

보건복지부 고시 제2024 - 297호

「국민건강보험법」 제41조제3항 및 제4항, 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 관련 별표2 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제2항에 의한 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(보건복지부 고시 제2024-294호, 2024.12.31.)」을 다음과 같이 개정·발령합니다.

2024년 12월 31일
보건복지부 장관

「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 일부개정

요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 일부를 다음과 같이 개정한다.

I. 행위 일반사항 중 일반사항의 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표2] 제3호 타목 1)에 따른 급여 적용범위(본인부담 면제)란을 다음과 같이 한다.

항목	제목	세부인정사항
일반사항	「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표2] 제3호 타목 1)에 따른 급여 적용범위	국민건강보험법 제52조 및 동법 시행령 제19조제1항 [별표2] 제3호 타목 1)에 따라 일반건강검진 후 검사결과에 따라 고혈압·당뇨병·결핵·우울증·조기정신증 질환에 대하여 추가적인 진료 또는 검사의 필요성이 인정되는 경우에 실시하는 진찰료 등의 적용범위(본인부담 면제)는 다음과 같이 함.

항목	제목	세부인정사항
	(본인부담 면제)	- 다 음 - 1. 대상범위 가. 대상환자: 국민건강보험법 시행령 제25조에 따른 일반건강검진 대상자의 건강검진 결과 고혈압, 당뇨병, 결핵, 우울증, 조기정신증 질환 의심자 나. 대상항목 1) 고혈압: 진찰료, 전문병원 관리료, 전문병원 의료질평가지원금 각각 1회 2) 당뇨병: 진찰료, 누302 당검사(정량 또는 반정량), 전문병원 관리료, 전문병원 의료질평가지원금 각각 1회 3) 결핵 가) 진찰료, 전문병원 관리료, 전문병원 의료질평가지원금 또는 의료질평가지원금 각각 1회 나) 누600 관촬판정-현미경: 3회 이내 다) 누601가 특수배양-항산균 배양 및 동정: 3회 이내 라) 결핵균 핵산증폭검사: 다음의 검사 중 1회 - 다 음 - (1) 누604가 핵산증폭-정성그룹2 (01) 결핵균 [중합효소연쇄반응법] (2) 누604나 핵산증폭-정성그룹3 (01) 결핵균 [이중중합효소연쇄반응법] (3) 누604나 핵산증폭-정성그룹3 (02) 결핵균 [중합효소연쇄반응교잡반응법] (4) 누604나 핵산증폭-정성그룹3 (05) 결핵균 및 리팜핀, 이소니아아짓 내성검사[실시간 중합효소연쇄반응법] (5) 누604다 핵산증폭-정성그룹4 (01) 결핵균 및 리팜핀 내성검사[실시간이중중합효소

항목	제목	세부인정사항
		연쇄반응법] 4) 우울증 및 조기정신증 가) 진찰료, 전문병원 관리료, 전문병원 의료질 평가지원금 각각 1회 나) 검사료 및 정신요법료 (1) 우울증 (가) 검사료 : 너701 증상 및 행동 평가 척도 LEVEL I~Ⅲ 해당 세부 검사 항목 중 1항목 1회 (나) 정신요법료 : 아-1 개인정신치료 I~Ⅲ 항목 중 1회 (2) 조기정신증 (가) 검사료 : 너701 증상 및 행동 평가 척도 LEVEL I~V 해당 세부 검사 항목 중 1항목 1회 (나) 정신요법료 : 아-1 개인정신치료 I~V 항목 중 1회 다. 적용기간: 건강검진 실시 연도의 다음연도 1월 31일까지 2. 청구방법 가. 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령에 따라 특정기호란에 'F022'를 기재 하여 청구 나. 대상범위 이외 진료상 필요하여 추가 검사 등을 시행한 경우에는 분리청구

I. 행위 제1장 기본진료료 가10 격리실 입원료 중 '격리실 입원료 급여
기준(일반원칙), 음압격리실 입원료 급여기준'란을 다음과 같이 한다.

항목	제목	세부인정사항
가10 격리실 입원료	격리실 입원료 급여기준 (일반원칙)	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」 제1편제2부제1장 기본진료료 [산정지침] 2.다.(6) 격리실 입원료 중 “(나) 일반 환자를 보호하기 위하여 전염력이 강한 전염성 환자를 일반 환자와 격리하여 치료한 경우”에서의 격리실 입원료는 진료 상 입원이 반드시 필요한 경우에 산정하되, 다음의 경우 요양급여함 - 다 음 - 가. 급여대상 1) 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제1급감염병 다만, 신종감염병증후군 및 신종인플루엔자는 유행시 별도 관리지침에 따라 적용 2) 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제2급감염병. 단, E형간염, 폐렴구균, 한센병 제외 3) 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제3급감염병 중 중증열성혈소판감소증후군(SFTS) 4) 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제4급감염병 중 인플루엔자, 수족구병, 장관감염증 내 로타바이러스 감염증과 노로바이러스 감염증, 코로나바이러스감염증-19 5) 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조제 12호에 따른 의료관련감염병 6) 기타 감염병: C. difficile 감염증, 파종성 대상포진, 옴 7) 기타 공중보건상의 문제로 격리가 필요하다고 인정되어 보건복지부장관 또는 질병관리청장이 정하는 감염병 등 나. 격리기간

항목	제목	세부인정사항
		1) 위 가.1), 2), 4)에 해당하는 질환 중 인플루엔자, 수족구병, 가.6)에 해당하는 질환 중 파종성 대상포진과 옴은 질환이 의심되는 객관적인 소견이 있는 시점부터 감염력이 소실될 때까지. 다만, 제2급감염병 중 반코마이신내성황색포도알균(VRSA) 감염증과 카바페넴내성장내세균목(CRE) 감염증은 위 가.5)의 의료관련감염병 격리기간을 따름 2) 위 가.3)에 해당하는 질환, 가.4)에 해당하는 질환 중 장관감염증 내 로타바이러스 감염증과 노로바이러스 감염증, 가.6)에 해당하는 질환 중 C. difficile 감염증은 진단검사 결과 확진된 시점부터 감염력이 소실될 때까지 3) 위 가.5)에 해당하는 질환은 미생물학적 검사 결과 감염이 확인된 시점부터 주 1회 이상 실시한 감수성검사 결과에서 연속 3회 음성이 나타날 때까지. 다만, 과거 입원(3개월 이내)에서 균이 분리되어 선제 격리된 VRE, VRSA(VISA포함), CRE는 감시배양에서 2~3회 음성(1-2일 간격)이 나타날 때까지 4) 위 가.4)에 해당하는 질환 중 코로나 바이러스 감염증-19, 가.7)에 해당하는 질환은 보건복지부장관 또는 질병관리청장이 정하는 기간 동안
	음압격리실 입원료 급여기준	음압격리실 입원료는 전염력이 강한 전염성 환자를 일반 환자와 격리하되 공기감염을 예방하기 위하여 음압을 유지할 수 있는 시설기준을 갖춘 음압격리실에서 격리하여 치료한 경우에 산정하며 다음의 요건을 충족한 경우 요양급여함. - 다 음 - 가. 급여대상

항목	제목	세부인정사항
		1) 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제1급감염병 다만, 탄저, 보툴리눔독소증, 야토병, 디프테리아는 제외하고, 신종감염병증후군 및 신종인플루엔자는 유행시 별도 관리지침에 따라 적용 2) 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제2급감염병 중 홍역, 수두, 결핵 3) 기타 감염병: 파종성 대상포진 4) 기타 공중보건상의 문제로 음압격리가 필요하다고 인정되어 보건복지부장관 또는 질병관리청장이 정하는 감염병 등 나. 격리기간 1) 상기 가.1), 2), 3)에 해당하는 질환은 질환이 의심되는 객관적인 소견이 있는 시점부터 감염력이 소실될 때까지 2) 상기 가.4)에 해당하는 질환은 보건복지부장관 또는 질병관리청장이 정하는 기간 동안 다. 시설기준 「음압격리병실 설치 및 운영에 관한 고시」 [별표] ‘음압격리병실의 설치 및 운영기준(제2조 관련)’을 적용함.

I. 행위 제3장 영상진단 및 방사선치료 중 다215 남성생식기조영의 음경해면체조영(Cavernosography)의 급여 여부란 다음에 다228 관절조영의 다228 관절조영의 급여기준란을 다음과 같이 신설한다.

항 목	제 목	세부인정사항
다228 관절조영	다228 관절조영의 급여	1. 다228 관절조영은 대관절(견관절, 고관절, 슬관절) 내 질환의 진단을 위해 조영제를 주입하여 병변을

항 목	제 목	세부인정사항
	기준	명확하게 확인할 수 있는 진료기록부 및 영상이 확보된 경우 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 비침습적 검사(자기공명영상진단, CT, 초음파) 시행 후 병변이 확인되지 않는 경우 추가로 진단이 필요한 환자 2) 자기공명영상진단(자기공명영상의 비적응증 환자 등) 또는 CT, 초음파 시행이 가능하지 않는 경우 등에 한하여 대체진단으로 시행한 환자 나. 급여횟수 가.의 적용을 받는 환자의 경우 동일 질환에 대해 진단 시 1회 인정하되, 수술 및 이에 준하는 치료 후 경과관찰 시 추가 1회 인정함. 2. 다만, 동일 날 동일 부위의 타 시술* 과정에 실시한 관절조영은 일련의 과정으로 인정하지 아니함. *신경차단술, 수압팽창술, 관절강내 주사 및 관절천자, 신경간내주사, 건초내주사

I. 행위 제3장 영상진단 및 방사선 치료료 중 다339 양전자방출단층촬영(PET)의 각 분류항목별 방사성 동위원소 가. 토르소, 라. 전신 바. 토르소 또는 전신촬영 후 재주사 없이 특정부위를 추가 촬영의 (5) Ga-68 에도트레오타이드(도타톡)란을 다음과 같이 하고, (별첨) Ga-68 에도트레오타이드(도타톡) 뇌 양전자방출단층촬영의 급여기준란 다음에 Ga-68 에도트레오타이드(도타톡)

토르소, 전신, 토르소 또는 전신촬영 후 재주사 없이 특정부위를 추가 촬영 양전자방출단층촬영의 급여기준란을 다음과 같이 신설한다.

항목	제목	세부인정사항	
다339 양전자방출 단층촬영 (PET)	각 분류항목별 방사성 동위원소	분류항목	방사성 동위원소
		가. 토르소	(5) Ga-68 에도트레오타이드(도타톡) (별첨) 세부기준 참조)
		라. 전신	(5) Ga-68 에도트레오타이드(도타톡) (별첨) 세부기준 참조)
		바. 토르소 또는 전신촬영 후 재주사 없이 특정부위를 추가 촬영	(5) Ga-68 에도트레오타이드(도타톡) (별첨) 세부기준 참조)

(별첨) 세부기준

구분	세부기준
Ga-68 에도트레오 타이드 (도타톡) 토르소, 전신 토르소 또는 전신촬영 후 재주사 없이 특정부위를 추가 촬영 양전자방출 단층촬영의 급여기준	종양성골연화증(의심)환자에게 시행하는 다339 양전자방출단층 촬영-가. 토르소, 라. 전신, 바. 토르소 또는 전신촬영 후 재주사 없이 특정부위를 추가 촬영 (5) Ga-68 에도트레오타이드(도타톡)는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 진단과정 시: 종양성 골연화증이 의심되는 임상적 소견으로 원인 종양의 국소화를 위해 시행한 경우 1회 인정함. 나. 재발 또는 잔류질환이 의심되는 경우: 종양 절제 후 재발 또는 잔류 질환이 의심되는(혈중 인산염 수치가 2.5mg/dL이하) 경우

I. 행위 제6장 마취료 중 바2 마취의 질식분만시 경막외마취(무통분만)의 산정기준란을 다음과 같이 한다.

항목	제목	세부인정사항
바2 마취	질식분만시 경막외마취 (무통분만)의 산정기준	질식분만 산모에 대하여 분만전 통증조절 목적으로 실시하는 경막외마취(무통분만)의 산정기준을 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 산정방법 1) 수기료 : 경막외 Catheter 삽입, 유지 및 관리 등 일련의 과정에 대하여 바2가(4) 마취관리기본-경막외마취의 소정점수로 준용 산정(단, 마취 유지는 별도 산정불가) 2) 약제비 : 「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 따른 약가 3) 치료재료 「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 따라 사용된 치료재료 비용은 별도 산정함. 다만, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 별도로 고시한 경우 해당 급여기준에 따름 4) 마취통증의학과 전문의 초빙료 : 마취통증의학과 전문의를 초빙하여 실시한 경우에는 바2 ‘주’에 의거산정 나. “무통분만 경막외마취”를 18~09시 및 공휴일에 실시한 경우는 수기료 소정점수의 50%를 가산, 병원급 요양기관(치과병원, 한방병원 제외)은 소정점수의 100%를 가산함. 이때 마취약제주입 시작시간을 기준으로 산정함. 다. 질식분만전 통증조절 목적으로 “무통분만 경막외마취”를 실시하였으나, 질식분만을 실패하여 제왕절개만출술을 실시한 경우, 수기료는 「건강보험

항목	제목	세부인정사항
		행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수, 제1편 제2부 제6장 마취료 [산정지침](6)에 의거 제왕절개만출술시의 마취료 및 마취유지료만 산정하되, 경막외마취(질식분만)에 사용된 약제 및 치료재료의 비용은 별도 인정함.

