종 검사의 결과만을 알기 위하여 익일 이후 내원한 경우에도 재진 진찰료를 산정할 수 있음.</p> <p>[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
<p>재진 전일에 검사를 위해 혈액검사 의뢰서만 발급한 경우 진찰료 산정여부</p>	<p>의사가 환자 진료 상 필요한 검사를 받도록 지시하거나 투약 및 주사토록 처방전을 발급할 때에는 환자를 진찰(경과진찰 포함)한 후에 진료기록부 작성, 검사의뢰서 및 처방전등의 발급을 행하므로 초·재진을 구분하여 소정의 진찰료를 인정하고 있음. 따라서</p>

제목	세부인정사항
	<p>의사로부터 진료를 받고 투약처방에 의하여 약품을 수령한 당일의 진찰료 및 기타 요양급여비용의 본인일부부담금 수납은 잘못이 없겠으나, 의사의 재진일 전일에 간호사로부터 혈액검사 의뢰서를 발급받은 경우에는 진찰료를 산정할 수 없음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
<p>타 법령에 의거 진료후 건강보험으로 급여를 계속 시행할 경우 진찰료 산정방법</p>	<p>일반 환자 또는 급여제한 등으로 인하여 타 법령으로 진료 후 동일 상병에 대하여 동일 요양기관에서 건강보험으로 진료를 계속 시행할 경우 입원 또는 외래진료 시에도 진료자체가 변경되는 것이 아니므로 재진환자에 속함. 따라서 진찰료는 재진 진찰료를 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
<p>입원환자가 퇴원한 후 퇴원당일에 타 상병으로 외래로 진료를 받은 경우 진찰료 별도 산정여부</p>	<p>입원환자가 퇴원한 후 퇴원당일에 타 상병으로 외래로 진료를 받은 경우에는 별도의 진찰 행위가 필요하므로 진찰료를 별도 산정할 수 있음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
<p>요양기관 폐업후 동일장소에 다른 요양기관을 개설한 경우 진찰료 산정방법</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 요양기관 폐업 후 동일 장소에 다른 요양기관이 개설하였을 경우 비록 기존의 건물 및 의료장비가 고정되어 종전의 의사에게 진료를 받던 환자가 재지정을 받은 요양기관에서 계속 진료를 받더라도 진료기록 등은 인수인계를 하지 않은 것이 통례이고 또한 진료 담당 의사는 처음으로 그 환자를 진료하게 되는 것이므로 모든 진료비용은 요양기관을 개설한 시점부터 초진환자로 간주하여 요양급여비용을 산정할 수 있음. 2. 그러나 의료기관이 개설자와 관리의사가 다른 경우에 관리의사만이 변경되면 의료법상 개설자도 진료기록 등을 보관할 의무가 있으므로 재래환자의 경우에는 재진 진찰료를 산정하고, 또한 개설자, 의료기관 명칭 및 관리의사를 변경하였다더라도 진료와 관련된 진료기록 일체를 개설 요양기관으로 인수한 경우에는 입원환자 및 외래진료환자 모두를 계속 진료로 함이 타당함. 그러므로 그 환자가 30일 이내에 동일 상병으로 진료를 행한 경우에는 재진 진찰료를 산정하는 것이 타당하며 입원환자가



제목	세부인정사항
	<p>계속적으로 입원진료를 받는 경우에는 진찰료는 다시 산정할 수 없으며, 입원일이 15일을 경과할 경우에는 입원료 체감은 적용됨.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
진찰료 선납후 진찰행위 없이 귀가한 경우 진찰료 본인부담 여부	<p>환자가 진료를 받기 위하여 신청(접수)한 후 치료를 받지 않고 귀가한 경우 진료행위가 이루어지지 아니하였기 때문에 진료 신청 시 선납한 가1 외래환자 진찰료를 포함한 요양급여비용은 징수할 수 없으므로 환불해야 함. 다만, 의료인이 혈압, 맥박, 체온 등을 측정할 경우에는 청진, 문진, 시진, 촉진 등의 진찰행위가 비록 이루어지지 아니하였다 하더라도 부분적인 진찰행위가 이루어진 것이므로 진찰료를 산정할 수 있음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
환자 치료 종결후 추적관찰시 진찰료 산정방법	<p>환자에 대한 진료종결의 판단은 환자의 상태 등을 고려하여 진료 담당 의사가 결정하여야 할 것이나, 입원치료 후 그 상병의 상태를 추적 관찰할 필요가 있어 1년 또는 6개월 후에 진찰을 받도록 예약한 경우에는 재진환자로 보아야 하므로 재진 진찰료로 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
새로운 사례의 환자진료시 진찰료를 초과하여 별도의 본인부담금을 발생 시킬 수 있는지 여부	<p>의사는 환자진료 시 습득한 의학적 지식이나 경험은 물론 문헌, 약전, 사례 등을 찾아 상담과 진료를 행함이 당연한 책무에 속하므로 새로운 사례의 환자진료에 소요되는 시간이 다른 환자에 비하여 다소 차이가 있다 하더라도 현행 소정 진찰료를 초과하여 본인에게 별도 부담시킬 수 없음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
진찰료 야간가산의 급여기준	<p>1. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제1장 기본진료료 가1 외래환자 진찰료 '주'에 명시되어 있는 진찰료 야간가산을 적용·운영함에 있어서 진료 담당 의사가 진료한 시각을 기준으로 할 경우 수진자가 09시~18시(토요일 13시) 중에 요양기관에 내원하였음에도 요양기관의 사정(진료 담당 의사의 부재 또는 진료환자 적체 등)으로 진료 개시 시간이</p>

제목	세부인정사항
	<p>늦어진 경우에도 야간가산율을 적용하게 되는 문제가 있고 환자가 도착한 시간을 기준으로 할 경우에는 단순히 진료를 빨리 받을 목적으로 09시 이전에 내원하여 접수를 마치고 기다리는 경우에도 진찰료 야간가산율을 적용하는 문제가 있으므로 어떤 경우를 택하더라도 수진자들의 불만이 제기될 소지가 있다고 사료됨.</p> <p>2. 반면, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제6장 마취료 및 제9장 처치 및 수술료 등의 [산정지침]에서 마취, 처치 및 수술의 경우에는 동 행위를 시작한 시각(18시~09시)을 기준으로 산정토록 정하고 있으나, 이 경우에 환자는 이미 요양기관에 내원한 상태에서 사전에 필요한 모든 조치를 취하고 동 행위를 시작한 것이므로 시작된 시각을 기준으로 야간가산료를 인정함이 타당하다 할 것임.</p> <p>3. 따라서 외래환자 진찰료 야간가산율 적용시간은 국민편익을 제고하기 위하여 환자가 야간가산 기준시간인 평일 18시(토요일은 13시)에서 다음 날 09시 사이에 내원한 경우는 요양기관의 진료 담당 의사가 진료를 개시한 시각을 기준으로 적용하고 동 시각 이외의 시각에 내원한 경우에는 환자가 요양기관에 도착한 시각을 기준으로 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행]</p>
<p>소아에 대한 진찰료 가산시 야간 또는 공휴일에 대한 진찰료 중복 가산여부</p>	<p>만6세 미만의 소아를 야간 또는 공휴일에 진찰한 경우 가1 외래환자 진찰료는 각각의 가산금액을 합하여 산정하여야 하며 중복가산을 하여서는 아니 됨.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
<p>입원실 또는 응급실 등의 체류시간이 6시간 미만인 경우 본인부담액 산정방법</p>	<p>입원과 퇴원이 24시간 이내에 이루어진 경우로서 전체 입원시간이 6시간 미만인 경우와 지역응급의료기관, 응급의료시설, 응급의료기관이 아닌 종합병원 응급실, 수술실 등에서 처치수술 등을 받고 6시간미만 머무른 경우 그리고 시간에 무관하게 권역응급의료센터 및 지역응급의료센터 응급실에서 진료 받은 경우에는 1일 입원료 또는 낮병동 입원료를 산정할 수 없으므로 본인이 부담할 비용은 외래환자 본인부담액 산정방법에 의해 진료비를 산정함.</p>



제목	세부인정사항
	<p>※ 단, 응3 중증응급환자 진료구역 관찰료 및 응4의 응급환자 진료구역 관찰료 산정 환자, 응급진료 후 병동 입원환자 등은 입원환자 본인부담액 산정방법에 의해 진료비 산정</p> <p>[고시 제2015-241호, 2016.1.1. 시행]</p>
건강검진 실시 당일 진료 시 진찰료 산정방법	<p>1. 「국민건강보험법」 제52조에 의거 가입자 및 피부양자에게 실시하는 건강검진 당일 동일 요양기관에서 건강검진과는 별도로 질환에 대한 진찰이 이루어져 진찰 이외에 의사의 처방(약제 처방전 발급, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 의하여 산정가능한 진료행위)이 발생한 경우 해당 진찰료는 다음과 같이 산정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료[산정지침] 1. 진찰료 '가' 에 의거 초진(또는 재진)진찰료의 50%를 산정하며, 코드는 다음과 같이 기재함. 진찰료 산정 사유에 대하여는 진료기록부에 기록하고, 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 의하여 작성·청구토록 함.</p> <p>(가) 일반건강검진 시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우 : 산정코드 세 번째 자리에 3으로 기재</p> <p>(나) 암검진 시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우 : 산정코드 세 번째 자리에 5로 기재</p> <p>(다) 영유아 건강검진 시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우 : 산정코드 세 번째 자리에 2로 기재</p> <p>2. 상기 '1'항에도 불구하고 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료[산정지침]에 의거 2개이상의 진료과목이 설치되어 있고 해당 과의 전문의가 상근하는 요양기관에서 건강검진 당일 검진실시 의사와 전문과목 및 전문분야가 다른 진료담당의사가 건강검진과는 별도로 질환에 대하여 진료한 경우에 한하여 초진(또는 재진) 진찰료를 산정할 수 있음.</p> <p>3. 또한, 건강검진을 실시한 요양기관에서 동일 의사에게 검진 결과</p>

제목	세부인정사항
	<p>에 대해 다른날 설명하는 것은 검진결과 상담에 해당되어 진찰료를 별도 산정할 수 없으나, 검진결과 이상소견에 대해 단계적 정밀검사 또는 별도의 진료가 이루어진 경우에는 재진진찰료를 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-249호, 2018.1.1. 시행]</p>
<p>국민건강보험법 시행령 제19조제1항 관련 [별표2] 요양급여비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액 제1호 나목 비고 5에 따른 재진진찰료 본인부담률 경감 대상 및 산정방법</p>	<p>국민건강보험법 시행령 제19조제1항 관련 [별표2] 요양급여비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액 제1호 나목 비고 5에 따른 재진진찰료 본인부담률 경감 적용대상 및 산정방법은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적용대상</p> <p>(1) 대상질환 : 고혈압(I10) 또는 당뇨병(E11)</p> <p>(2) 대상기관 : 의원</p> <p>(3) 대상환자 : 대상질환으로 대상기관에서 진료받는 건강보험 환자 중 의사로부터 지속적 질환관리 필요성에 대한 설명을 듣고, 당해 의료기관에서 대상질환을 지속적으로 관리받을 의사를 표명한 환자. 이 경우 요양기관은 대상환자가 의사를 표명한 사실을 진료기록부에 기록·보관하여야 함.</p> <p>나. 절차 및 방법 : 상기 '가'항에 따른 대상질환을 주상병으로 진료한 경우에 한하여 환자가 지속적으로 관리받을 의사를 표명한 익일부터 직접 내원하여 진료받은 경우 재진 진찰료로 적용하며, 수가코드는 'AA250'으로 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2012-153호, 2012.12.1. 시행]</p>



▶ 입원료

제목	세부인정사항
입원료 세부항목의 의미	<ol style="list-style-type: none"> 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. <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
퇴원 후에 당일 재입원할 경우 입원료 산정방법	<p>퇴원한 후 당일 재입원한 경우에는 계속 입원중이었던 환자로 간주하여 입원료를 산정하고 입원료 체감제도 최초 입원일로부터 적용함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
외래진료 후 당일 입원했을 경우 외래요양급여비용에 대한 본인일부부담금 산정방법	<p>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 입원 부담률에 의거 산정하여야 하며, 이미 외래부담률에 의해 징수한 요양급여비용은 입원부담률에 의거 산정하여 그 차액을 정산 하여야 함. 다만, 외래진료 시 발급된 원외처방전에 의한 약국의 약제비는 정산대상에 해당되지 아니함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2004-36호, 2004.7.1. 시행]</p>
타 법령에 의거 진료를 받고 있던 환자가 건강보험으로 적용될 경우 입원료 체감제 적용일에 대하여	<p>타 법령에 의거 진료를 받고 있던 환자(예: 산재, 자동차보험 환자 등) 또는 일반적으로 진료를 받고 있던 자가 건강보험으로 적용될 경우 입원료 체감제는 건강보험 적용일로부터 적용함. 다만, 입원환자가 의료급여에서 건강보험으로 자격이 변경된 경우에 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙에 의거 진료내용을 연계하여, 입원료 체감제는 최초 입원일로부터 적용함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2008-21호, 2008.3.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
<p>입원중 2개과 이상을 옮겼을 경우 입원료 체감제 적용방법</p>	<p>종합병원에 입원 중 2개과 이상을 옮겼을 경우에도 입원료 체감제는 전과여부에 관계없이 입원일로부터 퇴원일까지의 일수에 따라 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
<p>입원환자 외박시 병원관리료 산정방법</p>	<p>입원중인 환자가 주치의의 허가를 받아 외박시 입원료는 산정할 수 있으나, 연속하여 24시간을 초과하는 경우는 입원료 중 입원환자 병원관리료만 산정함. 이 때, 병원관리료는 내과질환자·정신질환자만 8세 미만의 소아환자에 대한 가산, 간호인력 확보 수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등가산 및 입원일수에 따른 체감이 적용되지 않은 상태에서 입원료 소정점수의 35%를 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2003-65호, 2003.12.1. 시행]</p>
<p>국민건강보험법 시행령 제19조제1항 관련 [별표2] “본인일부부담금의 부담률 및 부담액” 제5호에 따른 ‘일반입원실’의 적용범주</p>	<p>국민건강보험법 시행령 [별표2] 제5호에 따른 ‘법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실’에 입원하는 경우는 가2 입원료를 산정하는 경우를 의미함</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행]</p>
<p>국민건강보험법 시행령 제19조1항 관련 [별표2] “본인일부부담금의 부담률 및 부담액” 제5호에 따른 ‘질병 또는 환자 특성상 16일 이상 장기입원이 불가피한 경우’의 범주</p>	<p>‘질병 또는 환자 특성상 16일 이상 장기입원이 불가피한 경우’로서 국민건강보험법 시행령 제19조제1항 관련 [별표2] 제5호에 따른 본인부담률(중별, 인실별 16일 이상 연속하여 입원 시 25~55%, 31일 이상 30~60%)을 따르지 않는 경우는 다음과 같음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 국민건강보험법 시행령 [별표2] 제3호의 가목1)~3), 나목2)~3), 라목1)~2), 마목, 아목, 자목 중 하나에 해당하여 입원 진료한 경우 및 동 시행령 [별표2] 제1호의 다목3)에서 나열한 보훈관계법령에서 정한 의료지원대상자에 대하여 입원진료한 경우 (본인부담경감대상자 등)</p> <p>나. “한국표준질병·사인 분류표”에 의한 다음의 질병코드를 주상병으로 입원진료한 경우</p>



제목	세부인정사항																																																																																														
	<table border="1" data-bbox="554 310 1255 936"> <thead> <tr> <th colspan="5" data-bbox="554 310 1255 353">질병코드</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A04.7</td><td>G83.4</td><td>L89.2</td><td>M86~M87</td><td>S38.1</td></tr> <tr><td>A41.0</td><td>G91</td><td>L89.3</td><td>M95.2</td><td>S68</td></tr> <tr><td>A41.8</td><td>G93.1</td><td>L89.9</td><td>M96.6</td><td>S72</td></tr> <tr><td>B00.4</td><td>G95</td><td>L97</td><td>N49.8</td><td>S82.0~S82.3</td></tr> <tr><td>B37.7</td><td>I33</td><td>M00</td><td>S06.3</td><td>S82.8</td></tr> <tr><td>B44.0</td><td>I60~I63</td><td>M13.8</td><td>S06.5</td><td>S92.0</td></tr> <tr><td>D73.3</td><td>I67.2</td><td>M17</td><td>S06.8</td><td>T09.3</td></tr> <tr><td>E10.7</td><td>J15.1</td><td>M20.1</td><td>S12.0</td><td>T20</td></tr> <tr><td>E11.5</td><td>J15.2</td><td>M43.1</td><td>S12.1</td><td>T24.3</td></tr> <tr><td>E11.7</td><td>J18.2</td><td>M46.2</td><td>S12.7</td><td>T25</td></tr> <tr><td>E14.5</td><td>J69.0</td><td>M46.3</td><td>S14.1</td><td>T31</td></tr> <tr><td>E14.7</td><td>J80</td><td>M46.5</td><td>S22.0</td><td>T81.4</td></tr> <tr><td>F00~F99</td><td>J96.0</td><td>M46.9</td><td>S24.1</td><td>T84</td></tr> <tr><td>G00</td><td>K63.1</td><td>M47.1</td><td>S32</td><td>T87</td></tr> <tr><td>G04~G06</td><td>K75.0</td><td>M49</td><td>S34.1</td><td>Z50.1</td></tr> <tr><td>G30</td><td>K76.7</td><td>M72.6</td><td>S34.3</td><td>Z54.0</td></tr> <tr><td>G81~G82</td><td>L51.1</td><td>M84.1</td><td>S36</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p data-bbox="554 950 1255 1115">다. 위 가.~나. 이외에도 진료담당의사가 진료상 계속 입원 진료가 필요하다고 판단하여, 그 사유 및 계속 입원 적용기간 등을 진료기록부에 작성·보관하고, 청구 시 “요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령”에 따라 청구하는 경우</p> <p data-bbox="824 1184 1255 1214">[고시 제2019-115호, 2020.1.1. 시행]</p>					질병코드					A04.7	G83.4	L89.2	M86~M87	S38.1	A41.0	G91	L89.3	M95.2	S68	A41.8	G93.1	L89.9	M96.6	S72	B00.4	G95	L97	N49.8	S82.0~S82.3	B37.7	I33	M00	S06.3	S82.8	B44.0	I60~I63	M13.8	S06.5	S92.0	D73.3	I67.2	M17	S06.8	T09.3	E10.7	J15.1	M20.1	S12.0	T20	E11.5	J15.2	M43.1	S12.1	T24.3	E11.7	J18.2	M46.2	S12.7	T25	E14.5	J69.0	M46.3	S14.1	T31	E14.7	J80	M46.5	S22.0	T81.4	F00~F99	J96.0	M46.9	S24.1	T84	G00	K63.1	M47.1	S32	T87	G04~G06	K75.0	M49	S34.1	Z50.1	G30	K76.7	M72.6	S34.3	Z54.0	G81~G82	L51.1	M84.1	S36	
질병코드																																																																																															
A04.7	G83.4	L89.2	M86~M87	S38.1																																																																																											
A41.0	G91	L89.3	M95.2	S68																																																																																											
A41.8	G93.1	L89.9	M96.6	S72																																																																																											
B00.4	G95	L97	N49.8	S82.0~S82.3																																																																																											
B37.7	I33	M00	S06.3	S82.8																																																																																											
B44.0	I60~I63	M13.8	S06.5	S92.0																																																																																											
D73.3	I67.2	M17	S06.8	T09.3																																																																																											
E10.7	J15.1	M20.1	S12.0	T20																																																																																											
E11.5	J15.2	M43.1	S12.1	T24.3																																																																																											
E11.7	J18.2	M46.2	S12.7	T25																																																																																											
E14.5	J69.0	M46.3	S14.1	T31																																																																																											
E14.7	J80	M46.5	S22.0	T81.4																																																																																											
F00~F99	J96.0	M46.9	S24.1	T84																																																																																											
G00	K63.1	M47.1	S32	T87																																																																																											
G04~G06	K75.0	M49	S34.1	Z50.1																																																																																											
G30	K76.7	M72.6	S34.3	Z54.0																																																																																											
G81~G82	L51.1	M84.1	S36																																																																																												
<p data-bbox="179 1238 496 1403">일반병원에서 중환자실로 전실되거나 일반병실과 중환자실을 이중으로 사용하는 경우의 입원료 산정방법</p>	<p data-bbox="550 1238 1246 1701">기준병실에서 입원진료 중 환자 상태 등에 따라 집중치료가 필요하여 중환자실로 전실된 경우는 가9 중환자실 입원료를 산정하되, 전실하는 당일에 한하여 수진자가 더 오랫동안 체류한 쪽 병실의 입원료를 산정함. 또한 환자가 집중치료를 위하여 중환자실로 전실된 경우에는 종전에 사용하던 입원실을 다른 환자 입원을 위하여 비워 주어야 함이 원칙이나, 환자상태의 호전을 대비한 기준 병실의 확보 또는 보호자 대기사용 등의 목적으로 그 비용을 별도 부담함을 요양기관측에 요청하여 병실을 계속 사용한 경우에는 그 환자 가족이 그 병실을 계속 사용함에 따라 요양기관측은 다른 환자를 입원시키지 못한 손실을 보전할 방법이 없으므로 요양급여비용의 100분의 100을 본인이 부담토록 함.</p> <p data-bbox="824 1755 1255 1785">[고시 제2007-81호, 2007.10.1. 시행]</p>																																																																																														

제목	세부인정사항
<p>입원중 협의진찰료 급여기준</p>	<p>1. 산정기준 협의진찰료는 입원 중인 환자의 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위하여 그 환자의 주치의가 아닌 다른 진료과목 [또는 세부 전문과목(분야)] 의사의 견해나 조언을 얻는 경우 산정하며, 협의진료를 요청하는 특별한 문제 및 협의진료의사의 견해 등을 의무기록에 명시하여야 함.</p> <p>2. 진료과목 또는 세부전문과목(분야)당 산정횟수</p> <p>가. 상급종합병원, 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원 : 입원기간 중 30일에 5회 이내 다만, 중환자실 입원환자의 경우 환자상태 변화 등으로 인해 협진이 필요한 경우 추가산정 가능(기본코드 다섯 번째 자리에 1로 기재)</p> <p>나. 종합병원, 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속 치과병원 : 입원기간 중 30일에 3회 이내</p> <p>다. 병원·한방병원·치과병원 : 입원기간 중 30일에 2회 이내</p> <p>라. 요양병원·의원·한의원·치과의원·보건의료원 : 입원기간 중 30일에 1회 이내</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행]</p>



▶ 낮병동 입원료

제목	세부인정사항
낮병동입원료 산정방법	<p>낮병동 입원료는 입원에 준하는 상태에서 항암제 투여, 처치 및 수술 등을 받은 환자에 대한 관찰에만 최소한 6시간 이상 소요되는 경우에 산정하는 것으로 외래에서 별다른 처치·수술 등 없이 단순히 약제만을 투약하는 경우에는 산정할 수 없음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2003-65호, 2003.12.1. 시행]</p>
입원료 및 낮병동 입원료 산정 시 기산점	<ol style="list-style-type: none"> 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. <p style="text-align: right;">[고시 제2015-241호, 2016.1.1. 시행]</p>
낮병동 입원환자가 다른 상병으로 다른 전문과목 또는 전문분야에서 외래진료를 받은 경우 수가 산정방법	<p>「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 2. 입원료 다(3)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 외래요양급여비용명세서를 별도 작성 청구하지 말고 동 환자의 월간 입원요양급여비용명세서에 포함하여 일괄 작성 청구함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행]</p>

▶ 의약품관리료

제목	세부인정사항
<p>의약품 관리료 산정기준</p>	<p>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 진찰로 보아 진찰료를 각각 산정하고 있으므로 외래환자 의약품관리료도 각각 산정함.</p> <p>[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
<p>의약품관리료 산정방법</p>	<p>의약품관리료는 실제 투약이 이루어진 경우에 산정하되 종별가산율이나 소아가산은 적용하지 아니하며, 퇴원환자에게 투약한 경우에는 외래환자로 간주하여 외래환자 의약품관리료로 산정하되, 라1 퇴원환자조제료 '주1'에 의거 퇴원 익일부터 산정함.</p> <p>[고시 제2011-71호, 2011.7.1. 시행]</p>
<p>타 법령에 의거 진료를 받고 있던 환자가 건강보험으로 적용될 경우 의약품관리료 산정방법</p>	<p>타 법령에 의거 입원진료를 받고 있던 환자(산재, 자동차보험 등) 또는 일반으로 입원진료를 받고 있던 환자가 건강보험으로 적용될 경우 입원환자 의약품관리료는 건강보험 적용일을 시점으로 하여 해당 소정점수의 의약품관리료를 산정함.</p> <p>아울러, 입원진료를 받고 있던 의료급여 수급권자가 건강보험 가입자 또는 피부양자가 될 경우, 의약품관리료는 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙에 의거 연계하여 퇴원일을 기준으로 일괄 청구하여야 하나, 진료비 보상 주체가 다르고, 의료급여 정신건강의학과 정액의 경우 의약품관리료 등 제반비용이 포함되어 있어 이를 연계하여 계산할 경우 중복산정 되는 바, 입원환자가 의료급여에서 건강보험으로 자격이 변경된 경우에도 건강보험 적용일을 시점으로 하여 해당 소정점수의 의약품관리료를 산정함.</p> <p>[고시 제2012-39호, 2012.3.27. 시행]</p>
<p>「건강보험요양급여비용의 내역」 개정 및 요양기관종별 변경에 따른 의약품관리료 산정 방법</p>	<p>입원기간 중 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정 고시 및 요양기관 종별 변경이 발생한 경우 의약품관리료는 변경 시점을 기준으로 분리하여 청구할 수 없으며, 입원시점의 점수당 단가 및 요양기관 종별 가산율을 적용하여 산정하되, 퇴원일을 기준으로 일괄하여 청구토록 함.</p> <p>[고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행]</p>



▶ 기타

제목	세부인정사항
<p>집중영양치료료 (Therapy by Nutrition Support Team) 급여기준</p>	<p>집중영양치료료(Therapy by Nutrition Support Team)는 아래 ‘나’의 집중영양치료가 필요하다고 판단된 환자에게 담당의사의 의뢰에 따라 집중영양치료팀이 영양치료를 계획·재평가·모니터링하고, 담당의사가 경장영양 또는 정맥영양을 처방한 경우에 산정하되, 아래와 같은 요건을 모두 충족하여야 함.</p> <p>가. 대상자: 상급종합병원 또는 종합병원에 입원한 환자</p> <p>나. 집중영양치료가 필요한 환자 대상: 다음의 1개 이상에 해당하는 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 혈중 알부민 ≤ 3.0 g/dl 인 경우 (2) 경장영양을 받고 있는 경우 (3) 정맥영양을 받고 있는 경우 (4) 중환자실에서 집중치료중인 경우 (5) 진료담당의사의 의학적 소견에 따라 집중영양치료가 필요하다고 판단된 경우 (6) 성장곡선 체중 기준 5 percentile 미만인 경우(소아만 해당) <p>다. 집중영양치료팀구성: 다음의 인력을 각 1인 이상씩 포함하여 4인 이상으로 구성하여야 함. 다만, 집중영양치료팀당 1인 이상은 집중영양치료 업무만을 전담하여야 함</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 영양치료에 관한 소정의 연수를 수료한 상근하는 전문의 [소아의 경우는 영양치료에 관한 소정의 연수를 수료한 소아청소년과 전문의 또는 소아외과 전문의] (2) 영양치료에 관한 소정의 연수를 수료한 상근하는 간호사 (3) 영양치료에 관한 소정의 연수를 수료한 상근하는 약사 (4) 상근하는 임상영양사 <p>라. 산정횟수 등: 환자 당 주1회 산정하되, 집중영양치료팀당 1일 30인 이내로 산정</p> <p>마. 기타: 환자의 영양에 관한 모든 자료는 의무기록으로 남겨야 함</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
<p>교육·상담료 급여기준</p>	<p>교육·상담료는 교육·상담 등을 통해 환자가 자신의 질환 및 치료 과정을 이해하여, 합병증 예방 등 자가관리를 할 수 있도록 지속적인 관리체계를 수립한 경우로서, 아래와 같은 요건을 모두 충족한 경우 인정함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 대상환자(질환)</p> <p>1)~4)에 해당하고 진료담당의사가 치료효과를 높이기 위하여 교육 필요성을 인정하는 경우</p> <p>1) 암환자 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 산정특례 대상 중 등록 암환자에 해당하는 상병의 환자</p> <p>2) 심장질환 “한국표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드 I20~I25, I05~I08, I31.0, I31.1, I31.9, I32.8, I34~I37, I42~I50, I51.0, I51.3, I51.4, I51.5, I51.6, I51.7, Q20~Q26, Z95.9에 해당하는 환자</p> <p>3) 장루·요루 가) 지속적인 장루 또는 요루 유지가 필요한 환자 나) 자연적으로 형성된 루(fistula)를 통해 분변(뇨) 배출이 이루어지는 환자</p> <p>4) 만성신부전 가) 투석이 필요 없는 환자 : 투석이 필요 없는 만성신장병 3기, 4기, 5기에 해당하는 환자 나) 복막투석 : 지속적인 복막투석을 처음 실시하는 환자 다) 혈액투석 : 혈액투석을 처음 실시하는 환자</p> <p>나. 교육내용 및 방법</p> <p>1) 일반사항 관련 학회 등에서 제시한 표준 교육자료를 이용하여 교육팀, 교육의 내용·횟수·간격 등이 미리 계획된 교육프로그램에 의해 질환의 치료 및 합병증 예방 등 자가관리를 할 수 있는 포괄적인 내용을 교육하며, 교육프로그램 일부내용의 반복교육 및 추후관리를 포함함.</p> <p>2) 필수교육내용</p>



제목	세부인정사항
	<p>가) 암환자</p> <p>(1) 항암화학요법 : 암 질환에 대한 이해, 항암화학요법의 목적, 치료 계획, 부작용에 대한 대처 및 관리방법, 일상생활관리, 식이관리, 치료기간 동안 주의식품 안내</p> <p>(2) 방사선치료 : 암 질환에 대한 이해, 방사선치료의 목적, 치료 계획, 치료 전-후 주의사항, 관련 부작용에 대한 대처 및 관리방법, 일상생활관리, 식이관리, 치료기간 동안 주의식품 안내</p> <p>(3) 수술 후 : 암 질환에 대한 이해, 수술 치료의 목적, 수술 후 치료계획, 합병증 예방 및 치료방법, 일상생활관리, 식이관리, 일반적인 식사로의 진행방법</p> <p>나) 심장질환 : 심장질환에 대한 이해, 약물요법의 목적, 치료 계획, 심장 수술·시술의 종류 및 방법, 응급상황에 대한 대처방법, 일상생활관리, 식이관리</p> <p>다) 장루·요루 : 장루·요루에 대한 이해, 장루·요루 기구의 종류 및 교환 방법, 장루·요루 주위 피부 관리, 합병증 예방 및 치료방법, 일상생활관리, 식이관리</p> <p>라) 만성신부전</p> <p>(1) 투석이 필요 없는 환자 : 만성신부전에 대한 이해, 신 대체요법 종류 및 방법, 합병증 예방 및 치료방법, 일상생활관리, 식이관리, 치료기간 동안 주의식품 안내</p> <p>(2) 복막투석 : 만성신부전에 대한 이해, 복막투석 원리 및 투석액 교환 방법, 도관 관리, 수분·염분· 전해질·체중 관리, 합병증 예방 및 치료방법, 일상생활관리, 식이관리</p> <p>(3) 혈액투석 : 만성신부전에 대한 이해, 혈액투석 원리 및 방법, 혈액통로 관리, 수분·염분· 전해질·체중 관리, 합병증 예방 및 치료방법, 일상생활관리, 식이관리</p> <p>3) 교육방법</p> <p>가) 암환자(항암화학요법), 장루·요루, 만성신부전(복막투석, 혈액투석) : 개별 교육하는 것을 원칙으로 함</p> <p>나) 암환자(방사선치료, 수술 후), 심장질환, 만성신부전(투석이 필요 없는 환자) : 개별·집단 교육을 선택 또는 혼합하여 실시할 수 있음</p>

제목	세부인정사항
	<p>다. 교육팀</p> <p>1) 일반사항 의사, 간호사, 영양사, 약사 등 관련 분야 상근 전문 인력으로 교육팀을 구성하되, 교육프로그램 전반을 관리하는 코디네이터를 1인 이상 두어야 함.</p> <p>2) 교육팀 자격요건 가) 의사 : 해당분야 전문의(세부 전문의 포함) 또는 진료담당 전문의 나) 간호사 (1) 암환자 : 의료법 제78조에 따른 종양전문간호사 또는 해당분야 실무경력 3년 이상인 자 (2) 심장질환 : 해당분야 실무경력 3년 이상인 자 (3) 장루·요루 : WOCN(Wound, Ostomy, Continenace -Nursing, 상처장루실금간호사) 교육과정을 이수한 자 또는 해당분야 실무경력 3년 이상인 자 (4) 만성신부전 : 해당분야 실무경력 3년 이상인 자 다) 영양사 : 국민영양관리법 제23조에 따른 임상영양사 라) 약사 등 : 교육프로그램 상 필요하다 판단되는 해당분야 실무경력 3년 이상인 자</p> <p>라. 교육 환경 교육이 원활히 이루어질 수 있는 별도의 공간을 확보하여야 함.</p> <p>마. 교육시간 교육프로그램은 프로그램별 특성을 고려하여 교육팀원 중 반드시 의사를 포함하여 3개 이상의 직종을 활용하여 운영하되, 총 교육 시간은 다음을 충족하여야 함. 1) 암환자, 심장질환, 만성신부전(투석이 필요 없는 환자, 혈액투석), 장루·요루 : 80분 이상 2) 만성신부전(복막투석) : 200분 이상</p> <p>바. 효과평가 등 관리 1) 교육·상담의 질 향상을 위해 교육프로그램별로 교육자,</p>



제목	세부인정사항
	<p>교육내용 및 방법, 교육환경, 평가시기 등에 대한 만족도 조사 등의 효과평가를 하여야 함.</p> <p>2) 교육프로그램별로 교육대상자, 교육시간, 내용, 방법, 교육자 및 효과평가 결과를 기록 관리하고, 교육 대상자가 교육 전 과정에 참석할 수 있도록 하여야 함.</p> <p>사. 산정방법</p> <p>1) 소아환자 등 환자가 독립적으로 교육받기 곤란한 경우에는 보호자를 대상으로 교육한 경우에도 산정할 수 있음</p> <p>2) 암환자 교육·상담료는 원발암 기준으로 각각 1회만 산정하되, 항암화학요법이 변경된 경우는 항암화학요법 재교육을 추가 산정할 수 있음</p> <p>3) 장루·요루 교육·상담료는 부작용이나 합병증 등으로 인해 stoma의 위치 변경을 위한 수술이 이루어진 경우 재교육을 추가 산정할 수 있음</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-193호, 2018.9.28. 시행]</p>
<p>입원환자 안전관리료 산정기준</p>	<p>입원환자 안전관리료는 아래와 같은 조건을 모두 갖춘 요양기관에서 환자안전 활동을 실시하는 경우에 요양급여를 인정하며, 입원환자 입원 1일당 1회 산정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 대상기관 「환자안전법」제11조·제12조 및 동법 시행규칙 제5조·제9조 제1항에 해당하는 의료기관으로 전담인력을 배치하고, 환자안전위원회를 설치·운영하는 기관</p> <p>나. 위 '가'항에 해당하는 기관은 다음 각 호의 활동을 시행하여야 함.</p> <p>1) 환자안전위원회는 「환자안전법」 제11조제2항 및 동법 시행규칙 제8조에 명시된 업무를 시행하여야 하며, 위원회 구성은 동법 시행규칙 제6조를 따름</p> <p>2) 전담인력은 「환자안전법」제12조제2항 및 동법 시행규칙 제9조제4항에 따른 업무를 시행하여야 하며, 환자안전활동에 대한 연간 계획을 수립하고 관리하여야 함</p>

제목	세부인정사항
	<p>3) 「환자안전법」제9조 및 동법 시행령 제6조에 따른 환자안전기준 준수를 위해 아래의 (가), (나)를 포함한 체계적인 활동을 시행하여야 함</p> <p>(가) 입원환자 병문안 관리 규정을 자체적으로 수립하고 이를 시행하여야 함</p> <p>(나) 입원기간 동안 낙상, 욕창 예방 및 관리 등을 시행하여야 함</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행]</p>
<p>입원환자 안전관리료 인력기준</p>	<p>입원환자 안전관리료 산정을 위한 전담인력기준은 아래와 같이함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 전담인력은 「환자안전법」 시행규칙 제9조제2항에 따라 다음 각 호중 하나에 해당하는 자격을 갖추어야 함.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 취득한 후 5년 이상 보건의료기관에서 근무한 사람 2) 「의료법」제77조에 따른 전문의 자격이 있는 사람 3) 간호사 면허를 취득한 후 5년 이상 보건의료기관에서 근무한 사람 <p>나. 전담인력은 「환자안전법」 제13조 및 동법 시행규칙 제10조에 따라 환자안전 활동에 관한 교육을 매년12시간 이상 정기적으로 받아야 함. 다만, 새로 배치된 경우에는 6개월 이내에 24시간 이상 이수하여야 함.</p> <p>다. 대상기관은 「환자안전법」 시행규칙 제9조제3항에 따라 위의 '가' 및 '나'항을 모두 만족한 전담인력을 해당기관에 배치하여야 함.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 500병상 이상 종합병원급: 2명 이상 2) 100병상 이상~ 500병상 미만 종합병원급: 1명 이상 3) 200병상 이상 병원급: 1명 이상 <p>라. 현황신고</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 「환자안전법」 제11조 및 12조에 따른 환자안전위원회 구성·운영 및 전담인력 배치현황은 의료기관평가인증원에 신고하여야 함.



제목	세부인정사항
	<p>2) 「환자안전법」 시행규칙 제9조5항에 따라 전담인력 현황변경 시(신규배치·해지 등) 의료기관평가인증원에 지체없이 신고하여야 함</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행]</p>
<p>입원환자 안전관리료 병문안 관리기준</p>	<p>입원환자 안전관리료 산정을 위한 병문안 관리기준은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1. 입원환자 안전관리료 산정을 위한 병문안 관리기준을 충족하기 위해서는 ‘병문안 관리 규정’ 및 ‘병문안 관리방법’을 건강보험 심사평가원에 신고하여야 함.</p> <p>2. ‘병문안 관리 규정’(이하 규정)은 아래 기준을 모두 충족해야 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 의료기관에서 자체적으로 수립하고 기관장 결재를 마친 규정이어야 함</p> <p>나. 규정에는 다음 5가지 내용이 모두 포함되어야 함</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 병문안 허용시간대 2) 병문안 제한 대상 3) 병문안객 관리대상 양식 및 운영방법 4) 반입금지 물품 목록 5) 병문안 관리 방법 <p>다. 기관장 직인이 포함된 규정 전문을 첨부파일로 제출해야 함</p> <p>3. ‘병문안 관리 방법’은 아래 기준을 모두 충족해야 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 병문안객 관리를 위한 ‘시설’, ‘인력’, ‘기타’ 중 하나 이상의 방법을 운영하고 있어야 함</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ‘시설’은 ID카드 등을 이용하여 허용된 사람에 한해 개폐가 가능한 고정 시설물을 의미하며, 건물별로 1개 이상 설치되어 있어야 함.

제목	세부인정사항
	<p>2) '인력'은 규정에 정해진 시간 동안 병문안객 관리를 전담하는 사람을 의미하며, 외부 보안관리 전문기관과의 계약에 따라 배치된 사람은 포함되나 단순 안내요원 및 자원봉사자, 사회복지요원 등은 제외함. 기관별로 1명 이상이 배치되어 있어야 하며, 인력 배치현황(인력수, 근무시간, 장소) 및 근무대장을 관리·작성하여야 함.</p> <p>3) '기타'는 위 1) 또는 2)에 해당하지 않지만 병문안객 관리가 가능한 방법을 의미함</p> <p>나. '가'항에 따른 운영현황을 증빙할 수 있는 자료('시설'의 경우 도면, 사진 등, '인력'의 경우 근로계약서, 근무대장 등)를 첨부 파일로 제출해야 함.</p> <p>4. 입원환자 안전관리료를 산정하는 요양기관은 별지 제14호 서식에 의한 입원환자 병문안 관리 현황신고서를 최초 수가 청구 전까지 (단, 기존 산정기관은 '18.7월말까지) 건강보험심사평가원에 제출하여야 하며, 최초 신고 이후 변경이 있는 경우 지체없이 변경 내용을 신고해야 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-114호, 2018.8.1. 시행]</p>

CHAPTER II

신경외과 분야 급여기준

1. 검사료
2. 영상진단 및 방사선치료료
3. 주사료
4. 마취료
5. 이학요법료
6. 처치 및 수술료 등
7. 행위 비급여 목록



1

검사로

▶ 신경계 기능검사

■ 나610 신경학적 검사 Neurologic Examination

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-610		신경학적 검사 Neurologic Examination 주 : 「가」와 「나」의 경우, 만1세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 50%를, 만1세 이상 만6세 미만 소아에 대하여는 소정점수의 30%를 가산한다.(산정코드 첫 번째 자리에 만1세 미만은 A, 만1세 이상~만6세 미만은 B로 기재)			
	F6100	가. 단순검사 Simple	146.75	12,590	11,180
	F6101	나. 일반검사 General	293.50	25,180	22,360
	F6102	다. 뇌사판정을 위한 검사 for Brain Death	1,220.21	104,690	92,980

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
나610 신경학적 검사의 급여기준	<p>신경학적 검사의 단순검사와 일반검사는 신경계통(중추신경계 및 말초신경계)의 이상유무 및 진행과정을 객관적으로 평가하기 위한 검사로 다음에서 정한 바에 따라 검사를 시행하고 검사결과 및 판독소견을 기록한 경우에 산정하며, 세부적인 기준은 다음과 같음</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1. 산정기준</p> <p>가. 산정대상 : 신경계 질환(의심)자</p> <p>나. 산정방법</p> <p>1) 단순검사 : 7개 평가영역 중 4개 이상의 평가영역을 시행한 경우에 산정하며 3개 이하의 평가영역을 시행하는 단편적인 신경검사는 기본진료료에 포함됨</p>

제목	세부인정사항																								
	<p>2) 일반검사 : 7개 평가영역을 모두 시행한 경우에 산정함</p> <p>3) 상기 1), 2)의 규정에도 불구하고 만 1세 미만의 소아는 ‘소뇌 및 전정기능 검사’ 와 ‘보행장애 검사’를 대신하여 ‘신체발육’을 포함한 6개 평가영역을 모두 시행한 경우 일반검사를 산정할 수 있으며, 이 중 3개 이상의 평가영역을 시행한 경우는 단순검사로 산정함</p> <p>다. 동일한 날에 단순검사와 일반검사를 실시한 경우에는 주된 검사 1가지만 산정함</p> <p>라. 평가영역별 필수검사 평가영역별 필수검사 항목을 반드시 포함하여 전반적인 신경학적 검사를 시행하여야 함. 다만, 만 6세 미만의 소아의 경우에는 예외로 적용할 수 있음</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 40%;">평가영역</th> <th style="width: 50%;">필수검사항목</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td>의식수준 및 대뇌 고위기능 평가</td> <td>의식수준 지남력(시간, 장소, 사람) 언어(이해, 말하기)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(2)</td> <td>뇌신경 검사</td> <td>- 동공크기 및 대광반사 - 안구운동 검사 - 안면감각 검사 - 안면근 운동 검사 - 구역반사 - 혀의 운동</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(3)</td> <td>사지 운동기능 검사</td> <td>- 근력(상지, 하지) - 근긴장도(상지, 하지)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(4)</td> <td>사지 감각기능 검사</td> <td>- 촉각 - 통각 또는 온도각</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(5)</td> <td>반사기능 검사</td> <td>- 심부건반사(Deep Tendon Reflex) - 병적반사(Pathologic Reflex)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(6)</td> <td>소뇌 및 전정기능 검사</td> <td>- 양쪽 팔,다리의 협조 운동(Motor coordination) (예시) Rapid alternating movement, Finger to nose test, Heel to shin test 등 - 롬버그(Romberg) 검사</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(7)</td> <td>보행장애 검사</td> <td>- 일반보행 - 일자보행(Tandem gait)</td> </tr> </tbody> </table>		평가영역	필수검사항목	(1)	의식수준 및 대뇌 고위기능 평가	의식수준 지남력(시간, 장소, 사람) 언어(이해, 말하기)	(2)	뇌신경 검사	- 동공크기 및 대광반사 - 안구운동 검사 - 안면감각 검사 - 안면근 운동 검사 - 구역반사 - 혀의 운동	(3)	사지 운동기능 검사	- 근력(상지, 하지) - 근긴장도(상지, 하지)	(4)	사지 감각기능 검사	- 촉각 - 통각 또는 온도각	(5)	반사기능 검사	- 심부건반사(Deep Tendon Reflex) - 병적반사(Pathologic Reflex)	(6)	소뇌 및 전정기능 검사	- 양쪽 팔,다리의 협조 운동(Motor coordination) (예시) Rapid alternating movement, Finger to nose test, Heel to shin test 등 - 롬버그(Romberg) 검사	(7)	보행장애 검사	- 일반보행 - 일자보행(Tandem gait)
	평가영역	필수검사항목																							
(1)	의식수준 및 대뇌 고위기능 평가	의식수준 지남력(시간, 장소, 사람) 언어(이해, 말하기)																							
(2)	뇌신경 검사	- 동공크기 및 대광반사 - 안구운동 검사 - 안면감각 검사 - 안면근 운동 검사 - 구역반사 - 혀의 운동																							
(3)	사지 운동기능 검사	- 근력(상지, 하지) - 근긴장도(상지, 하지)																							
(4)	사지 감각기능 검사	- 촉각 - 통각 또는 온도각																							
(5)	반사기능 검사	- 심부건반사(Deep Tendon Reflex) - 병적반사(Pathologic Reflex)																							
(6)	소뇌 및 전정기능 검사	- 양쪽 팔,다리의 협조 운동(Motor coordination) (예시) Rapid alternating movement, Finger to nose test, Heel to shin test 등 - 롬버그(Romberg) 검사																							
(7)	보행장애 검사	- 일반보행 - 일자보행(Tandem gait)																							
	<p>2. 산정횟수</p> <p>가. 단순검사</p> <p>1) 주 1회</p>																								



제목	세부인정사항
	2) 상기 1)의 규정에도 불구하고 중환자실 또는 뇌졸중집중치료실 입원 환자는 일 1회 나. 일반검사 : 월 1회 <div style="text-align: right;">[고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]</div>

■ 나616 수술 중 피질뇌파검사 Intraoperative Electrocorticogram

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-616	F6160	수술중 피질뇌파검사 Intraoperative Electroco-	2,027.24	173,940	154,480

■ 나619 두개내압측정 [1일당] ICP monitoring

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-619	F6190	두개내압측정 [1일당] ICP Monitoring	182.95	15,700	13,940

■ 나619-1 지속적 국소뇌혈류량 측정 [1일당] Continuous Regional Cerebral Blood Flow Monitoring

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-619-1	F6191	지속적 국소뇌혈류량 측정 [1일당] Continuous Regional Cerebral Blood Flow Monitoring 주 : 검사시 사용된 Probe는 별도 산정한다.	81.96	7,030	6,250

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
지속적 국소뇌혈류량측정의 인정기준	<p>일정기간동안 국소 뇌혈류량의 변화를 실시간 정량적으로 측정하는 지속적 국소뇌혈류량측정의 인정기준은 다음과 같이함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 뇌동맥류 환자의 수술중 뇌허혈발생여부의 확인 및 수술후 측정 나. 지주막하 출혈환자의 지연성 혈관연축 발생 진단</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2006-3호, 2006.1.16. 시행]</p>

■ **너681 수술중 신경생리 추적감시 [수술중 뇌파 추적감시, 수술중 유발전위 추적감시, 수술중 침근전도 추적감시 포함] Intraoperative Neurophysiologic Monitoring**

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
너-681	FY681	수술중 신경생리 추적감시 [수술중 뇌파 추적감시, 수술중 유발전위 추적감시, 수술중 침근전도 추적감시 포함] Intraoperative Neurophysiologic Monitoring 주 : 1. 신경과 또는 재활의학과 전문의가 감시 및 판독을 한 경우에 산정한다.	1,337.47	114,750	101,920
	FY682	2. 동시에 2종 이상의 검사를 실시한 경우에는 1,781.80점을 산정한다. 3. 1시간당으로 산정하되 최대 8시간 이내만 산정한다.	1,781.80	152,880	135,770

[기결정고시]

○ **자극근전도와 운동유발전위를 이용한 척추수술중 신경생리추적감시 Intraoperative Triggered Electromyography(EMG) and Motor Evoked Potential(MEP) Monitoring in Spinal Surgery**

「너681 수술중 신경생리 추적감시」에 준하는 항목임.

* 소요장비 : NIM-Spine TM

[고시 제2009-26호, 2009.3.1. 시행]



■ 너682 기능적대뇌피질지도화 [1시간당] Functional Cerebral Cortical Mapping

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
너-682	FX682	기능적대뇌피질지도화 [1시간당] Functional Cerebral Cortical Mapping 주 : 두개강내에 피질전극 혹은 심부전극을 사용하여 전기적으로 대뇌피질을 자극하면서 신경심리검사와 지속적인 뇌파감시를 시행함으로써 각 전극위치의 뇌기능을 검사하여 종합적인 뇌기능지도를 작성한 경우에 산정한다.	1,886.25	161,840	143,730

■ 너684 신경학적 척도검사 [운동질환척도] Neurologic Rating Scale [Movement Disorder Rating Scale]

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
너-684		신경학적 척도검사 [운동질환척도] Neurologic Rating Scale [Movement Disorder Rating Scale] 주 : 환자의 증상 및 행동을 객관적으로 평가하기 위하여 정형화된 도구(검사지)를 이용하여 실시한 경우에 산정한다.			
	FY841	가. 본태성 진전환자척도	363.20	31,160	27,680
	FY842	나. 틱장애척도 Yale Global Tic Severity Scale(YGTSS)	265.95	22,820	20,270
	FY849	다. 기타 Others	349.86	30,020	26,660

[기결정고시]

○ 정량적 근무력증 척도점수 Quantitative MG score (Myasthenia Gravis)

제3부.비급여목록 너684 가.신경학적척도검사-말초신경척도

[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]

○ 진전증척도검사 Tremor scale

너684다 신경학적척도검사[운동질환척도](기타)의 소정점수를 산정함.

[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]

○ 글자지우기검사 Cancellation test

너628나(1) 신경인지기능검사-개별검사-유형 I 의 무시증후군검사

[고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행]

■ 너700 뇌척수액누출검사 [형광염료이용검사] CSF Leakage Detection Test [Fluorescein Dye Test]

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
너-700	FX700	뇌척수액누출검사 [형광염료이용검사] CSF Leakage Detection Test [Fluorescein Dye Test]	492.07	42,220	37,500

■ 너705 미세전극기록 Microelectrode Recording

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
너-705	FX705	미세전극기록 Microelectrode Recording 주 : 1. 두개강내 신경자극기설치술의 정확한 시술 부위를 확인하기 위하여 실시한 경우에 산정한다. 2. 사용된 Microelectrode는 별도 산정한다.	3,123.82	268,020	238,040

■ 나800 요추천자 [뇌척수압 측정을 포함] Lumbar Puncture

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-800	C8000	요추천자 [뇌척수압 측정을 포함] Lumbar Puncture	273.56	23,470	20,850



[기결정고시]

○ 척수강내 카테타 설치술(지주막하강에 카테타 삽입 후 필요시 뇌척수액 배액)

나800 요추천자의 소정점수로 산정하되, [천자] 주. 1에 의거 천자를 치료목적(약물주입 또는 지속적 배액)으로 실시한 경우에는 소정점수의 30%를 가산함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

■ 나800-1 경막하천자 Subdural Puncture

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-800-1	C8005	경막하천자 Subdural Puncture	234.04	20,080	17,830

■ 나801 후두하대조천자, 경지주막하천자 Cisternal Magna Puncture, Cervical Subarachnoid Puncture

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-801	C8010	후두하대조천자, 경지주막하천자 Cisternal Magna Puncture, Cervical Subarachnoid Puncture	481.70	41,330	36,710

■ 나807 뇌실천자 Ventricular Puncture

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-807	C8070	뇌실천자 Ventricular Puncture	1,526.90	131,010	116,350

▶▶ 일반생검

■ 나861 신경생검술 Biopsy of Nerve

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-861	C8610	신경생검술 Biopsy of Nerve	1,618.38	138,860	123,320

▶▶ 초음파 검사료

■ 나941 두경부

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-941		두경부			
		가. 안 초음파 Ophthalmic Ultrasonography			
	EB411	(1) 안구1)·안와2) Oculus·Orbit	766.95	65,800	58,440
	EB412				
	EB413	(2) 계측 Ophthalmic Biometry	766.95	65,800	58,440
		나. 경부 초음파 Neck Ultrasonography			
	EB414	(1) 갑상선·부갑상선 Thyroid·Parathyroid gland	769.83	66,050	58,660
	EB415	(2) 갑상선·부갑상선 제외한 경부 Neck Except Thyroid·Parathyroid gland	769.83	66,050	58,660
	EB416	다. 비·부비동 초음파 Nasal·Paranasal Sinus Ultrasonography	508.54	43,630	38,750

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
초음파 검사의 급여기준	초음파 검사는 다음과 같은 경우에 요양급여하며, 이에 해당하지 않는 경우에는 비급여함. - 다 음 -



제목	세부인정사항																			
	<p>가. 급여대상 및 범위</p> <p>1) 기본, 진단, 특수 초음파</p> <p>가) 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀질환, 중증난치질환, 결핵질환</p> <p>(1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 산정특례 대상자 : 해당 산정특례 적용기간 중 산정특례 대상 상병 및 관련 합병증에 대해 실시한 경우</p> <p>(2) 산정특례 질환이 의심되는 환자 : 해당 산정특례 질환이 의심되어 실시한 경우(1회 인정)</p> <p>나) 신생아 중환자실 환자 : 신생아 중환자실 입원기간에 실시한 경우</p> <p>2) 임신부 초음파</p> <p>가) 산전진찰을 목적으로 아래와 같이 시행하는 경우에 인정하며, 다태아의 경우 제2태아부터는 소정점수의 50%를 산정함. (나951나(1)'주'항 제외)</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">행위명</th> <th style="width: 15%;">인정 주수</th> <th style="width: 10%;">인정 횟수</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">제1 삼분기</td> <td style="text-align: center;">일반</td> <td>임신 13주 이하 - 임신여부 및 자궁 및 부속기의 종합적인 확인을 하는 경우 산정하고, 임신 여부만을 확인하는 경우 '주'항에 따라 산정</td> <td style="text-align: center;">2회</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">정밀</td> <td>임신 11-13주</td> <td style="text-align: center;">1회</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">제2,3 삼분기</td> <td style="text-align: center;">일반</td> <td>임신 14-19주, 임신 20-35주, 임신 36주 이후</td> <td style="text-align: center;">각 1회</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">정밀</td> <td>임신 16주 이후</td> <td style="text-align: center;">1회</td> </tr> </tbody> </table> <p>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.</p> <p>다) 나951나(1) '주'항을 산정할 수 있는 경우는 아래와 같음.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>(1) 태아에게 문제를 초래하는 임부의 질환상태(임신성 당뇨병, 임신성 고혈압 등)</p>			행위명	인정 주수	인정 횟수	제1 삼분기	일반	임신 13주 이하 - 임신여부 및 자궁 및 부속기의 종합적인 확인을 하는 경우 산정하고, 임신 여부만을 확인하는 경우 '주'항에 따라 산정	2회	정밀	임신 11-13주	1회	제2,3 삼분기	일반	임신 14-19주, 임신 20-35주, 임신 36주 이후	각 1회	정밀	임신 16주 이후	1회
행위명	인정 주수	인정 횟수																		
제1 삼분기	일반	임신 13주 이하 - 임신여부 및 자궁 및 부속기의 종합적인 확인을 하는 경우 산정하고, 임신 여부만을 확인하는 경우 '주'항에 따라 산정	2회																	
	정밀	임신 11-13주	1회																	
제2,3 삼분기	일반	임신 14-19주, 임신 20-35주, 임신 36주 이후	각 1회																	
	정밀	임신 16주 이후	1회																	

제목	세부인정사항
	<p>(2) 태아에게 문제를 초래하는 임부 자궁의 이상(여성생식기종양, 자궁경관무력증, 자궁기형 등)</p> <p>(3) 정상 분만이 불가능한 태반의 이상(전치태반, 태반조기박리 등)</p> <p>(4) 양수과다증 또는 양수과소증</p> <p>(5) 자궁내 태아 성장지연</p> <p>3) 유도 초음파</p> <p>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.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 유도초음파(Ⅰ): 흉막천자, 심낭천자, 더글라스와 천자, 양수천자, 배액시 시술부위 확인</p> <p>나) 유도초음파(Ⅱ): 조직생검, 세침흡인생검, 시술 시 간헐적 유도</p> <p>다) 유도초음파(Ⅲ): 시술 시 지속적 모니터링</p> <p>라) 유도초음파(Ⅳ): 고주파 열치료술, 냉동제거술과 같은 고난이도 시술</p> <p>나. 산정방법</p> <p>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.</p> <p>2) 상기 가. 1) 진단 초음파와 3) 유도 초음파를 동시에 시행한 경우에는 각각의 소정점수를 산정함.</p> <p>3) 상기 가. 1)의 적용을 받는 환자에게 단순초음파를 동일 날,동일 목적으로 수회 시행하더라도 해당 항목의 소정점수를 1회 산정함.</p> <p>다. 상기 가.의 규정 이외에 아래와 같은 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>1) 경피적 대동맥판삽입, 경피적 좌심방이폐색술을 시행한 경우에 관련 고시*에 따라, 임상자료 제출을 위해 심장초음파를 실시한 경우</p> <p>*「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」제4조 관련[별첨1], [별첨2]</p>



제목	세부인정사항
	<p>2) 「암관리법」에 의한 완화의료전문기관의 완화의료병동에 입원한 말기암환자에게 유도초음파를 실시한 경우</p> <p>3) 나943다 태아정밀 심초음파는 산전진찰 결과 태아의 심장에 이상소견이 있어 정밀검사를 시행하는 경우 산정하며, 이 경우 다태아는 가.2).가)의 적용을 받음.</p> <p>4) 보조생식술을 위해 초음파를 시행하는 경우 가) 보조생식술 진료시작일에 자궁부속기 및 자궁내막의 상태 등을 보는 경우 나944라(1) 여성생식기 초음파(일반)를 산정함 나) 보조생식술 관련 약제투여 후 난포의 크기 및 수, 자궁내막두께 등을 관찰하는 경우 나940나 단순초음파(II)를 산정함</p> <p>5) 자궁내 태아의 질환 치료를 위한 급여 시술 시(선별급여 포함) 유도초음파를 시행하는 경우 나956라 유도초음파(IV)를 산정함</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-166호 2019.8.1. 시행]</p>

2

영상진단 및 방사선치료료

▶▶ 일반사항

제목	세부인정사항
동일 부위의 의미	<p>방사선촬영에 있어 동일 부위라 함은 부위적으로 일치함은 물론, 위와 십이지장, 신요관, 흉추상부와 흉추하부의 경우와 같이 통상 동일 필름면에 촬영할 수 있는 부위를 뜻함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
디지털감산혈관조영술(DSA)시 수기로, 재료대 및 Digital 처리비용에 대한 진료수가 산정방법	<p>디지털감산혈관조영술(Digital Subtraction Angiography, D.S.A.)은 정맥 또는 동맥으로 조영제를 주입하여 동시에 많은 동맥혈관을 관찰, 진단하는 검사이므로 수기로는 방사선특수영상진단의 해당 소정금액을 산정하고 이에 소요된 카테타, 조영제, 필름, G-Wire의 비용은 약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준에 의거 별도 산정하며, 동 시술시 Digital 처리비용은 CR 영상처리에 대한 보상의 성격으로, CR영상처리에 대한 보상이 30% 가산에서 정액가산으로 변경된 것과 동일하게 정액으로 산정하는 것이 타당함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2016-204호, 2016.11.1. 시행]</p>
Full PACS 요양급여비용 산정기준	<ol style="list-style-type: none"> 1. 영상저장 및 전송시스템을 이용하여 필름을 사용하지 않는 경우 (Full PACS)에 대한 요양급여비용 산정은 영상의학과 전문의가 상근하는 요양기관으로서, 건강검진 환자 및 초음파 검사 등 비급여 대상을 포함한 모든 환자에게 필름 없이 운영되는 것을 원칙으로 함. 2. 다만, 아래와 같은 경우는 Filmless 예외 대상으로 인정함. <ol style="list-style-type: none"> 가. 유방촬영필름(Mammography) 나. 수술장에서 실시한 영상진단 다. 정형외과에서 수술전 인공삽입물의 종류 및 크기를 결정할 필요가 있는 경우 라. 치과 필름과 긴 카세트(long cassette) 필름 등 현재의 PACS 수준으로 지원이 곤란한 경우 마. 타 병원으로 환자 이송시 또는 환자의 요구로 film을 생성하는 경우



제목	세부인정사항		
	3. 판독용 및 조화용 모니터		
	구분	판독용 모니터	조화용 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
	4. 판독용 web PACS는 인정하지 아니함.		
	[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 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, 2003.12.1. 시행]		
전산화단층영상진단, 자기공명영상진단에 대한 외부병원필름판독료 산정방법	1. 조영제 주입 전·후 촬영 및 특수 전산화단층영상진단, 자기공명영상진단(다246가(3) 척추, 다246가(4) 근골격계, 다246가(7)마) 사지혈관, 다246나 특수검사)에 대한 외부병원필름판독료는 각 항목의 '조영제를 사용하지 않는 경우'의 소정점수를 기준으로 산정함. 2. 상기 1. 이외 자기공명영상진단의 경우는 해당 수가의'주'에 의거 산정함. [고시 제2019-229호, 2019.11.1. 시행]		

제목	세부인정사항
C-Arm을 이용한 단순 방사선 촬영 시 추가산정방법	C-Arm을 이용하여 단순방사선촬영을 실시한 경우 수기료는 현행 방사선 촬영 시와 동일하게 그 촬영부위에 따라 해당 항목의 소정점수를 산정함 [고시 제2019-234호, 2019.11.1. 시행]

▶▶ 중추신경계

■ 다210 척추 Spine

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
다-210		척추 Spine			
		가. 척수강조영 Myelography			
	HA105	(1) 경추 Cervical	1,265.14	108,550	96,400
	HA106	(2) 흉추 Thoracic	1,265.14	108,550	96,400
	HA107	(3) 요추 Lumbar	1,250.95	107,330	95,320
	HA108	(4) 두 부위를 동시에 촬영한 경우 [경추와 흉추, 흉추와 요추]	1,562.54	134,070	119,070
	HA109	(5) 전척수강 Whole Spine	1,720.28	147,600	131,090
	HA102	나. 경막외조영 Epidurography	1,450.60	124,460	110,540
	HA103	다. 추간판조영촬영 Spinal Discography	1,576.50	135,260	120,130
	HA104	주 : 여러 Level Discogram을 실시한 경우 1 구간을 초과시 887.86점을 별도 산정하며, 최대 3구간까지 산정한다.	887.86	76,180	67,650

[심사지침]

○ 내시경하 추간판제거술시 시행한 다210-다 추간판조영촬영 인정여부

내시경하 추간판제거술(PELD) 시 수술을 효과적으로 수행하기 위해 실시하는 다210-다 추간판조영촬영은 수술과정 중 일련의 행위로 보아 다210-다 추간판조영촬영은 별도 인정하지 아니함

[공고 제 2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용]



[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
지속적 차단을 위한 경막외 카테터 유치 후 실시한 조영술 인정 여부	<p>지속적 차단을 위한 경막외카테타를 유치한 직후 카테타의 정확한 위치 확인이 필요하여 경막외조영술을 시행한 경우에는 다210나 경막외조영술 소정점수의 50%로 인정하며, 장기간 카테터유치시 카테터의 위치 이동(Migration of Catheter) 여부를 확인하기 위해 시행한 경우에는 다210나 경막외조영술 소정점수로 인정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]</p>
<p>통증완화 목적으로 실시하는 경막외강내 유착부위박리시술(epidural adhesiolysis)의 수가 산정방법</p>	<p>척추수술 후 또는 추간판탈출증 등에서 발생하는 척추내 유착으로 인한 통증완화를 목적으로 천골열공(Sacral Hiatus) 부위로 Catheter를 삽입하여 경막외강내 유착부위에 위치시킨 후 Hypertonic Saline(10%), hyaluronidase(성분명) 등의 약제를 주입하는 시술의 진료수가 산정방법은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 수기료</p> <p>(1) 지속적 경막외 차단과 유사한 행위이므로 바22나 경막외 신경차단술(지속적 차단)의 소정금액으로 준용 산정함.</p> <p>(2) 위 시술은 투시하 경막외강내 유착부위에 Catheter를 정확히 위치시킨 후 약제를 주입하여야 하므로 시술 전·후 경막외조영(Epidurography)은 반드시 실시하는바, 다210나로 별도 산정함.</p> <p>나. 약제비 : 사용된 약제는 약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준에 의거하여 별도 산정함.</p> <p style="text-align: center;">- hyaluronidase(성분명, 1500IU/amp), 국소마취제, steroid, 조영제</p> <p>다. 치료재료비 : Epidural Catheter는 약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준에 의거하여 별도 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2016-204호, 2016.11.1. 시행]</p>

[기결정고시]

○ C-arm Discography

다210다 추간판조영촬영의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

○ 통증유발 추간판조영술

다210다 추간판조영촬영의 소정점수를 산정함.

[고시 제2002-69호, 2002.10.1. 시행]

▶▶ 전산화단층영상진단

■ 다245 일반 전산화단층영상진단 Computed Tomography

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
다-245		일반 전산화단층영상진단 Computed Tomography			
	HA851 HA801 HA805 HA809 HA813 HA853 HA834 HA835 HA856 -HA859	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.			
	HA451	가. 두부 Brain (1) 조영제를 사용하지 않는 경우 without Contrast Material	773.87	66,400	58,970



분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
	HA461	(2) 조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영판독 포함] with Contrast Material	1,166.71	100,100	88,900
	HA471	(3) 이중시기 CT, 삼중시기 CT, 삼차원 CT, CT 혈관조영, 관절강내조영촬영, Cine CT, 뇌조 CT Phase 2 Dynamic Study CT, Phase 3 Dynamic Study CT, 3-Dimension CT, CT Angiography, CT Arthrography, Cine CT, CT Cisternography	1,294.70	111,090	98,660
	HA441	(4) 제한적 CT Limited CT 바. 척추 Spine	671.69	57,630	51,180
	HA456	(1) 조영제를 사용하지 않는 경우 without Contrast Material	1,004.22	86,160	76,520
	HA459	주 : “경추, 흉추, 요추 부위”를 동시 촬영하거나 “경추, 요추”를 동시 촬영한 경우에는 1,117.99점을 산정한다.	1,117.99	95,920	85,190
	HA466	(2) 조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영판독 포함] with Contrast Material	1,449.88	124,400	110,480
	HA469	주 : “경추, 흉추, 요추 부위”를 동시 촬영하거나 “경추, 요추”를 동시 촬영한 경우에는 1,614.14점을 산정한다.	1,614.14	138,490	123,000
	HA476	(3) 이중시기 CT, 삼중시기 CT, 삼차원 CT, CT 혈관조영, 관절 관 또는 강내조영촬영, Cine CT Phase 2 Dynamic Study CT, Phase 3 Dynamic Study CT, 3-Dimension CT, CT Angiography, CT Arthrography, Cine CT	1,608.53	138,010	122,570
	HA479	주 : “경추, 흉추, 요추 부위”를 동시 촬영하거나 “경추, 요추”를 동시 촬영한 경우에는 1,790.76점을 산정한다.	1,790.76	153,650	136,460
	HA446	(4) 제한적 CT Limited CT	752.11	64,530	57,310
	HA449	주 : “경추, 흉추, 요추 부위”를 동시 촬영하거나 “경추, 요추”를 동시 촬영한 경우에는 837.31점을 산정한다.	837.31	71,840	63,800

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
<p>다245 일반 전산화단층 영상진단(CT)의 급여기준</p>	<p>다245 일반전산화단층영상진단(Computed tomography, CT)은 다음과 같이 요양급여함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 일반기준</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 7) 손상통제수술 후 단계적 수술을 위해 해부학적으로 재평가가 필요한 경우 <p>나. 두부(Brain)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 뇌혈관질환(뇌졸중, 뇌동정맥기형, 뇌동맥류, 뇌출혈, 뇌허혈증, 뇌경색) 2) 뇌막염, 뇌염, 뇌농양 등 염증성 질환(진균 및 기생충질환 포함) 3) 대사성질환, 퇴행성질환 및 회백질 질환, 저산소증으로 인한 뇌증의 진단 4) 뇌전증 5) 수두증의 진단, 감별진단 6) 합당한 증상 또는 신경학적 소견이 있어 뇌신경질환이 의심되는 경우 <p>다. 안면 및 두개기저(Face or Skull Base)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 종괴형성, 안와염증, 안구돌출(갑상선 기능항진증 등) 2) 타액선 결석 3) 임상소견 상 수술을 요할 정도의 부비동염 4) 터키안내 양성종양, 낭종(선천성, 후천성) 또는 염증성 질환, 뇌하수체호르몬 이상 시, Empty Sella 5) 중이염에서 진주종, 뇌막염 등의 합병증이 의심될 때 6) 내이(inner ear)의 정밀 해부학적 구조 파악이 필수적일 때(혈관성 또는 원인불명의 이명, 원인불명의 청각장애 등)



제목	세부인정사항
	<p>라. 경부(Neck)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 원인불명의 심부 림프선 종대 2) 기도폐쇄의 원인진단 및 범위 결정 <p>마. 흉부(Chest)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 미만성 간질 폐질환, 원인불명의 기흉, (폐기)종, 세기관지 질환, 기관계 이형성증 2) 종격동 질환의 감별진단 3) 단순 X선 사진으로는 감별이 어려운 폐결절의 감별진단 4) 단순 X선 사진으로는 진단이 어려운 기관지확장증의 확진 또는 수술 전 해부학적 범위 결정 5) 원인불명의 각혈, 무기폐, 늑막삼출액 6) 종양과 감별이 어려운 소방형성 늑막삼출, 폐경화 등 7) 기관지 이물 8) 단순X선 사진상 폐문종대가 있어 감별진단을 필요로 할 때 9) 단순흉부 X선 및 객담검사상 폐결핵의 활동성 여부를 결정하기 어려울 때 10) 심장 전산화단층영상진단(Cardiac CT)은 64채널(channel)이상의 CT로 촬영한 경우에 요양급여로 인정하며, 세부인정기준은 아래와 같음. 다만, 자)~카)는 64채널(Channel)미만의 CT로 촬영한 경우에도 인정함. <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 급성 흉통으로 응급실에 내원한 환자를 대상으로 급성 관동맥 증후군을 감별하기 위하여 촬영한 경우로서 다음 요건을 모두 충족하는 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 관상동맥질환의 위험이 저위험도이거나 중등도 위험도이면서 이전에 관상동맥질환을 진단받은 적이 없는 환자 (2) 심전도 검사결과 허혈성 소견이 없는 환자 (3) 심근표지자 검사가 진단적이지 않은 환자 <p>나) 관상동맥질환의 발병 위험이 저위험도이거나 중등도 위험도이면서 이전에 관상동맥질환을 진단받은 적이 없고 안정형 흉통이 있는 환자를 대상으로 촬영한 경우로서 다음 요건 중 하나 이상을 충족하는 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 선행부하검사 결과 관상동맥질환의 판정이 곤란한 경우 (2) 기저심전도검사 결과 이상이 있어 운동부하검사 판독이 곤란한 경우 (3) 환자의 상태가 운동부하검사를 실시할 수 없는 객관적인 소견이 있는 경우

제목	세부인정사항
	<p>다) 관상동맥 우회로 수술 후 흉통이 있는 환자를 대상으로 이식 혈관의 개통성을 평가하기 위하여 촬영하는 경우</p> <p>라) 좌주간지 관상동맥 중재시술(직경 3mm 이상 스텐트 삽입)을 받은 환자를 대상으로 혈관의 개통성을 평가하기 위하여 촬영하는 경우</p> <p>마) 임상적으로 유의한 선천성 관상동맥 기형 평가</p> <p>바) 심실재동기화치료(cardiac resynchronization therapy, CRT)전 관상정맥의 해부학적 평가를 위하여 촬영하는 경우</p> <p>사) 관상동맥질환의 발병 위험이 중등도 위험도인 환자를 대상으로 다음 수술을 시행하기 전에 관상동맥질환 여부를 진단하기 위하여 촬영하는 경우</p> <p>(1) 비관상동맥 심장질환수술 또는 대동맥 수술</p> <p>(2) 죽상경화성 말초동맥폐쇄성질환의 우회로 (Bypass graft) 수술</p> <p>아) 관상동맥질환을 진단받은 적이 없고, 새롭게 심부전(좌심실 구혈률 35%이하)을 진단받은 환자를 대상으로 심부전의 원인을 감별하기 위하여 촬영하는 경우</p> <p>자) 교착성 심낭염</p> <p>차) 심낭재수술시 흉벽과 심낭 사이의 유착 확인</p> <p>카) 복잡 선천성 심장기형의 구조 평가</p> <p>* 관상동맥질환의 위험도 분류는 교과서(Brauwald's heart disease 등), 임상진료지침 참고</p> <p>바. 복부 [골반포함](Abdomen)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 만성간염, 간경화증으로 조기 암이 의심될 때 2) 간내 문맥정맥간 단락술(TIPS) 시행 시 3) 합병증이 의심되는 담관 또는 췌관의 확장 4) 원인불명의 담도 또는 췌관의 확장 5) 선행 검사 상 원인을 알 수 없는 혈뇨 6) 선행 검사 상 원인을 알 수 없는 요로폐쇄 7) 선행 검사 상 진단이 어려운 급성 복증 8) 심부 헤르니아 9) 허혈성 장 질환 10) 자궁내막증 11) 자궁 외 임신 12) 정류고환



제목	세부인정사항
	<p>사. 상지 및 하지(Upper or Lower Extremity)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 해부학적으로 복잡한 부위의 골절(관절, 수족골, 안면, 두개기저, 측두골, 척추 등) 2) 관절 내 유리골편의 확인 3) 염증 또는 외상 후 관절 내 이상소견의 치료 전 평가 및 치료 후 경과 관찰 4) 골연골증의 수술 전 진단 및 범위 결정 5) 수술 후 내고정물의 정확한 위치 평가 6) 골수염의 활동성 여부 결정 7) 단순 X선 사진 상 골절 유합의 평가가 어려울 때 8) 만성관절염, 척추분리증의 수술여부 정밀 평가 <p>아. 척추(Spine)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 척추의 염증성, 기생충 질환 2) 합당한 증상 또는 신경학적 증상이 있는 추간판탈출증, 척추강협착증, 퇴행성질환, 추간반 팽윤증 등의 진단 및 감별진단 <p>자. 3차원 CT</p> <p>상기 가.~아.의 급여대상 중 해부학적 부위가 복잡하여 선행검사로는 진단이 어렵다고 판단되는 경우</p> <p>차. 상기 가.~자. 이외 진료담당의사의 진단 및 치료방향 설정을 위해 부득이 촬영했을 때는 합당한 관련 자료와 소견서를 첨부하여 촬영의 필요성이 인정된 경우 요양급여함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2020-19호, 2020.2.1. 시행]</p>
<p>CT 촬영을 실시한 환자를 다른 요양기관에 이송시 기준</p>	<p>국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 제6조에 의거 요양기관은 CT 촬영을 실시한 환자를 다른 요양기관으로 이송 또는 회송한 경우에는 CT 필름 및 판독소견서를 교부하여야 하고, 진료를 담당하는 요양기관에서는 환자의 주증상, 치료경력 등의 진찰이나 환자 가족으로부터의 진술을 통하여 타 요양기관에서의 촬영여부를 확인하여 불필요한 진료행위 발생을 방지하여야 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>

[심사지침]

○ 다245 일반 전산화단층영상진단(CT)-3차원 CT의 인정기준

1. 「다245 일반 전산화단층영상진단(CT)의 급여기준」의 3차원 CT는 다음과 같은 경우 인정함.

