

이비인후과분야 급여기준 및 사례집

OTORHINOLARYNGOLOGY

2011년 9월



건강보험심사평가원
Health Insurance Review & Assessment Service

Contents

Ⅰ 이비인후과분야 추가항목

1. 검사료	3
2. 영상진단료	8
3. 주사료	10
4. 이학요법료	11
5. 처치 및 수술료	11
6. 비급여항목	24

Ⅱ 이비인후과분야 급여기준

1. 검사료	27
2. 영상진단료	28
3. 의학요법료	30
4. 처치 및 수술료	30
5. 기결정 고시	37
6. 치료재료	40
7. 약제	44

Ⅲ 공개심의사례

49

Ⅳ 주요 청구착오유형 등

69

[부록] 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준

77

I . 이비인후과분야 추가항목

OTORHINOLARYNGOLOGY

동 내용에 수록된 항목별 소정금액은 2011.1.1일부터 시행하는 상대가치점수 및 점수당 단가
(의원 : 66.6원, 병원 : 64.9원)를 적용한 비용임.

1. 검사료

[평형 및 청각 기능검사]

■ 나-630	언어청각검사	(F6300)	180.63점
■ 나630-1	소음환경하 어음인지력 검사	(F6301)	167.83점
■ 나-631	평형기능검사[직립 및 편익검사]	(F6310)	52.86점
■ 나-632	평형기능검사[Frenzel 안경 안진검사]		
	가. 자발 및 주시 안진검사	(F6321)	106.70점
	나. 두위 및 두위변환 안진검사	(F6322)	110.71점
	다. 두진후 안진검사	(F6323)	107.53점
	라. 온도 안진검사	(F6324)	176.10점
	마. 누공검사	(F6325)	94.00점

분류코드	항목	소정금액	
		의원	병원
F6300	언어청각검사	12,030	11,720
F6301	소음환경하 어음인지력 검사	11,180	10,890
F6310	평형기능검사[직립및편익검사]	3,520	3,430
F6321	평형기능검사[Frenzel안경안진검사] -자발및주시안진검사	7,110	6,920
F6322	평형기능검사[Frenzel안경안진검사] -두위및두위변환안진검사	7,370	7,190
F6323	평형기능검사[Frenzel안경안진검사] -두진후안진검사	7,160	6,980
F6324	평형기능검사[Frenzel안경안진검사] -온도안진검사	11,730	11,430
F6325	평형기능검사[Frenzel안경안진검사] -누공검사	6,260	6,100

■ 나-633 평형기능검사 [전기안진검사]

주 : 1. 신경과 또는 이비인후과 전문의가 판독 후 판독소견서를 작성한 경우에 한하여 산정

2. 동일 항목의 검사를 Frenzel 안경 안진검사와 전기안진검사로 동시에 실시한 경우에는 전기안진검사의 점수만 산정

가. 자발 및 주시 안진검사	(F6331)	272.13점
나. 두위 및 두위변환 안진검사	(F6332)	307.98점
다. 두진후 안진검사	(F6333)	264.18점
라. 온도 안진검사		
(1) 단일검사	(F6334)	319.52점
(2) 냉온교대검사	(F6335)	380.76점

마. 누공검사	(F6336)	273.80점
바. 시운동성 안전 및 시운동후 안전검사	(F6337)	280.30점
사. 급속안구운동검사	(F6338)	287.53점
아. 시표추적검사	(F6339)	298.78점

분류코드	항목	소정금액	
		의원	병원
F6331	평형기능검사[전기안전검사] -자발및주시안전검사	18,120	17,660
F6332	평형기능검사[전기안전검사] -두위및두위변환안전검사	20,510	19,990
F6333	평형기능검사[전기안전검사] -두진후안전검사	17,590	17,150
F6334	평형기능검사[전기안전검사] -온도안전검사(단일검사)	21,280	20,740
F6335	평형기능검사[전기안전검사] -온도안전검사(냉온교대검사)	25,360	24,710
F6336	평형기능검사[전기안전검사]-누공검사	18,240	17,770
F6337	평형기능검사[전기안전검사] -시운동성안전및시운동후안전검사	18,670	18,190
F6338	평형기능검사[전기안전검사] -급속안구운동검사	19,150	18,660
F6339	평형기능검사[전기안전검사] -시표추적검사	19,900	19,390

■ 나-634 청력검사 [순음청력계기에 의한 검사]

주 : 동시에 3종 이상을 실시하더라도 3종이내만 산정

가. 표준순음청력검사	(F6341)	134.12점
나. 순음소실검사	(F6342)	97.40점
다. 역치상피로검사	(F6343)	97.62점
라. 소증폭인지도검사	(F6344)	90.81점
마. 양이교대성음량평형검사	(F6345)	90.68점
바. 이명도검사	(F6346)	112.79점
사. 간별역치검사	(F6347)	64.66점
아. 요지경검사	(F6348)	70.91점

주 : 만8세 미만의 소아에게 실시한 경우에 한하여 산정

분류코드	항목	소정금액	
		의원	병원
F6341	순음청력계기에 의한 검사-표준순음청력검사	8,930	8,700
F6342	순음청력계기에 의한 검사-순음소실검사	6,490	6,320
F6343	순음청력계기에 의한 검사-역치상피로검사	6,500	6,340

F6344	순음청력계기에 의한 검사 -소증폭인지도검사	6,050	5,890
F6345	순음청력계기에 의한 검사 -양이교대성음량평형검사	6,040	5,890
F6346	순음청력계기에 의한 검사-이명도검사	7,510	7,320
F6347	순음청력계기에 의한 검사-간별역치검사	4,310	4,200
F6348	순음청력계기에 의한 검사-요지경검사	4,720	4,600

- 나-635 청력검사 [자기청력계기에 의한 검사] (F6350) 141.87점
- 나-636 청력검사 [임피던스오디오메트리에 의한 검사]
- 가. 고막운동성계측 (F6361) 94.77점
- 나. 등골근 반사검사 (F6362) 138.55점
- 다. 등골근 반사소실검사 (F6363) 83.44점
- 나-637 유소아 청력검사 (F6370) 217.57점
- 주 : 특히 난청아나 저능아의 경우에 실시하며 2명의 검사자가 30~40분 소요되는 검사로서 만8세 미만 소아에게 실시한 경우에 한하여 산정
- 나-638 이음향방사검사
- 가. 자발 (F6381) 106.74점
- 나. 변조 (F6382) 201.57점
- 다. 크릭유발 (F6383) 176.31점

분류코드	항목	소정금액	
		의원	병원
F6350	청력검사[자기청력계기에 의한 검사]	9,450	9,210
F6361	청력검사[임피던스오디오메트리에 의한 검사] -고막운동성계측	6,310	6,150
F6362	청력검사[임피던스오디오메트리에 의한 검사] -등골근반사검사	9,230	8,990
F6363	청력검사[임피던스오디오메트리에 의한 검사] -등골근반사소실검사	5,560	5,420
F6370	유소아청력검사	14,490	14,120
F6381	이음향방사검사-자발	7,110	6,930
F6382	이음향방사검사-변조	13,420	13,080
F6383	이음향방사검사-크릭유발	11,740	11,440

- 나-639 전기와우도 검사 (F6390) 536.15점
- 주 : Glycerol 약제 투여 전후에 동 검사를 실시하는 경우에도 검사료는 1회만 산정
- 나-640 타각적 청력역치 측정검사 전기와우도 검사 (F6400) 902.26점
- 너-731 자동평형검사 (FX731) 160.32점
- 주 : 평형기능검사 [직립 및 편익검사]는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니함
- 너732 와우전기자극검사 (FX732) 431.63점

- 너733 인공와우조절검사 (FY331) 736.79점
주 : 원격신경반응검사를 실시한 경우에도 소정점수를 산정 (FY332)
- 너734 보청기조절검사 (FY333) 381.59점
주 : 만6세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 20%를 가산 (FY334)

분류코드	항목	소정금액	
		의원	병원
F6390	전기와우도검사	35,710	34,800
F6400	타각적청력역치측정검사	60,090	58,560
FX731	자동평형검사	10,680	10,400
FX732	와우전기자극검사	28,750	28,010
FY331	인공와우조절검사	49,070	47,820
FY332	인공와우조절검사(원격신경반응검사를 실시한 경우)	49,070	47,820
FY333	보청기조절검사	25,410	24,770
FY334	보청기조절검사(만6세미만의소아인 경우)	30,500	29,720

[내시경]

- ☞ 기기(Scopy, 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)

- 나-753 후열부경검사 (E7530) 167.74점
- 나-754 비인강경검사 (E7540) 93.48점
- 나-755 부비강입구부경검사 (E7550) 169.03점
- 나-756 부비동내경검사 (E7560) 158.29점
- 나-758 후두경검사 (E7581) 218.29점

주 : 1. 후두직달경검사시에는 175.87점을 산정 (E7582)

2. 반사경을 이용한 간접후두경검사는 기본진료료에 포함되므로 별도 산정하지
아니함

- 나758-1 후두미세진동검사법 (E7582) 324.59점
- 너-961 고실내시경검사 (EX961) 257.37점

주 : 내시경이 고막을 통과하여 중이강내를 검사한 경우에 산정

분류코드	항목	소정금액		만8세미만 소아가산 (-300)		치료목적 (-010)	
		의원	병원	의원	병원	의원	병원
E7530	후열부경검사	11,170	10,890	13,410	13,060	2,230	2,180
E7540	비인강경검사	6,230	6,070	7,470	7,280	1,250	1,210
E7550	부비강입구부경검사	11,260	10,970	13,510	13,160	2,250	2,190

E7560	부비동내경검사	10,540	10,270	12,650	12,330	2,110	2,050
E7581	후두경검사	14,540	14,170	17,450	17,000	2,910	2,830
E7582	후두미세진동검사법	21,620	21,070	32,459	25,940	25,280	4,210
E7586	후두직달경검사	11,710	11,410	14,060	13,700	2,340	2,280
EX961	고실내시경검사	17,140	16,700	20,570	20,040	3,430	3,340

[천자]

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

- 나-808 상악동천자[간단한 액 검사를 포함][편측] (C8080) 343.14점
- 나-809 고실천자[편측] (C8090) 239.07점

분류코드	항목	소정금액		만8세미만 소아가산 (-300)		치료목적 (-010)	
		의원	병원	의원	병원	의원	병원
C8080	상악동천자[편측] [간단한 액검사를 포함]	22,850	22,270	27,420	26,720	29,710	28,950
C8090	고실천자[편측]	15,920	15,520	19,110	18,620	20,700	20,170

[일반생검]

- ☞ 세침흡인생검을 실시한 경우에도 각 항목의 소정점수를 산정
- ☞ 유도 생검 시 영상장치(투시, CT 등)를 이용한 경우에 유도 비용은 제3장 제1절 및 제2절에 의하여 산정
- ☞ 만8세미만의 소아에 대하여는 소정점수의 20%를 가산 (-300)

■ 나-850 침생검

가. 표재성

- (1) 피부 (C8501) 175.49점
- (2) 근육 및 연부조직 (C8502) 227.13점
- (3) 기타부위 (C8506) 195.78점

주 : 림프절, 유방, 액와, 안, 비, 이, 구강, 안면, 외부생식기 등을 생검한 경우에
산정

나. 심부 <생략>

■ 나-859 갑상선생검

가. 침생검

(C8591)

176.30점

나. 관혈적

(C8592)

1,505.37점

분류코드	항목	소정금액		만8세미만 소아가산 (-300)	
		의원	병원	의원	병원
C8501	침생검(표재성)-피부	11,690	11,390	14,030	13,670
C8502	침생검(표재성)-근육 및 연부조직	15,130	14,740	18,150	17,690
C8506	침생검(표재성)-기타부위	13,040	12,710	15,650	15,250
C8591	갑상선생검-침생검	11,740	11,440	14,090	13,730
C8592	갑상선생검-관혈적 생검	100,260	97,700	120,310	117,240

2. 영상진단료

- ☞ 영상의학과전문가가 판독을 하고 판독소견서를 작성한 경우 소정점수의 10%를 가산 (-006)
- ☞ 만8세미만의 소아에 대하여 방사선평영영상진단을 한 경우에는 소정점수의 15%를 가산 (-300)
- ☞ 외부병원 필름을 판독하고 판독소견서를 작성·비치한 경우 소정점수의 20%로 산정 (-001)

■ 다-231 후두조영

(HA310)

493.56점

분류코드	항목	소정금액		전문의판독 (-006)		만8세미만 소아가산 (-300)		외부병원필름판독 (-001)	
		의원	병원	의원	병원	의원	병원	의원	병원
HA310	후두조영	32,870	32,030	36,160	35,240	37,800	36,840	6,570	6,410

■ 다-245 일반 전산화단층영상진단

- ☞ 영상의학과전문가가 판독을 하고 판독소견서를 작성한 경우 소정점수의 10%를 가산
- ☞ 만8세미만의 소아에 대하여 방사선평영영상진단을 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 소정 점수에 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

나. 안면 및 두개기저

(2) 부비동

(가) 조영제를 사용하지 않는 경우 (HA405) 1,521.82점

(나) 조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함]

(HA406) 1,849.54점

(다) 이중시기 CT, 삼중시기 CT, 삼차원 CT, 혈관조영, 관절 관 또는
강내조영촬영, Cine CT (HA407) 1,930.05점

(라) 제한적 CT (HA408) 788.92점

다. 경부

(가) 조영제를 사용하지 않는 경우 (HA453) 1,337.19점

(나) 조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함]

(HA463) 1,661.64점

(다) 이중시기 CT, 삼중시기 CT, 삼차원 CT, 혈관조영, 관절 관 또는

강내조영촬영, Cine CT (HA473) 1,905.41점

(라) 제한적 CT (HA443) 779.44점

분류 코드	항목	소정금액		전문의판독 (-006)		만8세미만소아가산 (-300)		외부병원필름판독 (-001)	
		의원	병원	의원	병원	의원	병원	의원	병원
HA405	부비동-조영제를 사용하지 않는 경우	86,430	84,230	95,070	92,650	99,400	96,860	17,290	16,840
HA406	부비동-조영제를 사용하는 경우	105,050	102,370	115,550	112,600	120,810	117,720	-	-
HA407	부비동-이중, 삼중, 삼차원 CT, CT혈관, 관절관 또는 강내조영촬영, Cine, 뇌조 CT	109,620	106,820	120,580	117,500	126,060	122,840	-	-
HA408	부비동-제한적 CT	44,810	43,660	49,290	48,030	51,530	50,210	8,960	8,730
HA453	경부-조영제를 사용하지 않는 경우	75,950	74,010	83,540	81,410	87,340	85,110	15,190	14,800
HA463	경부-조영제를 사용하는 경우	94,370	91,960	103,810	101,160	108,530	105,760	-	-
HA473	경부-이중, 삼중, 삼차원 CT, CT혈관조영, 관절관 또는 강내조영촬영, Cine CT	108,220	105,450	119,040	116,000	124,450	121,270	-	-
HA443	경부-제한적 CT	44,270	43,140	48,690	47,450	50,910	49,610	8,850	8,630

■ 다-246 자기공명영상진단

☞ 영상의학과전문의가 판독을 하고 판독소견서를 작성한 경우 소정점수의 10%를 가산

☞ 만8세미만의 소아에 대하여 방사선특수영상진단을 한 경우에는 소정점수의 15%를 가산

- ☞ 외부병원 필름을 판독하고 판독소견서를 작성·비치한 경우 소정점수의 20%로 산정
- ☞ 생검 또는 중재적 시술시 이용된 MRI 유도비용은 각 항목의 일반촬영 소정점수에 의하여 산정
- ☞ 다만, 중재적 시술시 사용한 MRI 유도비용은 제2회 시술부터 소정점수의 50%를 산정

가. 기본검사

(2) 두경부

(나) 부비동

- 1) 일반 (HE104) 3,709.27점
- 2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독 (HE204) 4,970.29점
- 3) 제한적MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등) (HE404) 1,787.38점
- 4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우 (HE504) 5,057.72점

(바) 경부

- 1) 일반 (HE108) 3,709.27점
- 2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독 (HE208) 4,970.29점
- 3) 제한적MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등) (HE408) 1,787.38점
- 4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우 (HE508) 5,090.09점

분류 코드	항목	소정금액		전문의판독 (-006)		만8세미만소아가산 (-300)		외부병원필름판독 (-001)	
		의원	병원	의원	병원	의원	병원	의원	병원
HE104	부비동-일반	173,550	169,120	190,910	186,040	199,590	194,490	34,710	33,830
HE204	부비동-조영제 주입 전·후 촬영판독	232,560	226,620	255,810	249,280	267,440	260,620	-	-
HE404	부비동-제한적(방사선 치료범위 및 위치 결정 등)	83,630	81,500	91,990	89,650	96,180	93,720	16,730	16,300
HE504	부비동-3차원	236,650	230,610	260,310	253,670	272,150	265,200	-	-
HE108	경부-일반	173,550	169,120	190,910	186,040	199,590	194,490	34,710	33,830
HE208	경부-조영제 주입 전·후 촬영판독	232,560	226,620	255,810	249,280	267,440	260,620	-	-
HE408	경부-제한적(방사선 치료 범위 및 위치 결정 등)	83,440	81,310	91,780	89,440	95,950	93,500	16,690	16,260
HE508	경부-3차원	238,160	232,080	261,980	255,290	273,890	266,900	-	-

3. 주사료

- ☞ 만8세미만의 소아에 대하여 기타 주사는 소정점수의 20%를 가산

■ 마-13-1 비갑개내 주사 (KK130) 51.57점

■ 마-14 후두내주입

(KK140)

69.12점

분류코드	항목	소정금액		만8세미만소아가산 (-300)	
		의원	병원	의원	병원
KK135	비갑개내 주사	3,430	3,350	4,120	4,020
KK140	후두내주입	4,600	4,490	5,520	5,380

4. 이학요법료

[제4절 기타 이학요법료]

