발 간 등 록 번 호
G000ME5-2023-81

요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침

2023년 7월판

HIRA 건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

일러두기

본 책자는 보건복지부 고시사항인 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」과 진료심사평가위원회가 심의·결정한 「심사지침」을 수록함.

세부사항은 보건복지부 고시 제2000-73호(2001년 1월 1일부터 시행)를 기초로 동 고시 이후부터 2023년 7월 1일까지의 신설내용은 추가하고, 변경내용은 최종 내용으로 수록하면서 고시대호와 시행일을 표기하였으며, 심사지침은 2023년 7월까지 공개된 내용을 수록하였으니 업무에 참고하시기 바랍니다.

아울러, 세부사항 및 심사지침 중 II. 약제부문은 별도 책자로 발간되므로 본 내용에는 제외하였음을 알려드립니다.

2023년 7월

심사기준실

● 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 ····· 1
(보건복지부 고시 제2023-105호)

I 행 위 ····· 65

일반사항 ····· 67
제1장 기본진료료 ····· 97
제2장 검 사 료 ····· 189
제3장 영상진단 및 방사선 치료료 ····· 567
제4장 투약 및 조제료 ····· 641
제5장 주 사 료 ····· 645
제6장 마 취 료 ····· 659
제7장 이학요법료 ····· 679
제8장 정신요법료 ····· 697
제9장 처치 및 수술료 등 ····· 703
제10장 치과 처치·수술료 ····· 899
제12장 보건기관의 진료수가 ····· 923
제13장·제14장 한방 검사·시술 및 처치료 ····· 927
제15장 약국약제비 ····· 935
제16장 전혈 및 혈액성분제제료 ····· 937
제17장 입원환자 식대 ····· 941
제18장 치과의 보철료 ····· 949
제19장 응급의료수가 ····· 955
제20장 치과의 교정치료료 ····· 969

Ⅲ 치료재료 ····· 975

목 록 ····· 977
제1장 일반사항 ····· 1001
제2장 검 사 료 ····· 1025
제3장 마 취 료 ····· 1037
제4장 처치 및 수술료 등 ····· 1043
제5장 중재적 시술료 ····· 1133
제6장 내시경하 시술료 ····· 1173
제7장 영상진단 및 방사선 치료료 ····· 1181
제8장 비 급 여 ····· 1185
제9장 한시적 허가범위 초과사용 치료재료 ····· 1189

Ⅳ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제10조에 의거 신의료 기술로 신청된 항목중 이미 심사기준으로 운용되고 있는 항목 ····· 1195

일반사항 ····· 1197
제1장 기본진료료 ····· 1199
제2장 검 사 료 ····· 1213
제3장 영상진단및방사선 치료료 ····· 1237
제4장 투약 및 조제료 ····· 1247
제5장 주 사 료 ····· 1249
제6장 마 취 료 ····· 1253
제7장 이학요법료 ····· 1257
제8장 정신요법료 ····· 1265
제9장 처치 및 수술료 등 ····· 1267
제10장 치과 처치·수술료 ····· 1291
제14장 한방 시술 및 처치료 ····· 1297
제16장 전혈 및 혈액성분제제료 ····· 1299

Ⅴ 질병군 ····· 1301

일반사항 ····· 1303
제 4 장 산부인과 ····· 1305

Ⅵ 요양병원 ····· 1307

일반사항 ····· 1309
제2부 환자군급여목록·상대가치점수 및 산정지침 ····· 1313
제3부 행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침 ····· 1335

Ⅶ 호스피스, 연명의료중단등결정 ····· 1351

제1부 일반사항 ····· 1353
제2부 입원형 호스피스 ····· 1359
제1장 호스피스 입원일당 정액 ····· 1360
제2장 호스피스 급여 별도산정 ····· 1373
제3부 가정형 호스피스 ····· 1381
제1장 호스피스 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 ····· 1382
제4부 자문형 호스피스 ····· 1385
제1장 호스피스 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 ····· 1386
제5부 연명의료중단등결정 ····· 1393
제1장 연명의료중단등결정 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 ··· 1394

Ⅷ 신의료기술 평가 유예 감염병 체외진단검사 ····· 1399

일반사항 ····· 1401

별지서식 1403

심사지침 1489

제1장 기본진료료 1491
제2장 검 사 료 1497
제3장 영상진단 및 방사선치료료 1507
제5장 주 사 료 1523
제6장 마 취 료 1525
제7장 이학요법료 1529
제8장 정신요법료 1537
제9장 처치 및 수술료 등 1539
제10장 치과 처치·수술료 1555
제13장·제14장 한방 검사·시술 및 처치료 1559
질병군 1561
치료재료 1567
요양병원 1573

요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항

요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항

● 보건복지부 고시 제2023-105호

개정 2000.12.30. 고시 제2000- 73호(2001. 1. 1. 시행)
2001. 7. 6. 고시 제2001- 36호(2001. 7. 1. 시행)
2001. 7.21. 고시 제2001- 40호(2001. 7. 1. 시행)
2001. 8. 8. 고시 제2001- 43호(2001. 8. 8. 시행)
2002. 3. 7. 고시 제2002- 13호(2002. 4. 1. 시행)
2002. 9.27. 고시 제2002- 69호(2002.10. 1. 시행)
2002.10.28. 고시 제2002- 72호(2002.11. 1. 시행)
2002.11.30. 고시 제2002- 80호(2003. 1. 1. 시행)
2002.12.31. 고시 제2002- 98호(2003. 1. 1. 시행)
2003. 7.31. 고시 제2003- 40호(2003. 8. 1. 시행)
2003.11.13. 고시 제2003- 65호(2003.12. 1. 시행)
2003.12.26. 고시 제2003- 83호(2004. 1. 1. 시행)
2003.12.30. 고시 제2003- 86호(2004. 1. 1. 시행)
2004. 2.27. 고시 제2004- 13호(2004. 3. 1. 시행)
2004. 4.28. 고시 제2004- 28호(2004. 5. 1. 시행)
2004. 6.23. 고시 제2004- 36호(2004. 7. 1. 시행)
2004. 7.19. 고시 제2004- 47호(2004. 8. 1. 시행)
2004. 9.10. 고시 제2004- 58호(2004. 9.15. 시행)
2004.11.19. 고시 제2004- 71호(2004.12. 1. 시행)
2004.12.29. 고시 제2004- 85호(2005. 1. 1. 시행)
2004.12.30. 고시 제2004- 93호(2005. 1. 1. 시행)
2005. 1.29. 고시 제2005- 8호(2005. 2. 1. 시행)
2005. 4.14. 고시 제2005- 24호(2005. 4.15. 시행)
2005. 5.11. 고시 제2005- 29호(2005. 5.15. 시행)
2005. 6. 1. 고시 제2005- 38호(2005. . . 시행)
2005. 6.24. 고시 제2005- 44호(2005. 7. 1. 시행)
2005. 7.26. 고시 제2005- 51호(2005. 8. 1. 시행)
2005. 8.31. 고시 제2005- 58호(2005. 9. 1. 시행)
2005. 9. 9. 고시 제2005- 61호(2005. 9.15. 시행)
2005.10.27. 고시 제2005- 72호(2005.11. 1. 시행)
2005.11.14. 고시 제2005- 77호(2005. . . 시행)
2005.12.12. 고시 제2005- 83호(2005.12.15. 시행)
2005.12.29. 고시 제2005-100호(2005. . . 시행)
2005.12.30. 고시 제2005-101호(2006. 1. 1. 시행)

2006. 1.13. 고시 제2006- 3호(2006. 1.16. 시행)
2006. 1.27. 고시 제2006- 9호(2006. 2. 1. 시행)
2006. 3.29. 고시 제2006- 23호(2006. 4. 1. 시행)
2006. 4.27. 고시 제2006- 31호(2006. 5. 1. 시행)
2006. 4.27. 고시 제2006- 32호(2006. . . 시행)
2006. 5.25. 고시 제2006- 38호(2006. 6. 1. 시행)
2006. 7.25. 고시 제2006- 56호(2006. 8. 1. 시행)
2006. 9.29. 고시 제2006- 75호(2006.10. 1. 시행)
2006.11.14. 고시 제2006- 85호(2006.11.15. 시행)
2006.11.22. 고시 제2006- 92호(2006.12. 1. 시행)
2006.12.18. 고시 제2006-105호(2007. 4. 1. 시행)
2006.12.22. 고시 제2006-112호(2007. 1. 1. 시행)
2007. 1.23. 고시 제2007- 3호(2007. 2. 1. 시행)
2007. 1.30. 고시 제2007- 8호(2007. 2. 1. 시행)
2007. 2.23. 고시 제2007- 14호(2007. 4. 1. 시행)
2007. 3.22. 고시 제2007- 25호(2007. 4. 1. 시행)
2007. 4.27. 고시 제2007- 37호(2007. 5. 1. 시행)
2007. 5.28. 고시 제2007- 46호(2007. 6. 1. 시행)
2007. 6.29. 고시 제2007- 55호(2007. 7. 1. 시행)
2007. 7.26. 고시 제2007- 65호(2007. 8. 1. 시행)
2007. 8.30. 고시 제2007- 77호(2007. 8.30. 시행)
2007. 9.13. 고시 제2007- 81호(2007.10. 1. 시행)
2007. 9.28. 고시 제2007- 85호(2007.10. 1. 시행)
2007.10.26. 고시 제2007- 92호(2007.11. 1. 시행)
2007.11.21. 고시 제2007-103호(2007.12. 1. 시행)
2007.12.28. 고시 제2007-139호(2008. 1. 1. 시행)
2007.12.31. 고시 제2007-143호(2008. 1. 1. 시행)
2008. 1.24. 고시 제2008- 5호(2008. 2. 1. 시행)
2008. 2.25. 고시 제2008- 21호(2008. 3. 1. 시행)
2008. 4.29. 고시 제2008- 31호(2008. 5. 1. 시행)
2008. 4.29. 고시 제2008- 32호(2008. 5. 1. 시행)
2008. 5.28. 고시 제2008- 40호(2008. 6. 1. 시행)
2008. 6.26. 고시 제2008- 57호(2008. 7. 1. 시행)
2008. 7.28. 고시 제2008- 80호(2008. 8. 1. 시행)
2008. 9.26. 고시 제2008-110호(2008.10. 1. 시행)
2008.10.27. 고시 제2008-125호(2008.11. 1. 시행)
2008.11.28. 고시 제2008-149호(2008.12. 1. 시행)
2008.12.26. 고시 제2008-169호(2009. 1. 1. 시행)
2009. 2.26. 고시 제2009- 26호(2009. 3. 1. 시행)
2009. 3.10. 고시 제2009- 45호(2009. 3.15. 시행)
2009. 3.27. 고시 제2009- 55호(2009. 4. 1. 시행)
2009. 5.28. 고시 제2009- 96호(2009. 6. 1. 시행)
2009. 6.29. 고시 제2009-122호(2009. 7. 1. 시행)
2009. 7.29. 고시 제2009-135호(2009. 8. 1. 시행)

2009. 9.25. 고시 제2009-180호(2009.10. 1. 시행)
2009.10.30. 고시 제2009-200호(2009.11. 1. 시행)
2009.11.30. 고시 제2009-214호(2009.12. 1. 시행)
2009.12.30. 고시 제2009-250호(2010. 1. 1. 시행)
2010. 1.28. 고시 제2010- 18호(2010. 2. 1. 시행)
2010. 3.29. 고시 제2010- 2호(2010. 4. 1. 시행)
2010. 5.28. 고시 제2010- 31호(2010. 6. 1. 시행)
2010. 6.29. 고시 제2010- 45호(2010. 7. 1. 시행)
2010. 7.28. 고시 제2010- 56호(2010. 8. 1. 시행)
2010. 9.28. 고시 제2010- 75호(2010.10. 1. 시행)
2010.10.26. 고시 제2010- 86호(2010.11. 1. 시행)
2010.11.25. 고시 제2010-100호(2010.12. 1. 시행)
2010.12.20. 고시 제2010-115호(2011. 1. 1. 시행)
2011. 1.27. 고시 제2011- 10호(2011. 2. 1. 시행)
2011. 3.28. 고시 제2011- 37호(2011. 4. 1. 시행)
2011. 4.29. 고시 제2011- 50호(2011. 5. 1. 시행)
2011. 5.31. 고시 제2011- 59호(2011. 6. 1. 시행)
2011. 6.28. 고시 제2011- 71호(2011. 7. 1. 시행)
2011. 8. 5. 고시 제2011- 87호(2011. 9. 1. 시행)
2011. 8.31. 고시 제2011-104호(2011. 9. 1. 시행)
2011. 9.30. 고시 제2011-124호(2011.11. 1. 시행)
2011.10.21. 고시 제2011-129호(2011.11. 1. 시행)
2011.11.25. 고시 제2011-144호(2011.12. 1. 시행)
2011.12.29. 고시 제2011-172호(2012. 1. 1. 시행)
2012. 3.27. 고시 제2012- 39호(2012. 4. 1. 시행)
2012. 6.25. 고시 제2012- 71호(2012. 7. 1. 시행)
2012. 9.14. 고시 제2012-119호(2012.10. 1. 시행)
2012.10.23. 고시 제2012-135호(2012.11. 1. 시행)
2012.11.27. 고시 제2012-153호(2012.12. 1. 시행)
2012.12.21. 고시 제2012-170호(2013. 1. 1. 시행)
2013. 1.31. 고시 제2013- 16호(2013. 2. 1. 시행)
2013. 2.28. 고시 제2013- 36호(2013. 3. 1. 시행)
2013. 4.30. 고시 제2013- 69호(2012. 4.30. 시행)
2013. 5. 6. 고시 제2013- 72호(2013. 5. 6. 시행)
2013. 6.27. 고시 제2013-104호(2013. 7. 1. 시행)
2013. 9.11. 고시 제2013-136호(2013. 9.15. 시행)
2013. 9.24. 고시 제2013-144호(2013.10. 1. 시행)
2013. 9.27. 고시 제2013-152호(2013.10. 1. 시행)
2013.11.27. 고시 제2013-180호(2013.12. 1. 시행)
2013.11.29. 고시 제2013-185호(2013.12. 1. 시행)
2013.12.24. 고시 제2013-200호(2014. 1. 1. 시행)
2013.12.30. 고시 제2013-208호(2014. 1. 1. 시행)
2014. 1.28. 고시 제2014- 15호(2014. 2. 1. 시행)
2014. 2.26. 고시 제2014- 36호(2014. 3. 1. 시행)

2014. 5. 2. 고시 제2014- 65호(2014. 5. 3. 시행)
2014. 5. 9. 고시 제2014- 66호(2014. 5.10. 시행)
2014. 5.30. 고시 제2014- 79호(2014. 6. 1. 시행)
2014. 5.30. 고시 제2014- 80호(2014. 6. 1. 시행)
2014. 6.27. 고시 제2014-100호(2014. 7. 1. 시행)
2014. 6.30. 고시 제2014-107호(2014. 7. 1. 시행)
2014. 7.29. 고시 제2014-123호(2014. 8. 1. 시행)
2014. 7.30. 고시 제2014-126호(2014. 8. 1. 시행)
2014. 8. 7. 고시 제2014-128호(2014. 8. 7. 시행)
2014. 8.22. 고시 제2014-136호(2014. 9. 1. 시행)
2014. 8.29. 고시 제2014-141호(2014. 9. 1. 시행)
2014. 9.29. 고시 제2014-168호(2014.10. 1. 시행)
2014. 9.30. 고시 제2014-174호(2014.12. 1. 시행)
2014.10.30. 고시 제2014-191호(2014.11. 1. 시행)
2014.10.31. 고시 제2014-196호(2014.11. 1. 시행)
2014.11.26. 고시 제2014-208호(2014.12. 1. 시행)
2014.11.28. 고시 제2014-211호(2014.12. 1. 시행)
2014.12.30. 고시 제2014-240호(2015. 1. 1. 시행)
2014.12.31. 고시 제2014-245호(2015. 1. 1. 시행)
2015. 1.30. 고시 제2015- 26호(2015. 1.30. 시행)
2015. 3. 3. 고시 제2015- 40호(2015. 3. 3. 시행)
2015. 3. 5. 고시 제2015- 43호(2015. 4. 1. 시행)
2015. 4.15. 고시 제2015- 60호(2015. 4.20. 시행)
2015. 4.29. 고시 제2015- 69호(2015. 4.30. 시행)
2015. 6. 4. 고시 제2015- 90호(2015. 6. 4. 시행)
2015. 6.11. 고시 제2015- 94호(2015. 6.15. 시행)
2015. 6.12. 고시 제2015- 97호(2015. 6.12. 시행)
2015. 6.12. 고시 제2015- 99호(2015. 6.15. 시행)
2015. 6.19. 고시 제2015-103호(2015. 7. 1. 시행)
2015. 6.25. 고시 제2015-110호(2015. 7. 1. 시행)
2015. 6.29. 고시 제2015-117호(2015. 6.30. 시행)
2015. 7.29. 고시 제2015-137호(2015. 7.29. 시행)
2015. 7.30. 고시 제2015-139호(2015. 8. 1. 시행)
2015. 8.10. 고시 제2015-142호(2015. 9. 1. 시행)
2015. 8.21. 고시 제2015-146호(2015. 9. 1. 시행)
2015. 8.28. 고시 제2015-155호(2015. 9. 1. 시행)
2015. 9. 9. 고시 제2015-159호(2015.10. 1. 시행)
2015. 9.16. 고시 제2015-161호(2015.10. 1. 시행)
2015. 9.24. 고시 제2015-169호(2015.10. 1. 시행)
2015. 9.30. 고시 제2015-174호(2015.10. 1. 시행)
2015.10.29. 고시 제2015-185호(2015.11. 1. 시행)
2015.11.17. 고시 제2015-196호(2015.12. 1. 시행)
2015.11.27. 고시 제2015-206호(2015.12. 1. 시행)
2015.12.14. 고시 제2015-217호(2015.12.15. 시행)

2015.12.23. 고시 제2015-229호(2016. 1. 1. 시행)
2015.12.29. 고시 제2015-241호(2016. 1. 1. 시행)
2016. 1.12. 고시 제2016- 3호(2016. 1.18. 시행)
2016. 2.24. 고시 제2016- 30호(2016. 3. 1. 시행)
2016. 3.11. 고시 제2016- 37호(2016. 3.11. 시행)
2016. 4.21. 고시 제2016- 58호(2016. 5. 1. 시행)
2016. 4.29. 고시 제2016- 64호(2016. 5. 1. 시행)
2016. 5.11. 고시 제2016- 69호(2016. 5.15. 시행)
2016. 6. 7. 고시 제2016- 86호(2016. 6.20. 시행)
2016. 6.14. 고시 제2016- 91호(2016. 6.15. 시행)
2016. 6.22. 고시 제2016- 99호(2016. 7. 1. 시행)
2016. 6.29. 고시 제2016-112호(2016. 7. 1. 시행)
2016. 6.30. 고시 제2016-118호(2016. 7. 1. 시행)
2016. 7.22. 고시 제2016-128호(2016. 8. 1. 시행)
2016. 8. 4. 고시 제2016-147호(2016. 9. 1. 시행)
2016. 8.18. 고시 제2016-151호(2016. 9. 1. 시행)
2016. 8.23. 고시 제2016-152호(2016. 9. 1. 시행)
2016. 8.29. 고시 제2016-168호(2016. 9. 1. 시행)
2016. 9. 8. 고시 제2016-175호(2016.10. 1. 시행)
2016. 9.22. 고시 제2016-180호(2016. 9.23. 시행)
2016. 9.30. 고시 제2016-190호(2016.10. 1. 시행)
2016.10.31. 고시 제2016-204호(2016.11. 1. 시행)
2016.11. 7. 고시 제2016-207호(2016.11. 7. 시행)
2016.11.21. 고시 제2016-214호(2016.12. 1. 시행)
2016.11.30. 고시 제2016-224호(2016.12. 1. 시행)
2016.11.30. 고시 제2016-226호(2016.12. 1. 시행)
2016.12.29. 고시 제2016-268호(2017. 2. 1. 시행)
2016.12.29. 고시 제2016-275호(2016.12.30. 시행)
2016.12.30. 고시 제2016-266호(2017. 1. 1. 시행)
2017. 1. 4. 고시 제2017- 3호(2017. 1. 1. 시행)
2017. 1.31. 고시 제2017- 15호(2017. 2. 1. 시행)
2017. 3.29. 고시 제2017- 58호(2017. 4. 1. 시행)
2017. 3.31. 고시 제2017- 64호(2017. 4. 1. 시행)
2017. 4.12. 고시 제2017- 68호(2017. 4.12. 시행)
2017. 5.30. 고시 제2017- 91호(2017. 6. 1. 시행)
2017. 6.30. 고시 제2017-111호(2017. 7. 1. 시행)
2017. 6.30. 고시 제2017-118호(2017. 7. 1. 시행)
2017. 7. 5. 고시 제2017-126호(2017. 7. 1. 시행)
2017. 8.25. 고시 제2017-152호(2017. 9. 1. 시행)
2017. 8.30. 고시 제2017-154호(2017. 9. 1. 시행)
2017. 9.25. 고시 제2017-170호(2017.10. 1. 시행)
2017. 9.26. 고시 제2017-173호(2017.10. 1. 시행)
2017. 9.27. 고시 제2017-177호(2017.10. 1. 시행)
2017.10.31. 고시 제2017-198호(2017.11. 1. 시행)

2017.11. 6. 고시 제2017-201호(2017.11. 6. 시행)
2017.11.30. 고시 제2017-218호(2017.12. 1. 시행)
2017.12. 1. 고시 제2017-219호(2017.12. 1. 시행)
2017.12.14. 고시 제2017-224호(2018. 1. 1. 시행)
2017.12.27. 고시 제2017-249호(2018. 1. 1. 시행)
2017.12.29. 고시 제2017-263호(2018. 1. 1. 시행)
2017.12.29. 고시 제2017-265호(2018. 1. 1. 시행)
2018. 1.11. 고시 제2018- 5호(2018. 1.11. 시행)
2018. 1.16. 고시 제2018- 3호(2018. 4. 1. 시행)
2018. 1.22. 고시 제2018- 8호(2018. 1.23. 시행)
2018. 1.30. 고시 제2018- 19호(2018. 2. 1. 시행)
2018. 2.27. 고시 제2018- 32호(2018. 3. 1. 시행)
2018. 3. 7. 고시 제2018- 39호(2018. 3. 7. 시행)
2018. 3. 9. 고시 제2018- 41호(2018. 4. 1. 시행)
2018. 3.29. 고시 제2018- 59호(2018. 4. 1. 시행)
2018. 3.29. 고시 제2018- 66호(2018. 4. 1. 시행)
2018. 3.30. 고시 제2018- 70호(2018. 4. 1. 시행)
2018. 4.27. 고시 제2018- 80호(2018. 5. 1. 시행)
2018. 4.30. 고시 제2018- 88호(2018. 5. 1. 시행)
2018. 5.31. 고시 제2018-101호(2018. 6. 1. 시행)
2018. 5.31. 고시 제2018-105호(2018. 6. 1. 시행)
2018. 6.19. 고시 제2018-114호(2018. 8. 1. 시행)
2018. 6.28. 고시 제2018-127호(2018. 7. 1. 시행)
2018. 6.29. 고시 제2018-135호(2018. 7. 1. 시행)
2018. 7.30. 고시 제2018-156호(2018. 8. 1. 시행)
2018. 8. 1. 고시 제2018-162호(2018. 9. 1. 시행)
2018. 8. 7. 고시 제2018-164호(2018. 9. 1. 시행)
2018. 8.27. 고시 제2018-182호(2018. 9. 1. 시행)
2018. 8.28. 고시 제2018-184호(2018. 9. 1. 시행)
2018. 8.29. 고시 제2018-185호(2018.11. 1. 시행)
2018. 9. 5. 고시 제2018-190호(2018.10. 1. 시행)
2018. 9. 7. 고시 제2018-193호(2018.10. 1. 시행)
2018. 9.19. 고시 제2018-198호(2018.10. 1. 시행)
2018. 9.27. 고시 제2018-206호(2018.10. 1. 시행)
2018. 9.28. 고시 제2018-213호(2018.10. 1. 시행)
2018.10.23. 고시 제2018-227호(2018.11. 1. 시행)
2018.10.31. 고시 제2018-237호(2018.11. 1. 시행)
2018.11. 9. 고시 제2018-242호(2018.12. 1. 시행)
2018.11.27. 고시 제2018-249호(2018.12. 1. 시행)
2018.11.30. 고시 제2018-254호(2019. 1. 1. 시행)
2018.12.18. 고시 제2018-268호(2019. 1. 1. 시행)
2018.12.18. 고시 제2018-269호(2019. 1. 1. 시행)
2018.12.24. 고시 제2018-281호(2019. 1. 1. 시행)
2018.12.27. 고시 제2018-296호(2019. 1. 1. 시행)

2018.12.27. 고시 제2018-301호(2019. 1. 1. 시행)
2018.12.27. 고시 제2018-302호(2019. 1. 1. 시행)
2018.12.31. 고시 제2018-314호(2019. 1. 1. 시행)
2019. 1.17. 고시 제2019- 10호(2019. 2. 1. 시행)
2019. 2. 8. 고시 제2019- 24호(2019. 2.13. 시행)
2019. 2.15. 고시 제2019- 28호(2019. 3. 1. 시행)
2019. 2.22. 고시 제2019- 33호(2019. 3. 1. 시행)
2019. 2.26. 고시 제2019- 36호(2019. 3. 1. 시행)
2019. 3.14. 고시 제2019- 42호(2019. 4. 1. 시행)
2019. 3.19. 고시 제2019- 45호(2019. 3.25. 시행)
2019. 3.21. 고시 제2019- 48호(2019. 3.25. 시행)
2019. 3.22. 고시 제2019- 54호(2019. 3.25. 시행)
2019. 4. 2. 고시 제2019- 64호(2019. 4. 8. 시행)
2019. 4.22. 고시 제2019- 75호(2019. 5. 1. 시행)
2019. 4.24. 고시 제2019- 77호(2019. 5. 1. 시행)
2019. 4.26. 고시 제2019- 80호(2019. 5. 1. 시행)
2019. 4.29. 고시 제2019- 83호(2019. 5. 1. 시행)
2019. 4.30. 고시 제2019- 85호(2019. 7. 1. 시행)
2019. 5.29. 고시 제2019- 97호(2019. 6. 1. 시행)
2019. 6.14. 고시 제2019-111호(2019. 7. 1. 시행)
2019. 6.17. 고시 제2019-112호(2019. 7. 1. 시행)
2019. 6.21. 고시 제2019-114호(2019. 7. 1. 시행)
2019. 6.21. 고시 제2019-115호(2019. 7. 1. 시행)
2019. 6.21. 고시 제2019-125호(2019.11. 1. 시행)
2019. 6.26. 고시 제2019-131호(2019. 8. 1. 시행)
2019. 6.28. 고시 제2019-140호(2019. 7. 1. 시행)
2019. 7.29. 고시 제2019-166호(2019. 8. 1. 시행)
2019. 7.29. 고시 제2019-168호(2019. 8. 1. 시행)
2019. 8. 1. 고시 제2019-176호(2019. 9. 1. 시행)
2019. 8. 5. 고시 제2019-177호(2019.10. 1. 시행)
2019. 8.22. 고시 제2019-183호(2019.11. 1. 시행)
2019. 8.23. 고시 제2019-185호(2019. 9. 1. 시행)
2019. 8.27. 고시 제2019-190호(2019. 9. 1. 시행)
2019. 8.28. 고시 제2019-193호(2019. 9. 1. 시행)
2019. 9.26. 고시 제2019-207호(2019.10. 1. 시행)
2019. 9.27. 고시 제2019-212호(2019.10. 1. 시행)
2019.10.14. 고시 제2019-221호(2019.11. 1. 시행)
2019.10.22. 고시 제2019-228호(2019.10.24. 시행)
2019.10.23. 고시 제2019-229호(2019.11. 1. 시행)
2019.10.25. 고시 제2019-234호(2019.11. 1. 시행)
2019.10.29. 고시 제2019-237호(2019.11. 1. 시행)
2019.11.20. 고시 제2019-250호(2019.12. 1. 시행)
2019.11.26. 고시 제2019-251호(2019.12. 1. 시행)
2019.11.28. 고시 제2019-255호(2020. 1. 1. 시행)

2019.11.28. 고시 제2019-258호(2019.12. 1. 시행)
2019.12.16. 고시 제2019-275호(2020. 1. 1. 시행)
2019.12.24. 고시 제2019-289호(2020. 1. 1. 시행)
2019.12.27. 고시 제2019-294호(2020. 4. 1. 시행)
2019.12.26. 고시 제2019-302호(2020. 1. 1. 시행)
2019.12.27. 고시 제2019-305호(2020. 1. 1. 시행)
2019.12.27. 고시 제2019-315호(2020. 1. 1. 시행)
2020. 1. 8. 고시 제2020- 7호(2020. 2. 1. 시행)
2020. 1.22. 고시 제2020- 15호(2020. 2. 1. 시행)
2020. 1.29. 고시 제2020- 19호(2020. 2. 1. 시행)
2020. 1.30. 고시 제2020- 21호(2020. 2. 1. 시행)
2020. 1.31. 고시 제2020- 23호(2020. 7. 1. 시행)
2020. 2. 6. 고시 제2020- 31호(2020. 2. 7. 시행)
2020. 2.25. 고시 제2020- 43호(2020. 3. 1. 시행)
2020. 2.26. 고시 제2020- 45호(2020. 4. 1. 시행)
2020. 2.28. 고시 제2020- 49호(2020. 3. 1. 시행)
2020. 3.25. 고시 제2020- 68호(2020. 4. 1. 시행)
2020. 3.27. 고시 제2020- 70호(2020. 4. 1. 시행)
2020. 4.28. 고시 제2020- 84호(2020. 5. 1. 시행)
2020. 4.28. 고시 제2020- 85호(2020. 5. 1. 시행)
2020. 4.29. 고시 제2020- 89호(2020. 5. 1. 시행)
2020. 5.12. 고시 제2020- 94호(2020. 6. 1. 시행)
2020. 5.12. 고시 제2020- 95호(2020. 5.13. 시행)
2020. 5.27. 고시 제2020-106호(2020. 5.28. 시행)
2020. 5.29. 고시 제2020-110호(2020. 6. 1. 시행)
2020. 6.15. 고시 제2020-120호(2020. 7. 1. 시행)
2020. 6.24. 고시 제2020-126호(2020. 7. 1. 시행)
2020. 6.29. 고시 제2020-135호(2020. 7. 1.시행)
2020. 7.15. 고시 제2020-150호(2020. 8.1. 시행)
2020. 7.16. 고시 제2020-151호(2020. 8.1. 시행)
2020. 7.17. 고시 제2020-152호(2020. 8. 1.시행)
2020. 7.30. 고시 제2020-163호(2020. 8. 1.시행)
2020. 7.30. 고시 제2020-166호(2020. 8. 1.시행)
2020. 7.30. 고시 제2020-167호(2020. 8. 6.시행)
2020. 8.14. 고시 제2020-173호(2020. 9. 1. 시행)
2020. 8.27. 고시 제2020-186호(2020.10. 1. 시행)
2020. 8.27. 고시 제2020-187호(2020. 8.27. 시행)
2020. 8.28. 고시 제2020-190호(2020. 9. 1. 시행)
2020. 8.28. 고시 제2020-192호(2020. 9. 1. 시행)
2020. 8.28. 고시 제2020-194호(2020. 9. 1. 시행)
2020. 9.15. 고시 제2020-205호(2020. 9.21. 시행)
2020. 9.21. 고시 제2020-208호(2020. 9.22. 시행)
2020. 9.28. 고시 제2020-220호(2020.10. 1. 시행)
2020. 9.28. 고시 제2020-221호(2020.10. 8. 시행)

2020.10.28. 고시 제2020-241호(2020.10.28. 시행)
2020.10.29. 고시 제2020-243호(2020.11.1. 시행)
2020.10.30. 고시 제2020-246호(2020.11.2. 시행)
2020.11.13. 고시 제2020-260호(2020.11.19. 시행)
2020.11.24. 고시 제2020-262호(2020.12. 1. 시행)
2020.11.29. 고시 제2020-269호(2020.12. 1. 시행)
2020.11.30. 고시 제2020-270호(2020.12. 1. 시행)
2020.12. 8. 고시 제2020-279호(2021. 1. 1. 시행)
2020.12.11. 고시 제2020-290호(2020.12.14. 시행)
2020.12.24. 고시 제2020-304호(2021. 1. 1. 시행)
2020.12.24. 고시 제2020-310호(2021. 1. 1. 시행)
2020.12.30. 고시 제2020-330호(2021. 1. 1. 시행)
2020.12.24. 고시 제2020-332호(2021. 1. 1. 시행)
2021. 1. 8. 고시 제2021- 4호(2021. 2. 1. 시행)
2021. 1.14. 고시 제2021- 10호(2021. 1.14. 시행)
2021. 1.22. 고시 제2021- 14호(2021. 1.25. 시행)
2021. 1.25. 고시 제2021- 16호(2021. 2. 1. 시행)
2021. 1.27. 고시 제2021- 20호(2021. 2. 1. 시행)
2021. 1.27. 고시 제2021- 21호(2021. 2. 1. 시행)
2021. 1.29. 고시 제2021- 30호(2021. 2. 1. 시행)
2021. 2. 9. 고시 제2021- 43호(2021. 5. 1. 시행)
2021. 2.15. 고시 제2021- 48호(2021. 7. 1. 시행)
2021. 2.16. 고시 제2021- 52호(2021. 2.16. 시행)
2021. 2.25. 고시 제2021- 56호(2021. 3. 1. 시행)
2021. 2.25. 고시 제2021- 58호(2021. 3. 1. 시행)
2021. 2.26. 고시 제2021- 66호(2021. 3. 1. 시행)
2021. 3. 3. 고시 제2021- 71호(2021. 3. 5. 시행)
2021. 3. 4. 고시 제2021- 73호(2021. 3. 5. 시행)
2021. 3.23. 고시 제2021- 88호(2021. 3.29. 시행)
2021. 3.29. 고시 제2021- 99호(2021. 4. 1. 시행)
2021. 3.29. 고시 제2021-102호(2021. 4. 1. 시행)
2021. 3.30. 고시 제2021-104호(2021. 4. 1. 시행)
2021. 4.23. 고시 제2021-122호(2021. 4.30. 시행)
2021. 4.28. 고시 제2021-128호(2021. 5. 1. 시행)
2021. 5. 4. 고시 제2021-135호(2021. 5. 4. 시행)
2021. 5.12. 고시 제2021-141호(2021. 6. 1. 시행)
2021. 5.25. 고시 제2021-150호(2021. 6. 1. 시행)
2021. 5.27. 고시 제2021-153호(2021. 6. 1. 시행)
2021. 6.24. 고시 제2021-177호(2021. 7. 1. 시행)
2021. 6.29. 고시 제2021-183호(2021. 7. 1. 시행)
2021. 6.29. 고시 제2021-184호(2022. 7. 1. 시행)
2021. 7.28. 고시 제2021-203호(2021. 8. 1. 시행)
2021. 7.28. 고시 제2021-204호(2021. 8. 1. 시행)
2021. 7.28. 고시 제2021-206호(2021. 8. 1. 시행)

2021. 7.30. 고시 제2021-209호(2021. 8. 1. 시행)
2021. 8. 2. 고시 제2021-212호(2021. 8. 2. 시행)
2021. 8.11. 고시 제2021-217호(2021. 8.13. 시행)
2021. 8.30. 고시 제2021-229호(2021. 9. 1. 시행)
2021. 8.31. 고시 제2021-231호(2021. 9. 1. 시행)
2021. 8.31. 고시 제2021-233호(2021. 9. 1. 시행)
2021. 9.29. 고시 제2021-244호(2021.10. 1. 시행)
2021. 9.30. 고시 제2021-246호(2021.10. 1. 시행)
2021. 9.30. 고시 제2021-248호(2021.10. 1. 시행)
2021.10.12. 고시 제2021-257호(2021.10.12. 시행)
2021.10.26. 고시 제2021-263호(2021.11. 1. 시행)
2021.10.28. 고시 제2021-266호(2021.11. 1. 시행)
2021.11.10. 고시 제2021-275호(2021.11.15. 시행)
2021.11.26. 고시 제2021-285호(2021.12. 1. 시행)
2021.11.29. 고시 제2021-289호(2021.12. 1. 시행)
2021.11.29. 고시 제2021-291호(2021.12. 1. 시행)
2021.11.30. 고시 제2021-292호(2021.12. 1. 시행)
2021.12.13. 고시 제2021-308호(2021.12.13. 시행)
2021.12.24. 고시 제2021-319호(2022. 1. 1. 시행)
2021.12.24. 고시 제2021-323호(2022. 1. 1. 시행)
2021.12.28. 고시 제2021-332호(2022. 1. 1. 시행)
2021.12.29. 고시 제2021-341호(2022. 1. 1. 시행)
2021.12.29. 고시 제2021-342호(2022. 1. 1. 시행)
2021.12.29. 고시 제2021-344호(2022. 7. 1. 시행)
2022. 1.14. 고시 제2022- 10호(2022. 1.17. 시행)
2022. 1.25. 고시 제2022- 21호(2022. 2. 1. 시행)
2022. 1.27. 고시 제2022- 26호(2022. 2. 1. 시행)
2022. 2. 3. 고시 제2022- 32호(2022. 2.15. 시행)
2022. 2.11. 고시 제2022- 37호(2022. 2.14. 시행)
2022. 2.23. 고시 제2022- 46호(2022. 3. 1. 시행)
2022. 2.24. 고시 제2022- 49호(2022. 3. 1. 시행)
2022. 2.25. 고시 제2022- 51호(2022. 3. 1. 시행)
2022. 2.28. 고시 제2022- 53호(2022. 3. 1. 시행)
2022. 2.28. 고시 제2022- 54호(2022. 3. 1. 시행)
2022. 3.29. 고시 제2022- 73호(2022. 4. 1. 시행)
2022. 3.31. 고시 제2022- 78호(2022. 4. 1. 시행)
2022. 3.31. 고시 제2022- 82호(2022. 4. 1. 시행)
2022. 4.13. 고시 제2022- 92호(2022. 4.14. 시행)
2022. 4.15. 고시 제2022- 94호(2022. 4.20. 시행)
2022. 4.28. 고시 제2022-103호(2022. 5. 1. 시행)
2022. 4.28. 고시 제2022-108호(2022. 5. 1. 시행)
2022. 4.29. 고시 제2022-110호(2022. 5. 1. 시행)
2022. 4.29. 고시 제2022-113호(2022. 5. 1. 시행)
2022. 5. 2. 고시 제2022-115호(2022. 5. 1. 시행)

2022. 5.20. 고시 제2022-121호(2022. 5.23. 시행)
2022. 5.26. 고시 제2022-125호(2022. 6. 1. 시행)
2022. 5.30. 고시 제2022-128호(2022. 6. 1. 시행)
2022. 5.31. 고시 제2022-130호(2022. 6. 1. 시행)
2022. 5.31. 고시 제2022-134호(2022. 5.31. 시행)
2022. 5.31. 고시 제2022-137호(2022. 6. 1. 시행)
2022. 6.23. 고시 제2022-153호(2022. 7. 1. 시행)
2022. 6.30. 고시 제2022-163호(2022. 7. 1. 시행)
2022. 7. 7. 고시 제2022-170호(2022. 8. 1. 시행)
2022. 7.27. 고시 제2022-182호(2022. 8. 1. 시행)
2022. 7.29. 고시 제2022-185호(2022. 8. 1. 시행)
2022. 7.29. 고시 제2022-188호(2022. 8. 1. 시행)
2022. 8.30. 고시 제2022-203호(2022. 9. 1. 시행)
2022. 8.30. 고시 제2022-204호(2022. 9. 1. 시행)
2022. 8.30. 고시 제2022-206호(2022. 9. 1. 시행)
2022. 9.30. 고시 제2022-225호(2022.10. 1. 시행)
2022. 9.30. 고시 제2022-228호(2022.10. 1. 시행)
2022.10.31. 고시 제2022-248호(2022.11. 1. 시행)
2022.10.31. 고시 제2022-249호(2022.11. 1. 시행)
2022.10.31. 고시 제2022-252호(2022.11. 1. 시행)
2022.11.29. 고시 제2022-264호(2022.12. 1. 시행)
2022.11.30. 고시 제2022-266호(2022.12. 1. 시행)
2022.11.30. 고시 제2022-267호(2022.12. 1. 시행)
2022.12.21. 고시 제2022-283호(2023. 1. 1. 시행)
2022.12.22. 고시 제2022-285호(2023. 1. 1. 시행)
2022.12.29. 고시 제2022-309호(2023. 1. 1. 시행)
2022.12.29. 고시 제2022-313호(2023. 1. 1. 시행)
2023. 1.30. 고시 제2023- 19호(2023. 2. 1. 시행)
2023. 1.30. 고시 제2023- 24호(2023. 2. 1. 시행)
2023. 2.23. 고시 제2023- 33호(2023. 3. 1. 시행)
2023. 2.27. 고시 제2023- 38호(2023. 3. 1. 시행)
2023. 2.27. 고시 제2023- 39호(2023. 3. 1. 시행)
2023. 3.28. 고시 제2023- 56호(2023. 3.29. 시행)
2023. 3.31. 고시 제2023- 60호(2023. 4. 1. 시행)
2023. 4.25. 고시 제2023- 74호(2023. 5. 1. 시행)
2023. 4.27. 고시 제2023- 80호(2023. 4.27. 시행)
2023. 4.28. 고시 제2023- 83호(2023. 5. 1. 시행)
2023. 4.28. 고시 제2023- 85호(2023. 5. 1. 시행)
2023. 5.30. 고시 제2023- 98호(2023. 6. 1. 시행)
2023. 5.31. 고시 제2023-102호(2023. 6. 1. 시행)
2023. 6. 7. 고시 제2023-105호(2023. 7. 1. 시행)
2023. 6.30. 고시 제2023-121호(2023. 7. 1. 시행)

「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 제2023-121호, 2023.7.1.)」을 다음과 같이 개정·발령합니다.

2023년 6월 30일

보건복지부장관

건강보험요양급여비용의 내역 개정

요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 중 일부 항목을 붙임과 같이 개정한다.

부 칙(2000.12.30.)

이 고시는 2001년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2001. 7. 6.)

이 고시는 2001년 7월 1일부터 시행한다.
다만, 별지의 [별첨1]의 신경차단술의 산정기준 등은 2001년 7월 9일부터 시행한다.

부 칙(2001. 7.21.)

이 고시는 2001년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2001. 8. 8.)

이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

부 칙(2002. 3. 7.)

이 고시는 2002년 4월 1일 진료분부터 시행한다.

부 칙(2002. 9.27.)

이 고시는 2002년 10월 1일부터 적용한다.

부 칙(2002.10.28.)

이 고시는 2002년 11월 1일부터 시행한다.
다만, “Full PACS 요양급여비용 산정기준”은 2003년 1월 1일부터 적용한다.

부 칙(2002.11.30.)

이 고시는 2003년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2002.12.31.)

이 고시는 2003년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2003. 7.31.)

이 고시는 2003년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙(2003.11.13.)

이 고시는 2003년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2003.12.26.)

이 고시는 2004년 1월 1일부터 적용한다.

부 칙(2003.12.30.)

이 고시는 2004년 1월 1일부터 적용한다.

부 칙(2004. 2.27.)

이 고시는 2004년 3월 1일부터 시행한다.

부 칙(2004. 4.28.)

이 고시는 2004년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2004. 6.23.)

이 고시는 2004년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2004. 7.19.)

이 고시는 2004년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙(2004. 9.10.)

이 고시는 2004년 9월 15일부터 시행한다.

부 칙(2004.11.19.)

이 고시는 2004년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2004.12.29.)

이 고시는 2005년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2004.12.30.)

이 고시는 2005년 1월 1일부터 시행한다. (다만, 인공와우 치료재료는 1월 15일부터 시행)

부 칙(2005. 1.29.)

이 고시는 2005년 2월 1일부터 시행한다.

부 칙(2005. 4.14.)

이 고시는 2005년 4월 15일부터 시행한다.

부 칙(2005. 5.11.)

이 고시는 2005년 5월 15일부터 시행한다.

부 칙(2005. 6.24.)

이 고시는 2005년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2005. 7.26.)

이 고시는 2005년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙(2005. 8.31.)

이 고시는 2005년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2005. 9. 9.)

이 고시는 2005년 9월 15일부터 시행한다. 다만, 제1장 기본진료료, 가1 외래환자 진찰료 중 의사 또는 약사의 차등수가적용 및 제7장 이학요법료, 일반사항 중 물리치료사 1인당 1일 물리치료는 2005년 11월 1일부터 적용한다.

부 칙(2005.10.27.)

이 고시는 2005년 11월 1일부터 시행한다.

부 칙(2005.12.12.)

이 고시는 2005년 12월 15일부터 시행한다.

부 칙(2005.12.30.)

이 고시는 2006년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2006. 1.13.)

이 고시는 2006년 1월 16일부터 시행한다.

부 칙(2006. 1.27.)

이 고시는 2006년 2월 1일부터 시행한다.

부 칙(2006. 3.29.)

이 고시는 2006년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙(2006. 4.27.)

이 고시는 2006년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2006. 5.25.)

이 고시는 2006년 6월 1일부터 시행한다.

부 칙(2006. 7.25.)

이 고시는 2006년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙(2006. 9.29.)

이 고시는 2006년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2006.11.14.)

이 고시는 2006년 11월 15일부터 시행한다.

부 칙(2006.11.22.)

이 고시는 고시한 날로부터 시행한다.
다만, “신장절제술과 신이식술 동시 실시시 진료수가 산정방법”의 경우 ’06년 12월 1일부터 적용한다.

부 칙(2006.12.18.)

이 고시는 2007년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙(2006.12.22.)

이 고시는 2007년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2007. 1.23.)

이 고시는 2007년 2월 1일부터 시행한다.

부 칙(2007. 1.30.)

이 고시는 2007년 2월 1일부터 시행한다.

부 칙(2007. 2.23.)

이 고시는 2007년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙(2007. 3.22.)

이 고시는 2007년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙(2007. 4.27.)

이 고시는 2007년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2007. 5.28.)

이 고시는 2007년 6월 1일부터 시행한다.

부 칙(2007. 6.29.)

이 고시는 2007년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2007. 7.26.)

이 고시는 2007년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙(2007. 8.30.)

이 고시는 고시일부터 시행한다.

부 칙(2007. 9.13.)

제1조(시행일) 이 고시는 2007년 10월 1일부터 시행한다.

제2조(전담전문의에 관한 적용례) Ⅰ.행위 제1장 기본진료료 가9 중환자실 입원료 중 전담전문의 적용기준 개정규정은 2008년 1월 1일부터 적용한다.

부 칙(2007. 9.28.)

제1조(시행일) 이 고시는 2007년 10월 1일부터 시행한다.

제2조(치료재료에 관한 적용례) ‘Ⅲ.치료재료 4.처치 및 수술료 등’ 적용기준 개정규정은 2007년 11월 1일부터 적용한다.

부 칙(2007.10.26.)

이 고시는 2007년 11월 1일부터 시행한다.

부 칙(2007.11.21.)

이 고시는 2007년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2007.12.28.)

이 고시는 2008년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2007.12.31.)

이 고시는 2008년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2008. 1.24.)

이 고시는 2008년 2월 1일부터 시행한다.

부 칙(2008. 2.25.)

이 고시는 2008년 3월 1일부터 시행한다. 다만, 제1장 가2 입원료 체감제의 적용일에 대하여는 2008년 3월 1일 이후 입원환자부터 적용한다.

부 칙(2008. 4.29.)

이 고시는 2008년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2008. 5.28.)

이 고시는 2008년 6월 1일부터 시행한다. 다만, 정신과 폐쇄병동관련 개정된 서식 및 제1장 기본진료료 가9 중환자실입원료는 2008년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2008. 6.26.)

이 고시는 2008년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2008. 7.28.)

이 고시는 2008년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙(2008. 9.26.)

이 고시는 2008년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2008.10.27.)

이 고시는 2008년 11월 1일부터 시행한다.

부 칙(2008.11.28.)

이 고시는 2008년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2008.12.26.)

이 고시는 2009년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2009. 2.26.)

이 고시는 2009년 3월 1일부터 시행한다.

부 칙(2009. 3.10.)

이 고시는 2009년 3월 15일부터 시행한다.

부 칙(2009. 3.27.)

이 고시는 2009년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙(2009. 5.28.)

이 고시는 2009년 6월 1일부터 시행한다. 다만, 질병군대상환자 행위별수가적용 관련은 2009년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2009. 6.29.)

이 고시는 2009년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2009. 7.29.)

이 고시는 2009년 8월 1일부터 시행한다. 다만, 신생아 입원진료시 본인부담금 면제대상 적용범주 개정사항은 2009년 7월 8일 진료분부터 시행한다.

8 칙(2009. 9.25.)

이 고시는 2009년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2009.10.30.)

이 고시는 2009년 11월 1일부터 시행한다.

부 칙(2009.11.30.)

이 고시는 2009년 12월 1일부터 시행한다. 다만, “처방별 적응증”, “침술 항목별 적응경혈”, “침술3종 시술시 인정기준”, “소아에게 안와내침술, 복강내침술 인정기준”은 2010년 1월 1일부터, “Ⅴ. 요양병원” 적용기준 개정규정은 2010년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙(2009.12.30.)

제1조(시행일) 이 고시는 2010년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(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(2010. 1.28.)

이 고시는 2010년 2월 1일부터 시행한다.

부 칙(2010. 3.29.)

이 고시는 2010년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙(2010. 5.28.)

이 고시는 2010년 6월 1일부터 시행한다. 다만, 질병군 관련 세부인정사항은 2010년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2010. 6.29.)

이 고시는 2010년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2010. 7.28.)

이 고시는 2010년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙(2010. 9.28.)

이 고시는 2010년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2010.10.26.)

이 고시는 2010년 11월 1일부터 시행한다.

부 칙(2010.11.25.)

이 고시는 2010년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2010.12.20.)

이 고시는 2011년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2011. 1.27.)

이 고시는 2011년 2월 1일부터 시행한다.

부 칙(2011. 3.28.)

이 고시는 2011년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙(2011. 4.29.)

이 고시는 2011년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2011. 5.31.)

이 고시는 2011년 6월 1일부터 시행한다.

부 칙(2011. 6.28.)

이 고시는 2011년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2011. 8. 5.)

이 고시는 2011년 9월 1일부터 시행한다. 다만, 장루·요루장애인 외래진료시 본인부담액 경감 적용 관련 치료재료 인정기준은 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2011. 8.31.)

제1조(시행일) 이 고시는 2011년 9월 1일부터 시행한다.

제2조(유효기간) 「내시경적 점막하 박리절제술용 치료재료인 Knife(Insulated Tip Knife 등) 인정기준」의 단서 규정은 2011년 9월 30일까지 효력을 가진다.

부 칙(2011. 9.30.)

제1조(시행일) 이 고시는 2011년 11월 1일부터 시행한다. 다만, 내시경적 점막하 박리절제술용 치료재료인 Knife(Insulated Tip Knife 등) 인정기준은 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2011.10.21.)

이 고시는 2011년 11월 1일부터 시행한다.

부 칙(2011.11.25.)

이 고시는 2011년 12월 1일부터 시행한다. 다만, 고주파열치료술용 전극(ELECTRODE)의 인정기준 개정규정은 2011년 9월 1일부터 적용한다.

부 칙(2011.12.29.)

이 고시는 2012년 1월 1일부터 시행한다. 다만, 경피적 혈관내 스텐트-이식 설치술 시 적응증 및 치료재료 등 세부인정기준 개정 규정은 2012년 2월 1일부터 시행한다.

부 칙(2012. 3.27.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다. 다만, 「건강검진 실시 당일 진료시 진찰료 산정방법」, 「국민건강보험법 시행령 제22조제1항 관련 [별표2] 요양급여 비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액에 의한 재진진찰료 본인부담률 인하 적용 및 산정방법」 및 「내시경적 점막하 박리절제술의 인정기준」의 개정 규정은 2012년 4월 1일부터, 「척추경나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 인정기준」 및 「척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준」의 개정 규정은 2012년 5월 1일부터 각각 시행한다.

제2조(재검토기한) 「건강검진 실시 당일 진료시 진찰료 산정방법」의 개정규정은 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정(대통령 훈령 제248호)」에 따라 이 고시 발령 후의 현실여건 변화 등을 검토하여 이 고시의 폐지, 개정등의 조치를 하여야 하는 기한은 2012년 9월 30일까지로 한다.

부 칙(2012. 6.25.)

제1조(시행일) 이 고시는 7.1일부터 시행한다. 다만, 혈전성약물방출미세구 인정기준은 8.1일부터 시행하고, 고성능 액체 크로마토그래피(HPLC, High Performance

Liquid Chromatography), 면역분석법, 현장검사(친화크로마토그래피, 면역분석법)을 이용한 헤모글로빈 A1C」의 현장검사의 인증 관련 단서 규정은 2013년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2012. 9.14.)

제1조(시행일) 이 고시는 10.1일부터 시행한다.

제2조(재검토기한) 「차151 의치조직면개조[1악당], 차152 의치수리, 차153의치조정[1악당]」의 신설규정은 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정(대통령 훈령 제248호)」에 따라 이 고시 발령 후의 현실여건 변화 등을 검토하여 이 고시의 폐지, 개정등의 조치를 하여야 하는 기한은 2013년 9월 30일까지로 한다.

부 칙(2012.10.23.)

제1조(시행일) 이 고시는 11.1일부터 시행한다.

부 칙(2012.11.27.)

제1조(시행일) 이 고시는 12.1일부터 시행한다.

부 칙(2012.12.21.)

제1조(시행일) 이 고시는 2013년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(재검토기한) 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정」(대통령훈령 제248호)에 따라 이 고시 발령 후의 법령이나 현실여건의 변화 등을 검토하여 이 고시의 폐지, 개정 등의 조치를 하여야 하는 기한은 2015년 12월 31일까지로 한다.

부 칙(2013. 1.31.)

제1조(시행일) 이 고시는 2013년 2월 1일부터 시행한다.

부 칙(2013. 2.28.)

제1조(시행일) 이 고시는 2013년 3월 1일부터 시행한다.

부 칙(2013. 4.30.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다. 다만, 관상동맥내 압력측정술시 사용하는 압력철선의 인정기준은 2013년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2013. 5. 6.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

부 칙(2013. 6.27.)

제1조(시행일) 이 고시는 2013년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2013. 9.11.)

이 고시는 2013년 9월 15일부터 시행한다.

부 칙(2013. 9.24.)

이 고시는 2013년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2013. 9.27.)

제1조(시행일) 이 고시는 2013년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2013.11.27.)

이 고시는 2013년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2013.11.29.)

이 고시는 2013년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2013.12.24.)

이 고시는 2014년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2013.12.30.)

이 고시는 2014년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2014. 1.28.)

이 고시는 2014년 2월 1일부터 시행한다.

부 칙(2014. 2.26.)

이 고시는 2014년 3월 1일부터 시행한다.

부 칙(2014. 5. 2.)

이 고시는 2014년 5월 3일부터 시행한다.

부 칙(2014. 5. 9.)

이 고시는 2014년 5월 10일부터 시행한다.

부 칙(2014. 5.30.)

이 고시는 2014년 6월 1일부터 시행한다.

부 칙(2014. 5.30.)

이 고시는 2014년 6월 1일부터 시행한다.

부 칙(2014. 6.27.)

이 고시는 2014년 7월 1일부터 시행한다. 다만, Ⅳ. 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제10조에 의거 신의료기술로 신청된 항목 중 이미 심사기준으로 운용되고 있는 항목 제7장 이학요법료 부분의 개정규정은 발령한 날부터 시행한다.

부 칙(2014. 6.30.)

이 고시는 2014년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2014. 7.29.)

이 고시는 2014년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙(2014. 7.30.)

이 고시는 2014년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙(2014. 8. 7.)

이 고시는 2014년 8월 7일부터 시행한다.

부 칙(2014. 8.22.)

이 고시는 2014년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2014. 8.29.)

이 고시는 2014년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2014. 9.29.)

이 고시는 2014년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2014. 9.30.)

제1조(시행일) 이 고시는 2014년 12월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 개정규정은 이 고시 시행 후 촬영 또는 시술분부터 적용한다.

부 칙(2014.10.30.)

이 고시는 2014년 11월 1일부터 시행한다. 다만, Ⅲ. 치료재료 5. 중재적시술료 및 Ⅳ. 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제10조에 의거 신의료기술로 신청된 항목중 이미 심사기준으로 운영되고 있는 항목 제9장 처치 및 수술료 등의 개정사항은 이 고시를 발령한 날부터 시행한다.

부 칙(2014.10.31.)

이 고시는 2014년 11월 1일부터 시행한다. 다만, Ⅰ. 행위 제5장 주사료에 대한 개정 규정은 2014년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2014.11.26.)

이 고시는 2014년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2014.11.28.)

이 고시는 2014년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2014.12.30.)

이 고시는 2015년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2014.12.31.)

제1조(시행일) 이 고시는 2015년 1월 1일 부터 시행한다.

제2조(재검토기한) 「가2 간호인력 확보수준에 따른 간호관리료 차등적용 관련 기준」 중 라. 단시간 근무 간호사 및 계약직 간호사 산정 기준의 개정 규정에 대해 이 고시 발령 후의 단시간 및 계약직 간호사 고용 현황 및 간호관리료 차등제 운영 현황 등을 검토하여 이 고시의 폐지, 개정 등의 조치를 하여야 하는 기한은 2015년 12월 31일로 한다.

부 칙(2015. 1.30.)

이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

부 칙(2015. 3. 3.)

이 고시는 공포한 날부터 시행한다.

부 칙(2015. 3. 5.)

이 고시는 2015년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙(2015. 4.15.)

이 고시는 2015년 4월 20일부터 시행한다.

부 칙(2015. 4.29.)

이 고시는 2015년 4월 30일부터 시행한다. 다만, III. 치료재료 4. 처치 및 수술료 등의 '후방고정기기밴드인 UNIVERSAL CLAMP SET류 급여기준' 및 '흡수성 뼈 지혈제 급여기준'의 개정규정은 2015년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2015. 6. 4.)

제1조(시행일) 이 고시는 공포한 날부터 시행한다.

부 칙(2015. 6.11.)

이 고시는 2015년 6월 15일부터 시행한다.

부 칙(2015. 6.12.)

이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

부 칙(2015. 6.12.)

이 고시는 2015년 6월 15일부터 시행한다.

부 칙(2015. 6.19.)

제1조(시행일) 이 고시는 2015년 7월 1일부터 시행한다. 다만, Ⅶ. 완화의료의 개정규정은 2015년 7월 15일부터 시행하고, Ⅲ. 치료재료의 개정규정 중 소화기 내시경하 시술 등에 사용하는 치료재료 인정기준에 관한 부분은 2015년 8월 1일부터 시행한다.

제2조(완화의료도우미의 완화의료교육 이수 요건에 대한 특례) 완화의료 보조 활동 포함 입원일당 정액 산정기준에서 정한 완화의료도우미의 교육시간 이수 요건에도 불구하고 이 고시 시행일 이후부터 2015년 12월 31일까지 제공하는 완화의료

보조활동 서비스의 경우 완화의료도우미가 2015년 12월 31일까지 완화의료교육을 이수하면 해당 요건을 갖춘 것으로 본다.

부 칙(2015. 6.25.)

이 고시는 2015년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2015. 6.29.)

이 고시는 2015년 6월 30일부터 시행한다.

부 칙(2015. 7.29.)

이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

부 칙(2015. 7.30.)

이 고시는 2015년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙(2015. 8.10.)

이 고시는 2015년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2015. 8.21.)

이 고시는 2015년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2015. 8.28.)

이 고시는 2015년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2015. 9. 9.)

이 고시는 2015년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2015. 9.16.)

이 고시는 2015년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2015. 9.24.)

이 고시는 2015년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2015. 9.30.)

이 고시는 2015년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2015.10.29.)

제1조(시행일) 이 고시는 2015년 11월 1일부터 시행한다.

제2조(재검토기한) 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정」(대통령 훈령 제334호)에 따라 이 고시 발령 후의 법령이나 현실여건의 변화 등을 검토하여 이 고시의 폐지, 개정 등의 조치를 하여야 하는 기한은 2018년 12월 31일까지로 한다.

부 칙(2015.11.17.)

이 고시는 2015년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2015.11.27.)

이 고시는 2015년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2015.12.14.)

이 고시는 2015년 12월 15일부터 시행한다.

부 칙(2015.12.23.)

이 고시는 2016년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2015.12.29.)

이 고시는 2016년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2016. 1.12.)

이 고시는 2016년 1월 18일부터 시행한다.

부 칙(2016. 2.24.)

이 고시는 2016년 3월 1일부터 시행한다. 다만, Ⅰ. 행위 제3장 영상진단 및 방사선치료료의 개정규정은 발령한 날부터 시행한다.

부 칙(2016. 3.11.)

이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

부 칙(2016. 4.21.)

이 고시는 2016년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2016. 4.29.)

이 고시는 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2016. 5.11.)

이 고시는 5월 15일부터 시행한다.

부 칙(2016. 6. 7.)

이 고시는 6월 20일부터 시행한다.

부 칙(2016. 6.14.)

이 고시는 6월 15일부터 시행한다.

부 칙(2016. 6.22.)

이 고시는 2016년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2016. 6.29.)

이 고시는 2016년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2016. 6.30.)

이 고시는 2016년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2016. 7.22.)

이 고시는 2016년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙(2016. 8. 4.)

이 고시는 2016년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2016. 8.18.)

이 고시는 2016년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2016. 8.23.)

이 고시는 2016년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2016. 8.29.)

이 고시는 2016년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2016. 9. 8.)

이 고시는 2016년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2016. 9.22.)

이 고시는 2016년 9월 23일부터 시행한다.

부 칙(2016.10.31.)

이 고시는 2016년 11월 1일부터 시행한다.
다만, 너681-1의 개정사항은 2016년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2016.11. 7.)

이 고시는 2016년 11월 7일부터 시행한다.

부 칙(2016.11.21.)

이 고시는 2016년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2016.11.30.)

이 고시는 2016년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2016.11.30.)

이 고시는 2016년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2016.12.29.)

이 고시는 2017년 2월 1일부터 시행한다. 다만, 다음 각 호의 개정규정에 대하여는 각 호의 구분에 따른 날부터 시행한다.

1. Ⅰ. 제1장 가10 격리실 입원료란 : 2016년 12월 30일
2. Ⅰ. 제2장 나799-1 내시경 세척소독료란 : 2017년 1월 1일

부 칙(2016.12.29.)

이 고시는 2016년 12월 30일부터 시행한다.
다만, 이 고시의 신설규정 중 Ⅰ. 행위 제1장, 제2장, 제15장 및 제19장의 개정규정, 이 고시의 변경규정 중 Ⅰ. 행위 일반사항, 제6장, 제19장의 개정규정은 각각 2017년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2016.12.30.)

이 고시는 2017년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2017. 1. 4.)

이 고시는 2017년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2017. 1.31.)

이 고시는 2017년 2월 1일부터 시행한다. 다만, Ⅰ. 행위 제2장 나598-1의 개정 규정은 2017년 3월 1일부터 시행한다.

부 칙(2017. 3.29.)

이 고시는 2017년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙(2017. 3.31.)

이 고시는 2017년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙(2017. 4.12.)

제1조(시행일) 이 고시는 발령일부터 시행한다.

제2조(적용례) 제2장 검사료 중 '초음파검사' 항목의 세부인정사항란 중 3. 가.의 개정 규정은 이 고시 시행일 전인 2017년 3월 1일 이후 검사를 하는 경우부터 적용한다.

부 칙(2017. 5.30.)

이 고시는 2017년 6월 1일부터 시행한다.

부 칙(2017. 6.30.)

이 고시는 2017년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2017. 6.30.)

이 고시는 2017년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2017. 7. 5.)

제1조(시행일) 이 고시는 2017년 7월 1일 부터 시행한다.

제2조(적용례) 저622 천수신경조절술의 개정사항은 2017년 7월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙(2017. 8.25.)

이 고시는 2017년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2017. 8.30.)

이 고시는 2017년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2017. 9.25.)

제1조(시행일) 이 고시는 2017년 10월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 제9장 처치 및 수술료 등 중 보조생식술 급여기준란의 세부인정사항 중 라.의 개정규정은 이 고시 시행일 전에 시행된 '난임부부 시술비 지원사업(모자보건법 제11조 난임극복 지원사업 관련)'부터 적용한다.

부 칙(2017. 9.26.)

이 고시는 2017년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2017. 9.27.)

이 고시는 2017년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2017.10.31.)

이 고시는 2017년 11월 1일부터 시행한다.

부 칙(2017.11. 6.)

이 고시는 2017년 11월 6일부터 시행한다.

부 칙(2017.11.30.)

이 고시는 2017년 12월 1일부터 시행한다. 다만, 다음 각 호의 개정항목은 각 호에 기재된 날부터 시행한다.

1. Ⅰ. 행위 제1장 가2 입원료 중 국민건강보험법 시행령 제19조1항 관련 [별표2] "요양급여비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액" 제5호에 따른 '질병 또는 환자 특성상 16일 이상 장기입원이 불가피한 경우'의 범주란 개정사항 중 "자목" 부분 : 2017년 10월 1일
2. Ⅰ. 행위 제19장의 개정항목 : 2018년 1월 1일

부 칙(2017.12. 1.)

이 고시는 2017년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2017.12.14.)

이 고시는 2018년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2017.12.27.)

이 고시는 2018년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2017.12.29.)

이 고시는 2018년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2017.12.29.)

제1조(시행일) 이 고시는 2018년 1월 1일부터 시행한다. 다만, 누-705란의 개정 항목은 2018년 2월 1일부터 시행한다.

제2조(급여횟수 및 본인부담률 적용례) Ⅰ.행위 제9장 처치 및 수술료 등 일반사항 중 보조생식술 급여기준란의 세부인정사항 중 라. 및 부칙(2017.9.25.) 제2조의 규정에도 불구하고, '난임부부 시술비 지원사업'을 통해 지원받은 대상자 중 2018.1.1.부터 시술을 시작하는 경우에는 다음 각 호에 따라 급여 인정횟수를 추가로 제공하며, 이때 본인부담률은 Ⅰ.행위 일반사항 중 난임부부 보조생식술 시행시 본인부담률 적용기준을 따른다.

1. 신선배아 : 기존 지원사업을 통해 지원 받은 횟수가 3회이상, 2회인 경우에는 각각 2회, 1회 추가 제공
2. 동결배아, 인공수정 : 각 시술별 기존 지원사업을 통해 지원 받은 횟수가 3회, 2회인 경우에는 시술별 각각 2회, 1회 추가 제공

제3조(연령 적용례) 제2조에 따른 급여 인정횟수 추가 제공 대상자 중 '17.10.1. 당시 여성 연령이 만 44세7개월~만 44세12개월인 경우(생년월일 1972.10.2. ~1973.4.1.)에는, 보조생식술 급여기준 중 연령기준을 초과하더라도 2018년 6월 30일까지 시술을 시작하는 경우에는 급여대상으로 한다.

부 칙(2018. 1.11.)

이 고시는 2018년 1월 11일부터 시행한다.

부 칙(2018. 1.16.)

이 고시는 2018년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018. 1.22.)

제1조(시행일) 이 고시는 2018년 1월 23일부터 시행한다.

제2조(적용례) 일반사항 중 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표2] 제3호 타목에 따른 급여 적용범위(본인부담 면제) 개정규정은 2018년 1월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙(2018. 1.30.)

제1조(시행일) 이 고시는 2018년 2월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) Ⅰ. 행위 제1장 기본진료료 가25 감염예방·관리료 중 감염예방·관리료 산정기준의 개정규정은 2018년 1월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙(2018. 2.27.)

이 고시는 2018년 3월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018. 3. 7.)

이 고시는 2018년 3월 7일부터 시행한다.

부 칙(2018. 3. 9.)

이 고시는 2018년 4월 1일부터 시행한다. 다만, 제1장 기본진료료 가2 입원료 중 마목은 발령일로부터 시행한다.

부 칙(2018. 3.29.)

이 고시는 2018년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018. 3.29.)

이 고시는 2018년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018. 3.30.)

이 고시는 2018년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018. 4.27.)

이 고시는 2018년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018. 4.30.)

이 고시는 2018년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018. 5.31.)

이 고시는 2018년 6월 1일부터 시행한다. 다만, Ⅰ. 행위 제1장 기본진료료 가9 중환자실 입원료 개정규정은 2018년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018. 5.31.)

이 고시는 2018년 6월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018. 6.19.)

이 고시는 2018년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018. 6.28.)

이 고시는 2018년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018. 6.29.)

이 고시는 2018년 7월 1일부터 시행한다. 다만, Ⅵ. 요양병원과 별지 제15호 서식의 개정규정은 2018년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018.7.30.)

이 고시는 2018년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018. 8. 1.)

이 고시는 2018년 9월 1일부터 시행한다. 다만, Ⅶ. 호스피스와 별지 제8호 서식 및 별지 제9호 서식의 개정규정은 2018년 8월 4일부터 시행한다.

부 칙(2018. 8. 7.)

이 고시는 2018년 9월 1일 부터 시행한다.

부 칙(2018. 8.27.)

이 고시는 2018년 9월 1일 부터 시행한다.

부 칙(2018. 8.28.)

이 고시는 2018년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018. 8.29.)

이 고시는 2018년 11월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018. 9. 5.)

이 고시는 2018년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018. 9. 7.)

이 고시는 2018년 10월 1일부터 시행한다. 다만, Ⅰ. 행위 제1장 기본진료료 중 심장통합진료료 인정기준란 및 교육·상담료 급여기준란은 2018년 9월 28일부터 시행한다.

부 칙(2018. 9.19.)

이 고시는 2018년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018. 9.27.)

이 고시는 2018년 10월 1일부터 시행한다. 다만, 다음 각 호의 개정항목은 각 호에 기재된 날부터 시행한다.

1. Ⅰ. 행위 제2장 검사료 [별표1] 누591 핵산증폭 나. 정성그룹2 (3) Helicobacter pylori[실시간중합효소연쇄반응법] : 2018년 11월 1일
2. Ⅰ. 행위 제7장 이학요법료 사45 심장재활 급여기준 : 2018년 9월 28일

부 칙(2018. 9.28.)

이 고시는 2018년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018.10.23.)

이 고시는 2018년 11월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018.10.31.)

이 고시는 2018년 11월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018.11. 9.)

이 고시는 2018년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018.11.27.)

이 고시는 2018년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018.11.30.)

이 고시는 2019년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018.12.18.)

이 고시는 2019년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018.12.18.)

이 고시는 2019년 1월 1일부터 시행한다. 다만, 제1장 기본진료료 가2 입원료 중 간호인력 확보수준에 따른 간호관리료 차등적용 관련기준, 별지 제2호의 3 서식, 별지 제2호의 4 서식 및 별지 제4호 서식의 개정규정은 2019년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018.12.24.)

이 고시는 2019년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018.12.27.)

이 고시는 2019년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018.12.27.)

이 고시는 2019년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018.12.27.)

이 고시는 2019년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2018.12.31.)

이 고시는 2019년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019. 1.17)

이 고시는 2019년 2월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019. 2. 8)

이 고시는 2019년 2월 13일부터 시행한다.

부 칙(2019. 2.15.)

이 고시는 2019년 3월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019. 2.22.)

이 고시는 2019년 3월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019. 2.26.)

이 고시는 2019년 3월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019. 3.14.)

이 고시는 2019년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019. 3.19.)

이 고시는 2019년 3월 25일부터 시행한다. 다만, 호스피스 급여 별도산정 개정 규정은 2019년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019. 3.21.)

이 고시는 2019년 3월 25일부터 시행한다.

부 칙(2019. 3.22.)

이 고시는 2019년 3월 25일부터 시행한다.

부 칙(2019. 4. 2.)

이 고시는 2019년 4월 8일부터 시행한다.

부 칙(2019. 4.22.)

이 고시는 2019년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019. 4.24.)

이 고시는 2019년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019. 4.26.)

이 고시는 2019년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019. 4.29.)

이 고시는 2019년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019. 4.30.)

이 고시는 2019년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019. 5.29.)

이 고시는 2019년 6월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019. 6.14.)

이 고시는 2019년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019. 6.17.)

이 고시는 2019년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019. 6.21.)

이 고시는 2019년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019. 6.21.)

이 고시는 2019년 7월 1일부터 시행한다. 다만 가2 입원료 개정규정은 2020년 1월 1일 이후 시행한다.

부 칙(2019. 6.26.)

이 고시는 2019년 11월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019. 6.27.)

이 고시는 2019년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019. 6.28.)

이 고시는 2019년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019. 7.29.)

제1조(시행일) 이 고시는 2019년 8월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) Ⅰ. 행위 제2장 검사료 중 나600 염색체 마이크로어레이검사 세부

인정사항 라. 기타 규정에도 불구하고, 동 검사를 실시하고자 하는 요양기관이 2019년 8월 15일까지 관련 평가결과(인증서)를 건강보험심사평가원에 제출한 경우에도 적용된다. 이 경우 적용기간은 2019년 8월 1일부터 2020년 6월 30일까지로 한다.

부 칙(2019. 7.29.)

이 고시는 2019년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019. 8. 1.)

이 고시는 2019년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019. 8. 5.)

이 고시는 2019년 10월 1일부터 시행한다. 다만, 다음 각호의 개정규정에 대하여는 각호의 구분에 따라 시행한다.

1. [별지 제2호의 3 서식], [별지 제2호의 4 서식]의 개정사항은 2019년 10월 1일부터 2020년 6월 30일까지 시행하고, [별지 제2호의 3 서식], [별지 제2호의 4 서식]은 2020년 7월 1일부터 삭제한다.
2. 가2 입원료 중 간호인력 확보수준에 따른 간호관리료 차등적용 관련 기준 중 다목 1) 및 '종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원 중 별도로 정하는 일부 요양기관'의 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제 적용 기준 중 마목 1)의 개정사항은 2020년 1월1일부터 적용한다.
3. 가2 입원료 중 간호인력 확보수준에 따른 간호관리료 차등적용 관련 기준 중 나목 4) 및 다목 5), 가9 중환자실입원료 중 중환자실 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등 적용 기준 중 나목 및 다목 3), [별지 제2호의 5 서식], [별지 제2호의 6 서식], [별지 제5호 서식]의 개정사항은 2020년 7월 1일부터 적용한다.

부 칙(2019. 8.22.)

제1조(시행일) 이 고시는 2019년 11월 1일부터 시행한다.

제2조(간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등제에 대한 적용례) Ⅵ. 제3부 요51 요양병원입원료 중 간호인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등적용 관련 기준란 및 [별지 제6호 서식]의 개정규정은 2020년 1월 1일부터 적용한다.

제3조(요양병원 입원환자 안전관리료의 6인 이하 병실에 대한 적용례) Ⅵ. 제3부 요55 요양병원 입원환자 안전관리료란 중 나. 5)의 개정규정은 2022년 1월 1일부터 적용한다.

제4조(요양병원 퇴원환자 지원 기본교육에 대한 적용례) Ⅵ. 제3부 요56 요양병원 지역사회 연계료란 중 다. 2)의 개정규정은 2021년 1월 1일부터 적용한다.

부 칙(2019. 8.23.)

이 고시는 2019년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019. 8.27.)

이 고시는 2019년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019. 8.28.)

이 고시는 2019년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019. 9.26.)

이 고시는 2019년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019. 9.27.)

이 고시는 2019년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019.10.14.)

이 고시는 2019년 11월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019.10.22.)

이 고시는 2019년 10월 24일부터 시행한다.

부 칙(2019.10.23.)

이 고시는 2019년 11월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019.10.25.)

이 고시는 2019년 11월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019.10.29.)

이 고시는 2019년 11월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019.11.20.)

이 고시는 2019년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019.11.26.)

이 고시는 2019년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019.11.28.)

이 고시는 2020년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019.11.28.)

이 고시는 2019년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019.12.16.)

이 고시는 2020년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019.12.24.)

이 고시는 2020년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019.12.27.)

이 고시는 2020년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙(2019.12.26.)

이 고시는 2020년 1월 1일부터 시행한다. 다만, Ⅵ. 요양병원 제3부 요51 요양병원 입원료란과 [별지 제6호 서식]의 개정규정은 2020년 7월 1일부터 적용한다.

부 칙(2019.12.27.)

이 고시는 2020년 1월 1일부터 시행한다. 다만, Ⅷ. 신의료기술 평가 유예 감염병 체외진단검사는 발령한 날부터 시행한다.

부 칙(2020. 1.8.)

이 고시는 2020년 2월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 1.22.)

이 고시는 2020년 2월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 1.29.)

이 고시는 2020년 2월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 1.30.)

이 고시는 2020년 2월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 1.31.)

이 고시는 2020년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 2. 6.)

제1조(시행일) 이 고시는 2020년 2월 7일부터 시행한다.

제2조(유효기간) 신종코로나바이러스 검사의 급여기준은 「의료기기법 시행령」 제13조의2 제5항 및 제6항에 따른 감염병의 대유행 상황 종료시까지 효력을 가진다.

부 칙(2020. 2.25.)

이 고시는 2020년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 2.26.)

이 고시는 2020년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 2.28.)

이 고시는 2020년 3월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 3.25.)

이 고시는 2020년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 3.27.)

이 고시는 2020년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 4.28.)

이 고시는 2020년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 4.28.)

이 고시는 2020년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 4.29.)

이 고시는 2020년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 5.12.)

이 고시는 2020년 6월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 5.12.)

제1조(시행일) 이 고시는 2020년 5월 13일부터 시행한다.

제2조(유효기간) 코로나바이러스감염증-19 검사의 급여기준은 감염병의 대유행 상황 종료에 따라 별도 안내시까지 한시적으로 적용한다.

부 칙(2020. 5.27.)

제1조(시행일) 이 고시는 2020년 5월 28일부터 시행한다.

제2조(유효기간) 코로나바이러스감염증-19 검사의 급여기준은 감염병의 대유행 상황 종료에 따라 별도 안내시까지 한시적으로 적용한다.

부 칙(2020. 5.29.)

이 고시는 2020년 6월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 6.15.)

이 고시는 2020년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 6.24.)

이 고시는 2020년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 6.29.)

이 고시는 2020년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 7.15.)

이 고시는 2020년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 7.16.)

제1조(시행일) 이 고시는 2020년 7월 23일부터 시행한다.

제2조(유효기간) 코로나바이러스감염증-19 검사의 급여기준은 감염병의 대유행 상황 종료에 따라 별도 안내시까지 한시적으로 적용한다.

부 칙(2020. 7.17.)

이 고시는 2020년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 7.30.)

이 고시는 2020년 8월 1일부터 시행한다. 다만 일반사항란 중 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표2] 제3호 타목 1)에 따른 급여 적용범위(본인부담 면제)란 개정 규정은 2021년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 7.30.)

이 고시는 2020년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 7.17.)

제1조(시행일) 이 고시는 2020년 8월 6일부터 시행한다.

제2조(유효기간) 코로나바이러스감염증-19 검사의 급여기준은 감염병의 대유행 상황 종료에 따라 별도 안내시까지 한시적으로 적용한다.

부 칙(2020. 8.14.)

이 고시는 2020년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 8.27.)

이 고시는 2020년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 8.27.)

이 고시는 2020년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 8.28.)

이 고시는 2020년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 8.28.)

이 고시는 2020년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 8.28.)

이 고시는 2020년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 9.15.)

제1조(시행일) 이 고시는 2020년 9월 21일부터 시행한다.

제2조(유효기간) 코로나바이러스감염증-19[실시간역전사중합효소연쇄반응법]취합검사의 급여기준은 별도 안내시까지 한시적으로 적용한다.

부 칙(2020. 9.21.)

이 고시는 2020년 9월 22일부터 시행한다.

부 칙(2020. 9.28.)

이 고시는 2020년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 9.28.)

이 고시는 2020년 10월 8일부터 시행한다.

부 칙(2020. 10.28.)

제1조(시행일) 이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

제2조(적용일) Ⅰ. 행위료 가15 다학제 통합진료료, 가18 외래 항암 주사관리료, 가19 항암화학요법 부작용 및 반응평가료 항목의 급여기준은 2020년 9월 1일부터 적용하고, Ⅲ. 치료재료 Vessel Shield의 급여기준은 2020년 11월 1일부터 적용한다.

부 칙(2020. 10.29.)

이 고시는 2020년 11월 1일부터 시행한다.

부 칙(2020. 10.30.)

이 고시는 2020년 11월 2일부터 시행한다.

부　　칙(2020. 11.13.)

제1조(시행일) 이 고시는 2020년 11월 19일부터 시행한다.

제2조(유효기간) 코로나바이러스감염증-19[핵산증폭법]응급용 선별검사의 급여기준은 감염병의 대유행 상황 종료에 따라 별도 안내시까지 한시적으로 적용한다.

부　　칙(2020. 11.24.)

이 고시는 2020년 12월 1일부터 시행한다.

부　　칙(2020. 11.29.)

이 고시는 2020년 12월 1일부터 시행한다.

부　　칙(2020. 11.30.)

이 고시는 2020년 12월 1일부터 시행한다.

부　　칙(2020. 12. 8.)

이 고시는 2021년 1월 1일부터 시행한다.

부　　칙(2020. 12.11.)

이 고시는 2020년 12월 14일부터 시행한다.

부　　칙(2020. 12.24.)

이 고시는 2021년 1월 1일부터 시행한다.

부　　칙(2020. 12.24.)

이 고시는 2021년 1월 1일부터 시행한다.

부　　칙(2020. 12.30.)

이 고시는 2021년 1월 1일부터 시행한다. 다만, 응급의료관리료 산정기준 세부인정사항 3. 개정규정은 2022년 1월 1일부터 시행한다.

부　　칙(2020. 12.30.)

이 고시는 2021년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021. 1. 8.)

이 고시는 2021년 2월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021. 1.14.)

이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

부 칙(2021. 1.22.)

이 고시는 2021년 1월 25일부터 시행한다.

부 칙(2021. 1.27.)

이 고시는 2021년 2월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021. 1.27.)

이 고시는 2021년 2월 1일부터 시행한다. 다만, 가29 입원환자 안전관리료의 산정기준, 가-34 입원환자 전담전문의 관리료 및 응-1 응급의료관리료 산정기준의 별지서식 관련 개정규정은 발령한 날부터 시행한다.

부 칙(2021. 1.29.)

이 고시는 2021년 2월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021. 2. 9.)

이 고시는 2021년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021. 2.15.)

이 고시는 2021년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021. 2.16.)

이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

부 칙(2021. 2.25.)

이 고시는 2021년 3월 1일부터 시행한다. 다만, Ⅲ. 치료재료 제5장 중재적 시술료 중 FLOW-DISRUPTOR를 이용한 뇌동맥류 색전술용 색전기구(Embolization Device)의 급여

기준(치료재료)은 2021년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021. 2.25.)

이 고시는 2021년 3월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021. 2.26.)

이 고시는 2021년 3월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021. 3. 3.)

이 고시는 2021년 3월 5일부터 시행한다.

부 칙(2021. 3. 4.)

이 고시는 2021년 3월 5일부터 시행한다.

부 칙(2021. 3.23.)

이 고시는 2021년 3월 29일부터 시행한다.

부 칙(2021. 3.29.)

이 고시는 2021년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021. 3.30.)

이 고시는 2021년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021. 4.23.)

제1조(시행일) 이 고시는 2021년 4월 30일부터 시행한다.

제2조(유효기간) SARS-CoV-2 [실시간역전사중합효소연쇄반응법] 검사의 급여기준 중 "라. 본인부담률"은 감염병의 대유행 상황 종료에 따라 별도 안내시까지 한시적으로 적용한다.

부 칙(2021. 4.28.)

이 고시는 2021년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021. 5. 4.)

제1조(시행일) 이 고시는 발령일로부터 시행한다.

제2조(요54 격리실 입원료 중 감염병 고시권자 적용례) Ⅵ. 요양병원 제3부 요54

요양병원 격리실 입원료 급여기준란 중 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 관련 일부 개정은 2020년 9월 12일부터 소급 적용한다.

제3조(요55 요양병원 입원환자 안전관리료의 산정기준란 적용례) Ⅵ. 요양병원 제3부 요55 요양병원 입원환자 안전관리료의 산정기준란 중 「환자안전법」 관련 일부 조항 변경은 2020년 7월 30일부터 소급 적용한다.

부 칙(2021. 5.12.)

이 고시는 2021년 6월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021. 5.25.)

이 고시는 2021년 6월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021. 5.27.)

이 고시는 2021년 6월 1일부터 시행한다. 다만 자49 추간판제거술[척추후궁절제술포함]란에 자49가 관혈적 추간판제거술의 급여기준란 개정 규정은 2021년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021. 6.24.)

이 고시는 2021년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021. 6.29.)

이 고시는 2021년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021. 6.29.)

이 고시는 2022년 7월 1일부터 시행한다. 다만, [별지 제1호서식]과 [별지 제1호의2서식]의 개정사항은 2022년 5월 1일부터 적용한다.

부 칙(2021. 7.28.)

이 고시는 2021년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021. 7.30.)

이 고시는 2021년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021. 7.28.)

이 고시는 2021년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021. 7.30.)

이 고시는 2021년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021. 8. 2.)

이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

부 칙(2021. 8.11.)

제1조(시행일) 이 고시는 2021년 8월 13일부터 시행한다.

제2조(유효기간) SARS-CoV-2 [실시간역전사중합효소연쇄반응법] 검사의 급여기준 중 "라. 본인부담률" 및 코로나바이러스감염증-19[핵산증폭법]응급용 선별검사의 급여기준은 감염병의 대유행 상황 종료에 따라 별도 안내시까지 한시적으로 적용한다.

부 칙(2021. 8.30.)

이 고시는 2021년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021. 8.31.)

이 고시는 2021년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021. 8.31.)

이 고시는 2021년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021. 9.29.)

이 고시는 2021년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021. 9.30.)

이 고시는 2021년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021. 9.30.)

이 고시는 2021년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021.10.12.)

이 고시는 이 고시는 발령일로부터 시행한다.

부 칙(2021.10.26.)

이 고시는 2021년 11월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021.10.28.)

이 고시는 2021년 11월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021.11.10.)

이 고시는 2021년 11월 15일부터 시행한다.

부 칙(2021.11.26.)

이 고시는 2021년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021.11.29.)

이 고시는 2021년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021.11.29.)

이 고시는 2021년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021.11.30.)

이 고시는 2021년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021.12.13.)

이 고시는 2021년 12월 13일부터 시행한다.

부 칙(2021.12.24.)

이 고시는 2022년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021.12.24.)

이 고시는 2022년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021.12.28.)

이 고시는 2022년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021.12.29.)

이 고시는 2022년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021.12.29.)

이 고시는 2022년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2021.12.29.)

이 고시는 2022년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 1.14.)

이 고시는 2022년 1월 17일부터 시행한다.

부 칙(2022. 1.25.)

이 고시는 2022년 2월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 1.27.)

이 고시는 2022년 2월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 2. 3.)

이 고시는 2022년 2월 15일부터 시행한다.

부 칙(2022. 2.11.)

제1조(시행일) 이 고시는 2022년 2월 14일부터 시행한다.

제2조(유효기간) SARS-CoV-2 [실시간역전사중합효소연쇄반응법] 검사의 급여기준 중 "라. 본인부담률" 및 코로나바이러스감염증-19[핵산증폭법]응급용 선별검사의 급여기준은 감염병의 대유행 상황 종료에 따라 별도 안내시까지 한시적으로 적용한다.

부 칙(2022. 2.23.)

이 고시는 2022년 3월 1일부터 시행한다.

부　　칙(2022. 2.24.)

이 고시는 2022년 3월 1일부터 시행한다.

부　　칙(2022. 2.25.)

이 고시는 2022년 3월 1일부터 시행한다.

부　　칙(2022. 2.28.)

이 고시는 2022년 3월 1일부터 시행한다.

부　　칙(2022. 2.28.)

이 고시는 2022년 3월 1일부터 시행한다.

부　　칙(2022. 3.29.)

이 고시는 2022년 4월 1일부터 시행한다.

부　　칙(2022. 3.31.)

이 고시는 2022년 4월 1일부터 시행한다.

부　　칙(2022. 3.31.)

이 고시는 2022년 4월 1일부터 시행한다.

부　　칙(2022. 4.13.)

이 고시는 2022년 4월 14일부터 시행한다.

부　　칙(2022. 4.15.)

제1조(시행일) 이 고시는 2022년 4월 20일부터 시행한다.

제2조(유효기간) SARS-CoV-2 [실시간역전사중합효소연쇄반응법] 검사의 급여기준 중 "라. 본인부담률" 및 코로나바이러스감염증-19[핵산증폭법]응급용 선별검사의 급여기준은 감염병의 대유행 상황 종료에 따라 별도 안내시까지 한시적으로 적용한다.

부　　칙(2022. 4.28.)

이 고시는 2022년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 4.28.)

이 고시는 2022년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 4.29.)

이 고시는 2022년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 4.29.)

제1조(시행일) 이 고시는 2022년 5월 1일부터 시행한다.

제2조(경피적 대동맥판삽입 실시기관 신고에 관한 경과조치) 이 고시 시행 당시 「선별급여의 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제5조에 따라 경피적 대동맥판삽입 실시기관으로 보건복지부장관의 승인을 받은 요양기관은 Ⅰ. 행위 제9장 처치 및 수술료 등 중 자658 경피적 대동맥판삽입 급여기준란의 라. 4)에도 불구하고 종전의 승인 기간까지는 신고한 것으로 본다.

부 칙(2022. 5. 2.)

이 고시는 2022년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 5.20.)

제1조(시행일) 이 고시는 2022년 5월 23일부터 시행한다.

제2조(유효기간) SARS-CoV-2 [실시간역전사중합효소연쇄반응법] 검사의 급여기준 중 “라. 본인부담률” 및 코로나바이러스감염증-19[핵산증폭법]응급용 선별검사의 급여기준은 감염병의 대유행 상황 종료에 따라 별도 안내시까지 한시적으로 적용한다.

부 칙(2022. 5.26.)

이 고시는 2022년 6월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 5.30.)

이 고시는 2022년 6월 1일부터 시행한다. 다만, Ⅰ. 행위 제6장 마취료의 개정규정은 2022년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 5.31.)

이 고시는 2022년 6월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 5.31.)

제1조(시행일) 이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

제2조(적용례) Ⅶ. 호스피스, 연명의료중단등결정 제1부 일반사항 중 일반사항란의 [별표 2], 제4부 자문형 호스피스 제1장 호스피스 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 중 완10 호스피스 사전상담료란의 [별표 2],[별지 제8호 서식], [별지 제31호 서식]의 [별표 2]는 2022년 4월 14일 진료분부터 적용한다.

부 칙(2022. 5.31.)

이 고시는 2022년 6월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 6.23.)

이 고시는 2022년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 6.30.)

이 고시는 2022년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 7.7.)

이 고시는 2022년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 7.27.)

이 고시는 2022년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 7.29.)

이 고시는 2022년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 7.29.)

이 고시는 2022년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 8.30.)

이 고시는 2022년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 8.30.)

이 고시는 2022년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 8.30.)

이 고시는 2022년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 9.30.)

이 고시는 2022년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 9.30.)

이 고시는 2022년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 10.31.)

이 고시는 2022년 11월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 10.31.)

이 고시는 2022년 11월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 10.31.)

이 고시는 2022년 11월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 11.29.)

이 고시는 2022년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 11.30.)

이 고시는 2022년 12월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 11.30.)

제1조(시행일) 이 고시는 2022년 12월 1일부터 시행한다.

제2조(경피적 좌심방이 폐색술 실시기관 신고에 관한 경과조치) 이 고시 시행 당시 「선별급여의 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제5조에 따라 경피적 좌심방이 폐색술 실시기관으로 승인을 받은 요양기관은 Ⅰ. 행위 제9장 처치 및 수술료 등 중 자651-2 경피적 좌심방이 폐색술 급여기준란 라. 4)의 개정규

정에 따라 신고한 것으로 본다. 다만, 그 적용 기간은 종전의 승인 기간으로 한다.

부 칙(2022. 12.21.)

이 고시는 2023년 1월 1일부터 시행한다. 다만, 제19장 응급의료수가 개정규정은 2022년 12월 22일부터 시행한다.

부 칙(2022. 12.22.)

이 고시는 2023년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2022. 12.29.)

이 고시는 2023년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2023. 12.29.)

제1조(시행일) 이 고시는 2023년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(경과조치) ① 이 고시 시행일 이전에 응급한 상황으로 사전승인 없이 이식을 실시한 경우에는 종전 규정을 따른다.

② 이 고시 시행일 이전에 「조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1. 시행) 제2조에 따라 실시기관 신청 또는 승인을 받은 요양기관은 2023년 7월 1일까지 제3조제2항에 따른 장비 요건을 갖추어야 한다. 이와 관련한 자료제출, 실시기관 승인 및 취소 등의 세부사항은 건강보험심사평가원장이 정한다.

부 칙(2023. 1.30.)

이 고시는 2023년 2월 1일부터 시행한다.

부 칙(2023. 1.30.)

이 고시는 2023년 2월 1일부터 시행한다.

부 칙(2023. 2.23.)

이 고시는 2023년 3월 1일부터 시행한다.

부 칙(2023. 2.27.)

이 고시는 2023년 3월 1일부터 시행한다.

부 칙(2023. 2.27.)

제1조(시행일) 이 고시는 2023년 3월 1일부터 시행한다.

제2조(유효기간) SARS-CoV-2 [실시간역전사중합효소연쇄반응법] 검사의 급여기준 중 "라. 본인부담률" 및 코로나바이러스감염증-19[핵산증폭법]응급용 선별검사의 급여기준은 감염병의 대유행 상황 종료에 따라 별도 안내 시까지 한시적으로 적용한다.

부 칙(2023. 3.28.)

이 고시는 2023년 3월 29일부터 시행한다.

부 칙(2023. 3.31.)

이 고시는 2023년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙(2023. 4.25.)

이 고시는 2023년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2023. 4.27.)

제1조(시행일) 이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시는 2023년 3월 29일 이후 진료분부터 적용한다.

부 칙(2023. 4.28.)

이 고시는 2023년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2023. 4.28.)

이 고시는 2023년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙(2023. 5.30.)

이 고시는 2023년 6월 1일부터 시행한다.

부 칙(2023. 5.31.)

이 고시는 2023년 6월 1일부터 시행한다. 다만, Ⅰ. 행위 제2장 검사료 중 염색체 마이크로어레이검사의 급여기준 개정규정은 2024년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙(2023. 6. 7.)

이 고시는 2023년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙(2023. 6.30.)

이 고시는 2023년 7월 1일부터 시행한다.

I

행 위

일반사항

일반사항

항 목	제 목	세부인정사항
일반사항	주 2회의 개념	건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수 제1편 제2부 각 장에 분류된 분류항목의 '주'에 주 2회 이내만 산정한다고 함은 실시 간격에 관계없이 주 2회까지 산정할 수 있음을 의미함. 다만, 1일 2회 이상 실시한 경우에는 1회만 산정할 수 있음. (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
	화장품으로 인한 피부 과민반응으로 접촉성피부염이 생긴 경우 급여여부	1. 화장품으로 인한 알러지성 접촉성 피부염은 소양증 및 피부발진이 동반되는 질환으로 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여대상 1.-나에 의한 비급여대상으로 볼 수 없으므로 동 질환을 치료하기 위한 약제투여는 급여대상이 됨. 2. 다만, 화장품으로 인한 알러지성 접촉성 피부염을 방지하기 위하여 예방목적으로 Hydrocortisone Lotion을 사용하는 것은 화장품을 사용하기 위한 투약으로 보아 비급여대상으로 함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	발바닥에 생긴 사마귀 또는 티눈제거의 급여여부	사마귀 또는 티눈이 손등이나 전박부에 생길 경우에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 것으로 간주하여 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여대상 1.-나에 의거 비급여대상이나, 발바닥, 발가락, 발 등에 생겨 보행이나 신을 신는데 통증이나 불편을 줄 경우에는 동 사마귀 제거 또는 티눈 제거는 급여대상이 됨. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	원형탈모증 급여여부	원형탈모증 중 노화현상에 의한 탈모증은 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여대상 1.-나에 의거 비급여대상이나, 병적탈모증은 자각증상 없이 탈모반이 한 개 또는 여러 개 발생하여 병소가 확대 또는 융합하여 큰 탈모반을 형성할 수 있는 병적인 탈모이므로 병변의 경·중에 관계없이 급여대상임. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	만성피로증후군의 급여여부	만성피로증후군은 통계청이 고시한 [한국표준질병사인분류]에서 G93.3으로 분류하고 있는 질병으로 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여대상. 1-가에 의거 [단순한 피로 및 권태]는 비급여대상이나 [만성피로증후군]은 하나의 상병이므로 급여대상임. (고시 제2008-40호, '08.6.1. 시행)
	난임 관련 진료의 급여여부	난임을 진단하기 위한 검사 및 임신 촉진 목적의 배란촉진제 사용은 다음과 같은 경우에 요양급여하며, 환자가 원하여 실시하는 경우는 비급여대상임. - 다 음 - 가. 피임없이 정상적인 부부생활을 하면서 1년 내에 임신이 되지 않은 경우(1차성) 나. 유산, 자궁외임신 및 분만 후 1년 이내에 임신이 되지 않은 경우(2차성) (고시 제2017-170호, '17.10.1. 시행)
	난관·정관복원술의 요양급여 여부	영구피임시술(난관·정관절제술 또는 결찰술)을 받은 자가 자녀를 낳고자 하여 실시하는 난관·정관복원수술은 요양급여대상임. (고시 제2004-36호, '04.7.1. 시행)
	보조생식술 후 합병증인 과배란유도에 의한 난소과자극증후군과 다태임신의 급여여부	보조생식술 후 합병증으로 나타나는 과배란유도에 의한 난소과자극증후군과 다태임신은 임신에 수반된 질병치료의 목적 또는 임신된 모체의 건강을 해할 우려가 있어 시행되는 것이므로 급여대상임. (고시 제2017-170호, '17.10.1. 시행)
	난임부부 보조생식술 시행시 본인부담률 적용기준	난임부부에게 보조생식술 시행시 「국민건강보험법 시행령」 [별표2] 제3호 카목의 규정에 의하여 요양급여비용의 100분의 30을 부담하는 요양급여의 적용 범주는 다음과 같음. - 다 음 - 가. 적용대상: 보조생식술 급여기준에 해당하는 자

항 목	제 목	세부인정사항
		나. 적용기간: 과배란유도가 필요하여 약제를 투여하는 경우 약제 처방일 또는 자연주기를 이용하는 경우 생리시작 후 내원일부터 배아이식일, 자궁강내 정자주입일 또는 시술 중단일까지의 기간 다. 적용범위 1) 보조생식술과 관련하여 발생한 일체의 요양급여비용 (진찰료, 보조생식술 시술행위료, 마취료, 약제비 등) 2) 입원의 경우 보조생식술 시술행위료 * 다만, 약제, 행위, 치료재료 중 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(또는 기타법령)에서 본인부담률(액)을 별도로 정한 항목은 해당 고시(또는 법령)에서 정한 본인부담률(액)을 적용함 (고시 제2017-170호, '17.10.1. 시행)
	의사·약사의 본인진료 및 조제시 요양급여비용 산정방법	의사가 자신의 질병을 직접 진찰하거나 투약, 치료하는 등 본인 진료시에는 사용한 약제 및 치료재료만 실거래가격으로 보상함. 또한, 약사 본인이 본인의 의약품을 조제한 경우에도 기술료를 제외한 의약품비만 실거래가격으로 보상함. (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
	환자에게 퇴원 권유하였으나 불응시 급여여부	1. 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에 의거 입원은 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하도록 명시되어 있으며 이는 피로회복, 통원불편 등으로 인한 불필요한 입원을 지양하고 적정진료를 유도하기 위한 것임. 2. 입원중인 환자의 상병 및 질병이 그 상태가 양호하여 담당 의사의 소견 상 퇴원하여 통원치료가 가능하다고 객관적으로 판단되어 환자에게 퇴원을 권유하였으나, 이에 불응할 시 보험급여에 관하여 제한 조치를 할 수 있는 자는 국민건강보험법 제53조에 의하여 보험자가 되므로 요양기관이 일방적으로 일반환자로 전환 조치하는 등의 급여를 제한하는 것은 부당함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		3. 따라서 요양기관은 환자가 요양에 관한 지시에 따르지 아니한 경우에는 그 지시 내용, 진료 경위, 담당 의사의 소견서 등 보험자가 상기 규정에 의한 급여의 제한 조치 결정에 필요한 사실을 통보하여 그에 관한 보험자의 결정에 따라 조치하여야 함. 4. 또한 요양기관의 퇴원지시에도 불구하고 부득이한 사유로 장기 입원진료를 하게 되는 경우에는 요양급여비용 청구시 명세서 여백에 그 사유를 기재하거나 증빙자료 등을 첨부함으로써 심사에 참고하도록 할 수 있음. (고시 제2018-193호, '18.10.1. 시행)
	조제 의약품을 수령하지 않은 경우 요양급여비용 청구여부	수진자가 약국에 처방전을 제출한 후 조제된 약제 수령과 함께 복약지도가 이루어진 상태는 요양급여가 이루어진 것으로 볼 수 있으나, 약을 찾아가지 않은 경우에는 요양급여가 이루어졌다고 보기 곤란하므로 요양급여비용 청구는 불가함. (고시 제2001-40호, '01.7.1. 시행)
	자가투여 주사제 단독 조제시 수가산정방법	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」 제1편 제2부 제4장 투약 및 조제료의 라1다. 퇴원환자 조제료-자가투여주사제[1회당], 라1-1다. 외래환자 조제·복약지도료-자가투여주사제와 제15장 약국 약제비의 약4가(3) 처방전에 의한 조제료-자가투여주사제는 자가투여주사제 교육을 받은 환자 대상으로 요양급여 약제를 조제 하는 행위로서 다음의 경우에 산정한다. - 다 음 - 가. 당뇨병용제, 성장호르몬제를 자가투여주사로 처방·조제하는 경우 나. 식약처 허가사항 범위내에 주사제의 자가투여 관련 내용이 기재(용법·용량, 투여방법, 사용상의 주의사항 등)된 약제 중 적시에 자가투여가 필요한 경우

항 목	제 목	세부인정사항
		다만, 응급을 요하는 환자에게 의사의 판단에 따라 자가투여주사제를 처방·조제하는 경우에는 산정할 수 있다. (고시 제2021-266호, '21.11.1. 시행)
	정신질환자의 의약분업 예외 적용기준	1. 약사법 제23조제4항제3호에 의거 "조현병 또는 조울증 등으로 자신 또는 타인을 해칠 우려가 있는 정신질환자"에 대하여 조제하는 경우는 의약분업 적용 예외 대상이며, 이에 대한 판단은 환자의 진단명과 진료 당시 환자의 상태를 동시에 고려하여야 함. 2. 따라서 정신질환자(F20~F99)에 대하여 의료기관내에서 조제를 할 경우에는 "자신 또는 타인을 해칠 우려가 있다"고 판단되는 담당의사의 객관적인 소견(자신 또는 타인을 해한 환자의 과거력이나 진료기록, 또는 현재이후의 우려판단)을 첨부하여야 함. (EDI·전산매체청구기관은 참조란에 기재) (고시 제2018-206, '18.10.1. 시행)
	장기등 이식 시행시 요양급여 적용범주	1. 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출하거나 이식하는 경우에 「장기등 이식에 관한 법률」 제25조에 따른 '장기이식의료기관'에서 시행하여야만 요양급여로 인정함. 다만, 같은법 제25조제3항 단서에 따라 이식의료기관이 아닌 의료기관에서 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등을 갖추고 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출한 경우에도 요양급여로 인정함. 2. 제1호에 따라 요양급여를 인정하는 기관이 아닌 의료기관에서 장기등의 이식을 위하여 장기등의 적출 또는 이식을 시행한 경우에 요양급여비용으로 산정할 수 없는 범위는 다음과 같음. - 다 음 - 가. 입원으로 적출 또는 이식이 이루어진 경우 : 적출술 비용, 이식술 비용을 포함하여 입원료, 검사료,

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		식대 등 입원부터 퇴원시까지 발생한 관련 진료비 나. 외래로 적출 또는 이식이 이루어진 경우 : 적출술 비용, 이식술 비용을 포함하여 적출술 또는 이식술이 시행된 날에 발생한 관련 진료비 (고시 제2012-153호, '12.12.1. 시행)
	안구적출 및 각막이식 시 관련 소요비용 수가산정방법	안구의 적출 및 각막이식 시 관련 검사 등 의료행위 및 소요비용의 수가산정방법은 장기이식법 제42조 및 장기이식법 시행규칙 제29조에 따라 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 분류되어 있는 해당 항목별 수가를 산정하고, 동 고시에서 규정하고 있지 아니한 행위 등은 의료법 제45조제1항에 따라 의료기관 개설자가 고지한 '비급여 진료비용'에 따라 산정하며, 비용 부담은 이식을 받는 수혜자가 부담함. (고시 제2017-118호, '17.7.1. 시행)
	저신장(왜소증)의 원인 진단을 위한 진료시 급여여부	「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」[별표2] 비급여대상 제2호사목에 따라 질병치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료는 비급여 대상이나, 성별·연령별 신장 성장도표(표준성장도표 참조)에서 3퍼센타일 이하인 저신장(왜소증)의 원인 감별목적으로 시행하는 진료는 요양급여 대상임 (고시 제2018-135호, '18.7.1. 시행)
	만성신부전증 환자의 타 상병 병행 치료시 요양급여비용 청구방법	만성신부전증 환자가 인공신장투석 또는 계속적 복막관류술 실시 당일에 타 상병을 외래로 병행치료한 경우 모든 요양급여비용은 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에 의한 본인부담율로 산정하되 외래요양급여비용명세서에 작성 청구하여야 함. (고시 제2010-18호, '10.2.1. 시행)
	15세 이하 아동에 대한 입원진료시 본인부담률 적용 방법	'15세 이하 아동에 대한 입원진료비'는 「국민건강보험법 시행령」[별표2] 제3호의 규정에 의하여 요양급여비용의 본인부담률에 따라 산정하며, 입원 중 본인부담률이

항 목	제 목	세부인정사항
		변경되는 경우에는 해당 연령이 되는 날을 기산점으로 본인부담률을 산정함 다만, 신생아 입원진료비는 해당 세부사항 고시에 따름. (고시 제2017-170호, '17.10.1. 시행)
	신생아 입원진료시 본인부담금 면제대상 적용범주	국민건강보험법시행령 [별표2]제3호가목의 규정에 의하여 신생아 입원진료로서 본인이 부담할 비용을 면제하는 적용범주는 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 대상 (1)「모자보건법」 제2조 4호에 의거 출생후 28일 이내의 영유아 (2) 재태기간 37주미만의 조산아 또는 출생체중 2,500g 이하의 저체중출생아(low birth weight infant) 나. 기간 입원에서 퇴원까지(입원 전 기간) (고시 제2009-135호, '09.7.8. 시행)
	자연분만시 본인부담금 면제대상 적용범주	1. 국민건강보험법시행령 [별표2]제3호의 규정에 의하여 본인이 부담할 비용을 면제하는 자연분만은 자435분만, 자436둔위분만, 자438제왕절개술기왕력이 있는 질식분만, 카1 조산료, 타2 보건진료소 조산료, 타3다 보건지소 조산료, 타4다 보건소 조산료를 말함. 2. 다만, 자연분만을 시도하였으나 제왕절개술을 시행한 경우, 분만을 위해 입원하였으나 분만이 이루어지지 않은 경우는 해당되지 아니함. (고시 제2012-153호, '12.12.1. 시행)
	고위험분만 인정기준	다음의 요건 중 1개 이상을 충족한 경우에 고위험 분만에 해당되는 것으로 함 - 다 음 - 가. 출산 당시 나이가 만 35세 이상인 산모

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		나. 임신 제1 삼분기 당시 BMI가 27.5 kg/㎡ 이상인 산모 다. 임신 중 5㎝ 이상의 자궁근종 또는 자궁기형을 가진 산모 라. 임신 34주 미만의 조산 마. 전자간증, 자간증 또는 가중합병전자간증 바. 전치태반 또는 태반 조기 박리 사. 양수과다증 또는 양수과소증 아. 뇌혈관계 질환, 심혈관계 질환, 신장 질환, 당뇨병, 혈액응고장애, 백혈병, 매독 또는 HIV 양성 중 어느 하나 이상에 속하면서 분만에 직접적인 위험을 줄 수 있는 질환을, 임신 전 또는 임신 기간 중 진단받고 지속 치료중인 산모 자. 출산과정에 영향을 미치거나, 분만 중 태아 또는 신생아의 생존 능력에 영향을 미치는 태아 기형 차. 출생당시 체중이 4kg 이상 또는 2.5Kg 미만의 신생아 카. 쌍태간 수혈 증후군 (고시 제2016-204호, '16.11.1. 시행)
	분만취약지 적용기준	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 [여성 생식기, 임신과 분만] 주1. 및 제14장 조산료 산정지침(5)에 따른 분만취약지 분만 가산 수가의 산정은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 적용대상: 「분만취약지 지원사업」 지침에서 선정한 분만취약지 및 잠재적 분만취약지 소재 요양기관(조산원 포함)에서 분만한 경우 나. 적용일자: 연도별 「분만취약지 지원사업」 지침 개정일이 속하는 달의 다음 달 1일부터 적용 (고시 제2022-128호, '22.6.1. 시행)
	고위험 임신부의 입원진료 시 본인부담액 경감 적용 기준	국민건강보험법 시행령 [별표2] 제3호 나목의 규정에 의하여 고위험임신부의 입원진료의 적용 범주는 다음과 같이 함. - 다 음 -

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		가. 대상 (1) 임신부로서 아래 중 하나 이상의 질환으로 입원치료가 필요한 경우 – 아 래 – – 고혈압 질환 – 당뇨병 – 심부전 – 신질환 – 다태 임신 – 대사 장애를 동반한 임신과다구토 – 절박 유산 – 자궁경부 무력증 – 자궁 및 자궁의 부속기 질환 – 자궁 내 성장제한 – 임신 중 복강 내 수술 – 분만 전 출혈 – 조기진통 – 전치태반 – 양막의 조기 파열 – 태반조기박리 – 양수과다증 – 양수과소증 – 자궁내 태아에게 처치 및 시술을 실시한 경우 – 자궁외 임신 (2) 만 35세 이상의 임신부로서 임신과 관련하여 입원이 필요하다고 의사가 판단한 경우 나. 기간 ○ 입원에서 퇴원까지(입원 전 기간) (고시 제2021-183호, '21.7.1. 시행)
	예약진료시 본인일부부담금산정특례 적용여부	검사 등 진료를 예약하는 경우 환자가 그 비용을 선납하였을지라도 해당 비용의 청구는 검사 등 진료가 실시된 날을 기준으로 함을 원칙으로 하며, 추가 발생되는

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		진료비용은 일자별로 정산토록 하고 있으므로 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 해당되는 날에 검사(치료)를 실시한 경우에는 동 기준에 의한 입원본인부담률이 적용됨. 그러나 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에 해당되는 날에 검사(치료)를 예약하였다 하더라도 실제 검사(치료)가 실시된 날이 동 기준에 해당되지 아니한 날이라면 입원본인부담률은 적용할 수 없음. (고시 제2003-65호, '03.12.1. 시행)
	외래 진료 시 주기적으로 의사의 처방에 따라 구입(사용)해야 하는 치료재료 관련 행위 비용의 본인부담액 경감 적용 기준	국민건강보험법시행령[별표2] 제1호나목 비고4.의 규정에 의하여 외래 진료 시 주기적으로 의사의 처방에 따라 구입(사용)해야 하는 치료재료 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 해당 치료재료 교체를 위한 '관련 행위 비용'의 적용대상 및 범위는 다음과 같이 하되, 해당 행위 비용의 100분의 20에 해당하는 금액을 본인이 부담토록 함 - 다 음 - ○ 적용대상 및 범위 : 인공성대삽입술용 치료재료 교체를 위한 인공성대삽입술 ※ 상기 인공성대삽입술용 치료재료의 적용범위는 "외래 진료시 주기적으로 의사의 처방에 따라 구입(사용)해야 하는 치료재료의 본인부담액 경감 적용 기준"의 세부인정기준에 따름. (고시 제2015-110호, '15.7.1. 시행)
	신장 또는 조혈모세포이식을 받은 자의 본인부담상한액 적용대상 판단 시 공여자의 본인부담도 포함하는 것인지 여부	1. 「국민건강보험법」 제44조제2항에 의한 본인부담상한액은 일시적으로 과도한 본인부담으로 인하여 가계 파탄에 직면하거나 상당한 경제적 어려움을 겪게 되는 것을 완화시키는데 그 취지가 있다 할 것임. 2. 따라서, 신장 및 골수공여자의 보험자부담금을 신장 및 골수이식을 받은 자가 소속하고 있는 보험자가 부담하도록 하고 있는 점에 비추어 「국민건강보험법」

항 목	제 목	세부인정사항
		제44조제2항 적용대상 판단 시 피공여자의 본인부담금 산정에 있어서는 공여자의 본인부담금도 포함하여 산정, 판단함이 제도의 취지에 부합된다고 할 것임. (고시 제2018-254호, '19.1.1. 시행)
	장기등 이식(뇌사자 장기이식 및 조혈모세포이식 제외) 시 공여적합여부에 따른 진료비 및 검사 수가 산정방법	장기등 이식에 관한 법률(이하 '장기이식법'이라 한다) 제4조제1호에 따른 장기등 이식(뇌사자 장기이식 및 조혈모세포이식 제외)시 적용하며, 진료비 및 검사 수가산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 공여적합여부에 따른 진료비 산정방법 1) 공여적합성을 확인하기 위하여 공여 희망자에게 실시한 누840 조직형검사, 누841다 조직형검사-단일형-[핵산증폭]-(Class II):DRB1검사, 누841라 조직형검사-단일형-[염기서열분석]-(Class II):DRB1 검사, 누842 HLA 교차시험, 누844 림프구혼합배양 등 소요된 관련 진료비는 공여적합성이 확인되기 전에는 전액본인부담이나 공여적합성이 확인되어 장기등을 공여한 경우에는 해당 검사비용을 소급하여 급여대상으로 정산하여야 함. 2) 공여적합성이 확인되어 장기등을 제공하기 위하여 입원한 시점부터 소급하여 요양급여하되, 외래에서 공여자의 공여적합성 확인 등 이식 관련 사전 검사가 이루어진 경우에는 외래진료분을 포함하여 정산토록 하며, 공여자의 진료비용은 이식을 받은 환자(이하 '수혜자'라 한다) 및 수혜자가 속한 보험자가 부담하여야 할 것임 3) 공여 적합성 확인진단에 소요된 진료비 청구권의 소멸시효는 공여자의 공여적합성검사 시행일이 아닌 수혜자의 장기이식술이 포함된 입원진료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		종료(퇴원)일로부터 기산되어야 함. 이 경우, 별도의 '요양급여의뢰서'를 제출하지 않으며, 수혜자의 인적사항, 이식일 등을 기재하여 '요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령'을 참조하여 청구토록 함. 4) 공여적합성 검사상 적합으로 판정되어 공여자로 선정되었으나 예측지 못한 공여자 또는 수혜자의 신체상태변화(악화, 사망 등)로 불가피하게 장기 이식이 이루어지지 못한 경우에는 급여가 가능하며, 요양급여비용 청구시 명세서 참조란에 그 사유를 명확히 기재하여야 함. 나. 공여적합성 등을 확인하기 위한 검사 수가산정방법 공여적합성을 확인하기 위한 누840 조직형검사, 누841다 조직형검사- 단일형-[핵산증폭]-(Class II):DRB1검사, 누841라 조직형검사- 단일형-[염기서열분석]-(Class II):DRB1검사는 수혜자와 공여자에게 각각 실시하여 검사결과의 일치여부를 확인하므로 수혜자 및 공여자 각각 산정하여야 하나, 공여 희망자 중 상기 검사결과 이식이 가능한 자에게만 선별적으로 실시하는 누842 HLA교차시험 및 누844 림프구혼합배양의 경우에는 공여자의 림프구와 환자의 혈청 또는 림프구를 반응시켜 이식거부반응을 확인하는 검사로 이식이 이루어진 경우에 공여자의 검사비를 수혜자에게 1회 산정함. (고시 제2022-73호, '22.4.1. 시행)
	조혈모세포이식의 공여적합성 검사 급여기준	조혈모세포이식을 위해 공여자에게 실시하는 공여적합성 검사는 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 공여적합성 검사 공여적합성 확인을 위한 검사는 누840 조직형검사,

항 목	제 목	세부인정사항
		누841다 조직형검사– 단일형–[핵산증폭]–(Class II):DRB1검사, 누841라 조직형검사– 단일형–[염기서열분석]–(Class II):DRB1검사를 인정하고, 누842 HLA교차시험, 누844 림프구혼합배양은 이식이 가능한 자에게 선별적으로 실시한 경우에 인정함. 나. 공여적합성 검사 실시 순서 형제·자매, 조혈모세포은행, 제대혈, 부모 또는 자식의 순서로 검사함을 원칙으로 하며, 부득이한 경우에는 사례별로 인정함. 다. 기타 공여적합성 검사, 이식 비용 등 요양급여비용은 수혜자 및 수혜자가 속한 보험자가 부담하며, 요양급여비용 청구 시에는 '요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령'에 따라 수혜자의 요양급여명세서에 공여자의 공여적합성 검사를 청구하며, 참조란에 공여자 구분(형제·자매, 조혈모세포은행 등), 검사 순위 등을 기재하여야 함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
	뇌사자 장기이식의 공여적합성검사 산정방법	장기이식법 제4조제1호가목 및 장기이식법 시행령 제2조(췌도 제외)에 따라 뇌사자로부터 적출한 장기등 이식을 위해 공여자에게 실시하는 누840 조직형검사, 누841다 조직형검사– 단일형–[핵산증폭]– (Class II): DRB1검사, 누841라 조직형검사– 단일형–[염기서열분석]–(Class II):DRB1검사는 수혜자에게 1회 산정함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
	뇌사자 또는 사망한 자의 장기등 적출시 본인부담금 면제 범위	국민건강보험법시행령 [별표2]제3호가목의 규정에 의하여 장기등기증자의 장기등 적출시 본인부담금 면제 범위는 다음과 같이 함. – 다 음 – 가. 대상

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		장기이식법 제4조제1호가목 및 장기이식법 시행령 제2조(췌도 제외)에 따라 뇌사자 또는 사망자로부터 적출한 장기 나. 범위 본인부담금 면제범위는 뇌사자 또는 사망자가 동의를 한 날(동의를 한 시점이 포함된 날의 0시)부터 가.대상의 장기 적출까지 발생한 요양급여비용(입원료, 식대, 검사료, 약제비, 장기 적출비 등)을 말함. 다. 뇌사자 또는 사망자의 요양급여는 수혜자에게 청구하며, 수혜자가 여러명인 경우 공단부담금의 총액을 이식한 총 장기개수로 나누어 수혜자별 받은 장기개수만큼 각각 청구함. (고시 제2017-118호, '17.7.1. 시행)
	본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에서 '해당상병으로 치료받은 당일'의 의미	본인일부부담금 산정특례에 관한 기준의 적용대상 중 '해당 상병으로 치료받은 당일'이란 암 상병 등에 대한 치료나 검사 등 해당 상병과 관련된 진료를 받은 날을 의미함. 또한, 해당진료가 동반되지 않더라도 치료과정 또는 병의 경과 중 발생한 합병증은 해당 상병으로 인해서 발생한 것이므로 합병증 치료를 받은 당일도 포함됨. (고시 제2004-36호, '04.7.1. 시행)
	비만의 요양급여여부	비만에 대한 진료는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2] 비급여대상 1.사에 의하여 비급여 대상이나, 비만과 관련된 고혈압, 당뇨병 등 합병증에 대한 진료, 자-263-1 비만수술 및 이와 관련된 진료는 요양급여 대상임 (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
	안면 화상에 대한 수술 급여 여부	안면부에 생긴 화상반흔은 운동제한이 없다 하더라도 환자가 수치감을 갖게 되고 타인에게 혐오감을 주는 등 사회생활에 영향을 받게 되므로 안면부에 생긴 화상반흔 제거를 목적으로 하는 수술은 첫번째 수술은 급여대상으로 하고 두번째 수술부터는 비급여토록 함. (고시 제2008-169호, '09.1.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	왕진료 진료수가 산정방법	1. 요양급여를 받을 수 있는 건강보험 가입자 또는 피부양자가 질병, 부상 및 출산 등으로 인하여 진료를 받아야 할 필요성이 있으나 보행이 곤란하거나 또는 불가능하여 환자나 환자보호자의 요청에 의하여 의사가 '왕진'을 한 경우 진료수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 진찰료 : 초진 및 재진 진찰료는 제1장 기본진료료 [산정지침] 1. 진찰료 산정기준에 의하여 산정함. 나. 진료료 : 초진 및 재진 진찰료 이외의 처치 및 수술료 등에 대하여는 진료행위별로 소정수기료를 산정함. 다. 기타 비용 : 환자나 환자보호자의 요청에 의하여 의사가 왕진을 한 경우 그에 소요되는 기타 비용(교통비 등)은 거리 및 소요시간 등을 참작하여 사회통념상 인정할 수 있는 실비 범위 내에서 본인이 부담하도록 함. 라. 위 사항 이외는 별도 산정하거나 본인부담시킬 수 없음. 2. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설(「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양기관을 포함)은 계약의사나 협약의료기관의사에 의하여 건강관리가 이루어지고 있고 시설 내 처방전 발행이 가능하므로 별도의 왕진료를 산정할 수 없음. 다만, 노인복지법에 의한 노인복지주택 거주자가 상기 1.에 해당하는 경우에는 산정 가능함. (고시 제2023-102호, '23.6.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	장비에 따라 진료수가 차등 적용할 수 있는지 여부	상대가치점수는 요양급여에 소요되는 업무의 양과 인력, 시설, 장비 등 자원의 양, 위험도가 포함되어 있으며 시설, 장비 자원의 양은 동일한 행위라도 요양기관에 따라 다를 수 있어 평균적 개념으로 포함되어 있음. 따라서 요양기관이 새로운 장비를 도입하였다 하더라도 실시한 검사, 처치 및 수술 등은 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수에 의한 소정항목에 따라 산정하여야 함. (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
	신의료행위 관련 진료시 요양급여 인정범위	건강보험 적용대상자의 진료목적이 건강진단, 미용목적의 성형수술 등과 같이 명백하게 비급여대상으로 신의료 행위를 시술할 경우에는 진찰료를 포함한 모든 진료비는 요양급여 대상이 될 수 없으나, 질병자체가 건강보험요양 급여대상에 해당하는 경우로 진료담당의사가 진찰, 처치 및 수술 등을 실시할 경우에는 신의료 행위(비급여대상 진료)를 제외한 모든 진료비에 대해서는 보험급여 대상이 됨. (고시 제2011-10호, '11.2.1. 시행)
	새로 결정된 보험 인정기준 적용시기	새로 결정된 보험 인정기준의 적용시기에 대하여 국민건강보험법령(고시포함) 사항에 대한 해석은 당해 사항 시행일로부터 적용되므로 설사 어떤 사안에 대하여 질의가 있어 그에 대한 회신이 시행일 이후에 있더라도 그 법령의 효력이 발생되는 시기는 시행일부터 적용되는 것임. 그러나 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙에 의거 새로운 수가 적용기준을 신설하거나 급여·비급여 대상을 결정하여 시달할 경우에는 적용시기를 명시하지 아니하였으면 해석을 시달한 날을 기준으로 요양급여 비용 산정 및 심사에 적용하여야 할 것임. 다만, 종전의 기준을 변경하거나 필요하다고 판단되는 경우에는 요양급여비용 산정 및 심사상의 문제점 등을 고려하여 적절한 적용시기를 명기하고 있음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	요양급여의 절차의 업무 처리요령	국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제2조에 의거 상급종합병원에서는 동조 제3항 각호에서 규정한 경우를 제외하고는 제2단계 요양급여를 받도록 규정하고 있는 바 이와 관련한 업무 처리요령을 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 상급종합병원 외래에서 제2단계 요양급여를 받던 자가 동일 상병의 증상이 악화되어 응급실에 내원한 경우 : 이미 제2단계 요양급여를 받고 있는 자로 보아 응급의료에 관한 법률 제2조제1호에 해당하는 응급환자가 아니어도 요양급여대상이 됨. 나. 상급종합병원의 응급실을 방문한 환자가 상급종합병원에서의 요양급여가 필요하다는 요양급여 의뢰서를 제출한 경우 : 제2단계 요양급여를 받는데 필요한 요건을 갖춘 경우로 응급의료에 관한 법률 제2조제1호에 해당하는 응급환자가 아니어도 요양급여대상이 됨. 다. 요양급여의뢰서의 유효기간 : 요양기관은 해당 상병에 대한 요양급여가 종결되지 않았다면 별도의 요양급여의뢰서 제출을 요구할 필요는 없으며 가입자 등의 상태가 호전되어 제1단계 요양급여를 담당하는 요양기관으로 가입자를 회송하고자 할 때는 건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제6조제3항의 규정에 따라 요양급여 회송서를 발급하여야 할 것임. (고시 제2010-18호, '10.2.1. 시행)
	요양급여의 절차와 요양급여의 신청에 대하여	1. 건강보험증 또는 신분증명서의 경우 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제3조제1항의 규정에 따라 요양급여를 신청한 날(가입자 등이 의식불명 등 자신의 귀책사유 없이 건강보험증 또는 신분증명서를 제시하지 못한 경우에는 가입자 등임이 확인된 날)부터 14일이내에 건강보험증 또는 신분증명서를 제출하는 경우에는 요양급여를 신청한 때에 건강보험증

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		또는 신분증명서를 제출한 것으로 간주할 수 있지만, 요양급여의뢰서 등은 1단계 요양급여를 받은 후 2단계 요양급여를 받도록 한 동규칙 제2조제1항의 규정과 요양급여의 절차의 마련 취지 등을 볼 때 상급종합병원에서 우선 요양급여를 받고 사후에 1단계 요양급여를 받아서 요양급여의뢰서를 발급받아 이를 제출하는 것은 2단계 요양급여로 인정할 수 없음 2. 또한 동규칙 제3조제2항에서는 가입자 등이 요양급여 신청시에 건강보험증 또는 신분증명서를 제출하지 못하는 경우 가입자 등 또는 요양기관이 공단에 자격 확인을 요청하는 경우 공단은 지체없이 이를 확인하여 그 결과를 통보해 주도록 규정하고 있으며 이 경우 자격확인을 요청한 때에 건강보험증 또는 신분증명서를 제출한 것으로 봄 (고시 제2018-269호, '19.1.1. 시행)
	요양기관의 시설·인력 및 장비 등의 공동 이용시 요양급여비용 청구에 관한 사항	1. 의료법 제39조(시설 등의 공동이용) 및 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용 기준 및 방법 제1호 마목에 의하여 요양기관의 시설· 인력 및 장비 공동이용이 가능하도록 규정하고 있는 바, 동 시설·장비 등을 공동으로 이용하고자 하는 요양기관은 공동이용기관임을 확인할 수 있는 서류(요양기관 대표자의 확인이 되어 있는 공동계약서 사본 등)를 건강보험심사평가원에 제출한 후 공동 이용하여야 하며, 해당 항목의 요양급여비용은 실제 환자를 진료하고 있는 요양기관에서 청구하여야 함. 2. 다만, 물리치료, 검체검사 및 FULL PACS 등과 같이 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 등에서 별도의 시설·장비 및 인력에 대한 기준을 규정하고 있는 항목에 대하여는 이를 우선 적용하는 것이 원칙이므로 타 요양기관과 시설·장비 및 인력의 공동이용은 인정하지 아니함. (고시 제2008-5호, '08.2.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	법정 진료과목 미달 요양기관의 종별가산율등 적용기준	법정진료과목 요건 미달 종합병원에 대하여 요양기관 종별 가산율은 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제1부 급여 일반원칙 Ⅱ-3.에 의거하여 병원의 종별가산율을 적용하되, 본인일부부담금 및 기본진료료 등은 종합병원으로 적용함. (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
	한의과대학 부속 한방병원의 종별가산율 적용기준	1. 한의과대학 부속 한방병원은 교육법 및 사립학교법의 규정에 의하여 한의과대학을 설치·운영하면서 임상교육 및 실습을 할 수 있도록 부속 한방병원을 설치·운영할 때 이를 부속 한방병원이라 말함. 2. 따라서, 학교법인이 설치·운영하는 한방병원이라 할지라도 한의과대학 부속 병원으로 개설한 것이 아니고 학교병원으로 개설허가를 받은 경우에는 20%의 종별가산율을 적용하여야 함. (고시 제2018-101호, '18.6.1. 시행)
	상급종합병원에 설치된 한의과대학 부속 한방병원의 종별가산율 적용기준	1. 상급종합병원에 설치된 한의과대학 부속 한방병원의 경우 의료법 시행규칙 제41조제1항제4호 및 한의사 전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정 제3조에 따른 8개 진료과목(한방내과, 한방부인과, 한방소아과, 한방신경정신과, 침구과, 한방안·이비인후·피부과, 한방재활의학과 및 사상체질과)을 모두 설치하고 각 진료과목별 한방전문의를 충족하는 한의과대학 부속 한방병원에 한해 30%의 종별가산율을 적용함. 2. 상기 1항의 조건을 만족하지 못하는 한의과대학 부속 한방병원의 경우 25%의 종별가산율을 적용함. (고시 제2018-101호, '18.6.1. 시행)
	처방전 재발급시 요양급여비용	처방전 재발급을 위해 의료기관에 내원시 요양급여비용의 산정은 다음과 같이 함.

항 목	제 목	세부인정사항
	산정방법	- 다 음 - 가. 처방전 사용기간 경과 후 재발급시 : 처방전에 기재된 '사용기간'은 환자가 동 처방전에 의하여 조제 받을 수 있는 유효기간으로서, 이 기간이 경과한 때에는 그 사유와 관련 없이 종전 처방전에 의하여 조제 받을 수 없음. 따라서 처방전을 재발급 받기 위해서는 의료기관에 재차 내원하여야 하며, 처방전 발급여부는 의사 또는 치과의사의 판단하에 이루어지는 바, 재발급 여부 결정을 위해 진찰이 이루어진 경우 진찰료 등의 비용은 새로운 진료로 인해 발생되는 비용이므로 「국민건강보험법 시행령」 [별표 2] 본인일부부담금의 부담률 및 부담액에 따라 요양급여비용 중 일부를 본인이 부담하여야 함. 나. 처방전 사용기간 이내에 처방전을 분실하여 재발급시 : 의사의 판단하에 재진찰 여부를 결정하되, 단순히 분실된 처방전과 동일하게 재발급하는 경우에는 진찰료를 별도 산정할 수 없으며, 이 때 처방전 교부번호는 종전의 번호를 그대로 사용하고 재발급한 사실을 확인할 수 있도록 처방전에 표기함. (고시 제2018-269호, '19.1.1. 시행)
	동일대표자가 개설한 동일소재지 의(한의)과 요양기관에서 같은 날 동일상병으로 진료 시 요양급여비용 산정기준	1. 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한규칙」 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 제1호 사목에 따라 개설자가 동일한 요양기관은 동일 환자의 동일 상병에 대하여 같은 날 외래로 요양급여를 중복하여 실시하여서는 아니 됨. 2. 동일 대표자가 개설한 동일 소재지의 의(한의)과 요양기관에서 의과·한의과 협의진료의 범주를 벗어나 단순, 반복되는 중복진료가 이루어진 경우에는 다음과 같이 요양급여 함.

항 목	제 목	세부인정사항
		- 다 음 - 가. 같은 날 동일상병에 대하여 통증완화 등 동일 목적의 진료가 실시된 경우 우선적으로 주된 치료가 이루어진 의(한의)과 요양기관의 요양급여비용을 산정하고, 동시에 이루어진 의(한의)과 요양기관의 중복 진료의 요양급여비용은 환자가 전액 본인 부담함. 이때, 주된 치료는 선행된 분야 즉 시계열상 먼저 이루어진 분야의 진료로 적용함. 나. 세부 적용기준 1) 의과와 한의과의 투약과 침, 물리치료 등은 치료의 원리 및 접근방법 등이 다르기는 하나, 외래 환자에게 동일 상병에 대하여 통증완화 등 동일 목적으로 실시된 진료는 중복진료로 보아 주된 치료만 요양급여로 적용하며, 동일 목적으로 투여된 약제도 중복진료로 간주하여 전액 본인이 부담함. 2) 의과 또는 한의과 요양기관에 입원한 환자 및 한의과에서 CT 등의 검사를 의과 요양기관에 의뢰하는 협의진료는 적용되지 아니함. 다. 동 기준 적용대상 의료기관은 의(한의)과 요양급여비용을 같은 날 청구하도록 함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	의과대학병원 (상급종합병원)과 동일구내에 동일 대표자가 개설한 치과대학부속 치과병원 간에 시설, 장비 등의 공동이용시 요양급여비용 청구방법	의과대학병원(상급종합병원)과 동일구내에 동일 대표자가 개설한 치과대학부속 치과병원의 경우 각각의 요양기관으로 개설되었으나, 의료법상의 개설특례 및 요양기관 종별가산율 적용기준 등을 감안할 때, Ⅰ.행위-일반사항 중 '요양기관의 시설·인력 및 장비 등의 공동이용시 요양급여비용 청구에 관한 사항'의 적용 대상에 해당되지 아니하며, 종합병원의 치과와 동일한 요양급여비용의 청구방법을 적용함. (고시 제2010-18호, '10.2.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	진료 중인 환자를 타 요양기관에 의뢰하여 특정 검사 등을 실시토록 하는 경우	환자를 진료하는 중에 당해 요양기관에 인력·시설 또는 장비가 갖추어져 있지 아니하거나 기타 부득이한 사유로 해당 진료가 가능한 다른 요양기관으로 환자를 보내야 할 경우 의뢰기관은 환자의 일반사항 및 질병상태, 의뢰 항목 등을 의뢰받은 요양기관에 제공하여 해당진료를 실시하게 할 수 있음. 다만, 검체검사는 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 (부록) 검체검사 위탁에 관한 기준에 의함. (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
	의과, 치과, 한의과 진료과목을 개설·운영하는 요양기관 및 복수면허(의과, 치과, 한의과) 의료인이 개설하는 요양기관에서 같은 날 동일 상병 진료 시 요양급여비용 산정방법	의료법 제43조 및 동법시행규칙 제41조에 의거 의과, 치과, 한의과 진료과목 추가 개설·운영하는 요양기관 및 복수면허 (의과, 치과, 한의과) 의료인이 개설하는 요양기관에서 동일 환자의 동일상병에 대하여 같은 날 외래에서 단순, 반복되는 중복진료가 이루어진 경우에는 다음과 같이 적용토록 함. - 다 음 - 가. 같은 날 동일 상병에 대하여 통증완화 등 동일 목적의 진료가 실시된 경우 우선적으로 이루어진 주된 치료는 요양급여비용을 산정하고, 그 이외의 진료 비용은 비급여임. 이 때, 선행된 분야 즉 시계열상 먼저 이루어진 분야의 진료를 주된 치료로 봄. 나. 의(치)과와 한의과의 투약과 침, 물리치료 등 치료의 원리 및 접근방법 등이 다르기는 하나, 외래환자에게 동일 상병에 대하여 통증완화 등 동일 목적으로 실시된 진료는 중복진료로 보아 주된 치료만 요양급여로 적용하며, 동일 목적으로 투여된 약제도 중복진료로 간주하여 비급여로 적용함. 다. 동 기준 적용대상 요양기관은 의과·치과·한의과 요양급여비용을 같은 날 청구하도록 함. (고시 제2010-18호, '10.2.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	복수면허(의과, 치과, 한의과) 의료인이 개설하는 요양기관의 요양급여비용 산정방법	복수면허(의과, 치과, 한의과) 의료인에 대한 인정기준 및 수가산정방법 등은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 인정기준 「복수면허 (의과, 치과, 한의과) 의료인의 복수의료기관 개설지침」에 근거하여 복수면허 의료인은 하나의 장소에서 면허에 따라 각각 의료기관 개설이 가능하며 요양기관 기호는 각각 부여됨. 나. 수가산정방법 (1) 차등수가는 복수면허(치과, 한의과) 의료인이 두 개과 이상을 개설 운영한 경우에도 의사인력 1인으로 산정하며 1일 진찰횟수는 실제 진료한 각각의 진료횟수를 합하여 산정함. (2) 같은 날 동일 환자에 대하여 각각 진찰한 경우라 하더라도 1인의 의사가 진찰한 것이므로 진찰료는 1회만 요양급여비용을 산정하고 그 이외 진찰료는 비급여임. 다. 인력, 시설 공동이용기준 「복수면허 의료인의 복수의료기관 개설지침」에 의하여 당해 요양기관의 시설, 인력 및 장비 등의 공동이용기준은 아래와 같이 적용함. - 아 래 - (1) 의과 · 한의과, 치과한의과 복수면허자의 경우 임상병리, 방사선기기(CT 등)를 이용한 진단 등은 의(치)과 요양기관에서만 시행할 수 있으므로 한의과 요양기관은 방사선사, 방사선실, 방사선 장비(CT, MRI 포함), 임상병리사, 검사실, 물리치료사, 물리치료실, 물리치료장비 등을 공동이용할 수 없음. (2) 간호사 인력의 공동이용은 가능하나 의(치과), 한의과 의원 또는 의, 치과에 공동이용된 간호사는 간호관리료 차등제 인력산정에서 제외함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(3) 기타 접수창구, 진료실, 입원실 등의 시설, 인력 및 장비 등을 공동이용하고자 하는 요양기관은 공동이용 기관임을 확인할 수 있는 서류(공동계약서는 생략 가능함)를 건강보험심사평가원에 제출한 후 공동이용하여야 함. (4) 이 외에 세부적인 기준은 요양기관 시설, 인력 및 장비 등의 공동이용시 요양급여비용 청구에 관한 사항에 의함. 라. 식사가산 복수면허자가 개설한 복수의료기관의 식사가산은 한 개의 요양기관에서 식사가산 산정에 필요한 인력 및 시설기준을 충족하는 경우에 식사가산(영양사, 조리사, 직영가산)은 복수의 요양기관에 모두 산정 가능함. (고시 제2018-193호, '18.10.1. 시행)
	차등수가 적용 제외 기준	가. 평일 18시~익일 09시의 진찰료·1조제료의 적용 제외 기준 : 1일 8시간(식사시간 포함) 이상 진료하는 요양기관에서 8시간을 초과하여 이루어지는 야간 진찰료·조제료에 대하여 적용을 제외함. 나. 토요일·공휴일의 진찰료·조제료의 적용 제외 기준 : 토요일·공휴일의 진찰료·조제료 전체에 대하여 차등수가 적용을 제외할 경우, 해당일은 진찰·조제일수의 합에서도 제외함. 다만, 토요일 또는 공휴일에 진찰·조제나 매출 등이 있는 경우로서, 토요일 오전 및 공휴일의 진찰료·조제료에 대하여 차등수가를 적용하는 경우는 진찰·조제횟수의 합에 토요일 오전 및 공휴일에 발생한 진찰·조제를 포함하며, 진찰·조제일수의 합에도 해당일을 포함함. (이 경우, 토요일 13시~익일 09시의 진찰료·조제료에 대하여는 산정코드 세 번째 자리에 1을 기재한다.) (고시 제2016-3호, '16.1.18. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	격리 입원의 범위	국민건강보험법시행령 [별표2]제1호가목1) 및 제3호라목2) 표 비고란 제4호에서 “보건복지부장관이 정하여 고시하는 격리 입원”이란 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준을 적용받는 사람을 제외한 가입자 및 피부양자의 가-9-1 중환자실내 격리관리료 및 가-10 격리실 입원료, 응-6 응급실 1인 격리병상 격리관리료의 적용을 받는 경우를 말함. (고시 제2016-180호, ’16.9.23. 적용)
	질병군(DRG) 대상 환자가 30일을 초과하여 입원하는 경우 행위별수가 적용시 입원료체감제 및 의약품관리료 산정방법	질병군(DRG) 대상 환자가 30일을 초과하여 입원하는 경우 행위별수가 적용시 입원료체감제 및 의약품관리료 산정방법은 다음과 같이 적용함. - 다 음 - 가. 30일 초과 진료분에 대한 입원료체감제는 계속 입원 중이었던 환자이므로 진료내역을 연계하여 최초 입원일부터 적용함. 나. 의약품관리료는 30일 이내 입원 진료비용(질병군 DRG)에 의약품관리료 등 제반비용이 포함되어 있으므로 연계하여 계산할 경우 중복 산정되는 바, 행위별 수가 적용일을 시점으로 하여 해당 투약일수의 의약품관리료를 산정함. (고시 제2009-96호, ’09.7.1. 시행)
	조산아와 저체중 출생아의 외래진료 시 본인부담 경감 적용 기준	「국민건강보험법 시행령」[별표2] 제3호하목의 규정에 의하여 ‘조산아와 저체중 출생아의 외래진료’의 적용 기준은 다음과 같이 함 - 다 음 - 가. 대상 다음의 어느 하나에 해당하는 자 중 국민건강보험공단에 조산아 및 저체중 출생아 외래진료비 본인부담률 경감 대상자로 등록된 자

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(1) 조산아: 재태기간 37주 미만 (2) 저체중 출생아: 출생체중 2,500g 이하 나. 기간 출생일(주민등록상의 생년월일)로부터 5년이 되는 날까지 다. 요양급여 범위 외래진료를 받거나 약국 또는 한국희귀의약품센터에서 처방전에 따라 의약품을 조제 받는 경우 (고시 제2019-275호, '20.1.1. 시행)
	「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, 결핵 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 1회, 요양기관 종별에 따라 산정가능한 전문병원관리료, 전문병원 의료질평가지원금 또는 의료질평가지원금 각 1회 적용 나) 누600 관찰판정-현미경: 3회 이내 다) 누601가 특수배양-항산균 배양 및 동정: 3회 이내

항 목	제 목	세부인정사항
		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, 이소나이아짓 내성검사[실시간 중합효소연쇄반응법] (5) 누604다 핵산증폭-정성그룹4 (01) 결핵균 및 리팜핀 내성검사[실시간이중중합효소연쇄반응법] 다. 적용기간: 건강검진실시 연도의 다음연도 1월31일까지 2. 청구방법 가. 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령에 따라 특정기호란에 'F022'를 기재하여 청구 나. 대상범위 이외 진료상 필요하여 추가 검사 등을 시행한 경우에는 분리청구 (고시 제2021-21호, '21.2.1. 시행)
	정신건강의학과 외래진료 시 본인부담 경감 항목	「국민건강보험법 시행령」[별표2] 제3호 파목의 규정에 의하여 정신건강의학과 외래진료 시 본인부담금 경감 적용되는 항목은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 아1 개인정신치료 나. 아2 집단정신치료 (고시 제2018-135호, '18.7.1. 시행)
	상급종합병원 외래 "약국 요양급여비용	상급종합병원에서 외래 "약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상" 재진환자를 진료한 경우 수가 산정

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	총액의 본인부담률 산정특례 대상" 재진환자 수가 산정 및 본인부담률 적용기준	및 본인부담률 적용기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 적용대상 : 아래 1), 2)의 요건을 모두 만족하는 경우 1) 대상질환 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제6조 [별표6] "약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상" 질환 2) 대상환자 위의 질환을 주상병으로 상급종합병원에서 외래 진료를 받는 건강보험 재진환자 중 「국민건강보험법 시행령」 [별표2] 제1호 나목 표에 따라 진찰료 총액을 제외한 요양급여비용 총액의 60/100을 본인일부부담하는 환자 나. 적용방법 1) 수가 산정 가) 상급종합병원 외래 의료질평가지원금을 산정하지 아니함. 나) 상급종합병원 외래 종별가산율을 적용하지 아니함. 2) 본인부담률 요양급여비용 총액의 100분의 100을 적용함. 다. 상기 가.에도 불구하고 아래의 경우에는 나.의 적용방법을 따르지 아니함. 1) 선별급여, 정신건강의학과 개인 및 집단정신치료 등 본인부담 별도 대상항목 및 「국민건강보험법 시행령」 [별표2] 제1호 다목3)에서 나열한 보훈관계 법령에서 정한 의료지원대상자에 대하여 진료한 경우 2) 초진 당일 검사가 어려워 불가피하게 날짜를 달리하여 시행한 검사 (고시 제2020-221호, '20.10.8. 시행)

제 1 장

기본진료료

제 1 장 기본진료료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	진료 중 직장 이전된 경우 진찰료 및 입원료 산정방법	직장보험 가입자 및 피부양자가 진료 받던 중 직장이전으로 소속 사업장이 변경되거나, 지역보험으로 변경되더라도 동일 요양기관에서 계속 진료 받는 경우에는 진료자체가 변경되는 것이 아니므로 재진환자에 속함. 따라서 진찰료는 재진진찰료를 산정하여야 하며 입원진료의 경우 입원료 체감은 최초 입원일로부터 적용함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	요양기관의 비품을 환자가 파손하거나 휴대한 경우 비용 산정방법	소정 진료행위에 포함되지 아니하거나 급여가 되지 아니하는 요양기관의 비품을 환자가 파손하거나 휴대하여 갈 때는 실비로 전액을 환자가 부담함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	일반병상 운영에 대한 안내	「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2] 제4호 가목에 의거하여 1인(의원급 의료기관·치과병원은 1~3인실)이 입원할 수 있는 병상을 일반병상으로 운영하는 경우, 가. 병실 운영에 대한 안내문을 게시하고, 해당 병실을 이용하는 환자가 상급병상 또는 일반병상 여부 및 그 병상에서 산정하는 입원료 종류를 알 수 있도록 설명하여야 함. 나. 일반병상으로 운영하는 1인실(의원급 의료기관·치과병원은 1~3인실) 병상은 건강보험심사평가원에 신고한 총 일반병상 수 내에서 의료기관이 자율적으로 지정하며, 그 지정은 의료기관의 병상 운영 사정에 따라 변경할 수 있음. 다. 일반병상으로 운영하는 1인실(의원급 의료기관·치과병원은 1~3인실) 병상의 입원 대상 등은 이 규정에서 별도로 정하지 않으나, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		급여의 적용기준 및 방법을 준수하는 범위 내에서 의료기관별 자체적으로 기준을 정하여 운영할 수 있음. (고시 제2019-115호, '19.7.1. 시행)
	Hypo/Hyperthermia 장비를 이용한 체온조절요법	Hypo/Hyperthermia 장비를 이용한 체온조절요법은 가1 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2017-198호, '17.11.1. 시행)
	입원료 일반원칙	1. 입원은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제1항 관련 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에 따라, 질환의 특성 및 환자상태 등을 고려하여 임상적·의학적 필요성이 있다고 판단되는 경우에 실시함을 원칙으로 함 2. 입원료는 환자 질환 및 상태에 대한 적절한 치료 및 지속적인 관찰이 필요한 경우 인정하며, 입원 필요성이 있는 환자상태에 대한 임상적 소견 등이 진료기록부상에 기록되어야 함 3. 상기 1., 2.에도 불구하고 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 및 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 세부인정사항을 별도로 정한 항목은 해당 고시에서 정한 기준을 따름 (고시 제2021-4호, '21.2.1. 시행)
가1 외래환자 진찰료	초·재진 진찰료 산정방법	1. 초·재진 진찰료 산정시 감기와 같은 호흡기계 질환, 위염과 같은 소화기계 질환, 내과적인 질환, 질염과 같은 부인과적 질환 등은 어느 일정기간에 완치여부가 불분명하고 치료가 단기간에 종결되었다 하더라도 다시 치료를 받을때 그 상병이 새로운 상병인지, 재발하였는지, 치료의 중단으로 진행상태에 있었는지가 불분명하기 때문에 해당 상병의 치료가 종결된 후 (해당 상병의 치료를 위한 내원일수 및 투약일수를

항 목	제 목	세부인정사항
		포함) 30일 이내에 내원하였을 경우에는 동일 상병의 계속 진료로 보아 재진 진찰료를 산정하도록 함. 2. 또한, '편도선염'과 '감기'와 같이 그 주요 증상이나 치료과정이 유사할 뿐 아니라 일반적으로 같은 부류(상기도 감염증)의 상병으로 분류되는 경우에도 동일 상병의 계속 진료로 보아 치료가 종결된 후 30일 이내에 진찰을 행하게 되면 재진 진찰료를 산정함. 3. 또한, 하나의 상병 치료 중 전혀 다른 상병이 발생하여 진찰을 한 경우에도 재진 진찰료를 산정하여야 하며 이 경우 진찰료는 1회만 산정함. (고시 제2001-40호, '01.7.1. 시행)
	치과에서 초·재진 진찰료 산정기준	하나의 상병에 대한 진료가 끝난 후 동일 상병이 재발하여 30일 이내에 진찰을 하는 경우에는 재진진찰료를 산정할 수 있도록 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 1. 진찰료 가.(5)에 규정하고 있으므로 하나의 상병에 대하여 진료가 끝난 후 30일 이내 타 상병으로 진찰을 받은 경우에도 재진 진찰료를 산정함. 따라서 치과치료에서 초진 시 3개의 충치를 발견한 후 치료를 위하여 각각의 치아를 발치하는 경우에는 30일 이후에 내원하였더라도 일련의 치료 기간에 해당되므로 재진 진찰료를 산정함. (고시 제2018-269호, '19.1.1. 시행)
	만성 치주질환 치료시 초, 재진 산정기준	만성 치주질환 치료시 치료종결 후 재치료의 경우 새로운 상병인지 진행상태의 상병인지가 불분명하므로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 1. 진찰료 가.(4)에 따라 치주질환 치료종결 후 90일 이내에 동일부위 치료시 진찰료는 재진으로 산정함. (고시 제2018-269호, '19.1.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	상급종합병원에 설치된 한의과대학 부속 한방병원의 진찰료 산정기준	상급종합병원에 설치된 한의과대학 부속 한방병원의 경우 의료법 시행규칙 제41조제1항제4호 및 한의사 전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정 제3조에 따른 8개 진료과목(한방내과, 한방부인과, 한방소아과, 한방신경정신과, 침구과, 한방안·이비인후·피부과, 한방재활의학과 및 사상체질과)을 모두 설치하고 각 진료과목별 한방전문의를 충족하는 한의과대학 부속 한방병원에 한해 '상급종합병원에 설치된 한의과대학 부속 한방병원'의 진찰료를 산정함. (고시 제2018-101호, '18.6.1. 시행)
	같은 날 동일 구내에 있는 양(한)방 요양기관 진료 시 진찰료 산정방법	1. 최근 동일 건물내에 한방요양기관과 양방요양기관을 개설·운영함으로서 양·한방 협진체계가 활성화되고 있는 실정으로 동일 구내에 있는 양·한방요양기관이라 하더라도 외래로 내원한 동일 환자를 각각 진찰한 경우에는 의사의 인건비와 시설관리료가 각각 소요되므로 협의진찰료가 아닌 초(재)진찰료를 각각 청구할 수 있음. 2. 그러나, 동일 건물내의 한방(양방)요양기관에 입원중인 환자가 담당의사의 지시에 따라 양방(한방)진료를 받기 위해 양방(한방) 요양기관의 외래를 방문하거나 입원환자 진료를 위해 양방(한방)요양기관의 의사가 직접 방문한 경우에는 입원중인 환자의 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위하여 그 환자의 주치의가 아닌 다른 진료과목 의사의 견해나 조언을 얻는 경우에 해당하므로 "입원중 협의진찰료 급여기준"에 따라 진찰료가 아닌 [협의진찰료]로 산정하여야 하며, 요양급여비용은 실제 협의진찰을 실시한 요양기관에서 외래요양급여비용명세서에 작성하여 청구하되, 협의진찰료를 포함한 요양급여비용총액에 대한 외래 본인부담액 산정방법에 의해 청구하여야 함. (고시 제2014-126호, '14.8.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	연속적인 처치 또는 치료를 위하여 1일 2회 이상 내원한 경우의 진찰료 산정방법	수진자가 내원하여 진찰한 결과 진료 상 일정기간 경과 후 연속된 처치 또는 치료(주사 또는 검사, 방사선 치료)를 필요로 하여 동일에 다시 내원하게 하였을 경우 등 진료 상 일정계획에 의하여 1일 2회이상 내원하여 계속적인 처치 또는 치료를 한 경우에는 초진 또는 재진 진찰료는 1회만 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	동일 상병으로 진료월을 달리하여 계속 진료시 진찰료 산정방법	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 1. 진찰료 가.(5)의 '해당 상병의 치료종결 후 30일 이내에 내원한 경우에는 재진환자로 본다'는 규정은 감기·배탈 등 자주 재발하는 일과성 질환의 경우 환자가 다시 병원을 방문했을 때 종전 질병의 계속적인 치료를 위한 것인지 완치 후 재발한 것인지가 불분명한 경우가 많아 다툼이 예견되어, 완치 후 재발한 경우라도 30일 이내에 진찰을 행한 경우에는 재진 진찰료를 산정토록 한 것으로 모든 환자를 대상으로 30일 단위 또는 진찰 간격이 30일 이상이라는 이유로 초진 진찰료를 산정하여서는 아니됨. (고시 제2018-269호, '19.1.1. 시행)
	각종 검사의 결과만을 알기 위해 내원한 경우 진찰료 산정여부	방사선 촬영 및 각종 검사의 결과만을 알기 위하여 익일 이후 내원한 경우에도 재진 진찰료를 산정할 수 있음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	재진 전일에 검사를 위해 혈액검사 의뢰서만 발급한 경우 진찰료 산정여부	의사가 환자 진료 상 필요한 검사를 받도록 지시하거나 투약 및 주사토록 처방전을 발급할 때에는 환자를 진찰(경과진찰 포함)한 후에 진료기록부 작성, 검사의뢰서 및 처방전등의 발급을 행하므로 초·재진을 구분하여 소정의 진찰료를 인정하고 있음. 따라서 의사로부터 진료를 받고 투약처방에 의하여 약품을 수령한 당일의 진찰료 및 기타 요양급여비용의 본인일부부담금 수납은

항 목	제 목	세부인정사항
		잘못이 없겠으나, 의사의 재진일 전일에 간호사로부터 혈액검사 의뢰서를 발급받은 경우에는 진찰료를 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	출산 후 신생아에 대한 이상유무 관찰하여 이상이 있는 경우 진찰료 인정여부	출산 후 신생아에 대한 이상 유무를 관찰하여 정상이면 가7가(1) 질병이 없는 신생아 입원료를 산정하므로 진찰료를 별도 산정할 수 없으나, 이상소견이 있어 진료를 계속할 경우에는 환자이기 때문에 가7가(2) 질병이 있는 신생아 입원료 또는 가9 중환자실 입원료 등을 산정하게 되므로 1회의 초진 진찰료를 산정할 수 있음. (고시 제2016-214호, '16.12.1. 시행)
	타 법령에 의거 진료 후 건강보험으로 급여를 계속 시행할 경우 진찰료 산정방법	일반환자 또는 급여제한 등으로 인하여 타 법령으로 진료 후 동일 상병에 대하여 동일 요양기관에서 건강보험으로 진료를 계속 시행할 경우 입원 또는 외래진료시에도 진료자체가 변경되는 것이 아니므로 재진환자에 속함. 따라서 진찰료는 재진 진찰료를 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	입원환자가 퇴원한 후 퇴원당일에 타 상병으로 외래로 진료를 받은 경우 진찰료 별도 산정여부	입원환자가 퇴원한 후 퇴원당일에 타 상병으로 외래로 진료를 받은 경우에는 별도의 진찰행위가 필요하므로 진찰료를 별도 산정할 수 있음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	요양기관 폐업 후 동일장소에 다른 요양기관을 개설한 경우 진찰료 산정방법	1. 요양기관 폐업후 동일 장소에 다른 요양기관이 개설하였을 경우 비록 기존의 건물 및 의료장비가 고정되어 종전의 의사에게 진료를 받던 환자가 재지정을 받은 요양기관에서 계속 진료를 받더라도 진료기록 등은 인수인계를 하지 않은 것이 통례이고 또한 진료 담당 의사는 처음으로 그 환자를 진료하게 되는 것이므로

항 목	제 목	세부인정사항
		모든 진료비용은 요양기관을 개설한 시점부터 초진환자로 간주하여 요양급여비용을 산정할 수 있음. 2. 그러나 의료기관이 개설자와 관리의사가 다른 경우에 관리의사만이 변경되면 의료법상 개설자도 진료기록 등을 보관할 의무가 있으므로 재래환자의 경우에는 재진 진찰료를 산정하고, 또한 개설자, 의료기관 명칭 및 관리의사를 변경하였더라도 진료와 관련된 진료기록 일체를 개설 요양기관으로 인수한 경우에는 입원환자 및 외래진료환자 모두를 계속 진료로 함이 타당함. 그러므로 그 환자가 30일 이내에 동일 상병으로 진료를 행한 경우에는 재진 진찰료를 산정하는 것이 타당하며 입원환자가 계속적으로 입원진료를 받는 경우에는 진찰료는 다시 산정할 수 없으며, 입원일이 15일을 경과할 경우에는 입원료 체감은 적용됨. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	진찰료 선납 후 진찰행위 없이 귀가한 경우 진찰료 본인부담 여부	환자가 진료를 받기 위하여 신청(접수)한 후 치료를 받지 않고 귀가한 경우 진료행위가 이루어지지 아니하였기 때문에 진료신청시 선납한 가1 외래환자 진찰료를 포함한 요양급여비용은 징수할 수 없으므로 환불해야 함. 다만, 의료인이 혈압, 맥박, 체온 등을 측정한 경우에는 청진, 문진, 시진, 촉진 등의 진찰행위가 비록 이루어지지 아니하였다 하더라도 부분적인 진찰행위가 이루어진 것이므로 진찰료를 산정할 수 있음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	환자 치료 종결 후 추적관찰시 진찰료 산정방법	환자에 대한 진료종결의 판단은 환자의 상태 등을 고려하여 진료 담당 의사가 결정하여야 할 것이나, 입원치료 후 그 상병의 상태를 추적 관찰할 필요가 있어 1년 또는 6개월 후에 진찰을 받도록 예약한 경우에는 재진환자로 보아야 하므로 재진 진찰료로 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	새로운 사례의 환자진료 시 진찰료를 초과하여 별도의 본인부담금을 발생 시킬 수 있는지 여부	의사는 환자진료 시 습득한 의학적 지식이나 경험은 물론 문헌, 약전, 사례 등을 찾아 상담과 진료를 행함이 당연한 책무에 속하므로 새로운 사례의 환자진료에 소요되는 시간이 다른 환자에 비하여 다소 차이가 있다 하더라도 현행 소정 진찰료를 초과하여 본인에게 별도 부담시킬 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	진찰료 야간가산의 급여기준	1. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 가1 외래환자 진찰료 '주'에 명시되어 있는 진찰료 야간가산을 적용· 운영함에 있어서 진료 담당 의사가 진료한 시각을 기준으로 할 경우 수진자가 09시~18시(토요일 13시) 중에 요양기관에 내원하였음에도 요양기관의 사정(진료 담당 의사의 부재 또는 진료환자 적체 등)으로 진료 개시 시간이 늦어진 경우에도 야간가산율을 적용하게 되는 문제가 있고 환자가 도착한 시간을 기준으로 할 경우에는 단순히 진료를 빨리 받을 목적으로 09시 이전에 내원하여 접수를 마치고 기다리는 경우에도 진찰료 야간가산율을 적용하는 문제가 있으므로 어떤 경우를 택하더라도 수진자들의 불만이 제기될 소지가 있다고 사료됨. 2. 반면, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제6장 마취료 및 제9장 처치 및 수술료 등의 [산정지침]에서 마취, 처치 및 수술의 경우에는 동 행위를 시작한 시각(18시~09시)을 기준으로 산정토록 정하고 있으나, 이 경우에 환자는 이미 요양기관에 내원한 상태에서 사전에 필요한 모든 조치를 취하고 동 행위를 시작한 것이므로 시작된 시각을 기준으로 야간가산료를 인정함이 타당하다 할 것임. 3. 따라서 외래환자 진찰료 야간가산율 적용시간은

항 목	제 목	세부인정사항
		국민편익을 제고하기 위하여 환자가 야간가산 기준시간인 평일 18시(토요일은 13시)에서 다음 날 09시 사이에 내원한 경우는 요양기관의 진료 담당 의사가 진료를 개시한 시각을 기준으로 적용하고 동 시각 이외의 시각에 내원한 경우에는 환자가 요양기관에 도착한 시각을 기준으로 함. (고시 제2018-269호, '19.1.1. 시행)
	소아에 대한 진찰료 가산 시 야간 또는 공휴일에 대한 진찰료 중복 가산여부	만6세 미만의 소아를 야간 또는 공휴일에 진찰한 경우 가1 외래환자 진찰료는 각각의 가산금액을 합하여 산정하여야 하며 중복가산을 하여서는 아니됨. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	응급실 진찰료 산정방법	응급실의 진료의사가 환자상태를 종합적으로 파악하고 다른 진료과목・전문분야 전문의에게 진료를 요청하여 해당 전문의가 응급환자를 직접 진료한 경우에는 진료과목(전문분야)별로 진찰료를 각각 산정함(진료 전문의 기재). 다만, 응급실 내원 후 진료상 계속적인 치료를 위해 같은 날 외래에서 다시 진료를 받은 경우에 진찰료는 1회만 산정함. (고시 제2013-36호, '13.3.1. 시행)
	건강검진 실시 당일 진료 시 진찰료 산정방법	1. 「국민건강보험법」 제52조에 의거 가입자 및 피부양자에게 실시하는 건강검진 당일 동일 요양기관에서 건강검진과는 별도로 질환에 대한 진찰이 이루어져 진찰 이외에 의사의 처방(약제 처방전 발급, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 의하여 산정가능한 진료행위)이 발생한 경우 해당 진찰료는 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료[산정지침] 1. 진찰료 '가'에

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		의거 초진(또는 재진)진찰료의 50%를 산정하며, 산정 코드는 다음과 같이 기재함. 진찰료 산정 사유에 대하여는 진료기록부에 기록하고, 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 의하여 작성·청구토록 함. 가. 일반건강검진시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우 : 산정코드 세 번째 자리에 3으로 기재 나. 암검진 시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우 : 산정코드 세 번째 자리에 5로 기재 다. 영유아 건강검진 시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우 : 산정코드 세 번째 자리에 2로 기재 2. 상기 '1'항에도 불구하고 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료[산정지침]에 의거 2개이상의 진료과목이 설치되어 있고 해당 과의 전문의가 상근하는 요양기관에서 건강검진 당일 검진실시 의사와 전문과목 및 전문분야가 다른 진료담당의사가 건강검진과는 별도로 질환에 대하여 진료한 경우에 한하여 초진(또는 재진) 진찰료를 산정할 수 있음. 3. 또한, 건강검진을 실시한 요양기관에서 동일 의사에게 검진 결과에 대해 다른날 설명하는 것은 검진결과 상담에 해당되어 진찰료를 별도 산정할 수 없으나, 검진결과 이상소견에 대해 단계적 정밀검사 또는 별도의 진료가 이루어진 경우에는 재진진찰료를 산정함. (고시 제2017-249호, '18.1.1. 시행)
	의사 또는 약사의 차등수가 적용기준	1. 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편제1부 급여 일반원칙 Ⅲ 차등수가 적용대상 의사 또는 약사의 수는 「국민건강보험법 시행규칙」 제12조 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 요양기관현황(변경)신고서로 신고된 상근자를 대상으로 적용하는 것을 원칙으로 함.

항 목	제 목	세부인정사항
		2. 위 1.에도 불구하고 다음에 해당되는 경우에 차등수가 적용 대상으로 인정함. - 다 음 - 가. 계약직근무자는 근무시간 등 근무조건이 정규직 근무자와 동일하면서 3월이상 고용계약을 체결한 경우는 1인으로 인정함. 나. 시간제, 격일제 근무자는 주3일 이상 이면서 주20시간 이상인 경우 0.5인으로 인정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	국민건강보험법 시행령 제19조제1항 관련 [별표2] 요양급여비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액 제1호 나목 비고 5에 따른 재진진찰료 본인부담률 경감 대상 및 산정방법	국민건강보험법 시행령 제19조제1항 관련 [별표2] 요양급여비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액 제1호 나목 비고 5에 따른 재진진찰료 본인부담률 경감 적용대상 및 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 적용대상 (1) 대상질환 : 고혈압(I10) 또는 당뇨병(E11) (2) 대상기관 : 의원 (3) 대상환자 : 대상질환으로 대상기관에서 진료받는 건강보험 환자 중 의사로부터 지속적 질환관리 필요성에 대한 설명을 듣고, 당해 의료기관에서 대상질환을 지속적으로 관리받을 의사를 표명한 환자. 이 경우 요양기관은 대상환자가 의사를 표명한 사실을 진료기록부에 기록·보관하여야 함. 나. 절차 및 방법 : 상기 '가'항에 따른 대상질환을 주상병으로 진료한 경우에 한하여 환자가 지속적으로 관리받을 의사를 표명한 익일부터 직접 내원하여 진료받은 경우 재진 진찰료로 적용하며, 수가코드는 'AA250'으로 산정함. (고시 제2012-153호, '12.12.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	여성 청소년 대상 사람유두종바이러스(HPV)예방접종 및 진찰·상담 사업에 따른 진찰료 산정방법	「건강여성 첫걸음 클리닉사업 관리 지침(이하 사업지침)」에 따라, 여성 청소년에게 사람유두종바이러스(HPV) 감염증 예방접종과 진찰 및 상담을 실시한 경우 진찰료는 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 적용대상 사업 참여 의료기관(보건기관 및 보건의료원 제외)이 사업지침에서 정한 절차에 따라 사업대상인 만 12세 여성 청소년에 대하여 사람유두종바이러스(HPV) 감염증 예방접종과 함께 표준 여성 청소년 건강상담 등 진찰을 실시한 경우 나. 산정방법 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 가1 가 초진진찰료를 대상자당 최대 2회 산정 다. 청구방법 청구 시 “요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서 서식 및 작성요령”에 의하여 구분코드 등을 작성·청구토록 함 라. 본인부담금 산정 동 세부인정사항에 의한 진찰료에 한하여 환자 본인부담금은 사업예산으로 지급함.(환자 본인부담금 면제) (고시 제2023-56호, ’23.3.29. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
가2 입원료	입원료 세부항목의 의미	1. 입원환자 의학관리료 : 입원환자에게 제공되는 회진, 질병치료 상담, 교육 등의 직접행위와 의무기록 및 진료계획 작성 등 간접행위 포함. 2. 입원환자 간호관리료 : 간호사의 투약, 주사, 간호, 상담 등의 비용 뿐만 아니라 간호기록지 작성, 환자 진료보조 행위 등의 비용 포함. 3. 입원환자 병원관리료 : 비품 및 부대시설을 포함한 공간점유 사용비, 환자복, 침구 등 세탁비용, 비품 및 시설관리비용(인건비, 전기료, 수도료, 수리 비용 등), 시설 감가상각비 등 포함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	가2 입원료 소정점수의 30%를 가산하는 내과질환자에 대하여	가2 입원료 소정점수의 30%를 가산하는 내과질환자는 내과분야의 진료전문과목에서 치료받는 환자를 의미하는 것으로 일반외과, 정형외과, 산부인과, 비뇨의학과 등에서 수술 후 또는 수술없이 항암요법이나, 보존적 치료만을 시행하는 경우는 해당되지 아니함. (고시 제2023-102호, '23.6.1. 시행)
	외래진료 후 당일 입원했을 경우 외래요양급여비용에 대한 본인일부부담금 산정방법	외래진료 후 당일 검사결과가 나와 입원한 경우나, 외래진료 후 다음 날 다시 내원하라는 의사의 지시가 있었으나 수진자가 동일 질환 및 응급사유로 인하여 같은 날 내원하여 입원하였다면 동일 질병여부 및 의사의 지시에 불문하고 요양급여비용은 입원부담율에 의거 산정하여야 하며, 이미 외래부담율에 의해 징수한 요양급여비용은 입원부담율에 의거 산정하여 그 차액을 정산하여야 함. 다만, 외래진료시 발급된 원외처방전에 의한 약국의 약제비는 정산대상에 해당되지 아니함. (고시 제2004-36호, '04.7.1. 시행)
	입원료 체감제 산정기준	「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 산정지침 제2호

항 목	제 목	세부인정사항
		라(5)에 따른 입원료 체감제를 적용함에 있어 입원 중인 환자의 진료과목이나 보험자격이 변경되는 경우, 퇴원 후 재입원하는 경우에 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 입원 중 2개과 이상을 옮겼을 경우 입원료 체감제는 전과여부에 관계없이 입원일로부터 퇴원일까지의 일수에 따라 산정함. 나. 퇴원한 후 당일 재입원한 경우에는 계속 입원 중이었던 환자로 간주하여 입원료를 산정하고 입원료 체감제도 최초 입원일로부터 산정함. 다. 타 법령에 의거 진료를 받고 있던 환자(예: 산재, 자동차보험 환자 등) 또는 일반으로 진료를 받고 있던 자가 건강보험으로 적용될 경우 입원료 체감제는 건강보험 적용일로부터 산정함. 다만, 입원환자가 의료급여에서 건강보험으로 자격이 변경된 경우에 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(별표 1)에 의거 진료내용을 연계하여, 입원료 체감제는 최초 입원일로부터 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	입원환자 외박 시 병원관리료 산정방법	입원중인 환자가 주치의의 허가를 받아 외박시 입원료는 산정할 수 있으나, 연속하여 24시간을 초과하는 경우는 입원료 중 입원환자 병원관리료만 산정함. 이 때, 병원관리료는 내과질환자·정신질환자·만8세 미만의 소아환자에 대한 가산, 간호인력 확보 수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등가산 및 입원일수에 따른 체감이 적용되지 않은 상태에서 입원료 소정점수의 35%를 산정함. (고시 제2003-65호, '03.12.1. 시행)
	간호인력 확보수준에	적정수준의 간호인력을 확보하지 못한 요양기관에서

항 목	제 목	세부인정사항
	따른 간호관리료 차등적용 관련 기준	간호서비스의 일부를 보호자나 간병인에게 위임하는 등 입원 진료시 간호서비스의 질이 저하되는 바람직하지 않은 현상을 해소하기 위해서 시행하고 있는 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제(병상 수 대 간호사 수의 비) 관련 기준은 다음과 같이함. - 다 음 - 가. 일반병상 기준 1) 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제의 기준이 되는 일반병상은 요양기관현황(변경사항) 통보시 건강보험심사평가원에 신고한 병상 중 「건강보험 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 제2호 마목(2)에 따른 일반병동의 병상을 말함. 다만, 신고한 병상보다 더 많은 병상을 운영하는 경우에는 운영병상으로 함. 2) 정신의료기관 중 폐쇄병동: 정신의료기관 중 폐쇄병동이라 함은 일반적으로 다른 병동과 구분되어 있고 일반인의 출입이 통제되는 병동으로서 정신건강의학과 환자만을 입원시키는 병동을 말함. 3) 미숙아실: 미숙아라함은 미숙아를 포함한 질병이 있는 신생아의 총칭(sick baby)을 말하며 미숙아를 수용하는 미숙아실은 신생아실의 범주에 포함되므로 일반 병상수에서 제외함. 4) 조기진통실: 분만실내의 조기진통실은 일반 병상수에서 제외함. 5) 모자동실: 모자동실에 입원하는 산모의 병상은 일반병동의 병상으로 산정함. 나. 간호사 산정기준 1) 환자간호업무에 종사하지 않은 간호사: 근무표상 일반병동에 배치되어 있다고 하여도 실제 환자간호를 담당하지 않으면 일반병동 근무

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		간호사수에서 제외하여야 함(간호감독, 전임 노조, 가정간호사, 호스피스 등). 2) 순환근무 간호사: 일반병동과 외래 등 특수부서를 순환 또는 파견(PRN포함) 근무하는 간호사로는 간호의 질 향상을 기대 할 수 없으므로 해당 간호사는 산정대상에서 제외함. 3) 단시간 근무 간호사 및 계약직 간호사: 「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」 제8조(차별적 처우의 금지) 및 제17조(근로조건의 서면명시)를 준수하고, 계약직의 경우에는 1년 이상 고용계약을 체결하고 4대 사회보험에 가입한 경우에 산정함. 단, 출산휴가자 및 육아휴직자 대체 간호사의 경우 계약기간에 관계없이 산정 가능함. 가) 계약직 간호사 중 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 40시간인 근무자의 경우 1인으로 산정함. 나) 단시간 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 40시간 미만인 근무자에 대하여 16(이상)~20시간(미만) 근무자의 경우 0.4인, 20(이상)~24시간(미만) 근무자는 0.5인, 24(이상)~28시간(미만) 근무자는 0.6인, 28(이상)~32시간(미만) 근무자는 0.7인, 32(이상)~36시간(미만) 근무자는 0.8인, 36(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.9인으로 산정함. (다만, 상급종합병원 및 서울지역 종합병원은 기존에 해당 병원에서 근무 중인 간호사에 한함) 다) 전일제 및 단시간 근무 간호사 중 근로계약서상 야간(20시~익일08시사이)근무 전담임을 명시하고, 간호인력 산정시점을 기준으로 1개월 이상 야간만 전담하여 근무한 간호사(이하 야간전담간호사)에 대하여 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 40시간인 근무자는 1인으로,

항 목	제 목	세부인정사항
		40시간 미만인 근무자는 상기 '나)'의 산정 인원과 동일하게 적용함. 라) 계약직 간호사를 고용하는 경우, 정규직 근무 간호사 의무고용비율은 100분의 80으로 함. 4) 간호등급 산정대상이 되는 일반병동의 간호사, 단시간 근무 간호사 및 계약직 간호사 중 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간동안은 산정대상에서 제외함. 다. 간호인력 확보수준에 따른 등급산정 및 신청방법 1) 요양기관은 [별지 제2호 서식]에 의한 요양기관 입원환자 간호관리료 차등제 산정현황을 건강보험심사평가원에 매분기말 16일부터 20일까지 제출하여야 하며 미제출기관의 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 제2호 마목(4)에 따라 산정함. (상급종합병원, 의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원의 경우 미제출시 6등급으로 적용) 다만, 제출기간을 도과하여 적용 분기 전일까지 부득이한 사유를 소명하여 제출하는 경우에 한하여 확인된 간호등급을 적용함. 2) 병동별 병상현황: [별지 제3호 서식]에 의한 요양기관 병동별 병상 운영현황 통보서를 제출하여야 하며, 변경사항 발생시 즉시 건강보험심사평가원에 제출하여야 함. 3) 간호인력 신고: [별지 제4호 서식]에 의한 요양기관 간호 인력 일반현황 통보서를 제출하여야 하며, 변경사항 발생 시 즉시 건강보험심사평가원에 제출하여야 함. 4) 간호등급 산정 시 평균 병상수와 평균 간호사수는 각각 소수점 셋째자리에서 반올림하여 계산함. 5) 적용 간호사수는 전전분기 마지막월 15일부터

항 목	제 목	세부인정사항
		전분기 마지막월 14일까지 간호사별 재직일수의 합을 해당 분기일수로 나누어 적용함. (고시 제2021-319호, '22.1.1. 시행)
	'종합병원, 병원, 정신병원, 치과 병원, 한방병원 중 별도로 정하는 일부 요양기관'의 간호인력 확보수준에 따른 입원 환자 간호관리료 차등제 적용 기준	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 제2호 마목(1)에서 '종합병원, 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 중 별도로 정하는 일부 요양기관'의 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제(환자 수 대 간호사 수의 비) 적용 기준은 다음과 같이함. - 다 음 - 가. 대상기관: 아래 중 하나 이상에 해당하는 종합병원, 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 - 아 래 - 1) 서울특별시를 제외한 지역에 소재한 요양기관 2) 다음의 법령에 근거하여 설립된 요양기관 가) 「보건복지부와 그 소속기관 직제」 나) 「국립중앙의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」 다) 「국민건강보험법」 라) 「대한적십자사 조직법」 마) 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」 바) 「암관리법」 3) 「응급의료에 관한 법률」에 의한 응급의료기관 중 지역응급의료기관인 요양기관 나. 환자 수 기준 1) 간호인력확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제의 기준이 되는 환자 수는 건강보험심사평가원에 제출한 [별지 제2-1호의 2 서식] 입원환자 수 현황상의 입원 환자 수를 말함. 2) 입원 환자 수에는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장

항 목	제 목	세부인정사항
		기본진료료 [산정지침] 제2호 마목(2)에 따른 일반 병동의 병상에 입원한 모든 환자 수를 기재하여야 함. 3) 환자 수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 매일 재원일수의 합이며, 입원초일인 환자는 입원 환자 수에 산입하고 퇴원 환자는 입원 환자 수에서 제외함. 다. 간호사 수 기준 간호사 수의 산정기준, 신고사항 등은 '간호인력 확보수준에 따른 간호관리료 차등적용 관련 기준'에 의하여 산정함. 라. 소수점 이하 값의 처리 평균 환자 수와 평균 간호사 수는 각각 소수점 셋째 자리에서 반올림하여 계산하며, 환자 수 대 간호사 수의 비는 소수점 셋째자리 이하 절사하여 계산함. 마. 간호인력 및 등급신청 1) 요양기관은 [별지 제2호 서식]에 의한 요양기관 입원환자 간호관리료 차등제 산정현황 및 [별지 제2-1호 서식]에 의한 요양기관 입원환자 간호관리료 차등제 산정현황(환자 수 기준)을 건강보험심사평가원에 매분기말 16일부터 20일까지 제출하여야 하며 미제출기관의 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 제2호 마목(4)에 따라 산정함. 다만, 제출기간을 도과하여 적용분기 전일까지 부득이한 사유를 소명하여 제출하는 경우에 한하여 확인된 간호등급을 적용함. 2) 병동별 병상현황: [별지 제3호 서식] 에 의한 요양기관 병동별 병상 운영현황 통보서를 제출하여야 하며, 변경사항 발생시 즉시 건강보험심사평가원에 제출하여야 함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		3) 간호인력 신고: [별지 제4호 서식]에 의한 요양기관 간호 인력 일반현황 통보서를 제출하여야 하며, 변경사항 발생시 즉시 건강보험심사평가원에 제출하여야 함. 바. 그 외 별도로 규정하지 않은 산정기준은 '간호인력 확보수준에 따른 간호관리료 차등적용 관련기준'에 의하여 산정함. (고시 제2021-73호, '21.3.5. 시행)
	고도로 훈련된 간호사를 24시간 별도 배치하여 간호하는 독간호사 비용의 별도 산정여부	현행 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수상 간호관리료는 입원료 중 입원환자 간호관리료로 포괄적으로 보상하고 있으며, 특별히 환자의 진료상 필요에 의하여 단독으로 격리시켜 진료하는 경우에는 입원실 공간 점유비용과 간호상의 난이도 등을 고려하여 소정 격리실 입원료를 산정하도록 규정하고 있음. 따라서, 격리병실을 전담하는 간호인력을 추가로 배치하여 환자를 관리한다고 하더라도 그 간호비용을 환자에게 별도로 부담시킬 수 없는 것임. 다만, 환자의 간병상 환자나 보호자가 간병인을 원하는 경우에는 사적 계약관계에 의하여 사용되어져야 하는 것이며, 사적인 계약시 보다 질적인 간병을 위하여 유자격 간호인력을 계약함은 환자나 그 가족이 판단하여야 할 사항임. (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
	국민건강보험법 시행령 제19조제1항 관련 [별표2] "본인일부부담금의 부담률 및 부담액" 제5호에 따른 '일반입원실'의 적용범주	국민건강보험법 시행령 [별표2] 제5호에 따른 '법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실'에 입원하는 경우는 가2 입원료를 산정하는 경우를 의미함 (고시 제2018-269호, '19.1.1.시행)

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td></td><td>국민건강보험법 시행령 제19조제1항 관련 [별표2] “본인일부부담금의 부담률 및 부담액” 제5호에 따른 ‘질병 또는 환자 특성상 16일 이상 장기입원이 불가피한 경우’의 범주</td><td>‘질병 또는 환자 특성상 16일 이상 장기입원이 불가피한 경우’로서 국민건강보험법 시행령 제19조제1항 관련 [별표2] 제5호에 따른 본인부담률(종별·인실별 16일 이상 연속하여 입원 시 25~55%, 31일이상 30~ 60%)을 따르지 않는 경우는 다음과 같음.

- 다 음 -

가. 국민건강보험법 시행령 [별표2] 제3호의 가목 1)~3), 나목2)~3), 라목1)~2), 마목, 아목, 자목 중 하나에 해당하여 입원진료한 경우 및 동 시행령 [별표2] 제1호의 다목3)에서 나열한 보훈관계 법령에서 정한 의료지원대상자에 대하여 입원진료한 경우 (본인부담경감대상자 등)
나. “한국표준질병·사인 분류표”에 의한 다음의 질병 코드를 주상병으로 입원진료한 경우

- 다 음 -

<table>
<tr><th colspan="5">질병코드</th></tr>
<tr><td>A04.7</td><td>G83.4</td><td>L89.2</td><td>M86~M87</td><td>S38.1</td></tr>
<tr><td>A41.0</td><td>G91</td><td>L89.3</td><td>M95.2</td><td>S68</td></tr>
<tr><td>A41.8</td><td>G93.1</td><td>L89.9</td><td>M96.6</td><td>S72</td></tr>
<tr><td>B00.4</td><td>G95</td><td>L97</td><td>N49.8</td><td>S82.0~S82.3</td></tr>
<tr><td>B37.7</td><td>I33</td><td>M00</td><td>S06.3</td><td>S82.8</td></tr>
<tr><td>B44.0</td><td>I60~I63</td><td>M13.8</td><td>S06.5</td><td>S92.0</td></tr>
<tr><td>D73.3</td><td>I67.2</td><td>M17</td><td>S06.8</td><td>T09.3</td></tr>
<tr><td>E10.7</td><td>J15.1</td><td>M20.1</td><td>S12.0</td><td>T20</td></tr>
<tr><td>E11.5</td><td>J15.2</td><td>M43.1</td><td>S12.1</td><td>T24.3</td></tr>
<tr><td>E11.7</td><td>J18.2</td><td>M46.2</td><td>S12.7</td><td>T25</td></tr>
<tr><td>E14.5</td><td>J69.0</td><td>M46.3</td><td>S14.1</td><td>T31</td></tr>
<tr><td>E14.7</td><td>J80</td><td>M46.5</td><td>S22.0</td><td>T81.4</td></tr>
<tr><td>F00~F99</td><td>J96.0</td><td>M46.9</td><td>S24.1</td><td>T84</td></tr>
<tr><td>G00</td><td>K63.1</td><td>M47.1</td><td>S32</td><td>T87</td></tr>
<tr><td>G04~G06</td><td>K75.0</td><td>M49</td><td>S34.1</td><td>Z50.1</td></tr>
<tr><td>G30</td><td>K76.7</td><td>M72.6</td><td>S34.3</td><td>Z54.0</td></tr>
<tr><td>G81~G82</td><td>L51.1</td><td>M84.1</td><td>S36</td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		다. 위 가.~나. 이외에도 진료담당의사가 진료상 계속 입원 진료가 필요하다고 판단하여, 그 사유 및 계속 입원 적용기간 등을 진료기록부에 작성·보관하고, 청구 시 "요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령"에 따라 청구하는 경우 (고시 제2019-115호, '20.1.1. 시행)
가3-1 집중치료실 입원료	집중치료실 운영현황 신고 및 산정방법	집중치료실 입원료를 산정하고자하는 요양기관은 건강보험심사평가원에 각 집중치료실별 운영현황을 통보해야 하며, 병상수 및 전담간호사수 산정방법은 다음과 같이함. - 다 음 - 가. 병상수 산정방법 1) 집중치료실 병상은 요양기관 현황(변경사항) 통보 시 건강보험심사평가원에 신고한 병상 중「건강보험 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 2. 다(1)에 의한 집중치료실(뇌졸중 집중치료실, 고위험임산부 집중치료실)의 병상을 말함 2) 병상수는 전분기 매월 15일자 병상수의 3개월 평균값으로 계산 (소수점 3자리에서 반올림) 나. 집중치료실 전담간호사수 산정방법 1) 전일제 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 월평균 40시간인 근무자는 1인으로 산정함 2) 단시간 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 월평균 32시간(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.8인으로 산정하며, 32시간미만 근무자는 산정 대상에서 제외함 3) 전일제 및 단시간 근무 간호사는 「기간제 및 단시간 근로자 보호 등에 관한 법률」제17조(근로조건의 서면명시)를 준수하고, 4대 사회보험에 가입 및 1년 이상 고용계약을 체결한 경우 산정 가능함. 다만, 출산휴가자 및 육아휴직자, 질병휴직(휴가)자

항 목	제 목	세부인정사항
		등의 대체 간호사의 경우 계약기간에 관계없이 산정 가능함 4) 간호사수는 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지 간호사별 재직일수의 합을 해당기간 일수로 나누어서 계산(소수점 3자리에서 반올림) 5) 집중치료실 전담간호사의 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간동안은 인력산정 대상에서 제외함. 다만, 동 기간에 대체인력이 있을 경우는 산정 가능함. 다. 집중치료실 입원료를 산정하고자 하는 요양기관은 별지 제12호 서식에 의한 집중치료실 운영현황 신고서를 건강보험심사평가원에 매분기말 16일부터 20일까지 제출하여야 하며, 미제출 기관은 산정할 수 없음. 다만, 제출기간을 도과하여 적용분기 전일까지 부득이한 사유를 소명하여 제출하는 경우에 한하여 확인된 현황을 적용함 (고시 제2017-177호, '17.10.1. 시행)
	가3-1가 뇌졸중 집중치료실 입원료 급여기준	가3-1가 뇌졸중 집중치료실 입원료는 다음과 같은 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 1. 급여대상 아래 중 1개 이상에 해당되는 급성기 뇌졸중 환자로서 집중치료가 필요하다고 의사가 판단한 경우 - 아 래 - 가. 발생 1주 이내(통상 48-72시간 이내) 급성기 또는 급성기 이후 최근 1주이내 재발 또는 악화된 환자 중 상태가 불안정하여 집중관찰이 필요한 뇌졸중 환자 나. 혈관 중재술/뇌혈관 수술 전후 상태인 환자

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		다. 발생 1주 이내 일과성허혈발작 환자 라. 뇌졸중으로 인한 뇌부종이나 출혈성변환이 심하거나, 뇌압이 상승된 환자 마. 기타 초기 증상으로 뇌졸중이 강력히 의심되어 뇌졸중 집중치료실 입실이 필요하다고 의사가 판단하는 경우 2. 산정기준 급성 뇌졸중 환자를 별도의 집중치료실(Unit)에서 치료 및 지속적으로 관찰하는 경우에 아래의 요건을 모두 충족한 경우 산정함. – 아 래 – 가. 산정기관 뇌졸중 집중치료실(Unit)을 별도로 신고·운영하는 아래의 기관 1) 상급종합병원 2) 일반 중환자실 Unit별 간호인력확보수준에 따른 일반 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 등급이 모두 1등급 내지 7등급인 종합병원 나. 인력 1) 신경과, 신경외과, 영상의학과, 재활의학과 전문의가 각각 1인 이상 상근 2) 뇌졸중 집중치료실의 환자간호업무만을 전담하는 간호사가 분기별 평균 병상 수 대비 1.25:1 이하 다. 장비 1) 뇌졸중 집중치료실 내에 갖추어야 하는 장비 – 중앙집중관찰시스템(간호 Station에서 각각의 병상을 모니터링 할 수 있는 시스템을 갖추어야 함) – 심전도기록기, 후두경, 앰부백(마스크 포함) – 제세동기(필요시 즉시 사용가능하도록 뇌졸중

항 목	제 목	세부인정사항
		집중치료실 또는 인접 병동에 갖추어야 함) 2) 병상당 갖추어야 하는 장비 - 중앙공급식 의료가스시설 - 모니터링 장비(혈압, 산소포화도, 심전도 등의 감시 장비) - 지속적 수액 주입기 라. 산정횟수 입원기간 중 7회 이내 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	뇌졸중 집중치료실 전담의 적용기준	1. 전담의의 기준 가. 전담의란 당해 요양기관에 소속된 의사로서 뇌졸중 집중치료실에 근무하는 의사를 말하며, 뇌졸중 집중치료실 전담의는 외래 진료 또는 병동 환자의 진료 등을 병행할 수 없음 나. 전담의는 24시간 뇌졸중 환자를 돌보며 뇌졸중 집중치료실과 인접한 곳에 상주하되, 미리 짜여진 근무형태에 의한 교대 근무는 가능함 다. 전담의 인력가산은 전분기(전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지) 동안 전담의를 배치한 경우에 산정함 2. 현황통보 및 적용방법 가. 뇌졸중 집중치료실 전담의 가산을 산정하고자 하는 요양기관은 별지 제12호 서식에 의한 집중치료실 운영현황 신고서를 건강보험심사평가원에 매분기말 16일부터 20일까지 제출하여야 하며, 직전분기동안 전담의 유·무를 다음분기에 적용함 나. 전담의가 상주하지 않는 경우 및 현황신고서 상 전담의 유·무를 미제출한 경우에는 뇌졸중 집중치료실 전담의 가산을 산정할 수 없음 (고시 제2017-177호, '17.10.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	가3-1나 고위험 임산부 집중치료실 입원료 산정기준	가3-1나 고위험임산부 집중치료실 입원료는 별도의 고위험임산부 집중치료실(Unit)을 신고·운영하는 상급종합병원, 종합병원, 병원, 정신병원에서 다음의 요건을 모두 갖추고 고위험임산부 집중치료실(Unit)에서 고위험임산부를 집중 치료한 경우 산정함. - 다 음 - 가. 산정기관 분만실 및 신생아중환자실을 신고·운영하며, 산부인과 전문의 및 소아청소년과 전문의가 각각 1인 이상 상근하는 기관 나. 인력 고위험임산부 집중치료실의 환자간호업무만을 전담하는 간호사가 분기별 평균 병상 수 대비 1.5:1 이하 다. 장비 1) 고위험임산부 집중치료실 내에 갖추어야 하는 장비 가) 중앙집중관찰시스템(간호 Station에서 각각의 병상을 모니터링할 수 있는 시스템을 갖추어야 함) 나) 심전도기록기, 태아심음검사기, 초음파기기 2) 병상당 갖추어야 하는 장비 가) 중앙공급식 의료가스시설 나) 모니터링 장비(분만감시기, 심전도감시기, 맥박산소계측기 등) 다) 지속적 수액 주입기 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
가3-1 집중 치료실 입원료	고위험임산부 집중치료실 입원료 및 집중관리료 급여기준	1. 고위험임산부 집중치료실 입원료 및 고위험임산부 집중관리료는 다음 중 하나 이상에 해당되는 임산부로서 집중치료가 필요하다고 의사가 판단한 경우에 인정함

항 목	제 목	세부인정사항
가3-2 고위험 임산부 집중 관리료		- 다 음 - 가. 자궁 수축 검사상 20분동안 4회 이상 또는 1시간 동안 8회 이상의 자궁수축이 관찰된 임신 37주 미만의 조기진통 나. 임신 37주 미만의 조기 양막파열 다. 자궁경부무력증으로 응급수술 전·후 경과관찰을 요하는 경우 라. 중증 전자간증 또는 자간증 마. 양수과소증 또는 양수과다증 바. 자궁내 발육지연 사. 쌍태간 수혈증후군 환자 아. 산과적 출혈 자. 38도 이상의 고열이 있는 임산부 차. 자궁내 태아 흉강-양막강 단락술 시행 환자 2. 상기 적응증에 해당함에도 집중치료가 아닌 단순 분만을 위해 대기 또는 검진만을 위해 내원한 경우에는 산정할 수 없음 (고시 제2021-21호, '21.2.1. 시행)
가3-2 고위험 임산부 집중 관리료	고위험임산부 집중관리료 산정기준	1. 고위험임산부 집중관리료는 '고위험임산부 집중치료실 입원료 및 집중관리료 급여기준'에 해당하나 '고위험임산부 집중치료실 입원료 산정기준'을 충족하지 못한 경우, 다음의 요건을 갖추고 고위험임산부를 집중치료한 경우에 인정함 - 다 음 - 가. 산정기관 분만실을 신고·운영하며, 산부인과 전문의가 1인 이상 상근하는 의료기관 나. 장비 - 의료가스시설 - 분만감시기, 심전도감시기, 맥박산소계측기

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		– 심전도기록기, 태아심음검사기, 초음파기기 – 지속적 수액 주입기 2. 단, 고위험임산부 집중치료실을 운영하나 불가피하게 고위험임산부 집중치료실(unit) 외에서 고위험임산부를 집중치료한 경우에도 고위험임산부 집중관리료를 인정함 3. 산정횟수 고위험임산부 집중관리료는 1일 1회 산정하며, 입원환자의 경우에는 입원기간 중 7회 이내로 산정함. 단, 동일날 고위험임산부 집중치료실 입원료와 동시에 산정 할 수 없음 (고시 제2017-177호, '17.10.1. 시행)
가4 무균치료실입원료	가4 무균치료실 입원료의 급여기준	조혈모세포이식 환자를 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준 제2조 제1항 [별표1] 제2호의 기준에 적합한 무균치료실에 격리하여 치료한 경우 적정 입원기간은 전처치(Conditioning) 기간부터 이식 후 연속 3일간 ANC가 1000/㎣ 이상 될 때까지를 원칙으로 하되, 환자 상태에 따라 추가 인정함. (고시 제2021-292호, '21.12.1. 시행)
가5 회송료	회송료 산정기준	가5 회송료는 요양급여 절차에 따라 2단계 요양급여를 담당하는 상급종합병원에서 상태는 호전되었으나 지속적 치료 및 관리가 필요한 환자를 1단계 요양급여를 담당하는 기관으로 회송 시 산정하며 다음의 요건을 모두 충족한 경우 요양급여함. – 다 음 – 1. 일반원칙 가. 회송료 I은 진료협력센터 전담인력이 6명(의료인 3명 이상) 이상인 2단계 요양급여를 담당하는 요양기관이 진료의뢰·회송 중계시스템(이하 '중계시스템'이라

항 목	제 목	세부인정사항
		한다)을 활용하여 1단계 요양급여를 담당하는 요양기관으로 환자를 회송한 경우에 산정함. 나. 회송료 II는 상기 가.에 해당하면서 진료협력센터 전담인력이 100병상 당 1명 이상인 경우 산정하며, 회송료 I과 동시 산정하지 아니함. 다. 환자를 회송하는 요양기관은 환자 및 보호자와 충분한 상담을 통하여 회송 받을 기관(1단계 요양기관)을 선정하고, 회송 받을 기관이 회송환자를 '중계시스템'을 통해 접수하고 진료 받을 수 있도록 유선 등을 통하여 안내 후 관리하여야 함. 라. 환자를 회송하는 요양기관은 회송 환자의 진료정보를 건강보험심사평가원이 운영하는 '중계시스템' 또는 「의료법」 제21조의2 제3항에 따른 '진료기록전송지원시스템'을 통해 환자를 회송 받는 요양기관으로 전송하여야 함. 마. 상기 라.에 따라 환자 정보를 전송하는 경우에는 관련 법령과 규정에 따라 환자에게 진료정보 전송에 대한 내용을 설명하고, 동의서를 징구하여 별도 보관하여야 함. 2. 회송환자 기준 2단계 요양기관에서 중증급성기 치료는 종료되었으나 의학적으로 지속적인 치료 또는 일정기간 동안 후속적인 1단계 요양급여가 필요한 경우 해당함. 3. 회송환자 관리방법 가. 진료협력센터는 회송된 환자의 상태 악화 등으로 인해 회송 받았던 기관(1단계 요양기관)으로부터 재의뢰를 받은 경우, 재의뢰일로부터 신속하게 진료할 수 있도록 재의뢰 환자 신속예약시스템을 갖추어야 함.

항 목	제 목	세부인정사항
		나. 진료협력센터의 전담인력은 회송환자에게 회송환자 신속예약시스템에 대하여 설명하고 회송받을 기관(1단계 요양기관)에 안내하여야 함. 4. 산정방법 환자를 상기 1.에 따라 1단계 요양기관에 회송한 경우 1회 산정함. 다만, 회송환자 상태가 급격히 악화되어 재내원 후 다시 회송된 경우 등 불가피한 경우에는 별도로 인정함. (고시 제2020-221호, '20.10.8. 시행)
	진료협력센터 운영현황 신고 및 산정방법	가5 회송료를 산정하고자 하는 요양기관은 건강보험심사평가원에 진료협력센터 운영현황을 통보해야 하며, 전담인력 및 병상 수 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 1. 진료협력센터 전담인력 진료협력센터의 전담인력은 진료협력센터에 배치되어 진료의뢰·회송 업무를 담당하는 자를 의미하며, 진료협력센터에 배치되어 있지만 타 부서(또는 병동) 등 순환 또는 파견 근무자 및 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간 동안은 산정대상에서 제외함. 2. 진료협력센터 전담인력 산정방법 가. 전일제 근무 인력으로 1주간의 근로시간이 월평균 40시간인 근무자는 1인으로 산정함. 나. 단시간 근무자로 1주간의 근로시간이 월 평균 32시간(이상)~36시간(미만) 근무자는 0.8인, 36시간(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.9인으로 산정하며, 32시간 미만 근무자는 산정대상에서 제외함. 다. 전일제 및 단시간 근무자는 「기간제 및 단시간 근로자 보호 등에 관한 법률」 제17조(근로조건의

항 목	제 목	세부인정사항
		서면명시)를 준수하고, 1년 이상 고용계약을 체결한 경우 산정 가능함. 다만, 출산휴가자 및 육아휴직자, 질병휴직(휴가)자 등의 대체 근무자의 경우 계약기간에 관계없이 산정 가능함. 라. 전담인력은 전전월 진료협력센터 전담인력 재직 일수 합을 해당 월 일수로 나누어 산정하되, 소수점 셋째자리에서 반올림하여 계산함. 3. 병상수 산정방법 가. 병상은 요양기관현황(변경사항)통보시 건강보험심사평가원에 신고한 병상 중 일반입원실, 정신과폐쇄, 중환자실, 격리병실, 무균치료실의 병상을 말함. 나. 병상수는 전전월 15일자 허가병상수로 산정함. 4. 가5 회송료를 산정하고자 하는 요양기관은 별지 제24호 서식에 의한 진료협력센터 운영현황 통보서를 최초 수가 청구 전까지 건강보험심사평가원에 제출하여야 하며, 미제출기관은 산정할 수 없음. 다만, 기한 내 제출하지 못한 부득이한 사유가 확인되는 경우에는 확인된 현황을 적용함. 통보서 내용 중 최초 신고 이후 변경이 있는 경우 변경내용을 신고해야 함. (고시 제2020-221호, '20.10.8. 시행)
가6 낮병동 입원료	입원료 및 낮병동 입원료 산정 시 기산점	1. 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 1일의 입원료를 산정하는 기준은 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미하는 것이며 이 경우 입원료 산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실 시간을 기준으로 함. 2. 낮병동 입원료의 경우는 지역응급의료기관, 응급의료시설, 응급의료기관이 아닌 종합병원 응급실, 수술실 등에서 처치·수술 등을 받고 연속하여 6시간 이상 관찰 후 당일 귀가 또는 퇴원하는 경우에 산정토록 되어 있으므로 낮병동 입원료의 산정

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		기산점은 의료기관에 내원하여 진료가 시작된 시간을 기준으로 하며, 이 경우 의료기관은 진료기록부에 진료시간과 종료시간을 기재하여야 함. (고시 제2015-241호, '16.1.1. 시행)
	낮병동 입원환자가 다른 상병으로 다른 전문과목 또는 전문분야에서 외래진료를 받은 경우 수가 적용방법	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 2. 입원료 다 (3)의 (가)에 해당하는 경우 산정하는 가6 낮병동 입원료는 입원으로 간주하여 적용 산정하되 입원료 체감제는 적용하지 아니함. 또한, 진료중인 환자가 같은 날에 다른 상병으로 다른 전문과목 또는 전문분야에서 외래진료를 받은 경우 소정 진찰료는 별도 산정하되, 진찰료를 포함한 모든 진료비용은 외래요양급여비용명세서를 별도 작성 청구하지 말고 동 환자의 월간 입원요양급여비용명세서에 포함하여 일괄 작성 청구함. (고시 제2018-269호, '19.1.1. 시행)
	낮병동입원료 산정방법	낮병동입원료는 입원에 준하는 상태에서 항암제 투여, 처치 및 수술 등을 받은 환자에 대한 관찰에만 최소한 6시간 이상 소요되는 경우에 산정하는 것으로 외래에서 별다른 처치·수술 등 없이 단순히 약제만을 투약하는 경우에는 산정할 수 없음. (고시 제2003-65호, '03.12.1. 시행)
	밤병동 입원료 산정방법	정신의학적 재활치료에 유용한 밤병동(Night Hospital)은 회복 중이거나 또는 경한 만성적 증상을 가진 환자가 사회생활을 하면서 이용하는 병원으로 밤병동 입원료는 가6 낮병동 입원료로 준용하여 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
가7 신생아	다태아 분만 시 가7 신생아입원료	다태아 분만 시 가7가 신생아실 입원료, 가7나 모자동실 입원료, 가7다 신생아 모유수유간호관리료는 신생아별로

항 목	제 목	세부인정사항
입원료	수가 적용방법	각각 산정함 (고시 제2018-269호, '19.1.1. 시행)
가8 협의 진찰료	입원중 협의진찰료 급여기준	1. 산정기준 협의진찰료는 입원 중인 환자의 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위하여 그 환자의 주치의가 아닌 다른 진료과목 [또는 세부 전문과목(분야)] 의사의 견해나 조언을 얻는 경우 산정하며, 협의진료를 요청하는 특별한 문제 및 협의진료의사의 견해 등을 의무기록에 명시하여야 함. 2. 진료과목당 또는 세부전문과목(분야)당 산정횟수 가. 상급종합병원, 상급종합병원에 설치된 치과대학 부속치과병원 : 입원기간 중 30일에 5회 이내 다만, 중환자실 입원환자의 경우 환자상태 변화 등으로 인해 협진이 필요한 경우 추가산정 가능 (기본코드 다섯 번째 자리에 1로 기재) 나. 종합병원, 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원 : 입원기간 중 30일에 3회 이내 다. 병원·정신병원·한방병원·치과병원 : 입원기간 중 30일에 2회 이내 라. 요양병원·의원·한의원·치과의원·보건의료원 : 입원기간 중 30일에 1회 이내 (고시 제2021-73호, '21.3.5. 시행)
가8-1 집중영양 치료료	가8-1 집중영양치료료 (Therapy by Nutrition Support Team) 급여기준	가8-1 집중영양치료료(Therapy by Nutrition Support Team)는 다음의 '나'의 집중영양치료가 필요하다고 판단된 환자에게 담당의사의 의뢰에 따라 집중영양치료팀이 영양치료를 계획·재평가·모니터링하고, 담당의사가 경장영양 또는 정맥영양을 처방한 경우에 산정하되, 다음의 요건을 모두 충족한 경우

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 상급종합병원 또는 종합병원에 입원한 집중영양 치료가 필요한 환자로, 다음의 1개 이상에 해당하는 경우 1) 혈중 알부민 ≤ 3.0 g/dl 인 경우 2) 경장영양을 받고 있는 경우 3) 정맥영양을 받고 있는 경우 4) 중환자실에서 집중치료중인 경우 5) 진료담당의사의 의학적 소견에 따라 집중영양 치료가 필요하다고 판단된 경우 6) 성장곡선 체중 기준 5 percentile 미만인 경우 (소아만 해당) 나. 인력 기준 집중영양 치료팀은 다음의 인력을 각 1인 이상씩 포함하여 4인 이상으로 구성하여야 함. 다만, 집중영양치료팀당 1인 이상은 집중영양치료 업무만을 전담하여야 함. 1) 영양치료에 관한 소정의 연수를 수료한 상근하는 전문의 [소아의 경우는 영양치료에 관한 소정의 연수를 수료한 소아청소년과 전문의 또는 소아외과 전문의] 2) 영양치료에 관한 소정의 연수를 수료한 상근하는 간호사 3) 영양치료에 관한 소정의 연수를 수료한 상근하는 약사 4) 상근하는 임상영양사 다. 산정횟수 등 환자 당 주1회 산정하되, 집중영양치료팀당 1일 30인 이내로 산정 라. 기타

항 목	제 목	세부인정사항
		환자의 영양에 관한 모든 자료는 의무기록으로 남겨야 함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
가8-2 원격협의 진찰료	원격협의진찰료 산정기준 및 산정방법	원격협의진찰료는 요양기관이 의료법 시행규칙 제29조에 따른 시설·장비를 갖추고, 의료법 제34조에 따라 원격협진을 행한 경우 산정하며, 아래 요건을 충족하여야 함 - 아 래 - 가. 산정기준 1) 원격협의진찰료 의뢰료 가) 의사·치과의사·한의사가 다른 요양기관의 의사·치과의사·한의사의 의료지식이나 기술 지원이 필요하여 정보통신망으로 원격협진을 의뢰한 경우 산정함 나) 원격협진을 의뢰한 사유와 내용 및 결과 등에 대하여 환자에게 충분히 설명하여야 함 2) 원격협의진찰료 자문료 의사·치과의사·한의사가 원격협진을 의뢰한 의료인에게 의료지식이나 기술을 정보통신망으로 지원한 경우 산정함 나. 산정방법 1) 원격협진을 실시한 요양기관은 의뢰내용 및 자문 결과가 포함된 원격의뢰·자문 기록지 등을 진료기록부에 보관하여야 함 2) 원격협진을 실시하는 요양기관은 별지 서식 제19호 서식에 의한 원격협진 기관 현황신고서를 최초 수가 청구 전 건강보험심사평가원에 제출하여야 하며, 최초 신고 이후 변경이 있는 경우 지체 없이 변경 내용을 신고해야 함 (고시 제2020-135호, '20.7.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	원격협의진찰료 정신질환자 급여기준	응급실에 내원한 정신질환자의 적용범위는 다음과 같이 함 - 다 음 - 가. 응급진료 및 응급처치가 필요한 신체적 문제를 동반한 정신질환자 나. 자·타해 위험성이 있는 정신응급환자, 중증 정신질환 등 의사가 원격협진이 필요하다고 판단한 경우 (고시 제2022-53호, '22.3.1. 시행)
가9 중환자실 입원료	일반병실과 중환자실 간 전실시 입원료 산정방법	1. 입원진료 중 환자 상태 등에 따라 집중치료가 필요하여 일반병실에서 중환자실로 전실된 경우는 가9 중환자실 입원료로 산정하되, 전실하는 당일에 한하여 수진자가 더 오랫동안 체류한 쪽 병실의 입원료를 산정함. 2. 또한, 중환자실로 전실된 경우에는 종전에 사용하던 입원실을 다른 환자 입원을 위하여 비워 주어야 함이 원칙이나, 환자상태의 호전을 대비한 일반병실의 확보 또는 보호자 대기사용 등의 목적으로 요양기관측에 요청하여 병실을 계속 사용한 경우에는 요양급여비용을 환자가 전액 본인 부담함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	신생아 중환자실 입원료 급여기준	"신생아(생후 4주 이내) 중환자실 입원료"의 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 적응증 1) 재태기간 34주미만 혹은 출생체중 1,750 g 이하의 저체중출생아 가) 수유가 가능하고 체중이 2,000 g 이 되는 때까지 인정 나) 특별한 합병증이 있거나 처치가 필요한 경우는 그 기간동안 인정

항 목	제 목	세부인정사항
		2) 신생아에서 재태기간, 출생체중과 관계없이 환아의 상태가 위중하여 각종 인공호흡기, 감시장치, 체외순환막형산화요법(ECMO) 등의 처치 또는 관리가 필요한 경우 그 기간동안 인정 3) 재태기간 34주이상 혹은 출생체중 1,750 g 초과 신생아에서 아래 중 하나 이상에 해당하여 특별한 처치나 관리가 필요한 경우 그 기간동안 인정 – 아 래 – 가) 산모의 임신, 진통, 분만상의 중요 문제 나) 신생아의 활력 징후에 영향을 미쳐 즉각적인 검사나 처치가 필요한 선천성 기형 등의 복잡한 문제 다) 산모의 질환이 태아에 영향을 끼친 경우 라) 신경계 질환 마) 신생아에서 호흡곤란을 초래하는 경우나 호흡기질환 바) 중증 신생아 황달, 핵황달 혹은 중등도 신생아 황달에서 각종 위험인자를 동반하는 경우 사) 순환기계 이상 아) 급성탈수증, 탈수열, 급성쇼크 자) 급성대사장애 차) 신부전, 핍뇨, 혈뇨 카) 혈액질환 타) 신생아감염증 파) 위장관질환 하) 미숙아, 저체중출생아에서 잘 생기는 중요 합병증 거) 수술후 중환자실 관리가 필요한 경우 4) 미숙아가 생후 4주 후 재입원하는 경우에는 교정연령이 44주이내인 경우로서 상기 '3)의 가) ~거)'에 해당하는 경우 5) 상기 '1)~4)'에 해당되지는 않으나 재태기간 35주 미만 혹은 출생체중 2,000 g 이하로 출생한 저체중 출생아의 경우에는 수유가 가능하고 체중이 2,000g이

항 목	제 목	세부인정사항
		되는 때까지 신생아 중환자실 입원료의 80%를 인정함 (산정코드 두 번째 자리에 1로 기재) 6) 상기 '1)~5)'에 해당하지 않으나 신생아 중환자실에 입원하고 있는 경우 신생아 중환자실 입원료의 30%를 인정함(산정코드 두 번째 자리에 2로 기재) 나. 기타 신생아 중환자실에서 치료받던 신생아가 치료도중 생후 4주가 경과한 경우나 '가. 4)'로 재입원한 경우에는 퇴실시까지 신생아 중환자실 입원료를 산정함. 다만, 교정연령이 만 1세를 초과하는 경우, 그 이후는 신생아 중환자실 입원료의 80%를 인정함(산정코드 두 번째 자리에 1로 기재). (고시 제2016-204호, '16.11.1. 시행)
	중환자실 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등 적용 기준	중환자실의 질적 수준에 따른 차등보상을 위해 시행되는 '간호인력 확보수준에 따른 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제' 관련 기준은 다음과 같이함. - 다 음 - 가. 중환자실 병상 기준 간호인력 확보수준에 따른 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제의 기준이 되는 중환자실 병상은 요양기관 현황(변경사항)통보 시 건강보험심사평가원에 신고한 병상을 말함. 다만, 신고한 병상보다 더 많은 병상을 운영하는 경우에는 운영병상으로 함. 나. 전담간호사 기준 중환자실 전담간호사는 중환자실에 배치되어 실제 환자 간호를 담당하고 있는 간호사를 말하며, 중환자실에 배치되어 있지만 환자 간호를 담당하지 않는 간호사와 중환자실이 아닌 일반병동 등을 순환 또는 파견(PRN포함) 근무하는 간호사는 제외함. 1) 전일제 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 월평균 40시간인 근무자는 1인으로 산정함.

항 목	제 목	세부인정사항
		2) 단시간 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 월평균 32시간(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.8인으로 산정하며, 32시간미만 근무자는 산정 대상에서 제외함. 3) 전일제 및 단시간 근무 간호사는 「기간제 및 단시간 근로자 보호 등에 관한 법률」 제17조(근로조건의 서면명시)를 준수하고, 4대 사회보험에 가입 및 1년 이상 고용계약을 체결한 경우 산정 가능함. 다만, 출산휴가자 및 육아휴직자, 질병휴직(휴가)자 등의 대체 간호사의 경우 계약기간에 관계없이 산정 가능함. 다. 간호인력 확보수준에 따른 등급산정 및 신청방법 1) 간호등급 산정 시 평균 병상수와 평균 간호사수는 각각 소수점 셋째자리에서 반올림하여 계산함. 2) 등급산정은 ‘신생아 중환자실', ‘소아 중환자실', ‘일반 중환자실'로 나누어 각각의 평균 병상 수 및 평균 전담간호사 수로 산정하되 '일반 중환자실'은 Unit별로 간호등급을 각각 산정함. 3) 적용 간호사수는 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지 간호사별 재직일수의 합을 해당 분기일수로 나누어 적용하며, 간호사의 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간 동안은 산정대상에서 제외함. 4) 의료법 시행규칙 제34조[별표4]에서 정한 중환자실의 시설·장비를 갖추지 못한 경우는 중환자실 입원료를 산정할 수 없으며, 중환자실을 운영하는 요양기관은 [별지 제5호 서식]에 의한 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 산정현황[신규,변경, 분기]통보서를 건강보험심사평가원에 매분기말 16일부터 20일까지 제출하여야 하고, 동 기간에 미제출한 기관은 중환자실 차등제 최저등급 간호관리료를 적용하되, 일반중환자실은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 2.바(3)에 따라 산정함. (상급종합병원 일반중환자실의 경우 미제출시 5등급으로 적용) 다만, 제출기간을 도과하여 적용분기 전일까지 부득이한 사유를 소명하여 제출하는 경우에 한하여 확인된 간호등급을 적용함. (고시 제2020-186호, '20.10.1. 시행)
	신생아 중환자실 전담전문의의 급여기준	1. 전담전문의의 기준 가. 전담전문의는 당해 요양기관에 소속된 소아청소년과 전문의로서 신생아 중환자실에 근무하는 의사를 의미하며, 신생아 중환자실에는 1인 이상의 전담 전문의를 상시 배치하여 24시간 신생아 중환자를 돌보고 신생아 중환자실과 인접한 곳에 상주 하도록 하여야 함 나. 전담전문의는 아래의 요건을 충족한 경우 인정함 1) 근무시간 가) 1인만 있는 경우: 1일 주간 (day time) 8시간 이상, 1주간(week) 5일 이상 (주말,공휴일 가능) 신생아 중환자실에 근무하여야 함 나) 2인 이상 있는 경우: 전담전문의는 1주간(week) 40시간 이상 신생아 중환자실에 근무하여야 하며, 1인 외의 인원 중 주 3일 이상이면서 주 20시간 이상 근무자는 0.5인으로 인정함 (단, 주간(day time)에 1인 이상의 전담전문의가 신생아중환자실에서 근무해야 함) 다) 다만, 신생아실, 분만실, 응급실, 수술실 등 신생아 중환자실 입원을 요하는 신생아의 진료가 불가피한 경우 제한적으로 진료가 가능함 2) 근무조건: 신생아 중환자실 근무 배치 시간 동안 타 업무 병행 및 근무 기간 동안 교대근무 불가

항 목	제 목	세부인정사항
		– 다만, 부득이한 경우 1일 4시간, 주 2일 이내 외래진료업무 수행 가능(단, 주 3일 이상이면서 주 20시간 이상 근무자는 해당하지 않음) 3) 대체전문의: 전담전문의의 휴가, 출장 등의 경우 대체전문의를 두어야 하며, 대체전문의는 전담전문의의 근무조건 준수 4) 전담전문의가 상주하지 않는 시간(야간 및 주말, 공휴일 등 포함)의 경우 전담전문의의 지도하에 신생아 중환자실에 근무하는 소아청소년과 전문의 또는 전공의(레지던트)를 배치하여야 함 다. 전담전문의 가산 적용 기준 1) 직전분기 평균 병상수는 신생아 중환자실 간호관리료 차등제 적용 병상수로 함 2) 전담전문의 수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 전담전문의별 신생아 중환자실 재직일수의 합을 해당분기 일수로 나누어 적용함(소수점 3자리에서 반올림) 2. 전담전문의 현황통보 신생아 중환자실을 운영하는 요양기관은 별지 제5호 서식에 의한 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 산정현황[신규, 변경, 분기]통보서를 건강보험심사평가원에 매분기말 20일까지 제출하여야하며, 직전 분기동안 전담전문의 현황을 다음 분기에 적용하고 전담전문의가 상주하지 않는 경우에는 신생아 중환자실 간호인력 확보 수준에 따른 간호관리료 차등제에 의한 최저등급 간호관리료를 적용함 (고시 제2022-78호, '22.4.1. 시행)
	일반 또는 소아 중환자실 전담의·전담전문의 급여기준	1. 전담의의 기준 가. 전담의란 당해 요양기관에 소속된 의사로서 중환자실에 근무하는 의사를 말하며, 중환자실 전담의는 외래 진료 또는 병동 환자의 진료 등을 병행할 수 없음

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		나. 전담의는 24시간 중환자를 돌보며 중환자실과 인접한 곳에 상주하되, 미리 짜여진 근무형태에 의한 교대 근무는 가능함 다. 전담의 인력가산은 전담의가 배치된 해당 unit에만 산정하며, 전분기(전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지) 동안 배치한 경우에 산정함 라. 전담전문의는 아래의 요건을 충족한 경우 인정함 1) 근무시간 가) 1인만 있는 경우: 1일 주간 (day time) 8시간 이상, 1주간(week) 5일 이상 (주말,공휴일 가능) 중환자실에 근무하여야 함 나) 2인이상 있는 경우: 1인은 가)의 조건을 충족하여야 하고 그 외 인원은 주40시간이상 중환자실에 근무하여야 함 2) 근무조건: 중환자실 근무 배치 시간 동안 타 업무 병행 및 근무 기간 동안 교대근무 불가 – 다만, 부득이한 경우 1일 4시간, 주 2일 이내 외래 진료업무 수행 가능 3) 대체전문의: 전담전문의의 휴가, 출장 등의 경우 대체전문의를 두어야 하며, 대체전문의는 전담전문의의 근무조건 준수 4) 전담전문의가 상주하지 않는 시간(야간 및 주말, 공휴일 등 포함)의 경우 전담 전문의의 지도하에 중환자실에 근무하는 전공의(레지던트) 이상의 전담의를 배치하여야 함 5) 전담전문의 가산은 전담전문의가 배치된 해당 unit에만 산정하며, unit별 30병상당 1인 이상의 전담전문의를 확보하여야 산정 가능함 2. 소아중환자실 2인 이상 및 병상수 대비 전담전문의 수에 따른 가산 적용 기준 가. 직전분기 평균 병상수는 소아 중환자실 간호관리료 차등제 적용 병상수로 함

항 목	제 목	세부인정사항
		나. 전담전문의 수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 전담전문의별 소아중환자실 재직일수의 합을 해당분기 일수로 나누어 적용함(소수점 3자리에서 반올림) 3. 현황통보 및 적용방법 가. 중환자실을 운영하는 요양기관은 별지 제5호 서식에 의한 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 산정현황 [신규,변경,분기]통보서를 건강보험심사평가원에 매분기말 20일까지 제출하여야 하며, 직전분기동안 전담의 현황을 다음 분기에 적용함 나. 전담의가 상주하지 않는 경우 및 현황통보서상 전담의 현황을 미제출한 경우에는 중환자실 전담의 가산을 산정할 수 없음 (고시 제2019-42호, '19.4.1. 시행)
가10 격리실 입원료	크로이츠펠트-야콥병(CJD) 환자의 격리실 입원료 급여기준	크로이츠펠트-야콥병(Creutzfeldt-Jakob Disease, CJD) 환자는 격리의무가 없는 일반적인 감염예방을 하도록 규정하고 있으므로 격리실 입원료는 인정하지 아니하나, 확진을 위하여 뇌조직 검사를 시행하는 경우에는 가10 격리실 입원료를 인정함. 이때 합병증이 없는 경우에는 격리실 입원을 2주 범위 내에서 요양급여함. (고시 제2018-185호, '18.11.1. 시행)
	반코마이신내성장알균(VRE) 양성 환자의 격리실 입원료 급여기준	반코마이신내성장알균(Vancomycin-resistant Enterococcus, VRE) 양성인 환자는 '격리실 입원료 급여기준(일반원칙)'에 따라 일반 환자와 격리하여 치료한 경우 산정하되, VRE 양성여부를 판단하는 기준은 다음과 같음. - 다 음 - 가. 여러 가지의 검체(대변, 항문도말, 회음부, 액와부, 배꼽, 상처, 요관, 자가 배뇨, 인공항문 부위 등)에서 실시한 배양검사 또는 VRE Genotype [중합효소연쇄반응법] 검사 결과 VRE 양성으로 확인된 경우

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		나. 배양검사와 VRE Genotype [중합효소연쇄반응법] 검사 결과가 상이한 경우 배양검사 결과에 따라 산정 (고시 제2018-185호, '18.11.1. 시행)
	면역 억제 환자에서 가10 격리실 입원료 급여기준	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편제2부제1장 기본진료료[산정지침] 2.다(6) 격리실 입원료 중 "(가) 면역이 억제된 환자를 보호하기 위하여 일반 환자와 격리하여 치료한 경우"에 대한 급여기준은 다음과 같음. - 다 음 - 가. 급여대상 1) ANC가 500/mm³이하인 환자에서 담당의사가 감염 위험이 있다고 판단하는 경우 2) 조혈모세포이식 등 이식환자에서 GradeⅡ 이상의 급성 이식편대숙주질환(Graft Versus Host Disease, GVHD)이 발생한 경우 3) 후천성면역결핍증 (Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS) 환자 나. 격리기간 1) 상기 가.1): ANC가 3일간 계속하여 500/mm³ 이상 또는 감염의 위험이 소실될 때까지 2) 상기 가.2): GradeⅡ 이상의 급성 GVHD가 GradeⅠ으로 호전될 때까지 3) 상기 가.3): 면역기능이 현저히 회복될 때까지 다. 상기 급여기준 이외 격리실 입원이 필요한 경우에는 환자상태에 따라 사례별로 요양급여함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	격리실 입원료 급여기준(일반원칙)	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편제2부제1장 기본진료료 [산정지침] 2.다.(6)

항 목	제 목	세부인정사항
		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 5) 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조 제12호에 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 1) 상기 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 카바페넴내성장내세균속균종(CRE) 감염증감염증은 상기 가.5)의

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		의료관련감염병 격리기간을 따름 2) 상기 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) 상기 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) 상기 가.7)에 해당하는 질환은 보건복지부장관 또는 질병관리청장이 정하는 기간 동안 (고시 제2022-182호, '22.8.1.시행)
	중증화상환자의 격리실 입원료 급여기준	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편제2부제1장 기본진료료 [산정지침] 2.다.(6) 격리실 입원료 중 "(다) 중증화상환자 진료에 격리가 반드시 필요하여 치료한 경우"에 대한 급여기준은 다음과 같음. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 2도 이상 화상이 체표면적의 36% 이상인 화상환자 2) 상기 1)에 해당하지 않는 화상 환자 중 아래의 하나에 해당하는 경우 가) 2도 이상 화상이 체표면적의 20% 이상~36% 미만인 화상환자 단, 만6세 미만은 2도 이상 화상이 체표면적의 10% 이상~36% 미만인 화상환자 나) ABSI(Abbreviated Burn Severity Index)점수가

항 목	제 목	세부인정사항
		6점 이상인 화상환자 나. 격리기간 1) 상기 가. 1)의 경우 의사의 의학적 판단에 따라 감염의 위험이 소실될 때까지 2) 상기 가. 2)의 경우 격리실 입원시부터 7일 이내. 다만 환자상태에 따라 진료기록부 등을 참조하여 7일을 추가로 인정할 수 있음 (고시 제2019-221호, '19.11.1. 시행)
	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) 「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

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
또는 질병관리청장이 정하는 기간 동안
다. 시설기준
1) 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따라 질병관리청의 「국가지정 입원치료병상 운영과 관리지침」에서 정한 '음압격리 병실 시설기준'을 준용함.
2) 음압 입원(격리)치료시설 중 아래 표의 구분에 따른 병실의 시설기준은 반드시 준수해야 함.
<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th>시설기준</th></tr>
<tr><td rowspan="4">공조시설</td><td>급기설비</td><td>· 외부병원체 인입차단을 위한 충분한 성능을 가진 필터설치 또는 공기 역류를 방지할 수 있는 기능(airtight back draft damper) 설치</td></tr>
<tr><td>배기설비</td><td>· 충분한 성능을 가진 필터(HEPA filter 99.97%이상) 설치
· 공기 유입구 및 사람들이 밀집된 지역과는 멀리 떨어진 외부로 배출
· 역류로 인한 감염 확산 방지를 위해 각 실별 배기 HEPA filter 또는 역류 방지를 위한 댐퍼 (airtight back draft damper) 설치</td></tr>
<tr><td>음압제어</td><td>· 실간 음압차 −2.5pa(−0.225mmAq) 이상을 유지</td></tr>
<tr><td>환기</td><td>· 시간당 환기횟수(air change per hour, ACH) 적어도 6회 이상, 가능하면 12회 이상</td></tr>
<tr><td colspan="2">벽 및 천장, 창·문</td><td>· 실내의 공기가 실 밖으로 흘러나가지 않는 구조여야 함</td></tr>
<tr><td colspan="2">화장실·샤워실</td><td>· 병실 내부에 화장실과 샤워실이 있어야 함</td></tr>
</table>
3) 음압 입원(격리)치료시설 중 아래 표의 구분에 따른 병실의 시설기준은 요양기관의 건물 구조 변경 불가 등의 정당한 이유가 있는 경우 예외를 인정할 수 있음.
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
<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>
(고시 제2022-182호, '22.8.1.시행)
</td></tr>
<tr><td></td><td>격리실에서 별도 수가 산정하는 마스크 인정기준</td><td>수술용 마스크 중 외과용으로 진료 및 치료시 감염예방 목적으로 사용하는 것으로 탄성이 있는 끈으로 구성되며 머리에 고정하는 형태이여야 하며 0.3마이크론 입경물질(Particulate Matter)에 대하여 최소 분진포집 효율이 95% 이상이 되어야 함
(고시 제2017-263호, '18.1.1. 시행)</td></tr>
<tr><td>가11
의약품
관리료</td><td>가11 의약품관리료 산정기준</td><td>가11 의약품 관리료는 실제 투약이 이루어진 경우에 한하여 다음과 같이 산정함.

- 다 음 -
가. 1일 내원하여 2개 이상의 진료과목에서 진료 받은 외래 환자의 경우
:「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 1. 진찰료 '다'에 따라 동일 환자의 다른 상병에 대하여 2개 이상의 전문과목 또는 전문분야가 다른 진료담당 의사가 각각 진찰한 경우 진찰료를 각각 산정하고 있으므로 외래환자 의약품관리료도 각각 산정함.

나. 퇴원환자에게 투약한 경우</td></tr>
</table>

항 목	제 목	세부인정사항
		:외래 환자로 간주하여 외래환자 의약품관리료로 산정하되, 라1 퇴원환자 조제료 '주1'에 의거 퇴원 익일부터 산정함. 다. 격일 또는 주1회 투약하는 의약품의 경우 :의약품 관리료는 실제 투약되는 일수로 산정함. 라. 입원기간 중 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 고시 개정 및 요양기관 종별 변경이 발생한 경우 의약품 관리료는 변경 시점을 기준으로 분리 하여 청구 할 수 없으며, 입원시점의 점수 당 단가 및 요양기관 종별 가산율을 적용하여 산정하되, 퇴원일에 일괄하여 청구함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	타 법령에 의거 진료를 받고 있던 환자가 건강보험으로 적용될 경우 의약품관리료 산정방법	타 법령에 의거 입원진료를 받고 있던 환자(산재, 자동차 보험 등) 또는 일반으로 입원진료를 받고 있던 환자가 건강보험으로 적용될 경우 입원환자 의약품관리료는 건강보험 적용일을 시점으로 하여 해당 소정점수의 의약품관리료를 산정함. 아울러, 입원진료를 받고 있던 의료급여 수급권자가 건강보험 가입자 또는 피부양자가 될 경우, 의약품관리료는 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙에 의거 연계하여 퇴원일을 기준으로 일괄 청구하여야 하나, 진료비 보상 주체가 다르고, 의료급여 정신건강의학과 정액의 경우 의약품관리료 등 제반비용이 포함되어 있어 이를 연계하여 계산할 경우 중복산정 되는 바, 입원환자가 의료급여에서 건강보험으로 자격이 변경된 경우에도 건강보험 적용일을 시점으로 하여 해당 소정점수의 의약품관리료를 산정함. (고시 제2012-39호, '12.3.27. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
가11-1 혈액 관리료	가11-1 혈액관리료[Unit 당] (Blood Management Fee) 산정기준	가11-1 혈액관리료[Unit 당] (Blood Management Fee)는 안전한 수혈을 위해 다음과 같은 인력·시설·장비 및 운영체계를 모두 갖춘 요양기관에서 혈액을 관리하는 경우에 산정함. - 다 음 - 가. 인력 1) 혈액은행 업무를 담당하는 진단검사의학과전문의 1인 이상 2) 혈액은행 업무를 담당하는 임상병리사가 3인 이상이어야 하며, 이 중 1인은 혈액은행 업무만을 전담하여야 함. 3) 위 1), 2)의 인력이 상근하여야 하며, 임상병리사의 경우 교대근무 등을 통해 24시간 혈액은행이 가동될 수 있어야 하며, 해당 인력의 휴가 시 대체 인력이 있는 경우 신고 후 인력조건을 동일하게 적용함. 나. 시설·장비 1) 시설: 혈액 및 혈액성분제제를 24시간 관리·공급할 수 있는 혈액은행 2) 장비: 혈액전용 냉장고, 혈액전용 냉동고, 전용 해동기, 혈소판교반기 각 1대 이상씩 설치토록 하며, 혈액전용 냉장고, 혈액전용 냉동고, 혈소판교반기에는 모두 온도 감시·기록·경보 장치가 있어야 함. 다. 운영체계 1) 수혈관리 위원회 구성: 다음의 인력이 1인 이상 상근하여야 함. - 혈액은행 업무를 담당하는 진단검사의학과전문의 (위원회 관장)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		– 혈액은행 업무만을 전담하는 임상병리사 – 혈액에 관한 지식이 있다고 인정되는 내과계 전문의와 외과계 전문의 – 수술부서를 담당하는 부서에서 추천하는 마취통증의학과 전문의 – 직접적으로 수혈관리 업무를 수행하는 간호사 – 기타 당해 요양기관의 장이 필요하다고 인정하는 자 등 2) 수혈관리위원회 운영방법 – 연 2회 이상 정기회의를 개최하고, 회의기록을 작성・보관하여야 함. 3) 기 타 – 혈액관리료를 산정하는 요양기관은 질병관리본부에서 구축하여 운영하는 한국혈액감시체계에 가입하여야 함.(가입 적용은 신청 후 승인일부터 적용함) – 한국혈액감시체계는 혈액수급감시와 수혈안전감시로 구성되어 있으며, 두 감시에 모두 참여하는 경우 한국혈액감시체계에 가입한 것으로 간주 함. 라. 산정방법 제16장 전혈 및 혈액성분제제료에 분류된 항목이 청구되는 단위수와 동일한 횟수로 혈액관리료를 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
가11-2 마약류 관리료	마약류 관리료 산정방법	1. 마약류 관리료는 마약류를 포함하여 조제·투약하는 경우에 산정하며, 마약류를 실제 조제·투약한 날에 한하여 입원환자는 1일당 1회, 외래환자는 방문당 1회 산정함. 단, 퇴원환자에게 조제·투약하는 마약류에 대한 관리료는 입원환자 마약류 관리료에 포함됨. 2. 2개이상 전문과목의 전문의가 각각 상근하는 의료

항 목	제 목	세부인정사항
		기관에 1일 내원하여 다른 상병으로 전문과목별 진료를 받고 각각 마약류를 투약한 경우 외래환자 마약류 관리료를 각각 산정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
가12 보육기	가12 보육기[1일당] 수가 산정방법	입원 중 질병이 있는 신생아를 보육기에서 진료한 경우, 가12 보육기[1일당] 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 가12 보육기료와 해당 입원료(가9나. 신생아 중환자실 입원료 또는 가7가(2) 신생아실 입원료)는 각각 산정함. 나. 가12 보육기[1일당]는 제1장 기본진료료 [산정지침] 2.라.에 따른 1일당으로 적용하지 않고 보육기를 사용한 실제 일수대로 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
가13 가정간호 기본 방문료	가13 가정간호 기본 방문료 급여기준	가13 가정간호기본방문료는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 입원 진료 후 조기퇴원환자, 입원이 요구되는 외래 또는 응급실 환자로서 진료담당의사(한의사 포함)의 판단에 따라 가정간호가 필요하다고 인정하는 경우 예시) 수술 후 조기 퇴원환자, 만성질환자(고혈압·당뇨·암 등), 만성 폐쇄성 호흡기질환자, 산모 및 신생아, 뇌혈관질환자

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		나. 산정횟수 1) 가정간호전문간호사 1인당 가정간호 방문횟수는 월평균(또는 주평균) 1일 7회까지 인정함. 2) 이때 방문횟수는 가정간호 기본 방문료 총 청구건수를 의미하며, 의료급여 환자를 포함함. ※ 월평균(주평균) 가정간호 방문횟수 = 1개월간(1주일간) 총 가정간호 기본방문료 청구건수 ÷ 1개월간(1주일간) 가정전문간호사 방문일수의 합 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
가14 만성질환 관리료	가14 만성질환관리료의 산정기준	가14 만성질환관리료는 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 1. 동일의사가 만성질환관리를 실시한 경우에는 상병을 달리하여 각각 다른 날에 실시하더라도 만성질환관리료는 연간 12회 이내 (단, 월 2회 이내)만 산정함. 2. 동일 요양기관 내 다른 진료과목의 의사가 각각의 상병에 대하여 지속적으로 만성질환관리를 실시한 경우에도 각각 산정할 수 있음 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
가15 다학제 통합 진료료	가15 다학제 통합진료료 (Multidisciplinary Care) 급여기준	1. 가15 다학제통합진료료(Multidisciplinary Care)는 관련분야의 의료진이 환자를 중심으로 다학제적 통합진료를 실시한 경우 산정하며 다음과 같은 요건을 모두 충족한 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 의한 산정특례 대상 중 중증질환자(별표3), 희귀

항 목	제 목	세부인정사항
		질환자(별표4) 및 중증난치질환자(별표4의2), 결핵질환(별표5)에 해당하는 환자로 외래 및 입원 진료 시 2) 해당 상병(C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~D48) 대상 중 산정특례 등록을 하지 않은 암환자로 외래 및 입원 진료 시 나. 대상기관 1) 상급종합병원 2) 종합병원 다. 산정기준 1) 다학제통합진료는 상근하는 서로 다른 전문과목[또는 세부 전문과목(분야)] 전문의가 동시에 대면진료에 참여하여야 함 2) 다학제통합진료 시간 및 장소, 참여의사 성명 및 서명, 치료방침 및 결정사유, 설명한 내용 등을 진료기록부에 기록하여야 함 라. 산정횟수 질환별 환자 당 3회 이내로 인정함. 다만, 소견서를 참조하여 2회 이내로 추가 인정할 수 있음 2. 같은 날 다학제통합진료와 별도의 진찰이 이루어진 경우 다학제통합진료료와 진찰료는 각각 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
가16 심장통합 진료료	가16 심장통합 진료료 급여기준	가16 심장통합진료료는 관상동맥질환, 판막질환, 선천성 심장질환, 말기 심부전 등의 심장질환자에게 관련분야 전문의가 동시에 진료하여 내과적 시술 및 외과적 수술의 위험과 편익을 종합적으로 고려하여 환자의 치료방향을 결정하기 위해 실시한 경우 산정하며 다음의 기준을 모두 충족한 경우 요양급여함

항 목	제 목	세부인정사항
		- 다 음 - 가. 산정기관 순환기내과와 심장혈관흉부외과 전문의가 각각 1인 이상 상근하며, 심장수술이 가능한 시설과 장비(대동맥 내 풍선펌프(IABP, Intraaortic Balloon Pump), 인공심폐기 등)를 갖춘 요양기관이여야 함 나. 산정방법 1) 심장통합진료는 순환기내과 및 심장혈관흉부외과 전문의 각 1인 이상이 실시하되, 각 전문의의 숫자는 같은 수로 동시에 대면진료에 참여하여야 함. 소아 또는 선천성 심장질환자의 경우에는 소아청소년과 전문의와 심장혈관흉부외과 전문의가 실시한 경우에도 인정함. 단, 해당시술 및 수술 급여기준 등에 별도로 참여요건이 명기된 경우에는 해당 기준을 따라야 함 2) 심장통합진료 시간 및 장소, 참여의사 성명 및 서명, 치료방침 및 결정사유, 설명한 내용 등을 진료기록부에 기록하여야 함 (고시 제2023-102호, '23.6.1. 시행)
가17 회복 관리료	가17 회복관리료(Fee of Postanesthesia Care)산정기준	가17 회복관리료는 다음의 요건을 모두 충족한 회복실에서 회복관리를 시행한 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 산정기준 1) 인력 가) 회복실의 회복관찰 업무를 총괄하는 상근하는 마취통증의학과 전문의가 1인 이상 나) 회복실 내 환자 회복관리 업무만을 전담하는 간호사가 2인 이상 (정규직 전일제 근무 간호사로

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		1주간의 근로시간이 월평균 40시간인 근무자를 말함) 2) 장비 가) 회복실내에 반드시 갖추어야 하는 장비 – 병상당 기본시설(산소공급장치, 흡인기) – 모니터링 장비: 말초산소포화도측정기, 심전도감시기, 비침습적 혈압측정기, 호기말이산화탄소분압감시기 – 체온조절기 – 호흡보조 장비 등(Nasal prong, Facial Mask, Ambu bag set) – 응급장비(기도삽관 장비 일체) 나) 필요시 즉시 사용가능하도록 수술실 또는 회복실에 갖추어야 하는 장비 – Emergency Cart – 인공호흡기 – 제세동기 나. 산정대상 바2가(1) 기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취 또는 바2가(2) 마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취 후 회복관리만을 목적으로 별도로 설치된 회복실에서 15분 이상 집중 회복관리를 한 경우 다. 기타 회복관리가 종료되기 전에 출혈 등의 이유로 재수술 후 회복실에 다시 입실하여 회복관리가 이루어진 경우에는 회복관리료는 1회만 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
가18 외래 항암주사	가18 외래 항암주사관리료 (Fee for	가18 외래 항암주사관리료는 다음의 요건을 모두 충족한 경우 요양급여함. – 다 음 –

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
관리료	Management of Outpatient Chemotherapy)의 급여기준	가. 급여대상 1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 의한 산정특례 대상 중 등록 암환자(V193) 대하여 외래 진료가 이루어진 경우 2) 해당 상병(C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~D48) 대상 중 산정특례 등록을 하지 않은 환자에 대하여 외래 진료가 이루어진 경우 나. 산정기준 1) 외래주사실에서 항암제를 정맥내점적 또는 뇌척수강 주입방법으로 투여 받는 환자에게 최소한 30분 이상 관찰한 경우 1일 1회 산정 2) 동일 날에 입원료를 산정하는 경우에는 입원료에 이미 관리비용 등이 포함되어 있으므로 별도로 외래 항암주사관리료를 산정할 수 없음. (고시 제2020-241호, '20.10.28. 시행)
가19 항암화학요법 부작용 및 반응평가료	항암화학요법 부작용 및 반응평가료 (Fee for Chemotherapy and Side Effects/ Response Evaluation) 급여기준	항암화학요법 부작용 및 반응평가료는 아래와 같은 요건을 모두 충족한 경우 인정함. 가. 급여대상 1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 의한 산정특례 대상 중 등록 암환자(V193) 2) 해당 상병(C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~D48) 대상 중 산정특례 등록을 하지 않은 환자 나. 산정기준 (1) 항암화학요법 시행 전 치료를 계획하고, 투여 전 용법, 부작용, 기타 유의점이 담긴 문서를 환자 또는 보호자에게 제공 및 설명 후 동의서를 받아야 하며, 부작용 및 반응평가의 평가내용 및 결과를 진료기록부에 기재하여야 함. (2) 부작용평가는 NCI-CTC를 기준으로 실시하며, 종양반응평가는 평가도구(WHO, RECIST,

항 목	제 목	세부인정사항
		IPSS Criteria), 유전학적·세포학적 반응평가 등을 이용하여 실시함. 다. 산정횟수 동일 항암화학요법당 부작용평가, 종양반응평가시 각각 1회만 산정함. * NCI-CTC = National Cancer Institute's Common Toxicity Criteria * WHO = World Health Organization * RECIST = Response Evaluation Criteria in Solid Tumor * IPSS = International Prognostic Scoring System (고시 제2020-241호, '20.10.28. 시행)
가20 정신 의학적 집중 관리료	폐쇄병동 집중관리료 인정기준	폐쇄병동 집중관리료는 상급종합병원 또는 종합병원에 설치된 정신건강의학과 폐쇄병동에 입원한 경우 1일 1회 인정함. (정신건강의학과 폐쇄병동은 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」에 의한 정신의료기관에 설치된 폐쇄병동으로써, 국민건강보험법 시행규칙 제12조제1항의 규정에 의하여 요양기관 현황 신고서로 신고된 정신과 폐쇄병동을 의미함) (고시 제2017-152호, '17.9.1. 시행)
	가20나 격리보호료의 급여기준	가20나 격리보호료는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 상급종합병원 또는 종합병원에 설치된 정신건강의학과 폐쇄병동에서 정신의학적 응급처치 후 또는 자해·타해의 위험성이 높아 반드시 격리치료가 필요하다고 정신건강의학과 전문의가 판단한 경우(정신건강의학과 폐쇄병동은 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」에 의한 정신의료기관에 설치된 폐쇄병동

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>으로써, 국민건강보험법 시행규칙 제12조제1항의 규정에 의하여 요양기관 현황신고서로 신고된 정신과 폐쇄병동을 의미함)

나. 산정방법
폐쇄병동 내에 입원병실이 아닌 별도로 격리 목적으로 설치된 1인 격리공간에서 격리관찰을 6시간 이상 시행한 경우 1일 1회 산정함
(고시 제2021-177호, '21.7.1. 시행)</td></tr>
<tr><td>가-21
치과
집중
관리료</td><td>치과 집중관리료
산정방법</td><td>가-21 치과 집중관리료는 치과대학부속치과병원 외래에서 중증감염의 위험으로부터 환자의 안전을 위해 시설·장비를 갖춘 경우에 산정하며, 다음의 요건을 모두 충족한 경우에 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

가. 대상
별도의 unit으로 운영하는 외래 처치실에서 '집중관리료 분류항목'을 실시한 경우

<table>
<tr><th colspan="4">집중관리료 분류항목</th></tr>
<tr><td>자-24</td><td>(N0241)</td><td>차-46</td><td>(U4464, U4465, U4467)</td></tr>
<tr><td>자-24-1</td><td>(N0242, N0243, N0244, N0245, N0246, N0247)</td><td>차-53</td><td>(U4533, U4534, U4535)</td></tr>
<tr><td>자-24-2</td><td>(N0249)</td><td>차-56</td><td>(U4561, U4562, U4563, U4564)</td></tr>
<tr><td>자-105</td><td>(O1050)</td><td>차-59</td><td>(U4591, U4592)</td></tr>
<tr><td>자-107</td><td>(O1070)</td><td>차-62</td><td>(U4621, U4622)</td></tr>
<tr><td>자-220</td><td>(Q2201)</td><td>차-71</td><td>(U4711, U4712)</td></tr>
<tr><td>차-41</td><td>(U4415, U4416, U4417)</td><td>차-72</td><td>(U4721, U4722)</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><th colspan="4">집중관리료 분류항목</th></tr>
<tr><td>차-43</td><td>(U4430)</td><td>차-73</td><td>(U4731, U4732)</td></tr>
<tr><td>차-45</td><td>(U4454, U4455, U4456, U4457)</td><td>찬-11</td><td>(UB126, UB128)</td></tr>
</table>

나. 시설·장비
(1) 수술실에 준하는 별도의 처치실, 멸균수세(滅菌水洗), 수술용 피복 등을 위한 시설을 갖추어야 함
(2) 처치실과 처치실간 벽으로 구획되어야 하며, 하나의 처치실에는 하나의 처치대(dental chair)만 두어야 함
(3) 환자의 안전을 위한 산소공급장치 등의 장비를 갖추어야 함
다. 증빙서류 제출
요양기관은 치과 집중관리료 실시 이전에 건강보험심사평가원에 상기 나.에 관한 기준에 적합한 증빙서류를 첨부하여 제출하여야함
(고시 제2015-155호, '15.9.1. 시행)
</td></tr>
<tr><td>가21-1
치과
안전관찰료</td><td>가21-1 치과
안전관찰료
산정방법</td><td>가21-1 치과 안전관찰료는 치과대학부속치과병원 외래, 「구강보건법」 에 따라 장애인 구강진료센터로 지정된 요양기관의 치과 외래에서 다음의 요건을 모두 충족한 경우에 요양급여를 인정함.

- 다 음 -
가. 대상
(1) 장애인: 장애인복지법에 따라 등록되어 있는 뇌병변장애인, 지적장애인, 자폐성장애인, 정신장애인
(2) 파킨슨환자: 산정특례 대상자(V124)
(3) 치매치료제 복용중인 중증치매환자</td></tr>
</table>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		나. 수가산정방법 (1) 가21-1 가.(단순 안전관찰료)는 행동조절 등을 실시하여 처치 및 수술을 시행한 경우 (2) 가21-1 나.(복합 안전관찰료)는 바1가 정맥 전신마취, 바1다 감시하 전신마취, 바2가(1) 기관내삽관에 폐쇄순환식 전신마취,바2가(2) 마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취를 실시하여 처치 및 수술을 시행한 경우 (3) '단순 안전관찰료'와 '복합 안전관찰료' 동시 실시 시 '복합 안전관찰료'만 인정함 (4) '가21-1(치과 안전관찰료)'과 '가17(회복관리료)' 또는 '바1다(감시하 전신마취)'를 동시에 산정할 수 없음 다. 산정횟수 가21-1(치과 안전관찰료)은 월 2회(매월 초일부터 월의 말일)까지 산정함 라. 시설·장비 및 인력 기준 (1) 시설·장비 별도의 unit으로 운영하는 처치실에 다음에 요건을 모두 충족해야 함 - 안전처치실: 산소공급장치와 전신마취 장비를 갖추어야 함 - 회복관찰실: 병상, 회복관찰을 위한 장비(Monitor 기계 등)를 갖추어야 함 (2) 인력 마취통증의학과전문의 1인 이상 근무 (3) 요양기관은 치과 안전관찰료 실시 이전에 건강보험심사평가원에 상기 (1), (2)에 관한 기준에 적합한 증빙서류를 첨부하여 제출하여야함 (고시 제2023-80호, '23.3.29. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
가22 의료질평가 지원금	의료질평가 지원금 산정제외 기준	가22 의료질평가지원금 산정제외 기준은 상급종합병원 외래 "약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상" 재진환자 수가산정 및 본인부담률 적용기준(일반사항)과 동일 적용함. (고시 제2020-221호, '20.10.8. 시행)
가23 교육· 상담료	교육·상담료 급여기준	교육·상담료는 교육·상담 등을 통해 환자가 자신의 질환 및 치료과정을 이해하여, 합병증 예방 등 자가관리를 할 수 있도록 지속적인 관리체계를 수립한 경우로서, 아래와 같은 요건을 모두 충족한 경우 인정함. - 아 래 - 가. 대상환자(질환) 1)~4)에 해당하고 진료담당의사가 치료효과를 높이기 위하여 교육 필요성을 인정하는 경우 1) 암환자 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 산정특례 대상 중 등록 암환자에 해당하는 상병의 환자 2) 심장질환 "한국표준질병·사인분류표"에 의한 질병코드 I20~I25, I05~I08, I31.0, I31.1, I31.9, I32.8, I34~I37, I42~I50, I51.0, I51.3, I51.4, I51.5, I51.6, I51.7, Q20~Q26, Z95.9에 해당하는 환자 3) 장루·요루 가) 지속적인 장루 또는 요루 유지가 필요한 환자 나) 자연적으로 형성된 루(fistula)를 통해 분변(뇨) 배출이 이루어지는 환자 4) 만성신부전 가) 투석이 필요 없는 환자 : 투석이 필요 없는 만성신장병 3기, 4기, 5기에 해당하는 환자 나) 복막투석 : 지속적인 복막투석을 처음 실시하는 환자 다) 혈액투석 : 혈액투석을 처음 실시하는 환자

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		나. 교육내용 및 방법 1) 일반사항 관련 학회 등에서 제시한 표준 교육자료를 이용하여 교육팀, 교육의 내용·횟수·간격 등이 미리 계획된 교육프로그램에 의해 질환의 치료 및 합병증 예방 등 자가관리를 할 수 있는 포괄적인 내용을 교육하며, 교육프로그램 일부내용의 반복교육 및 추후관리를 포함함. 2) 필수교육내용 가) 암환자 (1) 항암화학요법 : 암 질환에 대한 이해, 항암화학요법의 목적, 치료 계획, 부작용에 대한 대처 및 관리방법, 일상생활관리, 식이관리, 치료기간 동안 주의식품 안내 (2) 방사선치료 : 암 질환에 대한 이해, 방사선치료의 목적, 치료 계획, 치료 전-후 주의사항, 관련 부작용에 대한 대처 및 관리방법, 일상생활관리, 식이관리, 치료기간 동안 주의식품 안내 (3) 수술 후 : 암 질환에 대한 이해, 수술 치료의 목적, 수술 후 치료계획, 합병증 예방 및 치료 방법, 일상생활관리, 식이관리, 일반적인 식사로의 진행방법 나) 심장질환 : 심장질환에 대한 이해, 약물요법의 목적, 치료 계획, 심장 수술·시술의 종류 및 방법, 응급상황에 대한 대처방법, 일상생활관리, 식이관리 다) 장루·요루 : 장루·요루에 대한 이해, 장루·요루 기구의 종류 및 교환 방법, 장루·요루 주위 피부 관리, 합병증 예방 및 치료방법, 일상생활 관리, 식이관리 라) 만성신부전 (1) 투석이 필요 없는 환자 : 만성신부전에 대한 이해,

항 목	제 목	세부인정사항
		신대체요법 종류 및 방법, 합병증 예방 및 치료 방법, 일상생활관리, 식이관리, 치료기간 동안 주의식품 안내 (2) 복막투석 : 만성신부전에 대한 이해, 복막투석 원리 및 투석액 교환 방법, 도관 관리, 수분·염분·전해질·체중 관리, 합병증 예방 및 치료방법, 일상생활관리, 식이관리 (3) 혈액투석 : 만성신부전에 대한 이해, 혈액투석 원리 및 방법, 혈액통로 관리, 수분·염분·전해질·체중 관리, 합병증 예방 및 치료방법, 일상생활관리, 식이관리 3) 교육방법 가) 암환자(항암화학요법), 장루·요루, 만성신부전(복막투석, 혈액투석) : 개별 교육하는 것을 원칙으로 함 나) 암환자(방사선치료, 수술 후), 심장질환, 만성신부전(투석이 필요 없는 환자) : 개별·집단 교육을 선택 또는 혼합하여 실시할 수 있음 다. 교육팀 1) 일반사항 의사, 간호사, 영양사, 약사 등 관련 분야 상근 전문 인력으로 교육팀을 구성하되, 교육프로그램 전반을 관리하는 코디네이터를 1인 이상 두어야 함. 2) 교육팀 자격요건 가) 의사 : 해당분야 전문의(세부 전문의 포함) 또는 진료담당 전문의 나) 간호사 (1) 암환자 : 의료법 제78조에 따른 종양전문간호사 또는 해당분야 실무경력 3년 이상인 자 (2) 심장질환 : 해당분야 실무경력 3년 이상인 자 (3) 장루·요루 : WOCN(Wound, Ostomy, Continence –Nursing, 상처장루실금간호사)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		교육과정을 이수한 자 또는 해당분야 실무경력 3년 이상인 자 (4) 만성신부전 : 해당분야 실무경력 3년 이상인 자 다) 영양사 : 국민영양관리법 제23조에 따른 임상영양사 라) 약사 등 : 교육프로그램 상 필요하다 판단되는 해당분야 실무경력 3년 이상인 자 라. 교육 환경 교육이 원활히 이루어질 수 있는 별도의 공간을 확보하여야 함. 마. 교육시간 교육프로그램은 프로그램별 특성을 고려하여 교육팀원 중 반드시 의사를 포함하여 3개 이상의 직종을 활용하여 운영하되, 총 교육 시간은 다음을 충족하여야 함. 1) 암환자, 심장질환, 만성신부전(투석이 필요 없는 환자, 혈액투석), 장루·요루 : 80분 이상 2) 만성신부전(복막투석) : 200분 이상 바. 효과평가 등 관리 1) 교육·상담의 질 향상을 위해 교육프로그램별로 교육자, 교육내용 및 방법, 교육환경, 평가시기 등에 대한 만족도 조사 등의 효과평가를 하여야 함. 2) 교육프로그램별로 교육대상자, 교육시간, 내용, 방법, 교육자 및 효과평가 결과를 기록 관리하고, 교육대상자가 교육 전 과정에 참석할 수 있도록 하여야 함. 사. 산정방법 1) 소아환자 등 환자가 독립적으로 교육받기 곤란한 경우에는 보호자를 대상으로 교육한 경우에도 산정할 수 있음. 2) 암환자 교육·상담료는 원발암 기준으로 각각 1회만 산정하되, 항암화학요법이 변경된 경우는 항암화학요법 재교육을 추가 산정할 수 있음.

