

발 간 등 록 번 호

D-62-2010-54

관절 분야

급여기준 및 사례집

2010년 5월판



건강보험심사평가원
Health Insurance Review & Assessment Service



Contents

I. 관절분야 추가항목	1
1. 검사료	3
2. 영상진단료	6
3. 주사료	8
4. 처치 및 수술료	8
5. 비급여항목	16
II. 관절분야 급여기준	19
1. 검사료	21
2. 영상진단료	23
3. 이학요법료	29
4. 처치 및 수술료	35
5. 기결정 고시	42
6. 치료재료	45
III. 공개심의사례	61
IV. 주요 청구착오유형	79
[부록]	91

본인일부부담금 산정특례에 관한 기준

I. 관절분야 추가항목

동 내용에 수록된 항목별 소정금액은 2010.1.1일부터 시행하는 상대가
치점수 및 점수당 단가(의원:65.3원, 병원:64.3원)를 적용한 비용임.

1. 검사료

■ 나-661 도수근력검사

주 : 월 1회 이상 실시하더라도 주된 항목의 소정점수를 1회만 산정
 가. 상지 또는 하지 [체간 포함] (E6611) 68.42점
 나. 전신 (E6612) 80.63점

분류코드	항목	소정금액	
		의원	병원
E6611	상지 또는 하지 [체간 포함]	4,470	4,400
E6612	전신	5,270	5,180

■ 너-771 일상생활동작검사 (EY771) 100.29점

주 : 1. 월 1회 이상 실시하더라도 1회만 산정
 2. 변형된 바델지수(Modified Barthel Index) 등을 이용한 경우
 에도 소정점수를 산정 (EY772)

분류코드	항목	소정금액	
		의원	병원
EY771	일상생활동작검사	6,550	6,450
EY772	변형된 바델지수 등을 이용	6,550	6,450

■ 너-772 수지기능검사 (EX780) 101.29점

주 : 1. 월 1회 이상 실시하더라도 1회만 산정
 2. 젍슨 수부 평가검사,¹⁾ 오코너 핑거 텍스트리티 검사²⁾를 실시
 한 경우에도 소정점수를 산정 (EY781, EY782)

분류코드	항목	소정금액	
		의원	병원
EX780	수지기능검사	6,610	6,510
EY781	젍슨 수부 평가검사	6,610	6,510
EY782	오코너 핑거 텍스트리티검사	6,610	6,510

- 너-773 관절가동범위검사 (EX773) 127.19점
주 : 월 1회 이상 실시하더라도 1회만 산정한다.

분류코드	항목	소정금액	
		의원	병원
EX773	관절가동범위검사	8,310	8,180

- 너-774 조직압의 측정 [설치에서 제거까지, 치료기간중 1회 산정]
(EX774) 547.31점

분류코드	항목	소정금액	
		의원	병원
EX774	조직압의 측정	35,740	35,190

- 너-775 등속성운동기능검사
가. 상지 (EY761) 170.81점
나. 하지 (EY762) 170.81점

분류코드	항목	소정금액	
		의원	병원
EY761	등속성운동기능검사, 상지	11,150	10,980
EY762	등속성운동기능검사, 하지	11,150	10,980

- 너-776 경직진자검사 (EX776) 107.42점

분류코드	항목	소정금액	
		의원	병원
EX776	경직진자검사	7,010	6,910

- 나-750 관절경 검사 (E7500) 1,964.76점
주: 고관절부위를 실시한 경우에는 2,595.48점을 산정 (E7501)

☞ 기기 (Sscopy, Fibroscopy, Microscopy)의 종류를 불문하고 소정점수를 산정

- ☞ 만 8세미만의 소아에 대하여는 소정점수의 20%를 가산 (-300)
 ☞ 내시경하 생검을 하는 경우 해당 내시경 점수의 20%를 산정 (-010)

분류코드	항목	소정금액		8세미만 소아가산 (-300)		내시경하 생검 (-010)	
		의원	병원	의원	병원	의원	병원
E7500	관절경 검사	128,300	126,330	153,960	151,600	25,660	25,270
E7501	고관절부위 관절경검사	169,480	166,890	203,380	200,270	33,900	33,380

■ 나-802 관절천자 [편측] [간단한 검사 또는 관절액이동술 포함]

(C8020) 142.99점

- ☞ 천자를 치료목적(약물주입 또는 지속적인 배액)으로 실시한 경우에는 본
 분류항목 소정점수의 30%를 가산 (-010)
 ☞ 만8세미만의 소아에 대하여는 소정점수의 20%를 가산 (-300)

분류코드	항목	소정금액		8세미만 소아가산 (-300)		치료목적 (-010)	
		의원	병원	의원	병원	의원	병원
C8020	관절천자	9,340	9,190	11,200	11,030	12,140	11,950

■ 나-860 관절절개생검술

가. 견관절, 고관절, 천장관절 (C8601) 2,126.28점

나. 주관절, 슬관절 (C8602) 1,705.59점

다. 완관절 및 족관절 (C8603) 1,484.98점

라. 기타부위 (C8604) 1,373.71점

- ☞ 만8세미만의 소아에 대하여는 소정점수의 20%를 가산 (-300)

분류코드	항목	소정금액		8세미만 소아가산 (-300)	
		의원	병원	의원	병원
C8601	견관절, 고관절, 천장관절	138,850	136,720	166,620	164,060
C8602	주관절, 슬관절	111,380	109,670	133,650	131,600
C8603	완관절, 족관절	96,970	95,480	116,360	114,580
C8604	기타부위	89,700	88,330	107,640	106,000

2. 영상진단료

■ 다-101 C-Arm형 영상증폭장치 이용료 (G0400) 318.72점

주 : C-Arm형 영상증폭장치(Television Image Intensifier System)를 이용하여 도수 또는 관혈적 정복술 등을 실시한 경우에 산정

분류코드	항목	소정금액	
		의원	병원
G0400	C-Arm형 영상증폭장치 이용료	20,810	20,490

■ 다-102 투시촬영

가. 진단적 (G0430) 143.57점

나. 중재적 (조영제주입료, 스팟트촬영료 포함) (G0440) 403.37점

주 : 제9장 중재적 방사선시술 항목중 [유도료 별도 산정]으로 기재된 항목에 한하여 산정

- ☞ 영상의학과전문의가 판독을 하고 판독소견서를 작성한 경우 소정점수의 10%를 가산
- ☞ 만8세미만의 소아에 대하여 방사선평영상진단을 한 경우에는 소정점수의 15%를 가산

분류코드	항목	소정금액		전문의판독 (-006)		만8세미만 소아가산 (-300)	
		의원	병원	의원	병원	의원	병원
G0430	투시촬영, 진단적	9,380	9,230	10,310	10,150	10,310	10,150
G0440	투시촬영, 중재적	26,340	25,940	28,970	28,530	28,970	28,530

■ 다 245 일반 전산화단층영상진단

- ☞ 영상의학과전문의가 판독을 하고 판독소견서를 작성한 경우 소정점수의 10%를 가산
- ☞ 만8세미만의 소아에 대하여 방사선평영상진단을 한 경우에는 소정점수의 15%를 가산
- ☞ 외부병원 필름을 판독하고 판독소견서를 작성·비치한 경우 소정점수의 20%로 산정

- ☞ 생검 또는 중재적 시술시 이용된 CT 유도비용은 각 항목의 조영제를 사용하지 않는 경우 (흉부 및 복부는 조영제를 사용하지 않는 경우-기타의 경우)의 소정점수에 의하여 산정
- ☞ 다만, 중재적 시술시 사용한 CT 유도비용은 제2회 시술부터 소정점수의 50%를 산정
- ☞ 제한적 CT는 방사선 치료범위의 결정, Femur의 Anteversion Angle 측정 등을 실시한 경우 산정

사. 상지

- (1) 조영제를 사용하지 않는 경우 (HA457) 1,418.54점
- (2) 조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함]
(HA467) 1,706.73점
- (3) 이중시기 CT, 삼중시기 CT, 삼차원 CT, 혈관조영, 관절 관 또는
강내조영촬영, Cine CT (HA477) 2,133.46점
- (4) 제한적 CT (HA447) 795.22점

아. 하지

- (1) 조영제를 사용하지 않는 경우 (HA458) 1,403.28점
- (2) 조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함]
(HA468) 1,689.94점
- (3) 이중시기 CT, 삼중시기 CT, 삼차원 CT, 혈관조영, 관절 관 또는
강내조영촬영, Cine CT (HA478) 2,068.55점
- (4) 제한적 CT (HA448) 787.58점

분류 코드	항목	소정금액		전문의판독 (-600)		만8세미만소아가산 (-300)		외부병원필름판독 (-001)	
		의원	병원	의원	병원	의원	병원	의원	병원
HA457	상지, 조영제를 사용하지 않는 경우	92,630	91,210	101,890	100,330	106,530	104,890	18,530	18,240
HA467	상지, 조영제를 사용하는 경우	111,450	109,740	122,590	120,720	128,170	126,200	-	-
HA477	이중시기 CT, 삼중시기 CT 등	139,310	137,180	153,250	150,900	160,210	157,760	-	-

HA447	제한적 CT	51,930	51,130	57,120	56,250	59,720	58,800	10,390	10,230
HA458	하지, 조영제를 사용하지 않는 경우	91,630	90,230	100,800	99,250	105,380	103,770	18,330	18,050
HA468	하지, 조영제를 사용하는 경우	110,350	108,660	121,390	119,530	126,910	124,960	-	-
HA478	이중시기 CT, 삼중시기 CT 등	135,080	133,010	148,580	146,310	155,340	152,960	-	-
HA448	제한적 CT	51,430	50,640	56,570	55,710	59,140	58,240	10,290	10,130

3. 주사료

- 마-6 신경간내주사 (KK061) 59.16점
주 : 건초내주사를 실시한 경우에는 53.92점을 산정 (KK062)

- 마-9 관절강내 주사 (KK090) 165.17점

☞ 만8세미만의 소아에 대하여는 소정점수의 20%를 가산 (-300)

분류코드	항목	소정금액		8세미만 소아가산 (-300)	
		의원	병원	의원	병원
KK061	신경간내주사	3,860	3,800	4,640	4,560
KK062	건초내주사	3,520	3,470	4,220	4,160
KK090	관절강내주사	10,790	10,620	12,940	12,740

4. 처치 및 수술료

- ☞ 18시~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 처치 및 수술을 행한 경우에는 소정점수의 50%를 가산
(야간가산 : -010, 공휴가산 : -050)

■ 자-68 급성화농성관절염절개술

가. 고관절	(N0681)	2,240.76점
나. 견관절, 슬관절	(N0684)	1,626.28점
다. 주관절, 완관절, 족관절	(N0685)	1,487.49점
라. 지관절	(N0686)	1,059.24점

분류코드	항목	소정금액		공휴 및 야간 가산	
		의원	병원	의원	병원
N0681	고관절	146,320	144,080	219,480	216,210
N0684	견관절, 슬관절	106,200	104,570	159,290	156,850
N0685	주관절, 완관절, 족관절	97,130	95,650	145,700	143,470
N0686	지관절	69,170	68,110	103,750	102,160

■ 자-69 자가유래연골세포이식술

가. 채취술 [관절경검사 포함]	(N0691)	2,363.51점
주: 단독으로 실시한 경우에 산정		
나. 이식술	(N0692)	3,571.95점

분류코드	항목	소정금액		공휴 및 야간 가산	
		의원	병원	의원	병원
N0691	채취술	154,340	151,970	231,510	227,960
N0692	이식술	382,180	376,330	573,280	564,500

■ 자69-1 자가골연골이식술 (N0693) 3,571.95점

분류코드	항목	소정금액		공휴 및 야간 가산	
		의원	병원	의원	병원
N0693	자가골연골이식술	233,250	229,680	349,870	344,510

■ 자-70 사지관절절제술 [활막절제를 포함]

가. 고관절	(N0701)	3,695.51점
나. 견관절, 슬관절	(N0702)	3,385.94점
주: Baker's Cyst 절제술을 행한 경우에는 3,464.29점을 산정		
다. 주관절, 완관절, 족관절	(N0703)	2,752.38점

라. 지관절

(N0704)

1,382.04점

분류코드	항목	소정금액		공휴 및 야간 가산	
		의원	병원	의원	병원
N0701	고관절	241,320	237,620	361,980	356,430
N0702	견관절, 슬관절	221,100	217,720	331,650	326,570
N0703	주관절, 완관절, 족관절	179,730	176,980	269,600	265,470
N0704	지관절	90,250	88,870	135,370	133,300

■ 자-71 인공관절치환술

가. 전치환

- (1) 고관절 (N0711) 9,168.35점
 (2) 견관절¹⁾, 슬관절²⁾ (N2071, N2072) 7,559.02점
 (3) 주관절³⁾, 완관절⁴⁾, 족관절⁵⁾ (N2073, N2074, N2075) 6,536.49점
 (4) 지관절 (N0714) 2,252.27점

나. 부분치환술

- (1) 고관절 (N0715) 6,479.36점
 (2) 견관절¹⁾, 슬관절²⁾, 주관절³⁾, 완관절⁴⁾, 족관절⁵⁾
 (N2711, N2712, N2713, N2714, N2715) 6,238.02점
 (3) 지관절 (N0717) 1,976.15점

분류코드	항목	소정금액		공휴 및 야간 가산	
		의원	병원	의원	병원
N0711	고관절 전치환	598,690	589,520	898,040	884,290
N2071, N2072	견관절, 슬관절 전치환	493,600	486,040	740,410	729,070
N2073~N2075	주관절, 완관절, 족관절 전치환	426,830	420,300	640,250	630,440
N0714	지관절 전치환	147,070	144,820	220,610	217,230
N0715	고관절 부분치환	423,100	416,620	634,650	624,930
N2711~N2715	견관절, 슬관절, 주관절, 완관절 족관절 부분치환	407,340	401,100	611,010	601,660
N0717	지관절 부분치환	129,040	127,070	193,560	190,600

■ 자71-1 인공관절재치환술

가. 전치환

(1) 고관절 (N1711) 11,502.37점
 주: 인공관절 삽입물의 제거를 동시에 실시한 경우에는 5,118.64점을 별도 산정 (N1721)

(2) 견관절¹⁾, 슬관절²⁾ (N3711, N3712) 9,397.06점
 주: 인공관절 삽입물의 제거를 동시에 실시한 경우에는 4,541.77점을 별도 산정 (N3721, N3722)

(3) 주관절³⁾, 완관절⁴⁾, 족관절⁵⁾ (N3713, N3714, N3715) 6,776.75점

주: 인공관절 삽입물의 제거를 동시에 실시한 경우에는 3,864.59점을 별도 산정 (N3723, N3724, N3725)

(4) 지관절 (N1714) 2,777.48점
 주: 인공관절 삽입물의 제거를 동시에 실시한 경우에는 1,343.59점을 별도 산정 (N1724)

나. 부분치환술

(1) 고관절 (N1715) 7,945.20점
 주: 인공관절 삽입물의 제거를 동시에 실시한 경우에는 3,854.80점을 별도 산정 (N1725)

(2) 견관절¹⁾, 슬관절²⁾, 주관절³⁾, 완관절⁴⁾, 족관절⁵⁾ 7,368.55점
 주: 인공관절 삽입물의 제거를 동시에 실시한 경우에는 3,857.51점을 별도 산정 (N4721, N4722, N4723, N4724, N4725)

(3) 지관절 (N1717) 2,508.25점
 주: 인공관절 삽입물의 제거를 동시에 실시한 경우에는 1,306.57점을 별도 산정 (N1727)

분류코드	항목	소정금액		공휴 및 야간 가산	
		의원	병원	의원	병원
N1711	고관절재치환술, 전치환	751,100	739,600	1,126,660	1,109,400
N1721	고관절재치환술, 전치환의 주.항	334,250	329,130	501,370	493,690
N3711~N3712	견관절, 슬관절재치환술, 전치환	613,630	604,230	920,440	906,350
N3721~N3722	견관절, 슬관절재치환술, 전치환의 주.항	296,580	292,040	444,870	438,050
N3713~N3715	주관절, 완관절, 족관절재치환술, 전치환	442,520	435,750	663,780	653,620
N3723~N3725	주관절, 완관절, 족관절재치환술, 전치환의 주.항	252,360	248,490	378,540	372,740
N1714	지관절재치환술, 전치환	181,370	178,590	272,050	267,890
N1724	지관절재치환술, 전치환의 주.항	87,740	86,390	131,600	129,590

N1715	고관절재치환술, 부분치환	518,820	510,880	778,230	766,310
N1725	고관절재치환술, 부분치환의 주.항	251,720	247,860	377,580	371,800
N4711~N4715	견관절, 슬관절, 주관절, 완관절, 족관절 재치환술, 부분치환	481,170	473,800	721,750	710,700
N4721~N4725	견관절, 슬관절, 주관절, 완관절, 족관절 재치환술, 부분치환의 주.항	251,900	248,040	377,840	372,060
N1717	지관절재치환술, 전치환	163,790	161,280	245,680	241,920
N1727	지관절재치환술, 전치환의 주.항	85,320	84,010	127,980	126,020

■ 자-72 절제관절성형술

가. 고관절	(N0721)	5,187.51점
나. 견관절, 슬관절, 주관절, 완관절, 족관절	(N0722)	3,766.76점
다. 지관절	(N0723)	1,749.95점

분류코드	항목	소정금액		공휴 및 야간 가산	
		의원	병원	의원	병원
N0721	고관절	338,740	333,560	508,120	500,340
N0722	견관절, 슬관절, 주관절, 완관절, 족관절	245,970	242,200	368,950	363,300
N0723	지관절	114,270	112,520	171,410	168,780

■ 자-73 관절고정술

가. 고관절	(N0731)	5,549.27점
나. 견관절, 슬관절	(N0732)	4,655.25점
다. 주관절, 완관절, 족관절	(N0733)	3,969.01점
주 : 족관절에 삼중관절고정술을 실시한 경우 4,519.69점을 산정		(N0735)
라. 지관절	(N0734)	2,173.28점

분류코드	항목	소정금액		공휴 및 야간 가산	
		의원	병원	의원	병원
N0731	고관절	362,370	356,820	543,550	535,230
N0732	견관절, 슬관절	303,990	299,330	455,980	449,000
N0733	주관절, 완관절, 족관절	259,180	255,210	388,760	382,810

N0735	족관절 삼중관절고정술	295,140	290,620	442,700	435,920
N0734	지관절	141,920	139,740	212,870	209,610

■ 자-75 관절탈구 관혈적정복술

가. 고관절	(N0751)	4,920.89점
나. 견관절	(N0752)	4,228.44점
다. 주관절	(N0753)	3,400.66점
라. 슬관절	(N0754)	3,723.94점
마. 완관절, 족관절	(N0755)	2,795.58점
바. 지관절	(N0756)	1,648.71점

분류코드	항목	소정금액		공휴 및 야간 가산	
		의원	병원	의원	병원
N0751	고관절	321,330	316,410	482,000	474,620
N0752	견관절	276,120	271,890	414,180	407,830
N0753	주관절	222,060	218,660	333,090	327,990
N0754	슬관절	243,170	239,450	364,760	359,170
N0755	완관절, 족관절	182,550	179,760	273,830	269,630
N0756	지관절	107,660	106,010	161,490	159,020

■ 자-76 관절탈수 도수정복술

가. 고관절	(N0761)	1,616.86점
나. 견관절	(N0762)	955.53점
다. 주관절, 슬관절	(N0763)	851.46점
라. 완관절, 족관절, 지관절	(N0764)	614.21점
마. 요골골두 아탈구	(N0765)	354.44점