- 다 음 -

가. 일반기준

- 1) 골절(외상 포함)
 - 가) 복합골절 또는 관절강내 골절
 - 나) skull, craniofacial bone, rib, pelvis, femur, vertebra에 발생한 골절

나. 안면 및 두개기저(Face or Skull Base)

- 1) 안면부, 측두골의 선천성 기형
- 2) 두개기저(Skull Base) 수술 전

다. 경부(Neck)

- 1) 기도폐쇄의 원인진단 및 범위 결정

라. 흉부(Chest)

- 1) 선천성 질환에 의한 기관 및 기관지 이상(anomaly) 확인
- 2) 폐분리증(pulmonary sequestration)
- 3) 선천성 횡격막성 질환(diaphragmatic morphology and pathophysiology) (소아)

마. 복부[골반포함] (Abdomen)

- 1) 식도폐쇄증(esophageal atresia)(소아)
- 2) 항문직장기형(anorectal malformation)(소아)
- 3) nutcracker 증후군(소아)
- 4) 수술 전 liver segmentation
- 5) 간담도 또는 췌관의 확장
- 6) 수술이 필요한 위암, 대장암
- 7) 수술이 필요한 신장암, 신배암, 신우암, 요관암
- 8) 요로계 선천이상, 정류고환

바. 상지 및 하지(Upper or Lower Extremity)

- 1) 고관절 인공관절 전치환술 수술 전
- 2) 견관절 인공관절 수술 전 관절외의 형태 및 골결손 정도 평가
- 3) 대퇴비구 충돌증후군(Femoroacetabular impingement syndrome, FAI) 수술 전 평가



사. 척추(Spine)

- 1) 선천성 척추측만 및 전만 또는 후만증
- 2) 신경학적 증상이 동반된 척추측만 및 전만 또는 후만 변형의 경우

2. 이상의 경우 외에도 의사소견서를 참조하여 필요성이 인정될 경우 검토하여 공개 후 인정함.

[공고 제2020-20호, 2020.2.1. 진료분부터 적용]

○ 뇌혈관질환에 시행하는 Perfusion CT의 인정기준

Perfusion CT는 조영제를 급속주입 후 연속적인 역동적 스캔(dynamic scan)으로 얻어진 영상을 별도의 work station에서 후처리를 통하여 혈액학적 파라미터(parameter map)를 만들어 조직의 관류 상태를 평가하는 검사이며, 급성 허혈성 뇌졸중은 치료의 시작 시점이 환자의 예후에 결정적인 영향을 미치는 질환으로, 3시간 또는 6시간 이내에 허혈 중심부(ischemic core) 및 허혈성 반영부(pneumbra)를 확인하여 혈전용해(thrombolysis) 등의 적절한 치료방침을 결정해야 하는 점을 감안하여, Perfusion CT는 급성 허혈성 뇌졸중이 의심되어 증상 발현 후 6시간 이내에 촬영한 경우에 인정하는 것을 원칙으로 함.

[공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용]

▶ 자기공명영상진단

■ 다246 자기공명영상진단 Magnetic Resonance Imaging

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
다-246	HE309- HE323	<p style="text-align: center;">[자기공명영상진단]</p> <p>자기공명영상진단 Magnetic Resonance Imaging</p> <p>가. 기본검사</p> <p>주 : 1. 생검 또는 중재적시술시 이용된 MRI 유도비용은 각 항목의 일반촬영 소정점수에 의하여 산정한다. 다만, 중재적시술시 이용한 MRI 유도비용은 제2회 시술부터 소정점수의 50%를 산정한다.</p> <p>(◎ 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⁾</p> <p>2. 가(1) 뇌, 가(2) 두경부, 가(5) 흉부(가(5)나) 유방 제외), 가(6) 복부(가(6)사) 담낭, 가(6)아 전립선 제외), 가(7) 혈관(가(7)마) 사지혈관 제외) 및 가(8) 전신에 한하여 '주4'~'주8'을 산정한다.</p> <p>3. 단, 가(5)나 유방, 가(6)사 담낭, 가(6)아 전립선, 가(9) 심장은 '주4', '주5' 및 '주8'을 산정한다.</p> <p>4. 1.5테슬라 이상~3테슬라 미만 장비를 이용하여 촬영한 경우 촬영료 등의 소정점수를 산정한다.</p> <p>5. 3테슬라 이상 장비를 이용하여 촬영한 경우에는 촬영료 등 소정점수의 10%를 가산한다.(산정코드 두 번째 자리에 1로 기재)</p>			



분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
		<p>6. 0.5테슬라 이상~1.5테슬라 미만 장비를 이용하여 촬영한 경우에는 촬영료 등 소정점수의 10%를 감산한다.(산정코드 두 번째 자리에 2로 기재)</p> <p>7. 0.5테슬라 미만 장비를 이용하여 촬영한 경우에는 촬영료 등 소정점수의 20%를 감산한다.(산정코드 두 번째 자리에 3으로 기재)</p> <p>8. 「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 제5조에 따른 품질관리검사 결과 적합판정을 받은 경우 촬영료 등 소정점수의 10%를 가산한다.(산정코드 세 번째 자리 5로 기재)</p> <p>(1) 뇌 [Brain]</p> <p>주 : 1. 생검 또는 중재적시술시 이용된 MRI 유도비용은 일반 소정점수에 의하여 산정한다.</p> <p>2. 다만, 중재적 시술시 이용된 MRI 유도비용은 제2회 시술부터 일반 소정점수의 50%를 산정한다.</p> <p>(◎ (가)1)⁰¹⁾</p> <p>(◎ (가)2)⁰¹⁾</p> <p>3. 당해 요양기관에 상근하는 영상의학과 전문의가 판독을 하고 판독소견서를 작성한 경우 (가)~(라)의 각각의 판독료 소정점수에 255.11점, 339.10점, 135.68점, 358.71점, '주2'에 대하여는 127.56점을 가산한다.(산정코드 세 번째 자리 4로 기재)</p> <p>4. 외부병원 필름 판독에 대하여는 당해 요양기관에 상근하는 영상의학과 전문의가 판독을 하고 판독소견서를 작성한 경우 (가)~(라)와 '주2'에 대해 1,414.72점을 산정한다.</p>			
	HI301				
	HJ301				
	HJ601				

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
	HJ701	5. '주4'에 대하여 당해 요양기관에 상근하는 전문의가 판독을 하고 판독소견서를 작성한 경우 (가)~(라)와 '주2'에 대해 1,112.33점을 산정한다. 6. 다만, '주4'와 '주5'과 중복하여 산정하지 아니한다.			
		(가) 일반			
	HI101	1) 촬영료 등	1,785.78	153,220	136,080
	HJ101	2) 판독료	765.34	65,670	58,320
		(나) 조영제 주입 전·후 촬영 판독			
	HI201	1) 촬영료 등	2,373.67	203,660	180,870
	HJ201	2) 판독료	1,017.29	87,280	77,520
		(다) 제한적MRI(방사선 치료범위 및 위치 결정 등)			
	HI401	1) 촬영료 등	949.75	81,490	72,370
	HJ401	2) 판독료	407.04	34,920	31,020
		(라) 3차원자기공명영상을 실시한 경우			
	HI501	1) 촬영료 등	2,510.97	215,440	191,340
	HJ501	2) 판독료	1,076.13	92,330	82,000
		(3) 척추			
	HE113, HE413, HE513	주: 1. 흉추와 요천추를 동시 촬영한 경우에는 요천추 소정점수의 50%를 산정한다. (◎ (다)1) ¹¹³ , (다)3) ⁴¹³ , (다)4) ⁵¹³)			
	HE114, HE414, HE514	2. 경추, 흉추, 요천추와 척추강을 동시 촬영한 경우에는 척추강 소정점수의 50%를 산정한다. (◎ (라)1) ¹¹⁴ , (라)3) ⁴¹⁴ , (라)4) ⁵¹⁴)			



분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
		(가) 경추 Cervical Spine			
	HE109	1) 일반	2,385.25	204,650	181,760
	HE209	2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독	3,168.97	271,900	241,480
	HE409	3) 제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위 치결정 등) Limited MRI	1,274.33	109,340	97,100
	HE509	4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우	3,358.83	288,190	255,940
		(나) 흉추 Thoracic Spine			
	HE110	1) 일반	2,385.25	204,650	181,760
	HE210	2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독	3,168.97	271,900	241,480
	HE410	3) 제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위 치결정 등) Limited MRI	1,274.33	109,340	97,100
	HE510	4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우	3,358.83	288,190	255,940
		(다) 요천추 Lumbosacral Spine			
	HE111	1) 일반	2,385.25	204,650	181,760
	HE211	2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독	3,168.97	271,900	241,480
	HE411	3) 제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위 치결정 등) Limited MRI	1,274.33	109,340	97,100
	HE511	4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우	3,358.83	288,190	255,940
		(라) 척추강 Myelogram			
	HE112	1) 일반	2,385.25	204,650	181,760
	HE212	2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독	3,168.97	271,900	241,480
	HE412	3) 제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위 치결정 등) Limited MRI	1,274.33	109,340	97,100
	HE512	4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우	3,358.83	288,190	255,940
		(7) 혈관 [동맥 또는 정맥][Artery or Vein]			
		(가) 뇌혈관 Brain MRA			
		1) 일반			
	HI135	가) 촬영료 등	1,945.90	166,960	148,280
	HJ135	나) 판독료	833.96	71,550	63,550

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
		2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독			
	HI235	가) 촬영료 등	2,586.35	221,910	197,080
	HJ235	나) 판독료	1,108.44	95,100	84,460
		3) 3차원자기공명영상을 실시한 경우			
	HI535	가) 촬영료 등	2,736.30	234,770	208,510
	HJ535	나) 판독료	1,172.70	100,620	89,360

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
자기공명영상진단(MRI) 급여기준	<p>1. 자기공명영상진단(MRI) 급여기준은 다음과 같이 하며, 동 기준을 초과하여 실시하는 경우에는 비급여대상임.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>1) 암</p> <p>가) 원발성 암(부위별)</p> <p>- 연조직 육종 및 골 육종, 척추(척수)를 침범한 경우</p> <p>나) 전이성 암(원발종양에 관계없이 전이 혹은 침범된 부위별)</p> <p>- 척추(척수), 연조직 및 골</p> <p>다) 타 진단방법 이후 2차적으로 시행한 경우</p> <p>2) 척수손상 및 척수질환</p> <p>가) 척수손상</p> <p>나) 척수종양(척추강내종양)</p> <p>다) 혈관성 척수병증 (척수경색, 척추동정맥기형, 척수내 정맥염 등)</p> <p>라) 척수에 발생한 탈수초성 질환(급성 횡단성 척수염 등)</p> <p>마) 척수의 염증성 질환 (척수염, 척수내농양 및 육아종, 기생충 등)</p> <p>바) 척수기형 (척수공동증, 구공동증 등)</p>



제목	세부인정사항
	<p>3) 척추질환</p> <p>가) 염증성 척추병증</p> <p>나) 척추 골절</p> <p>다) 강직성 척추염</p> <p>4) 관절질환</p> <p>가) 외상으로 인한 급성 혈관절증</p> <p>나) 골수염</p> <p>다) 화농성 관절염</p> <p>라) 관절 손상 및 인대 손상(탈구 포함)</p> <p>(1) 무릎부위(반달연골, 무릎안의 유리체 등)만 해당되며, 타 부위는 해당되지 않음</p> <p>(2) (1)의 경우, 급성만 해당되며, 퇴행성 등 만성은 해당되지 않음</p> <p>나. 인정횟수</p> <p>1) 진단시 1회 인정하며, 추적검사는 아래와 같이 시행함을 원칙으로 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 수술후(중재적시술 포함): 1개월 경과 후 1회 인정하되, 위 가.의 3), 4)는 제외함.</p> <p>다만, 척수농양, 혈관성 척수병증, 척수기형 등을 수술 또는 시술 후 잔여 병변을 확인하기 위해 48시간이내 촬영한 경우 인정함.</p> <p>나) 방사선치료 후: 3개월 경과 후 1회</p> <p>다) 항암치료중: 2-3주기(cycle) 간격</p> <p>라) 위 가)~다) 이후의 장기추적검사</p> <p>(1) 양성종양: 매1년마다 1회씩 2년간, 그 이후부터 매2년마다 1회씩 4년간</p> <p>(2) 악성종양: 매1년마다 2회씩 2년간, 그 이후부터 매1년마다 1회씩</p> <p>마) 수술, 방사선·항암 치료 등을 시행하지 않은 종양의 경우는 위 라)-(1) 양성종양의 장기추적검사와 동일하게 적용함.</p> <p>2) 위 1) 이외에도 환자상태 변화 또는 새로운 병변 발생 등 진료상 추가촬영의 필요성이 있는 경우 인정함.</p>

제목	세부인정사항
	<p>다. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)」[별표4] 희귀질환자 산정 특례 대상의 구분 2~5, [별표4의2] 중증난치질환자 산정특례 대상의 구분 5, [별표 5] 시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵 질환의 적용 범위 중 진단 받은 질환의 특성상 특정부위의 MRI 촬영이 임상적으로 의학적 필요성이 있는 경우 별도 인정함.</p> <p>2. 상기 1.에도 불구하고, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 별도로 자기공명영상진단(MRI) 적용기준을 정한 경우, 해당 고시에 따름.</p> <p>3. 보건복지부 장관이 정하여 고시한 질병군 진료 시 시행된 MRI는 상기 1. 또는 2.의 적용증 및 인정횟수에 해당되는 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제2편 제2부 각 장애 분류된 질병군 상대가치점수에 포함되어 별도 산정할 수 없으며, 비급여에 해당하는 경우에는 비급여로 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-229호, 2019.11.1. 시행]</p>
<p>뇌, 뇌혈관, 경부혈관 자기공명영상진단(MRI) 급여기준</p>	<p>1. 뇌, 뇌혈관, 경부혈관 자기공명영상진단(MRI) 기본 및 특수검사는 다음의 경우 요양급여함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <p>1) 아래 상병 등의 뇌질환이 있거나, 이를 의심할만한 신경학적 이상 증상이 있는 경우 또는 신경학적검사 등 타 검사 상 이상소견이 있는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 원발성 뇌종양, 전이성 뇌종양, 두개골종양 나) 뇌혈관질환 다) 중추신경계 탈수초성질환 라) 중추신경계 감염성 및 염증성질환 마) 중추신경계 자가면역(면역이상) 질환 바) 이상운동질환 및 중추신경계 퇴행성질환 사) 신경계의 기타 선천 기형 아) 치매 자) 뇌전증</p>



제목	세부인정사항
	<p>차) 뇌성마비</p> <p>카) 두부손상(저산소성 뇌손상 포함)</p> <p>타) 기타: 수두증, 자간증 및 전자간증, 안면경련, 삼차신경통, 두개골조기유합증, 성장호르몬 결핍증(뇌하수체기능저하증), 중추성조발사춘기, 중추성 요붕증</p> <p>2) 상기 1)에도 불구하고 아래 가)~마)는 각 호의 조건을 만족하는 경우 인정</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 두통, 어지럼</p> <p>- 아래 중 하나에 해당하여 나610나 신경학적검사(일반검사)를 실시하고 그 결과를 기록한 경우</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>(1) 갑자기 혹은 급격히 발생한 지속적인 심한 두통(벼락두통)</p> <p>(2) 발열, 울렁거림(또는 구토), 어지럼 중 2가지 이상을 동반하는 지속적인 두통</p> <p>(3) 발살바(기침, 힘주기) 또는 성행위로 유발 혹은 악화되는 두통</p> <p>(4) 군발두통 또는 전조를 동반하는 편두통으로 뇌 이상 여부의 확인이 필요한 경우</p> <p>(5) 소아에서 새로운 형태의 심한 두통 또는 수개월동안 강도가 심해지는 두통</p> <p>(6) 암 또는 면역억제상태 환자에서 새롭게 발생한 두통</p> <p>(7) 중추성 어지럼</p> <p>나) 신생아</p> <p>- 주산기 가사 중 신경학적 이상 증상이 있는 경우 또는 저산소성 허혈성 뇌증(뇌손상)이 의심되는 경우</p> <p>다) 발달지연, 수면장애</p> <p>- 상기 가.1)의 뇌질환이 의심되는 경우로 진료의가 임상적으로 의학적 필요성이 있다고 판단한 경우</p> <p>라) 정신질환으로 외래 초발 또는 입원 시(단, 낮병동 제외) 정신건강의학과 전문의 또는 전공의가 상기 가.1)의 뇌질환과 감별진단이 필요하다고 판단한 경우</p> <p>마) 타 진단장비 이용이 불가하여 MRI 촬영이 불가피한 경우(사구체여과율 60ml/min 이하의 신장기능 저하 환자로 조영제 사용이 불가능한 환자, 임신부 등)</p>

제목	세부인정사항
	<p>나. 급여횟수: 상기 가.의 급여대상에 해당하는 경우</p> <p>1) 진단 시: 1회. 단, 정확한 진단을 위해 특수촬영 등의 다른 촬영기법이 필요한 경우 추가 1회</p> <p>2) 추적검사</p> <p>가) 수술(뇌정위적수술 및 중재적시술 포함), 방사선치료(뇌정위적방사선수술 포함), 항암치료를 시행하는 경우</p> <p>(1) 시행 전: 치료목적(수술 및 방사선치료 범위결정 등)으로 촬영한 경우 1회</p> <p>(2) 수술(뇌정위적수술 및 중재적시술 포함) 후: 1개월 내 1회, 2~6개월 내 추가 1회, 7~12개월 내 필요시 추가 1회</p> <p>(3) 방사선치료(뇌정위적방사선수술 포함) 후: 1~3개월 경과 후 1회. 단, 악성종양은 필요시 1년 이내 추가 1회</p> <p>(4) 항암치료 중: 2~3주기(cycle) 간격</p> <p>나) 상기 나.2)가)에 해당하지 않는 경우</p> <p>- 뇌졸중 및 일과성허혈발작: 1개월 내 1회, 2~12개월 내 추가 1회</p> <p>3) 상기 나.1) 또는 나.2) 이후의 장기추적검사</p> <p>가) 뇌혈관질환: 1회/년 2년간, 그 이후 1회/2년 4년간 (최대 6년)</p> <p>나) 양성종양: 1회/년 2년간, 그 이후 1회/2년 8년간 (최대 10년)</p> <p>단, 수술(시술) 등을 시행 후 잔여 종양이 확인된 경우 1회/년 5년간, 그 이후 1회/2년</p> <p>다) 악성종양: 2회/년 2년간, 그 이후 1회/년</p> <p>단, 만 18세 이하에서 진단받은 소아청소년암은 4회/년 5년간(또는 완치시 까지)</p> <p>라) 다발성경화증: 1회/년</p> <p>마) 발달지연</p> <p>(1) 만 3세 이하에서 진단받은 경우 1회/년 (최대 만 6세까지)</p> <p>(2) 만 4세 이상에서 진단받은 경우 필요시 최대 3회</p> <p>4) 상기 나.1)~3)에도 불구하고, 환자상태의 변화 또는 새로운 병변 발생 등 진료상 추가촬영의 필요성이 있는 경우 추가 인정함.</p> <p>다. 아래 각 호에 해당하는 경우「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인 부담률을 80%로 적용함.</p>



제목	세부인정사항
	- 아 래 -
	<p>1) 상기 가.2)가)에 해당하지 않으나 뇌질환을 의심할만한 두통, 어지럼으로 나610나 신경학적검사(일반검사)를 실시하고 그 결과를 기록한 경우</p> <p>2) 상기 나.1)~3)의 급여횟수 초과 시 (단, 최대기간, 최대횟수가 명시된 경우는 최대범위 내에 한함.)</p> <p>라. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」[별표4] 희귀질환자 산정특례 대상의 구분 2~5, [별표4의2] 중증난치질환자 산정특례 대상의 구분 5, [별표5] 시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵 질환의 적용 범위 중 진단받은 질환의 특성상 MRI 촬영이 임상적으로 의학적 필요성이 있는 경우 별도로 인정함.</p> <p>마. 산정기준</p> <p>1) 상기 가.~라.의 경우 영상진단료는 아래와 같이 표준영상을 획득하고, 판독의가 판독소견서를 작성·비치한 경우에 산정하며, 판독소견서 기재범위는 아래와 같음.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 표준영상의 범위</p> <p>(1) 뇌</p> <p>(가) 맥동파 순서열(Pulse sequence): 축상면 T1 강조영상(axial T1WI), 축상면 T2 강조영상(axial T2WI), 축상면 T2 FLAIR 영상(axial T2 FLAIR), 시상면 T1 강조영상 (sagittal T1WI) 단, 1.5테슬라(tesla) 이상은 축상면 T2*경사예코영상(axial T2* gradient echo image) 또는 자화강조영상(susceptibility-weighted imaging)을 추가로 포함하여야 함.</p> <p>(나) 절편: 두께 5mm 이하, 간격 2mm 이하 수준</p> <p>(다) 조영제 주입 후 촬영: 2개 이상의 수직면 및 조영제 주입 전 영상과 같은 평면 1개 이상</p> <p>(라) 단, 3차원 MRI 영상을 획득하여 다양한 평면이나 절편 간격으로 재구 성한 영상을 적용하거나, 특별한 의학적 목적을 위한 경우에서 영상면 또는 영상기법 등의 표준영상을 변경할 수 있음.</p> <p>(2) 뇌혈관: 혈관영상을 위한 재구성 영상 및 혈관 재구성 전 원본 영상</p> <p>(3) 경부혈관: 혈관영상을 위한 재구성 영상</p>

제목	세부인정사항
	<p>나) 판독소견서 기재범위</p> <p>(1) 임상정보(병력, 검사실시 사유 등), 획득한 영상기법, 조영제 사용 여부</p> <p>(2) 뇌는 대뇌, 소뇌, 뇌간, 뇌실, 뇌실질외 공간의 주요 이상소견(허혈성 병변, 출혈, 종괴, 수두증, 위축) 여부를 포함하며, 뇌·경부혈관은 혈관의 주요 이상소견(협착, 폐색, 동맥류 등) 여부를 포함하되, 이상이 있는 경우 세부내용을 상세 기술함.</p> <p>2) 상기 마.1) 이외 별도로 규정하지 않은 산정기준은「방사선 영상진단의 판독료 산정기준」에 의함.</p> <p>2. 상기 1.에 해당하지 않은 경우 비급여하되, 이때 담당 진료의가 충분히 설명하고 환자가 동의서에 서명하여야 함.</p> <p>3. 상기 1.~2.에도 불구하고 경도인지장애는「경도인지장애의 자기공명영상진단(MRI) 급여기준」에 따름.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2020-45호, 2020.4.1. 시행]</p>
<p>전산화단층영상진단, 자기공명영상진단에 대한 외부병원필름 판독료 산정방법</p>	<p>1. 조영제 주입 전·후 촬영 및 특수 전산화단층영상진단, 자기공명영상진단(다246가(3) 척추, 다246가(4) 근골격계, 다246가(7)(마) 사지혈관, 다246나 특수검사)에 대한 외부병원필름판독료는 각 항목의‘조영제를 사용하지 않는 경우’의 소정점수를 기준으로 산정함.</p> <p>2. 상기 1. 이외 자기공명영상진단의 경우는 해당 수가의‘주’에 의거 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-229호, 2019.11.1.시행]</p>



▶ 혈관조영촬영

■ 다260 두경부 동맥조영 Head and Neck

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
다-260		두경부 동맥조영 Head and Neck			
	HA601	가. 추골동맥 Vertebral Angiography	4,230.54	362,980	322,370
	HA602	나. 총경동맥 Common Carotid Angiography	3,818.34	327,610	290,960
	HA603	다. 외경동맥 External Carotid Angiography	3,722.00	319,350	283,620
	HA604	라. 내경동맥 Internal Carotid Angiography	4,344.70	372,780	331,070
	HA606	주 : 내경동맥폐색검사(Occlusion Test)를 실시한 경우에는 4,658.84점을 산정한다. [조영술료 포함]	4,658.84	399,730	355,000
	HA605	마. 전뇌동맥 4 Vessel Angiography	5,987.01	513,690	456,210

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
동시에 다혈관에 혈관조영(Angiography) 실시수기로 산정방법	동시에 여러 개의 혈관(동정맥)에 조영촬영을 시행하는 경우 장기별로 200% 범위 내에서 산정하되, 여러 장기에 실시하더라도 최대 300% 범위 내에서 산정함. 이때 장기별 구분은 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제3장 혈관조영촬영의 각 분류번호를 한 장기로 간주하며, 소정점수가 높은 혈관조영촬영을 100%로 산정(양측인 경우 150%)하고 두 번째 혈관조영촬영부터는 소정점수의 50%(양측인 경우 75%)로 산정함. [고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]
같은날 동일 혈관에 혈관조영술과 중재적시술을 시행하는 경우 수기로 산정방법	동일에 진단목적의 혈관조영술과 중재적 시술의 수기로는 각각 산정하되, 혈관조영촬영은 해당 혈관의 소정점수의 50%로 산정하며 최대 3혈관까지 산정함. 다만, 간암 상병에 화학색전술을 반복하여 실시하는 경우 2회째부터의 색전술 시술 혈관에 시행한 혈관조영촬영은 별도 산정하지 아니하며 중재적 시술료만 산정함. [고시 제2007-77호, 2007.8.30. 시행]

■ 다269 척추동맥조영 Spinal Arteriography

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
다-269		척추동맥조영 Spinal Arteriography			
	HA691	가. 1~4 혈관	4,684.71	401,950	356,970
	HA692	나. 5~10 혈관	6,201.14	532,060	472,530
	HA693	다. 11~20 혈관	7,773.32	666,950	592,330
	HA694	라. 21 혈관 이상	9,333.81	800,840	711,240

■ 다270 두경부 정맥조영 Head and Neck Venography

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
다-270		두경부 정맥조영 Head and Neck Venography			
	HA701	가. 안와정맥 Orbital Venography 나. 경정맥 Jugular Venography	3,808.73	326,790	290,230
	HA706	주 : 하추체정맥동 혈액채취(Inferior Petrosal Sinus Sampling)를 실시한 경우에는 4,668.09점을 산정한다.[조영술료 포함]	4,668.09	400,520	355,710
	HA703	(1) 정맥동조영술 Intracranial Venous Sinus Venography	3,808.73	326,790	290,230
	HA704	(2) 두경부정맥직접천자조영술 Head and Neck Direct Puncture Venography	3,808.73	326,790	290,230
	HA705	(3) 기타 Others	3,808.73	326,790	290,230



▶ 핵의학영상진단

■ 다301 뇌스캔⁽¹⁾⁽³⁾ Brain Scan

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
다-301	HC010	뇌스캔 ⁽¹⁾⁽³⁾ Brain Scan	773.59	66,370	58,950

■ 다302 방사성 동위원소 뇌조조영술⁽¹⁾ RI Cisternography

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
다-302	HC020	방사성 동위원소 뇌조조영술 ⁽¹⁾ RI Cisternography	1,610.38	138,170	122,710

■ 다329 단일광자전산화단층촬영 SPECT

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
다-329		단일광자전산화단층촬영 SPECT 주 : 1. 심장의 경우 안정상태와 운동부하(또는 약물부하)를 동시에 실시한 경우에는 소정점수를 각각 산정한다. 다만, Treadmill Test 검사료는 별도 산정하지 아니한다. 2. 뇌의 경우 안정상태와 약물부하를 동시에 실시한 경우에는 소정점수를 각각 산정한다. 가. 뇌 단일광자전산화단층촬영 ⁽¹⁾ Brain SPECT			
	HC291	(1) 안정상태 Resting	1,373.47	117,840	104,660
	HC296	(2) 약물부하 Pharmacological Stress	1,523.27	130,700	116,070

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
뇌 단일광자전산화 단층촬영(Brain SPECT) 인정횟수	다329가 뇌 단일광자전산화단층촬영(Brain SPECT) 검사의 인정횟수는 수술 또는 치료전 1회, 수술 또는 치료후 1회 및 추적검사 1회로 총 3회 이내로 하며 추가 실시한 경우 소견서 첨부시 사례별로 인정함. [고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]

■ 더301 뇌실단락검사⁽¹⁾ Shunt Evaluation

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
더-301	HX301	뇌실단락검사 ⁽¹⁾ Shunt EvaluationSPECT	1,109.40	95,190	84,540

■ 다339 양전자방출단층촬영 PET(Positron Emission Tomography)

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
더-339		양전자방출단층촬영 PET(Positron Emission Tomography) 주: 1. 각 항목별 세부내용은 「요양급여의 적용 기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따라 산정한다. 2. 각 항목별 방사성 동위원소 종류는 「요양 급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사 항」에 따라 항목별 세부코드를 산정코드 두 번째 자리에 표기한다. 3. 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세 부사항」다-339에 명기된 분류항목별 (2) F-18 플루오리드, (3) F-18 FP-CIT, (4) C-11 메치오닌은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 별표2에 따른 요 양급여 적용			



분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
		4. 당해 요양기관에 상근하는 핵의학과 전문의 또는 방사성 동위원소 취급자 특수면허를 소지한 의사가 외부병원 필름을 판독하고 판독소견서를 작성 비치하는 경우에는 소정점수의 20%로 산정한다. (산정 코드 세 번째 자리에 1로 기재) 다만, 이 경우 제3절 핵의학영상진단 및 골밀도검사료 “주3” 및 “주5”에 대하여는 그러하지 아니한다.			
	HK010*	가. 토르소	4,423.02	379,500	337,030
	HK020*	나. 심근	3,505.11	300,740	267,090
	HK030*	다. 뇌	3,512.91	301,410	267,680
	HK040*	라. 전신	5,282.15	453,210	402,500
	HK050*	마. 부분	2,748.92	235,860	209,470
	HK060*	바. 토르소 또는 전신촬영 후 재주사 없이 특정부위를 추가 촬영	1,824.06	156,500	138,990

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
F-18 FDG 양전자방출단층촬영(F-18 FDG-PET)	<p>F-18 FDG 양전자방출단층촬영(F-18 FDG-PET)은 다음과 같이 요양급여함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)」[별표3] 중증질환자 산정특례 대상의 구분 1~3, [별표 4] 희귀질환자 산정특례 대상, [별표 4의2] 중증난치질환자 산정특례 대상, [별표5] 시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵 질환의 적용 범위로 분류된 질환범주(암, 뇌혈관, 심장, 희귀, 중증난치, 결핵 질환)의 경우에는 아래의 범위 내에서 요양급여를 인정함. 다만, 상기 분류된 질환의 범주이지만 아래의 적용대상(가, 나)으로 언급되지 아니한 질환의 경우에는 진료내역 등을 고려하여 임상적으로 의학적 필요성이 인정되는 경우 사례별로 인정할 수 있음</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p>

제목	세부인정사항
	<p>가. 고형종양, 악성림프종, 형질세포종</p> <p>1) 일반원칙 : 각 단계별 다음에 해당되는 경우에 요양급여를 인정함. 다만, 갑상선암, 간세포암의 경우에는 1.가.2). 세부원칙에 의거 요양급여를 인정함</p> <p>가) 진단과정(병기설정)시</p> <ul style="list-style-type: none"> - 조직학적 검사에서 암으로 진단되거나 타 영상검사에서 암일 가능성이 높아 병기설정시 필요하여 시행한 경우 <p>나) 치료 중 효과판정</p> <ul style="list-style-type: none"> - 계획된 치료 과정 중 반응을 평가하여 치료방침 변경 여부 결정을 위해 필요하여 시행한 경우 <p>다) 병기 재설정</p> <p>(1) 치료 후 완치여부 판정</p> <ul style="list-style-type: none"> - 치료완료 후 잔여병소 확인을 위해 필요하여 시행한 경우 <p>(2) 재발판정</p> <ul style="list-style-type: none"> - 재발이 의심되는 증상, 증후, 검사결과 등이 있거나 재발의 범위를 결정하기 위해 촬영한 경우 인정함(재발의 임상적 소견없이 촬영한 경우는 이에 해당되지 아니함) <p>2) 세부 원칙</p> <p>가) 갑상선암</p> <p>(1) 병기설정</p> <ul style="list-style-type: none"> - 갑상선암으로 진단된 환자 중 예후가 나쁜 세포형(poorly differentiated, Hurthle cell, anaplastic, 유두암의 Diffuse sclerosing variant, Columnar cell variant, Tall cell variant, Solid variant 및 여포암의 Widely invasive type 등)이거나 측경부림프절 전이 또는 타 부위로 전이(원격전이)가 의심되는 경우에 타 영상검사로 결과가 확실하지 아니하여 촬영한 경우 인정함 <p>(2) 재발판정</p> <ul style="list-style-type: none"> - 혈중 thyroglobulin이 높으면서(>2ng/mL), 재발이 의심되는 경우 추가로 할 수 있음 <p>나) 간세포암</p> <p>(1) 병기설정</p> <ul style="list-style-type: none"> - 간식술 또는 간절제술 예정인 환자 중 간 이외에 타 부위 전이를 확인하기 위해 시행한 경우 <p>(2) 재발판정</p> <ul style="list-style-type: none"> - 간 외 재발이 의심되는 증상, 증후 등이 확인되어 시행한 경우



제목	세부인정사항
	<p>3) 방사성치료 계획 시</p> <ul style="list-style-type: none"> - 방사성치료 대상 환자에서 방사성치료 계획 수립을 위해 필요하여 시행한 경우 <p>나. 허혈성 심질환에서 심근의 생존능 평가 : 치료 전, 치료 후 각각 1회로 인정함</p> <p>2. 부분적 뇌전증 (partial epilepsy) : 수술 전, 수술 후 각각 1회로 인정함</p> <p>3. 상기 1, 2 이외의 질환인 경우에는 임상적으로 의학적 필요성이 있는 경우에만 한하여 실시하되, 양전자방출단층촬영비용(F-18 FDG PET)은 전액 본인이 부담함</p> <p>4. 기타</p> <p>보건복지부 장관이 정하여 고시한 질병군 진료시 시행한 양전자방출단층촬영(F-18 FDG-PET)은 급여대상 및 급여 인정기준에 해당되는 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2편 제2부 각 장에 분류된 질병군 상대가치점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. 다만, 상기 1, 2 이외의 질환인 경우에는 임상적으로 의학적 필요성이 있는 경우에 한하여 실시하되, 양전자방출단층촬영비용(F-18 FDG-PET)은 전액 본인이 부담함</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]</p>

■ 다-412-1 뇌 정위적 방사선수술 Cranial Stereotactic Radiosurgery

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
다-412-1		뇌 정위적 방사선수술 Cranial Stereotactic Radiosurgery			
	HD113	가. 감마나이프 이용 Gamma Knife	50,258.02	4,312,140	3,829,660
	HD114	나. 사이버나이프 이용 Cyber Knife	46,531.59	3,992,410	3,545,710
	HD115	다. 선형가속기 이용 LINAC	38,732.33	3,323,230	2,951,400

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
다412-1 뇌정위적방사선 수술(감마나이프 , 사이버나이프, 선형가속기등 이용)의 급여기준	다412-1 뇌정위적방사선수술(감마나이프, 사이버나이프, 선형가속기등 이용)은 다음과 같이 요양급여 함 <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> 가. 적응증 1) 해면상혈관종, 혈관종(hemangiomas), 뇌하수체종양(pituitary adenomas), 두개인두종(craniopharyngiomas), 두경부 양성 및 악성종양(측두골이나 비인두, 코 및 부비동에 생긴 종양 등) 가) 외과적 수술 접근이 어려운 부위(병변위치 및 다발병변 등) 나) 외과적 수술치료의 고위험군 환자 다) 수술 후 또는 방사선 치료후 잔존하거나 재발된 부위 라) 기존의 치료방법(호르몬요법 등)으로 실패한 경우 2) 뇌동정맥 기형 등 뇌혈관 기형 출혈로 인한 급성 뇌압상승이 있거나 또는 신경학적 결손(neurologic deficit)이 진행되는 경우는 제외 3) 뇌 양성종양 acoustic neuromas (vestibular schwannomas), meningiomas, and neoplasms of the pineal gland 등]종양으로 인한 급성 뇌압상승 또는 신경학적 결손(neurologic deficit)이 진행되는 경우는 제외 4) 악성 뇌종양 KPS(Karnofsky performance status)≥60(%) 이면서 직경 5cm 이하의 악성뇌종양 5) 전이성(속발성) 뇌종양 가) 병소의 개수가 10개 이하인 아래와 같은 경우 <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> (1) 원발부위 불명암 (2) 원발부위가 명확한 경우 원발암에 의한 여명 예상기간이 3개월 이상인 경우 나) 전뇌방사선치료 후 재발한 경우로서 환자상태 등을 고려하여 의학적으로 필요성이 인정되는 경우에는 사례별로 인정함 6) 포도막흑색종(uveal melanoma) 7) 암성통증



제목	세부인정사항
	<p>약물치료에 반응하지 않는 암성통증</p> <p>8) 삼차신경통 약물치료에 불응한 삼차신경통으로서 아래와 같은 경우</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 만 65세 이상 나) 다른 치료법에 적용이 어려운 경우 다) 타 치료법에 불응하거나 적용 후 재발한 경우 라) 타 질병(종양 또는 다발성경화증 등)으로 인한 2차적 삼차신경통 마) 제 1영역의 삼차신경통</p> <p>9) 파킨슨병 충분한 타 치료방법에 불응한 경우</p> <p>10) 뇌전증 가) 3년 이상 약물치료에 불응하는 난치성 뇌전증으로서 뇌전증병소가 확인된 경우 나) 수술 후 발작이 재발하거나 수술적 접근이 어려운 심부병변인 경우</p> <p>11) 정신질환 난치성 강박장애, 난치성 우울증, 양극성 정동장애는 5년 이상 정신건강의학과 치료를 했어도 호전이 없는 경우</p> <p>나. 수기로 산정방법</p> <p>1) 치료계획을 달리하여 시행한 뇌정위적방사선수술 가) 동일병소 또는 다발병소에 날자를 달리하여 시술하더라도 수기로는 1회만 인정 나) 다만, 1차 뇌정위적수술 후 f/u시 발견된 동일병소 재발 혹은 새로운 병소(new lesion)에 대하여는 별도의 치료계획과 수술 수기를 각각 인정(통상 MRI f/u 기간은 3개월 간격으로 봄)</p> <p>2) 뇌정위적방사선분할수술(FSRS) 날자를 달리하여 여러번 나누어 시행하더라도 다412-1 뇌정위적방사선수술 수기로 1회로 인정</p> <p>3) 뇌정위적방사선수술(SRS)과 FSRS병행 시행 다발성 병변일 경우 각 병소별로 치료방법을 선택하여 동시 시행이 가능함. 따라서, 다발성 병소 치료와 같이 수기로는 1회로 인정</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]</p>

[공개심의사례]

○ 진료내역 및 영상자료 참조, 종양에 시행한 다412-1가 뇌정위적방사선수술 요양급여 인정 여부

■ 청구내역 (여/73세)

- 청구 상병명: 뇌의 이차성 악성신생물, 신우를 제외한 신장의 악성 신생물
- 주요 청구내역
 - 다401나 체외조사전산화방사선[모의치료포함]정위적방사선수술계획 (HD019) 1*1*1
 - 다412-1가 뇌정위적방사선수술-감마나이프(HD113) 1*1*1 (2017.5.30.)

■ 진료내역

- Brain MRI: 6mm sized peripheral rim enhancing nodule in right parietal lobe(postcentral gyrus). solitary intracranial metastasis. Mild small vessel disease.

■ 심의결과 및 내용

- 이 건(여/73세)은 신우를 제외한 신장의 악성신생물 및 뇌의 이차성 악성신생물 등의 상병에 다 412-1가 뇌정위적방사선수술-감마나이프를 실시하고 청구한 사례임.
- 제출한 진료기록 및 영상자료 검토한 결과, 전이성 뇌종양으로 판단되므로 뇌정위적방사선수술(감마나이프,사이버나이프,선형가속기 등 이용) 급여기준의 병소의 개수가 10개 이하인 원발부위 불명암 적응증에 해당되어 다412-1가 뇌정위적방사선수술-감마나이프를 인정함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”
- 건강보험요양급여비용 행위 급여·비급여 목록 및 상대방치점수 제1편 제2부 제3장 제4절 방사선 치료료
- 뇌정위적방사선수술(감마나이프,사이버나이프,선형가속기 등 이용)의 급여기준(보건복지부 고시 제 2016-30호, 2016.2.24. 시행)
- 방사선과학연구회. 방사선과학개론. 제3판. 청구문화사. 2016.
- 강세식 외. 방사선치료학. 청구문화사. 2009.

[2017.8.30. 지역심사평가위원회(지역심사평가위원회)]



○ 전이성 뇌종양 상병으로 1차 뇌정위적방사선수술 후 3개월 이내에 재시행한 2차 뇌정위적 방사선수술 인정여부 (1사례)

■ 청구내역

- 상병명: 뇌의 이차성 악성 신생물, 난치성 간질을 동반하지 않은 상세포질의 간질, 두통, 상세포질의 기관지 또는 폐의 악성 신생물, 상세포질 부위, 호흡기 및 상세포질 결핵의 후유증

- 주요 청구내역

[2012.10.2.]

다412-1 뇌정위적방사선수술(감마나이프) (HD113) 1*1*1

[2012.12.13.]

다412-1 뇌정위적방사선수술(감마나이프) (HD113) 1*1*1

■ 진료내역

- 진단명: Secondary malignant neoplasm of brain

- 경과요약:

[2012.10. 2.] cerebellar mass에 대해 Gammaknife radiosurgery 시행

[2012.11.22.] f/u Brain MRI : Rt. Temporal tumor recurrence소견

[2012.12.13.] Gammaknife radiosurgery

■ 심의내용

- 동 건은 전이성 뇌종양 상병으로 뇌정위방사선수술(다412-1)을 2회(2012.10/2,12/13) 시행한 건으로, 진료내역 참조하여 전이성 뇌종양 상병으로 1차 뇌정위적방사선수술 후 3개월 이내에 재시행한 2차 뇌정위적방사선수술 인정여부에 대하여 심의함.

- 뇌정위적 방사선수술(다412-1)은 현행 인정기준(고시 제2012-39호)에 의하면 '치료계획을 달리 하여 동일병소 또는 다발 병소에 낱자를 달리하여 시술하더라도 수기료는 1회만 인정'하는 것을 원칙으로 하며, 다만, '1차 뇌정위적수술 후 경과관찰 중 발견된 동일병소의 재발 혹은 새로운 병소에 대하여는 별도의 치료계획과 수술 수기료를 각각 인정하되, 통상 MRI f/u 기간은 "3개월 간격"으로 본다'고 명시되어 있음.

여기에서 '통상 MRI f/u기간을 3개월 간격으로 본다'는 문구는 1차 뇌정위적방사선수술일로부터 3개월이 경과된 이후, 동일병소의 재발 혹은 새로운 병소에 대해 2차 감마나이프수술을 시행한 경우에 인정 가능하다는 의미임.

- 또한, 동 사례의 경우 진료내역 및 수술부위 등을 참조하여 볼 때 3개월 이내에 반드시 2차 감마나이프를 시행하여야만 하는 타당한 사유가 확인되지 아니함.

- 따라서, 현행 인정기준 참조 전이성 뇌종양 상병에 1차 방사선수술 후 3개월 이내에 추가로 시행한 뇌정위적 방사선수술(다412-1)료는 인정하지 아니함(이의신청 기각).

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- 뇌정위적방사선수술(감마나이프, 사이버나이프, 선형가속기 등 이용)의 인정기준 (보건복지부 고시 제2012-39호, 2012.3.27.시행)
- 대한신경외과학회. 신경외과학, 4th edition. 2012
- NCCN Guidelines Version 2.2012, Central Nervous System Cancers.
- Guideline Title: EFNS guidelines on diagnosis and treatment of brain metastases: report of an EFNS Task Force.

[2014.7.7. 진료심사평가위원회]

[기결정고시]

○ 노발리스 장비를 이용한 방사선치료 및 수술

기존의 선형가속기를 이용한 시술과 동일행위이므로 각 시술행위에 따른 해당 방사선치료 및 수술의 소정점수를 산정함.

[고시 제2011-172호, 2012.1.1. 시행]



3

주사료

▶ 주사료

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
마-1	KK010	피하 또는 근육내주사 Subcutaneous or Intramuscular Injection 주 : 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회 이내만 산정한다. 다만, 응급을 요하거나 진료상 반드시 필요한 경우에는 예외로 한다.	15.63	1,340	1,190
마-2	KK020	정맥내 일시 주사 [1일당] Intravenous Injection	22.32	1,920	1,700
마-5		정맥내 점적주사 [1병 또는 포장단위당] Continuous Intravenous Injection			
	KK059	주 : 1. “제5장[산정지침](1) 및 제16장[산정지침] (2)”에도 불구하고 정맥내유치침을 사용 한 경우 개당 5.42점을 산정한다.	5.42	470	410
	KK058	2. 정밀 지속적 점적주입을 위해 Infusion Pump를 사용한 경우에는 기기당 27.08 점을 1일 1회 산정한다.	27.08	2,320	2,060
	KK057*	3. 목표혈당을 설정하여 인슐린을 자동 점적 주 입하는 경우 27.08점을 1일 1회 산정한다.	27.08	2,320	2,060
	KK056	4. “제5장 [산정지침](1) 및 제16장 [산정지 침](2)”에도 불구하고 안전정맥내유치침 을 사용하여 관리하는 경우 13.39점을 산정한다.	13.39	1,150	1,020
	KK051	가. 100ml 미만	18.90	1,620	1,440
	KK052	나. 100ml~500m	32.61	2,800	2,480
	KK053	다. 501ml~1000ml	39.67	3,400	3,020
마-5-1	KK054	수액제 주입로를 통한 주사 IV Side Injection 주 : 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회 이내만 산정한다.	15.18	1,300	1,160

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
마-6	KK061	신경간내주사 Perineural Injection	121.66	10,440	9,270
	KK062	주 : 건초내주사를 실시한 경우에는 106.85점을 산정한다.	106.85	9,170	8,140
마-8		뇌척수강주사 Subarachnoid Space Injection			
	KK081	가. 요추 Lumbar	400.78	34,390	30,540
	KK082	나. 후두하대조, 경지주막하 Cisternal Magna, Cervical Subarachnoid	368.19	31,590	28,060
	KK083	다. 뇌실 Intraventricular	1,492.51	128,060	113,730

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
주사수기료의 산정방법	<p>「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 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 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 3.나. 주사에 의하는 경우를 의미함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]</p>
정밀 지속적 점적주입 시 사용하는 Infusion Pump의 급여기준	<p>정맥내 점적주사 시 약제의 정밀 주입을 목적으로 Infusion Pump를 사용한 정밀 지속적 정맥내 점적주사의 급여기준은 다음과 같음</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 8세 미만 소아 나. 약제 투여용량의 정확성이 요구되는 항암제 투여환자 또는 중증·응급환자 다. 유도분만을 위한 옥시토신 또는 조산방지를 위한 자궁수축억제제 주입시 라. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조 중증질환자 산정특례 대상</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-166호, 2019.8.1. 시행]</p>



제목	세부인정사항
정밀 지속적 점적주입 시 사용하는 치료재료(수액유 량조절세트 등) 급여기준	정맥내 점적주사 시 약제의 정밀 주입을 목적으로 사용한 치료재료(수액유량조절세트, 정밀 점적주사용 catheter, 실린더식 주입 펌프용 카트리지는)는 별도 산정할 수 있으며, 급여기준은 다음과 같음 - 다 음 - 가. 수액유량조절세트 1) 급여대상 가) 8세 미만 소아 나) 약제 투여용량의 정확성이 요구되는 항암제 투여환자 또는 중증·응급환자 다) 유도분만을 위한 옥시토신 또는 조산방지를 위한 자궁수축억제제 주입 시 라) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조 중증질환자 산정특례 대상 나. 정밀 점적주사용 catheter, 실린더식 주입 펌프용 카트리지는 상기 가. 1)의 급여대상 중 약물주입속도가 5ml/h 미만인 경우에 요양급여를 인정함. 다만, 5ml/h 이상의 속도로 약물을 주입하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. [고시 제2019-166호, 2019.8.1. 시행]
정맥내주사로 확보(Keep Vein Open)시 진료수가 산정방법	환자 치료상 수액제 주입없이 일정기간 동안 정맥내유치침으로 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(정맥내유치침)을 추가로 산정 나. 확보된 주사로를 통한 약물 주입시 : 마5-1 수액제 주입로를 통한 주사로 산정. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
마6 신경간내주 사의 정의	신경간내주사란 신경인접부위에 스테로이드제제, 국소마취제 등을 주입하는 행위로서 서로 다른 신경에 각각 주사하는 경우 1일 2회 이상 실시하더라도 부위불문하고 1일2회까지 인정하며, 실시간격은 약제 허가사항 범위내로 함. [고시 제2015-99호, 2015.6.15. 시행]

[기결정고시]

○ Syringe Pump

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

[고시 제2016-204호, 2016.11.1. 시행]



4

마취료

▶ 신경차단술료

■ 바21 지주막하 신경차단술 Subarachnoid Nerve Block

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
바-21	LA210	지주막하 신경차단술 Subarachnoid Nerve Block	482.33	41,380	36,750
바-22		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	780.35	66,950	59,460
	LA322	(2) 요추 및 천추 Lumbar and/or Caudal	458.82	39,370	34,960
		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.			
		(1) 피하터널식 카테터 삽입에 의한 방법 by Catheter Insertion through Subcutaneous Tunnel			
	LA222	(가) 카테터삽입 당일 [카테터삽입료 포함]	1,020.52	87,560	77,760
	LA223	(나) 익일 이후 (1일당)	236.99	20,330	18,060
		(2) 피하매몰 저장기펌프 삽입술에 의한 방법 by Implantation of Subcutaneous Reservoir Pump			
	LA224	(가) 카테터삽입 당일 [카테터삽입료 포함]	2,235.25	191,780	170,330
	LA225	(나) 익일이후 (1일당)	237.48	20,380	18,100

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
	LA226	(3) 기타(비터널식카테터)에 의한 방법 Others (가) 카테터삽입 당일 [카테터삽입료 포함]	714.11	61,270	54,420
	LA227	(나) 익일 이후 (1일당)	233.51	20,040	17,790
	LA228	다. 경막외패치술 [혈액채취료 포함] Epidural Patch	566.59	48,610	43,170

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 분류되어 있지 않은 신경차단술의 준용항목	<p>「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제6장 마취료 제3절 신경차단술료에 분류되어 있지 않은 신경차단술은 다음과 같이 준용하여 산정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 수지신경차단술(Digital Nerve Block) : 바24사 척수신경말초지차단술(액와하부신경) 소정점수</p> <p>나. 교감신경국소차단술(IRSB :IV Regional Sympathetic Block) : 바1나 정맥마취(부위마취) 소정점수</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]</p>
신경차단술의 가산 적용기준	<p>신경차단술은 마취, 동통완화 또는 치료목적으로 시행할 경우에 산정할 수 있으며 시술행위에 따라 소정금액을 산정하되, 동통완화 또는 치료목적으로 실시한 경우에는 마취행위가 아니므로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제6장 마취료 [산정지침]에 의한 신생아, 소아, 노인 가산을 할 수 없으며 응급진료가 불가피한 경우를 제외하고는 공휴일 또는 야간가산을 할 수 없음. 다만, 마취목적으로 시행하는 경우에는 제6장 마취료 [산정지침]에 의한 가산을 할 수 있음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]</p>
통증자가조절법(Patient Controlled Analgesia)의 급여기준	<p>휴대용(일회용) 지속 주입재료를 사용하여 환자 스스로 약물주입을 조절할 수 있도록 하는 통증자가조절법(Patient Controlled Analgesia)은 다음과 같은 경우에 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p>



제목	세부인정사항
	<p>가. 급여대상</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) 4) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조 중증질환자 산정특례 대상 중 중증외상환자의 수술 후 통증 <p>나. 산정방법</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 수기로 <시술당일> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 주입로 확보 및 Infuser 장착을 모두 실시한 경우 <ul style="list-style-type: none"> - 경막외 주입(Epidural PCA) : 바22나(3)(가)경막외 신경차단술(지속적 차단-기타-카테터 삽입당일)소정점수(코드 LA201) - 정맥내 주입(IV PCA) : 바22나(3)(가)경막외 신경차단술(지속적 차단-기타-카테터 삽입당일) 소정점수의 50%(코드 LA204) ◆ 확보된 주입로에 Infuser만 연결하는 경우 <ul style="list-style-type: none"> - 경막외 주입(Epidural PCA) : 마5-1수액제주입로를 통한 주사의 소정점수와 바22나(3)(나)경막외 신경차단술(지속적차단-기타-익일이후) 소정점수를 합한 점수(코드 LA202) - 정맥내 주입(IV PCA) : 마5-1수액제주입로를 통한 주사 소정점수와 바22나(3)(나)경막외 신경차단술(지속적차단-기타-익일이후) 소정점수의 50%를 합한 점수(코드 LA205) <익일 이후> <ul style="list-style-type: none"> - 경막외 주입(Epidural PCA) : 바22나(3)(나)경막외 신경차단술(지속적차단-기타-익일이후) 소정점수(코드 LA203) - 정맥내 주입(IV PCA) : 바22나(3)(나)경막외 신경차단술(지속적 차단-기타-익일이후) 소정점수의 50%(코드 LA206) <p>* 약제 재충전 수기로, 환자교육료 등은 별도 산정하지 아니함.</p>

제목	세부인정사항
	<p>2) 약제 「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 따라 사용된 약제 비용은 별도 산정하며, 동 시술시 사용되는 약제의 본인부담률은「국민건강보험법 시행령」 제19조 및 해당 약제별 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따른 본인부담률을 적용함</p> <p>3) 치료재료 「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 따라 사용된 치료재료 비용은 별도 산정함. 다만, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 별도로 고시한 경우 해당 급여기준에 따름</p> <p>다. 상기 가.에 의한 급여대상 이외의 환자에게 시행시 다른 방법(PCA이외)의 통증 관리방법을 충분히 설명하고 환자가 서면으로 신청한 경우에 한하여 수기로 및 치료재료비용은「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-166호, 2019.8.1. 시행]</p>
<p>선택적 경추간공 경막외조영술/신경차단술 (Selective Transforaminal Epidurography /Block) 또는 경추간공경막외주사/신경차단술 (Transforaminal Epidural Injection/Block)의 인정기준 및 수가산정방법</p>	<p>선택적 경추간공 경막외조영술/신경차단술 (Selective Transforaminal Epidurography/Block) 또는 경추간공경막외주사/신경차단술(Transforaminal Epidural Injection/Block)의 인정기준 및 수가산정방법은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 인정기준 부신피질호르몬제 사용시 주1회씩, 3회 정도 시행하고 호전되지 않으면 수술 등 다른 치료방법을 고려해야 함. 이때 확인할 수 있는 영상자료를 첨부토록 함</p> <p>나. 산정방법 (1) 행위료 (가) 1 level 시행시 · 편측 - 다210나 경막외조영 소정점수만 산정 (Selective Transforaminal Epidural Block/Transforaminal Epidural Injection 행위료는 조영술료에 포함) · 양측- 다210나 경막외조영 소정점수와 바22가 경막외신경차단술(일회성차단) 소정점수의 50%를 산정</p>



제목	세부인정사항
	<p>(나) 동시에 2 level 이상 시행시</p> <ul style="list-style-type: none"> · 편측 - 제1 level은 다210-나 경막외조영 소정점수를 산정하고, 제2 level부터는 바22가 경막외신경차단술(일회성차단) 소정점수의 50%를 산정하되, 최대 3 level까지 산정함(바22가 최대 100%산정) · 양측: 최대 2 level까지 산정하며 제 1 level은 다210나 경막외조영 소정점수와 바22가 경막외신경차단술(일회성차단) 소정점수의 50%를 산정하고, 제2level은 바22가 경막외신경차단술(일회성차단) 소정점수의 50%를 산정함.(바22가 최대 150%산정) <p>(2) 약제비 : 조영제, 국소마취제, 스테로이드 등 사용된 약제는 별도 산정함</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2009-180호, 2009.10.1. 시행]</p>

[기결정고시]

○ 경막외 유착용해술(Epidural catheter를 사용한 경우)

통증완화 목적으로 실시하는 경막외강내 유착부위 약제주입 :

- 바22-나. 지속적경막외차단의 소정점수로 산정함.
- Epidural catheter 별도 산정
- 시술전후에 시행한 경막외조영술은 다210-나 (Epidurography) 별도 산정함.

[고시 제2005-8호, 2005.2.1. 시행]

○ 전방 경막외 차단술 Anterior Epidural Block [일회성차단의경우]

바22-가. 경막외 신경차단술-일회성차단의 소정점수를 산정함

[고시 제2003-86호, 2004.1.1. 시행]

○ 경막외강 스테로이드 주사 (스테로이드, 국소마취제, 생리식염수 병용 투여)

바22-가 경막외 신경차단술(일회성 차단)의 소정점수를 산정함.

[고시 제2002-13호, 2002.4.1. 시행]

[심사지침]

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

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

- 다 음 -

- 가. 주사바늘 끝(Needle tip)은 정면 상에서 추간공 안쪽에, 측면 상에서 전경막외강(anterior epidural space)에 위치해야 함
- 나. 조영제는 정면 상에서 시술부위(level) 주위의 경막외강에, 측면 상에서 전경막외강(anterior epidural space)내에 퍼짐이 확인되어야 함.
- 다. 상기 가 또는 나의 조건을 충족하기 어려운 경우는 그 사유를 기재 시에 사례별로 인정함.

[공고 제2019-429호, 2013.9.1. 진료분부터]

■ 바22-1 경막외 저장기펌프 제거술 Removal of Subcutaneous Reservoir Pump

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
바-22-1	LA330	경막외 저장기펌프 제거술 Removal of Subcutaneous Reservoir Pump	788.46	67,650	60,080

■ 바23 뇌신경 및 뇌신경말초지차단술 Cranial Nerve or Its Peripheral Branch Block

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
바-23		뇌신경 및 뇌신경말초지차단술 Cranial Nerve or Its Peripheral Branch Block			



분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
	LA340	가. 삼차신경절, 상악신경, 하악신경 Trigeminal Ganglion, Maxillary Nerve, Mandibular Nerve	988.59	84,820	75,330
	LA341	나. 삼차신경의 분지 (안와상, 안와하, 턱끝, 이개측두 신경) Trigeminal Peripheral Nerve Branch (Supra-Orbital Nerve, Infra-Orbital Nerve, Mental Nerve, Auriculotemporal Nerve)	603.68	51,800	46,000
	LA232	다. 안면신경 Facial Nerve	346.69	29,750	26,420
	LA234	마. 접구개신경절 Sphenopalatine Ganglion	987.22	84,700	75,230

[기결정고시]

○ 삼차 신경절 절단술

바23가 뇌신경 및 뇌신경말초지차단술(삼차신경절, 상악신경, 하악신경)의 소정점수를 산정함.

[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]

■ 바24 척수신경말초지차단술 Block of Peripheral Branch of Spinal Nerve

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
바-24		척수신경말초지차단술 Block of Peripheral Branch of Spinal Nerve			
	LA241	가. 대소후두신경 Greater or Lesser Occipital Nerve	282.08	24,200	21,490
	LA242	나. 상후두신경 Superior Laryngeal Nerve	258.49	22,180	19,700
	LA243	다. 후두신경 Laryngeal Nerve	258.49	22,180	19,700
	LA244	라. 횡격막신경 Phrenic Nerve	258.49	22,180	19,700
	LA245	마. 척추부신경 Spinal Accessory Nerve	258.49	22,180	19,700
	LA346	바. 액와신경 Axillary Nerve	287.92	24,700	21,940
	LA347	사. 액와하부신경 Median, Ulnar, Radial Nerve	258.74	22,200	19,720
	LA247	아. 견갑신경 Scapular Nerve	287.85	24,700	21,930
	LA248	자. 늑간신경 Intercostal Nerve	287.68	24,680	21,920

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
	LA249	차. 장골서혜신경 Ilioinguinal Nerve	258.49	22,180	19,700
	LA270	카. 장골하복신경 Iliohypogastric Nerve	258.49	22,180	19,700
	LA271	타. 음부신경 Pudendal Nerve	246.11	21,120	18,750
	LA272	파. 좌골신경 Sciatic Nerve	287.85	24,700	21,930
	LA273	하. 폐쇄신경 Obturator Nerve	258.74	22,200	19,720
	LA274	거. 대퇴신경 Femoral Nerve	288.09	24,720	21,950
	LA275	너. 외측대퇴피신경 Lateral Cutaneous Femoral Nerve	269.68	23,140	20,550
	LA276	더. 상박신경총 Brachial Plexus	287.85	24,700	21,930

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
C-arm 등 투시가 반드시 필요한 신경차단술에 대하여	<p>C-arm 등 투시가 반드시 필요한 신경차단술은 다음과 같으며, 동 신경차단술을 C-arm 등 투시 없이 실시한 경우에는 인정하지 아니함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 바22 관련 : 경추간공경막외신경차단술(Transforaminal epidural block)</p> <p>나. 바23 관련: 삼차신경절(trigeminal ganglion), 상악신경 (Maxillary nerve), 하악신경(Mandibular nerve), 익구개신경절(Pterygopalatine ganglion)</p> <p>다. 바24 관련 : 상박신경총신경차단술(Brachial plexus block) (supraclavicle approach 경우만)</p> <p>라. 바25 관련 : 척추주위척추관절돌기신경(Facet joint), 천장관절(Sacro-iliac joint), 방척추신경근 (Paravertebral spinal nerve root), 후근신경절신경차단술(Dorsal root ganglion block), 척추후지내측지신경차단술 (Post. medial branch block) 척추신경근(Spinal root block) (Psoas compartment block : blind block도 가능)</p> <p>마. 바26나 관련: 흉요부교감신경절(thoracolumbar sympathetic ganglion), 복강신경총(celiac plexus), 하장간막신경총(Inferior mesenteric plexus), 상하복신경총(Superior hypogastric plexus)</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2007-92호, 2007.11.1. 시행]</p>



제목	세부인정사항
바24 척수신경말초지 차단술(늑간신경) 의 수가 산정방법	흉부의 통증 등에 실시하는 늑간 신경차단술은 늑골마다 지배하는 신경이 다르므로 Level별로 산정하되, 동시에 2 Level이상의 늑간 신경차단술을 실시하였을 경우 제1 Level은 소정점수의 100%, 제2 level 부터는 소정점수의 50%로 하여 최대 200%까지 산정하며, 좌·우 양측 동시 실시시에는 각각 산정함. [고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]
대·소후두 신경차단술시 수가 산정방법	Occipital Headache 상병에 대·소후두 신경차단술을 양측으로 실시한 경우는 바24가 척수신경말초지차단술(대소후두신경) 소정점수의 150%를 각각 산정함. [고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]

[기결정고시]

○ 전립선주위 신경총차단

바24사 척수신경말초지차단술(액와하부신경)의 소정점수를 산정함

[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]

○ 정색신경차단 Spermatic cord block

바24차 척수신경말초지차단술(장골서혜신경)의 소정점수를 산정함

[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]

■ 바25 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술 Spinal Nerve Plexus, Root or Ganglion Block

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
바-25		척수신경총, 신경근 및 신경절차단술 Spinal Nerve Plexus, Root or Ganglion Block			
	LA251	가. 경신경총 Superficial Cervical Plexus	383.32	32,890	29,210
	LA352	나. 방척추신경 Paravertebral Nerve	771.63	66,210	58,800
	LA353	다. 미골신경 Coccygeal Nerve	765.44	65,670	58,330
	LA354	라. 선택적 신경근 Selective Spinal Nerve Root	771.63	66,210	58,800
	LA355	마. 척추후근신경절 DRG(Dorsal Root Ganglion)	771.63	66,210	58,800

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
	LA356	바. 척수회백신경교통지 Gray Rami Communicans	771.63	66,210	58,800
	LA253	사. 요천골신경총 Lumbar or Sacral Plexus	771.63	66,210	58,800
	LA357	아. 척수신경 후지 Posterior Division of Spinal Nerve	538.40	46,190	41,030
	LA358	자. 후지내측지 Posterior Medial Branch	771.63	66,210	58,800
	LA359	차. 추간관절차단 Facet Joint	811.83	69,660	61,860

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
척수신경총, 신경근 및 신경절차단술 추가 산정방법	<p>바25 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술의 수가산정방법은 다음과 같이 산정하되, 경추(Cervical)와 요추(Lumbar)는 별개의 부위이므로 각각 산정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 분절(level) 적용 차단술</p> <p>1) 해당항목: 선택적 신경근, 척추후근신경절, 척수회백신경교통지, 후지내측지, 추간관절차단</p> <p>2) 추가 산정방법</p> <p>가) 편측 실시 시 제1분절(level)은 소정점수의 100%를 산정하고, 제2분절(level)부터는 소정점수의 50%를 산정하되 최대 3분절(level)까지 산정(최대 200%)</p> <p>나) 양측 실시 시(또는 편측과 양측 동시 실시 시) 제1분절(level)은 소정점수의 150%(100%+50%), 제2분절(level)부터는 좌,우 각 50%를 산정하되, 3분절을 초과하여 시술하더라도 3분절 이내에서 최대 300%까지 산정</p> <p>나. 분절(level) 미적용 차단술</p> <p>1) 해당항목: 경신경총, 방척추신경, 미골신경, 요천골신경총(Psoas compartment block 포함), 천장관절(Sacro-iliac joint), 척수신경 후지</p> <p>2) 추가 산정방법</p> <p>가) 편측 실시 시: 소정점수의 100% 산정</p> <p>나) 양측 실시 시: 소정점수의 150%(100%+50%) 산정</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2016-190호, 2016.10.1. 시행]</p>



[기결정고시]

○ Psoas Compartment block

바25사 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술(요천골신경총)의 소정점수를 산정함.

[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]

○ 척수신경근 조영술 및 선택적 신경근 차단술

바25라 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술(선택적신경근)의 소정점수를 산정함.