항 목	제 목	세부인정사항
		3) 장루·요루 교육·상담료는 부작용이나 합병증 등으로 인해 stoma의 위치 변경을 위한 수술이 이루어진 경우 재교육을 추가 산정할 수 있음. (고시 제2018-193호, '18.9.28. 시행)
가-23-1 인공임신 중절 교육·상담료	인공임신중절 교육·상담료 급여기준	인공임신중절 교육·상담료는 인공임신중절 교육·상담을 요청한 임신 중 여성에게 의학적 정보 접근성을 보장하고, 반복적인 인공임신중절을 예방하기에 충분한 교육상담이 될 수 있도록, 아래와 같은 조건을 모두 충족한 경우 인정함. - 아 래 - 가. 급여대상 인공임신중절 교육·상담을 요청한 임신 중 여성 나. 교육내용 및 방법 1) 교육내용 대한산부인과학회에서 제공한 「인공임신중절 표준 교육자료」를 활용하여 의료행위에 관한 설명 외에도 정신적·신체적 합병증, 피임의 시기·방법 및 계획임신 등 자가관리를 할 수 있는 포괄적인 내용을 교육하며, 반복교육 및 추후 관리를 포함함 2) 교육방법 의사가 환자에게 개별 교육하는 것을 원칙으로 함 다. 교육환경 진료실 등 개인 사생활을 보호할 수 있는 공간에서 시행함 라. 교육시간 20분 이상 시행함 마. 효과평가 등 관리 교육·상담의 질 관리를 위해 교육대상자, 교육시간, 내용, 방법, 교육자 및 평가문항 등을 기록 관리하여야 함 바. 산정방법

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		1) 「인공임신중절 교육·상담 요청 확인서」(별지 제29호)를 작성·보관한 경우에 산정 할 수 있음 2) 인공임신중절 교육·상담은 수술 전에 1회만 산정하되, 수술 후 30일 이내 재교육을 실시한 경우 추가 1회를 산정 할 수 있음 3) 수술 후 재교육은 인공임신중절을 시행한 기관이 수술 전에 교육·상담을 받은 환자에게 「인공임신중절 표준교육자료(수술후)」를 활용하여 교육을 제공한 경우 산정 할 수 있음 (고시 제2021-209호, '21.8.1. 시행)
가25 감염예방·관리료	가25 감염예방·관리료 산정기준	감염예방·관리료는 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제를 신고하고, 의료관련 감염 등 효율적인 감염예방 및 관리 프로그램 운영을 위하여 아래와 같은 인력 등 조건을 모두 갖춘 요양기관에서 감염예방·관리 활동을 실시하는 경우에 요양급여를 인정하며, 입원환자 입원 1일당 1회 산정함. - 아 래 - 가. 감염관리실을 설치하여야 하고, 다음의 등급별 인력 수 기준을 모두 충족한 경우 다음 분기에 해당 등급의 수가를 산정함. 1) 1등급 (가) 감염관리 전담간호사는 분기별 평균 병상수 대비 150:1 이하 (나) (가)를 충족하는 감염관리 전담간호사 중 아래의 조건 중 하나를 충족하는 간호사 수가 평균 병상수 대비 500:1 이하 (단, '19년 9월 14일 까지는 병상수와 상관없이 최소 1명 이상) (1) 감염관리 자격증 보유

항 목	제 목	세부인정사항
		(2) 감염관리실 근무경력 3년 이상 (단, 상급종합병원을 제외한 종합병원과 병원, 정신 병원의 경우 '18년 4월1일부터 '19년3월 31일까지는 1년 이상, '19년 4월 1일부터 '20년 3월31일까지는 2년 이상으로 하되, '18년 3월까지 근무경력 1년 이상인 경우에 한함) (다) 감염관리의사는 분기별 평균 병상수 대비 300:1이하 (다만, 감염관리의사를 전담의사로 둘 경우에는 감염 관리의사가 2인 있는 것으로 산정함) 2) 2등급 (가) 감염관리 전담간호사는 분기별 평균 병상수 대비 200:1 이하 (나) (가)를 충족하는 감염관리 전담간호사 중 아래의 조건 중 하나를 충족하는 간호사 수가 평균 병상수 대비 600:1 이하 (단, '19년 9월 14일까지는 병상수와 상관없이 최소 1명 이상) (1) 감염관리 자격증 보유 (2) 감염관리실 근무경력 3년 이상 (단, 상급종합병원을 제외한 종합병원과 병원, 정신 병원의 경우 '18년 4월1일부터 '19년 3월 31일까지는 1년 이상, '19년 4월 1일부터 '20년 3월31일까지는 2년 이상으로 하되, '18년 3월까지 근무경력 1년 이상인 경우에 한함) (다) 감염관리의사는 분기별 평균 병상수 대비 300:1이하 (다만, 감염관리의사를 전담의사로 둘 경우에는 감염 관리의사가 2인 있는 것으로 산정함) 3) 3등급 (가) 감염관리 전담간호사는 아래와 같이 배치

항 목	제 목	세부인정사항
		하되, 전담간호사 중 1명이상은 감염관리실 근무경력 1년 이상인 자로 함 (1) 종합병원: 300병상이하 1명 이상, 301~900병상 2명이상, 901~1,500병상 3명이상, 1,501 ~ 2,100병상 4명이상, 2,101병상 이상은 5명이상 (2) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 : 1명 이상 (나) 감염관리의사는 분기별 평균 병상수 대비 300:1이하 (다만, 감염관리의사를 전담의사로 둘 경우에는 감염 관리의사가 2인 있는 것으로 산정함) 나. 요양급여는 다음의 조건을 충족하는 경우 감염예방·관리료를 산정할 수 있음. 1) 의료법 제58조에 따라 의료기관평가인증원이 실시하는 아래 유형별 의료기관 인증결과 '인증' 또는 '조건부인증'에 해당해야 함. (단, 3등급의 경우 '23년 1월부터 적용) 유형별 분류 / 의료기관 인증 상급종합병원, 종합병원 / 급성기병원인증 병원 / 급성기병원인증, 재활의료기관인증 정신병원 / 급성기병원인증, 정신병원인증 치과병원 / 치과병원인증 한방병원 / 한방병원인증 2) 질병관리청에서 운영하는 '전국의료관련 감염감시체계(KOrean National healthcare-associated Infections Surveillance System, KONIS)'에 참여 하여야 함. (단, 병원, 정신병원 경우 '19년 2월부터 적용, 치과병원 한방병원의 경우 '24년 7월부터 적용) 다. 감염예방·관리료를 산정하는 기간 동안 다음과

항 목	제 목	세부인정사항
		같은 감염예방·관리 활동을 시행하여야 함. 1) 감염관리실은 감염관리위원회 운영을 하여야 하며, 위원회의 업무, 구성 및 운영은 의료법 시행규칙 제43조제2항, 제44조 및 제45조를 따름. 2) 전직원 대상의 감염관리 교육을 연 1회 이상 실시하고, 교육내용, 교육시간, 참석자를 포함하여 기록하여야 함. 3) 감염관리 지침(감염관리실 활동, 감염대책, 연간계획 수립·시행·평가, 실적분석·평가 및 경영진 보고·관련 직원 공유 지침, 부서별 감염관리, 환경관리, 세척·소독 및 멸균과정의 감염관리 등)을 마련하고, 의료기관의 감염관리 현황파악 및 개선활동을 위해 주 1회 정기적으로 순회를 실시하고 기록하여야 함. 4) 환자치료영역의 환경관리 및 청소와 소독을 수행하고, 환자치료영역의 물과 의료기관 내 음용수를 적절하게 관리·기록하여야 함 (고시 제2022-285호, '23.1.1. 시행)
	감염예방·관리료 인력기준	감염예방·관리료의 등급은 직전분기 평균 병상 수 대비 직전분기 평균 감염관리 전담간호사수에 따라 구분하며, 등급을 적용하기 위한 병상 및 인력기준은 아래와 같이함. - 아 래 - 가. 병상 기준 1) 요양기관현황(변경사항) 통보시 건강보험심사평가원에 신고한 병상 중 일반입원실, 정신과폐쇄, 중환자실, 격리병실, 무균치료실의 병상을 말함. 다만, 신고한 병상보다 더 많은 병상을 운영하는 경우에는 운영 병상으로 함. 2) 병상수는 전분기 매월 15일자 병상수의 3개월

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		평균값으로 계산(소수점 3자리에서 반올림) 나. 인력 기준 1) 감염관리 전담간호사는 요양기관에 소속되어 월 평균 주 40시간 이상 근무하는 간호사로서, 감염관리실 업무를 전담하여 근무하는 간호사를 의미함. 2) 감염관리 전담간호사는 「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」 제17조(근로조건의 서면명시)를 준수하고, 4대 사회보험에 가입 및 1년 이상 고용계약을 체결한 경우 산정 가능함. 다만 출산휴가자 및 육아휴직자, 질병휴직(휴가)자 등의 대체 간호사의 경우 계약기간에 관계없이 산정 가능함. 3) 감염관리 자격증은 감염관리 전문간호사 자격증(보건복지부 주관) 또는 감염관리 실무전문가 자격증(대한감염관리간호사회 주관)을 의미함. 4) 감염관리의사는 요양기관에 소속된 상근 의사로서 월평균 주 20시간 이상 감염관리실 업무를 수행하고, 의료법 시행규칙 별표 8의 3에 따른 교육을 매년 16시간 이수('17.1월부터 적용)하면서, 아래의 조건 중 하나를 충족하여 감염관리 업무에 전문성을 가진 의사를 의미함. (가) 감염내과 또는 소아청소년과 감염 분과 전문의 (나) 다음 조건을 모두 만족하는 전문의 (단, 3등급의 경우 1,2호 중 하나 이상 만족) 1. 감염관리실 근무경력 1년 이상 (단, 최근 5년 이내의 경력만 인정) 2. 감염관리에 대한 24시간 이상(의료법 시행규칙 별표 8의 3에 따른 교육시간 포함)의 교육 이수 (단, 최근 3년 이내의 교육만 인정) 5) 감염관리 전담의사는 상기 4)의 조건을 충족하는 감염관리 의사로서 월평균 주40시간 이상 감염관리실 업무를 시행함을 의미함.(단, 주 8시간 이내의 외래 진료 및 협진 가능)

항 목	제 목	세부인정사항
		6) 감염관리 전담간호사수 및 감염관리 의사 수는 전 전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 감염관리 전담간호사수 및 감염관리 의사 수별 재직일수의 합을 해당기간 일수로 나누어서 계산 (소수점 3자리에서 반올림) 7) 감염관리 전담간호사수 및 감염관리 의사 수는 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간은 인력산정 대상에서 제외하나, 대체인력이 있을 경우는 산정 가능함. 다. 인력 및 등급신청 감염예방·관리료를 산정하고자 하는 요양기관은 별지 제10호 서식에 의한 감염예방·관리료 산정현황을 건강보험심사평가원에 매 분기말 16일부터 20일까지 제출하여야 함. 기한 내 미제출한 기관은 감염예방·관리료를 산정할 수 없음. 다만, 기한내 제출하지 못한 부득이한 사유가 확인되는 경우에는 확인된 현황을 적용함. 통보서 내용 중 간호사 및 의사 현황에 변경사항 발생시에는 즉시 제출하여야함. (고시 제2018-302호, '19.1.1. 시행)
가26 야간진료 관리료	야간진료관리료 산정방법	가26 야간진료관리료의 급여기준은 다음과 같이 함 - 다 음 - 가. 적용대상 「소아 야간·휴일 진료(달빛어린이병원) 운영사업」에 따라 달빛어린이병원으로 지정된 의료기관에서 지정된 요일의 운영시간(평일18~24시, 토·일·공휴일 0~24시의 범위 내에서 지정한 시간)에 만 18세 이하 소아청소년 환자를 진료한 경우에 산정함. 나. 산정방법 외래환자 진찰료(가-1)의 산정횟수와 동일하게 산정하되, 초진진찰료(가-1가)의 "주5" 및 재진진찰료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(가-1나)의 “주5”, “주6”, “주8”은 제외함. (고시 제2017-3호, ’17.1.1. 시행)
가27 뇌사장기 기증자 관리료	뇌사장기기증자 관리료 산정방법	1. 장기이식법 제4조제1호가목 및 장기이식법 시행령 제2조(췌도 제외)에 따른 장기등을 뇌사자로부터 적출하여 이식한 경우에 산정하며 수혜자에게 청구함. 2. 동 수가에 포함된 항목은 장기등기증자 또는 수혜자에게 전액본인부담하게 하거나 비급여 등 별도로 산정할 수 없음. (고시 제2017-118호, ’17.7.1. 시행)
가28 야간전담 간호사 관리료	가28 야간전담간호사 관리료 산정기준	가28 야간전담간호사 관리료는 다음 요건을 모두 충족한 경우에 산정함. - 다 음 - 가. 대상기관 1) 상급종합병원, 종합병원, 병원(요양병원, 정신병원 제외) 2) 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제 등급이 6등급 이상 나. 인력 1) 「간호인력 확보수준에 따른 간호관리료 차등적용 관련 기준」에 따른 야간전담간호사 2인 이상 2) 야간전담간호사를 제외한 일반병동 간호사 총 인원이 직전분기 대비 5%를 초과하여 감소하지 않은 경우 다. 야간전담간호사 운영비율 「간호인력 확보수준에 따른 간호관리료 차등적용 관련 기준」에 따른 총 간호사 중 야간전담 간호사의 비율(소수점 셋째자리 이하 절사) 라. 산정횟수 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료

항 목	제 목	세부인정사항
		차등제 적용 입원료(가2 입원료) 산정시 1일당 1회 산정 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
가28-1 야간 간호료	야간간호료 산정기준	야간간호료는 간호사가 야간(22시~익일 6시)에 근무하면서 일반병동 입원환자를 간호하는 경우에 산정하며, 다음 요건을 모두 충족한 경우 인정함 - 다 음 - 가. 대상기관 1) 상급종합병원, 종합병원, 병원(요양병원, 정신병원 제외) 2) 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제 등급이 6등급 이상 나. 인력 일반병동 분기별 평균 병상 수(또는 환자 수) 대비 평균 야간근무 간호사 수 25:1 이하 다. 산정횟수 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제 적용 입원료(가-2 입원료) 산정시 1일당 1회 산정 라. 현황신고 및 적용방법 1) 야간근무 간호사 수: 야간(22시~익일 6시) 동안 8시간 근무하는 경우 1인, 4(이상)~8시간(미만) 근무하는 경우 0.5인으로 산정함. 다만, 동일 동 야간시간 동안 8시간 근무 산정인원이 1인 이상인 경우에 한하여, 4(이상)~8시간(미만) 근무를 추가 인정함 2) 병상 수: 「간호인력 확보수준에 따른 간호관리료 차등적용 관련 기준」에 의해 산정한 평균 병상 수를 적용함 3) 환자 수: 「'종합병원, 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 중 별도로 정하는 일부 요양기관'의 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제 적용 기준」에 의해 산정한 평균 환자 수를 적용함 4) 평균 병상 수, 평균 환자 수, 평균 야간근무 간호사

항 목	제 목	세부인정사항
		수는 각각 소수점 셋째자리에서 반올림하여 계산하며, 평균 병상 수(또는 환자 수) 대비 평균 야간근무 간호사 수는 소수점 셋째자리 이하 절사하여 계산함 5) 야간간호료를 산정하고자 하는 기관은 [별지 제4-1호 서식]에 의한 야간근무 간호사 현황 통보서를 건강보험심사평가원에 매분기말 16일부터 20일까지 제출하여야 하며, 미제출 기관의 경우 야간간호료를 산정할 수 없음 마. 기타 간호사의 야간근무를 증빙할 수 있는 근무표 등을 작성·비치하여야 함 (고시 제2021-319호, '22.1.1. 시행)
가29 입원환자 안전 관리료	가29 입원환자 안전 관리료 산정기준	가29 입원환자 안전관리료는 다음과 같은 조건을 모두 갖춘 요양기관의 경우, 입원환자 입원 1일당 1회 산정함. - 다 음 - 가. 대상기관 1) 상급종합병원, 종합병원, 200병상 이상 병원·정신병원 가) 「환자안전법」 제11조·제12조 및 동법 시행규칙 제5조·제9조제1항에 해당하는 의료기관으로 전담인력을 배치하고, 환자안전위원회를 설치·운영하는 기관 나) 「의료법 시행규칙」 제39조의6에 해당하는 의료기관으로 보안장비 설치, 보안인력 배치 등 기준을 충족하는 기관 2) 100병상 이상~200병상 미만 병원·정신병원 「의료법 시행규칙」 제39조의6에 해당하는 의료기관으로 보안장비 설치, 보안인력 배치 등 기준을 충족하는 기관

항 목	제 목	세부인정사항
		3) 200병상 이상 한방병원 「환자안전법」 제11조·제12조 및 동법 시행규칙 제5조·제9조제1항에 해당하는 의료기관으로 전담인력을 배치하고, 환자안전위원회를 설치·운영하는 기관 나. 위 '가' 1)에 해당하는 기관은 다음 1)~4)의 기준을 모두 충족하여야 하며, 위 '가' 2)에 해당하는 기관은 다음 4)의 기준을 충족해야 하며, 위 '가' 3)에 해당하는 기관은 1)~3)의 기준을 충족해야함 1) 환자안전위원회는「환자안전법」제11조제3항 및 동법 시행규칙 제8조에 명시된 업무를 시행하여야 하며, 위원회 구성은 동법 시행규칙 제6조를 따름 2) 전담인력은「환자안전법」제12조제3항 및 동법 시행규칙 제9조제5항에 따른 업무를 시행하여야 하며, 환자안전활동에 대한 연간 계획을 수립하고 관리하여야 함 3) 「환자안전법」제9조 및 동법 시행령 제6조에 따른 환자안전기준 준수를 위해 아래의 가), 나)를 포함한 체계적인 활동을 시행하여야 함 가) 입원환자 병문안 관리 규정을 자체적으로 수립하고 이를 시행하여야 함 나) 입원기간 동안 낙상, 욕창 예방 및 관리 등을 시행하여야 함 4) 보안관리 기준은 「의료법 시행규칙」제39조의6에 따라 가), 나) 를 충족해야함 가) 의료인 및 환자에 대한 폭력행위를 관할 경찰관서에 신고할 수 있는 비상경보장치를 설치·운영해야 함 나) 보안 전담인력을 요양기관별 1인 이상 배치

항 목	제 목	세부인정사항
		하여야 함 다) 입원환자 안전관리료를 산정하는 요양기관은 별지 제26호 서식에 의한 보안인력 현황신고서를 최초 수가 청구전까지(단, 기존 산정기관은 '21.1월말까지) 건강보험심사평가원에 제출하여야 하며, 최초 신고 이후 변경이 있는 경우 지체없이 변경 내용을 신고하여야 함 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	가29 입원환자 안전관리료 인력기준	가29 입원환자 안전관리료 산정을 위한 전담인력 기준은 다음과 같이함. - 다 음 - 가. 전담인력은 「환자안전법」 시행규칙 제9조제2항에 따라 다음 각 호중 하나에 해당하는 자격을 갖추어야 함 1) 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 취득한 후 3년 이상 보건의료기관에서 근무한 사람 2) 「의료법」 제77조에 따른 전문의 자격이 있는 사람 3) 간호사 면허를 취득한 후 3년 이상 보건의료기관에서 근무한 사람 나. 전담인력은 「환자안전법」 제13조 및 동법 시행규칙 제10조에 따라 환자안전 활동에 관한 교육을 매년 12시간 이상 정기적으로 받아야함. 다만, 새로 배치된 경우에는 6개월 이내에 24시간 이상 이수하여야 함. 다. 대상기관은 「환자안전법 시행규칙」 제9조제3항에 따라 위의 '가' 및 '나'항을 모두 만족한 전담인력을 해당기관에 배치하여야 함 1) 500병상이상 종합병원급: 2명 이상 2) 100병상 이상~500병상 미만 종합병원급: 1명이상

항 목	제 목	세부인정사항
		3) 200병상 이상 병원급: 1명 이상 라. 현황신고 1) 「환자안전법」 제11조 및 12조에 따른 환자안전위원회 구성·운영 및 전담인력 배치현황은 의료기관평가인증원에 신고하여야 함 2) 「환자안전법」 시행규칙 제9조4항에 따라 전담인력 현황변경 시(신규배치·해지 등) 의료기관평가인증원에 지체없이 신고하여야 함 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	가29 입원환자 안전관리료 병문안 관리기준	가29 입원환자 안전관리료 산정을 위한 병문안 관리기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 1. 입원환자 안전관리료 산정을 위한 병문안 관리기준을 충족하기 위해서는 '병문안 관리 규정' 및 '병문안 관리방법'을 건강보험심사평가원에 신고하여야 함. 2. '병문안 관리 규정'(이하 규정)은 아래 기준을 모두 충족해야 함. - 아 래 - 가. 의료기관에서 자체적으로 수립하고 기관장 결재를 마친 규정이어야 함 나. 규정에는 다음 5가지 내용이 모두 포함되어야 함 1) 병문안 허용시간대 2) 병문안 제한 대상 3) 병문안객 관리대장 양식 및 운영방법 4) 반입금지 물품 목록 5) 병문안 관리 방법 다. 기관장 직인이 포함된 규정 전문을 첨부파일로

항 목	제 목	세부인정사항
		제출해야 함 3. ‘병문안 관리 방법’은 아래 기준을 모두 충족해야 함. – 아 래 – 가. 병문안객 관리를 위한‘시설’,‘인력’, ‘기타’ 중 하나 이상의 방법을 운영하고 있어야 함 1) ‘시설’은 ID카드 등을 이용하여 허용된 사람에 한해 개폐가 가능한 고정 시설물을 의미하며, 건물별로 1개 이상 설치되어 있어야 함. 2) ‘인력’은 규정에 정해진 시간 동안 병문안객 관리를 전담하는 사람을 의미하며, 외부 보안관리 전문기관과의 계약에 따라 배치된 사람은 포함되나 단순 안내요원 및 자원봉사자, 사회복무요원 등은 제외함. 기관별로 1명 이상이 배치되어 있어야 하며, 인력 배치현황(인력수, 근무시간, 장소) 및 근무대장을 관리 작성하여야 함. 3) ‘기타’는 위 1) 또는 2)에 해당하지 않지만 병문안객 관리가 가능한 방법을 의미함 나. ‘가’항에 따른 운영현황을 증빙할 수 있는 자료(‘시설의 경우 도면, 사진 등,‘인력’의 경우 근로계약서, 근무대장 등)를첨부파일로 제출해야 함. 4. 입원환자 안전관리료를 산정하는 요양기관은 별지 제 14호 서식에 의한 입원환자 병문안 관리 현황 신고서를 최초 수가 청구 전까지 (단, 기존 산정기관은 ‘18.7월말까지) 건강보험심사평가원에 제출하여야 하며, 최초 신고 이후 변경이 있는 경우 지체없이 변경 내용을 신고해야 함. (고시 제2023-56호, ’23.3.29. 시행)
가29-1	가29-1 수술실 환자	가29-1 수술실 환자 안전관리료의 등급을 적용하기

항 목	제 목	세부인정사항
수술실 환자 안전 관리료	안전관리료 인력기준	위한 인력기준은 다음과 같이함. - 다 음 - 가. 인력 기준 수술실 환자안전 관리료의 인력은 직전분기 평균 수술실 수 대비 직전분기 평균 수술실 간호사 수에 따라 산정하며 소수점 셋째자리 이하에서 절사하여 계산함. 1) 수술실 수 기준 가) 「의료법」 시행규칙 제34조 [별표4]에 의한 전신마취 수술이 가능한 수술실 수를 말함. 나) 수술실 수는 전분기 매월 15일자 수술실 수의 3개월 평균값으로 계산(소수점 셋째자리에서 반올림) 2) 간호사 수 기준 수술실 간호사는 수술실에 배치되어 수술환자를 대상으로 간호업무를 전담하는 간호사를 의미함. 다만, 수술실에 배치되어 있다고 하더라도 수술환자 간호를 전담하지 않는 간호인력(간호감독, 전임노조, 마취간호사 등), 일반병동, 회복실, 분만실, 중앙공급실 등 수술실 이외의 병상을 순환 또는 파견(PRN 포함) 근무하는 간호사는 산정 대상에서 제외함. 가) 간호사 수는 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지 간호사별 재직일수의 합을 해당기간 일수로 나누어서 계산(소수점 셋째자리에서 반올림) 나) 전일제 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간이상인 근무자는 1인으로 산정함. 다) 단시간 근무 간호사로 1주간의 근로시간이

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		휴게시간을 제외하고 40시간 미만인 근무자에 대하여 16(이상)~20시간(미만) 근무자의 경우 0.4인, 20(이상)~24시간(미만) 근무자는 0.5인, 24(이상)~28시간(미만) 근무자는 0.6인, 28(이상)~32시간(미만) 근무자는 0.7인, 32(이상)~36시간(미만) 근무자는 0.8인, 36(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.9인으로 산정함. 라) 전일제 및 단시간 근무 간호사는 「기간제 및 단시간근로자보호 등에 관한 법률」 제17조를 준수하고, 4대 사회보험에 가입 및 1년 이상 고용계약을 체결한 경우 산정 가능함. 다만, 출산 휴가자 및 육아휴직자, 질병휴직(휴가)자 등의 대체 간호사의 경우 계약기간에 관계없이 산정 가능함. 마) 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간 동안은 인력산정 대상에서 제외함. 다만, 동 기간 동안에 대체인력이 있는 경우는 산정 가능함. 나. 인력 및 등급신청 수술실 환자 안전관리료를 산정하고자 하는 기관은 별지 제16호 서식에 의한 수술실 환자 안전관리료 산정 및 인력현황 통보서를 건강보험심사평가원에 매 분기말 16일부터 20일까지 제출하여야 하며, 기한 내 미제출한 기관은 수술실 환자 안전관리료를 산정할 수 없음. 다만, 기한 내 제출하지 못한 부득이한 사유가 확인되는 경우에는 확인된 현황을 적용함. 통보서 내용 중 간호사 및 시설현황에 변경사항 발생 시에는 즉시 제출하여야 함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	수술실 환자	수술실 환자 안전관리료의 등급을 적용하기 위한 인력

항 목	제 목	세부인정사항
	안전관리료 인력기준	기준은 다음과 같이함. - 다 음 - 가. 인력 기준 수술실 환자안전 관리료의 인력은 직전분기 평균 수술실 수 대비 직전분기 평균 수술실 간호사 수에 따라 산정하며 소수점 셋째자리 이하에서 절사하여 계산함. 1) 수술실 수 기준 가) 「의료법」 시행규칙 제34조 [별표4]에 의한 전신마취 수술이 가능한 수술실 수를 말함. 나) 수술실 수는 전분기 매월 15일자 수술실 수의 3개월 평균값으로 계산(소수점 셋째자리에서 반올림) 2) 간호사 수 기준 수술실 간호사는 수술실에 배치되어 수술환자를 대상으로 간호업무를 전담하는 간호사를 의미함. 다만, 수술실에 배치되어 있다고 하더라도 수술 환자 간호를 전담하지 않는 간호인력(간호감독, 전임노조, 마취간호사 등), 일반병동, 회복실, 분만실, 중앙공급실 등 수술실 이외의 병상을 순환 또는 파견(PRN 포함) 근무하는 간호사는 산정 대상에서 제외함. 가) 간호사 수는 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지 간호사별 재직일수의 합을 해당기간 일수로 나누어서 계산(소수점 셋째자리에서 반올림) 나) 전일제 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간이상인 근무자는 1인으로 산정함. 다) 단시간 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 40시간 미만인 근무자에 대하여 16(이상)~20시간(미만) 근무자의 경우 0.4인,

항 목	제 목	세부인정사항
		20(이상)~24시간(미만) 근무자는 0.5인, 24(이상)~28시간(미만) 근무자는 0.6인, 28(이상)~32시간(미만) 근무자는 0.7인, 32(이상)~36시간(미만) 근무자는 0.8인, 36 (이상)~40시간(미만) 근무자는 0.9인으로 산정함. 라) 전일제 및 단시간 근무 간호사는 「기간제 및 단시간근로자보호 등에 관한 법률」제17조를 준수하고, 4대 사회보험에 가입 및 1년 이상 고용계약을 체결한 경우 산정 가능함. 다만, 출산 휴가자 및 육아휴직자, 질병휴직(휴가)자 등의 대체 간호사의 경우 계약기간에 관계없이 산정 가능함. 마) 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간 동안은 인력산정 대상에서 제외함. 다만, 동 기간 동안에 대체인력이 있는 경우는 산정 가능함. 나. 인력 및 등급신청 수술실 환자 안전관리료를 산정하고자 하는 기관은 별지 제16호 서식에 의한 수술실 환자 안전관리료 산정 및 인력현황 통보서를 건강보험심사평가원에 매 분기말 16일부터 20일까지 제출하여야 하며, 기한 내 미제출한 기관은 수술실 환자 안전관리료를 산정할 수 없음. 다만, 기한 내 제출하지 못한 부득이한 사유가 확인되는 경우에는 확인된 현황을 적용함. 통보서 내용 중 간호사 및 시설현황에 변경사항 발생시에는 즉시 제출하여야 함. (고시 제2019-80호, '19.5.1. 시행)
가32 비만수술 통합진료료	가32 비만수술 통합진료료의 급여기준	비만수술 통합진료료는 병적 고도비만수술 대상자에게 관련분야 전문의가 수술 및 수술 전후 환자 관리의 안전성과 효율성을 확보하고, 행동습관 교정 및 원만한 사회활동 유도를 위하여 통합진료를 실시한 경우 산정하며 다음과

항 목	제 목	세부인정사항
		같은 요건을 모두 충족한 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 산정기준 1) 외과 전문의 1인을 포함한 3인 이상의 상근하는 서로 다른 전문과목 전문의가 동시에 대면진료에 참여해야 함. 2) 시간 및 장소, 참여의사 성명 및 서명, 치료방침 및 결정사유, 환자에게 설명한 내용 등을 진료기록부에 기록하여야 함. 나. 산정횟수 - 수술 전·후 각 1회 다. 비만수술 통합진료료의 요양급여비용 청구 시 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따라 특정내역(JT001)에 진료과목 확인코드를 기재하여야 함 (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
가33 소아 진정관리료	가33 소아 진정관리료의 급여기준	소아 진정관리료는 '(소아)진정진료지침'을 갖춘 의료기관에서 검사 및 처치를 시행하기 위해 진정이 필요하다고 의사가 판단하여 진정 전 환자 평가 및 설명, 진정 유도 및 진정 중 모니터링 감시, 진정 후 회복 등의 과정을 시행한 경우에 산정하며, 다음의 요건을 모두 충족한 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 적용대상 만6세 미만의 소아 단, 만6세 이상~만18세 미만의 소아에게 정확한 영상 획득이 필수적인 검사 또는 침습적 행위를 시행할 때 진료담당의사가 진정이 필요하다고 판단하여 시행한 경우 진료내역 등을 참조하여 사례별로 인정함

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		나. 적용기준 1) 인력 시술자 이외 '(소아)진정진료지침'에 따른 진정교육과 심폐소생술 교육을 이수한 별도의 의료인이 시행 2) 시설·장비 진정을 시행하는 장소에 응급상황 시 심폐소생술 등 응급처치를 시행할 수 있는 장비를 비치 3) 진정관리 기록 등 진정 전·중·후 모니터링 감시는 산소포화도, 맥박수, 호흡수 3가지를 필수적으로 시행하며, 진정의 깊이에 따라 5~10분 간격으로 시행하여 진정 관리 기록을 작성·보관하여야 함 다. 산정방법 '나-799(진정내시경 환자관리료)', '차-37(행동조절[아산화질소 흡입])' 또는 마취료와 동시에 산정하지 아니함 (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
가-34 입원환자 전담전문의 관리료	가34 입원환자 전담전문의 관리료 산정기준	가34 입원환자 전담전문의 관리료는 입원서비스 질 향상 및 환자안전 관리 강화를 위하여 다음의 조건을 모두 충족한 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 대상기관 1) 상급종합병원 2) 종합병원 나. 운영 형태 입원전담전문의 운영형태는 병동별로 구분하며, 아래와 같이 입원전담전문의를 배치하여야 함. - 아 래 -

항 목	제 목	세부인정사항
		1) 1형 (주 5일형-주간) 해당 병동에는 1일 주간(07시-19시 사이) 8시간 이상 1주간(Week) 5일 이상 전담전문의를 배치하여야 함. 2) 2형 (주 7일형-주간) 해당 병동에는 1일 주간(07시-19시 사이) 8시간 이상 1주간(Week) 7일 동안 전담전문의를 배치하여야 함. 3) 3형 (주 7일형-24시간) 해당 병동에는 주 7일, 24시간 동안 전담전문의를 배치하여야 함. 다. 환자 수 대비 전담전문의 수의 비 적용 기준 입원전담전문의 운영형태별로 직전분기 평균 환자 수 대비 직전분기 평균 전담전문의 수의 비에 따라 각각 산정함. 1) 환자 수 기준 가) 환자 수는 건강보험심사평가원에 제출한 [별지 제27호 서식] 환자 수 현황 상의 입원 환자 수를 말함. 나) 환자 수는 입원전담전문의 병동에 입원하여 입원환자 전담전문의의 진료를 받은 모든 환자 수를 기재하여야 함. 다) 환자 수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 매일 재원일수의 합이며, 입원초일인 환자는 입원 환자 수에 산입하고 퇴원 환자는 입원 환자 수에서 제외함. 2) 전담전문의 수 기준 가) 전담전문의 수는 건강보험심사평가원에 제출한 [별지 제27호 서식] 입원전담전문의 현황 상의 전담전문의 수를 말함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		나) 전담전문의 수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 전담전문의별 입원 전담전문의 병동 재직일수의 합을 해당분기 일수로 나누어 적용함.(소수점 셋째자리에서 반올림) 다) 전담전문의는 「입원환자 전담전문의 급여기준」을 충족하여야 함. 3) 소수점 이하 값의 처리 운영형태 별 평균 환자 수, 평균 전담전문의 수는 각각 소수점 셋째자리에서 반올림하여 계산하며, 환자 수 대비 전담전문의 수의 비는 소수점 셋째자리 이하 절사하여 계산함. 4) 운영형태 별 환자수 대비 전담전문의 수의 비가 1형은 25:1, 2형은 17:1, 3형은 10:1을 초과하는 경우에는 입원환자 전담전문의 관리료를 산정할 수 없음. 라. 현황신고 및 적용방법 1) 입원전담전문의 병동을 운영하는 요양기관은 [별지 제27호 서식]에 의한 입원환자 전담전문의 관리료 산정현황 통보서를 건강보험심사평가원에 매분기말 16일에서 20일까지 제출하여야 함. 2) 입원전담전문의 병동별 병상 운영현황: [별지 제28호 서식]에 의한 입원환자 전담전문의 병동별 병상 운영현황 통보서를 제출하여야하며, 변경사항 발생 시 즉시 건강보험심사평가원에 제출하여야 함. 3) 제출 기한 내 미제출한 기관의 경우 입원환자 전담전문의 관리료를 산정할 수 없음. 다만, 제출기간을 도과하여 적용분기 전일까지 부득이한 사유를 소명하여 제출하는 경우에 한하여 확인된

항 목	제 목	세부인정사항
		환자수 대비 전담전문의 수의 비를 적용함. 마. 산정방법 입원전담전문의 운영병동에서 입원전담전문의가 입원 진료한 경우 1일 1회 산정함. 단, 병원관리료 만을 산정하는 경우에는 산정제외 함. 바. 기타 1) 환자 또는 보호자에게 입원전담전문의 입원 진료에 대해 충분히 설명하고 관련 동의서를 작성, 보관하여야 함. 2) 입원전담전문의의 근무현황을 증빙할 수 있는 근무표 등을 작성, 비치하여야 함 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	가34입원환자 전담전문의 관리료 급여기준	1. 입원환자 전담전문의의 기준 가. 입원환자 전담전문의는 당해 요양기관에 소속된 전문의로서 입원전담전문의 병동에서 전담으로 근무하는 의사를 의미하며, 전담전문의를 운영형태에 따라 배치하여 입원전담전문의 병동과 인접한 곳에 상주하도록 하여야 함. 나. 입원환자 전담전문의는 다음의 요건을 충족한 경우 인정함. - 다 음 - 1) 근무시간: 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 평균 40시간 이상 입원전담전문의 병동에 근무하여야 함. 2) 근무조건: 전담전문의는 미리 짜여진 근무형태에 의해 교대 근무를 할 수 있으며, 해당 병동의 입원환자를 돌보며 인접한 곳에 상주하여야 함. 근무 배치 시간 동안 타 업무 병행은 불가함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		3) 대체전문의: 전담전문의의 휴가, 출장 등의 경우 대체전문의를 두어야 하며, 대체전문의는 전담전문의의 근무조건을 준수하여야 함. 2. 입원환자 전담전문의 현황신고 및 적용방법 가. 입원환자 전담전문의 관리료를 산정하고자 하는 요양기관은 [별지 제27호 서식]에 의한 입원환자 전담전문의 관리료 산정현황 통보서를 건강보험심사평가원에 매분기말 16일에서 20일까지 제출하여야 함. 나. 전담전문의가 운영형태 별 배치기준에 충족하지 않은 경우 및 현황신고서 상 전담전문의 인력현황을 미제출한 경우에는 입원환자 전담전문의 관리료를 산정할 수 없으며, 변경사항 발생 시 즉시 건강보험심사평가원에 제출하여야 함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)

제 2 장

검 사 료

제2장 검사료

항 목	제 목	세부인정사항
일반사항	필름 현상료 및 인화료 산정여부	내시경 및 안저촬영시 사용되는 필름은 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제1부 제2장 검사료 [산정지침] (3)-(다),(라)에 의거 산정할 수 있으며 필름 종류에 따라 흑백 또는 칼라 사진의 경우에는 현상료 및 인화료를 산정하고 슬라이드 경우에는 현상료만 산정하되, 포라로이드의 경우에는 현상료 및 인화료 모두 산정하지 아니함. (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
	Reflotron (Dry chemistry Analyzer)장비를 이용한 혈액화학 검사의 수가 산정방법	상대가치점수는 요양급여에 소요되는 업무의 양과 인력, 시설, 장비 등 자원의 양, 위험도가 포함되어 있으므로 요양기관이 새로운 장비(Reflotron)를 도입하여 혈액화학검사 등을 실시하였더라도 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제2장 검사료 분류항목의 소정점수를 산정하여야 함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
	선천성대사이상 질환에 실시하는 검사의 급여여부	선천성대사이상증 원인을 알기 위하여 Set화 되어있는 수종의 검사를 일률적으로 실시함은 과잉진료에 해당될 뿐만 아니라 건강보험 요양급여 기준에 적합하지 아니하나, 동 검사 Set 중에 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수에 고시되어 있는 항목의 검사를 선별적으로 실시한 경우에는 급여함. (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
	산전진찰 목적으로 시행하는 검사의 급여기준	「산전진찰」이란 임신부 및 태아의 건강을 평가하여 위험임신을 선별하는 등의 산전관리를 의미하는 것으로, 산전진찰 목적으로 시행하는 검사의 급여기준은 다음과 같이 함

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		- 다 음 - 가. 요양급여대상 검사 1) 혈액학검사 2) 요검사 3) 혈액형검사 4) 매독반응검사(매독혈청검사) 5) HBsAg(B형간염 표면항원검사) 6) 모체혈청 선별검사 중 Triple Test 또는 Quad Test(α-FP, Estriol, β-HCG, inhibin-A) 7) 풍진검사(IgG, IgM) 8) 에이즈검사 9) 비자극검사 가) 임신24주 이상 자궁수축이 없는 임부에게 임신기간 중에 입원, 외래 불문하고 1회만 인정하며, 다태임신의 경우에도 1회만 산정함 다만, 35세 이상 임부에 한하여 1회를 추가로 인정함 나) 위 가)의 인정횟수를 초과하여 시행한 경우에는 전액 본인부담토록 함 10) 50g 경구 포도당부하검사 임신 24~28주 사이에 1회만 인정하고, 해당 수기료는 누302나 당검사[화학반응-장비측정](정량)으로 산정하며, 부하검사 시 사용된 약제는 별도 인정함 11) 초음파검사 "초음파 검사의 급여기준"에 따름 12) 일반세포검사-자궁질세포병리검사 나. 비급여대상검사 1) 유전학적 양수검사 2) 모체 혈청 선별검사 중 PAPP-A, free-β-HCG 3) 위 1),2) 이외 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2] 비급여대상 제3호가목에 의한 건강검진의 범주에 속하는 검사항목 (고시 제2018-135호, '18.7.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	내시경검사시 고혈압환자에게 원내투약 인정여부	의약분업 대상 의약품 중 검사를 위하여 필요하거나 수술 및 처치에 사용되는 의약품은 의약분업 예외 대상이므로, 내시경 검사시 고혈압환자의 경우 고혈압의 빠른 정상화로 인한 환자 안정성 확보와 검사의 신속한 진행을 위하여 고혈압치료제를 의료기관에서 직접 투여할 수 있으며, 이 때 환자의 혈압상태나 기왕력 그리고 치료 진행여부 등을 진료기록부에 명확히 기록하고 필요시 확인이 가능하여야 함. (고시 제2003-65호, '03.12.1. 시행)
	임신부에게 실시하는 100g 경구포도당부하검사의 급여기준	임신부에게 실시하는 100g 경구 포도당부하검사는 임신으로 인한 생리적 변화에 의해 발생하는 임신성 당뇨병을 진단하는 검사방법으로 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 적용대상 50g 경구 포도당부하검사 결과 140㎎/dl(임신성 당뇨병의 고위험군은 130㎎/dl) 이상인 경우에 인정함. ※ 임신성 당뇨병의 고위험군 : 소변검사상 당 검출, 4kg 이상의 거대아 분만력, 선천성 기형아 출산력, 당뇨의 가족력, 원인불명의 자궁내 태아 사망의 분만력, 비만, 양수과다증, 임신주수에 비해 거대아인 경우, 임신성 당뇨병의 과거력 등 나. 수가산정방법 1) Glucose 측정 시 수기료는 누302나 당검사 [화학반응-장비측정](정량)으로 산정하고, 부하검사 시 사용된 약제는 별도 인정함. 2) 위 1) 이외에 '나693나 경구 포도당부하 검사' 또는 '나737 임신성 100g 경구 포도당부하검사 관리료'를 별도 산정하는 경우 세부적인 기준은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제2장 제3절 [내분비 기능 검사] '주1·2' 또는 「임신성 100g 경구 포도당부하검사 관리료 급여기준」에 따름. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	검체검사 질 가산율 산출 및 적용기준	검체검사 질 관리를 위하여 다음과 같은 진단검사, 병리검사, 핵의학검사 분야별 평가 및 인증 결과에 따라 요양기관별 검체검사 질 가산율을 산출하며, 해당기관은 직접 또는 수탁받아 실시한 제2장 제1절 검체 검사료 및 제2절 병리 검사료 분류항목의 소정점수에 산출된 가산율을 적용하여 산정함. 다만, 다음의 1~3에도 불구하고 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 (부록) 검체검사 위탁에 관한 기준 제9조제4항에 따라 검체검사 질 가산율 등이 변경 통보된 경우에는 이를 우선 적용함 - 다 음 - 1. 산출기준 가. 진단검사분야 1) 등급별 가산율 숙련도 영역, 우수검사실 영역, 전문인력 영역별 평가 점수를 합산한 총 점수에 따라 등급을 산출하며, 등급별 가산율은 다음과 같이 한다. 다만 상근하는 진단검사의학과 전문의가 없는 기관의 상근의사가 대한의사협회에서 실시하는 검체검사 질가산 관련 교육(이하, "검체검사 질가산 교육")을 받은 교육이수기관은 숙련도 및 전문인력 영역의 합산 점수로 등급을 산출한다. 가) 일반기관, 전문수탁기관, 교육이수기관(의원급 제외) (1) 1등급(90점 이상): 소정점수의 4% 가산 (2) 2등급(80점 이상~89점 이하): 소정점수의 3% 가산 (3) 3등급(60점 이상~79점 이하): 소정점수의 2% 가산 (4) 4등급(20점 이상~59점 이하): 소정점수의 1% 가산 (5) 5등급(20점 미만): 가산 없음 나) 의원급(의원, 치과의원) 교육이수기관 (1) 1등급(80점 이상): 소정점수의 4% 가산 (2) 2등급(60점 이상~79점 이하): 소정점수의 3% 가산

항 목	제 목	세부인정사항
		(3) 3등급(40점 이상 ~ 59점 이하): 소정점수의 2% 가산 (4) 4등급(20점 이상 ~ 39점 이하): 소정점수의 1% 가산 (5) 5등급(20점 미만): 가산 없음 2) 평가영역 및 평가점수 가) 숙련도 영역 대한진단검사의학회에서 위탁한 대한임상검사정도관리협회에서 시행한 숙련도 영역은 전전전분기 평가결과를 적용하고 이에 따른 점수는 다음과 같이 한다. 단, 해당기관에서 시행하는 숙련도 평가 대상 검사종목이 숙련도 영역 평가에 일정 기준 이상 참여하지 않은 경우 미참여 기관으로 평가한다. (1) 회신율 80% 이상이면서 정답률 80%이상 기관: 25점 (2) 회신율 80% 이상이면서 정답률 80%미만 기관: 15점 (3) 회신율 80% 미만 또는 미참여 기관: 0점 나) 우수검사실 영역 대한진단검사의학회에서 위탁한 진단검사의학재단에서 시행한 우수검사실 영역은 전전전분기 평가결과를 적용하고 이에 따른 점수는 다음과 같이 한다. (1) 모든 해당 수검분야에서 90점 이상 기관: 35점 (2) 모든 해당 수검분야에서 80점 이상: 25점 (3) 모든 해당 수검분야에서 70점 이상: 15점 (4) 위 등급 미해당 또는 미참여 기관: 0점 다) 전문인력 영역 (1) 일반기관(전문수탁기관 및 교육이수기관 이외 기관) 전전전분기에 직접 또는 수탁 받아 실시한 검체검사 소정 상대 가치점수 총합의 5% 대비 전전전분기 상근하는 진단검사의학과 전문의 수에 따른 점수는 다음과 같이 한다. (가) 50만점:1 이하: 40점 (나) 50만점:1 초과 ~ 75만점:1 이하: 25점

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(다) 75만점:1 초과 ~ 100만점:1 이하: 10점 (라) 100만점:1 초과 또는 상근 전문의 없음: 0점 (2) 전문수탁기관 대한진단검사의학회에서 제출한 전문수탁기관(의원급)에서 전전전분기에 실시한 검체검사 소정 상대가치점수 총합의 5% 대비 전전전분기 상근하는 진단검사의학과 전문의 수에 따른 점수는 다음과 같이 한다. (가) 75만점:1 이하: 40점 (나) 75만점:1 초과 ~ 112만5천점:1 이하: 25점 (다) 112만5천점:1 초과 ~ 150만점:1 이하: 10점 (라) 150만점:1 초과 또는 상근 전문의 없음: 0점 (3) 교육이수기관 교육이수기관에서 전전전분기에 실시한 검체검사 소정 상대가치점수 총합의 5% 대비 전전전분기 검체검사 질 가산 교육 이수의사 수 평가결과에 따른 점수는 다음과 같이 한다. (가) 25만점:1 이하: 40점 (나) 25만점:1 초과 ~ 37만5천점:1 이하: 25점 (다) 37만5천점:1 초과 ~ 50만점:1 이하: 10점 (라) 50만점:1 초과: 0점 (4) 전문인력 수 산출 기준 (가) 진단검사의학과 전문의 수는 전전전분기 상근하는 진단검사의학과 전문의(복수자격 포함) 재직일수 합 대비 해당기간일수로 산출한다. (나) 교육이수의사 수는 전전전분기 검체검사 질가산 관련 교육이수 후 재직일수 합 대비 해당기간일수로 산출하며, 기관별 1인에 한하여 적용한다. (다) 진단검사의학과 전문의 수 및 교육이수의사 수 산출 시 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 부재기간은 재직일수에서 제외하며,

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		해당기관이 휴업한 경우 휴업기간은 해당 기간일수에서 제외한다. 나. 병리검사분야는 병리과 전문의가 상근하는 기관 중 전전전분기 대한병리학회 인증을 받은 기관에서 검사한 경우 소정점수의 4%를 가산한다. 다. 핵의학검사분야는 전전전분기 대한핵의학회 인증을 받은 기관에서 핵의학적 방법으로 검사한 경우 소정점수의 4%를 가산한다. 라. 다만, 2018년 2분기와 3분기에 한해 인증내역 및 의사수는 전전분기 실적을 적용한다. ※ 1. 인증내역: 진단검사분야의 숙련도 및 우수검사실, 병리검사분야, 핵의학검사분야 2. 의사수: 진단검사분야의 상근하는 진단검사의학과 전문의 및 교육이수의사 수 2. 인증내역 제출 및 가산율 확인 가. 인증내역 제출 대한진단검사의학회(숙련도영역, 우수검사실영역), 대한핵의학회, 대한병리학회는 별지 제11호 서식에 의한 인증내역을 매분기 마지막 월 1일에서 10일까지 건강보험심사평가원에 제출 하여야 한다. 다만 인증내역에 대한 변경사항이 발생한 경우 변경 내역을 즉시 제출한다. ※ 적용분기가 2018년 2분기와 3분기인 경우에는 대상기간을 각각 '2017년4분기', '2018년1분기'로 하여 제출한다. 나. 기관별 가산율 확인 및 적용 1) 검체검사 질 가산을 산정하고자 하는 기관은 매 분기 마지막 월 16일부터 20일까지(이하 '가산율 확인 기간') 해당기관의 가산율을 확인하여 다음 분기에 적용한다. 2) 기관현황(인력 및 교육이수 등)이 변경 되는 경우 즉시 변경 사항을 신고하여야 하며, 가산율 확인 기간 중 인력 및 인증내역의 변경이 필요한

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		경우 동 기간동안 정정하여 최종 확인된 가산율을 적용한다. 다만 부득이한 사유가 인정되는 경우 확인된 현황을 적용한다. 3) 검체검사를 실시하였으나 상대가치점수 내역이 미반영 된 기관에서 등급을 산출 받고자 하는 경우 별지 제13호 서식에 의한 검체검사 실시 내역을 제출하여야 하며, 제출한 내역을 근거로 산출된 최종 등급의 가산율을 확인 후 적용한다. 4) 검체검사를 위탁하는 경우, 위탁기관은 수탁기관의 검사 분야별 가산율을 확인 후 해당 가산율이 적용된 수가를 산정한다. 3. 기타 가. 2017년 7월 1일부터 12월 31일까지 기관별 가산율은 별지 제11호 서식에 의한 신고절차 없이 전년도(2016년) 기준 (상대가치점수, 의사수, 인증내역)으로 산출하며, 다만 상근하는 진단검사의학과 전문의가 없는 기관에 한하여 교육의사수 1인을 적용하여 산출한다. 나. '가'에 해당하는 진단검사분야의 전문인력영역(직접 또는 수탁 받아 실시한 검체검사 소정 상대가치점수 총합의 5% 대비 상근하는 진단검사의학과 전문의 수 또는 교육의사 수)에 따른 점수는 다음과 같이 한다. 1) 일반기관 가) 200만점:1 이하: 40점 나) 200만점:1 초과 ~ 300만점:1 이하: 25점 다) 300만점:1 초과 ~ 400만점:1 이하: 10점 라) 400만점:1 초과 또는 상근 전문의 없음: 0점 2) 전문수탁기관 가) 300만점:1 이하: 40점 나) 300만점:1 초과 ~ 450만점:1 이하: 25점 다) 450만점:1 초과 ~ 600만점:1 이하: 10점

항 목	제 목	세부인정사항
		라) 600만점:1 초과 또는 상근 전문의 없음: 0점 3) 교육이수기관 가) 100만점:1 이하: 40점 나) 100만점:1 초과 ~ 150만점:1 이하: 25점 다) 150만점:1 초과 ~ 200만점:1 이하: 10점 라) 200만점:1 초과: 0점 다. 검체검사 질 가산 교육(신규 5시간 또는 보수교육 2시간)의 유효기간은 교육일로부터 1년으로 한다. 다만 2017년 7월부터 11월까지 교육을 이수한 경우에 한하여 교육유효기간 시작일을 2017년 7월 1일로 적용하되, 종료일은 실제 교육 시작일로부터 1년으로 한다. 라. 2017년 4분기, 2018년 1분기 신규개설한 요양기관에 한해 각각 2018년 2분기, 3분기에 진단검사분야 전문인력 영역 점수를 40점으로 적용한다. 단, 개설한 분기에 상근하는 진단검사의학과 전문의나 교육 이수의사가 있는 기관에 한한다. (고시 제2021-308호, '21.12.13. 시행)
	동일 검체로 동일 분석물질을 확인하기 위해 다른 방법의 검사를 동시에 실시한 경우 급여기준	1. 동일 검체로 동일 분석물질*을 확인하기 위해 서로 다른 방법의 검사를 동시에 실시(예: ①정성검사, 정량검사,반정량검사 동시 실시②일반면역검사, 정밀면역검사 동시 실시③정밀면역검사,정밀면역검사-핵의학적방법 동시 실시 등) 한 경우 1종만 요양급여를 인정함. 2. 상기 1. 에도 불구하고 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 세부인정사항을 별도로 정한 항목은 해당 고시에서 정한 기준을 따름. * 분석물질: 검사행위를 통해 분석하고자 하는 물질로 혈색소, 혈당, 항원, 항체, 바이러스, 세균, 진균, Rheumatoid factor 등 (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	Prostate Health Index의 수가 산정방법	전립선특이항원 검사결과 전립선암이 의심되는 환자에서 전립선암 선별을 위한 추가 진단을 위해 실시하는 Prostate health index(PHI)는 p2PSA, 전립선특이항원(PSA), 유리 전립선특이항원(Free PSA) 각각의 정량 값을 구한 후 계산에 의해 산출되므로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 해당 분류항목만 각각 산정함. (고시 제2021-183호, '21.7.1. 시행)
누000나 일반혈액검사(CBC)-[혈구세포-장비측정]	적혈구 분포계수 및 혈소판 분포계수의 적응증	누000나 일반혈액검사(CBC)-[혈구세포-장비측정]-적혈구 분포계수는 빈혈의 감별진단에 실시하고, 누000나 일반혈액검사(CBC)-[혈구세포-장비측정]-혈소판 분포계수는 혈소판질환 등 혈액질환의 감별진단에 실시하는 검사로 동 검사의 적응증이 아닌 질환에 기존 CBC항목에 추가하여 일률적으로 Set화하여 산정할 수는 없음. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
누000다(2) 일반혈액검사(CBC)-혈색소-화학반응-장비측정(간이검사)	혈색소-화학반응-장비측정(간이검사)의 급여기준	누000다(2) 일반혈액검사(CBC)-혈색소-화학반응-장비측정(간이검사)는 빈혈이 의심되어 선별목적으로 검사를 실시한 경우 요양급여를 1회 인정하되, 누000다(1) 일반혈액검사(CBC)-혈색소-화학반응-육안검사와 같은 날 중복 산정은 인정하지 아니함. (고시 제2023-60호, '23.4.1. 시행)
누001 백혈구백분율(혈액)	Buffy coat smear검사의 급여기준	Buffy coat smear검사(누001나)는 말초혈액에서 WBC Differential Count가 안되는 심한 Leukopenia에 시행하는 검사로 WBC 1,000 /μL이하인 경우 인정함. 다만, 관해중인 백혈병 환자에서 통상적인 백혈구 백분율에서

항 목	제 목	세부인정사항
		관찰하는 백혈구 수(100/μL) 보다 다수의 백혈구(500/μL)를 관찰하고자 할 때는 WBC 1,000/μL 이상에서도 인정함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
누012 MMP-9 (편측) [일반면역검사] -간이검사	MMP-9(편측) [일반면역검사]- 간이검사의 급여기준	MMP-9(편측)[일반면역검사]-간이검사는 건성안의 진단 시 보조적으로 시행하는 검사로, 건성안의 임상적 증상을 보이나, 다른 안질환을 보이지 않는 환자에 한하여 진단 시 1회 및 경과관찰 시 1회 인정함. (고시 제2020-152호, '20.8.1. 시행)
누013 분변 칼프로텍틴 검사	누013 분변 칼프로텍틴 검사의 급여기준	누013 분변 칼프로텍틴 검사는 염증성 장질환과 비염증성 장질환의 감별진단 또는 염증성 장질환 환자에서의 질병 활성도 평가 목적으로 실시하는 경우에 요양급여를 인정함. 단, 감별 진단 시 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 급여대상: 4주 이상의 만성설사 또는 복통, 혈변 등 하부 위장관 증상이 있는 염증성 장질환 의심환자 나. 인정횟수: 정성 또는 정량검사 1회 (고시 제2021-20호, '21.2.1. 시행)
누031 분변	누031라. 분변-분변잠혈의 급여기준	누031라(1) 분변-분변잠혈-[화학반응-육안검사], 누031라(2) 분변-분변잠혈-[일반면역검사], 누031라(3) 분변-분변잠혈-[정밀면역검사](정량), 누031라(4) 분변-분변잠혈-[정밀면역검사](정성)-간이검사는 동일목적의 검사이므로 중복 산정은 인정하지 아니함. (고시 제2020-110호, '20.6.1. 시행)
누014 프로칼시토닌	프로칼시토닌 검사의 급여기준	누014가(1) 프로칼시토닌-[일반면역검사]-반정량, 누014가(2) 프로칼시토닌-[일반면역검사]-정량, 누014나. 프로칼시토닌-[정밀면역검사(정량)],

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		누014다. 프로칼시토닌-[정밀면역검사(정량)]-간이검사는 동일 목적의 검사로 같은 날 중복 산정은 인정하지 아니함 (고시 제2020-194호, '20.9.1. 시행)
누032 체액	양수 Scanning 검사의 준용 항목	태아의 용혈성 빈혈을 판단하기 위해 실시하는 양수 Scanning검사는 누032사 체액-체액일반검사(뇌척수액, 복수, 늑막액, 관절액 등)(색조, 비중, 세포수, 세포감별계산, 산도)에 준용 산정함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
	누032차 체액-결막압흔세포 검사의 수가 산정방법	누032차 체액-결막압흔세포검사는 표본 제작시 동일 용기에서 동시에 염색을 실시하므로 염색대상 표본수에 불문하고 누032차 소정점수를 산정함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
	알레르기성 질환에 실시하는 Nasal 및 Sputum Smear의 수가 산정방법	알레르기성 질환에 실시하는 Nasal 및 Sputum Smear는 누032바 체액-백혈구백분율(혈액 외)로 준용 산정함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
	Nasal Mucosa로 동시에 실시한 Wright Stain과 Hansel Stain의 수가 산정방법	Nasal Mucosa로 실시한 Wright Stain과 Hansel Stain검사는 누032바 체액-백혈구백분율(혈액 외)의 소정점수로 준용하여 산정하며 두 검사 모두 Eosinophil 및 Granulocyte를 보기 위한 검사이므로 동시에 실시한 경우에는 1종만 산정함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
누041 혈액가스 분석 검사	누041 혈액가스분석 검사 (Blood Gas Study)	1. 누041 혈액가스분석 검사는 동맥혈로 실시한 경우에 요양급여를 인정함 2. 상기 '1'항에도 불구하고 정맥혈 또는 모세혈로 실시한 경우 다음과 같이 요양급여를 인정함 - 다 음 -

항 목	제 목	세부인정사항
		가. 만6세 미만 소아에서 동맥혈채취가 곤란한 경우 나. 상기 '가'항 이외 동맥혈 채취가 어려운 환자는 그 사유 및 검사결과에 대한 해석을 진료기록부에 기재한 경우 (고시 제2019-234호, '19.11.1. 시행)
누050 혈구성숙도	누050 혈구성숙도- 망상적혈구수 검사의 급여기준	1. 누050 혈구성숙도-망상적혈구수 검사는 빈혈, 용혈성 질환 등에 인정함. 2. 누050가(01)혈구성숙도-[관찰판정-현미경]-망상적혈구수(도말법)와 누050나(01) 혈구성숙도-[혈구세포-장비측정]-망상적혈구수(유세포분석법) 검사 동시 실시 시 1종목만 요양급여를 인정함. (고시 제2021-266호, '21.11.1. 시행)
누051 혈구형태 (말초혈액도말) [관찰판정- 현미경]	Giemsa Stain의 수가 산정방법	Giemsa Stain은 누051 혈구형태(말초혈액도말)[관찰판정-현미경]검사의 소정점수로 준용하여 산정함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
누052 철대사검사	누052 철대사검사의 급여기준	1. 누052나(01) 철대사검사[정밀면역검사]-훼리틴과 누052나(주) 철대사검사[정밀면역검사-핵의학적방법]-훼리틴은 철결핍 또는 철축적 질환의 진단 및 추적관찰 목적으로 실시한 경우 다음과 같이 요양급여 함. - 다 음 - 가. 대상 1) 빈혈이나 대식세포증후군 (macrophage activation syndrome) 등을 포함한 혈액질환

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		2) 성인형스틸병(adult onset Still's disease) 3) 혈색소증(Hemochromatosis) 등 철 축적이 있는 유전질환 나. 산정방법 정밀면역검사와 정밀면역검사-핵의학적 방법을 동시 실시 하더라도 1종목만 인정함 2. 누052다(01) 철대사검사[정밀면역검사-간이검사]는 상기 1.가.에 해당되는 경우에 선별 및 추적 관찰을 위해 실시하는 경우에만 인정함. 다만, 추적 관찰 목적으로 실시하는 경우에는 상기 1.과 동시 실시하더라도 1종목만 인정함. (고시 제2021-266호, '21.11.1. 시행)
누081 세포표지검사	림프구정량검사의 준용 항목	Monoclonal Antibody를 이용한 림프구정량검사는 누081 세포표지검사에 준용 산정함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
	누081 세포표지검사(Cell Marker Study)의 급여기준	세포표지검사를 다음의 질환에 시행하는 경우 인정횟수는 초기 진단 시 18종 이내, 치료효과 판정을 위한 추적관찰검사 시 5종 이내(다만, 급성 림프구성 백혈병은 8종 이내)로 급여함. - 다 음 - 가. 급성 백혈병 나. 만성 골수성 백혈병의 모세포기(blastic crisis) 다. 비호지킨림프종(골수검체) 1) 골수 이외의 부위(장기, 조직 등)에 병변이 없으나, 골수 침범이 의심되는 경우 2) 골수 이외의 부위에 병변이 의심되나, 조직검사가 불가능한 경우 (고시 제2019-255호, '20.1.1. 시행)
	신이식후 시행한 누081	1. 신이식수술 후 시행한 누081 세포표지검사는 T3, T4, T8, B-cell, NK-cell 5종을 인정하며,

항 목	제 목	세부인정사항
	세포표지검사의 급여기준	실시횟수의 경우 초기 2주 이내는 2회/주, 그 이후 3개월까지는 1회/주 요양급여를 인정함. 2. 상기 1.의 횟수 또는 기간을 초과하여 시행하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함. (고시 제2019-255호, '20.1.1. 시행)
누085 조혈모세포	CD34 양성세포검사의 급여기준	1. 누085나 조혈모세포-[유세포분석]-조혈모세포(CD34 양성세포)수 측정 검사는 조혈모세포이식표지자용으로 2종이상의 단세포군항체를 이용하여 검사를 실시한 경우에 산정하며 1종의 단세포군항체를 이용하여 검사를 실시한 경우에는 누081 세포표지검사의 소정점수를 산정함 2. 또한, Count bead 방법을 이용하여 검사를 실시한 경우에는 각 소정점수의 50%를 가산함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
누100 응고기능 기본검사	응고기능기본검사-활성화응고시간(간이검사)의 급여기준	1. 누100하 응고기능기본검사-활성화응고시간(간이검사)는 과량의 헤파린을 사용하는 수술(심장수술, 이식수술 등) 중 헤파린의 적정 투여량을 결정 및 평가하기 위해 실시한 경우 요양급여를 인정함 2. 상기 1. 이외 헤파린 사용 환자에게 헤파린의 적정 투여량 결정 및 평가를 목적으로 시행하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2018-193호, '18.10.1. 시행)
	응고기능기본검사-활성화부분트롬보플라스틴시간(간이검사)의 급여기준	누100거. 응고기능기본검사-활성화부분트롬보플라스틴시간(간이검사)는 심부정맥혈전증 등의 상병으로 비경구 헤파린 투여(Heparinization)시 추적관찰을 위해 시행하는 경우, 헤파린 투여 후 6시간 간격으로 실시하므로 1일 4회 이내 인정하며, 누100라. 응고기능기본검사-활성화부분트롬보플라스틴시간과 동일 목적의 검사이므로

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		같은 날 중복 산정은 인정하지 아니함. (고시 제2020-194호, '20.9.1. 시행)
누133 ADAMTS-13 활성도 검사	누133 ADAMTS-13 활성도 검사의 급여기준	누133 ADAMTS-13 활성도 검사는 임상적 소견을 통해 혈전성 혈소판감소성 자반증 또는 용혈성 요독증후군으로 진단된 환자를 대상으로 다음의 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 혈장교환술 시행 여부 결정을 위한 경우 2) 비정형 용혈성 요독증후군의 치료약제 투여 결정을 위한 경우 나. 급여횟수: 1회 단, 혈전성 혈소판감소성 자반증으로 상기 가. 1)에 해당하여 혈장교환술을 시행한 경우 첫 1개월 동안은 매주 1회 인정. 이후 1년 동안은 매 3개월마다 1회에 한하여 추가 인정함. (고시 제2020-110호, '20.6.1. 시행)
누107 D-dimer	누107 D-dimer 검사의 급여기준	누107 D-dimer 검사는 파종성혈관내응고(Disseminated Intravascular Coagulation) 및 심부정맥혈전증(Deep Vein Thrombosis), 폐색전증(Pulmonary Embolism) 등 혈전 관련 질환의 진단 및 추적관찰 목적으로 실시한 경우 인정하되, 일반면역검사(누107가 D-dimer-일반면역검사(정성), 누107나 D-dimer-일반면역검사(반정량(역가)))와 정밀면역검사(누107다 D-dimer-정밀면역검사(정량), 누107라 D-dimer-정밀면역검사(정량)-간이검사)를 동시 실시 시 1종목만 요양급여를 인정함. 다만, 누107라 D-dimer-정밀면역검사(정량)-간이검사는 상기 질환이 의심되는 응급 상황에서 실시하는 경우 1회에 한하여 인정하며, 검사결과에 따라 필요시 누107다-정밀면역검사(정량) 검사를 같은 날 시행하는 경우에도 인정함. (고시 제2021-102호, '21.4.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
누150 ABO혈액형 [일반면역검사] 누151 Rh-Hr 혈액형 검사 [일반면역검사]	ABO 및 Rh 혈액형 검사의 급여기준	ABO 및 Rh 혈액형검사는 안전수혈을 도모하기 위해 1일 1회 인정함. (고시 제2018-5호, '18.1.11. 시행)
	수혈용 혈액에 실시한 ABO·Rh 혈액형검사 인정여부	혈액 및 혈액 성분제제 수가에는 ABO·Rh 혈액형 검사비용이 포함되어 있으며, 수혈시 ABO혈액형 오류의 검출 등을 위해 매 수혈용 혈액마다 교차시험료가 별도로 인정되고 있으므로 수혈용 혈액에 대한 ABO·Rh 혈액형검사비용은 별도 산정할 수 없음. (고시 제2018-5호, '18.1.11. 시행)
	누150 ABO 혈액형[일반면역검사] 산정기준	1. 누150 ABO 혈액형[일반면역검사]는 '주'항에 따라 혈구형검사와 혈청형검사를 모두 시행한 경우 산정함. 2. 다만, 생후 4개월 미만인 소아의 경우 연령 특성 상 ABO 항체가 생성되지 않아 혈구형검사만 시행한 경우에도 산정 가능함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	성분채혈에 의한 수혈시 검사료 및 주사료 산정방법	1. 혈액성분채집술에 의한 혈액성분을 채혈하는 비용에는 공혈적합성 여부를 판정하기 위한 진단 비용 즉, 혈색소, 혈액형, 매독, 간기능, AIDS 및 간염(C형간염포함) 등의 검사료가 포함된 포괄수가임. 2. 동일 공혈자의 혈액성분제제를 동일 수혈자에게 여러 번 수혈하는 경우에도 ABO 및 Rh 혈액형 검사는 1일 1회, 교차시험은 매 Unit 마다 산정할 수 있음. 3. 수혈자에 대한 혈액성분 주사료는 마5 정맥내 점적주사 소정점수를 산정할 수 있음. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
	혈액형 [일반면역검사] -자동화법의 급여기준	혈액형[일반면역검사]-자동화법은 항원-항체 반응의 검사과정, 반응 결과의 판정, 결과 전송의 과정이 모두 자동화 장비에 의하여 수행되는 경우 인정함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
누151 Rh-Hr 혈액형검사 [일반면역검사]	Rh-Hr 혈액형검사의 급여기준	누151 Rh-Hr 혈액형검사[일반면역검사](D,C,c,E,e 등 포함)의 환자 및 수혈 혈액에 대한 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. Rh 음성인 환자 나. 신생아 용혈성 빈혈 다. Rh-Hr계열의 비예기항체(anti-D, anti-C, anti-E, anti-c, anti-e)가 동정되었거나 의심되는 환자 (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
누151-1 Rh-Hr 유전자형 검사	RhD 유전자형 검사의 급여기준	누151-1가 RhD 유전자형검사[핵산증폭]은 혈청학적 검사로 RhD 음성이 확인된 환자 중 RhD 유전자 변이형이 의심되는 경우 실시하며, 동 검사에서 유전자 증폭이 확인된 경우에 한하여 누151-1나 RhD 유전자형검사[염기서열검사]를 인정함. (고시 제2018-135호, '18.7.1. 시행)
누152 기타 혈액형검사 (혈액형별 각각 산정) [일반면역검사]	누152 기타 혈액형검사 (혈액형별 각각 산정) [일반면역검사]의 급여기준	비예기항체에 양성인 환자 및 동 환자에게 수혈할 혈액에 대하여 해당 항체에 대한 항원검사로 실시한 누152 기타 혈액형검사(혈액형별 각각 산정)[일반면역검사]는 인정함. (고시 제2019-255호, '20.1.1. 시행)
누155 교차시험 (단위당) [일반면역검사]	수혈시 실시한 누155 교차시험(단위당) [일반면역검사]의 급여기준	수혈시 교차시험은 매 pint당 실시하게 되므로 수혈을 한 경우는 매 pint당 누155 교차시험(단위당)[일반면역검사]의 소정점수를 산정할 수 있으나, 수혈하기 위하여 준비하는 과정에서 실시한 교차시험은 실제 수혈하지 않은 경우에는 산정할 수 없음. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
누156 비예기항체 검사 [일반면역검사]	누156가 비예기항체검사 [일반면역검사] -선별의 급여기준	누156가 비예기항체검사[일반면역검사]-선별은 수혈이나 임신을 통하여 생성될 수 있는 비예기항체(또는 불규칙 항체)를 확인하는 검사로 급여기준은 다음과 같이 함.

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>- 다 음 -
가. 수혈이 예상되는 환자에게 1회 인정
나. 수혈이 계속되는 환자에게 3일마다 1회 인정
다. 지연성 용혈성 수혈반응이 의심되는 환자
(고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)</td></tr>
<tr><td>누182
직접
빌리루빈 외</td><td>직접빌리루빈 외
검사의 급여기준</td><td>다음과 같이 동일 분류번호 내 코드는 동일 목적의 검사이므로 같은 날 중복 산정은 인정하지 아니함
- 다 음 -
<table>
<tr><th>분류번호</th><th>분류</th><th>코드</th></tr>
<tr><td>누182</td><td>직접빌리루빈</td><td>D1820, D1821</td></tr>
<tr><td>누183</td><td>총빌리루빈</td><td>D1830, D1831</td></tr>
<tr><td>누184</td><td>총단백</td><td>D1840, D1841</td></tr>
<tr><td>누185</td><td>ALT(SGPT)</td><td>D1850, D1851</td></tr>
<tr><td>누186</td><td>AST(SGOT)</td><td>D1860, D1861</td></tr>
<tr><td>누187</td><td>알칼리포스파타제</td><td>D1870, D1871</td></tr>
<tr><td>누188</td><td>알부민</td><td>D1880, D1881</td></tr>
<tr><td>누189</td><td>γ-GTP</td><td>D1890, D1891</td></tr>
<tr><td>누231</td><td>요산</td><td>D2310, D2311</td></tr>
</table>
(고시 제2018-193호, '18.10.1. 시행)</td></tr>
<tr><td>누225
요 일반검사
[화학반응-
육안검사/
화학반응-
장비측정]</td><td>자동분석기로
요 일반검사 실시 시
수가 적용방법</td><td>요검사 자동분석기인 Urotron을 사용하여 요 일반검사를 실시하더라도 실시 종목수에 따라 누225 요 일반검사[화학반응-육안검사/화학반응-장비측정]에 의한 검사료를 적용하여야 하므로 누225다 요 일반검사[화학반응-육안검사/화학반응-장비측정]-10종까지 중 Occult Blood 대신 RBC를 대체하여 자동분석기로 검사하였다 하더라도 누225다 요 일반검사[화학반응-육안검사/화학반응-장비측정]-10종까지의 소정점수를 적용함.
(고시 제2018-101호, '18.6.1. 시행)</td></tr>
<tr><td>누226
N-아세틸
글루코사미</td><td>누226
N-아세틸
글루코사미니다제,</td><td>누226 N-아세틸글루코사미니다제[화학반응-장비측정], 누234가 호중구 젤라티나제 관련 리포칼린[정밀면역검사-간이검사], 누234나 호중구 젤라티나제 관련</td></tr>
</table>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
니다제, 누234 호중구 젤라티나제 관련 리포칼린	누234 호중구 젤라티나제 관련 리포칼린 검사의 급여기준	리포칼린 검사[정밀면역검사]는 급성 신손상이 의심되어 시행한 경우에 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률 80%로 요양급여 하되, 동일 목적의 검사이므로 동시 시행 시 1종만 인정함 (고시 제2021-66호, '21.3.1. 시행)
누228 크레아티닌	크레아티닌- [화학반응-장비측정] (간이검사)의 급여기준	1. 누228나 크레아티닌-[화학반응-장비측정](간이검사)는 조영제를 사용하는 응급 CT를 시행하기 전에 실시한 경우 요양급여를 인정함. 2. 상기 1. 이외 시행하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2018-135호, '18.7.1. 시행)
누229 산포스파타제 [화학반응- 장비측정]	누229 산포스파타제 [화학반응-장비측정] 검사의 급여기준	누229 산포스파타제[화학반응-장비측정] 검사는 전립선암, 전이성 골종양(골전이된 유방암·폐암·갑상선암), 파제트병(Paget's disease), 고셔병(Gaucher's disease) 등의 진단 및 추적관찰 목적으로 실시한 경우 요양급여를 인정함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
누251 효소	CPK 검사의 급여기준	누251가 효소-[화학반응-장비측정]-CPK와 누251나 효소-[화학반응-장비측정](간이검사)-CPK는 동일 목적의 검사이므로 같은 날 중복 산정은 인정하지 아니함 (고시 제2018-193호, '18.10.1. 시행)
누260 지질 [화학반응- 장비측정]	트리글리세라이드 검사의 급여기준	1. 누260다 지질[화학반응-장비측정]-트리글리세라이드와 누260마 지질[화학반응-장비측정]-트리글리세라이드(간이검사) ('주'항 포함)는 동일 목적의 검사이므로 같은 날 중복 산정은 인정하지 아니함 2. 누260마 '주'항은 진단이나 치료 여부 결정목적이 아닌 추적관찰목적으로 시행하는 경우에 요양급여를 인정함 (고시 제2018-193호, '18.10.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
누261 콜레스테롤	총콜레스테롤 검사의 급여기준	1. 누261가(1) 콜레스테롤-총콜레스테롤-[화학반응-장비측정]과 누261가(2) 콜레스테롤-총콜레스테롤-[화학반응-장비측정](간이검사)('주'항 포함)는 동일 목적의 검사이므로 같은 날 중복 산정은 인정하지 아니함 2. 누261가(2) '주'항은 진단이나 치료 여부 결정 목적이 아닌 추적관찰목적으로 시행하는 경우에 요양급여를 인정함 (고시 제2018-193호, '18.10.1. 시행)
	HDL콜레스테롤 검사의 급여기준	1. 누261다(1) 콜레스테롤-HDL콜레스테롤-[화학반응-장비측정]과 누261다(2) 콜레스테롤-HDL콜레스테롤-[화학반응-장비측정](간이검사)('주'항 포함)는 동일 목적의 검사이므로 같은 날 중복 산정은 인정하지 아니함 2. 누261다(2) '주'항은 진단이나 치료 여부 결정 목적이 아닌 추적관찰목적으로 시행하는 경우에 요양급여를 인정함 (고시 제2018-193호, '18.10.1. 시행)
누300 미량알부민 검사	누300 미량알부민 검사의 급여기준	누300 미량알부민 검사는 다음에 해당되는 환자로서 누225 요 일반검사[화학반응-육안검사/화학반응-장비측정]에서 요단백이 검출되지 아니하여 실시한 경우에 인정함. - 다 음 - 가. 당뇨병성 신증이 의심되는 당뇨병환자 나. 심혈관계 합병 위험인자(비만, 당뇨, 고지혈증, 뇌졸중 등)가 있는 고혈압환자 (고시 제2018-105호, '18.6.1. 시행)
누301 케톤체	누301나 케톤체[화학반응-	누301나 케톤체-[화학반응-장비측정](간이검사)는 소량의 혈액으로 당뇨성 케톤산증에 시행하는 검사로 다음과

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	장비측정] (간이검사)의 급여기준	같이 요양급여함. - 다 음 - 가. 급여대상 당뇨성, 알콜성, 기아성 등 케톤산증의 진단 또는 치료효과 판정을 위해 실시한 경우로 응급실에서 시행함을 원칙으로 함. 다만, 당뇨성 케톤산증은 외래에서 시행한 경우에도 인정함. 나. 급여횟수 1) 진단 시 가) 진단 시 1회 인정함. 나) 다른 케톤체 혈액검사와 병행실시 하는 경우 (1) 「누301나 케톤체-[화학반응-장비측정](간이검사)」와 「누301가 케톤체-[화학반응-육안검사/화학반응-장비측정]」은 동일 목적의 검사이므로 병행실시 시 1종만 인정 (2) 「누301나 케톤체-[화학반응-장비측정](간이검사)」와 「누301다 케톤체-[정밀분광-질량분석]」은 동일 목적의 검사이긴 하나 '정밀분광-질량분석'이 표준화된 검사법이므로 의학적 필요성이 있는 경우에 한하여 병행실시를 인정 2) 치료효과 판정 시 진단 후 48시간까지 최대 10회 3) 상기 급여횟수를 초과하여 시행할 경우 검사 시행의 타당성에 대해 진료기록부 등 임상적 소견을 참조하여 첨부 시 추가 인정 (고시 제2018-254호, '19.1.1. 시행)
누302가 당검사 [화학반응- 장비측정]-	HemoCue Photometer를 이용한 혈당검사의 수가 산정방법	HemoCue Photometer를 이용한 혈당검사는 Glucose Dehydrogenase 효소법을 이용하여 광도계로 측정하는 것으로서, 측정원리면에서 생화학장비의 검사원리와 동일하다고는 하나, HemoCue Photometer의 측정

항 목	제 목	세부인정사항
반정량		범위가 0-400㎎/dl로 제한되어 있어 400㎎/dl이상의 고혈당 측정이 곤란하다는 점과 높은 혈당치에 오차율이 다소 높은 점 등이 있어 실제 임상에서 사용시 혈당검사의 Final Test가 아닌 Screen Test라고 볼 수 있으며, 타 자가혈당측정기와 비교하여 볼 때 특장점이 있다고 보기 어려우므로, HemoCue Photometer를 이용한 혈당검사는 누302가 당검사[화학반응-장비측정]-반정량에 적용함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
	"YSI Sidekick Glucose Analyser"를 이용한 당검사의 수가 산정방법	"YSI(Model1500) Sidekick Glucose Analyser"를 이용한 당검사는 기존의 간이혈당측정기보다 정밀하고 전혈 측정시 문제가 될 수 있는 헤마토크리트의 영향을 보정할 수 있는 장점이 있는 검사로 누302가 당검사[화학반응-장비측정]-반정량 소정점수로 산정함 (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
누303 1.5-Anhydro-D-Glucitol, 누304 프락토자민 및 누306 헤모글로빈 A1c	누303 1.5-Anhydro-D-Glucitol 및 누304 프락토자민과 누306 헤모글로빈 A1c 검사의 급여기준	누303 1.5-Anhydro-D-Glucitol [화학반응-장비측정] 및 누304 프락토자민[화학반응-장비측정]과 누306 헤모글로빈A1c 검사는 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 누303 1.5-Anhydro-D-Glucitol [화학반응-장비측정] 또는 누304 프락토자민[화학반응-장비측정]검사는 헤모글로빈A1c 검사로 정확한 혈당조절 상태를 파악하기 어려운 경우(예: 용혈성빈혈, 혈색소병증 등)에 실시 시 인정함. 나. 누306 헤모글로빈A1c 검사는 당뇨병의 진단 및 추적관찰에 시행하는 경우 1년에 6회 이내로 인정함. (고시 제2020-279호, '21.1.1. 시행)
누305 인슐린 관련 단백	C-Peptide와 인슐린 연속검사의 급여기준	췌장의 인슐린 분비능력을 평가하는 누305 인슐린 관련 단백 (1) C-peptide와 (2) 인슐린(Insulin) 연속검사의 급여기준은 다음과 같이 함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
[정밀면역검사]		- 다 음 - 가. 특별한 문제가 없는 당뇨병의 경우 자극물질의 종류와 관계없이 자극물질 투여 전 1회(기초 1회)와 투여 후 1회 실시를 원칙으로 Insulin 검사와 C-peptide 검사를 각각 2회씩 인정하고, 횟수를 초과하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함. 나. 저혈당, 인슐린내성(Insulin Resistance) 등이 있는 경우 자극물질의 종류와 관계없이 자극물질 투여 전 1회(기초 1회)와 투여 후 실시횟수대로 산정함. (고시 제2018-3호, '18.4.1. 시행)
갑상선기능검사	정신건강의학과 상병에 실시한 갑상선 기능검사의 급여기준	1. 정신건강의학과 상병에 실시한 누323가 갑상선호르몬 등-[정밀면역검사]-싸이록신(또는 유리싸이록신), 트리요도타이로닌(또는 Free T3), 누325가 갑상선자극호르몬-[정밀면역검사]-갑상선자극호르몬 검사는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 우울증, 조울증, 조현병, 치매 등의 정신건강의학과 상병에서 갑상선질환과의 감별진단 목적으로 실시한 경우 나. 갑상선비대(Thyroid Hypertrophy) 등이 발생될 수 있는 Lithium 약제를 투여한 경우 2. 다만, 누321 갑상선관련항체-항마이크로좀항체, 누324 항갑상선글로불린항체[정밀면역검사]검사는 T3, T4, TSH 검사 상 이상이 있어 시행한 경우 인정함. (고시 제2022-283호, '23.1.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	갑상선기능 검사의 급여기준	1. 갑상선 기능장애가 의심되거나, 진단 및 치료를 위해 시행하는 갑상선 기능검사는 다음 중 3종 이내에 시행하는 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 누323가 갑상선호르몬 등 (01) Free T3 나. 누323가 갑상선호르몬 등 (04) 싸이록신(Thyroxin, T4) 다. 누323가 갑상선호르몬 등 (05) 유리싸이록신(Free T4) 라. 누323가 갑상선호르몬 등 (06) 트리요도타이로닌 (Triiodothyronine, T3) 마. 누325가 갑상선자극호르몬-[정밀면역검사]-갑상선자극호르몬(Thyroid Stimulating Hormone, TSH) 2. 상기 1.에 해당하는 갑상선 기능검사 3종을 초과하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함. (고시 제2022-283호, '23.1.1. 시행)
누321 갑상선관련 항체	Anti Thyroid Microsomal Antibody검사의 준용 항목	Anti Thyroid Microsomal Antibody검사는 누321 갑상선관련항체-항마이크로좀항체검사에 준용 산정함. (고시 제2018-39호, '18.3.7. 시행)
	누321나 갑상선관련항체-[정밀면역검사] -갑상선호르몬결합글로불린검사의 급여기준	누321나 갑상선관련항체-[정밀면역검사]-갑상선호르몬결합글로불린검사는 유전성 TBG 증가 및 감소증, 임신중의 갑상선질환, 갑상선기능저하증에 실시 시 인정함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
	누321나 갑상선관련항체-[정밀면역검사]	누321나 갑상선관련항체-[정밀면역검사]-갑상선자극면역글로불린검사의 급여기준은 다음과 같이 함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	-갑상선자극면역글로불린검사의 급여기준	- 다 음 - 가. 그레이브스병, 하시모토병, 일차성 갑상선 기능저하증의 진단·치료효과 평가·예후 추적 등에 실시한 경우 인정 나. 그레이브스병 병력이 있는 임산부의 임신 3기 및 동 산모에서 태어난 신생아에게 실시 시 각각 1회 인정 다. 신생아 선별검사 결과 갑상선 기능저하증이 의심되는 신생아로서 자가면역성 갑상선질환이 있는 산모에서 태어난 경우에 실시 시 1회 인정 (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
	누321나주2 갑상선관련항체-[정밀면역검사]-갑상선자극 면역글로불린검사[생물발광법]의 급여기준	1. 누321나주2 갑상선관련항체[정밀면역검사]-갑상선자극면역글로불린검사[생물발광법]는 다음과 같은 경우에 요양급여로 인정함 - 다 음 - 가. 급여대상 1) 갑상선중독증 진단시 누325가(02) 갑상선자극호르몬-[정밀면역검사]-갑상선자극호르몬결합억제면역글로불린 또는 누-325가주(02) 갑상선자극호르몬-[정밀면역검사]-핵의학적방법-갑상선자극호르몬결합억제면역글로불린검사결과로 갑상선기능항진증 진단이 어려운 경우 2) 그레이브스병에서 갑상선기능항진증과 갑상선기능저하증 증상이 반복되거나 안병증 경과관찰, 약제 투여 중단 전 재발여부 평가를 위하여 실시한 경우 3) 그레이브스병 병력이 있는 임산부의 임신 3기 및 동 산모에서 태어난 신생아에게 실시한 경우 4) 신생아 선별검사 결과 갑상선 기능저하증이

항 목	제 목	세부인정사항
		의심되는 신생아로서 자가면역성 갑상선질환이 있는 산모에서 태어난 경우에 실시한 경우 나. 급여횟수 : 진단시 1회, 추적검사시 연1회 2. 상기 나.의 횟수를 초과하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함 (고시 제2021-291호, '21.12.1. 시행)
누323 갑상선 호르몬 등 누325 갑상선자극 호르몬	Neonatal T4, Neonatal TSH 검사의 급여기준	Neonatal T4, Neonatal TSH 검사는 신생아의 선천성 갑상선기능저하증을 조기 진단하는데 유일한 검사로 누323가 갑상선호르몬 등-[정밀면역검사]-싸이록신, 누325가 갑상선자극호르몬-[정밀면역검사]-갑상선자극호르몬 검사로 각각 준용함. (고시 제2022-283호, '23.1.1. 시행)
누323 갑상선 호르몬 등	누323나(01) 정밀면역검사(정량)-간이검사-트리요도타이로닌의 급여기준	누323나(01) 갑상선호르몬 등-정밀면역검사(정량)-간이검사-트리요도타이로닌은 갑상선기능항진증 의심증상이 있어 선별목적으로 검사를 실시하는 경우에 한하여 요양급여를 1회 인정함. (고시 제2022-283호, '23.1.1. 시행)
누325 갑상선자극 호르몬	누325나. 갑상선자극호르몬 - 정밀면역검사-간이검사의 급여기준	누325나. 갑상선자극호르몬-정밀면역검사-간이검사는 갑상선기능장애가 의심되어 선별목적으로 시행하는 경우 1회 인정함. (고시 제2021-291호, '21.12.1. 시행)
누372 베타 에이취씨지	누372 베타에이취씨지의 급여기준	누372가 베타에이취씨지-정밀면역검사(정량)과 누372나 베타에이취씨지-정밀면역검사(정량)-간이검사는 동일목적의 검사이므로 같은 날 중복 산정은 인정하지 아니함. (고시 제2020-110호, '20.6.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
누373 항뮬러관 호르몬	항뮬러관 호르몬 검사 급여기준	누373 항뮬러관호르몬(AMH, Anti-Mullerian hormone) 검사는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정하며, 그 외에는 비급여함 - 다 음 - 난임의 원인 규명 및 치료를 위하여 실시한 경우 연 1회 인정함. 다만, 난소기능의 변화가 의심되어 임신에 영향을 줄 수 있는 아래의 경우에는 연 2회 추가 인정함 1) 난소수술 전, 후 2) 항암제 및 방사선 치료 전, 후 3) 난소과자극에 대한 난소의 반응이 감소한 경우 (고시 제2019-250호, '19.12.1. 시행)
누380 소화기관 효소	총아밀라제 검사의 급여기준	누380가 소화기관 효소-[화학반응-장비측정]-총아밀라제와 누380나 소화기관 효소-[화학반응-장비측정](간이검사)-총아밀라제는 동일 목적의 검사이므로 같은 날 중복 산정은 인정하지 아니함 (고시 제2018-193호, '18.10.1. 시행)
누383 엘라스타제 [정밀면역검사]	엘라스타제 [정밀면역검사]의 급여기준	1. 엘라스타제 검사는 만성췌장염, 췌장암, 췌장 수술환자에서 췌장외분비기능장애가 의심되어 실시하는 경우 진단 시 1회 요양급여를 인정함. 2. 상기 1.의 급여대상 및 산정횟수를 초과하여 시행한 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2020-7호, '20.2.1. 시행)
누309 당화알부민 [화학반응 -장비측정]	당화알부민 검사의 급여기준	1. 당뇨병 환자에게 시행하는 누309 당화알부민 [화학반응-장비측정] 검사의 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 최근 급격한 혈당 변화가 있는 경우 - 3개월 이내 당화혈색소 변화가 1%이상인 경우

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		2) 단기간에 약물 반응평가가 필요한 경우 – 3개월 이내 측정된 당화혈색소가 9%이상인 경우 3) 식전/식후 혈당변동이 크다고 판단되는 경우 – 공복과 식후 2시간 혈당 차이가 100mg/dl 이상인 경우이거나 – 식후 혈당 값 사이의 변동폭이 50mg/dl 이상인 경우 4) 만성신질환 및 투석환자 5) 임신성당뇨병 6) 적혈구 수명이 비정상적인 혈액학적 질환 (용혈성빈혈, 이상헤모글로빈혈증 등) 7) 만성간질환 8) 혈당과 당화혈색소 수치의 상관도가 낮은 경우 9) 인슐린 주사요법을 시행하는 제1형 및 제2형 당뇨병 환자 나. 누309 당화알부민 [화학반응-장비측정] 검사는 헤모글로빈 A1c 검사로 정확한 혈당조절 상태를 파악하기 어려운 경우에 실시하며, 1년에 2회 이내로 인정함. 2. 상기 나.의 횟수를 초과하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함. (고시 제2020-120호, '20.7.1. 시행)
누401 마이오글로빈	Monoclonal Antibody를 이용한 Rapitex Myoglobin 검사의 준용 항목	심근경색증 진단을 위해 실시되는 Monoclonal Antibody를 이용한 Rapitex Myoglobin검사는 누401나 마이오글로빈-[정밀면역검사](정량)을 준용 산정함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
누401 마이오글로빈 누402	누401 마이오글로빈, 누402 트로포닌(I,	누401 마이오글로빈, 누402 트로포닌(I, T), 누404 CK-MB 검사 실시 시 급여기준은 다음과 같이 함. – 다 음 –

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
트로포닌 누404 CK-MB	T) 누404 CK-MB 검사 실시 시 급여기준	1. 심근경색이 의심되어 진단목적으로 실시한 경우 2종(CK-MB, 트로포닌)을 인정하되, 트로포닌 I와 트로포닌 T 검사 2종을 동시 실시한 경우에는 1종(I 또는 T)만 인정함. 2. 심근경색 진단 후 추적검사 목적으로 실시하는 경우에는 1종만 인정함(CK-MB 또는 트로포닌 I). 3. 1, 2와 동시에 실시한 마이오글로빈은 인정하지 아니함. (고시 제2021-229호, '21.9.1. 시행)
누405 심장표지자 -ST2	누405나 심장표지자-ST2 -정밀면역검사 (정량)의 급여기준	누405나 심장표지자-ST2 정밀면역검사(정량)은 심부전 및 급성관상동맥증후군 환자(NSTEMI, STEMI)의 예후 예측에 실시한 경우 인정함 (고시 제2019-80호, '19.5.1. 시행)
누406 심장표지자	누406 뇌성나트륨이뇨 펩타이드 (Brain Natriuretic Peptide, BNP), Pro-Brain Natriuretic Peptide 검사의 급여기준	누406 뇌성나트륨이뇨 펩타이드(Brain Natriuretic Peptide, BNP), Pro-Brain Natriuretic Peptide 검사는 다음과 같이 요양급여함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 호흡곤란 등을 호소하는 환자의 심부전 감별 진단과 예후 판정 2) 급성 심근경색증 예후 판정 3) 급성기 가와사끼병 진단 4) 폐동맥 고혈압 진단과 경과 판정 5) 심장이식 후 경과 판정 6) 수혈관련 혈액량 과부하(Transfusion-associated circulatory overload, TACO) 감별 진단 나. 다만, 상기 가.의 급여대상을 초과하여 시행하는 경우 검사 시행의 타당성에 대한 소견서 및 진료내역 등을 참조하여 인정 (고시 제2018-254호, '19.1.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
종양검사	종양검사의 급여기준	누372, 누421, 누421-1가, 누422, 누428~누432, 누434~누441, 누447 및 누448을 종양검사로 시행하는 경우 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 악성종양이 원발장기에 있는 경우 : 최대 2종 인정. 다만, 간내에서 발생한 원발성 암종의 감별이 임상적으로 어려운 경우에는 최대 4종 인정 나. 악성종양이 원발장기와 속발(전이)장기에 있거나 악성종양이 의심되는 경우 : 원발장기 2종을 포함하여 최대 3종 인정 다. 원발장기가 확인이 안 된 상태에서 암이 의심되어 실시하는 경우 : 장기별로 1종씩 인정하되, 최대 3종까지 인정. 다만, 난소암이 의심되는 경우에는 치료 전 검사 1회에 한하여 최대 5종까지 인정함 라. 종양검사 중 누437 인간부고환 단백4 [정밀면역검사] 및 누421-1가 알파피토프로틴 동종효소-분획분석은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2020-243호, '20.11.1. 시행)
누421 알파피토프로틴	α-Fetoprotein 검사의 적응증별 급여기준	종양검사 중 누421 알파피토프로틴-알파피토프로테인 검사의 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 악성종양 치료 시 1) 수술 전·후 각 1회, 경과 관찰을 위해서 2~3개월에 1회씩 인정 2) 시술(예: TACE, PEIT, RF ablation 등)의 효과 판정을 위해 시술 후 1회, 경과 관찰을 위해서 2~3개월에 1회씩 인정 3) Germ cell tumor 치료 후 추적검사는 첫 1년은 1~2개월에 1회, 2년째는 2~3개월에 1회, 3년째는 3~6개월에 1회, 5년까지는 6~12개월에 1회,

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		그 이후는 연 1회 인정 나. 간암 조기진단 시 간암의 고위험군[간경변, 바이러스성(B,C형) 만성간염, AFP가 증가된 경우, 간암의 가족력 등]인 경우에는 3~6개월 간격으로 인정 (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
누421-1 알파 피토프로틴 동종효소	누421-1가 알파피토프로틴 동종효소-분획분석의 급여기준	누421-1가 알파피토프로틴 동종효소-분획분석(AFP-L3)은 간암 고위험군[간경변증, 바이러스성(B,C형)만성간염]을 대상으로 간암의 진단 및 추적관찰 목적으로 실시한 경우 요양급여를 인정하되, 연간 최대 2회에 한함. (고시 제2020-243호, '20.11.1. 시행)
누422가 방광암항원 누571가 조기양막 파수검사 누584다 일반 면역검사	간이검사 (조기양막파수검사 , 방광암항원, 소변 세균항원)의 수가 산정방법	다음과 같은 검사항목의 경우 이차적인 후속검사를 실시하지 않은 경우에 산정함. - 다 음 - 가. 누422가 방광암항원-[일반면역검사](정성)-간이검사 (01) NMP22 나. 누571가 조기양막파수검사-[일반면역검사]-간이검사 (02) 인슐린양성장인자결합단백질-1, (03) 태반알파마이크로글로불린-1, (04) 태아 피브로넥틴정성검사 다. 누584다 소변 세균항원-간이검사 (01) Legionella (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
누588 면역형광법 -세균항체 (균종별)	누588(02) 면역형광법- 세균항체(균종별) -바르토넬라의 급여기준	누588(02) 면역형광법-세균항체-바르토넬라는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상: 최근 4주 이내에 고양이 또는 개에게 할퀴거나 물린 경험이 있으면서 원인 불명의 "발열, 림프절비대, 심내막염 등"이 있는 경우 나. 급여횟수: 진단목적으로 1회 인정하며, 진단목적

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		검사에서 음성인 환자에게 추적검사로 1회 추가 인정함. (고시 제2022-264호, '22.12.1. 시행)
누423 베타투 마이크로 글로불린 [정밀면역검사]	신이식술 전·후 실시한 베타투마이크로 글로불린 [정밀면역검사]의 급여기준	누423 베타투마이크로글로불린[정밀면역검사]는 신이식술 후 급성 거부반응을 알 수 있는 지표로 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 이식 전: 1회 나. 이식 후: 주 3회 다. 상기 가.~나.의 횟수를 초과하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함. (고시 제2018-101호, '18.6.1. 시행)
누425 싸이로글로 불린	누425가 싸이로글로불린- 정밀면역검사의 급여기준	누425가 싸이로글로불린-정밀면역검사는 갑상선암 환자에서 재발이나 전이여부 확인을 위해 실시하는 검사로 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 혈청 싸이로글로불린 검사는 갑상선절제(전절제 또는 엽절제) 후 추적 관찰 목적으로 실시한 경우 나. Wash Out(림프절 흡인액 이용) 싸이로글로불린 검사는 림프절 전이가 의심되어 실시한 경우 (고시 제2022-204호, '22.9.1. 시행)
	누425나 싸이로글로불린- 정밀분광- 질량분석 (정량)의 급여기준	누425나 싸이로글로불린-정밀분광-질량분석(정량)은 갑상선암 치료 환자에서 재발이나 치료감시를 위해 실시하는 검사로 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 -

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		가. 갑상선암의 진단 및 치료 후의 환자에서 항갑상선 글로불린항체나 이종항체 등 간섭인자가 양성이거나 의심되는 경우 나. 누425가 싸이로글로불린-정밀면역검사를 시행하였으나 진료의사의 임상적 판단에 따라 검사가 필요한 경우 (고시 제2022-204호, '22.9.1. 시행)
누426 피브카Ⅱ [정밀면역검사]	간 질환자에 실시하는 경우 누426 피브카Ⅱ[정밀면역검사]의 급여기준	누426 피브카Ⅱ[정밀면역검사]를 간 질환자(의증 환자를 포함)를 대상으로 간암, 간경화증, 만성 바이러스 간염 등의 진단 및 추적관찰 목적으로 실시한 경우 인정하되, 누426 피브카Ⅱ[정밀면역검사]와 누426주 피브카Ⅱ[핵의학적 방법]을 동시 실시 시 1종목만 요양급여를 인정함. (고시 제2019-315호, '20.1.1. 시행)
누429 태아성암항원 [정밀면역검사]	태아성암항원 (Carcinoembryonic Antigen, CEA) 검사의 급여기준	1. 악성종양에 누429 태아성암항원(Carcinoembryonic Antigen, CEA) 검사는 수술 전·후에 각 1회씩 인정하며, 경과 관찰을 위한 추적검사는 2-3개월에 1회씩 인정함. 다만, 전이성 대장암의 경우 경과관찰 위한 추적검사 시에는 1-3개월에 1회씩 요양급여를 인정함. 2. 상기 1.의 횟수를 초과하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함. (고시 제2018-3호, '18.4.1. 시행)
누430 전립선암 [정밀면역검사]	누430 전립선암 [정밀면역검사]-유리전립선 특이항원 및 전립선특이항원의 급여기준	유리전립선특이항원(free PSA) 검사 및 전립선특이항원(PSA)검사의 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 유리전립선특이항원(Free PSA)검사는 PSA 검사 결과 2.0ng/ml 이상에서 시행한 경우 나. 전립선특이항원(PSA)검사 1) 40세 이상: 하부요로증상 등 임상소견, 병력 또는

항 목	제 목	세부인정사항
		검사결과 암이 의심되는 경우 2) 40세 미만: 전립선암의 가족력이 있거나, 직장수지검사 또는 초음파검사 등에서 전립선암이 의심되거나, 과거 전립선특이항원 검사 결과 이상(2.0ng/ml 이상)이 있는 경우 3) 하부요로증상이 있는 전립선비대증 환자에게 약물투여 등 치료를 계획하거나 치료중인 경우 다. 직장수지검사 또는 초음파검사 등에서 암이 의심되는 객관적 소견이 있는 경우에는 PSA 검사와 free PSA 검사 동시 시행시에도 인정 (고시 제2019-221호, '19.11.1. 시행)
누442 유리경쇄/중경쇄 [정밀면역검사]	유리경쇄-람다/카파 검사의 급여기준	1. 누442 가 (1) 유리경쇄-람다/카파 검사는 아래 적응증이 의심되어 진단을 위해 시행하거나, 진단 이후 추적관찰 목적으로 시행시 요양급여를 인정함 - 아 래 - 가. 다발성 골수종, 아밀로이드증 등 형질세포질환 나. 악성림프종 2. 상기 1.의 나.에 해당하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함 3. 1.에도 불구하고 혈청과 소변 검체를 이용한 유리경쇄 람다/카파검사는 중복하여 인정하지 아니함 (고시 제2019-251호, '19.12.1. 시행)
누448 Cyfra 21-1 (cytokeratin 19 fragment) [정밀면역검사]	Cyfra 21-1 (Cytokeratin 19 fragment) [정밀면역검사]의 급여기준	1. Cyfra 21-1(Cytokeratin 19 fragment)[정밀면역검사]는 폐암환자 및 폐암 의심환자에게 시행하는 경우에 요양급여를 인정함 2. 상기 1. 이외 암종에서 시행하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함 (고시 제2018-101호, '18.6.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
누472 Collagen Ⅳ [정밀면역검사]	Collagen Ⅳ-7S 검사의 준용 항목	Collagen Ⅳ-7S검사는 만성진행성 간염에서 간경변증이 의심되는 경우에 인정하고, 검사료는 누472 Collagen Ⅳ [정밀면역검사]로 준용 산정함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
누490 비타민	비타민 D 검사의 급여기준	누490나 비타민-[정밀면역검사]-D2, D3, 총 비타민 D, 25-OH-Vitamin D(total), 누490다 비타민-[정밀분광-질량분석]-D2, D3 검사의 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 비타민 D 흡수장애를 유발할 수 있는 위장질환 및 흡수장애 질환 2) 항경련제(Phenytoin 이나 Phenobarbital 등), 결핵약제, 항레트로바이러스제, 항진균제(Ketoconazole), 고지혈증 치료제(Cholestyramine)를 투여 받는 환자 3) 간부전, 간경변증 4) 만성 신장병 5) 악성종양 6) 구루병 7) 골다공증 진단 후(이차성 골다공증의 원인 감별이 필요한 경우 포함) 8) 골연화증 9) 체표면적 40% 이상 화상 10) 부갑상선기능이상(저하증, 항진증) 11) 칼슘대사이상(고칼슘혈증, 저칼슘혈증, 고칼슘뇨증, 저인산혈증) 나. 산정방법 1) D2, D3, 총 비타민 D, 25-OH-Vitamin D(total)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		검사는 1종만 인정 2) 인정횟수 가) 약물 투여 전 진단 시 1회, 약물 투여 3~6개월 후 치료효과 판정 시 1회 나) 지속적인 약물투여로 인한 추적검사 시 연 2회 다. 기타 선별 검사로 누490다 비타민-[정밀분광-질량분석]은 인정하지 아니함 (고시 제2022-204호, '22.9.1. 시행)
	누490라 비타민 D 간이검사의 급여기준	1. 누490라 비타민-정밀면역검사-간이검사-25-OH-Vitamin D, total 검사는 비타민 D 결핍의 선별 또는 추적 관찰을 위해 실시하는 검사로 급여 대상은 다음과 같음. - 다 음 - 가. 비타민 D 흡수장애를 유발할 수 있는 위장질환 및 흡수장애 질환 나. 항경련제(Phenytoin 이나 Phenobarbital 등), 결핵약제, 항레트로바이러스제, 항진균제(Ketoconazole), 고지혈증치료제(Cholestyramine)를 투여 받는 환자 다. 간부전, 간경변증 라. 만성 신장병 마. 악성종양 바. 구루병 사. 골다공증 진단 후(이차성 골다공증의 원인 감별이 필요한 경우 포함) 아. 골연화증 자. 체표면적 40% 이상 화상 차. 부갑상선기능이상(저하증, 항진증)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		카. 칼슘대사이상(고칼슘혈증, 저칼슘혈증, 고칼슘뇨증, 저인산혈증) 2. 선별검사가 아닌 추적 관찰 목적으로 시행하는 경우 누490나 비타민-정밀면역검사-D2, D3, 총 비타민 D와 누490다 비타민-정밀분광-질량분석- D2, D3는 동일 목적의 검사로 중복 산정은 인정하지 아니하며, 검사 간격은 아래와 같음 - 아 래 - 가. 약물 투여 3~6개월 후 치료효과 판정 시 1회 인정 나. 지속적인 약물투여로 인한 추적검사 시 연 2회 인정 (고시 제2021-102호, '21.4.1. 시행)
누501 골대사표지자 [정밀면역검사]	골다공증에 실시한 생화학적 골표지자 검사의 급여기준	골다공증에 실시한 생화학적 골표지자검사는 다음과 같은 경우에 골흡수표지자검사와 골형성표지자검사를 각 1종씩 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 골다공증 약물치료 시작 전 1회 나. 골다공증 약물치료 후 약제 효과 판정을 위해 실시 시 연 2회 이내 ※ 골흡수표지자 - 누501 골흡수표지자[정밀면역검사]-C- telopeptide of Collagen Type 1 (CTX), N-telopeptide of Collagen Type 1 (NTX), 디옥시피리디놀린 ※ 골형성표지자 - 누500 골대사효소[정밀면역검사]-골특이성 알카리성 포스파타제 - 누503 골형성표지자[정밀면역검사]-오스테오칼신, N-terminal propeptide of type 1 procollagen (P1NP) (고시 제2019-131호, '19.8.1. 시행)
누502 부갑상선표지자	누502 부갑상선표지자	누502 부갑상선표지자[정밀면역검사]-부갑상선호르몬 검사는 다음과 같은 경우의 진단 및 추적관찰목적으로

항 목	제 목	세부인정사항
[정밀면역검사] -부갑상선 호르몬	[정밀면역검사]- 부갑상선호르몬 검사의 급여기준	실시한 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 부갑상선기능이상(항진증, 저하증 또는 가성 부갑상선기능저하증) 나. 칼슘대사이상(고칼슘혈증, 저칼슘혈증, 고칼슘뇨증, 저인산혈증 등) 다. 만성 신장질환 라. 골다공증 마. 비타민D결핍증을 포함한 대사성 골질환 바. 갑상선 전절제술(Total Thyroidectomy) 후 (고시 제2019-315호, '20.1.1. 시행)
누514 아미노산	호모시스테인검사의 급여기준	1. 누514 아미노산-호모시스테인 검사는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 호모시스틴뇨증 의심 또는 확진 환자 나. 비타민 B군 결핍 의심 또는 확진 환자 2. 상기 1. 이외 시행하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2019-85호, '19.7.1. 시행)
누-519 선천성 대사이상 검사(선별)	선천성 대사이상 검사(선별)의 급여기준	1. 선천성 대사이상 질환의 조기 진단을 위하여 실시하는 선천성대사이상 검사(선별)은 급여대상이며, 질병이 없는 신생아의 경우 최초1회에 한하여 급여를 인정하되, 검사결과 유소견자의 경우 1회에 한하여 추가 인정함. 2. 다만, 신생아중환자실 입원중이거나, 채혈이 곤란한 경우, 대사이상 질환자(의심자 포함)의 응급상황 등 환자상태 등을 고려하여 의사의 판단 하에 실시 시 급여를 인정함. (고시 제2018-190호, '18.10.1. 시행)
누532	Cyclosporine	골수이식을 하지 않은 재생불량성 빈혈, 백혈병에

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
약물 및 독물	혈중약물검사의 급여기준	Cyclosporine제제의 약물조절을 위하여 실시한 Cyclosporine 혈중약물검사는 인정함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
	분변내 Chymotrypsin 정량검사 수가 산정방법	분변내 Chymotrypsin 정량검사는 누532 약물 및 독물을 준용 산정함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
	간이식 후 Cyclosporine 검사 급여기준	간이식 후 누532 약물 및 독물 중 Cyclosporine 검사는 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 이식 후 1주간: 1회/매일 나. 이식 후 2주째-4주까지: 3회/주 다. 이식 후 1개월-3개월까지: 1회/주 라. 이식 후 4개월-1년까지: 1회/2주 마. 이식 후 1년부터: 1회/월 바. 혈중농도가 과도하게 높거나 낮은 경우 또는 임상적으로 Cyclosporine 독성이 의심되는 경우에는 환자 상태에 따라 추가 인정함. 사. 상기 가.~마.의 횟수를 초과하는 경우에는 「선별급여지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함. (고시 제2018-3호, '18.4.1. 시행)
	조혈모세포이식 후 Cyclosporine 검사 급여기준	조혈모세포이식 후 누532 약물 및 독물 중 Cyclosporine 검사는 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 이식 후 120일까지: 3회/주 이내 나. 120일 초과: 1회/주 다. 급성 혹은 만성 이식편대숙주반응이 병발하거나 신부전, 간독성 등이 있거나 혈중 내 Cyclosporine 치가 너무 높거나 낮아서 Cyclosporine 약제의

항 목	제 목	세부인정사항
		투여량을 조절할 필요가 있는 경우에는 환자 상태에 따라 추가 인정함. 라. 상기 가.와 나.의 횟수를 초과하는 경우에는 「선별급여지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함. (고시 제2018-3호, '18.4.1. 시행)
	신이식술 후 Cyclosporine 검사 급여기준	신이식술 후 누532 약물 및 독물 중 Cyclosporine 검사는 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 이식 후 2주까지: 1일 1회 나. 2주 초과-1개월까지: 2일에 1회 다. 1개월 초과: 주 1회 라. 혈중농도가 과도하게 높거나 낮은 경우 또는 임상적으로 Cyclosporine 독성이 의심되는 경우에는 환자 상태에 따라 추가 인정함. 마. 상기 가.~다.의 횟수를 초과하는 경우에는 「선별급여지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	간이식 또는 신이식 후 Tacrolimus 제제 (품명: 프로그랍캅셀 등) 혈중약물농도 측정검사 급여기준	간이식 또는 신이식 후 Tacrolimus 제제(품명: 프로그랍캅셀 등)를 투여하는 경우의 혈중약물농도 측정검사는 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 이식 후 1주일까지: 1회/매일 나. 이식 후 1주-4주까지: 3회/주 다. 이식 후 1개월-6개월: 1회/주 라. 이식 후 6개월-1년: 1회/2주 마. 이식 후 1년 이후: 1회/월 바. 이식 후 간기능 또는 신기능이 점차 회복되지 않거나

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		거부반응의 소견, 황달, 심한 감염증 등이 있거나 재개복을 하는 경우에는 환자 상태에 따라 추가 인정함. 사. 상기 가.~마.의 횟수를 초과하는 경우에는 「선별 급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인 부담률을 90%로 적용함. (고시 제2018-3호, '18.4.1. 시행)
	누532 항 TNF 제제 (Infliximab, Adalimumab) 혈중약물 검사의 급여기준	누532나(2) 약물 및 독물-정밀면역검사-정량, 누532다(4) 약물 및 독물-정밀분광-질량분석-질량(정량) 중 항 TNF 제제(Infliximab, Adalimumab) 혈중약물 검사는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 1. 항 TNF 제제(Infliximab, Adalimumab) 사용 중 다른 약제로 교체 투여 고려시 최초 1회에 대하여 요양 급여를 인정함 2. 상기 인정횟수를 초과하는 경우에는 「선별 급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2021-229호, '21.9.1. 시행)
누533 항-Infliximab 항체 [정밀면역검사] (정량)	누 533 항-Infliximab 항체[정밀면역검사] (정량)의 급여기준	누533 항-Infliximab 항체[정밀면역검사](정량) 검사는 Infliximab 약물치료 중인 환자의 Infliximab 혈중 농도가 3.0㎍/mL미만으로 확인되어 실시한 경우 요양급여를 인정함. (고시 제2021-58호, '21.3.1. 시행)
누571 조기양막 파수검사	태아 피브로넥틴 정량검사의 급여기준	1. 누571나 조기양막파수검사-[정밀면역검사]-태아 피브로넥틴 정량검사는 조기 진통의 발견, 조기 양막 파수와 조산의 가능성을 평가하는데 유용한 검사로써 임신 만22주이상 34주이하의 임산부에서 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 조기분만의 경력이 있는 경우 나. 자궁기형이나 자궁근종 등의 병변이 확인된 경우

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		다. 다태임신으로 진통이 있는 경우 라. 수술이나 Damage 등으로 자궁경부에 30%이상의 결손이 있는 경우 마. Monitor상 자궁수축이 명확한 경우 바. 자궁경관무력증 등으로 자궁경부결찰술을 받은 경우 사. 기타 동 검사의 실시 사유가 명확한 진료담당의사 소견서를 첨부한 경우 2. 상기 1항의 급여대상 이외 임신 만34주를 초과하여 동 검사를 실시한 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
누581나 일반배양-배양 및 동정, 누601가 특수배양-항산균배양 및 동정(배지별) 누581마 일반배양-배양, 동정 및 약제감수성	BACTEC 신속 검사법을 이용한 미생물배양검사의 수가 산정방법	BACTEC 신속 검사법으로 미생물 배양검사를 실시한 경우에도 검사료는 누581나 일반배양-배양 및 동정 혹은 누601가 특수배양-항산균 배양 및 동정(배지별) 검사 또는 누581마 일반배양-배양, 동정 및 약제감수성 검사의 소정점수를 산정함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
누581라 일반배양-약제감수성 누601나 특수배양-항산균 약제감수성 (약제수 불문)	약제감수성검사를 목적으로 배양검사를 실시한 결과, 미생물배양여부에 따른 수가 산정방법	약제 감수성 검사를 목적으로 배양검사와 약제 감수성 검사를 지시하였으나 배양검사 결과 미생물이 생장되지 않아 약제감수성검사를 실시하지 못한 경우에는 누581나 일반배양-배양 및 동정 또는 누601가 특수배양-항산균 배양 및 동정(배지별)검사의 소정점수만 산정하고, 미생물이 생장하여 배양 및 동정검사와 약제감수성검사를 실시한 경우에는 누581나 일반배양-배양 및 동정 또는 누601가 특수배양-항산균 배양 및 동정(배지별)과 누581라 일반

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		배양-약제감수성 또는 누601나 특수배양-항산균 약제감수성(약제수 불문)의 소정점수를 각각 산정함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
누581라(4) 일반배양-약제감수성-현미경 관찰을 이용한 자동화된 항균제감수성 검사	현미경 관찰을 이용한 자동화된 항균제 감수성 검사의 급여기준	누581라(4) 일반배양-약제감수성-현미경 관찰을 이용한 자동화된 항균제 감수성 검사는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. 단, 혈액배양검사 중 최소 한 쌍에서 양성이 확인되어야 하며, 혈액배양 양성이 보고된 후 24시간 이내에 의뢰한 경우에 한함. - 다 음 - 가. 급여대상 : 중환자실에 입원중인 환자로 패혈증이 의심되는 경우 나. 급여횟수: 치료 기간 중 1회 인정함 (고시 제2021-266호, '21.11.1. 시행)
누582 특수배양 (배양및동정) (누582-클로스트리디움 디피씰 제외)	산부인과 영역에서 시행하는 누582 특수배양 (배양 및 동정) 검사의 급여기준	1. 산부인과 영역에서 시행하는 누582 특수배양(배양 및 동정)검사의 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 골반염의 제 증상(CRP상승, WBC 상승, 복통, 발열 등)이 있는 경우 나. 임신 제 2분기 이상에서 조산의 위험 증상 (조기 양막파수, 조기 진통 등)이 있는 경우 다. 질 분비물이 현저히 증가하거나 악취가 나는 등 부인과적 감염이 의심되는 경우 2. 상기 1항의 급여대상 이외 산부인과 영역에서 시행하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
누584 일반면역검사	폐렴사슬알균 검사의 급여기준	1. 누584다(02) 소변 세균항원검사-간이검사 및 누591나(16) 핵산증폭-정성그룹2의 폐렴

항 목	제 목	세부인정사항
누591 핵산증폭		사슬알균(Streptococcus pneumoniae) 검사는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 적용대상 : 폐렴사슬알균으로 인한 지역사회획득 폐렴이 의심되는 14세 이상의 환자 나. 인정횟수: 치료기간 중 1회. 다만, 동일 목적의 검사인 점을 고려하여 중복 산정은 인정하지 않는 것이 원칙이나, 누584다(02) 소변세균항원검사-간이검사 결과에 대한 재확인이 필요한 경우, 누591나(16) 핵산증폭-정성그룹2 검사의 중복 산정을 인정함. (고시 제2021-229호, '21.9.1. 시행)
누584 일반면역검사	A군연쇄상구균 신속동정검사 급여기준	1. 누584라 A군연쇄상구균 신속동정검사는 다음에서 3가지 이상이 해당하는 경우(만45세 이상은 4가지 이상) 요양급여함. - 다 음 - 가. 체온 > 38℃ 나. 기침을 동반하지 않는 인후통 다. 압통을 동반한 전방 경부 림프절 종대 라. 편도 비대 또는 삼출물 마. 만3세~만14세 연령 2. 상기 1.의 급여기준 이외에 시행하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2018-185호, '18.11.1. 시행)
	폐렴 마이코플라즈마 항원검사의 급여기준	1. 누584마 일반면역검사-폐렴 마이코플라즈마 항원검사는 다음 중 하나에 해당하는 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 -

항 목	제 목	세부인정사항
		가. 지역사회획득폐렴이 의심되는 환자로, 아래 1)~3) 중 하나에 해당하여 담당 의사가 항생제 선택에 동 검사가 필요하다고 판단한 경우 1) PSI≥3 또는 CURB-65≥2 2) 아래 RISC 가)~다) 3항목 대한 합산점수 가 3점 이상인 경우 가) Oxygen saturation(산소포화도) ≤ 90% : 3점 나) Chest indrawing(흉곽함몰) : 2점 다) Refusal to feed(식이량 감소) : 1점 3) 당해 연도 7월 이후 질병관리청 감염병포털에서 마이코플라즈마폐렴 주별 입원환자수가 300명 이상으로 확인되어 유행이 우려되는 시점부터 익년 2월까지의 기간 동안 만 18세 이하 소아 나. 지역사회획득폐렴이 임상적으로 진단되어 외래에서 치료하는 환자로 일차 경험적 항생제 치료에 반응하지 않는 경우 2. 동 검사와 '누680가 핵산증폭-다종그룹1 -(04) 폐렴 원인균 또는 누680나 핵산증폭-다종그룹2-(04) 폐렴 원인균 검사'는 동일 목적의 검사이므로 같은 날 동시 시행할 경우 중복 산정은 인정하지 아니함. 다만, 동 검사 결과가 음성이었으나 세균성 폐렴이 의심되어 추가 검사를 시행한 경우에는 인정함. (고시 제2021-21호, '21.2.1. 시행)
	누584바 카바페넴 분해효소(KPC, NDM, VIM, IMP, OXA-48) 정성검사의 급여기준	1. 누584바 카바페넴 분해효소(KPC, NDM, VIM, IMP, OXA-48) 정성검사는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 카바페넴 내성균 감염 의심환자에게 카바페넴계 항생제 감수성검사에서 비감수성을 보이는 경우 1회 인정함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		나. 다만, 임상적으로 필요한 경우 사례별로 추가 인정함. 2. 누685가(02) 핵산증폭-다종그룹1-카바페넴 분해효소 유전자(KPC, NDM, VIM, IMP, OXA-48)는 동일 목적의 검사이므로 중복 산정은 인정하지 않음. (고시 제2022-204호, '22.9.1. 시행)
누589 Helicobacter Pylori 검사	누589라 요소호흡검사 (Urea Breath Test) 급여기준	누589라 요소호흡검사(Urea Breath Test)는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정하며, 그 외에는 비급여함. - 다 음 - 가. H.pylori의 박멸치료 후 효과판정을 위해 실시하는 경우 박멸치료 후 4주(Proton-Pump Inhibitor 제제를 계속 투여하는 경우에는 약제 투여 중단 후 2주)가 경과한 후 검사 시행 시 1회 인정하며, 균이 박멸되지 않아 추가 치료를 한 경우 1회에 한하여 추가 인정 나. H.pylori 감염여부 확인을 위해 실시하는 경우 1) 내시경 등으로 위 및 십이지장의 소화성궤양(반흔기 포함)이 확인된 환자로서 가) 항응고제 또는 항혈전제 투여를 중단할 수 없는 고위험군 심뇌혈관질환 등으로 출혈경향이 높은 경우 나) 출혈 경향이 높은 질환(간경변증, 혈액 투석 중 신장질환자 등)에서 생검으로 인하여 출혈위험이 있는 경우 2) 특발성 혈소판감소성 자반(증)(Idiopathic Thrombo cytopenic Purpura, ITP) 환자 (고시 제2017-263호, '18.1.1. 시행)
누589 등 Helicobacter Pylori검사	Helicobacter Pylori 균주검사의 급여기준	1. 헬리코박터필로리(Helicobacter Pylori) 검사는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정하며, 동 검사를 위해 시행하는 생검료(내시경 하 생검료), 생검 시 사용되는 치료재료는 별도 산정함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		- 다 음 - 가. 내시경 등으로 위 및 십이지장의 소화성궤양(반흔기 포함), 저등급 MALT 림프종(low grade gastric mucosa associated lymphoid tissue lymphoma)이 확인된 환자 나. 조기위암절제술 시행 환자 다. 특발성 혈소판감소성 자반(증) (Idiopathic Thrombocytopenic Purpura, ITP) 환자 2. 위암 가족력[부모, 형제, 자매 (First degree)]에서 시행한 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함(동 검사를 단독으로 시행하는 경우 생검료, 생검 시 사용되는 치료재료는 본인부담률 50%로 적용) 3. 상기 1, 2. 이외에 시행하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함(동 검사를 단독으로 시행하는 경우 생검료, 생검 시 사용되는 치료재료는 본인부담률 90%로 적용) 4. 상기 1~3.에도 불구하고 「요양급여 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 세부인정사항을 별도로 정한 항목은 해당 고시에서 정한 기준을 적용함. (고시 제2022-204호, '22.9.1. 시행)
누589 Helicobacter Pylori 검사	소아에게 실시한 누589다 Helicobacter Pylori검사-대변항원의 급여기준	내시경검사를 실시하기 전 또는 내시경검사를 할 수 없는 경우에 시행하는 Helicobacter Pylori검사-대변항원은 다음과 같은 경우에 H. pylori 감염 유무 진단 및 H. pylori 치료 4~8주 후 박멸 유무를 알아보기 위해 시행시 인정함 - 다 음 -

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		가. 지속적 또는 심한 상복부 증상이 있는 경우 나. 다른 원인을 찾을 수 없는 refractory iron deficiency anemia가 의심되는 경우 (고시 제2018-242호, '18.12.1. 시행)
누591 핵산증폭	Ureaplasma species 검사의 급여기준	1. 누591가 핵산증폭-정성그룹1-(14) Ureaplasma species (Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum)[중합효소연쇄반응법], 누591나 핵산증폭-정성그룹2-(04) Ureaplasma species(Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum)[실시간중합효소연쇄반응법] 검사는 Ureaplasma species 감염 의심환자 중 클라미디아 및 임균검사 결과 음성이면서 Ureaplasma species 양성으로 확인되어 치료 후 추적검사(F/U) 목적으로 실시하는 경우에 요양급여를 인정함 2. 상기 1. 이외 Ureaplasma species 감염증이 의심되어 실시하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함 (고시 제2019-28호, '19.3.1. 시행)
	카바페넴 분해효소 유전자(KPC, NDM, VIM, IMP) [중합효소연쇄반응법] 검사 급여기준	카바페넴 분해효소 유전자(KPC, NDM, VIM, IMP) [중합효소연쇄반응법] 검사는 카바페넴계 항생제 내성인 장내세균 감염 환자에서 카바페넴 분해효소 표현형 선별검사 양성을 보인 경우 1회 실시함을 원칙으로 함. 다만, 카바페넴 분해효소 표현형 선별검사의 패턴이 변경된 경우이거나 검체종류에 따라 유전자형이 달라질 것으로 예상되는 등 환자 상태 변화가 있어 임상적으로 필요한 경우 추가 인정함. (고시 제2022-188호, '22.8.1. 시행)
	누591가(17) B군 사슬알균 [루프매개등온핵산증폭법], 누591나(07)	누-591가 핵산증폭-정성그룹1 (17) B군 사슬알균 [루프매개등온핵산증폭법]과 누-591나 핵산증폭-정성그룹2 (07) B군 사슬알균[중합효소연쇄반응-교잡반응법]은 B군 사슬알균 집락화를 확인하는 검사로, 진통이 있는 임신 35-37주 고위험군 임산부를

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	B군 사슬알균 [중합효소 연쇄반응-교잡반응법]의 급여기준	대상으로 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 과거 임신 시 37주 이전의 조기진통, 조산 또는 양막파열의 병력이 있는 경우 나. 과거 출산아 중 B군 사슬알균감염을 진단받은 환아를 출생한 이력이 있는 경우 다. 임신 중 B군 사슬알균 세균뇨를 진단 받은 경우 (고시 제2022-249호, '22.11.1. 시행)
	누591나(13) 쯔쯔가무시병 (16S rRNA)의 급여기준	누591나 핵산증폭-정성그룹2-(13) 쯔쯔가무시병 (16S rRNA)은 야외활동(등산, 성묘, 밭일 등) 이후, 발열·발진, 가피, 근육통, 림프절 비대 등의 의심증상이 발생하여 실시한 경우 1회 요양급여를 인정함. (고시 제2021-102호, '21.4.1. 시행)
	누591나(18) A군 연쇄상구균의 급여기준	누591나 핵산증폭-정성그룹2-(18) A군 연쇄상구균 [실시간중합효소연쇄반응법]은 만3세~만14세 소아에서 '누584라 A군 연쇄상구균 신속동정검사' 결과 음성임에도 세균성 감염이 강하게 의심되며 다음을 모두 만족하는 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 체온 > 38℃ 나. 기침을 동반하지 않는 인후통 다. 압통을 동반한 전방 경부 림프절 종대 라. 편도 비대 또는 삼출물 (고시 제2021-291호, '21.12.1. 시행)
누591	VRE Genotype	누591다 약제내성그룹1 (02) VRE Genotype [중합효소

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
핵산증폭 누685 핵산증폭	[중합효소연쇄반응법] 검사, 반코마이신 내성 장구균 유전자형 검사의 급여기준	연쇄반응법]검사와 누685가 다종그룹1 (01) 반코마이신 내성 장구균 유전자형 검사는 과거 VRE 보균자, 타병원에서 전원된 환자 중 VRE 감염이 의심되는 환자, 중환자실 또는 혈액종양 병동에 입원한 환자에게 VRE 보균진단 및 격리 여부를 판단하기 위해 선별적으로 실시 시 인정하되, 배양검사와 동시에 실시한 경우에 각각 인정함 (고시 제2018-162호, '18.9.1. 시행)
누591 핵산증폭 누589 Helicobacter pylori 검사	헬리코박터파이로리균 클라리스로마이신 내성 돌연변이검사 [중합효소연쇄반응법, 염기서열분석]의 급여기준	1. 헬리코박터파이로리균 클라리스로마이신 내성 돌연변이검사[중합효소연쇄반응법, 염기서열분석]는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 헬리코박터파일로리에 의한(H. pylori 균주 확인) 소화성궤양에 헬리코박터파일로리 박멸요법이 필요한 경우 나. 헬리코박터파일로리에 의한(H. pylori 균주 확인) 저등급 MALT(Mucosa Associated Lymphoid Tissue) 림프종에 헬리코박터파일로리 박멸요법이 필요한 경우 다. 헬리코박터파일로리에 감염된 환자의 조기위암 절제술 후 제균요법이 필요한 경우 2. 상기 1항의 급여 대상 이외 제균요법이 필요한 다음의 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. - 다 음 - 가. 헬리코박터파일로리 감염이 확인된 위선종의 내시경절제술 후 나. 헬리코박터파일로리 감염이 확인된 위암 가족력 [부모, 형제, 자매(first degree)의 위암까지] 다. 헬리코박터파일로리 감염이 확인된 위축성 위염

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		라. 헬리코박터파일로리 감염이 확인된 기타 진료상 제균요법이 필요하여 환자가 투여에 동의한 경우 3. 산정방법 다음 검사 항목을 동시 실시한 경우에는 1가지 검사만 1회 인정함. - 다 음 - 가. 누591다 핵산증폭-약제내성그룹1-Helicobacter pylori 클라리스로마이신 내성 돌연변이[중합효소연쇄반응법] 나. 누589마 Helicobacter pylori 검사-헬리코박터파이로리균 클라리스로마이신 약제내성유발 돌연변이[염기서열분석] ※ '누589마 Helicobacter pylori 검사-헬리코박터파이로리균 클라리스로마이신 약제내성유발 돌연변이[염기서열분석]'은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2021-177호, '21.7.1. 시행)
누593 염기서열분석 누624 염기서열분석	세균 rDNA, 동정검사 [염기서열분석], 진균 rDNA 동정검사 [염기서열분석]의 급여기준	1. 누593가 염기서열분석-유전자형그룹3 (01) 세균 rDNA, 동정검사, 누624가 염기서열분석-유전자형그룹3 (01) 진균 rDNA 동정검사는 세균/진균감염의 정확한 진단을 위해 기존의 검사방법으로는 동정이 불가능하거나 곤란하여 실시한 경우 요양급여를 인정함 2. 상기 1.의 급여기준 이외에 시행하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함 (고시 제2018-268호, '19.1.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
누600 관찰판정- 현미경	항산균검경검사와 항산성 집균도말검사를 동시에 실시한 경우 수가 산정방법	항산균검경은 항산성 집균도말검사의 과정에 포함되므로 누600가 관찰판정-현미경-항산균검경(일반염색)을 누600나 관찰판정-현미경-항산성집균도말검사(일반염색)와 동시에 실시한 경우에 항산균 검경은 별도 산정할 수 없음. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
누602 결핵균 특이항원자극 인터페론- 감마 [정밀면역검사]	결핵균 특이항원 자극 인터페론 감마 [정밀면역검사]의 급여기준	1. 누602 결핵균 특이항원 자극 인터페론-감마[정밀면역검사]는 5세 이상의 잠복결핵 진단이 필수적인 다음과 같은 경우에 인정함. - 다 음 - 가. 전염성 결핵 환자의 접촉자 나. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염인 다. 장기이식(조혈모세포이식 포함)으로 면역억제제를 복용 중이거나 복용 예정자 라. 종양괴사인자알파저해제(TNF-a inhibitor) 사용자 혹은 사용예정자 마. 장기간 스테로이드를 사용 중이거나 사용예정자 (15mg/일 이상 prednisone, 1달 이상 사용하는 경우) 바. 투석 중인 환자 사. 위절제술 혹은 공회장우회술(jejunoileal bypass) 시행 혹은 시행예정자 아. 규폐증 자. 흉부 X선에서 과거 결핵치료력 없이 자연 치유된 결핵병변이 있는 자 2. 상기 1. 의 급여대상 이외 시행하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
누604 핵산증폭	누604나 핵산증폭-정성그룹3 -항결핵약제내성 결핵균	누604나 핵산증폭-정성그룹3 (03) 항결핵약제 내성 결핵균 검사(리팜피신)[중합효소연쇄반응교잡반응법], 누604나 핵산증폭-정성그룹3 (04) 항결핵약제 내성 결핵균 검사(이소나이아짓)[중합효소연쇄반응교잡

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	검사 (리팜피신, 이소나이아짓)의 급여기준	반응법], 누604나 핵산증폭-정성그룹3 (06) 항결핵약제 내성 결핵균 검사(리팜피신 및 이소나이아짓)[실시간 중합효소연쇄반응법]의 급여기준은 다음과 같음. - 다 음 - 가. 급여대상 결핵균이 확인된 결핵환자 나. 급여횟수 1) 치료기간 중 1회 2) 최초 검사 시 약제내성검사 결과가 음성이었으나 이후 치료실패가 의심이 되어 시행한 경우 추가 1회 다. 기타 1) 누604나 핵산증폭-정성그룹3 (03)항결핵약제 내성 결핵균 검사(리팜피신)[중합효소연쇄반응교잡반응법], 누604나 핵산증폭-정성그룹3 (04) 항결핵약제 내성 결핵균 검사(이소나이아짓)[중합효소연쇄반응교잡반응법], 누604나 핵산증폭-정성그룹3 (06) 항결핵약제 내성 결핵균 검사(리팜피신 및 이소나이아짓)[실시간 중합효소연쇄반응법]와 동시에 시행하는 누604가 핵산증폭-정성그룹2 (01) 결핵균[중합효소연쇄반응법], 누604나 핵산증폭-정성그룹3 (01) 결핵균[이중중합효소연쇄반응법], 누604나 핵산증폭-정성그룹3 (02) 결핵균 [중합효소연쇄반응교잡반응법]은 요양급여하지 아니함 2) 누604나 핵산증폭-정성그룹3 (06) 항결핵약제 내성 결핵균 검사(리팜피신 및 이소나이아짓)[실시간중합효소연쇄반응법]는 누604나 핵산증폭-정성그룹3 (03)항결핵약제 내성 결핵균

항 목	제 목	세부인정사항
		검사(리팜피신)[중합효소연쇄반응교잡반응법], 누604나 핵산증폭-정성그룹3 (04) 항결핵약제 내성 결핵균 검사(이소나이아짓)[중합효소연쇄반응교잡반응법]와 중복하여 산정하지 아니함 3) 누604나 핵산증폭-정성그룹3 (03)항결핵약제 내성 결핵균 검사(리팜피신)[중합효소연쇄반응교잡반응법], 누604나 핵산증폭-정성그룹3 (04)항결핵약제 내성 결핵균 검사(이소나이아짓)[중합효소연쇄반응교잡반응법], 누604나 핵산증폭-정성그룹3 (05) 결핵균 및 리팜핀, 이소나이아짓 내성 검사[실시간중합효소연쇄반응법], 누604나 핵산증폭-정성그룹3 (06) 항결핵약제 내성 결핵균 검사 (리팜피신 및 이소나이아짓)[실시간중합효소연쇄반응법], 누604다 핵산증폭-정성그룹4 (01) 결핵균 및 리팜핀 내성 검사[실시간 이중중합효소연쇄반응법]는 내성검사 결과가 위양성(위음성)으로 의심되어 내성에 대해 재확인이 필요한 경우에만 중복하여 요양급여함 (고시 제2021-21호, '21.2.1. 시행)
누605 염기서열 분석	항결핵약제 내성 결핵균 검사 (피라지나마이드) [염기서열분석]의 급여기준	누605가 염기서열분석-약제내성그룹2 (01) 항결핵약제 내성 결핵균 검사(피라지나마이드)는 다음과 같은 경우 요양급여를 인정함 - 다 음 - 가. 결핵 재발환자, 치료실패 환자, 치료 중단 후 재등록 환자 등에서 피라지나마이드 약제 내성 결핵균이 의심되는 경우 나. 방광암에서 BCG치료 후 BCG감염이 의심되는 경우 (고시 제2018-268호, '19.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	항결핵약제 내성 결핵균 검사(이소니아지드) [염기서열분석], 항결핵약제 내성 결핵균 검사(리팜피신) [염기서열분석]의 급여기준	누605가 염기서열분석-약제내성그룹2 (02) 항결핵약제 내성 결핵균 검사(이소니아지드), 누605가 염기서열분석-약제내성그룹2 (03) 항결핵약제 내성 결핵균 검사(리팜피신)는 다음과 같은 경우 요양급여를 인정함 - 다 음 - 가. 누604나 핵산증폭-정성그룹3 항결핵약제 내성 결핵균 검사 (03) 리팜피신[중합효소연쇄반응 교잡반응법], (04) 이소나이아짓[중합효소연쇄반응교잡반응법], (05) 결핵균 및 리팜핀, 이소나이아짓 내성검사[실시간중합효소연쇄반응법]과 항산균 약제감수성 결과가 일치하지 않는 경우 나. 누604다 핵산증폭-정성그룹4 결핵균 및 리팜핀 내성 검사[실시간 이중중합효소연쇄반응법]과 항산균 약제감수성 결과가 일치하지 않는 경우 다. 누604나 핵산증폭-정성그룹3 항결핵약제 내성 결핵균 검사 (03) 리팜피신[중합효소연쇄반응 교잡반응법], (04) 이소나이아짓[중합효소연쇄반응교잡반응법], (05) 결핵균 및 리팜핀, 이소나이아짓 내성검사[실시간중합효소연쇄반응법] 검사 결과를 확정할 수 없는(indeterminate, invalid) 경우 라. 누604다 핵산증폭-정성그룹4 결핵균 및 리팜핀 내성검사[실시간 이중중합효소연쇄반응법] 결과를 확정할 수 없는(indeterminate, invalid) 경우 (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
누604가 누658바 누704바 핵산증폭	중합효소연쇄반응법-제한효소절편길이다형법의 수가 산정방법	다음과 같은 검사항목의 경우 돌연변이 위치별로 산정함. - 다 음 - 가. 누604가 정성그룹2 (03) 비결핵항산균(NTM) 동정 검사[중합효소연쇄반응-제한효소절편길이다형법]

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		나. 누658바 유전자형그룹1 (01) Epstein-Barr Virus (EBV) [중합효소연쇄반응-제한효소절편길이다형법], (03) 인유두종바이러스(Human Papillomavirus, HPV) [중합효소연쇄반응-제한효소절편길이다형법] 다. 누704바 약제내성그룹 1 (01) B형간염바이러스 약제내성 돌연변이(라미부딘)[중합효소연쇄반응-제한효소절편길이다형법] (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
누620 일반진균 검사	(1-3)-β-D-Glucan 검사의 급여기준	1. 누620다 일반진균검사-[화학반응-장비측정]-(1 -3)-β-D-Glucan 검사는 다음과 같은 면역저하자에게 실시한 경우에 요양급여를 인정함 - 다 음 - 가. 500/㎣이하 호중구 감소증이 지속되는 경우 나. 동종조혈모세포이식을 받은 경우 다. 스테로이드 장기 투여자 라. 면역억제제 투여자 마. 선천적 면역 결핍질환자 바. 암, 장기이식, 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염 등 면역저하자 2. 침습성 진균 감염이 의심되는 환자에서 상기 1.에 해당되지 않는 경우에는 국민건강보험법 시행규칙 별표 6에 따라 본인부담률을 100분의 80으로 적용함 (고시 제2018-70호, '18.4.1. 시행)
누623 핵산증폭	Candida albicans 검사의 급여기준	1. 진균검사 중 누623 핵산증폭- Candida albicans 검사는 칸디다 질염 의심환자 중 다음중 하나에 해당하는 경우 요양급여를 인정함 - 다 음 - 가. 질분비물 도말 결과 음성 나. 질분비물 진균배양 결과 음성 2. 칸디다 질염이 의심되는 환자에서 상기 1.에 해당되지

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		않는 경우에는 국민건강보험법 시행규칙 별표6에 따라 본인부담률을 100분의 80으로 적용함 (고시 제2020-243호, '20.11.1. 시행)
누641 기생충항체 (균종별)	누641나(1) 주. Toxoplasma IgG 항체 결합력 검사의 급여기준	누641나(1)주. Toxoplasma IgG 항체결합력 검사는 특이 IgM 항체가 양성 또는 특이 IgM 항체가 음성이지만 IgG 항체가 증가되어 급성기감염이 의심되는 경우에 인정함. (고시 제2021-183호, '21.7.1. 시행)
누652가 특수배양- 바이러스배양 (바이러스별)	바이러스배양검사의 급여기준	1. 바이러스배양검사(Virus Culture)는 살아있는 세포를 배양한 후 이 세포 속에서 바이러스를 배양하는 검사로 검체별(Stool, Blood, Urine, CSF 등)로 산정하고, 진단 목적으로 시행 시 1회 인정함. 2. 상기 1.의 횟수를 초과하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함. (고시 제2018-3호, '18.4.1. 시행)
누653 일반면역검사 누654 정밀면역검사	Rotavirus/ Adenovirus 항원 동시 검사의 급여기준	누653 일반면역검사 가. 바이러스항원(바이러스별)(02)Adenovirus 및 (03)Rotavirus, 누653 일반면역검사 가. '주'항, 누654 정밀면역검사 가. 바이러스항원(바이러스별)(01)Adenovirus 및 (10)Rotavirus, 누654 정밀면역검사 가. '주'항 검사는 로타바이러스와 아데노바이러스 감염여부를 확인하는 동일 목적의 검사로 중복하여 산정할 수 없음 (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
누654 정밀면역검사 누655 면역형광법 누692	19S-IgM-CMV-FTA 검사 및 19S-IgM-FTA-ABS검사의 급여여부	19S-IgM-CMV-FTA검사는 골수이식의 Donor 선정시 실시하는 검사로 누654가 정밀면역검사-바이러스항원(바이러스별) 또는 누655가 면역형광법-바이러스항원(바이러스별)검사를 준용하고, 19S-IgM -FTA-ABS 검사는 선천성 매독질환 및 매독치료 경과관찰을 위해

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
트레포네마 검사		실시하는 검사로 누692라 트레포네마검사-형광트레포네마항체흡수검사[면역형광법] 또는 누692마 트레포네마검사-형광트레포네마항체흡수검사[면역형광법](역가)에 준용함. (고시 제2018-101호, '18.6.1. 시행)
누654 정밀면역검사	누654나(1)주 항체 결합력 검사의 급여기준	누654나(1)주. 항체 결합력 검사는 각 검사항목의 특이 IgM 항체가 양성 또는 특이 IgM 항체가 음성이지만 IgG 항체가 증가되어 급성기감염이 의심되는 경우에 인정함. (고시 제2021-183호, '21.7.1. 시행)
	SARS-CoV-2 항체검사 [정밀면역검사]의 급여기준	1. 누654나(1) 정밀면역검사-바이러스항체(바이러스별)-IgG-(26)SARS-CoV-2 검사는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에 요양급여로 인정하며, 동 기준 이외에 시행한 경우에는 비급여토록 함. - 다 음 - 가. 다기관염증증후군(MIS)이 의심되어 감별진단 목적으로 실시하는 경우 나. 아래의 기준을 모두 충족하는 경우 1) 누658다. 핵산증폭-정성그룹3-SARS-CoV-2 [실시간역전사중합효소연쇄반응법] 검사 결과가 2회 이상 음성 또는 미결정인 경우 2) 임상적으로 코로나19 감염이 강하게 의심되는 경우 2. 위 1.나.에 따라 최초 항체 검사에서 음성이지만, 코로나19 관련 임상증상이 지속되는 경우 2주 이후 1회 추가 인정함. (고시 제2023-39호, '23.3.1. 시행)
누658 핵산증폭	누658다 지카바이러스 검사의 급여기준	누658다 핵산증폭-정성그룹3-지카바이러스 검사[실시간역전사중합효소연쇄반응법]는 질병관리청 고시 「감염병의 진단기준」에 따라 지카바이러스 감염증이 의심되는 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여를

항 목	제 목	세부인정사항
		인정하며, 동 기준 이외에는 비급여 함. - 다 음 - 1. 역학적 연관성(증상 시작 전 2주 이내)이 있고 반점구진성 발진과 함께 다음 증상 중 2개 이상 동반된 경우 - 발열, 비화농성결막염/결막충혈, 관절통, 근육통, 관절 부종 등 2. 역학적 연관성이 있는 임신부 3. 산전 진찰을 통해 태아의 소두증, 두개 내 석회화 병변, 기타 선천성 장애(선천성 난청, 선천성 백내장, 정신지체 등)이 의심되는 경우 ※ 역학적 연관성 ① 지카바이러스 감염증 발생국가 여행력 ② 지카바이러스 감염자와 성접촉 ③ 지카바이러스 감염증 발생지역에 최근 6개월 이내 방문 이력이 있는 사람과 성접촉 ④ 지카바이러스 감염증 발생국가에서 수혈력이 있는 경우 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	누658라 메르스코로나바이러스[실시간역전사중합효소연쇄반응법] 검사의 급여기준	누658라 핵산증폭-정성그룹4-메르스 코로나바이러스[실시간역전사중합효소연쇄반응법] 검사는 질병관리청의 메르스 대응지침에 따름을 원칙으로 함(질병관리청에 신고 포함). 유행단계에서 다음과 같은 경우에 요양급여하며, 그 외에는 비급여 함. - 다 음 - 가. 의심환자에 해당하는 경우 나. 의심환자에 해당되지 않더라도 위험요소에 노출되어 의사가 필요하다고 인정하는 경우 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	SARS-CoV-2 [실시간역전사중합효소연쇄반응법] 검사의 급여기준	1. 누658다 핵산증폭-정성그룹3-SARS-CoV-2 [실시간역전사중합효소연쇄반응법] 검사는 다음과 같은 경우에 요양급여로 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 코로나19 감염이 의심되거나 치료효과 판정을 위해 실시하는 아래의 경우 가) 진단 시 1회 의사 소견에 따라 코로나19 검사가 필요한 경우 나) 추적관찰 시 질병관리청「코로나바이러스감염증-19 대응지침」에 따른 위중증인 코로나19 확진환자에게 의학적 필요성이 있는 경우 2) 코로나19 관련 임상증상이 없이 선별목적으로 실시하는 아래의 경우 1회 인정 가) 응급실* 내원환자로서, 중증응급환자** 또는 6시간 이상 지연할 수 없는 응급수술(시술 포함)이 필요한 중증응급의심환자** 에게 선별목적으로 실시 * 「응급의료에 관한 법률」에 따라 지정된 응급의료기관의 응급실 ** 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제18조의3 (응급환자의 중증도 분류)에 따른 「한국 응급환자 중증도 분류기준」고시 참고 나) 상급종합병원, 종합병원, 병원, 요양병원, 정신의료기관(상급종합병원, 종합병원은 제외), 재활의료기관으로 입원하는 환자 다) 사회복지시설 중「노인복지법」제31조제2호에 따른 노인의료복지시설,「장애인복지법」 제58조제1항제1호에 따른 장애인 거주시설,

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제22조에 따른 정신요양시설에 입소하는 입소자 라) 「응급의료에 관한 법률」에 따라 지정된 응급의료기관에 내원하여 응급으로 자연분만 혹은 제왕절개술이 필요한 환자 나. 검사방법 단독검사와 취합검사로 구분하며 아래표의 급여대상별 적용가능검사에 따라 선택하여 실시함

급여대상	검사방법
1) 코로나19 감염이 의심되거나 치료효과 판정을 위해 실시하는 경우 (진단 시, 추적관찰 시)	단독검사
2)-가) 코로나19 관련 임상증상이 없는 중증응급환자 또는 응급수술(시술 포함)이 필요한 중증응급의심환자 2)-라) 코로나19 관련 임상증상이 없는 응급으로 자연분만 혹은 제왕절개술이 필요한 환자	단독검사
2)-나) 코로나19 관련 임상증상이 없는 상급종합병원, 종합병원, 병원 입원환자 * 단, 허가병상이 150병상 미만인 병원은 취합검사가 어려운 경우 단독검사 가능	취합검사
2)-나) 코로나19 관련 임상증상이 없는 요양병원, 정신의료기관 (상급종합병원, 종합병원은 제외), 재활의료기관 입원 환자 2)-다) 코로나19 관련 임상증상이 없는 「노인복지법」 제31조제2호에 따른 노인의료복지시설, 「장애인복지법」 제58조제1항제1호에 따른	단독검사 취합검사

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><td>장애인 거주시설, 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」제22조에 따른 정신요양시설 입소자</td><td></td></tr>
</table>
다. 수가산정방법
검사방법 및 급여대상에 따라 아래와 같이 수가를 적용하며, 상기 가. 급여대상 2)의 경우 상기도검체로 실시한 경우에 한하여 인정함. 급여대상 가. 2)의 나), 다)에 해당되는 취합검사와 단독검사의 청구코드는 아래표와 같이 구분하여 신종 감염병 관리의 목적으로 한시적으로 기재토록 함
<table>
<tr><th>검사방법</th><th>유형</th><th>산정기준</th><th>적용수가</th><th>청구코드</th></tr>
<tr><td rowspan="2">단독검사</td><td rowspan="2">–</td><td rowspan="2">1인 검사 시</td><td rowspan="2">누-658 다. 핵산증폭-정성그룹3-SARS-CoV-2 [실시간역전사중합효소연쇄반응법] (561.48점)</td><td>D6583 세부코드 (05)</td></tr>
<tr><td>D6583 세부코드 (97)주)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">취합검사</td><td>1단계 (그룹검사)</td><td>2~5인 취합 검사 시</td><td>누-658 라. 핵산증폭-정성그룹4 소정점수의 25% (181.99점)</td><td>D6588 세부코드 (00) ,(97)주)</td></tr>
<tr><td>2단계 (개별검사)</td><td>1단계 검사결과 양성그룹에</td><td>누-658 라. 핵산증폭-정성그룹4 소정점수의 75%</td><td>D6589 세부코드 (00) ,(97)주)</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><td></td><td></td><td>대한
개별검사
실시</td><td>(545.96점)</td><td></td></tr>
</table>
주. 해당 검사비용의 20%를 본인부담 하는 경우의 청구코드로 급여대상 가. 2)의 나), 다) 에 해당하는 경우에 한하여 기재
라. 본인부담률
상기 가. 급여대상 2)의 나), 다)는 입원 환자(입소자) 및 입원(소) 예정자로 입원진료에 준하여 「국민건강보험법」 제44조 및 동법 시행령 [별표2] 제1호 가목에 따라 해당 검사비용의 본인부담률은 20%로 적용하며, 해당 수가의 세부코드를 '97'로 기재하여 청구함
마. 기타
1) 코로나바이러스감염증-19 응급용 선별검사와의 동시 실시는 요양급여를 인정하지 않음
2) 허가병상이 150병상 미만인 병원은 취합검사가 어려운 경우 단독검사를 1회 인정하며, 본인부담률은 해당 검사비용의 20%로 함

2. 코로나19 검사가 필요하다는 타 요양기관의 소견에 따라 종합병원, 병원 내 선별진료소를 내원하여 별도 진찰 등 없이 코로나19 검사 시행만을 원하는 경우 해당 검사비용만 산정함.

3. 상기 1.의 급여대상 이외에 환자가 원하여 시행하는 경우 등은 요양급여비용 전액을 본인이 부담토록 함.
(고시 제2023-39호, '23.3.1. 시행)</td></tr>
<tr><td></td><td>누658
뎅기바이러스
검사의 급여 기준</td><td>누658나 핵산증폭-정성그룹2-뎅기바이러스[역전사루프매개등온증폭법] 및 누658다 핵산증폭-정성그룹3-뎅기바이러스[실시간역전사중합효소연쇄반응법] 검사는 질병관리청의 「바이러스성 모기매개 감염병</td></tr>
</table>

항 목	제 목	세부인정사항
		관리지침-뎅기열」에서 정한 뎅기열 추정 감염지역을 방문한 이후 급성열성 증상이 있는 경우에 실시 시 요양급여를 인정하며, 그 이외 실시한 경우는 비급여 함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
누658 핵산증폭 누680 핵산증폭	코로나바이러스 감염증-19[핵산증폭법] 응급용 선별검사의 급여기준	1. 코로나바이러스감염증-19[핵산증폭법] 응급용 선별검사는 빠르게 코로나19 음성을 확인하여 신속한 치료방향 등을 결정하기 위해 선별목적으로 실시하는 검사로 응급 대응 성능 (1시간 내 검사 완료)을 고려하여 식품의약품안전처장이 긴급사용을 승인한 응급용 검사 시약을 사용한 검사에 한하여 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 응급진료가 불가피하여 「응급의료에 관한 법률」에 따라 지정된 응급의료기관에 내원한 환자로, 코로나19 감염 판별이 필요한 경우 1) 응급실* 내원환자로서, 중증응급환자** 또는 6시간 이상 지연할 수 없는 응급수술(시술 포함)이 필요한 중증응급의심환자** * 「응급의료에 관한 법률」에 따라 지정된 응급의료기관의 응급실 ** 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제18조의3(응급환자의 중증도 분류)에 따른 「한국 응급환자 중증도 분류기준」 고시 참고 2) 응급으로 자연분만 혹은 제왕절개술이 필요한 환자 나. 적용수가 상기도 검체로 실시한 경우에 한하여, 코로나바이러스 감염증-19 응급용 선별검사 유형에 따라 아래표와 같이 수가를 적용하고, 신종 감염병 관리의 목적으로

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
청구코드는 한시적으로 기재함
<table>
<tr><th>유형</th><th>적용수가</th><th>청구코드</th></tr>
<tr><td>코로나바이러스 감염증-19 [핵산증폭법] 응급용 선별검사 I</td><td rowspan="2">누-658 라. 핵산증폭-정성그룹4 소정점수</td><td>D6584, 세부코드 98</td></tr>
<tr><td>코로나바이러스 감염증-19 [핵산증폭법] 응급용 선별검사 II</td><td>D6584, 세부코드 99</td></tr>
<tr><td>코로나바이러스 감염증-19 [핵산증폭법] 응급용 선별검사 III (COVID-19를 포함한 호흡기 바이러스, 폐렴원인균)</td><td>누-680 나. 핵산증폭 - 다종그룹2 소정점수</td><td>D6802, 세부코드 98</td></tr>
</table>
다. 인정횟수
1) 응급실(응급분만) 내원시 1회 급여하며, 코로나바이러스감염증-19 [핵산증폭법]응급용 선별검사 결과가 양성인 경우 SARS-CoV-2[실시간역전사중합효소연쇄반응법]검사 (청구코드 D6583, 세부코드(05))의 추가 실시를 인정함
2) 단, 코로나바이러스감염증-19 응급용 선별검사와 SARS-CoV-2[실시간역전사중합효소연쇄반응법]검사의 동시 실시는 불인정함
라. 상기 가. 이외에 응급실 내원환자에게 동 검사를 실시한 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따른 본인부담률을 50%로 적용함

2. 동 검사를 요양급여로 실시할 수 있는 기관은 코로나바이러스감염증-19 응급용 선별검사 유형에 따라 다음과 같으며 응급검사인 점을 고려하여 검사위탁은 불가함.
</td></tr>
</table>

항 목	제 목	세부인정사항
		- 다 음 - 가. 「응급의료에 관한 법률」에 따라 지정된 응급의료기관 1) 코로나바이러스감염증-19 [핵산증폭법] 응급용 선별검사 I 2) 코로나바이러스감염증-19 [핵산증폭법] 응급용 선별검사 III (COVID-19를 포함한 호흡기 바이러스, 폐렴원인균) 나. 「응급의료에 관한 법률」에 따라 지정된 응급의료기관으로 진단검사의학과 전문의가 상근하는 기관 1) 코로나바이러스감염증-19 [핵산증폭법] 응급용 선별검사 II (고시 제2023-39호, '23.3.1. 시행)
누658 핵산증폭 누659 핵산교잡 누660 염기서열분석 - 유전자형 그룹 3	인유두종 바이러스 검사 (Human Papilloma Virus, HPV검사)의 급여기준	1. 인유두종 바이러스(Human Papilloma Virus, HPV)검사의 적응증은 다음과 같이 하며, 동 기준 이외에 시행한 경우에는 비급여토록함. - 다 음 - 가. 자궁질세포병리검사상 미확정 비정형 편평세포 (ASC-US) 이상의 변화된 소견이 있는 경우 나. 조직검사상 구인두암 또는 구인두전구암이 확인된 경우 다. 상기 가. 또는 나. 이후 추적검사가 필요한 경우 2. 산정방법 위 1항에 의한 적응증에 해당하는 경우 검사방법에 따른 다음 검사항목 중 1가지 검사만 인정함. 다만, 중합효소연쇄반응법(PCR)에 의한 HPV 검사인 누658가, 누658나, 누658바 검사는 여러 HPV type을 실시하더라도 소정점수의 200%까지만 산정함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		- 다 음 - 가. 누658가 핵산증폭-정성그룹1-인유두종바이러스 나. 누658나 핵산증폭-정성그룹2-인유두종바이러스 다. 누658바 핵산증폭-유전자형그룹1-인유두종바이러스 라. 누659나 핵산교잡-유전자형그룹1-인유두종바이러스 마. 누660나 염기서열분석-유전자형그룹3-인유두종바이러스 3. 위 1항에 의한 적응증에 해당하더라도, 2항의 마. 누660나 염기서열분석-유전자형그룹3-인유두종바이러스의 경우는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함. ※ ASCUS : Atypical Squamous Cell of Undetermined Significance (고시 제2022-163호, '22.7.1. 시행)
누662 SARS-CoV-2 항원검사 [일반면역검사]-간이검사	SARS-CoV-2 항원검사 [일반면역검사]-간이검사의 급여기준	1. 누662 SARS-CoV-2 항원검사[일반면역검사]-간이검사는 코로나바이러스감염증-19 진단을 위한 보조적 검사로 코로나19 감염이 의심되는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함 - 다 음 - 가. 적용대상 1) 의료취약지역* 소재 요양기관 및 응급실**에 내원하거나 중환자실***에 입원한 환자 *「소득세법」 시행규칙 제7조제4호에 의한 의료취약지역 **「응급의료에 관한 법률」에 따라 지정된 응급의료기관의 응급실 ***「의료법 시행규칙」 제34조 [별표4]에서 정한 시설·장비를 갖춘 중환자실 2) 코로나19 예방접종 후 4주 이내에 혈액투석을 위해 외래로 내원한 만성신부전 환자 나. 산정방법

항 목	제 목	세부인정사항
		상기도검체로 실시한 경우에 한하여 1회 인정 2. SARS-CoV-2 항원검사[일반면역검사]-간이검사 결과가 양성인 경우 코로나19 확진검사를 반드시 실시해야 하며, 음성인 경우라도 증상이 지속되는 등 환자 상태를 고려하여 의사판단하에 코로나19 확진검사의 추가실시 가능 3. 동 검사를 실시하는 의료기관은 질병관리청 「코로나-19 신속항원검사 대응·조치 안내」 *등 관련 유의사항을 준수하여야 함 * 검사 시행 당일 유효한 지침을 기준으로 함 4. 1. 이외에 시행하는 경우는 비급여로 함 (고시 제2022-37호, '22.2.14. 시행)
누663 인플루엔자 A·B 바이러스 항원과 SARS-CoV-2 항원 동시검사 [일반면역검사]-간이검사	인플루엔자 A·B 바이러스 항원과 SARS-CoV-2 항원 동시검사 [일반면역검사]-간이검사의 급여기준	1. 누663 인플루엔자 A·B 바이러스 항원과 SARS-CoV-2 항원 동시검사 [일반면역검사]-간이검사의 요양급여 기준은 다음과 같이함. - 다 음 - 가. 급여대상 인플루엔자 유행주의보 발령 시, 인플루엔자 또는 코로나바이러스감염증-19 관련 임상증상이 있는 환자에게 의사가 검사의 필요성을 인정한 경우로 응급실*에 내원하거나 중환자실**에 입원한 환자 * 「응급의료에 관한 법률」에 따라 지정된 응급의료기관의 응급실 ** 「의료법 시행규칙」 제34조 [별표4]에서 정한 시설·장비를 갖춘 중환자실 나. 산정방법 상기도 검체로 실시한 경우에 한하여 1회 인정 다. 상기 가., 나. 에도 불구하고 동일한 날 아래

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		검사와 같이 중복 실시한 경우 인정하지 않음 - 아 래 - 1) 누661 인플루엔자 A·B 바이러스 항원검사 [일반면역검사]-간이검사 2) 누661 주3. 인플루엔자 A·B 바이러스 항원검사 [일반면역검사]-간이검사-장비를 이용하여 측정한 경우 3) 누662 SARS-CoV-2 항원검사 [일반면역검사]-간이검사 2. SARS-CoV-2 항원검사 결과가 음성인 경우라도 증상이 지속되는 등 환자 상태를 고려하여 의사의 판단하에 코로나19 확진검사의 추가실시 가능 3. 상기 1. 이외에 시행한 경우는 비급여로 함 (고시 제2023-24호, '23.2.1. 시행)
누680 핵산증폭	누680가 다종그룹1-(13) SARS-CoV-2를 포함한 호흡기 바이러스 검사의 급여기준	누680가 다종그룹1-(13) SARS-CoV-2를 포함한 호흡기 바이러스 검사의 요양급여기준은 다음과 같이함. - 다 음 - 가. 급여대상 인플루엔자 유행주의보 발령 시 코로나바이러스 감염증-19 또는 인플루엔자 관련 임상증상이 있는 환자에게 의사가 검사 필요성을 인정한 경우 나. 산정횟수 진단 시 1회. 다만, 환자상태 등을 고려하여 의사의 판단 하에 1회 추가 인정 다. 상기 가., 나. 에도 불구하고 아래의 경우에는 요양급여를 인정하지 않음

항 목	제 목	세부인정사항
		- 아 래 - 1) 누658다 핵산증폭-정성그룹3-SARS-CoV-2 [실시간역전사중합효소연쇄반응법]과 같은 날 중복으로 시행 2) 코로나바이러스감염증-19 확진환자에게 추적 관찰 목적으로 시행 라. 상기 가. 이외에 시행한 경우는 요양급여비용 전액을 본인이 부담토록 함 (고시 제2023-39호, '23.3.1. 시행)
	누680가 핵산증폭-다종그룹1-(04) 폐렴 원인균 및 누680나 핵산증폭-다종그룹2-(04)폐렴 원인균 검사의 급여기준	1. 누680가 핵산증폭-다종그룹1-(04)폐렴 원인균 및 누680나 핵산증폭-다종그룹2-(04)폐렴 원인균 검사는 방사선 단순촬영 등으로 폐렴이 진단된 환자에게 실시 시 요양급여를 인정함. 2. 상기 1.이외의 경우에는 진료기록부를 통해 폐렴을 시사하는 이학적 검사소견 등이 입증되는 경우에 사례별로 인정함. (고시 제2019-315호, '20.1.1. 시행)
	누680가 다종그룹1-(05) 호흡기병원체(바이러스, 폐렴원인균), (06) 호흡기 바이러스, 누680나 다종그룹2-(05) 호흡기병원체 (바이러스,	누680가 다종그룹1-(05) 호흡기병원체(바이러스, 폐렴원인균), (06) 호흡기 바이러스, 누680나 다종그룹2-(05) 호흡기병원체(바이러스, 폐렴원인균), (06) 호흡기 바이러스 및 누680라 다종그룹4-(01) 호흡기병원체(바이러스, 폐렴원인균) 및 약제내성유전자 검사의 급여기준은 다음과 같이 하며, 동 기준 이외에 시행한 경우에는 비급여토록 함. - 다 음 - 가. 급여대상

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	폐렴원인균), (06) 호흡기 바이러스 및 누680라 다종그룹4-(01) 호흡기병원체 (바이러스, 폐렴원인균) 및 약제내성 유전자 검사의 급여기준	1) 당해 요양기관이 아닌 곳에서 출생하여 신생아 중환자실로 새로 입원하는 환아 2) 신생아중환자실에 입원중인 환아가 호흡기 바이러스에 의한 감염 혹은 패혈증으로 의심되는 경우 3) 중환자실에 입원중인 환자의 폐렴이 호흡기 바이러스에 의한 감염으로 의심되는 경우 나. 급여횟수: 입원기간 중 최대 2회 이내 (고시 제2022-225호, '22.10.1. 시행)
	누680라 다종그룹4-(02) 혈류감염증 병원체(그람양성 세균, 그람음성세균, 진균) 및 약제내성유전자 검사의 급여기준	누680라 다종그룹4-(02)혈류감염증 병원체(그람양성세균, 그람음성세균, 진균) 및 약제내성유전자 검사는 혈액배양 양성이 보고된 후 8시간 이내에 실시한 경우에 인정하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함. - 다 음 - 가. 급여대상: 중환자실에 입원 중인 패혈증(의심) 환자에서 혈액배양 양성검체의 그람염색을 통해 균이 확인된 경우 나. 급여횟수: 입원기간 중 병원체 진단목적으로 1회 인정하며, 혈액배양 양성검체의 그람염색 결과가 변경된 경우에 1회 추가 인정함. 단, 항균제 치료의 효과판정을 위해서는 인정하지 아니함. (고시 제2023-85호, '23.5.1. 시행)
누680 핵산증폭 누685 핵산증폭	다종그룹 검사의 급여기준	다종그룹 검사는 2종 이상의 분석물질에 대하여 다종 검사키트(multiplex, panel)를 이용하여 검사를 실시한 경우에 산정하며, 다종그룹 검사의 필수 분석물질 목록과 급여기준은 다음과 같이 함

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>

- 다 음 -

가. 다종그룹검사의 필수 분석물질

<table>
<tr><th>구분</th><th>필수 분석물질</th></tr>
<tr><td>급성설사 원인 바이러스</td><td>아데노바이러스(Adenovirus)
로타바이러스(Rotavirus)
노로바이러스(Norovirus)</td></tr>
<tr><td>급성설사 원인 세균</td><td>캄필로박터균(Campylobacter spp.)
살모넬라균(Salmonella spp.)
시겔라균(Shigella spp.)
장출혈성 대장균
Enterohemorrhagic Escherichia coli(EHEC, Shiga
독소 생성 E. coli)</td></tr>
<tr><td>뇌수막염/ 뇌염/ 수막뇌염 원인 세균</td><td>대장균(Escherichia coli)
헤모필루스 인플루엔자균
(Haemophilus influenzae)
리스테리아 모노사이토게네스
(Listeria monocytogenes)
수막염균(Neisseria meningitidis)
B군 사슬알균(Streptococcus agalactiae)
폐렴사슬알균
(Streptococcus pneumoniae)</td></tr>
<tr><td>뇌수막염/ 뇌염/ 수막뇌염 원인 바이러스</td><td>엔테로바이러스(Enterovirus)
단순포진바이러스 1형
(Herpes simplex virus type 1)
단순포진바이러스 2형
(Herpes simplex virus type 2)
수두-대상포진바이러스
(Varicella zoster virus(VZV))</td></tr>
<tr><td>뇌수막염/뇌염 / 수막뇌염 원인 진균</td><td>크립토콕쿠스 네오포르만스/가티
(Cryptococcus neoformans/gattii)</td></tr>
</table>

</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><th>구분</th><th>필수 분석물질</th></tr>
<tr><td>폐렴 원인균</td><td>폐렴 미코플라즈마
(Mycoplasma pneumoniae)
레지오넬라뉴모필라
(Legionella pneumophila)</td></tr>
<tr><td>호흡기
바이러스</td><td>인플루엔자바이러스 A
(Influenzavirus A)
인플루엔자바이러스 B
(Influenzavirus B)
호흡기합포체바이러스
(Respiratory syncytial virus)
파라인플루엔자바이러스
(Parainfluenza virus)
아데노바이러스
(Adenovirus)
SARS-CoV-2</td></tr>
<tr><td>성매개
감염균
(하부요로생식기
감염, 질염 등)</td><td>질편모충(Trichomonas vaginalis)
마이코플라스마 제니탈리움
(Mycoplasma genitalium)
클라미디아 트라코마티스
(Chlamydia trachomatis)
임균(Neisseria gonorrhoeae)</td></tr>
<tr><td>혈류감염증
그람양성
세균</td><td>장알균(Enterococci)
황색포도상구균
(Staphylococcus aureus)
폐렴사슬알균
(Streptococcus pneumoniae)</td></tr>
<tr><td>혈류감염
증
그람음성
세균</td><td>대장균(Escherichia coli)
폐렴막대균
(Klebsiella pneumoniae)
녹농균
(Pseudomonas aeruginosa)
아시네토박터 바우마니
(Acinetobacter baumannii)</td></tr>
<tr><td>혈류감염증
진균</td><td>칸디다 알비칸스
(Candida albicans)</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><th>구분</th><th>필수 분석물질</th></tr>
<tr><td>메티실린
내성
포도알균
유전자형</td><td>mecA</td></tr>
<tr><td>반코마이신
내성 장구균
유전자형</td><td>vanA, vanB</td></tr>
<tr><td>카바페넴
분해
효소 유전자</td><td>KPC, NDM, VIM, IMP, OXA-48</td></tr>
</table>

나. 인정횟수
다종그룹 검사는 질환의 진단을 위하여 실시한 경우 1회 실시함을 원칙으로 함. 다만, 급격한 증상 변화가 있어 임상적으로 필요한 경우 사례별로 추가 인정함.

다. 기타
1) 상기 나.에도 불구하고 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 세부인정사항을 별도로 정한 항목은 해당 고시에서 정한 기준을 따름.
2) 다종그룹 검사의 종수 계산에서 분석물질의 아형(subtype)은 여러 개의 아형을 검사해도 해당 아형들이 속한 분석물질만 계산함. 또한 복수의 종(species)이 있는 바이러스의 경우 해당 바이러스가 속한 분석물질 1종에 대해서만 계산함(파라인플루엔자바이러스, 코로나바이러스, 로타바이러스, 아데노바이러스 등).
이 밖에 인플루엔자바이러스는 세부사항 고시된 A형과 B형 이외의 형(type)에 대해서는 종수 계산하지 않음.
(고시 제2023-85호, '23.5.1. 시행)
</td></tr>
</table>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
누700가 일반면역검사 -B형간염 표면항원(정성) 누700나 일반면역검사 -B형간염 표면항체 누701다 정밀면역검사 -B형간염 표면항원 나701라 정밀면역검사 -B형간염 표면항체	B형간염 백신을 맞기 위하여 실시한 간염검사 (HBsAg, HBsAb)의 급여기준	간염예방접종 대상여부를 알기 위하여 실시하는 검사는 건강진단 목적이며 검사결과 이상유무에 불문하고 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2]에 의한 비급여대상으로 함. 다만, 검사결과 이상이 있어 정밀검사를 요하거나 치료를 할 경우에는 그때부터 급여함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
누700마 일반면역검사 -C형간염 항체	ASAN HCV PA 시약 (입자응집법: Particle Agglutination)을 이용한 C형간염 항체검사의 수가 산정방법	ASAN HCV PA 시약을 이용한 C형간염항체검사는 항원항체 반응을 기초로 한 입자응집법(Particle Agglutination Test)으로 검사방법이 간편하며 검사상 폐액의 배출이 없어 감염의 우려가 없고 검사 소요시간이 짧아 신속하게 처리할 수 있는 C형간염항체 screening 검사법이므로 누700마 일반면역검사-C형간염항체로 산정함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
누700바 일반면역검사 -C형간염항체 (간이검사)	누700바 일반면역검사-C형간염항체(간이검사)-유형 I, 유형 II 수가 산정방법	1. 누700바(2) 일반면역검사-C형간염항체(간이검사) -유형 II는 면역크로마토그래피법(OraQuick 키트를 이용)을 이용하여 C형 간염 바이러스 항체를 검출할 경우에 산정함 2. 상기 1. 이외 면역크로마토그래피법을 이용하여 C형 간염 바이러스 항체를 검출할 경우에는 누700바

항 목	제 목	세부인정사항
		(1) 일반면역검사-C형간염항체(간이검사)- 유형 I로 산정함 (고시 제2019-176호, '19.9.1. 시행)
누700마 일반면역검사-C형간염항체 누700바(1) 일반면역검사-C형간염항체(간이검사)-유형 Ⅰ 누701아 정밀면역검사-C형간염항체	C형간염 항체검사의 급여기준	누700마 일반면역검사-C형간염항체(HCV Ab), 누700바(1) 일반면역검사-C형간염항체(간이검사)-유형 Ⅰ 또는 누701아 정밀면역검사-C형간염항체(HCV Ab)의 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 간기능검사상 이상소견이 있는 경우 나. 급성 및 만성 간질환 환자에서 C형간염이 의심되거나 또는 C형간염의 배제가 필요한 경우 다. 혈액종양 환자와 혈액투석을 받는 만성 신부전증 환자 등 잦은 수혈로 인해 C형 간염 감염의 위험이 있다고 판단되는 경우 라. 혈액, 골수, 조직, 장기 등의 공여자 마. C형간염 고위험군에서 감염원에 노출되었거나 노출될 위험이 높은 경우 바. 수술(관혈적 시술 포함)이 필요하거나 예측되는 경우 사. 상기 가.~바. 이외 임상적으로 필요하여 실시하는 경우 사례별로 인정함. (고시 제2019-176호, '19.9.1. 시행)
누701다 B형간염 표면항원	B형간염 바이러스 표면항원 정량검사 급여기준	누701다(2) 정밀면역검사-B형간염표면항원-정량검사는 만성 B형 간염환자에서 치료반응 평가를 위해 다음과 같은 경우에 요양급여함. - 다 음 - 가. Pegylated interferon-α를 투여하는 경우 1) 치료 전: 1회 2) 치료 12주째와 24주째: 각 1회 3) 치료 종결 시: 1회

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		나. 경구용 항바이러스제제를 투여하는 경우 B형간염 바이러스 DNA 정량검사 미검출 시 연 1회 인정하되「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용 (고시 제2018-185호, '18.11.1. 시행)
누701아 정밀면역검사 -C형간염 항체 누721가 정밀면역검사 -HIV항체	C형간염항체 /HIV항체 동시 검사의 급여기준	1. 누701아 정밀면역검사-C형 간염항체 '주2'항과 누721가 정밀면역검사-HIV항체 '주'항 C형간염 항체와 HIV항체를 동시 검사한 경우의 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 혈액, 골수, 조직 장기 등의 공여자 나. 수술(관혈적 시술 포함)이 필요하거나 예측되는 환자 다. 혈액종양 환자와 투석(혈액, 복막)을 받는 만성 신부전증 환자 등 잦은 수혈로 인해 감염의 위험이 있다고 판단되는 경우 라. 기타 후천성 면역결핍증이 의심되는 경우 2. 누701아 정밀면역검사-C형간염항체와 누721가 정밀면역검사-HIV 항체 검사는 동일 목적의 검사이므로 중복 산정은 인정하지 아니함. (고시 제2021-128호, '21.5.1. 시행)
누702 B형간염 바이러스 DNA 정량검사 (DNA Probe법) 누704라 핵산증폭-	누702 B형간염 바이러스 DNA 정량검사 (DNA Probe법) 및 누704라 핵산증폭-정량그룹1의 급여기준	누702 B형간염 바이러스 DNA 정량검사(DNA Probe법) 및 누704라 핵산증폭-정량그룹1의 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. B형간염 표면항원(HBsAg) 양성인 만성 간질환 환자 나. 만성 B형간염 산모 다. 만성B형 간염환자, 간경변환자, 간암환자 중 항바이러스 치료를 받고 있는 환자의 치료반응을 평가하기 위해

항 목	제 목	세부인정사항
정량그룹1		실시하는 경우 라. 항암화학요법 또는 면역억제제 치료시 1) B형 간염 바이러스 보유자는 동 치료 시작 시와 치료 후 경과 관찰 위해 실시 시 인정 2) HBsAg 음성이지만 B형간염 핵심항체(anti-HBc) IgG 양성 일 때 동 치료 시작 시 인정 이때, HBV-DNA가 음성이면 간기능검사(AST, ALT) 수치가 정상범위 상한치 이상일 때 추가로 실시 시 인정 (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
누705가 염기서열 분석	B형간염바이러스 약제내성유발 돌연변이 검사의 수가산정방법	누705가 염기서열분석-약제내성그룹2 (01) B형 간염 바이러스 약제내성 유발 돌연변이 검사는 약제수를 불문하고 소정점수만 산정함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
누720가, 누721가 HIV 항체, 누721나 HIV 항원/항체 (동시선별)	에이즈검사의 급여기준	에이즈바이러스(Human Immunodeficiency Virus, HIV) 감염 후 본인이 감지하지 못한 상태에서도 타인에게 전염력이 있게 되므로, 감염자의 조기발견과 수혈 등으로 인한 감염요인 사전규명 및 진료과정에서의 감염예방 등을 위하여 실시한 누720가 일반면역검사-HIV 항체, 누721가 정밀면역검사-HIV 항체 및 누721나 정밀면역검사-HIV 항원/항체(동시 선별) 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 장기이식수술을 위하여 장기를 제공하는 경우 나. 수술 또는 수혈이 필요하거나 예측되는 환자 다. 중증감염환자, 불명열환자 또는 투석환자(혈액, 복막) 라. 비전형적 피부질환자 또는 원인불명의 전신성 림프선 종창환자 마. 동성애, 매춘, 성병, 마약주사 경험자 바. 기타 후천성 면역결핍증이 의심되는 경우 등

항 목	제 목	세부인정사항
		임상적으로 필요하여 실시하는 경우 (고시 제2018-39호, '18.3.7. 시행)
누722 웨스턴블롯	HIV-Line Immunoassay (Immunoblot) 검사의 준용항목	HIV 항체 검사를 Line Immunoassay (Immunoblot) 검사법으로 시행한 경우 누722가. 웨스턴블롯-HIV 항체 검사의 소정점수를 산정함. (고시 제2021-229호, '21.9.1. 시행)
누724가 염기서열 분석	HIV 검사 시 사용된 HIV-1 Genotyping System Kit 별도 산정여부	누724가 염기서열분석-약제내성그룹2 (01) HIV 검사 시 사용된 HIV-1 Genotyping System Kit는 소정 검사료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
누741 면역글로불린(정량)	α1-Acid Glycoprotein, α2-Macroglobulin 검사의 급여기준	Immuno Chemistry System을 이용하여 실시하는 α1-Acid Glycoprotein, α2-Macroglobulin 검사는 누741 면역글로불린(정량)-IgG검사에 준용함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
누743 총면역 글로불린E	누743가 총면역글로불린E [일반면역검사(정량)]-간이검사의 급여기준	누743가. 총면역글로불린E [일반면역검사(정량)]-간이검사는 누743나. 총면역글로불린E[정밀면역검사(정량)], 누745가(2) 항원특이 면역글로불린E [일반면역검사(간이검사)]-35종 이상, 누745나. 항원특이 면역글로불린E [정밀면역검사(반정량)]는 동일 목적의 검사로 같은 날 중복 산정은 인정하지 아니함. (고시 제2020-269호, '20.12.1. 시행)
누744 항원특이면역글로불린[정밀면역검사]	Blocking Antibody Test의 급여기준	알레르기 환자 치료시 왁진주사의 투여량을 조절하기 위하여 실시하는 Blocking Antibody Test(IgG, IgG4)는 누744 항원특이면역글로불린[정밀면역검사](정량)-IgE 검사에 준용함. (고시 제2019-251호, '19.12.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
(정량)	누744 항원특이면역글로불린[정밀면역검사](정량)-IgE 검사의 급여기준	1. 누744 항원특이 면역글로불린[정밀면역검사](정량)-IgE 검사는 Allergy 질환 진단시 나715 알레르겐 피부반응검사[1종목당]를 우선 시행하며, Allergen종류에 따라 각각 산정하되 종목수를 6종 이내로 인정함. 2. 상기 1.에도 불구하고 나715 알레르겐 피부반응검사를 시행하기 곤란한 다음과 같은 경우에는 최대 12종 이내로 인정함. - 다 음 - 가. 알레르겐 피부반응검사 실시 시 협조가 곤란한 경우(만6세 미만의 소아, 정신적 또는 신체적 장애를 가진 자) 나. 광범위한 피부질환[심한 피부묘기증(severe dermatographism) 건피증(severe ichthyosis), 전신성 습진(generalized eczema) 등]이 있는 경우 다. 알레르겐 피부반응검사 결과에 영향을 미치는 약물[항히스타민제, 삼환계 항우울제(tricyclic antidepressants) 등] 장기투여 중 일시 중단할 수 없는 경우 라. 알레르겐 피부반응검사 시 아나필락시스 위험이 있는 경우 3. 산정방법 가. 동일 알러지 항원에 대하여 누744 항원특이 면역글로불린[정밀면역검사](정량)-IgE와 누745나 항원특이 면역글로불린E[정밀면역검사](반정량)를 동시에 실시하는 경우 누744 항원특이 면역글로불린[정밀면역검사](정량)-IgE는 중복검사로 보아 요양급여를 인정하지 아니함. 나. 상기 가.에도 불구하고 누745나 항원특이 면역글로불린E 검사 패널에 포함되지 않는 알러지 항원에 대하여 누744 항원특이 면역글로불린-IgE 검사를 동시에 실시 할 필요가 있는 경우 각각 요양급여를 인정함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
누745나 항원특이 면역글로불린E [정밀면역검사] (반정량)	누745나 항원특이 면역글로불린E [정밀면역검사] (반정량)의 급여기준	누745나 항원특이 면역글로불린E[정밀면역검사](반정량)는 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 알레르기성 질환(천식, 아토피, 비염, 아나필락시스쇼크 등) 2) 피부질환(두드러기, 접촉성피부염 등) 나. 산정방법 1) 흡입 항원(곰팡이류, 진드기, 집먼지 등)과 음식 항원(우유, 게, 복숭아 등)을 이용하여 동시 실시 시 1종만 인정함. 2) 상기 1)에도 불구하고, 꽃가루 또는 흡입 항원 알레르기와 음식 항원 알레르기가 동시에 의심되는 경우에 한해서는 동시 실시 시 인정함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
누751 트립타제 [정밀면역검사]	누751 트립타제 [정밀면역검사]의 급여 기준	비만세포(mast cell)의 활성화정도를 측정하는 검사인 누751 트립타제[정밀면역검사]는 아나필락시스 증상을 보이는 환자 또는 비만세포증가증 진단 및 급성악화 시 요양급여를 인정함 (고시 제2021-66호, '21.3.1. 시행)
누762 림프구 유약화검사	NK cell assay 검사의 준용 항목	NK Cell Assay검사는 NK Cell 활성도 검사와 동일하므로 누762나 림프구 유약화검사-H3-Thymidine Uptake법의 소정점수를 준용 산정함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
누763가 NK 세포 활성도 검사	NK 세포 활성도 검사- [정밀면역검사] 급여기준	누763가 NK 세포 활성도 검사-[정밀면역검사]는 다음의 조건을 모두 충족하는 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함.

항 목	제 목	세부인정사항
-[정밀면역검사]		- 다 음 - 가. 위암, 전립선암을 진단받은 환자 중「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」제4조 중증질환자 산정특례 대상으로 등록된 암환자(V193) 나. 환자당 1회 인정하며, 의학적으로 추적검사의 필요성이 있는 경우에는 사례별로 인정함. 다. 검사 전 환자에게 동 검사의 임상적 유용성, 시행목적, 활용 계획 등을 충분히 설명하여 환자가 시행 여부를 결정하도록 하며, 소정 양식의 동의서를 작성·보관하여야 함. 라. 검사 후 결과 해석, 치료 방향 설정 등 환자에게 설명한 내용을 진료기록부에 기록하여야 함. (고시 제2022-113호, '22.5.1. 시행)
누784-1 항ENA 및 항DNA 항체 선별검사	누784-1 항ENA 및 항DNA 항체 선별검사의 수가 산정방법	1. 누784-1 항ENA 및 항DNA 항체 선별검사는 전신성 류마티스 자가면역질환 의심환자의 진단을 위해 시행하는 검사로, 동일목적의 누784가 항핵항체-일반면역검사, 누784나(1) 항핵항체-면역형광법-정성과 동시에 실시한 경우에는 1종만 산정함. 2. 다만, 상기 '1'에도 불구하고 검사결과가 음성임에도 전신성 류마티스 자가면역질환이 강력하게 의심(임상증상 등)되어 날짜를 달리하여 누784 항핵항체 검사를 실시한 경우 추가 인정함. (고시 제2021-21호, '21.2.1. 시행)
누785 항ENA 항체검사	누785 항ENA 항체 검사의 급여기준	1. 누785 항ENA 항체 검사는 누784 항핵항체 검사 또는 누784-1 항ENA 및 항DNA 항체 선별검사 결과가 양성인 경우 요양급여를 인정함. 2. 상기 1.에도 불구하고 다음과 같은 경우에는 요양급여를 인정함. - 다 음 -

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		가. 근염(Myositis) 의심 환자에서 실시하는 누785(01) 항Jo-1항체 검사 나. 루푸스(Lupus) 또는 쇼그렌증후군(Sjogren's syndrome) 의심 환자에서 실시하는 누785 (7) 항SS-A(Ro)항체 검사, 누785(8) 항SS-B(La)항체 검사 (고시 제2021-58호, '21.3.1. 시행)
누786 항DNA 항체검사	누786 항DNA 항체검사의 급여기준	누786 항DNA 항체검사는 다음과 같은 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 누784 항핵항체 검사 또는 누784-1 항ENA 및 항DNA 항체 선별검사 결과가 양성으로 확인된 전신홍반성루푸스(Systemic Lupus Erythematosus, SLE) 의심 환자에서 실시한 경우 나. 전신홍반성루푸스로 진단된 환자에서 추적검사 목적으로 실시한 경우 (고시 제2021-58호, '21.3.1. 시행)
누786-1 항ENA 및 항DNA 항체 다종검사 [정밀면역검사]	누786-1 항ENA 및 항DNA 항체 다종검사 [정밀면역검사]의 급여기준	누786-1 항ENA 및 항DNA 항체 다종검사[정밀면역검사]는 질환의 진단을 위하여 실시한 경우 1회 인정함을 원칙으로 함. 다만, 급격한 증상 변화가 있어 임상적으로 필요한 경우 사례별로 추가 인정함 (고시 제2018-162호, '18.9.1. 시행)
누788-1 항카디오리핀/항베타2 당단백I항체	누788-1가 항카디오리핀/항베타2 당단백I 항체-정밀면역검사(확진)의 급여기준	항인지질항체증후군이 의심되는 환자를 대상으로 실시하는 누788-1가. 항카디오리핀/항베타2 당단백I항체-정밀면역검사(확진)는 누788가(2) 항카디오리핀항체-정밀면역검사-확진과 누790가. 항베타2 당단백I항체-정밀면역검사(확진)과 동일 목적의 검사이므로 중복 산정은 인정하지 아니함. (고시 제2020-269호, '20.12.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
누797 항미토콘드리아항체 (Anti-Mitochondria Antibody)	누797 항미토콘드리아항체 (Anti-Mitochondria Antibody) 검사의 급여기준	누797 항미토콘드리아항체(Anti-Mitochondria Antibody) 검사는 다음과 같이 인정하되, 누797가 항미토콘드리아항체(일반면역검사), 누797나 항미토콘드리아항체(정밀면역검사), 나797다 항미토콘드리아항체(면역형광법)을 동시 실시 시 1종목만 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 자가면역성 간질환, 원발성 담즙성 간경변증, 원발성 담즙성 담관염, 원발성 경화성 담관염의 진단 및 추적관찰 목적으로 실시한 경우 인정함. 나. 상기 가.에도 불구하고 원인불명의 간질환, 원인불명의 간경변증, 원인불명의 담즙정체의 감별진단 시에도 인정함. (고시 제2019-315호, '20.1.1. 시행)
누798 간신장 미세소체 항체검사	누798 간신장 미세소체 항체검사의 급여기준	누798 간신장 미세소체 항체검사(Liver Kidney Microsomal Antibody)는 간기능 이상, 상세불명의 간질환, 상세불명의 급성 간염, 상세불명의 간경변증, 자가면역성 간질환의 진단 및 추적관찰 목적으로 실시한 경우 인정하되, 누798가 간신장 미세소체 항체검사(정밀면역검사)와 누798나 간신장 미세소체 항체검사(면역형광법)을 동시 실시 시 1종목만 요양급여를 인정함. (고시 제2019-315호, '20.1.1. 시행)
누799-1 자가면역 간질환 항체 다종검사	누799-1가 자가면역 간질환 항체 다종검사- 정밀면역검사의 급여기준	누799-1가 자가면역 간질환 항체 다종검사-정밀면역검사는 자가면역성 간질환(자가면역성 간염, 원발성 담즙성 경변증)이 의심되는 환자에서 누784 항핵항체, 누797 항미토콘드리아항체, 누799 항평활근항체 검사 결과가 모두 음성으로 확인되어 감별진단을 위해 시행한 경우 1회 요양급여를 인정함. (고시 제2021-102호, '21.4.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
누811 항PLA2R IgG 항체 [정밀면역검사]	누811 항PLA2R IgG 항체[정밀면역검사]의 급여기준	1. 누811 항PLA2R IgG 항체[정밀면역검사]는 막성 신병증환자에서 원발성과 속발성 막성 신병증을 감별 진단하는 목적으로 실시하는 경우에 요양급여 함 2. 상기 1. 이외 막성 신병증이 의심되어 실시하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인 부담률을 80%로 적용함 (고시 제2018-242호, '18.12.1. 시행)
누812 항MAG항체 [정밀면역검사]	항MAG항체 [정밀면역검사]의 급여기준	누812 항MAG항체는 '단세포군감마글로불린병이 있는 말초신경병'을 진단하거나 만성염증성탈수초다발신경병을 감별하기 위해 실시한 경우 1회 인정함. 다만, 상태변화 또는 새로운 증상 발생 등 진료 상 검사의 필요성이 있는 경우 사례별로 인정함. (고시 제2020-7호, '20.2.1. 시행)
누813 항CCP항체 [IgG] [정밀면역검사]	항CCP항체 [IgG] 급여기준	류마티스 관절염이 의심되어 진단을 위해 시행하는 누813 항CCP항체[IgG] 검사의 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 진단 시 1회 인정함 나. 가.의 급여횟수를 초과하여 실시한 경우에 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인 부담률 90%로 적용함. (고시 제2020-173호, '20.9.1. 시행)
누814 항헤파린-PF4항체 [IgG] [정밀면역검사]	항헤파린-PF4항체 [정밀면역검사]의 급여기준	1. 헤파린 유도성 혈소판 감소증 진단을 위해 실시하는 검사인 누-814 항헤파린-PF4항체[정밀면역검사]는 헤파린계 약물 (비분획 헤파린, 저분자량 헤파린 등)을 사용한 환자에서 혈소판 감소증이 발생하고, 임상진단 지표인 4Ts-score가 4점 이상 (intermediate probability, high probability)에 해당하는 경우 진단 시 1회 요양급여를 인정함. 2. 다만, 임상진단지표인 4Ts-score가 4점 미만 (low probability)인 경우라도 헤파린 유도성

항 목	제 목	세부인정사항
		혈소판 감소증 진단을 위해 반드시 필요하다고 판단되는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용하여 진단 시 1회 인정함. * 4Ts(Thrombocytopenia, Timing of platelet count fall, Thrombosis or other sequelae, oTher causes for thrombocytopenia) (고시 제2022-26호, '22.2.1. 시행)
누840 조직형검사	조직형검사 (HLA Typing) DQ의 급여기준	누840 조직형검사-HLA Typing (Class Ⅱ):DQ는 장기 등 이식시 환자 및 공여자에게 시행하는 경우 인정함. 다만, 누840다 조직형검사-[핵산증폭(고해상도)]-HLA Typing (Class II):DQ 및 누840라 조직형검사-[염기서열분석]-HLA Typing (Class II):DQ는 비혈연간 동종조혈모세포이식 시 인정하며, 그 외 장기 등 이식시 필요한 경우에는 진료내역 및 담당의사의 소견서 등을 참조하여 사례별 인정함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
	누840 HLA Typing DP의 급여기준	1. 누840나 조직형검사-[핵산증폭(저해상도)] -HLA Typing(ClassⅡ):DP는 장기이식 또는 조혈모세포 이식시 환자 및 공여자에게 시행하는 경우 인정함. 다만, 장기이식 환자의 경우에는 환자 혈청내 HLA-DP항체가 확인된 경우에만 인정함. 2. 누840라 조직형검사-[염기서열분석]-HLA Typing (ClassⅡ):DP는 HLA-A, B, C, DR, DQ Typing 결과가 있는 비혈연간 동종조혈모세포 이식 대상 환자와 공여자에게 시행하는 경우 인정하며, 그 외 장기 등 이식시 진료내역 및 담당의사의 소견서 등을 참조하여 사례별 인정함. (고시 제2021-153호, '21.6.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	3종 이상 동시 시행하는 조직형검사 (HLA Typing)의 급여기준	누840라. '주'항 3종 이상 동시 시행하는 조직형검사(HLA Typing)는 차세대염기서열분석법으로 시행한 경우로서 다음과 같은 요건을 모두 충족한 경우 요양급여함. - 다 음 - 가. 적응증 1) 3종 이상 ~ 5종 이하 동시 시행하는 경우 : 신장, 췌장 및 조혈모세포 이식 대상 환자와 공여자 2) 6종 이상 동시 시행하는 경우 : 비혈연간 동종 조혈모세포 이식 대상 환자와 공여자 3) 단, 상기 1)과 2)의 중복산정은 인정하지 아니함. 나. 실시기관 : 「차세대 염기서열분석기반 유전자 패널검사」의 시설, 인력, 장비에 대한 요건을 충족하는 기관 (고시 제2021-153호, '21.6.1. 시행)
누841 조직형검사 -단일형	누841 조직형검사-단일형 HLA Typing 중 HLA-B27 검사의 급여기준	누841 조직형검사-단일형 HLA Typing 중 HLA-B27 검사는 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 강직척추염, 강직척추염이 동반된 염증성장질환, 반응성관절염(Reiter's disease), 건선관절염 등의 염증성 척추관절병증 나. 인정횟수 진단 목적으로 실시한 경우 1회 인정하고, 그 이외에는 진료기록부를 통해 상기 검사 실시가 불가피한 사유를 기재하는 경우 사례별 인정 (고시 제2019-315호, '20.1.1. 시행)
	HLA-B5801 유전자형검사의 급여기준	누841다 조직형검사-단일형-핵산증폭-(03)HLA-B5801, 누841라 조직형검사-단일형-염기서열분석-(03)HLA-B5801은 알로퓨리놀 약제 투여가 필요한 환자에게 다음과

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		같이 요양급여함. - 다 음 - 1. 인정대상 가. 만성 신질환 환자로 통풍 진단 후, 고뇨산혈증의 치료가 필요한 경우(uric acid 검사상 9mg/dL이상):누841다 조직형검사-단일형-핵산증폭-(03)HLA-B5801 또는 누841라 조직형검사-단일형-염기서열분석-(03)HLA-B5801 인정 나. 상기 가.에 해당되지 아니한 경우: 누841다 조직형 검사-단일형-핵산증폭-(03)HLA-B5801 인정 2. 인정횟수 알로퓨리놀 최초 투여 전 1회 (고시 제2021-206호, '21.8.1. 시행)
누843 HLA 항체검사	C1q 보체결합 단일항원 동정검사의 급여기준	누843나(2)주2 HLA 항체 [정밀면역검사] C1q 보체결합 단일항원 동정검사는 신장 또는 심장을 이식했거나 예정인 환자를 대상으로 항체매개거부반응 발생 및 예후를 예측하기 위한 검사로 다음과 같은 경우 요양급여를 인정하되, 동 기준 이외에 실시하는 경우는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률 80%로 적용함 - 다 음 - ○ 항체매개거부반응이 의심되는 임상적 소견이 확인되지 않으나 '누843나(2)주1 HLA 항체 [정밀면역검사] 단일항원 동정검사'에서 공여자특이항체(DSA, Dornor Specific Antibody)가 확인되어 항체매개거부반응 발생이 의심되는 경우 (고시 제2019-166호, '19.8.1. 시행)
누844 림프구	림프구 혼합배양검사를	누844 림프구 혼합배양검사시 림프구에 실시한 방사선조사는 동 검사의 일련 과정에 포함되므로 별도 인정하지

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
혼합배양검사	위한 방사선 조사 인정여부	아니함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
나560 조직병리검사 [1장기당]	나560 조직병리검사 [1장기당]의 수가 산정방법	나560 조직병리검사[1장기당]의 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 악성종양 위전절제술의 조직병리검사는 나560라의 소정점수를 산정하고, 동시에 췌장절제술, 비장절제술, 담낭절제술을 시행한 후 각각의 조직병리검사 시는 부수장기에 대한 검사이므로 나560다의 소정점수를 장기별로 각각 산정함. 나. 악성 뇌종양수술후의 조직병리검사는 두 부위에 각각 수술을 실시한 경우에는 2회 인정하며 한 부위에 실시한 경우에는 1회만 산정함. 다. 피부종양을 여러 부위에서 적출한 후 실시한 조직병리검사는 전신을 두부, 경부, 상·하·전·후 체간, 좌·우·상·하지, 회음부로 구분(11부위)하여 부위별로 각각 산정함. 라. 악성종양수술에서 림프절제술이 병행된 경우는 블록수를 합산하여 나560라로 산정함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
	나560 조직병리검사 [1장기당]의 양측장기, 인접장기 및 연결장기의 수가 산정방법	나560 조직병리검사[1장기당]의 양측장기, 인접장기 및 연결장기의 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 양측장기 1) 양측장기는 나560 조직병리검사의 소정점수를 양측으로 각각 산정함. 2) 갑상선, 편도, 성대, 혈관 수술 후 실시하는 나560 조직병리검사는 양측의 파라핀 블록수를 합하여 나560의 소정점수로 산정함. 나. 인접장기

항 목	제 목	세부인정사항
		1) 위풀씨 수술(Whipple's Op): 췌장, 담낭, 장(Intestine)으로 각각 나누어 산정 2) 방광암 수술시 전립선, 위암 수술시 비장·췌장간, 담낭절제술 시 담낭: 장기별로 산정 3) 비강과 부비동, 편도(Tonsil)와 아데노이드(Adenoid), 두경부 악성종양 시 침샘, 신장 악성종양 시 부신: 한 장기로 산정 4) 대망(Omentum), 복막(Peritoneum): 별도장기로 볼 수 없음. 다만 병변이 있어 단독 생검시는 병리조직 검사를 산정할 수 있음 5) 자궁부속기(Adnexa of uterus, 동측 난소와 난관 등): 한 장기로 산정 다. 연결장기 1) 소화기관의 경우: 식도, 위, 소장, 대장 4부분으로 구분하여 인정 – 말단 회장(Terminal Ileum)의 경우 연결하여 절제되는 경우 대장과 함께 산정 – 결장절제술시 결장(Colon), 맹장(Cecum), 회장(Ileum), 직장(Rectum)은 한 장기로 산정 2) 요관(Ureter)같은 연결기관: 주 장기에 포함하여 한 장기로 산정 (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
	골수생검으로 조직을 채취한 후 골조직 병리검사를 시행한 경우 수가산정방법	골수생검으로 조직을 채취한 후 골조직 병리검사를 시행한 경우에는 검체가 일반적으로 장기조직이 아니므로 나560다의 소정점수를 산정함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
나562 세포병리검사	Urine Cell Block검사의	암 상병이 의심되어 실시하는 나562가(2) 체액 세포병리 검사 중 Urine Cell Block 검사는 다음과 같이

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	산정기준	산정함. - 다 음 - 가. 수가 산정방법 나562가(2) 세포병리검사-일반세포검사-체액세포병리검사와 나562 주1. 조직절편제작검사는 각각의 소정점수를 산정함. 나. 산정방법 1) Voided Urine으로 시행한 경우: 최대 3회 2) 방광경검사(Cystoscopy)나 요관카테터로 시행한 경우: 각 1회 3) 상기 1)과 2)의 횟수를 초과하는 경우에는 「선별급여지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	나562나(1) 세포병리검사-액상세포검사-자궁질 세포병리검사의 급여기준	나562나(1) 세포병리검사-액상세포검사-자궁질 세포병리검사의 급여기준은 다음과 같이 함 - 다 음 - 가. 자궁경부 세포진 검사상 미확정 비정형 편평세포(ASC-US) 이상 또는 비정형 선세포(AGC) 이상의 변화된 소견을 보여 추적 관찰이 필요한 경우 나. 인유두종 바이러스 검사에서 이상이 있어 추후 관찰이 필요한 경우 다. 자궁경부암 전단계 또는 자궁경부암으로 진단되어 치료를 받은 후 재발여부를 평가하는 경우 라. 자궁경부 출혈이나 polyp이 있는 경우 ※ ASCUS : Atypical Squamous Cell of Undetermined Significance ※ AGC: Atypical Glandular Cell (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	나562나(2) 세포병리검사-액상세포검사-체액세포병리검사의 급여기준	나562나(2) 세포병리검사-액상세포검사-체액세포병리검사는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 흉강삼출액, 복강삼출액, 뇌척수액을 이용하여 세포병리검사를 시행하는 경우 나. 뇨 및 객담검사의 세포병리검사는 아래 각 호에 해당하는 경우 - 아 래 - 1) 일반 요검사 또는 객담검사에서 비정형세포가 관찰되어 추가적인 검사 또는 추적관찰이 필요한 경우 2) 다른 임상검사(흉부 X선, 기관지 내시경, 방광경검사) 에서 폐암 또는 방광암이 의심되어 검사하는 경우 3) 현미경적 혈뇨 이상의 요검사 이상이 있는 경우 4) 방광암 또는 폐암 치료 후 재발 여부를 평가하는 경우 5) 기타 장기로 암의 전이가 의심되어 평가하는 경우 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	나562나(3) 세포병리검사 -액상세포검사 -흡인세포병리검사의 급여기준	종양 진단 목적으로 실시하는 액상세포검사-흡인세포병리검사는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. 다만, 동일 날 실시한 일반세포검사-흡인 세포병리검사와 중복 산정은 인정하지 아니함. - 다 음 - 가. 영상의학적 검사에서 이상 소견이 확인된 폐 병변, 췌장 병변, 림프절 병변, 유방 병변, 안내 병변에 시행한 경우 나. 영상의학적 검사에서 확인된 갑상선 결절에 시행한 경우 (고시 제2020-243호, '20.11.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
나563 특수염색검사 [염색별]	Diff-Quic 염색법의 수가 산정방법	Diff-Quic Solution을 이용하여 실시하는 염색법은 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 검체가 조직인 경우 1) Helicobacter pylori 검사를 목적으로 시행하는 경우 : 누589가(1) Helicobacter pylori검사-내시경하-Warthin-Starry Silver Stain 산정 2) 기타의 경우: 나563 특수염색검사로 산정 나. 검체가 체액이나 유방, 림프절 등의 세침흡인검체 등인 경우: 누051 혈구형태(말초혈액도말)[관찰판정-현미경] 산정 (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
나564 조직면역형광 현미경검사	Antiserum to C1, Q1검사의 수가 산정방법	Antiserum to C1, Q1 검사는 나564 조직면역형광현미경검사[항체별]의 소정점수를 산정. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
	피부질환에 시행하는 나564 조직면역형광현미경검사(항체별)의 급여기준	피부질환에 시행하는 나564 조직면역형광현미경검사[항체별]는 피부질환 중 다음의 경우에 병인 확인과 타 질환과의 감별진단을 목적으로 피부생검 시 Immunoglobulin, Complement, Fibrinogen 등 침착관찰 위하여 6종까지 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 수포성 피부질환 1) 천포창(Pemphigus) 2) 유사천포창(Bullous pemphigoid) 3) 흉터유사천포창(Cicatrical pemphigoid) 4) 임신유사천포창(Pemphigoid gestationis)

항 목	제 목	세부인정사항
		5) 후천수포표피박리증 (Epidermolysis bullosa acquisita) 6) 포진피부염(Dermatitis herpetiformis) 7) 선상 IgA 피부병(Linear IgA bullous disease) 8) 만성아동기수포피부병 (Chronic bullous disease of childhood) 나. 결체조직질환 1) 홍반성 루푸스(Lupus erythematous) 2) 피부경화증(Scleroderma) 3) 피부근염(Dermatomyositis) 다. 혈관염 1) 혈관염(Vasculitis) 2) 혈관림프구증가증 (Angiolymphoid hyperplasia) 라. 태선 1) 편평태선(Lichen planus) 2) 양성태선각화증(Benign lichenoid keratosis) 마. 포르피린증 1) 만발 피부 포르피린증 (Porphyria cutanea tarda) 2) 가성포르피린증(Pseudoporphyria) 바. 치료에 반응하지 않는 양진(Prurigo) (고시 제2022-130호, '22.6.1. 시행)
	신생검 시 나564 조직면역형광현미경검사[항체별] 급여기준	신생검 시 실시한 나564 조직면역형광현미경검사[항체별]는 10종 이내 인정하고, 10종을 초과하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)

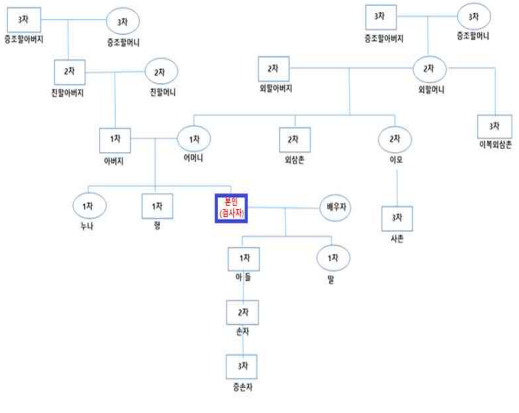
항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
나565 조직전자 현미경검사	검체크기 및 채취부위에 따른 나565 조직전자 현미경 검사의 수가 산정방법	나565 조직전자현미경검사는 1회 수술 시에 실시하는 검체의 크기 및 채취부위에 불문하고 소정점수만을 산정함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
나567 면역조직 (세포) 화학검사 [종목당]	나567나 면역조직(세포) 화학검사 Level II의 수가산정방법	1. 면역조직(세포)화학검사 Level Ⅱ 주항 '동반진단 검사 및 그에 준하는 경우'는 다음과 같은 경우에 산정함 - 다 음 - 가. 동반진단 검사 식품의약품안전처장이 동반진단으로 허가한 검사 시약을 사용하여 특정 질환에 특정 치료제 처방 대상을 선별하는 경우에 산정함 나. 동반진단 검사에 준하는 경우 식품의약품안전처장이 동반보조진단으로 허가한 검사 시약을 사용하여 비소세포폐암에 Nivolumab, Durvalumab, 두경부 편평세포암에 Nivolumab의 치료반응을 예측하기 위한 경우에 산정함. 2. 다만, 상기 1. 이외 시행하는 경우에는 나567가 Level Ⅰ으로 산정함 (고시 제2021-244호, '21.10.1. 시행)
	나567나(02) ALK 동반진단 검사 후 실시한 나583라(3)(01) 형광동소교잡반응 검사 인정 여부	1. 비소세포폐암에 치료약제선택을 위해 나567나(02) ALK 동반진단 검사를 시행한 이후에 동일 목적으로 시행한 형광동소교잡반응(Fluorescence In Situ Hybridization, FISH)검사는 인정하지 아니함. 2. 다만, ALK 동반진단 검사에서 검사결과 불분명 등의 사유로 치료약제 선택에 어려움이 있어 추가 검사가 필요한 경우 형광동소교잡반응(FISH)검사를 사례별로 인정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
사람유전자 분자병리검사	일반원칙	사람유전자 분자병리검사는 요양기관이 질병의 예방, 진단, 치료를 위해 시행하는 검사로서 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제49조에 따라 질병관리본부에 신고된 유전자에 한하여 시행함을 원칙으로 하되, 아래와 같은 경우에 요양급여를 인정하며 이외에는 비급여 대상임. (고시 제2016-268호, '17.2.1. 시행)
사람유전자 분자유전검사 -나580 유전성 유전자검사	나580 유전성 유전자검사 일반원칙	1. 나580 유전성 유전자검사는 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」에 따라 법적(legal), 윤리적(ethical), 사회적(social) 규범을 준수하고, 「IOM의 유전자검사 관련 보고서」*1)에 따라 분석적 타당성(Analytic validity), 임상적 타당성(clinical validity), 임상적 유용성(clinical utility)을 만족해야 하며, 다음과 같은 기준에 따라 요양급여를 인정함. 다만, 이미 진단된 질환에서 단순히 유전자 이상을 확인하기 위하여 시행한 경우는 인정하지 아니함. - 다 음 - 가. 해당 유전자 검사와 연관된 질환이 임상적으로 의심되어야하고, 유전성 유전자검사결과가 치료방법의 결정에 필요한 경우에 인정함. 나. 해당 유전자검사가 특정 약물의 심각한 부작용을 의미 있게 예측할 수 있는 경우 인정함. 다. 단순히 질병 발생의 위험률을 보기 위해 시행하지 아니하며, 임상적 소견과 의미있는 가족력*2)이 진료기록부상 확인되는 경우 인정함. 2. 해당 유전자를 검사함에 있어 여러 방법으로 검사를 시행한 경우라도 1종만 인정함. 3. 상기 1.에도 불구하고 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 세부인정사항을 별도로 정한 항목은 해당 고시에서 정한 기준을 따름.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		4. 상기 1. 3. 이외 나 580 유전성 유전자검사를 실시하는 경우에는 전액 본인이 부담함. *1) An Evidence Framework for Genetic Testing. 2017. IOM *2) 가족력의 가계도상 가족관계

구분	가족구성원
1차 (First-degree relatives, FDR)	부모, 형제자매, 자녀
2차 (Second-degree relatives, SDR)	조부모, 부모님의 형제자매, 손자/손녀, 조카, 이복형제
3차 (Third-degree relatives, TDR)	증조부모, 증손, 사촌

[가계도]



(고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항	
	유전성 유전자검사 항목별 유전자 종류	분류항목	유전자명
		가. 기본표적증폭	(01) APOE Gene
			(02) DMD Gene
			(03) SRY Gene
			(04) F8 Gene
			(05) HBA2 Gene
		가. 기본표적증폭- 주. 유전자 다종검사	(01) 알파지중해빈혈 (HBA1, HBA2)
		나. 중합효소연쇄반응-확장 (1) 중합효소연쇄반응 -교잡반응	(01) APOE Gene
			(02) CYP2C9 Gene
			(03) CYP21A2 Gene
			(04) F2 Gene
			(05) F5 Gene
			(06) MTHFR Gene
			(07) TPMT Gene
			(08) VKORC1 Gene
			(09) TGFBI Gene
			(10) RNF213 Gene, p.R4810K
			(11) CYP2C19 Gene
			(12) NUDT15 Gene
		나. 중합효소연쇄반응-확장 (1) 중합효소연쇄반응 -교잡반응 주. 유전 다종검사	(01) 유전성 난청 관련 유전자 (GJB2, SLC26A4, 12SrRNA,

항 목	제 목	세부인정사항	
		((별첨) 세부기준 참조)	TMPRSS3, CDH23, OTOF, COCH, ATP1A3, MPZL2, TMC1) (02) 와파린 관련 유전자 (CYP2C9, VKORC1)
		나. 중합효소연쇄반응-확장 (2) 중합효소연쇄반응 - 절편분석 (가) 중합효소연쇄반응 - 제한효소절편길이다형	(01) APOE Gene
			(02) ATP7B Gene
			(03) F5 Gene
			(04) F8 Gene
			(05) F9 Gene
			(06) FGFR3 Gene
			(07) G6PC Gene
			(08) GALT Gene
			(09) HFE Gene
			(10) MTHFR Gene
			(11) MT-ND4, MT-ND6, MT-ND1 Gene
			(12) MT-TK Gene
			(13) MT-TL1 Gene
			(14) SMN1 Gene
			(15) TOR1A Gene
			(16) F2 Gene
		나. 중합효소연쇄반응-확장	(01) AR Gene

항 목	제 목	세부인정사항	
		(2) 중합효소연쇄반응 – 절편분석 (나) 중합효소연쇄반응 – 폴리아크릴아마이드겔전기영동	(02) ATN1 Gene
			(03) ATXN1 Gene
			(04) ATXN2 Gene
			(05) ATXN3 Gene
			(06) ATXN7 Gene
			(07) ATXN8 Gene
			(08) CACNA1A Gene
			(09) HTT Gene
			(10) TBP Gene
			(11) DMPK Gene
			(12) FMR1 Gene
			(14) PHOX2B Gene
		나. 중합효소연쇄반응–확장 (2) 중합효소연쇄반응 – 절편분석 (나) 메틸화특이중합효소연쇄반응	(13) SNRPN Gene
		나. 중합효소연쇄반응–확장 (2) 중합효소연쇄반응 – 절편분석 (다) 중합효소연쇄반응 – 단일쇄구조변이형분석	(01) HBB Gene
		다. 염기서열분석 (1) 염기서열반응 Sequencing Reaction 10회 이하	(01) APOE Gene
			(02) CACNA1S Gene
			(03) ELANE Gene
			(04) GJB1 Gene

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(05) HBA1 Gene
			(06) HBA2 Gene
			(07) HBB Gene
			(08) MT-TL1 Gene
			(09) PABPN1 Gene
			(10) PMP22 Gene
			(11) SOD1 Gene
			(12) SRD5A2 Gene
			(13) TTR Gene
			(14) VHL Gene
			(15) AVP Gene
			(16) CYP2C9 Gene
			(17) CYP2C19 Gene
			(18) FGFR3 Gene
			(19) GJB2 Gene
			(20) KCNJ11 Gene
			(21) KRAS Gene
			(22) MT-ATP6 Gene
			(23) MT-ND4, T-ND6, MT-ND1 Gene
			(24) MT-TK Gene
			(25) NDP Gene
			(26) NPC2 Gene

항 목	제 목	세부인정사항	
			(27) PHOX2B Gene
			(28) POU3F4 Gene
			(29) RNF213 Gene, p.R4810K
			(30) RPS19 Gene
			(31) SBDS Gene
			(32) SDHD Gene
			(33) TGFBI Gene
			(34) TOR1A Gene
			(35) TPMT Gene
			(36) UGT1A1 Gene
			(37) VKORC1 Gene
			(38) TMEM127 Gene
			(39) MAX Gene
			(40) NUDT15 Gene
		다. 염기서열분석 (2) 10회 초과 20회 이하	(01) ACVR1 Gene
			(02) ACVRL1 Gene
			(03) ALDOB Gene
			(04) ARG1 Gene
			(05) ARSA Gene
			(06) DHCR7 Gene
			(07) F7 Gene

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(08) F9 Gene
			(09) G6PC Gene
			(10) GALE Gene
			(11) GALK1 Gene
			(12) GCH1 Gene
			(13) GFAP Gene
			(14) GLA Gene
			(15) HAX1 Gene
			(16) HPRT1 Gene
			(17) IDS Gene
			(18) IL2RG Gene
			(19) MATN3 Gene
			(20) MECP2 Gene
			(21) MEN1 Gene
			(22) MPZ Gene
			(23) NR0B1 Gene
			(24) PANK2 Gene
			(25) PRF1 Gene
			(26) RET Gene
			(27) SLC22A12 Gene
			(28) SLC2A1 Gene
			(29) SLC37A4 Gene
			(30) SMN1 Gene
			(31) STK11 Gene

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(32) TGFB1 Gene
			(33) TP53 Gene
			(34) TYR Gene
			(35) UGT1A1 Gene 크리글러-나하르 증후군 (Crigler-Najjar Syndrome) 진단 목적 외 비급여
			(36) ACADS Gene
			(37) AVPR2 Gene
			(38) BMPR2 Gene
			(39) COL10A1 Gene
			(40) CYP17A1 Gene
			(41) CYP21A2 Gene
			(42) CYP2C9 Gene
			(43) CYP2C19 Gene
			(44) CYP2D6 Gene
			(45) EDA Gene
			(46) EPOR Gene
			(47) IKBKG Gene
			(48) MAT1A Gene
			(49) OTC Gene

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(50) PROC Gene
			(51) PRRT2 Gene
			(52) PTEN Gene
			(53) RS1 Gene
			(54) RUNX2 Gene
			(55) SDHB Gene
			(56) SOX9 Gene
			(57) SLC7A7 Gene
			(58) STAR Gene
			(59) TGFBI Gene
			(60) TGFBR1 Gene
			(61) THRB Gene
			(62) TPMT Gene
			(63) ACTA2 Gene
			(64) PTS Gene
			(65) GATA3 Gene
		다. 염기서열분석 (3) 20회 초과 40회 이하	(01) ABCD1 Gene
			(02) ASL Gene
			(03) ASS1 Gene
			(04) CYBB Gene
			(05) ENG Gene

항 목	제 목	세부인정사항	
			(06) FAH Gene
			(07) FGFR1 Gene
			(08) FGFR2 Gene
			(09) FUS Gene
			(10) GALC Gene
			(11) GALT Gene
			(12) GBA Gene
			(13) GLUD1 Gene
			(14) IDUA Gene
			(15) IVD Gene
			(16) LMNA Gene
			(17) MCCC1 Gene
			(18) MFN2 Gene
			(19) MLH1 Gene
			(20) MSH2 Gene
			(21) PAH Gene
			(22) PARK2 Gene
			(23) PAX6 Gene
			(24) PCCB Gene
			(25) POR Gene
			(26) PRODH Gene
			(27) PTPN11 Gene
			(28) PYGM Gene

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(29) RPE65 Gene
			(30) SALL1 Gene
			(31) SLC25A13 Gene
			(32) SPAST Gene
			(33) SPG3A Gene
			(34) UMOD Gene
			(35) ACADM Gene
			(36) ALB Gene
			(37) AR Gene
			(38) BTK Gene
			(39) COMP Gene
			(40) EXT1 Gene
			(41) EXT2 Gene
			(42) F11 Gene
			(43) FGFR3 Gene
			(44) FLCN Gene
			(45) FOXP3 Gene
			(46) GBE1 Gene
			(47) GCDH Gene
			(48) GNAS Gene
			(49) GNE Gene
			(50) HADHB Gene
			(51) KCNH2 Gene
			(52) KCNQ1 Gene

항 목	제 목	세부인정사항	
			(53) LDLR Gene
			(54) MAPT Gene
			(55) MCCC2 Gene
			(56) MPL Gene
			(57) MSH6 Gene
			(58) MTM1 Gene
			(59) MUT Gene
			(60) NAGLU Gene
			(61) NF2 Gene
			(62) NOTCH3 Gene
			(63) NTRK1 Gene
			(64) PKD2 Gene
			(65) PROS1 Gene
			(66) RAF1 Gene
			(67) SGCE Gene
			(68) SLC26A4 Gene
			(69) SMAD4 Gene
			(70) TGFBR2 Gene
			(71) WAS Gene
			(72) SLC3A1 Gene
			(73) FANCG Gene
			(74) ZEB2 Gene
			(75) CBS Gene
			(76) MUTYH Gene

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(77) G6PD Gene
			(78) F12 Gene ((별첨) 세부기준 참조)
			(79) HEXA Gene
			(80) SLC2A2 Gene
			(81) GALNS Gene
			(82) TMPRSS6 Gene
			(83) HEXB Gene
			(84) FRMD7 Gene
			(85) CLCN1 Gene
			(86) SBF1 Gene ((별첨) 세부기준 참조)
		다. 염기서열분석 (4) 40회 초과 80회 이하	(01) AGL Gene
			(02) APC Gene
			(03) ATP7A Gene
			(04) ATP7B Gene
			(05) BRCA1 Gene
			(06) CFH Gene
			(07) CFTR Gene
			(08) CPS1 Gene
			(09) ELN Gene
			(10) GAA Gene
			(11) MYH9 Gene

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(12) NF1 Gene
			(13) NSD1 Gene
			(14) OCRL Gene
			(15) PCCA Gene
			(16) PEX1 Gene
			(17) PHEX Gene
			(18) RB1 Gene
			(19) SCN4A Gene
			(20) SOS1 Gene
			(21) STAT3 Gene
			(22) TSC1 Gene
			(23) UNC13D Gene
			(24) ABCB11 Gene
			(25) ABCC8 Gene
			(26) ATP8B1 Gene
			(27) CAPN3 Gene
			(28) F8 Gene
			(29) GNPTAB Gene
			(30) INSR Gene
			(31) JAG1 Gene
			(32) MYH7 Gene
			(33) NPC1 Gene
			(34) OPA1 Gene
			(35) PHKA2 Gene

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(36) PTCH1 Gene
			(37) RP1L1 Gene
			(38) SCN1A Gene
			(39) SCN5A Gene
			(40) SLC12A3 Gene
			(41) TCOF1 Gene
			(42) VPS33B Gene
			(43) MYBPC3 Gene
		다. 염기서열분석 (5) 80회 초과	(01) BRCA2 Gene
			(02) CHD7 Gene
			(03) COL1A1 Gene
			(04) COL1A2 Gene
			(05) COL2A1 Gene
			(06) COL3A1 Gene
			(07) CREBBP Gene
			(08) DMD Gene
			(09) DYSF Gene
			(10) FANCA Gene
			(11) FBN1 Gene
			(12) NIPBL Gene
			(13) TSC2 Gene
			(14) VWF Gene
			(15) CACNA1A Gene
			(16) KMT2D Gene

항 목	제 목	세부인정사항	
			(17) PKD1 Gene
			(18) SPG11 Gene
			(19) PKHD1 Gene
		라. 서던블롯	(01) D4Z4 Repeat
			(02) FMR1 Gene
			(03) FXN Gene
			(04) DMPK Gene
		(고시 제2023-102호, '23.6.1. 시행)	
사람유전자 분자유전검사 - 나583 비유전성 유전자 검사	비유전성 유전자검사 항목별 유전자 종류	분류항목	유전자명
		가. 기본표적증폭	(01) FIP1L1-PDGRFA Fusion Gene
			(02) IGH-CCND1 Fusion Gene
			(03) JAK2 Gene, p.V617F
			(04) SYT1-SSX Fusion Gene
			(05) VNTR Markers
		나. 중합효소연쇄반응-확장 (1) 이중중합효소 연쇄반응	(01) BCR-ABL1 Fusion Gene, Major
			(02) BCR-ABL1 Fusion Gene, Minor
			(03) ETV6-RUNX1 Fusion Gene

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(04) 6EWSR1-FLI1 Fusion Gene
			(05) IGH Gene
			(06) MAGE Gene
			(07) MLL Gene, Partial Tandem Duplication
			(08) PML-RARA Fusion Gene
			(09) RARA Gene Rearrangement
			(10) RUNX1-RUNX1T1 Fusion Gene
			(11) TCF3-PBX1 Fusion Gene
			(12) TH Gene
			(13) RNA(Other Target)
			(14) SYT1-SSX Fusion Gene
			(28) CBFB-MYH11 Fusion Gene
		나. 중합효소연쇄반응-확장 (1) 중합효소연쇄반응 -교잡반응	(15) BAALC Gene
			(16) BCR-ABL1 Fusion Gene
			(17) BRAF Gene 약제 선택 목적 외 비급여

항 목	제 목	세부인정사항	
			(18) CBFB-MYH11 Fusion Gene
			(19) EGFR Gene 표적 치료제 선별 목적에도 소정점수 산정 ((별첨) 세부기준 참조)
			(20) KRAS Gene
			(21) NPM1 Gene
			(22) PML-RARA Fusion Gene
			(23) RUNX1-RUNX1T1 Fusion Gene
			(24) WT1 Gene
			(25) IDH1 Gene
			(26) MPL Gene
			(27) NRAS Gene
			(29) ROS1 Gene
			(30) DEK-NUP214 Fusion Gene
			(31) KMT2A-MLLT3 Fusion Gene
			(32) T2A-AFF1 Fusion Gene
			(33) PIK3CA Gene ((별첨) 세부기준 참조)

항 목	제 목	세부인정사항	
		나. 중합효소연쇄반응-확장 (2) 중합효소연쇄반응 -폴리아크릴아마이드 겔전기영동	(01) STR Markers
			(02) VNTR Markers
			(03) TRG Gene
			(04) TRD Gene
			(05) TRB Gene
			(06) IGH Gene
			(07) IGK Gene
			(08) IGL Gene
			(09) FLT3 Gene, Internal Tandem Duplication
		다. 염기서열분석 (1) 염기서열반응 2회	(01) FLT3 Gene, Internal Tandem Duplication
			(02) FLT3 Gene, Tyrosine Kinase Domain
			(03) JAK2 Gene, Exon 12
			(04) JAK2 Gene, p.V617F
			(05) NPM1 Gene
			(06) BRAF Gene 약제 선택 및 혈액암 진단 목적 외 비급여
			(07) IDH1 Gene

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(08) MPL Gene
			(09) IDH2 Gene 신경교종 진단 및 예후 예측, 급성 골수성 백혈병 진단·예후 예측 및 약제 선택 목적 외 비급여
		다. 염기서열분석 (2) 4회	(01) KRAS Gene
			(02) NRAS Gene 약제 선택 목적 외 비급여
		다. 염기서열분석 (3) 6회	(01) PDGFRA Gene
		다. 염기서열분석 (4) 8회	(01) EGFR Gene
			(02) KIT Gene
			(03) CSF3R Gene
		다. 염기서열분석 (5) 10회	(01) CEBPA Gene
			(02) MYD88 Gene
		다. 염기서열분석 (6) 12회 이상	(01) BCR-ABL1 Fusion Gene
			(02) CALR Gene
			(03) TP53 Gene
			(04) CBL Gene
			(05) RUNX1 Gene
			(06) SF3B1 Gene

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
		다. 염기서열분석 (6) 12회 이상 주. 림프구 유전자 재배열 단일 검사	(01) IGH gene
			(02) TRB gene
			(03) TRG gene
		다. 염기서열분석 (6) 12회 이상 주. 림프구 유전자 재배열 동시 검사	(01) IGH/IGK gene 동시
			(02) TRB/TRG gene 동시
		라. 기타 (1) 서던블롯	(01) BCR-ABL1 Fusion Gene
			(02) IGH Gene
			(03) IGK Gene
			(04) HER2 Gene
			(05) MYC Gene
			(06) MYCN Gene
			(07) TRB Gene
			(08) TRG Gene
			(09) Other TCR Genes
		라. 기타 (2) 동소교잡반응	(01) IGK Gene
			(02) IGL Gene
		라. 기타 (3) 형광동소교잡반응 ((별첨) 세부기준 참조), 실버동소교잡반응	(01) ALK Gene 약제 선택 목적 외 비급여
			(02) HER2 Gene
			(03) ATM Gene

항 목	제 목	세부인정사항	
			(04) BCR-ABL1 Fusion Gene
			(05) CBFB-MYH11 Fusion Gene
			(06) Centromere 8
			(07) Centromere 12
			(08) Chromosome 1p
			(09) Chromosome 1q21
			(10) Chromosome 5q
			(11) Chromosome 7q
			(12) Chromosome 13q
			(13) Chromosome 19q
			(14) Chromosome 20q
			(15) ETV6-RUNX1 Fusion Gene
			(16) FGFR1 Gene
			(17) FIP1L1-PDGFRA Fusion Gene
			(18) IGH Gene
			(19) IGH-BCL2 Gene
			(20) IGH-CCND1 Fusion Gene

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(21) IGH-FGFR3 Fusion Gene
			(22) IGH-MAF Fusion Gene
			(23) IGH-MAFB Fusion Gene
			(24) MLL Gene
			(25) MYC Gene
			(26) PDGFRB Gene
			(27) PML-RARA Fusion Gene
			(28) RPN1-MECOM Fusion Gene
			(29) UNX1-RUNX1T1 Fusion Gene
			(30) TP53 Gene
		(고시 제2020-220호, '20.10.1. 시행)	

(별첨) 세부기준

구 분	세 부 기 준
형광동소교잡반응 인정기준	형광동소교잡반응법(FISH)으로 실시한 유전자검사는 「유전성 유전자검사 항목별 유전자 종류」 또는 「비유전성 유전자검사 항목별 유전자 종류」에 의거 급여대상으로 정한 경우에만 요양급여하며 그 이외에는 비급여 대상임. (고시 제2015-229호, '16.1.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항

구 분	세 부 기 준
유전성 난청 관련 유전자의 급여기준	1. 나580나(1)주(01) 중합효소연쇄반응-교잡반응-유전자 다종검사-유전성 난청 관련 유전자의 급여기준은 다음과 같이함. - 다 음 - 가. 선천성 난청이 확진된 경우 나. 중이가 정상이지만 난청이 확진된 유소아 다. 난청을 동반하는 증후군 환자 라. CT, MRI에서 내이 기형이 확진된 경우 마. 원인불명의 진행성 난청 환자 바. 가족 중 유전성 난청이 확인된 환자가 있으며, 동일 질환이 의심되어 실시한 경우 2. 상기 1. 이외 유전성 난청이 의심되어 실시하는 경우에는「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 3. 상기 1. 또는 2.에 해당되지 않는 경우에는「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」[별표2] 비급여대상 제3호가목 본인의 희망에 의한 건강검진에 따라 비급여대상임. (고시 제2020-194호, '20.9.1. 시행)
와파린관련 유전자 다종검사 동시실시시 수가 산정방법	나580나(1)주(02) 중합효소연쇄반응-교잡반응- 유전자 다종검사-와파린 관련 유전자는 와파린 용량 결정을 위해 실시하는 나580나(1) 중합효소연쇄반응-교잡반응 (02) CYP2C9 Gene, (08) VKORC1 Gene과 중복하여 산정할 수 없음. (고시 제2020-194호, '20.9.1. 시행)
TPMT Gene 검사의 급여기준	1. 나580나(1) 유전성 유전자검사-중합효소연쇄반응-확장-중합효소연쇄반응-교잡반응 [TPMT Gene], 나580다(1) 유전성 유전자검사-염기서열분석-염기서열반응 Sequencing Reaction 10회 이하 [TPMT Gene], 나580다(2)유전성 유전자검사-염기서열분석-염기서열반응 Sequencing Reaction 10회 초과 20회 이하 [TPMT Gene]은 Thiopurine 제제 투약 중 심한 골수억제 등 약제 부작용이 의심되어

항 목	제 목	세부인정사항

구 분	세 부 기 준
	유전변이를 확인하기 위해 실시한 경우 요양급여를 인정함. 2. Thiopurine 제제 투약 계획이 있는 환자 중 상기 1. 이외 실시하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2020-135호, '20.7.1. 시행)
MLH1 Gene, MSH2 Gene 검사의 급여기준	나580다(3) 유전성 유전자검사-염기서열분석-20회 초과 40회 이하 (19) MLH1 Gene, 나580다(3) 유전성 유전자검사-염기서열분석-20회 초과 40회 이하 (20) MSH2 Gene 검사는 「나580 유전성 유전자검사 일반원칙」에 따르며, 다음과 같은 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 유전성 비용종증 대장암이 의심되는 환자로서 아래 사항을 모두 충족하는 경우 1) 한 가계 내에서 조직학적으로 증명된 유전성 비용종증 대장암(Hereditary non-polyposis colorectal cancer, HNPCC)의 관련암 환자가 3명 이상이고, 2) 이들 중 1명은 나머지 2명에 대하여 1차(first-degree) 관계여야 하며, 3) 이들은 가계 내에서 연속된 2차(second-degree)에 걸쳐 존재하고, 4) 이 중 1명은 진단 시 연령이 만50세 미만일 경우에 인정 나. 아래에 해당되는 경우로서, '부적합 결합 DNA교정 유전자에 대한 면역조직(세포)화학검사 결과 관련 유전자의 발현 이상'이 확인되거나, 'DNA를 이용한 현미부수체 불안정성 검사 결과 고빈도 현미부수체 불안정성(Microsatellite instabillity-High, MSI-H)'으로 확인된 경우 1) 만50세 미만에 대장암 진단을 받은 경우 2) '이시성(metachronous) 또는 동시성 (synchronous) 대장암'이거나 '이시성 또는 동시성 HNPCC 관련암'인 경우 3) 만60세 미만에 대장암 진단을 받고, MSI-H에 특징적인 병리소견이 하나라도 있는 경우 4) 본인이 대장암이면서, 가계도 상 확인되는 1차(first- degree) 관계 가족 구성원 중 1명 이상이 만50세 이전에 HNPCC 관련암으로 진단된 경우

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항

구 분	세 부 기 준
	5) 본인이 대장암이면서, 가계도 상 확인되는 1차(first-degree) 또는 2차(second-degree)관계 가족구성원 중 2명 이상이 연령에 상관없이 HNPCC 관련암으로 진단된 경우 다. 상기 가. 나. 의 급여대상 중 다른 조건은 충족되나 가족의 사망 등으로 가계도 확인이 불가한 경우는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. ※ 참고 - HNPCC 관련암은 대장암, 소장암, 자궁내막암, 위암, 난소암, 췌장암, 담도암, 요관암, 신우암, 교모세포종, 피지선종, 각질가시세포종 - MSI-H 특징적인 병리소견은 종양 내 고도의 림프구 침윤소견, 크론양 염증반응, 점액성암, 인화세포암, 수질암 (고시 제2020-163호, '20.8.1. 시행)
F12 Gene 검사의 인정기준	나580다(3) 유전성 유전자 검사-염기서열분석-20회 초과 40회 이하-F12 Gene 검사는 다음의 경우에 요양급여를 인정함 - 다 음 - 누113가 혈액응고인자(정량)-[응고기능검사] (08) 제XⅡ응고인자 Coagulation Factor XⅡ 검사※에서 50%보다 낮은 경우 ※ 정상범위 : 50 ~ 150% (고시 제2018-70호, '18.4.1. 시행)
BRCA1 Gene, BRCA2 Gene 검사의 급여기준	나580다(4) 유전성 유전자검사-염기서열분석-염기서열반응 40회 초과 80회 이하 [BRCA1 Gene], 나580다(5) 유전성 유전자검사-염기서열분석-염기서열반응 80회 초과 [BRCA2 Gene]은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 유방암이 진단되고 환자의 가족 및 친척(3차 관계 이내)*1)에서 1명 이상 유방암, 난소암*2), 남성유방암, 전이성 전립선암, 췌장암이 있는 경우 나. 만 40세 이하에 진단된 유방암 다. 만 60세 이하에 진단된 삼중음성 유방암

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항

구 분	세 부 기 준
	라. 양측성 유방암 마. 유방암과 함께 난소암*2) 또는 췌장암이 발생한 경우 바. 남성 유방암 사. 난소암*2) *1) 「나580 유전성 유전자검사 일반원칙」 참고 *2) 상피성 난소암으로 난관암과 원발성 복막암이 포함됨. 단, 조직학적으로 순수 점액성 난소암은 제외. (고시 제2020-135호, '20.7.1. 시행)
EGFR Gene 검사의 급여기준	1. EGFR Gene 검사(중합효소연쇄반응-교잡반응)를 혈장 검체로 시행하는 경우, 나-583나(1) 비유전성 유전자검사-중합효소연쇄반응-교잡반응-EGFR Gene의 소정점수를 산정하며 급여기준은 다음과 같이 함 - 다 음 - 가. 적응증 비소세포성 폐암 환자 중 아래에 해당하는 경우에 요양급여로 인정함 - 아 래 - 1) 환자의 전신상태가 좋지 않아 조직검사를 시행하기 어려운 경우(호흡곤란, 의식저하, 출혈위험이 높은 경우 등) 2) 병변의 위치가 조직검사가 어려운 경우(접근불가 또는 대량 출혈과 기흉, 중추신경계 손상 위험이 있는 병변 등) 3) 이 전의 방사선치료로 조직채취 가능한 병변이 없거나 괴사, 섬유화로 조직검사 시행이 어려운 경우 4) 조직검사를 시행하였으나 적절한 조직을 얻지 못한 경우 또는 남은 조직이 없는 경우 나. 인정횟수 1) 1차 항암제 치료 전 : 1회 인정 2) EGFR 유전자 돌연변이가 있는 환자가EGFR-TKI(Tyrosine kinase inhibitors) 치료 중 약제변경을 위해 T790M 돌연변이 확인 검사가 필요한 경우 : 1회 인정

항 목	제 목	세부인정사항

구 분	세 부 기 준
	3) 상기 나.2)의 검사결과가 음성으로 확인되어 다른 항암제로 치료하였음에도 질병이 악화되는 경우 : 약제변경을 위해 T790M 돌연변이 확인검사가 필요한 경우에 추가 인정 2. EGFR Gene 검사(중합효소연쇄반응-교잡반응)의 요양급여비용 청구 시 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따라 특정내역(JT001)에 검체 종류별 코드 (T21(조직), B01(혈장))를 기재하여야 함 (고시 제2018-88호, '18.5.1. 시행)
PIK3CA Gene 검사의 급여기준	나583나(1)(33) PIK3CA Gene은 치료약제(Alpelisib) 투여를 위한 환자 선별 목적으로 실시하는 검사로 다음과 같은 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 진행성 유방암 환자(폐경 후 여성 및 남성) 중 호르몬 수용체(HR)가 양성이고, 사람상피세포성장인자수용체2(HER2) 음성인 환자 나. 인정기준 1) 조직 검체를 일차적으로 사용하되, 조직검사가 불가능한 경우(병변이 경추 및 상부 흉추, 골반골, 복막, 흉막, 종격동 림프절 등에 위치)에 한하여 혈장 검체 사용을 인정함. 2) 요양급여비용 청구 시 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따라 특정내역(JT001)에 검체 종류별 코드 (T21(조직), B01(혈장))를 기재하여야 함. (고시 제2023-121호, '23.7.1. 시행)
MTHFR Gene 검사의 급여기준	나-580 유전성 유전자검사 중 MTHFR Gene 검사는 Methotrexate 투약 과정에서 독성을 예측하기 위한 목적으로 실시 한 경우에는 요양급여를 인정하지 아니함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
SBF1 Gene	나580다(3) 유전성 유전자검사 염기서열분석 20회 초과 40회 이하 [SBF1 Gene]는 샤르코마리투스병(CMT, Charcot-Marie-Tooth disease)이

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td colspan="3">
<table>
<tr><th>구 분</th><th>세 부 기 준</th></tr>
<tr><td>검사의 급여기준</td><td>의심되는 환자를 대상으로 다음 중 어느 하나에 해당하여 시행 시, 1회 요양급여를 인정함.

- 다 음 -
가. GJB1 Gene, MFN2 Gene, MPZ Gene, PMP22 Gene 4종의 유전성 유전자검사 모두에서 음성으로 확인된 경우
나. 신경생리검사에서 탈수초성 변화가 있으면서, SBF1 Gene 유전자 돌연변이 가족력이 확인된 경우

(고시 제2020-220호, '20.10.1. 시행)</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>나598-1
차세대
염기서열분석
(NGS)기반
유전자
패널검사</td><td>나598-1
차세대염기서열분석
(NGS)기반 유전자
패널검사의 급여기준</td><td>나598-1 차세대 염기서열분석 기반 유전자 패널검사 (Next Generation Sequencing (NGS) Technology base Genetic Panel Test) 는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 별표3에 따라 승인된 요양기관에서 실시한 경우 다음과 같이 인정함

- 다 음 -
가. 급여대상 질환 및 필수유전자
1) 급여 대상 질환은 아래와 같고 필수유전자가 지정된 경우 유전자 패널에 반드시 포함하여 구성하고 실시하여야 함.
<table>
<tr><th>급여 대상 질환</th><th>필수유전자</th></tr>
<tr><td>유전성 망막색소변성*</td><td>PRPF31, RHO, RP1, RP2, USH2A, PRPH2, RPGR</td></tr>
<tr><td>유전성 난청*</td><td>GJB2, POU3F4, SLC26A4, TECTA</td></tr>
<tr><td>샤르코마리투스병*</td><td>GJB1, MFN2, MPZ, PMP22</td></tr>
<tr><td>상기 세가지 (*) 질환을 제외한 유전성 질환</td><td>없음</td></tr>
<tr><td>고형암</td><td>HER2, EGFR, ALK, KRAS, NRAS, BRAF, BRCA1, BRCA2, KIT, PDGFRA, IDH1, IDH2,</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><th>급여 대상 질환</th><th>필수유전자</th></tr>
<tr><td></td><td>MYC(C-myc),
N-myc(MYCN)</td></tr>
<tr><td>형질세포종</td><td>NRAS, KRAS, TP53</td></tr>
<tr><td>급성 골수성 백혈병</td><td>CEBPA, FLT3, JAK2, KIT, NPM1, RUNX1, TP53, IDH1, IDH2</td></tr>
<tr><td>급성림프구성 백혈병</td><td>TP53, RB1, JAK2, NRAS, IKZF1</td></tr>
<tr><td>골수형성이상, 골수증식종양</td><td>ASXL1, CALR, CSF3R, DNMT3A, JAK2, MPL, RUNX1, SETBP1, SF3B1, SRSF2, TET2</td></tr>
<tr><td>악성림프종</td><td>MYD88, BRAF, TP53</td></tr>
</table>
2) RNA fusion gene 검사 시는 급성백혈병에서만 필수유전자를 아래와 같이 함.
- ABL1, BCR, CBFB, ETV6, KMT2A, PML, RARA

나. 수가 산정 방법
1) 유전성 유전자 검사
가) Level Ⅰ: 유전자수 2~30개 이거나 유전자 길이가 150kb 이하인 경우
나) Level Ⅱ : 유전자수 31개이상 이거나 유전자 길이가 150kb 초과한 경우로서 유전성 망막색소변성, 유전성 난청, 샤르코마리투스병에 한하여 인정
2) 비유전성 유전자 검사
가) Level Ⅰ : 유전자수 5~50개 이거나 유전자 길이 150kb 이하인 경우
나) Level Ⅱ : 유전자수 51개이상 이거나 유전자 길이 150kb 초과한 경우
3) 인정횟수
</td></tr>
</table>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		가) 유전성 유전자검사의 경우 질환별로 1회 인정. 나) 비유전성 유전자검사의 경우, 진단시 1회 인정을 원칙으로 함. 다만, 재발 및 치료불응 시에 한하여 추가 1회를 인정함. 다. “가. 급여대상 질환” 본인부담률은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 별표2에 따라 아래와 같이 적용함 – 아 래 – 1) 위 “가. 급여대상 질환 중 고형암을 제외한 질환”은 본인부담률 50%를 적용 2) 위 “가. 급여대상 질환 중 고형암” 은 진행성, 전이성, 재발성*의 경우에는 본인부담률 50%를 적용하고, 이외 산정특례 암환자의 경우에는 본인부담률 90%를 적용함. 다만, 본인부담률 90% 적용시 치료 등 의학적 타당성에 대한 의사 소견서를 첨부하여야 함 * 진행성, 전이성, 재발성 고형암 : 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」을 따름. 다만, 별도의 명시가 없는 경우에는 암병기 3기, 4기로 하고, 병기설정이 어려운 일부 암은 「한국표준질병사인분류(KCD)」 신생물의 형태 분류에 따라 행동양식 분류부호 /3 이상으로 함 (고시 제2023-56호, ’23.3.29. 시행)
	나598-1나(1)(가) 차세대염기서열분석 기반 유전자 패널검사-	‘비소세포성 폐암에서 BRAF, ROS1, EGFR 유전자를 포함한 23종 유전자 정성검사[염기서열검사]’ 패널 사용 시 산정하며, 「차세대염기서열분석기반 유전자 패널검사」 급여기준과 「선별급여 지정 및 실시 등에

항 목	제 목	세부인정사항
	비유전성 유전자검사- 고형암-Level Ⅰ 주항의 수가산정방법 및 급여기준	관한 기준」 별표3을 따르되, [별표3] 실시조건 중 3. 가.4)가)는 제외로 함. (고시 제2022-264호, '22.12.1. 시행)
나600 염색체검사	나600가(3)(가) 염색체 마이크로어레이검사의 급여기준	나600가(3)(가) 염색체검사-선천성이상의 염색체검사-염색체 마이크로어레이검사-고해상도는 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」을 준수하여 시행하여야 하며, 다음의 조건에 모두 해당되는 경우에 요양급여를 인정함. 또한, 동 검사를 위탁하고자 하는 요양기관은 다음의 가.와 다.를, 수탁기관은 나.를 수탁일 현재 충족하여야 함 - 다 음 - 가. 적응증 1) 정신지체 (Mental retardation/Intellectual disability) 2) 발달장애 (Developmental disorders) 3) 자폐 (Autism) 4) 다발성 선천성 기형 (Multiple Congenital malformations) 나. 시설, 인력, 장비 기준 1) 시설 아래의 가)~다)를 모두 충족하는 요양기관 - 아 래 - 가) 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제49조에 따라 신고된 유전자검사기관 나) 「생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙」

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		제49조의2에 따른 '유전자검사의 숙련도 평가 인증서' 또는 '면제 통보서'를 3회 이상 받은 기관 다) 요양급여 실시일 현재 (1)~(3)의 조건 중 한 가지를 충족하는 기관 (1) 한국유전자검사평가원에서 시행한 검사실 운영과 평가범주 1의 현장평가가 A 등급이고, 평가범주 1의 외부정도관리 점수 90점 이상을 획득한 기관 (2) 진단검사의학재단에서 시행한 검사실 운영과 세포유전검사 분야에서 1년 인증을 획득하고, 대한임상검사정도관리협회의 신빙도 조사에서 분자유전학(대분류)-유전학검사(중분류)에 해당되는 검사에서 품질인증을 획득한 기관 (3) 대한병리학회에서 운영일반(검사실 운영)과 분자병리 분야의 질관리평가가 A등급이면서, 숙련도평가(외부정도관리)의 분자병리 분야에서 적합으로 평가받은 기관 2) 인력 전문의 자격 취득 후 5년 이상의 경험이 있는 진단검사의학과 또는 병리과 전문의가 1인 이상 상근하고, 임상병리사 1인 이상이 상근해야 함 3) 장비 검사 장비 및 Biochip(DNA Chip)의 해상도는 400kb 이상으로 함 다. 수가 산정 방법 1) 인정횟수 : 진단 시 1회 인정 2) 나600가(1)(나) 염색체검사-선천성이상의 염색체

항 목	제 목	세부인정사항
		검사-핵형검사[배양검사 포함]-고해상도와 중복 산정할 수 없음 라. 기타 동 검사를 실시하고자 하는 요양기관은 위의 '나. 1)'에 해당하는 '평가 인증서' 또는 '면제통보서'를 건강보험심사평가원에 제출하여야 함 1) 제출시기 : 매년 1월과 7월, 1일에서 14일까지 제출 2) 적용기간 : 제출한 다음달부터 12개월간 적용 (고시 제2023-102호, '24.1.1. 시행)
	필라델피아 염색체검사의 준용 항목	필라델피아 염색체(골수, 말초혈액)검사는 만성 골수성 백혈병 진단에 필수적인 검사이므로 급여 인정하되, 나600나(1) 염색체검사-종양의 염색체검사-혈액암으로 준용 산정함. (고시 제2015-229호, '16.1.1. 시행)
나601 호흡기능 검사	나601주 호흡기능검사-간이 호흡기능검사를 시행한 경우의 수가 산정방법	나601주 호흡기능검사-간이 호흡기능검사는 만성 폐쇄성폐질환 환자, 천식 환자, 폐기능 측정이 필요한 환자를 대상으로 선별검사 및 추적관찰 목적으로 실시하는 검사로 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 나601 '주'항에도 불구하고 단독으로 최고호기유량을 측정한 경우, 나601카 호흡기능검사-최고호기유량측정(휴대용)의 소정점수를 산정함 나. 식품의약품안전처 허가 등에 정도관리(Calibration)에 대한 설명 및 지침이 있고, 그 시행 여부를 확인할 수 있는 장비 이외의 호흡기능검사기를 이용하여 실시하는 경우 나601주 호흡기능검사-간이 호흡기능검사를 산정함. (고시 제2023-121호, '23.7.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
나603 철조법	부비동염에 STI (Sinus Trans Iluminator)를 이용한 검사의 수가 산정방법	부비동염에 STI(Sinus Trans Iluminator) 장비를 이용한 검사는 철조등(Iluminator)을 이용하여 암실에서 실시하는 철조법과 검사방법 등이 유사하므로 나603 철조법 소정점수로 준용 산정함. (고시 제2007-92호, '07.11.1. 시행)
나610 신경학적 검사	나610 신경학적 검사의 급여기준	신경학적 검사의 단순검사와 일반검사는 신경계통(중추신경계 및 말초신경계)의 이상유무 및 진행과정을 객관적으로 평가하기 위한 검사로 다음에서 정한 바에 따라 검사를 시행하고 검사결과 및 판독소견을 기록한 경우에 산정하며, 세부적인 기준은 다음과 같음. - 다 음 - 1. 산정기준 가. 산정대상 : 신경계 질환(의심)자 나. 산정방법 1) 단순검사 : 7개 평가영역 중 4개 이상의 평가영역을 시행한 경우에 산정하며 3개 이하의 평가영역을 시행하는 단편적인 신경검사는 기본진료료에 포함됨 2) 일반검사 : 7개 평가영역을 모두 시행한 경우에 산정함 3) 상기 1), 2)의 규정에도 불구하고 만 1세 미만의 소아는 '소뇌 및 전정기능 검사'와 '보행장애 검사'를 대신하여 '신체발육'을 포함한 6개 평가영역을 모두 시행한 경우 일반검사를 산정할 수 있으며, 이 중 3개 이상의 평가영역을 시행한 경우는 단순검사로 산정함 다. 동일한 날에 단순검사와 일반검사를 실시한 경우에는 주된 검사 1가지만 산정함 라. 평가영역별 필수검사 평가영역별 필수검사 항목은 반드시 포함하여 전반적인 신경학적 검사를 시행하여야 함.

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
다만, 만 6세 미만의 소아의 경우에는 예외로 적용할 수 있음
<table>
<tr><th colspan="2">평가영역</th><th>필수검사 항목</th></tr>
<tr><td>(1)</td><td>의식수준 및 대뇌 고위기능 평가</td><td>■ 의식수준
■ 지남력(시간, 장소, 사람)
■ 언어(이해, 말하기)</td></tr>
<tr><td>(2)</td><td>뇌신경 검사</td><td>■ 동공크기 및 대광반사
■ 안구운동 검사
■ 안면감각 검사
■ 안면근 운동 검사
■ 구역반사
■ 혀의 운동</td></tr>
<tr><td>(3)</td><td>사지 운동기능 검사</td><td>■ 근력(상지, 하지)
■ 근긴장도(상지, 하지)</td></tr>
<tr><td>(4)</td><td>사지 감각기능 검사</td><td>■ 촉각
■ 통각 또는 온도각</td></tr>
<tr><td>(5)</td><td>반사기능 검사</td><td>■ 심부건반사 (Deep Tendon Reflex)
■ 병적반사 (Pathologic Reflex)</td></tr>
<tr><td>(6)</td><td>소뇌 및 전정기능 검사</td><td>■ 양쪽 팔·다리의 협조 운동 (Motor coordination)
(예시) Rapid alternating move- ment, Finger to nose test, Heel to shin test 등
■ 롬버그(Romberg) 검사</td></tr>
<tr><td>(7)</td><td>보행장애 검사</td><td>■ 일반보행
■ 일자보행(Tandem gait)</td></tr>
</table>
2. 산정횟수
가. 단순검사
1) 주 1회
2) 상기 1)의 규정에도 불구하고 중환자실 또는 뇌졸중집중치료실 입원 환자는 일 1회
나. 일반검사 : 월 1회
(고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td>나610-2
부다페스트 진단기준에 의한
복합부위통증증후군 선별검사</td><td>나610-2
부다페스트 진단기준에 의한 복합부위통증증후군 선별검사의 급여기준</td><td>부다페스트 진단기준에 의한 복합부위통증증후군 선별검사는 다음에서 정한 바에 따라 문진 및 검사를 시행하고 그 결과 및 판독소견을 기록한 경우에 산정하며, 세부적인 기준은 다음과 같음.

- 다 음 -

1. 산정기준
가. 급여대상 : 복합부위통증증후군 질환(의심) 환자
나. 산정방법
4개 평가영역을 모두 시행한 경우 산정하며 3개 이하의 평가영역을 시행한 경우 기본진료료에 포함함
다. 평가영역별 필수검사
평가영역별 필수검사 항목을 반드시 포함하여 시행하여야 함

<table>
<tr><th colspan="2">평가영역</th><th>필수검사 항목</th></tr>
<tr><td>1</td><td>감각</td><td>지각과민, 통각과민, 이질통</td></tr>
<tr><td>2</td><td>혈관</td><td>온도의 비대칭, 피부색의 비대칭,
피부색의 변화</td></tr>
<tr><td>3</td><td>발한/부종</td><td>부종, 발한 변화, 발한의 비대칭</td></tr>
<tr><td>4</td><td>운동/이영양성</td><td>운동영역 감소,
운동 이상(근력저하, 떨림, 근긴장 이상),
이영양성 변화(털, 손발톱. 피부)</td></tr>
</table>

2. 산정횟수 : 최초 진단, 재판정 시 및 증상 변화 시 1회 (최대 연3회)

(고시 제2022-283호, '23.1.1. 시행)</td></tr>
<tr><td>나611
근전도검사</td><td>나611
근전도검사 및</td><td>나611 근전도검사 및 나612 신경전도 검사는 신경근병증의 임상증상이 있고 신경학적 검사상 병변이</td></tr>
</table>

항 목	제 목	세부인정사항
나612 신경전도검사	나612 신경전도검사의 인정기준	확인된 부위에 실시하여야 하며, 양측검사가 필요한 질환이 많지 않으므로 편측 병변의 비교관찰을 위해 실시한 양측검사는 인정하지 아니함. 다만, 동 검사를 반드시 양측으로 실시할 필요가 있는 경우에 대하여는 사례별로 인정함. (고시 제2007-92호, '07.11.1. 시행)
나613 기타신경 전도검사	나613마 H 반사 신경전도검사의 급여기준	나613마 H 반사 신경전도검사는 관련 임상증상 및 신경학적 검사상 다음과 같은 상병이 의심되는 경우에 인정함. - 다 음 - 가. 요천추부 신경근병증 (lumbosacral radiculo pathy) 나. 당뇨병성 다발성 신경병증, 길랑-바레증후군 (Guillain- Barre syndrome) 등을 포함한 모든 대사성, 약물성, 유전성, 염증성, 암성 다발성 신경병증(polyneuropathy) 다. 근위부 신경병증(좌골신경병증, 요천추 신경총 손상, C7 경추신경근병증 등) (고시 제2017-152호, '17.9.1. 시행)
나614 뇌파검사	유발뇌파 자동분석 (EEG Frequency Analysis)의 수가 산정방법	유발뇌파 자동분석(EEG Frequency Analysis)은 뇌파검사와 뇌유발전위검사를 좀더 구체적으로 분석하기 위하여 뇌파를 분석기기에 입력시켜 검사결과를 객관적으로 판독하는 것으로 유발뇌파 자동분석의 비용은 뇌파검사 및 뇌유발전위검사료에 포함되어 별도 인정하지 아니함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	전산화 뇌전기활동도	전산화 뇌전기활동도(Brain Mapping) 검사는 기존의 뇌파검사와 뇌유발검사를 좀더 구체적이고 객관적화

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	(Brain Mapping) 검사	하는 검사 방법으로 전산화뇌파(QEEG)는 실시 채널수 및 검사 방법에 따라 나614 뇌파검사 각 항목의 소정 점수만 산정하고, 유발전위영상(EP Mapping)은 나618 뇌유발전위검사의 30%를 가산하여 산정하며, 재료는 Disk에 한하여 요양기관 실구입가의 ⅓을 산정함. (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
	나614 라. 보행뇌파검사의 급여기준	1. 보행뇌파검사는 문진(history), 이학적 검사(physical), 일반뇌파검사 등 임상소견 및 타 검사결과로 뇌전증의 가능성이 있으나 확진하기 어려운 경우 또는 치료 효과 평가가 필요한 경우에 인정함. 2. 일반뇌파검사가 선행되어야 하는 것을 원칙으로 하되, 정신지체 등으로 일반뇌파검사에 협조가 안되어 시행하지 못한 경우 예외적으로 인정함. (고시 제2019-176호, '19.9.1. 시행)
나615 지속적비디오 뇌파검사	나615 지속적비디오뇌파 검사의 급여기준	나615 지속적비디오뇌파검사는 다음과 같이 요양급여함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 뇌전증환자의 수술전 검사로 실시하는 경우: 두개강외검사는 최대 7일 이내, 두개강내검사는 최대 14일 이내 2) 2가지 뇌전증약제를 6개월이상 투여 후에도 조절이 되지 않아 임상적으로 필요한 경우: 두개강외검사 최대 3~5일 이내 3) 임상적 소견 및 타 검사결과 뇌전증과 가성뇌전증 및 뇌전증 양 증상에 대한 감별이 곤란한 경우: 두개강외검사 최대 3일 이내 나. 상기 가. 급여대상 이외 진료 상 필요한 경우에는 환자상태에 따라 추가 인정 (고시 제2018-254호, '19.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
나618 뇌유발 전위검사	고위험신생아에 시행한 뇌유발전위검사의 급여기준	나618다 뇌유발전위검사(시각유발전위-VEP), 나618라 뇌유발전위검사(청각유발전위-AEP)는 고위험 신생아(조산아, 미숙아, 고빌리루빈혈증 등)를 대상으로 실시하며, 나618라 청각유발전위검사는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 출생체중 1,500g 이하의 극소저출생 체중아 나. 교환수혈의 결정이 필요한 중증 신생아 황달(과빌리루빈혈증) 다. 신생아가사(1분 Apgar점수 0~4점, 또는 5분 Apgar점수 0~6점) 라. 기타 청력손상의 가능성이 있는 경우 1) 청력소실의 가족력이 있는 경우 2) 선천성 자궁 내 감염증(TORCH감염증) 3) 외이의 형태학적 이상을 동반하는 두부안면계 기형 4) Aminoglycosides나 기타 청신경계 독성 약물의 다량 사용(다회 사용 혹은 loop이뇨제와의 병용 시) 5) 세균성 뇌막염 6) 5일 이상 인공환기요법 실시 7) 청력손상을 초래할 수 있는 증후군의 증상이나 소견을 보이는 경우 (고시 제2021-177호, '21.7.1. 시행)
나619-1 지속적 국소뇌혈류량 측정	지속적 국소뇌혈류량측정의 인정기준	일정기간동안 국소 뇌혈류량의 변화를 실시간 정량적으로 측정하는 지속적 국소뇌혈류량측정의 인정기준은 다음과 같이함. - 다 음 - 가. 뇌동맥류 환자의 수술 중 뇌허혈 발생여부의 확인 및 수술 후 측정 나. 지주막하 출혈환자의 지연성 혈관연축 발생 진단 (고시 제2006-3호, '06.1.16. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
나621 인성검사	만성동통환자에게 시행하는 미네소타 다면적인성검사 (MMPI)의 급여여부	「만성 통증환자」는 통증이 장기간 지속되는 경우로서 신체적인 문제뿐만 아니라 심리학적 고통이나 사회적인 영향 등의 경우가 많고, 불안이나 우울증 및 신체에 대한 관심사가 높은 양상을 나타내는 것이 특징인 바, 심리학적 검사는 환자의 정신상태나 병의 정도를 객관적으로 파악하여 정신의학적 진단을 보조하고 치료의 방침을 세우는 데 도움을 주고 있으며, 심리치료를 병행한 결과 만족할 만한 치료결과를 얻고 있다는 국내·외 논문과 재활의학과에서 보편적으로 시행하고 있는 점 등을 고려하여 만성동통환자에게 나621가 미네소타 다면적인성검사(Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI)를 재활의학과 전문의가 선택적으로 처방한 경우에 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
나627 베일리영아 발달측정	베일리영아 발달측정 수가산정방법	베일리영아발달측정은 영유아 발달검사나 영유아 건강검진 상 발달지연이 의심되어 시행하는 경우에 다음과 같이 급여함. - 다 음 - 가. 생후 24개월 까지 : 최대 3회 나. 생후 24개월 초과~42개월 : 년1회 다. 생후 42개월을 초과하였더라도 발달수준이 42개월 미만으로 확인되는 경우에는 사례별로 인정함. (고시 제2016-275호, '17.1.1. 시행)
나628 신경인지 기능검사	나628 신경인지기능검사의 급여기준	나-628 신경인지기능검사는 다음의 경우에 요양급여대상으로 함. 다만, 아래 급여대상 적응증에 해당되나 연령기준 초과 또는 산정횟수 1)~3) 초과한 경우, 급여대상에 해당되지 않으나 의학적으로 필요성이 있을 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.

항 목	제 목	세부인정사항
		- 다 음 - 가. 급여대상 1) 적응증 가) 경도인지장애 나) 경증 치매 혹은 중등도 치매 다) 중등도 이상 중증 치매 라) 뇌졸중 등 뇌혈관질환 마) 기질적 뇌질환(뇌종양, 탈수초성질환, 뇌염, 뇌전증, 외상성 뇌손상 등) 바) 뇌성마비, 발달지연 사) 정신질환 아) 약물난치성 뇌전증(수술 대상 환자) 2) 급여대상 적응증 중 아래의 조건을 만족하는 경우 인정 - 아 래 - 가) 경도인지장애, 경증 치매 혹은 중등도 치매 : 만60세 이상으로 (1), (2) 조건을 동시에 충족하는 경우 (1) 간이정신진단검사(MMSE; Mini Mental State Exam) 10점 이상 (2) 치매척도검사 (가) CDR(Clinical Dementia Rating) 0.5~2점 또는 (나) GDS(Global Deterioration Scale) stage 2~6점 나) 뇌졸중 등 뇌혈관질환, 기질적 뇌질환(뇌종양, 탈수초성질환, 뇌염, 뇌전증, 외상성 뇌손상 등) : (1), (2) 조건을 동시에 충족하는 경우 (1) 간이정신진단검사(MMSE; Mini Mental State Exam) 10점 이상 (2) 치매척도검사

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(가) CDR(Clinical Dementia Rating) 0.5~2점 또는 (나) GDS(Global Deterioration Scale) stage 2~6점 다) 뇌성마비, 발달지연 : 임상적으로 의학적 필요성이 있다고 판단한 경우 라) 정신질환 : 기질적 뇌질환과 감별이 필요하다고 판단한 경우 3) 상기 2)항에도 불구하고 나628가(4) 한국판 중증인지장애평가척도는 경도인지장애, 경증치매에는 인정하지 않으며, 가. 급여대상 1) 적응증 다)~마)에 대하여는 아래의 조건을 만족하는 경우 인정 - 아 래 - 가) 중등도 이상 중증치매 : 만 60세 이상으로 (1), (2) 조건을 동시에 충족하는 경우 (1) 간이정신진단검사(MMSE; Mini Mental State Exam) 15점 이하 (2) 치매척도검사 (가) CDR(Clinical Dementia Rating) 1점 이상 또는 (나) GDS(Global Deterioration Scale) stage 5점 이상 나) 뇌졸중 등 뇌혈관질환, 기질적 뇌질환(뇌종양, 탈수초성질환, 뇌염, 뇌전증, 외상성 뇌손상 등) : (1), (2) 조건을 동시에 충족하는 경우 (1) 간이정신진단검사(MMSE; Mini Mental State Exam) 15점 이하 (2) 치매척도검사 (가) CDR(Clinical Dementia Rating) 1점 이상 또는 (나) GDS(Global Deterioration Scale) stage 5점 이상

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
나. 산정횟수
1) 경도인지장애 혹은 치매: 진단 시 1회, 추적검사는 진단일 이후 년 1회, 이외 급격한 환자상태 변화 등 진료상 추가시행의 필요성이 있는 경우 사례별로 인정함.
2) 뇌졸중 등 뇌혈관질환, 기질적 뇌질환(뇌종양, 탈수초성질환, 뇌염, 뇌전증, 외상성 뇌손상 등), 뇌성마비, 발달지연: 년 1회
3) 정신질환: 진단 시 1회
4) 약물난치성 뇌전증: 수술 전 1회, 수술 1년 후 1회(총2회)
다. 산정방법
1) 경도인지장애 혹은 치매의 경우, 진단시에는 종합검사를 시행하는 것을 원칙으로 하며, 종합검사에 포함되지 않은 검사를 추가로 시행하거나 진단 후 추적검사 시 종합검사가 아닌 항목별 검사를 시행하는 경우에는 개별검사를 산정할 수 있음. 다만, 나628가(4) 한국판 중증인지장애 평가척도를 시행하는 경우는 추가 개별검사를 산정할 수 없음
2) 개별검사의 유형Ⅰ과 유형Ⅱ는 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따라 특정내역에 유형별 세부검사항목의 코드를 기재함.

※ 유형별 세부검사항목
• 유형I
<table>
<tr><th>인지평가 영역</th><th>항목</th><th>세부검사코드</th></tr>
<tr><td rowspan="3">가. 각성도 및 주의력</td><td>무시증후군검사(Neglect Syndrome Test)</td><td>A001</td></tr>
<tr><td>경계력검사[청각](Auditory Vigilance Test)</td><td>A002</td></tr>
<tr><td>숫자-기호바꾸기검사(Digit Symbol Test)</td><td>A003</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항

인지평가 영역	항목	세부검사코드
검사	경계력검사[시각](Visual Vigilance Test)	A017
	순서화검사(Number-Letter-Sequencing)	A018
	공간기억력검사(Spatial Memory Span)	A019
나. 기억력 검사	공간기억력검사(Spatial Memory Span)	A019
	문장따라말하기(Sentence Repetition)	A020
	비엔나system-Corsi 단기기억력검사 (Corsi Block-Tapping-Test (CORSI))	A021
	비엔나system-시각재인검사(Continuous Visual Recognition Task [FVW])	A022
다. 언어능력 검사	언어이해력 및 따라말하기 검사(Language Comprehension and Repetition Test)	A008
	범주(또는 의미) 유창성 검사(Category/ Semantic Fluency Test)	A013
	글자(또는 음소) 유창성 검사 (Letter/Phonemic Fluency Test)	A014
	보스톤 사물이름대기 검사-15문항 (Boston Naming Test-15items)	A016
	의미모양-색깔 속성검사/이름대기 검사 (Color and Object Recognition Test, and Naming Test)	A023
라. 지각 및 시공간능력검사	좌-우 구분검사(Right-Left Orientation Test)	A004
	손가락이름대기검사(Finger Naming Test)	A005
	신체부위가리키기검사(Body-Part Identification Test)	A006
	인식력검사[청각](Recognition Test [Auditory])	A024
	선나누기검사(Line Bisection Test)	A025
	벤톤 얼굴재인검사(단축형)(Benton Facial Recognition Test-Short Form)	A026
	보고 그리기(Figure Copy Test)	A027
	선그리기(Line Drawing Test)	A028
	시각적주사(Visual Scanning)	A029
	그림완성(Picture Completion)	A030
	인지기능평가(Cognitive Estimation Test)	A031
	알버트 평가검사(Albert Test)	A032
마. 감각·운동협응	손잡이검사(Handedness Inventory)	A007
	페그보드검사(Pegboard Test)	A033

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항

인지평가 영역	항목	세부검사코드
검사	손가락 두드리기 검사(Finger Tapping Test (FTT))	A034
	원추적검사(Tracking Test)	A035
	CNT-수지력검사(Finger Tapping)	A036
	비엔나system-시각변별력검사(Flicker/Fusion Frequency(FLIM))	A037
	비엔나system-반응결정력검사(Reaction Unit (RG))	A038
	비엔나system-운동결정력검사 (Movement Detection Test (MDT))	A039
바. 전두엽·집행기능 검사	보속성검사(Perseverance Test)	A009
	운동 지속불능증(Motor Impersistence)	A010
	주먹-손날-손바닥 검사(Fist-Edge-Palm)	A011
	양손 교차 운동 검사(Alternating Hand Movement)	A012
	성인 진단적 계산력 검사 (Adult Diagnostic Arithmetic Test)	A015
	비엔나system-보속성검사(Perseverance test)	A040
사. 고위인지 기능검사 등 기타	촉각형태지각검사 (Tactile Form Recognition Test)	A041

• 유형II

인지평가 영역	항목	세부검사코드
가. 각성도 및 주의력 검사	연속수행력검사[시각] (Continuous Performance Test [Visual])	B007
	연속수행력검사[청각] (Continuous Performance Test [Auditory])	B008
	CNT-시각지속검사 (Visual Continuous Performance Task)	B009
	CNT-조건시각지속검사 (Visual Conjuctive Continuous Performance Task)	B010
	CNT-언어지속검사 (Auditory Continuous Performance Task)	B011
	CNT-조건언어지속검사 (Auditory Conjuctive Continuous Performance Task)	B012
	CNT-숫자따라말하기검사(Digit Span)	B013

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항

인지평가 영역	항목	세부검사코드
	비엔나system-신호탐지검사 (Signal Detection[SIGNAL])	B014
	비엔나system-경계심검사(Vigilance[VIGIL])	B015
나. 기억력 검사	숫자외우기 검사(Digit Span Test)	B003
	CNT-시각단기기억검사(Visual Span Test)	B016
다. 언어능력 검사	시계그리기 검사(Clock Drawing Test)	B001
라. 지각 및 시공간 능력검사	구성능력검사(Construnction Test)	B018
	인식력검사[시각](Recognition Test [Visual])	B019
	후퍼 시각조직화검사 (Hooper Visual Organization Test)	B020
	같은 그림 찾기(Matching Familiar Figure Test(MFFT))	B017
	미네소타공간관계지각력검사 (Minnesota Spatial Relation Test)	B021
	토막짜기(Block Design)	B022
	선각도 판정검사(선지남력판단검사) (Judgment of Line Orientation(JLO))	B023
	벤톤 얼굴재인검사(Benton Facial recognition test)	B024
	이분청취(Dichotic listening)	B025
	비엔나system-인식력검사(Cognitrone(COG))	B026
마. 감각·운동 협응검사	악력측정검사(Grip Strength Test)	B027
	반응시간검사[시각](Reaction Time [Visual])	B028
	반응시간검사[청각](Reaction Time [Auditory])	B029
	시청각-운동 협응검사(Audiovisual-Motor Coordination Test)	B030
	브로닝스-오세레츠키 운동 적합성 검사(단축형) (Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency Test-Short Form)-단축형	B031
	CNT-시청각 반응시간검사 (Modality Shift Effect Test)	B032
	CNT-청각 반응시간검사(Cross-over Test)	B033
	비엔나system-시청각자극반응검사 (Crossover (CROSS))	B034
	비엔나system-운동수행력검사 (Motor Performance Series (MLS))	B035

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><th>인지평가 영역</th><th>항목</th><th>세부검사코드</th></tr>
<tr><td rowspan="10">바. 전두엽·집행기능 검사</td><td>실행증 검사(Clinical Apraxia Test)</td><td>B002</td></tr>
<tr><td>기호잇기검사(Trail Making Test)</td><td>B004</td></tr>
<tr><td>스트룹검사(Stroop Test)</td><td>B005</td></tr>
<tr><td>전두엽 대비검사
(Contrasting Program & Go-No-Go Test)</td><td>B006</td></tr>
<tr><td>논리적 사고력 검사(Reasoning Test)</td><td>B036</td></tr>
<tr><td>CNT-선로잇기검사(Trail Making Test)</td><td>B037</td></tr>
<tr><td>CNT-단어색채검사(Word-Color Test)</td><td>B038</td></tr>
<tr><td>CNT-개념형성검사(Hypothesis Formation Test)</td><td>B039</td></tr>
<tr><td>비엔나system-가설형성검사
(Hypothesis Formation Test)</td><td>B040</td></tr>
<tr><td>비엔나system-작업수행력검사
(Work Performance Series(ALS))</td><td>B041</td></tr>
</table>
(고시 제2021-229호, '21.9.1. 시행)
</td></tr>
<tr><td>나629
수면다원
검사</td><td>수면다원검사
급여기준</td><td>1. 수면다원검사는 다음의 모든 조건에 해당되는 경우에 요양급여를 인정하며, 이를 충족하지 않는 경우에는 비급여로 함.
- 다 음 -
가. 급여대상
1) 수면무호흡증
아래의 가),나) 또는 가),다)의 조건을 만족하는 경우
- 아 래 -
가) 간졸림증(daytime sleepiness)·빈번한 코골이(habitual snoring)·수면무호흡·피로감(nonrestorative sleep)·수면 중 숨막힘·잦은 뒤척임·수면 중 잦은 각성 등 하나 이상의 증상이 있는 경우
나) 신체검진상 후두기관내 삽관시 어려움의 평가(Modified Mallampatti score) grade 3 이상 또는 Friedman 병기분류에 따른 편도 크기(Tonsil size) grade 2~3 이상주 또는 내시경검사를 이용한 Muller maneuver상 상기도 폐쇄의 소견이 확인될 경우</td></tr>
</table>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		※ 주: 만13세미만 연령의 경우는 grade 3이상, 만13세이상 연령의 경우는 grade 2이상 적용 다) 고혈압·심장질환·뇌혈관질환 또는 당뇨 기왕력이 있거나 체질량지수(BMI)가 30 kg/m2이상인 경우 2) 기면증 또는 특발성 과다수면증 아래의 가),나) 또는 가),다)의 조건을 만족하는 경우 - 아 래 - 가) 웹워스 졸음증 척도(Epworth Sleepiness Scale) 10 이상 나) 과도한 주간졸림증이 있고, 허탈발작이 동반될 때 (narcolepsy with cataplexy) 다) 하루에 7시간 충분히 잠을 자도, 과도한 주간 졸림증이 3개월 이상 지속되어 일상생활에 불편을 초래할 때(narcolepsy without cataplexy or idiopathic hypersomnia) 나. 검사항목 뇌파(EEG),안전도(EOG),근전도-턱(EMG-submental), 심전도(ECG), 호흡기류(Airflow), 호흡노력(Respiratory effort), 산소포화도(SaO2), 체위감시(Body position), 하지근전도(EMG- ant.tibialis)를 모두 포함하여 실시하여야 함 다. 시설기준 수면평가장치(Polysomnograph), 검사 조정실(Control Room), 적외선카메라, 검사중 검사대상자와 검사자가 연락할 수 있는 연락장치, 검사대상자에 부착된 센서와 연결되는 신호 전환장치 등이 설치된 환자별로 독립된 수면검사실을 갖추고 시행해야 함. 또한, 검사 중 환자에 대한 기본처치 및 응급상황시 심폐소생술 등이 가능

항 목	제 목	세부인정사항
		하여야 함. 라. 실시 인력기준 보건복지부장관이 인정하는 수면다원검사 정도관리위원회에서 정한 기준을 충족한 전문의가 시행(검사 결과에 대한 해석·판독 포함)한 경우에 인정하며, 수면다원검사를 실시하는 요양기관은 해당 인력에 대한 변동사항이 있을 경우 지체없이 이를 건강보험심사평가원에 제출하여야 함. 2. 동 검사의 인정횟수는 다음과 같이 함 - 다 음 - 가. 진단시: 1회 인정 나. 진단 후 양압기 치료를 위해 적정압력을 측정하는 경우와 치료목적의 처치 또는 수술 후: 각각 1회씩 인정 다. 마지막 검사 시행 6개월 이후 환자상태의 급격한 변화로 임상적으로 필요한 경우에 사례별로 인정함. 라. 상기 가.~다. 이외 나646 다중수면잠복기검사 급여기준 1.에 따라 다중수면잠복기검사의 선행검사로 동 검사를 시행하는 경우에 사례별로 인정함. (고시 제2021-341호, '22.1.1. 시행)
나646 다중수면 잠복기검사	다중수면 잠복기검사 급여 기준	1. 나646 다중수면잠복기검사는 기면증 또는 특발성 과다수면증의 진단을 목적으로 전날 야간에 나629 수면다원검사 급여기준에 따라 시행한 수면다원검사에서 7시간 이상의 총 검사 시간(time in bed)이 확인된 환자를 대상으로 시행하며, 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함 - 다 음 - 가. 급여대상 1) 아래의 가),나) 또는 가),다)의 조건을 만족하는

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		환자에서 기면증 또는 특발성 과다수면증의 진단을 목적으로 시행한 경우에 1회 인정함 가) 웹워스 졸음증 척도(Epworth Sleepiness Scale) 10 이상 나) 과도한 주간졸림증이 있고, 허탈발작이 동반될 때(narcolepsy with cataplexy) 다) 하루에 7시간 충분히 잠을 자도, 과도한 주간졸림증이 3개월 이상 지속되어 일상생활에 불편을 초래할 때(narcolepsy without cataplexy or idiopathic hypersomnia) 2) 상기 1)의 검사 결과가 아래의 가) 또는 나)에 해당하는 경우에 추가 1회 인정함 가) 평균 수면잠복기(mean sleep latency)는 8분 이하이나 수면 개시 렘수면(SOREMP)이 1회만 관찰된 경우 나) 수면 개시 렘수면은 2회 이상 관찰되었으나 평균 수면잠복기가 8분 초과한 경우 3) 마지막 검사 시행 6개월 이후 환자상태의 급격한 변화로 임상적으로 필요한 경우에 사례별로 인정함 4) 상기 1)~3) 이외 시행하는 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함 나. 검사항목 뇌파(EEG), 안전도(EOG), 근전도(EMG)를 모두 포함하여 실시하여야 함(필요시 심전도(EKG) 추가) 다. 시설 기준 수면평가장치(Polysomnography), 검사 조정실(Control Room), 적외선카메라, 검사 중 검사대상자와 검사자가 연락할 수 있는 연락장치,

항 목	제 목	세부인정사항
		검사대상자에 부착된 센서와 연결되는 신호 전환 장치 등이 설치된 환자별로 독립된 수면검사실을 갖추고 시행해야 함. 또한, 검사 중 환자에 대한 기본처치 및 응급상황 시 심폐소생술 등이 가능하여야 함 2. 기면증 또는 특발성 과다수면증의 진단 목적 이외에 동 검사를 시행하는 경우 비급여로 함 (고시 제2021-341호, '22.1.1. 시행)
너681 수술중 신경생리 추적감시 [수술중 뇌파 추적감시, 수술중 유발전위 추적감시, 수술중 침근전도 추적감시 포함]	척추수술 중 너681 수술중 신경생리 추적감시의 급여기준	척추수술 중 너681 수술중 신경생리 추적감시의 급여기준은 다음과 같음. - 다 음 - 가. 척수증(Myelopathy)이 있는 경우 나. 측만증, 후만증 등의 기형(Deformity)이 있는 경우 다. 척수의 선천성 또는 종괴성 병변[척수종양, 척수공동증, 혈관기형, 당김 척수 증후군(Tethered cord syndrome) 등]이 있는 경우 라. 두개저 경추 연접 부위(Craniovertebral junction), 상부 경추(C1-C2) 척추 불안정이 있는 경우 (고시 제2020-163호, '20.8.1. 시행)
너681-1 갑상선, 부갑상선 수술 중 후두신경 감시술	너681-1 갑상선, 부갑상선 수술 중 후두신경 감시술 급여기준	갑상선·부갑상선 수술 중 후두신경의 확인 및 손상 여부를 감시하고 판독한 경우에 산정하며, 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 중심구역의 재발성 갑상선암 나. 수술 전 편측 성대마비가 있는 환자 다. 중심구역 림프절 전이가 명확한 갑상선암 라. 피막외 침범(T4)이 확인되거나 의심되는 갑상선암

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		마. 그레이브스병 혹은 현저한 갑상선 종대와 같은 고위험군 갑상선수술 및 부갑상선수술 환자 (고시 제2020-279호, '21.1.1. 시행)
너-683 치매관련 척도 및 선별검사	치매관련 척도 및 선별검사-치매정신증상척도-간편형(NPI-Q)의 급여기준	너683라'주'항 치매정신증상척도-간편형(NPI-Q)은 다음의 경우에 요양급여를 인정함 - 다 음 - 가. 적응증 : 치매로 진단된 환자로 1) 최초 약물치료 시작 전 이상행동 평가가 필요한 경우 2) 약물 치료 후 이상행동 평가가 필요한 경우 3) 약물 변경 후 이상행동 평가가 필요한 경우 나. 인정 횟수 1) 최초 약물치료 시작 전 : 1회 2) 약물 치료 및 변경 후 이상행동 평가 시 : 연 4회 다만, 인정 횟수를 초과하여 시행할 필요성이 있는 경우 소견서 및 진료내역 등을 참조하여 사례별로 인정함 다. 너683라 치매관련 척도 및 선별검사-치매정신증상 척도(NPI)와 같은 날 중복 산정은 인정하지 아니함 (고시 제2019-212호, '19.10.1. 시행)
너687 F파 신경전도검사	너687 F파 신경전도검사 [운동신경]의 급여기준	너687 F파 신경전도검사 [운동신경] 는 관련 임상증상 및 신경학적 검사상 다음과 같은 상병이 의심되는 경우에 인정함. - 다 음 - 가. 당뇨병성 다발성 신경병증, 길랑-바레증후군(Guillain- Barre syndrome) 등을 포함한 모든 대사성, 약물성, 유전성, 염증성, 암성 다발성 신경병증(polyneuropathy) 나. 상하지 경추 및 요천추 신경근병증, 상완신경총손상, 요천추 신경총손상, 근위부에 발생한 단독 신경병증(mononeuropathy) 등 모든 유형의

항 목	제 목	세부인정사항
		상하지 근위부 신경병증(proximal neuropathy) (고시 제2017-152호, '17.9.1. 시행)
너701 증상 및 행동평가 척도	너701 증상 및 행동 평가 척도의 급여기준	너701 증상 및 행동 평가 척도는 심리적 원인에 의한 증상 및 행동을 객관적으로 평가하기 위하여 정형화된 도구(검사지)를 이용하여 실시하고 검사결과 및 판독 소견을 기록한 경우에 산정하며, 각 검사항목별 인정 횟수는 다음과 같음. - 다 음 - 가. 인정횟수 1) Level Ⅰ : 1개월 2회 2) Level Ⅱ : 1개월 2회 3) Level Ⅲ : 1개월 2회 4) Level Ⅳ : 3개월 1회 5) Level Ⅴ : 3개월 1회 6) Level Ⅵ : 6개월 1회 나. 인정횟수는 분류단계의 세부검사 항목별로 각각 적용함. (고시 제2020-163호, '20.8.1. 시행)
나630-1 소음 환경하 어음 인지력 검사	소음 환경하 어음 인지력 검사의 급여기준	소음 환경하 어음 인지력 검사는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 난청(감각신경성 난청, 전음성 난청, 혼합성 난청) 2) 보청기 착용 전·후 청각재활 효과 평가 3) 인공와우 수술 적용여부 및 효과 평가 4) 중이수술 전·후 청각개선의 효과 평가 5) 기타 청력개선 수술 전·후 효과 평가 나. 나630 언어청각검사와 동시 시행 시 각각 인정 (고시 제2019-131호, '19.8.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
나634 청력검사	메니에르병 진단시 시행하는 탈수검사의 수기료 산정방법	메니에르병 진단시 시행하는 탈수검사는 약제(furosemide나 glycerol)투여 전후로 청력검사 등을 실시하여 비교하는 검사로, 청력검사를 이용하는 탈수검사는 약제투여후 청력검사를 수회 실시하더라도 나634가 표준순음청력검사 소정점수의 200%만 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
	청력계기에 의한 검사(나634, 나635, 나636)를 동시 실시시 인정여부	청력계기에 의한 검사시 나634 청력검사(순음청력계기에 의한 검사), 나635 청력검사(자기청력계기에 의한 검사), 나636 청력검사(임피던스오디오메트리에 의한 검사)를 동시에 실시하더라도 각각 인정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
나653 72시간 배뇨양상 기능검사	나653 72시간 배뇨양상 기능검사 인정기준	나653 72시간 배뇨양상기능검사는 하부요로증상 및 배뇨곤란을 호소하는 환자를 대상으로 시행하며, 배뇨량과 증상 등을 72시간 이상 연속으로 기록한 배뇨일지 결과를 비뇨의학과 전문의가 판독하고, 판독소견서를 작성·비치한 경우에 산정한다. (고시 제2023-102호, '23.6.1. 시행)
나656 요역동학 검사	요역동학검사의 수가산정방법	나656가 요역동학검사는 방광압력, 복강압력, 요도압력, 방광근육압력, 소변유출여부 등을 검사하여 배뇨기능 장애의 진단을 판단하는 검사항목으로 다음과 같이 산정하며, 요누출압검사 또는 압력요속검사는 방광내압측정과 실시방법이 유사하므로 나656-1 방광내압측정 소정점수로 준용 산정함. - 다 음 - 가. 요역동학 검사 (나656가(1) 단순) : 아래 검사 중 3~4항목을 실시한 경우 산정하되, 3항목 미만으로 실시한 경우에는 각 검사의 소정점수를 산정함.