분류코드	항목	소정금액		공휴 및 야간 가산	
		의원	병원	의원	병원
N0761	고관절	105,580	103,960	158,370	155,950
N0762	견관절	62,400	61,440	93,590	92,160
N0763	주관절, 슬관절	55,600	54,750	83,400	82,120

N0764	완관절, 족관절, 지관절	40,110	39,490	60,160	59,240
N0765	요골골두 아탈구	23,140	22,790	34,720	34,190

■ 자-81 선천성 고관절 탈구 비관혈적 정복술

가. 편측	(N0811)	819.11점
나. 양측	(N0812)	1,078.11점

분류코드	항목	소정금액		공휴 및 야간 가산	
		의원	병원	의원	병원
N0811	편측	53,490	52,670	80,230	79,000
N0812	양측	70,400	69,320	105,600	103,980

■ 자-82 반월판 연골절제술

가. 내측 또는 외측	(N0821)	3,254.18점
나. 내외측 동시	(N0822)	4,323.52점

분류코드	항목	소정금액		공휴 및 야간 가산	
		의원	병원	의원	병원
N0821	내측 또는 외측	212,500	209,240	318,750	313,870
N0822	내외측 동시	282,330	278,000	423,490	417,000

■ 자82-1 반월상 연골 봉합술

가. 내측 또는 외측	(N0823)	3,759.12점
나. 내외측 동시	(N0824)	4,203.92점

분류코드	항목	소정금액		공휴 및 야간 가산	
		의원	병원	의원	병원
N0823	내측 또는 외측	245,470	241,710	368,210	362,570
N0824	내외측 동시	274,520	270,310	411,770	405,470

■ 자82-2 반월상 연골이식술 (N0825) 6,764.08점

주 : 시술 시 사용된 동종 반월판은 별도 산정

분류코드	항목	소정금액		공휴 및 야간 가산	
		의원	병원	의원	병원
N0825	반월상 연골이식술	441,690	434,930	662,540	652,400

■ 자-83 용수지수술 (N0830) 1,252.36점

분류코드	항목	소정금액		공휴 및 야간 가산	
		의원	병원	의원	병원
N0830	용수지수술	81,780	80,530	122,670	120,790

■ 자-88 십자인대성형술 (N0880) 4,612.25점

분류코드	항목	소정금액		공휴 및 야간 가산	
		의원	병원	의원	병원
N0880	십자인대성형술	301,180	296,570	451,770	444,850

■ 자-89 십자인대접합술 (N0890) 3,761.00점

분류코드	항목	소정금액		공휴 및 야간 가산	
		의원	병원	의원	병원
N0890	십자인대접합술	245,590	241,830	368,390	362,750

■ 자93-1 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술

가. 견봉성형술 (N0935) 3,543.71점

나. 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술

(1) 일차봉합술 (N0936) 4,459.89점

(2) 근 및 건성형이 동반된 경우 (N0937) 5,533.98점

분류코드	항목	소정금액		공휴 및 야간 가산	
		의원	병원	의원	병원
N0935	견봉성형술	231,400	227,860	347,110	341,790

N0936	견봉성형술 및 회전근개파열복원, 일차봉합술	291,230	286,770	436,850	430,160
N0937	견봉성형술 및 회전근개파열복원, 근 및 건성형이 동반된 경우	361,370	355,830	542,050	533,750

5. 비급여항목

가. 검사료 (외피, 근골기능검사)

- 노-771 (EZ771) 동작분석 에너지소모분석
- 노-772 (EZ772) 동작분석 운동역학(Kinetic)
- 노-773 (EZ773) 동작분석 역동적근전도 (Dynamic Electromyography)
- 노-774 (EZ774) 동작분석(생역학검사) Biomechanical Motion Analysis
- 노-775 (EZ775) 관절계를 이용한 무릎관절인대검사
- 노-776 (EZ776) 체온열검사 Thermography
- 노-777 (EZ777) 동적 족저압측정 Dynamic Plantar Pressure Measurement

나. 영상진단 및 방사선 치료료

- 도-161 (HZ161) 초음파영상

다. 이학요법료

- 소-1 (MZ001) FIMS (Functional Intramuscular Stimulation)
- 서-122 (MX122) 도수치료 [1일당] Manual Therapy
- 서-142 증식치료 Prolotherapy
 - 가. 사지관절부위 (MY142)
 - 나. 척추분위 (MY143)

라. 처치 및 수술료

[근골]

- 조-81 (SZ081) 근골격계 종양의 고주파열치료술
- 조-83 (SZ083) 추간판내 고주파 열치료술
Intra Discal Electrothermal Therapy
- 조-84 (SZ084) 체외충격파치료 [근골격계질환]
Extraporporeal Shock Wave Therapy

[기타]

- 조-961 (QZ961) 다빈치 로봇수술 [시술시 소요재료 포함]

Ⅱ. 관절분야 급여기준

동 내용은 2010.6.1일부터 시행하는 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한
세부사항(고시 제2010-31호)를 반영함.

1. 검사료

항목	제목	세부인정사항
나201 A,B,0 혈액형검사	ABO 및 Rh 혈액형 검사의 인정기준	ABO 및 Rh 혈액형검사는 안전수혈을 도모하기 위해 1일 1회 인정함. (고시 제2008-40호, 2008.6.1 시행)
	수혈용 혈액에 실시 한 ABO-Rh 혈액형검 사 인정여부	혈액 및 혈액 성분제제 수가에는 ABO-Rh 혈액형검사비용 이 포함되어 있으며, 수혈시 ABO혈액형 오류의 검출 등 을 위해 매 수혈용 혈액마다 교차시험료가 별도로 인정 되고 있으므로 수혈용 혈액에 대한 ABO-Rh 혈액형검사비 용은 별도 산정할 수 없음. (고시 제2003-65호, 2003.12.1 시행)
	성분채혈에 의한 수혈시 검사료 및 주사료 산정방법	1. 혈액성분채집술에 의한 혈액성분을 채혈하는 비용 에는 공혈적합성 여부를 판정하기 위한 진단 비용 즉, 혈액소, 혈액형, 매독, 간기능, AIDS 및 간염(C 형간염포함) 등의 검사료가 포함된 포괄수가임. 2. 혈액성분제제를 동일 공혈자가 여러 번 수혈하는 경 우에도 ABO 및 Rh 혈액형 검사는 1일 1회, 교차시험은 매 Unit 마다 산정할 수 있음. 3. 수혈자에 대한 혈액성분 주사료는 마5 정맥내 점적 주사 소정금액을 산정할 수 있음. (고시 제2008-80호, 2008.8.1 시행)
나202 RH-Hr 혈액형검사	Rh-Hr 혈액형검사 인정기준	나202 Rh-Hr 혈액형검사(D.C.E.c.e 등)는 다음과 같은 경우에 환자 및 수혈 혈액에 대하여 인정함. - 다 음 - 가. Rh 음성인 환자 나. 신생아 용혈성 빈혈 다. Rh-Hr계열의 비예기항체(anti-D, anti-C, anti-E, anti-c, anti-e)가 동정되었거나 의심되는 환자 (고시 제2007-46호, 2007.6.1 시행)

항목	제목	세부인정사항
나203 기타혈액형 검사	용혈성 빈혈 상병 에 실시한 기타 혈 액형검사 인정여 부	비예기 항체에 의한 용혈성 빈혈 상병을 가진 환자 및 동 환자에게 수혈할 혈액에 대하여 해당 항체에 대한 항원검사로 실시한 기타 혈액형검사는 인정함. (고시 제2007-46호, 2007.6.1 시행)
나205 교차시험	수혈시 실시한 나 205 교차시험 인정 기준	수혈시 교차시험은 매 pint당 실시하게 되므로 수혈을 한 경우는 매 pint당 나205 교차시험의 소정금액을 산 정할 수 있으나, 수혈하기 위하여 준비하는 과정에서 실시한 교차시험은 실제 수혈하지 않은 경우에는 산정 할 수 없음. (고시 제2000-73호, 2001.1.1 시행)
나206가 불규칙항체 검사(선별)	나206가 불규칙항 체검사(선별) 인 정기준	나206가 불규칙항체검사(선별)는 수혈이나 임신 을 통하여 생성될 수 있는 비예기항체(또는 불규 칙항체)를 확인하는 검사로 다음과 같은 경우에 인정함. - 다 음 - 가. 수혈이 예상되는 환자에게 1회 인정 나. 수혈이 계속되는 환자에게 3일마다 1회 인정 다. 지연성 용혈성 수혈반응이 의심되는 환자 (고시 제2008-169호, 2009.1.1 시행)
나487 C형 간염항체검 사	나487 C형 간염항 체검사의 인정기 준	나487 C형간염항체검사(HCV Ab)의 인정기준은 다음과 같이 하며, 동 인정기준을 초과하여 실시하는 경우 비 급여토록 함. - 다 음 - 가. HBsAg 음성인 급·만성 간질환 나. 급성 및 만성 C형 간염이 의심되는 경우 다. 혈액종양 환자와 혈액투석을 받는 만성 신부전증

항목	제목	세부인정사항
		환자 등 잦은 수혈로 인해 C형 간염 감염의 위험이 있다고 판단되는 경우 라. 장기공여자 (고시 제2009-250호, 2010.1.1 시행)
나750 관절경검사	나750 관절경검사를 양측으로 시행시 수기로 산정방법	관절염이 양측에 각각 있어 양측으로 관절경 검사를 시행하였다면 나750 관절경검사의 소정금액을 각각 산정할 수 있음. (고시 제2000-73호, 2001.1.1 시행)

2. 영상진단료

항목	제목	세부인정사항
일반사항	동일 부위의 의미	방사선촬영에 있어 동일 부위라 함은 부위적으로 일치함은 물론, 위와 십이지장, 신요관, 흉추상부와 흉추하부의 경우와 같이 통상 동일 필름면에 촬영 할 수 있는 부위를 뜻함. (고시 제2000-73호, 2001.1.1 시행)
일반사항	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)
일반사항	전산화단층영상진단에 대한 외부병원 필름판독료 산정방법	조영제 주입 전후 촬영 및 특수 CT에 대한 외부병원 필름판독료는 각 항목의 '조영제를 사용하지 않는 경우'의 소정점수를 기준으로 산정함. (고시 제2007-139호, 2008.1.1 시행)

항목	제목	세부인정사항
다245 일반 전산화 단층영상진단	전산화단층영상진단(CT)의 산정기준	전산화단층영상진단(CT)의 산정기준 <일반기준> 1. 악성종양과 감별을 요하는 종괴성질환(양성종양, 육아종, 비전형적인 낭종, 농양 등)의 진단, 감별진단. 2. 악성종양의 병기 결정 및 추적검사 3. 급성외상(뇌, 흉부, 복부, 골반강, 척추 등). 4. 수술 또는 치료 후 호전되지 않거나 심부 합병증이 의심될 때 5. 선천성질환 중 해부학적 구조확인이 필요한 경우 (뇌, 안구, 안면, 측두골, 척추 및 체부의 심부) 6. 대동맥질환, 동맥류 <두부 Brain CT> 1. 뇌혈관질환(뇌졸중, 뇌동정맥기형, 뇌동맥류, 뇌출혈, 뇌허혈증, 뇌경색) 2. 뇌막염, 뇌염, 뇌농양 등 염증성 질환(진균 및 기생충질환 포함) 3. 대사성질환, 퇴행성질환 및 회백질 질환, 저산소증으로 인한 뇌증의 진단 4. 간질 5. 수두증의 진단, 감별진단 6. 합당한 증상 또는 신경학적 소견이 있어 뇌신경질환이 의심되는 경우 <안면 및 두개기저 Face CT or Skull Base CT> 1. 종괴형성, 안와염증, 안구돌출(갑상선 기능항진증 등) 2. 타액선 결석 3. 임상소견상 수술을 요할 정도의 부비동염 4. 터키안내 양성종양, 낭종(선천성, 후천성) 또는 염증성 질환, 뇌하수체호르몬 이상시, Empty Sella. 5. 중이염에서 진주종, 뇌막염 등의 합병증이 의심될 때

항목	제목	세부인정사항
		6. 내이(inner ear)의 정밀 해부학적 구조 파악이 필수적일 때 (혈관성 또는 원인불명의 이명, 원인불명의 청각장애 등) <경부 Neck CT> 1. 원인불명의 심부 림프선 종대 2. 기도폐쇄의 원인진단 및 범위 결정 <흉부 Chest CT> 1. 비만성 간질 폐질환, 원인불명의 기흉, (폐기)종, 세기관지 질환, 기관계 이형성증 2. 종격동 질환의 감별진단 3. 단순 X선 사진으로는 감별이 어려운 폐결절의 감별진단 4. 단순 X선 사진으로는 진단이 어려운 기관지확장증의 확진 또는 수술전 해부학적 범위결정 5. 원인불명의 각혈, 무기폐, 늑막삼출액 6. 중앙과 감별이 어려운 소방형성 늑막삼출, 폐경화 등 7. 기관지 이물 8. 단순X선 사진상 폐문종대가 있어 감별진단을 필요로 할 때 9. 교착성 심낭염 10. 심낭 재수술시 흉벽과 심낭사이의 유착 확인 11. 관동맥 우회로 수술 후 개통성 조사 12. 단순흉부 X선 및 객담검사상 폐결핵의 활동성 여부를 결정하기 어려울 때 <복부[골반포함] abdomen CT> 1. 만성간염, 간경화증으로 조기 암이 의심될 때 2. TIPS(간내 문맥정맥간 단락술)시 3. 합병증이 의심되는 담관 또는 췌관의 확장 4. 원인불명의 담도 또는 췌관의 확장 5. 선행 검사상 원인을 알 수 없는 혈뇨 6. 선행 검사상 원인을 알 수 없는 요로폐쇄 7. 심부 헤르니아

항목	제목	세부인정사항
		8. 허혈성 장질환 9. 자궁내막증 10. 자궁외임신 11. 정류고환 <상지 및 하지 upper or lower extremity CT> 1. 해부학적으로 복잡한 부위의 골절(관절, 수족골, 안면, 두개기저, 측두골, 척추 등) 2. 관절내 유리골편의 확인 3. 염증 또는 외상 후 관절내 이상소견의 치료 전 평가 및 치료 후 경과 관찰 4. 골연골증의 수술 전 진단 및 범위 결정 5. 수술후 내고정물의 정확한 위치 평가 6. 골수염의 활동성 여부 결정 7. 단순 X선 사진상 골절 유합의 평가가 어려울 때 8. 만성관절염, 척추분리증의 수술여부 정밀 평가 <척추 spine CT> 1. 척수의 염증성, 기생충 질환 2. 합당한 증상 또는 신경학적 증상이 있는 추간판탈출증, 척추강협착증, 퇴행성질환, 추간반 팽윤증 등의 진단 및 감별진단 <기 타> 위 항목에 포함되지 않는 질환들 중 진료담당의사의 진단 및 치료방향 설정을 위해 부득이 촬영했을 때는 합당한 관련 자료와 소견서를 첨부하여 촬영의 필요성이 인정된 경우 (고시 제2004-36호, 2004.7.1 시행)
다245 일반 전산화 단층영상진단	CT 촬영을 실시한 환자를 다른 요양기관에 이송시 기준	국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제6조에 의거 요양기관은 CT 촬영을 실시한 환자를 다른 요양기관으로 이송 또는 회송한 경우에는 CT 필름 및 판독소견서

항목	제목	세부인정사항
		를 교부하여야 하고, 진료를 담당하는 요양기관에서는 환자의 주증상, 치료경력 등의 진찰이나 환자 가족으로부터의 진술을 통하여 타 요양기관에서의 촬영여부를 확인하여 불필요한 진료행위 발생을 방지하여야 함. (고시 제2000-73호, 2001.1.1 시행)
다344 골밀도 검사	골밀도검사의 인정 기준	다334 골밀도검사의 인정기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 적응증 (1) 65세 이상의 여성과 70세 이상의 남성 (2) 고위험 요소가 1개 이상 있는 65세 미만의 폐경후 여성 (3) 비정상적으로 1년 이상 무월경을 보이는 폐경전 여성 (4) 비외상성(fragility) 골절 (5) 골다공증을 유발할 수 있는 질환이 있거나 약물을 복용중인 경우 (6) 기타 골다공증 검사가 반드시 필요한 경우 ※ 고위험요소 1. 저체중(BMI < 18.5) 2. 비외상성 골절의 과거력이 있거나 가족력이 있는 경우 3. 외과적인 수술로 인한 폐경 또는 40세 이전의 자연 폐경 나. 산정횟수 (1) 진단 시 1회 인정하되, 말단골 골밀도검사 결과 추가검사의 요성이 있는 경우 1회에 한하여 central bone (spine,hip)에서 추가검사 인정함. (2) 추적검사

항목	제목	세부인정사항
		(가) 추적검사의 실시간격은 1년 이상으로 하되, 검사 결과 정상골밀도로 확인된 경우는 2년으로 함. (나) 치료효과 판정을 위한 추적검사는 central bone (spine, hip)에서 실시한 경우에 한하여 인정함. (다) 위 (가), (나)의 규정에도 불구하고 스테로이드를 3개월 이상 복용하거나 부갑상선기능항진증으로 약물치료를 받는 경우는 종전 골밀도검사 결과에 따라 아래와 같이 할 수 있으며, 이 경우 central bone(spine, hip) 에서 시행함. - 아 래 - ·정상골밀도(T-score ≥ -1)인 경우 : 첫 1년에 1회 측정, 그 이후부터는 2년에 1회 ·T-score ≤ -3 인 경우 : 첫 1년은 6개월에 1회씩, 그 이후부터는 1년에 1회 (고시 제2007-92호, 2007.11.1 시행)
다344 골밀도 검사	DEXA 기종으로 L- Spine의 AP와 Lateral에 골밀도 검사 동시 실시시 수가 산정방법	요추부위에 양방사선(광자) 골밀도검사(DEXA)시 좀더 정확한 골밀도를 측정하기 위해 L-Spine AP와 Lateral을 동시에 실시 하더라도 다334가-(1) 양방사선(광자) 골밀도검사(1부위) 소정점수만 인정함. (고시 제2007-92호, 2007.11.1 시행)

3. 이학요법료

항목	제목	세부인정사항
일반사항	물리치료 항목을 여러병변에 실시 시 산정방법	제7장에 분류된 이학요법료 중 “외래는 1일1회, 입원은 1일2회 산정한다”라고 규정한 것은 동일 환자에 대하여 2가지이상 상병의 병변이 각각 상이하거나 동일상병의 병변이 각각 상이하거나를 불문하고 외래는 1회, 입원은 2회까지만 소정행위료를 산정할 수 있는 것임. (고시 제2004-36호, 2004.7.1 시행)
	물리치료와 국소 주사 등을 동시 시행시 인정기준	외래 진료시 물리치료와 국소주사 등(관절강내, 신경간내주사, TPI, 신경차단술 등)을 동시에 실시한 경우 동일 목적으로 실시된 중복진료로 보아 주된 치료만 요양급여로 적용하고, 1종은 환자가 전액을 본인이 부담함. (고시 제2008-110호, 2008.10.1 시행)
	물리치료사 1인당 1일 물리치료 실시 인원	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 근무하는자)의 경우 0.5인으로 보아 월평균(또는 주평균) 1일 15명까지 인정함. ※ 월평균(주평균) 물리치료실시인원 = 1개월간(1주일간) 총 물리치료청구건수(물리치료 실시 연인원)÷1개월간(1주일간) 물리치료사 근무일수 (고시 제2010-31호, 2010.6.1 시행)