■ 사-30 적외선치료 [1일당]

(MM300)

8.39점

■ 사30-1 상기도 증기흡입치료

(MM303)

15.55점

- 주 : 1. 급·만성 후두염에 한하여 산정하되, 적외선치료(사-30)와 동일 실시한 경우에는 상기도증기흡입치료의 소정점수만을 산정
 2. 외래는 주 2회, 입원은 1일 1회에 한하여 산정
 3. Disposable Nebulizer Kit, Mask 재료대는 별도 산정하지 아니함

분류코드	항목	소정금액	
		의원	병원
MM300	적외선치료[1일당]	560	540
MM303	상기도 증기흡입치료	1,040	1,010

5. 처치 및 수술료

- ☞ 18시~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 처치 및 수술을 행한 경우에는 소정 점수의 50%를 가산(산정코드 두 번째 자리에 18시~09시는 1, 공휴일은 5로 기재) 이 경우 해당 처치 및 수술을 시작한 시각을 기준하여 산정
- ☞ 응급의료에관한법률에 의한 응급의료관리료 산정대상 응급환자에게 응급의료수가기준 “(별표2) 응급의료수가기준액표 나. 응급처치료”의 해당 항목을 실시한 경우에는 소정점수의 50%를 가산(산정코드 두 번째 자리에 2로 기재)

■ 자-95 비용적출술

가. 단발성 Single

(O0951)

645.86점

주 : 내시경하에서 실시한 경우에는 604.07점을 산정 (O0953)

나. 범발성 Diffuse (O0952) 988.00점

주 : 내시경하에서 실시한 경우에는 1,108.55점을 산정 (O0954)

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
O0951	단발성	43,010	41,920	64,520	62,870
O0952	범발성	65,800	64,120	98,700	96,180
O0953	단발성-내시경하	40,230	39,200	60,350	58,810
O0954	범발성-내시경하	73,830	71,940	110,740	107,920

■ 자-96 비강, 부비동악성종양적출술

가. 상악부분절제 (O0961) 5,007.21점

나. 상악전적출술 (O0962) 8,782.75점

다. 두개안면절제 (O0963) 9,701.60점

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
O0961	상악부분절제	333,480	324,970	500,220	487,450
O0962	상악전적출술	584,930	570,000	877,400	855,000
O0963	두개안면절제술	646,130	629,630	969,190	944,450

■ 자-96-1 비강, 부비동양성종양적출술

가. 비내접근

(1) 비강양성종양 (O0964) 1,532.24점

주 : 내시경하에서 실시한 경우에는 1,657.73점을 산정 (O0967)

(2) 부비동양성종양 (O0965) 1,593.36점

주 : 내시경하에서 실시한 경우에는 1,728.60점을 산정 (O0968)

나. 비외접근 (O0966) 2,603.53점

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
O0964	비강양성종양적출술, 비내접근	102,050	99,440	153,070	149,160
O0965	부비동양성종양적출술, 비내접근	106,120	103,410	159,180	155,110
O0966	비강, 부비동양성종양적출술, 비외접근	173,400	168,970	260,090	253,450
O0967	비강양성종양적출술, 비내접근-내시경하	110,400	107,590	165,610	161,380
O0968	부비동양성종양적출술, 비내접근-내시경하	115,120	112,190	172,690	168,280

[코]

- 자-97 비내이물제거술
 가. 간단한 것 (O0971) 150.26점
 나. 복잡한 것 (O0972) 844.99점

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
O0971	간단한 것[비내접근]	10,010	9,750	84,410	82,260
O0972	복잡한 것 [전신마취하 실시 또는 비외 접근시]	56,280	54,840	84,410	82,260

- 자-97-1 비절절개술 (O0973) 228.27점
 ■ 자-98 위축성비염수술[양측] (O0980) 1,771.86점
 ■ 자-98-1 비내 유착 분리술 (O0985) 544.04점

주 : 단독으로 실시한 경우에 산정

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
O0973	비절절개술	15,200	14,810	22,800	22,220
O0980	위축성비염수술(양측)	118,010	114,990	177,010	172,490
O0985	비내유착분리술	36,230	35,310	54,350	52,960

- 자-99 비출혈지혈법
 가. 소작법 (O0991) 237.58점
 나. 전비공팩킹 [복잡한 것] (O0992) 373.96점
 주 : 간단한 전비공팩킹은 기본진료료에 포함되므로 별도 산정하지 아니함
 다. 후비공팩킹 (O0993) 414.62점
 라. 동맥결찰술 (O0994) 2,007.05점

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
O0991	소작법	15,820	15,420	23,730	23,130
O0992	전비비공팩킹 [복잡한 것]	24,910	24,270	37,360	36,410
O0993	후비공팩킹	27,610	26,910	41,420	40,360
O0994	동맥결찰술	133,670	130,260	200,500	195,390

- 자-100 비중격교정술 또는 성형술
 가. 연골에 달하는 것 (O1001) 1,245.02점
 나. 골에 달하는 것 (O1002) 1,800.21점
 다. 비중격재건술 (O1003) 1,715.15점

■ 자-100-1 비중격 혈종 또는 농양절개술 (O1004) 550.78점

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
O1001	비중격교정술 또는 성형술(연골에 달하는것)	82,920	80,800	124,380	121,200
O1002	비중격교정술 또는 성형술(골에 달하는것)	119,890	116,830	179,840	175,250
O1003	비중격교정술 또는 성형술(비중격재건술)	114,230	111,310	171,340	166,970
O1004	비중격혈종또는농양절개술	36,680	35,750	55,020	53,620

■ 자-101 하비갑개절제술 [중비갑개절제술 포함] (O1010) 888.74점

주 : 내시경하에서 실시한 경우에는 956.59점을 산정 (O1011)

■ 자-101-1 외향비갑개골절술 (O1015) 815.11점

■ 자-102 하비갑개점막하 절제술 [중비갑개점막하 절제술 포함]
(O1021) 1,149.80점

주 : 내시경하에서 실시한 경우에는 1,332.62점을 산정 (O1022)

■ 자-102-1 갑개소작술, 비인강소작술 (O1026) 146.32점

주 : 약물소작은 리도카인, 테트라카인 등으로 국소마취 후 5% 이상의 AgNO₃ 등으로
소작한 경우에 산정

■ 자-103 후비공폐쇄증 개방술

가. 막성 (O1031) 1,975.61점

나. 골성 (O1032) 2,246.99점

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
O1010	하비갑개절제술(중비갑개절제술 포함)	59,190	57,680	88,790	86,520
O1011	하비갑개절제술(중비갑개절제술 포함)-내시경하에서 실시한 경우	63,710	62,080	95,560	93,120
O1015	외향비갑개골절술	54,290	52,900	81,430	79,350
O1021	하비갑개점막하 절제술(중비갑개점막하 절제술포함)	76,580	74,620	114,870	111,930
O1022	하비갑개점막하 절제술(중비갑개점막하 절제술포함)-내시경하에서 실시한 경우	88,750	86,490	133,130	129,730
O1026	갑개소작술, 비인강소작술	9,740	9,500	14,620	14,240
O1031	후비공폐쇄증 개방술(막성)	131,580	128,220	197,360	192,330
O1032	후비공폐쇄증 개방술(골성)	149,650	145,830	224,470	218,740

■ 자-104 비인강양성종양적출술

가. 비인강혈관섬유종적출술 (O1040) 3,121.54점

주 : 내시경하에서 실시한 경우에는 2,788.99점을 산정 (O1042)

나. 기타의 것 (O1041) 1,591.47점

주 : 내시경하에서 실시한 경우에는 2,008.87점을 산정 (O1043)

■ 자-104-1 비인강악성종양적출술

가. 경비강, 경구강 접근 (O1045) 3,651.67점

나. 상악골, 구개골 접근 (O1047) 5,076.53점

다. 측두하와 접근 (O1048) 6,398.76점

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
O1040	비인강혈관섬유종적출술	207,890	202,590	311,840	303,880
O1041	비인강양성종양적출술(기타의 것)	105,990	103,290	158,990	154,930
O1042	비인강혈관섬유종적출술-내시경하에서 실시한 경우	185,750	181,010	278,620	271,510
O1043	비인강양성종양적출술(기타의 것)-내시경하에서 실시한 경우	133,790	130,380	200,690	195,560
O1045	비인강악성종양적출술(경비강, 경구강접근)	243,200	236,990	364,800	355,490
O1047	비인강 악성종양적출술(상악골, 구개골접근)	338,100	329,470	507,150	494,200
O1048	비인강 악성종양적출술(측두하와접근)	426,160	415,280	639,240	622,920

■ 자-105 상악동비내수술 (O1050) 1,257.20점

주 : 1. 관혈적 부비동생검을 실시한 경우에도 소정점수를 산정

2. 내시경하에서 실시한 경우에는 1,315.71점을 산정 (O1051)

■ 자-105-1 상악동후비공 용종 적출술 (O1055) 1,548.56점

주 : 내시경하에서 실시한 경우에는 1,690.60점을 산정 (O1056)

■ 자-106 비전정성형술 (O1061) 1,418.96점

■ 자-107 상악동근치수술 (O1070) 1,530.93점

■ 자-108 부비강세척 [주입 포함] (O1081) 164.32점

■ 자-108-1 프로엣찌치환술 [양측] (O1086) 127.01점

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
O1050	상악동비내수술	83,730	81,590	125,590	122,390
O1051	상악동비내수술-내시경하에서 실시한 경우	87,630	85,390	131,440	128,080
O1055	상악동후비공 용종 적출술	103,130	100,500	154,700	150,750

O1056	상악동후비공 용종 적출술-내시경하에서 실시한 경우	112,590	109,720	168,890	164,580
O1061	비전정성형술	94,500	92,090	141,750	138,140
O1070	상악동근치수술	101,960	99,360	152,940	149,040
O1081	부비강세척(주입 포함)	10,940	10,660	16,420	16,000
O1086	프로앳프치환술(양측)	8,460	8,240	12,690	12,360

- 자-109 전두동비외수술
가. 단순 천공술 (O1091) 1,527.75점
나. 이마절개하 골성형 (O1092) 2,642.50점
다. 관상봉합절개하 골성형 (O1093) 3,518.14점
■ 자-110 사골동비내수술 (O1100) 1,799.29점
주 : 내시경하에서 실시한 경우에는 1,938.88점을 산정 (O1101)
■ 자-111 사골동비외수술 (O1110) 1,755.22점

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
O1091	전두동비외수술(단순 천공술)	101,750	99,150	152,620	148,730
O1092	전두동비외수술(이마절개하 골성형)	175,990	171,500	263,990	257,250
O1093	전두동비외수술(관상봉합절개하 골성형)	234,310	228,330	351,460	342,490
O1100	사골동비내수술	119,830	116,770	179,750	175,160
O1101	사골동비내수술-내시경하에서 실시한 경우	129,130	125,830	193,690	188,750
O1110	사골동비외수술	116,900	113,910	175,350	170,870

- 자-112 접형골동비내수술 (O1120) 1,757.28점
주 : 내시경하에서 실시한 경우에는 1,846.15점을 산정 (O1121)
■ 자-113 전부비강근본수술 (O1130) 2,588.98점
주 : 내시경하에서 실시한 경우에는 3,081.56점을 산정 (O1131)
■ 자-114 상악동사골동근본수술 (O1140) 2,190.43점
주 : 내시경하에서 실시한 경우에는 2,621.77점을 산정 (O1141)
■ 자-115 상악동사골동접형골동근본수술 (O1150) 2,364.06점
주 : 내시경하에서 실시한 경우에는 2,839.92점을 산정 (O1151)

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
O1120	접형골동비내수술	117,030	114,050	175,550	171,070
O1121	접형골동비내수술-내시경하	122,950	119,820	184,430	179,720
O1130	전부비강근본수술	172,430	168,020	258,640	252,040
O1131	전부비강근본수술-내시경하	205,230	199,990	307,850	299,990

O1140	상악동사골동근본수술	145,880	142,160	218,820	213,240
O1141	상악동사골동근본수술-내시경하	174,610	170,150	261,920	255,230
O1150	상악동사골동접형골동근본수술	157,450	153,430	236,170	230,140
O1151	상악동사골동접형골동근본수술-내시경하	189,140	184,310	283,710	276,470

- 자-116 전두동사골동근본수술 (O1160) 2,076.82점
주 : 내시경하에서 실시한 경우에는 2,272.95점을 산정 (O1161)
- 자-117 전두동사골동접형골동근본수술 (O1170) 2,337.78점
주 : 내시경하에서 실시한 경우에는 2,790.60점을 산정 (O1171)
- 자-117-1 전두동, 사골동, 상악동근본수술 (O1175) 2,324.33점
주 : 내시경하에서 실시한 경우에는 2,796.25점을 산정 (O1176)
- 자-118 사골동접형골동수술 (O1180) 1,983.81점
주 : 내시경하에서 실시한 경우에는 2,149.41점을 산정 (O1181)

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
O1160	전두동사골동근본수술	138,320	134,790	207,470	202,180
O1161	전두동사골동근본수술-내시경하	151,380	147,510	227,070	221,270
O1170	전두동사골동접형골동 근본수술	155,700	151,720	233,540	227,580
O1171	전두동사골동접형골동 근본수술-내시경하	185,850	181,110	278,780	271,660
O1175	전두동, 사골동, 상악동근본수술	154,800	150,850	232,200	226,270
O1176	전두동, 사골동, 상악동근본수술-내시경하	186,230	181,480	279,350	272,220
O1180	사골동접형골동수술	132,120	128,750	198,180	193,120
O1181	사골동접형골동수술-내시경하	143,150	139,500	214,730	209,250

[후두]

- 자-121 후두농양절개술 (O1210) 908.41점
- 자121-1 후두개 낭종제거술 (O1215) 1,769.34점
- 자-122 후두 양성종양적출술
가. 내시경하
(1) 현수후두경하 (O1221) 1,610.33점
(2) 연성내시경하 (O1222) 1,410.14점
나. 후두절개하 (O1223) 2,459.88점
- 자122-1 후두악성종양적출술
가. 성대절제술 (O1224) 3,284.64점
나. 후두부분적출술
(1) 수직후두부분, 성문상부후두부분 (O1225) 6,340.21점
(2) 윤상연골상후두부분 (O1226) 6,255.55점

다. 후두 전적출술 (O1227) 7,741.97점

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
O1210	후두농양절개술	60,500	58,960	90,750	88,430
O1215	후두개낭종제거술	117,840	114,830	176,760	172,250
O1221	후두양성종양적출술-현수후두경하	107,250	104,510	160,870	156,770
O1222	후두양성종양적출술-연성내시경하	93,920	91,520	140,870	137,280
O1223	후두양성종양적출술-후두절개하	163,830	159,650	245,740	239,470
O1224	후두양성종양적출술-성대절제술	218,760	213,170	328,140	319,760
O1225	수직후두부분, 성문상부후두부분악성종양적출술	422,260	411,480	633,390	617,220
O1226	윤상연골상후두부분악성종양적출술	416,620	405,990	624,930	608,980
O1227	후두악성종양적출술-후두전적출술	515,620	502,450	773,420	753,680

- 자-123 성대결절 및 폴립제거술 (O1231) 1,903.52점
- 자-123-1 성대내 낭종제거술 (O1232) 1,819.60점
- 자-123-2 범발성 폴립양성대 절개 및 흡인술 (O1233) 2,062.38점
- 자-125 후두 및 하인두 전적출술 (O1251) 9,216.96점
- 자-125-1 후두 전적출 및 하인두 부분적출술 (O1252) 8,296.57점

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
O1231	성대결절및폴립제거술	126,770	123,540	190,160	185,310
O1232	성대내낭종제거술	121,190	118,090	181,780	177,140
O1233	범발성폴립양성대절개및흡인술	137,350	133,850	206,030	200,770
O1251	후두및하인두전적출술	613,850	598,180	920,770	897,270
O1252	후두전적출및하인두부분적출술	552,550	538,450	828,830	807,670

■ 자-126 후두마비수술

가. 양측마비

- (1) 레이저성대절제술 (O1261) 2,116.75점
- (2) 피열연골절제술 (O1262) 1,845.39점
- (3) 피열연골외전술, 갑상연골음성성형술 제2형 (O1263) 2,492.85점

나. 일측마비

- (1) 이물주입술 [Teflon, Silicone 등] (O1264) 1,698.81점
- (2) 갑상연골음성성형술 제1형 (O1265) 2,776.15점
- (3) 피열연골내전술 (O1266) 1,848.33점

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
O1261	후두마비수술(양측마비)-레이저성대절제술	140,980	137,380	211,460	206,070
O1262	후두마비수술(양측마비)-피열연골절제술	122,900	119,770	184,350	179,650
O1263	후두마비수술(양측마비)-피열연골외전술,갑상연골음성성형술제2형	166,020	161,790	249,040	242,680
O1264	후두마비수술(일측마비)-이물주입술(Teflon, Silicone 등)	113,140	110,250	169,710	165,380
O1265	후두마비수술(일측마비)-갑상연골음성성형술제1형	184,890	180,170	277,340	270,260
O1266	후두마비수술(일측마비)-피열연골내전술	123,100	119,960	184,650	179,940

■ 자-127 후두협착증 수술

가. 단순

- | | | |
|---------------------------|---------|-----------|
| (1) 부지법 | (OA271) | 1,234.64점 |
| (2) 내시경하 킨, 스텐트삽입 등 | (OA272) | 2,112.13점 |
| (3) 레이저시술 Laser Operation | (OA273) | 2,107.46점 |

나. 복잡

- | | | |
|------------------|---------|-----------|
| (1) 갑상, 윤상연골 절개술 | (OA274) | 2,326.37점 |
|------------------|---------|-----------|

주 : 갑상, 윤상연골 절개술 후 킨삽입, 티-튜브 삽입을 한 경우에도 소정점수로 산정

- | | | |
|------------------------|---------|-----------|
| (2) 연골이식술 | (OA275) | 4,460.29점 |
| (3) 성문하부절제술후갑상-기관단단문합술 | (OA276) | 5,408.40점 |