항 목	제 목	세부인정사항
		- 아 래 - 1) 나611마(2) 근전도검사 2) 나656-1 방광내압측정 3) 너751 요도내압측정 또는 요누출압검사 4) 너752 요류측정 나. 요역동학 검사 (나656가(2) 복잡) : 아래 검사를 모두 실시한 경우 산정함. - 아 래 - 1) 나611마(2) 근전도검사 2) 나656-1 방광내압측정 3) 너751 요도내압측정 또는 요누출압검사 4) 너752 요류측정 5) 압력요속검사 (고시 제2017-118호, '17.7.1. 시행)
나656-2 신우내압측정검사	신우내압측정검사(Whitaker's Test)와 하행성 신우조영 촬영시 수가 산정방법	나656-2 신우내압측정검사(Whitaker's Test)와 하행성신우조영촬영(Anterograde Pyelogram, AGP)을 동시 실시시 하행성신우조영촬영료 및 재료대(방사선 필름 및 조영제 등)는 별도 산정할 수 있으나, 신천자 위치 확인하기 위해 초음파 영상장치 등을 사용하더라도 그 비용은 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
나656-3 Bladder scan을 이용한 방광 잔뇨량 측정 검사(1일당)	나656-3 Bladder scan을 이용한 방광 잔뇨량 측정 검사(1일당)의 급여기준	나656-3 Bladder scan을 이용한 방광 잔뇨량 측정 검사는 하부요로증상 및 배뇨곤란을 호소하는 환자 중 의학적으로 잔뇨량 측정이 필요하다고 판단하여 의사의 처방에 따라 검사를 실시하고 그 결과를 진료 기록부 등에 기록한 경우에 산정한다. (고시 제2019-185호, '19.9.1. 시행)
나657	PAH Clearance	PAH Clearance 검사료는 나657나 신기능검사(사구체

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
신기능검사	검사의 준용 항목	여과치, 신혈류량, 요소제거율)의 소정금액을 준용 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
나660 혈로 혈류량 측정술	초음파 희석법 또는 열희석법을 이용한 혈로혈류량측정술 인정기준	혈로혈류량 측정술(초음파 희석법, 열 희석법)은 다음과 같은 경우에 인정하되, 검사방법 불문하고 월 1회 인정함 - 다 음 - 가. 동정맥루의 정적 동정맥 내압비(SIAPR) 변화 소견이 있는 경우 (1) 50% 이상의 협착이 의심되는 경우 (K/DOQI 기준 참조) (2) 분기별 연속 측정상 과거에 비해 25% 이상 변동이 의심되는 경우 나. 동정맥루 혈류변화를 의심할 수 있는 임상소견이 있는 경우 (1) 감염 등의 원인이 아닌 상지의 부종 (2) 출혈성 경향이 아닌 투석 후 지혈시간 지연 (3) 부정맥 등의 원인이 아닌 동정맥루의 진동/박동의 변화가 있는 경우 (4) 청진 상 미약한 bruit 혹은 high-pitched sound 등 소리의 변화가 관찰된 경우 (고시 제2018-227호, '18.11.1. 시행)
나661-2 더모스코피 검사	더모스코피 검사의 급여기준	1. 나661-2 더모스코피 검사는 피부암 등의 감별 진단을 목적으로 시행하는 검사로 다음과 같은 질환이 의심되는 피부병변에 시행한 경우에 요양급여를 인정함. 다만, 동 인정기준 외 조갑(손·발톱)질환에 시행하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함 - 다 음 - 가. 피부의 양·악성 종양 나. 피부전구암

항 목	제 목	세부인정사항
		다. 상기 가., 나.와 관련된 색소성 피부질환 라. 옴(Scabies) 2. 실시 횟수 가. 진단 시 : 최초 1회 나. 추가 검사 1) 상기 1.의 가.~다. : 치료에도 불구하고 해당 병변 위치에 재발이 의심되어 감별진단 목적으로 실시시 추가 인정 2) 상기 1.의 라 : 치료효과 판정시 추가 1회 3. 산정방법 상기 1.의 라.의 경우, '누640차(2) 관찰판정-현미경-피부기생충-KOH 도말' 및 '누620 나(1) 일반진균검사-KOH 도말-피부'와 동일 목적의 검사이므로 중복 산정은 인정하지 아니함 4. 실시 기록 : 진료 의사가 더모스코피 검사 소견(병변의 색상, 양상 등)을 진료기록부에 상세히 기록하여야 함. (고시 제2022-108호, '22.5.1. 시행)
나696 연속혈당 측정검사	나696가 전문가용 연속혈당측정검사의 급여기준	1. 나696가 전문가용 연속혈당측정검사는 요양기관 기반 전문가용 연속혈당측정기를 적용하여 최소 72시간 이상 검사를 실시하고, 측정 기록에 대한 진료의사의 판독소견을 작성·보관한 경우에 산정함. 2. 사용한 치료재료(전극)는 별도 산정 가능함. (고시 제2022-188호, '22.8.1. 시행)
	나696나 개인용 연속혈당측정검사의 급여기준	나696나 개인용 연속혈당측정검사는 개인용 연속혈당측정기를 적용하여 검사를 실시한 경우에 다음과 같이 요양급여하며, 그 외에는 비급여함. - 다 음 - 가. 급여대상: 인슐린 투여가 반드시 필요한 제1형

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		당뇨병 환자 나. 산정방법 1) 정밀: 연속혈당측정기를 최초 적용시, 전극 부착, 기기 사용방법 등 교육을 시행한 경우에 1회 산정함. 단, 기기 모델 변경 시 추가 산정 가능함. 2) 일반: 연속혈당측정기를 일정기간(최소 14일 이상) 지속 적용 후 측정 기록에 대한 진료의사의 판독소견을 작성·보관하고, 검사결과 활용 교육을 시행한 경우에 연간 6회 이내로 산정함. (고시 제2022-188호, '22.8.1. 시행)
나698 전정질환 일상생활 수행척도	전정질환 일상생활수행척도의 급여기준	나698 전정질환 일상생활수행척도는 어지럼증이 일상생활에 미치는 영향을 평가하기 위한 검사로, 단순 어지럼증이 아닌 3개월 이상 지속되는 만성 또는 재발성 어지럼증을 유발하는 관련 질환(평형장애, 중추성 현훈 등)이 확인된 환자 대상으로 어지럼 정도 평가 및 치료효과 판정을 위해 실시한 경우 인정함. (고시 제2021-229호, '21.9.1. 시행)
나699 요오드- 녹말 발한 검사 [편측]	나699 요오드-녹말 발한 검사 [편측]의 급여기준	나699 요오드-녹말 발한 검사[편측]는 다한증·액취증·프레이 증후군 환자를 대상으로 발한 범위 확인 및 수술·치료 후 효과평가를 위해 시행하는 검사로 다음과 같이 요양급여를 인정하며, 그 외에는 비급여함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 다한증·액취증 환자 중 진료담당의사의 판단에 의하여 일상생활에 지장이 있어 치료목적의 수술을 시행하기 위해 국소부위(겨드랑이, 손바닥, 발바닥 등)에 실시한 경우 2) 두경부 수술 이후 프레이 증후군 의심 증상이 있어 치료가 필요한 환자에게 국소부위(귀 주변

항 목	제 목	세부인정사항
		등)에 검사를 실시한 경우 나. 급여횟수 1) 발한 범위 확인을 위한 수술·치료 전 1회 2) 수술·치료 후 효과 평가 시 1회 3) 1), 2)의 경우 실시부위 별 소정점수를 각각 산정함 (고시 제2022-225호, '22.10.1. 시행)
너773 관절가동 범위검사	너773 관절가동범위검사 의 급여기준	너773 관절가동범위검사는 관절범위 운동 제한이 발생된 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 중추신경계 또는 말초신경계 질환 및 손상 등으로 야기된 사지마비, 하지마비, 편마비, 단마비 나. 전신적 또는 최소 3개 이상의 관절운동제한을 초래하는 질환 (예 : 강직척추염, 류마티스관절염, 다발성 골절 및 탈구 등) (고시 제2019-315호, '20.1.1. 시행)
나666 정밀안저 검사	나666 정밀안저 검사의 급여기준	나666 정밀안저검사는 안저에 병변이 있어 망막 전체 및 주변부 망막까지 관찰한 경우에 요양급여를 인정함. (고시 제2020-279호, '21.1.1. 시행)
나667 안저촬영	안저촬영 및 형광안저혈관조영술 동시 실시시 인정여부	나667 안저촬영은 망막의 표면을 관찰·촬영하는 검사이고, 나668 형광안저혈관조영술은 망막의 심부 및 혈관의 상태를 관찰·촬영하는 데에 장시간이 소요되는 검사로 동일에 실시할 경우에도 각각 인정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
	나667나 안저촬영[편측]-	나667나 안저촬영[편측]-광각 안저촬영과 동일부위에 동시 실시한 나667가 안저촬영[편측]-기본 안저촬영은

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	광각 안저촬영과 나667가 안저촬영[편측]- 기본 안저촬영 동시 실시 시 급여기준	중복검사로 보아 요양급여를 인정하지 아니함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
나667-3 시신경섬유 층사진 [편측]	나667-3 시신경섬유층사진 [편측]의 급여기준	나667-3 시신경섬유층사진[편측] 검사는 다음과 같은 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 녹내장 및 녹내장 의심환자 나. 고안압증 (고시 제2019-315호, '20.1.1. 시행)
나668-1 망막전위도 검사	나668-1 망막전위도검사의 급여기준	망막전위도 검사는 다음과 같은 경우에 실시시 인정하며 양안 검사시에도 1회만 산정함. 또한, 동 검사시 소요된 약제 및 재료대(산동제, 국소마취제, 포라로이드 필름)는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제2장 검사료 [산정지침] (3)에 의거 산정하되 Jet electrode, Paper 등은 별도 산정할 수 없음. - 다 음 - 가. 유전성 망막질환 : 망막색소변성, 야맹증, 스타가르트병, 베스트병, 맥락망막변성 등 나. 허혈성 망막질환 : 당뇨망막병증, 망막중심정맥폐쇄, 경동맥 폐쇄 등 다. 수술 전 잠재시력의 평가 : 외상안, 유리체 출혈, 심한 백내장, 눈속 이물 등 (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
나668-3 광간섭단층 혈관영상 [편측]	광간섭단층 혈관영상의 급여기준	1. 나668-3 광간섭단층 혈관영상은 안저혈관 상태 평가를 위한 검사로 망막 및 맥락막 질환 환자와 질환이 의심되어 시행하는 경우에 요양급여를 인정함. 2. 상기 1외에 녹내장 환자와 녹내장이 의심되는

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		환자에게 시행하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률 80%로 적용하며 급여횟수는 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 녹내장 환자 연 2회 나. 녹내장 의심 환자 연 1회 (고시 제2021-206호, '21.8.1. 시행)
나668-4 인도시아닌 안저혈관 조영술 [편측]	인도시아닌 안저혈관 조영술 [편측]의 급여기준	1. 인도시아닌 안저 혈관조영술은 맥락막의 신생혈관 등을 관찰하는데 유용한 검사로 형광안저혈관 조영술만으로 진단이 어려운 경우 진단 시 1회 요양급여를 인정함. 2. 후극부 포도막염의 경과관찰 등 진료상 필요하여 상기 1.의 횟수를 초과하여 실시한 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함. (고시 제2020-173호, '20.9.1. 시행)
나671 굴절및조절 검사 및 나672 조절마비 굴절검사	나671 굴절및조절검사와 나672 조절마비굴절검사 동시 실시 시 급여기준	나672 조절마비굴절검사와 동시 실시한 나671 굴절 및 조절검사 [안경처방전 교부 포함]는 중복검사로 보아 요양급여를 인정하지 아니함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
나673 부하조절 마비굴절검사	나673 부하조절마비굴절 검사시 나672 조절마비굴절검사 수기료 별도 인정여부	부하조절마비굴절검사는 굴절이상 상병에 부하조절 약제(싸이클로질 등)를 넣고 2~3일후에 검사하는 것으로 주로 20세 이하의 연령에서 실시하며, 성인의 경우는 굴절이상의 정도 변화가 극심한 경우 등에 선별적으로 실시할 수 있는 검사로서, 나673 부하조절 마비굴절검사 소정금액에는 이 검사를 행하기 위해 일련으로 실시되는 조절마비굴절검사 비용이 포함된 것이므로 나672 조절마비굴절검사는 별도로 산정하지

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		아니함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
나675 안압측정	자동안압 측정기인 Noncontact tonometer를 이용한 안압 측정시 수가산정 방법	비접촉안압계(Noncontact tonometer)를 이용한 안압 측정은 공기의 압력을 이용하여 안압을 측정하는 검사로써 장비에 의해 손쉽게 자동으로 이루어지는 점을 감안하여 나675다 안압측정(기타 Others)로 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
	나675 안압측정 검사의 급여기준	나675가 안압측정-정밀측정, 나675나 안압측정-일일반복안압측정, 나675다 안압측정-기타 동시 실시시 중복검사로 보아 주된 검사 1종목만 요양급여를 인정함 (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
나676 광각검사 [암순응검사]	나676 광각검사 [암순응검사]의 수가 적용방법	나676 광각검사[암순응검사]를 1회이상 실시 시에도 소정점수만 산정하며 검사에 소요된 약제 및 재료대(산동제, 국소마취제, 포라로이드필름)는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제2장 검사료 [산정지침] (3)에 의거 산정하되, Jet, Electrode, Paper 등의 재료대는 별도 산정할 수 없음 (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
나678 안근기능 검사 및 폭주검사	Hess-Screen Test 검사의 준용 항목	Hess-Screen Test는 복시(Diplopia)의 정도를 파악하여 마비근을 진단하기 위한 검사로서 나678나(1) 랑카스터검사로 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	나678 안근기능검사 및 폭주검사의 급여기준	나678 안근기능검사 및 폭주검사는 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 -

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		1. 안근기능검사 및 폭주검사 정밀검사[눈모음검사] – 주 2회 이상 실시하더라도 2회 이내만 인정함. 다만, 사시수술 전·후 각 2주 내에서는 검사 실시 횟수대로 인정하며, 횟수를 초과하는 경우에는 「선별급여지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인 부담률을 90%로 적용함 2. 안근기능검사 및 폭주검사'주'항 안구 운동범위 촬영 및 분석 검사 – 위 1.에 따라 적용하지 않고, 아래와 같은 경우에 요양급여를 인정함. – 아 래 – 가. 급여대상 – 소아사시(만10세 미만) 및 마비사시 환자에게 안구운동범위(9개 주시 방향)를 촬영 및 분석한 경우 나. 급여횟수 1) 수술 전·후에 각 1회씩 인정하되, 추적 관찰이 필요한 경우 추가 1회 인정함. 2) 동일 날 나678가. 안근기능검사 및 폭주검사 –정밀검사 [눈모음검사 포함]와 중복 산정하지 아니함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
나681 세극등현미경검사 및 너791 각막생체염색하 세극등현미경검사	나681 세극등현미경검사와 너791 각막생체염색하 세극등현미경검사 동시 실시 시 급여기준	너791 각막생체염색하 세극등현미경검사와 동시 실시한 나681 세극등현미경검사는 일련의 과정으로 보아 요양급여를 인정하지 아니함. (고시 제2019-315호, '20.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
나683 눈물분비 및 배출기능검사	나683가 눈물분비기능검사 중 눈물막파괴시간검사와 너791나 각막생체염색하 세극등현미경 검사 (홀루오레신) 동시 실시 시 수가 산정방법	건성안 진단을 위해 홀루오레신을 이용한 눈물막 파괴시간검사(Tear film break-up time, BUT)와 홀루오레신을 이용한 각막생체염색하 세극등 현미경 검사를 동시에 실시한 경우에는 주된 검사인 나683가. 눈물분비기능검사만 산정함. (고시 제2020-269호, '20.12.1. 시행)
나690 기초대사 측정	간접열량 측정을 이용한 에너지 소모량 측정법의 급여기준	나690주. 간접열량측정을 이용한 에너지 소모량 측정법은 기계환기 적용 중인 중환자실 입실 환자로, 자가 식이가 불가능하여 장내영양 또는 정맥영양을 받고 있는 경우에 요양급여를 인정하며, 환자 당 주1회 산정함 (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
나697 류마티스 관절염에서 방사선영상 진단[정량]	나697 류마티스 관절염에서 방사선영상진단 [정량]의 급여기준	나697 류마티스 관절염에서 방사선영상진단[정량]은 방사선촬영 후 별도의 평가도구(The modified Sharp-van der Heijde method)를 사용하여 수부와 족부의 미란과 관절강 협소를 정량 평가하는 검사로 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상: ACR/EULAR 진단기준(2010년 제정)에 부합하는 류마티스 관절염 환자로 항류마티스제 투여 중이거나 과거 투여한 병력이 있는 경우 나. 급여횟수: 연 1회 (고시 제2022-73호, '22.4.1. 시행)
나687 각막곡율 측정	나687 각막곡율측정 검사의 급여기준	나687 각막곡율측정 검사는 다음과 같은 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 -

항 목	제 목	세부인정사항
		가. 백내장 수술 전 또는 수술 후 나. 각막변형을 유발하는 원추각막 등 각막질환 다. 나671 굴절 및 조절검사 결과 난시가 의심되는 경우 (고시 제2019-315호, '20.1.1. 시행)
나780 눈의 계측검사 [편측]	눈의 계측검사 [편측]의 급여기준	1. 눈의 계측검사[편측]는 백내장 수술 시 인공수정체의 도수를 측정하기 위한 검사로 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 백내장 수술 전 1회 나. 상기 가. 실시에도 불구하고 진료상 반드시 필요하여 1회를 초과하여 실시한 경우 의사소견서 및 진료내역 등을 참조하여 1회에 한하여 추가 인정하며, 이 경우 해당 검사 소정점수의 50%를 산정함. 2. 상기 1. 백내장 수술 이외에 시행한 경우는 비급여하도록 함 (고시 제2020-173호, '20.9.1. 시행)
너793 저시력검사	Teller씨 시력카드를 이용한 유·소아 시력측정검사	안과 진료시 시행하는 시력 측정검사는 진단을 위한 기본진료료에 포함되므로 별도 인정하지 아니하나, 다음에 해당하는 환자에게 시표시력검사로 시력측정이 불가능하여 Teller씨 시력카드를 이용하여 시력을 측정하는 경우 너793 저시력검사의 소정점수를 준용하여 인정함. - 다 음 - 가. 대상 : 3세(36개월) 미만의 유·소아 또는 지적장애자 나. 적응증 : 굴절이상·사시성 약시, 부동시, 굴절성 약시, 기질성 안질환 (고시 제2008-110호, '08.10.1. 시행)
너794 얼음검사	얼음검사 급여기준	안검하수, 안구운동장애 환자에서 신경근접합부 질환의 진단 및 감별진단을 목적으로 30분 이상 실시한 경우에 인정함. (고시 제2017-91호, '17.6.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
나706 실시간 풍선 팽창성 검사 [내시경료 포함]	나706가 실시간 풍선 팽창성 검사-식도내강의 급여기준	1. 식도운동질환 환자에게 시행하는 식도내강 실시간 풍선팽창성 검사는 다음의 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상: 경구내시경근절개술, 식도근절개술, 위바닥주름술, 풍선 확장술 나. 급여횟수: 치료기간 중 1회 2. 다만, 나703 기본식도내압검사, 나703'주'식도임피던스내압검사와 동시에 실시한 경우 주된 항목의 소정점수만 산정함. (고시 제2021-183호, '21.7.1. 시행)
	나706나 실시간 풍선 팽창성 검사-유문부의 급여기준	1. 유문부 운동성 질환자(위 마비증 환자, 구토 혹은 위통을 동반한 유문부 기능장애 의심 환자, 식도 혹은 흉부 수술 후 위 배출 장애 환자)에게 시행하는 유문부 실시간 풍선팽창성 검사는 다음의 경우 요양급여를 인정함. -다 음- 가. 급여대상: 유문 절개술, 유문 확장술 나. 인정횟수: 치료기간 중 2회 2. 상기 1.가.의 시술(수술)을 계획하여 동 검사를 실시하였으나, 검사소견 또는 예측치 못한 환자상태의 변화 등으로 시술(수술)을 시행하지 못한 경우에는 급여가 가능하며, 요양급여비용 청구 시 명세서 참조란에 그 사유를 명확히 기재하여야 함. (고시 제2021-183호, '21.7.1. 시행)
나705 직장수지 검사	나705 직장수지검사의 급여기준	나705 직장수지검사와 다음의 검사 또는 처치를 동시에 실시한 경우 나705 직장수지검사는 인정하지 아니함. - 다 음 - 가. 나702 항문, 직장내압검사

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		나. 나766 결장경검사 다. 나767 직장경검사 라. 나768 S상결장경검사 마. 다203 결장조영 바. 자398 전립선맛사지 사. 자770 결장경하 종양 수술 (고시 제2019-315호, '20.1.1. 시행)
나707 국소 경피적 산소분압 측정	나707 국소 경피적 산소분압 측정의 급여기준	1. 나707 국소 경피적 산소분압 측정은 당뇨병성 족부궤양의 외과적 수술치료 여부 판단이 필요한 경우 요양급여를 인정함. 2. 상기 1. 이외에 아래에 해당하는 경우에는「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함. - 아 래 - 가. 상기 1.의 경우에 해당하나 실시횟수 초과 시 나. 당뇨병성 족부궤양의 외과적 수술치료 이후 경과관찰 목적으로 시행 시 다. 화상, 피부궤양 등의 만성상처 및 만성창상 환자, 국소 허혈성 혈관질환 환자 3. 실시횟수 : 상기 1. 2.에 해당하는 경우 부위를 불문하고 1일 1회만 인정함. 다만, 당뇨병성 족부궤양의 경우 양측에 시행 시 각각 인정함. (고시 제2021-183호, '21.7.1. 시행)
나708 자가혈청 피부반응검사	나708 자가혈청 피부반응검사의 급여기준	나708 자가혈청 피부반응검사는 두드러기가 6주 이상 지속되고 1~2종의 항히스타민제 투여에 개선되지 않는 만성두드러기에서 자가면역 이상이 의심되는 경우에 진단 시 1회 요양급여를 인정함 (고시 제2021-66호, '21.3.1. 시행)
나709	나709	의사의 지시·감독하에 실시하여야 하며 약물탈감작

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
약물 탈감작요법	약물탈감작요법의 급여기준	요법을 시행하는 장소에 응급처치를 시행할 수 있는 장비를 비치한 경우 요양급여를 인정함 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제5장 제1절 주사료는 소정점수에 포함되어 별도 산정하지 아니하며 약제는 별도 산정함 (고시 제2021-66호, '21.3.1. 시행)
나710 객담유도 채취검사	나710 객담유도채취검사의 급여기준	나710 객담유도채취검사는 단순 상기도 감염에 실시한 경우 요양급여를 인정하지 아니함. (고시 제2019-315호, '20.1.1. 시행)
나712 유발시험	나712가 기관지유발시험 시 사용된 약제 산정여부	1. 검사에 사용되는 약제 중 부하시험 시 사용된 약제는 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제2장 검사료 산정지침 (3)(나)에 따라 별도 산정하고 있음. 2. 위 1.에도 불구하고 나712가 기관지유발시험 시 산정한 약제는 관련 행위의 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
나712라 운동유발 시험	나712라 운동유발시험의 급여기준	나712라 운동유발시험은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 1. 급여대상 운동과 관련된 알레르기 질환이 의심되어 실시하는 경우 2. 인정횟수 의사의 지도·감독 하에 시행한 경우 진단 시 1회 인정하며, 추적 관찰이 필요한 경우 추가 1회 인정 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
나715 알레르겐	나715 알레르겐 피부반응검사	나715 알레르겐 피부반응검사[1종목당]는 「가 또는 나」 '주'에 의거하여 55종 또는 20종 이상 실시한 경우에도

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
피부반응검사	[1종목당]의 종목 초과 실시 시 수가 적용방법	55종목 또는 20종목의 소정점수만 산정하여야 하며, 초과 검사종목에 따른 시약값은 본인부담시킬 수 없음 (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
나700 레이저도플러 미세혈류측정 [비접촉식]	레이저 도플러 미세혈류 측정 [비접촉식]의 급여기준	1. 나700레이저 도플러 미세혈류 측정[비접촉식]은 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 적 응 증 : 급성기 화상(2도)의 외과적 수술치료 등의 판단을 위해 화상상처의 심도진단이 필요한 경우 1회 나. 산정방법 : 여러 부위 화상에 실시하는 경우에도 부위를 불문하고 1일 1회만 산정 2. 상기 1. 이외에 아래에 해당하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용하며 부위를 불문하고 1일 1회만 인정함. 가. 상기 1.의 적응증에 해당하나 산정횟수 초과시(경과관찰) 나. 화상 외 질환에 실시한 피판술 후 경과관찰 목적으로 시행 다. 급성기 화상(2도 이상)의 외과적 수술치료 이후 경과관찰 목적으로 시행 3. 또한, 말초혈관질환에 실시한 경우에는 비급여함. (고시 제2020-243호, '20.11.1. 시행)
나720-1 연속적 중심정맥산소포화도측정	나720-1 연속적 중심정맥산소포화도(ScvO2) 검사의 급여기준	1. 나720-1 연속적 중심정맥산소포화도(ScvO2) 검사는 패혈증, 장기이식수술, 관상동맥수술, 개심술, 대혈관수술, 중증 환자(중증 복부수술, 폐동맥고혈압, 심한 폐부종, 급성심부전증, 중화상 환자, shock으로 인하여 혈역학적 감시가 필요한 경우 등)에 요양급여함. 2. 동일 목적의 검사인 스완-간즈 카테터법에 의한 검사를 동시 또는 연속해서 하는 경우에는 주된

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		검사 한 가지만을 인정하는 것을 원칙으로 하되, 심박출량, 폐동맥압, 전신혈관저항 등의 측정이 필요한 경우에는 추가 요양급여함. (고시 제2018-254호, '19.1.1. 시행)
나721 심도자에 의한 순환 기능검사	간문맥압측정의 수기료 및 재료대	간문맥압 측정의 수기료는 나721나 심도자에 의한 순환기능검사(좌심도자술)의 ⅓을 준용 산정하며 사용된 재료인 Cournand catheter는 별도 인정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
나721-1 관상동맥내 압력측정술	나721-1 관상동맥내 압력측정술 (Fractional Flow Reserve, FFR)의 급여기준	다267 관상동맥 조영술과 함께 시행되는 나721-1 관상동맥내 압력측정술(Fractional Flow Reserve, FFR)은 경피적 관상동맥중재술(PCI) 여부를 판단하기 위해 다음의 경우에 시행 시 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 2.5mm 이상의 혈관에서 정량관상동맥조영술 (QCA: Quantitative Coronary Angiography) 측정상 50~90%의 협착이 확인되며 (1) 다혈관 질환 또는 (2) 심근허혈의 객관적 증거가 없는 병변 또는 (3) 단일혈관 내 두 개 이상의 병변이 있는 경우 나. 분지병변(bifurcation lesion)에서 주간지(main branch) 스텐트 삽입 후 곁가지(side branch, 2.5mm 이상의 혈관)에서 추가 시술 여부 판단이 필요한 경우 (고시 제2020-150호, '20.8.1. 시행)
나722-1 비침습적 심기능측정 [1일당]	나722-1가 비침습적 심기능 측정 [1일당]-Esophageal Probe을 이용한	나722-1가 비침습적 심기능 측정 [1일당]-Esophageal Probe을 이용한 경우는 스완-간즈 카테터법을 대신하여 실시한 경우 요양급여함을 원칙으로 함. 다만, 다음과 같이 심박출량 측정이 반드시 필요한 경우에도 요양급여하며, 동 검사와 동시에 또는 연이어서 스완-간즈 카테터법에 의한 검사를 실시한

항 목	제 목	세부인정사항
	경우 급여기준	경우에는 주된 검사 한 가지만 요양급여함. - 다 음 - 가. 심장수술환자 나. 장기이식수술환자 다. 중화상환자 라. 심박출계수(EF) 0.4(40%)이하의 환자 마. ASA-PS 3이상의 환자 바. 혈역학적으로 불안정하여 모니터링이 필요하다고 판단되는 환자의 수술 ※ 미국 마취과학회 신체상태 분류(ASA-PS) · 1급: 전신질환이 없는 건강한 환자 · 2급: 경한 전신질환이 있으나 생리적 기능 장애는 없는 환자 (예: 합병증이 동반되지 않는 고혈압이나 당뇨병, 만성기관지염, 비만, 고령의 환자) · 3급: 신체 기능의 장애를 초래하는 중한 전신질환을 가진 환자 (예: 잘 조절되지 않는 고혈압, 혈관계 합병증이 동반된 당뇨병, 협심증, 심근경색의 병력, 일상생활에 장애를 줄 정도의 폐질환) · 4급: 생명에 위협이 되는 전신질환을 가진 환자 (예: 심부전, 불안정형 협심증, 진행된 상태의 폐, 신장 간질환) · 5급: 수술을 하지 않으면 생존이 불가능한 상태의 환자 (예: 복부 대동맥류의 파열, 폐색전, 뇌압이 상승된 두부외상) · 6급: 장기 공여를 위해 수술이 예정된 뇌사환자 (고시 제2020-220호, '20.10.1. 시행)
나722-1 비침습적 심기능측정 [1일당]	나722-1나 비침습적 심기능 측정 [1일당]-기타의 경우 급여기준	1. 나722-1나 비침습적 심기능 측정 [1일당]-기타의 경우는 다음과 같이 심박출량 측정이 반드시 필요한 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 심장수술환자 2) 장기이식수술환자 3) 심박출계수(EF) 0.4(40%) 이하의 환자 4) ASA-PS 3이상의 환자

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		5) 혈역학적으로 불안정하여 모니터링이 필요하다고 판단되는 환자 ※ 미국마취과학회 신체상태 분류(ASA-PS) 1급: 전신질환이 없는 건강한 환자 2급: 경한 전신질환이 있으나 생리적 기능 장애는 없는 환자 (예: 합병증이 동반되지 않는 고혈압이나 당뇨병, 만성 기관지염, 비만, 고령의 환자) 3급: 신체 기능의 장애를 초래하는 중한 전신질환을 가진 환자 (예: 잘 조절되지 않는 고혈압, 혈관계 합병증이 동반된 당뇨병, 협심증, 심근경색의 병력, 일상 생활에 장애를 줄 정도의 폐질환) 4급: 생명에 위협이 되는 전신질환을 가진 환자 (예: 심부전, 불안정형 협심증, 진행된 상태의 폐, 신장 간질환) 5급: 수술을 하지 않으면 생존이 불가능한 상태의 환자 (예: 복부 대동맥류의 파열, 폐색전, 뇌압이 상승된 두부외상) 6급: 장기 공여를 위해 수술이 예정된 뇌사환자 나. 상기 가.에도 불구하고 나722-1나(3) 비침습적 심기능 측정 [1일당]-기타의 경우-이산탄소 부분 재호흡법은 아래와 같은 경우에는 인정하지 아니함. - 아 래 - 1) 무기폐가 있는 경우 2) 외상에 의한 폐출혈이 있는 경우 3) PF ratio < 300의 폐손상이 있는 경우 4) 35%를 넘는 폐내 단락 정도가 심한 경우 2. 동일 목적의 검사를 동시에 시행하는 경우에는 주된 검사 한 가지만 요양급여 함. (고시 제2020-220호, '20.10.1. 시행)
나724-1 경피적 혈액 이산화탄소	나724-1 경피적 혈액이산화탄소분압 및 산소포화도측정	1. 나724-1 경피적 혈액이산화탄소분압 및 산소포화도 측정[1일당]은 다음과 같이 실시한 경우 요양급여를 인정함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
분압 및 산소포화도 측정[1일당]	[1일당]의 급여기준	- 다 음 - 가. 중증 만성폐쇄성폐질환 환자에서 환기상태의 지속적 모니터링이 필요한 경우 나. 만 6세 미만 소아 호흡부전환자의 지속적 모니터링이 필요한 경우 다. 중증 만성호흡부전 환자나 만성 폐질환 환자 중 개인용 인공호흡기 필요 여부를 결정하기 위해 환기상태를 모니터링 해야 하는 경우 또는 개인용 인공호흡기 사용 중인 환자에게 인공호흡기 사용의 적정성 평가를 위해 모니터링이 필요한 경우 2. 상기 1. 이외 시행하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2019-85호, '19.7.1. 시행)
나723-1 경피적 메트 헤모글로빈 측정[1일당]	나723-1 경피적 메트 헤모글로빈 측정검사 급여기준	1. 경피적 메트 헤모글로빈 측정검사는 메트 헤모글로빈 혈증 등의 메트 헤모글로빈 수치의 감시가 필요한 환자의 메트 헤모글로빈 측정을 목적으로 실시한 경우에 인정함 2. 경피적 일산화탄소 헤모글로빈 측정검사, 경피적 파형변이지수 측정검사, 경피적 총 헤모글로빈 측정검사와 동시에 하는 경우에 주된 검사는 해당 검사 소정점수를 산정하고, 제2의 검사부터는 해당 검사 소정점수의 25%를 각각 산정함 (고시 제2021-229호, '21.9.1. 시행)
나723-2 경피적 일산화탄소 헤모글로빈 측정[1일당]	나723-2 경피적 일산화탄소 헤모글로빈 측정검사 급여기준	1. 경피적 일산화탄소 헤모글로빈 측정검사는 일산화탄소 중독 등의 일산화탄소 헤모글로빈 수치의 감시가 필요한 환자의 일산화탄소 헤모글로빈 측정을 목적으로 실시한 경우에 인정함 2. 경피적 메트 헤모글로빈 측정검사, 경피적 파형변이 지수 측정검사, 경피적 총 헤모글로빈 측정

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		검사와 동시에 하는 경우에 주된 검사는 해당 검사 소정점수를 산정하고, 제2의 검사부터는 해당 검사 소정점수의 25%를 각각 산정함 (고시 제2021-229호, '21.9.1. 시행)
나723-3 경피적 파형변이지수 측정[1일당]	나723-3 경피적 파형변이지수 측정검사 급여기준	1. 경피적 파형변이지수 측정검사는 기계호흡 환자 중 수액요법이 필요한 환자의 수액 반응성을 예측하는 목적으로 실시한 경우에 인정함 2. 경피적 메트 헤모글로빈 측정검사, 경피적 일산화탄소 헤모글로빈 측정검사, 경피적 총 헤모글로빈 측정검사와 동시에 하는 경우에 주된 검사는 해당 검사 소정점수를 산정하고, 제2의 검사부터는 해당 검사 소정점수의 25%를 각각 산정함 (고시 제2021-229호, '21.9.1. 시행)
나723-4 경피적 총 헤모글로빈 측정[1일당]	나723-4 경피적 총헤모글로빈 측정검사 급여기준	1. 경피적 총 헤모글로빈 측정검사는 중환자실, 응급실에서 출혈의 위험이 크거나 수혈이 필요한 환자의 총 헤모글로빈농도의 연속적 감시를 목적으로 실시한 경우에 인정함 2. 경피적 메트 헤모글로빈 측정검사, 경피적 일산화탄소 헤모글로빈 측정검사, 경피적 파형변이지수 측정검사와 동시에 하는 경우에 주된 검사는 해당 검사 소정점수를 산정하고, 제2의 검사부터는 해당 검사 소정점수의 25%를 각각 산정함 (고시 제2022-49호, '22.3.1. 시행)
나725 심전도검사	아이소프로테레놀 정주 검사의 수가 적용방법	아이소프로테레놀 정주 검사는 아이소프로테레놀(Isoproterenol)을 정맥내 주사하면서 심전도를 기록하여 심실내 전기생리이상을 확인하는 검사로 약제 부하심전도검사의 일종이므로 나725나(1) 부하심전도검사(Master's 운동 부하 또는 약제 부하)의 소정점수로 산정하고, 부하시험시 사용된 약제는

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」 제1편 제2부 제2장 검사료 [산정지침] (3) (나)에 의거 별도 산정함 (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
	심기도검사의 수기료 산정방법	심기도 검사는 나725가 심전도(심전도 기록 및 판독) 검사와 나729 심음도검사의 소정금액을 합하여 산정하고 소모성 기록지인 재료대는 기록방법에 불문하고 소정검사료에 포함하여 별도 인정하지 아니함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	Bernstein검사 및 Tensilon검사의 진료수가 산정방법	Bernstein검사 또는 Tensilon검사는 나725나(1) 부하심전도(Master's 운동 부하 또는 약제 부하)검사로 준용하여 산정하되, 소요 약제 및 재료대는 별도 부담시킬 수 없음. (고시 제2005-101호, '06.1.1. 시행)
	심전도검사 수가 산정방법	나725-가 심전도검사-심전도 기록 및 판독과 나725다-(1) 심전도 침상감시는 실시목적이 다른 검사이므로 동일한 날에 실시하더라도 각각 산정함. (고시 제2011-59호, '11.6.1. 시행)
	48시간 초과 홀터기록 검사의 급여기준	48시간 초과 홀터기록 검사인 나725다(2) 심전도 검사-심전도 감시-홀터기록 나) 48시간 초과 7일 이내와 다) 7일 초과 14일 이내는 다음의 경우에 요양급여함. - 다 음 - 가. 적응증 1) 부정맥 증상이 있거나, 심전도에 부정맥이 기록되어 장시간 모니터링이 필요한 경우 2) 반복되는 실신에 대한 원인을 찾기 위한 경우 3) 부정맥에 대한 시술적 치료(전극도자 절제술,

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		냉동 풍선 치료술 등) 또는 약물적 치료 후 부정맥의 재발여부를 확인하기 위한 경우 4) 뇌졸중 이후 심방세동의 진단이 필요한 경우 나. 산정요건 1) 진료의사의 처방에 따라 환자가 홀터감시기를 일정기간 부착하여 저장된 심전도 기록을 요양기관 내에서 진료의사가 판독하여야 함 2) 검사시작부터 종료시점까지 연속으로 측정한 기록지가 있어야 하며, 진료의가 아래의 사항이 포함된 판독소견서를 작성하고 보관하여야 함. - 아 래 - 등록번호, 성명, 생년월일 또는 나이, 성별, 기록시작일시, 기록종료일시, 판독일시, 검사와 판독한 의사, 검사 소견, 결론, 의료기관명 (고시 제2022-26호, '22.2.1. 시행)
나725-1 임상전기 생리학적 검사	나725-1 임상전기 생리학적검사 중 마. 계획된 전기자극에 의한 부정맥의 유발검사와 바. 정맥주사 약물투입후에 시행하는 계획적 조율자극 연속 실시시 수가 산정방법	나725-1마 계획된 전기자극에 의한 부정맥의 유발검사로 부정맥이 유발되지 않아 나725-1바 정맥주사 약물투입 후에 시행하는 계획적 조율자극을 연속하여 실시한 경우 나725-1마 계획된 전기자극에 의한 부정맥의 유발검사는 나725-1바 정맥주사 약물투입 후에 시행하는 계획적 조율자극의 일련의 과정으로 별도 산정하지 아니함. (고시 제2020-135호, '20.7.1. 시행)
나725-3 이식형	나725-3가 이식형 사건	나725-3 이식형 사건 기록기 삽입 및 제거술-삽입술은 다른 검사로 원인이 진단되지 않는 다음의 경우에 요양급여함.

항 목	제 목	세부인정사항
사건 기록기 삽입 및 제거술	기록기 삽입 및 제거술-삽입술의 급여기준	- 다 음 - 가. 재발성 실신. 다만, 구조적 심장질환을 가진 환자의 경우에는 실신이 1회 발생한 경우에도 요양급여함. 나. 재발성 두근거림(Palpitations) 다. 심방세동이 의심되는 원인불명의 뇌졸중(Cryptogenic Stroke)으로 아래의 1)~4)를 모두 만족하는 경우 - 아 래 - 1) 비열공성 뇌경색 2) 심전도 검사와 홀터기록 등의 비침습적 심전도 검사를 통해 심방세동이 발견되지 않은 경우 3) 뇌혈관의 뇌경색을 유발할 수 있는 의미있는 협착이나 폐색이 없는 경우 4) 신경과(또는 신경외과) 전문의의 진료 소견에 따라 기타 색전성 뇌경색의 원인이 없는 경우 (고시 제2022-26호, '22.2.1. 시행)
나727 24시간 혈압 측정검사	나727 24시간혈압측정검사 [1일당] (ambulatory blood pressure monitoring)의 급여기준	나727 24시간혈압측정검사[1일당]는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 진료실 혈압과 실제 혈압의 차이가 있는 백의 고혈압(white-coat hypertension) 또는 가면 고혈압(masked hypertension) 나. 경계성 고혈압 다. 변화가 심한 혈압을 지닌 고혈압 의심환자 라. 고혈압 약물 복용 중에 저혈압 증상이 나타나는 경우 마. 약물투여에 잘 반응하지 않는 환자 바. 임상증상과 혈압측정치가 불일치하는 경우 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	나727주2 24시간 혈압측정검사	1. 나727주2 24시간 혈압측정검사[1일당]-24시간 지속적 침상감시는 주사용 혈압조절 약제투여 등

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	[1일당]-24시간 지속적 침상감시의 급여기준	2시간 이내의 간격으로 혈압측정 및 관찰이 필요한 환자로 해당 측정 및 관찰 결과가 진료기록부 등에 기록된 경우 요양급여를 인정함. 2. 상기 1.에도 불구하고 다음과 같은 경우에는 24시간 미만으로 시행하여도 2시간 이내의 간격으로 혈압측정 및 관찰이 이뤄진 결과가 진료기록부 등에 기록된 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 가9 중환자실(ICU) 및 가3-1 집중치료실(Sub-ICU) 입원료를 산정하는 환자 나. 「응급의료에 관한 법률」에 의한 응급환자 (고시 제2019-315호, '20.1.1. 시행)
나732 분만전감시	나732 분만전감시의 급여기준	나732 분만 전 감시는 분만기간 동안 산모의 자궁수축 변화 양상 및 태아의 심음 등을 모니터링하고 산모의 이상 진통이나 기타 이상을 관찰하는 검사로 다음의 조건을 모두 충족시키는 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 실시 기록 기준 1) 분만전감시 시작시간 및 종료시간, 태아 심박동을 기록하여야 함 2) 분만기간 동안 산모를 모니터링하고 관리 감독한 의사의 소견을 작성하여야 함 나. 인력·장비 기준 1) 분만전감시를 시행하는 동안 산부인과 전문의(전공의)가 원내 상주하여야 함 2) 태아심박동-자궁수축 모니터(Fetotocography, FTG)를 구비하여야 함 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
나732-2 태아심음	나732-2 태아심음자궁수축	나732-2 태아심음자궁수축검사는 한 시간 당 8회 이상의 자궁수축이 느껴지거나 조기진통이 의심되는 임신 37주

항 목	제 목	세부인정사항
자궁수축 검사	검사의 인정기준	이전 산모에게 시행하는 경우에 요양급여를 인정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
나737 임신성 100g 경구 포도당부하 검사 관리료	임신성 100g 경구 포도당부하검사 관리료 급여기준	임신성 100g 경구 포도당부하검사 관리료는 다음과 같은 요건에 모두 해당하는 경우에 산정함. - 다 음 - 1. 임신부에게 실시하는 100g 경구 포도당부하검사 과정에서 발생 가능한 부작용(구토, 어지러움), 태아 등을 모니터링 및 관리하고, 검사 전·후 상태 및 검사결과에 대한 판독소견을 기록한 경우에 산정함. 2. Glucose를 4회 측정한 경우에 산정하며, 검체검사료는 누302나 당검사[화학반응-장비측정](정량)의 소정점수를 별도 산정함. 3. 나693나 경구 포도당부하검사와 동시에 산정할 수 없음. (고시 제2018-39호, '18.3.7. 시행)
너891 자궁경관 점액양치상검사 나733 니트라진 검사	너891 자궁경관 점액양치상검사와 나733 니트라진 검사 동시 실시 시 급여기준	조기 양막 파수 진단을 목적으로 너891 자궁경관 점액양치상 검사와 나733 니트라진 검사를 동시 실시한 경우 주된 검사 1종목만 요양급여를 인정함. (고시 제2019-315호, '20.1.1. 시행)
나750 관절경검사	나750 관절경검사를 양측으로 시행시 수기료 산정방법	관절염이 양측에 각각 있어 양측으로 관절경 검사를 시행하였다면 나750 관절경검사의 소정금액을 각각 산정할 수 있음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
나754 비인강경검사 나755 부비강입구 부경검사	나754 비인강경검사를 나755 부비강입구부경검사 또는 나756	나754 비인강경검사를 나755 부비강입구부경검사 또는 나756 부비동내경검사와 동시 실시한 경우 중복검사로 보아 나754 비인강경검사는 요양급여를 인정하지 아니함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
나756 부비동 내경검사	부비동내경검사와 동시 실시 시 급여기준	
나759 기관지경검사	기관지경검사를 위한 전자기유도기법의 급여기준	나759주2. 기관지경검사를 위한 전자기유도기법은 일반적인 기관지 내시경으로 관찰되지 않는 원위부 병변으로써, 기존의 기관지경 혹은 경흉부침흡인과 같은 말초 폐병변을 진단하기 위한 검사를 실패한 경우 혹은 이와 같은 검사법이 불가능한 병변의 정확한 위치확인을 위해 시행한 경우 인정함 (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
	나759마 전자기유도기법 경기관지 위치표식술의 급여기준	전자기유도기법을 이용한 나759마 기관지경검사—경기관지 위치표식술은 폐암이 의심되거나, 말초폐병변 환자에게 일반적인 기관지내시경으로 관찰되지 않은 원위부 병변의 수술적 절제를 위해 수술전 실시한 경우에 인정하며, 약제 및 치료재료는 별도 산정함. 또한, 동 행위시 사용되는 약제는 식약처 허가사항 범위 내에서 사용하여야 하며, 허가사항 범위 외로 투여하고자 하는 경우는 「허가 또는 신고 범위 초과 약제 비급여 사용승인에 관한 기준 및 절차」에 따라 비급여 사용을 승인 받은 기관에 한하여 사용하여야 함. (고시 제2021-206호, '21.8.1. 시행)
나761-1 상부소화관 공초점 내시경검사	나761-1 상부소화관 공초점 내시경검사의 급여기준	나761-1 상부소화관 공초점 내시경검사는 공초점 레이저를 이용하여 식도, 위의 암성 병변 감별 및 생검 위치를 확인하기 위한 검사로 다음과 같은 경우에 인정함 -다 음 - 가. 적응증 1) 조직학적으로 확진된 바렛식도(Barrett's esophagus) 환자의 추적관찰 중 이형성증이 의심되어 조직검사 위치의 확인이 필요한 경우 2) 상부소화관내시경검사 상 위암 의심병변이 있

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		어 조직검사를 시행했으나 검사결과가 음성이거나 불확실하여 악성여부 및 조직검사 위치를 재확인해야 하는 경우 나. 인정횟수 1) 바렛식도의 경우 : 년 1회 인정 2) 상기 가.2)에 해당하는 경우 : 동일병변 1회 인정 다. 산정방법 나761 상부소화관 내시경검사와 동시 산정하지 아니함 (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
내시경검사	내시경검사를 방사선 투시하에 실시한 경우 방사선투시료 별도 산정여부	내시경검사를 방사선투시하에 실시한 경우에 방사선 투시료는 별도로 산정할 수 없으나, 굴곡성기관지경을 이용한 나759다 경기관지침흡인술이나 나759라 경기관지폐생검, 나759바 경기관지폐냉동생검을 방사선 투시하에 실시한 경우에는 투시료를 별도 산정함. (고시 제2022-26호, '22.2.1. 시행)
나765-1 캡슐내시경검사 [소장질환 진단목적에 한함]	캡슐내시경검사의 급여기준	캡슐내시경검사의 급여기준은 다음과 같이 함 - 다 음 - 가. 적응증 1) 원인불명의 위장관 출혈 상부소화관내시경·결장경검사에서 출혈원인이 발견되지 않았으나, 소장에서의 지속적 또는 반복적 출혈이 의심되는 임상 소견이 있는 경우 2) 소장 크론병 결장경검사에서 크론병이 확인되지 않았으나, 크론병의 소장 침범이 의심되는 임상 소견이 있는 경우. 다만, 부득이하게 환자상태에 따라 결장경검사를 시행할 수 없는 경우에는 소장 영상검사를 인정함 3) 소장 종양 또는 폴립증

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		소장영상검사에서 소장 종양 또는 폴립증이 의심되는 경우 4) 기타 소장질환 소장질환이 의심되나 타 검사방법으로 진단되지 않아 2차적으로 시행한 경우 나. 위 가. 적응증 중 4)에 해당하는 질환에 시행한 경우에는 캡슐내시경검사료와 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」의 중분류명 "캡슐 내시경 검사용" 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2019-251호, '19.12.1. 시행)
나766 결장경검사, 나767 직장경검사, 나768 S상결장경검사	나766 결장경검사, 나767 직장경검사, 나768 S상결장경검사 동시 실시 시 급여기준	다음 검사 중 두 가지 이상의 검사를 동시에 실시한 경우, 일련의 과정으로 보아 1종목만 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 나766 결장경검사 나. 나767 직장경검사 다. 나768 S상결장경검사 (고시 제2019-315호, '20.1.1. 시행)
나771 자궁경검사	Amnioscopy 수가 산정방법	양수경검사(Amnioscopy)는 나771 자궁경검사에 준용하여 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
나795 동공부등 검사	나795가 동공부등검사-약물을 이용한 경우의 급여기준	나795가 동공부등검사-약물을 이용한 경우는 원심성 동공이상 진단 또는 감별진단이 필요한 경우(호르너 증후군, 긴장동공, 동안신경마비 등) 진단용 점안제를 투여하여 동공부등을 확인 시 요양급여를 인정함. (고시 제2020-150호, '20.8.1. 시행)
	나795나	나795나 동공부등검사-중성필터를 이용한 경우

항 목	제 목	세부인정사항
	동공부등검사-중성필터를 이용한 경우의 급여기준	는 구심로 이상 진단 또는 감별진단이 필요한 경우(망막질환이나 시신경질환, 시각로장애 등) 건안에 중성필터를 이용하여 정량적으로 확인 시 요양급여를 인정함. (고시 제2020-150호, '20.8.1. 시행)
나796 안구광학단층촬영 [편측]	안구광학단층촬영 검사의 급여기준	안구광학단층촬영 검사는 다음과 같은 질환의 진단 또는 치료효과 판정을 위해 시행하는 경우에 요양급여를 인정하며, 동 기준 이외에 시행한 경우는 비급여토록 함. - 다 음 - 가. 망막분야 : 황반변성, 황반부종, 황반원공, 맥락망막염, 맥락막악성신생물, 망막동맥류, 유전성 망막질환, 망막박리, 망막종양 등 나. 시신경분야 : 시신경염, 선천성 시신경질환, 유전성 시신경질환, 유두부종, 시신경위축, 시신경 관련 시력장애(약시 등), 시신경종양 등 다. 녹내장 (고시 제2014-240호, '15.1.1. 시행)
나799 진정내시경 환자관리료	나799 진정내시경 환자관리료 급여기준	나799 진정내시경 환자관리료는 소화기·기관지 내시경 검사 및 시술 시의 환자관리 행위로서 환자 평가 및 설명, 진정 유도 및 활력징후 감시, 진정 각성 및 회복 등의 과정을 시행한 경우에 산정가능하며, 해당 검사 및 시술은 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」 제1편제2부 제2장(검사료) 또는 제9장(처치 및 수술료 등)에 분류된 행위 중 다음에 해당하는 경우 요양급여하고, 이에 해당하지 않는 경우에는 비급여함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		- 다 음 - 가. 진정내시경 환자관리료 Ⅰ~Ⅳ 산정 행위 Ⅰ: 나767(E7670), 나768(E7680), 자772(Q7720) Ⅱ: 나706가(1)(E7060), 나706나(1)(E7062), 나761(E7611), 나761-1(E7612), 자773(Q7730), 자775(Q7751) Ⅲ: 나762(E7621), 나763(E7631), 나764(E7640), 나766(E7660), 자761(Q7611, Q7612), 자762(Q7620), 자763(Q7631), 자764(Q7641, Q7642, Q7643), 자767(Q7670), 자768(Q7680), 자769(Q7691, Q7692), 자770(Q7701, Q7703), 자771(Q7710), 자774(Q7741, Q7742), 자775(Q7752), 자776(Q7767), 자777(Q7771, Q7772, Q7776) Ⅳ: 나759(E7590), 나759-1(EZ942), 나762(E7622, E7623), 나765(E7651, E7652), 자131-1(O1315, O1316), 자131-2(O1318), 자131-3(O1319), 자133(O1332, O1333), 자134-1(O1346, O1347, O1348), 자147-1(OZ201), 자261(Q2612), 자760(Q7600), 자763(Q7633), 자765 (Q7651, Q7652, Q7653, Q7654), 자766(Q7660), 자770(QX706), 자770-1(Q7700), 자776(Q7761, Q7762, Q7763, Q7764, Q7765, Q7766), 자777(Q7773, Q7774, Q7775), 자778 (Q7780, Q7781, Q7782, Q7783, Q7784, Q7785, Q7786, Q7787, Q7788, Q7789) 나. 급여대상 및 범위 1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀질환, 중증난치질환, 결핵 질환자(잠복결핵감염자 제외)가 산정특례 적용기간에 내시경 검사나 시술을 위해 진정을 실시한 경우 2) 그 외의 환자는 상기 가.의 행위 중 치료를 목적으로

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		한 시술 시에 진정을 실시한 경우 다. 수가산정방법 1) 상기 가.의 분류번호 및 코드가 속한 구분(Ⅰ~Ⅳ)의 해당 소정점수를 산정 2) 위·대장내시경을 동시에 실시하는 경우 진정내시경 환자관리료는 주된 진정내시경 환자관리료 소정점수 100%로 산정하고, 제2의 진정내시경 환자관리료는 소정점수의 50%를 산정 3) 상기 가.의 행위가 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 달리 적용하는 경우에는 진정내시경 환자관리료도 동일하게 적용 (고시 제2021-183호, '21.7.1. 시행)
나799-1 내시경 세척·소독료	나799-1 내시경 세척·소독료 산정기준	1. 나799-1 내시경 세척·소독료는 식품의약품안전처장의 허가를 받은 소독액을 사용하여 소독지침에 따라 세척·소독한 경우 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 내시경 검사나 시술을 위해 사용한 내시경 기구 및 재료를 세척·소독 시 1회 산정 나. 날짜별 세척·소독 실시횟수, 세척·소독액 사용량 등 기록을 반드시 관리·보관 2. 내시경 검사나 시술이 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 달리 적용하는 경우에는 내시경 세척·소독료도 동일하게 적용함. (고시 제2022-204호, '22.9.1. 시행)
나814 기타	Ommaya Reservoir를	뇌실 또는 낭종성 뇌종양에 삽입된 Ommaya Reservoir를 통해 배액 또는 검체를 채취 하거나 치료목적으로

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
부위천자 [림프절, 피부 등]	통한 배액 및 약물 주입 시 수기료 산정방법	척수강내 항암제 등의 약물을 주입하는 경우, 수기료는 다음과 같이 산정하며 1일 1회만 산정함. - 다 음 - 가. Ommaya Reservoir를 통한 배액 또는 검체 채취시 : 나814 기타부위천자[림프절, 피부 등]의 소정점수를 준용 산정 나. Ommaya Reservoir를 통한 약물 주입시(약물 주입을 위해 뇌척수액을 흡인하는 행위 포함) : 나814 기타부위천자[림프절, 피부 등] 소정점수에 30%를 가산하여 준용 산정 (고시 제2020-135호, '20.7.1. 시행)
나852 골수천자 생검	골수천자, 골수천자생검 동시 시행시 인정여부	나803 골수천자와 나852 골수천자생검을 동시에 시행시는 나852 골수천자생검의 소정점수만 인정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
	동일날 양측으로 실시한 골수천자생검 인정기준	나852 골수천자생검은 통상 편측으로 실시하나 진료의사의 전문의학적 판단에 따라 양측으로 실시할 필요가 있는 경우에는 양측의 검사를 인정함. (고시 제2015-99호, '15.6.15. 시행)
	골수천자 이식법(Bone Marrow Injection) 수기료 산정방법	장관골의 지연유합 또는 불유합시에 골형성을 촉진하기 위해 시행하는 골수천자이식법(Bone Marrow Injection)은 골수천자 행위와 불유합(지연유합)부위에 대한 골수주사 행위를 나852 골수천자생검과 자31-1 골이식술로 준용하여 산정함. (고시 제2017-118호, '17.7.1. 시행)
나901 근관장 측정검사	유치에 실시한 나901 근관장측정 검사 인정 여부	유치라 할지라도 근관치료시 정확한 근관의 길이를 측정하기 위하여 나901 근관장측정검사를 시행한 경우에는 인정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	근관장측정검사의 급여기준	치료기간 중 1근관당 3회까지 인정한다. (고시 제2020-246호, '20.11.2. 시행)
나905 정량광형광기를 이용한 치아우식증 검사 [1구강당]	정량광형광기를 이용한 치아우식증 검사의 급여기준	정량광형광기를 이용한 치아우식증 검사는 치아우식증 진단 보조 및 진행 여부 모니터링을 목적으로 실시하는 검사로 다음의 요건을 모두 충족한 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상: 5세 이상 ~ 12세 이하 아동 나. 실시간격: 구강당 6개월 간격으로 1회 인정 다. 동일 날, 동일 목적으로 다191 치근단, 다195 교익, 다197 파노라마 촬영을 한 경우 주된 1종만 산정함. (고시 제2021-153호, '21.6.1. 시행)
초음파 검사	초음파 검사의 급여기준	초음파 검사는 다음과 같은 경우에 요양급여하며, 이에 해당하지 않는 경우에는 비급여함. - 다 음 - 가. 급여대상 및 범위 1) 기본, 진단, 특수 초음파 가) 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀질환, 중증난치질환, 결핵 질환(잠복결핵감염 제외) (1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 산정특례 대상자 : 해당 산정특례 적용기간 중 산정특례 대상 상병 및 관련 합병증에 대해 실시한 경우 (2) 산정특례 질환이 의심되는 환자 : 해당 산정특례 질환이 의심되어 실시한 경우(1회 인정) 나) 신생아 중환자실 환자 : 신생아 중환자실 입원기간에 실시한 경우 2) 임산부 초음파

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
가) 산전진찰을 목적으로 아래와 같이 시행하는 경우에 인정하며, 다태아의 경우 제2태아부터는 소정점수의 50%를 산정함.(나951나(1)‘주’항 제외)

– 아 래 –

<table>
<tr><th colspan="2">행위명</th><th>인정 주수</th><th>인정 횟수</th></tr>
<tr><td rowspan="2">제1 삼분기</td><td>일반</td><td>임신 13주 이하
– 임신여부 및 자궁 및 부속기의 종합적인 확인을 하는 경우 산정하고, 임신 여부만을 확인하는 경우 ‘주’항에 따라 산정</td><td>2회</td></tr>
<tr><td>정밀</td><td>임신 11–13주</td><td>1회</td></tr>
<tr><td rowspan="2">제2,3 삼분기</td><td>일반</td><td>임신 14–19주, 임신 20–35주, 임신 36주 이후</td><td>각 1회</td></tr>
<tr><td>정밀</td><td>임신 16주 이후</td><td>1회</td></tr>
</table>

나) 임신 과정 중 의학적 판단 하에 태아에게 이상이 있거나 이상이 예상되어 상기 산정횟수를 초과하여 시행해야 하는 경우에는 해당 삼분기의 일반 또는 일반의 제한적 초음파로 산정하며(‘주’항 제외), 입원 중 동일 목적으로 1일 수회 시행하는 경우에도 1일 1회만 산정함.

다) 나951나(1) ‘주’항을 산정할 수 있는 경우는 아래와 같음.

– 아 래 –

(1) 태아에게 문제를 초래하는 임부의 질환상태 (임신성 당뇨병, 임신성 고혈압 등)

(2) 태아에게 문제를 초래하는 임부 자궁의 이상 (여성생식기종양, 자궁경관무력증, 자궁기형 등)

(3) 정상 분만이 불가능한 태반의 이상(전치태반,
</td></tr>
</table>

항 목	제 목	세부인정사항
		태반조기박리 등) (4) 양수과다증 또는 양수과소증 (5) 자궁내 태아 성장지연 3) 유도 초음파 상기 1)의 적용을 받는 환자에게 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제2장(검사료) 또는 제9장(처치 및 수술료 등)에 분류된 행위를 초음파 유도 하에 아래와 같이 실시한 경우 해당 소정점수를 산정함. – 아 래 – 가) 유도초음파(Ⅰ): 흉막천자, 심낭천자, 더글라스와 천자, 양수천자, 배액 시 시술부위 확인 나) 유도초음파(Ⅱ): 조직생검, 세침흡인생검, 시술 시 간헐적 유도 다) 유도초음파(Ⅲ): 시술 시 지속적 모니터링 라) 유도초음파(Ⅳ): 고주파 열치료술, 냉동제거술과 같은 고난이도 시술 나. 산정방법 1) 각 장기별 검사는 해당 장기 및 주변 림프절, 혈관, 연부조직 등을 포함하는 것으로 상기 가.의 적용을 받는 환자에게 서로 인접된 부위에 초음파 검사를 동시에 시행하는 경우 주된 검사는 소정점수의 100%, 제2의 검사는 소정점수의 50%를 산정하며, 최대 150%까지 산정함. 2) 다부위 초음파 시행 시 초음파 검사가 필요한 진료의사의 의학적 판단 근거가 검사 전 진료기록부 또는 판독소견서에서 부위별로 확인되어야 함. 3) 상기 가. 1) 진단 초음파와 3) 유도 초음파를

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		동시에 시행한 경우에는 각각의 소정점수를 산정함. 4) 상기 가. 1)의 적용을 받는 환자에게 단순초음파를 동일 날, 동일 목적으로 수회 시행하더라도 해당 항목의 소정점수를 1회 산정함. 다. 상기 가.의 규정 이외에 아래와 같은 경우에도 요양급여를 인정함. - 아 래 - 1) 경피적 좌심방이폐색술을 시행한 경우에 관련 고시*에 따라, 임상자료 제출을 위해 심장초음파를 실시한 경우 * 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 [별표3] 2) 「암관리법」에 의한 완화의료전문기관의 완화의료병동에 입원한 말기암환자에게 유도초음파를 실시한 경우 3) 나943다 태아정밀 심초음파는 산전진찰 결과 태아의 심장에 이상소견이 있어 정밀검사를 시행하는 경우 산정하며, 이 경우 다태아는 가.2).가)의 적용을 받음. 4) 보조생식술을 위해 초음파를 시행하는 경우 가) 보조생식술 진료시작일에 자궁부속기 및 자궁내막의 상태 등을 보는 경우 나944라(1) 여성생식기 초음파(일반)를 산정함 나) 보조생식술 관련 약제투여 후 난포의 크기 및 수, 자궁내막두께 등을 관찰하는 경우 나940나 단순초음파(Ⅱ)를 산정함 5) 자궁내 태아의 질환 치료를 위한 급여 시술 시(선별급여 포함) 유도초음파를 시행하는 경우 나956라 유도초음파(Ⅳ)를 산정함 (고시 제2023-105호, '23.7.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
나944 복부 초음파 및 나940 단순 초음파	상복부(간·담낭·담도·비장·췌장) 초음파 검사의 급여기준	1. 상복부(간·담낭·담도·비장·췌장) 초음파검사는 「초음파 검사의 급여기준」에서 정하는 비급여 대상이라 할지라도 간·담낭·담도·비장·췌장에 질환이 있거나 의심되어 의사가 직접 시행한 경우 다음과 같이 요양급여함. 다만, 의사가 동일한 공간에서 방사선사의 촬영하는 영상을 동시에 보면서 실시간으로 지도하고 진단하는 경우도 포함함. - 다 음 - 가. 산정요건 상복부(간·담낭·담도·비장·췌장)의 진단초음파는 아래의 요건을 모두 충족한 경우, 산정방법에 따라 산정함. - 아 래 - 나 944가(1) (가)일반 또는 (나)정밀초음파는 간, 담낭, 담도, 비장, 췌장 모두의 영상을 획득하고, 검사의가 판독소견서를 작성하고 보관하여야 함. 이 경우 획득하여야 하는 표준영상의 범위를 아래와 같이 권고하고, 판독소견서에는 환자의 인적사항과 검사 관련 내용이 포함되어야 함. 다만, 제한적 초음파는 문제되는 부위 위주로 영상을 획득하고, 판독소견서를 작성·보관하여야 함 1) 표준영상의 범위 가) 일반 간우엽의 횡스캔, 간우엽의 늑간스캔, 간좌엽의 종스캔, 간좌엽의 횡스캔, 간정맥의 늑간하 스캔, 간우엽의 상부, 우간하부와 우측신장피질의 관상면 스캔, 담낭의 장축, 간외담관의 종스캔, 비장의 장축스캔, 췌장두부의 횡스캔, 췌장체부·

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		미부의 횡스캔 나) 정밀 상기 가)의 표준영상과 함께 우간문맥을 포함한 간우엽의 늑간스캔과 우간정맥을 포함한 간우엽의 늑간스캔, 좌우간문맥 분지의 횡스캔도 포함 2) 판독소견서 가) 등록번호, 성명, 생년월일/나이, 성별, 검사명, 검사일시, 검사와 판독한 의사(면허번호), 검사소견, 결론, 판독일시, 의료기관명칭 나) 검사소견에는 간실질의 에코, 간종괴 유무, 담낭이상 여부, 담관확장 여부, 비장종대 여부, 췌장이상 여부를 포함해야 하며, 이상이 있는 경우 세부내용을 상세 기술해야 함. 나. 산정방법 1) 상복부(간·담낭·담도·비장·췌장) 질환의 진단 또는 질환이 있는 환자의 경과관찰 시 아래와 같이 인정하고, 산정횟수를 초과하는 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. - 아 래 - 가) 상복부(간·담낭·담도·비장·췌장) 질환이 의심되어 진단을 위하여 시행한 경우 상복부 진단초음파-일반(나944가(1)(가)) 1회. 다만, 30일 초과하고 최초 진단과 다른 질환이 의심되어 시행한 경우에는 별도 산정 가능함. 나) 간경변증, 만40세 이상 만성 B형간염, 만40세 이상 만성 C형간염 환자에게 간암감시검사를 시행한 경우 상복부 진단초음파-정밀(나944가(1)(나)) 연 2회

항 목	제 목	세부인정사항
		다) 용종의 크기 등 진료의사의 의학적 판단에 따라 경과관찰이 필요한 담낭용종 환자에게 시행한 경우 상복부 진단초음파-일반 (나944 가(1)(가)) 연 1회 2) 상복부(간·담낭·담도·비장·췌장) 질환의 진단 초음파 영상과 비교목적으로 시행 시 제한적 초음파를 산정하며, 초회부터 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 3) 상복부(간·담낭·담도·비장·췌장) 일부 부위 확인이나 장기크기 측정 등을 시행한 경우에 단순 초음파(나940)를 산정하며, 초회부터 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 다만, 동일 날, 동일 목적으로 수회 시행하더라도 해당 항목의 소정점수를 1회 산정함. 4) 상복부 질환 외 수술 시 환자의 상복부 질환이 의심되어 초음파 검사가 의학적으로 필요한 경우에만 요양급여하되, 그 사유가 검사 전 진료기록부에 기재되어야 함. 2. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀질환, 중증난치질환, 결핵질환 대상자 및 의심자(잠복결핵감염자 제외), 신생아중환자실 환자는「초음파 검사의 급여기준」을 우선 적용하되,「초음파 검사의 급여기준」에서 별도로 정하지 아니한 경우는 「상복부 초음파 검사의 급여기준」을 적용함. 3. 상기 1. 이외에 의학적 필요가 불명확한 경우 진료의사는 충분히 설명하고 환자가 동의서에 서명한

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		이후 비급여로 함. (고시 제2023-105호, '23.7.1. 시행)
	하복부 (충수·소장·대장·서혜부·직장·항문), 비뇨기 (신장·부신·방광) 초음파검사의 급여기준	1. 하복부(충수·소장·대장·서혜부·직장·항문), 비뇨기(신장· 부신· 방광) 초음파검사는 「초음파 검사의 급여기준」에서 정하는 비급여 대상이라 할지라도 진료의사의 의학적 판단에 따라 충수·소장·대장·서혜부·직장·항문·신장·부신·방광에 질환이 있거나 의심되어 의사가 직접 시행한 경우 다음과 같이 요양급여함. 다만, 의사가 동일한 공간에서 방사선사의 촬영하는 영상을 동시에 보면서 실시간으로 지도하고 진단하는 경우도 포함함. - 다 음 - 가. 산정요건 하복부(충수·소장·대장·서혜부·직장·항문), 비뇨기(신장·부신·방광) 진단초음파는 아래의 요건을 모두 충족한 경우, 나. 산정방법에 따라 산정함. - 아 래 - 하복부, 비뇨기 초음파는 각 해부학적 부위의 영상을 획득하고, 검사의가 판독소견서를 작성하고 보관하여야 함. 이 경우 획득하여야 하는 표준영상의 범위를 아래와 같이 권고하고, 판독소견서에는 환자의 인적사항과 검사 관련 내용이 포함되어야 함. 다만, 제한적 초음파는 문제되는 부위 위주의 영상을 획득하고 판독소견서를 작성·보관 하여야 함. 1) 표준영상의 범위 가) 나944가(2) 충수 상행결장 횡스캔, 상행결장 종스캔, 충수의 장축스캔, 충수의 횡축스캔 ※ 충수가 안 보일 경우 맹장 말단부 스캔 나) 나944가(3) 소장·대장 상장간막동정맥을 포함한 장간막 스캔, 회맹판

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		스캔, 복부의 사분면인 우상부, 우하부, 좌상부, 좌하부의 장이 각각 포함되는 스캔 ※ 소아 비대유문협착증의 경우 유문부(횡스캔, 종스캔) 포함 다) 나944가(4) 서혜부 좌·우측 각각의 서혜부 횡스캔, 좌·우측 각각의 서혜부 종스캔 ※ 대퇴혈관(femoral vessel)이나 정삭(spermatic cord)이 보이는 범위 라) 나944가(5) 직장·항문 (1) 직장 직장 벽 5층이 포함되는 스캔 (2) 항문 항문의 하부 스캔, 항문의 중부 스캔, 항문의 상부 스캔 마) 나944나 신장·부신·방광 (1) 신장·부신 신문(renal hilum)을 포함하는 좌·우신 각각의 관상면 스캔, 좌·우신 각각의 상부 횡스캔, 좌·우신 각각의 중간부 횡스캔, 좌·우신 각각의 하부 횡스캔 ※ 부신 종괴가 있는 경우 종괴를 포함한 스캔 (2) 방광 방광 상부 횡스캔, 방광 중간부 횡스캔, 방광 경부 횡스캔, 방광 중간부 시상면 스캔 2) 판독소견서 가) 등록번호, 성명, 생년월일 또는 나이, 성별, 검사명, 검사일시, 판독일시, 검사와 판독한 의사(면허번호), 검사소견, 결론, 의료기관명 나) 검사소견에는 해당 장기의 내용을 포함해야 하며, 이상이 있는 경우 세부내용을 상세 기술해야 함. (1) 충수 충수 관찰 여부, 충수가 관찰된 경우 충수의

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		직경, 장벽의 비후 여부, 종괴 유무, 충수석 유무, 농양 또는 액체저류 유무 (2) 소장·대장 장벽의 비후 여부(비후 발견 시 위치 기술), 종괴 유무, 림프절 비대 여부, 복수 유무, 기타(농양, 장루 등) 이상 유무 (3) 서혜부 탈장 유무, 종괴 유무, 림프절 비대 여부 (4) 직장 직장벽의 종양 유무, 직장벽의 종양 침윤 정도(관찰 시), 직장벽 비후 유무, 주변 림프절 비대 여부, 직장 주위 종양 유무 (5) 항문 치루 유무(내공의 위치(관찰시), 누관의 경로(관찰 시)), 농양 유무, 종양 유무, 괄약근 손상 유무 (6) 신장·부신 신장 실질의 에코, 신장의 크기, 신장의 국소병변(낭종, 고형종괴 등) 유무, 수신증 유무, 부신 이상 유무 (7) 방광 방광벽 비후 여부, 방광 종괴 유무, 방광 결석 유무 나. 산정방법 1) 진료의사의 의학적 판단에 따라 하복부(충수·소장·대장·서혜부·직장·항문), 비뇨기(신장·부신·방광) 질환의 진단 또는 경과관찰 시 아래와 같이 인정하고, 이를 초과하는 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. – 아 래 – 가) 하복부, 비뇨기 질환이 의심되어 진단이 필요한

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		경우 1회 나) 경과관찰이 필요한 경우 (1) 복합 신낭종, 신혈관근지방종, 원인 미상의 수신증, 신결석, 만성신부전(2단계 이상), 선천성 요로계 기형 환자 연 1회(다만, 선천성 요로계 기형환자 중 만 1세미만 소아는 연 2회) (2) 직장·항문 수술 후 항문 괄약근 손상 확인 등이 필요한 고위험군 환자, 체외충격파쇄석술(ESWL) 이후 잔여 결석 확인이 필요한 방사선 투과성 요로결석 환자 1회 (3) 상기 (2)를 제외한 하복부·비뇨기 수술(시술) 후 또는 급성신우신염(합병증이 동반된 경우), 신농양, 신주위농양, 농신증으로 수술(시술) 없이 약물치료 후 진단초음파 영상과 비교 목적으로 시행 시 제한적초음파 1회 2) 하복부, 비뇨기의 일부 부위 확인이나 장기 크기 측정 등을 시행한 경우에는 단순초음파(나940)를 산정하며, 초회부터 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 다만, 동일 날, 동일 목적으로 수회 시행하더라도 해당 항목의 소정점수를 1회 산정함. 2. 「초음파 검사의 급여기준」에 따라 서로 인접된 부위의 초음파검사를 동시에 시행한 경우, 주된 검사는 소정점수의 100%, 제2의 검사는 소정점수의 50%를 산정하며, 최대 150%까지 산정함. 3. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀질환, 중증난치질환, 결핵 질환 대상자 및 의심자(잠복결핵감염자 제외), 신생아중환자실 환자는 「초음파 검사의 급여기준」을 우선 적용하되, 「초음파 검사의 급여기준」에서 별도로 정하지 아니한 경우는 동 급여

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		기준을 적용함. 4. 상기 1. 이외에 의학적 필요가 불명확한 경우 진료의사는 충분히 설명하고 환자가 동의서에 서명한 이후 비급여로 함. (고시 제2021-183호, '21.7.1. 시행)
	남성생식기 (전립선·정낭·음경·음낭) 초음파검사의 급여기준	1. 남성생식기(전립선·정낭·음경·음낭) 초음파검사는 「초음파 검사의 급여기준」에서 정하는 비급여 대상이라 할지라도 진료의사의 의학적 판단에 따라 전립선, 정낭, 음경, 음낭에 질환이 있거나 의심되어 의사가 직접 시행한 경우 다음과 같이 요양급여함. 다만, 의사가 동일한 공간에서 방사선사의 촬영하는 영상을 동시에 보면서 실시간으로 지도하고 진단하는 경우도 포함함. - 다 음 - 가. 산정요건 나944다 남성생식기(전립선·정낭·음경·음낭) 진단 초음파는 아래의 요건을 모두 충족한 경우 나. 산정방법에 따라 산정함. - 아 래 - 남성생식기 초음파는 각 해부학적 부위의 영상을 획득하고, 검사의가 판독소견서를 작성하고 보관하여야 함. 이 경우 획득하여야 하는 표준영상의 범위를 아래와 같이 권고하고, 판독소견서에는 환자의 인적사항과 검사 관련 내용이 포함되어야 함. 다만, 제한적 초음파는 문제되는 부위 위주로 영상을 획득하고, 판독소견서를 작성·보관하여야 함. 1) 표준영상의 범위 가) 전립선·정낭(경직장) 전립선 기저부 횡스캔, 전립선 중간부 횡스캔, 전립선 첨부 횡스캔, 전립선요도를 포함함

항 목	제 목	세부인정사항
		전립선 중앙부 시상면 스캔, 양측 정낭 횡스캔 나) 전립선(경복부) 전립선 중간부 횡스캔, 전립선요도를 포함한 전립선 중앙부 시상면 스캔 다) 음경 음경의 시상면 스캔, 음경의 상부 횡스캔, 음경의 중간부 횡스캔, 음경의 하부 횡스캔 라) 음낭 한 영상에서 본 양측 고환의 횡스캔, 좌·우측 각각 고환의 장축스캔, 시상면 장축스캔과 직각으로 시행한 좌·우측 각각 고환 중간부 횡스캔, 좌·우측 각각 부고환 시상면 스캔(두부, 미부 포함), 좌·우측 각각 정삭 시상면 스캔 2) 판독소견서 가) 등록번호, 성명, 생년월일 또는 나이, 성별, 검사명, 검사일시, 판독일시, 검사와 판독한 의사(면허번호), 검사소견, 결론, 의료기관명 나) 검사소견에는 해당 장기의 내용을 포함해야 하며, 이상이 있는 경우 세부내용을 상세 기술해야 함. (1) 전립선·정낭(경직장) 전립선 전체 및 이행부위 부피, 전립선 내 국소병변 유무 및 과혈관성 병변(도플러 영상의 경우) 유무, 정낭의 이상소견 여부 (2) 전립선(경복부) 전립선 부피, 전립선 내 국소병변 유무 (3) 음경 음경의 종괴 유무, 음경해면체 백(색)막의 손상 혹은 비후 (4) 음낭 음낭 내 양측 고환의 존재 여부, 양측 고환 부피(혹은 장축의 길이), 고환 이상 유무,

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		부고환 이상 유무, 기타 음낭 이상 소견 나. 산정방법 1) 진료의사의 의학적 판단에 따라 남성생식기(전립선·정낭·음경· 음낭) 질환의 진단 또는 경과관찰 시 아래와 같이 인정하고, 이를 초과하는 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 다만, 나944다(1)주 경복부 전립선 초음파는 항문의 선천성 기형 등으로 초음파 탐촉자 삽입이 어렵거나 항문이 포함된 수술로 항문폐색이 있는 경우에 한하여 산정함. - 아 래 - 가) 남성생식기 질환이 의심되어 진단이 필요한 경우 1회 나) 경과관찰이 필요한 경우 (1) 전립선비대증으로 약물 등 치료중인 환자에게 진료의사의 의학적 판단에 따라 전립선 크기 변화 등 초음파검사로 경과관찰이 필요한 경우 연 1회 (2) 고환고정술을 시행하지 않은 고환 위치 이상 환자 연 1회 (3) 만 2세 미만 음낭수종 환자 연 1회 (4) 남성생식기 질환에 대한 수술(시술) 후 또는 전립선염, 고환염, 부고환염, 전립선농양으로 약물치료 후 진단초음파 영상과 비교 목적으로 시행 시 제한적초음파 1회 2) 남성생식기의 일부 부위 확인이나 장기 크기 측정 등을 시행한 경우에는 단순초음파(나940)를 산정하며, 초회부터 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 다만, 동일 날, 동일 목적으로 수회 시행하더라도 해당 항목의 소정점수를 1회 산정함. 2. 「초음파 검사의 급여기준」에 따라 서로 인접된 부위에

항 목	제 목	세부인정사항
		초음파 검사를 동시에 시행하는 경우, 주된 검사는 소정점수의 100%, 제2의 검사는 소정점수의 50%를 산정하며, 최대 150%까지 산정함. 3. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀질환, 중증난치질환, 결핵 질환 대상자 및 의심자(잠복결핵감염자 제외), 신생아중환자실 환자는 「초음파 검사의 급여기준」을 우선 적용하되, 「초음파 검사의 급여기준」에서 별도로 정하지 아니한 경우는 동 급여기준을 적용함. 4. 상기 1. 이외에 의학적 필요가 불명확한 경우 진료의사는 충분히 설명하고 환자가 동의서에 서명한 이후 비급여로 함. (고시 제2021-183호, '21.7.1. 시행)
	여성생식기 초음파 검사의 급여기준	1. 여성생식기 초음파검사는 「초음파 검사의 급여기준」에서 정하는 비급여 대상이라 할지라도 진료의사의 의학적 판단에 따라 여성생식기 질환이 있거나 의심되어 의사가 직접 시행한 경우 다음과 같이 요양급여함. 다만, 의사가 동일한 공간에서 방사선사의 촬영하는 영상을 동시에 보면서 실시간으로 지도하고 진단하는 경우도 포함함. - 다 음 - 가. 산정요건 나944라 여성생식기 진단초음파는 아래의 요건을 모두 충족한 경우, 나. 산정방법에 따라 산정함. - 아 래 - 여성생식기 초음파는 자궁·자궁부속기(난소, 난관 포함)·더글라스와의 영상을 획득하고, 검사의가 판독소견서를 작성하고 보관하여야 함. 이 경우 획득하여야 하는 표준영상의 범위를 아래와 같이 권고하고, 판독소견서에는 환자의 인적사항과 검사 관련 내용이 포함되어야 함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		다만, 제한적 초음파는 문제되는 부위 위주로 영상을 획득하고, 판독소견서를 작성·보관하여야 함. 1) 표준영상의 범위 가) 일반 자궁의 경부·체부·내막 및 더글라스와를 포함한 자궁의 종스캔, 자궁내막을 포함한 자궁의 횡스캔, 좌·우측 각각 난소 스캔 나) 자궁내 생리식염수 주입 상기 가)의 표준영상과 함께 생리식염수 주입 전·후 각각 스캔도 포함 다) 정밀 상기 가)의 표준영상과 함께 이상 소견 존재하는 부위(더글라스와, 자궁경부, 자궁체부, 자궁내막, 난관, 난소, 골반강 등) 스캔도 포함 2) 판독소견서 가) 등록번호, 성명, 생년월일 또는 나이, 성별, 검사명, 검사일시, 판독일시, 검사와 판독한 의사(면허번호), 검사소견, 결론, 의료기관명 나) 검사소견에는 자궁의 굴곡 방향(전굴·후굴), 자궁의 장축·횡축 길이, 자궁의 이상종물 유무, 자궁내막의 두께 및 이상종물 유무, 좌·우 난소의 이상종물 유무, 더글라스와 액체저류 유무를 포함해야 하며, 해부학적 이상소견이 있는 경우 세부내용을 상세 기술해야 함 나. 산정방법 1) 진료의사의 의학적 판단에 따라 여성생식기 질환의 진단 또는 경과관찰 시 아래와 같이 인정하고, 이를 초과하는 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인 부담률을 80%로 적용함. - 아 래 -

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		가) 여성생식기 질환이 의심되어 진단이 필요한 경우 1회. 다만, 다음과 같이 초음파 검사결과 해부학적 이상소견 등이 확인된 경우 정밀(나944라(2))로 산정함. - 다 음 - (1) 자궁: 장축 길이 4cm 이상 종물이 있거나, 자궁의 전후벽 두께가 6cm 이상이거나, 좌우 두께가 8cm 이상인 경우 (2) 자궁내막: 직경 1.5cm 이상 종물이 있거나, 자궁내막 또는 자궁강 두께가 2cm 이상인 경우 (3) 자궁부속기(난소 또는 난관): 직경 6cm 이상 종물이 있거나, 직경 3cm 이상 종물이 다발 성격벽(multiseptated) 또는 고형부분(solid portion) 또는 유상돌기(papillary projection)를 동반하는 경우 (4) 여성생식기 기형: MRKH(Mayer Rokitansky Kuster Hauser) 증후군 등 여성생식기 기형이 확인된 경우 (5) 상기 (1)~(4)의 해부학적 이상소견이 의심되어 치료를 위해 상급종합병원·종합병원에 의뢰된 환자에게 시행한 경우 나) 상기 가) (1)~(4)의 해부학적 이상소견이 확인된 환자에게 진료의사의 의학적 판단에 따라 경과관찰이 필요한 경우 연 1회 다) 여성생식기 질환이 확인되어 수술(시술) 후 진단초음파 영상과 비교 목적으로 시행 시 제한적 초음파 1회 2) 여성생식기의 일부 부위 확인이나 장기크기 측정 등을 시행한 경우에 단순초음파(나940)를 산정하며, 초회부터 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		적용함. 다만, 동일 날, 동일 목적으로 수회 시행하더라도 해당 항목의 소정점수를 1회 산정함. 2. 「초음파 검사의 급여기준」에 따라 서로 인접된 부위의 초음파검사를 동시에 시행한 경우, 주된 검사는 소정점수의 100%, 제2의 검사는 소정점수의 50%를 산정하며, 최대 150%까지 산정함. 3. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀질환, 중증난치질환, 결핵 질환 대상자 및 의심자(잠복결핵감염자 제외), 신생아중환자실 환자는 「초음파 검사의 급여기준」을 우선 적용하되, 「초음파 검사의 급여기준」에서 별도로 정하지 아니한 경우는 동 급여기준을 적용함. 4. 상기 1. 이외에 의학적 필요가 불명확한 경우 진료의사는 충분히 설명하고 환자가 동의서에 서명한 이후 비급여로 함. (고시 제2021-183호, '21.7.1. 시행)
나944 복부 초음파	나944마 소아 복부 초음파 검사의 급여기준	나944마 소아 복부 초음파검사는 복부 질환이 의심되어 초음파검사가 필요하나 의사소통이 원활하지 못하여 특정 장기 질환으로 한정지어 검사를 시행할 수 없는 만8세 미만 소아에게 의사가 직접 시행한 경우 다음과 같이 요양 급여함. 다만, 의사가 동일한 공간에서 방사선사의 촬영하는 영상을 동시에 보면서 실시간으로 지도하고 진단하는 경우도 포함함. - 다 음 - 가. 산정요건 나944마 소아 복부 초음파검사는 아래의 표준영상의 범위를 모두 획득하고, 검사의가 환자의 인적사항과 검사 관련 내용을 포함한 판독

항 목	제 목	세부인정사항
		소견서를 작성하고 보관하여야 함. 또한, 이상이 있는 경우 추가 영상을 획득하고 세부 내용을 상세 기술해야 함. - 아 래 - 1) 표준영상의 범위(22항목) 좌우 간문맥 분지의 횡스캔, 간우엽의 횡스캔, 간좌엽의 횡스캔, 간정맥의 횡스캔, 우간하부와 우측신장피질의 장축 스캔, 담낭의 장축 스캔, 비장의 장축 스캔, 췌장 두부의 횡스캔, 신문을 포함하는 좌신 장축 스캔, 신문을 포함하는 우신 장축 스캔, 좌측 신장 중간을 중심으로 횡스캔, 우측 신장 중간을 중심으로 횡스캔, 부신 종괴가 있는 경우 종괴를 포함한 영상, 방광의 중간부위 횡스캔, 상장간막동정맥을 포함한 장간막 횡스캔, 회맹판을 포함한 말단부 회장 횡스캔, 몸의 사분면을 나누어 우상부, 우하부, 좌상부, 좌하부의 장이 포함되는 각각의 스캔, 비대유문협착증의 경우 유문부의 횡스캔과 종스캔 2) 판독소견서 가) 등록번호, 성명, 생년월일 또는 나이, 성별, 검사명, 검사일시, 판독일시, 검사와 판독한 의사(면허번호), 검사소견, 결론, 의료기관명 나) 검사소견에는 간실질의 에코, 간종괴 유무, 담낭 이상 여부, 담관 확장 여부, 비장 종대 여부, 췌장 이상 여부, 신장 실질의 에코, 신장의 국소병변(낭종, 고형 종괴 등) 유무, 수신증 유무, 부신 이상 유무, 장벽의 비후 여부(비후 발견 시 위치 기술), 종괴 유무, 림프절 비대 여부, 복수 유무, 상장간막동정맥의 위치 관계(SMA/SMV axis)를 포함해야 함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		나. 산정방법 1) 만8세 미만 소아환자에게 복부 질환이 의심되어 초음파검사로 진단이 필요한 경우에 산정함. 2) 특정 장기 질환이 확인되어 추적검사가 필요한 경우에는 「초음파 검사의 급여기준」, 「상복부(간·담낭·담도·비장·췌장) 초음파 검사의 급여기준」 또는 「하복부(충수·소장·대장·서혜부·직장·항문), 비뇨기(신장·부신·방광) 초음파 검사의 급여기준」에 따라 해당 장기 초음파검사의 경과관찰 시 산정방법, 산정횟수 및 본인부담률을 적용함. (고시 제2019-33호, '19.3.1. 시행)
나952 응급· 중환자 초음파	나952 응급·중환자 초음파 검사의 급여기준	1. 나952 응급·중환자 초음파 검사는 다음의 요건을 모두 충족한 경우에 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 쇼크 등 응급상황의 원인 감별, 급성 병변 판정, 치료 방침 결정, 처치·시술 시 보조(천자 및 카테터 삽입 시) 등 빠른 의사결정 및 정확하고 안전한 처치를 위해 초음파 검사가 필요한 환자 나. 산정요건 나952 응급·중환자 초음파는 초음파 장비가 설치된 중환자실이나 응급실*에서 의사가 직접 시행하고 검사결과 등을 진료기록부에 기재하는 것을 원칙으로 함. 다만, 나952나 복합 표적 초음파는 응급상황이 발생하여 해당 요양기관의 응급실이나 중환자실 이외 장소에서 검사한 경우에도 인정함. * 「응급의료에 관한 법률」에 의한 응급의료기관의 응급실

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		다. 산정방법 1) 나952가 단일 표적 초음파의 검사부위는 ①두경부, ②흉부, ③심장, ④복부(비뇨기계 포함), ⑤남성생식기 또는 여성생식기, ⑥사지로 분류되며, 검사범위에 따라 1부위 또는 2부위 이상으로 구분하여 산정함(각 부위별 근골격, 혈관, 신경 등은 해당 부위에 포함). 2) 나952나 복합 표적 초음파 검사는 아래의 조건을 모두 충족한 경우에 산정하며, 이를 충족하지 않는 경우 상기 1)에 따라 나952가 단일 표적 초음파 검사를 산정함. - 아 래 - (가) 적응증 급성 흉부·복부·골반 외상, 심정지, 쇼크나 불안정한 혈류역학, 호흡곤란, 흉통 (나) 실시인력 응급의학과 전문의(전공의), 외과계 전문의(외상외과 분야에 한함), 중환자실 전담의 (다) 검사범위 흉부, 심장, 복부골반을 모두 포함하여 검사해야 하며, 필요 시 두경부, 사지 등을 추가 검사한 경우 2. 나952 응급·중환자 초음파와 나940 단순초음파는 시행목적이 유사하므로 상기 1.에 해당하는 응급실, 중환자실에서는 나952 응급·중환자 초음파로 산정하며, 이에 해당하지 않는 경우에는 「초음파 검사의 급여기준」 등 해당 초음파 검사의 급여기준에 따라 나940 단순초음파를 산정함. (고시 제2019-114호, '19.7.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
나941 두경부 초음파 및 나940 단순 초음파	안(안구·안와) 초음파 검사의 급여기준	1. 안(안구·안와) 초음파검사는 「초음파 검사의 급여기준」에서 정하는 비급여 대상이라 할지라도 진료의사의 의학적 판단에 따라 안구·안와에 질환이 있거나 의심되어 의사가 직접 시행한 경우 다음과 같이 요양급여함. 다만, 의사가 동일한 공간에서 방사선사의 촬영하는 영상을 동시에 보면서 실시간으로 지도하고 진단하는 경우도 포함함. – 다 음 – 가. 산정요건 나941가 안구·안와 진단초음파는 아래의 요건을 모두 충족한 경우, 나. 산정방법에 따라 산정함. – 아 래 – 안 초음파는 좌·우안 각각 해부학적 부위의 영상을 획득하고, 검사의가 판독소견서를 작성하고 보관하여야 함. 이 경우 획득하여야 하는 표준영상의 범위를 아래와 같이 권고하고, 판독소견서에는 환자의 인적사항과 검사 관련 내용이 포함되어야 함. 다만, 제한적 초음파는 문제되는 부위 위주로 영상을 획득하고, 판독소견서를 작성·보관하여야 함. 1) 표준영상의 범위 가) 안구 수정체·유리체·망막 및 시신경을 포함한 횡스캔, 수정체·유리체·망막 및 시신경을 포함한 종스캔 나) 안와 눈꺼풀 전층을 포함한 스캔, 눈물배출기관 혹은 눈물샘을 포함한 안와 스캔 2) 판독소견서 가) 등록번호, 성명, 생년월일 또는 나이, 성별, 검사명, 검사일시, 판독일시, 검사와 판독한 의사(면허번호), 검사소견, 결론, 의료기관명

항 목	제 목	세부인정사항
		나) 검사소견에는 해당 장기의 내용을 포함해야 하며, 이상이 있는 경우 세부내용을 상세 기술해야 함 (1) 안구 유리체 이상 유무 및 유리체출혈 양상, 망막의 이상 유무 및 박리 확인, 맥락막의 이상 유무 및 박리 확인, 후유리체의 이상 유무 및 박리 확인, 시신경유두의 형태 이상 유무, 안내의 종양 유무, 안내의 이물 유무 및 위치 (2) 안와 안와의 종양 및 염증 등 이상 유무 및 위치, 눈꺼풀 내 종괴 등 이상 유무 및 위치, 눈물 배출기관 내 종괴 등 이상 유무 및 폐쇄나 협착 여부 나. 산정방법 1) 진료의사의 의학적 판단에 따라 안구·안와 질환의 진단 또는 경과관찰 시 아래와 같이 인정하고, 이를 초과하는 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. - 아 래 - 가) 안구·안와 질환이 의심되어 진단이 필요한 경우 1회 나) 매체혼탁으로 인해 안저 관찰이 어려운 고위험군 환자에게 진료의사의 의학적 판단에 따라 경과관찰이 필요한 경우 제한적 초음파 1회 2) 안구·안와의 일부 부위 확인이나 장기크기 측정 등을 시행한 경우에 단순초음파(나940)를 산정하며, 초회부터 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 다만, 동일 날, 동일 목적으로

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		수회 시행하더라도 해당 항목의 소정점수를 1회 산정함. 2. 「초음파 검사의 급여기준」에 따라 서로 인접된 부위의 초음파검사를 동시에 시행한 경우, 주된 검사는 소정점수의 100%, 제2의 검사는 소정점수의 50%를 산정하며, 최대 150%까지 산정함. 3. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀질환, 중증난치질환, 결핵 질환 대상자 및 의심자(잠복결핵감염자 제외), 신생아중환자실 환자는 「초음파 검사의 급여기준」을 우선 적용하되, 「초음파 검사의 급여기준」에서 별도로 정하지 아니한 경우는 동 급여기준을 적용함. 4. 상기 1. 이외에 의학적 필요가 불명확한 경우 진료의사는 충분히 설명하고 환자가 동의서에 서명한 이후 비급여로 함. (고시 제2021-183호, '21.7.1. 시행)
	갑상선·부갑상선 초음파 검사의 급여기준	1. 갑상선·부갑상선 초음파검사는 「초음파 검사의 급여기준」에서 정하는 비급여 대상이라 할지라도 다음에 해당하여 의사가 직접 시행한 경우 요양급여함. 다만, 의사가 동일한 공간에서 방사선사의 촬영하는 영상을 동시에 보면서 실시간으로 지도하고 진단하는 경우도 포함함. - 다 음 - 가. 산정요건 나941나(1) 갑상선·부갑상선 진단초음파는 아래의 요건을 모두 충족한 경우, 나. 산정방법에 따라 산정함. - 아 래 - 갑상선·부갑상선 초음파는 좌·우측 각각의 갑상선·부갑상선 부위의 영상을 획득하고, 검사의가 판독

항 목	제 목	세부인정사항
		소견서를 작성하고 보관하여야 함. 이 경우 획득하여야 하는 표준영상의 범위를 아래와 같이 권고하고, 판독소견서에는 환자의 인적사항과 검사 관련 내용이 포함되어야 함. 다만, 제한적 초음파는 문제되는 부위 위주로 영상을 획득하고, 판독소견서를 작성·보관하여야 함. 1) 표준영상의 범위 모든 영상에는 경부의 해부학적 위치(모식도나 문자)를 표기하여야 함. 가) 병변이 없는 경우: 우엽 중부 횡스캔, 우엽 중앙부 종스캔, 협부 횡스캔, 좌엽 중부 횡스캔, 좌엽 중앙부 종스캔, 우측 경부 림프절, 좌측 경부 림프절, 중심 경부 림프절 나) 병변이 있는 경우: 병변이 없는 경우의 표준영상과 함께, 병변 부위에서 2개의 수직관계 단면영상(횡단/종단) 및 병변의 크기가 측정된 영상 2) 판독소견서 가) 등록번호, 성명, 생년월일 또는 나이, 성별, 검사명, 검사일시, 판독일시, 검사와 판독한 의사(면허번호), 의료기관명, 검사 소견 및 결론 나) 검사소견에는 갑상선 에코, 병변 유무를 기술해야 함. 결절이 있는 경우 위치, 최대 직경, 주요소견, K-TIRADS 내용을 기술해야 하며, 암으로 진단된 결절을 추적하는 경우 위치, 3방향 직경, 주요소견, 이전 검사와 변화 여부, 경부 림프절 평가 및 이상 소견 유무를 기술해야 하며, 경부 림프절에 이상이

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		있는 경우 위치, 크기, 주요소견을 기술해야 함. 결절이 여러 개인 경우 암 위험도에 따라 선택적으로 기술할 수 있음. 또한, 소아 등에서 환자의 협조도, 음창 등이 좋지 않아 표준영상 획득에 제한이 있는 경우 추가 기술해야 함. 나. 산정방법 1) 갑상선·부갑상선 질환의 진단 이후 경과관찰 시 아래와 같이 인정함. – 아 래 – 가) 생검 결과 비정형 세포 또는 여포종양(여포종양 의심 포함)이 확인된 경우 경과관찰 시 1회 나) 상기 가)의 산정횟수를 초과한 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 2) 상기 1)의 적용을 받는 환자에게 갑상선·부갑상선의 일부 부위 확인이나 장기크기 측정 등을 시행한 경우에 단순초음파(나940)를 산정하며, 초회부터 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 다만, 동일 날, 동일 목적으로 수회 시행하더라도 해당 항목의 소정점수를 1회 산정함. 2. 「초음파 검사의 급여기준」에 따라 서로 인접된 부위의 초음파검사를 동시에 시행한 경우, 주된 검사는 소정점수의 100%, 제2의 검사는 소정점수의 50%를 산정하며, 최대 150%까지 산정함. 3. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀질환, 중증

항 목	제 목	세부인정사항
		난치질환, 결핵질환 대상자 및 의심자(잠복결핵 감염자 제외), 신생아중환자실 환자는 「초음파 검사의 급여기준」을 우선 적용하되, 「초음파 검사의 급여기준」에서 별도로 정하지 아니한 경우는 동 급여기준을 적용함. 4. 상기 1. 이외에 비급여로 검사를 시행한 경우 진료 의사는 충분히 설명하여야 함. (고시 제2022-32호, '22.2.15. 시행)
	갑상선·부갑상선 제외한 경부 초음파 검사의 급여기준	1. 갑상선·부갑상선 제외한 경부 초음파검사는 「초음파 검사의 급여기준」에서 정하는 비급여 대상이라 할지라도 다음에 해당하여 의사가 직접 시행한 경우 요양급여함. 다만, 의사가 동일한 공간에서 방사선사의 촬영하는 영상을 동시에 보면서 실시간으로 지도하고 진단하는 경우도 포함함. - 다 음 - 가. 산정요건 나941나(2) 갑상선·부갑상선 제외한 경부 진단 초음파는 아래의 요건을 모두 충족한 경우, 나. 산정 방법에 따라 산정함. - 아 래 - 갑상선·부갑상선 제외한 경부 초음파는 갑상선·부갑상선 제외한 경부(침샘, 후두, 경부 림프절 등) 부위의 영상을 획득하고, 검사의가 판독소견서를 작성하고 보관하여야 함. 이 경우 획득하여야 하는 표준영상의 범위를 아래와 같이 권고하고, 판독 소견서에는 환자의 인적사항과 검사 관련 내용이 포함되어야 함. 다만, 제한적 초음파는 문제되는 부위 위주로 영상을 획득하고, 판독소견서를 작성·보관하여야 함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		1) 표준영상의 범위 모든 영상에는 경부의 해부학적 위치(모식도나 문자)를 표기하여야 함. 가) 병변이 없는 경우: 좌우측 이하선·악하선의 횡스캔 각 1장, 우측 경부 림프절 레벨 I-IV 1장과 레벨 V 1장, 좌측 경부 림프절 레벨 I-IV 1장과 레벨 V 1장 나) 병변이 있는 경우: 병변이 없는 경우의 표준영상과 함께, 병변 부위에서 2개의 수직관계 단면영상(횡단/종단) 및 병변의 크기가 측정된 영상 2) 판독소견서 가) 등록번호, 성명, 생년월일 또는 나이, 성별, 검사명, 검사일시, 판독일시, 검사와 판독한 의사(면허번호), 의료기관명, 검사 소견 및 결론 나) 검사소견에는 이하선, 악하선, 경부 림프절의 이상 여부를 포함해야 하며, 이상이 있는 경우 병변의 위치, 크기, 주요소견 등 세부내용을 상세 기술해야 함. 또한, 소아 등에서 환자의 협조도, 음창 등이 좋지 않아 표준영상 획득에 제한이 있는 경우 추가 기술해야 함. 나. 산정방법 1) 진료의사의 의학적 판단에 따라 갑상선·부갑상선을 제외한 경부 질환의 진단 또는 경과관찰 시 아래와 같이 인정함. - 아 래 - 가) 만 19세 미만 환자에게 갑상선·부갑상선을

항 목	제 목	세부인정사항
		제외한 경부 질환이 의심되어 진단이 필요한 경우 1회 나) 상기 가)의 산정횟수를 초과하거나 경과관찰 시 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 2) 상기 1)의 적용을 받는 환자에게 갑상선·부갑상선 제외한 경부의 일부 부위 확인이나 장기 크기 측정 등을 시행한 경우에 단순초음파(나940)를 산정하며, 초회부터 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 다만, 동일 날, 동일 목적으로 수회 시행하더라도 해당 항목의 소정점수를 1회 산정함. 2. 「초음파 검사의 급여기준」에 따라 서로 인접된 부위의 초음파검사를 동시에 시행한 경우, 주된 검사는 소정점수의 100%, 제2의 검사는 소정점수의 50%를 산정하며, 최대 150%까지 산정함. 3. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀질환, 중증난치질환, 결핵질환 대상자 및 의심자(잠복결핵감염자 제외), 신생아중환자실 환자는 「초음파 검사의 급여기준」을 우선 적용하되, 「초음파 검사의 급여기준」에서 별도로 정하지 아니한 경우는 동 급여기준을 적용함. 4. 상기 1. 이외에 비급여로 검사를 시행한 경우 진료의사는 충분히 설명하여야 함. (고시 제2022-32호, '22.2.15. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
나942 흉부 초음파 및 나940 단순 초음파	유방·액와부 초음파 검사의 급여기준	1. 유방·액와부 초음파검사는 「초음파 검사의 급여기준」에서 정하는 비급여 대상이라 할지라도 진료의사의 의학적 판단에 따라 유방·액와부 질환이 있거나 의심되어 의사가 직접 시행한 경우 다음과 같이 요양급여함. 다만, 의사가 동일한 공간에서 방사선사의 촬영하는 영상을 동시에 보면서 실시간으로 지도하고 진단하는 경우도 포함함. - 다 음 - 가. 산정요건 나942가 유방·액와부 진단초음파는 아래의 요건을 모두 충족한 경우, 나. 산정방법에 따라 산정함. - 아 래 - 유방·액와부 초음파는 좌·우측 각각의 유방·액와부의 영상을 획득하고, 검사의가 판독소견서를 작성하고 보관하여야 함. 이 경우 획득하여야 하는 표준 영상의 범위를 아래와 같이 권고하고, 판독소견서에는 환자의 인적사항과 검사 관련 내용이 포함되어야 함. 다만, 제한적 초음파는 문제되는 부위 위주로 영상을 획득하고, 판독소견서를 작성·보관하여야 함. 또한, 유방·액와부 초음파(나942가(1),(2)) 장비 규격으로 7.5MHz 이상의 표재성 장기용 선형 탐촉자를 사용하여야 함. 1) 표준영상의 범위 모든 영상에는 유방 내 해부학적 위치(모식도나 문자, 시계방향)를 표기하여야 함 가) 일반 좌·우측 유방을 사분역으로 나누어 상외측, 상내측, 하외측, 하내측 및 유두하 각각 스캔(필요시 탐촉자 방향 표시), 액와부

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		스캔, 병변이 있는 경우 대표 병변 부위에서 2개의 수직관계 단면영상 (횡단/종단 또는 방사상/역방사상) 및 병변의 크기를 포함하여야 하며, 탐촉자의 방향 및 병변의 유두에서부터의 거리를 추가적으로 표기하여야 함 나) 정밀 상기 가)의 표준영상과 함께 병변 부위 2개의 수직관계 단면영상(횡단/종단 또는 방사상/역방사상) 및 병변의 크기, 병변 부위의 쇄골상와 및 늑간강 스캔 2) 판독소견서 가) 등록번호, 성명, 생년월일 또는 나이, 성별, 검사명, 검사일시, 판독일시, 검사와 판독한 의사(면허번호), 검사소견, 결론, 의료기관명 나) 검사소견에는 유방실질 에코, 유방의 병변의 유무(병변이 있는 경우 병변의 크기 및 위치, 에코 등을 자세히 기술), 석회화 유무, 유관 확장 유무, 액와부 림프절 종대유무를 포함해야 하며, 이상이 있는 경우 세부내용을 상세 기술해야 함. 또한, 결론은 ACR BI-RADS에 따른 판정을 따름 나. 산정방법 1) 진료의사의 의학적 판단에 따라 유방·액와부 질환의 진단 또는 경과관찰 시 아래와 같이 인정하고, 이를 초과하는 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인 부담률을 80%로 적용함. - 아 래 - 가) 유방·액와부 질환이 의심되어 진단이 필요한

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		경우 유방·액와부 초음파(나942가(1),(3)) 1회 나) 유방양성종양 환자에게 진료의사의 의학적 판단에 따라 경과관찰이 필요한 경우 유방·액와부 초음파(나942가(1),(3)) 1회 다) 유방·액와부 질환이 확인되어 수술(시술) 후 진단초음파 영상과 비교 목적으로 시행 시 제한적 초음파 1회 2) 유방·액와부의 일부 부위 확인이나 장기크기 측정 등을 시행한 경우에 단순초음파(나940)를 산정하며, 초회부터 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 다만, 동일 날, 동일 목적으로 수회 시행하더라도 해당 항목의 소정점수를 1회 산정함. 2. 「초음파 검사의 급여기준」에 따라 서로 인접된 부위의 초음파검사를 동시에 시행한 경우, 주된 검사는 소정점수의 100%, 제2의 검사는 소정점수의 50%를 산정하며, 최대 150%까지 산정함. 3. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀질환, 중증난치질환, 결핵 질환 대상자 및 의심자(잠복결핵감염자 제외), 신생아중환자실 환자는 「초음파 검사의 급여기준」을 우선 적용하되, 「초음파 검사의 급여기준」에서 별도로 정하지 아니한 경우는 동 급여기준을 적용함. 4. 상기 1. 이외에 의학적 필요가 불명확한 경우 진료의사는 충분히 설명하고 환자가 동의서에 서명한 이후 비급여로 함. (고시 제2021-183호, '21.7.1. 시행)
나942	흉부(흉벽, 흉막,	1. 흉부(흉벽, 흉막, 늑골 등) 초음파 검사는 「초음파

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
흉부 초음파 및 나940 단순 초음파	늑골 등) 초음파 검사의 급여기준	검사의 급여기준」에서 정하는 비급여 대상이라 할지라도 진료의사의 의학적 판단에 따라 질환이 있거나 질환이 의심되어 의사가 직접 시행한 경우 다음과 같이 요양급여함. 다만, 의사가 동일한 공간에서 방사선사의 촬영하는 영상을 동시에 보면서 실시간으로 지도하고 진단하는 경우도 포함함. - 다 음 - 가. 산정요건 나942나 흉부(흉벽, 흉막, 늑골 등) 진단 초음파는 아래의 요건을 모두 충족한 경우, 나. 산정방법에 따라 산정함. - 아 래 - 흉부(흉벽, 흉막, 늑골 등) 초음파 검사는 좌·우 각각 해부학적 부위의 영상을 획득하고, 검사의가 판독소견서를 작성하고 보관하여야 함. 이 경우 획득하여야 하는 표준영상의 범위를 아래와 같이 권고하고, 판독소견서에는 환자의 인적사항과 검사 관련 내용이 포함되어야 함. 다만, 제한적 초음파는 문제되는 부위 위주로 영상을 획득하고, 판독소견서를 작성·보관하여야 함. 1) 표준영상의 범위 가) 흉벽,흉막 등 좌·우측 각각의 전면 및 측면 흉곽을 4개 이상의 구역으로 나누어 각 구역의 횡스캔, 종스캔 또는 시상면 스캔. 필요시 후면 흉곽을 2개 구역으로 나누어 각 구역의 횡스캔, 종스캔 또는 시상면 스캔 나) 늑골 등 통증이 있어 늑골 골절이 의심되는 부위의 늑골 횡스캔, 종스캔 또는 시상면 스캔,

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		반대측 같은 부위 늑골 횡스캔, 종스캔 또는 시상면 스캔, 통증 부위 늑골주변 연부조직 횡스캔, 종스캔 또는 시상면 스캔, 필요시 흉골 골절 의심부위를 포함한 흉골 횡스캔, 종스캔 또는 시상면 스캔 2) 판독소견서 가) 등록번호, 성명, 생년월일 또는 나이, 성별, 검사명, 검사일시, 판독일시, 검사와 판독한 의사(면허번호), 검사소견, 결론, 의료기관명 나) 검사소견 (1) 흉벽,흉막 등 기흉의 유무, 기흉의 위치, 흉수의 유무, 흉수의 양과 위치, 흉수의 성상, 흉벽, 흉막 내 국소병변 유무, 국소병변의 크기, 위치, 초음파 특성, 흉막 두께의 이상 유무를 포함해야 하며 이상소견이 있는 경우 세부내용을 상세 기술해야 함 (2) 늑골 등 늑골 골절의 유무, 늑골 골절을 시사하는 간접 소견의 유무, 늑골 전위(Displacement)의 정도, 늑골 골절과 동반된 이상소견을 상세 기술해야 함 나. 산정방법 1) 진료의사의 의학적 판단에 따라 흉부(흉벽, 흉막, 늑골 등) 질환의 진단 또는 경과관찰 시 아래와 같이 인정하고, 이를 초과하는 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함 - 아 래 - 가) 흉부(흉벽, 흉막 등) 질환 또는 흉부(늑골

항 목	제 목	세부인정사항
		등)의 다발골절이 의심되어 진단이 필요한 경우 1회 나) 흉부(흉벽, 흉막 등) 질환이 확인되어 수술(시술) 후 진단초음파 영상과 비교 목적으로 시행 시 제한적 초음파 1회 2) 흉부(흉벽, 흉막, 늑골 등)의 일부 부위 확인이나 장기크기 측정 등을 시행한 경우에 단순초음파(나940)를 산정하며, 초회부터 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 다만, 동일 날, 동일 목적으로 수회 시행하더라도 해당 항목의 소정점수를 1회 산정함. 2. 「초음파 검사의 급여기준」에 따라 서로 인접된 부위의 초음파검사를 동시에 시행한 경우, 주된 검사는 소정점수의 100%, 제2의 검사는 소정점수의 50%를 산정하며, 최대 150%까지 산정함. 3. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀질환, 중증난치질환, 결핵 질환 대상자 및 의심자(잠복결핵감염자 제외), 신생아중환자실 환자는 「초음파 검사의 급여기준」을 우선 적용하되, 「초음파 검사의 급여기준」에서 별도로 정하지 아니한 경우는 동 급여기준을 적용함. 4. 상기 1. 이외에 의학적 필요가 불명확한 경우 진료의사는 충분히 설명하고 환자가 동의서에 서명한 이후 비급여로 함. (고시 제2021-183호, '21.7.1. 시행)
나943, 나961 심장 초음파	심장 초음파 검사의 급여기준	1. 심장 초음파검사는 「초음파 검사의 급여기준」에서 정하는 비급여 대상이라 할지라도 진료의사의 의학적 판단에 따라 심장 질환이 있거나 의심되어 시행한 경우 다음과 같이 요양급여함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
및 나940 단순 초음파		- 다 음 - 가. 산정요건 나943 심장 진단초음파와 나961 심장 특수 초음파는 아래의 요건을 모두 충족한 경우, 나. 산정방법에 따라 산정함. - 아 래 - 심장 초음파는 검사의가 심장 부위의 영상을 획득하고, 판독소견서를 작성하고 보관하여야 함. 이 경우 획득하여야 하는 표준영상의 범위를 아래와 같이 권고하고, 판독소견서에는 환자의 인적사항과 검사 관련 내용이 포함되어야 함. 다만, 제한적 초음파는 문제되는 부위 위주로 영상을 획득하고, 판독소견서를 작성·보관하여야 함. 1) 표준영상의 범위 모든 영상은 정지영상 또는 동영상으로 저장하여야 하며, 선천성 심질환의 경우 흉골하 상복부 수평 영상(subcostal view, upper abdominal horizontal plane)을 포함하여야 함 가) 경흉부 심초음파 가슴 주위(좌흉골연, 심첨부, 흉골하부, 흉골상연)에서 탐촉자를 이용하여 심장을 관찰하면서, 적어도 2개 이상의 위치(window)에서 영상을 획득하여야 함 (1) 단순 이면성 또는 M-모드 심초음파를 이용하여 좌심실 박출량을 측정(육안 측정방법 포함)하고, 심낭삼출액의 유무와 양을 평가하는 것을 목적으로 함 표준영상은 좌심실과 우심실 영상을 획득하여야 하며, 최소 5개 이상의 영상을 획득하여야 함

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(2) 일반 이면성, M-모드, 도플러(컬러, 간헐파, 연속파, 조직) 심초음파를 이용하여 단순심초음파 검사 외 좌심실의 직경과 두께, 좌심방의 크기(직경 또는 용적), 대동맥 직경, 좌심실 이완기능, 판막질환의 정성적 평가를 목적으로 함 상기 (1)의 표준영상과 함께 좌심방, 우심방, 대동맥, 하대정맥, 심장판막 영상을 획득하여야 함. 좌심실 이완기능 평가를 위해서 승모판 유입혈류 간헐파 도플러와 승모판륜 조직 도플러 정지영상, 판막질환의 정성적 평가를 위한 컬러 도플러 영상이 추가되어야 하며, 최소 10개 이상의 영상을 획득하여야 함 (3) 전문 이면성, M-모드, 도플러(컬러, 간헐파, 연속파, 조직) 심초음파를 이용하여 일반심초음파 검사 외 좌심실국소벽운동 평가, 스트레인을 이용한 심근기능의 정밀평가, 삼차원 심초음파를 이용한 심실 용적 또는 심장내 구조의 평가, 또는 판막기능의 정량적 평가를 목적으로 함 상기 (2)의 표준영상과 함께 최소 15개 이상의 영상을 획득하여야 함. (가) 좌심실국소벽운동 평가 흉골연 장축단면도, 흉골연 단축단면도(심실 기저부, 심실중간부, 심첨부), 심첨부 영상(심첨 4방도, 심첨 3방도, 심첨 2방도)외 심첨부 확대영상(심첨 4방도, 심첨 3방도, 심첨 2방도)을 추가하여야 함 (나) 스트레인심근기능정밀 평가 스트레인 측정 영상(심첨 4방도, 심첨 3방도,

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		심첨 2방도)을 추가하여야 함 (다) 삼차원심초음파를 이용한 심실용적 평가 삼차원심초음파를 통한 심실영상을 추가하여야 함. 삼차원 심초음파를 이용한 심장내 구조의 평가인 경우 특정 심장내 구조에 대한 삼차원심초음파 영상을 추가하여야 함 (라) 판막 기능의 정량적 평가 정량적 평가를 시행하는 판막의 종류와 기능에 따라서 컬러, 간헐파, 연속파 도플러를 통한 영상을 추가하여야 함 나) 부하 심초음파 (1) 약물부하 (가) 허혈성 심질환 평가 도부타민, 어고노빈, 아데노신 등의 약물을 단계별로 주입하면서 흉골연단축도 영상(심실기저부, 심실중간부, 심첨부), 심첨부 영상(심첨 4방도, 심첨 3방도, 심첨 2방도), 승모판유입로 간헐파 도플러, 승모판륜 조직 간헐파 도플러, 좌심실유출로 간헐파 도플러 영상을 각 단계별로 최소 3개 이상의 영상을 획득하여야 함 (나) 판막 질환 평가 저용량 도부타민 약물을 단계별로 주입하면서 흉골연 단축도 영상(심실기저부, 심실중간부, 심첨부), 심첨부 영상(심첨 4방도, 심첨 3방도, 심첨 2방도), 흉골연장축도 좌심실유출로 확대영상, 좌심실유출로 직경 측정, 좌심실유출로 간헐파 도플러, 대동맥판 연속파 도플러 영상을 각 단계별로 최소 3개 이상의 영상을 획득하여야 함 (2) 운동부하

항 목	제 목	세부인정사항
		(가) 자전거 운동부하 운동전, 각 운동단계, 회복기에 승모판 유입로 간헐파 도플러, 승모판륜 조직 간헐파 도플러, 좌심실유출로 간헐파 도플러, 삼첨판역류 연속파 도플러, 흉골연 단축도 영상(심실기저부, 심실중간부, 심첨부), 심첨부 영상(심첨 4방도, 심첨 2방도), 심첨 4방도 승모판 컬러도플러 영상을 각 단계별로 최소 3개 이상의 영상을 획득하여야 함 (나) 트레드밀 운동부하 운동전, 운동직후, 회복기에 흉골연 단축도 영상(심실기저부, 심실중간부, 심첨부), 심첨부 영상(심첨 4방도, 심첨 3방도, 심첨 2방도), 승모판유입로 간헐파 도플러, 승모판륜 조직 간헐파 도플러 영상을 각 단계별로 최소 3개 이상의 영상을 획득하여야 함 다) 태아정밀 심초음파 흉곽 및 태아 심장 확대 영상, 대동맥이나 상대정맥, 하대정맥, 폐혈관을 포함한 심박동수 산출의 근거가 되는 판막 도플러 영상을 획득하여야 함 라) 경식도 심초음파 경식도 심초음파 검사가 가능한 탐촉자를 환자의 식도에 삽입하여 이면성, 컬러 도플러, 간헐파 도플러, 연속파 도플러 등을 이용하여 0도, 45도, 60-75도, 90-105도, 135도, 양측대정맥(bi-caval), 대동맥 단면도에서 영상을 획득하여야 하며, 최소 10개 이상의 영상을 획득하여야 함 마) 심장내 초음파 검사의 목적을 확인 할 수 있는 최소 5개

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		이상의 영상을 획득하여야 함 2) 판독소견서 선천성 심질환의 경우 심기형의 서술, Sequential segmental diagnosis 분석결과, 심방, 심실, 대혈관 위치, 심방-심실 관계, 심실-대혈관 관계, 기타 동반 기형의 위치, 모양, 크기, 도플러 패턴 등 기술 가) 등록번호, 성명, 생년월일 또는 나이, 성별, 키, 체중, 체표면적, 혈압, 맥박수, 검사명, 검사일시, 판독일시, 검사와 판독한 의사(면허번호), 진단명, 검사시행목적, 검사소견, 결론, 의료기관명 나) 검사소견에는 아래와 같은 내용을 포함해야 하며, 이상이 있는 경우 세부 내용을 상세 기술해야 함 - 아 래 - (1) 경흉부 심초음파 (가) 단순 좌심실 박출률과 심낭삼출액의 유무와 양을 기술 (나) 일반 상기 단순심초음파 소견과 함께 좌심실이완기말 직경, 심실 두께, 좌심방 크기(직경 또는 용적), 상행 대동맥 직경, 판막질환은 정성적인 방법으로 기술, 좌심실 이완기능 및 좌심실충만압(E/e'), 심장내 단락, 심장종양 유무 기술 (다) 전문 상기 일반심초음파 소견과 함께 아래 하나 이상을 포함하여 기술해야 함 ① 좌심실국소벽운동 평가

항 목	제 목	세부인정사항
		좌심실국소벽운동장애 평가를 16분절 또는 17분절로 나누어 각 분절마다 normal, hypokinesia, akinesia, dyskinesia로 구분하여 기술 ② 스트레인심근기능정밀 평가 좌심실스트레인 값 ③ 삼차원심초음파를 이용한 심실용적 평가 심실용적(좌심실용적 또는 우심실용적) 또는 심장내 구조적 이상을 기술 ④ 판막 기능의 정량적 평가 ㉮ 판막협착 판막을 통한 압력차, 시간속도적분, 또는 판구면적 측정을 통한 중증도 기술 ㉯ 판막역류 판막을 통한 역류량 역류분획, 또는 유효역류구면적(EROA, effective regurgitant orifice area) 측정 등을 사용한 중증도 기술 (2) 약물·운동 부하 부하 심초음파의 종류 표시, 안정시와 최고 부하시 각각의 혈압과 맥박, 심전도 변화 여부 및 검사 중 환자의 증상과 함께 아래 하나 이상을 포함하여 기술해야 함 (가) 허혈성 심질환 평가 부하 검사 동안 좌심실기능의 변화, 국소벽 운동장애의 발생 또는 악화 여부를 기술 (나) 판막질환 평가 안정시와 부하시 최고속도, 압력 차이를 기술하고 판구면적이나 역류량을 평가 (다) 이완기능 평가 안정시와 부하시 승모판유입로 간헐파 도플러,

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		승모판륜 조직 간헐파 도플러, 좌심실유출로 간헐파 도플러, 삼첨판역류 연속파 도플러의 변화를 기술 (3) 태아정밀 심초음파 전체적인 태아의 위치, 심박동수, 복부장기와 흉곽의 심장 위치 관계, 흉곽의 크기와 심장의 크기 측정, Sequential segmental diagnosis 분석 결과 기술 (4) 경식도 심초음파 심장종양 및 혈전, 심장내 단락에 대해 평가, 심장시술을 가이드하는 경우 시술 전·후 상태와 합병증 유무 (5) 심장내 초음파 시술 전·후 상태와 합병증 유무 나. 산정방법 1) 만 19세 이상의 환자의 경우 진료의사의 의학적 판단에 따라 심장질환의 진단 또는 경과관찰 시 아래와 같이 인정하고, 이를 초과하는 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. - 아 래 - 가) 심장 질환이 의심되어 진단이 필요한 경우 1회 나) 경과관찰이 필요한 경우 (1) 좌심실 박출률 40% 미만 심부전 환자 연 1회 (2) 국소벽운동장애를 동반한 급성심근경색증 환자 연 1회 (3) 중등도 이상의 판막기능이상 환자 연 1회 (4) 경과관찰이 필요한 선천성 심질환자 연 1회 (5) 개심술 후 경과관찰이 필요한 환자 연 1회

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(6) 심장질환에 대한 시술 후 진단초음파 영상과 비교 목적으로 시행 시 제한적 초음파 1회 2) 만 19세 미만의 소아 환자의 경우 심장질환의 진단 및 경과관찰 시 요양급여함. 3) 수술 위험도 평가를 위한 심장초음파 검사의 경우 유럽심장학회/유럽마취과학회(ESC/ESA) 지침에 따른 고위험진단명(Revised cardiac risk index)이나 고위험 수술에 해당되는 경우 또는 미국마취과학회 신체상태분류(ASA-PS) 3 이상의 환자에게 요양급여함. 4) 심장의 일부 부위 확인이나 장기크기 측정 등을 시행한 경우에 단순초음파(나940)를 산정하며, 초회부터 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 다만, 동일 날, 동일 목적으로 수회 시행하더라도 해당 항목의 소정점수를 1회 산정함. 2. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀질환, 중증난치질환, 결핵질환 대상자 및 의심자(잠복결핵감염자 제외), 신생아중환자실 환자는 「초음파 검사의 급여기준」을 우선 적용하되, 「초음파 검사의 급여기준」에서 별도로 정하지 아니한 경우는 동 급여기준을 적용함. 3. 상기 1. 이외에 의학적 필요가 불명확한 경우

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		진료의사는 충분히 설명하고 환자가 동의서에 서명한 이후 비급여로 함. (고시 제2021-231호, '21.9.1. 시행)
누000 ~ 누843	검체검사료의 각 분류항목별 세부 검사항목	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제2장 검사료 제1절 검체검사료의 각 분류항목별 세부 검사항목은 (별표1)과 같이 함 (고시 제2023-85호, '23.5.1. 시행)
나560 및 나567	병리검사료의 각 항목별 세부내용	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제2장 검사료 제2절 병리검사료의 각 항목별 세부내용은 (별표2)와 같이 함 (고시 제2019-28호, '19.3.1. 시행)
한2 맥전도검사	한2주 3차원 맥 영상을 실시한 경우의 급여기준	한2주. 맥전도검사-3차원 맥 영상검사는 맥파분석기를 이용하여 압력의 변화에 따른 맥파, 3차원 맥 영상 패턴 등을 분석· 평가하여 객관적 진단에 도움을 주는 검사로서, 한2 맥전도검사와 동일 목적의 검사이므로 같은 날 중복산정은 인정하지 아니함. (고시 제2021-204호, '21.8.1. 시행)

[별표 1]

제 1 절 검체검사료의 분류항목별 세부 검사항목

(고시 제2023-85호('23.5.1.시행) 까지 반영)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
누000 일반혈액검사 (CBC)	각 분류항목별 세부 검사항목	가. 혈구세포-현미경	(01) 백혈구수 WBC Count
			(02) 적혈구수 RBC Count
			(03) 혈소판수 Platelet Count
		나. 혈구세포-장비측정	(01) 백혈구수 WBC Count
			(02) 적혈구분포계수 Red Cell Distribution Width
			(03) 적혈구수 RBC Count
			(04) 헤마토크리트 Hematocrit
			(05) 혈색소[광전비색법] Hemoglobin [Spectrophotometry]
			(06) 혈소판분포계수 Platelet Distribution Width
			(07) 혈소판수 Platelet Count
누010 적혈구침강속도 [관찰판정- 육안·장비측정]			(01) Infrared Ray법, Spin법 등을 이용한 신속검사법
			(02) Westergren, Wintrobe Tube 등을 이용한 육안검사법
누030 결석		가. 결석분석	(01) 물리적분석 Physical Analysis
			(02) 화학적분석 Chemical Analysis

항 목	제 목	세부인정사항	
누031 분변		바. 분변전해질	(01) 소디움 Sodium
			(02) 염소 Chloride
			(03) 포타시움 Potassium
누040 혈액가스 [화학반응- 장비측정]			(01) 혈액pH Blood Ph
			(02) 혈액산소분압 Blood PO2
			(03) 혈액이산화탄소분압 Blood PCO2
누050 혈구성숙도		가. 관찰판정-현미경	(01) 망상적혈구수(도말법) Reticulocyte Count(Manual)
		나. 혈구세포-장비측정	(01) 망상적혈구수(유세포분석법) Reticulocyte Count
			(02) 미성숙망상적혈구분획 Unmatured Reticulocyte Fractionation
누052 철대사검사		가. 화학반응-장비측정	(01) 불포화철결합능 Unsaturated Iron Binding Capacity
			(02) 아연프로토포르피린 Zinc Protoporphyrin
			(03) 철 Fe
			(04) 철결합능 Total Iron Binding Capacity
		나. 정밀면역검사	(01) 훼리틴 Ferritin
		나주. 정밀면역검사- 핵의학적 방법	(01) 훼리틴 Ferritin

항 목	제 목	세부인정사항	
		다. 정밀면역검사 -간이검사	(01) 훼리틴 Ferritin
누053 PNH 검사		가. 화학반응-장비측정	(01) 산혈청(햄)검사 Acid Serum(Ham's)Test
			(02) 슈크로즈용혈검사 Sucrose Hemolysis Test
		나. 일반면역검사	(01) Gel Test
누054 용혈성빈혈검사		가. 화학반응-장비측정	(01) 24시간적혈구삼투압취약성검사 RBC Osmotic Fragility Test during 24hrs
			(02) 자가용혈검사 Auto Hemolysis Test
			(03) 적혈구삼투압취약성검사 RBC Osmotic Fragility Test
		나. 유세포분석	(01) EMA 적혈구 결합검사 EMA RBC binding Test
			(02) 적혈구 삼투압 취약성 검사 RBC Osmotic Fragility Test
누055 적혈구효소검사 [화학반응- 장비측정]			(01) Glucose 6-Phosphate Dehydrogenase
			(02) 피루베이트키나제 Pyruvate Kinase
누056 태아혈색소		가. 관찰판정-현미경	(01) 태아혈색소산용출검사 Fetal Hemoglobin-Acid Elution Test for HbF
			(02) 헤모글로빈 F 염색법(태아혈색소염색) Fetal Hemoglobin

항 목	제 목	세부인정사항	
누057 조혈인자검사 [정밀면역검사]			(01) 에리스로포이에틴 Erythropoietin
		주. 핵의학적 방법	(01) 에리스로포이에틴 Erythropoietin
누084 특수염색[관찰판정-현미경]			(01) LAP Score
			(02) PAS 염색
			(03) 비특이성에스터라제염색 Nonspecific Esterase
			(04) 산포스파타제염색 Acid Phosphatase
			(05) 수단블랙B 염색 Sudan Black B
			(06) 철염색 Iron
			(07) 특이성에스터라제염색 Specific Esterase
			(08) 퍼옥시다제염색 Peroxidase
			(09) 헤모글로빈H염색[Hb-베타4] Hemoglobin H [Hb-β4]
누085 조혈모세포		가. 특수배양	(01) 조혈모세포배양 Hemopoietic Cell Culture
		나. 유세포분석	(01) 조혈모세포(CD34양성세포) 수측정 Hemopoietic Stem Cell Count
누086 세포배양			(01) 세포배양(섬유아세포 등)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
[특수배양]			
누102 항Xa헤파린 검사			(01) 미분획 Unfractionated
			(02) 저분자 Low Molecular Weight
누103 혈장혼합시험 [응고억제인자 선별검사]			(01) 응고인자보완시험 Correction Test for Coagulation Factor
			(02) 혈장혼합시험 Plasma Mixing Test
			(03) 활성화C단백저항성검사 Activated Protein C Resistance Test
누104 응고인자항체			(01) 제Ⅷ 응고인자항체 Coagulation Factor Antibody Ⅷ
			(02) 제Ⅸ 응고인자항체 Coagulation Factor Antibody Ⅸ
누105 헤파린검사			(01) 정량
			(02) 중화시험
누106 섬유소용해		가. 응고기능검사	(01) 유글로불린용해시간 Euglobulin Lysis Time
			(02) 혈병퇴축시험 Clot Retraction Test
		나. 일반면역검사	(01) 이응고검사 Paracoagulation Test
누113		가. 응고기능검사	(01) 제Ⅱ응고인자

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
혈액응고인자 (정량)			CoagulationFactor Ⅱ
			(02) 제Ⅴ응고인자 Coagulation Factor Ⅴ
			(03) 제Ⅶ응고인자 Coagulation Factor Ⅶ
			(04) 제Ⅷ응고인자 Coagulation Factor Ⅷ
			(05) 제Ⅸ응고인자 Coagulation Factor Ⅸ
			(06) 제Ⅹ응고인자 Coagulation Factor Ⅹ
			(07) 제XI응고인자 Coagulation Factor XI
			(08) 제XⅡ응고인자 Coagulation Factor XⅡ
			(09) 제XⅢ응고인자 Coagulation Factor XⅢ
		나. 정밀면역검사	(01) 섬유소원검사 Fibrinogen
			(02) 제Ⅱ응고인자 CoagulationFactor Ⅱ
			(03) 제Ⅴ 응고인자 Coagulation Factor Ⅴ
			(04) 제Ⅶ 응고인자 Coagulation Factor Ⅶ
			(05) 제Ⅷ 응고인자 CoagulationFactor Ⅷ
			(06) 제Ⅸ 응고인자

항 목	제 목	세부인정사항	
			Coagulation Factor Ⅸ
			(07) 제Ⅹ 응고인자 Coagulation Factor Ⅹ
			(08) 제Ⅺ 응고인자 CoagulationFactor Ⅺ
			(09) 제ⅩⅡ 응고인자 Coagulation Factor ⅩⅡ
			(10) 제ⅩⅢ 응고인자 Coagulation Factor ⅩⅢ
누131 혈전탄성묘사법		가. 일반	(01) 세분화된 혈전탄성묘사법 Modified Thromboelastometry
			(02) 트롬보엘라스토그라프 Thromboelastograph
		나. 특수	(01) 내인계 또는 외인계 Intrinsic or Extrinsic Pathway
			(02) 섬유소용해 Fibrinolytic Pathway
			(03) 피브리노겐 Fibrinogen
			(04) 헤파린효과 Heparinase Guided
누132 혈소판기능검사		가(1). 혈소판응집능검사- 일반면역검사	(01) Ristocetin
			(02) Arachidonic Acid
			(03) ADP
			(04) Epinephrine

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(05) 저용량 리스토세틴 Low dose ristocetin
			(06) Collagen
		가(2)(가). 혈소판 응집능검사-일반면역검사(간이검사)-혈소판복합기능검사	(01) ADP
			(02) Epinephrine
누152 기타혈액형검사 (혈액형별각각 산정) [일반면역검사]			(01) Diego Antigen
			(02) Duffy Antigen
			(03) Kell Antigen
			(04) Kidd Antigen
			(05) Lewis Antigen
			(06) MNS Antigen
			(07) P1PK Antigen
누153 항글로불린검사 [일반면역검사]		가. 직접법	(01) Anti-C3
			(02) Anti-IgA
			(03) Anti-IgG
			(04) Anti-IgM
			(05) Anti-polyspecific
		나. 간접법	(01) Anti-C3
			(02) Anti-IgA
			(03) Anti-IgG
			(04) Anti-IgM
			(05) Anti-polyspecific
누154 항글로불린검사		가. 직접법	(01) Anti-C3
			(02) Anti-IgA

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
[일반면역검사] -증강법			(03) Anti-IgG
			(04) Anti-IgM
			(05) Anti-polyspecific
		나. 간접법	(01) Anti-C3
			(02) Anti-IgA
			(03) Anti-IgG
			(04) Anti-IgM
			(05) Anti-polyspecific
누220 요침사검사		가. 관찰판정-육안· 장비측정	(01) 유세포분석법
			(02) 이미지분석법 Image analysis
누224 요검사		가. 화학반응-육안검사	(01) 요멜라닌 Urine Melanin
			(02) 요백혈구시험지봉검사 Urine WBC Stick Test
			(03) 요아질산염 Urine Nitrite
			(04) 요인디칸반응 Urine Indican
		나. 화학반응-장비측정	(01) 요백혈구시험지봉검사 Urine WBC Stick Test
			(02) 요아질산염 Urine Nitrite
누251 효소 [화학반응 - 장비측정]		가. 화학반응-장비측정	(01) CPK
			(02) HBD
			(03) ICD
			(04) LAP
			(05) LDH

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(06) PHI
			(07) δ-ALA-Dehydratase
			(08) 알도라제 Aldolase
			(09) 콜린에스터라제 Cholinesterase
		나. 화학반응-장비측정 (간이검사)	(01) CPK
누254 이소엔자임		가. 정밀면역검사	(01) CPK이소엔자임 CPK Isoenzyme
		나. 분획분석	(01) ALP이소엔자임 ALP Isoenzyme
			(02) LDH이소엔자임 LDH Isoenzyme
			(03) CPK이소엔자임
누263 아포지단백 [정밀면역검사]			(01) 베타지단백 β-Lipoprotein
			(02) 아포지단백A Apolipoprotein A
			(03) 아포지단백B Apolipoprotein B
			(04) 아포지단백C Apolipoprotein C
			(05) 아포지단백E Apolipoprotein E
		주. 핵의학적 방법	(01) 아포지단백A Apolipoprotein A

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
누280 전해질 [화학반응- 장비측정]			(01) 마그네슘 Mg
			(02) 소디움 Na
			(03) 염소 Cl
			(04) 인 P
			(05) 총칼슘 Total Ca
			(06) 포타슘 K
누281 이온화전해질 [화학반응- 장비측정]			(01) 이온화마그네슘 Ionized Magnesium
			(02) 이온화칼슘 Ionized Ca
누305 인슐린관련단백 [정밀면역검사]			(01) C-peptide
			(02) 인슐린 Insulin
		주. 핵의학적 방법	(01) C-peptide
			(02) 인슐린 Insulin
누306 헤모글로빈A1c		라. 분획분석	(01) 전기영동법 Electrophoresis
			(02) 크로마토그래피법 chromatography
			(03) 크로마토그래피법-간이검사 chromatography
누320 요오드 [화학반응- 장비측정]			(01) Colorimetric Method
			(02) Electrode Method
누321 갑상선관련항체		가. 일반면역검사	(01) 항마이크로좀항체 Anti-Microsome

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			Antibody
		나. 정밀면역검사	(01) 갑상선자극면역글로불린 Thyroid Stimulating Immunoglobulin
			(02) 갑상선호르몬결합글로불린 Thyroxine Binding Globulin
			(03) 갑상선호르몬결합능 Thyroxine Binding
			(04) 항마이크로좀항체 Anti-Microsome Antibody
		나주. 정밀면역검사-핵의학적 방법	(01) 갑상선자극면역글로불린 Thyroid Stimulating Immunoglobulin
			(02) 갑상선호르몬결합글로불린 Thyroxine Binding Globulin
			(03) 항마이크로좀항체 Anti-Microsome Antibody
		나 주2.. 정밀면역검사-생물발광법	(01) 갑상선자극면역글로불린 Thyroid Stimulating Immunoglobulin
누323 갑상선호르몬 등		가. 정밀면역검사	(01) Free T3
			(02) T3 Uptake
			(03) 교환T3 Reverse T3
			(04) 싸이록신 Thyroxin

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(05) 유리싸이록신 Free T4
			(06) 트리요도타이로닌 Triiodothyronine
		가주. 정밀면역검사-핵의학적 방법	(01) Free T3
			(02) T3 Uptake
			(03) 교환T3 Reverse T3
			(04) 싸이록신 Thyroxin
			(05) 유리싸이록신 Free T4
			(06) 트리요도타이로닌 Triiodothyronine
		나. 정밀면역검사(정량)-간이검사	(01) 트리요도타이로닌 Triiodothyronine
누325 갑상선자극호르몬		가. 정밀면역검사	(01) 갑상선자극호르몬 Thyroid Stimulating Hormone
			(02) 갑상선자극호르몬결합억제면역글로불린 Thyroxine Binding Inhibiting Immunoglobulin
		가주. 정밀면역검사-핵의학적 방법	(01) 갑상선자극호르몬 Thyroid Stimulating Hormone
			(02) 갑상선자극호르몬결합억제면역글로불린 Thyroxine Binding Inhibiting Immunoglobulin

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
		나. 정밀면역검사 -간이검사	(01) 갑상선자극호르몬 Thyroid Stimulating Hormone
누344 성장호르몬 관련단백 [정밀면역검사]			(01) 인슐린양 성장인자 1 Insulin-Like Growth Factor 1
			(02) 인슐린양 성장인자 결합단백질 3 Insulin-Like Growth Factor Binding Protein 3
		주. 핵의학적 방법	(01) 인슐린양 성장인자 1 Insulin-Like Growth Factor 1
			(02) 인슐린양 성장인자 결합단백질 3 Insulin-Like Growth Factor Binding Protein 3
누350 스테로이드 화합물		가. 화학반응-장비측정 (정량)	(01) 11-Deoxycorticosterone
			(02) 11-Deoxycortisol
			(03) 11-OHCS
			(04) 17-KS
			(05) 17-OHCS
			(06) 18(OH)-Deoxycorticosterone
			(07) 21-Deoxycortisol
			(08) Corticosterone

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(09) Deoxycorticosterone
			(10) 유리코티졸 Free Cortisol
			(11) 코티졸 Cortisol
		나. 정밀면역검사(정량)	(01) 11-Deoxycortico sterone
			(02) 11-Deoxycortisol
			(03) 11-OHCS
			(04) 17-OHCS
			(05) 17-KS
			(06) 18(OH)-Deoxycortico sterone
			(07) 21-Deoxycortisol
			(08) Corticosterone
			(09) Deoxycorticosterone
			(10) DHEA-S
			(11) DHT(Dihydrotestosterone)
			(12) 알도스테론 Aldosterone
			(13) 유리코티졸 Free Cortisol
			(14) 코티졸 Cortisol
		나주. 정밀면역검사 (정량)-핵의학적 방법	(01) 11-OHCS
			(02) DHEA-S
			(03) 알도스테론 Aldosterone
			(04) 유리코티졸 Free Cortisol
			(05) 코티졸 Cortisol

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(06) 11-Deoxycorticosterone
			(07) 11-Deoxycortisol
			(08) 18(OH)-Deoxycortico sterone
			(09) 21-Deoxycortisol
			(10) Corticosterone
			(11) Deoxycorticosterone
		다. 정밀분광-질량분석 (정량)	(01) 11-Deoxycorticosterone
			(02) 11-Deoxycortisol
			(03) 17-KS
			(04) 18(OH)-Deoxycortico sterone
			(05) 21-Deoxycortisol
			(06) Corticosterone
			(07) Deoxycorticosterone
			(08) 알도스테론 Aldosterone
누351 카테콜아민 및 주요대사물질		가. 화학반응-육안검사 (정성)	(01) 5-HIAA
			(02) VMA
		나. 화학반응-장비측정 (정량)	(01) 5-HIAA
			(02) VMA
		다. 정밀면역검사(정량)	(01) 5-HIAA
			(02) Dopamine
			(03) Epinephrine
			(04) Homovanillic Acid

항 목	제 목	세부인정사항	
			(05) Metanephrine
			(06) MHPG
			(07) Norepinephrine
			(08) Normetanephrine
			(09) VMA
		라. 정밀분광-질량분석 (정량)	(01) 5-HIAA
			(02) Dopamine
			(03) Homovanillic Acid
			(04) Metanephrine
			(05) Norepinephrine
			(06) Normetanephrine
			(07) VMA
			(08) Epinephrine
누370 성선자극 호르몬		가. 일반면역검사(정성) -간이검사	(01) 황체형성호르몬 Luteinizing Hormone
		나. 정밀면역검사	(01) 고나도트로핀 Gonadotropin
			(02) 난포자극호르몬 Follicle Stimulating Hormone
			(03) 황체형성호르몬 Luteinizing Hormone
		나주. 정밀면역검사-핵의학적 방법	(01) 난포자극호르몬 Follicle Stimulating Hormone
			(02) 황체형성호르몬 Luteinizing Hormone

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
누371 성선호르몬 [정밀면역검사]			(01) 17-OH프로게스테론 17-OH progesterone
			(02) 에스트라디올 Estradiol E2
			(03) 에스트로겐 Estrogen
			(04) 에스트리올 Estriol E3
			(05) 유리테스토스테론 Free Testosterone
			(06) 테스토스테론 Testosterone
			(07) 프레그난디올 Pregnandiol
			(08) 프로게스테론 Progesterone
		주. 핵의학적 방법	(01) 17-OH프로게스테론 17-OH progesterone
			(02) 에스트라디올 Estradiol E2
			(03) 에스트로겐 Estrogen
			(04) 에스트리올 Estriol E3
			(05) 테스토스테론 Testosterone
			(06) 프로게스테론 Progesterone
누380 소화기관효소		가. 화학반응-장비측정	(01) 리파아제 Lipase
			(02) 총아밀라아제 Amylase(Total)
			(03) 췌장아밀라아제

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			Amylase(Pancreatic)
		나. 화학반응-장비측정 (간이검사)	(01) 총아밀라제 Amylase(Total)
누381 소화기관호르몬 [정밀면역검사]			(01) 가스트린 Gastrin
			(02) 글루카곤 Glucagon
			(03) 세크레틴 Secretin
		주. 핵의학적 방법	(01) 가스트린 Gastrin
			(02) 글루카곤 Glucagon
			(03) 세크레틴 Secretin
누400 혈액점도검사		가. 관찰판정-육안·장비측정	(01) Viscometer
누402 트로포닌		가. 일반면역검사(정성)-간이검사	(01) Troponin I
			(02) Troponin T
		나. 정밀면역검사(정량)-간이검사	(01) Troponin I
			(02) Troponin T
		다. 정밀면역검사	(01) Troponin I
			(02) Troponin T
누403 프로스타그란딘 [정밀면역검사]			(01) Prostaglandin
			(02) Prostaglandin(E1)
			(03) Prostaglandin(E2)
			(04) Prostaglandin(F2α)
		주. 핵의학적 방법	(01) Prostaglandin
			(02) Prostaglandin(E1)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(03) Prostaglandin(E2)
			(04) Prostaglandin(F2α)
누406 심장표지자		가. 정밀면역검사-간이검사	(01) Pro-Brain Natriuretic Peptide
			(02) Brain Natriuretic Peptide
		나. 정밀면역검사	(01) Pro-Brain Natriuretic Peptide
			(02) Brain Natriuretic Peptide
		나주. 정밀면역검사-핵의학적 방법	(01) Brain Natriuretic Peptide
누421 알파피토프로틴		가. 일반면역검사	(01) 알파피토글로브린 Alphafetoglobulin
			(02) 알파피토프로테인 Alphafetoprotein
		나. 정밀면역검사	(01) 알파피토글로브린 Alphafetoglobulin
			(02) 알파피토프로테인 Alphafetoprotein
		나주. 정밀면역검사-핵의학적 방법	(01) 알파피토글로브린 Alphafetoglobulin
			(02) 알파피토프로테인 Alphafetoprotein
누422 방광암항원		가. 일반면역검사(정성)-간이검사	(01) NMP22
		나. 정밀면역검사	(01) BTA TRAK

항 목	제 목	세부인정사항	
			(02) NMP22
			(03) UBC
누430 전립선암 [정밀면역검사]			(01) 유리전립선특이항원 Free PSA
			(02) 전립선산포스파타제 Prostatic Acid Phosphatase
			(03) 전립선특이항원 Prostate Specific Antigen
		주. 핵의학적 방법	(01) 유리전립선특이항원 Free PSA
			(02) 전립선산포스파타제 Prostatic Acid Phosphatase
			(03) 전립선특이항원 Prostate Specific Antigen
누442 유리경쇄/ 중경쇄 [정밀면역검사]		가(1). 정밀면역검사 (정량)-유리경쇄	(01) Lambda(Urine)
			(02) Lambda(Serum)
			(03) Kappa(Urine)
			(04) Kappa(Serum)
		가(2). 정밀면역검사 (정량)-중경쇄	(01) IgA Lambda
			(02) IgA Kappa
			(03) IgG Lambda
			(04) IgG Kappa
			(05) IgM Lambda

항 목	제 목	세부인정사항	
			(06) IgM Kappa
누446 종양검사		가. 핵산증폭[정성그룹 2]	(01) EWSR1-FLI1 Fusion Gene [역전사중합효소연쇄반응법]
			(02) IGK [이중중합효소연쇄반응법]
			(03) IGL [이중중합효소연쇄반응법]
누470 특수미량단백 [정밀면역검사]			(01) 세룰로프라즈민 Ceruloplasmin
			(02) 알파1-항트립신 α1-Antitrypsin
			(03) 합토글로빈 Haptoglobin
누471 영양표지자 [정밀면역검사]			(01) 트랜스페린 Transferrin
			(02) 프리알부민 Prealbumin
누473 단백분획 [분획분석]		가. 일반	(01) 단백분획측정(혈청) Protein Electrophoresis(Serum)
		나. 농축과정 포함	(01) 단백분획측정(요 또는 체액) Protein Electrophoresis (Urine or Body Fluid)
누475 단백분획(동정) [분획분석]		가. 일반	(01) 단백면역고정전기영동(혈청) Immunoelectrophoresis (Serum)
			(02) 단백면역전기영동(혈청)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			Immunoelectrophoresis (Serum)
		나. 농축과정 포함	(01) 단백면역고정전기영동 (요 또는 체액) Immunoelectrophoresis (Urine or Body Fluid)
			(02) 단백면역전기영동 (요 또는 체액) Immunoelectrophoresis (Urine or Body Fluid)
누490 비타민		가. 화학반응-장비측정	(01) B1
			(02) B2
			(03) B6
			(04) E
			(05) K
			(06) 니코틴산 Nicotinic Acid
			(07) 캐로틴 Carotene
		나. 정밀면역검사	(01) 1,25-(OH)2-Vitamin D, total
			(02) 25-OH-Vitamin D, total
			(03) A
			(04) B1
			(05) B12
			(06) B2
			(07) B6
			(08) C

항 목	제 목	세부인정사항	
			(09) D2
			(10) D3
			(11) E
			(12) K
			(13) 니코틴산 Nicotinic Acid
			(14) 엽산 Carotene
			(15) 총 비타민 D Total Vitamin D
			(16) 카르니틴 Carnitine
		나주. 핵의학적 방법	(01) B1
			(02) B12
			(03) B2
			(04) B6
			(05) D2
			(06) D3
			(07) E
			(08) K
			(09) 니코틴산 Nicotinic Acid
			(10) 엽산 Carotene
			(11) 총 비타민 D Total Vitamin D
		다. 정밀분광-질량분석	(01) 1,25-(OH)2-Vitamin D, total
			(02) A

항 목	제 목	세부인정사항	
			(03) B1
			(04) B2
			(05) B6
			(06) C
			(07) D2
			(08) D3
			(09) E
			(10) K
			(11) 니코틴산 Nicotinic Acid
			(12) 카르니틴 Carnitine
		라. 정밀면역검사-간이검사	(01) 25-OH-Vitamin D, total
누500 골대사효소 [정밀면역검사]			(01) 골특이성 알칼리성 포스파타제 Bone Specific Alkaline Phosphatase
누501 골흡수표지자 [정밀면역검사]			(01) C-telopeptide of collagen Type 1(CTX)
			(02) N-telopeptide of collagen Type 1(NTX)
			(03) 디옥시피리디놀린 Deoxypyridinoline
누502 부갑상선표지자 [정밀면역검사]			(01) 부갑상선호르몬 Parathyroid hormone
		주. 핵의학적 방법	(01) 부갑상선호르몬 Parathyroid hormone
누503			(01) 오스테오칼신 Osteocalcin

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
골형성표지자 [정밀면역검사]			(02) N-terminal propeptide of type 1 procollagen(P1NP)
		주. 핵의학적 방법	(01) 오스테오칼신 Osteocalcin
			(02) N-terminal propeptide of type 1 procollagen(P1NP)
누514 아미노산		가. 화학반응-육안검사 (정량)	(01) 루신 Leucine
			(02) 메티오닌 Methionine
			(03) 페닐알라닌 Phenylalanine
			(04) 히스티딘 Histidine
		나. 화학반응-장비측정 (정량)	(01) 루신 Leucine
			(02) 페닐알라닌 Phenylalanin
			(03) 호모시스테인 Homocysteine
		라. 정밀면역검사	(01) 호모시스테인 Homocysteine
		마. 정밀분광-질량 분석 (정량)	(01) Alloisoleucine
			(02) Homocitrulline
			(03) Homocystine
			(04) Tryptophan
누515 유기산		가. 화학반응-장비측정 (정량)	(01) Sialic Acid
			(02) 구연산 Citric acid
			(03) 피루브산 Pyruvic acid
			(04) 히알우론산 Hyaluronic acid
		다(1). 정밀분광-질량	(01) 메틸말론산

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
		분석-질량 (정량)[종목당]	Methylmalonic Acid
			(02) 옥살산 Oxalic Acid
			(03) 숙시닐아세톤 Succinylacetone
			(04) 구연산 Citric acid
누517 효소 활성도 검사		가. 화학반응-장비측정 (1) 효소그룹 1군	(01) 갈락토스-1-인산 Galactose-1-Phosphate
			(02) 갈락토스-1-인산우리딜 전달효소 Galactose-1-Phosphate Uridyltransferase
			(03) 갈락토키나아제 Galactokinase
			(04) 베타갈락토시다제 β-Galactosidase
			(05) 아릴설파타제 A Arylsulfatase A
			(06) 아릴설파타제 B Arylsulfatase B
			(07) 알파갈락토시다제 α-Galactosidase
			(08) 에시드알파글루코시다제 Acid-α-Glucosidase
			(09) 우리딘이인산갈락토스- 4-에피머라아제 Uridine Diphosphate (UDP) Galactose-4-

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			Epimerase
			(10) 알파엔아세틸글루코사미니다제 α-N-Acetylglucosaminidase (NAGLU)
			(11) 알파글루코사민 엔-아세틸트랜스페라제 α-Glucosamine N-acetyltransferase
			(12) 베타글루쿠로니다제 β-Glucuronidase
			(13) 베타글루코세레브로시다제 β-Glucocerebrosidase
			(14) 베타헥소사미니다제 β-Hexosaminidase
			(15) 알파엘-퓨코시다제 α-L-Fucosidase
			(16) 알파만노시다제 α-Mannosidase
			(17) 베타만노시다제 β-Mannosidase
			(18) 비오티니다제 Biotinidase
		가. 화학반응-장비측정 (2) 효소그룹 2군	(01) 알파엘-이듀로니다제 α-L-Iduronidase
			(02) 이듀로네이트-2-설파테제 Iduronate 2- sulfatese (IDS)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(03) 헤파린 설파미다제 Heparin sulfamidase (HSS)
			(04) 엔아세틸글루코사민-6-설파타제 N-acetylglucosamine 6-sulfatase(GNS)
			(05) 엔아세틸갈락토사민-6-설파타제 N-acetylgalactosamine 6- sulfatase(GALNS)
			(06) 알파뉴라미니다제 α-Neuraminidase
		나. 정밀분광-질량분석	(01) 갈락토스-1-인산우리딜전달효소 Galactose-1-Phosphate Uridyltransferase
			(02) 갈락토키나아제 Galactokinase
			(03) 아릴설파타제 A Arylsulfatase A
			(04) 아릴설파타제 B Arylsulfatase B
			(05) 알파갈락토시다제 α-Galactosidase
			(06) 에시드알파글루코시다제 Acid-α-Glucosidase

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(07) 우리딘이인산갈락토스-4-에피머라아제 Uridine Diphosphate (UDP) Galactose-4-Epimerase
			(08) 알파엘-이듀로니다제 α-L-Iduronidase
			(09) 이듀로네이트-2-설파타제 Iduronate 2- sulfatese (IDS)
			(10) 엔아세틸갈락토사민-6-설파타제 N-acetylgalactosamine 6- sulfatase(GALNS)
			(11) 베타글루코세레브로시다제 β-Glucocerebrosidase
누518 지방산 검사 [정밀분광-질량분석]			(12) 갈락토세레브로시다제 Galactocerebrosidase
			(01) Very long Chain Fatty Acid(VLCFA)
			(02) 피탄산 Phytanic Acid
			(03) 피페콜산 Pipecolic Acid
누530 특수헤모글로빈 [화학반응-			(01) 메트헤모글로빈 Met Hemoglobin
			(02) 설프헤모글로빈

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
장비측정]			Sulf Hemoglobin
			(03) 카복시헤모글로빈 Carboxy Hemoglobin
누532 약물 및 독물		가(1). 일반면역검사 (정성)	(01) Acetaminophen
			(02) Aprindine
			(03) Aspirin
			(04) Barbiturate
			(05) Benzodiazepine
			(06) Carbamazepine
			(07) Carbamazepine, Free
			(08) Clonazepam
			(09) Cyclosporin
			(10) Digitoxin
			(11) Digoxin
			(12) Disopyramide
			(13) Ethosuximide
			(14) Valproic Acid, Free
			(15) Gentamicin
			(16) Haloperidol
			(17) Ibupropen
			(18) Imipramine
			(19) Indomethacin
			(20) Lidocain

항 목	제 목	세부인정사항	
			(21) Methamphetamine
			(22) Methanol
			(23) Methotrexate
			(24) Monoethylglycinexylidide
			(25) N-Acethylprocainamide
			(26) Paraquat
			(27) Phenobarbital
			(28) Phenyotoin, Free
			(29) Phenytoin
			(30) Primidone
			(31) Procainamide
			(32) Salicylate
			(33) Tacrolimus (FK506)
			(34) Theophylline
			(35) Valproic Acid
			(36) Vancomycin
			(37) Zonisamide
			(38) δ-Aminolevulinic Acid
		가(1)주. 반면역검사 (정성)고형조직	(01) Acetaminophen
			(02) Aprindine
			(03) Aspirin
			(04) Barbiturate
			(05) Benzodiazepine
			(06) Carbamazepine

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(07) Carbamazepine, Free
			(08) Clonazepam
			(09) Cyclosporin
			(10) Digitoxin
			(11) Digoxin
			(12) Disopyramide
			(13) Ethosuximide
			(14) Valproic Acid, Free
			(15) Gentamicin
			(16) Haloperidol
			(17) Ibupropen
			(18) Imipramine
			(19) Indomethacin
			(20) Lidocain
			(21) Methamphetamine
			(22) Methanol
			(23) Methotrexate
			(24) Monoethylglycinexylidide
			(25) N-Acethylprocainamide
			(26) Paraquat
			(27) Phenobarbital
			(28) Phenyotoin, Free
			(29) Phenytoin
			(30) Primidone

항 목	제 목	세부인정사항	
			(31) Procainamide
			(32) Salicylate
			(33) Tacrolimus (FK506)
			(34) Theophylline
			(35) Valproic Acid
			(36) Vancomycin
			(37) Zonisamide
			(38) δ-Aminolevulinic Acid
		가(2). 일반면역검사 (정량)	(01) Acetaminophen
			(02) Amikacin
			(03) Amiodarone
			(04) Aprindine
			(05) Aspirin
			(06) Barbiturate
			(07) Benzodiazepine
			(08) Carbamazepine
			(09) Carbamazepine, Free
			(10) Clonazepam
			(12) Cyclosporin
			(13) Desipramine
			(14) Diazepam
			(15) Digitoxin
			(16) Digoxin

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(17) Disopyramide
			(18) Ethanol(alcohol)
			(19) Ethosuximide
			(20) Gentamicin
			(21) Haloperidol
			(22) Ibupropen
			(23) Imipramine
			(24) Indomethacin
			(25) Kanamycin
			(26) Lidocain
			(27) Methamphetamine
			(28) Methanol
			(29) Methotrexate
			(30) Monoethylglycinexylidide
			(31) N-Acethylprocainamide
			(32) Nitrazepam
			(33) Paraquat
			(34) Phenobarbital
			(35) Phenyotoin, Free
			(36) Phenytoin
			(37) Primidone
			(38) Procainamide
			(39) Quinidine
			(40) Salicylate

항 목	제 목	세부인정사항	
			(41) Sirolimus
			(42) Tacrolimus (FK506)
			(43) Theophylline
			(44) Tobramycin
			(45) Valproic Acid
			(46) Valproic Acid, Free
			(47) Vancomycin
			(48) Zonisamide
			(49) δ-Aminolevulinic Acid
		가(2)주. 일반면역검사 (정량)고형조직	(01) Acetaminophen
			(02) Amikacin
			(03) Amiodarone
			(04) Aprindine
			(05) Aspirin
			(06) Barbiturate
			(07) Benzodiazepine
			(08) Carbamazepine
			(09) Carbamazepine, Free
			(10) Clonazepam
			(12) Cyclosporin
			(13) Desipramine
			(14) Diazepam

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(15) Digitoxin
			(16) Digoxin
			(17) Disopyramide
			(18) Ethanol(alcohol)
			(19) Ethosuximide
			(20) Gentamicin
			(21) Haloperidol
			(22) Ibupropen
			(23) Imipramine
			(24) Indomethacin
			(25) Kanamycin
			(26) Lidocain
			(27) Methamphetamine
			(28) Methanol
			(29) Methotrexate
			(30) Monoethylglycinexylidide
			(31) N-Acethylprocainamide
			(32) Nitrazepam
			(33) Paraquat
			(34) Phenobarbital
			(35) Phenyotoin, Free
			(36) Phenytoin
			(37) Primidone
			(38) Procainamide

항 목	제 목	세부인정사항	
			(39) Quinidine
			(40) Salicylate
			(41) Sirolimus
			(42) Tacrolimus (FK506)
			(43) Theophylline
			(44) Tobramycin
			(45) Valproic Acid
			(46) Valproic Acid, Free
			(47) Vancomycin
			(48) Zonisamide
			(49) δ-Aminolevulinic Acid
		나(1). 정밀면역검사 (정성)	(01) Acetaminophen
			(02) Aprindine
			(03) Aspirin
			(04) Barbiturate
			(05) Benzodiazepine
			(06) Carbamazepine
			(07) Carbamazepine, Free
			(08) Clonazepam
			(09) Cyclosporin
			(10) Digitoxin
			(11) Digoxin
			(12) Disopyramide
			(13) Ethosuximide

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(14) Gentamicin
			(15) Haloperidol
			(16) Ibupropen
			(17) Imipramine
			(18) Indomethacin
			(19) Lidocain
			(20) Methamphetamine
			(21) Methanol
			(22) Methotrexate
			(23) Monoethylglycinexylidide
			(24) N-Acethylprocainamide
			(25) Paraquat
			(26) Phenobarbital
			(27) Phenyotoin, Free
			(28) Phenytoin
			(29) Primidone
			(30) Procainamide
			(31) Salicylate
			(32) Tacrolimus (FK506)
			(33) Theophylline
			(34) Valproic Acid
			(35) Valproic Acid, Free
			(36) Vancomycin
			(37) Zonisamide

항 목	제 목	세부인정사항	
			(38) δ-Aminolevulinic Acid
			(39) Phencyclidine
		나(1)주1. 정밀면역검사 (정성)고형조직	(01) Acetaminophen
			(02) Aprindine
			(03) Aspirin
			(04) Barbiturate
			(05) Benzodiazepine
			(06) Carbamazepine
			(07) Carbamazepine, Free
			(08) Clonazepam
			(09) Cyclosporin
			(10) Digitoxin
			(11) Digoxin
			(12) Disopyramide
			(13) Ethosuximide
			(14) Gentamicin
			(15) Haloperidol
			(16) Ibupropen
			(17) Imipramine
			(18) Indomethacin
			(19) Lidocain
			(20) Methamphetamine
			(21) Methanol
			(22) Methotrexate

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(23) Monoethylglycinexylidide
			(24) N-Acethylprocainamide
			(25) Paraquat
			(26) Phenobarbital
			(27) Phenyotoin, Free
			(28) Phenytoin
			(29) Primidone
			(30) Procainamide
			(31) Salicylate
			(32) Tacrolimus (FK506)
			(33) Theophylline
			(34) Valproic Acid
			(35) Valproic Acid, Free
			(36) Vancomycin
			(37) Zonisamide
			(38) δ-Aminolevulinic Acid
		나(2). 정밀면역검사 (정량)	(01) Acetaminophen
			(02) Amikacin
			(03) Amiodarone
			(04) Aprindine
			(05) Aspirin
			(06) Barbiturate
			(07) Benzodiazepine
			(08) Carbamazepine

항 목	제 목	세부인정사항	
			(09) Carbamazepine, Free
			(10) Clonazepam
			(11) Cyclosporin
			(12) Desipramine
			(13) Diazepam
			(14) Digitoxin
			(15) Digoxin
			(16) Disopyramide
			(17) Ethanol(alcohol)
			(18) Ethosuximide
			(19) Gentamicin
			(20) Haloperidol
			(21) Ibupropen
			(22) Imipramine
			(23) Indomethacin
			(24) Kanamycin
			(25) Lidocain
			(26) Methamphetamine
			(27) Methanol
			(28) Methotrexate
			(29) Monoethylglycinexylidide
			(30) MPA Assay
			(31) N-Acethylprocainamide
			(32) Nitrazepam

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(33) Paraquat
			(34) Phenobarbital
			(35) Phenyotoin, Free
			(36) Phenytoin
			(37) Primidone
			(38) Procainamide
			(39) Quinidine
			(40) Salicylate
			(41) Sirolimus
			(42) Tacrolimus (FK506)
			(43) Theophylline
			(44) Tobramycin
			(45) Valproic Acid
			(46) Valproic Acid, Free
			(47) Vancomycin
			(48) Zonisamide
			(49) δ-Aminolevulinic Acid
			(50) Infliximab
			(51) Everolimus
			(52) Adalimumab
			(53) Lamotrigine
			(54) Oxcarbazepine metabolite
			(55) Levetiracetam

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
		나(2)주1. 정밀면역검사 (정량)고형조직	(01) Acetaminophen
			(02) Amikacin
			(03) Amiodarone
			(04) Aprindine
			(05) Aspirin
			(06) Barbiturate
			(07) Benzodiazepine
			(08) Carbamazepine
			(09) Carbamazepine, Free
			(10) Clonazepam
			(11) Cyclosporin
			(12) Desipramine
			(13) Diazepam
			(14) Digitoxin
			(15) Digoxin
			(16) Disopyramide
			(17) Ethanol(alcohol)
			(18) Ethosuximide
			(19) Gentamicin
			(20) Haloperidol
			(21) Ibupropen
			(22) Imipramine
			(23) Indomethacin
			(24) Kanamycin

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(25) Lidocain
			(26) Methamphetamine
			(27) Methanol
			(28) Methotrexate
			(29) Monoethylglycinexylidide
			(30) MPA Assay
			(31) N-Acethylprocainamide
			(32) Nitrazepam
			(33) Paraquat
			(34) Phenobarbital
			(35) Phenyotoin, Free
			(36) Phenytoin
			(37) Primidone
			(38) Procainamide
			(39) Quinidine
			(40) Salicylate
			(41) Sirolimus
			(42) Tacrolimus (FK506)
			(43) Theophylline
			(44) Tobramycin
			(45) Valproic Acid
			(46) Valproic Acid, Free
			(47) Vancomycin
			(48) Zonisamide

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(49) δ-Aminolevulinic Acid
		나(2)주2. 정밀면역검사 (정량)핵의학적 방법	(01) Acetaminophen
			(02) Amikacin
			(03) Amiodarone
			(04) Aprindine
			(05) Aspirin
			(06) Barbiturate
			(07) Benzodiazepine
			(08) Carbamazepine
			(09) Carbamazepine, Free
			(10) Clonazepam
			(11) Cyclosporin
			(12) Desipramine
			(13) Diazepam
			(14) Digitoxin
			(15) Digoxin
			(16) Disopyramide
			(17) Ethanol(alcohol)
			(18) Ethosuximide
			(19) Gentamicin
			(20) Haloperidol
			(21) Ibupropen
			(22) Imipramine
			(23) Indomethacin

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(24) Kanamycin
			(25) Lidocain
			(26) Methamphetamine
			(27) Methanol
			(28) Methotrexate
			(29) Monoethylglycinexylidide
			(30) MPA Assay
			(31) N-Acethylprocainamide
			(32) Nitrazepam
			(33) Paraquat
			(34) Phenobarbital
			(35) Phenyotoin, Free
			(36) Phenytoin
			(37) Primidone
			(38) Procainamide
			(39) Quinidine
			(40) Salicylate
			(41) Sirolimus
			(42) Tacrolimus (FK506)
			(43) Theophylline
			(44) Tobramycin
			(45) Valproic Acid
			(46) Valproic Acid, Free
			(47) Vancomycin

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(48) Zonisamide
			(49) δ-Aminolevulinic Acid
		나(2)주2. 정밀면역검사 (정량)고형조직 -핵의학적 방법	(01) Acetaminophen
			(02) Amikacin
			(03) Amiodarone
			(04) Aprindine
			(05) Aspirin
			(06) Barbiturate
			(07) Benzodiazepine
			(08) Carbamazepine
			(09) Carbamazepine, Free
			(10) Clonazepam
			(11) Cyclosporin
			(12) Desipramine
			(13) Diazepam
			(14) Digitoxin
			(15) Digoxin
			(16) Disopyramide
			(17) Ethanol(alcohol)
			(18) Ethosuximide
			(19) Gentamicin
			(20) Haloperidol
			(21) Ibupropen
			(22) Imipramine

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(23) Indomethacin
			(24) Kanamycin
			(25) Lidocain
			(26) Methamphetamine
			(27) Methanol
			(28) Methotrexate
			(29) Monoethylglycinexylidide
			(30) MPA Assay
			(31) N-Acethylprocainamide
			(32) Nitrazepam
			(33) Paraquat
			(34) Phenobarbital
			(35) Phenyotoin, Free
			(36) Phenytoin
			(37) Primidone
			(38) Procainamide
			(39) Quinidine
			(40) Salicylate
			(41) Sirolimus
			(42) Tacrolimus (FK506)
			(43) Theophylline
			(44) Tobramycin

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(45) Valproic Acid
			(46) Valproic Acid, Free
			(47) Vancomycin
			(48) Zonisamide
			(49) δ-Aminolevulinic Acid
		다(1). 정밀분광-질량 분석-분획(정성)	(01) 8-Methoxypsoralen
			(02) Acetaminophen
			(03) Acetaziolamide
			(04) Amiodarone
			(05) Aprindine
			(06) Aspirin
			(07) Barbiturate
			(08) Benzodiazepine
			(09) Butalbital
			(10) Caffeine
			(11) Carbamazepine, Free
			(12) Chlorodiazepoxide
			(13) Chlorpromazine
			(14) Clonazepam
			(15) Diazepam
			(16) Dicumarol
			(17) Disopyramide

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(18) Doxepin
			(19) Ethchlorvynol
			(20) Ethylene Glycol
			(21) Flecainide
			(22) Fluoxetine
			(23) Glutethimide
			(24) Haloperidol
			(25) Ibupropen
			(26) Imipramine
			(27) Indomethacin
			(28) Isopropanol
			(29) Lidocain
			(30) Meprobamate
			(31) Methamphetamine
			(32) Methanol
			(33) Methaqualone
			(34) Methsuximide
			(35) Methyprylon
			(36) N-Acethylprocainamide
			(37) Nitrazepam
			(38) Nordiazepam
			(39) Paraquat
			(40) Phencyclidine

항 목	제 목	세부인정사항	
			(41) Phenolphthalein
			(42) Phenothiazine
			(43) Phenyotoin, Free
			(44) Procainamide
			(45) Propafenone
			(46) Propanolol
			(47) Propoxyphene
			(48) Salicylate
			(49) Sulfadiazine
			(50) Sulfamethoxazole
			(51) Sulfapyridine
			(52) Sulfisoxazole
			(53) Tacrolimus (FK506)
			(54) Thioridazine
			(55) Tocanide
			(56) Trazodone
			(57) Trimethadione
			(58) Valproic Acid, Free
			(59) Verapamil
			(60) Volatile
			(61) Zonisamide
			(62) δ-Aminolevulinic Acid
		다(1)주. 정밀분광-	(01) 8-Methoxypsoralen

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
		질량분석- 분획(정성) 고형조직	(02) Acetaminophen
			(03) Acetaziolamide
			(04) Amiodarone
			(05) Aprindine
			(06) Aspirin
			(07) Barbiturate
			(08) Benzodiazepine
			(09) Butalbital
			(10) Caffeine
			(11) Carbamazepine, Free
			(12) Chlorodiazepoxide
			(13) Chlorpromazine
			(14) Clonazepam
			(15) Diazepam
			(16) Dicumarol
			(17) Disopyramide
			(18) Doxepin
			(19) Ethchlorvynol
			(20) Ethylene Glycol
			(21) Flecainide
			(22) Fluoxetine
			(23) Glutethimide
			(24) Haloperidol
			(25) Ibupropen

항 목	제 목	세부인정사항	
			(26) Imipramine
			(27) Indomethacin
			(28) Isopropanol
			(29) Lidocain
			(30) Meprobamate
			(31) Methamphetamine
			(32) Methanol
			(33) Methaqualone
			(34) Methsuximide
			(35) Methyprylon
			(36) N-Acethylprocainamide
			(37) Nitrazepam
			(38) Nordiazepam
			(39) Paraquat
			(40) Phencyclidine
			(41) Phenolphthalein
			(42) Phenothiazine
			(43) Phenyotoin, Free
			(44) Procainamide
			(45) Propafenone
			(46) Propanolol
			(47) Propoxyphene
			(48) Salicylate
			(49) Sulfadiazine

항 목	제 목	세부인정사항	
			(50) Sulfamethoxazole
			(51) Sulfapyridine
			(52) Sulfisoxazole
			(53) Tacrolimus (FK506)
			(54) Thioridazine
			(55) Tocanide
			(56) Trazodone
			(57) Trimethadione
			(58) Valproic Acid, Free
			(59) Verapamil
			(60) Volatile
			(61) Zonisamide
			(62) δ-Aminolevulinic Acid
		다(2). 정밀분광-질량 분석-분획(정량)	(01) 8-Methoxypsoralen
			(02) Acetaminophen
			(03) Acetaziolamide
			(04) Amiodarone
			(05) Amitriptyline and Amitriptyline metabolite
			(06) Aprindine
			(07) Aripiprazole
			(08) Aspirin
			(09) Barbiturate
			(10) Benzodiazepine

항 목	제 목	세부인정사항	
			(11) Busulfan
			(12) Butalbital
			(13) Caffeine
			(14) Carbamazepine
			(15) Carbamazepine, Free
			(16) Chlorodiazepoxide
			(17) Chlorpromazine
			(18) Citalopram and Citalopram metabolite
			(19) Clomipramine and Clomipramine metabolite
			(20) Clonazepam
			(21) Clozapine and Clozapine metabolite
			(22) Cycloserine
			(23) Cyclosporin
			(24) Desipramine and Desipramine metabolite
			(25) Diazepam
			(26) Dicumarol
			(27) Disopyramide
			(28) Doxepin
			(29) Ethambutol
			(30) Ethchlorvynol

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(31) Ethylene Glycol
			(32) Everolimus
			(33) Flecainide
			(34) Fluoxetine
			(35) Glutethimide
			(36) Haloperidol
			(37) Ibupropen
			(38) Imipramine
			(39) Indomethacin
			(40) Isopropanol
			(41) Itraconazole
			(42) Kanamycin
			(43) Lidocain
			(44) Linezolid
			(45) Meprobamate
			(46) Methamphetamine
			(47) Methanol
			(48) Methaqualone
			(49) Methsuximide
			(50) Methyprylon
			(51) Mirtazapine and Mirtazapine metabolite
			(52) Moxifloxacin

항 목	제 목	세부인정사항	
			(53) Mycophenolic Acid
			(54) N-Acethylprocainamide
			(55) Nitrazepam
			(56) Nordiazepam
			(57) Nortriptyline and Nortriptyline metabolite
			(58) Olanzapine and Olanzapine metabolite
			(59) Paraquat
			(60) Paroxetine and Paroxetine metabolite
			(61) Phencyclidine
			(62) Phenolphthalein
			(63) Phenothiazine
			(64) Phenyotoin, Free
			(65) Primidone
			(66) Procainamide
			(67) Propafenone
			(68) Propanolol
			(69) Propoxyphene
			(70) Quetiapine and Quetiapine metabolite
			(71) Risperidone

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(72) Salicylate
			(73) Sertraline and Sertraline metabolite
			(74) Sirolimus(Rapamycin)
			(75) Streptomycin
			(76) Sulfadiazine
			(77) Sulfamethoxazole
			(78) Sulfapyridine
			(79) Sulfisoxazole
			(80) Tacrolimus (FK506)
			(81) Tamoxifen
			(82) Thioridazine
			(83) Tobramycin
			(84) Tocanide
			(85) Trazodone
			(86) Trimethadione
			(87) Valproic Acid, Free
			(88) Venlafaxine and Venlafaxine metabolite
			(89) Verapamil
			(90) Volatile
			(91) Voriconazole
			(92) Warfarin
			(93) Zonisamide

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(94) δ-Aminolevulinic Acid
		다(2)주. 정밀분광-질량 분석-분획 (정량)고형조직	(01) 8-Methoxypsoralen
			(02) Acetaminophen
			(03) Acetaziolamide
			(04) Amiodarone
			(05) Amitriptyline and Amitriptyline metabolite
			(06) Aprindine
			(07) Aripiprazole
			(08) Aspirin
			(09) Barbiturate
			(10) Benzodiazepine
			(11) Busulfan
			(12) Butalbital
			(13) Caffeine
			(14) Carbamazepine
			(15) Carbamazepine, Free
			(16) Chlorodiazepoxide
			(17) Chlorpromazine
			(18) Citalopram and Citalopram metabolite
			(19) Clomipramine and Clomipramine metabolite

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(20) Clonazepam
			(21) Clozapine and Clozapine metabolite
			(22) Cycloserine
			(23) Cyclosporin
			(24) Desipramine and Desipramine metabolite
			(25) Diazepam
			(26) Dicumarol
			(27) Disopyramide
			(28) Doxepin
			(29) Ethambutol
			(30) Ethchlorvynol
			(31) Ethylene Glycol
			(32) Everolimus
			(33) Flecainide
			(34) Fluoxetine
			(35) Glutethimide
			(36) Haloperidol
			(37) Ibupropen
			(38) Imipramine
			(39) Indomethacin
			(40) Isopropanol
			(41) Itraconazole

항 목	제 목	세부인정사항	
			(42) Kanamycin
			(43) Lidocain
			(44) Linezolid
			(45) Meprobamate
			(46) Methamphetamine
			(47) Methanol
			(48) Methaqualone
			(49) Methsuximide
			(50) Methyprylon
			(51) Mirtazapine and Mirtazapine metabolite
			(52) Moxifloxacin
			(53) Mycophenolic Acid
			(54) N-Acethylprocainamide
			(55) Nitrazepam
			(56) Nordiazepam
			(57) Nortriptyline and Nortriptyline metabolite
			(58) Olanzapine and Olanzapine metabolite
			(59) Paraquat
			(60) Paroxetine and Paroxetine metabolite
			(61) Phencyclidine

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(62) Phenolphthalein
			(63) Phenothiazine
			(64) Phenyotoin, Free
			(65) Primidone
			(66) Procainamide
			(67) Propafenone
			(68) Propanolol
			(69) Propoxyphene
			(70) Quetiapine and Quetiapine metabolite
			(71) Risperidone
			(72) Salicylate
			(73) Sertraline and Sertraline metabolite
			(74) Sirolimus (Rapamycin)
			(75) Streptomycin
			(76) Sulfadiazine
			(77) Sulfamethoxazole
			(78) Sulfapyridine
			(79) Sulfisoxazole
			(80) Tacrolimus (FK506)
			(81) Tamoxifen
			(82) Thioridazine

항 목	제 목	세부인정사항	
			(83) Tobramycin
			(84) Tocanide
			(85) Trazodone
			(86) Trimethadione
			(87) Valproic Acid, Free
			(88) Venlafaxine and Venlafaxine metabolite
			(89) Verapamil
			(90) Volatile
			(91) Voriconazole
			(92) Warfarin
			(93) Zonisamide
			(94) δ-Aminolevulinic Acid
		다(3). 정밀분광-질량 분석-질량(정성)	(01) 8-Methoxypsoralen
			(02) Acetaminophen
			(03) Acetaziolamide
			(04) Amiodarone
			(05) Aprindine
			(06) Aspirin
			(07) Barbiturate
			(08) Benzodiazepine
			(09) Butalbital
			(10) Caffeine

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(11) Carbamazepine, Free
			(12) Chlorodiazepoxide
			(13) Chlorpromazine
			(14) Clonazepam
			(15) Diazepam
			(16) Dicumarol
			(17) Disopyramide
			(18) Doxepin
			(19) Ethchlorvynol
			(20) Ethylene Glycol
			(21) Flecainide
			(22) Fluoxetine
			(23) Glutethimide
			(24) Haloperidol
			(25) Ibupropen
			(26) Imipramine
			(27) Indomethacin
			(28) Isopropanol
			(29) Lidocain
			(30) Meprobamate
			(31) Methamphetamine
			(32) Methanol
			(33) Methaqualone
			(34) Methsuximide

항 목	제 목	세부인정사항	
			(35) Methyprylon
			(36) N-Acethylprocainamide
			(37) Nitrazepam
			(38) Nordiazepam
			(39) Paraquat
			(40) Phencyclidine
			(41) Phenolphthalein
			(42) Phenothiazine
			(43) Phenyotoin, Free
			(44) Procainamide
			(45) Propafenone
			(46) Propanolol
			(47) Propoxyphene
			(48) Salicylate
			(49) Sulfadiazine
			(50) Sulfamethoxazole
			(51) Sulfapyridine
			(52) Sulfisoxazole
			(53) Tacrolimus (FK506)
			(54) Thioridazine
			(55) Tocanide
			(56) Trazodone
			(57) Trimethadione
			(58) Valproic Acid, Free

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(59) Verapamil
			(60) Volatile
			(61) Zonisamide
			(62) δ-Aminolevulinic Acid
		다(3)주1. 정밀분광- 질량분석- 질량(정성)- 고형조직	(01) 8-Methoxypsoralen
			(02) Acetaminophen
			(03) Acetaziolamide
			(04) Amiodarone
			(05) Aprindine
			(06) Aspirin
			(07) Barbiturate
			(08) Benzodiazepine
			(09) Butalbital
			(10) Caffeine
			(11) Carbamazepine, Free
			(12) Chlorodiazepoxide
			(13) Chlorpromazine
			(14) Clonazepam
			(15) Diazepam
			(16) Dicumarol
			(17) Disopyramide
			(18) Doxepin
			(19) Ethchlorvynol
			(20) Ethylene Glycol

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(21) Flecainide
			(22) Fluoxetine
			(23) Glutethimide
			(24) Haloperidol
			(25) Ibupropen
			(26) Imipramine
			(27) Indomethacin
			(28) Isopropanol
			(29) Lidocain
			(30) Meprobamate
			(31) Methamphetamine
			(32) Methanol
			(33) Methaqualone
			(34) Methsuximide
			(35) Methyprylon
			(36) N-Acethylprocainamide
			(37) Nitrazepam
			(38) Nordiazepam
			(39) Paraquat
			(40) Phencyclidine
			(41) Phenolphthalein
			(42) Phenothiazine
			(43) Phenyotoin, Free
			(44) Procainamide

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(45) Propafenone
			(46) Propanolol
			(47) Propoxyphene
			(48) Salicylate
			(49) Sulfadiazine
			(50) Sulfamethoxazole
			(51) Sulfapyridine
			(52) Sulfisoxazole
			(53) Tacrolimus (FK506)
			(54) Thioridazine
			(55) Tocanide
			(56) Trazodone
			(57) Trimethadione
			(58) Valproic Acid, Free
			(59) Verapamil
			(60) Volatile
			(61) Zonisamide
			(62) δ-Aminolevulinic Acid
		다(4). 정밀분광-질량분석-질량(정량)	(01) 8-Methoxypsoralen
			(02) Acetaminophen
			(03) Acetaziolamide
			(04) Amiodarone
			(05) Amitriptyline and Amitriptyline metabolite

항 목	제 목	세부인정사항	
			(06) Aprindine
			(07) Aripiprazole
			(08) Aspirin
			(09) Barbiturate
			(10) Benzodiazepine
			(11) Busulfan
			(12) Butalbital
			(13) Caffeine
			(14) Carbamazepine
			(15) Carbamazepine, Free
			(16) Chlorodiazepoxide
			(17) Chlorpromazine
			(18) Citalopram and Citalopram metabolite
			(19) Clomipramine and Clomipramine metabolite
			(20) Clonazepam
			(21) Clozapine and Clozapine metabolite
			(22) Cycloserine
			(23) Cyclosporin
			(24) Desipramine and Desipramine metabolite

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(25) Diazepam
			(26) Dicumarol
			(27) Disopyramide
			(28) Doxepin
			(29) Ethambutol
			(30) Ethchlorvynol
			(31) Ethylene Glycol
			(32) Everolimus
			(33) Flecainide
			(34) Fluoxetine
			(35) Glutethimide
			(36) Haloperidol
			(37) Ibupropen
			(38) Imipramine
			(39) Indomethacin
			(40) Isopropanol
			(41) Itraconazole
			(42) Kanamycin
			(43) Lamotrigine
			(44) Levetriacetam
			(45) Lidocain
			(46) Linezolid
			(47) Meprobamate
			(48) Methamphetamine

항 목	제 목	세부인정사항	
			(49) Methanol
			(50) Methaqualone
			(51) Methsuximide
			(52) Methyprylon
			(53) Mirtazapine and Mirtazapine metabolite
			(54) Moxifloxacin
			(55) Mycophenolic Acid
			(56) N-Acethylprocainamide
			(57) Nitrazepam
			(58) Nordiazepam
			(59) Nortriptyline and Nortriptyline metabolite
			(60) Olanzapine and Olanzapine metabolite
			(61) Oxcarbazepine
			(62) Paraquat
			(63) Paroxetine and Paroxetine metabolite
			(64) Phencyclidine
			(65) Phenolphthalein
			(66) Phenothiazine
			(67) Phenyotoin, Free
			(68) Posaconazole

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(69) Primidone
			(70) Procainamide
			(71) Propafenone
			(72) Propanolol
			(73) Propoxyphene
			(74) Quetiapine and Quetiapine metabolite
			(75) Risperidone
			(76) Salicylate
			(77) Sertraline and Sertraline metabolite
			(78) Sirolimus (Rapamycin)
			(79) Streptomycin
			(80) Sulfadiazine
			(81) Sulfamethoxazole
			(82) Sulfapyridine
			(83) Sulfisoxazole
			(84) Tacrolimus (FK506)
			(85) Tamoxifen
			(86) Teicoplanin
			(87) Thioridazine
			(88) Tobramycin

항 목	제 목	세부인정사항	
			(89) Tocanide
			(90) Topiramate
			(91) Trazodone
			(92) Trimethadione
			(93) Valproic Acid, Free
			(94) Venlafaxine and Venlafaxine metabolite
			(95) Verapamil
			(96) Volatile
			(97) Voriconazole
			(98) Warfarin
			(99) Zonisamide
			(A1) δ-Aminolevulinic Acid
			(A2) Gabapentin
			(A3) Lacosamide
			(A4) Perampanel
			(A5) Pregabalin
			(A6) Rufinamide
			(A7) Vigabatrin
			(A8) Duloxetine
			(A9) Infliximab

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
		다(4)주. 정밀분광-질량 분석-질량 (정량)고형조직	(01) 8-Methoxypsoralen
			(02) Acetaminophen
			(03) Acetaziolamide
			(04) Amiodarone
			(05) Amitriptyline and Amitriptyline metabolite
			(06) Aprindine
			(07) Aripiprazole
			(08) Aspirin
			(09) Barbiturate
			(10) Benzodiazepine
			(11) Busulfan
			(12) Butalbital
			(13) Caffeine
			(14) Carbamazepine
			(15) Carbamazepine, Free
			(16) Chlorodiazepoxide
			(17) Chlorpromazine
			(18) Citalopram and Citalopram metabolite
			(19) Clomipramine and Clomipramine metabolite
			(20) Clonazepam

항 목	제 목	세부인정사항	
			(21) Clozapine and Clozapine metabolite
			(22) Cycloserine
			(23) Cyclosporin
			(24) Desipramine and Desipramine metabolite
			(25) Diazepam
			(26) Dicumarol
			(27) Disopyramide
			(28) Doxepin
			(29) Ethambutol
			(30) Ethchlorvynol
			(31) Ethylene Glycol
			(32) Everolimus
			(33) Flecainide
			(34) Fluoxetine
			(35) Glutethimide
			(36) Haloperidol
			(37) Ibupropen
			(38) Imipramine
			(39) Indomethacin
			(40) Isopropanol
			(41) Itraconazole

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(42) Kanamycin
			(43) Lamotrigine
			(44) Levetriacetam
			(45) Lidocain
			(46) Linezolid
			(47) Meprobamate
			(48) Methamphetamine
			(49) Methanol
			(50) Methaqualone
			(51) Methsuximide
			(52) Methyprylon
			(53) Mirtazapine and Mirtazapine metabolite
			(54) Moxifloxacin
			(55) Mycophenolic Acid
			(56) N-Acethylprocainamide
			(57) Nitrazepam
			(58) Nordiazepam
			(59) Nortriptyline and Nortriptyline metabolite
			(60) Olanzapine and Olanzapine metabolite
			(61) Oxcarbazepine
			(62) Paraquat

항 목	제 목	세부인정사항	
			(63) Paroxetine and Paroxetine metabolite
			(64) Phencyclidine
			(65) Phenolphthalein
			(66) Phenothiazine
			(67) Phenyotoin, Free
			(69) Primidone
			(70) Procainamide
			(71) Propafenone
			(72) Propanolol
			(73) Propoxyphene
			(74) Quetiapine and Quetiapine metabolite
			(75) Risperidone
			(76) Salicylate
			(77) Sertraline and Sertraline metabolite
			(78) Sirolimus (Rapamycin)
			(79) Streptomycin
			(80) Sulfadiazine
			(81) Sulfamethoxazole
			(82) Sulfapyridine
			(83) Sulfisoxazole

항 목	제 목	세부인정사항	
			(84) Tacrolimus (FK506)
			(85) Tamoxifen
			(86) Teicoplanin
			(87) Thioridazine
			(88) Tobramycin
			(89) Tocanide
			(90) Topiramate
			(91) Trazodone
			(92) Trimethadione
			(93) Valproic Acid, Free
			(94) Venlafaxine and Venlafaxine metabolite
			(95) Verapamil
			(96) Volatile
			(97) Voriconazole
			(98) Warfarin
			(99) Zonisamide
			(A1) δ-Aminolevulinic Acid
		마. 화학반응-장비측정 (정량)	(01) Mycophenolic Acid
		마주. 화학반응-장비측정(정량) 고형조직	(01) Mycophenolic Acid

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
누540 유기용제		가(1). 화학반응-장비 측정-(정성)	(01) Benzene
			(02) Hippuric Acid
			(03) Phenol
			(04) Styrene
			(05) Toluene
			(06) Xylene
		가(1)주. 화학반응-장비 측정- (정성)-고형조직	(01) Benzene
			(02) Hippuric Acid
			(03) Phenol
			(04) Styrene
			(05) Toluene
			(06) Xylene
		가(2). 화학반응-장비측정- (정량)	(01) Benzene
			(02) Hippuric Acid
			(03) Phenol
			(04) Styrene
			(05) Toluene
			(06) Xylene
		가(2)주. 화학반응-장비 측정- (정량)-고형조직	(01) Benzene
			(02) Hippuric Acid
			(03) Phenol
			(04) Styrene
			(05) Toluene
			(06) Xylene

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
		나(1). 정밀면역검사-(정성)	(01) Benzene
			(02) Hippuric Acid
			(03) Phenol
			(04) Styrene
			(05) Toluene
			(06) Xylene
		나(1)주. 정밀면역검사-(정성)-고형조직	(01) Benzene
			(02) Hippuric Acid
			(03) Phenol
			(04) Styrene
			(05) Toluene
			(06) Xylene
		나(2). 정밀면역검사-(정량)	(01) Benzene
			(02) Hippuric Acid
			(03) Phenol
			(04) Styrene
			(05) Toluene
			(06) Xylene
		나(2)주. 정밀면역검사-(정량)-고형조직	(01) Benzene
			(02) Hippuric Acid
			(03) Phenol
			(04) Styrene
			(05) Toluene
			(06) Xylene

항 목	제 목	세부인정사항	
		다(1). 정밀분광-질량 분석-분획(정성)	(01) 2,5-hexanedione and 2,5-hexanedione metabolite
			(02) 2-ethoxyethyl acetate and 2-ethoxyethyl acetate metabolite
			(03) Acetone
			(04) Hippuric acid
			(05) Isopropyl alcohol (IPA) and IPA metabolite
			(06) Mandelic Acid
			(07) Methyl Ethyl Ketone
			(08) Methylhippuric Acid
			(09) MIBK
			(10) Muconic acid and Muconic acid metabolite
			(11) N-Methylformamide
			(12) O-cresol and O-cresol metabolite
			(13) PCE (perchloroethylene, tetrachloroethyl) and PCE metabolite
			(14) Phenol and Phenol metabolite

항 목	제 목	세부인정사항	
			(15) Phenylglyoxylic acid and Phenylglyoxylic acid metabolite
			(16) Trichloroethylene (TCE) and TCE metabolite
			(17) Trichloride, Total and Trichloride, Total metabolite
			(18) Trichloroacetic acid and Trichloroacetic acid metabolite
			(19) Trichloroethane and Trichloroethane metabolite
			(20) TTCA
		다(1)주. 정밀분광 -질량 분석 -분획(정성) -고형조직	(01) 2,5-hexanedione and 2,5-hexanedione metabolite
			(02) 2-ethoxyethyl acetate and 2-ethoxyethyl acetate metabolite
			(03) Acetone
			(04) Hippuric acid
			(05) Isopropyl alcohol (IPA) and IPA metabolite

항 목	제 목	세부인정사항	
			(06) Mandelic Acid
			(07) Methyl Ethyl Ketone
			(08) Methylhippuric Acid
			(09) MIBK
			(10) Muconic acid and Muconic acid metabolite
			(11) N-Methylformamide
			(12) O-cresol and O-cresol metabolite
			(13) PCE (perchloroethylene, tetrachloroethyl) and PCE metabolite
			(14) Phenol and Phenol metabolite
			(15) Phenylglyoxylic acid and Phenylglyoxylic acid metabolite
			(16) Trichloroethylene (TCE) and TCE metabolite
			(17) Trichloride, Total
			(18) Trichloroacetic acid and Trichloroacetic acid metabolite
			(19) Trichloroethane and Trichloroethane metabolite
			(20) TTCA

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
		다(2). 정밀분광- 질량분석- 분획(정량)	(01) 2,5-hexanedione and 2,5-hexanedione metabolite
			(02) 2-ethoxyethyl acetate and 2-ethoxyethyl acetate metabolite
			(03) Acetone
			(04) Hippuric acid
			(05) Isopropyl alcohol (IPA) and IPA metabolite
			(06) Mandelic Acid
			(07) Methyl Ethyl Ketone
			(08) Methylhippuric Acid
			(09) MIBK
			(10) Muconic acid and Muconic acid metabolite
			(11) N-Methylformamide
			(12) O-cresol and O-cresol metabolite
			(13) PCE (perchloroethylene, tetrachloroethyl) and PCE metabolite
			(14) Phenol and Phenol metabolite
			(15) Phenylglyoxylic acid and Phenylglyoxylic acid metabolite

항 목	제 목	세부인정사항	
			(16) Trichloroethylene (TCE) and TCE metabolite
			(17) Trichloride, Total and Trichloride, Total metabolite
			(18) Trichloroacetic acid and Trichloroacetic acid metabolite
			(19) Trichloroethane and Trichloroethane metabolite
			(20) TTCA
		다(2)주. 정밀분광-질량 분석-분획(정량)-고형조직	(01) 2,5-hexanedione and 2,5-hexanedione metabolite
			(02) 2-ethoxyethyl acetate and 2-ethoxyethyl acetate metabolite
			(03) Acetone
			(04) Hippuric acid
			(05) Isopropyl alcohol(IPA) and IPA metabolite
			(06) Mandelic Acid
			(07) Methyl Ethyl Ketone
			(08) Methylhippuric Acid
			(09) MIBK

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(10) Muconic acid and Muconic acid metabolite
			(11) N-Methylformamide
			(12) O-cresol and O-cresol metabolite
			(13) PCE (perchloroethylene, tetrachloroethyl) and PCE metabolite
			(14) Phenol and Phenol metabolite
			(15) Phenylglyoxylic acid and Phenylglyoxylic acid metabolite
			(16) Trichloroethylene (TCE) and TCE metabolite
			(17) Trichloride, Total
			(18) Trichloroacetic acid and Trichloroacetic acid metabolite
			(19) Trichloroethane and Trichloroethane metabolite
			(20) TTCA

항 목	제 목	세부인정사항	
누550 중금속· 미량원소		가(1). 화학반응- 장비 측정(정성)	(01) Ag (silver)
			(02) AI (aluminium)
			(03) As
			(04) Cd
			(05) Co (cobalt)
			(06) Cr (chromium)
			(07) Cu
			(08) Hg
			(09) I (iodine)
			(10) Li
			(11) Mn
			(12) Ni (nikel)
			(13) Pb
			(14) Pt (platinum)
			(15) Se
			(16) Zn
		가(1)주. 화학반응-장비 측정(정성)- 고형조직	(01) Ag (silver)
			(02) AI (aluminium)
			(03) As
			(04) Cd
			(05) Co (cobalt)
			(06) Cr (chromium)
			(07) Cu
			(08) Hg

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(09) I (iodine)
			(10) Li
			(11) Mn
			(12) Ni (nikel)
			(13) Pb
			(14) Pt (platinum)
			(15) Se
			(16) Zn
		가(2). 화학반응-장비 측정(정량)	(01) Ag (silver)
			(02) AI (aluminium)
			(03) As
			(04) Cd
			(05) Co (cobalt)
			(06) Cr (chromium)
			(07) Cu
			(08) Hg
			(09) I (iodine)
			(10) Li
			(11) Mn
			(12) Ni (nikel)
			(13) Pb
			(14) Pt (platinum)
			(15) Se
			(16) Zn

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
		가(2)주. 화학반응—장비 측정(정량)— 고형조직	(01) Ag (silver)
			(02) AI (aluminium)
			(03) As
			(04) Cd
			(05) Co (cobalt)
			(06) Cr (chromium)
			(07) Cu
			(08) Hg
			(09) I (iodine)
			(10) Li
			(11) Mn
			(12) Ni (nikel)
			(13) Pb
			(14) Pt (platinum)
			(15) Se
			(16) Zn
		나(1). 정밀분광 －질량 분석 －질량(정량)	(01) Ag (silver)
			(02) AI (aluminium)
			(03) As
			(04) Cd
			(05) Co (cobalt)
			(06) Cr (chromium)
			(07) Cu
			(08) Fe (iron)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(09) Fluoride
			(10) Hg
			(11) I (iodine)
			(12) Li
			(13) Mn
			(14) Ni (nikel)
			(15) Pb
			(16) Pt (platinum)
			(17) Se
			(18) Zn
			(19) 요중불화물
		나(1)주. 정밀분광 -질량 분석 -질량(정량) -고형조직	(01) Ag (silver)
			(02) AI (aluminium)
			(03) As
			(04) Cd
			(05) Co (cobalt)
			(06) Cr (chromium)
			(07) Cu
			(08) Fe (iron)
			(09) Fluoride
			(10) Hg
			(11) I (iodine)
			(12) Li
			(13) Mn

항 목	제 목	세부인정사항	
			(14) Ni (nikel)
			(15) Pb
			(16) Pt (platinum)
			(17) Se
			(18) Zn
			(19) 요중불화물
누571 조기양막파수 검사		가. 일반면역검사- 간이검사	(01) 인산화된 인슐린양 성장인자결합단백질-1 Phosphorylated Insulin-like Growth Factor Binding Protein-1(phIGFBP-1)
			(02) 인슐린양성장인자결합 단백질-1 Insulin-Like Growth Factor Binding Protein-1
			(03) 태반알파마이크로 글로불린-1 Placental Alpha-1 Microglobulin Protein
			(04) 태아피브로넥틴정성검사 Fetal Fibronectin
		나. 정밀면역검사	(01) 태아피브로넥틴정량검사 Fetal Fibronectin
누580 관찰판정- 현미경		나. 일반염색	(01) Wet Smear, vaginal
			(02) 그람염색 Gram's Stain
			(03) 디프테리아겸경 Diphteria Stain

항 목	제 목	세부인정사항	
		다. 특수염색	(01) 협막, 편모 Capsule and Flagella
누581 일반배양		나주4. 배양 및 동정- 정량배양	(01) 기관지폐포세척액
			(02) 이식재초음파세척액
			(03) 조직세균(외상 및 화상환자)
		다. 동정 또는 아형판정[균종에 따라 각각 산정]	(01) 공응집검사 Co-Agglutination Test
			(02) 라텍스응집검사 Latex Agglutination Test
		라(3). 약제감수성-비색법	(01) 카바페넴 분해효소 Carbapenemase
		라(5). 약제감수성-형광법	(01) 카바페넴 분해효소 Carbapenemase
		마(1)주1. 배양, 동정 및 디스크확산법-정량배양	(01) 기관지폐포세척액
			(02) 이식재초음파세척액
			(03) 조직세균(외상 및 화상환자)
		마(2)주1. 배양, 동정 및 항균제 최소억제농도 -정량배양	(01) 기관지폐포세척액
			(02) 이식재초음파세척액
			(03) 조직세균 (외상 및 화상환자)
누582 특수배양 (배양 및 동정)			(01) Chlamydia
			(02) Legionella
			(03) Leptospira
			(04) Yersinia
			(05) 비뇨생식기마이코 플라즈마, 유레아플라즈마

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(06) 캄필로박터 (Campylobactor)
			(07) 클로스트리디움 디피씰 (Clostridium difficile)
			(08) 호흡기마이코플라즈마
누584 일반면역검사		가. 세균항원(균종별)	(01) Chlamydia
			(02) Legionella
			(03) Mycoplasma
			(04) Rickettsia
		나. 세균항체(균종별)	(01) Actinomyces
			(02) Bordetella pertussis
			(03) Borellia burgdorferi
			(04) Brucella
			(05) Chlamydia psittaci
			(06) Chlamydia trachomatis IgG
			(07) Chlamydia trachomatis IgM
			(08) Clostridium tetani (Tetanus)
			(09) Corynebacterium diphtheriae
			(10) Haemophilus influenzae
			(11) Legionella
			(12) Leptospira

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(13) Mycoplasma
			(14) Neisseria
			(15) Rickettsia (R. typhi, R. rickettsii 제외)
			(16) Rickettsia 3 Type
			(17) 홍반열(Spotted Fever)
			(18) 발진열(Murine Typhus)
			(19) Salmonella
			(20) Yersinia
			(21) Yersinia enterocolitica O3
			(22) Yersinia pseudotuberculosis
			(23) 스트렙토코커스항체 (스트렙토자임항체)
			(24) 스트렙토코커스항체 (항스트렙토키나제항체)
			(25) 쯔쯔가무시병 (Orientia tsutusgamushi, Scrub Typhus)
			(26) Chlamydia
		다. 소변 세균항원 -간이검사	(01) Legionella
			(02) 폐렴사슬알균 Streptococcus Pneumoniae
누587 정밀면역검사		가. 세균항원(균종별)	(01) Chlamydia
			(02) Legionella

항 목	제 목	세부인정사항	
			(03) Mycoplasma
			(04) Rickettsia
		나(1). 세균항체(균종별) -총(Total)	(01) Actinomyces
			(02) Bordetellapertussis
			(03) Borelliaburgdorferi
			(04) Brucella
			(05) Clostridiumtetani (Tetanus)
			(06) Corynebacterium diphtheriae
			(07) Haemophilus influenzae
			(08) Legionella
			(09) Leptospira
			(10) Neisseria
			(11) Salmonella
			(12) Yersinia
			(13) Yersinia Enterocolitica O3
			(14) Yersinia pseudotuberculosis
		나(2). 세균항체(균종별)-IgG	(01) Chlamydia
			(02) Chlamydia psittaci
			(03) Chlamydia trachomatis
			(04) Mycoplasma
			(05) Rickettsia

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(06) Rickettsia 3 Type
			(07) 발진열(Murine Typhus)
			(08) 쯔쯔가무시병 (Orientia tsutusgamushi, Scrub Typhus)
			(09) 홍반열(Spotted Fever)
		나(3). 세균항체(균종별)-IgM	(01) Chlamydia
			(02) Chlamydia psittaci
			(03) Chlamydia trachomatis IgM
			(04) Rickettsia
			(05) Rickettsia 3 Type
			(06) 발진열(Murine Typhus)
			(07) 스트렙토코커스항체 (항DNAseB항체)
			(08) 쯔쯔가무시병(Orientia tsutusgamushi, Scrub Typhus)
			(09) Mycoplasma
			(10) 홍반열(Spotted Fever)
누588 면역형광법-세균항체 (균종별)			(01) 장티푸스 VI 항체 Salmonella Thyphi VI Antibody
			(02) 바르토넬라 Bartonella henselae

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
누591 핵산증폭		가. 정성그룹1	(01) Bordetella pertussis [중합효소연쇄반응법]
			(02) Borrelia burgdorferi [중합효소연쇄반응법]
			(03) Chlamydia pneumoniae [중합효소연쇄반응법]
			(04) Chlamydia trachomatis [중합효소연쇄반응법]
			(05) Gardnerella vaginalis [중합효소연쇄반응법]
			(06) Haemophilus ducreyi [중합효소연쇄반응법]
			(07) Helicobacter pylori [중합효소연쇄반응법]
			(08) Legionella pneumophila [중합효소연쇄반응법]
			(09) Leptospira [중합효소연쇄반응법]
			(10) Mycoplasma genitalium [중합효소연쇄반응법]
			(11) Mycoplasma hominis [중합효소연쇄반응법]
			(12) Neisseria gonorrhoeae [중합효소연쇄반응법]

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(13) Salmonella [중합효소연쇄반응법]
			(14) Ureaplasma species (Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum) [중합효소연쇄반응법]
			(15) 대장균 O157 (Escherichia coli O157) [중합효소연쇄반응법]
			(16) 폐렴마이코플라즈마 (Mycoplasma pneumoniae) [중합효소연쇄반응법]
			(17) B군 사슬알균 [루프매개등온핵산증폭법]
		나. 정성그룹2	(01) Chlamydia [중합효소연쇄반응교잡반응법]
			(02) Mycoplasma pneumoniae [실시간중합효소연쇄반응법]
			(03) Helicobacter pylori [실시간중합효소연쇄반응법]
			(04) Ureaplasma species (Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum) [실시간중합효소연쇄반응법]
			(05) Clostridium difficile 독소 유전자 [실시간중합효소연쇄반응법]

항 목	제 목	세부인정사항	
			(06) Clostridium difficile 독소 유전자 [루프매개등온증폭법]
			(07) B군 사슬알균 [중합효소연쇄반응-교잡반응법]
			(08) Gardnerella vaginalis [실시간중합효소연쇄반응법]
			(09) Mycoplasma genitalium [실시간중합효소연쇄반응법]
			(10) Mycoplasma hominis [실시간중합효소연쇄반응법]
			(11) Neisseria gonorrhoeae [실시간중합효소연쇄반응법]
			(12) 대장균 O157 (Escherichia coli O157) [실시간중합효소연쇄반응법]
			(13) 쯔쯔가무시병 (16S rRNA) [실시간중합효소연쇄반응법]
			(14) Bordetella pertussis [실시간중합효소연쇄반응법]
			(15) Legionella pneumophila [실시간중합효소연쇄반응법]
			(16) Streptococcus pneumoniae [실시간중합효소연쇄반응법]
			(17) Haemophilus influenzae

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			[실시간중합효소연쇄반응법]
			(18) A군 연쇄상구균 [실시간중합효소연쇄반응법]
		나주.정성그룹2-통합자동진단키트 이용	(01) Clostridium difficile 독소 유전자 [실시간중합효소연쇄반응법]
			(02) Clostridium difficile 독소 유전자 [루프매개등온증폭법]
		다. 약제내성그룹1	(01) Helicobacter pylori 클라리스로마이신 내성 돌연변이 [중합효소연쇄반응법]
			(02) Vancomycin-Resistant Enterococci (VRE) Genotype [중합효소연쇄반응법]
			(03) 카바페넴 분해효소 유전자 (KPC, NDM, VIM, IMP 유전자 각각 산정) [중합효소연쇄반응법] Carbapenemase Gene (KPC, NDM, VIM, IMP)
누592 핵산교잡		가. 동소교잡그룹	(01) Chlamydia
			(02) Ureaplasma
누593 염기서열분석		가. 유전자형그룹 3	(01) 세균 rDNA, 동정
누604		가. 정성그룹2	(01) 결핵균

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
핵산증폭			[중합효소연쇄반응법] Mycobacterium Tuberculosis
			(02) 비결핵항산균(NTM) 동정검사[중합효소연쇄반응교잡반응법]
			(03) 비결핵항산균(NTM) 동정검사[중합효소연쇄반응-제한효소절편길이다형법]
			(04) 비결핵항산균(NTM) [이중중합효소연쇄반응법]
		나. 정성그룹3	(01) 결핵균 [이중중합효소연쇄 반응법] Mycobacterium Tuberculosis
			(02) 결핵균 [중합효소연쇄반응교잡반응법] Mycobacterium Tuberculosis
			(03) 항결핵약제 내성 결핵균 검사(리팜피신) [중합효소연쇄반응교잡반응법] Rifampicin Resistance Test
			(04) 항결핵약제 내성 결핵균 검사(이소나이아짓) [중합효소연쇄반응교잡반응법] Isoniazid Resistance Test

항 목	제 목	세부인정사항	
			(05) 결핵균 및 리팜핀, 이소나이아짓 내성검사 [실시간 중합효소연쇄반응법] Detection of M.tuberculosis, Isoniazid and Rifampin Resistance
			(06) 항결핵약제 내성 결핵균 검사 (리팜피신 및 이소나이아짓) [실시간 중합효소연쇄반응법] Rifampicin and Isoniazid Resistance Test
		다. 정성그룹4	(01) 결핵균 및 리팜핀 내성검사 [실시간 이중중합효소연쇄 반응법] Detection of M.tuberculosis and Rifampin Resistance
누605 염기서열분석		가. 약제내성그룹 2	(01) 항결핵약제 내성 결핵균 검사(피라지나마이드)
			(02) 항결핵약제 내성 결핵균 검사(이소니아지드)
			(03) 항결핵약제 내성 결핵균 검사(리팜피신)
누620 일반진균검사		다. 화학반응-장비측정	(01) (1-3)-β-D-Glucan
누621 진균항원		가. 일반면역검사	(01) Aspergillus
			(02) Candida

항 목	제 목	세부인정사항	
[균종별]			(03) Cryptococcus
		나. 정밀면역검사	(01) Aspergillus (Galactomannan)
			(02) Candida
누622 진균항체 [균종별]		가. 일반면역검사	(01) Aspergillus
			(02) Blastomyces
			(03) Candida
			(04) Coccidiodes
			(05) Cryptococcus
			(06) Histoplasma
			(07) Mucorales (Mucormycosis)
		나. 정밀면역검사	(01) Aspergillus
			(02) Blastomyces
			(03) Candida
			(04) Coccidiodes
			(05) Cryptococcus
			(06) Histoplasma
			(07) Mucorales (Mucormycosis)
		다. 웨스턴블롯	(01) Aspergillus
			(02) Blastomyces
			(03) Histoplasma
누623		가. 정성그룹1	(01) Fungus rDNA

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
핵산증폭			[중합효소연쇄반응법]
			(02) Pneumocystis jirovecii [중합효소연쇄반응법]
			(03) Candida albicans [중합효소연쇄반응법]
		나. 정성그룹2	(01) Candida albicans [중합효소연쇄반응법]
누624 염기서열분석		가. 유전자형그룹 3	(01) 진균 rDNA, 동정
누641 기생충항체 (균종별)		가. 일반면역검사	(01) Ameba
			(02) Giardia lamblia
			(03) Plasmodium
			(04) Toxoplasma
			(05) Trichinella
		나(1). 정밀면역검사-IgG	(01) Ameba
			(02) Clonorchis
			(03) Cysticercus
			(04) Echinococcus
			(05) Fasciola hepatica
			(06) Giardia lamblia
			(07) Paragonimus
			(08) Plasmodium
			(09) Sparganum
			(10) Toxoplasma

항 목	제 목	세부인정사항	
			(11) Trichinella
			(12) Toxocara
		나(2). 정밀면역검사-IgM	(01) Ameba
			(02) Giardia lamblia
			(03) Plasmodium
			(04) Toxoplasma
누642 핵산증폭		가. 정성그룹1	(01) Plasmodium [중합효소연쇄반응법]
			(02) Toxoplasma [중합효소연쇄반응법]
			(03) Trichomonas vaginalis [중합효소연쇄반응법]
		나. 정성그룹2	(01) Plasmodium [이중중합효소연쇄반응법]
			(02) Trichomonas vaginalis [실시간중합효소연쇄반응법]
누653 일반면역검사		가. 바이러스항원 (바이러스별)	(01) Respiratory Syncytial Virus
			(02) Adenovirus
			(03) Rotavirus
		나. 바이러스항체 (바이러스별)	(01) Adenovirus
			(02) Coxsackievirus A (Type 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 16)
			(03) Coxsackievirus B (Type 1, 2, 3, 4, 5, 6)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(04) Echovirus (Type 3, 6, 7, 9, 11, 12)
			(05) Enterovirus (Type 70, 71)
			(06) Epstein-Barr Virus (EBV)-Early Antigen
			(07) Epstein-Barr Virus (EBV)-Nuclear Antigen
			(08) Epstein-Barr Virus (EBV)-Viral Capsid
			(09) Herpes Simplex Virus (HSV) (Type 1, 2)
			(10) Influenza Virus (Type A, B)
			(11) Measles Virus
			(12) Mumps Virus
			(13) Parainfluenza Virus (type 1, 2, 3, 4)
			(14) Poliovirus Type 1
			(15) Reovirus
			(16) Respiratory Syncytial Virus
			(17) Rotavirus
			(18) Rubella Virus
			(19) Varicella-Zoster Virus (VZV)

항 목	제 목	세부인정사항	
			(20) 거대세포바이러스 (Cytomegalovirus, CMV)
			(21) 뎅기열바이러스 (Dengue Virus)
			(22) 성인 T세포 백혈병바이러스 (Human T-Lymphotropic Virus Type I, II, III, HTLV-I, II, III)
			(23) 일본뇌염바이러스 (Japanese Encephalitis Virus)
			(24) 파보바이러스 B19 (Parvovirus B19)
			(25) 한탄바이러스 (Hantaan virus)
누654 정밀면역검사		가. 바이러스항원 (바이러스별)	(01) Adenovirus
			(02) Epstein-Barr Virus (EBV)-Early Antigen
			(03) Epstein-Barr Virus (EBV)-Nuclear Antigen
			(04) Epstein-Barr Virus (EBV)-Viral Capsid
			(05) Herpes Simplex Virus (HSV) (Type 1, 2)
			(06) Measles Virus
			(07) Mumps Virus

항 목	제 목	세부인정사항	
			(08) Norovirus
			(09) Respiratory Syncytial Virus
			(10) Rotavirus
			(11) Rubella Virus
			(12) Varicella-Zoster Virus (VZV)
			(13) 거대세포바이러스 (Cytomegalovirus, CMV)
			(14) 한탄바이러스 (Hantaan virus)
		가주. 바이러스항원 (바이러스별) -2종 동시검사	(01) Adenovirus, Rotavirus
		나(1). 바이러스항체 (바이러스별)-IgG	(01) Adenovirus
			(02) Coxsackievirus A (Type 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 16)
			(03) Coxsackievirus B (Type 1, 2, 3, 4, 5, 6)
			(04) Echovirus (Type 3, 6, 7, 9, 11, 12)
			(05) Enterovirus (Type 70, 71)
			(06) Epstein-Barr Virus (EBV)-Early Antigen

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(07) Epstein-Barr Virus (EBV)-Nuclear Antigen
			(08) Epstein-Barr Virus (EBV)-Viral Capsid
			(09) Herpes Simplex Virus (HSV) (Type 1, 2)
			(10) Influenza Virus (Type A, B)
			(11) Measles Virus
			(12) Mumps Virus
			(13) Parainfluenza Virus (Type 1, 2, 3, 4)
			(14) Poliovirus Type 1
			(15) Reovirus
			(16) Respiratory Syncytial Virus
			(17) Rotavirus
			(18) Rubella Virus
			(19) Varicella-Zoster Virus (VZV)
			(20) 거대세포바이러스 (Cytomegalovirus, CMV)
			(21) 뎅기열바이러스 (Dengue Virus)
			(22) 성인 T세포 백혈병 바이러스 (Human T-Lymphotropic Virus Type I, II, III, HTLV-I, II, III)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(23) 일본뇌염바이러스 (Japanese Encephalitis Virus)
			(24) 파보바이러스 B19 (Parvovirus B19)
			(25) 한탄바이러스 (Hantaan virus)
			(26) SARS-CoV-2)) (총 항체(Total antibody) 검사 시에도 소정점수 산정)
		나(1)주. 바이러스항체 (바이러스별)-IgG-항체결합력검사	(01) Rubella Virus
			(02) 거대세포바이러스 (Cytomegalovirus, CMV)
		나(2). 바이러스항체 (바이러스별)-IgM	(01) Adenovirus
			(02) Coxsackievirus A (Type 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 16)
			(03) Coxsackievirus B (Type 1, 2, 3, 4, 5, 6)
			(04) Echovirus (Type 3, 6, 7, 9, 11, 12)
			(05) Enterovirus (Type 70, 71)
			(06) Epstein-Barr Virus (EBV)-Early Antigen
			(07) Epstein-Barr Virus (EBV)-Nuclear Antigen

항 목	제 목	세부인정사항	
			(08) Epstein-Barr Virus (EBV)-Viral Capsid
			(09) Herpes Simplex Virus (HSV) (Type 1, 2)
			(10) Influenza Virus (Type A, B)
			(11) Measles Virus
			(12) Mumps Virus
			(13) Parainfluenza Virus (Type 1, 2, 3, 4)
			(14) Poliovirus Type 1
			(15) Reovirus
			(16) Respiratory Syncytial Virus
			(17) Rotavirus
			(18) Rubella Virus
			(19) Varicella-Zoster Virus (VZV)
			(20) 거대세포바이러스 (Cytomegalovirus, CMV)
			(21) 뎅기열바이러스 (Dengue Virus)
			(22) 성인 T세포 백혈병 바이러스 (Human T-Lymphotropic Virus Type I, II, III, HTLV-I, II, III)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(23) 일본뇌염바이러스 (Japanese Encephalitis Virus)
			(24) 파보바이러스 B19 (Parvovirus B19)
			(25) 한탄바이러스 (Hantaan virus)
누655 면역형광법		가. 바이러스항원 (바이러스별)	(01) Adenovirus
			(02) Epstein-Barr Virus (EBV)-Early Antigen
			(03) Epstein-Barr Virus (EBV)-Nuclear Antigen
			(04) Epstein-Barr Virus (EBV)-Viral Capsid
			(05) Herpes Simplex Virus (HSV) (Type 1, 2)
			(06) Influenza Virus A
			(07) Influenza Virus B
			(08) Measles Virus
			(09) Mumps Virus
			(10) Parainfluenza Virus
			(11) Respiratory Syncytial Virus
			(12) Rotavirus
			(13) Rubella Virus

항 목	제 목	세부인정사항	
			(14) Varicella-Zoster Virus (VZV)
			(15) 거대세포바이러스 (Cytomegalovirus, CMV)
			(16) 한탄바이러스 (Hantaan virus)
		나. 바이러스항체 (바이러스별) Viral Antibody†	(01) 한탄바이러스 (Hantaan virus)
누656 중화시험		가(1). 바이러스항체-IgG (바이러스별)	(01) Adenovirus (Type 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 19)
			(02) Coxsackievirus A (Type 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 16)
			(03) Coxsackievirus B (Type 1, 2, 3, 4, 5, 6)
			(04) Echovirus (Type 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 30)
			(05) Enterovirus (Type 70, 71)
			(06) Herpes Simplex Virus (HSV) (Type 1, 2)
			(07) Influenza Virus (Type A, B)

항 목	제 목	세부인정사항	
			(08) Measles Virus
			(09) Mumps Virus
			(10) Parainfluenza Virus (Type 1, 2, 3, 4)
			(11) Poliovirus (Type 1, 3)
			(12) Reovirus
			(13) Respiratory Syncytial Virus
			(14) Rubella Virus
			(15) 뎅기열바이러스 (Dengue Virus)
			(16) 성인 T세포 백혈병 바이러스 (Human T-Lymphotropic Virus Type I, II, III, HTLV-I, II, III)
			(17) 일본뇌염바이러스 (Japanese Encephalitis Virus)
			(18) 파보바이러스 B19 (Parvovirus B19)
		가(2). 바이러스항체-IgM (바이러스별)	(01) Adenovirus (Type 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 19)
			(02) Coxsackievirus A (Type 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 16)
			(03) Coxsackievirus B (Type 1, 2, 3, 4, 5, 6)

항 목	제 목	세부인정사항	
			(04) Echovirus (Type 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 30)
			(05) Enterovirus (Type 70, 71)
			(06) Herpes Simplex Virus (HSV) (Type 1, 2)
			(07) Influenza Virus (Type A, B)
			(08) Measles Virus
			(09) Mumps Virus
			(10) Parainfluenza Virus (Type 1, 2, 3, 4)
			(11) Poliovirus (Type 1, 3)
			(12) Reovirus
			(13) Respiratory Syncytial Virus
			(14) Rubella Virus
			(15) 뎅기열바이러스 (Dengue Virus)
			(16) 성인 T세포 백혈병 바이러스 (Human T-Lymphotropic Virus Type I, II, III, HTLV-I, II, III)
			(17) 일본뇌염바이러스 (Japanese Encephalitis Virus)
			(18) 파보바이러스 B19 (Parvovirus B19)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
누657 웨스턴블롯		가(1). 바이러스항체-IgG (바이러스별)	(01) Adenovirus (Type 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 19)
			(02) Coxsackievirus A (Type 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 16)
			(03) Coxsackievirus B (Type 1, 2, 3, 4, 5, 6)
			(04) Epstein-Barr Virus (EBV)
			(05) Echovirus (Type 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 30)
			(06) Enterovirus (Type 70, 71)
			(07) Herpes Simplex Virus (HSV) (Type 1, 2)
			(08) Influenza Virus (Type A, B)
			(09) Measles Virus
			(10) Mumps Virus
			(11) Parainfluenza Virus (Type 1, 2, 3, 4)
			(12) Poliovirus (Type 1, 3)
			(13) Reovirus
			(14) Respiratory Syncytial Virus
			(15) Rubella Virus

항 목	제 목	세부인정사항	
			(16) 뎅기열바이러스 (Dengue Virus)
			(17) 성인 T세포 백혈병 바이러스(Human T-Lymphotropic Virus Type I, II, III, HTLV- I, II, III)
			(18) 일본뇌염바이러스 (Japanese Encephalitis Virus)
			(19) 파보바이러스 B19 (Parvovirus B19)
		가(2). 바이러스항체-IgM (바이러스별)	(01) Adenovirus (Type 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 19)
			(02) Coxsackievirus A (Type 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 16)
			(03) Coxsackievirus B (Type 1, 2, 3, 4, 5, 6)
			(04) Epstein-Barr Virus (EBV)
			(05) Echovirus (Type 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 30)
			(06) Enterovirus (Type 70, 71)

항 목	제 목	세부인정사항	
			(07) Herpes Simplex Virus (HSV) (Type 1, 2)
			(08) Influenza Virus (Type A, B)
			(09) Measles Virus
			(10) Mumps Virus
			(11) Parainfluenza Virus (Type 1, 2, 3, 4)
			(12) Poliovirus (Type 1, 3)
			(13) Reovirus
			(14) Respiratory Syncytial Virus
			(15) Rubella Virus
			(16) 뎅기열바이러스 (Dengue Virus)
			(17) 성인 T세포 백혈병 바이러스 (Human T-Lymphotropic Virus Type I, II, III, HTLV-I, II, III)
			(18) 일본뇌염바이러스 (Japanese Encephalitis Virus)
			(19) 파보바이러스 B19 (Parvovirus B19)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
누658 핵산증폭		가. 정성그룹1	(01) Adenovirus [중합효소연쇄반응법]
			(02) BK 바이러스 [중합효소연쇄반응법]
			(03) Epstein-Barr Virus (EBV) [중합효소연쇄반응법]
			(04) Herpes Simplex Virus (HSV) (Type 1, 2) [중합효소연쇄반응법]
			(05) Human Herpesvirus (HHV) (Type 6, 7, 8) [중합효소연쇄반응법]
			(06) JC Virus [중합효소연쇄반응법]
			(07) Varicella-Zoster Virus (VZV) [중합효소연쇄반응법]
			(08) 거대세포바이러스 (Cytomegalovirus, CMV) [중합효소연쇄반응법]
			(09) 인유두종바이러스 (Human Papillomavirus, HPV) [중합효소연쇄반응법]
			(10) 파보바이러스 B19 (Parvovirus B19) [중합효소연쇄반응법]

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
		나. 정성그룹2	(01) Enterovirus [역전사중합효소연쇄반응법]
			(02) Epstein-Barr Virus (EBV) [이중중합효소연쇄반응법]
			(03) Mumps Virus [역전사중합효소연쇄반응법]
			(04) Rubella Virus [역전사중합효소연쇄반응법]
			(05) Varicella-Zoster Virus (VZV) [이중중합효소연쇄반응법]
			(06) 거대세포바이러스 (Cytomegalovirus, CMV) [실시간중합효소연쇄반응법]
			(07) 거대세포바이러스 (Cytomegalovirus, CMV) [이중중합효소연쇄반응법]
			(08) 인유두종바이러스(Human Papillomavirus, HPV) [이중중합효소연쇄반응법]
			(09) Herpes Simplex Virus(HSV) (Type 1,2) [실시간중합효소연쇄반응법]
			(10) 뎅기바이러스[역전사루프매개등온핵산증폭법]
			(11) BK 바이러스 [실시간중합효소연쇄반응법]
		다. 정성그룹3	(01) 성인 T세포 백혈병 바이러스

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(Human T-Lymphotropic Virus Type I, II, III, HTLV-I, II, III) [역전사 이중중합효소 연쇄반응법]
			(02) 지카바이러스 [실시간역전사중합효소 연쇄반응법]
			(03) 뎅기바이러스 [실시간역전사중합효소연쇄반응법]
			(04) 장바이러스 [실시간역전사중합효소연쇄반응법]
			(05) SARS-CoV-2 [실시간역전사중합효소 연쇄반응법]
		다주.정성그룹3-통합자동진단키트 이용	(01) 장바이러스 [실시간역전사중합효소연쇄반응법]
		라. 정성그룹4	(01) 중증열성혈소판감소증후군바이러스 [실시간역전사중합효소연쇄반응법]
			(02) 한탄바이러스 (Hantaan virus) [역전사 이중중합효소 연쇄반응법]
			(03) 메르스 코로나바이러스 (MERS Coronavirus) [실시간역전사중합효소 연쇄반응법]

항 목	제 목	세부인정사항	
		마. 정량그룹1	(01) BK 바이러스 [실시간중합효소연쇄반응법]
			(02) Epstein-Barr Virus (EBV) [실시간중합효소연쇄반응법]
			(03) 거대세포바이러스 (Cytomegalovirus, CMV) [실시간중합효소연쇄반응법]
			(04) 파보바이러스 B19 (Parvovirus B19) [실시간중합효소연쇄반응법]
		바. 유전자형그룹1	(01) Epstein-Barr Virus (EBV) [중합효소연쇄반응-제한효소절편길이다형법]
			(02) 인유두종바이러스 (Human Papillomavirus, HPV) [Hybrid Capture Assay법]
			(03) 인유두종바이러스(Human Papillomavirus, HPV) [중합효소연쇄반응-제한효소절편길이다형법]
			(04) 인유두종바이러스(Human Papillomavirus, HPV) [실시간중합효소연쇄반응법]
			(05) 인유두종바이러스 (Human Papillomavirus,

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			HPV) [인베이더법]
			(06) 인유두종바이러스(Human Papillomavirus, HPV) [중합효소연쇄반응-교잡반응법]
			(07) 인유두종바이러스(Human Papillomavirus, HPV) [중합효소연쇄반응-제한효소절편질량다형법]
			(08) 인유두종바이러스(Human Papillomavirus, HPV) [중합효소연쇄반응법]
누659 핵산교잡		가. 동소교잡그룹	(01) Adenovirus
			(02) Epstein-Barr Virus (EBV)
			(03) 거대세포바이러스 (Cytomegalovirus, CMV)
			(04) 인유두종바이러스(Human Papillomavirus, HPV)
		나. 유전자형그룹1	(01) 인유두종바이러스(Human Papillomavirus, HPV) [DNA Microarray법]
			(02) 인유두종바이러스(Human Papillomavirus, HPV) [PNA Microarray법]
			(03) 인유두종바이러스(Human Papillomavirus, HPV) [비드마이크로어레이법]
누660		가. 약제내성그룹 2	(01) 거대세포바이러스

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
염기서열분석			약제내성유발 돌연변이
		나. 유전자형그룹 3	(01) 인유두종바이러스(Human Papilloma virus, HPV)
누680 핵산증폭		가. 다종그룹1	(01) 급성설사 원인 바이러스
			(02) 급성설사 원인세균
			(03) 뇌수막염/뇌염/수막뇌염 원인세균
			(04) 폐렴 원인균
			(05) 호흡기 병원체(바이러스, 폐렴원인균)
			(06) 호흡기 바이러스
			(07) 뇌수막염/뇌염/수막뇌염 원인 바이러스
			(08) 성매개감염원인균
			(09) 뇌수막염/뇌염/수막뇌염 원인 진균
			(10) 뇌수막염/뇌염/수막뇌염 병원체(바이러스, 세균, 진균)
			(11) 급성설사 병원체(바이러스, 세균, 원충)
			(12) 급성설사 원인 원충
			(13) SARS-CoV-2를 포함한 호흡기바이러스
		나. 다종그룹2	(01) 급성설사 원인 바이러스
			(02) 급성설사 원인 세균

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(03) 뇌수막염/뇌염/수막뇌염 원인 세균
			(04) 폐렴 원인균
			(05) 호흡기 병원체(바이러스, 폐렴원인균)
			(06) 호흡기 바이러스
			(07) 뇌수막염/뇌염/수막뇌염 원인 바이러스
			(08) 성매개 감염균
			(09) 뇌수막염/뇌염/수막뇌염 원인 진균
			(10) 뇌수막염/뇌염/수막뇌염 병원체(바이러스, 세균, 진균)
			(11) 급성설사 병원체(바이러스, 세균, 원충)
			(12) 급성설사 원인 원충
		다. 다종그룹3	(10) 뇌수막염/뇌염/수막뇌염 병원체(바이러스, 세균, 진균)
			(11) 급성설사 병원체(바이러스, 세균, 원충)
		라. 다종그룹4	(01) 호흡기 병원체(바이러스, 폐렴원인균) 및 약제내성 유전자
			(02) 혈류감염증 병원체(그람양성세균, 그람음성세균, 진균) 및 약제내성유전자

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
누685 핵산증폭		가. 다종그룹1	(01) 반코마이신 내성 장구균 유전자형
			(02) 카바페넴 분해효소 유전자
누693 핵산증폭		가. 정성그룹 1	(01) Treponema pallidium [중합효소연쇄반응법]
		나. 정성그룹2	(01) Treponema pallidium [실시간중합효소연쇄반응법]
누701 정밀면역검사		가. A형간염항체	(01) IgG
			(02) IgM
		가주. A형간염항체 –핵의학적 방법	(01) IgG
			(02) IgM
		다(2). B형간염표면항원(정량)	(01) 전기화학발광면역측정법
			(02) 화학발광미세입자면역측정법
		마. B형간염핵심항체	(01) IgG
			(02) IgM
		마주. B형간염핵심항체 –핵의학적 방법	(01) IgG
			(02) IgM
		차. E형간염항체	(01) IgG
			(02) IgM
누704 핵산증폭		가. 정성그룹1	(01) B형간염바이러스 [중합효소연쇄반응법]
		나. 정성그룹2	(01) C형간염바이러스

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			[역전사중합효소연쇄반응법]
			(02) E형간염바이러스 [역전사중합효소연쇄반응법]
		다. 정성그룹3	(01) C형간염바이러스 [역전사중합효소연쇄반응 교잡반응법]
			(02) C형간염바이러스 [실시간역전사중합효소 연쇄반응법]
			(03) D형간염바이러스 [역전사 이중중합효소연쇄반응법]
		라. 정량그룹1	(01) B형간염바이러스 [bDNA유전자신호증폭측정법]
			(02) B형간염바이러스 [교잡포획검사법(CMHA)]
			(03) B형간염바이러스 [실시간중합효소연쇄반응법]
			(04) B형간염바이러스 [중합효소연쇄반응교잡반응법]
		마. 정량그룹2	(01) C형간염바이러스 [bDNA유전자신호증폭법]
			(02) C형간염바이러스 [실시간역전사중합효소 연쇄반응법]
			(03) C형간염바이러스

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			[역전사중합효소연쇄반응 정량검사법]
		바. 약제내성그룹1	(01) B형간염바이러스 약제내성 돌연변이(라미부딘) [중합효소연쇄반응-제한효소절편길이다형법]
			(02) B형간염바이러스 약제내성 돌연변이(라미부딘) [중합효소연쇄반응-제한효소절편질량다형법]
			(03) B형간염바이러스 약제내성 돌연변이(아데포비어) [중합효소연쇄반응-제한효소절편질량다형법]
			(04) B형간염바이러스 약제내성 돌연변이(엔테카비어) [중합효소연쇄반응-제한효소절편질량다형법]
		사. 유전자형그룹2	(01) C형간염바이러스 [역전사중합효소연쇄반응 교잡반응법]
			(02) C형간염바이러스 [중합효소연쇄반응-제한효소절편질량다형법]
누705 염기서열분석		가. 약제내성그룹2	(01) B형간염바이러스약제내성 유발돌연변이
			(02) C형간염 바이러스, NS5A L31/Y93유전자 돌연변이

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
		나. 유전자형그룹3	(01) C형간염 바이러스
누722 웨스턴블롯		가. HIV 항체	(01) HIV-1
			(02) HIV-2
누723 핵산증폭		가. 정성그룹2	(01) HIV [역전사중합효소연쇄반응법]
		나. 정량그룹2	(01) HIV [bDNA 유전자 신호 증폭측정법]
			(02) HIV [역전사중합효소연쇄 반응정량검사법]
누724 염기서열분석		가. 약제내성그룹2	(01) HIV
누741 면역글로불린 (정량)			(01) IgA
			(02) IgD
			(03) IgE
			(04) IgG
			(05) IgM
누742 면역글로불린G 아형 [정밀면역검사] (정량)			(01) IgG1
			(02) IgG2
			(03) IgG3
			(04) IgG4
누744 항원특이면역 글로불린 [정밀면역검사] (정량)			(01) IgE
			(02) IgG
		주. 핵의학적 방법	(01) IgE

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
누747 보체정량 [정밀면역검사]		가. 일반	(01) C3
			(02) C4
		나. 특수	(01) C1q
			(02) C2
			(03) C4a
			(04) C5
			(05) C5a
			(06) C6
			(07) C7
			(08) C8
			(09) C9
			(10) CIC
			(11) Complement Activation
누760 호중구기능		가. 관찰판정-현미경	(01) NBT Test
		나. 세포기능검사	(01) 호중구 살균능검사 Neutrophil Microbial Killing Test
			(02) 호중구 주화성검사 Neutrophil Chemotaxis Test
			(03) 호중구 탐식능검사 Neutrophil Phagocytosis Test
		다. 유세포분석	(01) 호중구 산화물형성능검사

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			Neutrophil H2O2 Test
			(02) 호중구 살균능검사 Neutrophil Microbial Killing Test
			(03) 호중구 탐식능검사 Neutrophil Phagocytosis Test
누785 항ENA 항체		가. 일반면역검사	(01) 항Jo-1 항체
			(02) 항nucleosome 항체
			(03) 항Ribosomal P 항체
			(04) 항RNP 항체
			(05) 항Scl-70 항체
			(06) 항Sm 항체
			(07) 항SS-A(Ro) 항체
			(08) 항SS-B(La) 항체
			(09) 항중심체항체
			(10) 항히스톤항체
		나. 정밀면역검사	(01) 항Jo-1 항체
			(02) 항nucleosome 항체
			(03) 항Ribosomal P 항체
			(04) 항RNP 항체
			(05) 항Scl-70 항체
			(06) 항Sm 항체
			(07) 항SS-A(Ro) 항체

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(08) 항SS-B(La) 항체
			(09) 항중심체항체
			(10) 항히스톤항체
		다. 면역형광법	(01) 항Jo-1 항체
			(02) 항Ribosomal P 항체
			(03) 항Scl-70 항체
			(04) 항중심체항체
			(05) 항히스톤항체
누787 항ssDNA 항체		가. 정밀면역검사	(01) IgG
			(02) IgM
		나. 면역형광법	(01) IgG
			(02) IgM
누788 항카디오리핀 항체		가(2). 정밀면역검사(확진)	(01) IgA
			(02) IgG
			(03) IgM
누788-1 항카디오리핀 /항베타2 당단백I항체		가.정밀면역검사(확진)	(01) IgA
			(02) IgG
			(03) IgM
누789 항인지질항체		가(2). 정밀면역검사(확진)	(01) IgA
			(02) IgG
			(03) IgM
누790 항베타2		가. 정밀면역검사(확진)	(01) IgA
			(02) IgG

항 목	제 목	세부인정사항	
당단백Ⅰ항체			(03) IgM
누794 항호중구 세포질항체		가(3). 면역형광법(확진)	(01) C-ANCA
			(02) P-ANCA
		나(1). 정밀면역검사(확진)	(01) Cathepsin
			(02) Elastase
			(03) MPO
			(04) Proteinase 3
		나(2). 정밀면역검사(선별)	(01) MPO, Proteinase 3
누799-1 자가면역 간질환 항체 다종검사		가. 정밀면역검사	(01) AMA-M2, LC-1, LKM-1, SLA/LP
누806 순환면역복합체 [정밀면역검사]			(01) C1q Method
			(02) Monoclonal RF Method
			(03) Raji Cell Method
누807 ASCA [정밀면역검사]			(01) IgA
			(02) IgG
누840 조직형검사		가. 세포기능검사	(01) HLA Typing (Class Ⅰ) :A,B,C[혈청검사법]
			(02) HLA Typing (Class Ⅱ) :DQ[혈청검사법]
			(03) HLA Typing (Class Ⅱ) :DR[혈청검사법]
		나. 핵산증폭-저해상도	(01) HLA Typing (Class Ⅰ)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			: A,B,C
			(02) HLA Typing (Class II) :DQ
			(03) HLA Typing (Class II) :DR
			(04) HLA Typing (Class II) :DP
		다. 핵산증폭-고해상도	(01) HLA Typing (Class I) :A,B,C
			(02) HLA Typing (Class II) :DQ
			(03) HLA Typing (Class II) :DR
		라. 염기서열분석	(01) HLA Typing (Class I) :A,B,C
			(02) HLA Typing (Class II) :DQ
			(03) HLA Typing (Class II) :DR
			(04) HLA Typing (Class II) :DP
누841 조직형검사 -단일형		가. 세포기능검사	(01) HLA-B27[혈청검사법]
		나. 유세포분석	(01) HLA-B27
		다. 핵산증폭	(01) (Class II):DRB1검사
			(02) HLA-B27
			(03) HLA-B5801
		라. 염기서열분석	(01) (Class II):DRB1검사

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(02) HLA-B27
			(03) HLA-B5801
누843 HLA 항체검사		나(2)주1. 정밀면역검사 (동정)-단일 항원	(01) ClassⅠ [형광면역분석법]
			(02) ClassⅡ [형광면역분석법]
		나(2)주2. 정밀면역검사 (동정)-C1q 보체결합 단일항원	(01) ClassⅠ [형광면역분석법]
			(02) ClassⅡ [형광면역분석법]

[별표 2]

제 2 절 병리검사료 조직병리검사의 항목별 세부내용

(고시 제2019-28호('19.3.1.시행) 까지 반영)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
나560 조직병리검사	각 항목별 세부 내용	가. Level A	염증성, 감염성, 비종양성 병변이 의심되는 소견이 있는 경우
			각막 (Cornea) 갑상설관낭/아가미틈새낭 (Thyroglossal Duct Cyst/Brachial Cleft Cyst) 결막- 생검/익상편제거 (Conjunctiva-Biopsy/Pterygium) 결장- 결장루 (Colon- Colostomy Stoma) 결절낭종 (Ganglion Cyst) 고환부속기 (Testicular Appendage) 골조각- 병적골절외(외상성등) (Bone Fragment(s)- not Pathologic Fracture (Traumatic etc)) 관절- 유리체 (Joint- Loose Body) 교감신경절 (Sympathetic Ganglion) 난관- 불임시술 (Fallopian Tube-Sterilization) 담낭 (부수적 제거 포함) (Gallbladder (including incidental)) 동맥/심실- 동맥류 (Arterial/Ventricular- Aneurysm) 동맥/죽상판 (Artery/Atheromatous Plaque)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			뒤퓌트랑구축 조직 (Dupuytren's Contracture Tissue) 모르가니포충 (Hydatid of Morgagni) 바르톨린선- 낭종 (Bartholin's Gland- Cyst) 반월상연골 (Meniscus) 비강/부비동- 염증폴립 (Nasal/Sinusoidal- Inflammatory Polyps) 손가락/발가락- 외상성 절단 (Fingers/Toe- Traumatic amputation) 식도/소장- 게실 (Esophagus/Small Bowel- Diverticulum) 신경종- 모르톤/외상성 (Neuroma- Morton's/Traumatic) 연부조직- 변연절제 (Soft Tissue- Debridement) 연부조직- 지방종 (Soft Tissue- Lipoma) 열상/루 (Fissure/Fistula) 유방- 유방축소술 (Breast- Reduction Mammoplasty) 윤활낭/관절낭 (Bursa/Synovial Cyst) 음낭수종 (Hydrocele Sac) 정계정맥류 (Varicocele) 정관- 불임시술 (Vas Deferens- Sterilization) 정맥- 정맥류 (Vein- Varicose)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			정액류 (Spermatocele) 중이- 진주종 (Middle ear-Cholesteatoma) 질점막 (부수적제거) (Vaginal Mucosa (Incidental)) 추간판 (Intervertebral Disc) 충수 (부수적 제거포함) (Appendix (including incidental)) 치핵 (Hemorrhoids) 침샘- 점액류 (Salivary- Mucocele) 탈장 낭 (Hernia Sac (Any location)) 편도/아데노이드 (Tonsil/Adenoid) 포피(음경꺼풀) (신생아) (Prepuce (Newborn)) 피부- 낭종/쥐젖/변연절제 (Skin- Cyst/Tag/Debridement) 피부- 성형수술 (Skin- Plastic Repair) 피부/연부조직- 농양 (skin/soft tissue- Abscess) 혈전/색전 (Thrombus/Embolus) 혈종 (Hematoma) 힘줄/힘줄집- 종양외 (Tendon/Tendon Sheath- other than tumor) 분류되지 않은 조직 및 장기- 정상, 낭종, 농양, 혈종 (Tissue/organ, unclassified- nomal/cyst/abscess/ hematoma)

항 목	제 목	세부인정사항	
		나. Level B	골, 뇌, 간, 심근, 췌장, 연부조직, 고환, 전립선 이외의 장기에서 생검한 경우
			골수- 생검 (Bone Marrow- Biopsy) 근육- 생검 (Muscle- Biopsy) 기관지- 생검 (Bronchus- Biopsy) 기도- 생검 (Trachea- Biopsy) 난관- 생검 (Fallopian Tube- Biopsy) 난소- 생검 (Ovary- Biopsy) 뇌하수체- 생검 (Pituitary- Biopsy) 대망- 생검 (Omentum- Biopsy) 대장- 생검 (Colon- Biopsy) 동맥- 생검 (Artery- Biopsy) 림프절- 생검 (Lymph Node- Biopsy) 방광- 생검 (Urinary Bladder- Biopsy) 복막- 생검 (Peritoneum- Biopsy) 부비동- 생검 (Paranasal sinus- Biopsy) 비강- 생검 (Nasal Mucosa- Biopsy) 비인두/입인두- 생검 (Nasopharynx/Oropharynx- Biopsy) 사지- 외상성절단 (Extremity- traumatic Amputation) 소장- 생검 (Small Intestine- Biopsy) 손가락/발가락- 비신생물, 절단 (Fingers/Toes- Non neoplastic, Amputation)

항 목	제 목	세부인정사항	
			수막- 종양외 (Meninges- Other than tumor) 식도- 생검 (Esophagus- Biopsy) 신경- 생검 (Nerve- Biopsy) 신장- 생검 (Kidney- Biopsy) 십이지장- 생검 (Duodenum- Biopsy) 외음/음순- 생검 (Vulva/Labia- Biopsy) 요관- 생검 (Ureter- Biopsy) 요도- 생검 (Urethra- Biopsy) 위- 생검 (Stomach- Biopsy) 유방- 생검 (Breast- Biopsy) 입술- 생검/쐐기절제 (Lip- Biopsy/Wedge Resection) 잇몸/구강점막- 생검 (Gingiva/Oral Mucosa- Biopsy) 자궁/경부내막- 소파술/생검/폴립절제 (Uterus/Endocervix- Curettage/Biopsy/Polypectomy) 자궁/자궁내막- 소파술/생검/폴립절제 (Uterus/Endometrium-Curettage/ Biopsy/Polypectomy) 자궁경부- 생검 (Cervix- Biopsy) 질- 생검 (Vagina- Biopsy) 침샘- 생검 (Salivary Gland- Biopsy) 편도- 생검 (Tonsil- Biopsy)

항 목	제 목	세부인정사항	
			폐/경기관지- 생검 (Lung/Transbronchial- Biopsy) 피부/손톱- 낭종/쥐젖/변연절제/성형수술 외, 생검 (Skin/nail- not cyst/tag/debridement/plastic repair, biopsy) 혀- 생검 (Tongue- Biopsy) 후두- 생검 (Larynx- Biopsy) 흉막/심낭- 생검 (Pleura/Pericardium- Biopsy) 분류되지 않은 조직 및 장기- 생검 (Tissue/organ, unclassified- biopsy)
		다. Level C	1. 양성종양절제 2. 위장관 폴립절제 3. 태아·출혈 등의 이상이 있는 태반 4. 병변 전체를 검색하여 치료방침을 결정해야 하는 비종양성 병변 5. 골, 뇌, 간, 심근, 췌장, 연부조직, 고환, 전립선을 생검한 경우 6. 양성종양에서 조직구축학적 방법으로 블록을 제작한 경우
			간- 부분절제 (Liver- Partial Resection) 간- 침생검/쐐기절제 (Liver- Needle Biopsy/Wedge Resection) 갑상선- 아전/전절제 (Thyroid- sub/total Resection) 결장- 폴립절제 (Colon- Polypectomy)

항 목	제 목	세부인정사항	
			고환- 생검 (Testis- Biopsy) 골- 생검/소파술 (Bone- Biopsy/ Curettage) 골조각- 병적골절 (Bone Fragment(s) - Pathologic Fracture) 관절/윤활막- 절제 (Joint/synovium- Resection) 난관- 자궁외 임신 (Fallopian Tube- Ectopic Pregnancy) 난소 (난관포함 상관없이)- 신생물, 쐐기절제 (Ovary (w/ or w/o Tube)- Neoplastic, Wedge Resection(w/ or w/o Tube)) 뇌- 생검 (Brain- Biopsy) 담낭 - 양성종양, 절제 (Gallbladder - benign tumor, Excision) 대장- 비종양, 구역절제 (Colon- Not Tumor, Segmental Resection) 대퇴골두 (Femoral Head) 림프절- 절제 (Lymph node- Resection) 방광- 경요도 절제 (Urinary Bladder- TUR) 부갑상선 (Parathyroid Gland) 부신- 절제 (Adrenal- Resection) 비강/부비동 (Nasal cavity/Paranasal sinus) 비장 (Spleen)

항 목	제 목	세부인정사항	
			소장-비종양, 절제술 (Small Intestine-Not Tumor, Resection) 수막 (Meninges) 신장-부분/전절제 (Kidney- Partial/Total Nephrectomy) 심근-생검 (Myocardium- Biopsy) 심장판막 (Heart Valve) 안구-적출 (Eye- Enucleation) 연부조직-종괴(지방종외), 생검 (Soft Tissue-Mass(Not Lipoma), Biopsy) 요관-절제 (Ureter- Resection) 위-비종양, 아전/전절제 (Stomach- Not Tumor, Sub/Total Resection) 위-폴립절제 (Stomach- Polypectomy) 유방-병소절제 (Breast- Excision of Lesion) 자궁-비종양/양성종양, 적출/절제 (Uterus- non tumor/benign tumor, Hysterectomy/Resection) 자궁경부-이형성, 원추형절제 (Cervix- Dysplasia, Conization) 자연/계류 유산 (Spontaneous/Missed- Abortion) 전립선-경요도 절제 (Prostate- TUR) 전립선-침생검 (Prostate- Needle Biopsy) 종격-종괴 (Mediastinum- Mass)

항 목	제 목	세부인정사항	
			췌장-생검 (Pancreas- Biopsy) 치원성-종양/치아-낭종 (Odontogenic-Tumor/Dental- Cyst) 침샘 (Salivary Gland) 태반 (Placenta) 폐-쐐기절제 (Lung- Wedge Biopsy) 후두-부분/전절제 (Larynx- Partial/ Total Resection) 흉선-종양 (Thymus- Tumor) 분류되지 않은 조직 및 장기-양성종양, 절제 (Tissue/organ, unclassified-benign tumor, Resection/Excision)
		라. Level D	1. 악성종양절제 2. 경계형 악성 이상의 종양에서 조직구축학적검사를 시행한 경우
			간-악성종양, 절제 (Liver-malignant tumor, Resection) 갑상선-악성종양, 절제 (Thyroid-malignant tumor, Resection) 고환-악성종양 (testis- malignant Tumor, Excision/Resection) 골-악성종양, 절제(Bone- malignant tumor, Resection) 뇌/척수-종양절제(Brain/spinal cord-Tumor, Resection) 담낭-악성종양, 절제 (Gallbladder-malignant tumor, Excision)

항 목	제 목	세부인정사항	
			대장-악성종양, 절제 (Colon- malignant tumor, Resection) 림프절-악성종양, 국소절제 (Lymph Nodes- malignant tumor, Regional Resection) 방광-악성종양, 아전/전절제 (Urinary Bladder- malignant tumor, Partial/ Total Resection) 비강/부비동- 악성종양, 절제(Nasal cavity/Paranasal sinus- malignant tumor, Excision/Resection) 소장-악성종양, 절제 (Small Intestine-malignant Tumor, Resection) 손가락/발가락- 악성종양, 절단 (Fingers/Toes- malignant tumor, Amputation) 식도-악성종양, 부분/전절제 (Esophagus- malignant tumor, Partial/ Total Resection) 신장-악성종양, 부분/전절제 (Kidney-malignant tumor, Partial/Total Nephrectomy) 연부조직-악성종양, 광범위절제 (Soft Tissue-malignant Tumor, Extensive Resection) 외음-악성종양, 아전/전절제 (Vulva-malignant tumor, Total/Subtotal Resection)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			위-악성종양, 아전/전절제 (Stomach-malignant Tumor, Subtotal/Total Resection) 유방-악성종양, 절제 (Breast-malignant tumor, Mastectomy) 자궁/난소-악성종양 (Uterus/Ovaries-malignant tumor, hysterectomy/Oophorectomy) 자궁경부-악성종양, 원추형절제/지도화원추형절제 (Cervix- malignant tumor, Conization/Mapping) 전립선-악성종양, 근치절제 (Prostate-malignant Tumor, Radical Resection) 종격-악성종양, 절제 (Mediastium-malignant tumor, Resection) 췌장-악성종양, 아전/전절제 (Pancreas-malignant tumor, Total/Subtotal Resection) 치원성-악성종양/치아-악성낭종, 절제 (Odontogenic- malignant Tumor/Dental- malignant Cyst, Resection) 침샘-악성종양, 절제 (Salivary-malignant tumor, Resection) 폐-악성종양, 구역/엽/전절제 (Lung-malignant tumor, Total/Lobe/Segment Resection) 혀/편도-악성종양, 절제 (Tongue/Tonsil- malignant tumor, Resection)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			후두-악성종양, 부분/전절제 (Larynx-malignant tumor, Partial/Total Resection) 흉선-악성종양, 절제 (Thymus-malignant tumor, Resection) 조직구축학적검사 (tumor, Histopathologic mapping) 분류되지 않은 조직 및 장기-악성종양, 절제 (Tissue/organ, unclassified-malignant tumor, Resection)
나567 면역조직(세포) 화학검사 [종목당]		나. Level Ⅱ	(01) PD-L1
			(02) ALK

제 3 장

영상진단 및 방사선 치료료

제 3 장 영상진단 및 방사선 치료료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	동일 부위의 의미	방사선촬영에 있어 동일 부위라 함은 부위적으로 일치함은 물론, 위와 십이지장, 신요관, 흉추상부와 흉추하부의 경우와 같이 통상 동일 필름면에 촬영 할 수 있는 부위를 뜻함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	장폐색 환자에게 실시하는 장폐색 방사선 검사 (G-I Obstruction Series) 산정방법	장폐색환자에게 흔히 사용되는 진단방법인 Supine, Erect, Translateral의 복부방사선촬영을 편리하게 통합하여 실시하는 장폐색 방사선 검사(G-I Obstruction Series)는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제3장 제1절 방사선단순영상진단료 해당항목의 소정점수로 산정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
	비디오 영상촬영술의 수가 산정방법	1. 비디오 영상촬영술은 방사선 진단시 Videosystem을 이용하여 운동성이 있는 장기에 대한 역동장애(Dynamic Disorder)를 보기 위한 비디오 영상법으로 수기료는 단독 시행시 촬영부위별로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제3장 제2절 방사선특수영상진단료의 소정점수를 산정함. 2. 동일 부위에 대하여 Video 녹화와 동시에 기존의 고식적인 방사선 진단을 병행하더라도 수기료는 주된 촬영술(2가지 촬영 중 높은 수가를 기준으로 함) 소정점수 1회만 산정함. 3. 동 촬영시 사용되는 조영제와 Video Printer Paper는 「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 의하여 산정하되, U-Matic Video Tape는 수회 재생하여 사용하므로 별도 산정하지 아니함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	방사선 투시하에 기관지 생검시 유도비용 산정기준	기관지 생검을 방사선 투시하에 실시할 경우 투시 등 유도생검시 영상장치를 이용한 경우에 유도비용은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제3장 제1절, 제2절에 의하여 산정할 수 있으나, Bronchial Brush, G- Wire 등의 치료재료는 별도 산정할 수 없음. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
	디지털감산혈관조영술(DSA)시 수기료, 재료대 및 Digital 처리비용에 대한 진료수가 산정방법	디지털감산혈관조영술(Digital Subtraction Angiography, D.S.A.)은 정맥 또는 동맥으로 조영제를 주입하여 동시에 많은 동맥혈관을 관찰, 진단하는 검사이므로 수기료는 방사선특수영상진단의 해당 소정금액을 산정하고 이에 소요된 카테타, 조영제, 필름, G- Wire의 비용은 약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준에 의거 별도 산정하며, 동 시술시 Digital 처리비용은 CR 영상처리에 대한 보상의 성격으로, CR영상처리에 대한 보상이 30% 가산에서 정액가산으로 변경된 것과 동일하게 정액으로 산정하는 것이 타당함. (고시 제2016-204호, '16.11.1. 시행)
	Full PACS 요양급여비용 산정기준	1. 영상저장 및 전송시스템을 이용하여 필름을 사용하지 않는 경우(Full PACS)에 대한 요양급여비용 산정은 영상의학과 전문의가 상근하는 요양기관으로서, 건강검진 환자 및 초음파 검사 등 비급여 대상을 포함한 모든 환자에게 필름 없이 운영되는 것을 원칙으로 함. 2. 다만, 아래와 같은 경우는 Filmless 예외 대상으로 인정함. 가. 유방촬영필름(Mammography) 나. 수술장에서 실시한 영상진단 다. 정형외과에서 수술전 인공삽입물의 종류 및 크기를 결정할 필요가 있는 경우

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
라. 치과 필름과 긴 카세트(long cassette) 필름 등 현재의 PACS 수준으로 지원이 곤란한 경우
마. 타 병원으로 환자 이송시 또는 환자의 요구로 film을 생성하는 경우

3. 판독용 및 조회용 모니터
<table>
<tr><th>구분</th><th>판독용 모니터</th><th>조회용 모니터</th></tr>
<tr><td>해상도</td><td>• 일반촬영 또는 디지타이저필름용 ; 2,048×2,560 이상 (14×17 기준)
• CT/DSA/Digital fluoroscopy ; 1,200×1,600 또는 1,600×1,200이상 (LCD인 경우 1,280×1,024 이상)</td><td>1,200×1,600 또는 1,600×1,200 이상 (LCD모니터 사용시 1,024×768 이상)</td></tr>
<tr><td>크기</td><td>20 inch equivalent 이상 (CT는 19 inch 이상)</td><td>17 inch(LCD는 15inch) 이상을 원칙으로 하되, 19 inch(LCD는 17inch) 이상의 모니터가 50% 이상 확보되어야 함.</td></tr>
<tr><td>모니터수</td><td>2대 이상</td><td>• 각 외래 진료과목별 1대 이상
• 각 병동별 1대 이상
• 한 병동이 여러 층에 걸쳐있는 경우는 최소한 각 층별로 1대 이상</td></tr>
</table>
4. 판독용 web PACS는 인정하지 아니함.
(고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
</td></tr>
</table>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	방사선 영상진단의 판독료 산정기준	「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」 제1편 제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료료 [산정지침] (3),(4)에서 규정하고 있는 제1절 방사선 단순영상진단료 및 제2절 방사선 특수영상진단료에 분류된 영상진단의 판독료 산정기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 작성서류 방사선 영상진단의 판독료는 판독소견서를 작성·비치한 경우에 인정함. 다만, 방사선 단순영상진단의 판독소견을 진료기록부에 기록한 경우 또는 치료 목적의 영상 판독소견을 시술(수술)기록지에 기록한 경우에는 판독소견서를 작성·비치한 것으로 간주함. 나. 작성시기 판독소견서는 환자치료(치료계획) 전까지 작성하여야 하며, 치료행위가 연속적으로 동시에 이루어지는 경우(투시촬영 등) 또는 응급상황이 발생한 경우에는 치료 후 즉시 작성하여야 함. 다만, 상기 시점에 작성이 어려운 부득이한 사정이 있는 경우에는 건강보험심사평가원에 요양급여비용을 청구하기 전까지는 작성하여야 함. 다. 기재범위 판독소견서에는 환자성명, 나이, 성별, 검사명, 검사일시, 판독소견 및 결론(정상소견인 경우 구분 불필요), 판독일시, 판독의, 요양기관명 등을 포함하여 기재하여야 하며, 진료기록부에 판독소견을 작성하는 경우에는 환자성명, 나이, 성별, 요양기관명은 기재 생략 가능함. (고시 제2017-118호, '17.7.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	외부병원 필름 판독료 산정 기준	외부병원 필름판독료는 이중촬영을 방지하고 적정 진료를 유도하기 위한 취지에서 신설된 것이므로 환자의 이송 없이 단지 필름에 대한 판독만 의뢰되는 경우에는 산정할 수 없음. (고시 제2003-65호, '03.12.1. 시행)
	전산화단층영상진단, 자기공명영상진단에 대한 외부병원필름판독료 산정방법	1. 조영제 주입 전·후 촬영 및 특수 전산화단층영상진단, 자기공명영상진단(다246가(4) 근골격계, 다246가(7)(마) 사지혈관, 다246나 특수검사)에 대한 외부병원 필름판독료는 각 항목의 '조영제를 사용하지 않는 경우'의 소정점수를 기준으로 산정함. 2. 상기 1. 이외 자기공명영상진단의 경우는 해당 수가의 '주'에 의거 산정함. (고시 제2022-51호, '22.3.1. 시행)
	뇌, 뇌혈관, 경부혈관, 두경부, 척추, 흉부, 흉부혈관, 복부, 복부혈관, 전신, 심장, 심혈관, 자기공명영상진단(MRI) 외부병원필름판독료 산정 후 재촬영 급여기준	뇌, 뇌혈관, 경부혈관, 두경부, 척추, 흉부, 흉부혈관, 복부, 복부혈관, 전신, 심장, 심혈관, 자기공명영상진단(MRI) 외부병원필름판독료를 산정한 경우, 1개월 내(단, 척추의 경우 퇴행성 질환은 6개월 내) 재촬영(동일상병으로 동일부위에 동일촬영)은 요양급여하지 아니함. 다만 다음에 해당하는 경우 재촬영을 요양급여함. - 다 음 - 가. 비조영증강 검사 시행 후 조영증강 검사가 필요한 경우 나. 표준영상을 따르지 않은 경우 다. 표준영상을 따랐으나, 금속성 인공물 또는 환자 움직임으로 인해 진단이 어려운 품질의 영상인 경우 라. 1.5테슬라(tesla) 미만의 MRI 장비로 시행하여 진단이 어려운 품질의 영상인 경우 마. 환자 상태의 변화가 있는 경우 (고시 제2022-51호, '22.3.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	C-Arm을 이용한 단순 방사선 촬영 시 수가산정방법	C-Arm을 이용하여 단순 방사선 촬영을 실시한 경우 수기료는 현행 방사선 촬영 시와 동일하게 그 촬영 부위에 따라 해당 항목의 소정점수를 산정함 (고시 제2019-234호, '19.11.1. 시행)
혈관조영	동시에 다혈관에 혈관조영(Angiography) 실시시 수기료 산정방법	동시에 여러 개의 혈관(동정맥)에 조영촬영을 시행하는 경우 장기별로 200% 범위 내에서 산정하되, 여러 장기에 실시하더라도 최대 300% 범위 내에서 산정함. 이때 장기별 구분은 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제3장 혈관조영촬영의 각 분류번호를 한 장기로 간주하며, 소정점수가 높은 혈관조영촬영을 100%로 산정(양측인 경우 150%)하고 두 번째 혈관조영촬영부터는 소정점수의 50%(양측인 경우 75%)로 산정함. (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
	같은 날 동일 혈관에 혈관조영술과 중재적 시술을 시행하는 경우 수가 산정방법	같은 날 동일 혈관에 진단목적의 혈관조영술과 중재적 시술을 시행한 경우 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 진단목적의 혈관조영술과 중재적 시술 시 수가는 각각 산정함. 다만, 혈관조영촬영은 해당 혈관의 소정점수 50%로 산정하며, 최대 3혈관까지 산정함. 나. 위 가.에도 불구하고, 간암상병에 화학색전술을 반복하여 시행하는 경우 2회째부터의 색전술 시술 혈관에 시행한 혈관조영촬영은 별도 산정하지 아니하며 중재적 시술료만 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
다101 C-Arm형 영상증폭장치 이용료	담도수술중 담관조영 또는 신경차단술시 C-Arm 사용료 별도 산정여부	1. 다101 C-Arm형 영상증폭장치이용료는 '주'에 의거 도수 또는 관혈적정복술시 별도 산정하며, 신경차단술이나 골수내 주사, Stereotaxic OP, 척추수술(도수 또는 관혈적정복술 제외)등에는 소정 점수에 포함되어 있으므로 별도 산정하지 아니함. 또한, 신경차단술시 실시한 진단적 투시촬영(fluoroscopy)도 신경차단술의 소정점수에 포함되어 별도 산정하지 아니함. 2. 다만, 담도수술 중 담관조영술 대신 C-Arm을 이용한 경우는 인정하되 담관조영술과 C-Arm을 동시 실시한 경우 C-Arm형 영상증폭장치 이용료는 별도 산정하지 아니함. (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
다200 전신 정측면 동시 촬영술	다200 전신 정측면 동시 촬영술의 급여기준	다200 전신 정측면 동시 촬영술은 척추측만증, 인공관절 치환술, 대퇴부 전경, 경골 비틀림 환자에서 신체 정렬 확인을 위해 기립 전신의 정면과 측면 영상을 한 번의 촬영으로 동시에 획득한 경우 산정하되, 같은 날 동일 목적으로 실시한 다149 전척추 및 다156 하지와 중복 산정은 인정하지 아니함. (고시 제2021-128호, '21.5.1. 시행)
다201 위장조영	다201 위장조영촬영과 다204 식도조영촬영 동시 실시시 인정여부	위, 식도에 각각 병변이 있는 경우 다204 식도조영촬영과 다201 위장조영촬영은 동시 실시하더라도 각각 인정함. (고시 제2007-92호, '07.11.1. 시행)
다208 담관조영	Hepatic Cystogram의 수기료 산정방법	Hepatic Cystogram의 수기료는 다208나 경피경간담관조영촬영을 준용하여 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
다210 척추	지속적 차단을 위한 경막외 카테터 유치 후 실시한 조영술 인정 여부	지속적 차단을 위한 경막외카테타를 유치한 직후 카테타의 정확한 위치 확인이 필요하여 경막외조영술을 시행한 경우에는 다210나 경막외조영술 소정점수의 50%로 인정하며, 장기간 카테터유치시 카테터의 위치 이동(Migration of Catheter)여부를 확인하기 위해 시행한 경우에는 다210나 경막외조영술 소정점수로 인정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
다215 남성생식기 조영	음경해면체조영(Cavernosography)의 급여 여부	다215라 음경해면체조영(Cavernosography)은 해면체로의 암의 전이여부를 발견하기 위한 필수적인 진단으로 음경암이나 음경질환의 진단시에는 해당 소정금액으로 산정하되, 음위 진단시는 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표2] 비급여대상 1. 사항에 의거 비급여함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
다245 일반 전산화단층 영상진단	다245 일반 전산화단층 영상진단(CT)의 급여기준	다245 일반전산화단층영상진단(Computed tomography, CT)은 다음과 같이 요양급여함. - 다 음 - 가. 일반기준 1) 악성종양과 감별을 요하는 종괴성질환(양성종양, 육아종, 비전형적인 낭종, 농양 등)의 진단, 감별진단 2) 악성종양의 병기 결정 및 추적검사 3) 급성외상(뇌, 흉부, 복부, 골반강, 척추 등) 4) 수술 또는 치료 후 호전되지 않거나 심부 합병증이 의심될 때 5) 선천성질환 중 해부학적 구조 확인이 필요한 경우(뇌, 안구, 안면, 측두골, 척추 및 체부의 심부) 6) 대동맥질환, 동맥류 7) 손상통제수술 후 단계적 수술을 위해 해부학적으로 재평가가 필요한 경우 나. 두부(Brain)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		1) 뇌혈관질환(뇌졸중, 뇌동정맥기형, 뇌동맥류, 뇌출혈, 뇌허혈증, 뇌경색) 2) 뇌막염, 뇌염, 뇌농양 등 염증성 질환(진균 및 기생충질환 포함) 3) 대사성질환, 퇴행성질환 및 희백질 질환, 저산소증으로 인한 뇌증의 진단 4) 뇌전증 5) 수두증의 진단, 감별진단 6) 합당한 증상 또는 신경학적 소견이 있어 뇌신경 질환이 의심되는 경우 다. 안면 및 두개기저(Face or Skull Base) 1) 종괴형성, 안와염증, 안구돌출(갑상선 기능항진증 등) 2) 타액선 결석 3) 임상소견 상 수술을 요할 정도의 부비동염 4) 터키안내 양성종양, 낭종(선천성, 후천성) 또는 염증성 질환, 뇌하수체호르몬 이상 시, Empty Sella 5) 중이염에서 진주종, 뇌막염 등의 합병증이 의심될 때 6) 내이(Inner ear)의 정밀 해부학적 구조 파악이 필수적일 때(혈관성 또는 원인불명의 이명, 원인불명의 청각장애 등) 라. 경부(Neck) 1) 원인불명의 심부 림프선 종대 2) 기도폐쇄의 원인진단 및 범위 결정 마. 흉부(Chest) 1) 미만성 간질 폐질환, 원인불명의 기흉, (폐기)종, 세기관지 질환, 기관계 이형성증 2) 종격동 질환의 감별진단 3) 단순 X선 사진으로는 감별이 어려운 폐결절의 감별진단 4) 단순 X선 사진으로는 진단이 어려운 기관지확장증의 확진 또는 수술 전 해부학적 범위 결정