항목	제목	세부인정사항
사41 수압팽창술	사41 수압팽창술 의 인정기준	사41 수압팽창술(Hydraulic distension)은 동결견(오십견, Frozen shoulder)상병에 방사선 투시하에서 견관절낭에 조영제를 주입하여 관절낭의 용적 감소여부를 확인한 후, 관절낭을 팽창(국소마취제, 스테로이드제, 생리식염수 등 주입)시키거나 파열시키는 치료적인 관절조영술로 다음과 같이 인정함. - 다 음 - 가. 적응증 (1) 견관절의 관절 가동역의 제한이 확실히 있는 경우 (관절 가동역이 굴곡 120° 또는 외전 100° 또는 외회전50° 미만인 경우) (2) 골다공증이 심해 도수 조작시 골절의 위험이 있는 경우 나. 실시횟수 최초 시행후 실시간격을 두고 1회 추가 시행 가능함. (관절당 최대 2회 인정) 다. 실시 간격 관절강내 주입된 스테로이드제의 부작용 및 후유증을 고려하여 2주~6주간격으로 실시 (고시 제2007-46호, 2007.6.1시행)
사102 심층열치료	수·족지 관절에 실시한 간접초음파 치료의 인정 여부	간접법에 의한 초음파치료는 수중에서 sound head를 치료부위와 일정 간격을 두고 움직이면서 실시하는 방법으로 그에 따른 충분한 치료효과가 인정되므로 수·족지 관절에 실시한 간접초음파치료는 사102 심층열치료로 산정함. (고시 제2000-73호, 2001.1.1 시행)

항목	제목	세부인정사항
	초음파치료 인정 기준	초음파치료는 심장부위 · 안면부위에는 금기이며, 성장기아동의 관절부위에 실시 시 골단(epiphysis)의 성장에 지장을 초래하므로 인정하지 아니함. 다만, 15세 이상의 측두하악관절에는 치료효과 등 임상적 유용성을 감안하여 인정함. (고시 제2007-139호, 2008.1.1 시행)
사104 경피적 전기신경자극치료	전자침(Silver Spike Point, SSP)의 급여여부	경피적 전기침 자극요법인 전자침(Silver Spike Point, SSP)은 전기자극을 이용한 통증관리요법이므로 사104 경피적 전기신경자극치료로 산정하되, 경피적 전기신경자극치료와 동시 시행시는 한가지 치료만 인정함. (고시 제2000-73호, 2001.1.1 시행)
	사104 경피적 전기신경자극치료의 인정기준 및 기간에 대하여	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)
	EDIT 장비를 이용한 물리치료료의 산정방법	EDIT 장비를 이용하여 실시하는 물리치료는 그 특성상 치료 주파수 선택버튼 및 주파수 설정계기 조작을 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 1

항목	제목	세부인정사항
		종만 산정함. (고시 제2004-36호, 2004.7.1 시행)
사106 단순운동치료	요 부 질 환 에 단 순 운동치료 인정 기준	요추간판탈출증, 요부염좌 등의 요부질환으로 통원 (외래) 진료시에 실시하는 단순운동치료는 사106 단 순운동치료 ‘주’ 에 의거 10분이상 실시한 경우에 한 하여 산정하되, 동 요법은 통상 교육 및 훈련을 통하여 환자 스스로 시행하는 점을 고려하여 요부질환에는 초 진에 한하여 1-2회 인정함. 다만, 요배부 근육 경련을 동반한 경우는 환자 스스로 운동치료를 하기 어려운 점을 감안하여 2주 이내로 인 정함. (고시 제2002-72호, 2002.11.1 시행)
	Biofeedback Treatment의 진료 수가 산정방법	근육강화, 경직완화, 동통완화를 목적으로 실시하는 Biofeedback Treatment는 다음의 적응증에 사106 단 순운동치료 또는 사116 운동치료의 소정금액을 산정 함. - 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)
사115 재활저출력레이 저치료	재활저출력레이 저치료와 경피적 전기신경자극치 료(또는 간섭파 전류치료) 병용 실시 인정기준	사115 재활저출력레이저치료와 사104 경피적전기 신경자극치료(또는 사104주 간섭파전류치료)는 동일목적의 치료이나, 작용기전이 다르고 단독치 료보다 복합치료 시 치료효과가 증가하는 등의 장점이 있으므로 병용실시를 인정하되, 주된 물 리치료는 요양급여하고 그 외 1종은 전액을 환자

항목	제목	세부인정사항
		가 부담토록 함. (고시 제2009-135호, 2009.8.1 시행)
사117 운동점차단 술	근육내 신경용해술 의 수가 산정방법	근육강직의 완화 목적으로 실시한 근육내 신경용해술 은 운동점차단술과 유사한 행위이므로 그 진료수가는 사117 운동점차단술로 산정하고, 1지(肢-extremity) 는 소정금액의 100%, 제2지(肢-extremity)부터는 소 정금액의 50%를 산정함. (고시 제2000-73호, 2001.1.1 시행)
사119 압박 치료	운동요법과 동일 에 실시한 압박 치료의 진료수가 산정방법	Flowtron series, Medomer, Vasotrain, Etremity Pump 등을 이용한 물리치료는 공기실(Air Chamber) 의 반복되는 팽창과 수축으로 혈액순환의 증진 또는 조직사이의 압력을 증가시킴으로써 환자의 팔, 다리의 부종을 감소시키는 장점이 있으므로 사 119 압박치료(Pneumatic Compression)의 소정금 액으로 산정하며, 동 치료는 운동치료와 목적이 서로 다른 별개의 의료행위이므로 운동치료와 같 은날 실시한 경우 각각 인정함. (고시 제2009-180호, 2009.10.1 시행)
사127 근막동통주사 자극치료	사127 근막동통주 사자극치료의 진 료수가 산정방법 및 다른 물리치료 요법을 병행 실시 하는 경우의 인정 기준	근막동통유발점 주사자극치료의 인정기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 적응증:근막동통증후군 (Myofascial Pain Syndrome) 나. 사용약제: 국소마취제나 생리식염수의 약가는 동 요법의 소정수가에 포함하여 별도 산정하지 아니 함. 다만, 부신피질호르몬제의 약가는 약제및치료 재료의구입금액에대한산정기준에 의하여 산정함. 다. 실시횟수 : 통상 3일 간격으로 7회정도 산정하며 7회이상 실시하는 경우에는 진료의사의 소견서를

항목	제목	세부인정사항
		첨부하여 실시횟수대로 산정하되, 15회를 초과하여 산정할 수 없음. 라. 다른 물리치료요법을 병행 실시하는 경우 : 사101 표층열치료와 사106 단순운동치료는 근막동통유발점 주사자극치료시 시행되는 일련의 과정으로서 별도 산정할 수 없음. 그러나, 동통제거의 상승효과를 위하여 사104 경피적 전기신경자극치료(또는 간섭파전류치료), 사102 심층열치료를 병행하는 경우, 입원진료시에는 소정금액을 각각 산정하며, 외래 진료시에는 동일 목적으로 실시된 중복진료로 보아 병행 실시된 물리치료는 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2008-125호, 2008.11.1 시행)
서121 이온삼투요법	이온삼투요법의 인정기준	서121 이온삼투요법은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외 시행하는 경우에는 전액본인부담하도록 함. - 다 음 - 가. 적응증 : 상완골의 내·외측 상과염 (medial & ateral epicondylitis of humerus), 족저근막염(plantar fasciitis) 나. 실시기간 : 주1-2회 간격으로 4주 정도 실시함을 원칙으로 하되, 연장 실시가 필요한 경우에는 의사소견서를 첨부하여 최대 4주까지 추가 실시할 수 있음. (고시 제2009-96호, 2009.6.1 시행)

4. 처치 및 수술료 등

항목	제목	세부인정사항
자68 급성 화농성 관절염 절개술	조류성 슬관절 세척술의 진료수가 산정방법	조류성 슬관절 세척술(Tidal Knee Irrigation or Lavage)은 무릎 관절의 퇴행성 관절염에 보존적치료(약물치료, 관절강내 스테로이드 주사, 물리치료 등)로 호전이 없는 경우 또는 수술이 필요하나 환자의 상태가 수술의 적응이 되지 않는 경우 등에 슬관절내에 cannula 또는 needle을 삽입하고 생리식염수로 관절내를 세척하는 시술로, 관절치환술이나 관절경을 통한 수술보다 비교적 간편하고 비침습적인 방법으로 염증과 통증을 완화시킬 수 있는 노령환자에 유용한 치료법이므로, 자68 급성화농성관절염절개술을 준용 산정하며 동 시술시 사용된 치료재료는 소정금액에 포함되어 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, 2001.1.1 시행)
자69-1 자가골연골이식술	슬관절 및 족관절에서의 자69-1 자가골연골이식술 인정기준	슬관절 및 족관절에서의 자가골연골이식술은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에 시행하는 경우에는 수술료와 치료재료비용 전액을 본인이 부담토록 함. - 다 음 - 1. 슬관절 가. 대상질병 (1) 박리성 골연골염 (2) 국소부위의 외상성 연골 또는 골연골 결손 등 나. 대상부위 : femoral condyle 다. 연골손상의 크기 : 1.5-4.0cm²이하 라. 연골손상 상태 : Outerbridge grade III이상 (photo, MRI, 관절경사진 등 객관적 자료로

항목	제목	세부인정사항
		확인되어야 함) 마. 대상연령 : 만15-50세 바. 치료재료 인정개수 : 1세트 2. 족관절 가. 대상질병 (1) 박리성 골연골염 (2) 골 연골 결손 등 나. 대상부위 : talar dome 다. 연골손상의 크기 : 1.5-3.0cm² 라. 연골손상 상태 (1) 족관절면의 연골 손상에 대해 일차적인 관절 경적 변연부 절제술(debridement) 즉 소파술 (curettage)이나 또는 천공술(drilling)에도 불구하고, 증상의 호전이 없으며 골연골성 병변이 지속적으로 손상소견을 보이는 경우 (2) 거골의 골연골성 병변이 연골 결손 하에 낭 종(cyst)을 동반하는 경우에는 일차적으로 자가 연골 이식술이 가능 마. 대상연령 : 만15-50세 바. 치료재료 인정개수 : 1세트 (고시 제2009-200호, 2009.11.1 시행)
	연골성형술 (Chondroplasty) 수가 산정방법	연골 재생을 위해 관절연마(Abrasion), 다발성 천공 술(multiple drilling), 미세천공술(microfracture) 등의 방법으로 시행하는 연골성형술(chondroplasty) 은 자69-1 자가골연골이식술로 준용 산정하며, 동 시술과 자82 반월판연골절제술을 동시 시행 하는 경우에는 주된 수술 소정점수의 100%, 제2 의 수술은 소정점수의 50%를 산정함. (고시 제2007-46호, 2007.6.1 시행)

항목	제목	세부인정사항
자70 사지 관 절 절 제 술	관절경하 유리체 제거술 수기료 산정방법	관절경하 유리체제거술은 자70 사지관절절제술 의 소정점수(관절경수기료 포함)로 준용하여 산 정함. (고시 제2000-73호, 2001.1.1 시행)
자70 사지 관 절 절 제 술[활막절 제술포함]	관절경하 활액막 절제술 (Synovectomy)의 진료수가 산정방 법	관절경하 활액막절제술(Synovectomy)은 자70 사 지관절절제술의 해당부위별 소정금액을 산정하 고 관절경하 수술시 사용된 생리식염수는 총사 용량이 500ml 이상인 경우에 한하여 산정함. (고시 제2007-46호, 2007.6.1 시행)
자71 인 공 관 절 치환술	골육종 상병에 외과 적 치료시 수가 산정 방법	1. 골육종 상병으로 종양제거 후 인공관절치환술(또 는 관절고정술)을 실시한 경우 자71 인공관절치환 술(또는 자73 관절고정술)과 자28-1 악성종양의 광 범위절제술은 각각 산정하되, 제9장 제1절 처치 및 수술료[산정지침](6)에 의하여 주된 수술은 소정 점수의 100%, 제2의 수술은 소정점수의 50%로 산정함. 2. 또한, 열처리된 자가골이식술은 저온 열처리부터 재삽입, 고정술 등의 과정이 필요한 바, 자가골이 식술료는 자31골편절제술 소정점수의 100%로 준용 하고, 체내금속고정술 수기료는 자60 사지골절관 혈적 정복술 소정점수의 50%로 산정함. (고시 제2005-61호, 2005.9.15 시행)
자71 인공 관 절 치 환 술	고 관 절 전 치 환 술 (THR ;Total Hip Replacement)수술시 시행하는 Medial Wall Osteotomy 수기료 인정여부	고관절전치환술(THR ; Total Hip Replacement) 을 하면서 동시에 Acetabulum쪽으로 시행한 Medial Wall Osteotomy는 THR 시술에 따른 일련 의 과정이므로 별도로 인정하지 아니함. (고시 제2007-46호, 2007.6.1 시행)
자71 인공	인공고관절전치환	인공고관절전치환술시 탈구방지를 위해 별도의

항목	제목	세부인정사항
관절치환술	술시 시행한 내전근절단술(Adductor Tenotomy)의 인정 여부	피부절개로 내전근 절단술(Adductor Tenotomy)을 실시한 경우에는 자71가-(1) 고관절전치환술의 소정점수와 자91 건·인대피하단열수술 소정점수의 50%로 인정함. (고시 제2007-46호, 2007.6.1 시행)
자71-1 인공관절재치환술	인공관절치환술 후 재수술시 중간부속품만 교체하는 경우 수기로 산정방법	인공관절치환술후 일부 부속품만 교체하는 재수술시 수기로 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 1. 고관절 가. Stem 또는 Cup을 포함하여 교체시 :자71-1나(1) 인공관절재치환술(부분치환-고관절)의 소정점수와 제거료[자71-1나(1) 주.] 별도 산정 나. Stem과 Cup은 그대로 두면서 poly liner, femoral head 등과 같은 중간부속품만 교환한 경우 :자71-1 나(1) 인공관절재치환술(부분치환-고관절)의 소정점수만 산정(제거료 산정 불가) 2. 슬관절 가. patella, femur, tibia부품을 교체시 예시) ① patella·femur 또는 tibia를 단독 시행 ② patella 와 femur를 동시 시행 ③ patella와 tibia를 동시 시행 :자71-1나(2) 인공관절재치환술(부분치환-슬관절)의 소정점수와 제거료[자71-1나(2) 주.]를 산정 나. 위 ‘가’를 제외한 나머지 중간 부속품(bearing, poly liner 등)만 교체시자71-1나(2) 인공관절 재치환술(부분치환-슬관절)의 소정점수를 산정 (제거료 산정 불가) (고시 제2007-139호, 2008.1.1 시행)

항목	제목	세부인정사항
자71 인공관절 치환술	인공관절치환술 (고관절)의 인정 기준	인공관절치환술(고관절)에 대한 인정기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 1. 적응증 가. 관절파괴가 심하여 보존적 요법에도 불구하고 증상(통증, 기능저하 등)이 호전되지 않은 관절염 나. 대퇴골두 무혈성괴사증 (Ficat 병기 IIb 이상) 다. 대퇴골두 분쇄골절 라. 대퇴골 경부 및 전자간 골절 - 분쇄와 전위가 있는 대퇴골 경부 및 전자간 골절 (Garden 분류 제3,4형) - 고관절질환(종양, 괴사 등), 파킨슨, 치매 질환을 동반된 대퇴골 경부 및 전자간 골절 마. 대퇴골 경부 및 전자간부 골절의 불유합 혹은 고정실패 바. 치료받지 않은 발달성 고관절 탈구 및 신경근육성 장애에 의한 아탈구와 탈구 사. 기타 - 대퇴골 근위부 혹은 비구의 종양 - 고관절 강직 혹은 가관절증 - 실패한 고관절 주변 재건술 등 진료상 인공관절치환술이 필요한 경우 인정함 2. 금기증 - 활동성 감염증이 있는 경우 - 성장기 아동 - 수술 후 보행이나 재활이 불가능할 것으로 예상되는 경우 (고시 제2010-31호, 2010.6.1 시행)
자72 절제 관절성형술	Keller Operation의	무지외반증(Hallux Valgus)에 실시하는 Keller Operation은 자72다 절제관절성형술(지관절)

항목	제목	세부인정사항
	수기로 산정방법	소정점수로 준용하여 산정함. (고시 제2007-46호, 2007.6.1 시행)
자82-2 반 월 상 연 골이식술	자82-2 반월상연 골이식술의 인정 기준	자82-2 반월상연골이식술은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외 시행하 는 경우에는 수술료와 치료재료에 해당되는 요 양급여비용 전액을 본인이 부담토록 함. - 다 음 - 가. 연령 : 만20세~만45세 나. 적응증 : 내측(medial meniscus) 또는 외측(lateral meniscus) 반월상연골의 아전절제술 또는 전 절제술 시행(MRI, 관절경 사진 등 객관적으로 확인되어야 함.) 후 보존적 치료로 무릎 통증 이 소실되지 않거나 급격한 퇴행성 변화가 예상되는 경우에 인정하되, 수술 전 병변부위 가 아래의 조건을 모두 충족하여야 함. - 아 래 - (1) 연골의 상태 손상부위 연골상태가 비교적 건강한 상태 (Outerbridge grade I~II)로서 퇴행성 변화 가 없는 경우 (2) 슬관절 주변조직의 여건 하지정렬(alignment)과 인대(ligament)의 안 정성이 정상인 경우. 다만, 정상이 아닌 경 우에 시행 시는 인대재건술을 이식술과 동시 또는 순차적으로 시행하여야 함. (3) 보존적 치료기간

항목	제목	세부인정사항
		보존적 치료기간은 아전절제술 또는 전절제술 시행 후 내측은 1년, 외측은 6개월을 원칙으로함.(다만, 조기 시행시 그 필요성에 대한 의사소견서 첨부) 다. 인정횟수 : 관절 당 1회(내측 또는 외측)만 인정함. (고시 제2008-5호, 2008.2.1 시행)
자90 갱그리온적출술	활액낭절제술(Bursectomy)의 수기로 산정방법	활액낭절제술(Bursectomy)은 해부학적 위치와 수술의 난이도 등을 감안하여 자90 갱그리온적출술 소정점수로 준용하여 산정함. (고시 제2007-46호, 2007.6.1시행)
마106 자가수혈	적혈구수집기를 이용한 자가수혈 산정기준	1. 적혈구 수집기를 이용한 자가수혈의 인정기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 심장수술환자 나. 희귀혈액형 다. 급속한 실혈이 있거나 광범위한 수술로 인하여 600ml 이상 수혈이 예상되는 경우 등 (다만, 40kg이하의 소아는 전혈량 대비 15%이상 실혈이 예상되는 경우) 라. 위 적응증에 해당되지는 않으나 종교적인 이유 등으로 환자가 수혈을 거부하는 경우에는 자가수혈비용(치료재료비용 포함) 전액을 본인이 부담함. 2. Reservoir set 등의 치료재료 비용은 별도 산정하되, 대청기관에 대한 양측 수술시에는 각각 인정함. (고시 제2009-55호, 2009.4.1. 시행)

5. 기결정 고시

- * 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 제10조에 의거 신의료기술로 신청된 항목중 이미 급여기준으로 운영되고 있는 항목

항목	제목	세부인정사항
사102 심층열치료	심부자극 전자기장 치료요법 Deep Penetrating Electro-Magnetic Therapy	사102 심층열치료[1일당]의 소정점수를 산정함. (고시 제2005-77호, 2005.11.14)
사104 경피적 전기신경자극치료	저주파치료, TENS for Chronic Pelvic Pain	사104 경피적 전기신경자극치료의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호, 2001.1.1 시행)
사106 단순운동치료	협응력 운동 (Coordination Exercise), 유연성 운동 (Strength Exercise), 롤러 베드, Theraband, 고무밴드 근력운동, ROM Exercise	사106 단순운동치료의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호, 2001.1.1 시행)
	근막 이완치료 Myofascial Release	사106 단순운동치료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2002-98호, 2003.1.1 시행)
사115 재활저출력레이저치료	레이저 물리치료, Laser Point	사115 재활저출력레이저치료의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호, 2001.1.1 시행)
	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 또는 일반외과 전문의가 상근하고 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사가 실시한 경우에 산정 가능함. (고시 제2002-98호, 2003.1.1 시행)