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
OA271	단순후두협착증수술(부지법)	82,230	80,130	123,340	120,190
OA272	단순후두협착증수술(내시경하킨,스텐트삽입등)	140,670	137,080	211,000	205,620
OA273	단순후두협착증수술(레이저시술)	140,360	136,770	210,540	205,160
OA274	복잡후두협착증수술(갑상,윤상연골 절개술)	154,940	150,980	232,400	226,470
OA275	복잡후두협착증수술(연골이식술)	297,060	289,470	445,580	434,210
OA276	복잡후두협착증수술(성문하부절제술후갑상-기관단단문합술)	360,200	351,010	540,300	526,510

■ 자-128 설골현수법 (O1281) 1,560.13점

■ 자-129 후두이물제거술

- | | | |
|-------------|---------|-----------|
| 가. 성문상부 | (O1291) | 639.24점 |
| 나. 성문, 성문하부 | (O1292) | 1,147.22점 |

■ 자-130 기관절개술 (O1300) 1,170.41점

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
O1281	설골현수법	103,900	101,250	155,860	151,880
O1291	후두이물제거술(성문상부)	42,570	41,490	63,860	62,230
O1292	후두이물제거술(성문, 성문하부)	76,400	74,450	114,610	111,680
O1300	기관절개술	77,950	75,960	116,920	113,940

[청기]

■ 자-555 선천성이루관적출술 (S5550) 1,577.61점

■ 자-556 이용적출술 (S5560) 534.64점

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
S5550	선천성이루관적출술	105,070	102,390	157,600	153,580
S5560	이용적출술	35,610	34,700	53,410	52,050

■ 자-557 외이도이물 또는 이구전색제거 [간단한 것은 기본진료료에 포함]

가. 복잡한 것 (S5571) 124.44점

나. 극히 복잡한 것 [진주종제거 포함] (S5572) 707.60점

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
S5571	외이도이물 또는 이구전색제거 [간단한 것은 기본 진료료에 포함]-복잡한 것	8,290	8,080	12,430	12,110
S5572	외이도이물 또는 이구전색제거 [간단한 것은 기본 진료료에 포함]-극히 복잡한 것 [진주종제거 포함]	47,130	45,920	70,690	68,880

■ 자-557-1 이절절개술 (S5575) 444.00점

■ 자-557-2 이개혈종절개배액 (S5578) 528.00점

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
S5575	이절절개술	29,570	28,820	44,360	43,220
S5578	이개혈종절개배액	35,160	34,270	52,750	51,400

■ 자-558 외이도폐쇄증수술

가. 완전 (S5581) 4,980.65점

나. 부분 (S5582) 4,136.29점

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
S5581	외이도폐쇄증수술-완전	331,710	323,240	497,570	484,870
S5582	외이도폐쇄증수술-부분	275,480	268,450	413,220	402,670

■ 자-559 외이도 종양적출술

가. 양성 (S5591) 2,458.14점

나. 악성 (S5592) 7,703.73점

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
S5591	외이도종양적출술-양성	163,710	159,530	245,570	239,300
S5592	외이도종양적출술-악성	513,070	499,970	769,600	749,960

■ 자-560 고막절개 (S5600) 234.90점

■ 자-561 고막소파술 (S5611) 187.49점

■ 자-561-1 고막소작술 (S5615) 170.64점

■ 자-562 중이내튜브유치술 (S5620) 1,287.32점

주 : 제거하는 경우에는 228.32점을 산정 (S5621)

■ 자-563 고실세척 (S5630) 92.34점

■ 자-563-1 고실개방술 (S5635) 1,644.09점

■ 자-564 고실성형술 [점막 또는 피부의 식피술료 포함] (S5640) 4,572.22점

■ 자-565 고막성형술 (S5651) 2,928.81점

■ 자-565-1 현미경하고막팻치술 (S5654) 1,070.43점

주 : 치료기간 중 1회만 산정

■ 자-565-2 현미경하중이청소술 (S5657) 1,283.13점

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
S5600	고막절개	15,640	15,250	23,470	22,870
S5611	고막소파술	12,490	12,170	18,730	18,250
S5615	고막소작술	11,360	11,070	17,050	16,610
S5620	중이내튜브유치술	85,140	82,960	127,700	124,440
S5621	중이내튜브제거술	15,210	14,820	22,810	22,230
S5630	고실세척	6,150	5,990	9,220	8,990
S5640	고실성형술[점막 또는 피부의 식피술료 포함]	304,510	296,740	456,760	445,110
S5651	고막성형술	195,060	190,080	292,590	285,120
S5654	현미경하고막팻치술	71,290	69,470	106,940	104,210
S5657	현미경하중이청소술	85,460	83,280	128,190	124,910

- 자-566 이관부지법 또는 카테터법 [통기법 또는 고막맞사지 병행 포함]
(S5660) 127.39점
- 자-567 유양동절제술
가. 공동폐쇄유양동절제술 (S5671) 4,546.63점
나. 공동개방유양동절제술 (S5672) 5,221.76점
- 자-569 등골수술 [난원창개술 포함] (S5690) 3,543.84점
- 자-569-1 레이저등골절개술 (S5695) 4,408.49점
- 주 : 사용된 재료대는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니함

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
S5660	이관부지법 또는 카테터법 [통기법 또는 고막맞사지 병행 포함]	8,480	8,270	12,730	12,400
S5671	유양동절제술-공동폐쇄유양동절제술	302,810	295,080	454,210	442,610
S5672	유양동절제술-공동개방유양동절제술	347,770	338,890	521,650	508,340
S5690	등골수술 [난원창개술포함]	236,020	230,000	354,030	344,990
S5695	레이저등골절개술	293,610	286,110	440,410	429,170

- 자-571 안면신경감압술
가. 이과적접근 [유양동, 경미로] (S5711) 5,718.68점
나. 두개접근 (S5712) 7,188.94점
다. 복합접근 (S5713) 7,473.40점

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
S5711	안면신경감압술-이과적접근[유양동, 경미로]	380,860	371,140	571,300	556,710
S5712	안면신경감압술-두개접근	478,780	466,560	718,180	699,840
S5713	안면신경감압술-복합접근	497,730	485,020	746,590	727,540

- 자-572 이후루공폐쇄술 (S5720) 1,863.54점
- 자-573 미로절제술
가. 유양동경유 (S5731) 5,053.28점
나. 고실경유 (S5732) 2,947.23점
다. 약물주입 이용한 것 (S5733) 1,977.06점

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
S5720	이후루공폐쇄술	124,110	120,940	186,170	181,420
S5731	미로절제술-유양동 경유	336,550	327,960	504,820	491,940
S5732	미로절제술-고실 경유	196,290	191,280	294,430	286,910
S5733	미로절제술-약물주입 이용한것	131,670	128,310	197,510	192,470

- 자-574 청신경중양적출술
 가. 이과적접근 [경미로, 경와우, 후미로 등] (S5741) 8,422.15점
 나. 두개접근 (S5742) 9,173.21점
 다. 복합접근 (S5743) 10,594.62점

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
S5741	청신경중양적출술-이과적접근 [경미로, 경와우, 후미로등]	560,920	546,600	841,370	819,900
S5742	청신경중양적출술-두개접근	610,940	595,340	916,400	893,010
S5743	청신경중양적출술-복합접근	705,600	687,590	1,058,400	1,031,390

- 자-574-1 중이암제거술 [사구종 포함] (S5745) 9,623.41점
 ■ 자-575 추체돌기개방술 (S5750) 6,355.27점
 ■ 자-576 골막하농양절개배액술 (S5761) 903.16점
 ■ 자-577 반고리관미로개창술 (S5770) 3,503.98점
 ■ 자-577-1 반고리관폐쇄술 (S5775) 3,499.65점
 ■ 자-578 내임파낭감압술 (S5780) 4,241.56점

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
S5745	중이암제거술[사구종포함]	640,920	624,560	961,380	936,840
S5750	추체돌기개방술	423,260	412,460	634,890	618,690
S5761	골막하농양절개배액술	60,150	58,620	90,230	87,920
S5770	반고리관미로개창술	233,370	227,410	350,050	341,110
S5775	반고리관폐쇄술	233,080	227,130	349,620	340,690
S5780	내임파낭감압술	282,490	275,280	423,730	412,920

- 자-579 이소골재건술 (S5791) 3,707.62점

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
S5791	이소골재건술	246,930	240,620	370,390	360,940

- 자-580 인공와우이식술 (S5800) 6,484.86점

분류 코드	항목	소정금액		공휴·야간가산	
		의원	병원	의원	병원
S5800	인공와우이식술	431,890	420,870	647,840	631,300

6. 비급여항목

가. 검사료

【신경계기능검사】

- 노-703 (FZ703) 수면 무호흡 증후군 진단을 위한 수면다원검사

【평형 및 청각기능검사】

- 노-731 (FZ731) 동적체평형검사 Dynamic Posturography
- 노-732 (FZ732) 회전검사 Rotatory Chair Test
- 노-733 (FZ733) 비디오전기안진검사 Video-Nystagmography
- 노-734 (FZ734) 전정유발근전위검사
Vestibular Evoked Myogenic Potential(VEMP) Test
- 노-735 (FZ735) 자동화 이음향 방사검사
Automated Otoacoustic Emission Test
- 노-736 (FZ736) 자동화 청성뇌간반응검사
Automated Auditory Brainstem Response Test

나. 이학요법료

- 소-4 (MZ004) 이명재훈련치료 Tinnitus Retraining Therapy

Ⅱ. 이비인후과분야 급여기준

OTORHINOLARYNGOLOGY

동 내용은 2011.6.1일부터 시행하는 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한세부사항(고시 제2011-59호)를 반영함.

1. 검사료

항목	제목	세부인정사항
나630-1 소음 환경하 어음 인지력 검사	소음 환경하 어음 인지력 검사의 인정기준	소음 환경하 어음 인지력 검사의 인정기준은 다음과 같 이 함. - 다 음 - 가. 적응증 (1) 감각신경성 난청 (2) 전음성 난청 (3) 보청기 착용 전·후 청각재활 효과 평가 (4) 인공와우 수술 적응여부 및 효과 평가 (5) 중이수술 전·후 청각개선의 효과 평가 나. 산정횟수 (1) 난청 진단 시 1회 (2) 보청기착용, 중이수술, 인공와우 수술 전 1회 (3) 재활과정 중 월 1회 다. 나630 언어청각검사와 동시 시행 시 각각 인정 (고시 제2009-214호, '09.12.1. 시행)
나634 청력검사	메니에르병 진단 시 시행하는 탈수 검사의 수기로 산정방법	메니에르병 진단 시 시행하는 탈수검사는 약제 (furosemide 나 glycerol)투여 전후로 청력검사 등을 실시하여 비교 하는 검사로, 청력검사를 이용하는 탈수검사는 약제투 여후 청력검사를 수회 실시하더라도 나634가 표준순음 청력검사 소정점수의 200%만 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
	청력계기에 의한 검사(나634, 나635, 나636)를 동시 실시 시 인정여부	청력계기에 의한 검사 시 나634 청력검사(순음청력계기 에 의한 검사), 나635 청력검사(자기청력계기에 의한 검 사), 나636 청력검사(임피던스오디오메트리에 의한 검 사)를 동시에 실시하더라도 각각 인정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
나640 타각적 청력역치 측정검사	고 위 험 신 생 아 에 시행한 나640 타각 적 청력역치 측정 검사의 인정기준	고위험신생아(조산아, 미숙아, 고빌리루빈혈증 등)에 게 실시한 나640 타각적 청력역치 측정검사는 나618라 청각유발전위검사(AEP)를 1차로 시행한 후 이상소견이 있어 2차적으로 시행하는 경우에 인정함. (고시 제2008-21호, '08.3.1. 시행)

2. 영상진단료

항목	제목	세부인정사항
다245 일반 전산화 단층영상 진단	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 <안면 및 두개기저 Face CT or Skull Base CT> 1. 종괴형성, 안와염증, 안구돌출(갑상선 기능항진증 등) 2. 타액선 결석 3. 임상소견상 수술을 요할 정도의 부비동염 4. 터키안내 양성종양, 낭종(선천성, 후천성) 또는 염증성 질환, 뇌하수체호르몬 이상시, Empty Sella. 5. 중이염에서 진주종, 뇌막염 등의 합병증이 의심될 때 6. 내이(inner ear)의 정밀 해부학적 구조 파악이 필수적일 때(혈관성 또는 원인불명의 이명, 원인불명의 청각장애 등) <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, '04.7.1. 시행)
다245-1 Cone Beam 전산화단층 영상진단	Cone Beam 전산화 단층영상진단의 인정기준	Cone Beam 전산화 단층영상촬영은 단순촬영, 파노라마 촬영 등만으로 진단이 불확실한 경우에 한하여 인정하며, 세부인정기준은 다음과 같이 함. - 다 음 -

항목	제목	세부인정사항
		가. 치아부위 <중략> 나. 안면 및 두개기저 부위 (1) 3치관 크기 이상의 치근낭 (2) 타액선 결석 (3) 임상소견 상 수술을 요할 정도의 상악동염 (4) LeFort I, II, III 골절 혹은 협골부, 안와의 blow-out 골절, 하악골의 복합, 복잡골절 혹은 하악 과두골절, 비골골절, 전두동골절, 비, 전두사골복합체골절 (5) 악안면 기형 수술의 전·후 평가 (6) 낭종(선천성, 후천성) 또는 염증성 질환 (7) 터키안내 양성종양, 뇌하수체 호르몬 이상 시, Empty Sella 다. 측두하악관절부위 <생략> 라. 부비동(Paranasal) 및 측두골(Temporal) (1) 임상소견 상 수술을 요할 정도의 부비동염, 만성 중이염과 진주종 등이 의심될 때 (2) 비·부비동염, 중이염에서 두개내, 두개외의 합병증 등이 의심될 때 (3) 중이(middle ear), 내이(inner ear)나 내이도(internal auditory canal)의 정밀 해부학적 구조파악이 필수적일 때(혈관성 또는 원인불명의 이명, 원인불명의 청각장애 등) (4) 인공와우 이식술 시행 시 (5) 악성종양과 감별을 요하는 종괴성 질환의 진단 시 (6) 악성종양의 병기결정 및 추적 검사 (7) 수술 또는 치료 후 호전되지 않거나 심부 합병증이 의심될 때 (8) 선천성질환 중 해부학적 구조 확인이 필요한 경우 (9) 측두골 외상이 의심될 때 (고시 제2009-180호, '09.10.1. 시행)

3. 이학요법료

항목	제목	세부인정사항
사30 적외선치료	안과, 이비인후과 에서 적외선치료 시 인정여부	안과, 이비인후과에서 적외선치료를 시술하였을 경우는 사30 적외선치료의 소정금액을 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	이비인후과 분야에서 실시한 적외선 치료 인정기준	이비인후과 분야에서 실시하는 사30 적외선치료는 동 치 료로 보다 효과를 얻을 수 있는 급성바깥귀관염(외이도 염), 급성중이염, 바깥귀의 종기(이절), 코의 종기(비 절), 코와 귀주위 및 기타 안면부의 연조직염(봉와직염) 과 같은 급성기 염증질환에 선별적으로 실시한 경우에 인 정함. (고시제2003-65호, '03.12.1. 시행)

4. 처치 및 수술료

항목	제목	세부인정사항
일반사항	수면무호흡증후군 의 급여기준	1. '수면무호흡증후군' 은 수면 중에 코골이와 호흡장 애를 보이는 것으로, 주간의 졸림증, 피로감, 정신 기능장애 등으로 교통사고, 작업 중 사고 학습장애 등을 초래할 뿐만 아니라 치료를 받지 않는 경우 부 정맥, 고혈압, 뇌졸중, 뇌기능장애 등 순환기-신경 계 합병증을 유발할 수 있으므로 급여대상으로 함. 2. 다만, 수면 무호흡증후군의 진단 및 치료여부를 결 정하기 위한 검사는 수면다원검사로 실시하며, 이는 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가 치점수 고시 제1편 제3부 비급여목록에 의거 비급여 대상임. 3. 수면다원검사상 호흡 곤란 지수 (RDI : Respiratory Disturbance Index)가 15이상인 경우 또는 5이상인 면서 아래 '가' 중 하나 또는 '나' 에 해당하는 경 우에 '수면무호흡증후군' 으로 확진하며, 약물치 료 또는 외과적 수술요법 등으로 치료하는 경우에는 그때부터 요양급여 함.

항목	제목	세부인정사항
		- 아 래 - 가. 불면증, 주간 졸음, 인지기능 감소, 기분장애, 고혈압, 빈혈성 심장질환, 뇌졸중의 기왕력 나. 산소포화도가 85% 미만일 때 (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
	Endoscopy(복강내시경, 흉강내시경, 비강내시경 등) 하에 실시한 수술료 산정방법	Endoscopy(복강내시경, 흉강내시경, 비강내시경 등) 하에 실시한 수술의 행위료는 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 등으로 고시되어 있는 해당 관혈적 수술의 소정점수로 산정함. 다만, 별도 산정토록 정해져 있는 경우에는 그 금액으로 산정함. (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
	외이재건술의 인정기준	귀 결손으로 시행하는 외이재건술은 다음의 경우에 요양급여하며, 이에 해당하지 않는 경우에는 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여대상 2호 사목에 따라 외모개선 목적의 진료로서 비급여대상임. - 다 음 - 1. 적응증 : 무이증, 소이증 등으로 정상귀의 1/3이상 결손이 있는 경우 2. 인정범위 가. 전체컷바퀴재건술(외이재건술) 및 그에 따른 진료. 다만, 아래 3의 가. 자가연골기틀을 이용하는 방법중 “2) 연골기틀 제작”에 따른 시술료, 나. 인조기틀을 이용하는 방법 시 사용되는 “인조기틀(치료재료)”, 다. 인조귀를 부착하는 방법시 사용되는 “인조귀(상품화되지 않고 주물제작)”는 급여대상에서 제외 나. 전체컷바퀴재건술(외이재건술) 과정중이나 수술 후 발생한 합병증(감염, 노출 등)에 대한 처치·수술 및 그에 따른 진료 다. 전체컷바퀴재건술(외이재건술)후 의학적 견지에서 의사의 판단에 따라 시행하는 재수술(완전재건, 부분재건 등) 및 그에 따른 진료 라. 전체컷바퀴재건술(외이재건술)후 완성된 귀를 마무리하는 시술(피부교정, 수술흉터제거 등)은 급여대상에서 제외함.