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		5) 원인불명의 각혈, 무기폐, 늑막삼출액 6) 종양과 감별이 어려운 소방형성 늑막삼출, 폐경화 등 7) 기관지 이물 8) 단순X선 사진상 폐문종대가 있어 감별진단을 필요로 할 때 9) 단순흉부 X선 및 객담검사상 폐결핵의 활동성 여부를 결정하기 어려울 때 10) 심장 전산화단층영상진단(Cardiac CT)은 64채널(channel)이상의 CT로 촬영한 경우에 요양급여로 인정하며, 세부인정기준은 아래와 같음. 다만, 자)~카)는 64채널(Channel) 미만의 CT로 촬영한 경우에도 인정함. - 아 래 - 가) 급성 흉통으로 응급실에 내원한 환자를 대상으로 급성 관동맥 증후군을 감별하기 위하여 촬영한 경우로서 다음 요건을 모두 충족하는 경우 (1) 관상동맥질환의 위험이 저위험도이거나 중등도 위험도이면서 이전에 관상동맥질환을 진단받은 적이 없는 환자 (2) 심전도 검사결과 허혈성 소견이 없는 환자 (3) 심근표지자 검사가 진단적이지 않은 환자 나) 관상동맥질환의 발병 위험이 저위험도이거나 중등도 위험도이면서 이전에 관상동맥질환을 진단받은 적이 없고 안정형 흉통이 있는 환자를 대상으로 촬영한 경우로서 다음 요건 중 하나 이상을 충족하는 경우 (1) 선행부하검사 결과 관상동맥질환의 판정이 곤란한 경우 (2) 기저심전도검사 결과 이상이 있어 운동부하검사 판독이 곤란한 경우 (3) 환자의 상태가 운동부하검사를 실시할 수 없는

항 목	제 목	세부인정사항
		객관적인 소견이 있는 경우 다) 관상동맥 우회로 수술 후 흉통이 있는 환자를 대상으로 이식 혈관의 개통성을 평가하기 위하여 촬영하는 경우 라) 좌주간지 관상동맥 중재시술(직경 3mm 이상 스텐트 삽입)을 받은 환자를 대상으로 혈관의 개통성을 평가하기 위하여 촬영하는 경우 마) 임상적으로 유의한 선천성 관상동맥 기형 평가 바) 심실재동기화치료(cardiac resynchronization therapy, CRT)전 관상정맥의 해부학적 평가를 위하여 촬영하는 경우 사) 관상동맥질환의 발병 위험이 중등도 위험도인 환자를 대상으로 다음 수술을 시행하기 전에 관상동맥질환 여부를 진단하기 위하여 촬영하는 경우 (1) 비관상동맥 심장질환수술 또는 대동맥 수술 (2) 죽상경화성 말초동맥폐쇄성질환의 우회로(Bypass graft) 수술 아) 관상동맥질환을 진단받은 적이 없고, 새롭게 심부전(좌심실 구혈률 35%이하)을 진단받은 환자를 대상으로 심부전의 원인을 감별하기 위하여 촬영하는 경우 자) 교착성 심낭염 차) 심낭재수술시 흉벽과 심낭 사이의 유착 확인 카) 복잡 선천성 심장기형의 구조 평가 * 관상동맥질환의 위험도 분류는 교과서(Brauwald's heart disease 등), 임상진료지침 참고 바. 복부 [골반포함](Abdomen) 1) 만성간염, 간경화증으로 조기 암이 의심될 때 2) 간내 문맥정맥간 단락술(TIPS) 시행 시 3) 합병증이 의심되는 담관 또는 췌관의 확장 4) 원인불명의 담도 또는 췌관의 확장

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		5) 선행 검사 상 원인을 알 수 없는 혈뇨 6) 선행 검사 상 원인을 알 수 없는 요로폐쇄 7) 선행 검사 상 진단이 어려운 급성 복증 8) 심부 헤르니아 9) 허혈성 장 질환 10) 자궁내막증 11) 자궁 외 임신 12) 정류고환 사. 상지 및 하지(Upper or Lower Extremity) 1) 해부학적으로 복잡한 부위의 골절(관절, 수족골, 안면, 두개기저, 측두골, 척추 등) 2) 관절 내 유리골편의 확인 3) 염증 또는 외상 후 관절 내 이상소견의 치료 전 평가 및 치료 후 경과 관찰 4) 골연골증의 수술 전 진단 및 범위 결정 5) 수술 후 내고정물의 정확한 위치 평가 6) 골수염의 활동성 여부 결정 7) 단순 X선 사진 상 골절 유합의 평가가 어려울 때 8) 만성관절염, 척추분리증의 수술여부 정밀 평가 아. 척추(Spine) 1) 척수의 염증성, 기생충 질환 2) 합당한 증상 또는 신경학적 증상이 있는 추간판 탈출증, 척추강협착증, 퇴행성질환, 추간반 팽윤증 등의 진단 및 감별진단 자. 3차원 CT 상기 가.~아.의 급여대상 중 해부학적 부위가 복잡하여 선행검사로는 진단이 어렵다고 판단되는 경우 차. 상기 가.~자. 이외 진료담당의사의 진단 및 치료 방향 설정을 위해 부득이 촬영했을 때는 합당한 관련 자료와 소견서를 첨부하여 촬영의 필요성이 인정된 경우 요양급여함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	CT 촬영을 실시한 환자를 다른 요양기관에 이송시 기준	국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제6조에 의거 요양기관은 CT 촬영을 실시한 환자를 다른 요양기관으로 이송 또는 회송한 경우에는 CT 필름 및 판독소견서를 교부하여야 하고, 진료를 담당하는 요양기관에서는 환자의 주증상, 치료경력 등의 진찰이나 환자 가족으로부터의 진술을 통하여 타 요양기관에서의 촬영여부를 확인하여 불필요한 진료행위 발생을 방지하여야 함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
다245-1 Cone Beam 전산화단층영상진단	다245-1 Cone Beam 전산화단층영상진단의 급여기준	다245-1 Cone Beam 전산화 단층영상촬영은 제3장 제1절 방사선단순영상진단(파노라마 등)으로는 진단이 불확실한 경우에 한하여 식약처 허가사항 범위내에서 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 치아부위 1) 근관(신경)치료의 경우 가) 통상적인 근관(신경)치료시 비정상으로 계속적인동통을 호소하는 경우 : 치근의 파절 또는 비정상적 근관형태로 추가적인 근관치료를 요하는 경우 나) 치근단절제(Apicoectomy) 또는 치아재식술을 요하는 경우로써 해부학적으로 위험한 상태로 하치조관이나, 이공, 상악동부위에 병소가 위치 하여 정확한 진단이 필요한 경우 2) 차41마(3)완전 매복치 발치술과 관련된 완전 매복치 3) 제3대구치는 치근단, 파노라마촬영 등에서 하치조관 또는 상악동과 치근이 겹쳐 보여

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		발치의 위험도가 높은 경우 4) 치아나 치조골의 급성 외상에 의한 치아의 함입 등으로 인해 계승치아에 미치는 영향의 진단 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-out골절, 하악골의 골절 혹은 하악 과두골절, 비골골절, 전두동골절, 비·전두사골복합체골절 5) 악안면 기형 수술의 전·후 평가 6) 낭종 또는 염증성 질환 7) 터키안내 양성종양, 뇌하수체 호르몬 이상 시, Empty Sella 다. 측두하악관절부위 1) 강직(Ankylosis)과 감별진단을 요하는 심한 임상적 개구제한 2) 골 변화를 동반하는 관절염(퇴행성, 류마티스성, 감염성) 및 과두형태의 이상 3) 스플린트 치료에 반응하지 않는 측두하악장애 4) 악관절수술의 전, 후 평가 라. 부비동(Paranasal) 및 측두골(Temporal) 1) 임상소견 상 수술을 요할 정도의 부비동염이나 비중격만곡증, 만성 중이염과 진주종 등이 의심될 때 2) 비부비동염, 중이염에서 두개내, 두개외의 합병증 등이 의심될 때

항 목	제 목	세부인정사항
		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 수술 후 재발 및 심부 합병증이 의심될 때 8) 선천성질환 중 해부학적 구조 확인이 필요한 경우 9) 측두골 외상이 의심될 때 마. 상지 및 하지 부위 1) 해부학적으로 복잡한 부위의 골절(관절, 수족골) 2) 관절 내 유리골편의 확인 3) 염증 또는 외상 후 관절 내 이상소견의 치료 전 평가 및 치료 후 경과 관찰 4) 골연골증의 수술 전 진단 및 범위 결정 5) 수술 후 내고정물의 정확한 위치 평가 6) 단순 X선 사진 상 골절 유합의 평가가 어려울 때 7) 만성관절염의 수술여부 정밀 평가 (고시 제2023-121호, '23.7.1. 시행)
다246 자기공명영상진단	자기공명영상진단(MRI) 급여기준	1. 자기공명영상진단(MRI) 급여기준은 다음과 같이 하며, 동 기준을 초과하여 실시하는 경우에는 비급여 대상임. - 다 음 - 가. 적응증 1) 암 가) 원발성 암(부위별)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		– 연조직 육종 및 골 육종 나) 전이성 암(원발종양에 관계없이 전이 혹은 침범된 부위별) – 연조직 및 골 다) 타 진단방법 이후 2차적으로 시행한 경우 2) 관절질환 가) 외상으로 인한 급성 혈관절증 나) 골수염 다) 화농성 관절염 라) 관절 손상 및 인대 손상(탈구 포함) (1) 무릎부위(반달연골, 무릎안의 유리체 등)만 해당되며, 타 부위는 해당되지 않음 (2) (1)의 경우, 급성만 해당되며, 퇴행성 등 만성은 해당되지 않음 나. 인정횟수 1) 진단시: 1회 2) 추적검사 (단, 가.2)는 제외) 가) 수술후(중재적시술 포함): 1개월 경과 후 1회 인정 나) 방사선치료 후: 3개월 경과 후 1회 다) 항암치료중: 2-3주기(cycle) 간격 3) 위 2) 이후의 장기추적검사: 악성종양은 매1년마다 2회씩 2년간, 그 이후부터 매1년마다 1회씩 4) 상기 나.1)~3)에도 불구하고, 환자상태 변화 또는 새로운 병변 발생 등 진료상 추가촬영의 필요성이 있는 경우 인정함. 다. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)」 [별표4] 희귀질환자 산정특례 대상의 구분 2~5, [별표4의2] 중증난치질환자 산정특례 대상의 구분 5, [별표5] 시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵 질환의 적용 범위 중 진단

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		받은 질환의 특성상 특정부위의 MRI 촬영이 임상적으로 의학적 필요성이 있는 경우 별도 인정함. 2. 상기 1.에도 불구하고, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 별도로 자기공명영상진단(MRI) 적용기준을 정한 경우, 해당 고시에 따름. 3. 보건복지부 장관이 정하여 고시한 질병군 진료 시 시행된 MRI는 상기 1. 또는 2.의 적응증 및 인정 횟수에 해당되는 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2편 제2부 각 장에 분류된 질병군 상대가치점수에 포함되어 별도 산정할 수 없으며, 비급여에 해당하는 경우에는 비급여로 산정함. (고시 제2022-51호, '22.3.1. 시행)
	뇌, 뇌혈관, 경부혈관 자기공명영상진단 (MRI) 급여기준	1. 뇌, 뇌혈관, 경부혈관 자기공명영상진단(MRI) 기본 및 특수검사는 다음의 경우 요양급여함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 아래 상병 등의 뇌질환이 있거나, 이를 의심할만한 신경학적 이상 증상이 있는 경우 또는 신경학적 검사 등 타 검사 상 이상소견이 있는 경우 - 아 래 - 가) 원발성 뇌종양, 전이성 뇌종양, 두개골종양 나) 뇌혈관질환 다) 중추신경계 탈수초성질환 라) 중추신경계 감염성 및 염증성질환 마) 중추신경계 자가면역(면역이상) 질환 바) 이상운동질환 및 중추신경계 퇴행성질환 사) 신경계의 기타 선천 기형

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		아) 치매 자) 뇌전증 차) 뇌성마비 카) 두부손상(저산소성 뇌손상 포함) 타) 기타: 수두증, 자간증 및 전자간증, 안면경련, 삼차신경통, 두개골조기유합증, 성장호르몬 결핍증(뇌하수체기능저하증), 중추성조발사춘기, 중추성 요붕증 2) 상기 1)에도 불구하고 아래 가)~마)는 각 호의 조건을 만족하는 경우 인정 - 아 래 - 가) 두통, 어지럼 - 아래 중 하나에 해당하여 나610나 신경학적검사(일반검사)를 실시하고 그 결과를 기록한 경우 - 아 래 - (1) 갑자기 혹은 급격히 발생한 지속적인 심한 두통(벼락두통) (2) 발열, 울렁거림(또는 구토), 어지럼 중 2가지 이상을 동반하는 지속적인 두통 (3) 발살바(기침, 힘주기) 또는 성행위로 유발 혹은 악화되는 두통 (4) 군발두통 또는 전조를 동반하는 편두통으로 뇌 이상 여부의 확인이 필요한 경우 (5) 소아에서 새로운 형태의 심한 두통 또는 수개월동안 강도가 심해지는 두통 (6) 암 또는 면역억제상태 환자에서 새롭게 발생한 두통 (7) 중추성 어지럼 나) 신생아 - 주산기 가사 중 신경학적 이상 증상이 있는 경우 또는 저산소성 허혈성 뇌증(뇌손상)이

항 목	제 목	세부인정사항
		의심되는 경우 다) 발달지연, 수면장애 – 상기 가.1)의 뇌질환이 의심되는 경우로 진료의가 임상적으로 의학적 필요성이 있다고 판단한 경우 라) 정신질환으로 외래 초발 또는 입원 시(단, 낮병동 제외) 정신건강의학과 전문의 또는 전공의가 상기 가.1)의 뇌질환과 감별진단이 필요하다고 판단한 경우 마) 타 진단장비 이용이 불가하여 MRI 촬영이 불가피한 경우(사구체여과율 60ml/min 이하의 신장기능 저하 환자로 조영제 사용이 불가능한 환자, 임산부 등) 나. 급여횟수: 상기 가.의 급여대상에 해당하는 경우 1) 진단 시: 1회. 단, 정확한 진단을 위해 특수촬영 등의 다른 촬영기법이 필요한 경우 추가 1회 2) 추적검사 가) 수술(뇌정위적수술 및 중재적시술 포함), 방사선치료(뇌정위적방사선수술 포함), 항암치료를 시행하는 경우 (1) 시행 전: 치료목적(수술 및 방사선치료 범위 결정 등)으로 촬영한 경우 1회 (2) 수술(뇌정위적수술 및 중재적시술 포함) 후: 1개월 내 1회, 2~6개월 내 추가 1회, 7~12개월 내 필요시 추가 1회 (3) 방사선치료(뇌정위적방사선수술 포함) 후: 1~3개월 경과 후 1회. 단, 악성종양은 필요시 1년 이내 추가 1회 (4) 항암치료 중: 2–3주기(cycle) 간격 나) 상기 나.2)가)에 해당하지 않는 경우 – 뇌졸중 및 일과성허혈발작: 1개월 내 1회, 2~12개월 내 추가 1회

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		3) 상기 나.1) 또는 나.2) 이후의 장기추적검사 가) 뇌혈관질환: 1회/년 2년간, 그 이후 1회/2년 4년간 (최대 6년) 나) 양성종양: 1회/년 2년간, 그 이후 1회/2년 8년간 (최대 10년) 단, 수술(시술) 등을 시행 후 잔여 종양이 확인된 경우 1회/년 5년간, 그 이후 1회/2년 다) 악성종양: 2회/년 2년간, 그 이후 1회/년 단, 만 18세 이하에서 진단받은 소아청소년암은 4회/년 5년간(또는 완치시까지) 라) 다발성경화증: 1회/년 마) 발달지연 (1) 만 3세 이하에서 진단받은 경우 1회/년 (최대 만 6세까지) (2) 만 4세 이상에서 진단받은 경우 필요시 최대 3회 4) 상기 나.1)~3)에도 불구하고, 환자상태의 변화 또는 새로운 병변 발생 등 진료상 추가촬영의 필요성이 있는 경우 추가 인정함. 다. 아래 각 호에 해당하는 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. - 아 래 - 1) 상기 가.2)가)에 해당하지 않으나 뇌질환을 의심할만한 두통, 어지럼으로 나610나 신경학적 검사(일반검사)를 실시하고 그 결과를 기록한 경우 2) 상기 나.1)~3)의 급여횟수 초과 시 (단, 최대기간, 최대횟수가 명시된 경우는 최대범위 내에 한함.) 라. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」[별표4] 희귀질환자 산정특례 대상의 구분 2~5, [별표4의2] 중증난치질환자 산정특례 대상의 구분 5, [별표5] 시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵 질환의

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		적용 범위 중 진단받은 질환의 특성상 MRI 촬영이 임상적으로 의학적 필요성이 있는 경우 별도로 인정함. 마. 산정기준 1) 상기 가.~라.의 경우 영상진단료는 아래와 같이 표준영상을 획득하고, 판독의가 판독소견서를 작성·비치한 경우에 산정하며, 판독소견서 기재 범위는 아래와 같음. - 아 래 - 가) 표준영상의 범위 (1) 뇌 (가) 맥동파 순서열(Pulse sequence): 축상면 T1 강조영상(axial T1WI), 축상면 T2 강조영상(axial T2WI), 축상면 T2 FLAIR 영상(axial T2 FLAIR), 시상면 T1 강조영상(sagittal T1WI) 단, 1.5테슬라(tesla) 이상은 축상면 T2*경사에코영상(axial T2* gradient echo image) 또는 자화강조영상(susceptibility-weighted imaging)을 추가로 포함하여야 함. (나) 절편: 두께 5mm 이하, 간격 2mm 이하 수준 (다) 조영제 주입 후 촬영: 2개 이상의 수직면 및 조영제 주입 전 영상과 같은 평면 1개 이상 (라) 단, 3차원 MRI 영상을 획득하여 다양한 평면이나 절편 간격으로 재구성한 영상을 적용하거나, 특별한 의학적 목적을 위한 경우에서 영상면 또는 영상기법 등의 표준 영상을 변경할 수 있음. (2) 뇌혈관: 혈관영상을 위한 재구성 영상 및 혈관 재구성 전 원본 영상 (3) 경부혈관: 혈관영상을 위한 재구성 영상

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		나) 판독소견서 기재범위 (1) 임상정보(병력, 검사실시 사유 등), 획득한 영상기법, 조영제 사용 여부 (2) 뇌는 대뇌, 소뇌, 뇌간, 뇌실, 뇌실질외 공간의 주요 이상소견(허혈성 병변, 출혈, 종괴, 수두증, 위축) 여부를 포함하며, 뇌·경부혈관은 혈관의 주요 이상소견(협착, 폐색, 동맥류 등) 여부를 포함하되, 이상이 있는 경우 세부 내용을 상세 기술함. 2) 상기 마.1) 이외 별도로 규정하지 않은 산정기준은 「방사선 영상진단의 판독료 산정기준」에 의함. 2. 상기 1.에 해당하지 않은 경우 비급여하되, 이때 담당 진료의가 충분히 설명하고 환자가 동의서에 서명하여야 함. 3. 상기 1.~2.에도 불구하고 경도인지장애는 「경도인지장애의 자기공명영상진단(MRI) 급여기준」에 따름. (고시 제2020-45호, '20.4.1. 시행)
	두경부 자기공명영상진단 (MRI) 급여기준	1. 두경부 자기공명영상진단(MRI) 기본 및 특수검사는 다음의 경우 요양급여함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 아래의 두경부 부위 질환이 있거나, 이를 의심하여 진료의가 임상적으로 의학적 필요성이 있다고 판단한 경우 - 아 래 - 가) 두경부 부위의 악성종양(전이성 포함) 단, 갑상선은 조직검사 상 악성종양으로 진단 후 주변조직 침범범위 확인이 필요한 경우에 한함. 나) 두경부 부위의 양성종양(낭종성병변 포함) (1) 혈관종, 신경원성종양

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(2) 상기 (1) 이외의 종양 (가) 안와, 눈물배출기관의 종양 (나) 타액선, 부인두공간의 종양 (다) 비부비동내 종양(반전성 유두종, 점액낭종) (3) 상기 (1)~(2)에 해당하지 않는 두경부 부위의 종양으로 촬영의 필요성이 인정되는 경우 다) 두경부 부위의 감염성 및 염증성질환 (1) 안와의 감염성 및 염증성질환(갑상선안병증, 시신경염, 특발안와염, 안와연조직염, 해면정맥굴혈전(cavernous sinus thrombosis) 등) (2) 심경부감염 (3) 아래 (가)~(다)의 질환에서 촬영의 필요성이 인정되는 경우 - 아 래 - (가) 눈꺼풀의 심부감염 (나) 기무라병 (다) 전정신경염, 진주종성 중이염, 악성외이도염, 비부비동염 라) 기타 질환 (1) 두경부 부위의 혈관기형, 림프관기형 (2) 두경부 부위의 혈관성질환(목동맥해면굴샛길(carotid cavernous fistula), 안와정맥류) (3) 안와의 선천기형 (4) 아래 (가)~(라)의 질환에서 촬영의 필요성이 인정되는 경우 - 아 래 - (가) 시신경병증, 사시(마비사시, 제한사시, 특수사시) (나) 안와외상 (다) 내이질환(달팽이신경 무(소)형성증, 메니에르병), 무후각증

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(라) 구개수인두부전 2) 타 진단장비 이용이 불가하여 MRI 촬영이 불가피한 경우(사구체여과율 60ml/min 이하의 신장기능 저하 환자로 조영제 사용이 불가능한 환자, 임산부 등) 나. 급여횟수: 상기 가.의 급여대상에 해당하는 경우 1) 진단 시: 1회. 단, 정확한 진단을 위해 특수촬영 등의 다른 촬영기법이 필요한 경우 추가 1회 2) 추적검사 가) 악성종양, 양성종양(낭종성병변 포함), 혈관기형, 림프관기형 (1) 방사선치료(방사선수술 포함) 시행 전 범위 결정 등으로 촬영한 경우: 1회 (2) 수술(중재적시술 포함) 후: 1회. 단, 악성종양은 필요시 1년 이내 추가 1회 (3) 방사선치료(방사선수술 포함) 후: 3개월 경과 후 1회. 단, 악성종양은 필요시 1년 이내 추가 1회 (4) 항암치료 중: 2-3주기(cycle) 간격 나) 심경부감염으로 수술(중재적시술 포함) 후: 1회 3) 상기 나.1) 또는 나.2) 이후의 장기추적검사 가) 악성종양: 2회/년 2년간, 그 이후 1회/년 단, 18세 이하에서 진단받은 소아청소년암은 4회/년 3년간, 그 이후 2회/년 2년간, 그 이후 1회/년 나) 양성종양: 1회/년 2년간, 그 이후 1회/2년 8년간 (최대 10년) 단, 낭종성병변은 필요시 양성종양에 준하여 적용 다) 혈관기형, 림프관기형: 1회/년 2년간, 그 이후 1회/2년 4년간 (최대 6년) 4) 상기 나.1)~3)에도 불구하고, 환자상태의 변화 또는 새로운 병변 발생 등 진료상 추가촬영의 필요성이 있는 경우 추가 인정함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		5) 상기 나.1)~3)의 급여횟수 초과 시 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (단, 최대기간이 명시된 경우는 최대범위 내에 한함.) 다. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」[별표4] 희귀질환자 산정특례 대상의 구분 2~5, [별표4의2] 중증난치질환자 산정특례 대상의 구분 5, [별표5] 시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵 질환의 적용 범위 중 진단받은 질환의 특성상 MRI 촬영이 임상적으로 의학적 필요성이 있는 경우 별도로 인정함. 라. 산정기준 1) 상기 가.~다.의 경우 영상진단료는 아래와 같이 표준영상을 획득하고, 판독의가 판독소견서를 작성·비치한 경우에 산정하며, 판독소견서 기재 범위는 아래와 같음. - 아 래 - 가) 표준영상의 범위 (1) 안면, 경부 (가) 맥동파 순서열(Pulse sequence): 비지방억제 축상면 T1 강조영상(non fat- suppressed axial T1WI), 축상면 T2 강조영상(axial T2WI), 관상면 T2 강조영상(coronal T2WI)을 포함하여 최소 4개 이상 단, T2 강조영상(T2WI) 중 1개 이상은 지방억제기법(fat-suppressed technique)을 적용하여야 하며, 관상면 T2 강조영상(coronal T2WI)은 관상면 T1 강조영상(coronal T1WI)으로 대체할 수 있음. (나) 절편: 두께 4mm 이하, 간격 1mm 이하 (2) 부비동

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(가) 맥동파 순서열(Pulse sequence): 지방억제 축상면 T2 강조영상(fat-suppressed axial T2WI), 축상면 T1 강조영상(axial T1WI), 관상면 T1 강조영상(coronal T1WI)을 포함하여 최소 4개 이상 단, T1 강조영상(T1WI) 중 1개 이상은 비지방 억제기법(non fat-suppressed technique)을 적용하여야 하며, 관상면 T1 강조영상(coronal T1WI)은 관상면 T2 강조영상(coronal T2WI)으로 대체할 수 있음. (나) 절편: 두께 4mm 이하, 간격 1mm 이하 (3) 안와 (가) 맥동파 순서열(Pulse sequence): 지방억제 관상면 T2 강조영상(fat-suppressed coronal T2WI), 축상면 T1 강조영상(axial T1WI), 관상면 T1 강조영상(coronal T1WI)을 포함하여 최소 4개 이상 단, T1 강조영상(T1WI) 중 1개 이상은 비지방 억제기법(non fat-suppressed technique)을 적용하여야 하며, 축상면 T1 강조영상(axial T1WI)은 축상면 T2 강조영상(axial T2WI)으로 대체할 수 있음. (나) 절편: 두께 3mm 이하, 간격 1mm 이하 (4) 측두골 (가) 맥동파 순서열(Pulse sequence): 얇은 절편 3차원 T2 강조영상(thin section 3D T2WI), 축상면 T1 강조영상(axial T1WI), 관상면 T2 강조영상(coronal T2WI)을 포함하여 최소 4개 이상 단, 얇은 절편 3차원 T2 강조영상(thin section 3D T2WI)은 얇은 절편 3차원

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		양성자 밀도강조영상(thin section 3D PDWI)으로, 축상면 T1 강조영상(axial T1WI)은 관상면 T1 강조영상(coronal T1WI)으로 대체할 수 있으며, 관상면 T2 강조영상(coronal T2WI)은 축상면 T2 강조영상(axial T2WI) 또는 시상면 T2 강조영상(sagittal T2WI)으로 대체할 수 있음. (나) 절편: 두께 3mm 이하, 간격 1mm 이하 (5) 조영제 주입 후 촬영: 2개 이상의 수직면을 포함하되, 이중 1개 이상은 지방억제기법(fat-suppressed technique)을 적용 (6) 단, 3차원 MRI 영상을 획득하여 다양한 평면이나 절편 간격으로 재구성한 영상을 적용하는 경우 표준영상을 변경할 수 있음. 나) 판독소견서 기재범위 (1) 임상정보(병력, 검사실시 사유 등), 획득한 영상기법, 조영제 사용 여부 (2) 주요 이상소견(종괴, 염증, 림프절 등) 여부를 포함하되, 이상이 있는 경우 세부내용(병소의 해부학적 위치, 병소의 양상 등)을 상세 기술함. 2) 상기 라.1) 이외 별도로 규정하지 않은 산정기준은 「방사선 영상진단의 판독료 산정기준」에 의함. 2. 상기 1.에 해당하지 않은 경우 비급여하되, 이때 담당 진료의가 충분히 설명하고 환자가 동의서에 서명하여야 함. (고시 제2019-229호, '19.11.1. 시행)
	흉부, 흉부혈관, 복부, 복부혈관 자기공명영상진단(MRI) 급여기준	1. 흉부, 흉부혈관, 복부, 복부혈관 자기공명영상진단(MRI) 기본 및 특수검사는 다음의 경우 요양급여함. - 다 음 - 가. 급여대상

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		1) 아래의 흉복부 부위 질환이 있거나, 이를 의심하여 진료의가 임상적으로 타 진단방법 이후 2차적 시행의 필요성이 있다고 판단한 경우 – 아 래 – 가) 흉복부 부위의 악성종양(전이성 포함) 단, 위암은 타 진단방법에서 임상병기 T4 혹은 크기가 5cm 이상으로 확인된 경우에 한함. 나) 흉복부 부위의 양성종양 (1) 간선종 (2) 소아의 위장관기질종양 또는 신경내분비종양 (3) 췌장낭성종양, 췌장 또는 담도 신경내분비종양 (4) 후직장종양 (5) 조직검사에서 확인된 전립선 양성병변: HPIN(High grade Prostate Intraepithelial Neoplasia), ASAP(Atypical Small Acinar Proliferation) (6) 흉부 부위의 신경원성종양 또는 기관지성 낭종 (Bronchogenic cyst) 다) 기타질환 (1) 간 이형성결절: 크기가 1cm 이상인 경우 (2) 자가면역성 췌장염, 원인불명의 재발성 급성 췌장염 (3) 담관 또는 췌관의 협착, 확장, 누공 (4) 간내담석 (5) 크론병: 크론병 진단 이후 소장 또는 직장 또는 항문병변이 의심되는 경우 (6) 대동맥박리, 거대세포동맥염 (7) 대동맥 또는 대정맥의 선천기형 (8) 복부 외상 (가) 간담도 또는 췌장의 외상

항 목	제 목	세부인정사항
		(나) 중증의 다발성 복부장기 손상 2) 타 진단장비 이용이 불가하여 MRI 촬영이 불가피한 경우(사구체여과율 60ml/min 이하의 신장기능 저하 환자로 조영제 사용이 불가능한 환자, 임산부 등) 3) 아래 각 호에 해당하여, 진료의가 임상적으로 필요성이 있다고 판단한 경우 - 아 래 - 가) 장기이식 (1) 간이식술 시행 전(장기를 제공하는 경우 포함) (2) 췌장이식 또는 신장이식 후 이식장기의 기능 장애가 의심되는 경우 나) 총담관결석 - CT에서 총담관결석이 확인되지 않은 경우로 총담관확장 소견이 있거나, 임상증상 또는 혈액검사 등에서 방사선투과성 결석이 의심되는 경우 다) 다낭성신장 - 타 진단방법에서 다낭성신장의 진단기준을 만족하는 경우 라) 유착태반 (1) 초음파검사에서 전치태반이 진단되어 태반의 유착 여부 확인이 필요한 경우 (2) 분만 이후 초음파검사에서 잔여태반이 진단되어 태반의 유착 여부 확인이 필요한 경우 마) 자궁근종 - 가임능력 보전을 위한 자궁근종절제술 시행 전 근종의 개수 또는 위치 확인이 필요한 경우 바) 심부자궁내막증 - 자궁후벽, 직장, 방광 등의 심부자궁내막증 의심소견이 있는 경우로 초음파 검사에서도

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		동 질환이 의심되는 경우 사) 자궁 또는 자궁경부 또는 질 선천기형 – 타 진단방법에서 임신능력에 영향을 미치는 MRKH(Mayer Rokitansky Kuster Hauser) 증후군 등의 선천기형이 확인된 경우 아) 하부비뇨기계(방광, 요도) 또는 남성생식기의 선천기형 – 타 진단방법에서 배뇨장애 또는 생식능력에 영향을 미치는 선천기형이 확인된 경우 자) 요도질환 – 타 진단방법에서 확인된 요도게실, 요도협착 등으로 수술 시행 전 요도와 주위조직 및 주변 장기와의 해부학적 구조 확인이 필요한 경우 나. 급여횟수: 상기 가.의 급여대상에 해당하는 경우 1) 진단 시: 1회 2) 추적검사 (단, 상기 가.3)은 제외) 가) 상기 나.1) 시행 후 간세포암 확진 기준을 충족하지 않으나, 간세포암 의증 소견에 해당하는 경우: 3~6개월 후 1회 나) 방사선치료(방사선수술 포함) 시행 전 범위 결정 등으로 촬영한 경우: 필요시 1회 다) 수술(중재적시술 또는 내시경시술 포함) 후: 1회 라) 방사선치료(방사선수술 포함) 후: 1~3개월 경과 후 1회 마) 항암치료 중: 2–3주기(cycle) 간격 3) 상기 나.1) 또는 나.2) 이후의 장기추적검사 가) 악성종양: 2회/년 2년간, 그 이후 1회/년 단, 상기 가.2)의 환자가 간세포암을 진단받은 경우에는 3회/년 5년간, 그 이후 1회/년 나) 양성종양 등

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(1) 간선종: 1회/2년 (최대 6년) (2) 췌장낭성종양(수술을 시행한 경우 제외) – 크기가 1cm 이상 3cm 미만인 경우에 한해 1회/년 2년간, 그 이후 1회/2년 8년간 (최대 10년) – 단, 악성화가 의심되는 경우에는 2회/년 2년간, 그 이후 1회/2년 8년간 (최대 10년) (3) 췌장 또는 담도 신경내분비종양(수술을 시행한 경우 제외) – 악성화가 의심되는 경우 2회/년 2년간, 그 이후 1회/2년 8년간 (최대 10년) (4) 후직장종양(수술을 시행한 경우 제외): 1회/년 2년간 (5) 조직검사에서 확인된 전립선 양성병변 (HPIN, ASAP): 2회/년 2년간 (6) 간 이형성결절: 1회/년 (최대 5년) (7) 상기 가.2)의 환자가 부신종양을 진단받은 경우: 2회/년 2년간 (8) 상기 가.2)의 환자가 대동맥박리 또는 대동맥류를 진단받은 경우: 1회 4) 상기 나.1)~3)에도 불구하고, 환자상태의 변화 또는 새로운 병변 발생 등 진료상 추가촬영의 필요성이 있는 경우 추가 인정함. 다. 상기 가.의 급여대상 이외 아래에 해당하는 경우 또는 상기 나.1)~3)의 급여횟수 초과 시 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (단, 최대기간이 명시된 경우는 최대범위 내에 한함.) – 아 래 – 1) 자궁선근종 – 초음파검사에서 자궁선근종(adenomyoma)이

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		확인되어, 치료방향 결정을 위해 자궁근종과의 감별이 필요한 경우 2) 복잡치루 가) CT에서 치루관의 주행 경로 파악이 매우 어려운 경우 나) 직장질루를 동반한 경우 다) 직장수술 후 또는 골반부위 방사선치료 후 또는 악성종양 진단 이후 2차적으로 발생한 경우 3) 항문괄약근 손상 혹은 협착이 있는 변실금 – 항문괄약근 손상 혹은 협착으로 초음파 probe 삽입이 어려운 변실금 환자에서 근전도검사(EMG)를 시행하고 항문괄약근성형술 전 외괄약근 상태와 위축여부 확인이 필요한 경우 라. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표4] 희귀질환자 산정특례 대상의 구분 2~5, [별표4의2] 중증난치질환자 산정특례 대상의 구분 5, [별표5] 시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵 질환의 적용 범위 중 진단받은 질환의 특성상 MRI 촬영이 임상적으로 의학적 필요성이 있는 경우 별도로 인정함. 마. 산정기준 1) 상기 가.~라.의 경우 영상진단료는 아래와 같이 표준영상을 획득하고, 판독의가 판독소견서를 작성·비치한 경우에 산정하며, 판독소견서 기재 범위는 아래와 같음. – 아 래 – 가) 표준영상의 범위 (1) 흉부 ① 맥동파 순서열(Pulse sequence) – 축상면 T1 강조영상(axial T1WI) – 축상면 T2 강조영상(axial T2WI) 또는

항 목	제 목	세부인정사항
		지방억제 축상면 T2 강조영상(fat-suppressed axial T2WI) ② 절편: 두께 5mm 이하, 간격 3mm 이하 ③ 조영제 주입 후 촬영: 조영제 주입 전·후의 T1 강조영상(축상면을 포함한 2개 이상의 축으로 구성된 단면 영상)을 획득함. (2) 유방 ① 1.5테슬라 이상의 장비에서 유방 전용 코일을 사용하여 복와위 자세(prone position)로 양측유방을 촬영함. ② 맥동파 순서열(Pulse sequence) - 축상면 T1 강조영상(axial T1WI) - 축상면 T2 강조영상(axial T2WI) - 단, 축상면(axial)을 시상면(sagittal)으로 대체할 수 있음. ③ 절편 - T1 강조영상: 두께 3mm 이하, 간격 없음 - T2 강조영상: 두께 7mm 이하, 간격 없음 ④ 조영제 주입 후 촬영: 조영증강 T1 강조영상은 지방억제기법(fat-suppressed technique)을 적용하거나 또는 감산(subtraction) 영상을 포함함. 조영제 주입 후 60~120초 사이에 초기 조영증강영상을 얻고, 조영제 주입 후 4분 이후에 촬영된 후기 조영증강영상을 얻어야함. 조영제 주입 후 4~5회의 역동적 조영증강 영상을 획득할 것을 권고함. (단, 두께 3mm 이하, 간격 없음, 시간해상도(temporal resolution) 120초 이하) ⑤ 3차원 영상 획득 시 3차원 최대강도투사영상(maximum intensive projection)을 포함할 것을 권고함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(3) 흉부혈관 – 혈관영상을 위한 재구성 영상 (4) 복부 (크론병) ① 맥동파 순서열(Pulse sequence) – 2D thick slab MRCP-like 영상 – 관상면 T2 강조 HASTE 영상(coronal T2W HASTE image) – 지방억제 관상면 T2 강조 HASTE 영상(fat-suppressed coronal T2W HASTE image) – 지방억제 축상면 T2 강조 HASTE 영상(fat-suppressed axial T2W HASTE image) ② 절편 – 축상면 또는 관상면 T2 강조영상: 두께 8mm 이하, 간격 없음, 격자수 한축에서 320이상(최소 256이상) – 지방억제 T2 강조영상: 두께 5mm 이하, 간격 없음, 격자수 한축에서 320이상(최소 256이상) ③ 조영제 주입 후 촬영 – 조영제 주입 전·후의 지방억제 관상면 T1 강조영상(fat-suppressed coronal T1WI)을 획득함. (단, 두께 5mm 이하, 간격 없음, 격자수 한축에서 320이상(최소 256이상)) – 다중영상(multiphase image)을 획득할 수 있음. (5) 골반 (가) 직장 ① 맥동파 순서열(Pulse sequence) – 축상면 T2 강조영상(axial T2WI) – 시상면 T2 강조영상(sagittal T2WI) ② 절편

항 목	제 목	세부인정사항
		– 축상면 T2 강조영상: 두께 4mm 이하, 간격 1mm 이하, 격자수 한 축에서 256 이상, FOV 220 × 220 이하 – 시상면 T2 강조영상: 두께 5mm 이하, 간격 1mm 이하 ③ 조영제 주입 후 촬영: 조영제 주입 전·후의 지방억제 축상면 T1 강조영상(fat-suppressed axial T1WI) 또는 지방억제 시상면 T1 강조영상(fat-suppressed sagittal T1WI)을 획득함. (단, 두께 5mm 이하, 간격 1mm 이하) (나) 골반 ① 맥동파 순서열(Pulse sequence) – 축상면 T1 강조영상(axial T1WI) – 축상면 T2 강조영상(axial T2WI) – 시상면 T2 강조영상(sagittal T2WI) – 관상면 T2 강조영상(coronal T2WI) – 단, 자궁의 악성종양의 경우에는 자궁에 직각인 T2 강조영상(oblique T2WI)을 추가할 것을 권고하며, 난소 종양의 경우는 지방억제 축상면 T1 강조영상(fat-suppressed axial T1WI)을 추가할 것을 권고함. ② 절편: 두께 4mm 이하, 간격 1mm 이하 ③ 조영제 주입 후 촬영: 조영제 주입 후 2개 이상의 수직면 T1 강조영상을 획득함. (6) 췌장 ① 맥동파 순서열(Pulse sequence) – 축상면 T2 강조영상(axial T2WI) 또는 관상면 T2 강조영상(coronal T2WI) – 지방억제 축상면 T1 강조영상(fat-suppressed axial T1WI) – 화학전위 영상(in & opposed phase)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		② 절편 – 축상면 또는 관상면 T2 강조영상: 두께 8mm 이하, 간격 2mm 이하, 격자수 한축에서 256이상 – 지방억제 T1 강조영상: 두께 5mm 이하, 간격 없음, 격자수 한축에서 256이상 ③ 조영제 주입 후 촬영 – 3차원 경사자장(Gradient) 지방억제 축상면 조영증강 T1 강조영상(fat-suppressed axial contrast-enhanced T1WI)을 획득함. (단, 두께 5mm 이하, 간격 없음, 격자수 한축에서 256이상) – 다중영상(multiphase image)을 획득할 수 있음. (7) 신장 및 부신 ① 맥동파 순서열(Pulse sequence) – 축상면 T2 강조영상(axial T2WI) 또는 관상면 T2 강조영상(coronal T2WI) – 지방억제 축상면 T2 강조영상(fat-suppressed axial T2WI) – 화학전위 영상(in & opposed phase) – 축상면 T1 강조영상(axial T1WI) ② 절편: 두께 4mm 이하, 간격 1mm 이하 ③ 조영제 주입 후 촬영 – 3차원 경사자장(Gradient) 지방억제 축상면 조영증강 T1 강조영상(fat- suppressed axial contrast-enhanced T1WI)을 획득함. (단, 두께 5mm 이하, 간격 없음, 격자수 한축에서 256이상) – 다중영상(multiphase image)을 획득할 수 있음. (8) 음낭 및 음경 ① 맥동파 순서열(Pulse sequence)

항 목	제 목	세부인정사항
		– 축상면 T1 강조영상(axial T1WI) – 축상면 T2 강조영상(axial T2WI) – 시상면 T2 강조영상(sagittal T2WI) – 관상면 T2 강조영상(coronal T2WI) ② 절편: 두께 4mm 이하, 간격 1mm 이하 ③ 조영제 주입 후 촬영: 조영제 주입 후 2개 이상의 수직면 T1 강조영상을 획득함. (9) 간 ① 맥동파 순서열(Pulse sequence) – 축상면 T1 강조영상(axial T1WI) – 축상면 T2 강조영상(axial T2WI) – 축상면 Heavily T2 강조영상(echo time 140 ms 이상) – 화학전위 영상(in & opposed phase) ② 절편 – 축상면 강조영상: 두께 8mm 이하, 격자수 T1 강조영상은 256 × 192 이상, T2 강조영상 256 × 160 이상 ③ 조영제 주입 후 촬영 – 3차원 경사자장(Gradient) 지방억제 축상면 조영증강 T1 강조영상(fat-suppressed axial contrast- enhanced T1WI)을 획득함. (단, 두께 5mm 이하, 간격 없음, 격자수 한축에서 256이상) – 다중영상(multiphase image)을 획득할 수 있음. (10) 담췌관 ① 1.5 테슬라 이상의 MRI 장비에서 촬영 ② 맥동파 순서열(Pulse sequence) – 2D thick slab MRCP 또는 3D MRCP 재구성 영상(단, 3D MRCP는 thin section 영상을 포함함.)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		– 축상면 T2 강조영상(axial T2WI) 또는 관상면 T2 강조영상(coronal T2WI) – 화학전위 영상(in & opposed phase) ③ 절편 – 3D MRCP: 격자수 한축에서 256이상 – 축상면 또는 관상면 T2 강조영상: 두께 8mm 이하, 간격 2mm 이하, 격자수 한축에서 256이상 ④ 조영제 주입 후 촬영 – 3차원 경사자장(Gradient) 지방억제 축상면 조영증강 T1 강조영상(fat-suppressed axial contrast- enhanced T1WI)을 획득함. (단, 두께 5mm 이하, 간격 없음, 격자수 한축에서 256이상) – 다중영상(multiphase image)을 획득할 수 있음. (11) 전립선 ① 1.5 테슬라 이상의 MRI 장비에서 촬영 ② 맥동파 순서열(Pulse sequence) – 축상면 T1 강조영상(axial T1WI) – 축상면 T2 강조영상(axial T2WI) – 시상면 T2 강조영상(sagittal T2WI) – 관상면 T2 강조영상(coronal T2WI) ③ 절편: 두께 4mm 이하, 간격 1mm 이하 ④ 조영제 주입 후 촬영: 3차원 경사자장(Gradient) 축상면 역동적 조영증강 T1 강조영상(axial dynamic contrast-enhanced T1WI)을 획득함. ⑤ 반드시 b-value 1000 s/mm2 이상을 적용한 확산강조영상 검사를 함께 시행하여야 함. (12) 복부혈관: 혈관영상을 위한 재구성 영상 (13) 단, 3차원 MRI 영상을 획득하여 다양한 평면

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		이나 절편 간격으로 재구성한 영상을 적용하는 경우 표준영상을 변경할 수 있음. 나) 판독소견서 기재범위 (1) 임상정보(병력, 검사실시 사유 등), 획득한 영상기법, 조영제 사용 여부 (2) 각 부위별 주요 이상소견 여부를 포함하되, 이상이 있는 경우 세부내용(병소의 해부학적 위치, 병소의 양상 등)을 상세 기술함. (가) 흉부: 종양의 위치, 개수, 크기, 형태적 특징, 인접장기 침범 여부, 임파절 전이 등 (나) 유방: 종양의 위치, 개수, 크기, 형태적 특징, 인접장기 침범 여부, 임파절 전이 등 (다) 흉부혈관: 협착, 폐색, 동맥류 등 (라) 복부 – 크론병: 병변의 침범 범위(위, 십이지장, 소장, 대장), 장벽 비후 여부, 주변 장간막 변화, 림프절 비대, 누공, 농양의 유무 등 – 복강내 간담췌 이외 기관의 종양: 종양의 위치, 개수, 크기, 형태적 특징, 인접장기 침범 여부, 임파절 전이 등 – 임산부 충수돌기염: 충수돌기의 유무, 염증소견 및 충수석의 유무, 주변 농양 및 맹장벽 비후, 림프절 비대 등 (마) 골반 – 직장암: 항문, 직장, 원위 에스자결장의 종양 유무 등 – 직장암 이외: 골반 장기내의 이상 유무, 악성종양의 경우 병기결정에 필요한 주변조직 침범 여부, 림프절 비대 여부 등 (바) 췌장: 종양, 췌장염, 췌관확장 유무 등 (사) 신장 및 부신: 양측 부신 종괴 여부, 양측 신장

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		종괴 여부, 대동맥 주위 림프절 비대 등 (아) 음낭 및 음경: 고환 내 병변 유무, 고환 백색막 손상 유무, 부고환을 포함한 양측 음낭 내 이상 소견 유무 (자) 간: 간의 형태 및 동반질환(간경화, 문맥 혈전, 복수, 측부혈관 등), 간종양의 유무 등 (차) 담췌관: 담석, 췌석, 담췌관 확장, 종양, 염증, 농양의 유무 등 (카) 전립선: 전립선 용적, 전립선 내 병변(암) 유무(PI-RADS 기준), 전립선 암의 전립선 밖 침범 여부, 정낭 침범 여부, 기타 전립선 이상 여부(염증, 전립선 비대, 낭종), 림프절 및 골반뼈 전이 여부 등 (타) 복부혈관: 협착, 폐색, 동맥류 등 2) 상기 마.1) 이외 별도로 규정하지 않은 산정기준은 「방사선 영상진단의 판독료 산정기준」에 의함. 2. 상기 1.에 해당하지 않은 경우 비급여하되, 이때 담당 진료의가 충분히 설명하고 환자가 동의서에 서명하여야 함. (고시 제2019-229호, '19.11.1. 시행)
	전신 자기공명영상진단(MRI) 급여기준	전신 자기공명영상진단(MRI)는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 별도로 정한 자기공명영상진단(MRI) 적용기준에 따름. (고시 제2019-229호, '19.11.1. 시행)
	심장, 심혈관 자기공명영상진단(MRI) 급여기준	1. 심장, 심혈관 자기공명영상진단(MRI) 기본 및 특수 검사는 다음의 경우 요양급여함. - 다 음 - 가. 급여대상

항 목	제 목	세부인정사항
		1) 심장 및 심혈관질환이 있거나, 이를 의심할만한 이상 증상으로 진료의가 임상적으로 타 진단방법 이후 2차적 시행의 필요성이 있다고 판단한 경우 2) 타 진단장비 이용이 불가하여 MRI 촬영이 불가피한 경우(사구체여과율 60ml/min 이하의 신장기능 저하 환자로 조영제 사용이 불가능한 환자, 임산부 등) 나. 급여횟수: 상기 가.의 급여대상에 해당하는 경우 1) 진단 시: 1회 2) 추적검사 가) 수술 후: 1회. 단, 악성종양은 필요시 1년 이내 추가 1회 나) 방사선치료(방사선수술 포함) 후: 1~3개월 경과 후 1회 다) 항암치료 중: 2-3주기(cycle) 간격 라) 허혈심장질환(I20~I25)의 무운동성 생존 심근에 대한 재관류 시술 후: 1회 마) CRT(Cardiac Resynchronization Therapy) 삽입술 후: 1회 바) 폐동맥고혈압으로 6~12개월 이상 약물치료 후: 1회 사) 진행성 심부전 환자에서 비생존 심근 확장 등의 확인이 필요한 경우: 1회 3) 상기 나.1) 또는 나.2) 이후의 장기추적검사 가) 악성종양: 2회/년 2년간, 그 이후 1회/년 나) 심장이식 후: 1회/년 다) 폐동맥고혈압 약물치료 후 심장 기능 회복이 없는 경우: 1회/년 라) 적절한 약물치료 또는 수술(중재적시술 포함) 후 심장 기능 회복이 없는 경우: 1회/년 4) 상기 나.1)~3)에도 불구하고, 환자상태의 변화 또는

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		새로운 병변 발생 등 진료상 추가촬영의 필요성이 있는 경우 추가 인정함. 5) 상기 나.1)~3)의 급여횟수 초과 시 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 다. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표4] 희귀질환자 산정특례 대상의 구분 2~5, [별표4의2] 중증난치질환자 산정특례 대상의 구분 5, [별표5] 시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵 질환의 적용 범위 중 진단받은 질환의 특성상 MRI 촬영이 임상적으로 의학적 필요성이 있는 경우 별도로 인정함. 라. 산정기준 1) 상기 가.~다.의 경우 영상진단료는 아래와 같이 표준영상을 획득하고, 판독의가 판독소견서를 작성·비치한 경우에 산정하며, 판독소견서 기재 범위는 아래와 같음. - 아 래 - 가) 표준영상의 범위 (1) 심장 (가) 1.5 테슬라 이상의 MRI 장비에서 촬영 (나) 맥동파 순서열(Pulse sequence): 3개 이상의 영화(cine) 영상을 포함하여 최소 5개 이상. 단, 영화(cine) 영상은 단축(short axis), 수평장축(horizontal long axis, 4 chamber long axis, 4 chamber view)을 필수로 포함함. (다) 절편: 두께 10mm 이하 (라) 조영제 주입 후 촬영: 상기 (나)의 1개 이상의 영화(cine) 영상과 동일 영상방향(axis or view)의 지연조영증강(delayed enhancement, late gadolinium enhancement) 영상을 포함하여

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		최소 3개 이상을 획득함. (2) 심혈관: 심혈관영상(관상동맥 또는 관상정맥)을 위한 재구성 영상 (3) 단, 3차원 MRI 영상을 획득하여 다양한 평면이나 절편 간격으로 재구성한 영상을 적용하거나, 특별한 의학적 목적을 위한 경우에서 영상방향(axis or view) 또는 영상기법 등의 표준영상을 변경할 수 있음. 나) 판독소견서 기재범위 (1) 임상정보(병력, 검사실시 사유 등), 획득한 영상기법, 조영제 사용 여부 (2) 심장은 영화(cine)영상에서 심장 기능을 평가하고, 이상이 있는 경우 세부내용을 상세 기술함. 또한 조영제 주입 후 지연조영증강 영상에서 지연조영증강 또는 심근 생존능을 평가하고, 이상이 있는 경우 세부내용을 상세 기술함. 심혈관은 관상동맥 또는 관상정맥(coronary artery or vein)의 주요 이상 소견(협착, 폐색, 동맥류 등) 여부를 포함하되, 이상이 있는 경우 세부내용을 상세 기술함. 2) 상기 라.1) 이외 별도로 규정하지 않은 산정기준은 「방사선 영상진단의 판독료 산정기준」에 의함. 2. 상기 1.에 해당하지 않은 경우 비급여하되, 이때 담당 진료의가 충분히 설명하고 환자가 동의서에 서명하여야 함. (고시 제2019-229호, '19.11.1. 시행)
	경도인지장애의 자기공명영상진단(MRI) 급여기준	1. 경도인지장애의 자기공명영상진단(MRI)은 치매로 이행될 가능성이 높은 고위험군 선별 및 경과관찰을 위해 실시하며 다음의 경우에 급여대상으로 함. - 다 음 -

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		가. 급여대상 1) 적응증: 신경인지기능검사 결과 1가지이상 영역에서 1.5SD(표준편차) 이하 인지기능 저하가 확인된 경우 ※ 신경인지기능검사는 「신경인지기능검사의 급여기준」에 의거 종합검사를 시행하는 것을 원칙으로 함 2) 연령기준: 만60세 이상 나. 인정횟수: 상기 가.1), 2) 조건을 모두 충족하는 경우 1) 진단 시 1회 2) 급격한 인지기능 변화 등 진료상 추가 촬영의 필요성이 있는 경우 2. 아래의 경우에는 국민건강보험법 시행규칙 별표6에 따라 본인부담률 100분의 80으로 적용함. 가. 상기 1.나.2) 이외 진단일 이후 경과관찰을 위해 촬영하는 경우(최대 2년에 1회) 나. 상기 1.의 적응증은 충족하나 연령기준을 충족하지 않을 경우 1.나.인정횟수 또는 2.가.경과관찰을 위해 촬영 시 다. 상기 가., 나.의 MRI 촬영 시 사용된 조영제, 방사선 필름, 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용 비용 등의 본인부담률은 「국민건강보험법 시행령」 제19조 및 해당 항목별 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따라 적용함 3. 다만, 상기 1. 또는 2.에 해당되지 아니한 경우에는 비급여 대상임. (고시 제2017-263호, '18.1.1. 시행)
	척추 자기공명영상진단	1. 척추 자기공명영상진단(MRI) 기본 및 특수검사는 다음의 경우 요양급여함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	(MRI) 급여기준	가. 급여대상 1) 아래의 척추, 척수, 척추주위의 질환이 있거나, 이를 의심하여 진료의가 임상적으로 의학적 필요성이 있다고 판단한 경우 – 아 래 – 가) 척추, 척수, 척추주위의 악성종양(전이성 포함) 나) 척추, 척수, 척추주위의 양성종양 다) 척추, 척수, 척추주위의 감염성 및 염증성 질환 (1) 척추염 (2) 추간판염 (3) 경막내·외 농양 및 육아종(척수내 포함) (4) 척수염 (5) 급성 횡단성 척수염 라) 척추, 척수, 척추주위의 외상성 질환 (1) 척추 골절 및 탈구 (2) 척수손상 마) 척추, 척수, 척추주위의 혈관성 질환 (1) 척수경색, 척추동정맥기형(동정맥루 포함), 척수내정맥염 (2) 자발성 척추출혈 바) 척수질환 (1) 척수병증 (2) 척수공동증, 구공동증 (3) 척수탈출 사) 척추, 척수, 척추주위의 선천성 질환 아) 척추변형 (1) 성장기아동의 선천성 척추 후·측만증 (2) 신경섬유종 척추측만증 (3) 신경근육성 척추측만증 (4) 70도 이상의 특발성 척추측만증

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		2) 퇴행성 질환은 명백한 신경학적 이상 증상 및 진료 결과 이상 소견이 있어 그 결과를 기록한 경우 인정 ※ 요양기관은 심사평가정보 제출 시스템을 통해 해당 진료결과(표준서식)를 건강보험심사평가원에 제출하여야 함 3) 타 진단장비 이용이 불가하여 MRI 촬영이 불가피한 경우(사구체여과율 60ml/min 이하의 신장기능 저하 환자로 조영제 사용이 불가능한 환자, 임산부 등) 나. 급여횟수: 상기 가.의 급여대상에 해당하는 경우 1) 진단 시: 1회, 단, 정확한 진단을 위해 특수촬영 등의 다른 촬영기법이 필요한 경우 추가 1회 2) 추적검사 가) 악성종양 (1) 수술(중재적시술 포함) 시행 전: 치료목적(수술 및 방사선치료 범위결정 등)으로 촬영한 경우 1회 (2) 수술(중재적시술 포함) 후: 1개월 내 1회, 2~6개월 내 추가 1회, 7~12개월 내 필요시 추가 1회 (3) 방사선치료(방사선수술 포함) 후: 1~3개월 경과 후 1회. 단, 필요시 1년 이내 추가 1회 (4) 항암치료 중: 2-3주기(cycle) 간격 나) 양성종양으로 수술(중재적시술 포함) 후: 1개월 이내 1회 다) 감염성 및 염증성 질환, 척수손상, 혈관성질환, 척수질환, 선천성질환으로 수술(중재적시술 포함) 후 1회 3) 상기 나.1) 또는 나.2) 이후의 장기추적검사 가) 악성종양: 2회/년 2년간, 그 이후 1회/년 단, 만 18세 이하에서 진단받은 소아청소년 암은 4회/년 5년간(또는 완치 시까지) 나) 양성종양: 1회/년 2년간(최대 2년)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		단, 척수종양(척추강내종양) 이외의 양성종양은 수술한 경우에 한하며 이외는 비급여함. 4) 상기 나.1)~3)에도 불구하고, 환자상태의 변화 또는 새로운 병변 발생 등 진료상 추가촬영의 필요성이 있는 경우 추가 인정함. 5) 상기 나.1)~3)의 급여횟수 초과 시 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (단, 최대기간이 명시된 경우는 최대범위 내에 한하며, 퇴행성 질환의 경우에는 급여횟수 초과 시 비급여함.) 다. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」[별표4] 희귀질환자 산정특례 대상의 구분 2~5, [별표4의2] 중증난치질환자 산정특례 대상의 구분 5, [별표5] 시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵질환의 적용 범위 중 진단받은 질환의 특성상 MRI 촬영이 임상적으로 의학적 필요성이 있는 경우 별도로 인정함. 라. 산정기준 1) 상기 가.~다.의 경우 영상진단료는 아래와 같이 표준영상을 획득하고, 판독의가 판독소견서를 작성·비치한 경우에 산정하며, 판독소견서 기재 범위는 아래와 같음. - 아 래 - 가) 표준영상의 범위 (1) 경추, 흉추, 요천추 (가) 맥동파 순서열(Pulse sequence): 축상면 T2 강조영상(axial T2WI), 시상면 T2 강조영상(sagittal T2WI), 시상면 T1 강조영상(sagittal T1WI)과 추가 맥동파 순서열 중

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		1가지를 포함하여 총 4가지 영상을 포함하여야 함. – 추가 맥동파 순서열: 축상면 T1 강조영상(axial T1WI), 축상면 기울기회복에코 영상(axial GRE image), 시상면 지방억제 T2 강조영상(sagittal fat-suppressed T2WI), 전척추 선별 시상영상(whole spine sagittal survey image), 사상면 신경공 영상(oblique foraminal image), 굴곡 영상(flexion image), 신전 영상(extension image), 오른쪽 회전 영상(right rotation image), 왼쪽 회전 영상(left rotation image), 관상 영상(coronal image), 삼차원 T2 강조영상(3D T2WI) (나) 절편: 시상면에 해당 두께는 4mm 이하, 간격은 0.8mm 이하 (다) 조영제 주입 후 촬영: 축상면과 시상면을 포함한 조영제 주입 전 영상과 같은 평면의 지방억제 혹은 지방억제 하지 않은 조영증강 T1 강조영상을 2개 이상 획득함. (2) 척추강 (가) 맥동파 순서열(Pulse sequence): 축상면 T2 강조영상(axial T2WI), 시상면 T2 강조영상(sagittal T2WI), 삼차원 재구성한 영상 중 T2 강조영상(3D heavily T2WI) 3가지를 포함하여야 함 (나) 절편: 시상면에 해당 두께는 4mm 이하, 간격은 0.8mm 이하 (다) 경추, 흉추, 요추, 경흉추, 흉요추, 경흉요추로 촬영 가능 (3) 전척추

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(가) 맥동파 순서열(Pulse sequence): 경흉추 축상면 T2 강조영상(axial T2WI), 경흉추 시상면 T2 강조영상(sagittal T2WI), 경흉추 시상면 T1 강조영상(sagittal T1WI), 흉요천추 축상면 T2 강조영상(axial T2WI), 흉요천추 시상면 T2 강조영상(sagittal T2WI), 흉요천추 시상면 T1 강조영상(sagittal T1WI)을 포함하고 추가 맥동파 순서열 중 1가지를 포함하여 총 7가지 영상을 포함하여야 함. – 추가 맥동파 순서열: 축상면 T1 강조영상(axial T1WI), 축상면 기울기회복에코 영상(axial GRE image), 시상면 지방억제 T2 강조영상(sagittal fat-suppressed T2WI), 사상면 신경공 영상(oblique foraminal image), 굴곡 영상(flexion image), 신전 영상(extension image), 오른쪽 회전 영상(right rotation image), 왼쪽 회전 영상(left rotation image), 관상 영상(coronal image), 삼차원 T2 강조영상(3D T2WI) (나) 절편: 시상면에 해당 두께는 4mm 이하, 간격은 0.8mm 이하 (다) 조영제 주입 후 촬영 : 축상면과 시상면을 포함한 조영제 주입 전 영상과 같은 평면의 지방억제 혹은 지방억제 하지 않은 조영증강 T1 강조영상을 2개 이상 획득함. 나) 판독소견서 기재범위 (1) 임상정보(병력, 검사실시 사유 등), 획득한 영상기법, 조영제 사용 여부 (2) 주요 이상소견 여부를 포함하되, 이상이 있는 경우 병변의 위치와 세부내용을 상세 기술함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(가) 척추(경추, 흉추, 요천추): 추간판탈출증, 척추관협착증, 골병변, 척수병변, 마미총 및 신경근병변, 그 외 감염성, 염증성, 종양성, 퇴행성 병변 등을 포함해야 하며, 이상이 있는 경우 세부내용을 상세 기술함. (나) 척추강: 추간판탈출증, 척추관협착증, 골병변, 척수병변, 마미총 및 신경근병변, 그 외 퇴행성 병변 등을 포함하며, 자발두개내압 저하와 같이 뇌척수액 누출의 평가가 필요한 경우 병변의 유무와 위치를 상세 기술함. (다) 전척추: 척추체 골수의 이상 및 골수 침범 병변이 있는 경우, 척수의 이상 및 척수 침범 병변이 있는 경우, 추간판탈출증, 척추관협착증, 골병변, 척수병변, 마미총 및 신경근병변, 그 외 퇴행성 병변 등을 포함해야 하며, 이상이 있는 경우 세부내용을 상세 기술함. (3) 촬영 범위에 포함된 후복강 및 척추 주위 연부조직 등 척추 외 영역의 주요 이상 소견이 있는 경우 기술함. 2) 상기 라.1) 이외 별도로 규정하지 않은 산정기준은 「방사선 영상진단의 판독료 산정기준」에 의함. 2. 상기 1.에 해당하지 않은 경우 비급여하되, 이때 담당 진료의가 충분히 설명하여야 함. (고시 제2022-51호, '22.3.1. 시행)
다267 관상동맥조영	관상동맥조영촬영시 수가 산정방법	1. 관상동맥조영촬영(Coronary Angiogram)을 좌·우로 각각 카테타를 삽입하여 실시하거나, 관상동맥조영촬영시 타 부위의 조영촬영이 필요하여 실시하였으면 그 부위에 대한 소정 조영촬영수가를 별도 산정할 수 있으며 그 수기료는 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		제2부 제3장 제2절 혈관조영촬영의 '주'에 의거 산정함. 2. 관상동맥 조영촬영시 심정지 예방목적으로 보다 안전하게 촬영하기 위하여 Bipolar Electrode Catheter를 사용하더라도 삽입수기료 및 재료대는 별도 산정할 수 없음. 3. 순환기능 검사를 실시한 후 좌심실조영촬영을 한 경우에 수기료는 나721나 좌심도자술 소정점수의 100%와 다261다 좌심실조영 소정점수의 50%를 산정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
다268 이식된관동맥 우회로조영 촬영	이식된 관동맥우회로조영 촬영시 수기료 및 재료대 산정방법	1. 관상동맥우회로술을 실시하였으나 협심증이나 심근경색증 등이 발생되어 이식된 정맥이나 내유동맥의 협착정도 내지는 개통성을 파악하여 치료방법을 결정하고자 좌심실, 이식정맥(좌·우 복재정맥과 내유동맥), 환자 본래의 좌·우 관상동맥을 부위마다 카테타를 바꾸어 가며 조영촬영을 행한 경우 수기료 및 동시 촬영된 좌심실 조영촬영료는 다268 이식된 관동맥우회로조영 촬영 '주'에 의거 산정함. 2. 상기 검사시 사용된 맥관조영용 카테타는 Pigtail Catheter 1개, Coronary Bypass Catheter 좌·우 각각 1개, Internal Mammary Catheter 1개 산정하고 G-Wire는 1개로 계속 사용할 수 있으므로 1개를 산정하되, 혈관의 굵기, 차이 등으로 인해 시술도중 교체한 경우에는 최대 2개까지 인정함. (고시 제2016-204호, '16.11.1. 시행)
다277 수술 중 근적외선 인도시아닌그	근적외선 인도시아닌그린 비디오 피부혈행조영술의	유방암 환자에게 자가조직 또는 보형물을 이용한 유방재건술 중 실시한 근적외선 인도시아닌그린 비디오 피부혈행조영술은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
린 비디오 혈관조영술	급여기준	- 다 음 - 가. 급여대상 1) 유방암으로 유방전절제술을 시행한 경우 2) 위험감소 유방전절제술을 시행한 경우 3) 위 1), 2)로 유방재건 시행 후 합병증으로 인하여 유방재건을 재수술하는 경우 나. 수가 및 약제 산정방법 1) 다277 수술 중 근적외선 인도시아닌그린 비디오 혈관조영술의 소정점수로 산정 2) 해당 약제는 다277'주'항에 따라 산정 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	근적외선 인도시아닌그린 피부혈행조영술 (유리피판)의 급여기준 및 수가산정방법	근적외선 인도시아닌그린 피부혈행조영술(유리피판)은 다음의 경우에 요양급여를 인정함 - 다 음 - 가. 급여대상 및 급여횟수 : 자가조직을 이용한 유리피판술(자16 피판작성술 중 사. 유리피판술, 아. 유리 감각피판술, 자. 유리복합조직이식술) 시행 환자의 경우 수술시 1회 인정함. 나. 수가산정방법 : 수기료는 '다277 수술 중 근적외선 인도시아닌그린 비디오 혈관조영술'의 소정점수를 산정하고, 동 행위에 사용하는 약제는 다277 '주'항에 의거함. (고시 제2021-266호, '21.11.1. 시행)
다305 침샘스캔	다305 침샘스캔의 급여기준	갑상선암 환자에서 방사성요오드 치료 전·후 시행하는 다305 침샘스캔은 요양급여를 인정하지 아니함. (고시 제2019-315호, '20.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
다308 심장스캔	심장질환에 게이트 심장혈액풀스캔 (Gated Cardiac Blood Pool Scan)과 일회통과 심장스캔 (First-Pass Cardiac Scan) 동시 실시시 수가 산정방법	심장질환에 다308다 게이트심장혈액풀스캔(Gated Cardiac Blood Pool Scan)은 wall motion을 보는 검사이며, 다308나 일회통과 심장스캔(First-Pass Cardiac Scan)은 shunt 여부를 확인하기 위한 검사이므로 각기 시행 가능하나 동시에 실시하였을 경우 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 하나의 핵종을 주사하여 실시하였을 경우 : 다308다 게이트심장혈액풀스캔 소정점수 및 핵종 1종 산정. 나. 핵종을 달리하여 실시하였을 경우 :다308다 게이트심장혈액풀스캔 소정점수 및 핵종 2종 산정. 다. 이 때, 우심박출계수(Rt. ventricle ejection fraction)와 폐순환량과 체순환 단락비(Qp/Qs shunt ratio)를 측정한 경우에는 다308다 게이트심장혈액풀스캔 소정점수의 100%, 다308나 일회통과 심장스캔 소정점수의 50%를 산정. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
다312 간담도스캔	Thallium201을 이용한 경직장 문맥 신티그라피(간스캔) 수가 산정방법	Thallium201을 이용한 경직장 문맥 신티그라피(Liver scan) 수가 산정 방법은 다음과 같이함. - 다 음 - 가. 적응증 : 만성 간질환에 Porto-systemic shunt index가 필요하여 추적검사로 실시한 경우 나. 수가 산정방법 : 다312 간담도스캔 소정점수로 산정함.(다만, 정량분석을 실시한 경우에는 소정점수의 30%를 가산함.) (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
다319 골스캔	다319가 골스캔-전신과 다319다 골스캔-바늘구멍을 동시에 시행한 경우 수가산정 방법	다319다 골스캔-바늘구멍은 통상 다319가 골스캔-전신을 한 후 추가로 영상을 얻는 진단방법으로 골스캔-전신과 골스캔-바늘구멍을 동시에 시행한 경우 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 수가 산정방법 골스캔-전신 소정점수 100%와 골스캔-바늘구멍 소정점수 50%를 산정함. 나. 동위원소 및 판독료 골스캔-전신 시 주입한 동위원소 이외에 별도의 동위원소 주입이 필요하지 않으며, 판독도 동시 시행하게 되므로 별도 산정하지 아니함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	다319라 골스캔-삼상 검사 시 혈류영상검사료 인정여부	다319라 골스캔(Bone Scan)-삼상(Three-Phase) 검사는 연속영상(Vascular Phase), 혈액풀영상(Blood Pool Phase), 지연영상(Delayed Phase)을 각각 시행하여 평가하는 검사로서 골스캔-삼상 검사료에는 혈류영상이 포함되어 있으므로 골스캔-삼상 검사 소정점수만 인정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
다327 종양스캔	유방감마영상의 급여기준	유방감마영상(Breast-Specific Gamma Imaging, BSGI)은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정하며, 동 기준 이외에 시행한 경우에는 비급여토록 함. - 다 음 - 가. 유방암 고위험군의 조기 진단을 위해 시행하는 경우 ※ 고위험군 - 40세 이상이면서 가족(First-degree relatives) 중에 유방암 유전자의 변이가 있는 경우 - 40세 이상이면서 본인이나 가족(First- degree relatives)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		중에 유방암 관련 유전 질환이 있는 경우 나. 파라핀이나 실리콘 주입을 통한 유방성형술 환자에서 유방암을 진단하는 경우 다. 유방촬영이나 초음파결과상 BIRADS category Ⅳ로 확인되어 2차적으로 시행하는 경우 라. 유방암 수술 후 경과관찰을 위한 추적검사로 시행하는 경우 (고시 제2016-151호, '16.9.1. 시행)
다329 단일광자 전산화 단층촬영	다329가 뇌 단일광자전산화단층촬영(Brain SPECT) 인정기준	다329가 뇌 단일광자전산화단층촬영(Brain SPECT) 검사의 인정횟수는 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 인정횟수: 총 3회 이내 수술 또는 치료 전 1회, 수술 또는 치료 후 1회, 추적검사 1회 나. 추가 실시한 경우 소견서 첨부 시 사례별로 인정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	심장 이외의 수술 전 시행한 다329나(1),(3) 심근 단일광자 전산화단층촬영의 급여기준	심장 이외의 수술 전 시행한 다329나(1) 단일광자전산화단층촬영 SPECT-심근 단일광자전산화단층촬영-안정상태, 다329나(3) 단일광자전산화단층촬영 SPECT-심근 단일광자전산화단층촬영-약물부하는 운동능력 평가가 어려운 환자*1)로서 심장상태 파악이 필요한 다음과 같은 환자에게 실시한 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 심혈관 위험인자*2)가 1개 이상인 환자가 심장 손상이 예상될 수 있는 중간위험 이상의 수술*3)을 하는 경우

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		나. 심혈관 위험인자가 3개 이상인 경우 ※ 참고 *1) 운동능력 평가가 어려운 환자(1METs~4METs): 혼자식사, 화장실 가기, 의복 입고 벗기, 집 근처 보행정도만 가능한 상태 *2) 심혈관 위험인자: 허혈성 심질환(협심증, 이전의 심근경색), 심부전, 뇌졸중 또는 일과성 허혈발작, 신부전, 인슐린 요법이 필요한 당뇨병 *3) 수술 위험성: 중간위험 이상의 수술

저위험 (Low-risk: < 1%)	중간위험 (Intermediate-risk: 1-5%)	고위험 (High-risk: > 5%)
표재성 수술	비장 절제	폐 절제술
재건술	담낭절제술	폐, 간 이식술
유방 수술	말초혈관 수술	십이지장, 췌장 수술
치아	식도열공탈장정복술	간절제, 담관 수술
갑상선 수술	목, 머리 수술	식도절제술
경동맥내막절제술(무증상), 경동맥스텐팅(무증상)	경동맥내막절제술(유증상), 경동맥스텐팅(유증상), 동맥류에 대한 혈관 내 치료	방광전적출술, 비뇨기 악성종양수술
눈, 부비동 수술	신장이식	장 천공
충수, 서혜부 탈장, 치핵 수술	Non-major흉강내 수술	부신절제술
비뇨기과적 minor수술 (포경수술, 체외충격파쇄석술, 음낭농양절개술, 외요도구폴립 절제술, 카룬클절제술)	신경외과 또는 정형외과 major 수술	대동맥과 major혈관수술, 열린 하지혈관 재건술, 혈전색전술 또는 절단수술
부인과적 minor수술 (자궁경하 수술,	비뇨기과적 major수술	부인과적 major수술

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><td>자궁소파수술,
자궁경부원추형
절제술, 진단적
복강경하 수술)</td><td>(요로결석,
비악성종양
관혈적 or
복강경·로봇수술
,
경요도적방광·
전립선수술)</td><td>(광범위
자궁적출술-악
성,
골반내용물제거
술,
부속기종양적
출술-악성)</td></tr>
<tr><td>정형외과적
minor수술
(관절경검사, 손,
발, 무릎,
회전근개 수술,
척추후궁절제술
1level)</td><td>부인과적
major수술
(단순
자궁적출술-양성,
난소 및
부속기수술)</td><td></td></tr>
</table>
(고시 제2023-102호, '23.6.1. 시행)</td></tr>
<tr><td>다329-1
I-123
FP-CIT
뇌 단일광자
단층촬영</td><td>I-123 FP-CIT
뇌 단일광자단층촬영의
급여기준</td><td>I-123 FP-CIT 뇌 단일광자단층촬영은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함

- 다 음 -
가. 적응증 : 파킨슨증(서동이 있으면서, 경직·진전·자세불안정의 3가지 증상 중에 한가지 이상을 동반)을 가진 환자 중에 도파민 신경세포의 손상 여부의 판단이 필요한 경우
나. 실시횟수: 진단 시 1회 인정함. 다만, 동 검사로 도파민 신경세포의 손상이 없는 것으로 진단된 후, 지속적인 치료를 하였으나 증상 악화 등 도파민 신경세포의 손상이 의심되는 경우 추가 실시할 수 있으며, 이 경우 사례별로 인정함
(고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)</td></tr>
<tr><td>다334
골밀도검사</td><td>골밀도검사의
급여기준</td><td>다334 골밀도검사의 급여기준은 다음과 같이 함.

- 다 음 -
1. 만18세 이상인 경우
가. 급여대상</td></tr>
</table>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		1) 65세 이상의 여성과 70세 이상의 남성 2) 고위험 요소가 1개 이상 있는 65세 미만의 폐경 후 여성 3) 비정상적으로 1년 이상 무월경을 보이는 폐경 전 여성 4) 비외상성(fragility) 골절 5) 골다공증을 유발할 수 있는 질환이 있는 경우 6) 골다공증을 유발할 수 있는 약물을 복용중이거나 장기간(3개월 이상) 투여 계획이 있는 경우 7) 기타 골다공증 검사가 반드시 필요한 경우 ※ 상기 가. 2)의 고위험요소는 아래와 같음 1. 저체중(BMI < 18.5) 2. 비외상성 골절의 과거력이 있거나 가족력이 있는 경우 3. 외과적인 수술로 인한 폐경 또는 40세 이전의 자연 폐경 나. 급여횟수 1) 진단 시 1회 인정하되, 말단골(peripheral bone) 골밀도 검사 결과 추가검사의 필요성이 있는 경우 1회에 한하여 중심골(central bone; spine, hip)에서 추가검사 인정함. 2) 추적검사 가) 추적검사의 실시간격은 1년 이상으로 하되, 검사 결과 정상골밀도로 확인된 경우는 2년으로 함. 나) 치료효과 판정을 위한 추적검사는 중심골(central bone; spine, hip)에서 실시한 경우에 한하여 인정함. 다) 위 가), 나)의 규정에도 불구하고 스테로이드를 3개월 이상 복용하거나 부갑상선기능항진증으로 약물치료를 받는 경우는 종전 골밀도검사 결과에 따라 아래와 같이 할 수 있으며, 이 경우 중심골(central bone; spine, hip)에서 시행함. - 아 래 - (1) 정상골밀도(T-score ≥ -1)인 경우

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		: 첫 1년에 1회 측정, 그 이후부터는 2년에 1회 (2) T-score ≤ -3 인 경우 : 첫 1년은 6개월에 1회씩, 그 이후부터는 1년에 1회 라) 임신과 연관된 골다공증성(Pregnancy & lactation Associated Osteoporosis) 골절이 의심되는 경우 6개월 간격으로 2회 마) 환자의 장기부재, 진료일정 등 불가피한 사유로 추적검사 실시간격을 충족하지 못하는 경우 4주 범위 내에서 인정 2. 만10세 이상 ~ 만18세 미만인 경우 골밀도검사의 국내 소아청소년 참고치가 있는 다334가 양방사선(광자) 골밀도검사(DXA)를 이용하여 아래와 같이 실시한 경우 선별급여하며, 본인부담률은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 80%로 적용함 - 아 래 - 가. 급여대상 1) 골다공증을 유발할 수 있는 질환이 있는 경우 2) 골다공증을 유발할 수 있는 약물을 복용중이거나 장기간(3개월 이상) 투여 계획이 있는 경우 3) 기타 골다공증 검사가 반드시 필요한 경우 나. 급여횟수 1) 진단 시 1회 인정 2) 추적검사 가) Z-score 〉 -1.0 인 경우: 2년에 1회 나) -2.0 ≤ Z-score ≤ -1.0 인 경우: 1년에 1회 다) Z-score 〈 -2.0 인 경우: 첫 1년은 6개월에 1회, 그 이후부터는 1년에 1회 라) 환자의 장기부재, 진료일정 등 불가피한 사유로 추적검사 실시간격을 충족하지 못하는 경우 4주 범위 내에서 인정

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
		다. 검사결과 제출 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서 서식 및 작성요령」에 따라 명세서 '특정내역(JT024)'란에 검사 결과를 작성·청구함. (고시 제2019-28호, '19.3.1. 시행)	
	DEXA 기종으로 L-Spine의 AP와 Lateral에 골밀도 검사 동시 실시시 수가 산정방법	요추부위에 양방사선(광자) 골밀도검사(DEXA)시 좀더 정확한 골밀도를 측정하기 위해 L-Spine AP와 Lateral을 동시에 실시 하더라도 다334가-(1) 양방사선(광자) 골밀도검사(1부위) 소정점수만 인정함. (고시 제2007-92호, '07.11.1. 시행)	
다339 양전자방출 단층촬영 (PET)	각 분류항목별 방사성 동위원소	분류항목	방사성 동위원소
		가. 토르소	(1) F-18 FDG ((별첨) 세부기준 참조)
			(2) F-18 플루오리드 ((별첨) 세부기준 참조)
			(5) Ga-68 에도트레오타이드(도타톡)
			(6) F-18 에프도파
			(7) F-18 플루오로미소니다졸
			(9) F-18 플루오로콜린 ((별첨) 세부기준 참조)
			(A) F-18 플루오로에스트라디올 ((별첨) 세부기준 참조)
			(B) Ga-68 전립선특이막항원-11 ((별첨) 세부기준 참조)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
		나. 심근	(1) F-18 FDG ((별첨) 세부기준 참조)
		다. 뇌	(1) F-18 FDG ((별첨) 세부기준 참조)
			(3) F-18 FP-CIT ((별첨) 세부기준 참조)
			(4) C-11 메치오닌
			(5) Ga-68 에도트레오타이드(도타톡) ((별첨) 세부기준 참조)
			(6) F-18 에프도파
			(8) F-18 플루오로에틸-L-티로신
		라. 전신	(1) F-18 FDG ((별첨) 세부기준 참조)
			(2) F-18 플루오리드 ((별첨) 세부기준 참조)
			(6) F-18 에프도파
			(9) F-18 플루오로콜린 ((별첨) 세부기준 참조)
			(B) Ga-68 전립선특이막항원-11 ((별첨) 세부기준 참조)
		마. 부분	(1) F-18 FDG ((별첨) 세부기준 참조)
			(2) F-18 플루오리드 ((별첨) 세부기준 참조)
			(4) C-11 메치오닌

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항	
			(6) F-18 에프도파
			(7) F-18 플루오로미소니다졸
			(9) F-18 플루오로콜린 ((별첨) 세부기준 참조)
			(B) Ga-68 전립선특이막항원-11 ((별첨) 세부기준 참조)
		바. 토르소 또는 전신촬영후 재주사 없이 특정부위를 추가 촬영	(1) F-18 FDG ((별첨) 세부기준 참조)
			(6) F-18 에프도파
			(B) Ga-68 전립선특이막항원-11 ((별첨) 세부기준 참조)
		(고시 제2022-188호, '22.8.1. 시행)	

(별첨) 세부기준

구 분	세 부 기 준
F-18 FDG 양전자방출단층촬영 (F-18 FDG-PET)의 급여기준	F-18 FDG 양전자방출단층촬영(F-18 FDG-PET)은 다음과 같이 요양급여함 - 다 음 - 1.「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)」[별표3] 중증질환자 산정특례 대상의 구분 1~3, [별표 4] 희귀질환자 산정특례 대상, [별표 4의2] 중증난치질환자 산정특례 대상, [별표5] 시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵 질환의 적용 범위로 분류된 질환범주(암, 뇌혈관, 심장, 희귀, 중증난치, 결핵 질환(잠복결핵감염 제외))의 경우에는 아래의 범위 내에서 요양급여를 인정함. 다만, 상기 분류된 질환의 범주이지만 아래의 적용대상(가, 나)으로 언급되지 아니한 질환의 경우에는 진료내역 등을 고려하여 임상적으로 의학적 필요성이 인정되는 경우 사례별로 인정할 수 있음 - 아 래 - 가. 고형종양, 악성림프종, 형질세포종

항 목	제 목	세부인정사항

구 분	세 부 기 준
	1) 일반원칙 : 각 단계별 다음에 해당되는 경우에 요양급여를 인정함. 다만, 갑상선암, 간세포암의 경우에는 1.가.2). 세부원칙에 의거 요양급여를 인정함 가) 진단과정(병기설정)시 – 조직학적 검사에서 암으로 진단되거나 타 영상검사에서 암일 가능성이 높아 병기설정시 필요하여 시행한 경우 나) 치료 중 효과판정 – 계획된 치료 과정 중 반응을 평가하여 치료방침 변경 여부 결정을 위해 필요하여 시행한 경우 다) 병기 재설정 (1) 치료 후 완치여부 판정 – 치료완료 후 잔여병소 확인을 위해 필요하여 시행한 경우 (2) 재발판정 – 재발이 의심되는 증상, 증후, 검사결과 등이 있거나 재발의 범위를 결정하기 위해 촬영한 경우 인정함(재발의 임상적 소견없이 촬영한 경우는 이에 해당되지 아니함) 2) 세부 원칙 가) 갑상선암 (1) 병기설정 – 갑상선암으로 진단된 환자 중 예후가 나쁜 세포형(poorly differentiated, Hurthle cell, anaplastic, 유두암의 Diffuse sclerosing variant, Columnar cell variant, Tall cell variant, Solid variant 및 여포암의 Widely invasive type 등)이거나 측경부림프절 전이 또는 타 부위로 전이(원격전이)가 의심되는 경우에 타 영상검사로 결과가 확실하지 아니하여 촬영한 경우 인정함 (2) 재발판정 – 혈중 thyroglobulin이 높으면서(>2ng/mL), 재발이 의심되는 경우 추가로 할 수 있음 나) 간세포암 (1) 병기설정 – 간이식술 또는 간절제술 예정인 환자 중 간 이외에 타 부위 전이를 확인하기 위해 시행한 경우 (2) 재발판정 – 간 외 재발이 의심되는 증상, 증후 등이 확인되어 시행한 경우

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항

구 분	세 부 기 준
	3) 방사성치료 계획 시 – 방사성치료 대상 환자에서 방사성치료 계획 수립을 위해 필요하여 시행한 경우 나. 허혈성 심질환에서 심근의 생존능 평가 : 치료 전, 치료 후 각각 1회로 인정함 2. 부분적 뇌전증 (partial epilepsy) : 수술 전, 수술 후 각각 1회로 인정함 3. 상기 1, 2 이외의 질환인 경우에는 임상적으로 의학적 필요성이 있는 경우에 한하여 실시하되, 양전자방출단층촬영비용(F-18 FDG PET)은 전액 본인이 부담함 4. 기타 보건복지부 장관이 정하여 고시한 질병군 진료시 시행한 양전자방출단층촬영(F-18 FDG-PET)은 급여대상 및 급여 인정기준에 해당되는 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2편 제2부 각 장에 분류된 질병군 상대가치점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. 다만, 상기 1, 2 이외의 질환인 경우에는 임상적으로 의학적 필요성이 있는 경우에 한하여 실시하되, 양전자방출단층촬영비용(F-18 FDG-PET)은 전액 본인이 부담함 (고시 제2021-183호, '21.7.1. 시행)
F-18 플루오리드 양전자방출단층촬영의 급여기준	F-18 플루오리드 양전자방출단층촬영은 악성종양의 뼈 전이 여부를 확인하기 위해 영상검사(골스캔 등)를 실시하였으나, 그 결과가 확실하지 아니하여 향후 치료방향 결정을 위해 추가적으로 시행하는 경우에 요양급여를 인정함(타 영상검사에서 뼈 전이 여부가 확인된 경우는 인정하지 아니함) (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
F-18 FP-CIT 뇌양전자방출단층촬영의 급여기준	F-18 FP-CIT 뇌 양전자방출단층촬영은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함 – 다 음 – 가. 적응증 : 파킨슨증(서동이 있으면서, 경직·진전·자세불안정의 3가지 증상 중에 한가지 이상을 동반)을 가진 환자 중에 도파민 신경세포의 손상 여부의 판단이 필요한 경우 나. 실시횟수 : 진단 시 1회 인정함. 다만, 동 검사로 도파민 신경세포의 손상이 없는 것으로 진단된 후, 지속적인 치료를 하였으나 증상 악화 등 도파민 신경세포의 손상이 의심되는 경우 추가 실시할 수 있으며, 이 경우 사례별로 인정함 (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항

구 분	세 부 기 준
F-18 플루오로 콜린 양전자방출 단층촬영의 수가산정 방법	다339 양전자방출단층촬영 (9)F-18 플루오로콜린의 수가산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 전립선암 (의심)환자 진단 및 전이 진단 목적, 간세포암종 (의심)환자 진단 및 병기설정을 보조하기 위한 목적으로 시행 시 가. 토르소, 라. 전신만 산정함. 나. 부갑상선기능항진증 환자의 수술 전 부갑상선 선종 또는 증식증의 병변 국소화로 수술부위 결정 목적으로 시행한 경우 마. 부분 만 산정함. (고시 제2022-204호, '22.9.1. 시행)
F-18 플루오로 에스트라디올 양전자방출 단층촬영의 급여기준	다339가. 양전자방출단층촬영-토르소-(A) F-18 플루오로에스트라디올은 타 영상검사에서 유방암의 재발 또는 전이 소견이 있어 치료방향 설정을 위해 에스트로겐 수용체 발현 여부의 확인이 필요하나, 병변이 경추 및 상부 흉추, 골반골, 복막, 흉막, 종격동 림프절 등에 위치하여 조직검사가 불가능한 경우에 시행 시 요양급여를 인정함. (고시 제2020-269호, '20.12.1. 시행)
Ga-68 전립선특이막항원-11촬영의 급여기준	다339 양전자방출단층촬영-(B)Ga-68 전립선특이막항원-11은 다음과 같이 요양급여함. - 다 음 - 가. 진단과정(병기설정) 시 : 조직학적 검사에서 전립선암으로 진단되거나 타 영상 검사에서 전립선암일 가능성이 높아 병기설정 시 필요하여 시행한 경우 1회 인정함. 나. 재발진단 시 : 근치적 치료 후 재발이 의심되는 경우(혈중PSA 수치가 전립선절제술 후 0.2ng/mL 이상으로 확인되거나 방사선치료 후 최저치 대비 2.0ng/mL이상 상승하는 경우) 또는 기존 검사에서 확인이 어려운 병변이 있는 경우 1회 인정함. 다. 치료 효과 판정 시 : 계획된 치료 과정 중 반응을 평가하여 치료 방침 변경 여부 결정을 위해 시행한 경우 1회 인정함. 라. 전립선암 의심환자에서 타 영상검사로 병변 확인이 어렵거나 모호하여 조직생검 여부 및 위치 확인을 위해 시행한 경우 1회 인정함.

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td colspan="3">
<table>
<tr><th>구 분</th><th>세 부 기 준</th></tr>
<tr><td></td><td>마. 상기 나.다.의 경우, 임상적으로 의학적 필요성이 있어 1회 초과하여 실시하는 경우는 양전자방출단층촬영비용(Ga-68 전립선특이막항원-11)을 전액 본인이 부담함.
(고시 제2022-188호, '22.8.1. 시행)</td></tr>
<tr><td>Ga-68 에도트레오타이드 (도타톡) 뇌 양전자방출단층촬영의 급여기준</td><td>다339 다. 양전자방출단층촬영-뇌 (5) Ga-68 에도트레오타이드(도타톡)는 뇌수막종 (의심)환자에게 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함.
- 다 음 -
가. 수술이나 방사선치료 전 또는 후
나. 재발 또는 질병진행이 의심되는 경우
(고시 제2022-249호, '22.11.1. 시행)</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td rowspan="2">다401 체외조사에 대한방사선 모의치료 및 치료계획</td><td>체외조사 부위별로 산정한 다401 방사선 모의치료 및 치료계획의 수가 산정방법</td><td>다401 체외조사에 대한 방사선 모의치료 및 치료계획을 여러 부위에 수회 실시하는 경우에는 전 치료 과정 중 최대 3부위 범위 내에서 부위별로 '제1회'의 소정점수로 산정하되 부위별로 제2회부터는 '제2회부터'의 소정점수를 산정함.
(고시 제2009-180호, '09.10.1. 시행)</td></tr>
<tr><td>방사선치료 전 실시한 확인작업 (block check) 인정여부</td><td>방사선치료 전에 실시하는 확인작업(block check)은 방사선치료를 하고자 하는 모든 환자에게 치료의 적정성 및 안전성을 확인함으로써 치료의 정확도를 높이기 위해 필수적으로 시행하는 과정으로 다401 체외조사에 대한 방사선 모의치료 및 치료계획에 포함되어 별도 인정하지 아니함.
(고시 제2007-92호, '07.11.1. 시행)</td></tr>
<tr><td>다407 개봉선원치료</td><td>I-131-MIBG 치료의 급여 여부</td><td>다407 I-131-MIBG는 교감신경조직에 선택적으로 섭취되는 방사성 동위원소로 1회에 고용량의 I-131-MIBG를</td></tr>
</table>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		정맥내에 주입함으로써 고식적 치료에 반응하지 않는 종양인 신경아세포종, 갈색세포종, 수질성갑상선암 등에 유용성이 있으므로 급여함. (고시 제2004-36호, '04.7.1. 시행)
다408 밀봉소선 원치료	이리디움자입치료시 수기료 산정방법	방사성 동위원소 이리디움을 이용한 자입치료는 다408라 방사선입자의 자입치료 '주'에 방사성 금입자 등을 자입하는 경우의 '등'의 범주에 포함하여 다408라로 준용 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
다412 체부정위적 방사선수술	체부 정위적 방사선수술 (선형가속기, 사이버나이프 이용)의 인정기준	체부 정위적 방사선수술(선형가속기, 사이버나이프 이용)은 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 적용대상 (1) 척추(척수 포함) 또는 척추주변 종양(para-spinal tumor) (2) 병기(stage Ⅰ) 또는 병기에 관계없이 내과적 문제 등으로 수술이 불가능한 폐암 (3) 간·담도암 또는 췌장암 (4) 신장암, 비뇨기계(요관, 전립선, 방광 등) 암, 부신암 (5) 뼈암 (6) 육종 (7) 유방부분절제술 후 방사선치료가 필요한 유방암 (8) 자궁경부암에서 강내치료를 대체하는 경우 (9) 두경부암 (10) 임파절 전이(regional lymph node metastases) 또는 재발암(regional recurrence) (11) 방사선 치료부위 재발암 (Re-radiation therapy) (12) Boost 치료 (13) 소수 전이암(Oligo-metastases, 전신에 총 5개 이하)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		나. 산정방법 아래의 부위는 조사계획을 달리 적용하므로 구분하여 산정함 - 아 래 - (1) 척추부위는 경추·흉추·요추·천추의 4부위 (2) 임파절부위는 흉부·복부·골반의 3부위 (3) 척추전이암의 경우 신경증상 완화목적으로 고식적(Palliative) 요법으로 시행 시 전이 개수에 상관없이 산정 가능함. (고시 제2014-240호, '15.1.1. 시행)
다412-1 뇌정위적 방사선수술	다412-1 뇌정위적방사선수술 (감마나이프, 사이버나이프, 선형가속기등 이용)의 급여기준	다412-1 뇌정위적방사선수술(감마나이프, 사이버나이프, 선형가속기등 이용)은 다음과 같이 요양급여 함 - 다 음 - 가. 적응증 1) 해면상혈관종, 혈관종(hemangiomas), 뇌하수체종양(pituitary adenomas), 두개인두종(craniopharyngiomas), 두경부 양성 및 악성종양(측두골이나 비인두, 코 및 부비동에 생긴 종양 등) 가) 외과적 수술 접근이 어려운 부위(병변위치 및 다발병변 등) 나) 외과적 수술치료의 고위험군 환자 다) 수술 후 또는 방사선 치료후 잔존하거나 재발된 부위 라) 기존의 치료방법(호르몬요법 등)으로 실패한 경우 2) 뇌동정맥 기형 등 뇌혈관 기형 출혈로 인한 급성 뇌압상승이 있거나 또는 신경학적 결손(neurologic deficit)이 진행하는 경우는 제외 3) 뇌 양성종양 acoustic neuromas(vestibular schwannomas), meningiomas, and neoplasms of the pineal

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		gland 등) 종양으로 인한 급성 뇌압상승 또는 신경학적 결손(neurologic deficit)이 진행하는 경우는 제외 4) 악성 뇌종양 KPS(Karnofsky performance status)≥60(%)이면서 직경 5cm 이하의 악성뇌종양 5) 전이성(속발성) 뇌종양 가) 병소의 개수가 10개 이하 이거나 병소의 Total volume이 15cm3 이하인 아래와 같은 경우 - 아 래 - (1) 원발부위 불명암 (2) 원발부위가 명확한 경우 KPS(Karnofsky performance status)≥60(%) 나) 전뇌방사선치료 후 재발한 경우로서 환자상태 등을 고려하여 의학적으로 필요성이 인정되는 경우에는 사례별로 인정함 6) 포도막흑색종(uveal melanoma) 7) 암성통증 약물치료에 불응하는 암성통증 8) 삼차신경통 약물치료에 불응한 삼차신경통으로서 아래와 같은 경우 - 아 래 - 가) 만 65세 이상 나) 다른 치료법에 적용이 어려운 경우 다) 타 치료법에 불응하거나 적용 후 재발한 경우 라) 타 질병(종양 또는 다발성경화증 등)으로 인한 2차적 삼차신경통 마) 제1영역의 삼차신경통 9) 파킨슨병 충분한 타 치료방법에 불응한 경우이거나 수술

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		등 다른 치료법에 적용이 어려운 경우 10) 뇌전증 가) 3년 이상 약물치료에 불응하는 난치성 뇌전증으로서 뇌전증병소가 확인된 경우 나) 수술 후 발작이 재발하거나 수술적 접근이 어려운 심부병변인 경우 11) 정신질환 난치성 강박장애, 난치성 우울증, 양극성 정동장애는 5년 이상 정신건강의학과 치료를 했어도 호전이 없는 경우 12) 본태성 진전증 약물치료에 불응한 본태성 진전으로 아래와 같은 경우 - 아 래 - 가) 만65세 이상 나) 다른 치료법에 적용이 어려운 경우 다) 타 치료법에 불응하거나 적용 후 재발한 경우 13) 설인신경통 약물치료에 불응한 설인신경통으로 아래와 같은 경우 - 아 래 - 가) 다른 치료법에 적용이 어려운 경우 나) 타 치료법에 불응하거나 적용 후 재발한 경우 나. 수기료 산정방법 1) 치료계획을 달리하여 시행한 뇌정위적방사선수술 가) 동일병소 또는 다발병소에 날짜를 달리하여 시술하더라도 수기료는 1회만 인정 나) 다만, 1차 뇌정위적수술 후 f/u시 발견된 동일병소 재발 혹은 새로운 병소(new lesion)에 대하여는 별도의 치료계획과

항 목	제 목	세부인정사항
		수술 수기료를 각각 인정(f/u 기간은 통상 3개월 간격으로 보며, 새로운 병변이 의심되는 경우 3개월이내라도 가능) 2) 뇌정위적방사선분할수술(FSRS) 날짜를 달리하여 여러 번 나누어 시행하더라도 다412-1 뇌정위적방사선수술 수기료 1회로 인정 3) 뇌정위적방사선수술(SRS)과 FSRS 병행 시행 다발성 병변일 경우 각 병소별로 치료방법을 선택하여 동시 시행이 가능함. 따라서, 다발성 병소 치료와 같이 수기료는 1회로 인정 (고시 제2021-291호, '21.12.1. 시행)
다413 양성자 방사선치료	양성자방사선치료 (Proton therapy)의 인정기준	양성자방사선치료(Proton therapy)는 다음에 해당하는 경우에 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 요양급여하지 아니함(비급여). - 다 음 - 가. 소아종양(만 18세 이하) 나. 방사선 치료부위 재발암(Re-irradiation therapy) 다. 뇌, 뇌기저부 및 척추(척수 포함) 종양 (양성 포함) 라. 두경부암 (눈 및 안면부 포함) 마. 흉부암 (유방종양 제외한 폐, 식도, 종격동 등) 바. 복부암 (간, 담도, 췌장, 후복막 등) (고시 제2015-146호, '15.9.1. 시행)
다414 세기변조 방사선치료	세기변조 방사선치료(IMRT)의 급여기준	다414 세기변조방사선치료(선형가속기, 노발리스, 토모테라피, 베로 등 이용)는 2차원 또는 3차원 입체조형 방사선치료 보다 정상조직에 조사되는 방사선량을 줄일 수 있는 경우 시행함을 원칙으로 하되, 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 고형종양(원발성·전이성 암, 뇌·척추 양성종양 등 포함)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		2) 방사선 치료부위 재발암 (Re-irradiation therapy) 3) Boost 치료 나. 산정방법 원발병소와 원발병소 주변 림프절에 대한 세기변조방사선치료시에는 동일 조사 범위내 시행으로 보아 1회로 간주함 (고시 제2019-315호, '20.1.1. 시행)
다417 수술 중 방사선치료 (전자선 이용)	다417 수술 중 방사선치료 (전자선 이용)의 급여기준	다417 수술 중 방사선치료(전자선 이용)의 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 적응증 1) 유방암의 경우 아래 조건을 모두 충족하는 경우 산정한다. (1) 유방보존 수술을 받은 45세 이상의 유방암 환자 (2) 단일성(solitary) [다발성 제외] (3) 침윤성 관암(invasive ductal carcinoma) [침윤성 소엽암 제외] (4) 종양의 크기 2cm 이하(T1)* (5) 조직등급 I, II (histology grade I, II)** [grade III 제외] (6) 림프절 전이 (Lymph nodes metastasis) 음성 (7) 절제연 음성(clear resection margin) (8) boost 치료 2) 수술 전 항암화학방사선병용요법 시행 후에도 절제연 양성 가능성이 높은 직장암 또는 수술 및 항암화학방사선병용요법 시행 후 국소 재발 직장암 3) 경계성 절제 가능 또는 국소 진행성 췌장암 4) 이전 방사선치료 후 국소 재발 두경부암 5) 수술 및 방사선치료 후 국소 재발 부인과암

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		6) 수술 및 방사선치료 후 국소 재발 사지 육종 * by AJCC 8th edition, 2018 ** by Scarff-Bloom-Richardson grade system (고시 제2020-269호, '20.12.1. 시행)

제 4 장

투약 및 조제료

제4장 투약 및 조제료

항 목	제 목	세부인정사항
일반사항	처방의약품 반납관련 처리방법	의약분업의 시행 이전 의료기관에서는 환자에게 투약한 의약품에 대하여 부작용의 발현, 복용불편 등의 사유로 환자의 요구가 있는 경우에 잔여 의약품을 반납 처리하는 것이 일반화되어 있음. 그러나, 의약품은 그 특성상 보관 및 관리가 엄격하여야 하며, 여타의 오염에 의하여 심각한 부작용을 야기할 수 있으므로 일단 조제·투약된 의약품을 반납 받아 다른 환자에게 재사용하는 것은 사실상 불가능하며, 의약품의 경우 정상적인 처방 및 조제·투약이라 하더라도 필연적으로 부작용이 발현될 수 있으므로 부작용이 발현되었다 하여 잔여 의약품을 반납처리하는 것은 정상적인 진료 및 투약 등을 저해하게 됨. 따라서, 요양기관에서는 여타의 이유로 환자가 복용중인 의약품을 반납받아 다른 환자에게 재사용하거나, 이를 보험으로 정산처리해서는 아니됨. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	제제료 산정방법	약사법 제41조 및 의약품 등의 안전에 관한 규칙 제54조에 의한 조제실 제제를 조제 투약한 경우에는 라1 퇴원환자조제료, 라1-1 외래환자 조제·복약지도료 또는 라2 입원환자 조제·복약지도료 소정금액의 50%를 제제료로 산정토록 되어 있는 바, 요양 기관에서 동 제제료를 청구시에는 병원 제제약 내역 설명서에 의약품 등의 안전에 관한 규칙 제53조에 의거, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 발급한 의료기관 조제실제제 제조품목 신고증을 첨부하여 제출하여야 함 (고시 제2018-206호, '18.10.1. 시행)
라1 처방조제료	치과대학병원에서의 제제료 산정방법	치과대학 부속병원의 환자에게 자체 제제약을 조제하여 의과대학 부속병원 환자와 똑같이 투약하는 경우 수기료는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여

항 목	제 목	세부인정사항
		상대가치점수」 제1편 제2부 제4장 투약 및 조제료 [산정지침] (5)에 준용하여 제제료를 산정할 수 있음. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
라1-1 외래환자 조제·복약지도료	동일 환자에게 원내조제 및 원외처방이 동시에 이루어진 경우 외래환자 조제 · 복약지도료 산정여부	동일 환자에게 원내조제 및 원외처방이 동시에 이루어진 경우 원내조제와 원외처방에 따른 각각의 조제·복약지도료 산정은 곤란하므로 원내조제로 인한 라1-1 외래환자 조제·복약지도료는 별도 산정하지 아니함. (고시 제2003-65호, '03.12.1. 시행)
라4 주사제 무균 조제료	무균 조제한 약제를 투여할 수 없게 된 경우 요양급여비용 산정방법	무균 조제한 약제를 환자상태의 변화나 사망 등의 사유로 투약을 중지하고 폐기하였을 경우 요양급여비용은 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 1회에 한하여 요양급여하며, 요양급여비용 청구 시 사유를 기재함. 나. 투약 거부 등 환자측의 기피로 인하여 약제를 폐기한 경우에는 해당 요양급여비용은 환자가 전액 본인 부담함. 다. 요양기관 측에 폐기 사유가 있는 경우 요양급여비용을 청구할 수 없음. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	주사제 무균 조제료 [1건당]의 의미	'1건당'은 무균조제된 항암제, 고영양수액제, 일반 주사제가 환자에게 최종 투여되는 형태의 단위(병, 팩, syringe 형태의 단위)당 산정하는 것을 의미함. (고시 제2015-155호, '15.9.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	주사제 무균조제료 가산적용 기준	신생아중환자실 또는 소아중환자실에 입원중인 환자에게 적용되는 주사제 무균조제료의 가산기준은 다음과 같이함. - 다 음 - 1. 신생아중환자실 또는 소아중환자실의 해당 입원료(가9나 신생아중환자실 입원료, 가9다 소아중환자실 입원료)를 산정하는 경우에만 가산을 적용함. 2. 야간·공휴 가산 적용 시점은 무균조제대에서 조제를 시작한 시간을 기준으로 함. (고시 제2018-101호, '18.6.1. 시행)

제 5 장

주 사 료

제 5 장 주사료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	주사수기료의 산정방법	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」 제1편 제2부 제5장 주사료 중 마1 '주'에 의하면 피하 또는 근육내주사를 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회 이내만 산정하되, 응급을 요하거나 진료상 반드시 필요한 경우에는 예외로 한다고 되어 있는 바, 응급을 요하는 경우란 환자의 상태로 보아 즉시 필요한 처치를 하지 아니하면 그 생명을 보존할 수 없거나 중대한 합병증을 초래할 것으로 판단되는 경우이며, 진료상 반드시 필요한 경우란 진료 의사의 전문의학적 판단에 근거하여 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 3.나. 주사에 의하는 경우를 의미함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
	정밀 지속적 점적주입 시 사용하는 Infusion Pump의 급여기준	정맥내 점적주사 시 약제의 정밀 주입을 목적으로 Infusion Pump를 사용한 정밀 지속적 정맥내 점적주사의 급여기준은 다음과 같음 - 다 음 - 가. 8세 미만 소아 나. 약제 투여용량의 정확성이 요구되는 항암제 투여 환자 또는 중증·응급환자 다. 유도분만을 위한 옥시토신 또는 조산방지를 위한 자궁수축억제제 주입시 라. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조 중증질환자 산정특례 대상 (고시 제2019-166호, '19.8.1. 시행)
마2 정맥내 일시주사	정맥내주사로 확보(Keep Vein Open)시 진료수가 산정방법	환자 치료상 수액제 주입 없이 일정기간 동안 정맥내 유치침으로 정맥내주사로를 확보(Keep Vein Open)하고 하루에 수회의 약물을 투여하는 경우의 진료수가 산정

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		방법을 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 정맥내주사로 확보(Keep Vein Open)시 (1) 수기료 : 마2 정맥내 일시주사로 산정 (2) 재료대 : 5.42점(정맥내유지침)을 추가로 산정 나. 확보된 주사로를 통한 약물 주입시 : 마5-1 수액제 주입로를 통한 주사로 산정. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
마6 신경간내주사	마6 신경간내주사의 정의	신경간내주사란 신경인접부위에 스테로이드제제, 국소마취제 등을 주입하는 행위로서 서로 다른 신경에 각각 주사하는 경우 1일 2회 이상 실시하더라도 부위불문하고 1일 2회까지 인정하며, 실시간격은 약제 허가사항 범위내로 함. (고시 제2015-99호, '15.6.15. 시행)
	국소마취제(lidocaine) 단독으로 시행한 건초내주사 인정여부	국소마취제(lidocaine)를 부신피질호르몬제 등 타약제와 병용하지 않고 단독으로 주입하는 건초내주사는 인정하지 아니함. (고시 제2020-163호, '20.8.1. 시행)
마9 관절강내 주사	마9 관절강내 주사 인정기준	1. 마9 관절강내 주사는 국소마취제를 부신피질호르몬제 등 타 약제와 병용한 경우에 인정하며, 국소마취제만을 관절강내로 주입한 경우는 요양급여를 인정하지 아니함. 2. 관절강내 주사 시 부신피질호르몬제를 이용한 경우는 약제에 의한 부작용을 고려하여 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 동일 관절에 주사 시 2-4주 간격으로 1년에 3-4회까지 인정

항 목	제 목	세부인정사항
		나. 같은 날 여러 관절에 실시한 경우 2관절까지 인정하며, 1개월에 최대 3-4관절까지만 인정 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	치료목적의 나802 관절천자와 마9 관절강내 주사 동시 실시 시 급여기준	관절천자를 치료목적(약물주입)으로 시행하는 경우에는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」 제1편 제2부 제2장 제4절 천자 주1.에 의거 나802 관절천자 항목 소정점수의 30%를 가산하여 인정하되, 동일 부위에 동시 실시한 마9 관절강내주사는 요양급여를 인정하지 아니함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
마15 항암제 주입	마15 항암제 주입 방법에 따른 수가 산정방법	마15 항암제 주입은 주입방법에 따른 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 동맥 내 항암 화학요법(Intra-Arterial Chemotherapy) 1) 수가: 마15라 항암제 주입(동맥내 주사)으로 산정 2) 방사선조영: 부위별 동맥조영 촬영료로 산정 3) 치료재료: 맥관조영용 카테타, 가이드와이어, 조영제, 필름을 별도 산정 나. 수액제 주입로(IV side injection)를 통해서 항암제를 주입한 경우: 마15나 항암제 주입(정맥내 일시주사)으로 산정 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
마16 급속항온주입	마16 급속항온주입 인정기준	1. 마16 급속항온주입은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 대량의 출혈이 있는 수술, 외상 등을 동반한

항 목	제 목	세부인정사항
		저혈량성 쇽 나. 개흉·개복·뇌·척추수술(3시간 이상) 다. 중등도 이상의 화상 라. 중증 저체온증 환자 2. 급속항온주입 시 사용한 치료재료는 별도 인정함. 다만, RIS SET, FMS RIS SET 사용시는 다음의 경우에만 인정함. - 다 음 - 가. RIS(Rapid Infusion System) SET 또는 FMS RIS SET (Large volume set) 1) 간이식술 2) 대량실혈(24시간 이내에 환자의 전체 혈액량을 교체하거나 첫 한 시간 이내에 전체 혈액량의 절반 이상을 투여하는 대량수혈)이 예상되는 경우 나. FMS RIS SET(Standard volume set) 1) 심장수술 2) 대혈관수술 3) 다발성 외상환자 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
제2절 채혈 및 수혈료	혈액원으로부터 페레시스에 의한 혈액성분을 공급받을시 수가산정방법	요양기관이 혈액성분을 페레시스 방법에 의하여 환자에게 직접 공급하고자 하나 성분채혈을 할 공혈자가 없어 대한적십자사 혈액원 또는 다른 의료기관의 혈액원으로부터 페레시스에 의한 혈액성분을 공급받을 경우 그 혈액 성분 수가산정 및 정산은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 페레시스에 의하여 혈액성분을 분리한 혈액원에서는 해당 혈액성분을 요양기관에 공급할 때에 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제5장 주사료 [산정지침](1) 단서규정

항 목	제 목	세부인정사항
		에서 인정하는 재료대 및 약제료의 구입영수증을 첨부하여 제출하여야 하고, 나. 페레시스에 의한 혈액성분을 공급받아 환자에게 수혈한 요양기관은 파2나 혈액성분채집술에 의한 것[성분채혈]의 소정점수를 산정하고 그때에 소요된 약제 및 재료대는 그 혈액성분을 공급한 "혈액원"으로부터 제출받은 구입 영수증상에 기재된 금액을 청구하는 것임. 이 경우 요양기관에서는 요양급여비용명세서의 내역란에 공급받은 혈액원의 명칭을 기재하여야 함. 다. 환자에게는 요양기관에서 직접 페레시스에 의한 혈액성분을 수혈한 것과 같은 기준으로 본인부담금을 산정하고 요양기관과 혈액원간의 정산방법은 상호 협의하여 처리함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
마102 치료적 성분채집술	마102나 치료적 백혈구 성분채집술 급여기준	마102나 치료적 백혈구성분채집술(leukapheresis)은 급·만성 백혈병으로서 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 백혈구수가 100,000/㎕ 이상으로 증가된 경우 나. 백혈구수가 50,000/㎕ 이상이면서 중추신경계(central nerve system) 또는 폐(pulmonary)에 증상이 있는 경우 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	마102다 치료적 혈장 성분채집술 급여기준	1. 마102다 치료적 혈장 성분채집술은 AABB(American Association of Blood Banks) &ASFA(American Society for Apheresis)의 임상진료지침* 분류(category) Ⅰ,Ⅱ에 해당되는 경우에 인정함을 원칙으로 하되, 다음의 경우는

항 목	제 목	세부인정사항
		각 요건을 충족하는 경우에 한하여 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 이식 환자 1) 신장이식 가) 신장이식 전 탈감작 치료 시 (1) 항 조직 적합 항원(Anti-HLA antibody) 및 공여자 특이 항체(DSA)인 경우 (가) HLA항체 역가(MFI level) 1,000이상 시 최대 12회까지 인정. 단, DSA MFI에 대한 검사 결과가 없는 상태는 인정하지 아니함. (나) 패널 반응성 항체(PRA) 50%이상에서 실시한 경우 20%이하가 될 때까지 (2) 보체의존 세포독성(CDC) T cell crossmatch (AHG phase) 검사 결과 (가) 양성인 경우 1:16 미만 시 최대 12회까지 (나) 음성이면서 유세포 분석(flow cytometry) 검사 상 양성인 경우 시행하여 음성이 나타날 때까지 (3) ABO혈액형 불일치 항체 역가가 1:8 이상인 경우 나) 신장이식 후 (1) 급성 항체매개성 거부반응(Acute active AMR)인 경우 매일 또는 격일로 최대 12회까지 (4주 이내) (2) 만성 항체매개성 거부반응(Chronic active AMR) 및 재발인 경우 매일 또는 격일로 6회까지 (3) 이식 전 또는 이식 후 신생검에서 국소성 분절성 사구체신염(FSGS)으로 확진된 환자에게 이식 후 단백뇨가 재발된 경우 최초 3일은 매일 1회씩, 그 이후부터는 2주 동안 6회 (총 9회) 인정

항 목	제 목	세부인정사항
		(4) ABO혈액형 불일치 항체 역가가 1:16 이상으로 상승한 경우 2) 심장이식 가) 심장이식 전 탈감작 치료 시 패널 반응성 항체(PRA)가 50%이상 확인된 경우 5회까지 나) 심장이식 후 급성 항체매개성 거부반응(Acute active AMR)이 진단된 경우 5회까지 3) 폐 이식 가) 폐이식 전 탈감작 치료 시 : 패널 반응성 항체(PRA) 50%이상에서 시행하는 경우 6회까지 나) 폐이식 후 (1) 급성 항체매개성 거부반응(Acute active AMR)이 진단된 경우 6회까지 (2) 공여자 특이 항체(DSA)가 있고 폐기능 저하가 동반된 경우 6회까지 다) 공여자 특이 항체(DSA)가 있고 HLA항체 역가(MFI level) 1,000이상인 경우 6회까지 나. 간질환 1) ABO혈액형 부적합 간이식에서 탈감작 목적 또는 수술 후 급성 항체매개성 거부반응(Acute active AMR)의 발생 위험이 있다고 판단되고 동종 응집소항체역가 1:16 이상으로 상승된 경우에 실시 시 최대 15회까지 (1개월 이내) 2) 간이식 혹은 간절제술 후에 발생한 급성 간기능 부전(acute liver failure)의 경우 3회까지 인정하며, 인정횟수 초과 시 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함. 다. 신경계 질환 1) 급성 염증성 탈수초성 다발성신경병증(AIDP)

항 목	제 목	세부인정사항
		: 매일 또는 격일로 실시하며 6회까지 인정하되, 동 치료를 하면서 투여한 아이비글로부린(IVIG)은 인정하지 아니함. 2) 만성 염증성 탈수초성 다발성신경병증(CIDP) : 주 2~3회 실시 시 인정 3) IgG, IgA, IgM 부단백질 탈수초성 다발성신경병증 : 매일 또는 격일로 실시하며 6회까지 4) 급성 전파성 뇌척수염(ADEM): 매일 또는 격일로 실시하며 6회까지 5) 다발성경화증: 매일 또는 격일로 실시하며 7회까지 라. 혈전성 미세혈관병증(TMA) : 혈전성 혈소판감소성 자반증(TTP) 또는 비정형 용혈성 요독증후군(aHUS)을 의심하여 확진을 위한 검사후 응급으로 시행한 경우에 인정 마. 중증열성혈소판감소증후군을 진단 받은 자 중 중증의 환자에게 시행한 경우에 구체적인 의사소견서 및 관련 자료를 참조하여 인정 2. 상기 1.에서 언급되지 아니한 AABB(American Association of Blood Banks) & ASFA(American Society for Apheresis)의 임상진료지침 분류(category) Ⅲ에 해당하는 경우는 의사소견서 및 관련자료를 첨부하여 임상적 필요성을 입증한 경우 사례별로 인정함 * (별첨) 참고 (고시 제2021-21호, '21.2.1. 시행)

(별첨) AABB(American Association of Blood Banks) & ASFA(American Society for Apheresis)의 치료적 혈장 성분채집술 임상진료지침

Category	Indication	Modifying Conditions	Typical Course Number of treatments
Ⅰ	국소 분절 사구체경화증	신이식 재발	매일 또는 격일 (변동)
	용혈성 요독 증후군	H항체 인자	매일 (변동)

항 목	제 목	세부인정사항	
	고점도 단일클론 감마병증	증후 리툭시맙 예방	매일 (1~3회)
	간이식, ABO부적합	생존 공여자 탈감작	매일 또는 격일 (변동)
	급성 염증성 탈수초화(길랑-바레)		격일 (5~6회)
	항호중구세포질항체 관련 급속 진행 사구체 신염(과립종증)	투석 의존 심장장애	매일 또는 격일 (6~9회)
	사구체 기저막 질환	투석 비의존 심장장애	매일 또는 격일 (7~10회)
	만성 염증성 탈수초화 다발성 근병증		주 2~3회 (변동)
	냉동글로부린혈증	증후/중증	격일 (3~8회)
	중증근무력증		격일 (3~7회)
	부단백질 탈수초화 다발신경병증	IgG/IgA/IgM	격일 (5~6회)
	연쇄상구균 감염과 관련된 소아자가 면역 신경정신 장애, 시덴함무도병		격일 (5~6회)
	신장이식, ABO적합	항체 매개성 거부반응 생존 공여자 탈감작 공여자 특이적 HLA항체 양성	매일 또는 격일 (5~6회)
	신장이식, ABO부적합	생존 공여자 탈감작	매일 또는 격일 (변동)
	혈전성 미세 혈관병증, 약물관련	Ticlopidine	매일 (변동)
	혈전성 혈소판 감소성 자반증		매일 (변동)
	윌슨병		매일 또는 격일 (3-5회)
Ⅱ	급성 전파성 뇌척수염		격일 (3~6회)
	자가면역 용혈성빈혈	심한 냉응집병	매일 또는 격일 (변동)
	치명적인 항인지질증후군		매일 (3~5회)
	가족성 고콜레스테롤혈증	소혈량 동형접합	매주 (무기한)
	조혈모세포이식, ABO부적합		매일 (1~3회)
	용혈성 요독증후군	유전자 돌연변이	매일 (변동)
	랩버트이튼 근시증후군		매일 또는 격일 (변동)
	다발성 경화증	급성 신경계 염증성 탈수초화	격일 (5~7회)
	골수종 캐스트 신장병		매일 또는 격일 (5~7회)
	시신경척수염(데빅증후군)	급성	매일 또는 격일 (변동)
	과다복용, 발작 및 중독	버섯 중독	매일 (변동)
	피탄산 저장질환 (Fefsum disease)		매일 또는 격일 (변동)
	신장이식, ABO부적합	항체 매개성 거부반응	매일 또는 격일 (변동)
	전신성 홍반성 루프스	중증	매일 또는 격일 (3-6회)
	전압-게이트된 칼륨채널 복합체		격일 (5~7회)

(고시 제2020-163호, '20.8.1. 시행)

마105 조혈모세포 이식	조혈모세포 채취기관과 이식기관이 다른 경우의 진료수가 산정방법	조혈모세포 채취기관과 이식기관이 다른 경우에 진료비 산정 및 청구는 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 진료비 청구 및 정산 조혈모세포이식 관련 진료비를 수혜자(수혜자 소속

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		보험자)가 부담하도록 한 현행 규정을 감안하여 수혜자를 진료한 요양기관에서 공여자의 진료비를 합산하여 진료비를 청구하고 향후 상호 정산함. 나. 골수 채취기관의 기준 국민건강보험법 제42조제4항, 같은법시행규칙 제11조 규정에 의한 상급종합병원 또는 조혈모세포이식 실시기관 인정기준에 의한 조혈모세포이식 실시기관으로 함. (고시 제2016-204호, '16.11.1. 시행)
	동종조혈모세포이식 예정자에서 자가말초조혈모세포 채집	동종조혈모세포이식 예정자에서 자가말초조혈모세포 채집을 실시한 경우 조혈모세포이식분과위원회에 심의 의뢰절차를 거쳐 요양급여 여부를 결정토록 함. 가. '자가말초조혈모세포채집'의 적응증 : 「조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준」에 적합한 동종조혈모세포이식 예정자 중, 동 시술에 대한 충분한 논의 과정을 거쳐 이식 대상자가 동의한 상태에서 다음 각 호의 1에 해당하는 경우 (1) 타인 공여자의 기증의사 번복 등으로 타인간 이식을 할 수 없는 경우 (2) 타인간 이식을 받았더라도 생착에 실패하는 경우 (3) 동종조혈모세포 채집양이 적으나 추가 채집이 어려워 자가이식으로 전환한 경우 나. 진료비 산정방법 - 위 가.항의 적응증에 해당되어 채집한 자가말초조혈모세포를 주입한 경우 분과위원회에서 적합하다고 판단시 '마-105 조혈모세포이식술'의 해당 소정점수에 대하여 요양급여로 인정함. - 그 외 동종조혈모세포이식 예정자에서 자가말초조혈모세포채집을 실시한 경우에는 '마-105 조혈모세포이식술'의 해당 소정점수의 100분의 100을

항 목	제 목	세부인정사항
		본인부담토록 함. (고시 제2008-149호, '08.12.1. 시행)
	마105-다 조혈모세포이식시 냉동처리 및 보관료와 치료재료(Cryo bag) 인정기준	마-105 조혈모세포이식(동종) 및 마-105-1 동종 공여자림프구주입[채집료 포함] 시 "마-105-다 조혈모세포의 이식준비 (1) 냉동처리 및 보관, (2) 냉동된 조혈모세포의 해동"의 소정점수를 산정할 수 있는 경우는 다음과 같음. 이 경우에 사용된 치료재료(Cryo bag)의 요양급여비용은 별도 산정함. - 다 음 - 1. 수집된 조혈모세포를 즉시 주입하기 어려운 불가피한 사유가 발생하여 냉동처리 및 보관, 해동이 이루어진 경우 2. 혈액암환자의 비골수억제 동종 말초혈액 조혈모세포 이식 시 동종 공여자 림프구 주입이 필요한 때를 대비하여 여분의 조혈모세포를 수집하여 냉동 처리 및 보관 또는 해동하는 경우에 인정함. 다만, 동종 공여자림프구 주입이 이루어지기 전에는 우선 해당 요양급여비용을 전액 본인부담하고, 동종 공여자림프구 주입이 이루어진 경우에는 전액 본인부담을 적용한 요양급여비용을 소급하여 일부본인부담으로 정산함. (고시 제2012-119호, '12.10.1. 시행)
마106 자가수혈	적혈구수집기를 이용한 자가수혈의 급여기준	1. 적혈구 수집기를 이용한 자가수혈의 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 심장수술 환자 나. 희귀혈액형 또는 다수의 비예기항체 등으로 적합한 동종혈액을 구하기 어려운 경우 다. 급속한 실혈이 있거나 광범위한 수술로 인하여 600ml이상 수혈이 예상되는 경우 등

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(다만, 40㎏이하의 소아는 전혈량 대비 15%이상 실혈이 예상되는 경우) 라. 위 적응증에 해당되지는 않으나 종교적인 이유 등으로 환자가 수혈을 거부하는 경우에는 자가수혈 비용(치료재료 비용 포함) 전액을 본인이 부담함. 2. Reservoir set 등의 치료재료 비용은 별도 산정하되, 대칭기관에 대한 양측 수술 시에는 각각 인정함. (고시 제2019-255호, '20.1.1. 시행)
마107 혈액제제에 대한 체외조사	혈액제제 방사선 조사의 급여기준	1. 혈액제제에 대한 방사선조사는 다음과 같은 경우에 인정함. - 다 음 - 가. 혈연자(부모/자녀, 조부모/손자, 형제자매, 사촌)로부터의 수혈 나. HLA가 유사한 혈소판 수혈 다. 신선한 혈액을 사용하는 경우 라. 미숙아 및 신생아(모체 내 태아 포함) 마. 골수이형성증후군 바. 백혈병 사. 악성 림프종 아. 중증재생불량성 빈혈 자. 선천성 면역결핍증 환자 차. 조혈모세포이식 환자 카. 조혈모세포이식 채집 중인 환자 타. 항암화학요법, 방사선요법을 받고 있는 고형암 환자 파. 장기이식 환자 2. 다만, 동결혈장제제(신선동결혈장, 동결혈장, 동결침전제제)에 실시한 방사선조사는 인정하지 아니함. (고시 제2019-255호, '20.1.1. 시행)

제 6 장

마 취 료

제6장 마취료

항 목	제 목	세부인정사항
일반사항	전신마취 실시 시간의 개념	전신마취 실시 시간이란 실질적으로 마취를 실시한 소요시간을 뜻하므로 마스크 또는 기관내 삽관을 시행한 시간부터 기관내 삽관을 제거한 시간까지를 의미하나, 기관내 삽관 장치 상태로 회복실에 옮겨졌다 할지라도 회복실에서 소요된 시간은 마취 실시 시간에 삽입할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	전신마취하에 수술후 회복실에서 산소흡입을 시행하는 경우 수기료 및 산소료 산정여부	전신마취하에 수술을 마친후 회복실에 옮긴 환자에게 산소흡입이 필요하여 산소흡입을 실시한 경우에는 자4 산소흡입료(1일당)와 사용된 산소를 산정함. (고시 제2005-44호, '05.7.1. 시행)
	환자의 요구에 의하여 실시한 전신마취 산정여부	1. 환자의 심신상태를 감안할 때 국소마취로도 시술이 충분히 가능하다고 판단되는 경우임에도 환자가 부당하게 전신마취를 계속 요구할 경우에는 국민건강보험법 제53조제1항제2호 및 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하여 요양기관은 의견서를 첨부하여 그 사실을 보험자에게 통보하고 그 의견을 들어 조치하여야 함. 2. 만약, 요양기관에서 이러한 조치없이 환자의 단순한 요구에 의하여 전신마취를 시행할 경우의 책임(전신마취료와 국소마취료의 차액)은 통보의무를 위반한 요양기관에 있다 할 것임. 3. 또한 국소마취가 통상의 마취방법이라 할지라도 환자의 심신상태 및 심리적 건강효과를 고려하여 전신마취의 필요성이 있다고 판단될 때에는 환자의

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		요구에 관계없이 이를 시행할 수 있으며 그 비용은 보험자에게 청구할 수 있음. (고시 제2012-153호, '12.12.1. 시행)
	마취시 환자감시장치 등을 이용한 각종 감시행위의 급여여부	마취시 환자감시장치(Patient Monitoring System)등을 이용한 호기말 이산화탄소 분압감시, 체온감시, 근이완 감시는 마취시 안전한 환자관리를 위하여 행해지는 일련의 행위로 현행 마취수기료에 포함하여 별도 산정할 수 없음. (고시 제2004-36호, '04.7.1. 시행)
	밀봉소선원치료 (Ra226, Cs137)시 마취료 산정여부	밀봉소선원치료(Ra226, Cs137)시에 마취를 시행하는 경우 소정 마취료를 별도 산정할 수 있음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	마취통증의학과 전문의가 상근하는 요양기관에서 마취통증의학과 전문의 초빙시 인정여부	마취통증의학과 전문의가 상근하는 요양기관에서 마취통증의학과 전문의 초빙료를 산정할 수 있는 경우는 다음과 같으며, 요양급여비용 청구 시 부득이한 사유 또는 신고사실을 확인할 수 있도록 마취기록부, 변경신고서 등 객관적인 증빙자료를 첨부하여야 함. - 다 음 - 가. 상근하는 마취통증의학과 전문의가 예비군 훈련 등 부득이한 사유로 부재중인 경우 수술이 가능한 다른 요양기관으로 환자를 이송 조치함이 원칙이나 이송할 수 없는 상황에서 마취통증의학과 전문의를 초빙하는 경우. 다만, 이 경우 관련 법령에 의거 인력 등에 대한 변경신고(유선신고 포함)가 이루어져야함. 나. 천재지변, 기타 예기치 못한 구급사태 등으로 인하여 동일 시간대에 2인 이상의 수술이 동시에 이루어져야 할 부득이한 사유로 마취통증의학과 전문의를 초빙하는 경우 다. 마취통증의학과 전문의가 상근하는 산부인과

항 목	제 목	세부인정사항
		병·의원에서 야간 또는 공휴일에 임신 또는 분만 관련 응급수술을 시행하게 되어 부득이하게 마취통증의학과 전문의를 초빙하는 경우 (고시 제2012-153호, '12.12.1. 시행)
	2가지 이상의 마취시 수가산정방법	「건강보험 행위급여·비급여목록표 및 급여상대가치점수」 제1편제2부 제6장 마취료[산정지침](6)항에 의거 동일 목적을 위하여 2가지 이상의 마취를 병용한 경우 또는 마취 중에 다른 마취법으로 변경한 경우 2가지 이상 마취 중 소정점수가 높은 마취의 소정점수를 산정함. 이 경우 '소정점수'란 제6장 마취료의 각 분류항목에 기재된 점수를 말함. (고시 제2016-204호, '16.11.1. 시행)
	장애인 치과 진료 시 전신 마취 급여기준	장애인으로 등록되어 있는 뇌병변장애인, 지적장애인, 정신장애인, 자폐성장애인에게 급여, 비급여 동시 치과 진료 시 시행된 전신마취에 대해서는 현행 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제6장 마취료 제1절 마취료를 적용하여 청구함. 단, 비급여 치과진료만을 시행하는 경우의 마취료는 제외함. (고시 제2022-26호, '22.2.1. 시행)
바1 정맥마취	Lidocaine 지속적 주입법의 수가 산정방법	Pain Control 목적으로 시행하는 Lidocaine 지속적 주입법은 EKG, BP Monitoring하에 Lidocaine을 30분-1시간정도 주입하면서 통증 점수를 check하는 시술로 신경병성통증(neuropathic pain)에 인정하며 행위료는 바1가 정맥마취-전신마취로 산정하고 EKG Monitoring료는 별도 인정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	감시하 전신마취의 인정기준	1. 감시하 전신마취는 마취통증의학과 전문의가 마취 시작부터 종료까지 마취 전과정을 전담하여 직접 실시한 경우 산정하며, 응급상황시 신속하게 전신마취로 이행할 수 있도록 전신마취기 등을 준비한 상태에서 말초산소포화도감시하에 실시하여야 함. 2. 감시하 전신마취 실시시간은 정맥마취제를 주입한 시간부터 마취의 목적이 되는 수술 등이 종료된 시간까지를 의미함. 3. 감시하 전신마취를 산정하는 경우에는 마취 전과정을 전담하여 직접 실시한 마취통증의학과 전문의의 면허종류, 면허번호를 요양급여비용 청구명세서에 기재하여야 함. (고시 제2015-155호, '15.9.1. 시행)
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) 마취관리 기본-경막외마취의 소정점수로 준용 산정(단, 마취유지는 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

항 목	제 목	세부인정사항
		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 가산하되, 마취약제주입 시작시간을 기준으로 산정함. 다. 질식분만전 통증조절 목적으로 "무통분만 경막외마취"를 실시하였으나, 질식분만을 실패하여 제왕절개만출술을 실시한 경우, 수기료는 「건강보험 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. (고시 제2019-166호, '19.8.1. 시행)
바3라 마취중 파형변이지수 감시	바3라 마취중 파형변이지수 감시 급여기준	1. 기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취 중 환자에게 시행하는 파형변이지수 감시는 동일 목적의 검사인 마취중 연속 자동 맥압변이 측정 검사와 동시에 실시한 경우 주된 검사 한 가지만을 인정함. 2. 마취중 총 헤모글로빈감시와 동시에 시행하는 경우에 주된 검사는 해당 검사 소정점수를 산정하고, 제2의 검사부터는 해당 검사 소정점수의 50%를 산정함. (고시 제2022-49호, '22.3.1. 시행)
바3마 마취중 총헤모글로빈 감시	바3마 마취중 총 헤모글로빈감시 급여기준	1. 마취중 총 헤모글로빈감시는 수술실에서 출혈의 위험이 크거나 수혈이 필요한 환자의 총 헤모글로빈농도의 연속적 감시를 목적으로 실시한 경우에 인정함. 2. 마취중 파형변이지수감시와 동시에 하는 경우에

항 목	제 목	세부인정사항
		주된 검사는 해당 검사 소정점수를 산정하고, 제2의 검사부터는 해당 검사 소정점수의 50%를 산정함. (고시 제2022-49호, '22.3.1. 시행)
제3절 신경차단술료	신경차단술의 가산 적용기준	신경차단술은 마취, 동통완화 또는 치료목적으로 시행할 경우에 산정할 수 있으며 시술행위에 따라 소정점수를 산정하되, 동통완화 또는 치료목적으로 실시한 경우에는 마취행위가 아니므로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제6장 마취료 [산정지침]에 의한 신생아, 소아, 노인 가산을 할 수 없으며 응급진료가 불가피한 경우를 제외하고는 공휴일 또는 야간가산을 할 수 없음. 다만, 마취목적으로 시행하는 경우에는 제6장 마취료 [산정지침]에 의한 가산을 할 수 있음. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	신경차단술의 산정기준	통증완화 또는 치료목적으로 실시하는 신경차단술은 상병명, 환자의 상태 및 신경차단술에 대한 환자의 반응 등에 따라 그 종류와 실시간격 및 횟수 등이 달라질 수 있으나 적정치료기간 등을 감안하여 동 시술에 대한 산정기준은 다음과 같이 산정하며 진료기록부에서 신경차단술 실시 부위가 확인되어야 함. - 다 음 - 가. 산정횟수 및 기간 1) 신경차단술은 상병에 따라 주 2~3회 인정함을 원칙으로 하되, 최초시술부터 15회까지는 소정점수의 100%를, 15회를 초과시는 50%(산정코드 세 번째 자리에 Z로 기재)를 산정함. 2) 신경차단술을 장기간 연속적으로 실시하는 것은 바람직하지 않으며 일정기간 신경차단술 후

항 목	제 목	세부인정사항
		제통이 되지 않을 경우 다른 치료방법을 고려하여야 하므로 실시기간은 치료기간당 최대 2개월까지 인정함. 다만, 대상포진후통증, 척추수술실패후통증, 신경병증성통증(neuropathic pain), 척추손상후통증, 말기암성통증인 경우에는 예외로 적용함. 3) 동일 병소에 날짜를 달리하여 서로 다른 신경차단술을 실시하는 경우에는 시술의 종류에 불문하고 실시횟수를 합산함. 4) 상기 1)에도 불구하고 부신피질호르몬제를 사용하여 신경차단술을 하는 경우 약제 부작용 등을 고려하여 1주 이상의 간격을 두고 실시하여야 함. 다만, 바25자 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술-후지내측지와 바25차 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술-추간관절은 2주 이상의 간격을 두고 실시하여야 함. 나. 수가 산정방법 1) 동일 병소에 동시에 서로 다른 2가지 이상의 신경차단술을 실시하는 경우에는 2가지의 신경차단술만 산정하되, 주된 신경차단술은 해당 소정점수의 100%를 산정하고 제2의 신경차단술은 해당 소정점수의 50%를 산정하며, 횟수는 1회로 산정함. 다만, 주 신경에서 세분된 분지신경차단을 주 신경차단과 동시에 실시하는 경우에는 주 신경차단에 따른 효과를 고려하여 주 신경차단의 소정점수만 인정함. 2) 각 분류된 신경차단술에 대한 수가 산정방법은 아래와 같이 함. - 아 래 - 가) 바24 척수신경말초지차단술

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
(1) 대·소후두신경을 양측으로 실시한 경우는 바24가 척수신경말초지차단술-대소후두신경 소정점수의 150%를 각각 산정함.
(2) 바24자 척수신경말초지차단술-늑간신경은 늑골마다 지배하는 신경이 다르므로 분절(level)별로 산정하되, 동시에 2분절(level) 이상의 늑간신경차단술을 실시하였을 경우 제1분절(level)은 소정점수의 100%, 제2분절(level)부터는 소정점수의 50%로 하여 최대 200%까지 산정하며, 좌우 양측 동시 실시 시에는 각각 산정함.
(3) 대퇴신경, 좌골신경에서 분지되는 신경에 실시하는 차단술은 실시부위에 따라 무릎에서 발목까지는 해당 신경에 따라 바24거 척수신경말초지차단술-대퇴신경 또는 바24파 척수신경말초지차단술-좌골신경 소정점수의 50%, 발목아래는 바24거 또는 바24파 소정점수의 25%를 산정함.
나) 바25 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술 : 각 분류항목은 아래와 같이 산정하되, (1) 분절(level) 적용 및 (2) 분절(level) 미적용 신경차단술은 경추, 흉추, 요천추 부위로 구분하여 산정함.
<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>세부 내용</th></tr>
<tr><td rowspan="3">(1)
분절
적용
차단술</td><td>항목</td><td>선택적 신경근, 척추후근신경절, 척수회백신경교통지, 후지내측지, 추간관절</td></tr>
<tr><td>편측</td><td>제1분절(level)은 소정점수의 100%를 산정하고, 제2분절(level)부터는 소정점수의 50%를 산정하되 최대 3분절(level)까지 산정(최대200%)</td></tr>
<tr><td>양측
(또는
편측,</td><td>제1분절(level)은 소정점수의 150%(100%+50%), 제2분절(level)부터는 좌우 각 50%를 산정하되, 3분절을 초과하여 시술하더</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항

	양측 동시)	라도 3분절 이내에서 최대 300%까지 산정
(2) 분절 미적용 차단술	항목	경신경총, 방척추신경, 미골신경, 요천골신경총(Psoas Compartment 포함), 천장관절
	편측	소정점수의 100% 산정
	양측	소정점수의 150%(100%+50%) 산정
(3) 분절·부위 미적용 차단술	항목	척수신경 후지
	편측	소정점수의 100% 산정
	양측	소정점수의 150%(100%+50%) 산정

다) 바26 교감신경총 및 신경절차단술

(1) 흉부, 요부 별도 실시 시 각각 산정하되, 인접 부위에 실시한 경우에는 제1분절(level)은 소정점수의 100%, 제2분절(level)부터는 소정점수의 50%로 하여 최대 200%까지 산정함.

(2) 복강신경은 좌우 기능이 분리되어 있으므로 좌우 양측으로 복강신경총을 차단한 경우는 바26나(3) 교감신경총 및 신경절차단술-복잡한 것-복강신경총의 소정점수를 각각 산정함.

다. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제6장 마취료 제3절 신경차단술료에 분류되어 있지 않은 신경차단술은 아래와 같이 준용하여 산정함.

- 아 래 -

1) 수지신경차단술(Digital Nerve Block): 바24사 척수신경말초지차단술-액와하부신경 소정점수를 산정하되, 부위를 불문하고 편측은 100%, 양측은 200%를 산정함.

2) 족지신경차단술(Digital Nerve Block): 바24파 척수신경말초지차단술-좌골신경 소정점수의

항 목	제 목	세부인정사항
		25%를 산정하며, 편측당 최대 100%를 산정함. 3) 교감신경국소차단술(IRSB: IV Regional Sympathetic Block): 바1나 정맥마취-부위(국소)마취 소정점수를 산정함. 4) 천장관절신경차단술(Sacroiliac Joint Block): 바25차 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술-추간관절의 소정점수를 산정함. 라. 1일 최대 산정범위 : 상기 가.~다.에도 불구하고 부위를 불문하고 최대 300%를 산정함. (고시 제2022-128호, '22.7.1. 시행)
	C-arm 등 투시가 반드시 필요한 신경차단술에 대하여	1. C-Arm 등 투시가 반드시 필요한 다음의 신경차단술은 영상자료로 실시여부를 확인할 수 있어야 하며, 동 신경차단술을 C-Arm 등 투시 없이 실시한 경우에는 인정하지 아니함. - 다 음 - 가. 바22 경막외 신경차단술 관련 : 경추간공경막외신경차단술(Transforaminal Epidural Block) 나. 바23 뇌신경 및 뇌신경말초지차단술 관련 : 삼차신경절(Trigeminal Ganglion), 상악신경(Maxillary Nerve), 하악신경(Mandibular Nerve), 접구개신경절(Sphenopalatine Ganglion) 다. 바24 척수신경말초지차단술 관련 : 상박신경총(Brachial Plexus : supraclavicular approach 경우만) 라. 바25 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술 관련 : 방척추신경(Paravertebral Nerve), 선택적 신경근(Selective Spinal Nerve Root), 척추후근 신경절(Dorsal Root Ganglion), 척수회백신경 교통지(Gray Rami Communicans), 요천골신

항 목	제 목	세부인정사항
		경총(Lumbar or Sacral Plexus), 후지내측지(Posterior Medial Branch), 추간관절(Facet Joint), 천장관절(Sacroiliac Joint) 마. 바26나 교감신경총 및 신경절차단술 관련 : 흉부교감신경절(Thoracic Sympathetic Ganglion), 요부교감신경절(Lumbar Sympathetic Ganglion), 복강신경총(Celiac Plexus), 하장간막신경총(Inferior Mesenteric Plexus), 상하복신경총(Superior Hypogastric Plexus), 외톨이신경절(Ganglion Impar) 2. 세부적용기준 가. 시술 부위 및 주사 바늘 끝의 위치는 정면상, 측면상, 경사상 중 하나 이상의 영상에서 확인되어야 하며 필요시 자료 제출이 가능하여야 함. 다만, 아래의 신경차단술의 경우에는 두 가지 영상에서 확인되어야 함. 1) 후지내측지, 추간관절 가) 경흉추는 정면상과 측면상 나) 요천추는 (1) 경사상과 정면상 혹은 (2) 경사상과 측면상 2) 경추간공경막외신경, 척수회백신경교통지: 정면상과 측면상 나. 경추간공경막외신경, 선택적 신경근, 척추후근신경절, 척수회백신경교통지, 요천골신경총, 추간관절, 천장관절 차단술은 시술시 조영제를 사용하여야 함. 다. 상기 가 또는 나의 조건을 충족하기 어려운 경우는 그 사유를 기재 시 사례별로 인정함. (고시 제2022-128호, '22.7.1. 시행)
	수술 후 통증에	1. 수술 후 통증에 통증자가조절법(경막외 주입,

항 목	제 목	세부인정사항
	통증자가조절법 (Patient Controlled Analgesia)과 신경차단술을 동일날 실시 시 급여기준	정맥내 주입, 바27 지속적 말초신경 및 신경총 통증자가조절법)과 신경차단술을 동일날에 실시한 경우 통증자가조절법만 요양급여로 인정함. 2. 상기 1.에도 불구하고 바2가(1) 기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취, 바2가(2) 마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취하에 실시한 다음의 수술 후 통증에 통증자가조절법과 신경차단술을 동일날에 실시한 경우에는 각각 인정하되, 신경차단술은 한 가지에 대해서만 초일에 한하여 1회 인정함. - 다 음 - 가. 암관련 수술 후 통증 나. 장기이식 수술 후 통증 다. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조 중증질환자 산정특례 대상 중 중증외상 환자의 수술 후 통증 (고시 제2022-128호, '22.7.1. 시행)
바22 경막외 신경차단술	선택적 경추간공 경막외조영술/ 신경차단술(Selective Transforaminal Epidurography/ Block) 또는 경추간공경막외주사/ 신경차단술(Transforaminal Epidural Injection/ Block)의 인정기준 및 수가 산정방법	선택적 경추간공 경막외조영술/신경차단술 (Selective Transforaminal Epidurography/Block) 또는 경추간공경막외주사/신경차단술(Transforaminal Epidural Injection/ Block)의 인정기준 및 수가산정 방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 인정기준 부신피질호르몬제 사용시 주1회씩, 3회 정도 시행하고 호전되지 않으면 수술 등 다른 치료방법을 고려해야 함. 이때 확인할 수 있는 영상자료를 첨부토록 함. 나. 산정방법 (1) 행위료 (가) 1 Level 시행시

항 목	제 목	세부인정사항
		• 편측-다210나 경막외조영 소정점수만 산정. (Selective Transforaminal Epidural Block/ Transforaminal Epidural Injection 행위료는 조영술에 포함) • 양측-다210나 경막외조영 소정점수와 바22가 경막외신경차단술(일회성차단) 소정점수의 50%를 산정. (나) 동시에 2 Level 이상 시행시 • 편측 - 제 1 Level은 다210나 경막외조영 소정점수를 산정하고, 제 2 Level부터는 바22가 경막외신경차단술(일회성 차단) 소정점수의 50%를 산정하되, 최대 3 Level까지 산정함. (바22가 최대 100% 산정) • 양측 - 최대 2 level까지 산정하며 제 1 level은 다210나 경막외조영 소정점수와 바22가 경막외신경차단술(일회성차단) 소정점수의 50%를 산정하고, 제2level은 바22가 경막외신경차단술(일회성차단) 소정점수의 50%를 산정함. (바22가 최대 150%산정) (2) 약제비 : 조영제, 국소마취제, 스테로이드 등 사용된 약제는 별도 산정함. (고시 제2009-180호, '09.10.1. 시행)
	통증완화 목적으로 실시하는 경막외강내 유착부위박리시술 (epidural adhesiolysis)의 수가 산정방법	척추수술 후 또는 추간판탈출증 등에서 발생하는 척추내 유착으로 인한 통증완화를 목적으로 천골열공(Sacral Hiatus) 부위로 Catheter를 삽입하여 경막외강내 유착부위에 위치시킨 후 Hypertonic Saline(10%), hyaluronidase(성분명) 등의 약제를 주입하는 시술의 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 -

항 목	제 목	세부인정사항
		가. 행위료 1) 지속적 경막외 차단과 유사한 행위이므로 바22나 경막외 신경차단술-지속적 차단의 소정점수로 준용 산정함. 2) 위 시술은 투시 하 경막외강 내 유착부위에 Catheter를 정확히 위치시킨 후 약제를 주입하여야 하므로 시술 전·후 경막외조영(Epidurography)은 반드시 실시하는바, 다210나 척추-경막외조영을 별도 산정함. 나. 약제비: 사용된 약제는 「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 의거하여 별도 산정함. - hyaluronidase(성분명, 1500IU/amp), 국소마취제, steroid, 조영제 다. 치료재료비: Epidural Catheter는 「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 의거하여 별도 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	통증자가조절법(Patient Controlled Analgesia)의 급여기준	휴대용(일회용) 지속 주입재료를 사용하여 환자 스스로 약물주입을 조절할 수 있도록 하는 통증자가조절법(Patient Controlled Analgesia)은 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 암환자(암성통증, 암관련 수술 후 통증) 2) 개심술, 개두술, 장기이식, 제왕절개 수술 후 통증 3) 근위축성축삭경화증(Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS)환자의 만성통증, 만성난치통증(Chronic intractable pain) 4) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조 중증질환자 산정특례 대상 중 중증외상환자의

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
수술 후 통증
나. 산정방법
1) 행위료
<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th>경막외 주입
(Epidural PCA)</th><th>정맥내 주입
(IV PCA)</th></tr>
<tr><td rowspan="2">시술당일</td><td>주입로 확보 및 Infuser 장착을 모두 실시한 경우</td><td>바22나(3)(가)경막외 신경차단술(지속적 차단-기타-카테터 삽입당일)소정점수(코드 LA201)</td><td>바22나(3)(가)경막외 신경차단술(지속적 차단-기타-카테터 삽입당일) 소정점수의 50%(코드 LA204)</td></tr>
<tr><td>확보된 주입로에 Infuser만 연결하는 경우</td><td>마5-1수액제주입로를 통한 주사의 소정점수와 바22나(3)(나)경막외신경차단술(지속적차단-기타-익일 이후)소정점수를 합한 점수(코드 LA202)</td><td>마5-1수액제주입로를 통한 주사 소정점수와 바22나(3)(나)경막외신경차단술(지속적차단-기타-익일 이후) 소정점수의 50%를 합한 점수(코드 LA205)</td></tr>
<tr><td colspan="2">익일 이후</td><td>바22나(3)(나)경막외 신경차단술(지속적 차단-기타-익일이후) 소정점수(코드 LA203)</td><td>바22나(3)(나)경막외 신경차단술(지속적 차단-기타-익일이후) 소정점수의 50%(코드 LA206)</td></tr>
<tr><td colspan="4">○ 약제 재충전 행위료, 환자교육료 등은 별도 산정하지 아니함.</td></tr>
</table>
2) 약제
「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 따라 사용된 약제 비용은 별도 산정하며, 동 시술시 사용되는 약제의 본인부담률은 「국민건강보험법 시행령」 제19조 및 해당 약제별 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따른 본인부담률을 적용함.
3) 치료재료
「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 따라 사용된 치료재료 비용은 별도 산정함.
</td></tr>
</table>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		다만, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 별도로 고시한 경우 해당 급여기준에 따름. 다. 위 가.에 의한 급여대상 이외의 환자에게 시행 시 다른 방법(PCA 이외)의 통증관리방법을 충분히 설명하고 환자가 서면으로 신청한 경우에 한하여 행위료 및 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	바22나(1) 경막외 신경차단술-지속적 차단-피하터널식 카테터 삽입에 의한 방법의 인정기준	바22나(1) 경막외 신경차단술-지속적 차단-피하터널식 카테터 삽입에 의한 방법은 만성 통증 및 암성 통증 환자에게 통증완화 목적으로 진통제나 마약제제를 장기간 경막외 카테터를 통해 투여하는 시술로 만성 통증 환자 및 암성 통증 환자에게 요양급여를 인정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
바23-1 내시경하 접구개신경절 차단술	바23-1 내시경하 접구개신경절 차단술 급여기준	바23-1 내시경하 접구개신경절차단술은 경비강(Transnasal) 접근법으로 내시경 수술 중·후 심한 출혈 및 통증이 예상되어 시행한 경우에 산정가능하며, 다음에 해당하는 수술과 동시 시행 시 요양급여함. - 다 음 - 가. 편측에 2개 이상의 부비동을 수술하는 내시경하 부비동 수술 나. 내시경하로 별도 분류된 항목: 자96-1가주.(O0967, O0968), 자100주.(O1005, O1006, O1007), 자104가주.(O1042), 자110주.(O1101), 자112주.(O1121) 다. 기타 : 자96가.(O0961), 자99라.(O0994) (고시 제2021-323호, '22.1.1. 시행)

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td>바27
지속적
말초신경 및
신경총 통증
(자가)조절법</td><td>바27 지속적
말초신경 및
신경총 통증(자가)
조절법의 급여기준</td><td>지속적 말초신경 및 신경총 통증(자가)조절법은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함

- 다 음 -

가. 급여대상
1) 지속적 좌골신경 통증(자가)조절법 : 족부 및 족관절 수술
2) 지속적 대퇴신경 통증(자가)조절법 : 슬관절전치환술 및 전방십자인대재건술
3) 지속적 사각근간 상박신경총 통증(자가)조절법 : 어깨 및 상완골 수술
나. 산정방법
1) 수기료
<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>지속적 말초신경 및 신경총 통증(자가) 조절법</th></tr>
<tr><td rowspan="2">시술당일</td><td>주입로 확보 및 Infuser 장착을 모두 실시한 경우</td><td>바27 지속적 말초신경 및 신경총 통증(자가)조절법의 해당신경-카테터삽입 당일의 소정점수</td></tr>
<tr><td>확보된 주입로에 Infuser만 연결한 경우</td><td>◦ 마5-1 수액주입로를 통한 주사의 소정점수와 바27가(2) 좌골신경-익일 이후의 소정점수를 합한 점수(코드LA377)
◦ 마5-1 수액주입로를 통한 주사의 소정점수와 바27나(2) 대퇴신경-익일 이후의 소정점수를 합한 점수(코드LA378)
◦ 마5-1 수액주입로를 통한 주사의 소정점수와 바27다(2) 사각근간 상박신경총-익일 이후의 소정점수를 합한 점수(코드LA379)</td></tr>
<tr><td colspan="2">익일 이후</td><td>바27 지속적 말초신경 및 신경총 통증(자가)조절법의 해당신경-익일 이후의 소정점수</td></tr>
<tr><td colspan="3">◦ 약제 재충전 수기료, 환자교육료 등은 별도 산정하지 아니함</td></tr>
</table>
2) 약제</td></tr>
</table>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 따라 사용된 약제 비용은 별도 산정하며, 동 시술시 사용되는 약제의 본인부담률은 「국민건강보험법 시행령」 제19조 및 해당 약제별 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따른 본인부담률을 적용함 3) 치료재료 「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 따라 사용된 치료재료비용은 별도 산정함. 다만, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 별도로 고시한 경우 해당 급여기준에 따름 (고시 제2019-166호, '19.8.1. 시행)

제 7 장

이학요법료

제 7 장 이학요법료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	물리치료사 1인당 1일 물리치료 실시 인원	해당항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관(보건기관 포함)에서 재활 및 물리치료를 실시한 경우에 상근하는 물리치료사 1인당 물리치료 실시인원(물리치료 실시 총 청구건수를 의미함)은 월평균(또는 주평균) 1일 30명까지 인정하며, 이경우 의료급여 환자를 포함함. 다만, 상근물리치료사 1인 이상이 근무하는 기관에서 시간제, 격일제 근무자(주3일 이상 이면서 주20시간 이상 근무하는자)의 경우 0.5인으로 보아 월평균(또는 주평균) 1일 15명까지 인정함. ※ 월평균(주평균) 물리치료실시인원 = 1개월간(1주일간) 총 물리치료청구건수(물리치료 실시 연인원)÷1개월간(1주일간) 물리치료사 근무일수 (고시 제2010-31호, '10.6.1. 시행)
	물리치료 항목을 여러병변에 실시시 산정방법	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제7장에 분류된 이학요법료 중 "외래는 1일1회, 입원은 1일2회 산정한다"라고 규정한 것은 동일환자에 대하여 2가지 이상 상병의 병변이 각각 상이하거나 동일상병의 병변이 각각 상이하거나를 불문하고 외래는 1회, 입원은 2회까지만 소정행위료를 산정할 수 있는 것임. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
	물리치료와 국소주사 등을 동시 시행시 인정기준	외래 진료시 물리치료와 국소주사 등(관절강내, 신경간내주사, 신경차단술 등)을 동시에 실시한 경우 동일 목적으로 실시된 중복진료로 보아 주된 치료만 요양급여로 적용하고, 1종은 환자가 전액을 본인이 부담함. (고시 제2011-10호, '11.2.1. 시행)
	새로운 장비(저주파 치료기, 미세전류	1. 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제1부 일반원칙 Ⅰ.3항에 "각 장에

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	치료기, 합성전자기파 치료기, 자기치료기, 견인기구, 운동기구, 레이저치료기 등)를 이용한 물리치료 진료수가 산정방법	분류되지 아니한 항목과 비슷한 진료행위는 가장 비슷한 분류항목에 준용하여 산정"하도록 규정하고 있으므로 새로운 시설, 장비, 기구 등을 사용하더라도 이미 등재된 분류항목 중 가장 비슷한 분류항목에 준용·산정하여야 하며, 준용하기 곤란한 특수 또는 새로운 진료행위에 대하여는 보건복지부장관이 별도로 인정하는 기준에 의하는 것임. 2. 현행 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수는 장비별 수가체제가 아닌 행위별 수가체제이며, 수입 또는 국내 생산제품일지라도 소정의 수입 또는 제조 허가를 받지 아니한 장비(기구)를 임의로 설치하여 요양급여비용을 산정하거나 환자에게 전액 부담시키는 일이 없도록 유의하여야 함. (가) 저주파치료기(미세전류치료기 포함) : 사104 경피 신경자극치료 적용 EMI(Electric Acuscop Myopulse), Somadyne, Achrotone, Intelect-600 mp, Mens 1-Super (나) 합성전자기파치료기 : 사101 적외선치료 적용 TDP, Aladdin-H, SEMS (다) 자기치료기: 사102 심층열치료 적용Magentic Field Therapy, 알파트론, 코스노 감마, 열전 마그네틱(국산) (라) 견인기구 : 사112 간헐적 견인요법 적용Vertetrac (마) 운동기구 : 운동요법 각 해당수가 적용Medx, NORSK(KEBO), Toning Table, Cybex (바) 레이저치료기 : 사115 레이저 치료 적용 스타빔 (Star Beam SP-3000 또는 SP-7000)을 이용 (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
	척추결핵에 실시한 물리치료 인정여부	척추결핵으로 인한 동통, 마비, 관절운동제한, 근력약화 등의 증세호전을 위한 물리치료는 결핵약제의 복용과 관계없이 인정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
사33 피부과적 자외선치료	사33 피부과적 자외선치료 인정기준	사33 피부과적 자외선치료의 인정기준은 다음과 같이함. - 다 음 - 가. 적응증 1) 건선, 수장족저 농포증, 균상 식육종(Early Patch Stage), 판상유건선, 태선양 비강진(급성, 만성), 장미색비강진, 백반증, 아토피 피부염 2) 지루 피부염, 화폐상 피부염, 손습진, 접촉피부염, 결절성 양진, 다형일광 발진, 일광두드러기, 하계 수포증, 편평태선, 색소성 담마진, 윤상육아종, 원형탈모증, 여드름 등에 스테로이드 투여 등 타 치료에 효과가 없는 경우 나. 인정횟수 1) 주3회 이내로 인정하고, 피부과적 자외선치료 전 최소 홍반량검사(MED test; Minimal Erythema Dose test)는 피부과 전문의 판단 하에 실시토록 함. 2) 피부과적 자외선치료를 장기간 시행하는 경우에 병변은 호전되어도 자외선 조사범위는 축소되지 않으므로 계속하여 동일범위 산정 시 인정함. (고시 제2015-139호, '15.8.1. 시행)
사36 간헐적호흡 치료 (양압호흡 또는 음압호흡) [1일당]	비침습적 방법으로 실시한 CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) 요법의 수가 산정방법	NCPAP(Nasal Continuous Positive Airway Pressure) 등 비침습적 방법으로 실시한 CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) 요법은 사36 간헐적호흡치료(양압호흡 또는 음압호흡) [1일당]으로 산정함. (고시 제2019-315호, '20.1.1. 시행)
사38 실리콘베드	Air Fluidized Therapy(Silicone Bed)의 급여기준	화상이나 욕창 치료 시 사용하는 Air Fluidized Therapy (Silicone Bed)는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 화상심도 2도 이상의 환자 중 배부 또는 하지부의 화상 환자

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		나. 사지마비 환자나 혼수 환자 다. 완전 하지마비 환자(Complete paraplegia) 라. 전격화상(電擊火傷)으로 화상심도가 깊거나 녹농균(Pseudomonas) 감염 환자 마. 기타 진료상 필요한 경우는 의사의 진료소견서 참조하여 사례별로 인정 (고시 제2022-130호, '22.6.1. 시행)
사41 수압팽창술	사41 수압팽창술의 인정기준	사41 수압팽창술(Hydraulic distension)은 동결견(오십견, Frozen shoulder)상병에 방사선 투시하에서 견관절낭에 조영제를 주입하여 관절낭의 용적 감소 여부를 확인한 후, 관절낭을 팽창(국소마취제, 스테로이드제, 생리식염수 등 주입)시키거나 파열시키는 치료적인 관절조영술로 다음과 같이 인정함. - 다 음 - 가. 적응증 (1) 견관절의 관절 가동역의 제한이 확실히 있는 경우 (관절가동역이 굴곡 120° 또는 외전 100° 또는 외회전 50° 미만인 경우) (2) 골다공증이 심해 도수 조작시 골절의 위험이 있는 경우 나. 실시횟수 최초 시행후 실시간격을 두고 1회 추가 시행 가능함 (관절당 최대 2회 인정). 다. 실시 간격 관절강내 주입된 스테로이드제의 부작용 및 후유증을 고려하여 2주~6주 간격으로 실시 (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
사-47 자가 혈소판 풍부 혈장 치료술	자가 혈소판 풍부 혈장 치료술의 급여기준	1. 사-47 자가 혈소판 풍부 혈장 치료술은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함 - 다 음 -

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		가. 급여대상: 3개월 이상 적절한 보존적 치료에도 불구하고 기능이상 및 통증이 지속되는 내·외측 상과염 나. 급여횟수: 6개월 간격으로 시행하여야 하며, 부위별(내·외측 상과염 각각 1회)로 인정 2. 치료 당일 동일 부위에 물리치료와 병행하여 실시하는 경우: 외래 진료 시에는 동일 목적으로 실시된 중복진료로 보아 주된 치료*만 요양급여로 적용하고 그 외 물리치료는 환자가 전액 본인 부담 하도록 함. * '주된 치료'는 소정점수가 높은 행위로 함.(건강보험심사평가원 공고 제2020-340호, 참고) (고시 제2023-60호, '23.4.1. 시행)
사102 심층열 치료	수·족지 관절에 실시한 간접초음파 치료의 인정여부	간접법에 의한 초음파치료는 수중에서 sound head를 치료부위와 일정 간격을 두고 움직이면서 실시하는 방법으로 그에 따른 충분한 치료효과가 인정되므로 수·족지 관절에 실시한 간접초음파 치료는 사102 심층열치료로 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	초음파치료 인정기준	초음파치료는 심장부위·안면부위에는 금기이며, 성장기아동의 관절부위에 실시 시 골단(epiphysis)의 성장에 지장을 초래하므로 인정하지 아니함. 다만, 15세 이상의 측두하악관절에는 치료효과 등 임상적 유용성을 감안하여 인정함. (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
사104 경피적 전기신경 자극치료	전자침(Silver Spike Point, SSP)의 급여여부	경피적 전기침 자극요법인 전자침(Silver Spike Point, SSP)은 전기자극을 이용한 통증관리요법이므로 사104 경피적 전기신경자극치료로 산정하되, 경피적 전기신경자극치료와 동시 시행시는 한가지 치료만 인정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	사104 경피적 전기신경자극치료, 사104주 간섭파전류치료, 사115 재활저출력레이저치료 [1일당]의 인정기준 및 기간	사104 경피적 전기신경자극치료 및 사104주 간섭파전류치료, 사115 재활저출력레이저치료 [1일당]는 근골격계 통증 및 신경통증의 완화를 위해 시행하는 요법으로서 관절염에는 2주, 염좌·좌상 등에는 1주, 추간판 탈출증에는 3주 이내로 실시함을 원칙으로 하되, 상태 호전이 있는 등 연장 실시가 반드시 필요한 경우에는 주 2~3회로 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	EDIT 장비를 이용한 물리치료 수가 산정방법	EDIT 장비를 이용하여 실시하는 물리치료는 그 특성상 치료 주파수 선택버튼 및 주파수 설정계기 조작을 통해 경피적 전기신경자극치료 뿐 아니라 간섭파전류치료도 가능한 특성이 있고, 간섭파전류치료를 위한 타 장비의 경우에도 경피적 전기신경자극치료와 병행치료가 가능하므로 동 장비의 치료원리를 고려하여 실제 치료양상에 따라 사104 경피적 전기신경자극치료(TENS) 또는 사104주 간섭파전류치료(ICT)로 산정하되, 동시에 시행하는 경우는 1종만 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
사106 단순운동치료	요부질환에 단순운동치료 인정기준	요추간판탈출증, 요부염좌 등의 요부질환으로 통원(외래) 진료시에 실시하는 단순운동치료는 사106 단순운동치료 '주'에 의거 10분이상 실시한 경우에 한하여 산정하되, 동 요법은 통상 교육 및 훈련을 통하여 환자 스스로 시행하는 점을 고려하여 요부질환에는 초진에 한하여 1-2회 인정함. 다만, 요배부 근육 경련을 동반한 경우는 환자 스스로 운동치료를 하기 어려운 점을 감안하여 2주 이내로 인정함. (고시 제2002-72호, '02.11.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	안면신경마비에 실시한 운동치료 수가 산정방법	Hunt-Ramsay Syndrome시 안면신경마비가 동반될 경우 실시한 운동치료는 사106 단순운동치료 [1일당]의 소정점수를 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	Biofeedback Treatment의 수가 산정방법	근육강화, 경직완화, 동통완화를 목적으로 실시하는 Biofeedback Treatment는 다음의 적응증에 사106 단순운동치료 [1일당] 또는 사116 운동치료 [1일당]의 소정점수를 산정함. - 다 음 - 가. 중추 및 말초신경 혹은 근육 손상후에 Neuromuscular Re-education 시 나. 긴장성 근육통, 요통, 경부통 등의 만성 통증 환자 다. 자발성 운동장애(강직성 사경, Hemifacial spasm, 파킨슨씨 증후군 등) (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
사112 간헐적 견인치료	사112 간헐적 견인치료의 인정기간에 대하여	추간판 탈출증이나 퇴행성 척추질환 등에 통증 감소 등의 치료효과를 위하여 실시하는 간헐적 견인치료(경추 또는 골반)는 통상 4주이내로 실시함을 원칙으로 하되, 연장실시가 필요한 경우에는 환자상태에 따라 추가 인정함 (고시 제2021-244호, '21.10.1. 시행)
사113 전기자극 치료	말초신경변성에 의한 근육마비시 사113 전기자극 치료 인정여부	말초신경변성에 의하여 근육마비가 발생되는 경우 마비 정도를 회복시키기 위하여는 전기자극치료가 필요하므로 이 경우 사113가 전기자극치료(마비근 치료)로 인정함 (고시 제2018-101호, '18.6.1. 시행)
사115 재활저출력 레이저치료	재활저출력레이저 치료와 경피적전기 신경자극치료(또는 간섭파전류치료)	사115 재활저출력레이저치료와 사104 경피적전기신경자극치료(또는 사104주 간섭파전류치료)는 동일목적의 치료이나, 작용기전이 다르고 단독치료보다 복합치료 시 치료효과가 증가하는 등의 장점이 있으므로 병용실시를

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	병용실시 인정기준	인정하되, 주된 물리치료는 요양급여하고 그 외 1종은 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2009-135호, '09.8.1. 시행)
사116 운동치료	사경(Torticollis)에 실시한 운동요법의 수기료 산정방법	사경(Torticollis)에 실시한 운동요법은 사116가 복합운동치료로 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
사117 운동점차단술	근육내 신경용해술의 수가 산정방법	근육강직의 완화 목적으로 실시한 근육내 신경용해술은 운동점차단술과 유사한 행위이므로 그 진료수가는 사117 운동점차단술로 산정하고, 1지(肢-extremity)는 소정금액의 100%, 제2지(肢-extremity)부터는 소정금액의 50%를 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
사119 압박치료	운동요법과 동일에 실시한 사119 압박치료 [1일당]의 수가 산정방법	Flowtron series, Medomer, Vasotrain, Extremity Pump 등을 이용한 물리치료는 공기실(Air Chamber)의 반복되는 팽창과 수축으로 혈액순환의 증진 또는 조직사이의 압력을 증가시킴으로써 환자의 팔, 다리의 부종을 감소시키는 장점이 있으므로 사119 압박치료 [1일당] (Pneumatic Compression)의 소정점수로 산정하며, 동 치료는 운동치료와 목적이 서로 다른 별개의 의료행위이므로 운동치료와 같은 날 실시한 경우 각각 인정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
사120 복합림프물리치료	사120 복합림프물리치료 [1일당]의 인정기준	1. 사120 복합림프물리치료 [1일당]는 일차성 또는 이차성 림프부종에 시행한 경우에 치료기간 중 최대 4주 이내로 인정함. 2. 다만, 4주 시행 후 재평가한 결과가 다음중 하나에 해당하는 경우 주 2~3회 추가 시행할 수 있음. - 다 음 -

항 목	제 목	세부인정사항
		가. 양측 둘레차이가 2센티미터 이상인 경우 나. 양측 부피차이가 10% 또는 200ml이상인 경우 다. 림프 신티그라피, 초음파, CT, MRI 등 검사에서 림프계 기능부전에 의한 부종이 확인된 경우 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
서121 이온삼투요법	서121 이온삼투요법 [1일당]의 급여기준	1. 서121 이온삼투요법 [1일당]은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정하며, 동 급여기준 이외 시행하는 경우에는 환자가 전액 본인 부담함. - 다 음 - 가. 적응증: 상완골의 내・외측 상과염 (medial & lateral epicondylitis of humerus), 족저근막염 (plantar fasciitis) 나. 실시기간: 주 1~2회 간격으로 4주 정도 실시함을 원칙으로 하되, 연장 실시가 필요한 경우에는 의사소견서를 첨부하여 최대 4주까지 추가 실시할 수 있음. 2. 위 1.에 해당하는 이온삼투요법을 다른 물리치료와 병행 실시하는 경우: 외래진료시에는 동일 목적으로 실시된 중복진료로 보아 주된치료만 요양급여로 적용하고 그 외 물리치료는 환자가 전액 본인 부담함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
사122 중추신경계 발달재활치료	보이타 또는 보바스 전문교육과정을 이수한 소아청소년과 전문의가 실시한 보이타 또는 보바스요법의 급여기준	사122 중추신경계발달재활치료는 동 항목 '주'에 "중추신경계 장애로 인한 발달지연 및 근육마비와 경직의 치료를 목적으로 보이타 또는 보바스요법 등의 교육과정을 120시간이상 이수한 재활의학과 전문의나 물리치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 30분이상 실시한 경우"에 산정토록 하고 있으며 국내 전문교육과정의 현황, 동 요법 실시 소요시간 등을 감안하여 소아청소년과

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		전문의가 실시한 보이타 또는 보바스요법은 별도 산정할 수 없음. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
사123 작업치료	2세 이하의 뇌성마비환자 및 중증 발달 지연아에게 실시한 사123 작업치료 및 사124 일상생활동작 훈련치료의 급여여부	뇌성마비에 의한 장애를 최소화하고 정상화하기 위해서는 작업요법이 필요하며 특히 2세이하의 유아에서도 Bobath의 신경발달학적 치료방법이나 감각통합 치료방법 등 여러종류의 작업치료를 실시할 경우 그 효과가 인정되므로 뇌성마비로 확진된 경우에는 연령 제한없이 인정하며 뇌성마비로 확진되지 않았다 하더라도 2세 이하의 유아에게 중증 이상 발달지연이 있어 실시한 작업요법은 장애를 최소화 할 수 있는 등 유용성이 있는 것으로 판단되므로 급여함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
사126 기능적 전기자극치료	사126 기능적전기자극치료 (FES)의 급여기준	사126 기능적전기자극치료(Functional Electrical Stimulation)의 급여기준은 다음과 같이 하되, 근력이 좋거나(도수근력검사상 good등급 이상) 경직이 너무 강한 경우(Modified Ashworth scale grade Ⅳ)에는 인정하지 아니함. - 다 음 - 가. 척수 또는 척추손상으로 인한 사지마비, 양하지 마비의 기립 및 보행훈련 나. 뇌졸중으로 인한 편마비, 외상성 뇌손상, 뇌성마비 환자에게 족하수의 방지, 수근관절이나 완관절 등의 근력 개선 (고시 제2019-166호, '19.8.1. 시행)
사127 근막동통유 발점 주사자극치 료 [1일당]	사127 근막동통유발점 주사자극치료 [1일당]의 급여기준	1. 사127 근막동통유발점 주사자극치료 [1일당]는 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 적응증: 근막동통증후군(Myofascial Pain Syndrome)

항 목	제 목	세부인정사항
		나. 산정횟수: 통상 3일 간격으로 7회정도 산정하며 7회이상 실시하는 경우에는 진료의사의 소견서를 첨부하여 실시횟수대로 산정하되, 15회를 초과하여 산정할 수 없음. 다. 사용약제 1) 국소마취제나 생리식염수는 동 행위의 소정점수에 포함되어 별도 산정하지 아니함. 2) 부신피질호르몬제는 「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 의하여 별도 산정함. 2. 다른 물리치료와 병행 실시하는 경우 사127 근막동통유발점 주사자극치료 [1일당]의 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 사101 표층열치료와 사106 단순운동치료 [1일당]는 근막동통유발점 주사자극치료의 일련의 과정이므로 별도 산정하지 아니함. 나. 동통제거의 상승효과를 위하여 사104 경피적 전기신경자극치료(또는 사104주 간섭파전류치료), 사102 심층열치료 [1일당]를 병행하는 경우, 입원 진료시에는 소정점수를 각각 산정하며, 외래 진료시에는 동일 목적으로 실시된 중복진료로 보아 병행 실시된 물리치료는 환자가 전액 본인 부담함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
사130나 재활기능치료 -보행치료	사130나주2 뇌졸중 환자에서 로봇을 사용한 보행훈련의 급여기준	사130나주2 뇌졸중 환자에서 로봇을 사용한 보행훈련은 다음의 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상: 1)~2) 조건을 모두 충족하는 경우 1) 뇌졸중(I60~I64) 환자

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		2) 재활치료 시작 시점의 기능적 보행지수 (Functional ambulation category, FAC)가 2이하(0~5단계 기준)인 환자 나. 실시기간: 발병 후 6개월까지 다. 장비기준: 식품의약품안전처 「의료기기 품목 및 품목별 등급에 관한 규정」에 따른 로봇보조정형용운동장치(A67080.01, 3등급) (고시 제2022-26호, '22.2.1. 시행)
사30 적외선치료	안과, 이비인후과에서 적외선치료시 수가 산정방법	안과, 이비인후과에서 적외선치료를 실시한 경우에는 사30 적외선치료 [1일당] 소정점수를 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	이비인후과 분야에서 실시한 사30 적외선 치료의 급여기준	이비인후과 분야에서 실시하는 "사30 적외선 치료"는 동 치료로 보다 효과를 얻을 수 있는 급성바깥귀길염(외이도염), 급성중이염, 바깥귀의 종기(이절), 코의 종기(비절), 코와 귀주위 및 기타 안면부의 연조직염(봉와직염)과 같은 급성기 염증 질환에 실시한 경우에 인정함 (고시 제2021-332호, '22.1.1. 시행)
	Carbon Arc Lamp를 이용한 물리치료시 수가 산정방법	Carbon Arc Lamp는 금속염의 심(Core)에 따라 파장이 각각 상이한 자외선과 적외선을 발생시켜 환자의 체표면을 조사시킴으로써 자외선의 조사효과와 적외선의 표재열, 온열효과를 기대할 수 있는 물리치료요법임. 따라서, Carbon Arc Lamp를 이용하여 자외선 조사를 한 경우에는 사33 피부과적 자외선치료 [1일당]의 소정점수를 산정하고, 적외선 조사를 한 경우에는 사30 적외선치료 [1일당]의 소정점수를 산정하되, 동 치료 시 연소되는 탄소봉 재료대는 적외선치료 또는 피부과적 자외선치료의 소정점수에 포함된 것으로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
사34 피부광화학 요법	사34 피부광화학요법의 적응증	사34 피부광화학요법 '주2'의 적응증은 동 요법이 보편적으로 실시되는 상병명을 예시한 것이며 이외에도 아토피성 피부염, 전신성 만성습진, 원형탈모증, 피부 묘기성 두드러기, 백반, 색소성 두드러기, 전신성 또는 결절성소양증, 수장족저각화증 등 피부과 전문의의 전문의학적 판단에 의한 적응증에 피부광화학요법을 실시할 수 있는 것임. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
사43 고빈도 흉벽진동 요법	사43 고빈도 흉벽진동요법의 급여기준	사43 고빈도 흉벽진동요법은 스스로 분비물 배출이 어려운 환자(폐질환, 근육병, 척수손상, 수술 후 환자, 중환자)에게 시행 시 요양급여함. (고시 제2018-254호, '19.1.1. 시행)
사45 심장재활	사45 심장재활 급여기준	1. 사45 심장재활(Cardiac Rehabilitation)은 심혈관질환 위험인자 교정, 운동능력의 정확한 평가, 운동요법을 통해 심폐운동능력 향상을 목표로 하는 통합적 재활 프로그램으로 다음의 요건을 모두 충족한 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 심장 수술 또는 시술 환자 : 심장이식술, 심실보조장치 치료술(VAD), 심장판막수술, 관상동맥 우회술(CABG), 관상동맥 중재술 2) 심박기(Pacemaker), 삽입형 제세동기(ICD), 심장 재동기화 치료기(CRT) 등을 삽입한 환자 3) 급성 심근경색증, 불안정성 협심증으로 입원치료를 받은 환자 4) 보상된 심부전(Compensated Heart Failure) 환자 5) 말초동맥질환(하지동맥의 협착, 대동맥 동맥류 및 박리 등)으로 수술 및 중재시술, 약물치료를

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		받은 환자 6) 약물로 조절되는 심방·심실성 부정맥, 심실세동·심장정지 경험자 7) 선천성 심장질환자 8) 우심실 부전이 예상되는 주요 폐 수술(폐전적출술, 폐엽절제술)을 시행한 환자 나. 인력기준 1) 재활의학과, 순환기내과, 심장혈관흉부외과 전문의 중 1인 이상 2) 물리치료사, 간호사 각 1인 이상 ※ 상기 1), 2)의 인력이 상근하여야 하며, 심장재활 중 응급 상황에 대비하여 산소공급 및 응급심폐소생술을 시행할 수 있어야 함. 다. 시설・장비기준 1) 시설 : 심장재활이 원활히 이루어질 수 있는 일정한 면적의 치료실 2) 장비 가) 심장재활장비: 부하심전도장치, 혈압감시기, 호흡가스분석기, 산소포화도 측정장치, 유・무선 심전도감시기, 트레드밀 및 자전거 에르고메타 운동기구 나) 응급심폐소생장비: Emergency cart, 제세동기, 산소공급장치 2. 상기 가, 나, 다 모두를 충족한 경우 심장재활 프로그램별 수가산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 사45가. 심장재활교육 1) 의사, 간호사, 영양사 등 관련분야 상근 전문

항 목	제 목	세부인정사항
		인력으로 교육팀을 구성하되, 반드시 의사를 포함하여 3개 이상의 직종을 활용하여 운영하여야 함. 2) 교육방법은 별도공간에서 개별교육 하는 것을 원칙으로 하며, 교육시간은 60분 이상 실시하여야 함. 나. 사45나. 심장재활평가 : 심장재활 시작 첫 1년 간 5회, 이후 추적평가는 연 1회 인정 다. 사45다. 심장재활치료 1) 환자 상태에 따라 적절히 실시하되, 입원환자는 1일 2회, 외래환자는 최대 36회까지 인정 2) 물리치료사 1인이 최대 4인의 환자에게 동시 시행할 수 있으며, 환자 1인당 60분 이상 실시한 경우 인정 라. 운동능력이 저하되어 심장재활평가(심폐운동부하검사)를 시행하기 어려운 환자에 한해서 6분 걷기검사를 한 경우 '나723 경피적 혈액산소포화도측정[1일당]' 소정점수를 산정하고, 심장재활치료를 제7장 이학요법료 제1절에 분류된 단순운동치료, 제2절에 분류된 운동치료와 동시에 실시하는 경우 주된 항목의 소정점수만 산정함. 마. 새로운 심장재활의 적응증이 발생하여 심장재활이 필요한 경우 심장재활 평가·치료를 다시 산정할 수 있음. 단, 심장재활교육은 산정 불가함. (고시 제2023-102호, '23.6.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
사46 기립경사훈련 [1일당]	기립경사훈련[1일당]의 급여기준	사46 기립경사훈련[1일당]의 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 기존의 약물치료법에 반응하지 않거나 장기간의 약물치료로 부작용이 있는 심장 신경성 실신환자 나. 경수 및 흉수 6번 상위 척수손상환자, 뇌간 뇌졸중환자, 다발계통 위축환자에서 자율신경계 부전으로 인한 기립성 저혈압이 있는 환자 (고시 제2019-176호, '19.9.1. 시행)

제 8 장

정신요법료

제 8 장 정신요법료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	정신요법료 산정에 대하여	건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제8장 정신요법료 [산정지침] (2),(3)의 「정신건강의학과 전문의 지도하에 정신건강의학과 전공의가 실시한 경우에도 산정할 수 있다」라 함은, 전문의수련 및자격인정등에관한규정 제2조제4호 및 제5호에 해당하는 요양기관에서 동규정 동조 제3호에 해당되는 전공의(레지던트)를 뜻하는 것임. 따라서, 정신건강의학과 수련병원 또는 수련기관일지라도 수련과정을 3년이상 이수 후 전문의 자격을 미취득하였거나 2년이상 이수 후 수련을 중단한 의사는 해당 될 수 없음. (고시 제2012-39호, '12.3.27. 시행)
	정신건강의학과에서 실시한 생활요법의 급여여부	정신건강의학과에서의 생활요법의 수기료는 소정 환자관리료에 포함되어 있으므로 별도 산정할 수 없으나, 다음의 소요되는 재료 및 비용은 실비 수준으로 환자부담으로 함. - 다 음 - 가. 차모임(커피, 각종 쥬스, 차를 마시며 환자들 간의 대화 기회 증진) : 커피 및 각종 음료수의 비용 나. 외출(실생활에 적응시키기 위하여 창경원, 경복궁, 영화관, 미술관람, 미장원, 외식 등을 단체로 시행함) : 입장료, 관람료, 식사비, 교통비 등. 다만, 식사비는 병원식비와 외식비를 이중부담 시킬 수 없음. 다. 꽃꽂이, 요리실습에 소요되는 재료비 라. 크리스마스파티 및 생일파티의 케이크, 카드 및 선물비용 (고시 제2012-39호, '12.3.27. 시행)
	정신전문간호사가 수행하는 치료적	정신건강의학과 전문의 지도하에 정신건강의학과 전공의 또는 상근하는 정신건강전문요원이 실시한 경우에 산정

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	놀이, 개인발달평가, 집중부모 집단교육, 개인집중 가족상담의 급여여부	할 수 있도록 규정하고 있는 바, 정신전문간호사가 정신건강의학과 전문의 지시없이 단독으로 수행하는 치료적 놀이, 개인발달평가, 집중부모 집단교육, 개인집중 가족상담에 대하여는 기존 건강보험요양급여비용의 내역과 중첩되는 내용으로서 별도 산정할 수 없음. (고시 제2018-135호, '18.7.1. 시행)
	사회복지사의 의료사회사업활동에 대한 급여여부	사회복지사는 사회복지사업법 및 의료법의 규정에 의거 영· 유아시설, 직업보도(輔導) 시설, 양로시설 및 의료기관 등 다양한 분야에서 활동하고 있으며, 의료기관에 고용된 사회복지사의 활동범위 전체가 환자의 치료 목적이라고는 볼 수 없으므로, 「의료사회사업활동」에 대한 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수는 현행대로 제7장 이학요법료 및 제8장 정신요법료에서 산정토록 한 「의료사회사업서비스」를 요양기관에서 사회복지사가 의사의 지시에 따라 환자의 치료목적으로 시행한 경우에 한하여 산정함. (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
	정신건강임상심리사가 실시한 정신요법료 인정여부	건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제8장 [산정지침] (3)에서는 "(2)에서 규정한 분류항목 이외는 정신건강의학과 전문의 지도하에 정신건강의학과 전공의 또는 상근하는 전문가(정신간호사, 사회복지사 등)가 실시한 경우에도 산정할 수 있다"라고 규정하고 있는 바, 정신건강임상심리사는 '상근하는 전문가'에 포함될 수 있으므로 해당 정신요법료를 산정할 수 있음. (고시 제2018-206호, '18.10.1. 시행)
아1 개인정신치료	수면장애 및 인격장애 환자에게 실시한 아1마	비기질성(심인성) 수면장애 및 비기질성(심인성) 인격장애의 경우 아1마 개인정신치료 V는 가장 근본적인 치료라고 할 수 있으므로 인정함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	개인정신치료 Ⅴ 인정여부	(고시 제2018-135호, '18.7.1. 시행)
아3 가족치료	진료계획 없이 환자와 함께 내원한 가족 면담시 아3가 개인가족치료 인정여부	아3 가족치료는 진료계획에 의거 환자(1인 또는 2인 이상)의 가족을 내원케 하여 진료를 행한 경우에 산정함을 원칙으로 하되, 진료 계획 없이 내원하였다 하더라도 환자와 가족 구성원과의 문제 파악과 치료를 위한 진료가 이루어지고 진료기록부에 충분히 기록된 경우에는 인정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
아1 개인정신치료 및 아3 가족치료	개인정신치료 및 가족치료 산정기준	1. 아1 개인정신치료 및 아3 가족치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 1회만 산정할 수 있음. 2. 아1 개인정신치료는 아1가 개인정신치료 Ⅰ, 아1나 개인정신치료 Ⅱ, 아1다 개인정신치료 Ⅲ, 아1라 개인정신치료 Ⅳ, 아1마 개인정신치료 Ⅴ를 같은 날 동시에 산정할 수 없음. 3. 아3가 가족치료(개인)은 주3회 이내, 아3나 가족치료(집단)은 주1회만 인정하며, 횟수를 초과하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함. (고시 제2018-135호, '18.7.1. 시행)
아4 작업 및 오락요법	정신건강의학과에서 실시한 연극, 퀴즈놀이의 급여 인정여부	정신건강의학과에서 실시하는 단순 연극, 퀴즈놀이, 실내운동회, 노래자랑, 무용요법, 산책, 서예요법 등은 아4 작업 및 오락요법으로 산정함. (고시 제2012-39호, '12.3.27. 시행)
아6 인지행동치료	인지행동치료 급여기준	1. 인지행동치료는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 적응증 1) 정신 및 행동 장애, 수면장애 2) 다만, '수면장애', '뇌전증, 치매, 파킨슨병, 뇌졸중

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		으로 인한 이차성 우울증'에 한해 신경과 시행 가능 나. 인정 횟수 1) 수면장애: 개인 또는 집단 인지행동치료 첫 시행일로부터 연간 6회 2) 수면장애 외 적응증: 개인 또는 집단 인지행동치료 첫 시행일로부터 연간 12회 2. 상기1.의 급여대상으로 인정횟수를 초과하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 3. 아6가 개인 인지행동치료와 아1 개인정신치료 또는 아6나 집단 인지행동치료는 같은 날 동시에 산정할 수 없음. 4. 인지행동치료는 치료 시작시 계획한 횟수, 실시 횟수, 치료시간, 치료 종료 시 평가 등을 진료기록부에 기록하여야 함. (고시 제2018-135호, '18.7.1. 시행)
아7 전기충격요법	아7 전기충격요법을 실시한 경우 아5 약물이용 면담의 급여기준	아7 전기충격요법은 증상이 중하거나 다른 치료가 부적절하다고 판단될 경우에 실시하며, 아7가 일반 전기충격요법 후 인지기능이 있는 경우 아5 약물이용 면담은 요양급여를 인정함. 다만, 인지기능이 있는 경우라 하더라도 아7나 특수전기충격요법[마취하] 후 시행한 아5 약물이용면담은 약물 부작용 등을 고려하여 요양급여를 인정하지 아니함. (고시 제2021-177호, '21.7.1. 시행)
아8 지속적 수면요법	아8 지속적 수면요법의 인정기준	아8나 지속적 수면요법(약물)은 디아제팜, 할로페리돌 제제 등 어떤 약물을 투여하던 간에 1일 20여 시간씩 수면을 계속 유지할 경우에 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
아10 정신의학적	아10 정신의학적 응급처치시에	아10 정신의학적 응급처치는 난폭, 폭력 또는 정신증상의 악화로 타인에게 피해를 줄 가능성이 있는 경우에

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
응급처치	아2 집단정신치료 실시시 인정여부	결박 또는 물리적인 힘을 가하면서 약물 등으로 응급처치를 하여 불안정 상태를 진정시켰을 때에 한하여 산정할 수 있으므로, 동 처치시 아2 집단 정신치료는 인정하지 아니함. (고시 제2012-39호, '12.3.27. 시행)
아11 정신의학적 사회사업	정신건강사회복지사가 실시한 아11 정신의학적 사회사업	정신건강사회복지사는 사회복지사업법에 의한 사회복지사 1급 자격소지자가 소정의 전문교육을 받았을 경우 취득할 수 있는 자격으로 이미 사회복지사의 자격을 갖춘 자이므로 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제8장 정신요법료 [산정지침] (3)에 따라 아11 정신의학적사회사업을 산정할 수 있음. (고시 제2018-135호, '18.7.1. 시행)

제 9 장

처치 및 수술료 등

제9장 처치 및 수술료 등

항 목	제 목	세부인정사항
일반사항	2가지 이상의 수술시 수기료 산정방법	1. 동일 절개 하에서 2가지 이상 수술을 동시에 시술한 경우 주된 수술이란 2가지 이상 수술 중 소정점수가 높은 수술을 기준으로 함. 이 경우 '소정점수'이란 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 등의 각 분류항목에 기재된 소정점수을 말함. 2. 동일 피부 절개하에 해당과를 달리하여 각각 다른 병변을 수술한 경우, 진료전문과목이 다르더라도 동일 마취하에 연속하여 수술을 하는 것이므로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 등[산정지침] (5)항에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
	동일 피부 절개 하에 2가지 이상 수술시 수가 산정방법	『건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수』 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 [산정지침] (5)항에 의거 종합병원(상급종합병원 포함)의 경우 동일 피부 절개하에 2가지 이상 수술을 동시에 시술한 경우 제2의 수술부터는 해당 수술 소정점수의 70%를 산정토록 되어 있음. 이 때, 2가지 이상 수술이란 서로 다른 수술로 별도 소정점수의 산정이 가능한 경우를 의미함. (고시 제2016-204호, '16.11.1. 시행)
	동일 피부 절개 하 동일 수술을 여러 부위에 하는 경우 수가 산정방법	동일 피부 절개(또는 동일 경로) 하 동일 수술을 여러 부위에 하는 경우는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치및수술료 [산정지침] (5)에 적용되지 않는 사항으로, 제1 부위는 100%, 제2부위부터는 50% 산정을 원칙으로 함. 다만, 최대산정범위 및 산정

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		방법에 대해 별도 고시가 있는 경우에는 해당 고시를 적용함 (고시 제2017-118호, '17.7.1. 시행)
	급습처치 (Humidifier 사용), 수분섭취 및 배설량 측정(Intake & Output check)의 급여여부	현행 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수는 전문성이 요구되는 진료행위에 대하여 수가를 산정하고 있으며 진료 보조 행위 등은 기본진료료인 진찰료, 병원관리료 및 환자관리료(의학관리료, 간호관리료)로 보상하고 있으며, 급습처치와 수분섭취 및 배설량 측정은 행위자에 대한 객관적 규명이 모호하며 대부분 입원환자에게 행하는 기본적인 간호행위이므로 입원환자 간호관리료에 포함됨. (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
	방광내의 혈괴 및 혈뇨 등을 제거할 목적으로 사용한 생리식염수	방광내의 혈괴 및 혈뇨 등을 제거할 목적으로 사용한 생리식염수는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (11)에 준용하여 총사용량이 500㎖ 이상인 경우에 산정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
	요관경 또는 방광경을 이용한 요관 이상 부위의 양측 수술시 수가산정방법	요관경(또는 방광경)을 이용하여 요관 이상 부위에서 동일 수술을 동시에 양측으로 시술하는 경우에는 한 측은 소정점수의 100%, 다른 측은 소정점수의 50% [종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. (고시 제2015-169호, '15.10.1. 시행)
	Arterial Cannulation의 Irrigation시 수기료 산정방법	Arterial Cannulation의 Irrigation수기료는 해당 처치 또는 수술료에 포함하여 별도 인정하지 아니함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	여드름(좌창)의 급여여부	여드름(좌창)은 일상생활에 지장이 없는 피부질환으로 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여대상 1.-나에 의거 비급여대상임. 다만 여드름이 원인이 되어 심한 농양 등이 생겨 농양치료(절개 등)를 실시한 경우에는 급여대상임. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	파라핀 주입으로 발생된 질병의 급여여부	Penis, Breast 등에 실시한 파라핀주입술은 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여대상. 2-가에 의거 비급여대상이며, 파라핀 삽입후 발생된 합병증(통증, 염증, 종양 등)에 대한 진료비용도 비급여대상임. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	백반 또는 백납에 대한 치료의 급여여부	1. 백반(또는 백납)은 후천적으로 피부의 색소가 소실되는 전신성 질환으로, 특효 치료법이 없고 업무 또는 일상생활을 함에 있어 신체적 기능장애가 없는 질환에 해당하여 비급여대상으로 하여 왔으나, 노출부위에 병소가 있는 경우에는 환자가 수치감을 갖게 되고 타인에게 혐오감을 주는 등 사회생활에 영향을 받게 되므로 얼굴, 목, 손, 팔, 무릎이하의 노출부위와 이와 연결된 병소에 대한 치료를 하는 경우에는 급여대상으로 함. 2. 다만, 광치료 중 엑시머레이저치료는 국소병변을 조사하는 시술 방법임을 고려하여 얼굴, 목, 손, 팔, 무릎이하의 노출부위의 병소만 급여대상으로 함. (고시 제2013-69호, '13.4.30. 시행)
	혈관종, 화염상 모반 치료의 인정기준	1. 혈관종으로 인하여 궤양화를 초래하여 2차 감염을 일으키거나 기능장애를 초래한 경우에는 급여대상임. 2. 혈관종, 화염상모반이 노출부위에 있는 경우에는 타인에게 혐오감을 주어 안정된 사회생활이 어려우므로 얼굴, 목, 손, 팔, 무릎 이하의 노출부위가

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		포함된 병소에 대한 치료를 하는 경우에는 급여 대상으로 함. 3. 다만, 혈관종, 화염상모반에 색소레이저 치료시 총 6회 이내(평생개념)에서 보험급여하며, 동 인정기준 이외에는 비급여토록 함. (고시 제2010-100호, '10.12.1. 시행)
	안검하수증에 대한 수술과 안검의 피부이완증 상병에 대한 피부절제술(안검성형술)의 급여여부	1. 안검거근 자체 또는 신경지배의 이상으로 발생하는 안검하수증을 교정하기 위한 수술은 질병의 치료목적이므로 급여대상임. 2. 다만, 노화과정에서 생기는 퇴행성 안검하수증 및 안검의 피부이완증(피부늘어짐)은 일상생활에 지장을 초래하는 시야 장애(정면 주시 사진 상 눈꺼풀 피부나 안검이 동공을 침범하는 경우)를 동반하는 경우 이를 교정하기 위한 수술에 한하여 급여대상으로 함. 3. 상기 기준에 해당되지 않는 경우에는 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 [별표2] 비급여대상. 2-나에 의거 비급여대상임. (고시 제2009-96호, '09.6.1. 시행)
	기질적 왜소증에 실시한 사지연골 연장술의 급여 인정범위	만성적인 소모성 전신질환, 터너증후군, 자궁내 성장발육지연, 연골무형성증 및 골간단 연골이형성증 등의 골 이형성증, 호르몬분비이상, 저인산염혈증성 구루병 등의 대사성 골 질환을 포함하는 기질적 왜소증에 실시하는 사지골연장술은 신장을 늘려주는 효과적인 내과적 치료방법이 없으므로 다음의 조건을 모두 만족시킬 때에 급여함을 원칙으로 함. - 다 음 - 가. 지능이 정상이고 다른 장기에 치명적 결함이 없어 30년 이상의 평균수명이 기대되며, 나. 성장종료시 기대되는 신장이 남자의 경우 160cm,

항 목	제 목	세부인정사항
		여자의 경우 150cm이하이며, 다. 관절연골 이상으로 조기 퇴행성 관절염의 위험이 없는 기질적 왜소증에 실시한 경우 (고시 제2004-85호, '05.1.1. 시행)
	골다공증성 골절 환자에서의 골시멘트 보강술 급여기준	골다공증성 골절 환자에서의 골시멘트 보강술은 골다공증성 골절 환자에서 내고정술 시행 시 폴리메틸메타크릴레이트(polymethyl methacrylate, PMMA)계 시멘트를 주입하는 행위로 아래와 같이 요양급여를 인정함. 1. 급여대상 가. 골다공증성 골절(상지골, 하지골, 골반골) 환자에서 내고정술 시행 시 다음의 조건을 모두 만족하는 경우 -다 음- 1) 65세 이상 2) 중심골[Central bone: 요추, 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 이중 에너지 방사선 흡수계측(Dual-Energy X-ray Absorptiometry: DXA)으로 측정한 골밀도 검사결과 T-score -2.5 SD 이하 3) 척추 골절 등 골다공증성 골절이 있었던 환자에서 발생한 골절 2. 수가산정방법 가. 행위료: 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 고시되어 있는 다음의 해당 관혈적 수술의 범주에 해당되어 별도산정하지 아니함. -다 음- 1) 자59다 척추 또는 골반의 골절 및 탈구에 대한 관혈적정복수술-골반

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		2) 자60가(1)~(4) 사지골절정복술[복잡골절 포함] 나. 치료재료: 사용된 골시멘트는 별도 산정함. 3. 실시횟수 가. 골절에 대한 내고정술 시행 시 해부학적 부위 당 1회 나. 단, 재골절 발생 혹은 불유합으로 인하여 내고정물 제거 후 재고정술 시행할 때 추가인정 (고시 제2023-121호, '23.7.1. 시행)
	두피 조직확장술의 급여여부	두피 화상반흔을 제거하기 위한 두피 조직확장술시 기능상의 장애가 없더라도 화상반흔부위 병변으로 인하여 안정된 사회생활을 할 수 없는 등 일상 생활에 심각한 지장을 초래하고 있다고 판단되는 경우에는 급여함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	선천성 단지증 상병의 급여여부	선천성 단지증 상병은 통증으로 인한 보행장애 등 일상생활에 지장이 있다고 판단되는 경우에 급여대상임. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	수면무호흡증후군의 급여기준	「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」[별표2] 제1호에 따라 '단순 코골음'은 비급여대상이나, '수면무호흡증후군'은 업무 또는 일상생활에 지장을 초래할 뿐 아니라 여러 합병증을 유발할 수 있어, 다음과 같은 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 수면다원검사상 호흡 곤란 지수 (RDI : Respiratory Disturbance Index)가 15이상인 경우 나. 수면다원검사상 호흡 곤란 지수 (RDI : Respiratory Disturbance Index)가 5이상이면서 아래 1) 중 하나 또는 2)에 해당하는 경우 - 아 래 - 1) 불면증, 주간 졸음, 인지기능 감소, 기분장애, 고혈압, 빈혈성 심장질환, 뇌졸중의 기왕력

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		2) 산소포화도 85% 미만 (고시 제2018-135호, '18.7.1. 시행)
	액화질소를 사용하여 치핵, 종양 등 냉동 응고술을 시술하였을 경우 수기료 및 치료재료 산정방법	액화질소를 이용한 냉동응고술의 수가적용은 다음과 같으며 동 시술시 사용되는 재료(액화질소)는 산정할 수 없음. - 다 음 - 가. 일반외과 : 자301나 응고, 소작 [레이저 포함], 경화요법 및 고무밴드결찰술 나. 부인과 : 자432 자궁경부질냉동 또는 열응고술 다. 피부과 : 자12 피부전기소작술 또는 냉동술, 티눈제거시는 자14-1-가 티눈제거술(전기소작, 냉동응고술 또는 약물밀봉대) 산정 라. 구강외과 : 자12가 피부전기소작술 또는 냉동술 (25㎠ 미만) (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	피임시술의 요양급여 인정기준	1. 피임시술인 정관절제술 또는 결찰술(자-389-1-라, R3896), 난관결찰술(자-434, R4341~R4345) 및 자궁내장치삽입술(자427, R4271)을 본인이 원하여 실시한 경우에는 비급여 대상이나, 다음과 같은 경우에는 요양급여함. - 다 음 - 가. 본인이나 배우자가 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우 나. 임신으로 모성건강을 악화시킬 수 있는 질환이 있는 경우 다. 본인이나 배우자가 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성질환이 있는 경우 2. 다만, 기타 보건복지부 장관이 정하여 고시한 질병군 진료시 이루어진 피임시술은 1항의 요양급여 대상에 해당되는 경우 「건강보험 행위 급여·비급여

항 목	제 목	세부인정사항
		목록표 및 급여 상대가치점수」 제2편 제2부 각 장에 분류된 질병군 상대가치점수에 포함되어 별도 산정할 수 없으며, 본인이 원하여 피임시술을 실시한 경우에는 비급여 대상임. (고시 제2010-45호, '10.7.1. 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)
	외국에서 수술후 국내에서 진료시 급여여부	외국에서 수술을 받은 경우 외국의 의료기관 등에 부담한 진료비용은 국민건강보험법 제41조제3항 및 같은법 제54조에 의거 급여할 수 없으나 외국에서 수술을 받았다 하더라도 수술이후에 필요한 치료를 국내 요양기관에서 받은 경우의 진료비용은 급여함 (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
	당해 요양기관에서 시술에 필요한 시설과 장비를 보유하지 않고 의료용기구 수입판매업자로부터 장비를 대여 받아 시술한 경우 요양급여비용 산정방법	당해 요양기관에서 시술에 필요한 시설과 장비를 보유하지 아니한 때에는 해당 시설 및 장비가 갖추어진 요양기관과 공동으로 사용할 수는 있으나 요양기관이 아닌 의료용기구 수입판매업자로부터 시술장비를 대여 받아 시술행위를 한 경우에는 요양기관이 시술장비를 직접 대여 받아 행한 것이므로 현행 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수에 따라 해당 수기료의 소정금액을 산정하여야 하고, 장비 대여료나 사용료, 부대비 등의 명목으로 별도의 비용을 수진자에게 부담시킬 수는 없음. (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	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. 전체귓바퀴재건술(외이재건술) 및 그에 따른 진료. 다만, 아래 3의 가. 자가연골기틀을 이용하는 방법중 "2) 연골기틀 제작"에 따른 시술료, 나. 인조기틀을 이용하는 방법시 사용되는 "인조기틀(치료재료)", 다. 인조귀를 부착하는 방법시 사용되는 "인조귀(상품화되지 않고 주물제작)"는 급여대상에서 제외 나. 전체귓바퀴재건술(외이재건술) 과정중이나 수술후 발생한 합병증(감염, 노출 등)에 대한 처치· 수술 및 그에 따른 진료 다. 전체귓바퀴재건술(외이재건술)후 의학적 견지에서 의사의 판단에 따라 시행하는 재수술(완전재건, 부분재건 등) 및 그에 따른 진료 라. 전체귓바퀴재건술(외이재건술)후 완성된 귀를 마무리하는 시술(피부교정, 수술흉터제거 등)은 급여대상에서 제외함 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 급여대상에서 제외되므로 산정하지 아니함. - 다 음 -

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		가. 자가연골기틀을 이용하는 방법

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) 귓볼 회전	자16가(1)(가) 국소피판술(안면부)의 소정금액으로 산정	좌동
4) 연골기틀 넣기 (피하 주머니) 및 귓바퀴 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

나. 인조기틀을 이용하는 방법

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">행 위</th><th colspan="2">수 기 료</th></tr>
<tr><th>단계별</th><th>단 번</th></tr>
<tr><td>1) 귓볼회전</td><td>자16가(1)(가) 국소피판술(안면부소정금액으로 산정</td><td>좌동</td></tr>
<tr><td>2) 인조기틀 넣기 및 귓바퀴 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>
</table>
다. 인조귀를 부착하는 방법
1) 골고정 (1차 수술)
: 자38다(2) 관골골절정복술-관혈적수술의 소정금액으로 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
</td></tr>
</table>

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		별도 산정함. 마. 위 가~다의 수기료외 추가 시술이 필요하여 행한 경우에는 해당 수술료를 별도 산정하며, 조직확장기를 이용한 경우에는 "조직확장기 삽입 및 확장유도술"을 자16가(1) 국소피판술 소정금액으로 산정하되, 생리식염수 주입료는 소정금액에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2011-50호, '11.5.1. 시행)
	이상소견이 있어 건강검진 실시 당일 검사나 처치 등을 추가로 시행시 수가산정방법	1. 국민건강보험법 제52조에 의거 가입자 등에게 실시하는 건강검진 실시 당일 건강검진 실시기준에 의한 나761 상부소화관 내시경검사 또는 나766 결장경검사 중에 이상 소견이 있어 검사나 처치 등을 추가로 실시한 경우에는 다음과 같이 적용함. 다만, 국민건강보험법 제52조에 의한 건강검진 항목과 중복하여 요양급여하지 않음. - 다 음 - 가. 상기 검사 중 나854 내시경하생검 및 나560 조직병리검사, 누589가 Helicobacter pylori 검사-내시경하 등을 실시한 경우 1) 내시경하 생검, 생검용 FORCEP, 병리조직검사는 건강검진항목에 포함되므로 급여비용으로 산정하지 아니함. 2) 누589가 Helicobacter pylori 검사-내시경하 등 기타 건강검진항목에 포함되지 아니한 항목은 급여비용으로 산정함. 나. 상기 검사 중 나560 조직병리검사 없이 나854 내시경하생검, 누589가 Helicobacter pylori 검사-내시경하 등을 실시한 경우 1) 내시경하 생검, 생검용 FORCEP 및 건강검진항목에 포함되지 아니한 검사 등은 해당 항목별 급여기준에 따라 급여로 산정함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		다. 상기 검사 중 폴립이나 이물 등이 발견되어 자761 내시경적 상부소화관 이물제거술이나 자765 내시경적 상부소화관 종양 수술, 자767 결장경하 이물제거술 및 자770 결장경하 종양 수술 등을 실시한 경우 1) 해당 시술료에서 내시경검사료를 제외한 나머지 금액을 급여비용으로 산정(산정코드 첫 번째 자리에 8로 기재)하며, 동 치료(수술)와 관련하여 시행한 병리조직 검사는 급여비용으로 산정함. 2. 국민건강보험법 제52조에 의거 건강검진 실시 당일에 건강검진 실시기준에 해당하지 않는 나766 결장경 검사를 추가로 시행할 경우에는 동 검사를 시행하여야 할 증상 등이 사전 진료한 내역을 통해 진료기록부상 확인되는 경우에 요양급여비용으로 산정함. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
	악안면교정수술 (신장술 포함) 보험급여 인정 기준	악안면교정수술(신장술포함)은 외모개선목적이 아닌 저작 또는 발음 기능개선 목적으로 시행한 경우에 보험급여 하되, 다음 중 하나에 해당되는 경우로 함. - 다 음 - 가. 선천성 악안면 기형으로 인한 악골발육장애 (구순구개열, 반안면왜소증, 피에르 로빈 증후군, 크루즌 증후군, 트리쳐 콜린스 증후군 등) 나. 종양 및 외상의 후유증으로 인한 악골발육장애 다. 뇌성마비 등 병적 상태로 인해 초래되는 악골발육장애 라. 악안면교정수술을 위한 교정치료전 상하악 전후 교합차가 10mm 이상인 경우 마. 양측으로 1개 치아씩 또는 편측으로 2개 치아 이하만 교합되는 부정교합 바. 상하악 중절치 치간선(dental midline)이 10mm 이상

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		어긋난 심한 부정교합 (고시 제2007-37호, '07.5.1. 시행)
	이비인후과 수술시 수기료 산정방법	다음의 2가지 이상의 이비인후과 수술을 동시 실시 시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. - 다 음 - 가. 상악동근치수술과 상악동구강누공폐쇄술 나. 부비동수술과 폴립수술 다. 편도전적출술과 아데노이드절제술 (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
	보조생식술 급여기준	난임부부에게 시행하는 보조생식술은 「모자보건법」 제11조의3 및 동법 시행규칙 제8조에 따라 난임시술 의료기관으로 지정된 기관에서 다음과 같은 경우에 시행시 요양급여함. 동 기준 이외 시행한 보조생식술과 잔여배아 등을 동결·보관하는 비용은 비급여임 - 다 음 - 가. 요양급여 대상자 민법 제812조에 따라 혼인상태에 있는 난임부부(국내법상 혼인관계가 유효한 경우에 한함) 또는 모자보건법 제2조제11호에 따라 사실상의 혼인관계에 있는 난임부부로 아래의 경우 - 아 래 - 1) 여성 연령 만 45세 미만 2) 상기 1)을 초과하여 여성연령 만 45세 이상인 경우에도 급여인정하며 이때의 본인부담률은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 50%로 적용함

항 목	제 목	세부인정사항
		※ 연령은 과배란유도가 필요하여 약제를 투여하는 경우 약제 처방일 또는 자연주기를 이용하는 경우 생리시작 후 내원일 당일을 기준으로 함 나. 요양급여 인정범위 1) 체외수정(신선배아) : '자640 정자채취 및 처리'부터 '자645 배아 이식'까지의 과정 2) 체외수정(동결배아) : '자643 해동'부터 '자645 배아 이식'까지의 과정 3) 인공수정: '자640 정자채취 및 처리', '자646 자궁강내 정자주입술' 다. 적응증 1) 체외수정(신선배아, 동결배아) 가) 원인불명 난임 정액검사, 배란기능, 자궁강 및 난관검사 결과 의학적 소견상 모두 정상으로 진단되었으나 3년 이상 임신이 되지 않은 경우(단, 여성 연령이 35세 이상인 경우 1년 이상 임신이 되지 않은 경우) 나) 여성요인 (1) 양측난관 폐색 (단, 인공 폐색인 경우에는 난관문합술 이후 1년 이상 임신이 되지 않는 경우) (2) 중증 자궁내막증 (3) 난소기능 저하 (4) 착상전 유전진단이 필요한 경우 다) 남성요인 (1) 시상하부나 뇌하수체 질환으로 인한 저성선자극호르몬성 성선기능저하증으로 최소한 24개월간 호르몬 치료를 하였으나 이 기간 중 자연임신이 되지 않은 경우 (2) 정관절제술을 실시했던 경우 (가) 2회 반복 정관문합술이 실패한 경우 (나) 정관문합술 후 3개월 내에 사정액에서 정자가 관찰되지 않거나, 정자가 출현한

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		이후 1년 내에 임신이 되지 않는 경우 (다) 정관문합술이 불가한 경우 (3) 정계정맥류제거술 후 6개월 이내에 정액검사 지표의 향상이 없거나 수술 후 정액검사 지표 향상이 있으나 1년 이내 임신이 되지 않는 경우 (4) 폐쇄성 무정자증에 대한 수술적 교정이 실패했거나 불가능한 경우(수술적 교정이 불가능한 폐쇄성 무정자증은 정관무발생, 다발적 정관폐쇄, 부고환 전체 폐쇄를 말함) (5) 비폐쇄성 무정자증의 경우 현미경하 미세수술적다중고환조직정자추출에서 정자가 발견되어 체외수정이 가능한 경우 라) 체외수정시술 이외의 난임치료에 의해 1년 이상 임신이 되지 않는 경우 마) 기타 체외수정이 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우 2) 인공수정 가) 원인불명의 난임 정액검사, 배란기능, 자궁강 및 난관검사 결과 의학적 소견상 모두 정상으로 진단되었으나 1년 이상 임신이 되지 않은 경우(단, 여성 연령이 35세 이상인 경우 6개월 이상 임신이 되지 않은 경우) 나) 여성요인 (1) 과거 자궁내막증 수술 후 자연 임신 시도 6개월 이상 경과된 경우 (2) 임상적으로 의심되는 자궁내막증 소견이 있으면서 1년 이상 자연임신이 되지 않은 경우 다) 남성요인

항 목	제 목	세부인정사항
		(1) 정계정맥류가 없으나 '인간정액 검사 및 처리 매뉴얼(제5판, 세계보건기구)'에 따른 정액검사 결과 정자수가 적거나 정자의 운동성이 저하되어 있는 경우 (2) 사정장애 등 기타 남성난임의 경우 라) 기타 인공수정이 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우 라. 급여인정 횟수 체외수정(신선배아) 9회, 체외수정(동결배아) 7회, 인공수정 5회 (고시 제2021-275호, '21.11.15. 시행)
	보조생식술 후 선택적 유산 급여여부	보조생식술 후 모자보건법 제14조 및 동법 시행령 제15조의 규정에 해당되어 시행하는 선택적 유산은 비급여임. (고시 제2017-170호, '17.10.1. 시행)
	수술 전 면도, 삭모(두부, 회음부) 및 소독료 산정여부	수술 전 면도, 삭모 및 소독료는 해당 수술료의 소정점수에 포함되며, 분만을 위한 회음부 삭모 및 소독료는 자437 분만 전 처치의 소정점수에 포함됨. (고시 제2017-198호, '17.11.1. 시행)
자2 창상봉합술	손·발톱이 압박 좌멸되어 발조술 후 봉합술 실시 시 수가 산정방법	손·발톱부분이 압박 좌멸되어 발조술 실시 후 골이 노출되어 봉합술을 실시할 경우에는 자20 발조술과 자2나 창상봉합술-안면과 경부 이외를 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	부위내 창상봉합 부위가 둘 이상일 때 자2 창상봉합술 수가 산정방법	한 부위에 여러 형태의 창상이 존재하는 경우 난이도가 높은 창상의 형태로 산정한다. 단, 창상의 길이는 각 창상의 형태를 불문하고 부위내 길이를 모두 합산하여 산정한다. (고시 제2021-291호, '21.12.1. 시행)
자2-1 일반처치 또는 수술 후 처치 등	당뇨병발에 포비돈요오드액 담금처치 실시 시 급여기준	당뇨병발(Diabetic Foot)에 포비돈요오드(Povidone Iodine) 액담금처치(Soaking)를 실시하는 경우 자2-1가(2) 염증성 처치로 산정하며, 사용된 포비돈요오드액, 주사용멸균증류수 또는 생리식염수의 비용은 소정점수에 포함되어 별도 산정하지 아니함.(단, 생리식염수의 총 사용량이 500ml 이상인 경우는 별도 산정) (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	특수체중계를 이용한 침상내 체중측정 (in bed scale)의 급여기준	특수체중계를 이용한 침상내 체중측정은 무의식, 전신마비 등 거동이 어려울 정도의 중환자에게 진료상 필요하여 의료 인력이 직접 체중을 측정한 경우에 자2-1바 체위변경처치의 50%로 준용 산정함. (고시 제2017-263호, '18.1.1. 시행)
	식피술후 수술실에서 실시한 dressing 산정방법	식피술후 Aseptic Area를 유지하고 Air Contamination도 최소화시키기 위하여 수술실에서 dressing을 실시한 경우에는 자2-1가(2) 염증성처치를 준용 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	흉관을 통한 흉막강내 주입 및 세척의 수가 산정방법	농흉, 자연기흉 환자에게 자151 흉강삽관술을 실시한 상태에서 삽입된 흉관을 통하여 흉막강내 주입 및 세척을 하는 경우에는 자2-1가(2) 염증성 처치 로 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	흡입배액처치 등의 수가 산정방법	기관절개 환자의 드레싱과 흡입배액처치를 동시에 실시한 경우 및 구강, 비강내 흡입배액처치의 수가 산정방법은 다음과 같이 함.

항 목	제 목	세부인정사항
		- 다 음 - 가. 기관절개(Tracheostomy) 부위의 드레싱과 흡입배액처치를 동일에 실시한 경우 : 자2-1라 흡입배농 및 배액처치와 자2-1가 창상처치는 1일당 수가이며, 행위의 특성상 주로 치료기간 동안 지속적으로 반복하여 시행됨을 감안하여 자2-1라 흡입배농 및 배액처치만 산정함. 나. 구강, 비강내 흡입배액처치를 실시한 경우 : 구강, 비강내 흡입배액처치는 기관내 흡입배액처치와 비교시 난이도 및 위험도에 현저한 차이가 있다고 판단되므로 기본진료료에 포함되어 별도 산정하지 아니함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	치핵, 치루 수술 후 좌욕, 단순 처치 동시 실시 시 급여기준	치핵 또는 치루 수술 후 좌욕과 단순처치를 동시에 실시하는 경우 수술 익일부터 주된 처치 1종을 요양급여로 인정함. (고시 제2018-3호, '18.4.1. 시행)
	체위변경처치 인정기준	체위변경처치는 척수손상, 뇌졸중 환자 등에게 혈액순환 도모 및 욕창방지 등을 위해 피부마사지를 포함한 체위변경 시에 인정함. (고시 제2015-155호, '15.9.1. 시행)
자4 산소흡입	돌발성 난청에 실시한 `Carbogen Inhalation'의 수가 산정방법	Carbogen Inhalation은 산소흡입시 이산화탄소를 반복적으로 흡입하여 외임파의 산소포화도 증가로 인한 내이의 혈관확장을 유도하여 돌발성 난청의 자발적인 회복을 돕는 비침습적인 치료방법으로 돌발성난청에 실시 시 자4 산소흡입 [1일당]의

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		소정점수로 준용 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	돌발성난청 등 상병에 투여된 레오마크로덱스, 라식스, 산소요법 등의 인정여부	돌발성 난청 및 귀의 퇴행성, 혈관성 장애에 레오마크로덱스주, 염산치아민정, 뉴로메틴, 라식스의 복합투여 및 O2 Inhalation은 타당한 치료방법이므로 인정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	보육기내에서의 산소공급 방법에 따른 수가 산정방법	보육기에 의하여 보육되는 환아에게 Nasal Catheter 또는 산소 Hood를 사용하여 산소를 공급하는 경우 수가는 자4 산소흡입 [1일당]의 소정점수를 산정하고, 보육기의 산소투입구를 통해 산소를 공급하는 경우에는 산소만 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자4-1 하기도증기흡입치료	자4-1 하기도 증기흡입치료 급여기준	1. 자4-1 하기도 증기흡입치료(Nebulizer Treatment of Lower Airway)는 천식이나 만성폐쇄성 폐질환의 급성악화기, 급성세기관지염의 호흡곤란치료에 실시함을 원칙으로 함. 2. 상기 1. 기준 이외에도 다음과 같은 경우에 요양급여 함. - 다 음 - 가. 응급실 또는 입원진료 중인 환자 1) 정량식(또는 분말)흡입기를 사용할 수 없는 경우로 "기도 폐쇄에 의한 호흡곤란(PaO2 < 60 mmHg 등)"이 있거나 "하기도 경련에 의한 천명(Wheezing)"이 확인되는 경우에는 급성기 일주일 이내 인정함. 2) 객담배출이 곤란하여 전신 투여(경구 또는 주사)를 실시하였음에도 불구하고 치료효과를 기대할 수 없어 직접 하기도에 국소 투여가 필요한 경우에는 급성기에 사례별로 인정함. 나. Pentamidine isethionate 주사제의 「요양급여의

항 목	제 목	세부인정사항
		적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따라 증기흡입치료하는 경우 (고시 제2017-152호, '17.9.1. 시행)
	인공호흡기에 연결하여 실시한 하기도 증기흡입치료 인정여부	인공호흡 시 인공호흡기에 일부 Nebulizer기구 등을 연결하여 하기도 증기흡입치료를 실시하는 경우 자4-1 하기도 증기흡입치료는 별도 인정하지 아니함. (고시 제2011-59호, '11.6.1. 시행)
자4-2 가온가습고유량비강캐뉼라요법 Heated Humidified High Flow Nasal Cannula Therapy	가온가습고유량 비강캐뉼라요법 Heated Humidified High Flow Nasal Cannula Therapy 수가 산정방법	호흡곤란이나 저산소증이 있는 대상자에게 시행하는 비침습적 호흡기 보조요법인 가온가습고유량비강캐뉼라요법은 1일 1회만 산정함 (고시 제2015-117호, '15.6.30. 시행)
자7 관장	High Retention Enema시 사용된 생리식염수	간경변시 시행하는 High Retention Enema(듀파락이나 KM, 생리식염수 사용)시 약제료는 실사용량을 산정할 수 있으나 생리식염수는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (11)-24에 의거 별도 산정할 수 없음. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
자8 피부밀봉붕대요법	조갑에 ODT(Occulusive Dressing Therapy) 실시시 수가 산정방법	진균이 침범된 조갑에 ODT(Occulusive Dressing Therapy)요법을 이용한 치료를 할 경우, 자8 피부밀봉붕대요법으로 산정하되, 수가산정방법은 지(指, 趾)당으로 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
자14 피부양성 종양적출술	다발성 황색종 (Xanthoma) 제거시 수가 산정방법	사지에 다발성으로 산재된 황색종(Xanthoma)을 제거하는 경우 수기료는 Rule of nine 기준으로 자14 피부양성종양적출술을 산정하며, 근접부위에 산재되어 있어 동일시야에서 제거할 때에는 자14 피부양성종양적출술 소정점수만 산정함. (고시 제2007-92호, '07.11.1. 시행)
자14 피부양성 종양적출술, 자23 연부조직 종양적출술	피부 및 연부조직 양성종양적출술을 여러 부위에 시행시 수가산정방법	자14 피부양성종양적출술 또는 자23가 연부조직종양적출술(양성종양)을 여러 부위에 시행하는 경우에는 전신을 8부위(두경부 전·후면, 몸통(Trunk) 전·후면, 상·하지 좌·우)로 구분하여 각 부위별로 제1병변은 소정점수의 100%, 제2병변부터는 50%를 산정하되 부위별 최대 200%까지 산정함. (고시 제2021-244호, '21.10.1. 시행)
자14-1 티눈제거술	자14-1 티눈제거술의 급여기준	티눈제거술은 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여대상 제1호 나목에 의거 비급여대상이나 손・발에 실시한 티눈제거술은 요양급여로 인정하며 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 손(2부위): ①다섯 손가락, ②손등과 손바닥 2) 발(2부위): ①다섯 발가락, ②발등과 발바닥 나. 산정방법 손·발 각 부위별로 산정하며, 각각의 동일 부위 내에서 2개 이상을 제거하는 경우 치료방법에 상관없이 제1의 것은 소정점수의 100%, 제2의 것부터는 50%를 산정하되 최대 200%까지 산정함. (고시 제2023-121호, '23.7.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
자14-2 전염성연속종 제거술	자14-2 전염성연속종 제거술 급여기준	자14-2 전염성연속종제거술은 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 전신을 7부위 (두부, 복부, 배부, 좌·우·상·하지)로 구분하여, 2부위 이상 실시 시 자14-2가 전염성연속종제거술-전신성인 것으로 산정하며, 그 외에는 자14-2나 전염성연속종제거술-기타의 것으로 산정함. 나. 자14-2 전염성연속종제거술은 1일 1회 산정으로, 치료기간 중 최대 3회를 요양급여로 인정함. 다. 상기 나.의 인정횟수를 초과하여 시행한 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담율 90%로 적용함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
자14-3 사마귀제거술	자14-3 사마귀제거술의 급여기준	사마귀제거술은 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여대상 제1호 나목에 의거 비급여대상이나 항문생식기, 손·발에 실시한 사마귀제거술은 요양급여로 인정하며 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 항문생식기 1) 사마귀의 개수 및 크기에 상관없이 부위별로 산정하며, 제1부위는 소정점수의 100%, 제2부위부터는 50%를 산정하되, 최대 200%까지 산정함. 2) 항문생식기 부위 구분(3부위) 가) 남성: ①음경, ②음낭, ③회음부 및 항문 나) 여성: ①음순, ②질 및 자궁경부, ③회음부 및 항문 3) 항문생식기와 주변부의 사마귀를 동시에 제거한 경우에는 항문생식기 사마귀제거술의 소정점수에 포함 되므로 별도 산정하지 아니함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		나. 손발 1) 손·발 부위의 사마귀제거술은 자14-3 사마귀 제거술 가.~다.의 (2)기타로 분류된 소정점수를 산정함. 2) 손발은 각각 2부위로 구분하여 부위별로 산정하며, 동일부위 내에서 2개 이상을 제거하는 경우에는 제1의 것은 소정점수의 100%, 제2의 것부터는 50%를 산정하되, 최대 200%까지 산정함. 3) 손발 부위 구분(2부위) 가) 손: ①다섯 손가락, ②손등과 손바닥 나) 발: ①다섯 발가락, ②발등과 발바닥 다. 상기 가. 나. 에도 불구하고 자14-3 다. 사마귀 제거술-국소도포는 여러 부위에 실시하더라도 소정점수만 산정함. (고시 제2022-163호, '22.7.1. 시행)
자15-1 피부 국소 광역동 치료	피부 국소 광역동 치료의 급여기준	자15-1 피부 국소 광역동 치료는 다음과 같은 경우 요양급여하며, 이에 해당하지 않는 경우에는 비급여함. - 다 음 - 가. 광선각화증 나. 광선구순염 다. 보웬병 라. 상피내 편평상피세포암 마. 표재성 기저세포암 바. 최소 침윤 편평상피세포암 사. 유방외 파젯병 (고시 제2020-7호, '20.2.1. 시행)
자16 피판작성술	자16가(2) 피판작성술 -피부피판술-원거	자16 피판작성술은 피판작성부터 박리술까지 일련의 과정이 포함되어 있으므로 동일 요양기관에서 입원 기간이 동일하거나 상이할지라도 자16가(2) 피판

항 목	제 목	세부인정사항
	리피판술 수가 산정방법	작성술-피부피판술-원거리피판술은 1회만 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	조직확장기 (Tissue -Expander)를 이용한 반흔구축 성형술의 급여기준	조직확장기(Tissue-Expander)를 이용한 시술은 기존 유사수술인 식피술이나 피판술 등의 시술방법상 문제점(피판의 두께나 반흔구축의 재발률 등)을 보완할 수 있는 장점이 있으므로 운동제한이 있는 구축성 반흔제거, 청력기능장애의 회복 목적의 이개성형술, 선천성 거대모반, 안면부위 혈관종 등 타인에게 혐오감을 주며 본인이 수치감을 느껴 일상생활에 지장을 주는 상병에 실시 시 요양급여로 인정하며 수술료는 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 1차 수술(Tissue - Expander 삽입 및 확장 유도술): 자16가(1) 피판작성술-피부피판술-국소피판술로 준용 산정하며, 생리식염수 주입료는 소정점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. 나. 2차 수술(반흔제거 수술): 시술행위에 따라 소정점수를 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자17 식피술	반흔구축성형술 이후 식피술 실시 시 수가 산정방법	반흔구축성형술 이후 Bleeding 등이 있어 Scar Revision을 시행하고 2~7일 후에 Delayed Skin Graft을 실시한 경우 자17 식피술 소정점수로 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	자17 식피술 수가 산정방법	1. 식피술을 여러 부위에 시행하는 경우에는 전신을 7부위(두부, 복부, 배부, 좌·우 상·하지)로 구분하여 각 부위별로 자17 식피술 해당 소정점수를 각각 산정하되, 7부위 중 한 부위에 2군데 이상

항 목	제 목	세부인정사항
		식피술을 시행하는 경우 1군데는 소정점수의 100%를, 2군데 부터는 소정점수의 50%를 산정하며, 부위별로 최대 200%까지 산정함. 2. 수·족지부의 식피술시 손등·손바닥(발등·발바닥)까지는 7부위(두부, 복부, 배부, 좌·우 상·하지) 구분에 포함 하여 산정하고, 손가락(발가락) 부위는 소정점수의 100%를 각각 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	자17가'주'의 마이크로펀치를 이용한 전층피부이식술의 급여기준	자17가'주'의 마이크로펀치를 이용한 전층피부이식술은 백반증에 시행한 경우 요양급여를 인정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	자17나'주'의 흡입수포를 이용한 자가표피이식술의 급여기준	자17나'주'의 흡입수포를 이용한 자가표피이식술은 백반증에 시행한 경우 요양급여를 인정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자17-1 생물학적처치	동종건조양막을 이용한 상처 치료시 수가산정방법	동종건조양막을 이용한 상처치료는 당뇨병성 발궤양 환자에게 시행한 경우에 한해 「자17-1 생물학적 처치」의 해당 소정점수를 산정하며, 사용된 치료재료는 별도 산정함. (고시 제2017-15호, '17.2.1. 시행)
자17-2 사체피부 이식술	인공피부 이식술시 수가 적용방법	화상이나 외상 등에 인공피부를 이용하여 이식하는 경우에는 자17-2 사체피부이식술[이식시 가피절제 포함]의 소정점수로 산정함 (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
자18-1 화상처치	화상 이외의 피부질환에 시행한 자18-1	괴저병, 괴사성 근막염, Stevens-Johnson 증후군, 독성표피괴사융해증, 천포창 등 화상 이 외의 피부질환으로 진피 이상의 피부가 손상되어 화상처치에

항 목	제 목	세부인정사항
	화상처치 인정기준	준하는 처치가 필요하여 시행한 경우 자18-1 화상처치를 인정하며, 이 경우 사진 및 진료기록부 등에서 피부조직의 손상 및 상태 등이 확인되어야 함. (고시 제2021-291호, '21.12.1. 시행)
자23 연부조직 종양적출술	신경섬유종 수술시 수가 산정방법	신경섬유종은 연부조직종양에 해당되므로 자23가 연부조직종양적출술-양성 종양의 소정점수로 준용 산정하며, 여러 부위에 시행하는 경우에는 전신을 8부위(두경부 전·후면, 몸통(Trunk) 전·후면, 상·하지 좌·우)로 구분하여 각 부위별로 제1병변은 소정점수의 100%, 제2병변부터는 50%를 산정하되 부위별 최대 200%까지 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자24 반흔구축 성형술	화상으로 인한 관절구축 상병에 실시한 수술 수가 산정방법	화상으로 인한 관절구축에 Z-plasty 및 혈관, 건, 근 성형술을 Axilla, Elbow, Wrist 등 관절에 실시시 각각 서로 다른 관절부위로 보아 각각 소정점수를 산정함. (고시 제2007-77호, '07.8.30. 시행)
자26 지유착증 수술	자26 지유착증 수술 시 수가 산정방법	1. 자26 지유착증수술은 지간(web space)에 따라 산정하며, 피판작성 및 봉합까지의 과정을 포함하는 수가임. 2. 상기 1.에도 불구하고 피부이식이 필요하여 자26 지유착증수술과 자17 식피술을 동시 실시한 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 [산정지침] (5)항에 의거 주된 수술 100%, 그 외 수술 50%[종합병원(상급 종합병원 포함)은 70%]로 산정함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
자30-1 절골술 및 체내금속	근위경골절골술 (High Tibial Osteotomy)의	근위 경골 절골술에 대한 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 -

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
고정술	급여기준	가. 70세 이하의 환자로 슬관절 내반변형(HKA 5도 이상)이 있으며, 3개월 이상의 보존적 요법에도 불구하고 증상(통증, 기능저하 등)이 지속되는 아래와 같은 경우 - 아 래 - 1) 내측 구획에 국한하여 관절 간격의 감소 소견을 보이는 골관절염 2) 대퇴 내과 박리성 골연골염 3) 대퇴 내과 골 괴사증 4) 후외측 불안정성이 있는 경우 5) 반월상연골 후방 골기시부 파열이 있는 경우 6) 관절경 소견 상 관절연골 손상이 Outerbridge grade 2 (직경 1.3cm 이하의 조각이나 균열이 있는 병변) 이상 있는 경우 나. 상기 가.에도 불구하고, 아래와 같은 경우 인정하지 아니함 - 아 래 - 1) 염증성 관절염(류마토이드 관절염 포함) 2) 슬관절 운동범위가 90도 이하인 경우 3) 외측부 골관절염이 '켈그렌-로렌스 분류법' (Kellgren-Lawrence) grade Ⅲ 이상인 경우 4) T-score ≤ -3 인 경우 (고시 제2017-173호, '17.10.1. 시행)
자31 골편절제술	편측 전·후 장골능에서 골편채취시 수기료 산정방법	편측의 전·후 장골능에서 골편채취시 동일 피부절개하에 실시한 경우에는 골편의 개수를 불문하고 자31 골편절제술 소정점수를 산정하며 서로 다른 피부 절개하에 실시한 경우에는 자31 골편절제술 소정점수 200%를 산정함. (고시 제2017-118호, '17.7.1. 시행)
자31-1	골이식술의	골 결손부위에 보존 및 보강 목적으로 실시하는

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
골이식술	급여기준	자31-1 골이식술(Bone graft)은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 자31 골편절제술 후 자가골 이식의 경우 나. 골대체제(동종골, 이종골, 합성골)를 사용하여 골이식하는 경우 1) 골성 종양 수술시 골결손이 있는 경우 2) 사지 장관골 골절 수술 후 불유합이나 지연유합이 있는 경우 3) 사지 관절(견관절, 주관절, 완관절/고관절, 슬관절, 족관절)의 재수술시 불유합이나 지연유합이 있는 경우 (고시 제2017-118호, '17.7.1. 시행)
자32 천두술	Ventricular Catheter를 통한 유로키나제 주입시 시술방법에 따른 수기료 산정방법	뇌실내혈종의 용해 및 뇌척수액의 지속적 배액목적으로 국소마취하에 천두술 및 뇌실천자하여 Ventricular Catheter를 뇌실내에 유치한 후 수일동안 반복적으로 '유로키나제'를 사용하여 뇌실내혈종을 용해시키는 시술은 시술방법에 따라 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 뇌내 및 뇌실내혈종 제거술 후 잔여혈종에 대하여 상기 조작을 실시하였다면, 뇌실내카테타 유치 조작을 포함하여 '뇌내혈종 제거술'에 해당되므로 자462 혈종제거를 위한 개두술의 소정점수만 산정함. 나. 감압개두술을 시술하고 상기조작을 실시하였으면 뇌실내카테타 유치 조작을 포함하여 '두개감압술'에 해당되므로 자33나 개두술 또는 두개절제술(두개감압술)의 소정점수만 산정함. 다. 세균감염을 방지할 목적으로 복강으로 뇌척수액 측로를 조성하였거나, 폐쇄여부를 계속 감시하기 위하여 복강에는 넣지 않은 경우라도 두피하에서 경부나 흉부까지의 '측로조성술'에 해당되므로

항 목	제 목	세부인정사항
		자471가 단락술 또는 측로조성술-삽입술의 소정점수만 산정함. 라. 천두술을 시술하고 상기 조작을 실시하였으면 뇌실내카테타유치 조작을 포함하여 '천두술'에 해당되므로 자32나 천두술(낭종, 혈종, 농양 제거 및 배액)의 소정점수만 산정하여야 함. 이 경우 나807 뇌실천자술을 별도 산정할 수 없음. 마. 이상 시술을 좌·우 뇌실의 각각 병변에 대하여 양측 절개하에 각각 시술 시는 해당수술료소정점수의 200%를 산정하며, 하나의 병변에 대하여 각각의 절개(비교통성)로 시술 시는 해당수술료 소정점수의 150%[종합병원(상급종합병원 포함)은 170%]를 산정함. (고시 제2020-220호, '20.10.1. 시행)
	편측 교통성 (Communicating) 경막하 혈종 (Subdural Hematoma)에 대하여 각각의 절개로 천공배액술 실시 시 수가 산정방법	교통성(Communicating) 경막하 혈종(Subdural Hematoma)에 편측으로 2개의 천공배액술(Two Burr Hole Drainage)을 실시하더라도 하나의 병소인 경우에는 자32나(1) 천두술(낭종, 혈종, 농양 제거 및 배액)-경막하 혹은 경막외 100%로 산정함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
자44 척추변형에 척추관절고정	척추측만증수술의 수가 산정방법	척추측만증수술의 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 전방 수술 시: 자44가 척추변형에 척추관절고정 [기기, 기구 사용 고정 포함]-전방고정의 소정점수로 산정함. 1) 추간판제거술(Discectomy) 병행 시: 자49가

항 목	제 목	세부인정사항
		추간판제거술 [척추후궁절제술 포함]-관혈적 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 별도 산정 2) Auto Bone Graft 병행 시: 자31 골편절제술과 자31-1 골이식술로 산정 나. 후방 수술 시: 자44나 척추변형에 척추관절고정 [기기, 기구 사용 고정 포함]-후방고정의 소정점수로 산정함. 1) 추간판제거술(Discectomy) 또는 척추후궁절제술(Laminectomy) 병행 시: 자49가 또는 자49-1 척추후궁절제술 소정점수의 50% [종합병원(상급종합병원 포함)은 70%] 를 별도 산정 2) Auto Bone Graft 병행 시: 자31 골편절제술과 자31-1 골이식술로 산정 다. 전·후방 동시 수술 시: 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 전·후방 중 주된 수술 100%, 그 외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자44-1 자성조절가능 성장형금속봉을 이용한 척추교정술	자44-1 자성 조절 가능 성장형 금속봉을 이용한 척추교정술의 급여기준	1. 적응증 및 수가 산정방법 가. 삽입술 만 2세 이상 만10세 이하의 조기 발현형 척추측만증 환자를 대상으로 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 1) 40도 이상의 만곡이 있는 특발성 측만증 2) 선천성 측만증 3) 흉추부의 전만곡이 동반된 측만증

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		나. 연장술 자44-1가 자성 조절 가능 성장형 금속봉을 이용한 척추교정술-삽입술 시행 후 외부조절기를 이용하여 2~3개월의 간격으로 시행하며, 척추의 성장이 완료되는 시점까지 인정함. 다. 제거술 척추고정술 없이 단독으로 시행되는 경우에만 '자46-1나 척추 체내고정용금속제거술-후방'의 소정점수를 산정함. 2. 상기 1.에도 불구하고, 아래와 같은 경우에는 인정하지 아니함. - 아 래 - 1) 골감소증(osteopenia)과 같이 장치를 안전하게 고정시키는 능력을 손상시키는 병리학적 조건 또는 감염이 있는 경우 2) 금속알러지와 민감성이 있는 경우 3) 심장박동기를 사용하고 있는 경우 4) 몸무게가 11.4kg 이하인 경우 3. 치료재료: 자성 조절 가능 성장형 금속봉(MAGEC ROD)은 별도 산정함. (고시 제2020-150호, '20.8.1. 시행)
자44-2 인공 확장형 금속 늑골을 이용한 흉곽 확장 성형술	자44-2 인공 확장형 금속 늑골을 이용한 흉곽 확장 성형술의 급여기준	1. 적응증 및 수가 산정방법 가. 삽입술 만 10세 이하의 환자를 대상으로 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 1) 흉곽부전증후군 : 흉곽이 정상호흡 및 폐 성장을 지지할 수 없는 상태의 경우 (선천성 측만증, 동요가슴, 흉곽 형성 부전 증후군-연골무형성증, Ellis van

항 목	제 목	세부인정사항
		Creveld 증후군, 자코-레빈 증후군, 쥔느 증후군, VATER 증후군 등) 2) 늑골 유합을 동반한 조기 발현 측만증 3) 조기 발현 측만증 중 흉곽부전증후군으로 진행할 가능성이 높은 고도 측만증(X-Ray 추적 관찰 시 1년 이내 15°이상의 측만각 증가를 보이면서 70°이상의 측만각이 확인된 경우) 나. 연장술 및 교체술 자44-2가 인공 확장형 금속 늑골을 이용한 흉곽 확장 성형술-삽입술 시행 후 6개월의 간격으로 시행하며, 척추의 성장이 완료되는 시점까지 인정함. 다만, 성장에 따라 EXTENSION BAR나 ROD로의 교체가 필요한 경우는 '삽입술'의 소정점수를 산정함. 다. 제거술 척추고정술 없이 단독으로 시행되는 경우에만 '자46-1나 척추 체내고정용금속제거술-후방'의 소정점수를 산정함. 2. 상기 1.에도 불구하고, 아래와 같은 경우에는 인정하지 아니함. - 아 래 - 1) VEPTR을 시술하기에 부적절한 길이의 뼈 2) VEPTR을 부착할 Proximal, distal rib이 없는 경우 3) 가로막(횡격막, Diaphragmatic) 기능의 부재 4) VEPTR을 덮을 연조직이 부적절한 경우 5) 생후 6개월 미만인 경우 6) 기기의 원자재에 알레르기가 있는 경우 3. 치료재료: 인공 확장형 금속 늑골(VEPTR)은 별도 산정함. (고시 제2020-150호, '20.8.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
자45 척추체제거술	여러 level 시행한 자45 척추체제거술의 수가 산정방법	자45 척추체제거술(Vertebral corpectomy)을 여러 level 시행한 경우 제1부위는 소정점수의 100%, 제2부위부터는 50%씩 산정하되, 최대 200%까지 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자46 척추고정술 [기기, 기구사용 고정포함]	동시에 2가지이상의 척추수술 시행 시 수가 산정방법	1. 자46 척추고정술과 자45 척추체제거술, 또는 전방 척추고정술과 후방 척추고정술, 또는 자49 추간판제거술과 척추고정술을 동시 실시 시「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. 2. 다만, 기기고정을 위한 추체 일부소파술이나 후궁 일부 절제의 경우에는 척추고정술 수기료만 산정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
	척추고정술을 동일 병소에 대하여 같은 날 전·후방으로 시술 시 수가 산정 방법	1. 자46 척추고정술 [기기, 기구 사용 고정 포함]은 동일 병소에 대하여 같은 날 전·후방으로 절개 부위를 달리하여 시술하였더라도 동일 마취하에 연속하여 수술을 하는 것이므로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. 다만, 질환의 상태에 따라 부득이하게 동일 병소에 전·후방으로 접근한 척추고정술은 다음의 경우에 한하여 각각의 소정점수를 산정함. - 다 음 - 가. 골절탈구 또는 척추관침습이 50% 이상이거나 상, 하 종판을 포함한 전체 추체의 분쇄로

항 목	제 목	세부인정사항
		전방 보강이 필요한 경우 나. 추체의 상당 부분을 침습한 종양 또는 감염성 질환 다. Grade Ⅱ이상의 척추전방전위증 2. 미세침습(경피적 등) 척추경 나사못 고정술을 시행하는 경우에는 위 1. 본문 규정에 의하여 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	요추퇴행성후만증 (Lumbar degenerative kyphosis, LDK) 수술의 인정기준	요추퇴행성후만증(Lumbar degenerative kyphosis, LDK) 수술은 다음의 가, 나 조건을 모두 충족한 경우에 인정함. - 다 음 - 가. 의무기록지와 동영상에서 아래 임상증상이 3개 이상 확인된 경우 (1) 기립 및 보행 중 체간의 구부러짐(stooping) (2) 무거운 물건 들기의 장애 (3) 주관절부의 굳은 살 형성 (4) 언덕길 또는 계단 보행 장애 나. 기립 전신 척추 방사선 사진 (Standing whole spine)에서 국소적 후만 변형(또는 0도 이상의 요추부 후만 변형)과 시상 불균형 (sagittal imbalance)의 소견이 확인되며, 골다공성 압박골절이 없는 경우 (고시 제2007-77호, '07.8.30. 시행)
	인공디스크를 이용한 추간판전치환술의 급여기준	인공디스크를 이용한 추간판전치환술은 자46가 척추전방고정술의 소정점수를 준용 산정하며, 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 경추 추간판전치환술 1) 적응증 18세 이상의 환자에서 제3-4경추간부터

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		제6-7경추간 사이의 한 분절 또는 인접한 두 분절에 국한된 병변으로 6주이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고, 추간판탈출에 의한 척수증(myelopathy) 또는 신경근증(radiculopathy)이 확인되는 경우 (병변이 분명하게 확인되는 경우에 한하여 최대 2분절까지 시행 가능) 2) 금기증 가) 감염성 질환 나) 골다공증(T-score≤-2.5) : 이중 에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정한 값 다) 굴신 방사선 사진상 해당 분절의 불안정성이 있거나, 분절 운동이 3도 이하인 경우 라) 연결성 골극(bridging osteophytes)이 있거나, 추간판 높이가 정상의 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, 비급여목록및급여상한금액표에 의한 비급여대상임. 나. 요추 추간판전치환술 1) 적응증 25세~60세의 환자에서 6개월 이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고 심한 요통이 지속되며, L4-5 또는 L5-S1 중 단일 분절에 국한된 퇴행성 추간판 질환이 MRI와 통증유발 추간판 조영술에서 확인되는 경우

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(※ MRI의 T2 시상면 영상에서 추간판의 신호강도 저하 소견이 L4-5 또는 L5-S1중 단일 분절에만 국한하여 확인되고, 추간판조영술 검사 상 동 분절에서 동형 통증이 발생하는 경우) 2) 금기증 가) 골다공증(T-score≤-2.5) : 이중 에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 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 비급여 대상임. (고시 제2016-69호, '16.5.15. 시행)
	후관절 나사못 (Facet screw)을 이용한 척추고정술 수가 산정방법	후관절 나사못(Facet screw)을 이용한 척추고정술은 자46나 척추고정술 [기기, 기구 사용 고정 포함]-후방고정 소정점수의 50%를 산정하되, 동 재료를 이용한 척추편측(일측)고정술은 인정하지 아니함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	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

항 목	제 목	세부인정사항
		50% 이상인 경우 3) MRI상 후방인대복합체의 전체 구조의 손상이 확인된 경우 4) 근력저하를 포함한 뚜렷한 신경학적 손상이 동반된 경우 5) 적절한 보존적 요법에도 불구하고 심한 동통 또는 신경증상을 동반한 후만각의 진행이 발생하는 경우 나. 골다공증성 골절(T-score ≤ -2.5) 1) 뚜렷한 신경학적 결손이 있는 경우 2) 적절한 타 치료방법에도 불구하고, 심한 통증이 장기간 지속되며 변형의 진행으로 인해 교정이 필요한 경우 ※ 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. 척추 종양 라. 감염성 척추 질환 마. 척추 변형 1) 특발성 척추측만증 가) 15세 미만의 환자에서 40도 이상의 만곡이 있는 경우 나) 성장이 끝난 환자에서 50도 이상의 만곡이 있는 경우 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 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정

항 목	제 목	세부인정사항
		지침] (5)에 의거 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. 2) 퇴행성 측만증 적절한 보존적 요법에도 불구하고 심한 척추관 협착증 증상이 지속되는 환자로서, 아래의 소견 중 2개 이상이 확인되는 경우에 인정함. 가) 방사선 사진 상 25도 이상의 측만 나) 20도 이하의 요추부 전만 다) 뚜렷한 회전 아탈구 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 「척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준」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 「척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준」에 따름. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	경흉추, 흉요추 이행부에 시행된 자46 척추고정술의 수가 산정방법	경흉추, 흉요추 이행부(예: 제7경추-제1흉추 또는 제11흉추-제1요추)의 병변으로 경추에서 흉추까지 또는 흉추에서 요추까지 자46 척추고정술을 시행한 경우, 수술료는 고정에 포함된 분절 중 소정점수가 높은 부위로 산정함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
자47 경피적 척추성형술	경피적 척추 성형술 (Vertebroplasty) 인정기준	경피적척추성형술(Vertebroplasty) 인정기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 골다공증성 압박골절로서 2주 이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고 심한 배통이 지속되는 경우 (단, 울혈성심부전, 폐렴, 혈전성 정맥염, 약물로 잘 조절되지 않는 당뇨병환자, 투석을 받는 만성 신부전환자, 80세 이상인 환자는 조기시행가능) 나. 종양에 의한 골절 다. Kummell's disease ※ 확인방법 (1) MRI 검사 또는 CT와 동위원소 검사에서 증상을 유발하고 있는 병소임이 확인된 경우 (2) 단순 방사선 사진의 비교 검사에서 진행성 또는 새로 발생한 압박골절임을 분명히 관찰할 수 있는 경우 (3) 골다공증은 이중 에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정한 T-score≤-2.5로 확인된 경우 (고시 제2015-139호, '15.8.1. 시행)
자47-1 경피적 척추후굴 풍선복원술	자47-1 경피적 척추후굴 풍선복원술 [방사선료 포함] (Kyphoplasty) 인정기준	자47-1 경피적 척추후굴풍선복원술 [방사선료 포함] (Kyphoplasty)은 압박변형이 30-60%인 경우로서 다음과 같이 요양급여를 인정함. 다만, 골다공증성 방출성 골절은 압박변형이 60% 이상인 경우에도 인정함. - 다 음 - 가. 3주 이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고 심한 배통이 지속되는 골다공증성 압박골절 (단, 울혈성심부전, 폐렴, 혈전성 정맥염, 약물로 잘 조절되지 않는 당뇨병환자, 투석을 받는

항 목	제 목	세부인정사항
		만성신부전환자, 80세 이상인 환자는 조기시행가능) 나. 종양에 의한 골절 다. Kummell's disease ※ 확인방법 (1) MRI 검사 또는 CT와 동위원소 검사에서 증상을 유발하고 있는 병소임이 확인된 경우 (2) 단순 방사선 사진의 비교 검사에서 진행성 또는 새로 발생한 압박골절임을 분명히 관찰할 수 있는 경우 (3) 골다공증은 이중 에너지 방사선 흡수법 (Dual-Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정한 T-score≤-2.5로 확인된 경우 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자49 추간판제거술 [척추후궁 절제술포함]	자49 추간판제거술시 한번의 절개로 양측수술시 수기료 산정방법	추간판제거술은 일반적으로 편측을 시행하나, 환자에 따라 한번의 절개로 양측의 수술을 시행하게 되는 경우가 있는 바, 이와 같은 경우라 할지라도 소정금액 1회를 산정하고 여러 Level을 실시하더라도 최대 200%까지 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	척추후궁절제술시 Fat Graft의 별도 인정여부	추간판탈출증환자에게 척추후궁절제술후 유착으로 인한 합병증을 예방하기 위하여 시행한 Fat Graft는 부수적인 수술로서 주된 수술료에 포함되므로 별도 산정하지 아니함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	복강경하 추간판제거술 등의 수가 산정방법	복강경하 추간판제거술 등에 대한 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 복강경하 요추간판절제술 (및 골융합술) Laparoscopic Lumbar Diskectomy (and Ant. Interbody

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		Fusion) 1) 행위료 가) 자49나 추간판제거술 [척추후궁절제술 포함]-내시경하의 소정점수로 산정함. 나) 골융합술을 병행한 경우는 자49나 추간판제거술 [척추후궁절제술 포함]-내시경하와 자46가(3) 척추고정술 [기기, 기구 사용 고정 포함]-전방고정-요추를 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. 2) 치료재료 가) 「관절경 등의 수술 및 진단적 경검사에 사용된 치료재료비용의 산정방법」의 가.에 의거 별도 산정함. 나) 골융합술을 병행한 경우 골융합용 치료재료 별도 산정함. 나. 흉강경하 흉추간판제거술(및 골융합술) Thoracoscopic or Video -Assisted Thoracic Diskectomy (and Fusion) 1) 행위료 가) 자49나 추간판제거술 [척추후궁절제술 포함]-내시경하 소정점수로 산정함. 나) 골융합술을 병행한 경우는 자49나 추간판제거술 [척추후궁절제술 포함]-내시경하와 자46가(2) 척추고정술 [기기, 기구 사용 고정 포함]-전방고정-흉추를 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술

항 목	제 목	세부인정사항
		100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. 2) 치료재료 가) 「관절경 등의 수술 및 진단적 경검사에 사용된 치료재료비용의 산정방법」의 가.에 의거 별도 산정함. 나) 골융합술을 병행한 경우 골융합용 치료재료 별도 산정함. 다. 미세내시경하 추간판제거술 Micro Endoscopic Diskectomy (MED) 1) 행위료: 자49나 추간판제거술 [척추후궁절제술 포함]-내시경하 소정점수로 산정함. 2) 치료재료: Laser 시술을 병용한 경우 Laser Kit는 748,380원(코드 N0071001)을 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	Steroid Intra Discal Therapy (SIDT) 시 수가 산정방법	1. Lumbar Disc Herniation, 요부동통, 퇴행성 척추증 등에 실시하는 Steroid Intra Discal Therapy(SIDT)는 척추간 Disc내로 Betamethasone, Triamcinolone등 Steroid 약물을 주입하여 Disc의 Pressure를 감소시켜 통증을 완화시키는 방법으로 자49다 척추수핵용해술 [방사선료 포함]의 50%로 준용 산정함. 2. 동시에 2부위 이상 시술한 경우 제2부위 이상의 수가는 동 소정점수의 50%(자49다 소정점수의 25%)를 산정하되 최대 3부위 이내로 산정함. 3. C-arm형 장치를 포함한 영상증폭장치를 이용하여 실시하였거나 조영술(Discogram)을 별도 실시하더라도 소정점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. 다만 조영술시 소모된 필름 및 조영제는

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		실사용량을 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	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 12주 이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고 상지방사통이 있는 경우에 인정함. 나. 경추부에 실시한 자49다 척추수핵용해술, 자49라 척추수핵흡인술은 인정하지 아니함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
	추간판제거술 및 척추고정술 동시 시행 시 수기료 산정방법	1. 자49 추간판제거술과 자46 척추고정술을 동시 실시 시「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. 2. 다만, 추간판제거술을 여러 Level 시행한 경우 제1부위는 100%, 제2부위부터는 50%씩 산정하되, 최대 200%까지 산정하고 자46 척추고정술은 여러 척추를 고정하더라도 Level 불문하고 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]만 산정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
	동일 피부 절개 하에 추간판제거술,	1. 후방 도달법으로 동일 피부 절개 하에 추간판제거술, Pedicle screw와 Rod를 이용한 후방고정술(PLF)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	후방고정술 및 후방추체 유합술(PLIF)을 동시 실시시 수가 산정방법	및 자가골 또는 Cage를 이용한 후방추체유합술(PLIF)을 동시에 실시한 경우에 척추고정술은 절개 approach을 기준으로 1회만 산정함. 2. 이 경우 자49 추간판제거술과 자46나 척추후방고정술의 소정점수를 산정하되 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침](5)에 의거 주된 수술 100%, 그 외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. (고시 제2021-183호, '21.7.1. 시행)
	요추부의 자49다 척추수핵용해술, 자49라 척추수핵흡인술의 급여기준	요추부의 자49다 척추수핵용해술, 자49라 척추수핵흡인술은 6주이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고 심한 방사통이 지속되는 환자에서 추간판탈출로 인한 신경근 압박 소견이 확인되는 경우에 인정하되, 조기시행이 필요한 경우에는 의사소견서를 첨부하여야 함. 다만, 협착증이 동반된 경우에는 불인정함. (고시 제2021-183호, '21.7.1. 시행)
	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 신경 또는 척수압박이 영상검사에서 확인되고, 진료기록에서 관련 증상 및 징후가 확인된 환자 중 다음의 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 4~6주 이상의 보존 치료에도 증상의 호전이 없고 일상 생활에 제한이 심한 경우 나. 아래의 1)~5) 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 조기수술을 인정함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		- 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 VAS 7 이상의 참기 힘든 동통이 지속되는 경우 (고시 제2021-153호, '21.7.1. 시행)
	요추부의 자49나 내시경하추간판 제거술의 급여기준	요추부의 자49나 내시경하추간판제거술은 6주이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고 심한 방사통이 지속되는 환자에서 추간판탈출로 인한 신경근 압박 소견이 확인되는 경우에 인정하되, 조기시행이 필요한 경우에는 의사소견서를 첨부하여야 함. 다만, 불안정성이 동반된 경우, 전방전위증이 동반된 경우, 신경공 협착이 동반된 경우 또는 동일 경로를 통한 재수술에는 불인정함. (고시 제2021-183호, '21.7.1. 시행)
	경추부위의 전종인대골화증 제거술의 급여기준	경추부위의 전종인대골화증 제거술은 연하곤란을 주증상으로 영상검사에서 전종인대골화증이 확인된 경우 인정하며 수가산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 경추부위의 전종인대골화증 제거술을 1 level 시행한 경우 자49가(1) 관혈적추간판제거술[척추후궁절제술 포함]-경추 소정점수의 50%를 산정함. 나. 동시에 여러 level을 시행한 경우 2 level부터는 자49가(1) 소정점수의 25%씩 산정하되 최대 3 level까지만 산정함 (고시 제2022-128호, '22.6.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
자49-1 척추후궁 절제술	Hemilaminectomy 또는 Total Laminectomy의 수가 산정방법	Hemilaminectomy 또는 Total Laminectomy는 자49-1 척추후궁절제술의 해당부위의 소정점수를 산정하되 제1후궁은 소정점수의 100%, 제2후궁부터는 소정점수의 50%를 산정하되 최대 200%까지 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	척추관협착증에 자49-1 척추후궁절제술시 수가 산정방법	척추관협착증에 신경감압을 위해 실시하는 자49-1 척추후궁절제술은 level당 산정하되, 여러 level을 실시하더라도 최대 200%까지 산정함. (예시: L4-5 spinal stenosis 상병으로 L4, L5 laminectomy 실시 시 자49-1다 척추후궁절제술-요추 소정점수의 100%를 산정) (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자49-2 경추후궁 성형술	자49-2 경추후궁 성형술 급여기준	1. 자49-2 경추후궁성형술은 경추에서 다분절의 척수압박이 영상검사에서 확인되고, 관련 증상 및 징후가 명확히 확인된 환자 중 다음과 같은 경우 인정함. - 다 음 - 가. 경추 척수병증(Cervical Myelopathy) 나. 척수신경근병증(Myeloradiculopathy) 다. 후종인대골화증(Ossification of the Posterior Longitudinal Ligament, OPLL) 2. 단, 단분절이더라도 압박정도가 심하여 다분절의 감압이 필요한 경우 인정함. (고시 제2020-243호, '20.11.1. 시행)
자53 늑골골절 정복술	자53나 늑골골절 관혈적정복술의 급여기준	1. 적응증 가. 3개 이상의 늑골골절이 편측에 있으며, 다음의 1)~4) 중 하나에 해당되는 경우

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		- 다 음 - 1) 동요흉으로 인공호흡기 제거(weaning)가 72시간 이내에 불가능한 것으로 확인된 경우 2) 2개 이상의 늑골에 중복분절골절이 존재하여 기호흡(paradoxical respiration)을 보이는 동요흉(flail chest)인 경우 3) 양측 전방(bilateral costochondral separation) 또는 전측방(antero-lateral)의 다발성 불안정 골절이 확인된 경우 4) 전위가 심하여 불유합(nonunion) 또는 부정유합(malunion)이 흉곽기형을 초래할 경우로써 급성기 통증조절에 실패*한 경우 * IV PCA, PCEA, IV/PO NSAID 등 통증조절을 충분히 하였음에도 6점 이상의 Pain score가 수상 후 3일(72시간)을 초과하여 지속되는 경우 나. 늑골골절로 인한 흉강 내 장기 손상으로 개흉술을 시행한 경우 다. 흉부 둔상에 의한 흉강 내 장기 손상으로 개흉술 시행 시 동반된 늑골골절이 해당 늑골의 폭 이상 벗어나 전위가 심한 경우 라. 자154-1 흉골골절 관혈적정복술 시행 시 동반된 전방 늑골골절이 있는 경우 2. 자53나 늑골골절 관혈적정복술은 편측 당 최대 3부위까지만 산정함 (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
자60 사지골절 관혈적정복술	쇄골탈구 관혈적정복술 수가 산정방법	쇄골탈구에 대한 관혈적정복술은 자60가(5) 사지골절정복술 [복잡골절 포함]-관혈적-쇄골로 준용하여 산정하되, 관혈적정복술과 동시에 건이식, 건이전술을 실시하는 경우에는 자93나 건 및 인대성형술-복잡한 것 [이식, 이전, 교환, 인공건 성형] 소정점수로 준용하여 산정함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	Trimalleolar Fracture의 관혈적정복술시 수가 산정방법	Trimalleolar Fracture의 관혈적 정복술은 자60가(4)(다) 사지골절정복술 [복잡골절 포함]-관혈적-하퇴골-경비골동시 소정점수의 100%와 자60가(4)(가) 사지골절정복술 [복잡골절 포함]-관혈적-하퇴골-경골 소정점수 50%[종합병원(상급종합병원 포함)의 경우 70%]를 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	뼈전이암에 이차적으로 발생할 수 있는 임박병적골절(Impending pathologic fractures)에 실시한 자60 사지골절정복술 급여기준 및 수가 산정방법	뼈전이암에 이차적으로 발생할 수 있는 임박병적골절(Impending pathologic fractures)에 실시한 사지골절정복술은 자60 사지골절정복술 소정점수의 50%를 산정하며, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 대퇴 근위부의 2.5cm 이상의 병변이 있는 경우 나. 병변이 피질골의 50% 이상을 파괴한 경우 다. 소전자부의 병적 견열 골절이 있는 경우 라. 방사선 치료에도 불구하고 지속되는 통증이 있는 경우 마. 병적 골절의 예측을 위한 점수(Mirel's score) 8점 이상인 경우 (고시 제2019-315호, '20.1.1. 시행)
자60-1 체외금속 고정술	자60-1 체외금속 고정술의 급여기준	자60-1 체외금속 고정술은 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 1. 적응증 가. 왜소증 및 사지부동에 실시한 골연장술 시 1) 왜소증: 「기질적 왜소증에 실시한 사지골연장술의 급여 인정범위」에 해당되는 경우

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		2) 사지부동: 좌·우 길이 차이가 상지는 6cm 이상, 하지는 2.5cm 이상인 경우 나. 골 및 연부조직의 기형 및 결손: 단지증 상병에는 1cm 이상 단축이 있는 경우 다. 악성종양 절제술, 만성골수염 등으로 인한 골소실 라. 후 외상성 및 후 감염성 골단판 손상 마. 불유합 및 부정유합 바. 관절고정술에 선별적으로 시행 시 사. 골절 1) 일반적인 인정기준 가) Intra-articular comm. Fx (knee, ankle, wrist, elbow) 나) 간부의 분쇄골절, 개방성 골절에 선별적으로 시행 시 2) 소아골절의 인정기준 가) 위 "1) 일반적인 인정기준"에 해당하는 경우 나) 6-10세 사이의 다발성 장관골 골절을 동반한 대퇴골 간부골절 다) 대퇴골 간부골절에서 비수술적 방법으로 치료 중 교정이 필요할 정도의 단축 또는 각변형이 진행하는 경우 2. 수가 산정방법 동일 부위에 자60 사지골절정복술 [복잡골절 포함] 또는 자30 절골술과 자60-1 체외금속 고정술을 동시 실시 시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50% [종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. 3. 치료재료 산정방법

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		치료재료는 체내고정용 재료와 체외고정용 기구로 구분하여 보상토록 하되 반드시 요양기관에서 직접 구입·사용하여야 함. 가. 체외 고정용: 제품별 요양기관 실구입가÷재사용 가능 횟수 나. 체내 고정용: 제품별 요양기관 실구입가×실사용 개수 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자60-3 체외고정용 금속제거술	체외고정용 금속제거술 수가산정방법	체외고정용 금속제거를 위해 절개 또는 소파술(curettage), 봉합을 시행한 경우 자60-3 체외고정용 금속제거술을 산정한다. 다만, 체내금속고정을 동반한 수술 등을 시행하면서 자60-3 체외고정용 금속제거술을 시행하는 경우는 주수술의 일련의 과정에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다. (고시 제2021-229호, '21.9.1. 시행)
자62 가관절수술	전기자극기 삽입술의 진료수가 산정방법	전기자극기 삽입술은 장골 골절의 1차 수술이후 불유합시 골유합촉진을 위해 실시하는 것으로 1차 수술시에는 적용할 수 없고, 불유합으로 인한 절단술을 방지할 수 있는 경우에 실시한 2차 수술 부터는 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 전극 삽입술 1) 부분침습형전기자극기 삽입: 자62 가관절수술의 소정점수의 25%를 산정함. 2) 매몰형전기자극기 삽입: 자62 가관절수술의 소정점수의 50%를 산정함. 3) 골이식술을 실시하면서 전기자극기 삽입: 자62 가관절수술과 자31-1 골이식술의 소정점수를 산정함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		다만, 골편절제를 추가로 시행한 경우에는 자62 가관절수술과 자31 골편절제술, 자31-1 골이식술의 소정점수를 각각 산정함. 나. 전극제거술 1) 체외고정한 전극을 제거시 Pure Titanium Cathod에 연결된 Pure Titanium Wire Insulated With Extruded Polyethylene을 제거하게 되므로 자3 피부 및 피하조직, 근육내 이물 제거술의 소정점수를 산정함. 2) 피하내 고정한 전극을 제거시에는 Batteries and Electronics Encapsulation in Silicone resin인 Pure Titanium Case와 Pure Titanium Anode 및 Pure Titanium Wire를 제거하게 되므로 자3의 소정점수를 산정함. 다. 치료재료 요양기관이 자체에서 제작한 경우에는 실비로 산정하며, 구입한 경우에는 약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준에 의거 산정함. (고시 제2017-201호, '17.11.6. 시행)
자64 사지골절 도수정복술	동일 부위에 자64 사지골절도수정복술과 동시에 자91 건, 인대 피하단열수술 또는 자2 창상봉합술시 수가 산정방법	동일 부위에 자64 사지골절도수정복술과 동시에 자91 건, 인대 피하단열수술 또는 자2 창상봉합술 등 외과적 수술을 실시한 경우에는 각각 별도의 행위이므로 해당 소정점수를 각각 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	슬개골도수정복술 (Patella Closed Reduction) 수가	슬개골도수정복술(Patella Closed Reduction)은 자64라 사지골절도수정복술-수근골, 족근골의 소정점수로 준용하여 산정함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	산정방법	(고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자65 견인술	여러 부위에 견인술 시 견인감시료 산정방법	견인장치기간 중 감시료는 자65 견인술 '주2'에 1일당으로 산정토록 정하고 있으므로 다발성 골절 등으로 여러 부위에 자65 견인술을 시행한 경우 1일당 소정점수로 산정함. (고시 제2018-3호, '18.4.1. 시행)
자69-1 자가골연골이식술	슬관절 및 족관절에서의 자69-1 자가골연골이식술 급여기준	1. 슬관절 및 족관절에서의 자가골연골이식술은 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 슬관절 1) 대상질병 - 박리성 골연골염 - 국소부위의 외상성 연골 또는 골연골 결손 등 2) 대상부위 : femoral condyle 3) 연골손상의 크기 :1.5-4.0㎠이하 4) 연골손상 상태 : Outerbridge grade Ⅲ이상 (photo, MRI, 관절경사진 등 객관적 자료로 확인되어야 함) 5) 대상연령 : 만15-55세 6) 치료재료 인정개수 : 1세트 나. 족관절 1) 대상질병 - 박리성 골연골염 - 골 연골 결손 등 2) 대상부위 : talar dome 3) 연골손상의 크기 : 1.5-3.0㎠ 4) 연골손상 상태 - 족관절면의 연골 손상에 대해 일차적인 관절경적 변연부 절제술(debridement) 즉 소파술(curettage)이나 또는 천공술(drilling)에도 불구하고, 증상의 호전이 없으며 골연골성 병변이 지속적으로

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		손상소견을 보이는 경우 – 거골의 골연골성 병변이 연골 결손 하에 낭종(cyst)을 동반하는 경우에는 일차적으로 자가연골 이식술이 가능 5) 대상연령 : 만15–55세 6) 치료재료 인정개수 : 1세트 2. 상기 1.의 급여대상 이외 슬관절 및 족관절에 자가골연골이식술을 시행하는 경우에는 수술료와 주된 치료재료비용을 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2022-110호, '22.5.1. 시행)
	연골성형술 (Chondroplasty) 수가 산정방법	연골 재생을 위한 연골성형술(Chondroplasty)의 수가는 시술과정 및 난이도를 감안하여 다음과 같이 산정함. – 다 음 – 가. 미세천공술(Microfracture) 또는 다발성 천공술(Multiple drilling)의 방법으로 연골손상의 크기가 1.5㎠ 이상인 경우에 시행 : 자–69–1 자가골연골이식술의 소정점수로 준용하여 산정 나. '미세천공술(Microfracture) 또는 다발성 천공술(Multiple drilling)의 방법으로 연골손상의 크기가 1.5㎠ 미만인 경우에 시행한 경우' 또는 '관절연마(Abrasion) 등 기타 방법으로 시행한 경우' : 자–70 사지관절절제술의 소정점수로 준용하여 산정. 다만, 타 수술시 부수적으로 시행한 경우에는 별도 산정하지 아니함. (고시 제2012-153호, '12.12.1. 시행)
자70 사지관절 절제술[활막	관절경하 활액막절제술 (Synovectomy)의	관절경하 활액막절제술(Synovectomy)은 자70 사지관절절제술 [활막절제를 포함] 해당부위별 소정점수를 산정하고 관절경하 수술시 사용된 생리식염수는

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
절제를 포함]	수가 산정방법	총사용량이 500㎖이상인 경우에 한하여 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	관절경하 유리체제거술 수가 산정방법	관절경하 유리체제거술은 자70 사지관절절제술 [활막절제를 포함] 소정점수(관절경수기료 포함)로 준용하여 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자71 인공관절 치환술	골육종 상병에 외과적 치료 시 수가 산정방법	1. 골육종 상병으로 종양제거 후 인공관절치환술(또는 관절고정술)을 실시한 경우 자71 인공관절치환술(또는 자73 관절고정술)과 자28-1 악성골종양의 광범위절제술을 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50% [종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 각각 산정함. 2. 또한, 열처리된 자가골이식술은 저온 열처리부터 재삽입, 고정술 등의 과정이 필요한 바, 자가골이식술료는 자31 골편절제술과 자31-1 골이식술로 산정하고, 체내금속고정술 행위료는 자60 사지골절정복술 [복합골절 포함] 해당 행위 소정점수의 50%로 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	골종양에 Custom made prosthesis를 이용한 치환술의 급여기준	골종양에 custom made prosthesis를 이용한 치환술은 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 골원발성육종(Primary Bone Sarcoma) 1) Enneking Stage ⅡA, Enneking Stage IIB 중 Spanier 등의 아분류 E1-E5로서 수술전 항암화학요법에 호전을 보이는 경우에 인정함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		다만, 연골육종(Chondro Sarcoma), 방골성 육종(Parosteal Sarcoma)및 골막성 육종(Periosteal Sarcoma)은 시술 예후가 양호하므로 항암화학요법에 관계없이 Enneking Stage IIB의 경우에도 인정함. 2) Enneking stage I 중 국소적 치료보다 wide resection 후에 custom made prosthesis를 이용한 치환술이 필요한 경우 등 진료의사가 임상적으로 의학적 필요성이 있다고 판단하여 실시하고 결정사유 등이 기재된 소견서와 진료기록부(MRI 판독지, 병리검사결과지 등)를 첨부한 경우 인정함. 3) 상기 1) 또는 2) 이외 custom made prosthesis를 이용한 치환술이 반드시 필요한 경우 다학제 통합진료를 통해 수술여부를 결정한 경우 인정함. ※ 다학제 통합진료는 가15 다학제 통합진료료 수가를 산정하고, 급여기준은 「다학제 통합진료료(Multidisciplinary Care) 급여기준」을 따름. 나. 전이성 골종양 환자 중 여명기간이 적어도 3~6개월 이상 예상되는 경우에 인정함. ※ 참고 <Spanier 아분류> E1 : Tumor touches but does not elevate or penetrate the periosteum E2 : Tumor elevates but does not penetrate the periosteum E3 : Tumor penetrates into but not through the peritoneum E4 : Minimum extraperitoneal extension, not into a defined structure or space, seen as a nodule of tumor of one centimeter or less in fat just outside the peritoneoum, where muscle dose not insert onto bone: the nodule often lies next to a small artery and may represent a small

항 목	제 목	세부인정사항
		venous embolus that has destroyed the wall of the vein E5 : Tumor invades of the following: tendon: ligament : periarticular strutures(tumor is covered by synovial tissue):joint (tumor is intraarticular): muscle; bone; or space, such as the popliteal fossa or the axilla E6 : Tumor is invades two structrues of more (고시 제2022-110호, '22.5.1. 시행)
	자71가(1) 인공관절치환술-전치환-고관절시 실시하는 Medial Wall Osteotomy 수가 산정방법	고관절전치환술(THR; Total Hip Replacement)을 하면서 동시에 Acetabulum쪽으로 실시한 Medial Wall Osteotomy는 주된 수술(THR)의 일련의 과정이므로 별도 산정하지 아니함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	자71가(1) 인공관절치환술-전치환-고관절시 실시한 내전근 절단술 (Adductor Tenotomy) 수가 산정방법	자71가(1) 인공관절치환술-전치환-고관절시 탈구방지를 위해 별도의 피부절개로 내전근 절단술(Adductor Tenotomy)을 실시한 경우에는 자71가(1)의 소정점수와 자91 건, 인대 피하단열수술 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)의 경우 70%]를 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	인공관절치환술(고관절)의 인정기준	인공관절치환술(고관절)에 대한 인정기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 1. 적응증 가. 관절파괴가 심하여 보존적 요법에도 불구하고 증상(통증, 기능저하 등)이 호전되지 않은 관절염 나. 대퇴골두 무혈성괴사증 (Ficat 병기 Ⅱb 이상) 다. 대퇴골두 분쇄골절 라. 대퇴골 경부 및 전자간 골절

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		– 분쇄와 전위가 있는 대퇴골 경부 및 전자간 골절(Garden 분류 제3,4형) – 고관절질환(종양, 괴사 등), 파킨슨, 치매 질환을 동반된 대퇴골 경부 및 전자간 골절 마. 대퇴골 경부 및 전자간부 골절의 불유합 혹은 고정실패 바. 치료받지 않은 발달성 고관절 탈구 및 신경근 육성 장애에 의한 아탈구와 탈구 사. 기타 – 대퇴골 근위부 혹은 비구의 종양 – 고관절 강직 혹은 가관절증 – 실패한 고관절 주변 재건술 아. 위 가.~사. 이외에도 진료상 인공관절치환술이 필요한 경우에는 환자의 상태에 따라 인정함. 2. 금기증 – 활동성 감염증이 있는 경우 – 성장기 아동 – 수술 후 보행이나 재활이 불가능할 것으로 예상되는 경우 (고시 제2014-79호, '14.6.1. 시행)
	자71가(3) 인공관절치환술– 전치환– 슬관절의 급여기준	자71가(3) 인공관절치환술–전치환–슬관절에 대한 급여기준은 다음과 같이 함. – 다 음 – 가. 3개월 이상 보존적 요법에도 불구하고 증상(통증, 기능저하 등)이 지속되는 아래와 같은 경우 – 아 래 – 1) 단순방사선 또는 관절경 검사 등에서 관절연골의 소실이 확인되며, 다른 수술적 치료방법의 대상이 되지 못하는 골관절염(퇴행성관절염) 가) 연령이 만60세~만64세인 경우'켈그렌–로렌스 분류법'(Kellgren Lawrence) grade Ⅳ

항 목	제 목	세부인정사항
		나) 연령이 만65세 이상인 경우 '켈그렌-로렌스 분류법' (Kellgren Lawrence) grade Ⅲ 이상 2) 타 수술(인대재건술 등)의 실패로 다발성 인대손상으로 인한 슬관절의 심한 불안정성 3) 관절연골손상이 동반된 고도의 슬관절 강직 4) 다발성 관절염(류마토이드 관절염 포함) 으로 관절기능이 현저하게 저하된 환자 5) 연골하 함몰이 동반된 골괴사증으로 통증이 심한 경우 6) 위 1)~5) 이외에도 진료상 인공관절전치환술이 필요한 경우에는 환자의 상태에 따라 사례별로 인정함. 나. 위 가.에도 불구하고, 아래와 같은 경우에는 인정하지 아니함. - 아 래 - 1) 활동성 감염증이 있는 경우 2) 성장기 아동 3) 수술 후 보행이나 재활이 불가능할 것으로 예상되는 경우 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	자71나(3) 인공관절치환술-부분치환술-슬관절의 급여기준	자71나(3) 인공관절치환술-부분치환술-슬관절에 대한 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 3개월이상 보존적 요법에도 불구하고 증상(통증, 기능저하 등)이 지속되는 아래와 같은 경우 - 아 래 - 1) 단순방사선 또는 관절경 검사 등에서 내측, 외측 중 한 구획에 국한되어 관절 연골의 소실이 확인되는 골관절염(퇴행성관절염)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		가) 연령이 만60세 미만인 경우 '켈그렌-로렌스 분류법' (Kellgren Lawrence) grade Ⅳ 나) 연령이 만60세 이상인 경우 '켈그렌-로렌스 분류법' (Kellgren Lawrence) grade Ⅲ 이상 2) 연골하 함몰이 동반된 골괴사증으로 통증이 심한 경우 3) 외상으로 인해 외상 후 관절염이 발생한 경우 4) 위 1)~3) 이외에도 진료상 인공관절부분치환술이 필요한 경우에는 환자의 상태에 따라 사례별로 인정함. 나. 위 가.에도 불구하고, 아래와 같은 경우에는 인정하지 아니함. - 아 래 - 1) 염증성 관절염(감염성, 류마토이드 관절염 등)이 있는 경우 2) 다른 구획에 '켈그렌-로렌스 분류법' (Kellgren Lawrence) grade Ⅱ 이상의 관절염이 존재하는 경우 3) 인대손상으로 인한 슬관절의 심한 불안정성이 있는 경우 4) 하지 정렬의 역학적 축 변형 15도 이상, 슬관절의 내반 또는 굴곡 구축 15도 이상, 슬관절 운동 범위가 90도 이하 중 하나 이상에 해당하는 경우 5) 성장기 아동 6) 수술 후 보행이나 재활이 불가능할 것으로 예상되는 경우 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	인공관절치환술 (견관절)의 급여기준	인공관절치환술(견관절)은 다음의 경우에 요양급여를 인정함.