항목	제목	세부인정사항
사116 운동치료	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 등속성 운동기계(기구)를 사용하여 근력강화운동과 기능훈련 등을 30분 이상 실시한 경우에는 실시횟수를 불문하고 사116-가. 복합운동치료[1일당]의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호, 2001.1.1 시행)
	포괄적 근력강화 프로그램 (Comprehensive Strengthening Protocol-cybex 장비이용) 싸이박스 운동치료	전산화된 평가 및 치료가 가능한 등속성 운동기구를 사용하여 근력운동을 30분이상 실시한 경우에는 실시횟수를 불문하고 사116-나. 등속성 운동치료[1일당]의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호, 2001.1.1 시행)
사117 운동점 차단술 [근육당]	7% 페놀을 이용한 신경차단술 (운동점내에 페놀 주입)	사117 운동점 차단술의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호, 2001.1.1 시행)
	보툴리눔 독소 주사 요법 (재활의학과/안과,신경과) Botulinum Toxin Injection Therapy	약제 급여 범위내 시술시는 사-117 운동점 차단술[근육당]의 소정점수를 산정하여 급여하되 동시에 2개 근육 이상 실시시 제2의 근육부터는 소정점수의 50%를 산정함. 이 경우 보툴리눔독소 주사제 이외에 사용된 약제는 소정점수에 포함되나, 유도비용인 근전도검사(나-611)는 별도 산정함. 약제의 식약청 허가범위 내에서 약제 급여 범위 외 시술시 행위료는 비급여토록 함. (고시 제2009-180호, 2009.10.1 시행)

항목	제목	세부인정사항
사127 근막 동통유발점 주사자극치료	동통유발점 차단	사127 근막동통유발점 주사자극치료의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호, 2001.1.1 시행)
자71 인공관절 치환술, 자71-1 인공관절재 치환술	로봇보조 인공관절치환술 Robot-assisted arthroplasty	자71 인공관절치환술 또는 자71-1 인공관절재치환술의 소정점수를 산정하며, 사용된 치료재료는 별도 산정한다. (고시 제2009-214호, 2010.1.1 시행)
	비영상 항법장치를 이용한 인공슬관절치환술 Image-free Computer assisted Navigation System Knee Replacement Arthroplasty	자71 인공관절치환술 또는 자71-1 인공관절재치환술의 해당 부위 소정점수를 산정하며, 비영상 항법장치 장비사용과 관련된 비용(소모품 등)은 별도 산정할 수 없음. (고시 제2005-77호, 2005.11.14)
	전자기장 입체정위시스템을 이용한 인공슬관절치환술 Electromagnetic Navigation Procedure for Total Knee Replacement	자71 인공관절치환술 또는 자71-1 인공관절재치환술 해당 부위의 소정점수를 산정함. 이경우 장비 사용과 관련된 비용(소모품 등)은 별도 산정할 수 없음. (고시 제2007-25호, 2007.4.1 시행)

6. 치료재료

제목	세부인정사항
Suture Anchor의 인정기준	관절부위 인대 등을 재건 시 사용하는 Suture Anchor (봉합 나사못)는 다음의 경우에 인정하되, 인정개수를 초과한 경우 치료재료 비용은 전액 본인이 부담함. - 다 음 - 가. 견관절(shoulder) - 단독병변일 경우 : 6개 이내 - 복합병변일 경우 : 8개 이내 나. 주관절(elbow), 슬관절(knee), 완관절(wrist), 족관절(ankle), 고관절(hip) : 2개 다. 지관절(finger, toe) : 1개 (고시 제2009-180호, 2009.10.1 시행)
슬관절 전후방 십자인대 및 측부인대 성형술 등에 사용하는 Bio Absorbable Interference Screw 및 Staple의 인정기준	슬관절 전후방 십자인대 및 측부인대 성형술 등에 사용하는 Bio Absorbable Interference Screw 및 Staple은 금속제 Interference Screw 및 Ligament Staple에 비해 가격이 고가이긴 하나 인체내 삽입시 일정기간 경과후 완전 흡수됨으로써 내고정물 제거를 위한 재수술이 필요없고, Reaction이 적다는 장점 등을 고려하여 급여대상으로 하되, 슬관절 전후방십자인대 및 측부인대 성형술, 슬개건 재건술에 한하여 별도 산정할 수 있음. (고시 제2005-83호, 2005.12.15 시행)
인조인대 및 인대 지지재료(Integraft Stent System) 별도 산정여부	건 및 인대 성형술시 환자 자신의 인대나 근을 이식 또는 재건할 수 없는 경우에 사용한 인조인대 및 인대 지지재료 (Integraft Stent System)는 별도 산정할 수 있음. (고시 제2000-73호, 2001.1.1 시행)
슬관절 인대 손상시 사용하는 동종건의 인정기준	슬관절 인대 손상시 사용하는 동종건은 다음의 경우에 인정하며, 동 인정기준 이외에 사용한 경우에는 그 비용을 전액 본인부담토록 함.

제목	세부인정사항
	- 다 음 - 가. 전방십자인대(ACL) 재건시 (1) 여러개의 이식건이 필요한 경우 (2) 자가건 중 필요한 형태의 이식건을 얻을 수 없는 경우 (3) 재수술로 인해 적절한 자가건이 없을 경우 나. 후방십자인대(PCL) 재건시 다. 외측측부인대(LCL)와 불안정성 후외측회전인대(PLRI) 동시 재건시 (고시 제2009-180호, 2009.10.1 시행)
관절경하 수술용 지혈·소작기(VAPR Electrode, Arthrowand 등)의 별도 산정여부	관절경하 수술용 지혈·소작기(VAPR Electrode, Arthrowand 등)는 관절경하 수술시 산정하는 치료재료비용 320,000원(코드 N0031003)에 포함됨. (고시 제2006-38호, 2006.6.1 시행)
전기 수술기의 핸드피스에 연결하여 사용하는 교체용 팁(Plasmawand)의 별도 산정여부	수술시 전기수술기의 핸드피스에 연결하여 사용하는 교체용 팁(Plasmawand 등)은 소정 행위점수에 포함되어 별도 산정할 수 없음. (고시 제2009-200호, 2009.11.1 시행)
검사 및 수술시 사용된 Burr, Saw등 절삭기류 치료재료비용의 산정 방법	검사 및 수술시 전동장비의 핸드피스에 연결하여 골 및 조직을 절삭, 연마하는데 사용되는 Burr, Saw등 절삭기류는 시술과정상 여러 종류가 동시에 반복 사용되는 점을 감안하여 종류 및 사용개수를 불문하고 「치료재료 급여 비급여목록표 및 급여상한금액표」에서 정한 금액을 별도 산정하고, 2가지 이상의 수술이 동시에 시술되는 경우 등의 수기로 산정방법에 따른 치료재료비용(정액수가)의 세부산정 방법은 다음과 같이함.(코드 N0051001~N0051020) - 다 음 - 가. 2가지 이상 수술을 동시에 시술한 경우

제목	세부인정사항
	: 동일 피부절개하 수술시(동일 병소에 대하여 절개부위를 달리하여 수술시 포함) 주된 수술에 해당되는 치료재료비용(정액수가)만 1회 산정함. 다만, 양측 수술 또는 서로 다른 피부절개하 수술의 경우 해당 수술에 해당되는 치료재료 비용(정액수가)을 각각 산정함. 나. 치과의 치아당(또는 1/3악당) 시술이 각각 발생하는 경우 : 주된 수술에 해당되는 치료재료비용(정액수가)을 1회만 산정다. 15일 이내 재수술의 경우 : “burr, saw 등 절삭기류”를 사용한 재수술인 경우에만 치료재료 비용(정액수가)을 1회 별도 산정토록 함. 라. 관혈적 수술시 사용되는 Burr, Saw등의 절삭기류는 관절경 치료재료와 동시(중복) 산정할 수 없음. (고시 제2010-31호, 2010.6.1 시행)
복강경 등의 수술 및 진단적 경검사에 사용된 치료재료비용의 산정방법	복강경 등의 수술 및 진단적 경검사에 사용된 치료재료비용은 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 복강경·흉강경·관절경하 수술시 - 복강경(내시경하 갑상선수술 포함): 239,000원(코드 N0031001) - 흉강경: 177,000원(코드 N0031002) - 관절경: 320,000원(코드 N0031003) 다만, 특수봉합재료, 결찰재료(Endoloop, Endosuture, Endoclip 등), 조직배출기구(Pouch), 투관침(Trocar), 의료용개창기구(Hand Assisted Laparoscopic Surgery용), 초음파절삭기(또는 전파절삭기), 관절경수술용 Cannular는 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 의한 상한금액 범위내에서 산정하되, 별도의 적용기준이 있는 치료재료는 해당 기준을 적용함. 나. 진단적 경검사시 진단적 경검사시 사용되는 투관침(Trocar) 및 관절경수술용 Cannular는 필수적으로 사용되는 치료재료인 점을 감안하여

제목	세부인정사항
	2개까지 인정함. 다. 기타 (1) 뇌실 복강간 셉트 수술시 복막유착 등의 합병증이 있는 경우 복막경하 peritoneal catheter 삽입을 위한 trocar는 2개까지 인정함. (2) 흉강경하 흉벽함몰기형교정(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. (고시 제2009-214호, 2009.12.1 시행)
운동점 차단술시 Teflon Coating needle의 인정기준	이상근육의 위치 확인 후, 치료약물을 주입할 때 사용하는 Teflon coating needle은 운동점 차단술시 필수적으로 사용되는 치료재료인 점을 감안하여 요양급여하되, 여러근육에 수회 실시하더라도 치료재료는 1일 1개 인정함. 다만, 상지 및 하지 근육을 동시에 시술하는 경우 1개를 추가 인정함. (고시 제2009-180호, 2009.10.1 시행)
관혈적수술시 사용되는 혈관결찰 및 혈관봉합용 클립의 요양급여 여부	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)
지속적 배액수집용기의 인정기준	지속적 배액용기(Hemovac, Barovac 등)의 재료대는 실제 사용된 경우 실사용량을 산정할 수 있음. (고시 제2000-73호, 2001.1.1 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. 종재적(경피적, 내시경적) 시술시 사용한 경우

제목	세부인정사항
	다. 다른 특수기기(레이저, 감마나이프 등)를 이용하는 경우 라. 안면수술을 제외한 2cm이하의 피부봉합 또는 피부고정 2. 기타 : 봉합사 제품명(catalog No.), 굵기(Gauge), 사용량 등을 진료기록부(수술기록지)에 반드시 기재하여야 함 (고시 제2007-143호, 2008.1.1 시행) ※ 봉합사 산정기준 (보건복지부 보험급여팀-172호, '08.1.22) - 봉합사는 상대가치점수 개정(2008.1.1 시행. 고시 제2007-138호)시 처치 및 수술등의 해당 상대가치점수에서 동비용을 차감 반영하여 별도 산정기로 결정된바, 해당 수술 및 처치 등의 상대가치점수에서 봉합사 비용이 미구축되어 차감되지 않은 항목은 봉합사를 별도 산정 할 수 없음 (붙임1 참조) - 또한, 봉합사 산정기준(보건복지부 고시 제 2007-143호,2007.12.31)에 의거, 처치 및 수술이외의 행위 (붙임 2 참조) 및 제1항 가~라 호에 해당하는 처치 및 수술 (붙임3 참조)시 봉합사 비용을 별도 산정할 수 없음. ☞ 붙임 자료는 건강보험심사평가원 홈페이지>알림마당>공지사항 연번 716 "상대가치점수 및 봉합사 산정기준 관련 안내" (담당부서 : 재료기준부) 참조
골대체제 (동종골, 이종골, 합성골)의 인정기준	자가골을 대체하는 골대체제(동종골, 이종골, 합성골)는 자가골의 사용이 어려운 다음의 경우에 인정하되, 골대체제간의 병용사용은 인정하지 아니함. 다만, 동 인정기준 이외에 사용한 경우에는 비용을 전액 본인이 부담함. - 다 음 - 가. 척추 이외의 수술 ① 골결손이 심해 자가골 이식이 곤란한 경우 ② 급속한 실혈이나 광범위한 수술로 3Units 이상 수혈이 필요한 경우 ③ 고령, 당뇨, 골다공증 등 고위험군 환자 ④ 자가골채취를 시행한 경험이 있는 환자 ⑤ 장골의 성장판이 열려 있는 소아 나. 척추 수술

제목	세부인정사항
	① 요추 3분절 이상, 경·흉추 5분절 이상의 장분절 유합술 ② 골다공증(T-score<-3.0)이나 70세 이상 고령 환자에서의 유합술 ③ 장골능의 성장판이 열려 있는 소아에서의 유합술 ④ 장골능에서 자가골 채취술을 시행한 경험이 있는 환자 ⑤ 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 (고시 제2008-80호, 2008.8.1 시행)
골 이 식 대 체 제 (Inject형/Impact형 칼슘제제 등) 인정기준	골결손 부위에 주입하거나 충전하는 골이식대체제(Inject형/Impact형 칼슘제제 등)는 자가골이식이 곤란하거나 자가골만으로 결손부위가 교정되지 않는 Contained Defect 또는 장관골(대퇴골, 경골, 상완골, 요골)의 Metaphyseal Comminuted Fracture에 의한 골결손의 경우에 인정함. 다만, 최대 15cc 또는 35g이내에서 골결손의 크기에 따라 적정용량의 사용을 원칙으로 함 (고시 제2008-110호, 2008.10.1 시행)
골이식 대체제(Bead형)의 인정기준	골이식 대체제(Bead형)는 자신의 골로 둘러싸여져 있는 골결손 즉, Contained defect에서 자가골 이식이 곤란하거나 자가골만으로 부족한 경우에 한하여 인정하고, 척추수술 또는 심한 골손상으로 자신의 골로 둘러싸여져 있지 않은 골결손 즉, Uncontained defect에는 인정하지 아니함. (고시 제2009-96호, 2009.6.1 시행)
뼈지혈제인 "OSTENE" 인정기준	"OSTENE"은 수용성합성물질로 만들어진 뼈 지혈제로서, BONE WAX에 비해 뼈 생성 및 골 융합 용이성, 뼈 감염을 방지하는 점 등을 감안하여 별도 산정하되, 만65세 이상의 흉골 절개를 시행하는 심장수술에 한하여 2개를 인정함. 다만, 상기 인정개수를 초과하여 사용한 경우와 만 65세 미만의 흉골 절개를 시행하는 심장수술, 출혈이 많은 수술인 골반골절수술, 비구골절수술, 장

제목	세부인정사항
	관골의 관혈적정복술, 척추수술, 인공관절 삽입술에 사용한 경우에는 치료재료 비용을 전액 본인이 부담함. (고시 제2008-169호, 2009.1.1 시행)
고관절치환술중 못쓰게 된 치료재료의 별도 보상여부	고관절 전치환술시 사용하는 치료재료(ACETABULAR CUP, CUP LINER)는 1회용 소모성 재료가 아닌 반영구적인 체내장치용 재료인 점과 환자에게 시술과정 중 치료재료의 교체가 있었다 하더라도 환자시술 중 발생하는 모든 상황에 관한 주의 의무는 시술의사에게 우선하는 것이므로 실제로 환자에게 시술, 삽입한 치료재료가 아닌 못쓰게 된 치료재료는 별도 보상할 수 없음. (고시 제2000-73호, 2001.1.1 시행)
“Power Pulse Hip Disposable Unit with Suction”, “Power Pulse Knee Disposable Unit with Suction”의 요양급여대상여부	“Power Pulse Hip Disposable Unit with suction” (고관절수술용), “Power Pulse Knee Disposable Unit With Suction” (슬관절수술용)은 수술시 환부를 세정하고 세정된 내용물을 흡인하는 등 수술이나 처치 일련의 과정에 사용되는 재료로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음. (고시 제2002-80호, 2003.1.1 시행)
Bone Cement 주입기의 인정기준	Bone Cement 주입기는 골시멘트 분말과 액체를 혼합하여 시멘트 총(Gun)에 장착하여 사용하는 것으로, 필수품목인 도수혼합법용 주입기(Miller Injector cartridge 등)와 진공혼합법용 주입기(Osteobond Vaccum Mixing System 등)는 인공관절치환술에 사용시 인정함. 다만, 선택품목인 대퇴용가압기(Femoral Pressurizer)와 특수노즐(Special Nozzel)은 별도 산정할 수 없음. (고시 제2006-31호, 2006.5.1 시행)
항생제가 혼합된 Bone Cement인 “CMW 3G”의 급여여부	골, 관절의 각종 인공 대치물 수술시 골과 인공 대치물을 접합시킬 수 있고 특히 골 손실이 있는 부위에 골성형을 위해 사용되는 Bone Cement는 별도 산정할 수 있음. 또한 감염된 인공관절의 치료, 개방성골절, 만성골수염 또는 인공관절 수술후 감염이 예상되는 경우 등에는 경구, 근주 또는

제목	세부인정사항
	정주요법에 의한 항생제 치료를 하더라도 병소 부위의 혈액공급이 어렵기 때문에 국소항균효과를 증가시키는 항생제가 혼합된 Bone Cement의 사용이 보편화되는 추세임. 따라서, 항생제가 혼합된 Bone Cement중 “CMW 3G”는 일반적으로 사용하는 Bone Cement보다 병소부위의 국소 항균효과를 증가시켜 사전에 감염기회를 줄일 수 있고, 또한 수술 후의 항생제 효과를 지속적으로 유지할 수 있어 결과적으로 수술 후 감염을 방지하는 장점이 있으므로 항생제가 혼합된 Bone Cement는 급여대상으로 함. (고시 제2000-73호, 2001.1.1 시행)
시멘트 주입전 골강내준비를 위하여 사용되는 “Bone Preparation Canal Brush(Femoral Bone Brush)”의 별도 산정여부	시멘트 주입전 골강내 준비를 위하여 사용되는 “Bone Preparation Canal Brush(Femoral Bone Brush)”는 시멘트 주입시 반드시 사용하는 재료가 아니므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2001-40호, 2001.7.1 시행)
고관절치환술시 microveloa 별도 산정여부	골다공증 (Osteoporosis)이 심한 환자의 고관절 및 슬관절전치환술시 인공관절과 뼈의 접착을 촉진시키기 위하여 사용된 Microveloa는 보편적인 방법이 아니므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, 2001.1.1 시행)
금속 재질의 요골두치환용 치료재료 (Bipolar Radial Head Prosthesis 등)의 인정기준	1. 급성 요골두 골절중 분쇄가 심하여 내고정이 어려운 제3형 골절로서 다음과 같은 경우에 인정함. - 다 음 - 가. 요골두골절을 동반한 주관절탈구(제4형) 나. 내측 측부인대 동반손상 다. 동반되거나 지연된 외측 측부인대 기능부전 라. 주두와 요골두 골절이 동반된 Monteggia 변형(variant) 마. 구상돌기 골절동반 바. 동반원위 요척관절 손상 2. 과거 요골두를 제거한 후 속발한 합병증(주관절의 만성 불안