[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]

■ 바26 교감신경총 및 신경절차단술 Sympathetic Plexus or Ganglion

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점 수	금액(원)	
				의원	병원
바-26		교감신경총 및 신경절차단술 Sympathetic Plexus or Ganglion			
	LA261	가. 간단한 것 Simple 주 : 정상신경절이 해당된다. 나. 복잡한 것 Complex	305.92	26,250	23,310
	LA361	(1) 흉부교감신경절 Thoracic Sympathetic Ganglion	1,254.13	107,600	95,560
	LA362	(2) 요부교감신경절 Lumbar Sympathetic Ganglion	1,255.56	107,730	95,670
	LA264	(3) 복강신경총 Celiac Plexus	1,651.06	141,660	125,810
	LA265	(4) 하장간막신경총 Inferior Mesenteric Plexus	1,604.92	137,700	122,290
	LA366	(5) 상하복신경총 Superior Hypogastric Plexus	1,648.26	141,420	125,600
	LA367	(6) 외톨이신경절 Blockade of the Ganglion Impar	1,257.30	107,880	95,810

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
좌·우 각각으로 복강신경총을 차단한 경우 수가 적용방법	복강신경은 좌·우 기능이 각각 분리되어 있으므로 좌·우 각각으로 복강신경총을 차단한 경우에는 바26나(3) 교감신경총 및 신경절차단술(복잡한 것-복강신경총)의 소정점수를 각각 산정함. [고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]

제목	세부인정사항
바26 교감신경총 및 신경절차단술 수가 산정방법	바26 교감신경총 및 신경절차단술을 흉부, 요부 별도 실시시 각각 산정하되, 근접 부위에 실시한 경우에는 제1 Level은 소정점수의 100%, 제2 Level부터는 소정 점수의 50%로 하여 최대 200%까지 산정함. [고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]

■ 바51 전척추블록 Total Spinal Block

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
바-51		전척추블록 Total Spinal Block			
	LY051	가. 기본 [1시간 기준] Basic Block for 1hr	1,844.32	158,240	140,540
	LY052	나. 유지 [1시간 초과시 15분당] Maintenance of Block for 15min	282.86	24,270	21,550

▶▶ 신경파괴술료

■ 바31 지주막하 신경파괴술 Subarachnoid Nerve Destruction by Neurolytic Substance

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
바-31	LB310	지주막하 신경파괴술 Subarachnoid Nerve Destruction by Neurolytic Substance	1,754.23	150,510	133,670

■ 바32 경막외 신경파괴술 Epidural Nerve Destruction by Neurolytic Substance

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
바-32	LB320	경막외 신경파괴술 Epidural Nerve Destruction by Neurolytic Substance	1,367.43	117,330	104,200



■ 바33 뇌신경 및 뇌신경 말초지파괴술 Destruction of Cranial Nerve or Its Peripheral Branch by Neurolytic Substance

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
바-33		뇌신경 및 뇌신경 말초지파괴술 Destruction of Cranial Nerve or Its Peripheral Branch by Neurolytic Substance			
	LB331	가. 삼차신경절 파괴술 Trigeminal Ganglion 나. 기타 뇌신경말초지파괴술 Others	2,159.65	185,300	164,570
	LB333	(1) 삼차신경 및 그 분지 Trigeminal Nerve Branch	1,888.63	162,040	143,910
	LB334	(2) 안면신경 Facial Nerve	1,606.34	137,820	122,400
	LB335	(3) 설인신경 Glossopharyngeal Nerve	1,606.34	137,820	122,400
	LB336	(4) 접구개신경절 Sphenopalatine Ganglion	1,998.80	171,500	152,310

[기결정고시]

○ 후가세르 글리세롤 신경근파괴술 Retrogasserian glycerol neurolysis

바33-가. 삼차신경절파괴술의 소정점수를 산정함.

[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]

■ 바34 척수신경 및 말초지파괴술 Destruction of Spinal Nerve or Its Peripheral Branch by Neurolytic Substance

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
바-34		척수신경 및 말초지파괴술 Destruction of Spinal Nerve or Its Peripheral Branch by Neurolytic Substance			
	LB341	가. 척추신경근 Spinal Root	1,611.17	138,240	122,770
	LB342	나. 척추신경절 Spinal Ganglion	1,611.17	138,240	122,770
	LB343	다. 척추신경총 Spinal Plexus	1,611.17	138,240	122,770

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
	LB344	라. 늑간신경 Intercostal Nerve	1,425.97	122,350	108,660
	LB345	마. 척추관절돌기신경 Paravertebral Facet Joint Nerve	1,611.33	138,250	122,780
	LB346	바. 음부신경 Pudendal Nerve	1,434.14	123,050	109,280

■ 바35 교감신경절 및 신경총 파괴술 Destruction of Sympathetic Ganglion or Plexus by Neurolytic Substance

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
바-35		교감신경절 및 신경총 파괴술 Destruction of Sympathetic Ganglion or Plexus by Neurolytic Substance			
	LB351	가. 성상신경절 Stellate Ganglion	1,489.87	127,830	113,530
	LB412	나. 흉부 교감신경절 Thoracic Sympathetic Ganglion	2,265.27	194,360	172,610
	LB413	다. 요부 교감신경절 Lumbar Sympathetic Ganglion	2,265.27	194,360	172,610
	LB353	라. 복강신경총 및 내장신경 Celiac Plexus and/or Splanchnic Nerve	3,066.91	263,140	233,700
	LB354	마. 상하복신경총 Superior Hypogastric Plexus	3,037.62	260,630	231,470
	LB355	바. 하장간막신경총 Inferior Mesenteric Plexus	2,982.56	255,900	227,270

■ 버71 상처 또는 신경종내 신경파괴제 주입술 Scar or Neuroma Infiltration of Neurolytics

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
버-71	LX071	상처 또는 신경종내 신경파괴제 주입술 Scar or Neuroma Infiltration of Neurolytics	406.19	34,850	30,950



5

이학요법료

▶ 일반사항

제목	세부인정사항
물리치료사 1인당 1일 물리치료 실시인원	<p>해당항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관(보건기관 포함)에서 재활 및 물리치료를 실시한 경우에 상근하는 물리치료사 1인당 물리치료 실시인원(물리치료 실시 총 청구건수를 의미함)은 월평균(또는 주평균) 1일 30명까지 인정하며, 이경우 의료급여 환자를 포함함. 다만, 상근물리치료사 1인 이상이 근무하는 기관에서 시간제, 격일제 근무자(주3일이상 이면서 주20시간 이상 근무하는 자)의 경우 0.5인으로 보아 월평균(또는 주평균) 1일 15명까지 인정함.</p> <p>※ 월평균(주평균) 물리치료실시인원 = 1개월간(1주일간) 총 물리치료청구건수(물리치료 실시 연인원) ÷ 1개월간(1주일간) 물리치료사 근무일수</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2010-31호, 2010.6.1. 시행]</p>
물리치료 항목을 여러병변에 실시시 산정방법	<p>「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제7장에 분류된 이학요법료 중 “외래는 1일1회, 입원은 1일 2회 산정한다”라고 규정한 것은 동일환자에 대하여 2가지 이상 상병의 병변이 각각 상이하거나 동일상병의 병변이 각각 상이하거나를 불문하고 외래는 1회, 입원은 2회까지만 소정행위료를 산정할 수 있는 것임.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]</p>
물리치료와 국소주사 등을 동시 시행시 인정기준	<p>외래 진료시 물리치료와 국소주사 등(관절강내, 신경간내주사, 신경차단술 등)을 동시에 실시한 경우 동일 목적으로 실시된 중복진료로 보아 주된 치료만 요양급여로 적용하고, 1종은 환자가 전액을 본인이 부담함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2011-10호, 2011.2.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
<p>새로운 장비(저주파 치료기, 미세전류 치료기, 합성전자기파 치료기, 자기치료기, 견인기구, 운동기구, 레이저치료기 등)를 이용한 물리치료 진료수가 산정방법</p>	<p>1. 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제1부 일반원칙 1.3항에 “각 장에 분류되지 아니한 항목과 비슷한 진료행위는 가장 비슷한 분류항목에 준용하여 산정”하도록 규정하고 있으므로 새로운 시설, 장비, 기구 등을 사용하더라도 이미 등재된 분류항목 중 가장 비슷한 분류항목에 준용·산정하여야 하며, 준용하기 곤란한 특수 또는 새로운 진료행위에 대하여는 보건복지부장관이 별도로 인정하는 기준에 의하는 것임.</p> <p>2. 현행 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수는 장비별 수가체제가 아닌 행위별 수가체제이며, 수입 또는 국내 생산제품일지라도 소정의 수입 또는 제조 허가를 받지 아니한 장비(기구)를 임의로 설치하여 요양급여비용을 산정하거나 환자에게 전액 부담시키는 일이 없도록 유의하여야 함.</p> <p>(가) 저주파치료기(미세전류치료기 포함) : 사104 경피신경자극 치료 적용 EMI(Electric Acuscop Myopulse), Somadyne, Achrotone, Intellect -600 mp, Mens 1-Super</p> <p>(나) 합성전자기파치료기 : 사101 적외선치료 적용 TDP, Aladdin-H, SEMS</p> <p>(다) 자기치료기: 사102 심층열치료 적용Magentic Field Therapy, 알파트론, 코스노 감마, 열전마그네틱(국산)</p> <p>(라) 견인기구 : 사112 간헐적 견인요법 적용 Vertetrac</p> <p>(마) 운동기구 : 운동요법 각 해당수가 적용 Medx, NORSK(KEBO), Toning Table, Cybex</p> <p>(바) 레이저치료기 : 사115 레이저 치료 적용 스타빔(Star Beam SP-3000 또는 SP-7000)을 이용</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]</p>



▶ 기본물리치료료

■ 사101 표층열치료 Superficial Heat Therapy

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-101	MM010	표층열치료 Superficial Heat Therapy 주 : 1. 온습포, 적외선치료 등을 포함한다.	9.20	790	700
	MM015	2. 같은날「사-102」와 동시에 실시한 경우에는 소정점수의 50%를 산정한다.	4.60	390	350

■ 사101-1 한냉치료 Cold Therapy

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-101-1		한냉치료 Cold Therapy 주 : 1. 한냉치료와 온열치료를 동시에 실시한 경우에는 한 가지만 산정한다. 2. 장비에 불문하고 소정점수를 산정한다.			
	MM011	가. 콜드팩 Cold Pack	9.98	860	760
	MM012	나. 냉동치료 Cryotherapy	14.38	1,230	1,100

■ 사102 심층열치료 [1일당] Deep Heat Therapy

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-102	MM020	심층열치료 [1일당] Deep Heat Therapy 주 : 초음파치료, 극초단파치료, 초단파치료 등을 포함한다.	13.11	1,120	1,000

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
수·족지 관절에 실시한 간접초음파 치료의 인정여부	간접법에 의한 초음파치료는 수중에서 sound head를 치료부위와 일정 간격을 두고 움직이면서 실시하는 방법으로 그에 따른 충분한 치료효과가 인정되므로 수·족지 관절에 실시한 간접초음파 치료는 사102 심층열치료로 산정함. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

[기결정고시]

○ 심부자극 전자기장 치료요법

사102 심층열치료[1일당]의 소정점수를 산정함

[고시 제2005-77호, 2005.11.1. 시행]

■ 사103 자외선치료 [1일당] UV Ray Irradiation

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-103	MM030	자외선치료 [1일당] UV Ray Irradiation	5.51	470	420

■ 사104 경피적 전기신경자극치료 Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-104	MM070	경피적 전기신경자극치료 Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation	40.83	3,500	3,110
	MM080	주 : 간섭파전류치료(Interferential Current Therapy)를 실시한 경우에도 소정점수를 산정한다.	40.83	3,500	3,110



[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
재활저출력레이저치료와 경피적전기신경자극치료 (또는 간섭파전류치료) 병용실시 인정기준	<p>사115 재활저출력레이저치료와 사104 경피적전기신경자극치료(또는 사104주 간섭파전류치료)는 동일목적의 치료이나, 작용기전이 다르고 단독 치료보다 복합치료 시 치료효과가 증가하는 등의 장점이 있으므로 병용실시를 인정하되, 주된 물리치료는 요양급여하고 그 외 1종은 전액을 환자가 부담토록 함</p> <p>[고시 제2009-135호, 2009.8.1. 시행]</p>
사104 경피적 전기신경자극치료, 사104주, 간섭파전류치료, 사115 재활저출력레이저치료의 인정기준 및 기간	<p>경피적 전기신경자극치료 및 간섭파전류치료, 재활저출력레이저치료는 근 골격계 통증 및 신경통증의 완화를 위해 시행하는 요법으로서 관절염에는 2주, 염좌·좌상 등에는 1주, 추간판 탈출증에는 3주 이내로 실시함을 원칙으로 하되, 상태 호전이 있는 등 연장 실시가 반드시 필요한 경우에는 주 2~3회로 산정함.</p> <p>[고시 제2009-55호, 2009.4.1. 시행]</p>
EDIT 장비를 이용한 물리치료료의 산정방법	<p>EDIT 장비를 이용하여 실시하는 물리치료는 그 특성상 치료 주파수 선택버튼 및 주파수 설정계기조작을 통해 경피적 전기신경자극치료 뿐 아니라 간섭파전류치료도 가능한 특성이 있고, 간섭파전류치료를 위한 타 장비의 경우에도 경피적 전기신경자극치료와 병행치료가 가능하므로 동 장비의 치료원리를 고려하여 실제 치료양상에 따라 사104 경피적 전기신경자극치료(TENS) 또는 간섭파전류치료(ICT)로 산정하되, 동시에 시행하는 경우는 1종만 산정함.</p> <p>[고시 제2004-36호, 2004.7.1. 시행]</p>
전자침(Silver Spike Point, SSP)의 급여여부	<p>경피적 전기침 자극요법인 전자침(Silver Spike Point, SSP)은 전기자극을 이용한 통증관리요법이므로 사104 경피적 전기신경자극치료로 산정하되, 경피적 전기신경자극치료와 동시 시행시는 한가지 치료만 인정함.</p> <p>[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>

[기결정고시]

○ 저주파치료

사104 경피적 전기신경자극치료의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

■ 사105 마사지치료 [1일당] Massage Therapy

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-105	MM090	마사지치료 [1일당] Massage Therapy 주 : 근마비로 인한 연부조직위축, 감염 및 외상으로 인한 연부조직유착을 개선하기 위하여 수기로 20분 이상 실시한 경우에 산정한다.	52.99	4,550	4,040

[심사지침]

○ 사-105 마사지치료의 세부인정범위

사-105 마사지치료 세부인정범위는 다음과 같이 함.

- 다 음 -

가. 인정대상

- 근마비로 인한 연부조직위축 상병인 위축 · 구축 상병, 마비상병, 림프부종 및 부종, 연축, 사경
- 얼굴부위의 신경장애, 사지 신경손상 중 신경총(얼기)손상 또는 단신경에서 운동신경의 장애로 근마비에 의한 연부조직의 위축이 나타난 경우

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

[공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터]

■ 사106 단순운동치료 [1일당] Simple Therapeutic Exercise

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-106	MM101	단순운동치료 [1일당] Simple Therapeutic Exercise 주 : 1. 근육기능장애와 관절기능장애에 대해 각종 운동, 자세교정운동 등을 포함하여 10분 이상 실시한 경우에 산정한다. 2. 제2절에 분류된 운동치료 또는 제3절에 분류된 재활기능치료와 동시에 실시하는 경우에는 주된 항목의 소정점수만 산정한다.	58.46	5,020	4,450



[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
요부질환에 단순운동치료 인정기준	<p>요추간판탈출증, 요부염좌 등의 요부질환으로 통원(외래) 진료시에 실시하는 단순 운동치료는 사106 단순운동치료 '주'에 의거 10분이상 실시한 경우에 한하여 산정하되, 동 요법은 통상 교육 및 훈련을 통하여 환자 스스로 시행하는 점을 고려하여 요부질환에는 초진에 한하여 1-2회 인정함.</p> <p>다만, 요배부 근육 경련을 동반한 경우는 환자 스스로 운동치료를 하기 어려운 점을 감안하여 2주 이내로 인정함</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2002-72호, 2002.11.1. 시행]</p>
Biofeedback Treatment의 진료수가 산정방법	<p>근육강화, 경직완화, 동통완화를 목적으로 실시하는 Biofeedback Treatment는 다음의 적응증에 사106 단순운동치료 또는 사116 운동치료의 소정금액을 산정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 중추 및 말초신경 혹은 근육 손상후에 Neuromuscular Re-education시 나. 긴장성 근육통, 요통, 경부통 등의 만성 통증 환자 다. 자발성 운동장애(강직성 사경, Hemifacial spasm, 파킨슨씨 증후군 등)</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
안면신경마비에 실시한 운동치료 인정여부	<p>Hunt-Ramsay Syndrome시 안면신경마비가 동반될 경우 실시한 운동치료는 사 106 단순운동치료의 소정금액을 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>

[기결정고시]

- 협응력 운동(Coordination Exercise), 유연성 운동(Strength Exercise), 롤러베드, Theraband, 고무밴드 근력운동, ROM Exercise

사106 단순운동치료의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

▶ 단순재활치료료

■ 사110 파라핀욕 [1일당] Paraffin Bath

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-110	MM042	파라핀욕 [1일당] Paraffin Bath 주 : 한센병전문요양기관에서 의사의 처방에 따라 물리치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에도 산정한다.	25.11	2,150	1,910

■ 사111 수치료 [1일당] Hydrotherapy

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-111		수치료 [1일당] Hydrotherapy			
	MM041	가. 증기욕치료 Steam Bathing	48.16	4,130	3,670
	MM043	나. 정규욕조치료 Regular Tub 주 : 20분 이상 전신욕을 실시한 경우에 산정한다.	79.05	6,780	6,020
	MM049	다. 대조욕치료 Contrast Bath 라. 회전욕치료 Whirl Pool Bath	84.08	7,210	6,410
	MM044	(1) 수, 족, 지 Extremities	73.04	6,270	5,570
	MM045	(2) 전신 Whole Body	82.55	7,080	6,290
	MM046	마. 하버드탱크 치료 Hubbard Tank	112.78	9,680	8,590

■ 사111-1 유속치료 [1일당] Fluidotherapy

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-111-1	MM170	유속치료 [1일당] Fluidotherapy	43.82	3,760	3,340



■ 사-112 간헐적 견인치료 Intermittent Traction Therapy

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-112		간헐적 견인치료 Intermittent Traction Therapy			
	MM051	가. 경추견인 Cervical	74.68	6,410	5,690
	MM052	나. 골반견인 Pelvic	74.88	6,420	5,710

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
사112 간헐적 견인치료의 인정기간에 대하여	추간판 탈출증이나 퇴행성 척추질환 등에 통증 감소 등의 치료효과를 위하여 실시하는 간헐적 골반견인치료는 통상 4주이내로 실시함을 원칙으로 하되, 연장실시가 필요한 경우에는 환자상태에 따라 추가 인정함 [고시 제2009-135호, 2009.8.1. 시행]

[기결정고시]

○ 비수술적 척추 감압치료

자206 광범위정맥류발거술[스트리핑] 소정점수를 산정함. 사112 간헐적 견인치료 해당 항목의 소정점수를 산정함

☞ 신청시 행위명

: 비수술적 요추간판 감압술, 비침습적 추간판 감압치료술, 비수술적 디스크 감압치료, 척추의 운동적 견인교정술

[고시 제2007-14호, 2007.4.1. 시행]

■ 사113 전기자극치료 Electrical Stimulation Therapy

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-113		전기자극치료 Electrical Stimulation Therapy			
	MM060	가. 마비근 치료	61.48	5,270	4,680
	MM061	나. 근력강화 치료	61.48	5,270	4,680
		주 : 전방 십자인대 재건술 후 대퇴사두근 근력강화 목적으로 재활치료와 병행하여 실시한 경우에 산정한다.			

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
말초신경변성에 의한 근육마비시 사113 전기자극치료 산정여부	말초신경변성에 의하여 근육마비가 발생하는 경우 마비 정도를 회복시키기 위하여는 전기자극치료가 필요하므로 이 경우 사113 전기자극치료로 산정함. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

■ 사115 재활저출력레이저치료 [1일당] Laser Therapy

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-115	MM085	재활저출력레이저치료 [1일당] Laser Therapy	60.99	5,230	4,650



[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
재활저출력레이저 치료와 경피적전기신경자극치료(또는 간섭파전류치료) 병용 실시 인정기준	사115 재활저출력레이저치료와 사104 경피적전기신경자극치료(또는 사104주 간섭파전류치료)는 동일목적의 치료이나, 작용기전이 다르고 단독치료보다 복합치료 시 치료효과가 증가하는 등의 장점이 있으므로 병용실시를 인정하되, 주된 물리치료는 요양급여하고 그 외 1종은 전액을 환자가 부담토록 함 [고시 제2009-135호, 2009.8.1. 시행]
사104 경피적 전기신경자극치료, 사104주, 간섭파전류치료, 사115 재활저출력레이저 치료의 인정기준 및 기간	경피적 전기신경자극치료 및 간섭파전류치료, 재활저출력레이저치료는 근골격계 통증 및 신경통증의 완화를 위해 시행하는 요법으로서 관절염에는 2주, 염좌·좌상 등에는 1주, 추간판 탈출증에는 3주 이내로 실시함을 원칙으로 하되, 상태 호전이 있는 등 연장 실시가 반드시 필요한 경우에는 주 2~3회로 산정함. [고시 제2009-55호, 2009.4.1. 시행]

[기결정고시]

○ 통증유발점 직선편광 근적외선 조사, 성상신경절차단 통증유발점 조사 Stellate ganglion block, Trigger point irradiation

사115 재활저출력레이저치료의 소정점수를 산정함.

다만, 제7장 제2절 단순재활치료료 주. 1항에 의거, 재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과, 외과, 흉부외과 또는 마취통증의학과전문의가 상근하고 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사가 실시한 경우에 산정 가능함.

[고시 제2011-172호, 2012.1.1. 시행]

○ 레이저 물리치료, Laser Point

사115 재활저출력레이저치료의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

■ 사116 운동치료 [1일당] Therapeutic Exercise

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-116	MM102	운동치료 [1일당] Therapeutic Exercise 주 : 「가」, 「나」 및 제1절에 분류된 단순운동치료, 제3절에 분류된 재활기능치료와 동시에 실시하는 경우에는 주된 항목의 소정점수만 산정한다.	91.49	7,850	6,970
		가. 복합운동치료 Complex 주 : 전산화된 등속성운동기구를 제외한 기계(기구)를 사용한 근력강화운동과 기능훈련 등 30분 이상 실시한 경우에 산정한다.			
	MM103	나. 등속성 운동치료 Isokinetic 주 : 전산화된 평가 및 치료가 가능한 등속성운동기구를 사용하여 근력운동을 30분 이상 실시한 경우에 산정한다.	102.29	8,780	7,790

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
사경(Torticollis)에 실시한 운동요법의 수기로 산정방법	사경(Torticollis)에 실시한 운동요법은 사116가 복합운동치료로 산정함. [고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]
Biofeedback Treatment의 진료수가 산정방법	근육강화, 경직완화, 동통완화를 목적으로 실시하는 Biofeedback Treatment는 다음의 적응증에 사106 단순운동치료 또는 사116 운동치료의 소정금액을 산정함. - 다 음- 가. 중추 및 말초신경 혹은 근육 손상후에 Neuromuscular Re-education시 나. 긴장성 근육통, 요통, 경부통 등의 만성 통증 환자 다. 자발성 운동장애(강직성 사경, Hemifacial spasm, 파킨슨씨 증후군 등) [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]



[기결정고시]

- Medx Dynamic Lumbar Extension, Medx Dynamic Torso Rotation, Isotonic Equipment, Aerobic Equipment, 지속성 관절운동, 지속적인 수동관절운동, CPM(Continuous Passive Motion), Exercise(기계, 기구이용), 연속수동 운동요법, 소아용 자전거

전산화된 등속성 운동기구를 제외한 기계(기구)를 사용하여 근력강화운동과 기능훈련 등을 30분 이상 실시한 경우에는 실시횟수를 불문하고 사116가 복합운동치료[1일당]의 소정점수를 산정함.

Medx Dynamic Lumbar Extension, Medx Dynamic Torso Rotation, Isotonic Equipment, Aerobic Equipment, 지속성 관절운동, 지속적인 수동관절운동, CPM(Continuous Passive Motion), Exercise(기계, 기구이용), 연속수동 운동요법, 소아용 자전거

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

- 포괄적 근력강화 프로그램(Comprehensive Strengthening Protocol cybex장비이용), 싸이백스 운동치료

전산화된 평가 및 치료가 가능한 등속성 운동기구를 사용하여 근력운동을 30분이상 실시한 경우에는 실시횟수를 불문하고 사116나 등속성 운동치료[1일당]의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

[심사지침]

- [요양병원]요양병원 입원환자에게 장기 산정된 사116-가 복합운동치료의 인정기준

「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3편 요양병원 급여목록 및 상대가치점수 제2부 [산정지침]에 의거 특정항목으로 별도 산정이 가능한 사116-가 복합운동치료는 근력강화 및 기능 훈련을 위하여 큰 관절(고관절, 슬관절, 견관절)의 관절면 침범 골절, 관절치환술을 시행한 경우 또는 마비환자에서 3개월까지 인정함.

[공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터]

■ 사117 운동점차단술 [근육당] Motor Point Block

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-117	MM161	운동점차단술 [근육당] Motor Point Block 주 : 동 시술시 사용된 약제, 신경파괴제 등은 소정 점수에 포함되어 있으므로 별도 산정하지 아니 한다.	370.21	31,760	28,210

[기결정고시]

○ 보툴리눔 독소 주사요법 Botulinum Toxin Injection Therapy

약제 급여 범위내 시술시는 사-117 운동점차단술[근육당]의 소정점수를 산정하여 급여하되 동시에 2개 근육 이상 실시시 제2의 근육부터는 소정점수의 50%를 산정함.

이경우 보툴리눔독신 주사제 이외에 사용된 약제는 소정점수에 포함되나, 유도비용인 근전도검사(나-611) 는 별도 산정함.

요양급여의적용기준및방법에관한세부사항[약제]에서 환자전액본인부담으로 정한 범위의 시술을 한 경우 행위료는 비급여토록 함.

[고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행]

○ 7% 페놀을 이용한 신경차단술(운동점내에 페놀 주입)

사117 운동점차단술의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

○ 근육내신경용해술의 수가 산정방법

근육강직의 완화 목적으로 실시한 근육내 신경용해술은 운동점차단술과 유사한 행위이므로 그 진료수가는 사117 운동점차단술로 산정하고, 1지(肢-extremity)는 소정금액의 100%, 제2지(肢-extremity)부터는 소정금액의 50%를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]



■ 사119 압박치료 [1일당] Pneumatic Compression

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-119	MM190	압박치료 [1일당] Pneumatic Compression	67.00	5,750	5,110

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
운동요법과 동일일에 실시한 압박치료의 진료수가 산정방법	Flowtron series, Medomer, Vasotrain, Extremity Pump 등을 이용한 물리치료는 공기실(Air Chamber)의 반복되는 팽창과 수축으로 혈액순환의 증진 또는 조직사이의 압력을 증가시킴으로써 환자의 팔, 다리의 부종을 감소시키는 장점이 있으므로 사119 압박치료(Pneumatic Compression)의 소정금액으로 산정하며, 동 치료는 운동치료와 목적이 서로 다른 별개의 의료행위이므로 운동치료와 같은날 실시한 경우 각각 인정함. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

[심사지침]

○ 사-119 압박치료의 세부인정범위

사-119 압박치료는 기구 내에 삽입된 상지 및 하지를 순차적으로 압박하여 조직사이의 압력을 증가시켜 조직사이에 고여 있는 림프액의 순환을 증진시킴으로써 환자의 팔과 다리의 림프부종을 감소시킬 수 있는 치료방법으로 동 치료의 인정범위는 다음과 같이 함.

- 다 음 -

가. 인정대상

- 수술 후 혹은 방사선 치료 후 등에 생긴 림프부종
- 정맥염, 심부정맥혈전증, 말초혈관질환 등 혈관성질환에 생긴 국한부종

나. 그 외 전신부종, 상세불명의 부종, 척추상병, 상·하지 상병, 마비 상병 등에는 인정하지 아니함.

[공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터]

[기결정고시]

- 간헐적 압박치료, 간헐적 공기압 펌프, 파동형 공기압부종치료, 바소트레인, 공기압마사지, 임파부종물리치료, Sequential Compression

사119 압박치료[1일당]의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

■ 사120 복합림프물리치료 [1일당] Complex Decongestive Physical Therapy

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-120	MM200	복합림프물리치료 [1일당] Complex Decongestive Physical Therapy 주 : 제1절에 분류된 맛사지치료, 단순운동치료 또 는 제2절에 분류된 운동치료와 동시에 실시하 는 경우에는 주된 항목의 소정점수만 산정한다.	135.00	11,580	10,290

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
복합림프물리치 료의 인정기준	1. 복합림프물리치료는 일차성 또는 이차성 림프부종에 시행한 경우에 치료기간 중 최대 4주 이내로 인정함. 2. 다만, 4주 시행 후 재평가한 결과가 다음중 하나에 해당하는 경우 주 2~3회 추가 시행할 수 있음. - 다 음 - 가. 양측 둘레차이가 2센티미터 이상인 경우 나. 양측 부피차이가 10% 또는 200ml이상인 경우 다. 림프 신티그래피, 초음파, CT, MRI 등 검사에서 림프계 기능부전에 의한 부종 이 확인된 경우

[고시 제2015-99호, 2015.6.15. 시행]



[행정해석]

○ 복합리프물리치료 산정기준

사120 복합리프물리치료는 [1일당]수가로 산정가능함.

[보험급여과-2770호, 2010.11.29.]

■ 서121 이온삼투요법 [1일당] Iontophoresis

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
서-121	MX121	이온삼투요법 [1일당] Iontophoresis 주 : 사용한 스테로이드 약제는 “약제 급여 목록 및 급여 상한금액표”에 따라 실사용량으로 산정하며, 사용된 재료대 등은 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.	79.34	6,810	6,050

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
이온삼투요법의 인정기준	<p>1. 서121 이온삼투요법은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외 시행하는 경우에는 전액본인부담하도록 함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증: 상완골의 내·외측 상과염 (medial & lateral epicondylitis of humerus), 족저근막염(plantar fasciitis)</p> <p>나. 실시기간: 주1-2회 간격으로 4주 정도 실시함을 원칙으로 하되, 연장 실시가 필요한 경우에는 의사소견서를 첨부하여 최대 4주까지 추가 실시할 수 있음.</p> <p>2. 위 1.에 해당하는 이온삼투요법을 다른 물리치료와 병행 실시하는 경우 : 외래 진료시에는 동일 목적으로 실시된 중복진료로 보아 주된치료만 요양급여로 적용하고 그 외 물리치료는 환자가 전액본인부담 하도록 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2011-37호, 2011.4.1. 시행]</p>

▶▶ 전문재활치료료

■ 사121 풀치료 [1일당] Pool Therapy

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
		주 : 1. 해당항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과 전문의가 상근하고, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사(작업치료, 일상생활동작 훈련치료, 재활사회사업, 연하장애재활치료, 연하재활 기능적전기자극치료 제외) 또는 해당분야 전문치료사(작업치료사는 작업치료, 일상생활동작 훈련치료, 연하장애재활치료, 연하재활 기능적전기자극치리에 한하고, 사회복지사는 재활사회사업에 한함)가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다. 2. 중추신경계발달재활치료, 작업치료, 신경인성방광훈련치료, 기능적전기자극치료, 재활기능치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다. 3. 위 “1”의 규정에도 불구하고 단순작업치료와 복합작업치료는 정형외과, 신경외과 또는 신경과 전문의가 상근하고, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 작업치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에도 산정할 수 있다. 4. 위 “1”의 규정에도 불구하고 근막동통유발점주사자극치료는 재활의학과 전문의 또는 동통재활분야 교육을 이수한 의사가 직접 실시한 경우에 산정한다.			
사-121	MM047	풀치료 [1일당] Pool Therapy 가. 보행풀치료 Walking Pool Therapy	245.93	21,100	18,740



분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
		주 : 뇌졸중, 두부손상, 신경계의 이상 등으로 대기중에서 체중부하가 불가능한 경우 보행 및 보행에 필요한 하지근력을 강화시킬 목적으로 1인의 물리치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 30분정도 풀내의 평행봉을 이용한 혼자서기, 체중이동, 균형잡기 등의 훈련을 하는 경우에 산정한다.			
	MM048	나. 전신풀치료 Whole Body Pool Therapy 주 : 근육, 신경계 이상 등으로 대기중에서는 체중부하가 곤란하여 스스로 근력강화 및 유연성 등의 훈련이 불가능한 경우에 풀 내에서 1인의 물리치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 30분 이상 튜브 등과 같은 기구를 이용하여 사지의 움직임 이용한 여러가지 동작훈련을 하는 경우에 산정한다.	385.71	33,090	29,390

■ 사122 중추신경계발달재활치료 Rehabilitative Development Therapy for Disorder of Central Nervous System

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-122	MM105	중추신경계발달재활치료 Rehabilitative Development Therapy for Disorder of Central Nervous System 주 : 중추신경계 장애로 인한 발달지연 및 근육마비와 경직의 치료를 목적으로 보이타 또는 보바스요법 등의 교육과정을 120시간 이상 이수한 재활의학과 전문의나 물리치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 30분 이상 실시한 경우에 산정한다.	228.59	19,610	17,420

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
보이타 또는 보바스 전문교육과정을 이수한 소아청소년과 전문의가 실시한 보이타 또는 보바스요법의 급여기준	사122 중추신경계발달재활치료는 동 항목 '주'에 "중추신경계 장애로 인한 발달 지연 및 근육마비와 경직의 치료를 목적으로 보이타 또는 보바스요법 등의 교육과정을 120시간이상 이수한 재활의학과 전문의나 물리치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 30분이상 실시한 경우"에 산정토록 하고 있으며 국내 전문교육과정의 현황, 동 요법 실시 소요시간 등을 감안하여 소아청소년과 전문의가 실시한 보이타 또는 보바스요법은 별도 산정할 수 없음. [고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]

[기결정고시]

○ **고유수용성신경근촉진법(PNF) Proprioceptive Neuromuscular Facilitation**

사122 주.항의 "보이타 또는 보바스요법 등"에 해당되므로 사122(중추신경계발달재활치료)의 소정점수를 산정함.

[고시 제2002-13호, 2002.4.1. 시행]

○ **신생아 보이타치료**

사122 중추신경계발달재활치료의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

[심사지침]

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

뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등) 환자에게 장기간 시행한 전문재활치료는 다음과 같이 심사적용함. 다만, 사131 연하재활 기능적전기자극치료는 중추신경계 질환, 뇌기저부 및 두개부 종양 수술환자에게 시행한 경우 급여 인정함. 또한, 뇌성마비와 진행성 중추신경계질환(파킨슨, 근위축성 측삭경화증)은 환자의 개별 증상이 다양하고, 장기적으로 지속적인 전문재활치료가 필요하므로 환자의 개별상태 등을 고려하여 사례별로 심사토록 함.



- 다 음 -

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

- 아 래 -

- 1) 발병 후 2년 이내라도 환자의 기능적 회복이 3개월 동안 확인되지 않는 경우에는 필요한 전문재활 치료를 1일 1회만 인정함.
- 2) 발병 후 2년이 경과한 경우에는 환자의 기능 상태 유지를 위하여 사-122 중추신경계발달재활치료, 사-123 작업치료, 사-130 재활기능치료만 1일 1회 인정하나, 2년이 경과하였음에도 환자상태의 지속적인 호전이 있는 경우에는 3개월마다 기능회복 및 호전상태를 평가하여 필요한 전문재활치료를 인정함.
- 3) Vegetative state(식물인간 상태 등)는 발병기간에 관계없이 사례별로 필요한 전문재활치료만 인정함.

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

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

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

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

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

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

아. 사-131 연하재활 기능적전기자극치료는 3개월마다 실시한 연하장애 평가검사(비디오조영 연하검사 또는 내시경연하검사)에서 Penetration-Aspiration Scale(PAS)가 5 이상인 경우 인정하며(발병 또는 수술 후 6개월까지는 PAS 3이상인 경우 인정함), 발병 또는 수술 후 2년이 경과한 이후에는 인정하지 아니함.

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

* K-MBI : Korean Modified Barthel Index

* MRS : Modified Rankin Scale

* FIM : Functional Independence Measure

* DRS : Disability Rating Scale

※ Penetration-Aspiration Scale(PAS)

1. Material does not enter the airway
2. Material enters the airway, remains above the vocal folds, and is ejected from the airway
3. Material enters the airway, remains above the vocal folds, and is not ejected from the airway
4. Material enters the airway, contacts the vocal folds, and is ejected from the airway
5. Material enters the airway, contacts the vocal folds, and is not ejected from the airway
6. Material enters the airway, passes below the vocal folds, and is ejected into the larynx or out of the airway
7. Material enters the airway, passes below the vocal folds, and is not ejected from the trachea despite effort
8. Material enters the airway, passes below the vocal folds, and no effort is made to eject

[공고 제2019-422호, 2020.1.1. 시행]



■ 사123 작업치료 Occupational Therapy

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-123		작업치료 Occupational Therapy			
	MM111	가. 단순작업치료 Simple 주 : 1인의 작업치료사가 2인 이상의 환자를 상대 로 동시에 10분 이상의 훈련을 실시하는 경 우에 산정한다.	53.30	4,570	4,060
	MM112	나. 복합작업치료 Complex 주 : 1인의 작업치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 10분 이상~30분 정도 실시한 경 우에 산정한다.	104.50	8,970	7,960
	MM113	다. 특수작업치료 Special 주 : 1인의 작업치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 30분 이상 다양한 치료를 실시한 경우에 산정한다.	151.28	12,980	11,530

[기결정고시]

○ 인지재활치료 Cognitive Rehabilitation Therapy

사123 해당 작업치료의 소정점수에 포함됨

[고시 제2009-200호, 2009.11.1. 시행]

○ 감각통합치료 Sensory Integration Therapy

사-123 해당 작업치료의 범주에 포함됨.

[고시 제2008-40호, 2008.6.1. 시행]

○ 작업요법(종이접기), 고무찰흙손운동

사123가 단순작업치료의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

■ 사124 일상생활동작 훈련치료 [1일당] Activities of Daily Living Training

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-124	MM114	일상생활동작 훈련치료 [1일당] Activities of Daily Living Training 주 : 1인의 작업치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 식사, 옷입고 벗기, 배변 및 위생 훈련 등 일상생활동작 적응 훈련을 최소 20분 이상 실시한 경우에 산정한다.	151.13	12,970	11,520

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
2세 이하의 뇌성마비환자 및 중증 발달 지연아에게 실시한 사123 작업치료 및 사124 일상생활동작 훈련치료의 급여여부	뇌성마비에 의한 장애를 최소화하고 정상화하기 위해서는 작업요법이 필요하며 특히 2세이하의 유아에서도 Bobath의 신경발달학적 치료방법이나 감각통합 치료방법 등 여러종류의 작업치료를 실시할 경우 그 효과가 인정되므로 뇌성마비로 확진된 경우에는 연령 제한없이 인정하며 뇌성마비로 확진되지 않았다 하더라도 2세 이하의 유아에게 중증 이상 발달지연이 있어 실시한 작업요법은 장애를 최소화 할 수 있는 등 유용성이 있는 것으로 판단되므로 급여함. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

[기결정고시]

○ A.D.L Device (의식주를 도와주는 기구, 손에 끼우는 스푼 등)

사124 일상생활동작 훈련치료의 소정점수에 포함됨.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

○ 일상생활동작 모의훈련 및 교육(ADL Simulation Therapy), 복합 의수족 기능훈련, 단순 의수족 기능훈련, 특수 의수족 기능훈련

사124 일상생활동작 훈련치료의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]



■ 사125 신경인성 방광훈련 치료 Neurogenic Bladder Training

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-125	MM120	신경인성 방광훈련 치료 Neurogenic Bladder Training 주 : 척수손상, 뇌졸중, 두부손상, 말초신경손상 등으로 인해 스스로 배뇨를 하지 못하는 신경인성 방광환자에게 배뇨반사를 자극하고 방광내압의 증가, 요도괄약근이완 등의 방법으로 배뇨를 유도하면서 간헐적으로 도뇨를 시행하는 경우에 산정한다. 이 경우 도뇨는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.	226.09	19,400	17,230

■ 사126 기능적전기자극치료 Functional Electrical Stimulation Therapy

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-126	MM151	기능적전기자극치료 Functional Electrical Stimulation Therapy 주 : 기능적전기자극치료는 환자에게 최소 20분이상 실시한 경우에 산정한다.	185.84	15,950	14,160

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
사126 기능적전기자극 치료(FES)의 급여기준	<p>사126 기능적전기자극치료(Functional Electrical Stimulation)의 급여기준은 다음과 같이 하되, 근력이 좋거나(도수근력검사상 good등급 이상) 경직이 너무 강한 경우(Modified Ashworth scale grade IV)에는 인정하지 아니함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 척수 또는 척추손상으로 인한 사지마비, 양하지마비의 기립 및 보행훈련 나. 뇌졸중으로 인한 편마비, 외상성 뇌손상, 뇌성마비 환자에게 족하수의 방지, 수근관절이나 완관절 등의 근력개선</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-166호, 2019.8.1. 시행]</p>

[기결정고시]

○ EMG Trigger EMS

사126 기능적 전기자극치료의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

■ 사127 근막동통유발점 주사자극치료 [1일당] Myofascial Trigger Point Injection Therapy

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-127	MM131	근막동통유발점 주사자극치료 [1일당] Myofascial Trigger Point Injection Therapy 주 : 1. 근막내 동통유발점에 생리식염수나 국소마취제 등을 주사후 스트레치운동을 실시한 경우에 산정한다.	77.92	6,690	5,940
	MM132	2. 동시에 2 이상의 동통유발점 부위에 각각 실시한 경우에는 실시부위를 불문하고 122.74 점을 산정한다.	122.74	10,530	9,350

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
사127 근막동통주사자극치료의 진료수가 산정방법 및 다른 물리치료요법을 병행 실시하는 경우의 인정기준	<p>근막동통유발점 주사자극치료의 인정기준은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증:근막동통증후군(Myofascial Pain Syndrome)</p> <p>나. 사용약제: 국소마취제나 생리식염수의 약가는 동 요법의 소정수가에 포함하여 별도 산정하지 아니함. 다만, 부신피질호르몬제의 약가는 약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준에 의하여 산정함.</p> <p>다. 실시횟수 : 통상 3일 간격으로 7회정도 산정하며 7회이상 실시하는 경우에는 진료의사의 소견서를 첨부하여 실시횟수대로 산정하되, 15회를 초과하여 산정할 수 없음.</p>



제목	세부인정사항
	<p>라. 다른 물리치료요법을 병행 실시하는 경우 : 사101 표층열치료와 사106 단순운동치료는 근막동통유발점 주사자극치료를 시행되는 일련의 과정으로서 별도 산정할 수 없음. 그러나, 동통제거의 상승효과를 위하여 사104 경피적 전기신경자극치료(또는 간섭파전류치료), 사102 심층열치료를 병행하는 경우 입원 진료시에는 소정금액을 각각 산정하며, 외래 진료시에는 동일 목적으로 실시된 중복진료로 보아 병행 실시된 물리치료는 전액을 환자가 부담토록 함</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2016-204호, 2016.11.1. 시행]</p>

[기결정고시]

○ 동통유발점 차단

사127 근막동통유발점 주사자극치료의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

■ 사128 재활사회사업 Rehabilitative Social Work

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-128		재활사회사업 Rehabilitative Social Work 주 : 1. 재활의학적 치료목적으로 사회복지사가 직접 실시한 경우에 한하여 산정한다. 2. 「가」는 치료기간 중 1회만 산정한다. 3. 「나」, 「다」는 각각 주 1회 산정하되, 치료기간 중 2회 이내만 산정한다.			
	MM141	가. 개인력조사 Individual History Taking	198.42	17,020	15,120
	MM142	나. 사회사업상담 Social Work Counselling	121.62	10,430	9,270
	MM143	다. 가정방문 Home Visiting	415.96	35,690	31,700

■ 사130 재활기능치료 Rehabilitative Functional Training

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-130		재활기능치료 Rehabilitative Functional Training 주 : 제1절에 분류된 단순운동치료, 제2절에 분류된 운동치료와 동시에 실시하는 경우에는 주된 항목의 소정점수만 산정한다.			
	MM301	가. 매트 및 이동치료 Mattress or Mobilization Training 주 : 편마비, 하지마비, 사지마비, 뇌성마비 등의 중추신경계 질환이나 사지절단자 등 이동 동작에 제한이 있는 자에게 매트훈련, 이동훈련, 경사대훈련 및 의자차훈련 등을 30분 이상 실시한 경우에 산정한다.	185.62	15,930	14,140
	MM302	나. 보행치료 Gait Training 주 : 편마비, 하지마비, 사지마비, 뇌성마비 등의 중추신경계 질환이나 사지절단자 등 보행 동작에 제한이 있는 자에게 보행훈련을 30분 이상 실시한 경우에 산정한다.	177.42	15,220	13,520

[기결정고시]

- 트레드밀 운동치료(트레드밀 장비를 이용하여 보행훈련 실시), 컴퓨터 균형평가훈련(보행치료의 초기단계)

사130나 보행치료의 소정점수에 포함됨.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

- 보행훈련, 체중탈부하 보행훈련, 특수보행훈련, 견인보행기

편마비, 하지마비, 사지마비, 뇌성마비 등의 중추신경계 질환이 있는 환자에게 보행훈련을 30분 이상 실시한 경우에는 사130나 보행치료의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]



■ 서141 연하장애재활치료 Rehabilitative Dysphagia Therapy

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
서-141	MX141	연하장애재활치료 Rehabilitative Dysphagia Therapy 주 : 1. 중추신경계질환, 식도 또는 기관의 질환 등으로 인한 연하장애환자에게 1인의 작업 치료사가 1:1로 30분 이상 훈련을 실시한 경우에 산정한다. 2. 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다.	182.63	15,670	13,920

6

처치 및 수술료 등

▶▶ 일반사항

제목	세부인정사항
<p>2가지 이상의 수술시 수기로 산정방법</p>	<p>1. 동일 절개 하에서 2가지 이상 수술을 동시에 시술한 경우 주된 수술이란 2가지 이상 수술 중 소정점수가 높은 수술을 기준으로 함. 이 경우 '소정점수'란 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료의 각 분류항목에 기재된 소정점수를 말함.</p> <p>2. 동일 피부 절개하에 해당과를 달리하여 각각 다른 병변을 수술한 경우, 진료 전문과목이 다르더라도 동일 마취하에 연속하여 수술을 하는 것이므로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]</p>
<p>동일 피부 절개 하에 2가지 이상 수술시 수가 산정방법</p>	<p>『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.</p> <p>이 때, 2가지 이상 수술이란 서로 다른 수술로 별도 소정점수의 산정이 가능한 경우를 의미함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2016-204호, 2016.11.1. 시행]</p>
<p>동일 피부 절개 하 동일 수술을 여러부위에 하는 경우 수가 산정방법</p>	<p>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 및수술료 [산정지침] (5)에 적용되지 않는 사항으로, 제1 부위는 100%, 제2부위부터는 50% 산정을 원칙으로 함. 다만, 최대산정범위 및 산정방법에 대해 별도 고시가 있는 경우에는 해당 고시를 적용함</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-118호, 2017.7.1. 시행]</p>



제목	세부인정사항
급습처치(Humidifier 사용), 수분섭취 및 배설량 측정(Intake & Output check)의 급여여부	<p>현행 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수는 전문성이 요구되는 진료행위에 대하여 수가를 산정하고 있으며 진료 보조 행위 등은 기본진료료인 진찰료, 병원관리료 및 환자관리료(의학관리료, 간호관리료)로 보상하고 있으며, 급습처치와 수분섭취 및 배설량 측정은 행위자에 대한 객관적 규명이 모호하며 대부분 입원환자에게 행하는 기본적인 간호행위이므로 입원환자간호관리료에 포함됨.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]</p>
외국에서 수술후 국내에서 진료시 급여여부	<p>외국에서 수술을 받은 경우 외국의 의료기관 등에 부담한 진료비용은 국민건강보험법 제41조제3항 및 같은법 제54조에 의거 급여할 수 없으나 외국에서 수술을 받았다 하더라도 수술이후에 필요한 치료를 국내 요양기관에서 받은 경우의 진료비용은 급여함</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]</p>
당해 요양기관에서 시술에 필요한 시설과 장비를 보유하지 않고 의료용기구 수입판매업자로부터 장비를 대여 받아 시술한 경우 요양급여비용 산정방법	<p>당해 요양기관에서 시술에 필요한 시설과 장비를 보유하지 아니한 때에는 해당 시설 및 장비가 갖추어진 요양기관과 공동으로 사용할 수는 있으나 요양기관이 아닌 의료용기구 수입판매업자로부터 시술장비를 대여 받아 시술행위를 한 경우에는 요양기관이 시술장비를 직접 대여 받아 행한 것이므로 현행 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수에 따라 해당 수기료의 소정금액을 산정하여야 하고, 장비 대여료나 사용료, 부대비 등의 명목으로 별도의 비용을 수진자에게 부담시킬 수는 없음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]</p>

▶ **근골**

■ **자32 천두술 Burr Hole or Trephination**

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-32		천두술 Burr Hole or Trephination			
	N0321	가. 진단목적 for Exploration	2,738.36	234,950	208,660
		나. 낭종, 혈종, 농양제거 및 배액 for Drainage and/or Evacuation of Cyst, Hematoma or Abscess			
	N0322	(1) 경막하 혹은 경막외 Subdural or Epidural	6,092.03	522,700	464,210
	N0323	(2) 뇌실질내 Intracerebral	6,610.84	567,210	503,750
	N0324	다. 기타의 것 [도관, Reservoir, ICP Monitor 삽입 등] Others	4,772.40	409,470	363,660

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
편측 교통성(Communicating) 경막하 혈종(Subdural Hematoma)에 대하여 각각의 절개로 천공배액술 실시 시 수가 산정방법	<p>교통성(Communicating) 경막하 혈종(Subdural Hematoma)에 편측으로 2개의 천공배액술(Two Burr Hole Drainage)을 실시하더라도 하나의 병소인 경우에는 자32나(1) 천두술(낭종, 혈종, 농양 제거 및 배액)-경막하 혹은 경막외 100%로 산정함.</p> <p>[고시 제2020-19호, 2020.2.1. 시행]</p>
Ventricular Catheter를 통한 유로키나제 주입시 시술방법에 따른 수기로 산정방법	<p>뇌실내혈종의 용해 및 뇌척수액의 지속적 배액목적으로 국소마취하에 천두술 및 뇌실천자하여 Ventricular Catheter를 뇌실내에 유치한 후 수일동안 반복적으로 '유로키나제'를 사용하여 뇌실내혈종을 용해시키는 시술은 시술방법에 따라 다음과 같이 산정함.</p> <p>- 다 음 -</p>



제목	세부인정사항
	<p>가. 뇌내 및 뇌실내혈종 제거술 후 잔여혈종에 대하여 상기 조작을 실시하였다면, 뇌실내카테타 유치 조작을 포함하여 '뇌내혈종 제거술'에 해당되므로 자462 혈종제거를 위한 개두술의 소정점수만 산정함.</p> <p>나. 감압개두술을 시술하고 상기조작을 실시하였으면 뇌실내카테타 유치 조작을 포함하여 '두개감압술'에 해당되므로 자33나 개두술 또는 두개절제술(두개감압술)의 소정점수만 산정함.</p> <p>다. 세균감염을 방지할 목적으로 복강으로 뇌척수액 측로를 조성하였거나, 폐쇄 여부를 계속 감시하기 위하여 복강에는 넣지 않은 경우라도 두피하에서 경부나 흉부까지의 '측로조성술'에 해당되므로 자471 단락술 또는 측로조성술의 소정점수만 산정함.</p> <p>라. 천두술을 시술하고 상기 조작을 실시하였으면 뇌실내카테타유치 조작을 포함하여 '천두술'에 해당되므로 자32나 천두술(낭종, 혈종, 농양제거 및 배액)의 소정점수만 산정하여야 함. 이 경우 나807 뇌실천자술을 별도 산정할 수 없음.</p> <p>마. 이상 시술을 좌·우 뇌실의 각각 병변에 대하여 양측 절개하에 각각 시술 시는 해당수술료소정점수의 200%를 산정하며, 하나의 병변에 대하여 각각의 절개(비교통성)로 시술 시는 해당수술료 소정점수의 150%[종합병원(상급종합병원 포함)은 170%]를 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행]</p>

■ 자32-1 지속적 국소뇌혈류량 측정 Probe 삽입술 Continuous Regional Cerebral Blood Flow Monitoring Probe Insertion

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-32-1	N0325	지속적 국소뇌혈류량 측정 Probe 삽입술 Continuous Regional Cerebral Blood Flow Monitoring Probe Insertion 주 : 타 수술과 동시에 시행한 경우에는 별도 산정할 수 없으며, 단독 실시하는 경우에 한하여 산정한다.	4,790.43	411,020	365,030

■ 자-33 개두술 또는 두개절제술 Craniotomy or Craniectomy

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-33		개두술 또는 두개절제술 Craniotomy or Craniectomy			
	N0331	가. 진단목적 for Exploration	10,961.98	940,540	835,300
	N0333	나. 두개감압술 for Decompression	16,627.19	1,426,610	1,266,990
	N0334	다. 두개골 병소 또는 양성종양절제 for Excision of Cranial Lesion or Benign Tumor	13,363.18	1,146,560	1,018,270
	N0335	라. 두개골 악성종양절제 for Excision of Malignant Cranial Tumor	14,495.42	1,243,710	1,104,550



■ 자34 두개골성형술 Cranioplasty

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-34		두개골성형술 Cranioplasty			
		가. 두개골 뿐인 것 Simple			
	N0346	(1) 단순 [냉동골편 또는 인공 보형물 이용시] Simple	10,459.16	897,400	796,990
	N0347	(2) 복잡 [골편채취 포함] Complex with Autologous Bone Graft from Skull or Other Site	12,608.40	1,081,800	960,760
	N0342	나. 경뇌막성형을 동반하는 것 with Dura Graft	12,694.25	1,089,170	967,300
		다. 두개골조기봉합교정 Operation of Craniosynostosis			
	N0344	(1) 단순 Simple	14,911.40	1,279,400	1,136,250
	N0345	(2) 복잡 [다수봉합선 및 골편이용시] Complex	20,518.92	1,760,520	1,563,540

[심사지침]

○ 미세혈관감압술 및 동시 시행하는 자-34 두개골성형술의 수가산정방법

미세혈관감압술(Microvascular Decompression: MVD)은 삼차신경통, 일측성 안면 경련 등으로 인한 통증조절을 위해 유양돌기 후방 개두술을 통하여 삼차신경근의 기시부위를 압박하고 있는 혈관을 감압하는 시술로서, 자479-나(1) 두개강내 뇌신경수술-신경미세감압술(삼차신경)로 산정함.

다만, 시술과정 상 개두술 후 bone cement를 이용한 두개골성형술을 시행하게 되나, 일련의 과정으로 보아 자-34 두개골성형술은 별도 인정하지 아니하되, 치료재료인 bone cement는 별도 인정함.

[공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터]

○ 두개골 신장을 위해 MID System Distractor Frame을 사용시 수가산정방법

두개골조기유합증 상병에 두개골 신장을 위해 상악골신장술용 재료 MID System Distractor Frame을 사용시 수가산정방법은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

가. 삽입료 : 자34-다(2) 두개골성형술-두개골조기봉합교정술(복잡)로 산정함.

나. 제거료 : 차97-나 악골내고정용 금속제거술-소형금속판의 제거로 산정하고, 1개를 초과하는 frame 개수마다 동 수가의 50%를 추가 산정하되 총 200% 범위 내에서 산정함.

[공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터]

■ 자44 척추변형에 척추관절고정 [기기, 기구 사용 고정 포함] Arthrodesis for Spinal Deformity

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-44		척추변형에 척추관절고정 [기기, 기구 사용 고정 포함] Arthrodesis for Spinal Deformity			
		가. 전방고정 Anterior Technique			
	N0444	(1) 7구간 (척추분절) 미만	23,295.43	1,998,750	1,775,110
	N0445	(2) 7구간 (척추분절) 이상	28,292.41	2,427,490	2,155,880
		나. 후방고정 Posterior Technique			
	N0446	(1) 7구간 (척추분절) 미만	18,301.67	1,570,280	1,394,590
	N0447	(2) 7구간 (척추분절) 이상	22,748.45	1,951,820	1,733,430

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
척추측만증수술의 수기료 산정방법	<p>척추측만증수술의 수기료는 다음과 같이 산정함.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 전방수술시: 자44가 척추변형에 척추관절고정 [기기,기구용 고정포함-전방고정]의 소정점수</p> <p>1) 추간판제거술(Discectomy) 병행시: 자49가(추간판제거술, 관혈적) 소정점수의 50% 별도 산정[종합병원(상급종합병원 포함)의 경우 소정점수의 70%를 산정]</p>



제목	세부인정사항
	<p>2) Auto Bone Graft 병행시: 자31 골편절제술과 자31-1 골이식술로 산정</p> <p>나. 후방수술시: 자44나 척추변형에 척추관절고정[기기, 기구사용 고정포함-후방고정]의 소정점수</p> <p>1) 추간판제거술(Discectomy) 또는 척추후궁절제술(Laminectomy) 병행시: 자49가 또는 자49-1 척추후궁절제술 소정점수의 50% 별도 산정[종합병원(상급종합병원 포함)의 경우 소정점수의 70%를 산정]</p> <p>2) Auto Bone Graft 병행시: 자31 골편절제술과 자31-1 골이식술로 산정</p> <p>다. 전·후방 동시 수술시: 전·후방 중 주된 수술 100%, 그 외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%] 산정</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-118호, 2017.7.1. 시행]</p>

■ 자45 척추체제거술 Vertebral Corpectomy

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-45		척추체제거술 Vertebral Corpectomy			
	N0451	가. 경추 Cervical Spine	17,357.12	1,489,240	1,322,610
	N0452	나. 흉추 Thoracic Spine	21,682.54	1,860,360	1,652,210
	N0453	다. 요추 Lumbar Spine	22,577.68	1,937,160	1,720,420

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
동시에 2가지이상의 척추수술 시행 시 수가 산정방법	1. 자46 척추고정술과 자45 척추체제거술, 또는 전방 척추고정술과 후방 척추고정술, 또는 자49 추간판제거술과 척추고정술을 동시 실시 시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함.

제목	세부인정사항
	2. 다만, 기기고정을 위한 추체 일부소파술이나 후궁 일부 절제의 경우에는 척추 고정술 수기로만 산정함. [고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]
여러 level 시행한 자45척추체 제거술의 수기로 산정방법	자45 척추체제거술(Vertebral corpectomy)을 여러 level 시행한 경우 제1부위는 소정점수의 100%, 제2부위 부터는 50%씩 산정하되, 최대 200%까지 산정함. [고시 제2007-77호, 2007.8.30. 시행]

■ 자46 척추고정술 [기기, 기구 사용 고정 포함] Arthrodesis of Spine

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-46		척추고정술 [기기, 기구 사용 고정 포함] Arthrodesis of Spine 주 : 기기 고정을 위한 후궁 일부 절제는 별도 산정하지 아니한다. 가. 전방고정 Anterior Technique (1) 경추 Cervical Spine			
	N2461	(가) 경구강 접근 Trans-Oral	17,647.69	1,514,170	1,344,750
	N2462	(나) 경추 치상돌기 나사못 고정술 Anterior Odontoid Screw Fixation	13,365.01	1,146,720	1,018,410
	N2463	(다) 기타의 경우 Others (2) 흉추 Thoracic Spine	16,833.96	1,444,350	1,282,750
	N2464	(가) 경흉골병 접근 Transmanubrial	26,513.14	2,274,830	2,020,300
	N2465	(나) 경흉골 접근 Transsternal	24,186.61	2,075,210	1,843,020
	N2466	(다) 기타의 경우 Others	26,106.93	2,239,970	1,989,350
	N0466	(3) 요추 Lumbar Spine	8,486.70	728,160	646,690
	N1466	주 : 복잡기준에 해당하는 경우에는	10,090.74	865,790	768,910



분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
		10,090.74점을 산정한다.			
		나. 후방고정 Posterior Technique			
		(1) 경추 Cervical Spine			
	N2467	(가) 후두골-경추간 Posterior Occipito-Cervical Fusion	17,638.24	1,513,360	1,344,030
	N2468	(나) 제1-2 경추간 Posterior C1-2 Fixation	16,564.14	1,421,200	1,262,190
	N2469	(다) 기타의 경우 Others	15,846.41	1,359,620	1,207,500
	N0468	(2) 흉추 Thoracic Spine	10,837.15	929,830	825,790
	N0469	(3) 요추 Lumbar Spine	8,096.03	694,640	616,920
	N1469	주 : 1. 복잡기준에 해당하는 경우에는 9,511.70점을 산정한다.	9,511.70	816,100	724,790
	N2470	2. 시술에 사용된 Bone Cement, Needle은 별도 산정하되, Needle은 추체당 2개 이내만 산정한다.	9,934.66	852,390	757,020
	N1460	3. '주2'의 시술이 복잡기준에 해당하는 경우에는 11,444.44점을 산정한다.	11,444.44	981,930	872,070

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
경흉추, 흉요추 이행부에 시행된 자46 척추고정술의 수가 산정방법	경흉추, 흉요추 이행부(예: 제7경추-제1흉추 또는 제11흉추-제1요추)의 병변으로 경추에서 흉추까지 또는 흉추에서 요추까지 자46 척추고정술을 시행한 경우, 수술료는 고정에 포함된 분절 중 소정점수가 높은 부위로 산정함. [고시 제2020-19호, 2020.2.1. 시행]
척추경 나사(Pedicle screw system)를	척추경 나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술은 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 -

제목	세부인정사항
<p>이용한 척추고정술의 급여기준</p>	<p>가. 불안정성 척추골절</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 척추의 삼주(three column)가 모두 손상된 경우 2) 방출성 척추골절로 인해 후만각 30도 이상 또는 압박율 40% 이상의 변형이 있거나, 척추관 침습이 50% 이상인 경우 3) MRI상 후방인대복합체의 전체 구조의 손상이 확인된 경우 4) 근력저하를 포함한 뚜렷한 신경학적 손상이 동반된 경우 5) 적절한 보존적 요법에도 불구하고 심한 동통 또는 신경증상을 동반한 후만각의 진행이 발생하는 경우 <p>나. 골다공증성 골절(T-score ≤ -2.5)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 뚜렷한 신경학적 결손이 있는 경우 2) 적절한 타 치료방법에도 불구하고, 심한 통증이 장기간 지속되며 변형의 진행으로 인해 교정이 필요한 경우 <p>※ 골다공증은 이중 에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정한 T-score ≤ -2.5인 경우다.</p> <p>다. 척추 종양</p> <p>라. 감염성 척추 질환</p> <p>마. 척추 변형</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 특발성 척추측만증 <ol style="list-style-type: none"> 가) 15세 미만의 환자에서 40도 이상의 만곡이 있는 경우 나) 성장이 끝난 환자에서 50도 이상의 만곡이 있는 경우 다) 흉추부의 전만곡이 동반된 경우 <p>※ 특발성 척추측만증에 inclinometer(경사측정기)로 10도 이상 경사나 늑골고 측정기로 3cm이상의 늑골고가 확인되는 경우 흉곽 성형을 위한 늑골절제술은 자54나 늑골절제술(기타의 늑골)로 별도 인정하며 동일 피부 절개하에 시행하는 경우 제9항 처치 및 수술료 등[산정지침] (5)항에 의거 소정 점수의 50%[중합병원(상급종합병원 포함)은 70%]로 산정함.</p> 2) 퇴행성 측만증 <p>적절한 보존적 요법에도 불구하고 심한 척추관 협착증 증상이 지속되는 환자로써, 아래의 소견 중 2개 이상이 확인되는 경우에 인정함.</p>



제목	세부인정사항
	<p>가) 방사선 사진 상 25도 이상의 측만 나) 20도 이하의 요추부 전만 다) 뚜렷한 회전 아탈구</p> <p>다만, 과도한 장분절 고정의 경우는 각도의 측정이나 증상의 정도 판정, 전후방 유합술의 인정 등에서 보다 엄격하게 기준을 적용하기로 함.</p> <p>바. 퇴행성 척추질환에 척추경 나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술 시는 “척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준”에 해당되는 경우 인정함. 다만, cage와 병용 사용시는 질병의 정도 등을 고려하여 사례별로 인정함.</p> <p>사. Flexible rod system을 이용한 척추고정술은 척추 유합술과 동시에 시술한 경우에 한하여 인정하되, 인정기준은 "척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준"에 따름.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행]</p>
<p>추간판제거술 및 척추고정술 동시 시행 시 수기로 산정방법</p>	<p>1. 자49 추간판제거술과 자46 척추고정술을 동시 실시 시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함.</p> <p>2. 다만, 추간판제거술을 여러 Level 시행한 경우 제1부위는 100%, 제2부위부터는 50%씩 산정하되, 최대 200%까지 산정하고 자46 척추고정술은 여러 척추를 고정하더라도 Level 불문하고 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]만 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]</p>
<p>인공디스크를 이용한 추간판전치환술 의 급여기준</p>	<p>인공디스크를 이용한 추간판전치환술은 자46가 척추전방고정술의 소정점수를 준용 산정하며, 급여기준은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 경추 추간판전치환술</p> <p>1) 적응증</p>

제목	세부인정사항
	<p>18세 이상의 환자에서 제3-4경추간부터 제6-7경추간 사이의 한 분절 또는 인접한 두 분절에 국한된 병변으로 6주이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고, 추간판탈출에 의한 척수증(myelopathy) 또는 신경근증(radikulopathy)이 확인되는 경우 (병변이 분명하게 확인되는 경우에 한하여 최대 2분절까지 시행 가능)</p> <p>2) 금기증</p> <p>가) 감염성 질환</p> <p>나) 골다공증(T-score ≤ -2.5) : 이중 에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정된 값</p> <p>다) 골신 방사선 사진상 해당 분절의 불안정성이 있거나, 분절 운동이 3도 이하인 경우</p> <p>라) 연결성 골극(bridging osteophytes)이 있거나, 추간판 높이가 정상의 50%이상 감소된 경우</p> <p>마) 후방 종인대, 후관절 또는 황색인대의 비후 소견이 있는 경우</p> <p>바) 추간판의 퇴행성 변화가 다분절 (세분절 이상)에서 나타나는 경우</p> <p>3) 치료재료 : 경추 인공디스크(cervical disc prosthesis)는 치료재료 급여, 비급여목록및급여상한금액표에 의한 비급여대상임.</p> <p>나. 요추 추간판전치환술</p> <p>1) 적응증</p> <p>25세 ~ 60세의 환자에서 6개월 이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고 심한 요통이 지속되며, L4-5 또는 L5-S1 중 단일 분절에 국한된 퇴행성 추간판 질환이 MRI와 통증유발 추간판조영술에서 확인되는 경우 (※ MRI의 T2 시상면 영상에서 추간판의 신호강도 저하 소견이 L4-5 또는 L5-S1중 단일 분절에만 국한하여 확인되고, 추간판조영술 검사 상 동 분절에서 동형 통증이 발생하는 경우)</p> <p>2) 금기증</p> <p>가) 골다공증(T-score ≤ -2.5) : 이중 에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정된 값</p>



제목	세부인정사항
	<p>나) 신경근 압박 소견이 있는 경우 다) 척추분리증, 척추 탈위증 또는 척추관 협착증 라) 후관절의 퇴행성 변화 또는 후궁 전절제술 후 상태</p> <p>3) 치료재료 : 요추인공디스크(lumbar disc prosthesis)는 치료재료 급여, 비급여목록 및 급여상한금액표에 의한 비급여대상임.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2016-69호, 2016.5.15. 시행]</p>
<p>후관절 나사못(Facet screw)을 이용한 척추고정술 진료수가 산정방법</p>	<p>후관절 나사못(Facet screw)을 이용한 척추고정술은 자46나 척추후방고정술 소정점수의 50%를 산정하되, 동 재료를 이용한 척추편측(일측)고정술은 인정하지 않음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행]</p>
<p>척추고정술을 동일병소에 대하여 같은 날 전·후방으로 시술시 진료수가 산정 방법</p>	<p>1. 척추고정술은 동일 병소에 대하여 같은 날 전·후방으로 절개 부위를 달리하여 시술하였더라도 동일 마취하에 연속하여 수술을 하는 것이므로 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. 다만, 질환의 상태에 따라 부득이하게 동일병소에 전·후방으로 접근한 척추고정술은 다음의 경우에 한하여 각각의 소정금액을 산정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 골절탈구 또는 척추관침습이 50% 이상이거나 상, 하 종판을 포함한 전체 추체의 분쇄로 전방 보강이 필요한 경우 나. 추체의 상당 부분을 침습한 종양 또는 감염성 질환 다. Grade II 이상의 척추전방전위증</p> <p>2. 미세침습(경피적 등) 척추경나사못고정술을 시행하는 경우에는 위“1” 본문의 규정에 의하여 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행]</p>
<p>요추퇴행성후만 증(Lumbar</p>	<p>요추퇴행성후만증(Lumbar degenerative kyphosis, LDK) 수술은 다음의 가, 나 조건을 모두 충족한 경우에 인정함.</p>

제목	세부인정사항
degenerative kyphosis, LDK) 수술의 인정기준	<p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 의무기록지와 동영상에서 아래 임상증상이 3개 이상 확인된 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 기립 및 보행 중 체간의 구부러짐(stooping) 2) 무거운 물건 들기의 장애 3) 주관절부의 굽은 살 형성 4) 언덕길 또는 계단 보행 장애 <p>나. 기립 전신 척추 방사선 사진 (Standing whole spine)에서 국소적 후만 변형 (또는 0도 이상의 요추부 후만 변형)과 시상 불균형 (sagittal imbalance)의 소견이 확인되며, 골다공성 압박 골절이 없는 경우</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2007-77호, 2007.8.30. 시행]</p>

[기결정고시]

○ **경피적 척추경나사못고정술**

자46 척추고정술의 해당항목 소정점수를 산정함

[고시 제2005-38호, 2005.6.1. 시행]

○ **경추추간판전치환술**

자46-가 (1) 척추고정술 -전방고정-경추의 소정점수를 산정함

[고시 제2005-38호, 2005.6.1. 시행]

○ **전방후복막경유 요추 추간판전치환술 Total Disc Arthroplasty (Retroperitoneal Approach)**

자46-가 (3) 척추고정술 -전방고정-요추의 소정점수를 산정함.

[고시 제2005-8호, 2005.2.1. 시행]

[심사지침]

○ **요추퇴행성후만증수술 인정기준 중 기립전신척추 방사선사진의 적용기준**

「요추퇴행성후만증(Lumbar degenerative kyphosis, LDK) 수술 인정기준」에 있는 기립전신



척추방사선사진은 서 있는 상태에서 경추부에서 골반부까지 포함된 전척추(Standing whole spine)를 촬영한 방사선사진을 말하며, 부위별로 촬영한 방사선 사진으로 전척추상태를 확인하는 방식은 시상면 불균형(sagittal imbalance)을 정확하게 측정할 수 없으므로 기립전신척추 방사선사진으로 보지 아니함.

[공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터]

○ **척추경나사(pedicle screw system)를 이용한 척추고정술 인정기준 중 「방출성(불안정성) 척추 골절」의 후만각, 압박률, 척추관 침습의 측정 방법**

척추경 나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 인정기준에서 방출성(불안정성) 척추골절시 후만각, 압박률, 척추관 침습은 다음과 같은 방법으로 측정기로 함.

- 다 음 -

- 가. 후만각은 단순 방사선 측면영상(plain X-ray lateral view)에서 측정하는 것을 원칙으로 하며, 'Cobb's 방법에 의한 후만각(급성 골절부위 인접 상부 추체 상연의 연장선과 급성 골절부위 인접 하부 추체 하연의 연장선이 이루는 각)'으로 함.
- 나. 압박률은 단순 방사선 측면영상(plain X-ray lateral view)에서 측정하는 것을 원칙으로 하며, '급성 골절부위 인접 상·하부 전방 추체높이의 평균에 대한 골절된 추체의 전방높이 감소 비'로 함.
- 다만, 다발성 급성기 골절인 경우는 '측정하고자 하는 골절부위의 인접한 상부 또는 하부의 정상추체 전방높이에 대한 골절된 추체의 전방높이 감소 비'로 함.
- 다. 척추관 침습은 전산화단층촬영 축상 영상(axial view)에서 측정하는 것을 원칙으로 하며, '급성 골절부위 인접 상·하부 전후 중시상거리(Midsagittal canal AP diameter) 평균에 대한 손상 받은 추체 전후 중시상거리(Midsagittal canal AP diameter)의 침습 비'로 함.