항목	제목	세부인정사항																																								
		3. 수가산정방법 다음과 같이 시술방법(가~다)에 따라 해당 수기료를 각각 합하여 산정함. 다만, 아래 3의 가. 자가연골기틀을 이용하는 방법중 “2) 연골기틀 제작” 은 급여 대상에서 제외되므로 산정하지 아니함. - 다 음 - 가. 자가연골기틀을 이용하는 방법 <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">행 위</th><th colspan="2">수 기 료</th></tr> <tr> <th>단계별</th><th>단 번</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1) 늑연골 채취</td><td>늑연골채취 1개당 자54가 늑골절제술(제1늑골 또는 경늑골) 소정금액으로 산정하며, 실제 채취한 늑연골갯수대로 각각 산정함</td><td>좌동</td></tr> <tr> <td>2) 연골기틀 제작</td><td>비급여</td><td>비급여</td></tr> <tr> <td>3) 컷볼 회전</td><td>자16가(1)(가) 국소피판술(안면부)의 소정금액으로 산정</td><td>좌동</td></tr> <tr> <td>4) 연골기틀 넣기(피하주머니) 및 컷바퀴 일으키기</td><td>자16라(1) 근-피부피판술(안면부) 소정금액으로 산정</td><td>해당 없음</td></tr> <tr> <td>5) 피부 피판과 측두근막피판 작성 및 연골기틀 넣기</td><td>해당 없음</td><td>자16마(1) 근막피판술(안면부) 소정금액의 200%와 자16가(1)(가) 국소피판술(안면부) 소정금액의 50%를 합한 금액으로 산정</td></tr> <tr> <td>6) 피부이식술</td><td>자17 식피술의 소정금액으로 산정</td><td>좌동</td></tr> </tbody> </table> 나. 인조기틀을 이용하는 방법 <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">행위</th><th colspan="2">수기료</th></tr> <tr> <th>단계별</th><th>단 번</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1) 컷볼회전</td><td>자16가(1)(가) 국소피판술(안면부소정금액으로 산정</td><td>좌동</td></tr> <tr> <td>2) 인조기틀 넣기 및 컷바퀴 일으키기</td><td>자16라(1) 근-피부피판술(안면부) 소정금액으로 산정</td><td>해당 없음</td></tr> <tr> <td>3) 피부이식술</td><td>자17 식피술 소정금액으로 산정</td><td>좌동</td></tr> <tr> <td>4) 피부 피판과 근막피판 작성 및 인조기틀 넣기</td><td>해당 없음</td><td>자16마(1) 근막피판술(안면부) 소정금액의 100%와 자16가(1)(가)국소피판술(안면부) 소정금액의 50%를 합한 금액으로 산정 다만, 측두근막피판을 작성한 경우에는 위 가.의 5)에 의한 수기료를 산정함</td></tr> </tbody> </table>	행 위	수 기 료		단계별	단 번	1) 늑연골 채취	늑연골채취 1개당 자54가 늑골절제술(제1늑골 또는 경늑골) 소정금액으로 산정하며, 실제 채취한 늑연골갯수대로 각각 산정함	좌동	2) 연골기틀 제작	비급여	비급여	3) 컷볼 회전	자16가(1)(가) 국소피판술(안면부)의 소정금액으로 산정	좌동	4) 연골기틀 넣기(피하주머니) 및 컷바퀴 일으키기	자16라(1) 근-피부피판술(안면부) 소정금액으로 산정	해당 없음	5) 피부 피판과 측두근막피판 작성 및 연골기틀 넣기	해당 없음	자16마(1) 근막피판술(안면부) 소정금액의 200%와 자16가(1)(가) 국소피판술(안면부) 소정금액의 50%를 합한 금액으로 산정	6) 피부이식술	자17 식피술의 소정금액으로 산정	좌동	행위	수기료		단계별	단 번	1) 컷볼회전	자16가(1)(가) 국소피판술(안면부소정금액으로 산정	좌동	2) 인조기틀 넣기 및 컷바퀴 일으키기	자16라(1) 근-피부피판술(안면부) 소정금액으로 산정	해당 없음	3) 피부이식술	자17 식피술 소정금액으로 산정	좌동	4) 피부 피판과 근막피판 작성 및 인조기틀 넣기	해당 없음	자16마(1) 근막피판술(안면부) 소정금액의 100%와 자16가(1)(가)국소피판술(안면부) 소정금액의 50%를 합한 금액으로 산정 다만, 측두근막피판을 작성한 경우에는 위 가.의 5)에 의한 수기료를 산정함
행 위	수 기 료																																									
	단계별	단 번																																								
1) 늑연골 채취	늑연골채취 1개당 자54가 늑골절제술(제1늑골 또는 경늑골) 소정금액으로 산정하며, 실제 채취한 늑연골갯수대로 각각 산정함	좌동																																								
2) 연골기틀 제작	비급여	비급여																																								
3) 컷볼 회전	자16가(1)(가) 국소피판술(안면부)의 소정금액으로 산정	좌동																																								
4) 연골기틀 넣기(피하주머니) 및 컷바퀴 일으키기	자16라(1) 근-피부피판술(안면부) 소정금액으로 산정	해당 없음																																								
5) 피부 피판과 측두근막피판 작성 및 연골기틀 넣기	해당 없음	자16마(1) 근막피판술(안면부) 소정금액의 200%와 자16가(1)(가) 국소피판술(안면부) 소정금액의 50%를 합한 금액으로 산정																																								
6) 피부이식술	자17 식피술의 소정금액으로 산정	좌동																																								
행위	수기료																																									
	단계별	단 번																																								
1) 컷볼회전	자16가(1)(가) 국소피판술(안면부소정금액으로 산정	좌동																																								
2) 인조기틀 넣기 및 컷바퀴 일으키기	자16라(1) 근-피부피판술(안면부) 소정금액으로 산정	해당 없음																																								
3) 피부이식술	자17 식피술 소정금액으로 산정	좌동																																								
4) 피부 피판과 근막피판 작성 및 인조기틀 넣기	해당 없음	자16마(1) 근막피판술(안면부) 소정금액의 100%와 자16가(1)(가)국소피판술(안면부) 소정금액의 50%를 합한 금액으로 산정 다만, 측두근막피판을 작성한 경우에는 위 가.의 5)에 의한 수기료를 산정함																																								

항목	제목	세부인정사항
		다. 인조귀를 부착하는 방법 1) 골고정 (1차 수술) : 자38다(2) 관골골절정복술-관혈적수술의 소정 금액으로 산정 2) 지대나사고정 및 인조귀 부착 (2차 수술) : 자38다(2) 관골골절정복술-관혈적수술 소정금액의 50%로 산정 3) 위 1) 및 2)의 수술을 동시에 시행한 경우 : 자38다(2) 관골골절정복술-관혈적수술 소정금액의 150%로 산정 라. 치료재료 : 위 다.의 시술시 사용되는 치료재료(골고정물)는 별도 산정함. 마. 위 가~다의 수기로외 추가 시술이 필요하여 행한 경우에는 해당 수술료를 별도 산정하며, 조직확장기를 이용한 경우에는 “조직확장기 삽입 및 확장 유도술”을 자16가(1) 국소피판술 소정금액으로 산정하되, 생리식염수 주입료는 소정금액에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2011-50호, '11.5.1. 시행)
	15일 이내 재수술 시 기간 산정	동일 환자에 대한 수술을 끝마친 후 동일 상병 또는 그 합병증 원인으로 다시 수술을 시행하였을 경우 15일 이내에 재수술시에는 소정 수술료의 50%를 산정하고, 15일을 초과하여 재수술한 경우는 소정 수술료를 산정하며, 이때의 15일이란 1차 수술 익일부터 15일째 되는날 까지를 의미함. (고시 제2007-77호, '07.8.30. 시행)
자4 산소흡입	돌발성 난청에 행한 'Carbogen Inhalation'의 준용항목	Carbogen Inhalation은 산소흡입 시 이산화탄소를 반복적으로 흡입하여 외임파의 산소포화도 증가로 인한 내이의 혈관확장을 유도하여 돌발성 난청의 자발적인 회복을 돕는 비침습적인 치료방법으로 돌발성난청에 실시시 자4 산소흡입의 소정금액을 준용 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)

항목	제목	세부인정사항
	돌발성난청 등 상병에 투여된 레오마크로덱스, 라식스, 산소요법 등의 인정여부	돌발성 난청 및 귀의 퇴행성, 혈관성 장애에 레오마크로덱스주, 염산치아민정, 뉴로메틴, 라식스의 복합 투여 및 O ₂ Inhalation은 타당한 치료방법이므로 인정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
자4-1 하기도증기 흡입치료	자4-1 하기도증기 흡입치료 인정기준	자4-1 하기도 증기 흡입 치료 (Nebulizer Treatment of Lower Airway)은 천식이나 만성폐쇄성 폐질환의 급성악화기, 급성세기관지염의 호흡곤란치료에 실시시 인정함. (고시 제2007-77호, '07.8.30. 시행)
자100 비중격교정술	자100비중격교정술과 양측으로 동시에 시행한 자101 하비갑개절제술 또는 자102 하비갑개점막하절제술의 수기료산정방법	양측으로 자101 하비갑개절제술 또는 자102 하비갑개점막하절제술 실시하면서 동시에 자100 비중격교정술을 시행한 경우 수기료는 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 자100 비중격교정술 수기료가 동시 실시한 양측 수기료보다 큰 경우 : 자100 소정점수의 100%, 동시수술 소정점수의 150%(100%+50%) 산정 나. 자100 비중격교정술 수기료가 동시 실시한 양측 수기료 보다 작은 경우 : 자100 소정점수의 50%, 동시수술 소정점수의 200% 산정 (고시 제2007-77호, '07.8.30. 시행)
자102 하비갑개점 막하절제술	갑개소작술 인정기준	자102-1 갑개소작술은 전기, 약물 소작법에 관계없이 주1회 인정하며 양측으로 시행시는 각각 인정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자107 상악동근치 수술	상악동근치수술과 동시에 시행된 상악동구강누공폐쇄술 수가 산정방법	상악부비동염이나 상악동누공 등의 상병에 상악동근치수술과 상악동구강누공폐쇄술을 동시에 실시한 경우에는 주된수술은 소정점수의 100%, 제2의 수술은 소정점수의 50%로 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자108 부비강세척	자108 부비강세척, 자108-1 프로엣프치환술 인정 기준	1. 자108 부비강세척은 국소마취 후 부비동의 자연공으로 카테타를 삽입하거나 투관침이나 천자침을 이용하여 천자후 세척하는 방법으로 아급성기 및 만성부비동염에 시행한 경우에 인정하며, 만3세 이하의 소아에게는 인정하지 아니함. 다만, 전신마취하에

항목	제목	세부인정사항
		부비동세척을 실시하거나 아데노이드절제술 등을 시술하는 과정에서 튜브를 삽입한 후 이를 통해 부비강세척을 실시한 경우에는 만3세 이하에서도 인정함. 2. 자108 부비강세척 및 자108-1 프로엣쯔치환술은 각각 주2회 이내로 인정하되, 동일 주간(週間)에 동시술을 각각 주2회씩 시행했을 경우에는 프로엣쯔치환술만 2회/주로 인정함. (고시 제2008-125호, '08.11.1. 시행)
자113 전부비강 근본수술	자113 전부비강근본수술의 인정기준	자113 전부비강근본수술은 상악동, 사골동, 접형골동, 전두동의 근본수술을 동시에 시술하는 경우에 인정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자114 상악동사골 동근본수술	자114 상악동사골동근본수술과 자95 비용적출술을 동시에 시행한 경우 수기로 산정방법	자114 상악동사골동근본수술과 자95 비용적출술을 동시에 시행한 경우에는 자114×100%, 자95×50%를 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	내시경하에 자114 상악동사골동근본수술과 함께 시행한 수술 수가 산정방법	내시경하에 자114 상악동사골동근본수술과 동시에 실시한 자105 상악동비내수술 또는 자110 사골동비내수술은 자114 항목에 포함되는 시술이므로 별도로 산정하지 않음. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자226 인·후두 소작술	자226 인·후두소작술 인정 기준	자226 인후두소작술은 국소마취제(리도카인, 테트라카인 등)로 국소마취 후 5% 이상의 AgNO₃ 등으로 소작한 경우에 산정하되, 궤양성, 위막성, 육아종성 변화(granulomatous change) 등이 있는 경우에 실시시 인정함. (고시 제2007-92호, '07.11.1. 시행)
자230 편도전적출술	이비인후과 수술시 수기로 산정방법	1. 자230 편도전적출술과 자228 아데노이드절제술을 동시에 실시한 경우 주된 수술은 소정점수의 100%, 제2의 수술은 소정점수의 50%로 산정함. 2. 부비동수술과 폴립수술을 동시에 실시한 경우 주된 수술은 소정점수의 100%, 제2수술은 소정점수의 50%로 산정함. (고시 제2007-77호, '07.8.30. 시행)

항목	제목	세부인정사항
자557 외이도이물 제거술	자557 외이도이물 제거술의 산정기준	간단한 이구제거는 기본진료료에 포함되나 마취 또는 약물 주입을 요하는 이구전색으로 당일 제거가 곤란한 극히 복잡한 것은 자557나 외이도이물 또는 이구전색제 거(극히 복잡한 것)로 산정하되 산정횟수는 2회 이내로 하며, 감자 또는 기타 기구 사용으로 당일 제거가 가능 한 이구전색은 자557가 외이도이물 또는 이구전색제거 (복잡한 것)로 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
자560 고막절개	삼출성 중이염에 자560 고막절개시 인정횟수	삼출성 중이염에 자560 고막절개는 치료기간중 2회 이 내를 원칙으로 하되, 2회를 초과하는 경우에는 사례별 로 인정함. (고시 제2005-61호, '05.9.15. 시행)
자562 중이내튜브 유치술	이온토포레스시스를 이용하여 중이내튜 브유치술을 시술한 경우 수기로 및 마 취료 산정방법	이온토포레스시스를 이용하여 중이내튜브유치술을 시술 한 경우에도 자562의 소정금액을 산정하며 마취료는 제 6장 마취료 [산정지침] (6)에 의거 별도 산정할 수 없으 며 실사용한 마취약제(리도카인)는 별도 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
자565-2 현미경하 중이청소술	현미경하 중이청소 술 인정기준	자565-2 현미경하중이청소술은 육아조직, Polyp, 중이 진주종 제거 등에 실시할 수 있으며 치료기간중 1-2회만 인정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자566 이관부지법 또는 카테타법	고막맛사지의 진료 수가 산정방법	자566 이관부지법 또는 카테타법의 시행없이 행하는 고 막맛사지는 사용장비 내지는 기종(Atmodyn 등)에 불문 하고 별도의 수기료를 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	이관부지법 또는 카테타법 시행없이 통기법을 단독 실 시하는 경우의 진 료수가 산정방법	이관부지법 또는 카테타법 시행 없이 통기 목적으로 행 하는 간단한 통기법(Valsalva씨법 등)은 기본진료료 또는 소정처치료에 포함하여 별도 산정할 수 없으나 politzer씨법에 의한 통기를 실시한 경우에는 자566 이 관부지법 또는 카테타법 소정점수를 산정하되 (단, 재 료비용은 별도산정 불가) 그 인정기준은 다음과 같이 함.