항 목	제 목	세부인정사항
		- 다 음 - 가. 급여대상 1) 일반형 치환재료를 사용하는 경우 가) 진행된 외상성 관절염, 퇴행성 관절염, 류마토이드관절염, 혈우병성 관절병증 나) 상완골 골절 (1) 근위부 4분골절 (2) 골다공증이 있는 환자의 3분골절 (3) 골두의 분열골절 또는 상완골두관절면의 40% 이상을 침범한 골두의 감입골절 다) 상완골두의 무혈성 괴사 라) 악성종양 제거 후 재건술시 2) 역형 치환재료를 사용하는 경우 가) 만 65세 이상 환자의 회전근개 파열로 복원이 불가능하거나 복원술의 성공 가능성이 낮은 경우 (1) 회전근개 파열 관절병증 (2) 봉합이 불가능한 회전근개 파열에서 가성마비가 동반된 경우 (3) 심한 류마토이드관절염에서 회전근개 대형 파열이 동반된 경우 나) 악성 종양 제거 후 재건술시 다) 상완골 골절 (1) 상완골 경부 골절에서 1차 수술이 실패하여 다른 수술이 불가능한 경우 (2) 만70세 이상의 상완골 근위부 3, 4분 골절 중 일반형 치환재료를 사용하기 어려운 경우 (3) 골다공증이 있는 만 65세 이상 환자의 4분 골절 3) 상기 1)~2) 이외에도 진료상 인공관절치환술(견관절)이 필요한 경우에는 환자의 상태에 따라 사례별로 인정함. 나. 상기 가. 에도 불구하고, 아래와 같은 경우에는 인정

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		하지 아니함. - 아 래 - 1) 활동성 감염증이 있는 경우 2) 성장기 아동 3) 수술 후 일상생활, 재활이 어려울 것으로 예상되는 경우 (고시 제2022-110호, '22.5.1. 시행)
자71-1 인공관절 재치환술	인공관절치환술 후 재수술시 중간부속품만 교체하는 경우 수가 적용방법	인공관절치환술 후 일부 부속품만 교체하는 재수술시 수가 적용방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 고관절 1) Stem 또는 Cup을 포함하여 교체시 : 자71-1나(1) 인공관절재치환술(부분치환-고관절)의 소정점수와 제거료[자71-1나(1) 주2 또는 주3]를 산정 2) Stem과 Cup은 그대로 두면서 poly liner, femoral head 등과 같은 중간부속품만 교환한 경우 : 자71-1 나(1) 인공관절재치환술(부분치환-고관절)의 소정점수만 산정(제거료 산정 불가) 나. 슬관절 1) 슬개골(patella), 대퇴골(femur), 경골(tibia)부품을 교체시 예시) ① 슬개골·대퇴골 또는 경골을 단독 시행 ② 슬개골과 대퇴골을 동시 시행 ③ 슬개골과 경골을 동시 시행 : 자71-1나(3) 인공관절재치환술(부분치환-슬관절)의 소정점수와 제거료[자71-1나(3) 주2 또는 주3]를 산정 2) 위 '1)'을 제외한 나머지 중간 부속품(bearing, poly liner 등)만 교체시 자71-1나(3) 인공관절 재치환술(부분치환-슬관절)의 소정점수를 산정(제거료 산정불가)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
자72 절제관절 성형술	Keller Operation의 수기료 산정방법	무지외반증(Hallux Valgus)에 실시하는 Keller Operation은 자72다 절제관절성형술(지관절) 소정점수로 준용하여 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자82 반월판 연골절제술	자82 반월판 연골절제술의 급여기준	1. 자82 반월판 연골절제술은 영상검사 또는 관절 내시경검사에서 뚜렷한 파열이 확인되는 다음의 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 관절의 잠김(locking symptom) 나. 인대손상, 골절 등을 동반한 급성손상의 경우 다. 연골판봉합술 시행 중 불가피하게 절제술로 전환한 경우 라. 보존적 치료를 시행함에도 불구하고 아래 중 2가지 이상의 임상소견을 동반하는 경우 - 아 래 - 1) 관절삼출액 2) 관절면의 압통 3) 체중부하 또는 관절운동과 관련된 통증 4) 무력감(giving way) 5) 연골판병변 신체 검진의 양성소견 2. 단, 고도의 관절염(Kellgren-Lawrence grade Ⅳ)에서 단독으로 시행 하거나, 만성 변성에 의해 닳아해어진(fraying) 병변에 실시한 경우에는 인정하지 아니함. (고시 제2021-244호, '21.10.1. 시행)
자78 비관혈 관절수동술	견관절, 슬관절에 실시하는 자78	1. 견관절, 슬관절에 실시하는 자78 비관혈관절수동술(Brisement Force [Manipulation of Joint])은

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	비관혈관절수동술의 급여기준	보존적 치료(약물치료, 관절강내 주사, 물리치료 등)에도 불구하고 전체 수동적 관절가동범위(Passive ROM)가 50% 이상 감소하여 실시한 경우 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 유착성 관절낭염(Adhesive Capsulitis)은 12주 이상의 보존적 치료에도 통증이 지속되어 실시한 경우 인정함. 나. 수술 후 관절 섬유화(Postoperative Arthrofibrosis)는 슬관절 수술 4주 이후에 실시한 경우 인정하며, 슬관절 치환술(Knee Arthroplasty)은 수술 후 3주~12주 내에 실시한 경우 인정함. 2. 관련 수술 시 부수적으로 동시 실시한 경우에는 별도 인정하지 아니함. 3. 상기 1.에도 불구하고 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제6장 제1절 마취료 및 그에 준하는 제3절 신경차단술료 없이 실시한 경우에는 인정하지 아니함. (고시 제2020-163호, '20.8.1. 시행)
자82-2 반월상연골이식술	자82-2 반월상연골이식술 급여기준	1. 반월상연골이식술은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 연령 : 만20세~만45세 나. 적응증 내측(medial meniscus) 또는 외측(lateral meniscus) 반월상연골의 아전절제술 또는 전절제술 시행(MRI, 관절경 사진 등 객관적으로 확인되어야 함.) 후 보존적 치료로 무릎 통증이 소실되지 않거나 급격한 퇴행성 변화가 예상되는 경우에 인정하되, 수술 전 병변부위가 아래의 조건을 모두 충족하여야 함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		- 아 래 - (1) 연골의 상태 손상부위 연골상태가 비교적 건강한 상태(Outerbridge grade I~II)로서 퇴행성 변화가 없는 경우 (2) 슬관절 주변조직의 여건 하지 정렬(alignment)과 인대(ligament)의 안정성이 정상인 경우. 다만, 정상이 아닌 경우에 시행 시는 인대재건술을 이식술과 동시 또는 순차적으로 시행하여야 함. (3) 보존적 치료기간 보존적 치료기간은 아전절제술 또는 전절제술 시행 후 내측은 1년, 외측은 6개월을 원칙으로 함.(다만, 조기시행시 그 필요성에 대한 의사소견서 첨부) (4) 인정횟수 : 관절 당 1회(내측 또는 외측)만 인정함. 2. 상기 1.의 급여대상 이외 시행하는 경우에는 수술료와 주된 치료재료비용을 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2017-152호, '17.9.1. 시행)
자88 십자인대 성형술	자88 십자인대 성형술 시 Tendon 채취 수가 산정방법	1. 십자인대성형술시 동시에 시행한 건이식(Tendon transfer)은 자88 십자인대성형술의 소정점수에 포함되어 있으므로 별도로 인정하지 아니함. 2. 십자인대성형술시 타 부위에서 Tendon을 채취한 경우 자91 건, 인대 피하단열수술 소정점수를 Tendon별로 각각 산정하되, Tendon을 골편과 같이 채취한 경우에는 자31 골편절제술 소정점수의 100%와 자91 건, 인대 피하단열수술 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자90 갱그리온 적출술	활액낭절제술 (Bursectomy)의 수기료 산정방법	활액낭절제술(Bursectomy)은 해부학적 위치와 수술의 난이도 등을 감안하여 자90 갱그리온적출술 소정점수로 준용하여 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자91 건·인대 피하단열수술, 자93 건 및 인대 성형술	자91 건·인대 피하단열수술, 자93 건 및 인대 성형술의 진료수가 산정방법	수개의 건·인대에 대한 봉합, 박리, 절제술을 시행했을 때 동일 부위에 절개선이 다른 경우에는 각각의 수술로 인정하되, 동일 피부 절개인 경우 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 굴곡측 1) 건·인대 개수가 1-2개 : 자93가 건 및 인대성형술-간단한 것으로 산정 2) 건·인대 개수가 3-5개 : 자93나 건 및 인대성형술-복잡한 것으로 산정 3) 건·인대 개수가 6개 이상 : 자93나 소정점수의 100%에 5개를 초과하는 추가 건마다 자93나의 20%를 가산하여 최대 200%까지 산정 나. 신전측 1) 건·인대 개수가 1개 : 자91 건, 인대 피하단열수술로 산정 2) 건·인대 개수가 2-3개 : 자93가 건 및 인대성형술-간단한 것으로 산정 3) 건·인대 개수가 4-5개 : 자93나 건 및 인대성형술-복잡한 것으로 산정 4) 건·인대 개수가 6개 이상 : 자93나 소정점수의 100%에 5개를 초과하는 추가 건마다 자93나의 20%를 가산하여 최대 200%까지 산정 (고시 제2017-118호, '17.7.1. 시행)
자93	편마비, 뇌성마비 및	편마비, 뇌성마비 및 선천성 만곡족 상병으로 수개의

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
건 및 인대 성형술	선천성 만곡족 상병으로 동일 또는 근접부위에 수개의 건인대 성형술 시행시 수가 산정방법	근·건 및 관절에 대한 수술 시 수가 산정방법은 동일부위에 incision line이 다른 경우에는 각각의 독립된 수술로 인정하고, 동일 피부 절개하에 각기 다른 수술을 시행한 경우에는 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 편마비, 뇌성마비 수술에 따른 수가 산정방법 1) 근·건의 recession, tenotomy 가) 자91 건,인대피하단열수술로 산정 나) 동일 절개하 1개의 근·건은 100%, 2개는 150%, 3개 이상은 200%를 산정하되 최대 3개까지 산정 2) 근·건의 Release, Lengthening, Z-plasty 가) 동일 절개하 근·건의 개수 참조하여 자93가 건 및 인대 성형술-간단한 것 [절제, 봉합, 박리] 또는 자93나 건 및 인대 성형술-복잡한 것 [이식, 이전, 교환, 인공건 성형]으로 산정 나) 근·건수가 1~2개: 자93가로 산정 다) 근·건수가 3~5개: 자93나로 산정 라) 근·건수가 6개 이상시 1개의 근·건에 대하여 자93나의 10%씩 가산하되 최대 200%까지 산정 3) Capsulotomy 가) 부위별로 자70 사지관절절제술 [활막절제를 포함]해당 수가의 50%를 산정 나) 동일 절개하 2개이상 관절에 수술시 1개는 해당 수가(자70의 50%)의 100%, 2개는 150%, 3개는 200%를 산정하되 최대 200%까지 산정 나. 선천성 만곡족 수술시 수가 산정방법 1) 동일 절개하 수개의 근·건에 대한 수술시는

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		편마비 수술과 동일한 기준 적용 2) 동일 및 근접부위에 대한 수술시는 최대 자93나 200% 범위내에서 인정하되, 다부위 절개하에 수술을 시행한 경우에는 각각의 절개가 필요한 사유를 확인 후 사례별로 심사토록 함. 3) Master knots of Henry에 대한 수술은 일련의 과정으로 불인정 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	Bristow's procedure의 수가 산정방법	견관절탈구에 시행한 Bristow's procedure는 자93나 건 및 인대 성형술-복잡한 것 [이식, 이전, 교환, 인공건 성형]과 자75나 관절탈구 관혈적정복술-견관절을 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	Yount's Operation 수가 산정방법	Yount's Operation는 자93가 건 및 인대 성형술-간단한 것 [절제, 봉합, 박리] 소정점수로 준용하여 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	Carpal Tunnel Release의 수가 산정방법	Carpal Tunnel Release는 자93가 건 및 인대 성형술-간단한 것 [절제, 봉합, 박리]으로 산정함. 다만, 신경박리술(neurolysis)을 병행시에는 자93나 건 및 인대 성형술-복잡한 것 [이식, 이전, 교환, 인공건 성형]의 소정점수로 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자93-1	자93-1 견봉성형술	자93-1 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술은 견관절

항 목	제 목	세부인정사항
견봉성형술 및 회전근개 파열복원술	및 회전근개 파열복원술 수가 산정방법	손상의 종류 및 수술 방법이 다양하므로 병변의 상태 및 수술 기록 등을 참조하여 다음과 같이 산정함. 다만, 어깨충돌증후군(Impingement Syndrome), 유착성 관절낭염(Adhesive Capsulitis)에 대한 유착박리술(Adhesiolysis), 부분층 회전근개 파열(Partial Thickness Rotator Cuff Tear, PTRCT)의 경우 적절한 기간의 보존적 치료에도 불구하고 증상(통증, 기능저하 등)이 지속되는 경우에 인정토록 함. - 다 음 - 가. 회전근개에 대한 수술 1) 자93-1가 견봉성형술을 산정하는 경우 가) 복원술이 필요하지 않은 견봉성형술 및 견봉하 감압술 나) 유착박리술 (심한 구축 시) 2) 자93-1나(1) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술 -일차봉합술을 산정하는 경우 (1개 힘줄 복원 수술의 난이도 감안) 가) 2.5cm 미만의 극상건·극하건 파열을 봉합하는 경우 나) 2.5cm 미만의 견갑하건 파열을 봉합하는 경우 3) 자93-1나(2) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술 -근 및 건성형이 동반된 경우를 산정하는 경우 (2개 힘줄 복원 수술의 난이도 감안) 가) 2.5cm 이상의 극상건·극하건 파열을 봉합하는 경우 나) 2.5cm 이상의 견갑하건 파열을 봉합하는 경우 다) 견갑하건 파열 봉합과 2.5cm 미만의 극상건·극하건 파열 봉합을 동시에 하는 경우 ※ 견갑하건의 봉합은 부분 파열이 건 두께의 50%이상에 해당하며 상완골 소결절의 해부학적 부착 부위 노출이

항 목	제 목	세부인정사항
		확인될 때 인정함 나. 관절와순에 대한 수술 1) 자93-1가 견봉성형술을 산정하는 경우 가) 상부관절와순 병변 복원술 (Superior Labrum from Anterior to Posterior, SLAP Repair) 2) 자93-1나(1) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술-일차봉합술을 산정하는 경우 가) 방카트병변 복원술(Bankart Repair) 나) 전방 또는 후방 관절막 이동술(Capsular Plication) 3) 자93-1나(2) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술-근 및 건성형이 동반된 경우를 산정하는 경우 가) 골성 방카트 복원술(Bony Bankart Repair) 나) 방카트 병변 복원술(Bankart Repair)과 렘프리시지(Remplissage) 술식을 동시에 시행한 경우 다) 관절와(Glenoid) 180도(절반)를 초과하는 관절와순 봉합술(Panlabral Repair) 라) 다방향성 불안정성(Multidirectional Instability, MDI)에서 관절막 이동술(Capsular Plication) 마) 방카트 병변의 재봉합술(Revision Bankart Repair) 다. 회전근개 파열복원술과 동시에 상부관절와순 병변 복원술을 시행하는 경우에는 자93-1나(1) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술-일차봉합술 또는 자93-1나(2) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술-근 및 건성형이 동반된 경우의 소정점수만 산정함 라. 석회화 건염(Calcific Tendonitis)에 석회 침착물

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		제거 시 자70나 사지관절절제술의 소정점수로 산정하되, 동시에 회전근개 파열복원술을 시행하는 경우에는 자93-1나(1) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술-일차봉합술 또는 자93-1나(2) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술-근 및 건성형이 동반된 경우의 소정점수만 산정함 ※ 자93-1나(2)주 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술-근 및 건성형이 동반된 경우-복잡 수가 산정방법은 「자93-1나(2) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술 복잡 적용기준」 고시에 따름 (고시 제2021-323호, '22.1.1. 시행)
	자93-1나(2) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술 복잡 적용기준	자93-1나(2)주 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술(근 및 건성형이 동반된 경우) 복잡기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 회전근개 파열(Rotator Cuff Tear, RCT) 복원술 (3개 힘줄 복원 수술의 난이도 감안) 1) 견갑하건 파열 봉합과 2.5cm 이상의 극상건·극하건 파열 봉합을 동시에 하는 경우 2) 회전근개가 재파열되어 재봉합 하는 경우 나. 오구돌기 이전술(Latarjet operation)을 시행한 경우 (고시 제2021-323호, '22.1.1. 시행)
	자93-1 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술과 동시 시행한 이두건 고정술(Biceps tenodesis) 산정방법	자93-1 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술과 동시 시행한 이두건 고정술(Biceps tenodesis)은 자94 건박리술 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]로 산정하되, 이두건 절단 후 고정시키는 경우에 한하며 다음에 해당하는 경우 산정함. - 다 음 - 가. 관절경 소견 상 상완이두근 장두의 50% 이상의

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		부분 파열이거나 상완이두근구(Bicipital groove)에서의 탈구 또는 아탈구 소견이 확인되는 경우 나. 관절경 소견 상 상완이두근 장두의 50% 이하의 부분 파열인 경우에는 수술 전 신체검사 상 상완이두근구(Bicipital groove)의 압통이나 적절한 이학적 검사 (Yergason test, Speed test 등) 양성 등의 소견이 확인되어 명백한 이두건 병변이 의심되는 경우 다. SLAP 병변의 치료를 위해 상완이두근 장두의 건 고정술이 필요한 경우 라. 견갑하건 봉합술과 동반하여 상완이두근 장두의 건 고정술이 필요한 경우 (고시 제2021-323호, '22.1.1. 시행)
	자93-1 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술과 동시 시행한 원위쇄골절제술 (Distal clavicle resection) 산정방법	자93-1 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술과 동시 시행한 원위쇄골절제술(Distal clavicle resection)은 자51 쇄골절제술 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]로 산정하되, 원위쇄골 상부까지 완전 절제한 경우에 한하며 다음에 해당하는 경우 산정함. - 다 음 - 가. 수술 전 시행한 신체검사(압박 테스트(Compression test), Lidocaine test 등)에서 견봉-쇄골 관절의 압통 등의 소견이 확인되며, 영상검사로 단순 방사선 사진과 자기공명영상검사(MRI) 등에서 견봉-쇄골 관절의 관절염 소견이 확인되는 경우 나. 수술 전 시행한 자기공명영상검사(MRI) 또는 수술 중 관절경 소견 상 견봉-쇄골 관절 주위의 골극이나 원위 쇄골의 골극 또는 원위 쇄골에 의한 회전근개의 충돌이 확인되는 경우 (고시 제2021-323호, '22.1.1. 시행)
자100	자100	양측으로 자101 하비갑개절제술 또는 자102 하비갑

항 목	제 목	세부인정사항
비중격교정술	비중격교정술과 양측으로 동시에 시행한 자101 하비갑개절제술 또는 자102 하비갑개점막하 절제술의 수기료 산정방법	개점막하절제술 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%, 동시 수술 소정점수의 150%[종합병원(상급종합병원 포함)은 170%] 산정 나. 자100 비중격교정술 수기료가 동시 실시한 양측 수기료 보다 작은 경우 : 자100 소정점수의 50% [종합병원(상급종합병원 포함)은 70%], 동시 수술 소정점수의 200% 산정 (고시 제2014-126호, '14.8.1. 시행)
자102-1 갑개소작술, 비인강소작술	갑개소작술 급여기준	1. 자102-1 갑개소작술은 전기, 약물 소작법에 관계없이 주 1회 요양급여를 인정함. 다만, 양측으로 시행 시 각각 인정함. 2. 상기 1.의 인정횟수를 초과하여 시행한 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함. (고시 제2018-3호, '18.4.1. 시행)
자108 부비강세척 [주입 포함]	자108 부비강세척, 자108-1 프로엣쯔치환술의 급여기준	1. 자108 부비강세척과 자108-1 프로엣쯔치환술은 아급성기 및 만성 부비동염 환자를 대상으로 시행하며, 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 및 인정횟수 1) 자108 부비강세척 가) 국소마취 후 부비동의 자연공으로 카테타를 삽입하거나 상악동이 포함된 부비강 수술 후 카테타를 삽입하여 세척하는 경우에는 2회/주 인정함 나) 투관침이나 천자침을 이용하여 천자 후 세

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		척하는 경우에 인정함 2) 자108-1 프로엣쯔치환술은 2회/주 인정함 2. 산정방법 가. 같은 날 자108 부비강세척과 자108-1 프로엣쯔치환술을 동시 실시 시 자108 부비강세척만 인정함 나. 같은 주 다른 날에 카테타를 삽입하여 세척하는 자108 부비강세척과 자108-1 프로엣쯔치환술을 각각 주 2회씩 시행한 경우 자108 부비강세척만 2회/주로 인정함 3. 금기증 자108 부비강세척은 만 3세 이하의 소아에게는 인정하지 아니함. 다만, 전신마취하에 부비동세척을 실시하거나 아데노이드절제술 등을 시술하는 과정에서 튜브를 삽입한 후 이를 통해 부비강세척을 실시한 경우에는 만3세 이하에서도 인정함 (고시 제2021-20호, '21.2.1. 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	내시경하에 자114상악동사골동 근본수술과 함께 시행한 수술 수가 산정방법	내시경하에 자114 상악동사골동근본수술과 동시 실시한 자105 상악동비내수술 또는 자110 사골동비내수술은 자114 항목에 포함되는 시술이므로 별도로 산정하지 아니함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자131-3 내시경적 기관지 열성형술	내시경적 기관지 열성형술의 급여기준	1. 내시경적 기관지 열성형술은 다음의 경우에 인정함. - 다 음 - 가. 적응증 : 흡입성 코르티코스테로이드와 장기 지속형

항 목	제 목	세부인정사항
		β-작용제로 최소 3개월 이상 치료하였음에도 조절되지 않는 중증 지속성 천식 환자 나. 실시횟수 : 시술 회차 간 3주 이상 간격으로 실시하며, 최대 3회까지 인정 2. 상기 1.에도 불구하고 아래와 같은 경우에는 금기증에 해당되므로 인정하지 아니함. 가. 만18세 미만 나. 호흡기 감염이 활성 상태인 경우 다. 천식 급성 악화(시술 전 14일 이내 천식을 위해 침투성 코르티코스테로이드 복용량을 증량 또는 감소한 경우 등) 라. 응고 장애가 있거나, 시술 전 항응혈제, 항혈소판제, 아스피린 및 NSAIDS 복용 중단이 불가한 환자 마. 동일 부위의 재시술 (고시 제2019-251호, '19.12.1. 시행)
자134-1 내시경적 기관 또는 기관지협착 확장술	기관지경하 풍선카테터 (Balloon Catheter)를 이용한 지혈요법의 수가 산정방법	객혈(Hemoptysis) 환자에게 시행한 기관지경하 풍선카테터(Balloon Catheter) 지혈요법은 자134-1가 내시경적 기관 또는 기관지협착 확장술-풍선카테터에 의한 것의 소정점수로 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	기관지 내시경하 전기소작술시 수가 산정방법	기관지협착에 확장을 목적으로 기관지내시경하 전기소작술 실시 시 행위료는 자134-1다 내시경적 기관 또는 기관지협착 확장술-기타 [레이저치료 등]의 소정점수로 준용 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자136 진단적개흉술	흉부수술 후 지혈 목적으로 재개흉시 수가 산정방법	심장 수술 등 흉부 수술 후 (당일 포함) 지혈 목적으로 재개흉시는 자136 진단적개흉술(Exploratory Thoracotomy) 소정점수의 100%로 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
자151 흉강삽관술	자151가 흉강삽관술(폐쇄식)의 수가 산정방법	자151가 흉강삽관술(폐쇄식)의 수가 산정은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 좌·우 양측에 Chest tube를 삽입시에는 소정점수를 각각 산정 나. 편측에 동시에 2개의 Chest tube를 삽입시에는 자151 흉강삽관술 소정점수의 150%로 산정 (고시 제2014-126호, '14.8.1. 시행)
자152 정중흉골재절개술시 심낭유착박리술	정중흉골재절개술시 심낭유착박리술의 급여기준	자152 정중흉골재절개술시 심낭유착박리술은 심혈관 수술 후 4주를 경과하여 정중흉골재절개술(Re-median sternotomy)하 심혈관 수술을 다시 시행한 경우에 인정하되, 선천성 심혈관 질환의 치료를 위해 정중흉골재절개술(Re-median sternotomy)하에 단계적 수술을 하는 경우에는 4주 이내 실시하더라도 인정함. (고시 제2017-118호, '17.7.1. 시행)
자163 혈관성형술	상행대동맥(Ascendingaorta)에 Reduction aortoplasty, Wrapping 또는 Reduction aortoplasty & wrapping 을 타 심장 수술과 동시 실시 시 수가 산정방법	동맥류절제술의 적응증에 해당되지는 않으나 직경이 정상보다 확장되어 있는 상행대동맥에 Reduction aortoplasty, Wrapping 또는 Reduction aortoplasty & wrapping을 동일 피부 절개하에 타 심장수술과 동시 실시한 경우 다음과 같이 준용하여 산정함. -다 음- 가. 늘어난 대동맥 조직을 잘라내고 다시 봉합하여 대동맥의 직경을 줄여주는 Reduction aortoplasty를 실시한 경우 : 자163가(3) 혈관성형술(직접봉합)-기타 소정점수의 100%를 산정함. 나. 늘어난 대동맥의 추가 확장을 막기 위해 인조물질(인조혈관 등)을 이용하여 360도 감싸주는 Wrapping을 실시한 경우 : 자163나(3)(가) 혈관성형술(팻취를 이용한 경우)-기타(인조혈관이용) 소정점수의 100%를

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		산정함. 다. 상기 가.와 나.를 동시에 시행한 경우 : 자163가(3) 혈관성형술(직접봉합)-기타와 자163나(3)(가) 혈관성형술(팻취를 이용한 경우)-기타(인조혈관이용) 소정점수의 100%를 각각 산정함. 라. 다만, 동맥류절제술 등 주된 수술 시 혈관 문합 부위에 wrapping을 시행한 경우에는 별도 산정하지 아니함. (고시 제2020-163호, '20.8.1. 시행)
자165 중심정맥내카테터유치술	터널식 또는 피하매몰 정맥포트법으로 삽입한 중심정맥내카테터 제거시 수기료 산정방법	터널식 또는 피하매몰 정맥포트법으로 삽입한 중심정맥내 카테터 제거시 수기료는 자165-나(3) 소정점수의 50%를 준용 산정함. (고시 제2007-77호, '07.8.30. 시행)
자165-2 미드라인 카테터 유치술	미드라인 카테터 유치술의 급여기준	1. 자165-2 미드라인 카테터 유치술은 다음의 경우 요양급여를 인정함 - 다 음 - 가. 급여 대상 : 아래 1) ~ 3) 조건을 모두 충족하는 경우 요양급여함 1) 중환자실(가-9) 또는 집중치료실(가-3-1) 입원환자, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표3] 중증질환자 산정특례 대상, [별표 4] 희귀질환자 산정특례 대상, [별표4의2] 중증난치질환자 산정특례 대상, [별표5] 시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵 질환의 적용 범위 중 하나에 해당하면서 2) 정맥 내 수액 또는 약물 주입(중심정맥영양요법은

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		제외함)이 1주일 이상 지속될 것으로 예정되고 3) 정맥내 유치침을 유치할 적정한 말초 부위를 찾을 수 없는 경우 나. 상기 가.에도 불구하고, 말초중심정맥 카테터(PICC) 유치(자165라)를 대체하여 미드라인 카테터를 유치 하는 경우에는 요양급여함 다. 산정 횟수 : 입원기간 중 1회 산정 2. 상기 1. 이외에 시행하는 경우에는 미드라인 카테터 유치술, 단순초음파(II)(나940나), 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」의 중분류명 "미드라인 카테터" 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함 (고시 제2021-183호, '21.7.1. 시행)
자171 심방중격결손증수술	부분 폐정맥 환류이상증 수술의 수가 산정방법	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등에 분류되지 않은 부분 폐정맥 환류이상증 수술은 자171 심방중격결손증수술 소정점수의 100%와 자163나(3)(가) 혈관성형술(팻취이용한 경우)-기타(인조혈관이용) 소정점수의 50%를 산정함. (고시 제2019-315호, '20.1.1. 시행)
자172 심실중격결손증수술	봉합부분 괴사로 재봉합한 경우 수기료 산정방법	자172 심실중격결손증 수술후 내부봉합 부분의 괴사로 재봉합을 한 경우에는 자172 소정점수를 산정함. 이 경우 자189 인공심폐순환과 자191 국소관류 수기료는 각각 1회씩 산정할 수 있음. (고시 제2014-126호, '14.8.1. 시행)
자179-2 비봉합 대동맥판막	비봉합 대동맥 판막치환술 급여기준	1. 자179-2 비봉합 대동맥판막치환술은 증상이 있는 중증 대동맥판막협착증 및 대동맥판막폐쇄부전 환자를 대상으로 시행하며, 다음과 같은 경우에

항 목	제 목	세부인정사항
치환술		요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 이전에 심장 수술 이력이 있는 경우 나. 대동맥판막 수술 외에 다른 심장 수술을 병행하는 경우 다. 대동맥 또는 대동맥판막륜의 석회화가 심하여 대동맥 겸자(aortic cross-clamp)로 수술 진행이 불가하거나 봉합사 사용의 안정성이 보장되지 않은 경우 라. 대동맥판막륜의 크기가 작은 경우(CT상 판막륜 직경이 21mm 이하) 마. 좌심실 구혈률(ejection fraction)이 50% 미만이거나 STS score (또는 EuroScore II)로 평가한 수술 위험도가 4% 이상인 경우 2. 상기 1.의 급여대상 이외에 시행하는 경우 수술료와 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」의 중분류명 "비봉합 대동맥판막치환술용" 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함. (고시 제2022-113호, '22.5.1. 시행)
자180 활로씨 4증후군근본 수술	활로씨 4증후군 근본수술시 개존난원공 (P.F.O) 수술 별도 인정여부	자180 활로씨 4증후군 근본수술시 개존난원공(P.F.O) 수술은 활로씨 4증후군 근본수술(T.O.F수술) 소정점수에 포함되므로 별도 인정하지 아니함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자183 관상동맥내막 절제술	Coronary A-V Fistula의 수기료 산정방법	Coronary A-V Fistula에 대한 수술은 자183 관상동맥 내막절제술 소정점수로 준용하여 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자189 인공심폐순환	심장수술시 누100자 활성화 응고시간 검사 및	심장수술시 심폐기 작동 전 혈액의 항응고 능력을 사전에 확인하여 혈전증과 같은 합병증을 방지하고 혈액응고 능력회복 여부를 알기 위하여 실시하는 누100자 활성화

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	hemochron tube의 산정방법	응고시간(Activated Coagulation Time, ACT) 검사 및 동 검사시 사용되는 hemochron Tube는 자189 인공심폐순환에 포함되는 검사 행위이며 심장수술시 자189 인공심폐순환의 소정점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2017-263호, '18.1.1. 시행)
자190 부분체외 순환	심실기능부전환자에게 보조순환을 실시한 경우의 수가 산정방법	1. 심실기능부전환자에게 보조순환을 실시한 경우 및 부분체외순환 수술시에 자190 부분체외순환 소정점수를 산정할 수 있으며, 개심술시 심장 보조순환 목적으로 인공심폐 회로에 동 기기를 연결하여 부분체외순환을 한 경우, 수술 당일에는 자190 부분체외순환 수가는 별도 산정할 수 없으나 수술 익일부터는 자190 '주'에 의하여 산정함. 2. 또한, 심실기능부전환자의 보조순환 및 부분체외순환에 사용된 Centrifugal pump(cone type형)는 해당 치료재료 인정기준에 따라 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	고열구역관류요법(Hyperthermic Regional Perfusion Chemotherapy) 인정여부	고열구역관류요법(Hyperthermic Regional Perfusion Chemotherapy)은 악성흑색종이나 연부조직육종 등에 체외순환기를 이용하여 높은 양의 항암제를 일정한 구역(주로 사지)에만 주입하는 방법으로 자190 부분체외순환으로 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
자190-1 일산화질소 흡입	신생아에게 실시하는 자190-1 일산화질소 흡입의 급여기준	신생아에게 실시하는 자190-1 일산화질소 흡입은 다음의 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 - 적극적 기계환기에도 불구하고 저산소 호흡부전이

항 목	제 목	세부인정사항
		개선되지 않는 폐동맥고혈압 신생아(생후 28일 이내)로 아래 중 하나에 해당하는 경우 1) 신생아지속성폐동맥고혈압(생후 14일 이내) 2) 선천성횡격막탈장 3) 선천성심장병 개심술 후 나. 실시기준 1) 상기 가1) 신생아폐동맥고혈압 및 가2) 선천성횡격막탈장에서 폐동맥고혈압 및 저산소호흡부전에 대한 평가는 아래의 기준에 따름. 가) 폐동맥고혈압: 아래 (1)과 (2)의 소견을 충족하여야 함. (1) 임상적 소견: 선천성 청색성 심장질환이 아니라고 판단되는 신생아에서 아래 (가)~(나)의 소견 중 하나 이상 (가) 지속적인 분리성 청색증 (나) 전신 청색증 (2) 심장초음파 소견: 아래 (가)~(다)의 소견 중 하나 이상 (가) 동맥관이나 난원공을 통한 오른왼지름길(R-L shunt) 또는 양방향 지름길(Bidirectional Shunt)이 있는 경우 (나) 의미 있는 삼첨판 역류 (다) 우심실 확장과 이에 의한 좌심실 눌림(D-Shape) 나) 저산소 호흡부전: 기저질환에 대한 선행치료에도 불구하고 FiO2 50% 이상으로 OI(Oxygenation Index) 15 이상 2) 상기 가3) 선천성심장병 개심술 후에서 폐동맥고혈압 및 저산소 호흡부전에 대한 평가는 아래의 기준에 따름. 가) 폐동맥고혈압: 심장초음파 소견 상 아래

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(1)~(3)의 소견 중 하나 이상 (1) 동맥관이나 난원공을 통한 오른왼지름길 (R-L shunt) 또는 양방향 지름길 (Bidirectional Shunt)이 있는 경우 (2) 의미 있는 삼첨판 역류 (3) 우심실 확장과 이에 의한 좌심실 눌림(D-Shape) 나) 저산소 호흡부전: FiO_2 50% 이상 또는 OI(Oxygenation Index) 15 이상 3) 금기증 - 오른왼지름길 의존성(dependent on right-to-left shunting of blood)으로 알려진 신생아 치료의 경우 다. 치료반응 평가 및 이탈 1) 치료 모니터링(iNO농도, FiO_2, SpO_2 등)은 매시간 실시하고 기록하여야 함. 2) 치료반응은 아래의 기준(CAPHC Guidelines) 등을 참고하여 주기적으로 평가함. 가) 완전반응: 아래 (1)~(3)의 소견 중 하나 이상 (1) ABGA에서 PaO_2>20mmHg 증가 (2) ABGA에서 SaO_2>10% 증가 (3) FiO_2>0.2 감소 나) 부분반응: 아래 (1)~(3)의 소견 중 하나 이상 (1) ABGA에서 PaO_2 10-20mmHg 증가 (2) ABGA에서 SaO_2 5-10% 증가 (3) FiO2 0.05-0.1 감소 다) 반응없음: 아래 (1)~(3)의 소견 중 하나 이상 (1) ABGA에서 PaO_2<10mmHg 증가 (2) ABGA에서 SaO_2<5% 증가 (3) FiO_2<0.05 변화 3) 상기 다2)가) 또는 다2)나)의 치료반응이

항 목	제 목	세부인정사항
		있으면서, FiO_2가 50~60%에 도달한 경우에는 적어도 매6시간마다 이탈을 시도하고 진료기록부에 해당 내용을 기록하여야 함. 4) 치료반응이 없는 경우에는 치료 시작 후 24시간 이내 ECMO 전환을 고려하여야 하며, ECMO 전환이 어려운 경우 4일 이내 일산화질소 의존성 여부를 평가하여야 함. 라. 급여일수 1) 통상 4일(96시간) 이내 원칙으로 하며, 최대 4일 이내에도 치료반응이 없는 경우 치료를 중단하여야 함. 2) 단, 연장실시가 필요한 경우에는 환자상태에 따라 추가 인정하되, 치료반응(일산화질소 의존성 여부 포함)에 대한 구체적인 진료내역이 반드시 제출되어야 함. 3) 상기 1)~2)에도 불구하고, 선천성횡격막탈장 환아는 치료 시작 후 치료반응이 없는 경우 24시간까지만 인정함. 마. 시설·장비 등 기준 1) 시설 및 장비기준 가) 시설: 「의료법 시행규칙」 제34조 [별표4]에서 정하고 있는 중환자실 나) 장비: 의약품 일산화질소 흡입치료기 2) 동의서 작성 - 시술의 성공가능성, 합병증, 예후 등에 대해 설명하고 소정 양식의 동의서를 작성·비치하여야 함. 다만, 동의서 작성이 불가능한 경우에는 의사소견서(사유서) 등을 참조할 수 있음. (고시 제2022-283호, '23.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	신생아 초과 소아에게 실시하는 자190-1 일산화질소 흡입의 급여기준	'신생아 초과 소아'에게 투여하는 자190-1 일산화질소 흡입은 다음의 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 - 적극적 기계환기에도 불구하고 폐동맥압 상승에 의해 저산소 호흡부전, 저심박출 상태가 발생하여 상태가 개선되지 않는 소아 중 폐동맥 고혈압 환자로 아래 중 하나에 해당하는 경우 1) 선천성심장병 개심술 후 2) 급성호흡부전 나. 실시기준 1) 상기 가1) 선천성심장병 개심술 후 폐동맥 고혈압 및 저산소 호흡부전에 대한 평가는 아래의 기준에 따르며 가)~다)를 모두 만족하여야 함. 가) 폐동맥고혈압: 심장초음파 소견 상 아래 (1)~(2)의 소견 중 하나 이상 (1) 심초음파의 형태학적 소견 ① 우심실 확장 혹은 심실중격의 편평화 ② 폐동맥의 확장 (2) 심초음파의 혈역학적 소견 ① 최대 삼첨판막 역류 속도(approximated peak TR velocity) ≥ 2.8 m/s ② 최대 폐동맥판막 역류 속도(approximated peak PR velocity) ≥ 2 m/s ③ 평균 폐동맥 압력(approximated mPAP) ≥ 20 mmHg 나) 저산소 호흡부전: FiO_2 ≥ 50% 또는 OI (Oxygenation Index) ≥ 15 인 경우 다) 생후 28일 초과 ~ 만18세 이하인 경우

항 목	제 목	세부인정사항
		2) 상기 가2) 급성호흡부전 환자에 대한 평가는 아래의 기준에 따르며 가)~다)를 모두 만족하여야 함. 가) 폐동맥고혈압: 심장초음파 소견 상 아래 (1)~(2)의 소견 중 하나 이상 (1) 심초음파의 형태학적 소견 ① 우심실 확장 혹은 심실중격의 편평화 ② 폐동맥의 확장 (2) 심초음파의 혈역학적 소견 ① 최대 삼첨판막 역류 속도(approximated peak TR velocity) ≥ 2.8 m/s ② 최대 폐동맥판막 역류 속도(approximated peak PR velocity) ≥ 2 m/s ③ 평균 폐동맥 압력(approximated mPAP) ≥ 20 mmHg 나) 저산소 호흡부전: 1주 이내의 급성호흡악화로 FiO_2 ≥ 70% 이면서 OI(Oxygenation Index) ≥ 25 인 경우 다) 6세 이하의 소아로 체외순환막형산화기(ECMO)의 말초 삽입이 불가능한 경우 3) 금기증 - Methemoglobinemia(15% 이상) 발생한 경우 다. 치료반응 평가 및 이탈 1) 치료 모니터링(iNO농도, FiO_2, SpO_2 등)은 매시간 실시하고 기록하여야 함. 2) 치료반응은 아래의 기준(CAPHC Guidelines) 등을 참고하여 주기적으로 평가함. 가) 완전반응: 아래 (1)~(3)의 소견 중 하나 이상 (1) ABGA에서 PaO_2>20mmHg 증가 (2) ABGA에서 SaO_2>10% 증가

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(3) FiO_2>0.2 감소 나) 부분반응: 아래 (1)~(3)의 소견 중 하나 이상 (1) ABGA에서 PaO_2 10-20mmHg 증가 (2) ABGA에서 SaO_2 5-10% 증가 (3) FiO2 0.05-0.1 감소 다) 반응없음: 아래 (1)~(3)의 소견 중 하나 이상 (1) ABGA에서 PaO_2<10mmHg 증가 (2) ABGA에서 SaO_2<5% 증가 (3) FiO_2<0.05 변화 3) 상기 다2)가) 또는 다2)나)의 치료반응이 있으면서, FiO_2가 50~60%에 도달한 경우에는 적어도 매6시간마다 이탈을 시도하고 진료기록부에 해당 내용을 기록하여야 함. 4) 치료반응이 없는 경우에는 치료 시작 후 24시간 이내 ECMO 전환을 고려하여야 하며, ECMO 전환이 어려운 경우 4일 이내 일산화질소 의존성 여부를 평가하여야 함. 라. 급여일수 1) 통상 4일(96시간) 이내 원칙으로 하며, 최대 4일 이내에도 치료반응이 없는 경우 치료를 중단하여야 함. 2) 연장실시가 필요한 경우에는 환자상태에 따라 추가 인정하되, 치료반응(일산화질소 의존성 여부 포함)에 대한 구체적인 진료내역이 반드시 제출되어야 함. 3) 단, 급성호흡부전의 경우 최대 7일까지 인정함. 마. 시설·장비 등 기준 1) 시설 및 장비기준 가) 시설: 「의료법 시행규칙」 제34조 [별표4]에서

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		정하고 있는 중환자실 나) 장비: 의약품 일산화질소 흡입치료기 2) 동의서 작성 - 시술의 성공가능성, 합병증, 예후 등에 대해 설명하고 소정 양식의 동의서를 작성·비치하여야 함. 다만, 동의서 작성이 불가능한 경우에는 의사소견서(사유서) 등을 참조할 수 있음. (고시 제2022-283호, '23.1.1. 시행)
자190-2 체외순환막형산화요법	체외순환막형산화요법(Extra Corporeal Membrane Oxygenation, ECMO)의 인정기준	1. 체외순환막형산화요법(Extra Corporeal Membrane Oxygenation)의 인정기준은 다음과 같이 함. 가. 적응증 시작시점이 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. 1) 기존의 치료법에 의해 교정되지 않으나 회복 가능성이 있는 중증 급성 심부전 가) 급성심근경색증, 급성심근염, 주산기심근증(Peripartum Cardiomyopathy), 대상부전의 만성 심부전(Decompensated chronic heart failure), 수술 후 심기능부전, 불응성 심실성빈맥(Refractory ventricular tarchycardia) 등 나) 충전(volume replacement)·약물치료(drug intervention)·대동맥내풍선 등 기존의 심부전 치료에 반응하지 않는 급성 쇼크 2) 목격된 심정지(witnessed arrest)이거나 심정지 시점이 비교적 정확히 유추 가능한 경우로 심폐소생술이 시행되어 회생가능성이 있는 경우 또는 가역적 심정지(accidental hypothermia, drug intoxication) 3) 기존의 기계적 인공호흡기 치료로는 생명유지가 불가능하지만 ECMO 시술로 회복 가능성이 있는 중증 급성 호흡부전 가) 급성호흡곤란증후군, 중증폐렴, 폐이식 후 원발성 이

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		식실패 나) 일시적인 air way유지를 위해 실시하는 경우 (기도 이물질, 기도 시술(수술) 등) 다) 심한 폐공기누출증후군(Severe air leak syndromes) 라) 폐이식 전 기관내삽관이 필요한 급성호흡곤란증후군 마) 급박한 심장 또는 폐의 허탈 (최선의 치료에 반응하지 않는 폐색전증, 기도폐쇄) 4) 심장 또는 폐 이식대상환자의 교량치료 (Bridge to transplantation)로써 이식등록과정이 사전·사후에 확인된 경우 나. 금기증 합리적인 요양급여 인정을 위하여 시작시점이 아래의 금기증에 해당되는지 여부를 판단한 후 시술할 것을 권고함. 1) 회복이 불가능한 심장질환으로, 이식 또는 심실보조장치를 시행 할 수 없는 경우 2) 충분한 조직관류(adequate tissue perfusion)없이 60분을 초과하여 심폐소생술을 시행하는 경우 3) 심폐소생술을 거부한 경우 4) 의학적으로 심폐소생술이 필요한 심정지가 목격되지 아니하여, 심정지 시간과 심폐소생술이 적시에 시행되었음을 확인할 수 없는 경우 5) 호흡부전환자에서 FiO_2>90% 이거나 Pplat> 30cmH_2O의 높은 설정의 인공호흡기를 7일 이상 유지하는 경우 6) 지혈이 불가능한 출혈부위가 있어서 항응고요법의 절대적 금기증에 해당하는 경우 7) 최근(recent) 뇌출혈이 있거나 출혈이 증가하는 경우 8) 이미 진행된 다발성장기부전 등으로 회복가능성이

항 목	제 목	세부인정사항
		없는 경우 9) 진행성 혈액암, 골수이식 실패, 무과립구증, 절대 호중구수(ANC) < 400/mm3 등 심한 면역기능 저하상태인 경우 10) 회복 불가능한 뇌손상, 비가역적 중추신경계 장애가 있는 경우 11) 말기암, 회복가능성이 없는 폐, 간, 신장 등의 만성중증장기부전 12) 동 시술이 의의가 없는 고령 환자의 경우 2. 사전·사후관리를 위한 요건 가. 시술 동의서 작성 시술 환자 또는 가족의 동의서를 작성·비치하여야 함 (시술의 성공가능성, 합병증, 예후 등에 대해 설명하고 소정 양식의 동의서를 작성·비치). 다만, 동의서 작성이 불가능한 경우에는 의사소견서(사유서) 등을 참조할 수 있음 나. 시술 후 정기적 재평가 동 시술 적용 중 정기적인 반응 평가를 통해 지속 여부를 결정해야 하며, 진료기록부에 평가결과를 기재하여야 함 (반응평가: 심장・폐기능, 뇌손상 평가 등 최소 3일마다 실시) 3. 수가산정방법 가. 시술당일 1) 자190-2가. 체외순환막형산화요법-시술당일의 소정점수로 산정함 2) 인공심폐기를 통한 심장수술 후 삽관튜브(Cannula 등)를 유지한 상태에서 수술 당일에 추가로 동 시술을 실시하는 경우에는 자190-2가. 체외순환막형산화요법-시술당일의 소정점수를 별도 산정하지 아니함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		다만, 삽관튜브(Cannula 등)를 제거한 후에 환자상태가 악화되어 동 시술을 다시 시행한 경우에는 자190-2가. 체외순환막형산화요법-시술당일의 소정점수를 별도 산정함 나. 익일 이후 자190-2나. 체외순환막형산화요법-익일 이후 [1일당]의 '주'항에 의하여 1일당 소정점수로 산정함 (고시 제2020-194호, '20.9.1. 시행)
	인공펌프 없는 일체형 체외순환기인 ILA Membrane Ventilator의 적용수가 및 치료재료 세부인정기준	인공펌프 없는 일체형 체외순환기인 ILA Membrane Ventilator를 사용하는 경우 인정기준은 다음과 같이 함 - 다 음 - 가. 적응증 기존의 인공호흡기 치료를 최적화하여 사용하여도 호전되지 않는 고이산화탄소혈증을 동반한 중증 급성 호흡부전환자에게 시행시 아래 조건을 모두 충족한 경우에 인정함 (1) 인공호흡기유발 폐손상을 방지하기 위하여 고평부압(plateau pressure)을 35cmH_2O 이하로 유지시키면서 일회호흡량(tidal volume)을 최대한 증가시켜도 고이산화탄소혈증(70mmHg 이상)으로 인한 호흡성산증(pH7.2 미만)이 교정되지 않는 경우 (2) 시술 당시 환자가 혈역학적으로 안정되어 있는 경우 (Cardiac Index가 3.0L/min/m^2 이상 또는 mean BP가 65mmHg 이상) (3) 다만, 이미 진행된 다발성 장기부전으로 회복 가능성이 없는 경우, 불가역적 중추신경장애, 말기암환자 등 동 시술이 의의가 없다고 판단되는 경우에는 인정하지 않음. 나. 수가산정방법

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(1) 시술당일 자190 부분체외순환의 소정점수로 산정함. (산정코드 O1905) (2) 익일 이후 자190 부분체외순환 '주'항에 의한 1일당 소정점수의 50%로 산정함.(산정코드 O1906) (고시 제2013-136호, '13.9.15. 시행)
자191 국소관류	자191 국소관류 수가 산정방법	자191 국소관류 수가산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 개심술, 관상동맥우회로술 등 심장수술 1회당 1회 산정 나. 항암제 국소관류요법은 카테터 삽입부터 제거까지 소정점수를 1회 산정 (고시 제2009-122호, '09.7.1. 시행)
자200 심박기거치술	개심술과 동시에 실시한 체외용 심박기 장치술 및 Pacemaker wire 인정여부	개심술과 동시에 체외용 심박기 조작을 위해 Pacemaker wire 삽입한 경우 체외용 심박기 장치술은 소정 수술료에 포함되어 별도 인정하지 아니하며 동 시술시 Atrium, Ventricle, Skin에 삽입되는 치료재료 Pacemaker wire(unipolar type)는 실사용량을 인정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
	심장재동기화치료 급여기준	1. 심장재동기화치료(CRT, Cardiac Resynchronization Therapy)는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. CRT-P(CRT-Pacemaker) 3개월 이상의 적절한 약물치료에도 불구하고 증상이 지속되는 아래의 심부전 환자 1) 동율동(Sinus Rhythm)의 경우

항 목	제 목	세부인정사항
		가) QRS duration ≥ 130ms인 좌각차단(LBBB)으로 심구혈률(EF) ≤ 35%이고 NYHA class Ⅱ, Ⅲ 또는 거동이 가능한 class Ⅳ에 해당되는 경우 나) QRS duration ≥ 150ms인 비 좌각차단(NON-LBBB)으로 심구혈률(EF) ≤ 35%이고 NYHA class Ⅲ 또는 거동이 가능한 class Ⅳ에 해당되는 경우 2) 영구형 심방세동(Permanent atrial fibrillation)의 경우 가) QRS duration ≥ 130ms으로 심구혈률(EF) ≤ 35%이고 NYHA class Ⅲ 또는 거동이 가능한 class Ⅳ에 해당되는 경우 나) 심구혈률(EF) ≤ 35%인 환자에서 심박수 조절을 위해 방실결절차단술(AV junction ablation)이 필요한 경우 3) 기존의 심박동기(Pacemaker)나 심율동 전환제세동기(ICD)의 기능 향상이 필요한 경우 - 심구혈률(EF) ≤ 35%이고 NYHA class Ⅲ 또는 거동이 가능한 class Ⅳ 환자에서 심조율의 비율이 40% 이상인 경우 4) 심박동기(Pacemaker)의 적응증에 해당하는 경우 - 심구혈률(EF) ≤ 40%인 환자에서 심조율의 비율이 40% 이상으로 예상되는 경우(3개월 이상의 적절한 약물치료가 없는 경우에도 인정 가능함.) 나. CRT-D(CRT-Defibrillator)는 CRT-P와 ICD 기준에 모두 적합한 경우에 인정하되, 위 가1)에 해당되면서 NYHA class Ⅱ인 경우에는 QRS duration ≥ 130ms인 좌각차단(LBBB)이고 심구혈률(EF) ≤ 30%인 경우에 인정함. 다. 위 가., 나.의 적응증 이외 심장재동기화치료가

항 목	제 목	세부인정사항
		반드시 필요한 경우 진료내역 및 담당의사의 소견서 등을 참조하여 사례별로 인정함. 2. 수가 산정방법 - CRT-P(CRT-Pacemaker)를 실시하는 경우에는 자200나(1)(가) 심박기 거치술-체내용-경정맥 체내용 심박기 거치술-심박기 거치술로, CRT-D(CRT-Defibrillator)를 실시한 경우에는 자200-2가(1) 심율동 전환 제세동기 거치술-경정맥 접근-삽입술로 산정함. 3. 위 1. 급여대상 중 필요한 경우 요양급여 인정여부에 대하여 사전승인 신청을 통해 심사할 수 있음. 이 경우 사전승인 절차 및 방법 등에 대하여는 건강보험심사평가원장이 정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	자200 심박기 거치술 급여기준	자200 심박기 거치술은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 1. 굴기능 부전 (Sinus Node Dysfunction) 가. 증상을 동반한 서맥이나 증상을 동반한 동휴지가 각성상태에서 입증된 경우 나. 증상을 동반한 심박수변동 부전(chronotropic incompetence)이 있는 경우 다. 의학적 상태로 인하여 투여가 필요한 약물에 의해 증상을 동반한 서맥이 각성상태에서 입증된 경우 라. 서맥과 관련된 임상적으로 의미 있는 증상은 있지만 증상과 서맥과의 관련성이 검사에서

항 목	제 목	세부인정사항
		입증되지 않았을 때 각성상태에서 심박수가 40회/분 미만인 경우 마. 원인을 알 수 없는 실신 환자에서 임상전기생리학적검사시 유의한 동기능 이상이 발견되거나 유발된 경우 2. 방실차단 (Atrioventricular Block) 가. 3도 또는 2도 2형 방실차단 나. 각성상태에서 증상이 없는 심방세동에서 5초 이상의 무수축 심정지가 증명된 경우 다. 방실차단 부위와 관계없이 서맥으로 인한 증상이 있는 2도 방실차단 라. 심근허혈 소견이 없이 운동 중 발생한 2도 또는 3도 방실차단 마. 긴(long) PR 간격을 보이는 1도 또는 2도 방실차단으로 방실 부조화로 인한 심박동기증후군이나 혈역학적 증상이 있는 경우 바. 무증상의 2도 방실차단에서 임상전기생리학적검사 결과 차단부위가 His속 내부 또는 그 아래인 경우 3. 만성 2섬유속차단(Chronic Bifascicular Block) 가. 만성 2섬유속차단에서 각차단이 교대로 발생하는 경우 나. 만성 2섬유속차단에서 실신, 현기증의 원인이 임상전기생리학적검사를 포함한 진단적 검사로도 심실빈맥과 같은 다른 원인은 배제되고 방실차단에 의한 것으로 판단되는 경우 다. 만성 2섬유속차단에서 증상이 없더라도 임상전기생리학적검사에서 HV간격이 100ms 이상이거나, pacing에 의해 His속 아래 부분의

항 목	제 목	세부인정사항
		방실차단이 유도되는 경우 4. 급성 심근경색과 관련된 방실차단 (AV Block in Acute Phase of Myocardial Infarction) 가. 급성 심근경색 이후 3도 방실차단이 지속되는 경우 나. 급성 심근경색 이후 각차단을 수반한 2도 2형 방실차단이 지속되는 경우 다. 급성 심근경색 이후 2도 2형 방실차단 또는 3도 방실차단이 일시적으로 발생하더라도 각차단이 새로 발생한 경우 5. 목동맥굴 과민증후군(Hypersensitive carotid syndrome) - 목동맥굴 압박을 하는 특정 상황에서 실신이 재발한 병력이 있고 목동맥굴 압박에 의해 3초 이상의 심실 무수축과 함께 실신이 유발된 경우 6. 긴 QT 증후군 (Long QT syndrome) - QT 간격이 연장되었거나 또는 연장되지 않았더라도 심전도상 동휴지-의존성 지속성 심실빈맥이 발생한 경우 7. 소아, 청소년 및 선천성 심질환에서의 서맥성 부정맥 - 일반적인 사항은 성인 적용기준에 준하여 적용토록 함. 가. 연령에 따른 심박수가 부족한 동서맥(age-inappropriate sinus bradycardia)으로 인한 증상이 있는 경우 나. 복잡 선천성 심기형에서 각성시 심박수가 40회/분 미만이거나 심실 휴지기가 3초 이상인 경우

항 목	제 목	세부인정사항
		다. 복잡 선천성 심기형에서 동서맥 또는 이탈 박동으로 인한 방실조화(AV synchrony) 소실에 의한 혈역학적 부전이 있는 경우 라. 선천성 3도 또는 고도 2도 방실차단인 1세 이하의 영아에서 각성시 심박수가 55회/분 미만인 경우 마. 선천성 3도 또는 고도 2도 방실차단이 동반된 선천성 심기형이 있는 1세 이하의 영아에서 각성시 심박수가 70회/분 미만인 경우 바. 무증상의 선천성 3도 방실차단이 있는 1세 이상 소아에서 1) 각성상태시 심실 박동수가 50회/분 미만 2) 심실 휴지기가 평상시 심박동수 주기의 2배 이상으로 발생한 경우 3) 심실기능저하, QTc 연장, 복잡 심실 기외 수축, 넓은 심실 이탈 박동이 보이는 경우 사. 선천성 심질환과 동서맥이 있는 환자에서 심방내 재입성기전 빈맥(intra-atrial reentrant tachycardia)의 재발을 방지하기 위한 경우 아. 선천 심기형으로 수술 받은 환자에서 각차단을 동반한 일시적 완전 방실차단을 보이는 경우 8. 원인 불명 실신 가. 40세 이상의 반복적이고 예상하기 어려운 반사성 무수축성 실신환자(reflex asystolic syncope)에서, 증상을 동반한 유의한 동휴지나 방실차단이 기록된 경우. 다만, 기립경사테이블검사(Tilt Table Test)에서 유발된 경우는 제외함. 나. 실신의 병력이 있는 환자에서 증상과 상관없어도 6초 이상의 심실 휴지기가 발견된 경우

항 목	제 목	세부인정사항
		다. 각 차단이 있으며, 임상전기생리학적검사에서 HV 간격이 70ms 이상 또는 2도 이상의 방실 차단이 증명된 경우 라. 원인이 불분명한 실신이 재발한 병력이 있고 목동맥굴 압박에 의해 6초 이상의 심실 휴지가 유발된 경우 9. 위 1.~8.의 적응증 이외 심박기 거치술이 반드시 필요한 경우 진료내역 및 담당의사의 소견서 등을 참조하여 사례별로 인정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	자200나(1)(가) 심박기 거치술-체내용-경정맥 체내용 심박기 거치술-심박기 거치술 시행 후 전극 삽입 및 교환 등 재수술시 수가 산정방법	자200나(1)(가) 심박기 거치술-체내용-경정맥 체내용 심박기 거치술-심박기 거치술 시행 후, 전극 삽입 및 교환 등 재수술시 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 기존 전극은 제거하지 않고 cap 등으로 막은 후, 새로운 전극을 삽입하는 경우 : 자200나(1)(나) 심박기 거치술-체내용-경정맥 체내용 심박기 거치술-심박기 교환술 소정점수의 100%를 산정함. 나. 기존 전극을 제거하고 새로운 전극을 삽입하는 경우 : 자200나(1)(나) 소정점수의 150%를 산정함. 다. 위 가.를 시행하면서 동시에 자극기(generator)를 교환하는 경우 : 자200나(1)(다) 심박기 거치술-체내용-경정맥 체내용 심박기 거치술 - 삽입된 심박기 기능향상 소정점수를 산정함. 라. 나.를 시행하면서 동시에 자극기(generator)를 교환하는 경우

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		:「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술('나. 기존 전극을 제거하고 새로운 전극을 삽입하는 경우') 100%, 그외 수술 50% [종합병원 (상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자200-2 심율동전환 제세동기 거치술	자200-2 심율동 전환 제세동기 거치술 급여기준	1. 자200-2 심율동 전환 제세동기 거치술(ICD)은 다음과 같은 경우에 요양급여함. - 다 음 - 가. 일시적이거나 가역적인 원인에 의한 것이 아닌 심실세동이나 심실빈맥에 의한 심정지가 발생한 경우 나. 구조적 심질환이 있는 환자에서 자발성 지속성 심실빈맥이 발생한 경우 다. 구조적 심질환이 없는 자발성 지속성 심실빈맥 환자에서 다른 치료 방법으로 조절되지 않는 경우 라. 원인을 알 수 없는 실신 환자에서 임상적으로 연관되고 혈역동학적으로 의미 있는 지속성 심실빈맥이나 심실세동이 임상전기생리학적 검사에 의해 유발되는 경우 마. 급성 심근경색 48시간 이후 1) 가역적인 원인에 의한 것이 아닌 심실세동 또는 혈역동학적으로 불안정한 심실빈맥이 발생한 경우 2) 재발성 지속성 심실빈맥이 발생한 경우 바. 심부전(Heart Failure) 1) 심근경색 발생 후 40일 경과한 허혈성 심부전으로 적절한 약물치료에도 불구하고 아래에

항 목	제 목	세부인정사항
		해당하며 1년 이상 생존이 예상되는 경우 - 아 래 - 가) 심구혈률(EF) ≤ 30% 나) 심구혈률(EF) 31~35%로 NYHA class Ⅱ, Ⅲ의 증상을 보이는 경우 다) 심구혈률(EF) ≤ 40% 환자로 비지속성 심실빈맥이 있으며 임상전기생리학적검사에서 혈역동학적으로 의미있는 심실세동이나 지속성 심실빈맥이 유발되는 경우 2) 비허혈성 심부전으로 3개월 이상의 적절한 약물치료에도 불구하고 NYHA class II, III의 증상을 보이는 심구혈률(EF) ≤ 35%인 환자에서 1년 이상 생존이 예상되는 경우 사. 실신이 있고 Type 1 ECG pattern을 보이는 부루가다 증후군(Brugada syndrome)환자에서 충분한 평가(evaluation)로도 실신의 원인을 알 수 없는 경우 아. 비후성 심근병증 1) 아래의 급성 심장사(Sudden Cardiac Death)의 위험인자가 1개 이상인 경우 - 아 래 - 가) 좌심실 벽두께 30mm 이상(단, 16세 미만 환자는 Z-score≥6을 포함) 나) 비후성심근병증에 의한 급사의 가족력 다) 6개월 내에 한번 이상의 원인미상의 실신 2) 아래의 급성 심장사(Sudden Cardiac Death)의 부가적 위험인자 중 1개 이상을 동반한 비지속성 심실빈맥(Non-sustained Ventricular Tachycardia, NSVT) 또는 비정상적인 운동

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		혈압반응(abnormal blood pressure response with exercise)이 있는 경우 – 아 래 – 가) 30세 미만 나) 자기공명영상에서 지연조영증강 다) 좌심실유출로 폐색 라) 과거의 실신 마) 좌심실류 바) 좌심실구혈율 50% 미만 자. Long QT syndrome 환자에서 충분한 베타차단제 치료에도 불구하고(약물치료를 지속할 수 없는 경우 포함) 실신이 재발하거나 지속성 심실빈맥이 발생한 경우 차. 팔로네징후(TOF) 환자에서 아래의 급성 심장사 위험인자 중 2개 이상에 해당하는 경우 – 아 래 – 1) 좌심실 기능 저하 2) 비지속성 심실빈맥 3) QRS 간격>180ms 4) 임상전기생리학적검사에서 지속성 심실빈맥이 유도되는 경우 카. 카테콜라민성 다형성 심실빈맥(Catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia, CPVT) 환자에서 베타차단제 복용 중에 실신을 하였거나 지속성 심실빈맥을 보이는 경우 타. 심장 사르코이드증(Cardiac sarcoidosis), 거대세포심근염(Giant cell myocarditis), 샤가스병(Chagas disease)이 진단된 환자에서 급성 심장사의 예방목적인 경우

항 목	제 목	세부인정사항
		파. 위 가.~타.의 적응증 이외 심율동 전환 제세동기 거치술(ICD)이 반드시 필요한 경우 진료내역 및 담당의사의 소견서 등을 참조하여 사례별로 요양급여함. 2. 위 1.의 급여기준 중 필요한 경우 요양급여 여부에 대하여 사전승인 신청을 통해 심사할 수 있음. 이 경우 사전승인 절차 및 방법 등에 대하여는 건강보험심사평가원장이 정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	자200-2가 심율동 전환 제세동기 거치술-경정맥 접근 시행 후 전극 삽입 및 교환 등 재수술시 수가 산정방법	자200-2가 심율동 전환 제세동기 거치술-경정맥 접근 시행 후, 전극 삽입 및 교환 등 재수술시 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 기존 전극은 제거하지 않고 cap 등으로 막은 후, 새로운 전극을 삽입하는 경우 : (심방 또는 심실, 심방 및 심실 불문) 자200-2가(2) 심율동 전환 제세동기 거치술-경정맥접근-교환술 소정점수의 100%를 산정함. 나. 기존 전극을 제거하고 새로운 전극을 삽입하는 경우 : (심방 또는 심실, 심방 및 심실 불문) 자200-2가(2) 심율동 전환 제세동기 거치술-경정맥접근-교환술 소정점수의 150%를 산정함. 다. 위 가. 또는 나.를 시행하면서 동시에 자극기(generator)를 교환하는 경우 : 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술(위의 '가.' 또는 '나.') 100%, 그외 수술

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		50% [종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자201-1 인공신장 투석을 위한 동정맥루의 교정술	동정맥루 폐색(AVF Obstruction) 상병 등에 혈전제거술 시행시 수기료 산정방법	AVF(or AV graft) Obstruction에 혈관을 절개하여 다음과 같은 방법으로 혈전제거술 시행시 수기료는 자201-1 인공신장투석을 위한 동정맥루의 교정술로 산정함. - 다 음 - 가. Catheter를 사용하지 않고 절개 후 혈전을 제거한 경우 나. Fogarty Catheter 등을 이용하여 혈전을 제거한 경우 다. 혈전제거술 및 동정맥루 절편(동맥내막제거 포함)을 제거한 경우 라. 혈전제거술 및 풍선혈관(혹은 patch) 성형술을 시행한 경우 마. 혈전제거술과 동정맥루절편(동맥내막제거 포함)의 제거 및 풍선혈관(또는 patch) 성형술을 시행한 경우 (고시 제2009-180호, '09.10.1. 시행)
자205 사지정맥류국소치료 자206 광범위정맥류발거술	자205 사지정맥류 국소치료 및 자206 광범위정맥류발거술의 수가산정방법	하지정맥류 상병에 실시하는 자205 사지정맥류 국소치료 및 자206 광범위정맥류발거술의 수가산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 광범위정맥류 발거술은 국소치료를 포함하는 수가이므로, 동측에 자206 광범위정맥류 발거술과 동시 또는 14일 이내에 잔여정맥류에 대하여 자205 사지정맥류국소치료(가.경화요법 또는 나.국소제거술)을 시행하더라도 자206 광범위정맥류발거술만 인정함. 나. 광범위 정맥류 발거술 또는 사지정맥류 국소치료 후 14일을 초과하여 동측에 사지정맥류국소치료를

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		추가 시행하는 경우 자205 사지정맥류국소치료의 소정점수를 1회에 한하여 추가 산정함. (고시 제2009-96호, '09.6.1. 시행)
자205-1 혈전제거술	자205-1다 혈전제거술- 심장의 수가산정방법	1. 자-205-1다. 혈전제거술-심장은 수술 전 진단 또는 약물치료에 반응하지 않는 경우 등 외과적 방법으로 혈전 제거가 필요하다고 판단되어 시행한 경우 산정함. 2. 여러 부위에서 혈전을 제거한 경우 혈전 발생 위치, 개수를 불문하고 해당 소정점수만 산정함. 3. 자-182-1 좌심실류절제술, 자-188-1 심실 보조장치 치료술, 자-200-1 부정맥수술 등 수술 시 혈전 제거가 해당 행위 일련의 과정으로 시행되는 경우에는 별도 산정하지 아니함. (고시 제2020-269호, '20.12.1. 시행)
자207 혈관결찰술	외상으로 인한 사지말단 부위 혈관(요·척골 또는 경·비골 동맥 이하) 손상의 단단문합술 시행시 수가산정방법	외상으로 인한 사지말단 부위에 있는 혈관(요·척골 또는 경·비골 동맥 이하) 손상으로 동일 절개 하 단단문합술(end-to-end anastomosis)을 시행한 경우에는 자207다 혈관결찰술(기타) 소정점수를 산정하되, 동시에 여러 개의 혈관을 봉합하는 경우에는 첫 번째 혈관은 소정점수의 100%를, 두 번째 혈관부터는 소정점수의 50%씩 산정함. (고시 제2010-115호, '11.1.1. 시행)
자209 비절제술, 자756 췌절제술	자756바 췌절제술-미부절제 시 자209가 비절제술-전절제의 수가산정방법	1. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 산정지침 (5)에 의거 자756바 췌절제술(미부절제)을 하면서 부수적으로 시행한 자209가 비절제술(전절제)은 일련의 과정으로 별도 산정하지 아니함. 2. 다만, 조직검사 결과에서 비장의 병변이 확인되는

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		경우, 만성췌장염이 존재하는 경우, 췌장종양이 비장 문부(Splenic hilum)에서 3cm 이내로 인접한 경우에는 자209가 비절제술(전절제) 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. (고시 제2021-291호, '21.12.1. 시행)
자211 경부림프절 청소술	중앙구역 경부림프절 청소술(Central compartment neck dissection) 수가 산정방법	미국두경부학회(American Head and Neck Society, AHNS)의 경부림프절 구역 분류 중 Level VI 중앙구역에 대해 선택적 경부림프절 청소술을 실시한 경우에는 자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적) 소정점수를 산정함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
자213 림프관종수술	임파낭종수술 수가 산정방법	임파낭종(Lymphocele)에 대한 수술 수기료는 수술 procedure 및 난이도 등을 감안하여 자213 림프관종수술(낭포성 림프관종 포함) 소정점수로 준용하여 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자216 순열수술 자216-3 구순열비교정술 자219 구개열수술	순열수술, 구개열수술, 구순열비교정술 급여여부	1. 소아선천성질환인 구순구개열의 순열 및 구개열 수술은 급여대상이며 언어장애, 저작운동장애, 음식물 등의 연하운동장애 등이 있어 신체의 필수 기능개선을 목적으로 재수술을 시행할 경우에는 계속 급여가 가능함. 2. 순열수술로 인해 안면부에 생긴 반흔, 입술변형, 비변형은 사회적 기능에 영향을 주게 되므로 만6세 이하 환자에게 이를 개선하기 위한 수술은 급여대상으로 하고 이외에는 비급여대상으로 함. 3. 상기 2.에 따른 급여대상에게 반흔 및 입술변형 교정, 구순열비교정술을 동시에 시행하는 경우 주된 수술은 소정점수를 산정하고, 제2의 수술부터는 해당 수술 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		포함)은 70%]를 산정함. 4. 구순열비교정술 후 nasal retainer는 1개 급여인정함. 다만, 사이즈 변경 필요로 인한 교체시 1개를 추가 인정하며, 그 외에는 비급여 대상으로 함. (고시 제2019-45호, '19.3.25. 시행)
자217 설단소증수술	자217 설단소증수술의 급여기준	자217 설단소증수술은 설소대 단축으로 인한 수유곤란, 발음장애, 치아 부정교합 등이 확인되어 수유능력의 향상, 혀 운동성 향상 또는 발음 정확도 개선을 목적으로 실시한 경우 요양급여를 인정함. (고시 제2019-315호, '20.1.1. 시행)
자218 설암수술	COMMANDO & Myocutaneous Flap수술 수기료 산정방법	COMMANDO & Myocutaneous Flap은 자218 설암수술, 자42 하악골절제술, 자130 기관절개술, 자16 피판작성술의 소정금액을 각각 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
자219 구개열수술	연구개열 또는 경구개열 교정수술과 구개인두부전증 교정술을 동시에 실시한 경우 수가 적용방법	연구개열 또는 경구개열수술과 구개인두부전증 교정술을 동시 실시시 자219가 연구개열수술 또는 자219나 경구개열수술과 자219다 구개인두부전증 교정술을 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. 과거에 구개열수술을 받았으나 언어장애 때문에 구개인두부전증 교정술을 2차적으로 시행하였을 경우에는 자219다 구개인두부전증 교정술의 소정점수를 산정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
자219-1 수면중무호흡 증후군수술	조임근인두 확장성형술의 급여기준 및 수가 산정방법	조임근인두확장성형술은 수면무호흡 환자 중 측방향 인두폐색이 확인되어 실시한 경우 요양급여를 인정하며, 수기료는 '자219-1가주. 수면중무호흡증후군수술-구개인두성형술-복잡기준'으로 산정함. (고시 제2020-220호, '20.10.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	고주파 설근부 축소술의 급여기준	고주파 설근부 축소술(Radiofrequency Tongue Base Reduction)은 폐쇄성 수면무호흡증으로 진단된 환자 중 설근부 비대가 확인되어 실시한 경우 최대 연 2회까지 요양급여를 인정함. 이 경우 동 행위에 사용되는 치료재료(「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」의 중분류명 "고주파 설근부 축소술용 전극")는 별도 산정하되 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용하며, 수술당 1개 인정함. (고시 제2022-125호, '22.6.1. 시행)
자220 구강내종양적출술	혀 부위의 용종 제거술 수기료 산정방법	혀 부위의 용종을 CO2 Laser를 이용하여 제거한 경우의 수기료는 자220나 구강내종양적출술(유두종 등을 간단하게 제거하는 경우)의 소정점수로 산정함. (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 $AgNO_3$등으로 소작한 경우에 산정하되, 궤양성, 위막성, 육아종성 변화(granulomatous change) 등이 있는경우에 실시시 인정함. (고시 제2007-92호, '07.11.1. 시행)
자244 진단적개복술	자414 전자궁적출술후 1주일후에 출혈이 심하여 개복하여 출혈 지혈시 수기료 산정방법	자궁 경관부 파열로 자414 전자궁적출술 후 출혈이 심하여 재개복하여 지혈하였을 경우에 수기료는 자244 진단적개복술의 소정금액을 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
자244-3 손상통제개복술	손상통제개복술의 급여기준	손상통제개복술은 중증 복부 장기 손상시 생리적 기능 회복 후 재수술(definitive surgery)을 위해 시행하는 초기 응급 수술로서, 복부절개, 지혈(거즈패킹(gauze packing) 및 간단한 지혈 포함), 복부오염조절(control contamination)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		및 탐색, 임시폐복(temporary closure)을 포함하여 시행한 경우 최초 1회에 한하여 인정함 (고시 제2019-111호, '19.7.1. 시행)
자2 창상봉합술 및 자248 복막세척술	복부 수술 후 창상열개(Wound Dehiscence) 또는 창상내장탈출(Wound Evisceration) 시 시행되는 처치 및 수술 수가 산정방법	복부 수술 후 창상열개(Wound Dehiscence) 또는 창상내장탈출(Wound Evisceration) 시 시행되는 처치 및 수술의 경우 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 복막이 열리지 않은 경우 자2 창상봉합술(Suture of the Wound)로 산정함. 나. 복막이 열린 경우 자248 복막세척술(Peritoneal Lavage)로 산정함. (고시 제2019-315호, '20.1.1. 시행)
자253 위전절제술	확대위전절제술시 수기료 산정방법	확대위전절제술을 시행하면서 췌장 및 비절제술을 동시 실시시 자253 위전절제술과 자756 췌절제술, 자209 비절제술을 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]로 각각 산정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
자261 위루술	경피내시경하 위루술 (PEG)시행후 도관손상 또는 폐쇄로 Replacement Balloon	Replacement Balloon Gastrostomy Tube는 경피내시경하위루술(PEG : Percutaneous Endoscopic Gastrostomy)시행 후 도관손상 또는 폐쇄로 인해 도관을 재삽입할 경우 사용하는 치료재료로써, 동 Tube를 사용한 재삽입술은 이미 형성되어 있는 Tract를 통하여 외부에서 간단히 삽입할 수 있어 시술이 간편하고, 환자고통도 경감시킬 수 있으므로 인정하고 수기료는

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	Gastrostomy Tube를 이용한 재삽입술의 진료수가 산정방법	자261나 경피적위루술의 50%로 산정하되, 기존에 유치되어 있는 Tube제거료는 동 수기료에 포함됨. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
자263-1 비만수술	자263-1 비만수술의 급여기준	비만수술은 다음과 같은 경우에 요양급여로 인정하며, 그 외 실시한 경우에는 비급여함. - 다 음 - 가. 1)~3) 조건을 모두 만족하는 경우 1) 적응증 가) BMI≥35kg/m2이거나, BMI≥30kg/m2이면서 합병증을 동반한 경우 (고혈압, 저환기증, 수면무호흡증, 관절질환, 비알콜성지방간, 위식도역류증, 제2형 당뇨, 고지혈증, 천식, 심근병증, 관상동맥질환, 다낭성난소증후군, 가뇌종양(pseudotumor cerebri)) 나) 기존 내과적 치료 및 생활습관 개선으로도 혈당조절이 되지 않는 27.5kg/m2≤BMI<30kg/m2인 제2형 당뇨환자에게 자263-1가 위소매절제술 및 자263-1나(1)(가) 비절제 루와이형 문합 위우회술을 시행하는 경우 (이 경우 수술료와 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률 80%로 적용함.) 2) '18세 이상이거나 뼈 성장 종료 확인'시 3) 비수술적 치료로도 효과를 얻을 수 없는 비만 나. 비만수술 후 수술합병증 또는 과체중감소로 복원술을 시행하는 경우 다. 비만수술 후 수술합병증으로 교정술을 시행하거나, 18개월 이상 적극적 관리에도 상기 가.1)가)에 해당하여 교정술을 시행하는 경우 (고시 제2019-80호, '19.5.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
자265 소장절제술	급성천공성 복막염으로 소장 또는 공장을 절제시 수기료 산정방법	급성천공성 복막염으로 소장절제시 자265 소장절제술의 소정금액을 산정하며 동 수술시 복막염 배농술은 부수적인 수술로 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
자275 서혜부허니아근본수술	서경고음순 허니아와 음낭수종 동시 수술시 수가 적용방법	1. Communicating hydrocele로 복막강과 교통이 있고 탈장(서경고음순허니아)까지 있어 허니아근본수술과 음낭수종근본수술을 동시 실시시 자275나 서혜부허니아근본수술과 자391 음낭수종근본수술을 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. 2. 복막강과 교통이 있어도 통로가 좁거나 음낭내 초막강내 장액의 양이 적어 초상돌기 절개 후 상단부는 허니아근본수술을 하고 하단부는 개방만 하는 경우는 자275나 서혜부허니아근본수술 소정점수만 산정함. 3. 통로가 아주 좁거나 없으며 음낭수종만 있어 초상돌기 절개 후, 상단부는 단순결찰을 하고 하단부를 개방한 경우에는 자391 음낭수종근본수술 소정점수만 산정함. 4. 단, 상기수술을 양측으로 실시할 경우는 양측으로 산정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
자279 장루조성술	장폐색수술시 장루조성술 별도 인정여부	장관절제를 동반한 장폐색 수술시에 장폐쇄를 교정하기 위한 감압 또는 문합부위의 보호를 위한 장 내용물의 전환을 목적으로 장루술을 실시한 경우에는 주수술부위와 다른 부위에 각각의 피부 절개하에 이루어지는 수술이므로 자279 장루조성술 소정점수를 별도로 인정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	식도재건술과 동시 실시한 유문성형술(Pyloroplasty) 및 급양공장루(Feeding Jejunostomy) 수기료 인정여부	식도적출술과 식도재건술로 인해 발생되는 위정체(Gastric Stasis)를 방지하기 위하여 시행한 유문성형술(Pyloroplasty)는 주된 수술의 일련 과정에 포함되는 수술이므로 별도 인정하지 아니하며, 소장부위에 실시하는 급양공장루(Feeding Jejunostomy)는 주수술과 다른 부위에 각각의 피부절개 하에 별도로 이루어지는 수술이므로 자279가 장루조성술(튜브형-Feeding Jejunostomy 포함) 소정점수의 100%로 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자281 장관유착 박리술	유착성 장폐쇄에 대한 Adhesiolysis 후 장절개를 통한 Decompression 실시시 수기료 산정방법	유착성 장폐쇄에 대한 Adhesiolysis를 하였으나 Distention이 너무 심하여 장절개를 통한 Decompression을 실시한 경우에는 자281 장관유착박리술의 소정금액만 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
자286 충수절제술	부인과적 개복수술 또는 기타 개복수술시 병변없이 실시한 충수절제술 인정여부	부인과적 개복수술 또는 기타 개복수술시 충수절제술을 한 경우에는 충수에 병변이 있는 경우에 한하여 자286 충수절제술 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정하며, Incidental Appendectomy시 충수절제술은 별도 산정하지 아니함. (고시 제2014-126호, '14.8.1. 시행)
	자286 충수절제술과 자285 충수주위농양절개술 동시 실시 시 수가 적용방법	자286 충수절제술과 자285 충수주위농양절개술을 동시에 실시한 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술시에 부수적으로 동시에 실시하는 수술의 경우이므로 주된 수술의 소정금액만 산정함 (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
자292 직장 및	자292나 직장암수술(저위전	직장암수술의 한 방법인 자292나 저위전방절제술(Low Anterior Resection)시 항암화학요법이나 방사

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
에스상 절제술	방절제술)시 Diverting Ileostomy 수기료 별도 인정여부	선치료로 인하여 문합부의 협착이나 누출이 발생할 위험성을 고려하여 일부 환자에게 시행하는 Diverting Ileostomy나 Transverse Loop Colostomy는 주수술 부위와는 다른 부위에 별도로 이루어지는 수술이므로 자279 장루조성술의 해당 소정점수 100%로 인정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자293 직장탈 교정술	Rectal carcinoma, Rectal prolapse, Benign rectal tumor, Liomyoma에 대하여 Electrofulguration을 실시할 경우 수기료 산정방법	Rectal carcinoma, Rectal prolapse, Benign rectal tumor, Leiomyoma에 대하여 Electrofulguration을 실시할 경우 수기료는 자293가(1) 직장탈 교정술(경화요법)으로 인정하고 통상 1-2차에 걸쳐 시술하는 경우가 대부분이므로 2차 이상을 실시하여도 2회이내만 산정함을 원칙으로 하되, rectal cancer에 실시하는 electrofulguration은 3회 이상 시술이 불가피한 경우 사례별로 인정토록 함. (고시 제2008-80호, '08.8.1. 시행)
자301 치핵수술	비관혈적으로 치핵수술 시행시 수가 산정방법	1. 치핵의 비관혈적수술(전기메스소작법, 결찰탈락법, 주사치핵괴사법)은 자301나 치핵수술-응고, 소작 [레이저 포함], 경화요법 및 고무밴드 결찰술의 소정점수를 산정함. 2. 치핵 수술 시 표면, 침윤 및 간단한 전달마취를 실시한 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제6장 마취료 [산정지침] (7)에 의거 마취료는 별도 산정할 수 없음. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	적외선응고법, 직류전기치료법으로 실시한 치핵수술의 수가 산정방법	1. 적외선응고법(Infrared Coagulation, IRC), 직류전기치료법(Direct Current Therapy)으로 실시한 치핵수술의 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 -

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		가. 수가 산정방법: 자301나 치핵수술(응고, 소작[레이저포함], 경화요법 및 고무밴드결찰술)의 소정점수로 산정 (직류전기치료는 기기의 종류에 불문, 예: Ultroid, WD-Ⅱ, Electronic Hemorrhoid Curing Machine 등) 나. 인정횟수: 치핵이 여러 군데에 있어 날짜를 달리하여 나누어 실시한 경우에도 최대 2회 산정 2. 상기 1.의 나. 인정횟수를 초과하여 시행한 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함. (고시 제2018-3호, '18.4.1. 시행)
	치핵수술시 수가 산정방법	자301 치핵수술 수기료는 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 자301다 혈전성치핵(내치핵) 절제술 : 모든 치핵을 절제하는 것이 아닌 혈전이 생긴 치핵만을 절제하는 경우 산정 나. 자301라 치핵근치술 : 3도 혹은 4도 치핵, 또는 출혈로 빈혈을 초래하는 치핵 등에서 근치적으로 치핵을 제거하는 시술로 3개의 주치핵을 중심으로 발달된 치핵을 함께 절제하는 경우 산정 다만, 치핵의 pile이 huge 또는 conglutination 되어 있어 multiple piles 절제술에 따른 anal stenosis 등 합병증을 야기 시킬 수 있음을 감안하여 two piles 제거와 내괄약근절개술을 병행 시술하는 경우도 근치술의 범주에 포함하여 산정함. 다. 치핵근치수술과 내항문 괄약근 측방절개술을 동시에 실시하더라도 자301라 치핵근치수술만 산정함. (고시 제2007-77호, '07.8.30. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	자297 치루수술, 자301 치핵수술 동시 실시 시 수가 산정방법	자297 치루수술과 자301 치핵수술을 동시 실시 시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	치핵수술 후 재수술시 인정기준	치핵수술 후 재수술은 다음과 같이 인정함. - 다 음 - 가. 1차 치핵수술 6-8주 이후 재발로 인하여 치핵수술을 시행하는 경우. 나. 치핵의 pile이 huge 또는 conglutination(유착)되어 있어 stage OP를 시행하는 경우 (고시 제2015-99호, '15.6.15. 시행)
자315 요관방광문합술	요관방광문합술의 수기료 산정방법	요관역류로 인하여 양측에 요관방광문합술 시행시 자315 요관방광문합술 소정점수의 150%로 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자321-2 관혈적 요관절석술	여러부위에 있는 요관결석 제거시 수가 산정방법	여러부위에 있는 요관결석 제거시 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 동측 상·하부 요관결석을 동시에 제거한 경우 : 자321-2다 관혈적요관절석술(하부)의 소정점수 100%와 자321-2가 관혈적요관절석술(상부) 소정점수의 50% [종합병원(상급종합병원 포함)은 70%] 산정 나. 동측 중·하부 요관결석을 동시에 제거한 경우 : 동일 Incision하에 제거 가능하므로 자321-2다 관혈적요관절석술(하부) 소정점수만 산정 (고시 제2014-126호, '14.8.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
자323-1 요관장피부 문합술[양측]	방광암에 실시한 Bricker's op의 수가 적용방법	방광암에 실시하는 Bricker's op는 자323-1 요관장피부문합술과 자348 방광전적출술을 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
자337 신절개술 [절석 포함]	신결석, 신우결석 제거술시 수가 산정방법	신 및 신우의 결석을 동시에 제거하는 경우에는 자337 신절개술[절석포함]의 소정점수만 산정함. (고시 제2007-92호, '07.11.1. 시행)
자349 요도 및 방광세척	경피신루설치술 (P.C.N)후 세척 수기료 산정방법	경피신루설치술(Percutaneous Nephrostomy) 후 세척 수기료는 자349 요도 및 방광세척으로 산정함. (고시 제2004-36호, '04.7.1. 시행)
자350 체외충격 파쇄석술	체외충격파쇄석술 (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy, ESWL) 수기료 산정방법	1. 동측 신장과 뇨관에 결석이 각각 있는 경우의 체외충격파쇄석술 진료수가 산정방법은 하부(뇨관)에 대한 쇄석술을 먼저 시행하여 배출구를 만들어 준 후 상부(신장)에 대한 쇄석술을 시행함이 원칙이므로, 신장과 뇨관은 별개의 시술행위로 보아 같은 날에 쇄석술을 실시하더라도 각각의 소정금액을 산정함. 2. 장경 2.5cm이상 결석과 다발성 결석이 산재되어 있어 큰 결석부터 체외충격파쇄석술을 여러번 시술하는 경우, 쇄석술의 재실시 여부는 결석의 크기, 성분, 갯수 등에 의해 복합적으로 결정되는 것이므로 결석의 크기가 2.5cm이상이거나 다발성 결석으로 합친 장경의 크기가 2.5cm이상이더라도 자350 '주1'에 의한 소정금액만을 산정함. 3. 체외충격파쇄석술을 시행한 후 결석이 배출되지 않아 내시경하수술 또는 관혈적수술을 시행한 경우에 수가 산정방법은 다음과 같이 함

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		- 다 음- 가. 체외충격파쇄석술을 3회 이내로 실시한 경우에는 내시경하수술 또는 관혈적수술의 소정점수와 체외충격파쇄석술 1회부터 3회까지의 해당 소정점수로 산정함. 나. 다만, 체외충격파쇄석술을 3회 초과하여 실시한 경우 4회부터의 체외충격파쇄석술은 산정하지 아니하고, 체외충격파쇄석술에 소요된 Electrode 재료와 내시경하수술 또는 관혈적수술의 소정점수만을 산정함. (고시 제2019-255호, '20.1.1. 시행)
	방광경을 삽입하여 결석을 밀어올린 후 자350 체외충격파쇄석술 시행시 수가 산정방법	자350 체외충격파쇄석술(Extracoporeal Shock Wave Litho-tripsy, ESWL)시 결석이 깨기 힘든 위치에 있어 방광경을 삽입하여 결석을 밀어올린 후 ESWL을 실시할 경우 방광경삽입술과 ESWL수기료는 각각 산정하며, 동 시술시 부서진 결석으로 인한 요관 폐쇄의 가능성을 고려하여 사용된 Double pigtail stent는 별도로 인정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
	자350 체외충격파쇄석술 (Extracoporeal Shock Wave Lithotripsy)의 급여기준	체외충격파쇄석술(Extracoporeal Shock Wave Lithotripsy)은「건강보험 행위 급여· 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제9장 체외충격파쇄석술(자350)의 산정기준에 따라, "신·요관·방광 결석 또는 담석·췌석"의 경우에 산정가능하며, 하부요관 결석과 방광 결석의 경우에는 다음과 같이 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상(적응증) 및 세부기준 1) 하부요관 결석 ○ 4mm 미만의 결석이 있는 경우에는 무증상이

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		거나 통증이 있더라도 1회의 진통제 투여로 통증이 완화되는 경우는 일정기간(1주) 대기요법 또는 보존적 치료 실시를 원칙으로 함. 다만, 아래의 경우에는 1차로 체외충격파쇄석술을 실시할 수 있음 - 아 래 - 가) 신장이 한 개인 경우 나) 양측성 결석 다) 반대편 신장의 기능이 정상이 아닌 경우 라) 요독증 (azotemia)이 있는 경우 마) 반복적으로 진통제를 투여해도 통증 조절이 안되는 경우 바) 기타 임상적으로 신속한 시술이 필요한 경우 (의사 소견서 제출) 2) 방광 결석 ○ 중증의 전신질환 등으로 마취가 불가능하여 다른 수술(자351 경요도적방광내수술, 자346 방광절개술 등)을 시행할 없는 경우에 인정함 나. 급여제외 대상(금기증) 1) 출혈경향이 있는 경우 2) 신동맥류가 있는 경우 3) 임신을 한 경우 등 다. 체외충격파쇄석술(ESWL) 시술여부 판단을 위한 사전검사 ○ 체외충격파쇄석술(ESWL)은 초음파촬영, 정맥신우조영술(IVP), 조영제를 사용하지 않는 CT (precontrast CT) 등으로 결석을 확인한 후 실시하는 경우에 인정함 (고시 제2015-185호, '15.11.1. 시행)
	자350 체외충격파쇄석술 (Extracorporeal	자350 체외충격파쇄석술(Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy, ESWL)의 재시술은 이전 쇄석 후 5일 이상 대기요법 또는 보존적 치료를 실시하였음에도

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	Shock Wave Lithotripsy, ESWL)을 2회 이상 실시 시 급여기준	불구하고 잔석이 남은 경우 시행하는 것을 원칙으로 함. 다만, 이전 쇄석 후 결석의 위치가 변하고 심한 통증이 반복되는 경우 일자를 달리하여 실시 시 요양급여를 인정함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
자351 경요도적 방광내수술	경요도적방광내 수술의 급여기준	자351 경요도적방광내수술의 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 결석 크기가 2㎝ 이상이거나 개수가 2개 이상의 다발성인 경우 복잡으로 산정함. 나. 종양 1) 적응증 가) 단순 : 크기가 2㎝ 미만이면서 1개의 단일 종양 나) 복잡 : ⑴크기가 2㎝ 이상이고 5㎝ 미만이거나, ⑵개수가 2~3개이거나, 또는 ⑶단일 종양이라도 방광의 첨부 또는 전벽부에 위치하는 종양 다) 고도복잡 : ⑴크기가 5㎝ 이상이거나, ⑵개수가 4개 이상인 다발성 종양 2) 산정방법 방광경검사 판독지 또는 수술기록지에 종양의 크기, 위치, 모양, 다발성 여부가 모두 기재된 관련 자료를 제출한 경우에 인정함 (고시 제2017-118호, '17.7.1. 시행)
자356 요실금수술	인조테이프를 이용한 요실금수술 인정기준	1. 인조테이프를 이용한 요실금수술은 나656가 요역동학검사(단순 또는 복잡)로 복압성 요실금 또는 복압성 요실금이 주된 혼합성 요실금이 확인되어 수술적 치료가 필요한 경우에 인정함. 다만, 진료담당의사의 나656가 요역동학검사(단순 또는 복잡) 판독소견서는 다음 항목을 포함하여 작성하고, 요양급여비용 청구시 판독소견서와 관련 검사결과지를 첨부하여 제출토록 함

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		- 다 음 - 가. 총 방광용적(Maximal Cystometric Capacity) 나. 감각(Sensation)의 증감 혹은 정상 여부 다. 유순도(Compliance)의 증감 혹은 정상 여부 라. 비억제성배뇨근수축(Uninhibited Detrusor Contraction)의 유무 - 복압(Pabd), 배뇨근압(Pdet) 포함 마. 요류검사시(Uroflometry) 최고요속 및 배뇨량, 배뇨후 잔뇨량 바. 요누출압(Valsalva Leak Point Pressure, VLPP 또는 Coughing Leak Point Pressure, CLPP) 측정시 (1) 충전 방광용적 (Bladder filling Volume) (2) 요누출 (Urine Leakage) 유무 (3) 방광내압(Pves) 사. 최대요도폐쇄압(Maximal Urethral Pressure) 2. 동 인정기준 이외에는 비용효과성이 떨어지고 치료보다 예방적 목적이 크다고 간주하여 제반 진료비용(입원료, 마취료 및 치료재료 비용 등) 은 요양급여하지 아니함(비급여). (고시 제2017-118호, '17.7.1. 시행)
	인조테이프를 이용한 요실금수술 후 합병증 등으로 재수술 시 수가산정방법	인조테이프를 이용한 요실금 수술 후 염증, 테이프 노출, 통증 및 배뇨장애 등의 합병증으로 재수술하는 경우 수가산정 방법은 수술의 난이도 등을 감안하여 다음과 같이 적용함. - 다 음 - 가. 수술 후 테이프의 길이 조절만 시행하는 경우 : 자2나(1)(나)3) 창상봉합술-안면과 경부 이외-단순봉합-근육에 달하는 것-길이 5.0cm 이상~10.0cm 미만으로 산정함. 나. 수술 후 15일 이내에 절단 혹은 제거시

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		: 자3가 피부 및 피하조직, 근육내 이물제거술[봉침, 파편 등]-근막절개하 이물제거술로 산정함. 다. 수술 후 15일 초과 후 절단 혹은 제거시 : 자356가(2) 요실금 수술-질강을 통한 수술-기타의 경우 소정점수의 50%로 산정함. (고시 제2022-128호, '22.6.1. 시행)
자357-1 방광루 카테타교환	Cystostomy Foley Change and Irrigation 시 수기료 및 산정횟수	Cystostomy 상태에서 Cystostomy Foley Change and Irrigation시 수기료는 자349 요도 및 방광세척 + 자357-1 방광루카테타교환으로 산정하며, 요로감염을 최소화 하기위해 2주에 1회 정도 산정하되, catheter의 기능이상, 폐색, 요로 감염 등이 있는 경우에는 추가 산정함(이때 사용한 카테타, 소변배액용기는 별도 산정 가능함). (고시 제2005-44호, '05.7.1. 시행)
자365 요도약액주입	자365 요도약액 주입의 급여기준	1. 자365 요도약액주입은 주 2회 이내로 요양급여를 인정함. 2. 상기 1.의 인정횟수를 초과하여 시행한 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함. (고시 제2018-3호, '18.4.1. 시행)
자377 카룬클절제술	요도경하 냉동응고술 수기료 산정방법	요도카룬클(Urethral Caruncle) 상병에 요도경하 냉동응고술(Cryosurgery) 시행시 자377 카룬클절제술 소정점수로 준용 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자381 음경성형술	Nesbit OP(Repair of Congenital Penile Ventral Curvature) 수가 산정방법	선천성 음경 만곡(Congenital Penile Curvature)은 외관상 뿐만 아니라 기능상 문제도 동반되는 일상 생활에 지장이 있는 질환으로 Nesbit op(repair of congenital penile ventral curvature) 시행 시에는 자381 음경성형술의 소정점수로 준용하여 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	잠복 음경(Concealed Penis) 수술 수기료 산정방법	잠복 음경(Concealed Penis)은 외관상 뿐만 아니라 기능상 문제도 동반되는 질환으로 교정 수술료는 자381 음경성형술로 준용하여 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
	요도하열성형술 또는 음경성형술과 동시에 포경수술 실시 시 수가 산정방법	자369 요도하열성형술 또는 자381 음경성형술과 동시에 자382 포경수술 [질병을 동반하는 것에 한함]을 실시하더라도 주된 수술인 자369 요도하열성형술 또는 자381 음경성형술 소정점수만 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자388 고환고정술	고환고정술(양측) 수기료 산정방법	편측 고환염전(Testicular Torsion)에 양측으로 고환고정술 시행시 자388 고환고정술 소정점수의 100%를 가산하여 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자393-1 경요도적 정구절제술	혈정액증 (Hemospermia) 상병에 실시한 정낭의 내시경적 천공술의 수기료 산정방법	정낭의 내시경적 천공술(Endoscopic Fenestration of Seminal Vesicle)은 요관신경검사(Ureterorenoscopy)를 이용하여 정낭을 관찰하고 window를 내는 시술로서 혈정을 동반한 정낭확장증의 진단 및 치료에 유용하므로 수기료는 자393-1 경요도적 정구절제술 소정점수로 산정함 (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
자398 전립선 마사지	자398 전립선마사지의 급여기준	1. 만성화된 전립선염에 실시하는 자398 전립선마사지는 주 2회 이내로 요양급여를 인정함. 2. 상기 1.의 인정횟수를 초과하여 시행한 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함. (고시 제2018-3호, '18.4.1. 시행)
자410-2 질강처치료	질강처치료 인정기준	1. 질강처치료는 외음과 질의 칸디다증, 비뇨생식기의 편모충증, 자궁경부의 염증성 질환, 자궁경부의 미란 및 외반 상병에 실시한 경우에 치료기간 중

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		1회 인정함. 2. 상기 1.의 인정횟수를 초과하여 시행한 경우에는 추가 2회까지 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률 80%로 적용함. (고시 제2021-21호, '21.2.1. 시행)
자412 자궁근종 절제술	자궁근종절제술 수가 산정방법	자궁내 근종절제술(myomectomy)을 질부접근으로 2군데 이상 실시한 경우에도 자412나 자궁근종절제술(질부접근) 소정점수만 산정함. (고시 제2007-92호, '07.11.1. 시행)
자412-1 자궁경하 자궁근종절 제술	자412-1가.주, 자412-1나.주 자궁경하 자궁근종 절제술 시 전동식세절기를 이용한 경우의 급여기준	자412-1가.주, 자412-1나.주 자궁경하 자궁근종 절제술 시 전동식세절기를 이용한 경우에 요양급여함. 단, 악성종양이 의심되는 경우는 인정하지 아니함. (고시 제2023-121호, '23.7.1. 시행)
자412-2 자궁선근증 감축술 [복부접근]	자412-2 자궁선근증감축술[복부접근] 산정기준 및 산정방법	1. 임신력 보존을 원하는 환자를 대상으로 자궁선근증 절제 및 감축을 위해 시행하는 자궁선근증감축술[복부접근]은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 약물치료(GnRH agonist 또는 미레나 삽입 등)에도 불구하고 증상이 호전되지 않은 경우 나. 난임치료에도 불구하고 임신이 되지 않은 경우 2. 다만, 자궁선근증감축술[복부접근]과 자궁근종 절제를 동시에 실시하는 경우, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료[산정지침](5)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		단서 규정에 의거 주된 수술의 소정점수만 산정함. (고시 제2021-58호, '21.3.1. 시행)
자413 자궁질상부 적출술	자궁경부절제술 (transvaginal trachelectomy) 수기료 산정방법	자궁경부절제술(trachelectomy)은 시술방법(복강경, 질부접근 등) 불문하고 자413 자궁질상부절단술(subtotal hysterectomy) 소정점수에 준용하여 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자414 전자궁적출술	자414 전자궁적출술과 난소 또는 난관 종양적출술 동시 시술시 별도 인정여부	난소 또는 난관에 종양이 있어 전자궁적출술과 동시에 이를 적출하였을 경우에 자414 전자궁적출술과 자442가 부속기종양적출술을 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
자424-1 자궁경하 자 궁내막폴립 절제술	자궁경하 자궁내막폴립절제술 시 전동식세절기를 이용한 경우의 급여기준	자424-1주 자궁경하 자궁내막폴립절제술 시 전동식 세절기를 이용한 경우의 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 적응증 : 수술 전 검사(초음파, CT, 자궁경 검사 등)에서 병변의 크기가 2cm 이상으로 확인된 경우 나. 금기증 : 악성종양이 의심되는 경우 (고시 제2021-229호, '21.9.1. 시행)
자427-1 자궁내장치 제거술	자궁내장치 (IUD) 교체 시 수가 산정방법	자궁내장치를 교체하기 위하여 기 유치된 자궁내장치를 제거하고 새 기구를 재삽입하는 경우 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 요양급여로 자궁내장치삽입술을 시술 받은 경우

항 목	제 목	세부인정사항
		자427 자궁내장치삽입술 100%와 자427-1 자궁내장치제거료 50%를 산정함 나. 본인이 원하여 자궁내장치삽입술을 시술 받은 경우 관련 진찰료 및 시술료 등은 비급여 대상임 (고시 제2023-102호, '23.6.1. 시행)
	자427-1 자궁내장치제거료 급여기준	자궁내장치 제거 시, 다음의 경우에 요양급여를 인정하며 이에 해당하지 않는 경우에는 비급여함. - 다 음 - 가. 지속적인 자궁·질 출혈, 과다월경 나. 골반통, 복통, 월경통 다. 골반염, 자궁·질염 라. 자궁천공 마. 암: 자궁체부, 자궁경부, 유방암 바. 임신 사. 임신을 목적으로 제거하는 경우 아. 상기 가.~사. 이외 의학적으로 필요하여 제거한 사유를 제시한 경우 (고시 제2023-102호, '23.6.1. 시행)
자428-2 자궁목 폐서리 삽입술	자428-2 자궁목 폐서리 삽입술 인정기준	1. 자428-2 자궁목 폐서리 삽입술은 임신 20주 이상 34주 미만의 단태아 임부 대상으로 조산을 방지하기 위해 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에 시행 시 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 조산과거력이 있는 경우 나. 자궁경부길이가 2.0cm 이하인 경우 2. 자428 자궁경관봉축술 또는 프로게스테론 요법과 동시에 시행할 수 없음. (고시 제2020-150호, '20.8.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
자435 분만	`갑'요양기관에서 흡인만출술에 실패하여 `을'요양기관에서 분만 시 수가 산정방법	`갑' 요양기관이 흡인만출술에 실패하여 `을' 요양기관에서 흡인만출술로 분만을 하였다면 당연히 `을' 요양기관만 자435다 분만-겸자 또는 흡입분만의 소정점수를 산정할 수 있으며, `갑' 요양기관은 흡인만출술 이전의 진료행위의 소정점수만을 산정할 수 있음. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	삼투성 확장기 또는 더블 벌룬 카테터를 이용한 유도분만 [촉진분만 포함]의 급여기준	1. 유도분만 시 약제 부작용의 우려가 있는 임산부 대상으로 자궁경부 확장을 위해 삼투성 확장기 또는 더블 벌룬 카테터를 삽입하는 행위로 다음의 어느 하나에 해당하는 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 유도분만-초산의 경우 나. 이전 유도분만 과정 중 관련 약물(디노프로스톤, 프로스타글란딘 E2 등)로 인한 문제가 발생했던 경우 2. 행위료 및 치료재료 산정방법 가. 행위료: 분만의 일련의 과정으로 자435나 분만-유도분만 [촉진분만 포함]의 소정점수 산정 나. 치료재료: 실사용량으로 산정함. 다만, 치료재료 간의 중복 사용은 불가함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자440-1 난관채부 성형술	미세현미경(Micro Surgery Method)하에 실시한 난관채부성형술, 난관난관문합술, 자궁난관이식술 등 수기료 산정방법	자440-1 난관채부성형술, 자441 난관난관문합술, 자441-1 자궁난관이식술 등을 미세현미경수술(Micro Surgery Method)로 시행할 경우 기법 및 소요시간이 다르더라도 각 분류항목의 소정금액만 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
자442 부속기 종양적출술	위험감소 난소난관적출술 급여여부	BRCA 유전자 돌연변이 검사결과 양성인 경우에 난소암 발생위험을 고려하여 시행하는 위험감소 난소난관적출술은 요양급여로 인정하며, “자442 가. 부속기종양적출술[양측](양성)”의 소정점수를 산정함. (고시 제2012-153호, ’12.12.1. 시행)
자445 인공임신 중절수술	본인의 원에 의해 입원하여 실시한 월경조절술 급여여부	월경조절술(MR) 실시 시 입원할 상태가 아님에도 본인이 입원하여 시술받기를 희망한 경우에는 자445가‘주’의 월경조절술(MR) 소정점수는 급여하고 그 외의 요양급여비용은 환자가 전액 본인 부담함. (고시 제2023-56호, ’23.3.29. 시행)
	사산 시 수가 산정방법	태아를 사산한 경우 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 임신 24주 이내: 자445 인공임신중절수술로 준용하여 산정함. 나. 임신 24주 초과: 자435 분만, 자437 분만전처치, 자437-1 분만후처치의 소정점수를 산정함. 다. 태아축소술을 실시한 경우에는 자446 태아축소술의 소정점수만을 산정함. (고시 제2023-56호, ’23.3.29. 시행)
	인공임신중절수술 (쌍태아) 수가 산정방법	16주 이상인 쌍태아의 인공임신중절수술은 자445라 또는 마 인공임신중절수술 소정점수의 50%를 가산하여 산정함. (고시 제2007-46호, ’07.6.1. 시행)
자448 포상기태 제거술	포상기태제거술 이후 심한 출혈 등으로 재수술시 수가 산정방법	자448 포상기태제거술 이후 심한 출혈 등으로 재수술한 경우에 수기료는 재수술 일자에 관계없이 자452 자궁소파수술의 소정점수로 산정함. (고시 제2007-46호, ’07.6.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
자451 제왕절개 만출술	쌍각자궁에 제왕절개만출술과 Hysterectomy 동시 실시시 수가 산정방법	쌍각자궁(Bicornate Uterus)으로 제왕절개만출술을 시행하면서 Small Uterus를 Hysterectomy한 경우 수기료는 자451 제왕절개만출술과 자417 기형자궁 성형술을 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
자452 자궁소파수술	인공임신중절수술 후 다른 요양기관에서 자궁소파수술 시행시 수가 산정방법	'갑' 요양기관에서 인공임신중절수술을 하였으나 자궁내 부속물의 제거를 완전히 하지 못하여 '을' 요양기관에서 자궁소파수술을 한 경우에 '갑'과 '을' 요양기관의 수술료는 각각 산정함. (고시 제2017-263호, '18.1.1. 시행)
	자궁내유착증 치료시 수가 산정방법	자궁내유착증의 치료를 위해 자궁소파수술을 하고 유착증의 재발을 방지하기 위해 자궁내장치를 삽입한 후 일정기간동안 관찰 후 자궁내 장치를 제거하는 경우의 수가는 자452 자궁소파수술과 자427 자궁내장치삽입술을 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그 외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자453 자궁외임신 수술	자궁외임신 상병으로 파열된 곳은 자궁외 임신수술을 하고 파열되지 아니한 쪽 (대칭기관)에	자궁외임신으로 인하여 난소 및 난관파열시 파열된 곳은 자궁외 임신수술을 하고 파열되지 아니한 쪽(대칭기관)에 대하여 난관결찰술을 시행한 경우에는 자453 자궁외 임신수술과 자434 난관결찰술을 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된

항 목	제 목	세부인정사항
	난관결찰술 시행시 수기료 산정방법	수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
자640 정자채취 및 처리	자640가 '주2' 정자채취 및 처리-정액-감염환자 정자처리, 역행성사정 정자처리, 정자운동성 촉진 처리를 시행하는 경우 급여기준	정자채취 및 처리시 감염환자에게 실시한 경우나 역행성사정을 통해 얻어진 경우, 정자운동성 촉진 처리가 필요한 경우로 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. B형, C형 간염보균자나 HIV 보균자의 정자를 처리하는 경우 나. 농정액(pyospermia) 정자를 처리 하는 경우 다. 역행성사정 환자의 소변에서 정자를 확보하여 처리하는 경우 라. 정자운동성이 저하(전진성 운동 정자의 비율이 10% 이하이거나 운동성 있는 정자 비율이 20%이하)되어 운동 촉진 처리를 하는 경우 마. 전기자극을 이용하여 채취한 정자를 처리하는 경우 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	자640나(1) 정자채취 및 처리-고환조직[양측]-고환조직정자흡인의 급여기준	고환조직에서 정자를 채취하기 위해 가는 바늘로 고환을 찔러 세정관내에 존재하는 정자를 찾는 고환조직정자흡인은 수술적 교정이 불가능한 폐쇄성무정자증으로 확인된 자 중 의학적으로 고환조직정자 추출 시행이 불가능한 경우(이전의 고환의 염증성 질환 및 반복적인 수술로 인하여 유착이 심한 경우, 고환암이 의심되는 경우)에 요양급여를 인정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	자640나(2) 정자채취 및 처리-고환조직	정액에서 체외수정에 사용할만한 정자가 없는 경우에 고환조직을 일부 절제하여 정자를 얻는 고환조직 정자추출은 다음의 경우에 요양급여를 인정함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	[양측]- 고환조직정자추출의 급여기준	- 다 음 - 가. 수술적 교정이 불가능한 폐쇄성무정자증 나. 폐쇄성무정자증 환자에서 정관정관문합술(vasovasostomy)이나 정관부고환문합술(vasoepididymostomy) 수술에 실패한 경우 다. 사정장애가 있는 환자 중에서 약물치료로 교정이 되지 않는 경우 라. 발기기능장애로 기존의 치료로 교정이 되지 않는 경우 마. 체외수정 당일 사정된 정액에서 정상모양의 정자가 하나도 없거나 모든 정자가 비활동성인 경우 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	자640나(3) 정자채취 및 처리-고환조직 [양측]- 미세수술적 부고환정자흡인술의 급여기준	부고환에서 정자를 채취하는 미세수술적 부고환정자흡인술은 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 고환의 백막에 접근이 불가능하여 고환조직 채취가 불가능한 경우 나. 고환의 악성종양이 의심되는 경우 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	자640나(4) 정자채취 및 처리-고환조직 [양측]- 현미경하 미세수술적다중고환조직정자추출의 급여기준	현미경하 미세수술적다중 고환조직정자추출은 비폐쇄성무정자증으로 진단된 경우에만 요양급여를 인정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
자641 난자채취 및 처리	자641 '주' 난자채취 및 처리 [양측] [초음파유도료 포함] -난자 활성화를 시행한 경우 급여기준	수정을 돕기 위한 난자 활성화는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 성숙난자 채취를 시도했으나 모든 난자가 미성숙난자로 채취된 경우 나. 채취된 성숙난자 중 70% 이상 수정되지 않는 경우 다. 정자운동성이 없는 경우(전진성 운동 정자의 비율이 10%이하이거나 운동성 있는 정자 비율이 20%이하) 라. 이전 체외수정 시술에서 모든 난자의 수정 실패 혹은 수정률 저하(40% 미만)를 보였던 경우 마. 이전 체외수정 시술에서 세포질내 정자주입술로 수정이 이루어졌으나 배아발달이 비정상적으로 느리거나 배아질이 많이 떨어지는 경우 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	공난포 채취시 요양급여비용 산정방법	난자채취를 시행했으나 공난포(난자가 채취되지 않은 경우)만 채취된 경우에는 요양급여(자641 난자채취 및 처리)로 산정하되 급여인정 횟수에는 포함하지 않음 (고시 제2019-111호, '19.7.1. 시행)
자642 수정 및 확인	자642나 수정 및 확인-세포질내 정자주입술의 급여기준	수정률을 높이기 위해 난자의 세포질내에 정자를 직접 주입하여 수정을 유도하는 세포질내 정자주입술은 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 희소정자증, 무력정자증, 기형정자증, 희소무력정자, 희소무운동성기형정자증 등과 같은 심각한 남성인자로 인한 난임인 경우 나. 항 정자 항체가 존재하는 경우 다. 척수손상 환자, 사정장애가 있는 환자, 역방향 사정 환자의 경우

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		라. 폐쇄성무정자증인 경우 마. 성숙정지에 기인한 고환부전, 부분 생식세포 무형성증의 경우 바. 동결보존된 정자나 난자를 이용하는 경우 사. 유전질환에 대한 착상 전 유전진단이 필요한 경우 아. 중증의 자궁내막증, 난소기능저하가 있는 경우 자. 미성숙 난자를 수정시키는 경우 차. 이번 일반 체외수정 실시 후 수정 실패한 경우 카. 이전 일반 체외수정 실시 후 수정 실패하였거나 배발생률이 낮았던 경우 타. 이전 체외수정 시술 후 2회 이상의 반복 임신 실패력이 있는 경우 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	자642나 '주1' 수정 및 확인 -세포질내 정자주입술-고배율 현미경 등을 이용한 정자 선별이나 편광 현미경을 이용한 정자주입 위치를 선별하는 경우의 급여기준	수정률을 높이기 위해 고배율 현미경(IMSI) 등을 이용한 정자 선별이나 편광 현미경을 이용한 정자주입 위치 선별을 통한 세포질내 정자주입술은 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 이전 체외수정 시술 후 자연 유산 2회 이상 경험한 경우 나. 이전 체외수정 시술에서 세포질내 정자주입술을 시행했으나 반복 임신 실패나 2회 이상의 화학적 임신을 경험한 경우 다. 이전 체외수정 시술에서 세포질내 정자주입술로도 40% 이하의 낮은 수정률을 보인 경우 라. 이전 체외수정 시술에서 포배기 배발달률이 낮은 경우 마. 이전 체외수정 시술에서 모든 난자의 수정 실패가 있었던 경우 바. 심한 기형정자증이 있는 경우(정상정자의

항 목	제 목	세부인정사항
		비율 1% 이하) 사. 수술적으로 채취 후 동결한 정자를 해동하여 세포질내 정자주입술을 시행하는 경우 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	자642나 '주2' 수정 및 확인 -세포질내 정자주입술-히알루론산 결합 정자선별을 시행하는 경우의 급여기준	정자 선별시 형태와 운동성 외에 히알루론산이 코팅된 장치 혹은 용액을 사용하여 성숙한 정자를 선별하여 수정을 시도하는 히알루론산 결합 정자 선별은 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 이전 체외수정 시술 후 자연 유산을 2회 이상 경험한 경우 나. 이전 체외수정 시술에서 세포질내 정자주입술을 시행했으나 반복 임신 실패나 2회 이상의 화학적 임신을 경험한 경우 다. 이전 체외수정 시술에서 세포질내 정자 주입술로도 40% 이하의 낮은 수정률을 보인 경우 라. 이전 세포질내 정자주입술시 포배기 배발달률이 낮거나 지연 발육되었던 경우 마. 정상적인 형태의 정자가 1% 미만이거나 운동성이 심하게 감소(전진성 운동 정자의 비율이 10%이하이거나 운동성 있는 정자 비율이 20%이하)되어 있는 경우 바. 정자성숙도가 떨어지는 경우 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자644 배아 배양 및 관찰	자644 '주' 배아 배양 및 관찰-배아 활성화 시술 시 급여기준	자연적인 배양 과정이 원활히 진행되지 않아 약물, 전기 등의 방법을 사용하여 배양을 돕는 배아 활성화는 다음의 경우에 요양급여를 인정함.

항 목	제 목	세부인정사항
		- 다 음 - 가. 난소저반응군에 해당하는 경우 1) 난소저반응군의 과거력이 없는 경우 이번 시술시 난포자극호르몬 주사제를 최소 하루에 150 IU 이상 사용한 과배란유도로 3개 이하의 난자가 얻어진 경우 2) 난소저반응군의 과거력이 있는 경우 이번 시술시 난포자극호르몬 주사제를 최소 하루에 150IU 이상 사용한 과배란유도로 5개 이하의 난자가 얻어진 경우 나. 미성숙 난자가 많이 나온 경우 1) 성숙난자 채취를 시도하였으나 미성숙난자가 70% 이상 나온 경우 2) 미성숙난자 채취를 시도하여 난자를 성숙시켰으나 70% 이상에서 실패한 경우 다. 배아 발달이 심하게 늦거나, 발달이 정지된 경우 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	자644 배아 배양 및 관찰 중 지속적 관찰을 시행한 경우의 급여기준 및 수가 산정방법	배아의 발달 속도가 불규칙하여 Time-lapse 시스템 등을 이용하여 배아 발달 상태를 지속적으로 모니터링 해야 하는 다음과 같은 경우에 요양급여로 산정하되 「국민건강보험법 시행규칙」 [별표6]에 따라 본인부담률을 100분의 80으로 적용함. - 다 음 - 가. 이전 체외수정 시술 후 반복 임신 실패나 2회 이상의 화학적 임신을 경험한 경우 나. 단일 배아이식을 예정할 경우 다. 기타 지속적 배아 관찰이 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
자645 배아 이식	보조부화술의 급여기준	착상률을 향상시키기 위해 배아이식 전 투명대에 인위적으로 절개를 가하여 배아의 부화를 돕는 보조부화술은 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 여성의 연령이 40세 이상인 경우 나. 투명대가 정상보다 두꺼운 경우(≧15μm) 또는 투명대의 색이 검거나 비정형 모양인 경우 다. 난포자극호르몬(FSH) 수치가 정상보다 높은 경우 (FSH≧12) 라. 난할기 동결배아 이식과 같이 투명대의 경화현상이 발생하는 경우 마. 이전 체외수정 시술 시 양질의 수정란을 이식하였으나 2회 이상 착상 실패한 경우 바. 이전 체외수정 시술 시 배아의 부화가 일어나지 않았던 경우 (고시 제2017-170호, '17.10.1. 시행)
자460 신경이식술	자460가 신경이식술- 자가신경이용[채취료 포함]의 수가 산정방법	자460가 신경이식술-자가신경 이용[채취료 포함]에 대한 수가 산정방법은 다음과 같음 - 다 음 - 1. 단일 공여부에서 하나의 신경을 채취하여 이를 나누어 두 곳 이상의 신경분지에 각각 이식하는 경우 가. 신경개수가 1개: 자460가 신경이식술-자가신경 이용[채취료 포함] 소정점수 산정 나. 신경개수가 2-3개: 자460가 신경이식술-자가신경 이용[채취료 포함] 소정점수의 200% 산정 다. 신경개수가 4개 이상: 자460가 신경이식술-자가신경 이용[채취료 포함] 소정점수의 300% 산정 2. 두 곳 이상의 각기 다른 공여부에서 신경을 채취하여 이를 단일 부위에 이식하는 경우

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		가. 신경개수가 1개: 자460가 신경이식술-자가신경 이용[채취료 포함] 소정점수 산정 나. 신경개수가 2-3개: 자460가 신경이식술-자가신경 이용[채취료 포함] 소정점수의 200% 산정 다. 신경개수가 4개 이상: 자460가 신경이식술-자가신경 이용[채취료 포함] 소정점수의 300% 산정 3. 자460가 신경이식술-자가신경 이용[채취료 포함]을 자163 혈관성형술 등 다른 수술과 동시에 시행한 경우에는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부 제9장 제1절 '처치 및 수술료' [산정지침] (5)항에 의하여 산정하여야 함. (고시 제2019-190호, '19.9.1. 시행)
	자460나 신경이식술-동종신경이용의 급여기준	1. 자460나 신경이식술-동종신경 이용 및 해당 행위에서 사용되는 동종신경은 다음과 같이 요양급여를 인정함 - 다 음 - 가. 급여대상 : 사용되는 이식재의 길이가 5cm 이하이면서 아래 중 어느 하나에 해당되는 경우 1) 공여부에서 필요한 자가 신경을 얻을 수 없는 경우 2) 재수술로 인해 적절한 자가 신경이 없을 경우 3) 당뇨, 말초혈관질환 등 상처 치유의 지연 요인이 되는 기저질환으로 자가 신경을 얻을 수 없는 경우 나. 동종신경 급여개수 1) 부위 당 1개 * 부위: 7부위(두부, 복부, 배부, 좌·우·상·하지) 2) 손가락 1개 당 1개, 발가락 1개 당 1개 2. 상기 1.이외 시행하는 경우에는 「선별급여 지정 및

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함 (고시 제2019-190호, '19.9.1. 시행)
자461 신경절단술	동일 피부 절개하에 Adductor Tenotomy, Obturator Neurectomy 수가 산정방법	뇌성마비 상병에 동일 피부 절개하에 Adductor Tenotomy와 Obturator Neurectomy를 동시 실시시 자461 신경절단술 소정점수 100%와 자91 건·인대 피하 단열수술 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. (고시 제2014-126호, '14.8.1. 시행)
자462 혈종제거를 위한 개두술	동일 피부절개하에 양측부위의 혈종제거를 위한 개두술 수가 산정방법	동일 피부절개하에 양측 F-T-P(Fronto- Temporo -Parietal) 부위의 경막외 혈종(Epidural Hematoma) 제거술은 자462가 혈종제거를 위한 개두술(경막외) 소정점수의 150%로 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자463 종양절제를 위한 개두술	자463 종양절제를 위한 개두술의 복잡 급여기준	자463 종양절제를 위한 개두술 복잡 수가는 다음과 같은 종양에 대하여 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 천막상부-복잡 1) 최대 직경이 3cm 이상인 축내종양 2) 크기와 관계없이 아래와 같은 축내종양 또는 축외종양 가) 정맥동, 주요 뇌정맥 [상문합정맥(vein of Trolard), 라베정맥(vein of Labbe), 중대뇌정맥(middle cerebral vein) 및 그 외 대교통정맥] , 심부 정맥 [내대뇌정맥(internal cerebral vein), 기저정맥(basal vein of Rosenthal), 시상선조정맥(thalamostriate vein)] 을 침범한 종양

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		나) 주요기능(eloquent)부위(운동영역, 감각영역, 언어영역, 내포, 시각 피질, 시상, 시상하부, 기저핵)에 위치한 종양 다) 동일 병변으로 좌우 대뇌반구에 걸쳐 위치한 종양 라) 솔방울샘 또는 그 주위에 발생한 종양 마) 두개인두종 바) 뇌실내종양 사) 영상자료상 혈관발달이 심한 축내종양 나. 천막하부-복잡 1) 뇌간에 위치한 축내종양 2) 최대 직경이 3cm 이상인 축내종양 및 축외종양 3) 최대 직경이 3cm 미만이더라도 영상자료상 혈관발달이 심한 소뇌에 위치한 축내종양 다. 경비적 뇌하수체종양 적출술-복잡 1) 시신경을 압박하여 시야 결손을 유발하는 뇌하수체종양 또는 터키안 주변 낭종 2) 해면정맥동을 침범한 뇌하수체종양 3) 제3뇌실까지 도달한 뇌하수체종양 4) 터키안 내에 위치한 두 개인두종 (고시 제2021-323호, '22.1.1. 시행)
자464 뇌동맥류 수술 [경부 Clipping]	자464 뇌동맥류수술 [경부 Clipping]의 복잡 급여기준	자464 뇌동맥류수술 [경부 Clipping]의 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. 혈종제거를 동반한 뇌동맥류 수술

항 목	제 목	세부인정사항
		마. 방추형(fusiform), 해리성(dissecting) 뇌동맥류 등 낭상(saccular type) 이외의 불규칙한 모양의 뇌동맥류 바. 뇌동맥류 수술 및 코일색전술 후 재발한 뇌동맥류 (고시 제2021-323호, '22.1.1. 시행)
자465 뇌동정맥 기형적출술	자465 뇌동정맥 기형적출술의 복잡 급여기준	자465 뇌동정맥기형적출술 복잡 수가는 다음과 같은 뇌동정맥기형에 대하여 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 뇌실질내-복잡 1) 최대 직경이 3cm 이상인 대뇌 표재부에 위치한 뇌동정맥기형 2) 대뇌 심부 또는 천막하부에 위치한 뇌동정맥기형 3) 파열된 뇌동정맥기형(혈종제거 동반 포함) 나. 뇌경막-복잡 횡행정맥동, 에스상정맥동, 해면정맥동 등 두개저 정맥동과 인접한 부위의 뇌경막 동정맥기형 다. 해면성 혈관기형-복잡 1) 최대 직경이 1.5cm 이상인 대뇌 표재부에 위치한 해면성 혈관기형 2) 대뇌 심부 또는 천막하부에 위치한 해면성 혈관기형 3) 주요기능(eloquent)부위(운동영역, 감각영역, 언어영역, 내포, 시각 피질, 시상, 시상하부, 기저핵, 뇌간, 소뇌각, 소뇌핵)에 위치한 해면성 혈관기형 4) 다발성 해면성 혈관기형 5) 혈종제거를 동반한 해면성 혈관기형 적출술 (고시 제2021-323호, '22.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
자466 두개강내 혈관문합술	두개강내 혈관문합술 시행 시 하나의 혈관(STA)의 두 분지 (frontal branch와 parietal branch)를 동시 문합하는 경우 수가산정방법	두개강내 혈관문합술 시행 시 하나의 혈관(STA)의 두 분지(frontal branch와 parietal branch)를 동시 문합하는 경우 수가산정방법은 다음과 같이 함 - 다 음 - 가. 직접법-직접법으로 두 분지를 동시에 문합 시 자-466 두개강내 혈관문합술 가. 직접법 소정점수의 150%를 산정함. 나. 간접법-간접법으로 두 분지를 동시에 문합 시 자-466 두개강내 혈관문합술 나. 간접법 소정점수의 150%를 산정함. 다. 직접법-간접법으로 두 분지를 동시에 문합 시 자-466 두개강내 혈관문합술 가. 직접법 소정점수의 100%, 나. 간접법 소정점수의 50%를 산정함. (고시 제2020-110호, '20.6.1. 시행)
자469-1 척수내 종양 및 병소절제술	자469-1 척수내 종양 및 병소절제술 또는 자470 척수 경막외 종양 및 병소절제술을 2 추간(level)에서 시행했을 경우 수가 적용방법	자469-1 척수내 종양 및 병소절제술 또는 자470 척수경막외 종양 및 병소절제술을 2추간에서 시행하였을지라도 수기료는 소정점수만 산정하며, 추간당 가산은 할 수 없음. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
자471 단락술 또는 측로조성술	단락술 또는 측로조성술의 수가 산정방법	단락술 또는 측로조성술과 관련한 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 단락술 또는 측로조성술을 시행받은 뒤 말단부 카테터의 감염 또는 복막염 등으로, 기존 복강내

항 목	제 목	세부인정사항
		카테터를 작은 피부 절개를 한 뒤 체외로 빼내어 배액시키는 시술 (Externalization)을 시행한 경우 자32다 천두술-기타의 것 [도관, Reservoir, ICP Monitor 삽입 등] 소정점수의 50%로 산정함. 다만, 단락술 또는 측로조성술 시행시 복강내카테터를 체외로 빼내는 경우에는 자471가 단락술 또는 측로조성술-삽입술의 소정점수로 산정함. 나. 피하 삽입된 관 위 피부를 절개하여 결찰(ligation)하는 경우 자3나 피부 및 피하조직, 근육내 이물제거술 [봉침, 파편 등]-기타의 소정점수로 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	양측성 뇌실-복강간 단락술의 수가 산정방법	뇌실내종양, 뇌막염후 합병증 등으로 양측 측뇌실의 교통이 막혀 각각 구획되어진 뇌실에 별도의 단락술을 시행한 경우의 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 양측 Ventricular Catheter를 Y 또는 T connector로 연결하여 복부에 1개의 절개를 만들어 Peritoneal Catheter를 유치할 경우 : 자471가 단락술 또는 측로조성술-삽입술 소정점수의 150%를 산정함. 나. 양측 Ventricular Catheter를 Connector로 연결하지않고 복부에 2개의 절개를 만들어 Peritoneal Catheter를 각각 유치할 경우 : 자471가 단락술 또는 측로조성술-삽입술 소정점수의 200%를 산정함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		다. 치료재료: 「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 의거 별도 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	말기암에 동통 완화 목적으로 실시한 Reservoir 삽입 수가 산정방법	말기암에 동통완화 목적으로 염산 몰핀제제를 Reservoir를 통해 주입하는 방법인 Ventriculostomy Reservoir insertion의 수가는 자471가(2) 단락술 또는 측로조성술-삽입술-뇌실과 타부위간 소정점수의 50%로 준용하여 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자473 뇌전증수술	자473가 뇌전증수술-진단을 위한 전극삽입 및 제거의 수가 산정방법	자473가 뇌전증수술-진단을 위한 전극삽입 및 제거의 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 행위료 1) 자473가(1)(가) 뇌전증수술-진단을 위한 전극삽입 및 제거-전극삽입술-관혈적 : 뇌전증의 외과적 수술치료와 동시에 시술시에는 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. 2) 자473가(1)(나) 뇌전증수술-진단을 위한 전극삽입 및 제거-전극삽입술-뇌정위적 심부삽입 : 심부전극삽입술 및 난원공(Foramen ovale) 내 전극삽입술시 산정하되, 가) 난원공내 전극삽입술을 양측으로 시행한 경우에는 소정점수의 150%[종합병원(상급종합병원 포함)은 170%]를 산정함. 나) 심부전극삽입술을 여러 부위에 시행한 경우 좌우 뇌반구를 불문하고 제2부위부터 소정

항 목	제 목	세부인정사항
		점수의 50%를 별도 산정하되, 최대 200%까지 산정함. 3) 자473가(2) 뇌전증수술-진단을 위한 전극삽입 및 제거-전극제거술 : 전극 개수 및 시술부위를 불문하고 소정점수 1회만 산정하되, 자473 뇌전증수술에 분류된 타수술 시행 시 전극을 제거하는 경우에는 산정하지 아니함. 나. 치료재료 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 의한 상한금액범위 내에서 Cortical Electrode, Foramen ovale Electrode 및 Depth Electrode는 실구입가로 산정하고 Cable은 실구입가의 1/4 산정함. 다. 기타 1) C-Arm형 영상증폭장치 이용료는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니함. 2) 전극 삽입술 또는 외과적 절제수술 당일에는 지속적비디오뇌파검사(Video EEG Monitoring)료를 산정하지 아니함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	뇌전증수술 중 입체뇌파전극 삽입 및 제거의 수가 산정방법	약물치료에 불응하는 난치성 뇌전증 환자에게 시행하는 입체뇌파전극삽입 및 제거의 수가산정방법은 다음과 같이함. - 다 음 - 가. 수가산정방법

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		1) 입체뇌파전극삽입을 여러 부위에 시행한 경우 좌우 뇌반구를 불문하고 제2부위부터 소정점수의 50%를 별도 산정하되, 최대 200%까지 산정함 2) 자473가(2)(다) 뇌전증수술-진단을 위한 전극삽입 및 제거-전극제거술-입체뇌파전극삽입은 전극 개수 및 시술부위를 불문하고 소정점수 1회만 산정하되, 자473 뇌전증수술에 분류된 타수술 없이 단독 시행하는 경우에 한하여 산정함 나. 기타 1) C-Arm형 영상증폭장치 이용료는 소정금액에 포함되므로 별도 산정하지 아니함 2) 전극 삽입술 또는 외과적 절제수술 당일에는 지속적 비디오뇌파검사(Video EEG Monitoring)료를 산정하지 아니함 (고시 제2022-204호, '22.9.1. 시행)
	자473 뇌전증수술 수가산정방법	동시에 시행한 뇌전증수술에 대하여 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 1. 자473나. 뇌전증수술-뇌엽절제술 가. 2개 이상의 서로 다른 엽에서 뇌엽절제술 시행 시 자473라. 뇌전증수술-반구절제술 혹은 반구절개술의 소정점수만 산정함. 2. 자473바. 뇌전증수술-대뇌피질절제술 가. 동일한 1개의 엽에서 여러 부위를 시행하더라도 소정점수만 산정함. 나. 2개 이상의 서로 다른 엽에서 시행 시 제2부위부터 소정점수의 50%를 산정하되, 최대 200%까지 산정함. (고시 제2020-269호, '20.12.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
자473-1 두개강내 신경자극기 설치, 교환 및 제거술	두개강내신경자극기 설치술의 급여기준	두개강내 신경자극기 설치술은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함 - 다 음 - 가. 운동장애 1) 파킨슨병 clinically definite parkinson's disease 로서 장기간의 약물치료에 의한 심한 부작용(위장장애, motor fluctuation, drug-induced dyskinesia 등)으로 약물 치료가 어렵고 증상이 3년 이상 지속되며 Levo-dopa 반응성이 있는 경우 인정함. (다만, tremor-dominant PD의 경우는 Levo- dopa 반응성이 없는 경우에도 인정함) 2) 진전(tremor) 약물치료에 반응이 없거나 약물의 부작용이 심각하여 약물치료가 어려운 경우 3) 근긴장 이상증(dystonia) 6개월 이상 작용기전이 다른 2가지 이상의 약물치료 또는 2회 이상의 보툴리늄 독소 주사 치료에도 조절이 안 되는 만성 근긴장이상증인 경우 나. 뇌전증 2년 이상 항경련제 치료에 불응하는 난치성 뇌전증으로 기존의 절제적 수술이 불가능하거나 실패한 경우 다. 통증치료 1) 6개월 이상의 적절한 통증치료(약물치료와 신경차단술 등)에도 효과가 없고, 심한 통증(VAS 통증점수 7 이상)이 지속되는 불인성 통증이 있는 경우 2) 약물치료, 신경차단술, epidural morphine injection 등 적극적인 통증치료를 6개월 이상 실시함에도 불구하고 심한 통증(VAS 통증점수 7 이상)이 지속되는

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		암성통증으로 여명이 1년 이상으로 예상되는 경우 라. 난치성 강박장애 난치성 강박장애로서 아래의 조건을 모두 충족한 경우 인정함. – 아 래 – 1) 정신질환의 정도가 심한 경우 (YBOCS score＞20 등) 2) 5년 이상 정신의학적 치료(약물치료, 정신치료, 전기충격요법 등)에 불응성인 경우 3) 만 18세 이상 60세 이하의 연령 4) 정신건강의학과 전문의의 권고가 있는 경우 마. 뚜렛증후군 뚜렛증후군으로서 아래의 조건을 모두 충족한 경우 인정함. – 아 래 – 1) 정신질환의 정도가 심한 경우(YGTSS ≥ 35/ 50 등) 2) 5년 이상 정신의학적 치료(약물치료, 정신치료 등)에 불응성인 경우 ※ 약물치료 불응성: 적어도 3개 이상의 도파민 차단제를 적절한 용량으로 충분히 사용했지만 틱 증상이 지속되는 경우 3) 만 18세 이상의 연령(다만, 뚜렛증후군에 의한 자해로 신체손상이 예상되는 경우 만 18세 미만에도 인정) 4) 정신건강의학과 전문의의 권고가 있는 경우 (고시 제2021-323호, '22.1.1. 시행)
자473-2 미주신경 자극기 설치, 교환 및 제거술	미주신경자극기 설치술의 급여기준	미주신경자극기 설치술은 2년 이상 작용기전이 다른 2가지 이상의 항뇌전증제 치료에도 발작이 조절되지 않는 난치성 뇌전증에서 절제적 수술이 불가능하거나 실패한 경우에 요양급여를 인정함. (고시 제2021-323호, '22.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
자482 척수신경수술	척수후세근 절제술	뇌성마비환자에게 시행하는 척수후세근 절제술은 기능장애 감소, 보행능력 향상 등 수술경과가 매우 양호하여 장애자의 재활에 도움이 되므로 자482가 DREZ파괴술로 산정하되 수술중 시행하는 EMG및 ENG 검사료는 소정 수술료에 포함되어 있으므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
자482-1 경피적 척추 고주파 열응고술	고주파열응고술 (RF) 또는 박동성 고주파열응고술(Pulsed RF)의 급여기준	통증완화 목적의 고주파열응고술(Radiofrequency, RF) 또는 박동성 고주파열응고술(Pulsed Radiofrequency, Pulsed RF)은 신경차단술에 의해 통증이 경감된 것을 확인한 후 시행하는 것을 원칙으로 하며, 다음과 같은 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 최초 시행 1주일 간격으로 2회 이상 신경차단술을 먼저 실시하여 반응을 확인한 후 시행 나. 실시 간격 동일 부위 재시행은 최소 6개월 간격으로 실시 시 인정하며, 1회 이상의 신경차단술을 먼저 실시하여 반응을 확인한 후 시행 (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
자484 척수강내 약물주입펌프 이식술	척수강내 약물주입펌프이식술의 급여기준	척수강내 약물주입펌프이식술은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 6개월 이상의 적절한 통증치료(약물치료와 신경차단술 등)에도 효과가 없고, 심한 통증(VAS 통증점수 7 이상)이 지속되는 불인성 통증이 있는 경우 나. 고용량의 모르핀(1일 200mg) 경구투여나 또는 동등

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		역가의 타 마약성 진통제 투여를 하였음에도 통증이 제어되지 않는 암성통증(VAS 통증점수 7 이상)으로 여명이 1년 이상으로 예상되는 경우 다. 모르핀 또는 타 마약성 진통제의 부작용 등 약물 투여를 할 수 없는 암성통증(VAS 통증점수 7 이상)으로 여명이 1년 이상으로 예상되는 경우 라. 적절한 경직치료(약물치료 등)에도 불구하고 경직척도(MAS)가 하지 3등급 이상 또는 상지 2등급 이상인 중추신경계 손상에 의한 경직(spasticity)으로 시험적 약물주입술에서 1등급 이상 호전된 경우 ※ 수정 애쉬워드 경직척도(MAS: Modified Ashworth Scale) 0 : 근긴장도의 증가가 없음(No increase in muscle tone) 1 : 약간의 근긴장도 증가, 이환부위의 굴곡 혹은 신전시, 잡힘과 펴짐운동을 시킬 때 관절가동범위의 끝부분에서 약간의 저항이 감지(Slight increase in muscle tone, manifested by a catch and release or by minimal resistance at the end range of motion when the part is moved in flexion or extension/ bduction or adduction) 1+: 약간의 근긴장도 증가, 잡힘현상과 가동범위 1/2범위에서 약간의 저항(Slight increase in muscle tone, manifested by a catch, followed by minimal resistance throughout the remainder (less than half) of the range of motion) 2 : 대부분의 관절범위에서 현저히 증가된 근 긴장도를 보이지만 이환부위가 쉽게 움직임(More marked increase in muscle tone through most of the range of motion, but the affected part is easily moved) 3 : 근 긴장도의 심각한 증가로 수동관절 운동이 힘듦(Considerable increase in muscle tone, passive movement is difficult) 4 : 이환부위가 굴곡 혹은 신전상태로 강직됨

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(Affected part is rigid in flexion or extension) (고시 제2014-107호, '14.7.1. 시행)
자485 무탐침 정위기법	자485 무탐침 정위기법의 급여기준	1. 자485 무탐침정위기법은 수술부위로의 정확한 유도와 병소 부위의 정밀한 위치측정을 위하여 뇌항법 장치(Navigation System)를 이용하는 방법으로써, 다음과 같은 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 기본 무탐침정위기법 1) 급여대상 가) 뇌종양 수술(생검 포함) 나) 경접형동 뇌하수체종양수술 (Trans-sphenoidal approach) 다) 정상혈관과의 구분 및 위치파악이 필요한 뇌혈관기형수술 라) 뇌동맥류 수술 마) 뇌실과 타부위간 단락술 또는 측로 조성술 바) 뇌실이 작은 경우에서의 뇌실천자술 사) 뇌전증병소 제거술 또는 mapping으로 판단이 불가능한 뇌전증수술 아) 심부 뇌농양, 뇌내 이물질 제거 수술 자) 심부 뇌실질내 혈종제거술 2) 상기 1)의 급여대상 이외 아래의 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함. 가) 부비동 재수술 나) 비강, 부비동의 용종, 발육 이상, 해부학적 이상, 외상 및 종양으로 인한 정상적인 해부학적 지표의 소실 다) 두개강내 침범이 없는 두개저 병변이나 종양

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		질환에 대한 수술 라) 측두골 심부 수술 3) 상기 1). 2) 이외 시행하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 나. 수술 중 CT 무탐침정위기법 1) 급여대상 가) 뇌종양 수술 중 축내종양(intra-axial tumor) 나) 주요 뇌구조물 또는 뇌혈관을 침범한 뇌기저부 종양 2) 상기 나.1) 이외 시행하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 다. 수술 중 O-ARM 무탐침정위기법 1) 척추경 나사못 삽입술 환자 중 아래의 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함. 가) 뇌기저부-척추 또는 두개골-척추 접합부 종양 수술 나) 추골동맥 또는 주요 척수와 인접한 부위로 구분 및 위치 파악이 필요한 척추수술 다) 선천성 기형이 동반된 척추변형 수술 라) 후방 유합된 분절에서의 나사못 삽입이 필요한 척추 재수술 2) 척추경 나사못 삽입술 환자 중 상기 다.1) 이외 시행하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 2. 무탐침정위기법 사용을 위하여 진단목적 이외 CT 또는 MRI를 추가 촬영한 경우 제한적 CT (다245) 또는 제한적 MRI(다246)로 산정함.

항 목	제 목	세부인정사항
		3. 상기 1.의 무탐침정위기법(기본 무탐침정위기법, 수술 중 CT 무탐침정위기법, 수술 중 O-ARM 무탐침정위기법)이 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률이 달리 적용되는 경우 동 행위에 사용되는 치료재료(「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표」의 중분류명 "1회용 무탐침 정위기법용", "1회용 무탐침 정위기법용(생검)", "무탐침 정위기법용")는 해당 행위의 본인부담률을 적용함. (고시 제2020-330호, '21.1.1. 시행)
자486 대뇌운동피질자극기 설치, 교환 및 제거술	대뇌운동피질자극기 설치, 교환 및 제거술의 급여기준	대뇌운동피질자극기 설치술은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 시험적 거치술 중추성 뇌졸중 후 통증(central poststroke pain), 삼차신경병성 통증(trigeminal neuropathic pain), 상완신경총손상(brachial plexus avulsion), 환상지통(phantom limb pain), 불완전 척수손상(incomplete spinal cord injury)후 통증 환자에게 약물치료, 신경차단술 등 적극적인 통증치료를 6개월 이상 실시함에도 불구하고 심한 통증(VAS 통증점수 7이상)이 지속되는 경우 나. 전기자극기 설치술 1) 시험적 거치술 후 환자의 증상호소 정도 및 시각통증척도(VAS) 등을 종합하여 최소 50% 이상의 통증감소 효과가 있는 경우 2) 시험적거치술로 인한 증상 호전을 확인할 수 있는 최소 3일 연속 작성된 진료기록부를 첨부하여 제출하여야 함 (고시 제2021-66호, '21.3.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
자504 녹내장수술	자504카 레이저를 이용한 섬유주 성형술 시 급여기준	1. 레이저를 이용한 섬유주성형술을 실시하는 경우 소정점수로 2회까지 인정함. 2. 상기 1.의 인정횟수를 초과하여 시행한 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2020-150호, '20.8.1. 시행)
저621 척수신경 자극기 설치, 교환 및 제거술	척수신경자극기 설치술의 급여기준	척수신경자극기설치술(저621)은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 6개월 이상의 적절한 통증치료(약물치료와 신경차단술 등)에도 효과가 없고, 심한 통증 (VAS 통증점수 7이상)이 지속되는 불인성 통증이 있는 경우 (다만, 심한 통증(VAS 통증점수 7 이상)이 지속되는 CRPS는 진단된 날로부터 3개월 이상의 적절한 통증치료에도 효과가 없는 경우 조기시행가능) 나. 약물치료, 신경차단술, epidural morphine injection 등 적극적인 통증치료를 6개월 이상 실시함에도 불구하고 심한 통증(VAS 통증점수 7 이상)이 지속되는 암성통증으로 여명이 1년 이상으로 예상되는 경우 (고시 제2014-80호, '14.6.1. 시행)
저622 천수신경 조절술	저622 천수신경조절술 급여기준	1. 천수신경조절술은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 시험적 거치술 - 6개월 이상의 적절한 보존적 요법(약물요법과 행동치료 등)으로도 효과가 없는 절박성요실금(urge incontinence), 빈뇨(urinary frequency), 비폐쇄성

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		요폐(non-obstruction urinary retention) 증상이 있는 경우. 다만, 약물 부작용이 심하여 약물요법을 시행할 수 없는 경우는 조기시행 가능함. - 시험적거치술 전 실시한 나656가(2) 요역동학검사(복잡) 결과와 최소 3일 연속 작성된 배뇨일지를 첨부토록 함. 나. 영구 자극기 설치술 - 시험적 거치술 후 적어도 50% 이상의 증상(incontinence symptoms or residual urine volume) 호전이 있는 경우이거나 증상호전을 호소하는 경우 - 시험적거치술로 인한 증상 호전을 확인할 수 있는 최소 3일 연속 작성된 배뇨일지를 첨부토록 함. 2. 상기 1.의 급여대상 이외 시행하는 경우에는 수술료와 주된 치료재료비용을 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2017-126호, '17.7.1. 시행)
	천수신경조절술 후 전극 또는 자극발생기 교체시 수가산정방법	천수신경조절술 후 전극(Lead) 또는 자극발생기(Generator)를 교체한 경우 수가산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 전극만 교체한 경우: 저622-나 천수신경조절술-영구 자극기 삽입술 소정점수의 100%를 산정함 나. 자극발생기만 교체한 경우: 저622-나 천수신경조절술-영구자극기 삽입술 소정점수의 50%를 산정함. (고시 제2011-59호, '11.6.1. 시행)
	변실금 천수신경조절술의 급여기준	변실금 천수신경조절술은 다음의 경우에 요양급여를 인정함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		- 다 음 - 가. 시험적 거치술 1) 6개월 이상의 적절한 보존적 요법*으로도 효과가 없는 난치성 변실금(지난 3개월 동안 평균 주2회 이상의 변실금) 증상이 있는 경우 2) 시험적 거치술 전 실시한 검사결과※와 최소 1주 연속 작성된 배변일지를 첨부토록 함. 나. 영구 자극기 설치술 1) 시험적 거치술 후 적어도 50% 이상의 증상 호전이 있는 경우 2) 시험적 거치술로 인한 증상호전을 확인할 수 있는 최소 1주 연속 작성된 배변일지를 첨부토록 함. * 보존적 요법: 아래의 3가지를 모두 만족하여야 함. - 식이조절 - 약물치료 - 괄약근운동 또는 바이오피드백 ※ 검사결과: 아래의 2가지를 모두 만족하여야 함. - 항문내압검사 - 항문초음파검사 (고시 제2015-69호, '15.4.30. 시행)
자493 결막이물 제거술	유행성 각결막염 상병으로 Pseudomembrane & Filament remove시 급여기준	1. 유행성 각결막염 상병에 Pseudomembrane 또는 Filament를 제거하는 경우 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 결막에 생기는 Pseudomembrane을 제거하는 경우 : 자493 결막이물제거술 소정점수로 1회 인정 나. 각막에 생기는 Filament를 제거하는 경우: 자497가 각막이물제거술 소정점수로 주 2회 인정 2. 상기 1.의 인정횟수를 초과하여 시행한 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인

항 목	제 목	세부인정사항
		부담률을 90%로 적용함. (고시 제2018-3호, '18.4.1. 시행)
자494 결막봉합술	결막, 공막, 각막 봉합술 동시 시행시 수가 산정방법	결막, 공막, 각막에 대한 봉합술을 동시 실시시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
자498 안구표면의 양막이식술	안구표면의 양막이식술 급여기준	1. 「안구표면의 양막이식술」은 보존적 치료로 잘 반응하지 않는 재발성, 난치성 각결막질환 중 아래와 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 지속적 각막상피결손 나. 각결막화상 다. 재발성군날개 라. 깊은 각막궤양 또는 각막천공 마. 윤부결핍 바. 심한 검구유착 또는 운동성장애가 동반된 안구유착 사. 무균성 각막염, 신경영양 각막염 아. 수포성각막병증 자. 결막판피복술을 시행하여야 하나 이식범위가 넓거나 반복시술이 요구되어 결막판피복술로 대체할 수 없는 경우 2. 다만, 상기 급여대상 관련 수술과 안구표면의 양막이식술을 동시에 실시한 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)항에 의거 주된 수술 시에 부수적으로 동시에 실시하는 수술의 경우에는 주된 수술의 소정

항 목	제 목	세부인정사항
		점수만 산정함. (고시 제2020-262호, '20.12.1. 시행)
자507 유리체주입술	자507 유리체내주입술 인정기준	자507 유리체내주입술은 단독으로 실시하는 경우에 인정함. 다만, 타 수술과 동시에 실시한 경우라도 실리콘오일을 사용하였을 경우 및 백내장수술과 동시 실시시 자507 유리체내주입술 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 인정함. 아울러 동 시술 시 사용한 실리콘오일 또는 가스 재료대는 별도로 인정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자511-1 인공수정체 삽입 또는 교환술	PCL(Posterior Chamber Intraocular Lens) 후 Lens가 Loosening되어 인공수정체 공막고정술 시행시 수가 산정방법	후방렌즈(PCL: Posterior Chamber Intraocular Lens) 시행 후 렌즈(Lens)가 이완(Loosening) 되어 시행하는 인공수정체 공막고정술은 자511-1가(2)인공수정체 이차삽입술 소정점수의 50%로 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
	인공수정체 제거시 수가 산정방법	삽입된 인공수정체를 제거만 하는 경우는 자511-1가(2) 인공 수정체 삽입 또는 교환술-삽입술-이차로 준용 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자512 유리체절제술	자512 유리체절제술, 자513 망막박리수술, 자516-1 안구내삽관레이저 광응고술동시실시시 수가 산정방법	초자체 망막질환 등에 자512 유리체절제술, 자513 망막박리수술, 자516-1 안구내삽관레이저 광응고술을 동시 실시 시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 제2의 수술부터는 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	자512 유리체절제술 실시 시 망막하액을 배출시키는 경우 수가 산정방법	망막박리를 재유착 시키기 위하여 유리체절제술 실시 시 망막하액을 배출시키는 것은 자512 유리체절제술의 일련의 과정이므로 별도 산정하지 아니함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자513 망막박리수술	망막박리에 레이저 광선치료시 인정여부	망막박리상병에 실시한 레이저 광선치료는 자513 망막박리수술 소정점수를 준용 산정하되, 관혈적 수술의 적응이 되지 않는 경우에 한하여 치료기간 중 1회 인정함. 다만, 진료상 추가로 실시할 사유가 있는 경우에는 실시 부위 등을 참조하여 사례별로 인정함. (고시 제2009-135호, '09.8.1. 시행)
	자513 망막박리수술, 자514 망막열공냉동응고술 동시 실시 시 수가 산정방법	자513 망막박리수술과 자514 망막열공냉동응고술을 동시 실시 시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	자513 망막박리수술과 동시에 시행된 자516 안저 광응고술 [1/4 범위] 인정 여부	자513 망막박리수술과 동시에 시행된 자516 안저 광응고술 [1/4 범위]은 별도 인정하지 아니함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자514-1 망막주위막 제거술	망막전막박리술의 수기료 산정방법	망막전막박리술(Epiretinal Membranectomy)은 자514-1 망막주위막제거술 소정점수로 산정하며, 타수술과 동시 실시시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%

항 목	제 목	세부인정사항
		[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
자516-3 황반부종 레이저수술	레이저를 이용한 망막열공 및 황반부 부종치료의 진료수가 산정방법	망막열공 또는 당뇨병성 망막병증, 망막정맥폐쇄 등에 의한 황반부 부종을 레이저를 이용하여 치료한 경우에는 자516-3 황반부종레이저수술로 산정함. (고시 제2017-118호, '17.7.1. 시행)
	망막박리상병에 외래에서 시행한 레이저 광선치료시 수기료 산정방법	격자변성 또는 망막열공에 외래에서 시행한 레이저 치료는 망막박리의 정도가 1 disc diameter(유두경) 이상 동반되어 있는 경우 한하여 자513 망막박리수술 소정점수로 산정하며, 그 이외의 경우는 자516 안저광응고술 소정점수로 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자517 사시수술	사시수술의 요양급여 여부	사시수술은 다음과 같은 경우에 요양급여로 인정하며, 그 외에 시력이나 시기능의 회복을 기대할 수 없음에도 외모개선을 위하여 실시하는 미용목적의 사시수술은 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여대상. 2-나에 의거 비급여대상임. - 다 음 - 가. 10세 미만의 사시환자 나. 10세 이후의 사시환자 - 전신질환, 안와질환, 눈과 눈 주위 수술, 외상 등으로 사시가 발생하여 복시와 혼란시가 있는 경우 - 10세 이전에 발생된 사시로 이상두위 현상이 있는 경우 다. 가.~ 나. 대상자에 대한 1차 사시교정수술 후 과교정으로 2차 수술을 시행하는 경우 (고시 제2009-122호, '09.7.1. 시행)
	조정봉합술을 실시한 자517 사시수술의 수가 산정방법	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료의 자517나. 사시수술-복잡 [조정봉합술, 후고정봉합술, 외안근전이술 등] 행위분류에도 불구하고, 수술 중

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		조정봉합술(Intraoperative Adjustment)을 실시하고 수술을 종료한 경우 자517가. 사시수술-단순을 산정함. (고시 제2022-283호, '23.1.1. 시행)
자517-1 안구진탕증 수술	안구진탕증수술의 진료수가 산정방법	1. 안구진탕증은 규칙적으로 반복되는 안구의 불수의적인 진동이나 이상두위 현상이 주증상이며, 특히 선천적 안진은 어려서부터의 이상두위 현상으로 안면 및 두부의 발육차이를 초래할 수 있고 이로 인한 안면비대칭이 발생되는 질환으로서, 보존적 치료로는 안경이나 프리즘 안경의 착용, 약물을 이용한 외안근마비법 등이 있으며 근본적 치료로는 수술이 있는 바, 동 수술은 주로 선천성 안진환자의 외안근을 절제하는 등 안진을 감소시키는 방법으로 사시수술과 유사한 과정임. 2. 안구진탕증으로 인한 시력장애 등이 심하여 업무 또는 일상생활에 지장을 초래할 경우 이의 교정을 위한 안진수술은 급여대상이나 안진수술후 시력이나 시기능의 회복을 기대할 수 없음에도 외모개선을 위하여 실시하는 안진수술은 미용목적으로 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여대상 2.-나에 의거 비급여대상임. 3. 따라서, 자517-1 안구진탕증 수술에 대한 급여 범위는 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 10세 미만의 안진환자 : 시기능이 완성되는 10세 미만에 실시할 경우 안진 감소로 인한 시력개선 효과와 이상두위 현상으로 인하여 안면 및 두부의 발육차이로 생기는 안면비대칭 현상의 예방이 가능하므로 급여로 인정함. 나. 10세 이상의 안진환자 : (1) 수술실시 후 시력개선 및 시기능의 회복효과가

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		적고 이미 형성된 안면비대칭을 호전시키기도 곤란하므로 비급여대상으로 함. (2) 단, 10세 이상이라 할지라도 안진의 정도가 심하여 일상생활에 심한 불편을 초래하며 수술로서 이의 교정이 가능한 경우 급여로 인정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
자523 안와종양 제거술	Orbital Tumor Biopsy시 수기료 산정방법	안와종양(Orbital Tumor)의 절제생검(Exicisional Biopsy)시 수기료는 자523가 안와종양제거술(단순)으로 준용 산정하며, 진단적 생검(Diagnostic Biopsy)시는 나850가(3) 침생검(표재성)기타부위 또는 나853가(3) 절개생검(표재성)기타부위로 산정함. (고시 제2017-118호, '17.7.1. 시행)
자528 안검내반증 수술	안검내반증 상병에 Hotz' operation시 수기료 산정방법	안검내반증에 실시하는 수술방법중의 하나인 Hotz' operation은 피부 및 피하조직 절제 후 봉합하는 수술로서 자528가 안검내반증수술(간단)으로 준용하여 산정함. (고시 제2007-77호, '07.8.30. 시행)
자529 안검하수증 수술	안검내반증수술 및 안검하수증수술 동시 시행시 수가 산정방법	상·하안검의 안검하수증 및 안검내반증이 발생하여 수술시는 자528 안검내반증수술 소정점수와 자529 안검하수증수술 소정점수를 각각 산정하되 동일 안검의 경우에는 안검하수증 수술만 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자534 익상편수술	Corneal mass 제거술의 수기료 산정방법	Corneal mass의 제거술은 자534가 익상편 수술(판이식 등 복합수술) 소정점수로 준용하여 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자534-2 결막성형술 [점막 또는 피부의	고주파를 이용한 결막이완증 수술의 급여기준	1. 고주파를 이용한 결막이완증 수술은 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 -

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
식피술료 포함]		가. 급여대상: 약물치료에 효과가 없는 결막이완증 환자 나. 수가산정방법: '자534-2 결막성형술[점막 또는 피부의 식피술료 포함]'의 소정점수를 산정함. 다. 급여횟수: 6개월이상 간격을 두고 시행하여야 하며, 단안당 4회까지 인정 라. 치료재료: 상기 급여횟수 범위 내 수술당 1개 인정 2. 상기 1.의 급여횟수를 초과한 경우에는 비급여함. (고시 제2023-121호, '23.7.1. 시행)
자538 각막봉합술	조직접착제를 이용한 각막봉합술 인정기준	조직접착제를 이용한 각막봉합술(자-538 '주'항)은 조직결손이 동반되어 봉합사를 이용한 각막봉합술이 불가능한 3mm 미만의 각막천공, 절박천공, 별 모양 창상으로 인해 봉합이 어려울 때, 시축을 포함한 광범위봉합이 필요할 때, 자체봉합이 불가능할 때에 Cyanoacrylate제제의 조직접착제를 사용하여 시행한 경우에 인정함. (고시 제2015-99호, '15.6.15. 시행)
자543 첩모발거술	첩모발거술의 '다수'의 의미와 인정횟수에 대하여	자543 첩모발거술의 '다수'란 10개 이상의 첩모를 발거한 경우를 뜻하며, 양안을 각각 10개 이상 발거한 경우 양측으로 산정하며, 수회 실시하더라도 1개월내에 1회만 인정함. 다만, 양안(단안) 각각 10개 미만의 첩모를 발거하였으면 양안(단안) 첩모발거 행위는 각각 기본 진료료에 포함됨. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자546-1 누낭세척술	백내장 수술 전에 실시한 누낭세척술 인정여부	백내장 또는 녹내장수술전에 합병증 예방목적으로 실시하는 누낭세척은 기본진료료에 포함하여 별도 인정하지 아니함. (고시 제2007-92호, '07.11.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
자551-1 누점폐쇄술	자551-1 누점폐쇄술의 급여기준	자551-1 누점폐쇄술은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 동일날 상·하누점폐쇄술을 동시에 실시한 경우에는 하누점폐쇄술만 인정하며, 환자상태에 따라 상·하누점폐쇄술을 동시에 실시해야만 할 필요성이 있는 경우에는 구체적인 의사소견서를 참조하여 인정 나. 하누점폐쇄술을 실시한 후 환자 증상이 개선되지 않아 일정기간 경과 후 상누점폐쇄술을 한 경우에는 각각의 소정점수로 인정 다. 일시적 누점폐쇄술 실시 후 반영구적 누점폐쇄술을 실시하는 경우 : 일차 Collagen implant삽입술 후 이차적으로 반영구적 누점폐쇄술(Punctal Plug 등 삽입술)을 시행하는 경우 해당 소정점수를 인정 라. 아래와 같은 경우에는 일차적으로 반영구적 누점폐쇄술 (Punctal Plug 등 삽입술)을 인정 (1) 인공누액 사용으로도 효과가 없는 등의 심한 안구건조증 (2) 특정 상병 (눈물샘 종양적출술, 방사선치료 후, 과거의 화상, Steven-Johnson syndrome, 쇼그렌증후군, 안구 이식편대숙주질환 등)과 동반되어 이차적으로 나타나는 안구건조증 (3) 이전에 삽입했던 Punctal Plug 등이 소실된 경우 (4) 인공누액의 부작용이나 신체장애 등으로 점안이 어려운 경우 (고시 제2019-131호, '19.8.1. 시행)
	누점 확대술 수가 산정방법	누점 및 누도의 협착 상병에 시행하는 누점확대술은 시술방법에 따라 다음과 같이 산정함. - 다 음 -

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		가. 누점을 단순히 가위 등으로 절개하여 확장하는 Snip operation은 자547 누관절개술 소정점수로 준용 산정함. 나. 누점확대(누점절개 등)를 하고 유착을 억제하기 위해 silicone tube까지 삽입하는 경우는 자551-1 누점폐쇄술 소정점수로 준용 산정함(누점확대 수기료 포함). 다. 비루관부지 등 다른 행위를 위한 전단계로 시행한 누점확대술은 해당 시술료에 포함하여 별도 인정하지 아니함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자554 누낭비강 문합술	혈관과 근육을 이용한 눈물관 재건술의 진료수가 산정방법	눈물관 재건수술은 환자 자신의 혈관과 근육을 이용하여 누비관을 재건하는 시술로서, 혈관과 근육을 미리 제작하는 시술인 1차수술(Prefabrication of vein & Muscle Flap)은 자16 피판작성술로, 제작된 혈관 및 근육을 옮겨 누비관을 재건하는 2차수술(CDCR : Correction Dacryocystorhinostomy)은 자554 누낭비강문합술로 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
자557 외이도이물 또는 이구전색제거	외이도 이물제거의 수가 적용방법	자557 외이도이물 또는 이구전색제거[간단한 것은 기본진료료에 포함]는 다음과 같이 산정함 - 다 음 - 가. 감자 또는 기타 기구 사용으로 당일 제거가 가능한 이구전색은 '자557가 외이도이물 또는 이구전색제거(복잡한 것)'로 산정 나. 당일 제거가 곤란하거나, 마취 또는 약물 주입을 요하는 외이도의 골부 및 고막 주변에 완전폐쇄로 50분 이상 제거하는 경우에는 당일 제거하더라도 '자557나 외이도이물 또는 이구전색제거(극히 복잡한것)'으로 산정 (고시 제2019-131호, '19.8.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
자562 중이내튜브 유치술	이온토포레시스를 이용하여 중이내튜브유치술을 시술한 경우 수기료 및 마취료 산정방법	이온토포레시스를 이용하여 중이내튜브유치술을 시술한 경우에도 자562의 소정금액을 산정하며 마취료는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」 제1편 제2부 제6장 마취료 [산정지침] (7)에 의거 별도 산정할 수 없으며 실사용한 마취약제(리도카인)는 별도 산정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
자566 이관부지법 또는 카테타법	고막맛사지의 진료수가 산정방법	자566 이관부지법 또는 카테타법의 시행없이 행하는 고막맛사지는 사용장비 내지는 기종(Atmodyn 등)에 불문하고 별도의 수기료를 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	이관부지법 또는 카테타법 시행없이 통기법을 단독 실시하는 경우의 진료수가 산정방법	이관부지법 또는 카테타법 시행 없이 통기 목적으로 행하는 간단한 통기법(Valsalva씨법 등)은 기본진료료 또는 소정처치료에 포함하여 별도 산정할 수 없으나 Politzer씨법에 의한 통기를 실시한 경우에는 자566 이관부지법 또는 카테타법 소정점수를 산정하되 (단, 재료비용은 별도산정 불가) 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 인정연령 : 만3~10세 소아 나. 급여대상 (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 (고시 제2019-131호, '19.8.1. 시행)
자567 유양동절제술	자567나 공동개방 유양동절제술 및	유양동절제술시 muscle flap, bone chip, cartilage, bone paste, fat 등을 이용하여 외이도벽을 메꾸어

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	자567다 교각보존 유양동절제술시 실시한 유양동폐쇄술의 수기료 산정방법	주는 수술(유양동폐쇄술)을 시행한 경우 자16가(1) 국소피판술 소정점수의 50%를 산정함 (고시 제2017-118호, '17.7.1. 시행)
자573 미로절제술	메니에르 상병에 실시한 Chemical Labyrinthectomy 인정횟수	메니에르상병에 약물이 가지는 독성을 이용하여 전정기관의 기능을 소멸시키는 방법인 화학적 미로절제술(Chemical Labyrinthectomy)은 자573다 미로절제술(약물주입을 이용한 것) 소정점수로 시술횟수 불문하고 1회만 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자580-1 인공중이이식	인공중이이식 급여기준	1. 인공중이이식은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정하며, 인공중이이식기는 국민건강보험법 제51조에 의한 보장구와 중복하여 요양급여하지 않음. - 다 음 - 가. 적용대상 만18세이상의 양측 비진행성 감각신경성 난청 환자로 아래 1)~3) 조건을 모두 충족해야 함. 다만, 후미로성 또는 중추성 병변인 경우는 적용대상에서 제외함. - 아 래 - 1) 편측 순음청력이 41~70dB[500Hz, 1,000Hz, 2,000Hz, 3,000(혹은 4,000)Hz 평균치]인 경우 2) 어음명료도가 50% 이상인 경우 3) 최소한 1개월 이상 적절한 보청기 착용에도 가) 또는 나)에 해당되는 경우 가) 청각재활의 효과가 제한적인 경우 나) 지속적인 보청기 착용이 어려운 경우 나. 인정개수 인공중이이식기는 1set[내부장치(IMPLANT), 외부

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		장치(IMPLANT를 제외한 구성품) 구분]에 한하여 요양급여로 인정하되, 분실, 파손된 경우 등으로 교환 시 외부장치(Implant를 제외한 구성품) 1개를 추가 인정함. 다. 시설·장비 – 청각실 : 방음청력검사실, 청각유발반응검사 기기를 갖추어야 함 2. 상기 1.의 급여대상 이외 시행하는 경우에는 수술료와 주된 치료재료비용을 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2017-152호, '17.9.1. 시행)
자581 골도 보청기 이식수술	골도 보청기 이식수술 급여기준	1. 골도 보청기 이식수술은 다음의 경우에 요양급여를 인정함. 다만, 골도보청기는 국민건강보험법 제51조에 의한 보장구와 중복하여 요양급여하지 않음. – 다 음 – 가. 연령: 5세이상 ~ 18세이하 나. 적응증 양측성 선천성 이기형 환자로서, 청력검사(나634-가 표준순음청력검사 혹은 나637 유소아 청력검사 혹은 나640 청성뇌간반응역치검사)상 아래의 청력기준에 해당하는 경우 – 아 래 – 1) 양이의 기도-골도 청력의 차이가 각 30dB 이상인 전음성 난청 2) 양이의 기도-골도 청력의 차이가 각 30dB 이상이면서, 양이의 골도청력이 각 45dB이하인 혼합성 난청 다. 인정횟수 : 1회 인정 2. 상기 1.의 급여대상 이외 시행하는 경우에는 수술료와

항 목	제 목	세부인정사항
		주된 치료재료비용을 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2017-152호, '17.9.1. 시행)
자585 인공호흡	폐내진동환기법의 수가 산정방법	각종 수술환자나 폐질환 환자에게 폐합병증의 예방과 치료를 위하여 실시하는 폐내진동환기법(Intrapulmonary Percussive Ventilation, IPV)은 사36 간헐적호흡치료(양압호흡 또는 음압호흡)로 준용 산정하며, 인공호흡과 병용하여 실시한 경우에는 폐내진동환기법과 인공호흡을 실시한 시간을 합산하여 자585 인공호흡의 해당 항목으로 산정함. (고시 제2017-263호, '18.1.1. 시행)
자586 고압산소요법	자586 고압산소요법의 급여기준	자586 고압산소요법은 동일 날 오전·오후로 나누어 시행할 경우에는 실 처치시간을 합산하여 해당항목의 소정점수를 산정하며, 다음과 같이 요양급여함. - 다 음 - 가. 일산화탄소중독, 감압병(잠수병), 가스 색전증, 혐기성세균감염증(가스괴저증), 시안화물중독증, 시력소실 24시간 이내 급성기 중심망막 동맥 폐쇄, 수혈이 불가능한 경우의 과도한 출혈에 의한 빈혈 나. 화상, 버거씨병, 식피술 또는 피판술 후, 수지 접합수술 후, 방사선치료 후 발생한 조직괴사, 당뇨병성 족부 궤양(Wagner grade 3 이상), 치료에 반응하지 않는 만성 난치성 골수염, 두개내 농양 등에 통상 2주 이내로 실시함을 원칙으로 하며, 연장실시가 반드시 필요한 경우에는 사례별 인정 다. 초기 청력 역치 80dB 이상의 돌발성 난청환자에서 고압산소요법을 1회 60~120분 이내로 실시한 경우 인정 (고시 제2018-254호, '19.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
캐스트료	쐐기모양절개 캐스트(Wedging Cast)의 수기료 및 치료재료 산정방법	쐐기모양절개 캐스트(Wedging Cast)는 자80가 변형도수교정술(골절변형교정술)과 자614 석고의 수선 소정점수로 산정하며, 이때 사용한 석고붕대는 실사용량으로 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자604 Hip spica	Both Hip Spica 수기료 및 재료대 산정방법	Both Hip Spica 수기료는 자604 고수상(Hip Spica Cast) 소정점수의 50%를 가산하며, 석고붕대는 Hip Spica 석고붕대 사용기준 갯수의 50%를 가산한 갯수로 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자609 손가락캐스트	자609 손가락캐스트 수가 산정방법	손가락캐스트(Finger Cast)를 2지이상 실시하는 경우 수기료는 자609 손가락캐스트 소정점수를 각각 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자611 벨포캐스트	원거리피판술시 시행한 캐스트(Cast) 수기료 산정방법	손가락부위에 원거리 피판술후 단순히 움직임을 방지하기 위하여 실시한 캐스트는 자611 벨포캐스트(Velpeau Cast) 소정점수에 준용하여 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자615 부목	Shoulder Spica Splint 및 Hip Spica Splint시 진료수가 산정방법	Shoulder Spica splint는 자615가 부목-장상지 소정금액으로 산정하고, Hip Spica Splint는 자615다 부목(장하지) 소정금액으로 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
중재적 방사선시술	경피적 풍선혈관성형술 등 중재적시술시 방사선료 산정방법	경피적풍선확장술 등 중재적 방사선시술시 '주'에 명시된 '별도 산정할 수 없는 방사선료'는 수술이 시도된 해당 혈관에 행한 방사선료를 의미함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
자651-2 경피적 좌심방이 폐색술	경피적 좌심방이 폐색술 급여기준	자651-2 경피적 좌심방이 폐색술은 다음의 요건을 모두 충족한 경우에 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률 80%로 요양급여를 인정함 - 다 음 -

항 목	제 목	세부인정사항
		가. 급여대상 비판막성 심방세동 환자 중 CHA2DS2-VASc score 2점 이상이면서 아래 1), 2) 중 어느 하나에 해당하는 경우임 1) 장기적 항응고요법이 어려운 경우 2) 적절한 항응고요법 시행 중 뇌졸중이 발생한 경우 나. 상기 가. 급여대상에 사용되는 치료재료(「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」의 중분류명 "경피적 좌심방이 폐색술용 DEVICE", "경피적 좌심방이 폐색술용 OCCLUDER DELIVERY SYSTEM")도 해당 행위의 본인부담률을 적용함 다. 금기증은 아래와 같으며, 요양급여를 인정하지 아니함 1) 심장내 혈전이 있는 경우 2) 심방중격수복 또는 폐쇄 기구(Closure Device)가 존재하는 경우 3) 활동성심내막염 또는 그 외의 세균혈증 유발 감염이 있는 경우 4) 기구가 배치되는 곳이 심장내 또는 혈관내 구조물과 충돌될 우려가 있는 경우 5) 좌심방이 구조가 기구(Device)에 일치하지 않는 경우 라. 시설· 장비· 인력 및 실적 기준 1) 심장 수술이 가능한 시설과 체외순환막형산화용기기(Extra Corporeal Membrane Oxygenator, ECMO) 또는 심장수술용체외순환기(심폐기)를 구비하여야 함 2) 인력은 가), 나)를 모두 충족하여야 하며 당해 요양기관에 상근하여야 함

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>가) 순환기내과 세부전문의 2인(심초음파인증의 1인 포함)이상
나) 심혈관 수술 경험이 있는 흉부외과 전문의
3) 최근 2년간 중격천자(Septal Puncture)를 하는 심장 중재적 시술 25건 이상 시행한 실적이 있어야 함
4) 동 시술을 실시하고자 하는 요양기관은 매년 건강보험심사평가원에 상기 라. 1) ~ 3)의 기준에 적합한 증빙서류(별지 제33호 서식)를 첨부하여 아래 표의 신고 주기에 따라 신고하여야 하며, 변경사항이 발생할 경우 그 내용을 지체 없이 신고하여야 함
<table>
<tr><th>신고 주기</th><th>신고 기간</th><th>실적 인정 기간</th><th>적용 기간</th></tr>
<tr><td>상반기</td><td>2월 1일부터 14일까지</td><td>지난 연도 1월 1일부터 12월 31일까지</td><td>당해 연도 3월 1일부터 다음 연도 2월 28일까지</td></tr>
<tr><td>하반기</td><td>8월 1일부터 14일까지</td><td>지난 연도 7월 1일부터 당해 연도 6월 30일까지</td><td>당해 연도 9월 1일부터 다음 연도 8월 31일까지</td></tr>
</table>
5) 시술이 진행되는 동안 흉부외과 전문의와 마취통증의학과 전문의, 체외순환 전문 인력이 요양기관 내에 대기하여야 함

마. 순환기내과 세부전문의 2인(심초음파인증의 1인 포함)이상, 신경과 전문의 1인 이상, 흉부외과 전문의 1인 이상의 협의진료를 통해 실시하되 치료방침, 결정사유 및 협의진료 의사의 견해 등을 진료기록부에 기록하여야 함
(고시 제2022-267호, '22.12.1. 시행)</td></tr>
<tr><td>자654
부정맥의
고주파절제술,</td><td>자654 부정맥의
고주파절제술 및
자654-1 부정맥의</td><td>1. 자654가 부정맥의 고주파절제술(Radiofrequency Ablation of Arrhythmia, RFA)-부정맥의 고주파절제술(Conventional) 및 자654-1 부정맥의</td></tr>
</table>

항 목	제 목	세부인정사항
자654-1 부정맥의 냉각절제술	냉각절제술 급여기준	냉각절제술(Cryoablation of arrhythmia)은 부정맥의 근본적인 치료방법임을 입증할 수 있는 근거가 있는 경우에 시행함을 원칙으로 하며, 다음과 같은 경우에 시행 시 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 심방빈맥(Atrial Tachycardia) 증상이 있거나 지속성(incessant form)의 경우 나. 심실빈맥(Ventricular Tachycardia) 1) 증상이 있는 지속성의 경우 2) 증상이 있는 비지속성에서 약물에 반응하지 않거나 환자가 약물치료에 적응을 못한 경우 다. 심방세동(Atrial Fibrillation) 1) 항부정맥 약제(class Ⅰ 또는 class Ⅲ) 중 1가지 이상을 6주 이상 충분한 용량으로 투여한 이후에도 증상이 조절되지 않는 심방세동으로, 약제 투여 전·후 심전도검사에서 심방세동이 증명된 경우 2) 약물치료에 실패하여 약제를 투여하지 못하거나, 항부정맥 약제에 대한 부작용 또는 동결절 기능부전을 동반한 빈맥-서맥 증후군(Tachycardia-Bradycardia Syndrome)에서와 같이 약제유지가 불가능한 심방세동으로서 심전도에 의해 확인된 경우 3) 재시술은 이전 시술 후 3개월이 경과된 이후에 실시하되, 심전도 상 심방세동 또는 심방빈맥의 재발이 증명된 경우 4) 심방세동 고주파절제술 또는 냉각절제술시 CTI(cavotricuspid isthmus)-dependent 심방조동이 유도된 경우 라. 심실조기수축(Ventricular Premature Complexes)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		1) 심실조기수축으로 인한 좌심실기능부전 환자로서 심구혈률(Ejection Fraction, EF)이 50% 이하이고, 2개월 이상의 약물치료에도 불구하고, 2개월 이상의 간격을 두고 시행한 홀터기록 상 심실기외수축의 부담이 15% 이상인 경우 2) 심장재동기화치료(Cardiac Resynchronization Therapy, CRT)를 받은 환자에서 2개월 이상의 약물치료에도 불구하고, 홀터기록 상 심실기외수축의 부담이 10% 이상인 경우 3) 증상을 일으키는 빈번한 심실조기수축환자로서 홀터기록 상 심실기외수축의 부담이 15% 이상인 아래와 같은 경우 - 아 래 - 가) 2개월 이상의 약물치료 후 나) 약물치료에 실패하여 약제투여를 못하는 경우 4) 심실조기수축(Ventricular Premature Complexes, VPC)이 다형성심실빈맥이나 심실세동을 유발하는 경우 마. 심방조동(Atrial Flutter) 증상이 있거나 지속성(incessant form)의 경우 바. 증상이 있는 부전도로(accessory pathway)에 의한 빈맥 또는 방실결절재진입 빈맥(Atrioventricular Nodal Reentry Tachycardia, AVNRT) 사. 무증상의 조기흥분(pre-excitation) 1) 심방세동시 심실조기 흥분된 RR간격이 250ms 이하인 경우 2) 다수의 부전도로가 존재하는 경우 3) 부전도로의 불응기가 240ms 미만인 경우 4) 타인의 생명을 책임지는 직업(비행기 조종사, 대중교통 운전사 등), 운동선수

항 목	제 목	세부인정사항
		아. 자654-1나 심방세동에 '주2' '냉각풍선 절제술'은 위 1. 다. 심방세동 중에서 1)~3)에 요양급여함. 자. 위 가.~아. 이외 부정맥의 고주파절제술(Conventional) 또는 냉각절제술이 반드시 필요한 경우 진료내역 및 담당 의사의 소견서 등을 참조하여 사례별로 요양급여함. 2. 자654나 삼차원(3-D) 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술(Through Intracardiac Electrophysiologic 3-Dimensional Mapping)은 위 1.의 급여기준 중 다음과 같은 경우에 요양급여하며, 삼차원 빈맥 지도화를 위해 실시한 영상진단(CT, MRI)은 별도 요양급여함. - 다 음 - 가. 위 1.의 가.~라.에 해당되는 경우 나. 위 1.의 마.에 해당되는 경우 중 비전형적 심방조동 다. 구조적 심장질환을 동반하여 발생한 부정맥 라. 부정맥고주파절제술(Conventional)로 불가능하거나 실패한 경우 마. 위 가.~라. 이외 삼차원 빈맥 지도화가 반드시 필요한 경우 사례별로 요양급여함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	자654 부정맥의 고주파절제술 (RFA) 또는 자654-1 부정맥의 냉각절제술을 각각 2부위 이상의 병변에	자654 부정맥의 고주파절제술 또는 자654-1 부정맥의 냉각절제술을 각각 2부위 이상의 병변에 시행 시 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 좌·우 심장에 각각 병변이 있어 동정맥을 각각 Puncture하여 시술시 소정점수의 200%로 산정

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	시행 시 수가 산정방법	나. 편측 심장에 발생기전이 다른 병변을 시술한 경우에는 소정점수의 150% 산정 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자655 경피적관상동맥확장술	경피적관상동맥확장술(PTCA)시 실패한 경우의 수가 산정방법	경피적관상동맥확장술(PTCA) 시행시 Guiding Catheter와 Guide Wire가 병소를 통과하지 못하여 PTCA에 실패한 경우의 수기료는 자655 경피적관상동맥확장술(PTCA) 소정점수의 50%로 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자658 경피적 대동맥판 삽입	자658 경피적 대동맥판삽입 급여기준	자658 경피적 대동맥판삽입(Transcatheter Aortic Valve Implantation, TAVI)은 NYHA Class Ⅱ이상의 증상이 있는 중증 대동맥판협착증 환자를 대상으로 심장통합진료를 거쳐 시술 여부를 결정하여야 하며, 다음의 요건을 모두 충족한 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상은 아래 1) ~ 3) 중 어느 하나에 해당하는 경우임. 1) STS score > 8%인 수술 고위험군 2) 만 80세 이상 3) 마. 1)의 심장통합진료에 참여한 심장혈관흉부외과 전문의 전원이 수술 불가능하다고 판단한 환자 4) 상기 가. 1) ~ 3) 이외의 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 적용하며, 4% ≤ STS score ≤ 8%인 수술 중위험군은 본인부담률을 50%로, STS score < 4%인 수술 저위험군은 본인부담률을 80%로 적용함. 5) 상기 가. 4)의 경우에는 동 행위에 사용되는

항 목	제 목	세부인정사항
		치료재료(「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표」의 중분류명 “경피적 대동맥판 삽입용”, “경피적 대동맥판 삽입용 INTRODUCER SHEATH”, “경피적 대동맥판 삽입용 GUIDE WIRE”, “경피적 대동맥판 삽입용 VALVULOPLASTY CATHETER”)도 해당 행위의 본인부담률을 적용함. 나. 급여횟수는 최초 시행 시 1회 인정하며, 1회를 초과하는 경우 비급여임. 다. 금기증은 아래와 같으며 요양급여를 인정하지 아니함. 1) 기대 여명 1년 이하 2) 동반질환으로 인하여 삶의 질 향상을 기대하기 어려운 경우 3) 활동성 심내막염 4) 좌심실 또는 대동맥판 혈전 5) 부적합한 판막륜 크기 6) 환자의 증상에 주요한 영향을 미치는 수술로만 치료 가능한 다른 판막질환 존재 라. 시설・장비・인력 및 실적 기준 1) 심장 수술이 가능한 시설과 체외순환막형산화용기기(Extra Corporeal Membrane Oxygenator, ECMO) 또는 심장수술용체외순환기(심폐기)를 구비하여야 함. 2) 인력은 가), 나)를 모두 충족하여야 하며 당해 요양기관에 상근하여야 함. 가) 분과전문의 자격 취득 후 5년 이상의 순환기내과 진료 경험이 있는 순환기내과 분과

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		전문의 2인 이상 나) 전문의 자격 취득 후 5년 이상의 심혈관 수술 경험이 있는 심장혈관흉부외과 전문의 2인 이상 3) 연간 실적은 가) ~ 다)를 모두 충족하여야 함. 가) 대동맥판막치환술 10건 이상 나) 경피적 혈관내 스텐트-이식 설치술[대동맥] 또는 [대동맥 및 장골동맥] 10건 이상 다) 경피적 관상동맥 중재적 시술 100건 이상 4) 동 시술을 실시하고자 하는 요양기관은 매년 건강보험심사평가원에 상기 라. 1) ~ 3)의 기준에 적합한 증빙서류를 첨부하여(별지 제1호 서식) 아래 표의 신고 주기에 따라 신고하여야 하며, 변경 사항이 발생할 경우 지체없이 변경 신고하여야 함. 신고 주기 / 신고 기간 / 실적 인정 기간 / 적용 기간 (동 시술 가능) 상반기 / 6월 1일부터 14일까지 / 지난 연도 1월 1일부터 12월 31일까지 / 당해 연도 7월 1일부터 다음 연도 6월 30일까지 하반기 / 12월 1일부터 14일까지 / 지난 연도 7월 1일부터 당해 연도 6월 30일까지 / 다음 연도 1월 1일부터 12월 31일까지 5) 시술이 진행되는 동안 심장혈관흉부외과 전문의, 마취통증의학과 전문의, 체외순환 전문인력이 요양기관 내에 대기하여야 하며 이에 대하여 진료기록부에 기록·관리하여야 함. 마. 심장통합진료는 아래와 같이 실시하되 관련 분야 전문의들이 내과적 시술 및 외과적 수술의 위험과 편익을 종합적으로 고려하여 환자의 치료방침을 결정하여야 함. 1) 심장통합진료에는 순환기내과 분과전문의 2인

항 목	제 목	세부인정사항
		이상(한국심초음파학회에서 인정한 심초음파 인증의 1인 포함), 심장혈관흉부외과 전문의 2인 이상, 마취통증의학과 전문의 1인 이상, 영상의학과 전문의 1인 이상이 대면으로 참여하되 부득이한 경우 화상으로 참여할 수 있음. 다만, 마취통증의학과와 영상의학과는 별도의 협진으로 대신할 수 있음. 2) 상기 마. 1)의 전문의 전원이 동의한 경우 동 시술이 가능하며, 의견 불일치 시에는 요양기관 내 순환기내과, 심장혈관흉부외과, 심초음파 분야의 책임자급 전문의 각 1인(중복 불가)과 환자 담당 전문의(주치의)가 치료방침을 재논의함. 3) 상기 마. 2)의 재논의에 참여한 전문의 전원이 동의한 경우 동 시술이 가능하며, 의견 불일치 시에는 재논의에 참여한 심초음파 전문의의 판단에 따라 의료진의 최종 합의된 치료방침을 정함. 4) 순환기내과 전문의와 심장혈관흉부외과 전문의는 마. 1)의 심장통합진료 이전 또는 마. 2)의 재논의 이전에 환자 또는 보호자에게 각 치료법의 위험과 편익을 충분히 설명하여야 하며, 재논의에 참여한 환자 담당 전문의는 의료진의 최종 결정사항을 환자 또는 보호자에게 충분히 설명하여야 함. 5) 아래 가) ~ 라)는 수술을 우선 권고하되 수술 위험도, 연령 등을 고려하여 마. 1)의 심장통합진료에 참여한 전문의 전원이 동의한 경우 동 시술에 대한 요양급여를 인정하며, 이 경우 가. 1) ~ 5)에 따른 본인부담률을 적용함. 가) 상행 대동맥 또는 대동맥 궁의 움직이는

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		혈전성 플라크(plaque) 나) 이엽성(bicuspid) 대동맥판 다) 상행 대동맥류 45mm 이상 라) 혈역학적으로 의미 있는 좌심실 유출로 협착을 동반한 심실중격비대증(septal hypertrophy with left ventricular outflow tract obstruction)으로 근절제술(myectomy) 필요 6) 심초음파, 관상동맥 CT 조영술(Coronary CT angiogram) 등 필수적인 검사결과를 구비한 후에 심장통합진료를 실시하여야 하며, 별지 제2호 서식에 심장통합진료 시간 및 장소, 참여 전문의 성명 및 서명, 치료방침 및 결정사유 등을 기재하여 요양급여비용 청구 시 서식을 첨부하여야 함. (고시 제2023-102호, '23.6.1. 시행)
자658-1 경피적 폐동맥판 삽입술	자658-1 경피적 폐동맥판 삽입술의 급여기준	경피적 폐동맥판 삽입술은 우심실유출로 재건술을 포함한 교정수술 또는 폐동맥판막 중재시술을 받았던 환자에서 심장통합진료를 통해 시술여부를 결정해야 하며, 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함 - 다 음 - 가. 중등도 이상의 우심실유출로 협착(우심실 유출로에서 측정한 평균 압력차가 35mmHg 이상)이 있는 경우 나. 중등도 이상의 폐동맥 판막 기능부전이 있으면서 아래 중 하나 이상을 충족하는 경우 1) 우심실 확장기말 용적지표(right ventricular enddiastolic volume index) > 150ml/m2 2) 우심실 수축기말 용적지표(right ventricular endsystolic volume index) > 80ml/m2

항 목	제 목	세부인정사항
		3) 우심실 구출분획(right ventricular ejection fraction) < 47% 4) 우심실 확장 및 기능저하와 관련된 지속성 빈맥성 부정맥이 있거나, QRS 기간 > 160ms 5) NYHA Class Ⅱ 이상 (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
자659 경피적풍선 혈관성형술	자659마 경피적 풍선혈관 성형술(PTA)-기 타혈관의 급여기준	자659마 경피적 풍선혈관성형술(Percutaneous Transluminal Angioplasty, PTA)-기타혈관에 대한 혈관성형술은 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 내경 70% 이상의 협착이 있는 경우 나. 협착부위 근위부와 원위부의 수축기 혈압차이 1) 안정기에 혈압차 10㎜Hg 이상 2) 혈관 확장제 투여 후 15㎜Hg(또는 15%) 이상 차이가 있는 경우 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	자659 경피적풍선혈관성형술 (PTA)시 실패한 경우의 수가 산정방법	자659 경피적 풍선혈관성형술(PTA)시 Guiding Catheter와 Guide Wire가 병소를 통과하지 못한 경우의 수가 산정 방법은 자659 경피적 풍선혈관성형술(PTA) 소정점수의 50%로 산정함. (주수술인 경우 주수술 소정점수의 50%, 부수술인 경우 부수술 소정점수의 50%) (고시 제2019-315호, '20.1.1. 시행)
자663 경피적 혈전제거술	자663가(4) 경피적 혈전제거술(혈전 용해술)-기타혈관 실시 익일 후 이미 확보된 경로로 실시한 중재적 시술	자663가(4)경피적 혈전제거술(혈전용해술)-기타혈관 실시 후 잔여 협착이 있거나, 약물에 의한 혈전 용해술만으로 혈전의 제거가 어려워 익일 이후 이미 확보된 경로로 자659마 경피적풍선혈관성형술 또는 자660마 경피적 혈관내 금속스텐트삽입술, 자663나(4)경피적 혈전제거술(기계적혈전제거술)을 실시한 경우 수가산정

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	수가 산정방법	방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 자663가(4)경피적 혈전제거술(혈전용해술)-기타혈관 100%, 자659마 경피적 풍선혈관성형술-기타혈관 또는 자660마 경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술-기타혈관 50%(상급종합병원·종합병원은 70%)를 산정함. 나. 다만, 자663가(4)경피적 혈전제거술(혈전용해술)-기타혈관 후 자663나(4) 경피적 혈전제거술(기계적 혈전제거술) [카테터법]-기타혈관을 실시하고 자659마 경피적 풍선혈관성형술-기타혈관 또는 자660마 경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술-기타혈관을 실시한 경우 자663나(4) 경피적 혈전제거술(기계적 혈전제거술) [카테터법]-기타혈관은 별도 산정하지 아니함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
자664 혈관색전술	간의 악성신생물 상병에 실시한 자664 혈관색전술 수가 산정방법	간의 악성신생물(원발성)상병에서 동일에 2개 이상 Feeding artery를 embolization한 경우에 최대 2개 혈관까지 인정하여 자664나 혈관색전술-기타혈관 소정점수의 150%를 산정하고 시술 시 소요된 치료재료는 별도 인정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	골반울혈증후군에 시행한 난소정맥색전술 급여기준	골반울혈증후군에 시행한 난소정맥색전술은 약물치료(호르몬치료, 진통제 등)에 반응하지 않는 환자에서 난소정맥 조영술상 정맥판의 기능부전으로 인한 역류가 확인된 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 1. 자궁정맥과 난소정맥총의 울혈이 있는 경우 2. 골반정맥총에서 조영제의 비정상적 정체가 있는 경우

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		3. 반대측 골반정맥, 음문정맥, 대퇴피하정맥으로 조영제가 유입되는 경우 (고시 제2018-206호, '18.10.1. 시행)
자664-2 동맥경유 방사선 색전술	동맥경유 방사선색전술 시 사전 embolization의 별도 인정여부	합병증 예방을 위하여 시행하는 사전 embolization은 부수적인 시술로서 주된 시술료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. 다만 사용된 치료재료는 별도 산정함. (고시 제2020-262호, '20.12.1. 시행)
자665 경피적 하대 정맥 여과기 설치술	자665 경피적 하대정맥 여과기 설치술 인정기준	자665 경피적 하대정맥여과기 설치술은 다음과 같은 경우에 인정함. - 다 음 - 가. 폐색전이 확인 된 경우 나. 폐색전 가능성이 높아 예방목적으로 시행하는 경우 (1) iliofemoral 이나 IVC에 비교적 큰 유동성 혈전이 증명된 고위험군 환자 (2) 하대정맥을 침범한 과혈관성 종양환자의 혈관색전술전에 암성 폐색전을 예방하기 위한 경우 (3) 심한 심부정맥 혈전증 환자로서 항응고제 치료가 불가능한 경우 (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자667 경피경간 담즙배액술	개복술후 수술이 불가능하여 경피적으로 시행한 담즙배액술 인정 여부	개복술을 시행하였으나 불가피한 사유로 PTBD, PTCD를 시행한 경우의 행위료는 관혈적 수술의 소정점수와 자667 경피경간담즙배액술 [유도료 별도 산정]의 50%를 산정하고, 동 시술 시 사용한 치료재료는 인정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	좌·우측 간관에 각각 시술한 자667 경피경간	자667 경피경간담즙배액술 [유도료 별도 산정] 시 종양 등에 의하여 근위부 총간관이 폐쇄되어 우측 및 좌측의 간관(hepatic duct)이 서로 연결되지

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	담즙배액술 [유도료 별도 산정] (PTBD)의 수가 산정방법	않고 막혀 있으면서 담즙배액이 되지 않는 경우 담즙배액을 목적으로 좌·우측 간관에 동 시술을 각각 실시 시 자667 소정점수 및 치료재료를 각각 산정하되, Guide wire, Hair wire, Yellow sheath는 일반적으로 1개로 양측에 사용하므로 1개를 인정함. 다만, 부득이한 사유로 좌·우측으로 각각 사용한 경우 동 치료재료는 실제 소요된 재료별로 각각 인정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자668 경피적담도 협착확장술	Both Hepatic Duct에 Stent 삽입시 수기료 산정방법	Both Hepatic Duct에 Stent 삽입시 수기료는 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 동일한 root를 이용한 경우 : 자668나 경피적담도협착확장술(스텐트에 의한 것) 또는 자777가(2) PTBD route 또는 T- tube을 이용한 담관확장술(스텐트삽입) 소정점수의 100%와 50%로 산정 나. 각각의 root를 이용한 경우 : 자668나 경피적담도협착확장술(스텐트에 의한 것) 또는 자777가(2) PTBD route 또는 T- tube을 이용한 담관확장술(스텐트삽입) 소정점수를 각각 산정 다. 역행성담췌관 내시경하 (ERCP) 양측 Hepatic Duct 스텐트 삽입술 : 자776다 역행성 담췌관 내시경수술[내시경적담(췌)관협착확장술] 소정점수의 100%와 50%로 산정 (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자670 경피적 담석제거술	치료기간 중 수회 실시한 자670 경피적 담석제거술 및 자776라	담관결석 상병에 담석제거를 위해 자670 경피적 담석제거술 또는 자776라 내시경하 담석제거술(타 시술을 동시에 실시한 경우에는 자776 '주'에 의거 주된 시술로 산정 가능함)을 수회 반복 실시한 경우에는 시술별

항 목	제 목	세부인정사항
	내시경하 담석제거술 수가 산정방법	소정점수의 100%를 각각 산정하며, 수가 산정방법은 다음과 같이 함. 다만, 담석제거술 전에 별도로 시행한 담관(담즙)배액술은 산정횟수에 포함하지 않음. - 다 음 - 가. 간외담관 결석(Extrahepatic Bile Duct Stone) : 최대 3회(300%) 이내로 산정 나. 간내담관 결석(Intrahepatic Duct Stone) : 최대 5회(500%) 이내로 산정(간외담관 결석 동반 포함) 다. 다만, '가', '나' 횟수를 초과하는 경우에는 사례별로 인정함. (고시 제2016-112호, '16.7.1. 시행)
자671 경경정맥간내문맥정맥단락술	TIPS revision 수기료 산정방법	경경정맥간내문맥정맥단락술(TIPS, Transjugular Intrahepatic Portocaval Shunt) revision의 수기료는 자671 경경정맥간내문맥정맥단락술(TIPS) 소정점수의 50%로 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
자674 경피적튜브배액술	암환자의 복수 및 흉수 치료시 시행한 자674 경피적튜브배액술의 급여기준	자674 경피적튜브배액술은 점도가 높고 삼출양상이 Pocket 등으로 Loculation되어 있는 배액물(농양)의 치료를 위해 선별적으로 실시하는 경우에 요양급여하되, 암환자에게 발생하는 흉수 및 복수의 치료를 위하여 시행한 경피적튜브배액술은 장기유치가 필요한 다음과 같은 경우에 요양급여함. - 다 음 - 가. Effusion양상이 loculation되어 있는 경우 나. 장기내 유착 또는 복강내 종양 등이 의심되어 천자시 장기 천공의 위험이 있는 경우 다. 흉수나 복수의 반복적인 천자가 불가피한 경우 (고시 제2018-254호, '19.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
자677 경피적경화술	혀의 Hemangioma상병에 Alcohol Injection 시 수기료 산정방법	혀의 Hemangioma상병에 Direct Alcohol Injection한 시술은 자677가(1)(나)경피적 경화술(단순천자법에 의한 것-두경부-혈관기형) 소정점수로 산정함. (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
자677-3 경피적 냉동제거술 [유도료 별도 산정]	근골격계 종양의 경피적 냉동제거술 급여기준	자677-3라 경피적 냉동제거술-근골격계 종양은 다음의 경우에 인정함 - 다 음 - 가. 적응증 (1) 원발성 유골골종(Osteoid osteoma) (2) 종양이 심부에 위치하거나 범위가 넓은 경우 등 수술적 종양절제술이 어려운 전이성 근골격계 종양 나. 인정횟수 - 동일 병변 1회 (고시 제2019-234호, '19.11.1. 시행)
자680 비촉지유방 종양침위치 결정술	자680 비촉지유방종양침위치결정술[유도료 별도 산정] 수가 산정방법	편측 유방의 다발 병변에 대하여 자680 비촉지유방종양침위치결정술[유도료 별도 산정]을 시행하는 경우 제1부위는 소정점수의 100%, 제2부위부터는 50%를 산정하되, 편측 당 최대 200%까지 산정함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
자690 경피적 고주파열 치료술	갑상선암의 경피적 고주파열치료술 급여기준	1. 갑상선암의 경피적 고주파열치료술은 수술 후 수술부위나 경부(목)에만 암이 재발한 국소재발성 갑상선암 환자 중 아래와 같이 수술 고위험군에 실시한 경우 요양급여함. - 다 음 - 가. 적응증 - 심폐기능 저하자 등 전신마취가 곤란한 경우 - 수술로 인한 조직변형 및 섬유화 발생 등 유착이 심한 경우

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		2. 인정횟수 – 동일 결절에 2회 인정하며, 인정횟수를 초과한 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2019-212호, '19.10.1. 시행)
자701 혈액투석을 위한 정맥내 카테터삽입술	자701다 혈액투석을 위한 정맥내 카테터삽입술-혈액투석 도관 삽입을 위한 역방향의 중심정맥 재개통술의 급여기준	자701다 혈액투석을 위한 정맥내 카테터삽입술-혈액투석 도관 삽입을 위한 역방향의 중심정맥 재개통술은 다음을 모두 만족하는 경우 요양급여를 인정함. – 다 음 – 1. 양측 상지 중심정맥 폐색으로 인해 내경정맥과 쇄골하정맥으로 혈액투석 도관 삽입이 불가능한 환자 2. 우측 중심정맥(내경정맥, 쇄골하정맥)으로 혈액투석 도관을 삽입한 경우 (고시 제2022-225호, '22.10.1. 시행)
자702 혈액투석 [1회당]	온라인 혈액투석여과법 (On-line Hemodiafiltration)	자702 혈액투석[1회당]의 소정점수를 산정하며, 사용된 재료대 및 투석액은 자702 주.와 같이 산정함. (고시 제2017-263호, '18.1.1. 시행)
자704 혈액관류	자704 혈액관류 [카테터 삽입술 포함] [1회당] (Hemoperfusion) 시 재료의 일부만 교환하는 경우 수가 산정방법	자704 혈액관류 [카테터 삽입술 포함] [1회당] (Hemoperfusion) 시 혈액 응고 등으로 인하여 재료의 일부(흡착제, Tubing Set)만을 교환하는 경우에 교환 행위료는 별도 인정하지 아니하나, 실제로 교환한 치료재료(흡착제, Tubing Set)는 별도 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자705 지속적	지속적 동·정맥 혈액여과술(CAVH)	CVVH(Continuous Veno Venous Hemofiltration), CAVH(Continuous Arterio Venous Hemofiltration)의

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
정정맥 또는 동·정맥 혈액여과술	시 재료의 일부만 교환하는 경우 진료수가 산정방법	수기료는 Set를 완전 교환(카테타 삽입에서 제거까지)하는 경우에 산정되는 수기료로서 Blood Clot 등으로 재료의 일부(Hemofilter, Tubing Set 등) 만을 교환하는 경우에 교환수기료는 별도 인정하지 아니하나, 실제로 사용한 치료재료에 한하여 약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준에 따라 산정함. (고시 제2016-204호, '16.11.1. 시행)
자706 급성복막투석	복강내항암요법시 수기료 및 치료재료 산정방법	복강내항암요법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 행위료 : 자706 급성 복막투석의 소정점수로 산정 나. 약제비 : 항암제, 용제(생리식염수, 페리토졸 등) 및 Catheter의 혈액응고 방지를 위하여 사용한 헤파린은 실사용량으로 산정 다. 치료재료비 : Peritoneal Dialysis Catheter (Tenckhoff Catheter 등) 1개 또는 Peritoneal Dialysis Catheter를 대신하여 지속적배액용기(barovac Jackson-Pratt type 등)를 사용한 경우는 4개 이내로 산정하되, Peritoneal Dialysis Catheter와 지속적배액용기를 병용 사용하더라도 한가지만 인정 (고시 제2004-36호, '04.7.1. 시행)
자707 계속적 복막관류술	복막투석시에 사용되는 인페리놀, 헤파린 약제의 별도 산정여부	복막투석시에 사용되는 인페리놀, 헤파린 약제는 별도 산정할 수 있음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
자713 유방 절제술	남성의 여성형 유방수술 급여기준	1. 신체의 필수 기능개선 목적으로 시행하는 남성의 여성형 유방수술은 자713가(2) 유방절제술(양성-피하절제)의 소정점수를 산정하며, 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 적응증 유방초음파 또는 조직병리검사 등을 통해 유선조직의 증식이 확인된 여성형 유방의 사이먼 분류법(Simon Classification of gynecomastia)에 따른 중등도 유방 비대가 있고, 피부 처짐이 없는 상태인 Grade ⅡA 이상에 시행한 경우 단, 청소년기(만 18세 이하)에 발생한 여성형 유방증은 6개월 이상의 관찰기간을 요함. 나. 기타 동 수술 시 시행한 지방흡인술은 일련의 과정으로 보아 별도 산정할 수 없음. 2. 상기 1.에 해당하지 않는 경우에는 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표2] 비급여대상 2.에 따라 비급여대상임. (고시 제2018-88호, '18.5.1. 시행)
	위험감소 유방전절제술의 급여기준	BRCA 유전자 돌연변이 검사결과 양성인 편측 유방암 환자에서 반대측 유방암 발생 위험을 감소시키기 위하여 실시하는 위험감소 유방전절제술은 요양급여로 인정하며, 수술료는 자713가(1) 유방절제술-양성-단순전절제의 소정점수를 산정함. (고시 제2017-173호, '17.10.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
자714 유방재건	자714 유방재건의 급여기준	자714 유방재건은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정하며, 그 외 실시한 경우는 비급여대상임. - 다 음 - 가. 유방암으로 유방전절제술을 시행한 경우 나. 위험감소 유방전절제술을 시행한 경우 다. 대흉근 결손과 합지증이 동반된 폴란드 증후군 환자에서 시행한 경우 라. 상기 가.~다.로 유방재건 시행 후 합병증으로 인하여 유방재건을 재수술하는 경우 (고시 제2017-173호, '17.10.1. 시행)
자722 간절제술	자722 간절제술 수가 산정방법	1. 자722 간절제술은 절제 범위에 따라 가. ~ 마.의 소정점수를 산정하며, 간의 여러 부위(S1~S8)를 절제한 경우 수가 산정방법은 다음과 같이함. - 다 음 - 가. 동일 수술을 여러 부위에 실시하는 경우 제1부위는 소정점수의 100%, 제2부위부터는 50%씩 산정하되 최대 200%까지 산정함. 다만, 동일 Segment에 부분절제를 2부위 이상 하더라도 자722가 간절제술-부분절제는 1회만 산정함. 나. 자722 간절제술의 가. ~ 마. 중 서로 다른 2가지 이상의 수술을 동시에 실시한 경우 주된 수술은 100%, 제2의 수술부터는 50% [종합병원(상급종합병원 포함)은 70%] 를 산정함. 2. 상기 1.에도 불구하고 간절제 부위에 따라 다음과 같이함. - 다 음 - 가. 좌외측구역(S2, S3)절제를 시행한 경우에는

항 목	제 목	세부인정사항
		자722나 간절제술-구역절제의 소정점수를 산정함. 나. 좌내측구역(S4)절제를 시행한 경우에는 자722다 간절제술-2구역절제의 소정점수를 산정함. 다. 좌엽 또는 우엽 내에서 3개 이상의 연속한 Segment를 절제한 경우에는 자722라 간절제술-간엽절제의 소정점수를 산정함. 라. 좌엽과 우엽에 걸쳐 3개 이상의 연속한 Segment를 절제한 경우 자722마 간절제술-3구역절제의 소정점수를 산정함. 3. 미상엽(S1)절제를 포함하는 경우 별도의 행위로 자722나 간절제술-구역절제로 산정하되 상기 1.의 가. 또는 나.를 적용함. (고시 제2022-188호, '22.8.1. 시행)
자738 담낭절제술	담도결석시 담낭절제를 시행하고 Sphincteroplasty 및 담도장문합술을 시행하였을 경우의 수가 산정방법	담도결석시 담낭절제를 시행하고 Sphincteroplasty 및 담도장문합술을 시행하였을 경우에는 자738 담낭절제술의 소정점수와 자742 오디씨괄약근 절개 및 성형술 또는 자735 담도장문합술 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. 이 경우 오디씨괄약근 절개 및 성형술과 담도장문합술은 동시에 산정할 수 없음. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	복부 수술시 동시 실시한 자738 담낭절제술 급여기준	1. 복부 수술시 담낭절제술을 부수적으로 시행하는 경우 자738 담낭절제술을 인정하지 아니함. 2. 상기 1.에도 불구하고, 급성담낭염(담낭통 등 담석으로 인한 증상을 동반한 담석증 포함), 담낭종양(용종, 암, 선근종 등), 도재담낭(porcelain GB) 및

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		담낭석회화, 담석의 크기가 2cm 이상인 증상이 없는 담석증(single large stone), 4mm 이상의 담낭벽 비후, 장기 이식수술 전, 총정맥영양법(TPN) 시행 예정 등이 확인되는 경우 요양급여를 인정함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
자741 담낭악성종양근치수술	자741 담낭악성종양근치수술 시 S4b, S5 부위의 간절제술을 동시에 실시한 경우 수가 산정방법	1. 자741 담낭악성종양근치수술시 S4b, S5 부위를 부분절제(Wedge resection)한 경우는 자741 담낭악성종양근치수술 소정점수에 변연절제 비용이 포함되어 있으므로 별도 산정하지 아니함. 2. 다만, S4b, S5 부위를 절제(Bisegmentectomy)한 경우는 자722나 간절제술-구역절제(Segmentectomy) 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. (고시 제2022-188호, '22.8.1. 시행)
자760 위식도역류질환의 내시경적 고주파 치료술	자760 위식도역류질환의 내시경적 고주파치료술 급여기준	1. 위식도역류질환의 내시경적 고주파치료술은 위식도역류질환에 대한 약물치료를 6개월 이상 시행 후에도 치료되지 않는 경우 또는 약물 부작용 등으로 약물치료가 어려운 경우에 인정함. 2. 상기 1.에도 불구하고 아래와 같은 경우에는 금기증에 해당되므로 인정하지 아니함 가. 만18세 미만 나. 임신한 여성 다. 열공탈장의 크기가 2cm 이상 라. 식도이완불능증 또는 하부 식도괄약근 이완 기능이 불완전한 환자 마. 바렛식도가 있는 환자 바. 환자의 상태가 불량하여 수술하기 힘든 경우(만성

항 목	제 목	세부인정사항
		질환, 전신상태 불량 등) (고시 제2019-190호, '19.9.1. 시행)
자762 내시경적 상부소화관 출혈 지혈법	내시경적 마이크로파 응고법으로 실시하는 소화관 출혈의 지혈, 확장술, 종양제거술의 수가 산정방법	내시경적 마이크로파 응고법은 마이크로파의 에네르기를 모노폴라형 안테나에 접속시켜 응고효과와 강한 지혈효과를 나타냄으로써 소화관 출혈의 지혈, 종양의 응고, 소화관 문합부 반흔성 협착부위 확장 등에 사용되는 방법으로, 시술행위에 따라 다음과 같이 산정하되, 관혈적 수술시 보조요법으로 시술한 경우에는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 별도 산정 할 수 없음. - 다 음 - 가. 상부 소화관 지혈: 자762 내시경적 상부 소화관 출혈 지혈법 소정점수를 산정하고, 계속적인 출혈로 추가 시술한 경우에는 소정점수의 50%를 1회에 한하여 추가 산정함. 나. 식도협착의 확장술: 자764 내시경적 상부 소화관 확장술 소정점수를 산정하고, 환자의 상태에 따라 여러번 나누어 시술하더라도 소정점수 1회만 산정함. 다. 식도암 또는 위암 환자의 종양 제거술: 자765 내시경적 상부 소화관 종양수술의 소정점수를 산정하고, 환자의 상태에 따라 여러번 나누어 시술하더라도 소정점수 1회만 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
자762 내시경적 상부 소화관 출혈 지혈법, 자768 결장경하 출혈 지혈법, 자773 에스상결장경하 출혈 지혈법	내시경하 분말지혈제를 이용한 지혈술 시행 시 급여기준 및 수가 산정방법	1. 내시경하 분말지혈제를 이용한 지혈술은 비정맥류성 출혈환자 및 시술 후 출혈환자(출혈성 소화기 궤양 환자, 내시경적 점막 절제술 및 내시경적 점막하 박리술 환자 등) 중 기존 지혈술(전기소작응고술, 지혈클립, 주사요법 등)에 실패한 환자에게 시행하며, 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 상부위장관 지혈 : 자762 내시경적 상부 소화관 출혈 지혈법 소정점수를 산정함. 나. 하부위장관 지혈 : 자768 결장경하 출혈 지혈법 소정점수를 산정함. 다. 직장 또는 에스상 결장 이하의 지혈 : 자773 에스상결장경하 출혈 지혈법의 소정점수를 산정함. 2. 단, 사용되는 치료재료는 시술 당 1개 인정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자765 내시경적 상부소화관 종양 수술	식도암상병 등에 내시경하 레이저를 이용한 종양제거시 수가 산정방법	수술 불가능한 식도암이나 위의 종양 등에 내시경하에 레이저를 종양에 조사하여 종양을 제거 할 경우 자765 내시경적 상부 소화관 종양 수술의 소정점수를 산정하며, 수회 나누어 시술하여도 1회만 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
자765다 내시경적 상부 소화관 종양수술 -점막하 박리 절제술/ 자770다 결장경하 종양수술 -점막하 박리 절제술	내시경적 점막하 박리 절제술(ESD) 급여기준	자765다, 자770다 내시경적 점막하 박리절제술(Endoscopic Submucosal Dissection, ESD)은 다음과 같은 경우를 모두 충족한 경우에 요양급여하며, 종양 및 암의 크기는 내시경 육안소견을, 림프절 전이 여부는 수술 전 검사 소견을 기준으로 적용함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 위(Stomach) 가) 점막에 국한된 궤양이 없는 2cm 이하의 분화형 조기암

항 목	제 목	세부인정사항
		나) 1.5cm 이상인 선종·이형성증 (Adenoma· Dysplasia) 다) 섬유화를 동반한 선종(Adenoma Dysplasia) 라) 점막하 종양 2) 식도(Esophagus) 가) 점막에 국한된 궤양이 없는 분화형 조기암(절제된 조직이 원주(circumference)의 2/3이하를 침범하는 경우) 나) 1.5cm 이상인 선종 및 이형성증(Adenoma Dysplasia) 다) 섬유화를 동반한 선종(Adenoma Dysplasia) 3) 결장·직장(Colon·Rectum) 가) 점막에 국한된 궤양이 없는 5cm 이하의 분화형 조기암 나) 2cm 이상의 측방발육형종양 다) 2cm 이상의 무경성의 용종 라) 섬유화를 동반한 선종(Adenoma Dysplasia) 4) 상기 1)~3) 이외 아래와 같은 경우는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80% 적용 – 아 래 – 가) 림프절 전이가 없는 분화형 조기암: 위, 식도, 결장, 직장 나) 점막에 국한된 궤양이 없고 2cm 이하이며 림프절 전이가 없는 미분화형 조기암: 위 다) 점막하 종양: 식도, 결장, 직장 나. 병리조직검사 소견 제출 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령」에 의하여 반드시 작성토록 함(특정내역란에 아래 사항 기재). – 아 래 –

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		1) 조직학적 유형 (분화정도 포함) 2) 침윤 깊이 3) 맥관(림프관 및 혈관) 침범 여부 4) 절제면(수평 및 수직)의 암세포 존재 여부 5) 절제된 병변의 크기 다. 사전·사후관리를 위한 요건 1) 시술 전 환자동의서 작성 시술 전 환자에게 시술의 안전성·유효성 및 시술 성적(합병증 및 재발률 등), 대체가능한 타 시술에 대하여 충분히 설명하고 소정양식의 환자동의서를 작성·비치하여야 함. 2) 인력 및 시설 기준 시술의사를 기재하여야 하며, 긴급 상황에서 개복 또는 개흉 수술이 가능한 인력·시설 등이 갖추어져 있어야 함. (고시 제2019-75호, '19.5.1. 시행)
자770 결장경하 종양수술	결장경하 폴립절제술 인정기준	결장경하 폴립 절제시 폴립의 크기가 0.5cm 이상이거나, 0.5cm 미만이더라도 올가미(snare)를 사용하여 절제한 경우에는 자770가 결장경하 폴립절제술로 인정하며, 폴립의 크기가 0.5cm 미만으로서 올가미를 사용하지 않은 경우에는 폴립의 개수와 상관없이 나766 결장경검사 소정점수와 나854 내시경하생검 소정점수로 산정함. 다만, 결장경하 폴립 절제와 내시경하생검을 동시 시행 시 절제된 폴립 개수가 6개 미만인 경우에 내시경하생검 수기료를 별도 산정함. (고시 제2020-243호, '20.11.1. 시행)
자776 역행성담췌관 내시경수술	동일입원기간 중 순차적으로 내시경적 비·담도배액법	1. 내시경적 비· 담도배액법(ENBD)과 내시경적 역행성 담도배액법(ERBD)은 담도배액이라는 동일한 목적이나, 환자의 상태에 따라 각 시술의

항 목	제 목	세부인정사항
	(ENBD)과 내시경적 역행성 담도배액법 (ERBD) 각각 시행시 산정방법	적응증은 서로 다르게 적용되고 있으므로 치료(입원) 기간중 환자상태에 따라 순차적으로 실시하는 ENBD와 ERBD는 각각 인정함. 2. 동일 치료(입원)기간 중 환자의 상태에 따라 순차적으로 ENBD와 ERBD를 각각 실시할 경우 시술별 소정점수의 100%를 각각 산정하고, 시술 종류를 불문하고 최대 3회 이내로 산정함. 3. 다만, 상기 2.에서 3회를 초과하는 경우 의사소견 등 해당 사유를 검토하여 사례별로 요양급여를 인정함. (고시 제2020-135호, '20.7.1. 시행)
자776가 역행성 담췌관 내시경 수술-유두괄약근절개술	자776가 역행성 담췌관 내시경 수술-유두괄약근 절개술시 실패한 경우의 수가 산정방법	자776가 역행성 담췌관 내시경 수술-유두괄약근 절개술시 선택적 삽관 및 예비절개술에 실패한 경우의 수가 산정방법은 자776가 역행성 담췌관 내시경 수술-유두괄약근절개술 소정점수의 50%로 산정함. (고시 제2019-315호, '20.1.1. 시행)
자802 신이식술	신장절제술과 신이식술 동시 실시시 진료수가 산정방법	자802 신이식술은 주로 자기(수혜자) 신장은 그대로 유지한 상태에서 이식을 시행하나 요관-신장 역류가 있거나 약물로서 조절되지 않는 심한 고혈압 등 질환이 있어 자기(수혜자) 신장을 적출하는 경우 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 신이식술시 동측의 신적출술이 시행된 경우 : 자802 신이식술 소정점수의 100%와 자327가 신적출술(단순전적출) 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		나. 신이식술시 양측의 신적출술이 시행된 경우 : 자802 신이식술 소정점수의 100%와 자327가 신적출술(단순전적출) 소정점수의 150%[종합병원(상급종합병원 포함)은 170%]를 산정 (고시 제2014-126호, '14.8.1. 시행)
자991 흡입마취제 진정요법	자991 흡입마취제 진정요법의 급여기준	자991 흡입마취제 진정요법은 중환자실에 있는 인공호흡기 적용 환자 중 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 1)~3) 중 하나에 해당되는 경우 1) 중환자의 진정목적으로 사용되는 정맥진정약제로 진정상태가 유지되지 않는 경우 2) 중환자의 진정목적으로 사용되는 정맥진정약제에 대한 부작용이 있는 경우 3) 간·신장·심장 등의 기능저하 및 장기부전이 있어 정맥진정약제를 사용 할 수 없는 경우 * 정맥진정약제(Propofol 주사제, Midazolam 주사제 등) 나. 급여 횟수 1) 횟수 : 환자 당 최초 1회 2) 기간 : 최대 96시간 (고시 제2020-150호, '20.8.1. 시행)

제 10 장

치과 처치·수술료

제 10 장 치과 처치·수술료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	금속강화형시멘트의 급여기준 및 수기료 산정방법	금속강화형시멘트는 지대치축조형 및 유치충전용으로 사용시 인정하며, 해당 수기료는 차13가 아말감충전으로 산정함. (고시 제2016-30호, '16.3.1. 시행)
	치과수술 항목의 일반적 산정기준	건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수 제10장 치과 처치 및 수술료 항목 중 산정기준이 치당, 악당, 1/3악당으로 구분되지 아니한 경우에는 치아수 불문하고 소정금액만 산정함. (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
	치과의 처치 및 수술시 1/3악당의 인정범위	치과 처치 및 수술시 '1/3악당' 인정기준은 1악을 1/3로 구분하여 해당 부위별로 실시시 각각 산정함. 다만, 동일 악중에 연결된 1/3악 범위내(인접한 치아 3~4개 이내 범위)에서 처치 및 수술을 행한 경우에 소정 처치 및 수술료는 1회만 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	치주질환치료시 단계별처치에 대한 원칙	치주질환치료는 상병에 따라 치료방법이 다를 수 있으나, 일반적으로 치주치료 초기과정에서 치석제거를 실시한 후 치주소파술을 실시하는 등 단계적으로 치료하는 것을 원칙으로 함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	파노라마 촬영 급여기준	파노라마 촬영은 부분적인 치근단촬영 만으로는 진단이 불충분하거나, 소아의 해당치아가 맹출되는 평균 연령을 초과한 경우 등 임상적으로 필요한 경우 인정함. (고시 제2016-224호, '16.12.1. 시행)
	1/2악으로 처치 및 수술을 실시한 경우 수기료 산정방법	산정단위가 1/3악당으로 분류된 치주질환에 1/2악당으로 처치 및 수술을 시행한 경우의 수기료는 소정점수의 150%로 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	C형 근관 치아 근관치료의 급여기준	C형 근관을 가진 치아의 근관치료는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함 - 다 음 - 가. 급여대상: C형 근관을 가진 영구치 나. 인정기준 1) 근관 위치 및 형태 등 의사의 소견을 기록하고, 근관충전 후 방사선 영상자료를 반드시 보관하여야 함. 다만, 치료를 실패한 경우에는 근관치료 중 촬영한 영상으로 갈음함 2) C형 근관을 가진 영구치 중 상악제2대구치, 하악제1소구치, 하악제2대구치가 아닌 경우에는 요양급여비용 청구 시 진료기록부 및 영상자료 등 증빙자료를 첨부하여 제출토록 함 (고시 제2022-103호, '22.5.1. 시행)
차1 보통처치	방사선촬영이 없이 시행한 근관치료 수기료 산정방법	근관치료는 근관장측정검사 만으로 근관의 길이, 치근의 병변 및 해부학적 치근의 형태 등을 예측할 수 없으므로 방사선촬영으로 근단의 병소나 근관의 상태등을 확인하여야 함. 따라서, 근관장측정검사의 유무를 불문하고 치수치료 중 X-Ray 촬영 없이 실시한 근관치료(발수, 근관세척, 근관확대, 근관충전)는 차1 보통처치로 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
차2 치수복조	차13 충전 당일에 실시한 치수복조 인정여부	차2 치수복조는 치수에 근접된 깊은 우식을 제거하고 상아질 형성을 유도하는 것으로 치수복조 처치에 대한 경과 관찰후 차13 충전을 행하게 되므로 차13 충전 당일 치수복조는 인정하지 아니함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
차4 지각과민처치	불소를 이용한 치아우식증 예방처치의 급여기준	불소를 이용한 치아우식증 예방처치(불소바니시도포, 불소용액도포, 이온영동법 등)는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2] 비급여대상 제3호 라목에 따른 비급여대상이나 다음과 같은 경우에는 요양급여함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 두경부 방사선 치료를 받은 환자 2) 쉐그렌 증후군 환자 3) 구강건조증 환자(비자극시 분비되는 전타액 분비량이 분당 0.1ml 이하를 의미함) 4) 장애인으로 등록되어 있는 뇌병변장애인, 지적장애인, 정신장애인, 자폐성장애인 나. 수가 산정방법 차4가 지각과민처치 [1치당]-약물도포, 이온도입법의 경우의 소정점수를 산정하며, 약제료는 차4 지각과민처치 [1치당] '주'에 의거 별도 산정하지 아니함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	차4나 지각과민처치 [1치당]-레이저치료, 상아질접착제 도포의 경우 급여기준	차4나 지각과민처치 [1치당]-레이저치료, 상아질접착제 도포의 경우는 '지각과민증'의 치료를 목적으로 허가받은 레이저, 상아질 접착제를 이용하여 시행하는 경우에 다음과 같이 인정함. - 다 음 - 가. 동일 치아에 재시행한 경우: 6개월 이내 재시행한 경우에는 인정하지 아니함. 나. 동시에 다수치아를 시행한 경우: 제1치는 차4나 소정점수의 100%, 제2치부터는 소정점수의 20%를 산정하되 최대 6치(1일 최대 200%)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		까지 산정함. 다. 동일 치아에 2가지 이상 처치를 동시 시행한 경우 1) 차4가와 차4나를 동시 시행한 경우에는 주된 처치 1종만 인정함. 2) 차4나와 치아질환처치(충전 등), 치주조직의 처치(치석제거 등), 보철치료를 동시 시행한 경우에는 차4나를 인정하지 아니함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
차5 근관와동형성	근관와동형성의 급여기준	발수 또는 근관내 기존 충전물 제거한 경우 당일 1회에 한하여 1근관당 1회 인정한다. (고시 제2020-246호, '20.11.2. 시행)
차9 치수절단	유치치수치료시 방사선 촬영없이 실시한 차9 치수절단 인정여부	차9 치수절단을 하고자 할 때는 X-Ray 촬영결과에 따라 실시하여야 하는 것이 보편적인 치료절차라 할 수 있으나, 유치는 치료도중 치수가 개방되는 경우가 많아 X-Ray 촬영을 하지 않더라도 치수관의 위치를 확인할 수 있으므로, 유치에 행한 차9 치수절단은 X-Ray 촬영 행위가 없더라도 인정할 수 있음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
차11 근관세척	차11 근관세척의 급여기준	차11 근관세척은 5회까지 인정함. 다만, 근관치료와 관련된 잔존 통증 및 농의 배출 등과 같은 특별한 경우에는 환자상태에 따라 추가 인정함. (고시 제2021-289호, '21.12.1. 시행)
	차10 발수[1근관당] 및 차12 근관충전[1근관당] 당일에 실시한 차11 근관세척[1근관1회당] 인정여부	차10 발수[1근관당] 및 차12 근관충전[1근관당] 당일에 실시한 차11 근관세척[1근당1회당]은 주된 처치료에 포함되므로 별도 인정하지 아니함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
차11-1 근관확대	근관확대 및 근관성형의 급여기준	치료기간 중 각각 1근관당 2회까지 인정한다. (고시 제2020-246호, '20.11.2. 시행)
	유치에 실시한 차11-1 근관확대 [1근관 1회당]의 급여기준	유치에 실시하는 차11-1 근관확대 [1근관 1회당]는 다음과 같은 경우에 인정함. - 다 음 - 가. 감염된 근관인 경우 나. 영구치의 교환시기가 많이 남아 있는 경우 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
차12 근관충전	유치에 실시하는 차12 근관충전[1근관당]의 급여기준	유치에 실시하는 차12 근관충전은 가. 단순근관충전[1근관당]으로 요양급여를 인정함. 다만, 후속영구치의 선천적 결손 등으로 인해 나. 가압근관충전[1근관당]이 필요하여 실시한 경우는 나. 가압근관충전[1근관당]의 소정점수를 산정함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
차13 충전	차13 충전 [1치당] 후 동일 치아에 재충전 시 수가 산정방법	1. 차13가 충전 [1치당]-아말감 충전을 실시한 후 1개월 이내에 재충전을 실시한 경우 차13가 소정점수의 50%와 차15 와동형성 [1치당] 소정점수의 50%를 인정하고 치료재료는 별도 산정함. 2. 차13나 충전 [1치당]-복합레진 충전(글래스아이오노머시멘트(II) 충전 포함)을 실시한 후 3개월 이내(글래스아이오노머시멘트의 경우 1개월 이내)에 재충전을 실시한 경우 차13나 소정점수의 50%와 차15 소정점수의 50%를 인정하고 치료재료는 별도 산정함. 3. 차13다 충전 [1치당]-광중합형 복합레진 충전을 실시한 후 6개월 이내에 재충전을 실시한 경우 소정점수의 50%를 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	차13 충전 [1치당] 당일에 실시한 차1 보통처치 [1치 1회당] 인정 여부	차13 충전 [1치당] 당일에 실시한 차1 보통처치 [1치 1회당]은 차13 충전 [1치당]에 포함되므로 별도 인정하지 아니함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	차13다 충전 [1치당]-광중합형 복합레진 충전의 급여기준	차13다 충전 [1치당]-광중합형 복합레진 충전은 충전 당일 치아 경조직처치(치수절단, 발수 등 제외)와 와동형성 완료 후 실시한 경우에 다음과 같이 요양급여를 인정하며, 그 외에는 비급여함. - 다 음 - 가. 급여대상: 5세 이상 ~ 12세 이하 아동 (단, 5세 미만 아동의 맹출된 영구치에 대하여 충전을 시행한 경우에는 요양급여비용 청구 시 영상자료 등 증빙자료를 첨부하여 제출토록 함.) 나. 급여범위: 치수병변이 없는 치아우식증에 이환된 영구치(제3대구치는 제외) 다. 산정횟수: 1일 최대 4치까지 인정 (단, 환자의 구강건강 상태, 치료 순응도, 장애 등을 고려하여 전신 마취 또는 진정요법을 이용한 행동조절 시행 후 1일 최대 인정 치아 수를 초과하여 충전을 실시한 경우에는 요양급여비용 청구 시 의사소견서를 첨부하여 제출토록 함.) (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	차13다 충전[1치당]-광중합형 복합레진 충전 전·후 1개월 이내 동일 치아에 시행된 타 처치 인정 여부	차13다 충전 [1치당]-광중합형 복합레진 충전은 접착 전 처치 및 약제, 재료비용과 러버댐 장착, 즉일충전처치, 충전물 연마, 충전재료, 교합 조정 및 외형 마무리 등의 비용이 포함되어 있어 충전을 목적으로 광중합형 복합레진 충전 전·후(당일 포함) 1개월 이내에 동일 치아에 광중합형 복합레진 충전 비용에 포함된 행위를 실시한 경우 별도로 인정하지 아니함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	차13다 충전 [1치당]-광중합형 복합레진 충전 당일 동일 치아에 동시 시행된 타 충전 인정 여부	차13다 충전 [1치당]-광중합형 복합레진 충전 당일 동일 치아에 타 충전이 동시에 시행된 경우에는 차13다의 소정점수만 인정함. (단, 병변의 위치 등으로 불가피하게 타 충전을 동시에 시행하여 요양급여비용 청구 시 타 충전 사유를 명시한 의사소견서를 제출한 경우 차13다 소정점수의 100%와 타 충전 소정점수의 50%를 인정함.) (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	차13다 충전 [1치당]-광중합형 복합레진 충전 당일 동일 치아에 차39 치면열구전색술 [1치당] 동시 시행 시 인정 여부	차13다 충전 [1치당]-광중합형 복합레진 충전 당일 동일 치아에 차39 치면열구전색술 [1치당](치아홈메우기)을 동시 시행한 경우 차13다 소정점수의 100%와 차39 소정점수의 50%[상급종합병원·종합병원·치과대학부속치과병원은 소정점수의 70%]를 인정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
차13 충전(면당), 차13-2 충전물연마(치당), 차15 와동형성료(면당)	치과임플란트 치아에 보철물의 교합면 나사 삽입구 재충전시 수가 산정방법	치과임플란트 치아 보철물의 교합면 나사 삽입구 재충전을 하는 경우 수가는 차15 와동형성 [1치당](면당), 차13 충전 [1치당](면당), 차13-2 충전물연마 [1치당](치당)의 소정점수를 각각 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
차13-2 충전물 연마	근관치료 후 차13 충전을 하고 보철을 시행한 경우 차13-2 충전물 연마 별도 인정여부	근관치료 후 차13 충전을 하고 보철(Crown 또는 Bridge)을 시행할 경우에 충전물연마는 보철을 위한 전단계이므로 차13-2 충전물연마는 별도 산정할 수 없음. (고시 제2021-52호, '21.2.16. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
차18 응급근관처치	발수와 동시 산정된 응급근관처치 인정여부	응급근관처치는 급성증상을 없앨 목적으로 치수강개방 등을 실시한 경우에 산정하므로 발수와 동시 산정된 경우에는 인정하지 아니함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
차19 치관수복물 또는 보철물의 제거	재충전 등을 위해 충전물 제거 시 수가 산정방법	재충전 등을 위하여 기존 충전물(아말감, 복합레진, 글래스아이노머시멘트, 광중합형 복합레진 등)을 제거할 경우 차19 치관수복물 또는 보철물의 제거[1치당] '주'에 따른 해당 행위 소정점수를 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	차41 발치술[1치당]과 동시에 실시된 차19 치관수복물 또는 보철물의 제거[1치당] 급여기준	차41 발치술(1치당)과 동시에 실시된 차19 치관수복물 또는 보철물의 제거[1치당]는 별도로 인정하지 아니함. 다만, 수복물 및 보철물을 제거하여 상태를 확인한 이후 발치가 순차적으로 이루어진 경우에는 각각의 소정점수를 산정함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
	차19 치관수복물 또는 보철물의 제거[1치당] 후 처2금속재 포스트제거 [1근관당]와 차19-1 근관내 기존 충전물 제거[1근관당]의 수가 산정방법	재근관 치료를 위하여 차19 치관수복물 또는 보철물의 제거[1치당] 후 처2금속재 포스트 제거[1근관당]와 차19-1 근관내 기존 충전물 제거[1근관당]를 각각 실시한 경우, 차19 치관수복물 또는 보철물의 제거[1치당]와 처2금속재 포스트 제거[1근관당]는 각각 소정점수의 100%를 산정하고, 차19-1 근관내 기존 충전물 제거[1근관당]는 소정점수의 50%를 산정함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
차20 보철물 재부착 [1치당]	치과임플란트 치아에 보철물(크라운) 재부착	치과임플란트치아의 보철물을 재부착하는 경우에는 차20 보철물 재부착[1치당]의 소정점수에 포함됨. (고시 제2014-100호, '14.7.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
차21 수술 후 처치[1일당]	동일 부위에 치주치료 또는 차22가 치주치료 후 처치[1구강 1회당]와 차21가 수술후 처치[1일당] – 단순처치 수가 산정방법	동일 악 중 1/3악 또는 동일 악 중에 연결된 1/3악 범위 내(인접한 치아 3~4개 이내 범위)에서 치주치료 또는 차22가 치주치료 후 처치[1구강 1회당]와 차21가 수술후 처치[1일당]–단순처치[1일당]를 동시에 실시한 경우 주된 치과 처치료의 소정점수만 산정함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
차23 치면세마	차23 치면세마를 1–2개 치아에 시행하는 경우 수가산정방법	1–2개 치아에 치면세마를 시행한 경우 차23 치면세마 [1/3악당] 소정점수의 50%를 산정함. (고시 제2022-82호, '22.4.1. 시행)
차23–1 치석제거	차23–1 치석제거 급여기준	국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여대상 제3호 다목에 의한 치석제거는 비급여 대상이나 다음과 같은 경우에 실시한 차23–1 치석제거는 다음과 같이 요양급여 함. – 다 음 – 가. 차23–1 가. 1/3악당 1) 치주질환에 실시한 부분치석제거 2) 치주질환치료를 위한 전처치로 실시하는 전악 치석제거 3) 개심술 전에 실시하는 전악치석제거 나. 차23–1 나. 전악 후속 치주질환 치료 없이 전악 치석제거만으로 치료가 종료되는 경우에 19세 이상 연(매년 1월~12월) 1회 요양급여함 (고시 제2017-249호, '18.1.1. 시행)
	동일 부위에 차23–1 치석제거와 차29 교합조정술	동일 부위에 차23–1 치석제거와 차29 교합조정술 [1치당]을 동시 실시한 경우에는 해당 소정점수를 각각 산정함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	[1치당] 동시 실시 시 수가 산정방법	(고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	차23-1가 치석제거-1/3악당 후 동일부위에 치석제거를 재실시할 경우 수가 산정방법	치주질환 치료에 필요하여 차23-1가 치석제거-1/3악당을 동일부위에 재실시하는 경우는 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 3개월 이내: 차22가 치주치료후처치 [1구강 1회당]-치석제거, 치근활택술, 치주소파술 후를 산정 나. 3개월 초과 6개월 이내: 차23-1가 소정점수의 50%를 산정 다. 6개월 초과: 차23-1가 소정점수를 산정 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	차23-1 치석제거를 1-2개 치아에 시행하는 경우 수가산정방법	1-2개 치아에 치석제거를 시행한 경우 차23-1가 치석제거-1/3악당 소정점수의 50%를 산정함. (고시 제2022-82호, '22.4.1. 시행)
차24 치근활택술	동일부위에 차24 치근활택술을 재시술시 수기료 산정방법	차24 치근활택술 실시후 동일부위에 재시술시 수기료는 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 1개월이내 : 차22가 치주치료후 처치로 산정 나. 1개월 초과 3개월 이내 : 차24 치근활택술 소정점수의 50%로 산정 다. 3개월 초과 : 차24 치근활택술 소정점수를 산정 (고시 제2007-92호, '07.11.1. 시행)
차29 교합조정술	동일 치아에 충전처치 또는 치수치료와	동일 치아에 충전처치 또는 치수치료와 동시 실시한 차29 교합조정술은 주된 처치료에 포함되므로 별도 인정하지 아니함.