I. 행위 제9장 처치 및 수술료 등 중 일반사항의 안검하수증에 대한 수술과 안검의 피부이완증 상병에 대한 피부절제술(안검성형술)의 급여 여부란 다음에 척추수술 보존적 치료 일반원칙란을 다음과 같이 신설한다.

항 목	제 목	세부인정사항
일반사항	척추수술 보존적 치료 일반원칙	1. 척추수술은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제1항 관련 [별표1] 요양급여의 적용 기준 및 방법에 따라, 질환의 특성 및 환자상태 등을 고려하여 임상적·의학적 필요성이 있다고 판단되는 경우에 실시함을 원칙으로 함. 2. 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 척추수술 전 보존적 치료를 시행하도록 하는 경우 세부인정기준을 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 보존적 치료의 범위: 의료기관을 내원하여 해당 질환으로 임상적 진단을 받고 증상에 대한 진료 의사의 처방에 따라 적극적으로 이루어지는 약물치료, 물리치료, 주사치료, 한방치료 나. 보존적 치료에 대한 기간의 시작시점: 의료기관을

항 목	제 목	세부인정사항
		내원하여 해당 질환으로 임상적 진단을 받은 날을 시작시점으로 하되, 추간판탈출증의 경우 임상적 진단 시점과 증상이 악화된 시점이 다른 경우 증상이 악화된 시점으로 함. 다. 보존적 치료의 확인방법 1) 보존적 치료 내용 및 기간에 대해 작성된 진료 기록 2) 타 요양기관 치료내역의 경우 해당기관의 진료 기록, 소견서 등 3. 위 1, 2에도 불구하고 세부인정사항을 별도로 정한 수술은 각 수술의 고시 및 심사지침을 따름.

I. 행위 제9장 처치 및 수술료 등 중 자32 천두술의 Ventricular Catheter를 통한Alteplase(r-tPA) 주입 시 시술방법에 따른 수가 산정 방법란을 다음과 같이 한다.

항 목	제 목	세부인정사항
자32 천두술	Ventricular Catheter를 통한 Alteplase(r-tPA) 주입 시 시술방법에 따른 수가 산정방법	뇌실내혈종의 용해 및 뇌척수액의 지속적 배액목적으로 천두술 또는 개두술 시 뇌실천자하여 Ventricular Catheter를 뇌실내에 유치한 후 수일동안 반복적으로 Alteplase(r-tPA)를 사용하여 뇌실내혈종을 용해시키는 시술은 시술방법에 따라 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 뇌내 및 뇌실내혈종 제거술 후 잔여혈종에 대하여 상기 조작을 실시하였다면, 뇌실내카테타 유치 조작을 포함하여 '뇌내혈종 제거술'에 해당되므로 자462나

항 목	제 목	세부인정사항
		혈중제거를 위한 개두술-뇌실질내/뇌실내의 소정 점수만 산정함. 나. 감압개두술을 시술하고 상기조작을 실시하였으면 뇌실내카테타 유치 조작을 포함하여 '두개감압술'에 해당되므로 자33나 개두술 또는 두개절제술-두개감압술의 소정점수만 산정함. 다. 천두술을 시술하고 상기 조작을 실시하였으면 뇌실내카테타 유치 조작을 포함하여 '천두술'에 해당되므로 자32나(2) 천두술-낭종, 혈종, 농양 제거 및 배액-뇌실질내/뇌실내의 소정점수만 산정하여야 함. 이 경우 나807 뇌실천자술을 별도 산정할 수 없음. 라. 이상 시술을 좌·우 뇌실의 각각 병변에 대하여 양측 절개하에 각각 시술 시는 해당수술료 소정점수의 200%를 산정하며, 하나의 병변에 대하여 각각의 절개(비교통성)로 시술 시는 해당수술료 소정점수의 150%[종합병원(상급종합병원 포함)은 170%]를 산정함.

I. 행위 제9장 처치 및 수술료 등 중 자46 척추고정술[기기, 기구사용 고정포함]의 인공디스크를 이용한 추간판전치환술의 급여기준란을 다음과 같이 한다.

항 목	제 목	세부인정사항
자46 척추고정술 [기기, 기구사용 고정포함]	인공디스크를 이용한 추간판 전치환술의 급여기준	인공디스크를 이용한 추간판전치환술은 자46가 척추 전방고정술의 소정점수를 준용 산정하며, 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 -

항 목	제 목	세부인정사항
		가. 경추 추간판전치환술 1) 적응증 18세 이상의 환자에서 제3-4경추간부터 제6-7경추간 사이의 한 분절 또는 인접한 두 분절에 국한된 병변으로 수술 전 6주 이상의 적절한 보존적 치료에도 불구하고, 추간판탈출에 의한 척수병증(myelopathy) 또는 신경근증(radiculopathy)이 확인되는 경우 (병변이 분명하게 확인되는 경우에 한하여 최대 2분절까지 시행 가능) 2) 금기증 가) 감염성 질환 나) 골다공증($T\text{-score} \leq -2.5$): 이중 에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정한 값 다) 방사선일반영상진단의 굴곡·신전 비교에서 해당 분절의 불안정성이 있거나, 분절 운동이 3도 이하인 경우 라) 연결성 골극(bridging osteophytes)이 있거나, 추간판 높이가 정상 50% 이상 감소된 경우 마) 후방 종인대, 후관절 또는 황색인대의 비후 소견이 있는 경우 바) 추간판의 퇴행성 변화가 다분절(세분절 이상)에서 나타나는 경우 3) 치료재료: 경추 인공디스크(cervical disc prosthesis)는 치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표에 의한 비급여대상임.

항 목	제 목	세부인정사항
		나. 요추 추간판전치환술 1) 적응증 가) 25세~60세의 환자에서 수술 전 6개월 이상의 적절한 보존적 치료에도 불구하고 심한 요통이 지속되며, L4-5 또는 L5-S1 중 단일 분절에 국한된 퇴행성 추간판 질환이 MRI와 통증 유발 추간판조영술에서 확인되는 경우 나) 영상 확인방법: MRI의 T2 시상면 영상에서 추간판의 신호강도 저하 소견이 L4-5 또는 L5-S1 중 단일 분절에만 국한하여 확인되고, 추간판조영술 검사상 동 분절에서 동형 통증이 발생하는 경우 2) 금기증 가) 골다공증($T\text{-score} \leq -2.5$): 이중 에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정한 값 나) 신경근 압박 소견이 있는 경우 다) 척추분리증, 척추 탈위증 또는 척추관 협착증 라) 후관절의 퇴행성 변화 또는 후궁 전절제술 후 상태 3) 치료재료: 요추인공디스크(lumbar disc prosthesis)는 치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표에 의한 비급여대상임.

I. 행위 제9장 처치 및 수술료 등 중 자46 척추고정술[기기, 기구사용

고정포함]의 척추경 나사(Pedicle screw system)를 이용한 자46척추고정술의 급여기준란을 다음과 같이 한다.

항 목	제 목	세부인정사항
자46 척추고정술 [기기, 기구사용 고정포함]	척추경 나사 (Pedicle screw system)를 이용한 자46 척추고정술의 급여기준	척추경 나사(Pedicle screw system)를 이용한 자46 척추고정술 [기기, 기구 사용 고정 포함]은 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 불안정성 척추골절 1) 척추의 삼주(three column)가 모두 손상된 경우 2) 방출성 척추골절로 인해 후만각 30도 이상 또는 압박율 40% 이상의 변형이 있거나, 척추관 침습이 50% 이상인 경우 3) MRI상 후방인대복합체의 전체 구조의 손상이 확인된 경우 4) 근력저하를 포함한 뚜렷한 신경학적 손상이 동반된 경우 5) 적절한 보존적 치료에도 불구하고 심한 동통 또는 신경증상을 동반한 후만각의 진행이 발생하는 경우 나. 골다공증성 골절(T-score $\leq$ -2.5) 1) 뚜렷한 신경학적 결손이 있는 경우 2) 적절한 타 치료방법에도 불구하고, 심한 통증이 장기간 지속되며 변형의 진행으로 인해 교정이 필요한 경우 3) 골다공증의 확인방법: 이중 에너지 방사선 흡수법 (Dual-Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정한 T-score $\leq$ -2.5인 경우

항 목	제 목	세부인정사항
		다. 척추 종양 라. 감염성 척추 질환 마. 척추 변형 1) 특발성 척추측만증 가) 성장이 완료되지 않은(Risser stage 4 이하) 환자에서 40도 이상의 만곡이 있는 경우 나) 성장이 끝난(Risser stage 5) 환자에서 50도 이상의 만곡이 있는 경우 다) 흉추부의 전만곡이 동반된 경우 라) 기타: 특발성 척추측만증에 inclinometer(경사 측정기)로 10도 이상 경사나 늑골고 측정기로 3cm 이상의 늑골고가 확인되는 경우 흉곽 성형을 위한 늑골절제술은 자54나 늑골절제술-기타의 늑골로 별도 인정하며 동일 피부 절개 하에 시행하는 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. 2) 퇴행성 측만증 가) 수술 전 1년 이내에 3개월 이상의 적절한 보존적 치료에도 불구하고 심한 척추관 협착증 증상이 지속되는 환자로서, 아래의 영상학적·임상적 측면 모두 충족하는 경우에 인정함. 다만, 수술 직전 6주 이내에 2주 이상의 보존적 치료가 포함되어야 함.

항 목	제 목	세부인정사항
		- 아 래 - (1) 영상학적 측면: 방사선일반영상진단상 30도 이상의 측만이 있거나, 측만과 동반된 추간공 협착증과 관상면 불균형이 5cm(C7 plumb line과 center sacral line의 거리)를 초과하여 함께 있는 경우 (2) 임상적 측면: 의무기록상 척추변형으로 인해 보행장애를 포함한 일상생활의 심한 장애와 통증이 있는 경우 나) 다만, 과도한 장분절 고정의 경우는 각도의 측정이나 증상의 정도 판정, 전후방 유합술의 인정 등에서 보다 엄격하게 기준을 적용하기로 함. 바. 퇴행성 척추질환에 척추경 나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술시는 「고정기기를 이용한 자46 척추고정술의 급여기준」에 해당되는 경우 인정함. 다만, cage와 병용 사용시는 질병의 정도 등을 고려하여 사례별로 인정함. 사. Flexible rod system을 이용한 척추고정술은 척추 유합술과 동시에 시술한 경우에 한하여 인정하되, 인정기준은 「고정기기를 이용한 자46 척추고정술의 급여기준」에 따름.

I. 행위 제9장 처치 및 수술료 등 중 자47 경피적 척추성형술의 경피적 척추 성형술(Vertebroplasty) 인정기준란을 다음과 같이 한다.

항 목	제 목	세부인정사항
자47 경피적	자47 경피적 척추 성형술	자47 경피적 척추 성형술(Vertebroplasty) 인정기준은 다음과 같이 함.