[공고 제2019-422호, 2020.1.1. 시행]

[공개심의사례]

○ **기타 뼈의 내부고정장치의 기계적 합병증 상병에 전·후방으로 시행된 자46 척추고정술 등 요양급여 인정여부**

■ 청구내역

○ (남/63세)

- 청구 상병명: 기타 뼈의 내부고정장치의 기계적 합병증

- 주요 청구내역

[2017. 12. 15.]

자46나(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추 [제2의수술(종병이상)]	1*1*1
자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추 [제2의수술(종병이상)]	1*1*1
GLOBAL SPINE SCREW SET(WITH LOCKING DEVICE) 전규격 (F0018121)	1*8*1

[2017. 12. 22.]

자46가(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-요추	1*1*1
자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추 [제2의수술(종병이상)]	1*2*1
GLOBAL SPINAL FIXATION SYSTEM ROD 전규격 (F0016221)	1*2*1
GLOBAL SPINE SCREW SET(WITH LOCKING DEVICE) 전규격 (F0018121)	1*2*1
GLOBAL SPINE TRANSVERSE SET (WITH LOCKING DEVICE) 전규격 (F0019121)	1*1*1
GLOBAL SPINAL FIXATION SYSTEM - LATERAL CONNECTOR 전규격 (F0031121)	1*2*1
TAURUS-AL,DL CAGE 전규격 (F0100273)	1*3*1
CANCELLOUS CHIPS 30CC (TBA04103)	1*4*1

■ 진료내역

○ 경과기록

[입원일] 2017. 12. 14.~12. 31.

[주호소] 2017. 7월 이후부터 좌하지 방사통

[현병력] 상기 환자 2017. 7. 9. 심한 요통 및 우하지 방사통으로 척추 수술한 환자로, 좌측 방사통 심화되어 타병원에서 MRI 검사 후 좌측 제4-5 요추간 추간판 재탈출증(파열성) 진단하여 수술 위해 내원함.

[이학적·신경학적 검사] SLRT(60/60)

ADF(V/V), BTDF(V/IV), BTPF(V/V),Adduction(V/V), Abduction(V/V)
Lt. L5 D radiculopathy

[통증] 허리 VAS 5점, 다리 VAS 10점

[과거력] 2017. 7. 19. 제2-3-4 요추 전체 후궁절제술 및 우측 제 2-3-4-5 요추간 추간판제거술, 제2-3-4-5 PLIF

[주요검사소견] 2017. 12. 14. CT Spine

Transitional vertebra at LS junction
Partial lumbarization of S1
Post op. L3-S1



Loosening around screws: the severest change at S1

[수술일] 2017. 12. 15.

[진단명] Spinal stenosis & previous screw loosening s/p post. decompression & PSF L3-6

[수술명] Post. Decompression & L5-6 discectomy Lt. & screw reinsertion L3-6

[수술일] 2017. 12. 22.

[진단명] Spinal stenosis & previous screw loosening s/p post. decompression & PSF L3-6

[수술명] OLIF L3-4-5-S1 & screw reinsertion at L6 Rt. & iliac screw insertion & rod apply

■ 심의내용 및 심의결과

- 동시에 2가지 이상의 척추수술 시행 시 진료수가 산정방법(보건복지부 고시 제2016-204호, 2016. 11. 1. 시행)에 따르면, 자49 추간판제거술과 자46 척추고정술을 동시 실시 시 제9장 처치 및 수술료 등[산정지침] (5)항에 의거 주된 수술 100%, 그 외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정토록 하고 있으나, 기기 고정을 위한 추체 일부 소파술이나 후궁 일부 절제의 경우에는 척추고정술 수기로만 산정하도록 되어 있음.
- 이 사례(남/63세)는 기타 뼈의 내부고정장치의 기계적 합병증 등의 상병에 2017. 12. 15. 제 3-4-5요추~제1천추 부위에 나사못 삽입술과 제5요추~제1천추 부위에 추간판절제술(Discectomy)을 시행하고, 자46가(3) 척추고정술[기기, 기구사용고정포함]-후방고정-요추[제2의수술] 1*1*1 자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추[제2의수술] 1*1*1 및 관련 치료재료, 마취료를 청구하였고, 2017. 12. 22. 제3요추~제1천추 부위에 사측방추체간유합술(OLIF, Oblique-Lateral Lumbar Interbody Fusion) 및 우측 제1천추 부위에 장골 나사못 삽입 및 강봉 고정을 시행하고, 자46나(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-요추 1*1*1, 자 49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁 절제술포함]-요추[제2의수술] 1*2*1, 관련 치료재료 및 마취료를 청구한 사례임.
- 제출한 진료기록부 및 영상자료 검토 결과, 기존 수술에서 제3-4-5요추~제1천추간 유합술 소견 확인되지 않고, 제3-4-5요추~제1천추에 삽입된 나사못 이완이 확인되므로 전·후방 척추고정술 및 치료재료, 마취료를 요양급여로 인정함. 다만, 사측방추체간유합술(OLIF)시의 추간판 제거는 골유합을 시행하는 과정에 포함되어 있으므로 척추체간 유합목적으로 추간판제거술을 시행하는 경우는 별도로 추간판제거술 수가를 인정하지 아니함. 따라서, 전방유합을 위하여 시행한 제 3-4-5요추 추간판제거술의 수가는 인정하지 않으나 추간판 탈출이 재발되어 시행한 제5요추~제 1천추 추간판감압술은 필요하다고 판단되어 자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁 절제술포함]-요추[제2의수술](중병이상) 1*1*1은 인정함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- 동시에 2가지 이상의 척수수술 시행 시 진료수가산정방법(보건복지부 고시 제2016-204호, 2016. 11. 1. 시행)
- 척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015. 8. 1.시행)
- 척추경나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015. 8. 1. 시행)
- 석세일. 척추외과학. 제4판. 최신의학사. 2017.

[2018. 5. 3. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

○ 요추부의 척추후만증 진단하에 시행된 측면균형 재건술 요양급여 인정여부

■ 청구내역(여/73세)

- 청구 상병명 : 기타 및 상세불명의 척추후만증, 요추부
 기타 뼈의 내부고정 장치의 기계적 합병증
 척추협착, 요추부
 달리 분류되지 않은 척추후궁절제후증후군

○ 주요 청구내역:

[2018. 2. 28.]

자46가(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-요추 (N0466)	1*1*1
자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추 (N1493)	1*1.7*1
CLYDESDALE DLIF CAGE 전규격 (F0100672)	1*1*1
PERIMETER 전규격 (F0100472)	1*1*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 (N0051006)	1*1*1
LNK SPINAL FIXATION SYSTEM SCREW SET 전규격 (F0018470)	1*2*1

[2018. 3. 5.]

자44나(2) 척추변형에 척추관절후방고정[기기, 기구사용고정 포함]-7구간(척추분절)이상 (N0447)	1*1*1
CLYDESDALE DLIF CAGE 전규격 (F0100672)	1*1*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 (N0051006)	1*1*1
LNK SPINAL FIXATION SYSTEM SCREW SET 전규격 (F0018470)	1*17*1



[2018.3.15.]

자29다 골수염 또는 골농양수술 [골천공술, 골개창술, 배행성형술, 골부분절제술 포함-기타 (N0023) 1*1*1

■ 진료내역

[입원일] '18. 2. 27.~3. 29.

[수술일] '18. 2. 28.

[진단명] LDK and foraminal stenosis L5-S1 Lt. s/p PLIF L4-5

[수술명] OLIF L2-3, L3-4 c CLYDESDALE CAGE(12mm(H)×50mm(W)/12' for L3-4, 12mm(H)×50mm(W)/12' for L2-3) & OLIF L5-S1 c PRIMETER CAGE(16mm(H)×300mm(H)×24mm(L)/12' for L5-S1)& DBM (Bongener 5cc, Grafton 5cc) insertion & cancellous screw(지름 6.5mm×35mm×1) insertion

[수술일] '18. 3. 5.

[진단명] 1. Hypercholesterolemia
3. Spinal stenosis, lumbar region
4. Fracture of L2 level, closed

[수술명] Posterior lumbar fusion with screw fixation[PF T10-S1 c instrumentation]

[수술일] '18. 3. 15.

[진단명] (주) LDK c comp. Fx. L2 c flatback s/p OLIF L2-3, L3-4, L5-S1 & PLIF L4-5 & T10-S2

[수술명] Screw repositioning S1 Rt. S2 Rt. (L&K, 직경 7.5mm × 40mm × 1(Poly) for S1. Rt., 직경 8.5mm × 40mm × 1(Poly) for S2, Rt.)

■ 심의결과 및 심의내용

- 요추퇴행성후만증(Lumbar Degenerative Kyphosis, LDK)수술의 인정기준(보건복지부 고시 제 2007-77호, 2007. 8. 30.시행)에 의하면 요추퇴행성후만증 수술은 의무기록지와 동영상에서 임상증상(1. 기립 및 보행 중 체간의 구부러짐, 2. 무거운 물건 들기의 장애, 3. 주관절부의 굽은 살 형성, 4. 언덕길 또는 계단 보행 장애)이 3개 이상 확인되고, 기립 전신 척추 방사선 사진 (Standing Whole Spine)에서 국소적 후만 변형(또는 0도 이상의 요추부 후만 변형)과 시상 불균형(Sagittal Imbalance)의 소견이 확인되며, 골다공증성 압박 골절이 없는 경우에 요양급여로 인정하고 있음.
- 이 건(여/73세)은 요추부의 기타 및 상세불명의 척추후만증 등의 상병으로 요추 퇴행성 후만증 (LDK, Lumbar Degenerative Kyphosis), 신경공 협착(Foraminal Stenosis) 진단 하에 2018. 2. 28. 제2-3요추, 제3-4요추, 제5요추~제1천추 부위에 사측방추체간융합술(OLIF,

Oblique-Lateral Lumbar Interbody Fusion), 2018. 3. 5. 제10흉추~제2천추 부위에 후방고정술(PF, Posterior Fusion), 2018. 3. 15. 제1-2천추 나사못 재배치(Screw repositioning)를 시행한 후 자46가(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-요추(N0466) 1*1*1, 자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술 포함]-요추(N1493) 1*1.7*1, 자44나(2) 척추변형에 척추관절 후방고정[기기,기구사용고정포함]-7구간(척추분절)이상(N0447) 1*1*1, 자29다 골수염 또는 골농양수술[골천공술, 골개창술, 배형성형술, 골부분절제술 포함]-기타(N0023) 1*1*1 및 치료재료, 마취료를 청구한 사례임.

- 제출된 진료기록부 및 영상자료 검토결과, 요추퇴행성후만증을 확인할 수 있는 동영상 및 기립전신 척추 방사선 사진 없고, 제2요추에 압박골절이 관찰되는 등 요추퇴행성후만증(Lumbar degenerative kyphosis, LDK) 수술의 인정기준(보건복지부 고시 제2007-77호, 2007. 8. 30. 시행)에 부합하지 않음. 따라서 2회(2018. 2. 28., 3. 5.)에 걸쳐 실시한 자46가(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-요추(N0466) 1*1*1, 자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술 포함]-요추(N1493) 1*1.7*1 자44나(2) 척추 변형에 척추관절 후방 고정[기기,기구사용고정포함]-7구간(척추분절)이상(N0447) 1*1*1, 치료재료 및 마취료는 모두 인정하지 아니함.

단, 2018. 3. 15. 시행한 나사못 재배치 수술은 합병증에 의한 재수술로 판단되므로 자29다 골수염 또는 골농양 수술[골천공술, 골개창술, 배형성형술, 골부분절제술 포함]-기타(N0023) 1*1*1, 치료재료 및 마취료 모두 인정함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 요추퇴행성후만증(Lumbar degenerative kyphosis, LDK) 수술의 인정기준(보건복지부 고시 제2007-77호(행위), 2017. 8. 30. 시행)
- 대한정형외과학회. 정형외과학. 제7판. 최신의학사, 2013년

[2018. 5. 3. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

○ 기존 경피적척추성형술 시행 후 척추후만변형에 시행한 척추고정술 요양급여 인정여부

■ 청구내역(여/83세)

- 청구 상병명: 기타 및 상세불명의 척추후만증, 흉요추부, 척수병증을 동반한 기타 척추증, 척추의 여러부위
- 주요 청구내역



① 1차 수술

자44나(1) 척추변형에 척추관절후방 고정[기기, 기구사용고정 포함]-7구간(척추분절)미만	1*1*1
자49-1나 척추후궁절제술-흉추 [제2의수술(중병이상)]	1*1*1
FIXPINE III ROD STRAIGHT 전규격(F0016466)	1*2*1
FIXPINE III SCREW SET 전규격(F0018566)	1*10*1
GLOBAL SPINE HOOK SET(WITH LOCKING DEVICE) 전규격(F0020121)	1*2*1
CANCELLOUS (CHIP/COARSE/CRUSHED/CUBE) 30CC(TBA04105)	1*1*1
EXOLENT SPINE 20G(E5100040)	1*1*1
ESS ASSISTANT TOOL KIT 전규격(F1411081)	1*1*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR, SAW 등 절삭기류(N0051006)	1*1*1

② 2차 수술

자46가(2)(다) 척추고정술[기기, 기구사용고정 포함]-전방고정-흉추-기타의 경우	1*1*1
자49가(2) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-흉추	1*0.5*1
자45나 척추체제거술(흉추) [제2의수술(중병이상)]	1*1*1
SYNEX 전규격(F0204003)	1*1*1
CGDBM 100 PUTTY 1CC(TBC83009)	1*1*1

■ 진료내역

[주호소] Back pain, both leg rad. pain

[현병력] Radiating pain on the (Rt=Lt 5:5) buttock, thigh/calf lat. foot dorsum & sole area (L5 root symptom, resting pain+)

[과거력] 2012년 L3, L5 VP(경피적척추성형술)
L4-5-S1 감압술(척추후궁절제술)
2013년 T12 VP(경피적척추성형술)

[이학적검사] prev. op scar.
td -
hypoesthesia -
Motor EHL Gr. IV0/IV0
FHL Gr. IV-/IV0
others full
gait disturbance
tandem gait +

- [MRI] 1. S/P Vertebroplasty, T12, L3 and L5
 2. Old compression fracture, T9, T11 and L1
 3. Diffuse bulging and central extruded disc with inferior migration, T12-L1
 -> Spinal and both foraminal stenosis
 4. Diffuse bulging disc, L4-5 and L5-S1
 -> Both lateral recess and both foraminal stenosis
 5. Bulging disc with ligamentum flavum thickening, T10-11
 6. Mild bulging disc, L2-3 and L3-4
 7. Others, no remarkable findings.

[임상소견] spinal stenosis, T12-L1, L5-S1
 foraminal stenosis, L5-S1, both
 Kummell's disease, T12 (H/L 60%, BMD -3,4, VP)

①차 수술

[진단명] kyphotic deformity, myelopathy, T12-L1, Kummell's disease, T12 (s/p Vertebroplasty)

[수술명] posterior decompression, T12-L1 by unilateral laminectomy bilateral decompression(UBF technique)
 posterior instrumentation, T9-10-11-L1-2-3 with 10ea pedicle screw & 2ea spinal hook
 posterior fusion, T9-10-11-12-L1-2-3

②차 수술

[진단명] kyphotic deformity, myelopathy, T12-L1, Kummell's disease, T12 (s/p Vertebroplasty)

[수술명] anterior total corpectomy, T12 by Hodgson approach (transpleural retroperitoneal approach)
 total discectomy, T11-12, 12-L1
 anterior interbody fusion, T11-L1 with AO synthes expendable cage

■ 심의결과 및 심의내용

- 이 건(여/83세)은 기타 및 상세불명의 척추후만증, 흉요추부 상병에 1차 수술(2017.6.29.) 1) posterior decompression, T12-L1 by unilateral laminectomy bilateral decompression 2) posterior instrumentation, T9-10-11-L1-2-3 with 10ea pedicle screw & 2ea spinal hook 3) posterior fusion, T9-10-11-12-L1-2-3 시행 후 자44나(1) 척추변형에척추관절후방고정[기기,기구사용고정포함]-7구간(척추분절)미만 1*1, 자49-1나 척추후궁절제술-흉추



[제2의수술(중병이상)] 1*1 청구하고, 2차 수술(2017.7.31.) 1) anterior total corpectomy, T12 by Hodgson approach (transpleural retroperitoneal approach) 2) total discectomy, T11-12, 12-L1 3) anterior interbody fusion, T11-L1 with AO syntheses expendable cage 시행 후 자46가(2)(다) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-흉추-기타의경우 1*1, 자49가(2) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-흉추 0.5*1, 자45나 척추체제거술(흉추) [제2의수술(중병이상)] 1*1 청구한 경우임.

- 제출된 진료기록 및 영상자료 참조, 병변부에 의한 신경학적 이상소견 뚜렷하지 않고 교정이 필요할 정도의 진행성 후만 변형 소견 확인되지 않아, 전방감압 및 후방고정의 수술료 및 관련 치료재료 등을 모두 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 요양급여비용 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료
- 척추경나사를 이용한 척추고정술의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준 (보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 석세일. 척추외과학. 제4판. 최신의학사. 2017.
- 대학척추신경외과학회. 척추학. 제2판. 군자출판사. 2013.

[2017.12.20. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

○ 흉-요추부에 시행된 자46 척추고정술의 수가산정방법

■ 청구내역

- A사례(남/42세)
 청구 상병명: L1 부위의 골절_폐쇄성, 상세불명의 만성 위염, 상세불명의 독성간질환
 주요 청구내역: 자46나(2) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-흉추 (N0468) 1*1*1
- B사례(남/49세)
 청구 상병명: L1 부위의 골절_폐쇄성, 상세불명 늑골의 다발골절_폐쇄성
 흉강내로의 열린상처가 없는 외상성 혈기흉_타박상
 열린 두개내상처가 없는 상세불명의 두개내손상
 목의 상세불명 부분의 표재성 손상_타박상

주요 청구내역: 자46나(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추 (N0469) 1*1*1

■ 심의결과

- 제7경추-제1흉추 또는 제11흉추-제1요추 사이 병변이 발생하여 경추에서 흉추까지 또는 흉추에서 요추까지 고정술을 시행한 경우, 수술료는 고정된 분절의 수술료 중 소정금액이 높은 수술을 산정하기로 함.

■ 심의내용

- 「2가지 이상의 수술시 수기로 산정방법」(고시 제2016-204호, '16.11.1.)에 따르면 동일 절개 하에서 2가지 이상 수술을 동시에 시술한 경우, 주된 수술이란 2가지 이상 수술 중 소정금액이 높은 수술을 기준으로 함.
- 「추간판제거술 및 척추고정술 동시 시행시 수기로 산정방법」(고시 제2016-204호, '16.11.1.)에 의하면 자46 척추고정술은 여러 척추를 고정하더라도 Level 불문하고 소정점수를, 타 수술과 동시 시행하는 경우에는 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]만 산정하도록 되어 있음.
- 이 건(2사례)은 “L1 부위의 골절, 폐쇄성” 상병에 흉추에서 요추까지 척추고정술을 시행하고(A사례: T11-L2, B사례: T12-L2) 요양기관에 따라 척추고정술-흉추 혹은 척추고정술-요추를 청구한 건으로, 제7경추-제1흉추 또는 제11흉추-제1요추 사이 병변이 발생하여 경추에서 흉추까지 또는 흉추에서 요추까지 고정술을 시행한 경우, 수술료는 고정된 분절의 수술료 중 소정금액이 높은 수술을 산정하기로 하며, 각 사례는 아래와 같이 결정하기로 함.

- 아 래 -

- ▶ A사례(남/42): 이 사례는 제1요추 부위의 폐쇄성 골절 상병으로 제11흉추부터 제2요추까지 척추고정술을 시행하고 '자46나(2) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-흉추 (N0468)'를 청구한 사례임.

병변이 제11흉추부터 제1요추 사이에 발생하였고, 고정 분절에 흉추가 포함되어 있는 바, '자46나(2) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-흉추 (N0468)'는 인정토록 함.

- ▶ B사례(남/49): 이 사례는 제1요추 부위의 폐쇄성 골절 상병으로 제12흉추부터 제2요추까지 척추고정술을 시행하고 '자46나(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추 (N0469)'를 청구한 사례로, 청구한대로 인정토록 함.

■ 참고

- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부 제9장 처치 및 수술료 등
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 산정지침
- 2가지 이상의 수술시 수기로 산정방법 (보건복지부 고시 제2016-204호, '16.11.1. 시행)



- 추간판제거술 및 척추고정술 동시 시행시 수기로 산정방법 (보건복지부 고시 제2016-204호, '16.11.1.시행)
- Ravichandra A, Madineni et al. Benzel's Spine Surgery. 4th edition. Elsevier. 2014.
- 대한척추신경외과학회. 척추학. 제2판. 군자출판사. 2013.
- Leonard K. Kibuule, et al. Rothman-Simeone The Spine. 6th edition. Elsevier. 2011.

[2017.9.22. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

○ 진료내역 및 영상자료 등 참조 척추고정술 및 재료대 인정여부

■ 청구내역 (여/71세)

- 청구 상병명 : 상세불명의 척추측만증-요추부, 척추협착-요추부
- 주요 청구내역 :

[4.11]

자44나(1) 척추변형에척추관절후방고정[기구사용고정포함]-7구간(척추분절)미만(N0446)	1*1*1
자49-1다 척추후궁절제술-요추 (N1499)	1*2*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 (N0051006)	1*1*1
ILIAD SPINAL SYSTEM - ROD 전규격 (F0016053)	1*2*1
ILIAD SPINAL SYSTEM - SCREW SET 전규격 (F0018073)	1*10*1
SHIVAS PLIF CAGE 전규격 (F0101191)	1*4*1

[4.27]

자46가(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-요추 (N0466)	1*1*1
CLYDESDALE DLIF CAGE 전규격 (F0100672)	1*2*1

■ 진료내역

[2017.4.10]

- CC: 1.pain, radiating Rt buttock, lat thigh > Lt - 6ma - 통증:유(NRS 6)
- 2. pain, low back

PI: 수술이 무서워 약먹고, PT, Block했으나 호전없어 내원

[2017.4.11]

Name of operation : post decom & PLF(L1-2-3-4-5) c PLIF(L3-4-5)
 post decom & PLF c Xia instrumentation, PLIF c Cage

Pre-OP Diagnosis : scoliosis lumbar region

Post-OP Diagnosis : scoliosis

Degenerative Lumbar Scoliosis

Rt foraminal stenosis L3-4-5

수술시간 : 2017-4-11 09:45 ~ 2017-04-11 14:20

마취종류 : 전신

[2017.4.27]

Name of operation : OLIF L1-2-3

Pre-OP Diagnosis : Scoliosis lumbar region

Post-OP Diagnosis : Scoliosis, Degenerative Lumbar Scoliosis

수술시간 : 2017-4-27 14:00 ~ 2017-4-27 15:30

마취종류 : 전신

■ 심의결과

- 제출한 진료내역 및 영상자료 검토한 결과, 제 1-5요추간의 장분절 유합이 필요한 퇴행성 측만 증의 인정기준(고시 제2015-139호, 2015.8.1.시행)에 부합하지 않아 4월 11일 시행한 자44나 (1) 척추변형에척추관절후방고정[기구사용고정포함]-7구간(척추분절)미만(N0446) 1*1*1은 인정 하지 아니하나, 제 3-4-5 요추간에 중등도 이상의 신경공 협착 소견보여 후방감압 및 유합술의 필요성이 확인되므로 자46나(3)주2 척추고정술-후방고정-요추-Cage를 이용한 추체간 유합술 100%, 자49-1다 척추후궁절제술-요추 120%, 재료대(Burr, Saw 등 절삭기류×1, Rod 전규격×2, Screw Set 전규격×6, Cage 전규격×4), 마취료는 인정기로 함. 다만, 4월 27일 시행한 제 1-2-3요추간 시행된 전방유합술은 유합의 적정성 확인되지 않아 수술료 및 재료대, 마취료 는 인정하지 아니함.

■ 심의내용

- 이 건(여/71세)은 상세불명의 척추측만증-요추부, 척추협착-요추부 상병으로 2017. 4. 11. post decom & PLF(L1-2-3-4-5) c PLIF(L3-4-5), post decom & PLF c Xia instrumentation, PLIF c Cage 시행 후 자44나(1) 척추변형에척추관절후방고정[기구사용고정포함]-7구간(척추분 절)미만×100% 및 자49-1다 척추후궁절제술-요추×200%, 재료대(Burr, Saw 등 절삭기류×1, Rod×2, Screw Set×10, Cage×4) 청구 2017.4. 27. OLIF L1-2-3 시행하고 자46가 (3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-요추×100% 및 재료대(Cage×2) 청구한 사례임. 제출한 진료내역 및 영상자료 검토한 결과, 제 1-5요추간의 장분절 유합이 필요한 퇴행성 측만 증의 인정기준(고시 제2015-139호, 2015.8.1.시행)에 부합하지 않아 4월 11일 시행한 자44나 (1) 척추변형에척추관절후방고정[기구사용고정포함]-7구간(척추분절)미만(N0446) 1*1*1은 인정 하지 아니하나, 제 3-4-5 요추간에 중등도 이상의 신경공 협착 소견보여 후방감압 및 유합술의 필요성이 확인되므로 자46나(3)주2 척추고정술-후방고정-요추-Cage를 이용한 추체간 유합술



100%, 자49-1다 척추후궁절제술-요추 120%, 재료대(Burr, Saw 등 절삭기류×1, Rod 전규격×2, Screw Set 전규격×6, Cage 전규격×4), 마취료는 인정키로 함. 다만, 4월 27일 시행한 제 1-2-3요추간 시행된 전방유합술은 유합의 적정성 확인되지 않아 수술료 및 재료대, 마취료는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- 척추경나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 인정기준 (보건복지부 고시 제 2015-139호, 2015.7.30. 시행)
- 대한척추신경외과학회. 척추학. 군자출판사. 2008.

[2017.9.13. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

○ 적절한 보존적치료 없이 시행된 척추수술 인정여부

■ 청구내역(여/62세)

- 청구 상병명: 척수의 상세불명 질환, 척추협착·흉추부, 척추협착·요추부
- 주요 청구내역

자31	골편절제술	1*1*1
자49가(2)	관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-흉추	1*1*1
자49-1나	척추후궁절제술-흉추 [제2의수술]	1*1*1
자46나(2)	척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-흉추[제2의수술(중병이상)]	1*1*1
CD HORIZON SMOOTH RODS 전규격 (F0016172)		1*2*1
CD HORIZON M8(M10) SCREW SET 전규격 (F0018202)		1*6*1
CD HORIZON M8(M10) SCREW SET 전규격 (F0018202)		1*2*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 (N0051006)		1*1*1

■ 진료내역

- 진단명: Spinal stenosis, thoracic region, Spinal stenosis, lumbar region
- 수술명: PSF(posterior spinal fusion) D5-6-7-8 c autologous iliac bone
Decompressive laminectomy D7,8, Microdiscectomy D7-8 Rt
- C.C: Both leg weakness - 2016.09
- P.I: 지속적인 both leg weakness, Gr IV 및 sensory deficiency (배꼽 아래로 전반적으로 정상 대비 60%) 발생하여 걸을 때도 자주 넘어지는 증상이 있으나 ○○병원에서 수술 날짜 당기는 것이 불가능하여 타병원 진료 원하여 본원 내원하였고 수술적 치료 위해 입원

- P/Ex & N/Ex:

[Motor]

Level	Action test	
C4	Shoulder elevation	V/V
C6	Wrist extension	V/V
C8	Finger flexion	V/V
L2	Hip flexion	IV/IV
L4	ankle dorsi flex.	III/III
S1	nkle plantar flexion	IV/IV
C5	Elbow flexion	V/V
C7	Elbow extension	V/V
T1	Finger abduction	V/V
L3	knee extension	IV/IV
L5	Gr. Toe dorsi flex.	IV/IV

Sensory: Both lower extremity sensory deficiet (배꼽 아래로 전반적으로 정상 대비 60%)

- T- MRI: T6-7-8 HNP with cord signal change

■ 심의내용 및 결과

- 척수의 상세불명 질환, 척추협착, 흉추부 상병에 PSF D5-6-7-8 c autologous iliac bone, Decompressive laminectomy D7,8, Microdiscectomy D7-8 Rt. 시행하고, 자31 골편절제술×1, 자49가(2) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-흉추×1, 자49-1나 척추후궁절제술-흉추 [제2의수술]×1, 자46나(2) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-흉추[제2의수술(종병이상)]×1 청구한 경우임.
- 제출된 진료기록 및 영상자료 참조, 척수압박으로 인한 신경증상 등 확인되어 조기수술의 필요성이 있다고 판단되어 척추고정술은 인정하나, 흉추 7,8번 부위에 시행한 척추후궁절제술은 관혈적 추간판제거술의 일련의 과정이므로 자49-1나 척추후궁절제술-흉추 [제2의수술]은 인정하지 아니함.

■ 참고

- 척추경나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준 (보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1 시행)
- 관혈적 추간판제거술 시행시기에 대하여 (2011.1.31, 공개심의사례)
- 대한척추신경외과학회. 척추학. 군자출판사. 2008.
- 석세일. 척추외과학. 최신의학사. 2004.

[2017.5.30. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]



○ **진료내역 및 영상자료 참조, Cage 및 Pedicle screw system을 이용한 척추수술 인정여부**

■ 청구내역(남/71세)

- 청구 상병명: 척추전방전위증, 요추부, 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애, 척추협착, 요추부

○ 주요 청구내역:

자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추	(N1493)	1*2*1
자49-1다 척추후궁절제술-요추	(N1499)	1*0.5*1
자46나(3)주2 척추고정술[기기,기구고정]-후방-요추-Cage이용	(N2470)	1*0.5*1
XIA ROD 전규격		1*2*1
XIA SCREW SET 전규격		1*8*1
PEEK CAGE 전규격		1*6*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류		1*1*1

■ 진료내역

○ '16.12.12.(입원)

[C.C] Both buttock and posterior thigh and calf pain for 5-6 years

[P.I] VAS 8점, NIC(+): walking, 20분

[P.E] Motor: intact, SLRT: 70/70

Neurologic exam: Unremarkable

[MRI] L2-3 diffuse disc bulging, ligamentum flavum hypertrophy

L3-4 DS, Rt. HLD(Herniated Lumbar Disc) + diffuse disc bulging + both facet joint effusion

L4-5 disc extrusion, Lt. Extraforaminal disc extrusion

L5-S1 both subarticular, both foramen~extraforamen stenosis

○ '16.12.15.(수술)

- 진단명: HLD, stenosis, L2-3

HLD(central, extraforaminal), stenosis

HLD(both subarticular, both foraminal, extraforaminal), stenosis

- 수술명: ULBD(Unilateral laminotomy bilateral decompression) on L2-3

PLIF with PSF on L3-4-5-S1

■ 심의결과 및 심의내용

- 동 건은 척추전방전위증, 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판 장애 상병으로 제2-3요추 부위 척추후궁절제술, 제3요추~제1천추 간 기구고정술 및 척추유합술을 시행(자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추 X 200%, 자49-1다 척추후궁절제술-요추 X 50%, 자46나(3)주2 척추고정술 X 50% 및 재료대 청구)한 사례임.
- 수술 전 적절한 보존적 치료에도 불구하고 심한 동통이 계속되고, 방사선소견에서 제 2-3요추 부위 척추관협착증 소견이 저명함. 또한, 제3-4요추간판 탈출이 동반된 척추전방 전위증과 제4-5요추 및 제5요추-제1천추 부위에 중등도 이상의 추간공협착이 확인되어 수술료, 재료대 및 마취료를 인정함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- 척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 대한척추신경외과학회 저. 척추학. 군자출판사. 2008.

[2017.3.16. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

○ 진료내역 및 영상자료 참조, 골다공증성 압박골절(L1)에 시행한 자46 척추고정술 인정여부

■ 청구내역(여/70세)

- 청구 상병명 : L1 부위의 골절, 폐쇄성,
기타 이차성 척추후만증, 흉요추부,
병적 골절을 동반한 폐경후골다공증, 기타부분

- 주요 청구내역

자45다 척추체제거술(요추)	1*1*1
자46나(3)주2 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추-Cage를이용한추체간유합술	1*0.5*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류	1*1*1
EXOLENT SPINE 20G	1*2*1
FIXPINE II ROD 전규격	1*2*1
FIXPINE II SCREW SET 전규격	1*4*1
VLIFT SYSTEM 전규격	1*1*1
PEVERTY NEEDLE 전규격	1*2*1
CANCELLOUS COARSE 15CC	1*1*1



■ 진료내역

- '16.1.23
 - C.C: 허리통증, 양측무릎으로도 아프다.
 - P.I: 작년부터 허리가 아팠는데 1달전 넘어진후부터 허리통증이 심하고 다리가 저리다.
- T-L-spine MRI with C-T-L: R/O Recent compression fracture of L1 body with kyphosis and posterior bony protrusion into spinal canal with indentation of spinal cord and bone contusion on spinous processes of T12-L1 bodies.
- 골밀도 결과지 : T-score -4.8
- '16.1.29
 - 진단명 : 병적 골절을 동반한 골다공증
척수병증을 동반한 허리척추뼈 및 기타 추간판 장애
기타 이차성 척추후만증, 흉요추부
 - 수술명 : Lateral Corpectomy and Fusion L1
PF(Posterior screw fixation) T12, L2
PVP T12, L2

■ 심의결과

- 동 건은 L1 부위의 골절, 폐쇄성, 병적 골절을 동반한 골다공증 상병하에 Lateral Corpectomy and Fusion L1, PF(Posterior screw fixation) T12, L2 시행한 경우로, 진료기록부 및 영상자료 확인결과 골다공증 압박골절 진단 후 적극적인 보존적 치료가 미흡하고 뚜렷한 신경학적 결손이 확인되지 않으며 병변의 진행소견이 뚜렷하지 않다고 판단되어 수술료 및 재료대는 인정하지 아니함.

■ 심의내용

- 보건복지부 고시 제2015-139호('15.8.1.시행)에 따르면 골다공증성 골절(T-score \leq -2.5)에서 척추경나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술은 (1) 뚜렷한 신경학적 결손이 있는 경우, (2) 적절한 타 치료방법에도 불구하고 심한 통증이 장기간 지속되며, 변형의 진행으로 인해 교정이 필요한 경우 인정토록 하고 있음.
- 동 건은 요추 1번 부위의 골절, 폐쇄성, 병적 골절을 동반한 골다공증 상병하에 요추1번 척추체 제거술, 흉추12번, 요추 2번에 척추후방고정술(Lateral Corpectomy and Fusion L1, PF(Posterior screw fixation) T12, L2) 시행한 경우로, 진료기록부 및 영상자료 확인결과 골다공증 압박골절 진단 후 적극적인 보존적 치료가 미흡하고 뚜렷한 신경학적 결손이 확인되지

않으며 병변의 진행소견이 뚜렷하지 않다고 판단되어 수술료 및 재료대는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 척추경나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 인정기준(보건복지부 고시 제 2015-139호, 2015.8.1.)
- 석세일. 척추외과학. 최신의학사. 2004.
- 대한척추신경외과학회. 척추학. 군자출판사. 2008.

[2016.5.24. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

[행정해석]

○ 자46가(3)/자46나(3)척추고정술(요추)·자49-1 척추후궁절제술(경·흉·요)

복잡기준에 해당하는 경우는 아래와 같으며, 제시한 기준 중 하나 이상을 만족하는 경우 산정할 수 있음

- 아 래 -

- (1) 해당 전문의(내과는 세부전문분야) 협진으로 아래의 질환이 객관적으로 증명된 경우
 - (1-1) 투석을 받고 있는 만성 신부전증 환자
 - (1-2) 장기 이식을 받았거나 대기 중인 환자
 - (1-3) 심혈관 스텐트를 가지고 있어 혈전제를 복용중인 자
 - (1-4) 고도의 심근 경색/협심증이 있는 자 - Goldman cardiac risk III 이상
 - (1-5) 조절되지 않는 당뇨(HbA1C > 7.0) 환자
 - (1-6) 간경화가 있는 환자
 - (1-7) 혈액암 환자
 - (1-8) 혈우병 환자 또는 혈액 응고 이상이 있는 환자
 - (1-9) 고도의 폐쇄성 폐질환 환자
 - (1-10) 정맥혈전색전증으로 치료 과거력이 있는 자
 - (1-11) 뇌경색 등으로 aspirin 보다 상위의 혈전제를 복용 중인 환자
- (2) 치료 중인 상태의 류마티스 질환자로 DAS 28이 5.1 초과일 때
- (3) 진행성 척수마비 환자
- (4) 암질환(원발성골암, 전이성골암)에 의한 척추골절환자
- (5) 척추 종양

[보험급여과-2502, 2014.8.1. 시행]



■ 자46-1 척추 체내고정용금속제거술 Removal of Implant for Internal Fixation of Spine

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-46-1		척추 체내고정용금속제거술 Removal of Implant for Internal Fixation of Spine			
	N2471	가. 전방 Anterior Part of Spine	4,695.70	402,890	357,810
	N2472	나. 후방 Posterior Part of Spine	4,155.66	356,560	316,660

■ 자47 경피적 척추 성형술 [방사선료 포함] Percutaneous Vertebroplasty [Including Discography]

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-47		경피적 척추 성형술 [방사선료 포함] Percutaneous Vertebroplasty [Including Discography] 주 : 1. 최대 3부위까지만 산정한다. 2. 시술에 사용된 Bone Cement, Needle 은 별도 산정하되, Needle은 추체당 2개 이내만 산정한다.			
	N0471	가. 제1부위	2,885.21	247,550	219,850
	N0472	나. 제2부위부터 [1부위당]	1,204.63	103,360	91,790

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
경피적척추성형술 (Vertebroplasty) 인정기준	<p>경피적척추성형술(Vertebroplasty) 인정기준은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 골다공증성 압박골절로서 2주 이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고 심한 배통이 지속되는 경우(단, 울혈성심부전, 폐렴, 혈전성 정맥염, 약물로 잘 조절 되지 않는 당뇨병환자, 투석을 받는 만성신부전환자, 80세 이상인 환자는 조기 시행가능)</p>

제목	세부인정사항
	나. 종양에 의한 골절 다. Kummell's disease ※ 확인방법 (1) MRI 검사 또는 CT와 동위원소 검사에서 증상을 유발하고 있는 병소임이 확인된 경우 (2) 단순 방사선 사진의 비교 검사에서 진행성 또는 새로 발생한 압박골절임을 분명히 관찰할 수 있는 경우 (3) 골다공증은 이중 에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정된 T-score ≤ -2.5로 확인된 경우 <div style="text-align: right;">[고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행]</div>

[기결정고시]

○ **고점도 척추강화술 Percutaneous Extrapedicular Vertebral Augmentation**

자47 경피적 척추성형술의 소정점수를 산정함.

[고시 제2005-8호, 2005.1.29. 시행]

[공개심의사례]

○ **척추골절 상병에 시행한 자47 경피적척추성형술 인정여부**

■ 청구내역 (여/86세)

- 청구 상병명: L2 부위의 골절, 폐쇄성, 기타 골다공증, 기타 부분
- 주요 청구내역

자47가 경피적척추성형술[방사선료포함]-제1부위(N0471)	1*1*1
EXOLENT SPINE 20G(E5100040)	1*1*1
MANAN ONCOLOGY NEEDLE 전규격(F1402040)	1*1*1

■ 진료내역

- 경과기록



[16.7.26.]

- CC: severe lower back pain
- PI: 보름 전 미끄러져 넘어진 후 동네의원 치료해도 통증이 매우 심함
- MRI: acute L2 comp. fx

[16.7.27.]

- 골밀도검사(DXA): - 4.3
- 수술기록
 - 수술일: '16.7.27.
 - 수술 전·후 진단: acute L2 compression fx
 - 수술명: Vertebroplasty L2

■ **심의결과 및 심의내용**

- 이 건(여/86세)은 L2부위의 골절, 폐쇄성 상병으로 자47가 경피적척추성형술[방사선료포함]-제1부위, EXOLENT SPINE 20G 1*1*1, MANAN ONCOLOGY NEEDLE 1*1*1 청구한 사례임.
- 제출된 진료기록 및 영상자료 검토결과, 초기 MRI에서 골좌상으로 피질골 파단 확인되지 않았으나, 추적 평면 방사선사진 상 전방 추체높이 감소되는 등 급성 압박골절 소견 확인되고 통증이 지속되어 자47가 경피적척추성형술 및 관련 치료재료대는 인정함.

■ **참고**

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장.
- ‘경피적척추성형술(Vertebroplasty)인정기준’(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)

[2017.9.14. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

○ **진료내역 및 영상자료 등 참조, 자47 경피적 척추성형술 인정여부**

■ **청구내역(여/49세)**

- 청구 상병명: T11 및 T12 부위의 골절,폐쇄성, L1부위의 골절,폐쇄성, L3부위의 골절,폐쇄성
외상성 척추병증,흉추부

- 주요 청구내역

(11/12) 자47가 경피적척추성형술[방사선료포함]-제1부위	1*1*1
자47나 경피적척추성형술[방사선료포함]-제2부위부터[1부위당]	1*1*1
PEVERTY NEEDLE 전규격	1*3*1
CMW BONE CEMENT 40G	1*1*1

(11/13) 자47가 경피적척추성형술[방사선료포함]-제1부위	1*1*1
PEVERTY NEEDLE 전규격	1*2*1
CMW BONE CEMENT 40G	1*1*1

■ 진료내역

○ '14.11.11.(초진)

C.C) onset:2013년 3월경, aggravation:2014.10.17 VAS :8점

허리통증, 누웠다 일어날 때 및 자세 변경 시 통증 심함. 앉거나 서기 힘들

P.I) 2013년 3월 철봉에서 떨어지며 정형외과의원(약물치료), 종합병원(입원 '14.10/20~10/27)에서 치료하였으나 증상호전 없어 본원 외래 통해 입원.

P.E) NIC(-)

Motor: gait disturbance(heel gait / toe gait / hoop gait 불가)

lumbar extension/flexion 불가

Tenderness(+)

BMD: L (-4.5) / F /(-3.0)

MRI) (11/12) 1. Compression fracture, recent, L1 body.

2. Compression fracture with vacuum cleft, T12 body; r/o Kummell's disease

Imp) T12 Kummell's disease

Compression fracture, L1

○ '14.11.12.

- 진단명: fracture of T11 and T12 level, closed

fracture of L1 level, closed

traumatic spondylopathy, thoracic region(Kummell's disease)

- 수술명: VP(요추1번, 흉추12번)

○ '14.11.13.

- 진단명: fracture of L3 level, closed

- 수술명: VP(요추3번)

■ 심의내용

- 보건복지부 고시 제2012-153호('12.12.1.시행)에 따르면, 경피적척추성형술(Vertebroplasty)은 '가. 골다공증성 압박골절로서 2주 이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고 심한 배통이 지속되는 경우(단, 율혈성 심부전, 폐렴, 혈전성 정맥염, 약물로 잘 조절되지 않는 당뇨병환자, 투석을 받는 만성신부전환자, 80세 이상인 환자는 조기시행 가능), 나. 종양에 의한 골절, 다. Kummell's disease'의 경우 인정토록 하고 있음.



- 동 건은 T11, T12, L1 및 L3 부위의 골절로 T12, L1, L3 부위에 경피적척추성형술을 시행한 사례로, 제출된 MRI 등을 검토한 결과, T12 부위는 Kummell's disease가 확인되므로 수술료(자47가 경피적척추성형술-제1부위 1x1x1) 및 재료대(PEVERTY NEEDLE 전규격 1x2x1, CMW BONE CEMENT 40G 1x1x1)를 인정하고, L1, L3 부위는 척추체 압박이 확인되지 않으므로 L1, L3에 시행한 수술료 및 재료대는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- '경피적척추성형술(Vertebroplasty) 인정기준'(보건복지부 고시 제2012-153호, '12.12.1.시행)
- 대한척추신경외과학회, 척추학

[2015.3.26. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

■ 자47-1 경피적 척추후굴풍선복원술 [방사선료 포함] Percutaneous Balloon Kyphoplasty [Including Discography]

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-47-1		경피적 척추후굴풍선복원술 [방사선료 포함] Percutaneous Balloon Kyphoplasty [Including Discography] 주 : 1. 최대 3부위까지만 산정한다. 2. 경피적 척추 성형술과 동시에 부위를 달리하여 3부위 이상 실시한 경우에도 시술 부위 및 방법 불문하고 합하여 최대 3부위까지만 산정한다. 3. 시술에 사용된 Balloon Catheter, Bone Cement, 시멘트 주입기는 별도 산정한다.			
	N0473	가. 제1부위	3,037.79	260,640	231,480
	N0474	나. 제2부위부터 [1부위당]	1,381.94	118,570	105,300

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
경피적척추후굴 풍선복원술 (Kyphoplasty) 인정기준	자47-1 경피적 척추후굴풍선복원술(Kyphoplasty)은 압박변형이 30~60%인 경우로서 다음과 같은 경우에 인정함. 다만, 골다공증성 방출성 골절은 압박변형이 60%이상인 경우에도 인정함. <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> 가. 3주 이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고 심한 배통이 지속되는 골다공증성 압박골절(단, 율혈성심부전, 폐렴, 혈전성 정맥염, 약물로 잘 조절되지 않는 당뇨병환자, 투석을 받는 만성신부전환자, 80세 이상인 환자는 조기시행가능) 나. 종양에 의한 골절 다. Kummell's disease ※ 확인방법 (1) MRI 검사 또는 CT와 동위원소 검사에서 증상을 유발하고 있는 병소임이 확인된 경우 (2) 단순 방사선 사진의 비교 검사에서 진행성 또는 새로 발생한 압박골절임을 분명히 관찰할 수 있는 경우 (3) 골다공증은 이중 에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정된 T-score ≤ -2.5로 확인된 경우 <p style="text-align: right;">[고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행]</p>

[심사지침]

○ 경피적 척추후굴풍선복원술(kyphoplasty)시 골다공증성 압박골절의 압박변형을 측정방법

척추 골다공증성 압박골절시 압박변형을 측정방법은 다음과 같이하며, 단순 방사선 측면영상(plain X-ray lateral view)에서 측정하는 것을 원칙으로 한다.

- 다 음 -

가. 인접 상·하부 추체에 진구성 골절이 없는 경우

- 인접 상·하부 전방 추체높이의 평균에 대한 압박골절 추체의 전방높이 감소 비
- 인접 상부 또는 하부의 전방 추체높이에 대한 압박골절 추체의 전방높이 감소 비



나. 인접 상·하부 추체에 진구성 골절이 있거나 다발성 골절인 경우

- 인접한 상부 또는 하부의 정상추체 전방높이에 대한 압박골절 추체의 전방높이 감소 비

[공고 제2019-429호, 2009.1.1. 진료분부터]

[공개심의사례]

○ 골다공증성 압박골절에 시행한 자47-1가 경피적척추후골풍선복원술 요양급여 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/66세)

- 청구 상병명: L3 부위의 골절, 폐쇄성, L5 부위의 골절, 폐쇄성
- 주요 청구내역

자47-1가 경피적척추후골풍선복원술[방사선료포함]-제1부위	1*1*1
자47-1나 경피적척추후골풍선복원술[방사선료포함]-제2부위부터[1부위당]	1*1*1
BIOMET CEMENT V 26G(E5100006)	1*2*1
SPASY KIT T2 전규격(F1411104)	1*2*1
SPASY 전규격(F1412004)	1*4*1

○ B사례(남/87세)

- 청구 상병명: L2 부위의 골절, 폐쇄성
- 주요 청구내역

자47-1가 경피적척추후골풍선복원술[방사선료포함]-제1부위	1*1*1
BIOMET CEMENT V 26G(E5100006)	1*1*1
SPASY KIT T2 전규격(F1411104)	1*1*1
SPASY 전규격(F1412004)	1*2*1

■ 진료내역

○ A사례(남/66세)

[주호소] LBP (NRS: 6)

[현병력] 내원 이틀전 물건 들다가 삐끗함.

[이학적검사] Moter, Sensory: Intact

Tenderness ++++ Pain agg on motion

[MRI] recent Fx. comp. L3,5

[BMD] (DEX): -4.4 (L1-2)
 [진단명] Fx. comp. L3,5
 [수술명] Percutaneous balloon kyphoplasty, L3,5

- B사례(남/87세)
 - [주호소] LBP (NRS: 4)
 - [현병력] 내원 한달전부터 spont. / 타병원 최근 MRI상 Fx.(-), stenosis(+)
 증상 호전 없이 지속됨
 - [이학적검사] Motor/Sensory/DTR: n-s
 tenderness - no definite, pain agg. on motion
 - [X-ray] multiple collapse & DA
 - [임상소견] spinal stenosis with arthrosis R/O Fx. comp. T-L spine
 - [MRI] Fx. bursting L2, spinal stenosis L5-S1
 - [진단명] Fx. bursting, L2
 - [수술명] Percutaneous balloon kyphoplasty, L2

■ 심의결과 및 심의내용

- A사례(남/66세)
 - 이 건(남/66세)은 L3, L5 부위의 골절, 폐쇄성 상병에 Percutaneous balloon kyphoplasty, L3,5 시행하고 자47-1가 경피적척추후골풍선복원술[방사선료포함]-제1부위 1×1, 자47-1나 경피적척추후골풍선복원술[방사선료포함]-제2부위부터[1부위당] 1×1, 방사선료는 요추부 골곡, 신전 X-ray 1×5, 흉요추부 골곡, 신전 X-ray 1×4 청구한 경우임.

제출된 영상자료 참조, 경피적척추후골풍선복원술의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호)에 의거 요추 3번은 급성 압박골절로 압박변형이 47%로 확인되어 인정하기로 하며, 요추 5번은 영상 소견상 급성 압박골절로 확인되지 않아 인정하지 아니함.

- B사례(남/87세)
 - 이 건(남/87세)은 L2 부위의 골절, 폐쇄성 상병에 Percutaneous balloon kyphoplasty, L2 시행하고 자47-1가 경피적척추후골풍선복원술[방사선료포함]-제1부위 1×1, 방사선료는 요추부 골곡, 신전 X-ray 1×1, 흉요추부 골곡, 신전 X-ray 1×1 청구한 경우임.

제출된 영상자료 참조 압박변형률 측정결과 골절부위 압박변형이 30%미만으로 확인되어 경피적척추후골풍선복원술의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호)에 의거 인정하지 아니함.



※ 또한 A, B사례 모두 급성 압박골절 진단 후 경과관찰 중에 굴곡, 신전 F/U X-ray는 압박을 진행시킬 수 있어 검사를 지양해야 하므로 조정하기로 하고 해당 요양기관에 안내기로 함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료
- 경피적척추후골풍선복원술(Kyphoplasty)인정기준 (보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 석세일. 척추외과학. 제4판. 최신의학사. 2017.
- 대학척추신경외과학회. 척추학. 2nd Edition. 군자출판사. 2013.

[2017.10.25. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

■ 자48 척추열수술 Operation of Spina Bifida

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-48	N0480	척추열수술 Operation of Spina Bifida	7,175.77	615,680	546,790

■ 자-48-1 척추골절 및 탈구의 도수정복술 Closed Reduction of Fracture and/or Dislocated Spine

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-48-1	N0630	척추골절 및 탈구의 도수정복술 Closed Reduction of Fracture and/or Dislocated Spine	566.65	48,620	43,180

■ 자49 추간판제거술 [척추후궁절제술 포함] Diskectomy

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-49		추간판제거술 [척추후궁절제술 포함] Diskectomy 가. 관혈적 Invasive			
	N1491	(1) 경추 Cervical Spine	9,221.66	791,220	702,690
	N1492	(2) 흉추 Thoracic Spine	11,567.57	992,500	881,450
	N1493	(3) 요추 Lumbar Spine	7,618.58	653,670	580,540
	N1494	나. 내시경하 by Endoscopy	5,533.44	474,770	421,650
	N1495	다. 척추수핵용해술 [방사선료 포함] Injection Procedure for Chemonucleolysis	2,220.69	190,540	169,220
	N1496	라. 척추수핵흡인술 [뉴클레오톰이용 수핵제거 등] [방사선료 포함] Aspiration Procedure of Nucleus Pulposus of Intervertebral Disk	2,520.31	216,240	192,050

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
경추부의 최소침습성 추간판제거술(자 49나 내시경하 추간판제거술, 자49다 척추수핵용해술, 자49라 척추수핵흡인술 등)의 급여기준	<p>경추부에 최소침습성 추간판제거술(자49나 내시경하 추간판제거술, 자49다 척추수핵용해술, 자49라 척추수핵흡인술 등)시 급여기준은 다음과 같이 함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 경추부의 자49나 내시경하 추간판제거술은 후외측(postero-lateral)으로 전위된 심한 연성 추간판탈출증으로 인한 신경근 압박소견이 명확하고 12주 이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고 상지방사통이 있는 경우에 인정함</p> <p>나. 경추부에 실시한 자49다 척추수핵용해술, 자49라 척추수핵흡인술은 인정하지 아니함</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]</p>
추간판제거술 및 척추고정술 동시 시행 시 수기로	1. 자49 추간판제거술과 자46 척추고정술을 동시 실시 시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종



제목	세부인정사항
산정방법	<p>합병원 포함)은 70%]를 산정함.</p> <p>2. 다만, 추간판제거술을 여러 Level 시행한 경우 제1부위는 100%, 제2부위부터는 50%씩 산정하되, 최대 200%까지 산정하고 자46 척추고정술은 여러 척추를 고정하더라도 Level 불문하고 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]만 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]</p>
복강경하 추간판제거술 등의 수가 산정방법	<p>복강경하 추간판제거술 등에 대한 수기로 산정방법은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 복강경하 요추간판절제술(및 골융합술)Laparoscopic Lumbar Discectomy (and Ant. Interbody Fusion)</p> <p>(1) 기술료</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 자49나 내시경하추간판제거술의 소정금액으로 산정함 ○ 골융합술을 병행한 경우는 자49나 내시경하추간판제거술과 자46가(3) 척추 고정술(전방고정-요추)을 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대 가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. <p>(2) 치료재료</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 복강경 등 내시경하 수술시 사용하는 치료재료비용의 산정방법에 의거 별도 산정함. ○ 골융합술을 병행한 경우 골융합용 치료재료 별도 산정함. <p>나. 흉강경하 흉추간판제거술(및 골융합술) Thoracoscopic or Video-Assisted Thoracic Discectomy (and Fusion)</p> <p>(1) 기술료</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 자49나 내시경하추간판제거술 소정금액으로 산정함. ○ 골융합술을 병행한 경우는 자49나 내시경하추간판제거술과 자46가(2) 척추 고정술(전방고정-흉추)을 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대 가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함.

제목	세부인정사항
	<p>(2) 치료재료</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 복강경 등 내시경하 수술시 사용하는 치료재료비용의 산정방법에 의거 별도 산정함. ○ 골융합술을 병행한 경우 골융합용 치료재료 별도 산정함. <p>다. 미세내시경하 추간판제거술 Micro Endoscopic Discectomy (MED)</p> <p>(1) 기술료 : 자49나 내시경하추간판제거술 소정금액으로 산정함.</p> <p>(2) 치료재료</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Laser 기술을 병용한 경우 Laser Kit는 748,380원(코드 N0071001)을 산정한다. <p style="text-align: right;">[고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]</p>
<p>요추부의 최소침습추간판제거술(자49나 내시경하 추간판제거술, 자49다 척추수핵 용해술, 자49라 척추수핵흡인술 등)의 급여기준</p>	<p>요추부의 최소침습추간판제거술은 6주이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고 심한 방사통이 지속되는 환자에서 추간판탈출로 인한 신경근 압박 소견이 확인되는 경우에 인정하되, 조기시행이 필요한 경우에는 의사소견서를 첨부하여야 함. 다만, 협착증이 동반된 경우에는 불인정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행]</p>
<p>동일 피부 절개하에 추간판제거술, 후방고정술 및 후방추체유합술(PLIF)을 동시 실시시 수기로 산정방법</p>	<p>후방 도달법으로 동일 피부 절개 하에 추간판제거술, Pedicle screw와 Rod를 이용한 후방고정술(PLF) 및 자가골 또는 Cage를 이용한 후방추체유합술(PLIF)을 동시에 실시한 경우에 척추고정술은 절개 approach을 기준으로 1회만 산정하며, 자49 추간판 제거술 소정점수의 100%, 자46나 척추후방고정술 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)의 경우 소정점수의 70%]만 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행]</p>
<p>자49 추간판제거술시 한번의 절개로 양측수술시 수기로 산정방법</p>	<p>추간판제거술은 일반적으로 편측을 시행하나, 환자에 따라 한번의 절개로 양측의 수술을 시행하게 되는 경우가 있는 바, 이와 같은 경우라 할지라도 소정금액 1회를 산정하고 여러 Level을 실시하더라도 최대 200%까지 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>



[기결정고시]

- 뉴클레오톼을 이용한 관혈적 척추디스크수술 Automated Open Lumbar Discectomy (AOLD)

자49-가.(3) 관혈적 추간판제거술-요추의 소정점수를 산정함

*소요재료: Nucleotome kit (별도산정불가)

[고시 제2009-45호, 2009.3.15. 시행]

- 인공수핵성형술

자49-가 관혈적 추간판제거술의 소정점수에 포함됨

[고시 제2005-38호, 2005.6.1. 시행]

- 미세추간판절제술[METRX-MD System 이용] Microdiscectomy with METRX-MD System

자49-가. 추간판제거술 -관혈적의 소정점수를 산정함.

[고시 제2003-86호, 2004.1.1. 시행]

- 관절경적 척추 레이저 척추시술료

자49나(내시경하 추간판제거술)의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

- AMD Laser Discectomy

자49나(내시경하 추간판제거술)의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

- 신경구멍 내시경 레이저 부분절제술

자49나(내시경하 추간판제거술)의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

- 경피적 척추사이구멍내시경 디스크기구절제술 (Percutaneous Transforaminal Manual Discectomy with Perscope)

자49나(내시경하 추간판제거술)의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

○ 관혈적 미세현미경 홀뮴 야그레이저 디스크 부분절제술

Open lumbar Microdiscectomy with Holmium YAG Laser (Infratome)

관혈적 레이저 추간판 절제술은 자49가 추간판제거술, 관혈적의 소정점수를 산정함

[고시 제2009-26호, 2009.3.1. 시행]

○ 디지털 추간판조영술 및 디스크내 약물 주입

자49다 척추수핵용해술 점수의 50%를 산정함. 이 경우 Discogram은 해당 소정점수에 포함됨.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

○ 관혈적 현미경요추디스크 자동절제술

Arthrocare openwand automated open lumbar microdiscectomy

자49가 관혈적 추간판제거술의 소정점수를 산정함

[고시 제2009-214호, 2009.12.1. 시행]

[공개심의사례]

○ 진료내역 및 영상자료 참조, 자49 추간판제거술 요양급여 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/54세)

- 청구 상병명: 척추협착, 경부, 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애, 척추협착, 요추부, 기타 명시된 추간판변성

- 주요 청구내역

자49가(1) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-경추 (N1491) 1*1*1

척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 (N0051006) 1*1*1

○ B사례(남/55세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애

- 주요 청구내역

자49나 내시경하추간판제거술[척추후궁절제술포함] (N1494) 1*1*1



■ 진료내역

○ A사례(여/54세)

[주호소] VAS 7점, 우측 팔 외측~손가락 1,2th 찌릿한 통증, 저림, 우측어깨 묵직함

[현병력] 5달 전 허리증상 발현하였고 안정가료하다 3달 전부터 목증상 같이 있어 연고지 한의원에서 침 치료1#하고 호전 없어 본원 진료 후 치료위해 입원함

[이학적소견]

Shoulder abduction (5/5)

Elbow flexiono(5/5) Elbow extension(5/5)

Wrist flexiono(5/5) Wrist extension(5/5)

Finger flexiono(5/5) Finger extension(5/5)

Grasping power(5/5)

[임상소견] Foraminal stenosis, right C5-6

[MRI] Foraminal stenosis, right C5-6

[수술일] 2017. 4. 28.

[진단명] HNP with radiculopathy, cervical region

[수술명] Foraminotomy_Posterior[경추5-6사이(Rt)]

○ B사례(남/55세)

[주호소] Lt.leg pain, NRS 8 통증이 심하여 걸을 수가 없다고 함

[현병력] 열흘 전부터 발생한 왼쪽 다리통증을 주소로 내원함

[이학적소견] NRS 10점, L5 dermatome, SLRT free
weakness(-), DTR(-/-)

[임상소견] L4-5, Lt down migration

[MRI] L4-5, left ruptured disc, inferior migration

[수술일] 2017. 11. 15.

[진단명] HLD L4-5 Lt

[수술명] PELD L4-5, Lt

■ 심의결과 및 심의내용

- A사례(여/54세) 경부 척추협착, 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애 상병으로 2017. 4. 28. 우측 제5-6경추간 추간공절개술 시행 후 자49가(1) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-경추 1*1*1, 관련 치료재료, 마취료를 청구한 사례로 진료기록 및 영상자료 참조, MRI 영상에서 제5-6경추간 신경공 협착 소견 확인되나, 적극적이고 적절한 보존적 치료 선행 없이 조기 수술을 시행해야할 신경학적 증상 확인되지 않아 수술료, 관련 치료재료, 마취료는 모두 인정하지 아니함.

- B사례(남/55세) 신경부리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애 상병으로 2017. 11. 15. 좌측 제4-5요추간 내시경하 추간판제거술 시행하고 자49나 내시경하추간판제거술[척추후궁절제술포함] 1*1*1 청구한 사례로 진료기록 및 영상자료 참조, 통증이 심하고 일상생활을 할 수 없어 조기 수술이 필요하였다 하나, 다른 방법의 보존적 치료 없이 1회 만의 선택적 신경근차단술이 적절하고 충분한 치료로 볼 수 없으며 또한, MRI 영상에서 제4-5요추 부위 추간판 탈출로 인한 저명한 신경압박 소견 확인되지 않아 수술료, 관련 치료재료, 마취료는 모두 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료
- 요추부의 최소침습추간판제거술(자49나 내시경하 추간판제거술, 자49다 척추수핵 용해술, 자49라 척추수핵 흡인술 등)의 급여기준(보건복지부 고시 제2017-152호, 2017. 9. 1. 시행)
- 석세일. 척추외과학. 제4판. 최신의학사. 2017.
- 대한척추신경외과학회. 척추학. 제2판. 군자출판사. 2013.

[2018. 3. 9. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

■ 자49-1 척추후궁절제술 Laminectomy

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-49-1		척추후궁절제술 Laminectomy			
	N1497	가. 경추 Cervical Spine	8,074.91	692,830	615,310
	N2497	주 : 복잡기준에 해당하는 경우에는 8,755.03점을 산정한다.	8,755.03	751,180	667,130
	N1498	나. 흉추 Thoracic Spine	9,942.03	853,030	757,580
	N2498	주 : 복잡기준에 해당하는 경우에는 10,605.55점을 산정한다.	10,605.55	909,960	808,140
	N1499	다. 요추 Lumbar Spine	6,507.59	558,350	495,880
	N2499	주 : 복잡기준에 해당하는 경우에는 7,559.09점을 산정한다.	7,559.09	648,570	576,000



[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
Hemilaminectomy 또는 Total Laminectomy의 수술 수기로 산정방법	Hemilaminectomy 또는 Total Laminectomy는 자49-1 척추후궁절제술의 해당부위의 소정금액을 산정하되 제1후궁은 소정점수의 100%, 제2후궁부터는 소정점수의 50%를 산정하되 최대 200%까지 산정함. [고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]
척추관협착증에 척추후궁절제술 시 수기로 산정방법	척추관협착증에 신경감압을 위해 시행하는 척추후궁절제술은 level당 산정하되, 여러 level을 실시하더라도 최대 200%까지 산정함. (예시 : L4-5 spinal stenosis 상병으로 L4, L5 laminectomy 시행시 자 49-1 다 100% 산정) [고시 제2007-77호, 2007.8.30. 시행]
척추후궁절제술 시 Fat graft의 별도 인정여부	추간판탈출증환자에게 척추후궁절제술후 유착으로 인한 합병증을 예방하기 위하여 시행한 Fat Graft는 부수적인 수술로서 주된 수술료에 포함되므로 별도 산정하지 않음. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

[기결정고시]

○ 척추극돌기간 고정술

자49-1-다 척추후궁절제술-요추의 소정점수에 포함됨.

[고시 제2005-8호, 2005.2.1. 시행]

[공개심의사례]

○ 진료내역 및 영상자료 참조, 척추 조기수술 인정여부

■ 청구내역(남/48세)

- 청구 상병명: 척수병증을 동반한 기타 척추증, 흉추부, 척추협착, 흉요추부
상세불명의 척수병증, 흉요추부, 상세불명의 마비증후군
- 주요 청구내역
 - 자49-1나 척추후궁절제술-흉추 1*1.5*1
 - 척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 1*1*1

■ 진료내역

- C.C: LBP } both leg pain & TS (R\L)
both leg weakness (R\L)
등 통증, 양다리 쥐는 증상 간헐적
- P.I: 2년전부터 상기증상 있어 연고지 병원에서 주사치료 3차례 했으나 일시적 효과, 호전 없으며 악화되어 내원함.
agg: 걸을 때, 누우면 호전
limping gait +
NIC x
보행장애, 넘어지려 한다.
- P/E: Td on mid lumbar
SLRT: f/f, FNST: -/-, Patrick test: -/-
Motor: GTDF 4+/5
heel / toe: intact
Sensory: Rt. leg cooling sense
DTR: KJ +++/+++, AJ +/-
- IMP: T11-12 OLF, cord edema

■ 심의결과

- 적절한 보존적치료는 이루어지지 않았으나, 제출된 영상자료 상 제11-12 흉추 부위 척수 압박과 부종 소견 보이며 보행장애, 하지 위약감 등 병변에 합당한 신경학적 증상이 확인되어 수술료 인정함.

■ 심의내용

- 황색인대골화증(ossification of ligamentum flavum) T11,12 진단하에 미세현미경 레이저 흉추 디스크절제술(OTM, open laser thoracic microdiscectomy) T11,T12 시행하고, 자49-1나 척추후궁절제술-흉추×1.5 청구한 경우임
적절한 보존적치료는 이루어지지 않았으나, 제출된 영상자료 상 제11-12 흉추 부위 척수 압박과 부종 소견 보이며 보행장애, 하지 위약감 등 병변에 합당한 신경학적 증상이 확인되어 수술료 인정함.

■ 참고

- 척추경나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 인정기준(보건복지부 고시 제 2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 석세일. 척추외과학. 최신의학사. 2004.
- 대한척추신경외과학회. 척추학. 군자출판사. 2008.

[2016.12.14. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]



○ 기타 명시된 척추병증-흉요추부, 신경부리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애 상병에 시행한 자49-1 척추후궁절제술-복잡 요양급여 인정여부

■ 청구내역 (남/62세)

- 청구 상병명: 기타 명시된 척추병증-흉요추부, 척추협착-흉요추부, 신경부리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애

- 주요 청구내역

N2498 자49-1나주 척추후궁절제술-복잡-흉추	1*1*1
N2499 자49-1다주 척추후궁절제술-복잡-요추	1*0.5*1
N0051006 척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류	1*1*1
L1211 바2가(1) 기관내삽관에의한폐쇄순환식전신마취관리기본[1시간기준]	1*1*1
L1221 바2나(1) 기관내삽관에의한폐쇄순환식전신마취유지[1시간초과15분당]	1*3*1

■ 진료내역

○ 진료기록 (금년 02.15.)

- C.C.: 허리 통증이 있으면서 양쪽 무릎부터 발등과 발바닥까지 저리고 감각이 떨어져요(Rt=Lt). 발바닥에 모래알 뿌려 놓은 듯이 자글자글 거려요 양쪽 다리에 힘이 없어서 자주 넘어져요. Gait disturbance: (+) 휘청거리면서 걷는다.

- P.I.: 3-4년 전부터 상기 증상 발현되었고 타원에서 통증클리닉 주사치료 2회 정도 시행하고 경과 관찰하며 지내다 1년 전부터 다리에 힘이 없어지면서 한 번씩 통증 심할 때마다 한의원 침치료 시행하였음. 이후에도 점점 더 다리에 힘빠지는 증상 심해져 입원함.

○ 진단명 : T12-L1 OYL(Ossification of Yellow Ligament, 황색인대골화증) with myelopathy (척수병증)

○ 수술명 : T12 En-block laminectomy & L1 En-block laminectomy (금년 02.16.)

■ 심의결과

○ 제출된 진료기록 및 영상자료 참조, 척수병증(myelopathy)이 동반된 황색인대 골화증은 확인되나 입원 전과 비교 시 척수마비 진행은 확인되지 않아 자49-1 척추후궁절제술-복잡(N2498, N2499)을 자49-1 척추후궁절제술(N1498, N1499)로 인정함.

■ 심의내용

○ 행정해석 (보험급여과-2502, 2014.7.22.)에 의하면 진행성 척수마비 환자는 자49-1 척추후궁절제술(경·흉·요) 복잡기준에 해당하여 인정토록 하고 있음.

- 동 건(남/62세)은 척추협착- 흉요추부, 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애, 신경병성 척추병증 상병으로 T12 En-block laminectomy & L1 En-block laminectomy 시행하고 자49-1나 주 척추후궁절제술-복잡-흉추×1, 자49-1주 척추후궁절제술-복잡-요추×0.5를 청구한 사례임.
- 제출한 영상자료에서 척수병증(myelopathy)이 동반된 황색인대 골화증은 확인되나 진료기록부에서 입원전과 비교 시 척수마비의 진행은 확인되지 않아 자49-1 척추후궁절제술-복잡(N2498, N2499)은 자49-1 척추후궁절제술(N1498, N1499)로 인정함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- 자46가(3)/자46나(3)척추고정술(요추)·자49-1 척추후궁절제술(경·흉·요)(행정해석 보험급여과-2502, 2014.8.1. 시행)
- 대한척추신경외과학회. 척추학. 군자출판사. 2013.