항 목	제 목	세부인정사항
	동시 실시한 차29 교합조정술 인정여부	(고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
차33 치간고정술	치아 동요나 탈구 또는 골절 등에 고정술을 시행한 경우 수가 산정방법	치아동요나 탈구에 Wire와 복합레진 혹은 복합레진만으로 고정을 하는 경우에는 치아수(數)에 따라 차34가 잠간고정술 [1악당]-3치 이하 또는 차34나 잠간고정술 [1악당]-4치 이상 소정점수를 산정하고 골절 등에 Arch bar와 Wire를 이용하여 상악 또는 하악의 치간을 고정한 경우에는 차33 치간고정술 [1악당]의 소정점수를 산정하며 사용된 치료재료는 별도 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	전위된 치아의 고정 및 치수치료 시행 시 수가 산정방법	전위된 치아를 원위치로 고정하고 치수치료를 한 경우 고정술(차33 치간고정술 [1악당] 또는 차34 잠간고정술 [1악당])의 소정점수와 치수치료(차10 발수 [1근관당], 차11 근관세척 [1근관 1회당] 및 차12 근관충전 [1근관당])의 소정점수를 각각 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
차34 잠간고정술	치아탈구로 차34 잠간고정술 [1악당]과 차29 교합조정술 [1치당] 동시 실시 시 수가 산정방법	치아탈구에 차34 잠간고정술 [1악당]과 차29 교합조정술 [1치당]을 동시에 실시한 경우 차34 소정점수의 100%, 차29 소정점수의 50%[상급종합병원·종합병원·치과대학부속치과병원의 경우 소정점수의 70%]를 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
차39 치면열구 전색술	차39 치면열구 전색술의 급여기준	국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여대상 3.라에 따른 치면열구전색술(치아홈메우기)의 요양급여대상은 다음과 같이 함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		- 다 음 - 18세 이하를 대상으로 치아우식증에 이환되지 않은 순수 건전치아('교합면'이 우식증 등 질환에 이환되지 않은 치아)인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 시행한 치면열구전색술(치아홈메우기)은 요양급여를 인정함. 다만, 탈락 또는 파절 등으로 2년 이내에 동일의료기관에서 동일치아에 재도포를 시행한 경우의 비용은 별도 산정 불가함. (고시 제2017-173호, '17.10.1. 시행)
차41 발치술	발치나 치주질환수술 등에 지혈목적의 창상봉합술 시행시 별도 수기료 인정여부	발치나 치주질환수술 등 당일에 실시한 창상봉합술 수기료는 해당 소정수기료에 포함되어 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	유치발치시 치근을 분리하여 발치한 경우 수가 산정방법	유치발치시 후속 영구치 손상의 위험을 방지하기 위하여 심부의 유치잔근치를 제거할 목적으로 치근분리술을 시행한 경우에는 차41라 발치술 [1치당]-난발치 소정점수로 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	난발치 및 매복발치시 수기료 산정방법	영구치나 유치의 난발치 및 매복발치는 X-선 촬영 후 치아상태 등을 확인하여 실시하므로 X-선 촬영 없이 일률적으로 산정된 난발치의 경우는 해당 발치로, 매복발치는 차41라. 난발치로 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
	비급여대상 치과교정과 관련된 차41 발치술의	「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」[별표2] 제2호다목에 따른 비급여의 치과교정을 목적으로 시행한 발치는 비급여임. 다만, 치과교정 중이라도

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	요양급여 인정여부	질병의 상태(매복치, 치관주위염, 치아 우식증 등)로 발치(지치포함)하는 경우에는 요양급여대상으로 함 (고시 제2019-54호, '19.3.25. 시행)
차43 치조골 성형수술	차41 발치술과 동시에 실시하는 차43 치조골성형수술 급여기준	차41 발치술과 동시에 실시하는 차43 치조골성형수술은 다음과 같이 요양급여함. - 다 음 - 가. 치조골성형수술은 치아를 발치한 후 반드시 실시하는 것이 아니므로 아래 1), 2) 중 어느 하나에 해당하는 경우 인정함. 1) 예리한 치밀골의 심한 undercut이 있는 경우 2) 발치 시 높은 치조중격이 있는 경우 나. 수가산정방법 : 주된 수술은 소정금액을 산정하고 제2의수술은 50%[상급종합병원·종합병원·치과대학부속치과병원의 경우 소정점수의 70%]를 산정함. 다. 상기 가, 나에도 불구하고 차41마 발치술-매복치와 동시에 실시한 차43 치조골성형수술은 주된 수술의 일련의 과정이므로 별도 산정하지 아니함. (고시 제2022-82호, '22.4.1. 시행)
	차98나 치과임플란트 제거술-복잡과 동시에 실시한 차43 치조골성형수술 수가산정방법	차98나 치과임플란트 제거술-복잡과 동시에 실시한 차43 치조골성형수술은 주된 수술의 일련의 과정이므로 별도 산정하지 아니함. (고시 제2022-82호, '22.4.1. 시행)
차45 구강내 소염수술	2개소 이상의 구강내소염수술시 수가 산정방법	다발성 농양으로 차45 구강내소염 수술을 동시에 2개소 이상 부위에 실시한 경우에는 상·하·좌·우로 구분하여 주된 부위는 소정점수의 100%, 그 이외부위는 소정

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		점수의 50%로 산정하되 최대 200%까지 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
차51 설소대성형술	차51 설소대 성형술의 급여기준	차51 설소대성형술은 설소대 단축으로 인한 수유곤란, 발음장애, 치아 부정교합 등이 확인되어 수유능력의 향상, 혀 운동성 향상, 발음 정확도 개선을 목적으로 시행한 경우에 요양급여를 인정함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
차56 치근낭적출술	차56 치근낭적출술의 진료수가 산정기준	치근낭적출술 수기료는 산정단위가 구분되어 있지 않고 [1/2치관크기 이상], [1치관크기 이상], [2치관크기 이상], [3치관크기 이상]으로 구분하고 있으므로 단일 낭종의 경우에는 낭종의 크기에 따라 해당 항목의 수기료를 산정하되, 다발성 낭종의 경우에는 신경·혈관의 분포 상황을 감안한 수술의 난이도와 유사 수술에 대한 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수의 산정지침 등을 참조하여 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 상·하·좌·우에 분포된 다발성 낭종을 동일 절개선하에 수술을 시행한 경우 : 제1수술 부위에 대해서는 소정수기료의 100%, 제2수술부위부터는 소정수기료의 50% [상급종합병원·종합병원·치과대학부속치과병원의 경우 소정점수의 70%] 산정 나. 상·하·좌·우에 분포된 다발성 낭종을 서로 다른 절개선하에 수술을 시행한 경우 : 소정수기료의 100%를 각각 산정 (고시 제2015-155호, '15.9.1. 시행)
차59 치근단절제술	차59 치근단절제술 [1치당] [치근단 폐쇄비용 포함]	차59 치근단절제술 [1치당] [치근단 폐쇄비용 포함]은 치근단에 잔존하는 염증조직을 제거하는 외과적 치료방법이고, 근관치료는 치수내 염증조직을 제거

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	당일에 차12 근관충전 [1근관당] 또는 차7 당일 발수근충 [1근관당]을 실시한 경우 수가 산정방법	하는 방법으로 각각의 목적과 접근방법 등이 상이한 점을 감안하여, 치근단절제술 당일에 차12 근관충전 [1근관당] 또는 차7 당일발수근충 [1근관당]을 실시한 경우 소정점수를 각각 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
차66 치은판절제술	차66 치은판절제술 (Operculectomy) 산정기준	치은조직절제를 다음과 같이 실시한 경우에는 차66 치은판절제술의 소정점수를 산정함 - 다 음 - 가. 오래된 치아우식와동 상방으로 증식된 치은식육 제거 나. 파절된 치아 상방으로 증식된 치은식육 제거 다. 치아맹출을 위한 개창술 라. 부분 맹출 치아 또는 유치의 우식치료를 위한 치은판 제거 마. 급성 또는 만성 지치주위염 치아의 치관 상방을 덮고 있는 치은판 제거 (고시 제2016-30호, '16.3.1. 시행)
차78 상악골골절 관혈적정복술	양측 악골골절수술시 진료수가 산정방법	상악골골절에 대한 관혈적정복술만을 단독으로 실시한 경우에는 양측 개념이 성립될 수 없으므로 차78 상악골골절 관혈적정복술의 소정금액만 산정하고, 상악골골절과 협골, 비골 또는 하악골골절로 각각 수술한 경우에는 주된 수술은 소정금액을 산정하고, 제2수술부터는 소정금액의 50%[상급종합병원·종합병원·치과대학부속치과병원의 경우 소정점수의 70%]를 산정함. 다만, 절개선(Incision line)이 상이한 경우에는 해당 수술료를 각각 산정함. (고시 제2015-155호, '15.9.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
차84 하악골골절 관혈적정복술	하악골골절 관혈적정복술(하악 과두부)등을 양측 시행시 수가 적용방법	하악 과두부는 혈관, 신경계 및 저작근과 인대가 양측에 각각 분포 또는 부착되어 있고 하악 과두부 및 악관절 성형술 양측 시행시 피부 절개선이 상이할 뿐 아니라 수술시 혈관 양측 구조물의 손상을 가져올 위험성이 있는 등 시술에 따른 난이도가 높은 점을 감안하여 차91 악관절탈구 관혈적정복술, 차93 악관절원반 성형술, 차94 악관절 성형수술, 차95 악관절 치환술, 차96 하악과두절제술 또는 차84나 하악골골절 관혈적 정복술(하악 과두부)을 양측으로 시행하는 경우에 대하여도 각각의 소정점수를 산정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
차97 악골내고정 용금속제거술	치과임플란트 치아에 보철연결용 나사 및 지대주 파절편제거술	치과임플란트 보철연결용 나사 또는 지대주가 임플란트 고정체 내부에서 파절되어 판막을 거상하고 파절편을 제거하는 경우에는 차97 악골내고정용 금속제거술(주)의 소정점수에 포함됨. (고시 제2014-100호, '14.7.1. 시행)
차98 치과임플란트 제거술 [1치당]	치주외과수술과 치과임플란트 제거술 동시 시행시 수기료 산정방법	동일부위에 차105 치은박리소파술[1/3악당]과 차98 치과임플란트 제거술[1차악당]을 동시에 시행한 경우에는 주된 수술은 소정점수의 100%, 제 2수술은 소정점수의 50%[상급종합병원·종합병원·치과대학부속치과병원의 경우 소정점수의 70%]로 산정함. (고시 제2015-155호, '15.9.1. 시행)
제4절 치주질환 수술	전처치 없이 산정된 치주질환 수술의 인정기준	치주질환치료는 통상 초기 치료과정(차23-1가 치석제거-1/3 악당, 차24 치근활택술 [1/3악당] 등)을 거치거나 통증, 부종 또는 출혈 등 급성 증상을 완화시킨 다음 단계적으로 치주치료를 시행하는 것이 원칙이므로 전처치 없이 산정된 다음의 수술은 차101 치주소파술[1/3악당]로 인정함. - 다 음 - 가. 차105 치은박리소파술 [1/3악당]

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		나. 차107 치조골결손부 골이식술 다. 차108 조직유도재생술 (고시 제2023-33호, '23.3.1. 시행)
차101 치주소파술	차101 치주소파술 [1/3악당] 후 동일 부위에 재수술시 수가 산정방법	차101 치주소파술 [1/3악당] 후 동일부위에 재수술시 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 1개월 이내: 차22가 치주치료후처치 [1구강 1회당]-치석제거, 치근활택술, 치주소파술 후로 준용산정 나. 1개월 초과 3개월 이내: 차101 소정점수의 50%를 산정 다. 3개월 초과: 차101 소정점수를 산정 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	차101 치주소파술의 인정기준	차101 치주소파술은 마취하에 치주 pocket내의 육아조직을 제거하는 외과적 수술로서 대부분 치석제거 또는 치근활택술 후에 실시하므로 급성(acute) 상태의 치주질환에 시술시 인정하지 아니함. (고시 제2007-92호, '07.11.1. 시행)
차103 치은성형술, 차104 치은절제술	차103 치은성형술[1/3악당], 차104 치은절제술[1/3악당] 후 동일부위에 재수술 시 수가 산정방법	차103 치은성형술[1/3악당], 차104 치은절제술 [1/3악당] 후 동일 부위에 재수술 시 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 1개월 이내: 차22나 치주치료후처치[1구강 1회당]-치주수술 후('치석제거, 치근활택술, 치주소파술 후' 이외의 경우) 소정점수를 산정 나. 1개월 초과 3개월 이내: 해당 항목의 소정점수 50%를 산정 다. 3개월 초과: 해당 항목의 소정점수를 산정 (고시 제2023-33호, '23.3.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
차104 치은절제술	치은절제술의 급여기준	차104 치은절제술 [1/3악당] 은 치은증식 또는 치은비대에 실시한 경우 요양급여를 인정함. (고시 제2022-82호, '22.4.1. 시행)
차105 치은박리 소파술	치은박리소파술의 간단과 복잡의 구분방법	1. 차105가 치은박리소파술(간단)은 절개 후 치주판막을 박리하여 골결손부의 육아조직을 제거하고 치근면의 치석 및 치근활택술을 시행한 경우 또는 1~2개 치아에 박리술을 시행한 경우에 산정함. 2. 차105나 치은박리소파술(복잡)은 골내낭을 제거하면서 치조골의 생리적 형태를 만드는 것으로 골성형술과 지지골을 제거하는 골삭제술을 동시에 실시한 경우에 산정함. 따라서 골성형과 골삭제술이 동반된 경우에는 치아수에 불문하므로 치은박리소파술(복잡)의 소정금액을 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	차105 치은박리소파술 [1/3악당] 후 재수술 시 수가 산정방법	차105 치은박리소파술 [1/3악당] 후 재수술 시 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 6개월 이내: 차105 소정점수의 50%를 산정 나. 6개월 초과: 차105 소정점수를 산정 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	차105 치은박리 소파술 [1/3악당]과 차41 발치술 [1치당] 동시 실시 시 수가 산정방법	동일 부위에 차105 치은박리소파술 [1/3악당]과 차41 발치술 [1치당]을 동시에 실시한 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제10장 치과 처치·수술료 [산정지침] (4)에 의거 주된 수술은 소정점수의 100%, 제2의 수술은 소정점수의 50%[상급종합병원·종합병원·치과대학부속치과병원의 경우 소정점수의 70%]를 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	치과임플란트 치아주위염 점막박리소파술 수가 산정방법	치주질환 등으로 치과임플란트 치아 주위염 점막박리소파술을 실시하는 경우에는 실시행위에 따라 차105가 치은박리소파술 [1/3악당]-간단 또는 차105나 치은박리소파술 [1/3악당]-복잡 [치조골의 성형, 삭제술 포함] 소정점수로 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
	치과 임플란트 점막관통 이행부 재형성술 수가 산정방법	치주질환 등으로 치주질환 처치 후 치과임플란트를 점막으로 완전 피개하였다가 구강내로 재노출시키는 방법인 치과임플란트 점막관통 이행부 재형성술을 실시하는 경우에는 차105가 치은박리소파술 [1/3악당]-간단의 소정점수로 산정하거나, 치은이식을 동반하는 경우에는 차111 치은이식술의 소정점수로 산정함.(차105 치은박리소파술 [1/3악당]은 일련의 과정이므로 별도 산정할 수 없음) (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
차106 치근면처치술 [1/3악당]	치과임플란트 치아에 표면처치술(표면세정, 무독화시술, 나사선 성형술 등)	치과임플란트 치아에 치주 외과적수술 처치 후에 실시하는 치과임플란트 표면처치술(나사선성형술 등)을 실시한 경우에는 1~2개 치아에 실시하였다하더라도 차106 치근면처치술[1/3악당] 소정점수의 200%를 산정함. (고시 제2014-100호, '14.7.1. 시행)
차107 치조골결손부 골이식술	치조골 결손부와 동일한 부위에서 자가골을 채취하여 이식술을 시행한 경우 수가산정방법	치조골 결손부와 동일한 부위에서 자가골을 채취하여 이식술을 시행하는 경우에는 차107-가 치조골결손부 골이식술- 동종골, 이종골, 합성골 이식술의 경우로 산정함. (고시 제2008-149호, '08.12.1. 시행)
	치과임플란트 치아 주위염 치조골결손부 골이식술 수가	치주질환 등으로 치과임플란트 치아 주위염 치조골 결손부 골이식술을 실시하는 경우에는 실시행위에 따라 차107가 치조골결손부 골이식술-동종골, 이종골, 합성골이식의 경우 또는 차107나 치조골결

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	산정방법	손부 골이식술-자가골이식의 경우 [채취 포함]의 소정점수로 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
차108 조직유도 재생술	치과임플란트 치아 주위염 골유도재생술	치주질환 등으로 치과임플란트 치아 주위염 골유도 재생술을 실시하는 경우에는 실시행위에 따라 차108 조직유도재생술 가. 골이식을 동반하지 아니한 경우 또는 나. 골이식을 동반한 경우의 소정점수에 포함됨. (고시 제2014-100호, '14.7.1. 시행)
차111 치은이식술	구강전정성형술시 수기료 산정방법	구강전정성형술은 수술방법이 다양하므로 해당 술식에 따라 수기료는 아래와 같이 산정함. - 다 음 - 가. 점막하전정성형술 또는 이차성상피화구강전정술 : 자16가(1)(나)국소피판술-기타의 소정금액 나. 점막이식 또는 피부이식전정성형술 : 차111치은이식술 100%와 자16가(1)(나)국소피판술-기타의 50% (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
차151 ~ 차154 보철물의 유지관리 일반원칙	보철물의 유지관리 (차151~차154)에 대한 일반원칙	1. 완전틀니(레진상, 금속상) 및 급여기준에서 정하고 있는 금속상 부분틀니의 수리 등 유지관리 행위는 국민건강보험법 시행령 [별표2] 제3호라목 3)·4), 같은 호 바목에 따라 완전틀니 및 부분틀니 요양급여의 범위에 포함됨. 2. 틀니 최종 장착 후 3개월이내(최대 6회까지)에는 유지관리 행위료를 별도 산정하지 아니하고, 진찰료만 산정할 수 있음. 3. 틀니 최종 장착 후 3개월(최대 6회)이 경과한 후에는 급여대상 유지관리 행위별 인정기준에 따라 해당 소정점수를 별도 산정할 수 있으며, 각 행위별 인정기준에 해당하지 않는 경우에는 해당 요양급여비용을 전액 본인이 부담하도록 함. (고시 제2018-314호, '19.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
차151 의치 조직면 개조 [1악당]	차151 의치 조직면 개조 [1악당] 급여 기준	차151 의치 조직면 개조 [1악당]는 다음과 같이 각각의 요건을 모두 충족하는 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 첨상(relining) 1) 직접법: 연 1회 인정 가) 의치의 내면 부적합이 존재하는 경우 나) 자가 중합형 의치상용레진을 이용하여 진료실에서 의치 내면을 개조한 경우 2) 간접법: 연 1회 인정 가) 의치의 내면의 부적합과 수직 고경 상실이 존재하는 경우 나) 기능인상을 채득하여 주모형을 제작하고 교합기에 장착한 후, 의치상용레진을 적용한 경우 나. 개상(rebasing): 연 1회 인정 1) 의치의 내면 부적합과 수직 고경 상실이 존재하며, 의치 변연 및 연마면의 조정이 필요한 경우 2) 기능인상을 채득하여 주모형을 제작하고 교합기에 장착한 후, 의치상용레진을 적용한 경우 다. 조직 조정(Tissue conditioning): 연 2회 인정 1) 의치 하방의 연조직에 과도한 압박이나 남용이 관찰되거나 잇몸 염증이 존재하는 경우 2) 의치상 내면에 연질 이장재를 적용하여 일정 시간이 경과한 후 과량의 연질 이장재를 제거하는 경우 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
차152 의치수리	차152 의치수리 급여기준	의치수리는 다음과 같이 각각의 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 인공치 수리[1치당](Artificial Tooth Repair): 연 2회 인정 1) 적응증 가) 인공치의 마모나 파절 또는 탈락으로 인하여 인공치의 교체나 형태를 복원한 경우 나) 자연치의 상실로 새로운 인공치를 부착한 경우 2) 산정방법: 제1치는 인공치 수리 소정점수 100%, 제2치부터는 치아 1개당 소정점수의 50%를 산정함. 나. 의치상 수리[1악당] (Denture Base repair) : 연 2회 인정 의치상용레진을 이용하여 부러진 의치를 원래 형태로 수리 복원하는 경우 (고시 제2018-314호, '19.1.1. 시행)
차153 의치조정 [1악당]	차153 의치조정 [1악당] 급여기준	의치조정은 다음과 같이 각각의 요건을 모두 충족하는 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 의치상 조정(Denture base adjustment): 연 2회 인정 1) 의치의 사용으로 조직에 궤양이나 불편감이 존재하여 조직면, 연마면 부분의 조정이 필요한 경우 2) 압력 지시재를 사용하여 과도한 압력부위를 삭제한 후 의치 내면을 조정하는 경우 나. 교합조정(Occlusal adjustment) 1) 단순(simple): 연 4회 인정 가) 의치 착용 후 경미한 교합 오차가 있는 경우 나) 구강 내에서 직접 교합조정을 시행한 경우 2) 복잡(complex): 연 1회 인정 가) 의치 착용 후 교합 부조화 양상으로 '접촉 후

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		미끌림(touch and slide)'이 1mm 이상 존재할 경우 나) 의치 장착 상태에서 인상채득 후 의치와 재부착 모형을 교합기에 옮겨 교합 조정을 시행한 경우 (고시 제2018-314호, '19.1.1. 시행)
차154 클라스프 수리[1악당]	차154 클라스프 수리[1악당] 급여기준	부분틀니에서 파절된 클라스프(Clasp)의 유지력 회복을 위해 다음과 같이 시행한 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 단순(simple): 연 2회 인정 가공선을 이용하여 파절된 클라스프(Clasp)를 수리한 경우 나. 복잡(Complex): 연 1회 인정 주조법으로 파절된 클라스프(Clasp)를 제작하여 수리한 경우 (고시 제2018-314호, '19.1.1. 시행)

제 12 장

보건기관의 진료수가

제 12 장 보건기관의 진료수가

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	보건기관의 순회진료비 환수여부	보건기관의 순회진료는 현재까지 실시하고 있는 대부분의 순회진료사업이 취약지역에 대하여 공공보건서비스 차원에서 무료로 실시해 온 관례와 이를 급여로 인정할 경우 건강보험수급질서 등의 혼란을 초래할 수 있으므로 급여로 인정하지 아니하며, 순회진료비에 대하여 국민건강보험공단에서 이미 요양급여비용을 지급하였더라도 순회진료비임이 확인된 경우에는 지급된 비용은 환수되어야 함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	보건기관 이동진료시 급여 인정여부	보건소구역 이외의 지역에 설치된 보건진료봉사실 등 별도 시설에 대해서는 국민건강보험법 제42조제1항 제4호에서 규정한 요양기관 중 지역보건법에 의한 보건소, 보건의료원 및 보건지소에 해당되지 않는다고 판단되므로 동 시설에서의 진료는 국민건강보험법 제41조 및 제42조제1항에 의한 [요양기관]에서 행한 [요양급여]로 인정할 수 없음. (고시 제2016-204호, '16.11.1. 시행)
	보건기관에서 CT촬영시 방문당 수가 포함 여부	현행 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수에 의한 보건기관의 진료수가는 환자의 성별·연령·특성, 질병의 종류, 합병증의 유무, 진료소요시간 등에 관계없이 방문당 수가로 적용하며, 1회 방문당 수가에는 초·재진 불문하고 진찰, 처방, 각종 검사, 처치·수술 등의 비용이 포함되어 있으므로 CT장비를 갖춘 보건기관에서 내원한 환자에게 CT촬영을 행한 경우에도 방문당 수가에 포함되는 것임. (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
	보건진료소에 1일 1회 이상 방문치료시 진료수가 산정방법	보건기관의 진료수가는 방문당으로 산정하여야 하므로 타상병이 발생하여 같은 날에 1회이상 방문치료를 받았으면 방문횟수에 따라 방문당 수가를 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	진료담당의사의 수일간 물리치료 일시처방 후 내원하여 의사의 진찰 없이 물리치료만 시행하는 경우 등 보건기관의 진료수가 산정방법	1. 보건기관에서 진료 담당 의사가 수일간의 물리치료를 실시토록 일시에 처방하여 환자가 물리치료를 받기 위해 내원하여 의사의 진찰 없이 물리치료만 실시하는 경우의 요양급여비용 산정방법에 대하여 : 의료법 제27조에 의하면 의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 하지 못하도록 되어 있고 또한 의료기사 등에 관한 법률 시행령 제13조제2호에는 물리치료사 등 의료기사는 의사의 지도하에 업무를 하도록 하고 있으므로 보건기관의 의사가 당일에만 진료를 하고 수일간의 물리치료를 실시토록 한 경우, 초일에는 1회 방문당 수가와 물리치료료를 각각 산정할 수 있으나, 익일부터는 물리치료료만을 산정함. 2. 물리치료 이외 주사, 처치 등을 매일 반복해서 내원하여 투여받은 경우의 진찰료 산정방법에 대하여: 보건기관은 진료행위에 의한 행위별 수가가 아닌 방문당 수가를 적용하므로 의사의 진찰없이 주사, 처치 등이 이루어진 경우에는 의료법에 위반되므로 방문당 수가를 산정할 수 없음. (고시 제2012-153호, '12.12.1. 시행)

제13장 · 제14장

한방 검사 · 시술 및 처치료

제13장·제14장 한방 검사·시술 및 처치료

항 목	제 목	세부인정사항
일반사항	첩약조제시 진찰료의 급여여부	비급여인 첩약조제시 진찰료는 첩약가에 포함된 것으로 간주되므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	한방 탕전료의 급여여부	한방첩약은 비급여대상이므로 비급여대상인 첩약을 달여주는 탕전료 비용도 비급여임. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	시프그린, 한방파프 등을 이용한 습포요법의 급여여부	온습포, 냉습포요법은 전도열을 이용하여 경락, 경혈을 자극하는 일종의 냉·온경락요법으로서, 이때 열사를 제거하는데 사용하는 시프그린, 한방파프 등은 한방처방을 근거로 하여 황백, 치자, 겨자 등으로 구성하여 제조된 약제이므로 한방진료시 사용할 수 있음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	이중가산 사유 발생시 수기료 산정방법	만6세 미만 소아에게 야간에 침술을 시술한 경우 소정 침술료란에 소아가산료와 야간가산료를 합하여 산정함 (1+소아가산+야간가산). (고시 제2017-249호, '18.1.1. 시행)
	3술 동시 시술에 대하여	침·구·부항의 3가지 시술을 동시에 하는 경우는 상병명, 환자상태 등을 고려하여 신중한 진료를 하여야 함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
	온침(溫鍼)요법의 인정기준	1. 자침 후 침병에 애융(艾絨)을 태워 경맥(經脈)을 온통(溫通)케 하여 기혈순행(氣血循行)시키기 위한 온침요법은 시술방법상 침술과 간접구술을 동시에 시술하는 것임. 따라서, 온침과 별도의 간접구술을 시행시 온침요법중 간접구술(경혈침술 소정점수의 50%)과 간접구술 중 주된 시술의 소정점수를 산정함. 2. 또한, 온침요법의 주체는 자침(刺鍼)이며 자법(刺法)의 하나로 보아야 하므로 부항술과 동시 산정한

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		경우 2술(침, 부항)로 인정함. 3. 아울러, 온침은 풍습증, 한증, 음증, 허증 질환에 한하여 인정하며, 열성질환은 인정하지 아니함. (고시 제2009-250호, '10.1.1. 시행)
	침술 항목별 적응경혈	침술항목별 적응 경혈은 [별첨2]와 같음. (고시 제2015-99호, '15.6.15. 시행)
	침술3종 시술시 급여기준	침술은 1일 3종 이내로 산정하되, 침술3종은 응급인 경우를 제외하고는 한국표준질병·사인분류상 대분류를 달리하는 복합상병에 시술시 인정함. (고시 제2017-152호, '17.9.1. 시행)
	한의사 1인당 1일 온냉경락요법 실시 인원	요양기관(보건기관 포함)의 침구실 등에서 한방물리요법을 실시한 경우에 상근하는 한의사 1인당 온냉경락요법 실시인원(온냉경락요법 실시 총 청구건수를 의미함)은 월평균(또는 주평균) 1일 30명까지 인정하며, 이 경우 의료급여 환자를 포함함. 다만, 시간제, 격일제 근무자는 주3일 이상 이면서 주20시간 이상인 경우 0.5인으로 보아 월평균(또는 주평균) 1일 15명까지 인정함. ※ 월평균(주평균) 온냉경락요법 실시인원 = 1개월간(1주일간) 총 온냉경락요법 청구건수(온냉경락요법 실시 연인원)÷ 1개월간(1주일간) 한의사 근무일수 (고시 제2021-289호, '21.12.1. 시행)
	온냉경락요법 항목을 여러 병변에 실시시 산정방법	제14장에 분류된 온냉경락요법료 '주2. 외래는 1일1회, 입원은 1일2회 산정한다'라고 규정한 것은 동일환자에 대하여 2가지 이상 상병의 병변이 각각 상이하거나 동일상병의 병변이 각각 상이하거나를 불문하고 외래는 1회, 입원은 2회까지만 소정 행위료를 산정할 수 있는 것임. (고시 제2009-214호, '09.12.1. 시행)
한1 양도락검사	비급여대상인 첩약조제시 실시한	경락기능의 이상으로 발생한 질환의 진단에 사용하는 양도락검사나 맥의 허실, 음양을 판별하고 장부의 허장성쇠를 구별하여 질병 부위의 확인진단 및 감별

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	양도락 검사와 맥전도 검사의 급여여부	진단을 위한 맥전도검사는 질병의 진단을 위한 검사로서 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제13장 한방 검사료에 고시되어 있으나 비급여대상인 첩약조제시의 양도락검사와 맥전도검사는 첩약조제를 위한 진찰행위에 포함된다고 보아야 하므로 동 검사료는 첩약가에 포함된다고 할 것임. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
하9 전자침술	하9 전자침술과 하13 침전기자극술 동시 시술시 인정여부	하9 전자침술과 하13 침전기자극술을 동시 시술한 경우에는 주된 시술 하나만 인정함. (고시 제2016-224호, '16.12.1. 시행)
하31 부항술	동일 부위에 자락술과 자락관법 동시 시술시 산정방법	동일부위에 자락술과 자락관법을 동시 시술한 경우 자락술은 자락관법의 일련의 과정이므로 자락관법료만 산정함. (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
	자락관법의 장기 시술 인정여부	동일 상병에 실시한 자락관법은 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 최초 시술일 부터 1주까지: 매일 나. 최초 시술일 부터 1주 초과 ~ 3주까지: 주 4회 다. 최초 시술일 부터 3주 초과 시: 주 2회 (고시 제2022-252호, '22.11.1. 시행)
하40 변증기술료	하40 변증기술료의 급여기준	1. 변증은 환자의 임상 자료를 종합 분석하여 질병의 병리본질을 인식하고 구체적인 증명(證名)을 변별·확정하는 과정임. 2. 따라서, 변증기술료는 직접적인 진찰에 의한 소견으로 진료기록부에 다음 내용이 모두 확인되는 경우에 요양급여로 인정함. 단, 단순한 증상만을 기재한 경우 인정하지 아니함. - 다 음 -

항 목	제 목	세부인정사항
		가. 변증 진단명 나. ① 문(聞)-문(問)진 중 하나, ② 망진(설진 등), ③ 절진(맥진 등) 세 가지(①~③) 중 두 가지 이상의 기록으로 종합 분석한 변증 진단 설명 (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
하71 추나요법	하71 추나요법의 인정기준	1. 추나요법은 '추나요법 급여 사전 교육'(대한한의사협회 주관)을 이수하고 건강보험심사평가원에 신고한 한의사가 한방 진료과목 개설 요양기관(요양병원 제외)에서 다음의 경우에 해당되어 시행한 경우 요양급여로 인정하며, 다음 외에는 비급여임. - 다 음 - 가. 대상 질환: (별첨 3)에 명시된 질환 나. 인정 횟수: 환자당 연간 20회 ※ 요양기관은 요양급여 대상인 추나요법 시행 시 추나요법 관리시스템을 통해 해당 진료정보를 건강보험심사평가원에 제출하여야 함. 2. 요양급여 대상인 추나요법의 본인부담률은 국민건강보험법 시행령[별표2]제3호 라목9)·10) 및 거목에 따라 (별첨 3)에 명시된 본인부담률을 적용함. (고시 제2021-10호, '21.1.14. 시행)
	한의사 1인당 1일 추나요법 실시 인원	요양기관(보건기관 포함)에서 추나요법을 실시한 경우 '추나요법 급여 사전 교육'(대한한의사협회 주관)을 이수하고 건강보험심사평가원에 신고한 상근하는 한의사 1인당 추나요법 실시 인원(추나요법 실시 총 청구건수를 의미함)은 월평균(또는 주평균) 1일 18명까지 인정하며, 이 경우 의료급여 환자를 포함함. 다만, 시간제, 격일제 근무자는 주3일 이상이면서 주20시간 이상인 경우 0.5인으로 보아 월평균(또는 주평균) 1일 9명까지 인정함. ※ 월평균(주평균) 추나요법 실시인원 = 1개월간(1주일간) 총 추나요법 청구건수(추나요법 실시 연인원) ÷ 1개월간(1주일간) 한의사 근무일수 (고시 제2019-64호, '19.4.8. 시행)

[별첨 2]

침술 항목별 적응경혈

분류번호	침술명	적응경혈명
하-3	안와내	정명, 승읍
하-4	비강내	내영향
하-5	복강내	상완, 중완, 하완, 기해, 관원, 중극, 천추, 대횡
하-6	관절내	견우, 노수(견부), 양계, 양지, 양곡, 대릉(수부), 구허, 신맥, 조해, 중봉(족부), 소해, 곡지, 천정(주부), 상관, 하관(악관절), 환도(고부), 독비, 슬안, (슬부)
하-7	척추간	대추, 풍부, 척중, 명문, 신주, 신도, 지양, 근축, 요양관
하-8	투자법	지창-협거(사백), 태양-솔곡, 내관-외관, 삼음교-현종, 합곡-후계, 견료-극천, 곤륜-태계, 이문-청궁, 동자료-관료, 인당-찬죽, 관료-영향, 곡지-수삼리, 곡지-척택, 사죽공-솔곡, 열결-태연, 풍지-풍부, 양릉천-음릉천, 합곡-노궁, 동자료-어요, 간사-지구, 슬관-슬안, 액문-양지

[별첨 3]

추나요법 요양급여 대상 질환 및 본인부담률

<table>
<tr><th rowspan="2">상병기호*</th><th colspan="2">본인부담률</th></tr>
<tr><th>복잡추나</th><th>단순추나,
특수추나</th></tr>
<tr><td>M480, M501, M502, M508, M509, M511, M512, M518, M519</td><td>50%
단, 국민건강보험법 시행령[별표2] 제3호 라목 중 9)에 해당하는 자 30%, 10)에 해당하는 자 40%</td><td rowspan="2">50%
단,
국민건강보험법 시행령[별표2] 제3호 라목 중 9)에 해당하는 자 30%,
10)에 해당하는 자 40%</td></tr>
<tr><td>G905,
M023, M028~M029, M058~M059, M06, M070, M072~M076, M08~M10,
M12~M23, M240~M246, M248~M249, M252~M259, M33~M36,
M40~M42, M430~M432, M435~M436, M438~M439, M45, M460~M461, M464, M471~M472, M478~M479, M481~M485, M488~M489, M494, M498,
M500, M503, M510, M513~M514, M53~M54, M601, M608~M611, M614, M620~M621, M623~M626, M628~M629, M638, M652~M654, M658~M659, M66~M68, M70, M711~M715, M718~M722, M724, M729, M738, M75~M77, M790~M794, M796~M799,
M830~M833, M835, M838~M839, M841~M843, M853, M890,
M892~M894, M896, M899,
M91~M94, M952~M955, M958~M965, M968~M969, M99,
S000~S001, S003, S004, S005, S008, S009, S030, S034~S035, S091,
S108, S109, S130, S134~S136, S142~S146, S16,
S200, S202, S230, S233~S235, S242~S246, S290,
S300~S301, S330, S334~S337,</td><td>80%</td></tr>
</table>

S342~S346, S348, S390, S398~S400, S43~S44, S46, S500~S501, S507, S53~S54, S56, S600~S602, S63~S64, S66, S700~S701, S73~S74, S76, S800~S801, S83~S84, S86, S900~S903, S93~S94, S96, T009, T03, T062, T064, T092, T094~T095, T112~T113, T115, T132~T133, T135, T140, T143~T144, T146, T902~T903, T905, T911~T913, T921~T925, T928~T929, T931~T935, T938~T939		

* 통계청 고시 “한국표준질병·사인분류(KCD)”에 따른 분류기호
3단 또는 4단 상병은 그 이하 상병 포함 [예] M12는 M1200~M1289까지 포함,
M023은 M0230~M0239까지 포함

제 15 장

약국약제비

제 15 장 약국약제비

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	복약지도 미시행시 복약지도료 산정방법	약국약제비 중 복약지도료는 복용시간, 횟수, 방법, 음식물, 타 약물과의 상호작용 등 사용상의 주의사항에 대한 기술행위료이므로 복약지도를 수행하지 아니한 경우에는 복약지도료를 산정할 수 없음. (고시 제2003-65호, '03.12.1. 시행)
	약국 조제기본료 등 야간 및 공휴 가산의 급여기준	1. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제15장 약국 약제비 [산정지침] (8) 및 (9)에 따른 야간 및 공휴 가산은 약국에서 보관용 처방전이나 조제기록 등에 조제시간을 기재·보관한 경우에 요양급여함. 2. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제15장 약국 약제비 [산정지침] (8)에 따른 조제기본료(약-2), 복약지도료(약-3), 조제료(약-4)의 야간 가산 적용시점은 환자가 야간 가산 기준시간인 평일 18시(토요일은 13시)에서 다음 날 09시 사이에 방문한 경우는 약사가 조제를 시작한 시각을 기준으로 적용하고 동 시각 이외의 시각에 방문한 경우에는 환자가 약국에 도착한 시각을 기준으로 함. 3. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제15장 약국 약제비 [산정지침] (9)에 따른 만6세미만 소아의 야간 가산 기준시간인 20시에서 다음 날 07시 사이에 방문한 경우 야간 가산 적용시점은 약사가 조제를 시작한 시각을 기준으로 적용함 (고시 제2020-85호, '20.5.1. 시행)
약7 야간조제 관리료	야간조제관리료 산정방법	「소아 야간휴일 진료(달빛어린이병원)운영 사업」에 따라 지정된 약국에서 달빛어린이병원(지정한 운영시간 내 진료에 한함)이 발행한 처방전에 따라 만 18세 이하 소아청소년 환자에 대하여 야간 및 휴일에 조제가 이루어진 경우에 산정한다. (고시 제2017-3호, '17.1.1. 시행)

제 16 장

전혈 및 혈액성분제제료

제 16 장 전혈 및 혈액성분제제료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	혈액관리료 별도 인정여부	수혈관련 진료수가는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제16장 전혈 및 혈액성분제제료의 수가 및 혈액관리법 제9조에 의거 산정토록 되어 있으며 혈액관리료는 기본진료료인 병원관리료에 포함되는 것으로 별도 산정하지 아니하나, 혈액관리료 급여기준에 의거 일정 조건을 갖춘 요양기관에 한해서 별도 산정 가능함. (고시 제2018-269호, '19.1.1. 시행)
	수혈간호료 별도 인정여부	수혈간호료는 간호관리료에 포함하여 기본진료료의 개념으로 포괄, 보상하고 있으므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
	준비된 혈액을 수혈하지 못한 경우 수가 산정방법	요양기관이 환자 진료상 수혈이 필요하여 혈액은행으로부터 혈액(혈액성분제제 포함)을 공급받아 수혈할 수 없는 사정이 발생하여 혈액은행에 되돌려 주어 다른 환자에게 사용이 가능할 경우에는 수혈 수기료 및 혈액료가 산정될 수 없겠으나, 폐기할 경우에는 비록 환자에게 수혈되지 아니하였다 하더라도 그 환자를 위하여 혈액을 준비한 것이므로 요양기관측의 과실이 없는 한 환자측이 혈액료를 부담하여야 할 것임. 따라서, 요양기관측의 과실이 있을 경우에는 요양기관측이 손실을 감수하여야 하고, 환자측의 기피(AIDS공포, 종교적 이유 등)로 인한 경우에는 혈액료를 환자측이 전액 부담하여야 함. 다만, 환자상태(호전 또는 사망 등)에 따라 수혈의 필요성이 없거나 중지를 한 경우에 폐기된 혈액료는 급여하며, 요양급여비용 명세서 여백에 그 사유를 기재하여야 함. (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
파2 혈액성분제제	백혈구 제거/여과 제거 혈액성분제제의 급여기준	백혈구 제거/여과 제거 혈액성분제제는 비용혈성 발열반응, 동종면역 발생, CMV 등 백혈구 내 존재하는 바이러스의 감염 전파, 수혈관련 면역조절(TRIM, Transfusion-

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		related immunomodulation)의 방지 목적으로 다음과 같은 대상자에게 시행한 경우 인정함 - 다 음 - 가. 수혈시 지속적인 발열반응(비용혈성 발열반응) 환자 나. 백혈병 등의 혈액질환 환자 다. 반복적인 혈소판 수혈이 필요한 고형암 환자 라. 고형장기이식 및 이식예정 환자 마. 1세 이하의 영유아 바. 면역기능저하 환자 1) 선천성 혹은 후천성 면역결핍자 2) 항암요법 등으로 인한 면역저하자 사. 심장·대혈관 질환자 1) 심장수술시 체외순환을 시행하는 경우 2) 대혈관(대동맥·복부동맥·장골동맥·경동맥) 우회술을 시행하는 경우 3) 청색증을 동반한 심장의 선천적 기형으로 인한 수술을 시행하는 경우 (고시 제2016-226호, '16.12.1. 시행)

제 17 장

입원환자 식대

제 17 장 입원환자 식대

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	입원환자 식대(금액) 산출방법	입원환자 식대는 매년 다음 각 목과 같이 소비자물가지수변동률을 적용하여 항목별 식대를 산출한다. - 다 음 - 가. 식대 항목별 수가(금액) 산출 계산식 해당 연도 식대 항목별 수가(금액) = 전년도 식대 항목별 수가(금액) X (1 + 소비자물가지수변동률) 나. 소비자물가지수변동률은「통계법」제3조에 따라 통계청장이 매년 고시하는 전전년도 소비자물가지수변동률을 말한다. 다. 소비자물가지수변동률이 100분의 5를 넘는 경우에는 100분의 5를 적용한다. 라. 10원 미만은 반올림한다. (고시 제2016-266호, '17.1.1. 시행)
파51 입원환자 식대	입원환자 식대세부기준	1. 일반원칙 가. 입원환자 식대는 요양기관에 입원한 환자에게 의사 처방에 의하여 식사를 제공한 경우에 산정함. 나. 입원환자 식대는 1식당 산정하되, 1일 3식 이내만 산정함. 다만, 산모식은 1일 4식 이내로 산정하고, 분유 및 치료식 영양관리료는 1일당으로 산정함. 2. 기본식사 가. 일반식 (1) 일반식은 일반 상식(常食, general diet), 일반 연식, 일반유동식 등이 해당되며, 한국인 영양 섭취기준을 기본으로 하고, 1식당 4찬 이상(밥, 국 제외)을 제공하도록 함. (2) (1)항의 규정에도 불구하고, 일반 상식에 해당

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		하는 일품요리는 찬수를, 일반연식 및 일반유동식은 한국인 영양섭취기준 및 찬수를 예외로 할 수 있음. (3) 병원급 이상 요양기관의 인력 기준은 다음과 같음. - 다 음 - (가) 환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관에 소속된 영양사와 조리사가 각각 1인 이상인 경우 인정함. - 위탁운영인 경우 위탁업체의 조리사도 요양기관의 인력으로 인정 (나) 다만, 당해 요양기관에 소속된 영양사 또는 조리사 2가지 면허를 가진 경우 50병상 미만인 기관에 한하여 각각의 인력으로 인정함. (4) 상기(3)항을 미 충족한 경우 의원급 일반식으로 산정함.(산정코드 세 번째 자리에 1로 기재) 나. 치료식 (1) 질환 상태에 맞는 케톤식, 당뇨식, 신장질환식, 심장질환식, 간질환식, 체중조절식, 위절제후식, 항응고제식, 저단백식, 연하보조식, 저지방식, 저염식, 검사식 등 기타 이에 준하는 식사가 해당됨. (2) 환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관에 소속된 영양사와 조리사가 각각 1인 이상인 경우 산정하며, 미 충족한 경우 의원급 일반식으로 산정함.(산정코드 세 번째 자리에 1로 기재) (3) 다만, 상기 가. 일반식 인력기준을 충족한 경우 해당 종별의 일반식으로 산정함.(산정코드 세 번째 자리에 2로 기재) 다. 멸균식

항 목	제 목	세부인정사항
		(1) 무균치료실에서 진료받고 있는 입원환자에게 제공한 경우에 산정함. (2) 환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관에 소속된 영양사와 조리사가 각각 1인 이상인 경우 산정하며, 미 충족한 경우 당해 멸균식의 90%를 산정함.(산정코드 세 번째 자리에 3으로 기재). 라. 특수분유 특수분유는 일반분유에 포함된 성분의 일부를 변형 또는 제거시킨 것으로 인정기준은 다음과 같음. - 다 음 - (1) 종류 대두단백 분유, 저알레르기 분유(유단백 가수 분해 분유), 무유당분유, 미숙아용 분유, MCT분유, 저인산 분유, 선천성대사이상 질환용 분유 등 (2) 대상 영양 및 대사질환, 소화기계 선천성기형 등으로 일반분유 처방이 불가능한 환자 ※ 다만, 타 법령에 의해 특수분유를 지원(모자보건사업 등)받는 경우는 제외함. 마. 산모식 (1) 병원급 이상 요양기관의 인력 기준은 다음과 같음. - 다 음 - (가) 환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관에 소속된 영양사와 조리사가 각각 1인 이상인 경우 인정함. - 위탁운영인 경우 위탁업체의 조리사도 요양기관의 인력으로 인정

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(나) 다만, 당해 요양기관에 소속된 영양사 또는 조리사가 2가지 면허를 가진 경우 50병상 미만인 기관에 한하여 각각의 인력으로 인정함. (2) 상기(1)항을 미 충족한 경우 의원급 산모식으로 산정함.(산정코드 세 번째 자리에 1로 기재). 3. 일반식 가산 가. 영양사가산, 조리사가산에 필요한 인력 기준은 다음과 같음. - 다 음 - (1) 환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관에 소속된 인력으로 의원급(보건의료원 포함)은 각각 1인, 병원급 이상은 각각 2인 이상인 경우 (2) 영양사와 조리사의 2가지 면허를 가진 자는 한 가지 면허에 대해서만 산정함. (3) 영양사 및 조리사 가산은 환자에게 제공하는 식사 규모 및 타 시설에 식사제공 여부와 관계없이 당해 요양기관 소속 영양사와 조리사 수에 따라 산정함. 나. 조리사 가산은 적시급식을 실시한 경우 산정하며, 적시급식이란 배식간격(전날 석식 제공 시간-익일 조식 제공 시간)이 '14시간 이내'인 경우임. 4. 환자가 건강보험으로 적용되는 환자식 이외를 선택하는 경우는 그 비용을 본인이 전액부담 하여야 함. 5. 치료식 영양관리료 가. 환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관에 소속된 영양사 1인당 1일 40인 이하의 환자에게 치료식(멸균식 포함)을 제공한 경우에 산정가능함. 나. 이때 치료식(멸균식 포함) 산정이 가능한 요양기관에서

항 목	제 목	세부인정사항
		해당 식사를 제공받는 환자(건강보험)에게 영양관리를 실시한 경우에만 산정하며, 제공하는 식사의 종류, 제공 사유, 주의사항 등에 대하여 환자나 보호자에게 직접 설명하고 기재하여야 함. 6. 직영 가산 가. 직영 가산은 당해 요양기관에서 직접 운영하는 경우에, 일반식과 치료식, 산모식에 한하여 산정함. 나. 입원환자 식사에 필요한 인력은 환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관 소속 인력이어야 하며, 당해 요양기관에 소속된 영양사가 1인 이상 상근하는 경우에 한하여 산정함. 7. 요양기관의 의무 요양기관은 다음 사항을 기재한 안내문을 환자 또는 그 보호자가 쉽게 볼 수 있는 장소에 게시 또는 비치하여야 함. - 다 음 - (1) 당해 요양기관에서 산정하는 식사종류별 가격 (2) 환자의 원에 의해 비급여식을 선택할 수 있고, 이 경우 그 비용은 환자가 전액부담해야 한다는 내용 8. 보건복지부장관이 정하여 고시한 질병군 진료시 식대는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수에서 정한 소정점수를 별도 산정하되, 요양급여 범위 및 그 산정기준은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 제17장 입원환자 식대 세부기준 및 입원환자 식대 인력 산정기준을 적용함. (고시 제2021-184호, '22.7.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	입원환자 식대 인력 산정기준	입원환자 식대의 영양사·조리사 인력 산정은 다음과 같음. - 다 음 - 가. 산정기준 (1) 전일제 영양사 및 조리사로 1주간의 근로시간이 월평균 40시간인 근무자는 1인으로 산정함. (2) 단시간 근무로 1주간의 근로시간이 월평균 32시간(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.8인으로 산정하며, 32시간미만 근무자는 산정대상에서 제외함. (3) 전일제 및 단시간 근무하는 영양사 및 조리사는 「기간제 및 단시간근로자보호 등에 관한 법률」 제17조(근로조건의 서면 명시)를 준수하고, 4대 사회보험에 가입 및 1년 이상 고용계약을 체결한 경우에 산정함. 다만, 출산휴가자 및 육아휴직자, 질병휴직(휴가)자 등의 대체 영양사, 조리사의 경우 계약기간에 관계없이 산정가능함. (4) 영양사 및 조리사가 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간 동안은 인력산정 대상에서 제외함. 다만, 동 기간 동안에 대체인력이 있을 경우는 산정가능함. 나. 산정방법 (1) 기본식사(분유, 경관영양유동식 제외), 일반식 가산 (가) 영양사 및 조리사수는 전전월 평균 영양사 및 조리사수에 따름. (나) 영양사 및 조리사 인력 산정 시 평균 인원수는 소수점 이하 절사함.(단, 소수점 이하 첫 번째 자리가 9이상인 경우는 올림으로 함) (2) 치료식 영양관리료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(가) 영양사는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 영양사별 재직일수의 합으로 산정함. (나) 환자수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 치료식(멸균식 포함)을 제공받은 환자수의 합으로 산정함. (다) 영양사 1인당 1일 치료식(멸균식 포함) 환자수는 소수점 이하 절사함. 다. 현황신고 (1) 요양기관은 별지 제1호 서식에 의한 입원환자식 [신규,변경]운영현황 통보서를 건강보험심사평가원에 제출하여야 함. (2) 치료식 영양관리료를 산정하는 기관은 별지 제1호의2 치료식 영양관리료[신규·변경] 운영현황 통보서를 건강보험심사평가원에 매 분기 말 16일부터 20일까지 제출하여야 하며, 미제출 기관은 치료식 영양관리료를 산정할 수 없음. 다만, 제출 기간을 경과하여 적용분기 전일까지 제출하는 경우 부득이한 사유를 소명하는 경우에 한하여 확인하여 적용함. (고시 제2021-184호, '22.7.1. 시행)

제 18 장

치과의 보철료

제 18 장 치과의 보철료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	「국민건강보험법 시행령」 [별표 2] 제3호라목3)·4), 같은 호 바목에 따른 틀니의 적용범위	「국민건강보험 시행령」[별표 2] 제3호라목3)·4), 같은 호 바목에 따른 틀니의 적용범위는 찬1 레진상 완전틀니, 찬2 임시 레진상 완전틀니, 찬3 부분틀니 및 찬4 임시 부분틀니, 찬5 금속상 완전틀니가 해당됨 (고시 제2017-198호, '17.11.1. 시행).
찬1 레진상 완전틀니, 찬5 금속상 완전틀니 및 찬3 부분틀니 (1악당)	완전틀니(레진상, 금속상) 및 금속상 부분틀니의 인정기준	국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표 2] 비급여대상 4. 바에 따른 65세 이상 틀니의 요양급여 대상 등은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 적응증 (1) 완전틀니(레진상 , 금속상): 상악 또는 하악의 완전 무치악 환자 (2) 금속상 부분틀니: 상악 또는 하악(일부 또는 다수)의 치아 결손으로 잔존 치아를 이용하여 부분틀니 제작이 가능한 환자 나. 적용횟수 : 7년이내 1회 적용을 원칙으로 함. 다만, 구강상태가 심각하게 변화되어 새로운 틀니 제작이 불가피하다고 인정 되는 의학적 소견이 있거나, 천재지변 등 그 밖의 부득이한 사유로 틀니를 재제작 할 경우에 한하여 추가 1회 요양급여를 인정함. 다. 유지관리 : 틀니 장착 후 3개월 이내 최대 6회 적용을 원칙으로 하며, 동 기간내 유지관리를 위한 요양급여비용은 진찰료만 산정할 수 있음. 라. 수가산정방법 : 틀니 요양급여비용은 진료 단계별로 산정함을 원칙으로 하며, 틀니 최종 장착 이전에 중간단계에서 진료가

항 목	제 목	세부인정사항
		중단된 경우에는 해당단계까지만 비용을 산정함. 마. 틀니재료 (1) 레진상 완전틀니: 의치상- 열중합형 의치상용 레진, 인공치- 다중중합레진치아 (2) 금속상 부분틀니: 의치상- 열중합형 의치상용 레진, 인공치- 다중중합레진치아, 금속구조물 - 코발트 크롬 금속류 (3) 금속상 완전틀니: 의치상- 열중합형 의치상용 레진, 인공치- 다중중합레진치아, 금속상- 코발트 크롬 금속류 바. 연결유지장치: 금속상 부분틀니의 경우, 클라스프(Clasp) 유지형에 한함. (고시 제2021-212호, '21.8.2. 시행)
찬1 레진상 완전틀니 (1악당)	유리섬유 보강재를 사용한 완전틀니의 수가 산정방법	레진상 완전틀니 제작 시 유리섬유 보강재(glass fiber mesh)를 사용하는 경우, 찬1 레진상 완전틀니(1악당)의 소정점수를 산정하고 '완전틀니(레진상, 금속상) 및 금속상 부분틀니의 인정기준'을 동일하게 적용함. (고시 제2022-137호, '22.6.1. 시행)
찬2 임시 레진상 완전틀니 (1악당)	완전틀니 장착 전 '임시 레진상 완전틀니' 제작 시 요양급여 인정범위	임시 레진상 완전틀니에 대한 요양급여는 완전틀니 제작 전 치아를 발치하여 무치악 상태인 경우에 한하여 인정함. (고시 제2012-71호, '12.7.1. 시행)
찬11 치과임플란트 (1치당)	찬11 치과임플란트(1치당) 인정기준	「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표 2] 비급여대상 4. 바에 따른 65세 이상 치과임플란트의 요양급여 대상 등은 다음과 같이 함.

항 목	제 목	세부인정사항
		- 다 음 - 1. 급여대상 가. 부분 무치악 환자에 대하여 악골(Maxilla or Mandible)내에 분리형 식립재료(고정체, 지대주)를 사용하여 비귀금속도재관(PFM Crown) 보철수복으로 시술된 치과임플란트 나. 적용개수 - 1인당 2개(평생개념)이내에서 보험급여를 원칙으로 함. 다만, 치과의사의 의학적 판단하에 불가피하게 시술을 중단하는 경우에는 평생인정개수에 포함되지 아니함. 다. 유지관리 1) 보철장착 후 3개월 이내 - 동기간 내는 유지관리를 위한 요양급여비용은 진찰료만 산정할 수 있음. 2) 보철장착 후 3개월 초과하는 경우 - 치과임플란트 주위 치주질환 등으로 처치 및 수술을 시행한 경우에는 해당 급여항목으로 산정함. - 보철수복과 관련된 유지관리는 비급여함. 2. 수가 산정방법 가. 치과임플란트 요양급여비용은 진료 단계별로 산정함을 원칙으로 하며, 보철수복 이전에 진료가 중단된 경우에는 해당단계까지만 비용을 산정함. 나. 찬11나 치과임플란트(1치당)-고정체(본체) 식립술(2단계)의 재수술 인정기준 - 고정체 식립술 도중 재식립을 하는 경우에는 일련의 과정으로 인정하지 아니함. - 고정체 식립술 후 골 유착 실패로 식립된

항 목	제 목	세부인정사항
		고정체를 제거하고 재식립하는 경우에는 찬 11나의 소정점수 50%를 1회에 한하여 산정하고(산정코드 세 번째 자리에 2로 기재), 이 경우 고정체 제거술은 별도 산정하지 아니하며, 사용된 고정체 재료는 인정함. 3. 치료재료 – 식립재료 고정체(Fixture)와 지대주(Abutment)는 별도 산정 하고, 그 외 재료(Cover Screw, Healing Abutment 등) 및 보철수복 재료는 찬 11 치과임플란트(1치당) 소정점수에 포함되어 별도 산정할 수 없음. 다만, 맞춤형지대주(Custom Abutment)는 비급여함.(시술행위는 급여) 4. 다만, 아래 중 하나에 해당되는 치과임플란트 시술은 요양급여하지 아니함.(시술전체 비급여) – 아 래 – 가. 완전 무치악 환자에게 시술하는 경우 나. 상악골(Maxilla)을 관통하여 관골(Zygoma)에 식립하는 경우 다. 일체형 식립재료로 시술하는 경우 라. 보철수복 재료를 비귀금속도재관(PFM Crown) 이외로 시술하는 경우

제 19 장

응급의료수가

제 19 장 응급의료수가

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	응급의료수가 적용대상 구분	응급의료수가의 적용을 위해 환자를 다음과 같이 구분함 - 다 음 - 1. 응급환자 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호 및 같은 법 시행규칙 제2조에 따른 [별표1]에 해당되는 증상을 가진 환자 2. 중증응급환자 「응급의료에 관한 법률」 시행규칙 제18조의3(응급환자의 중증도 분류)에 따른 한국 응급환자 중증도 분류기준 고시에서 1~2등급에 해당하는 환자 3. 중증응급 의심환자 「응급의료에 관한 법률」 시행규칙 제18조의3(응급환자의 중증도 분류)에 따른 한국 응급환자 중증도 분류기준 고시에서 3등급에 해당하는 환자 4. 중증외상환자 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 의한 V273 산정특례 대상에 해당하는 환자 (고시 제2015-241호, '16.1.1. 시행)
	응급의료기관 평가의 주요지표 산출결과에 따른 응급의료 수가 급여기준	응급의료수가 중 일부는 「응급의료에 관한 법률」 제17조에 의한 응급의료기관 평가의 주요지표 산출결과가 보건복지부장관이 정하는 기준을 충족한 경우 인정하며, 세부적인 기준은 다음과 같음. - 다 음 - 가. 대상기관 : 권역응급의료센터, 지역응급의료센터, 권역외상센터, 전문응급의료센터 나. 대상항목 1) 응2 응급진료 전문의 진찰료 2) 응2-1 권역외상센터 전문의 진찰료

항 목	제 목	세부인정사항
		3) 응3 중증응급환자 진료구역 관찰료 4) 응4 응급환자 진료구역 관찰료 5) 응5 응급전용 중환자실 관리료 6) 응8 외상환자 관리료 7) 제2절 응급의료행위 [별표2], [별표3] 8) 제3절 권역외상센터 응급의료행위 [별표2], [별표3], [별표4] 다. 산정기준 위 나. 대상항목별로 매년 응급의료기관 평가지침에서 정하는 주요평가 지표별 기준을 충족하여야 함. 라. 적용기간 당해년도 평가결과는 다음년도 1년간 적용됨. (고시 제2018-135호, '18.7.1. 시행)
	전문응급의료센터의 응급의료기관 평가결과 적용방법	전문응급의료센터의 응급의료기관 평가결과 기관등급과 주요지표 산출은 해당 의료기관의 권역응급의료센터 또는 지역응급의료센터 평가결과를 적용함. ※ 전문응급의료센터는 권역응급의료센터 또는 지역응급의료센터인 경우에만 지정받을 수 있음 (고시 제2017-218호, '18.1.1. 시행)
	전문응급의료센터와 권역외상센터 관련 질환군 환자에 대한 수가 산정방법	1.「응급의료에 관한 법률」 제29조 및 제30조2에 따라 지정된 전문응급의료센터 또는 권역외상센터에서 관련 특정질환에 대하여 주된 진료를 받은 경우 전문응급의료센터 또는 권역외상센터를 기준으로 수가를 산정함. ※ 예를 들어 소아환자라고 하더라도 소아전문응급의료센터가 아닌 모병원 응급실(권역응급의료센터)에서 주로 진료받은 경우에는 권역응급의료센터 기준으로 수가를 청구하여야 함. 2. 전문응급의료센터에서 응급의료수가 중 별도로 분류되지 아니한 수가항목은 당해 기관의 응급의료센터(권역응급의료센터 또는 지역응급의료센터) 수가항목으로 산정함. (고시 제2018-135호, '18.7.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	응급실 요양급여비용에 대한 본인부담액 산정방법	Ⅰ. 행위 제19장 응급의료수가 일반사항 중 '응급실 요양급여비용에 대한 본인부담액 산정방법', '응급실 재방문시 수가산정 기준' 각 란을 다음과 같이 한다. 응급실 진료환자의 요양급여비용에 대한 본인부담액은 다음과 같이 산정함 - 다 음 - 1. 중증응급환자 또는 중증응급 의심환자가 중증응급환자 진료구역 또는 응급환자 진료구역의 병상에서 진료가 이루어진 경우의 요양급여비용에 대한 본인부담 비용은 입원환자 본인부담액 산정방법에 따라 산정함 2. 자·타해 위험이 있는 정신질환자 중 중증응급환자 또는 중증응급 의심환자가 「권역정신응급의료센터 운영사업」에 따른 정신응급 단기관찰구역 병상에서 진료가 이루어진 경우의 요양급여비용에 대한 본인부담 비용은 입원환자 본인부담액 산정방법에 따라 산정함. 3. 응급실 진료후 병동으로 입원하는 환자의 응급실 진료비용은 입원환자 본인부담액 산정방법에 따라 산정함 4. 응급의료센터의 응급실에서 낮병동 입원료 및 1일당 입원료가 폐지됨에 따라, 중증응급환자 또는 중증응급 의심환자가 중증응급환자 진료구역 또는 응급환자 진료구역 병상 또는 「권역정신응급의료센터 운영사업」에 따른 정신응급 단기관찰구역 병상에서 진료하지 않은 경우의 요양급여비용에 대한 본인부담 비용은 6시간을 초과하여 체류하더라도 외래본인부담률에 따라 산정함. (고시 제2022-49호, '22.3.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	응급실 재방문시 수가산정 기준	응급실 내원환자가 동일상병 또는 증상으로 당일 또는 퇴실후 6시간 이내 응급실을 재방문하는 경우 응급실 진료가 계속된 것과 동일하게 응급의료수가를 산정함. 1. 응1 응급의료관리료, 응3 중증응급환자 진료구역 관찰료, 응4 응급환자 진료구역 관찰료, 응7 응급환자 중증도 분류 및 선별료, 응7-1 정신응급환자 초기 평가료, 응8 외상환자 관리료 등은 1회에 한하여 산정함. 2. 응급실 방문 중 한 번이라도 입원환자 본인부담률 산정조건에 해당되면, 전체 응급실 요양급여비용은 입원환자 본인부담률에 따라 산정함. (고시 제2022-49호, '22.3.1. 시행)
	응급의료수가 청구방법	응급의료수가를 청구할 때는 다음의 원칙을 지켜 진료기록부에 기재하고, 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따라 작성·청구하여야 함. - 다 음 - 가. 권역응급의료센터, 지역응급의료센터, 전문응급의료센터, 권역외상센터(이하 '응급의료센터')에서 응급의료수가를 청구할 때는 「응급의료에 관한 법률」 시행규칙 제18조의3에 따라 응급환자의 중증도분류를 시행한 결과 도출된 중증도 등급과 환자가 내원 및 퇴실한 날짜와 시각을 기재하여 청구하여야 함. ※ 최초 중증도분류 이후 환자의 상태가 변화하여 중증도 등급이 변화한 경우에는 중증도가 높은 등급을 기재함. 나. 권역외상센터 내원 외상환자인 경우 손상중증도 점수(ISS)를 기재하여 청구하여야 함. 다. 응급의료센터에서 응급의료수가를 청구할 때는 환자에 대한 주된 진료를 수행한 기관을 기재하여

항 목	제 목	세부인정사항
		청구하여야 함. ※ 예를들어 권역응급의료센터와 권역외상센터가 동시에 지정된 기관인 경우 해당 환자가 주된 진료를 받은 기관이 어디인지를 기재하여야 함. 라. 응급의료센터에서 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제19장 제2절 및 제3절에 해당되는 응급의료수가를 청구할 때는 수술·시술·처치 등을 시작한 날짜와 시각을 기재하여 청구하여야 함. 단, 권역외상센터에서 중증외상환자에 대해 청구하는 경우에는 행위를 수행한 의사의 면허번호를 기재하여야 함. 마. 응급의료센터에서 응2 응급진료 전문의 진찰료 또는 응2-1 권역외상센터 전문의 진찰료를 청구하는 경우 의사 면허번호와 진료한 날짜 및 시각을 기재하여 청구하여야 함. 바. 상기 가.~마.에 대해 응급의료수가를 청구한 정보와 「응급의료에 관한 법률」제15조에 의한 국가응급의료정보망(NEDIS)으로 전송한 정보는 일치하여야 함. (고시 제2022-283호, '22.12.22. 시행)
	권역외상센터 진료 청구서 작성방법 및 전담전문의 인력신고	1. 권역외상센터의 경우에는 「요양급여비용 청구방법 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따라 요양급여비용 청구서를 별도 작성함.(진료형태 구분기호: 입원은 'D', 외래는 'E' 기재) 2. 권역외상센터는 (별표4) 권역외상센터 전담전문의 가산을 청구하기 전 전담전문의 인력현황을 제출하여야 하며, 변경사항 발생 시 지체없이 변경신고하여야 함. (고시 제2018-135호, '18.7.1. 시행)
	응급의료 전용헬기 이송 중 응급처치 비용에 대한 급여기준	「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제11조 별표 3의 비고 및 「항공기 이송처치료의 기준에 관한 고시」에 따라 응급의료 전용헬기가 배치된 응급의료기관의 전문의가 응급의료 전용헬기를 이용하여 응급환자의 응급처치를

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		위한 목적으로 진찰·검사, 처치·수술, 약제·치료재료의 지급 등을 행한 경우 응급의료기관 내의 응급실과 동일한 기준으로 요양급여를 인정함. (고시 제2018-135호, '18.7.1. 시행)
	응급의료 전용헬기 이송 중 응급처치 비용에 대한 산정방법	1. 「응급의료에 관한 법률」 제46조의3에 따라 응급의료 전용헬기를 배치한 응급의료기관이 헬기를 이용하여 응급환자에게 제공된 응급처치 비용을 청구하는 경우에는 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따라 현장 도착 후 진찰·처치·수술 등을 시작한 날짜 및 시각, 진찰료 산정 시 헬기를 탑승한 전문의의 면허번호를 기재하여야 함. 2. 중앙응급의료센터는 응급의료 전용헬기를 배치한 응급의료기관 및 탑승 전문의 현황을 해당 응급의료기관이 요양급여비용을 청구하기 전에 건강보험심사평가원에 제출하여야 하며, 변경사항이 발생할 경우에도 지체 없이 변경된 내용을 제출하여야 함. 3. 응급의료 전용헬기를 배치한 응급의료기관은 헬기 배치 기관 및 탑승 전문의 현황이 건강보험심사평가원 요양기관현황관리시스템에 등록된 이후 요양급여비용을 청구하여야 함. (고시 제2018-135호, '18.7.1. 시행)
응1 응급의료 관리료	응1 응급의료 관리료 산정기준	1. 응1 응급의료관리료는 제19장 제1절 응급 기본진료료 [산정지침] 1. 가.에 의거 응급의료관리료 산정대상 응급증상환자에게 응급처치 및 응급의료를 행한 경우 초일에 한하여 산정하며 "초일에 한하여"의 의미는 환자가 내원하여 2일 이상 응급실에 체류하더라도 내원 당일에 한해 1회의 응급의료관리료를 산정할 수 있다는 것임. 2. 응급의료관리료(코드 VA200~VA820) 산정 관련 보안인력 배치 및 안내·상담인력 지정·운영 시 다음의 사항을 준수하여야 함.

항 목	제 목	세부인정사항
		- 다 음 - 가. 응급의료기관은 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 별표 5의2, 별표 6, 별표 7, 별표 8에 따른 보안인력 배치 시, 별지 제26호 서식에 의한 보안관리 현황신고서를 건강보험심사평가원에 최초 수가 청구 전까지 제출하여야 하고, 최초 신고 이후 변경이 있는 경우 지체없이 변경 내용을 신고해야 함. 나. 응급실 안내·상담인력을 지정·운영 시, 이와 관련된 근무표 등을 작성·비치토록 함. 3. 2.에도 불구하고 상기 기준을 충족하지 못한 지역 응급의료기관은 응급의료관리료 소정점수의 90%를 산정하며 산정코드 세 번째 자리에 9로 기재함. ※ 고시 제2020-330호 부칙에 따라 3.의 개정규정은 '22.1.1.부터 시행 (고시 제2022-283호, '22.12.22. 시행)
	퇴원당일 동일 증상으로 응급실 내원 시 진료비 청구방법	1. 퇴원 당일 증상이 악화되어 응급실로 내원하여 진료를 받고 귀가를 한 경우 진료행위에 대하여는 외래진료로 간주하여 요양급여비용을 산정하며, 응급의료에 관한 법률 제2조제1항에 해당되는 응급환자에 해당될 경우에는 응급의료수가기준에 의한 응급의료관리료 등을 산정할 수 있음. 2. 다만, 응급실 내원 시 중증응급환자 또는 중증응급의심환자에 해당되어 중증응급환자 진료구역(응급환자 진료구역) 또는 「권역정신응급의료센터 운영사업」에 따른 정신응급 단기관찰구역 병상에 입실하여 진료받은 경우는 '입원환자 본인부담액' 산정방법에 따름. (고시 제2022-49호, '22.3.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
응2 응급진료 전문의 진찰료	응급진료 전문의 진찰료 산정방법	1. 응급실 담당 전문의*가 중증응급환자 또는 중증응급의심환자를 응급실에서 직접 대면하여 진료한 경우 1회에 한하여 산정함 * 응급실 전담전문의 또는 당일 응급실에서 당직근무하는 전문의 2. 응급실의 진료의사가 환자상태를 종합적으로 파악하고 다른 진료과목·전문분야 전문의에게 진료를 요청하여 해당 전문의가 응급실에서 응급환자를 직접 진료한 경우에는 진료과목(전문분야)별로 1회에 한하여 각각 산정함 3. 가1 외래환자진찰료와 응2 응급진료 전문의 진찰료는 중복하여 산정할 수 없음 4. 응급실 내원 후 진료상 계속적인 치료를 위해 같은 날 외래에서 다시 진료를 받은 경우에 가1 외래환자 진찰료와 중복 산정할 수 없음 (고시 제2015-241호, '16.1.1. 시행)
응2-1 권역외상 센터 전문의 진찰료	권역외상센터 전문의 진찰료 산정방법	1. 초진 의료진*이 권역외상센터에서 환자를 직접 대면하여 진료한 경우 1회에 한하여 산정함. * 초진 의료진은 권역외상센터의 외상소생구역 내에 항상 대기하는 전문의 2. 초진 의료진 또는 외상팀이 환자상태를 종합적으로 파악하고 다른 진료과목·전문분야 전문의에게 진료를 요청하여 해당 전문의가 외상소생구역에서 환자를 직접 진료한 경우에는 진료과목(전문분야)별로 1회에 한하여 각각 산정함. * 외상팀: 「권역외상센터 운영지침」에 따라 외상환자 진료 및 외상센터 업무를 하는 팀 3. 초진 의료진이 포함된 4인 이상의 외상팀이 직접 진료하여 '응2-1 주'를 산정하는 경우에는 응2-1 권역외상센터 전문의 진찰료와 중복하여 산정할 수 없음.

항 목	제 목	세부인정사항
		4. 응2-1 권역외상센터 전문의 진찰료는 응2 응급진료 전문의 진찰료 또는 가1 외래환자진찰료와 중복하여 산정할 수 없음. 5. 권역외상센터 내원 후 진료 상 계속적인 치료를 위해 같은 날 외래에서 다시 진료를 받은 경우에 가1 외래환자 진찰료와 중복 산정할 수 없음. (고시 제2018-135호, '18.7.1. 시행)
응3 중증응급환자 진료구역 관찰료 산정방법	중증응급환자 진료구역 관찰료 산정기준	1. '중증응급환자 진료구역'은 「응급의료에 관한 법률」 시행규칙에서 정한 시설을 의미하며, 중앙응급의료센터 등에 신고된 병상에서 진료한 경우에만 산정하고 해당 구역에 배치된 간이병상 등에서 진료한 경우는 산정하지 아니함 2. 중증응급환자 진료구역 관찰료와 응급환자 진료구역 관찰료는 중복하여 산정할 수 없음 3. 중증응급환자 또는 중증응급 의심환자가 아니였으나 진료과정에서 환자상태 변화로 중증응급환자 또는 중증응급 의심환자로 분류되어 중증응급환자 진료구역 병상에서 진료받은 경우 중증응급환자 진료구역 관찰료를 산정할 수 있음 (고시 제2015-241호, '16.1.1. 시행)
응4 응급환자 진료구역 관찰료 산정방법	응급환자 진료구역 관찰료 산정기준	1. '응급환자 진료구역'은 「응급의료에 관한 법률」 시행규칙에서 정한 시설을 의미하며, 중앙응급의료센터 등에 신고된 병상에서 진료한 경우에만 산정하고 해당 구역에 배치된 간이병상 등에서 진료한 경우는 산정하지 아니함 2. 중증응급환자 진료구역 관찰료와 응급환자 진료구역 관찰료는 중복하여 산정할 수 없음 3. 중증응급환자 또는 중증응급 의심환자가 아니였으나 진료과정에서 환자상태 변화로 중증응급환자 또는 중증응급 의심환자로 분류되어 응급환자 진료구역

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		병상에서 진료받은 경우 응급환자 진료구역 관찰료를 산정할 수 있음 (고시 제2015-241호, '16.1.1. 시행)
응5 응급전용 중환자실 관리료	응5 응급전용 중환자실 관리료 산정기준	응5 응급전용 중환자실 관리료는 다음과 같이 산정함 - 다 음 - 1.「응급의료에 관한 법률」 시행규칙에 따라 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 권역외상센터의 응급전용 중환자실 병상에 입원한 경우에 1일당 1회 산정함 2. 응급전용 중환자실 관리료가 산정되는 기간은 응급의료기관에 따라 아래와 같이 함 - 아 래 - 가. 권역응급의료센터, 소아전문응급의료센터 : 3일 이내 나. 화상전문응급의료센터의 화상환자 : 6일 이내 다. 권역외상센터의 외상환자 : 6일 이내 3. 응급전용 중환자실은 당일 응급의료책임자의 결정 또는 동의하에 입·퇴원 절차를 진행하고, 매일 병실의 1/3을 새로운 응급환자를 위해 배정*하는 등 「응급의료에 관한 법률」 시행규칙 및 기타 보건복지부 장관이 정하는 바에 따라 운용되어야 함. * 권역외상센터, 화상전문응급센터의 경우 1/6 (고시 제2022-283호, '22.12.22. 시행)
응6 응급실 1인 격리병상 격리관리료	응급실 1인 격리병상 격리관리료 산정방법	「응급의료에 관한 법률」 에 의한 응급의료기관에서 현황신고가 이루어진 응급실 내 격리병상에서 격리 진료를 시행한 경우 1회에 한하여 산정함. (고시 제2021-323호, '22.1.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
응7 응급환자 중증도 분류 및 선별료	응7 응급환자 중증도 분류 및 선별료 산정기준	응7 응급환자 중증도 분류 및 선별료의 산정기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 적용대상 권역응급의료센터, 권역외상센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관에서 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제18조의3(응급환자의 중증도 분류) 및 「한국 응급환자 중증도 분류기준」에 따라 응급환자의 중증도 분류 및 선별이 이루어진 경우에 산정함. 나. 산정방법 1회에 한하여 산정하되, 중증도 분류 및 선별 후 환자가 바로 귀가하여 응급처치 및 응급의료행위가 이루어지지 않은 경우에는 산정할 수 없음. 다. 기재방법 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서 서식 및 작성요령」에 따른 특정내역 코드(MT046)에 한국 응급환자 중증도 분류기준(KTAS)을 시행한 결과 도출된 중증도 등급을 기재함. (고시 제2022-283호, '22.12.22. 시행)
응7-1 정신응급환자 초기 평가료	응7-1 정신응급환자 초기 평가료 산정기준	응7-1 정신응급환자 초기 평가료의 산정기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 적용대상 권역응급의료센터, 권역외상센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관에서 정신질환자의 초기 사정이 이루어진 경우에

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		산정함. 나. 산정방법 「신체 및 정신질환 평가 체크리스트」를 의사가 시행한 경우 1회에 한하여 산정하며, 「신체 및 정신질환 평가 체크리스트」를 진료기록부에 보관하여야 함. (고시 제2022-283호, '22.12.22. 시행)
응9 정신응급 단기관찰 구역 관리료	정신응급 단기관찰구역 관리료 산정기준	정신응급 단기관찰구역 관리료는 다음의 요건을 모두 만족하는 경우 산정함. - 다 음 - 가. 적용기관 「권역정신응급의료센터 운영사업」에 따라 권역정신응급의료센터로 지정받은 응급의료기관 나. 급여대상 응급치료 또는 응급처치가 필요한 정신질환자, 자·타해 위험이 있는 정신응급환자 다. 산정기준 「권역정신응급의료센터 운영사업」에 따른 정신응급 단기관찰구역 병상에서 진료를 받은 경우 1일 1회 산정하며, 최대 3회(72시간) 산정함. (고시 제2022-49호, '22.3.1. 시행)

제 20 장

치과의 교정치료료

제20장 치과의 교정치료료

항 목	제 목	세부인정사항
일반사항	선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형 치료 급여기준	「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2] 비급여대상 2. 다에 따른 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형 치료의 요양급여 대상 등은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 급여대상: 아래에 해당하는 경우로 국민건강보험공단에 치과교정 및 악정형 치료 대상자로 등록된 자 1) 구개열, 구순열을 동반한 치조열, 구순열을 동반한 구개열 환자 2) 선천성 악안면 기형 환자로서 희귀질환 산정특례 대상(등록이력 포함)으로 등록된 자 나. 실시기관 및 실시인력 1) 실시기관: 2)실시인력 기준에 의한 치과의사가 1인 이상 상근하는 요양기관에서 아래의 조건 중 하나에 해당하는 경우 - 아 래 - 가) 「치과의사전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정 시행규칙」[별표2]에 따른 레지던트 수련치과병원으로 지정된 의료기관 나) 종합병원, 상급종합병원으로서 동일 의료기관 내에 치과 및 의과 진료과 간 협진체계를 구축한 경우 다) 치과병원, 치과의원으로서 상기 가) 또는 나)에 해당하는 의료기관과 협진체계를 구축하고 증빙서류를 제출한 경우

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		2) 실시인력: 아래의 조건 중 하나에 해당하는 치과의사 가) 치과교정과 전문의 나) 고시 시행일 이전부터 구순구개열의 치과교정 및 악정형 치료의 진료 실적이 있는 경우 다) 최근 5년간 교정치료 진료 실적이 「치과 전공의의 연차별 수련 교과과정」의 치과교정과 치료 교정학에서 정하는 최소 환자 취급 수를 충족한 경우 (고시 제2022-252호, '22.11.1. 시행)
	선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형 치료에서 두 가지 이상 치료를 동시에 시행 시 급여기준	악궁확장 교정치료, 상악 전치부 배열을 위한 고정식 교정치료, 악정형 교정치료, 성장관찰, 고정식 교정 장치를 이용한 교정치료 중 두 가지 이상의 치료를 동시 또는 연이어* 시행 시 치료시기가 유사하여 각 치료의 진료 단계가 중복되는 경우 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 임상검사, 진단 및 치료계획 수립, 치료 종료 및 보정, 구내장치제작(악궁확장 장치 및 악정형 장치)이 중복되는 경우 1회만 산정함. 나. 두 가지 이상 치료를 동시에 시행 시 구내장치 재제작(악궁확장 장치 및 악정형 장치), 유지장치 제작 및 재제작이 중복되는 경우 각 치료의 구내장치 재제작(악궁확장 장치 및 악정형 장치), 유지장치 제작 및 재제작에 해당하는 인정횟수 중 최대 인정횟수 이내로 산정함. * 연이어: 6개월 이내 (고시 제2021-248호, '21.10.1. 시행)
참1 술전유아 악정형 장치치료	술전유아악정형장치 치료의 급여기준	참1 술전유아악정형장치치료의 인정횟수는 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 참1가 임상검사, 진단 및 치료계획 수립, 참1라 PIOA or PNAM 치료, 참1마 구순봉합수술 전

항 목	제 목	세부인정사항
		최종결과 검사: 각각 1회 나. 참1나 예비인상, 주인상채득 및 장치제작 1) 편측성 구순열을 동반한 치조열, 편측성 구순열을 동반한 구개열의 경우: 2회 이내 2) 구개열, 양측성 구순열을 동반한 치조열, 양측성 구순열을 동반한 구개열의 경우: 3회 이내 다. 참1다 Nasal Stent 제작 1) 편측성 구순열을 동반한 치조열, 편측성 구순열을 동반한 구개열의 경우: 2회 이내 2) 양측성 구순열을 동반한 치조열, 양측성 구순열을 동반한 구개열의 경우: 3회 이내 (고시 제2019-48호, '19.3.25. 시행)
참2 악궁확장 교정치료	악궁확장 교정치료의 급여기준	참2 악궁확장 교정치료의 인정횟수는 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 참2가 임상검사, 진단 및 치료계획 수립, 참2마 악궁확장 치료 종료 및 보정: 각각 1회 나. 참2나 인상채득 및 장치제작: 확장장치 종류에 구분 없이 1회 다. 참2다 악궁확장 치료: 확장장치 종류에 구분 없이 1회 라. 참2라 재평가 및 확장장치 재제작: 확장장치 종류에 구분 없이 5회 이내 마. 참2바 유지장치 제작: 유지장치 종류별 각각 1회 바. 참2사 유지장치 재제작: 유지장치 종류에 구분 없이 1회 (고시 제2019-48호, '19.3.25. 시행)
참3 상악 전치부 배열을 위한 고정식	상악 전치부 배열을 위한 고정식 교정치료의 급여기준	참3 상악 전치부 배열을 위한 고정식 교정치료의 인정횟수는 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 참3가 임상검사, 진단 및 치료계획 수립, 참3나

항 목	제 목	세부인정사항
교정치료		상악 전치부 배열을 위한 고정식 교정치료, 참3다 교정치료 종료 및 보정 – 각각 1회, 다만 성장과 불가피한 상황에 따라 치료결과가 적절하게 유지되지 않는 경우에는 참3가 임상검사, 진단 및 치료계획 수립, 참3나 상악 전치부 배열을 위한 고정식 교정치료, 참3다 교정치료 종료 및 보정을 각각 1회에 한하여 추가 인정 나. 참3라 유지장치 재제작: 유지장치 종류 구분 없이 3회 이내 (고시 제2019-48호, '19.3.25. 시행)
참4 악정형 교정치료	악정형 교정치료의 급여기준	참4 악정형 교정치료의 인정횟수는 다음과 같이 함. – 다 음 – 가. 참4가 임상검사, 진단 및 치료계획 수립, 참4나 인상채득 및 구강 내 장치제작, 참4다 악정형 치료, 참4라 재평가 및 구강 내 장치 재제작, 참4마 악정형 치료 종료 및 보정: 각각 1회 나. 참4바 유지장치 재제작: 유지장치 종류에 구분 없이 1회 (고시 제2019-48호, '19.3.25. 시행)
참5 성장관찰	성장관찰의 급여기준	참5 성장관찰은 3회 이내로 요양급여함. (고시 제2019-48호, '19.3.25. 시행)
참6 고정식 교정 장치를 이용한 교정치료	고정식 교정장치를 이용한 교정치료의 급여기준	참6 고정식 교정장치를 이용한 교정치료의 인정횟수는 다음과 같이 함. – 다 음 – 가. 참6가 임상검사, 진단 및 치료계획 수립, 참6나 고정식 교정장치를 이용한 교정치료, 참6다 교정치료 종료 및 보정

항 목	제 목	세부인정사항
		– 각각 1회, 다만 수술을 동반하지 않은 고정식 교정장치를 이용한 교정치료 종료 후 골신장술 또는 악교정수술을 동반한 교정치료를 하는 경우에는 참6가 임상검사, 진단 및 치료계획 수립, 참6나 고정식 교정장치를 이용한 교정치료, 참6다 교정치료 종료 및 보정을 각각 1회에 한하여 추가 인정 나. 참6마 골신장술을 동반한 교정치료, 참6바 악교정수술을 동반한 교정치료: 각각 1회 다. 참6라 유지장치 재제작: 유지장치 종류 구분 없이 3회 이내 (고시 제2019-48호, '19.3.25. 시행)
참7 치조골 이식술을 위한 구개측 호선 제작	치조골 이식술을 위한 구개측 호선 제작의 급여기준	참7 치조골 이식술을 위한 구개측 호선 제작의 인정 횟수는 다음과 같이 함. – 다 음 – 가. 편측성 구순열을 동반한 치조열, 편측성 구순열을 동반한 구개열인 경우: 1회. 단, 치조골 이식술 실패시 추가 1회 인정 나. 양측성 구순열을 동반한 치조열, 양측성 구순열을 동반한 구개열인 경우: 2회 이내. 단, 치조골 이식술 실패시 추가 1회 인정 (고시 제2019-48호, '19.3.25. 시행)

III

치료재료

목 록

+목 록

1. 일반사항

연번	제 목	페이지
1	의료기관의 비품 등	1002
2	침구류 일종인 “바데라시트”의 별도 산정여부	1002
3	일회용 Under Pad 별도 산정여부	1003
4	재사용이 가능한 자동열교환에 의한 환자의 체온조절장치의 별도산정여부	1003
5	T-connector의 별도산정 여부	1003
6	“Control Pressure Line”과 “Control Pressure Spiral Line”의 요양급여 대상여부	1003
7	3 Way 및 Isoflomanifold(3-Stopcock Manifold, 5-Stopcock Manifold 등)의 별도 산정여부	1003
8	3Way-Line의 별도산정 여부	1004
9	“Neurosurgical Sponge”, “Bone Wax”, “Surgical Patties”, “Bemsheet” 등의 요양급여 대상여부	1004
10	수술전 피부준비용 필름형태의 Drape 류(Ioban 등) 급여기준	1004
11	수혈시 혈액낭비를 줄이기 위하여 고안된 소아용 혈액백(Triple pack)의 별도 산정여부	1004
12	Plasma pheresis용 filter의 급여기준	1004
13	백혈구 제거 필터 및 Transfer Bag의 급여기준	1004
14	혈액성분채집술(복합성분채집 적혈구)용 “Alyx Red Kit” 급여기준	1005
15	마105 조혈모세포이식 Apheresis시 사용된 치료재료 산정기준	1006
16	마105 조혈모세포이식 시 사용하는 CD34+ Collection Kit의 급여기준	1006
17	일회용흡인용기(Receptal Disposable Suction Bottle)의 별도 산정여부	1007
18	“ARGON BEAM COAGULATION 6500 SYSTEM(Handpiece 등 4품목)” 및 전기 수술용전극 “COBRA ELECTRO SURGICAL PROBE”의 별도산정여부	1007
19	관절경하 수술용 지혈·소작기(VAPR Electrode, Arthrowand 등)의 별도 산정여부	1007
20	전기 수술기의 핸드피스에 연결하여 사용하는 교체용 팁(Plasmawand)의 별도 산정여부	1007
21	“CTR Blade Assembly”의 요양급여 대상여부	1007

연번	제 목	페이지
22	“KNIFELIGHT”의 요양급여 대상여부	1008
23	검사 및 수술시 사용된 Burr, Saw등 절삭기류 치료재료비용의 산정 방법	1008
24	관절경 등의 수술 및 진단적 경검사에 사용된 치료재료 비용의 산정방법	1008
25	재사용이 가능한 초음파 또는 전파 절삭기의 급여기준	1010
26	복강경하 의료용 개창기구의 급여기준	1010
27	단일절개 복강경 수술용 재료의 급여기준	1011
28	소화기 내시경하 시술 등에 사용하는 치료재료 급여기준	1011
29	화상환자에게 소모된 각종 소모품의 별도 산정여부	1012
30	병변부위 세정 및 흡인시 사용되는 치료재료 급여기준	1013
31	인탈흡입기구(스핀헬라)의 별도 산정여부	1013
32	휴대용(일회용) 지속 주입재료의 급여기준	1013
33	사117 운동점차단술용 Needle Electrode의 급여기준	1015
34	수액필터 급여기준	1016
35	복대의 요양급여 대상여부	1016
36	Face Shield 급여기준	1016
37	1회용 제모용 클리퍼 급여기준	1017
38	Needleless Connector 급여기준	1017
39	1회용 수술용 방호 후드 급여기준	1017
40	Saline prefilled syringe 급여기준	1018
41	1회용 Air Blanket류 급여기준	1018
42	안전정맥내유치침 급여기준	1019
43	안전주사침, 안전주사기 및 안전나비침 급여기준	1019
44	정밀 지속적 점적주입 시 사용하는 치료재료(수액유량조절세트 등)급여기준	1020
45	MINI VOLUME EXTENSION 급여기준	1021
46	의약품주입여과기 급여기준	1021
47	카테터 고정용 치료재료 급여기준	1022
48	비침습적 지혈용 치료재료 급여기준	1022

2. 검사료

연번	제 목	페이지
1	나803-1 골수압력측정 검사의 적응증 및 재료대 별도 산정여부	1026
2	누581마 일반배양-배양, 동정 및 약제감수성 시 사용된 Brush Protected Catheter 별도 산정여부	1026
3	내시경하 호흡기 점막세포 채취용 치료재료의 급여기준	1026
4	“Biopsy Punch”의 요양급여 대상여부	1026
5	나712나 비점막유발시험(Nasal Provocation Test) 시 사용된 항원시약 등의 별도 산정여부	1026
6	방사면역측정법(Radio Immune Assay)검사 시 사용되는 동위원소의 진료용 재료대 산정방법	1027
7	Co Set 또는 Sensor Housing 등을 이용한 심박출량 측정시 별도 재료대 별도 산정여부	1027
8	심막천자시 사용한 Femoral Catheter 인정여부	1027
9	심도자 검사시 사용된 Recording Paper 별도 산정여부	1027
10	“Brockenbrough Needle” 등 중격경유침(Transseptal Needle)의 요양급여 대상여부	1027
11	신장·비뇨기과 압력측정용 CATHETER(2Way, 3Way) 급여기준	1028
12	전기와우도검사(Electrocochleography)의 급여여부	1028
13	Hepcon System A-10기기에 사용되는 Cartridge의 별도 산정여부	1028
14	나601 호흡기능검사 시 사용된 일회용 Mouth Piece의 별도 산정여부	1029
15	안기능검사시 사용된 Color Printer Paper의 요양급여 대상여부	1029
16	스완-간즈 카테타법에 의한 순환기능검사 시 사용하는 Thermodilution Catheter의 급여기준	1029
17	임상전기생리학적검사시 기록저장매체인 Optic disc의 산정기준	1029
18	골수천자용 Needle의 세부인정기준	1030
19	마7 골수내주사 시 사용하는 치료재료의 급여기준	1030
20	혈중 헤모글로빈 농도 분석기(TMC)의 요양급여 대상여부	1030
21	1회용 호기말 이산화탄소분압측정용 치료재료 인정기준	1030

연번	제 목	페이지
22	골생검천자침 급여기준	1031
23	1회용 신생아전용채혈랜싯 급여기준	1031
24	근막내 압력계 주사기 급여기준	1032
25	국소조직 산소포화도 감시용 sensor 인정기준	1032
26	양수천자침 급여기준	1032
27	자궁내막 흡인생검용 급여기준	1032
28	복압측정용 직장 카테터 급여기준	1033
29	방광내압을 통한 복강내압측정용 치료재료 급여기준	1033
30	"경피적 파형변이지수/메트 헤모글로빈/일산화탄소 헤모글로빈 측정용 SENSOR" 및 “경피적 파형변이지수 측정용 SENSOR” 급여기준(치료재료)	1033
31	다주파수 바이오임피던스분석법을 이용한 체수분 상태 측정용 전극의 급여기준	1034
32	1회용 URINE COLLECTION BAG 급여기준	1034
33	1회용 척수 압력계 급여기준	1034
34	혈압측정용 CUFF(신생아용) 급여기준	1035
35	체강 내 천자 및 배액용(1회용) 급여기준	1035
36	부위별 다주파수 바이오임피던스 분석법을 이용한 체수분 상태 측정 시 치료재료 인정기준	1035
37	동맥압에 기초한 심기능 측정시 사용하는 ACUMEN IQ SENSOR의 급여기준	1035

3. 마취료

연번	제 목	페이지
1	Endotracheal Tube의 급여기준	1038
2	일측폐환기용 튜브 또는 Endobronchial Blocker의 별도 산정여부	1038
3	지속적 경막외블록크용(PORT& CATHETER) 치료재료의 급여기준	1038
4	Epidural set(또는 Catheter) 별도 산정 기준	1038
5	침습적혈압측정용 Pressure Monitoring Kit의 급여기준	1039
6	마취중 말초산소포화도감시시 사용하는 1회용 말초산소포화도 측정용 센서 급여기준	1039
7	비침습적 대뇌피질산소포화도 검사용 Sensor 급여기준	1039
8	역류방지용 One Way Valve의 급여기준	1040
9	근이완 감시용 SENSOR의 급여기준	1041
10	심음, 폐음, 체온감시용 Probe의급여기준	1041
11	지속적 체온감시용 Probe의 급여기준	1041
12	비침습적 마취심도 감시용 SENSOR의 급여기준	1041

4. 처치 및 수술료 등

연번	제 목	페이지
1	산소흡입시 사용한 cropett의 별도 산정여부	1044
2	자-4 산소흡입시 사용하는 산소마스크의 별도 산정여부	1044
3	필름 드레싱류 및 필름 드레싱류, 항균 성분함유의 급여기준	1044
4	'은 함유 이외' 드레싱류의 급여기준	1044
5	'은 함유' 드레싱류의 급여기준	1046
6	진공음압창상 처치 시 사용되는 치료재료의 급여기준	1046
7	관혈적 수술용 클립(혈관 결찰용, 혈관 및 경막 봉합용)의 급여기준	1047
8	봉합사 산정기준	1048
9	일시적 배뇨용 카테터의 요양급여대상여부	1048
10	이식피부확장기의 급여기준	1049
11	가피절제술시 재료대 별도 산정여부	1049
12	이종 진피대체물의 급여기준	1049
13	동종피부 및 동종진피(GRAFT용) 급여기준	1049
14	골대체제(동종골, 이종골, 합성골)의 급여기준	1051
15	흡수성 뼈 지혈제 급여기준	1052
16	뇌종양 또는 뇌실내에 항암제 주입 시 사용하는 Ommaya reservoir 별도 산정여부	1052
17	흡수성단추형 두개골 고정용 치료재료(Craniofix absorbable 등)의 급여기준	1053
18	흡수성재질의 두개·안면골 고정재료(Micro Plate & Screw, Mini Plate & Screw, Reconstruction Plate & Screw)의 급여기준	1053
19	두개골 조기유합증 교정을 위하여 사용되는 Distractor System (Marshac-Arnaud Cranial Monobloc Distration System 등) 급여기준	1053
20	ICP Monitor 삽입술시 Intraventricular Monitoring Catheter Set나 Monitoring Sensor Set 별도 산정여부	1054
21	ICP Monitoring Kit의 별도 산정여부	1054
22	두개골 고정용 MICRO PLATE(비흡수성 재질)의 급여기준	1054
23	대퇴골두 무혈성괴사증에 사용하는 TRABECULAR METAL OSTEONECROSIS INTERVENTION IMPLANT의 인정기준	1054

연번	제 목	페이지
24	흉골 봉합용 CABLE SYSTEM의 급여기준	1055
25	추체보강용 SET 급여기준	1055
26	척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준	1056
27	Cage와 인조뼈 병합재료 급여기준	1057
28	뉴크레오톰 kit의 급여여부	1057
29	후방고정기기밴드인 추간체고정용 Clamp의 급여기준	1058
30	Proximal 또는 Reconstruction nail set의 급여기준	1058
31	골수강내 고정재료 Telescopic Intramedullary Rod의 급여여부	1058
32	Intramedullary Supracondylar Nail Set의 Nail 고정재료인 Stable-Lock Nut & Step Screw의 별도 산정여부	1059
33	Unreamed Femoral Nail의 급여기준	1059
34	ANGULAR STABLE LOCKING SYSTEM 인정기준	1059
35	“Hex Button”의 요양급여 대상여부	1059
36	Drill Bit의 급여여부	1059
37	골절환자 견인술(Traction) 시행시 사용하는 소모성 재료대의 별도 산정여부	1060
38	Halovest 골견인술시 사용되는 Halovest의 요양급여대상여부	1060
39	자65나 피부견인술 시 사용하는 치료재료의 별도 산정여부	1060
40	고관절치환술중 못쓰게 된 치료재료의 별도 보상여부	1060
41	고관절 치환술시 micro veloa 별도 산정여부	1060
42	슬관절치환용 Augmented Sleeve의 급여기준	1061
43	골시멘트(Bone Cement) 혼합기의 급여기준	1061
44	시멘트 주입전 골강내 준비를 위하여 사용되는 “Bone Preparation Canal Brush(Femoral Bone Brush)”의 별도 산정여부	1061
45	금속 재질의 요골두 치환용 치료재료(Bipolar Radial Head Prosthesis 등)의 인정기준	1061
46	Malleolar Component의 급여기준	1062
47	일반인대고정용(견,슬,소관절용)-INTERFERENCE SCREW(흡수성)의 급여기준	1062

연번	제 목	페이지
48	Suture Anchor의 급여기준	1063
49	슬관절 전후방 십자인대 및 측부인대 성형술 등에 사용하는 Bio Absorbable Interference Screw 및 Staple의 인정기준	1063
50	인조인대의 급여기준	1064
51	동종건의 급여기준	1064
52	Nasal packing용 치료재료 급여기준	1065
53	External Nasal Splint와 Internal Nasal Splint 치료재료의 급여기준	1066
54	흉관삽관술 후 사용하는 Chest Drain Valve의 별도 산정여부	1067
55	중심정맥 내 카테터 유치술시 사용하는 장기유치용 카테터 급여기준	1067
56	혈우병환자에 대한 중심정맥내 카테터 유치술시 사용되는 장기유치용 Port형 카테터 급여기준	1068
57	RIC(Rapid Infusion Catheter) Exchange Set의 급여기준	1068
58	Vascular Tourniquet Kit 등 지혈용구, 지혈제(흡수성체내용지혈용품 제외), 지혈재료의 별도 산정여부	1068
59	CENTRIFUGAL PUMP(CONE TYPE)형 인공심폐기의 인정기준	1068
60	IABP용 Catheter Kit (또는 Set)의 급여여부	1069
61	수술 시 사용하는 수술용 BLOWER의 급여기준	1069
62	심낭삼출액 배액술시 재료대 산정방법	1070
63	Defibrillation Electrode 인정기준	1070
64	인공심박동기 재설치시 재료대 별도 인정여부	1070
65	Hemofilter 및 혈액성 심정지액 운반세트 (Blood Cardiopledgic Solution Delivery Set 등) 요양급여 여부	1071
66	심낭천자를 통한 지속적 배액용 치료재료의 급여기준	1071
67	관상동맥우회술시 사용하는 Vessel Cannula, Arteriotomy Cannula의 급여여부	1071
68	관상동맥우회로술 시 사용하는 일시적 혈관폐쇄용 기구의 급여기준	1071
69	척수신경자극기 치료재료 급여기준	1072
70	자202 중심정맥영양법 시 사용하는 치료재료의 급여기준	1072

연번	제 목	페이지
71	쇄골하정맥을 통한 고농도 영양수액요법의 수기료 산정방법 및 TPN Bag의 급여기준	1072
72	Keofeed tube 별도 산정여부	1072
73	경장영양액주입용 Flexitainer & Gravity Feeding Sets의 별도 산정여부	1072
74	자동봉합기 급여기준	1073
75	재사용이 가능한 자동봉합기 분리형몸체(Idrive Ultra Powered Handle) 급여기준	1075
76	자동쌈지봉합용 재료의 급여기준	1076
77	“Permaclip endo scopic applier”의 요양급여 대상여부	1077
78	“Operative sheath, Diagnostic sheath, Outflow cannula”의 요양급여 대상여부	1077
79	복강경하 수술용 조직세절기(Gynecare X-Tract Laparoscopic Morcellator 등)의 별도 산정여부	1077
80	장루(Colostomy)와 요루(Urostomy)용 피부판(Flange) & 주머니(Bag)의 인정기준	1077
81	Ostomy용 액세서리 급여 인정기준	1078
82	외래 진료 시 주기적으로 의사의 처방에 따라 구입(사용)해야 하는 치료재료의 본인부담액 경감 적용 기준	1079
83	대장세척기구(NICI Set 등)의 산정기준	1080
84	탈장수술용 일반 MESH-3D TYPE 급여기준	1080
85	선천성 복벽결손 신생아 수술에 사용된 Silastic Sheet의 급여여부	1080
86	레이저를 이용한 치핵수술시의 재료대의 별도 산정여부	1081
87	내인성 요도괄약근 기능부전에 대한 현수견인시 사용되는 동종근막의 별도 산정여부	1081
88	인공요도괄약근 AMS Sphincter 급여기준	1081
89	현수견인법(Sling Procedure)에 의한 요실금 치료재료(SISTEMA REMEEX 등) 급여기준	1082
90	“MACROPLASTIQUE LUBRICANT GEL” 및 “MACROPLASTIQUE ENDOSCOPIC NEEDLE”의 요양급여 대상여부	1083

연번	제 목	페이지
91	비뇨기계 지혈용 압박카테터 급여기준	1083
92	치골상튜브카테터의 급여기준	1083
93	신장내 관찰 및 각종 수술 시행을 위한 percutaneous nephroscopy의 적용항목 및 재료대 별도 산정여부	1083
94	Prostakath의 별도 산정여부	1083
95	전립선 온열요법 시 사용하는 치료재료의 급여기준	1083
96	전립선비대증에 자397-3 홀뮴 레이저를 이용한 전립선 광적출술 시 사용하는 치료재료의 산정기준	1083
97	골반장기탈출 교정용 mesh 급여기준	1084
98	질폐사리 삽입술시 치료재료 인정여부	1084
99	뇌동맥류클립 (특수클립)의 급여기준	1084
100	뇌동맥류수술시 클립 (Clip) 종류별 산정 기준	1085
101	뇌동정맥기형적출술 시 사용하는 AVM (Arterio-Venous Malformation) Microclip의 급여기준	1085
102	뇌실-복강 간 션트 수술 시 사용하는 과배액방지형 및 외부조절형 Programmable Valve의 급여기준	1085
103	수술중 신경생리 추적감시용 Nerve Locator의 급여여부	1085
104	경공막 모양체 응고술(Transscleral Cyclophotocoagulation)용 치료재료의 급여기준	1085
105	안검 하수 수술시 사용한 Fascia Lata 인정여부	1085
106	각막이식 시술시 사용하는 Disposable Trephine Blade의 급여기준	1086
107	Eye Shielder Patch의 급여기준	1086
108	수정체낭 고정용 치료재료의 급여기준	1086
109	망막박리술 시 사용하는 치료재료의 급여기준	1087
110	망막수술에 사용하는 고비중물질 인정기준	1087
111	Ventilation Tube의 별도 산정여부	1087
112	Biliary Drainage Set의 산정방법	1087

연번	제 목	페이지
113	혈액투석용 Dual Lumen Catheter (noncuffed type)의 산정기준	1087
114	자706 급성 복막투석 시 사용한 복막투석 카테타 급여여부	1088
115	자707 계속적복막관류술(CAPD)시 사용한 치료재료 급여여부	1088
116	안과용 세척 및 흡입 치료재료 산정기준	1088
117	Var-I-Stat-Cautery & Accu-Temp Cautery의 별도산정 여부	1088
118	"3-Function tissue manipulator", "Illuminated Infusion Cannula"의 별도산정 여부	1088
119	안내충전물인 실리콘오일(Silicone Oil)의 산정기준	1089
120	부정맥 미로수술(MAZE OP)시 수술용 전극의 별도 산정여부	1089
121	인공와우 급여기준	1089
122	생체조직접착제의 급여기준	1091
123	경동맥 션트의 급여기준	1093
124	전동형태 Ni-Ti File 인정여부	1093
125	매식재 (이종골 콜라겐류 등) PLUG형의 급여기준	1094
126	비관혈적 담관협착확장술 시 사용한 풍선확장카테터(balloon dilatation catheter)의 급여기준	1094
127	고주파 열치료술용 전극(Electrode)의 급여기준	1094
128	악관절 치환술에 사용되는 치료재료의 급여기준	1095
129	인공성대삽입술용 치료재료(PROVOX VEGA)의 급여기준	1095
130	석고붕대 사용개수	1095
131	캐스트에 사용하는 파일패드의 별도 산정여부	1096
132	Splint Roll의 부위별 사용기준	1096
133	합성캐스트 재료대 산정방법	1097
134	합성수지스프린트의 인정기준	1097
135	흡수성체내용지혈용품 급여기준	1108

연번	제 목	페이지
136	1회용 수술(시술)팩의 급여기준	1099
137	연성요관경 삽입용 요관확장 CATHETER 인정기준	1100
138	1회용 질경 급여기준	1100
139	CUSA(Cavitron Ultrasonic Surgical Aspirator) Tip 급여기준	1100
140	경피적 삽입용 CANNULA_체외순환용	1101
141	치근낭적출술, 치근단절제술, 치조골결손부 골이식술 등 시행시 사용한 골대체물질 급여기준	1101
142	복강경용 봉합재료 인정기준	1101
143	기관내튜브 교체카테터 급여기준	1102
144	1회용 두피클립 급여기준	1102
145	신경조절 환기보조 카테터 급여기준	1102
146	1회용 전기수술기용 Monopolar 전극과 1회용 Patient Return Pad 급여기준	1102
147	신절석술에 사용되는 요관폐색용 Balloon Catheter의 급여기준	1104
148	자656 경피적 관상동맥 스텐트 삽입술 시 스텐트의 급여기준	1104
149	24시간 관류액주입관(PD TRANSFER SET) 급여기준(치료재료)	1105
150	CHEST BOTTLE-MULTI CHAMBER SYSTEM 인정기준	1105
151	1회용 다관절 다자유도 수술기구 급여기준(치료재료)	1105
152	WATERJET DISSECTION 기구 급여기준(치료재료)	1106
153	상후두기도유지기 급여기준	1106
154	GORE-TEX SUTURE급여기준(치료재료)	1106
155	GORE-TEX STRETCH VASCULAR GRAFT 급여기준(치료재료)	1106
156	관상동맥 중재술용 GUIDE EXTENSION CATHETER의 급여기준	1106
157	경추용 전방 PLATE SET와 동시 사용한 경추용 CAGE의 급여 기준	1107
158	동맥필터를 포함한 산화기(Oxygenator) 급여기준	1107
159	“CHEST TUBE & BOTTLE 일체형 (배기용)” 급여기준	1107
160	1회용 관절 봉합용 NEEDLE 급여기준	1108
161	개방형 고유량 산소마스크 (1회용)	1108

연번	제 목	페이지
162	희소·필수 치료재료(봉합사, 인조혈관, 합성 섬유포)의 급여기준	1108
163	DRAINAGE BAG_역류 방지용 (배액, 배기용) 급여기준	1110
164	흉골접합용 치료재료(흉골LOCKINGPLATE·SCREW·PIN)의 급여기준	1110
165	1회용 PLASMA BLADE 급여기준	1111
166	간절제술용 전극(1회용) 급여기준	1111
167	고주파 자궁내막소작술용 전극 급여기준	1112
168	미세혈관 자동문합기 급여기준	1112
169	안구내 흡인용 SOFT TIP(1회용)의 급여기준	1112
170	홍채 확장용 기구(1회용)의 급여기준	1112
171	MVR BLADE/KNIFE (1회용) 급여기준	1113
172	요추-복강간 션트수술 (LP Shunt)용 Programmable Valve의 급여기준	1113
173	드레싱 고정용 재료 (몸통) 급여기준	1113
174	1회용 안구 내 조명용 PROBE 급여기준	1113
175	1회용 안구 내 가위 급여기준	1113
176	1회용 안구 내 겸자 급여기준	1114
177	비디오 연성 삽관용 후두경의 1회용 BLADE 급여기준	1114
178	자71가(3) 인공관절치환술(전치환-슬관절)에 사용하는 '슬관절치환용 Extension Stem, Rod류'의 급여기준	1114
179	슬관절강내 주입용 치료재료의 급여기준	1115
180	폐 전용접착제/수술용생체조직 급여기준	1115
181	Vessel Shield의 급여기준	1116
182	안구표면의 양막이식술용 AMNIOTIC MEMBRANE 급여기준	1116
183	희소·필수 치료재료(SEPTOSTOMY CATHETER)의 급여기준	1116
184	흡수성 NASAL PACKING용 치료재료(NASOPORE 등) 급여기준	1116
185	합성거즈 드레싱류 급여기준	1117
186	희소·필수 치료재료(ANDRASTENT)의 급여기준	1117

연번	제 목	페이지
187	희소·필수 치료재료(PERFORMER INTRODUCER AND SET 및 FLEXOR INTRODUCER)의 급여기준	1118
188	영구기관공용 HME 및 피부판(Adhesive)의 급여기준	1119
189	대뇌운동피질자극기 치료재료 급여기준	1119
190	희소·필수 치료재료(FROZEN ELEPHANT TRUNK용 GRAFT)의 급여기준	1119
191	희소·필수 치료재료(AVALON ELITE BI-CAVAL DUAL LUMEN CATHETER)의 급여기준	1120
192	봉합용고정재료의 급여기준	1120
193	희소필수 치료재료(ZENITH T-BRANCH THORACOABDOMINAL ENDOVASCULAR GRAFT, ZENITH UNIVERSAL DISTAL BODY ENDOVASCULAR GRAFT)의 급여기준	1121
194	뇌전증 진단용 SEEG Electrode 등의 급여기준	1122
195	콜라겐함유 창상치유촉진 드레싱류 급여기준	1122
196	일시적 피부대체 드레싱류 급여기준	1123
197	1회용 부항컵 급여기준	1123
198	펄스에너지를 이용한 수정체전낭원형절개술용의 급여기준(치료재료)	1124
199	희소·필수 치료재료(SPLIT CATCH III)의 급여기준	1124
200	'흉막강 CATHETER & CHEST BAG 일체형' 치료재료의 급여기준	1124
201	고주파를 이용한 하비갑개 용적감소술용 전극의 급여기준	1125
202	ABM/P-15 펩티드 성분 골대체제의 급여기준	1125
203	고주파를 이용한 편도·아데노이드 절제술용 전극의 급여기준	1125
204	희소·필수 치료재료(PTOSIS PROBE)의 급여기준	1126
205	희소·필수 치료재료(HERO(SUPER HEMODIALYSIS RELIABLE OUTFLOW))의 급여기준	1126
206	희소·필수 치료재료(JONES TUBE) 급여기준	1126
207	CENTRIMAG PUMP, CENTRIMAG CANNULA KIT 급여기준	1127
208	당뇨병성 발궤양 치료용 AMNIOTIC MEMBRANE의 급여기준	1129

연번	제 목	페이지
209	희소·필수 치료재료(SJM MASTERS SERIES MECHANICAL HEART VALVE)의 급여기준	1130
210	TYRX ABSORBABLE ANTIBACTERIAL ENVELOPE의 급여기준	1130
211	경막대용재(인조경막)의 급여기준	1131

5. 중재적 시술료

연번	제 목	페이지
1	“PEIT Needle”의 요양급여 대상여부	1134
2	카테타법에 의한 경화요법시 사용하는 Hair wire, Yellow Sheath의 급여여부	1134
3	PTBD 및 PCN시 Hair Wire, Yellow Sheath 별도 산정여부	1134
4	비금속 담췌관스텐트 Delivery System 및 Pushing Catheter의 별도산정 여부	1134
5	PTCD시 Catheter와 G-Wire 실사용량 인정여부	1134
6	방사선 투시하에 시행한 경피적 튜브 배액술 및 배액관 교체시 사용된 Guide Wire 및 APD (All purpose drainage) Catheter 인정기준	1135
7	배액관 고정장치의 급여기준	1135
8	경피적 승모판 성형술시 시술방법에 따른 치료재료 산정기준	1135
9	경피적 심방중격결손폐쇄술 및 사용하는 치료재료(Amplatzer Septal Occluder System 등)의 인정기준	1136
10	관동맥루 코일색전술시 사용되는 치료재료의 산정기준	1137
11	GDC(Guglielmi detachable coil) 코일 분리시 사용되는 GDC Connecting Cable의 급여기준	1137
12	Detachable coil 급여기준	1137
13	뇌동맥류 코일이탈방지용 스텐트의 급여기준	1138
14	Flow-diverter를 이용한 뇌동맥류 색전술용 색전 기구 (Embolization Device)의 급여기준	1138
15	기계적 혈전제거술용 치료재료 (회수성 Stent, 흡인성 Catheter) 급여기준	1139
16	뇌혈관 이외 기타혈관 색전술시 사용하는 말초혈관용 MICRO COIL-DETACHABLE 의 급여기준	1141
17	혈관색전코일 중 주입형 코일에 사용되는 재료인 “Coil Pusher”의 별도 산정여부	1141
18	혈관 Penetrating Catheter의 급여기준	1142
19	색전물질의 인정범위	1142
20	혈관색전용 미세구 급여 기준	1143
21	색전성 약물방출 미세구의 급여기준	1143
22	액체형 색전물질(뇌혈관용)의 급여기준	1144

연번	제 목	페이지
23	액체형색전물질 (말초혈관용) 급여기준	1145
24	미촉지 유방병변의 위치표시술시 재료대 별도 산정여부	1145
25	미촉지 유방병변의 위치표시시 반복하여 실시한 유방촬영 인정여부	1145
26	Cardiac Catheterization시 Rotating Adaptor, High Pressure Angiography Connector 별도 산정여부	1145
27	Super selection용 Catheter 및 Guide Wire의 급여기준	1146
28	Occlusion Balloon Catheter의 산정기준	1146
29	Introducer의 산정기준	1146
30	심박기 거치술, 심율동 전환 제세동기 거치술 시 Introducer Sheath 및 Peel away sheath 인정여부	1146
31	식도・담도・기관지내 삽입하는 스텐트(Stent) 별도 산정여부	1147
32	상부소화관 및 담도 금속스텐트의 급여기준	1147
33	하부장관스텐트 급여기준	1148
34	요관스텐트(Ureteral Stent)의 급여기준	1148
35	Dilator Renal의 급여기준	1148
36	경피적 Nephrostomy Balloon Catheter (Ultraxx Nephrostomy Balloon Catheter등)의 급여기준	1149
37	풍선확장카테타를 이용한 기관지확장술시 catheter의 급여기준	1149
38	Everest Inflation Device의 별도산정 여부	1149
39	Guiding Catheter의 인정기준	1149
40	경피적 관상동맥 확장술(PTCA)시 치료재료 급여기준	1150
41	경피적 관상동맥확장술 시 사용하는 약물방출풍선카테터의 급여기준	1151
42	경피적 관상동맥확장술 (PTCA)시 사용한 cutting balloon catheter의 인정기준	1152
43	Peripheral Cutting Balloon Catheter의 급여기준	1152
44	경피적 풍선혈관성형술(기타혈관) 시 사용하는 말초혈관(대퇴슬와동맥) 약물방출 PTA BALLOON CATHETER의 급여기준	1152
45	경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술 시 스텐트 급여기준	1153

연번	제 목	페이지
46	경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술(기타혈관) 시 사용하는 말초혈관(대퇴슬와동맥) 약물방출스텐트의 급여기준	1154
47	'경피적 혈관내 죽종제거용' 치료재료 급여기준	1155
48	Coronary Stent Graft의 산정기준	1156
49	STENT GRAFT 확장용 BALLOON CATHETER 급여기준	1156
50	경피적 혈관 내 STENT GRAFT 급여기준	1156
51	경피적 두개강외 동맥스텐트 삽입술 시 스텐트의 급여기준	1158
52	경피적 두개강내 동맥 스텐트 삽입술 시 스텐트의 급여기준	1159
53	방사선하 소화기계 중재적 시술 시 사용하는 조영제주입용 카테터(소화기계)의 급여기준	1160
54	관정맥(Coronary vein)에 심실조율 전극삽입시 사용하는 조영제 주입용 카테터(CORONARY SINUS & VEIN)의 급여기준	1160
55	뇌혈관의 중재적 시술시 사용하는 Distal Access Intermediate Catheter (원위접근용 중간도관) 급여기준	1161
56	Y-connector 급여기준	1161
57	혈관 중재적 시술 후 지혈용-침습적 지혈기구 의 급여기준	1161
58	경피적 근성부 심실중격 결손 폐쇄술 및 사용하는 치료재료(경피적심실중격결손폐쇄술용-OCCLUDER)의 급여기준	1162
59	중재적 시술 시 사용하는 Distal Access Guiding Catheter의 급여기준	1163
60	결석제거용 BASKET의 급여기준	1163
61	경피적 대동맥류내 다층구조 혈류 모듈레이터 삽입술에 사용하는 치료재료(Multilayer Flow Modulator)의 급여기준	1164
62	방사선방출미세구 급여기준	1166
63	대동맥 혈관내 이식편 고정술에 사용하는 치료재료의 급여기준	1166
64	Flow-disruptor를 이용한 뇌동맥류 색전술	1166
65	희소·필수 치료재료(COVERED MOUNTED CP STENT, BIB CATHETER)의 급여기준	1167
66	희소・필수 치료재료(BEGRAFT PERIPHERAL)의 급여기준	1168

연번	제 목	페이지
67	말초혈관 투석도관용 STENT GRAFT의 급여기준	1168
68	희소·필수 치료재료(SURFACER)의 급여기준	1169
69	CARDIAC IMPLANTABLE ELECTRONIC DEVICE LEAD 제거용 SHEATH의 급여기준	1169
70	희소·필수 치료재료(BEGRAFT PERIPHERAL PLUS)의 급여기준	1170
71	희소·필수 치료재료 (SINUS-SUPERFLEX-DS)의 급여기준	1171

6. 내시경하 시술료

연번	제 목	페이지
1	경피적 신우루 설치술 후 이를 확장하고 내시경으로 결석제거 시 재료대	1174
2	내시경적 역행성 담도 조영술시 진단목적으로 사용되는 담석제거용 Retrieval Balloon Catheter 사용 시 인정여부	1174
3	누관스텐트삽입술용 재료 (Canaliculus Intubation Set 등)의 급여기준	1174
4	역행성 담췌관 내시경하 결석제거술시 동시 사용한 Stone Basket과 Balloon Catheter 인정여부	1174
5	자776 역행성 담췌관 내시경 수술 시 사용되는 유도철사(Guide Wire)의 급여기준	1175
6	내시경적 시술 시 사용되는 Sclerosing Needle의 급여기준	1175
7	내시경하 지혈용 CLIP 및 CLIP FIXING DEVICE의 급여기준	1176
8	내시경적 시술용 지혈겸자의 급여기준	1176
9	소화기 내시경하 스텐트삽입술시 Guide Wire의 급여기준	1176
10	내시경하 췌담도내 점막세포 채취용 치료재료의 급여기준	1177
11	내시경적 시술용 Knife의 급여기준	1177
12	1회용 경피 경간 담관 내시경 카테터(PTCS catheter) 급여기준	1178
13	내시경하 담(췌)관 협착 확장용 카테터 급여기준	1178
14	내시경적 시술용 Knife & Sclerosing Needle(일체형)의 급여기준	1178
15	내시경하 천공봉합용 Clip 및 내시경하 천공봉합 Clip용 Accessory 급여기준	1179
16	내시경하 담췌관 ACCESS CATHETER의 급여기준	1180

7. 영상진단 및 방사선 치료료

연번	제 목	페이지
1	“CTP-200-FLS”의 요양급여 대상여부	1182
2	계수형 전산적 감산 혈관조영술시 1회용 자동주사기 별도 산정여부	1182
3	사슬방광 조영술의 급여여부	1182
4	심혈관조영술 및 중재적시술시 사용한 Compact Disc (CD)의 급여여부	1182
5	Laser Film, Roll Film에 대한 재료대 급여여부	1183
6	체액분비관 확장술용 Catheter의 급여기준	1183
7	조영제주입용 말초혈관카테터 급여기준	1183
8	체내표시기 치료재료 인정기준	1184
9	방사선치료 체내고정용 재료 급여기준	1184

8. 비급여

연번	제 목	페이지
1	“Cable-Ready Cable Pin System의 요양급여 대상여부”	1186
2	대장세척기의 급여여부	1186
3	심도자법 컴퓨터 기록장치(Medical Display Analysis Recording System) 검사시 사용한 Recording Paper 급여여부	1186
4	편평족 치료재료인 Kalix의 급여여부	1186
5	Cast Walker의 요양급여대상여부	1186
6	근관치료시 사용하는 근관충전재인 MTA 인정여부	1187
7	로보트보조 인공관절치환술용 절삭기구류 산정방법	1187

9. 한시적 허가범위 초과사용 치료재료

연번	제 목	페이지
1	두개성형용 시멘트 Plastic Kit의 허가·신고 또는 인정범위 초과 사용에 관한 급여기준	1190
2	PTCA & PTA용 MICRO GUIDE WIRE(0.014inch)의 허가·신고 또는 인정범위 초과 사용에 관한 급여기준	1191
3	뇌동맥류 코일이탈방지용 스텐트의 허가·신고 또는 인정범위 초과 사용에 관한 급여기준	1192

제 1 장

일반사항

제 1 장 일반사항

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
1	의료기관의 비품 등	○ 주전자, 물병, 물컵, 체온계 및 수저는 의료기관의 비품으로서 주전자, 물병, 물컵 사용료는 입원료에, 체온계사용료는 입원료에, 수저사용료는 식대에 포함되어 있으므로 별도로 환자에게 부담시킬 수 없으나 본인이 파손하거나, 귀가시 휴대하여 갈 경우에는 그 실비를 본인에게 부담시킬 수 있음. ○ 치솔, 치약, 비누, 수건, 슬리퍼, 휴지를 본인이 준비하지 아니하여 의료기관으로부터 유상 공급받았을 경우 실비로 본인에게 부담시킬 수 있음. ○ 아기포대기는 산전산후 처치 등에 의한 기저귀와 다른 것으로서 주로 세탁하여 계속 사용할 수 있어 입원료에 포함되어 있으므로 별도 부담시킬 수 없으나 본인이 휴대하여 갈 경우 그 실비를 본인에게 부담시킬 수 있음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
2	침구류 일종인 "바데라시트"의 별도 산정여부	○ "바데라시트"는 침대의 받침요와 시트 사이에 깔아 사용하는 것으로 탈취, 항균, 곰팡이 방지 및 땀냄새 등을 신속하게 흡수할 뿐만 아니라 방수성도 강하여 수분이 방석요에 스며들 염려도 없고, 또한 위생관리, 통풍, 쿳션 등이 탁월하여 욕창의 예방도 할 수 있고, 정기적으로 물에 빨아 수분과 함께 냄새를 흡수, 발산함으로써 흡착능력이 살아나 반복사용이 가능하고 비교적 저가로 경제적이며, 치료효과도 월등하다고는 하나 환자의 침구 및 시트 등은 요양기관이 입원실을 운영하기 위한 필수 비품으로서 비품의 교체, 세탁 등 동 비품의 유지관리에 소용되는 비용은 수가기준에서는 입원료에 포함됨. ○ 그러므로 요양기관이 환자에 대한 진료서비스를 향상시키기 위하여 동 "바데라시트"를 사용하더라도 특정 진료용 재료로 인정하여 그에 상응하는 비용을 별도 산정토록 할 수는 없는 것임. 다만, 환자측이 동 시트를 개인이 구입하여 사용하는 것은 개별적 기호성에 따라 일반 침구류 등을 지참하여

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		주치의사 등 요양기관 진료 담당측의 양해 하에 사용하는 것과 같은 사안으로 볼 수 있을 것임. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
3	일회용 Under Pad 별도 산정여부	수술환자 또는 중환자로 인하여 더럽혀진 수술포 및 침대포의 세탁비용을 별도 산정하는 것이 아니고 소정 입원료 및 수술료 등에 포함되어 있으므로 비록 1회용 Under-Pad를 사용하였다 하여도 그 비용을 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
4	재사용이 가능한 자동열교환에 의한 환자의 체온조절장치의 별도산정여부	입원병실은 환자의 치료에 필요한 냉·난방 및 환기시설을 갖추도록 의료법 제36조에 규정하고 있으므로 외과적 수술을 하는 소아, 장기간 수술을 요하는 환자 및 중환자실 등에서 환자의 체온조절을 위해 재사용이 가능한 자동열 교환에 의한 환자의 체온장치 등을 사용하더라도 그 비용은 입원료에 포함되므로 별도산정 할 수 없음. (고시 제2017-198호, '17.11.1. 시행)
5	T-connector의 별도산정 여부	T-connector는 필요에 따라 선택적으로 수액세트에 연결하여 사용하는 재료로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음. (고시 제2019-207호, '19.10.1. 시행)
6	"Control Pressure Line"과 "Control Pressure Spiral Line"의 요양급여 대상여부	"Control Pressure Line"과 "Control Pressure Spiral Line"은 의약품 주입용 기구로 필요에 따라 선택적으로 수액세트에 연결하여 사용하는 보조재료로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음. (고시 제2002-80호, '03.1.1. 시행)
7	3 Way 및 Isoflomanifold(3-Stopcock Manifold, 5-Stopcock Manifold 등)의 별도 산정여부	3-Way 및 Isoflomanifold(3-Stopcock Manifold, 5-Stopcock Manifold 등)는 별도 산정할 수 없음. (고시 제2003-83호, '04.1.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
8	3Way-Line의 별도산정 여부	3Way-Line은 수액세트연장연결용으로 사용하는 치료재료로,「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제5장 주사료 산정지침 (1)에 의거 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
9	"Neurosurgical Sponge", "Bone Wax", "Surgical Patties", "Bemsheet" 등의 요양급여 대상여부	"Neurosurgical Sponge", "Bone Wax", "Surgical Patties", "Bemsheet" 등은 외과수술시 조직의 보호 및 지혈 보조목적으로 사용하는 재료로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음. (고시 제2002-80호, '03.1.1. 시행)
10	수술전 피부준비용 필름형태의 Drape류(Ioban 등) 급여기준	필름형태의 수술 Drape류는 수술 시 절개부위 무균영역을 제공하여 감염예방을 위해 보조적으로 사용하는 재료(Ioban, OpSite Incise Drape, sterile drape 등)로, 관련 행위 소정 점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2017-152호, '17.9.1. 시행)
11	수혈시 혈액낭비를 줄이기 위하여 고안된 소아용 혈액백(Triple pack)의 별도 산정여부	소아 및 신생아에게 수혈시 혈액낭비를 줄이기 위하여 고안, 상품화되어 있는 혈액백의 사용에 따른 재료대는 혈액 및 혈액성분제제 수가와 헌혈 환부적립금 고시에 의하여 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
12	Plasma pheresis용 filter의 급여기준	Plasma pheresis용 filter는 혈장 내 병적물질만 제거하는 필터로 마102다 치료적성분채집술(혈장) 시 요양급여를 인정함. (고시 제2018-3호, '18.4.1. 시행)
13	백혈구 제거 필터 및 Transfer Bag의 급여기준	1. 백혈구여과제거 혈액에 사용하는 백혈구제거 필터는 다음과 같이 규격에 따라 산정하고, Transfer bag은 실사용량으로 요양급여를 인정함.

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		- 다 음 - 가. 백혈구여과제거 혈소판에 사용하는 백혈구제거 필터 1) 1회에 6units(1unit당 320cc 또는 400cc) 이하를 여과 시 (규격: 예시 Bedside용 PL-5A 또는 Blood Bank용 PL-5N) 2) 1회에 7units 이상 12units 이하를 여과 시(규격: 예시 Bed side용 PL-10A 또는 Blood Bank용 PL-10N) 나. 저장 후 백혈구여과제거 적혈구에 사용하는 백혈구제거 필터: 1회에 1unit 또는 2units를 여과 시(1unit당 전혈 320cc 또는 400cc) 2. 혈액원에서 사용하는 저장 전 백혈구여과제거 적혈구에 사용하는 "백혈구제거 필터 & 백(일체형)"은 저장 후 백혈구여과제거법의 단점을 보완할 수 있는 치료재료이므로 전혈 1Unit(320cc 또는 400cc)당 1개를 산정하며, 요양기관에서의 재료비용 청구방법 및 혈액원과의 상호 정산방법은 "혈액원으로부터 페레시스에 의한 혈액 성분을 공급받을 시 수가 산정방법"과 동일하게 적용함. (고시 제2018-3호, '18.4.1. 시행)
14	혈액성분채집술(복합성분채집 적혈구)용 "Alyx Red Kit" 급여기준	1. Alyx Red Kit은 1개의 kit로 2unit의 백혈구제거 적혈구를 성분채집할 수 있는 채혈세트로 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 희귀혈액을 가진 환자의 수혈을 위하여 적혈구 성분채집을 실시한 경우 나. 진성적혈구증가증 환자 중 아래와 같이 치료적 적혈구 성분채집을 실시한 경우 1) 급성 혈전색전증의 경우 2) 혈류역학적으로 불안정할 경우 3) 긴급하게 많은 양의 혈액을 사혈하여야 할 경우 4) 65세 이상의 고령환자

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		2. 상기 1항의 급여대상 이외 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2017-152호, '17.9.1. 시행)
15	마105 조혈모세포이식 Apheresis시 사용된 치료재료 산정기준	조혈모세포의 생체외처리(적혈구 제거, 혈장 제거)시 사용되는 Apheresis 치료재료는 별도 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
16	마105 조혈모세포이식 시 사용하는 CD34+ Collection Kit의 급여기준	1. 자가조혈모세포이식 시 사용하는 CD34+Collection Kit는 종양세포의 수를 줄여 이식 후 재발 가능성을 낮추는 장점이 있음. 2. 또한, 동종말초혈액 조혈모세포이식 시 사용하는 CD34+ Collection Kit는 이식 전 수혈경험이 많은 환자나 이식 전 금기사항인 가족 내 수혈을 받은 환자가 말초조혈모세포 이식을 시행할 경우 대부분 T-cell과 같은 면역세포에 의하여 이식편대숙주질환(GVHD)이 발생되므로, 이 경우 CD34+Collection Kit를 사용하여 T-cell이 제거된 CD34양성세포만을 선택이식 함으로써 GVHD 발생위험 및 이식거부반응을 줄일 수 있는 장점이 있음. 3. 따라서, CD34+ Collection Kit는 자가조혈모세포이식 및 동종말초혈액 조혈모세포이식 시 인정하되, 동종말초혈액 조혈모세포이식의 경우 다음과 같은 경험이 있는 중증재생불량성 빈혈환자에게 골수와 말초혈액(mega dose transplantation)을 함께 이식 시 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 이식 전 40unit 이상 수혈경험이 있는 경우 나. 이식 전 가족 내 수혈경험이 있는 경우 (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
17	일회용흡인용기 (Receptal Disposable Suction Bottle)의 별도 산정여부	일회용 흡인용기(Receptal Disposable Suction Bottle)의 흡입 Pack 제품은 일회용으로서 간편하고 감염의 우려가 있는 환자의 분비물을 위생적으로 처리하는데 효과적이라 하겠으나 의료 및 위생용품의 1회용 사용범위를 확대함으로써 불요불급한 재료대 비용지출로 경제성을 고려하여야 할 진료비 상승 억제에 상치될 뿐만 아니라 유리병을 소독하여 재사용할 수 있음을 감안할 때 동 Pack에 대한 재료대를 별도로 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
18	"ARGON BEAM COAGULATION 6500 SYSTEM (Handpiece 등 4품목)" 및 전기 수술용전극 "COBRA ELECTRO SURGICALPROBE"의 별도산정여부	"ARGON BEAM COAGULATION 6500 SYSTEM (Handpiece 등 4품목)"은 전기수술기에 부착하여 사용하며 "COBRA ELECTROSURGICAL PROBE"는 전기수술용 전극으로 외과수술시에 사용하는 재료로 소정 행위점수에 포함되어 별도 산정할 수 없음. (고시 제2006-38호, '06.6.1. 시행)
19	관절경하 수술용 지혈·소작기(VAPR Electrode, Arthrowand 등)의 별도 산정여부	관절경하 수술용 지혈·소작기(VAPR Electrode, Arthrowand 등)는 관절경하 수술시 산정하는 치료재료비용 320,000원(코드 N0031003)에 포함됨. (고시 제2006-38호, '06.6.1. 시행)
20	전기 수술기의 핸드피스에 연결하여 사용하는 교체용 팁(Plasmawand)의 별도 산정여부	수술시 전기수술기의 핸드피스에 연결하여 사용하는 교체용 팁(Plasmawand 등)은 소정 행위점수에 포함되어 별도 산정할 수 없음. (고시 제2009-200호, '09.11.1. 시행)
21	"CTR Blade Assembly"의 요양급여 대상여부	"CTR Blade Assembly"는 관절경하 수근관확장술시 사용하는 재료로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음. (고시 제2002-80호, '03.1.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
22	“KNIFELIGHT”의 요양급여 대상여부	“KNIFELIGHT”는 수근관 인대절제용 칼로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음 (고시 제2002-80호, ’03.1.1. 시행)
23	검사 및 수술시 사용된 Burr, Saw등 절삭기류 치료재료비용의 산정 방법	검사 및 수술시 전동장비의 핸드피스에 연결하여 골 및 조직을 절삭, 연마하는데 사용되는 Burr, Saw등 절삭기류는 시술과정상 여러종류가 동시에 반복 사용되는 점을 감안하여 종류 및 사용 개수를 불문하고 「치료재료 급여 비급여목록표 및 급여상한 금액표」에서 정한 금액을 별도 산정하고, 2가지 이상의 수술이 동시에 시술되는 경우 등의 수기료 산정방법에 따른 치료재료 비용(정액수가)의 세부산정 방법은 다음과 같이 함. (코드 N0051001~N0051020) - 다 음 - 가. 2가지 이상 수술을 동시에 한 경우 1) 동일 피부 절개 하 수술 시(동일 병소에 대하여 절개 부위를 달리 하는 수술 시 포함) 주된 수술에 해당하는 치료재료비용(정액수가)만 1회 산정함. 2) 양측 수술 또는 병소를 달리하는 서로 다른 피부 절개 하 수술의 경우 해당하는 치료재료비용(정액수가)을 각각 산정함. 나. Burr, Saw등 절삭기류와 관절경 치료재료는 동일병소에 동시(중복) 산정할 수 없음. 다. 치과의 치아 당(또는 1/3악당) 시술이 각각 발생하는 경우는 주된 수술에 해당되는 치료재료비용(정액수가)을 1회만 산정함. (고시 제2018-70호, ’18.4.1. 시행)
24	관절경 등의 수술 및 진단적 경검사에 사용된 치료재료 비용의 산정방법	관절경 등의 수술 및 진단적 경검사에 사용된 치료재료비용은 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 관절경・복강경・흉강경하 수술시 1) 관절경: 320,000원(코드 N0031003)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		관절경하 수술시 사용하는 치료재료비용은 관절경 시술 부위에 따라 아래와 같이 인정하되, 이물제거술 및 추벽 제거술, 부분활액막제거술 등 간단한 시술을 단독으로 시행한 경우에는 별도 인정하지 아니함 - 아 래 - 가) 고관절, 슬관절, 견관절은 관절경 320,000원(코드 N0031003) 산정 나) 족관절, 주관절, 완관절은 관절경 치료재료비용의 1/2만 인정 다) 지관절 및 관절이외 부위는 인정하지 않음 2) 복강경(내시경하 갑상선수술 포함): 239,000원(코드 N0031001) 3) 흉강경: 177,000원(코드 N0031002) 다만, 특수봉합재료, 결찰재료(Endoloop, Endosuture, Endoclip 등), 조직배출기구(Pouch), 투관침(Trocar), 단일절개 복강경 수술용 치료재료, 의료용개창기구(Hand Assisted Laparoscopic Surgery용, HALS), 절삭기(초음파절삭기, 전파절삭기, 다관절 다자유도 바이폴라 절삭기), 다관절 다자유도 수술기구, 관절경 Cannular는 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」에 의한 상한금액 범위 내에서 산정하되, 별도의 적용기준이 있는 치료재료는 해당 기준을 적용함. 나. 내시경하 추간판제거술 시 160,000원 (N0031004) 연부조직 소작 및 지혈 등의 목적으로 사용되는 일체의 치료재료 비용이 포함된 금액임. 다. 진단적 경검사 시 진단적 경검사 시 사용되는 투관침(Trocar) 및 관절경 Cannular는 필수적으로 사용되는 치료재료인 점을 감안하여 2개까지 인정함.

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		라. 기타 1) 뇌실 복강간 션트 수술시 복막유착 등의 합병증이 있는 경우 복막경하 Peritoneal Catheter 삽입을 위한 투관침(Trocar)은 2개까지 인정함. 2) 흉강경하 흉벽함몰 기형 교정(Nuss Op)시 치료재료는 투관침(Trocar) 1개에 한하여 인정함. 다만 심한 유착 및 복합기형 등으로 흉강경하 수술 치료재료를 사용하는 경우에는 상기 가.에 의하여 산정함. (고시 제2023-39호, '23.3.1. 시행)
25	재사용이 가능한 초음파 또는 전파 절삭기의 급여기준	재사용이 가능한 초음파 또는 전파 절삭기(Sonosurg 등)는 식약처 허가사항(재사용제품), 재사용 횟수 등을 감안하여 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」 상의 상한금액을 정한 바, 1회 상한금액을 요양급여로 인정함. (고시 제2017-152호, '17.9.1. 시행)
26	복강경하 의료용 개창기구의 급여기준	복강경하 의료용 개창기구(Hand Assisted Laparoscopic Surgery용, HALS)는 복강경 수술 시 환부를 벌리는데 사용하는 치료재료로, 다음의 경우에 요양급여함. - 다 음 - 가. 수부보조용(Access Port + Wound Protector)은 아래의 내시경하(복강경) 수술에 사용한 경우 - 아 래 - 1) 급여대상 가) 자801 신적출술[이식용] 나) 자803나 생체 간적출술[이식용] 다) 신장암, 방광암 수술 시 라) 그 외 사례별 인정 2) 급여개수: 1개 나. 상처보호용(Wound Protector)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		1) 급여대상: 내시경(복강경, 흉강경)을 이용한 수술 2) 급여개수: 1개 (고시 제2018-254호, '19.1.1. 시행)
27	단일절개 복강경 수술용 재료의 급여기준	1. 단일절개 복강경 수술용 재료(SILS PORT 등)는 단일절개 복강경하 수술 시 1개 요양급여함. 2. 다만, 복강경투관침(Trocar)의 추가 사용은 단일절개 복강경하 수술 중 의학적으로 부득이한 경우(출혈, 유착 등)에 1개 급여하며, 1개를 초과하여 사용하는 경우에는 제출된 자료(의사소견서 및 진료기록부 등)를 참조하여 사례별로 인정함. (고시 제2018-254호, '19.1.1. 시행)
28	소화기 내시경하 시술 등에 사용하는 치료재료 급여기준	내시경하 시술시 사용하는 치료재료는 해당 치료재료별로 다음과 같은 항목에 한하여 「치료재료 급여 비급여목록 및 급여상한금액표」에서 정한 금액을 별도 산정함. - 다 음 - 가. Argon probe(코드N0041001) 1) 자762 내시경적 상부소화관 출혈지혈법 2) 자768 결장경하 출혈지혈법 3) 자773 에스상결장경하 출혈지혈법 4) 자778나 풍선 소장내시경하 출혈 지혈법 나. 절제술용 Forcep(생검포함)(코드N0041002) 1) 자131-1가 내시경적 기관 또는 기관지 종양제거술 [육아조직 포함] (연성기관지경) 2) 자765 내시경적 상부 소화관 종양수술 3) 자770 결장경하 종양수술 4) 자775 에스상결장경하 종양수술 5) 자776마 역행성 담췌관 내시경 수술(용종 및 종양 제거술) 6) 자777다 경피적담관[낭]경을 이용한 시술[PTBD Route 또는 T-Tube을 이용한 경우](용종 및 종양 제거술)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		7) 자778마 풍선 소장내시경하 용종 절제술 다. 절제용 Snare(코드N0041003) 1) 자765 내시경적 상부소화관 종양수술 2) 자770 결장경하 종양수술 3) 자775 에스상결장경하 종양수술 4) 자776마 역행성 담췌관 내시경 수술(용종 및 종양 제거술) 5) 자778마 풍선 소장내시경하 용종 절제술 라. Papillotome(코드N0041004) 소화기 내시경하 시술과정상 유두괄약근 절개(Sphincter-otomy) 가 이루어진 경우 산정 마. 기타 1) 사용개수는 각 시술 당 1개 인정하는 것을 원칙으로 하되, 절제술용 Forcep (생검포함) 과 절제용 Snare는 폴립크기 및 경(Stalk)의 유무에 따라 선택적으로 사용되는 점 감안하여 동시 사용 시 각각 인정함. 2) 절제술용 Forcep(생검포함)과 절제용 Snare는 내시경적 소화관 종양수술-점막하 박리 절제술(ESD: Endoscopic Submucosal Dissection)에는 인정하지 아니함. 3) 절제술용 Forcep(생검포함)은 생검만 시행한 경우는 인정하지 아니함. (고시 제2017-15호, '17.2.1 시행)
29	화상환자에게 소모된 각종 소모품의 별도 산정여부	화상환자를 진료함에 있어 녹농균이 감염되었거나 감염될 것을 우려하여 환자가 사용한 시트, 베개카바, 환자복과 환자진료에 사용한 고무장갑, 고무유치카테타 등을 소독하여 재사용하지 아니하고 소각할지라도 별도 산정할 수 없으며 비급여 대상으로 하여 환자로부터 징수할 수 없는 것임. 특히, 화상환자에 대한 처치시 사용한 거즈, 붕대의 재료대를 산정할 수 있도록 한 것은 그 사용량이 많은 점을 감안한 것임. (고시 제2002-80호, '03.1.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
30	병변부위 세정 및 흡인시 사용되는 치료재료 급여기준	의료용세정기(장비)와 연결하여 병변부위를 세정하고 세정된 내용물을 흡인하는 용도로 사용되는 치료재료(Pulsavac Series, Power Pulse Disposable Unit With Suction 등)는 관련 행위 소정점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2017-152호, '17.9.1. 시행)
31	인탈흡입기구(스핀헬라)의 별도 산정여부	스핀캅셀로 된 인탈을 흡입기구(스핀헬라)를 사용하여 투여하는 경우 흡입기구는 소정 처치료, 수술료 등에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
32	휴대용(일회용) 지속 주입재료의 급여기준	1. 통증자가조절 및 항암제 주입 등의 목적으로 사용된 휴대용(일회용) 지속 주입재료는 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 통증자가조절법(Patient Controlled Analgesia) 가) 암환자(암성통증, 암관련 수술후 통증) 나) 개심술, 개두술, 장기이식, 제왕절개 수술 후 통증 다) 근위축성축삭경화증(ALS) 환자의 만성통증, 만성난치통증(Chronic intractable pain) 라) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조 중증질환자 산정특례 대상 중 중증외상환자의 수술 후 통증 2) 질식분만 시 경막외마취 (무통분만) 3) 항암제 5-FU(주)(fluorouracil)를 2일 이상 지속적으로 주입할 경우 : 중심정맥카테터를 확보한 상태에서 외래(낮병동 포함) 또는 퇴원당일 나. 급여개수 1) 항암제 5-FU(주)(fluorouracil) 주입 시 1회당 1set 2) 상기 1.가.1)~2)의 통증조절 목적으로 사용하는 경우에

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		실사용량을 급여로 인정함. 다만, 구성품 중 Infuser용 Bag과 Line(분리형 또는 일체형)을 교체하는 경우에는 해당 치료재료 비용만 산정함. 2. 다만, 아래의 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. – 아 래 – 가. 피하주사용 항암제((허셉틴(Trastuzumab), 맙테라(Rituximab)) 주입 시 Continuous Infuser를 사용하는 경우 나. 상기 1.가.1)에서 가)~라)이외의 환자에게 통증자가조절법(Patient Controlled Analgesia)을 시행하는 경우 다. 바27 지속적 말초신경 및 신경총 통증(자가)조절법을 시행하는 경우 1) 지속적 좌골신경 통증(자가)조절법: 족부 및 족관절 수술 2) 지속적 대퇴신경 통증(자가)조절법: 슬관절전치환술 및 전방십자인대재건술 3) 지속적 사각근간 상박신경총 통증(자가)조절법: 어깨 및 상완골 수술 3. 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」에서 '휴대용(일회용) 지속 주입재료'에 해당하는 중분류명은 아래와 같음. – 아 래 – 가. Continuous Infuser(지속적 주입 기능만 있음) 1) Continuous Infuser(스프링식/단일유속형) 2) Continuous Infuser(풍선식(대기압식)/단일유속형) 3) Continuous Infuser(풍선식(대기압식)/유속선택형) 4) Continuous Infuser(가스주입식/단일유속형) 5) Continuous Infuser(가스주입식/유속선택형) 6) Continuous Infuser(풍선식(대기압식)/단일유속형)–

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		항암제주입(피하내주사) 7) Continuous Infuser(가스주입식/단일유속형)-항암제주입(피하내주사) 나. Continuous & Bolus PCA 등(지속적 주입 기능과 자가 조절 기능이 있음(자가조절 기능만 있는 품목 포함) 1) Continuous & Bolus PCA(스프링식/단일유속형) 2) Continuous & Bolus PCA(풍선식(대기압식)/단일유속형) 3) Continuous & Bolus PCA(풍선식(대기압식)/유속선택형) 4) Continuous & Bolus PCA(가스주입식/단일유속형) 5) Continuous & Bolus PCA(가스주입식/유속선택형) 6) Continuous & Bolus PCA(기계식/유속선택형) 7) Bolus PCA 8) Basal Bolus Infuser 9) Patient Controlled Module 다. 기타(별도 주입용 장치와 함께 사용, 지속적 주입 및 자가 조절 가능) 1) Infuser 용 Bag 2) Infuser 용 Line 3) Infuser 용 Bag & Line (고시 제2022-206호, '22.9.1. 시행)
33	사117 운동점차단술용 Needle Electrode의 급여기준	1. 사117 운동점차단술(Motor Point Block)용 Needle Electrode는 이상 근육의 위치 확인 후 치료약물을 주입할 때 사용하는 치료재료로 여러 근육에 수 회 실시하더라도 1일 1개 요양급여를 인정함. 다만, 상지 및 하지 근육을 동시에 시술하는 경우 1개를 추가 인정함. 2. 상기 1.의 인정개수를 초과하여 사용한 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
34	수액필터 급여기준	1. 혼합액상의 약물 등을 주입할 때 오염물질을 걸러내기 위해 사용하는 수액필터(Positive 0.2㎛, 0.2㎛, 1.2㎛ Ⅳ In Line Filter)는 아래와 같은 약제 주입시 급여를 인정하며, 동 인정기준 외에 사용하는 경우에는 전액 본인부담토록 함. - 아 래 - 가. TPN(Total Parenteral Nutrition) 제제 나. 식약처 허가사항에 필터 사용이 명시되어 있는 약제 (고시 제2016-112호, '16.7.1. 시행)
35	복대의 요양급여 대상여부	복대는 진료상 필요하여 사용한 경우에 별도 산정할 수 있음. (고시 제2003-83호, '04.1.1. 시행)
36	Face Shield 급여기준	1. Face Shield는 환자 혈액 등의 오염으로부터 입, 코, 눈 점막 등 얼굴 전체를 보호할 수 있는 치료재료로 다음의 경우에 인정함. - 다 음 - 가. 적응증 1) 혈액매개감염병 환자(「혈액관리법 시행규칙」 [별표 1의2]에 의한 혈액매개감염병 환자) - 수술 및 중재적 방사선시술 - 체외순환막형산화요법(Extra Corporeal Membrane Oxygenation, ECMO)을 위해 Cannula를 삽입하는 경우 2) 권역응급의료센터, 권역외상센터, 전문응급의료센터에서 중증응급환자 또는 중증응급 의심환자가 응급실 내원 후 24시간 이내 수술을 하는 경우 나. 인정개수 1) 상기 가. 1), 2)의 수술 참여 인원에 따라 수술 당 최대 4개 이내의 실사용량 2) 상기 가. 1)의 중재적 방사선시술 및 ECMO Cannula 삽입 시 시술 참여 인원에 따라 시술 당 최대 2개

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		이내의 실사용량 2. 상기 나. 2)의 경우를 제외한 수술 시 Face shield와 1회용 수술용 방호 후드를 동시에 사용하는 경우 종류에 관계없이 합산하여 수술 당 최대 4개 이내의 실사용량을 인정함. (고시 제2022-283호, '22.12.22. 시행)
37	1회용 제모용 클리퍼 급여기준	1회용 제모용 클리퍼는 감염예방을 위해 체모를 제거하는 데 사용하는 치료재료로 두개, 장·장간막·허니아, 여성생식기, 임신과 분만, 남성생식기, 직장 및 항문, 인공관절치환(고관절) 수술에 방해가 될 정도로 체모가 있는 경우 사용 시 1개 인정함. * 두개는 제9장 처치 및 수술료 등 제1절 처치 및 수술료 분류에서 [기본처치]를 제외한 두개부위 수술임. (고시 제2017-198호, '17.11.1. 시행)
38	Needleless Connector 급여기준	Needleless Connector는 IV Line 등의 투약 경로를 확보한 상태에서 환자에게 치료 약물 등을 주입하고자 할 때 사용하는 needleless syringe와 연결하여 사용하는 connector로, 중심정맥내 카테터를 유치한 경우 72시간마다 1개를 인정한다. (고시 제2017-198호, '17.11.1. 시행)
39	1회용 수술용 방호 후드 급여기준	1. 1회용 수술용 방호 후드는 수술 시 혈액, 골 조직 파편 등의 오염 물질로부터 보호하기 위해 사용하는 치료재료로, 다음의 경우에 인정함. - 다 음 - 가. 적응증 1) 혈액매개감염병 환자(「혈액관리법 시행규칙」 [별표 1의2]에 의한 혈액매개감염병 환자)의 수술 2) 자71 인공관절치환술, 자71-1 인공관절재치환술 3) 권역응급의료센터, 권역외상센터, 전문응급의료센터에서 중증응급환자 또는 중증응급 의심환자가 응급실 내원 후 24시간 이내 수술을 하는 경우

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		나. 인정개수: 수술 참여 인원에 따라 수술 당 최대 4개 이내의 실사용량을 인정함 2. 상기 적응증 수술 시 Face shield와 1회용 수술용 방호 후드를 동시에 사용하는 경우 종류에 관계없이 합산하여 수술 당 최대 4개 이내 실사용량을 인정함. (고시 제2022-283호, '22.12.22. 시행)
40	Saline prefilled syringe 급여기준	Saline prefilled syringe는 생리식염수가 채워진 주사기 형태로 혈관 접속용 기구 내강을 세척하여 원래의 상태를 유지하기 위해 사용하는 치료재료로, 다음의 경우에 인정함. - 다 음 - 가. 적응증: 중환자실에 입원 중인 중심정맥내 카테터 유치 환자 나. 인정개수: 1일당 최대 4개 이내의 실사용량 인정 (고시 제2017-198호, '17.11.1. 시행)
41	1회용 Air Blanket류 급여기준	1. 1회용 Air Blanket류는 체온을 일정하게 유지하여 수술부위 감염 예방을 도와주는 치료재료로 다음의 경우 수술당 1개를 요양급여로 인정함. - 다 음 - 가. 만 6세미만 전신마취 수술 나. 만 70세 이상 전신 및 척추마취 수술 다. 장기이식 수술 라. 심장 수술 마. 대장, 직장, 회음부 전신마취 수술 2. 다만, 상기 '마'에 해당하는 수술은 제9장 처치 및 수술료 등 제1절 처치 및 수술료 중 아래의 분류에 포함되는 수술에 대하여, 3시간 이상 장시간 수술한 경우 인정함.

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		가. [장·장간막·허니아] 나. [직장 및 항문] 중 대장 및 직장 수술 다. [남성생식기] 라. [여성생식기, 임신과 분만] 중 임신과 분만을 제외한 회음부 수술 (고시 제2017-198호, '17.11.1. 시행)
42	안전정맥내유치침 급여기준	1. 안전정맥내유치침은 사용 후 주사침이 안으로 당겨 들어가거나, 안전캡으로 감싸지는 등의 안전 설계가 되어 재사용 및 의료진의 주사침 찔림 사고로 환자들에게 2차 감염이 되는 것을 예방하는 점을 감안하여 '마-5', '마-15 다. 정맥내 점적주사[1병 또는 포장단위당]'시 다음의 경우에 감염예방 관리를 위하여 사용한 경우 요양급여함. - 다 음 - 가. 혈액매개감염병 환자(혈액관리법 시행규칙 별표1의 2에 의한 혈액매개감염병 환자) 및 의심환자 나. 응급실 내원 환자 다. 중환자실 입원 환자 2. 상기 1항의 적응증 이외 사용한 안전정맥내유치침은 상대가치점수 5.42점을 보상하는 정맥내유치침과 동일하게 산정함. (고시 제2018-213호, '18.10.1. 시행)
43	안전주사침, 안전주사기 및 안전나비침 급여기준	1. 안전주사침, 안전주사기 및 안전나비침은 채혈 또는 약물 주입 후 주사침이 안으로 당겨 들어가거나, 안전캡으로 감싸지는 등의 안전 설계가 되어 있어 주사침 자상 및 재사용을 예방하는 치료재료로, 다음의 경우에 요양급여함. - 다 음 - 가. 적응증 1) 혈액매개감염병 환자(혈액관리법 시행규칙 별표1의 2에

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		의한 혈액매개감염병 환자) 및 의심환자 2) 응급실 내원 환자 3) 중환자실 입원 환자 나. 인정개수 1) 주사 시 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제5장 제1절 주사료의 산정횟수와 동일하게 인정. 단, 수액제 주입로를 통한 주사(KK054)는 제외함. 2) 채혈 시 안전주사침, 안전주사기, 안전나비침 중 1개 택하여 1일 2개 2. 상기 1항의 적응증 및 인정개수를 초과하여 사용한 경우에는 그 비용을 별도산정 할 수 없음 (고시 제2018-213호, '18.10.1. 시행)
44	정밀 지속적 점적주입 시 사용하는 치료재료(수액유량 조절세트 등)급여기준	정맥내 점적주사 시 약제의 정밀 주입을 목적으로 사용한 치료재료(수액유량조절세트, 수액 주입량 감시 조절기용 수액세트, 정밀 점적주사용 catheter, 실린더식 주입 펌프용 카트리지, Continuous Infuser(가스주입식/유속선택형, 풍선식(대기압식)/유속선택형))는 별도 산정할 수 있으며, 급여기준은 다음과 같음 - 다 음 - 가. 수액유량조절세트, 수액 주입량 감시 조절기용 수액세트 1) 급여대상 가) 8세 미만 소아 나) 약제 투여용량의 정확성이 요구되는 항암제 투여환자 또는 중증·응급환자 다) 유도분만을 위한 옥시토신 또는 조산방지를 위한 자궁수축억제제 주입 시 라) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조 중증질환자 산정특례 대상 나. 정밀 점적주사용 catheter, 실린더식 주입 펌프용 카트리지, Continuous Infuser(가스주입식/유속선택형, 풍선식(대기압식)/유속선택형)는 상기 가. 1)의 급여대상 중 약물주입

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		속도가 5ml/h 미만인 경우에 요양급여를 인정함. 다만, 5ml/h 이상의 속도로 약물을 주입하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2021-206호, '21.8.1. 시행)
45	MINI VOLUME EXTENSION 급여기준	MINI VOLUME EXTENSION은 약제 투여 시 필요한 수액의 양을 줄여 수액 과다 공급을 예방하는 목적으로 사용하는 치료재료로, 신생아중환자실 또는 신생아실에 입원 중인 환아에게 '마5 정맥내 점적주사' 또는 '마15-다 정맥내 점적주사'에 사용한 경우 요양급여로 인정함. (고시 제2019-207호, '19.10.1. 시행)
46	의약품주입여과기 급여기준	1. 주사제 투여 시 유리 또는 고무 파편을 걸러주기 위해 사용하는 5㎛필터(0.2㎛, 1.2㎛ 니들필터 등 포함)는 다음과 같이 요양급여를 인정함 - 다 음 - 가. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대 가치점수」 제5장 제1절 주사료 산정 시 산정횟수 범위 내에서 산정하되, 응급실·중환자실에서 사용한 경우에는 실사용량으로 산정함 나. 수술 시 마취 약제 투여에 사용한 경우에는 「건강 보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」 제6장 마취료 [산정지침]에도 불구하고 별도 산정함 다. CT, MRI 등 촬영 시 조영제를 주입한 경우 2. 상기1.에도 불구하고 마1 피하 또는 근육내 주사 등에 사용하는 경우 비급여하되, 이때 환자에게 충분히 설명하고 동의를 받아야함 3. 단, 필터 사용 전 해당 약제에 필터를 사용할 수 있는지 여부를 식약처 허가사항에서 반드시 확인하고 사용 하도록 함 (고시 제2020-23호, '20.7.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
47	카테터 고정용 치료재료 급여기준	1. '카테터 고정용' 치료재료는 체내에 삽입된 카테터, 튜브 등을 인체에 고정하기 위해 사용하는 치료재료로 다음과 같이 요양급여하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. - 다 음 - 가. 적응증 1) LOCK TYPE, 일반 TYPE : 수술 및 시술후 배액관, 중심정맥관, 경막외 카테터, 유치도뇨관을 고정하는 경우 2) 중심정맥관 고정용(CHG함유 필름형) : 중심정맥관을 고정하는 경우 3) 말초혈관 고정용(필름형), 말초혈관 고정용(필름형+고정장치) : 정맥내유치침, 말초동맥카테터 삽입시 4) 비위관 고정용 : 비위관을 고정하는 경우 나. 인정개수 '카테터 고정용' 치료재료와 '배액관 고정장치'를 동일 배액관에 동시 사용한 경우 1종만 인정함. 2. 상기 1에도 불구하고 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 중증질환자, 희귀질환자, 중증난치질환자의 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함. (고시 제2021-48호, '21.7.1. 시행)
48	비침습적 지혈용 치료재료 급여기준	기기 등을 이용해 천자부위를 지혈하는 비침습적 지혈용 치료재료는 다음의 경우에 요양급여하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 다만, 급여대상 이외 사용하는 경우 비급여 하되, 이때 환자에게 충분히 설명하고 동의를 받아야함.

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		- 다 음 - 1. 급여대상 가. 대퇴(기기형, 밴드형), 요골(기기형, 밴드형), 패드형 1) 혈관 중재적 시술 또는 혈관조영 촬영 후 동맥 천자 부위 지혈에 사용한 경우 2) '혈관 중재적 시술 후 지혈용-침습적 지혈기구'를 동시 사용한 경우라도 1종만 인정함 나. 밴드형, 반창고형 혈액 투석 후, 동맥혈 채혈검사 및 동맥도관 제거 후 지혈을 위해 사용하는 경우 2. 인정개수 동일 천자 부위에 사용하는 치료재료는 1개만 인정 3. 상기1. 급여대상간의 교차사용은 인정하지 아니함 (고시 제2021-48호, '21.7.1. 시행)

제 2 장

검 사 료

제 2 장 검사료

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
1	나803-1 골수압력측정 검사의 적응증 및 재료대 별도 산정여부	골수압력 측정검사는 무혈성괴사, 골성관절염, 골절 등 골의 혈행장애나 골수압력이 증가된 경우에 실시하며, 동 검사에 사용되는 주사기, 포리그라프용지, 골수천자침, 3-Way Stopcock등의 재료대는 소정 검사료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
2	누581마 일반배양-배양, 동정 및 약제감수성 시 사용된 Brush Protected Catheter 별도 산정여부	Brush Protected Catheter가 중증폐렴의 원인균 검사를 위하여는 보다 좋은 진료재료이기는 하나 누581마 일반배양-배양, 동정 및 약제감수성은 검체 채취부위별 난이도 및 소모품 등을 감안하여 정한 것인바, 동 재료는 구강, 기도, 호흡기검체 소정 검사료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
3	내시경하 호흡기 점막세포 채취용 치료재료의 급여기준	기관지 내시경하 호흡기 점막세포 채취용 치료재료인 "Cytology Brush"는 나759가 기본기관지경검사시 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 기관지경 도달이 어려운 폐 말단부위에 병변이 있는 경우 나. 기관지내에 병변이 관찰되나 다른 검체 채취방법(조직검사 및 기관지세척술 등)만으로는 검체가 충분하지 않다고 판단될 경우 (고시 제2017-91호, '17.6.1. 시행)
4	"Biopsy Punch"의 요양급여 대상여부	"Biopsy Punch"는 피부생검이나 피부양성종양 적출술시 사용하는 천공기로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음. (고시 제2002-80호, '03.1.1. 시행)
5	나712나 비점막유발시험(Nas	통년성(perennial) 알레르기성 비염(allergic rhinitis)환자의 진단 및 병의 정도를 파악하기 위하여 항원을 직접 비강

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
	al Provocation Test) 시 사용된 항원시약 등의 별도 산정여부	내에 접촉시킨 후 반응이 나타나는 것을 확인하는 나712나 비점막유발시험(Nasal Provocation Test)에 사용된 항원시약, Plotter Paper, Plotter Pen 등은 관련 행위의 소정점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
6	방사면역측정법 (Radio Immune Assay)검사 시 사용되는 동위원소의 진료용 재료대 산정방법	방사면역법(RIA) 측정시 진료용 재료대로 별도 산정해 왔던 방사성 동위원소는 효소면역검사(EIA)의 경우와 마찬가지로 재료대를 소정 검사료에 포함되므로 별도 산정할 수 없으며, [핵의학적 기능검사]와[핵의학영상진단]에 소요된 동위원소는 별도 산정할 수 있음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
7	Co Set 또는 Sensor Housing 등을 이용한 심박출량 측정시 별도 재료대 별도 산정여부	심박출량 측정시 심장에 주입하는 Cold Saline 온도측정에는 일반적으로 수온계를 사용하여 측정하므로, 2~3회 사용 가능한 (원래 1회용임) Co Set 또는 Sensor Housing을 사용하더라도 그 비용을 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
8	심막천자시 사용한 Femoral Catheter 인정여부	심막천자시 사용하는 Femoral Catheter의 재료비용을 별도 인정할 것인지에 대하여 검토한 결과, 심막천자 배액시에는 Femoral Catheter외에 소정 수기료에 포함시켜 별도 산정하지 않는 Medicut 또는 Vinca Needle 등 저렴한 재료를 사용하여도 소기의 목적을 달성할 수 있으므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
9	심도자 검사시 사용된 Recording Paper 별도 산정여부	심장카테타법에 의한 순환기능검사인 심도자검사는 심방(실)의 내압측정 및 심장질환의 진단목적에 주로 실시되는 검사인바 동 검사시 사용되는 Recording Paper는 소정 검사료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
10	"Brockenbrough	"Brockenbrough Needle" 등 중격경유침(Transseptal Needle)은

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
	Needle” 등 중격경유침(Transseptal Needle)의 요양급여 대상여부	심중격을 천자하는 침으로 ‘심방중격천자를 통한 좌심실 도자술’시 일련의 과정에 사용하는 재료로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음. (고시 제2002-80호, ’03.1.1. 시행)
11	신장·비뇨기과 압력측정용 CATHETER(2Way, 3Way) 급여기준	요역동학검사 및 신우내압측정검사 등에서 압력 측정 목적으로 사용되는 신장·비뇨기과 압력 측정용 CATHETER(UDS Catheter 등)는 진단 시 필수적인 치료재료인 점 등을 감안하여 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 나656 요역동학검사 나. 나656-1 방광내압측정 다. 나656-2 신우내압측정검사 라. 너-751 요도내압측정 (고시 제2017-118호, ’17.7.1. 시행)
12	전기와우도검사(Electrocochleography)의 급여여부	음자극에 따른 와우활동전압의 전기적 반응을 기록함으로써 청력상태의 정도와 유형을 관찰하는 전기와우도 검사는 메니에르병(Meniere's disease)의 진단에 유용한 검사로 판단되어 급여대상으로 함. 이때 글리세롤(glycerol) 약제 투여 전.후에 동 검사를 반복 실시할 때에도 1회 검사료만을 산정하며, 전극(electrode) 등의 소요재료 비용은 동 검사료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2018-281호, ’19.1.1. 시행)
13	Hepcon System A-10기기에 사용되는 Cartridge의 별도 산정여부	Hepcon System A-10기기에 사용되는 Cartridge는 자189 인공심폐순환의 소정 행위수가에 포함되는 ACT검사(심장수술시 심폐기작동전 혈액으로 항응고 능력 회복 여부를 알기 위하여 실시하는 검사)시 사용되는 Hemochron tube와 유사한 치료재료이므로 그 비용은 별도 산정할 수 없음. (고시 제2003-83호, ’04.1.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
14	나601 호흡기능검사 시 사용된 일회용 Mouth Piece의 별도 산정여부	나601 호흡기능검사 시 사용된 일회용 mouth piece는 소정검사료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
15	안기능검사시 사용된 Color Printer Paper의 요양급여대상여부	디지털장비를 이용한 안기능검사는 기존의 아날로그장비에서 사용하는 폴라로이드 필름이 아닌 Color Printer Paper를 사용하여 실시간으로 영상이미지를 저장하고 필요한 부분을 선택하여 프린터로 출력하는 것으로, 고해상도로 정확도가 높고 필요시 흑백으로 선택하여 출력할 수 있는 등의 장점이 있으므로 동 검사시 사용된 Color Printer Paper는 요양급여 대상으로 함. (고시 제2003-83호, '04.1.1. 시행)
16	스완-간즈 카테타법에 의한 순환기능검사 시 사용하는 Thermodilution Catheter의 급여기준	스완-간즈 카테타법에 의한 순환기능 검사 시 사용하는 Thermodilution Catheter (Swan-Ganz Thermodilution Catheter 등)는 혈역학적 감시와 처치가 필요한 다음의 경우에 요양급여함. - 다 음 - 가. 장기이식수술, 관상동맥수술, 개심술, 대혈관수술 나. 중증환자(폐동맥고혈압, 심한 폐부종, 패혈증, 급성심부전증, shock으로 인한 급성신부전 발생 및 중화상 환자 등) (고시 제2018-254호, '19.1.1. 시행)
17	임상전기생리학적검사 시 기록저장매체인 Optic disc의 산정기준	임상전기생리학적검사시 기록저장매체인 Optic disc는 평균 저장용량을 감안하여 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 의한 상한금액 범위내에서 실구입가의 1/5로 산정함을 원칙으로 하되, 필요시 장비, 환자 상태 등을 고려하여 실사용량으로 산정함. (고시 제2005-24호, '05.4.15. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
18	골수천자용 Needle의 세부인정기준	골수천자용 Needle은 감염방지 효과 등이 있는 점을 감안하여 나803(골수천자) 또는 나852(골수천자생검)시 별도 인정함. (고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)
19	마7 골수내주사 시 사용하는 치료재료의 급여기준	마7 골수내주사(Intraosseous Injection) 시 사용하는 골수내주사용 치료재료(EZ-IO)는 정맥 내 약물투여가 불가능하거나 어려운 응급상황에서 약물을 투여하는데 유용한 치료재료로 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 성인 심정지 환자에서 말초혈관확보를 1회 이상 시도하였으나 실패한 경우 나. 소아(만8세미만) 심정지 환자 다. 소아(만8세미만) 중증 탈수, 쇼크 환자로 말초혈관 확보를 1회 이상 시도하였으나 실패한 경우 (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
20	혈중 헤모글로빈 농도 분석기(TMC)의 요양급여 대상여부	혈중 헤모글로빈 농도분석기(Tri-optic Measurement Cell, TMC)는 개심술 시 산소공급기(oxygenator)에 연결하여 수술 중 혈액의 산소포화도 및 적혈구용량비를 실시간으로 확인할 수 있는 재료로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
21	1회용 호기말 이산화탄소분압측정용 치료재료 인정기준	1. 1회용 호기말 이산화탄소분압(End-tidal CO2, ETCO2) 측정용 치료재료는 폐포 환기의 적절성을 지속적으로 판별해야 하는 경우 날숨의 이산화탄소 분압을 측정하기 위해 사용하는 1회용 치료재료로 다음에 해당하는 경우 요양급여함. - 다 음 - 가. 나604 호기말 이산화탄소분압감시 : 환자 당 1개를 인정하며, 장기간 사용으로 교체 필요시 MICROSTREAM방식은 3일에 1개, SIDESTREAM방식 및 MAINSTREAM방식은 7일에 각각 1개씩 인정함.

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		나. 바1다 감시하 전신마취 : 환자 당 1개를 인정함. 다. 나799다. 진정내시경 환자관리료 Ⅲ 1) 행위 당 1개를 인정하되, 나604 호기말이산화탄소 분압감시료는 별도 산정하지 아니함. 2) 상기 1)에도 불구하고 진정내시경 하 나766 결장경 검사, 자770 결장경하 종양수술 및 자775에스상결장경하 종양수술을 실시한 경우에는 치료재료를 인정하지 아니함. 3) 치료재료의 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률 80%로 적용함. 라. 나799라. 진정내시경 환자관리료 Ⅳ 1) 행위 당 1개를 인정하되, 나604 호기말이산화탄소분압 감시료는 별도 산정하지 아니함. 2) 다만, 진정내시경 하 해당 내시경 검사나 시술이 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 달리 적용하는 경우에는 치료재료 비용도 동일하게 적용함. 2. 다만, 해당 내시경 검사나 시술을 동시에 시행하여 상기 다. 와 라.를 동시에 산정한 경우에도 치료재료는 중복 인정하지 아니함. (고시 제2021-229호, '21.9.1. 시행)
22	골생검천자침 급여기준	골생검천자침은 골종양 등에서 골조직 채취 시 필요한 1회용 치료재료로 골생검천자침관통세트(PENETRATION SET), 채취세트(BIOPSY SET)를 나858가 골생검(침생검)에 사용한 경우 각 1개씩 요양급여로 인정함 (고시 제2018-156호, '18.8.1. 시행)
23	1회용 신생아전용채혈랜싯 급여기준	1회용 신생아전용채혈랜싯은 찌르는 깊이가 신생아 또는 미숙아에게 적합하며 여러번 채혈이 필요한 경우에 유용하므로, 입원중인 신생아 및 미숙아의 채혈 시 요양급여로 인정함 (고시 제2018-156호, '18.8.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
24	근막내 압력계 주사기 급여기준	구획증후군(compartment syndrome) 진단을 위해 너774 조직압의 측정[설치에서 제거까지, 치료기간 중 1회 산정] 검사 시 사용하는 근막내압력계주사기는 입원환자에서 임상증상(5P)으로 확실한 진단이 어려운 경우 1개를 인정하되, 하퇴부인 경우에는 최대 4개 범위 내에서 실사용량으로 인정함. * 5P(Pain, Pallor, Paresthesia, Paralysis, Pulselessness) (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
25	국소조직 산소포화도 감시용 sensor 인정기준	혈류역학적 불안정성으로 인한 신장·창자의 허혈과 관련된 예후를 예측하는데 사용하는 '국소조직 산소포화도 감시용 sensor'는 중환자실에서 집중관리를 요하는 고위험신생아 중 다음과 같은 경우에 1개를 인정함. - 다 음 - 가. 인공호흡기 치료를 하는 호흡곤란증후군 나. 혈류역학적으로 의미있는 동맥관개존증 및 복잡심기형 다. 쇼크, 패혈증 라. 저산소성 허혈성 뇌증 (고시 제2018-184호, '18.9.1. 시행)
26	양수천자침 급여기준	양수천자침은 양수의 배액, 채취, 주입 시에 태아에 유해하지 않도록 시술 가능한 1회용 치료재료로 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 관련 행위 1) 양수천자(나811) 2) 양막내 양수주입술(자401) 3) 양막복원후 자궁경부원형봉합술(자428-라) 나. 인정개수: 관련 행위 당 1개 인정함. (고시 제2018-184호, '18.9.1. 시행)
27	자궁내막 흡인생검용 급여기준	자궁내막흡인생검용은 별도의 마취나 진정 없이 자궁에 최소로 삽입하여 자궁내막을 채취하는 1회용 치료재료로

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		나857가 자궁내막조직생검-흡인생검 검사에 사용한 경우 1개를 요양급여로 인정함. (고시 제2018-213호, '18.10.1. 시행)
28	복압측정용 직장 카테터 급여기준	'복압측정용 직장 카테터'는 요역동학검사 등에서 복압을 측정하기 위해 직장에 삽입하는 1회용 튜브·카테터로 진단 시 필수적인 치료재료임을 감안하여 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 나656 요역동학검사 2) 나656-1 방광내압측정 나. 급여개수: 1개 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
29	방광내압을 통한 복강내압측정용 치료재료 급여기준	'방광내압을 통한 복강내압측정용' 치료재료는 복부 외상 또는 복부수술 환자가 복강구획증후군이 의심되어 사용 시 복강내압 측정 결과가 8mmHg이상인 경우 1개를 요양급여로 인정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
30	"경피적 파형변이지수/메트 헤모글로빈/일산화탄소 헤모글로빈 측정용 SENSOR" 및 "경피적 파형변이지수 측정용 SENSOR" 급여기준(치료재료)	1. "경피적 파형변이지수/메트 헤모글로빈/일산화탄소 헤모글로빈 측정용 SENSOR"는 파형변이지수를 포함하여 매트 헤모글로빈, 일산화탄소 헤모글로빈, 총 헤모글로빈 등 다수의 항목을 측정하는 전극으로, 치료기간 중 1개 요양급여함. 2. "경피적 파형변이지수 측정용 SENSOR"는 파형변이지수를 단독으로 측정하는 경우에 치료기간 중 1개 요양급여함. 3. 바3 마취중 감시료의 파형변이지수/총 헤모글로빈의 경우 상기 1, 2.와 같이 동일하게 인정함. 4. 상기 1. 2. 치료재료는 말초산소포화도 측정 기능이 포함되어 있는 바, 말초산소포화도 감시용 센서는 중복 산정하지 아니함. (고시 제2022-54호, '22.3.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
31	다주파수 바이오임피던스분석법을 이용한 체수분 상태 측정용 전극의 급여기준	1. '다주파수 바이오임피던스분석법을 이용한 체수분 상태 측정용 전극'은 다주파수 바이오임피던스분석법을 이용한 체수분 상태 측정 시 사용하는 치료재료로, 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상: 투석을 받는 만성신부전 환자 나. 급여개수: 3개월에 1회 (1 SET /회) 2. '다주파수 바이오임피던스분석법을 이용한 체수분 상태 측정' 시 EKG 전극(심전도검사용 재료)을 사용하는 경우도 위 1.과 동일하게 인정함. 다만, 1회당 인정개수는 전극과 연결하여 사용하는 장비의 허가사항에 따른 실 사용개수(예시: 인바디의 경우 8개)로 함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
32	1회용 URINE COLLECTION BAG 급여기준	1회용 URINE COLLECTION BAG은 소변을 검체로 하는 검사 등에서 소변을 채집하기 위해 사용하는 치료재료로, 신생아 또는 신생아중환자실 환아에게 사용한 경우 실사용량을 요양급여로 인정함. (고시 제2019-193호, '19.9.1. 시행)
33	1회용 척수 압력계 급여기준	1회용 척수 압력계는 요추천자 진입 시 척수압 확인을 통해 요추 천자 성공 여부 확인 및 요추 천자 이후 CSF Pressure 측정을 하는 치료재료로, 6세 미만 소아(신생아 제외)에게 '나 800 요추천자[뇌척수압측정포함]'를 시술 시 사용한 경우 1개를 요양급여로 인정함. (고시 제2019-193호, '19.9.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
34	혈압측정용 CUFF (신생아용) 급여기준	혈압측정용 CUFF(신생아용)는 신생아중환자실에서 혈압 측정에 사용한 경우 요양급여를 인정함. (고시 제2019-207호, '19.10.1. 시행)
35	체강 내 천자 및 배액용(1회용) 급여기준	체강 내 천자 및 배액용(1회용)은 체강내로 천자하여 체강에 쌓인 액체를 채취하고 배액하기 위해 사용하는 체강 삽입용 카테터와 배액용 튜브 일체형 치료재료로, 나-804 흉막 천자 또는 나-805 복수천자, 복막천자를 치료 목적(지속적인 배액)으로 실시한 경우에 사용 시 1개를 요양급여로 인정함. (고시 제2019-258호, '19.12.1. 시행)
36	부위별 다주파수 바이오 임피던스 분석법을 이용한 체수분 상태 측정시 치료재료 인정기준	"부위별 다주파수 바이오임피던스 분석법을 이용한 체수분 상태 측정"은 림프부종 환자 치료 모니터링 시 체수분 상태 변화를 확인하기 위한 것으로 이 때 사용된 EKG 전극 (심전도검사용 재료)은 장비의 허가사항(예시: InBody (제인 09-379호)의 경우 8개)에 따른 실 사용개수를 요양 급여로 인정함. (고시 제2019-289호, '20.1.1 시행)
37	동맥압에 기초한 심기능 측정시 사용하는 ACUMEN IQ SENSOR의 급여기준	동맥압에 기초한 심기능 측정 시 사용하는 ACUMEN IQ SENSOR는 혈역학적 감시가 필요한 다음의 경우 요양급여를 인정하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인 부담률을 50%로 적용함. - 다 음 - 가. 심장수술환자 나. 장기이식수술환자 다. 심박출계수(EF) 0.4(40%) 이하의 환자 라. ASA-PS 3이상의 환자 마. 기타 혈역학적으로 불안정하여 고위험 수술 등에 저혈압 예측 지표 등의 추가적인 감시가 반드시 필요하다고 판단되는 환자 (고시 제2023-98호, '23.6.1 시행)

제 3 장

마 취 료

제 3 장 마취료

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
1	Endotracheal Tube의 급여기준	Endotracheal Tube는 전신마취 환자, 인공호흡기 사용 환자 또는 기도 유지를 목적으로 기관내 삽관하는 환자에게 사용 시 별도 산정함. (고시 제2018-254호, '19.1.1. 시행)
2	일측폐환기용 튜브 또는 Endobronchial Blocker의 별도 산정여부	일측폐환기법 마취 시 사용하는 일측폐환기용 튜브 또는 Endobronchial Blocker는 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 의한 상한금액 범위내의 요양기관 실구입가로 산정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
3	지속적 경막외블록크용(PORT& CATHETER) 치료재료의 급여기준	경막외 신경차단술 중 피하매몰 저장기펌프 삽입술에 의한 방법 시 사용하는 '지속적 경막외블록크용(PORT& CATHETER)' 치료재료는 약물치료로 통증이 조절되지 않는 다음의 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 암성통증 나. 3개월동안 약물치료(단계적으로 투여)에도 통증이 조절되지 않고 향후 3개월 이상 장기간 통증 관리를 해야 하는 경우 1) 대상포진후신경통(Postherpetic neuralgia, PHN), 복합부위통증증후군(Complex Regional Pain Syndrome, CRPS), 척추수술후증후군(Failed Back Surgery Syndrome) 2) 척추손상, 다발성경화증 또는 뇌성마비에 의한 심한 하지의 경련, 척수손상(Spinal cord injury)으로 인한 통증 등 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
4	Epidural set(또는 Catheter) 별도 산정 기준	Epidural set(또는 Epidural Catheter)는 경막외마취[바2가(4)] 및 지속적 경막외신경차단술[바22나(1)(가), (3)(가)]시 별도 산정함. (고시 제2010-86호, '10.11.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
5	침습적혈압측정용 Pressure Monitoring Kit의 급여기준	혈압의 지속적인 감시를 위해 사용하는 침습적혈압측정용 Pressure Monitoring Kit는 다음의 경우에 요양급여함. - 다 음 - 가. 중환자실에서의 나720 중심정맥압 측정[1일당] 나. 너874 침습적동맥압혈압측정[1일당] 다. 바3나 마취중 중심정맥압감시 라. 바3다 마취중 침습적동맥압감시 (고시 제2018-254호, '19.1.1. 시행)
6	마취중 말초산소포화도감시시 사용하는 1회용 말초산소포화도 측정용 센서 급여기준	바3가 마취중 말초산소포화도 감시 시 사용하는 1회용 말초산소포화도 측정용 센서는 폐쇄순환식 전신마취 시 별도 인정하되, 건강보험 행위급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부 제6장 마취료 [산정지침] 중 다음에 의해 가산되는 경우에 한하여 1개 인정함. - 다 음 - 가. 만6세 미만에 대한 마취 나. 만70세 이상에 대한 마취 다. 장기이식수술마취, 심폐체외순환법마취, 일측폐환기법마취, 고빈도제트환기법마취, 개흉적 심장수술마취, 뇌종양, 뇌혈관질환에 대한 개두술마취, 중증외상환자에 대한 수술 마취 라. 미국마취과학회 신체상태 분류(ASA-PS) 3 이상 환자에 대한 수술 마취 (고시 제2021-153호, '21.6.1. 시행)
7	비침습적 대뇌피질산소포화도 검사용 Sensor 급여기준	1. 바2 전신마취 시 사용하는 비침습적 대뇌피질 산소포화도 감시용 Sensor는 뇌 허혈 손상 가능성이 높은 다음의 수술에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 심폐우회로를 이용한 심장수술 나. 심폐우회로를 이용한 대동맥수술 다. 복잡심기형수술 및 관상동맥우회수술

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		라. 경동맥수술(중재적 시술 포함) 2. 중환자실에서 집중관리를 요하는 고위험신생아 중 혈류역학적으로 불안정한 다음의 경우에 1개를 인정함. - 다 음 - 가. 인공호흡기 치료를 하는 호흡곤란증후군 나. 혈류역학적으로 의미있는 동맥관개존증 및 복잡심기형 다. 쇼크, 패혈증 라. 저산소성 허혈성 뇌증 3. 상기 1항의 급여 대상 이외 의학적 필요성이 인정되는 아래의 수술에 바2 전신마취 시 사용한 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. - 아 래 - 가. 상기 1항에서 정하고 있는 급여범위 이외의 심장수술 나. 뇌수술 또는 뇌혈관의 중재적 시술 다. 간이식 수술 라. 폐이식 수술 마. 만 70세 이상의 노인 환자수술 바. 뇌경색 또는 뇌출혈 기왕력 있는 환자의 수술인 경우, 미국마취과학회 신체상태 분류(ASA-PS) 3 이상 환자에 한함. (고시 제2020-152호, '20.8.1. 시행)
8	역류방지용 One Way Valve의 급여기준	1. 약제의 역류방지용 One Way Valve는 바-2가(1) 기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취 시행시 정맥마취제를 지속적으로 점적주사하는 경우에 1개 요양급여함. 2. 상기 1.의 급여개수를 초과하여 사용한 경우 역류방지용 One Way Valve 1개에 한하여 추가 인정하며, 이 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
9	근이완 감시용 SENSOR의 급여기준	전신마취 시 근이완 감시를 위해 사용하는 치료재료는 아래와 같은 기준으로 요양급여를 인정하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. - 아 래 - 가. 급여대상: ASA-PS 3 이상 환자에서 근이완제를 사용하여 전신마취를 시행한 경우 나. 급여개수: 수술 당 1개 ※ 미국 마취과학회 신체상태 분류(ASA-PS) (고시 제2021-56호, '21.3.1. 시행)
10	심음, 폐음, 체온감시용 Probe의 급여기준	체온감시는 소정 마취료 또는 입원료에 포함됨. 다만, 식도를 통하여 지속적으로 심음·폐음·체온을 측정하는데 사용하는 「심음, 폐음, 체온감시용 Probe」는 별도 산정함. (고시 제2021-203호, '21.8.1. 시행)
11	지속적 체온감시용 Probe의 급여기준	체온감시는 소정 마취료 또는 입원료에 포함됨. 다만, 식도, 직장, 방광, 피부(Zero-heat flux, Double-sensor 등 심부체온 측정)를 통하여 지속적으로 체온을 측정하는데 사용하는 「지속적 체온감시용 Probe」는 별도 산정함. (고시 제2021-203호, '21.8.1. 시행)
12	비침습적 마취심도 감시용 SENSOR의 급여기준	비침습적 마취심도 감시용 SENSOR는 다음의 경우에 요양급여하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용하고, 급여대상 이외 및 급여개수를 초과하여 사용한 경우에는 별도 산정 불가함. - 다 음 - 1. 급여대상 가. 바-1가 정맥마취-전신마취 나. 바-1다(1) 정맥마취-감시하 전신마취 다. 바-2가(1) 기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		라. 바-2가(2) 마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취 2. 급여개수 상기 1항의 전신마취 1회당 1개 사용을 인정함 (고시 제2023-74호, '23.5.1. 시행)

제 4 장

처치 및 수술료 등

제4장 처치 및 수술료 등

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
1	산소흡입시 사용한 cropett의 별도 산정여부	Cropett은 소아 크로우프 환자의 고농도 습도유지를 위하여 사용하며 비닐텐트의 일종으로 재사용 가능한 비품에 해당하므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
2	자-4 산소흡입시 사용하는 산소마스크의 별도 산정여부	산소마스크는 산소흡입 시에 부착된 의료장비의 부품으로서 소독하여 계속 사용할 수 있으며, 1회용 마스크를 사용하여야만 소기의 치료효과를 기대할 수 있다고 볼 수 없으므로 동 재료를 사용하여 산소흡입 시에 그 재료대를 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
3	필름 드레싱류 및 필름 드레싱류, 항균 성분함유의 급여기준	1. 필름 드레싱류 및 필름 드레싱류, 항균 성분함유는 염증반응이 없는 상처부위(Clean Wound)에 사용하는 재료로 1회 사용으로 장기간의 드레싱 유지가 가능하여 처치횟수 감소의 장점이 있으므로 다음의 경우에 실사용량으로 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. Central Venous Catheter(PICC, Port 포함) site 나. Skin Graft Donor Site 2. 상기 1.의 급여대상 이외에 사용 시는 해당 처치 및 수술료에 포함되므로 그 비용을 별도 산정할 수 없음. (고시 제2018-206호, '18.10.1. 시행)
4	'은 함유 이외' 드레싱류의 급여기준	1. '은 함유 이외' 드레싱류는 창상 부위의 삼출액 흡수 및 습윤 환경을 조성하여 상처 치유 시간을 줄이는 등의 장점이 있어 다음의 경우에 요양급여함. - 다 음 - 가. 삼출액이 많은 심부2도 이상 화상의 경우 1) 체표면적 20% 미만의 경우 4개/주, 4주간 2) 체표면적 20% 이상의 경우 실사용량, 4주간 나. 만성궤양 등 장기적 드레싱을 요하는 경우

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		: 4개/주, 4주간 다. 수포성 표피박리증(Epidermolysis Bullosa)의 경우 : 실사용량 2. 상기 1.의 급여대상 및 개수를 초과하여 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 3. 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」에서 '은 함유 이외'의 드레싱류에 해당하는 중분류명은 아래와 같음 (규격별 세부분류 이하 명시는 생략함). - 아 래 - 가. 첨가제가 없는 경우 1) 폼 드레싱류(SHEET TYPE) 2) 폼 드레싱류(CAVITY TYPE/원통형) 3) 폼 드레싱류(CAVITY TYPE/직사각형) 4) 폼 드레싱류(입체형/hand) 5) 하이드로콜로이드 드레싱류(SHEET TYPE) 6) 하이드로겔 드레싱류(SHEET TYPE) 7) 하이드로겔 드레싱류(GEL, PASTE TYPE) 8) 하이드로겔 드레싱류(SPRAY TYPE) 9) 알지네이트/하이드로파이버 드레싱류(SHEET TYPE) 10) 알지네이트/하이드로파이버 드레싱류(CAVITY TYPE/ 무정형) 11) 알지네이트/하이드로파이버 드레싱류(CAVITY TYPE/ 직사각형) 12) 복합 드레싱류(SHEET TYPE) 나. 첨가제가 있는 경우 1) 폼 드레싱류, 은 이외 함유(SHEET TYPE) 2) 하이드로겔 드레싱류, 은 이외 함유(GEL, PASTE TYPE) 3) 하이드로겔 드레싱류, 은 이외 함유(SPRAY TYPE) 4) 하이드로겔 드레싱류, 은 이외 함유(SHEET TYPE) 5) 알지네이트/하이드로파이버 드레싱류, 은 이외 함유 (SHEET TYPE) 6) 복합 드레싱류, 은 이외 함유(SHEET TYPE)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		7) 합성거즈 드레싱류, 은 이외 함유(SHEET TYPE) 8) 합성거즈 드레싱류, 은 이외 함유(CAVITY TYPE) (고시 제2021-48호, '21.7.1. 시행)
5	'은 함유' 드레싱류의 급여기준	1. '은 함유' 드레싱류는 은이온 성분의 살균작용에 의하여 창상 치유를 유도하는 장점이 있어 화상에 한하여 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 사체피부 또는 인공피부 이식 병변의 경우 부위별 1회 인정 나. 피부이식 2주 후 또는 화상이 치료 3주후에도 치유되지 않는 불완전 창상의 경우 부위별 1회 인정 다. 공여피부 부족으로 2회 이상 같은 부위를 채피한 경우 1회 인정 라. 감염된 채피창(donor site) 병변의 경우 부위별 1회 인정 마. 피부가 얇아 연골이나 인대가 쉽게 노출되는 귀, 코 등 부위의 경우 치료기간 중 2장/2주 인정 2. 상기 1.의 급여대상 이외 중증(major burn)이상의 심부2도 화상처치(Burn dressing)에 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2018-59호, '18.4.1. 시행)
6	진공음압창상 처치 시 사용되는 치료재료의 급여기준	1. 진공음압창상처치(창상부위를 진공상태로 만든 후 음압 장비와 연결하여 불순물을 흡인하는 치료방법)에 사용하는 치료재료는 진공음압창상처치 전의 진료 기록(창상의 크기와 깊이 등 명시)과 해당 환부의 사진이 있는 경우에 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 진공음압창상처치용 드레싱류 1) 육아조직 형성이 필요한 급성 개방성 창상 중에서 다른 국소처치로는 육아조직 형성 촉진이 가능하지 않은 경우 : 3개 이내/주, 3주 이내로 인정

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		2) 만성 개방성 창상 중에서 당뇨병성 궤양, 압박성 궤양 : 3개 이내/주, 3주 이내로 인정, 3) 그물망형 이식(Meshed graft), 피판(Flap) : 3개 이내/주, 2주 이내로 인정 나. 일회용 삼출물 흡인통 : 상기 가.1)~3)에 사용 시 치료기간 중 1개 인정 2. 상기 1. 급여대상의 적응증별 인정개수를 초과하여 사용한 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 3. 금기증 가. 딱지가 있는 괴저성 조직 나. 아직 치료를 받고 있지 않은 골수염 다. 장(腸)이 아닌 진료하지 않은 루(瘻) (Non-enteric and unexplored fistulas) 라. 악성 상처(Malignancy in the wound) 마. 노출된 맥관(脈管) 바. 노출된 신경(Nerves) 사. 노출된 문합부위(Anastomotic site) 아. 노출된 장기(Organs) 자. 상처부위에 암(cancer)이 있는 경우 (고시 제2018-59호, '18.4.1. 시행)
7	관혈적 수술용 클립(혈관 결찰용, 혈관 및 경막 봉합용)의 급여기준	1. 관혈적 수술용 결찰재료인 혈관 결찰용 클립은 요양급여를 인정함. 2. 혈관 및 경막 봉합용 클립은 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 혈관에 사용 시에는 혈관 보강 목적으로 사용한 경우에 한하여 혈관당 2개까지 인정함. 나. 경막에 사용 시에는 봉합사를 사용한 경막 봉합이 어려운 경우에 한하여 아래와 같이 요양급여를 인정함. - 아 래 -

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		1) 급여대상 가) 자463나 종양절제를 위한 개두술(천막하부) 나) 자463다 종양절제를 위한 개두술(경비적 뇌하수체종양 적출술) 다) 자468 중추신경계기형수술 라) 자469 척수 경막내 종양 및 병소절제술 마) 자472 뇌척수액루수술 바) 자480-1 뇌기저부수술 사) 자480-2 뇌기저부수술후 경막복원술 아) 자49가 추간판제거술(관혈적) 수술 중 경막손상이 발생한 경우 2) 급여개수: 10개 이내 실사용량 3) 단, 상기 1)의 급여대상에 사용되는 생체조직접착제와 병용사용한 경우에는 인정하지 않음. (고시 제2020-126호, '20.7.1.시행)
8	봉합사 산정 기준	1. 산정방법: 처치 및 수술시 사용된 봉합사는 다음의 경우를 제외하고는 실사용량으로 산정할 수 있으며, "치료재료 급여 목록 및 상한 금액표" 범위 내에서 실구입가로 산정함. - 다 음 - 가. 천자, 생검, 내시경 검사 등에 사용한 경우 나. 중재적(경피적, 내시경적) 시술시 사용한 경우 다. 다른 특수기기(레이져, 감마나이프 등)를 이용하는 경우 라. 안면수술을 제외한 2cm이하의 피부봉합 또는 피부고정 2. 기타: 봉합사 제품명(Catalog No.), 굵기(Gauge), 사용량 등을 진료기록부(수술기록지)에 반드시 기재하여야 함. (고시 제2007-143호, '08.1.1. 시행)
9	일시적 배뇨용 카테터의 요양급여대상여부	일시적 배뇨용 카테터는 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
10	이식피부확장기의 급여기준	이식피부확장기는 피부이식 시 공여부에서 채취한 피부를 확장시키는데 사용하는 치료재료로 광범위 화상환자 등에서 적은 공여부로 넓은 부위의 이식을 가능하게 하는 점 등을 감안하여 실사용량으로 요양급여를 인정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
11	가피절제술시 재료대 별도 산정여부	화상 후 가피절제술시 소요된 재료대는 화상처치 주2.에 의거 산정함. (고시 제2009-180호, '09.10.1. 시행)
12	이종 진피대체물의 급여기준	1. 전층이 손실된 피부조직 재건을 위하여 치료기간 중 자가부분층이식재와 함께 사용하는 치료재료인 이종 진피대체물은 수술 후 반흔 구축을 최소화하고 이식부위 관절의 기능을 유지시키는 점 등을 감안하여 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 관절부위를 포함하는 3도 화상 나. 건, 뼈, 신경, 혈관, 관절낭의 노출이 동반된 창상 다. 운동제한(관절부위)을 동반한 반흔 구축의 재건 2. 상기 1항 급여대상 이외 전층 피부결손 동반한 연부조직 손상에 사용한 이종 진피대체물의 요양급여비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 3. 상기 1항 및 2항 급여대상은 임상적으로 명확한 감염 징후가 없는 경우에 한하여 사용 가능하며, 요양급여비용 청구 시 Medical photo, 진료기록부(화상, 창상의 정도와 넓이 명시) 등을 반드시 첨부하여야 함. (고시 제2020-304호, '21.1.1. 시행)
13	동종피부 및 동종진피(GRAFT용) 급여기준	1. 화상 등의 질병으로 인하여 피부조직이 결손된 부위에 사용하는 드레싱용 동종피부와 전층이 손실된 피부조직 재건을 위하여 자가부분층이식재와 함께 사용하는 동종진피

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		(GRAFT용)는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 동종피부 1) 급여대상 가) 2도 화상이 체표면적 30%이상 나) 3도 화상이 체표면적 10% 이상 2) 인정횟수: 부위별 1회 3) 인정개수: 실사용량 나. 동종진피 1)급여대상 가) 관절부위를 포함하는 3도 화상 나) 건, 뼈, 신경, 혈관, 관절낭의 노출이 동반된 창상 나) 운동제한(관절부위)을 동반한 반흔 구축의 재건 2) 인정횟수: 부위별 1회 2. 상기 1항의 급여대상 이외 아래의 경우에 사용한 동종피부 및 동종진피(GRAFT용)의 요양급여비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. - 아 래 - 가. 동종피부: 급여대상 이외의 중증화상(major burn)의 경우 나. 동종진피 1) 상기 1항나.2) 인정횟수를 초과하여 사용한 경우 2) 전층 피부결손 동반한 연부조직 손상에 사용한 경우 3. 상기 1항과 2항의 동종진피(GRAFT용) 급여대상은 임상적으로 명확한 감염 징후가 없는 경우에 한하여 사용 가능하며, 요양급여비용 청구 시 Medical photo, 진료기록부(화상, 창상의 정도와 넓이 명시) 등을 반드시 첨부하여야 함. (고시 제2020-304호, '21.1.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
14	골대체제(동종골, 이종골, 합성골)의 급여기준	1. 자가골을 대체하는 골대체제(동종골, 이종골, 합성골)는 자가골의 사용이 어려운 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 장골능의 성장판이 열려 있는 소아 나. 장골능에서 다량의 자가골 채취의 과거력이 있는 경우 다. 70세 이상 고령 환자 또는 골다공증(T-score≤-2.5 : 이중에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptio metry, DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정한 값) 라. 안면-두개골 수술 시 1) 모발선(hair line) 이하의 안면부 골결손이 있는 경우 2) 1차 두개골 성형술에 실패했을 경우 3) 뇌기저부 수술[경비적접형동접근법(TSA)포함] 시 뇌척수액 누출이 예상되는 경우 4) 성장하는 소아에서 두개골 결손이 있는 질환. 단, 4세 미만에서 경막이 손상되지 않고 온전한(intact) 경우는 제외 마. 척추 수술 시 척추체제거술, 요추 3분절 이상, 경·흉추 5분절 이상의 장분절 유합의 경우 바. 사지 및 골반골 수술 시 골결손이 심해 자가골 이식만으로 부족한 경우 사. 수술 중 허혈성 쇽이 발생하거나, 다발성 골절로 인해 척추 이외 타 병소에도 자가골 이식이 필요한 경우와 같이 자가골 사용이 매우 어려운 경우 아. 악골에 골결손이 심해 자가골 이식이 어려운 경우 2. 상기 1.의 급여대상 이외 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 3. 상기 1., 2.의 경우에도 다음은 인정하지 아니함.

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		- 다 음 - 가. 골대체제간의 병용 사용 나. 슬관절치환술시 수술과정에서 기구 장착을 위해 발생하는 원위 대퇴골 골수강내 구멍(intramedullary hole)을 메우는데 사용한 경우 (고시 제2023-85호, '23.5.1. 시행)
15	흡수성 뼈 지혈제 급여기준	1. 수용성합성물질로 만들어진 뼈 지혈제는 BONE WAX에 비해 뼈 생성 및 골 융합 용이성, 뼈 감염을 방지하는 점 등을 감안하여 별도 산정하되, 만65세 이상의 흉골절개를 시행하는 심장수술에 한하여 사용량을 5g까지 인정함. 2. 상기 1항의 급여대상 이외 다음의 경우에 사용하는 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. - 다 음 - 가. 상기 1항의 만65세 이상의 흉골절개를 시행하는 심장수술에서 인정용량을 초과하여 사용한 경우 나. 만65세 미만의 흉골 절개를 시행하는 심장수술 다. 출혈이 많은 수술인 골반골절수술 라. 비구골절수술 마. 장관골의 관혈적정복술 바. 척추수술 사. 인공관절 삽입술 (고시 제2017-152호, '17.9.1. 시행)
16	뇌종양 또는 뇌실내에 항암제 주입 시 사용하는 Ommaya reservoir 별도 산정여부	뇌종양 또는 뇌실내에 항암제 주입 시 사용하는 Ommaya reservoir는 별도 산정할 수 있음. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
17	흡수성단추형 두개골 고정용 치료재료 (Craniofix absorbable 등)의 급여기준	1. 흡수성단추형 두개골 고정용 치료재료(Craniofix absorbable 등)는 재질의 특성을 고려하여 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 적응증 1) 만 7세이하 소아 2) 대뇌피질 인접부위 종양 나. 인정개수 : 3개 2. 상기 1항의 적응증 및 인정개수를 초과하여 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2017-152호, '17.9.1. 시행)
18	흡수성재질의 두 개·안면골 고정재료 (Micro Plate & Screw, Mini Plate & Screw, Reconstruction Plate & Screw)의 급여기준	1. 흡수성재질의 두개·안면골 고정재료는 골 고정을 위해 사용되며, 골 고정 후 일정기간 경과 시 완전 흡수가 되므로 골 성장장애 감소, 두개강내 이동성 감소 등의 장점을 감안하여 다음의 경우에 요양급여함. - 다 음 - 가. Hair Line 이하 안면골절 및 변형: 만12세 이하 나. 두개골 고정 및 성형술: 만7세 이하 2. 상기 1.의 급여대상 이외 아래의 경우에 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. - 아 래 - 가. Hair Line 이하 안면골절 및 변형: 만12세 초과 나. 두개골 고정 및 성형술: 만7세 초과에서 만12세 이하 (고시 제2018-254호, '19.1.1. 시행)
19	두개골 조기유합증 교정을 위하여 사용되는 Distractor System	1. 두개골의 신장 및 전진을 통하여 두개골조기유합증을 교정하기 위해 사용하는 Distractor System(Marchac-arnaud Cranial Monobloc Distration System 등)은 봉합 부위 및 횟수 불문하고 수술 당 4개 범위 내에서

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
	(Marshac-Arnaud Cranial Monobloc Distration System 등) 급여기준	실사용량으로 인정함. 다만, MID system의 경우 수술 당 frame은 최대 4개, screw는 frame당 최대 12개(connecting screw 포함) 범위 내에서 실사용량으로 인정함. 2. 상기 1.의 인정개수를 초과하여 사용한 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함. (고시 제2018-3호, '18.4.1. 시행)
20	ICP Monitor 삽입술시 Intraventricular monitoring Catheter Set나 Monitoring Sensor Set 별도 산정여부	ICP Sensor 또는 ICP Catheter는 별도 산정할 수 있으나, Intraventricular Monitoring Catheter Set나 Monitoring Sensor Set는 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
21	ICP Monitoring Kit의 별도 산정여부	ICP Monitoring Kit는 신경외과 환자의 집중 감시를 위하여 필요하다고는 하나, ICP Sensor 또는 ICP Catheter를 사용하여도 소정의 목적을 달성할 수 있으므로 ICP Monitoring Kit는 별도 산정할 수 없음. (고시 제2003-83호, '04.1.1. 시행)
22	두개골 고정용 MICRO PLATE(비흡수성 재질)의 급여기준	두개 외상이나 뇌수술 후에 사용하는 두개골 고정용 MICRO PLATE(비흡수성 재질)는 식약처 허가사항 범위 내에서 4개까지 사용을 원칙으로 함. 다만, 인정개수 초과시 사례별로 인정함. (고시 제2016-30호, '16.3.1. 시행)
23	대퇴골두무혈성괴사증에 사용하는 TRABECULAR METAL	대퇴골두의 괴사부위에 삽입하여 혈행 및 골성장 촉진을 위해 사용하는 TRABECULAR METAL OSTEONECROSIS INTERVENTION IMPLANT는 50세 이하의 대퇴골두 무혈성 괴사증 Ficat stage Ⅰ, Ⅱ에 인정함.

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
	OSTEONECROSIS INTERVENTION IMPLANT의 인정기준	(고시 제2007-37호, '07.5.1. 시행)
24	흉골 봉합용 CABLE SYSTEM의 급여기준	1. 흉골 봉합용 CABLE SYSTEM은 심장수술에서 흉골 봉합 시 종전 사용되던 Wire에 비해 재질 자체가 flexible하여 흉골 손상이 적으며, 균등한 장력으로 인해 고정력이 우수한 점 등을 고려하여 다음의 경우에 요양급여함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 흉골을 재봉합하는 심장수술(Redo-sternotomy) 2) 만65세 이상의 흉골봉합 환자 나. 급여개수: 3개 2. 상기 1.의 급여대상 및 급여개수를 초과하여 흉골 봉합에 사용한 경우 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2018-254호, '19.1.1. 시행)
25	추체보강용 SET 급여기준	추체보강용SET(EXPANDABLE TYPE, MESH TYPE)는 자가골 이식이 어려운 다음의 적응증에서 1개 이상의 척추체 전제거술 시 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 적응증 1) 흉요추부의 골절, 기형 또는 종양 2) 경추부의 골절, 기형, 종양 또는 척수압박 3) 척추 결핵 나. 상기 가.의 적응증에도 불구하고 화농성 병소의 경우는 인정대상에서 제외함. (고시 제2017-173호, '17.10.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
26	척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준	1. 고정기기(Cage 단독사용 또는 Cage와 pedicle screw system 병용사용)를 이용한 척추유합술은 적절한 보존적 요법에도 불구하고 임상증상의 호전이 없는 다음의 경우에 인정함. - 다 음 - 가. 적응증 (1) 척추전방전위증 (2) 임상증상이 동반된 중등도(MRI상 신경공의 perineural fat의 소실이 확인된 경우) 이상의 추간공협착증 (3) 광범위한 후방감압술(편측 후관절의 전절제 및 양측 후관절의 각 1/2 이상 절제)이 불가피한 다음의 질환 ① 척추관협착증 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 추간판 조영술(discography)상 병변이 확인된 경우 ② 분절간 불안정성이 확인된 경우 나. 금기증 (1) 감염성 질환 (2) 이전의 추체간 유합술 부위 (3) 골다공증(T-score≤-2.5) : 이중에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정한 값 (Cage 단독사용 시에만 해당) ※ 상기 '1'항에 의한 기준은 모든 종류의 cage에 적용됨 2. 고정기기 중 Flexible rod system을 이용한 경우에도 상기 '1'항의 기준을 적용함. (고시 제2015-139호, '15.8.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
27	Cage와 인조뼈 병합재료 급여기준	1. 척추 치료재료인 경추 및 요추용 Cage(골대체제 포함형)는 Cage와 인조뼈의 단순 병합 재료로서 다음과 같은 경우에 인정토록 함. - 다 음 - 가. 흉, 요추: 척추유합술시 사용하는 고정기기 인정기준 및 골대체제(인조뼈) 인정 기준을 동시에 만족하는 경우 나. 경추: 아래의 1) 골대체제 인정기준(척추수술)과 2) Cage 적응증을 동시에 만족하는 경우에 인정함. 다만, 1 level에 한하여 인정하며, 전방 plate 또는 후방 척추고정기기와 병용하여 사용할 수 없음. - 아 래 - 1) 골대체제 인정기준(척추수술) 가) 70세 이상 고령 환자에서의 유합술 또는 골다공증 (T-score≤-2.5: 이중에너지 방사선 흡수법 (Dual-Energy X-Ray Absorptiome try; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴 (Ward's triangle 제외)]에서 측정한 값) 나) 장골능에서 자가골 채취술을 시행한 경험이 있는 환자 다) 기타 수술 중 허혈성 쇽이 발생하거나 다발성 골절로 인해 척추 이외 타 병소에도 자가골 이식이 필요한 경우와 같이 자가골 사용이 매우 어려운 상황임이 충분히 인정되는 경우 2) Cage 적응증: 추간판탈출증 또는 척추관협착증 2. 추가로 사용되는 골대체제는 인정하지 않음. (고시 제2017-173호, '17.10.1. 시행)
28	뉴크레오톰 kit의 급여여부	경피적 추간판 수핵 제거술시 사용되는 뉴크레오톰 Kit은「치료재료 급여목록 및 상한금액표」범위내에서 실구입가로 산정함. (고시 제2008-80호, '08.8.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
29	후방고정기기밴드인 추간체고정용 Clamp의 급여기준	후방고정기기밴드인 추간체고정용 Clamp는 특발성 척추측만증 중 15세 미만의 환자에서 40도 이상 만곡이 있는 경우로 척추경 나사못(pedicle screw set)을 이용한 척추고정술 시 부위를 달리하여 보조적으로 사용 시 요양급여를 인정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
30	Proximal 또는 Reconstruction nail set의 급여기준	Proximal 또는 Reconstruction nail set는 대퇴골 골절에 골수내로 직접 삽입하는 치료재료로, 다음의 경우에 인정함. - 다 음 - 가. Proximal nail set: Compression Hip Screw로는 고정이 어려운 대퇴경부골절(Femur Neck Fx)이나 대퇴전자부 골절(Femur Trochanteric Fx) 나. Reconstruction nail set: 대퇴 경부골절(Femur Neck Fx)과 대퇴간부골절(Femur Shaft Fx)이 Combine된 경우 (고시 제2017-91호, '17.6.1. 시행)
31	골수강내 고정재료 Telescopic Intramedullary Rod의 급여여부	○ 골형성부전증(Osteogenesis Imperfecta), 선천성 경골가관절증(Congenital Pseudoarthrosis of Tibia), 골이형성증(Bone Dysplasia)등에 이환되어 정상적인 골형성이 안되는 성장기 소아는 골절의 위험도가 높으며 변형이 생길 가능성이 많아 보행이 안되는 경우가 흔히 있으므로 이때 골절을 예방하고 기형을 방지하며 보행능력을 향상 시키는 골수강내 금속정 삽입술이 불가피함. ○ Telescopic Intramedullary Rod는 골수강내 삽입시 골이 성장함에 따라 금속정도 같이 늘어나는 특징을 가지고 있으며, 기존에 사용하고 있는 Bailey Dubow Nail-T-말단부 해리의 문제점이 있으나, 동 재료는 T-말단부가 분리되지 않아 분리로 인한 재수술이 적으며, T-말단부의 폭이 넓게 보완됨으로써 골간단부의 이동을 줄일 수 있는 장점이 있으므로 인정하되, 성장기에 있는 상기 질환 등의 환아에 한하여 급여대상으로 함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
32	Intramedullary Supracondylar Nail Set의 Nail 고정재료인 Stable-Lock Nut & Step Screw의 별도 산정여부	Stable-Lock Nut & Step Screw는 이미 등재되어 있는 Intramedullary Supracondylar Nail Set 의 Nail을 고정하는 Locking Screw 대신 사용하는 바, 등재된 Set품목 내에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2001-40호, '01.7.1. 시행)
33	Unreamed Femoral Nail의 급여기준	Unreamed Femoral Nail Set(UFN)는 다듬질(reaming)없이 못박음(nailing)하여 수술시간과 골유합기간 단축, 혈액손실 감소, 감염예방 등의 효과가 있어 급여대상으로 하며, 골절 상태에 따라 추가 사용이 불가피할 경우 Nail용 선택사용 품목인 spiral blade, locking sleeve는 별도 산정함. (고시 제2017-173호, '17.10.1. 시행)
34	ANGULAR STABLE LOCKING SYSTEM 급여기준	골절치료시 사용하는 ANGULAR STABLE LOCKING SYSTEM은 Nail의 선택사용품으로 흡수성 재질의 SLEEVE를 끼워 사용하여 ANGULAR STABILITY를 높여주는 재료로서 골다공증이 있는 환자에게 고정력을 얻기 어려운 경우 사용 시 요양급여를 인정함. (고시 제2022-110호, '22.5.1. 시행)
35	"Hex Button"의 요양급여 대상여부	"HEX BUTTON"은 Cable을 감기위해 사용하는 연결고리로 관련학회 의견 참조할 때 임상적 유용성을 입증할 만한 자료가 미비하고, 골절 고정시 보조적으로 사용되는 점을 감안하여 별도 산정할 수 없음. (고시 제2002-80호, '03.1.1. 시행)
36	Drill Bit의 급여여부	Drill Bit는 체내 고정용 나사를 삽입하기 위하여 구멍을 뚫는데 사용하며 소독하여 수회 사용할 수 있는 내구성 제제이므로 소정 수술료에 포함되어 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
37	골절환자 견인술(Traction) 시행시 사용하는 소모성 재료대의 별도 산정여부	골절환자 견인술(Traction) 시행시 사용하는 K-wire, Steinman pin은 별도 산정할 수 있으나 holder (K-wire holder, Steinman pin)는 병원준비물이므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
38	Halovest 골견인술시 사용되는 Halovest의 요양급여대상여부	Halovest 기구는 Halovest 골견인술시 필수적으로 사용되는 치료재료로서, 3개월이상 장기 착용하는 경우가 많고 환자의 체격에 적합해야 최적의 고정 효과를 기대할 수 있는 등 반복적인 재사용이 어려운 특성이 있으며, 치료재료의 비용이 고가이므로 별도 산정토록 함. (고시 제2003-83호, '04.1.1. 시행)
39	자65나 피부견인술 시 사용하는 치료재료의 별도 산정여부	자65나 피부견인술(Skin Traction) 시 사용하는 Skin Traction Strip은 관련 행위 소정점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
40	고관절치환술중 못쓰게 된 치료재료의 별도 보상여부	고관절 전치환술시 사용하는 치료재료(ACETABULAR CUP, CUP LINER)는 1회용 소모성 재료가 아닌 반영구적인 체내 장치용 재료인 점과 환자에게 시술과정 중 치료재료의 교체가 있었다 하더라도 환자시술 중 발생되는 모든 상황에 관한 주의 의무는 시술의사에게 우선하는 것이므로 실제로 환자에게 시술, 삽입한 치료재료가 아닌 못쓰게 된 치료재료는 별도 보상할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
41	고관절 치환술시 micro veloa 별도 산정여부	골다공증 (Osteoporosis)이 심한 환자의 고관절 및 슬관절전치환술시 인공관절과 뼈의 접착을 촉진시키기 위하여 사용된 Micro veloa는 보편적인 방법이 아니므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
42	슬관절치환용 Augmented Sleeve의 급여기준	슬관절치환술 시 골결손 보강을 위해 사용하는 슬관절치환용 Augmented Sleeve는 내부 골수강 부분의 골결손(contained type defect)에 사용 시 요양급여를 인정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
43	골시멘트(Bone Cement) 혼합기의 급여기준	골시멘트(Bone Cement) 혼합기는 골시멘트 분말과 액체를 혼합하고 혼합된 시멘트를 수술부위에 넣어주기 위해 사용되는 치료재료로 식약처 허가범위 내에서 사용하며, 다음의 경우에 요양급여를 인정함 - 다 음 - 가. 적응증 1) 인공관절치환술 2) 골다공증성 골절환자에서의 골시멘트 보강술 나. 골시멘트 혼합 방식: 도수 또는 진공 다. 혼합기 형태: Bowl 또는 Syringe Type (고시 제2023-119호, '23.7.1. 시행)
44	시멘트 주입전 골강내 준비를 위하여 사용되는 "Bone Preparation Canal Brush (Femoral Bone Brush)"의 별도 산정여부	시멘트 주입전 골강내 준비를 위하여 사용되는 "Bone Preparation Canal Brush(Femoral Bone Brush)"는 시멘트 주입 시 반드시 사용하는 재료가 아니므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2001-40호, '01.7.1. 시행)
45	금속 재질의 요골두 치환용 치료재료 (Bipolar Radial Head	1. 급성 요골두 골절중 분쇄가 심하여 내고정이 어려운 제3형 골절로서 다음과 같은 경우에 인정함. - 다 음 -

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
	Prosthesis 등)의 인정기준	가. 요골두골절을 동반한 주관절탈구(제4형) 나. 내측 측부인대 동반손상 다. 동반되거나 지연된 외측 측부인대 기능부전 라. 주두와 요골두 골절이 동반된 Monteggia 변형(variant) 마. 구상돌기 골절동반 바. 동반원위 요척관절 손상 2. 과거 요골두를 제거한 후 속발한 합병증(주관절의 만성 불안정, 특히 외반 불안정, 후외반 회전 불안정, 요골의 근위 이동으로 인한 원위 요척관절의 불안정과 통증, 회전 제한 등)으로 인한 재건술 ※ 참고사항 : 수기료는 자71나(2) 인공관절부분치환술(주관절)에 해당 (고시 제2009-135호, '09.8.1. 시행)
46	Malleolar Component의 급여기준	족관절의 인공관절 치환 시 거비골 관절(talofibular joint)의 윤활작용을 위해 삽입하는 Malleolar Component는 족관절 외측의 거골과 비골 사이 관절에 진행된 관절염 소견이 있거나 족관절 외과(lateral malleolus)의 관절연골 손상이 있는 경우 인정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
47	일반인대고정용(견, 슬, 소관절용)-INTERFERENCE SCREW(흡수성)의 급여기준	1. 일반인대고정용(견, 슬, 소관절용)-INTERFERENCE SCREW(흡수성)는 관절부위 인대 등을 재건 시 사용하는 치료재료로, 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 슬관절 전후방십자인대 및 측부인대성형술, 슬개건 재건술 나. 족관절, 완관절의 인대 재건술 Suture Anchor(봉합나사못)와 같이 사용하는 경우에는 Suture Anchor(봉합나사못)개수를 포함하여 최대 2개까지 인정함. 다. 견관절 상완이두근건 고정술: 1개

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		2. 상기 1항 나. 족관절, 완관절의 인대 재건술시 급여개수를 초과하여 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인 부담률을 80%로 적용함. (고시 제2022-110호, '22.5.1. 시행)
48	Suture Anchor의 급여기준	1. 관절부위 인대 등을 재건 시 사용하는 Suture Anchor(봉합나사못)는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 견관절(shoulder) 1) 단독병변일 경우: 6개 이내 2) 복합병변일 경우: 8개 이내 나. 주관절(elbow), 슬관절(knee), 완관절(wrist), 족관절(ankle), 고관절(hip): 2개 단, 완관절, 족관절에 일반인대고정용(견,슬,소관절용)-INTERFERENCE SCREW(흡수성)와 같이 사용하는 경우에는 일반인대고정용(견,슬,소관절용)-INTERFERENCE SCREW(흡수성)개수를 포함하여 최대 2개까지 인정함. 다. 지관절(finger, toe): 1개 2. 상기 1항 급여대상의 적응증별 급여개수를 초과하여 사용한 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2022-110호, '22.5.1. 시행)
49	슬관절 전후방 십자인대 및 측부인대 성형술 등에 사용하는 Bio Absorbable Interference Screw 및 Staple의 인정기준	슬관절 전후방 십자인대 및 측부인대 성형술 등에 사용하는 Bio Absorbable Interference Screw 및 Staple은 금속제 Interference Screw 및 Ligament Staple에 비해 가격이 고가이긴 하나 인체내 삽입시 일정기간 경과후 완전 흡수됨으로써 내고정물 제거를 위한 재수술이 필요없고, Reaction이 적다는 장점 등을 고려하여 급여대상으로 하되, 슬관절 전후방 십자인대 및 측부인대 성형술, 슬개건 재건술에 한하여 별도 산정할 수 있음. (고시 제2005-83호, '05.12.15. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
50	인조인대의 급여기준	1. 인대 손상 시 사용하는 인조인대는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 자신의 인대나 근을 이식 또는 재건할 수 없는 경우 나. Rockwood type Ⅲ,Ⅳ,Ⅴ,Ⅵ에 해당하는 견쇄관절의 탈구 다. 오구쇄골 간격이 건 측에 비해 100% 이상 증가한 불안정형의 원위 쇄골의 골절 2. 상기 1.의 급여대상 이외에 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2020-85호, '20.5.1. 시행)
51	동종건의 급여기준	1. 건 및 인대 손상 시 사용하는 동종건은 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 슬관절 1) 전방십자인대(ACL) 재건 시 자가건 사용이 어려운 아래와 같은 경우 - 아 래 - 가) 여러개의 이식건이 필요한 경우 나) 자가건 중 필요한 형태의 이식건을 얻을 수 없는 경우 다) 재수술로 인해 적절한 자가건이 없을 경우 2) 후방십자인대(PCL) 재건 시 3) 외측측부인대(LCL)와 불안정성후외측 회전 인대(PLRI) 동시 재건 시 나. 족관절 1) 족관절 인대 재건술 후 재발하여 다시 재건하는 경우 2) 내측, 외측, 원위경비인대 중 부위가 다른 2개 이상 인대의 만성 불안정성이 지속되어 해당 인대를 동시에 재건하는 경우 다. 견관절

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		1) Rockwood type Ⅲ,Ⅳ,Ⅴ,Ⅵ에 해당하는 견쇄관절의 만성 탈구 2) 오구쇄골 간격이 건 측에 비해 100% 이상 증가한 불안정형의 원위 쇄골의 골절 라. 주관절 1) 주관절 인대 재건술 후 재발하여 다시 재건하는 경우 2) 상완 삼두근 원위부 결손으로 인해 재건하는 경우 2. 상기 1.의 급여대상 이외에 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2020-85호, '20.5.1. 시행)
52	Nasal packing용 치료재료 급여기준	1. Nasal packing용 치료재료는 바셀린거즈에 비하여 수분 흡수력이 뛰어나고, 팩킹 시 지혈효과가 높으며, 삽입과 제거시에 통증을 유발하지 않고 점막손상이 없는 장점 등을 감안하여 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 부비동 수술(Sinus Surgery) 2) 비중격교정술 또는 비중격성형술 (Submucosal Resection or Septoplasty) 3) 하비갑개 절제술 또는 점막하 절제술 (Inferior Turbinectomy or Submucosal Inferior Turbinectomy) 4) 비용적출술(Nasal Polypectomy) 5) 상악동근치수술(Caldwell-Luc Operation) 6) 비출혈지혈법(Control of Epistaxis) 7) 내시경적 비내누낭비강문합술 (Endoscopic Dacryocystorhinostomy) 8) 경비적 뇌하수체종양 적출술 (Transnasal Excision of Pituitary Tumor)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		9) 안면골 골절수술 10) 비강, 부비동 악성 및 양성종양적출술 (Extirpation of Malignant or Benign Tumor of Nasal or Paranasal Sinuses) 11) 비인강 악성 및 양성종양적출술(Extirpation of Nasopharyngeal Malignant or Benign Tumor) 나. 급여개수 1) 상기 1항 가. 1) ~ 9)는 편측 수술당 최대 2개까지 인정함. 2) 상기 1항 가. 10), 11)은 편측 수술당 최대 4개까지 인정함. 2. 상기 1항의 급여대상별 급여개수를 초과하여 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2019-255호, '20.1.1. 시행)
53	External Nasal Splint와 Internal Nasal Splint 치료재료의 급여기준	External Nasal Splint 와 Internal Nasal Splint는 코 부위 외상 또는 수술 후 부종경감 및 압박고정, 비중격 지지 및 비내 유착 감소 목적으로 사용 시 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. External Nasal Splint - 자35 비골 또는 비사골 골절 정복술 나. Internal Nasal Splint 1) 급여대상 가) 자35 비골 또는 비사골 골절 정복술 나) 자98-1 비내 유착 분리술 다) 자100 비중격교정술 또는 성형술 라) 자100-1 비중격 혈종 또는 농양절개술 마) 자101 하비갑개절제술 [중비갑개절제술 포함] 바) 자102 하비갑개점막하 절제술 [중비갑개점막하 절제술 포함] 2) 급여개수 - 상기 수술 시 1 pair(쌍) 범위 내에서 인정함 (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
54	흉관삽관술 후 사용하는 Chest Drain Valve의 별도 산정여부	Chest Drain Valve는 흉강삽관술 후 공기누출이 장기간 계속되는 환자에게 흉관(Chest tube)과 수집용기(Chest bottle)사이에 부착하거나 또는 Chest bottle을 제거한 후 흉관에 직접 연결하여 사용하며, 유체나 공기를 한쪽방향으로만 통하게 하여 환자이동시 수집용기가 환자의 흉강삽입 위치보다 높게 올려질 경우 공기가 역류하여 흉막강내로 들어가는 위험을 방지하고, 중력의 영향을 받지않아 보행이 용이한 점이 있으나, 동 재료는 흉강삽관술에 소요되는 Chest tube, chest bottle외에 반드시 필요한 재료로 볼 수 없으므로 흉강삽관술료에 포함되어 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
55	중심정맥 내 카테터 유치술 시 사용하는 장기유치용 카테터의 급여기준	장기유치용 카테터는 다음의 적응증에 한하여 요양급여를 인정함. 다만, 피하매몰 정맥포트법으로 시술 시 사용하는 Port형 카테터는 3개월 이상의 장기유치가 필요한 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 장기간 항암치료가 필요한 환자 나. 혈액투석이 필요한 만성 신부전 환자 다. 조혈모세포이식 환자 라. 장기간 경정맥 영양요법이 필요한 환자 마. 간문부 장문합술(Kasai Operation) 후 재택 항생제 자가정맥 주사(HIVA_ home intravenous antibiotic) 요법이 필요한 환자 (고시 제2020-279호, '21.1.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
56	혈우병환자에 대한 중심정맥내 카테터 유치술시 사용되는 장기유치용 Port형 카테터 급여기준	혈우병환자에서 항혈우인자 공급을 위한 중심정맥내 카테터 유치술시 장기유치용 피하매몰 정맥포트법으로 사용하는 Port형 카테터는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 반복적 말초 정맥천자가 어려운 만 19세 미만인 경우 나. 만 19세 이상 중 고도비만(BMI 35 이상) 또는 상지(어깨, 팔꿈치)의 운동제한으로 인하여 자가 주사가 불가능한 경우 (고시 제2018-193호, '18.10.1. 시행)
57	RIC(Rapid Infusion Catheter) Exchange Set의 급여기준	RIC(Rapid Infusion Catheter) Exchange Set는 말초혈관을 통한 급속주입(High Flow Rate)이 가능하도록 혈관 내 카테터 삽입을 위해 사용하는 치료재료로 외상이나 수술 등으로 인한 응급 저혈량성 쇽(Hypovolemic Shock)에 사용 시 요양급여를 인정함. (고시 제2017-173호, '17.10.1. 시행)
58	Vascular Tourniquet Kit 등 지혈용구, 지혈제(흡수성체내용 지혈용품 제외), 지혈재료의 별도 산정여부	개심수술이나 그 외 수술시 동맥·정맥 등에 지혈목적으로 사용되는 Vascular Tourniquet Kit 등 지혈용구, 지혈제(흡수성체내용지혈용품 제외), 지혈재료는 관련 행위의 소정 점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2019-80호, '19.5.1.시행)
59	CENTRIFUGAL PUMP(CONE TYPE)형 인공심폐기의 인정기준	1. 원심분리방법에 의해 혈액을 순환시켜 주는 CENTRIFUGAL PUMP(CONE TYPE)형 인공심폐기는 송혈관내에 압력이 적게 걸려 튜브 내의 찌꺼기가 떨어져 나가는 파쇄현상을 예방할 수 있으며, 혈소판의 보존이 양호해짐에 따라 용혈현상이 현저히 감소함은 물론 공기전색 등의 발생이 적어 수술 후 부작용을 최소화하는 장점이 있는 반면, 고가의 1회용 소모성 재료를 사용해야 하는 단점이 있어 급여기준을 제한적으로 운영하고 있음.

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		2. 이에 CENTRIFUGAL PUMP(CONE TYPE)형 인공심폐기의 인정기준은 Roller-pump형 인공심폐기를 사용하다가 CENTRIFUGAL PUMP(CONE TYPE)형 인공심폐기로 교체할 때 일시적인 체외순환 중단이 있고 이로 인해 심근의 부담을 초래할 수 있는 점을 고려하여 아래와 같은 경우에 인정함 - 아 래 - 가. 개심술후 용량부하(Volume loading), 보조약물(Pharmacological Asistance) 또는 대동맥내풍선펌프(Intra-aortic balloon pump)에도 반응을 보이지 않는 심실기능부전 환자의 보조순환시 나. 대동맥류 수술 등과 같이 부분체외순환이 필요한 경우 다. 수술전 심근의 상태가 좋지 않은 경우(심박출계수(Ejection Fraction)) < 30% 등) 라. 체외순환시간이 3시간 이상이 될 것으로 예상되는 경우(복잡심장수술, 심장재수술, 심장이식, 폐이식 등) (고시 제2011-172호, '12.1.1. 시행)
60	IABP용 Catheter Kit (또는 Set)의 급여여부	대동맥내 풍선펌프(Intra Aortic Balloon Pumping : IABP) 시에 사용하고 있는 IABP용 Catheter Kit는 급여대상으로 인정하고 있는 IABP용 Catheter 이외에 그 카테타를 시술하는데 필요한 10종의 부속품(Accessories)으로 제품화되어 한 Set로 생산 출고되어 유통 판매가 이루어지고 있기 때문에 Balloon Catheter와 부속품을 별도로 구분하여 카테타 가격 및 구성품 단위별 단가를 산출할 수 없음을 감안하여 대동맥내 풍선펌프시 사용되는 발룬 카테타 Kit(또는 Set)를 급여대상으로 함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
61	수술 시 사용하는 수술용 BLOWER의	수술용 BLOWER는 수술부위에 멸균된 의료용 가스와 식염수를 내뿜어 혈액을 불어내는 치료재료로 다음의 경우에 요양급여함.

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
	급여기준	- 다 음 - 가. 관상동맥 문합부위 수술 시 1) 자164가 동맥관우회로 조성술(대동맥-관동맥간) 2) 자183 관상동맥내막절제술 나. 만1세 이하 소아 심혈관 수술 시 (고시 제2018-254호, '19.1.1. 시행)
62	심낭삼출액 배액술시 재료대 산정방법	국소피부절개로 심낭내에 도관을 삽입하는 심낭루조성술시 소요되는 Catheter와 Guide Wire는 소정 수술료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
63	Defibrillation Electrode 인정기준	'DEFIBRILLATION ELECTRODE'는 빈맥성 부정맥, 심정지 등 심박조율이 필요하거나 심폐소생술 중 제세동이 필요한 환자에게 Electrode Patch를 피부에 부착한 후 전기적 자극을 가하여 경피적으로 심박조율 또는 제세동을 시행하는 재료로서, 다음과 같은 경우에 별도 산정함. - 다 음 - 가. 경피적 인공심박동술 나. 임상전기생리학적검사 다. 관혈적 심장수술 라. 심폐소생술 중 실시한 제세동술 (고시 제2023-24호, '23.2.1. 시행)
64	인공심박동기 재설치시 재료대 별도 인정여부	인공심박동기 삽입부위에 염증이 발생한 경우에는 인체내 삽입기간, 또는 감염 균주의 종류에 불문하고 소독이 불가능하여 재사용할 수 없을 뿐만 아니라, 창상의 재감염 및 패혈증, 내심막염 등의 재발로 새로운 인공심박동기 삽입이 불가피한 것으로 확인됨. 따라서 인공심박동기 삽입부위의 염증 등으로 새로운 인공심박동기로 교체, 삽입하는 경우에는 이미 설치된 심박동기의 삽입기간 및 감염균주의 종류에 불문하고 인공심박동기 재료대를 별도 산정할 수 있음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
65	Hemofilter 및 혈액성 심정지액 운반세트 (Blood Cardiopledgic Solution Delivery Set 등) 요양급여 여부	심장수술의 심폐체외순환시 사용하는 Hemofilter 및 혈액성 심정지액 운반세트(Blood Cardiopledgic Solution Delivery Set 등)는 요양급여함. (고시 제2005-101호, '06.1.1. 시행)
66	심낭천자를 통한 지속적 배액용 치료재료의 급여기준	심낭천자를 통한 지속적 배액용(Perivac Kit 등) 치료재료는 심낭에 고인 혈액을 배액시키기 위해 사용되는 치료재료로 사용이 간편하고 장기천공의 위험을 줄일 수 있는 장점이 있으므로 심낭천자를 치료목적(지속적인 배액 시)으로 시행한 경우에 산정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
67	관상동맥우회술시 사용하는 Vessel Cannula, Arteriotomy Cannula의 급여여부	관상동맥우회술시 사용하는 Vessel Cannula나 Arteriotomy Cannula는 해당 소정 수술료에 포함되어 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
68	관상동맥우회로술 시 사용하는 일시적 혈관폐쇄용 기구의 급여기준	관상동맥우회로술 시 사용하는 일시적 혈관폐쇄용 기구는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 무인공심폐 관상동맥우회로술(Off Pump CABG)에서 아래의 경우 인정 가) 상행대동맥의 근위부 문합 부위에 뚜렷한 석회화 병변이나 죽상반(atheroma)이 있는 경우 나) 정상 직경보다 확장된 상행대동맥에 근위부 문합을 하는 경우 2) 상기 1)에서 환자 상태의 악화 등으로 인공심폐기를 사용하게 되는 경우(On Pump Beating CABG) 단, 급여대상에 해당하는 내용이 포함된 수술기록지, 검사결과지, 의사소견서 등을 첨부하여야 함.

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		나. 급여개수 1) 일회용 제품인 'Heartstring proximal seal delivery system'은 근위부 문합부위별 1개 2) 동일 환자에서 재사용이 가능한 제품인 'EncloseⅡ'는 수술 당 1개 (고시 제2021-292호, '21.12.1. 시행)
69	척수신경자극기 치료재료 급여기준	척수신경자극기 치료재료는 급여 행위인 '척수신경자극기 설치, 교환 및 제거술' 또는 비급여 행위인 '말초신경자극술'에 사용시 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」에 의한 급여 또는 비급여코드를 각각 적용함. (고시 제2021-66호, '21.3.1. 시행)
70	자202 중심정맥영양법 시 사용하는 치료재료의 급여기준	자202 중심정맥영양법(Total Parenteral Nutrition, TPN) 시 사용하는 카테터(catheter), 유도철사(guide wire), 천자침, sheath, tunnel device, reservoir, dilator는 별도 인정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
71	쇄골하정맥을 통한 고농도 영양수액요법의 수기료 산정방법 및 TPN Bag의 급여기준	쇄골하 정맥을 통한 고농도 영양수액요법은 자202 중심정맥영양법을 준용산정하며, 쇄골하 정맥을 통해 아미노산제제 등의 약제를 혼합조제하여 TPN(Total Parenteral Nutrition) 요법을 시행하는 경우에 사용한 TPN Bag은 별도 인정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
72	Keofeed tube 별도 산정여부	십이지장을 통한 영양공급시 사용한 Keofeed tube는 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
73	경장영양액주입용 Flexitainer & Gravity	경장영양액의 주입시 사용되는 영양주입백 및 Feeding Set인 "Flexitainer & Gravity Feeding sets"는 사용함에 있어 편리성은 있으나 소정 수기료(자266-나. 장내영양-장루영양)에

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
	Feeding Sets의 별도 산정여부	포함되므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2001-40호, '01.7.1. 시행)
74	자동봉합기 급여기준	1. 자동봉합기는 식약처 허가사항 범위내에서 사용한 경우 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 분리형-직선형 1) 적응증 및 인정개수 가) 몸체 - 특수침 적응증과 동일: 1개(관혈적&비관혈적) 나) 특수침 (1) 후두 - 후두전적출술: 2개(관혈적&비관혈적) (2) 폐 - 폐기포절제술: 2개(관혈적&비관혈적) - 폐쐐기절제술: 2개(쐐기당)(관혈적&비관혈적) - 폐엽절제술, 폐구역절제술 : 3개(관혈적), 6개(비관혈적) - 폐전적출술: 4개(관혈적), 5개(비관혈적) (3) 심장 - 부정맥수술: 1개(사례별 인정) (4) 식도 - 식도수술: 2개(관혈적&비관혈적) (5) 위 - 위수술: 6개(관혈적&비관혈적) * 비관혈적 복강내 문합시 추가 2개 (6) 간/담췌 - 담낭수술: 1개(관혈적&비관혈적) - 담도수술: 4개(관혈적&비관혈적) - 간수술: 2개(관혈적&비관혈적)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		* 3구역절제술시 추가 2개 – 췌장수술: 4개(관혈적&비관혈적) * 미부절제시 2개 (7) 비장 – 비장수술: 2개(관혈적&비관혈적) (8) 장 – 소장수술: 2개(관혈적&비관혈적) * 연속가로장성형술시 사례별로 실사용량 인정 – 결장수술: 2개(관혈적&비관혈적) * 비관혈적 복강내 문합시 추가 2개 – 직장수술: 2개(관혈적&비관혈적) * 결장낭조성술시 추가 2개, 회장낭항문문합술시 추가 2개 (9) 비뇨기 – 신적출술, 전립선정낭전적출술: 3개(관혈적&비관혈적) – 신요관적출술: 4개(관혈적&비관혈적) – 방광대치술, 방광전적출술, 방광확대성형술(장문합을 실시하는 경우), 요관장피부문합술: 4개(관혈적&비관혈적) (10) 자궁/자궁부속기 – 자궁적출술, 자궁부속기절제술, 난소절제술: 2개(관혈적&비관혈적) * 광범위자궁적출술시 추가 2개 나. 일체형(몸체+특수침) 1) 적응증 및 인정개수 가) 직선형 – 식도절제 후 문합술, 결장반절제술, 직장수술: 1개(관혈적) – 직장절제술후 문합술– 전방절제, 저위전방절제: 1개(비관혈적) 나) 굴곡형 – 식도절제 후 문합술, 위절제술 후 문합술(식도–위, 식도–공장, 위–십이지장, 위–공장, 공장–공장), 결장반절제술, 직장절제술 후 문합술(전방·저위전방절제, 회장낭항문문합술, 결장전절제술, 하트만씨수술

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		복원술): 1개(관혈적 & 비관혈적) 다. 일체형과 분리형 자동봉합기를 동시에 사용하는 경우, 각각의 적응증 및 인정개수에 한하여 요양급여를 인정함. 다만, 결장반절제술에 일체형과 분리형 자동봉합기를 동시에 사용하는 경우에는 일체형 1개, 분리형 1개를 인정함. 2. 상기 적응증별 인정개수를 초과하여 사용한 경우에는 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 분리형-직선형 몸체: 사례별 인정 나. 분리형-직선형 특수침: 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용 다. 일체형(몸체+특수침): 사례별 인정 (고시 제2022-188호, '22.8.1. 시행)
75	재사용이 가능한 자동봉합기 분리형몸체(Idrive Ultra Powered Handle) 급여기준	재사용이 가능한 자동봉합기 분리형 몸체(Idrive Ultra Powered Handle)는 외과 수술시 50주기 멸균 또는 특수침 300번 발사 재사용으로 허가받은 치료재료로, 내시경용 특수침 Endo GIA Roticulator(치료재료 코드: B1111001, B1112011)와 결합하여 비관혈적 수술에 사용한 경우에 한하여 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 적응증 (1) 후두 - 후두전적출술 (2) 폐 - 폐기포절제술, 폐쐐기절제술, 폐엽절제술, 폐구역절제술, 폐전적출술 (3) 식도 - 식도수술 (4) 위 - 위수술

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		(5) 간/담췌 – 간수술, 담낭수술, 담도수술, 췌장수술 (6) 비장 – 비장수술 (7) 장 – 소장수술, 결장수술, 직장수술 (8) 비뇨기 – 신적출술, 전립선정낭전적출술, 신요관적출술, 방광대치술, 방광전적출술, 방광확대성형술(장문합을 실시하는 경우), 요관장피부문합술 (9) 자궁/자궁부속기 – 자궁적출술, 자궁부속기절제술, 난소절제술 나. 인정개수 – 수술당 1개(1주기) ※ 재사용이 가능한 자동봉합기 분리형 몸체(IDRIVE ULTRA POWERED HANDLE)와 1회용 자동봉합기 분리형 몸체를 동시 사용하는 경우, 재사용이 가능한 자동봉합기 분리형 몸체는 인정하되, 1회용 자동봉합기 분리형 몸체는 사례별로 인정함 (고시 제2016-226호, '16.12.1. 시행)
76	자동쌈지봉합용 재료의 급여기준	1. 자동쌈지봉합용 재료는 자동봉합기(일체형) 사용 전 절제부위를 한 번의 조작으로 쌈지봉합해 주는 치료재료로 다음 중 수기 문합(hand suture)이 어려운 경우에 요양급여함. – 다 음 – 가. 식도절제 후 문합술 나. 위절제 후 문합술(식도–위, 식도–공장) 다. 직장하부 전방 또는 저위전방절제 후 문합술 라. 회장낭항문문합술, 결장전절제술, 하트만씨수술복원술 시 직장하부 전방 또는 저위전방절제를 포함하는 경우 2. 상기 1.의 급여대상 이외 직장 및 결장 수술에 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2018-254호, '19.1.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
77	“Permaclip endo scopic applier”의 요양급여 대상여부	“Permaclip endoscopic applier”는 내시경하시술시 결찰재료를 삽입하는 기구로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음 (고시 제2002-80호, ’03.1.1. 시행)
78	“Operative sheath, Diagnostic sheath, Outflow cannula”의 요양급여 대상여부	“Operative sheath, Diagnostic sheath, Outflow cannula”는 “GYNECARE VERSASCOPE Hysteroscopy System”중의 일부로 자궁 근종 및 유착 등에 자궁내부를 직접 진단 및 수술할 수 있는 재료로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음 (고시 제2002-80호, ’03.1.1. 시행)
79	복강경하 수술용 조직세절기 (Gynecare X-Tract Laparoscopic Morcellator 등)의 별도 산정여부	복강경하 수술용 조직세절기(Gynecare X-Tract aparoscopic Morcellator 등)는 복강경하 수술시 산정하는 치료재료비용 239,000원(코드 N0031001)에 포함됨. (고시 제2006-38호, ’06.6.1. 시행)
80	장루(Colostomy)와 요루(Urostomy)용 피부판(Flange) & 주머니(Bag)의 인정기준	1. 피부판과 주머니(분리형 또는 일체형)는 입원기간 중에는 실사용량으로 인정하고, 외래기간 중에는 일주일에 4개까지 인정하되, 다음과 같은 경우에는 1일 1개까지 인정함. 다만, 상기 인정개수를 초과하여 사용한 경우에는 사례별로 인정함. - 다 음 - 가. 장루, 요루 관련 피부 합병증 나. 3세 미만 소아, 치매 환자 다. 장루, 요루 수술 후 외래 진료 시 2개월간 2. 자연적으로 형성된 루(fistula)를 통해 분변(뇨) 배출이 이루어지는 환자의 경우 식약처 허가사항을 초과하여 Colostomy와 Urostomy용 Flange & Bag을 사용한 경우

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		요양급여를 인정하되, 인정개수는 상기 1과 같이 함. (고시 제2014-66호, '14.5.10. 시행)
81	Ostomy용 액세서리 급여 인정기준	1. 입원 시 피부보호용 액세서리(Powder, Paste, 피부보호판)는 실사용량으로 인정하고, 복대는 장루 및 요루 수술 후 탈장 등의 관리를 위해 사용하는 점을 감안하여 수술 후 1개 인정함 2. 외래 1) 피부보호용 액세서리는 다음과 같이 요양급여를 인정하고, 인정개수를 초과하여 사용한 경우에는 사례별로 인정함. ① Powder – 상처보호 및 피부자극을 감소하기 위해 사용하는 제품으로 연간 60g 이내 인정 ② Paste와 피부보호판 – 피부판(Flange)과 루(Ostomy)의 틈새를 메워서 피부자극을 최소화하는 제품으로 Paste는 60g/월 이내 인정 – 피부보호판은 대 1개/주, 소 2개/주, 막대형 2개/주, 하프링 2개/주 중 한 가지를 인정 – Paste와 피부보호판은 기능이 동일하고 제형만 다른 점을 감안하여 동시 사용은 인정하지 아니함을 원칙으로 함. 다만 피부관련 합병증 등 발생시 사례별로 동시 사용을 인정함. 2) Stoma Cap – 장세척 후 잔여 배설물을 받아내는 재료로 1일 1개 인정함 – 장루 주머니(Bag) 대용으로 사용하는 점을 감안하여 장루 주머니와 동시 사용은 인정 하지 아니함 3) Leg Bag – 소변배출 목적의 인공루(신장루, 방광루, 요도루 등)를 가진 환자 중 활동이 가능한 환자가 장시간 외출 시 소변을 모으는 목적으로 사용하는 경우에 요양급여를 인정함

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		4) 복대 – 탈장 또는 루(Ostomy)의 탈출 등이 발생한 경우 사례별로 인정함 5) 결장루 환자가 장 세척 시 사용하는 장세척기, 고정용 belt, Sleeve는 각각 사례별로 인정함 3. 자연적으로 형성된 루(fistula)를 통해 분변(뇨) 배출이 이루어지는 환자의 경우 식약처 허가사항을 초과하여 피부보호용 액세서리(Powder, Paste와 피부보호판)를 사용한 경우 요양급여를 인정하되, 인정개수는 상기 1, 2와 같이 함 * 참고사항 1) 장세척시 사용하는 Belt:치료재료 중분류 결장루 장세척용 (고시 제2015-65호, '15.5.1) * Flange 고정용 Belt에서 결장루장세척용으로 변경됨 2) 복대: 치료재료 중분류 OSTOMY용 복대 3) Leg Bag: 치료재료 중분류 Leg Urine Bag (고시 제2019-83호, '19.5.1. 시행)
82	외래 진료 시 주기적으로 의사의 처방에 따라 구입(사용)해야 하는 치료재료의 본인부담액 경감 적용 기준	국민건강보험법시행령[별표2] 제1호나목 비고4.의 규정에 의하여 외래 진료 시 주기적으로 의사의 처방에 따라 구입(사용)해야 하는 치료재료는 해당 치료재료 총액의 100분의 20에 해당하는 금액을 본인이 부담하도록 되어 있으며, 해당 치료재료의 대상 및 적용범위는 다음과 같이 함. – 다 음 – 가. 대상 1) 장애인복지법시행령[별표1]제14호에 따른 장루·요루장애인 – 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표」에서 L3(OSTOMY류)로 분류된 장루·요루용 주머니(Bag), 피부 보호부착판(Flange) 및 Ostomy용 액세서리 2) 후두전적출술을 시행한 환자 – 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표」의

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		인공성대삽입술용 치료재료, 영구기관공용 HME 및 피부판(Adhesive) 나. 적용범위 각 대상별 세부 급여기준에 따름 (고시 제2021-56호, '21.3.1. 시행)
83	대장세척기구(NICI Set 등)의 산정기준	대장절제술의 수술 중 장세척을 위해 사용하는 대장세척기구(NICI Set등)는 다음의 경우에 인정함. - 다 음 - 1. 수술전 장처치가 불가능한 경우 (대장폐색, 천공, 출혈, 예상치 못한 대장수술 등) 2. 수술 전 장처치를 하였으나, 장세척이 잘 안되어 추가 세척이 필요한 경우 3. 수술전 장처치를 견디기 힘든 고령 혹은 전신 쇠약자의 경우 (고시 제2008-169호, '09.1.1. 시행)
84	탈장수술용 일반 MESH-3D TYPE 급여기준	1. 일반 MESH-3D TYPE의 치료재료는 탈장수술 시 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 60세 이상의 환자 나. 탈장이 재발된 경우 다. 탈장 orifice size가 3cm(SCHUMPELICK-AACHEN Classification grade Ⅲ) 이상인 경우 2. 상기 1항의 급여대상 이외 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2017-152호, '17.9.1. 시행)
85	선천성 복벽결손 신생아 수술에	선천성 복벽결손 신생아 수술에 사용된 Silastic Sheet는 별도 산정할 수 있음.

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
	사용된 Silastic Sheet의 급여여부	(고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
86	레이저를 이용한 치핵수술시의 재료대의 별도 산정여부	레이저를 이용한 치핵수술시 사용된 Laser fiber tip 재료대는 내구성이 있어 수회 재사용할 수 있을 뿐 아니라, 동 수술법이 다른 수술방법에 비하여 현저한 치료효과가 인정되거나 고가의 비용지출에 상응하는 치료효과(Cost-Benefit)가 인정되지 아니한 바, 소정수술료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
87	내인성 요도괄약근 기능부전에 대한 현수견인시 사용되는 동종근막의 별도 산정여부	요도 하부에 요도를 지탱하는 구조물을 유치시켜서 이 구조물이 복압이 증가하는 상황에서 요도를 효과적으로 압박하여 요도압력을 높임으로써 요실금을 교정하는 수술인 현수견인법(Sling Procedure)시 사용하는 구조물(Sling Material)은 그 성분에 따라 자가근막, 동종근막, 인공근막 등으로 구분할 수 있으며 요도를 지탱하는 구조물의 성분에 따른 장단점을 검토한 결과, 동종근막은 단위가격이 고가이나 인공근막에 비해서 감염, 생체거부 및 요도손상 등의 합병증 발생이 적고, 자가근막에 비해서 근막 채취시 발생하는 별도의 절개 반흔 및 채취 부위의 합병증이 없으며, 수술, 마취, 회복 시간 및 전체 입원기간이 단축되는 장점이 인정되므로 실사용량을 별도 산정할 수 있음. (고시 제2003-83호, '04.1.1. 시행)
88	인공요도괄약근 AMS Sphincter 급여기준	인공요도괄약근 AMS Sphincter는 원래의 요도형태를 손상시키지 않고 자기 요도로 배출시켜 요저장-요배출을 유지해 주는 요실금 치료재료이며 요역동학검사로 요실금이 확인되는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 적응증 1) 전립선적출술(경요도적 전립선 절제술 포함) 후

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		발생한 요실금 2) 신경인성방광으로 인해 발생한 요실금 3) 인공방광대치술 이후 발생한 요실금 4) Sling 삽입 수술이 불가능하거나 요도괄약근의 기능이 완전히 소실된 여성 요실금 나. 상기 적응증을 초과하여 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2020-279호, '21.1.1. 시행)
89	현수견인법(Sling Procedure)에 의한 요실금 치료재료 (SISTEMA REMEEX 등) 급여기준	1. 압력 재조절이 가능한 슬링(Sling)을 이식하여 요실금을 조절하는 치료재료인 ARGUS와 SISTEMA REMEEX는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 적응증 1) 남자의 경우 가) 전립선적출술로 인해 발생한 요실금 나) 신경인성 방광으로 인해 발생한 요실금 다) 외상으로 인해 발생한 요실금 2) 여자의 경우(Sistema Remeex만 해당): 복압성 요실금으로 아래에 해당하는 경우에 인정함. 가) 첫 수술 실패 후 재수술시 나) 배뇨근 수축력 약화(detrusor underactivity)가 있는 경우 다) 진료상 필요성이 있는 심한 요실금의 경우(내인성 요도괄약근 부전의 경우) 나. 인정개수: 1개 인정 2. 상기 1항의 적응증 및 인정개수를 초과하여 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2017-152호, '17.9.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
90	“MACROPLASTIQUE LUBRICANT GEL” 및 “MACROPLASTIQUE ENDOSCOPIC NEEDLE”의 요양급여 대상여부	“ENDOSCOPIC NEEDLE”은 MACROPLASTIQUE (요실금 치료용 주입물질)를 주입하는 재료로 식품의약품안정청 허가품목에 해당되지 않으며, “LUBRICANT GEL”은 ENDOSCOPIC NEEDLE을 윤활시키기 위해 보조적으로 사용되는 재료로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2006-38호, ’06.6.1. 시행)
91	비뇨기계 지혈용 압박카테터 급여기준	지혈용 압박카테타(Hemostatic Catheter)는 전립선 또는 비뇨기계 질환으로 인한 심한 출혈의 지혈을 위해 사용 시 요양급여를 인정함. (고시 제2017-173호, ’17.10.1. 시행)
92	치골상튜브카테터의 급여기준	치골상튜브카테터는 요도협착 또는 전립선비대 등으로 배뇨장애가 있는 환자에게 실시하는 자357나 경피적 방광루설치술(Percutaneous Cystostomy) 등에 사용 시 요양급여를 인정함. (고시 제2018-281호, ’19.1.1. 시행)
93	신장내 관찰 및 각종 수술 시행을 위한 percutaneous nephroscopy의 적용항목 및 재료대 별도 산정여부	Percutaneous Nephroscopy하에 관찰(진단)혹은 수술(처치)을 하더라도 Percutaneous Nephroscopy의 수기료 및 재료대는 PCN에 준하며 재료대 중 Catheter는 신루도 Catheter로 산정할 수 있음. (고시 제2000-73호, ’01.1.1. 시행)
94	Prostakath의 별도 산정여부	전립선 요도확장 Wire인 “Prostakath”는 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, ’01.1.1. 시행)
95	전립선 온열요법 시 사용하는 치료재료의 급여기준	자397 전립선 온열요법 시 사용하는 치료재료는 치료기간 중 1회에 한하여 요양급여로 인정하되, 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」의 장비별 정액수가를 산정함. (고시 제2017-152호, ’17.9.1. 시행)
96	전립선비대증에 자397-3 홀뮴 레이저를 이용한	전립선비대증에 홀뮴레이저를 이용한 자397-3 홀뮴 레이저를 이용한 전립선 광적출술을 실시한 경우 치료재료 비용은 「치료재료 급여·비급여목록표 및 급여상한금액표」에서

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
	전립선 광적출술 시 사용하는 치료재료의 산정기준	정한 금액(코드 N0091001)으로 별도 산정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
97	골반장기탈출 교정용 mesh 급여기준	골반장기탈출을 교정하기 위하여 사용하는 Seratom Implant와 골반장기탈출증 이식용 메쉬(Preshape Type)는 다음의 경우에 1개만 요양급여를 인정함. - 다 음 - 1. 자궁적출술을 시행 받은 후 발생한 질원개탈출증 2. 골반재건술을 시행 받은 후 재발된 경우 3. 자궁적출술 또는 골반재건술을 처음 시행 받는 경우 1) POP-Q 검사상 Ⅱ기에서 다음의 경우 인정 ① 60세 미만 환자 ② 65kg 이상의 과체중 환자 ③ 외측 결손이 의심되는 전 질벽 탈출증(방광류) 환자 2) POP-Q 검사상 Ⅲ 또는 Ⅳ기인 경우 ※ POP-Q:Pelvic Organ Prolapse Quantification (고시 제2016-190호, '16.10.1 시행)
98	질폐사리 삽입술시 치료재료 인정여부	자-411나 질탈교정술-비수술적치료(질폐사리삽입술)시 탈출된 자궁을 교정하기위한 목적으로 사용되는 Pessary는 별도 인정함 (고시 제2009-200호, '09.11.1. 시행)
99	뇌동맥류클립 (특수클립)의 급여기준	뇌동맥류클립(특수클립)은 Clip의 Blade가 넓어 손상된 혈관의 모양을 유지시켜 출혈부위를 조절할 수 있고, CT, MRI 등에서 자장의 영향을 받지 않아 수술 후 추적관찰이 용이하며, Teflon Fabric이 포함되어 있어 Clipping후 지혈효과가 높은 장점이 있으므로 다음의 경우에 인정함. - 다 음 - 가. 뇌동맥류 경부파열 나. 두개강내 미세혈관 수술 중 직접적인 일차봉합이 불가능한 혈관손상 (고시 제2017-152호, '17.9.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
100	뇌동맥류수술시 클립(Clip) 종류별 산정 기준	뇌동맥류 수술시 사용되는 Sugita Clip, Aneurysmal Clip, Mayfield Clip은 별도 산정 가능하나, Silver Clip 등은 관련 행위의 소정점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2018-314호, '19.1.1. 시행)
101	뇌동정맥기형적출술 시 사용하는 AVM (Arterio-Venous Malformation) Microclip의 급여기준	뇌동정맥기형적출술 시 사용하는 AVM(Arterio-Venous Malformation) Microclip은 공급혈관(feeding artery)의 크기가 1mm이상인 경우에 요양급여하며 해당 혈관 당 1개 사용을 원칙으로 함. (고시 제2019-131호, '19.8.1. 시행)
102	뇌실-복강 간 션트 수술 시 사용하는 과배액방지형 및 외부조절형 Programmable Valve의 급여기준	뇌실-복강 간 션트수술(VP Shunt) 시 사용하는 과배액 방지형 및 외부조절형 Programmable Valve는 일시적인 배액술을 제외한 수두증 치료를 목적으로 사용할 경우 요양급여를 인정함. (고시 제2019-131호, '19.8.1. 시행)
103	수술중 신경생리 추적감시용 Nerve Locator의 급여여부	수술중 신경생리 추적검사시 신경손상 방지 및 위치확인에 사용되는 신경생리 추적감시용 치료재료 Nerve Locator (Vari-Stim III 등)는 소정수술료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2017-263호, '18.1.1.시행)
104	경공막 모양체 응고술 (Transscleral Cyclophotocoagulation)용 치료재료의 급여기준	녹내장수술 시 경공막(transsclera)하 모양체 응고를 통해 말기 녹내장 환자의 안압하강을 유도하는 목적으로 사용되는 경공막 모양체 응고술(Transscleral Cyclophoto- coagulation)용 치료재료는 자504마 녹내장수술(홍체, 모양체응고술) 시 별도 요양급여를 인정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
105	안검 하수 수술시 사용한 Fascia Lata	안검 하수 수술시 상안검을 전두근에 현수할 때 Sling Material로 사용되는 보존동종 생체근막(Preserved Fascia Lata = Banked

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
	인정여부	Fascia Lata)은 기존의 비자가성 재료[일반 봉합사, 보존경막(Lyodura), Silicone 등]의 사용시 보다 수술후 성공율이 높아 재수술 빈도가 낮으며, 자가 근막(Autogenous Fascia Lata) 채취수술을 별도로 실시할 필요가 없으므로 실사용 개수를 산정할 수 있음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
106	각막이식 시술시 사용하는 Disposable Trephine Blade의 급여기준	각막이식술에 사용하는 종전의 Trephine Blade는 집도의가 손으로 잡고 각막을 절개하였으나, 최근 특별히 고안된 장비(System or Handle)를 이용한 Trephine Blade System은 비교적 고가의 Disposable Trephine Blade를 사용하여야 하지만 각막의 단면을 정확하게 절개하여 절개안구 주변 부위에 대한 손상을 적게 하고 수술 후 시력예후를 높일 수 있는 장점이 인정됨. 따라서, 각막이식술의 기술료 및 상대가치와 Disposable Trephine Blade의 재료대 등을 비교 검토한 결과 Trephine Blade System의 System or Handle의 장비 감가상각비는 기술료에 포함하되, Disposable Trephine Blade 재료대는 별도 산정할 수 있음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
107	Eye Shielder Patch의 급여기준	Eye Shielder Patch는 신생아의 황달치료를 위한 사35 고빌리루빈혈증에 대한 광선요법 시 눈에 조사되는 광선을 차단하기 위해 사용하는 눈가리개로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
108	수정체낭 고정용 치료재료의 급여기준	안구영역 임플란트인 수정체낭 고정용 치료재료는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 수정체아탈구가 있어 수술을 요하는 경우 나. 모양소대 결손 및 손상이 있는 백내장의 경우 (고시 제2017-173호, '17.10.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
109	망막박리술 시 사용하는 치료재료의 급여기준	망막고정술용 치료재료(Band, Strip, Tire, Boat, Tantalum Clip 등)는 망막박리수술에 사용 시 요양급여를 인정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
110	망막수술에 사용하는 고비중물질 인정기준	망막수술용 고비중물질은 수술중에 망막의 손상을 최소화하는데 필요하므로 다음의 경우에 인정함. - 다 음 - 가. 유리체절제술 나. 수정체 탈구 다. 황반출혈 등 수술시 심한 출혈이 동반된 경우 (고시 제2006-23호, '06.4.1. 시행)
111	Ventilation Tube의 별도 산정여부	중이내튜브유치술 시 삼출액의 배액목적으로 사용되는 Ventilation Tube는 자562 중이내튜브유치술의 소정수기료에 포함되므로 요양기관에서 실제 사용한 tube의 종류나 가격에 불문하고 별도 산정할 수 없음. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
112	Biliary Drainage Set의 산정방법	Drainage Set는 catheter만 별도 산정하며 의료용 기기 및, 위생용품 제조기술의 발달로 종전에 수회 소독하여 사용할 수 있는 품목에 대하여도 1회용 및 셋트화로 대체되는 현상이 급증하고 있는 바, 이는 의료비 상승 요인 중의 하나로 볼 수 있으며 1회용 또는 셋트화된 재료대를 사례에 따라 인정하는 것은 진료비가 상승하는 것을 최대한 억제하기 위한 제도적 장치임. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
113	혈액투석용 Dual Lumen Catheter (noncuffed type)의 산정기준	혈액투석용 Dual Lumen Catheter (non cuffed type)는 다음의 경우에 인정함. - 다 음 - 가. 혈액투석을 응급으로 시행해야하는 급·만성 신부전 환자에게

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		있어 즉시 혈관 확보가 필요한 경우 나. 치료적 성분채집술시 즉시 혈관 확보가 필요한 경우 (고시 제2013-69호, '13.5.1. 시행)
114	자706 급성 복막투석 시 사용한 복막투석 카테타 급여여부	자706 급성 복막투석(Acute Peritoneal Dialysis) 시 사용한 복막투석 카테타(PD catheter)는 별도 산정할 수 있음. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
115	자707 계속적복막관류술(CAPD)시 사용한 치료재료 급여여부	자707 계속적복막관류술(Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, CAPD) 시 사용한 복막투석 카테타(PD catheter), 복막투석 카테타 연결관(PD adaptor), 관류액 주입관(PD transfer set)은 별도 산정할 수 있음. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
116	안과용 세척 및 흡입 치료재료 산정기준	백내장 수술, 이차 인공수정체 삽입술 또는 인공수정체 교환술, 유리체 절제술시 사용하는 안과용 세척 및 흡입 치료재료(Inter kit 등)는 상품명, 재질의 종류, Disposable 또는 Reusable 등의 구분없이 24,000원(코드 N0001001)을 산정하되, 동일한 눈에 백내장 수술과 유리체 절제술을 전·후방으로 동시에 시술하더라도 정액수가 1회만 산정함. (고시 제2009-55호, '09.4.1. 시행)
117	Var-I-Stat-Cautery & Accu-Temp Cautery의 별도산정 여부	Var-I-Stat-Cautery & Accu-Temp Cautery는 안과 수술 시 혈관 지혈·소작용으로 사용하는 치료재료로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
118	"3-Function tissue manipulator", "Illuminated Infusion Cannula"의 별도산정 여부	"3-Function tissue manipulator" 및 "Illuminated infusion cannula"는 망막수술 장비(Supravit Vitreoretinal System)와 연결하여 조명, 응고, 흡인, 주입의 기능을 하는 재료로 소정 행위점수에 포함되어 별도 산정할 수 없음. (고시 제2019-289호, '20.1.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
119	안내충전물인 실리콘오일(Silicone Oil)의 산정기준	유리체절제술후 망막의 재 유착을 위하여 안구내에 삽입하는 안내충전물인 실리콘오일은 별도 인정함. (고시 제2008-149호, '08.12.1. 시행)
120	부정맥 미로수술 (MAZE OP)시 수술용 전극의 별도 산정여부	부정맥 미로수술 (MAZE OP)시 사용하는 수술용 전극은 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 의한 상한금액 범위내의 요양기관 실구입가로 산정함. (고시 제2004-58호, '04.9.15. 시행)
121	인공와우 급여기준	1. 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant)는 다음의 경우에 요양급여함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 1세 미만 양측 심도(90dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용에도 청능 발달의 진전이 없는 경우 2) 1세 이상 19세 미만 양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용 및 집중교육에도 청능 발달의 진전이 없는 경우. 다만, 시술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외함. 3) 19세 이상 양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 보청기를 착용한 상태에서 단음절어에 대한 어음변별력(Speech discrimination)이 50% 이하 또는 문장 언어평가가 50% 이하인 경우. 다만, 시술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외함. 4) 상기 1), 2), 3)의 난청환자 중 뇌막염의 합병증 등으로 시급히 시행하지 않으면 수술시기를 놓치게 될 경우에는 예외적으로 시행할 수 있음.

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		5) 아래의 대상자 중 양이청(Binaural Hearing)이 반드시 필요한 경우 상기 1), 2), 3), 4) 각 해당 조건에 만족 시 반대측 또는 양측 인공와우를 요양급여함. 다만, 아래의 가), 나)의 경우 순음청력 검사 및 단음절어에 대한 어음변별력, 문장언어평가 결과는 인공와우를 착용하지 않은 상태에서 실시한 결과를 적용함. – 아 래 – 가) 요양급여적용일(2005.1.15.) 이전 편측 인공와우 이식자 나) 19세 미만의 편측 인공와우 이식자 다) 19세 미만의 양측 동시 이식 대상자 나. 급여개수 1) 인공와우는 1set(내부장치, 외부장치)에 한하여 요양급여하되, 분실, 수리가 불가능한 파손 등으로 교체 시 외부장치 1개를 추가 요양급여함. 2) 상기 가.5)의 19세 미만에서 양측 인공와우 시술이 필요한 경우는 2set(내부장치, 외부장치)를 요양급여하되, 이후 분실, 수리가 불가능한 파손 등으로 교체 시 외부장치 2개 이내에서 추가 요양급여함. 다. 시설·장비 및 인력 기준 1) 시설·장비 가) 청각실: 방음청력검사실, 인공와우조절검사(Mapping of Speech Processor) 장비, 청각유발반응검사 기기를 갖추어야 함. 나) 언어치료실: 인공와우조절검사 장비를 갖추어야 함(청각실과 공동사용 가능). 2) 인력 가) 시술자: 이비인후과 전문의 2인 이상이 상근하는 요양기관에서 아래 중 각호의 1에 해당하는 이비인후과 전문의가 1인 이상 상근하는 경우 – 아 래 – (1) 전문의 자격증 취득 이후 인공와우이식술을 시행하는

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		상급종합병원에서 2년 이상 이과 전문 경력이 있으면서 그 기간 중 1년 이상 와우이식술을 시술하거나 공동 시술한 경험이 있는 자 (2) 전문의 자격증 취득 이후 인공와우이식술 실시기준(시설, 장비 및 인력)에 적합하다고 건강보험심사평가원에서 통보받은 기관에서 3년 이상 와우이식술을 시술 또는 공동 시술한 경험이 있는 자 (3) 교육, 해외연수 등으로 위 각호에 해당하는 자격을 갖추었다고 이비인후과학회에서 인정받은 자 나) 보조인력: 청각유발반응 검사와 시술 후 인공와우조절검사를 직접 시행할 수 있는 인력 1인(청각실)과 시술 전·후 언어평가, 시술 후 인공와우조절검사를 직접 시행할 수 있는 인력 1인(언어치료실) 3) 요양기관은 인공와우이식술 실시 이전에 건강보험심사평가원에 상기 1), 2)에 관한 기준에 적합한 증빙서류를 첨부하여 제출하여야 함. 2. 상기 1.의 급여대상 및 개수를 초과하여 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2018-185호, '18.11.1. 시행)
122	생체조직접착제의 급여기준	1. 생체조직접착제는 다음의 경우 요양급여하며, 동일 수술에서 생체조직접착제 간 병용사용은 급여인정하지 아니함. - 다 음 - 가. 심장혈관흉부외과 수술 등 1) Cardial Surgical Glue/GRF Glue: 대동맥 박리술시 15g까지 인정 2) Coseal Surgical Sealant 및 Bioglue Surgical Adhesive 가) 급여대상 (1) 대동맥 박리술 (2) 대동맥류 수술

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		(3) 대동맥 판막치환(성형)술 (4) 좌심실류 수술 (5) 좌심실 유출로 확장술 나) 급여용량 (1) Coseal Surgical Sealant: 상기 수술 시 4cc 범위에서 실사용량으로 인정하되, 문합부위가 4부위 이상인 경우 8cc 범위 내에서 인정 (2) Bioglue Surgical Adhesive: 상기 수술 시 5cc 범위에서 실사용량으로 인정하되, 문합부위가 4부위 이상인 경우 10cc 범위 내에서 인정 나. 경막봉합 수술 1) 급여대상 가) 경비적 뇌하수체종양 적출술 나) 중추신경계기형수술 다) 뇌척수액루수술 라) 뇌기저부수술 마) 뇌기저부수술 후 경막복원술 바) 척수경막내 종양 및 병소절제술 사) 천막하개두술 2) 급여용량 가) Bioglue Surgical Adhesive: 상기 수술 시 2cc/개 범위 내에서 인정 나) Duraseal Dural Sealant System: 상기 수술 시 5cc/kit 범위 내에서 인정 다) 다만, 동 용량을 초과하여 사용한 경우에 사례별로 인정 2. 상기 1.의 급여기준 이외 허가사항 범위 내에서 아래의 경우 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. – 아 래 – 가. 급여대상 1) 만성폐쇄성폐질환, 폐기종, 간질성 폐질환 등 폐실질이

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		일반인과 다른 환자의 폐절제술 시 2) 폐절제술 후 공기 누출로 인한 재수술 시 나. 급여용량 Coseal Surgical Sealant 및 Bioglue Surgical Adhesive: 2cc/개 범위 내에서 인정하며, 두 제품 간 병용사용은 인정하지 아니함. (고시 제2023-121호, '23.7.1. 시행)
123	경동맥 션트의 급여기준	경동맥경화성협착증 등에 경동맥수술 시 뇌혈류 유지를 위해 사용하는 '경동맥 션트'는 수술 중 혈류 차단으로 인해 뇌졸중 등을 일으킬 가능성이 있는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 뇌졸중의 과거력이 있는 경우 나. 반대편 내경동맥 협착을 동반한 경우 다. 수술 중 감시장치(뇌파검사, 경두개 초음파검사 등)에서 이상소견을 보인 경우 라. 국소마취 중 신경증상(neurologic deficit)이 발생한 경우 마. 주요 두개강외 혈관의 다발성 협착이 있을 경우 바. 추골-기저 순환계의 폐쇄가 있는 경우 사. 두개강내 혈관의 측부순환 부전이 있는 경우 아. carotid stump pressure가 50mmHg이하의 경우 자. 상기 기준 외에 진료상 필요한 경우 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
124	전동형태 Ni-Ti File 인정여부	전동형태의 Ni-Ti File은 차11-1 근관확대 실시에 사용한 경우 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에서 정한 금액(코드N0061001)을 치료기간 중 치아당 1회 산정하되, 전동형태 Ni-Ti File과 기존 File(U0002)을 각각 사용한 경우에도 1종만 인정함. (고시 제2010-2호, '10.4.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
125	매식재 (이종골 콜라겐류 등) PLUG형의 급여기준	1. 창상 보호 및 육아 형성을 촉진하는 매식재(이종골 콜라겐류 등) PLUG 형태의 치료재료는 다음과 같은 발치의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 혈액질환 등으로 인한 환자의 발치 후 치유부전이 예상되는 경우 나. 발치 후 출혈이 계속될 경우 다. 구강 상악동 누공 2. 상기 1.의 급여대상 이외 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2018-242호, '18.12.1. 시행)
126	비관혈적 담관협착확장술 시 사용한 풍선확장카테터(balloon dilatation catheter)의 급여기준	비관혈적(내시경적 또는 경피적) 담관협착확장술 시 사용한 풍선확장카테터(balloon dilatation catheter)는 담관협착 시 협착된 담관을 확장시킬 목적으로 사용하는 필수재료로서 별도 인정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
127	고주파 열치료술용 전극(Electrode)의 급여기준	1. 고주파 열치료술용 전극은 고주파 에너지를 사용하여 조직의 절개 및 응고를 위해 사용하는 전기수술기용 전극으로 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 간암의 고주파 열치료술 (자690가, 자728가(1), 자728나(1)) 나. 신장암의 고주파 열치료술 (자690나, 자330-3가(1), 자330-3나(1)) 다. 폐암의 고주파 열치료술 (자690다) 라. 갑상선암의 고주파 열치료술 (자690라) 마. 부신종양의 고주파 열치료술 (자690마)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		2. 상기 1.라.의 갑상선암의 경피적 고주파 열치료술에 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률 80%가 적용되는 경우 동 치료재료도 같은 본인부담률을 산정함. (고시 제2020-68호, '20.4.1. 시행)
128	악관절 치환술에 사용되는 치료재료의 급여기준	자71-2, 차95 악관절 치환술 [인공관절 대치술]에 사용되는 치료재료는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 다른 치료에 반응하지 않는 악관절 강직(섬유성 또는 골성) 나. 외상, 골 흡수, 발육성 기형이나 병변 등에 의한 하악 고경(vertical mandibular height)이나 교합관계의 소실 다. 이전 재건수술들의 실패(failed previous reconstruction surgeries of TMJ) (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
129	인공성대삽입술용 치료재료(PROVOX VEGA)의 급여기준	1. 자120 인공성대삽입술 시 사용하는 인공성대삽입술용 치료재료(PROVOX VEGA)는 후두전적출술을 시행한 환자 중 이비인후과의사의 판단 하에 음성재활이 가능한 자에게 시행하는 경우 연간 4개까지 요양급여함. 2. 다만, 인공성대삽입술용 치료재료의 기능 상실, 타액 유출(saliva leakage), 헐거워짐(stoma loosening), 기도압 상승 등의 경우 사례별로 추가 요양급여함. (고시 제2018-254호, '19.1.1. 시행)
130	석고붕대 사용개수	캐스트료 산정지침에 석고붕대의 사용개수는 6인치 기준으로 정하여져 있는바 요양기관은 환자의 상태나 골절부위에 따라 3인치, 4인치, 6인치를 사용하였을 경우에는 3인치, 4인치 석고붕대의 개수 비율을 1:1.5의 기준으로 인정하되 기준개수의 범위를 초과하여 인정할 수 없음.(예: 6인치

<table>
<tr><th>연번</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>석고붕대의 기준개수가 10개인 경우 3인치 또는 4인치를 사용하였을 경우 15개를 초과할 수 없다는 것임.)
(고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)</td></tr>
<tr><td>131</td><td>캐스트에 사용하는 파일패드의 별도 산정여부</td><td>○ 캐스트에 사용되는 재료중 “Stockinet, Cotton Bandage” 의 재료대는 그 소요비용이 소액인 점을 감안하여 소정 캐스트료(캐스트기술료와 재료대)에 포함하여 포괄적으로 산정하도록 규정하고 있음.
○ “파일패드”는 면과 스판덱스를 결합하여 제직(製織)한 제품으로 캐스트시행시 Stockinet과 Cotton Bandage의 대용으로 사용되는 제품이므로 Stockinet, Cotton Bandage와 동일하게 소정 캐스트료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.
(고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)</td></tr>
<tr><td>132</td><td>Splint Roll의 부위별 사용기준</td><td>외고정용 소모성치료재료 중 Splint Roll(합성수지, 석고)의 부위별 사용기준을 규격은 실사용규격으로 하고, 길이는 다음과 같이함.
- 다 음 -
(단위 : cm)
<table>
<tr><th>분 류</th><th>성인</th><th>소아</th></tr>
<tr><td>자-615가 장상지 [상완으로부터 수부까지] (Long Arm Splint)</td><td>70</td><td>45</td></tr>
<tr><td>자-615나 단상지 [전완으로부터 수부까지] (Short Arm Splint)</td><td>40</td><td>30</td></tr>
<tr><td>자-615다 장하지 [대퇴부에서 족부까지] (Long leg Splint)</td><td>120</td><td>70</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>연번</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><th>분 류</th><th>성인</th><th>소아</th></tr>
<tr><td>자-615라 단하지 [하퇴로부터 족부까지] (Short Leg Splint)</td><td>80</td><td>50</td></tr>
</table>
(고시 제2008-80호, '08.8.1. 시행)
</td></tr>
<tr><td>133</td><td>합성캐스트 재료대 산정방법</td><td>
○ 합성캐스트 재료대 산정방법은 실 사용 개수 및 규격에 불문하고 「부위별 합성캐스트 사용기준」에서 정한 개수와 규격에 의하며
○ 「부위별 합성캐스트 사용기준」에서 기준규격(3인치 4야드 또는 4인치 4야드)이외의 규격 제품을 사용한 경우에는 규격별 길이등을 고려한 사용 개수를 감안하여 실제 구입한 규격의 가격으로 인정하되 기준개수의 범위를 초과하여 인정할 수 없으며 개수 환산은 아래표를 참조하여 산정함.
<table>
<tr><th>기준규격</th><th>사용규격</th><th>개수환산방법</th></tr>
<tr><td rowspan="3">3”</td><td>2”</td><td>3”와 동일 개수 인정</td></tr>
<tr><td>4”</td><td>3”와 동일 개수 인정</td></tr>
<tr><td>5”</td><td>3”인정 개수의 1/2 인정</td></tr>
<tr><td rowspan="3">4”</td><td>2”</td><td>4”인정 개수의 1과 1/2 인정</td></tr>
<tr><td>3”</td><td>4”와 동일 개수 인정</td></tr>
<tr><td>5”</td><td>4”와 동일 개수 인정</td></tr>
</table>
(고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
</td></tr>
<tr><td>134</td><td>합성수지스프린트의 인정기준</td><td>
1. 합성수지스프린트 중에서 재사용이 가능한 열가소성수지 재질(Poly vinyl acrylate 또는 Vinyl acetate copolymer 등)은 치료기간 중 1개 인정함.
2. 재사용이 불가능한 습기경화형 폴리우레탄수지 재질(Poly Roll 등)은 골정복 및 인대 고정의 유지가 곤란한
</td></tr>
</table>

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		다음의 경우에 실사용량으로 인정함. - 다 음 - 가. 환부의 부종감소로 인하여 골정복 및 인대고정의 유지가 곤란한 경우 나. 골정복 및 인대고정 중 수술을 시행하는 경우 다. 부목 고정 후 압박으로 인한 통증이나 신경증상이 발생한 경우 (고시 제2013-208호, '14.1.1. 시행)
135	흡수성체내용지혈용품 급여기준	지혈에 보조적으로 사용하는 흡수성체내용지혈용품은 다음과 같은 기준으로 사용 시 요양급여를 인정하며, 동 급여기준 이외에는 「국민건강보험법 시행규칙」 [별표6]에 따라 본인부담률을 요양급여비용의 100%로 적용함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 간절제술(자722), 간파열봉합술(자724), 췌장수술(자751, 자752, 자754, 자756, 자757, 자758, 자759), 간, 췌, 십이지장절제술(자-723) 2) 개두술, 경막을 여는 수술(자462, 자462-1, 자463, 자464, 자465, 자466, 자468, 자471, 자472, 자473, 자473-1, 자476, 자477, 자478, 자479, 자480-1, 자480-2, 자34나, 자482나 척추신경근절제술(Spinal Rhizotomy)) 3) 대동맥 및 폐동맥 등의 심혈관수술(자164, 자168, 자170, 자170-1, 자170-2, 자181, 자183, 자184), 개심술[인공판막치환술(자179), 복잡심장수술(자180, 자185) 등] 4) 척수수술(자469, 자467-1) 5) 장기이식(간절제술[이식용](생체) 등) 나. 급여개수: 한 수술 당 1개 다. 사용 인정기준 1) 상기 수술에서 한 수술 당 흡수성체내용지혈용품 1종을 사용할 경우 요양급여를 인정함.