제목	세부인정사항
	정, 특히 외반 불안정, 후외반 회전 불안정, 요골의 근위 이동으로 인한 원위 요척관절의 불안정과 통증, 회전 제한 등)으로 인한 재건술 ※ 참고사항 : 수기료는 자71나(2) 인공관절부분치환술(주관절)에 해당 (고시 제2009-135호, 2009.8.1 시행)
Cable-Ready Cable Pin System의 요양급여 대상여부	주두골(Olecranon), 슬개골, 발목골절 정복에 사용되는 “Cable-Ready Cable Pin System”은 수술방법 중 장력대강선고정법 (Tension Band Wiring)인 기존치료법과 비교시 장점은 있다고 하나, 그 소요비용이 월등히 고가이고 보편적으로 사용되지 않는 재료이므로 비급여대상으로 함. (고시 제2005-101호, 2006.1.1 시행)
Pressure Control Stocking(Antiembolism Stocking)의 요양급여대상여부	Pressure Control Stocking(Antiembolism Stocking)은 주 치료 목적이 아닌 혈전방지를 위한 예방목적으로 사용되므로 비급여 대상으로 함. (고시 제2005-101호, 2006.1.1 시행)
로봇보조 인공관절치환술용 절삭기구류 산정방법	로봇보조 인공관절치환술을 실시한 경우에는 절삭기 비용은 비급여토록 하되, 절삭기구류 정액수가(코드 ZN051001 ~ ZN051020)는 별도 산정하지 아니함. (고시 제2009-214호, 2009.12.1 시행)

7. 약제

제목	세부인정사항
자가유래연골세포 (품명 : 콘드론)	아래와 같은 경우로서 관절경하 시술(chondroplasty, debridement 등) 또는 수술적 복원술(subchondral bone stimulation-abrasion, multiple drilling, microfracture 등)에 적절히 반응하지 않았을 때 요양급여를 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값의 100분의 100을 본인 부담토록 함. - 아 래 - ○ 대상 질병 : 급성 또는 반복적 손상(trauma)에 의한 대퇴과(femur condyle)의 연골손상 ○ 연골손상의 크기 : 2cm²이상 10cm²이하(편측당 한개 또는 그 이상 병변을 합하여) ○ 연골손상의 상태 : 국소적이며 전층의 연골 손상(Outerbridge III~IV)으로 손상부위 인접 연골상태가 비교적 건강한 상태(Outerbridge I~II)로서 슬관절 간격이 50% 이상 유지되어 있는 경우 ○ 연령 : 만 15세 ~ 만 50세 ○ 인정 회수 : 약제는 1회만 인정하되, 양측에 동시에 병변이 있는 경우 행위료(연골채취 및 이식시술료)는 양측으로 인정함. (고시 제2003-84호, 2004.1.1 시행)
Gabapentin경구제	아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 1. 간질(Epilepsy) : 각 약제의 허가사항 범위내 인정 2. 신경병성통증 중 다음 각호 중 하나에 해당하는 경우 가. 당뇨병성 말초 신경병증(Diabetic neuropathy) ○ thioctic acid(또는 α-lipoic acid) 경구제와 병용투

제목	세부인정사항
	여시 gabapentin 경구제의 약값 전액을 환자가 부담토록 함. ○ 당뇨병성 말초 신경병증성 통증치료제(예 : pregabalin 경구제, duloxetine 경구제 등)간의 병용투여는 인정하지 아니함. 나. 대상포진후 신경통(post-herpetic neuralgia) : lidocaine 패취제(품명:리도탐패취)와 병용투여시 아래와 같이 요양급여를 인정함. - 아 래 - 병용 약제 중 투약비용이 저렴한 약제의 약값 전액을 환자가 부담토록 함 다. 척수손상에 따른 신경병증성 통증 (spinal cord injury) 라. 복합부위 통증증후군 (CRPS, Complex regional pain syndrome) 마. 다발성 경화증, 파브리병 바. 척추 수술후 통증증후군(post spinal surgery syndrome) 사. 절단 등으로 인한 신경병성 통증(환상통, 단단통) 아. 삼차신경통(1차적으로 다른 약제에 반응하지 않거나 부작용으로 인해 사용하기 어려운 경우) 자. 암성 신경병증성 통증 (건강보험심사평가원장이 공고한 「암성통증 관련 사용 권고안」 참조 인정) 차. HIV 감염인의 신경병성 통증 (고시 제2009-59호, 2009.4.1 시행)
α-lipoic acid (또는 thioctic acid) 경구제	허가사항 범위 내에서 필요적절히 투여시 요양급여함을 원칙으로 하며, 당뇨병성 말초 신경병증성 통증치료제(예: gabapentin 경구제, pregabalin 경구제, duloxetine 경구제 등)와의 병용투여시 통증치료제의 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2009-59호, 2009.4.1 시행)

제 목	세부인정사항
celecoxib 경구제 (품명:세레브렉스 캡셀)	허가사항 중 골관절염 및 류마티스성 관절염 상병에 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여한 경우는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. 다만, 동 약제 투여 시 소화기관용 약제를 위염등의 증상 예방 목적으로 병용 투여하여서는 안 됨. - 아 래 - 1. 상부 위장관의 궤양, 출혈, 천공의 치료 기왕력에 확인 되는 경우 2. Steroid제제를 투여중인 경우 3. 항응고제 투여가 필요한 경우 4. 기존의 NSAID에 불응성인 경우 5. 대량의 NSAID를 필요로 하는 경우 6. 65세 이상의 고령자 ※ 동 약제는 관상동맥 우회로술(CABG) 전후에 발생하는 통증의 치료에는 투여하지 않는 등 허가사항 중 주의사항(금기사항 등)과 용법용량 등을 반드시 참고하여 처방(조제)하여야 함. (고시 제2006-118호, 2007.1.1 시행)
sodium hyaluronate 25mg 주사제 (품명 : 알츠주 등)	아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 1. 대상 환자 가. 방사선학적으로 중등도 이하 (Kellgren-Lawrence Grade I, II, III)의 퇴행성 슬관절의 골관절염 나. 건관절주위염 2. 투여횟수 가. 퇴행성 슬관절의 골관절염 : 1주기 투여 후 효과가

제목	세부인정사항
	있을 경우 최소 6개월 경과 후 재투여시 인정 나. 건관절주위염 : 1주기 투여 인정 * 1주기: 1주에 1회씩 5주간 연속 투여 (고시 제2007-112호, 2007.12.1 시행)
sodium hyaluronate 20mg 주사제 (품명: 히 루안플러스주 등)	각 약제별 허가사항대로 사용함을 원칙으로 하고, 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 1. 대상 환자 가. 방사선학적으로 중등도 이하 (Kellgren-Lawrence Grade I, II, III)의 슬관절의 골관절염 나. 건관절주위염 2. 투여횟수 가. 슬관절의 골관절염 : 1주기 투여 후 효과가 있을 경우 최소 6개월 경과 후 재투여시 인정 나. 건관절주위염 : 1주기 투여 인정 * 1주기 : 1주에 1회씩 3주간 연속 투여 (고시 제2007-112호, 2007.12.1 시행)
골다공증치료제 (일반원칙)	1. 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여하는 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - ○ 칼슘 및 Estrogen제제 등의 약제는 골밀도 검사상 같은성, 젊은연령의 정상치 보다 1표준편차이상 감소된 경우에 투여함을 원칙으로 한다(검사 결과지 미첨부). ○ 칼시토닌(살카토닌, 엘카토닌), raloxifene제제, 활성형

제목	세부인정사항
	Vit D3, Ipriflavon제제 및 bisphosphonate제제 등의 약제는 골밀도 검사에서 같은 성, 젊은연령의 정상치보다 3 표준편차(QCT의 경우 110mg/cm³) 이상 감소된 경우(검사결과지첨부)에만 보험급여하되, 약제들의 투여기간은 6개월 정도 투여함을 원칙으로 하며, 이후에도 계속적으로 약제의 투여가 필요한 경우는 사례별로 검토하여 급여토록 함. ○ 단순 X-ray 상 골다공증성 골절이 확실히 있는 경우를 제외하고는 단순 X-ray는 골다공증 진단에 사용해서는 안된다. 2. 골다공증치료제에는 호르몬요법 (Estrogen, Estrogen derivatives 등)과 비호르몬요법(Bisphosphonate, Calcitonin, 활성형 Vit.D3, Ipriflavon, raloxifene 등)이 있으며, 호르몬대체요법(HRT)과 비호르몬요법제를 병용투여하거나 비호르몬요법간 병용투여는 인정하지 아니함. 다만 아래의 경우는 인정 가능함. - 아 래 - - 칼슘제제의 경우 호르몬대체요법과의 병용 - 칼슘제제의 경우 비호르몬요법제와의 병용 - alendronate 5mg과 calcitriol 0.5μg과의 병용 3. 특정 소견없이 단순히 골다공증 예방목적으로 투여하는 경우에는 비급여대상임. (고시 제2005-27호, 2005.5.10 시행)
S-adenosyl-L-methionine sulfate-P-toluene sulfonate 경구제 (품명 : 세이미정 등)	아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 관절통 등의 퇴행성골관절염의 임상증상이 있고 방사선 필름 소견상 연골손상이 동반된 퇴행성골관절염에 보다 저렴

제 목	세부인정사항
	한 연골재생관련약제(Chondroitin 또는 glucosamine)를 3개월간 투여해도 효과가 없거나 부작용이 있어 계속 투여가 곤란한 경우 (고시 제2007-47호, 2007.6.1 시행)
glucosamine 주사제 : 품명(오스테민주)	X-ray상 경증의 퇴행성 변화가 확인되고 혈액학적 검사상 ESR이 정상이거나 CRP가 음성인 퇴행성 골관절증에 투여한 경우에 한하여 요양급여를 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값의 100분의 100을 본인부담토록 함. (고시 제2001-28호, 2001.6.8 시행)
Pregabalin 경구제 (품명:리리카캡슐)	아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 1. 간질(Epilepsy) : 허가사항 범위내 인정 2. 신경병성통증 중 다음 각호 중 하나에 해당하는 경우 가. 당뇨병성 말초 신경병증성 통증 ○ thioctic acid(또는 α-lipoic acid) 경구제와 병용투여시 pregabalin 경구제 약값 전액을 환자가 부담토록 함. ○ 당뇨병성 말초 신경병증성 통증치료제(예 : gabapentin 경구제, duloxetine 경구제 등)간의 병용투여는 인정하지 아니함. 나. 대상포진 후 신경통 : lidocaine 패취제(품명:리도탐 패취)와 병용투여 시 아래와 같이 요양급여를 인정함. - 아 래 - 병용 약제 중 투약비용이 저렴한 약제의 약값 전액을 환자가 부담토록 함. 다. 척수손상에 따른 신경병증성 통증(spinal cord injury)

제목	세부인정사항
	라. 복합부위 통증증후군(CRPS, Complex regional pain syndrome) 3. 섬유근육통(fibromyalgia)에는 아래와 같이 요양급여를 인정함. - 아 래 - 섬유근육통으로 확진되고 삼환계 항우울제(TCA : amitriptyline, nortriptyline 등) 또는 허가사항 중 근골격계 질환에 수반하는 동통의 증상완화에 사용할 수 있는 근이완제(cyclobenzaprine 등)를 적어도 1달 이상 사용하였음에도 효과가 불충분한 경우 ※ 섬유근육통 확진은 1990년 미국 류마티스학회 발표 진단기준에 부합하고 FIQ(Fibromyalgia Impact Questionnaire) 점수가 40점 이상이며 pain VAS(visual analog scale)가 40mm 이상인 경우로 하며, 투여개시 13주 후 pain VAS와 FIQ의 호전이 없는 경우 투여중단을 고려해야 함. (고시 제2009-59호, 2009.4.1 시행)

Ⅲ. 공개심의사례

동 심의사례는 우리원에 설치되어 있는 진료심사평가위원회 심의사례 중 홈페이지를 통해 공개된 심의사례에서 일부 발췌하였음.

(사례1) 엉덩관절의 선천탈구 상병에 인공관절전치환술시 산정한 신경성형술 및 근막절개술 인정여부

■ 청구내역 (여/52세)

○ 상병명 : 상세불명의 엉덩관절의 선천 탈구

○ 주요 청구내역

[수술료] 인공관절 전치환술(고관절) x 1
신경성형술[감압,박리등]-중요말초신경[사지부,구간등] x 0.5 x 1
근막절개술-단순 절개 x 0.5 x 1

[재료대] OSTEONICS SERIES II CROSSFIRE INSERT x 1
OSTEONICS SECUR-FIT HA HIP STEM x 1
OSTEONICS FEMORAL HEAD x 1
OSTEONICS ACETABULAR SCREW x 2
OMNIFIT (PSL)HA CUP x 1

[마취료] 전신마취 5시간

■ 진료내역

‘08. 2.24 ▶ 주호소 : pain, hip. Rt

- ▶ 어릴때부터 limping이 있었으나 통증 없이 지내오다가, 2~3년 전 부터 Rt buttock pain 발생함. 1년전부터는 통증 심해지는 양상임. local에서 검사 후 Rt hip의 문제라고 듣고 본원 외래 방문함.
- ▶ X-ray 상 neglected DDH. Rt 진단 받고 수술적 치료 위하여 입원함.
- ▶ 과거병력 : DM/HTN/Tbc/liver ds (-/+/-/-)

Assessment : neglected DDH (Developmental Dislocation of the Hip). Rt

▶ 계획 : THRA, Rt

2.25 수술

- ▶ 수술전 진단명 : developmental dislocation of the hip (Rt)
- ▶ 수술명 : **Total hip replacement arthroplasty (THRA) (Rt)**
- ▶ 수술후 진단명 : **developmental dislocation of the hip (Rt)**
- ▶ 수술소견

* intraop finding : Rt femoral head 는 false acetabulum area에 있고 true acetabulum 과 분리된 **high dislocation hip**임.

*** op procedure**

- 1) Oscillating saw를 이용하여 femur neck에 osteotomy를 하여 femur head를 excision함.
- 2) sciatic nerve exposure하고 anterior & posterior capsulotomy 시행하고 fascia lata, rectus femoris release 시행함. acetabular side 의 remnant joint capsule과 synovium을 trimming함. (이하 생략..)

■ 참고

- 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」 제1편제2부 제9장 처치 및 수술료 등
- 고관절외과학, 김영용 외, 군자출판사, p.123~133. 2008.
- Canale & Beaty, Campbell's Operative Orthopaedics, 11th edition, Mosby, 2007.
- Wheeless' Textbook of Orthopaedics

■ 심의내용

- 동 건(여/52세)은 neglected DDH(Developmental Dislocation of the Hip, 발달성·선천성 고관절 탈구)상병에 인공관절전치환술[고관절]시 자459다 신경성 형술(50%) 및 자92-2가 근막절개술(50%)를 별도 산정한 사례임.
- 관련 교과서 및 임상연구논문 등에서 선천성 고관절 탈구에 대한 인공관절전치환술은 인공 고관절 시술 가운데 고난이도의 수술로 출생이후부터 고관절이 탈구되어 비구와 대퇴골 근위부의 해부학적인 형태가 정상과 다른 심한 변형이 있으면서 특히 좌골신경이 비정상적으로 비구부와 가깝게 위치하고 있어 탈구의 정복(reduction) 및 좌골신경마비 합병증의 예방을 위해서는 일반적인 인공관절전치환술시에는 시행하지 않는 좌골신경 유리술을 권고하고 있을 뿐 아니라 오랜기간 하지 단축으로 주변 연부조직이 심하게 구축되어 연부조직 유리술이 언급되고 있음.
- 따라서, 방사선필름 및 수술기록지 등을 참조할 때 동 건은 대퇴골두가 가성 비구(false acetabulum area)에 위치하면서 true acetabulum과 분리된 high dislocation hip의 경우로 확인되는 바, 인공관절 전치환술 시 대퇴골두의

해부학적 위치로의 탈구정복을 위해 시행한 좌골신경유리술 및 고관절주위 대퇴근막장근과 대퇴직근에 대한 근막절개술을 시행 후 별도로 산정한 신경성형술 50%와 근막절개술 50%는 전체적인 난이도 및 소요시간 등을 감안하여 인정키로 함.

[2009.6.15 진료심사평가위원회]

(사례2) 인공관절 전치환술[고관절] 시 이미 유치된 체내고정용 금속제거시 수술료 별도 인정여부

■ 청구내역 (여/69세)

○ 상병명 : 외상성 관절병증-골반 부위 및 허벅지, 넓적다리경부의 폐쇄성 골절

○ 주요 청구내역

[수술료] 인공관절 전치환술(고관절) x 1
체내고정용금속제거술(대퇴골) x 0.5 x 1

[재료대] BIOLOX CERAMIC LINER x 1
BICONTRACT CEMENTLESS STEM x 1
PLASMA CUP FIXATION SCREW x 1
PLASMA CUP (SC,S) x 1
BIOLOX HEAD x 1

[마취료] 척추마취 4시간 55분

■ 진료내역

'07.10.24 ▶ 주소 : ' 07.5.23일 발 잘못 디디면서 1m 높이에서 fall down injury
▶ '07.5.25일 타 병원에서 수술함 (Rt femur subtrochanteric Fx with proximal extension (ORIF & angled blade plate and Dall-Miles cables)
수술 후 한동안 괜찮다가 8월말 퇴원하였으며 이후 Rt. hip pain

발생하여 본원 외래 방문 failure of fixation 으로 THRA. Rt. 위
해 입원함.

- ▶ 과거병력 : DM/HTN/Hepatitis/Tb (-/-/+/-)
HCV carrier, prev. op scar (+) on lateral side
of thigh (32 cm length)
- ▶ 진단 : Rt femur subtrochanteric Fx with proximal extension
s/p ORIF & angled blade
plate and Dall - Miles cables (2007.5.25 타병원)
- ▶ 계획 : FBR & THRA, Rt

10.25

- ▶ 수술전 진단명 : hip, degenerative arthritis
- ▶ 수술명 : Total hip replacement arthroplasty (THRA) Rt
- ▶ 수술후진단명 : posttraumatic arthritis
- ▶ 수술소견 :
 - * **op name** : hardware(blade plate, screw, wiring) removal
total hip replacement arthroplasty (THRA)
 - * **intraop findings** :
 - 1) plate가 protrusion되어 femoral head 로 튀어나옴
 - 2) acetabulum는 plate에 의해 굽혀 arthritic change 및
bony defect 생겨 있음.
 - 3) 기존의 proximal fracture는 골절선이 연장된 채로 골유합
양상의 소견 보여 주지 않았고 subtrochanteric 부위에는
bone defect 있고 adhesion tissue 있음. distal part로
연장된 골절편의 일부분에서 부분적인 유합 소견 보임
 - * **op. procedure** :
Rt thigh의 lateral aspect 에 greater trochanter의 center를 지나
는 previous op. scar를 따라 skin incision을 넣은 후 기존의 고정
삽입된 hardware(blade plate 등)를 제거하고 주위의 dirty
granulation tissue 등에 대해 debridement 시행함.
posterolateral approach 로 hip joint로 dissection을 진행한 후
short external rotator을 detach하여 hip joint를 expose 하고
dislocation 시킴. (이하 생략...)

■ 참고

- 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」 제1편제2부 제9장 처치 및 수술료 등
- Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11th ed.2007 Mosby.

■ 심의내용

- 동 건(여/69세)은 외상성 관절염으로 '07.5.25일 타 병원에서 ORIF & angle blade plate and Dall-Miles cables 수술을 받았으나 지속적인 고관절 통증으로 '07.10.25일 hardware(blade plate, screw, wiring)removal & Total hip replacement arthroplasty(THRA) 시행 후 자71가 인공관절 전치환술[고관절] x 1, 자60-2 체내고정용금속제거술 x 0.5를 산정한 사례임.
- 골절치료로 삽입한 내고정장치 및 단단한 피질골의 제거를 위해 더 많은 절개 부위가 필요하고, 제거시 골절이 발생할 수 있으며 내고정된 금속의 파손으로 인한 제거의 어려움 및 주위조직 유착으로 인한 신경손상 등의 부작용이 발생할 수 있는 점 등을 고려해볼 때 인공관절전치환술 시 시행되는 체내고정용 금속제거술(50%)은 별도 인정함이 타당함.