[2016.9.23. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

■ 자49-2 경추후궁성형술 Cervical Spine Laminoplasty

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-49-2		경추후궁성형술 Cervical Spine Laminoplasty 주 : 경추후궁절제술과 동시에 부위를 달리하여 3부위이상 실시한 경우에도 시술부위 및 방법 불문하고 합하여 최대 3부위까지만 산정한다.			
	N2491	가. 제1부위	11,529.23	989,210	878,530
	N2492	나. 제2부위부터 [1부위당]	6,403.42	549,410	487,940



■ 자65 견인술 Traction

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-65		견인술 Traction 주 : 1. 입원의 경우에만 소정 시술행위에 따라 1회만 산정한다. 2. 견인장치기간 중 시행일로부터 감시료로 1일당 108.50점을 산정한다.	108.50	9,310	8,270
	N0655	가. 골견인술 Bone Traction			
	N0651	(1) 두개골	1,335.29	114,570	101,750
	N0652	(2) 사지골	1,159.94	99,520	88,390
	N0653	(3) Halovest	826.65	70,930	62,990
	N0654	나. 피부견인술 Skin Traction [골반, 반창고, Halter Traction]	184.71	15,850	14,070

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
여러 부위에 견인술 시 견인감시료 산정방법	견인장치기간 중 감시료는 자65 견인술‘주2’에 1일당으로 산정토록 정하고 있으므로 다발성 골절 등으로 여러 부위에 자65 견인술을 시행한 경우 1일당 소정점수로 산정함. [고시 제2018-3호, 2018.4.1. 시행]

▶ **신경**

■ **자459 신경성형술 [감압, 박리 등] Neuroplasty**

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-459		신경성형술 [감압, 박리 등] Neuroplasty			
	S4593	가. 두개강외 뇌신경 Extracranial Cerebral Nerve 주 : 안면신경감압술은 「자-571」로 산정한다.	7,883.03	676,360	600,690
	S4594	나. 상완 및 요, 천추 신경총 Brachial, Lumbar, Sacral Plexus	4,181.03	358,730	318,590
	S4595	다. 중요말초신경 [사지부, 구간 등] Major Peripheral Plexus	3,144.42	269,790	239,600
	S4596	라. 수족지부 Hand and Foot	2,517.11	215,970	191,800

[기결정고시]

○ **신경재접합술, Nerve Reposition, 신경재위치술**

자459 신경성형술의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

○ **하치조신경전위술**

자459 신경성형술의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

■ **자460 신경이식술 Nerve Graft**

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-460		신경이식술 Nerve Graft			
		가. 자가신경 이용 [채취료 포함]			
	S4605	(1) 4cm 미만	7,144.34	612,980	544,400
	S4606	(2) 4cm 이상	10,197.86	874,980	777,080
	S4607	나. 동종신경 이용	7,138.50	612,480	543,950



[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
자460가 신경이식술-자 가신경이용[채취 료 포함]의 수가 산정방법	자460가 신경이식술-자가신경 이용[채취료 포함]에 대한 수가 산정방법은 다음과 같음 - 다 음 - 1. 단일 공여부에서 하나의 신경을 채취하여 이를 나누어 두 곳 이상의 신경분지 에 각각 이식하는 경우 가. 신경개수가 1개: 자460가 신경이식술-자가신경 이용[채취료 포함] 소정점수 산정 나. 신경개수가 2-3개: 자460가 신경이식술-자가신경 이용[채취료 포함] 소정점수 의 200% 산정 다. 신경개수가 4개 이상: 자460가 신경이식술-자가신경 이용[채취료 포함] 소정점 수의 300% 산정 2. 두 곳 이상의 각기 다른 공여부에서 신경을 채취하여 이를 단일 부위에 이식 하는 경우 가. 신경개수가 1개: 자460가 신경이식술-자가신경 이용[채취료 포함] 소정점수 산정 나. 신경개수가 2-3개: 자460가 신경이식술-자가신경 이용[채취료 포함] 소정점수 의 200% 산정 다. 신경개수가 4개 이상: 자460가 신경이식술-자가신경 이용[채취료 포함] 소정점 수의 300% 산정 3. 자460가 신경이식술-자가신경 이용[채취료 포함]을 자163 혈관성형술 등 다 른 수술과 동시에 시행한 경우에는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급 여 상대가치점수」제2부 제9장 제1절 '처치 및 수술료' [산정지침] (5)항에 의 하여 산정하여야 함. [고시 제2019-190호, 2019.9.1. 시행]
자460나 신경이식술-동 종신경 이용의 급여기준	1. 자460나 신경이식술-동종신경 이용 및 해당 행위에서 사용되는 동종신경은 다 음과 같이 요양급여를 인정함 - 다 음 -

제목	세부인정사항
	<p>가. 급여대상</p> <p style="padding-left: 20px;">: 사용되는 이식재의 길이가 5cm 이하이면서 아래 중 어느 하나에 해당되는 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 공여부에서 필요한 자가 신경을 얻을 수 없는 경우 2) 재수술로 인해 적절한 자가 신경이 없을 경우 3) 당뇨, 말초혈관질환 등 상처 치유의 지연 요인이 되는 기저질환으로 자가 신경을 얻을 수 없는 경우 <p>나. 동종신경 급여개수</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 부위 당 1개 * 부위: 7부위(두부, 복부, 배부, 좌·우·상·하지) 2) 손가락 1개 당 1개, 발가락 1개 당 1개 <p>2. 상기 1.이외 시행하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-190호, 2019.9.1. 시행]</p>

■ 자460-1 신경봉합술 Neurorrhaphy

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-460-1		신경봉합술 Neurorrhaphy			
	S4601	가. 두개강외 뇌신경 Extracranial Cerebral Nerve	8,552.09	733,770	651,670
	S4602	나. 상완 및 요, 천추 신경총 Brachial, Lumbar, Sacral Plexus	4,720.44	405,010	359,700
	S4603	다. 중요 말초신경 [사지부, 구간 등] Major Peripheral Nerve	3,382.78	290,240	257,770
	S4604	라. 수족지부 Hand or Foot	2,170.63	186,240	165,400



■ 자461 신경절단술 Neurectomy

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-461		신경절단술 Neurectomy			
	S4611	가. 두개강외 뇌신경 Extracranial Cerebral Nerve	4,959.79	425,550	377,940
	S4612	나. 중요 말초신경 [사지부, 구간 등] Major Peripheral Nerve	2,557.43	219,430	194,880
	S4613	다. 수족지부 Hand or Foot	2,420.32	207,660	184,430

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
동일 피부 절개하에 Adductor Tenotomy, Obturator Neurectomy 수가 산정방법	뇌성마비 상병에 동일 피부 절개하에 Adductor Tenotomy와 Obturator Neurectomy를 동시 실시시 자461 신경절단술 소정점수 100%와 자91 건·인대 피하 단열수술 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. [고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행]

■ 자461-1 신경종양절제술 Excision of Neuroma

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-461-1		신경종양절제술 Excision of Neuroma			
	S4615	가. 양성 Benign	2,624.38	225,170	199,980
	S4616	나. 악성 Malignant	5,419.97	465,030	413,000

■ 자462 혈종제거를 위한 개두술 Craniotomy for Evacuation of Hematoma

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-462		혈종제거를 위한 개두술 Craniotomy for Evacuation of Hematoma			
	S4621	가. 경막하 혹은 경막외 Subdural or Extradural	15,433.21	1,324,170	1,176,010
	S4622	나. 뇌실질내 Intracerebral	17,921.98	1,537,710	1,365,650

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
동일 피부절개하에 양측부위의 혈종제거를 위한 개두술 수가 산정방법	동일 피부절개하에 양측 F-T-P(Fronto-Temporo- Parietal) 부위의 경막외 혈종(Epidural Hematoma) 제거술은 자462가 혈종제거를 위한 개두술(경막외) 소정점수의 150%로 산정함. [고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]

■ 자462-1 두개강내 이물제거 Intracranial Foreign Body Removal

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-462-1	S4625	두개강내 이물제거 Intracranial Foreign Body Removal	10,990.82	943,010	837,500



■ 자463 종양절제를 위한 개두술 Craniotomy for Excision of Brain Tumor

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-463		종양절제를 위한 개두술 Craniotomy for Excision of Brain Tumor			
		가. 천막상부 Supratentorial			
	S4634	(1) 단순 Simple	32,133.07	2,757,020	2,448,540
	S4635	(2) 복잡 Complex	38,287.75	3,285,090	2,917,530
		나. 천막하부 Infratentorial			
	S4636	(1) 단순 Simple	36,930.86	3,168,670	2,814,130
	S4637	(2) 복잡 Complex	43,038.26	3,692,680	3,279,520
		다. 경비적 뇌하수체종양 적출술 Transnasal Excision of Pituitary Tumor			
	S4638	(1) 단순 Simple	26,124.67	2,241,500	1,990,700
	S4639	(2) 복잡 Complex	27,230.52	2,336,380	2,074,970

[심사지침]

- 자463다 경비적 뇌하수체종양 적출술과 동시 실시한 자100 비중격교정술 또는 성형술과 자112 접형골동비내수술 인정여부

자463다 경비적 뇌하수체종양 적출술 시 동시에 시행되는 자100 비중격교정술 또는 성형술과 자112 접형골동비내수술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 [산정지침](5)항에 주된 수술의 일련의 과정에 포함되므로 별도 인정하지 아니함.

[공고 제2019-422호, 2020.1.1. 시행]

■ 자464 뇌동맥류수술 [경부 Clipping] Cerebral Aneurysm

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-464		뇌동맥류수술 [경부 Clipping] Cerebral Aneurysm			
	S4641	가. 단순 Simple	31,758.78	2,724,900	2,420,020
	S4642	나. 복잡 Complex	37,026.97	3,176,910	2,821,460

■ 자465 뇌동정맥기형적출술 Operation of Cerebral Arteriovenous Malformation

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-465		뇌동정맥기형적출술 Operation of Cerebral Arteriovenous Malformation			
		가. 뇌실질내 Intracranial			
	S4653	(1) 단순 Simple	29,212.26	2,506,410	2,225,970
	S4654	(2) 복잡 Complex	40,401.74	3,466,470	3,078,610
		나. 뇌경막 Dural			
	S4655	(1) 단순 Simple	20,827.02	1,786,960	1,587,020
	S4656	(2) 복잡 Complex	30,827.80	2,645,030	2,349,080
		다. 해면성 혈관기형 Cavernous Malformations			
S4657	(1) 단순 Simple	22,609.08	1,939,860	1,722,810	
S4658	(2) 복잡 Complex	30,078.38	2,580,730	2,291,970	



■ 자466 두개강내 혈관문합술 Intracerebral Vascular Anastomosis

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-466		두개강내 혈관문합술 Intracerebral Vascular Anastomosis			
	S4661	가. 직접법 Direct	29,799.31	2,556,780	2,270,710
	S4662	나. 간접법 [EDAS, EMAS 등] Indirect	23,129.43	1,984,510	1,762,460

■ 자467-1 척수동정맥기형수술 [척수혈관종 포함] Operation of Spinal Arteriovenous Malformation

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-467-1	S4671	척수동정맥기형수술 [척수혈관종 포함] Operation of Spinal Arteriovenous Malformation	23,400.98	2,007,800	1,783,150

■ 자468 중추신경계기형수술 Operation of CNS Anomaly

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-468		중추신경계기형수술 Operation of CNS Anomaly			
	S4681	가. 대뇌류 Encephalocele	19,337.65	1,659,170	1,473,530
	S4682	나. 척수수막류 Myelomeningocele	15,559.39	1,335,000	1,185,630
	S4684	다. 지방척수수막류 Lipomyelomeningocele	17,133.57	1,470,060	1,305,580
	S4683	라. 수막류 Meningocele	12,529.60	1,075,040	954,760
	S4685	마. 척수결박증 Tethered Spinal Cord	14,117.67	1,211,300	1,075,770

■ 자469 척수 경막내 종양 및 병소절제술 Excision of Intradural Tumor or Lesion

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-469		척수 경막내 종양 및 병소절제술 Excision of Intradural Tumor or Lesion			
		가. 경추 Cervical Spine			
	S6691	(1) 3구간 미만	21,024.10	1,803,870	1,602,040
	S6692	(2) 3구간 이상	25,344.67	2,174,570	1,931,260
		나. 흉추 Thoracic Spine			
	S6693	(1) 3구간 미만	20,266.26	1,738,850	1,544,290
	S6694	(2) 3구간 이상	22,933.18	1,967,670	1,747,510
		다. 요추 Lumbar Spine			
S6695	(1) 3구간 미만	18,337.86	1,573,390	1,397,340	
S6696	(2) 3구간 이상	22,741.97	1,951,260	1,732,940	

■ 자469-1 척수내 종양 및 병소절제술 Excision of Intramedullary Tumor or Lesion

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-469-1		척수내 종양 및 병소절제술 Excision of Intramedullary Tumor or Lesion			
	S4694	가. 경추 Cervical Spine	27,078.78	2,323,360	2,063,400
	S4695	나. 흉추 Thoracic Spine	25,831.36	2,216,330	1,968,350
	S4696	다. 요추 Lumbar Spine	22,359.66	1,918,460	1,703,810



[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
자469-1 척수내 종양 및 병소절제술 또는 자470 척수 경막외 종양 및 병소절제술을 2 추간(level)에서 시행했을 경우 수가 적용방법	자469-1 척수내 종양 및 병소절제술 또는 자470 척수 경막외 종양 및 병소절제술을 2추간에서 시행하였을 지라도 수기료는 소정점수만 산정하며, 추간당 가산은 할 수 없음. <div style="text-align: right;">[고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]</div>

■ 자470 척수 경막외 종양 및 병소절제술 Excision of Extradural Tumor or Lesion

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-470		척수 경막외 종양 및 병소절제술 Excision of Extradural Tumor or Lesion			
		가. 경추 Cervical Spine			
	S4704	(1) 척추경 또는 척추체를 포함하는 경우 Involving Pedicle and/or Vertebral Body	23,831.15	2,044,710	1,815,930
	S4705	(2) 척추경 및 척추체를 포함하지 아니한 경우 without Pedicle and Vertebral Body	16,751.94	1,437,320	1,276,500
		나. 흉추 Thoracic Spine			
	S4706	(1) 척추경 또는 척추체를 포함하는 경우 Involving Pedicle and/or Vertebral Body	22,110.74	1,897,100	1,684,840
	S4707	(2) 척추경 및 척추체를 포함하지 아니한 경우 without Pedicle and Vertebral Body	15,817.65	1,357,150	1,205,300
		다. 요추 Lumbar Spine			
	S4708	(1) 척추경 또는 척추체를 포함하는 경우 Involving Pedicle and/or Vertebral Body	20,653.89	1,772,100	1,573,830
	S4709	(2) 척추경 및 척추체를 포함하지 아니한 경우 without Pedicle and Vertebral Body	14,805.69	1,270,330	1,128,190

■ 자471 단락술 또는 측로조성술 Shunt Operation or Bypass Operation

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-471		단락술 또는 측로조성술 Shunt Operation or Bypass Operation			
	S4711	가. 경막하 또는 지주막하와 타부위간 Subdural/Subarachnoid-Other	11,029.75	946,350	840,470
	S4712	나. 뇌실과 타부위간 Ventriculo-Other	11,928.07	1,023,430	908,920
	S4713	다. 척수내 낭종 또는 척수공동과 타부위간 Intramedullary Cyst/Syrinx to Other	18,406.46	1,579,270	1,402,570

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
양측성 뇌실-복강간 단락술의 진료수가 산정방법	<p>뇌실내종양, 뇌막염후 합병증 등으로 양측 측뇌실의 교통이 막혀 각각 구획되어진 뇌실에 별도의 단락술을 시행한 경우의 진료수가 산정방법은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 양측 Ventricular Catheter를 Y 또는 T connector로 연결하여 복부에 1개의 절개를 만들어 Peritoneal Catheter를 유치할 경우 : 자471 단락술 또는 측로조성술의 150%</p> <p>나. 양측 Ventricular Catheter를 Connector로 연결하지않고 복부에 2개의 절개를 만들어 Peritoneal Catheter를 각각 유치할 경우 : 자471 단락술 또는 측로조성술의 200%</p> <p>다. 치료재료 : 약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준에 의거 별도 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2016-204호, 2016.11.1. 시행]</p>
말기암에 동통 완화 목적으로 실시한 Reservoir 삽입 수기료 산정방법	<p>말기암에 동통완화 목적으로 염산 몰핀제제를 Reservoir를 통해 주입하는 방법인 Ventriculostomy Reservoir insertion의 수기료는 자471나 단락술 또는 측로조성술(뇌실과 타부위간) 소정점수의 50%로 준용하여 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]</p>



제목	세부인정사항
뇌척수액 측로 조성술시 삽입 재료 제거료 산정방법	자471 단락술 또는 측로조성술시 삽입된 치료재료를 제거하는 경우에는 자471 단락술 또는 측로조성술 소정점수의 50%로 산정함. [고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]

■ 자472 뇌척수액루수술 Repair of CSF Leakage

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-472		뇌척수액루수술 Repair of CSF Leakage			
	S4721	가. 두개강내 Intracranial	17,509.75	1,502,340	1,334,240
	S4722	나. 척추강내 Intraspinial	9,993.89	857,480	761,530
	S4723	다. 비강접근 Nasal Approach	7,175.49	615,660	546,770
	S4724	라. 이과적접근 Transauricular Approach	8,713.26	747,600	663,950

■ 자473 뇌전증수술 Operation of Epilepsy

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-473		뇌전증수술 Operation of Epilepsy			
		가. 진단을 위한 전극삽입 Implantation of Electrodes for Diagnosis			
	S4731	(1) 관혈적 Open	18,210.12	1,562,430	1,387,610
	S4732	(2) 뇌정위적 심부삽입 Stereotaxic	11,279.90	967,820	859,530
	S4733	나. 측두엽절제술 [경련부축점제거술] Temporal Lobectomy	27,014.31	2,317,830	2,058,490
	S4734	주 : 「다」, 「라」, 「마」 항과 동시에 실시하는 경우에는 12,195.59점을 산정한다.	12,195.59	1,046,380	929,300

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
	S4735	다. 뇌량체절단술 Transection of Corpus Callosum	20,096.41	1,724,270	1,531,350
	S4736	라. 뇌엽절제술 [반구절제 포함] Cerebral Lobectomy	28,950.54	2,483,960	2,206,030
	S4737	마. 다발성 대뇌피질연막하절단술 Multiple Subpial Transection	23,674.13	2,031,240	1,803,970

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
뇌전증수술 중 진단을 위한 전극삽입술의 수가 산정방법	<p>뇌전증수술 중 진단을 위한 전극삽입술은 다음과 같이 산정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 수기로</p> <p>(1) 자473가(1) 진단을 위한 전극삽입술(관혈적) : 뇌전증의 외과적 수술치료와 동시에 시술시에는 소정수술료의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함.</p> <p>(2) 자473가(2) 진단을 위한 전극삽입술(뇌정위적 심부삽입) : 심부전극삽입술 및 난원공(Foramen ovale)내 전극삽입술시 산정하되, - 난원공내 전극삽입술을 양측으로 시행한 경우에는 소정점수의 150%[종합병원(상급종합병원 포함)은 170%] 산정함. - 심부전극삽입술을 여러부위에 시행한 경우 좌우 뇌반구를 불문하고 제2부위부터 소정점수의 50%를 별도 산정하되, 최대 200%까지 산정함.</p> <p>나. 치료재료 치료재료급여.비급여목록및급여상한금액표에 의한 상한금액범위내에서 Cortical Electrode, Foramen ovale Electrode 및 Depth Electrode는 실구입가로 산정하고 Cable은 실구입가의 1/4산정함.</p> <p>다. 기타</p> <p>(1) C-Arm형 영상증폭장치 이용료는 소정금액에 포함되므로 별도 산정하지 아니함. (2) 전극 삽입술 또는 외과적 절제수술 당일에는 지속적비디오뇌파검사(Video EEG Monitoring)료를 산정하지 아니함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2015-99호, 2015.6.15. 시행]</p>



■ 자473-1 두개강내 신경자극기 설치, 교환 및 제거술 [운동장애, 뇌전증, 통증치료, 난치성 강박장애 등] Implantation, Change or Removal of Intracranial Neurostimulator Electrodes

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-473-1		두개강내 신경자극기 설치, 교환 및 제거술 [운동장애, 뇌전증, 통증치료, 난치성 강박장애 등] Implantation, Change or Removal of Intracranial Neurostimulator Electrodes			
	S0471	가. 두개강내 신경전극 삽입 Implantation of Intracranial Neurostimulator Electrodes	15,147.05	1,299,620	1,154,210
	S0472	나. 전기자극기 삽입 Implantation of Electrical Stimulator	6,360.03	545,690	484,630
		다. 전기자극기 분석 및 프로그램 재설정 Monitoring and Adjustment of Electrical Stimulator			
	S0477	(1) 일반 주 : 연간 4회 이내로 산정한다.	802.10	68,820	61,120
	S0478	(2) 정밀 주 : 연간 1회 이내로 산정한다.	2,254.02	193,390	171,760
	S0474	라. 전기자극기 교환 Exchange of Electrical Stimulator	4,552.30	390,590	346,890
	S0475	마. 두개강내 신경전극 제거 Removal of Intracranial Neurostimulator Electrodes	4,861.47	417,110	370,440
	S0476	바. 전기자극기 제거 Removal of Electrical Stimulator	4,327.40	371,290	329,750

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
<p>두개강내신경자극기 설치술의 급여기준</p>	<p>두개강내 신경자극기 설치술은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 운동장애</p> <p>1) 파킨슨병 clinically definite parkinson's disease 로서 장기간의 약물치료에 의한 심한 부작용(위장장애, motor fluctuation, drug-induced dyskinesia 등)으로 약물 치료가 어렵고 증상이 3년 이상 지속되며 Levo-dopa 반응성이 있는 경우 인정함. (다만, tremor-dominant PD의 경우는 Levo-dopa 반응성이 없는 경우에도 인정함)</p> <p>2) 진전(tremor) 약물치료에 반응이 없거나 약물의 부작용이 심각하여 약물치료가 어려운 경우</p> <p>3) 근긴장 이상증(dystonia) 전신성 또는 반신성, 구역성 근긴장 이상증으로서, 약물치료로 조절이 안되는 만성 근긴장 이상증이 있는 경우</p> <p>나. 뇌전증 2년 이상 항경련제 치료에 불응하는 난치성 뇌전증으로 기존의 수술적 치료가 불가능하거나 실패한 경우</p> <p>다. 통증치료</p> <p>1) 6개월 이상의 적절한 통증치료(약물치료와 신경차단술 등)에도 효과가 없고, 심한 통증(VAS 통증점수 7 이상)이 지속되는 불인성 통증이 있는 경우</p> <p>2) 약물치료, 신경차단술, epidural morphine injection 등 적극적인 통증치료를 6개월 이상 실시함에도 불구하고 심한 통증(VAS 통증점수 7 이상)이 지속되는 암성통증으로 여명이 1년 이상으로 예상되는 경우</p> <p>라. 난치성 강박장애 난치성 강박장애로서 아래의 조건을 모두 충족한 경우 인정함.</p>



제목	세부인정사항
	- 아 래 -
	1) 정신질환의 정도가 심한 경우(YBOCS score>20 등) 2) 5년 이상 정신의학적 치료(약물치료, 정신치료, 전기충격요법 등)에 불응성인 경우 3) 만 18세 이상 60세 이하의 연령 4) 정신건강의학과 전문의의 권고가 있는 경우 마. 뚜렛증후군 뚜렛증후군으로서 아래의 조건을 모두 충족한 경우 인정함.
	- 아 래 -
	1) 정신질환의 정도가 심한 경우(YGTSS \geq 35/50 등) 2) 5년 이상 정신의학적 치료(약물치료, 정신치료 등)에 불응성인 경우 ※ 약물치료 불응성: 적어도 3개 이상의 도파민 차단제를 적절한 용량으로 충분히 사용했지만 틱증상이 지속되는 경우 3) 만 18세 이상의 연령(다만, 뚜렛증후군에 의한 자해로 신체손상이 예상되는 경우 만 18세 미만에도 인정) 4) 정신건강의학과 전문의의 권고가 있는 경우
	[고시 제2019-131호, 2019.8.1. 시행]

[기결정고시]

○ 심부뇌자극술

자473-1 두개강내 신경자극기 설치술의 소정점수를 산정함.

[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]

■ 자473-2 미주신경자극기설치술 Implantation of Vagus Nerve Stimulator

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-473-2	S4730	미주신경자극기설치술 Implantation of Vagus Nerve Stimulator 주 : 사용된 미주신경자극기는 별도 산정한다.	9,782.63	839,350	745,440

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
미주신경자극기 설치술의 급여기준	<p>미주신경자극기설치술은 2년 이상 작용기전이 다른 2가지 이상의 항뇌전증제 치료에도 발작이 조절되지 않는 다음의 적응증에서 수술적 치료가 불가능하거나 실패한 경우에 요양급여를 인정함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 난치성 국소 뇌전증</p> <p>나. Lennox-Gastautsyndrome</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2016-118호, 2016.7.1. 시행]</p>

■ 자474 뇌내시경수술 Endoscopic Brain Surgery

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-474		뇌내시경수술 Endoscopic Brain Surgery			
	S4741	가. 진단목적 for Diagnosis	9,242.19	792,980	704,250
	S4742	나. 개창술 for Fenestration	9,626.72	825,970	733,560
	S4743	다. 종양 또는 낭종절제 Removal of Tumor or Cyst	14,255.88	1,223,150	1,086,300
	S4744	라. 기타 [혈종, 농양 배액 등] Others	11,947.97	1,025,140	910,440



[기결정고시]

○ 뇌내시경에 의한 제3차 뇌실 천공술

자474나 뇌내시경수술(개창술)의 소정점수를 산정함

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

○ 뇌내시경에 의한 뇌종양 생검술

자474가 뇌내시경수술(진단목적)의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

■ 자475 중추신경계 정위수술 CNS Stereotactic Operation

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-475	S4756	중추신경계 정위수술 CNS Stereotactic Operation	7,610.67	653,000	579,930
		가. 생검, 흡인, 병소절제, 혈종제거 Biopsy, Aspiration, Excision of Lesion, Hematoma Removal			
	나. 병소발생술 Creation of Lesion	12,573.72	1,078,830	958,120	
S4757 (1) 단순 Simple					
S4758 (2) 복잡 [3개 이상] Complex	16,031.14	1,375,470	1,221,570		

[기결정고시]

○ 신경외과 수술을 위한 뇌정위기구 사용료, Stereotaxic system

자475 중추신경계 정위수술의 소정점수에 포함됨.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

■ 자476 뇌엽절단술 [대상회전절개 포함] Cerebral Lobotomy

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-476	S4760	뇌엽절단술 [대상회전절개 포함] Cerebral Lobotomy	23,430.62	2,010,350	1,785,410

■ 자477 농양 배농 또는 적출을 위한 개두술 Craniotomy for Drainage of Intracranial Abscess

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-477		농양 배농 또는 적출을 위한 개두술 Craniotomy for Drainage of Intracranial Abscess			
	S4771	가. 농양 배농 Drainage	16,149.34	1,385,610	1,230,580
	S4772	나. 농양 적출 Excision	19,521.07	1,674,910	1,487,510

■ 자478 뇌엽절제술 [반구절제 포함] Cerebral Lobectomy, Hemispherectomy

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-478	S4780	뇌엽절제술 [반구절제 포함] Cerebral Lobectomy, Hemispherectomy	28,136.12	2,414,080	2,143,970



■ 자479 두개강내 뇌신경 수술 Operation of Intracranial Cerebral Nerve

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-479		두개강내 뇌신경 수술 Operation of Intracranial Cerebral Nerve			
		가. 신경절단술 Neurectomy			
	S4796	(1) 전정신경 Vestibular	15,993.88	1,372,270	1,218,730
	S4792	(2) 삼차신경 Trigeminal	15,993.88	1,372,270	1,218,730
	S4793	(3) 연수수삭 또는 중뇌수삭전리술 Medullary Tractomy or Pedunculotomy	18,093.06	1,552,380	1,378,690
	S4794	(4) 기타신경 Others	16,448.40	1,411,270	1,253,370
		나. 신경미세감압술 Microdecompression			
	S4797	(1) 삼차신경 Trigeminal	18,812.20	1,614,090	1,433,490
	S0479	(2) 안면신경 Facial	18,419.51	1,580,390	1,403,570
	S4798	(3) 기타신경 Others	18,818.30	1,614,610	1,433,950
	S4799	다. 신경성형술 Neuroplasty	20,917.16	1,794,690	1,593,890

■ 자480-1 뇌기저부수술 [경막을 이용한 이식 포함] Operation of Skull Base

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-480-1		뇌기저부수술 [경막을 이용한 이식 포함] Operation of Skull Base			
		주 : 뇌기저부의 종양, 감염성병변, 혈관성병 변, 뇌동맥류 등의 수술을 한 경우에 산정한다.			
	S4801	가. 전두개와 Anterior Cranial Fossa	44,253.59	3,796,960	3,372,120
	S4802	나. 중두개와 Middle Cranial Fossa	50,801.20	4,358,740	3,871,050
	S4803	다. 후두개와 Posterior Cranial Fossa	52,755.27	4,526,400	4,019,950

■ 자480-2 뇌기저부수술후 경막복원술 Secondary Repair of Dura after Operation of Skull Base

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-480-2	S4805	뇌기저부수술후 경막복원술 Secondary Repair of Dura after Operation of Skull Base 주 : 피판 등 조직이식을 한 경우에 한하여 산정한다.	11,552.74	991,230	880,320

■ 자481 경피적 척수낭종 혹은 공동 흡인술 Percutaneous Aspiration of Spinal Cord Cyst or Sinus

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-481	S4811	경피적 척수낭종 혹은 공동 흡인술 Percutaneous Aspiration of Spinal Cord Cyst or Sinus	2,344.35	201,150	178,640

■ 자482 척수신경수술 [파괴, 절개, 절단 등] Operation of Spine

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-482		척수신경수술 [파괴, 절개, 절단 등] Operation of Spine			
	S4821	가. DREZ파괴술 Myelotomy	13,618.75	1,168,490	1,037,750
	S4822	나. 신경근절개술 Rhizotomy	7,694.63	660,200	586,330
	S4827	주 : 선택적 척수후신경근절개술을 시행한 경우에는 13,028.27점을 산정한다.	13,028.27	1,117,830	992,750
	S4823	다. 척수절단술 Cordotomy	10,759.97	923,210	819,910
	S4824	라. 척수부신경절개 Section of Spinal Accessory Nerve	11,112.96	953,490	846,810



[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
척수후세근 절제술	뇌성마비환자에게 시행하는 척수후세근 절제술은 기능장애 감소, 보행능력 향상 등 수술경과가 매우 양호하여 장애자의 재활에 도움이 되므로 자482가 DREZ파괴술로 산정하되 수술중 시행하는 EMG및 ENG 검사료는 소정수술료에 포함되어 있으므로 별도 산정할 수 없음. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

■ 자482-1 경피적 척추 고주파 열응고술 [척수 포함] Radiofrequency Ablation of Spine, Percutaneous

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-482-1		경피적 척추 고주파 열응고술 [척수 포함] Radiofrequency Ablation of Spine, Percutaneous			
	S4825	가. 단순 Simple	2,594.66	222,620	197,710
	S4826	나. 복잡 [3부위 이상] Complex	3,407.83	292,390	259,680

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
고주파열응고술 (RF) 또는 박동성 고주파열응고술 (Pulsed RF)의 급여기준	통증완화 목적의 고주파열응고술(Radiofrequency, RF) 또는 박동성 고주파열응고술(Pulsed Radiofrequency, Pulsed RF)은 신경차단술에 의해 통증이 경감된 것을 확인한 후 시행하는 것을 원칙으로 하며, 다음과 같은 경우 요양급여를 인정함. -다 음- 가. 최초 시행 1주일 간격으로 2회 이상 신경차단술을 먼저 실시하여 반응을 확인한 후 시행

제목	세부인정사항
	<p>나. 실시 간격</p> <p>동일 부위 재시행은 최소 6개월 간격으로 실시 시 인정하며, 1회 이상의 신경 차단술을 먼저 실시하여 반응을 확인한 후 시행</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2020-19호, 2020.2.1. 시행]</p>

[기결정고시]

○ Pulsed 고주파열응고술 -신경근 -교감신경절 -삼차신경절을 포함한 두부신경

자482-1 경피적척추고주파열응고술의 소정점수로 준용 산정함. 시술부위를 불문하며 동 시술시 사용된 치료재료와 C-arm 또는 Fluoroscopy를 사용한 이용료는 소정점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.

[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]

○ 고주파열응고술 -교감신경절 -삼차신경절을 포함한 두부신경

자482-1 경피적척추고주파열응고술의 소정점수로 준용 산정함. 시술부위를 불문하며 동 시술시 사용된 치료재료와 C-arm 또는 Fluoroscopy를 사용한 이용료는 소정점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.

[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]

○ 경피적 고주파 척수시상로 절단술Percutaneous Radio- Frequency Cordotomy

자482-1 경피적척추고주파열응고술의 소정점수로 준용 산정함. 시술부위를 불문하며 동 시술시 사용된 치료재료와 C-arm 또는 Fluoroscopy를 사용한 이용료는 소정점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.

[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]



■ 자483 교감신경절절제술 Sympathectomy

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-483		교감신경절절제술 Sympathectomy			
	S4831	가. 경부 Cervical	2,922.95	250,790	222,730
	S4832	나. 흉부 Thoracic	4,108.45	352,510	313,060
	S4833	다. 요부 Lumbar	5,076.76	435,590	386,850
	S4834	라. 경동맥주위 Carotid Artery Area	3,700.39	317,490	281,970
	S4835	마. 고동맥주위 Femoral Artery Area	3,209.51	275,380	244,560
	S4836	바. 기타 Others	4,040.52	346,680	307,890

■ 자-484* 척수강내 약물주입펌프이식술 Implantation of Intrathecal Drug Infusion Pump

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-484*		척수강내 약물주입펌프이식술 Implantation of Intrathecal Drug Infusion Pump 주 : 사용된 치료재료(Infusion Pump, Access Port 주입용 Kit, 약물 재주입 Kit, Catheter Passer, Catheter, Catheter 부분교체 Kit 등)는 별도 산정한다.			
	S4841	가. 시험적 약물 주입술 (1) 단순 천자에 의한 것 주 : 마-8 뇌척수강주사, 요추의 소정점수로 산정한다.	400.78	34,390	30,540
	S4842	(2) 카테터 설치술에 의한 것 주 : 나-800 요추천자 소정점수의 30%를 가산하여 산정한다.	355.63	30,510	27,100

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
	S4843	나. 펌프 이식술	4,598.47	394,550	350,400
	S4844	다. 펌프 억제 리필	541.77	46,480	41,280
	S4845	라. 펌프 프로그램 재설정	305.38	26,200	23,270
	S4846	마. 카테터 교환술	3,558.10	305,280	271,130
	S4847	바. 펌프 교환술	3,186.40	273,390	242,800
	S4848	사. 카테터 및 펌프 제거술	2,438.69	209,240	185,830

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
척수강내 약물주입펌프이식술의 급여기준	<p>척수강내 약물주입펌프이식술은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 6개월 이상의 적절한 통증치료(약물치료와 신경차단술 등)에도 효과가 없고, 심한 통증(VAS 통증점수 7 이상)이 지속되는 불인성 통증이 있는 경우</p> <p>나. 고용량의 모르핀(1일 200mg) 경구투여나 또는 동등 역가의 타 마약성 진통제 투여를 하였음에도 통증이 제어되지 않는 만성통증(VAS 통증점수 7 이상)으로 여명이 1년 이상으로 예상되는 경우</p> <p>다. 모르핀 또는 타 마약성 진통제의 부작용 등 약물투여를 할 수 없는 만성통증(VAS 통증점수 7 이상)으로 여명이 1년 이상으로 예상되는 경우</p> <p>라. 적절한 경직치료(약물치료 등)에도 불구하고 경직척도(MAS)가 하지 3등급 이상 또는 상지 2등급 이상인 중추신경계 손상에 의한 경직(spasticity)으로 시험적 약물주입술에서 1등급 이상 호전된 경우</p> <p>※ 수정 애쉬워드 경직척도(MAS: Modified Ashworth Scale)</p> <p>0 : 근긴장도의 증가가 없음(No increase in muscle tone)</p> <p>1 : 약간의 근긴장도 증가, 이환부위의 굴곡 혹은 신전시, 잡힘과 펴짐운동을 시킬 때 관절가동범위의 끝부분에서 약간의 저항이 감지(Slight increase in muscle tone, manifested by a catch and release or by minimal</p>



제목	세부인정사항
	<p>resistance at the end range of motion when the part is moved in flexion or extension/abduction or adduction)</p> <p>1+: 약간의 근긴장도 증가, 잡힘현상과 가동범위 1/2범위에서 약간의 저항(Slight increase in muscle tone, manifested by a catch, followed by minimal resistance throughout the remainder (less than half) of the range of motion)</p> <p>2 : 대부분의 관절범위에서 현저히 증가된 근 긴장도를 보이지만 이환부위가 쉽게 움직임(More marked increase in muscle tone through most of the range of motion, but the affected part is easily moved)</p> <p>3 : 근 긴장도의 심각한 증가로 수동관절 운동이 힘들(Considerable increase in muscle tone, passive movement is difficult)</p> <p>4 : 이환부위가 굴곡 혹은 신전상태로 강직됨(Affected part is rigid in flexion or extension)</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2014-107호, 2014.7.1. 시행]</p>

■ 자485* 무탐침정위기법 Navigational Procedure for Surgery

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-485*		무탐침정위기법 Navigational Procedure for Surgery 주 : 1. 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 별표2에 따른 요양급여 적용 2. 사용된 무탐침정위기법 치료재료 및 무탐침 정위기법 생검용 Needle은 별도 산정한다.			
	S4851	가. 기본	2,672.78	229,320	203,670
	S4852	나. 수술 중 CT 무탐침정위기법	7,768.33	666,520	591,950

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
무탐침 정위기법의 급여기준	<p>무탐침 정위기법은 수술부위의 정확한 유도과 병소 부위의 정밀한 위치측정을 위하여 뇌항법 장치(Navigation System)를 이용하는 방법으로써, 인정기준은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라, 다음과 같은 경우에 본인부담률 50%를 적용함.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 기본 무탐침정위기법 <ol style="list-style-type: none"> 가) 뇌종양 수술(생검 포함) <ol style="list-style-type: none"> (1) 축내종양(intra-axial tumor) (2) 뇌 주요부위(eloquent area)에 발생한 뇌종양(meningioma 등) (3) 주요 뇌구조물 또는 뇌혈관을 침범한 뇌기저부종양 나) 정상혈관과의 구분 및 위치파악이 필요한 뇌동맥 기형수술 다) 심부 뇌전증병소 제거술 또는 mapping으로 판단이 불가능한 뇌전증수술 라) 뇌실이 작은 경우에서의 뇌실천자술 마) 심부 뇌농양, 뇌내 이물질 제거 수술 바) 심부 뇌실질내 혈종제거술 사) 뇌동맥류 수술 아) 경접형동 뇌하수체종양수술(Trans-sphenoidal approach) 2) 수술 중 CT 무탐침 정위기법은 상기 1)의 가). (1) 또는 (3)에 해당되는 경우 <p>나. 위 “가” 이외에 시행한 경우에는 본인부담률 80%를 적용함.</p> <p>다. 무탐침정위기법 사용을 위하여 진단목적 이외로 추가 촬영한 CT 또는 MRI는 임상적으로 의학적 필요성이 인정되는 경우에 별도 요양급여를 인정함. 이때의 촬영료는 제한적 CT(다245) 또는 제한적 MRI(다246)로 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행]</p>



■ 저621 척수신경자극기설치, 교환 및 제거술 Implantation, Change or Removal of Spinal Neurostimulator Electrodes

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
저-621		척수신경자극기설치, 교환 및 제거술 Implantation, Change or Removal of Spinal Neurostimulator Electrodes			
		가. 관혈적			
	SY621	(1) 신경근절개를 하는 경우	12,772.62	1,095,890	973,270
	SY622	(2) 신경근절개를 하지 않는 경우	11,014.18	945,020	839,280
		나. 영구 자극기 설치술 [경피적]			
	SY633	(1) 자극기 설치술 Implantation of Spinal Cord Stimulator Pulse Generator	6,920.11	593,750	527,310
	SY634	(2) 자극 분석 및 재조정 Electric Analysis and Reprogramming of Spinal Cord Stimulator	1,100.17	94,390	83,830
	SY635	(3) 자극발생기 교환술 Change of Spinal Cord Stimulator Pulse Generator	3,722.00	319,350	283,620
	SY636	(4) 전극 및 자극발생기 제거술 Removal of Spinal Cord Stimulator Lead and Pulse Generator	3,072.41	263,610	234,120
		다. 시험적 거치술 [경피적]			
	SY637	(1) 전극 설치술 및 시험적 자극술 Lead Implantation of Spinal Cord Stimulator and Trial Stimulation	5,687.21	487,960	433,370
	SY638	(2) 자극분석 Electric Analysis of Spinal Cord Stimulator	744.45	63,870	56,730
	SY639	(3) 전극 제거술 Removal of Spinal Cord Stimulator Lead	2,375.30	203,800	181,000

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
척수신경자극기 설치술의 급여기준	<p>척수신경자극기설치술(저621)은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 6개월 이상의 적절한 통증치료(약물치료와 신경차단술 등)에도 효과가 없고, 심한 통증 (VAS 통증점수 7이상)이 지속되는 불인성 통증이 있는 경우(다만, 심한 통증(VAS 통증점수 7 이상)이 지속되는 CRPS는 진단된 날로부터 3개월 이상의 적절한 통증치료에도 효과가 없는 경우 조기시행가능)</p> <p>나. 약물치료, 신경차단술, epidural morphine injection 등 적극적인 통증치료를 6개월 이상 실시함에도 불구하고 심한 통증(VAS 통증점수 7 이상)이 지속되는 만성통증으로 여명이 1년 이상으로 예상되는 경우</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2014-80호, 2014.6.1. 시행]</p>

■ 저622 천수신경조절술 Sacral Nerve Modulation

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
저-622		천수신경조절술 Sacral Nerve Modulation 주 : 시술시 사용된 천수신경자극기는 별도 산정한다.			
	SY625	가. 시험적 거치술	6,329.19	543,040	482,280
	SY626	나. 영구 자극기 삽입술	7,812.00	670,270	595,270

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
저622 천수신경조절술 급여기준	<p>1. 천수신경조절술은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 시험적 거치술</p>



제목	세부인정사항
	<ul style="list-style-type: none"> - 6개월 이상의 적절한 보존적 요법(약물요법과 행동치료 등)으로도 효과가 없는 절박성요실금(urge incontinence), 빈뇨(urinary frequency), 비폐쇄성 요폐(non-obstruction urinary retention) 증상이 있는 경우. 다만, 약물 부작용이 심하여 약물요법을 시행할 수 없는 경우는 조기시행 가능함. - 시험적거치술 전 실시한 나656가(2) 요역동학검사(복잡) 결과와 최소 3일 연속 작성된 배뇨일지를 첨부토록 함. <p>나. 영구 자극기 설치술</p> <ul style="list-style-type: none"> - 시험적 거치술 후 적어도 50% 이상의 증상(incontinence symptoms or residual urine volume) 호전이 있는 경우이거나 증상호전을 호소하는 경우 - 시험적거치술로 인한 증상 호전을 확인할 수 있는 최소 3일 연속 작성된 배뇨일지를 첨부토록 함. <p>2. 상기 1.의 급여대상 이외 시행하는 경우에는 수술료와 주된 치료재료비용을 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-126호, 2017.7.1. 시행]</p>
<p>천수신경조절술 후 전극 또는 자극발생기 교체시 수가산정방법</p>	<p>천수신경조절술 후 전극(Lead) 또는 자극발생기(Generator)를 교체한 경우 수가 산정방법은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 전극만 교체한 경우: 저622-나 천수신경조절술-영구 자극기 삽입술 소정점수의 100%를 산정함</p> <p>나. 자극발생기만 교체한 경우: 저622-나 천수신경조절술-영구자극기 삽입술 소정점수의 50%를 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2011-59호, 2011.6.1. 시행]</p>

▶ 중재적 방사선시술

■ 자659 경피적 풍선혈관성형술 Percutaneous Transluminal Angioplasty

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-659		경피적 풍선혈관성형술 Percutaneous Transluminal Angioplasty 주 : 1. Balloon Catheter, Introducer, G-wire, 조영제, 필름 재료대는 별도 산정한다. 2. 실패로 인하여 관혈적 수술을 행한 경우에는 방사선진단에 소요된 비용과 동 시술시 사용된 재료대만을 산정한다.			
	M6593	가. 뇌혈관 Cerebral	13,850.35	1,188,360	1,055,400
	M6594	나. 경동맥 [추골동맥 포함] Carotid	12,040.29	1,033,060	917,470
	M6595	다. 대동맥 Aortic	10,292.76	883,120	784,310
	M6596	라. 폐동맥 Pulmonary	11,514.28	987,930	877,390
	M6597	마. 기타혈관 Others	12,019.36	1,031,260	915,880

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
자659 경피적풍선혈관성형술(PTA)시 실패한 경우의 수가 산정방법	자659 경피적 풍선혈관성형술(PTA)시 Guiding Catheter와 Guide Wire가 병소를 통과하지 못한 경우의 수가 산정방법은 자659 경피적 풍선혈관성형술(PTA) 소정점수의 50%로 산정함. (주수술인 경우 주수술 소정점수의 50%, 부수술인 경우 부수술 소정점수의 50%) [고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행]
경피적 혈관성형술(PTA) 급여기준	자659마 경피적 풍선혈관성형술(Percutaneous Transluminal Angioplasty, PTA)-기타혈관에 대한 혈관성형술은 다음과 같은 경우에 요양급여함. - 다 음 -



제목	세부인정사항
	가. 내경 70% 이상의 협착이 있는 경우 나. 협착부위 근위부와 원위부의 수축기 혈압차이 1) 안정기에 혈압차 10mmHg 이상 2) 혈관 확장제 투여 후 15mmHg(또는 15%) 이상 차이가 있는 경우 <div style="text-align: right;">[고시 제2018-185호, 2018.11.1. 시행]</div>
경피적 풍선혈관성형술 등 중재적시술시 방사선료 산정방법	경피적풍선확장술 등 중재적 방사선시술시 '주'에 명시된 '별도 산정할 수 없는 방사선료'는 수술이 시도된 해당 혈관에 행한 방사선료를 의미함. <div style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</div>

■ 자659-1 경피적 뇌혈관 약물성형술 Percutaneous Cerebral Angioplasty with Drug

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-659-1	M6599	경피적 뇌혈관 약물성형술 Percutaneous Cerebral Angioplasty with Drug	10,627.83	911,870	809,840

■ 자660 경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술 Percutaneous Intravascular Installation of Metallic Stent

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-660		경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술 Percutaneous Intravascular Installation of Metallic Stent 주 : 1. 경피적 풍선혈관성형술(PTA)과 동시에 시술한 경우에는 경피적 풍선혈관성형술의 수기료는 산정하지 아니한다. 2. 실패로 인하여 관혈적 수술을 행한 경우에는 방사선진단에 소요된 비용과 동 시술시 사용된 재료대만을 산정한다. 3. Stent, Balloon Catheter(Bare형 Stent 사용시), Introducer, G-wire, 조영제, 필름 재료대는 별도 산정한다.			
	M6601	가. 뇌혈관 Cerebral	15,241.67	1,307,740	1,161,420
	M6602	나. 경동맥 [추골동맥 포함] Carotid	14,679.50	1,259,500	1,118,580
	M6603	다. 대동맥 Aortic	12,158.98	1,043,240	926,510
	M6604	라. 폐동맥 Pulmonary	12,192.84	1,046,150	929,090
	M6605	마. 기타혈관 Others	12,552.58	1,077,010	956,510



■ 자661 경피적 혈관내 스텐트-이식 설치술 Percutaneous Intravascular Installation of Stent-Graft

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-661		경피적 혈관내 스텐트-이식 설치술 Percutaneous Intravascular Installation of Stent-Graft 주 : 1. 경피적 풍선혈관성형술(PTA)과 동시에 시술한 경우에는 경피적 풍선혈관성형술의 수기로는 산정하지 아니한다. 2. 실패로 인하여 관혈적 수술을 행한 경우에는 방사선진단에 소요된 비용과 동 시술시 사용된 재료대만을 산정한다. 3. Introducer, Guide-wire, Balloon Catheter(Bare형 Stent-Graft 사용시), Stent-Graft, 조영제, 필름 재료대는 별도 산정한다.			
	M6611	가. 대동맥 Aortic	17,953.29	1,540,390	1,368,040
	M6612	나. 대동맥 및 장골동맥 Aortic and Iliac	19,187.02	1,646,250	1,462,050
	M6613	다. 기타혈관 Others	14,766.91	1,267,000	1,125,240

■ 자662 경피적 혈관내 죽종제거술 Percutaneous Intravascular Atherectomy

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-662	M6620	경피적 혈관내 죽종제거술 Percutaneous Intravascular Atherectomy 주 : 1. 단독으로 실시한 경우에 산정한다. 2. 실패로 인하여 관혈적 수술을 행한 경우에는 방사선진단에 소요된 비용과 동 시술시 사용된 재료대만을 산정한다.	9,573.82	821,430	729,530

■ 자663 경피적 혈전제거술 Percutaneous Thrombus Removal

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-663		경피적 혈전제거술 Percutaneous Thrombus Removal			
		가. 혈전용해술 Thrombolysis			
	M6630	(1) 두개강내 혈관 Intracranial Vessel	13,721.20	1,177,280	1,045,560
	M6635	(2) 두개강외 경부혈관 Extracranial Cervical Vessel	13,530.82	1,160,940	1,031,050
	M6634	(3) 관상동맥 Coronary Artery	12,643.25	1,084,790	963,420
	M6632	(4) 기타혈관 Others	13,354.35	1,145,800	1,017,600
		나. 기계적 혈전제거술 [카테터법] Mechanical Thrombectomy			
	M6636	(1) 두개강내 혈관 Intracranial Vessel	12,428.95	1,066,400	947,090
	M6637	(2) 두개강외 경부혈관 Extracranial Cervical Vessel	12,002.92	1,029,850	914,620
	M6638	(3) 관상동맥 Coronary Artery	11,447.09	982,160	872,270
	M6639	(4) 기타혈관 Others	11,558.90	991,750	880,790

[기결정고시]

- 뇌혈관내 흡인기구를 이용한 혈전제거술[penumbra system]Thrombectomy using aspiration device intracranial vessel[penumbra system]

자663나 경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]의 소정점수를 산정함.

다만, 기계적 혈전제거술용 치료재료 급여기준에 적합한 경우에만 산정함.

[고시 제2017-118호, 2017.7.1. 시행]

- 회수성 스텐트를 이용한 뇌혈관내 기계적 혈전제거술 Intracranial Vessel Thrombectomy using Retrievable Stent

자-663 나. 경피적혈전제거술-기계적 혈전제거술 [카테터법] 소정점수를 산정함.

다만, 기계적 혈전제거술용 치료재료 급여기준에 적합한 경우에만 산정함.

[고시 제2014-128호, 2014.8.7. 시행]



■ 자664 혈관색전술 Embolization

[건강보험요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-664		혈관색전술 Embolization			
		가. 뇌혈관 [척추 포함] Cerebral			
		(1) 동맥류 Aneurysm			
	M1661	(가) 보조물지지 Assisted	18,583.21	1,594,440	1,416,040
	M1662	(나) 기타의 경우 Others	18,024.72	1,546,520	1,373,480
		(2) 동정맥기형 [동정맥루 포함] Arteriovenous Malformation			
	M1663	(가) 뇌혈관 Cerebral	16,039.10	1,376,150	1,222,180
		(나) 뇌경막동정맥루 Dural Arteriovenous Fistula			
	M1664	1) 동맥경유 Transarterial	15,509.18	1,330,690	1,181,800
	M1665	2) 정맥경유 Transvenous	15,436.70	1,324,470	1,176,280
	M1666	(다) 내경동맥해면동루 Caroticocavernous Fistula	14,920.35	1,280,170	1,136,930
	M1667	(라) 두경부 Head and Neck	14,894.22	1,277,920	1,134,940
	M1668	(마) 척추 Spinal	17,144.35	1,470,990	1,306,400
	M1669	(바) 척추경막 Spinal Dural	14,714.27	1,262,480	1,121,230
		(3) 종양 Tumor			
	M1671	주 : 뇌 ¹⁾ 또는 두경부 ²⁾ 종양에 혈관 색전을 목적으로	10,123.84	868,630	771,440
	M1672	화학요법제를 주입한 경우에는 10,123.84점을 산정한다.			
	M1673	(가) 뇌 Brain	12,540.89	1,076,010	955,620
	M1674	(나) 두경부 Head and Neck	12,170.47	1,044,230	927,390
	M1675	(다) 척추 Spinal	14,664.21	1,258,190	1,117,410
	M6644	나. 기타혈관 Others	14,729.12	1,263,760	1,122,360

7

행위 비급여 목록

▶▶ 영상진단 및 방사선 치료료

분류번호	코 드	분 류
제2절 방사선특수영상진단료		
도-162	HZ162*	뇌혈관 정량적 자기공명혈관조영술 [동 행위를 위해 실시한 MRA 포함] Neurovascular Quantitative MRA
제3절 핵의학영상진단 및 골밀도검사료		
도-227	HZ227*	F-18 플로르베타벤 뇌 양전자단층촬영 F-18 Florbetaben Brain PET (Positron emission tomography)
도-228	HZ228*	F-18 플루트메타몰 뇌 양전자방출단층촬영 F-18 Flutemetamol Brain PET(Positron Emission Tomography)

▶▶ 처치 및 수술료

분류번호	코 드	분 류
제1절 처치 및 수술료		
【신경】		
조-630	SZ630*	자기공명영상유도하 고강도 초음파집속술[뇌] MRI guided High Intensity Focused Ultrasound [Brain]
조-631	SZ631	내시경적 경막외강 신경근성형술 Endoscopic Epidural Neuroplasty
조-633	SZ633	신경계수술을 위한 수술중 MRI 무탐침 정위기법
조-634	SZ634	경피적 경막외강 신경성형술 Percutaneous Epidural Neuroplasty
조-636	SZ636*	대뇌운동피질자극술 [체내삽입형 신경자극기 이용] Motor Cortex Stimulation with Implantable Pulse Generators
조-637		말초신경자극술 [체내삽입형 신경자극기 이용] Peripheral Nerve Stimulation with Implantable Pulse Generators
	SZ637*	가. 신체신경자극술
	SZ638*	나. 후두신경자극술
	SZ639*	다. 삼차신경자극술
조-639	SZ641*	경피적 풍선확장 경막외강 신경성형 Percutaneous Epidural Neuroplasty with Balloon Catheter

CHAPTER III

치료재료 및 약제 급여기준
- 신경외과 분야 -

1. 치료재료 급여기준
2. 약제



1

치료재료 급여기준

▶ 일반사항

[치료재료 고시]

제목	세부인정사항
의료기관의 비품 등	<ul style="list-style-type: none"> ○ 주전자, 물병, 물컵, 체온계 및 수저는 의료기관의 비품으로서 주전자, 물병, 물컵 사용료는 입원료에, 체온계사용료는 입원료에, 수저사용료는 식대에 포함되어 있으므로 별도로 환자에게 부담시킬 수 없으나 본인이 파손하거나, 귀가시 휴대하여 갈 경우에는 그 실비를 본인에게 부담시킬 수 있음. ○ 치솔, 치약, 비누, 수건, 슬리퍼, 휴지를 본인이 준비하지 아니하여 의료기관으로부터 유상 공급받았을 경우 실비로 본인에게 부담시킬 수 있음. ○ 아기포대기는 산전산후 처치 등에 의한 기저귀와 다른 것으로서 주로 세탁하여 계속 사용할 수 있어 입원료에 포함되어 있으므로 별도 부담시킬 수 없으나 본인이 휴대하여 갈 경우 그 실비를 본인에게 부담시킬 수 있음. <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
일회용 Under Pad 별도 산정여부	<p>수술환자 또는 중환자로 인하여 더럽혀진 수술포 및 침대포의 세탁비용을 별도 산정하는 것이 아니고 소정입원료 및 수술료 등에 포함되어 있으므로 비록 1회용 Under-Pad를 사용하였다 하여도 그 비용을 별도 산정할 수 없음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
“Neurosurgical Sponge”, “Bone Wax”, “Surgical Patties”, “Bemsheet” 등의 요양급여 대상여부	<p>“Neurosurgical Sponge”, “Bone Wax”, “Surgical Patties”, “Bemsheet” 등은 외과수술시 조직의 보호 및 지혈 보조목적으로 사용하는 재료로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2002-80호, 2003.1.1. 시행]</p>
수술전 피부준비용 필름형태의 Drape 류(loban 등) 급여기준	<p>필름형태의 수술 Drape류는 수술 시 절개부위 무균영역을 제공하여 감염예방을 위해 보조적으로 사용하는 재료(loban, OpSite Incise Drape, sterile drape 등)로, 관련 행위 소정점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
<p>일회용 흡인용기 (Receptal Disposable Suction Bottle)의 별도 산정여부</p>	<p>일회용 흡인용기(Receptal Disposable Suction Bottle)의 흡입 Pack제품은 일회용으로서 간편하고 감염의 우려가 있는 환자의 분비물을 위생적으로 처리하는데 효과적이라 하겠으나 의료 및 위생용품의 1회용 사용범위를 확대함으로써 불요불급한 재료대 비용지출로 경제성을 고려하여야 할 진료비 상승 억제에 상치될 뿐만 아니라 유리병을 소독하여 재사용할 수 있음을 감안할 때 동 Pack에 대한 재료대를 별도로 산정할 수 없음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
<p>검사 및 수술시 사용된 Burr, Saw 등 절삭기류 치료재료비용의 산정 방법</p>	<p>검사 및 수술시 전동장비의 핸드피스에 연결하여 골 및 조직을 절삭, 연마하는데 사용되는 Burr, Saw 등 절삭기류는 시술과정상 여러종류가 동시에 반복 사용되는데 점을 감안하여 종류 및 사용개수를 불문하고 「치료재료 급여 비급여목록표 및 급여 상한금액표」에서 정한 금액을 별도 산정하고, 2가지 이상의 수술이 동시에 시술되는 경우 등의 수기로 산정방법에 따른 치료재료비용(정액수가)의 세부산정 방법은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 2가지 이상 수술을 동시에 한 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 동일 피부 절개 하 수술 시(동일 병소에 대하여 절개부위를 달리 하는 수술 시 포함) 주된 수술에 해당하는 치료재료비용(정액수가)만 1회 산정함. 2) 양측 수술 또는 병소를 달리하는 서로 다른 피부 절개 하 수술의 경우 해당하는 치료재료비용(정액수가)을 각각 산정함. <p>나. Burr, Saw 등 절삭기류와 관절경 치료재료는 동일병소에 동시(중복) 산정할 수 없음.</p> <p>다. 치과의 치아 당(또는 1/3약당) 시술이 각각 발생하는 경우는 주된 수술에 해당하는 치료재료비용(정액수가)을 1회만 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-70호, 2018.4.1. 시행]</p>
<p>관절경 등의 수술 및 진단적경검사에 사용된 치료재료비용의 산정방법</p>	<p>관절경 등의 수술 및 진단적 경검사에 사용된 치료재료비용은 다음과 같이 산정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 관절경 · 복강경 · 흉강경하 수술시</p>



제목	세부인정사항
<p>의 산정방법</p>	<p>1) 관절경: 320,000원 (코드 N0031003) 관절경하 수술시 사용하는 치료재료비용은 관절경 시술부위에 따라 아래와 같이 인정하되, 이물제거술 및 추벽제거술, 부분 활액막제거술 등 간단한 시술을 단독으로 시행한 경우에는 별도 인정하지 아니함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 고관절, 슬관절, 견관절은 관절경 320,000원(코드 N0031003) 산정 나) 족관절, 주관절, 완관절은 관절경 치료재료비용의 1/2만 인정 다) 지관절 및 관절이외 부위는 인정 하지 않음</p> <p>2) 복강경(내시경하 갑상선수술 포함): 239,000원(코드 N0031001) 3) 흉강경: 177,000원(코드 N0031002)</p> <p>다만, 특수봉합재료, 결찰재료(Endoloop, Endosuture, Endoclip 등), 조직배출기구(Pouch), 투관침(Trocar), 단일절개 복강경 수술용 치료재료, 의료용개창기구(Hand Assisted Laparoscopic Surgery용, HALS), 초음파절삭기(또는 전파절삭기), 다관절 다자유도 바이폴라 절삭기, 관절경 Cannular는 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 의한 상한금액 범위내에서 산정하되, 별도의 적용기준이 있는 치료재료는 해당 기준을 적용함.</p> <p>나. 진단적 경검사 시 진단적 경검사 시 사용되는 투관침(Trocar) 및 관절경 Cannular는 필수적으로 사용되는 치료재료인 점을 감안하여 2개까지 인정함.</p> <p>다. 기타 1) 뇌실 복강간 셉트 수술시 복막유착 등의 합병증이 있는 경우 복막경하 Peritoneal Catheter 삽입을 위한 투관침(Trocar)은 2개까지 인정함. 2) 흉강경하 흉벽함몰 기형 교정(Nuss Op)시 치료재료는 투관침(Trocar) 1개에 한하여 인정함. 다만 심한 유착 및 복합기형 등으로 흉강경하 수술 치료재료를 사용하는 경우에는 상기 가.에 의하여 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-97호, 2019.6.1. 시행]</p>
<p>재사용이 가능한 초음파 또는 전파 절삭기의 급여기준</p>	<p>재사용이 가능한 초음파 또는 전파 절삭기(Sonosurg 등)는 식약처 허가사항(재사용제품), 재사용 횟수 등을 감안하여 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」상의 상한금액을 정한 바, 1회 상한금액을 요양급여로 인정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
병변부위 세정 및 흡인시 사용되는 치료재료 급여기준	의료용세정기(장비)와 연결하여 병변부위를 세정하고 세정된 내용물을 흡인하는 용도로 사용되는 치료재료(Pulsavac Series, Power Pulse Disposable Unit With Suction 등)는 관련 행위 소정점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. [고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행]
휴대용(일회용) 지속 주입재료의 급여기준	1. 통증자가조절 및 항암제 주입 등의 목적으로 사용된 휴대용(일회용) 지속 주입 재료는 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 통증자가조절법(Patient Controlled Analgesia) 가) 암환자(암성통증, 암관련 수술후 통증) 나) 개심술, 개두통증 다) 근위축성측삭경화증(Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS) 환자의 만성통증, 만성난치통증(Chronic intractable pain) 라) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」제4조 중증질환자 산정특례 대상 중 중증외상환자의 수술 후 통증 2) 질식분만 시 경막외마취 (무통분만) 3) 항암제 5-FU(주)(fluorouracil)를 2일 이상 지속적으로 주입할 경우 : 중심정맥카테터를 확보한 상태에서 외래(낮병동 포함) 또는 퇴원당일 나. 급여개수 1) 항암제 5-FU(주)(fluorouracil) 주입 시 1회당 1set 2) 상기 1.가.1)~2)의 통증조절 목적으로 사용 하는 경우에 실사용량을 급여로 인정함. 다만, 구성품 중 Infuser용 Bag과 Line(분리형 또는 일체형)을 교체하는 경우에는 해당 치료재료 비용만 산정함. 2. 다만, 아래의 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. - 아 래 - 가. 피하주사용 항암제((허셉틴(Trastuzumab), 맵테라(Rituximab)) 주입 시 Continuous Infuser를 사용하는 경우



제목	세부인정사항
	<p>나. 상기 1.가.1)에서 가)~라)이외의 환자에게 통증자가조절법(Patient Controlled Analgesia)을 시행하는 경우</p> <p>다. 바27 지속적 말초신경 및 신경총 통증(자가)조절법을 시행하는 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 지속적 좌골신경 통증(자가)조절법: 족부 및 족관절 수술 2) 지속적 대퇴신경 통증(자가)조절법: 슬관절전치환술 및 전방십자인대재건술 3) 지속적 사각근간 상박신경총 통증(자가)조절법: 어깨 및 상완골 수술 <p>3. 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」에서 '휴대용(일회용) 지속 주입 재료'에 해당하는 중 분류명은 아래와 같음.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. Continuous Infuser(지속적 주입 기능만 있음)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Continuous Infuser(스프링식/단일유속형) 2) Continuous Infuser(풍선식(대기압식)/단일유속형) 3) Continuous Infuser(풍선식(대기압식)/유속선택형) 4) Continuous Infuser(가스주입식/단일유속형) <p>나. Continuous & Bolus PCA 등(지속적 주입 기능과 자가 조절 기능이 있음(자가조절 기능만 있는 품목 포함))</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Continuous & Bolus PCA(스프링식/단일유속형) 2) Continuous & Bolus PCA(풍선식(대기압식)/단일유속형) 3) Continuous & Bolus PCA(풍선식(대기압식)/유속선택형) 4) Continuous & Bolus PCA(가스주입식/단일유속형) 5) Continuous & Bolus PCA(기계식/유속선택형) 6) Bolus PCA 7) Basal Bolus Infuser 8) Patient Controlled Module <p>다. 기타(별도 주입용 장치와 함께 사용, 지속적 주입 및 자가 조절 가능)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Infuser 용 Bag 2) Infuser 용 Line 3) Infuser 용 Bag & Line <p style="text-align: right;">[고시 제2019-166호, 2019.8.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
1회용 제모용 클리퍼 급여기준	1회용 제모용 클리퍼는 감염예방을 위해 체모를 제거하는 데 사용하는 치료재료로 두개, 장·장간막·허니아, 여성생식기, 임신과 분만, 남성생식기, 직장 및 항문, 인공 관절치환(고관절) 수술에 방해가 될 정도로 체모가 있는 경우 사용 시 1개 인정함. * 두개는 제9장 처치 및 수술료 등 제1절 처치 및 수술료 분류에서 [기본처치]를 제외한 두개부위 수술임. <p style="text-align: right;">[고시 제2017-198호, 2017.11.1. 시행]</p>

▶ 마취료

제목	세부인정사항
Endotracheal Tube의 급여기준	Endotracheal Tube는 전신마취 환자, 인공호흡기 사용 환자 또는 기도 유지를 목적으로 기관내 삽관하는 환자에게 사용 시 별도 산정함. <p style="text-align: right;">[고시 제2018-254호, 2019.1.1. 시행]</p>
경막외 신경차단술 중 피하매몰 저장기펌프 삽입술에 의한 방법시 사용하는 지속적 경막외블록크용 (PORT& CATHETER) 치료재료 급여기준	경막외 신경차단술 중 피하매몰 저장기펌프 삽입술에 의한 방법 시 사용하는 지속적 경막외블록크용(PORT&CATHETER) 치료재료 약물치료로 통증이 조절되지 않는 다음의 경우에 요양급여함. <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 암성통증</p> <p>나. 3개월동안 약물치료(단계적으로 투여)에도 통증이 조절되지 않고 향후 3개월 이상 장기간 통증 관리를 해야 하는 경우</p> <p>1) 대상포진후신경통(Postherpetic neuralgia, PHN), 복합부위통증증후군(Complex Regional Pain Syndrome, CRPS), 척추수술후증후군(Failed Back Surgery Syndrome)</p> <p>2) 척추손상, 다발성경화증 또는 뇌성마비에 의한 심한 하지의 경련, 척추손상(Spinal cord injury)으로 인한 통증 등</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-185호, 2018.11.1. 시행]</p>



제목	세부인정사항
Epidural set(또는 Epidural Catheter) 별도 산정 기준	Epidural set(또는 Epidural Catheter)는 경막외마취[바2가(4)] 및 지속적 경막외 신경차단술[바2나(1)(가), (3)(가)]시 별도 산정함. [고시 제2010-86호, 2010.11.1. 시행]
마취중 말초산소포화도 감시시 사용하는 1회용 말초산소포화도 측정용 센서 급여기준	바3가 마취중 말초산소포화도 감시시 사용하는 1회용말초산소포화도 측정용 센서는 폐쇄순환식 전신마취시 별도 인정하되, 건강보험 행위급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부 제6장 마취료[산정지침](2), (3), (10)항에 의해 가산되는 경우에 한하여 1개 인정함. [고시 제2019-176호, 2019.9.1. 시행]

▶ 처치 및 수술료 등

[치료재료 고시]

제목	세부인정사항
관혈적수술시 사용되는 혈관결찰 및 혈관봉합용 클립의 요양급여여부	관혈적 수술시 사용되는 혈관결찰 및 혈관봉합용 클립(Clip)은 요양급여함. 다만, 혈관봉합용 Clip(VCS Clip 등)은 혈관보강용으로 사용한 경우에 한하여 한 혈관당 2개까지 인정함. [고시 제2008-80호, 2008.8.1. 시행]
봉합사 산정기준	1. 산정방법 : 처치 및 수술시 사용된 봉합사는 다음의 경우를 제외하고는 실사용량으로 산정할 수 있으며, "치료재료급여목록및상한금액표" 범위내에서 실구입가로 산정함. - 다 음 - 가. 천자, 생검, 내시경 검사 등에 사용한 경우 나. 중재적(경피적, 내시경적) 시술시 사용한 경우 다. 다른 특수기기(레이저, 감마나이프 등)를 이용하는 경우 라. 안면수술을 제외한 2cm이하의 피부봉합 또는 피부고정

제목	세부인정사항
	2. 기 타 : 봉합사 제품명(Catalog No.), 굵기(Gauge), 사용량 등을 진료기록부(수술기록지)에 반드시 기재하여야 함. [고시 제2007-143호, 2008.1.1. 시행]
일시적 배뇨용 카테터의 요양급여대상 여부	일시적 배뇨용 카테터는 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음. [고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]
골대체제(동종골, 이종골, 합성골)의 급여기준	1. 자가골을 대체하는 골대체제(동종골, 이종골, 합성골)는 자가골의 사용이 어려운 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 장골능의 성장판이 열려 있는 소아 나. 장골능에서 다량의 자가골 채취의 과거력이 있는 경우 다. 70세 이상 고령 환자 또는 골다공증($T\text{-score} \leq -2.5$: 이중에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptio metry, DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정된 값) 라. 안면-두개골 수술 시 1) 모발선(hair line) 이하의 안면부 골결손이 있는 경우 2) 1차 두개골 성형술에 실패했을 경우 3) 뇌기저부 수술[경비적접형동접근법(TSA)포함] 시 뇌척수액 누출이 예상되는 경우 4) 성장하는 소아에서 두개골 결손이 있는 질환. 단, 4세 미만에서 경막이 손상되지 않고 온전한(intact) 경우는 제외 마. 척추 수술 시 척추체제거술, 요추 3분절 이상, 경·흉추 5분절 이상의 장분절 유합의 경우 바. 사지 및 골반골 수술 시 골결손이 심해 자가골 이식만으로 부족한 경우 사. 수술 중 허혈성 속이 발생하거나, 다발성 골절로 인해 척추 이외 타 병소에도 자가골 이식이 필요한 경우와 같이 자가골 사용이 매우 어려운 경우 아. 악골에 골결손이 심해 자가골 이식이 어려운 경우



제목	세부인정사항
	<p>2. 상기 1.의 급여대상 이외 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p>3. 상기 1., 2.의 경우 골대체제간의 병용사용은 인정하지 아니함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]</p>
흡수성 뼈 지혈제 급여기준	<p>1. 수용성합성물질로 만들어진 뼈 지혈제는 BONE WAX에 비해 뼈생성 및 골융합 용이성, 뼈 감염을 방지하는 점 등을 감안하여 별도 산정하되, 만65세 이상의 흉골절개를 시행하는 심장수술에 한하여 사용량을 5g까지 인정함.</p> <p>2. 상기1항의 급여대상이외 다음의 경우에 사용하는 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 상기 1항의 만65세 이상의 흉골절개를 시행하는 심장수술에서 인정용량을 초과하여 사용한 경우</p> <p>나. 만65세 미만의 흉골 절개를 시행하는 심장수술</p> <p>다. 출혈이 많은 수술인 골반골절수술</p> <p>라. 비구골절수술</p> <p>마. 장관골의 관혈적정복술</p> <p>바. 척추수술</p> <p>사. 인공관절 삽입술</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행]</p>
뇌종양 또는 뇌실내에 항암제 주입시 사용하는 Ommaya reservoir 별도 산정여부	<p>뇌종양 또는 뇌실내에 항암제 주입 시 사용하는 Ommaya reservoir는 별도 산정할 수 있음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]</p>
흡수성 단추형 두개골 고정용 치료재료	<p>1. 흡수성단추형 두개골 고정용 치료재료(Craniofix absorbable 등)는 재질의 특성을 고려하여 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p>

제목	세부인정사항
(Craniofix absorbable 등의 급여기준	가. 적응증 (1) 만 7세이하 소아 (2) 대뇌피질 인접부위 종양 나. 인정개수 : 3개 2. 상기 1항의 급여대상 이외 사용한 치료재료 비용은「선별급여지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. <p style="text-align: right;">[고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행]</p>
흡수성재질의 두개·안면골 고정 재료 (Micro Plate & Screw, Mini Plate & Screw, Reconstruction Plate & Screw)의 급여기준	1. 흡수성재질의 두개·안면골 고정재료는 골 고정을 위해 사용되며, 골 고정 후 일정기간 경과 시 완전 흡수가 되므로 골 성장장애 감소, 두개강내 이동성 감소 등의 장점을 감안하여 다음의 경우에 요양급여함. <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> 가. Hair Line 이하 안면골절 및 변형: 만12세 이하 나. 두개골 고정 및 성형술: 만7세 이하 2. 상기 1.의 급여대상 이외 아래의 경우에 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> 가. Hair Line 이하 안면골절 및 변형: 만12세 초과 나. 두개골 고정 및 성형술: 만7세 초과에서 만12세 이하 <p style="text-align: right;">[고시 제2018-254호, 2019.1.1. 시행]</p>
두개골 조기유합증 교정을 위하여 사용되는 Distractor System (Marshac-Arnaud Cranial Monobloc Distration System 등)의 급여기준	1. 두개골의 신장 및 전진을 통하여 두개골조기유합증을 교정하기 위해 사용하는 Distractor System(Marchac-arnaud Cranial Monobloc Distration System 등)은 봉합 부위 및 횡수 불문하고 수술 당 4개 범위 내에서 실사용량으로 인정함. 다만, MID system의 경우 수술 당 frame은 최대 4개, screw는 frame당 최대 12개(connecting screw 포함) 범위 내에서 실사용량으로 인정함. 2. 상기 1.의 인정개수를 초과하여 사용한 경우에는「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함. <p style="text-align: right;">[고시 제2018-3호, 2018.4.1. 시행]</p>