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		단, Applicator형은 상기 수술을 복강경/흉강경으로 시행한 경우 인정함 2) 상기 가. 급여대상 이외의 수술이나 상기 나. 급여개수를 초과하여 사용한 경우, 흡수성체내용지혈용품을 2종 이상 중복 사용한 경우 또는 국소지혈제(약제)와 흡수성체내용지혈용품을 동시에 사용한 경우는 소견서 참조하여 사례별로 인정함. (고시 제2019-80호, '19.5.1. 시행)
136	1회용 수술(시술)팩의 급여기준	1회용 수술(시술)팩은 수술 부위를 오염 등으로부터 보호하기 위해 사용하는 환자용, 의료진용, 수술기구용, 기타 구성품으로 구성된 패키지로 다음의 경우에 요양급여를 인정하고 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」의 해당 치료재료비용을 산정함. 또한, 적응증 이외의 경우에는 소정 행위료에 포함되어 별도 산정하지 아니함. - 다 음 - 가. 적응증 1) 바1, 바2 마취에 의한 수술 2) 중재적 방사선시술 3) ECMO(체외순환막형산화요법, Extra Corporeal Membrane Oxygenation)를 위해 Cannula를 삽입하는 시술 4) 중심정맥관 삽입술 5) 자연분만 나. 인정개수: 수술(시술) 당 1개 인정 단, 협의 진료로 2가지 이상 수술(시술)을 동시에 시행하여 수술(시술)팩을 추가로 사용하는 경우 별도인정 다. 산정방법 1) 적응증 '가. 1)'의 경우 'CABG 수술팩', 'Shoulder, Knee, Hip 관절치환 수술팩', '눈 수술팩', 마취시간별 수술팩(Ⅰ)~(Ⅳ) 중 해당 수술팩 치료재료비용을 산정 2) 적응증 '가. 2)~4)'의 경우 '중재적 방사선 시술팩', 'ECMO 시술팩', '중심정맥관 삽입 시술팩' 중 해당 시술팩

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		치료재료비용을 산정 3) 적응증 '가. 5)'의 경우 '수술팩(Ⅰ)(마취시간 1시간 이하)' 치료재료비용을 산정 라. 다만, 1회용 수술(시술)팩을 사용하지 않고 린넨팩을 사용하는 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 해당 린넨팩 관리료(자-0)를 별도 산정할 수 있으며, 이는 2018년 12월 31일까지 한시적으로 적용함. (고시 제2018-19호, '18.2.1. 시행)
137	연성요관경 삽입용 요관확장 CATHETER 인정기준	연성요관경 삽입용 요관확장 CATHETER는 연성요관경의 전달 및 배치 시 사용하는 1회용 치료재료로 연성요관경으로 상부요관 이상 부위에 처치 등을 실시한 경우에 요양급여를 인정함. (고시 제2018-88호, '18.5.1. 시행)
138	1회용 질경 급여기준	산부인과 및 여성비뇨생식기 관련 진료 시 질 확대 및 자궁경부를 노출하는데 사용하는 폴리스티렌(Polystyrene) 재질 등의 1회용 질경은 건강보험요양급여비용 행위급여목록의 제2장 [검사료] 및 제9장 [처치 및 수술료 등]의 관련 행위 외래진료에 사용한 경우 1개를 요양급여로 인정함 (고시 제2018-156호, '18.8.1. 시행)
139	CUSA(Cavitron Ultrasonic Surgical Aspirator) Tip 급여기준	CUSA Tip은 초음파 수술기와 함께 사용하며, 조직의 파쇄, 체액의 흡인, 관주에 사용하는 치료재료로 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 수술범위 1) 간절제술(자722), 췌절제술(자755, 자756), 췌십이

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		지장절제술(자757), 간,췌,십이지장절제술(자723) 2) 간적출술 (자803가(1)주.(우삼구역, 단순우엽), 자803가(2), 자803-나) 3) 담낭악성종양근치수술(자741) 4) 비부분절제술(자209-나) 5) 뇌종양절제술(자463, 자480-1), 뇌엽절단술(자476), 뇌엽절제술(자478), 뇌전증수술(자473) 6) 척수종양절제술(자468다, 자469, 자469-1) 7) 신부분절제술(자329) 나. 인정개수: 수술당 1개 인정함. (고시 제2022-188호, '22.8.1. 시행)
140	경피적 삽입용 CANNULA_체외순환용	심폐수술 시 또는 심폐수술 후 체외순환보조를 위한 회로와 인체의 연결을 위해 혈관에 삽입되는 HLS CANNULAE는 혈전형성 감소 등으로 장기사용에 대한 이점이 있으므로, '체외순환막형산화요법(ECMO)'에 사용한 경우 인정하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함. (고시 제2018-249호, '18.12.1. 시행)
141	치근낭적출술, 치근단절제술, 치조골결손부 골이식술 등 시행시 사용한 골대체물질 급여기준	치근낭적출술, 치근단절제술, 치조골결손부 골이식술 등을 시행시 골결손부에 사용한 골대체물질은 자가골이식술 없이 사용하였을 경우 최대 3cc(2.5g) 범위 내에서 실사용량을 요양급여 함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
142	복강경용 봉합재료 인정기준	복강경용 봉합재료는 투관침으로 천공된 복막 및 근막을 봉합하는 재료로 BMI 25kg/㎡ 이상 비만환자에게 직경 10mm 이상의 투관침을 사용한 경우에 한하여 봉합기 1개, 봉합사 CARTRIDGE 3개 범위 내에서 요양급여를 인정하며, 「선별

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2018-314호, '19.1.1. 시행)
143	기관내튜브 교체카테터 급여기준	기관내튜브교체카테터는 기관내삽관튜브의 안전한 교체로 응급상황 및 합병증 등을 최소화하기 위하여 사용되는 보조적인 1회용 치료재료로 다음의 경우 요양급여로 인정함. - 다 음 - 가. 일측폐환기법마취를 실시한 환자 중 double lumen endotracheal tube에서 single lumen endotracheal tube로 교체하는 경우 나. single lumen endotracheal tube의 교체가 필요한 상황에서 환자의 상기도 부종 등에 의해 재삽관의 어려움이 예상되는 경우 (고시 제2018-314호, '19.1.1. 시행)
144	1회용 두피클립 급여기준	1회용 두피클립은 절개된 두피에 끼워 효과적인 지혈을 목적으로 일시 적용하는 1회용 치료재료로 두피를 절개하는 수술에서 사용 시 실사용량을 요양급여로 인정함. (고시 제2018-314호, '19.1.1. 시행)
145	신경조절 환기보조 카테터 급여기준	신경조절 환기보조 카테터는 카테터 말단 전극이 식도에 삽입, 중추신경이 횡격막 신경을 자극하면서 생겨나는 횡격막의 전기활성(EDI) 신호를 감지하여 인공호흡기를 통해 보조호흡을 제공할 수 있는 사용하는 1회용 치료재료로, 중환자실에서 인공호흡기를 사용하는 6세미만 환자에게 사용하는 경우 5일에 1개를 요양급여로 인정함. (고시 제2018-314호, '19.1.1. 시행)
146	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

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		(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 2) 자426나 자궁경부원추형절제술-전기루프이용의 경우 일체형(Blade, Spatula, Needle, Ball Type) 1개, 교체형 전극(Loop, Ball Type) 2개 이내에서 실사용량으로 요양급여를 인정함 3) 아래의 경우 일체형(Blade, Spatula, Needle, Ball Type) 1개, 교체형 전극(Micro Needle(5μ) Type) 1개 이내에서 실사용량으로 요양급여를 인정함 – 아 래 – 가) 만 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) 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 ○ 상기 1.의 적응증에 해당하는 경우 1개를 요양급여 함 ※ 눈 부속기관: 안와, 눈꺼풀, 결막, 눈물기관, 외안근 (고시 제2020-163호, '20.8.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
147	신절석술에 사용되는 요관폐색용 Balloon Catheter의 급여기준	신절석술에 사용되는 요관폐색용 Balloon Catheter는 자337-1 경피적 신절석술(Percutaneous Nephrolithotomy, PNL) 시 사용한 경우에만 인정하며, 양측 장기 시술 시에는 각각 요양급여를 인정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
148	자656 경피적 관상동맥 스텐트 삽입술 시 스텐트의 급여기준	1. 자656 경피적 관상동맥 스텐트삽입술은 증상, 예후, 심장 기능의 개선 또는 사망률의 감소와 같은 임상적 유용성이 있는 경우에 시행함을 원칙으로 하며, 경피적 관상동맥 스텐트 삽입술 시 스텐트는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 경피적 혈관성형술(PTC, atherectomy 등) 후 급성폐쇄 혹은 임박폐쇄 2) 경피적 혈관성형술(PTC, atherectomy 등) 후 잔여 협착이 35%이상인 경우 3) 경피적 혈관성형술(PTC, atherectomy 등) 후 재협착 병변 4) 관동맥우회로술 시행환자에서 이식부위 혈관병변 5) 혈관직경이 3.0mm이상으로 분기부병변 (bifurcation)이 아닌 굴곡이 없고 석회화 침착이 없는 협착이 심한 병변에 일차적(direct)으로 시행하는 경우 나. 혈관크기 산정방법은 참조혈관 기준으로 2.5mm이상인 경우에 사용함을 원칙으로 하며, 2.25mm미만 혈관에서는 아래의 경우에 한하여 요양급여를 인정함. - 아 래 - 1) 좌전하행동맥 근위-중간부, 좌회선동맥 근위부 병변 2) 급성심근경색증의 원인병변(culprit lesion) 3) 경피적 혈관성형술 후 혈류 장애를 보이는 혈관박리 소견이 있는 경우

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		2. 요양급여비용 청구 시 스텐트를 시술한 혈관명을 기재하여 청구하여야 함. (고시 제2021-177호, '21.7.1. 시행)
149	24시간 관류액주입관(PD TRANSFER SET) 급여기준(치료재료)	24시간마다 교체하는 PD TRANSFER SET은 조산아 및 유소아의 복막투석 시 사용하는 재료로, 식약처 허가사항 범위 내에서 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 자706가 급성복막투석-도관삽입술 나. 자706나 급성복막투석-투석액교환[1일당] 다. 자707가 계속적복막관류술-도관삽입술 라. 자707라(2) 계속적복막관류술-투석액 교환 또는 도관 청소[1일당]-비자동복막투석 (고시 제2019-24호, '19.2.13. 시행)
150	CHEST BOTTLE-MULTI CHAMBER SYSTEM 인정기준	1. CHEST BOTTLE - MULTI CHAMBER SYSTEM은 흉강 내에 저류된 기체, 혈액 등을 지속적으로 흡인하여 배출되는 체액의 양을 측정하는데 사용되는 치료재료로 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 흉부수술 후 흉강배액 환자(단, 자151가 흉강삽관술(폐쇄식) 단독 시행한 경우 제외) 나. 신생아 및 소아환자(만6세 미만) 2. 상기 1. 이외 사용한 CHEST BOTTLE - MULTI CHAMBER SYSTEM 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2019-85호, '19.5.1. 시행)
151	1회용 다관절 다자유도 수술기구 급여기준(치료재료)	1회용 다관절 다자유도 수술기구는 복강경·흉강경 정액 수가와는 별개로 복강경하·흉강경하 수술시 1회당 2개에 한하여 요양급여하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함. (고시 제2022-170호, '22.8.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
152	WATERJET DISSECTION 기구 급여기준(치료재료)	WATERJET APPLICATOR는 WATERJET 수술기와 함께 사용하며, 조직의 파쇄, 체액의 흡인, 관주에 사용하는 치료재료로 다음의 경우에 요양급여 하되, CUSA TIP과 병용사용은 인정하지 아니함. - 다 음 - 가. 급여범위 1) 간절제술(자722) 2) 신부분절제술(자329) 나. 급여개수: 수술 당 1개 (고시 제2019-97호, '19.6.1. 시행)
153	상후두기도유지기 급여기준	상후두기도유지기는 전신마취 또는 기도유지를 목적으로 사용 시 별도 산정함. (고시 제2019-112호, '19.7.1. 시행)
154	GORE-TEX SUTURE 급여기준(치료재료)	GORE-TEX SUTURE(코드: B0089230, B0089330, B0089430, B0089530, B0089630)는 폴리테트라플오로에틸렌 재질의 DOUBLE NEEDLE 봉합사로 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 폰탄수술 등 심·혈관수술에서 GORE-TEX 제품을 사용하여 봉합 또는 문합을 하는 경우 나. 승모판 판막성형술 시 새로운 건삭을 형성할 때 (고시 제2019-140호, '19.7.1. 시행)
155	GORE-TEX STRETCH VASCULAR GRAFT 급여기준(치료재료)	GORE-TEX STRETCH VASCULAR GRAFT 20cm(직경 16, 18, 20mm, 코드: G0432030)는 폴리테트라플오로에틸렌 재질의 인조혈관으로 폰탄 수술에 요양급여를 인정함. (고시 제2019-140호, '19.7.1. 시행)
156	관상동맥 중재술용 GUIDE EXTENSION	「관상동맥 중재술용 GUIDE EXTENSION CATHETER」는 혈관의 심한 굴곡 및 심한 석회화 등으로 스텐트를 삽입하는

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
	CATHETER의 급여기준	과정에서 저항이 심하여 병변에 도달하기 어려운 경우 1개 인정함. (고시 제2019-176호, '19.9.1. 시행)
157	경추용 전방 PLATE SET와 동시 사용한 경추용 CAGE의 급여기준	'자-46가(1) 척추고정술(전방고정-경추)'에 경추용 CAGE와 경추용 전방 PLATE SET를 동시 사용한 경우, 경추용 CAGE는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률 80%로 적용함. (고시 제2019-190호, '19.9.1. 시행)
158	동맥필터를 포함한 산화기(Oxygenator) 급여기준	동맥필터를 포함한 산화기(Oxygenator)는 다음 중 하나에 해당하는 환자에게 사용한 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 만 19세 미만 나. 무수혈 환자 다. 수술 전 혈액검사에서 빈혈을 진단받은 환자(Hb: 남자 <13g/dL, 여자<12g/dL) 라. CKD stage 3 ~5의 만성 신장질환자(eGFR<60mL /min/per1.73㎡) (고시 제2022-188호, '22.8.1. 시행)
159	"CHEST TUBE & BOTTLE 일체형 (배기용)" 급여기준	1. "CHEST TUBE & BOTTLE 일체형(배기용)"은 기흉 환자의 흉강에서 배기를 행하기 위하여 사용하는 치료재료로, 다음 중 하나에 해당하는 환자에게 사용한 경우 요양급여를 인정하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. - 다 음 - 가. 외래환자 및 응급실 당일 퇴원환자 나. 신생아 및 만 1세 미만 영아 2. 기 등재된 치료재료(CHEST TUBE 및 CHEST BOTTLE 등)와의 병용사용은 인정하지 아니함. (고시 제2019-193호, '19.9.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
160	1회용 관절 봉합용 NEEDLE 급여기준	1회용 관절 봉합용 needle은 연조직 봉합 시 봉합사를 정확한 위치로 통과시키기 위해 사용하는 치료재료로, 관절경하 수술 시 1개를 요양급여로 인정함. (고시 제2019-193호, '19.9.1. 시행)
161	개방형 고유량 산소마스크 (1회용)	개방형 고유량 산소마스크(1회용)는 CO2 재호흡 문제를 해결하고 고유량 산소요법이 필요한 환자에게 유용한 치료재료로, 15L/min 이상의 산소요법이 필요한 응급실 및 중환자실 환자에게 사용 시 1개를 요양급여로 인정함. (고시 제2019-193호, '19.9.1. 시행)
162	희소·필수 치료재료 (봉합사, 인조혈관, 합성 섬유포)의 급여기준	GORE-TEX SUTURE 등 18품목은 희소·긴급도입 필요 의료기기로, 식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. GORE-TEXSUTURE 8품목 1) 해당코드: B0089210, B0089310, B0089410, B0089510, B0089511, B0089610, B0089611, B0089612 2) 사용목적 - 승모판막성형술 및 승모판치환술에서 유두근과 연결되는 힘줄인 인조건삭(artificial chorda)으로 사용 - 선천성심기형환자에게 인공혈관 (GORE-TEX vascular graft)을 이용한 수술시 인공혈관의 봉합(suture) 또는 문합(anastomosis)에 사용 - 삼첨판막륜성형술 시 판막윤의 축소를 위해 사용 - 우심실 유출로 축소를 위해 사용 - 심장에 압력 측정용 카테터 삽입 시 카테터 고정을 위해 사용 나. GORE-TEX STRETCH VASCULA RGRAFT5품목 1) 해당 코드: G0431010, G0431020, G0431030, G0441010, G0441030 2) 사용목적 - 선천성 심기형 환아 중 폐혈류가 저하되어 청색증을 보이는 환아에게 시행되는 고식적 수술인 션트 에 사용

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		– 기능적 단심실의 교정방법인 폰탄수술 시 또는 폰탄 수술 후 large diameter graft를 이용한 폰탄 통로 및 심방간 fenestration으로 사용 – 소아 대동맥 수술 시 전방성 뇌혈류 유지를 위해 사용 – 선천적으로 우심실과 폐동맥의 연결이 없는 폐동맥 폐쇄(pulmonary atresia) 환자의 우심실과 폐동맥을 연결하기 위한 도관으로 사용 다. GORE-TEX STRETCH VASCULAR GRAFT 1) 해당 코드: G0432010 2) 사용목적 – 선천성 심기형인 기능적 단심실 (functional single ventricle) 환자의 교정방법인 폰탄수술에 사용(하대정맥에서 폐동맥 사이의 연결) – 선천적으로 우심실과 폐동맥의 연결이 없는 폐동맥 폐쇄(pulmonary atresia) 환자에서 우심실과 폐동맥을 연결하기 위한 도관으로 사용 – 양대혈관우심실 시 대혈관전위 등에서 좌심실-대동맥간 터널 형성 시(intraventricular baffle) 사용 라. GORE PRECLUDE PERICARDIAL MEMBRANE 1) 해당 코드: G1401010 2) 사용목적 – 심장수술 후 흉골봉합 시 재수술이 예견되는 경우 심장 위에 덮어주는 방식으로 사용(유착을 예방함으로써 재수술시 흉골절개 중 심장의 손상을 막을 수 있음) 마. GORE-TEX SOFT TISSUE PATCH 1) 해당 코드: G1420010 2) 사용목적 – 심실 또는 심방중격결손증 환자의 결손 봉합을 위한 첩포로 사용 – 수정대혈관전위 등에서 심방전환술(atrial swtich) 등 단순 심방, 심실 중격결손 이외에 심방내 통로를 만들 때 사용

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		바. GORE ACUSEAL CARDIOVASCULAR PATCH 2품목 1) 해당 코드: G1421010, G1422010 2) 사용목적 – 심장 수술에서 심실 절개 후 봉합을 위한 첩포로 사용 – 심실유출로 협착재건술에서 협착부위의 확장을 위한 첩포로 사용 (고시 제2020-310호, '21.1.1. 시행)
163	DRAINAGE BAG_ 역류 방지용 (배액, 배기용) 급여기준	DRAINAGE BAG_역류방지용 (배액, 배기용) 치료재료는 흉강의 혈액 체액 등을 배기 배액하기 위한 역류방지용 VALVE가 있는 DRAINAGE BAG으로 다음 중 어느 하나에 해당하는 요양급여로 인정함. – 다 음 – 가. 외래 및 응급실의 당일 퇴원환자 나. 퇴원이 계획되어 있는 입원환자 (고시 제2019-207호, '19.10.1. 시행)
164	흉골접합용 치료재료 (흉골LOCKINGPLATE·SCREW·PIN)의 급여기준	흉골 접합용 치료재료는 흉골 봉합 시 사용되는 wire에 비해 흉골의 재건과 안정적인 내부 고정이 가능한 점을 고려하여 다음의 경우에 요양급여를 인정함. – 다 음 – 가. 적응증 1) 흉골 두께 50% 이상의 전위골절 시 2) 분절전위골절로 인한 흉벽 함몰 3) 선천성 복합 흉벽 기형에서 흉골 부분 절제 및 고정 4) 아래와 같은 경우에 흉골 절개부위 봉합 시 ① 65세 이상 ② 재수술 (Redo-sternotomy) ③ 수술 중 흉골 골절이 발생한 경우 ④ 골다공증이 심한 경우(의사 소견서 첨부) 나. 인정개수: PLATE 2개, SCREW 또는 PIN 실사용량 인정 (고시 제2019-221호, '19.11.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
165	1회용 PLASMA BLADE 급여기준	1회용 PLASMA BLADE은 기존 전기수술기에 비해 저 준위의 에너지만으로도 조직 절개 및 지혈을 가능케 해주는 치료재료로, 전극(LEAD) 손상의 우려 없이 이식형 심박동기 및 심율동 전환 제세동기 교환술을 실시할 수 있게 한다는 점을 감안하여 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 1개를 요양급여로 인정함. - 다 음 - 가. 자200나(1)(나) 경정맥 체내용 심박기 거치술-심박기 교환술 나. 자200나(1)(다) 경정맥 체내용 심박기 거치술-삽입된 심박기 기능향상 다. 자200-2가(2) 심율동 전환 제세동기 거치술-경정맥 접근-교환술 라. 자200-2나(2) 심율동 전환 제세동기 거치술-피하 접근-교환술 (고시 제2019-237호, '19.11.1. 시행)
166	간절제술용 전극(1회용) 급여기준	간절제술용 전극(1회용)은 고주파 에너지와 동시에 생리식염수를 전달하여 열을 낮춤으로써 지혈봉합(hemostatic sealing)과 응고 시에 조직 손상을 줄여주는 치료재료로 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 수술범위 1) 간절제술(자722) 2) 간적출술-생체(자803나) 나. 인정개수: 수술당 1개 인정함. (고시 제2022-188호, '22.8.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
167	고주파 자궁내막소작술용전극 급여기준	「고주파 자궁내막소작술용 전극」은 자궁내막에 악성 종양 또는 전암 단계 병변이 없는 월경과다증이나 비정상적 자궁 출혈이 있는 환자 중 추후 임신계획이 없고 기존의 보존적 치료(약물 치료 등)에 실패했거나 금기증인 경우에 사용시 요양급여를 인정함. (고시 제2019-250호, '19.12.1. 시행)
168	미세혈관 자동문합기 급여기준	1. 미세혈관 자동문합기는 말초혈관 계통에 미세수술 시 혈관문합을 위해 사용하는 치료재료로 미세혈관 문합을 시행하는 경우 혈관 당 1개, 시술 시 최대 2개까지 요양급여를 인정하며 「선별급여지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 함. 2. 상기1.의 급여개수를 초과하여 사용한 경우에는 「선별급여지정 및 실시 등에 관한기준」에 따라 본인부담률을 90%로 함. (고시 제2019-258호, '19.12.1. 시행)
169	안구내 흡인용 SOFT TIP(1회용)의 급여기준	'안구내 흡인용 SOFT TIP(1회용)'은 안구 내 액체/가스 교환 또는 삼출물 제거 등의 목적으로 사용하는 치료재료로, 자512 유리체절제술에 사용한 경우 1개를 요양급여로 인정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)
170	홍채 확장용 기구 (1회용)의 급여기준	'홍채 확장용 기구(1회용)'는 안과수술 시 홍채를 지지하고 확장하기 위한 치료재료로, 다음 중 어느 하나에 해당하는 수술에서 홍채유착, 홍채이완 증후군 또는 산동제에 반응하지 않는 소동공 환자에게 사용한 경우 1개를 요양급여로 인정함. - 다 음 - 1) 자511 백내장 및 수정체 수술 2) 자511-1 인공 수정체 삽입 또는 교환술 3) 자512 유리체절제술 (고시 제2023-56호, '23.3.29. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
171	MVR BLADE/ KNIFE (1회용) 급여기준	MVR BLADE/KNIFE(1회용)는 공막 천공 및 절개를 위해 사용하는 치료재료로, 자512 유리체절제술에 사용한 경우 1개를 요양급여로 인정함. (고시 제2019-258호, '19.12.1. 시행)
172	요추-복강간 션트수술 (LP Shunt)용 Programmable Valve의 급여기준	요추-복강간 션트 수술(LP Shunt)용 Programmable Valve는 교통성 수두증 치료를 목적으로 사용한 경우에 요양급여로 인정함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
173	드레싱 고정용 재료 (몸통) 급여기준	「드레싱 고정용 재료(몸통)」 치료재료 중 상의 앞·뒷면 일체형은 환자의 몸통 앞과 뒤쪽에 걸친 광범위한 화상 등으로 앞·뒷면을 동시에 드레싱 고정할 필요가 있는 경우에 요양급여로 인정함. (고시 제2019-289호, '20.1.1 시행)
174	1회용 안구 내 조명용 PROBE 급여기준	1회용 안구 내 조명용 PROBE는 안과 수술 시 안구 내의 조명을 위한 치료재료로 다음과 같이 요양급여로 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상: 자512 유리체절제술 나. 인정개수: 수술 당 1개. 다만, 아래의 경우 1개를 추가 인정함. - 아 래 - 1) 견인망막박리 2) 증식성 유리체 망막병증 3) 급성망막괴사 (고시 제2019-289호, '20.1.1. 시행)
175	1회용 안구 내 가위 급여기준	1회용 안구 내 가위는 안과 수술 시 안구 내 조직을 절제하기 위해 사용하는 치료재료로 다음의 수술에서 막 분리가 어려운 경우에 사용 시 요양급여로 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 자512 유리체절제술

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		2) 자514-1 망막주위막제거술 나. 인정개수: 수술 당 1개(동시 수술 시는 1개만 인정) (고시 제2019-289호, '20.1.1. 시행)
176	1회용 안구 내 겸자 급여기준	1회용 안구 내 겸자는 안과수술 시 조직을 잡거나 제거하기 위해 사용하는 치료재료로 다음과 같이 요양급여로 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 자512 유리체절제술 2) 자514-1 망막주위막제거술 나. 인정개수: 수술 당 1개(동시 수술 시는 1개만 인정) (고시 제2019-289호, '20.1.1. 시행)
177	비디오 연성 삽관용 후두경의 1회용 BLADE 급여기준	비디오 연성 삽관용 후두경의 1회용 BLADE는 기도의 확보를 위해 기관 내 튜브의 삽관과 배치를 지원하는데 사용하는 영상장치를 갖춘 연성 내시경에 사용하는 치료 재료로 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에 요양급여로 인정함. - 다 음 - 가. 1차 기도 삽관을 실패한 경우 나. Mallampati score 3이상 다. Mouth opening < 2FB 라. 경추 손상이나 목의 신전이 어려운 경우 마. 구강 및 인후두의 종양 또는 기형·손상 (고시 제2019-289호, '20.1.1. 시행)
178	자71가(3) 인공관절 치환술(전치환-슬관절)에 사용하는 '슬관절치환용 Extension Stem, Rod류'의 급여기준	자71가(3) 인공관절치환술(전치환-슬관절)에 사용하는 '슬관절치환용 Extension Stem, Rod류'는 환자상태를 고려하여 불가피하게 사용해야 하는 경우에 요양급여를 인정함. (고시 제2020-19호, '20.2.1 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
179	슬관절강내 주입용 치료재료의 급여기준	슬관절강내 주입용 치료재료는 아래와 같은 기준으로 사용 시 요양급여를 인정하며 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따른 본인부담률을 80%로 적용함. - 아 래 - 가. 대상 환자: 방사선학적으로 중증도 이하(Kellgren-Lawrence grade I, II, III)의 슬관절의 골관절염 나. 투여 방법 및 횟수 ○ '마-9 관절강내 주사(Intraarticular Injection)'에 사용되는 의약품제제 및 슬관절강내 주입용 치료재료와 동일·동시 투여 금지 1) 폴리뉴클레오티드나트륨 - 6개월 내 최대 5회 투여 (1주에 1회씩) 2) 콜라겐 - 6개월 내 최대 5회 투여 (1주에 1회씩, 총 콜라겐 투여용량 180mg이내) (고시 제2021-141호, '21.6.1. 시행)
180	폐 전용접착제 /수술용 생체조직 급여기준	폐 전용 생체조직접착제는 다음의 경우 요양급여하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 만성폐쇄성폐질환, 폐기종, 간질성 폐질환 등 폐실질이 일반인과 다른 환자의 폐절제술 시 2) 폐절제술 후 공기 누출로 인한 재수술 시 나. 급여용량: 4ml/kit 범위 내에서 인정함. 다. 접착제/수술용 생체조직 또는 보수 및 강화용과의 병용사용은 인정하지 아니함. (고시 제2020-163호, '20.8.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
181	Vessel Shield의 급여기준	Vessel Shield는 심혈관용인조포로 식약처 허가사항에 범위 내에서 사용 시 요양급여로 인정함. 다만, 척추 수술의 혈관 및 신경조직 보호용으로 사용 시는 별도 산정할 수 없음. (고시 제2020-241호, '20.11.1. 시행)
182	안구표면의 양막이식술용 AMNIOTIC MEMBRANE 급여기준	양막이식술용 AMNIOTIC MEMBRANE은 안구 표면의 보호막 역할과 유착방지, 항균작용, 각막 상피화 촉진, 각막의 결막화를 예방하는데 사용하는 치료재료로, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따라 '자-498 안구표면의 양막이식술'을 실시하는 경우 별도 산정함. 다만, 급여대상 관련 수술시 자가결막이 없거나 불충분하여 기능상 장애를 초래할 우려가 있다고 판단되는 경우에는 별도 산정 가능함. (고시 제2020-262호, '20.12.1. 시행)
183	희소·필수 치료재료 (SEPTOSTOMY CATHETER)의 급여기준	선천성 심장병 환자의 심방중격을 개통하기 위한 SEPTOSTOMY CAHTER는 희소·필수 치료재료로, 식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 아래의 경우에 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 해당코드 - J4064010 나. 사용목적 - 선천성 심장질환을 가진 신생아나 영유아 중 심장도관술의 수행을 위해 사용되며, 대동맥전위증, 삼천판폐쇄증, 승모판폐쇄증 등 복잡성 선천성 심장병에서 심방사이의 개통성이 없어 위급한 상황이 발생할 수 있을 때 심방사이의 혈류를 유지하기 위해 사용 (고시 제2020-310호, '21.1.1. 시행)
184	흡수성 NASAL PACKING용 치료재료 (NASOPORE 등)	흡수성 Nasal packing용 치료재료는 비강 및 부비동에 삽입하여 지혈 및 유착 방지에 사용하며, 비흡수성 재료에 비해 추후 제거가 필요 없어 제거 시 수반되는 환자의 통증을 줄여주는 점을 감안하여 다음의 경우에

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
	급여기준	요양급여를 인정하되, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. - 다 음 - 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) 라. 비용적출술(Nasal Polypectomy) 마. 상악동근치수술(Caldwell-Luc Operation) 바. 비출혈지혈법(Control of Epistaxis) 사. 비내누낭비강문합술(Endonasal Dacryocystorhinostomy) 아. 경비적 뇌하수체종양 적출술(Transnasal Excision of Pituitary Tumor) 자. 안면골 골절수술 차. 비강, 부비동 악성 및 양성종양적출술 (Extirpation of Malignant or Benign Tumor of Nasal or Paranasal Sinuses) 카. 비인강 악성 및 양성종양적출술 (Extirpation of Nasopharyngeal Malignant or Benign Tumor) (고시 제2021-48호, '21.7.1. 시행)
185	합성거즈 드레싱류 급여기준	상처 흡착면이 합성섬유, 부직포, 화이버패드 등의 재질이면서 은이나 기타 조성액이 함유되지 않은 '합성거즈 드레싱류'는 삼출물 흡수 및 창상 보호에 사용하는 경우 요양급여로 인정하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2021-48호, '21.7.1. 시행)
186	희소·필수 치료재료(ANDRASTENT)의 급여기준	선천성 심장병 환자에게 사용하는 ANDRASTENT는 희소·필수 치료재료로, 식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 아래의 경우에 요양급여를 인정함.

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		- 아 래 - 가. 해당코드 - J8511010,J8511110,J8511210 나. 사용목적 - 선천성 심장병 환자 중 폐동맥, 대동맥, 정맥계통의 혈관에 협착이 있는 환자 중 중간 크기 이상의 혈관에 스텐트 치료가 필수인 환자에게 사용 (고시 제2021-56호, '21.3.1. 시행)
187	희소·필수 치료재료 (PERFORMER INTRODUCER AND SET 및 FLEXOR INTRODUCER)의 급여기준	1. 45cm 이상 길이의 Sheath인 PERFORMER INTRODUCER AND SET 및 FLEXOR INTRODUCER는 희소·필수 치료재료로, 식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 다음의 경우에 한하여 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 해당코드 1) J5001010 2) J5001110 나. 급여대상 1) 선천성 심장 및 혈관 질환의 치료를 위해 경피적 풍선혈관성형술, 경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술을 시행하는 경우 2) 대동맥이 휘어지거나 꺾인 경우 3) 대동맥의 석회화가 심한 경우 4) 동맥 천자 부위에서 병변 위치까지 길이가 45cm 이상으로, 일반적인 sheath로는 안전하게 병변 부위에 시술이 어려운 경우 5) 경피적 하대정맥여과기 설치술 중 기울어짐(Tilting)으로 인한 교정이 필요한 경우 2. 상기 1.에도 불구하고 FLEXOR INTRODUCER는 관상동맥 및 신경계를 제외한다. (고시 제2021-56호, '21.3.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
188	영구기관공용 HME 및 피부판(Adhesive)의 급여기준(치료재료)	후두전적출술 시행 후 영구기관공으로 호흡하는 환자에게 사용하는 HME, 피부판(Adhesive)은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 후두전적출술 후 영구기관공의 가온, 가습이 필요한 경우 나. 급여개수 영구기관공용 HME: 1일 1개 영구기관공용 피부판(Adhesive): 1주일에 4개 이내 ※ HME(Heated Moisture Exchange) (고시 제2021-56호, '21.3.1. 시행)
189	대뇌운동피질자극기 치료재료 급여기준	대뇌운동피질자극기 치료재료는'자486 대뇌운동피질자극기 설치, 교환 및 제거술'에 사용하는 경우 요양급여로 인정하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관란 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함. (고시 제2021-66호, '21.3.1. 시행)
190	희소·필수 치료재료(FROZEN ELEPHANT TRUNK용 GRAFT)의 급여기준	1. 대동맥류 및 대동맥 박리증 치료를 위한 Frozen Elephant Trunk 술식에서 하이브리드 스텐트 이식을 위해 사용되는 FROZEN ELEPHANT TRUNK용 GRAFT는 희소·필수 치료재료로, 식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 해당코드: G0450010, G0450110 나. 기존 시술이나 의료기기를 사용하여 2차 수술을 받기 어려운 환자, 혈역학적 불안정성이 있는 환자, 복합 기저질환자, 고연령 환자, 장골동맥 또는 복부대동맥이 좁아져 기존의 스텐트-이식설치술을 할 수 없는 환자의 치료를 위한 Frozen Elephant Trunk procedure에서 하이브리드 스텐트 이식 시 아래와 같은 경우에 한하여

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		요양급여를 인정함. - 아 래 - 1) 하행대동맥을 침윤하는 급성 Stanford A형 대동맥 박리증 2) Marfan 증후군을 동반한 급성 Stanford A형 대동맥 박리증 3) 하행대동맥을 침윤하는 광범위한 부위의 상행 또는 궁부 대동맥류 및 진균성 동맥류 4) 복합적인 Stanford B형 대동맥 박리증 5) 광범위한 부위의 만성 대동맥 박리증 (고시 제2021-56호, '21.3.1. 시행)
191	희소·필수 치료재료(AVALON ELITE BI-CAVAL DUAL LUMEN CATHETER)의 급여기준	폐 기능 보조를 위한 체외순환막형 산화요법(Veno -Venous Extra Corporeal Membrane Oxygenation, VV ECMO) 시 사용되는 이중내강 케뉼라인 AVALON ELITE BI-CAVAL DUAL LUMEN CATHETER는 희소·필수 치료재료로, 식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 아래의 경우에 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 해당코드 - G3053010 나. 사용목적 - 급성호흡부전 환자에서 폐의 기능을 보조하기 위해 사용되는 체외막산화기에 연결하기 위한 혈관도관으로 사용 (고시 제2021-56호, '21.3.1. 시행)
192	봉합용 고정재료의 급여기준	봉합용 고정재료 봉합기, FASTENER는 자178 판막성형술, 자179 인공판막치환술, 자179-1 인공판막재치환술, 자179-2 비봉합 대동맥판막치환술에서 봉합사의 일반적인 수기 매듭(hand tying)이 어려운 다음과 같은 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률 80%로 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 심장 판막의 해부학적 변형 시

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		2) 다중 심장판막(2개 이상) 수술 시 3) 타 심장 수술(CABG* 등)과 병행되는 경우 4) 심장재수술(Cardiac Redo Operation)로 수술적 접근이 어려운 경우 나. 급여개수: 실사용량으로 인정함. * CABG: Coronary Artery Bypass Graft (고시 제2021-246호, '21.10.1. 시행)
193	희소·필수 치료재료 (ZENITH T-BRANCH THORACO ABDOMINAL ENDOVASCULAR GRAFT, ZENITH UNIVERSAL DISTAL BODY ENDOVASCULAR GRAFT)의 급여기준	흉복부대동맥류(Thoracoabdominal aortic aneurysm) 치료를 위한 ZENITH T-BRANCH THORACOABDOMINAL ENDOVASCULAR GRAFT, ZENITH UNIVERSAL DISTAL BODY ENDOVASCULAR GRAFT는 희소·긴급 도입 필요 의료기기로, 식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 아래의 경우에 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. ZENITH T-BRANCH THORACOABDOMINAL ENDOVASCULAR GRAFT 1) 해당 코드 - J8512010 2) 사용 목적 - 개복 수술로 개선 할 수 없는 흉복부대동맥류가 있는 고위험 환자의 혈관 내 치료에 사용 나. ZENITH UNIVERSAL DISTAL BODY ENDOVASCULAR GRAFT 1) 해당 코드 - J8512110 2) 사용 목적 - Zenith t-branch 및 Zenith 장골동맥그라프트와 함께 사용되며, 흉복부대동맥류가 있는 고위험 환자의 혈관 내 치료에 사용 (고시 제2021-263호, '21.11.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
194	뇌전증 진단용 SEEG Electrode 등의 급여기준	약물치료에 불응하는 난치성 뇌전증 환자에게 사용하는 SEEG Electrode 및 Cable, Anchor, Guiding Stylet은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 - 자473가(1)(다) 뇌전증수술-진단을 위한 전극삽입 및 제거-전극삽입술-입체뇌파전극삽입 나. 급여개수 - 상기 수술시 SEEG Electrode 및 Cable, Anchor는 실사용량으로 인정하며, Guiding Stylet은 수술 당 1회 인정함. 단, Cortical Electrode, Foramen ovale Electrode 및 Depth Electrode와 병용하여 사용할 수 없음. 다. Cable 산정방법 - 실구입가의 1/4 산정함. (고시 제2022-248호, '22.11.1. 시행)
195	콜라겐함유 창상치유촉진 드레싱류 급여기준	1. 콜라겐함유 창상치유촉진 드레싱류는 식약처 허가범위 내에서 사용 시 다음의 경우에 요양급여하며, '선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준'에 따라 본인부담률을 80%로 적용함 - 다 음 - 가. 급여대상 1) 심부 2도 이상의 화상 2) 당뇨병성 족부궤양 나. 급여횟수: 2회/주, 3주간 2. 상기 1.에 해당하지 않은 경우 비급여하되, 이때 환자에게 충분히 설명하고 동의를 받아야 함 (고시 제2021-344호, '22.7.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
196	일시적 피부대체 드레싱류 급여기준	1. 일시적 피부대체 드레싱류는 식약처 허가범위 내에서 사용 시 다음의 경우에 요양급여를 인정함 - 다 음 - 가. 급여대상 1) 체표면적 30% 이상의 2도 화상 2) 체표면적 10% 이상의 3도 화상 3) 건, 뼈, 신경, 혈관, 관절낭의 노출이 동반된 창상 (사지절단면 포함) 나. 급여횟수: 부위별 1회 다. 급여개수: 실사용량 2. 상기 1.의 급여대상 이외 다음의 경우에 사용한 요양급여비용은 '선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준'에 따라 본인부담률을 80%로 적용함 - 다 음 - 가. 급여대상 1) 체표면적 20% 이상 30% 미만의 2도 화상 2) 전층 피부결손을 동반한 연부조직 손상 나. 급여횟수: 부위별 1회 다. 급여개수: 실사용량 3. 상기 1.가.3) 및 2.가.2)에 사용한 요양급여비용 청구 시 Medical photo, 진료기록부(창상의 정도와 넓이 명시) 등을 반드시 첨부하여야 함 4. 상기 1. 및 2.에 해당하지 않은 경우 비급여하되, 이때 환자에게 충분히 설명하고 동의를 받아야 함 (고시 제2021-344호, '22.7.1. 시행)
197	1회용 부항컵 급여기준	1회용 부항컵은 음압을 이용하여 혈액 순환을 개선하기 위해 사용하는 치료재료로 하31 부항술에 사용 시 요양급여로 인정하되, 하31가 건식부항의 경우 1회당 최대 5개 이내의 실사용량을 인정함. (고시 제2022-46호, '22.3.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
198	펄스에너지를 이용한 수정체전낭 원형절개술용의 급여기준(치료재료)	수기 방식의 수정체전낭원형절개술로 수술적 접근이 어려운 백내장 사례에 사용하는 펄스에너지를 이용한 수정체전낭원형절개술용 치료재료는 다음과 같은 경우 요양급여를 인정하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률 90%로 적용함. - 다 음 - 가. 급여대상: 수기방식의 수정체전낭원형절개술로 수술적 접근이 어려운 백내장 사례(작은 동공, 작은 눈, 약한 섬모체소대, 과숙 백내장, 각막 이상 등) 환자 나. 급여개수: 실사용량 다. 상기 급여대상은 요양급여비용 청구시 진료기록부, 관련 자료(사진, 영상자료 등)를 반드시 첨부하여야 함 (고시 제2022-54호, '22.3.1. 시행)
199	희소·필수 치료재료 (SPLIT CATCH III) 의 급여기준	SPLIT CATH III는 희소·긴급도입 필요 의료기기로, 식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 '자-701 혈액투석을 위한 정맥내 카테터 삽입술' 시행 시 아래의 경우에 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 해당코드 - J4202011 나. 사용목적 - 10~30Kg 환자의 혈액 투석 및 채혈을 위한 장기적인 혈관접근을 위해 사용 (고시 제2022-54호, '22.3.1. 시행)
200	'흉막강 CATHETER & CHEST BAG 일체형' 치료재료의 급여기준	1. '흉막강 CATHETER & CHEST BAG 일체형' 치료재료는 자151가 흉강삽관술-폐쇄식 시 1개를 요양급여로 인정하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 2. 기 등재된 치료재료(CHEST TUBE, CHEST BOTTLE 및 DRAINAGE BAG 등)와의 병용사용은 인정하지 아니함. (고시 제2022-115호, '22.5.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
201	고주파를 이용한 하비갑개 용적감소술용 전극의 급여기준	고주파를 이용한 하비갑개 용적감소술용 전극은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용하며, 편측 또는 양측 수술에 관계없이 수술당 1개 인정함. (고시 제2022-125호, '22.6.1. 시행)
202	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 쇽이 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. (고시 제2022-137호, '22.6.1. 시행)
203	고주파를 이용한 편도·아데노이드 절제술용 전극의 급여기준	고주파를 이용한 편도·아데노이드 절제술용 전극은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용하며, 편도와 아데노이드를 동시에 수술하거나 편측 또는 양측 수술에 관계없이 수술당 1개 인정함. (고시 제2022-153호, '22.7.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
204	희소·필수 치료재료(PTOSIS PROBE)의 급여기준	안검하수증 수술 재료인 PTOSIS PROBE는 희소·필수 치료재료로, 식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 아래의 경우에 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 해당코드 - I0714004 나.사용목적 - 자가대퇴근막을 채취할 수 없는 3세 미만 선천성 안검하수 환자의 안검하수증 수술에 사용 (고시 제2022-228호, '22.10.1. 시행)
205	희소・필수 치료재료(HERO(SUPER HEMODIALYSIS RELIABLE OUTFLOW))의 급여기준	HERO(SUPER HEMODIALYSIS RELIABLE OUTFLOW)는 희소·필수 치료재료로, 식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 자201마 인조혈관-중심정맥도관 결합 혈액투석 접근통로 조성술 시행 시 아래의 경우에 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 해당코드 - G0460010 나. 사용목적 - 말기 신부전으로 혈액 투석을 받는 환자 중 상지에 자가와 인조혈관 동정맥루 형성이 불가하거나 중심정맥협착으로 더 이상 투석 혈관을 형성할 수 없는 환자를 대상으로 혈액투석 접근통로 조성하기 위해 사용 (고시 제2022-228호, '22.11.1. 시행)
206	희소·필수 치료재료(JONES TUBE) 급여기준	결막누낭비강문합술 재료인 JONES TUBE는 희소·필수 치료재료로, 식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 아래의 경우에 요양급여를 인정함. - 아 래 -

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		1) 해당코드 - I0220001, I0220002, I0220003, I0220004, I0220005, I0220006, I0220007, I0220008, I0220009, I0220010, I0220011, I0220012, I0220013, I0220014, I0220015, I0220016, I0220017, I0220018, I0220019, I0220020, I0220021, I0220022, I0220023, I0220024, I0220025, I0220026, I0220027, I0220028, I0220029 2) 사용목적 - 누점, 누소관, 비루관에 심한 폐쇄 또는 외상이 있을 때 누액배액 시스템을 완전히 우회(bypass)하는 결막누낭비강문합술에 사용 (고시 제2022-266호, '22.12.1. 시행)
207	CENTRIMAG PUMP, CENTRIMAG CANNULA KIT 급여기준	1. 심장의 단기 순환보조 목적으로 Central VA ECMO(Veno-Arterial Extra Corporeal Membrane Oxygenation)에 사용하는 CENTRIMAG PUMP, CENTRIMAG CANNULA KIT는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 적응증 1) 심장이식 대기자로 등록된 말기심부전 환자의 심장이식 가교 치료(Bridge To Transplant, BTT) 목적으로 이식까지 2주 이상 ECMO가 필요할 것으로 예상되는 경우 2) 최소 7일 간의 VA ECMO 치료에도 불구하고 심기능 회복이 원활하지 않아 2주 이상 ECMO가 필요할 것으로 예상되는 경우 3) 말초 VA ECMO로 인한 합병증으로 ECMO를 유지하기 어렵고 회복까지 2주 이상 ECMO가 필요할 것으로 예상되는 경우

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		4) 기존의 치료법에 의해 교정되지 않으나 회복 가능성이 있는 중증 급성 심부전 환자가 심기능 회복까지 2주 이상 걸릴 것으로 예측되어 장기간 ECMO가 필요한 경우 가) 급성심근경색증, 급성심근염, 주산기심근증 (Peripartum Cardiomyopathy), 대상부전의 만성 심부전(Decompensated chronic heart failure), 수술 후 심기능부전, 불응성 심실성빈맥(Refractory ventricular tarchycardia) 등 나) 충전(volume replacement)·약물치료(drug intervention) ·대동맥내풍선 등 기존의 심부전치료에 반응하지 않는 급성 쇼크 5) 좌심실 보조장치 치료술 후 우심실 기능 보조의 목적으로 기계적 순환보조가 필요한 경우 나. 금기증 1) 회복이 불가능한 심장질환으로, 이식 또는 심실보조 장치를 시행 할 수 없는 경우 2) 충분한 조직관류(adequate tissue perfusion) 없이 60분을 초과하여 심폐소생술을 시행하는 경우 3) 심폐소생술을 거부한 경우 4) 의학적으로 심폐소생술이 필요한 심정지가 목격되지 아니하여, 심정지 시간과 심폐소생술이 적시에 시행되었음을 확인할 수 없는 경우 5) 지혈이 불가능한 출혈부위가 있어서 항응고요법의 절대적 금기증에 해당하는 경우 6) 최근(recent) 뇌출혈이 있거나 출혈이 증가하는 경우 7) 이미 진행된 다발성장기부전 등으로 회복가능성이 없는 경우 8) 진행성 혈액암, 골수이식 실패, 무과립구증, 절대호중구수 (ANC)<400/mm3 등 심한 면역기능저하 상태인 경우 9) 회복 불가능한 뇌손상, 비가역적 중추신경계 장애가 있는 경우 10) 말기암, 회복가능성이 없는 폐, 간, 신장 등의 만성중증

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		장기부전 다. 급여개수 1) CENTRIMAG PUMP: 치료기간 중 심실당 1개 인정단, 급여개수를 초과하여 사용한 경우, 사례별로 인정 2) CENTRIMAG CANNULA KIT: CENTRIMAG PUMP와 같이 사용한 경우 급여로 하며, 실사용량으로 인정 2. 사전·사후 관리를 위한 요건 가. 시술 동의서 작성: 시술 환자 또는 가족의 동의서를 작성·비치하여야 함(시술의 성공가능성, 합병증, 예후 등에 대해 설명하고 소정 양식의 동의서를 작성·비치). 다만, 동의서 작성이 불가능한 경우에는 의사소견서(사유서) 등을 참조할 수 있음 나. 시술 후 정기적 재평가: 동 시술 적용 중 정기적인 반응평가를 통해 지속여부를 결정해야 하며, 진료기록부에 평가결과를 기재하여야 함 (반응평가: 심장·폐기능, 뇌손상 평가 등 최소 3일마다 실시) (고시 제2022-266호, '22.12.1. 시행)
208	당뇨병성 발궤양 치료용 AMNIOTIC MEMBRANE의 급여기준	1. 당뇨병성 발궤양 치료용 AMNIOTIC MEMBRANE은 다음과 같이 요양급여하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함 - 다 음 - 가. 급여대상: 당뇨병성 발궤양 환자 나. 인정횟수: 1회/주, 4주간 다. 인정개수: 실사용량 2. 상기 1항에 해당하지 않은 경우 비급여하되, 이때 환자에게 충분히 설명하고 동의를 받아야 함 (고시 제2023-19호, '23.2.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
209	희소·필수 치료재료 (SJM MASTERS SERIES MECHANICAL HEART VALVE)의 급여기준	SJM MASTERS SERIES MECHANICAL HEART VALVE는 희소・필수치료재료로, 식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 아래의 경우 요양급여를 인정함 - 아 래 - 가. 해당코드 - G2012001 나. 사용목적 - 원래의 심장판막의 기능을 대신할 수 있는 기구(소아용) (고시 제2023-38호, '23.3.1. 시행)
210	TYRX ABSORBABLE ANTIBACTERIAL ENVELOPE의 급여기준	인체이식형 의료기기(심장박동기, 심장충격기 등)의 이식 시 감염을 감소시키기 위한 목적으로 사용하는 TYRX ABSORBABLE ANTIBACTERIAL ENVELOPE는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함. - 다 음 - 가. 적응증 1) CRT-D 거치술 2) 면역억제상태의 환자, 말기신부전으로 투석을 받은 환자, 이전에 감염 병력이 있어 감염발생의 위험이 높다고 판단되는 환자가 이식형 심장 전기장치(Cardiac Implantable Electronic Device, CIED)를 이식 받는 경우 3) 이식형 심장 전기장치(Cardiac Implantable Electronic Device, CIED)를 교체, 업그레이드, 전극선 재배치, 전극선 제거 등으로 포켓(pocket)을 다시 열어야 하는 경우

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		나. 금기증 1) 테트라사이클린, 리팜핀 또는 흡수성 봉합사에 알레르기가 있거나 알레르기 경력이 있는 환자 2) 미노사이클린이 상태를 악화시킬 수 있다고 보고된 전신홍반루푸스(SLE) 환자 3) 감염되거나 오염된 상처 부위 4) 소아 환자 다. 급여개수: 시술 당 1개 (고시 제2023-83호, '23.5.1. 시행)
211	경막대용재 (인조경막)의 급여기준	1. 경막대용재는 다음의 경우 요양급여를 인정함. 가. 급여대상: 개두술 또는 척추(척수) 수술 시 감염이 없는 경막 결손부위의 복원 및 성형을 요하는 경우 나. 급여개수: 수술부위 크기에 적합한 규격 1개 2. 다만 급여개수를 초과하는 경우 또는 감염부위이지만 자가 조직을 사용하기 어려운 경우에는 진료기록부, 소견서 및 식약처 허가사항 등을 참조하여 사례별로 인정함. (고시 제2023-85호, '23.5.1. 시행)

제 5 장

중재적 시술료

제 5 장 중재적 시술료

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
1	“PEIT Needle”의 요양급여 대상여부	“PEIT Needle”(유도침 및 연장튜브로 구성)은 경피적 경화술시 경화제 에탄올을 주입하는데 사용하는 천공기구로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음 (고시 제2002-80호, ’03.1.1. 시행)
2	카테타법에 의한 경화요법시 사용하는 Hair wire, Yellow Sheath의 급여여부	○ 경화제(95-99% Ethanol, Pantopaque, Phenol 등)를 사용하여 낭종을 비수술적으로 치료하는 경화요법에 사용되는 진료용재료는 배액용 Catheter와 Guide Wire만 산정하도록 하고 있음. ○ 그러나, 동 시술시 경화제가 외부로 누출될 경우 주변 조직의 괴사가 발생하는 등 부작용 발생이 우려되므로 이를 방지하기 위해서 사용하는 가는 세침(Hair wire, Yellow Sheath)은 안전하고 효과적인 치료를 위해서 필수적인 재료임. ○ 따라서, 카테타법에 의한 경화요법 시술시 사용한 가는 세침(Hair wire, Yellow Sheath)도 급여대상으로 함. (고시 제2000-73호, ’01.1.1. 시행)
3	PTBD 및 PCN시 Hair Wire, Yellow Sheath 별도 산정여부	경피경간담즙배액술(PTBD)과 경피적신루설치술(PCN)의 시술시 Hair Wire와 Yellow Sheath의 사용은 그 필요성이 인정되므로 별도 산정할 수 있음. (고시 제2000-73호, ’01.1.1. 시행)
4	비금속 담췌관스텐트 Delivery System 및 Pushing Catheter의 별도산정 여부	자776나 역행성 담췌관 내시경 수술(담(췌)관배액술) 시 사용하는 비금속 담췌관스텐트 Delivery System 및 Pushing Catheter는 별도 산정할 수 있음. (고시 제2019-207호, ’19.10.1. 시행)
5	PTCD시 Catheter와 G-Wire 실사용량 인정여부	경피적 담즙제거술시 사용되는 Catheter, G-Wire의 실사용 개수는 개인의 해부학상의 차이나 시술의 난이도에 따라 상이할 수 있겠으나 타 시술시에도 공통적으로 발생할 수 있는 사항이므로 인정범위 확대는 곤란함. (고시 제2000-73호, ’01.1.1. 시행)

<table>
<tr><th>연번</th><th>제 목</th><th>세 부 인 정 사 항</th></tr>
<tr><td>6</td><td>방사선 투시하에 시행한 경피적 튜브 배액술 및 배액관 교체시 사용된 Guide Wire 및 APD (All purpose drainage) Catheter 인정기준</td><td>경피적 배액술 및 배액관 교환술시 Guide Wire는 시술시 각 1개씩 인정하고, 다목적 배액용카테터는 배액효과가 뛰어난 점을 감안하여 Abscess가 생기는 부위별로 1개씩 인정토록 함. 다만 배액관(drainage catheter)폐쇄로 인한 교체 시(Percutaneous Drainage Cathether Exchange)에는 1개를 추가 인정함.
(고시 제2009-55호, '09.4.1. 시행)</td></tr>
<tr><td>7</td><td>배액관 고정장치의 급여기준</td><td>1. 경피적 시술 후 체외로 유치되는 배액관을 안전하게 고정하고, 피부자극을 감소시키기 위해 사용하는 진료용 재료인 배액관 고정장치는 경피적 시술(배액관 삽입·교환) 시 마다 각 1개, 경피적 시술 후 배액관을 장기 유치 시 2주에 1개 요양급여를 인정함.
2. 상기 1항의 급여개수를 초과하여 사용한 경우에는 의학적 판단에 의하여 '카테터 고정용' 치료재료를 대체하여 사용 가능하며, '배액관 고정장치'와 '카테터 고정용' 치료재료를 동일 배액관에 동시 사용한 경우 1종만 인정함.
(고시 제2021-177호, '21.7.1. 시행)</td></tr>
<tr><td>8</td><td>경피적 승모판 성형술시 시술방법에 따른 치료재료 산정기준</td><td>풍선확장카테터에 의한 경피적 승모판 성형술 중에서 Double Balloon 시술법 및 Inoue Balloon 시술법에 산정하는 치료재료는 다음과 같이함.
- 다 음 -
<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th>Double Balloon 시술법</th><th>Inoue Balloon 시술법</th></tr>
<tr><td colspan="2">Angiography catheter</td><td>1개</td><td>1개</td></tr>
<tr><td colspan="2">Thermodilution Catheter</td><td>1개</td><td>1개</td></tr>
<tr><td colspan="2">Transseptal Introducer Sheath</td><td>1개</td><td>1개</td></tr>
<tr><td colspan="2">심도자용카테터</td><td>1개</td><td>1개</td></tr>
<tr><td colspan="2">G-wire</td><td>2개</td><td>1개</td></tr>
<tr><td colspan="2">Introducer</td><td>2개</td><td>2개</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Balloon Catheter</td><td>Septostomy용</td><td>1개</td><td rowspan="3">Inoue Balloon Kit x 1</td></tr>
<tr><td>승모판성형용</td><td>2개</td></tr>
<tr><td colspan="2">Double lumen (=Block) Catheter</td><td>1개</td></tr>
</table>
(고시 제2005-44호, '05.7.1. 시행)</td></tr>
</table>

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
9	경피적 심방중격결손폐쇄술 및 사용하는 치료재료(Amplatzer Septal Occluder System 등)의 인정기준	경피적 심방중격결손폐쇄술 및 사용하는 치료재료(Amplatzer Septal Occluder System 등)의 인정기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 심방중격결손 (1) 적응증 1) 이차공 심방중격결손(Secundum ASD)으로서 아래 요건 중 하나에 해당하는 경우 ① 체폐혈류비(Qp/Qs ratio)가 1.5 이상 ② 우심의 용적 과부하(Right Heart Volume Overload)시 ③ 심방중격결손에 의한 제증상을 동반하는 경우 2) 1)항에 해당되지 않으나, 이차공 심방중격결손이 원인이 되어 전신 색전이 발생하는 경우로서 난원공 개존의 적응증에 해당하는 경우 (2) 금기증 ① 불가역적 폐혈관 폐색성 병변이 있는 경우 (Eisenmenger 증후군) ② 심방중격결손 외에 동시에 수술이 필요한 구조적 병변이 동반되어 있는 경우 ③ 감염성 심내막염을 초래할 수 있는 전신적 세균 감염이 있는 경우 ④ 방실판막 쪽의 중격연이 결핍된 경우 (<5mm) ⑤ 결손부위가 매우 큰 경우 (>40mm) 나. 난원공 개존 : 아래 요건을 모두 만족하는 경우에 인정함. ① 우-좌 단락에 의한 전신 색전을 야기할 수 있는 심장내 병변(cardioembolic source)이 확인되고, ② 기타 기저질환 등 전신 색전의 다른 원인이 없으며 ③ 뇌경색, 일과성허혈발작(Transient Ischemic Attack ; TIA) 등의 전신 색전이 발생한 경우 - 단, 일과성허혈발작 등과 같은 minor stroke의 경우 최소한 2회 이상의 반복적 발작이 있어야 함.

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		다. 심방중격이나 심방과 인접 구조 사이의 개통성에 기인하는 비정상적 단락에 의해 청색증, 상당한 전신 색전의 위험 등의 위해가 존재하는 아래의 경우에 해당하는 경우에 인정함 ① 기능적 단심실의 고식술(폰탄술) 후 잔존하는 개창부 폐쇄의 경우 ② 간이식이 필요한 환자에서 심방중격의 개통성이 확인되는 경우 (고시 제2010-18호, '10.2.1. 시행)
10	관동맥루 코일색전술시 사용되는 치료재료의 산정기준	관동맥루 코일색전술(Coil Embolization of Coronary Artery Fistula)은 혈관조영술하에 색전물질을 주입하여 관동맥의 누관(Coronary Artery Fistula)을 차단함으로써 심근의 허혈방지 및 통증완화를 위한 치료방법이며, 동 시술시 사용되는 Tracker Catheter 등 치료재료의 산정은 Super Selection용 Catheter 산정기준에 의하며, 색전물질인 Platinum Micro Coil은 색전물질에 관한 산정 기준에 의거 별도 산정할 수 있음. (고시 제2003-83호, '04.1.1. 시행)
11	GDC(Guglielmi detachable coil) 코일 분리시 사용되는 GDC Connecting Cable의 급여기준	GDC(Guglielmi detachable coil) 코일 분리 시 전기를 코일로 전달하는 연결케이블인 다음의 재료는 별도 산정할 수 없음. - 다 음 - 가. GDC Red Connecting Cable : GDC Power Supply와 GDC Delivery Wire를 연결 나. GDC Black Connecting Cable: GDC Power Supply와 Patient Return Electrode를 연결 (고시 제2017-263호, '18.1.1. 시행)
12	Detachable coil의 급여기준	혈관색전술 시 사용하는 Detachable Coil은 허가사항 범위 내에서 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 -

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		1. 급여대상 및 급여개수 가. 뇌동맥류 – 최대 직경 1.0mm당 1개 사용을 원칙으로 하되, – 4.0mm 초과 8.0mm미만은 해당 직경당 인정개수에 2개를 추가하여 산정가능하며, – 8.0mm 이상은 해당 직경당 인정개수에 4개를 추가하여 산정할 수 있음. – 다만, 고난이도 병변*의 경우에는 인정개수 이외 8.0mm 미만은 2개, 8.0mm 이상은 4개를 추가하여 산정할 수 있음. 나. 경동맥해면동정맥루(Carotid Cavernous Fistula) 또는 동정맥루(Arteriovenous Fistula): 10개 다. 두개강내 또는 두개강외(경동맥과 추골동맥)의 모동맥 혈관폐색 – 혈관 단경(transverse diameter) 기준 1.0mm당 2개 사용을 원칙으로 함. 라. 선천성 관상동맥의 동정맥루: 10개 ※ 나.다.라의 경우 급여개수를 초과하여 사용 시에는 사례별로 인정함. * 고난이도 병변: 목이 넓거나(Dome to neck ratio 1.5이하 혹은 neck size 4mm이상) lobulation이 있는 경우 (고시 제2019-221호, '19.11.1. 시행)
13	뇌동맥류 코일이탈방지용 스텐트의 급여기준	뇌동맥류 코일색전술 시 코일이 모혈관으로 빠지지 않게 막아주는 뇌동맥류 코일이탈방지용 스텐트는 광경동맥류(wide neck aneurysm)에 사용한 경우에 요양급여를 인정함. ※ 코일색전술 시 광경동맥류(wide neck aneurysm) : neck(동맥류입구)이 4mm 이상 이거나 동맥류 체부의 직경/경부의 직경이 2 미만인 경우 (고시 제2019-131호, '19.8.1. 시행)
14	Flow-diverter를 이용한 뇌동맥류 색전술용 색전 기구(Embolization Device)의 급여기준	1. Flow-diverter를 이용한 뇌동맥류 색전술 시 사용하는 색전기구(Embolization Device)는 다음의 경우에 요양급여를 인정함 – 다 음 –

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		가. 급여대상 1) 직경 10mm이상의 비파열성 뇌동맥류 2) 직경 10mm미만의 비파열성 뇌동맥류 중 아래의 경우 사례별로 인정 - 아 래 - 가) 내경동맥 원위부의 수포성 뇌동맥류 나) 방추형 뇌동맥류 다) 척추동맥의 박리형 뇌동맥류 라) 두개강내 내경동맥에 발생한, 인접한 다발성 뇌동맥류로서 직경의 합이 10mm 이상인 경우 나. 급여개수: 1개 다만, 환자의 상태나 동맥류의 해부학적 특성 등으로 불가피하게 급여개수를 초과하여 사용하는 경우에는 의사소견서 및 진료기록부 등 관련 자료를 첨부하여야 하며 제출된 관련 자료를 참조하여 요양급여를 인정함 2. 상기 1.에 의한 색전술 시 뇌동맥류 색전술용 Micro coil과의 병용사용은 원칙적으로 인정하지 아니함. 다만, 직경 15mm 이상의 비파열성 뇌동맥류인 경우에는 Micro coil을 최대 5개 범위 내 실사용량으로 인정함 (고시 제2022-264호, '22.12.1. 시행)
15	기계적 혈전제거술용 치료재료 (회수성 Stent, 흡인성 Catheter) 급여기준	1. 두개내 대형혈관의 기계적 혈전제거술용 치료재료 (회수성 Stent, 흡인성 Catheter)는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 회수성 Stent 1) 급여대상 가) 두개내 대형 혈관(두개강외 경부혈관 포함)*의 폐색

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

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		가. 회수성 Stent의 1) 급여대상 가)와 동일 2) 혈관 인정범위 가. 회수성 Stent의 2) 혈관 인정범위 가)~라)와 동일 다. 급여개수 재료 종류에 관계없이 1개 인정하는 것을 원칙으로 하되, 혈관폐색 부위의 개통 실패 사유가 영상자료에서 확인된 경우 1개를 추가 인정함. 2. 상기 1항의 급여대상에도 불구하고 아래의 경우는 요양급여 대상에서 제외함. - 아 래 - 가. Non-contrast CT상 중대뇌동맥 영역 1/3이상을 침범한 뇌경색 나. 심한 뇌부종 다. 뇌출혈 (고시 제2019-131호, '19.8.1. 시행)
16	뇌혈관 이외 기타 혈관 색전술시 사용하는 말초혈관용 MICRO COIL-DETACHABLE의 급여기준	1. 기계식 즉각분리 (Mechanical Detachable) 형태의 말초혈관용 MICRO COIL -DETACHABLE은 코일이 정확한 부위에 위치할 수 있어 정확도와 안전성이 높은 치료재료로 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 적응증: 뇌혈관 이외 기타혈관 색전 나. 인정개수: 1회 시술당 최대 10개 이내로 인정 2. 다만, 인정개수를 초과하여 사용한 경우 에는 관련자료 (영상자료 등)를 확인하여 사례별로 인정함 (고시 제2017-64호, '17.4.1 시행)
17	혈관색전코일 중 주입형 코일에 사용되는 재료인 "Coil Pusher"의 별도 산정여부	"Coil Pusher"는 혈관색전코일중 주입형 코일을 병변내로 주입하는 기구이므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2001-40호, '01.7.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
18	혈관 Penetrating Catheter의 급여기준	말초혈관의 완전 폐쇄 병변(CTO(Chronic Total Occlusion))의 개통 및 진입을 위해 사용하는 혈관 Penetrating Catheter (혈관내막 Penetrating Catheter, 폐쇄혈관 Penetrating Catheter)는 다음 조건을 모두 충족 시 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. CTO 병변에 일반적인 가이드와이어 및 카테터 진입이 실패하여 2차적으로 시행할 경우 나. CTO 병변의 범위: 복부대동맥에서 슬와동맥 사이에 있는 CTO 병변 다. CTO 병변길이가 5cm 이상 ※ 혈관내막 Penetrating Catheter와 폐쇄혈관 Penetrating Catheter의 병용 사용은 인정하지 아니함. (고시 제2021-292호, '21.12.1. 시행)
19	색전물질의 인정범위	○ 색전물질은 고혈관성 종양이나 병변, 혈관기형, 수술을 할 수 없는 종양의 치료목적 또는 수술전 출혈방지 등의 목적으로 색전술시 사용되는 재료로서, 중재적 방사선 치료가 각종 암이나 혈관질환, 간·담도질환등에 새로운 치료법으로 그 응용범위가 확대되고 있어 신소재의 개발이 다양화하고 있는 추세임. ○ 색전물질은 그 물리적 성질에 따라 고형 색전물과 액상 색전물로 나눌 수 있으며, 생체내 반응에 따라 흡수형 (Gelfoam등)과 비 흡수형 [Polyvinyl alcohol (PVA), coil류, N-buty1 cyanoacrylate (NBCA)등] , 세포독성형 (Ethanol등)등으로 여러 가지 종류가 있어서, 그간 색전물질의 종류별, 적응증별로 제한적으로 인정함. ○ 그러나 색전물질은 공급혈관의 분포, 개수, 동정맥 교통량, 혈관이나 종양의 크기등 그 적응증과 병변에 따라 색전물질을 선택하게 되며, 단독으로 사용되는 경우보다 복합적으로 사용하게 되는 경우가 많고, 수술전 색전술을 시행하여 출혈을 방지 내지 감소시켜 보다 안전한 수술을 가능하게 하므로 치료

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		목적 또는 수술전 색전술시 사용되는 Bioglue(Histoacryl - blue), Terbal, Gelfoam등 색전물질은 생산국에서 의학적검증등을 거쳐 제조및 판매승인된 제품에 한하여 산정하며 Contour Emboli등 분할사용이 가능한 색전물질의 경우에는 실사용량을 별도 산정할 수 있음. ○ 또한 Embolus spring은 stainless steel coil로서 PVA agent나 Histoacryl - blue, DBC 등으로 색전이 곤란한 경우에 한하여 인정하고, Tungsten coil, platinum microcoil은 직경이 가늘어 뇌동맥류나 동정맥루기형 등 0.010" - 0.018" micro catheter를 삽입해야만 하는 경우에 급여 대상으로 함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
20	혈관색전용 미세구 급여 기준	1. 혈관색전용 미세구(Embosphere, Embozene Microspheres)를 사용한 경우 실사용량으로 요양급여함. 2. 다만, Embosphere를 전립선동맥색전술시 사용한 경우 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2019-80호, '19.5.1. 시행)
21	색전성 약물방출 미세구의 급여기준	색전성 약물방출미세구는 과혈관화된 간세포암에 공급되는 혈액을 막고, 종양에 지속적인 용량의 항암제를 전달하기 위하여 사용하는 혈관 색전 재료로 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 적응증 : 아래의 조건을 모두 충족한 간세포암 1) 경동맥화학색전술(TACE: Transcatheter Arterial Chemoembolization)을 고려하는 환자 중 잔존 간기능이 저하되어 차일드-퍼분류(Child-Pugh Class: 잔여 간기능검사 분류)상 점수가 B등급인 경우

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		2) 종양의 크기가 10cm 이하인 경우 3) 침윤형(Infiltrative type)이 아닌 경우 4) 주요혈관의 침범(Hepatic vein or portal vein invasion)이 없는 경우 5) 심한 동문맥단락(Massive arterioportal shunt)이 없는 경우 6) 담관-장관문합수술(Bilioenteric surgery)의 과거력이 없는 경우 나. 위 가. 적응증 중 1)의 차일드-퍼 분류(Child-Pugh Class : 잔여 간기능검사 분류)상 점수가 A등급이고, 2)~6)의 조건을 모두 충족한 경우는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함. 다. 인정개수: 환자 1인당 총 4vial (또는 syringe) 인정함(평생개념) 라. 요양급여비용 청구시 차일드-퍼 분류 (Child-Pugh Class : 잔여 간기능검사 분류)상 점수를 기재하여 청구하여야 함. (고시 제2017-152호, '17.9.1. 시행)
22	액체형 색전물질(뇌혈관용)의 급여기준	액체형 색전물질(뇌혈관용)은 혈관색전술 시 사용하는 치료재료로, 다음의 경우에 요양급여함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 뇌동정맥기형(뇌경막동정맥루 포함) 2) 과혈관성 뇌종양(일반 Meningioma 제외) 3) 다른 색전물질로 효과적으로 치료되지 않는 뇌혈관 파열에 사례별로 인정 나. 급여개수: 6개 단, 급여개수를 초과하여 사용한 경우에는 관련 자료(영상자료 등)를 참조하여 사례별로 인정 (고시 제2018-254호, '19.1.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
23	액체형색전물질 (말초혈관용) 급여기준	액체형 색전물질(말초혈관용)(Onyx Liquid Embolic System 등)은 혈관색전술 시 사용하는 치료재료로 다음의 경우에 요양급여를 인정함. 가. 적응증: 경피적 혈관내 스텐트-이식 설치술(EVAR, TEVAR)* 후 type I/II endoleak이 발생한 경우 나. 인정개수: 1.5ml 3개 또는 6ml 1개를 인정함 * EVAR: Endovascular Aneurysm Repair, TEVAR: Thoracic Endovascular Aneurysm Repair) (고시 제2018-101호, '18.6.1. 시행)
24	미촉지 유방병변의 위치표시술시 재료대 별도 산정여부	미촉지 유방병변의 위치표시술(Needle Localization of Nonpalpable Breast Lesions)은 촉지되지 않는 미세유방병변을 유방촬영으로 확인 후 Wire Localizer(L자형)로 위치표시를 하여 줌으로써 유방암의 조기진단 및 정확한 병변제거술을 가능하게 하는 시술로, Breast Needle, Wire Localizer 등 재료대는 소정 시술료에 포함되어 있으므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
25	미촉지 유방병변의 위치표시시 반복하여 실시한 유방촬영 인정여부	미촉지 유방병변의 위치표시술(Needle Localization of Nonpalpable Breast Lesions)시 미세병변에 Wire 삽입 전후 위치확인 및 수술 후 병소부위가 완전히 제거되었는지 확인등을 위하여 반복하여 실시한 유방 방사선촬영, 판독료는 전 과정을 동 시술을 위한 일련의 과정인바, 수가산정은 방사선 진단 및 치료료 산정지침에 의하며 방사선 필름은 실사용량을 별도 산정할 수 있음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
26	Cardiac Catheterization시 Rotating Adaptor, High Pressure Angiography Connector 별도 산정여부	Cardiac Catheterization시 Rotating Adaptor, High Pressure Angiography Connector는 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
27	Super selection용 Catheter 및 Guide Wire의 급여기준	Super selection용 Catheter와 Guide Wire는 중재적 방사선 시술시 대동맥에서 3차 이상의 가는 혈관을 초선택하는 경우, 두경부의 혈관을 초선택하는 경우, 종양으로 인하여 혈관의 해부학적 변이가 있는 경우 및 Bronchial artery, Intercostal artery, Lumbar artery, Spinal artery, Phrenic artery, Adrenal artery에 별도 산정할 수 있음. (고시 제2008-110호, '08.10.1. 시행)
28	Occlusion Balloon Catheter의 산정기준	암 조직에 혈류를 공급하는 동맥을 폐쇄하거나 동맥내에 항암제를 주입하여 암세포를 괴사시키는 치료방법인 "경피적 동맥내 색전물질 또는 항암제 주입요법"시 사용되는 색전술용 Catheter (Occlusion Balloon Catheter)는 색전물질이 역류되어 혈관이 부식되거나 다른 부위에 색전이 유발 될 위험이 있는 수용성 색전물질 주입시, 정계정맥류등 정맥내 주입시에 별도 산정할 수 있음. (고시 제2003-83호, '04.1.1. 시행)
29	Introducer의 산정기준	Introducer는 혈관내 카테타 삽입 또는 제거시 혈관을 보호하기 위하여 사용하는 재료로서 진단목적의 혈관 조영, 심도자술 및 치료목적의 혈관중재적 시술에 별도 산정함. (고시 제2005-44호, '05.7.1. 시행)
30	심박기 거치술, 심율동 전환 제세동기 거치술 시 Introducer Sheath 및 Peel away sheath 급여기준	1. 자200 심박기 거치술 및 자200-2 심율동 전환 제세동기 거치술 시 Introducer Sheath는 요양급여를 인정함. 2. 자200 심박기 거치술 및 자200-2 심율동 전환 제세동기 거치술 시 Peel away sheath는 전극선을 움직이지 않고 위치시킬 수 있는 특장점이 있는 재료로 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 자200나.(1)(가) 경정맥 체내용 심박기 거치술 나. 자200나.(1)(다) 삽입된 심박기 기능향상

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		다. 자200-2 심율동 전환 제세동기 거치술 중 자200-2가(1) 경정맥 접근-삽입술, 자200-2나(1) 피하 접근-삽입술 (고시 제2019-166호, '19.8.1. 시행)
31	식도·담도·기관지내 삽입하는 스텐트(Stent) 별도 산정여부	식도·담도·기관지내에 협착이 있는 경우 경로(Tract)를 확장하는 등에 사용하는 스텐트(금속 및 비금속스텐트)는 진료 상 필요한 경우에 별도 산정함. (고시 제2005-44호, '05.7.1. 시행)
32	상부소화관 및 담도 금속스텐트의 급여기준	1. 상부소화관(식도·위·십이지장·소장) 및 담도 금속스텐트는 원발성 또는 속발성 상부소화관·간담도 악성종양 등으로 인한 협착부위를 넓혀줌으로써 경구 섭취를 가능케 하여 삶의 질을 확실히 개선시킬 수 있다고 판단될 때 실시토록 하며, 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 악성종양으로 인해 수술이 불가능한 경우 나. 악성종양으로 인한 수술 후 협착이 재발되었으나 수술이 불가능한 경우 다. 악성종양에 의한 식도-기관지루로 수술이 불가능한 경우 라. 악성종양 환자의 상태가 불량(고령, 만성질환, 전신상태 불량 등)하여 수술하기 힘든 경우 2. 상기 1항 급여 대상 이외의 아래 경우는 풍선확장술, 수술, 기타 기존 치료에 효과가 없거나 시행이 어려운 경우에 요양급여를 인정함. 다만, 제거가 가능한 피복형 금속스텐트만을 인정함. - 아 래 - 가. 식도, 위, 십이지장의 협착, 누출, 누공 및 천공 나. 담도의 협착, 출혈, 누출, 누공 및 천공 (고시 제2019-255호, '20.1.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
33	하부장관스텐트 급여기준	1. 하부장관(소장, 대장, 직장) 금속스텐트는 협착 및 폐색된 하부장관의 확장을 위하여 사용하는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 악성종양으로 인해 수술이 불가능한 경우 나. 악성종양으로 인해 수술 후 협착이 재발되었으나 수술이 불가능한 경우 다. Rectosigmoid 또는 Distal descending colon의 complete obstruction을 동반한 대장 및 직장암에서 수술 전 감압 목적으로 실시하는 경우에는 시술횟수 불문하고 부위별 1개(평생개념) 인정함. 2. 상기 1항의 급여 대상 이외의 아래 경우는 풍선확장술, 수술, 기타 기존 치료가 효과가 없거나 시행이 어려운 경우에 요양급여를 인정함. 다만, 제거가 가능한 피복형 금속스텐트만을 인정함. - 아 래 - 가. 대장 또는 직장 수술 후 문합부의 협착 나. 대장 또는 직장 수술 후 문합부의 누출·누공·천공 3. 상기 1항 다. 인정개수를 초과하여 사용하거나, partial obstruction에서 수술전 감압 목적으로 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2019-255호, '20.1.1. 시행)
34	요관스텐트(Ureteral Stent)의 급여기준	요관성형 또는 요관협착, 요관손상 등에 뇨의 배출 및 치료 목적으로 사용하는 요관스텐트(Ureteral Stent)와 유도철사(guide wire)는 진료상 필요한 경우 실사용량으로 요양급여를 인정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
35	Dilator Renal의 급여기준	요관 또는 신 결석을 제거하기 위해 시행하는 자337-1 경피적 신절석술(Percutaneous Nephrolithotomy, PNL)은 내시경하에 puncture needle로 신실질을 천자하여 규격이 2Fr 또는 4Fr씩

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		증가된 Dilator Renal로 30Fr(직경 1cm)까지 확장한 후 이곳을 통하여 신내시경을 신배에 삽입하고 수술하는 방법으로 이때 사용하는 dilator는 실사용량으로 요양급여를 인정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
36	경피적 Nephrostomy Balloon Catheter (Ultraxx Nephrostomy Balloon Catheter등)의 급여기준	Nephrostomy Balloon Catheter(Ultraxx Nephrostomy Balloon Catheter 등)는 풍선을 이용하여 신장확장을 함으로써 Renal Dilator에 비해 시술이 쉽고 출혈의 가능성을 낮추는 장점이 있어 자337-1 경피적 신절석술(Percutaneous Nephrolithotomy, PNL) 시술 시 요양급여를 인정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
37	풍선확장카테타를 이용한 기관지확장술시 catheter의 급여기준	풍선확장카테타를 이용한 기관지 확장술은 시술방법에 따라 기관지 내시경하와 방사선 촬영으로 구분하고 있으며, 이 경우 사용하는 풍선확장카테타는 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한 금액표」에 의한 상한금액 범위내의 실구입가로 실사용량 인정함. 다만, 허가신고 또는 인정된 사항(효능·효과 및 사용방법)을 초과하여 비혈관용 카테타(담도, 식도, 하부소화관등)를 기관지확장술시 사용한 경우에도 요양급여를 인정함. (고시 제2020-152호, '20.8.1. 시행)
38	Everest Inflation Device의 별도산정 여부	Everest Inflation Device는 풍선카테타 확장(수축)용 기구로, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 중 자655 경피적 관상동맥확장술 주2.에 의거하여 별도 산정할 수 없음. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
39	"Guiding Catheter의 인정기준"	"Guiding Catheter는 정확한 부위의 시술을 위하여 필수적인 재료이므로 혈관중재적 시술에 인정함" (고시 제2005-101호, '06.1.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
40	경피적 관상동맥 확장술(PTCA)시 치료재료 급여기준	경피적 관상동맥 확장술(PTCA) 시 사용하는 치료재료는 다음의 경우에 요양급여를 인정하며, 급여개수를 초과한 경우에는 사례별로 인정함. - 다 음 - 가. PTCA Balloon Catheter 1) 경피적 관상동맥 확장술 시 Balloon Catheter는 1개 인정을 원칙으로 함. 다만, 좌·우측용이 구분되지 않으므로 혈관 굵기 및 병변 상태에 따라 아래 중 가)~라)의 경우는 1개 추가 인정, 마)의 경우는 2개 추가 인정함. - 아 래 - 가) 혈관 굵기가 0.5mm 이상 차이 나는 경우 (1) 좌·우측에 각각 병소가 있는 경우 (2) 동일혈관에서 두 부위 이상의 병변 나) 단일부위 병변에 협착이 심하여 다단계 시술 시 다) 원위부 혈관의 크기를 결정할 수 없는 경우 라) 분지 병변에서 Kissing Balloon Technique을 시행하는 경우 마) 만성완전폐쇄(CTO) 병변 2) 경피적 관상동맥 스텐트삽입술 후 Post Adjunctive Balloon Catheter는 스텐트내 잔여협착이 10% 이상이면서 아래의 경우에 1개 인정함. - 아 래 - 가) 석회화병변, 30mm 이상의 긴 스텐트 사용, Overlapping 스텐트의 경우 나) 스텐트의 불충분한 확장(underexpansion)과 부적절한 위치삽입(malapposition)이 확인(단순 조영술, 혈관 내 검사)된 경우 다) 근위부 참조혈관과 원위부 참조혈관의 직경 차이가 0.5mm 이상인 경우

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		3) 좌주간지를 포함한 분지병변에서 2-Stent Technique을 시행 시 Post Adjunctive Balloon Catheter 포함하여 4개 인정함. 나. PTCA Guide Wire 2개까지 인정함을 원칙으로 하나, 혈관 병변 상태에 따라 아래와 같이 인정함. - 아 래 - 1) 분지(bifurcated) 병변: 3개 2) 만성완전폐쇄(CTO) 병변: 5개 단, 역행성 접근법을 시행한 경우는 2개 추가 인정함. 다. PTCA Guiding Catheter 좌·우측용이 별도로 정해져 있어, 좌·우측 각각 사용 시 좌·우측 부위별로 1개씩 인정함을 원칙으로 하며, 아래의 경우에 1개 추가 인정함. - 아 래 - 1) 만성완전폐쇄(CTO) 병변 2) 시술 도중 부득이하게 추가 사용이 필요한 경우 가) 혈관 기시부의 위치 이상(anomalous) 나) 배후지지력(backup support)이 필요한 경우 다) 배후지지력 증가를 위한 모자 카테터 기법 (mother-child technique) 시행 시 라. 기타 재료: Introducer 1개, Y-Connector 1개 인정함. 마. 조영제, Film: 실사용량으로 인정함. (고시 제2021-292호, '21.12.1. 시행)
41	경피적 관상동맥 확장술 시 사용하는 약물방출 풍선카테터의	경피적 관상동맥 확장술시 사용하는 약물방출풍선카테터는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에 요양급여를 인정함 - 다 음 -

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
	급여기준	가. 스텐트내 재협착 병변(In-Stent Restenosis) 나. 신생병변(De novo lesion)으로 혈관직경 2.5 ± 0.25㎜의 작은 관상동맥 혈관질환(Small Vessel Disease) (고시 제2020-330호, '21.1.1. 시행)
42	경피적 관상동맥확장술 (PTCA)시 사용한 cutting balloon catheter의 인정기준	Cutting Balloon Catheter는 스텐트내의 재협착(instent restenosis)에 경피적관상동맥확장술시 사용한 경우에 인정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
43	Peripheral Cutting Balloon Catheter의 급여기준	말초혈관의 협착 및 폐색병변의 경피적 풍선혈관성형술 시 사용하는 Peripheral Cutting Balloon Catheter는 다음의 경우에 요양급여함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 동정맥루(Arterio-Venous Fistula, AVF)의 협착 및 폐색 시 : 혈관크기에 적합한 고식적 풍선(Conventional Balloon)의 사용에도 불구하고 잔여 협착으로 인하여 최대 압력 시 풍선직경의 70% 이상 확장되지 않은 경우 2) 대퇴동맥(Femoral Artery)이하 동맥의 협착 및 폐색 시 가) 석회화가 심한 경우(혈관 내경 50% 이상 석회화) 나) 혈관우회술 후 문합 부위에 발생한 협착(혈관 내경 70% 이상 협착) 다) 슬와동맥의 협착(혈관 내경 70% 이상 협착) 나. 급여개수: 2개 (고시 제2018-254호, '19.1.1. 시행)
44	경피적 풍선혈관성형술 (기타혈관) 시	1. 경피적 풍선혈관성형술(기타혈관) 시 사용하는 말초혈관 (대퇴슬와동맥) 약물방출 PTA BALLOON CATHETER는 다음의 경우에 요양급여를 인정함.

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
	사용하는 말초혈관(대퇴슬와동맥) 약물방출 PTA BALLOON CATHETER의 급여기준	- 다 음 - 가. 급여대상 1) 혈관 내경의 70% 이상 협착 2) 스텐트 내 50% 이상의 재협착(In-Stent Restenosis, ISR) 나. 급여개수 1) 표재성 대퇴동맥(Superficial Femoral Artery, SFA): 편측 당 3개 2) 슬와동맥(Popliteal Artery): 편측 당 1개 다. 급여제외 대상(금기사항) 1) 동일 위치에 1개를 초과하여 사용한 경우 2) 편측(동일 병소)에서 약물방출풍선카테터와 약물방출스텐트의 병용사용 2. 다만, 동 치료재료를 사용한 경피적풍선혈관성형술(기타 혈관) 후 탄성재수축현상(Recoiling Phenomenon)으로 50% 이상의 잔여협착이 있거나 혈관박리로 혈류장애가 생긴 경우에 필요 시 일반스텐트 1개를 요양급여함. 3. 상기 2.의 일반스텐트 급여개수를 초과하여 사용한 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2021-292호, '21.12.1. 시행)
45	경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술 시 스텐트 급여기준	1. 분지혈관(동맥)용 가. 경피적 풍선혈관성형술(Percutaneous Transluminal Angioplasty, PTA) 시술 후 합병증이 발생한 경우 1) 재협착(restenosis) 및 탄성재수축현상(recoiling phenomenon) : PTA 시술 후 50% 이상의 잔여 협착이 있거나 휴식(resting) 시 수축기 혈압차가 5~0mmHg 이상인 경우 2) 혈관박리로 혈류장애가 생긴 경우 나. PTA 시술 없이 일차적(direct)으로 스텐트를 삽입할 경우

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		1) 혈관 완전 폐색(complete occlusion) 2) 혈관의 편심성 협착(eccentric stenosis)이 심하여 내경이 70% 이상 좁아져 있는 경우 3) 3cm 이상의 협착(long segment stenosis) 4) 분지입구 병변 (renal artery 등) 5) 일차적 혈관박리 (primary arterial dissection)로 혈류장애가 있는 경우 6) 광범위 석회화 병변(extensive calcification) 혹은 궤양성 동맥경화(ulcerated atherosclerotic plaques) 7) 다발성 협착 혹은 혈전을 동반한 협착 8) 장기이식혈관의 급성협착 2. 정맥용 정맥에서 PTA 시술 후 충분한 결과를 얻지 못하거나 합병증이 발생한 경우 [상대정맥, 쇄골하정맥, 무명정맥, 하대정맥, 총장골정맥, 외장골정맥, 간정맥의 만성혈관폐색(chronic occlusion)에는 일차적(direct)으로 스텐트를 삽입할 경우에도 인정] (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
46	경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술(기타혈관) 시 사용하는 말초혈관(대퇴슬와동맥) 약물방출스텐트의 급여기준	1. 경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술(기타혈관) 시 사용하는 말초혈관(대퇴슬와동맥) 약물 방출스텐트는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 일반풍선카테터를 사용한 경피적 풍선혈관성형술 (Percutaneous Transluminal Angioplasty, PTA) 시술 후 합병증이 발생한 경우 가) 재협착(restenosis) 및 탄성재수축현상(recoiling phenomenon) : PTA 시술 후 50% 이상의 잔여 협착이 있거나 휴식(resting) 시 수축기 혈압차가 5-10mmHg 이상인 경우

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		나) 혈관박리로 혈류장애가 생긴 경우 2) 일차적(direct)으로 스텐트를 삽입할 경우 가) 혈관 완전 폐색(complete occlusion) 나) 혈관의 편심성 협착(eccentric stenosis)이 심하여 내경이 70% 이상 좁아져 있는 경우 다) 광범위 석회화 병변(extensive calcification) 혹은 궤양성 동맥경화(ulcerated atherosclerotic plaques) 라) 다발성 협착 혹은 혈전을 동반한 협착 나. 급여개수 표재성 대퇴동맥(superficial femoral artery, SFA) 및 슬와동맥(proximal popliteal artery: P1 segment)에 한하여 편측당 3개까지 인정 2. 편측(서로 다른 병소)에서는 약물이 코팅된 약물방출 스텐트와 약물방출풍선카테터의 병용사용을 인정하며, 이 경우 급여개수는 합산하여 3개까지 인정함. (고시 제2021-292호, '21.12.1. 시행)
47	'경피적 혈관내 죽종제거용' 치료재료 급여기준	1. '경피적 혈관내 죽종제거용' 치료재료는 플라그(Plaque)로 협착 혹은 폐색된 말초혈관 병변에 자662 경피적 혈관내 죽종제거술 시 사용하는 카테터로 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 대퇴동맥 또는 슬와동맥 및 그 분지혈관에 70% 이상의 동맥경화성 협착 나. CTO(Chronic Total Occlusion) 병변 2. 동일 부위에 스텐트 삽입술을 추가 또는 동시에 실시한 경우 스텐트 삽입술 및 스텐트 재료대는 인정하지 아니함. 3. 다만, 동 치료재료를 사용한 자662 경피적 혈관내

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		죽종제거술과 약물방출풍선카테터를 이용한 자659마 경피적 풍선혈관성형술(기타혈관)을 동시 시행 후 혈관 박리로 혈류장애가 생긴 경우에 필요 시 일반스텐트 1개를 인정함. (고시 제2021-292호, '21.12.1. 시행)
48	Coronary Stent Graft의 산정기준	관상동맥 Stent Graft는 다음의 경우에 산정함. - 다 음 - 가. 관상동맥 혈관성형술이나 Coronary Stent를 삽입하는 시술시 발생하는 응급상황의 경우 나. Coronary Bypass 수술 1-2년 후 문합부의 협착이 발생한 경우 다. 뇌수술시 합병증으로 발생한 가성동맥류 또는 혈관 박리 등의 경우 (고시 제2008-169호, '09.1.1. 시행)
49	STENT GRAFT 확장용 BALLOON CATHETER 급여기준	Stent Graft 확장용 Balloon Catheter는 Stent Graft 시술 시 Stent Graft를 혈관에 잘 밀착시키기 위해 사용하는 치료재료로 다음의 경우에 요양급여 인정함. - 다 음 - 가. 대동맥의 Stent Graft시술(경피적 혈관 내 STENT GRAFT 급여기준에 해당하는 경우)의 보조 치료재료로 사용 시 나. 인정개수: 1개 다만, Kissing Balloon Technique 목적으로 사용 시 1개추가 인정함. (고시 제2021-177호, '21.7.1. 시행)
50	경피적 혈관 내 STENT GRAFT 급여기준	1. 경피적 혈관내 STENT GRAFT는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 대동맥

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		가) 방추형 동맥류(fusiform aneurysm) (1) 흉부대동맥류 직경 5.5cm 이상, 복부대동맥류 직경 5.0cm 이상 (2) 4-5cm에서 6개월에 0.5cm 이상 크기가 증가하거나 관련된 임상 증상이 있는 경우 나) 파열 위험성이 있는 낭상 동맥류(saccular aneurysm) 다) 가성 동맥류 혹은 대동맥 파열 라) 대동맥 박리증 (1) 최대 대동맥 직경이 4cm 이상인 경우(급성)/ 또는 6cm 이상인 경우(만성) (2) 기준 이하의 직경이나 (가) 분지된 혈관의 허혈성 증후가 있는 경우 (나) 박리가 진행되는 경우 (다) Dynamic obstruction (라) 가강의 직경이 22mm 이상인 경우(급성) 마) 관통성 대동맥 궤양(Penetrating aortic ulcer: PAU) (1) 반복적이며 조절되지 않는 통증이 있는 경우 (2) 흉부 대동맥에 벽내혈종이 동반된 경우 (3) PAU의 크기가 직경>20mm 또는 깊이> 10mm 경우 2) 분지혈관 가) 동(정)맥류 또는 가성 동(정)맥류 (1) 장골동맥류: 단경 3.0cm 이상 (2) 그 외의 경우, 사례별 인정 나) 투석도관을 제외한 동정맥루 다) 혈관 파열 라) 경경정맥간내문맥정맥단락술(Transjugular Intrahepatic Porto systemic Shunt, TIPS) 시술 혹은 Revision 마) 동맥혈관스텐트 삽입술의 적응증이 되나 병변이 관절주위에 위치하여 통상적인 스텐트 삽입술 시행이

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		어려운 액와동맥과 슬와동맥(슬와동맥의 중간부위(P2 segment))은 Gore Viabahn Endoprosthesis에 한하여 인정함. 나. 급여개수 1) 흉부대동맥류용 STENT GRAFT 가) TRUNK TYPE : 대동맥 혹은 분지혈관을 광범위하게 침범하는 경우 최대 3개 2) 복부대동맥류용 STENT GRAFT 가) BODY : BIFURCATED TYPE 또는 AORTO- UNI-ILIAC 1개 나) EXTENDER (1) BODY EXTENDER: Type I endoleak 의심 시 1개 (2) ILIAC EXTENDER: 일측 최대 2개 (3) ILIAC BRANCH STENT GRAFT: 일측 1개 3) 말초혈관용 STENT GRAFT: 혈관당 1개 2. 상기 1항 급여대상의 적응증별 인정개수를 초과하여 사용한 Stent graft(Gore Viabahn Endoprosthesis 제외) 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2021-292호, '21.12.1. 시행)
51	경피적 두개강외 동맥스텐트 삽입술 시 스텐트의 급여기준	두개강외 동맥(경동맥 및 척추동맥)에 삽입하는 스텐트는 다음의 경우에 요양급여를 인정하며, 협착의 정도(%)는 NASCET measurement criteria에 따름. - 다 음 - 1. 급여대상 가. 두개강외 경동맥(extracranial carotid artery)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		1) 유증상의 50% 이상 경동맥협착 2) 무증상의 70% 이상 경동맥협착 - 단, 관류영상 검사 상 관류 저하가 확인된 경우 3) 기타(증상 또는 협착의 정도와 상관없이 시행 가능한 경우) 가) 반대측 경동맥의 폐색을 동반한 50% 이상의 경동맥협착 나) 가성동맥류(pseudoaneurysm) 다) 동정맥루 치료를 위해 다른 방법이 가능하지 않은 경우 라) 혈관박리로 인한 혈류 감소 또는 협착 나. 두개강외 척추동맥(extracranial vertebral artery) 1) 유증상의 70% 이상 척추동맥협착 2) 척추동맥 박리로 혈류 감소 또는 출혈 위험이 있는 경우 등 ※ '유증상' 범위: 최근 6개월 이내에 협착 영역에 일과성 허혈발작*이나 뇌경색이 있었던 두개강외 경동맥 또는 척추동맥의 협착 * 일과성 허혈발작: 일시적 편측마비, 편측 시야마비, 실어증 또는 이에 준하는 증상 등으로 단순 어지럼증은 해당 안 됨. 2. 급여개수 스텐트는 한 병변 당 1개 사용을 원칙으로 함. 다만, 스텐트의 길이를 초과하는 병변, 병변의 시술 전·후 혈관 박리 시, 혈관 내 치료가 필요한 다발병소(tandem lesion), 굴곡이 심한 혈관 등과 같이 인정개수 이외 추가사용이 불가피한 경우에는 병변 당 1개를 추가하여 최대 2개까지 요양급여를 인정함. ※ NASCET: North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial (고시 제2019-131호, '19.8.1. 시행)
52	경피적 두개강내 동맥 스텐트 삽입술 시 스텐트의 급여기준	두개강내 동맥(intracranial artery)에 삽입하는 스텐트는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 1. 유증상의 70% 이상 두개강내 대혈관(내경동맥(internal carotid artery), 중대뇌동맥(middle cerebral artery),

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		척추동맥(vertebral artery), 기저동맥(basilar artery)) 협착 시 6개월 이상 항혈소판제 및 항고지혈증 약물을 투여하였음에도 혈관 협착에 의해 증상성 뇌경색이 발생한 경우 다만, 집중적인(intensive) 약물치료에도 증상이나 병변 재발이 있는 경우에는 6개월 이내 시행 시에도 사례별로 인정함. 2. 혈관내막박리가 있는 경우 3. 두개내 혈관 폐색으로 인한 급성 허혈 뇌졸중 환자에서 기계적 혈전제거술을 시행한 이후에도 혈관 협착이 70% 이상 남아 혈류 역학적으로 폐색의 가능성이 높다고 판단되는 경우 (고시 제2019-131호, '19.8.1. 시행)
53	방사선하 소화기계 중재적 시술 시 사용하는 조영제주입용 카테터(소화기계)의 급여기준	조영제주입용 카테터(소화기계)는 방사선하 소화기계 중재적 시술에 사용 시 만곡부 병변의 통과가 용이하고 장기의 손상이 적으며 병변의 길이 측정이 가능한 점 등을 감안하여 자672 방사선하 소화관협착확장술(풍선확장술, 스텐트 삽입술)에 요양급여를 인정함. (고시 제2022-130호, '22.6.1. 시행)
54	관정맥 (Coronary vein)에 심실조율 전극 삽입시 사용하는 조영제 주입용 카테터(CORONARY SINUS & VEIN)의 급여기준	조영제 주입용 카테터(CORONARY SINUS & VEIN)는 정맥동의 위치 및 관정맥의 형태를 확인하기 위해 사용하는 치료재료로, 다음의 경우에 사용 시 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. CRT(Cardiac Resynchronization Therapy) 나. CRTD(Cardiac Resynchronization Therapy- Defibrillation) 다. 삼첨판 판막 치환술 후 서맥이 발생하여 우심실에 전극을 위치시키기 어려워서 관정맥에 심실 조율 전극을 삽입하는 경우 (고시 제2016-190호, '16.10.1 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
55	뇌혈관의 중재적 시술 시 사용하는 Distal Access Intermediate Catheter (원위 접근용 중간도관) 급여기준	Distal Access Intermediate Catheter(원위 접근용 중간도관)는 뇌혈관의 중재적 시술 시 뇌혈관 또는 대동맥의 꺾임과 굴곡이 심하거나 혈관 근위부의 지지가 약하고 불안정하여 카테터의 진입이 어려울 경우 1개를 요양급여로 인정함. (고시 제2019-131호, '19.8.1. 시행)
56	Y-connector 급여기준	1. Y-connector는 가이드카테터 등에 기구 삽입 또는 제거 시 지혈유지, 색전(Embolism) 방지를 위해 사용되는 혈관접속용 치료재료로, 다음의 경우에 사용 시 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 경피적 혈관중재술 나. 혈관조영촬영 등 혈관 내로 카테터를 삽입하여 시행하는 진단적 검사 다. 상기 가., 나. 이외 비혈관계 시술에서 의학적 필요성이 인정되는 경우 사례별 인정 2. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 및 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 별도로 적용기준을 정한 경우, 해당 고시에 따름. (고시 제2018-70호, '18.4.1. 시행)
57	혈관 중재적 시술 후 지혈용-침습적 지혈기구의 급여기준	1. 혈관 중재적 시술 후 지혈용-침습적 지혈 기구는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 다음과 같은 경우에 본인부담률 50%를 적용함. - 다 음 - 가. 대퇴동맥을 통한 혈관 중재적 시술 시(진단적 시술 제외)에 6Fr 이상의 femoral sheath가 반드시 필요하여 대퇴동맥 천자 부위가 크고 지혈이 어려운 경우 나. ECMO(체외순환막형산화요법, Extra Corporeal Membrane Oxygenation) 적용 후 대퇴동맥의 cannul 제거 시

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		2. 위 1항의 적응증 이외에 대퇴동맥 천자부위를 지혈하는 경우에는 장기간 침상 안정이 불가능 하거나, 지혈이 어려울 정도의 항응고제 투여 등 진료 담당의사가 반드시 필요하다고 판단되는 경우에 한하여 본인부담률 80%를 적용함. (고시 제2019-237호, '19.11.1. 시행)
58	경피적 근성부 심실중격 결손 폐쇄술 및 사용하는 치료재료 (경피적심실중격결손 폐쇄술용-OCCLUDER)의 급여기준	자651-3 경피적 근성부 심실중격결손 폐쇄술 및 사용 하는 치료재료(경피적심실중격결손폐쇄술용 - CLUDER)의 인정기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 1. 선천성 근성부 심실중격결손 환자 중 심실중격의 위치가 심실 첨부와 최소 3mm 이상 떨어진 경우 아래 요건 중 하나 이상을 충족할 경우 인정함 가. 좌심 확장을 보이거나 좌우 단락의 양 (Qp:Qs) >1.5인 경우 나. 수술적 교정이 필요하나 가역적인 폐 고혈압이거나 심한 청색증이 없는 경우 다. 수술적 방법으로 심실 중격결손 폐쇄술을 시행한 기왕력이 있으나 수술 후 잔류단락이 남아있는 경우 라. 수술 후 잔류단락 양이 적더라도 심실중격결손과 관련된 심내막염의 기왕력이 있는 경우 2. 상기 1.에도 불구하고 아래와 같은 경우에는 금기증에 해당되므로 인정하지 아니함 가. 감염성 심내막염을 초래할 수 있는 전신적 세균감염이 있는 경우 나. 기대여명 3년 미만의 악성 종양 다. 심초음파 상 심장 내 혈전이 있는 경우 라. 출혈장애 또는 아스피린 치료가 금기인 환자(지혈장애, 위장관의 염증성 혹은 궤양성 병변 등이 있는 경우) 마. 아이젠멩거 증후군(Eisenmenger syndrome)을 시사하는 폐고혈압이 존재하는 경우 바. 심장 수술만을 통해 치료가 가능한 관련된 선천성

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		심장기형이 있는 경우 사. 부분적인 정맥 귀환 이상이 있는 경우 아. 심실중격결손을 통해 역행성 우-좌 션트가 있는 경우 자. 심실중격결손부위가 대동맥 테(Aortic rim)에 너무 가까이 위치된 경우 (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
59	중재적 시술 시 사용하는 Distal Access Guiding Catheter의 급여기준	중재적 시술 시 사용하는 Distal Access Guiding Catheter는 다음과 같이 요양급여를 인정함. 단, Distal Access Intermediate Catheter와의 병용사용은 인정하지 아니함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 뇌동맥류 및 혈관박리의 혈관색전술 2) 뇌동정맥 기형, 경막동정맥루의 혈관색전술 3) 급성 뇌혈관 폐색의 기계적 혈전 제거술 혹은 혈전용해술 4) 두개강 내·외 뇌혈관 협착증의 스텐트삽입술 및 풍선 혈관성형술 나. 급여개수 시술 당 1개 인정. 단, 동일 병변 치료 시 서로 다른 혈관으로 동시 접근하는 경우에는 2개까지 인정함. (고시 제2020-19호, '20.2.1. 시행)
60	결석제거용 BASKET의 급여기준	결석제거용 BASKET은 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 1. 급여대상 가. 자321 경피적 요관절석술 나. 자321-1 요관경하 요관절석술 다. 자321-3 연성신요관경하 결석제거술 라. 자337-1 경피적 신절석술 마. 자670 경피적 담석제거술 바. 자776라 역행성 담췌관 내시경수술 - 담석제거술 사. 자777나 경피적담관[낭]경을 이용한 시술-담석제거술

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		아. 나774 요관경검사 (단, 상부요로계 종양의증에 한함) 2. 급여개수: 1개 3. 아래와 같은 경우 결석제거용 BASKET의 추가사용을 인정함. - 아 래 - 가. 비뇨기계 1) 1㎝ 이상의 요로결석이 있는 경우 2) 3개 이상의 다발성 결석인 경우 3) 해부학적 이상이 있는 경우 4) 신장과 요관에 동시에 결석이 있는 경우 나. 담도계 1) 쇄석술을 시행하는 경우 2) 1㎝ 이상의 거대결석이 있는 경우 3) 5개 이상의 다발성 결석을 제거하는 경우 (고시 제2020-220호 ,'20.10.1. 시행)
61	경피적 대동맥류내 다층구조 혈류 모듈레이터 삽입술에 사용하는 치료재료(Multilayer Flow Modulator)의 급여기준	1. 경피적 대동맥류내 다층구조 혈류 모듈레이터 삽입술에 사용하는 치료재료(Multilayer Flow Modulator)는 다음의 경우에 요양급여 하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 분지혈관이 있어 혈관내 스텐트-이식 설치술이 불가한 흉부 또는 복부 대동맥류 환자에게 동 시술 시행이 적합하다고 다학제통합진료*를 통해 판단되는 경우로, 아래의 1), 2) 요건을 모두 충족하여야 함 * 순환기내과 전문의, 영상의학과 전문의, 혈관외과 또는 심장혈관흉부외과 전문의 참여 - 아 래 - 1) 수술불가능 또는 수술고위험군

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		: STS(The Society of Thoracic Surgeons) Score* > 8% 또는 EuroScore(European System for Cardiac Operative Risk Evaluation) II** ≥ 15%에 해당하는 경우 * STS Score : Isolated AVR 기준 ** EuroScore II : Single non CABG 기준 2) 대동맥 (1) 흉부대동맥류 직경 5.5~6.5cm, 복부대동맥류 직경 5.0~6.5cm (2) 제품 이식 부위(Landing zone)로부터 최소 20mm에 병변이 없는 경우 나. 급여개수: 1개 2. 상기 1.에도 불구하고 아래와 같은 경우에는 금기증에 해당되므로 인정하지 아니함 가. 이전 및 동시에 인조혈관스텐트(stent-graft)를 이식하는 경우 나. 동맥류가 파열된 경우 다. 대동맥 근위부 동맥류(Aortic root aneurysm) 라. 대동맥 박리 마. 감염이 있거나 의심되는 경우 (예: 진균성동맥류) 바. 결합조직장애가 있거나 의심되는 경우 (예: 마르팡증후군, 엘러스-단로스 증후군, 로이 디에츠 증후군) 사. 항암치료 중인 환자 아. 응고 문제 병력이 있는 환자 자. Shaggy Aorta 차. 타카야수 동맥염 카. 조영제 주입을 받을 수 없는 환자 타. 동정맥루(arterio-veinous fistula) 파. 임산부 또는 수유부 하. 18세 이하 환자 (고시 제2023-121호, '23.7.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
62	방사선방출미세구 급여기준	방사선방출미세구는 방사선 동위원소가 함유된 미세구(microspheres)로 간 종양에 주입하여 병변을 괴사시키는 동맥경유 방사선색전술에 사용한 경우 시술 당 1회를 별도 산정함. (고시 제2020-262호, '20.12.1. 시행)
63	대동맥 혈관내 이식편 고정술에 사용하는 치료재료의 급여기준	대동맥 혈관내 이식편 고정용 GUIDING CATHETER, APPLIER, ANCHOR는 대동맥 혈관내 이식편 고정술에 사용하는 치료재료로, 다음의 경우에 요양급여를 인정하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함. - 다 음 - 가. 급여대상: 경피적 혈관내 스텐트-이식 설치술(EVAR, TEVAR)* 중이나 후에 type I endoleak이 발생한 경우 나. 급여개수: GUIDING CATHETER, APPLIER는 각 1개, ANCHOR는 실사용량으로 인정함 * EVAR: Endovascular Aneurysm Repair, TEVAR: Thoracic Endovascular Aneurysm Repair (고시 제2021-16호, '21.2.1. 시행)
64	Flow-disruptor를 이용한 뇌동맥류 색전술용 색전기구(Embolization Device)의 급여기준	Flow-disruptor를 이용한 뇌동맥류 색전술시 사용하는 색전 기구(Embolization Device)로 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함. - 다 음 - 가. 급여대상: 낭상동맥류(Saccular aneurysm) 중 크기가 직경3~10mm이고, 경부 4mm 또는 Dome-to-neck ratio 1~2이면서 아래에 위치한 뇌동맥류 - 아 래 -

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		가) 중대뇌동맥 분지(MCA bifurcation) 나) 내경동맥 말단(ICA terminus) 다) 전교통동맥 복합체(AComm complex) 또는 뇌기저동맥 첨단부(Apex of the Basilar Artery) 나. 급여개수: 1개 다. 뇌동맥류 색전술용 Micro Coil 및 STENT의 병용 사용이 불가피하게 필요한 경우, 의사소견서 및 진료기록부 등 관련 자료를 첨부하여야 하며 제출된 관련 자료를 참조하여 사례별로 인정함. (고시 제2021-102호, '21.4.1. 시행)
65	희소·필수 치료재료 (COVERED MOUNTED CP STENT, BIB CATHETER)의 급여기준	선천성 심장병 환자에게 사용하는 COVERED MOUNTED CP STENT와 전용 확장 시스템인 BIB CATHETER는 희소·필수 치료재료로, 식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 아래의 경우에 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. COVERED MOUNTED CP STENT 1) 해당 코드 - J8510010, J8510110, J8510310 2) 사용목적 - 선천성심질환 환자 중 심한 대동맥 축착, 대동맥 단절, 석회화된 대동맥, 심한 우심실유출로(RVOT) 협착, 혈관이 약해져 있거나 혈관류(aneurysm)가 동반되어 있는 환자, 기존 혈관 박리가 있거나 위험성이 있는 환자, 석회화 되어있는 우심실유출로(RVOT), 도관, 판막 등에 중재술을 시행하는 경우 혈관 파열에 따른 단시간 대량 출혈의 위험을 감소하기 위해 사용되는 스텐트 나. BIB CATHETER 1) 해당 코드 - J8510210

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		2) 사용목적 – 선천성심질환 환자 중 직경이 큰 혈관에 사용되는 스텐트삽입술이 필요한 환자에 스텐트를 정확히 위치화 함으로써 이탈, 색전을 방지하기 위해 사용되는 풍선도자 ※ RVOT(right ventricular outflow tract) (고시 제2021-233호, '21.9.1. 시행)
66	희소·필수치료재료 (BEGRAFT PERIPHERAL)의 급여기준	풍선팽창형 STENT GRAFT인 BEGRAFT PERIPHERAL은 희소·필수 치료재료로, 식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 아래의 경우에 요양급여를 인정함. – 아 래 – 가. 해당코드 – J5508010 나. 사용목적 – 장골 및 신장 동맥에 배치되어 급성천공, 급성파열 및 누공이 발생한 환자 – 동맥류 등이 발생한 환자의 시술도중 급성파열이 발생할 가능성이 있을 경우 (고시 제2022-185호, '22.8.1. 시행)
67	말초혈관 투석도관용 STENT GRAFT의 급여기준	1. 말초혈관 투석도관용 STENT GRAFT는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. – 다 음 – 가. 급여대상 1) 인조혈관 동정맥루(ArterioVenous Graft, AVG) 환자 중 정맥문합부의 투석혈관 협착에 풍선확장 시 50% 이상의 탄성반동(elastic recoil)이 있어 협착 확장에 실패한 경우(기존 Stent Graft가 삽입된 경우 추가로 인정하지 아니함) 2) 인조혈관 동정맥루(AVG) 환자의 AV Graft에 1.2cm 이상

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		동맥류(aneurysm)가 있을 때 3) 인조혈관 동정맥루(AVG)와 자가혈관 동정맥루(Arterio Venous Fistular, AVF)환자에게 풍선 확장술 후 혈관 파열(rupture)된 경우 나. 급여개수: 시술 1건당 1개 인정함 2. 상기 1항 급여대상의 시술은 자660 경피적혈관내 금속스텐트삽입술(기타혈관)로 산정토록 함. (고시 제2022-206호, '22.9.1.시행)
68	희소·필수 치료재료 (SURFACER)의 급여기준	SURFACER는 희소·필수 치료재료로, 식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 자701다 혈액투석을 위한 정맥내 카테터삽입술-혈액투석 도관 삽입을 위한 역방향의 중심정맥 재개통술 시행 시 아래의 경우에 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 해당코드 - J4088010 나. 사용목적 - 양측 상지 중심정맥 폐색으로 인해 내경정맥과 쇄골하정맥으로 혈액투석 도관 삽입이 불가능한 환자의 우측 중심정맥(내경정맥, 쇄골하정맥)에 혈액투석 도관 삽입 시 사용 (고시 제2022-228호, '22.10.1. 시행)
69	CARDIAC IMPLANTABLE ELECTRONIC DEVICE LEAD 제거용 SHEATH의 급여기준	CARDIAC IMPLANTABLE ELECTRONIC DEVICE LEAD 제거용 SHEATH는 심박기 거치술(Implantation of Pacemaker), 심장재동기화치료(Cardiac Resynchronization Theraphy, CRT), 심율동 전환 제세동기 거치술(Implantation of Cardioverter Defibrillator, ICD) 시행 후 심장 내 삽입 전기장치의 전극선 제거 시 사용하는 치료재료로 다음과 같은 경우 요양급여를 인정함 - 다 음 -

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		1. 급여대상 가. 전극선을 삽입한 지 만 1년 이상 경과 후 전극선 제거술을 시행하는 경우 나. 전극선을 삽입한 지 만 1년 미만이라도 'CARDIAC IMPLANTABLE ELECTRONIC DEVICE LEAD 제거용 DILATOR SHEATH'를 사용하여 전극선 제거술을 시도했으나 실패한 경우 2. 급여개수 전극선 당 1개 사용을 인정함 3. 상기 1의 급여대상 이외의 경우 또는 2의 급여개수를 초과하여 사용하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함 (고시 제2022-267호, '22.12.1. 시행)
70	희소·필수 치료재료(BEGRAFT PERIPHERAL PLUS)의 급여기준	풍선팽창형 STENT GRAFT인 BEGRAFT PERIPHERAL PLUS는 희소·필수치료재료로, 식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 아래의 경우에 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 해당코드 - J8508010 나. 사용목적 - 개복 수술로 개선할 수 없는 흉복부 대동맥류가 있는 고위험 환자의 혈관 내 치료를 위해 사용하는 Zenith t-branch 제품과 함께 사용 시 인정 (고시 제2022-309호, '23.1.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
71	희소・필수 치료재료 (SINUS-SUPERFLEX-DS)의 급여기준	자가팽창형 STENT인 SINUS-SUPERFLEX-DS는 동맥관 의존형 체순환 또는 폐순환 생리를 가진 복잡 심기형에 사용하는 희소·필수 치료재료로, 식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 다음의 경우에 요양급여를 인정함 - 다 음 - 가. 해당코드 - J8513010 나. 사용목적 - 형성저하성 좌심증후군(Hypoplastic Left Heart Syndrome, HLHS)(Q23.4) 및 폐동맥판 폐쇄 (Pulmonary Atresia) (Q22.0)의 치료 (고시 제2023-119호, '23.7.1. 시행)

제 6 장

내시경하 시술료

제 6 장 내시경하 시술료

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
1	경피적 신우루 설치술 후 이를 확장하고 내시경으로 결석제거 시 재료대	경피적 신우루 설치술후 이를 확장하고 내시경으로 결석제거시 재료대는 신우루용 카테타 1개, G-W 1개, Dilators, 조영제는 별도 산정할 수 있음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
2	내시경적 역행성 담도조영술시 진단목적으로 사용되는 담석제거용 Retrieval Balloon Catheter 사용 시 인정여부	내시경적 역행성 담도조영술시 진단목적으로 사용되는 담석제거용 Retrieval Balloon 카테타는 담도와 십이지장 사이에 누공이 있거나 유두부 괄약근 기능 부전시에 누공으로 조영제가 누출되는 경우 정확한 검사를 하기 위하여 사용되는 재료이기는 하나 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
3	누관스텐트삽입술용 재료(Canaliculus Intubation Set 등)의 급여기준	눈물배출 장애 시 눈물배출계의 개방을 유지하기 위하여 사용하는 누관스텐트삽입술용 치료재료(Canaliculus Intubation Set 등)는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 자548 누소관성형술 [누관내삽관 포함] 나. 자549 누낭절개술 다. 자549-1 레이저 누낭 및 비루관 절개술 라. 자552 누관튜브법 마. 자552-1 내시경하 누관스텐트 삽입술 바. 자554 누낭비강문합술 (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
4	역행성 담췌관 내시경하 결석제거술시 동시 사용한 Stone Basket과 Balloon Catheter 인정여부	역행성담췌관 내시경하 결석제거술시 Stone Basket과 Balloon Catheter는 Stone Basket으로 결석을 분쇄하여 제거하고 남은 잔석은 Balloon Catheter를 사용하여 쓸어내림으로서 잔석을 남기지 않고 완전하게 제거할 수 있는 상호보완적인 치료재료인 점등을 감안하여 동시 사용시에는 각각 인정함. (고시 제2008-110호, '08.10.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
5	자776 역행성 담췌관 내시경 수술 시 사용되는 유도철사(Guide Wire)의 급여기준	자776 역행성 담췌관 내시경 수술 시 사용되는 유도철사(guide wire)는 별도 산정할 수 있음. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
6	내시경적 시술 시 사용되는 Sclerosing Needle의 급여기준	1. 내시경적 시술 시 사용되는 Sclerosing Needle은 식약처 허가사항의 사용목적에 따라 다음의 경우에 시술당 1개 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 내시경적 절제 및 절개술 시 1) 자765나 내시경적 상부 소화관 종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술 2) 자765다 내시경적 상부 소화관 종양수술-점막하 박리 절제술 3) 자770나 결장경하 종양수술-점막절제술 및 점막하 종양절제술 4) 자770다 결장경하 종양수술-점막하 박리 절제술 5) 자775나 에스상결장경하 종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술 6) 자778마 풍선 소장내시경하 용종 절제술 7) 자779 경구 내시경 근절개술 나. 내시경적 출혈 지혈 시 1) 자762 내시경적 상부 소화관 출혈 지혈법 2) 자768 결장경하 출혈 지혈법 3) 자773 에스상결장경하 출혈 지혈법 다. 전자기유도기법을 이용한 나759마 기관지경검사-경기관지 위치표식술 2. 상기 1.가.~다.의 시술이 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50% 내지 80%를 적용하는 경우 동 치료재료도 관련 시술의 본인부담률을 동일 적용함 (고시 제2021-206호, '21.8.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
7	내시경하 지혈용 CLIP 및 CLIP FIXING DEVICE의 급여기준	내시경하 지혈용 CLIP 및 CLIP FIXING DEVICE는 내부조직을 막거나 접속하는 기구로 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 자762 내시경적 상부 소화관 출혈 지혈법 나. 자768 결장경하 출혈 지혈법 다. 자773 에스상결장경하 출혈 지혈법 라. 자766 내시경적 상부 소화관 천공 치료술 마. 자770-1 내시경적 하부 소화관 천공 치료술 (고시 제2019-305호, '20.1.1. 시행)
8	내시경적 시술용 지혈겸자의 급여기준	1. 내시경적 시술용 지혈겸자는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 자765다 내시경적 상부 소화관 종양수술-점막하 박리 절제술 나. 자770다 결장경하 종양수술-점막하 박리 절제술 다. 자779 경구 내시경 근절개술 2. 상기 1.의 내시경적 점막하 박리절제술(ESD)이 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80% 적용하는 경우에는 동 치료재료도 동일하게 적용함. (고시 제2019-80호, '19.5.1. 시행)
9	소화기 내시경하 스텐트삽입술시 Guide Wire의 급여기준	소화기 내시경하 스텐트 삽입술 시 스텐트 삽입을 유도하기 위한 목적으로 사용하는 Guide Wire는 필수 치료재료로 다음의 경우에 인정함. - 다 음 - 가. 자764 내시경적 상부소화관 확장술 다. 스텐트삽입 나. 자769 결장경하 협착 확장술 나. 내시경적 결장 스텐트삽입술 다. 자774 에스상결장경하 협착확장술 나. 스텐트삽입 라. 자778 풍선소장내시경하 시술 라. 스텐트삽입술 (고시 제2017-15호, '17.2.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
10	내시경하 췌담도내 점막세포 채취용 치료재료의 급여기준	내시경하 췌담도내 점막세포 채취용 치료재료는 내시경을 통하여 세포채취에 사용하는 치료재료로, 다음의 경우에 인정함. - 다 음 - 가. 나762 내시경적 역행성 담췌관조영술[방사선료 포함] 나. 나764 담도경검사 다. 자776 역행성 담췌관 내시경 수술 (고시 제2017-15호, '17.2.1. 시행)
11	내시경적 시술용 Knife의 급여기준	1. 내시경적 시술용 Knife는 다음의 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 및 급여개수 1) 자765다 내시경적 상부 소화관 종양수술-점막하 박리 절제술: 1개 2) 자770다 결장경하 종양수술-점막하 박리 절제술: 1개 3) 자779 경구 내시경 근절개술: 2개 나. 다만, 상기 가.의 내시경적 점막하 박리절제술(ESD) 시 아래와 같은 경우에는 내시경적 시술용 Knife 1개를 추가로 인정함. - 아 래 - 1) 위(Stomach) 가) 섬유화로 박리가 어려운 경우 나) 병변의 위치가 접근이 어려운 경우(위 분문부, 유문부, 기저부) 다) 위선종이 4cm이상인 경우 2) 식도(Esophagus)·결장(Colon)·직장(Rectum) 가) 섬유화로 박리가 어려운 경우 나) 병변의 위치가 접근이 어려운 경우 2. 상기 1.의 내시경적 점막하 박리절제술(ESD)이 「선별

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80% 적용하는 경우에는 동 치료재료도 동일하게 적용함. (고시 제2019-80호, '19.5.1. 시행)
12	1회용 경피 경간 담관 내시경 카테터(PTCS catheter) 급여기준	담관 내시경이 통과할 수 있는 경피 경간 통로의 확장을 위해서 1회용 경피 경간 담관 내시경 카테터(PTCS catheter)를 사용한 경우 1회 시술시 2개 이내에서 실사용량으로 요양급여를 인정함. 다만, PTCS catheter를 사용하여 통로의 확장과 배액이 동시에 이루어진 경우에는 배액의 용도로 추가 인정하지 아니함. (고시 제2018-314호, '19.1.1. 시행)
13	내시경하 담(췌)관 협착 확장용 카테터 급여기준	내시경하 담(췌)관 협착 확장용 카테터는 유두문, 담관 또는 췌관 협착 부위를 확장시키기 위해 사용하는 1회용 치료재료로 다음의 경우에서 협착 확장에 사용 시 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 역행성 담췌관 내시경 수술(자776) 2) 내시경적 역행성 담췌관조영술 [방사선료 포함](나762) 나. 급여개수: 최대 2개 이내 실사용량을 요양급여로 인정함. 단, Balloon catheter로 충분한 확장이 되지 않을 경우 Balloon catheter 1개, 내시경하 담(췌)관 협착 확장용 카테터 1개를 요양급여로 인정함. (고시 제2018-314호, '19.1.1. 시행)
14	내시경적 시술용 Knife & Sclerosing Needle(일체형)의 급여기준	1. Knife & Sclerosing Needle (일체형) 재료는 다음의 경우 요양급여 하되, 내시경적 시술용 Knife 또는 Sclerosing Needle과의 병용사용은 인정하지 아니함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 자765다 내시경적 상부 소화관 종양수술-점막하 박리 절제술

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		2) 자770다 결장경하 종양수술-점막하 박리 절제술 3) 자779 경구 내시경 근절개술 나. 급여개수: 1개 2. 다만, 상기 1.에도 불구하고 다음과 같은 경우에는 내시경적 시술용 Knife 1개를 추가로 인정함. - 다 음 - 가. 내시경적 점막하 박리절제술(ESD) 시 아래와 같은 경우 - 아 래 - 1) 위(Stomach) 가) 섬유화로 박리가 어려운 경우 나) 병변의 위치가 접근이 어려운 경우(위 분문부, 유문부, 기저부) 다) 위선종이 4cm이상인 경우 2) 식도(Esophagus)·결장(Colon)·직장(Rectum) 가) 섬유화로 박리가 어려운 경우 나) 병변의 위치가 접근이 어려운 경우 나. 자779 경구 내시경 근절개술 3. 상기 1.,2.의 내시경적 점막하 박리절제술(ESD)이 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80% 적용하는 경우에는 동 치료재료도 동일하게 적용함. (고시 제2019-80호, '19.5.1. 시행)
15	내시경하 천공봉합용 Clip 및 내시경하 천공봉합 Clip용 Accessory 급여기준	1. 내시경하 천공 봉합용 Clip은 10~30mm 크기의 천공에 한하여 다음의 경우에 1개를 요양급여하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함. - 다 음 - 가. 자766 내시경적 상부 소화관 천공 치료술 나. 자770-1 내시경적 하부 소화관 천공 치료술

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		2. 상기 1.의 급여대상 중 조직이 섬유화 및 경화된 천공의 경우 내시경하 천공봉합 Clip용 Accessory 1개를 요양급여하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함. (고시 제2020-163호, '20.8.1. 시행)
16	내시경하 담췌관 ACCESS CATHETER의 급여기준	도관 기반의 담(췌)관경 검사 및 역행성 담췌관 내시경 수술 시 사용하는 내시경하 담췌관 ACCESS CATHETER는 다음과 같은 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률 80%로 요양급여를 인정함 - 다 음 - 가. 급여대상 1) 담도 및 췌장 병변의 진단검사 악성종양이 의심되어 내시경적 역행성 담(췌)관조영술로 조직 검사 또는 세포진 검사(Cytology Brush)를 시행하였으나 확진되지 않은 경우 2) 담(췌)석 제거 난치성 담(췌)관 결석 또는 거대 담관 결석에서 자776라 담(췌)석 제거술 실패 후 재시행한 경우 3) 담(췌)관 협착 역행성 담췌관 내시경 수술(자776나, 자776다, 자776라) 시 담(췌)관 협착으로 가이드와이어(guide wire)가 통과되지 않아 더 이상의 진단 또는 치료 시술을 시행할 수 없는 경우 나. 급여개수: 치료기간 중 1개 (고시 제2021-178호, '21.7.1. 시행)

제 7 장

영상진단 및 방사선 치료료

제 7 장 영상진단 및 방사선 치료료

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
1	"CTP-200-FLS"의 요양급여 대상여부	"CTP-200-FLS"는 전산화단층영상진단(CT)시 조영제 주입을 위하여 조영제 주입기에 연결하여 사용하는 일회용 조영제 주입용 자동주사기로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음. (고시 제2002-80호, '03.1.1. 시행)
2	계수형 전산적 감산 혈관조영술시 1회용 자동주사기 별도 산정여부	계수형 전산적 감산 혈관조영술시 1회용 자동주사기를 사용하더라도 별도 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
3	사슬방광 조영술의 급여여부	사슬방광 조영술은 여성이 분만시 주로 발생하는 긴장성 뇨실금을 진단하는데 필수적이며 사용되는 사슬방광요도 조영기구(Pollack Bead Chain Cystourethrography Set)는 소독후 재사용하는 반영구적인 재료이므로 소정 촬영료에 포함시켜 별도로 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
4	심혈관조영술 및 중재적시술시 사용한 Compact Disc (CD)의 급여여부	심혈관조영술(중재적시술 포함)시 사용하는 Compact Disc의 급여여부에 대하여 검토한 결과, CD는 Digital Cardiac Image 자체를 영상으로 보관하여 화질이 우수하고 미세 병변 관찰에 유용하며 Cine Film보다 소요 비용이 저렴한 점 등 여러 장점이 있으므로 심혈관조영 및 중재적시술시 Cine Film 대용으로 사용하는 CD는 급여로 인정함. 아울러, 영상저장 및 전송시스템(PACS)을 이용하더라도 심혈관 조영술은 Image가 많아 별도로 Cine Film 또는 CD에 저장하므로 동일하게 적용하며, 이 경우 Full PACS기관의 PACS를 이용한 처리비용은 별도로 산정할 수 없음. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
5	Laser Film, Roll Film에 대한 재료대 급여여부	○ 혈관조영 및 중재적시술시 기존의 X-선 촬영장비(Computer)에 Laser Camera를 부착하여 Laser Film으로 투시촬영 할 경우 병소의 크기에 따라 자유로이 다화면 처리가 가능하며 필름소모량이 적고 대조도, 분해능이 뛰어나 상이 분명하여 미세한 부분도 선명하게 촬영할 수 있는 장점이 있으므로 급여대상으로 함. ○ 105mm Film Camera로 배변조영 촬영등과 같은 동태적 조영촬영시 사용하는 105mm Roll Film은 순간적인 움직임의 변화를 연속(2-6매/초)적으로 촬영할 수 있는 장점이 있으므로 급여대상으로 함. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
6	체액분비관 확장술용 Catheter의 급여기준	체액분비관 확장술용 Catheter는 체내의 체액분비관 내의 이상 유무를 확인하기 위해 조영술을 실시할 때 사용하는 치료재료로 다233 누낭조영, 다217 유선조영, 다209 타액선 조영 등에 사용 시 요양급여를 인정함. (고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)
7	조영제주입용 말초혈관카테터 급여기준	조영제주입용 말초혈관카테터는 조영제 주입 시 혈관 외 유출 위험이 높거나 말초혈관확보가 어려운 환자에게 유용한 점을 감안하여 만 6세미만의 소아에서 조영제를 사용하는 일반전산화단층촬영, 자기공명영상진단 검사 시 1개를 요양급여로 인정한다. (고시 제2018-184호, '18.9.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
8	체내표시기 치료재료 인정기준	1. 체내표시기는 호흡 등으로 인해 움직임이 있는 장기 및 연부조직에 방사선 치료 시 시술부위나 근접 부위에 삽입하여 시술자에게 위치 정보를 표시해 주는 방사선 불투과성 표시자(marker)로 다음의 경우에 한하여 인정함. - 다 음 - 가. 적용부위 : 간, 췌장, 전립선, 신장, 폐, 유방, 기타 움직임이 있는 연부종양 나. 인정개수: 치료 부위 당 4개 범위 내에서 실사용량을 인정함. 다만, 인정개수 초과 시 사례별로 인정함. 2. 다만, 체내표시기를 전자기유도기법을 이용한 나759마 기관지경검사-경기관지 위치표식술에 사용한 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률 50%를 적용하며 인정개수는 상기 1의 나.와 동일 적용함 (고시 제2021-206호, '21.8.1. 시행)
9	방사선치료 체내고정용 재료 급여기준(치료재료)	방사선치료 체내고정용 재료는 체외 방사선치료 시 치료부위의 움직임을 최소화하기 위하여 직장내 삽입하는 일회용 치료재료로, 전립선암의 "체외조사에 대한 방사선 모의치료 및 치료계획" 시와 체외 방사선 치료 1회당 1개 요양급여하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함. (고시 제2022-203호, '22.9.1. 시행)

제 8 장

비 급 여

제 8 장 비급여

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
1	"Cable-Ready Cable Pin System의 요양급여 대상여부"	주두골(Olecranon), 슬개골, 발목골절 정복에 사용되는 "Cable-Ready Cable Pin System"은 수술방법중 장력대 강선고정법 (Tension Band Wiring)인 기존치료법과 비교시 장점은 있다고 하나, 그 소요비용이 월등히 고가이고 보편적으로 사용되지 않는 재료이므로 비급여대상으로 함. (고시 제2005-101호, '06.1.1. 시행)
2	대장세척기의 급여여부	대장세척기(Colon - A - Sun 100)는 주로 개인의 건강관리를 위하여 대장의 노폐물을 일시적 또는 주기적으로 세척하는 행위로 이는 건강관리법의 하나인 단식요법과 유사하므로 비급여대상임. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
3	심도자법 컴퓨터 기록장치(Medical Display Analysis Recording System) 검사시 사용한 Recording Paper 급여여부	심도자법 컴퓨터 기록장치(Medical Display Analysis Recording System) 검사는 비급여 대상인바 동검사에 사용된 Recording Paper는 당연히 비급여 대상임. (고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
4	편평족 치료재료인 Kalix의 급여여부	편평족 치료재료인 "Kalix"는 전세계적으로 사용실적이 미비하고 국내 임상자료도 없으며 건강보험급여원리에 부합하지 아니하므로 비급여대상으로 함. (고시 제2001-40호, '01.7.1. 시행)
5	Cast Walker의 요양급여대상여부	cast walker는 보조기에 해당하므로 비급여대상으로 함. (고시 제2003-83호, '04.1.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
6	근관치료시 사용하는 근관충전재인 MTA 인정여부	근관치료시 사용하는 근관충전재인 MTA는 기존의 충전재에 비해 고가이므로 비용효과성 등을 감안하여 비급여토록 함. (고시 제2009-200호, '09.11.1. 시행)
7	로보트보조 인공관절 치환술용 절삭기구류 산정방법	로보트보조 인공관절치환술시 사용되는 절삭기는 『치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표』의 로봇보조 인공관절치환술용절삭기(비급여)로 인정함. (고시 제2017-152호, '17.9.1. 시행)

제 9장

한시적 허가범위 초과사용 치료재료

제 9 장 한시적 허가범위 초과사용 치료재료

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
1	두개성형용 시멘트 Plastic Kit의 허가·신고 또는 인정범위 초과 사용에 관한 급여기준	1. 두개성형용 시멘트 Plastic Kit는 식품의약품안전처장으로부터 허가·신고 또는 인정된 사항(효능·효과 및 사용방법)의 범위를 초과하여, 성장판 손상으로 발생한 골교 제거부위의 공동(cavity)에 삽입하는 개재물질(interposition material)로 다음과 같이 사용하는 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상: 자-27 골성장판성장억제술을 시행시 아래의 조건을 모두 충족한 경우에 산정함. - 아 래 - 1) 골교 제거 수술 당시 잔여 성장이 2년 이상 2) 골교가 전체 성장판 면적의 50% 미만인 경우 나. 산정방법 1) 산정코드: H3001001E 2) 상한금액: 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 의한 고시된 Plastic Kit(H3001001)의 상한금액의 범위 내에서 요양기관 실구입가로 산정함. 3) 본인부담률: 「치료재료의 허가·신고 또는 인정범위 초과 사용에 관한 절차 및 방법 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 2. 다만, 상기 1.에도 불구하고 동 치료재료의 허가범위 초과 사용은 「치료재료의 허가·신고 또는 인정범위 초과 사용에 관한 절차 및 방법 등에 관한 기준」에 따라 한시적으로 요양급여를 인정함. (고시 제2021-183호, '21.7.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
2	PTCA & PTA용 MICRO GUIDE WIRE(0.014inch)의 허가·신고 또는 인정범위 초과 사용에 관한 급여기준	1. RUNTHROUGH NS 및 ASAHI PTCA GW(AG, AGH, AGP)는 식품의약품안전처장으로부터 허가·신고 또는 인정된 사항(효능·효과 및 사용방법)의 범위를 초과하여, 관정맥(Coronary Vein)에 심실조율 전극을 삽입시키기 위한 가이드와이어로 다음과 같이 사용하는 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 심장재동기화치료(CRT, Cardiac Resynchronization Therapy) 2) 삼첨판막 치환술 후 관정맥(Coronary Vein)에 심실조율 전극을 삽입하는 경우 나. 산정방법 1) 산정코드: J6021368E, J6021031E 2) 상한금액 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 고시된 상한금액의 범위 내에서 요양기관 실구입가로 산정함. - J6021368E는 RUNTHROUGH NS(J6021368)의 상한금액 - J6021031E는 ASAHI PTCA GW(AG, AGH, AGP)(J6021031)의 상한금액 3) 본인부담률: 「치료재료의 허가·신고 또는 인정범위 초과 사용에 관한 절차 및 방법 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 2. 다만, 상기 1.에도 불구하고 동 치료재료의 허가범위 초과 사용은 「치료재료의 허가·신고 또는 인정범위 초과 사용에 관한 절차 및 방법 등에 관한 기준」에 따라 한시적으로 요양급여를 인정함. (고시 제2022-108호, '22.5.1. 시행)

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
3	뇌동맥류 코일이탈방지용 스텐트의 허가·신고 또는 인정범위 초과 사용에 관한 급여기준	1. ENTERPRISE VASCULAR RECONSTRUCTION DEVICE는 식품의약품안전처장으로부터 허가·신고 또는 인정된 사항(효능·효과 및 사용방법)의 범위를 초과하여, 두개강내 동맥 스텐트 삽입술에 사용하는 스텐트로 다음과 같이 사용하는 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 유증상의 70% 이상 두개강내 대혈관(내경동맥, 중대뇌동맥, 척추동맥, 기저동맥) 협착 시 6개월 이상 항혈소판제 및 항고지혈증 약물을 투여하였음에도 혈관 협착에 의해 증상성 뇌경색이 발생한 경우. 다만, 집중적인(intensive) 약물치료에도 증상이나 병변 재발이 있는 경우에는 6개월 이내 시행 시에도 사례별로 인정함. 2) 혈관내막박리가 있는 경우 3) 두개내 혈관 폐색으로 인한 급성 허혈 뇌졸중 환자에서 기계적 혈전제거술을 시행한 이후에도 혈관 협착이 70% 이상 남아 혈류 역학적으로 폐색의 가능성이 높다고 판단되는 경우 나. 산정방법 1) 산정코드: J5236013E 2) 상한금액: 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 고시된 ENTERPRISE VASCULAR RECONSTRUCTION DEVICE(J5236013)의 상한금액의 범위 내에서 요양기관 실구입가로 산정함. 3) 본인부담률: 「치료재료의 허가·신고 또는 인정범위 초과 사용에 관한 절차 및 방법 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 2. 다만, 상기 1.에도 불구하고 동 치료재료의 허가범위 초과 사용은 「치료재료의 허가·신고 또는 인정범위 초과

연번	제 목	세 부 인 정 사 항
		사용에 관한 절차 및 방법 등에 관한 기준」에 따라 한시적으로 요양급여를 인정함 가. 한시적 적용기간: 2023.2.1.부터 재평가 결과에 따른 별도 종료시까지 나. 재평가 시행년도: 2026년 다. 재평가 평가지표: 대체 급여 치료재료와 직접 비교한 2차 뇌졸중 재발률 · 재협착률 · 스텐트의 기술적 성공률 · 사망률 등 (고시 제2023-24호, '23.2.1. 시행)

Ⅳ

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제10조에 의거 신의료기술로 신청된 항목중 이미 심사기준으로 운용되고 있는 항목

일반사항

일반사항

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	각종 증명서 발급비용 (일반 진단서, 입원 및 치료 확인서, 진료비추정서, 장해진단서, 추가발급비용 등)	진단서 등 각종 증명서 발급비용은 환자가 부담함. (수수료 상한기준이 별도 정하여진 경우에는 그 비용에 의함) (고시 제2000-73호)
	필름 복사료 스캔결과 복사 Monitoring Data 복사 Video Tape 복사 Diskette 복사 진료기록부 복사	환자 제공을 위한 복사비용은 실비로 환자가 부담함. (고시 제2000-73호)
	표본대여(slide 대여) (타병원 전원시 표본제공을 위하여 표본을 다시 제작)	환자 제공을 위한 표본 재제작 비용은 실비로 환자가 부담함. (고시 제2000-73호)
	장비이동(portable)이 필요한 방사선촬영, 기관지경검사, 물리치료, 근전도검사 등	별도로 산정토록 명시된 경우를 제외하고는 해당 분류항목별 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	Video 녹화료 (각종 검사, 수술 등의 내용을 녹화한 후 환자 또는 보호자가 타 병원으로 가져가는 목적 등의 이유로 요구시 비디오 복사 제공)	환자의 요구에 의한 복사비용은 실비로 본인이 부담하되, 진료를 위한 비디오 녹화료는 기본진료료 또는 해당 수술료 등의 소정점수에 포함됨. (고시 제2002-13호)
	입원 또는 외래 환자 (가족 포함)에게 제공되는 각종 교육 및 상담	<행위 급여·비급여 목록표 및 상대가치점수 Ⅱ. 비급여 항목> “교육상담료”의 “주” 및 “별표1”에 해당하는 경우는 비급여대상이며, 이외의 경우는 기본진료료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2003-40호)

제 1 장

기본진료료

제 1 장 기본진료료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
가1 진찰료 가2 입원료	사시 기능 훈련, 약시 기능 훈련(차안법 및 시기능훈련)	가1 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨 (고시 제2000-73호)
	보조기 의수족 처방료	
	요양급여비용명세서	
	소견서, 촉탁서	
	구강진단 및 치료계획	
	특수구내진단	
	생리적하악위 검사	
	개폐구검사	
	구강안면동통 주관적검사	
	구강악안면동통 기왕력검사	
	구강안면동통 간이병력검사	
	구강악안면동통 상담 및 치료계획	
	구강안면동통 정기검사	
	악관절응급처치 check	
	미소요법(한방)	
	풍욕(한방)	
	Aseptic Technique (주사전 준비,주입 및 드레씽전 준비와 관련된 멸균관리)	
	활력증후측정, 사지혈압측정	
	알보칠 도포(1회당)	
	포도필린, AgNO3 도포 A,B AgNO3 Chemical Quaterization	

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
가1 진찰료 가2 입원료	재활치료를 위해 관련된 인력이 모여 치료목표, 치료방침 등을 정하는 판정회의	가1 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨 (고시 제2011-172호)
	항암제 투여관리	가1 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨 (고시 제2000-73호)
	고용량 주입약제 관리료	
	복위측정, Body Weight check	
	녹농균(Pseudomonas aeruginosa) 감염 환자의 환자관리료(소각한 환의 및 시트 등)	가1 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨. (녹농균이 감염되었거나 감염될 것을 우려하여 환자가 사용한 시트, 환자복과 환자진료에 사용한 고무장갑, 고무유치카테타, urine bag등을 소독하여 재사용하지 아니하고 소각할지라도 별도 산정할 수 없으며, 비급여 대상으로 하여 환자로부터 징수할 수 없는 것임) (고시 제2011-172호)
	치료용 콘택트렌즈 삽입	가1 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨 (고시 제2002-13호)
	Modified Meibomian Abscess Drainage (eyelid squeezing or scrub)	
	주시선호검사법(유아시력측정검사) Preferential looking test	
	연하장애평가(침상평가)	
	포괄적재활평가 evaluation conference	
	M.S.E[Mental Status exam]	
	치아동요검사	

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
가1 진찰료 가2 입원료	약품식별 및 정보제공료	가1 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨 (고시 제2002-69호)
	진찰권 재발행	
	Rancho Los Amigos 인지수준검사	
	Galveston 지남력 및 기억상실증검사	
	대비감도검사 Contrast Sensitivity Test	
	잠재시력검사 (Interferometer 또는 Potential Acuity Meter 이용)	
	기초체온에 의한 배란검사	
	체지방측정검사 [Caliper법]	
	정밀체성분측정검사 [impedance법]	
	전정재활운동치료 Vestibular rehabilitation therapy (전정기능장애시 회복이 촉진되도록 환자에게 재활치료의 목표와 방법을 자세히 설명하고 선택된 방법(눈운동, 걷기운동 등)을 설명, 교육하고 연습시킴)	
	비디오 보행 분석, 비디오 동작 평가 (환자의 일상생활 및 동작을 비디오 카메라로 촬영하여 치료전, 중, 후의 상태를 비교 분석한 경우)	

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
가1 진찰료 가2 입원료	주사약제 과민성검사 (약제투여전의 피부반응검사)	가1 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨 (고시 제2002-69호)
	혈청제제 과민성검사 (혈청제제 투여전에 실시하는 피부단자검사)	
	유소아 Photoscreening test	가1 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨. 다만, 필름 재료대는 상한금액범위내에서 실구입가로 환자가 부담함 (고시 제2002-69호)
	편심광검영기를 이용한 자동굴절검사	가1 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2020-70호)
	표면저체온요법 Surface cooling	사용목적, 대상, 방법이 동일한『자동열교환에 의한 체온조절장치』와 동일하게 가1 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨 * 사용장비 : HEMOTHERM (Hyper/Hypothemia system) (고시 제2008-169호)
	경표피 수분손실량 측정 Measurement of Transepidermal Water Loss	가1 외래환자 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨 (고시 제2014-191호)
	안검하수증 검사 Diagnostic Test for Blepharoptosis	중증 근무력으로 인한 안검하수의 감별진단을 위하여 실시하는 “피로도에 따른 눈꺼풀각막반사간거리 검사” 또는 “코간눈꺼풀연축검사”는 가1 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨 (고시 제2018-70호)

항 목	제 목	세부인정사항
	다주파수 바이오임피던스분석법을 이용한 체수분 상태 측정	가1 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨 다만, 의료용 전극은 별도 산정함 (고시 제2019-166호)
	부위별 다주파수 바이오임피던스법을 이용한 체수분 용적 측정	가1 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨 다만, 의료용 전극은 별도 산정함 (고시 제2019-315호)
가1 외래환자 진찰료	내진진찰료	가1 외래환자진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨 (고시 제2002-98호)
	수면무호흡증후군 환자의 지속적 상기도 양압술 (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP) 치료를 위한 교육 및 처방	가1 외래환자 진찰료의 소정점수에 포함됨 (고시 제2013-208호)
가1 외래환자 진찰료 또는 가2 입원료	치수온도검사 Thermal Pulp Test	가1 외래환자 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨 (고시 제2002-98호)
	국소약물요법 Local Delivery Therapy	
	측두하악장애행동요법 Behavioral Therapy for Temporomandibular Disorders	
	억제대사용(부분, 전신)	가1 외래환자진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨 다만, 정신건강의학과환자의 응급의 경우에 환자에게 억제나 격리시 행해지는 행위는 아10 정신의학적 응급처치의 소정점수에 포함됨 (고시 제2012-39호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	부비동 약물주입요법 Sinus Instillation Therapy	가1 외래환자진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2005-8호)
	피부병변사진촬영	촬영료는 기본진료료에 포함되므로 별도 산정하지 아니함. 다만, 필름, 사진 현상 인화료 또는 칼라프린터 인화지는 별도 산정함 (고시 제2005-100호)
	구강안면 저수준 레이저치료 Low-Level Laser Therapy of Orofacial Region	가1 외래환자진찰료 또는 가2입원료의 소정점수에 포함됨 (고시 제2006-32호)
	건강위험평가 Health Risk Assessment	
	골관절염의 레케네지수 Lequesne's Index	가1 외래환자 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨 (고시 제2009-96호)
	배스 강직성 척추염 계측지표 Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI)	
	배스 강직성척추염 질환활동도지수 Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index(BASDAI)	
	섬유근통영향척도 Fibromyalgia Impact Questionnaire	
	전신성 홍반성 루푸스 활동성 지표 Systemic lupus erythematosus disease activity Index(SLEDAI)	

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	전신홍반루푸스 손상지수 Systemic Lupus International Collaborative Clinics/American College of Rheumatology (SLICC/ACR) Damage Index	
	질병활성도 점수측정 Disease Activity Score 28 (DAS28)	
	피부경화점수 Modified Rodnan's skin score (mRSS)	
	상기도 근기능 운동 Upper Airway Myofunctional Exercise	가1 외래환자 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2019-251호)
	동공부등검사—구심성동공장애검사 (환자의 동공이 광원에 반응하는지 확인한 뒤, 한쪽 눈에 광원을 수초간 자극한 후 반대편으로 옮겨 동공반응을 확인하는 경우)	가1 외래환자 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨. (고시 제 2020-150호)
	자동시야계 등의 장비를 이용한 대비감도검사	가1 외래환자 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨. (고시 제 2021-128호)
	어지럼 장애 척도 검사	가1 외래환자 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨. (고시 제 2021-229호)
	이명 장애 척도 검사	

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
가1 외래환자 진찰료 또는 가7 신생아 입원료 또는 가9 중환자실 입원료	비침습적 경피 빌리루빈 검사	가1 외래환자 진찰료, 가7 신생아 입원료, 가9나 신생아 중환자실 입원료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2020-135호)
가1 외래환자 진찰료	원외처방전 관리	가1 외래환자진찰료의 소정점수에 포함됨 (고시 제2007-139호)
가2 입원료	방광훈련 (방광훈련을 위한 섭취, 배설량 측정행위)	가2 입원료의 소정점수에 포함됨 (고시 제2000-73호)
	고영양수액제 관리, 고영양수액제 투여관리	
	체위배액, 흉부운동, 체위배액법	
	Vibrator(호흡자극기) 사용 (간호사가 실시 또는 교육하는 행위)	
	좌욕기 사용	
	Positioning Device 사용 (척추손상환자의 position change를 용이하게 하는 기구)	

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	수동식 운동돕기	
	수면안정처치	
	운동신경 및 감각관찰, 구강간호, 눈간호, 손발톱정리	가2 입원료(입원환자간호관리료)의 소정점수에 포함됨 (고시 제2000-73호)
	24시간 소변량 수집, 24시간 소변량 측정	
	Kismo drainage, Kismo care	
	위생간호 (담요교환,환의교환,소독포교환)	
	소독홑이불	가2 입원료(입원환자병원관리료)의 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
	냉온찜질	가2 입원료(입원환자간호관리료)의 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
	열전등, 전기요법 heat lamp apply	
	휠체어 운전용장갑(Pusher mitt) 사용	가2 입원료(입원환자병원관리료)의 소정점수에 포함됨 (고시 제2000-73호)
	병실비품 (체온계, 수건, 소변기, 대변기, 수저, 환의, 시트, 홑이불, 담요, 베개 등)	가2 입원료(입원환자병원관리료)의 소정점수에 포함됨. 다만, 환자가 파손하거나 귀가시 소지하고 간 경우는 실비로 환자가 부담함 (고시 제2000-73호)
	보행기, 의자차, 지팡이 대여	가2 입원료(입원환자간호관리료)의 소정점수에 포함됨. 환자가 대여하여 귀가할 경우 대여 비용은 실비 본인 부담 (고시 제2000-73호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	간호상담	정신건강의학과 입원환자를 대상으로 실시하는 일반적인 간호상담의 경우로 가2 입원료(입원환자간호관리료)의 소정점수에 포함됨 (고시 제2012-39호)
	낙상예방	가2 입원료(입원환자간호관리료)의 소정점수에 포함됨 (고시 제2002-13호)
	무균수술실료 (6개월마다 filter 교환비용)	가2 입원료(병원관리료) 소정점수에 포함됨 (고시 제2002-13호)
	Breast Pump 사용료	가2 입원료(병원관리료) 소정점수에 포함됨. 퇴원시 대여할 경우에는 실비로 환자가 부담함 (고시 제2002-13호)
	공기순환펌프(Air Mattress) 사용료	
	성인배설기능장애간호(배설기능장애가 있는 성인에서 자가관리가 어려워 피부손상이 우려되는 경우 기저귀 교환 및 정기적인 피부간호를 제공하는 경우)	가2 입원료 또는 가9 중환자실입원료의 소정점수에 포함됨 (고시 제2007-81호)
	신생아 및 영아 인공수유료 (중환자실 및 신생아실에 입원중인 환아에게 인공수유를 실시하는 경우)	
	전적인 식사보조 (스스로 식사를 할 수 없는 환자에게 식사가 가능하도록 음식물을 전적으로 제공하며 식사후 섭취량과 배설량을 기록하는 경우)	가2 입원료(입원환자간호관리료)의 소정점수에 포함됨 (고시 제2002-98호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	Tepid Water massage (자594-나. 소아열성경련 예방처치의 범주에 해당하지 않는 38.5도 이상의 고열환자에게 미지근한 물이나 알코올솜 마사지 등을 시행하는 경우)	
	일반병실 집중환자간호관리료	
	시간당 소변량 측정, 음수량 측정(1일 3회이상), 활력증후 측정 (1일 4회이상)	
	침상부분목욕	
가2 입원료 및 가9 중환자실 입원료	방광내압을 통한 복강내압측정 Measurement of Intra-Abdominal Pressure by bladder pressure	가2입원료(입원환자간호관리료) 및 가9중환자실 입원료(입원환자 간호관리료) 소정점수에 포함됨 (고시 제2010-100호)
가4 무균치료실 입원료	무균치료실관리료 (무균실 필터교환비)	가4 무균치료실 입원료의 소정점수에 포함됨 (고시 제2000-73호)
	무균실 환자물품소독	가4 무균치료실 입원료의 소정점수에 포함됨 (고시 제2002-69호)
가7 신생아 입원료	신생아체위변경, 신생아감시	가7 신생아 입원료의 소정점수에 포함됨. 다만, 신생아중환자실에 입원한 신생아의 체위변경시에는 자2-1바. 체위변경처치를 별도 산정함 (고시 제2015-155호)
가8 협의진찰료	정신건강의학과 자문의뢰(초,재진 면담), 재활의학과로 자문의뢰	입원중인 환자의 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위하여 그 환자의 주치의가 아닌 다른 진료과목 의사의 견해나 조언을 얻는 경우에는 가8 협의진찰료 소정점수를 산정함 (고시 제2012-39호)

항 목	제 목	세부인정사항
가9 중환자실 입원료	신생아호흡정지탐지기 사용	가9-나. 신생아 중환자실 입원료에 포함됨 (고시 제2007-81호)
	의사의 환자감시 (이식수술후 post op 7일까지)	가9 중환자실 입원료의 소정점수에 포함됨 (고시 제2007-81호)
	ICU special V/S check	가9 중환자실 입원료(입원환자간호관리료)의 소정점수에 포함됨 (고시 제2007-81호)
	국소 조직 산소포화도 감시	가9나 신생아 중환자실 입원료에 포함됨 (고시 제2018-162호)
가12 보육기료	보육기(재료대)	가12 보육기료의 소정점수에 포함됨 (고시 제2000-73호)
	portable incubator 사용료	
	baby resuscitator (보육기사용 환아에게 필요한 처치대)	
가13 가정간호 기본방문료	가정간호시 소독(멸균)된 물품 제공	실비로 환자가 본인부담하되 가13 가정간호 기본방문료외에 별도로 산정하는 행위료에 포함되는 재료는 별도 부담하지 아니함 (고시 제2002-69호)
가19 항암화학 요법 부작용 및 반응평가료	Cancer Chemo-therapy Design (환자의 신체적 상태 등을 조사하고 적합한 항암화학요법을 계획)	가19 항암화학요법 부작용 및 반응평가료의 소정점수에 포함됨 (고시 제2015-155호)

제 2 장

검 사 료

제 2 장 검사료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	Mydriacyl, Cyclogyl 점적	검사전 투여시 해당 검사료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
	시력검사	가1 진찰료의 소정점수에 포함됨 (고시 제2000-73호)
	골반검사 Pelvic exam (복부촉진)	
	피부묘기증 검사	
	음차청력검사	
	심리평가결과 분석, 해석 및 보고서 작성	
	Photo-Keratoscopy	백내장 수술전에 인공수정체의 도수를 측정하는 행위로 해당 수술료의 소정점수에 포함됨 (고시 제2000-73호)
	후두사진촬영, 비강내촬영, 내시경하 비뇨기과적 사진촬영, 질확대경검사기록 등 (비디오촬영하여 저장된 영상을 프린터로 출력 또는 사진촬영료)	[산정지침](3)(라) 내시경검사시 사용된 슬라이드필름 및 사진현상료, 포라로이드필름 또는 칼라프린터 인화지는 별도 산정 (고시 제2000-73호)
	femoral puncture	소정 검사료에 포함 (고시 제2002-13호)
	족장검사 Footprint Test	기본진료료에 포함 (고시 제2002-13호)
	PAD test (요실금 정도 등을 파악하기 위해 운동 전후의 패드 무게를 비교)	

항 목	제 목	세부인정사항
	고밀도 뇌파신호원 국지화 검사	고밀도 뇌파신호원 국지화 검사는 뇌파계를 이용하여 64채널 이상으로 시행한 두피 뇌파 검사와 자기공명영상(MRI)을 결합시켜 뇌전증파의 발생 위치 및 병소 위치를 3차원으로 국지화하는 검사로, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 분류된 해당 뇌파검사의 소정 점수에 포함됨. (고시 제2023-39호)
누031 분변	potassium, quantitive (feces)	누031바 분변-분변전해질-포타시움의 소정 점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
누032바 체액-백혈구백분율(혈액 외)	비점성액 도말검사, 비분비물, 소변 [Nasal smear(Hansel stain), nasal discharge, urine]	누032바 체액-백혈구백분율(혈액외)의 소정 점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
누040 혈액가스 [화학반응-장비측정] 누041 혈액가스분석 [화학반응-장비측정] 누283 혈액총이산화탄소함량[화학반응-장비측정]	Cord Blood Gas Study	누040 혈액가스[화학반응-장비측정], 누041 혈액가스분석[화학반응-장비측정], 누283 혈액총이산화탄소함량[화학반응-장비측정]의 해당 항목별 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
누060 헤모글로빈분획[분획분석]	혈색소 A2정량 Hemoglobin A2 quantitative	누060 헤모글로빈분획[분획분석]의 소정점수에 포함됨 (고시 제2017-265호)
누080 B세포표면면역글로불린 (종목당)	lg-kappa,lg-lambda	누080가 B세포표면면역글로불린(종목당)-[면역형광법] 또는 누080나 B세포표면면역글로불린(종목당)-[유세포분석]의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
누103 혈장혼합시험 [응고억제인자선별검사]	혼합트롬보플라스틴 (Mixing aPTT Test), 혼합프로트롬빈 (Mixing aPT Test)	누103 혈장혼합시험[응고억제인자선별검사]-혈장혼합시험의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
	Factor Correction Test	
누111 루프스항응고인자 [응고기능검사]	PNP test Platelet Neuralization Procedure Test	누111나 루프스항응고인자[응고기능검사]-확진의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
누131 혈전탄성묘사법	혈액응고탄성도검사	누131가 혈전탄성묘사법-일반-트롬보엘라스토그라프의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
누156 비예기항체검사 [일반면역검사]	불규칙항체선별검사 [적혈구자성화기술] Irregular Antibody Screening Test (Erythrocytes Magnetized Technology)	누156가 비예기항체검사[일반면역검사]-선별의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
	불규칙항체선별검사 [고체상적혈구부착법] Irregular Antibody Screening	누156가 비예기항체검사[일반면역검사]-선별의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)

항 목	제 목	세부인정사항
	[Solid-phase Red Cell Adherence Technology]	
누183 총빌리루빈	빌리루빈미터 bilirubin meter	누183가 총빌리루빈-[화학반응-장비측정]의 소정점수를 산정함 (고시 제2018-193호)
누220 요침사검사	SM염색뇨검사(원심분리한 요검체에 SM 시약을 가한 후 현미경 상에서 요검사를 시행)	누220나 요침사검사[관찰판정-현미경]의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
	위상차현미경을 이용한 구강미생물검사	누220나 '주'에 의거 요침사검사[관찰판정-현미경]의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
누228 크레아티닌	일반생화학, 간이검사[화학반응-장비측정]-크레아티닌	누228나 크레아티닌-[화학반응-장비측정](간이검사)의 소정점수를 산정하며, 「누228나」의 급여기준을 따르도록 함 (고시 제2018-193호)
누254 이소엔자임	CK isoform, CK-BB, CK-MM	누254가 이소엔자임-[정밀면역검사]-CPK 이소엔자임의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
누263 아포지단백 [정밀면역검사]	Apolipoprotein A(Ⅰ,Ⅱ)	누263 아포지단백[정밀면역검사]-아포지단백A의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
	Apolipoprotein C(II, III)	누263 아포지단백[정밀면역검사]-아포지단백C의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
누280 전해질 [화학반응-장비측정] 외	전기화학적 방법(Electrochemistry)을 이용한 혈액검사(응급 진단목적으로 혈액내의 가스(PCO2, PO2),	1. 실시한 검사의 종류에 따라 다음과 같이 해당 검사료의 소정점수를 산정함 - 다 음 - 가. 누280 전해질[화학반응-장비측정]-소디움

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	Electrolyte, BUN, Glucose, Hct, Hb, Lactate, 혈액총이산화탄소함량 검사를 간단한 장비를 이용하여 시행하는 간이검사)	나. 누280 전해질[화학반응-장비측정]-포타슘 다. 누280 전해질[화학반응-장비측정]-염소 라. 누281 이온화 전해질[화학반응-장비측정]-이온화칼슘 마. 누230 요소질소[NPN포함][화학반응-장비측정] 바. 누302가 당검사[화학반응-장비측정] -(반정량) 사. 누040 혈액가스[화학반응-장비측정] -혈액pH 아. 누041 혈액가스분석[화학반응-장비측정] 자. 누000나 일반혈액검사(CBC)-[혈구세포-장비측정]-헤마토크리트 차. 누283 혈액총이산화탄소함량[화학반응-장비측정] 등 2. 단, 혈색소(Hemoglobin) 검사결과는 계산에 의해 산출되므로 제2장 [산정지침] (1)에 따라 검사료를 산정하지 아니함 (고시 제2018-193호)
누283 혈액총이산화탄소함량[화학반응-장비측정]	일반생화학, 간이검사[화학반응-장비측정]-혈액총이산화탄소	응급 진단목적으로 간단한 장비를 이용하여 혈액총이산화탄소 검사를 시행한 경우 누283 혈액총이산화탄소함량[화학반응-장비측정]의 소정점수를 산정함 (고시 제2018-193호)
누306 헤모글로빈A1C	간이검사를 이용한 헤모글로빈A1C	간이검사의 경우 국내·외 표준검사실(NGSP 또는 국가진단의학표준검사실)에서 매년 인증받은 경우에 인정토록 하며 이 단서규정은 2013년1월1일부터 시행함 (고시 제2017-265호)
누371	Triple marker Test	누371 성선호르몬[정밀면역검사]-에스트리올,

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
성선호르몬 [정밀면역검사] 누372 베타에이취씨지 누421 알파피토프로틴		누372 베타에이취씨지, 누421 알파피토프로틴 각 항목의 소정점수를 산정함 (고시 제2020-110호)
	산전진찰의 해석적 보고 Interpretative Report for Prenatal Screening Test	해당 검사료 소정점수에 포함됨 (고시 제2020-110호)
누401 마이오글로빈	Cardiac Status를 이용한 마이오글로빈 정성 [현장검사]	누401가 마이오글로빈-[화학반응-육안검사](정성)의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
누402 트로포닌	트로포닌 I [형광면역분석법]	트로포닌 I [형광면역분석법]은 누402나 트로포닌 정밀면역검사(정량)-간이검사의 소정점수로 산정함 (고시 제2018-135호)
누427 펩시노겐 [정밀면역검사]	Pepsinogen II	누427 펩시노겐[정밀면역검사] 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
누439 편평상피세포암항원 [정밀면역검사]	TA-4(SCC)	누439 편평상피세포암항원[정밀면역검사]의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
누440 조직폴리펩타이드항원 [정밀면역검사]	조직폴리펩타이드특이항원 Tissue Polypeptide Specific Antigen	누440 조직폴리펩타이드항원[정밀면역검사]의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
누471 영양표지자 [정밀면역검사]	레티놀 결합단백	누471 영양표지자[정밀면역검사]-프리알부민의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
누490	적혈구엽산 RBC folate	누490나 비타민-[정밀면역검사]-엽산의 소정

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
비타민		점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
누501 골대사표지자 [정밀면역검사]	β-CrossLaps(골흡수표지자인 β-CrossLaps를 정량적으로 측정하여 골다공증의 진단 및 경과관찰)	누501 골대사표지자[정밀면역검사]-C-telopeptide of collagen Type1(CTX)의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
누516 포르피린계 화합물	Uroporphyrine,Coproporphyrin,Protoporphyrin, PBG	누516 포르피린계 화합물의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
누532 약물 및 독물	Cyanide[spectrophotometer] Thiocyanate	누532가(2) 약물 및 독물[일반면역검사](정량)의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
	특수약물검사 (SERUM, URINE)	누532다(3) 약물및독물-[정밀분광-질량분석]-질량(정성) '주2' 「Drug abuse screening 검사」의 소정점수를 산정한다. (고시 제2017-265호)
누571 조기양막파수	태아 피브로넥틴 정성검사 Fetal Fibronectin Qualitative Test	누571가 조기양막파수[일반면역검사]-간이검사-태아피브로넥틴정성검사의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
누580 관찰판정- 현미경	미생물현미경검사 [CFW (Calcofluor white) 형광염색법]	누580가 관찰판정-현미경-형광법, 암시야검사의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
누581 일반배양	Gonococcus Culture	누581나 일반배양-배양 및 동정의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
	혈액배양신속검출기기 및	누581나 일반배양-배양 및 동정 또는 누581마

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	용혈후 집균에 의한 혈액배양검사	일반배양-배양, 동정 및 약제감수성의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
	최소 살균농도	누581라(2) 일반배양-약제감수성(항균제 최소억제농도)의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
	혐기성세균 약제감수성검사	누581라(2) 일반배양-약제감수성(항균제 최소억제농도) 또는 누581마(2) 일반배양-배양, 동정 및 약제감수성(항균제최소억제농도)의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
	항진균제 최소억제농도검사	
	내성기전확인(광범위 베타락탐 분해효소, ESBL 등)을 위한 감수성 검사	누581라 일반배양-약제감수성 또는 누581마 일반배양-배양, 동정 및 약제감수성의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
	E.coli [미생물라텍스응집검사]	누581다 일반배양-동정 또는 아형판정(균종에 따라각각산정)-라텍스응집검사의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
누620 일반진균검사 누640 관찰판정현미경	KOH 검사	누620 일반진균검사 또는 누640차 관찰판정-현미경-피부기생충 해당항목의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
나476 바이러스 혈청검사	Influenza type A[HI], Influenza type B[HI], 일본뇌염 Japanese B Encephalitis Virus[HI], Rubella[HI]	나476 바이러스혈청검사[HI Test]의 소정점수를 산정함 (고시 제2000-73호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
누652가 특수배양-바이러스배양(바이러스별)	CMV shell vial culture, Enterovirus	누652가 특수배양-바이러스배양(바이러스별)의 소정점수를 바이러스별로 각각 산정함 (고시 제2017-265호)
누654가 정밀면역검사-바이러스항원(바이러스별)	호흡기 신시티움 바이러스 항원 신속검사 RSV(Respiratory syncytial virus) Antigen Rapid Test	누654가 정밀면역검사-바이러스항원(바이러스별)-Respiratory Syncytial Virus의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
누703가 웨스턴블롯-C형간염항체	HCV-AB Confirm [RIBA (HCV)], C형 간염항체 확인검사(HCV Confirm)	누703가 웨스턴블롯-C형간염항체의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
누720가 일반면역검사-HIV항체 누721가 정밀면역검사-HIV항체 누722가 웨스턴블롯-HIV항체	HIV(Type Ⅰ+Ⅱ)	누720가 일반면역검사-HIV항체 또는 누721가 정밀면역검사-HIV항체 또는 누722가 웨스턴블롯-HIV항체의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-265호)
누744 항원특이면역글로불린[정밀면역검사]	Yellow Jacket, Vespula spp.(IgG4), White Oak, Quercusalba(IgG4), Timothy Grass, Phleum pratense(IgG4), Paper Wasp, Polistes spp.(IgG4), Perennial Ryegrass, Lolium perenne(IgG4),	누744 항원특이면역글로불린[정밀면역검사](정량)-IgE의 소정점수를 산정함 (고시 제2019-251호)

항 목	제 목	세부인정사항
	Pellitory, Parietaria officinalis(IgG4), Cat Epithelium(IgG4), Honey Bee, Apis mellifera(IgG4), Altenaria alternata(IgG4), Bermuda Grass, Cynodondactulon(IgG4), Dermatophagoides pteronyssinus(IgG4), Box Elder(Maple), Acer negundo(IgG4),Elm, Ulmus ameicana(IgG4)	
	혈중 특이적 IgG4 항체 [FPIA법]	
나562가(1) 세포병리검사-일반세포검사-자궁질 세포병리검사	Papsmear(채취료) 자궁경부암검사(채취료)	나562가(1) 세포병리검사-일반세포검사-자궁질 세포병리검사의 소정점수에 포함됨 (고시 제2017-265호)
	구강박리세포병리검사	나562가(1)세포병리검사-일반세포검사-자궁질 세포병리검사의 소정점수를 산정하되, 구강병리과가 설치된 요양기관의 치과의사가 판독하고 판독소견서를 작성·비치한 경우에도 산정함 (고시 제2017-265호)
나583 비유전성 유전자검사	BRAF 유전자, 돌연변이[핵산증폭법]	전이성 대장직장암 환자에게 실시한 'BRAF 유전자, 돌연변이[핵산증폭법]' 검사는 나583나 중합효소연쇄반응-확장-(1)중합효소연쇄반응-교잡반응-(17)BRAF Gene의 소정점수를 산정함(단, 약제 선택 목적 외 비급여임) (고시 제2018-135호)

항 목	제 목	세부인정사항
	EGFR 유전자, 돌연변이 [드롭렛 디지털 중합효소연쇄반응]	비소세포성 폐암환자에게 치료약제(erlotinib 및 osimertinib) 투여를 위한 환자 선별 목적으로 실시한 'EGFR 유전자, 돌연변이[드롭렛 디지털 중합효소 연쇄반응]검사'는 나583나(1) 비유전성 유전자검사-중합효소연쇄반응-확장-교잡반응-(19) EGFR Gene의 소정점수를 산정함. (고시 제2020-330호)
	KRAS 유전자 돌연변이 동반진단 검사[실시간중합효소연쇄반응법]	비소세포성 폐암환자에게 치료약제(sotorasib) 투여를 위한 환자 선별 목적으로 실시한 'KRAS 유전자 돌연변이 동반진단 검사[실시간중합효소연쇄반응법]'는 나583나(1)(20) 비유전성 유전자검사-중합효소연쇄반응-교잡반응-KRAS Gene의 소정점수를 산정함. (고시 제2023-24호)
나600 염색체검사	백혈구배양검사	나600가(1) 염색체검사-선천성이상의 염색체검사[배양검사 포함]-일반의 소정점수를 산정함 (고시 제2015-229호)
	혈액종양 세포유전학검사 (Cytogenetic analysis, hematologic malignancy)	나600나(1) 염색체검사-종양의 염색체검사-혈액암의 소정점수를 산정함 (고시 제2015-229호)
나601 호흡기능검사	Dynamic Lung Compliance	나601-자. 호흡기능검사(폐탄성검사)의 소정점수를 산정함 (고시 제2000-73호)
나604 호기말이산화탄소분압감시	ETCO2 monitoring	나604 호기말이산화탄소분압감시의 소정점수를 산정함 (고시 제2002-13호)

항 목	제 목	세부인정사항
나611 근전도검사	운동단위활동전위분석 MUAP(motor unit action potential analysis), 파워스펙트럼분석(power spectrum EMG)	나611 근전도검사의 '주' 항목에 명시된 "정량적근전도검사"의 소정점수를 산정함 (고시 제2000-73호)
나612 신경전도검사	마크외음신경궁검사 Mark's pudendal nerve arc examination	나612-다. 신경전도검사-체간의 소정점수를 산정함 (고시 제2002-13호)
가1 진찰료 가2 입원료 나611 근전도검사 나612 신경전도검사	정량적 건반사검사 Quantitative electric hammer test	기본진료료(진찰료 또는 입원료) 의 소정점수에 포함됨. 다만, 근전도검사 및 신경전도검사와 동시에 실시한 경우에는 근전도 및 신경전도 검사의 소정점수에 포함됨 (고시 제2003-40호)
나613 기타 신경전도검사	Myasthenia-Gravis Test (근전도 기계를 이용한 반복자극검사), 근전도 피로도 검사 (Repetitive nerve stimulation EMG)	나613-가. 기타 신경전도검사(반복신경자극검사)의 소정점수를 산정함 (고시 제2000-73호)
나614 뇌파검사	뇌사뇌파 Brain Death EEG	나614-가 뇌파검사(각성뇌파)의 실시채널수에 따라 (1) 또는 (2)의 주에 명시된 소정점수를 산정함 (고시 제2007-139호)
	단축나비뼈 전극삽입	나614-다(2) 특수전극뇌파검사[비인두 또는 단축나비뼈 전극뇌파검사]의 소정점수에 포함됨. 다만, 주. 항에 의거 단축나비뼈삽입시 사용된 재료대는 별도 산정함

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(고시 제2000-73호)
나618 뇌유발전위검사	M.P 300	나618-마. 뇌유발전위검사(사건유발전위)의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	체성감각유발전위 -음부신경 pudendal nerve SEP	나618-가(3) 뇌유발전위검사-체성감각유발전위-체간의 소정점수를 산정함. (고시 제2002-13호)
나620 지능검사	웩슬러 지능검사 (동작성, 언어성 포함), 고대비네검사 (Kodae Binet test)	나620-가. 지능검사의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
나621 인성검사	성격선호도검사 MBTI	나621-가. 인성검사(미네소타 다면적 인성검사)의 소정점수를 산정함 (고시 제2000-73호)
	단어연상검사 WAT Word Association test	나621-다. 인성검사(문장완성검사)의 소정점수를 산정함 (고시 제2007-139호)
	K-CAT(아동용회화통각검사)	나621-마. 인성검사(주제통각검사)의 소정점수를 산정함 (고시 제2007-139호)
나628 신경인지기능검사	글자지우기검사 Cancellation test	나628나(1) 신경인지기능검사-개별검사-유형 I 의 무시증후군검사 (고시 제2017-170호)
너681 수술중 신경생리 추적감시	자극근전도와 운동유발전위를 이용한 척추수술중 신경생리추적감시	너681 수술중 신경생리 추적감시의 소정점수를 산정함 * 소요장비 : NIM-Spine TM (고시 제2009-26호)

항 목	제 목	세부인정사항
	Intraoperative Triggered Electromyography(EMG) and Motor Evoked Potential(MEP) Monitoring in Spinal Surgery	
너684 신경학적 척도검사	진전증척도검사 Tremor scale	너684다 신경학적척도검사[운동질환척도](기타)의 소정점수를 산정함 (고시 제2007-139호)
나634-바. 청력검사[순음청력계기에 의한 검사]-이명도 검사	차폐 수준 차이 검사(MLD, masking level difference)	나634-바. 청력검사[순음청력계기에 의한 검사]-이명도검사의 소정점수를 산정함 (고시 제2011-172호)
나636 청력검사[임피단스오디오메트리에 의한 검사]	다중주파수 고막운동성계측검사 Multifrequency Tympanometry	나636-가. 고막운동성계측검사의 소정점수를 산정함 (고시 제2002-69호)
나638 이음향방사검사	Stimulus-frequency otoacoustic emission (SFOAE) 검사	나638-가. 이음향방사검사-자발의 소정점수를 산정함 (고시 제2011-172호)
나661 도수근력검사	수부근력검사 hand strength test	나661가. 도수근력검사(상지 또는 하지)의 소정점수를 산정함. (고시 제2007-139호)
너771 일상생활동작검사	전체운동기능측정 GMFM(Gross motor function measurement)	너771 일상생활동작검사의 소정점수를 산정함 (고시 제2005-100호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
나666 정밀안저검사 [편측]	도상검안경을 이용한 안저검사	나666 정밀안저검사[편측]의 소정점수를 산정함. (고시 제2011-172호)
	미숙아망막병증을 위한 안저검사	나666 정밀안저검사[편측]의 소정점수를 산정함 (고시 제2002-69호)
나667 안저촬영	광범위 안저촬영	나667 안저촬영의 소정점수를 산정함. (고시 제2002-98호)
	망막질환에서 광각 이파장 레이저검안경검사 Wide-field scanning laser ophthalmoscopy in retinal disease	「나-667 안저촬영[편측]」의 소정점수를 산정함 (고시 제2012-71호)
나667-1 시신경유두 입체검사[편측]	망막신경 섬유층 촬영 retinal nerve fiber layer photography	나667-1 시신경유두입체검사[편측]의 소정점수를 산정하며, 재료대는 제2장 검사료 [산정지침] (3)에 의하여 별도 산정함 (고시 제2002-13호)
나667-2 전안부촬영 [편측]	마이봄샘 촬영	나667-2 전안부촬영 [편측]의 소정점수를 산정함. (고시 제2020-269호)
나668 형광안저혈관 조영술	실시간 형광안저 혈관조영술 LFAG(SLO fluorescen angiography)	나668 형광안저혈관조영술[편측]의 소정점수를 산정함 (고시 제2002-69호)
나669 시야검사	컴퓨터시야측정(automated perimetery), 주변부 자동 시야 검사(humphery visual field), Octopus	나669-나. 시야검사(자동시야검사)의 소정점수를 산정함 (고시 제2000-73호)
	선택적 초시력 시야검사 Preferential Hyperacuity	나669-나. 시야검사[편측]-자동시야검사의 소정점수를 산정함

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	Perimetry	(고시 제2006-92호)
나671 굴절및조절검사	조절계검사 Accomodogram	나671 굴절및조절검사[안경처방전교부포함]의 소정점수를 산정함 (고시 제2002-69호)
나677 색각검사	Anomaloscopy	나677 색각검사의 소정점수를 산정함 (고시 제2002-13호)
나678 안근기능검사 및 폭주검사	사시각측정(사시의 정량적, 정성적 분석)	나678나(3) 안근기능검사 및 폭주검사-기타-프리즘가림검사의 소정점수를 산정함 (고시 제2017-118호)
나683 눈물분비 및 배출기능검사	비루관배출기능검사	나683-가. 눈물분비 및 배출기능검사(눈물분비기능검사)의 소정점수를 산정함 (고시 제2000-73호)
	비침습적 눈물막파괴시간검사	나683가. 눈물분비 및 배출기능검사(눈물분비기능검사)의 소정점수를 산정함. (고시 제2020-269호)
	비침습적 눈물띠높이검사	나683가. 눈물분비 및 배출기능검사(눈물분비기능검사)의 소정점수를 산정함. (고시 제2020-330호)
	누기기능검사	나683-나. 눈물분비 및 배출기능검사(눈물배출기능검사)의 소정점수를 산정함 (고시 제2000-73호)
나690 기초대사측정	간접열량측정 Indirect calorimetry	나690 기초대사측정의 소정점수를 산정함 (고시 제2002-69호)
	휴식대사량 측정 Resting Metabolic Rate	나690 기초대사측정의 소정점수를 산정함 (고시 제2005-77호)
나702	고해상도항문기능검사	나702 항문, 직장내압검사의 소정점수를

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
항문, 직장내압 검사	HighResolusionAnorectal Manometry	산정함 (고시 제2013-208호)
나703 기본식도내압 검사	고해상도 식도내압검사	나703 기본식도내압검사의 소정점수를 산정함 (고시 제2009-200호)
	고해상도식도임피던스내압 기능검사 HighResolusionImpedenceManometry	나703 '주'에 의거 식도 임피던스 내압기능 검사의 소정점수를 산정함 (고시 제2013-208호)
나705 직장수지검사	항문내진 Rectal exam	나705 직장수지검사의 소정점수를 산정함 (고시 제2000-73호)
나715 알레르겐 피부반응검사	피부단자검사	나715-가. 알레르겐피부반응검사(피부단자 시험)의 소정점수를 산정함 (고시 제2002-13호)
	알레르기 피내검사	나715-나. 알레르겐피부반응검사(피내반응 시험)의 소정점수를 산정함 (고시 제2002-13호)
나722 Esophageal Probe을 이용한 비침습적 심기능 측정 [1일당]	경식도 초음파 - 도플러를 이용한 심기능측정 Transesophageal Measurement of Cardiac Function Using Probe	나722-1 Esophageal Probe을 이용한 비침습적 심기능 측정[1일당]의 소정점수를 산정함 (고시 제2005-77호)
나723 경피적 혈액산소포화 도측정	6분 걷기검사 6 minutes walk test (호흡곤란을 호소하는 환자와 검사자가 함께 걸으면서 6분간 걷는 거리와 걸을 때의	나723 경피적 혈액산소포화도측정[1일당]의 소정점수를 산정함 (고시 제2002-69호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	산소포화도를 측정한 경우)	
나725 심전도검사	에드로포니움 테스트 Edrophonium test	Edrophonium은 tensilon과 동일한 약제로 나725-나-(1) Master's 운동부하 또는 약제부하심전도검사 소정점수를 산정함 (고시 제2005-100호)
	홀터기록검사 후 판독 Monitoring data analysis & evaluation	나725다(2) 심전도 검사-심전도감시-홀터기록의 소정 점수에 포함됨. (고시 제2022-26호)
	홀터기록검사를 이용한 심박동수 변이 분석검사 Heart Rate Variability Analysis	
나726 심전도전위분석측정검사	신호평준화 심전도 (signal averaged ECG), 평균전위심전도	나726 심전도전위분석측정검사의 소정점수를 산정함 (고시 제2000-73호)
너874 침습적동맥압혈압검사 [1일당]	연속 자동 맥압변이 측정	너-874 침습적동맥압혈압측정[1일당]의 소정점수를 산정함(동맥압 측정 및 감시료 포함) 단, 마취중 시행하는 연속 자동 맥압변이 측정의 경우에는 바-3 마취중 감시료 다. 마취중 침습적동맥압감시[카테터삽입료 포함]의 소정점수를 산정함(동맥압 측정 및 감시료 포함) (고시 제2016-99호)
나732 분만전감시	내적전자태아심박감시	나732-가.전자태아감시의 소정점수를 산정함 (고시 제2002-98호)
나742 갑상선기능검사	갑상선 섭취율, I123	나742-가(1) 갑상선섭취율-옥소섭취율의 소정점수로 산정하고, 사용된 약제는 상한금액 범위내 실구입가로 별도 산정함 (고시 제2007-139호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
나901 근관장측정	전자근관장측정술	전자근관장측정을 실시한 경우에도 나901 근관장측정검사 [1근관당]의 소정금액을 산정함 (고시 제2000-73호)
나750 관절경검사	관절경수술(진단용) arthroscopic S (diag.)	악관절경을 이용한 검사의 경우 나750 관절경검사의 소정점수를 산정함 (고시 제2000-73호)
나758 후두경검사	비디오후두경(굴곡성후두경)	나758 후두경검사의 소정점수를 산정함 (고시 제2007-139호)
	Digital Video-Rhinolaryngoscopy	나758 후두경검사의 소정점수를 산정함. 이 경우 검사시 소요된 슬라이드 필름 및 사진 현상료, 칼라프린터 인화지 별도 산정함 (고시 제2003-40호)
	내시경적 연하검사 (Fiberopic Endoscopic Evaluation of Swallowing)	나758 후두경검사 소정점수를 산정하고 검사식이는 나701 연하장애평가[X-Ray포함] 재료대 소정점수를 별도 산정함 (고시 제2011-59호)
나759 기관지경검사	형광기관지경검사 (백색기관지경검사후 형광기관지 경검사를 시행한 경우)	나759-가. 기본 기관지경검사의 소정점수를 산정함 (고시 제2002-69호)
나761 상부소화관 내시경검사	경비상부소화관 내시경검사 Transnasal Endoscopy	나761 상부소화관내시경검사의 소정점수를 산정함 (고시 제2009-26호)
나764 담도경검사	수술중 담도경검사	나764 담도경검사의 소정점수를 산정함 (고시 제2002-13호)
내시경검사	내시경기기 소독료 및 재료비	각 내시경 검사료의 소정점수에 포함됨 (고시 제2000-73호)
	색소내시경, 색소살포법 등	내시경검사시 소화관 점막에 색소

항 목	제 목	세부인정사항
		(indigocalmine, lugol 등)를 직접 뿌리거나 경구투여하여 병소의 발견, 경계진단, 감별진단 등을 위한 것으로 사용약제를 포함하여 해당 내시경 검사의 소정점수를 산정함 (고시 제2002-13호)
	협대역 내시경 (백색소화기내시경검사후 협대역 화상강화 기술을 시행한 경우) Narrow Band Imaging	해당 내시경 검사의 소정점수를 산정함 (고시 제2008-40호)
	자가형광 소화관내시경검사 (백색소화관내시경검사후 자가형광소화관내시경검사를 시행한 경우) Autofluorescence Gastrointestinal Endoscopy	해당 내시경 검사의 소정점수를 산정함 (고시 제2011-59호)
나800 요추천자	척수강내 카테타 설치술 (지주막하강에 카테타 삽입 후 필요시 뇌척수액 배액)	나800 요추천자의 소정점수로 산정하되, [천자] 주. 1에 의거 천자를 치료목적(약물주입 또는 지속적 배액)으로 실시한 경우는 소정점수의 30%를 가산함 (고시 제2000-73호)
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)
나854 내시경하 생검	종격동 내시경하 생검	나854 내시경하 생검의 소정점수를 산정함 (고시 제2000-73호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
나864 유방생검	진공보조 유방생검	나864가 유방생검[편측]-침생검의 소정점수를 산정함 [유도료 별도] (고시 제2017-118호)
생검	Ultrasound guided Biopsy	초음파 유도료(나956나)와 해당 생검항목의 소정점수를 산정하며 초음파 검사의 급여 기준을 따르도록 함 (고시 제2016-190호)
	초음파 유도하에 간, 췌장, 신장, 유방, 갑상선의 Aspiration	
	펀치생검	해당부위의 침생검 항목에 준용하여 산정함 (고시 제2000-73호)
	원추생검	자426 자궁경부원추형절제술의 소정점수를 산정함 (고시 제2000-73호)
진단초음파-나951 임산부	태아목덜미투명대검사	태아목덜미투명대검사는 나951가(2) 임산부-제1삼분기-정밀의 소정점수에 포함됨 (고시 제2018-135호)
제1편 제3부 비급여목록 : 지방산분획 분석	Medium chain fatty acid analysis plasma	제3부.비급여목록 노131 지방산분획분석 (고시 제2007-139호)
	지방산 분획 Quantitative analysis of fatty acids fraction(C6~ C18)	
제1편 제3부 비급여목록 노212 PAPP-A [정밀면역검사](정량)	PAPP-A [화학발광면역측정법]	PAPP-A[화학발광면역측정법]은 노212 PAPP-A[정밀면역검사](정량)의 소정점수로 산정함 (고시 제2018-135호)
제1편 제3부	항뮬러관호르몬 정량검사	제3부 행위 비급여 목록 노-214 항뮬러관

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
비급여 목록 : 항뮬러관호르몬 [불임, 폐경]	[화학발광면역분석법]	호르몬[불임, 폐경]으로 산정함 (고시 제2016-226호)
노-490 인플루엔자A·B 바이러스항원 검사[현장검사]	인플루엔자 A·B 바이러스항원검사, 간이검사 [형광면역분석법] Influenza A·B Viral Antigen Test, Handy Test [FIA]	제3부 비급여 목록 노-490 인플루엔자A·B 바이러스항원검사 [현장검사]를 산정함 (고시 제2014-191호)
제1편 제3부 비급여목록 신경학적척도 검사-가. 말초 신경척도	정량적 근무력증 척도점수 Quantitative MG score (Myasthenia Gravis)	제3부. 비급여목록 너684가. 신경학적척도검사-말초신경척도 (고시 제2007-139호)
제1편 제3부 비급여 목록 : 미세전위 T 교대파 검사	미세전위 T 교대파 검사 [Time Domain 방법] Microvolt T-wave Alternans Test [Time Domain Method]	제3부 행위 비급여 목록 노-874 미세전위 T 교대파 검사를 산정함 (고시 제2015-94호)
제1편 제3부 비급여목록 : 자궁경부확대 촬영검사 Cervicography	원격자궁경부확대촬영검사 Telecolposcopy	제3부.비급여목록 노886 자궁경부확대촬영검사 Cervicography (고시 제2007-139호)

제 3 장

영상진단 및 방사선 치료료

제 3 장 영상진단 및 방사선 치료료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	방사선사진분석료	방사선촬영료 소정점수에 포함됨.
다101 C-Arm형 영상증폭장치 이용료	수술 중 3D C-Arm을 이용한 임플란트 삽입술(척추 및 골절, 달팽이관 이식)	다101 C-Arm형 영상증폭장치 이용료의 소정점수를 산정하되, '주'에 의거 도수 또는 관혈적정복술시 별도 산정하며, 신경차단술이나 골수내주사, Stereotaxic OP, 척추수술(도수 또는 관혈적정복술 제외)등에는 소정 점수에 포함되어 있으므로 별도 산정하지 아니함. (고시 제2020-150호)
다101 C-Arm형 영상증폭장치 이용료 다102 투시촬영	방사선영상투시수술료 (C-Arm투시비용), cine radiography	다101 C-Arm형 영상증폭장치이용료(주) 또는 다-102 투시촬영의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
다105 특수촬영	복잡운동 악관절 개별단층촬영 (측방 좌우 및 전후방좌우), 복잡운동단층규격촬영	다105-나. 개별화단층촬영[1건당]의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
다127 유방	유방밀도자동정량술 Full Automated Quantitative Assessment of Breast Density	다127가 유방촬영의 소정점수에 포함됨 (고시 제2018-242호)
	유방 표본 촬영술 Specimen Mammography	다127나 확대유방촬영의 소정점수를 산정함. (고시 제2022-204호)
다156 하지 다149 전척추	전신용상하지촬영, 전신용 spine	촬영부위에 따라 다156 하지 또는 다149 전척추의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
다197 파노라마촬영	Scano-panogram	다197-가. 파노라마촬영-일반의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	Sinus View Scanogram	상악동파노라마촬영의 경우는 다197-나. 파노라마촬영-특수[악관절,악골절단면]의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
다210 척추	C-arm discography	다210-다. 추간판조영촬영의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	통증유발 추간판조영술	다210-다. 추간판조영촬영의 소정점수를 산정함. (고시 제2002-69호)
다236 튜브조영	중심정맥관점검(Hickman catheter & PICC check)	투시하에 중심정맥관의 위치이탈, 파열 및 폐쇄 등을 점검하고 가능한 조치를 하는 것으로 다236 튜브조영의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
혈관조영촬영	혈관조영촬영을 통한 채혈 (안와정맥, 경정맥, 쇄골하정맥, 상대정맥, 폐정맥, 하대정맥, 간정맥, 비장문맥, 경동맥문맥, 경간문맥, 신정맥, 성선정맥, 부신정맥, 장골정맥, 상행적상지정맥, 하행적상지정맥, 대퇴정맥, 상행적하지정맥, 하행적하지정맥)	해당 부위별 혈관조영술의 소정점수를 산정하며, 채혈료는 소정 검사료에 포함되어 별도 산정하지 아니함. 다만, 하추체정맥동혈액채취(Inferior Petrosal Sinus Sampling)를 실시한 경우에는 다270나. '주'에 의거 산정함. (고시 제2007-139호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
다245 일반전산화 단층영상진단	관상동맥 석회수치 측정검사 Coronary Artery Calcium Scoring	다-245라 일반 전산화단층영상진단-흉부 소정점수에 포함. (고시 제2010-45호)
다245-1 Cone Beam 전산화단층영상진단	Cone Beam 전산화단층영상진단- 악안면복합체, 측두골, 공동 Cone Beam CT Imaging on maxillofacial complex, temporal bone, sinus	다245-1 Cone Beam 전산화단층영상진단의 소정점수를 산정함. (고시 제2009-180호)
핵의학영상진단	Hepatic Arterial INDEX	간스캔 혈류영상에 해당하므로 제3절 주2에 의거 간스캔 소정점수의 30%를 산정함. (고시 제2000-73호)
	컴퓨터 데이터분석	정량분석에 해당하므로 제3절 주2에 의거 각 해당항목 소정점수의 30%를 산정함. (고시 제2000-73호)
다-267 관상동맥조영	압력철선을 이용한 관상동맥내 혈류측정술	다-267 관상동맥조영 소정점수에 포함됨. (고시 제2020-150호)
다306 갑상선스캔	갑상선 주사 [131 I-Na]	다306-가. 갑상선스캔의 소정점수를 산정함. 다만, 사용된 약제는 상한금액 범위내에서 실구입가로 별도 산정함. (고시 제2002-69호)
	갑상선 주사 [123 I-Na]	다306-가. 갑상선스캔의 소정점수로 산정하고, 사용된 약제는 상한금액 범위내 실구입가로 별도 산정함. (고시 제2002-98호)
다307 폐환기스캔	Tc99m- DTPA aerosol inhalation	다307-나(1) 폐환기스캔의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
다308 심장스캔	운동부하심장혈액풀스캔 (RBC/ HSA), exercise MUGA	다308-다(2) 게이트심장혈액풀스캔-운동부하의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
더-310 종양 단일광자전산화 단층촬영	방사성요오드 단일광자단층촬영-전산화 단층촬영 Radio-iodine SPECT-CT	방사성요오드 단일광자단층촬영-전산화단층촬영(SPECT-CT)을 시행한 경우, 더-310 마. I123 - MIBG 종양 단일광자전산화단층촬영의 소정점수를 산정함. 다만, 분화 갑상선암 환자를 대상으로 갑상선 절제술 및 방사성요오드 치료 후 추적검사시 전신스캔으로 불확실 소견을 보이거나 병변의 해부학적 위치가 명확하지 않은 경우, 잔류 갑상선의 진단 및 재발과 전이여부 확인, 병기판정에 사용한 경우에 산정함. (고시 제2015-94호)
다315 위장관 통과검사	검사식(위내역류상태측정)	다315-나. 위음식물 통과검사의 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
다318 신장스캔	신장주사, MAG3	다318 신장스캔 가 또는 다의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
다327 종양스캔	유방스캔(Tc99m-MIBI)	다327-마. 종양스캔-Tc99m-MIBI의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
다328 I131 전신스캔	옥소치료후 촬영(scan)	다328-가. I131 전신스캔의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	I123 옥소섭취전신주사	다328-가. I131 전신스캔의 소정점수로 산정하고, 사용된 약제는 상한금액 범위내 실구입가로 별도 산정함. (고시 제2002-98호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
다329 단일광자전산화단층촬영	혈관종스펙트 [RBC 또는 Tc99m-phytate를 이용한 간스펙트]	다329-다. 간 단일광자전산화단층촬영의 소정점수를 산정함. 다만, 사용된 약제는 상한금액 범위내에서 실구입가로 별도 산정함. (고시 제2002-69호)
다333 방사성동위원소 배뇨방광촬영술	배뇨성방광스캔(Tc99m DTPA) cystography(직접, 간접)	다333 방사성동위원소 배뇨방광촬영술의 소정점수를 산정함.(직접, 간접 포함) (고시 제2000-73호)
다334 골밀도검사 [재료대 포함]	소주골 점수를 이용한 골다공증성 골절 위험도 예측 검사	다334가. 골밀도검사 [재료대 포함]-양방사선(광자) 골밀도검사의 소정점수에 포함됨. (고시 제2020-269호)
방사선치료료	폴라로이드 촬영 polaroid 사진	제3장 영상진단 및 방사선치료료 [산정지침](1)-(나)에 의거 폴라로이드 필름만 「치료재료급여·비급여목록및급여상한금액표」에 의한 상한금액 범위내의 요양기관 실구입가로 산정함. (고시 제2005-8호)
	디지털 사진 motion digital image image printing	방사선치료계획의 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
	방사성동위원소 사용료	다407 개봉선원치료, 다408 밀봉소선원치료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
	노발리스 장비를 이용한 방사선치료 및 수술	기존의 선형가속기를 이용한 시술과 동일 행위이므로 각 시술행위에 따른 해당 방사선치료 및 수술의 소정점수를 산정함. (고시 제2011-172호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
다401 체외조사에 대한 방사선 모의치료 및 치료계획	치료부위 재표시 조사야를 결정하기위한 투시 Fluoroscope & Skin Mark	다401 체외조사에 대한 방사선 모의치료 및 치료계획의 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
	원격조사치료계획	다401-가. 기본치료계획[모의치료 포함]의 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
	기본선량확인	방사선 치료계획시 장비에 대한 QA이므로 다401 체외조사에 대한 방사선 모의치료 및 치료계획의 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
다401 체외조사에 대한 방사선 모의치료 및 치료계획	Dose volume histogram conformal simulation	다401나(6)체외조사에 대한 방사선 모의치료 및 치료계획-전산화방사선치료계획[모의치료 포함]-입체조형 치료계획의 소정점수에 포함됨. (고시 제2007-139호)
	뇌정위적 방사선 분할 치료계획	다401나(7) 체외조사에 대한 방사선 모의치료 및 치료계획-전산화방사선치료계획[모의치료 포함]- 정위적 방사선 수술계획의 소정점수를 산정함. (고시 제2007-139호)
	전산화단층촬영모의치료기를 이용한 치료계획	다245 전산화단층영상진단 및 다401 체외조사에 대한 방사선 모의치료 및 치료계획의 소정점수를 각각 산정함. (고시 제2002-69호)
다402 밀봉소선원 치료에 대한 치료계획 및 모의치료	근접치료를 위한 치료계획 근접치료의 전산화치료계획	다402 밀봉소선원치료에 대한 치료계획 및 모의치료의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
다403 치료보조기구 고안 및 제작	체외조사용 몰드 및 근접치료용 몰드	체외조사용 몰드는 다403-가.차폐물[재료대 포함]의 소정점수를, 근접치료용 몰드는 다403-나. 보상체의 소정점수를 산정함. (고시 제2011-172호)
더-402 조사면 검교정	영상유도 치료부위 확인 및 교정 Image Guided Treatment Verification and Correction	더-402나 전기적 영상 검교정의 소정점수를 산정토록 함. (고시 제2007-139호)
	고전압 원뿔형빔을 이용한 전산화단층촬영시스템 Kilovoltage Cone Beam CT System	더402나 전기적 영상 검교정의 소정점수를 산정함. (고시 제2009-26호)
	초고압 원뿔형빔을 이용한 전산화단층촬영시스템 Megavoltage Cone Beam CT System	더402나 전기적 영상 검교정의 소정점수를 산정함. (고시 제2009-26호)
다405 체외조사	방사선의 횡단 강도를 점진적으로 감소시키는 장치인 쐐기 필터(wedge filter)	다405 체외조사의 소정점수에 포함됨. (고시 제2011-172호)
	특별히 제작된 cone을 방사선 치료기에 부착하여 국소부위에 집중적으로 전자선을 조사하는 특수 콘치료	다405-다. 고에너지 방사선치료 [3문조사]의 소정점수를 산정함. (고시 제2011-172호)
다407 개봉선원치료	P-32 Colloid Therapy	다407-다. 개봉선원치료-기타방법[복막천자, 흉강천자, 관절천자 등]의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	P-32 정맥주사치료	다407-나. 개봉선원치료-정맥주사방법의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
다408 밀봉소선원치료	강내치료처치료 강내치료 수술장 사용료 Vaginal Dilator Cervix Marker	다408-나. 강내치료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
	근접치료의 3차원 시술	다408-다. 조직내치료, 관내치료의 소정점수를 산정함. (뇌정위적 방사선근접치료를 위한 도관 삽입은 별도임) (고시 제2000-73호)
다409 전신조사	반신조사 [치료계획 등 포함] (전신의 뼈를 광범위하게 침범한 전이암, 다발성 골수종, 백혈병 등의 상병에서 통증완화 목적으로 시행)	다409-나. 전림프절조사의 소정점수를 산정함. 단, 치료계획, 선량측정 및 특수차폐물 등은 소정점수에 포함됨. (고시 제2002-69호)
다412-1 뇌정위적 방사선수술	노발리스 장비를 이용한 방사선치료 및 수술	기존의 선형가속기를 이용한 시술과 동일행위이므로 각 시술행위에 따른 해당 방사선치료 및 수술의 소정점수를 산정함. (고시 제2011-172호)

제 4 장

투약 및 조제료

제 4 장 투약 및 조제료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
라4 주사제 무균조제료	항암제 조제료	라4-가. 주사용 항암제의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)

제 5 장

주 사 료

제 5 장 주사료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	두피 정맥주사 처치료, 신생아 정맥주사 처치료	제5장 주사료 [산정지침]-(2)에 의거 만 8세미만의 소아에 대하여 실시한 정맥내 점적주사(마5, 마15-다)는 주사료 소정점수의 30%를 가산함. (고시 제2000-73호)
마1 피하 또는 근육내주사	근육주사 (환자본인이 구입한 약제 주사시)	마1 피하 또는 근육내주사의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
마5 정맥내 점적주사	정맥주사 (환자본인이 구입한 약제 주사시)	마2 정맥내 일시주사, 마5 정맥내 점적주사 또는 마15-나. 정맥내 점적주사의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	수액주입 Restart (3회 이상)	해당 정맥내 점적주사료(마5 또는 마15-다) 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
	IV Dropping Count	
	Syringe Pump	마5 정맥내 점적주사 또는 마15-다. 정맥내 점적주사 주.2에 의거, 기기당 27.08점을 1일 1회 산정함. (고시 제2016-204호)
	혈액 및 수액의 가온	마5 정맥내 점적주사의 소정점수에 포함됨. (고시 제2002-13호)
마9 관절강내주사	관절내주사(1회) 악관절강내주사	마9 관절강내주사의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	폴리뉴클레오티드나트륨을 이용한 관절강내 주사	마9 관절강내주사의 소정점수를 산정함. 다만, 슬관절강내 주입용 폴리뉴클레오티드나트륨은 치료재료 인정기준에 따라 별도 산정함. (고시 제2020-49호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	콜라겐을 이용한 관절강내 주사	마9 관절강내주사의 소정점수를 산정함. 다만, 슬관절강내 주입용 콜라겐은 치료재료 인정기준에 따라 별도 산정함. (고시 제2021-153호)
마13-1 비갑개내주사	비하갑개내 스테로이드주사	마13-1 비갑개내주사의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
마105 조혈모세포이식	CD34 양성세포 선별, CD34 세포이식 주입료	자가조혈모세포이식시 사용된 CD34 Collection Kit는 마105 조혈모세포이식 '주2'에 의거 별도 산정하고, 조혈모세포 생체외처리 및 주입료는 마105나 또는 라의 소정점수에 포함됨. (고시 제2007-139호)
마105 조혈모세포이식	Cell Processing, 골수생체외처리 (mononuclear 추출) ABO 같은 경우, 골수생체외처리 (mononuclear 추출) ABO 다른 경우	조혈모세포 생체외처리비용은 해당 시술료 [마105나 조혈모세포이식(조혈모세포의 생체외처리)]의 소정점수에 포함됨. (고시 제2007-139호)
	말초조혈모세포 냉동처치 (냉동보관료)-2회차부터 말초혈액 조혈모세포 보관료 (3개월 이상)	냉동처리료 및 보관료는 조혈모세포 냉동기간, 조혈모세포 채집 및 냉동처치 횟수를 불문하고 마105다(1)조혈모세포이식(조혈모세포의 이식 준비-냉동처리및 보관)에 의거 조혈모세포이식 시술당 1회만을 산정함. (고시 제2007-139호)
	T-cell Depletion, manual (HLA Type 불일치의 경우에 시행)	HLA Type 불일치는 고시 제2000-73호(2000.12.30)에 의거 100분의 100으로 본인부담 하되, T-Cell manual depletion의 수가는 동종골수조혈모세포이식의 경우에는 마105나(1)조혈모세포이식(조혈모세포의 생체외처리-T-세포 제거)의 소정점수에 포함됨. (고시 제2007-139호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	Buffy Coat BM Washing	현행 조혈모세포이식 수가산정기준에 따라 마105조혈모세포이식료 소정점수에 포함됨. (고시 제2007-139호)
	항암치료후 구제성 자가조혈모세포주입 Rescue Stem Cell Instillation after chemotherapy	마105라 조혈모세포이식(조혈모세포의주입)의 해당 항목별 소정점수를 산정하되, 비승인 환자의 경우에는 비승인 조혈모세포이식 요양급여비용 산정방법(고시 제2003-65호)에 따라 시술과 직접 관련된 요양급여비용에 대하여 100분의 100 본인부담하고, 승인 환자에게 시술시는 급여(본인일부부담)토록 함. (고시 제2007-139호)

제 6 장

마 취 료

제 6 장 마취료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	체온감시	소정 마취료 또는 입원료에 포함됨. (고시 제2000-73호)
	Apnea Monitor 사용료	소정 마취료에 포함됨. (고시 제2000-73호)
	마취가스 분압 측정기 계측 Anesthetic Gas Monitoring	
	고빈도 제트환기요법	인공호흡을 위해 실시한 경우는 자-585 인공호흡의 소정점수로 산정함. (고시 제2016-204호)
	이중기관지관 삽입술	[산정지침](3)항과 관련, 일측폐환기법 마취시 소정 마취료의 50% 가산기준에 포함됨. (고시 제2014-208호)
	Bronchial Blocker 삽관술	
	Univent 삽관술	
	기관지내시경술	
	마취 중 감시료 (심전도감시)	소정 마취료에 포함됨. (고시 제2002-98호)
	마취 중 감시료 (근이완측정감시)	
	마취 중 감시료 (호기말이산화탄소분압측정감시)	
	모니터 마취관리 (무마취 또는 국소마취 수술 중에 통증 및 불안이 심한 환자를 진정시키기 위하여 기본적인 환자감시장치를 이용하여 모니터를 실시한 경우)	소정 마취료 또는 해당 수술료에 포함됨. (고시 제2002-98호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	바이스펙트랄 지수 감시 Bispectral index monitoring: electroencephalogram	소정 마취료 또는 가9 중환자실 입원료에 포함됨.(sensor 등 소요재료 비용 포함. 다만, 전신마취시 사용하는 비침습적 마취심도 감시용 sensor는 별도 산정) (고시 제2017-64호)
	대뇌피질산소포화도감시 Cerebral Oxygen Saturation Monitoring	소정 마취료 또는 가9 중환자실입원료에 포함됨. 다만, 사용된 소모성 재료인 Sensor는 별도 산정함. (고시 제2007-81호)
바1 정맥마취	케타민 정맥주사요법	바1-가. 전신마취의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
바2 마취료 가2 입원료	회복실 환자관리	바2 마취료 또는 가2 입원료(환자관리료)의 소정점수에 포함됨. 다만, 가17 회복관리료 인정기준에 해당하는 경우에 한하여 별도 산정 가능함. (고시 제2015-155호)
바3 마취중 감시료 다. 마취중 침습적동맥압 감시 [카테터삽입료 포함]	연속 자동 맥압변이 측정	바-3 마취중 감시료 다. 마취중 침습적동맥압감시[카테터삽입료 포함]의 소정점수를 산정함(동맥압 측정 및 감시료 포함) 단, 마취중 연속 자동 맥압변이 측정이 아닌 경우에는 너-874 침습적동맥압혈압측정[1일당]의 소정점수를 산정함(동맥압 측정 및 감시료 포함) (고시 제2016-99호)
바22 경막외 신경차단술	경막외강 스테로이드 주사 (스테로이드, 국소마취제, 생리식염수 병용 투여)	바22-가. 경막외 신경차단술(일회성 차단)의 소정점수를 산정함. (고시 제2002-13호)
	경막외 유착용해술 (Epidural catheter를 사용한 경우)	통증완화 목적으로 실시하는 경막외강내 유착부위 약제주입 : - 바22-나. 지속적경막외차단의 소정점수로

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		산정함. - Epidural catheter 별도 산정 - 시술전후에 시행한 경막외조영술은 다210-나 (Epidurography) 별도 산정함. (고시 제2005-8호)
	전방 경막외 차단술 Anterior Epidural Block [일회성차단의경우]	바22-가. 경막외 신경차단술-일회성차단의 소정점수를 산정함. (고시 제2003-86호)
바23 뇌신경말초지차단술	삼차 신경절 절단술	바23가 뇌신경 및 뇌신경말초지차단술(삼차신경절, 상악신경, 하악신경)의 소정점수를 산정함. (고시 제2007-139호)
바24 척수신경말초지차단술	전립선주위 신경총차단	바24사 척수신경말초지차단술(액와하부신경)의 소정점수를 산정함. (고시 제2007-139호)
	정색신경차단 Spermatic cord block	바24차 척수신경말초지차단술(장골서혜신경)의 소정점수를 산정함. (고시 제2007-139호)
바25 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술	척수신경근 조영술 및 선택적 신경근 차단술	바25라 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술(선택적신경근)의 소정점수를 산정함. (고시 제2007-139호)
	Psoas Compartment block	바25사 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술(요천골신경총)의 소정점수를 산정함. (고시 제2007-139호)
바33 뇌신경 및 뇌신경말초지파괴술	후가세르 글리세롤 신경근파괴술 Retrogasserian glycerol neurolysis	바33-가. 삼차신경절파괴술의 소정점수를 산정함. (고시 제2007-139호)
신경파괴술	냉동진통요법	신경파괴술의 부위별 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)

제 7 장

이학요법료

제 7 장 이학요법료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	Exercise Device (하지마비환자의 운동 보조기구)	해당 이학요법료 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
	병실왕진료(물리치료)	해당 이학요법료의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	사회적응훈련	사회적응훈련의 수기료는 입원료 소정점수에 포함하여 별도 산정하지 아니하나, 입장료, 관람료 등의 비용은 실비로 본인이 부담토록 함. (고시 제2002-13호)
사33 피부과적 자외선치료 사34 피부광화학요법	협파장대 자외선 B광선요법	사33 피부과적 자외선치료[1일당] 또는 사34 피부광화학요법[PUVA, Goeckermann, Ingram 등][1일당]의 소정점수를 산정함. (고시 제2002-69호)
사33 피부과적 자외선치료 [1일당]	308나노미터 엑시머 라이트를 이용한 광선치료 Phototherapy using 308nm Excimer Light	사33 피부과적 자외선치료[1일당]의 해당 항목별 소정점수를 산정함. (고시 제2005-100호)
	IPL 표적광선치료 IPL targeted Phototherapy	
	표적자외선치료 Targeted Phototherapy	
사102 심층열치료 [1일당]	심부자극 전자기장 치료요법 Deep Penetrating Electro-Magnetic Therapy	사102 심층열치료[1일당]의 소정점수를 산정함. (고시 제2005-77호)

항 목	제 목	세부인정사항
사104 경피적 전기신경자극치료	저주파치료	사104 경피적 전기신경자극치료의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
사106 단순운동치료	협응력 운동 (Coordination Exercise), 유연성 운동 (Strength Exercise), 롤러베드, Theraband, 고무밴드 근력운동, ROM Exercise	사106 단순운동치료의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	근막 이완치료 Myofascial Release	사106 단순운동치료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2002-98호)
사112 간헐적 견인치료	비수술적 척추 감압치료 Nonsurgical Spinal Decompression ☞ 신청시 행위명 비수술적 요추간판 감압술, 비침습적 추간판 감압치료술, 비수술적 디스크 감압치료, 척추의 운동적 견인교정술	사112 간헐적 견인치료 해당 항목의 소정점수를 산정함. (고시 제2007-14호)
사115 재활저출력	레이저 물리치료, Laser Point	사115 재활저출력레이저치료의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
레이저치료	통증유발점 직선편광 근적외선 조사, 성상신경절차단 통증유발점 조사 Stellate ganglion block, Trigger point irradiation	사115 재활저출력레이저치료의 소정점수를 산정함. 다만, 제7장 제2절 단순재활치료료 주. 1항에 의거, 재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과, 외과, 흉부외과 또는 마취통증의학과 전문의가 상근하고 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사가 실시한 경우에 산정 가능함. (고시 제2011-172호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
사116 운동치료	Medx Dynamic Lumbar Extension, Medx Dynamic Torso Rotation, Isotonic Equipment, Aerobic Equipment, 지속성 관절운동, 지속적인 수동관절운동, CPM(Continuous Passive Motion), Exercise(기계, 기구이용), 연속수동 운동요법, 소아용 자전거	전산화된 등속성 운동기구를 제외한 등속성 운동기계(기구)를 사용하여 근력강화운동과 기능훈련 등을 30분 이상 실시한 경우에는 실시횟수를 불문하고 사116-가. 복합운동치료[1일당]의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	포괄적 근력강화 프로그램 (Comprehensive Strengthening Protocol-cybex 장비이용) 싸이백스 운동치료	전산화된 평가 및 치료가 가능한 등속성 운동기구를 사용하여 근력운동을 30분이상 실시한 경우에는 실시횟수를 불문하고 사116-나. 등속성 운동치료[1일당]의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
사117 운동점차단술 [근육당]	7% 페놀을 이용한 신경차단술 (운동점내에 페놀 주입)	사117 운동점차단술의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	보툴리늄 독소 주사요법 Botulinum Toxin Injection Therapy	1. 약제급여 범위내(방광내 주입 제외) 보툴리늄 독소 주사요법 시행시 수기료는 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 약제 급여 범위내 시술시는 사117 운동점차단술[근육당]의 소정점수를 산정하여 급여하되 동시에 2개 근육 이상 실시시 제2의 근육부터는 소정점수의 50%를 산정함. 다만, 안면내 주입 시는 안면근육의 해부학적 상태 및 시행방법 등을 고려하여 편측당 '사117 운동점차

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		단술[근육당]' 소정점수만을 산정함. 나. 보툴리늄톡신 주사제 이외에 사용된 약제는 소정점수에 포함되나, 유도비용인 나611 근전도검사는 별도 산정함. 2. 약제 급여 범위 중 방광내 주입 시는 자351 라 요관구절개술(Ureteral Meatotomy) 소정점수의 150%를 산정하되, 나773 방광경검사는 소정점수에 포함됨. 3. 요양급여의적용기준및방법에관한세부사항[약제]에서 환자전액본인부담으로 정한 범위의 시술을 한 경우 행위료는 비급여토록 함. (고시 제2020-243호)
사119 압박치료	간헐적 압박치료, 간헐적 공기압 펌프, 파동형 공기압부종치료, 바소트레인, 공기압마사지, 임파부종물리치료 Sequential Compression	사119 압박치료[1일당]의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
사122 중추신경계 발달재활치료	신생아 보이타치료	사122 중추신경계발달재활치료의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	고유수용성신경근촉진법 Proprioceptive Neuromuscular Facilitation (PNF)	사122 '주' 항의 "보이타 또는 보바스요법 등"에 해당되므로 사122(중추신경계발달재활치료)의 소정점수를 산정함. (고시 제2002-13호)
사123 작업치료	작업요법(종이접기), 고무찰흙손운동	사123-가. 단순작업치료의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	감각통합치료 Sensory Integartion Therapy	해당 작업치료의 범주에 포함함. (고시 제2008-40호)
	인지재활치료 Cognitive Rehabilitation Therapy	사123 해당 작업치료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2009-200호)
사124 일상생활동작 훈련치료	일상생활동작 모의훈련 및 교육(ADL Simulation Therapy), 복합 의수족 기능훈련, 단순 의수족 기능훈련, 특수 의수족 기능훈련	사124 일상생활동작 훈련치료의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	A.D.L Device (의식주를 도와주는 기구, 손에 끼우는 스푼 등)	사124 일상생활동작 훈련치료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
사126 기능적 전기자극치료	EMG Trigger EMS	사126 기능적 전기자극치료의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
사127 근막동통유발점 주사자극치료	동통유발점 차단	사127 근막동통유발점 주사자극치료의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
사129 호흡재활치료	단순체위배액운동, 복잡체위배액운동, 호흡운동, 흉곽팽창운동(Chest Wall Expansion Exercise), 호흡생체되먹이기훈련	유발성 흡기폐활량계 등 기구를 사용한 호흡운동, 체위배액치료 등 호흡재활치료를 30분 이상 실시한 경우에는 사129 호흡재활치료의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
사130 재활기능치료	보행훈련, 체중탈부하 보행훈련, 특수보행훈련, 견인보행기	편마비, 하지마비, 사지마비, 뇌성마비 등의 중추신경계 질환이 있는 환자에게 보행훈련을 30분이상 실시한 경우에는 사130-나. 보행치료의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	트레드밀 운동치료 (트레드밀 장비를 이용하여 보행훈련 실시), 컴퓨터 균형평가훈련 (보행치료의 초기단계)	사130-나. 보행치료의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
제1편 제3부. 비급여목록 : 체외자기장 요실금 치료	만성골반통증후군에 의한 하부요로증상의 체외자기장 치료 Extracorporeal Magnetic Therapy for Lower Urinary Tract Symptoms from Chronic Pelvic Pain Syndromes	제3부 비급여항목 서33 체외자기장 요실금치료의 범주에 해당됨. (고시 제2007-139호)

제 8 장

정신요법료

제 8 장 정신요법료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
아10 정신의학적 응급처치 가20 정신의학적 집중관리료	특수간호 (정신건강의학과 환자의 응급의 경우에 환자에게 억제나 격리시 행해지는 행위)	아10 정신의학적 응급처치 또는 가20나 정신의학적 집중관리료-격리보호료에 포함됨. (고시 제2015-155호)
아11 정신의학적 사회사업	약물남용 및 중독자사회사업지도 Substance Abuse Counseling (*inhalants, illegal drug, Alcohol 남용 및 중독자에 대한 사회사업지도)	아11-나. 정신의학적사회사업(사회사업지도)의 소정점수를 산정함. * 단, 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용은 "요양급여의기준에관한규칙 [별표2]비급여대상(제9조1항 관련)4-파"에 의거 비급여대상임. (고시 제2002-13호)

제 9 장

처치 및 수술료 등

제9장 처치 및 수술료 등

항 목	제 목	세부인정사항
일반사항	OR 사용료 (6시간 이내의 외래수술환자)	해당 수술료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
	척추내 유착박리술(재수술시), 경막외 유착박리술(재수술시)	
	비디오 흉강경하수술	해당 관혈적 수술료의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	이비인후과 레이저 사용, Laser bronchoscophy시술, 레이저 환기 기도 내시경술	[산정지침]-(9)에 의거 각 분류항목의 처치 및 수술 등에 레이저를 이용한 경우에도 각 분류항목의 소정점수만을 산정함. 다만, [산정지침]-(11)에 의거 레이저시술 중 장관이 별도로 인정한 "레이저시술"에 소요된 레이저 재료대는 별도 산정가능함. (고시 제2016-204호)
	ENDO LASER (산부인과 복강경하 레이저사용)	
	레이저 신경내시경수술 및 신경외과수술	
	수술중 초음파분쇄흡인기 사용	초음파분쇄흡인기 사용 시술시에도 해당 수술료의 소정점수만을 산정함. (고시 제2000-73호)
	붕대 및 교환	해당 처치 및 수술료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
	안검 및 결막발사술, 발사	
	개심술에서 미용적 최소절개술 (심방중격결손증 여자환자 등 복잡기형이 아닌 일반심장수술)	절개법을 불문하고 해당 수술료의 소정점수만을 산정함. (고시 제2000-73호)
	코수술후 처치, 인두처치, 후두처치, 간단한 귀처치(중이수술후 처치 제외), 외이도 세척, 안과처치, 안과용 드레씽, 눈세척	산정지침 제9장 제1절 (2)항에 의거 제1절에 기재되지 아니한 처치 및 수술로서 간단한 처치 및 수술은 기본진료료에 포함됨. (고시 제2016-204호)

항 목	제 목	세부인정사항
	신경자극기 Nerve Stimulator (타액선 수술 및 중이수술 등 안면신경 손상여부를 알기위해 신경자극기를 사용하여 반응여부를 확인하는 경우)	해당 수술료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
	현미경하 수술 Microscopic surgery	해당 수술료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2002-13호)
	휘어지는 내시경을 이용한 요추후궁절제술 (Endoscopic Lumbar Laminectomy with Malleable endoscope)	휘어지는 내시경을 이용한 시술시에도 수술료는 해당 항목의 소정점수만을 산정함. (고시 제2002-13호)
	회복실 사용료 (6시간이내 국소마취하의 처치 및 수술시 적용)	해당 처치 및 수술료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2002-13호)
	수술중 안면신경감시 Intraoperative facial nerve monitoring	해당 수술료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2002-69호)
	흉강경 보조로봇을 이용한 심장수술 Video-Directed and Robot-assisted Cardiac Surgery	흉강경 이용 심장수술 시, 내시경 기구의 진로 및 위치 등을 안내하는 보조로봇을 이용하는 경우에는 해당 관혈적 심장수술항목의 소정점수를 산정함(최소침습적 방법의 소정점수로 산정은 불가). 다만, 흉강경 보조로봇을 이용한 유도비용은 비급여로 별도 산정함 (고시 제2018-70호)
	카메라 조작 로봇을 보조로 한 내시경 수술[복강경·흉강경 수술] Camera Manipulating Robot Assisted Endoscopic Surgery	복강경·흉강경 이용 내시경 수술 시, 내시경 기구의 진로 및 위치 등을 안내하는 보조로봇을 이용하는 경우에는 해당 관혈적 수술항목의 소정점수를 산정함. 다만, 복강경·흉강경 보조로봇

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		을 이용한 유도비용은 비급여로 별도 산정함. (고시 제2022-204호)
	초음파 절삭기를 이용하여 척추골 절제/절개술 시 수가산정방법	초음파 절삭기를 이용하여 실시한 수술의 행위료는 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 등으로 고시되어 있는 해당 관혈적 수술의 소정점수로 산정함. 다만, 시술시 사용되는 치료재료는 Burr, Saw등 절삭기류 치료재료비용의 산정방법에 따름. (고시 제2020-135호)
	재조합 인간 골형성 단백질 2를 이용한 골 이식 시 수가 산정방법	외상성 상하지 급성골절, 요추 유합술(단분절 후외방 유합술, 단분절 전방/사측방 추체간 유합술) 환자에서 재조합 골형성 단백질 2를 적용 시 행위료는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 등으로 고시되어 있는 해당 관혈적 수술의 범주에 해당됨. 다만, 골이식술의 급여기준 내 시술 시 자-31-1 골이식술의 소정점수를 산정함. 아울러, 사용된 치료재료는 별도 산정함. (고시 제2021- 102호)
	수술 시 봉합을 고정하기 위한 자동화된 방식의 매듭짓기의 수가산정방법	외과적 수술 시 봉합을 고정하기 위한 자동화된 방식의 매듭짓기는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 등으로 고시되어 있는 해당 관혈적 수술의 소정점수에 포함됨. 다만, 사용되는 봉합용 고정재료는 별도 산정함. (고시 제2021-206호)
자2다	초음파 창상소파술 및	자2다 창상봉합술-창상청소 및 변연절제만

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
창상봉합술 -창상청소 및 변연절제만 실시한 경우	변연절제술 Ultrasonic assisted Wound Curettage and Debridement	실시한 경우의 소정점수를 산정함. (고시 제2022-26호)
자2-1 일반처치 또는 수술후처치 등	Subclavian Catheter Care, Swan-Ganz Catheter Care, Hickman Catheter, 격리 Dressing (Hickman Catheter Dressing)	자2-1-가(1) 단순처치의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	히크만카테타 및 케모포트 헤파린/유로키나제 주입	
	항암환자 Dressing (암환자의 수술후 상처 Dressing)	자2-1-가. 창상처치의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	Care of Artificial Bladder	자2-1-나. 장루처치의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	N/S Dressing (상처소독, Tube 세척, 위장관출혈의 경우)	상처소독의 경우 : 자2-1-가. 염증성처치 소정점수를 산정함. Tube 세척의 경우 : 자2-1-다. 수술후 튜브삽입에 의한 자연배액 감시 및 처치 또는 자2-1-라. 흡입배농 및 배액처치의 소정점수를 산정함. 위장관출혈의 경우 : 자590-나(1) 위출혈의 경우의 소정점수로 산정함. 단, 생리적식염수는 500cc 이상 사용한 경우 별도 산정함. (고시 제2000-73호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	복강내 항암화학요법을 위한 도관 길들이기 Break-in for Intraperitoneal Chemotherapy	자2-1-가(1) 단순처치의 소정점수를 산정토록 함. (고시 제2007-139호)
	Chest Bottle Change	자2-1-다. 수술후 튜브삽입에 의한 자연배액 감시 및 처치의 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
	Chest Tube Squeezing	
	진공음압창상처치 Vacuum-Assisted Closure Therapy(Negative Pressure Wound Therapy)	Dressing 재료 교환당일에는 자-2-1 가(2) 염증성 처치, 교환당일이 아닌 경우에는 자-2-1가(1) 단순처치의 소정점수를 산정하며, 사용된 치료재료는 별도 산정한다. (고시 제2009-214호)
자5 도뇨 (1회당)	Mannual Bladder Volume Check (Nelatone catheter를 이용하여 bladder volume을 check함)	자5 도뇨의 소정점수를 산정함. (고시 제2002-13호)
자9 병변내주입요법	창내약물주입법 창내주입법	자9 병변내주입요법의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
자13 피부레이저 광선치료	308nm 엑시머 레이저를 이용한 광선치료 Phototherapy using 308nm Excimer Laser	자13 피부레이저광선치료[1회당] 해당항목의 소정점수를 산정함. 다만, 피부과 전문의가 상근하는 요양기관에서 백반, 건선 등에 실시한 경우에 한하여 산정함. (고시 제2005-38호)
자16 피판작성술	Scrotal flap	자16가(1)(나) 국소피판술(기타)의 소정점수를 산정함. (고시 제2007-139호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
자17-2 사체피부이식술 [이식시 가피절제 포함]	동종진피이식술 Acellular Dermal Graft	자17-2 사체피부이식술[이식시 가피절제 포함]의 소정점수를 산정함. (고시 제2010-100호)
자18 피부과처치 [1일당]	기타 피부과 처치 (피부과 처치를 시행시 효과를 높이기 위해 약제를 도포하여 주거나 소독이나 세안의 단계를 거치는 경우)	자18 피부과처치 주.1 에 의거 피부연고 도포 등 단순한 피부 처치는 기본진료료에 포함되므로 별도 산정하지 아니함. (고시 제2002-13호)
자18-1 화상처치	사람유래 피부각질세포를 사용한 화상처치	단독으로 실시한 경우에 한하여 자18-1 화상처치 해당 항목의 소정점수를 산정하되, 시술시 사용된 약제(사람유래피부각질세포)는 단독 또는 타 시술과 동시 시행 여부를 불문하고 별도 산정함. (고시 제2007-25호)
자28 양성골종양의 소파술 또는 절제술 자28-1 악성골종양의 광범위절제술	골종양 재발방지를 위한 냉동수술	자28 양성골종양의 소파술 또는 절제술 또는 자28-1 악성골종양의 광범위절제술의 소정점수에 포함됨. (고시 제2002-69호)
자46 척추고정술	전방후복막경유 요추 추간판 전치환술 Total Disc Arthroplasty [Retroperitoneal Approach]	자46-가-(3) 척추고정술-전방고정-요추의 소정점수를 산정함. (고시 제2005-8호)
	경추추간판전치환술	자46-가-(1) 척추고정술 -전방고정-경추의 소정점수를 산정함. (고시 제2005-38호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	경피적 척추경나사못고정술	자46 척추고정술의 해당항목 소정점수를 산정함. (고시 제2005-38호)
	ABM/P-15 펩티드를 이용한 경추 추체간 유합술	ABM/P-15 펩티드를 이용한 경추 추체간 유합술(단분절 수술에 한함)은 「건강보험 행위 급여비 급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 고시되어 있는 해당 관혈적 수술의 범주에 해당됨. 다만, 사용된 치료재료는 별도 산정함. (고시 제2022-128호)
자47 경피적 척추성형술	경피적 척추체강화술 Percutaneus Vertebral Augmentation	자47 경피적 척추 성형술의 소정점수를 산정함. (고시 제2005-8호)
	고점도 척추강화술 Percutaneous Extrapedicular Vertebral Augmentation	
	경피적 척추후굴 금속복원술 Kyphoplasty using a metal elevator	자47 경피적 척추 성형술의 소정점수를 산정함. (고시 제2006-32호)
자49 추간판제거술	관혈적 미세현미경 홀뮴 야그레이저 디스크 부분절제술 Open Lumbar Microdisectomy with Holmium YAG Laser (Infratome)	관혈적 레이저 추간판 절제술은 자49가 추간판제거술, 관혈적의 소정점수를 산정함. (고시 제2009-26호)
	경피적 척추사이구멍내시경 디스크기구절제술 (Percutaneous Transformonal manual Discectomy with Perscope)	자49-나. 내시경하 추간판제거술의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	신경구멍 내시경 레이저 부분절제술 AMD Laser Discectomy, 관절경적 척추 레이저 척추시술료	자49-나. 내시경하 추간판제거술의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	인공수핵성형술	자49-가. 관혈적 추간판제거술의 소정점수에 포함됨. (고시 제2005-38호)
	디지털 추간판조영술 및 디스크내 약물 주입	자49-다. 척추수핵용해술 점수의 50%를 산정함. 이 경우 Discogram은 해당 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
	미세추간판절제술 [METRX- MD System 이용] Microdiscectomy with METRX- MD System	자49-가. 추간판제거술 관혈적의 소정점수를 산정함. (고시 제2003-86호)
	뉴클레오톰을 이용한 관혈적 척추디스크수술 Automated Open Lumbar Discectomy (AOLD)	자49-가.(3) 관혈적 추간판제거술-요추의 소정점수를 산정함. * 소요재료: Nucleotome kit (별도산정불가) (고시 제2009-45호)
	관혈적 현미경요추디스크 자동절제술 Arthrocare openwand automated open lumbar microdiscectomy	자49가 관혈적 추간판제거술의 소정점수를 산정함. (고시 제2009-214호)
자49-1-다 척추후궁절제술-요추	척추극돌기간 고정술	자49-1-다. 척추후궁절제술-요추의 소정점수에 포함됨. (고시 제2005-8호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
자60-가 사지골절정복술 [복잡골절포함] -관혈적	최소 침습적 금속판 골유합술 Minimally invasive plate osteosynthesis	상완골, 경골 골절환자에게 최소 침습적 금속판 골유합술(MIPO)을 시행한 경우에는 자60-가. 사지골절정복술 [복잡골절포함]-관혈적의 소정점수를 산정함. (고시 제2014-126호)
자65 견인술	Thomas Splint 사용	자65-가. 골견인술의 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
자71 인공관절재치환술 자71-1 인공관절재치환술	로봇보조 인공관절치환술 Robot-assisted arthroplasty	인공관절치환술 시, 로봇수술기를 이용하여 절삭 및 절골후 인공관절을 삽입하는 경우에는 자71 인공관절치환술 또는 자71-1 인공관절재치환술의 소정점수를 산정하며, 사용된 치료재료는 별도 산정함 (고시 제2018-70호)
	비영상 항법장치를 이용한 인공슬관절치환술 Image-free Computer assisted Navigation System Knee Replacement Arthroplasty	자71 인공관절치환술 또는 자71-1 인공관절재치환술의 해당 부위 소정점수를 산정하며, 비영상 항법장치 장비사용과 관련된 비용(소모품 등)은 별도 산정할 수 없음. (고시 제2005-77호)
	전자기장 입체정위시스템을 이용한 인공슬관절치환술 Electromagnetic Navigation Procedure for Total Knee Replacement	자71 인공관절치환술 또는 자71-1 인공관절 재치환술 해당 부위의 소정점수를 산정함. 이경우 장비 사용과 관련된 비용(소모품 등)은 별도 산정할 수 없음. (고시 제2007-25호)
자102 하비갑개점막하 절제술	고주파를 이용한 하비갑개 용적감소술 Inferior Turbinate Volume	자102 하비갑개점막하 절재술[중비갑개점막하 절제술 포함]의 소정점수를 산정함. (고시 제2012-170호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
[중비갑개점막하 절제술 포함]	Reduction with Radiofrequency	
자107 상악동근치수술	수술후성 상악낭종 (Caldwell-Luc operation 후 재발)	자107 상악동근치수술의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
자108 부비강세척 [주입 포함]	Sinojet (상악동 천자하여 상악동 세척 실시)	자108 부비강세척[주입 포함]의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
자164 동맥간우회로 조성술 [자가혈관이용시 채취료 포함]	최소침습적 관상동맥 우회술(MIDCAB-Off pump CABG 경우)	자164가동맥간우회로조성술(대동맥-관동맥간) 주.에 의거 무인공심폐 관상동맥 우회로 조성술(Off pump CABG)을 실시한 경우에는 해당점수를 산정함. (고시 제2007-139호)
자165 중심정맥내 카테터유치술	디지털 중심정맥카테타삽입술, 디지털 케모포트삽입료	방법에 따라 자165-가, 나 또는 다의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	Port/Hickman Revision, PICC Reposition	자165 중심정맥내카테터 유치술의 소정점수에 포함됨. (고시 제2007-92호)
자200-1 부정맥수술	고주파를 이용한 미로수술 Maze operation with Radiofrequency ablation	자200-1-가. 부정맥수술 (상심실성 부정맥)의 소정점수를 산정함. (고시 제2002-98호)
	고강도 초음파를 이용한 개흉하 추가적 심방세동 수술(Surgical ablation with High-Intensity Focused Ultrasound)	자200-1-가. 부정맥수술 (상심실성 부정맥)의 소정점수를 산정함. (고시 제2011-37호)
	고주파를 이용한 흉강경하	자200-1-가. 부정맥수술(상심실성 부정맥)의

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	심방세동 수술 Thoracoscopic Epicardial Radiofrequency Ablation	소정점수를 산정함. (고시 제2011-71호)
자202 중심정맥영양법	고영양수액 자문 Total Parenteral Nutrition Recommandation	자202 중심정맥영양법의 소정점수에 포함됨. (고시 제2002-69호)
자206 광범위정맥류 발거술 [스트리핑 포함]	하지정맥류 냉동제거술 (Cryosurgical ablation of varicose vein)	자206 광범위정맥류발거술[스트리핑] 소정점수를 산정함. (고시 제2011-59호)
자206-1 혈관내죽종 제거술[혈관 성형술 포함]	동맥내막박피술	자206-1 혈관내죽종제거술[혈관성형술 포함]의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
자216 순열수술	구순열재성형술 (언어장애, 저작운동장애 등 일상생활에 지장이 있는 경우)	자216 순열수술의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
자219 구개열수술	인두피판성형술	자219-다. 구개열수술(구개인두부전증교정)의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
자221 하마종조대술	하마종개창술	자221 하마종조대술의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
자224 타석절개술	보존적타석제거술	자224-가. 타석절개술(단순적출)의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
자228 아데노이드	코블레이션을 이용한 아데노이드적출술	자228 아데노이드절제술 및 자230 편도전적출술의 소정점수를 산정함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
절제술, 자230 편도전적출술	(Adenoidectomy with Coblation) 코블레이션을 이용한 편도선적출술 (Tonsillectomy with Coblation)	(고시 제2011-129호)
자244 진단적개복술	골반/복부 복막절제술	골반복막절제술 또는 복부복막절제술 단독 실시 시 자244 진단적개복술의 소정점수를 산정함. 다만, 골반복막절제술과 복부복막절제술을 동시에 시행하더라도 주된 수술의 소정점수만 산정함. (고시 제2020-269호)
자287-1 수술중 장세척	수술중 장관세척법 Intraoperative colonic irrigation (대장세척기구를 사용하여 수술 중 간단하게 장세척을 시행할 수 있는 방법)	해당 시술료(자267 결장절제술, 자292 직장 및에스상절제술 등)의 소정점수에 포함됨. 다만, 대장폐색, 천공, 출혈 등으로 수술전 장처치가 불가능한 경우에는 자287-1 수술중 장세척의 소정점수로 산정함. (고시 제2007-139호)
자297 치루수술	외치루수술	자297 치루수술의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
자301 치핵수술	치핵저주파치료	자301-나. 치핵수술(응고법)의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
자301 치핵수술 나. 응고, 소작[레이저포함], 경화요법 및 고무밴드 결찰술	알타(ALTA)4단계주사요법 Sclerosing therapy for internal hemorrhoids with 4 step methods of ALTA injection	자-301 치핵수술 나.응고, 소작[레이저포함], 경화요법 및 고무밴드결찰술 해당 항목의 소정점수를 산정하며, 사용된 경화제는 별도 산정함. (고시 제2010-31호)
비뇨기과의	내시경하 요관(방광) 결석파쇄술	해당 부위 결석제거술 항목의 소정점수에

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
결석쇄석술	신석쇄석술 기구사용료 Litho-Claster	포함됨. (고시 제2000-73호)
자351 경요도적 방광내수술	방광요도결석 레이저치료	자351-나. 경요도적 방광내수술(결석)의 소정점수를 산정함. (고시 제2017-118호)
	방광종양 레이저 치료	자351-다. 경요도적 방광내수술(종양)의 소정점수를 산정함. (고시 제2017-118호)
자362 방광류교정술	질방 조직복원술 Paravaginal repair of cystocele	자362 방광류교정술의 소정점수를 산정함. (고시 제2002-98호)
자389-1 정관수술 [양측]	정관복원술	자389-1-나. 정관정관문합술의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
자397 전립선 온열요법	레이저를 이용한 전립선제거술 레이저 전립선수술 전립선 레이저 조사술	자397 전립선 온열요법에 의하여 산정함. (고시 제2000-73호)
	양극성 전립선 고온열치료 Transurethral Bipolar Radiofrequency Thermotherapy	자397 전립선 온열요법의 소정점수를 산정함. (고시 제2009-214호)
자397-2 광선택적 전립선 기화술	홀뮴 레이저를 이용한 전립선 광응고술 Holmium Laser Ablation of the Prostate	자397-2 광선택적 전립선 기화술의 소정점수를 산정함. (고시 제2009-200호)
	툴륨레이저를 이용한 전립선	「자397-2 광선택적 전립선 기화술」의

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	기화절제술 Thulium Laser Vaporesectoion of the Prostate	소정점수를 산정함. (고시 제2012-71호)
자408-나 질벽봉합술	후질벽탈장봉합술 Culdoplasty	자408-나. 후질벽 및 회음 성형술의 소정점수를 산정함. (고시 제2002-98호)
자411-(가)(2) 질탈교정술	질(자궁)탈출 후방슬링 교정술 Posterior Intravaginal Slingplasty	자411-가(2) 질탈교정술-수술적 치료-질부접근의 소정점수를 산정하며, 교정을 위해 사용된 소모성 재료대(Tunnelling Device)는 별도 산정함. (고시 제2005-100호)
자412-1 자궁경하 자궁근종절제술	쌍극자 자궁경 전기수술 Bipolar Hysteroscopic Electrosurgery (쌍극자 전기수술용 시스템을 이용한 자궁경하수술)	시술 행위에 따라 자412-1 자궁경하 자궁근종절제술, 자423 자궁경하 자궁내막소작박리술, 자424-1 자궁경하 자궁내막폴립제거술 등 해당항목의 소정점수를 산정함. (고시 제2002-98호)
자414 전자궁적출술	골반경 이용 자궁전적제술	자414 전자궁적출술의 소정 점수를 산정함. (고시 제2017-118호)
자423 자궁경하 자궁내막소작 박리술	임피던스 컨트롤 자궁내막소작술 (Impedance-Controlled Endometrial Ablation)	자423 자궁경하 자궁내막소작박리술의 소정점수를 산정함. (고시 제2011-104호)
자426-나. 자궁경부 원추형절제술 (전기루프이용)	자궁경부고주파열응고술 (고주파원추절제술)	자궁경부상피내종양중 중증이형증이나 상피내암에 loop를 이용한 고주파자궁경부분 전기절제술은 자426-나 (자궁경부원추형절제술의 전기루프이용)의 소정점수를 산정함. (고시 제2002-13호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
자427 자궁내장치 (IUD)	미래나 장치료	자427 자궁내장치 삽입술의 소정점수를 산정하고, 주. 2에 의거 사용된 재료대는 별도 산정함. (고시 제2000-73호)
자435 분만	수중분만, 그네분만, 가족분만(가족들의 입회하에 분만), 르봐이예분만	고시된 분만수가(자435) 이외에 추가로 발생한 비용은 별도로 산정하지 아니함. (고시 제2002-13호)
자437-1 분만후 처치	Breast Bandage	자437-1의 '주'에 의거 breast bandage는 분만후처치료의 소정점수에 포함되며, 수유억제용으로 사용된 탄력붕대는 별도 산정 가능함. (고시 제2000-73호)
자443-1 난소낭종 또는 난소농양배액술 [질부접근]	난소낭종흡인술 (경질하 시술)	자443-1 난소낭종 또는 난소농양배액술 [질부접근]의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
자454 부갑상선 절제술	방사능 탐색기를 이용한 종양부위 확인 검사 Radio-guided tumor localization study	방사능 탐색기를 이용하여 부갑상선 종양부위를 감지하여 병소를 제거하게 하는 시술로 자454 부갑상선 절제술의 소정점수에 포함됨. (고시 제2005-8호)
자455 갑상선수술	내시경하 갑상선 절제술	자455 갑상선수술의 소정점수를 산정함. (고시 제2002-69호)
자459 신경성형술	하치조신경전위술, 신경재접합술, 신경재위치술, Nerve Reposition	자459 신경성형술의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
자473-1	심부뇌자극술	자473-1 두개강내 신경자극기 설치술의

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
두 개강내신경 자극기설치, 교환 및 제거술		소정점수를 산정함. (고시 제2007-139호)
자474 뇌내시경수술	뇌내시경에 의한 뇌종양 생검술	자474-가. 뇌내시경수술(진단목적)의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	뇌내시경에 의한 제3차 뇌실 천공술	자474-나. 뇌내시경수술(개창술)의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	코를 통한 내시경적 두개기저부 종양적출술	자474-다. 뇌내시경수술(종양 또는 낭종 절제)의 소정점수를 산정함. (고시 제2002-69호)
자475 중추신경계 정위수술	신경외과 수술을 위한 뇌정위기구 사용료 Stereotaxic system	자475 중추신경계 정위수술의 소정 점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
자482-1 경피적척추 고주파열응고술	고주파열응고술 - 교감신경절 - 삼차신경절을 포함한 두부신경	자482-1 경피적척추고주파열응고술의 소정점수로 준용 산정함. 시술부위를 불문하며 동 시술시 사용된 치료재료와 C-arm 또는 Fluoroscopy를 사용한 이용료는 소정점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2007-139호)
	Pulsed 고주파열응고술 - 신경근 - 교감신경절 - 삼차신경절을 포함한 두부신경	
	경피적 고주파 척수시상로 절단술	

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	Percutaneous Radio-Frequency Cordotomy	
자485 무탐침 정위기법	안면골 골절 정복술(관골, 하악과두)을 위한 무탐침정위기법	자485가 무탐침정위기법-기본의 소정점수를 산정하며, 자485 무탐침정위기법의 급여기준을 따름. (고시 제2022-225호)
자489 안구내이물 제거술	안구내 이물탐지검사	자489 안구내이물제거술 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
자491 안구충전물 삽입술[2차적]	하이드록시 아파타이트 삽입술[2차적]	자491 안구충전물 삽입술[2차적]의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
자491 안구충전물 삽입술[2차적] 자522 안구적출 및 조직충전술	안구충전물 삽입술후 천공술 및 Peg 삽입술 Drilling & Peg insert	자491 안구충전물 삽입술[2차적] 소정점수의 50%를 산정하며, 시차(1-4주)를 두고 peg insertion을 시행한 경우에는 일련의 과정에 포함되므로 별도 산정하지 아니함. (고시 제2002-69호)
자504 녹내장수술 [레이저 사용 수술 포함]	마이토마이신 섬유주절제술	자504-다. 녹내장수술(섬유주절제술)의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
자507 유리체내주입술	약물방출시스템의 유리체내 이식술 Implantation of intravitreal drug delivery system	자507 유리체내주입술의 소정점수를 산정함. (고시 제2009-96호)
자511 백내장수술	백내장 수술에서 펄스 에너지를 이용한 수정체전낭원형절개술 Precision Pulse	자511나. 백내장 및 수정체 수술-수정체유화술의 소정점수에 포함됨. 다만, 펄스에너지를 이용한 수정체전낭원형절

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	Capsulotomy	개술용 치료재료는 별도 산정함. (고시 제2022-49호)
	안과특수치료 (후발성 백내장에 Yag-Laser 이용)	자511-다. 백내장 및 수정체 수술(후발성 백내장수술)의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
자511-1 인공수정체 삽입 또는 교환술	인공수정체 공막고정술	자511-1 인공 수정체 삽입 또는 교환술의 소정점수를 산정함. (고시 제2002-13호)
	수정체낭 안정링 삽입술	자511-1 인공 수정체 삽입 또는 교환술의 소정점수에 포함됨. (고시 제2002-13호)
자516-1 안구내삽관 레이저 광응고술	레이저사용(망막수술시)	자516-1 안구내삽관레이저 광응고술의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
자517 사시수술	Adjustable Suture 사시조절수술(재수술포함)	자517-나. 사시수술 복잡[조정봉합술, 후고정봉합술, 외안근이전술 등]의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	외안근탐색술	자517 사시수술 소정점수에 포함됨.
자535 각막절제술	치료적 레이저 각막절제술 Phototherapeutic Keratectomy	자535 각막절제술의 소정점수를 산정함. (고시 제2009-180호)
자-537 각막이식	각막이식에서 펨토초 레이저를 이용한 각막절제술 Femtosecond Laser Keratectomy for Corneal Transplantation	「자-537 각막이식」의 소정점수에 포함됨. (고시 제2012-71호)
자547 누관절개술	누점절개술, 단순 누점성형술 (누점 확장후 절개)	자547 누관절개술의 소정점수를 산정함. (고시 제2002-69호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
자554 누낭비강문합술	내시경하 누낭비강연결술	자554 누낭비강문합술의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
자569-1 레이저 등골절개술	Laser Dissection of Middle Ear	자569-1 레이저 등골절개술의 소정점수를 산정하되, 사용된 재료대는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니함. (고시 제2000-73호)
자580 인공와우이식술	수술중 와우감시 Intraoperative cochlear monitoring	자580 인공와우이식술의 소정점수에 포함됨. (고시 제2002-69호)
	수술중 신경반응 원격 측정 (인공와우이식술 중 청신경 및 이식된 기계 상태의 감시)	
자588 제세동술 및 전기적 심조율전환 [1일당]	Defibrillator 사용	자588 제세동술 및 전기적 심조율전환[1일당]의 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
자654 부정맥의 고주파절제술	자기 유도 카테터 위치 제어 기술을 이용한 부정맥의 고주파 절제술 (Radiofrequency Ablation of Arrhythmia with Magnetic Navigation Assisted Catheter Technique)	자654 부정맥의 고주파절제술의 소정점수를 산정함. (고시 제2011-37호)
자663 경피적 혈전제거술	뇌혈관내 흡인기구를 이용한 혈전제거술[penumbra system] Thrombectomy using aspiration device in intracranial vessel [penumbra system]	자663나 경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]의 소정점수를 산정함. 다만, 기계적 혈전제거술용 치료재료 급여기준에 적합한 경우에만 산정함. (고시 제2017-118호)

항 목	제 목	세부인정사항
	회수성 스텐트를 이용한 뇌혈관내 기계적 혈전제거술 Intracranial Vessel Thrombectomy using Retrievable Stent	자663나 경피적 혈전제거술-기계적 혈전제거술[카테터법] 소정점수를 산정함. 다만, 기계적 혈전제거술용 치료재료 급여기준에 적합한 경우에만 산정함. (고시 제2014-128호)
자-664 혈관색전술	Flow-diverter를 이용한 뇌동맥류 색전술 Intracranial Aneurysms Embolization with Flow-diverter	자-664가(1)(가) 혈관색전술-뇌혈관[척추포함]-동맥류-보조물지지 소정점수를 산정함. 다만, Flow-diverter를 이용한 뇌동맥류 색전술용 색전 기구(Embolization Device)의 급여기준에 적합한 경우에만 산정함. (고시 제2014-191호)
	Flow-disruptor를 이용한 뇌동맥류 색전술	자-664가(1)(가) 혈관색전술-뇌혈관[척추포함]-동맥류-보조물지지 소정점수를 산정함. 다만, Flow-disruptor를 이용한 뇌동맥류 색전술용 색전 기구(Embolization Device)의 급여기준에 적합한 경우에만 산정함. (고시 제2021-102호)
자674 경피적 튜브배액술 [유도료 별도산정]	경피적 농흉배출술	자674 경피적 튜브배액술[유도료 별도산정]의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	흉강내 카테터 삽입 및 약제 주입	시술행위에 따라서 해당 항목의 소정점수를 산정함. - 천자 : 흉막천자[나804] - 흉강삽관술 : 흉강삽관술[자151] - 방사선 유도하 카테터 삽입 : 경피적튜브

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		배액술[자674] - 기존 삽입된 튜브이용 : 염증성처치 [자-2-1-가(2)] (고시 제2000-73호)
자677 경피적 경화술 [흡인요법포함] [유도료 별도산정]	혈관종 및 혈관기형직접천자 경화요법	자677-가. 경피적 경화술(단순천자법에 의한 것)의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
자678 장중첩증 비관혈적 정복술	Barium Enema	자678 장중첩증 비관혈적 정복술의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
자702 혈액투석 [1회당]	헤파린 흡착 투석법 (혈액투석시 출혈위험이 높은 환자에게 투석전에 헤파린이 mix된 생리식염수를 hemophan 투석기에 통과시켜 헤파린을 결합시킨후 혈액투석을 시행)	자702 혈액투석[1회당]의 소정점수에 포함됨. (고시 제2002-98호)
	소아혈액투석	자702 혈액투석[1회당]의 소정점수를 산정함 (고시 제2011-172호)
자762 내시경적 상부 소화관 출혈 지혈법	내시경하 레이저요법 (상부위장관 지혈)	자762 내시경적 상부 소화관 출혈 지혈법의 소정점수를 산정함. [산정지침](9)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 산정가능함. (고시 제2016-204호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
자776 역행성 담췌관 내시경 수술	담도췌관의 용종제거술	내시경하 시술인 경우는 자776-마. 용종 및 종양제거술의 소정점수를 산정함. 경피적 시술인 경우는 자777-다. 용종 및 종양제거술의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	내시경적 역행성 췌관 배액술(ERPD)	자776-나. 담(췌)관 배액술의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	내시경적 유두괄약근 풍선확장술 Endoscopic Balloon Sphincter Dilation	혈액응고장애가 있거나, 유두부 게실 또는 상부 위장관 수술 등으로 인하여 유두괄약근 절개술이 해부학적으로 어려운 환자에게 내시경적 유두괄약근 풍선확장술을 실시한 경우에는 자776-라-(1). 담(췌)석제거술-바스켓 또는 풍선카테터 이용, 기계적 쇄석술시의 소정점수를 산정함. (고시 제2015-60호)
자777 경피적담관[낭]경을 이용한 시술	담도경하 전기수력충격쇄석술 (Electrohydraulic lithotripsy: EHL)	자777-나(2) 전기수압식 쇄석술의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
제1편 제3부. 비급여목록 : 추간판내 고주파 열치료술	추간판내고주파열응고술 Nucleoplasty	제3부 비급여 목록 :조83 추간판내 고주파 열치료술의 범주에 해당됨. (고시 제2007-139호)
제1편 제3부. 비급여목록 : 경피적 경막외강 신경성형술	경막외강 신경박리술 Epidural Neurolysis (NaviCath 조종 카테터 이용)	제3부 비급여 목록 조634 경피적 경막외강 신경성형술에 준하는 항목임. (고시 제2008-110호)

제 10 장

치과 처치 · 수술료

제 10 장 치과 처치·수술료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	구강건조증처치	[산정지침](3)에 의거 간단한 구강연조직 질환의 처치는 기본진료료에 포함되므로 별도 산정하지 아니함. (고시 제2000-73호)
	연조직질환처치	
	구강내캔디다증처치, 구내염치료(약물도포)	
	초음파이용근관내이물제거, 초음파기구조작, 초음파기구치료	초음파기구를 이용한 시술시에도 해당시술 항목의 소정점수만 산정함. (고시 제2000-73호)
	비부부목드레싱 nasal splint dressing	해당수술료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
	개구기나 Pediwrap 등을 사용한 행동조절	
	Electric Mess사용료	
	냉온찜질팩	
	수술용바	BURR, SAW등 절삭기류는 해당수술별로 「치료재료 급여·비급여 목록표 및 급여상한 금액표」에서 별도로 정한 재료비용(정액수가)을 산정토록 고시된 행위만 별도산정하고 그외의 행위는 해당 처치 및 수술료의 소정점수에 포함되어 별도 산정할 수 없음 (고시 제2011-172호)
	초음파수술장비이용료	가1 진찰료 또는 해당 처치 및 수술료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
	외향성병소제거(레이저이용) CO2 레이저 병소제거술 CO2 레이저 구강내절제술 레이저소대절제술	[산정지침](6)에 의거 각 분류항목의 처치 및 수술 등에 레이저를 이용한 경우에도 각 분류항목의 소정점수만 산정함. (고시 제2000-73호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	연조직치유성고수준레이저 연조직제거성고수준레이저 레이저응고술 레이저절개술 레이저절제술 레이저치은성형술	
	근관미세현미경치료 현미경적검사 (시술시 사용된 현미경) 미세치근단수술 치근단미세현미경수술 미세현미경하 치근단절제·역충전 현미경수술	현미경하 시술시에도 해당시술항목의 소정점수만 산정함. (고시 제2000-73호)
	악관절 관절경수술	악관절경을 이용한 수술시 해당 관혈적수술 항목의 소정점수만 산정함. (고시 제2000-73호)
	악교정수술을 위한 분석	소정 수술료에 포함됨. (고시 제2002-98호)
차4 지각과민처치	Gluma 탈감각, 불소탈감작 불소이온도포법	차4 가 지각과민처치[약물도포, 이온도입법의 경우]의 소정점수를 산정함. (고시 제2011-172호)
차5 근관와동형성	금관치아근관와동성형 Access Opening for Crown	차5 근관와동형성[1근관당]의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
차9 치수절단 [1치당]	수산화칼슘을 이용한 부분치수절단술	차9 치수절단[1치당]의 소정점수를 산정함. (고시 제2017-91호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
차11-1 근관확대	니케-타티타늄기구조작 엔진화일, Ni-ti file 특수근관처치 Ni-Ti Motor Driven File 근관성형	Niti file을 사용한 근관성형의 경우에도 차11-1-주.근관성형의 소정점수만 산정함. (고시 제2000-73호)
차12 근관충전	근첨형성술 Apexification	차12-가. 단순근관충전[1근관당]의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	온가압법	차12-나. 가압근관충전의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	특수근관충전 근관충전(obtura ll사용) 열가소성근관충전 열연화Gutta-Percha충전 Thermafil충전	
차13 충전	지오이이장 글래스아이노머이장 Cement base	차13 충전료의 소정점수에 포함됨. (고시 제2000-73호)
차21 수술후처치	지혈요법	차21-라. 후출혈처치의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
차25 순열수술후 보호장치	로간보우 장착 Logan bow	차25 순열수술후 보호장치의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
차26 상고정장치술	레진부목, 악수지제작	차26 상고정장치술[1악당]의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
차28 고정장치의 제거	악간고정제거술 외상성손상치열보존장치제거	차28 고정장치의제거[1악당]의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)

항 목	제 목	세부인정사항
차30 수술용 스플린트	악교정수술장치 Surgical Wafer	차30 수술용 스플린트의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
차33 치간고정술	가철성상고정장치, 가철성레진선부자장치, 치아고정장치 (재료: 화학중합형레진, 화학중합형글래스아이노머, 광중합형레진, 광중합형 글래스아이노머), 외상치아교정용 강선레진고정술, 레진고정술(Wire-Resin Fixation), 레진와이어고정술, 치아강선고정술, 선부자접착	차33 치간고정술[1악당], 차34 잠간고정술[1악당]의 소정점수를 산정하며, 사용된 재료대는 별도 산정함. (고시 제2000-73호)
차51 설소대성형술	보철전성형술(치조골 성형술, 계대절제술) Alveoloplasty, Frenoplasty	실시행위에 따라 해당항목의 소정점수를 산정함. 차43 치조골성형술[1치당] 차50 협순소대성형술 차51 설소대성형술 (고시 제2000-73호)
	Z-성형술을 병행한 소대성형수술	실시행위에 따라 해당항목의 소정점수를 산정함. 차50 협순소대성형술 나. 복잡한것 차51 설소대성형술 나. 복잡한 것 (고시 제2000-73호)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
차64 하악골재건술	하악과두재건술	차64 하악골재건술의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
차75 부정유합된 관골 절골 교정술	협골골절(관상절개술)	차75 부정유합된 관골 절골 교정술의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
차93 악관절원반 성형술	관절원판성형술, 관절원판절제술	차93 악관절원반성형술의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
차94 악관절성형술	관절결절축조술	차94 악관절성형술의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
	악관절강직증수술 악관절내장증수술	시술행위에 따라 해당항목의 소정점수를 산정함. 차93 악관절원반성형술 차94 악관절성형술 차96 하악과두절제술 (고시 제2000-73호)
차95 악관절치환술	악수지이식술	차95 악관절치환술[인공관절대치술]의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)
차108 조직유도재생술	농축혈소판을 이용한 골형성(골결손부에 농축혈소판을 이용하여 골형성 속도 및 골재생을 촉진시키는 과정)	차108-나. 골이식을 동반한 경우의 소정점수를 산정함. (고시 제2002-98호)
차111 치은이식술	결체조직이식술 치주조직부착술(치료목적인 경우)	차111 치은이식술의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호)

제 14 장

한방 시술 및 처치료

제 14 장 한방 시술 및 처치료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
하30 구술 한1 양도락검사	구(뜸) 양도락 조정요법	하30 구술과 한1 양도락검사의 소정점수를 산정함. (고시 제2009-26호)
하1 경혈침술 한1 양도락검사	치침 양도락 조정요법	하1 경혈침술과 한1 양도락검사의 소정점수를 산정함. (고시 제2009-26호)
하9 전자침술 한1 양도락검사	전침 양도락 조정요법	하9 전자침술과 한1 양도락검사의 소정점수를 산정함. (고시 제2009-26호)

제 16 장

전혈 및 혈액성분제제료

제 16 장 전혈 및 혈액성분제제료

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	페레시스공혈자검사	제16장 전혈 및 혈액성분제제료 [산정지침]-(3)에 의거 페레시스 공혈자에 대한 공혈적합성 여부 판정을 위한 검사비용은 페레시스 소정점수에 포함됨. 다만, 공여자 적합성 여부 검사결과 부적합으로 판정되어 혈액성분채집술을 실시하지 않은 경우 소요된 검사비용은 국민건강보험법시행규칙 [별표5]-1-마.에 의거 요양급여 비용의 100분의 100으로 본인부담함. (고시 제2007-139호)

V

질병군

일반사항

일반사항

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	질병군 분류번호를 결정하는 주된 수술 이외에 수술을 실시한 경우 수기료 추가 산정방법	질병군 분류번호를 결정하는 주된 수술 이외에 제1편제2부제9장제1절(기본처치 제외) 및 제10장 제3절, 제4절의 수술을 실시한 경우의 추가 산정 방법은 다음과 같이 한다. - 다 음 - 1. 질병군 진료 중 질병군 분류번호를 결정하는 주된 수술과 날을 달리하여 실시하는 수술도 포함함 2. 해당 수술 항목의 소정점수만을 산정하고, 야간·공휴 가산 등을 포함한 모든 가산은 적용하지 아니함 3. 아래의 경우는 추가 산정하지 아니함 가. 합병증 혹은 처치 중의 우발적 천자 및 열상 등으로 실시한 수술 나. 수정체수술 질병군과 동시에 실시한 유리체흡인술(자505), 유리체내주입술(자507), 유리체절제술-부분절제(자512-나) 다. 편도절제술과 동시에 실시한 아데노이드절제술(내시경하에서 실시한 경우 포함) 라. 기타 또는 주요 항문수술 질병군에 해당하는 수술을 2개 이상 실시한 경우 4. 위 1부터 3까지에서 정하고 있지 않은 내용은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장, 제10장 및 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 Ⅰ. 행위 제9장, 제10장을 적용한다. (고시 제2015-26호, '15.1.30. 시행)

제 4 장

산부인과

제4장 산부인과

항 목	제 목	세부인정사항
산부인과	「기타 자궁 수술」 및 「자궁부속기수술」 질병군의 가산점수 인정기준	「복강경을 이용한 기타 자궁 수술(악성종양제외)」, 「기타 자궁 수술(악성종양제외)」, 「복강경을 이용한 자궁부속기 수술(악성종양제외)」, 「자궁부속기 수술(악성종양제외)」질병군의 가산점수는 진료담당의사의 의학적 판단 하에 임신·출산능력을 보존하는 수술을 시행한 경우 산정함을 원칙으로 하며 인정기준은 다음과 같이 함 - 다 음 - 가. 임신·출산을 담당하는 장기의 병변 부위만을 제거·교정하는 수술을 하여 임신·출산능력을 보존한 경우 다만, 자궁내막증이 있거나 불임(또는 난임) 등으로 임신가능성을 높이기 위해 난소 또는 난관 전절제술을 실시한 경우는 사례별로 인정 나. 임신·출산을 담당하는 장기의 수술을 동시에 실시하여 그 수술결과로 임신·출산능력이 보존된 경우 다. 아래의 경우는 가산점수를 산정하지 아니함 (1) 폐경 또는 55세 이상 여성(55세 이상이나 폐경이 아닌 경우 관련자료 첨부시 이를 참조하여 인정) (2) 기존에 시행한 수술로 임신·출산 능력을 상실한 경우 (고시 제2014-240호, '15.1.1. 시행)

VI

요양병원

일반사항

일반사항

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	요양병원에 관한 급여기준	건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수 제3편 요양병원 급여 목록 및 상대가치점수에서 제3편에 별도로 규정하지 않은 경우는 제1편을 따르도록 되어 있으므로, 요양병원에 대한 급여기준도 Ⅵ.요양병원에서 별도로 규정하지 않은 경우는 행위, 약제, 치료재료 등의 모든 기준을 동일하게 적용함. (고시 제2014-240호, '15.1.1. 시행)
	요양병원 6인 이상 병실·병상운영 등에 대한 현황제출	국민건강보험법 시행규칙 제12조의 규정에 따라 별지 제14호 서식 및 제17호 서식의 6인 이상 병실을 운영하는 경우, 요양병원 6인 이상 병실·병상 운영현황 [신규·변경] 통보서(별지 제15호 서식)를 제출하여야 함. (고시 제2018-135호, '18.10.1. 시행)
	요양병원 입원 중인 환자를 다른 요양기관에 진료의뢰 시 수가산정방법	요양병원에 입원 중인 환자를 진료하는 중에 인력·시설 또는 장비가 갖추어져 있지 아니하여 부득이하게 해당 진료가 가능한 다른 요양기관으로 환자를 의뢰한 경우 수가산정방법은 다음과 같이 함 - 다 음 - 1. 입원 중인 요양병원에서 입원환자 본인부담률을 적용하여 청구함 2. 상기 1.에도 불구하고 「「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 대상자를 진료의뢰 한 경우 수가산정방법은 다음과 같이 함 - 다 음 - 가. 산정대상 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표3], [별표4] 및 [별표4의2]에 따른 산정특례 대상 상병명으로 진료의뢰 한 경우 나. 산정방법

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		1) 의뢰받은 요양기관 상기 가.는 의뢰받은 진료에 대하여 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편을 적용하여 청구함 2) 의뢰한 요양병원 의뢰당일은 가산 등(의사 및 간호인력확보수준에 따른 입원료 차등제와 간호인력확보수준에 따른 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제에 따른 가산, 간호사 비율이 간호인력의 3분의 2이상 및 필요인력 확보에 따른 1일당 별도 산정 금액, 의료질평가지원금, 요양병원 입원환자 안전관리료)을 적용하지 않은 일당 정액수가를 산정함 다. 산정특례 대상 진료 의뢰 당일 산정특례 외 타 상병 진료가 이루어진 경우, 타 상병 진료 내역은 입원 중인 요양병원에서 상기 1.에 따라 산정하되, 별도 고시로 정하고 있는 항목은 그 기준을 따름 (고시 제2021-257호, '21.10.12. 시행)
	요양병원 입원 중인 환자를 다른 요양기관으로 진료 의뢰 시 발생한 약제 산정기준	「요양병원 환자군 급여목록·상대가치점수 및 산정지침」에 따라 정액수가에 포함되지 않는 경우로서 환자를 진료하는 중에 당해 요양기관에 인력·시설 또는 장비가 갖추어져 있지 아니하거나 기타 부득이한 사유로 해당 진료가 가능한 다른 요양기관으로 적정하게 의뢰한 경우에 발생하는 약제에 대해서는 다음과 같이 산정한다. - 다 음 - 1. 최초 진료 시 1회(14일 처방 이내)에 한하여 별도 산정할 수 있음. 2. 1.에도 불구하고 의·약학적 사유로 인해 약제 변경 등이 필요한 임상적 소견이 확인될 경우에는 이를 고려하여 사례별 인정함. (고시 제2021-257호, '21.10.12. 시행)

제 2 부

환자군 급여목록 · 상대가치점수 및 산정지침

제2부
환자군 급여목록 · 상대가치점수 및 산정지침

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
요1 의료최고도	의료최고도 급여기준	일상생활수행능력이 11점 이상이면서 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우에 산정함 - 다 음 - 가. 인공호흡기 나. 혼수 다. 중심정맥영양 (고시 제2021-43호, '21.5.1. 시행)
요2 의료고도	의료고도 급여기준	다음 중 하나 이상에 해당하는 경우에 산정함 - 다 음 - 가. 뇌성마비, 척수손상에 의한 마비, 사지마비, 편마비, 파킨슨병, 신경성 희귀난치성질환, 후천성 면역결핍증, 다발경화증을 가진 환자가 일상생활 수행능력이 18점 이상인 경우 : 위 "가"의 '신경성 희귀난치성질환' 이란 중증근무력증 및 기타 근신경장애(G70), 근육의 원발성 장애(G71), 헌팅톤병(G10), 유전성 운동실조(G11), 척수성 근위축 및 관련 증후군(G12), 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축(G13), 진행성 핵상안근마비[스틸-리차드슨-올스제위스키](G23.1), 중추신경계통의 비정형바이러스감염(A81), 아급성 괴사성 뇌병증[리이](G31.81)을 말함 나. 3단계 이상의 욕창(울혈성·허혈성 궤양 등 포함)으로 2가지 이상의 피부궤양 치료를 받고 있는 경우

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		: 위 "나"의 '피부궤양 치료'는 압력을 줄여주는 도구 사용, 체위변경, 피부문제를 해결하기 위한 영양공급, 피부궤양 드레싱을 의미함 다. 발열(탈수·구토·체중감소 중 하나 이상을 동반한 경우에 한함)이 최소 3일 이상 있고, 발열 원인을 찾는 검사와 처치를 받고 있는 경우 라. 2도 이상 화상으로 처치를 받고 있는 경우 마. 매일 있는 격렬하거나 참을 수 없는 통증으로 통증관련 치료를 받고 있는 경우 : 위 "마"의 '격렬하거나 참을 수 없는 통증'은 VAS(Visual Analogue Scale) 또는 NRS (Numeric Rating Scale) 10점 중 7점 이상이거나 FPS(Faces Pain Scale) 5단계 중 4단계 이상인 경우에 해당함 바. 7일 이상의 지속적 경관영양 : 위 "바"의 '경관영양'은 경관영양을 하고 있으면서 경관 또는 말초정맥을 통해 섭취하는 칼로리가 총 섭취 칼로리의 51% 이상인 경우 또는 경관영양을 하고 있으면서 경관 또는 말초정맥을 통해 섭취하는 칼로리가 총 섭취 칼로리의 26-50%이면서 1일 섭취 수분양이 501ml 이상인 경우에 해당함 사. 기관절개관 관리를 매일 받고 있는 경우 아. 당뇨환자가 합병증으로 발의 감염이 있어 주기적으로 드레싱을 받고 있는 경우(일상생활수행능력 4~8점인 경우는 제외) 자. 산소포화도(SaO2 또는 SpO2)가 90% 이하인 상태에서 산소 투여를 시작하여 7일 이상 산소를 투여받고 있는 경우 차. 일상생활수행능력이 10점 이하이면서 의료최고도 조건에 해당하는 경우 (고시 제2021-43호, '21.5.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
요3 의료중도	일상생활수행능력 향상 활동 인정기준	요양병원 환자군 중 의료중도에서 산정하는 일상생활 수행능력 향상 활동은 다음과 같이 실시하고 진료기록부 등에 기록한 경우 1일당 1회 요양급여를 인정함 - 다 음 - 가. 일상생활수행능력 향상 활동은 환자가 기저귀를 하지 않고 하루 일정시간 보조를 받아 보행이나 탈기저귀 훈련 등의 활동을 시행하는 경우에 산정함 ※ 탈기저귀 훈련: 기저귀 사용을 줄이고 배뇨조절을 위해 규칙적인 화장실 이용 및 보행을 독려하는 활동을 말함 나. 대상 일상생활 활동 시(화장실 이동, 병실 밖 이동 등) 스스로 보행이 어려워 보조인력의 도움이 필요한 환자(ADL 9점 이상) ※ ADL 측정항목: 식사하기, 체위변경하기, 옮겨앉기, 화장실 사용하기 다. 실시인력 및 실시횟수 등 (1) 실시인력: 의사의 판단감독하에 당해 기관의 간호인력 및 기타 보조인력 등 1명 이상 (2) 실시횟수: 1일 4회 이상 (3) 소요시간: 1회당 최소 15분 이상 (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	의료중도 급여기준	다음 중 하나 이상에 해당하는 경우에 산정함 - 다 음 - 가. 뇌성마비, 척수손상에 의한 마비, 사지마비, 편마비, 파킨슨병, 신경성 희귀난치성질환, 후천성면역결핍증, 다발경화증을 가진 환자가 일상생활수행능력이 11-17점인 경우 : 위 "가"의 '신경성 희귀난치성질환' 이란 중증근무력증 및 기타 근신경장애(G70), 근육의 원발성 장애(G71), 헌팅톤병(G10), 유전성 운동실조(G11), 척수성 근위축 및 관련 증후군(G12), 달

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축(G13), 진행성 핵상안근마비[스틸-리차드슨-올스제위스키](G23.1), 중추신경계통의 비정형바이러스감염(A81), 아급성 괴사성 뇌병증[리이](G31.81)을 말함 나. 2단계 욕창(울혈성·허혈성 궤양 등 포함)으로 2가지 이상의 피부궤양 치료를 받고 있는 경우 : 위 "나"의 '피부궤양 치료'는 압력을 줄여주는 도구 사용, 체위변경, 피부문제를 해결하기 위한 영양공급, 피부궤양 드레싱을 의미함 다. 당뇨병을 진단받은 환자 중 매일 3회 이상 혈당검사를 시행하고, 매일 2회 이상 인슐린 주사제를 투여 받고 있는 경우 라. 매일 있는 중등도의 통증으로 통증관련 치료를 받고 있거나 암성통증으로 통증관련 치료(마약성 진통제 등)를 받고 있는 경우 : 위 "라"의 '중등도의 통증'은 VAS(Visual Analogue Scale) 또는 NRS(Numeric Rating Scale) 10점 중 4점 이상이거나 FPS(Faces Pain Scale) 5단계 중 3단계 이상인 경우에 해당함 마. 연속 또는 간헐적으로 3일 이상 정맥주사로 치료약제(항생제, 혈압강하제 등)를 투여 받고 있는 경우 바. 하기도 증기흡입치료 사. 수술창상 치료 및 이에 준하는 치료를 받고 있는 경우 아. 3개월 이내 루(위루, 요루, 장루) 수술로 루 관리를 받고 있는 경우이거나, 출혈이나 감염 등의 문제로 지속적인 루 관리를 받고 있는 경우 자. 배뇨장애로 일정하게 짜여진 배뇨계획, 방광훈련

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		프로그램, 규칙적 도뇨 중 하나 이상의 배뇨훈련을 받고 있으면서 7일 이상 배뇨일지가 작성된 경우 차. 치매진단을 받은 환자가 망상, 환각, 초조·공격성, 탈억제, 케어에 대한 저항, 배회 중 하나 이상의 증상을 1주에 2일 이상 또는 4주에 8일 이상 보여 이에 대한 약물 치료를 받고 있는 경우 (고시 제2021-43호, '21.5.1. 시행)
요6 의료경도	의료경도 급여기준	다음 중 하나 이상에 해당하는 경우에 산정함 - 다 음 - 가. 치매진단을 받은 환자가 우울·낙담, 불안, 이상 운동증상 또는 반복적 행동, 수면·야간행동 중 하나 이상의 증상을 1주에 2일 이상 또는 4주에 8일 이상 보이며 치매관련 약제를 투여 받고 있는 경우 나. 요-1 의료최고도 내지 요-3 의료중도에 해당하지 않는 환자로서 루(위루, 요루, 장루) 관리를 받고 있는 경우 다. 일상생활수행능력이 6점 이상이면서 특정항목에 해당하는 전문재활치료 중 적어도 한 가지 이상을 주 2일 이상 받고 있으며, 지속적으로 입원 치료가 필요한 경우 (고시 제2021-43호, '21.5.1. 시행)
요7 선택입원군	선택입원군 급여기준	국민건강보험법 시행령 제19조제1항 [별표2]의 1. 가.2)의 규정을 적용 받는 경우로서, 일정기간 입원치료가 필요하나 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3편 제2부 요-1 의료최고도, 요-2 의료고도, 요-3 의료중도, 요-6 의료경도에 해당하지 않는 환자에게 산정함 (고시 제2021-43호, '21.5.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
비고 1. 위 '일상생활수행능력'은 환자평가표[별지 제25호 서식]의 일상생활수행능력(Activities of Daily Living, ADL)에 따라 산정함 2. ADL 점수계산: 환자평가표의 ADL 측정항목 중 4항목(식사하기, 체위변경하기, 옮겨앉기, 화장실 사용하기)의 점수를 모두 합하여 산정함 (고시 제2021-43호, '21.5.1. 시행)		
환자 평가표	A. 일반사항의 입원일*	이번 입원의 최초 입원일을 기재함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	A. 일반사항의 요양개시일	1. 최초 입원 월인 경우 입원일을 기재함. 2. 계속 입원으로 월초에 작성된 경우 해당 월의 1일을 기재함. 3. 특정기간 종료 후인 경우 특정기간 종료 다음 날짜(또는 정액수가 적용개시일)를 기재함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	A. 일반사항의 평가구분	이번 평가가 최초 입원평가인지 계속 입원중인 환자 평가인지를 기재함. 1. 입원평가: 입원하여 제 1~10일 사이에 작성된 경우 2. 계속 입원중인 환자평가: 입원평가가 아닌 경우 3. 이전 환자평가표를 적용하는 경우: 전월 환자평가표 작성일로부터 전월 마지막 날까지의 잔여일수가 7일 이하로 당월의 평가를 생략한 경우 또는 당월에 적용할 환자평가표가 없어 최근 3개월 이내의 환자평가표 중 가장 최근 평가표를 적용하는 경우 (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	A. 일반사항의 작성일	환자평가표 작성일(관찰기간의 마지막날)을 기재함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	A. 일반사항의 혈압*	관찰기간 동안 측정한 혈압 중 가장 최근 기록을 기재함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	B. 의식상태의 혼수*	진료기록부에 담당의사가 '혼수', '반혼수' 또는 '지속적인 식물인간 상태' 등에 대한 의식상태를 기록한 경우 해당함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	B. 의식상태의 섬망*	진료기록부에 담당의사가 '섬망'에 대한 의상태를 기록한 경우 해당함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	C. 인지기능의 단기기억력	알고 있거나 배운 것을 5분 후에도 동일하게 기억하는지 여부를 측정하여 기재하는 것으로 평가기준은 다음과 같음. - 다 음 - 0. 정상: 세 낱말 모두를 기억하는 경우 1. 이상 있음: 두 낱말 이하를 기억하는 경우 2. 확인 불가: 혼수는 아니지만 단기기억력을 평가할 수 없는 경우 (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	C. 인지기능의 일상생활사에 관한 의사결정을 할 수 있는 인식기술	일상적인 생활(언제 식사해야 하는지, 휠체어의 용도를 알고 필요시 이용할 줄 아는지, 요의 또는 변의를 느낄 때 화장실을 가려하는지, 도움이 필요한 경우 보조인력 등 다른 사람에게 도움을 요청할 수 있는지 등)과 관련하여 스스로 의사결정이 가능한 정도를 측정하여 기재하는 것으로 평가기준은 다음과 같음. - 다 음 - 1. 새로운 상황(평소와 다른 상황을 의미)에서만 의사결정의 어려움이 있는 경우 2. 인식기술이 다소 손상됨: 의사결정 능력이 부족하여 지도나 감독을 요하는 경우 3. 인식기술이 심하게 손상됨: 거의 또는 전혀 의사결정을 하지 못하는 경우 또는 어떤 방법으로도 의사표현이 안 되는 경우 (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	C. 인지기능의 이해시키는 능력	말이나 글 등으로 의사소통을 할 때 자신의 의견이나 요구사항을 표현할 수 있는 정도를 측정하여 기재하는 것으로 평가기준은 다음과 같음. - 다 음 - 1. 대부분 이해시킴: 단어를 찾거나 생각을 마무리하는 데 어려움이 있는 경우 2. 가끔 이해시킴: 구체적인 요청을 하는 데 제한이 있는 경우 (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	C. 인지기능의 행동심리증상의 빈도*	행동심리증상의 경감을 위한 약제를 복용중인 경우에는 그 상태에서 동일 기준으로 평가함. 지난 7일 간의 상태를 기준으로 평가하되, 지난 4주간의 상태를 종합적으로 관찰하여 평가하는 것도 가능함. 관찰기간은 이전 관찰기간과 중복되 않도록 함. 평가기준은 다음과 같음. - 다 음 - 0. 없음: 지난 7일(4주) 동안 행동심리증상이 전혀 나타나지 않은 경우 1. 가끔: 지난 7일(4주) 동안 1일(1~7일) 정도 행동심리증상이 나타난 경우 2. 자주: 지난 7일(4주) 동안 2일(8일) 이상 나타나나, 매일은 아닌 경우 3. 매우자주: 지난 7일(4주) 동안 매일 하루에 한 번 이상 행동심리증상이 나타난 경우 ※ 행동심리증상의 정의 a. 망상은 사실이 아닌 것을 사실이라고 믿거나, 남들이 자기를 해치려 하거나 무엇을 훔쳐갔다고 주장하는 것을 의미함. b. 환각은 헛것을 보거나 듣는 등 현재에 없는 것을 실제로 보거나 듣거나 경험하는 것을 의미함. c. 초조 또는 공격성은 소리를 지르거나 욕을 하거나, 다른 사람을 때리거나 밀치는 것, 안절부절 못하는 행동 등