항목	제목	세부인정사항
		- 다 음 - 가. 인정연령 : 만3~10세 소아 나. 적응증 (1) 2주간의 약물치료로도 호전되지 않는 중이염 (Otitis media with effusion) (2) 중이강무기화 (3) 이관의 환기기능부전증 다. 금기증 급성 중이염, 급성 비·부비동염, 급성 인두염, 거대 아데노이드 증식증, 후비공용종, 비·부비동 종양동 등 라. 실시횟수 2회/주 이내로 인정하며 약3주 정도 실시함을 원칙으 로 함. (고시 제2008-110호, '08.10.1. 시행)

5. 기결정 고시

* 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 제10조에 의거 신의료기술로 신청된
항목 중 이미 급여기준으로 운영되고 있는 항목

항목	제목	세부인정사항
가1 외 래 환 자 진 찰료 또는 가2 입원료	전정재활운동치료 Vestibular rehabilitation therapy (전정기능장애시 회복이 촉진되도록 환자에게 재 활치료의 목표와 방법을 자세히 설명하고 선택된 방법(눈운동, 걷기운동 등)을 설명, 교육하고 연 습시킴)	가1 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2002-69호, '02.10.1. 시행)

항목	제목	세부인정사항
	부비동 약물주입요법 Sinus Instillation Therapy	가1 외래환자진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2005-8호, '05.2.1. 시행)
검사료 [일반사항]	후두사진촬영, 비강내촬영, 내시경하 비뇨기과적 사진촬영, 질확대경 검사기록 등 (비디오촬영하여 저장된 영상을 프린터로 출력 또는 사진촬영료)	[산정지침](3)(라) 내시경검사시 사용된 슬라이드필름 및 사진현상료, 포라로이드필름 또는 칼라 프린터 인화지는 별도 산정 (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
나634 -바. 청력검사 [순음청력계기에 의한 검사]-이명도 검사	masking level difference	나634-바. 청력검사[순음청력계기에 의한 검사]-이명도검사의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)
나636 청력검사[임피 단스오디오메 트리에 의한 검사]	다중주파수 고막운동성 계측검사 Multifrequency Tympanometry	나636-가. 고막운동성계측검사의 소정점수를 산정함. (고시 제2002-69호, 2002.10.1. 시행)
나638 이음향방사 검사	SFOAE	나638-가. 이음향방사검사-자발의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)
나640 타각적 청력 역치 측정검사	청성지속반응검사 Auditory Steady State Response Test	나640 타각적 청력역치 측정검사의 소정점수를 산정함. (고시 제2007-8호, 2007.2.1. 시행)
나758 후두경검사	내시경적 연하검사 Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing	나758 후두경검사 소정점수를 산정하고 검사식이는 나701 연하장애평가[X-Ray포함] 재료대 소정점수를 별도 산정함. (고시 제2011-59호, 2011.6.1. 시행)
	비디오후두경(굴곡성 후두경)	나758 후두경검사의 소정점수를 산정함. (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)

항목	제목	세부인정사항
	Digital Video-Rhinolaryngoscopy	나758 후두경검사의 소정점수를 산정함. 이 경우 검사 시 소요된 슬라이드 필름 및 사진현상료, 칼라프린터 인화지 별도 산정함. (고시 제2003-40호, '03.8.1. 시행)
나809 고실천자	고실내 스테로이드 주사	나809 고실천자로 산정하되, [천자] 주. 1항에 의거 천자를 치료목적(약물 주입 또는 지속적 배액)으로 실시하는 경우에는 소정 점수의 30%를 가산함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
마13-1 비갑개내주사	비하갑개내 스테로이드 주사	마13-1 비갑개내주사의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
처치 및 수술료 [일반사항]	이비인후과 레이저 사용, Laser bronchoscopy시술, 레이저 환기 기도 내시경술	[산정지침]-(10)에 의거 각 분류항목의 처치 및 수술 등에 레이저를 이용한 경우에도 각 분류항목의 소정점수만을 산정함. 다만, [산정지침]-(11)에 의거 레이저시술중 장관이 별도로 인정한 “레이저시술”에 소요된 레이저 재료대는 별도 산정 가능함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	코수술후 처치, 인두처치, 후두처치, 간단한 귀 처치(중이수술후 처치 제외), 외이도 세척, 안과처치, 안과용 드레싱, 눈세척	산정지침 제9장 제1절 (3)항에 의거 제1절에 기재되지 아니한 처치 및 수술로서 간단한 처치 및 수술은 기본진료료에 포함됨. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	컴퓨터 부비동내시경수술 Computer Aided Endoscopic Sinus Surgery	해당 관혈적 수술료의 소정점수를 산정함. (고시 제2005-77호)
자100 비중격 교정술 또는 성형술	구순열관련 비성형술	자100 비중격 교정술 또는 성형술의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)

항목	제목	세부인정사항
자107 상악동근치 수술	수술후성 상악낭종 (Caldwell-Luc operation 후 재발)	자107 상악동근치수술의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
자108 부비강세척 [주입 포함]	Sinojet (상악동 천자하여 상악동 세척 실시)	자108 부비강세척[주입 포함]의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
자569-1 레이저 등골절개술	Laser Dissection of Middle Ear	자569-1 레이저 등골절개술의 소정점수를 산정하 되, 사용된 재료대는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
자580 인공와우 이식술	수술 중 와우감시 Intraoperative cochlear monitoring	자580 인공와우이식술의 소정점수에 포함됨. (고시 제2002-69호, '02.10.1. 시행)
	수술 중 신경반응 원격 측정(인공와우이식술 중 청신경 및 이식된 기계 상태의 감시)	

6. 치료재료

제목	세부인정사항
비점막 유발검사(Nasal Provocation Test)시 사용된 항원시약 등의 별도 산정여부	통년성(Perennial) 알레르기성 비염(Allergic Rhinitis)환자의 진단 및 병의 정도를 파악하기 위하여 항원을 직접 비강내에 접촉시킨 후 반응이 나타나는 것을 확인하는 비점막 유발시험검사(Nasal Provocation Test)에 사용된 항원시약, Plotter Paper, Plotter Pen 등은 관련 행위 의 소정점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2003-83호, '04.1.1. 시행)
전기와우도검사의 급여여부	음자극에 따른 와우활동전압의 전기적 반응을 기록함으로써 청력상태 의 정도와 유형을 관찰하는 전기와우도 검사는 Meniere's Disease의 진단에 유용한 검사로 판단되어 급여대상으로 함. 이때 Glycerol 약제 투여 전후에 동 검사를 반복 실시할 때에도 1회 검사료만을 산정하며 Electrode 등의 소요재료 비용은 동 검사료에 포

제목	세부인정사항
	함되므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
비골골절 교정술시 사용한 Denver Nasal Splint의 별도 산정 여부	비골골절 정복술후 비골위에 부종과 혈종의 방지 및 골절부위의 고정 등의 목적으로 사용한 “Denver Nasal Splint”에 대하여 검토한 결과, 동 재료는 비골골절교정술의 소정 수기료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
Mini(Ultra-micro, Low Profile) & Micro Plating System의 급여여부	두개, 악안면 골절 등의 치료를 위한 Plate와 Screw는 인체의 다른 어떤 부분보다도 약하고 얇은 뼈의 파손된 부분을 연결해야 하므로, 미세한 크기 차이로 적용 부위가 달라지며 부위에 따른 적정크기의 Plate와 Screw의 선택이 시술후 환자예후에 커다란 영향을 미치게 됨. 또한 비사 골절(Nasoethmoidal Fracture), 전두비골골절(Frontonasal Fracture), 관골궁골절(Zygomatic Arch Fracture) 시에는 골조직이 얇고 약하며, 연부조직이 충분치 않아 종래의 방법으로는 고정이 어렵고 수술후에도 Plate와 Screw가 만져지거나, 피부를 통하여 비치므로 제거수술 등의 이차적인 수술이 불가피하였음. Storz, Lorenz, Leibinger사의 Mini(Ultra-micro, Low profile) & Micro Plating System은 Titanium재질로서 Plate두께(0.5 - 0.6mm)와 Screw 직경(1.5 - 1.0mm)이 미세하여 인체와 친화력이 있음은 물론 가장 얇으면 서도 강도를 유지할 수 있어, Tissue Layer가 얇은 안면구조의 특성상 시술 후 환자 예후에 좋은 영향을 줄뿐 아니라, 술 후 제거술이 필요치 않아 결과적으로 진료비용의 절감효과가 있는 점 등을 감안하여 급여대 상으로 함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
Nasal packing용 치료 재료 인정기준	Nasal packing용 치료재료는 기존의 팩킹재료로 사용하던 바셀린거즈 에 비하여 수분에 대한 흡수력이 뛰어나고 팩킹시 수술부위에 골고루 압력을 가함으로써 지혈효과가 높으며, 삽입과 제거시에 통증을 유발 하지 않을 뿐만 아니라 점막과의 유착이 없고 이물반응의 극소화로 점 막손상이 없는 장점 등을 감안하여 다음의 경우에 인정하되, 인정개수 를 초과한 경우 재료비용은 전액 본인이 부담함. 1. 산정범위 가. 부비동 수술(Sinus Surgery)

제목	세부인정사항
	나. 비중격교정술 또는 비중격성형술(Submucosal Resection or Septoplasty) 다. 하비갑개 절제술 또는 점막하 절제술(Inferior Turbinectomy or Submucosal Inferior Turbinectomy) 라. 비용적출술(Nasal Polypectomy) 마. 상악동근치수술(Caldwell-Luc Operation) 바. 비출혈지혈법(Control of Epistaxis) 사. 내시경적 비내누낭비강문합술(Endoscopic Dacryo-cystorhinostomy) 아. 경비적 뇌하수체종양 적출술(Transnasal Excision of Pituitary Tumor) 자. 안면골 골절수술 2. 편측수술당 2개 인정 (고시 제2008-110호, '08.10.1. 시행)
External Nasal Splint & Internal Nasal Splint의 요양급여 여부	External Nasal Splint & Internal Nasal Splint는 기존제품(Denver Nasal Splint)에 비해 재질 등의 장점이 있으므로 비골 골절정복술(부종경감 및 압박고정의 목적) 후에 인정함. (고시 제2009-135호, '09.8.1. 시행)
Ventilation tube의 별도 산정여부	중이내튜브유치술시 삼출액의 배액목적으로 사용되는 Ventilation tube는 “중이내튜브유치술”의 소정 수기료에 포함되므로 요양기관에서 실제 사용한 Tube의 종류나 가격에 불문하고 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
TORP, PORP의 별도 산정 여부	이소골 성형술시 사용하는 TORP 및 PORP는 이소골이 파괴된 경우 이소골 대신 사용하는 재료이므로 이소골 성형술에는 별도 산정할 수 있음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
인공와우(Artificial ear cochlear implant)의 요양급여 대상 여부	인공와우는 다음의 경우에 요양급여대상으로 함. 다만, 다음의 적응증 및 인정개수를 초과한 경우의 치료재료 비용은 전액본인이 부담함. - 다 음 - 1. 적응증 가. 2세 미만인 경우

제목	세부인정사항
	양측 심도(90dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용에도 청능발달의 진전이 없을 경우 단, 뇌막염의 합병증 등 시급히 시행하지 않으면 수술시기를 놓치게 될 경우에는 예외적으로 시행할 수 있음. 나. 2세 이상 15세 미만인 경우 양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용 및 집중교육에도 어음변별력과 언어능력의 진전이 없을 경우. 단, 술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외함. 다. 15세 이상인 경우 양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 문장언어 평가가 50% 이하의 경우 단, 술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외함. 라. 15세 미만 또는 요양급여적용일 이전 인공와우 이식을 받은 자중 양측 이청이 반드시 필요한 경우에는 상기 가, 나, 다 각 해당 연령별 조건에 만족시 반대 측 인공와우를 요양급여로 인정함. 이 때 순음청력검사 및 문장언어 평가 결과는 인공와우가 아닌 보청기를 착용한 상태에서 실시한 결과를 적용함. 2. 시설·장비 및 인력 기준 가. 시설·장비 - 청각실 : 방음청력검사실, Mapping 장비, 청각유발반응검사기를 갖추어야 함. - 언어치료실 : Mapping 장비를 갖추어야 함.(청각실과 공동 사용 가능) 나. 인력 - 시술자 : 이비인후과 전문의 2인 이상이 상근하는 요양기관에서 다음 중 각호의 1에 해당하는 이비인후과 전문의가 1인 이상 상근하는 경우 1) 전문의 자격증 취득 이후 인공와우이식술을 시행하는 상급종합병원에서 2년이상 이과 전문 경력이 있으면서 그 기간 중 1년 이상 와우이식술을 시술하거나 공동시술한 경험이 있는자 2) 전문의 자격증 취득 이후 인공와우이식술 실시기준(시설,

제목	세부인정사항
	장비 및 인력)에 적합하다고 건강보험심사평가원에서 통보받은 기관에서 3년이상 와우이식술을 시술 또는 공동시술한 경험이 있는 자 3) 교육, 해외연수 등으로 위 각호에 해당하는 자격을 갖추었다고 이비인후과학회에서 인정받은 자 - 보조인력 : 청각유발반응 검사와 시술 후 mapping을 직접 시행할 수 있는 인력 1인(청각실)과 시술 전·후 언어평가, 시술 후 mapping을 직접 시행할 수 있는 인력 1인(언어치료실) 다. 요양기관은 인공와우이식술 실시 이전에 건강보험심사평가원에 상기 가, 나에 관한 기준에 적합한 증빙서류를 첨부하여 제출하여야함. 3. 인정개수 인공와우는 1set[내부장치(Implant), 외부장치(Implant를 제외한 구성품) 구분]에 한하여 요양급여대상으로 하되, 분실, 파손된 경우 등으로 교환시 외부장치(Implant를 제외한 구성품) 1개를 추가 인정함. 다만, 양측 인공와우 시술이 필요한 상기 적응증 '라' 중 15세 미만의 경우 2set[내부장치(Implant), 외부장치(Implant를 제외한 구성품)]를 인정하되, 이 때 외부장치는 추가 인정하지 않음. (고시 제2010-115호, '11.1.1. 시행)

7. 약제

제목	세부인정사항
[일반원칙] 항생제	◦ 항생제는 타 약제와 달리 요양급여 적용범위를 결정함에 있어 그 적응증이 대부분 전반적인 감염증에 사용토록 되어있고, 실제 임상에서도 항생제 선택 시 적응증별 선택보다 약제감수성검사를 통하여 선택하고 있으므로 환자의 병력 등을 참조하여 1차 약제부터 단계적으로 사용함. ◦ 중증 감염증의 경우 경구 투약만으로 치료효과를 기대할 수 없는 경우 주사제와 병용하여 처방 투여할 수 있음. (고시 제2009-50호, '09.3.23. 시행)
[일반원칙]	아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 허가사항

제 목	세부인정사항
진해거담제	범위이지만 동 인정기준 이외에 투여하는 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 1. 경구진해거담제는 약제의 성분, 약리작용 및 효능·효과, 환자의 증상에 따라 선별적으로 투여함을 원칙으로 하며, 상기도 질환에는 시럽제를 포함하여 2종 이내, 그 이외의 호흡기질환(천식 및 만성폐쇄성 폐질환 제외)에는 시럽제를 포함하여 3종 이내로 요양급여를 인정함. 다만, 만6세미만 소아의 경우에는 함량 및 성분 등이 과량 또는 중복되지 아니하는 범위 내에서 복합시럽제 1종을 추가로 인정함. (다만, 식품의약품안전청장이 정한 의약품분류번호 222, 229에 해당되는 약제라도 약리작용이 진해, 거담, 기관지확장이 아닌 약제는 적용되지 아니함) 2. 비경구 진해거담제는 신속한 치료효과가 필요한 경우에 요양급여를 인정함. (고시 제2007-54호, '07.7.1. 시행)
Erdosteine (품명 : 엘도스캡셀 등)	저렴한 타 거담제 사용으로 호전되지 않는 기관지질환, 폐질환, 후두염, 중이염 및 부비동염에 2차적으로 투여 시 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2007-22호, '07.3.1. 시행)
가글용제 (품명 : 헥사덴트가글액 등)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. - 아 래 - ◦ 입원환자 및 암환자의 경우 : 허가사항(용법·용량) 범위 내에서 투여 시 ◦ 외래환자의 경우 - 인정용량 : 100ml (오키펜액(성분명 : ketoprofen lysine)은 50ml) - 다만, 상기 인정용량을 초과한 경우에는 초과한 용량의 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2008-45호, '08.6.1. 시행)
Cefmenoxime HCl 이비과용제	아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값의 100분

제목	세부인정사항
(품명 : 삼아베스트론 이비과용제)	의 100을 본인부담토록 함. - 아 래 - 1. 외이염 2. 중이염 3. 부비강염 1) 수술 후 투여 시 주3회, 4주 이내 2) 경구용 항생제와의 병용은 인정가능하나, 주사용 항생제와의 병용은 불인정 (고시 제2004-53호, '04.9.1. 시행)



Ⅲ. 공개심의 사례

OTORHINOLARYNGOLOGY

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

(사례 1) 동측에 2회째 시행한 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant) 이식 술에 대하여

■ 청구내역 (남/7세)

- 상병명: 상세불명의 감각신경성 난청
- 주요 청구내역
 - 인공와우이식술 x 1(좌측)
 - [재료대] C1512,C1513 COCHLEAR IMPLANT x 1
 - CP810 SPEECH PROCESSOR SET x 1

■ 진료내역

[입퇴원 요약기록]

2010.12.28. 입원

C/C: deafness- since birth

P/I: 2005.10월 both H-aid 착용함.

2006.1.3 Lt CI by at ○○대학병원 - intra OP NRT : OK

2007.7월 wound swelling 이후 device exposure 문제로 9/18, 12/20 PS에서 OP

2008.3월 내부장치 제거(○○대학병원)

Rt. HA state

Lt. device removal state

2008.12.31 Rt. CI Nucleus 24RE done

intraOP. impedance : OK

intraOP. NRT : OK

intraOP. trnaorbital view : electrode well in situ

2010.08.19 S/E

CAP: 4

MAIS:40/40

K-CID: A0 40%, AV 50%

Audio: NR-0%, NR- 0%

aided: 80/80/90 - 250/500/1K

2010.1.25 mapping

aided: 30-30-30-30-35-35

2010.12.29 [수술기록]

진단명 : Deaf

수술명 : implantation of cochlear prosthetic device, multiple channel(Lt. nucleus)

수술소견 : 2010.12.29 Lt. rev. Cl. nulceus (Cl 512) done

S/P 2008.12.31 Rt. Cl. nulceus(24RE) done

prev. Cl : 2006.1월 Lt. Cl. nuleus(24REA) done

device protrusion d/t skin necrosis over the device

■ 참고

- 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant)의 요양급여 대상여부 (보건복지부 고시 제2010-18호, 2010.2.1.)

■ 심의내용

- 동 건(남/7세)은 양측 감각신경성 난청으로 만 3세경(2006.1월) 좌측 귀에 인공와우(급여)를 이식하였으나, 외상 후 염증 및 피부괴사 등으로 와우기기가 노출되어 2007.9월, 12월에 피부피판술을 시행하고 2008.3월 내부장치(수용 자극기)를 제거하였음. 이후 2008.12.31. 우측에 인공와우를 비급여로 이식하고, 금번 2010.12.22. 좌측에 인공와우를 재이식하였음. 이에, 좌측에 재이식한 인공와우의 요양급여 여부에 대하여 심의함.
- 현행 요양급여 인정기준에서 인공와우는 1set[내부장치(implant), 외부장치(implant를 제외한 구성품) 구분]에 한하여 요양급여하되, 분실, 파손된 경우 등으로 교환 시 외부장치(implant를 제외한 구성품) 1개를 추가 인정하고 있음. 다만, 양측 인공와우 시술이 필요한 적응증 ‘라’ 중 15세 미만의 경우 2set [내부장치(implant), 외부장치(implant를 제외한 구성품)]를 인정하되, 이 때 외부장치는 추가 인정하지 않는 것으로 규정되어 있음(고시 제2010-18호, 2010.2.1. 시행).
- 동 수진자의 경우 과거 좌측에 이식한 인공와우(내부장치, 외부장치)에 대하여 급여 적용을 받은 바, 현행 요양급여 인정기준 상의 파손된 경우에 해당되므로 금번 이식한 인공와우 중 외부장치는 1개를 요양급여하되, 내부장치는 전액본인부담으로 인정함.