제목	세부인정사항
ICP Monitor 삽입술시 Intraventricular Catheter Set 나 onitoring Sensor Set 별도 산정여부	ICP Sensor 또는 ICP Catheter는 별도 산정할 수 있으나, Intraventricular Monitoring Catheter Set나 Monitoring Sensor Set는 별도 산정할 수 없음. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
ICP Monitoring Kit의 별도 산정여부	ICP Monitoring Kit는 신경외과 환자의 집중 감시를 위하여 필요하다고는 하나, ICP Sensor 또는 ICP Catheter를 사용하여도 소정의 목적을 달성할 수 있으므로 ICP Monitoring Kit는 별도 산정할 수 없음. [고시 제2003-83호, 2004.1.1. 시행]
두개골 고정용 MICRO PLATE (비흡수성 재질)의 급여기준	두개 외상이나 뇌수술 후에 사용하는 두개골 고정용 MICRO PLATE(비흡수성 재질)는 식약처 허가사항 범위내에서 4개까지 사용을 원칙으로 함. 다만, 인정개수 초과시 사례별로 인정함. [고시 제2016-30호, 2016.3.1. 시행]
추체보강용 SET 급여기준	추체보강용SET(EXPANDABLE TYPE, MESH TYPE)는 자가골 이식이 어려운 다음의 적응증에서 1개 이상의 척추체 전제거술 시 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 적응증 1) 흉요추부의 골절, 기형 또는 종양 2) 경추부의 골절, 기형, 종양 또는 척수압박 3) 척추 결핵 나. 상기 가.의 적응증에도 불구하고 화농성 병소의 경우는 인정대상에서 제외함. [고시 제2017-173호, 2017.10.1. 시행]
척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준	1. 고정기기(Cage 단독사용 또는 Cage와 pedicle screw system 병용사용)를 이용한 척추유합술은 적절한 보존적 요법에도 불구하고 임상증상의 호전이 없는 다음의 경우에 인정함. - 다 음 -

제목	세부인정사항
	<p>가. 적응증</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 척추전방전위증 (2) 임상증상이 동반된 중등도(MRI상 신경공의 perineural fat의 소실이 확인된 경우) 이상의 추간공협착증 (3) 광범위한 후방감압술(편측 후관절의 전절제 및 양측 후관절의 각 1/2 이상 절제)이 불가피한 다음의 질환 <ol style="list-style-type: none"> 1) 척추관협착증 2) 관혈적 수술후 재발한 추간판탈출증 (4) 3개월 이상의 적절한 보존적 요법에도 불구하고 심한 요통이 지속되는 퇴행성 추간판질환 중 <ol style="list-style-type: none"> 1) MRI상 퇴행성 변화가 1-2개 분절에만 국한되어 있으며, 뚜렷한 추간간격 협소가 동반되고 추간판조영술(discography)상 병변이 확인된 경우 2) 분절간 불안정성이 확인된 경우 <p>나. 금기증</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 감염성 질환 (2) 이전의 추체간 유합술 부위 (3) 골다공증(T-score ≤ -2.5) : 이중에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정 값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정한 값(Cage 단독 사용 시에만 해당) <p>※ 상기 '1'항에 의한 기준은 모든 종류의 cage에 적용됨</p> <p>2. 고정기기 중 Flexible rod system을 이용한 경우에도 상기 '1'항의 기준을 적용함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행]</p>
<p>Cage와 인조뼈 병합재료 급여기준</p>	<p>1. 척추 치료재료인 경추 및 요추용 Cage(골대체제 포함형)는 Cage와 인조뼈의 단순 병합 재료로서 다음과 같은 경우에 인정토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 흉, 요추 : 척추유합술시 사용하는 고정기기 인정기준 및 골대체제(인조뼈) 인정 기준을 동시에 만족하는 경우</p> <p>나. 경추 : 아래의 1) 골대체제 인정기준(척추수술)과 2) Cage 적응증을 동시에 만족</p>



제목	세부인정사항
	<p>하는 경우에 인정함. 다만, 1 level에 한하여 인정하며, 전방 plate 또는 후방 척추고정기기와 병용하여 사용할 수 없음.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>1) 골대체제 인정기준(척추수술)</p> <p>가) 70세 이상 고령 환자에서의 유합술 또는 골다공증(T-score ≤ -2.5: 이중에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptiome try; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정된 값)</p> <p>나) 장골능에서 자가골 채취술을 시행한 경험이 있는 환자</p> <p>다) 기타 수술 중 허혈성 속이 발생하거나 다발성 골절로 인해 척추 이외 타 병소에도 자가골 이식이 필요한 경우와 같이 자가골 사용이 매우 어려운 상황임이 충분히 인정되는 경우</p> <p>2) Cage 적응증 : 추간판탈출증 또는 척추관협착증</p> <p>2. 추가로 사용되는 골대체제는 인정하지 않음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-173호, 2017.10.1. 시행]</p>
<p>뉴크레오톰 kit의 급여여부</p>	<p>경피적 추간판 수핵 제거술시 사용되는 뉴크레오톰 Kit은 「치료재료급여목록 및 상한금액표」 범위내에서 실구입가로 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2008-80호, 2008.8.1. 시행]</p>
<p>후방고정기기 밴드인 추간체고정용 Clamp의 급여기준</p>	<p>후방고정기기밴드인 추간체고정용 Clamp는 특발성 척추측만증 중 15세 미만의 환자에서 40도 이상 만곡이 있는 경우로 척추경 나사못(pedicle screw set)을 이용한 척추고정술 시 부위를 달리하여 보조적으로 사용 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]</p>
<p>Nasal packing용 치료재료 급여기준</p>	<p>1. Nasal packing용 치료재료는 바셀린거즈에 비하여 수분 흡수력이 뛰어나고, 팩킹 시 지혈효과가 높으며, 삽입과 제거시에 통증을 유발하지 않고 점막손상이 없는 장점 등을 감안하여 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p>

제목	세부인정사항
	<ol style="list-style-type: none"> 1) 부비동 수술(Sinus Surgery) 2) 비중격교정술 또는 비중격성형술 (Submucosal Resection or Septoplasty) 3) 하비갑개 절제술 또는 점막하 절제술 (Inferior Turbinectomy or Submucosal Inferior Turbinectomy) 4) 비용적출술(Nasal Polypectomy) 5) 상악동근치수술(Caldwell-Luc Operation) 6) 비출혈지혈법(Control of Epistaxis) 7) 내시경적 비내누낭비강문합술(Endoscopic Dacryocystorhinostomy) 8) 경비적 뇌하수체종양 적출술(Transnasal Excision of Pituitary Tumor) 9) 안면골 골절수술 10) 비강, 부비동 악성 및 양성종양적출술 (Extirpation of Malignant or Benign Tumor of Nasal or Paranasal Sinuses) 11) 비인강 악성 및 양성종양적출술 (Extirpation of Nasopharyngeal Malignant or Benign Tumor) <p>나. 급여개수</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 상기 1항 가. 1) ~ 9)는 편측 수술당 최대 2개까지 인정함. 2) 상기 1항 가. 10), 11)은 편측 수술당 최대 4개까지 인정함. <p>2. 상기 1항의 급여대상별 급여개수를 초과하여 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-255호, 2020.1.1. 시행]</p>
<p>중심정맥내 카테터 유치술시 사용하는 장기 유치용 카테터 인정기준</p>	<p>중심정맥내 카테터 유치술시 사용되는 장기유치용 카테타는 다음의 경우에 한하여 산정함. 다만, 피하매몰 정맥포트법으로 시술시 사용하는 Port형 카테타는 외관상 표시가 나지 않고, 소독 등 유지관리가 용이한 장점은 인정되나, 동일 목적의 타 재료와 비교하여 상대적으로 고가인 바, 3개월 이상의 장기유치가 예측되는 다음의 경우에만 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 가. 장기간 항암치료가 필요한 환자 나. 혈액투석이 필요한 만성 신부전 환자 다. 조혈모세포이식 환자 라. 신경계 장애, 단장증후군 등 장(소장, 대장)의 문제가 발생하여 장기간 경정맥



제목	세부인정사항
	<p>영양요법이 필요한 환자</p> <p>마. 간문부장문합술(Kasai Operation) 후 재택 항생제 자가정맥주사(HIVA-home intravenous antibiotic) 요법이 필요한 환자</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행]</p>
<p>RIC(Rapid Infusion Catheter) Exchange Set의 급여기준</p>	<p>RIC(Rapid Infusion Catheter) Exchange Set는 말초혈관을 통한 급속주입(High Flow Rate)이 가능하도록 혈관 내 카테터 삽입을 위해 사용하는 치료재료로 외상이나 수술 등으로 인한 응급 저혈량성 속(Hypovolemic Shock)에 사용 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-173호, 2017.10.1. 시행]</p>
<p>Vascular Tourniquet Kit 등 지혈용구, 지혈제(흡수성 체내용지혈용품 제외), 지혈재료의 별도 산정여부</p>	<p>개심수술이나 그 외 수술시 동맥 · 정맥 등에 지혈목적으로 사용되는 Vascular Tourniquet Kit 등 지혈용구, 지혈제(흡수성 체내용지혈용품 제외), 지혈재료는 관련 행위의 소정 점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행]</p>
<p>척수신경자극기 치료재료 급여기준</p>	<p>척수신경자극기 치료재료는 급여 행위인 ‘척수신경자극기 설치, 교환 및 제거술’과 비급여 행위인 ‘대뇌운동피질자극술’ 또는 ‘말초신경자극술’에 사용 시 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」에 의한 급여 또는 비급여코드를 각각 적용함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-173호, 2017.10.1. 시행]</p>
<p>뇌동맥류클립(특수클립)의 급여기준</p>	<p>뇌동맥류클립(특수클립)은 Clip의 Blade가 넓어 손상된 혈관의 모양을 유지시켜 출혈부위를 조절할 수 있고, CT, MRI 등에서 자장의 영향을 받지 않아 수술 후 추적관찰이 용이하며, Teflon Fabric이 포함되어 있어 Clipping후 지혈효과가 높은 장점이 있으므로 다음의 경우에 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 뇌동맥류 경부파열</p> <p>나. 두개강내 미세혈관 수술 중 직접적인 일차봉합이 불가능한 혈관손상</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
뇌동맥류수술 시 클립(Clip) 종류별 산정기준	뇌동맥류 수술시 사용되는 Sugita Clip, Aneurysmal Clip, Mayfield Clip은 별도 산정 가능하나, Silver Clip 등은 관련 행위의 소정점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. [고시 제2018-314호, 2019.1.1. 시행]
뇌동정맥기형적출술시 사용하는 AVM(Arterio venous Malformation) Microclip의 급여기준	뇌동정맥기형적출술 시 사용하는 AVM(Arterio-Venous Malformation) Microclip은 공급혈관(feeding artery)의 크기가 1mm이상인 경우에 요양급여하며 해당 혈관 당 1개 사용을 원칙으로 함. [고시 제2019-131호, 2019.8.1. 시행]
뇌실-복강 간 셉트수술 시 사용하는 과배액방지형 및 외부조절형 Programmable Valve의 급여기준	뇌실-복강 간 셉트수술(VP Shunt) 시 사용하는 과배액방지형 및 외부조절형 Programmable Valve는 일시적인 배액술을 제외한 수두증 치료를 목적으로 사용할 경우 요양급여를 인정함. [고시 제2019-131호, 2019.8.1. 시행]
요추-복강간 셉트수술 (LP Shunt)용 Programmable Valve의 인정기준	요추-복강간 셉트 수술(LP Shunt)용 Programmable Valve는 교통성 수두증 치료를 목적으로 사용한 경우에 요양급여로 인정함. [고시 제2020-19호, 2020.2.1. 시행]
수술중 신경생리 추적감시용 Nerve Locator의 급여여부	수술중 신경생리 추적감사시 신경손상 방지 및 위치확인에 사용되는 신경생리 추적감시용 치료재료 Nerve Locator (Vari-Stim III 등)는 소정 수술료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. [고시 제2017-263호, 2018.1.1. 시행]
개방형 고유량 산소마스크 (1회용)	개방형 고유량 산소마스크(1회용)는 CO2 재호흡 문제를 해결하고 고유량 산소요법이 필요한 환자에게 유용한 치료재료로, 15L/min 이상의 산소요법이 필요한 응급실 및 중환자실 환자에게 사용 시 1개를 요양급여로 인정함. [고시 제2019-193호, 2019.9.1. 시행]



▶ 중재적 시술료

제목	세부인정사항
GDC (Guglielmi detachable coil) 코일 분리시 사용되는 GDC Connecting Cable의 급여기준	GDC(Guglielmi detachable coil) 코일 분리 시 전기를 코일로 전달하는 연결케이블인 다음의 재료는 별도 산정할 수 없음. - 다 음 - 가. GDC Red Connecting Cable : GDC Power Supply와 GDC Delivery Wire를 연결 나. GDC Black Connecting Cable : GDC Power Supply와 Patient Return Electrode를 연결 [고시 제2017-263호, 2018.1.1. 시행]
Detachable coil의 급여기준	혈관색전술 시 사용하는 Detachable coil은 허가사항 범위 내에서 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 1. 급여대상 및 급여개수 가. 뇌동맥류 - 최대 직경 1.0mm당 1개 사용을 원칙으로 하되, - 4.0mm 초과 8.0mm미만은 해당 직경당 인정개수에 2개를 추가하여 산정가능하며, - 8.0mm 이상은 해당 직경당 인정개수에 4개를 추가하여 산정할 수 있음. - 다만, 고난이도 병변*의 경우에는 인정개수 이외 8.0mm 미만은 2개, 8.0mm 이상은 4개를 추가하여 산정할 수 있음. 나. 경동맥해면동정맥루(Carotid Cavernous Fistula) 또는 동정맥루(Arteriovenous Fistula): 10개 다. 두개강내 또는 두개강외(경동맥과 추골동맥)의 모동맥 혈관폐색 - 혈관 단경(transverse diameter) 기준 1.0mm당 2개 사용을 원칙으로 함. 라. 선천성 관상동맥의 동정맥루: 10개 ※ 나.다.라의 경우 급여개수를 초과하여 사용 시에는 사례별로 인정함. * 고난이도 병변: 목이 넓거나(Dome to neck ratio 1.5이하 혹은 neck size 4mm이상) lobulation이 있는 경우 [고시 제2019-221호, 2019.11.1. 시행]

제목	세부인정사항
뇌동맥류 코일이탈방지용 스텐트의 급여기준	뇌동맥류 코일색전술 시 코일이 모혈관으로 빠지지 않게 막아주는 뇌동맥류 코일이 탈방지용 스텐트는 광경동맥류(wide neck aneurysm)에 사용한 경우에 요양급여를 인정함. ※ 코일색전술 시 광경동맥류(wide neck aneurysm) : neck(동맥류입구)이 4mm 이상 이거나 동맥류 체부의 직경/경부의 직경이 2 미만인 경우 [고시 제2019-131호, 2019.8.1. 시행]
Flow-diverter를 이용한 뇌동맥류 색전술용 색전기구 (Embolization Device)의 급여기준	Flow-diverter를 이용한 뇌동맥류 색전술시 사용하는 색전 기구(Embolization Device)의 인정기준은 다음과 같음. - 다 음 - 가. 적응증 (1) 직경 15mm이상의 비파열성 뇌동맥류 (2) 직경 15mm미만의 비파열성 뇌동맥류 중 다음의 경우 사례별로 인정 - 내경동맥 원위부의 수포성 뇌동맥류 - 방추형 뇌동맥류 - 척추동맥의 박리형 뇌동맥류 나. 인정개수 : 1개 다만, 환자의 상태나 동맥류의 해부학적 특성 등으로 불가피하게 인정개수를 초과하여 사용하는 경우에는 의사소견서 및 진료기록부 등 관련 자료를 첨부하여야 하며 제출된 관련 자료를 참조하여 요양급여를 인정함. 다. 뇌동맥류 색전술용 Micro Coil과의 병용사용은 인정하지 아니함. [고시 제2014-191호, 2014.11.1. 시행]
기계적 혈전제거술용 치료재료(회수성 Stent, 흡인성 Catheter)의 급여기준	1. 두개내 대형혈관의 기계적 혈전제거술용 치료재료(회수성 Stent, 흡인성 Catheter)는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 회수성 Stent 1) 급여대상 가) 두개내 대형 혈관(두개강외 경부혈관 포함)*의 폐색 질병으로 인한 급성



제목	세부인정사항
	<p>허혈 뇌졸중으로,</p> <p>(1) 증상발생 8시간 이내의 환자</p> <p>(2) 증상발생 3시간 이내의 환자는 정맥내 혈전용해술이 실패하거나 이에 대한 금기증에 해당되는 환자</p> <p>* 가. 회수성 Stent의 2) 혈관범위 가) 내경동맥 부터 바) 후대뇌동맥 까지 모두 해당됨</p> <p>나) 두개내 내경동맥 또는 중대뇌동맥의 폐색 질병으로 인한 급성 허혈 뇌졸중에서, 증상발생 8시간에서 24시간 이내의 환자는 영상검사 결과 뇌경색의 크기가 한쪽 뇌반구의 1/5 이하이면서 아래 조건 중 한 가지를 만족하는 경우</p> <p>(1) 초기 신경학적 결손이 NHISS 점수 6점 이상 ~ 10점 미만이면서, 뇌관류영상에서 관류-뇌경색 불일치의 비율이 1.8이상 또는 불일치의 부피가 15ml 이상</p> <p>(2) 초기 신경학적 결손이 NHISS 점수 10점 이상</p> <p>※ “영상검사 결과 뇌경색의 크기가 한쪽 뇌반구의 1/5 이하“는 다음과 같음</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1. 확산강조 MRI 에서 100ml 이하</p> <p>2. 확산강조 MRI 에서 MR-ASPECTS 6점 이상</p> <p>3. 비조영 뇌CT 에서 CT-ASPECTS 6점 이상</p> <p>2) 혈관 인정범위</p> <p>가) 내경동맥(internal carotid artery)</p> <p>나) 중대뇌동맥(middle cerebral artery)의 첫 번째(MCA M1 segment)와 두 번째 부위(MCA M2 segment)</p> <p>다) 기저동맥(basilar artery)</p> <p>라) 척추동맥(vertebral artery)</p> <p>마) 전대뇌동맥(anterior cerebral artery)</p> <p>바) 후대뇌동맥(posterior cerebral artery)</p> <p>나. 흡인성 Catheter</p>

제목	세부인정사항
	<p>1) 급여대상 가. 회수성 Stent의 1) 급여대상 가)와 동일</p> <p>2) 혈관 인정범위 가. 회수성 Stent의 2) 혈관 인정범위 가)~라)와 동일</p> <p>다. 급여개수 재료 종류에 관계없이 1개 인정하는 것을 원칙으로 하되, 혈관폐색 부위의 개통 실패 사유가 영상자료에서 확인된 경우 1개를 추가 인정함.</p> <p>2. 상기 1항의 급여대상에도 불구하고 아래의 경우는 요양급여 대상에서 제외함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. Non-contrast CT상 중대뇌동맥 영역 1/3이상을 침범한 뇌경색</p> <p>나. 심한 뇌부종</p> <p>다. 뇌출혈</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-131호, 2019.8.1. 시행]</p>
<p>뇌혈관 이외 기타혈관색전술 시 사용하는 말초혈관용 MICRO COIL-DETA C HABLE의 급여기준</p>	<p>1. 기계식 즉각분리 (Mechanical Detachable) 형태의 말초혈관용 MICRO COIL-DETACHABLE은 코일이 정확한 부위에 위치할 수 있어 정확도와 안전성이 높은 치료재료로 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증 : 뇌혈관 이외 기타혈관 색전</p> <p>나. 인정개수 : 1회 시술당 최대 10개 이내로 인정</p> <p>2. 다만, 인정개수를 초과하여 사용한 경우에는 관련자료(영상자료 등)를 확인하여 사례별로 인정함</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-64호, 2017.4.1. 시행]</p>
<p>혈관색전코일 중 주입형코일에 사용되는 재료인 “Coil Pusher”의 별도 산정여부</p>	<p>“Coil Pusher”는 혈관색전코일 중 주입형 코일을 병변내로 주입하는 기구이므로 별도 산정할 수 없음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2001-40호, 2001.7.1. 시행]</p>



제목	세부인정사항
색전물질의 인정범위	<p>색전물질은 고혈관성 종양이나 병변, 혈관기형, 수술을 할 수 없는 종양의 치료목적 또는 수술전 출혈방지 등의 목적으로 색전술시 사용되는 재료로서, 중재적 방사선 치료가 각종 암이나 혈관질환, 간담도질환 등에 새로운 치료법으로 그 응용범위가 확대되고 있어 신소재의 개발이 다양화하고 있는 추세임.</p> <p>색전물질은 그 물리적 성질에 따라 고흡수형과 액상 색전물질로 나눌 수 있으며, 생체내 반응에 따라 흡수형(Gelfoam등)과 비 흡수형 Polyvinyl alcohol (PVA), coil류, N-butyl cyanoacrylate (NBCA) 등, 세포독성형(Ethanol등)등으로 여러 가지 종류가 있어서, 그간 색전물질의 종류별, 적응증별로 제한적으로 인정함.</p> <p>그러나 색전물질은 공급혈관의 분포, 개수, 동정맥 교통량, 혈관이나 종양의 크기등 그 적응증과 병변에 따라 색전물질을 선택하게 되며, 단독으로 사용되는 경우보다 복합적으로 사용하게 되는 경우가 많고, 수술전 색전술을 시행하여 출혈을 방지 내지 감소시켜 보다 안전한 수술을 가능하게 하므로 치료목적 또는 수술전 색전술시 사용되는 Biogluе(Histoacryl - blue), Terbal, Gelfoam등 색전물질은 생산국에서 의학적검증을 거쳐 제조 및 판매승인된 제품에 한하여 산정하며 Contour Emboli 등 분할사용이 가능한 색전물질의 경우에는 실사용량을 별도 산정할 수 있음.</p> <p>또한 Embolus spring은 stainless steel coil로서 PVA agent나 Histoacryl - blue, DBC 등으로 색전이 곤란한 경우에 한하여 인정하고, Tungsten coil, platinum microcoil은 직경이 가늘어 뇌동맥류나 동정맥류 기형 등 0.010” - 0.018” micro catheter를 삽입해야만 하는 경우에 급여 대상으로 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
액체형 색전물질(뇌혈관용)의 급여기준	<p>액체형 색전물질(뇌혈관용)은 혈관색전술 시 사용하는 치료재료로, 다음의 경우에 요양급여함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 뇌동정맥기형(뇌경막동정맥류 포함) 2) 과혈관성 뇌종양(일반 Meningioma 제외) 3) 다른 색전물질로 효과적으로 치료되지 않는 뇌혈관 파열에 사례별로 인정 <p>나. 급여개수: 6개</p> <p>단, 급여개수를 초과하여 사용한 경우에는 관련 자료(영상자료 등)를 참조하여 사례별로 인정</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-254호, 2019.1.1. 시행]</p>
Guiding Catheter 의 인정기준	<p>Guiding Catheter는 정확한 부위의 시술을 위하여 필수적인 재료이므로 혈관 중재적 시술에 인정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2005-101호, 2006.1.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
<p>경피적 두개강외 동맥스텐트 삽입술 시 스텐트 급여기준</p>	<p>두개강외 동맥(경동맥 및 척추동맥)에 삽입하는 스텐트는 다음의 경우에 요양급여를 인정하며, 협착의 정도(%)는 NASCET measurement criteria에 따름.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1. 급여대상</p> <p>가. 두개강외 경동맥(extracranial carotid artery)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 유증상의 50% 이상 경동맥협착 2) 무증상의 70% 이상 경동맥협착 <ul style="list-style-type: none"> - 단, 관류영상 검사 상 관류 저하가 확인된 경우 3) 기타(증상 또는 협착의 정도와 상관없이 시행 가능한 경우) <ol style="list-style-type: none"> 가) 반대측 경동맥의 폐색을 동반한 50% 이상의 경동맥협착 나) 가성동맥류(pseudoaneurysm) 다) 동정맥루 치료를 위해 다른 방법이 가능하지 않은 경우 라) 혈관박리로 인한 혈류 감소 또는 협착 <p>나. 두개강외 척추동맥(extracranial vertebral artery)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 유증상의 70% 이상 척추동맥협착 2) 척추동맥 박리로 혈류 감소 또는 출혈 위험이 있는 경우 등 <p>※ ‘유증상’ 범위: 최근 6개월 이내에 협착 영역에 일과성 허혈발작*이나 뇌경색이 있었던 두개강외 경동맥 또는 척추동맥의 협착</p> <p>* 일과성 허혈발작: 일시적 편측마비, 편측 시야마비, 실어증 또는 이에 준하는 증상 등으로 단순 어지럼증은 해당 안 됨.</p> <p>2. 급여개수</p> <p>스텐트는 한 병변 당 1개 사용을 원칙으로 함. 다만, 스텐트의 길이를 초과하는 병변, 병변의 시술 전·후 혈관 박리 시, 혈관내 치료가 필요한 다발병소(tandem lesion), 굴곡이 심한 혈관 등과 같이 인정개수 이외 추가사용이 불가피한 경우에는 병변 당 1개를 추가하여 최대 2개까지 요양급여를 인정함.</p> <p>※ NASCET: North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-131호, 2019.8.1. 시행]</p>
<p>경피적 두개강내 동맥 스텐트 삽입술</p>	<p>두개강내 동맥(intracranial artery)에 삽입하는 스텐트는 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p>



제목	세부인정사항
시 스텐트의 급여기준	<p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 유증상의 70% 이상 두개강내 대혈관(내경동맥(internal carotid artery), 중대뇌동맥(middle cerebral artery), 척추동맥(vertebral artery), 기저동맥(basilar artery)) 협착 시 6개월 이상 항혈소판제 및 항고지혈증 약물을 투여하였음에도 혈관 협착에 의해 증상성 뇌경색이 발생한 경우 다만, 집중적인(intensive) 약물치료에도 증상이나 병변 재발이 있는 경우에는 6개월 이내 시행 시에도 사례별로 인정함. 2. 혈관내막박리가 있는 경우 3. 두개내 혈관 폐색으로 인한 급성 허혈 뇌졸중 환자에서 기계적 혈전제거술을 시행한 이후에도 혈관 협착이 70% 이상 남아 혈류역학적으로 폐색의 가능성이 높다고 판단되는 경우 <p style="text-align: right;">[고시 제2019-131호, 2019.8.1. 시행]</p>
뇌혈관의 중재적 시술 시 사용 하는 Distal Access Intermediate Catheter (원위접근용 중간도관) 급여기준	<p>Distal Access Intermediate Catheter(원위 접근용 중간도관)는 뇌혈관의 중재적 시술 시 뇌혈관 또는 대동맥의 꺾임과 굴곡이 심하거나 혈관 근위부의 지지가 약하고 불안정하여 카테터의 진입이 어려울 경우 1개를 요양급여로 인정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-131호, 2019.8.1. 시행]</p>

▶ 영상진단 및 방사선 치료료

제목	세부인정사항
혈관조영용가이드 와이어 급여기준	<p>혈관조영촬영시 사용하는 혈관조영용 가이드와이어(ANGIO-GUIDE WIRE, ANGIO EXTRA-SUPPORT GUIDE WIRE)는 1개 사용을 원칙으로 하되, 병변에 따라 다양한 종류의 가이드와이어가 필요한 경우에는 사례별로 추가 인정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-64호, 2017.4.1. 시행]</p>

2

약제

▶▶ 일반원칙

[약제 고시]

제목	세부인정사항
경구용 뇌대사개선제 (Neuroprotective agents)	각 약제의 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여 인정 하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> 가. 경구용 뇌대사개선제 중 1종만 영양급여를 인정을 원칙으로 함. 나. 개별고시가 있는 약제는 해당 고시기준을 따름. ※ 대상약제 Acetyl L-carnitine HCL, Citicoline, Oxiracetam, Choline alfoscerate, Ibudilast, Ifenprodil tartrate, Nicergoline <p style="text-align: right;">[고시 제2018-253호, 2018.12.1.시행]</p>
경구용 항뇌전증약	허가사항 중 뇌전증에 투여하는 경우에는 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양 급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> 가. 투여 시기 1) 일반적으로 두 번째 뇌전증 발작 후 한 가지 약물로 시작함. 2) 위험인자가 있는 경우 첫 발작이라도 약물 투여를 인정함(예: 뇌파의 이 상소견, 비정상적인 신경학적 소견, 심각한 뇌손상, 재발작의 위험 등) 나. 병용요법 1) 단독약물의 최고 용량에 발작이 충분히 조절되지 않거나, 부작용으로 증 량이 어려울 때 작용 기전이 다른 약제의 병용을 고려함. 2) 난치성 뇌전증 등에는 최대 4종 이내 병용투여를 인정하며, 4종 초과 시 투여소견서를 첨부하여야 함.(※ Pregabalin을 항뇌전증약 목적으로 사 용할 경우 병용개수에 포함됨)



제목	세부인정사항
	<p>다. 투여 중단</p> <p>뇌전증 종류 및 환자 상태에 따라 계획하여야 하며, 일반적으로 2~5년 발작이 없을 때 약물 중단을 고려함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-191호, 2019.9.1.시행]</p>
<p>경구용 항혈전제(항혈소판제 및 Heparinoid 제제)</p>	<p>각 약제의 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 단독요법</p> <p>심혈관 질환, 뇌혈관 질환, 말초동맥성 질환의 혈전예방 및 치료를 위해서는 Aspirin을 우선 투여하여야 하며, 다음과 같은 경우에는 해당질환에 허가받은 항혈전제 1종을 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Aspirin에 효과가 없는 경우:약제사용 중 심혈관 질환, 뇌혈관 질환, 말초동맥성 질환이 발생한 경우 2) Aspirin을 사용할 수 없는 경우: 알러지, 저항성, 심한 부작용(위장관 출혈 등) 3) 심혈관 질환 발병환자의 재발방지(2차 예방) 4) 뇌혈관 질환 발병환자의 재발방지(2차 예방) <p>나. 심혈관 질환·뇌혈관질환·말초동맥성 질환 중 ST분절 상승 심근경색증, 급성 관상동맥증후군, 재발성 뇌졸중, 중증 뇌졸중, 스텐트(Stent) 삽입환자(심혈관 질환·뇌혈관 질환·말초동맥성 질환)와 같은 고위험군에는 항혈전제 단독요법 뿐만 아니라 병용요법(2제 요법)으로 투여 시 급여를 인정함.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 병용요법(2제 요법)의 급여인정 기간은 1년 이내로 하며, 1년 이상 투여가 필요한 경우 투여소견서를 참조하여 사례별로 인정. 병용요법 급여인정 기간 이후에는 항혈전제 단독요법으로 전환하여야 함. 2) 병용요법(2제요법)은 병용약물 중 고가의 항혈전제 1종만 급여 인정함(투약비용이 저렴한 약제의 약값은 전액 환자가 부담). 단, Aspirin을 포함한 병용요법의 경우에는 모두 급여를 인정함.

제목	세부인정사항
	<p>다. 3제 요법(Aspirin + Clopidogrel + Cilostazol)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 대상(관상동맥 스텐트 시술한 경우로서) <ol style="list-style-type: none"> 가) 당뇨병 환자의 재협착 방지 나) 재협착 병변환자 다) 다혈관 협착으로 다수의 스텐트를 시술 (Multiplestenting)한 환자 2) 투여기간 <ol style="list-style-type: none"> 가) 1년 이내로 하며(3제 요법 중 Cilostazol은 6개월까지만 급여인정) 나) 급여인정 기간 이후에는 항혈전제 단독요법으로 전환하여야 함. 다) 1년 이상 투여가 필요한 경우에는 투여소견서를 참조하여 사례별로 인정함 <p>라. Aspirin과 Prasugrel의 병용 경피적관상동맥중재술(PCI: Percutaneous Coronary Intervention)을 실시하였거나 실시할 다음의 급성 관상동맥증후군 환자에게 투여 시 1년 이내 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 불안정형 협심증, 비-ST 분절 상승 심근경색 2) 일차적 또는 지연 관상동맥중재술(Primary or Delayed PCI)을 받는 ST 분절 상승 심근경색 <p>마. Clopidogrel과 Aspirin의 병용요법</p> <p>심방세동 환자 중 고위험군에서 와파린을 사용할 수 없는 경우: 와파린에 과민반응, 금기, 국제정상화비율(INR: International Normalized Ratio) 조절 실패 등</p> <p>※ 고위험군 기준</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 뇌졸중, 일과성허혈발작, 혈전색전증의 과거력이 있거나 75세 이상 환자 ○ 6가지 위험인자(심부전, 고혈압, 당뇨, 혈관성질환, 65-74세, 여성) 중 2가지 이상의 조건을 가지고 있는 환자 <p>바. Ticagrelor와 Aspirin의 병용요법</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ticagrelor 90mg, Aspirin 병용 <ol style="list-style-type: none"> 가) 투여대상: 급성관상동맥증후군 나) 투여기간: 1년 이내



제목	세부인정사항
	<p>2) Ticagrelor 60mg, Aspirin 병용</p> <p>가) 투여대상</p> <p>심근경색 발병 이후 Aspirin과 ADP 수용체 저해제(ticagrelor, clopidogrel, ticlopidine, prasugrel) 병용 투여를 유지하며 출혈 합병증이 없었던 환자로서, 아래 조건을 모두 만족하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>(1) 만 50세 이상</p> <p>(2) 최근 심근경색 발병으로부터 12개월 초과 24개월 이하</p> <p>(3) 혈전성 심혈관 사건 발생 고위험군※에 1가지 이상 해당되는 경우</p> <p>※ 고위험군의 기준</p> <p>① 만 65세 이상</p> <p>② 약물치료가 필요한 당뇨병</p> <p>③ 혈관조영술상으로 확인된 다혈관 관상동맥질환</p> <p>④ 2회 이상의 심근경색 병력</p> <p>⑤ CKD stage 3, 4에 해당하는 만성신부전</p> <p>나) 투여기간: 3년 이내</p> <p>※ 대상약제: 다음 성분을 포함한 단일제 및 복합제</p> <p>1) 뇌혈관질환</p> <p>Aspirin, Cilostazol, Clopidogrel, Indobufen, Ticlopidine HCl, Triflusal, Mesoglycan sodium, Sulfomucopolysaccharide, Sulodexide, Ticlopidine HCl+ginkgo 복합제, Cilostazol+ginkgo 복합제</p> <p>2) 심혈관질환</p> <p>Aspirin, Clopidogrel, Indobufen, Ticlopidine HCl, Triflusal, Mesoglycan sodium, Sulodexide, Prasugrel, Ticagrelor, Ticlopidine HCl+ginkgo 복합제</p> <p>3) 말초동맥성질환</p> <p>Aspirin, Cilostazol, Clopidogrel, Indobufen, Ticlopidine HCl, Triflusal, Beraprost sodium, Limaprost alfadex, Mesoglycan sodium, Sarpogrelate HCl, Sulodexide, Ticlopidine HCl+ginkgo 복합제, Cilostazol+ ginkgo 복합제</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-81호, 2018.5.1.시행]</p>

제목	세부인정사항
고혈압약제	<p>동반질환 및 합병증이 없는 고혈압 환자에게 투여하는 혈압강하제는 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 약제 치료 시점</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 수축기혈압 140mmHg 이상 또는 이완기혈압 90mmHg 이상에서 약제 투여를 시작할 수 있음. 2) 심혈관질환 위험인자를 동반하지 않는 환자에서는 우선적으로 생활습관 개선을 권고함. <p>나. 약제 투여원칙</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 혈압강하제는 1종부터 투여하며, 수축기혈압이 160mmHg 이상 또는 이완기혈압이 100mmHg 이상일 경우 처음부터 2제 요법 인정 가능함. 2) 혈압강하제를 투여해도 수축기혈압이 140mmHg 이상 또는 이완기혈압이 90mmHg 이상이면 다른 기전의 혈압강하제를 1종씩 추가할 수 있음. 다만, 4성분군이상 투여할 경우 투여조건 기재 시 사례별로 인정함. 3) 2제 요법 시 다음의 병용 조합은 권장하지 아니하며, 타당한 사유 기재 시 사례별로 인정함. <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) Diuretic + α Blocker</p> <p>나) β Blocker + ACE inhibitor</p> <p>다) β Blocker + Angiotensin II receptor antagonist</p> <p>라) ACE inhibitor + Angiotensin II receptor antagonist</p> <p>4) 동일 성분군의 혈압강하제는 1종 투여하며, 복합제는 복합된 성분수의 약제를 투여한 것으로 인정함.</p> <p style="padding-left: 20px;">※ 대상환자 : 아래의 동반질환 또는 합병증이 없는 고혈압 환자</p> <ul style="list-style-type: none"> · 심혈관계질환: 협심증, 심근경색, 좌심실비대, 심부전, 허혈성 심질환 · 뇌혈관질환 · 만성신질환(단백뇨 포함) · 당뇨병



제목	세부인정사항	
	<ul style="list-style-type: none"> · 말초혈관질환 ※ 대상약제 : 아래의 성분을 포함하는 단일제 및 복합제 	
	성분군	성분명
	안지오텐신 전환효소 억제제	Alacepril, Captopril, Cilazapril, Enalapril, Fosinopril, Imidapril, Lisinopril, Perindopril, Quinapril, Ramipril, Temocapril, Zofenopril 등
	안지오텐신 수용체 차단제	Azilsartan Candesartan, Eprosartan, Fimasartan, Irbesartan, Losartan, Olmesartan, Telmisartan, Valsartan 등
	알파차단제	Doxazosin, Phenoxybenzamine 등
	베타차단제(알파 및 베타차단제 포함)	Amosulalol, Arotinolol, Atenolol, Betaxolol, Bevantolol, Bisoprolol, Carteolol, Carvedilol, Celiprolol, Metoprolol, Nadolol, Nebivolol, Propranolol, S-Atenolol 등
칼 슘 채 널 차 단 제	DHP	Amlodipine, s-Amlodipine, Barnidipine, Benidipine, Cilnidipine, Efonidipine, Felodipine, Isradipine, Lacidipine, Lercanidipine, Manidipine, Nifedipine, Nisoldipine 등
	non-DHP	Diltiazem, Verapamil 등
	중추신경계 작용약물	Moxonidine 등
이 뇨 제	thiazide계	Hydrochlorothiazide 등
	loop	Azosemide, Furosemide, Torasemide 등
	K ⁺ sparing	Amiloride, Spironolactone 등
	기타	Chlorthalidone, Indapamide, Metolazone, Xipamide 등
	혈관확장제	Cadralazine, Minoxidil, Hydralazine 등
[고시 제2017-215호, 2017.12.1. 시행]		

제목	세부인정사항
국소지혈제	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 수술범위</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 간절제술(자722), 간파열봉합술(자724), 취장수술(자751, 자752, 자754, 자756, 자757, 자758, 자759), 간, 췌, 십이지장절제술(자-723) 2) 개두술, 경막을 여는 수술(자462, 자462-1, 자463, 자464, 자465, 자466, 자468, 자471, 자472, 자473, 자473-1, 자476, 자477, 자478, 자479, 자480-1, 자480-2, 자34나, 자482나 척추신경근 절제술(Spinal Rhizotomy)) 3) 대동맥 및 폐동맥 등의 심혈관수술(자164, 자168, 자170, 자170-1, 자170-2, 자181, 자183, 자184), 개심술[인공판막치환술(자179), 복잡심장수술(자180, 자185) 등] 4) 척수수술(자469, 자467-1) 5) 장기이식(간절제술[이식용](생체) 등) <p>나. 한 수술 당 인정되는 국소지혈제 및 투여용량 범위:베리플라스트-피콤비세트 1mℓ 및 3mℓ, 그린플라스트키트 1mℓ, 아비틴압축형 1매(70×35×1mm), 타코실 1매(7.5cm² 및 23.04cm²), 티셀 2mℓ 및 4mℓ, 노바콜패드 1매(80×100mm), 그린플라스트큐프리필드시린지키트 2mℓ 및 4mℓ, 에비셀 2mℓ 및 4mℓ</p> <p>다. 투여기준</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 상기 수술 및 용량 범위 내에서 한 수술 당 국소지혈제 1종을 투여할 경우 요양급여를 인정함. 2) 상기 '가'의 범위 이외의 수술이나 상기 '나'의 용량을 초과하여 투여한 경우와 상기 수술 및 용량범위 이내이나 국소지혈제를 2종 이상 중복 투여한 경우 또는 국소지혈제(약제)와 흡수성 체내용 지혈용품(치료재료)을 동시에 사용한 경우는 투여소견서를 참조하여 인정함. <p>라. 그간 인정사례</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 투여소견서 첨부 시 인정 <ul style="list-style-type: none"> ○ 청신경종양적출술(자574), 전정신경절제술(자479-가), 외림프누공수술,



제목	세부인정사항
	<p>신경이식술(자460), 이과적두개내수술, 인공와우이식술(자580)</p> <p>2) 투여소견서 첨부시 사례별 인정</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 고실성형술(자564), 이소골재건술(자579), 등골수술(자569), 후두마비수술(자126), 후두협착증수술(자127) <p>3) 투여소견서 참조 인정</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 폐절제술 후 발생한 기관지 늑막루증 열개부위가 비교적 적은 경우 ○ 수술 후 발생한 기관지 식도루 등에 내시경적 국소주입법으로 사용된 경우 ○ 위장관출혈, 내시경적 시술 후 발생한 출혈, 위장관누공, 기타 내시경적 시술의 보조요법 <p>4) 국소지혈제의 진료비 청구는 실사용량으로 함을 원칙으로 하며, 분할 사용이 불가능한 경우에는 사용규격의 단위당 금액을 산정토록 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-88호, 2019.5.1. 시행]</p>
<p>뇌대사제제 및 뇌순환계용약 주사제</p>	<p>허가사항 범위 내에서 의식이 극히 저하된 급성기 중증의 뇌병증 환자에게 3주 범위에서 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]</p>
<p>동일성분 의약품 중복처방 관리에 관한 기준</p>	<p>동일 요양기관에서 같은 환자에게 6개월 동안 동일성분 의약품의 투약일수가 214일을 초과하여 처방하는 경우 요양급여를 인정하지 아니하나, 아래에 해당하는 경우에는 예외로 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 환자가 장기출장이나 여행으로 인하여 의약품이 소진되기 전 처방을 받아야 하는 경우</p> <p>나. 의약품 부작용, 용량 조절 등으로 약제 변경이 불가피하거나, 파우더 형태의 조제 등으로 인하여 기존 처방의약품 중 특정 성분만을 구분하여 별도 처방할 수 없는 경우</p> <p>다. 항암제 투여 중인 환자이거나, 소아환자로서 구토로 인해 약 복용 중 약제가 소실된 경우 등 환자의 귀책사유 없이 약제가 소실·변질된 경우</p> <p>※ “동일성분 의약품”이라 함은 국민건강보험법 시행령 제24조제3항 및 ‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’ 제8조제2항 에 의한 ‘약제급여목록</p>

제목	세부인정사항
	<p>및 급여 상한금액표'상의 주성분코드를 기준으로, 1~4째 자리(주성분 일련번호)와 7째자리(투여경로) 가 동일한 의약품을 말함</p> <p>(예) 123101ATB, 123102ATB, 123102ATR, 123104ATR은 모두 동일 성분 의약품에 해당됨.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]</p>

▶ 113 항전간제

[약제 고시]

제목	세부인정사항
Gabapentin 경구제 (품명: 뉴론틴캡슐 등)	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>1. 뇌전증(Epilepsy) : 각 약제의 허가사항 범위 내 인정 2. 신경병증성 통증(Neuropathic pain)</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 당뇨병성 말초 신경병증성 통증</p> <p>1) Thioctic acid(또는 α-lipoic acid) 경구제와 병용투여 시 요양급여를 인정함. 2) 당뇨병성 말초 신경병증성 통증치료제(예 : Pregabalin 경구제, Duloxetine 경구제 등)간의 병용투여는 인정하지 아니함.</p> <p>나. 대상포진 후 신경통(Post-herpetic neuralgia): Lidocaine 패취제(품명: 리도 탐카타플라스마 등)와 병용투여 시 저렴한 약제의 약값 전액을 환자가 부담토록 함. 단, 2~4주 치료 후에도 증세의 호전이 없어 병용투여시에는 요양급여를 인정함.</p> <p>다. 척수손상에 따른 신경병증성 통증(Spinal cord injury) 라. 복합부위 통증증후군(CRPS, Compelx Regional Pain Syndrome)</p>



제목	세부인정사항
	<p>마. 다발성 경화증(Multiple sclerosis), 파브리병 (Fabry's disease)</p> <p>바. 척추 수술후 통증증후군(Post spinal surgery syndrome)</p> <p>사. 절단 등으로 인한 신경병성 통증(환상통, 단단통)</p> <p>아. 삼차신경통(1차적으로 다른 약제에 반응하지 않거나 부작용으로 인해 사용하기 어려운 경우)</p> <p>자. 양성 신경병증성 통증 (건강보험심사평가원장이 공고한「양성통증 관련 사용 권고안」참조 인정)</p> <p>차. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염인의 신경병성 통증</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-191호, 2019.9.1.시행]</p>
Lamotrigine 경구제 (품명: 라믹탈정 등)	<p>아래의 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 뇌전증</p> <p style="margin-left: 40px;">1) 단독요법 및 부가요법: 부분발작 및 전신 강직간대발작</p> <p style="margin-left: 40px;">2) 부가요법 : 레녹스-가스토 증후군에 의한 발작</p> <p>나. 양극성 1형 장애 환자에서의 우울삽화의 재발 방지</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-191호, 2019.9.1.시행]</p>
Sodium valproate 주사제 (품명 : 데파킨주 등)	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 뇌전증지속상태(Status epilepticus) 급성기 등에 투여 시 2주간 인정함.</p> <p>나. 두 개강 내 발작을 유발할 수 있는 조건이 있어서 신속히 유효한 혈중농도로 상승시킬 필요가 있는 경우, 수술 전후 혹은 소화기질환으로 인한 금식기간 동안 또는 위장운동 저하로 경구제 투여가 유효하지 않은 경우에 인정함.</p> <p>다. 고령환자(65세 이상) 또는 심장의 문제(Heart problem)가 있는 경우 4일 인정하고, 그 이상 동 약제 투여가 필요한 경우에는 투여조건서를 첨부토록 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-191호, 2019.9.1.시행]</p>

제목	세부인정사항
Rufinamide 경구제 (품명: 이노베론필름코 티징100mg 등)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 1세 이상의 환자에서 레녹스-가스토 증후군과 관련된 발작 치료 시 부가요법 <p style="text-align: right;">[고시 제2019-240호, 2019.11.1.시행]</p>
Stiripentol 경구제 (품명: 디아코미트)	식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> Valproate와 Clobazam 병용요법에 충분히 조절되지 않는 중증 소아 간대성 근경련 뇌전증(SMEI, 드라벳증후군) 환자의 난치성 긴장간대 대발작 치료에 부가요법(Adjunctive therapy)으로 투여(단, 3제 요법 치료 중 Valproate나 Clobazam 에 심각한 부작용 발생 시 부작용 발생 약제를 제외한 2제 요법 투여) 시 급여를 인정하며, 3~6개월 간격으로 계속투여 여부를 평가하여야 함. <p style="text-align: center;">※ 식품의약품안전처장이 인정한 범위: 중증 소아 간대성 근경련 뇌전증(SMEI, 드라벳증후군(Dravet's syndrome)) 환자의 난치성 긴장간대 대발작의 치료</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-191호, 2019.9.1.시행]</p>
Tetrabenazine 경구제 (품명 : 세나진 정)	헌팅톤무도병에 투여 시 요양급여를 인정하며, 식품의약품안전처장이 인정한 범위 이지만 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <p style="text-align: center;">※ 식품의약품안전처장이 인정한 범위 : 헌팅톤무도병, 노인성무도병, 지연운동이상증, 반무도병과 같이 불수의적이고 불규칙적이며 조절이 되지 않는 움직임을 유발하는 질병의 치료제 이 약 외의 다른 치료법에 듣지않는 지연운동이상증</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2013-127호, 2013.9.1.시행]</p>



▶▶ 119 기타의 중추신경용약

[약제 고시]

제목	세부인정사항
Amantadine 경구제 (품명 : 피케이멜즈 정 등)	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 허가사항의 범위(용법·용량)를 초과하여 파킨슨 증후군의 고령자에게 1일 100mg을 초과하여 투여한 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2013-127호, 2013.9.1.시행]</p>
Amantadine 주사제 (품명 : 피케이멜즈 인퓨전주)	<p>허가사항 범위(파킨슨 증후군의 급성 악화 시에 무운동성발작의 초기 및 단기 치료) 내에서 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-253호, 2018.12.1.시행]</p>
Atomoxetine HCl 경구제(품명: 스트라테라캡슐 등)	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같이 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 대상 : 6-65세 이하로서 주의력결핍과잉행동장애(ADHD)상병이 확진된 경우. 단, 18세를 초과하여 확진된 경우에는 최초 처방시 소견서를 제출해야 함(소견서 기재 항목은 [붙임] 참조).</p> <p>나. 진단 : 환자병력에 기초하여 진단통계매뉴얼(DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual) 또는 국제질병분류(ICD-10: International Classification of Disease)가이드라인에 따라 실시해야 함.</p> <p>다. 기간 : 6개월마다 치료효과를 평가하여 계속 투여여부를 결정해야 함.</p> <p>라. 투여 방법</p> <p>1) 단독 투여</p> <p>2) 병용 투여</p> <p style="padding-left: 20px;">○ ADHD 치료제 한 가지를 최소 1개월 이상 단독투여에도 불구하고 임상적 반응이 충분하지 않을 때 작용 기전이 다른 치료제 1종을 추가할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">※ ADHD 치료제 작용 기전별 분류</p>

제목	세부인정사항
	<p>(1) 정신자극제(psychostimulant): methylphenidate (2) 비정신자극제(non psychostimulant): atomoxetine HCl, clonidine HCl</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-252호, 2019.12.5.시행]</p>
<p>Donepezil 경구제(구강붕해정 포함) (품명: 아리셉트정 등, 아리셉트에비스정 등)</p>	<p>1. 각 약제별 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상</p> <p>1) 5mg, 10mg 가), 나) 조건을 동시에 충족하는 알츠하이머 형태(뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 경증(mild), 중등도(moderate), 중증(severe) 치매증상 가) 간이정신진단검사(MMSE; Mini Mental State Exam) 26점 이하 나) 치매척도검사 (1) CDR(Clinical Dementia Rating) 1~3 또는 (2) GDS(Global Deterioration Scale) stage 3~7</p> <p>2) 23mg 가), 나) 조건을 동시에 충족하는 알츠하이머 형태(뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 중등도·중증 치매증상 가) 간이정신진단검사(MMSE; Mini Mental State Exam) 20이하 나) 치매척도검사 (1) CDR(Clinical Dementia Rating) 2~3 또는 (2) GDS(Global Deterioration Scale) stage 4~7</p> <p>나. 평가방법</p> <p>6-12개월 간격으로 재평가하여 계속투여 여부를 결정하며, 재평가에서 MMSE의 경우에는 26점(5mg, 10mg) 또는 20점(23mg)을 초과하여도 지속 투여를 인정함.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 다만, MMSE 10점 미만이고 CDR 3 (또는 GDS 6~7)인 중증 치매인 경우, 6-36개월 간격으로 재평가할 수 있음. ○ 노인장기요양보험법령에 따른 장기요양 1등급인 경우, 장기요양인정 유효기간까지 재평가없이 계속투여 여부를 결정할 수 있음(「노인장기요양보험법」 제17조의 장기요양인정서를 제시해야 함).



제목	세부인정사항
	<p>2. 동 제제와 Memantine경구제 병용 시 알츠하이머 형태(뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 중등도·중증 치매증상으로 각 약제의 급여기준에 적합한 경우 요양급여를 인정함.</p> <p>3. 동 제제와 Ginkgo biloba extract제제 병용 시 각 약제의 허가사항 범위 내에서 투약비용이 저렴한 1종의 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-153호, 2019.7.21.시행]</p>
<p>Galantamine 경구제 (품명 : 레미닐피알 서방캡슐 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상</p> <p>1), 2) 조건을 동시에 충족하는 알츠하이머 형태(뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 경증(Mild)·중등도(Moderate) 치매증상</p> <p>1) 간이정신진단검사(MMSE; Mini Mental State Exam) 10~26</p> <p>2) 치매척도검사</p> <p>가) CDR(Clinical Dementia Rating) 1~2 또는</p> <p>나) GDS(Global Deterioration Scale) stage 3~5</p> <p>나. 평가방법</p> <p>6-12개월 간격으로 재평가하여 계속투여 여부를 결정하며, 재평가에서 MMSE의 경우에는 26점을 초과하여도 지속 투여를 인정함.</p> <p>2. 동 제제와 Memantine경구제 병용 시 알츠하이머 형태(뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 중등도·중증 치매증상으로 각 약제의 급여기준에 적합한 경우 요양급여를 인정함.</p> <p>3. 동 제제와 Ginkgo biloba extract제제 병용 시 각 약제의 허가사항 범위 내에서 투약비용이 저렴한 1종의 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-21호, 2019.2.1.시행]</p>

제목	세부인정사항
Memantine 경구제 (품명 : 에빅사액 등, 에빅사정 등)	1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> 가. 투여대상 1), 2) 조건을 동시에 충족하는 알츠하이머 형태(뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 중등도(Moderate)·중증(Severe) 치매증상 1) 간이정신진단검사(MMSE; Mini Mental State Exam) 20이하 2) 치매척도검사 가) CDR(Clinical Dementia Rating) 2~3 또는 나) GDS(Global Deterioration Scale) stage 4~7 나. 평가방법 6-12개월 간격으로 재평가하여 계속투여 여부를 결정하며, 재평가에서 MMSE의 경우에는 20점을 초과하여도 지속 투여를 인정함. ○ 다만, MMSE 10점 미만이고 CDR 3 (또는 GDS 6~7)인 중증 치매인 경우, 6-36개월 간격으로 재평가할 수 있음. ○ 노인장기요양보험법령에 따른 장기요양 1등급인 경우, 장기요양인정 유효기간까지 재평가없이 계속투여 여부를 결정할 수 있음(「노인장기요양보험법」 제17조의 장기요양인정서를 제시해야 함). 2. 동 제제와 Acetylcholinesterase inhibitor 제제(Donepezil, Galantamine, Rivastigmine 등) 병용 시 알츠하이머형태(뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 중등도·중증 치매증상으로 각 약제의 급여기준에 적합한 경우 요양급여를 인정함. 3. 동 제제와 Ginkgo biloba extract제제 병용 시 각 약제의 허가사항 범위 내에서 투약비용이 저렴한 1종의 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <p style="text-align: right;">[고시 제2019-21호, 2019.2.1.시행]</p>
Pregabalin 일반형 경구제(품명: 리리카캡슐 등)	각 약제별 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.



제목	세부인정사항
	- 아 래 -
	<p>가. 뇌전증(Epilepsy) : 허가사항 범위 내에서 인정</p> <p>나. 신경병증성 통증(Neuropathic pain)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 당뇨병성 말초 신경병증성 통증 <ol style="list-style-type: none"> 가) Thiocctic acid(또는 α-lipoic acid) 경구제와 병용투여 시 영양급여를 인정함. 나) 당뇨병성 말초 신경병증성 통증치료제(예: Gabapentin 경구제, Duloxetine 경구제 등)간의 병용투여는 인정하지 아니함 2) 대상포진 후 신경통(Post-herpetic neuralgia): Lidocaine 패취제(품명: 리도탐카타플라스마 등)와 병용투여 시 투약비용이 저렴한 약제의 약값 전액을 환자가 부담토록 함. 단, 2~4주 치료 후에도 증세의 호전이 없 어 병용투여시에는 영양급여를 인정함. 3) 척추손상에 따른 신경병증성 통증(Spinal cord injury) 4) 복합부위 통증증후군(CRPS; Compelx Regional Pain Syndrome) 5) 암성 신경병증성 통증 (「암환자에게 처방투여하는 약제에 대한 영양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」의 「III. 암성통증치료제」 범위 내에서 인정) 6) 척추수술 후 통증증후군(Post spinal surgery syndrome) <p>다. 섬유근육통(Fibromyalgia)에는 다음과 같이 영양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 섬유근육통으로 확진되고 삼환계 항우울제(TCA : Amitriptyline, Nortriptyline 등) 또는 허가사항 중 근골격계 질환에 수반하는 동통의 증상완화에 사용할 수 있는 근이완제(Cyclobenzaprine 등)를 적어도 1 달 이상 사용한 후에도 효과가 불충분한 경우 2) Duloxetine(품명: 심발타캡슐)과의 병용투여는 인정하지 아니함. ※ 섬유근육통 확진은 2010년 미국 류마티스학회 발표 진단기준에 부합 하고 섬유근육통 영향척도(FIQ; Fibromyalgia Impact Questionnaire) 점수가 40점 이상이며, 시각적 아날로그 동통 스케일(pain VAS; pain Visual Analog pain Scale)이 40mm 이상인 경우로 하며, 투여개시 13주 후 Pain VAS와 FIQ의 호전이 없는 경우 투여중단을 고려해야 함. <p style="text-align: right;">[고시 제2019-191호, 2019.9.1.시행]</p>

제목	세부인정사항
Rivastigmine 제제 (품명 : 엑셀론캡슐, 엑셀론패취 등)	1. 각 약제별 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> 가. 알츠하이머 치매 1) 투여대상 가) 캡슐제 (1), (2) 조건을 동시에 충족하는 알츠하이머 형태(뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 경증(Mild)·중등도(Moderate) 치매증상 (1) 간이정신진단검사(MMSE; Mini Mental State Exam) 10~26 (2) 치매척도검사 (가) CDR(Clinical Dementia Rating) 1~2 또는 (나) GDS(Global Deterioration Scale) stage 3~5 나) 패취제 (1), (2) 조건을 동시에 충족하는 알츠하이머 형태(뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 경증(Mild)·중등도(Moderate)·중증(Severe) 치매증상 (1) 간이정신진단검사(MMSE; Mini Mental State Exam) 26점 이하 (2) 치매척도검사 (가) CDR(Clinical Dementia Rating) 1~3 또는 (나) GDS(Global Deterioration Scale) stage 3~7 2) 평가방법 가) 캡슐제 6-12개월 간격으로 재평가하여 계속투여 여부를 결정하며, 재평가에서 MMSE의 경우에는 26점을 초과하여도 지속 투여를 인정함. 나) 패취제 6-12개월 간격으로 재평가하여 계속투여 여부를 결정하며, 재평가에서 MMSE의 경우에는 26점을 초과하여도 지속 투여를 인정함. ○ 다만, MMSE 10점 미만이고 CDR 3 (또는 GDS 6~7)인 중증 치매인 경우, 6-36개월 간격으로 재평가할 수 있음. ○ 노인장기요양보험법령에 따른 장기요양 1등급인 경우, 장기요양인정 유효기간까지 재평가없이 계속투여 여부를 결정할 수 있음(「노인장기요양보험법」 제17조의 장기요양인정서를 제시해야 함).



제목	세부인정사항
	<p>나. 파킨슨병 관련 치매증상</p> <p>1) 투여대상 가), 나) 조건을 동시에 충족하는 경증(Mild)·중등도(Moderate) 파킨슨병 관련 치매증상</p> <p>가) 간이정신진단검사(MMSE: Mini Mental State Exam) 10~26</p> <p>나) 치매척도검사</p> <p>(1) CDR(Clinical Dementia Rating) 1~2 또는</p> <p>(2) GDS(Global Deterioration Scale) stage 3~5</p> <p>2) 평가방법 6~12개월 간격으로 재평가하여 계속투여 여부를 결정하며, 재평가에서 MMSE의 경우에는 26점을 초과하여도 지속 투여를 인정함.</p> <p>2. 동 제제와 Memantine경구제 병용 시 알츠하이머 형태(뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 중등도·중증 치매증상으로 각 약제의 급여기준에 적합한 경우 요양급여를 인정함.</p> <p>3. 동 제제와 Ginkgo biloba extract제제 병용 시 각 약제의 허가사항 범위 내에서 투약비용이 저렴한 1종의 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-21호, 2019.2.1.시행]</p>

▶▶ 219 기타의 중추신경용약

[약제 고시]

제목	세부인정사항
Alteplase 주사제(품명: 액티라제주사)	1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> 가. 폐색전증 환자에게 투여한 경우 1) 동 약제를 반드시 투여하여야 하는 임상적 기준(Criteria) 가) 저혈압 또는 산소투여로 호전되지 않는 저산소혈증(hypoxemia) 나) 심초음파도상 우심실 이상운동증(dyskinesia) 다) extensive ileofemoral thrombosis ※ 위 Criteria 중 1가지만 해당되어도 투여가능 2) 투여시기, 기간 및 용량 가) 투여시기: 증상발현 후 2주 이내 나) 기간 및 용량: 허가사항대로 100mg을 2시간에 걸쳐 정맥주입 나. 급성 혈전성 관상동맥폐색증의 경우 발작 후 6시간 이내에 투여한 경우에 한하여 1치료기간 중 최대 100mg 범위에서 요양급여를 인정함. 다. 급성 허혈뇌졸중에 증상 발현 후 4.5시간 이내에 투여한 경우에 한하여 0.9mg/kg 범위에서 요양급여를 인정함.
	2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> 가. 말초혈관폐색증 나. 급성 뇌동맥혈전증의 혈전용해술 다. 두개강내 혈종의 용해목적으로 카테터를 통해 주입하는 경우 라. 폐렴주위 흉수(Parapneumonic pleural effusion)에 흉관삽관(Thoracotomy catheter)을 하였으나 중격(Septum)이 형성되어 흉수(Pleural fluid)가 잘 배액 되지 않는 경우 마. 중심혈관 카테터가 막혔을 경우 헤파린 주입(Flushing)을 반복 실시하여 효과가 없는 경우



제목	세부인정사항
	<p>바. 인공판막혈전증(Prosthetic valve thrombosis)의 정맥 내 혈전용해요법</p> <p>[고시 제2019-252호, 2019.12.1.시행]</p>
<p>Citicoline 경구제 (품명 : 소마지나정)</p>	<p>허가사항 범위 내에서(중등도 - 중증의 급성 허혈성 뇌졸중) 증상 발현 후 24 시간 이내에 복용을 시작한 경우 6주까지 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>[고시 제2013-127호, 2013.9.1.시행]</p>
<p>Citicoline 주사제 (품명 : 참시티콜린 주 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>- 아 래 -</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 뇌졸중편마비 환자의 상지기능 회복촉진. 다만, 발작 후 1년 이내에 재활 및 내복약물요법(뇌대사부활제, 뇌순환개선제 등의 투여)을 실시하는 경우에 있어 하지의 마비가 비교적 약한 경우 <p>[고시 제2013-127호, 2013.9.1.시행]</p>
<p>Nicergoline 5mg, 10mg 경구제 (품명 : 사미온정 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>- 아 래 -</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 뇌경색후유증 <p>[고시 제2015-239호, 2016.1.1.시행]</p>
<p>Sodium ozagrel 주사제 (품명 : 키산본에스 주)</p>	<p>허가사항 범위 중 '뇌혈전증(급성기)에 수반하는 운동장애의 개선'에 급성기 치료로서 1주일만 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>[고시 제2018-253호, 2018.12.1.시행]</p>
<p>Urokinase 주사제 (품명 : 녹십자유료 키나제주 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>- 아 래 -</p>

제목	세부인정사항
	<p>가. 뇌경색증, 뇌혈전증 또는 심근경색증 등의 치료 시 300만 단위이내에서 인정하고, 재발되어 재투여 시는 환자상태에 따라 300만 단위를 초과하여 투여하더라도 인정하며, 이 경우 재발을 입증할 수 있는 객관적 자료를 첨부하여야 함.</p> <p>1) 정맥내 혈전용해술의 적응증이 되지 않는 6시간 이내에 발생한 뇌경색증·뇌혈전증 환자 또는 최근수술 등으로 정맥내 혈전용해술이 금기인 뇌경색증·뇌혈전증 환자에게 60만 단위 범위 내에서 동맥내 혈전용해술을 인정함</p> <p>2) 환자상태에 따라 60만 단위를 초과하여 투여가 필요한 경우에는 사례별로 인정함(투여소견서 첨부)</p> <p>나. 말초혈관폐색증 또는 폐동맥색전증 치료 시 300만 단위를 초과하여 투여할 경우에는 투여소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>2. 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 아래와 같은 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 뇌실질내 혈종의 용해목적으로 뇌실의 카테터(Ventricular catheter)를 통해 주입하는 경우</p> <p>나. 폐렴주위 흉수(Parapneumonic pleural effusion)에 흉관삽관(Thoracotomy catheter)을 하였으나 중격(Septum)이 형성되어 흉수(Pleural fluid)가 잘 배액 되지 않을 때 섬유소막을 분해하기 위해 흉강으로 투여한 경우</p> <p>다. 중심 혈관 카테터가 막혔을 경우 헤파린 주입(Flushing)을 반복 실시하여 효과가 없는 경우에 한하여 1일 최대 30,000 IU이내에서 인정함.</p> <p>라. 인공판막사용 환자의 인공판막혈전증(Prosthetic valve thrombosis)에 정맥 내 혈전용해요법</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-38호, 2019.3.1.시행]</p>



▶▶ 332 지혈제

[약제 고시]

제목	세부인정사항
Gelatin sponge 외용제 (품명 : 큐탄플라스 트스폰지 등)	1. 수술 시 결찰 등의 지혈방법이 효과적이지 않을 때 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. 2. 허가사항 범위(효능·효과, 용법·용량)를 초과하여 색전시 사용하는 경우에도 요양급여를 인정함. <div style="text-align: right;">[고시 제2013-151호, 2013.10.1.시행]</div>
Idarucizumab 주사제 (품명 : 프락스바인 드주사제)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <div style="text-align: center;">- 아 래 -</div> 가. 투여대상 <ul style="list-style-type: none"> ○ 프라다사캡슐(다비가트란에텍실레이트메실산염) 투여 환자에서 다음과 같이 항응고효과의 긴급 역전이 필요한 경우 <div style="text-align: center;">- 다 음 -</div> 1) 8시간 이상 지연할 수 없는 응급 수술/긴급 처치 시 2) 생명을 위협하거나 조절되지 않는 출혈※ 발생 시 ※ 치명적 출혈, 증상이 있는 두개강 내 출혈, 5g/dL 이상의 헤모글로빈 감소 또는 4 단 위 이상의 혈액 또는 농축 적혈구 수혈을 요하는 출혈, 승압제 투약이 필요할 정도의 저혈압을 초래하는 출혈, 수술이 필요한 출혈 나. 투여횟수: 1회(5g) <div style="text-align: right;">[고시 제2019-21호, 2019.2.1.시행]</div>
Oxidized regenerated cellulose (품명 : 에큐탐프 등)	수술 시 결찰 등의 지혈방법이 효과적이지 않을 때, 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. <div style="text-align: right;">[고시 제2013-127호, 2013.9.1.시행]</div>

▶▶ 333 혈액응고저지제

[약제 고시]

제목	세부인정사항
<p>Dabigatran 경구제 (품명 : 프라닥사캡 슐110밀리그램 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 비판막성 심방세동 환자에서 뇌졸중 및 전신 색전증의 위험 감소</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 비판막성 심방세동 환자 중 다음의 고위험군에 투여시 인정 <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 뇌졸중, 일과성허혈발작, 혈전색전증의 과거력이 있거나 75세 이상 환자 또는 2) 6가지 위험인자(심부전, 고혈압, 당뇨, 혈관성질환, 65-74세, 여성) 중 2가지 이상의 조건을 가지고 있는 환자 <p>나. 심재성 정맥혈전증, 폐색전증의 치료 및 재발위험 감소</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 투여기간 심재성 정맥혈전증 및 폐색전증 치료(초기치료 이후 유지)와 재발 위험 감소: 6개월 이내 단, 특발성, 원인불명인 경우의 재발, 위험인자가 교정되지 않는 경우는 지속투여를 인정함. <p style="text-align: center;">※ 허가사항 중 용법·용량을 참조하여 최소 5일간의 비경구 항응고제 사용 후 투여해야 함.</p> <p>2. 허가사항 중 사용상 주의사항을 참조하여 임상적으로 유의한 출혈환자, 중증 신장애 환자(CrCl<30ml/min) 등에는 투여하지 말아야 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-21호, 2019.2.1.시행]</p>
<p>Dalteparin sodium 주사제 (품명 : 프라그민주 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 뇌졸중 증상 발현 후 2~3일 이내의 급성기 또는 진행성 뇌경색증에 투여</p>



제목	세부인정사항
	<p>시, 투여용량과 기간은 1일 1바이알(2500 IU)을 2회씩 10일로 함.</p> <p>나. 가임기 여성 및 임산부 중 다음과 같은 기준으로 투여한 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 투여대상 가) 항인지질항체증후군 나) 선천성 안티트롬빈 결핍 다) 임신전 2회 이상 정맥혈전색전증을 경험</p> <p>2) 투여방법 - 단독 또는 아스피린 경구제 100mg와 병용 투여함.</p> <p>3) 투여기간 - 임신 기간(또는 보조생식술 시행일)로부터 분만후 6주 까지</p> <p>3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여시에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상 - 선천성 안티트롬빈 결핍을 제외한 선천성 혈전성향증으로 인하여, 3회 이상 반복하여 유산 또는 착상실패를 경험</p> <p>나. 투여방법 - 단독 또는 아스피린 경구제 100mg와 병용 투여함.</p> <p>다. 투여기간 - 배란일(또는 보조생식술 시행일)로부터 임신확인일까지</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-97호, 2018.6.1.시행]</p>
<p>Nadroparin 주사제 (품명 : 후락시파린 주 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 뇌졸중 증상 발현후 2-3일 이내의 급성기 또는 진행성 뇌경색증에 투여시 요양급여를 인정하며, 투여용량과 기간은 1일 1바이알(5700 IU)을 2회씩 10일로 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2013-127호, 2013.9.1.시행]</p>