항 목	제 목	세부인정사항
척추성형술 [방사선료 포함]	(Vertebroplasty) 인정기준	- 다 음 - 가. 수술 전 2주 이상의 적절한 보존적 치료에도 불구하고 심한 배통이 지속되는 골다공증성 압박골절로 아래 1), 2)를 모두 충족하는 경우 인정함. - 아 래 - 1) 압박 골절의 확인방법: 가)~다) 중 하나 이상이 확인되어야 함. 가) MRI 검사에서 증상을 유발하고 있는 병소임이 확인된 경우 나) CT 검사에서 골절이 확인되고, 방사선일반영상 진단의 비교에서 압박의 진행이 확인된 경우 다) 방사선일반영상진단의 비교에서 진행성 또는 새로 발생한 압박골절임을 분명히 관찰할 수 있는 경우 2) 골다공증의 확인방법: 골다공증은 이중 에너지 방사선 흡수법(Dual- Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정된 T-score $\leq$ -2.5로 확인된 경우 나. 종양에 의한 골절 다. Kummell's disease 라. 다만, 아래의 1)~4) 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 조기수술을 인정함. 1) 율혈성심부전 2) 폐렴 3) 투석을 받는 만성신부전환자

항 목	제 목	세부인정사항
		4) 80세 이상인 환자

I. 행위 제9장 처치 및 수술료 등 중 자47-1 경피적 척추후굴풍선복원술의 자47-1 경피적 척추후굴풍선복원술[방사선료 포함](Kyphoplasty) 인정 기준란을 다음과 같이 한다.

항 목	제 목	세부인정사항
자47-1 경 피 적 척추후굴풍선 복원술 [방사선료 포함]	자47-1 경 피 적 척추후굴풍선 복원술(Kypho plasty) 인정기준	자47-1 경피적 척추후굴풍선복원술(Kyphoplasty)은 압박변형이 30-60%인 경우로서 다음과 같이 요양 급여를 인정함. 다만, 골다공증성 방출성 골절은 압박 변형이 60% 이상인 경우에도 인정함. - 다 음 - 가. 수술 전 3주 이상의 적절한 보존적 치료에도 불구하고 심한 배통이 지속되는 골다공증성 압박골절로 아래 1), 2)를 모두 충족하는 경우 인정함. - 아 래 - 1) 압박 골절의 확인방법: 가)~다) 중 하나 이상이 확인 되어야 함. 가) MRI 검사에서 증상을 유발하고 있는 병소임이 확인된 경우 나) CT 검사에서 골절이 확인되고, 방사선일반영상 진단의 비교에서 압박의 진행이 확인된 경우 다) 방사선일반영상진단의 비교에서 진행성 또는 새로 발생한 압박골절임을 분명히 관찰할 수 있는 경우 2) 골다공증의 확인방법: 골다공증은 이중 에너지 방사선 흡수법(Dual- Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균),

항 목	제 목	세부인정사항
		대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정 한 T-score ≤ -2.5로 확인된 경우 나. 종양에 의한 골절 다. Kummell's disease 라. 다만, 아래의 1)~4) 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 조기수술을 인정함. 1) 율혈성심부전 2) 폐렴 3) 투석을 받는 만성신부전환자 4) 80세 이상인 환자

I. 행위 제9장 처치 및 수술료 등 중 자49 추간판제거술 [척추후궁절제술 포함]의 경추부의 최소침습성 추간판제거술(자49나 내시경하 추간판제거술, 자49다 척추수핵용해술, 자49라 척추수핵흡인술 등)의 급여기준란을 다음과 같이 한다.

항 목	제 목	세부인정사항
자49 추간판제거술 [척추후궁 절제술 포함]	경추부의 최소침습성 추간판제거술 (자49나 내시경하 추간판제거술, 자49다 척추수핵 용해술, 자49라	경추부에 최소침습성 추간판제거술(자49나 내시경하 추간판제거술, 자49다 척추수핵용해술, 자49라 척추수핵흡인술 등) 시 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 경추부의 자49나 내시경하 추간판제거술은 후외측 (postero-lateral)으로 전위된 심한 연성 추간판 탈출증으로 인한 신경근 압박소견이 명확하고 수술 전 12주 이상의 적절한 보존적 치료에도

항 목	제 목	세부인정사항
	척추수핵 흡인술 등)의 급여기준	불구하고 상지방사통이 있는 경우에 인정함. 나. 경추부에 실시한 자49다 척추수핵용해술, 자49라 척추수핵흡인술은 인정하지 아니함.

I. 행위 제9장 처치 및 수술료 등 중 자49 추간판제거술 [척추후궁절제술 포함]의 요추부의 자49다 척추수핵용해술, 자49라 척추수핵흡인술의 급여기준란을 다음과 같이 한다.

항 목	제 목	세부인정사항
자49 추간판제거술 [척추후궁 절제술 포함]	요추부의 자49다 척추수핵용 해술, 자49라 척추수핵흡 인술의 급여기준	요추부의 자49다 척추수핵용해술, 자49라 척추수핵 흡인술은 수술 전 6주 이상의 적절한 보존적 치료 에도 불구하고 심한 방사통이 지속되는 환자에서 추간판탈출로 인한 신경근 압박 소견이 확인되는 경우에 인정하되, 조기시행이 필요한 경우에는 의사 소견서를 첨부하여야 함. 다만, 협착증이 동반된 경우에는 불인정함.

I. 행위 제9장 처치 및 수술료 등 중 자49 추간판제거술 [척추후궁절제술 포함]의 자49가 관혈적 추간판제거술의 급여기준란을 다음과 같이 한다.

항 목	제 목	세부인정사항
자49 추간판제거술 [척추후궁 절제술 포함]	자49가 관혈적 추간판제거 술의 급여기준	추간판탈출증은 배부 동통 및 방사통을 동반한 질환 으로 많은 경우 일정기간 경과 시 자연적으로 호전 되는 점을 고려하여야 하며, 자49가 관혈적 추간판 제거술은 추간판탈출에 의한 신경근 또는 척수압박이 영상검사에서 확인되고, 진료기록에서 관련 증상 및 징후가 확인된 환자 중 다음의 경우 요양급여를

항 목	제 목	세부인정사항
		인정함. - 다 음 - 가. 수술 전 4~6주 이상의 적절한 보존적 치료에도 증상의 호전이 없고 일상생활에 제한이 심한 경우 나. 다만, 아래의 1)~5) 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 조기수술을 인정함. - 아 래 - 1) 마미증후군(Cauda Equina Syndrome) 2) 근력등급 4- 이하의 근력저하 3) 척수병증(Myelopathy) 4) 진행되는 신경학적 결손(Neurologic Deficit) 5) 적극적인 통증치료를 시행함에도 불구하고 시각 통증 등급(Visual Analogue Scale, VAS) 7 이상의 참기 힘든 동통이 지속되는 경우

I. 행위 제9장 처치 및 수술료 등 중 자49 추간판제거술 [척추후궁절제술 포함]의 요추부의 자49나 내시경하추간판제거술의 급여기준란을 다음과 같이 한다.

항 목	제 목	세부인정사항
자49 추간판제거술 [척추후궁 절제술 포함]	요추부의 자49나 내시경하 추간판제거술 의 급여기준	1. 요추부의 자49나 내시경하추간판제거술은 수술 전 4~6주 이상의 적절한 보존적 치료에도 불구하고 심한 방사통이 지속되는 환자에서 추간판탈출로 인한 신경근 압박 소견이 확인되는 경우에 인정함. 2. 다만, 다음의 가.~라. 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 조기수술을 인정함.

항 목	제 목	세부인정사항
		- 다 음 - 가. 마미증후군(Cauda Equina Syndrome) 나. 근력등급 4- 이하의 근력저하 다. 진행되는 신경학적 결손(Neurologic Deficit) 라. 적극적인 통증치료를 시행함에도 불구하고 시각 통증 등급(Visual Analogue Scale, VAS) 7 이상의 참기 힘든 동통이 지속되는 경우 3. 상기 1., 2.에도 불구하고 아래와 같은 경우에는 금기증에 해당되므로 인정하지 아니함. - 아 래 - 가. 불안정성이 동반된 경우 나. 전방전위증이 동반된 경우

I. 행위 제9장 처치 및 수술료 등 중 자49 추간판제거술 [척추후궁절제술 포함]의 요추부의 자49나 내시경하추간판제거술의 급여기준란 다음에 내시경하 척추후궁절제술의 수가 산정방법란을 다음과 같이 신설한다.

항 목	제 목	세부인정사항
자49 추간판제거술 [척추후궁 절제술 포함]	내시경하 척추후궁절 제술의 수가 산정방법	내시경하 척추후궁절제술은 '자49나 추간판제거술 [척추후궁절제술 포함]-내시경하'로 준용 산정함.

I. 행위 제9장 처치 및 수술료 등 중 자464 뇌동맥류수술 [경부 Clipping]의 자464 뇌동맥류수술 [경부 Clipping]의 복잡 급여기준란을 다음과 같이 한다.

항 목	제 목	세부인정사항
자464 뇌동맥류 수술	자464 뇌동맥류수술의 복잡 급여기준	자464 뇌동맥류수술의 복잡 수가는 다음과 같은 뇌동맥류에 대하여 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 최대 직경이 7mm 이상인 전방순환계(경동맥계) 낭상(saccular type) 뇌동맥류 나. 후방순환계(추골기저동맥계) 뇌동맥류 다. 수술적 접근을 위해 anterior or posterior clinoidectomy 등이 필요한 뇌동맥류 라. 혈중제거를 동반한 뇌동맥류 수술 마. 방추형(fusiform), 해리성(dissecting) 뇌동맥류 등 낭상(saccular type) 이외의 불규칙한 모양의 뇌동맥류 바. 뇌동맥류 수술 및 코일색전술 후 재발한 뇌동맥류

I. 행위 제9장 처치 및 수술료 등 중 자46 척추고정술[기기, 기구사용 고정포함]의 후관절 나사못(Fact screw)을 이용한 척추고정술 수가 산정방법란 다음에 III. 치료재료 제4장 처치 및 수술료 등 중 척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준을 다음과 같이 한다.

항 목	제 목	세부인정사항
자46 척추고정술 [기기, 기구사용 고정포함]	고정기기를 이용한 자46 척추고정술의 급여기준	1. 고정기기(Cage 단독사용 또는 Cage와 pedicle screw system 병용사용)를 이용한 척추유합술은 수술 전 1년 이내에 3개월 이상의 적절한 보존적 치료에도 불구하고 임상증상의 호전이 없으며, 영상검사에서 신경근 또는 척수압박이 확인되는 다음의 경우에 인정함. 다만, 수술 직전 6주 이내에 2주 이상의 보존적 치료가 포함되어야 함. - 다 음 - 가. 적응증

항 목	제 목	세부인정사항
		1) 신경학적 증상 또는 불안정성이 동반된 척추 전방전위증 2) 임상증상이 동반된 중등도(MRI상 신경공의 perineural fat의 소실이 확인된 경우) 이상의 추간공협착증 3) 광범위한 후방감압술(편측 후관절의 전절제 및 양측 후관절의 각 1/2 이상 절제)이 불가피한 다음의 질환 가) 척추관협착증 나) 수술 후 재발한 추간판탈출증 4) 심한 요통이 지속되는 퇴행성 추간판 질환 중 가) MRI상 퇴행성 변화가 1-2개 분절에만 국한되어 있으며, 뚜렷한 추간 간격 협소가 동반되고 추간판조영술(discography)상 병변이 확인된 경우 나) 분절간 불안정성이 확인된 경우 나. 금기증 1) 감염성 질환 2) 이전의 추체간 유합술 부위 3) 골다공증($T\text{-score} \leq -2.5$): 이중 에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정 값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정한 값(Cage 단독사용 시에만 해당) 2. 다만, 아래의 가.~라. 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 조기수술을 인정함. - 아 래 -

항 목	제 목	세부인정사항
		가. 마미증후군(Cauda Equina Syndrome) 나. 척수병증(Myelopathy) 다. 진행되는 신경학적 결손(Neurologic Deficit) 라. 위 1.가.1)~3) 중 하나에 해당하는 환자에게 급성 추간판탈출증 또는 재발한 추간판탈출증이 동반되고, 적극적인 통증치료를 시행함에도 불구하고 시각 통증 등급(Visual Analogue Scale, VAS) 7 이상의 참기 힘든 동통이 지속되는 경우 3. 위 1, 2에 의한 기준은 모든 종류의 cage 또는 고정기기 중 Flexible rod system을 이용한 경우 적용함.

Ⅲ. 치료재료 제4장 처치 및 수술료 등 중 1회용 전기수술기용 Monopolar 전극과 1회용 Patient Return Pad의 급여기준을 다음과 같이 한다.