[2011.3.21. 진료심사평가위원회]

(사례 2) 돌발성 난청(sudden sensorineural hearing loss)에 투여한 에글란딘(주)에 대하여

■ 청구내역 (남/61세)

○ 상병명: 중추기원의 현기증, 상세불명의 혈관성 치매, 돌발성 특발성 난청

○ 주요 청구내역(급여)

[투약료] 245 소론도정(프레드니솔론) 5mg 3×4, 14.5×1, 19×2

219 타나민정 3×6

[주사료] 219 타나민주 2×4, 1×1

○ 비급여 징수: 에글란딘주 10MCG/2ml × 12ample

■ 진료내역

[퇴원요약]

과거력: DM(+)

진료경과: 내원 3개월 전부터 갑자기 왼쪽 귀가 들리지 않아 본원 이비인후과 외래 경유 2010.12.10. 입원하여 Brain MRI 및 청력검사를 시행한 결과, 좌측의 돌발성 감각신경성 난청으로 진단 받고 수액 요법, 스테로이드 치료 및 보존적 치료를 받고 경과가 크게 호전되지 않았으나 환자 퇴원 원하여 medication schedule 설명 후 외래 관찰하기로 하고 금일 퇴원함. 추후 외래 경과 관찰 필요함.

[경과기록]

2010.12.10 ENT Admission Note

1. CC : 왼쪽 귀가 안들려요, onset: 내원 3개월 전

2. PI : 내원 3개월 전 2010.12월 비행기 탄 후부터 어지럽고 왼쪽 귀가 잘 들리지 않고 경과 호전되지 않아 본원 ENT 외래 경유 입원

3. Past Hx: DM(+) - 경구 투약 중임.

4. Review of system

Ear : hearing impairment(+, Lt), ear fullness(+, Lt)

5. Physical exam

Ear : both TM intact

6. Impression: R/O sudden SNHL, Lt.

7. Plan : IV hydration, Steroid Tx.

12.11 S) subjective hearing gain(-), dizziness(-)

0) Vital sign stable

Both TM intact

A) Sudden SNHL, Lt.

P) IV hydration

Steroid Tx.

Eglandin, Tanamin 유지

12.12 S) Subjective hearing gain(-)

O) Vital sign stable

Both TM intact

A) sudden SNHL, Lt.

P) steroid Tx 지속 (3일째)

conservative care

12.13 S) subjective hearing gain(-), tinnitus(-)

O) V/S stable

A) sudden SNHL, Lt.

P) steroid Tx 지속(4일째)

conservative care

low salt diet 유지

discharge plan

12.14 S) subjective hearing gain(-), tinnitus(-)

O) V/S stable

P) steroid Tx 지속 (5일째)

conservative care

금일 경과 호전되지 않았으나 PO medication 퇴원하여 지속하기 위해 퇴원함.

추후 외래 추적관찰 요함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조(요양급여의 적용기준 및 방법), 제9조(비급여대상)
- alprostadiil 주사제(품명 : 에글란딘) (보건복지부 고시 제2007-83호 2007.10.1.)
- 이비인후과학-두경부외과학 I (기초 · 이과), 대한이비인후과학회편, 2009. p781~7
- 식품의약품안전청 허가사항
- 미국 FDA 허가사항

■ 심의내용

- 에글란딘주(성분명 : alprostadiil)는 ‘만성동맥폐색증(버거씨병, 폐색성동맥경화증), 진행성전신성경화증과 전신성홍반성낭창의 피부괴양 개선, 진동병에서 말초혈행장애에 수반하는 자각증상의 개선 및 말초순환, 신경, 운동기능장애의 회복 등’에 허가 받은 약제로, 동 약제의 요양급여 인정기준에서는 허가사항 범위 내에서 투여하되 만성동맥폐색증에 투여 시에는 인정기준에 합당한 경우 요양급여토록 하고 있으며 그

외 간이식 등 허가범위를 초과하여 급여 또는 전액본인부담으로 투여할 수 있는 경우를 별도로 정하고 있음(고시 제2007-83호, 2007.10.1.).

- 돌발성 특발성 난청 및 현기증 등 진단 하에 임의비급여로 투여한 에글란딘주(성분명 : alprostadi)의 요양급여 대상여부 확인 신청이 있어 논의한 결과, 상기 진단 하에 에글란딘주 투여는 국내외 임상문헌 등에서 그 효과를 입증할 만한 객관적인 근거가 부족하고 허가사항 범위 초과 투여이므로 인정하지 아니함.

[2011.3.21. 진료심사평가위원회]

(사례 3) 요양급여적용일 전 인공와우이식(전액본인부담) 후 동일 부위 재수술시 사용한 인공와우(Artificial ear cochlear implant) 요양급여에 대하여

■ 심의배경

현행 인공와우 인정기준(고시 제2010-18호, 2010.02.01)은 ‘처음 인공와우이식을 시행하는 경우’와 ‘15세 미만 또는 요양급여적용일 전 인공와우이식을 받은 자 중 반대측에 이식을 필요로 하는 경우’에 대한 내용으로, 인공와우의 요양급여적용일 전 편측에 와우이식을 받고 급여적용 이후 동일 부위에 재이식하는 인공와우에 대하여 논의함.

■ 참고

- 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant)의 요양급여 대상여부 (보건복지부 고시 제2010-18호, 2010.2.1. 시행)
- 이비인후과학-두경부외과학 I (기초·이과), 대한이비인후과학회편, 2009.

■ 심의내용

- 인공와우 치료재료는 급여인정기준에서 적응증과 시설·장비 및 인력기준에 합당한 경우 1set[내부장치, 외부장치]를 급여인정하며, 분실, 파손된 경우 등으로 교환 시는 외부장치 1개를 추가로 인정하고 그 외에는 치료재료 비용을 전액본인 부담토록 정하고 있음.
- 동 건은 인공와우 요양급여 적용일(2005.1.15) 전 와우이식을 받은 자가 급여 적용일 이후에 재이식이 필요한 경우 급여 인정 범위에 대하여 논의한 바, 관련 교과서나 학회의견 등을 참고하여 다음의 사유로 재이식을 한 경우에 한하여 현행 인정기준을 만족시 인공와우를 급여 인정기로 함.

- 다 음 -

- ① 이식기의 작동 불량 : 기계의 작동불량(hard failure), 설명되어 지지 않는 수행 능력저하(soft failure)

- ② 두피 파판의 손상에 의한 내부이식기 돌출
- ③ 전극의 위치가 잘못되어 있거나(misplacement), 지연돌출 (electrode delayed extrusion)
- ④ 기타
- 안면신경자극 (facial nerve stimulation)

[2010.10.25 진료심사평가위원회]

(사례 4) 소아에서 우측 인공와우 이식 후 6주만에 좌측에 시행한 인공와우 (Artificial Ear Cochlear Implant) 요양급여에 대하여

■ 청구내역 (여/4세)

- 상병명 : 상세불명의 감각신경성 난청
- 주요청구내역
 - 인공와우이식술 x 1(좌측)
 - [치료재료] NUCLEUS 24 FREEDOM COCHLEAR IMPLANT x 1
 - FREEDOM SPEECH PROCESSOR SET x 1

■ 진료내역

- 2010.5.3 주호소 : deafness - 3세 detected
현병력 : Date of Birth : 2005.6.26
First visit to OPD on 2010.2.28
Hearing Aid applied : since 3-years-old (2008.7월), both compliance more than 12 hours adaptation good
착용 시 소리에 많이 반응을 한다.
과거력 : 2010.3.24 우측 인공와우 이식술 시행
- 2010.5.4 좌측 인공와우 이식술 시행

※ 검사결과

구 분	2010.2.18	2010.5.3
PTA	HA(-) Rt 81 dB Lt 75 dB HA(+) Rt 55 dB Lt 55 dB	HA(-) Rt 100-105-105-115-115-115 Lt 65-70-75-75-75-80 HA(+) Lt 55-60-60-60-65-65
Audiometry	R) 70/75dB, 28% (aided 60) L) 70/75dB, 36% (aided 55)	SRT : R) 98dB, L) 70dB Unaided : R) 99dB, 4% L) 98dB, 36%
Speech evaluation	2010.3.23	2010.5.3
	- CAP(HA both /Lt/ Rt) 3/ 3/ 3 - MAIS 38/40 - K-CID(HA both /Lt/ Rt) A0 53.3/56.7/23.3% AV 70/66.7/33.3%	- CAP 6 : open set 80% 이상 (전화 통화에서 대화의 70~80% 이해가 능. 검사실에서는 주의집중 등의 문제 로 전화상 sentence perception 극히 제한) - K-CID : A0 86.66%, AV 93.33% (‘10.3.23 평가에 비해 반응시간 줄어 들고 articulation 호전 양상 관찰. 여 전히 speech intelligibility 좋지 않 은 상태)

■ 참고

- 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant)의 요양급여 대상여부 (보건복지부 고시 제2010-18호 2010.2.1. 시행)
- 이비인후과학-두경부외과학 I (기초·이과), 대한이비인후과학회편, 2009. p 845-871
- Clinical Policy Bulletin : (2010.3.9) : Aetna

■ 심의내용

- 양측 인공와우는 인정기준에서 15세 미만에서 양측 이청이 반드시 필요한 경우에 연령별 조건을 만족시 반대 측 인공와우를 요양급여로 인정하고 있음(고시 제2010-18호).
- 동 건(여/4세)은 감각신경성 난청, EVAS(Enlargement Vestibular Aqueduct Syndrome) 상병 하에 우측 인공와우 이식(2010.3.24, 급여 인정) 후 6주 만에 좌측 인공와우 이식(2010.5.4)을 시행한 사례로,
2010.5월 시행한 순음청력검사 결과 양측 모두 70dB 이상인 고도 난청이지만 SRT Rt 98dB, Lt. 70dB로 좌측에 잔존 청력이 남아 있고 문장언어평가가 CAP score 6(open set 80% 이상), K-CID 80% 이상으로 우측 인공와우 이식 후 보청기 착용 및 집중교육 등을 통한 진전이 있었다고 판단되는 바, 충분한 경과 관찰을 한 후 반대편 인공와우 이식을 시행하는 것이 타당하다고 판단되어 좌측 인공와우는 전액본인부담토록 함.

[2010.10.25 진료심사평가위원회]

(사례 5) 성인(언어습득 전 농) 환자에게 시행한 편측 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant) 요양급여에 대하여

■ 청구내역 (여/33세)

○ 상병명 : 상세불명의 감각신경성 난청, 청각의 이상

○ 주요청구내역

- 인공와우이식술 x 1 (우측)

[치료재료] NUCLEUS 24 FREEDOM COCHLEAR IMPLANT x 1

FREEDOM SPEECH PROCESSOR SET x 1

■ 진료내역

[입퇴원 요약기록]

2010.7.13 주호소 : Hearing loss - from birth

현병력 : # 고아로 고아원에서 자란 환자로 출생력, 주산기력에 대한 정보 전혀 없음.

유일하게 아는 정보는 태어나서 처음에는 들었으나 7~8개월 때 부터 난청임을 알게 되었다는 것임.

First visit OPD on 2010-2-8

Hearing aid apply : 외래 방문 전까지 착용한 적 없음.

2010.3월부터 착용함.

Education : never done, cannot read and write

Rt. handness

※ 검사결과

구분	2010.2.10	2010.7.14
PTA		Rt HA(-) 100-105-110-120-120-120 HA(+) 60- 60- 70-110-110-110 Lt HA(-) 95-100-110-120-120-120 HA(+) 70- 70- 65-110-110-110
ABR	Non-response	Non-response
Audiometry	R) NR-0%, aided 70dB L) NR-0%, aided 70dB	R) NR, unaided 108dB L) NR, unaided 108dB
언어평가	CAP : 0 K-CID AO: 0%, AV: 0%	CAP : 1 (R : 악기의 큰소리에 반응, B : 뒤에서 부르는 큰 말소리 등에 제한적으로 반응) K-CID AO : 0%, AV: 0% (lip reading 활용하지 않는 편이며, 문맹의 상태에 가까움)

2010.7.14 수술 : Implantation of cochlear prosthetic device, multiple channel (Rt)

■ 참고

- 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant)의 요양급여 대상여부 (보건복지부 고시 제2010-18호, 2010.2.1)
- 이비인후과학-두경부외과학 I (기초·이과), 대한이비인후과학회편, 2009. p845-871

■ 심의내용

동 건(여/33세)은 순음청력검사 결과 양측 모두 100dB 이상(Aided 70dB)이며 CAP score 1, K-CID A0: 0%/ AV: 0%로 언어습득 전 농 환자이지만 과거 보청기 착용을 한 적이 있고 잔존 청력이 남아 있으며, 강한 재활의 의지가 있어 와우이식 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용할 것으로 예상되므로 동 건의 인공와우는 급여로 인정함.

[2010.10.25 진료심사평가위원회]

(사례 6) 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant) 심의사례 (2사례)

** A 사례 (남/65세)

■ 청구내역

- 상병명 : 상세불명의 감각신경성 난청, 코인두 악성신생물
- 주요청구내역
 - 인공와우이식술 x 1(좌측)
 - [치료재료] NUCLEUS 24 FREEDOM COCHLEAR IMPLANT x 1
 - FREEDOM SPEECH PROCESSOR SET x 1

■ 진료내역

[입퇴원 요약기록]

'10.1.14 주호소 : 왼쪽 hearing impairment - for several years

현병력 : 상기 환자 nasopharynx Ca.로 2003년 CCRTx(concurrent chemoradio-therapy) 후 발생한 Lt. hearing loss, Rt hearing impairment로 Rt. hearing aid 착용자로 (2005년) Lt. COM(chronic otitis media)으로 '05.11.8 canal wall up mastoidectomy & tympanoplasty 시행 받았고, '09.5.15 Lt subtotal petrosectomy 시행 받으신 분으로, OPD F/U 하다 OP 위해 입원함.

검사결과 :

Rt. TM inf. 30% perforation, d/c(+), Lt. TM 5월 OP로 obliteration
PTA(순음청력검사, '09.1.14) Rt 72/ Lt 105

문장언어평가 ['09.1.14] - open set sentence (성인) : HA(-) 5%, HA(+) 96%

CAP : HA(-) 5, HA(+) 6~7

Audiogram ['08.12.4]

----- Hearing Aid Unaided

SRT 80 dB/ S0(masking 75 dB) 60 dB/ - 75 dB/ -

SDS 40 %/ S0 50 % / - 40 %/ -

'10.1.15 pre OP Dx : COM. Lt...Deaf, Lt (previous OP : Lt. subtotal petrosectomy)

OP name : Lt. CI, nucleus

** B 사례 (남/35세)

■ 청구내역

○ 상병명 : 상세불명의 감각신경성 난청

○ 주요청구내역

- 인공와우이식술 x 1(우측)

[치료재료] NUCLEUS 24 FREEDOM COCHLEAR IMPLANT x 1

FREEDOM SPEECH PROCESSOR SET x 1

■ 진료내역

'10.01.27 외래 최초방문

'10.2.15 (입원)

과거 청력

1YA L) SSNHL (sudden sensorineural hearing loss)

1MA R) SSHNL로 both deaf 상태임.

Hearing Aid applied : never tried

Rt. handedness ⇒ 상기 병력으로 Rt) 인공와우 시행받기 위해 입원함.

검사결과 :

PTA(순음청력검사) : Rt) S.0 / 85-8%, Lt) S.0 / 90-10%

Aided Level : R) 50dB, L) 65dB

Impedance audio : A - / A -

Speech evaluation - Everyday Sentence(screening) 5.7% ---

Everyday Sentence - KCID 0% 12%

pd word : word 0% 25%, phenome 20.37% 50%

Spondee word : word 0% 20%, phoneme 20% 57.5%

CAP : 2

■ 참고

- 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant)의 요양급여 대상여부 (보건복지부고시 제2009-180호 2009.10.1)
- 이비인후과학-두경부외과학 1 (기초·이과), 대한이비인후과학회편, 2009. p744-5

■ 심의내용

15세 이상에서 와우이식 시 현행 인공와우의 인정기준(고시 제2009-180호, 고시 제2010-18호)은 ‘양측 고도($\geq 70\text{dB}$) 이상의 난청환자로서 문장언어 평가가 50% 이하의 경우. 단, 술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외함’으로 정하고 있는바, 동 사례의 인공와우는 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

- A사례(남/65세) : Nasopharynx Ca(코인두 악성신생물)로 7년전 CCRTx(concurrent chemoradiotherapy, 동시 항암화학방사선치료) 후 좌측 청력 소실, 우측 청력 손상이 있어 감각신경성 난청과 만성 중이염 진단하에 인공와우이식술(좌측)을 시행한 경우로, 수술 전 오른쪽 귀에 보청기를 착용하고 실시한 문장언어평가 검사결과 open set sentence 96%, CAP(categories of Auditory Performance, 청각수행능력척도) score 6-7 로 인정기준에 해당하지 아니하므로 인공와우는 전액본인부담함이 타당함.
- B 사례(남/35세) : 과거 정상 청력이었으나 1년 전부터 왼쪽 귀, 1개월 전부터는 오른쪽 귀의 돌발성 난청으로 both deaf(양측 농) 상태로 내원(초진 : '10.1.27)하여 인공와우이식술(우측 ; '10.2.16)을 시행한 경우로, 청력 소실 후 환자상태에 대한 충분한 관찰 없이 최초 시행('10.2.1)한 순음청력검사(Pure Tone Audiometry) 및 어음명료도, 문장언어평가 결과만으로 조기에 인공와우를 이식한 것은 적절한 진료로 볼 수 없으므로 동 건의 인공와우는 전액본인부담함이 타당함.