제목	세부인정사항
Rivaroxaban 경구제 (품명 : 자렐토정 2.5밀리그램 등)	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 슬관절 또는 고관절 전치환술을 받은 환자의 정맥 혈전색전증 예방</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 슬관절 또는 고관절 전치환술을 받은 환자중에서 고위험군※에 1가지 이상 해당되는 경우 <p>※ 고위험군의 기준비만(BMI≥30kg/m²), 에스트로겐 치료, 하지정맥류, 고령(60세 이상), 장기간의 부동(1주일 이상의 침상안정이 필요한 경우), 울혈성심부전, 호흡부전, 악성종양, 중심 정맥 카테터 삽입, 항암화학요법, 중증감염증, 정맥혈전색전증의 과거력</p> <p>나. 비판막성 심방세동 환자에서 뇌졸중 및 전신 색전증의 위험 감소</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 비판막성 심방세동 환자 중 다음의 고위험군에 투여시 인정 <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 뇌졸중, 일과성허혈발작, 혈전색전증의 과거력이 있거나 75세 이상 환자 또는 2) 6가지 위험인자(심부전, 고혈압, 당뇨, 혈관성질환, 65-74세, 여성) 중 2가지 이상의 조건을 가지고 있는 환자 <p>다. 심재성 정맥혈전증, 폐색전증의 치료 및 재발위험감소</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 투여기간 <ol style="list-style-type: none"> 1) 급성 심재성 정맥혈전증 및 폐색전증 치료 초기:3주 이내 2) 심재성 정맥혈전증 및 폐색전증 치료(초기치료 이후 유지)와 재발 위험 감소: 6개월 이내 <p>단, 특발성, 원인불명인 경우의 재발, 위험인자가 교정되지 않는 경우는 지속투여를 인정함.</p> <p>※ 허가사항 중 사용상 주의사항을 참조하여 임상적으로 유의한 출혈 환자, 임상적 연관성이 있는 출혈 위험을 유발할 수 있는 혈액응고장애와 관련된 간질환 환자 등에는 투여하지 말아야 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2019-21호, 2019.2.1.시행]</p>



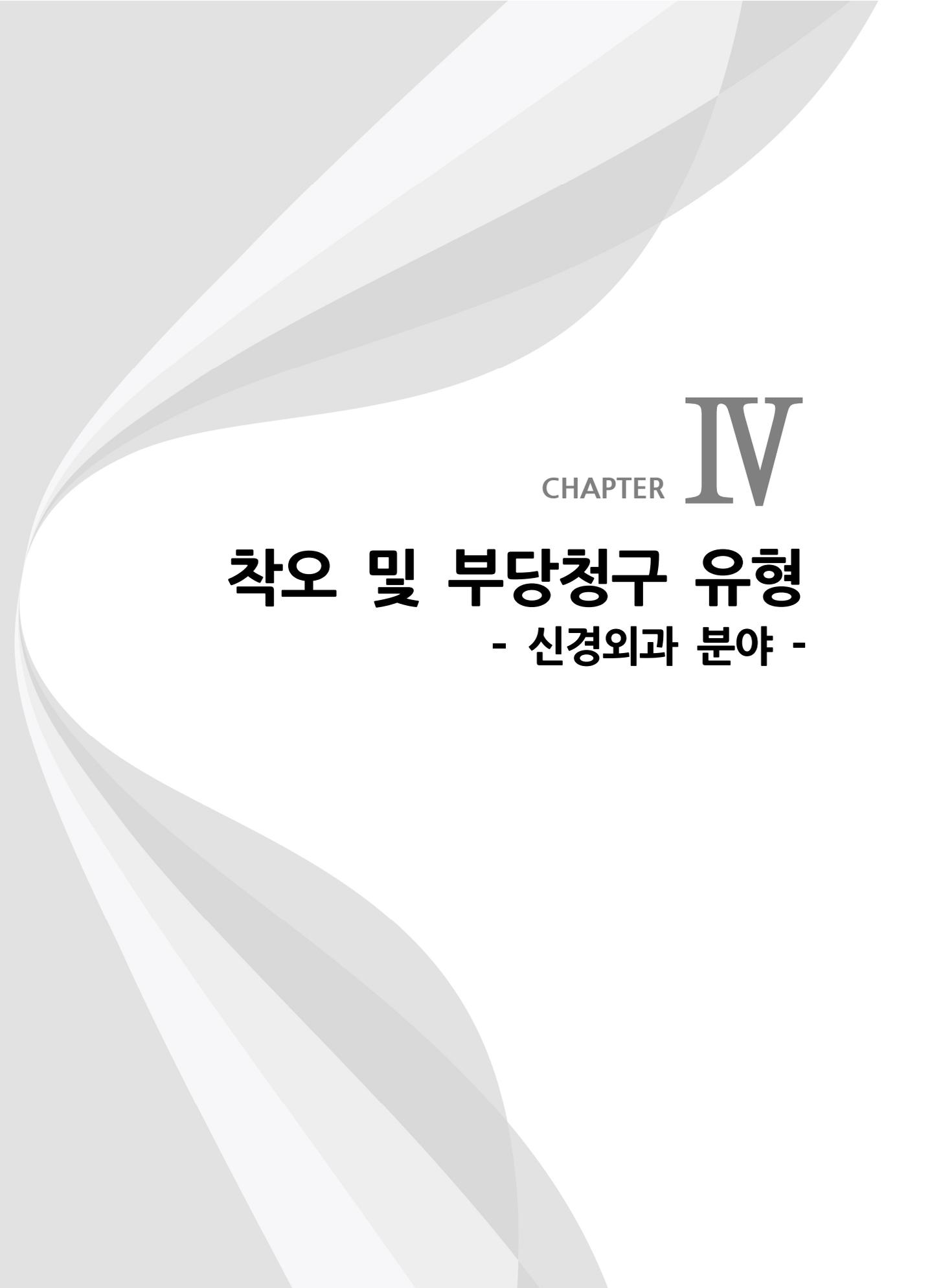
▶▶ 811 아편알카로이드계 제제

[약제 고시]

제목	세부인정사항
Paracetamol 250mg, Ibuprofen 200mg, Codeine phosphate 10mg 복합 제제 (품명 : 마이폴캡슐 등)	<ol style="list-style-type: none"> 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 하며, 1회 처방 시 4주, 1일당 최대 6캡셀 범위 내에서 인정함(4주 이상 연속 투여 시 불인정). 허가사항 범위 내에서 6캡셀을 초과하여 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <p style="text-align: right;">[고시 제2018-253호, 2018.12.1.시행]</p>

▶▶ 일반원칙

제목	세부인정사항
경구용 서방형제제 (정제, 캡슐제, 과립제) 분할 처방·투여 기준	<ol style="list-style-type: none"> 모든 경구용 서방형 제제는 원칙적으로 분쇄(crush)해서는 안됨. 경구용 서방형 제제 중 정제 및 캡슐제의 분할(split) 투여는 아래의 경우에만 인정함. <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <ul style="list-style-type: none"> 허가사항에 분할투여가 명시되어 있는 경우 <p style="text-align: right;">[고시 제2020-69호, 2020.4.1. 시행]</p>



CHAPTER **IV**

착오 및 부당청구 유형
- 신경외과 분야 -



유형1 위탁 검사에서 제외되는 검사료 부당징수

[사례] 위탁검사료를 임의로 전액 본인부담으로 징수

◆ 현지조사 확인내역

- J병원은 ‘상세불명의 뇌경색증(I639)’, ‘뇌경색증의 후유증(I693)’ 등의 상병으로 입원한 수진자 ○○○에 대하여, 위탁 검사인 직접빌리루빈정량(C3721), HDL콜레스테롤(C2420) 등의 임상검사 후 이를 요양급여비용으로 청구하지 않고 법정본인부담금 외에 별도로 위탁 검사관리료 및 위탁검사료를 수진자로부터 전액 징수하였으며, 위탁대상에서 제외되는 검체 검사인 활성화부분트롬보플라스틴시간(B1530), 프로트롬빈시간(B1540)도 위탁검사를 하고 수진자로부터 검사료 전액을 별도로 징수함

◆ 관련근거

- <「국민건강보험법」 제41조(요양급여) 및 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 및 [별표2] ‘요양급여비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액’>에 따라 요양급여의 비용 중 본인이 부담할 비용의 부담액을 징수하고, 요양급여사항 또는 비급여사항 외의 다른 명목으로 비용을 청구해서는 아니 됨
<건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제2장 검사료[산정지침](4)>
인체에서 채취한 가검물에 대한 검사는 “(부록)검체 검사 위탁에 관한 기준”에서 정한 수탁 기관으로 위탁하는 경우 제2장 제1절 및 제2절 분류항목 소정점수(가감율 적용 포함)에 수탁기관의 점수당 단가를 곱하여 계산한 금액의 10%를 “위탁검사관리료”로 산정함
<건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 부록 검체검사 위탁에 관한 기준 제2조 제2항>
검체 채취에서 검사까지 장시간이 소요될 경우 검사 결과가 부정확해질 수 있는 검사항목은 위탁 대상에서 제외한다

유형2 실제 시행하지 않은 신경차단술 거짓청구

[사례] 실제 시행하지 않은 신경차단술에 대한 요양급여비용을 청구

◆ 현지조사 확인내역

- A의원은 '신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애(M511)'등의 상병으로 내원한 수진자 ○○○에게 실제로 시행하지 않은 신경차단술을 진료기록부에 거짓 기재하고 요양급여비용으로 청구함

◆ 관련근거

- <「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) 「의료법」 제22조(진료기록부 등) 제1항> 등에 의거 요양급여비용의 청구는 요양기관에 내원한 수진자에 대하여 실제 진료한 내역을 기록한 진료기록부 등에 의하여 정확히 청구하여야 함

유형3 실제 시행하지 않은 이학요법료 거짓청구

[사례] 실제 시행하지 않은 기본 물리치료료를 청구

◆ 현지조사 확인내역

- F의원은 '좌골신경통을 동반한 요통, 요추추부(M5447)' 상병으로 내원한 수진자 ○○○에게 수기(手技)치료-도수치료만 실시하였으나, 실제 시행하지 않은 표층열치료(심층열동시)(MM015)와 경피적전기신경자극치료[TENS](MM070)를 시행한 것으로 진료기록부에 기록하고 요양급여비용을 청구함
- K의원은 '아래허리통증, 요추부(M5456)' 상병으로 내원한 수진자 ○○○에게 물리치료를 시행하지 않았으나, 간헐적견인치료-골반견인(보험코드 MM052)을 시행한 것으로 해당 요양급여비용을 청구함

◆ 관련근거

- <「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) 「의료법」 제22조(진료기록부 등) 제1항> 등에 의거 요양급여비용의 청구는 요양기관에 내원한 수진자에 대하여 실제 진



료한 내역을 기록한 진료기록부 등에 의하여 정확히 청구하여야 함
 〈건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 행위 급여목록·상
 대가치점수 및 산정지침 제7장 이학요법료 제1절 기본물리치료료 주:1〉
 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는
 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 의사의 처방에 따라 상근하는 물리치료사가 실시하고
 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정함

유형4 근막동통유발점 주사자극치료의 산정기준 위반청구

[사례] 근막동통유발점 주사자극치료의 인정기준 미충족

◆ 현지조사 확인내역

- F의원은 '상세불명의 척추증, 요추부(M4796)' 등의 상병으로 내원한 수진자 ○○○에게 국 소마취제와 생리식염수를 혼합하여 주사 후 스트레치운동을 실시하지 아니하고 근막동통유발점 주사자극치료[1일당](MM131)를 요양급여비용으로 청구함

◆ 관련근거

- 〈건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 행위 급여목록·상
 대가치점수 및 산정지침 제 7장 이학요법료 제3절 주:4.〉
 근막동통유발점주사자극치료는 재활의학과 전문의 또는 동통재활분야 교육을 이수한 의사가
 직접 실시한 경우에 산정함
 〈건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 행위 급여목록·상
 대가치점수 및 산정지침 제 7장 이학요법료 제3절 사-127 근막동통유발점 주사자극치료 주:〉
 근막동통유발점 주사자극치료는 근막내 동통유발점에 생리식염수나 국소마취제 등을 주사 후
 스트레치운동을 실시한 경우 산정함

유형5

단순재활치료료 및 전문재활치료료 산정기준 위반청구

[사례] 재활저출력레이저치료 및 중추신경계발달재활치료료 부당청구

◆ 현지조사 확인내역

- 전문재활치료료 중추신경계발달재활치료(보험코드 MM105)는 중추신경계 장애로 인한 발달 지연 및 근육마비와 경직의 치료를 목적으로 보이타 또는 보바스요법 등의 교육과정을 120시간 이상 이수한 재활의학과 전문의나 물리치료사가 실시한 경우에 산정 가능하나, C병원의 경우에는 보이타 또는 보바스요법 등의 교육과정을 이수하지 아니한 물리치료사가 중추신경계발달재활치료(보험코드 MM105)를 실시하고 요양급여비용을 부당 청구함.
- 전문재활치료료 중추신경계발달재활치료(보험코드 MM105)는 중추신경계 장애로 인한 발달 지연 및 근육마비와 경직의 치료를 목적으로 보이타 또는 보바스요법 등의 교육과정을 120시간 이상 이수한 재활의학과 전문의나 물리치료사가 실시한 경우에 산정 가능하나, B병원은 '지주막하출혈의 후유증, 기타 마비성 증상(I69007)' 상병으로 입원한 수진자 ○○○의 경우 재활의학과 전문의가 근무하지 않은 기간에 중추신경계발달재활치료(보험코드 MM105)를 시행하고 동 비용을 부당 청구함

◆ 관련근거

- <건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제7장 이학요법료 산정기준 제2절 및 제3절 주1>

[제2절] 단순재활치료료

- 주1. 재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과, 외과, 흉부외과 또는 마취통증의학과 전문의가 상근하여야 하며, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정함.

[제3절] 전문재활치료료

- 주1. 재활의학과 전문의가 상근하고, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사(작업치료, 일상생활동작 훈련치료, 재활사회사업, 연하장애 재활치료, 연하재활 기능적전기자극치료에 한하고, 사회복지사는 재활사회 사업에 한함)가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정함.

(사-122) 중추신경계발달재활치료

- 주 : 중추신경계 장애로 인한 발달지연 및 근육마비와 경직의 치료를 목적으로 보이타 또는 보바스요법 등의 교육과정을 120시간 이상 이수한 재활의학과 전문의나 물리치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 30분 이상 실시한 경우에 산정함.



유형6

별도 산정할 수 없는 치료재료대 부당징수

[사례] 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없는 치료재료료를 본인부담금으로 징수

◆ 현지조사 확인내역

- M의원은 경막외신경차단술(LA222) 등을 실시하고 신경차단술 행위료에 포함된 치료재료 (Epidural needle)의 일부 비용을 별도 수진자에게 본인부담금으로 징수함

◆ 관련근거

- 〈「국민건강보험법」 제41조(요양급여) 및 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 및 [별표2] ‘요양급여비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액’〉에 따라 요양급여의 비용 중 본인이 부담할 비용의 부담액은 징수하고, 요양급여사항 또는 비급여사항 외의 다른 명목으로 비용을 청구해서는 아니 됨



CHAPTER V

다빈도 문의사례
- 신경외과 분야 -



1

검사로

Q1 외래 진료 시 물리치료와 국소주사 등을 동시에 실시한 경우에는 어떻게 청구해야 하나요?

보건복지부 고시 제2011-10호(2011.2.1.시행)「물리치료와 국소주사 등을 동시 시행시 인정기준」에 따라 아래와 같이 요양급여 하고 있사오니 참고하시기 바랍니다.

- 아 래 -

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

Q2 척추에 시행한 MRI 급여기준에 대해서 궁금합니다.

「자기공명영상진단(MRI) 급여기준」(고시 제2019-229호(행위), 2019.11.1. 시행)에 따라 급여기준은 다음과 같으며, 동 기준을 초과하여 실시하는 경우에는 비급여대상으로 정하고 있사오니 참고하시기 바랍니다.

- 다 음 -

가. 적응증

1) 암

가) 원발성 암(부위별)

- 연조직 육종 및 골 육종, 척추(척수)를 침범한 경우

나) 전이성 암(원발종양에 관계없이 전이 혹은 침범된 부위별)

- 척추(척수), 연조직 및 골

다) 타 진단방법 이후 2차적으로 시행한 경우

2) 척수손상 및 척수질환

가) 척수손상

나) 척수종양(척추강내종양)

다) 혈관성 척수병증 (척수경색, 척추동정맥기형, 척수내 정맥염 등)

라) 척수에 발생한 탈수초성 질환(급성 횡단성 척수염 등)

- 마) 척수의 염증성 질환 (척수염, 척수내농양 및 육아종, 기생충 등)
- 바) 척수기형 (척수공동증, 구공동증 등)

3) 척추질환

- 가) 염증성 척추병증
- 나) 척추 골절
- 다) 강직성 척추염

4) 관절질환

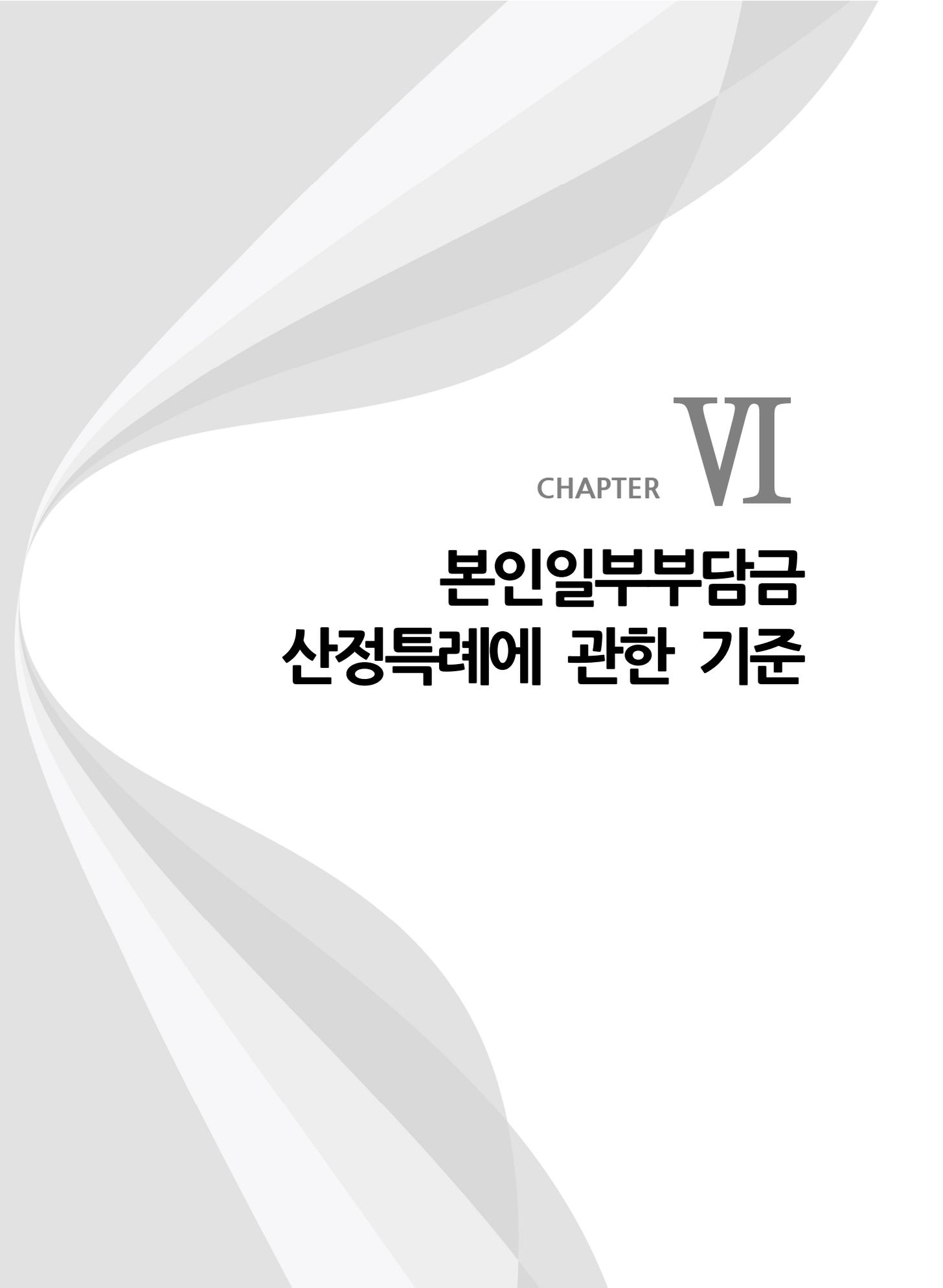
- 가) 외상으로 인한 급성 혈관절증
- 나) 골수염
- 다) 화농성 관절염
- 라) 관절 손상 및 인대 손상(탈구 포함)
 - (1) 무릎부위(반달연골, 무릎안의 유리체 등)만 해당되며, 타 부위는 해당되지 않음
 - (2) (1)의 경우, 급성만 해당되며, 퇴행성 등 만성은 해당되지 않음

나. 인정횟수

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

- 아 래 -

- 가) 수술후(중재적시술 포함): 1개월 경과 후 1회 인정하되, 위 가.의 3), 4)는 제외함.
 다만, 척수농양, 혈관성 척수병증, 척수기형 등을 수술 또는 시술 후 잔여 병변을 확인하기 위해 48시간 이내 촬영한 경우 인정함.
 - 나) 방사선치료 후: 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 종양의 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.



CHAPTER VI

**본인일부부담금
산정특례에 관한 기준**



본인일부부담금 산정특례에 관한 기준

보건복지부 고시 제2020-111호, 2020.6.1. 시행

제1조(외래진료시 산정특례 대상) 국민건강보험법시행령(이하 "영"이라 한다) 제19조 제1항 [별표2] 제1호 가목에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국회귀·필수의약품센터인 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 한국회귀·필수의약품센터인 요양기관에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 포함)시 요양급여비용총액의 100분의 5에 해당하는 금액을 부담하는 대상은 별표3과 같다.

제5조(희귀질환 및 중증난치질환자 산정특례 대상) 국민건강보험법시행령 제19조제1항 별표2 제3호 나목2)에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국회귀·필수의약품센터인 요양기관에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료를 포함)시 요양급여비용총액의 100분의 10 또는 영 별표2 제2호 가목의 산식에 따라 계산한 금액의 100분의 10에 해당하는 금액을 부담하는 희귀질환 대상은 별표4와 같고 중증난치질환은 별표4의2와 같다.

제5조의2(결핵질환자 산정특례 대상) 국민건강보험법시행령 제19조제1항 별표2 제3호 가목3)에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국회귀·필수의약품센터인 요양기관에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 포함)시 본인부담의 제외 대상은 별표5와 같다.

제5조의3(중증난치질환의 정의) 중증난치질환이란 치료법은 있으나 완치가 어렵고 지속적인 치료가 필요하며 치료를 중단하는 경우 사망 또는 심각한 장애를 초래하는 수준의 증상을 보이며 진단 및

치료에 드는 사회·경제적 부담이 상당한 수준을 보이는 질환으로 별표4의2에 해당 하는 질환을 말한다.

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 별지 제1호 서식의 건강보험(암) 산정특례 등록신청서, 별지 제2호 서식의 건강보험(희귀, 중증난치, 중증치매) 산정특례 등록신청서, 별지 제3호 서식의 건강보험(결핵, 중증화상) 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단(이하 "공단"이라 한다) 또는 요양기관에 제출하여야 한다. 이 때 등록 신청일은 별지 제1호 서식의 건강보험(암) 산정특례 등록신청서, 별지 제2호 서식의 건강보험(희귀, 중증난치, 중증치매) 산정특례 등록신청서, 별지 제3호 서식의 건강보험(결핵, 중증화상) 산정특례 등록신청서를 공단에 제출된 때로 한다.

② 제5조의 산정특례 대상자 중 극희귀질환자, 상세불명 희귀질환자 및 기타염색체이상질환자는 공단 이사장이 사전에 승인한 요양기관을 통하여 공단에 제1항의 신청을 하여야 한다. 다만, 상세불명 희귀질환자 및 기타염색체이상질환자는 질병관리본부 희귀질환 전문 위원회로부터 상세불명희귀질환 및 기타염색체이상질환군의 질환임을 판정받은 후에 신청하여야 한다.

③ 산정특례는 진단확진일로부터 30일 이내 신청 시 확진일로부터 소급하여 적용하고, 30일 이후에 신청 시 신청일부터 적용한다. 다만, 상세불명희귀질환 및 기타염색체이상질환군의 산정특례는 질병관리본부 희귀질환 전문위원회에서 상세불명희귀질환 및 기타염색체이상질환임을 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 제1호 서식의 건강보험(암) 산정특례 등록신청서, 별지 제2호 서식의 건강보험(희귀, 중증난치, 중증치매) 산정특례 등록신청서, 별지 제3호 서식의 건강보험(결핵, 중증화상) 산정특례 등록신청서에 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 별지 제3호 서식의 건강보험(결핵, 중증화상) 산정특례 등록신청서를 공



단 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(극희귀질환자, 상세불명 희귀질환자 및 기타염색체이상질환자 등록 신청 요양기관의 승인 및 자료의 제출 등) ① 공단 이사장은 제7조 제2항의 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 제7조 제2항 단서에 따른 상세불명 희귀질환자 및 기타염색체이상질환자의 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 제1호 서식의 건강보험(암) 산정특례 등록신청서에 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 제2호 서식의 건강보험(희귀, 중증난치, 중증치매) 산정특례 등록신청서에 따라 등록된 희귀질환자 및 중증난치질환자가 특례기간 종료시점에 등록된 희귀질환자 및 중증난치질환자의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료 중인 경우
3. 별지 제2호 서식의 건강보험(희귀, 중증난치, 중증치매) 산정특례 등록신청서에 따라 등록된 상세불명희귀질환자 및 기타염색체이상질환자가 특례기간 종료시점에 질병관리본부 희귀질환 전문위원회로부터 임상 경과 검토 결과 재등록 대상자로 판정받은 경우

② 재등록에 관하여는 제7조를 준용한다.

제9조(본인부담경감 대상 희귀질환자, 중증난치질환자 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 희귀질환자 및 별표 4의2의 중증난치질환자 산정특례 대상. 다만, 별표 4의2의 구분 제4호의 정신질환과 구분 제6호 및 제7호의 치매상병으로 요양급여를 받은 자는 제외한다.

3. 제5조의2에 해당하는 자

제10조(치매질환 산정특례 적용 등) ① 요양기관(건강보험법 제42조제1항제2호의 약국은 제외한다)은 별표 4의2의 구분 제7호에 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 접수 된 경우 신청 내역을 확인하고 이상이 없는 경우 즉시 승인하여야 한다.

③ 건강보험법 제42조제1항제2호의 약국은 제1항에 따라 산정특례를 적용하는 경우에는 별표 4의2의 구분 제7호에 따라 발급된 처방전인지 여부를 확인하여야 한다.

제11조(산정특례위원회) ① 산정특례 질환의 등록 및 적용기준 관리, 산정특례 확대 요구질환 검토 등 산정특례 제도 운영에 필요한 사항을 심의·의결하기 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 공단 이사장이 위촉한다.

1. 보건복지부장관이 지명하는 자 2명
2. 질병관리본부장이 지명하는 자 1명
3. 공단 이사장이 지정하는 직위에 해당하는 직원 2명
4. 건강보험심사평가원장이 그 소속 직원 중에서 추천하는 제3호의 직위에 상응하는 직원 2명
5. 환자단체가 추천하는 사람 2명
6. 다음 각 목의 사람 중에서 대표성이 인정되는 전문가 6명

가. 희귀질환, 중증난치질환, 암, 뇌혈관·심장질환 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 2021년 12월 31까지로 한다. 다만, 제6조 [별표6] 제2호의 경우 재검토기한은 2020년 12월 31일까지로 한다.

부 칙

이 고시는 2020년 6월 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·희귀질환자·중증난치질환자·중증화상환자·결핵환자를 제외한 환자가 가정간호를 받은 경우(등록 암환자·희귀질환자·중증난치질환자·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	별표 4에 의거 등록 희귀질환자가 등록일로부터 5년간 고시에서 정한 해당 상병으로 가정간호를 받은 경우, 단 상세불명 희귀질환은 등록일로부터 1년	V231
4	별표 4의2에 의거 등록 중증난치질환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병으로 가정간호를 받은 경우	V293
5	등록 중증화상환자가 등록일로부터 1년간 고시에서 정한 해당 상병으로 가정간호를 받는 경우	V251
6	별표 5에 의거 등록된 결핵환자가 특례기간 동안 결핵질환으로 가정간호를 받는 경우	V274
7	별표 4의2의 구분 제6호에 의거 등록된 치매질환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병으로 가정간호를 받은 경우	V801
	별표 4의2의 구분 제7호에 의거 등록된 치매질환자가 제10조제1항에 의거 해당상병으로 가정간호를 받은 경우	V811

[별표3] 중증질환자 산정특례 대상

- 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의료장비사용 포함)시 요양급여비용 총액의 100분의 5 본인일부부담

구분	대 상	특정기호
1	[별지 제1호] 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 제3호] 서식에 따라 등록된 중증화상환자가 등록일로부터 1년간 [별첨 3]에 해당하는 상병의 진료를 받는 경우	V247
	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	V248
	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)	
* 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」제30조의2에 따른 권역외상센터에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일	V273



[별표4] 희귀질환자 산정특례 대상

- 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의료장비사용 포함)시 요양급여비용총액의 100분의 10을 본인일부부담(별지 제2호 서식에 따라 등록)한 환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병으로 진료를 받은 경우. 단, 상세불명희귀질환은 등록일로부터 1년간 해당 임상 소견으로 진료를 받은 경우로 함.

구분	상병명	상병코드	특정기호
1	혈우병 환자가 항응고인자·동결침전제 등의 약제 및 기타 혈우병 치료를 받은 당일 외래진료 또는 해당 치료 관련 입원 진료		
	유전성 제8인자결핍	D66	V009
	제8인자결핍(기능적 결함을 동반)	D66	V009
	혈우병 NOS	D66	V009
	A형혈우병	D66	V009
	고전적 혈우병	D66	V009
	유전성 제9인자결핍	D67	V009
	크리스마스병	D67	V009
	제9인자결핍(기능적 결함을 동반)	D67	V009
	혈장트롬보플라스틴성분결핍	D67	V009
	B형혈우병	D67	V009
	폰빌레브란트병	D68.0	V009
	혈관혈우병(Angiohaemophilia)	D68.0	V009
	혈관결손이 있는 제8인자결핍	D68.0	V009
	혈관혈우병(Vascular haemophilia)	D68.0	V009
	유전성 제11인자결핍	D68.1	V009
	C형혈우병	D68.1	V009
	혈장트롬보플라스틴전구물질결핍	D68.1	V009
	기타 응고인자의 유전성 결핍	D68.2	V009
	선천성 무피브리노젠혈증	D68.2	V009
	AC글로불린결핍	D68.2	V009
	프로악셀레린결핍	D68.2	V009
	제1인자[피브리노젠]의 결핍	D68.2	V009
	제2인자[프로트롬빈]의 결핍	D68.2	V009
	제5인자[불안정]의 결핍	D68.2	V009
	제7인자[안정]의 결핍	D68.2	V009
	제10인자[스튜어트-프라워]의 결핍	D68.2	V009
제12인자[하게만]의 결핍	D68.2	V009	

구분	상병명	상병코드	특정기호
	제13인자[피브린안정화]의 결핍	D68.2	V009
	이상피브리노겐혈증(선천성)	D68.2	V009
	저프로콘버틴혈증	D68.2	V009
	오우렌병	D68.2	V009
2	아래의 상병을 갖고 있는 환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		
	크로이츠펠트-야콥병	A81.0	V102
	아급성 해면모양뇌병증	A81.0	V102
	포도당-6-인산탈수소효소결핍에 의한 빈혈	D55.0	V163
	잠두중독	D55.0	V163
	G6PD결핍빈혈	D55.0	V163
	해당효소의 장애에 의한 빈혈	D55.2	V164
	용혈성 비구상적혈구성 (유전성) II형 빈혈	D55.2	V164
	헥소카이네이스결핍빈혈	D55.2	V164
	피루브산염카이네이스결핍빈혈	D55.2	V164
	삼탄당인산염이성화효소결핍빈혈	D55.2	V164
	알파지중해빈혈	D56.0	V232
	베타지중해빈혈	D56.1	V232
	쿠울리빈혈	D56.1	V232
	중증 베타지중해빈혈	D56.1	V232
	중간형 지중해빈혈	D56.1	V232
	중증 지중해빈혈	D56.1	V232
	델타-베타지중해빈혈	D56.2	V232
	지중해빈혈 소질	D56.3	V232
	태아헤모글로빈의 유전적 존속	D56.4	V232
	비정형 용혈-요독증후군	D59.3	V219
	발작성 야간헤모글로빈뇨	D59.5	V187
	만성 후천성 순수적혈구무형성	D60.0	V023
	원발성 무형성(순수)적혈구	D61.0	V023
	가족성 저형성빈혈	D61.0	V023
	판코니빈혈	D61.0	V023
	블랙판-다이아몬드증후군	D61.0	V023
	영아 무형성(순수)적혈구	D61.0	V023
	기형을 동반한 범혈구감소증	D61.0	V023



구분	상병명	상병코드	특정기호
	체질성 무형성빈혈	D61.0	V023
	선천성 무형성(순수)적혈구	D61.0	V023
	특발성 무형성빈혈	D61.3	V023
	골수형성저하	D61.9	V023
	범골수황폐	D61.9	V023
	저형성빈혈 NOS	D61.9	V023
	선천성 적혈구조혈이상빈혈	D64.4	V220
	이상조혈성 빈혈(선천성)	D64.4	V220
	항인지질증후군	D68.6	V253
	정상적 혈소판결손	D69.1	V106
	베르나르-술리에[거대혈소판]증후군	D69.1	V106
	글란즈만병	D69.1	V106
	그레이혈소판증후군	D69.1	V106
	혈소판무력증(출혈성)(유전성)	D69.1	V106
	혈소판병증	D69.1	V106
	에반스증후군	D69.30	V188
	선천성 무과립구증	D70.8	V108
	선천성 호중구감소	D70.8	V108
	영아 유전성 무과립구증	D70.8	V108
	무과립구증	D70.8	V108
	무과립구성 안지나	D70.8	V108
	호중구감소 NOS	D70.8	V108
	주기성 호중구감소	D70.8	V108
	코스트만병	D70.8	V108
	순환성 호중구감소	D70.8	V108
	호중구감소성 비장비대	D70.8	V108
	베르너-슐츠병	D70.8	V108
	선천성 이상식작용증	D71	V109
	만성 (소아기) 육아종성 질환	D71	V109
	다형핵호중구의 기능장애	D71	V109
	진행성 패혈성 육아종증	D71	V109
	세포막수용체복합체[CR3]결손	D71	V109
	혈구탐식성 림프조직구증	D76.1	V110

구분	상병명	상병코드	특정기호
	가족성 혈구탐식세망증	D76.1	V110
	단핵탐식세포의 조직구증	D76.1	V110
	세망조직구종(거대세포)	D76.3	V110
	심한 림프선병증을 동반한 동조직구증	D76.3	V110
	X-연관무감마글로불린혈증[브루톤](성장호르몬결핍을 동반)	D80.0	V111
	보통염색체열성 무감마글로불린혈증(스위스형)	D80.0	V111
	유전성 저감마글로불린혈증	D80.0	V111
	원발성 무감마글로불린혈증	D80.0	V111
	공통가변성 무감마글로불린혈증	D80.1	V111
	저감마글로불린혈증 NOS	D80.1	V111
	비가족성 저감마글로불린혈증	D80.1	V111
	면역글로불린을 지닌 B-림프구가 있는 무감마글로불린혈증	D80.1	V111
	면역글로불린A의 선택적 결핍	D80.2	V111
	면역글로불린G 서브클래스의 선택적 결핍	D80.3	V111
	면역글로불린M의 선택적 결핍	D80.4	V111
	면역글로불린M의 증가를 동반한 면역결핍	D80.5	V111
	거의 정상인 면역글로불린 또는 고면역글로불린혈증을 동반한 항체결핍	D80.6	V111
	항체결손이 현저한 기타 면역결핍	D80.8	V111
	카파경쇄결핍	D80.8	V111
	세망세포발생이상을 동반한 중증복합면역결핍	D81.0	V111
	T- 및 B-세포수가 감소된 중증복합면역결핍	D81.1	V111
	B-세포수가 정상이거나 감소된 중증복합면역결핍	D81.2	V111
	아데노신탈아미노효소결핍	D81.3	V111
	네젤로프증후군	D81.4	V111
	퓨린뉴클레오사이드인산화효소결핍	D81.5	V111
	주조직적합성복합체 I 형결핍	D81.6	V111
	노출림프구증후군	D81.6	V111
	주조직적합성복합체 II 형결핍	D81.7	V111
	바이오틴-의존카복실레이스결핍	D81.8	V111
	오멘증후군	D81.8	V111
	중증복합면역결핍장애 NOS	D81.9	V111
	혈소판감소 및 습진을 동반한 면역결핍	D82.0	V111
	비스코트-얼드리치증후군	D82.0	V111



구분	상병명	상병코드	특정기호
	디조지증후군	D82.1	V111
	홍선성 림프조직무형성	D82.1	V111
	면역결핍을 동반한 홍선무형성 또는 형성저하	D82.1	V111
	인두낭증후군	D82.1	V111
	짧은사지체구를 동반한 면역결핍	D82.2	V111
	엡스타인-바르바이러스에 대한 유전성 결손반응에 따른 면역결핍	D82.3	V111
	X-연관 림프증식성 질환	D82.3	V111
	고면역글로불린E증후군	D82.4	V111
	B-세포 수 및 기능의 현저한 이상에 의한 공통 가변성 면역결핍	D83.0	V111
	현저한 면역조절T-세포장애에 의한 공통 가변성 면역결핍	D83.1	V111
	B- 또는 T-세포에 대한 자가항체를 동반한 공통 가변성 면역결핍	D83.2	V111
	림프구기능항원-1결손	D84.0	V111
	C1에스터레이스억제인자결핍	D84.1	V111
	보체계통의 결손	D84.1	V111
	폐의 사르코이드증	D86.0	V111
	림프절의 사르코이드증	D86.1	V111
	림프절의 사르코이드증을 동반한 폐의 사르코이드증	D86.2	V111
	피부의 사르코이드증	D86.3	V111
	사르코이드관절병증(M14.8*)	D86.8	V111
	사르코이드심근염(I41.8*)	D86.8	V111
	사르코이드근염(M63.3*)	D86.8	V111
	포도막귀밑샘염	D86.8	V111
	사르코이드증에서의 홍채섬모체염(H22.1*)	D86.8	V111
	기타 및 복합부위의 사르코이드증	D86.8	V111
	사르코이드증에서의 다발성 뇌신경마비(G53.2*)	D86.8	V111
	한랭글로불린혈증성 혈관염	D89.1	V294
	말단비대증 및 뇌하수체거인증	E22.0	V112
	말단비대증과 관련된 관절병증 (M14.5*)	E22.0	V112
	성장호르몬의 과잉생산	E22.0	V112
	취한증후군	E23.0	V165
	콜만증후군	E23.0	V165
	뇌하수체 부신피질자극호르몬의 과다생산	E24.0	V114
	뇌하수체-의존 쿠싱병	E24.0	V114
	뇌하수체-의존 부신피질기능항진증	E24.0	V114

구분	상병명	상병코드	특정기호
	넬슨증후군	E24.1	V114
	이소성 부신피질자극호르몬증후군	E24.3	V114
	효소결핍과 관련된 선천성 부신생식기장애	E25.0	V115
	염류소실 선천성 부신증식증	E25.0	V115
	선천성 부신증식증	E25.0	V115
	21-수산화효소결핍	E25.0	V115
	부신생식기증후군 NOS	E25.9	V115
	바터증후군	E26.8	V254
	원발성 부신피질부전	E27.1	V116
	애디슨병	E27.1	V116
	자가면역성 부신염	E27.1	V116
	가족성 부신키코이드결핍	E27.1	V116
	애디슨발증	E27.2	V116
	부신피질발증	E27.2	V116
	부신발증	E27.2	V116
	부신출혈	E27.4	V116
	부신경색증	E27.4	V116
	저알도스테론증	E27.4	V116
	부신피질부전 NOS	E27.4	V116
	송과선 기능이상	E34.8	V166
	조로증	E34.8	V166
	활동성 구루병	E55.0	V207
	영아골연화증	E55.0	V207
	연소성 골연화증	E55.0	V207
	고전적 페닐케톤뇨증	E70.0	V117
	기타 고페닐알라닌혈증	E70.1	V117
	타이로신대사장애	E70.2	V117
	타이로신혈증	E70.2	V117
	타이로신증	E70.2	V117
	조직흑갈병	E70.2	V117
	알칼톤뇨증	E70.2	V117
	눈피부백색증	E70.3	V117
	눈백색증	E70.3	V117



구분	상병명	상병코드	특정기호
	교차증후군	E70.3	V117
	체디아크(-스타인브링크)-히가시증후군	E70.3	V117
	헤르만스키-푸들라크증후군	E70.3	V117
	바르덴브르그 증후군	E70.3	V117
	히스티딘대사장애	E70.8	V117
	트립토판대사장애	E70.8	V117
	단풍시럽뇨병	E71.0	V117
	프로피온산혈증	E71.1	V117
	메틸말론산혈증	E71.1	V117
	아이소발레린산혈증	E71.1	V117
	고발린혈증	E71.1	V117
	고류신-이소류신혈증	E71.1	V117
	지방산대사장애	E71.3	V117
	부신백질디스트로피[애디슨-철더]	E71.3	V117
	근육카르니틴팔미틸트랜스퍼레이스결핍	E71.3	V117
	장쇄수산화아실코에이탈수소효소결핍증(VLCAD)	E71.3	V117
	아미노산운반장애	E72.0	V117
	로베증후군	E72.0	V117
	시스틴증	E72.0	V117
	판코니(-드토니)(-드브레)증후군	E72.0	V117
	시스틴뇨증	E72.0	V117
	하르트넵병	E72.0	V117
	시스틴축적병(N29.8*)	E72.0	V117
	유황함유아미노산대사장애	E72.1	V117
	호모시스틴뇨	E72.1	V117
	아황산염산화효소결핍	E72.1	V117
	시스타타이오닌뇨증	E72.1	V117
	메타이오닌혈증	E72.1	V117
	고호모시스틴혈증	E72.1	V117
	요소회로대사장애	E72.2	V117
	아르지닌숙신산뇨	E72.2	V117
	시트룰린혈증	E72.2	V117
	아르지닌혈증	E72.2	V117

구분	상병명	상병코드	특정기호
	고암모니아혈증	E72.2	V117
	라이신 및 하이드록시라이신 대사장애	E72.3	V117
	하이드록시라이신혈증	E72.3	V117
	글루타르산뇨	E72.3	V117
	고라이신혈증	E72.3	V117
	오르니틴대사장애	E72.4	V117
	오르니틴혈증(Ⅰ, Ⅱ형)	E72.4	V117
	오르니틴트랜스카바미라제결핍	E72.4	V117
	글라이신대사장애	E72.5	V117
	사르코신혈증	E72.5	V117
	비케톤고글라이신혈증	E72.5	V117
	고하이드록시프롤린혈증	E72.5	V117
	고프롤린혈증(Ⅰ, Ⅱ형)	E72.5	V117
	감마글루타밀회로의 장애	E72.8	V117
	베타아미노산대사장애	E72.8	V117
	선천성 젓당분해효소결핍	E73.0	V117
	글리코젠축적병 1b형 A	E74.0	V117
	글리코젠합성효소결핍	E74.0	V117
	코리병	E74.0	V117
	타루이병	E74.0	V117
	폼페병	E74.0	V117
	맥아들병	E74.0	V117
	글리코젠축적병	E74.0	V117
	포르브스병	E74.0	V117
	폰기에르케병	E74.0	V117
	간인산화효소결핍	E74.0	V117
	허스병	E74.0	V117
	심장글리코젠증	E74.0	V117
	안데르센병	E74.0	V117
	갈락토스혈증	E74.2	V117
	갈락토스대사장애	E74.2	V117
	갈락토카이네이스결핍	E74.2	V117
	포스포에놀피루브산염카르복시카이네이스의 결핍	E74.4	V117



구분	상병명	상병코드	특정기호
	피루브산염대사 및 포도당신합성 장애	E74.4	V117
	탈수소효소피루브산염의 결핍	E74.4	V117
	카복실레이스피루브산염의 결핍	E74.4	V117
	옥살산뇨	E74.8	V117
	샌드호프병	E75.0	V117
	GM ₂ -강글리오시드증	E75.0	V117
	연소형 GM ₂ -강글리오시드증	E75.0	V117
	테이-삭스병	E75.0	V117
	GM ₂ -강글리오시드증 NOS	E75.0	V117
	성인형 GM ₂ -강글리오시드증	E75.0	V117
	강글리오시드증 NOS	E75.1	V117
	뮤코지질증 IV	E75.1	V117
	GM ₁ -강글리오시드증	E75.1	V117
	GM ₃ -강글리오시드증	E75.1	V117
	패프리(-앤더슨)병	E75.2	V117
	니만-픽병	E75.2	V117
	화버증후군	E75.2	V117
	크라베병	E75.2	V117
	설파테이스결핍	E75.2	V117
	이염성 백질디스트로피	E75.2	V117
	고쉐병	E75.2	V117
	신경세포세로이드라이포푸스신증	E75.4	V117
	스필마이어-보그트병	E75.4	V117
	쿠프스병	E75.4	V117
	바텐병	E75.4	V117
	얀스키-빌쇼스키병	E75.4	V117
	월만병	E75.5	V117
	대뇌건의 콜레스테롤증[벤보게르트-쉐러-엡스타인]	E75.5	V117
	I 형 점액다당류증	E76.0	V117
	혈러증후군	E76.0	V117
	혈러-샤이에증후군	E76.0	V117
	샤이에증후군	E76.0	V117
	II 형 점액다당류증	E76.1	V117

구분	상병명	상병코드	특정기호
	헌터증후군	E76.1	V117
	모르키오 (-유사)(고전적) 증후군	E76.2	V117
	마로토-라미 (경도)(중증) 증후군	E76.2	V117
	베타-글루쿠론산분해효소결핍	E76.2	V117
	Ⅲ, Ⅳ, Ⅵ, Ⅶ형 점액다당류증	E76.2	V117
	산필리포 (B형)(C형)(D형) 증후군	E76.2	V117
	뮤코지질증 Ⅲ [거짓혈러다발디스트로피]	E77.0	V117
	뮤코지질증 Ⅱ [Ⅰ-세포병]	E77.0	V117
	라이소솜효소의 번역후 수정의 결손	E77.0	V117
	푸고스축적증	E77.1	V117
	시알산증[뮤코지질증 Ⅰ]	E77.1	V117
	당단백질분해의 결손	E77.1	V117
	아스파르틸글루코사민뇨	E77.1	V117
	마노스축적증	E77.1	V117
	레쉬-니한증후군	E79.1	V221
	유전성 코프로포르피린증	E80.2	V118
	포르피린증 NOS	E80.2	V118
	급성 간헐성 (간성) 포르피린증	E80.2	V118
	구리대사장애	E83.0	V119
	멘케스(꼬인모발)(강모)병)	E83.0	V119
	월슨병	E83.0	V119
	혈색소증	E83.1	V255
	산성인산분해효소결핍	E83.3	V189
	가족성 저인산혈증	E83.3	V189
	저인산효소증	E83.3	V189
	비타민D저항골연화증	E83.3	V189
	비타민D저항구루병	E83.3	V189
	인대사 및 인산분해효소 장애	E83.3	V189
	폐증상을 동반한 남성 섬유증	E84.0	V120
	장증상을 동반한 남성 섬유증	E84.1	V120
	남성 섬유증에서의 태변장폐색 (P75*)	E84.1	V120
	원위장폐쇄증후군	E84.1	V120
	유전성 아밀로이드 신장병증	E85.0	V121



구분	상병명	상병코드	특정기호
	비신경병성 유전자족성 아밀로이드증	E85.0	V121
	가족성 지중해열	E85.0	V121
	아밀로이드다발신경병증(포르투갈)	E85.1	V121
	신경병성 유전자족성 아밀로이드증	E85.1	V121
	상세불명의 유전자족성 아밀로이드증	E85.2	V121
	기관한정아밀로이드증	E85.4	V121
	국소적 아밀로이드증	E85.4	V121
	뇌전증에 동반된 후천성 실어증(失語症)[란다우-클레프너]	F80.3	V256
	레트증후군	F84.2	V122
	헌팅톤병	G10	V123
	헌팅톤무도병	G10	V123
	선천성 비진행성 운동실조	G11.0	V123
	조기발병 소뇌성 운동실조(발병은 보통 20세 이전)	G11.1	V123
	X-연관 열성 척수소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	보류된 건반사율(률) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	마이오클로누스[헌트운동실조]율(률) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	본태성 떨림율(률) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	프리드라이히운동실조(보통염색체열성)	G11.1	V123
	만기발병 소뇌성 운동실조(발병은 보통 20세 이후)	G11.2	V123
	DNA복구결손을 수반한 소뇌성 운동실조	G11.3	V123
	모세혈관확장성 운동실조[루이-바]	G11.3	V123
	유전성 강직성 하반신마비	G11.4	V123
	기타 유전성 운동실조	G11.8	V123
	상세불명의 유전성 운동실조	G11.9	V123
	유전성 소뇌의 변성	G11.9	V123
	유전성 소뇌의 병	G11.9	V123
	유전성 소뇌의 증후군	G11.9	V123
	유전성 소뇌의 운동실조 NOS	G11.9	V123
	영아척수성 근위축, I형[베르드니히-호프만]	G12.0	V123
	기타 유전성 척수성 근위축	G12.1	V123
	소아기의 진행성 연수마비[파지오-론데]	G12.1	V123
	원위 척수성 근위축	G12.1	V123
	어깨종아리형 척수성 근위축	G12.1	V123

구분	상병명	상병코드	특정기호
	소아형, II형 척수성 근위축	G12.1	V123
	연소형, III형[쿠겔베르그-벨란더] 척수성 근위축	G12.1	V123
	성인형 척수성 근위축	G12.1	V123
	운동신경세포병 (단, 기타 및 상세불명의 운동신경세포병(G12.28)은 제외)	G12.2	V123
	기타 척수성 근위축 및 관련 증후군	G12.8	V123
	상세불명의 척수성 근위축	G12.9	V123
	할러포르덴-스파츠병	G23.0	V257
	색소성 담창구변성	G23.0	V257
	진행성 핵상안근마비 [스틸-리차드슨-올스제위스키]	G23.1	V190
	아급성 과사성 뇌병증[리이]	G31.81	V208
	다발경화증	G35	V022
	뇌간(~의) 다발경화증	G35	V022
	척수(~의) 다발경화증	G35	V022
	다발경화증 NOS	G35	V022
	전신성(~의) 다발경화증	G35	V022
	파종성(~의) 다발경화증	G35	V022
	시신경척수염[데빅병]	G36.0	V276
	레녹스-가스토팀증후군	G40.4	V233
	웨스트증후군	G40.4	V233
	긴장-간대성 뇌전증지속상태	G41.0	V125
	대발작 뇌전증지속상태	G41.0	V125
	소발작뇌전증지속상태	G41.1	V125
	뇌전증 압상산지속상태	G41.1	V125
	복합부분뇌전증지속상태	G41.2	V125
	기타 뇌전증지속상태	G41.8	V125
	상세불명의 뇌전증지속상태	G41.9	V125
	발작수면 및 허탈발작	G47.4	V234
	멜커슨증후군	G51.2	V167
	멜케르손-로젠탈증후군	G51.2	V167
	복합부위통증증후군 II형	G56.4	V168
	다리의 복합부위통증증후군 II형	G57.80	V168
	데제린-소타스병	G60.0	V169
	루시-레비증후군	G60.0	V169



구분	상병명	상병코드	특정기호
	영아기의 비대성 신경병증	G60.0	V169
	유전성 운동 및 감각 신경병증 I-IV형	G60.0	V169
	유전성 운동 및 감각 신경병증	G60.0	V169
	샤르코-마리-투스질환	G60.0	V169
	비골근위축(축삭형, 비대형)	G60.0	V169
	길랭-바레증후군	G61.0	V126
	밀러휘셔증후군	G61.0	V126
	다초점 운동 신경병증(전도차단동반)	G61.8	V126
	만성 염증성 탈수초성 다발신경병증	G61.8	V126
	중증근무력증	G70.0	V012
	선천성 및 발달성 근무력증	G70.2	V012
	조기수축을 동반하는 양성 어깨종아리[에머리-드라이프스] 근디스트로피	G71.0	V012
	뒤췌 또는 베커와 유사한 보통염색체열성, 소아형 근디스트로피	G71.0	V012
	눈 근디스트로피	G71.0	V012
	어깨종아리 근디스트로피	G71.0	V012
	근디스트로피	G71.0	V012
	중증[뒤췌] 근디스트로피	G71.0	V012
	양성[베커] 근디스트로피	G71.0	V012
	눈인두성 근디스트로피	G71.0	V012
	지대 근디스트로피	G71.0	V012
	원위성 근디스트로피	G71.0	V012
	얼굴어깨팔 근디스트로피	G71.0	V012
	근긴장장애	G71.1	V012
	거짓근긴장증	G71.1	V012
	신경근육긴장[아이작스]	G71.1	V012
	증상성 근긴장증	G71.1	V012
	선천성 근긴장증 NOS	G71.1	V012
	열성[베커] 선천성 근긴장증	G71.1	V012
	우성[툼슨] 선천성 근긴장증	G71.1	V012
	연골형성장애성 근긴장증	G71.1	V012
	근긴장디스트로피[스타이너트]	G71.1	V012
	선천성 이상근긴장증	G71.1	V012
	다발심 병	G71.2	V012

구분	상병명	상병코드	특정기호
	선천성 근병증	G71.2	V012
	근섬유의 특정 형태이상을 동반한 선천성 근디스트로피(G71.2)	G71.2	V012
	미세심 병	G71.2	V012
	네말린근병증	G71.2	V012
	선천성 근디스트로피 NOS	G71.2	V012
	근세관성 (중심핵성) 근병증	G71.2	V012
	중심핵 병	G71.2	V012
	근섬유형 불균형	G71.2	V012
	달리 분류되지 않은 미토콘드리아근병증	G71.3	V012
	멜라스증후군	G71.3	V012
	유전성 근병증 NOS	G71.9	V012
	주기마비(가족성) 저칼륨혈성	G72.3	V258
	람베르트-이튼증후군(C00-D48 †)	G73.1*	V259
	척수공동증 및 연수공동증	G95.0	V172
	코츠	H35.01	V260
	색소망막염	H35.51	V209
	스타르가르트병	H35.58	V209
	레베르선천성흑암시	H35.59	V209
	상세불명의 유전성 망막디스트로피	H35.59	V209
	컨스-세이어증후군	H49.8	V261
	원발성 폐동맥고혈압	I27.0	V202
	아이젠멘저복합	I27.8	V226
	아이젠멘저증후군	I27.8	V226
	비가역적 확장성 심근병증	I42.0	V127
	폐색성 비대성 심근병증	I42.1	V127
	비대성 대동맥하협착	I42.1	V127
	비폐색성 비대성 심근병증	I42.2	V127
	심내막심근(호산구성)병	I42.3	V127
	심내막심근(열대성)섬유증	I42.3	V127
	뢰플러심내막염	I42.3	V127
	심내막탄력섬유증	I42.4	V127
	선천성 심근병증	I42.4	V127
	긴QT증후군	I49.8	V296



구분	상병명	상병코드	특정기호
	모야모야병	I67.5	V128
	폐색혈전혈관염[버거병]	I73.1	V129
	유전성 출혈성 모세혈관 확장증	I78.0	V297
	랑뒤-오슬러-웨버병	I78.0	V235
	버드-키아리증후군	I82.0	V173
	폐포단백질증	J84.0	V222
	특발성 폐섬유증	J84.18	V236
	소장의 크론병	K50.0	V130
	대장의 크론병	K50.1	V130
	소장 및 대장 모두의 크론병	K50.8	V130
	원발성 담즙성 경변증	K74.3	V174
	자가면역성 간염	K75.4	V175
	원발성 담관염/경화성 담관염(두 상병 진단기준 모두 충족하는 경우)	K83.0	V262
	보통천포창	L10.0	V132
	낙엽천포창	L10.2	V210
	수포성 유사천포창	L12.0	V211
	흉터유사천포창	L12.1	V212
	양성 점막유사천포창	L12.1	V212
	후천성 수포성 표피박리증	L12.3	V176
	성인발병 스틸병	M06.1	V298
	류마티스인자가 있거나 없는 연소성 류마티스관절염	M08.0	V133
	연소성 류마티스관절염	M08.0	V133
	연소성 강직척추염	M08.1	V133
	전신적으로 발병된 연소성 관절염	M08.2	V133
	(혈청검사음성인) 연소성 다발관절염	M08.3	V133
	만성 연소성 다발관절염	M08.3	V133
	결절성 다발동맥염	M30.0	V134
	폐침범을 동반한 다발동맥염[처그-스트라우스]	M30.1	V134
	연소성 다발동맥염	M30.2	V134
	굿파스처증후군	M31.0	V135
	혈전성 혈소판감소성 자반	M31.1	V135
	혈전성 미세혈관병증	M31.1	V135
	치사중간선육아종	M31.2	V135

구분	상병명	상병코드	특정기호
	베게너육아종증	M31.3	V135
	괴사성 호흡기육아종증	M31.3	V135
	대동맥궁증후군[다카야수]	M31.4	V135
	현미경적 다발동맥염	M31.7	V238
	기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스	M32.1	V136
	연소성 피부근염	M33.0	V137
	기타 피부근염	M33.1	V137
	다발근염	M33.2	V137
	진행성 전신경화증	M34.0	V138
	크레스트증후군	M34.1	V138
	석회증, 레이노현상, 식도기능장애, 경지증(硬指症), 모세혈관확장의 조합	M34.1	V138
	폐침범을 동반한 전신경화증(J99.1*)	M34.8	V138
	근병증을 동반한 전신경화증(G73.7*)	M34.8	V138
	근병증을(를) 동반한 췌그렌증후군(G73.7*)	M35.0	V139
	폐침범을(를) 동반한 췌그렌증후군(J99.1*)	M35.0	V139
	건조증후군[췌그렌]	M35.0	V139
	각막결막염을(를) 동반한 췌그렌증후군(H19.3*)	M35.0	V139
	신세뇨관-간질성 장애을(를) 동반한 췌그렌증후군(N16.4*)	M35.0	V139
	혼합결합조직병	M35.1	V139
	베체트병	M35.2	V139
	류마티스성 다발근통	M35.3	V139
	미만성(호산구성) 근막염	M35.4	V139
	다초점 섬유경화증	M35.5	V139
	재발성 지방층염[웨버-크리스찬]	M35.6	V139
	진행성 골화섬유형성이상	M61.1	V224
	가족샘종폴립증	M8220/0 (D12.6)	V281
	두개골의 파젯병	M88.0	V213
	기타 뼈의 파젯병	M88.8	V213
	상세불명의 뼈의 파젯병	M88.9	V213
	복합부위통증증후군 I형	M89.0	V177
	수근반달뼈의 골연골증(연소성)[킨빅]	M92.2	V299
	성인의 킨빅병	M93.1	V299
	재발성 다발연골염	M94.1	V178



구분	상병명	상병코드	특정기호
	소사구체이상을 동반한 선천성 신증후군	N04.0	V263
	최소변화병변을 동반한 선천성 신증후군	N04.0	V263
	초점성 및 분절성 사구체병변을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	초점성 및 분절성 유리질증을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	초점성 및 분절성 경화증을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	초점성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	미만성 막성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.2	V263
	미만성 메산지음 증식성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.3	V263
	미만성 모세혈관내 증식성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.4	V263
	미만성 메산지음 모세혈관성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.5	V263
	막증식성 사구체신염, 1형, 3형 또는 NOS를 동반한 선천성 신증후군	N04.5	V263
	고밀도침착병을 동반한 선천성 신증후군	N04.6	V263
	막증식성 사구체신염, 2형을 동반한 선천성 신증후군	N04.6	V263
	미만성 반월형 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.7	V263
	모세혈관외 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.7	V263
	신장성 요붕증	N25.1	V141
	덴디-워커증후군	Q03.1	V239
	무뇌이랑증	Q04.3	V214
	큰뇌이랑증	Q04.3	V214
	분열뇌증	Q04.6	V240
	수두증을 동반한 이분경추	Q05.0	V179
	수두증을 동반한 이분흉추	Q05.1	V179
	수두증을 동반한 이분흉요추	Q05.1	V179
	수두증을 동반한 이분척추	Q05.1	V179
	수두증을 동반한 이분요추	Q05.2	V179
	수두증을 동반한 이분요천추	Q05.2	V179
	수두증을 동반한 이분천추	Q05.3	V179
	수두증을 동반한 상세불명의 이분척추	Q05.4	V179
	수두증이 없는 이분경추	Q05.5	V179
	수두증이 없는 이분흉추	Q05.6	V179
	이분흉요추 NOS	Q05.6	V179
	이분척추 NOS	Q05.6	V179
	이분요천추 NOS	Q05.7	V179

구분	상병명	상병코드	특정기호
	수두증이 없는 이분요추	Q05.7	V179
	수두증이 없는 이분천골	Q05.8	V179
	상세불명의 이분척추	Q05.9	V179
	척수이개증	Q06.2	V180
	아놀드-키아리증후군	Q07.0	V143
	소이증(小耳症)	Q17.2	V291
	총동맥간	Q20.0	V144
	동맥간존속	Q20.0	V144
	타우시그-빙증후군	Q20.1	V144
	이중출구우심실	Q20.1	V144
	이중출구좌심실	Q20.2	V144
	대혈관의 (완전)전위	Q20.3	V144
	심실대혈관연결불일치	Q20.3	V144
	대동맥의 우측전위	Q20.3	V144
	단일심실	Q20.4	V225
	수정혈관전위	Q20.5	V144
	방실연결불일치	Q20.5	V144
	좌측전위	Q20.5	V144
	심실내번	Q20.5	V144
	방실중격결손	Q21.2	V269
	총방실관	Q21.2	V269
	심내막용기결손	Q21.2	V269
	제1공심방중격결손(Ⅰ형)	Q21.2	V269
	팔로네징후	Q21.3	V269
	폐동맥 협착 또는 폐쇄, 대동맥의 우측위치 및 우심실비대를 동반한 심실중격결손	Q21.3	V269
	대동맥폐동맥창	Q21.4	V269
	대동맥폐동맥중격결손	Q21.4	V269
	대동맥중격결손	Q21.4	V269
	아이젠멘거결손	Q21.8	V226
	폐동맥판폐쇄	Q22.0	V145
	삼첨판폐쇄	Q22.4	V146
	에브스타인이상	Q22.5	V146
	형성저하성 우심증후군	Q22.6	V146



구분	상병명	상병코드	특정기호
	대동맥판의 선천협착	Q23.0	V147
	선천성 대동맥판폐쇄	Q23.0	V147
	선천성 대동맥협착	Q23.0	V147
	이첨대동맥판막	Q23.1	V147
	선천성 대동맥판폐쇄부전	Q23.1	V147
	대동맥판의 선천성 기능부전	Q23.1	V147
	선천성 대동맥판류역류	Q23.1	V147
	선천성 승모판협착	Q23.2	V147
	선천성 승모판폐쇄	Q23.2	V147
	선천성 승모판폐쇄부전	Q23.3	V147
	(승모판 협착 또는 폐쇄와 함께) 상행대동맥의 형성저하와 좌심실의 결손발육을 동반하는 대동맥구멍 및 판막의 폐쇄 또는 현저한 발육부전	Q23.4	V147
	형성저하성 좌심증후군	Q23.4	V147
	대동맥판 및 승모판의 기타 선천기형	Q23.8	V147
	대동맥판 및 승모판의 상세불명의 선천기형	Q23.9	V147
	선천성 대동맥협착	Q24.4	V270
	관상동맥혈관의 기형	Q24.5	V148
	선천성 관상동맥류	Q24.5	V148
	선천성 심장차단	Q24.6	V271
	대동맥의 축착	Q25.1	V272
	대동맥의 축착(관전, 관후)	Q25.1	V272
	대동맥의 폐쇄	Q25.2	V272
	판막상부 대동맥협착	Q25.3	V272
	대동맥의 협착	Q25.3	V272
	폐동맥의 폐쇄	Q25.5	V149
	대정맥의 선천성 협착	Q26.0	V150
	(하)(상)대정맥의 선천성 협착	Q26.0	V150
	좌상대정맥존속	Q26.1	V150
	전폐정맥결합이상	Q26.2	V150
	부분폐정맥결합이상	Q26.3	V150
	상세불명의 폐정맥결합이상	Q26.4	V150
	문맥결합이상	Q26.5	V150
	문맥-간동맥루	Q26.6	V150
	무설증(無舌症)	Q38.3	V241

구분	상병명	상병코드	특정기호
	담관의 폐쇄	Q44.2	V181
	다낭성 신장, 보통염색체열성	Q61.1	V264
	다낭성 신장, 영아형	Q61.1	V264
	방광외반	Q64.1	V227
	방광이소증	Q64.1	V227
	방광외번	Q64.1	V227
	선천성 다발관절만곡증	Q74.3	V292
	두개골유합	Q75.0	V265
	뿔족머리증(Acrocephaly)	Q75.0	V265
	두개골의 불완전유합	Q75.0	V265
	뿔족머리증(Oxycephaly)	Q75.0	V265
	삼각머리증	Q75.0	V265
	크루존병	Q75.1	V151
	두개안면골이골증	Q75.1	V151
	하악안면골이골증	Q75.4	V182
	프란체스웨티 증후군	Q75.4	V182
	트레처-콜린스 증후군	Q75.4	V182
	연골무발생증	Q77.0	V228
	연골발생저하증	Q77.0	V228
	치사성 단신	Q77.1	V228
	질식성 흉부형성이상[쥐느]	Q77.2	V228
	짧은늑골증후군	Q77.2	V228
	점상 연골형성이상	Q77.3	V228
	어깨고관절 점상 연골형성이상(1형-3형)	Q77.3	V228
	X-연관 우성 연골형성이상	Q77.3	V228
	연골무형성증	Q77.4	V228
	연골형성저하증	Q77.4	V228
	선천성 골경화증	Q77.4	V228
	디스트로피성 형성이상	Q77.5	V228
	엘리스-반크레벨트증후군	Q77.6	V228
	연골외배엽형성이상	Q77.6	V228
	척추골단형성이상	Q77.7	V228
	만발성 척추골단형성이상	Q77.7	V228



구분	상병명	상병코드	특정기호
	관상골 및 척추의 성장결손을 동반한 기타 골연골형성이상	Q77.8	V228
	말단왜소 형성이상	Q77.8	V228
	관상골 및 척추의 성장결손을 동반한 상세불명의 골연골형성이상	Q77.9	V228
	불완전골형성	Q78.0	V183
	골취약증(Fragilitas ossium)	Q78.0	V183
	골취약증(Osteopsathyrosis)	Q78.0	V183
	다골성 섬유성 형성이상	Q78.1	V154
	얼브라이트(-맥쿤)(-스틴버그)증후군	Q78.1	V154
	골화석증	Q78.2	V229
	알베르스-쇤베르그증후군	Q78.2	V229
	카무라티-엔겔만증후군	Q78.3	V266
	내연골종증	Q78.4	V230
	마푸치증후군	Q78.4	V230
	올리에르병	Q78.4	V230
	필레증후군	Q78.5	V215
	다발선천외골증	Q78.6	V242
	골간병적조직연결	Q78.6	V242
	유전성 다발외골증	Q78.6	V242
	선천성 횡격막탈장	Q79.0	V155
	횡격막결여	Q79.1	V155
	횡격막 탈출	Q79.1	V155
	횡격막의 기타 선천기형	Q79.1	V155
	횡격막의 선천기형 NOS	Q79.1	V155
	배꼽내장탈장	Q79.2	V155
	선천복벽탈장	Q79.2	V155
	복벽파열증	Q79.3	V155
	말린자두배증후군	Q79.4	V155
	복벽의 기타 선천기형	Q79.5	V155
	엘러스-단로스증후군	Q79.6	V155
	근골격계통의 기타 선천기형	Q79.8	V155
	부근	Q79.8	V155
	선천성 짧은힘줄	Q79.8	V155
	근육의 결여	Q79.8	V155

구분	상병명	상병코드	특정기호
	폴란드증후군	Q79.8	V155
	힘줄의 결여	Q79.8	V155
	선천성 근위축	Q79.8	V155
	선천성 협착띠	Q79.8	V155
	근골격계통의 상세불명의 선천기형	Q79.9	V155
	근골격계통의 선천이상 NOS	Q79.9	V155
	근골격계통의 선천변형 NOS	Q79.9	V155
	X-연관비늘증	Q80.1	V300
	X-연관비늘증; 스테로이드설파타제결핍	Q80.1	V300
	할리퀸태아	Q80.4	V300
	치사성 수포성 표피박리증	Q81.1	V184
	헤를리츠증후군	Q81.1	V184
	디스트로피성 수포성 표피박리증	Q81.2	V184
	신경섬유종증(비악성)	Q85.0	V156
	폰렉클링하우젠병	Q85.0	V156
	신경섬유종증(비악성) 1형, 2형	Q85.0	V156
	결절성 경화증	Q85.1	V204
	에필로이아	Q85.1	V204
	부르느뷰병	Q85.1	V204
	폰 히펠-린다우 증후군	Q85.8	V216
	포이츠-제거스 증후군	Q85.8	V216
	스터지-베버(-디미트리) 증후군	Q85.8	V216
	(이상형태성) 태아알콜증후군	Q86.0	V157
	고린-샤우드리-모스 증후군	Q87.0	V185
	주로 얼굴형태에 영향을 주는 선천기형증후군	Q87.0	V185
	잠복안구증후군	Q87.0	V185
	골덴하 증후군	Q87.0	V185
	로빈 증후군	Q87.0	V185
	첨두다지유합증	Q87.0	V185
	첨두유합지증	Q87.0	V185
	단안증	Q87.0	V185
	뢰비우스 증후군	Q87.0	V185
	입-얼굴-손발 증후군	Q87.0	V185



구분	상병명	상병코드	특정기호
	휘파람부는 얼굴	Q87.0	V185
	카펜터 증후군	Q87.0	V185
	드 랑즈 증후군	Q87.1	V158
	두보위츠 증후군	Q87.1	V158
	프라더-윌리 증후군	Q87.1	V158
	로비노-실버만-스미스 증후군	Q87.1	V158
	시클 증후군	Q87.1	V158
	주로 단신과 관련된 선천기형증후군	Q87.1	V158
	아르스코그 증후군	Q87.1	V158
	코케인 증후군	Q87.1	V158
	누난 증후군	Q87.1	V158
	러셀-실버 증후군	Q87.1	V158
	스미스-렘리-오피츠 증후군	Q87.1	V158
	쉐그렌-라손 증후군	Q87.1	V158
	루빈스타인-테이비 증후군	Q87.2	V243
	바테르 증후군	Q87.2	V243
	클리펠-트레노우네이-베버 증후군	Q87.2	V243
	홀트-오람 증후군	Q87.2	V243
	손발톱무릎뼈 증후군	Q87.2	V243
	소토스 증후군	Q87.3	V244
	위버 증후군	Q87.3	V244
	마르팡증후군	Q87.4	V186
	알포트 증후군	Q87.8	V267
	로렌스-문(-바르데)-비들 증후군	Q87.8	V267
	젤웨거 증후군	Q87.8	V267
	착지 증후군	Q87.8	V267
	21삼염색체증, 감수분열비분리	Q90.0	V159
	21삼염색체증, 석임증형(유사분열비분리)	Q90.1	V159
	21삼염색체증, 전위	Q90.2	V159
	21삼염색체증 NOS	Q90.9	V159
	18삼염색체증, 감수분열비분리	Q91.0	V160
	18삼염색체증, 석임증형(유사분열비분리)	Q91.1	V160
	18삼염색체증, 전위	Q91.2	V160