제 목	세부인정사항
1회용 전기수술기용 Monopolar 전극과 1회용 Patient Return Pad의 급여기준	1. 1회용 전기수술기용 Monopolar 전극 가. 급여대상 및 급여개수 1) 바1, 바2 마취에 의한 관혈적 수술 및 검사에서 일체형 (Blade, Spatula, Needle, Ball Type) 또는 교체형 전극 (Blade, Spatula, Needle Type)을 병용하여 최대 2개 이내에서 실사용량으로 요양급여를 인정함. 다만, 아래의 경우 교체형 전극(Blade, Spatula, Needle Type) 1개를 추가 요양급여로 인정함. - 아 래 - 가) 암제거술과 재건술 동시 시행 나) 장기이식수술

제 목	세부인정사항
	2) 자426나 자궁경부원추형절제술-전기루프이용의 경우 일체형(Blade, Spatula, Needle, Ball Type) 1개, 교체형 전극(Loop, Ball Type) 2개 이내에서 실사용량으로 요양급여를 인정함. 3) 다음의 경우 일체형(Blade, Spatula, Needle, Ball Type) 1개, 교체형 전극(Micro Needle(5μ) Type) 1개 이내에서 실사용량으로 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가) 자389-1나 정관수술-정관정관문합술, 자389-1다 정관수술-부고환정관문합술, 자399 정계정맥류수술 나) 눈 부속기관 수술(자525 산립종절개술, 자540 맥립종절개술, 자543 첩모발거술 제외) 다) 6세미만 수술시 아래에 해당하는 경우 - 아 래 - (1) 비뇨기 수술(복강경수술 제외) (2) 뇌·척수수술(뇌종양, 뇌혈관질환, 척수이형성증), 척추후궁수술 (3) 순열, 구개열 수술 및 선천성 안면기형 수술 4) 복강경, 흉강경을 이용한 검사 및 수술에서 투관침 삽입을 위한 조직 절개 및 지혈용으로 사용한 경우 일체형(Blade, Spatula, Needle, Ball Type) 또는 교체형 전극(Blade, Spatula, Needle Type) 중 1개를 요양급여로 인정함. 나. 상기 가.의 1), 2), 3), 4)는 중복하여 인정하지 않음. 2. 1회용 Patient Return Pad

제 목	세부인정사항
	○ 상기 1.의 적응증에 해당하는 경우 1개를 요양급여 함. ※ 눈 부속기관: 안와, 눈꺼풀, 결막, 눈물기관, 외안근

Ⅲ. 치료재료 제4장 처치 및 수술료 등 중 ‘ABM/P-15 펩티드 성분 골대체제’의
급여기준란을 다음과 같이 한다.

제 목	세부인정사항
경추 추체간 유합술 (제3경추~제7 경추 단분절 수술에 한함) 시 사용하는 ABM/P-15 펩티드 성분 골대체제의 급여기준	ABM/P-15 펩티드 성분 골대체제는 경추 추체간 유합술(제3경추~제7 경추 단분절 수술에 한함)에 사용하는 치료재료로, 자가골의 사용이 어려운 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 1. 급여대상 가. 장골능의 성장판이 열려 있는 소아 나. 장골능에서 다량의 자가골 채취의 과거력이 있는 경우 다. 70세 이상 고령 환자 라. 수술 중 허혈성 속이 발생하거나 다발성 골절로 인해 척추 이외 타 병소에도 자가골 이식이 필요한 경우와 같이 자가골 사용이 매우 어려운 경우 2. 상기 1.의 급여대상 이외 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 3. 급여개수: 1개(1cc) 4. 상기 1., 2.의 경우 골대체제간(동종골, 이종골, 합성골)의 병용사용은 인정하지 아니함.
요추 추체간 유합술	ABM/P-15 펩티드 성분 골대체제는 요추 추체간 유합술(제1요추~제1천추 중 2개 분절 이하에 한함)에 사용하는 치료재료로, 자가골의 사용이

(제1요추~제1천추 중 2개 분절 이하에 한함) 시 사용하는 ABM/P-15 펩티드 성분 골대체제의 급여기준	어려운 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 1. 급여대상 가. 장골능의 성장판이 열려 있는 소아 나. 장골능에서 다량의 자가골 채취의 과거력이 있는 경우 다. 70세 이상 고령 환자 라. 수술 중 허혈성 속이 발생하거나 다발성 골절로 인해 척추 이외 타 병소에도 자가골 이식이 필요한 경우와 같이 자가골 사용이 매우 어려운 경우 2. 상기 1. 이외 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 3. 급여용량: 분절 당 최대 5cc 이내(최대 2분절 사용) 4. 상기 1~3.의 경우에도 다음은 인정하지 아니함 가. 골대체제간(동종골, 이종골, 합성골)의 병용사용 나. 케이지와 병용 사용하지 않는 경우 다. 최대 사용분절을 초과하는 경우 라. 심각한 골 결합 또는 희귀 골 장애가 있는 18세 미만의 환자
---	--

IV. 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제10조에 의거 신의료 기술로 신청된 항목중 이미 심사기준으로 운용되고 있는 항목 제9장 처치 및 수술료 등 중 자46 척추고정술의 ABM/P-15 펩티드를 이용한 경추 추체간 유합술란을 다음과 같이 한다.

항 목	제 목	세부인정사항
자46 척추고정술	ABM/P-15 펩티드를 이용한 경추 추체간 유합술 및 요추 추체간 유합술	ABM/P-15 펩티드를 이용한 경추 추체간 유합술 (단분절에 한함), ABM/P-15 펩티드를 이용한 요추 추체간 유합술(2개 분절 이하에 한함)은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 고시되어 있는 해당 관혈적 수술의 범주에 해당됨. 다만, 사용된 치료재료는 별도 산정함.

부 칙

이 고시는 2025년 1월 1일부터 시행한다.

요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 신구조문 대비표

현 행			개 정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
I. 행위 일반사항			I. 행위 일반사항			
일반사항	「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표2] 제3호 타목 1)에 따른 급여 적용범위 (본인부담 면제)	국민건강보험법 제52조 및 동법 시행령 제19조제1항 [별표2] 제3호 타목 1)에 따라 일반건강검진 후 검사결과에 따라 고혈압·당뇨병·결핵 질환을 확진하기 위해 실시하는 진찰료 및 검사의 적용범위 (본인부담 면제)는 다음과 같이 함. - 다 음 - 1. 대상범위 가. 대상환자: 국민건강보험법 시행령 제25조에 따른 일반건강검진 대상자의 건강검진 결과 고혈압, 당뇨병,	일반사항	「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표2] 제3호 타목 1)에 따른 급여 적용범위 (본인부담 면제)	국민건강보험법 제52조 및 동법 시행령 제19조제1항 [별표2] 제3호 타목 1)에 따라 일반건강검진 후 검사결과에 따라 고혈압·당뇨병·결핵·우울증·조기 정신증 질환에 대하여 추가적인 진료 또는 검사의 필요성이 인정되는 경우에 실시하는 진찰료 등의 적용범위(본인 부담 면제)는 다음과 같이 함. - 다 음 - 1. 대상범위 가. 대상환자: 국민건강보험법 시행령 제25조에 따른 일반건강검진 대상자의 건강검진 결과 고혈압, 당뇨병,	[제·개정 사유] 국민건강검진 내 정신건강검사 사후관리 일환으로 우울증·조기 정신증 의심자 대상 첫 진료비 본인부담금 면제

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		결핵 질환 의심자 나. 대상항목 1) ~ 2) <생략> 3) 결핵 가) <u>진찰료 1회</u> , <u>요양기관 종별에 따라 산정가능한 전문병원 관리료</u> , <u>전문병원 의료질 평가지원금 또는 의료질 평가지원금 각 1회 적용</u> 나) ~ 라) <생략> <u><신설></u>			결핵, <u>우울증, 조기정신증</u> 질환 의심자 나. 대상항목 1) ~ 2) <현행과 같음> 3) 결핵 가) <u>진찰료</u> , <u>전문병원 관리료</u> , <u>전문병원 의료질평가지원금 또는 의료질평가지원금 각각 1회</u> 나) ~ 라) <현행과 같음> 4) <u>우울증 및 조기정신증</u> 가) <u>진찰료</u> , <u>전문병원 관리료</u> , <u>전문병원 의료질평가지원금 각각 1회</u> 나) <u>검사료 및 정신요법료</u> (1) <u>우울증</u> (가) <u>검사료: 너701 증상 및 행동 평가 척도 LEVEL I~III 해당 세부 검사 항목 중 1항목 1회</u>	

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		다. <생략> 2. 청구방법 가. ~ 나. <생략>			(나) 정신요법료: 아1 개인 정신치료 I~Ⅲ 항목 중 1회 (2) 조기정신증 (가) 검사료: 너1 증상 및 행동 평가 척도 LEVEL I~V 해당 세부 검사 항목 중 1항목 1회 (나) 정신요법료: 아1 개인 정신치료 I~V 항목 중 1회 다. <현행과 같음> 2. 청구방법 가. ~ 나. <현행과 같음>	
I. 행위 제1장 기본진료료			I. 행위 제1장 기본진료료			
가10 격리실	격리실 입원료	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1	가10 격리실	격리실 입원료	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1	[제·개정 사유] 「감염병예방법

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
입원료	급여기준 (일반원칙)	편제2부제1장 기본진료료 [산정지침] 2.다.(6) 격리실 입원료 중 “(나) 일반 환자를 보호하기 위하여 전염력이 강한 전염성 환자를 일반 환자와 격리하여 치료한 경우”에서의 격리실 입원료는 진료 상 입원이 반드시 필요한 경우에 산정하되, 다음의 경우 요양급여함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) ~ 7) <생략> 나. 격리기간 1) 위 가.1), 2), 4)에 해당하는 질환 중 인플루엔자, 수족구병, 가.6)에 해당하는 질환 중 파종성 대상포진과 음은 질환이 의심되는 객관적인 소견이 있는 시점부터	입원료	급여기준 (일반원칙)	편제2부제1장 기본진료료 [산정지침] 2.다.(6) 격리실 입원료 중 “(나) 일반 환자를 보호하기 위하여 전염력이 강한 전염성 환자를 일반 환자와 격리하여 치료한 경우”에서의 격리실 입원료는 진료 상 입원이 반드시 필요한 경우에 산정하되, 다음의 경우 요양급여함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) ~ 7) <현행과 같음> 나. 격리기간 1) 위 가.1), 2), 4)에 해당하는 질환 중 인플루엔자, 수족구병, 가.6)에 해당하는 질환 중 파종성 대상포진과 음은 질환이 의심되는 객관적인 소견이 있는 시점부터 감염력이	」 일부개정에 따른 명칭 변경 (카바페넴내성장내세균속균종(CRE) 감염증 → 카바페넴내성장내세균목(CRE) 감염증)

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		감염력이 소실될 때까지. 다만, 제2급감염병 중 반코마이신 내성 황색포도알균(VRSA) 감염증과 카바페넴내성장내 세균속균종(CRE) 감염증은 위 가.5)의 의료관련감염병 격리기간을 따름 2) ~ 4) <생략>			소실될 때까지. 다만, 제2급 감염병 중 반코마이신내성 황색포도알균(VRSA) 감염증과 카바페넴내성장내세균종(CRE) 감염증은 위 가.5)의 의료관련감염병 격리기간을 따름 2) ~ 4) <현행과 같음>	
	음압격리실 입원료 급여기준	음압격리실 입원료는 전염력이 강한 전염성 환자를 일반 환자와 격리하되 공기감염을 예방하기 위하여 음압을유지할 수 있는 시설기준을 갖춘 음압격리실에서 격리하여 치료한 경우에 산정하며 다음의 요건을 충족한 경우 요양급여함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) ~ 4) <생략>		음압격리실 입원료 급여기준	음압격리실 입원료는 전염력이 강한 전염성 환자를 일반 환자와 격리하되 공기감염을 예방하기 위하여 음압을 유지할 수 있는 시설기준을 갖춘 음압격리실에서 격리하여 치료한 경우에 산정하며 다음의 요건을 충족한 경우 요양급여함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) ~ 4) <현행과 같음>	[제·개정 사유] 「음압격리병실 설치 및 운영에 관한 고시」 제정에 따른 시설 기준 반영

현행			개정			비고						
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항							
		나. 격리기간 1) ~ 2) <생략> 다. 시설기준 1) 「<u>감염병의 예방 및 관리에 관한 법률</u>」에 따라 질병관리청의 「<u>국가지정 입원치료 병상 운영과 관리지침</u>」에서 정한 '<u>음압격리병실 시설기준</u>'을 준용함. 2) <u>음압 입원(격리)치료시설 중 아래 표의 구분에 따른 병실의 시설기준은 반드시 준수해야 함.</u> <table><tr><th colspan="2">구분</th><th>시설기준</th></tr><tr><td>공조 시설</td><td>급기 설비</td><td>· 외부병원체 인입차단을 위한 충분한 성능을 가진 필터설치 또는 공기 역류를 방지할 수 있는 기능(airtight)</td></tr></table>	구분		시설기준	공조 시설	급기 설비	· 외부병원체 인입차단을 위한 충분한 성능을 가진 필터설치 또는 공기 역류를 방지할 수 있는 기능(airtight)			나. 격리기간 1) ~ 2) <현행과 같음> 다. 시설기준 「<u>음압격리병실 설치 및 운영에 관한 고시</u>」[별표] '<u>음압격리병실의 설치 및 운영기준(제2조 관련)</u>'을 적용함. 2) <삭제> 3) <삭제>	
구분		시설기준										
공조 시설	급기 설비	· 외부병원체 인입차단을 위한 충분한 성능을 가진 필터설치 또는 공기 역류를 방지할 수 있는 기능(airtight)										