[2010.5.17. 진료심사평가위원회]

(사례 7) 편측 인공와우이식술 후 반대편에 시행한 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant)의 요양급여에 대하여

■ 청구내역 (여/3세)

- 상병명 : 상세불명의 감각신경성 난청
- 주요청구내역

- 인공와우이식술 x 1(우측)

[치료재료] NUCLEUS 24 FREEDOM COCHLEAR IMPLANT x 1

FREEDOM SPEECH PROCESSOR SET x 1

■ 진료내역

○ 진단명 : deaf

○ 입원사유 및 병력요약

2008.2.12 Lt CI Nucleus

(R/O 8th nerve hypoplasia, Heart dz, congenital FNP, 시력 : 얼굴표정 모방 가능)

PTA : R) 110 Aided 80, L) 110 Aided 80

ABRT : 6/20, 9/10 두 차례의 ABR-t 검사상 B) NR (non reponse)

'06.9.26 ABR-T R) 40dB, L) 35dB

EABR : Rt 400, Lt 200

○ 입원경과

Deaf, sp L) CI 24 RE(CA) (20080212)

8th N Def, incomplete cochlear turn, vestibular hypoplasia

>>>> R) CI 24 RE(CA), NRT(+)

2009.11.17 수술

pre OP Dx : deaf

OP name : Implantation of Cochlear prosthetic device, multiple channel

검사결과 :

언어평가보고서 - 오른쪽 귀에만 보청기를 착용하고 검사

CAP 1

영유아 언어발달 검사(SELSI) : 수용언어-원점수 8점/ 등가연령 : 5개월

표현언어-원점수 12점/등가연령 : 8개월

결과요약 : 악기소리와 환경음 중 일부에서만 탐지 반응을 보이며 소리탐지능력이 심하게 제한됨. 언어능력은 1세 미만 수준으로 지체되고 언어이전 단계에서의 상징이해 및 모방능력, 비언어적 의사소통 능력에서도 지체를 보임. 자발적 발화와 함께 혹은 몸짓과 행동만으로 자기요구 중심의 의사소통 의도를 표현하며 자발적인 의사소통과 상호작용은 활발히 시도됨.

■ 참고

- 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant)의 요양급여 대상여부 (보건복지부고시 제2009-180호 '09.10.1)

■ 심의내용

- 현행 양측 인공와우의 인정기준은 '15세 미만 또는 요양급여적용일 이전 인공와우 이식을 받은 자중 양측 이청이 반드시 필요한 경우에는 각 해당 연령별 조건에 만족시

반대 측 인공와우를 요양급여로 인정함. 이 때 순음청력검사 및 문장언어평가 결과는 인공와우가 아닌 보청기를 착용한 상태에서 실시한 결과를 적용함.’으로 명시되어 있는바(고시 제2009-180호, 고시 제2010-18호), ‘인공와우가 아닌 보청기를 착용한 상태에서 순음청력검사 및 문장언어평가 결과를 적용’ 토록 하는 것은 와우이식을 시행할 귀에 보청기를 착용한 최적의 조건에서 검사하는 것을 의미하는 것임.

- 동 건(여/3세)은 과거('08.2월) 인공와우이식술(Lt) 후 금번('09.11월) 반대편 인공와우이식술(Rt)을 시행한 경우로, 수술 전 시행한 순음청력검사(Pure Tone Audiometry) 상 Rt 110 dB(aided 80dB)/ Lt 110 dB(aided 80dB), 문장언어평가(오른쪽 귀에만 보청기 착용)에서 악기소리와 환경음 중 일부에서만 탐지반응을 보이며 소리탐지능력이 심하게 제한되어 언어능력이 1세 미만 수준으로 지체되는 등의 결과를 보이므로 인공와우는 급여로 인정함.

[2010.5.17. 진료심사평가위원회]

(사례 8) 고실성형술 및 공동폐쇄유양동절제술시 산정된 유양동폐쇄술(자16-가(1)국 소피판술의 50%)에 대하여(2사례)

** A 사례 (여/49세)

■ 청구내역

- 상병명 : 상세불명의 중이염
- 주요청구내역

자564 고실성형술 [점막 또는 피부의 식피술료 포함] 1x1

자567 가. 유양동절제술-공동폐쇄유양동절제술 0.5x1

자16 가(1)(나) 피부피판술-국소피판술-기타(유양동폐쇄술) 0.5x1 (준용 산정)

■ 진료내역

OP name : ICWM (Intact canal wall mastoidectomy) et type IV tympanoplasty, Rt.
Mastoid obliteration(R) with polybone & bone dust

** B 사례 (여/44세)

■ 청구내역

- 상병명 : 상세불명의 중이염
- 주요청구내역

자564 고실성형술 [점막 또는 피부의 식피술료 포함] 1x1

자567 가. 유양동절제술-공동폐쇄유양동절제술 0.5x1

자16 가(1)(나) 피부피판술-국소피판술-기타(유양동폐쇄술) 0.5x1 (준용 산정)

■ 진료내역

OP name : Canal bridge mastoidectomy Type I tympano (R)
Post. EAC wall reconstruction with bone dust & DTMF
Mastoid obliteration with bone dust & polybone

■ 참고

- 자567나 공동개방 유양동절제술시 실시한 유양동폐쇄술의 수기로 산정방법 (보건복지
부고시 제2007-46호, 2007.5.28)
- 이비인후과학-두경부외과학 I (기초·이과), 대한이비인후과학회편, 2009. p 670-87

■ 심의내용

- 동 건은 만성 중이염 등의 상병으로 자567가 공동폐쇄유양동절제술(canal up mastoidectomy)
시 유양동폐쇄술을 시행하고 자16가(1) 국소피판술의 50%(준용산정)를 별도 산정한
건으로,
- 현 인정기준(고시 제2007-46호)에서는 자567나 공동개방유양동절제술(canal down mastoidectomy)
시 muscle flap, bone chip, cartilage, bone paste, fat 등을 이용하여 외이도벽을
메꾸어 주는 유양동폐쇄술을 실시한 경우에 자16가(1) 국소피판술 소정점수의 50%를
산정토록 정하고 있는 바,
- A사례는 외이도후벽보존 유양동절제술(intact canal wall mastoidectomy)시 일련의
과정으로 유양동폐쇄술을 시행하므로 기 심사대로 별도 인정하지 아니함이 타당함.

다만, B사례에서 시행한 교각보존 유양돌기절제술(intact bridge mastoidectomy :
IBM)은 공동개방유양동절제술(canal down mastoidectomy)과 같이 외이도 후벽을 제거
하고 공동폐쇄유양동절제술(canal up mastoidectomy)과 같이 상고실 부위의 교각을
보존하는 수술방법으로 외이도벽을 메꾸어 주는 유양동폐쇄술이 필요하므로 기 심사
조정된 자16가(1) 국소피판술 50%는 별도 인정키로 함.

[2010.5.17. 진료심사평가위원회]

(사례 9) 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant) 심의사례 (2사례)

【 A사례 】

■ 청구내역 (남/23개월)

○ 상병명 : 상세불명의 감각신경성 난청

○ 주요청구내역

- 인공와우이식술 x 1(우측)

[재료대] NUCLEUS 24 FREEDOM COCHLEAR IMPLANT x 1

FREEDOM SPEECH PROCESSOR SET x 1

■ 진료내역

• 주호소 : 선천성 농, 생후 6개월에 신생아 청력검사에서 청력장애 발견

19개월경부터 보청기 착용하기 시작하여 지속적으로 착용하고 있음.

농학교에서 주3회씩 영유아 교육 받고 있음.

소리에 대한 반응 : 하던 행동을 멈추고 소리 나는 곳으로 고개를 돌리거나 살피는 행동으로 탐지 반응을 보임. 시각적 단서와 함께 제시하거나 신체적 촉진에 따라 탐지 반응행동을 보이거나 아직 일관되지 않음. 자연스러운 상황에서의 자발적인 탐지반응 행동의 빈도는 보다 더 제한됨.

- ABR(청각뇌반응검사) : 우측) 90 좌측) 90

- PTA(순음청력검사) : 우측) 85 좌측) 85

• 수술 : Implantation of Cochlear prosthetic device, multiple channel
(Rt) CI, nucleus

【 B사례 】

■ 청구내역 (남/62세)

○ 상병명 : 상세불명의 감각신경성 난청

○ 주요청구내역

- 인공와우이식술 x 1(좌측)

[재료대] NUCLEUS 24 FREEDOM COCHLEAR IMPLANT x 1

FREEDOM SPEECH PROCESSOR SET x 1

■ 진료내역

'08.12.11 외래 최초방문

주호소 : 1달 전부터 청력장애 있었음

'09.2.24 (입원)

PTA 검사 : 65/102 dB -4분법상,

보청기재활(-),

어음명료도 42%, 문장언어평가: A0 46%, AV 84%, CAP 4

주시술명 : Cochlear implantation, left

■ 참고

- 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant)의 요양급여 대상여부 (고시 제2005-29호 '05.5.11)
- 장애인복지법시행규칙 제2조제2항 규정에 의한 장애등급 판정기준 (고시 제2003-37호, 2003.6.28)
- 이비인후과학-두경부외과학 I (기초·이과), 대한이비인후과학회편, 2002년 p 744-746 등.
- Clinical Policy Bulletin: (2009.2.12)/ 출처 : Aetna

■ 심의내용

진료내역 및 현행 인정기준 등을 참조하여 각 사례에 산정된 인공와우 인정여부는 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

▷ A사례

- 현행 인공와우 인정기준(고시 제 2005-29호, '05.5.15)에 의거 2세 미만인 경우 양측 심도(≥ 90 dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용에도 청능발달의 진전이 없을 경우에 요양급여를 인정하고 있으며, 이 때 난청판단은 2세 미만은 ABR(auditory brain response, 청각뇌반응검사), 2세 이상은 PTA(pure tone audiogram, 순음청력검사)결과를 적용하는 것이 의학적으로 타당함.
- 동 건(남/23개월)은 '08.8월 보청기 착용 후 청각기능 훈련을 실시하던 중 '08.11월 인공와우 이식술을 시행한 사례로, 제출된 양측 청력검사결과 상 ABR 90dB, PTA 85dB으로 확인되므로, 동 건에 산정된 인공와우는 요양급여로 인정함.

▷ B사례

- 현행 인공와우 인정기준(고시 제 2005-29호, '05.5.15)에 의거 15세 이상인 경우 양측 고도(≥ 70 dB) 이상의 난청환자로서 문장언어평가가 50% 이하의 경우에 요양급여를 인

정하고 있음.

- 동 건(남/62세)은 '08.12월 최초 내원 당시 시행한 순음청력검사 소견만으로 '09.1월 인공와우이식술(좌측)을 시행한 사례로, 순음청력검사결과를 4분법^{a)}으로 보았을 경우 65dB(우측)이며, 우측 청력 소실 후 일정기간(최소 3개월)의 보청기 재활 없이 바로 인공와우를 이식한 것은 적절한 진료로 보기 어렵다고 판단하여 심사조정함에 따라 재심사조정청구를 제기하였음.
 - 요양기관은 현행 인정기준에는 청력검사의 계산법에 대한 별도의 언급이 없음에도 불구하고 순음청력검사결과를 4분법^{a)}만으로 보는 것은 타당하지 않으며, 장애등급 판정기준에 의거한 6분법(주파수별로 500Hz, 1000Hz, 2000Hz, 3000Hz, 4000Hz, 6000Hz에서 각각 청력검사를 실시, 평균치)으로 보았을 경우 75dB(우측)이므로 현행 인정기준의 범위를 벗어나지 않았다고 주장함.
 - 그러나, 인공와우이식술은 통상 수술 전 환자에 대한 종합적인 평가가 선행된 후 신중하게 이루어져야 하는 바, 최초 내원 시 1회 실시한 순음청력검사만으로 수술을 결정하는 것은 적절하지 않으며, 관련학회에서 제시하고 있는 청력역치 계산방법도 4분법^{a)}과 6분법^{b)}을 사용토록 권장하고 있을뿐 아니라, 수술을 위한 순음청력검사 기준을 장애등급 판정기준을 위한 검사기준과 동일하게 적용하는 것은 타당하다고 볼 수 없음.
- 따라서, 동 건에 산정된 인공와우 치료재료는 기 결정대로 환자가 전액본인부담토록 함.

※ a) 순음청력검사의 500Hz, 1000Hz, 2000Hz, 4000Hz의 청력역치를 합산하여 4분 한 것

b) 순음청력검사의 500Hz, 1000Hz, 2000Hz, 4000Hz의 청력역치 중 1000Hz와 2000Hz의 청력역치를 2배수하여 합산한 것을 6분 한 것

[2009.5.25 진료심사평가위원회]

Ⅳ. 주요 청구착오유형 등

OTORHINOLARYNGOLOGY

동 청구착오유형은 건강보험심사평가원서울지원에서 제작한 「요양급여비용 주요청구착오유형
모음집(2010)」에서 일부 발췌하였음.

1. 처치 및 수술료

청구착오유형	심사내역	관련근거
기본진료료에 포함되어 별도로 청구할 수 없는 처치 및 수술료 청구착오	편도주위 고름집(농양)상병으로 편도주위종양절개술을 실시한 후 시술 다음날 실시한 구강처치를 염증성처치(자-2-1가(2))로 산정·청구하여 염증성처치료 심사조정	■ 건강보험행위급여·비급여목록표 및 급여상대가치점수 제9장제1절 산정지침 - 간단한 처치 및 수술의 비용은 기본진료료에 포함되므로 산정하지 아니함
	간단한 이구전색제거는 기본진료료에 포함되어 별도 산정할 수 없으나 - 중이염 상병으로 내원한 수진자에 대하여 간단한 이구전색제거를 실시 한 후 이구전색제거료-복잡한 것(자557-가)를 청구하여 이구전색제거료 심사조정	■ 건강보험행위급여·비급여목록표 및 급여상대가치점수 제9장제1절 처치 및 수술료 - 자557 외이도이물 또는 이구전색제거 [간단한 것은 기본진료료에 포함] 가. 복잡한 것 나. 극히 복잡한 것
전부비강근본수술과 비용적출술을 동시에 실시한 경우 별도로 산정할 수 없는 비용적출술료 청구	양측 코의 만성굴염, 코의 폴립 상병으로 전부비강근본수술료가 비용적출술을 동시에 실시한 경우 비용적출술은 부수적인 수술이므로 별도 산정할 수 없으나 - 전부비강근본수술(자113)과 비용적출술(자95)를 각각 청구하여 비용적출술료는 심사조정	■ 건강보험행위급여·비급여목록표 및 급여상대가치점수 제9장제1절 산정지침 - 주된 수술 시에 부수적으로 동시에 실시하는 수술의 경우에는 주된 수술의 소정점수만 산정
하비갑개점막하절제술과 비중격교정술 동시 실시한 경우 수술료 청구 착오	1일 입원하여 하비갑개점막하절제술 양측을 시행하면서 비중격교정술 시행 시 - 청구 자102 하비갑개점막하절제술*2, 자100 비중격교정술 또는 성형술(골에 달하는 것)*1 - 심사조정 자102 하비갑개점막하절제술*2,	■ 고시 제2007-77호(2007. 8.30 시행) 양측으로 자101 하비갑개점막하절제술 또는 자102 하비갑개점막하절제술 실시하면서 동시에 자100 비중격교정술을 시행한 경우 수기료는 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 자100 비중격교정술 수기료가 동시 실시한 양측 수기료보다 큰 경

청구착오유형	심사내역	관련근거
	자100 비중격교정술 또는 성형술 (골에 달하는 것)*0.5	우 : 자100 소정점수의 100%, 동 시 수술 소정점수의 150%(100%+50%) 산정 나. 자100 비중격교정술 수기료가 동 시 실시한 양측 수기료 보다 작은 경우 : 자100 소정점수의 50%, 동 시 수술 소정점수의 200% 산정
급성굴염에 산정 할 수 없는 부비 강세척료 청구	부비강세척은 아급성기 및 만성 부 비동염에 시행한 경우 산정할 수 있으나 - 급성 굴염에 부비강세척료(자 108)를 청구하여 심사조정	■ 고시 제2008-125호(2008.11.1. 시행) 1. 자108 부비강세척은 국소마취 후 부비동의 자연공으로 카테타를 삽 입하거나 투관침이나 천자침을 이 용하여 천자후 세척하는 방법으로 아급성기 및 만성 부비동염에 시 행한 경우에 인정하며, 만3세 이 하의 소아에게는 인정하지 아니 함. 다만, 전신마취하에 부비동세 척을 실시하거나 아데노이드절제 술 등을 시술하는 과정에서 튜브 를 삽입한 후 이를 통해 부비강세 척을 실시한 경우에는 만3세 이하 에서도 인정함. 2. 생 략
갑개소작술 주 1회 이상 청구	7일 이내에 2일 내원하고 갑개소작 술을 내원시마다 시행하여 각각 2회 청구함으로 1회만 인정하고 조정함.	■ 고시 제2007-46호(2007.6.1. 시행) 자102-1 갑개소작술은 전기, 약물 소 작법에 관계없이 주1회 인정하며 양 측으로 시행 시는 각각 인정함.
동일 내원기간에 시행한 부비강세 척과 프로엠티치 환술 각각 청구	만성 부비동염 상병으로 주2회 내 원하여 부비강세척(자108), 프로 엠티치환술(자108-1)을 각각 2회 씩 산정하여 부비강세척(자108)을 심사 조정함.	■ 고시 제2008-125호(2008.11.1. 시행) 1. 생 략 2. 자108 부비강세척 및 자108-1 프로 엠티치환술은 각각 주2회 이내로 인정하되, 동일 주간(週間)에 동 시술을 각각 주2회씩 시행했을 경 우에는 프로엠티치환술만 2회/주 로 인정함.