[2009.6.15 진료심사평가위원회]

(사례3) 자가유래연골세포(품명:콘드론)이식술의 적정 시행시기에 대하여

■ 심의배경

자가유래연골세포는 현 인정기준 상 수술적 복원술에 적절히 반응하지 않을 때 요양급여대상이며, 수술 후 경과관찰기간에 대하여는 별도로 명시되어 있지 아니함. 이와 관련 수술적 복원술을 시행하지 않았으나 자가유래연골세포 1차 사용이 가능한 경우 및 수술적 복원술후 적정 경과관찰기간에 대하여 질의가 있어 심의하게 됨.

■ 참고

- 자가유래연골세포 (품명:콘드론) 인정기준 (고시 제2003-84호, '03.12.26)
- 콘드론(자가유래연골세포) 식품의약품안전청장 허가사항
- NICE Guideline. May. 2005.
Autologous chondrocyte implantation (ACI) for the treatment of cartilage injury
- Gunnar Knutsen et al. A randomized trial comparing autologous chondrocyte implantation with microfracture. Findings at five years. The journal of bone & joint surgery Am. 2
- Lubowitz JH et al. The relationship between the outcome of studies of autologous chondrocyte implantation and the presence of commercial funding. Am J Sports Med. 2007 Nov;35(11):1809-16. Epub 2007 Jul 19007;89:2105-2112.
- Magnussen RA et al. Treatment of focal articular cartilage defects in the knee: a systematic review. - Clin Orthop Relat Res - 01-APR-2008; 466(4): 952-62 (From NIH/NLM MEDLINE)
- Ruano-Ravina A et al. Autologous chondrocyte implantation: a systematic review. Osteoarthritis Cartilage. 2006 Jan;14(1):47-51. Epub 2005 Oct 19.
- Washington State Department of Labor and Industries. Review criteria for knee surgery. Provider Bull 2003 Dec:(PB 03-16):1-7. Autologous Chondrocyte Implantation
- Aetna, '08. 5. 9, Autologous Chondrocyte Implantation
- Blue Cross Blue Shield of Massachusetts, '07.6.14, Autologous Chondrocyte Implantation
- 관련 학회 의견

■ 심의내용

- 현행과 같이 인정기준상의 대상 질병 및 연골손상크기와 연골손상의 상태기준에 합당한 경우로서 관절경하 시술 또는 수술적 복원술에 적절히 반응하지 않았을 때 자가유래연골세포(품명: 콘드론)를 요양 급여하되, 관절경하 시술 및 수술적 복원술 후 경과관찰 기간은 연골 재생기간 등을 감안할 때 약 6개월 정도가 타당한바 subchondral bone stimulation 등의 시술 후 6개월 정도 경과 후 자가유래연골세포이식을 시행함이 바람직함.

▶ 결정 사유

1) 수술적 복원술 선행없이 1차로 동 약제가 필요한 경우

일부 교과서에 병변크기 2cm^2 이상인 경우 자가유래연골세포이식술 1차 적응증으로 기술되어 있으나, 여러 임상연구논문 참조 시 장기 추적결과에서 유의한 차이가 없고, 자가유래연골세포이식술의 경우 면적크기 외에 병변깊이도 중요하게 고려할 인자이나 이의 상관관계에 대한 연구가 현재까지는 미비하며,

또한 외국보험기준(Aetna, BCBS 등) 자료에서도 보존적 요법 및 수술적 복원술을 시행한 후 2차로 자가유래연골세포이식술을 인정하는바 현행 기준을 유지하기로 함.

2) 수술적 복원술 후 적정 경과관찰 기간

수술적 복원술 후 회복기간은 수술 종류 및 방법, 병변크기 등에 따라 다를 수 있으나 연골 재생기간에 대한 임상연구논문 참조 시 3개월 경과 후 연골 재생이 시작되어 6개월 정도 경과 시 정상 연골화 되는 것으로 판단되는 바 수술적 복원술 후 6개월 정도 경과관찰 후 자가유래연골세포이식술을 시행함이 타당함.

[2008.9.16 진료심사평가위원회]

(사례4) 관절경하 수술 1~2일 전 일률적으로 시행한 관절경 검사에 대하여 (3사례)

■ 청구 및 진료내역

A사례 (여/46세)

◆ 청구내역

- 상병명 : 상세불명의 무릎의 내이상-다발부위, 무릎의 다발성 구조의 손상
- 주요청구내역
 - 나750 관절경검사 ×1 척추신경말초지차단술 - 대퇴신경 ×1
 - 자70나 사지관절절제술(활막절제를포함)슬관절×1(척추마취 1시간30분)

관절경하수술시사용하는치료재료 비용 ×1

나750 관절경검사 1×1 척추신경말초지차단술 - 대퇴신경 ×1

자70나 사지관절절제술(활막절제를포함)-슬관절 ×1(척추마취 1시간30분)

관절경하수술시사용하는치료재료비용 ×1

◆ 진료내역

5.1 주호소 : 요통, 양하지 방사통 , 어제 가시나무 뽑은 후 통증, 좌슬 통증.

5.2 진단적 관절경 검사 시행. 배액량 50cc

5.3 수술명 : 활액막절제술(우측) 시행.

5.16 주호소: 우측 슬관절은 호전, 좌측 수술 원함.

진단적 관절경 검사 시행함.

5.17 수술명 : 활액막절제술(좌측) 시행.

B사례(남/64세)

◆ 청구내역

○ 상병명 : 현재 무릎관절 연골의 열상, 오래된 열상 또는 손상으로 인한
반달연골이상 - 다발부위

○ 주요청구내역

나750 관절경검사 1×1

척추신경말초지차단술 - 대퇴신경 ×1

자82나 반월판연골절제술(내.외측 동시) ×1

관절경하수술시사용하는치료재료비용 ×1

척추마취 1시간30분

◆ 진료내역

5.21 입원

주호소 : 3일전 트랙터 많이 쓴 뒤 우측 슬관절 통증 악화

진단명 : 무릎 연골 손상

5.21 진단적 관절경 검사(우측) 시행

5.22 반월판 연골절제술(내, 외측) 시행함

C사례(남/54세)

◆ 청구내역

- 상병명 : 오래된 열상 또는 손상으로 인한 반달연골, 양쪽성 원발성 무릎관절증
- 주요청구내역
 - 나750 관절경검사 ×1
 - 척추신경말초지차단술-대퇴신경 ×1
 - 자70나 사지관절절제술(활막절제를포함)-슬관절 ×1 (척추마취 2시간)
 - 관절경하수술시사용하는치료재료비용 ×1

◆ 진료내역

5.22 입원

주호소 : 좌슬와부 통증악화, 평소 자동차 클러치 많이 밟음.

진단명 : 반달연골손상(좌측)

5.22 진단적관절경검사 시행.

5.23 활액막절제술 시행.

■ 참고

- Endoscopy(복강내시경, 흉강내시경, 비강내시경 등) 하에 실시한 수술료 산정 방법 (고시 제2007-129호, '07.12.28)
- 나750 관절경검사를 양측으로 시행 시 수기로 산정방법 (고시 제2000-73호, '00.12.30)

■ 심의내용

- 동 사례는 대퇴신경차단 하에 진단적 관절경 검사 후 수술 적응증인 경우 1~2 일 후 척추마취 하에 관절경하 수술을 시행한 건으로 관절경 검사 시 신경차단술 실시는 가능하나 일률적인 시행은 바람직하지 아니하며, 진단적 관절경 검사 후 1-2일 만에 동일 피부절개 하에 다시 관절경 하 수술을 시행하는 것은 감염 등의 문제를 고려할 때 납득하기 곤란함.
- 따라서 요양기관의 인력·시설·장비 사정 등의 사유로 진단적 관절경 검사와 관절경

하 수술을 나누어 시행한 동 건은 나750 관절경 검사를 인정하지 아니하며 동 시에 일률적으로 시행한 바24 대퇴신경차단술도 인정하지 아니함.

[2008.9.16 진료심사평가위원회]

(사례5) 견관절용 Ligastic ligament의 인정기준에 대하여

■ 심의 배경

견관절용 「Ligastic ligament」는 현행 인정기준에 의거 “환자 자신의 인대나 근을 이식 또는 재건할 수 없는 경우” 사례별로 요양급여 대상으로 인정하고 있으나, 동 치료재료에 대한 구체적인 적응증 등 세부 인정기준이 필요하다는 의견이 있어 심의하게 됨.

■ 참고

- 인조인대 및 인대 지지 재료(Integra Stent System) 비용의 별도 산정여부 (고시 제2000-73호, '00.12.30)
- 슬관절 인대 손상시 사용하는 동종건의 인정기준(고시 제2007-46호, '07.5.28)
- 골대체제 (동종골, 이종골, 합성골) 인정기준 (고시 제2008-80호, '08.7.28)
- 정형외과학, 대한정형외과학회, 제6판, 2006:861-6
- Wang SJ et al, Transacromial Extra-articular Knowles Pin Fixation Treatment of Acute Type V Acromioclavicular Joint Injuries. J trauma:2008 Jul 11.
- Jeon IH, et al., Chronic acromioclavicular separation: the medium term results of coracoclavicular ligament reconstruction using braided polyester prosthetic ligament, Injury 2007 Nov;38(11):1247-53.
- 관련 학회(대한견주관절학회) 의견

■ 심의 내용

- 인조인대 및 인대 지지 재료(Integra Stent System)는 인정기준(고시 제 2000-73호, 2000.12.30)에 의거, “건 및 인대 성형술 시 환자자신의 인대나

근을 이식 또는 재건할 수 없는 경우”에 사용 시 별도 산정토록 되어 있음.

- 이에, 견관절 손상 등에 Ligastic ligament를 사용하는 사례 발생 시 동 기준을 적용하여 왔으나, 좀 더 구체적인 적응증이 필요하다는 의견이 있어 관련 학회 의견을 제출받아 논의한 결과, 현재 견관절 손상에 동 치료재료의 사용이 임상적으로 유용성이 있다는 근거문헌은 부재한 상태이고, 관련 학회에서도 견관절용 Ligastic ligament가 재할 시간이 짧고 견고한 고정력을 얻을 수 있는 장점은 있으나 타 치료재료 및 술식에 비하여 뚜렷한 우수성이 있다고는 볼 수 없다는 의견임.
- 따라서, 견관절용 Ligastic ligament의 임상적 유용성에 대한 근거자료가 축적되기 전까지 세부 인정기준을 별도로 마련하는 것은 어렵다고 판단되므로, 현행 「인조인대 및 인대 지지 재료」 기준을 적용하여 일차적 수술이나 자가건 사용이 가능한 경우에는 인정하지 않는 것을 원칙으로 사례별 심사기로 함.

[2008.9.16 진료심사평가위원회]

(사례6) 어깨의 근 및 건 수술 시 수가 산정방법에 대하여

■ 심의 배경

「견봉성형술 및 회전근개 파열복원술(자-93-1)」은 각각 견봉성형술, 일차봉합술, 근 및 건성형이 동반된 경우 등으로 분류되어 있으므로 병변 및 수술 방법에 따라 구체적인 수가 산정(적용)방법에 대한 논의가 필요하여 심의하게 됨.

■ 참고

- Carpal Tunnel Release의 수기로 산정방법 (고시 제2007-46호, '07.5.28)
- Yount's Operation 수기로 산정방법 (고시 제2007-46호, '07.5.28)
- Bristow's procedure의 수기로 산정방법 (고시 제2007-46호, '07.5.28)
- 정형외과학 제6판. 2006 : 견갑부 병변, 견관절 탈구 등
- Campbell's Operative Orthopaedics, 11th ed. 2007 : Anterior Instability of the Shoulder

■ 심의 내용

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편제2부제9장 제1절 처치 및 수술료에 의거 ‘자-93-1 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술’은 가. 견봉성형술(Acromioplasty), 나(1). 일차봉합술(Primary Repair), 나(2). 근 및 건성형이 동반된 경우(with Myoplasty and Tendoplasty)로 분류되어 있으나 견관절 손상의 종류 및 수술 방법이 다양하므로 병변의 상태 및 수술 기록 등을 참조하여 수가 산정방법을 사례별로 적용하였음.
- 이에 자-93-1 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술의 수술 방법별 수가 산정 방법을 아래와 같이 정하여 심사 적용기로 함.

- 아 래 -

연번	수술명	수가 산정 방법
1	- 상부관절와순 병변 복원술 (SLAP, superior labrum from anterior to posterior repair) - 유착박리술 (심한 구축 시)	자-93-1가 견봉성형술 Acromioplasty
2	-회전근개파열 (RCT, Rotator Cuff Tear) 복원술 1개 (± 방카트병변 복원술을 동반하는 경우) - 방카트병변 복원술 - 관절낭 이동술	자-93-1나(1) 일차봉합술 Primary Repair
3	- 회전근개파열 복원술 2개 이상 (± 방카트병변 복원술을 동반하는 경우) - 회전근개파열의 개수 불문하고 크기가 2.5~3cm 이상인 경우	자-93-1나(2) 근 및 건성형이 동반된 경우 with Myoplasty and Tendoplasty
4	회전근개차열 복원술과 동시에 상부관절와순 병변 복원술을 시행하는 경우 “나(1) 일차봉합술 또는 나(2) 근 및 건성형이 동반된 경우”의 소정 금액만 산정	

[2008.10.13 진료심사평가위원회]

(사례7) 인공관절전치환술 후 감염 등으로 조기에 재치환하는 경우의 적정수가에 대하여

■ 청구 및 진료내역 (남/73세)

청구내역	진료내역
[1차 청구분] ○ 상병명 : 달리 분류되지 않은 처치에 의한 감염, 기타 원발성 무릎관절증 ○ 주요청구내역 [마취료] 척추마취 2시간 30분 [처치 및 수술료] 인공관절 전치환술(슬관절) *0.5 (인공관절삽입물제거료) [재료대] CMW BONE CEMENT 40G+항생제 *3 [비경구항생제] 618 네틸마이신주100mg 2*9 618 세프트솔나트륨주사1g/B 1*1 3*8 618 세프트리악손주1g/B 2*1	*****기진료내역***** -10.12 슬관절치환술 (오른쪽) [진료내역 - 1차] - 전년 11.20 입원 11/17 퇴원후 집에서 통증 심해져 (오른>왼, 칼로 베는 듯한 통증) 거동도 하기 힘든 상태여서 자가목발 사용 중 입원. - 11.23 미생물학 검사결과보고서 < 균명 > 황색포도알균(메치실린내성) - 11.30 < 수술기록지 > 1. 진단명 : 감염된 인공슬관절(오른쪽) 2. 수술명: 인공관절삽입물제거술(오른쪽)
[2차 청구분] ○ 상병명 : 기타 원발성 무릎관절증, 머리 덮개의 얇은 손상 ○ 주요청구내역 [마취료] 척추마취 2시간 15분 [처치 및 수술료] 인공관절 재전치환술(슬관절) *1 [재료대] PFC SIGMA FEMORAL COMPONENT *1 PFC SIGMA (RP MBT)TIBIAL COMPONENT *1 PFC SIGMA (RP) BEARING INSERT *1 PFC SIGMA PATELLA *1 PFC SIGMA WEDGE *4 PFC SIGMA STEM EXTENSION *2 PFC SIGMA SCREW *1	[진료내역 - 2차] - 금년 2.2 재입원 < 간호기록지 > 본원에서 전년 10월 오른쪽슬관절치환술 후 감염으로 다시 입원. 수술후 항생제 치료함. 다시 재수술 위해 입원. < 수술기록지> 1. 진단명 : 감염된 인공슬관절(오른쪽) 2. 수술명 : 인공관절 재전치환술(슬관절)

청구내역		진료내역	
CMW BONE CEMENT 40G+항생제	*2		
[비경구항생제]			
618 네틸마이신주100mg	2*14		
618 세프트졸나트륨주사1g	2*26		
618 세프트리악손주1g	2*1		
629 로푸신주	1*1	2*5	

■ 참고

- 건강보험요양급여행위 및 그상대가치점수 제2부제9장 처치 및 수술료 등
- Mandell, Bennett, & Dolin, Principles and Practice of Infectious Diseases, 6th ed. 2005 Churchill Livingstone, An Imprint of Elsevier p.1334-1335
- Canale : Campbell's Operative Orthopaedics, 10th ed 2003 Mosby, Inc.
- Cohen & Powderly : Infectious Diseases, 2nd ed. 2004 Mosby, An Imprint of Elsevier

■ 심의내용

- 인공관절치환 후 감염이 발생하는 경우에는 삼입물 제거 후 약 6-12주간의 충분한 항생제 투여 등 적정치료를 통해 감염의 소실(CRP · ESR 정상화)을 확인한 후 재치환을 실시하여야 하며, 감염 관련 각종 검사결과가 정상범주라 하더라도 반드시 수술 중 frozen biopsy를 통해 고배율시야(highpowerfield) 상 다형핵백혈구(PMNL) 개수를 확인한 후 신중히 수술여부를 결정해야 함.
- 따라서 인공관절초치환술 후 감염 등의 문제로 재치환하는 경우 각 사례별로 상기 내용을 참조 수술료 인정여부를 결정함이 바람직한바 초치환 후 조기에 재치환을 하는 경우라도 환자상태 및 객관적 검사결과 등 참조 재치환술 시행이 의학적으로 타당한 경우에는 자71-1 인공관절재치환술 소정점수를 인정함.

※ PMNL : polymorphonuclear leukocyte

[2008.4.7 진료심사평가위원회]

(사례8) 전방십자인대 부분 파열(ACL partial tear)에 실시한 Thermal shrinkage 시술료에 대하여

■ 청구내역 (여/59세)

- 상병명 : 무릎의 다발성 구조의 손상
- 수 술 : 자89 십자인대접합술 x 1
자82 반월판연골절제술(내측 또는 외측) x 0.5

■ 진료내역

5/25 : 전년도 5월 비행기에서 내리면서 빼끗한 이후 통증 지속되어 타 병원에서 치료 했으나 호전 없고 통증 지속되어 MRI 찍고 수술 위해 입원

5/26 OP day <operation record>

Imp : 왼쪽 무릎 내측 반월상 연골의 파열(Lt. knee MM radial tear)
퇴행성 관절염(내측 대퇴과)
전방십자인대파열 (c tibial attach mass formation)

▶ 수술명 및 수술소견

- ① 내측 반월상 연골의 파열 : 반월상연골절제술(Total meniscectomy)
- ② 내측 대퇴과 : 변연절제술(Debriment)
- ③ 전방십자인대의 부분 파열은 오래된 것으로 보이며 변연절제술 실시함.
기구(Bipolar Thermal Indicator)를 이용하여 전방십자인대를 수축(shrinkage) 시킴.

■ 참고

- S.Terry Canale, Campbell'S Operative Orthopaedics 10판 volume Two. Mosby. P2628-9
- Halbrecht J. Long-term failure of thermal shrinkage for laxity of the anterior cruciate ligament. Am J Sports Med. 2005 Jul;33(7):990-5. Epub 2005 May 11

■ 심의내용

- 동 건(59세/여)은 무릎의 다발성 손상 상병에 ACL Thermal shrinkage & total meniscectomy 수술을 시행한 후 자89 십자인대접합술 x 100%, 자82가 반월판연골절제술(내측 또는 외측) x 50%를 청구한 사례로,
- 제출된 진료기록부 및 수술기록지를 살펴볼 때 ACL에 대한 수술보다는 medial meniscus tear에 대한 수술이 주수술(main op)로 판단되고, ACL partial tear에 실시한 Thermal shrinkage는 시술의 단순성 등을 참고할 때 meniscectomy의 일련의 과정으로 볼 수 있으며, ACL에 Thermal shrinkage를 실시한 임상연구 문헌의 장기 추시(long-term) 결과가 좋지 않은 점 등을 고려 할 때 Thermal shrinkage 시술료는 인정하지 아니함.