현행			개정			비고																					
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항																						
		<table><tr><th colspan="2">구분</th><th>시설기준</th></tr><tr><td rowspan="4">배기 설비</td><td></td><td><u>back draft damper) 설치</u></td></tr><tr><td></td><td><u>· 충분한 성능을 가진 필터(HEPA filter 99.97%이상) 설치</u></td></tr><tr><td></td><td><u>· 공기 유입구 및 사람들이 밀집된 지역과는 멀리 떨어진 외부로 배출</u></td></tr><tr><td></td><td><u>· 역류로 인한 감염 확산 방지를 위해 각 실별 배기 HEPA filter 또는 역류 방지를 위한 댐퍼 (airtight back draft damper) 설치</u></td></tr><tr><td></td><td><u>음압 제어</u></td><td><u>· 실간 음압차 - 2.5pa(-0.225mmAq) 이상을 유지</u></td></tr><tr><td></td><td><u>환기</u></td><td><u>· 시간당 환기횟수(air change per hour, ACH) 적어도 6회 이상, 가능하면 12회 이상</u></td></tr><tr><td></td><td><u>벽 및 천장, 창·문</u></td><td><u>· 실내의 공기가 실 밖으로 흘러나가지 않는 구조여야 함</u></td></tr></table>	구분		시설기준	배기 설비		<u>back draft damper) 설치</u>		<u>· 충분한 성능을 가진 필터(HEPA filter 99.97%이상) 설치</u>		<u>· 공기 유입구 및 사람들이 밀집된 지역과는 멀리 떨어진 외부로 배출</u>		<u>· 역류로 인한 감염 확산 방지를 위해 각 실별 배기 HEPA filter 또는 역류 방지를 위한 댐퍼 (airtight back draft damper) 설치</u>		<u>음압 제어</u>	<u>· 실간 음압차 - 2.5pa(-0.225mmAq) 이상을 유지</u>		<u>환기</u>	<u>· 시간당 환기횟수(air change per hour, ACH) 적어도 6회 이상, 가능하면 12회 이상</u>		<u>벽 및 천장, 창·문</u>	<u>· 실내의 공기가 실 밖으로 흘러나가지 않는 구조여야 함</u>				
구분		시설기준																									
배기 설비		<u>back draft damper) 설치</u>																									
		<u>· 충분한 성능을 가진 필터(HEPA filter 99.97%이상) 설치</u>																									
		<u>· 공기 유입구 및 사람들이 밀집된 지역과는 멀리 떨어진 외부로 배출</u>																									
		<u>· 역류로 인한 감염 확산 방지를 위해 각 실별 배기 HEPA filter 또는 역류 방지를 위한 댐퍼 (airtight back draft damper) 설치</u>																									
	<u>음압 제어</u>	<u>· 실간 음압차 - 2.5pa(-0.225mmAq) 이상을 유지</u>																									
	<u>환기</u>	<u>· 시간당 환기횟수(air change per hour, ACH) 적어도 6회 이상, 가능하면 12회 이상</u>																									
	<u>벽 및 천장, 창·문</u>	<u>· 실내의 공기가 실 밖으로 흘러나가지 않는 구조여야 함</u>																									

현행			개정			비고												
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항													
		<table><tr><th>구분</th><th>시설기준</th></tr><tr><td>화장실·샤워실</td><td>· 병실 내부에 화장실과 샤워실이 있어야 함</td></tr></table> 3) 음압 입원(격리)치료시설 중 아래 표의 구분에 따른 병실의 시설 기준은 요양기관의 건물 구조 변경 불가 등의 정당한 이유가 있는 경우 예외를 인정할 수 있음. <table><tr><th>구분</th><th>시설기준</th></tr><tr><td>넓이 등</td><td>· 1인실의 경우 15㎡이상, 병상 수 추가 시 병상 수 반영 · 전실을 설치하여야 함</td></tr><tr><td>천장 높이</td><td>· 2.4M 이상</td></tr><tr><td>출입구역 폭</td><td>· 1.2M 이상</td></tr></table>	구분	시설기준	화장실·샤워실	· 병실 내부에 화장실과 샤워실이 있어야 함	구분	시설기준	넓이 등	· 1인실의 경우 15㎡이상, 병상 수 추가 시 병상 수 반영 · 전실을 설치하여야 함	천장 높이	· 2.4M 이상	출입구역 폭	· 1.2M 이상				
구분	시설기준																	
화장실·샤워실	· 병실 내부에 화장실과 샤워실이 있어야 함																	
구분	시설기준																	
넓이 등	· 1인실의 경우 15㎡이상, 병상 수 추가 시 병상 수 반영 · 전실을 설치하여야 함																	
천장 높이	· 2.4M 이상																	
출입구역 폭	· 1.2M 이상																	

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
I. 행위 제3장 영상진단 및 방사선 치료료			I. 행위 제3장 영상진단 및 방사선 치료료			
<u><신설></u>	<u><신설></u>	<u><신설></u>	<u>다228 관절 조영</u>	<u>다228 관절 조영의 급여 기준</u>	1. <u>다228 관절조영은 대관절(견관절, 고관절, 슬관절) 내 질환의 진단을 위해 조영제를 주입하여 병변을 명확하게 확인할 수 있는 진료기록부 및 영상이 확보된 경우 다음과 같이 요양급여를 인정함.</u> - 다 음 - 가. 급여대상 1) <u>비침습적 검사(자기공명영상 진단, CT, 초음파) 시행 후 병변이 확인되지 않는 경우 추가로 진단이 필요한 환자</u> 2) <u>자기공명영상진단(자기공명 영상의 비적응증 환자 등) 또는 CT, 초음파 시행이</u>	[제·개정 사유] 급여대상 명확화로 적정진료 유도를 위한 고시 신설

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
					<u>가능하지 않는 경우 등에 한하여 대체진단으로 시행한 환자</u> <u>나. 급여횟수</u> <u>가.의 적용을 받는 환자의 경우 동일 질환에 대해 진단 시 1회 인정하되, 수술 및 이에 준하는 치료 후 경과관찰 시 추가 1회 인정함.</u> <u>2. 다만 동일 날 동일 부위의 타 시술* 과정에 실시한 관절조영은 일련의 과정으로 인정하지 아니함.</u> *신경차단술, 수압팽창술, 관절강내 주사 및 관절천자, 신경간내주사, 건초내주사	

현행				개정				비고
항목	제목	세부인정사항		항목	제목	세부인정사항		
다339 양전자방출 단층촬영 (PET)	각 분류항목별 방사성 동위원소	분류항목	방사성 동위원소	다339 양전자방출 단층촬영 (PET)	각 분류항목별 방사성 동위원소	분류항목	방사성 동위원소	[제·개정 사유] 신의료기술 등재 관련 고시 개정
		가. 토르소	(1)~(2) <생략> (5) Ga-68 에도트레오 타이드(도타톡) <u><신설></u> (6)~(D) <생략>			가. 토르소	(1)~(2) <현행과 같음> (5) Ga-68 에도트레오 타이드(도타톡) <u>((별첨) 세부기준 참조)</u> (6)~(D) <현행과 같음>	
		라. 전신	(1)~(2) <생략> <u><신설></u> (6)~(D) <생략>			라. 전신	(1)~(2) <현행과 같음> (5) Ga-68 에도트레오 타이드(도타톡) <u>((별첨) 세부기준 참조)</u> (6)~(D) <현행과 같음>	
		바. 토르소 또는 전신촬영 후 재주사 없이 특정부위를 추가 촬영	(1) <생략> <u><신설></u> (6)~(D) <생략>			바. 토르소 또는 전신촬영 후 재주사 없이 특정부위를 추가 촬영	(1) <현행과 같음> (5) Ga-68 에도트레오 타이드(도타톡) <u>((별첨) 세부기준 참조)</u> (6)~(D) <현행과 같음>	

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
(별첨) 세부기준			(별첨) 세부기준			
구분	세부기준		구분	세부기준		
<u><신설></u>	<u><신설></u>		<u>Ga-68</u> <u>에도트레오</u> <u>타이드</u> <u>(도타톡)</u> <u>토르소, 전신</u> <u>토르소 또는</u> <u>전신촬영</u> <u>후 재주사</u> <u>없이</u> <u>특정부위를</u> <u>추가 촬영</u> <u>양전자방출</u> <u>단층촬영의</u> <u>급여기준</u>	<u>종양성골연화증(의심)환자에게 시행하는</u> <u>다339 양전자방출단층촬영-가. 토르소, 라.</u> <u>전신, 바. 토르소 또는 전신촬영 후 재주사</u> <u>없이 특정부위를 추가 촬영 (5) Ga-68 에도</u> <u>트레오타이드(도타톡)는 다음과 같은 경우</u> <u>에 요양급여를 인정함.</u> <u>- 다 음 -</u> <u>가. 진단과정 시: 종양성 골연화증이 의심</u> <u>되는 임상적 소견으로 원인 종양의</u> <u>국소화를 위해 시행한 경우 1회 인정함.</u> <u>나. 재발 또는 잔류질환이 의심되는 경우:</u> <u>종양 절제 후 재발 또는 잔류 질환이 의심</u> <u>되는(혈중 인산염 수치가 2.5mg/dL</u> <u>이하) 경우</u>		
I. 행위 제6장 마취료			I. 행위 제6장 마취료			

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
바2 마취	질식분만시 경막외마취 (무통분만)의 산정기준	질식분만 산모에 대하여 분만전 통증 조절 목적으로 실시하는 경막외마취 (무통분만)의 산정기준을 다음과 같이 함 - 다 음 - 가. <생략> 나. “무통분만 경막외마취”를 18~09시 및 공휴일에 실시한 경우는 수기로 소정점수의 50%를 <u>가산하되</u>, 마취약제 주입 시작시간을 기준으로 산정함. 다. <생략>	바2 마취	질식분만시 경막외마취 (무통분만)의 산정기준	질식분만 산모에 대하여 분만전 통증 조절 목적으로 실시하는 경막외마취 (무통분만)의 산정기준을 다음과 같이 함 - 다 음 - 가. <현행과 같음> 나. “무통분만 경막외마취”를 18~09시 및 공휴일에 실시한 경우는 수기로 소정점수의 50%를 <u>가산</u>, 병원급 요양기관 (치과병원, 한방병원 제외)은 <u>소정점수의 100%를 가산함.</u> 이때 마취약제주입 시작시간을 기준으로 산정함. 다. <현행과 같음>	[제·개정 사유] 병원급 야간·공휴 가산율 변경에 따른 고시 변경
I. 행위 제9장 처치 및 수술료 등			I. 행위 제9장 처치 및 수술료 등			
일반사항	<u><신설></u>	<u><신설></u>	일반사항	<u>척추수술</u> <u>보존적</u>	<u>1. 척추수술은 「국민건강보험 요양</u> <u>급여의 기준에 관한 규칙」 제5조</u>	[제·개정 사유] 척추수술

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
				<u>치료</u> <u>일반원칙</u>	<u>제1항 관련 [별표1] 영양급여의 적용기준 및 방법에 따라, 질환의 특성 및 환자상태 등을 고려하여 임상적·의학적 필요성이 있다고 판단되는 경우에 실시함을 원칙으로 함.</u> <u>2. 「영양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 척추수술 전 보존적 치료를 시행하도록 하는 경우 세부인정기준을 다음과 같이 함.</u> <u>- 다 음 -</u> <u>가. 보존적 치료의 범위: 의료기관을 내원하여 해당 질환으로 임상적 진단을 받고 증상에 대한 진료 의사의 처방에 따라 적극적으로 이루어지는 약물치료,</u>	보존적 치료 일반원칙 신설