청구착오유형	심사내역	관련근거
내시경하에 상악동사골동근본수술과 함께 시행한 상악동비내수술 청구착오	내시경하에 상악동사골동근본수술(자114)과 함께 시행한 상악동비내수술(자105)은 자114에 포함되어 별도로 산정할 수 없으나 - 만성굴염 상병에 상악동사골동근본수술(자114)과 상악동비내수술(자105)을 동시 실시한 후 각각의 수가를 산정하여 상악동비내수술(자105)료를 심사 조정함.	■ 고시 제2007-46호(2007.6.1. 시행) 내시경하에 자114 상악동사골동근본수술과 동시 실시한 자105 상악동비내수술 또는 자110 사골동비내수술은 자114 항목에 포함되는 시술이므로 별도로 산정하지 아니함.
인후두소작술 산정 횟수 청구착오	인후두소작술은 치료기간 중 2회 이내만 산정하여야 하나 - 인후두염 상병으로 3회 내원하여 인후두소작술(자226)을 3회 실시하고 청구하여 1회 심사 조정함.	■ 건강보험행위급여·비급여목록표 및 급여상대가치점수 제9장제1절 산정지침 - 자226 인후두소작술 주 : 2. 치료기간 중 2회 이내만 산정
Nasal packing용 치료재료를 별도 산정할 수 없는 경우에 청구	Nasal packing용 치료재료는 부비동수술 등 장관이 별도로 정한 수술에 사용된 경우에 산정할 수 있으나 - 비중격 혈종 또는 농양절개술(자100-1) IVALON을 청구하여 심사 조정함.	■ 고시 제2008-110호(2008.10.1. 시행) Nasal packing용 치료재료는 기존의 팩킹재료로 사용하던 바셀린거즈에 비하여 수분에 대한 흡수력이 뛰어나고 팩킹시 수술부위에 골고루 압력을 가함으로써 지혈효과가 높으며, 삽입과 제거시에 통증을 유발하지 않을 뿐만 아니라 점막과의 유착이 없고 이물반응의 극소화로 점막손상이 없는 장점 등을 감안하여 다음의 경우에 인정하되, 인정개수를 초과한 경우 재료비용은 전액 본인이 부담함. 1. 산정범위 가. 부비동 수술(Sinus Surgery) 나. 비중격교정술 또는 비중격성형술(Submucosal Resection or Septoplasty) 다. 하비갑개 절제술 또는 점막하 절제술(Inferior Turbinectomy or Submucosal Inferior Turbinectomy)

청구착오유형	심사내역	관련근거
		라. 비용적출술 (Nasal Polypectomy) 마. 상악동근치수술 (Caldwell-Luc Operation) 바. 비출혈지혈법 (Control of Epistaxis) 사. 내시경적 비내누낭비강문합술 (Endoscopic Dacryo-cystorhinostomy) 아. 경비적 뇌하수체종양 적출술 (Transnasal Excision of Pituitary Tumor) 자. 안면골 골절수술 2. 편측수술당 2개 인정

2. 약제

청구착오유형	심사내역	관련근거
외래에서 가글용제를 100ml 초과하여 청구	급성 편도염 상병으로 내원하여 탄통액 300ml를 원외처방하였으나 진료기록부를 검토한 결과 100ml 이상 투여할 만한 사유가 확인되지 않아 200ml 심사 조정함.	■ 고시 제2008-45호(2008.6.1 시행) 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. - 아 래 - ◦ 입원환자 및 암환자의 경우 : 허가사항(용법·용량) 범위 내에서 투여 시 ◦ 외래환자의 경우 - 인정용량 : 100ml (오키펜액 (성분명 : ketoprofen lysine)은 50ml) - 다만, 상기 인정용량을 초과한 경우에는 초과한 용량의 약값 전액을 환자가 부담토록 함.
식품의약품안전청자의 의약품 허가	의약품은 약사법령에 의하여 허가 또는 신고된 사항의 범위내에서 환	■ 건강보험요양급여기준에관한규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및

청구착오유형	심사내역	관련근거
가사항 범위를 초과하여 청구	자의 증상 등에 따라 필요·적절하게 투여 시 영양급여함을 원칙으로 하나 - 급성기관지염, 급성편도염, 긴장형 두통상병에 청구된 알타질주는 허가사항 범위 외이므로 심사 조정함. - 상세불명의 급성기관지염, 급성상기도감염, 편도주위고름집(종양)상병 등에 청구된 빼콤헥사주는 허가사항 범위 외이므로 심사조정함.	방법 - 의약품은 약사법령에 의하여 허가 또는 신고된 사항의 범위 안에서 환자의 증상 등에 따라 필요·적절하게 처방·투여하여야 한다. - 알타질주 식약청 허가사항(효능·효과) 암성동통, 수술 후 동통 산정 시 인정 ■ 고시 제2001-28호(2001.6.8. 시행) [일반원칙] 비타민제 소모성 질환에는 허가된 용량 범위 내에서 투약한 경우 영양급여를 인정하되, 비타민 결핍증에는 다량 투여가 필요하므로 허가된 용량을 초과하더라도 영양급여를 인정함.

[부록]

**본인일부부담금
산정특례에 관한 기준**

본인일부부담금 산정특례에 관한 기준

2011.8.3 고시 제2011-86호

제1조(외래진료시 산정특례 대상) 국민건강보험법시행령(이하 “영”이라 한다) 제22조 제1항 [별표2] 제1호 가목에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국희귀약품센터인 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 희귀난치성질환자는 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] 제3호 마목에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국희귀약품센터인 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 제3호 나목2)에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국희귀약품센터인 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(약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례대상) 국민건강보험법시행령 제22조 제1항 [별표2] 제1호 다목 3)에 따라 상급종합병원 외래진료시에는 약국 요양급여비용총액의 100분의 50, 종합병원 외래진료 시에는 약국 요양급여비용총액의 100분의 40에 해당하는 금액을 부담하는 질병은 별표5와 같다.

제7조(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(2011. 8. 3)

제1조(시행일) 이 고시는 2011년 10월 1일부터 시행한다.

[별표1] 외래 진료 시 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 암환자, 중증화상환자는 100분의 5 및 희귀난치성질환자의 경우는 100분의 10)을 본인일부부담

구분	대 상	특정기호
1	등록 암환자 및 희귀난치성질환자를 제외한 환자가 가정간호를 받은 경우(등록 암환자 및 희귀난치성질환자, 중증화상환자가 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
4	등록 중증화상환자가 등록일로부터 1년간 고시에서 정한 해당 상병으로 가정간호를 받는 경우	V251

[별표3] 중증질환자 산정특례 대상

- 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의료장비사용 포함)시 요양급여비용 총액의 **100분의 5**를 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
4	[별지] 서식에 따라 등록한 중증화상환자가 등록일로부터 1년간 [별첨3]에 해당하는 상병의 진료를 받는 경우	V247
	2도이상(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
	3도이상(T20.3, T21.3, T22.3, T23.3, T24.3, T25.3, T30.3)이면서 체표면적 10%이상(T31.1~T31.9)인 경우	V249
	기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 안면부, 수부, 족부, 성기 및 회음부화상은 2도이상, 눈 및 각막 등 안구화상(T20.2~20.3, T21.2~21.3, T23.2~23.3, T25.2~T25.3, T26.0~T26.4)인 경우	V250
	*단, 등록 기간 종료 후 진료 담당의사의 의학 적 판단 하에 등록기간을 6개월 연장할 수 있음	
	흡입, 내부장기 화상(T27.1~27.3, T28.1~T28.3)인 경우	

[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·동결침전제 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
	다. 인체면역결핍바이러스질환 (B20~B24)	V103
	라. 거대세포바이러스병 (B25)	V104
	마. 크립토кок쿠스증 (B45)	V105

구분	대 상	특정기호
	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 (레프리카니즘 등 : E34.8)	V166
	머. 활동성 구루병 (E55.0)	V207
	버. 대사장애	
	- 대사장애 (E70~E77)	V117
	- 레쉬-니한 증후군 (E79.1)	V221
	- 기타 포르피린증 (E80.2)	V118
	- 구리 대사장애 (윌슨병 등 : E83.0)	V119
	- 인 대사 및 인산효소의 장애 (E83.3)	V189
	- 남성성유증 (E84)	V120
	- 아밀로이드증 (E85)	V121

구분	대 상	특정기호
	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
	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 (크창자염) (K51)	V131

구분	대 상	특정기호
	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
	- 홍터성 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	
	- 결정성 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
	- 결합조직의 기타 전신침습 (M35.0~M35.7)	V139
	푸. 강직성 척추염 (M45)	V140
	후. 진행성 골화성 섬유형성이상 (M61.1)	V224
	그. 뼈의 파젯병[변형성 골염] (M88)	V213
	느. 복합 부위 통증증후군 1형 (M89.0)	V177
	드. 재발성 다발 연골염 (M94.1)	V178
	르. 공팔(신장성) 요봉증 (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	

구분	대 상	특정기호
	- 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 (크루즈병 : Q75.1)	V151
	- 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 헤클링하우젠병 : 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

구분	대 상	특정기호
	- 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

[별표5] 약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상

- 상급종합병원 외래진료 시 발급받은 처방전에 따라 약국에서 조제받는 경우 약국 요양급여비용총액의 100분의 50, 종합병원 외래진료 시 발급받은 처방전에 따라 약국에서 조제받는 경우 약국 요양급여비용총액의 100분의 40을 본인일부부담
- 다만, E11.2~E11.9 상병에 해당되더라도 인슐린을 처방(인슐린 단독요법 또는 인슐린과 경구용 치료제의 병용 요법)받거나 투여중인 경우에는 약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상에서 제외

구분	대 상	특정 기호
1	감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염 (A09.0~A09.9)	V252
2	손 백선 (B35.2) 발 백선 (B35.3) 체부 백선 (B35.4) 와상 백선 (B35.5) 사타구니 백선증 (B35.6) 기타 피부사상균증 (B35.8) 상세불명의 피부사상균증 (B35.9)	V252
3	신장 합병증 동반한 인슐린-비의존 당뇨병 (E11.2) 눈 합병증을 동반한 인슐린-비의존 당뇨병 (E11.3) 신경학적 합병증을 동반한 인슐린-비의존 당뇨병 (E11.4) 순환기계 합병증을 동반한 인슐린-비의존 당뇨병 (E11.5) 기타 명시된 합병증을 동반한 인슐린-비의존 당뇨병 (E11.6) 다발성 합병증을 동반한 인슐린-비의존 당뇨병 (E11.7) 상세불명의 합병증을 동반한 인슐린-비의존 당뇨병 (E11.8) 합병증을 동반하지 않은 인슐린-비의존 당뇨병 (E11.9)	V252
4	지질단백질대사장애 및 기타 지질증 (E78.0~E78.9)	V252
5	다래끼 및 콩다래끼 (H00.0~H00.1)	V252
6	눈물계통의 장애 (H04.0~H04.9)	V252
7	결막염 (H10.0~H10.9)	V252
8	노년성 백내장 (H25.0~H25.9)	V252
9	굴절 및 조절의 장애 (H52.0~H52.7)	V252
10	외이의 연조직염 (H60.1) 기타 감염성 외이도염 (H60.3) 비감염성 급성 외이도염 (H60.5) 기타 외이도염 (H60.8) 상세불명의 외이도염 (H60.9)	V252

구분	대 상	특정 기호
11	양성 고혈압 (I10.0)	V252
	상세불명의 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 상기도 감염 (J06.0~J06.9)	V252
18	상세불명의 급성 기관지염 (J20.9)	V252
19	혈관운동성 및 알레르기성 비염 (J30.0~J30.4)	V252
20	만성 비인두염 (J31.1)	V252
	만성 인두염 (J31.2)	
21	만성 부비동염 (J32.0~J32.9)	V252
22	천식 (J45.0~J45.9)	V252
23	위-식도역류병 (K21.0~K21.9)	V252
24	출혈 또는 천공이 없는 급성 위궤양 (K25.3)	V252
	출혈 또는 천공이 없는 만성위궤양 (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	소화불량 (K30)	V252
28	알레르기성 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	자극성 장증후군 (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 지방간 (K76.0)	V252
	상세불명의 간질환 (K76.9)	

구분	대 상	특정 기호
32	기타 아토피피부염 (L20.8) 상세불명의 아토피피부염 (L20.9)	V252
33	기타 요인에 의한 알레르기성 접촉피부염 (L23.8) 상세불명 원인의 알레르기성 접촉피부염 (L23.9)	V252
34	두드러기 (L50.0~L50.9)	V252
35	기타 관절염 (M13.0~M13.9)	V252
36	기타 척추증 (M47.8) 상세불명의 척추증 (M47.9)	V252
37	상세불명의 경추간판장애 (M50.9)	V252
38	기타 명시된 추간판변성 (M51.3) 쉬물결절 (M51.4) 기타 명시된 추간판 장애 (M51.8) 상세불명의 추간판 장애 (M51.9)	V252
39	기타 등통증 (M54.8) 상세불명의 등통증 (M54.9)	V252
40	석회성 힘줄염 (M65.2) 방아쇠 손가락 (M65.3) 기타 윤활막염 및 힘줄윤활막염 (M65.8) 상세불명의 윤활막염 및 힘줄윤활막염 (M65.9)	V252
41	어깨의 유착성 피막염 (M75.0) 이두근 힘줄염 (M75.2) 상세불명의 어깨병변 (M75.9)	V252
42	달리 분류되지 않은 기타 골부착부병증 (M77.8) 상세불명의 골부착부병증 (M77.9)	V252
43	근통 (M79.1) 지방대의 비대 (M79.4) 사지의 통증 (M79.6) 기타 명시된 연조직 장애 (M79.8) 상세불명의 연조직 장애 (M79.9)	V252
44	병적골절이 없는 골다공증 (M81.0~M81.9)	V252
45	급성 방광염 (N30.0) 상세불명의 방광염 (N30.9)	V252
46	만성전립선염 (N41.1)	V252
47	급성 질염 (N76.0) 급성 외음염 (N76.2)	V252
48	폐경기 및 여성의 갱년기 상태 (N95.1) 폐경기후 위축성 질염 (N95.2) 상세불명의 폐경기 및 폐경기전후 장애 (N95.9)	V252

구분	대 상	특정 기호
49	요추의 염좌 및 긴장 (S33.5)	V252
	천골장골관절의 염좌 및 긴장 (S33.6)	
	기타 및 상세불명의 요추 및 골반부분의 염좌 및 긴장 (S33.7)	
50	손가락의 염좌 및 긴장 (S63.6)	V252
	기타 및 상세불명의 손 부분의 염좌 및 긴장 (S63.7)	
51	기타 및 상세불명의 무릎 부분의 염좌 및 긴장 (S83.6)	V252
52	발가락의 염좌 및 긴장 (S93.5)	V252
	기타 및 상세불명의 발 부분의 염좌 및 긴장 (S93.6)	

[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. 경피적뇌혈관악물성형술(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)
	고. 대혈관전위증 수술(01879)
	노. 인공심폐순환(01890)
	도. 개흉심장마사지(01895)
	로. 부분체외순환(01901, 01902)

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

[별첨3] 중증화상 본인부담금 산정특례 상병코드 및 상병명

구분	중증도	체표면적
1	T20.2 머리 및 목 2도 화상 T21.2 몸통의 2도 화상 T22.2 어깨팔의 2도 화상 T23.2 손목 및 손의 2도 화상 T24.2 엉덩이 및 다리의 2도 화상 T25.2 발목 및 발의 2도 화상 T30.2 상세불명의 2도 화상	T31.2 신체표면의 20-29%를 포함한 화상 T31.3 신체표면의 30-39%를 포함한 화상 T31.4 신체표면의 40-49%를 포함한 화상 T31.5 신체표면의 50-59%를 포함한 화상 T31.6 신체표면의 60-69%를 포함한 화상 T31.7 신체표면의 70-79%를 포함한 화상 T31.8 신체표면의 80-89%를 포함한 화상 T31.9 신체표면의 90%이상을 포함한 화상
2	T20.3 머리 및 목 3도 화상 T21.3 몸통의 3도 화상 T22.3 어깨팔의 3도 화상 T23.3 손목 및 손의 3도 화상 T24.3 엉덩이 및 다리의 3도 화상 T25.3 발목 및 발의 3도 화상 T30.3 상세불명의 3도 화상	T31.1 신체표면의 10-19%를 포함한 화상 T31.2 신체표면의 20-29%를 포함한 화상 T31.3 신체표면의 30-39%를 포함한 화상 T31.4 신체표면의 40-49%를 포함한 화상 T31.5 신체표면의 50-59%를 포함한 화상 T31.6 신체표면의 60-69%를 포함한 화상 T31.7 신체표면의 70-79%를 포함한 화상 T31.8 신체표면의 80-89%를 포함한 화상 T31.9 신체표면의 90%이상을 포함한 화상
3	T20.2~20.3 머리 및 목 2·3도 화상 T21.2~21.3 몸통의 2·3도 화상 (몸통 중 성기 및 회음부만 해당) T23.2~23.3 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	T27.1~27.3 : 호흡기도의 화상 T28.1~T28.3 : 기타 내부기관의 화상	

| 이비인후과분야 급여기준 및 사례집 |

발 행 일 : 2011년 9월

발 행 인 : 건강보험심사평가원장

편 집 인 : 급여기준실장

발 행 처 : 건강보험심사평가원

주 소 : 서울시 서초구 효령로 168

인 쇄 처 : 세광디자인프린팅 Tel.02)2278-2490

《 비 매 품 》

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