구분	상병명	상병코드	특정기호
	13삼염색체증, 감수분열비분리	Q91.4	V160
	13삼염색체증, 섞임증형(유사분열비분리)	Q91.5	V160
	13삼염색체증, 전위	Q91.6	V160
	13삼염색체증후군	Q91.7	V160
	5번 염색체 단완의 결손	Q93.4	V205
	고양이울음증후군	Q93.4	V205
	캐취22증후군	Q93.5	V217
	엔젤만증후군	Q93.5	V217
	스미스 마제니스 증후군	Q93.5	V217
	윌리엄스 증후군	Q93.5	V217
	핵형45, X	Q96.0	V021
	핵형46, X동인자(Xq)	Q96.1	V021
	동인자(Xq)를 제외한 이상 성염색체를 가진 핵형46, X	Q96.2	V021
	섞임증, 45, X/46, XX 또는 XY	Q96.3	V021
	섞임증, 이상성염색체를 가진 45, X/기타 세포열	Q96.4	V021
	클라인펠터증후군, 핵형 47, XXY	Q98.0	V218
	클라인펠터증후군, 두 개 이상의 X염색체를 가진 남성	Q98.1	V218
	클라인펠터증후군, 핵형 46, XX를 가진 남성	Q98.2	V218
	취약X증후군	Q99.2	V245
3	제7조 제2항에 따른 요양기관을 통해 등록된 극희귀질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		V900
4	제7조 제2항에 따른 요양기관을 통해 등록된 기타염색체이상질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		V901
5	제7조 제2항에 따른 요양기관을 통해 등록된 상세불명희귀질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		V999



[별표4의2] 중증난치질환자 산정특례 대상

- 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의료장비사용 포함)시 요양급여비용총액의 100분의 10을 본인일부부담(별지 제2호 서식에 따라 등록. 단, 인체면역결핍바이러스질환(B20~B24)은 등록에서 제외)한 환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병으로 진료를 받은 경우

구분	상병명	상병코드	특정기호
1	만성신부전증환자의 경우		
	인공신장투석 실시 당일 외래진료 또는 해당 시술 관련 입원진료		V001
	계속적 복막관류술 실시, 복막관류액 수령 당일 외래진료 또는 해당 시술 관련 입원진료		V003
2	혈우병 환자가 항응고인자·동결침전제 등의 약제 및 기타 혈우병 치료를 받은 당일 외래진료 또는 해당 치료 관련 입원 진료		
	후천성 응고인자결핍	D68.4	V284
	간질환에 의한 응고인자결핍	D68.4	V284
3	장기이식 환자의 경우		
	간 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V013
	췌장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V014
	심장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V015
	신 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V005
	폐 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V277
	소장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V278
4	정신질환자가 해당 상병으로 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		
	편집조현병	F20.0	V161
	편집분열성 조현병	F20.0	V161
	파과형조현병	F20.1	V161
	해체성 조현병	F20.1	V161
	파과증	F20.1	V161
	긴장성 조현병	F20.2	V161
	긴장성 혼미	F20.2	V161
	조현병성 카탈렙시	F20.2	V161
	조현병성 긴장증	F20.2	V161
	조현병성 납굴증	F20.2	V161
	미분화조현병	F20.3	V161
	비정형조현병	F20.3	V161
조현병후우울증	F20.4	V161	

구분	상병명	상병코드	특정기호
	잔류조현병	F20.5	V161
	만성 미분화조현병	F20.5	V161
	레스트추스탄트(조현병성)	F20.5	V161
	조현병성 잔류상태	F20.5	V161
	단순형조현병	F20.6	V161
	기타 조현병	F20.8	V161
	체감장애조현병	F20.8	V161
	조현양상장애 NOS	F20.8	V161
	조현양상정신병 NOS	F20.8	V161
	상세불명의 조현병	F20.9	V161
	조현형장애	F21	V161
	잠재 조현병성 반응	F21	V161
	경계성 조현병	F21	V161
	잠재성 조현병	F21	V161
	전정신병적 조현병	F21	V161
	전구성 조현병	F21	V161
	거짓신경증성 조현병	F21	V161
	거짓정신병증성 조현병	F21	V161
	조현형인격장애	F21	V161
	망상장애	F22.0	V161
	편집증	F22.0	V161
	편집증정신병	F22.0	V161
	편집증상태	F22.0	V161
	망상분열증(만기의)	F22.0	V161
	민감망상	F22.0	V161
	기타 지속성 망상장애	F22.8	V161
	망상성 이상형태공포증	F22.8	V161
	퇴행성 편집상태	F22.8	V161
	불평편집증	F22.8	V161
	상세불명의 지속적 망상장애	F22.9	V161
	조현병의 증상이 없는 급성 다형성 정신병장애	F23.0	V161
	조현병 및 상세불명의 증상이 없는 순환형 정신병	F23.0	V161
	조현병 증상이 없거나 상세불명의 부폐 델리랑뜨	F23.0	V161



구분	상병명	상병코드	특정기호
	조현병의 증상이 있는 급성 다형성 정신병장애	F23.1	V161
	조현병의 증상이 있는 순환형 정신병	F23.1	V161
	조현병 증상이 있는 부폐 델리랑뜨	F23.1	V161
	급성 조현병-유사정신병장애	F23.2	V161
	급성 (미분화형) 조현병	F23.2	V161
	단기 조현양상장애	F23.2	V161
	단기 조현양상정신병	F23.2	V161
	몽환정신병	F23.2	V161
	조현병성 반응	F23.2	V161
	기타 급성 주로 망상우세성 정신병장애	F23.3	V161
	편집반응	F23.3	V161
	심인성 편집정신병	F23.3	V161
	기타 급성 및 일과성 정신병장애	F23.8	V161
	상세불명의 급성 및 일과성 정신병장애	F23.9	V161
	단기 반응성 정신병 NOS	F23.9	V161
	반응성 정신병	F23.9	V161
	유도망상장애	F24	V161
	감응성 정신병	F24	V161
	유도편집장애	F24	V161
	유도정신병장애	F24	V161
	조현정동장애, 조증형	F25.0	V161
	조현정동정신병, 조증형	F25.0	V161
	조현양상정신병, 조증형	F25.0	V161
	조현정동장애, 우울증형	F25.1	V161
	조현정동정신병, 우울증형	F25.1	V161
	조현양상정신병, 우울증형	F25.1	V161
	조현정동장애, 혼합형	F25.2	V161
	순환성 조현병	F25.2	V161
	혼합형 조현병성 및 정동성 정신병	F25.2	V161
	기타 조현정동장애	F25.8	V161
	상세불명의 조현정동장애	F25.9	V161
	조현정동정신병 NOS	F25.9	V161
	기타 비기질성 정신병장애	F28	V161

구분	상병명	상병코드	특정기호
	만성 환각성 정신병	F28	V161
	상세불명의 비기질성 정신병	F29	V161
	정신병 NOS	F29	V161
5	아래의 상병을 갖고 있는 환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		
	도슨 봉입체뇌염	A81.1	V282
	아급성 경화성 범뇌염	A81.1	V282
	밴보게르트 경화성 백질뇌병증	A81.1	V282
	진행성 다초점백질뇌병증	A81.2	V282
	다초점백질뇌병증 NOS	A81.2	V282
	중추신경계통의 기타 비정형바이러스감염	A81.8	V282
	쿠루	A81.8	V282
	중추신경계통의 상세불명의 비정형바이러스감염	A81.9	V282
	중추신경계통의 프리온질환 NOS	A81.9	V282
	마이코박테리아감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.0	V103
	결핵을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.0	V103
	기타 세균감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.1	V103
	거대세포바이러스병을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.2	V103
	기타 바이러스감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.3	V103
	칸디다증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.4	V103
	기타 진균증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.5	V103
	폐포자충폐렴을 유발한 인체면역결핍바이러스병 (HIV disease resulting in Pneumocystis jirovecii pneumonia)	B20.6	V103
	폐포자충폐렴을 유발한 인체면역결핍바이러스병 (HIV disease resulting in Pneumocystis carinii pneumonia)	B20.6	V103
	다발감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.7	V103
	기타 감염성 및 기생충성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.8	V103
	상세불명의 감염성 또는 기생충성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.9	V103
	감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병 NOS	B20.9	V103
	카포시육종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.0	V103
	버킷림프종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.1	V103
	기타 유형의 비호지킨림프종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.2	V103
림프성, 조혈성 및 관련 조직의 기타 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.3	V103	



구분	상병명	상병코드	특정기호
	다발성 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.7	V103
	기타 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.8	V103
	상세불명의 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.9	V103
	뇌병증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.0	V103
	인체면역결핍바이러스치매	B22.0	V103
	림프성 간질폐렴을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.1	V103
	소모증후군을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.2	V103
	슬림병	B22.2	V103
	성장장애를 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.2	V103
	달리 분류된 다발성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.7	V103
	급성 인체면역결핍바이러스감염증후군	B23.0	V103
	(지속성) 전신림프선병증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.1	V103
	달리 분류되지 않은 혈액학적 및 면역학적 이상을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.2	V103
	기타 명시된 병태를 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.8	V103
	상세불명의 인체면역결핍바이러스병	B24	V103
	후천면역결핍증후군 NOS	B24	V103
	에이즈-관련복합 NOS	B24	V103
	뇌하수체의 양성 신생물	D35.2	V162
	약물유발 무형성빈혈	D61.1	V283
	약물유발 호중구감소	D70.8	V285
	과당대사장애	E74.1	V286
	유전성 과당불내성	E74.1	V286
	과당-1, 6-이인산분해효소결핍	E74.1	V286
	수크레이스결핍	E74.3	V286
	장성 탄수화물흡수의 기타 장애	E74.3	V286
	포도당-갈락토스흡수장애	E74.3	V286
	신생물말림 신경근육병증 및 신경병증	G13.0	V287
	신생물말림 변연부뇌병증(C00-D48+)	G13.1	V287
	달리 분류된 기타 질환에서 일차적으로 중추신경계통을 침범하는 계통적 위축	G13.8	V287
	파킨슨병	G20	V124
	특발성 파킨슨증 또는 파킨슨병	G20	V124
	원발성 파킨슨증 또는 파킨슨병	G20	V124

구분	상병명	상병코드	특정기호
	편측파킨슨증	G20	V124
	떨림마비	G20	V124
	파킨슨증 또는 파킨슨병 NOS	G20	V124
	난치성 뇌전증을 동반한 국소발병의 발작을 동반한 국소화-관련 (초점성)(부분적) 특발성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.01	V279
	난치성 뇌전증을 동반한 복합부분발작을 동반한 국소화-관련 (초점성)(부분적) 증상성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.21	V279
	난치성 뇌전증을 동반한 전신성 특발성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.31	V279
	결핵(~에서의) 다발신경병증(A17.82†)	G63.0	V170
	디프테리아(~에서의) 다발신경병증(A36.8†)	G63.0	V170
	감염성 단핵구증(~에서의) 다발신경병증(B27.-†)	G63.0	V170
	나병(~에서의) 다발신경병증(A30.-†)	G63.0	V170
	라임병(~에서의) 다발신경병증(A69.2†)	G63.0	V170
	볼거리(~에서의) 다발신경병증(B26.8†)	G63.0	V170
	포진후(~에서의) 다발신경병증(B02.2†)	G63.0	V170
	만기매독(~에서의) 다발신경병증(A52.1†)	G63.0	V170
	만기선천매독(~에서의) 다발신경병증(A50.4†)	G63.0	V170
	달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 다발신경병증	G63.0	V170
	독성근신경장애	G70.1	V288
	노년성 황반변성(삼출성)	H35.31	V201
	울혈성 심근병증	I42.0	V289
	기타 비대성 심근병증	I42.2	V289
	기타 제한성 심근병증	I42.5	V289
	궤양성 (만성) 범결장염	K51.0	V131
	궤양성 (만성) 직장염	K51.2	V131
	좌측 결장염	K51.5	V131
	기타 궤양성 대장염	K51.8	V131
	상세불명의 궤양성 대장염	K51.9	V131
	중증 보통건선	L40.00	V280
	비장림프절비대 및 백혈구감소가 동반된 류마티스관절염	M05.0	V223
	펠티증후군	M05.0	V223
	류마티스폐질환(J99.0*)	M05.1	V223
	류마티스혈관염	M05.2	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스관절염	M05.3	V223



구분	상병명	상병코드	특정기호
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심장막염(I32.8*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 다발신경병증(G63.6*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심근염(I41.8*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 근병증(G73.7*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심내막염(I39.-*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심장염(I52.8*)	M05.3	V223
	기타 혈청검사양성 류마티스관절염	M05.8	V223
	상세불명의 혈청검사양성 류마티스관절염	M05.9	V223
	절단성 관절염(L40.5+)	M07.1	V237
	건선척추염(L40.5+)	M07.2	V237
	기타 건선관절병증(L40.5+)	M07.3	V237
	과민성 혈관염	M31.0	V290
	강직척추염, 척추의 여러 부위	M45.0	V140
	강직척추염, 후두환축부	M45.1	V140
	강직척추염, 경부	M45.2	V140
	강직척추염, 경흉추부	M45.3	V140
	강직척추염, 흉추부	M45.4	V140
	강직척추염, 흉요추부	M45.5	V140
	강직척추염, 요추부	M45.6	V140
	강직척추염, 요천부	M45.7	V140
	강직척추염, 천추 및 천미추부	M45.8	V140
	신생아의 호흡곤란증후군	P22.0	V142
	유리질막병	P22.0	V142
	신생아의 기타 호흡곤란	P22.8	V142
	신생아의 상세불명의 호흡곤란	P22.9	V142
6	아래 상병으로 등록하여 해당 상병 및 이와 직접 관련된 외래진료 또는 입원진료		
	조기발병 알츠하이머병에서의 치매(G30.0+)	F00.0	V800
	알츠하이머병 2형(G30.0+)	F00.0	V800
	초로성 치매, 알츠하이머형(G30.0+)	F00.0	V800
	알츠하이머형의 원발성 퇴행성 치매, 초로성 발병(G30.0+)	F00.0	V800
	피크병에서의 치매(G31.00+)	F02.0	V800
	조기발병을 수반한 알츠하이머병	G30.0	V800

구분	상병명	상병코드	특정기호
	피크병	G31.00	V800
	전두측두치매	G31.00	V800
	의미변이원발진행실어증	G31.01	V800
	비유창원발진행실어증	G31.02	V800
	로고페닉원발진행실어증	G31.03	V800
	달리 분류되지 않은 원발진행실어증	G31.04	V800
	진행성 고립성 실어증	G31.04	V800
	루이소체치매(F02.8*)	G31.82	V800
7	<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>		
	만기발병 알츠하이머병에서의 치매(G30.1 +)	F00.1	V810
	알츠하이머병 1형(G30.1 +)	F00.1	V810
	알츠하이머형의 원발성 퇴행성 치매, 노년발병(G30.1 +)	F00.1	V810
	알츠하이머형의 노년성 치매(G30.1 +)	F00.1	V810
	비정형 또는 혼합형 알츠하이머병에서의 치매(G30.8 +)	F00.2	V810
	비정형치매, 알츠하이머형(G30.8 +)	F00.2	V810
	급성 발병의 혈관성 치매	F01.0	V810
	다발-경색치매	F01.1	V810
	주로 피질성 치매	F01.1	V810
	피질하 혈관성 치매	F01.2	V810
	혼합형 피질 및 피질하 혈관성 치매	F01.3	V810
	만기발병을 수반한 알츠하이머병	G30.1	V810



[별표5] 시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵 질환의 적용 범위

- 시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따라 본인부담의 제외 대상이 되는 결핵 환자의 세부기준은 아래와 같으며, 해당 환자가 결핵치료를 진료 받은 당일 외래진료 또는 입원진료에 대해 적용

대상 및 적용기간	특정기호
<p>가. 대상 : 결핵예방법 시행규칙 제3조에 따라 신고한 결핵환자 중 결핵치료가 진행 중인 자가 항결핵제 내성(U84.3) 및 결핵(A15~A19)상병으로 확진 받아 공단에 산정특례로 등록한 자</p> <p>나. 적용기간 : 산정특례 적용시작일부터 결핵예방법 시행규칙 제3조 및 별지서식의 치료결과보고에 따른 산정특례 종료일까지</p> <p>- 산정특례 종료일은 결핵예방법 시행규칙 제3조 및 별지서식의 치료결과보고에서 치료결과 구분항목이 “완치” 또는 “완료”일 경우는 치료종료일을, “사망”은 사망일을, “진단변경”은 진단변경일로 “중단 및 다른 의료기관으로 전원”은 해당 요양기관의 최종 진료일로 한다.</p>	V000

[별표6] 약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상

1. 상급종합병원 외래진료시 발급받은 처방전에 따라 약국에서 조제받는 경우 약국 요양급여비용총액의 100분의 50, 종합병원 외래진료시 발급받은 처방전에 따라 약국에서 조제받는 경우 약국 요양급여비용총액의 100분의 40을 본인일부부담하는 대상은 다음 표와 같다.
2. 제1호에도 불구하고, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상에서 제외한다. 이 경우 특정기호는 V100으로 한다.
 - 가. 특정기호가 V252인 대상 중 E11.9, E12.9, E13.9, E14.9 상병에 해당하는 경우로서 인슐린을 처방(인슐린 단독요법 또는 인슐린과 경구용 치료제의 병용 요법)받거나 투여 중인 경우
 - 나. 특정기호가 V352인 대상 중 다음의 어느 하나에 해당하는 경우
 - 1) A04.4, B00.8, G53.8, J41 상병으로서 6세 미만의 소아인 경우
 - 2) 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관에서 같은 법 같은 조 같은 항 제3호마목의 종합병원(단, 같은 법 제3조의4에 따라 상급종합병원으로 지정된 종합병원 제외)으로 요양급여를 의뢰한 경우. 이 경우 요양급여 의뢰는 의료인의 의학적 판단에 따라 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제6조 규정에 의한 것으로, 산정특례 대상에서 제외하는 기간은 요양급여의뢰서가 해당 종합병원에 접수된 날로부터 90일까지로 한다.

구분	대 상	특정기호
1	감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염(A09.0~A09.9)	V252
2	수염 및 두피 백선(B35.0)	V252
	손발톱백선(B35.1)	
	손백선 (B35.2)	
	발백선 (B35.3)	
	체부백선 (B35.4)	
	와상백선 (B35.5)	
	사타구니백선증 (B35.6)	
	기타 피부백선증 (B35.8) 상세불명의 백선증 (B35.9)	
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 농양(H60.0)	V252
	외이의 연조직염(H60.1)	
	기타 감염성 외이도염(H60.3)	
	급성 비감염성 외이도염(H60.5)	
	기타 외이도염(H60.8)	
	상세불명의 외이도염(H60.9)	
11	악성이 아닌 고혈압 (I10.0)	V252
	상세불명의 원발성 고혈압 (I10.9)	
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	폐렴마이코플라스마에 의한 급성 기관지염(J20.0)	V352
	인플루엔자균에 의한 급성 기관지염(J20.1)	
	연쇄구균에 의한 급성 기관지염(J20.2)	V252
	상세불명의 급성 기관지염(J20.9)	



구분	대 상	특정기호
19	혈관운동성 및 앨러지성 비염(J30.0~J30.4)	V252
20	만성 비염(J31.0)	V352
	만성 비인두염(J31.1)	V252
	만성 인두염(J31.2)	
21	만성 부비동염(J32.0~J32.9)	V252
22	기타 앨러지천식, 간헐성 및 경증 지속성 (J45.01)	V252
	상세불명의 주로 앨러지성 천식 (J45.09)	
	기타 비앨러지천식, 간헐성 및 경증 지속성 (J45.11)	
	상세불명의 비앨러지천식 (J45.19)	
23	기타 혼합형 천식 (J45.88)	V252
	위-식도역류병(K21.0~K21.9)	
24	출혈 또는 천공이 없는 급성 위궤양(K25.3)	V252
	출혈 또는 천공이 없는 만성 위궤양(K25.7)	
	출혈 또는 천공이 없는 급성인지 만성인지 상세불명인 위궤양(K25.9)	
25	출혈 또는 천공이 없는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양(K27.3)	V252
	출혈 또는 천공이 없는 만성 상세불명 부위의 소화성 궤양(K27.7)	
	출혈 또는 천공이 없는 급성인지 만성인지 상세불명인 상세불명 부위의 소화성 궤양(K27.9)	
26	위염 및 십이지장염(K29.0~K29.9)	V252
27	기능성 소화불량 (K30)	V252
28	독성 위장염 및 결장염(K52.1)	V352
	앨러지성 또는 식사성의 위장염 및 결장염(K52.2)	V252
	불확정 결장염(K52.3)	
	기타 명시된 비감염성 위장염 및 결장염(K52.8)	
	상세불명의 비감염성 위장염 및 결장염(K52.9)	
29	과민대장증후군 (K58.0~K58.9)	V252
30	변비(K59.0)	V252
	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)	
31	달리 분류되지 않은 지방(변화성)간(K76.0)	V252
	상세불명의 간질환(K76.9)	
32	베스니에가려움 발진(L20.0)	V352
	기타 아토피성 피부염(L20.8)	V252
	상세불명의 아토피성 피부염(L20.9)	

구분	대 상	특정기호
33	금속에 의한 알러지성 접촉피부염(L23.0)	V352
	접착제에 의한 알러지성 접촉피부염(L23.1)	
	화장품에 의한 알러지성 접촉피부염(L23.2)	
	피부에 묻은 약물에 의한 알러지성 접촉피부염(L23.3)	
	색소에 의한 알러지성 접촉피부염(L23.4)	
	기타 화학물질에 의한 알러지성 접촉피부염(L23.5)	
	피부에 묻은 음식물에 의한 알러지성 접촉피부염(L23.6)	
	음식물을 제외한 식물에 의한 알러지성 접촉피부염(L23.7)	V252
	기타 요인에 의한 알러지성 접촉피부염(L23.8)	
	상세불명 원인의 알러지성 접촉피부염(L23.9)	
34	두드러기(L50.0~L50.9)	V252
35	기타 관절염(M13.0~M13.9)	V252
36	기타 척추증(M47.8)	V252
	상세불명의 척추증(M47.9)	
37	기타 경추간판변성(M50.3)	V352
	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	목 및 등을 침범하는 지방층염(M54.0)	V352
	경추통(M54.2)	
	좌골신경통(M54.3)	
	좌골신경통을 동반한 요통(M54.4)	
	요통(M54.5)	
	흉추통증(M54.6)	V252
	기타 등통증 (M54.8)	
상세불명의 등통증 (M54.9)		
40	석회성 힘줄염 (M65.2)	V252
	방아쇠손가락 (M65.3)	
	기타 윤활막염 및 힘줄윤활막염 (M65.8)	
	상세불명의 윤활막염 및 힘줄윤활막염 (M65.9)	
41	어깨의 유착성 관절낭염(M75.0)	V252
	이두근 힘줄염(M75.2)	
	상세불명의 어깨병변(M75.9)	



구분	대 상	특정기호
42	손목의 관절주위염(M77.2)	V352
	종골돌기(M77.3)	
	발의 기타 골부착부병증(M77.5)	V252
	달리 분류되지 않은 기타 골부착부병증(M77.8)	
	상세불명의 골부착부병증(M77.9)	
43	근통(M79.1)	V252
	상세불명의 신경통 및 신경염(M79.2)	V352
	(무릎뼈밑) 지방체의 비대(M79.4)	V252
	사지의 통증(M79.6)	
	기타 명시된 연조직장애(M79.8)	
	상세불명의 연조직장애(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
	전립선방광염(N41.3)	V352
	전립선의 기타 염증성 질환(N41.8)	
	전립선의 상세불명의 염증성 질환(N41.9)	
47	급성 질염(N76.0)	V252
	아급성 및 만성 질염(N76.1)	V352
	급성 외음염(N76.2)	V252
	아급성 및 만성 외음염(N76.3)	V352
	질의 궤양(N76.5)	
	외음의 궤양(N76.6)	
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	손목의 염좌 및 긴장(S63.5)	V352
	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)	

구분	대 상	특정기호
53	장병원성 대장균감염(A04.0)	V352
	장독소생산 대장균감염(A04.1)	
	장침투성 대장균감염(A04.2)	
	기타 장대장균감염(A04.4)	
	상세불명의 세균성 장감염(A04.9)	
54	기타 성행위로 전파되는 클라미디아 질환(A56.0~A56.8)	V352
55	편모충증(A59.0~A59.9)	V352
56	항문생식기의 헤르페스바이러스[단순헤르페스]감염(A60.0~A60.9)	V352
57	달리 분류되지 않은 기타 주로 성행위로 전파되는 질환(A63.0~A63.8)	V352
58	헤르페스습진(B00.0)	V352
	헤르페스바이러스 소수포피부염(B00.1)	
	헤르페스바이러스 치은구내염 및 인두편도염(B00.2)	
	헤르페스바이러스눈병(B00.5)	
	파종성 헤르페스바이러스병(B00.7)	
	기타 형태의 헤르페스바이러스감염(B00.8)	
59	기타 합병증을 동반한 대상포진(B02.8)	V352
	합병증이 없는 대상포진(B02.9)	
60	바이러스사마귀(B07)	V352
61	기타 오르토폭스바이러스감염(B08.0)	V352
	전염성 물렁종(B08.1)	
	감염성 홍반[제5병](B08.3)	
	발진을 동반한 엔테로바이러스소수포구내염(B08.4)	
	기타 명시된 피부 및 점막병변이 특징인 바이러스감염(B08.8)	
62	바이러스결막염(B30.0~B30.9)	V352
63	칸디다구내염(B37.0)	V352
	피부 및 손발톱 칸디다증(B37.2)	
	외음 및 질의 칸디다증(B37.3)	
	기타 비노생식기 부위의 칸디다증(B37.4)	
	상세불명의 칸디다증(B37.9)	
64	경도 우울에피소드(F32.0)	V352
	중등도 우울에피소드(F32.1)	
	정신병적 증상이 없는 중증의 우울에피소드(F32.2)	
	기타 우울에피소드(F32.8)	
	상세불명의 우울에피소드(F32.9)	



구분	대 상	특정기호
65	재발성 우울장애, 현존 경도(F33.0)	V352
	재발성 우울장애, 현존 중증도(F33.1)	
	재발성 우울장애, 현존 정신병적 증상이 없는 중증(F33.2)	
	재발성 우울장애, 현존 관해 상태(F33.4)	
	기타 재발성 우울장애(F33.8)	
	상세불명의 재발성 우울장애(F33.9)	
66	사회공포증(F40.1)	V352
	특정 (고립된) 공포증(F40.2)	
	기타 공포성 불안장애(F40.8)	
	상세불명의 공포성 불안장애(F40.9)	
67	기타 불안장애(F41.0~F41.9)	V352
68	강박성 사고 또는 되새김(F42.0)	V352
	현저한 강박행위[강박적 의식](F42.1)	
	기타 강박장애(F42.8)	
	상세불명의 강박장애(F42.9)	
69	급성 스트레스반응(F43.0)	V352
	심한 스트레스에 대한 기타 반응(F43.8)	
	심한 스트레스에 대한 상세불명의 반응(F43.9)	
70	해리기억상실(F44.0)	V352
	해리성 둔주(F44.1)	
	해리성 혼미(F44.2)	
	트랜스와 빙의증(F44.3)	
	기타 해리[전환]장애(F44.8)	
	상세불명의 해리[전환]장애(F44.9)	
71	신체화장애(F45.0)	V352
	건강염려증성 장애(F45.2)	
	신체형자율신경기능장애(F45.3)	
	지속적 신체형통증장애(F45.4)	
	기타 신체형장애(F45.8)	
	상세불명의 신체형장애(F45.9)	
72	비기질성 수면장애(F51.0~F51.9)	V352
73	달리 분류된 기타 질환에서의 기타 뇌신경장애(G53.8)	V352
74	정중신경의 기타 병변(G56.1)	V352
	팔의 기타 단일신경병증(G56.8)	
	팔의 상세불명 단일신경병증(G56.9)	

구분	대 상	특정기호
75	이상감각성 대퇴신경통(G57.1)	V352
	대퇴신경의 병변(G57.2)	
	외측오금신경의 병변(G57.3)	
	내측오금신경의 병변(G57.4)	
	발목터널증후군(G57.5)	
	발바닥신경의 병변(G57.6)	
	다리의 기타 단일신경병증(G57.8) 다리의 상세불명 단일신경병증(G57.9)	
76	귓바퀴의 비감염성 장애(H61.1)	V352
	귀지떡(H61.2)	V352
	외이의 상세불명 장애(H61.9)	
77	급성 장액성 중이염(H65.0)	V352
	기타 급성 비화농성 중이염(H65.1)	
	만성 장액성 중이염(H65.2)	
	만성 점액성 중이염(H65.3)	
	상세불명의 비화농성 중이염(H65.9)	
78	급성 화농성 중이염(H66.0)	V352
	기타 만성 화농성 중이염(H66.3)	
	상세불명의 화농성 중이염(H66.4)	
	상세불명의 중이염(H66.9)	
79	귀의 퇴행성 및 혈관성 장애(H93.0)	V352
	이명(H93.1)	
	청신경의 장애(H93.3)	
80	바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자(J11.0~J11.8)	V352
81	상세불명의 급성 하기도감염 (J22)	V352
82	코의 농양, 종기 및 큰 종기(J34.0)	V352
	코선반의 비대(J34.3)	
	코 및 비동의 기타 명시된 장애(J34.8)	
83	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염(J40)	V352
84	단순성 및 점액화농성 만성 기관지염(J41.0~J41.8)	V352
85	재발성 구강 아프타(K12.0)	V352
	구내염의 기타 형태(K12.1)	
	입의 연조직염 및 농양(K12.2)	
86	1도 치핵(K64.0)	V352
	2도 치핵(K64.1)	
	잔류치핵성 쥐젖(K64.4)	
	항문주위정맥혈전증(K64.5)	
	상세불명의 치핵(K64.9)	



구분	대 상	특정기호
87	가려움(L29.0~L29.9)	V352
88	티눈 및 굳은살(L84)	V352
89	무릎관절증(M17.0~M17.9)	V352
90	기타 관절의 원발성 관절증(M19.0)	V352
	기타 관절의 외상 후 관절증(M19.1)	
	기타 이차성 관절증(M19.2)	
	기타 명시된 관절증(M19.8)	
91	관절통(M25.5)	V352
	상세불명의 관절장애(M25.9)	
92	척추협착(M48.0)	V352
	키스척추(M48.2)	
	외상성 척추병증(M48.3)	
	기타 명시된 척추병증(M48.8)	
	상세불명의 척추병증(M48.9)	
93	달리 분류되지 않은 기타 등병증(M53.0~M53.9)	V352
94	요도염 및 요도증후군(N34.0~N34.3)	V352
95	합병증을 동반하지 않은 전립선증식증(N40.0)	V352
96	자궁경부의 염증성 질환(N72)	V352
97	자궁경부의 미란 및 외반(N86)	V352
98	경추의 염좌 및 긴장(S13.4)	V352
	갑상선부위의 염좌 및 긴장(S13.5)	
	목의 기타 및 상세불명 부분의 관절 및 인대의 염좌 및 긴장(S13.6)	
99	흉추의 염좌 및 긴장(S23.3)	V352
	늑골 및 흉골의 염좌 및 긴장(S23.4)	
	흉부의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장(S23.5)	
100	어깨관절의 염좌 및 긴장(S43.4)	V352
	견쇄관절의 염좌 및 긴장(S43.5)	
	흉쇄관절의 염좌 및 긴장(S43.6)	
	견갑대의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장(S43.7)	



(뒷 면)

개인정보 수집 및 제공 안내

1. 「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담)
2. 「국민건강보험법 시행령」 제19조(비용의 본인부담), 제81조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
3. 「본인일부부담금산정특례에 관한 기준」 (보건복지부 고시)
 - 공단은 위 법령 등에서 정하는 소관 업무수행을 위하여 건강보험증번호, 세대주 성명, 수진자 성명, 주민등록번호, 외국인등록번호, 전화번호, 이메일주소, 주소, 신청인 성명, 수진자와의 관계, [요양기관 확인란]에 기록된 신청구분, 진료과목, 진료구분, 진단확진일, 상병명, 상병코드, 특정기호, 최종확진방법, 조직학적·세포학적 검사 미 실시 사유, 환자상태 및 진료소견을 수집·이용할 수 있습니다.
 - 공단이 수집·이용하고 있는 개인정보는 「개인정보 보호법」에 따른 경우에만 제3자에게 제공됩니다.

유의 사항

1. 「국민건강보험법」 제57조(부당이익의 징수)
 - 산정특례 등록신청서에 기재된 [요양기관 확인란]이 허위로 기재된 경우 위 법령 및 의료관계법령(의료법 제66조 등)에 의거, 제1항 및 제3항에 의해 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람이나 보험급여 비용을 받은 요양기관에 대하여 해당 요양급여비용을 부당한 것으로 확인·결정하여 보험급여 비용의 전부 또는 일부를 징수할 수 있습니다.
2. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 (보건복지부 고시)
 - 고시 제7조(산정특례 등록 신청 등) 제7항 및 제8항에 의해 공단에서 산정특례 등록 자료의 확인이 필요하다고 인정되는 경우 산정특례 등록자 및 요양기관에 검사내역 등 자료를 제공하도록 요청할 수 있습니다.
3. 산정특례 등록신청서 발급에 대한 비용은 등록신청인 또는 공단에 별도로 청구할 수 없습니다.
4. 요양기관 확인란은 반드시 해당 상병으로 확진한 요양기관 및 담당의사가 작성 후 자필서명·확인하여야 합니다.
5. 산정특례는 진단확진일로부터 30일 이내 신청 시 확진일로부터 소급하여 적용하고, 30일 이후에 신청 시 신청일부터 적용됩니다.
6. 산정특례 등록신청서의 기재사항이 사실과 상이할 경우, 산정특례 등록내역이 원천 취소될 수 있습니다.
7. 등록신청은 요양기관 수진자 조회 시 [산정특례 대상자 조회]와 연관되므로 본인서명이 필수로 요구됩니다.
 - ※ 단, 수진자가 미성년인 경우 또는 중증치매·정신질환·의식불명 등으로 수진자 본인의 인지능력이 저하되거나 의사판단이 어려워 위임이 불가한 경우 대리인의 동의가 필요하므로 신분증과 공단 전산 또는 가족관계서류를 확인(징구) 후 등록함
 - 미성년자 : 부모(법정대리인) - 인지능력과 의사판단이 어려워 위임이 불가한 경우 : 배우자 또는 성년인 직계존비속 등
8. 산정특례 등록 이후 모든 요양기관에서 수진자 자격조회를 통해 수진자의 산정특례 등록정보를 확인할 수 있습니다.

작성 방법

【수진자】

- ①, ② : 산정특례 등록 신청자의 건강보험증번호와 건강보험증 가입자(세대주)명을 각각 기재합니다.
- ③, ④ : 산정특례 신청인의 성명을 한글로, 주민(외국인)등록번호를 아라비아숫자로 기재합니다.
- ⑤ : 등록결과 통보 등을 위해 수진자 또는 수진자 대리인의 연락 가능한 휴대전화번호를 기재합니다.
- ⑥ : 수진자 또는 수진자 대리인의 연락 가능한 자택전화번호를 기재합니다.(부재시 생략 가능)
- ⑦ : 등록결과 통보 등을 위해 수진자 또는 수진자 대리인의 연락 가능한 이메일주소를 기재합니다.
- ⑧ : 등록결과를 통보 받을 방법(SMS 또는 이메일)을 선택하여 필수적으로 "✓" 표시합니다.
- ⑨ : 신청 시점에서의 수진자의 주소를 기재합니다.

【요양기관 확인란】

- ① : 신규암, 재등록암, 중복암 신청 여부를 해당란에 "✓" 표시합니다.
- ② : 질환의 확인을 실시한 진료과목을 기재합니다.
- ③ : 입원 또는 외래 여부를 해당란에 "✓" 표시합니다.
- ④ : 최종확진방법에 의하여 의사가 해당질환으로 판정한 날을 아라비아숫자로 기재합니다.
- ⑤, ⑥, ⑦ : 확진한 질환의 상병명, 상병코드, 특정기호를 기재합니다.
- ⑧ : 최종확진방법 작성 시, 해당 상병의 등록기준(검사기준 및 필수검사항목)을 확인하여 기재합니다.
 - (검사항목) 1~6에 해당하는 내역을 "✓" 표시 또는 텍스트 형태로 기재합니다.
- ⑨ : 해당 상병의 등록기준을 확인하여 조직학적·세포학적 검사가 필수인 상병에서 조직학적·세포학적 검사 불기허여 암 산정특례 등록기준을 미충족한 경우에만 작성합니다. 이 경우에는 전문의가 건강보험 (암) 산정특례 등록 신청서를 작성 및 발행해야 합니다.
 - ⑨-1 : 조직학적·세포학적 검사가 불가한 사유를 한 가지 이상 "✓" 표시 또는 텍스트 형태로 기재합니다.
 - ⑨-2 : 확진 의견을 포함하여 진료내역에 대한 의학적 소견을 구체적으로 기재합니다.



(뒷 면)

유 의 사 항

1. 「국민건강보험법」 제57조(부당이득의 징수)
 - 산정특례 등록신청서에 기재된 [요양기관 확인란]이 허위로 기재된 경우 위 법령 및 의료관계법령(의료법 제66조 등)에 의거, 제1항 및 제3항에 의해 속입수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람이나 보험급여 비용을 받은 요양기관에 대하여 해당 요양급여비용을 부당한 것으로 확인·결정하여 보험급여 비용의 전부 또는 일부를 징수할 수 있습니다.
2. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)
 - 고시 제7조(산정특례 등록 신청 등) 제7항 및 제8항에 의해 공단에서 산정특례 등록 자료의 확인이 필요하다고 인정되는 경우 산정특례 등록자 및 요양기관에 검사내역 등 자료를 제공하도록 요청할 수 있습니다.
3. 산정특례 등록신청서 발급에 대한 비용은 등록신청인 또는 공단에 별도로 청구할 수 없습니다.
4. 요양기관 확인란은 반드시 해당 상병으로 확진한 요양기관 및 담당의사가 작성 후 자필서명·확인하여야 합니다.
5. 산정특례는 진단확진일로부터 30일 이내 신청 시 확진일로부터 소급하여 적용하고, 30일 이후에 신청 시 신청일로부터 적용됩니다.
6. 산정특례 등록신청서의 기재사항이 사실과 상이할 경우, 산정특례 등록내역이 원천 취소될 수 있습니다.
7. 등록신청은 요양기관 수진자 조회 시 [산정특례 대상자 조회]와 연관되므로 본인서명이 필수로 요구됩니다.
 - * 단, 수진자가 미성년인 경우 또는 중증치매·정신질환·의식불명 등으로 수진자 본인의 인지능력이 저하되거나 의사판단이 어려워 위임이 불가한 경우 대리인의 동의가 필요하므로 신분증과 공단 전산 또는 가족관계서류를 확인(징구) 후 등록함
 - 미성년자 : 부모(법정대리인) - 인지능력이 저하되거나 의사판단이 어려워 위임이 불가한 경우 : 배우자 또는 성년인 직계존비속 등
8. 산정특례 등록 이후 모든 요양기관에서 수진자 자격조회를 통해 수진자의 산정특례 등록정보를 확인할 수 있습니다.

작 성 방 법

【수진자】

- ①, ② : 산정특례 등록 신청자의 건강보험증번호와 건강보험증 가입자(세대주)명을 각각 기재합니다.
- ③, ④ : 산정특례 신청인의 성명을 한글로, 주민(외국인)등록번호를 아라비아숫자로 기재합니다.
- ⑤ : 등록결과 통보 등을 위해 수진자 또는 수진자 대리인의 연락 가능한 휴대전화번호를 기재합니다.
- ⑥ : 수진자 또는 수진자 대리인의 연락 가능한 자택전화번호를 기재합니다.(부재시 생략 가능)
- ⑦ : 등록결과 통보 등을 위해 수진자 또는 수진자 대리인의 연락 가능한 이메일주소를 기재합니다.
- ⑧ : 등록결과를 통보 받을 방법(SMS 또는 이메일)을 선택하여 필수적으로 "✓" 표시합니다.
- ⑨ : 신청 시점에서의 수진자의 주소를 기재합니다.

【요양기관 확인란】

- ① : 신규등록 또는 재등록 신청 여부를 해당란에 "✓" 표시 합니다.
- ② : 질환의 확진을 실시한 진료과목을 기재합니다.
- ③ : 요양기관 확진 시 입원 또는 외래 구분을 해당란에 "✓" 표시 합니다.
- ④ : 최종확진방법에 의하여 의사가 해당질환으로 판정한 날을 아라비아 숫자로 기재합니다.
- ⑤, ⑥, ⑦ : 확진한 질환의 상병명, 상병코드, 특정기호를 기재합니다.
- ⑧ : 최종확진방법 작성 시, 해당 상병의 등록기준(검사기준 및 필수검사항목)을 확인하여 기재합니다.
 - (검사항목) 1~6에 해당하는 내역을 "✓" 표시 또는 텍스트 형태로 기재합니다.
- ⑨ : 가족력 여부를 해당란에 "✓" 표시 합니다.
 - 가족력이 없는 경우 '없음'에 표시하고, 있는 경우 '있음'에 표시 후 해당 사항을 체크합니다.

건강보험 회귀질환, 중증난치질환 및 중증치매 산정특례 제도 안내

1. 제도 목적 : 회귀질환, 중증난치질환 및 중증치매 치료에 소요되는 고액의 진료비 부담 완화
2. 회귀질환, 중증난치질환 및 중증치매 산정특례 등록대상
 - 회귀질환 : 보건복지부 고시 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표4]의 해당상병 중 산정특례 검사기준 및 필수검사항목을 충족하는 것으로 확진된 회귀질환환자
 - 중증난치질환 및 중증치매 : 보건복지부 고시 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표4의2]의 해당상병 중 산정특례 검사기준 및 필수검사항목을 충족하는 것으로 확진된 중증난치질환 및 중증치매환자
 - * 신생아의 호흡곤란(상병코드 P22.0, P22.8, P22.9) 상병은 생후 24개월 이내 신청 가능, 최초 등록 후 재등록 불가
 - * 인제면역바이러스질환(상병코드 B20~B24)는 등록하지 않고 산정특례 적용
3. 산정특례 등록 후 해당 회귀질환, 중증난치질환 및 중증치매로 진료 받는 경우 본인부담률 : 10%
 - * 비급여, 100분의100본인부담항목, 선별급여 등은 산정특례 적용대상에서 제외
4. 적용기간 : 산정특례 적용시작일로부터 5년째 되는 날의 전날 (단, 중증치매 V810의 경우 연간 최대 120일)



유 의 사 항

1. 「국민건강보험법」 제57조(부당이익의 징수)
 - 산정특례 등록신청서에 기재된 [요양기관 확인란]이 허위로 기재된 경우 위 법령 및 의료관계법령(의료법 제66조 등)에 의거, 제1항 및 제3항에 의해 속입수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람이나 보험급여 비용을 받은 요양기관에 대하여 해당 요양급여비용을 부당한 것으로 확인·결정하여 보험급여 비용의 전부 또는 일부를 징수할 수 있습니다.
2. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)
 - 고시 제7조(산정특례 등록 신청 등) 제7항 및 제8항에 의해 공단에서 산정특례 등록 자료의 확인이 필요하다고 인정되는 경우 산정특례 등록자 및 요양기관에 검사내역 등 자료를 제공하도록 요청할 수 있습니다.
3. 산정특례 등록신청서 발급에 대한 비용은 등록신청인 또는 공단에 별도로 청구할 수 없습니다.
4. 요양기관 확인란은 반드시 해당 상병으로 확진한 요양기관 및 담당의시기 작성 후 지필서명·확인하여야 합니다.
5. 산정특례는 진단확진일로부터 30일 이내 신청 시 확진일로부터 소급하여 적용하고, 30일 이후에 신청 시 신청일부터 적용됩니다.
6. 산정특례 등록신청서의 기재사항이 사실과 상이할 경우, 산정특례 등록내역이 원천 취소될 수 있습니다.
7. 등록신청은 요양기관 수진자 조회 시 [산정특례 대상자 조회]와 연관되므로 본인서명이 필수로 요구됩니다.
 - ※ 단, 수진자가 미성년인 경우 또는 중증치매·정신질환·의식불명 등으로 수진자 본인의 인지능력이 저하되거나 의사판단이 어려워 위임이 불가한 경우 대리인의 동의가 필요하므로 신분증과 공단 전산 또는 가족관계서류를 확인(징구) 후 등록함
 - 미성년자 : 부모(법정대리인) - 인지능력과 의사판단이 어려워 위임이 불가한 경우 : 배우자 또는 성년인 직계존비속 등
8. 산정특례 등록 이후 모든 요양기관에서 수진자 자격조회를 통해 수진자의 산정특례 등록정보를 확인할 수 있습니다.
 - ※ 결핵치료를 위하여 수진자가 여러 요양기관에서 요양급여를 받는 경우에는 요양기관마다 산정특례 등록 신청서를 공단 또는 요양기관에 제출하여야 합니다.
 - ※ 결핵 산정특례 등록은 결핵예방법 시행규칙 제3조에 따라 질병관리본부에 신고여부 확인 후 승인처리 됩니다.
(FAX/내방/우편으로 결핵 산정특례 등록 신청 시, '결핵환자등 신고·보고서' 제출 필수)

작 성 방 법

【수진자】

- ①, ② : 산정특례 등록 신청자의 건강보험증번호와 건강보험증 가입자(세대주)명을 각각 기재합니다.
- ③, ④ : 산정특례 신청인의 성명을 한글로, 주민(외국인)등록번호를 아라비아숫자로 기재합니다.
- ⑤ : 등록결과 통보 등을 위해 수진자 또는 수진자 대리인의 연락 가능한 휴대전화번호를 기재합니다.
- ⑥ : 수진자 또는 수진자 대리인의 연락 가능한 자택전화번호를 기재합니다.(부재시 생략 가능)
- ⑦ : 등록결과 통보 등을 위해 수진자 또는 수진자 대리인의 연락 가능한 이메일주소를 기재합니다.
- ⑧ : 등록결과를 통보 받을 방법(SMS 또는 이메일)을 선택하여 필수적으로 "✓" 표시합니다.
- ⑨ : 신청 시점에서의 수진자의 주소를 기재합니다.

【요양기관 확인란】

- ① : 질환의 확인을 실시한 진료과목을 기재합니다.
- ② : 요양기관 확진 시 입원 또는 외래 여부를 해당란에 "✓" 표시 합니다.
- ③ : 최종확진방법에 의하여 의사가 해당질환으로 판정한 날을 아라비아숫자로 기재합니다.
- ④, ⑤, ⑥ : 확진한 질환의 상병명, 상병코드, 특정기호를 기재합니다.
- ⑦ : 최종확진방법 작성 시, 해당 상병의 등록기준(검사기준 및 필수검사항목)을 확인하여 기재하시기 바랍니다.
 - (검사항목) 1~5에 해당하는 내역을 "✓" 표시 또는 텍스트 형태로 기재합니다.
- ⑧ : (결핵만 해당) 타 요양기관의 검사결과로 확진한 경우에 한하여 기재하며, 해당 검사내역에 "✓" 표시 합니다.

건강보험 결핵 및 중증화상 산정특례 제도 안내

1. 제도 목적 : 결핵 및 중증화상 치료에 소요되는 고액의 진료비 부담 완화
2. 결핵/중증화상 산정특례 등록대상
 - 결핵 : 보건복지부 고시 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표5]의 해당상병 중 산정특례 검사기준 및 필수검사항목을 충족하는 것으로 확진된 결핵환자
 - 중증화상 : 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표3]의 체표면적 및 깊이기준을 충족하거나 특정부위의 화상 환자
3. 산정특례 등록 후 해당 결핵, 중증화상으로 진료 받는 경우 본인부담률 : 0%(결핵) / 5%(중증화상)
 - ※ 비급여, 100분의100본인부담 항목, 선별급여 등은 산정특례 적용대상에서 제외
4. 적용기간
 - 결핵 : 산정특례 적용시작일로부터 결핵예방법 시행규칙 제3조 및 별지서식의 치료결과보고에 따른 산정특례 종료일까지
 - 중증화상 : 등록일로부터 1년(단, 적용기간 종료 후 진료담당의사의 의학적 판단 하에 적용기간 6개월 연장가능)

[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[다가야수](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 조성술(OA640~OA641, OA647~OA649, O1640~O1641, O1643~O1649)	가. Alteplase 주사제
나. 심장 창상봉합술(O1660)	나. Tenecteplase 주사제
다. 동맥관개존폐쇄술(O1671, O1672)	다. Urokinase 주사제
라. 대동맥축착증수술(O1680)	약제성분명
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)	

수술명(수술코드)	약제성분명
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) 여. 관상동맥 내막절제술(O1830) 저. 발살바동 동맥류파열수술(O1840) 처. 동정맥기형교정술(O1841) 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. 심실 보조장치 치료술 (O0881, O0882, O0883, O0886, O0887, O0888, O0889) 로. 인공심폐순환(O1890) 모. 개흉심장마사지(O1895) 보. 부분체외순환(O1901~O1904) 소. 국소관류(O1910) 오. 대동맥내풍선펌프(O1921, O1922) 조. 심낭루조성술(O1931) 초. 심낭창형성술(O1932, O1935) 코. 심막절제술(O1940) 토. 폐동맥혈전제거술(O1950) 포. 대동맥-폐동맥 창 폐쇄술(O1960)	



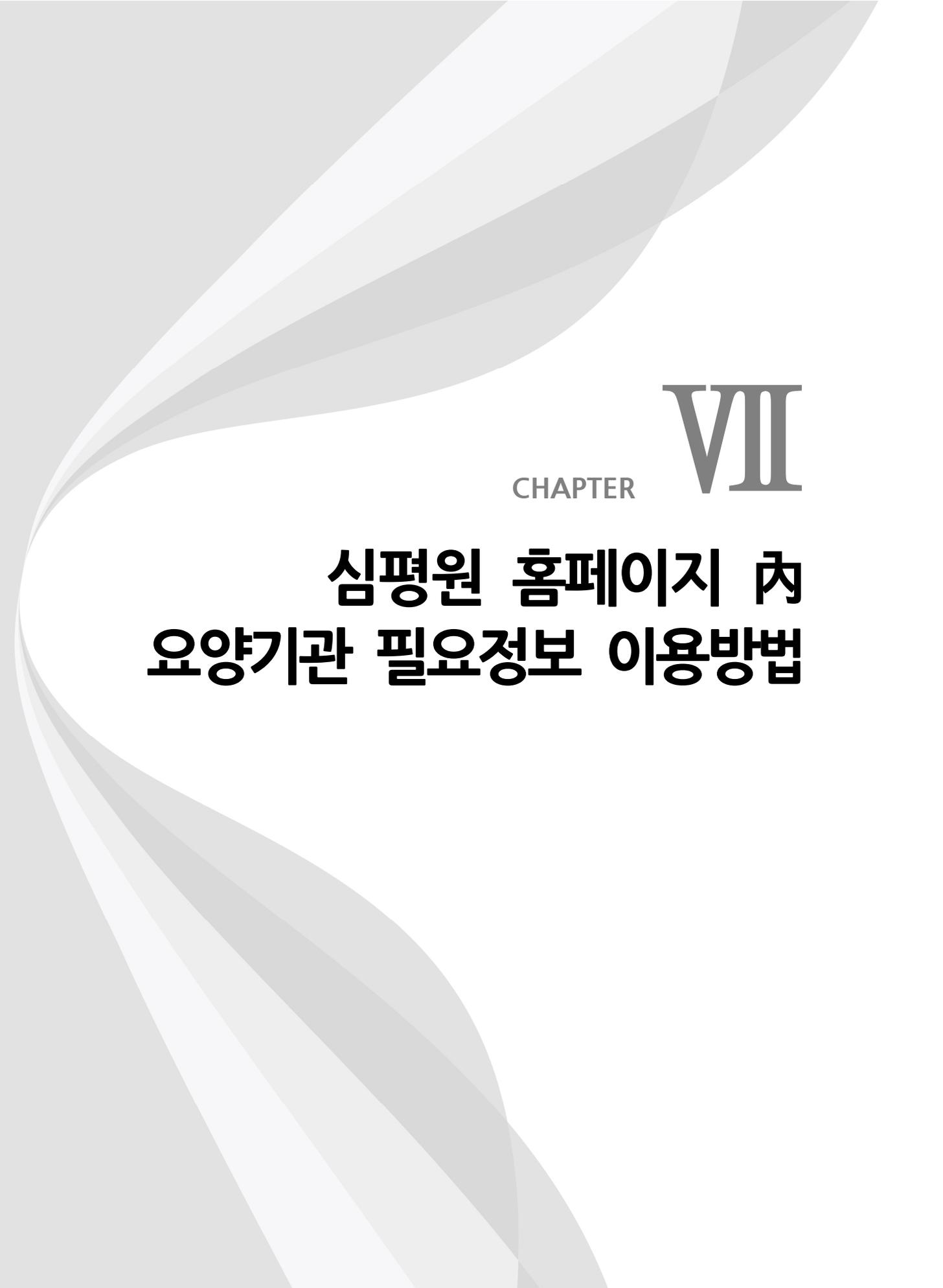
수술명(수술코드)	약제성분명
호. 심내이물제거술(O1970)	
구. 심장중양제거술(O1981, O1982)	
누. 심박기거치술(O2001, O2004, O2005, O0203~O0210)	
두. 부정맥수술(O2006, O2007)	
루. 심율동전환 제세동기거치술(O0211, O0212, O2211, O2212)	
무. 동맥류 절제술(O2021, O2022, O2031~O2033)	
부. 경피적 동맥관개존 폐쇄술(M6510)	
수. 경피적 심방중격결손폐쇄술(OZ751)	
우. 경피적 근성부 심실중격결손 폐쇄술(M6513)	
주. 경피적 심방중격절개술(M6521, M6522)	
추. 경피적 심장 판막성형술(M6531~M6533)	
쿠. 부정맥의 고주파절제술(M6541~M6543, M6546~M6548, M6550) 및 냉각절제술(M0651, M0652)	
투. 경피적 관상동맥확장술(M6551, M6552, M6553, M6554)	
푸. 경피적 관상동맥스텐트삽입술(M6561~M6564, M6565~M6567)	
후. 경피적 관상동맥죽상반절제술(M6571, M6572)	
그. 경피적 대동맥판삽입(M6580, M6581, M6582)	
느. 경피적 폐동맥판 삽입술(M6585)	
드. 경피적 풍선혈관성형술(M6595~M6597)	
르. 경피적 혈관내 금속스텐트삽입술(M6603~M6605)	
므. 경피적 혈관내 스텐트-이식설치술(M6611~M6613)	
브. 경피적 혈관내 죽종제거술(M6620)	
스. 경피적 혈전제거술(M6632, M6634, M6638, M6639)	
으. 혈관색전술(M6644)	
즈. 심장이식술(Q8080)	
초. 심장 및 폐이식술(Q8103)	

[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	T31.11신체표면의 10-19%를 침범한 화상 중 3도화상이 신체표면의 10-19%인 경우 T31.21~2신체표면의 20-29%를 침범한 화상 중 3도화상이 신체표면의 10%이상인 경우 T31.31~3 신체표면의 30-39%를 침범한 화상 중 3도화상이 신체표면의 10%이상인 경우 T31.41~4 신체표면의 40-49%를 침범한 화상 중 3도화상이 신체표면의 10%이상인 경우 T31.51~5 신체표면의 50-59%를 침범한 화상 중 3도화상이 신체표면의 10%이상인 경우 T31.61~6 신체표면의 60-69%를 침범한 화상 중 3도화상이 신체표면의 10%이상인 경우 T31.71~7 신체표면의 70-79%를 침범한 화상 중 3도화상이 신체표면의 10%이상인 경우 T31.81~8 신체표면의 80-89%를 침범한 화상 중 3도화상이 신체표면의 10%이상인 경우 T31.91~9 신체표면의 90%이상을 침범한 화상 중 3도화상이 신체표면의 10%이상을 경우
3	T20.2~T20.3 머리 및 목 2·3도 화상 T21.2~T21.3 몸통의 2·3도 화상	



구분	중증도	체표면적
	(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	



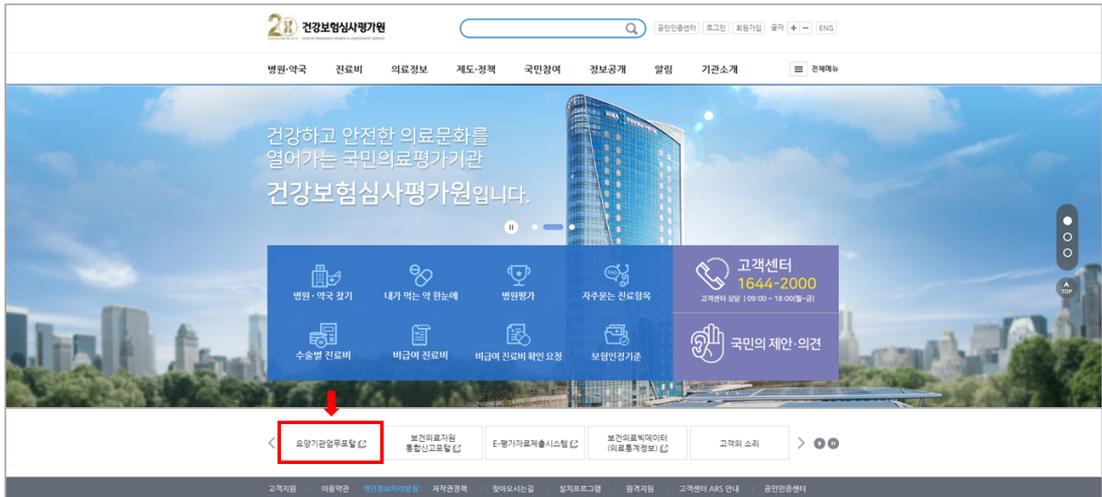
CHAPTER VII

**심평원 홈페이지 內
요양기관 필요정보 이용방법**



■ 건강보험심사평가원 홈페이지 內 요양기관 필요정보 이용 방법

www.hira.or.kr ➔ **요양기관업무포털 클릭**



요양기관업무포털 주소 <https://biz.hira.or.kr>



심사기준심사기준 종합서비스: 고시, 심사기준, 수가, 약가 등 심사관련 정보 한곳에서 확인 가능

<예시>





심사기준

<예시>

심사기준 종합서비스
회원센터

통합검색

검색어를 입력하세요.

- 기본
- 심사기준**
- 고시/행정해석/심사지침 전문
- 최신&다빈도 심사기준 조회
- 행위
- 수가정보
- 행위정의
- 의약품
- 약가정보
- 암질문사용약제 (합합요법 등)
- 식약처의약품정보
- 치료재료
- 치료재료대장보
- 급여비급여목록정보
- 치료재료목록파일
- 기타
- 공지사항
- 청구관련기준 (마스터파일)
- 요양기관현지조사

주제어
 제목
 관련근거
 견제
 고시
 행정해석
 심사지침
 석인분류
 치료재료코드
 공개심사사례
 공개심사사례
 견산심사사례

> 검색내용
 > 석인분류검색
 > 개최일자/시행일자 2004-02-05 - 2020-04-02
 Q 조회

> 검색내재검색
 Q 조회

○ 심사기준
 > 개최일자/시행일자를 수정하시면 2004년 2월 5일 이전의 심사기준도 조회 가능합니다.
 급여기준 이력조회 역설저장 총 : 0건

개최시행일자	번호	구분	관련근거	제목	첨부	조회수
No Data.						

<< < 1 / 0
 이동
20개씩 보기
> >>

• 담당부서 : 심사운영부
 • 전화번호 :

심사기준 종합서비스
회원센터

통합검색

검색어를 입력하세요.

- 기본
- 심사기준**
- 고시/행정해석/심사지침 전문
- 최신&다빈도 심사기준 조회
- 행위
- 수가정보
- 행위정의
- 의약품
- 약가정보
- 암질문사용약제 (합합요법 등)
- 식약처의약품정보
- 치료재료
- 치료재료대장보
- 급여비급여목록정보
- 치료재료목록파일
- 기타
- 공지사항
- 청구관련기준 (마스터파일)
- 요양기관현지조사

주제어
 제목
 관련근거
 견제
 고시
 행정해석
 심사지침
 석인분류
 치료재료코드
 공개심사사례
 공개심사사례
 견산심사사례

> 검색내용
 > 석인분류검색
 > 개최일자/시행일자 2004-02-05 - 2020-04-02
 Q 조회

> 검색내재검색
 Q 조회

○ 심사기준
 > 개최일자/시행일자를 수정하시면 2004년 2월 5일 이전의 심사기준도 조회 가능합니다.
 급여기준 이력조회 역설저장 총 : 5,535건

개최시행일자	번호	구분	관련근거	제목	첨부	조회수
2020-04-01	01-01	고시	고시 제2020-69호(약제)	Carglumic acid 경구제(통명: 카바글루믹산정200mg)	📎	54
2020-04-01	01-02	고시	고시 제2020-69호(약제)	[일반원칙] 경구용 서방형제제 (장제, 협술제, 과립제) 분할 처방 투여 기준	📎	152
2020-04-01	01-03	고시	고시 제2020-69호(약제)	Hyosicine butylbromide 주사제(통명: 프린판주 등)	📎	78
2020-04-01	01-04	고시	고시 제2020-69호(약제)	Ibrutinib 경구제(통명: 임분루비카렙솔 140알리그렘)	📎	44
2020-04-01	02-01	고시	고시 제2020-70호(행위)	편식완결영가를 이용한 자동결정검사	📎	32
2020-04-01	03-01	고시	고시 제2020-70호(치료재료)	자동행합기의 급여기준	📎	187
2020-03-31	01-01	공개심사사례	공개심사사례	심설 보조장치 치료술(VAD) 대상자 요양급여 여부	📎	23
2020-03-31	02-01	공개심사사례	공개심사사례	솔라리스주 요양급여 대상여부	📎	44
2020-03-31	03-01	공개심사사례	공개심사사례	스핀라자주 요양급여 대상 여부	📎	38
2020-03-31	04-01	공개심사사례	공개심사사례	조혈모세포이식 승인 여부	📎	26
2020-03-24	01-01	행정해석	코로나바이러스감염증-19등	[요양병원] 코로나바이러스감염증-19 관련, 요양병원 수가 산정 방법 안내	📎	579
2020-03-23	01-01	행정해석	보험급여과-1376호(2020.3.2)	코로나19 관련 음압격리실 등에 대한 요양급여 산정지침 및 청구방법 안내	📎	360
2020-03-19	01-01	행정해석	장시간장정학과-1796호(2020)	(코로나19) 장시간환자 신규 비자의입원 시 코로나19 검사 안내	📎	154
2020-03-12	01-01	행정해석	응급의료과-1182호	[중증응급진료센터]코로나19 중증응급진료센터 운영 및 적용수기에 대한 안내(질의응답 요약)	📎	533

<< < 1 / 277
 이동
20개씩 보기
> >>

• 담당부서 : 심사운영부
 • 전화번호 :

고시/행정해석/심사지침 전문

<예시>

☰ 심사기준 종합서비스
회원등록

통합검색

조회조건 검색어를 입력하세요.

조회

전문유형

선택

- 기본
- 심사기준
- 고시/행정해석/심사지침 전문
- 최신&다빈도
- 최신&다빈도
- 행정
- 수가정보
- 행위정의
- 의약품
- 약가정보
- 알콜환사용약제 (항암요법 등)
- 식약처의약품정보
- 치료재료
- 치료재료대정보
- 급여비급여목록정보
- 치료재료목록파일
- 기타
- 공지사항
- 청구관련기준 (마스터파일)
- 요양기관현지도사

순번	제목	작성자	작성일자	전문유형	최종수정일	조회	첨부
582	[약제] 고시 제2020-69호 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 안내	약제기준부	2020-03-27	고시-공고	2020-03-27	214	📎
581	[요양병원] 코로나바이러스감염증-19 관련, 요양병원 수가 산정 방법 안내	완화요양수가부	2020-03-24	행정해석-행정지시	2020-03-25	115	📎
580	[중증응급진료센터] 코로나19 중증응급진료센터 운영 및 적용수가에 대한 안내(수:)	의료수가운영부	2020-03-16	행정해석-행정지시	2020-03-19	177	📎
579	[요양병원] 코로나19 관련 요양병원 수가 산정 방법 안내	완화요양수가부	2020-03-05	행정해석-행정지시	2020-03-05		📎
578	[수정안내] 코로나바이러스감염증-19 관련 요양급여 적용 기준 및 청구방법 수정 안내	심사기준부	2020-03-04	행정해석-행정지시	2020-03-04	288	📎
577	코로나19 확산방지를 위한 추가진단 해외규정 시행방안 개정안내	의료수가운영부	2020-03-02	행정해석-행정지시	2020-03-02	146	📎
576	코로나19 관련 동일성분 의약품 중복처방 시 청구방법 안내	청구관리부	2020-02-28	행정해석-행정지시	2020-02-28	122	📎
575	코로나19 관련 직접조제 대상 확대 및 의약품업 예외 구분코드 적용 안내	청구관리부	2020-02-27	행정해석-행정지시	2020-02-27	130	📎
574	[약제] (보혈약제과-712호) 코로나바이러스감염증-19 관련 반응형가 필요 약제 급()	약제기준부	2020-02-27	행정해석-행정지시	2020-02-27	184	📎
573	[행위] 고시 제2020-45호 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 일부()	급여혁신부	2020-02-26	고시-공고	2020-02-27	648	📎
572	[수정안내] 코로나바이러스감염증-19 관련 요양급여 적용 기준 및 청구방법 수정()	심사기준부	2020-02-25	행정해석-행정지시	2020-02-25	272	📎
571	[약제] 고시 제2020-37호 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 안내	약제기준부	2020-02-21	고시-공고	2020-02-25	326	📎
570	코로나바이러스감염증-19 관련 응급의료수가 적용기준 및 청구방법 안내	의료수가운영부	2020-02-18	행정해석-행정지시	2020-02-18	252	📎
569	[약제] 고시 제2020-28호 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 안내	약제기준부	2020-02-06	고시-공고	2020-02-06	360	📎
568	「장려금의 지급에 관한 기준」 고시 일부개정령에 따른 영세서 작성방법 일부내용 주	청구관리부	2020-02-06	고시-공고	2020-02-06	205	📎
567	[약제] 고시 제2020-25호 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 안내	약제기준부	2020-02-04	고시-공고	2020-02-04	272	📎

<< < 1 / 30 이동 20개씩 보기 >>

• 담당부서 : 심사운영부
• 견화번호 :



■ 자주하는 질문 조회 방법

✓ 자주하는 질문에 대한 분야별 상담사례 조회

www.hira.or.kr ➡ 고객의 소리 ➡ 상담문의 클릭

〈예시〉

건강보험심사평가원

로그인 | 회원가입 | 글자 + - | ENG

병원·약국 | 진료비 | 의료정보 | 제도·정책 | 국민참여 | 정보공개 | 알림 | 기관소개

기관소개

위치안내

본원

주소 : 강원도 원주시 혁신로 60
건강보험심사평가원
전화 : 1644-2000

약도 보기

요양기관업무포털 | 보건의료자원 통합신고포털 | E-평가자료제공시스템 | 보건의료빅데이터 (의료통계정보) | **고객의 소리**



건강보험심사평가원

로그인 | 회원가입 | 글자 + - | ENG

병원·약국 | 진료비 | 의료정보 | 제도·정책 | **국민참여** | 정보공개 | 알림 | 기관소개

상담문의

자주하는 질문 | 문의하기

건강보험심사평가원 업무와 관련하여 문의가 빈번한 내용이 분야별로 정리되어 있습니다.

자주하는 질문

전체	급여기준	심사·평가	요양급여비용청구방법	사후관리	요양기관현황관련	진료비확인요청	자동차보험	기타
13	진료비확인요청	귀가시 소지한 체온계가 비급여가 경당한지 문의 드립니다.	2017-09-29	369				
14	진료비확인요청	무릎에 레이저 치료비용 보합적용 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>



자주 묻는 진료항목

홈 > 의료정보 > 알기 쉬운 급여혜택 > 자주 묻는 진료항목

* 고객이 자주 묻는 질문(검사, 수술 등)에 대한 수가, 급여기준 및 비용에 관한 내용을 확인하실 수 있습니다.

전체

진료과목	급여항목
전체	CT 28전산화단층영상진단
외과	C형간염 항체검사
치과	MRI(자기공명영상진단)
한방	PET(양전자단층촬영)
	격리실 입원료
	경피적 척추성형술
	경피적 척추후궁 풍선복원술
	골밀도 검사
	근막동통 유발점 주사 자극치료
	뇌경위적방사선수술



■ 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

건강정보

- 생활속 건강정보
- 통계로 보는 질병정보
- 쉽게 이해하는 용어설명

의약품정보

- 의약품통합정보
- 암질환사용약제및요법
- 자료공개

간행물

- HIRA e-Book
- 뉴스레터
- 통계자료실

심사평가연구

- 연구보고서
- 진료경향분석
- 정책동향

알기 쉬운 급여혜택

- 자주 묻는 진료항목
- 쉽게 풀어서 치료재료 급여기준



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)

PDF 다운로드 PDF 다운로드 PDF 다운로드 PDF 다운로드

■ 급여기준 검토안전공지/전문가회의참석요청접수 방법

www.hira.or.kr ➡ 국민참여 ➡ 급여기준 개선
➡ 검토안전공지/전문가회의참석요청접수 클릭

<예시>

The screenshot shows the HIRA website interface. At the top, there is a search bar and navigation links for '로그인', '회원가입', '글자', '+', '-', and 'ENG'. Below the navigation bar, there are tabs for '병원·약국', '진료비', '의료정보', '제도·정책', '국민참여', '정보공개', '알림', and '기관소개'. A red box highlights the '국민참여' tab and a banner that reads '검토안전공지/전문가회의 참석요청접수'. Below the banner, there is a message: '급여기준 개선 검토 시 보다 많은 이해관계자가 참여하고 의견을 개진할 수 있도록 검토안전공지를 공지하고 있습니다.' At the bottom, there is a table with columns: '안전번호', '안전제목', '공지일자', '신청기간', '접수현황', '회의참여신청', and '진행상황'.

안전번호	안전제목	공지일자	신청기간	접수현황	회의참여신청	진행상황
94	「수면다원검사(level 1)」의 급...	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] [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 : 포스레놀정500mg(탄산란탄), 포스레놀정750mg(탄산란탄), 포스레놀산1000mg(탄산란탄)		○						
405	상시경비	TNF-a inhibitor		○						
404	상시경비	레그파라정		○						
403	상시경비	아이비글로볼린에스주		○						
402	상시경비	맙테라, 글리벡필름코팅정		○						
401	상시경비	트랙토실주	제2015-184호				○			



보호·보상제도

보호

- 비밀보장 : 신고자 동의 없이 인적사항 등 공개 금지
- 보호조치 : 신고 등을 이유로 불이익조치 금지
- 신변보호 : 신고 등을 이유로 신변에 불안이 있는 경우 요청
- 책임감면 : 신고와 관련하여 신고자의 범죄행위가 발견된 경우 형벌·징계 등의 감경 또는 면제 가능

보상

- 보상금 : 신고로 직접적인 수입의 회복, 증대 등을 가져온 경우
 - ※ 내부공익신고자, 국민권익위원회에 부패신고 한 자만 해당
- 포상금 : 신고로 공익의 증진 등을 가져온 경우
- 구조금 : 신고로 피해나 비용이 발생한 경우(치료비, 이사비 등)



세상을 바꾸는 용기

부패·공익신고

1398
110

부패행위

- 공직자가 직무상 지위·권한을 남용하거나 법령을 위반하여 이익을 도모 또는 공공기관에 재산상 손해를 가하는 행위
- 위 행위나 그 은폐를 강요·권고·제의·유인하는 행위



공익침해행위

- 6대 분야(건강, 안전, 환경, 소비자의 이익, 공정한 경쟁, 이에 준하는 공공의 이익) 284개 법률의 벌칙 또는 행정처분 대상 행위

신고대상

상담 및 신고

| 상담 |

- 1398 또는 국민콜 110

| 신고 |

- 인터넷 www.clean.go.kr
- 방문·우편

- 국민권익위원회 종합민원상담센터(세종)
- 정부합동민원센터(서울)

※ 공익신고의 경우 국민권익위원회에 변호사를 통해 비실명 대리신고 가능

신고방법



국민권익위원회