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
					<u>물리치료, 주사치료, 한방치료</u> <u>나. 보존적 치료에 대한 기간의 시작시점: 의료기관을 내원하여 해당 질환으로 임상적 진단을 받은 날을 시작시점으로 하되, 추간판탈출증의 경우 임상적 진단 시점과 증상이 악화된 시점이 다른 경우 증상이 악화된 시점으로 함.</u> <u>다. 보존적 치료의 확인방법</u> <u>1) 보존적 치료 내용 및 기간에 대해 작성된 진료기록</u> <u>2) 타 요양기관 치료내역의 경우 해당기관의 진료기록, 소견서 등</u> <u>3. 위 1, 2에도 불구하고 세부인정</u>	

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
					사항을 별도로 정한 수술은 각 수술의 고시 및 심사지침을 따름.	
자32 천두술	Ventricular Catheter를 통한 Alteplase(r-tPA) 주입 시술방법에 따른 수가 산정방법	뇌실내혈종의 용해 및 뇌척수액의 지속적 배액목적으로 천두술 또는 개두술 시 뇌실천자하여 Ventricular Catheter를 뇌실내에 유치한 후 수일동안 반복적으로 Alteplase (r-tPA)를 사용하여 뇌실내혈종을 용해시키는 시술은 시술방법에 따라 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 뇌내 및 뇌실내혈종 제거술 후 잔여혈종에 대하여 상기 조작을 실시하였다면, 뇌실내카테타 유치 조작을 포함하여 ‘뇌내 혈종 제거술’에 해당되므로 자462나 혈종제거를 위한 개두술-뇌실질내의 소정점수만	자32 천두술	Ventricular Catheter를 통한 Alteplase(r-tPA) 주입 시술방법에 따른 수가 산정방법	뇌실내혈종의 용해 및 뇌척수액의 지속적 배액목적으로 천두술 또는 개두술 시 뇌실천자하여 Ventricular Catheter를 뇌실내에 유치한 후 수일동안 반복적으로 Alteplase (r-tPA)를 사용하여 뇌실내혈종을 용해시키는 시술은 시술방법에 따라 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 뇌내 및 뇌실내혈종 제거술 후 잔여혈종에 대하여 상기 조작을 실시하였다면, 뇌실내카테타 유치 조작을 포함하여 ‘뇌내 혈종 제거술’에 해당되므로 자462나 혈종제거를 위한 개두술-<u>뇌실질내/뇌실내</u>의	[제·개정 사유] 명칭 변경에 따른 변경

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		산정함. 나. <생략> 다. 천두술을 시술하고 상기 조작을 실시하였으면 뇌실내카테타 유치 조작을 포함하여 ‘천두술’에 해당되므로 자32나(2) 천두술-낭종, 혈종, 농양 제거 및 배액-뇌실질내의 소정점수만 산정하여야 함. 이 경우 나807 뇌실천자술을 별도 산정할 수 없음. 라. <생략>			소정점수만 산정함. 나. <현행과 같음> 다. 천두술을 시술하고 상기 조작을 실시하였으면 뇌실내카테타 유치 조작을 포함하여 ‘천두술’에 해당되므로 자32나(2) 천두술-낭종, 혈종, 농양 제거 및 배액-뇌실질내/뇌실내의 소정점수만 산정하여야 함. 이 경우 나807 뇌실천자술을 별도 산정할 수 없음. 라. <현행과 같음>	
자46 척추고정술 [기기, 기구사용 고정포함]	인공 디스크를 이용한 추간판 전치환술의 급여기준	인공디스크를 이용한 추간판전치환술은 자46가 척추전방고정술의 소정점수를 준용 산정하며, 급여 기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 경추 추간판전치환술	자46 척추고정술 [기기, 기구사용 고정포함]	인공 디스크를 이용한 추간판 전치환술의 급여기준	인공디스크를 이용한 추간판전치환술은 자46가 척추전방고정술의 소정점수를 준용 산정하며, 급여 기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 경추 추간판전치환술	[제·개정 사유] 문구 명확화

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		1) 적응증 18세 이상의 환자에서 제3-4 경추간부터 제6-7경추간 사이의 한 분절 또는 인접한 두 분절에 국한된 병변으로 <u>6주 이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고</u>, 추간판탈출에 의한 <u>척수증(myelopathy)</u> 또는 신경근증(radiculopathy)이 확인되는 경우 (병변이 분명하게 확인되는 경우에 한하여 최대 2분절까지 시행 가능) 2) 금기증 가) ~ 나) <생략> 다) <u>굴신 방사선 사진상</u> 해당 분절의 불안정성이 있거나, 분절 운동이 3도 이하인 경우			1) 적응증 18세 이상의 환자에서 제3-4 경추간부터 제6-7경추간 사이의 한 분절 또는 인접한 두 분절에 국한된 병변으로 <u>수술 전 6주 이상의 적절한 보존적 치료에도 불구하고</u>, 추간판탈출에 의한 <u>척수병증(myelopathy)</u> 또는 신경근증(radiculopathy)이 확인되는 경우 (병변이 분명하게 확인되는 경우에 한하여 최대 2분절까지 시행 가능) 2) 금기증 가) ~ 나) <현행과 같음> 다) <u>방사선일반영상진단의 굴곡·신전 비교에서</u> 해당 분절의 불안정성이 있거나, 분절 운동이 3도 이하인 경우	

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		라) ~ 바) <생략> 3) <생략> 나. 요추 추간판전치환술 1) 적응증 25세~60세의 환자에서 <u>6개월 이상의 적극적인 보존적 치료</u>에도 불구하고 심한 요통이 지속되며, L4-5 또는 L5-S1 중 단일 분절에 국한된 퇴행성 추간판 질환이 MRI와 통증 유발 추간판조영술에서 확인되는 경우 (※ MRI의 T2 시상면 영상에서 추간판의 신호강도 저하 소견이 L4-5 또는 L5-S1 중 단일 분절에만 국한하여 확인되고, 추간판조영술 검사상			라) ~ 바) <현행과 같음> 3) <현행과 같음> 나. 요추 추간판전치환술 1) 적응증 가) 25세~60세의 환자에서 <u>수술 전 6개월 이상의 적절한 보존적 치료</u>에도 불구하고 심한 요통이 지속되며, L4-5 또는 L5-S1 중 단일 분절에 국한된 퇴행성 추간판 질환이 MRI와 통증 유발 추간판조영술에서 확인되는 경우 나) 영상 확인방법: MRI의 T2 시상면 영상에서 추간판의 신호강도 저하 소견이 L4-5 또는 L5-S1 중 단일 분절에만 국한하여 확인	

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		동 분절에서 동형 통증이 발생하는 경우) 2) ~ 3) <생략>			되고, 추간판조영술 검사상 동 분절에서 동형 통증이 발생하는 경우 2) ~ 3) <현행과 같음>	
자46 척추고정술 [기기, 기구사용 고정포함]	척추경 나사 (Pedicule screw system)를 이용한 자46 척추 고정술의 급여기준	척추경 나사(Pedicule screw system)를 이용한 자46 척추고정술 [기기, 기구 사용 고정 포함]은 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 불안정성 척추골절 1) ~ 4) <생략> 5) 적절한 보존적 요법에도 불구하고 심한 동통 또는 신경 증상을 동반한 후만각의 진행이 발생하는 경우 나. 골다공증성 골절(T-score ≤ -25)	자46 척추고정술 [기기, 기구사용 고정포함]	척추경 나사 (Pedicule screw system)를 이용한 자46 척추 고정술의 급여기준	척추경 나사(Pedicule screw system)를 이용한 자46 척추고정술 [기기, 기구 사용 고정 포함]은 다음과 같이 요양 급여를 인정함. - 다 음 - 가. 불안정성 척추골절 1) ~ 4) <현행과 같음> 5) 적절한 보존적 치료에도 불구하고 심한 동통 또는 신경 증상을 동반한 후만각의 진행이 발생하는 경우 나. 골다공증성 골절(T-score ≤ -25)	[제·개정 사유] 보존적 치료기간 및 진단기준 명확화

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		1) ~ 2) <생략> ※ 골다공증은 이중 에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골 [요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정한 T-score ≤ -2.5인 경우 다. ~ 라. <생략> 마. 척추 변형 1) 특발성 척추측만증 가) 15세 미만의 환자에서 40도 이상의 만곡이 있는 경우 나) 성장이 끝난 환자에서 50도 이상의 만곡이 있는 경우			1) ~ 2) <현행과 같음> 3) 골다공증의 확인방법: 이중 에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골 [요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정한 T-score ≤ -2.5인 경우 다. ~ 라. <현행과 같음> 마. 척추 변형 1) 특발성 척추측만증 가) 성장이 완료되지 않은(Risser stage 4 이하) 환자에서 40도 이상의 만곡이 있는 경우 나) 성장이 끝난(Risser stage 5) 환자에서 50도 이상의 만곡이	

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		다) 흉추부의 전만곡이 동반된 경우 ※ 특발성 척추측만증에 inclinometer (경사측정기)로 10도 이상 경사나 늑골고 측정기로 3cm이상의 늑골고가 확인되는 경우 흉곽 성형을 위한 늑골절제술은 자54나 늑골절제술-기타의 늑골로 별도 인정하며 동일 피부 절개 하에 시행하는 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함.			있는 경우 다) 흉추부의 전만곡이 동반된 경우 라) 기타: 특발성 척추측만증에 inclinometer(경사측정기)로 10도 이상 경사나 늑골고 측정기로 3cm 이상의 늑골고가 확인되는 경우 흉곽 성형을 위한 늑골절제술은 자54나 늑골절제술-기타의 늑골로 별도 인정하며 동일 피부 절개 하에 시행하는 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를	

현 행			개 정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		2) 퇴행성 측만증 <u>적절한 보존적 요법에도 불구하고 심한 척추관 협착증 증상이 지속되는 환자로서, 아래의 소견 중 2개 이상이 확인되는</u> 경우에 인정함. 가) 방사선 사진상 25도 이상의 측만 나) 20도 이하의 요추부 전만 다) 뚜렷한 회전 아탈구			산정함. 2) 퇴행성 측만증 가) <u>수술 전 1년 이내에 3개월 이상의 적절한 보존적 치료에도 불구하고 심한 척추관 협착증 증상이 지속되는 환자로서, 아래의 영상학적·임상적 측면 모두 충족하는</u> 경우에 인정함. 다만, <u>수술 직전 6주 이내에 2주 이상의 보존적 치료가 포함되어야 함.</u> - 아 래 - (1) 영상학적 측면: 방사선일반 영상진단상 30도 이상의 측만이 있거나, 측만과 동반된 추간공 협착증과 관상면 불균형이 5cm(C7	

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		다만, 과도한 장분절 고정의 경우는 각도의 측정이나 증상의 정도 판정, 전후방 유합술의 인정 등에서 보다 엄격하게 기준을 적용하기로 함. 바. 퇴행성 척추질환에 척추경 나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술시는 「<u>척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준</u>」에 해당되는 경우			<u>plumb line과 center sacral line의 거리)</u>를 초과하여 함께 있는 경우 (2) <u>임상적 측면: 의무기록상 척추변형으로 인해 보행 장애를 포함한 일상생활의 심한 장애와 통증이 있는 경우</u> 나) 다만, 과도한 장분절 고정의 경우는 각도의 측정이나 증상의 정도 판정, 전후방 유합술의 인정 등에서 보다 엄격하게 기준을 적용하기로 함. 바. 퇴행성 척추질환에 척추경 나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술시는 「<u>고정기기를 이용한 자46 척추고정술의 급여기준</u>」에 해당되는 경우	

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		인정함. 다만, cage와 병용 사용시는 질병의 정도 등을 고려하여 사례별로 인정함. 사. Flexible rod system을 이용한 척추고정술은 척추 유합술과 동시에 시술한 경우에 한하여 인정하되, 인정기준은 「<u>척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준</u>」에 따름.			인정함. 다만, cage와 병용 사용시는 질병의 정도 등을 고려하여 사례별로 인정함. 사. Flexible rod system을 이용한 척추고정술은 척추 유합술과 동시에 시술한 경우에 한하여 인정하되, 인정기준은 「<u>고정 기기를 이용한 자46 척추고정술의 급여기준</u>」에 따름.	
자47 경피적 척추성형술	경피적 척추 성형술 (Vertebro plasty) 인정기준	경피적 척추 성형술(Vertebroplasty) 인정기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. <u>골다공증성 압박골절로서 2주 이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고 심한 배통이 지속되는 경우(단, 윗혈성심부전, 폐렴, 혈전성 정맥염, 약물로 잘 조절되지</u>	자47 경피적 척추성형술 [방사선료 포함]	자47 경피적 척추 성형술 (Vertebro plasty) 인정기준	자47 경피적 척추 성형술(Vertebroplasty) 인정기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. <u>수술 전 2주 이상의 적절한 보존적 치료에도 불구하고 심한 배통이 지속되는 골다공증성 압박골절로 아래 1), 2)를 모두 충족하는 경우 인정함.</u>	[제·개정 사유] 보존적 치료기간 및 적응증 확인방법 명확화와 조기수술 적응증 일부 삭제