[2007.2.26 진료심사평가위원회]

IV. 주요 청구착오유형

동 청구착오유형은 건강보험심사평가원서울지원에서 제작한 「요양급여
비용 주요청구 착오유형모음집(2010)」에서 일부 발췌하였음.

1. 검사료 및 영상진단료

청구착오유형	심사내역	관련근거
위탁검사시 수탁 기관기호 또는 검사의뢰일자 누락 청구	위탁검사를 실시한 경우에는 수탁기관 기호 및 검사의뢰일자를 반드시 기재하여야 하나, - 수탁기관에 의뢰하여 실시한 CBC 검사에 대해 수탁기관기호 또는 검사 의뢰일자를 기재하지 않고 청구하여 해당검사료와 위탁검사관리료 심사 조정	■ 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 - 수탁기관에 의뢰한 검사료 청구시 검사의뢰일자, 수탁기관의 요양기호, 검체위탁 구분 “L” 자를 해당란에 반드시 기재 - 위탁검사시 검사소정금액의 10%를 가산하여 “I 란”에 청구하여야 함.
위탁검사 제외 검사료 청구착오	검체 채취에서 검사까지 장시간이 소요될 경우 검사결과가 부정확해질 수 있는 검사항목은 위탁할 수 없으나, - Wet smear(나-4), ESR(나103) 검사 등을 다른 요양기관에 검사를 의뢰하고 위탁검사료와 위탁검사관리료를 청구하여 심사 조정	■ 검체검사위탁에 관한 기준 - 검체채취에서 검사까지 장시간이 소요될 경우 검사결과가 부정확해질 수 있는 검사항목은 위탁대상에서 제외한다 • 요검사 중 Wet smear • 체액일반검사서에서 검체가 뇌척수액인 것 • 적혈구침강속도(ESR) • 활성화부분트롬보플라스틴시간, 프로트롬빈시간 • 암모니아 등
관절경하 십자인대성형술시 관절경하 검사 청구착오	관절경하에 십자인대성형술시 관절경검사는 해당 수술료에 포함되어 별도 청구할 수 없으나, - 우측십자인대파열 상병으로 관절경하 십자인대성형술(자88)을 실시하고 관절경검사(나750)를 별도 청구하여 관절경검사료 심사 조정	■ 건강보험행위급여·비급여목록표 및 급여상대가치점수 제9장 처치 및 수술료 [산정지침](11) - 각 분류항목의 처치 및 수술 등에 내시경을 이용한 경우 내시경료는 소정 시술료에 포함되므로 별도 산정하지 아니함

청구착오유형	심사내역	관련근거
관절경검사 시행 시 수술시 인정되는 치료재료 청구착오	복강경 등 내시경 치료재료비용은 관련 내시경하 수술시에 산정하나, - 양측성 무릎관절증 상병으로 관절경검사만 시행한 경우에 산정한 치료재료(N0031003) 심사조정	■ 복강경 등 내시경하 수술시 사용하는 치료재료의 산정방법 (고시 제2009-214호) - 관절경하 수술시 사용하는 치료재료비용은 코드 N0031003을 산정 - 진단적 경검사시 사용되는 투관침(Trocar) 및 관절경수술용 Cannular는 필수적으로 사용되는 치료재료인 점을 감안하여 2개까지 인정함.
CT 및 MRI시 컴퓨터영상처리장치(CR) 청구착오	CT 및 MRI시 컴퓨터영상처리장치(CR)를 청구할 수 없으나, - 복부CT를 실시하고 컴퓨터영상처리장치(CR)와 영상저장및전송시스템(Full PACS)를 청구하여 CR 심사조정	■ 건강보험행위급여비급여목록표 및 급여상대가치점수 제3장 제2절 방사선특수영상진단료 4. 컴퓨터영상처리장치를 이용한 경우에는 51.98점을 산정한다. 다만 전산화단층영상진단 및 자기공명영상진단의 경우에는 그러하지 아니한다.
CT를 타 기관에 의뢰한 경우 청구착오	CT를 타 기관에 의뢰하여 촬영한 경우 특정내역란에 위탁진료 구분자 “T”, “의뢰기관기호”, “진료의뢰일”을 기재하여야 하나, - 두부CT를 타 기관에 의뢰하여 촬영한 후 청구시 특정내역란에 위탁진료 구분자 “T”, “의뢰기관기호”, “진료의뢰일”을 기재하지 않아 심사조정	■ 심사청구서명세서서식 및 작성요령 - 해당 수가에 따라 CT를 의뢰받아 실시한 요양기관 종별 가산율을 일투에 기재하고, “특정내역”란에 “해당진료항목”과 위탁진료 구분자 “T”, “의뢰기관기호”, “진료의뢰일”을 기재하여 작성함

2. 주사료·마취료·이학요법료

청구착오유형	심사내역	관련근거
국소마취제만 이용한 관절강내주사료 청구	관절염상병에 국소마취제인 리도카인 약제를 관절강내로 주입하는 것은 타당하지 아니하므로 해당 약제와 관절강내주사(마9) 심사조정	■ 국소마취제만으로 시행한 관절강내주사 인정여부 (고시 제2007-92호) - 국소마취제를 부신피질호르몬제 등 타약제와 병용하여 관절강내로 주입하는 것은 타당한 방법이므로 관절강내주사(마9)를 인정하되, 국소마취제만 관절강내로 주입하는 것은 인정하지 아니함
주사약제 비교 주사수기로 청구착오	무릎관절증에 히루안플러스주를 관절강내주사로 투여후 근육내주사(마1)과 관절강내주사(마9)를 동시 산정하여 근육내주사(마1) 심사조정	■ 건강보험행위급여·비급여목록표 및 급여상대가치점수 제5장 제1절 주사료 - 마1 피하 또는 근육내주사 - 마9 관절강내주사
마취시간에 따른 마취료 청구착오	1시간 이상 마취시 마취료는 마취관리 기본료와 마취유지료를 산정하며, 마취유지료는 1시간을 초과하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매15분 증가할 때마다 산정하여야 하나, - 십자인대파열 상병으로 총2시간20분 척추마취하에 십자인대성형술을 시행하고, 척추마취기본료(1시간) 1회, 척추마취유지료(15분초과) 10회로 청구하여 척추마취기본료 1회와 척추마취유지료 4회 심사조정	■ 건강보험행위급여·비급여목록표 및 급여상대가치점수 제6장 제1절 마취료 - 바2 마취 주 : 기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취, 마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취, 척추마취, 경막외마취, 상박신경총마취가 해당된다. 가. 마취관리기본[1시간기준] 나. 마취유지 주 : 마취유지는 1시간을 초과하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매15분 증가할때마다 산정한다.

청구착오유형	심사내역	관련근거
야간가산료의 청구착오	18~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 마취를 행한 경우에 소정점수 50% 가산하여 산정하여야 하나, - 요양기관의 진료일정이나 환자의 사정으로 공휴일이나 야간에 만성적인 질환인 척추증에 추간판제거술을 실시하고 소정점수의 50%를 가산하여 심사조정	■ 건강보험행위급여·비급여목록표 및 급여상대가치점수 제6장 마취료 산정지침(3)항 - 18~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 마취를 행한 경우에는 소정점수의 50%를 가산한다
물리치료와 국소주사 등을 동시 시행시 각각 청구	무릎관절염 상병으로 1일 내원하여 알초주를 관절강내주사 후 표층열치료, 심층열치료, 경피적 전기신경자극치료 실시하고 각각 청구하여 물리치료를 전액본인부담으로 심사조정	■ 물리치료와 국소주사 등을 동시 시행시 인정기준(고시제2008-110호) - 외래 진료시 물리치료와 국소주사 등(관절강내, 신경간내주사, TPI, 신경차단술 등)을 동시에 실시한 경우 동일 목적으로 실시된 중복진료로 보아 주된 치료만 요양급여로 적용하고, 1종은 환자가 전액을 본인이 부담함.
표층열치료와 적외선 치료를 동시 실시한 경우 청구	표층열치료와 적외선치료를 동시에 실시한 경우 표층열치료만 산정하여야 하나, - 추간판장애 상병에 표층열치료(사101)와 적외선치료(사30)를 각각 청구하여 적외선치료 심사조정	■ 건강보험행위급여·비급여목록표 및 급여상대가치점수 제7장 이학요법료 제1절 기본물리치료료 - 사101 표층열치료 주:1.온습포, 적외선치료 등을 포함한다 제4절 기타 이학요법료 - 사30 적외선치료
맛사지치료를 산정할수 없는 상병에 청구	맛사지치료(사105)는 근마비로 인한 연주조직위축 등에 수기로 20분이상 실시한 경우 산정하여야 하나,	■ 건강보험행위급여·비급여목록표 및 급여상대가치점수 제7장 제1절 기본물리치료료

청구착오유형	심사내역	관련근거
	- 맛사지치료를 산정할 수 없는 허리 염좌 및 긴장, 관절염 등 상병에 맛사지치료를 청구하여 심사조정	- 사105 맛사지치료[1일당] - 주 : 근마비로 인한 연부조직위축, 감염 및 외상으로 인한 연부조직유착을 개선하기 위하여 수기로 20분이상 실시한 경우에 산정한다.
운동점차단술3 [근육당]에 사용된 재료대 청구	운동점차단술(사117) 시술시 사용한 약제, 신경파괴제는 소정점수에 포함되어 별도 산정할 수 없으나, - 약제 및 신경파괴제가 청구되어 심사조정하고 동일근육내 Teflon coating needle이 2개 산정되어 1개로 심사조정	■ 운동점차단술시 Teflon coating needle 인정기준 (고시 제2009-180호) - 이상근육의 위치확인 후 치료약물을 주입할 때 사용하는 Teflon coating needle은 운동점차단술 시 필수적으로 사용되는 치료재료로 요양급여로 하되, 여러 근육에 수회 실시하더라도 치료재료는 1일 1개 인정하나, 상지 및 하지 근육을 동시에 시술하는 경우에는 1개를 추가 인정함.
근막동통유발점 주사자극치료 관련 청구착오	근막동통유발점주사자극치료(사127)는 근막동통증후군에만 인정하고, 국소마취제나 생리식염수 등 약제비는 소정점수에 포함되어 별도 산정할 수 없으나, - 경추통, 어깨의 유착성피막염 등의 상병에 청구된 근막동통유발점주사자극치료 심사조정 - 별도 산정된 국소마취제나 생리식염수는 심사조정	■ 사127 근막동통주사자극치료의 진료수가산정방법 및 다른 물리치료요법을 병행 실시하는 경우의 인정기준 (고시 제2008-125호) - 적응증 : 근막동통증후군 - 사용약제: 국소마취제나 생리식염수의 약가는 동 요법의 소정수가에 포함하여 별도 산정하지 아니함. 다만, 부신피질 호르몬제의 약가는 약제및치료재료의 구입금액에대한산정기준에 의하여 산정함. - 외래 진료시에는 동일 목적으로 실시된 중복진료로 보아 병행 실시된 물리치료는 전액을 환자가 부담토록 함.

청구착오유형	심사내역	관련근거
동통재활분야교육 미이수자가 근막동통유발점주사자극치료 청구착오	근막동통유발점주사자극치료(사127)는 재활의학과전문의 또는 동통재활분야교육을 이수한 의사만이 청구할 수 있으나 동통재활분야 교육을 이수하지 않은 의사가 근막동통유발점주사자극치료를 청구하여 심사조정	■ 건강보험행위급여·비급여목록표및급여상대가치점수 제7장 제3절 전문재활 치료료 주.4에 의거 근막동통유발점주사자극치료는 재활의학과전문의 또는 동통재활분야 교육을 이수한 의사가 직접 실시한 경우에 산정함 ■ 보건복지부 행정해석 (보험급여과-1895호, 2004.5.10) - “동통재활분야 교육을 이수한 의사”의 범주에 대하여는 근막동통유발점주사자극치료의 전문성을 강화하고 의료서비스 제고를 위한 동인력기준수립의근본취지를 감안하여 대한의사협회내대한의학회에 등록된 학회에서 실시하는 관련 교육을 이수하고 교육이수증을 심사평가원에 제출한 경우에는 인정토록 함
상근하는 물리치료사 없이 시간제·격일제 근무자(0.5인)만 근무하면서 물리치료 청구착오	상근 물리치료사 없이 시간제·격일제 근무자(0.5인)에 의한 물리치료가 이루어진 경우 물리치료 심사조정	■ 보건복지부 행정해석 (보험급여과-420호, '08.4.22) - 물리치료료는 상근하는 물리치료사에 의해 실시된 경우 산정가능하며, 이 경우 시간제·격일제 근무자의 0.5인 인정은 물리치료의 남용을 방지하고 적정인력이 갖추어진, 최소한의 인력 즉 상근 물리치료사 1인의 전제하에 물리치료 질 향상 및 적정진료가 담보된 경우에 한하여 인정되어야 함

3. 처치 및 수술료

청구착오유형	심사내역	관련근거
활액낭절제술(Bursectomy)의 수술료 청구착오	활액낭절제술(Bursectomy)를 실시한 경우 갱그리온적출술로 산정하여야 하나, - 발목 및 발의 윤활낭병증 상병으로 외측과골에 Bursectomy를 실시하고 족관절절제술(자70다)로 청구하여 갱그리온적출술(자90)로 인정후 차액 심사조정	■ 활액낭절제술(Bursectomy)의 수의료산정방법(고시 제2007-46호) - 활액낭절제술(Bursectomy)은 해부학적 치와 수술의 난이도 등을 감안하여 자 90 갱그리온적출술 소정점수로 준용하여 산정함
관절경하 유리체제거술 청구착오	관절경하 유리체제거술을 시행한 경우 사지관절절제술(자70나)로 산정하여 하나, - 반월판 연골절제술-내외측 동시(자82나)로 청구하여 차액 심사조정	■ 관절경하 유리체제거술 수의료 산정방법(고시 제2007-46호) - 관절경하 유리체제거술은 자70 사지관절절제술의 소정점수(관절경수의료 포함)로 준용하여 산정함

4. 약제

청구착오유형	심사내역	관련근거
Gabapentin경구제(뉴론틴캡셀 등)	간질, 신경병성 통증 등에 허가받은 Gabapentin경구제를 두통, 추간판탈출증 등 상병에 투여하여 Gabapentin 경구제의 약제비 심사조정	■ Gabapentin경구제 인정기준(고시 제2009-59호)
Methpcarbamol 주사제(품명:메토카르바몰)	메토카르바몰 주사제는 연속적으로 3일 초과하여 투여하지 않도록 허가받은 약제이나, - 허리뼈의 염좌 및 긴장 상병에 메토카르바몰 주사를 3일 초과하여 계속	■ 메토카르바몰주 식약청 허가사항 - 성인 : 메토카르바몰로서 1회 500mg을 근육 또는 정맥주사한다. 1회 1g, 1일 총투여량 3g을 초과하지 않으며 연속적으로 3일을 초과

청구착오유형	심사내역	관련근거
	투여한 경우에 진료기록 검토결과 투여 할만한 사유가 확인되지 않아 3일을 초과하여 청구한 해당 약제비 심사조정	하여 투여하지 않는다. 단, 동통이 지속시 경우에 따라서 48시간 후 주의하여 동일과정을 반복할수 있다.
Celecoxib경구제 (품명:세레브렉스 캡셀)	Celecoxib경구제는 골관절염 및 류마티스성 관절염 등에 허가받은 약제이나, - 염좌 및 긴장 등 상병에 Celecoxib 경구제를 청구하여 해당 약제비 심사조정 - 골관절염 및 류마티스성관절 염 상병에 위염 등 상부위장관 질 환 예방목적으로 부상병으로 위염 상병명을 기재하고 청구하여 세르 브렉스캡셀을 심사조정	■ Celecoxib경구제 (품명:세레브렉스캡셀) 인정기준 (고시 제2006-118호)
Pregabalin 경구제 (리리카캡셀 등)	Pregabalin 경구제(리리카캡셀 등) 은 간질, 신경병성통증 등에 허가받 은 약제이나, - 추간판장애, 무릎관절증 등에 투여 하고 청구하여 심사조정	■ Pregabalin 경구제 (리리카캡셀 등) 인정기준(고시 제2009-59호)
Eper ison HCL제제 (품명 : 중외에페 리손 등)	에페리손 정을 무릎관절증 상병에 투 여하여 심사조정	■ 에페리손제제 식약청 허가사항 - 에피리손 제제는 근골격계 질환에 수반되는 동통성 근육연축(경견완 증후군, 견관절주위염, 요통), 신 경계질환에 의한 경직성 마비(뇌 혈관장애, 경직성 척수마비, 경부 척추증, 근위축성 축색경화증, 뇌 성마비, 척수혈관장애 등에 허가
오팔몬정	오팔몬정의 경우 Arterial blood	■ 오파몬정 식약청 허가사항

청구착오유형	심사내역	관련근거
	insufficiency에 도움을 주는 약제로 척추협착시에 양측성 간헐파행이 보이는 경우에 투여토록 허가사항을 받은 약제이나, - 척추협착, 상세불명의 부종 상병하에 투여하여 심사조정	1. 폐색성혈전혈관염(버거병)에 의한 궤양, 동통, 냉감 등의 허혈성 증상의 개선 2. 후천성 요부척추관협착증(SLR시험에서 정상이고, 양측성의 간헐파행을 보이는 환자)에 의한 자각증상(하지동통, 하지저림) 및 보행능력의 개선
방사선촬영 등 확인이 필요한 특정의약품을 촬영 없이 청구 - 알츠주 청구착오	대사성의약품인 알츠주 투여시에는 방사선학적으로 중등도 이하의 퇴행성 골관절염을 확인한 후 투여하여야 하나, - 초진에 중등도 이하의 퇴행성 골관절염임을 확인할 수 있는 방사선촬영 등도 없이 청구한 경우 해당 약제비 심사조정	■ sodium hyaluronate 25mg 주사제 (품명 : 알츠주 등) 인정기준 (고시제2007-112호)

[부록]

본인일부부담금 산정특례에 관한 기준

본인일부부담금 산정특례에 관한 기준

2009.12.24 고시 제2009-239호

제1조(외래진료시 산정특례 대상) 국민건강보험법시행령(이하 “영”이라 한다) 제22조 제1항 [별표2] 제1호 가목에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국희귀의약품센터인 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 제22조 제1항 [별표2] 제1호 가목 및 제3호에 의하여 요양급여비용총액의 100분의 20(등록 암환자는 100분의 5 및 등록 희귀난치성질환자의 경우 100분의 10)에 해당하는 금액을 부담하는 대상은 별표2와 같다.

제3조(고가특수의료장비 산정특례 대상) 영 제22조 제1항 [별표2] 제1호 나목에 의하여 입원진료의 경우에도 외래진료의 본인일부부담금 산정방법에 따라 산정한 금액을 본인이 부담하는 고가의료장비는 다음 각호와 같다. 다만, 제4조 및 제5조에 의한 본인일부부담금 산정특례대상자는 제외한다.

1. 전산화단층영상진단(CT)
2. 자기공명영상진단(MRI)
3. 양전자단층촬영(PET)

제4조(중증질환자 산정특례 대상) 영 제22조 제1항 [별표2] 제3호나목에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국희귀의약품센터인 요양기관에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 포함)시 요양급여비용총액의 100분의 5에 해당하는 금액을 부담하는 대상은 별표3과 같다.