현 행			개 정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		<u>않는 당뇨병환자, 투석을 받는 만성신부전환자, 80세 이상인 환자는 조기시행 가능)</u> 나. 종양에 의한 골절			<조기시행 관련 라.에 반영> - 아 래 - 1) 압박 골절의 확인방법: 가)~다) <u>중 하나 이상이 확인되어야 함.</u> 가) MRI 검사에서 증상을 유발하고 있는 병소임이 확인된 경우 나) CT 검사에서 골절이 확인되고 <u>방사선일반영상진단의 비교</u> <u>에서 압박의 진행이 확인된</u> <u>경우</u> 다) 방사선일반영상진단의 비교 에서 진행성 또는 새로 발생한 압박골절임을 분명히 관찰할 수 있는 경우 <가. 2) 아래로 이동>	

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		다. Kummell's disease ※ 확인방법 (1) MRI 검사 또는 CT와 동위원소 검사에서 증상을 유발하고 있는 병소임이 확인된 경우 (2) 일반 방사선 사진의 비교 검사에서 진행성 또는 새로 발생한 압박골절임을 분명히 관찰할 수 있는 경우 (3) 골다공증은 이중 에너지 방사선 흡수법(Dual- Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정한 T-score ≤ -2.5로			<가. 2) 아래로 이동> <가. 1). 가), 나)에 반영> <가. 1). 다)에 반영> 2) 골다공증의 확인방법: 골다공증은 이중 에너지 방사선 흡수법(Dual- Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정한 T-score ≤ -2.5로 확인된	

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		확인된 경우			경우 나. 종양에 의한 골절 다. Kummell's disease 라. 다만, 아래의 1)~4) 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 조기수술을 인정함. 1) 율혈성심부전 2) 폐렴 3) 투석을 받는 만성신부전환자 4) 80세 이상인 환자	
자47-1 경피적 척추후굴 풍선복원술	자47-1 <u>경피적 척추후굴 풍선복원술 [방사선료 포함]</u>	자47-1 경피적 척추후굴풍선복원술 [방사선료 포함] (Kyphoplasty)은 압박변형이 30-60%인 경우로서 다음과 같이 요양급여를 인정함. 다만, 골다공증성 방출성 골절은 압박변형이 60% 이상인 경우	자47-1 경피적 척추후굴 풍선복원술 <u>[방사선료 포함]</u>	자47-1 <u>경피적 척추후굴 풍선복원술 (Kypho plasty)</u>	자47-1 경피적 척추후굴풍선복원술 (Kyphoplasty)은 압박변형이 30-60% 인 경우로서 다음과 같이 요양급여를 인정함. 다만, 골다공증성 방출성 골절은 압박변형이 60% 이상인 경우에도 인정함.	[제·개정 사유] 보존적 치료기간 및 적응증 확인방법 명확화와

현 행			개 정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
	(Kyphoplasty) 인정기준	에도 인정함. - 다 음 - 가. <u>3주 이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고 심한 배통이 지속되는 골다공증성 압박골절(단, 윗혈성심부전, 폐렴, 혈전성 정맥염, 약물로 잘 조절되지 않는 당뇨병환자, 투석을 받는 만성신부전환자, 80세 이상인 환자는 조기시행 가능)</u>		인정기준	- 다 음 - 가. <u>수술 전 3주 이상의 적절한 보존적 치료에도 불구하고 심한 배통이 지속되는 골다공증성 압박골절로 아래 1), 2)를 모두 충족하는 경우 인정함.</u> <조기시행 관련 라.에 반영> - 아 래 - 1) <u>압박 골절의 확인방법: 가)~다) 중 하나 이상이 확인되어야 함.</u> 가) <u>MRI 검사에서 증상을 유발하고 있는 병소임이 확인된 경우</u> 나) <u>CT 검사에서 골절이 확인되고 방사선일반영상진단의 비교에서</u>	조기수술 적응증 일부 삭제

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		나. 종양에 의한 골절 다. Kummell's disease ※ 확인방법 (1) MRI 검사 또는 CT와 동위 원소 검사에서 증상을 유발하고 있는 병소임이 확인된 경우 (2) 일반 방사선 사진의 비교 검사에서 진행성 또는 새로 발생한 압박골절을 분명히 관찰할 수 있는 경우			<u>압박의 진행이 확인된 경우</u> 다) <u>방사선일반영상진단</u>의 비교에서 진행성 또는 새로 발생한 압박골절을 분명히 관찰할 수 있는 경우 <가. 2) 아래로 이동> <가. 2) 아래로 이동> <가. 1). 가), 나)에 반영> <가. 1). 다)에 반영>	

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		(3) 골다공증은 이중 에너지 방사선 흡수법(Dual- Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골 [요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정한 T-score ≤ -2.5 로 확인된 경우			2) 골다공증의 확인방법: 골다공증은 이중 에너지 방사선 흡수법(Dual- Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정한 T-score ≤ -2.5로 확인된 경우 나. 종양에 의한 골절 다. Kummell's disease <u>라. 다만, 아래의 1)~4) 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 조기수술을 인정함.</u> 1) <u>울혈성심부전</u> 2) <u>폐렴</u> 3) <u>투석을 받는 만성신부전환자</u>	

현 행			개 정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
					4) 80세 이상인 환자	
자49 추간판제거술 [척추후궁절제술 포함]	경추부의 최소침습성 추간판제거술 (자49나 내시경하 추간판제거술, 자49나 내시경하 추간판제거술, 자49다 척추수핵용해술, 자49라 척추수핵흡인술 등)의 급여기준	경추부에 최소침습성 추간판제거술 (자49나 내시경하 추간판제거술, 자49다 척추수핵용해술, 자49라 척추수핵흡인술 등)시 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 경추부의 자49나 내시경하 추간판제거술은 후외측(postero-lateral)으로 전위된 심한 연성 추간판탈출증으로 인한 신경근 압박소견이 명확하고 <u>12주 이상의 적극적인 보존적 치료</u>에도 불구하고 상지방사통이 있는 경우에 인정함. 나. <생략>	자49 추간판제거술 [척추후궁절제술 포함]	경추부의 최소침습성 추간판제거술 (자49나 내시경하 추간판제거술, 자49다 척추수핵용해술, 자49라 척추수핵흡인술 등)의 급여기준	경추부에 최소침습성 추간판제거술 (자49나 내시경하 추간판제거술, 자49다 척추수핵용해술, 자49라 척추수핵흡인술 등) 시 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 경추부의 자49나 내시경하 추간판제거술은 후외측(postero-lateral)으로 전위된 심한 연성 추간판탈출증으로 인한 신경근 압박소견이 명확하고 <u>수술 전 12주 이상의 적절한 보존적 치료</u>에도 불구하고 상지방사통이 있는 경우에 인정함. 나. <현행과 같음>	[제·개정 사유] 보존적 치료 구분 문구 명확화
자49	요추부의	요추부의 자49다 척추수핵용해술,	자49	요추부의	요추부의 자49다 척추수핵용해술,	[제·개정 사유]

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
추간판제거술 [척추후궁절제술 포함]	자49다 척추수핵 용해술, 자49라 척추수핵 흡인술의 급여기준	자49라 척추수핵 흡인술은 <u>6주 이상의 적극적인</u> 보존적 치료에도 불구하고 심한 방사통이 지속되는 환자에서 추간판탈출로 인한 신경근 압박 소견이 확인되는 경우에 인정하되, 조기시행이 필요한 경우에는 의사소견서를 첨부하여야 함. 다만, 협착증이 동반된 경우에는 불인정함.	추간판제거술 [척추후궁절제술 포함]	자49다 척추수핵 용해술, 자49라 척추수핵 흡인술의 급여기준	자49라 척추수핵 흡인술은 <u>수술 전 6주 이상의 적절한</u> 보존적 치료에도 불구하고 심한 방사통이 지속되는 환자에서 추간판탈출로 인한 신경근 압박 소견이 확인되는 경우에 인정하되, 조기시행이 필요한 경우에는 의사소견서를 첨부하여야 함. 다만, 협착증이 동반된 경우에는 불인정함.	보존적 치료 구분 문구 명확화
자49 추간판제거술 [척추후궁절제술 포함]	자49가 관혈적 추간판제거술의 급여기준	추간판탈출증은 배부 동통 및 방사통을 동반한 질환으로 많은 경우 일정기간 경과 시 자연적으로 호전되는 점을 고려하여야 하며, 자49가 관혈적 추간판제거술은 추간판탈출에 의한 <u>신경</u> 또는 척수압박이 영상검사에서 확인되고, 진료기록에서 관련 증상 및 징후가 확인된 환자 중	자49 추간판제거술 [척추후궁절제술 포함]	자49가 관혈적 추간판제거술의 급여기준	추간판탈출증은 배부 동통 및 방사통을 동반한 질환으로 많은 경우 일정기간 경과 시 자연적으로 호전되는 점을 고려하여야 하며, 자49가 관혈적 추간판제거술은 추간판탈출에 의한 <u>신경근</u> 또는 척수압박이 영상검사에서 확인되고, 진료기록에서 관련 증상 및 징후가 확인된 환자 중	[제·개정 사유] 보존적 치료 구분 문구 통일과 병변 확인 방법 명확화

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		다음의 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. <u>4~6주 이상의 보존 치료</u>에도 증상의 호전이 없고 일상 생활에 제한이 심한 경우 나. 아래의 1)~5) 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 조기 수술을 인정함 - 아 래 - 1) 마미증후군(Cauda Equina Syndrome) 2) 근력등급 4 이하의 근력저하 3) 척수병증(Myelopathy) 4) 진행되는 신경학적 결손 (Neurologic Deficit) 5) 적극적인 통증치료를 시행함			다음의 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. <u>수술 전 4~6주 이상의 적절한 보존적 치료</u>에도 증상의 호전이 없고 일상생활에 제한이 심한 경우 나. <u>다만</u>, 아래의 1)~5) 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 조기수술을 인정함. - 아 래 - 1) 마미증후군(Cauda Equina Syndrome) 2) 근력등급 4 이하의 근력저하 3) 척수병증(Myelopathy) 4) 진행되는 신경학적 결손 (Neurologic Deficit) 5) 적극적인 통증치료를 시행함	

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		에도 불구하고 <u>VAS 7 이상의 참기 힘든 동통이 지속되는 경우</u>			에도 불구하고 <u>시각 통증 등급(Visual Analogue Scale, VAS) 7 이상의 참기 힘든 동통이 지속되는 경우</u>	
자49 추간판제거술 [척추후궁절제술 포함]	요추부의 자49나 내시경하추간판제거술의 급여기준	요추부의 자49나 내시경하추간판제거술은 <u>6주 이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고 심한 방사통이 지속되는 환자에서 추간판탈출로 인한 신경근 압박 소견이 확인되는 경우에 인정하되, 조기시행이 필요한 경우에는 의사소견서를 첨부하여야 함.</u> <u><신설></u>	자49 추간판제거술 [척추후궁절제술 포함]	요추부의 자49나 내시경하추간판제거술의 급여기준	1. 요추부의 자49나 내시경하추간판제거술은 <u>수술 전 4~6주 이상의 적절한 보존적 치료에도 불구하고 심한 방사통이 지속되는 환자에서 추간판탈출로 인한 신경근 압박 소견이 확인되는 경우에 인정함.</u> 2. 다만, 다음의 가.~라. 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 <u>조기수술을 인정함.</u> <u>- 다 음 -</u> 가. 마미증후군(Cauda Equina	[제·개정 사유] 보존적 치료 기간 변경, 조기수술 적응증 명확화, 금기증 일부 삭제

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		다만, 불안정성이 동반된 경우, 전방전위증이 동반된 경우, 신경궁 협착이 동반된 경우 또는 동일 경로를 통한 재수술에는 불인정함.			Syndrome) <u>나. 근력등급 4 이하의 근력저하다. 진행되는 신경학적 결손 (Neurologic Deficit)</u> <u>라. 적극적인 통증치료를 시행함에도 불구하고 시각 통증 등급(Visual Analogue Scale, VAS) 7 이상의 참기 힘든 동통이 지속되는 경우</u> 3. 상기 1., 2.에도 불구하고 아래와 같은 경우에는 금기증에 해당되므로 인정하지 아니함. - 아 래 - <u>가. 불안정성이 동반된 경우</u> <u>나. 전방전위증이 동반된 경우</u>	
자49	<신설>	<신설>	자49	내시경하	내시경하 척추후궁절제술은 '자49나	[제·개정 사유]

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
추간판제거술 [척추후궁절제술 포함]			추간판제거술 [척추후궁절제술 포함]	척추후궁절제술의 수가 산정방법	추간판제거술[척추후궁절제술 포함]-내시경하'로 준용 산정함.	수가산정 방법 명확화
자464 뇌동맥류 수술 [경부 Clipping]	자464 뇌동맥류 수술 [경부 Clipping]의 복잡 급여기준	자464 뇌동맥류수술 [경부 Clipping]의 복잡 수기는 다음과 같은 뇌동맥류에 대하여 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. ~ 바. <생략>	자464 뇌동맥류 수술	자464 뇌동맥류 수술의 복잡 급여기준	자464 뇌동맥류수술의 복잡 수기는 다음과 같은 뇌동맥류에 대하여 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. ~ 바. <현행과 같음>	[제·개정 사유] 명칭 변경에 따른 변경
Ⅲ. 치료재료 제4장 처치 및 수술료 등			I. 행위 제9장 처치 및 수술료 등			
척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준	1. 고정기기(Cage 단독사용 또는 Cage와 pedicle screw system 병용사용)를 이용한 척추유합술은 적절한 보존적 요법에도 불구하고 임상증상의 호전이 없는 다음의 경우에 인정함.		자46 척추고정술 [기기, 기구사용 고정포함]	고정기기를 이용한 자46 척추고정술의 급여기준	1. 고정기기(Cage 단독사용 또는 Cage와 pedicle screw system 병용사용)를 이용한 척추유합술은 수술 전 1년 이내에 3개월 이상의 적절한 보존적 치료에도 불구하고	[제·개정 사유] 보존적 치료기간 및 수술 적응증 명확화와

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		- 다 음 - 가. 적응증 (1) <u>척추전방전위증</u> (2) 임상증상이 동반된 중등도(MRI상 신경공의 perineural fat의 소실이 확인된 경우) 이상의 추간공협착증 (3) 광범위한 후방감압술(편측 후관절의 전절제 및 양측 후관절의 각 1/2 이상 절제)이 불가피한 다음의 질환 ① <u>척추관협착증</u>			임상증상의 호전이 없으며, 영상검사에서 신경근 또는 척수 압박이 확인되는 다음의 경우에 인정함. 다만, 수술 직전 6주 이내에 2주 이상의 보존적 치료가 포함되어야 함. - 다 음 - 가. 적응증 1) <u>신경학적 증상 또는 불안정성이 동반된 척추전방전위증</u> 2) 임상증상이 동반된 중등도(MRI상 신경공의 perineural fat의 소실이 확인된 경우) 이상의 추간공협착증 3) 광범위한 후방감압술(편측 후관절의 전절제 및 양측 후관절의 각 1/2 이상 절제)이 불가피한 다음의 질환 <u>가) 척추관협착증</u>	조기수술 기준 추가

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
	② 관혈적 수술후 재발한 추간판탈출증 (4) 3개월 이상의 적절한 보존적 요법에도 불구하고 심한 요통이 지속되는 퇴행성 추간판질환 중 ① MRI상 퇴행성 변화가 1-2개 분절에만 국한되어 있으며, 뚜렷한 추간 간격 협소가 동반되고 추간판조영술(discography)상 병변이 확인된 경우 ② 분절간 불안정성이 확인된 경우 나. 금기증 (1) 감염성 질환 (2) 이전의 추체간 유합술 부위 (3) 골다공증(T-score$\leq$-2.5): 이중 에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골 [요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴			나) 수술 후 재발한 추간판탈출증 4) 심한 요통이 지속되는 퇴행성 추간판 질환 중 가) MRI상 퇴행성 변화가 1-2개 분절에만 국한되어 있으며, 뚜렷한 추간 간격 협소가 동반되고 추간판조영술(discography)상 병변이 확인된 경우 나) 분절간 불안정성이 확인된 경우 나. 금기증 1) 감염성 질환 2) 이전의 추체간 유합술 부위 3) 골다공증(T-score$\leq$-2.5): 이중 에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골		

현 행			개 정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		(Ward's triangle 제외)]에서 측정한 값 (Cage 단독사용 시에만 해당) <u><신 설></u>			[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정한 값(Cage 단독사용 시에만 해당) 2. 다만, 아래의 가.~라. 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 조기수술을 인정함. - 아 래 - 가. <u>마미증후군(Cauda Equina Syndrome)</u> 나. <u>척수병증(Myelopathy)</u> 다. <u>진행되는 신경학적 결손(Neurologic Deficit)</u> 라. 위 1.가.1)~3) 중 하나에 해당하는 환자에게 급성 추간판 탈출증 또는 재발한 추간판 탈출증이 동반되고, 적극적인	

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		※ 상기 '1'항에 의한 기준은 모든 종류의 cage에 적용됨. 2. 고정기기 중 Flexible rod system을 이용한 경우에도 상기 '1'항의 기준을 적용함.			<u>통증치료를 시행함에도 불구하고 시각 통증 등급(Visual Analogue Scale, VAS) 7이상의 참기 힘든 동통이 지속되는 경우</u> 3. 위 1, 2에 의한 기준은 모든 종류의 cage 또는 고정기기 중 Flexible rod system을 이용한 경우 적용함.	
Ⅲ. 치료재료			Ⅲ. 치료재료			
제4장 처치 및 수술료 등			제4장 처치 및 수술료 등			
1회용 전기수술기용 Monopolar 전극과 1회용	1. 1회용 전기수술기용 Monopolar 전극 가. 급여대상 및 급여개수 1) ~ 2) <생략> 3) <u>아래</u> 의 경우 일체형(Blade, Spatula, Needle, Ball Type) 1개, 교체형 전극(Micro Needle(5μ) Type) 1개 이내		1회용 전기수술기용 Monopolar 전극과 1회용	1. 1회용 전기수술기용 Monopolar 전극 가. 급여대상 및 급여개수 1) ~ 2) <현행과 같음> 3) <u>다음</u> 의 경우 일체형(Blade, Spatula, Needle, Ball Type) 1개, 교체형 전극(Micro Needle(5μ) Type) 1개 이내에서		[제·개정 사유] 적응증 확대 및 개정에 따른 문구정비

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
Patient Return Pad의 급여기준	에서 실사용량으로 요양급여를 인정함.	- 아 래 - 가) 6세미만 비뇨기 수술(복강경수술 제외) 나) 자389-1나 정관수술-정관정관문합술, 자389-1다 정관수술-부고환정관문합술, 자399 정계정맥류수술 다) 눈 부속기관 수술(자525 산립종절개술, 자540 맥립종절개술, 자543 첩모발거술 제외)	Patient Return Pad의 급여기준	실사용량으로 요양급여를 인정함.	- 다 음 - <가. 3). 다)에 반영> 가) 자389-1나 정관수술-정관정관문합술, 자389-1다 정관수술-부고환정관문합술, 자399 정계정맥류수술 나) 눈 부속기관 수술(자525 산립종절개술, 자540 맥립종절개술, 자543 첩모발거술 제외) 다) 6세미만 수술시 아래에 해당하는 경우 - 아 래 - (1) 비뇨기 수술(복강경수술 제외) (2) 뇌·척수수술(뇌종양, 뇌혈관질환, 척수이형성증), 척추후궁수술 (3) 순열, 구개열 수술 및 선천성 안면 기형 수술	

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
	4) <생략> 나. <생략> 2. <생략>			4) <현행과 같음> 나. <현행과 같음> 2. <현행과 같음>		
ABM/P-15 펩티드 성분 골대체제의 급여기준	ABM/P-15 펩티드 성분 골대체제는 경추 추체간 유합술 (제3경추~제7경추 단분절 수술에 한함)에 사용하는 치료재료로, 자가골의 사용이 어려운 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 1. 급여대상 가. 장골능의 성장판이 열려 있는 소아 나. 장골능에서 다량의 자가골 채취의 과거력이 있는 경우 다. 70세 이상 고령 환자 라. 수술 중 허혈성 속이 발생하거나 다발성 골절로 인해 척추 이외 타 병소에도 자가골 이식이 필요	<u>경추 추체간 유합술 (제3경추~제7경추 단분절 수술에 한함) 시 사용하는 ABM/P-15 펩티드 성분 골대체제의</u> 급여기준	ABM/P-15 펩티드 성분 골대체제는 경추 추체간 유합술 (제3경추~제7경추 단분절 수술에 한함)에 사용하는 치료재료로, 자가골의 사용이 어려운 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 1. 급여대상 가. 장골능의 성장판이 열려 있는 소아 나. 장골능에서 다량의 자가골 채취의 과거력이 있는 경우 다. 70세 이상 고령 환자 라. 수술 중 허혈성 속이 발생하거나 다발성 골절로 인해 척추 이외 타 병소에도 자가골 이식이 필	[제·개정 사유] 치료재료 등재에 따른 급여기준 개정		

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
	한 경우와 같이 자가골 사용이 매우 어려운 경우			요한 경우와 같이 자가골 사용이 매우 어려운 경우		
	2. 상기 1.의 급여대상 이외 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.			2. 상기 1.의 급여대상 이외 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.		
	3. 급여개수: 1개(1cc)			3. 급여개수: 1개(1cc)		
	4. 상기 1. 2.의 경우 골대체제간(동종골, 이종골, 합성골)의 병용사용은 인정하지 아니함.			4. 상기 1. 2.의 경우 골대체제간(동종골, 이종골, 합성골)의 병용사용은 인정하지 아니함.		
<신설>	<신설>		요추 추체간 유합술 (제1요추~제11추추 중 2개 분절 이하에 한함) 시	ABM/P-15 펩티드 성분 골대체제는 요추 추체간 유합술(제1요추~제11추추 중 2개 분절 이하에 한함)에 사용하는 치료재료로, 자가골의 사용이 어려운 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 -	[제·개정 사유] 행위 신규 등재에 따른 치료재료 급여기준 신설	

현 행			개 정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
			<u>사용하는</u> ABM/P-15 펩티드 성분 글 대체제의 급여기준	1. <u>급여대상</u> 가. <u>장골능의 성장판이 열려 있는 소아</u> 나. <u>장골능에서 다량의 자가골 채취의 과거력이 있는 경우</u> 다. <u>70세 이상 고령 환자</u> 라. <u>수술 중 허혈성 속이 발생하거나 다발성 골절로 인해 척추 이외 타 병소에도 자가골 이식이 필요한 경우와 같이 자가골 사용이 매우 어려운 경우</u> 2. <u>상기 1. 이외 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</u> 3. <u>급여용량: 분절 당 최대 5cc 이내(최대 2분절 사용)</u> 4. <u>상기 1~3.의 경우에도 다음은 인정하지 아니함</u> 가. <u>글 대체제(동종골 이종골 합성골)의 병용사용</u> 나. <u>케이지와 병용 사용하지 않는 경우</u>		

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
				다. 최대 사용분절을 초과하는 경우 라. 심각한 골 결함 또는 희귀 골 장애가 있는 18세 미만의 환자		
IV. 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제10조에 의거 신의료기술로 신청된 항목중 이미 심사기준으로 운용되고 있는 항목 제9장 처치 및 수술료 등			IV. 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제10조에 의거 신의료기술로 신청된 항목중 이미 심사기준으로 운용되고 있는 항목 제9장 처치 및 수술료 등			
자46 척추고정술	ABM/P-15 펩티드를 이용한 경추 추체간 유합술 <신설>	ABM/P-15 펩티드를 이용한 경추 추체간 유합술(단분절 수술에 한함) <신설>은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」에 고시되어 있는 해당 관혈적 수술의 범주에 해당됨. 다만, 사용된 치료재료는 별도 산정함.	자46 척추고정술	ABM/P-15 펩티드를 이용한 경추 추체간 유합술 및 <u>요추 추체간 유합술</u>	ABM/P-15 펩티드를 이용한 경추 추체간 유합술(단분절에 한함), <u>ABM/P-15 펩티드를 이용한 요추 추체간 유합술(2개 분절 이하에 한함)</u> 은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 고시되어 있는 해당 관혈적 수술의 범주에 해당됨. 다만, 사용된 치료재료는 별도 산정함.	[제·개정 사유] 신의료기술 등재 관련 고시 개정