제5조(희귀난치성질환자 산정특례 대상) 국민건강보험법시행령 제22조제1항 별표2 제3호나목3)에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국희귀의약품센터인 요양기관에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료를 포함)시 요양급여비용총액의 100분의 10 또는 영 별표2 제2호가목의 산식에 따라 계산한 금액의 100분의 10에 해당하는 금액을 부담하는 대상은 별표4와 같다.

제6조(재검토기한) 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정」(대통령 훈령 제248호)에 따라 이 고시 발령 후의 법령이나 현실여건의 변화 등을 검토하여 이 고시의 폐지, 개정 등의 조치를 하여야 하는 기한은 2012년 12월 31일까지로 한다.

부 칙

제1조(시행일) 이 고시는 2010년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(본인일부부담 산정특례 적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행일이 속하는 날 이후에 실시되는 요양급여부터 적용한다.

[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, D76.0, L41.2)으로 진료를 받은 당일	V027

[별표2] 가정간호 산정특례 대상

- 요양급여비용총액의 100분의 20(등록 암환자는 100분의 5 및 등록 희귀난치성질환자의 경우는 100분의 10)을 본인일부부담

구분	대 상	특정기호
1	등록 암환자 및 희귀난치성질환자를 제외한 환자가 가정간호를 받은 경우(등록 암환자 및 희귀난치성질환자가 타 상병만으로 가정간호를 받은 경우 포함)	V008
2	등록 암환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병(C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~D48, D76.0, L41.2)으로 가정간호를 받은 경우	V194
3	등록 희귀난치성질환자가 등록일로부터 5년간 고시에서 정한 해당 상병으로 가정간호를 받은 경우	V231

[별표3] 중증질환자 산정특례 대상

- 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의료장비사용 포함)시 요양급여비용총액의 100분의 5를 본인일부부담

구분	대 상	특정기호
1	[별지] 서식에 따라 등록한 암환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병(C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~D48, D76.0, L41.2)으로 진료를 받은 경우	V193
2	[별첨 1] 에 해당하는 상병의 뇌혈관질환자가 입원하여 해당 상병의 치료를 위하여 [별첨 1]에 해당하는 수술을 받은 경우 1회 수술당 최대 30일	V191
3	[별첨 2] 에 해당하는 상병의 심장질환자가 입원하여 해당 상병의 치료를 위하여 [별첨 2]에 해당하는 수술을 받은 경우 1회 수술당 최대 30일	V192

[별표4] 희귀난치성질환자 산정특례 대상

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

구분	대 상	특정기호
1	만성신부전증환자의 경우	
	가. 인공신장투석 실시 당일 외래진료 또는 해당 시술 관련 입원진료	V001
	나. 계속적 복막관류술 실시, 복막관류액 수령 당일 외래진료 또는 해당 시술 관련 입원진료	V003
	다. 신이식술후 조직이식거부반응억제제를 투여받은 당일 외래진료 또는 해당 약제 투여 관련 입원진료	V005
2	혈우병 환자가 항응고인자·동결침전제제 등의 약제 및 기타 혈우병치료를 받은 당일 외래진료 또는 해당 치료 관련 입원진료	V009
3	장기이식 환자의 경우	
	가. 간이식술후 조직이식거부반응억제제, 간염예방치료제 투여를 받은 당일 외래진료 또는 해당 약제 투여 관련 입원진료	V013
	나. 췌장이식술후 조직이식거부반응억제제를 투여받은 당일 외래진료 또는 해당 약제 투여 관련 입원진료	V014
	다. 심장이식술후 조직이식거부반응억제제를 투여받은 당일 외래진료 또는 해당 약제 투여 관련 입원진료	V015
4	정신질환자가 해당상병(F20~F29)으로 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료	V161
5	아래의 상병을 갖고 있는 환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료	
	가. 결핵	
	- 다제내성결핵 (U88.0), 광범위 약제내성 결핵(U88.1)	V206
	- 결핵(A15~A19)	V246
	나. 중추신경계통의 비정형바이러스감염 (A81)	V102

구분	대 상	특정기호
	다. 인체면역결핍바이러스질환 (B20~B24)	V103
	라. 거대세포바이러스병 (B25)	V104
	마. 크립토кок쿠스증 (B45)	V105
	바. 뇌하수체 양성신생물 (D35.2)	V162
	사. 효소장애에 의한 빈혈	-
	- 포도당6인 산탈수소효소[6PD]결핍에 의한 빈혈 (D55.0)	V163
	- 해당 효소장애에 의한 빈혈 (D55.2)	V164
	아. 지중해빈혈(D56)	V232
	자. 용혈성 요독증후군 (D59.3)	V219
	차. 발작성 야간 혈색소뇨증 (D59.5)	V187
	카. 재생불량성빈혈 (D60, D61)	V023
	타. 선천성이적혈구생성빈혈 (D64.4)	V220
	파. 혈소판 관련 질환	
	- 정성혈소판결함 (D69.1)	V106
	- 에반스 증후군 (D69.3)	V188
	- 상세불명의 혈소판감소증 (D69.6)	V107
	하. 무과립세포증 (D70)	V108
	거. 다핵성호중구의 기능적장애 (D71)	V109
	너. 림프세망조직 및 세망조직구성 계통을 침범하는 특정질환 (D76.1, D76.2, D76.3)	V110
	더. 면역결핍증 및 사르코이도시스 (D80~D84, D86)	V111
	러. 내분비샘의 장애	
	- 말단거대증 및 뇌하수체거인증 (E22.0)	V112
	- 고프로락틴혈증 (E22.1)	V113
	- 칼만증후군, 쉬이한 증후군 (E23.0)	V165
	- 쿠싱 증후군 (E24)	V114
	- 부신성기장애 (E25)	V115
	- 부신의 기타장애 (E27.1, E27.2, E27.4)	V116
	- 기타 명시된 내분비장애 (레프리코니즘 등 : E34.8)	V166
	머. 활동성 구루병 (E55.0)	V207
	버. 대사장애	

구분	대 상	특정기호
	- 대사장애 (E70~E77)	V117
	- 레쉬-니한 증후군 (E79.1)	V221
	- 기타 포르피린증 (E80.2)	V118
	- 구리 대사장애 (월슨병 등 : E83.0)	V119
	- 인 대사 및 인산효소의 장애 (E83.3)	V189
	- 낭성섬유증 (E84)	V120
	- 아밀로이드증 (E85)	V121
	서. 레트 증후군 (F84.2)	V122
	어. 중추신경계통에 영향을 주는 전신위축(헌팅톤병 등 : G10~G13)	V123
	저. 파킨슨병 (G20)	V124
	처. 진행성 핵상성 안근마비 [스틸-리차드슨-올스제위스키] (G23.1)	V190
	커. 아급성 괴사성 뇌병증 [리이] (G31.8)	V208
	터. 다발경화증 (G35)	V022
	퍼. 레녹스-가스토 증후군(G40.4)	V233
	허. 간질지속상태 (G41)	V125
	고. 발작성 수면 및 탈력 발작 (G47.4)	V234
	노. 멜커슨증후군 (멜커슨-로젠탈증후군 : G51.2)	V167
	도. 복합 부위 통증증후군 2형 (G56.4)	V168
	로. 다발신경병증	
	- 유전성 운동 및 감각 신경병증 (샤르코-마리-투스병 등 : G60.0)	V169
	- 염증성 다발 신경병증 (G61)	V126
	- 달리 분류된 감염성 및 기생충성질환에서의 다발 신경병증 (G63.0)	V170
	모. 중증 근무력증 및 근육의 원발성 장애 (G70, G71)	V012
	보. 자율신경계통의 기타 장애 (G90.8)	V171
	소. 척수공동증 및 구공동증 (G95.0)	V172
	오. 기타 망막 장애	
	- 노년 황반변성(삼출성) (H35.3)	V201
	- 망막색소변성증, 스타르가르트병 (H35.5)	V209

구분	대 상	특정기호
	조. 원발성 폐성 고혈압 (I27.0)	V202
	초. 심근질환 (I42.0~I42.5)	V127
	코. 모야모야병 (I67.5).	V128
	토. 폐색성 혈전 혈관염 [버거병] (I73.1)	V129
	포. 랑뒤-오슬러-웨버병 (I78.0)	V235
	호. 버드-키아리 증후군 (I82.0)	V173
	구. 폐포단백증 (J84.0)	V222
	누. 특발성 폐섬유증 (J84.1)	V236
	두. 크론병 [국한성 창자염] (K50)	V130
	루. 궤양성대장염 (큰창자염) (K51)	V131
	무. 원발성 담즙성 경화 (K74.3)	V174
	부. 자가면역 간염 (K75.4)	V175
	수. 수포성 장애	-
	- 보통 천포창 (L10.0)	V132
	- 낙엽상 천포창 (L10.2)	V210
	- 수포성 유사천포창 (L12.0)	V211
	- 흉터성 유사천포창 (L12.1)	V212
	우. 후천성 수포성 표피박리증 (L12.3)	V176
	주. 혈청검사 양성인 류마티스관절염(M05)	V223
	추. 건선성 및 장병증성 관절병증 (M07.1~M07.3)	V237
	쿠. 청소년성 관절염 (M08.0~M08.3)	V133
	투. 전신 결합조직 장애	
	- 결절성 다발 동맥염 및 관련 상태 (M30.0~M30.2)	V134
	- 기타 괴사성혈관병증 (M31.0~M31.4)	V135
	- 현미경적 다발동맥염 (M31.7)	V238
	- 전신 홍반성 루프스 (M32)	V136
	- 피부다발근육염 (M33)	V137
	- 전신 경화증 (M34)	V138

구분	대 상	특정기호
	- 결합조직의 기타 전신침습 (M35.0~M35.7)	V139
	푸. 강직성 척추염 (M45)	V140
	후. 진행성 골화성 섬유형성이상 (M61.1)	V224
	그. 뼈의 파열병[변형성 골염] (M88)	V213
	느. 복합 부위 통증증후군 1형 (M89.0)	V177
	드. 재발성 다발 연골염 (M94.1)	V178
	르. 콩팥(신장성) 요붕증 (N25.1)	V141
	므. 신생아의 호흡곤란 (P22)	V142
	브. 신경계통의 선천 기형	
	- 댄디-워커 증후군 (Q03.1)	V239
	- 무뇌회증 (Q04.3)	V214
	- 열뇌 (Q04.6)	V240
	- 척추갈림증 (Q05)	V179
	- 척수갈림증 (Q06.2)	V180
	- 아놀드-키아리증후군 (Q07.0)	V143
	스. 순환기계통의 선천기형	
	- 심방실 및 연결의 선천 기형 (Q20.0~Q20.2)	V144
	- 단일심실 (Q20.4)	V225
	- 아이젠멩거 복합·증후군(I27.8), 아이젠멩거 결손증 (Q21.8)	V226
	- 폐동맥판막 폐쇄 (Q22.0)	V145
	- 발육부전성 우심 증후군 (Q22.6)	V146
	- 대동맥 및 승모판의 선천 기형 (Q23)	V147
	- 심장동맥 혈관의 기형 (Q24.5)	V148
	- 폐동맥 폐쇄 (Q25.5)	V149
	- 대정맥의 선천 기형 (Q26.0~Q26.6)	V150
	으. 무설증 (Q38.3)	V241
	즈. 쓸개관(담관)의 폐쇄 (Q44.2)	V181
	츠. 방광의 외반증 (Q64.1)	V227
	크. 근육골격계통의 선천기형 및 변형	-
	- 머리얼굴뼈형성이상 (크루종병 : Q75.1)	V151

구분	대 상	특정기호
	- 턱얼굴뼈 형성이상 (Q75.4)	V182
	- 관모양뼈 및 척추의 성장 결손을 동반한 골연골 형성이상(Q77)	V228
	- 불완전 골형성증 (Q78.0)	V183
	- 다골성 섬유성 형성이상 (Q78.1)	V154
	- 골화석증 (Q78.2)	V229
	- 연골종증 (Q78.4)	V230
	- 필레증후군 (Q78.5)	V215
	- 다발 선천 뼈돌출증 (Q78.6)	V242
	- 달리 분류되지 않은 근육골격계통의 선천기형 (Q79)	V155
	트. 치사성, 이영양성 표피수포증 (Q81.1, Q81.2)	V184
	프. 선천기형	-
	- 신경섬유종증 (비악성 : 폰 랙클링하우젠병 : Q85.0)	V156
	- 결절성 경화증 (부르느뉴 병 등 : Q85.1)	V204
	- 포이츠-제거스 증후군, 스테지-베버(-디미트리) 증후군, 폰 히펠-린다우 증후군 (Q85.8)	V216
	- (이상형태증성)태아알코올증후군 (Q86.0)	V157
	- 주로 얼굴형태에 영향을 주는 선천기형증후군 (Apert, 골덴하증후군 등 : Q87.0)	V185
	- 주로 단신과 관련된 선천기형 증후군 (프라더-윌리증후군 등 : Q87.1)	V158
	- 루빈스타인-테이비 증후군 (Q87.2)	V243
	- 소토스 증후군 (Q87.3)	V244
	- 마르팡증후군 (Q87.4)	V186
	흐. 염색체이상	
	- 다운증후군 (Q90)	V159
	- 에드워즈 증후군 및 파타우 증후군 (Q91)	V160
	- 5번 염색체 짧은 팔의 결손 (Q93.4)	V205
	- 캐취22(22염색체 미세결실) 증후군, 엔젤만 증후군 (Q93.5)	V217
	- 터너증후군 (Q96)	V021
	- 클라인펠터증후군 (Q98.0, Q98.1, Q98.2, Q98.4)	V218
	- 여린엑스 증후군 (Q99.2)	V245

[별첨 1] 입원 본인부담금산정특례 뇌혈관질환의 상병명 및 수술명

상병명(상병코드)	수술명(수술코드)
가. 뇌혈관 질환(160~167)	가. 혈종제거를 위한 개두술(S4621, S4622)
나. 목동맥의 동맥류(172.0)	나. 뇌동맥류수술(S4641, S4642)
다. 후천성 동정맥 샛길(누공)(177.0)	다. 뇌동정맥기형적출술(S4653~S4658)
라. 순환기계통의 기타 선천기형 (Q28.0~Q28.3)	라. 두개강내 혈관문합술(S4661, S4662)
마. 머리내 손상(S06)	마. 단락술 또는 측로조성술 (S4711, S4712, S4713)
	바. 뇌엽절제술(S4780)
	사. 뇌 기저부 수술(S4801, S4802, S4803)
	아. 중추신경계정위수술-혈종제거(S4756)
	자. 경피적풍선혈관성형술 (M6593, M6594, M6597)
	차. 경피적뇌혈관약물성형술(M6599)
	카. 경피적혈관내 금속스텐트삽입술 (M6601, M6602, M6605)
	타. 경피적 혈전제거술 (M6631, M6632, M6633)
	파. 혈관색전술(M1661~M1667, M6644)
	하. 천두술(N0322, N0323)
	거. 개두술 또는 두개절제술(N0333)
	너. 혈관내 죽종제거술(00226, 00227, 02066)
	더. 경동맥결찰술(S4670)
	러. 뇌내시경수술(S4744)

[별첨 2] 입원 본인부담금산정특례 심장질환의 상병명 및 수술명

상병명(상병코드)	수술명(수술코드)
가. 심장의 양성신생물(D15.1)	가. 동맥관 우회로 조성술 (0A641, 0A642, 0A647, 01641~01647)
나. 심장침습이 있는 류마티스 열(I01)	나. 심장 창상봉합술(01660)
다. 만성 류마티스 심장질환(I05~I09)	다. 동맥관개존폐쇄술(01671, 01672)
라. 허혈성 심장질환(I20~I25)	라. 대동맥축착증수술(01680)
마. 폐성 심장병 및 폐순환의 질환 (I26, I28)	마. 폐쇄식 승모판 교련 절개술(01690)
바. 기타 형태의 심장병(I30~I51)	바. 심혈관단락술(01701, 01702)
사. 대동맥의 죽상경화증(I70.0)	사. 폐동맥결찰술(01703, 01704)
아. 대동맥류 및 박리(I71)	아. 심방중격결손조성술(01705)
자. 달리 분류된 질환에서의 대동맥류, 대동맥염(I79.0, I79.1)	자. 심방, 심실중격결손증수술 (01710, 01711, 01721, 01722, 01723)
차. 대동맥활증후군(M31.4)	차. 판막협착증수술(01730, 01740, 01750, 01760)
카. 순환기계통의 선천기형(Q20~Q25)	카. 심방중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술 (01770)
타. 대정맥의 선천기형 (Q26.0~Q26.4, Q26.8, Q26.9)	타. 판막성형술(01781~01783)
파. 가슴의 혈관, 심장의 손상 (S25~S26)	파. 인공판막치환술(01791~01793, 01797)
	하. 인공판막재치환술(01794~01796, 01798)
	거. 활로씨 4증후군 근본수술(01800)
	너. 심실중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술 (01810)
	더. 심내막상결손증 수술(01821, 01822)
	러. 좌심실류절제술(01823)
	머. 좌심실용적축소성형술((01824)
	버. 좌심실, 우심실 유출로 성형술(01825, 01826)
	서. 관상동맥 내막절제술(01830)
	어. 발살바동 동맥류파열수술(01840)
	저. 동정맥기형교정술(01841)
	처. 기타 복잡기형에 대한 심장수술(01850)
	커. 좌우폐동맥 성형술(01861)
	터. 기능적 단심실증 교정술(01873, 01874)
	퍼. 라스텔리씨수술(01875)
	허. 총 폐정맥 환류이상증 수술(01878)

상병명(상병코드)	수술명(수술코드)
	고. 대혈관전위증 수술(01879)
	노. 인공심폐순환(01890)
	도. 개흉심장마사지(01895)
	로. 부분체외순환(01901,01902)
	모. 국소관류(01910)
	보. 대동맥내풍선펌프(01921,01922)
	소. 심낭루조성술(01931)
	오. 심낭창형성술(01932, 01935)
	조. 심막절제술(01940)
	초. 폐동맥혈전제거술(01950)
	코. 대동맥-폐동맥 창 폐쇄술(01960)
	토. 심내이물제거술(01970)
	포. 심장종양제거술(01981, 01982)
	호. 심박기거치술(02001, 02004, 02005, 00203~00210)
	구. 부정맥수술(02006, 02007)
	누. 심율동전환 제세동기거치술(00211,00212)
	두. 동맥류 절제술(02031~02033)
	루. 경피적 동맥관개존 폐쇄술(M6510)
	무. 경피적 심방중격결손폐쇄술(0Z751)
	부. 경피적 심방중격절개술(M6521, M6522)
	수. 경피적 심장 판막성형술(M6531~M6533)
	우. 부정맥의 고주파절제술(M6541~M6543)
	주. 경피적 관상동맥확장술(M6551, M6552)
	추. 경피적 관상동맥스텐트삽입술(M6561~M6564)
	쿠. 경피적 관상동맥축상반절제술(M6571, M6572)
	투. 경피적 풍선혈관성형술(M6595~M6597)
	푸. 경피적 혈관내 금속스텐트삽입술(M6603~M6605)
	후. 경피적 혈관내 스텐트-이식설치술(M6611~M6613)
	그. 경피적 혈관내 죽종제거술(M6620)

상병명(상병코드)	수술명(수술코드)
	누. 경피적 혈전제거술(M6632, M6633, M6634) 드. 혈관색전술(M6644) 르. 심장이식술(Q8080) 므. 심장 및 폐이식술(Q8103)

관절분야 급여기준 및 사례집

발 행 일 : 2010년 5월 31일
발 행 인 : 건강보험심사평가원장
편 집 인 : 급여기준실장
발 행 처 : 건강보험심사평가원
주 소 : 서울시 서초구 효령로 168
인 쇄 처 : 세광인쇄

〈비매품〉

본 책에 대한 저작권은 건강보험심사평가원에 있으며,
무단 전재와 복제를 금합니다.