항 목	제 목	세부인정사항
		을 보이는 것을 의미함. d. 우울 또는 낙담은 슬퍼 보이거나 우울해 보이는 것, 환자 스스로 슬프거나 우울하다고 말하는 것을 의미함. e. 불안은 특별한 이유 없이 신경이 매우 예민해 보이거나, 걱정하거나 무서워하는 것을 의미함. f. 들뜬 기분 또는 다행감은 특별한 이유 없이 비정상적으로 기분 좋아하거나 재미있어하는 것을 의미함. g. 무감동 또는 무관심은 주변에 관심과 흥미를 잃거나, 새로운 일을 시작하려는 의욕이 감소하는 것을 의미함. h. 탈억제는 충동적 행동, 사회적으로 부적당한 행동 등을 보이는 것을 의미함. i. 과민 또는 불안정은 평소에 비해 비정상적으로 화를 내거나 성급해졌거나 감정이 급격하게 변하는 것을 의미함. j. 이상 운동증상 또는 반복적 행동은 반복적으로 왔다 갔다 하거나 같은 일을 계속해서 반복하는 것을 의미함. k. 수면 또는 야간행동은 밤에 자지 않고 깨어 있거나 서성거리거나 돌아다녀 다른 사람의 수면을 방해하는 것을 의미함. l. 식욕 또는 식습관의 변화는 식욕, 식습관, 음식의 선호가 바뀌는 것을 의미함. m. 케어에 대한 저항은 복약, 주사, 일상생활수행을 위한 도움, 식사 등에 대해 거부하는 것을 의미함. n. 배회는 납득할만한 목적 없이 돌아다니며, 필요사항이나 안전에는 신경 쓰지 않는 것 같이 보이는 것을 의미함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	C. 인지기능의 K-MMSE(또는 MMSE-K) 검사*	평가표 작성일로부터 6개월 이내의 검사 결과를 의미함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	D. 신체기능의 일상생활수행능력(ADL)	일상생활을 하는데 필요한 기본 동작들을 수행하는 능력을 종합적으로 판단하여 평가함. 일시적 변동이나 예외적 상황은 제외하고 반복적이고 통상적인 수행능력의 수준(빈도가 높은 것)을 평가함. 일상적인 보장구 및 보조구 등의 기구를 사용(착용)하고 있는 경우는 그 상태에서 판단하며 평가기준은 다음과 같음.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		- 다 음 - 1. 완전자립: 대부분의 경우 도움이나 감독 없이 스스로 수행할 수 있음. 2. 감독필요: 대부분의 경우 감독이나 격려가 필요함. 3. 약간의 도움: 대부분의 경우 환자가 스스로 행위를 수행하나 무게를 지탱하지 않는 정도의 도움이 필요함. 4. 상당한 도움: 대부분의 경우 무게를 지탱하는 도움을 제공하거나, 해당 활동의 일부분(전체가 아님)을 다른 사람이 전적으로 수행함. 5. 전적인 도움: 대부분의 경우 다른 사람의 전적인 도움을 받아 일상생활을 수행함. 6. 행위발생 안함: 일주일 동안 해당 행위가 전혀 발생하지 않음. ※ ADL 항목별 정의 및 측정 시 유의사항 1. 옷벗고 입기는 일상적인 옷 벗고 입는 일련의 행위를 의미함. 2. 세수하기는 수건 준비, 수도꼭지 돌리기, 물 받기, 얼굴 씻기, 옷이 젖는지 확인, 수건으로 닦기 등의 행위를 의미함. 3. 양치질하기는 칫솔에 치약 바르기, 칫솔질하기, 헹굼용 물 준비하기, 가글하기 등의 행위(틀니를 빼고, 씻고, 헹구는 등의 행위도 포함)를 의미함. 4. 목욕하기는 목욕이나 샤워를 할 때 비누칠하기, 헹구기 등의 행위를 의미함. 5. 식사하기는 투여 경로[경구, 비경구]를 불문하고 환자의 영양섭취와 관련된 일련의 동작을 의미함. 일반적인 식사의 경우 음식이 차려졌을 때 도구를 사용하여 스스로 섭취가 가능한 정도와 일반적인 식사[경관영양, 정맥영양(TPN 등)]가 아닌 경우 그에 상응하는 식사활동을 스스로 수행 가능한 정도를 평가함. 신체적 기능이 있다하더라도 치매환자등에서 인지적인 문제로 인하여 식사하기 동작 수행이 되지 않아 다른 사람(보조인력 등)이 먹여줘야 하는 경우는 다른 사람(보조인력 등)이 먹여준 것을 기준으로 측정함. 그러나 환자의 식

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		욕, 기분 등으로 인해 식사하지 않으려 해서 다른 사람(보조인력 등)이 먹여주는 경우 환자의 실제 '식사하기' 동작의 수행능력 정도를 측정함. 식사하기에서 '행위발생 안함'은 경구 또는 비경구 모두로 체내에 영양이 투여되지 않는 경우를 의미함. 그러므로 금식(NPO)을 하는 환자라도 비경구적으로 영양물질을 공급하고 있는 경우에는 '행위발생 안함'에 기재해서는 안 됨. 6. 체위변경하기는 제대로 돌아눕기, 엎드리기, 옆으로 눕기 등의 행위를 의미함. 7. 일어나 앉기는 누운 상태에서 상반신을 일으켜 앉는 행위를 의미함. 8. 옮겨앉기는 「침상에서 휠체어로」,「의자에서 휠체어로」,「휠체어에서 침상으로」,「휠체어에서 의자로」 이동하는 행위를 의미함. 9. 방밖으로 나오기는 환자가 자신의 방에서 복도 등으로 이동하는 행위를 말하며, 휠체어를 사용하는 경우는 일단 휠체어를 탄 상태에서 이동하는 능력을 평가함. 10. 화장실 사용하기는 배뇨·배변과 관련된 일련의 동작으로 하의 벗기, 배설 후 닦기, 옷 입기, 변기에 물 내리기, 휴대용 변기 비우기, 사용한 카테터 뒤처리 등의 행위를 의미함. 화장실 또는 실내변기가 있는 곳까지 이동하는 능력은 측정대상에 포함되지 않음. 실내변기, 침상용 변기, 소변기를 사용하는 경우와 인공항문, 인공요루 등을 한 환자의 경우에도 그 상태에서의 수행정도를 판단함. 화장실 사용하기에서 '행위발생 안함'은 어떤 형태로든 배설 행위가 전혀 일어나지 않은 경우를 의미함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	D. 신체기능의 와상상태 여부	일주일에 적어도 4일 이상 하루 22시간 이상을 자리에 누워 있는 상태를 말함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	E. 배설기능의 일반사항	원인에 관계없이 발생하는 모든 실금현상의 존재 여부와 그 정도를 평가함. 실금의 정도는 하루 24시간을 기준으로 기재함. 낮에는 대소변 조절이 가능하나, 밤에 예

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		방적 차원으로 기저귀를 채우고 그 기저귀에 실금을 하였다면 이는 실금이 있는 것으로 봄. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	E. 배설기능의 대변조절 상태*	환자의 배변 주기를 고려하여 판단하며 평가기준은 다음과 같음. - 다 음 - 0. 조절할 수 있음: 전혀 실금하지 않는 경우 1. 가끔 실금함: 평균적인 배변 횟수를 고려하여 실금하는 경우보다 조절하는 경우가 더 많거나 같은 경우 2. 자주 실금함: 평균적인 배변 횟수를 고려하여 조절하는 경우보다 실금하는 경우가 더 많은 경우 3. 조절 못함: 배변을 보는 주기에 관계없이 배변할 때마다 실금하는 경우 (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	E. 배설기능의 소변조절 상태*	환자의 소변 주기를 고려하여 판단하며 평가기준은 다음과 같음. - 다 음 - 0. 조절할 수 있음: 전혀 실금하지 않는 경우 1. 가끔 실금함: 실금하는 경우보다 조절하는 경우가 더 많거나 같은 경우 2. 자주 실금함: 조절하는 경우보다 실금하는 경우가 더 많은 경우 (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	E. 배설기능의 배변조절 기구 및 프로그램*	a. 일정하게 짜여진 배뇨계획 (Scheduled toileting plan) 방광이 차는 것과 관계없이 정해진 시간에 다른 사람(보조인력 등)이 환자를 화장실에 데리고 가거나, 소변기를 주거나, 화장실에 가도록 상기시켜 주는 것을 말함. b. 방광 훈련 프로그램 (Bladder training program)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		인지기능 손상이 없는 환자에게 방광근 및 요도괄약근 재훈련을 위하여 의식적으로 배설하는 것을 지연시키도록 하거나 긴박하게 소변이 나오는 것을 참도록 교육시키는 것을 말함. c. 규칙적인 도뇨수행 (CIC, Clean Intermittent Catheterization) 일정한 간격(3-6시간)으로 방광 내에 고여 있는 소변을 배출시키는 것을 말함. d. 외부(콘돔형) 카테터 남성환자에게 유치도뇨관 삽입 없이 배뇨를 하기 위한 도구를 말함. f. 인공루 요루(urostomy), 장루(colostomy) 등을 말함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	E. 배설기능의 배뇨일지 작성 여부*	작성일을 기준으로 7일 이상 지속적으로 작성한 경우 "예"로 기재함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	F. 질병진단의 일반사항	의사가 진단한 기록에 근거하여 기재함. 최근의 일상생활수행능력, 인지기능, 정서, 행동, 의학적 치료, 간호 감시, 사망의 위험과 직접적인 상관이 있는 질병에만 기재함[현재 문제가 되지 않는(비활동성) 진단은 기재하지 않음]. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	F. 질병진단의 질병*	c. 요로감염은 지난 30일 이내에 요로감염으로 인해 연속해서 1주일 이상 비경구 항생제가 투여된 경우에 해당함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	G. 건강상태의 문제상황*	a. 열은 37.2℃(직장 체온은 37.5℃) 이상의 체온이 3일 이상 있는 경우를 말함. b. 탈수는 다음 중 2가지 이상에 해당되는 경우(①, ③은 I/O sheet에 근거해야 함)를 말함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		- 다 음 - ① 1일 섭취하는 수분량이 1500㎖ 미만인 경우 ② 탈수의 임상적 증상[건조한 구강점막, 피부탄력도 저하, 색이 짙은 소변, 새로 발병한 또는 악화된 혼돈, 비정상적인 임상검사 결과(헤모글로빈, 헤마토크리트, 칼륨, 혈액요소질소, 요비중 증가 등)]등을 보이는 경우 ③ 구토, 열, 설사 등으로 섭취한 수분량 보다 수분 소실량이 많은 경우 c. 구토는 약물독성, 독감, 심인성 문제 등 원인에 상관없는 구토를 말함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	G. 건강상태의 통증*	통증은 통증 유발요인 혹은 완화요인(provocation/palliation), 통증의 양상(quality), 통증부위(region/radiation), 통증강도(severity), 통증 지속시간(timing) 등을 평가하여 진료기록부 등에 기록함. 통증강도는 통증 사정도구(VAS 등)를 이용하여 판단하며, 여러 부위에 통증이 있고 각 부위별 통증강도가 다를 경우에도 환자상태별 통증점수와 빈도 등을 통합적으로 고려하여 통증의 빈도와 강도를 기재함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	G. 건강상태의 낙상 여부*	작성일을 기준으로 지난 30일 이내 또는 31일에서 180일 사이의 낙상존재여부를 말함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	G. 건강상태의 말기질환*	진료기록부에 '말기질환 또는 end-stage disease' 등 의사의 기록이 있어야 하며, 질환의 종류를 불문하고 기대여명이 얼마 남지 않아 의사가 말기상태로 진단한 것을 의미함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	H. 구강 및 영양상태의 연하장애	정맥 또는 경관영양 등을 하고 있어 입으로 물이나 음식을 삼키지 않는 경우에는 연하곤란 증상이 없는 것으로 평가함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	H. 구강 및 영양상태의 체중*	관찰기간 내에 체중을 측정한 경우 기재함. 체중감소란 지난 31일 이내에 5% 이상 감소 또는 184일 이내에 10% 이상 감소한 경우에 한함. 계산식1> [지난달 체중(kg) – 이번달 체중(kg)]/[지난달 체중(kg)] ≥ 0.05 계산식2> [6개월전 체중(kg) – 이번달 체중(kg)]/[6개월전 체중(kg)] ≥ 0.1 ※ 체중감소율은 소수 셋째자리에서 절사 (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	H. 구강 및 영양상태의 영양 섭취방법*	a. 정맥영양(parenteral/IV)은 영양섭취를 목적으로 지속적 또는 간헐적으로 정맥내 영양공급(TPN 등)을 하는 것을 말함. b. 경관영양은 비위관 또는 위루 등을 통해 영양공급을 하는 것을 말하며 경구를 통한 수분 또는 영양섭취가 곤란한 상태에서 지난 7일 이상 지속적으로 경관영양을 한 경우에 해당함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	H. 구강 및 영양상태의 정맥 또는 경관을 통한 섭취*	I/O sheet 등에 근거하며 실제 환자가 섭취한 열량 및 수분량을 기준으로 계산함. a. 섭취한 칼로리 비율 지난 6일 동안 환자가 섭취(구강섭취 포함)한 총 칼로리 중 정맥 또는 경관을 통해 섭취한 칼로리의 비율(1일 평균) $\frac{\text{지난 6일 동안 정맥·경관영양으로 섭취한 열량}}{\text{지난 6일 동안 총 섭취 열량}} \times 100$

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		b. 수분 섭취량 지난 6일 동안 정맥 또는 경관을 통해 섭취한 1일 평균 수분량 지난 6일 동안 정맥·경관영양으로 섭취한 수분의 총량 / 6 (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	I. 피부상태의 피부궤양*	의사가 진단한 기록에 근거하여 기재함. 피부궤양(skin ulcer)의 종류에는 욕창(압박성 궤양), 울혈성 궤양, 허혈성 궤양, 말초신경병증 궤양이 있음. 진료기록부에 담당의사가 피부궤양에 대한 근거 등을 기록한 경우에 해당하며 피부궤양(skin ulcer)의 종류에는 욕창(압박성 궤양), 울혈성 궤양, 허혈성 궤양, 말초신경병증 궤양이 있음. 압박성 궤양(pressure ulcer)은 일정한 부위에 지속적 압력이 가해졌을 때 모세혈관의 순환장애로 인해 조직의 궤사가 일어나는 것, 울혈성 궤양(stasis ulcer)은 하지의 부적절한 정맥순환으로 인해 발생하는 정맥성 궤양(venous ulcer) 또는 말초정맥질환(PVD, Peripheral Vascular Disease)으로 인한 궤양, 허혈성 궤양(ischemic ulcer)은 동맥관류부전으로 인하여 주로 하지에 나타나는 동맥성 궤양(arterial ulcer), 말초신경병증 궤양(neuropathic ulcer)은 당뇨병 환자에서 흔히 나타나는 궤양을 말함. 딱지(necrotic eschar)로 뒤덮여 있어 단계를 알 수 없다면 변연절제(Debridement)를 수행할 때까지 4단계로 기재하고, 낫고 있는(healing) 궤양의 단계를 평가할 경우 현재 보이는 양상대로 평가함. 예를 들어 3단계 욕창이 낫는 과정에서 현재 2단계 궤양의 양상을 보인다면 2단계로 기재함. 평가기준은 다음과 같음. - 다 음 - 1단계: 압박을 제거한 후에도 지속적으로 피부 발적

항 목	제 목	세부인정사항
		은 있으나, 피부 균열은 없는 경우 2단계: 피부가 벗겨지거나 수포모양을 보이는 부분적인 피부층의 소실 있는 경우 3단계: 피부가 전층 소실되거나 피하층이 나타나고 깊은 분화구가 생긴 경우 4단계: 피부와 피부층이 전부 소실되고 근육이나 뼈가 노출된 경우 (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	I. 피부상태의 새로 발생한 욕창*	이전 평가 이후 새로 발생한 욕창(압박성 궤양) 존재 여부를 의미함. (고시 제2019-125호, '19.11.1 시행)
	I. 피부상태의 지난 1년간 욕창 과거력*	욕창(압박성 궤양)이 지난 1년 이내에 발생했다가 치유된 적이 있는지를 확인함. 현재의 압박성 궤양, 울혈성 궤양 등의 과거력은 제외함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	I. 피부상태의 피부의 기타 문제*	a. 2도 이상의 화상은 진료기록부에 담당의사가 '2도 이상의 화상'에 대한 피부상태를 기록한 경우 해당함. b. 개방성 피부병변은 매독이나 피부암 등으로 인하여 발생한 개방성 피부질환을 의미함.(피부궤양, 자상, 발적은 제외) c. 수술창상은 수술 후 회복되지 않은 상처를 의미함. d. 발의 감염은 봉소염, 화농성 배출물이 있는 경우에 해당함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	I. 피부상태의 피부문제에 대한 처치*	a. 압력을 줄여주는 도구에는 젤, 공기 또는 다른 쿠션을 포함한 의자나 휠체어, 공기방석, 물침대, 에어매트리스, 거품침대 등을 말함(도넛모양의 쿠션은 포함하지 않음). b. 체위변경은 두 시간마다 지속적으로 환자의 체위를 변

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		경시켜주는 것을 말함. c. 피부문제를 해결하기 위한 영양은 적절한 열량공급(30㎉/㎏ 이상)이나 고단백 치료(1.25g/㎏ 이상)만 해당함. f. 수술창상 치료는 수술창상을 보호하거나 치료하기 위한 중재를 말함. 예를 들어 국소 청결(topical cleansing), 창상세척(wound irrigation), 항생제 연고 등을 발라줌, 드레싱 실시, 봉합사 제거, 침수 또는 열 요법을 적용한 경우임. 흉관(Chest-tube) 등의 드레싱도 포함함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	K. 특수처치 및 전문재활 치료의 정맥주사에 의한 투약*	주사 투여기준 범위 내에서 연속 또는 간헐적으로 3일 이상 정맥주사로 치료약제가 투여된 경우를 말함. 영양물질, 투석, 진단 혹은 수술 전 처치에 수반되는 일시적 약물만 투여된 경우는 제외함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	K. 특수처치 및 전문재활 치료의 배뇨관련 루 관리*	방광루, 요루 등의 관리를 말함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	K. 특수처치 및 전문재활 치료의 배변관련 루 관리*	장루 등의 관리를 말함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	K. 특수처치 및 전문재활 치료의 영양관련 루 관리*	위루 등의 관리를 말함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	K. 특수처치 및 전문재활 치료의 산소요법*	마스크, 캐뉼라 등 투여경로를 불문하고 작성일을 기준으로 지난 14일 중 7일 이상 산소를 투여하되, 산소포화도(SaO2 또는 SpO2)가 90% 이하인 상태에서 산소 투여를 시작한 경우를 말함. 날을 달리하여 비연속적으로

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		산소를 투여하는 경우에도 산소포화도(SaO2 또는 SpO2)가 90% 이하로 재시작한 경우만 해당하고, 산소를 투여하는 하루 중에는 지속적 또는 간헐적으로 투여할 수 있음. 관찰기간은 이전 관찰기간과 중복되지 않도록 함. 관찰기간이 14일 미만인 경우에도 7일 이상 연속적으로 산소를 투여하거나 산소 투여일수의 합이 7일 이상이어야 함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	K. 특수처치 및 전문재활 치료의 하기도 증기흡입치료*	자4-1 하기도 증기흡입치료의 급여기준에 적합하게 시행한 경우를 말함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	K. 특수처치 및 전문재활 치료의 흡인*	흡인(suction)으로 상기도 및 기관지내의 분비물을 배출시키는 경우에 한함. 구강내 및 비강내 흡인만 하는 경우는 제외함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	K. 특수처치 및 전문재활 치료의 기관절개관 관리*	기관절개관 교환 및 기관절개구와 캐뉼라의 세정 등을 시행한 경우 해당함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	K. 특수처치 및 전문재활 치료의 인공호흡기*	지난 7일 동안 1일 8시간 이상 지속적으로 인공호흡기를 사용한 경우를 말하며 인공호흡기를 떼는 과정(weaning)도 포함함. 간헐적 양압/음압호흡치료(IPPB/INPB), 지속적 양압호흡치료(CPAP), 양위양압호흡치료(BIPAP) 등과 같은 호흡치료는 제외함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	K. 특수처치 및 전문재활 치료의 중심정맥영양*	중심정맥관을 통하여 영양물질을 공급한 경우에 해당함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	K. 특수처치 및 전문재활 치료의 전문재활치료*	지난 7일 동안 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제3편 (별표1) 특정항목에 해당하는 재활치료를 실시한 날 수를 기재함. 재활치료 인정기준은 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편에 의함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)

'*' 표시가 있는 항목은 반드시 의무기록에 근거하여 기재

제 3 부

행위 급여목록 · 상대가치점수 및 산정지침

제3부
행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침

항 목	제 목	세부인정사항
요51 요양병원 입원료	간호인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등적용 관련 기준	적정수준의 간호인력을 확보하지 못한 요양병원에서 간호서비스의 일부를 보호자나 간병인에게 위임하는 등 입원 진료시 간호서비스의 질이 저하되는 바람직하지 않은 현상을 해소하기 위해서 시행하고 있는 [간호인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등제] 관련 기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 환자 산정기준 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등제의 기준이 되는 환자수는 건강보험심사평가원에 제출한 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서상의 입원 환자수로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3편 제3부[산정지침] 4.바(3)을 말함. 나. 간호인력 산정기준 1) 간호인력은 입원환자 간호업무를 전담하는 간호사와 이에 대한 간호업무를 보조하는 간호조무사를 의미함. 2) (입원)병동에 근무하지만 입원환자 간호를 전담하지 않는 간호인력(간호감독, 전임노조, 가정간호사, 호스피스 간호사 등), 일반병상과 특수병상을 순환 또는 파견(PRN 포함) 근무하는 간호인력, 특수병상 중 중환자실, 격리실, 인공

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		신장실, 물리치료실에서 근무하는 간호인력, 외래 근무자는 산정대상에서 제외하며, 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우에는 동 기간 동안 간호인력 산정대상에서 제외함. 3) 계약직 및 단시간 근무 간호인력은 「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」 제17조(근로조건의 서면명시)를 준수하고, 계약직의 경우에는 3개월 이상 고용계약을 체결한 경우에 산정함. 4) 단시간 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 미만인 근무자에 대하여 16(이상)~20시간(미만) 근무자의 경우 0.4인, 20(이상)~24시간(미만) 근무자는 0.5인, 24(이상)~28시간(미만) 근무자는 0.6인, 28(이상)~32시간(미만) 근무자는 0.7인, 32(이상)~36시간(미만) 근무자는 0.8인, 36(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.9인으로 산정하며, 「소득세법」 시행규칙 제7조 제4호에 의한 의료취약지역 소재 요양기관은 각각 0.5인, 0.6인, 0.7인, 0.8인, 0.9인, 1인으로 산정함. 다만, 계약직 간호사를 고용하는 경우, 정규직 간호사 의무고용비율은 100분의 80으로 함. 5) 전일제 근무 간호인력으로 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 이상인 근무자는 1인으로 산정함. 다만, 계약직 간호조무사는 전일제인 경우에만 3인을 2인으로 산정함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		6) 출산휴가자를 대체하는 간호사는 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 이상인 근무자의 경우 1인으로 산정함. 다. 간호인력 확보수준에 따른 등급산정 및 신청방법 1) 환자수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 환자수 평균으로, 간호인력수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직일수 평균으로 산정하되, 평균 환자수와 평균 간호인력수는 각각 소수점 셋째 자리에서 반올림하여 계산함. 2) 요양기관은 [별지 제6호 서식]에 의한 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서를 건강보험심사평가원에 매분기말 16일부터 20일까지 제출하여야 하며, 미제출 기관은 6등급으로 산정함. 다만, 제출기간을 도과하더라도 적용분기 전일까지 부득이한 사유를 소명하여 제출하는 경우에 한하여 확인된 간호등급을 적용하며, 통보서 내용 중 간호인력 현황에 변경사항 발생 시는 즉시 제출하여야 함. (고시 제2019-183호, '20.1.1. 시행)
	의사인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등적용 관련기준	적정수준의 의사인력을 확보하지 못한 요양병원에서 입원환자에 대한 의료서비스의 질이 저하되는 현상을 방지하기 위하여 시행하는 [의사인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등제] 관련 기준은 다음과 같이 함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		- 다 음 - 가. 환자 산정기준 의사인력 확보수준에 따른 입원료 차등제의 기준이 되는 환자수는 건강보험심사평가원에 제출한 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서상의 입원환자수로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3편제3부 [산정지침] 4.마.(3)을 말함. 나. 의사인력 산정기준 1) 의사는 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서상의 상근자를 의미하며, 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우에는 동 기간 동안 의사인력 산정대상에서 제외함. 2) 시간제 또는 격일제 의사는 주3일 이상이면서 주20시간 이상인 경우 0.5인으로 인정하며, 기간제 의사는 근무시간 등 근무조건이 정규직 근무자와 동일하면서 3개월 이상 고용계약을 체결한 경우는 1인으로 인정함. 다. 의사인력 확보수준에 따른 등급산정 및 신청방법 1) 환자수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 환자수 평균으로, 의사수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직일수 평균으로 산정하되, 평균 환자수와 평균 의사수는 각각 소수점 셋째자리에서 반올림하여 계산함. 2) 요양기관은 [별지 제6호 서식]에 의한 요양병원 입원료 차등제 산정현황

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		통보서를 건강보험심사평가원에 매분기말 16일부터 20일까지 제출하여야 하며, 미제출 기관은 4등급으로 산정함. 다만, 제출기간을 도과하더라도 적용분기 전일까지 부득이한 사유를 소명하여 제출하는 경우에 한하여 확인된 의사등급을 적용하며, 통보서 내용 중 의사인력 현황에 변경사항 발생 시는 즉시 제출하여야 함. (고시 제2019-302호, '20.7.1. 시행)
	필요인력 확보에 따른 별도 보상제 관련 기준	요양병원의 입원환자에게 질 높은 의료서비스를 제공토록 하기 위해 시행하는 [필요인력 확보에 따른 별도 보상제] 관련 기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 환자 산정기준 건강보험심사평가원에 제출한 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서상의 입원환자수를 말함. 나. 약사 산정기준 환자수가 200명 이상인 경우 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서상의 상근자를 의미하며, 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우에는 동 기간 동안 산정대상에서 제외함. 다. 의무기록사, 방사선사, 임상병리사, 물리치료사, 사회복지사 산정기준 건강보험심사평가원에 제출한 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서상의 상근자를 의미하며, 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우에는 동 기간 동안

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		산정대상에서 제외함. 라. 필요인력 산정 및 신청방법 1) 환자수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 환자수 평균으로 산정하되, 소수점 셋째자리에서 반올림하여 계산하며, 약사 및 의무기록사, 방사선사, 임상병리사, 물리치료사, 사회복지사는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직일수로 산정함. 2) 요양기관은 [별지 제6호 서식]에 의한 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서를 건강보험심사평가원에 매분기말 16일부터 20일까지 제출하여야 하며, 미제출 기관은 별도 산정할 수 없음. 다만, 제출기간을 도과하더라도 적용분기 전일까지 부득이한 사유를 소명하여 제출하는 경우에 한하여 확인된 필요인력 현황을 적용함. 통보서 내용 중 필요인력 현황에 변경사항 발생 시는 즉시 제출하여야 함. (고시 제2019-302호, '20.7.1. 시행)
요54 격리실 입원료	요양병원 격리실 입원료 급여기준	요양병원 격리실 입원료는 전파경로별 격리지침을 준수하여야 하며 의료법 시행규칙 제34조 [별표4] 제1호 사목을 준수한 경우(병상이 300개 미만 요양병원 포함) 다음과 같이 요양급여함 - 다 음 - 가. 급여대상 의료법 시행규칙 제36조제2항에 의한 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		41조제1항에 따라 제1급감염병 및 질병관리청장이 고시한 감염병에 걸린 같은 법 제2조제13호부터 제15호까지에 따른 감염병환자, 감염병의사환자 또는 병원체보유자(이하 "감염병환자등"이라 한다) 및 같은 법 제42조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 감염병환자등이 아닌 경우('20.9.12.부터 적용) 나. 인정기준 상기 가.의 경우 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 Ⅰ. 행위 제1장 기본진료료 가10 격리실 입원료에 의함 (고시 제2021-135호, '21.5.4. 시행)
요55 요양병원 입원환자 안전 관리료	요양병원 입원환자 안전관리료 산정기준	요양병원 입원환자 안전관리료는 다음의 요건을 모두 충족하는 경우 요양급여하며 입원환자 입원 1일당 1회 산정함. - 다 음 - 가. 대상기관 「환자안전법」 제11조·제12조를 준수하고 「의료법」 제58조제58조의3에 따라 '인증' 또는 '조건부인증' 등급을 받은 200병상 이상 요양병원 나. 산정기준 1) 환자안전위원회는 「환자안전법」 제11조제3항 및 같은 법 시행규칙 제8조에 명시된 업무를 시행하여야 하며, 위원회 구성은 같은 법 시행규칙 제6조를 따름.('20.7.30.부터 적용) 2) 전담인력은 「환자안전법」 제12조제3항 및 같은 법 시행규칙 제9조제5항에 따른 업무를 시행하여야 하며, 환자

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		안전 활동에 대한 연간 계획을 수립하고 관리하여야 함.('20.7.30.부터 적용) 3) 「환자안전법」 제9조 및 같은 법 시행령 제6조에 따른 환자안전기준 준수를 위해 아래의 가), 나)를 포함한 체계적인 활동을 시행하여야 함. 가) 입원환자 병문안 관리 규정을 자체적으로 수립하고 이를 시행하여야 함. 나) 입원기간 동안 낙상, 욕창 예방 및 관리 등을 시행하여야 함. 4) 인력기준 및 병문안 관리기준은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 Ⅰ. 행위 제1장 기본진료료 가29 입원환자 안전관리료의 기준을 동일하게 적용함. 5) 6인 이하 병실에 입원한 경우에만 산정함. ('22.1.1.부터 적용) (고시 제2021-135호, '21.5.4. 시행)
요56 요양병원 지역사회 연계료	요양병원지역사회 연계료 산정기준	요양병원 입원환자의 퇴원 후 원활한 지역사회 복귀를 지원하기 위한 요양병원 지역사회 연계료의 산정기준을 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 적용대상 입원일로부터 120일 경과 후 퇴원이 예정되어 있고 지역연계가 필요한 환자 나. 산정방법 1) 요양병원 지역사회 연계 평가료는 환자지원팀이 환자(또는 보호자)를 대상으로 [별지 제17호 서식]에 따라 환자지원 심층평가를 실시하고 작성한 경우 산

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		정함. 상담·평가를 수 회 실시하더라도 입원기간 중 1회 산정하며, 평가완료 후 환자 상태의 급격한 변화 등 불가피한 경우 진료기록부에 이를 기록하고 입원기간 중 최대 2회까지 산정함. 2) 요양병원 지역사회 연계 관리료는 환자지원팀이 환자(또는 보호자)를 대상으로 [별지 제18호 서식]에 따라 퇴원지원 표준계획을 수립·작성하고 지역사회 자원 연계 계획에 따라 연계가 이루어진 경우 산정함. 환자지원팀이 환자(또는 보호자)와 함께 지역 행정기관 등을 방문하여 연계가 이루어진 경우 요양병원 지역사회 연계 관리료 Ⅱ를 산정하고, 이 외에는 요양병원 지역사회 연계 관리료 Ⅰ을 산정하며 종류 및 횟수를 불문하고 퇴원 시 1회만 산정함. 다. 기타 1) 환자지원팀은 요양병원 환자지원 심층평가표[별지 제17호 서식], 요양병원 퇴원지원 표준계획서[별지 제18호 서식] 및 연계내역(연계기관, 연계 서비스 등)을 요양기관정보마당으로 제출하여야 하며 관련 사항을 진료기록부에 기록·보관하여야 함. 2) 환자지원팀(상근하는 의사, 간호사, 사회복지사) 중 1인 이상은 요양병원 퇴원환자 지원 기본교육을 매년 이수하여야 함. ('21.1.1.부터 적용) (고시 제2019-183호, '19.11.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
요57 요양병원 감염예방·관리료	요양병원 감염예방·관리료 산정기준	요양병원 감염예방·관리료는 요양병원 입원료 차등제를 신고하고, 의료관련 감염 등 효율적인 감염예방 및 관리 프로그램 운영을 위하여 아래와 같은 인력 등 조건을 모두 갖춘 요양병원에서 감염예방·관리 활동을 실시하는 경우에 요양급여를 인정하며, 입원환자 입원 1일당 1회 산정함. - 아 래 - 가. 감염관리실을 설치하여야 하고, 다음의 등급별 인력 수 기준을 모두 충족한 경우 다음 분기에 해당 등급의 수가를 산정함. 1) 1등급 가) 감염관리 전담간호사는 분기별 평균 병상수 대비 150:1 이하 나) 가)를 충족하는 감염관리 전담간호사 중 1명 이상은 아래 조건 중 하나를 충족할 것 (1) 감염관리 자격증 보유 (2) 감염관리실 근무경력 1년 이상 다) 감염관리의사는 분기별 평균 병상수 대비 300:1이하 2) 2등급 가) 감염관리 전담간호사는 분기별 평균 병상수 대비 300:1 이하 나) 가)를 충족하는 감염관리 전담간호사 중 1명 이상은 아래 조건 중 하나를 충족할 것 (1) 감염관리 자격증 보유

항 목	제 목	세부인정사항
		(2) 감염관리실 근무경력 1년 이상 다) 감염관리의사는 분기별 평균 병상수 대비 300:1이하 3) 3등급 가) 감염관리 간호사 1명 이상을 배치하되 감염관리 간호사 중 1명 이상은 감염관리실 근무경력 1년 이상인 자로 함. 나) 감염관리의사는 분기별 평균 병상수 대비 300:1이하 나. 요양급여는 다음의 조건을 충족하는 경우 요양병원 감염예방·관리료를 산정할 수 있음. 1) 「의료법」 제58조에 따라 의료기관 평가인증원이 실시하는 요양병원 의료기관 인증결과 '인증' 또는 '조건부인증'에 해당하여야 함. 2) 질병관리청에서 운영하는 '전국의료관련 감염감시체계(KOrean National healthcare-associated Infections Surveillance System, KONIS)'에 참여하여야 함.(단 1등급, 2등급에 한하여 적용하며, 1등급의 경우 '24년 7월부터 적용, 2등급의 경우 '25년 7월부터 적용한다.) 다. 요양병원 감염예방·관리료를 산정하는 기간 동안 다음과 같은 감염예방·관리 활동을 시행하여야 함. 1) 감염관리실은 감염관리위원회 운영을 하여야 하며, 위원회의 업무, 구성

항 목	제 목	세부인정사항
		및 운영은 「의료법 시행규칙」 제43조제2항, 제44조 및 제45조를 따름. 2) 전직원 대상의 감염관리 교육을 연 1회 이상 실시하고 교육내용, 교육시간, 참석자를 포함하여 기록하여야 함. 3) 감염관리 지침(감염관리실 활동, 감염대책, 연간계획 수립·시행·평가, 실적분석·평가 및 경영진 보고·관련 직원 공유 지침, 부서별 감염관리, 환경관리, 세척·소독 및 멸균과정의 감염관리 등)을 마련하고, 요양기관의 감염관리 현황파악 및 개선활동을 위해 주 1회 정기적으로 순회를 실시하고 기록하여야 함. 4) 환자치료영역의 환경관리 및 청소와 소독을 수행하고, 환자치료영역의 물과 요양병원 내 음용수를 적절하게 관리·기록하여야 함. (고시 제2023-109호, '23.7.1. 시행)
	요양병원 감염예방·관리료 인력기준	요양병원 감염예방·관리료의 등급은 직전분기 평균 병상수 대비 직전분기 평균 감염관리 전담간호사 및 감염관리 간호사수에 따라 구분하며, 등급을 적용하기 위한 병상 및 인력기준은 아래와 같이 함. - 아 래 - 가. 병상 기준 1) 요양기관현황(변경사항) 통보시 건강보험심사평가원에 신고한 병상 중 일반입원실, 중환자실, 격리병실의 병상을 말함. 다만, 신고한 병상보다

항 목	제 목	세부인정사항
		더 많은 병상을 운영하는 경우에는 운영병상으로 함. 2) 병상수는 전분기 매월 15일자 병상수의 3개월 평균값으로 계산(소수점 3자리에서 반올림) 나. 인력 기준 1) 감염관리 전담간호사는 요양기관에 소속된 전일제 간호사로서 월 평균 주 40시간 이상 감염관리실 업무를 전담하여 근무하는 간호사를 의미함. 2) 감염관리 간호사는 요양기관에 소속된 전일제 간호사로서 외래 업무 등과 병행할 수 있으나 월 평균 주 20시간 이상 감염관리실 업무를 수행하는 간호사를 의미함. 다만, (입원)병동에 근무하며 입원환자 간호업무는 병행할 수 없음. 3) 감염관리 전담간호사 및 감염관리 간호사는 「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」 제17조(근로조건의 서면명시)를 준수하고, 4대 사회보험에 가입 및 1년 이상 고용계약을 체결한 경우 산정 가능함. 다만 출산휴가자 및 육아휴직자, 질병휴직(휴가)자 등의 대체 간호사의 경우 계약기간에 관계없이 산정 가능함. 4) 감염관리 자격증은 감염관리 전문간호사 자격증(보건복지부 주관) 또는 감염관리 실무전문가 자격증(대한감염관리간호사회 주관)을

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		의미함. 5) 감염관리의사는 요양기관에 소속된 상근 전문의로서 「의료법 시행규칙」 별표 8의3에 따른 교육을 매년 16시간 이수하면서, 아래의 조건을 모두 충족하여 감염관리 업무에 전문성을 가지고 요양기관의 감염관리 및 감염관리실 업무를 수행하는 사람을 의미함. 가) 감염관리실 근무경력 1년 이상 (단, 최근 5년 이내의 경력만 인정) 나) 감염관리에 대한 24시간 이상 (「의료법 시행규칙」 별표 8의3에 따른 교육시간 포함)의 교육 이수(단, 최근 3년 이내의 교육만 인정) 6) 감염관리 전담간호사 및 감염관리 간호사, 감염관리의사 수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 감염관리 전담간호사 및 감염관리 간호사, 감염관리의사 수별 재직일수의 합을 해당기간 일수로 나누어서 계산(소수점 3자리에서 반올림) 7) 감염관리 전담간호사 및 감염관리 간호사, 감염관리의사 수는 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간은 인력산정에서 제외하나, 대체 인력이 있을 경우는 산정 가능함. 다. 인력 및 등급신청 요양병원 감염예방·관리료를 산정하고자 하는 요양기관은 별지 제34호 서식에

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		의한 요양병원 감염예방·관리료 산정 현황을 건강보험심사평가원에 매 분기말 16일부터 20일까지 제출하여야 함. 기한 내 미제출한 기관은 요양병원 감염예방·관리료를 산정할 수 없음. 다만, 기한내 제출하지 못한 부득이한 사유가 확인되는 경우에는 확인된 현황을 적용함. 통보서 내용 중 간호사 및 의사현황에 변경사항 발생시에는 즉시 제출하여야 함. (고시 제2023-109호, '23.7.1. 시행)

VII

호스피스, 연명의료중단등결정

제 1 부

일반사항

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	호스피스전문기관 인력에 따른 수가 산정 기준	호스피스전문기관 인력 기준은 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(이하 "연명의료결정법"이라 한다) 시행규칙」 제20조제1항 관련 [별표 2] 호스피스전문기관의 지정기준을 따르며, 인력 기준에 따른 수가 산정 기준은 다음과 같음. - 다 음 - 가. 호스피스전문기관 인력(의사, 간호사, 사회복지사)의 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간 동안은 인력산정 대상에서 제외함. 다만, 동 기간 동안에 대체 인력이 있는 경우는 산정 가능함. 나. 대체하는 인력의 자격 및 호스피스 교육이수 기준은 「연명의료결정법 시행규칙」 제20조제1항 관련 [별표 2] 호스피스전문기관의 지정기준에서 정한 기준과 동일함. 다. 가정형 및 자문형 호스피스전문기관은 호스피스전문기관의 인력 기준을 모두 충족한 기간에만 호스피스 수가를 산정함. (고시 제2022-134호, '22.4.14. 시행)
	호스피스전문기관 인력 등에 대한 현황 제출	호스피스전문기관이 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제4편 호스피스에 대한 요양급여비용을 최초로 청구하는 때에는 인력·시설·장비 등에 대한 다음의 서류를 건강보험심사평가원에 제출하여야 하며, 변경사항 발생 시에는 즉시 제출하여야 함. - 다 음 -

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		가. 인력 현황 1) 공통 가) 국민건강보험법 시행규칙」 [별지 제17호 서식] 요양기관 현황 변경 신고서 나) 「연명의료결정법 시행규칙」 제20조제1항의 [별표 2] 호스피스전문기관의 지정기준에 따른 유형별 호스피스전문기관 인력(의사 또는 한의사, 간호사, 사회복지사)의 호스피스 교육이수를 증명하는 서류 2) 입원형 가) [별지 제7호 서식] 호스피스수가 가산제 산정 및 인력현황 [신규·변경] 통보서 나) 보조활동인력의 호스피스 교육이수를 증명하는 서류 3) 가정형 [별지 제20호 서식] 가정형 호스피스 전문기관 인력 현황 [신규·변경] 통보서 4) 자문형 [별지 제30호 서식] 자문형 호스피스 전문기관 인력 현황 [신규·변경] 통보서 나. 시설·장비 현황 1) 공통 가) 「국민건강보험법 시행규칙」 [별지 제17호 서식] 요양기관 현황 변경 신고서 나) 「연명의료결정법 시행규칙」 [별지 제17호서식] 호스피스전문기관 지정서

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		사본, 변경 통보 시 「연명의료결정법 시행규칙」 [별지 제18호서식] 호스피스 전문기관 변경신고서 사본 및 보건복지부 승인 내역 2) 입원형 [별지 제8호 서식] 입원형 호스피스 전문기관 시설 및 장비 현황 [신규·변경] 통보서 3) 가정형 가정형 호스피스 사무실의 내외부 사진 또는 평면도, 이동차량 사진, 상담실 사진 첨부 4) 자문형 [별지 제31호 서식] 자문형 호스피스 전문기관 시설 현황 [신규·변경] 통보서 (고시 제2022-134호, '22.4.14. 시행)
	호스피스전문기관 인력에 대한 교육이수 기준	호스피스전문기관 인력에 대한 교육 이수 기준은 다음과 같음. - 다 음 - 가. 호스피스전문기관 인력(의사, 간호사, 사회복지사)은 「연명의료결정법 시행규칙」 제20조제1항 관련 [별표 2] 호스피스전문기관의 지정기준에 따라 호스피스 교육을 이수하여야 함. 나. 결원으로 호스피스 교육을 사전에 이수하지 못한 경우에는 호스피스 근무 개시 후 3개월이 경과하기 전까지 해당 교육을 이수하여야 하며, 근무 개시 후 3개월이 경과하여 호스피스 교육을 이수한 경우 근무 개시일부터

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		교육이수 전일까지 기간은 인력산정 대상에서 제외함. 다. 호스피스 근무 개시 후 호스피스 교육을 이수하지 않고 퇴사하는 등 교육을 미이수한 경우 호스피스 근무 기간은 인력산정 대상에서 제외함. (고시 제2022-134호, '22.4.14. 시행)
	다양한 유형의 호스피스를 제공하는 기관의 초회 수가 산정 방법	다양한 유형(입원형, 가정형, 자문형)을 제공하는 기관의 경우 호스피스 서비스를 최초로 제공한 유형(유형불문)의 초회 수가*를 동일 기관의 환자 당 1회만 산정하며, 이미 동일 기관 내 호스피스(유형불문) 초회 수가를 산정한 경우에는 유형불문하고 재회 수가를 산정함. * 호스피스 유형별 초회 수가 (입원형) 전인적 돌봄 상담료, (가정형) 의사방문료, 통합환자관리료, (자문형) 자문형호스피스돌봄상담료 (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)
	전체 호스피스 이용기간의 기준일	전체 호스피스 이용기간의 기준일은 입원형의 경우 최초 입원일, 가정형의 경우 최초 방문일, 자문형의 경우 최초 돌봄 상담일 기준으로 이용기간(다른 호스피스전문기관에서의 호스피스 이용기간 포함)을 산정함. (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)

제 2 부

입원형 호스피스

제1장
호스피스 입원일당 정액

항 목	제 목	세부인정사항
일반사항	병동 또는 병실을 이동하는 경우 수가 산정방법	동일 기관 내에서 호스피스병동과 일반병동(자문형 호스피스 포함)을 이동하는 경우와 호스피스병동 내에서 병실을 이동하는 경우의 당일 수가산정은 수진자가 더 오랫동안 체류한 병동 또는 병실의 수가 산정방법을 적용함. (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)
	호스피스병동에 입원 중인 환자를 타 기관 진료 의뢰 시 수가 산정방법	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제4편 제2부 제1장 호스피스 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 [산정지침] 제6호 바목에 의하여 환자를 진료하는 중에 다른 요양기관으로 진료를 의뢰한 경우 수가 산정방법은 다음과 같음. - 다 음 - 가. 의뢰받은 요양기관 의뢰받은 진료에 대하여 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대 가치점수」 제1편을 적용하여 청구함. 나. 입원형 호스피스전문기관 의뢰 당일은 일당 정액수가(간호사 확보수준에 따른 입원료 가산, 사회 복지사 확보수준에 따른 정액수가 가산 및 입원일수에

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		따른 체감이 적용 되지 않음) 소정점수의 30%를 산정 하고, 「요양급여비용 청구방법, 심사 청구서·명세서서식 및 작성요령」에 의하여 구분코드 등을 작성·청구토록 함. (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)
	호스피스병동에 입원한 말기암 환자가 일반병동으로 이동한 경우 입원환자 의약품관리료 산정방법	호스피스병동에 입원한 말기암 환자가 일반병동으로 이동하여 행위별수가 적용 시 입원환자 의약품관리료 산정방법은 다음과 같음. - 다 음 - 입원환자 의약품관리료는 입원환자에 대하여 입원기간 중 투약한 경우에 투약일수에 따라 산정하므로 일반병동에 입원한 기간별로 각각 해당 투약일수의 의약품관리료를 산정함. (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)
완1 내지 완6 호스피스 입원일당 정액	호스피스병동 간호사 확보수준에 따른 입원료 가산적용 관련 기준	호스피스의 질적 수준 향상을 위해 시행되는 호스피스병동 간호사 확보수준에 따른 입원료 가산적용 관련 기준은 다음과 같음. - 다 음 - 가. 환자 수 기준 간호사 확보 수준에 따른 입원료 가산적용의 기준이 되는 환자 수는 건강보험심사평가원에 제출한 [별지 제7호 서식]에 의한 호스피스 수가 가산제 산정 및 인력현황 통보서상의 입원환자 수를 말함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		나. 간호사 기준 간호사는 호스피스병동에 배치되어 호스피스 입원환자를 대상으로 상담 및 신체적, 심리사회적 지지를 포함하는 간호업무를 전담하여야 함. 다만, 호스피스병동에 배치되어 있다고 하더라도 호스피스 입원환자 간호를 전담하지 않는 간호인력(간호감독, 전임노조, 가정간호사 등), 일반병동 등 호스피스병동 이외의 병상을 순환 또는 파견(PRN 포함) 근무하는 간호사, 외래 근무자는 산정 대상에서 제외함. 다. 간호사 인력 산정 기준 1) 전일제 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간인 근무자는 1인으로 산정함. 2) 단시간 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 32시간(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.8인으로 산정하며, 32시간미만 근무자는 산정 대상에서 제외함. 3) 전일제 및 단시간 근무 간호사는 「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」 제17조(근로조건의 서면명시)를 준수하고, 4대 사회보험에 가입 및 1년 이상 고용계약을 체결한 경우 산정 가능함. 다

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		만, 출산휴가자 및 육아휴직자, 질병휴직(휴가)자 등의 대체 간호사의 경우 계약기간에 관계없이 산정 가능함. 라. 간호사 확보수준에 따른 입원료 가산 적용 및 신고방법 1) 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 간호사수(재직일수 기준) 및 환자 수의 평균으로 산정하되, 평균 환자 수와 평균 간호사수는 각각 소수점 셋째자리에서 반올림하여 계산함. 2) 입원형 호스피스전문기관은 [별지 제7호 서식]에 의한 호스피스 수가 가산제 산정 및 인력현황 통보서를 건강보험심사평가원에 매 분기말 16일부터 20일까지 제출하여야 함. 기한 내 미제출한 기관은 호스피스병동 간호사 확보수준에 따른 입원료 가산을 산정할 수 없음. 다만, 기한 내 제출하지 못한 부득이한 사유가 확인되는 경우에는 확인된 현황을 적용함. 통보서 내용 중 간호사 현황에 변경사항 발생 시에는 즉시 제출하여야 함. (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)
	호스피스병동 사회복지사 확보수준에 따른 정액수가가산 적용 관련 기준	호스피스의 질적 수준 향상을 위해 시행되는 호스피스병동 사회복지사 확보수준에 따른 정액수가 가산적용 관련 기준은 다음과 같음. - 다 음 -

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		가. 환자 수 기준 사회복지사 확보 수준에 따른 정액 수가 가산 적용의 기준이 되는 환자 수는 건강보험심사평가원에 제출한 [별지 제7호 서식]에 의한 호스피스수가 가산제 산정 및 인력현황 통보서상의 입원환자 수를 말함. 나. 사회복지사 기준 1) 당해 입원형 호스피스전문기관에 상근하는 자로서, 호스피스병동에 입원한 환자를 전담하여야 함. 2) 가정형 또는 자문형을 함께 운영하는 입원형 호스피스전문기관의 경우에는 가정형 또는 자문형 호스피스 업무와 겸임 가능함. 3) 위 1), 2) 외의 사회복지 업무를 겸임하는 경우에는 산정대상에서 제외함. 다. 사회복지사 인력산정 기준 1) 계약직 근로자는 「기간제 및 단시간 근로자 보호 등에 관한 법률」 제8조 (차별적 처우의 금지) 및 제17조 (근로조건의 서면명시)를 준수하고, 4대 사회보험에 가입한 경우 산정 가능함. 1년 이상 고용계약을 체결하고, 근무시간 등 근무조건이 상근자와 동일한 경우 1인으로 산정함. 다만, 출산휴가자 및 육아휴직자, 질병 휴직(휴가)자 등의 대체 사회복지사의 경우 계약기간에 관계없이 산정 가능함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		2) 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 미만인 단시간 근무 사회복지사는 인력산정 대상에서 제외함. 라. 사회복지사 확보수준에 따른 정액수가 가산 적용 및 신고방법 1) 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 사회복지사수(재직일수 기준) 및 환자수의 평균으로 산정하되, 평균 환자 수와 평균 사회복지사수는 각각 소수점 셋째 자리에서 반올림하여 계산함. 2) 사회복지사가 재직하지 않는 날이 1일이라도 있을 경우 다음 분기의 가산을 산정할 수 없음. 3) 입원형 호스피스전문기관은 [별지 제7호 서식]에 의한 호스피스 수가 가산제 산정 및 인력현황 통보서를 건강보험심사평가원에 매 분기말 16일부터 20일까지 제출하여야함. 기한 내 미제출한 기관은 호스피스 병동 사회복지사 확보수준에 따른 정액수가 가산을 산정할 수 없음. 다만, 기한 내 제출하지 못한 부득이한 사유가 확인되는 경우에는 확인된 현황을 적용함. 통보서 내용 중 사회복지사 현황에 변경사항 발생 시에는 즉시 제출하여야 함. (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	신규지정(최초운영) 입원형 호스피스전문기관의 인력 가산 등급 산정방법	신규지정(최초운영) 입원형 호스피스 전문기관의 인력 가산 등급은 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 분기 둘째 달 15일 이전 신규지정 (최초운영)기관의 해당분기는 간호사 가산은 3등급으로 적용하고, '입원형 호스피스전문기관 최초운영일'에 전담하는 사회복지사가 있는 경우에 한해 사회복지사 2등급 가산을 적용 함. 차기 분기 적용을 위한 가산 등급의 경우, 입원환자 수는 최초 운영일 부터 해당분기의 마지막 월 14일까지의 입원환자를 평균하여 산정하고, 간호사, 사회복지사 인력은 최초 운영일부터 해당분기의 마지막 월 14일까지의 재직일수를 평균하여 산정함. 나. 분기 둘째 달 16일 이후 신규지정 기관의 해당 분기 및 차기 분기의 간호사 가산은 3등급으로 적용하고, '입원형 호스피스전문기관 최초운영일'에 전담하는 사회복지사가 있는 경우에 한해 사회복지사 2등급 가산을 적용함. (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)
완1 내지 완3 호스피스 입원일당 정액Ⅰ	호스피스 보조활동비용 적용기준	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제4편 제2부 제1장 호스피스 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 [산정지침] 제3호에 따른

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		호스피스 보조활동비용의 적용기준은 다음과 같음. - 다 음 - 가. 일반사항 1) 한국호스피스·완화의료학회의 호스피스교육을 일정시간(40시간 : 이론 20, 실습 20) 이수한 요양보호사(「노인복지법」 제39조의2에 따른 요양보호사 자격시험에 합격 및 자격증을 소지한 요양보호사)가 간호사의 지도·감독 하에 호스피스병동(독립시설형 포함)에 입원한 환자에게 호스피스 보조활동(위생, 식사, 이동 등 기본적인 일상생활 보조) 서비스를 전담하여 제공하는 경우 산정함. 2) '호스피스 입원일당 정액Ⅰ' 중 호스피스 보조활동 비용에 대해서는 입원일수에 따른 체감, 간호사 확보수준에 따른 입원료 가산을 적용하지 아니함. 3) 호스피스 보조활동 서비스를 제공하는 호스피스병동에는 가족이 함께 있는 것을 권장하나, 사적 간병 인력에 의한 간병은 허용하지 아니함. 나. 보조활동인력 배치기준 보조활동인력은 호스피스 지정병상 수의 70%(소수점 첫째 자리에서 반올림하여 계산) 병상 수 대비 보조활동인력 수 3 : 1에서 1일

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		8시간 3교대 근무 기준, 휴무일 등을 고려하여 4.8배수(소수점 첫째 자리에서 올림하여 계산) 이상을 확보하여야 하고 24시간 호스피스 보조활동 서비스를 제공하여야 함. 다. 병상 수 기준 호스피스 보조활동비용 적용 대상의 기준이 되는 병상 수는 호스피스병동의 지정병상 수로써, 건강보험심사평가원에 제출한 [별지 제9호 서식]에 의한 호스피스 보조활동 운영현황 통보서상의 호스피스 지정병상 수를 말함. 라. 보조활동인력 수 기준 1) 보조활동인력 수는 건강보험심사평가원에 제출한 [별지 제9호 서식]에 의한 호스피스 보조활동 운영현황 통보서상의 보조활동인력 수를 말함. 2) 보조활동인력의 16일 이상 장기휴가 또는 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간은 인력산정 대상에서 제외함. 다만, 동 기간 동안 대체인력이 있는 경우는 산정 가능하며 이 경우 대체인력의 자격 및 호스피스 교육이수 기준은 보조활동인력 자격 기준 등과 동일함. 3) 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간인 전일

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		제 근무자에 한해 산정하고, 40시간 미만인 단시간 근무자는 인력산정 대상에서 제외함. 마. 보조활동인력 확보에 따른 수가 적용 및 신고방법 1) 지정병상 수와 보조활동인력 수는 호스피스 보조 활동 급여 시작일 기준으로 적용하고, 지정병상 수와 보조활동인력 현황에 변경사항 발생 시에는 즉시 변경신고하여야 하며, 변경사항에 따른 수가를 적용함. 2) '호스피스 입원일당 정액Ⅰ'을 산정하고자 하는 입원형 호스피스전문기관은 [별지 제9호 서식]에 의한 호스피스 보조활동 운영현황 통보서를 건강보험심사평가원에 즉시 제출하여야 하며, 미제출 기관과 보조활동인력 배치기준을 충족하지 아니하는 기관은 '호스피스 입원일당 정액Ⅰ'을 산정할 수 없으며, '호스피스 입원일당 정액Ⅱ'로 산정하여야 함. 3) 입원형 호스피스전문기관은 보조활동인력의 근무현황 기록 등을 관리·보관하여야 함. (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)
완1 또는 완4 호스피스 입원실	호스피스 입원환자가 외박한 경우 수가 산정방법	호스피스병동에 입원 중인 환자가 주치의의 허가를 받은 후 연속해서 24시간을 초과하여 외박한 경우에는 호스피스 입원료 중 입원환자 병원관리료만 산정

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		함. 이 때, 병원관리료는 간호사 확보수준에 따른 입원료 가산, 전담 사회복지사 확보수준에 따른 정액수가 가산 및 입원일수에 따른 체감이 적용되지 않은 상태에서 입원료 소정점수를 산정함. (고시 제2017-170호, '17.10.1. 시행)
	일반병동과 호스피스병동을 전동한 경우 입원료 체감제 적용방법	호스피스병동 입원환자가 동일 기관에서 호스피스병동과 일반병동(자문형 호스피스 포함)을 전동하는 경우에는 계속 입원중인 환자로 보아 호스피스병동의 입원료 체감제는 호스피스병동 최초 입원일로부터 일반병동 입원기간을 포함하여 체감제를 적용하고, 일반병동의 입원료 체감제는 해당 기관의 최초 입원일로부터 적용함. (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)
	호스피스 임종실 입·퇴실시 입원료 체감제 적용방법	호스피스병동에 입원한 환자가 임종하기 전 임종실에 입실과 퇴실을 반복한 경우에는 임종실에 입원한 기간도 체감 적용 일수에 포함하여 산정함. (고시 제2017-170호, '17.10.1. 시행)
완2 또는 완5 호스피스 격리실	호스피스 격리실료 급여기준	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제4편 제2부 입원형 호스피스의 호스피스 격리실 정액수가는 1인실을 환자의 격리목적으로 이용한 경우에 다음과 같이 산정함. 이 때, 호스피스 임종실 정액수가 및 호스피스 입원실 정액수가와 중복하여 산정할 수 없음.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		- 다 음 - 가. 2인 이상이 사용하는 병실에서 섬망 등 심한 말기 암 증상으로 인해 다른 환자에게 불안감을 주는 경우 증상이 호전될 때까지 7일 이내(입원기간 중 자문형 호스피스 격리실 이용기간 포함) 산정함. 나. 상기 가. 이외에는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 Ⅰ. 행위 제1장 기본진료료 가10 격리실 입원료에 의함. (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)
완3 또는 완6 호스피스 임종실	호스피스 임종실료 산정 기준	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제4편 제2부 입원형 호스피스의 호스피스 임종실 정액수가는 환자가 임종실 또는 1인실에서 임종한 경우에 다음과 같이 산정함. 이 때, 호스피스 격리실 정액수가 및 호스피스 입원실 정액수가와 중복하여 산정할 수 없음. - 다 음 - 가. 전체 호스피스 이용기간*이 3일을 초과한 경우 최대 4일 이내(입원기간 중 자문형 호스피스 임종실 이용기간 포함)로 산정함. 나. 임종실에 4일을 초과하여 입원한 경우 4일을 초과한 기간은 임종실에 입실하기 이전의 호스피스 입원실 정액수가로 산정함. * 전체 호스피스 이용기간 호스피스병동에 입원하여 임종실 입실 전

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		에 호스피스를 이용한 기간(입·퇴원 반복 기간, 다른 호스피스 전문기관에서의 호스피스 이용기간, 가정형, 자문형 호스피스 이용기간)을 말함. (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)

제2장
호스피스 급여 별도산정

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
완7 전인적 돌봄 상담료	전인적 돌봄 상담료 산정 기준	호스피스병동에서 말기암환자와 그 가족을 대상으로 의사, 간호사, 사회복지사가 환자의 신체적, 심리사회적 지지를 위하여 전인적인 돌봄 상담을 실시한 경우 다음과 같이 산정함. 이 때, 의사, 간호사, 사회복지사가 모두 실시한 경우에 산정하며, 동시에 상담을 실시한 경우에도 산정함. - 다 음 - 가. 전인적 돌봄 상담료-초회 1) 호스피스병동에 최초 입원 시 입원 초일부터 3일 이내에 의사, 간호사, 사회복지사가 각각 60분 이상 상담을 실시한 경우 산정함. 2) 동일 기관의 동일 환자에게 1회에 한하여 산정하되, 이미 동일 기관의 가정형 또는 동일 기관의 자문형 호스피스를 이용한 경우와 재입원의 경우에는 나. 전인적 돌봄 상담료-제2회부터(1회당) 산정 기준을 따름. 나. 전인적 돌봄 상담료-제2회부터(1회당) 1) 의사 30분, 간호사 60분, 사회복지사 60분 이상 각각 상담을 실시한 경우에 주 1회 산정함. 이 때, 상담시간은 의사, 간호사, 사회복지사가 참여하는 팀 회의 중 개별 환자에 대한

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		사례관리 시간이 포함됨. 2) 입원 4일째부터 주 1회 산정하고, 이미 동일 기관의 가정형 또는 동일 기관의 자문형 호스피스를 이용한 경우와 재입원의 경우에는 입원 1일째부터 주 1회 산정함. 3) 입원기간 중 호스피스 유형이 변경된 경우(입원형에서 자문형 또는 자문형에서 입원형)에는 유형불문하고, 전인적 돌봄 상담료(또는 자문형 호스피스 돌봄 상담료) 발생일로부터 주 1회 산정함. (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)
완8 임종관리료	임종관리료 산정 기준	호스피스병동에서 임종이 임박한 환자와 그 가족이 편안한 임종을 맞이하도록 의사 30분, 간호사 60분, 사회복지사 30분 이상 각각 임종관련 신체적, 심리사회적 지지를 제공한 경우 산정하되, 전체 호스피스 이용기간*이 3일을 초과한 환자가 임종한 경우에 한하여 1회 산정함. * 전체 호스피스 이용기간 호스피스병동에 입원하여 임종실 입실 전에 호스피스를 이용한 기간(입·퇴원 반복기간, 다른 호스피스전문기관에서의 호스피스 이용기간, 가정형·자문형 호스피스 이용기간)을 말함. (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)
호스피스 급여 별도산정	호스피스 급여 별도산정 목록의 범위	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제4편 제2부 제2장 급여 별도산정 목록 중 세부 인정범위는 다음과 같으며, Ⅶ 제2부 입원형 호스피스에서

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		별도로 규정하지 않은 경우 제1편 행위, 약제 등의 기준을 동일하게 적용함. - 다 음 - 가. 마약성 진통제 1) 약효분류번호 800, 810, 811, 812, 820, 821, 829, 890에 해당하는 마약성 진통제 2) 약효분류번호 264. buprenorphine patch(품명:트랜스텍 패취) 나. 혈액암(C81~C96, D45~D47) 환자에 투여하는 전혈 및 혈액성분제제 1) 제1편 제2부 제16장 전혈 및 혈액성분제제료 2) 제1편 제2부 제5장 주사료 제2절 채혈 및 수혈료 중 마107 혈액제제에 대한 체외조사[단위당] 다. 만성신부전으로 투석치료 중인 환자의 혈액투석료, 계속적복막관류술 교환료 및 혈액투석액, 복막투석액 1) 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 중 자702 혈액투석(O7020, O7021), 자707 계속적복막관류술(O7073, O7076, O7077) 2) 혈액투석에 사용된 투석액 3) 복막투석에 사용된 투석액 라. 신경차단술료, 신경파괴술료 1) 제1편 제2부 제6장 마취료 제3절 신경차단술료, 제4절 신경파괴술료 다만, 통증자가조절법 (Patient Controlled Analgesia) (LA201~LA206)은 제외

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		마. 완화목적 시술 1) 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 중 아래 항목 - 아 래 - 가) 경피적 배액술 (1) 자151 흉강삽관술(폐쇄식)(O1510) (2) 자667 경피경간담즙배액술 [유도료 별도 산정](M6670) (3) 자674 경피적 튜브배액술 [유도료 별도 산정](M6741) (4) 자675 경피적 배액관교환술(M6750) (5) 자776나 역행성 담췌관 내시경 수술-담(췌)관배액술(Q7762) 나) 경피적 위·장루술 (1) 자261나 위루술-경피적 [내시경유도 포함](Q2612) (2) 자673 경피적 위루술(M6730) (3) 자683 경피적 장루술 [공장루, 맹장루 포함] [유도료 별도 산정](M6830) 다) 경피적 신루술 (1) 자332나 신루설치술-경피적 방사선료 포함](R3321) (2) 자332-1 신루카테터교환 [방사선료 포함](R3325) (3) 자332-1주 신루카테터교환 (방사선을 이용하지 않은 경우)(R3326) 라) 협착확장술

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		(1) 자319-2 경피적 요관확장술 [경피적 신루설치술, 방사선료 포함](R3192) (2) 자326가 요관스텐트설치술-요관경하(R3261) (3) 자326나 요관스텐트설치술-방광경하(R3262) (4) 자326다 요관스텐트설치술-경피적 [경피적 신루설치술, 방사선료 포함](R3263) (5) 자668가 경피적 담도협착확장술-풍선카테터에 의한 것(M6681) (6) 자668나 경피적 담도협착확장술-스텐트에 의한 것(M6682) (7) 자672가(1) 방사선하 상부소화관 협착확장술-풍선카테터에 의한 것(M6721) (8) 자672가(2) 방사선하 상부소화관 협착확장술-스텐트에 의한 것(M6722) (9) 자672나(1) 방사선하 결장, 직장 협착확장술-풍선카테터에 의한 것(M6723) (10) 자672나(2) 방사선하 결장, 직장협착확장술-스텐트에 의한 것(M6724) (11) 자764가 내시경적 상부소화관 확장술-부지법(Q7641) (12) 자764나 내시경적 상부소화관 확장술-풍선확장법(Q7642) (13) 자764다 내시경적 상부소화관

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		확장술-스텐트삽입(Q7643) (14) 자769가 결장경하 협착확장술-풍선확장법(Q7691) (15) 자769나 결장경하 협착확장술-내시경적 결장 스텐트삽입술 (Q7692) (16) 자774가 에스상결장경하 협착확장술-풍선확장법(Q7741) (17) 자774나 에스상결장경하 협착 확장술-스텐트삽입(Q7742) (18) 자776다 역행성 담췌관 내시경 수술-내시경적 담(췌)관 협착 확장술(Q7763) (19) 자777가(1) 경피적담관(낭)경을 이용한 시술 [PTBD Route 또는 T-Tube를 이용한 경우]-담관확장술-단순 [카테터 등 이용하여 확장만 하는 경우](Q7771) (20) 자777가(2) 경피적담관(낭)경을 이용한 시술 [PTBD Route 또는 T-Tube를 이용한 경우]-담관 확장술-스텐트삽입(Q7772) 마) 말초정맥삽입형 중심정맥관 유치술 (1) 자165라(1) 중심정맥내 카테터 유치술-말초정맥삽입-방사선 투시하(O2651) (2) 자165라(2) 중심정맥내 카테터 유치술-말초정맥삽입-혈관조영술하 (O2652) (3) 자165라(3) 중심정맥내 카테터 유치술-말초정맥삽입-기타 [방사선하에서 실시하지 않은

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		경우] (O2653) (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)
	완화목적 시술에 사용하는 치료재료의 인정범위	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제4편 제2부 제2장 호스피스 급여 별도산정 목록·상대가치점수 및 산정지침 [산정지침] 제3호에 따른 9. 완화목적 시술에 사용하는 치료재료의 인정범위는 다음과 같음. - 다 음 - 가. 카테터 배액용 카테터, ENBD(endoscopic nasal biliary drainage)카테터, Nephrostomy Drainage 카테터, 협착확장용 풍선 카테터, Gastro-jejunostomy용 카테터, Gastro-stomy용 카테터, PICC(Peripherally insert central 카테터) 나. 스텐트 상부소화관용, 대장용, 담도, 요관, 췌장 다. PEG Tube, Replacement Tube 라. Guide wire, Hair wire, Sheath 마. Papillotome (내시경 하 시술용 기구) (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항

제 3 부

가정형 호스피스

제1장
호스피스 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침

항 목	제 목	세부인정사항
일반사항	가정형 호스피스전문기관 세부 인력 기준	가정형 호스피스전문기관 세부 인력 기준은 다음과 같음. - 다 음 - 가. 의사 기준 요양기관의 호스피스 전담조직에 소속되어 가정형 호스피스 진료를 담당하는 전문의 1명 이상 나. 전담간호사 기준 1) 호스피스전문간호사, 가정전문간호사 또는 호스피스전문기관에서 2년 이상 호스피스 업무에 종사한 경력이 있는 간호사 중 1명 이상 2) 요양기관의 호스피스 전담조직에 소속되어 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 이상인 근무자로서, 가정형 호스피스 업무를 전담하여야 함. 다. 사회복지사 기준 1) 1급 사회복지사 1명 이상. 2) 요양기관의 호스피스 전담조직에 소속되어 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 이상인 근무자로서, 가정형 호스피스 업무를 전담하여야 함. 3) 입원형 또는 입원형 및 자문형을 함께 운영하는 가정형 호스피스전문기관의

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		경우에는 입원형 또는 자문형 호스피스 업무와 겸임 가능함. (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)
	가정형 호스피스를 받은 날에 요양기관 방문 시 요양급여비용 청구방법	가정형 호스피스를 받은 날에 응급상황 등으로 당해 요양기관을 내원(외래 또는 입원)하여 가정형 호스피스를 받고 있는 상병(합병증 포함)으로 진료를 받거나 내원(외래 또는 입원) 당일에 다른 상병을 진료 받을 목적으로 다른 진료과에서 진료를 받은 경우에는 요양급여비용 심사청구서 및 요양급여비용 명세서를 구분·작성하여 청구하여야 함. (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)
완11 가정형 호스피스 방문료	방문 당일 간호사 방문료와 가정간호 기본방문료 등 중복 산정 여부	간호사 방문 당일의 요양급여비용은 노인장기요양보험의 방문간호, 건강보험(의료급여)의 가정간호와 중복하여 산정하지 아니함. (고시 제2020-187호, '20.9.1. 시행)
	방문 당일 의사, 전담간호사, 사회복지사 중 2명 이상 동시 방문 시 교통비 산정방법	방문 당일 의사, 전담간호사, 사회복지사 중 2명 이상 동시 방문하는 경우에는 교통비를 1회만 산정함. (고시 제2020-187호, '20.9.1. 시행)
	전담간호사 1인당 1일 최대 방문 횟수	호스피스 서비스의 질적 수준 향상을 위해 전담간호사 1일 방문횟수는 소요시간 등을 고려하여 5회 이내만 인정함. 다만, 야간 또는 공휴일에 응급 방문이 필요한 경우에는 별도 인정함. (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
완12 가정형 호스피스 통합환자 관리료	가정형 호스피스 통합환자 관리료 산정 기준 등	가정형 호스피스 통합환자관리료 산정 기준 등은 다음과 같음. - 다 음 - 가. 산정 기준 통합환자관리료는 호스피스팀(의사, 간호사, 사회복지사)이 환자관리를 위한 주기적 팀회의를 통해 환자상태 평가 및 계획을 수립하며, 환자 방문 중 또는 후의 팀원 간 전화 보고, 환자·가족의 전화 상담 등 상시적 환자관리 및 서비스를 제공하고, [별지 제22호 서식] 가정형 호스피스 초기 평가지 또는 [별지 제23호 서식] 가정형 호스피스 환자관리기록지를 작성·보관한 경우 산정함. 나. 산정방법 첫 가정 방문일이 속한 주부터 주 1회 산정하며, 초회 1회는 소정점수의 50%를 가산함. 다만, 동일 기관의 호스피스병동에서 퇴원 또는 동일 기관의 자문형 호스피스를 이용한 환자는 가산하지 아니함. 다. 서식별 작성방법 1) 초기 평가지(별지 제22호 서식)는 동일 기관의 호스피스병동에서 퇴원 또는 동일 기관의 자문형 호스피스를 이용한 환자 등을 불문하고, 모든 환자를 대상으로 초회 방문일이 속한 주에 작성·보관하여야 함. 2) 환자관리기록지(별지 제23호 서식)는 초기 평가지를 작성한 다음 주부터 주 1회 작성·보관하여야 함. (고시 제2020-187호, '20.9.1. 시행)

제 4 부

자문형 호스피스

제1장
호스피스 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침

항 목	제 목	세부인정사항
일반사항	자문형 호스피스전문기관 세부 인력 기준	자문형 호스피스전문기관 세부 인력 기준은 다음과 같음. - 다 음 - 가. 의사 기준 요양기관의 호스피스 전담조직에 소속되어 자문형 호스피스 진료를 담당하는 전문의 1명 이상 나. 전담간호사 기준 1) 호스피스전문간호사, 종양전문간호사 또는 호스피스전문기관에서 2년 이상 호스피스 업무에 종사한 경력이 있는 간호사 중 1명 이상 2) 요양기관의 호스피스 전담조직에 소속되어 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 이상인 근무자로서, 자문형 호스피스 업무를 전담하여야 함. 다. 사회복지사 기준 1) 1급 사회복지사 1명 이상. 2) 요양기관의 호스피스 전담조직에 소속되어 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 이상인 근무자로서, 자문형 호스피스 업무를 전담하여야 함. 3) 입원형 또는 입원형 및 가정형을 함께 운영하는 자문형 호스피스

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		전문기관의 경우에는 입원형 또는 가정형 호스피스 업무와 겸임 가능함. 4) 위 3)에도 불구하고, 다른 유형의 호스피스 업무를 겸임하지 않고, 자문형 호스피스 전담조직에만 소속된 사회복지사는 호스피스 업무 외 다른 업무와 겸임 가능함. (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)
완15 자문형 호스피스 돌봄 상담료	자문형 호스피스 돌봄 상담료 산정 기준	일반병동 또는 외래에서 환자와 그 가족을 대상으로 자문형 호스피스팀(의사, 간호사, 사회복지사)이 환자 평가, 돌봄계획 수립 등을 포함하여 환자의 신체적, 심리사회적 지지를 위한 전인적 돌봄 상담을 실시하고, 상담 내용을 작성·보관한 경우 다음과 같이 산정함. 이 때, 의사, 간호사, 사회복지사가 모두 실시한 경우에 산정하며, 동시에 상담을 실시한 경우에도 산정함. - 다 음 - 가. 자문형 호스피스 돌봄 상담료-초회 1) 자문형 호스피스 동의서를 취득한 날로부터 3일 이내에 호스피스팀이 첫 돌봄계획 수립 및 개별 환자에 대한 사례관리를 포함하여 상담을 실시한 경우 산정함. 2) 동일 기관의 동일 환자에게 1회에 한하여 산정하되, 이미 동일 기관의 입원형 또는 동일 기관의 가정형 호스피스를 이용한 경우와 재입원 및 재방문한 경우에는 나. 자문형 호스피스 돌봄 상담료-재회 산정

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		기준을 따름. 3) 상담 시간 가) 입원(초회) 및 외래(초회Ⅰ): 의사, 간호사, 사회복지사 각각 60분 이상 나) 외래(초회Ⅱ): 의사 30분, 간호사 60분, 사회복지사 30분 이상 나. 자문형 호스피스 돌봄 상담료-재회 1) 호스피스팀이 환자의 상태 변화 평가 및 돌봄 제공, 개별 환자에 대한 사례 관리를 포함하여 상담을 실시한 경우 주 1회 산정함. 2) 자문형 돌봄 상담료(초회)를 산정한 다음 날부터 주 1회 산정하며, 이미 동일 기관의 입원형 또는 동일 기관의 가정형 호스피스를 이용한 경우와 재입원 및 재방문한 경우에는 당일부터 주 1회 산정함. 3) 입원기간 중 호스피스 유형이 변경된 경우(자문형에서 입원형 또는 입원형에서 자문형)에는 유형불문하고, 자문형 호스피스 돌봄 상담료(또는 전인적 돌봄 상담료) 발생일로부터 주 1회 산정함. 4) 상담 시간 가) 입원(재회): 의사 30분, 간호사 60분, 사회복지사 60분 이상 나) 외래(재회Ⅰ): 의사 30분, 간호사 60분, 사회복지사 30분 이상 다) 외래(재회Ⅱ): 의사 30분, 간호사 30분, 사회복지사 30분 이상 (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
완16 자문형 호스피스 임종관리료	자문형 호스피스 임종관리료 산정 기준	임종이 임박한 환자와 그 가족이 편안한 임종을 맞이하도록 의사 30분, 간호사 60분, 사회복지사 30분 이상 각각 임종관련 신체적, 심리사회적 돌봄과 지지를 제공한 경우 산정하되, 전체 호스피스 이용기간*이 3일을 초과한 환자가 임종한 경우에 한하여 1회 산정함. * 전체 호스피스 이용기간 일반병동에 입원하여 임종실 입실 전에 호스피스를 이용한 기간(입·퇴원 반복기간, 다른 호스피스전문기관에서의 호스피스 이용기간, 입원형·가정형 호스피스 이용기간)을 말함. (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)
완17 자문형 호스피스 임종실 입원료	자문형 호스피스 임종실 입원료 산정 기준	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제4편 제4부 자문형 호스피스의 임종실 입원료는 환자가 임종실 또는 1인실에서 임종한 경우에 다음과 같이 산정함. 이 때, 자문형 호스피스 격리실 입원료와 호스피스 입원일당 정액수가, 제1편 제2부 1장 기본진료료의 입원료 등과 중복하여 산정할 수 없음. - 다 음 - 가. 전체 호스피스 이용기간*이 1일을 초과한 경우 최대 4일 이내(입원기간 중 입원형 호스피스 임종실 이용기간 포함)로 산정함. 나. 임종실에 4일을 초과하여 입원한 경우 4일을 초과한 기간은 임종실에 입실하기 이전의 일반병동의 입원료로 산정함.

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		* 전체 호스피스 이용기간 일반병동에 입원하여 임종실 입실 전에 호스피스를 이용한 기간(입·퇴원 반복기간, 다른 호스피스전문기관에서의 호스피스 이용기간, 입원형·가정형 호스피스 이용기간)을 말함. (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)
완18 자문형 호스피스 격리실 입원료	자문형 호스피스 격리실 입원료 산정 기준	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제4편 제4부 자문형 호스피스의 격리실 입원료는 1인실을 환자의 격리목적으로 이용한 경우에 다음과 같이 산정함. 이 때, 자문형 호스피스 임종실 입원료와 호스피스 입원일당 정액 수가, 제1편 제2부 1장 기본진료료의 입원료 등과 중복하여 산정할 수 없음. - 다 음 - 2인 이상이 사용하는 병실에서 섬망 등 심한 말기증상으로 인해 다른 환자에게 불안감을 주는 경우 증상이 호전될 때까지 7일 이내(입원기간 중 입원형 호스피스 격리실 이용기간 포함) 산정함. (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)
완10 호스피스 사전상담료	호스피스 사전상담료 산정 기준 등	호스피스 사전상담료 산정 기준 등은 다음과 같으며, 「연명의료결정법 시행규칙」 제20조제1항 관련 [별표 2] 호스피스전문기관의 지정기준에서 정한 자문형 호스피스전문기관의 인력 및 교육이수 기준 등을 모두 충족한 기간에만 수가를 산정함. - 다 음 -

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		가. 상담 인력 자문형 호스피스전문기관의 자문형 호스피스 전담조직에 소속된 의료인(의사, 간호사) 1인 이상 나. 상담 시간 40분 이상 상담하여야 하며, 환자 요청에 의하여 추가적인 상담을 실시하는 경우에는 30분 이상 상담하여야 함. 다. 산정 기준 1) 호스피스 사전상담료는 호스피스 이용(다른 호스피스전문기관에서의 호스피스 이용 포함) 경험이 없는 호스피스대상환자에게 호스피스 이용 선택을 위한 제도 안내 및 상담 등을 실시하고, [별지 제32호 서식] 호스피스 사전상담 기록지를 작성·보관한 경우 산정함. 2) 동일 기관의 동일 환자에게 1회에 한하여 산정하되, 환자 요청에 의하여 추가적인 상담을 실시하는 경우에는 1회에 한하여 추가로 산정 가능함. 3) 호스피스 대상환자가 부득이한 사유로 인하여 상담받기 곤란한 경우에는 외래에 내원한 지정대리인 또는 「연명의료결정법」 제17조제1항 제3호에 따른 보호자에게 상담을 실시하는 경우에도 1회에 한하여 산정 가능함. (고시 제2022-134호, '22.4.14. 시행)

제 5 부

연명의료중단등결정

제1장 연명의료중단등결정 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침

항 목	제 목	세부인정사항
일반사항	연명의료중단등결정 수가의 산정 기준	연명의료중단등결정 수가는 다음의 요건을 모두 충족한 경우 인정함. - 다 음 - 가. 대상기관 및 인력 1) 대상기관 「연명의료결정법」 제14조에 따라 '의료기관윤리위원회(공용, 위탁 포함)'를 설치·운영하고 보건복지부에 등록한 의료기관 중 같은 법 제2조 제4호와 같은 법 시행령 제2조에 따른 연명의료에 해당되는 의학적 시술로서 심폐소생술, 혈액 투석, 인공호흡기 착용, 체외생명유지술이 가능한 장비(제세동기, 인공신장기, 인공호흡기, 체외순환막형 산화용 체외순환기) 중 1개 이상 갖춘 기관 2) 인력 해당 요양기관에 소속되어 상근하는 의사, 간호사, 1급 사회복지사 중 1명 이상이 국립연명의료관리기관 주관의 의료기관 기본교육과 심화교육을 수료하여야 함. 나. 대상 환자 「연명의료결정법」 제2조에 의거한 말

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		기환자 및 임종과정에 있는 환자로 적용기준은 다음과 같음. - 다 음 - 1) 말기환자는 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자 2) 임종과정에 있는 환자는 담당의사와 해당 분야 전문의 1명으로부터 임종과정(회생의 가능성 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태)에 있다는 의학적 판단을 받은 자 (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)
	장비에 대한 현황 제출	요양기관이 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 」 제4편 제5부 제1장 연명의료중단등결정 수가를 최초로 청구하는 때에는 연명의료에 해당하는 4가지 의학적 시술과 관련된 장비에 대한 관련 서류를 건강보험심사평가원에 제출하여야 하며, 변경사항 발생 시에는 즉시 제출하여야 함. - 다 음 - 가. 해당 장비 제세동기, 인공신장기, 인공호흡기, 체외순환막형 산화용 체외순환기 나. 관련 서류

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		「국민건강보험 시행규칙」 [별지 제16호 서식] 의료장비 현황(변경) 신고서 (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)
	교육수료 현황 제출	의사, 간호사, 1급 사회복지사 중 1명 이상이 국립연명의료관리기관 주관의 의료기관 기본교육과 심화교육을 수료하고 교육수료증을 건강보험심사평가원에 제출하여야 하며, 변경사항 발생 시에는 즉시 제출하여야 함. (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)
연1 말기환자등 상담료	말기환자등 상담료 산정 기준	「연명의료결정법」에 따른 말기환자등에게 연명의료중단등결정과 관련된 제도 안내 및 상담 등을 의사(또는 의사의 지도 감독하에 간호사 또는 1급 사회복지사)가 제공하고 같은 법 제9조에 따른 기관에서 구축·운영하는 정보처리시스템에서 권고하고 있는 별도 서식을 작성·등록 완료한 경우 산정할 수 있음. (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)
연4 연명의료 중단등결정 협진료	연명의료중단등결정 협진료 산정 기준	연명의료중단등결정 협진료는 연명의료중단등결정 과정에서 담당의사 외 해당 분야 전문의가 협진을 시행한 경우 산정할 수 있으며, 수가 산정방법은 다음과 같음. - 다 음 - 가. 임종과정의 환자를 판단할 때 담당의사 외 해당 분야 전문의 1명이 확인하고 관련 서식(관련 서식이라 함은 「연명의료결정법 시행규칙」의 별지

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		서식을 말한다. 이하 같다)을 작성·등록하는 경우 협진의사에 한하여 산정할 수 있음. 나. 연명의료중단등결정에 대한 환자의사 확인과정에서 환자가 의사능력이 없을 때 담당의사 외 해당 분야 전문의 1명이 확인하고 관련 서식을 작성·등록하는 경우 협진의사에 한하여 산정할 수 있음. 다. 이외에도 연명의료중단등결정 과정에서 담당의사가 아닌 다른 진료과목 또는 세부전문과목 전문의의 견해나 조언을 얻는 경우 입원기간 동안 진료과목 또는 세부전문과목별로 1회에 한하여 산정하며, 협의진료를 요청하는 특별한 문제 및 협의진료의사의 견해 등을 의무기록에 명시하여야 함. (고시 제2021-342호, '22.1.1. 시행)

VIII

신의료기술 평가 유예 감염병 체외진단검사

일반사항

일반사항

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	일반원칙	「감염병 체외진단검사 건강보험 등재 절차 개선 시범사업」을 통한 신의료기술 평가 유예 감염병 체외진단검사는 다음과 같이 산정함 - 다 음 - 1. 산정 가능 기관 : '감염병 체외진단검사 건강보험 등재 절차 개선 시범사업 관리 지침'의 실시 의료기관 범위 및 실시 기준을 충족하는 요양기관 2. 요양급여비용 산정, 각종 가감률 금액 산출방법 및 요양기관 종별가산율 등은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제1부 I. 일반 기준 1호 및 2호, II. 요양기관 종별 가산율을 적용함 3. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제2장 검사료 [산정지침], 제1절 검체검사료 주항, [감염검사] 주항을 적용함 (고시 제2019-315호, '19.12.27. 시행)

별지서식

[별지 제1호서식]

입원 환자식(신규 · 변경) 운영현황 통보서

※ 세부 작성요령은 뒷면을 참조하여 작성하시기 바라며, '※' 란은 반드시 해당 번호를 기재하여야 합니다. (앞 쪽)

구 분	1. 신규 2. 변경 (※)				
요양기관명		요양기관기호			
소 재 지		담당자성명		전화번호	

【입원 환자식 운영 현황】

① 입원 환자식	운영 형태 : (※) [1:직영, 2:위탁(직영, 혼합 포함)]			적용년월일	
위탁운영 (직영 혼합 포함)	업소명칭			대 표 자	
	사업자등록번호			전화번호	
	위탁형태	(※) 1:식사 조리 전과정(인력 포함) 위탁 2:인력만 위탁, 3:외부에서 조리 후 병원에서 배식 4:기타(해당 운영형태 기재)		② 위탁업체 조리사 (1:적용, 2:미적용)	(※)
③ 기본식사 (1:적용, 2:미적용)	일반식 · 산모식 (※)	④ 50병상 미만 (1:적용, 2:미적용)	일반식 · 산모식 (※)	적용년월일	
	치료식 · 멸균식 (※)				
⑤식사가산 (1:적용, 2:미적용)	⑥ 영양사 가산	일반식(※)		적용년월일	
	⑦ 조리사 가산	일반식(※)			
	⑧ 직영 가산	일반식 · 치료식 · 산모식 (※)			

【입원 환자식(영양사/조리사)인력 현황】 (년 월)

종별 (※ 1.영양사 2.조리사)	⑨ 일반식 가산 대상 구분 (※1. 적용 2. 미적용)	면허번호	성명	주민등록번호	⑩ 근무현황(년월일)				⑪입·퇴사 휴가자 등 (※1~5)	근무형태 (※1:전일제, 2:단시간, 3:대체인력)
					입사일자 (최초 근무일자)	퇴사일자 (최종 근무일자)	휴 가			
							시작일자	종료일자		

⑫ 입원 환자식 인원수 산정 : 영양사(인) 조리사(인)

입원 환자식 운영현황 통보서를 제출합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)

작성자 성 명 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

210㎜×297㎜[백상지(80g/㎡)]

(뒤 쪽)

입원 환자식 (신규 · 변경) 운영현황 통보서 작성요령

【입원 환자식 운영 현황】

① 의 입원환자식 운영 형태가 직영에서 위탁 및 위탁에서 직영으로 변경된 경우 변경사항을 즉시 제출함
- 위탁 운영하는 요양기관은 집단급식소 설치 · 운영 신고증, 사업자등록증, 계약서, 위탁업체의 식품접객업 영업신고증 또는 영업허가증을 건강보험심사평가원에 제출해야 함. 단, 직영 운영기관은 집단급식소 설치 · 운영 신고증만 제출함

① 입원 환자식 운영형태: '적용년월일'은 입원환자 식사를 직영 또는 위탁으로 최초 또는 변경 제공한 날짜, 혼합일 경우 위탁으로 최초 또는 변경 제공한 날짜 기재.
② 위탁업체 조리사: 병원급 이상인 경우 위탁업체 조리사가 해당 요양기관에서 근무 여부에 따라 해당번호 기재(1: 적용, 2: 미적용)
③ 기본식사: 산정 가능한 기본식사(일반식 · 산모식 · 치료식 · 멸균식)에 해당번호 기재(1: 적용, 2: 미적용)
④ 50병상 미만: 병원급 이상인 경우 50병상 미만 여부에 따라 해당번호 기재(1: 적용, 2: 미적용)
⑤ 식사가산: ⑥영양사가산, ⑦조리사가산, ⑧직영 가산 여부에 따라 해당번호 기재 (1: 적용, 2: 미적용)
⑥ 영양사 가산: 입원환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관 소속된 영양사 수에 따라 산정
- 일반식 : 해당번호 기재(입원환자식 제공업무를 주로 담당하는 영양사가 의원급(보건의료원 포함) 1인, 병원급 이상은 2인 이상인 경우에 산정)
⑦ 조리사 가산: 입원환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관 소속된 조리사 수에 따라 산정하며, 적시급식을 제공하는 경우 산정(적시급식은 배식간격이 전날 석식 제공시간 ~ 익일 조식 제공시간이 '14시간 이내'인 경우를 말함)
- 일반식 : 해당번호 기재(입원환자식 제공업무를 주로 담당하는 조리사가 의원급(보건의료원 포함)은 1인, 병원급 이상은 2인 이상일 경우에 산정)
⑧ 직영 가산: 당해 요양기관에서 직접 운영하는 경우에 일반식 · 치료식 · 산모식에 한하여 산정하되, 환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관 소속 인력이어야 하며, 당해 요양기관에 소속된 영양사가 1인 이상인 경우 해당번호 기재(1: 적용, 2: 미적용)

【입원 환자식 (영양사/조리사)인력 현황】

○ 2006. 6. 1일 이후 신규기관(최초 입원 환자식 제공기관)은 최초 식사 제공일의 인력현황을 즉시 제출함
○ 인력현황 변경사항이 발생된 기관은 변경월의 인력현황을 익월 15일까지 제출함(변경사항이 없는 경우는 제출하지 아니함)

⑨ 가산대상구분: 영양사와 조리사 면허를 모두 가진 인력은 가산 적용 받을 면허에 해당번호 기재(1. 적용, 2. 미적용)
⑩ 근무현황: 면허종별, 입·퇴사·휴가자별 근무형태를 구분하여 해당 사유발생 월별로 기재하되, 휴가자의 경우 휴가시작월과 휴가종료월이 상이한 경우 '휴가종료월일'을 함께 기재 할 수 있으며, 최초 근무일자가 입사일자 이후인 경우 '최초근무일자'를 기재하고, 최종근무일자가 퇴사일자 이전인 경우 '최종근무일자'를 기재
※ 근무현황 【입사일자(최초근무일자), 퇴사일자(최종근무일자), 휴가시작일자, 종료일자】의 '년월일'은 전산점검사항이므로 반드시 예시 형식으로 기재하여야 함(예시 : 20060401)
⑪ 입·퇴사·휴가자 등: 영양사 또는 조리사별로 입사/퇴사/휴가자 등으로 구분하여 해당번호 기재
(1: 입사자, 2: 퇴사자, 3: 분만휴가자, 4: 육아휴직자, 5: 기타: 16일 이상 휴가자 포함)
⑫ 입원 평균 환자식 인원수 산정: 인원수 산정은 아래 기준 및 산정방법에 의하여 '⑩ 근무현황(년월일)'에서 통보한 근무인력별 재직일수를 합산한 총 근무일수에 식사 제공일수로 나누어서 산정한 인력. 단, 2006.6.1일 이후 신규기관(최초 입원환자식 제공기관)은 최초 식사 제공일의 인력현황으로 산정

< 산정기준 및 방법 >

▷ 인력세부기준
○ 병원급 이상 요양기관에서 일반식 · 산모식 산정은 환자식 제공업무를 주로 담당하는 인력으로 당해 요양기관에 소속된 영양사와 조리사(위탁업체 조리사도 요양기관의 인력으로 인정)가 각각 1인 이상이어야 함. 다만 당해 요양기관에 소속된 영양사 · 조리사 2가지 면허를 가진 자는 50병상 미만인 기관에 한하여 각각의 인력으로 인정
○ 치료식 · 멸균식은 환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관에 소속된 영양사와 조리사가 각각 1인 이상인 경우 산정
○ 영양사 · 조리사 가산은 환자식 제공업무를 주로 담당하는 인력으로 당해 요양기관에 소속된 영양사, 조리사수에 따라 의원급(보건의료원 포함)은 각각 1인, 병원급 이상은 각각 2인 이상인 경우에 산정
○ 직영가산은 환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관 소속 인력이어야 하며, 당해 요양기관에 소속된 영양사가 1인 이상인 경우 산정

▷ 인력산정기준
○ 전일제 영양사 및 조리사로 1주간의 근로시간이 월평균 40시간인 근무자는 1인으로 산정
○ 단시간 근무로 1주간의 근로시간이 월평균 32시간(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.8인으로 산정하며, 32시간미만 근무자는 산정대상에서 제외
○ 전일제 및 단시간 영양사, 조리사는 「기간제 및 단시간근로자보호 등에 관한 법률」제17조(근로조건의 서면명시)를 준수하고, 4대 사회보험에 가입 및 1년 이상 고용계약을 체결한 경우산정 가능함. 다만, 출산휴가자 및 육아휴직자, 질병휴직(휴가)자 등의 대체 영양사, 조리사의 경우 계약기간에 관계없이 산정가능
○ 영양사 및 조리사가 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간 동안은 인력산정 대상에서 제외함. 다만, 동 기간동안 대체인력이 있을 경우는 산정가능
○ 영양사 및 조리사 인력 산정 시 평균 인원수는 소수점 이하 절사(단, 소수점 이하 첫 번째 자리가 9이상인 경우는 올림으로 함)
○ 영양사, 조리사 가산은 환자에게 제공하는 식사규모 및 타 시설에 식사제공 여부와 관계없이 당해 요양기관 소속 영양사, 조리사 수에 따라 산정

▷ 산정방법 : 입원 환자식 전전월 평균 인원수 산정

$$\text{입원 환자식 평균 인원수 (소수점 이하 절사, 공휴일 포함)} = \frac{\text{산정월의 근무자별 재직일수 합계}}{\text{산정월의 식사제공 일수}}$$

[별지 제1호의2서식]

치료식 영양관리료(신규 · 변경) 운영현황 통보서

※ 세부 작성요령은 뒷면을 참조하여 작성하시기 바라며, '※' 란은 반드시 해당 번호를 기재하여야 합니다. (앞 쪽)

구 분	1. 신규 2. 변경 3. 분기 (※)				
요양기관명		요양기관기호			
소 재 지		담당자성명		전화번호	
적용 구분	년 분기 적용	최초 치료식(멸균식 포함) 제공일			

【치료식 영양관리료 산정현황】

치료식 영양관리료 적용 구분 (1. 대상, 2. 비대상)	건강보험		(※)
	자동차보험		(※)
① 치료식(멸균식 포함) 환자수(3개월 합계)	①-1	건강보험	명
	①-2	자동차보험	명
② 영양사수(3개월 재직일수의 합계)			일
③ 영양사 1인당 1일 치료식(멸균식 포함) 환자수	건강보험(①-1/②)		자동차 보험(①-2/②)
	명		명

【① 치료식(멸균식 포함) 환자수 현황】

(단위: 명)

계	년 월(전월15일 ~ 당월14일)		년 월(전월15일 ~ 당월14일)		년 월(전월15일 ~ 당월14일)	
	건강보험	자동차보험	건강보험	자동차보험	건강보험	자동차보험

【② 영양사수 현황】

종별	면허번호	성명	주민등록번호	근무현황(년월일)				입·퇴사·휴가자 등 (※1~5)	근무형태 (※1:전일제, 2:단시간, 3:대체인력)
				입사일자 (최초 근무일자)	퇴사일자 (최종 근무일자)	휴 가			
						시작일자	종료일자		

치료식 영양관리료 운영현황 통보서를 제출합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)

작성자 성 명 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

210㎜×297㎜[백상지(80g/㎡)]

(뒤 쪽)

치료식 영양관리료 (신규 · 변경) 운영현황 통보서 작성요령

【적용기준】

❍ **(치료식 영양관리료)** 환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관에 소속된 직전 분기 영양사 1인당 1일 40인 이하의 환자에게 치료식(멸균식 포함)을 제공한 경우에 산정가능함. 치료식(멸균식 포함) 인력기준을 충족하여 치료식(멸균식 포함) 산정이 가능한 요양기관에서 해당 식사를 제공받는 환자에게 영양관리를 실시한 경우에만 산정하며, 다음 분기에 치료식 영양관리료 산정대상으로 적용함.

적 용 분 기	산 정 분 기(환자수, 영양사수)
1분기(1월 ~ 3월)	전년도 9월 15일~ 전년도 12월 14일
2분기(4월 ~ 6월)	전년도 12월 15일 ~ 3월 14일
3분기(7월 ~ 9월)	3월 15일 ~ 6월 14일
4분기(10월 ~ 12월)	6월 15일 ~ 9월 14일

❍ '15.10.1. 이후 치료식(멸균식 포함)을 최초 제공하고 치료식 영양관리료를 처음 요양급여비용으로 청구하는 기관

최초제공일이 속한 분기	최초제공일이 속한 분기의 차기분기
최초제공일의 운영 현황으로 산정	최초제공일부터 해당 산정분기 마지막월 14일까지의 기준으로 산정 (단, 산정분기 마지막월 15일 이후 제공 기관은 최초제공일 현황으로 산정)

【제출시기】

❍ 신규통보: 치료식(멸균식 포함)을 최초 제공하고 치료식 영양관리료를 요양급여비용으로 청구하는 경우 제출

❍ 변경통보: 영양사 인력현황 변경사항 발생 시 제출,[별지 제1호 서식]으로 제출가능함.

❍ 분기통보: 다음 분기 적용할 치료식 영양관리료 적용 현황을 산정하여 3, 6, 9,12월의 각월 16일부터 20일까지 제출

【환자수·영양사수 산정기준 및 방법】

① 치료식(멸균식 포함) 환자수(3개월 합계) : 대상기간 동안 치료식(멸균식 포함) 제공 환자수의 합계를 기재함

- 치료식(멸균식 포함)을 1일 2식 이하로 제공한 경우에도 모두 1명으로 산정함.
  (예시: 10/1일 홍○○ - 치료식 1식, 강○○ - 치료식 3식을 제공한 경우 2명으로 산정함)
- 동일날 동일 환자가 치료식과 멸균식을 제공받는 경우 1명으로 산정함.

② 영양사수 (3개월 재직일수의 합계)

❍ 입원환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관 소속된 영양사로 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막 월14일까지 영양사별 재직일수의 합계

❍ 영양사 인력 현황 신고는 [별지 제1호 서식]의 작성요령과 동일함.
(단, 입원 환자식 평균 인원수 산정은 해당되지 않음)

③ 영양사 1인당 1일 치료식(멸균식 포함) 환자수: 건강보험과 자동차보험 각각 산정(소수점 이하 절사)

$$\text{영양사 1인당 1일 치료식(멸균식 포함) 환자수} = \frac{\text{치료식(멸균식 포함) 제공 환자수 (3개월 합계)}}{\text{영양사수(3개월 재직일수의 합계)}}$$

<예시> 전일제 영양사가 전분기동안 80일 재직, 단시간(32시간이상~ 40시간 미만) 영양사가 전분기동안 50일 재직한 경우 영양사수 산정은 ➡
(1인* 80일)+ (0.8인*50일) = 80 + 40 = 120일

[별지 제2호 서식]

요양기관 입원환자 간호관리료 차등제 산정현황

【간호등급】

○ 적용구분 :　　년　　분기적용(　　년　월 ~　　년　월)

○ 요양기관명(기호) :　　(　　)

○ 일반병동 간호관리료 등급 : 건강보험　등급, 의료급여　등급

○ 일반병동 병상수(3개월 평균) :　　병상

○ 일반병동 간호사수(3개월 평균) :　　명

○ 병상수 대 간호사수 비 :　　%(소수점 3자리이하 절사)

○ 정신건강의학과 폐쇄병동 적용여부 : 적용(또는 미적용)

○ 접수내역

- 포탈접수번호 :
- 접수일자 :
- 개 설 자 :
- 주민번호 :
- 전화번호 :

입원환자 간호관리료 차등제 산정현황 통보서를 제출합니다.

년　　월　　일

개설자(대표자)　　(서명 또는 인)

작성자 성　명　　(서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

[별지 제2호의 2 서식]

【병상수 현황】

- 병동구분(일반, 특수) / - 병동별 월별(15일 기준) / - 허가 / 운영병상수

구분	병동별	년 월 15일자 기준		년 월 15일자 기준		년 월 15일자 기준	
		허가병상수	운영병상수	허가병상수	운영병상수	허가병상수	운영병상수
일반 병동	001 병동						
	002 병동						
	003 병동						
	등						
소계							
특수 병동	정신건강 의학과 폐쇄병동						
	분만실						
	신생아실						
	수술실						
	등						
소계							
합계							

- 적용 병상수 : 월+ 월+ 월 = /3 = 병상(3개월 평균) : 소수점 3자리에서 반올림

작성요령

○ 병동구분별 / 병동별 / 허가병상수 및 운영병상수 자동생성

○ 일반병동 소계중 월별 허가병상 및 운영병상중 큰병상을 자동적용

○ 각월의 병상수(3개월)의 3개월 평균값 산출(소수점 3자리에서 반올림)

[별지 제2호의 5 서식]

【간호사수 현황】

구분	병동별(진료과)	산정인원(년 월 일 ~ 년 월 일)																
		일반		단시간							야간전담							
		정규직 전일제 (40시간)	계약직 전일제 (40시간)	소계	36~40시간	32~36시간	28~32시간	24~28시간	20~24시간	16~20시간	소계	40시간	36~40시간	32~36시간	28~32시간	24~28시간	20~24시간	16~20시간
일반병동	001 병동																	
	002 병동																	
	003 병동																	
	등																	
소계																		
특수병동	정신건강의학과폐쇄병동																	
	신생아실																	
	수술실																	
	등																	
소계																		
합계																		

- 간호사 근무현황(산정대상 간호사만 산정)
  ※ 예) 2020년 3/4분기적용(2020년 3월15일~2020년 6월14일)
- 적용 간호사수 : 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지 간호사별 재직일수의 합 해당 분기일수(소수점 3자리수 반올림)

작성요령

○ 기존 심평원에서 구축한 병원별 간호사 인력현황 DB를 연계시켜 분기별 재직일수별로 현재 근무 중인 간호사 일반현황을 적용하여 자동생성

○ 병동구분별 / 병동별 / 간호사수 현황에 숫자가 자동생성

○ 단시간 및 야간전담의 경우 정규직 / 계약직을 구분

※ 일반병동 및 특수병동 중 정신건강의학과폐쇄병동 간호사수만 적용.
단, 정신건강의학과폐쇄병동(특수병동)을 산정에서 제외하는 경우 정신건강의학과폐쇄병동의 간호사수는 미적용

[별지 제2호의 6호 서식]

【병동별 근무간호사 현황】

일반병동	직종구분	근무형태	직책	성명	재직일수			단시간 산정인원수			야간전담간호사 산정인원수		
001병동	정규직	전일제	수간호사										
		전일제	책임간호사										
		단시간시간제 (36~40시간)	간호사										
		단시간시간제 (32~36시간)											
		단시간시간제 (28~32시간)											
		단시간시간제 (24~28시간)											
		단시간시간제 (20~24시간)											
		단시간시간제 (16~20시간)											
		야간전담제 (40시간)											
		야간전담제 (36~40시간)											
		야간전담제 (32~36시간)											
		야간전담제 (28~32시간)											
		야간전담제 (24~28시간)											
		야간전담제 (20~24시간)											
		야간전담제 (16~20시간)											
	계약직	전일제 (40시간)											
		단시간시간제 (36~40시간)											
		단시간시간제 (32~36시간)											
		단시간시간제 (28~32시간)											
		단시간시간제 (24~28시간)											
		단시간시간제 (20~24시간)											
		단시간시간제 (16~20시간)											
		야간전담제 (40시간)											
		야간전담제 (36~40시간)											
		야간전담제 (32~36시간)											
		야간전담제 (28~32시간)											
		야간전담제 (24~28시간)											
		야간전담제 (20~24시간)											
		야간전담제 (16~20시간)											
002병동	정규직	...											
	계약직												
소계													
합계													

작성요령(자동생성)

○ 병동구분별 / 병동별 / 간호사성명이 월별로 "O, X"처리

[별지 제2-1호 서식]

요양기관 입원환자 간호관리료 차등제 산정현황(환자 수 기준)

【간호등급】

○ 적용구분 :　　년　　분기적용(　　년　월　~　　년　월)

○ 요양기관명(기호) :　　( )

○ 일반병동 간호관리료 등급 : 건강보험　등급, 의료급여　등급

○ 일반병동 환자 수(3개월 평균) :　　명

○ 일반병동 간호사 수(3개월 평균) :　　명

○ 환자 수 대 간호사 수 비 :　　% (소수점 3자리 이하 절사)

○ 정신건강의학과 폐쇄병동 적용여부 : 적용(또는 미적용)

○ 접수내역

- 포탈접수번호 :
- 접수일자 :
- 개 설 자 :
- 주민번호 :
- 전화번호 :

입원환자 간호관리료 차등제 산정현황 통보서(환자 수 기준)를 제출합니다.

년　　월　　일

개설자(대표자)　　(서명 또는 인)

작성자 성　명　　(서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

[별지 제2-1호의 2 서식]

【입원 환자 수 현황】

- 병동구분(일반, 특수)
- 병동별 월별(전월15일 ~당월14일)
- 건강보험/의료급여/자동차보험/보훈/산재/기타 각각의 입원 환자 수(환자별재원일수의 합)

구분	병동별	계	년 월(전월15일 ~당월14일)						년 월(전월15일 ~당월14일)						년 월(전월15일 ~당월14일)					
			건강보험	의료급여	자보	보훈	산재	기타	건강보험	의료급여	자보	보훈	산재	기타	건강보험	의료급여	자보	보훈	산재	기타
일반병동	001 병동																			
	002 병동																			
	003 병동																			
	등																			
소계																				
특수병동	정신건강의학과 폐쇄병동																			
소계																				
합계																				

- 적용 환자 수(3개월 평균) : 명

작성요령

① 입원환자수: 일반병동에 입원한 모든 입원환자수(대상기간 입원환자별 재원일수의 합)를 기재

※ 보훈환자 중 건강보험 또는 의료급여 수급권자는 건강보험 또는 의료급여 란에 기재

※ "정신건강의학과 폐쇄병동"을 일반병동의 병상에 포함하는 경우 폐쇄병동 환자수도 포함하여 기재

② 적용환자수(3개월 평균): 대상기간 입원환자수/대상기간 일수의 합 (소수점 3자리에서 반올림)

※ 대상기간: 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지의 3개월

[별지 제3호 서식]

(앞면)

요양기관 병동별 병상 운영현황 통보서

요양기관명		요양기관기호			
소 재 지		담당자 성명		전화 번호	
① 허가병상	일반병동( ) / 적용일자( )		특수병동( ) / 적용일자( )		
② 폐쇄병동	1. 적용 □	2. 미적용 □	적용분기 (년 분기)		

연번	⑧ 병동구분 ※	③ 병동코드 ※	④ 병동명 ※	⑤ 운영병상수 ※	⑥ 적용일자(from) ※	⑦ 적용일자(to) ※
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

입원환자 간호관리료 차등제 관련 병동별 병상 운영현황 통보서를 제출합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)

작성자 성 명 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

주1) 세부 작성요령은 뒷면을 참조하여 작성하시기 바라며, **'※'란은 반드시 기재**하여야 합니다.

(뒷면)

【요양기관 병동별 병상 운영현황 통보서 작성요령】

① 허가병상수 : 일반병동 / 특수병동에 대한 병상수 및 각각의 적용일자는 요양기관개설신고필증상의 변경일을 8자리 숫자로 기재 또는 입력 (예 : 20061231)

② 일반병동 입원환자 간호관리료 차등제 산정시 정신건강의학과 폐쇄병동(정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률에 의한 정신의료기관 중) 병상수 제외여부 : (신설:20080701)

– 정신건강의학과 폐쇄병동 적용여부 : 1. 적용, 2 미적용 (코드입력 또는 □에 ✔표시함.)

③ 병동코드 : 001, 002, 003, 004등으로 연번기재 또는 입력

④ 병동명 : 병원별 병동명칭(예 : 31병동, 진달래병동 등)

※ 특수병동의 경우 :

010. 분만실, 020. 신생아실, 030. 수술실, 040. 회복실, 050. 중환자실 (051 성인, 052 신생아, 053 소아), 060. 인공신장실, 070. 무균치료실, 080. 격리병실, 090. 물리치료실, 100. 강내치료실, 110. 방사선옥소입원치료실, 120. 낮병동, 130. 폐쇄병동(정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률에 의한 정신의료기관 중), 140. 응급실, 150. 집중치료실(151. 뇌졸중, 152. 고위험임산부)

⑤ 운영병상수 : 병원에서 실제 운영중인 운영병상수를 각각 기재 또는 입력

⑥ 적용일자(from) : 요양기관개설신고필증상의 변경일, 8자리 숫자로 입력 (예 : 20061231)

⑦ 적용일자(to) : 요양기관개설신고필증상의 변경일 전일, 8자리 숫자로 입력 (예 : 99991231)

⑧ 병동구분 : 일반, 특수, 기타

[별지 제4호 서식]

(앞면)

요양기관 간호인력 일반현황 통보서

요양기관기호		요양기관명			
소재지		전화번호		담당자성명	

①연번	②주민번호※	③적용일자※	④직종구분※	⑤근무형태※	⑥직책※	⑦성명※	⑧면허번호※	⑨취득일자※	⑩입사일자※	⑪퇴사일자※	휴가			병동			⑱간호등급적용여부※	⑲ 출산대체			
																		출산휴가자		대체기간	
											⑫구분※	⑬적용일자(from)※	⑭적용일자(to)※	⑮병동구분병동코드※	⑯적용일자(from)※	⑰적용일자(to)※		성명※	주민번호※	적용일자(from)※	적용일자(to)※
1	-																				
2	-																				
3	-																				
4	-																				
5	-																				
6	-																				
7	-																				
8	-																				
9	-																				
10	-																				

입원환자 간호관리료 차등제 관련 간호인력 일반현황 통보서를 제출합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)

작성자 성 명 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

주1) 세부 작성요령은 뒷면을 참조하여 작성하시기 바라며, **'※'란은 반드시 기재**하여야 합니다.

(뒷면)

【요양기관 간호인력 일반현황 작성요령】

① 연번 :
② 주민번호 : 생년월일 및 뒷자리수 7자리수를 기재 또는 입력(000000-0000000)
③ 적용일자 : 직종구분, 직책, 간호등급 적용여부 변경시 적용일자 기재
④ 직종구분(코드번호로 기재 또는 선택) : 1. 정규직(계약 기간에 정함이 없는 경우) 2. 계약직
⑤ 근무형태(코드번호로 기재 또는 선택)
1. 정규직 전일제 : 정규직으로서 주 40시간 이상 근무
2. 계약직 전일제(40시간) : 계약직으로서 주당 평균 40시간 이상 근무
3. 단시간 시간제(36~40시간) : 정규직 또는 계약직으로 주당 평균 36시간 이상 40시간 미만 근무
4. 단시간 시간제(32~36시간) : 정규직 또는 계약직으로 주당 평균 32시간 이상 36시간 미만 근무
5. 단시간 시간제(28~32시간) : 정규직 또는 계약직으로 주당 평균 28시간 이상 32시간 미만 근무
6. 단시간 시간제(24~28시간) : 정규직 또는 계약직으로 주당 평균 24시간 이상 28시간 미만 근무
7. 단시간 시간제(20~24시간) : 정규직 또는 계약직으로 주당 평균 20시간 이상 24시간 미만 근무
8. 단시간 시간제(16~20시간) : 정규직 또는 계약직으로 주당 평균 16시간 이상 20시간 미만 근무
9. 야간전담제(40시간) : 정규직 또는 계약직으로 야간만 전담하여 주당 평균 40시간 이상 근무
10. 야간전담제(36~40시간) : 정규직 또는 계약직으로 야간만 전담하여 주당 평균 36시간 이상 40시간 미만 근무
11. 야간전담제(32~36시간) : 정규직 또는 계약직으로 야간만 전담하여 주당 평균 32시간 이상 36시간 미만 근무
12. 야간전담제(28~32시간) : 정규직 또는 계약직으로 야간만 전담하여 주당 평균 28시간 이상 32시간 미만 근무
13. 야간전담제(24~28시간) : 정규직 또는 계약직으로 야간만 전담하여 주당 평균 24시간 이상 28시간 미만 근무
14. 야간전담제(20~24시간) : 정규직 또는 계약직으로 야간만 전담하여 주당 평균 20시간 이상 24시간 미만 근무
15. 야간전담제(16~20시간) : 정규직 또는 계약직으로 야간만 전담하여 주당 평균 16시간 이상 20시간 미만 근무
⑥ 직책(코드번호로 기재 또는 선택) :
01. 부원장, 02. 이사, 03. 부장, 04. 과장(팀장, 감독)
05, 수간호사, 06. 책임간호사 07. 부책임간호사, 08. 간호사
⑦ 성명 : 한글로 띄어쓰기 없이 기재(예 : 홍길동)
⑧ 면허번호 : 띄어쓰기 없이 아라비아 숫자로 기재
⑨ 취득일자 : 8자리 숫자로 아라비아 숫자로 기재 또는 입력(예 : 20141231)
⑩ 입사일자 : 8자리 숫자로 입력(예 : 20141231)
⑪ 퇴사일자 : 8자리 숫자로 입력(예 : 20141231)
⑫ 휴가구분(코드번호로 기재 또는 선택) :
01. 출산, 02. 육아, 03, 연수, 04. 병가, 05. 휴직, 06. 기타
⑬ 적용일자(from) : "휴가시작일" 8자리 아라비아숫자로 기재 또는 입력(예 : 20141231)
⑭ 적용일자(to) : "휴가종료일" 8자리 아라비아숫자로 기재 또는 입력(예 : 20141231)
⑮ 병동구분, 병동코드 : 요양기관 병동별 병상 운영현황 통보서상의 ②병동구분, ③병동코드를 기재 또는 입력(예 : 1001_일반병동의 001병동코드, 2010_특수병동의 분만실)
⑯ 병동별 근무 적용일자(from) : 8자리 아라비아숫자로 기재 또는 입력(예 : 20141231)
⑰ 병동별 근무 적용일자(to) : 8자리 아라비아숫자로 기재 또는 입력(예 : 99991231)
⑱ 간호등급적용여부(코드번호로 기재 또는 선택) : 1. 적용, 2. 미적용
⑲ 출산휴가자의 대체 간호사 신고 : 간호사 신고와 동일하게 연번 ②번부터 ⑱번까지 기재 및 입력 후, ⑲번에 출산 휴가자 성명·주민번호 입력 및 출산 대체 기간 입력

[별지 제4-1호 서식]

야간근무 간호사 현황 통보서

요양기관기호		요양기관명			
소재지		전화번호		담당자성명	

① 구분	병동별	계	② 년 월 (전월15일 ~당월14일)		년 월 (전월15일 ~당월14일)		년 월 (전월15일 ~당월14일)	
			③ 8시간	④ 4시간(이상)~8시간(미만)	8시간	4시간(이상)~8시간(미만)	8시간	4시간(이상)~8시간(미만)
일반병동	001 병동							
	002 병동							
	003 병동							
	등							
소계								
특수병동	정신건강의학과 폐쇄병동							
소계								
합계								

⑤ 적용 야간근무 간호사 수(3개월 평균): 명 ⑥ 병상 수 대 야간근무 간호사 수 비(소수점 3자리이하 절사): ⑦ 환자 수 대 야간근무 간호사 수 비(소수점 3자리이하 절사):	⑧ 야간간호료 산정 가능 여부 Y/N

【작성요령】

① 병동 구분 : 일반, 특수

② 병동별 월별 : 전월15일 ~당월14일

③ 8시간 야간근무 간호사 수 : 야간시간(22시~익일 6시) 동안 8시간 근무 간호사 수(대상기간별 야간근무 간호사 수의 합)를 기재하며, 동 시간동안 교대근무로 인해 근무자가 변경되더라도 연속 근무 시에는 1인으로 기재

※ 교대근무 관련 예시) 22시~23시에 간호사A가 근무하고 23시~익일 06시에 간호사B가 근무한 경우 8시간 근무 간호사 1인으로 기재

※ "정신건강의학과 폐쇄병동"을 일반병동의 병상에 포함하는 경우 폐쇄병동 야간근무 간호사 수도 포함하여 기재

④ 4시간(이상)~8시간(미만) 야간근무 간호사 수 : 야간시간(22시~익일 6시) 동안 8시간 근무 간호사가 1인 이상인 경우에 한하여, 동일 동 야간시간 동안 4시간 이상~8시간 미만 근무 간호사 수(대상기간별 야간근무 간호사 수의 합)를 기재

※ "정신건강의학과 폐쇄병동"을 일반병동의 병상에 포함하는 경우 폐쇄병동 야간근무 간호사 수도 포함하여 기재

⑤ 적용 야간근무 간호사 수(3개월 평균) : 대상기간 야간근무 간호사 수/대상기간 일수의 합(소수점 3자리에서 반올림)

※ 대상기간 : 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지의 3개월

⑥ 병상 수 대 야간근무 간호사 수 비 : 일반병동 병상 수(3개월 평균) 대비 적용 야간근무 간호사 수(3개월 평균)

⑦ 환자 수 대 야간근무 간호사 수 비 : 일반병동 환자 수(3개월 평균) 대비 적용 야간근무 간호사 수(3개월 평균)

⑧ 야간간호료 산정 가능 여부 : 병상 수(또는 환자 수) 대 야간근무 간호사 수 비가 25:1 이하인 경우 Y

※ 25:1을 초과하는 경우 산정 불가

야간간호료 관련 야간근무 간호사 현황 통보서를 제출합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)

작성자 성 명 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

[별지 제5호 서식]

(앞 쪽)

중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 산정현황 [신규·변경·분기] 통보서

1:신규 2:변경 3:분기	※

요양기관명		요양기관기호			
소재지		작성자 성명		전화번호	

【 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 산정현황 】

적용구분	년 분기적용 (년 월 ~ 년 월)						
구분	①신고등급	②단위(Unit)코드	③단위(Unit)명	④적용 병상수 대 적용 간호사수 비	⑥적용 병상수	⑩적용 간호사수	⑭적용 전담전문의 수
일반							
소아							
신생아							

【 병상수 현황 】

구 분		②단위(Unit)코드	⑥적용 병상수	년 월 (15일자 기준)		년 월 (15일자 기준)		년 월 (15일자 기준)	
				신고 병상수	운영 병상수	신고 병상수	운영 병상수	신고 병상수	운영 병상수
⑤ 병상수	일반	소계							
	소아								
	신생아								

【 간호인력 현황 】

구 분	② 단위(Unit) 코드	※근무형태 1.전일제 2.단시간	인적사항			⑦근무현황							⑨ 재직 일수
			성명	주민등록번호	면허번호	입사 일자	퇴사 일자	최초 근무 일자	최종 근무 일자	⑧ 구분	휴가 시작 일자	휴가 종료 일자	
일반													
소아													
신생아													

【 전담전문의 및 전담의 현황 】

구 분	② 단위(Unit) 코드	※사용형태 1.전문의 2.전공의	※근무형태 1.상근 2.비상근 3.대진의 4.기타	인적사항						⑦근무현황								⑨ 재직 일수
				성명	주민 등록 번호	⑪ 면허 종별	면허 번호	⑫ 자격 종별	자격 번호	입사 일자	퇴사 일자	최초 근무 일자	최종 근무 일자	⑬ 전담 구분	⑧ 구분	휴가 시작 일자	휴가 종료 일자	

⑮ **【 병상수 대 전담전문의 수 비 】**: 소아 단위(Unit) , 신생아

⑯ **【 기타 현황 】** [ ] 변동사항 없음

일반 및 소아	병상당 면적	총면적: ㎡	신고병상수 : _____단위(Unit) _____병상,	신고병상당 면적: ㎡		
	시설·장비	1.중앙공급식 의료가스시설: 대	2.심전도모니터: 대	3.맥박산소계측기: 대	4.자속적수액주입기: 대	5.침습적동맥혈압모니터: 대
		2.인공호흡기: 대	7.후두경: 대	8.일회용마스크 포함: 개	9.심전도기록기: 대	10.제세동기: 대
신생아	병상당 면적	총면적: ㎡	신고병상수: 병상	신고병상당 면적: ㎡		
	시설·장비	1.중앙공급식 의료가스시설: 대	2.심전도모니터: 대	3.맥박산소계측기: 대	4.자속적수액주입기: 대	5.침습적동맥혈압모니터: 대
		6.인공호흡기: 대	7.보육기: 대	8.후두경: 대	9.일회용마스크 포함: 개	10.심전도기록기: 대
		11.광선기: 대	12.집중치료기: 대			

중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 및 전담전문의 산정현황 통보서를 제출합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)

작성자 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

(뒤 쪽)

중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 산정현황 통보서 작성요령

【적용기준】
❍ 직전 분기 평균 병상수 대비 직전 분기 평균 간호사수에 따른 등급을 산정하여 다음 분기에 적용함.
❍ 신규개설기관 또는 중환자실 설치기관은 산정가능일 또는 월로 산정함.

【제출시기】
❍ 신규통보 : 요양기관을 새로 개설한 경우 또는 중환자실을 새로 설치하였을 경우 제출
❍ 변경통보 : 간호인력, 전담전문의 현황에 대한 변경발생시 제출
☞ 포탈 제출기관의 경우 기존 현황이 입력되어 있으므로 변경내용만 입력
☞ 서면 제출기관의 경우 변경사항이 발생한 인원에 대해서 분기통보시 제출
❍ 분기통보 : 다음 분기 적용할 등급을 산정하여 3,6,9,12월의 각월 16일부터 20일까지 제출
☞ 포탈 제출기관의 경우 입력된 현황에 의해 심평원에서 자동산출하여 제공한 자료를 요양기관에서 확인 후 최종 제출

【중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 산정 현황】
① 신고등급 : 적용 병상수 대 적용 간호사수 비(④)에 따른 해당 등급을 기재함.
② 단위(Unit)코드 : 100.통합, 101.내과, 102.소화기내과, 103.순환기내과, 104.호흡기내과, 105.내분비·대사내과, 106.신장내과, 107.혈액종양내과, 108.감염내과, 109.알레르기내과, 110.류마티스내과, 111.외과, 112.정형외과, 113.신경외과, 114.심장혈관흉부외과, 115.산부인과, 116.외상외과, 117.응급의학과, 118.신경과
③ 단위(Unit)명 : 해당 중환자실단위(Unit)명을 기재함
④ 적용 병상수 대 적용 간호사수 비: 적용 병상수÷적용 간호사수(소수점 3자리 이하 절사)로 산출하며 해당란에 비율을 기재함.
※ 산정방법 예시: 127.67병상÷29.11명=4.385 → 4.38 : 1

【병상수 현황】
⑤ 병상수 : 신고병상수는 요양기관현황(변경사항)통보시 건강보험심사평가원에 신고한 병상수이며, 운영 병상수는 실제 운영하고 있는 병상수임
⑥ 적용 병상수 : 신고 병상수와 운영 병상수 중 많은 병상수를 기준으로, 직전 분기 매월별(15일자 기준) 병상수의 3개월 평균값을 산출하여 기재함. (소수점 3자리에서 반올림)
※ 산정방법 예시: 1월 125병상 + 2월 130병상 + 3월 128병상 = 383병상 / 3 =127.67병상

【공통사항】
⑦ 근무현황 : 최초 근무일자 및 최종 근무일자는 해당 중환자실에 최초 또는 최종 근무한 일자임.
※근무현황의 '년월일'은 전산점검사항이므로 반드시 예시 형식으로 기재하여야함. (예시: 20071001)
⑧ 휴가구분 : 휴가종류에 따라 해당 번호를 기재함 (1: 출산, 2: 육아, 3: 연수, 4: 병가, 5: 휴직 6: 기타)
⑨ 재직일수: 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직한 일수를 기재, 단, 휴가의 ⑧일수는 제외

【간호인력 현황】
⑩ 적용 간호사수
❍ 전일제 근무 간호사는 1인으로 산정함.
❍ 단시간 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 월평균 32시간(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.8인으로 산정하며, 32시간미만 근무자는 산정 대상에서 제외함.
❍ 전일제 및 단시간 근무 간호사는 「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」제17조(근로조건의 서면명시)를 준수하고, 4대 사회보험에 가입 및 1년 이상 고용계약을 체결한 경우 산정 가능함. 다만, 출산휴가자 및 육아휴직자, 질병휴직(휴가)자 등의 대체 간호사의 경우 계약기간에 관계없이 산정 가능함.
❍ 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 간호사별 재직일수의 합/해당분기 일수(소수점 3자리에서 반올림)

【전담의 및 전담전문의 현황】
❍ 전담의 및 전담전문의 기준
- 전담의는 당해 요양기관에 소속된 의사로서 중환자실에 근무하는 의사를 말하며, 해당 중환자실 단위(Unit)에서 24시간 중환자를 돌보며 중환자실과 인접한 곳에 상주하되, 미리 짜여진 근무형태에 의한 교대 근무는 가능함.
- 신생아 중환자실에는 1인 이상의 전담전문의(소아청소년과)를 배치하여야 함. 전담전문의는 1인으로 산정하고, 전담전문의 1인 외의 인원 중 주 3일 이상이면서 주 20시간 이상 근무자는 단시간 전담전문의로서 0.5인으로 산정함. 다만, 전담전문의 지도하에 신생아 중환자실에 근무하는 전공의를 배치하는 경우도 가능함.
- 일반 및 소아중환자실을 여러 단위(Unit)로 나누어 운영하는 경우에는 중환자실 1개 단위(Unit)당 인력기준(1인 이상의 전담의) 및 의료법의 시설기준 을 만족할 때만 소정점수를 별도 가산할 수 있으며, 전문의를 포함하여 전담의를 두는 경우는 전담전문의 가산을 할 수 있음.
⑪ 면허종별 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.의사
⑫ 자격종별 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.내과, 02.신경과, 03.정신건강의학과, 04.외과, 05.정형외과, 06.신경외과, 07.심장혈관흉부외과, 08.성형외과, 09.마취통증의학과, 10.산부인과, 11.소아청소년과, 12.안과, 13.이비인후과, 14.피부과, 15.비뇨의학과, 16.영상의학과, 17.방사선종양학과, 18.병리과, 19.진단검사의학과, 20.결핵과, 21.재활의학과, 22.핵의학과, 23.가정의학과, 24.응급의학과, 25.작업환경의학과, 26.예방의학과
⑬ 전담구분
❍ 일반 중환자실, 소아 중환자실 : 01.전담전문의, 02.대체전문의, 03.전담의
❍ 신생아 중환자실 : 01.전담전문의, 02.단시간 전담전문의, 03.대체전문의, 04.단시간 대체전문의, 05.전담의
⑭ 적용 전담전문의 수(3개월 평균) : 신생아 및 소아 중환자실에서 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 의사별 재직일수의 합/해당 분기 일수(소수점 3자리에서 반올림)
⑮ 적용 병상수 대 적용 전담전문의수 비 : ⑥/⑭ (소수점 3자리 이하 절사)로 산출하며 해당란에 비율을 기재함.
※ 산정방법 예시: 19.87병상÷2.50명=7.948 → 7.94 : 1

【기타 현황】
⑯ 기타 현황은 매분기말 15일자 기준으로 의료기관의 시설규격(의료법시행규칙 제34조 [별표4])에 따라 작성함.
다만, 전분기 이후 변동사항이 없는 경우 "변동사항 없음"에 표시(✔)함.

[별지 제6호 서식]

요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서

(4쪽 중 1쪽)

요양기관명		요양기관 기호			
소재지		작성자 성명		전화번호	
적용구분	년 분기 적용				

간호인력	① 등급	등급	의사인력	⑧ 등급	등급	필요인력	⑭ 환자수 (3개월 평균)	명
	② 환자수 (3개월 평균)	명		⑨ 환자수 (3개월 평균)	명		⑮ 약사수	명
	③ 간호사수 (3개월 평균)	명		⑩ 의사수 (3개월 평균)	명		⑯ 의무기록사수	명
	④ 간호조무사수 (3개월 평균)	명		⑪ 환자수 대 의사수 ⑨/⑩			⑰ 방사선사수	명
	⑤ 환자수 대 간호인력수 ②/(③+④)			⑫ 전문의수 (3개월 평균)	명		⑱ 임상병리사수	명
	⑥ 환자수 대 간호사수 ②/③			⑬ 전문의수 대 의사수 ⑫/⑩			⑲ 물리치료사수	명
	⑦ 간호사수 대 간호인력수 ③/(③+④)						⑳ 사회복지사수	명

【 환자수 현황 】

구분	계	년 월 (전월15일 ~ 당월14일)					년 월 (전월15일 ~ 당월14일)					년 월 (전월15일 ~ 당월14일)				
		건강보험	의료급여	자보	산재	기타	건강보험	의료급여	자보	산재	기타	건강보험	의료급여	자보	산재	기타
㉑ 입원환자수 (환자별 재원일수의 합)																
㉒ 낮병동 입원환자수																
㉓ 적용입원환자수 (3개월 평균)	명															

【 간호인력 현황 】

연번	※㉔ 인력구분	※㉕ 직종구분	※㉖ 근무형태	※㉗ 직책구분	성명	주민등록번호	면허(자격)번호	취득일자	입사일자	퇴사일자	병동			휴가			적용구분	㉚출산대체				㉛ 재직일수
											※㉘ 병동구분 병동코드	최초근무일자	최종근무일자	※㉙ 구분	시작일자	종료일자		출산휴가자		대체기간		
																		※ 성명	※ 주민번호	※ 적용일자 (from)	※ 적용일자 (to)	

【 의사인력 현황 】

연번	※㉜ 근무형태	성명	주민등록번호	※㉝ 면허종별	면허번호	면허취득일자	※㉞ 자격종별	자격번호	자격취득일자	입사일자	퇴사일자	휴가			㉛ 재직일수
												※㉙ 구분	시작일자	종료일자	

(4쪽 중 2쪽)

【 약사인력 현황 】

연번	※㉜ 근무 형태	성명	주민등록번호	면허 번호	면허 취득 일자	입사 일자	퇴사 일자	휴가			㉛ 재직 일수
								※㉙ 구분	시작 일자	종료 일자	

【 의무기록사인력 현황 】

연번	※㉜ 근무 형태	성명	주민등록번호	면허 번호	면허 취득 일자	입사 일자	퇴사 일자	휴가			㉛ 재직 일수
								※㉙ 구분	시작 일자	종료 일자	

【 방사선사인력 현황 】

연번	※㉜ 근무 형태	성명	주민등록번호	면허 번호	면허 취득 일자	입사 일자	퇴사 일자	휴가			㉛ 재직 일수
								※㉙ 구분	시작 일자	종료 일자	

【 임상병리사인력 현황 】

연번	※㉜ 근무 형태	성명	주민등록번호	면허 번호	면허 취득 일자	입사 일자	퇴사 일자	휴가			㉛ 재직 일수
								※㉙ 구분	시작 일자	종료 일자	

【 물리치료사인력 현황 】

연번	※㉜ 근무 형태	성명	주민등록번호	면허 번호	면허 취득 일자	입사 일자	퇴사 일자	휴가			㉛ 재직 일수
								※㉙ 구분	시작 일자	종료 일자	

【 사회복지사인력 현황 】

연번	※㉜ 근무 형태	성명	주민등록번호	자격 번호	자격 취득 일자	입사 일자	퇴사 일자	휴가			㉛ 재직 일수
								※㉙ 구분	시작 일자	종료 일자	

요양병원입원료 차등제 산정현황 통보서를 제출합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)

작성자 성명 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

주1) 세부 작성요령은 뒤쪽을 참조하여 작성하시기 바라며, '※'란은 반드시 기재하여야 합니다.

요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서 작성요령

① 간호인력 등급: 환자수 대 간호인력수(⑤)와 환자수 대 간호사수(⑥)에 따른 해당 등급을 기재

② ⑨ ⑭ 환자수 (3개월 평균) : 적용입원환자수(㉓)

③ 간호사수 (3개월 평균), ④ 간호조무사수 (3개월 평균): 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월14일까지 간호사, 간호조무사의 재직일수의 합/해당분기 일수 (소수점 3자리에서 반올림)

❍ 계약직 및 단시간 근무 간호인력은「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」제17조(근로조건의 서면명시)를 준수하고, 계약직의 경우에는 3개월 이상 고용계약을 체결한 경우에 산정함

❍ 단시간 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 미만인 근무자에 대하여 16(이상)~20시간(미만) 근무자의 경우 0.4인, 20(이상)~24시간(미만) 근무자는 0.5인, 24(이상)~28시간(미만) 근무자는 0.6인, 28(이상)~32시간(미만) 근무자는 0.7인, 32(이상) ~ 36시간(미만) 근무자는 0.8인, 36(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.9인으로 산정하며, 「소득세법」 시행규칙 제7조 제4호에 의한 의료취약지역 소재 요양기관은 각각 0.5인, 0.6인, 0.7인, 0.8인, 0.9인, 1인으로 산정함. 다만, 계약직 간호사를 고용하는 경우, 정규직 간호사 의무고용비율은 100분의 80으로 함

❍ 전일제 근무 간호인력으로 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 이상인 근무자는 1인으로 산정함. 다만, 계약직 간호조무사는 전일제인 경우에만 3인을 2인으로 산정함 (계약직 간호조무사수 × 0.6666667)

❍ 출산휴가자를 대체하는 간호사는 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 이상인 근무자의 경우 1인으로 산정함

⑤ 환자수 대 간호인력수: ②/(③+④) (소수점 3자리 이하 절사)

⑥ 환자수 대 간호사수: ②/③ (소수점 3자리 이하 절사)

⑦ 간호사수 대 간호인력수: ③/(③+④) (소수점 3자리 이하 절사)

⑧ 의사등급: 환자수 대 의사수(⑪)와 전문의수 대 의사수(⑬)에 따른 해당 등급을 기재

⑩ 의사수 (3개월 평균):
전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 의사별 재직일수의 합/해당분기 일수 (소수점 3자리에서 반올림)

❍ 시간제 또는 격일제 의사는 주3일 이상이면서 주20시간 이상인 경우 0.5인으로 인정하며, 기간제 의사는 근무시간 등 근무조건이 정규직 근무자와 동일하면서 3개월 이상 고용계약을 체결한 경우는 1인으로 인정함

⑪ 환자수 대 의사수: ⑨/⑩ (소수점 3자리 이하 절사)

⑫ 전문의수 (3개월 평균): 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 전문의 (내과, 신경과, 정신건강의학과, 외과, 정형외과, 신경외과, 심장혈관흉부외과, 성형외과, 마취통증의학과, 산부인과, 소아청소년과, 안과, 이비인후과, 피부과, 비뇨의학과, 영상의학과, 방사선종양학과, 병리과, 진단검사의학과, 결핵과, 재활의학과, 예방의학과, 가정의학과, 응급의학과, 핵의학 및 직업환경의학과)별 재직일수의 합/해당분기 일수 (소수점 3자리에서 반올림)

❍ 시간제 또는 격일제 의사는 주3일 이상이면서 주20시간 이상인 경우 0.5인으로 인정하며, 기간제 의사는 근무시간 등 근무조건이 정규직 근무자와 동일하면서 3개월 이상 고용계약을 체결한 경우는 1인으로 인정함

⑬ 전문의수 대 의사수: ⑫/⑩ (소수점 3자리 이하 절사)

⑮ 약사수 ~ ⑳ 사회복지사수: 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직일수 기준

❍ 물리치료실 등 시설을 갖추고 해당 장비를 보유 및 약사를 고용하고(3개월 평균 적용입원환자수가 200명 이상인 요양병원은 약사가 1명이상 상근시, 3개월 평균 적용입원환자수가 200명 미만인 요양병원은 약사가 주16시간 이상 근무시) 필요인력 5개 직종(의무기록사, 방사선사, 임상병리사, 물리치료사, 사회복지사) 중 4개 직종에서 각 1인 이상 고용 시 인센티브 부여

(4쪽 중 4쪽)

㉑ 입원환자수(환자별 재원일수의 합):

입원환자수(대상기간 입원환자별 재원일수의 합), 건강보험/의료급여/자보/산재/기타 각각 기재

㉒ 낮병동 입원환자수:

낮병동 입원환자수(대상기간 일자별 낮병동 입원환자수의 합), 건강보험/의료급여/자보/산재/기타 각각 기재

㉓ 적용입원환자수 (3개월 평균):

㉑+㉒ (낮병동 1인도 입원환자 1인으로 환산)/해당분기 일수 (소수점 3자리에서 반올림)

㉔ 인력구분 (코드번호로 기재 또는 선택): 01. 간호사 02. 간호조무사

㉕ 직종구분 (코드번호로 기재 또는 선택): 01. 정규직(계약 기간에 정함이 없는 경우) 02. 계약직

㉖ 근무형태 (코드번호로 기재 또는 선택):

01. 전일제 근무 : 정규직 또는 계약직으로 1주간의 근로시간이 월평균 40시간 이상 근무

02. 단시간 근무(36~40시간): 정규직 또는 계약직으로 1주간의 근로시간이 월평균 36시간 이상 40시간 미만 근무

03. 단시간 근무(32~36시간): 정규직 또는 계약직으로 1주간의 근로시간이 월평균 32시간 이상 36시간 미만 근무

04. 단시간 근무(28~32시간): 정규직 또는 계약직으로 1주간의 근로시간이 월평균 28시간 이상 32시간 미만 근무

05. 단시간 근무(24~28시간): 정규직 또는 계약직으로 1주간의 근로시간이 월평균 24시간 이상 28시간 미만 근무

06. 단시간 근무(20~24시간): 정규직 또는 계약직으로 1주간의 근로시간이 월평균 20시간 이상 24시간 미만 근무

07. 단시간 근무(16~20시간): 정규직 또는 계약직으로 1주간의 근로시간이 월평균 16시간 이상 20시간 미만 근무

㉗ 직책구분 (간호사의 경우에만 코드번호로 기재 또는 선택):

01.부원장, 02.이사, 03.부장, 04.과장(팀장, 감독), 05.수간호사, 06.책임간호사, 07.부책임간호사, 08.간호사

㉘ 병동구분 병동코드: 병동별 병상운영 현황의 병동구분, 병동코드를 기재 또는 선택

(예 : 1001-일반병동의 001병동코드, 2010-특수병동의 분만실, 9001-기타 행정)

㉙ 휴가구분 (코드번호로 기재 또는 선택): 01.출산, 02.육아, 03.연수, 04.병가, 05.기타

㉚ 출산휴가자의 대체 간호사 신고:

간호사 신고와 동일하게 연번 ㉔번부터 ㉙번까지 기재 및 입력 후, ㉚번에 출산 휴가자 성명·주민번호 입력 및 출산 대체 기간 입력

㉛ 재직일수: 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직한 일수를 기재하며, 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동기간은 재직일수에서 제외

㉜ 근무형태 (코드번호로 기재 또는 선택): 01.상근, 02.비상근, 03.약사 주 16시간이상 근무

㉝ 면허종별 (코드번호로 기재 또는 선택): 01.의사, 02.치과의사, 03.한의사

㉞ 자격종별 (코드번호로 기재 또는 선택): 01.내과, 02.신경과, 03.정신건강의학과, 04.외과, 05.정형외과, 06.신경외과, 07.심장혈관흉부외과, 08.성형외과, 09.마취통증의학과, 10.산부인과, 11.소아청소년과, 12.안과, 13.이비인후과, 14.피부과, 15.비뇨의학과, 16.영상의학과, 17.방사선종양학과, 18.병리과, 19.진단검사의학과, 20.결핵과, 21.재활의학과, 22.핵의학과, 23.가정의학과, 24.응급의학과, 25.직업환경의학과, 26.예방의학과, 50.구강악안면외과, 80.한방내과 등

[별지 제7호 서식]

(앞 쪽)

호스피스수가 가산제 산정 및 인력현황 [신규·변경] 통보서

1:신규 2.변경 3:분기	※

요양기관명		요양기관기호			
소재지		작성자 성명		전화번호	
적용구분	년 분기적용				

【 호스피스수가 가산제 산정현황 】

간호사	등급	등급	사회복지사	등급	등급
	① 환자수 (3개월 평균)	명		④ 사회복지사수 (3개월평균)	명
	② 간호사수 (3개월 평균)	명		⑤ 환자수 대 사회복지사수 ①/④	
	③ 환자수 대 간호사수 ①/②				

【 환자수 현황 】

구분	계	년 월 (전월15일 ~당월14일)					년 월 (전월15일 ~당월14일)					년 월 (전월15일 ~당월14일)				
		건강보험	의료급여	자보	산재	기타	건강보험	의료급여	자보	산재	기타	건강보험	의료급여	자보	산재	기타
⑥ 입원환자수 (환자별재원일수의 합)																
⑦ 적용입원환자수 (3개월평균)	명															

【 간호사 현황 】

구분	연번	※⑧ 직종 구분	※⑨ 직책 구분	성명	주민 등록 번호	면허 (자격) 번호	취득 일자	입사 일자	최종 근무 일자	병동			휴가			⑫출산대체				⑬ 재직 일수
																출산휴가자		대체기간		
										※⑩ 병동구분병동코드	최초 근무 일자	최종 근무 일자	※⑪ 구분	시작 일자	종료 일자	성명 ※	주민 번호 ※	적용 일자 (from) ※	적용 일자 (to) ※	
⑭ 간호사																				
호스피스 전문 간호사																				

⑮ 【사회복지사 현황】

연번	※⑯ 근무 형태	성명	주민 등록 번호	자격 번호	취득 일자	입사 일자	최종 근무 일자	호스피스병동		휴가			⑫출산대체				⑬ 재직 일수
													출산휴가자		대체기간		
								최초 근무 일자	최종 근무 일자	※⑪ 구분	시작 일자	종료 일자	성명 ※	주민 번호 ※	적용 일자 (from) ※	적용 일자 (to) ※	

⑰ 【의사 현황】

연번	성명	주민 등록 번호	※⑱ 면허 종별	면허 번호	면허 취득 일자	※⑲ 자격 종별	자격 번호	자격 취득 일자	입사 일자	퇴사 일자	호스피스병동		휴가			⑫출산대체			
																출산휴가자		대체기간	
											최초 근무 일자	최종 근무 일자	※⑪ 구분	시작 일자	종료 일자	성명 ※	주민 번호 ※	적용 일자 (from) ※	적용 일자 (to) ※

호스피스수가 가산제 산정 및 인력현황 통보서를 제출합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)

작성자 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

주1) 세부 작성요령은 뒤쪽을 참조하여 작성하시기 바라며 ※란은 반드시 해당 번호를 기재하여야 합니다.

(뒤 쪽)

호스피스수가 가산제 산정 및 인력현황 통보서 작성요령

【제출시기】

❍ 신규통보 : 입원형 호스피스전문기관이 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제4편 제2부 입원형 호스피스 요양급여 비용 최초 청구 시 제출

※ ⑭간호사(호스피스전문간호사 제외), ⑮사회복지사, ⑰의사 인력의 호스피스 교육 이수증을 첨부하여야 함

❍ 변경통보 : 인력현황에 대한 변경발생 시 제출

※ 인력현황 관련 변경 통보 시, 신규인력의 호스피스 교육 이수증을 첨부하여야 함

❍ 분기통보 : 다음 분기 적용할 인력을 산정하여 3, 6, 9, 12월의 각월 16일부터 20일까지 제출

【호스피스수가 가산제 산정현황】

* 등급 : 환자수 대 간호사수 비(③)에 따른 해당 등급

① ⑦ 환자수 (3개월 평균) : ⑥ /대상기간일수의 합(소수점 3자리에서 반올림)

② 간호사수 (3개월 평균) : 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막 월14일까지 간호사별 재직일수의 합/해당분기 일수(소수점 3자리에서 반올림) 호스피스병동에 배치되어 호스피스 입원 환자를 대상으로 상담 및 정신적 지지를 포함하는 간호업무를 전담하는 간호사를 의미함. 다만, 호스피스병동에 배치되어 있다고 하더라도 호스피스 입원환자 간호를 전담하지 않는 간호인력(간호감독, 전임노조, 가정간호사 등), 일반병동 등 호스피스병동 이외의 병상을 순환 또는 파견(PRN 포함) 근무하는 간호사, 외래 근무자, 분만 휴가자(16일 이상 장기 휴가자 또는 연속적 부재기간이 16일 이상인 자 포함)의 경우에는 산정대상에서 제외함. 전일제 근무 간호사 중 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간인 근무자는 1인으로 산정하며, 단시간 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 32시간(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.8인으로 산정함. 전일제 및 단시간 근무 간호사는 「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」 제17조(근로조건의 서면명시)를 준수하고, 4대 사회보험에 가입 및 1년 이상 고용계약을 체결한 경우 산정 가능함. 다만, 출산휴가자 및 육아휴직자, 질병휴직(휴가)자 등의 대체 간호사의 경우 계약기간에 관계없이 산정 가능함.

③ 환자수 대 간호사수 : ①/② (소수점 3자리 이하 절사)

* 등급 : 환자수 대 사회복지사수 비(⑤)에 따른 해당 등급

④ 사회복지사수(3개월평균) : 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지 사회복지사별 재직일수의 합/해당분기 일수(소수점 3자리에서 반올림), 당해 입원형 호스피스전문기관에 상근하는 자로서 호스피스병동에 입원한 환자를 전담(가정형 또는 자문형 호스피스 포함)하는 사회복지사가 전분기 동안 매일 1인 이상이 있는 경우에 산정 가능함. 호스피스병동 이외의 환자를 위한 사회복지 업무를 겸임하는 경우는 산정대상에서 제외함. 계약직 근로자는 「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」 제8조(차별적 처우의 금지) 및 제17조(근로조건의 서면명시)를 준수하고, 4대 사회보험에 가입한 경우 산정 가능함. 1년 이상 고용계약을 체결하고, 근무시간 등 근무조건이 상근자와 동일한 경우 1인으로 산정함. 다만, 출산휴가자 및 육아휴직자, 질병휴직(휴가)자 등의 대체 사회복지사의 경우 계약기간에 관계없이 산정가능함. 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간미만인 단시간 근무 사회복지사 및 분만 휴가자(16일 이상 장기 휴가자 또는 연속적 부재기간이 16일 이상인 자 포함)는 산정대상에서 제외함.

⑤ 환자수 대 사회복지사수: ①/④ (소수점 3자리 이하 절사)

⑥ 입원환자수(환자별재원일수의 합) : 입원환자수(대상기간 입원환자별 재원일수의 합), 건강보험/의료급여/자보/산재/기타 각각 기재

【공통사항】

⑪ 휴가구분 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.출산, 02.육아, 03.연수, 04.파견, 05.병가, 06.기타

⑫ 출산휴가자의 대체 간호사(사회복지사, 의사) 신고 : 간호사(사회복지사, 의사) 신고와 동일하게 연번 ⑧번부터 ⑪번(연번 ⑯번부터 ⑪번, 성명부터 ⑪번)까지 기재 및 입력 후, ⑫번에 출산 휴가자 성명·주민번호 입력 및 출산 대체 기간 입력

⑬ 재직일수 : 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직한 일수를 기재 단, 휴가의 ⑪일수는 제외

【간호사 현황】

⑧ 직종구분 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.전일제(40시간), 02.단시간(32시간이상~40시간미만)

⑨ 직책구분 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.부원장, 02.이사, 03.부장, 04.과장(팀장, 감독), 05.수간호사, 06.책임간호사, 07.부책임간호사, 08.간호사

⑩ 병동코드 : 병동별 병상운영 현황의 병동구분, 병동코드를 기재 (예시 : 160 - 특수병동 호스피스병동)

【사회복지사 현황】

⑯ 근무형태 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.정규직, 02.계약직, 03.대체인력

【의사 현황】

※ ⑰ 의사는 근무형태 관계없이 호스피스 교육을 이수하고 호스피스병동에 입원한 환자를 진료하는 의사를 기재

⑱ 면허종별 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.의사, 02.한의사

⑲ 자격종별 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.내과, 02.신경과, 03.정신건강의학과, 04.외과, 05.정형외과, 06.신경외과, 07.심장혈관흉부외과, 08.성형외과, 09.마취통증의학과, 10.산부인과, 11.소아청소년과, 12.안과, 13.이비인후과, 14.피부과, 15.비뇨의학과, 16.영상의학과, 17.방사선종양학과, 18.병리과, 19.진단검사의학과, 20.결핵과, 21.재활의학과, 22.핵의학과, 23.가정의학과, 24.응급의학과, 25.직업환경의학과, 26.예방의학과, 50.구강악안면외과, 80.한방내과 등

[별지 제8호 서식]

입원형 호스피스전문기관 시설 및 장비 현황 [신규·변경] 통보서

1.신규
2.변경 ※

(앞쪽)

요양기관명		요양기관기호			
① 입원형 호스피스전문기관 지정일		② 입원형 호스피스전문기관 최초 운영일			
소 재 지		작성자성명		전화번호	

【병상수 현황】

구분	③ 병동명 ※	④ 지정병상수 ※	⑤ 적용일자 (from) ※	⑥ 적용일자 (to) ※
1				
2				
3				
4				
5				
6				

【시설·장비 현황】

⑦ 시설 구분	1. 병동형 ( ), 2. 독립시설형 ( )							
장비	1.흡인기: 개 2.산소발생기: 개 3.휠체어: 개 4.목욕침대: 개							
시설 구분	임종실	목욕실	가족실	상담실	처치실	간호사실	⑧ 화장실	
							남자	여자
수량								

입원형 호스피스전문기관 시설 및 장비 현황 통보서를 제출합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)

작성자 성명 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

세부 작성요령은 뒷면을 참조하여 작성하시기 바라며, '※'란은 반드시 기재하여야 합니다.

(뒤쪽)

입원형 호스피스전문기관 시설 및 장비 현황 통보서 작성요령

① 입원형 호스피스전문기관 지정일: 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙 [별지 제17호서식] 호스피스전문기관 지정서에 기재된 지정일, 8자리 숫자로 입력
(예 : 20141231)
※ 호스피스전문기관 지정서 사본을 첨부하여야 함

② 입원형 호스피스전문기관 최초 운영일: 호스피스전문기관으로 지정받고 입원환자에게 호스피스서비스를 최초 제공한 일자 기재
※ 신규지정기관은 최초 운영일 이후의 인력현황으로 다음 분기의 가산 등급을 산정함

【병상수 현황】

③ 병동명: 병원별 병동명칭 기재
(예: 31병동, 진달래병동 등)

④ 지정병상수: 입원형 호스피스전문기관 지정병상수를 단위실별로 기재
※ 임종실은 병상수에 기재하지 않음

⑤ 적용일자(from): 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙 [별지 제17호서식] 호스피스전문기관 지정서의 지정일 또는 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙 [별지 제18호서식] 호스피스전문기관 변경신고어세 대한 보건복지부의 승인일, 8자리 숫자로 기재
(예 : 20180701)
※ 신규지정기관은 호스피스전문기관 지정일과 최초 운영일이 다른 경우, 최초 운영일을 적용일자로 기재

⑥ 적용일자(to): 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙 [별지 제18호서식] 호스피스전문기관 변경신고서에 대한 보건복지부의 승인일 전일, 8자리 숫자로 기재
(예 :20180701)

【시설·장비 현황】

※ 시설·장비 현황은 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙 제20조제1항의 [별표2] 호스피스전문기관의 지정기준에 따라 작성함.

⑦ 시설 구분 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.병동형, 02.독립시설형

⑧ 화장실: 모든 입원실 및 임종실 내에 화장실이 별도 설치된 경우는 수량을 기재하지 않음

【기타 사항】

○ 입원형 호스피스전문기관으로 지정받은 기관은 호스피스수가 가산제 산정 및 인력현황 통보서 제출 이전에 신규지정일 및 최초운영일 등의 현황을 건강보험심사평가원에 제출하여야 함

[별지 제9호 서식]

호스피스 보조활동 운영현황 [신규·변경] 통보서	1:신규 2:변경	※

(앞쪽)

요 양 기 관 명		요 양 기 관 기 호			
소 재 지		담 당 자 성 명		전화번호	

【호스피스 보조활동 운영현황】

① 호스피스 지정병상수		④ 보조활동인력 수	
② 인력배치 기준 최소 병상수		⑤ 호스피스 보조활동 최초 운영일	
③ 호스피스도우미 최소 배치 수		적용년월일	

【보조활동인력 현황】

연번	※⑥ 소속 (1:요양기관 2:기타)	요양보호사 자격번호	성명	주민등록번호	⑦ 근무현황(년월일)						⑨ 대체인력				※⑩ 근무형태
					입사일자	호스피스병동		휴 가			휴가자		대체기간		
						최초 근무일자	최종 근무일자	※⑧ 구분	시작일자	종료일자	성명 ※	주민번호 ※	적용일자 (from) ※	적용일자 (to) ※	

호스피스 보조활동 운영현황 통보서를 제출합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)

작성자 성 명 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

주1) 세부 작성요령은 뒷면을 참조하여 작성하시기 바라며, '※'란은 반드시 해당 번호를 기재하여야 합니다.

주2) 【보조활동인력 현황】의 기재란이 부족한 경우는 별지를 작성하여 사용하시기 바랍니다.

주3) 「호스피스 보조활동 운영현황 [신규변경] 통보서」 작성제출은 건강보험심사평가원 '보건의료자원 통합신고포털(www.hurb.or.kr)'을 이용하시기 바랍니다.

(뒤쪽)

호스피스 보조활동 운영현황 통보서 작성요령

❍ 신규통보 : 입원형 호스피스전문기관이「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제4편 제2부 제1장 제1절 호스피스 입원일당 정액Ⅰ 요양급여비용을 최초로 청구할 경우 제출

❍ 변경통보 : 병상 수 및 보조활동인력 현황 변경발생 시 제출

※ 보조활동인력 현황관련 신규 및 변경통보 시, 신규인력의 요양보호사 자격증 및 호스피스교육이수를 증명하는 서류를 첨부하여야 함

※ 입원형 호스피스전문기관의 병상 수 또는 보조활동인력 현황 변경이 있을 때마다 호스피스 보조활동 수가적용 여부를 재점검 함

【호스피스 보조활동 운영 현황】

① 호스피스 지정병상수 : 입원형 호스피스전문기관 시설 및 장비 현황 통보서 상의 총 호스피스 지정병상수 기재

② 인력배치 기준 최소 병상 수 : ①호스피스 지정병상수의 70%로 함(소수점 1자리에서 반올림)

③ 보조활동인력 최소 배치 수 : 보조활동인력은 인력배치 기준 최소 병상수 기준, 병상수 대 보조활동인력 수 3 : 1, 1일 8시간 3교대 근무 기준으로 휴무일 등을 고려하여 4.8배수 이상을 확보하여야 함(소수점 1자리에서 올림)

※ 산정방법(적용분기 각 일자별 비교)

$$\text{보조활동인력 최소 배치 수} = \frac{\text{인력배치 기준 최소 병상수}}{\text{3 (배치기준의 보조활동인력 1인당 담당 환자 수)}} \times 4.8\text{배수}$$

* 보조활동인력 최소 배치 수 : 배치기준 근무조별 인원수에 4.8배 수 적용
= 3교대 근무 × 1.6(휴가 등 실제 근무가능일수 고려 추가인력 산정요인)

※ 산정방법 예시 : 호스피스병동 지정병상수 15병상인 경우

· 인력배치 기준 최소 병상수 = 병상수 15 × 70% = 10.5 병상

· 최소 배치 보조활동인력 수 계산 : 11 병상 / 3 × 4.8배 =17.6

· 최소 배치 보조활동인력 수 = 18명 이상

④ 보조활동인력 수 : 한국호스피스완화의료학회의 호스피스 교육을 일정시간(40시간 : 이론 20, 실습 20) 이수한 요양보호사(「노인복지법」 제39조의2에 따른 요양보호사 자격시험에 합격 및 자격증을 소지한 요양보호사)가 간호사의 지도·감독 하에 호스피스병동에 입원한 환자에게 호스피스 보조 활동(위생, 식사, 이동 등 기본적인 일상생활 보조)을 전담 제공하는 경우 산정함. 보조활동인력의 16일 이상 장기휴가 또는 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간은 인력산정 대상에서 제외함. 다만, 동 기간에 대체인력이 있는 경우는 산정 가능하며 이 경우 대체인력의 자격 및 호스피스 교육이수 기준은 보조활동인력 자격 기준 등과 동일함. 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 미만인 단시간 근무자는 인력산정 대상에서 제외함.

⑤ 호스피스 보조활동 최초 운영일: 호스피스 보조활동 급여 최초 적용일 기재

【보조활동인력 현황】

⑥ 소속 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.요양기관(당해 요양기관 소속), 02.기타(당해 요양기관 소속이 아닌 파견 등)

⑦ 근무현황 : 입·퇴사·휴가자별 근무형태를 구분하여 해당 사유별로 기재

※ 근무현황【입사일자, 호스피스병동 최초근무일자, 최종근무일자, 휴가시작일자, 종료일자】의 '년월일'은 전산점검사항이므로 반드시 예시 형식으로 기재하여야 함(예 : 20150715)

⑧ 휴가구분 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.출산, 02.육아, 03.교육, 04.병가, 05.기타

⑨ 휴가자의 대체 인력 신고 : 보조활동인력 신고와 동일하게 연번 ⑥번부터 ⑧번까지 기재 및 입력 후, ⑨번에 대체하는 휴가자 성명·주민번호와 대체 기간 입력

⑩ 근무형태 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.전일제, 02.대체인력

[별지 제10호 서식]

(3쪽 중 1쪽)

감염예방·관리료 산정 및 인력현황 [신규·변경]통보서

1.신규 2.변경 3.분기	※

요양기관명				요양기관 기호	
적용 구분	년		분기적용	소재지	
작성자 성명				전화번호	

[감염예방·관리료 산정현황]

① 병상수(3개월 평균)	개	⑤ 신고등급	등급
② 간호사수(3개월 평균)	명	⑥ 병상수 대 간호사 수 비(②/①)	
③ 자격 및 경력 간호사수(3개월 평균)	명	⑦ 병상수 대 자격 및 경력간호사수 비(③/①)	
④ 의사수	명	⑧ 병상수 대 의사수 비(④/①)	

[병상 현황]

구분	병동별	년 월 (15일자기준)		년 월 (15일자기준)		년 월 (15일자기준)	
		허가병상수	운영병상수	허가병상수	운영병상수	허가병상수	운영병상수
일반	001병동						
	002병동						
	...						
	등						
특수	정신과폐쇄병동						
	중환자실						
	격리병실						
	무균치료실						
계							

[감염관리 전담간호사 현황]

※⑬ 구분	연번	※⑭ 근무형태	※⑮ 직책구분	성명	주민등록번호	면허(자격)번호	취득일자	입사일자	※⑯ 세부자격증	세부자격증 취득일자	최종근무일자	⑰근무경력			감염관리실			휴가			※⑪ 출산대체				※⑫ 재직일수
																					출산휴가자		대체기간		
												요양기관명	적용일자(from)	적용일자(to)	※⑨ 병동구분 병동코드	최초근무일자	최종근무일자	※⑩ 구분	시작일자	종료일자	성명	주민번호	적용일자(from)	적용일자(to)	
간호사																									
감염관리 전담간호사																									
감염관리 실무간호사																									

[⑱ 감염관리 의사 및 감염관리 전담의사 현황]

연번	⑲ 성명	※⑳ 근무형태	주민등록번호	※㉑ 면허종별	면허번호	면허취득일자	※㉒ 자격종별	자격번호	자격취득일자	※㉓ 세부자격	세부자격취득일자	입사일자	최종근무일자	※㉔ 교육이수일자	※㉕ 전담구분	㉖근무경력			감염관리실			휴가			※⑪ 출산대체				※⑫ 재직일수
																									출산휴가자		대체기간		
																요양기관명	적용일자(from)	적용일자(to)	※⑨ 병동구분 병동코드	최초근무일자	최종근무일자	※⑩ 구분	시작일자	종료일자	성명	주민번호	적용일자(from)	적용일자(to)	

감염예방·관리료 산정 및 인력현황 통보서를 제출 합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)

작성자 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

주) 세부 작성요령은 '(별첨) 「감염예방·관리료 산정및 인력현황(신규·변경) 통보서」작성요령'을 참조하여 작성하시기 바라며
※란은 반드시 해당번호를 기재하여야 합니다.

(3쪽 중 2쪽)

「감염예방·관리료 산정 및 인력현황 (신규·변경)통보서」 작성요령

【제출시기】
○ 신규통보: 감염예방·관리료 최초 청구시 제출
○ 변경통보: 인력현황 등 변경발생시 제출
○ 분기통보: 다음 분기 적용할 등급을 산정하여 3,6,9,12월 각월 16일부터 20일까지 제출

【적용기준】
○ 병상수 대비 감염관리 인력 수에 따른 기준은 다음과 같이 '등급 산정분기'의 병상수, 감염관리 전담간호사수, 감염관리 의사수를 기준으로 산출한 등급을 '적용분기'에 반영하여 감염예방·관리료를 산정함.

적 용 분 기	등 급 산 정 분 기		적 용 분 기	등 급 산 정 분 기	
1분기 (1월 ~ 3월)	인력	전년도 9월 16일 ~ 전년도 12월 14일	2분기 (4월 ~ 6월)	인력	전년도 12월 15일 ~ 3월 14일
	병상수	10/15, 11/15, 12/15		병상수	1/15, 2/15, 3/15
3분기 (7월 ~ 9월)	인력	3월 15일 ~ 6월 14일	4분기 (10월 ~ 12월)	인력	6월 15일 ~ 9월 14일
	병상수	4/15, 5/15, 6/15		병상수	7/15, 8/15, 9/15

○ '16.9.1. 이후 감염예방·관리료를 처음 요양급여비용으로 청구하는 기관

최초 운영일이 속한 분기	최초 운영일이 속한 분기의 차기분기	
최초 운영일의 현황으로 산정	인력	최초 운영일부터 해당 산정분기 마지막월 14일까지의 기준으로 산정 (단, 산정분기 마지막월 15일 이후 운영 기관은 최초 운영일 현황으로 산정)
	병상수	최초 운영일과 잔여기간의 각 월 15일자를 기준으로 산정 (단, 산정분기 마지막월 15일 이후 운영기관은 최초 운영일 현황으로 산정하고 최초운영일이 포함된 월에 잔여 15일이 없는 경우 최초 운영일로 산정)

【산정현황】
① 병상수(3개월 평균): 신고 병상수와 운영 병상수 중 많은 병상수를 기준으로, 직전 분기 매월별(15일자 기준) 병상수의 3개월 평균값을 산출하여 기재함(소수점 3자리에서 반올림).
② 간호사 수(3개월 평균): 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 간호사별 재직일수의 합/해당분기 일수(소수점 3자리에서 반올림). 간호사 수는 감염관리 전담간호사의 수(자격증 소지 및 경력 간호사 수 포함)를 의미함.
③ 자격 및 경력 간호사 수(3개월 평균)
- 1,2등급: 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 자격증 보유 간호사 및 감염관리실에서 3년이상 경력이 있는(단, 상급종합병원을 제외한 종합병원과 병원, 정신병원의 경우 '18년 4월 1일부터 '19년 3월 31일까지는 1년 이상, '19년 4월 1일부터 '20년 3월 31일까지는 2년 이상으로 하되, '18년 3월까지 근무경력 1년 이상인 경우에 한함) 간호사별 재직일수의 합/해당분기 일수(소수점 3자리에서 반올림).
- 3등급: 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 자격증 보유 간호사 및 감염관리실에서 1년이상 경력이 있는 간호사별 재직일수의 합/해당분기 일수(소수점 3자리에서 반올림).

※ 간호사 인력 산정시, 감염관리실에 배치되어 있다고 하더라도 감염관리업무를 전담하지 않는 간호사(간호감독, 전임노조 등), 일반병동 등 감염관리실 이외의 병상을 순환 또는 파견(PRN 포함) 근무하는 간호사, 분만 휴가자(16일 이상 장기 휴가자 또는 연속적 부재기간이 16일 이상인 자 포함)의 경우에는 산정대상에서 제외함. 감염관리 전담간호사는 1주간의 근로시간이 월평균 40시간인 전일제 간호사이어야 하며. 전일제 간호사는 「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」 제17조(근로조건의 서면명시)를 준수하고, 4대 사회보험에 가입 및 1년이상 고용계약을 체결한 경우 산정가능함. 다만 출산휴가자 및 육아휴직자, 질병휴직(휴가)자 등의 대체 간호사의 경우 계약기간에 관계없이 산정 가능함.

④ 의사 수(3개월 평균): 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 의사별 재직일수의 합/해당분기 일수 (소수점 3자리에서 반올림). 의사 수는 감염관리의사의 수를 의미함.

⑤ 신고등급: 병상수 대비 간호사 수 (②/①), 병상수 대비 자격 및 경력 간호사 수 (③/①), 병상수 대비 의사 수 (④/①)에 따른 해당 등급

※ 신고병상수는 요양기관현황(변경사항)통보시 건강보험심사평가원에 신고한 병상수이며, 운영병상수는 실제 운영하고 있는 병상수임

⑥ 병상수 대 간호사 수 비: ②/① (소수점 3자리에서 절사)

⑦ 병상수 대 자격 및 경력 간호사 수 비: ③/① (소수점 3자리에서 절사)

⑧ 병상수 대 의사 수 비: ④/① (소수점 3자리에서 절사)

【공통사항】

⑨ 병동구분 병동코드: 병동별 병상운영 현황의 병동구분, 병동코드를 기재(210 - 감염관리실)

⑩ 휴가구분 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.출산, 02.육아, 03.연수, 04.파견, 05.병가, 06.기타

⑪ 출산휴가자의 대체 간호사(의사) 신고 : 간호사(의사) 신고와 동일하게 연번 ⑬번부터 ⑩번(⑲번부터 ⑩번)까지 기재 및 입력 후, ⑪번에 출산 휴가자 성명, 주민번호 입력 및 출산 대체 기간 입력

⑫ 재직일수: 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직한 일수를 기재. 단, 휴가의 ⑩일수는 제외

【감염관리 전담간호사 현황】

⑬ 구분 : 01 간호사, 02 감염관리전문간호사, 03 감염관리실무전문가
(감염관리 자격증을 보유한 감염관리 전담간호사는 감염관리 전문간호사 자격증(보건복지부 주관) 또는 감염관리 실무전문가 자격증(대한감염관리간호사회 주관)을 의미함.

⑯ 세부 자격증(코드번호로 기재 또는 선택): 01.감염관리 전문간호사 자격증 02.감염관리 실무전문가 자격증

⑭ 근무형태(코드번호로 기재 또는 선택): 01.전일제(40시간)

⑮ 직책구분 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.부원장, 02.이사, 03.부장, 04.과장(팀장, 감독), 05.수간호사, 06.책임간호사, 07.부책임간호사, 08.간호사

⑰ 근무경력: 감염관리실에서 근무경력이 있는 간호사의 경력시작일자, 경력종료일자를 기재

【감염관리의사 및 감염관리 전담의사 현황】

⑱ 감염관리의사는 1.감염내과 또는 소아청소년과 감염 분과 전문의 2.감염관리실 근무경력 1년 이상인 전문의 3.감염관리에 대한 24시간 이상의 교육을 받은 전문의를 기재하고, 감염관리 전담의사는 월평균 주40시간 이상 감염관리실 업무를 시행하는 의사를 기재

⑳ 근무형태(코드번호로 기재 또는 선택): 01.상근, 02.대진의

㉑ 면허종별 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.의사

㉒ 자격종별 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.내과, 02.신경과, 03.정신과, 04.외과, 05.정형외과, 06.신경외과, 07.심장혈관흉부외과, 08.성형외과, 09.마취통증의학과, 10.산부인과, 11.소아청소년과, 12.안과, 13.이비인후과, 14.피부과, 15.비뇨의학과, 16.영상의학과, 17.방사선종양학과, 18.병리과, 19.진단검사의학과, 20.결핵과, 21.재활의학과, 22.핵의학과, 23.가정의학과, 24.응급의학과, 25.산업의학과, 26.예방의학과

㉓ 세부자격: 감염관리의사 중 감염내과 또는 소아청소년과 감염 분과 전문의인 경우 세부자격(코드번호로 기재 또는 선택)을 기재

㉔ 교육이수일자: 감염관리에 대한 24시간 이상의 교육을 받은 전문의
(전분기 마지막 월 14일부터 이전 3년이내 교육만 인정, 예시: 2018년 2분기 산정시 15년 3월15일 이후 교육이수일)

㉕ 전담구분: 01.전담, 02.비전담

㉖ 근무경력: 감염관리실에서 근무경력이 있는 전문의의 경력시작일자, 경력종료일자를 기재.
(전분기 마지막 월 14일부터 이전 5년이내 경력만 인정, 예시: 2018년 2분기 산정시 13년3월15일 이후 경력)

[별지 제11호 서식]

1. 분기
2. 변경

검체검사 질 가산 현황 통보서[학회용]

(앞쪽)

제출기관명		담당자명	
적용구분	년 분기적용	전화번호	

[진단검사분야 인증기관 현황]

요양기관기호	요양기관명	인증결과(점수)		전문수탁기관 (Y/N)	① 동일성 확인	
		숙련도	우수검사실		(이전) 기관기호	폐업일자

[병리·핵의학 검사분야 인증기관 현황]

요양기관기호	요양기관명	인증유무(Y/N)	① 동일성 확인	
			(이전) 기관기호	폐업일자

검체검사 질 가산 현황 통보서를 제출 합니다.

년 월 일

대표자 (서명 또는 인)

작성자 성명 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

주) 세부작성요령은 '(별첨) 「검체검사 질 가산 현황 통보서」 작성요령'을 참고하여 작성하시기 바랍니다.

(뒤쪽)

「검체검사 질 가산 현황 통보서」 작성요령

【제출시기】

○ 분기통보: 다음 분기 적용할 인증내역을 3,6,9,12월 각월 1일부터 10일까지 제출

○ 변경통보: 인력현황 등 분기통보 내역 및 기관기호 변경 발생 시 제출

【분기통보 적용기준】

대상기간	통보서 제출	적용분기
1분기(1월~3월)	9.1.~9.10.	4분기(10월~12월)
2분기(4월~6월)	12.1.~12.10.	익년 1분기(1월~3월)
3분기(7월~9월)	익년 3.1.~3.10.	익년 2분기(4월~6월)
4분기(10월~12월)	익년 6.1.~6.10.	익년 3분기(7월~9월)

※ 적용분기가 2018년 2분기와 3분기인 경우에는 대상기간을 각각 '2017년 4분기', '2018년 1분기'로 하여 제출한다.

① 동일성확인: 검사실을 운영하는 기관이 양도·양수등으로 변경 전 기관기호의 진료실적등의 연계가 필요하다고 인정되는 경우 기재.

- 대한진단검사의학회, 대한병리학회, 대한핵의학회 인증내역이 있는 경우 인증결과(점수) 및 이전기관기호, 폐업일 기재
- 인증내역 없이 전문인력영역만 확인되는 경우 이전기관기호 및 폐업일 기재

[별지 제12호 서식]

(앞면)

집중치료실 운영현황 [신규·변경·분기] 신고서					1:신규 2.변경 3.분기	※
요양기관명		요양기관기호				
소재지		작성자 성명		전화번호		
적용구분	년 분기적용					

【집중치료실 입원료 산정 현황】

뇌졸중 집중치료실	① 병상수 (3개월 평균)		고위험임산부 집중치료실	① 병상수 (3개월 평균)	
	② 간호사수 (3개월 평균)			② 간호사수 (3개월 평균)	
	③ 병상수 대 간호사수 ①/②			③ 병상수 대 간호사수 ①/②	
	④ 집중치료실 입원료 산정 여부	Y/N		④ 집중치료실 입원료 산정 여부	Y/N
	전담의 가산 산정 여부	Y/N			

【병상수 현황】

구 분	년 월 (15일자 기준)	년 월 (15일자 기준)	년 월 (15일자 기준)
뇌졸중			
고위험임산부			

【간호인력 현황】

구 분	연번	※근무형태 1.전일제 2.단시간	인적사항			⑤근무현황						
			성명	주민등록번호	면허번호	입사일자	퇴사일자	최초근무일자	최종근무일자	휴가		
										⑥구분	시작일자	종료일자
뇌졸중												
고위험임산부												

【전담의 현황】

구 분	연번	※의사형태 1.전문의 2.전공의	인적사항			⑦근무현황						
			성명	주민등록번호	면허번호	입사일자	퇴사일자	최초근무일자	최종근무일자	휴가		
										⑧구분	시작일자	종료일자
뇌졸중												

【시설·장비 현황】

뇌졸중	1.중앙공급식 의료가스시설: 대 2.심전도감시기: 대 3.맥박산소계측기: 대 4.혈압측정기: 대 5.지속적수액주입기: 대 6.중앙집중관찰시스템: 유/무 7.심전도기록기: 대 8.후두경: 대 9.앰부백(마스크 포함): 대 10.제세동기: 대
고위험임산부	1.중앙공급식 의료가스시설: 대 2.심전도감시기: 대 3.맥박산소계측기: 대 4.분만감시기: 대 5.지속적수액주입기: 대 6.중앙집중관찰시스템: 유/무 7.심전도기록기: 대 8.태아심음검사기: 대 9.초음파기기: 대

집중치료실 운영현황(신규·변경·분기) 신고서를 제출합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)

작성자 성명 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

주) 세부 작성요령은 뒷면을 참조하여 작성하시기 바라며 ※란은 반드시 해당 번호를 기재하여야 합니다.

(뒷면)

집중치료실 운영현황 신고서 작성요령

【신고시기】

❍ 신규신고 : 요양기관을 새로 개설한 경우 또는 집중치료실을 새로 설치하였을 경우 제출

❍ 변경신고 : 인력, 시설, 장비 등 현황에 대한 변경발생시 제출

❍ 분기신고 : 다음 분기 적용 여부를 산정하여 3,6,9,12월의 각월 16일부터 20일까지 제출

☞ 보건의료자원 통합신고포털(www.hurb.or.kr) 제출기관의 경우 입력된 현황에 의해 심평원에서 자동산출하여 제공한 자료를 요양기관에서 확인 후 최종 제출

【적용기준】

❍ 분기별 병상수 대비 간호사수에 따른 기준은 다음과 같이 '산정분기'의 병상수, 간호사수를 기준으로 산출하여 다음 분기에 적용함

적용분기	등급산정분기		적용분기	등급산정분기	
1분기	인력	전년도 9월15일~전년도 12월14일	2분기	인력	전년도 12월15일~3월14일
(1월~3월)	병상수	10/15, 11/15, 12/15	(4월~6월)	병상수	1/15, 2/15, 3/15
3분기	인력	3월15일~6월14일	4분기	인력	6월15일~9월14일
(7월~9월)	병상수	4/15, 5/15, 6/15	(10월~12월)	병상수	7/15, 8/15, 9/15

【집중치료실 입원료 산정 현황】

① 병상수 : 직전 분기 매월별(15일자 기준) 병상수의 3개월 평균값을 산출하여 기재함(소수점 3자리에서 반올림)

② 간호사수

- 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 간호사별 재직일수의 합/해당분기 일수(소수점 3자리에서 반올림)
- 전일제 근무 간호사는 1인으로 산정함
- 단시간 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 월평균 32시간(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.8인으로 산정하며, 32시간미만 근무자는 산정 대상에서 제외함
- 전일제 및 단시간 근무 간호사는 「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」 제17조(근로조건의 서면명시)를 준수하고, 4대 사회보험에 가입 및 1년 이상 고용계약을 체결한 경우 산정 가능함. 다만, 출산휴가자 및 육아휴직자, 질병휴직(휴가)자 등의 대체 간호사의 경우 계약기간에 관계없이 산정 가능함
- 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우, 동 기간동안은 인력산정 대상에서 제외함. 다만, 동 기간에 대체인력이 있을 경우는 산정 가능함

③ 병상수 대 간호사수: ①병상수/②간호사수(소수점 3자리 이하 절사)

④ 집중치료실 입원료 산정여부

- 뇌졸중 집중치료실의 경우 ③병상수 대 간호사수가 1.25:1 이하인 경우 Y
- 고위험임산부 집중치료실의 경우 ③병상수 대 간호사수가 1.5:1 이하인 경우 Y

【간호인력 현황】

⑤ 근무현황 : 최초 근무일자 및 최종 근무일자는 해당 집중치료실에 최초 또는 최종 근무한 일자임

※ 근무현황의 '년월일'은 전산점검사항이므로 반드시 예시 형식으로 기재하여야함. (예시: 20171001)

⑥ 휴가구분 : 휴가종류에 따라 해당 번호를 기재함 (1: 출산, 2: 육아, 3: 연수, 4: 파견, 5: 병가, 6:휴직)

【전담의 현황】

❍ 전담의 기준

- 전담의는 당해 요양기관에 전속된 의사로서 뇌졸중 집중치료실에 근무하는 의사를 말하며, 해당 집중치료실 단위(unit)에서 24시간 뇌졸중 환자를 돌보며 뇌졸중 집중치료실과 인접한 곳에 상주하되, 미리 짜여진 근무형태에 의한 교대 근무는 가능함.

⑦~⑧ 근무현황 및 휴가구분 : 위 간호인력 현황의 ⑤근무현황, ⑥휴가구분과 동일하게 기재함

【시설·장비 현황】

❍ 집중치료실에 구비된 시설·장비 현황을 기재함.

[별지 제13호 서식]

검체검사 실시내역 통보서[요양기관용]

(앞쪽)

제출기관	기호		검사실시분기	년 분기
	명칭		작성자명	
	개설일자		전화번호	

[진단검사분야 검사 실시현황]

①코드	②검사명	③상대가치점수(A)	④실시횟수(B)	⑤상대가치점수 합(A)×(B)
⑥상대가치점수 총합				
⑦상대가치점수 총합의 5%				

검체검사 질 가산 등급 산출을 위한 검체검사 실시내역 통보서를 제출 합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)

작성자 성명 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

※ 세부작성요령은「검체검사 실시내역 통보서」작성요령을 참조하여 작성하시기 바랍니다.

※ [진단검사분야 검사 실시현황]의 기재란이 부족한 경우에는 별지를 활용하시기 바랍니다.

(뒤쪽)

「검체검사 실시내역 통보서」 작성요령

[공통사항]

○ 검체검사 : 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2장 검사료 산정 지침(6)에 따른 제1절 검체 검사료 및 제2절 병리 검사료에 분류된 항목 중 진단검사 분야 질가산 산정대상 항목에 한함

○ 통보대상 : 해당기관에서 분기별 직접 실시한 검체검사 중 건강보험(보험자 종별) 진료분에 한함 (위탁검사 및 질병군·요양병원 등 정액수가 제외)

[기재방법]

① 코드: 검체검사 코드를 기재하되, 각종 가산이 적용되지 않은 기본(5단)코드로 기재

② 검사명: 검체검사 분류명 기재
(작성예시: 요 일반검사, 당검사_반정량)

③ 상대가치점수: 검체검사 상대가치점수를 기재하되 각종 가산이 적용되지 않은 기본(5단)코드 기준 점수 기재

④ 실시횟수: 검체검사 코드별 실시횟수 총합(1일 실시횟수×총 실시횟수의 합)을 정수로 기재 (소수점 이하 첫째 자리에서 올림)

⑤ 상대가치점수 합: ③상대가치점수(A)× ④실시횟수(B) (소수점 둘째 자리까지 기재)

⑥ 상대가치점수합의 총합: ⑤ 상대가치점수 합의 총합 (소수점 둘째 자리까지 기재)

⑦ 상대가치점수합의 총합의 5%: ⑥×5/100 (소수점 이하 셋째 자리에서 4사5입, 소수점 둘째 자리까지 기재)

[별지 제14호 서식]

(앞면)

입원환자 병문안 관리 현황 신고서				1. 신규 2. 변경	※
요양기관명		요양기관기호			
소 재 지		담당자 성명		전화번호	

[입원환자 병문안 관리 현황]

병문안 관리 규정 (포함여부)	1 병문안 허용시간대	2 병문안 제한 대상	3 병문안객 관리대장	4 반입금지 물품 목록
	※1. 포함 2. 미포함	※1. 포함 2. 미포함	※1. 포함 2. 미포함	※1. 포함 2. 미포함

병문안 관리 방법	1 시설	2 인력	3 기타
	※1. 해당 2. 미해당	※1. 해당 2. 미해당	※1. 해당 2. 미해당

[입원환자 병문안 시설 현황]

설치시설	시설종류	설치장소	설치개수	적용일자

[입원환자 병문안 인력 현황]

운영현황	※ (1: 전속 2: 위탁 3: 병행)			
위탁운영	업 소 명 칭		대 표 자	
	사업자등록번호		전화번호	

[입원환자 병문안 인력별 세부현황]

연번	성명	주민등록번호	위탁여부 ※1: 전속 2: 위탁	근무형태 ※1: 전담 2: 겸임	근무현황	
					최초근무일자	최종근무일자

입원환자 병문안 관리 인력: 총 명

입원환자 병문안 관리 현황을 제출합니다.

[증빙자료 목록]

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)

작성자 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

주) 세부작성요령은 뒷면을 참조하여 작성하시기 바라며, ※란은 반드시 해당 번호를 기재하여야 합니다.

(뒷면)

입원환자 병문안 관리 현황 신고서 작성요령

[입원환자 병문안 관리 현황]

○ 병문안 관리 규정에 1~4의 내용이 포함되어 있으면 '1. 포함', 포함되지 않으면 '2. 미포함'으로 표시
○ 병문안 관리 방법은 1~3의 방법으로 관리 중이면 '1. 해당', 해당하지 않으면 '2. 미해당'으로 표시
 - 병문안 관리 방법별 세부 내용은 이하 세부 내용 참조

[입원환자 병문안 시설 현황]

○ 설치시설은 허용된 사람에 한해 개폐가 가능한 고정식 시설로, 건물별로 최소 1개 이상 설치되어 있어야 함. 단순 터치에 의해 개폐되는 자동 도어와 정신과폐쇄병동에 설치된 시설은 해당하지 않음.
○ 시설종류는 바코드인식 시스템, RFID 인식 시스템, 스크린도어 등으로 구분하여 작성함
○ 설치장소는 주출입구, 엘리베이터, 일반병동 등으로 구분하여 작성함. 간호간병포괄서비스병동, 응급실, 중환자실에 설치된 경우는 제외함.
○ 설치개수는 설치장소별로 구분하여 작성함
○ 적용일자는 설치를 기준으로 하여 8자리(YYYYMMDD)로 작성함.

[입원환자 병문안 인력 현황]

○ 운영현황은 해당 의료기관 소속인 경우 '1. 전속', 위탁운영인 경우 '2. 위탁', 1과 2를 병행하는 경우 '3. 병행'으로 표시
○ 위탁운영 내용은 운영현황이 '2. 위탁' 또는 '3. 병행'인 경우에 한해 작성

[입원환자 병문안 인력별 세부현황]

○ 병문안 관리 인력은 해당 의료기관에서 주 40시간 이상 병문안객 관리를 담당하는 인력을 의미하며, 단순 안내요원, 자원봉사자, 사회복무요원 등은 해당하지 않음.
○ 정규직이 아닌 경우「기간제 및 단시간근로자보호 등에 관한 법률」제17조(근로조건의 서면명시)를 준수하고, 4대 사회보험에 가입 및 고용계약을 체결한 경우에만 해당됨
○ 병문안 관리 인력은 내부 규정에 따른 근무시간에 해당 근무장소에 근무해야 하며, 근무대장을 작성· 관리·보관해야 함.
○ 위탁여부는 해당 의료기관에 전속된 경우 '1. 전속', 위탁계약에 따라 근무하는 경우 '2. 위탁'으로 표시
○ 근무형태는 해당 의료기관에서 주 40시간 이상 병문안 관리 인력으로 근무하면 '1. 전담', 주 20시간 이상 40시간 미만을 근무하면 '2. 겸임'으로 표시. 겸임의 경우 근무시간과 인력수를 고려하여 주 40시간 이상 병문안 관리가 가능한 경우에만 병문안 관리 인력으로 인정함
○ 최초근무일자 및 최종근무일자는 병문안 관리 인력으로 근무한 최초근무일자 및 최종근무일자 기준으로 하며 8자리(YYYYMMDD)로 작성함

[증빙자료]

○ 병문안 관리 규정은 의료기관장의 직인이 날인된 전문을 첨부파일(PDF, HWP 등) 형태로 제출
○ 시설은 설치 도면 또는 사진을 첨부파일(PDF, JPG 등)로 제출하되, 건물별 1개 이상 제출
○ 인력은 의료기관 소속인 경우 근로계약서와 재직증명서 중 1종류와 근무대장(최근 15일 이내), 위탁계약인 경우 위탁운영계약서와 근무대장(최근 15일 이내)을 첨부파일(PDF, JPG 등)로 제출
○ 병문안 관리 방법이 기타인 경우 객관적 증빙이 가능한 자료를 첨부파일 형태로 제출

[제출시기]

○ 신규: 입원환자 안전관리료 최초 청구시 제출
○ 기존: '18.7.31.까지 제출
○ 변경: 입원환자 병문안 관리 현황 변경 발생 즉시 제출

[별지 제15호 서식]

(앞면)

요양병원 6인 이상 병실·병상 운영현황[신규 · 변경]통보서

1. 신규
2. 변경 ※

요양기관명			요양기관기호		
소재지		작성자 성명		전화번호	

[병상수 현황]

순번	① 단위실※	② 단위코드※	③ 병실 수※	④ 병상 수※	⑤ 적용일자(from)※	⑥ 적용일자(to)※
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

국민건강보험법 시행규칙 제12조에 따라 요양병원 6인 이상 병실·병상 운영현황 [신규·변경] 통보서를 제출합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)

작성자 성명 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

주) 세부 작성요령(뒷면)을 참조하여 작성하시기 바라며 **※란은 반드시 기재**하여야 합니다.

(뒷면)

요양병원 6인 이상 병실·병상 운영현황 통보서 작성요령

【제출시기】

○ 신규통보: 6인 이상 병실을 운영하는 경우 제출

○ 변경통보: 6인 이상 병실 운영현황 변경 발생 시 제출

* 건강보험심사평가원 보건의료자원통합신고포탈을 통해 제출

【병상수 현황】

① 단위(실): 5인실이하, 6인실, 7인실, 8인실, 9인실, 10인실, 11인실, 12인실, 13인실, 14인실 이상으로 구분하여 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제14호 서식] 요양기관 현황신고서상의 실제 기준으로 기재

② 단위코드: 005, 006, 007, 008, 009, 010, 011, 012, 013, 014로 구분하여 기재
(예: 5인실 이하는 005, 6인실은 006, 7인실은 007, 8인실은 008, 9인실은 009, 10인실은 010, 11인실은 011, 12인실은 012, 13인실은 013, 14인실 이상은 014로 기재)

③ 병실수: 병실수를 단위실별로 기재함. 다만, 5인실이하 또는 14인실이상 병실은 단위실별 병실수의 합으로 기재함
「국민건강보험법 시행규칙」 제12조에 따른 요양기관 현황신고서 상의 병실수
<5인실 이하 예시> 1인실 1개, 2인실 2개, 3인실 3개, 4인실 4개, 5인실 5개 운영하는 경우
병실수의 합, 1+2+3+4+5=15(개), 15로 기재

④ 병상수: 병상수를 단위실별로 기재함. 다만, 5인실이하 또는 14인실이상 병실은 단위실별 병상수의 합으로 기재함
「국민건강보험법 시행규칙」 제12조에 따른 요양기관 현황신고서 상의 병상수
<5인실 이하 예시> 1인실 1개, 2인실 2개, 3인실 3개, 4인실 4개, 5인실 5개 운영하는 경우
1인실*1개=1병상
2인실*2개=4병상
3인실*3개=9병상
4인실*4개=16병상
5인실*5개=25병상
인실별 병상수의 합, 1+4+9+16+25=55(병상), 55로 기재

⑤ 적용일자(from): 신규통보는 「국민건강보험법 시행규칙」별지 제14호 서식의 개설신고(허가)일, 변경통보는 「국민건강보험법 시행규칙」별지 제17호 서식의 변경일, 8자리 숫자로 입력 (예: 20180701)

⑥ 적용일자(to): 「국민건강보험법 시행규칙」별지 제17호의 변경일 전일, 8자리 숫자로 입력 (예: 20180630)

※ 제출 대상 : 의료법 제3조제2항제3호에 의한 요양병원(단, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설은 제외)

[별지 제16호 서식]

(앞면)

수술실 환자 안전관리료 산정 및 인력현황 [신규 · 변경 · 분기] 통보서

1.신규
2.변경
3.분기

요양기관명		요양기관 기호	
적용 구분	년 분기적용(년월~ 년 월)	소재지	
작성자 성명		전화번호	

[수술실 환자 안전관리료 산정 현황]

①수술병동(unit)		②수술실 시설 및 부대시설 등급	③수술실 수 (3개월평균)	④간호사수 (3개월평균)	⑤ 수술실당 간호사수 (④/③)	⑥수술실 환자 안전관리료 등급
⑦ 수술병동(unit)코드	⑧ 수술병동(unit)명					

[수술실 현황]

① 수술병동(unit)		⑨ 수술실 수		
⑦ 수술병동(unit)코드	⑧ 수술병동(unit)명	년 월 (15일자 기준)	년 월(15일자 기준)	년 월 (15일자 기준)

[수술실 간호사 현황]

연번	근무형태 1.전일제 2.단시간 (시간구분)	인적사항			⑩ 근무현황												⑬ 재직일수
		성명	주민등록번호	면허번호	⑦ 수술병동(unit)코드	입사일자	퇴사일자	최초근무일자	최종근무일자	휴가			⑫ 휴가대체				
													휴가자		대체기간		
										⑪ 구분	시작일자	종료일자	성명	주민번호	적용일자(from)	적용일자(to)	

[수술실 시설 현황] ☐ 변동사항 없음

⑦수술병동(unit) 코드	⑭ 수술실시설
	1. 양압수술실: 유 ☐/ 무 ☐ 2. 헤파필터: 유 ☐/ 무 ☐ 3. 무정전 전원 장치: 유 ☐/ 무 ☐
	1. 양압수술실: 유 ☐/ 무 ☐ 2. 헤파필터: 유 ☐/ 무 ☐ 3. 무정전 전원 장치: 유 ☐/ 무 ☐

[부대시설 현황] ☐ 변동사항 없음

⑦수술병동(unit) 코드	⑮ 부대시설
	1. 오염물 처리실: 유 ☐ / 무 ☐ 2. 폐기물 처리실: 유 ☐ / 무 ☐ 3. 세척공간: 유 ☐/ 무 ☐ 4. 멸균물품 보관: 별도 공간 ☐/ 문이 설치된 보관장 ☐
	1. 오염물 처리실: 유 ☐ / 무 ☐ 2. 폐기물 처리실: 유 ☐ / 무 ☐ 3. 세척공간: 유 ☐/ 무 ☐ 4. 멸균물품 보관: 별도 공간 ☐/ 문이 설치된 보관장 ☐

수술실 환자 안전관리료 산정 및 인력현황(신규·변경·분기) 통보서를 제출 합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)

작성자 성명 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

주) 세부 작성요령은 뒷면을 참조하여 작성하시기 바랍니다.

[별지 제16호 서식]

(뒷면)

「수술실 환자 안전관리료 산정 및 인력현황 (신규·변경)통보서」 작성요령

【제출시기】

○ 신규통보: 수술실 환자 안전관리료 최초 청구시 제출
○ 변경통보: 시설 및 인력현황 변경 발생시 제출
○ 분기통보: 다음 분기에 적용할 등급을 산정하여 3,6,9,12월 각월 16일부터 20일까지 제출

【적용기준】

○ 분기별 수술실 수 대비 간호사 수에 따른 기준은 다음과 같이 '산정분기'의 수술실 수, 간호사 수를 기준으로 산출하여 다음 분기에 적용함

적용분기	등 급 산 정 분 기		적용분기	등 급 산 정 분 기	
1분기 (1월~3월)	인력	전년도 9월 15일 ~ 전년도 12월 14일	2분기 (4월~6월)	인력	전년도 12월 15일 ~ 3월 14일
	수술실 수	10/15, 11/15, 12/15		수술실 수	1/15, 2/15, 3/15
3분기 (7월~9월)	인력	3월 15일 ~ 6월 14일	4분기 (10월~12월)	인력	6월 15일 ~ 9월 14일
	수술실 수	4/15, 5/15, 6/15		수술실 수	7/15, 8/15, 9/15

○ 수술실 환자 안전관리료를 최초 요양급여비용으로 청구하는 기관

최초청구분기	최초청구분기의 차기분기	
최초운영일의 현황으로 산정	인력	최초운영일부터 해당 산정분기 마지막월 14일까지의 기준으로 산정
	수술실 수	최초운영일이 해당 월의 1일~15일인 경우, 각 월 15일자를 기준으로 산정
		최초운영일이 해당 월의 15일 이후인 경우, 최초 운영일과 잔여기간의 각 월 15일자를 기준으로 산정
	단, 최초운영일이 해당 분기의 마지막월 15일 이후로 인력 및 수술실 수의 평균값을 산출할 잔여기간이 없는 경우, 최초운영일의 현황으로 산정	

【산정현황】

① 수술병동(unit): 하나 이상의 수술실(operating room)을 포함하여 운영되는 시설을 말함. 수술병동(unit)이 2개 이상인 경우 시설과 인력 현황을 수술병동(unit)별로 각각 기재(예시: 중앙수술실, 관절재활 수술센터 등)

② 수술실 시설 및 부대시설 등급: 수술실 시설(⑭)과 부대시설(⑮) 현황에 따른 등급

③ 수술실 수(3개월 평균)
「의료법」 시행규칙 제34조 [별표4]에 의한 전신마취 수술이 가능한 수술실 수를 말함. 직전 분기 매월별(15일자 기준) 수술실 수의 3개월 평균값을 산출하여 기재함(소수점 셋째자리에서 반올림)

④ 간호사 수(3개월 평균)
- 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지 간호사별 재직일수의 합을 해당기간 일수로 나누어서 계산(소수점 셋째자리에서 반올림).
- 수술실에 배치되어 있다고 하더라도 수술환자 간호에 전담하지 않는 간호인력(간호감독, 전임노조, 마취간호사 등), 일반병동, 회복실, 분만실, 중앙공급실 등 수술실 이외의 병상을 순환 또는 파견(PRN 포함) 근무하는 간호사는 산정대상에서 제외함.
- 전일제 근무 간호사는 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 이상 근무하는 경우 기재함. 단시간 근무 간호사는 16시간 이상 20시간 미만, 20시간 이상 24시간 미만, 24시간 이상 28시간 미만, 28시간 이상 32시간 미만, 32시간 이상 36시간 미만, 36시간 이상 40시간 미만으로 근무시간을 구분하여 통보서의 근무형태를 기재함.

- 전일제 및 단시간 근무 간호사는「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」제17조를 준수하고, 4대 사회보험에 가입 및 1년 이상 고용계약을 체결한 경우 산정 가능함. 다만, 출산휴가자 및 육아휴직자, 질병휴직(휴가)자 등의 대체 간호사의 경우 계약기간에 관계없이 산정 가능함
- 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우, 동 기간동안은 인력산정 대상에서 제외함. 다만, 동 기간에 대체 인력이 있는 경우는 산정 가능함

⑤ 수술실 당 간호사 수: ④/③ (소수점 셋째자리 이하 절사)

⑥ 수술실 환자 안전관리료 등급: 수술실 시설 및 부대시설 등급(②)과 수술실 당 간호사 수(⑤)에 따른 최종 등급 기재

단, 수술병동(unit)이 2개 이상이면서 수술실 시설 및 부대시설 등급(②)이 수술병동(unit)별로 동일 등급인 경우 수술실 당 간호사 수(⑤)는 수술병동(unit) 구분없이 통합하여 산출하고 이에 따라 수술실 안전관리료 최종등급을 산정함

【수술실 현황】

⑦ 수술병동(unit)코드: 001, 002, 003 등 연번으로 자동기재

⑧ 수술병동(unit)명: 수술병동(unit)이 2개 이상인 경우 해당 수술병동(unit)명을 각각 기재 함
(예시: 중앙수술실, 관절재활수술센터 등)

⑨ 수술실 수: 격벽으로 구획되어 있고 하나의 수술대를 보유하고 전신마취 수술이 가능한 수술실 수를 입력

【수술실 간호사 현황】

⑩ 근무현황: 최초 근무일자 및 최종 근무일자는 해당 수술실에 최초 또는 최종 근무한 일자임.
※ 근무현황의 '년월일'은 전산점검사항이므로 반드시 예시 형식으로 기재하여야함.
(예시: 20190501)

⑪ 휴가구분: 휴가종류에 따라 해당 번호를 기재함 (1: 출산, 2: 육아, 3: 연수, 4: 병가, 5: 휴직, 6: 기타)

⑫ 휴가대체: 대체 인력에 대한 간호사 근무현황 입력 후 ⑫번에 휴가자 성명, 주민번호 입력 및 대체 기간을 입력 함

⑬ 재직일수: 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직한 일수 임. 단, 휴가일수는 제외 함

【수술실 시설 현황】

⑭ 수술실 시설은 모든 수술실에 시설이 갖추어진 경우 유를 체크하고, 일부만 시설을 갖추었거나 시설이 없는 경우 무를 체크함, 수술병동(unit)이 2개 이상인 경우 수술병동(unit)별 해당 시설 현황을 각각 입력 함

1. 양압수술실: 수술실은 수술실 복도 및 주변공간에 비해 높은 압력(양압)을 유지하여야 함
2. 헤파필터: 전체 수술실의 환기구에 급기되는 모든 공기는 공기정화필터를 거쳐야하며, KS B6740 기준을 준수해야 함
3. 무정전 전원 장치: 정전 시 수술실의 전원이 끊기지 않고 비상전원이 공급될 수 있도록 하는 장치

【부대시설 현황】

⑮ 부대시설은 별도의 공간으로 마련되어 있어야 하며, 수술병동(unit)이 2개 이상인 경우 수술병동(unit)별 해당 부대시설 현황을 각각 입력 함

1. 오염물처리실: 수세식 의료용 개수대, 손씻기 시설, 작업대가 설치되어 있어 수술실 장비를 청소하고 오염물통, 소변통, 세면대야 등을 처리 할 수 있는 공간
2. 폐기물처리실: 쓰레기, 의료 폐기물, 사용한 세탁물, 재활용품을 안전하게 수집·보관할 수 있는 공간
3. 세척공간: 오염된 수술기구가 들어오고 세척이 이루어지는 공간
4. 멸균물품 보관: 기관이 멸균물품을 보관하는 방법을 선택(수술실과 구분된 별도의 멸균물품 보관실 / 수술실 내 문이 설치된 멸균물품 보관장)

[별지 제17호 서식]

(앞면)

요양병원 환자지원 심층평가표

A. 일반적 사항

1. 환자성명:

2. 입원일: **3. 작성일:**

4. 읽고 쓰기가 가능합니까? ☐ 1. 가능 ☐ 2. 불가능 ☐ 3. 확인 불가

5. 주민등록상의 가구원 수 ( )명

6. 가구형태

6-1. 주민등록기준

☐ 1. 1인 가구

☐ 2. 부부가구 [☐ 2-1. 둘 다 노인 ☐ 2-2. 한 쪽만 노인 ☐ 2-3-. 둘 다 노인이 아님]

☐ 3. 자녀동거가구 ☐ 4. 기타 가구 ( )

6-2. 실제거주기준

☐ 1. 1인 가구

☐ 2. 부부가구 [☐ 2-1. 둘 다 노인 ☐ 2-2. 한 쪽만 노인 ☐ 2-3-. 둘 다 노인이 아님]

☐ 3. 자녀동거가구 ☐ 4. 기타 가구 ( )

7. 입원 전 거주지

☐ 1. 환자본인 집 ☐ 2. 자녀/친인척/지인 등의 집

☐ 3. 의료기관 [☐ 3-1. 요양병원 ☐ 3-2. 요양병원 외의 의료기관]

☐ 4. 장기요양시설 ☐ 5. 장기요양시설 외 사회복지시설 ☐ 6. 기타 ( )

8. 의료보장유형

☐ 1. 건강보험 ☐ 2. 건강보험 차상위 1종 ☐ 3. 건강보험 차상위 2종 ☐ 4. 의료급여 1종

☐ 5. 의료급여 2종 ☐ 6. 기타 ( )

B. 경제적 측면

1. 현재 직업 유무

☐ 1. 현재 일을 하고 있음 ☐ 2. 과거에는 일을 하였으나 지금은 하지 않음 ☐ 3. 평생 일을 하지 않음

1-1.(1번 문항의 답이 '2' 인 경우에만 응답) 현재 일을 하지 않는 이유?

☐ 1. 정년퇴직 ☐ 2. 장애/질병으로 인한 휴직 ☐ 3. 장애/질병으로 인한 중도퇴직

☐ 4. 해고 등으로 인한 실직 ☐ 5. 본인 스스로 퇴사 ☐ 6. 기타 ( )

2. 주 수입원의 종류 (해당항목 모두 체크)

☐ 1. 근로소득 [☐ 1-1. 노인일자리사업 ☐ 1-2. 그 외] ☐ 2. 부동산 등 재산소득 ☐ 3. 사회보험☐ 4. 정부보조금 ☐ 5. 가족, 친척 등 지원 ☐ 6. 후원금 ☐ 7. 기타 ( )

2-1. (2번문항의 답이 '3'인 경우에만 응답) 사회보험 종류 (해당항목 모두 체크)

☐ 1. 공적연금 ☐ 2. 고용보험 ☐ 3. 산재보험 ☐ 4. 기타 ( )

2-2. (2번 문항의 답이 '4'인 경우에만 응답) 정부보조금 종류 (해당항목 모두 체크)

☐ 1. 국민기초생활보장급여 [☐ 1-1. 생계급여 ☐ 1-2. 주거급여 ☐ 1-3. 자활급여]

☐ 2. 장애수당 및 장애아동 부양수당 ☐ 3. 기초노령연금 ☐ 4. 긴급복지지원금

☐ 5. 잘 모름 ☐ 6. 기타 ( )

3. 월 가구 소득

☐ 1. 50만원 미만 ☐ 2. 50만원~100만원 미만 ☐ 3. 100만원~200만원 미만 ☐ 4. 200만원 이상

4. 가구의 현재 재산 규모 (해당항목 모두 체크)

☐ 1. 동산 ( )원 ☐ 2. 부동산 ( )원 ☐ 3. 기타 ( )원

5. 과거에 정부보조금을 받기위해 주민자치센터나 복지관을 통해 신청을 의뢰하였던 적이 있습니까?

☐ 1. 아니오 ☐ 2. 예 [☐ 2-1. 승인되어 수혜를 받고 있음 ☐ 2-2. 기각됨 ☐ 2-3. 신청 중]

6. 병원비 보상을 받을 수 있는 민간보험이 있습니까? ☐ 1. 아니오 ☐ 2. 예

7. 부양 의무자로부터 부양을 받을 수 있습니까? ☐ 1. 아니오 ☐ 2. 예

C. 심리사회적 측면

■ 가족 및 지지체계

1. 가족 교류(왕래) 정도

☐ 1. 전혀 없음 ☐ 2. 가끔(2개월에 한번) ☐ 3. 보통 (한 달에 한번) ☐ 4. 자주 ☐ 5. 가족 없음

2. 친척/친구/이웃/지인 교류(왕래) 정도

☐ 1. 전혀 없음 ☐ 2. 가끔(2개월에 한번) ☐ 3. 보통 (한 달에 한번)
☐ 4. 자주 ☐ 5. 친척/친구/이웃/지인 없음

3. 여가 및 사회활동참여 (해당항목 모두 체크)

☐ 1. 경로당 ☐ 2. 사회(노인)복지관 ☐ 3. 동호회 ☐ 4. 종교단체 ☐ 5. 봉사단체
☐ 6. 지역단체 ☐ 7. 기타 ( )

4. 가족과의 관계에 어려움이 있습니까? ☐ 1. 아니오 ☐ 2. 예 (답이 '예'인 경우만 4-1평가)

4-1. 가족관계 평가(대처자원, 가족발달주기, 의사소통, 가족역할의 유연성 등에 대해서 평가하여 기술)

5. 도움을 받을 수 있는 지지체계가 있습니까? ☐ 1. 아니오 ☐ 2. 예 (답이 '예'인 경우만 5-1평가)

5-1. 지지체계의 종류 ☐ 1. 가족 ☐ 2. 가족 외( )

■ 질병의 이해 및 수용 정도 (※ 6번~8번 문항은 평가자가 환자와 가족의 상담을 통해 평가)

6. 질병(장애)에 대한 환자의 이해정도 ☐ 1. 명확히 이해 ☐ 2. 일부 이해 ☐ 3. 이해 못함
7. 질병(장애)에 대한 환자의 수용정도 ☐ 1. 명확히 이해하고 수용 ☐ 2. 일부 이해 ☐ 3. 이해 못함
8. 질병(장애)에 대한 가족의 이해정도 ☐ 1. 명확히 이해 ☐ 2. 일부 이해
☐ 3. 이해 못함 ☐ 4. 해당 없음

9. 사회복귀 후 다음의 역할 수행이 가능합니까?

9-1. 일상생활 ☐ 1. 가능 ☐ 2. 불가능 ☐ 3 기타 ( )
9-2. 가족 역할 ☐ 1. 가능 ☐ 2. 불가능 ☐ 3 기타 ( )
9-3. 사회적 역할 ☐ 1. 가능 ☐ 2. 불가능 ☐ 3 기타 ( )

D. 퇴원관련사항

■ 환자와 가족의 퇴원준비

1. 환자의 퇴원 고려 정도

☐ 1. 의료적 치료가 완료 되는대로 퇴원 희망 ☐ 2. 퇴원과 관련된 어려움(걱정)이 있어 거부
☐ 3. 기타 ( )

1-1.(1번 문항의 답이 '2' 경우만 응답) 퇴원방해 요인 (해당항목 모두 체크)

☐ 1. 퇴원 후 거처 없음 ☐ 2. 돌봄 제공자 부재 ☐ 3. 병원비 ☐ 4. 경제적 어려움
☐ 5. 식사 준비 ☐ 6. 가족 간의 불화 ☐ 7. 질병과 관련한 막연한 불안/두려움
☐ 8. 의료적 관리가 필요한 부분에 대한 대처(호흡기, 욕창, 배뇨, 기관절개, 감염 등)
☐ 9. 이동의 어려움 ☐ 10. 고립감/외로움 ☐ 11. 기타 ( )

2. 가족의 퇴원 고려 정도

☐ 1. 의료적 치료가 완료 되는대로 퇴원 희망 ☐ 2. 퇴원과 관련한 어려움(걱정)이 있어 거부
☐ 3. 기타 ( )

2-1. (2번 문항의 답이 '2'인 경우에만 응답)퇴원방해 요인 (해당항목 모두 체크)

☐ 1. 퇴원 후 모실 곳이 없음 ☐ 2. 돌봄 제공자 부재 ☐ 3. 병원비 ☐ 4. 경제적 어려움
☐ 5. 식사 준비 ☐ 6. 가족 간의 불화 ☐ 7. 질병과 관련한 막연한 불안/두려움
☐ 8. 의료적 관리가 필요한 부분에 대한 대처(호흡기, 욕창, 배뇨, 기관절개, 감염 등)
☐ 9. 이동의 어려움 ☐ 10. 기타 ( )

■ 퇴원 후 거주지

3. 퇴원 후 거주지가 있습니까? ☐ 1. 아니오 ☐ 2. 예

3-1. (3번 문항의 답이 '예'인 경우에만 응답)퇴원 후 거주지

☐ 1. 환자 본인 집 ☐ 2. 자녀/친인척/지인 등의 집 ☐ 3. 장기요양시설
☐ 4. 장기요양시설 외 사회복지시설 ☐ 5. 기타 ( )

4. 일상생활이 불편한 경우, 거주하고 싶은 곳

☐ 1. 환자 본인 집 ☐ 2. 자녀/친인척/지인 등의 집
☐ 3. 돌봄, 식사, 생활편의 서비스 등이 제공되는 장기요양시설을 포함한 사회복지시설
☐ 4. 기타 ( ) ☐ 5. 해당 없음 ( )

5. 주택 임차료, 유지수선비 등 주거안정비용 지원이 필요합니까? (국민기초생활수급권자인 경우만 체크)

☐ 1. 아니오 ☐ 2. 예 ☐ 3. 해당 없음

■ 퇴원 후 돌봄제공자

6. 치료 및 돌봄 주 의사결정자

☐ 1. 환자 본인 ☐ 2. 가족 (관계:) ☐ 3. 기타 (관계:)

7. 입원 전 돌봄 제공자 (해당항목 모두 체크)

☐ 1. 환자 본인 ☐ 2. 가족 (관계:) ☐ 3. 유급 간병인 ☐ 4. 요양보호사(노인장기요양보험등)
☐ 5. 기타 (관계:)

8. 퇴원 후 돌봄 제공자 (해당항목 모두 체크)

☐ 1. 환자 본인 ☐ 2. 가족 (관계:) ☐ 3. 유급 간병인 ☐ 4. 요양보호사(노인장기요양보험등)
☐ 5. 기타 (관계:)

■ 주거환경개선

9. 주택소유 형태 ☐ 1. 자가 ☐ 2. 공공임대 ☐ 3. 일반 전·월세 ☐ 4. 기타 ( )

10. 주택유형

10-1. 가옥형태 ☐ 1. 아파트 ☐ 2. 빌라 ☐ 3. 단독주택 ☐ 4. 다세대주택 ☐ 5. 기타 ( )

10-2. 진입형태 (복수선택 가능) ☐ 1. 엘리베이터 ☐ 2. 계단 ☐ 3. 경사로 ☐ 4. 난간 ☐ 5. 기타 ( )

11. 화장실 유형 ☐ 1. 양변기 ☐ 2. 화변기 ☐ 3. 이동변기 ☐ 4. 기타 ( )

12. 집으로 퇴원 시 주거환경 개선 지원이 필요합니까? ☐ 1. 아니오 ☐ 2. 예

13. (12번 문항의 답이 '예'인 경우에만 응답) 주거환경 개선 필요 부분 (해당항목 모두 체크)

13-1. ☐ 안전관리 [☐ 1. 문턱 ☐ 2. 미끄럼방지 ☐ 3. 손잡이 ☐ 4. 기타 ( )]
13-2. ☐ 이동 [☐ 1. 계단 ☐ 2. 문턱 ☐ 3. 안전 바 ☐ 4. 기타 ( )]
13-3. ☐ 일상생활 [☐ 1. 화장실 ☐ 2. 부엌 ☐ 3. 거실 ☐ 4. 침실 ☐ 5. 기타 ( )]
13-4. ☐ 기타 ( )

■ 퇴원 후 이동수단

14. 퇴원 시 또는 퇴원 후 이동 시 도움 제공자 유무 ☐ 1. 없음 ☐ 2. 있음 ☐ 3. 도움이 필요 없음

15. 이동수단

☐ 1. 자가용 [☐ 1-1. 자가운전 ☐ 1-2. 타인운전]
☐ 2. 대중교통 [☐ 2-1. 자립이용 ☐ 2-2. 도움필요]
☐ 3. 구급차 ☐ 4. 교통약자 이동지원 ☐ 5. 도보 ☐ 6. 기타 ( )

E. 활용가능자원파악

1. 장애정도 ☐ 1. 해당 사항 없음 ☐ 2. 신청이 필요하나 신청하지 못함 ☐ 3. 신청 중
☐ 4. 신청하였으나 인정 못 받음 ☐ 5. 장애정도 인정받음(장애인복지법에 따른 등록장애인)

1-1.(1번 문항의 답이 '5'인 경우에만 응답) 장애의 종류

☐ 1. 지체장애 ☐ 2. 뇌 병변장애 ☐ 3. 시각장애 ☐ 4. 청각장애 ☐ 5. 언어장애
☐ 6. 안면장애 ☐ 7. 신장장애 ☐ 8. 심장장애 ☐ 9. 간장애 ☐ 10. 호흡기장애
☐ 11. 장루·요루장애 ☐ 12. 간질장애 ☐ 13. 정신지체장애 ☐ 14. 정신장애 ☐ 15. 발달장애

1-2. (1번 문항의 답이 '5'인 경우에만 응답) 장애 정도 ☐ 1. 심한 장애인 ☐ 2. 심하지 않은 장애인

2. 이용 중이거나 경험한 사회복지 서비스가 있음 □ 1. 아니오 □ 2. 예

2-1. (2번 문항의 답이 '예'인 경우에만 응답) 사회복지 서비스의 종류 (해당항목 모두 체크)

□ 1. 사례관리 □ 2. 재가서비스 □ 3. 노인돌봄서비스 □ 4. 방문보건서비스
□ 5. 가사간병서비스 □ 6. 장애인활동보조서비스 □ 7. 기타( )

F. 문제사정

문제유형	문제여부	
■ 경제적 문제		
1. 병원비 마련에 어려움이 있습니까?	□ 1. 아니오	□ 2. 예
2. 퇴원 후 생계유지에 어려움이 있습니까?	□ 1. 아니오	□ 2. 예
3. 퇴원 후 치료유지에 어려움이 있습니까?	□ 1. 아니오	□ 2. 예
■ 심리사회적 문제		
4. 질병, 장애에 대한 이해가 부족합니까?	□ 1. 아니오	□ 2. 예
5. 질병, 장애에 대한 수용이 어렵습니까?	□ 1. 아니오	□ 2. 예
6. 사회복귀에 어려움이 있습니까?	□ 1. 아니오	□ 2. 예
7. 사회적 지지체계가 부족합니까?	□ 1. 아니오	□ 2. 예
8. 가족기능에 문제가 있습니까?	□ 1. 아니오	□ 2. 예
■ 퇴원계획 문제		
9. 퇴원 후 거주지 문제가 있습니까?	□ 1. 아니오	□ 2. 예
10. 퇴원 필요성에 대한 인식이 부족합니까?	□ 1. 아니오	□ 2. 예
11. 퇴원 후 환자 돌봄에 문제가 있습니까?	□ 1. 아니오	□ 2. 예
12. 퇴원 후 주거환경에 문제가 있습니까?	□ 1. 아니오	□ 2. 예
13. 퇴원 또는 외래 치료 시 이동수단의 문제가 있습니까?	□ 1. 아니오	□ 2. 예

■ 지역사회 자원연계 문제

14. 사회복지서비스 연계 필요합니까? □ 1. 아니오 □ 2. 예

14-1. (14번 문항의 답이 '예'인 경우에만 응답)필요한 지역사회 자원의 종류(해당항목 모두 체크)

□ 1. 일자리 □ 2. 주거 □ 3. 일상생활 □ 4. 신체건강 및 보건의료
□ 5. 정신건강 및 심리정서 □ 6. 보호 및 돌봄, 요양 □ 7. 안전 및 권익보장

G. 활용가능 자원파악

유형	개입계획			
	문제의 심각성		개입수준	
심리사회적 문제	□ 1. 문제없음 □ 3. 중간 정도	□ 2. 심하지 않음 □ 4. 심함	□ 1. 해당 없음 □ 3. 서비스연계	□ 2. 단순연계 □ 4. 집중사례관리
경제적문제	□ 1. 문제없음 □ 3. 중간 정도	□ 2. 심하지 않음 □ 4. 심함	□ 1. 해당 없음 □ 3. 서비스연계	□ 2. 단순연계 □ 4. 집중사례관리
퇴원계획문제	□ 1. 문제없음 □ 3. 중간 정도	□ 2. 심하지 않음 □ 4. 심함	□ 1. 해당 없음 □ 3. 서비스연계	□ 2. 단순연계 □ 4. 집중사례관리
지역사회자원연계문제	□ 1. 문제없음 □ 3. 중간 정도	□ 2. 심하지 않음 □ 4. 심함	□ 1. 해당 없음 □ 3. 서비스연계	□ 2. 단순연계 □ 4. 집중사례관리

환자지원팀 : 의사( ), 간호사( ), 사회복지사( ), 기타1( ), 기타2( )
평가자(직종) : _____(서명 또는 인)

(뒷면)

요양병원 환자지원 심층평가표 작성요령

【작성 원칙】

1. 환자지원팀은 주거, 돌봄, 경제적지원 등의 퇴원지원이 필요할 정도의 사회경제적 욕구가 있는 환자를 찾아내기 위해 사회환경 선별조사(환자평가표 일반사항 11번~14번 질문을 활용)를 실시하고 잠재적 환자를 선별한 후 30분 이상 환자 및 보호자와 상담·면담을 통해 요양병원 환자지원 심층평가를 수행함
2. 요양병원 환자지원 심층평가는 평가하는 시점을 기준으로 작성함

【일반사항】

○가구형태 실제거주 기준: 평가시점에서 3개월 이상 같은 거주지에서 생활한 사람을 기준으로 함

【경제적 측면】

○주 수입원의 종류
- 근로소득: 환자본인의 노동을 통한 소득
- 부동산 등 재산소득: 부동산 임대소득, 부동산 매매차익, 권리금 등 포함
- 사회보험: 공적연금, 고용보험, 산재보험, 사회보험 일시금 등이 포함됨
- 정부보조금: 국민기초생활보장급여, 장애수당 및 장애아동 부양수당, 기초노령연금, 긴급복지지원금 등이 포함됨
- 가족, 친척 등 지원: 부모나 자녀, 친인척으로부터 받는 용돈(현물제외) 등 포함
- 후원금: 종교 및 사회단체에서 받는 현금 등이 포함됨

【심리사회적 측면】

■ 가족 및 지지체계

○가족교류: 2촌 이내 혼인, 혈연 또는 입양으로 형성된 가족과의 교류 횟수 기재. 면대면의 방문, 전화, 편지 등 포함

○친척/친구/이웃/지인 교류: 3촌 이상의 친인척, 오랫동안 친하게 지내거나 인접하여 사는 이웃, 평소 잘 알고 지내는 사람들과의 교류 횟수를 기재. 면대면의 방문, 전화, 편지 등 포함

○지지체계: 가족 및 가족 외{종교, 지역사회기관(공공기관, 민간기관) 등 사회적 지지체계}를 모두 포함하며, 지지체계의 종류를 기재하고 가능하다면 빈도수까지 기재

○질병(장애)에 대한 환자의 이해: 환자의 현재의 진단명, 치료계획, 치료에 대한 기대수준을 평가

○질병(장애)에 대한 환자의 수용정도: 질병(장애)의 특성·예후, 건강관리와 생활습관 개선 등에 대한 수용정도 평가

○질병(장애)에 대한 가족의 이해: 진단명·치료계획에 대한 이해, 퇴원 후 건강관리 및 가족의 역할 등에 대한 이해 정도

【개입계획 및 개입수준】

각 영역에 맞는 문제들에 대한 개입계획 수립 후 결과를 평가

■ 문제의 심각성

○문제없음: 해당되는 문제없음

○심하지 않음: 문제가 있으나, 단순 또는 일회성 외부 개입 및 자원 투입(간단한 퇴원교육 등)으로 해결 가능

○중간정도: 문제가 있어 개입이 필요한 단계. 분기 또는 반기별 외부 개입 및 자원 투입으로 해결 가능

○심함: 문제가 있어 적극적인 개입이 필요한 단계. 매달 또는 매주 간격의 외부 개입 및 자원투입이 필요하며 지속적인 모니터링이 필요한 정도

■ 개입수준

○해당 없음: 개입 필요 없음

○단순 연계: 서비스 제공기관에 대한 단순 이용안내나 정보제공 등 사회복지사의 직접적인 개입 없이 연계가 가능한 경우 (예: 노인장기요양보험 또는 보건소 각종 건강관련 서비스 안내 등)

○서비스 연계: 서비스 연계가 이루어지기까지 사회복지사의 직접적인 개입이 필요한 경우 (예: 서류준비, 지원신청, 지원결과 확인 등 연계 과정을 직접 진행 하는 경우)

○집중사례관리: 환자의 건강 및 복지관련 욕구를 토대로 서비스를 발굴하고 지역사회 연계 한 달 이내 지속적인 모니터링을 통해 서비스 만족도를 확인해야 하는 정도의 개입수준

[별지 제18호 서식]

(앞면)

요양병원 퇴원지원 표준계획서

기본 사항	성명		성별 :	생년월일 :	년 월 일 (만 세)
	행정 주소지 :			환자 전화번호:	
	퇴원 후 거주지 :			보호자 전화번호:	
보건 의료 정보	입원일	년 월 일		퇴원 예정일	년 월 일
	담당의				
	퇴원 후 관리가 필요한 부분	☐ 해당 없음 ☐ 기관지 절개관 관리 ☐ 흡인 ☐ 산소요법 ☐ 욕창간호 ☐ 암성통증간호 ☐ 도뇨관리 ☐ 장루간호 ☐ 투석간호 ☐ 당뇨발 간호 ☐ 기타 질병에 대한 유의점 ( )			
	만성질환	☐ 해당 없음 ☐ 고혈압 ☐ 당뇨 ☐ 만성폐쇄성폐질환 ☐ 천식 ☐ 고지혈증 ☐ 심부전 ☐ 치매 ☐ 기타 ( )			
	약제 관리	☐ 해당 없음 ☐ 완전자립 ☐ 투약도움 필요			
	– 다제 약물	☐ 해당 없음 ☐ 5개 미만 ☐ 5개 ~ 9개 ☐ 10개 ~ 14개 ☐ 15개 이상			
건강 수준 (신체 정신)	식사 하기	☐ 완전자립 ☐ 감독필요 ☐ 약간의 도움 ☐ 상당한 도움 ☐ 전적인 도움 ☐ 행위 발생안함			
	– 형태	☐ 일반식 ☐ 잘게 쌀아줌 ☐ 죽 또는 미음 ☐ 경관영양			
	– 삼킴 장애	☐ 없음 ☐ 있음 [☐ 간헐적 ☐ 항상] ☐ 확인불가			
	체위 변경하기	☐ 완전자립 ☐ 감독필요 ☐ 약간의 도움 ☐ 상당한 도움 ☐ 전적인 도움 ☐ 행위 발생안함			
	옮겨 앉기	☐ 완전자립 ☐ 감독필요 ☐ 약간의 도움 ☐ 상당한 도움 ☐ 전적인 도움 ☐ 행위 발생안함			
	– 보행능력	☐ 완전자립 ☐ 감독필요 ☐ 1명 도움필요 ☐ 2명 도움필요 ☐ 걷지 못함			
	– 이동방법(실내)	☐ 도보 ☐ 지팡이 ☐ 보행기 ☐ 휠체어 ☐ 기타 ( )			
	화장실 사용하기	☐ 완전자립 ☐ 감독필요 ☐ 약간의 도움 ☐ 상당한 도움 ☐ 전적인 도움 ☐ 행위 발생안함			
	– 방법	☐ 화장실 ☐ 이동식변기 ☐ 간이식 침상변기 ☐ 기저귀			
	인지기능	☐ 스스로 일관성 있고 합리적인 의사결정을 함 ☐ 인식기술이 다소 손상됨 ☐ 새로운 상황에서만 의사결정의 어려움이 있음 ☐ 인식기술이 심하게 손상됨			
	문제행동	☐ 없음 ☐ 망상 ☐ 환각 ☐ 초조/공격성 ☐ 우울/낙담 ☐ 불안 ☐ 수면/야간행동 ☐ 들뜬 기분/다행감 ☐ 탈억제 ☐ 과민/불안정 ☐ 배회 ☐ 무감동/무관심 ☐ 이상운동증상 또는 반복적 행동 ☐ 식욕/식습관의 변화 ☐ 케어에 대한 저항 ☐ 배회			
사회 환경 상황	퇴원 후 거주지	☐ 환자 본인 집 ☐ 자녀/친척/지인 등의 집 ☐ 장기요양시설 ☐ 장기요양시설 외 사회복지시설 ☐ 기타 ( )			
	가구 형태	☐ 1인 가구 ☐ 부부가구 ☐ 자녀동거부부 ☐ 기타 ( )			
	퇴원 후 돌봄 제공자	☐ 환자 본인 ☐ 가족(관계:) ☐ 유 간병인 ☐ 요양보호사 ☐ 기타 (관계:)			
	주거환경 개선 필요성	☐ 안전관리 [☐ 문턱 ☐ 미끄럼방지 ☐ 손잡이 ☐ 기타 ( )] ☐ 이동 [☐ 계단 ☐ 문턱 ☐ 안전 바 ☐ 기타 ( )] ☐ 일상생활 [☐ 화장실 ☐ 부엌 ☐ 거실 ☐ 침실 ☐ 기타 ( )] ☐ 기타 ( ) ☐ 해당없음			
	이동 수단	☐ 자가용 [☐ 자가운전 ☐ 타인운전] ☐ 대중교통 [☐ 자립이용 ☐ 도움필요.] ☐ 구급차 ☐ 교통약자 이동지원 ☐ 도보 ☐ 기타 ( )			
	장기요양등급	☐ 해당 없음 ☐ 신청 [☐ 신청 예정 ☐ 진행 중 ☐ 완료: __등급] ☐ 기 등급자(등급) ☐ 추후 재의뢰			
	장애정도	☐ 해당 없음 ☐ 신청 필요하나 신청하지 못함 ☐ 3. 신청 중 ☐ 신청하였으나 인정 못 받음 ☐ 5. 장애정도 인정받음			
	기초생활수급 및 차상위	☐ 해당 없음 ☐ 의료급여수급권자 1급 ☐ 의료급여수급권자 2급 ☐ 생계급여수급권자 ☐ 주거급여수급권자 ☐ 자활급여수급권자 ☐ 차상위 ※ 해당사항 모두 체크			
지역 사회 자원 연계 계획	일자리	☐ 해당 없음 ☐ 직업상담 및 알선 ☐ 직업능력개발 및 직업교육 ☐ 창업지원 ☐ 자활 및 일자리사업 ☐ 직업유지 및 자립지원 ☐ 구직관련 비용지원			
	주거	☐ 해당 없음 ☐ 주거환경개선 ☐ 거처마련 및 이주지원 ☐ 주거관련 비용지원			
	일상생활	☐ 해당 없음 ☐ 가사지원 ☐ 식사(식품)지원 ☐ 활동(이동)지원 ☐ 위생(이미용)지원 ☐ 생활용품 지원 ☐ 일상생활관련 비용지원 ☐ 복합지원			
	신체건강 및 보건의료	☐ 해당 없음 ☐ 검진, 진단 및 치료 ☐ 재활치료 ☐ 질병예방 및 건강관리 ☐ 의약품, 의약외품 및 보장구 지원 ☐ 보건의료관련 비용지원			
	정신건강 및 심리정서	☐ 해당 없음 ☐ 정신건강교육 ☐ 심리검사 및 진단 ☐ 정서발달 및 치유지원 ☐ 정신, 심리상담 ☐ 정신질환자 치료 및 사회복귀 지원 ☐ 정신건강관련 비용 지원			
	보호 및 돌봄, 요양	☐ 해당 없음 ☐ 장기시설보호 ☐ 단기 시설보호 ☐ 주야간 보호 ☐ 간병 및 돌봄 서비스 ☐ 장제서비스 ☐ 돌봄, 요양관련 비용지원			
	안전 및 권익보장	☐ 해당 없음 ☐ 안전 및 인권교육 ☐ 학대 및 폭력피해자 지원 ☐ 법률 및 재무상담 ☐ 법률지원관련 비용지원			
	퇴원후연계필요기관	☐ 해당 없음 ☐ 지자체(케어안내창구) ☐ 보건소 ☐ 사회복지기관(복지관 등) ☐ 중독관리센터 ☐ 치매 안심센터 ☐ 건강보험공단(건강관리사업, 노인장기요양운영센터 등) ☐ 정신건강증진센터 ☐ 건강생활지원센터 ☐ 사회복지시설(요양시설 등) ☐ 기타 ( )			
종합 평가 의견	환자지원팀 : 의사( ), 간호사( ), 사회복지사( ), 기타1( ), 기타2( ), 기타3( ) 작 성 일 : 년 월 일				

상기 내용에 대해 충분히 설명을 들었고, 환자지원팀의 지원 계획에 동의하십니까?

환자(보호자) : (서명)

요양기관명: _____ 전화: _____

주소: _____ 팩스: _____

[별지 제19호 서식]

원격협진 기관 현황신고서 (신규 · 변경)

요양기관명		요양기관기호		1. 신규 2. 변경	※
소 재 지		담당자 성명		전화번호	
응급의료기관 지정여부	해당 미해당	(자동연동) 1. 권역응급의료센터 2. 지역응급의료센터 3. 지역응급의료기관			

① [시설, 장비 현황]		
원격진료실	단말기	서버 및 정보통신망
※ 1. 유 2. 무	※ 1. 유 2. 무	※ 1. 유 2. 무

[서버 · 정보통신망 상세 현황]				
구분	② 이용여부	③ 사용 ID(최대 3개까지)		
응급전원협진망	Y/N			
디지털의료지원시스템	Y/N			

원격협진 기관 현황(신규 · 변경) 신고서를 제출합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)

작성자 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

주) 유의사항을 참조하여 작성하시기 바라며, ※란은 반드시 해당번호를 기재하여야 합니다.

유의사항

【제출 시기】

○ 신규: 원격협의진찰료 최초 청구 시 제출

○ 변경: 현황에 대한 변경 발생 시 제출

【시설, 장비현황】

① 의료법 시행규칙 제29조(원격의료의 시설 및 장비) 따라 구비된 시설·장비현황을 기재함

【서버 · 정보통신망 상세 현황】

② 이용여부: 원격협진 시행 시 사용하는 서버 · 정보통신망에 Y 표기함

③ 사용ID: 이용하는 정보통신망에서 부여받은 ID를 1개 이상, 최대 3개까지 기재함

[별지 제20호 서식]

(앞 쪽)

가정형 호스피스전문기관 인력 현황 [신규·변경] 통보서	1. 신규 2. 변경	※

요양기관명		요양기관기호			
소 재 지		담당자 성명		전화번호	
입원형 호스피스 시작일		가정형 호스피스 시작일			

【 간호사 현황 】

구분	연번	※① 근무 형태	※② 직책 구분	성명	주민 등록 번호	면허 (자격) 번호	취득 일자	입사 일자	최종 근무 일자	병동			휴가			⑤출산대체			
																출산휴가자		대체기간	
										※③ 병동 구분 코드	최초 근무 일자 (from)	최종 근무 일자 (to)	※④ 구분	시작 일자	종료 일자	성명 ※	주민 번호 ※	적용 일자 (from) ※	적용 일자 (to) ※
⑥가정 전문간호사																			
⑦호스피스 전문간호사																			
⑧호스피스 경력간호사																			

【 사회복지사 현황 】

연번	※⑨ 근무 형태	성명	주민 등록 번호	자격 번호	취득 일자	입사 일자	최종 근무 일자	병동			휴가			⑤출산대체			
														출산휴가자		대체기간	
								※⑩ 자격증	최초 근무 일자 (from)	최종 근무 일자 (to)	※④ 구분	시작 일자	종료 일자	성명 ※	주민 번호※	적용 일자 (from) ※	적용 일자 (to) ※

【 의사 현황 】

연번	⑪ 성명	주민 등록 번호	※⑫ 면허 종별	면허 번호	면허 취득 일자	※⑬ 자격 종별	자격 번호	자격 취득 일자	입사 일자	퇴사 일자	병동		휴가			⑤출산대체			
																출산휴가자		대체기간	
											최초 근무 일자 (from)	최종 근무 일자 (to)	※④ 구분	시작 일자	종료 일자	성명 ※	주민 번호 ※	적용 일자 (from) ※	적용 일자 (to) ※

가정형 호스피스전문기관 인력 현황 통보서를 제출합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)
작성자 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

주) 세부 작성요령은 뒤쪽을 참조하여 작성하시기 바라며, '※'란은 반드시 해당 번호를 기재하여야 합니다.

(뒤쪽)

가정형 호스피스전문기관 인력 현황 통보서 작성요령

【제출시기】

❍ 신규통보: 가정형 호스피스전문기관이 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제4편 제3부 가정형 호스피스 요양급여비용을 최초 청구 시 제출

※ 간호사(호스피스전문간호사 제외), 사회복지사, 의사 인력의 호스피스 60시간 교육 이수증을 첨부하여야 함

※ 간호사, 사회복지사, 의사 인력의 호스피스 16시간 교육 이수증을 첨부하여야 함

❍ 변경통보: 인력현황 변경사항 발생 시 제출

※ 인력현황 변경관련 변경통보 시, 신규인력의 호스피스 60시간 교육 이수증, 16시간 교육 이수증을 첨부하여야 함

【공통사항】

④ 휴가구분 (코드번호 기재 또는 선택): 01.출산, 02.육아, 03.연수, 04. 파견, 05.병가, 06.기타

⑤ 출산휴가자의 대체 간호사(사회복지사, 의사) 신고: 간호사(사회복지사, 의사) 신고와 동일하게 연번①번(연번⑨, 연번⑪번)부터 ④번까지 기재 및 입력 후 ⑤번에 출산 휴가자 성명·주민번호 입력 및 출산대체 기간 입력

【간호사 현황】

① 근무형태 (코드번호 기재 또는 선택): 01.전일제(40시간)

② 직책구분 (코드번호 기재 또는 선택): 01.부원장, 02.이사, 03.부장, 04.과장(팀장, 감독), 05.수간호사, 06.책임간호사, 07.부책임간호사, 08.간호사

③ 병동구분코드: 200 가정형 호스피스(가정형 호스피스팀 구분을 위한 병동코드 기재)

⑥ 호스피스전문간호사: 의료법 제78조 및 전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙에 따라 호스피스전문간호사 자격시험에 합격한 자

⑦ 가정전문간호사: 의료법 제78조 및 전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙에 따라 가정전문간호사 자격시험에 합격한 자

⑧ 호스피스 경력간호사: 호스피스전문기관에서 호스피스 업무경력 2년 이상인 간호사, 호스피스 경력증명서를 제출하여야 함

【사회복지사 현황】

⑨ 근무형태 (코드번호 기재 또는 선택): 01.정규직, 02.계약직, 03.대체인력

⑩ 자격증 (코드번호 기재 또는 선택): 01.1급, 02.2급

※ 사회복지사는 당해 호스피스전문기관의 1급 사회복지사를 기재

【의사 현황】

※ 의사는 근무형태 관계없이 호스피스 기본교육, 추가교육(16시간)을 이수하고 가정형 호스피스·완화의료 진료를 담당하는 의사를 기재

⑫ 면허종별 (코드번호 기재 또는 선택): 01.의사, 02.한의사

⑬ 자격종별 (코드번호 기재 또는 선택): 01.내과, 02.신경과, 03.정신건강의학과, 04.외과, 05.정형외과, 06.신경외과, 07.심장혈관흉부외과, 08.성형외과, 09.마취통증의학과, 10.산부인과, 11.소아청소년과, 12.안과, 13.이비인후과, 14.피부과, 15.비뇨의학과, 16.영상의학과, 17.방사선종양학과, 18.병리과, 19.진단검사의학과, 20.결핵과, 21.재활의학과, 22.핵의학과, 23.가정의학과, 24.응급의학과, 25.직업환경의학과, 26.예방의학과, 50.구강악안면외과, 80.한방내과 등

[별지 제21호 서식]

가정형 호스피스 임종 돌봄 프로토콜

※ 아래의 사항을 포함한 임종 돌봄 프로토콜을 활용하고, 각 항목에 대한 구체적인 내용은 사안에 따라 의무기록에 기재하거나 환자 교육자료를 활용할 수 있음

□ 임종징후확인

의식저하/초조/식사량감소/호흡기분비물증가/호흡이상 등 ※ 임종기 판단이 불확실한 경우 임종 돌봄 경험이 충분한 동료들에게 조언을 구하십시오.

□ 신체적돌봄요구평가

통증(NRS,FLACC등 확인 후 기록)
말기 섬망
구역/구토/입마름
기관지 분비물
호흡 곤란

□ 치료계획조정

불필요한 약제 및 경구 약제 점검
임종 증상 조절 위한 prn 처방 점검
기존의 시술 필요성 점검

□ 임종기 변화에 대한 환자와 가족 교육 (교육자료 활용)

임종기(임종 전, 임종 시) 증상, 임종 임박 징후 교육
임종 돌봄 시 가족의 역할, 환자와의 소통 방법 교육
사후 처치 교육

□ 환자와 가족 지지 (교육자료 활용)

애도와 작별을 위한 가족 및 지인의 방문 안내
종교적 요구 파악 및 실행 격려
그간의 노고에 대한 인정과 위로

□ 임종 후 행정 절차 준비사항 점검 (교육자료 활용)

장례 절차
영정 사진
부고 알림 연락처
사망 증명 서류(사망진단서, 사체검안서 등)
사망 원인 참고 자료(필요 시 진료기록, 의사 소견서 등)
기타 증빙 서류

□ 사후 관리 계획 (교육자료 활용)

사별가족 지지프로그램
사별가족 돌봄 안내

[별지 제22호 서식]

등록번호
성별/나이
환자성명

가정형 호스피스 초기 평가지[1)]

1. 일반 정보

환자	거주지(주소)	
	연락처	집) 이동전화)
	결혼상태	○결혼(법적 결혼) ○이혼 ○사별 ○별거 ○미혼
	의료보장	○의료급여1종 ○의료급여2종 ○건강보험 ○기타
	종교	○기독교 ○불교 ○천주교 ○기타 ○없음
	가족구성	현재 동거가족 ( )명 기타:
주간호자	주 돌봄제공자	○가족 ○보조활동인력(간병인) ○없음
	환자와의 관계	○배우자 ○부모 ○자녀 ○형제/자매 ○친척 ○친구/이웃 ○며느리/사위 ○기타(간병인 등)
	환자와 동거여부	○동거 ○별거
	연락처	집) 이동전화) 이메일)

2. 전인적 평가 및 돌봄 계획

방문팀원 기록	첫 방문일:	직종:	이름:

말기진단 분류	□암 □AIDS □COPD □LC □기타	말기 진단일[2)]	
진단명 상세	(KCD code:)		
의뢰서 발부처	○기관 내(급성기 진료과) ○외부기관(호스피스팀) ○외부기관(급성기 의료진) ○기타( )		
호스피스 이용 동의서	작성일	년 월 일	
	작성자(관계)	○본인 ○배우자 ○부모 ○자녀 ○형제/자매 ○지정대리인	
등록일			
상태분류	○안정기 ○불안정기 ○임종기		
ECOG 또는 PPS			
말기병식(환자)	○없음 ○있음	의사결정능력[3)]	○있음 ○없음 ○판단어려움
의식수준	○명료(Alert) ○졸린듯한 상태(Drowsily) ○혼미(Stupor) ○혼수(Coma)		
돌봄장소 선호(환자)	○가정 ○시설(요양원) ○의료기관(호스피스병동) ○의료기관(급성기병동) ○의료기관(요양병원) ○기타		
등록 전 돌봄장소	○가정 ○시설(요양원) ○기관 내(호스피스병동) ○기관 내(급성기병동) ○외부기관(호스피스병동) ○외부기관(급성기병동) ○요양병원 ○기타		
연명의료중단등 결정 계획	○사전연명의료의향서 ○연명의료계획서 ○DNR ○해당없음		

1) 굵은 상자: 호스피스·완화의료 시스템 수집 항목 (○ 단일응답 항목, □ 복수응답 항목)
2) 연명의료결정법 제28조제1항에 따른 호스피스대상환자임을 나타내는 의사소견서나 의뢰서 발부일
3) 자신의 돌봄계획 수립에 참여할 수 있을 정도의 의사결정능력

병력 및 치료력			
최근 투약상태			
삽입관	☐ 없음		
	삽입관	종류	위치
	☐ Central venous catheter		
	☐ Percutaneous drain		
	☐ Gastrointestinal tube		
	☐ Urinary catheter		
	☐ Stoma		
	☐ 기타		
환경 평가	환 기 ○ 양호 ○ 나쁨 ( )		
	채 광 ○ 양호 ○ 나쁨 ( )		
	위생상태 ○ 양호 ○ 불량 ( )		
	낙상위험 ○ 없음 ○ 있음 ( )		
신체적 평가	식이	종류: 식사량:	
	통증[4]	NRS : ○0 ○1 ○2 ○3 ○4 ○5 ○6 ○7 ○8 ○9 ○10 ○N/A *(주관적 표현, 위치, 양상, 악화요인, 완화요인, 시간양상 등 기재)*	
	주요 신체 증상	*(주관적 표현 및 객관적 자료 포함)*	
심리적 평가	*(질병·죽음에 대한 감정, 두려워하는 것, 해결하지 못한 문제(화해, 용서, 미완성 일 등))*		

4) 평가 당시 통증

사회적 평가	항목	내용
	경제적 상태	
	가족 및 지지체계	*(가족관계, 가족의 말기상황 수용 및 임종 준비 정도, 가족 간 의사소통, 주 의사결정권자, 주 돌봄제공자, 가족 간의 갈등 등)*
영적 평가	항목	내용
	종교적 평가	*(환자와 가족의 종교 및 도움 요청 정도)*
	존재론적 평가	*(삶의 회고를 통한 삶의 의미, 삶에서 가장 의미 있었던 순간, 화해와 용서가 필요한 사람, 지금 가장 하고 싶은 것 등을 확인하고 기술)*
문제 목록	*(환자의 신체적, 심리사회적, 영적 평가 내용 및 가족의 심리사회적 요구 및 임종·사별 준비 정도 등 평가 내용 중 문제 사항을 목록화하여 작성)*	
팀회의를 통한 돌봄 계획 및 수행 내용	*(팀회의 등을 통해 환자와 가족을 위한 돌봄 수행 및 계획 내용)*	
서비스 연계		

서명	의사	(서명)	간호사	(서명)	사회복지사	(서명)
작성일			작성자	(서명)		

입원 연계 계획	○기관 내(호스피스 병동) ○기관 내(급성기 병동) ○외부기관(호스피스 병동) ○외부기관(급성기 병동) ○기타(요양병원 등)

[별지 제23호 서식]

(앞쪽)

등록번호 : 성별/나이 : 환자성명 :	가정형 호스피스 환자관리기록지

작성일				
환자상태평가	분 류	□ 안정기	□ 불안정기	□ 임종기
	ECOG PS 또는 PPS[주]			
주요문제 요약 - 신체적 - 심리사회적 - 영적	환자			
	가족			
호스피스팀의 돌봄 내용 및 계획	* 위 주요문제 중재를 위한 팀 접근내용(구두보고, 전화보고, 팀회의 등 포함)			

서명	의사	(서명)	간호사	(서명)	사회복지사	(서명)

주) ECOG PS(Eastern Cooperetive Oncology Group Performance Status)
PPS(Palliative Performance Status Scale)

(뒤쪽)

※ 작성요령

1. 환자상태 분류

(*한국호스피스·완화의료학회, 가정완화의료 및 완화케어팀 제도 도입방안 연구, 2012의 시범사업 자료 : 4단계 분류기준안을 변용)

분 류	분류 기준 및 최소 방문 빈도
안 정 기 (Stable)	돌봄 계획 변경 없이 신체적·정신적 증상이 조절됨 격주 1회 이상 의사 또는 전담 간호사의 방문 필요
불안정기 (Unstable)	신체적·정신적 증상 조절이 불충분한 상태로 집중적 모니터링과 돌봄 계획 조정이 필요함 주2회 이상 의사 또는 전담 간호사의 방문 필요
임 종 기 (Terminal)	수일 내로 임종이 예상되며, 임종증상 조절을 위한 대비가 필요한 상태 주2회 이상 의사 또는 전담 간호사의 방문 필요
사 별 후 (Bereaved)	환자 사망 후 1년 이내 사별가족 대상 전화방문, 편지, 자조집단 모임 등

2. ECOG PS 및 PPS

가. ECOG PS(Eastern Cooperetive Oncology Group Performance Status)

Grade	정의
0	증상이 없거나 경미한 상태. 발병 전과 거의 동등하게 활동할 수 있음
1	경한 증상이 있으나 거동이 자유로운 상태
2	보행과 신변의 간단한 일은 할 수 있는 상태 반나절 이상은 거동이 가능함
3	신변의 일은 어느 정도 할 수 있으나 때때로 부축이 필요함. 하루 중 반나절 이상은 병상에 있어야 함
4	신변의 간단한 일도 할 수 없는 상태로 항상 타인의 도움이 필요한 상태. 하루 종일 병상에 누워 있어야 함

나. PPS(Palliative Performance Status Scale)

%	Ambulation	Activity and Evidence of Disease	Self-care	Intake	Conscious Level
100	정상	· 정상적 활동 · 질병 증거가 없음	정상	정상	정상
90	정상	· 정상적 활동 · 약간의 질병 증거	정상	정상	정상
80	정상	· 노력에 의해 정상적인 활동 가능 · 약간의 질병 증거	정상	정상 / 감소됨	정상
70	감소됨 (부축 없이 혼자서 걸음)	· 정상적인 업무나 일을 할 수 없음 · 약간의 질병 증거	정상	정상 / 감소됨	정상
60	감소됨 (걷기 위해 한사람의 도움 필요하거나 휠체어로 걸어서 이동 가능)	· 취미나 집안일을 할 수 없음 · 중대한 질병	침상을 벗어나서 도움 필요	정상 / 감소됨	정상 / confusion (비지속적인 반응)
50	주로 앉아 있거나 누워 있음 (걷기 위해 두 사람의 도움, 휠체어로 이동 시 도움필요)	· 어떤 일도 할 수 없음 · 광범위한 질병	침상 내에서 많은 도움이 요구	정상 / 감소됨	정상 / confusion (비지속적인 반응)
40	주로 침상에 있음	· 어떤 일도 할 수 없음	거의 Self-care 불가능	정상 / 감소됨	정상/confusion/drowsy (대화 어려움)
30	완전히 침상에 있음	· 어떤 일도 할 수 없음	total care	감소됨	정상/confusion/drowsy (대화 불가능)
20	완전히 침상에 있음	· 어떤 일도 할 수 없음	total care	최소량의 홀짝임	정상/confusion/drowsy (대화 불가능)
10	완전히 침상에 있음	· 어떤 일도 할 수 없음	total care	단지 구강 간호	drowsy / coma (대화 불가능)
0	사망				

3. 주요문제 요약
- 환자: 신체적, 심리사회적, 영적 평가 내용 및 문제목록을 작성
- 가족: 가족의 심리사회적 요구 및 임종·사별 준비 정도 등 평가 내용을 목록화하여 작성

4. 호스피스팀의 돌봄 내용 및 계획
- 의사, 간호사, 사회복지사가 함께 회의 등을 통해 환자와 가족을 위한 돌봄 수행 및 계획한 내용을 기록

[별지 제24호 서식]

(앞면)

진료협력센터 운영현황[신규·변경] 통보서

1. 신규
2. 변경

요양기관명		요양기관 기호			
소재지		작성자 성명		전화번호	
적용월	년 월 적용	①적용수가	□ 회송료 Ⅰ □ 회송료 Ⅱ		
② 진료협력센터 전담인력수(③포함)			명		
③ 진료협력센터 의료인수			명		
④ 병상수			병상		
⑤ 100병상 당 전담인력수 (④/100)			명		

[진료협력센터 인력 현황]

연번	※ ⑥ 인력 구분	※ ⑦ 직종 구분	성명	주민등록 번호	면허 번호	취득 일자	입사 일자	퇴사 일자	진료협력센터		휴가			⑨대체인력				※ ⑩ 재직 일수
														휴가자		대체기간		
									최초 근무 일자	최종 근무 일자	※ ⑧ 구분	시작 일자	종료 일자	※ 성명	※ 주민등록 번호	※ 적용 일자 (from)	※ 적용 일자 (to)	

[병상수 현황]

구분	⑪병동별	년 월(15일 기준) 허가병상수
일반	001 병동	
	002 병동	
	003 병동	
	등	
	소계	
특수	정신과폐쇄병동	
	중환자실	
	격리병실	
	무균치료실	
	소계	
계		

위와 같이 진료협력센터 운영현황 통보서를 제출 합니다.

년 월 일

개설자(대표자) : (서명 또는 인)

작성자 성명 : (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

☞ 세부 작성요령은 뒷면 '진료협력센터 운영현황 통보서 세부 작성요령'을 참조하여 작성하시기 바라며, ※란은 반드시 해당번호를 기재하여야 합니다.

(뒷면)

「진료협력센터 운영현황(신규·변경) 통보서」 작성요령

【 적용기준 】

❍ 전전월 진료협력센터 전담인력수 및 병상수에 따른 해당 수가 적용

❍ 신규개설기관 또는 진료협력센터 최초 설치기관은 최초운영일로 산정함

【 제출시기 】

❍ 신규통보: 요양기관을 신규개설한 경우 또는 진료협력센터를 최초 설치하였을 경우 제출 (단, 최초 수가 청구 전까지 제출 가능)

❍ 변경통보: 진료협력센터 전담인력 및 병상수 현황에 대하여 신고한 내용이 변경된 경우에 제출

【 산정현황 】

① 적용수가: ②, ③, ④, ⑤에 따른 해당 수가를 기재

②, ③ 진료협력센터 전담인력 및 의료인수: 진료협력센터에 배치되어 진료의뢰·회송 업무를 담당하는 인력으로 전전월 진료협력센터 전담인력 재직일수 합을 해당 월 일수로 나누어 산정하되, 소수점 셋째자리에서 반올림하여 기재

④ 병상수: 병상수는 전전월 15일자 허가병상수로 산정하여 기재

⑤ 100병상 당 전담인력수: ④/100(소수점 이하 절사)

⑥ 인력구분(코드번호로 기재 또는 선택): 01.의사, 02.치과의사, 03.한의사, 05.간호사, 99. 기타 종사자(비의료인으로서 진료협력센터 근무자)

⑦ 직종구분(코드번호로 기재 또는 선택): 01.정규직(전일제 40시간이상), 02.계약직(전일제 40시간이상), 03.정규직(단시간 32시간이상~36시간미만), 04.계약직(단시간 32시간이상~36시간미만), 05.정규직(단시간 36시간이상~40시간미만), 06.계약직(단시간 36시간이상~40시간미만)

⑧ 휴가구분(코드번호로 기재 또는 선택): 01.출산, 02.육아, 03.연수, 04.파견, 05.병가, 06.기타

⑨ 휴가자의 대체 근무자 신고: 진료협력센터 인력 현황 신고와 동일하게 ⑥번부터 ⑧번까지 기재 및 입력 후, ⑨번에 대체하는 휴가자 성명·주민등록번호 입력 및 대체 기간 입력

⑩ 재직일수: 전전월 1일부터 전전월 마지막일까지 재직일수. 단, 휴가일수⑧은 제외

⑪ 병동별: 일반병동은 001 병동, 002 병동, 003 병동 등으로 기재 또는 입력

[별지 제25호 서식] (앞면)

환자평가표

'*' 표시가 있는 항목은 반드시 의무기록에 근거하여 기재

A. 일반사항

1. 환자성명 _____ 2. 주민등록번호 □□□□□□ – □□□□□□□

3. 입원일* □□□□ 년 □□ 월 □□ 일 4. 요양개시일 □□□□ 년 □□ 월 □□ 일

5. 평가구분

□ 1. 입원 평가 □ 2. 계속 입원 중인 환자 평가 □ 3. 이전 환자평가표를 적용하는 경우

6. 작성일 □□□□ 년 □□ 월 □□ 일

7. 입원 직전 있던 곳(5. 평가구분 중 입원 평가인 경우만 체크)

□ 1. 집에 거주(재가장기요양서비스/가정간호/방문간호를 받으면서)

□ 2. 집에 거주(재가장기요양서비스/가정간호/방문간호를 받지 않으면서)

□ 3. 요양시설/그룹홈 □ 4. 급성기병원 □ 5. 요양병원

□ 6. 정신병원/정신시설 □ 7. 기타

8. 교육수준(5. 평가구분 중 입원 평가인 경우만 체크)

□ 1. 무학 □ 2. 초졸(퇴) □ 3. 중졸(퇴) □ 4. 고졸(퇴) □ 5. 대졸(퇴) 이상 □ 6. 확인 불가

9. 혈압* □□□ / □□□ mmHg

10. 건강생활습관(5. 평가구분 중 입원 평가인 경우만 체크)

a. 담배를 피우십니까? □ 0. 아니오 □ 1. 예

b. 술을 자주 마십니까? □ 0. 아니오 □ 1. 예

c. 주 4일 이상, 한번에 30분 이상 운동을 합니까? □ 0. 아니오 □ 1. 예

d. 하루 세끼 식사를 꼬박꼬박 챙겨 먹습니까? □ 0. 아니오 □ 1. 예

11. 장기요양등급 및 신청(5. 평가구분 중 입원 평가인 경우만 체크)

□ 1. 해당사항 없음 □ 2. 미신청 □ 3. 신청 중

□ 4. 신청하였으나 인정 못 받음 □ 5. 등급 내 자 □ 6. 등급 외 자

12. 장기요양등급 및 이용 서비스(5. 평가구분 중 입원 평가인 경우, 11. 등급 내 자인 경우만 체크)

a. 등급

□ 1. 1등급 □ 2. 2등급 □ 3. 3등급 □ 4. 4~5등급 □ 5. 인지지원등급 □ 6. 확인 불가

b. 이용 중인 또는 이용하였던 서비스(해당 항목에 모두 체크)

□ 1. 주·야간보호 □ 2. 방문요양 □ 3. 방문간호 □ 4. 방문목욕

□ 5. 단기보호 □ 6. 복지용구 구입 및 대여 □ 7. 시설입소 □ 8. 기타

13. 장기요양서비스를 받고 싶은 의향이 있습니까?(5. 평가구분 중 입원 평가인 경우, 11. 장기요양등급 미신청 또는 신청하였으나 인정 못 받은 경우 체크)

□ 0. 아니요 □ 1. 예

14. 사회환경 선별조사(5. 평가구분 중 입원 평가인 경우, 지난 1년 동안의 상황을 종합하여 체크)

a. 응답 거부 □

b. 식사준비, 간병 등의 도움을 줄 수 있는 사람이 없음 □ 0. 아니오 □ 1. 예

c. 전기·수도 등 공과금 미납으로 서비스 중단 고지를 받은 적 있음 □ 0. 아니오 □ 1. 예

d. 안정적으로 거주할 집이 없어 노숙 등을 한 적 있음 □ 0. 아니오 □ 1. 예

e. 병원비, 월세 등 주거비, 난방비 등 비용 지불이 어려운적이 있음 □ 0. 아니오 □ 1. 예

f. 교통수단 부족으로 진료, 복지관 등 외출이 어려웠던 적이 있음 □ 0. 아니오 □ 1. 예

g. 먹을 것이 없거나 학대를 받는 등 긴급하게 도움이 필요한 적이 있음 □ 0. 아니오 □ 1. 예

B. 의식상태

1. 혼수*
   □ 0. 아니오 □ 1. 예(☞ '예'라고 체크한 경우 'D. 신체기능'으로 넘어감)
2. 섬망*
   □ 0. 섬망의 증상이 전혀 나타나지 않음
   □ 1. 섬망의 증상이 있으나, 지난 7일 이전에 발생함
   □ 2. 섬망의 증상이 있으나, 지난 7일 이내에 발생하였거나 악화되고 있음

C. 인지기능

1. 단기기억력 □ 0. 정상 □ 1. 이상 있음 □ 2. 확인 불가

2. 일상 생활사에 관한 의사결정을 할 수 있는 인식기술
   □ 0. 스스로 일관성 있고 합리적인 의사결정을 함
   □ 1. 새로운 상황에서만 의사결정의 어려움이 있음
   □ 2. 인식기술이 다소 손상됨 □ 3. 인식기술이 심하게 손상됨
3. 이해시키는 능력
   □ 0. 이해시킴 □ 1. 대부분 이해시킴 □ 2. 가끔 이해시킴 □ 3. 거의/전혀 이해시키지 못함

4. 말로 의사표현을 할 수 있음 □ 0. 아니오 □ 1. 예

5. 행동심리증상의 빈도*(해당 칸에 '√' 표시)

항 목	없음	가끔	자주	매우자주
a. 망상				
b. 환각				
c. 초조/공격성				
d. 우울/낙담				
e. 불안				
f. 들뜬 기분/다행감				
g. 무감동/무관심				
h. 탈억제				
i. 과민/불안정				
j. 이상 운동증상 또는 반복적 행동				
k. 수면/야간행동				
l. 식욕/식습관의 변화				
m. 케어에 대한 저항				
n. 배회				

6. K-MMSE(또는 MMSE-K) 검사*
   a. 평가표 작성일로부터 지난 6개월 이내 K-MMSE(또는 MMSE-K) 검사 실시 여부
      □ 0. 아니오 □ 1. 예
   b. 검사를 실시한 경우 기재

      b-1. 점수(점) □□ b-2. 검사일 □□□□ 년 □□ 월 □□ 일

7. 치매 척도 검사*

   a. CDR(Clinical Dementia Rating) 검사 실시 여부 □ 0. 아니오 □ 1. 예

   b. CDR(Clinical Dementia Rating) 검사를 실시한 경우 기재

      b-1. 점수(점) □.□ b-2. 검사일 □□□□ 년 □□ 월 □□ 일

   c. GDS(Global Deterioration Scale) 검사 실시 여부 □ 0. 아니오 □ 1. 예

   d. GDS(Global Deterioration Scale) 검사를 실시한 경우 기재

      d-1. 점수(점) □ d-2. 검사일 □□□□ 년 □□ 월 □□ 일

D. 신체기능

■ 일상생활수행능력(Activities of Daily Living, ADL)(해당 칸에 '√' 표시)

항 목	기능자립정도					
	완전자립	감독필요	약간의 도움	상당한 도움	전적인 도움	행위 발생안함
1. 옷벗고 입기						
2. 세수하기						
3. 양치질하기						
4. 목욕하기						
5. 식사하기						
6. 체위변경하기						
7. 일어나 앉기						
8. 옮겨앉기						
9. 방밖으로 나오기						
10. 화장실 사용하기						

※ ADL 평가기준별 점수: 완전자립 1점, 감독필요 2점, 약간의 도움 3점, 상당한 도움 4점, 전적인 도움과 행위발생 안함은 5점임.

11. 와상상태 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

E. 배설기능

1. 대변조절 상태*

☐ 0. 조절할 수 있음 ☐ 1. 가끔 실금함 ☐ 2. 자주 실금함 ☐ 3. 조절 못함

2. 소변조절 상태*

☐ 0. 조절할 수 있음 ☐ 1. 가끔 실금함 ☐ 2. 자주 실금함 ☐ 3. 조절 못함

3. 환자에게 실시하는 배변조절 기구 및 프로그램*(해당 항목에 모두 체크)

☐ a. 일정하게 짜여진 배뇨계획 ☐ b. 방광 훈련 프로그램 ☐ c. 규칙적 도뇨

☐ d. 외부(콘돔형) 카테터 ☐ e. 패드, 팬티형 기저귀 ☐ f. 인공루

☐ g. 유치도뇨관 삽입 ☞ 유치도뇨관 삽입(교체)일자 ☐☐☐☐ 년 ☐☐ 월 ☐☐ 일

☐ h. 해당사항 없음

4. 배뇨일지*

a. 배뇨일지 작성 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

b. 배뇨일지 작성일수 ☐☐ 일 (배뇨일지 작성 여부가 '1.예'인 경우)

F. 질병진단

1. 질병*(해당 항목에 모두 체크)

☐ a. 당뇨(☞ 당뇨에 체크한 경우 (1), (2) 기재)

(1) a. 1일 3회 이상 혈당검사 매일 실시 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

b. 실시한 경우 가장 최근 혈당치

b-1. 공복시 혈당 ☐☐☐ mg/dl b-2. 식후2시간 혈당 ☐☐☐ mg/dl

(2) a. 최근 3개월 이내에 헤모글로빈A1c(HbA1c) 검사 실시 여부

☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

b. 실시한 경우 기재

b-1. HbA1c ☐☐.☐ % b-2. 검사일 ☐☐☐☐ 년 ☐☐ 월 ☐☐ 일

☐ b. 고혈압 ☐ c. 요로감염 ☐ d. 말초혈관질환 ☐ e. 하지마비

☐ f. 사지마비 ☐ g. 편마비 ☐ h. 뇌성마비 ☐ i. 뇌혈관질환

☐ j. 파킨슨병(G20) ☐ k. 척수손상

☐ l. 중증근무력증 및 기타 근신경장애(G70) ☐ m. 근육의 원발성 장애(G71)

☐ n. 다발경화증(G35) ☐ o. 헌팅톤병(G10) ☐ p. 유전성 운동실조(G11)

☐ q. 척수성 근위축 및 관련 증후군(G12)

☐ r. 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축(G13)

☐ s. 진행성 핵상 안근마비[스틸-리차드슨-올스제위스키](G23.1)
☐ t. 중추신경계통의 비정형바이러스 감염(A81)
☐ u. 아급성 괴사성 뇌병증[리이](G31.81)
☐ v. 후천성면역결핍증(B20~B24, Z21) ☐ w. 치매 ☐ x. 고지혈증
☐ y. 심부전 ☐ z. 만성폐색성폐질환 ☐ aa. 천식 ☐ ab. 해당사항 없음

2. 영양관련 장애*(해당 항목에 모두 체크)
☐ a. 콰시오르코르(E40) ☐ b. 영양성 소모증(E41) ☐ c. 소모성 콰시오르코르(E42)
☐ d. 상세불명의 중증 단백질-에너지 영양실조(E43)
☐ e. 중등도 및 경도의 단백질-에너지 영양실조(E44)
☐ f. 단백질-에너지 영양실조로 인한 발육지연(E45)
☐ g. 상세불명의 단백질-에너지 영양실조(E46)
☐ h. 해당사항 없음

G. 건강상태

1. 문제 상황*(해당 항목에 모두 체크)
☐ a. 열(☞ 열에 체크한 경우 (1), (2), **(3)** 기재)

(1) 체온 ☐☐.☐ ℃

(2) 발열 원인을 찾는 검사와 처치 시행 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

(3) 발열 일수 ☐☐ 일

☐ b. 탈수 ☐ c. 구토 ☐ d. 수술 3개월 이내 루 관리
☐ e. 출혈 · 감염 등의 문제로 인한 루 관리 ☐ f. 해당사항 없음

2. 통증*
a. 통증 발생 빈도
☐ 0. 통증 없음 ☐ 1. 통증 있으나 매일은 아님 ☐ 2. 매일 통증이 있음
b. 통증 강도(☞ 통증이 있는 경우 (1), (2), (3) 중 하나를 기재)

(1) 시각 통증 등급(Visual Analogue Scale, VAS) ☐☐ 점

(2) 숫자 통증 등급(Numeric Rating Scale, NRS) ☐☐ 점

(3) 얼굴 통증 등급(Faces Pain Scale, FPS) ☐ 단계

c. 통증 치료 여부

(1) 통증관련 치료 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

(2) 암성통증 치료 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

3. 낙상 여부*
a. 지난 30일 이내에 낙상 있었습니까?
☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예 ☐ 2. 확인 불가
b. 지난 31일에서 180일 사이에 낙상 있었습니까?
☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예 ☐ 2. 확인 불가
4. 말기질환* ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

H. 구강 및 영양상태

1. 물이나 음식을 삼키기가 어렵습니까? ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
2-1. 체중*
a. 환자평가표 작성기간에 체중 측정 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
b. 측정한 경우 기재 b-1. ☐☐☐.☐ Kg b-2. 측정일 ☐☐☐☐ 년 ☐☐ 월 ☐☐ 일

2-2. 체중감소가 있습니까?* ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예 ☐ 2. 확인 불가
2-3. 키(신장)*
a. 키 측정 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
b. 측정한 경우 기재 b-1. ☐☐☐.☐ cm b-2. 측정일 ☐☐☐☐ 년 ☐☐ 월 ☐☐ 일

3. 영양섭취 방법*

a. 정맥영양을 하고 있습니까? ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

b. 경관영양

(1) 경관영양을 하고 있습니까? **☐ 0. 아니오** **☐ 1. 예**

(2) 경관영양 일수 ☐☐ **일 (경관영양이 '1.예'인 경우)**

4. 정맥 또는 경관을 통한 섭취*('3. 영양섭취 방법' 중 하나라도 '1. 예'인 경우만 체크)

a. 지난 6일 동안 정맥 또는 경관으로 섭취한 칼로리의 비율 (1일 평균)

☐ 0. 없음 ☐ 1. 1-25% ☐ 2. 26-50% ☐ 3. 51-75% ☐ 4. 76-100%

b. 지난 6일 동안 정맥 또는 경관으로 섭취한 수분량 (1일 평균)

☐ 0. 없음 ☐ 1. 1-500㎖ ☐ 2. 501-1000㎖ ☐ 3. 1001-1500㎖ ☐ 4. 1501-2000㎖ ☐ 5. 2001㎖ 이상

I. 피부상태

1. 피부궤양(욕창 또는 울혈성 궤양 등)수 기재*(없는 경우 '0'으로 기재)

항 목	1단계	2단계	3단계	4단계
욕창(압박성궤양)				
울혈성 또는 허혈성궤양 등				

2. 새로 발생한 욕창*(압박성 궤양)

a. 이전 평가 이후 새로운 욕창(압박성 궤양) 발생 여부 ☐ 0. 없음 ☐ 1. 있음

b. 발생한 경우 기재 발생일 ☐☐☐☐ 년 ☐☐ 월 ☐☐ 일

3. 지난 1년 사이의 욕창(압박성 궤양) 과거력*(현재의 욕창은 제외)

☐ 0. 없음 ☐ 1. 있음 ☐ 2. 확인 불가

4. 피부의 기타 문제*(해당 항목에 모두 체크)

☐ a. 2도 이상의 화상 ☐ b. 개방성 피부병변 ☐ c. 수술 창상 ☐ d. 발의 감염 ☐ e. 해당사항 없음

5. 피부문제에 대한 처치*(해당 항목에 모두 체크)

☐ a. 압력을 줄여주는 도구 사용 ☐ b. 체위변경 ☐ c. 피부문제를 해결하기 위한 영양공급

☐ d. 피부궤양(욕창 및 울혈성궤양 등) 드레싱

☞ 드레싱 부위 ☐ 1. 발 ☐ 2. 발 이외

☐ e. 피부궤양(욕창 및 울혈성궤양 등) 이외의 드레싱

☞ 드레싱 부위 ☐ 1. 발 ☐ 2. 발 이외

☐ f. 수술창상 치료 **☐ g. 화상관련 처치** **☐ h.** 해당사항 없음

J. 투약

1. 인슐린 주사제 투여 일수*

☐ 0. 투여되지 않았거나, 투여되었지만 매일은 아님 ☐ 1. 매일 1회 투여됨 ☐ 2. 매일 2회 이상 투여됨

2. 망상, 환각, 초조·공격성, 탈억제, 케어에 대한 저항, 배회에 대한 약물 치료 여부*

☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

3. 치매관련 약제 투여 여부*

☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

4. 지난 7일 동안 매일 복용한 의약품 수(제품명 기준)

☐ 0. 없음 ☐ 1. 5개 미만 ☐ 2. 5개 ~ 9개 ☐ 3. 10개 ~ 14개 ☐ 4. 15개 이상

K. 특수처치 및 전문재활치료

1. 특수처치*(해당 항목에 모두 체크)

☐ a. 정맥주사에 의한 투약(☞ 정맥주사에 의한 투약에 체크한 경우 (1) 기재)

(1) 정맥주사 투여일수 ☐☐ **일**

☐ b. 배뇨관련 루 관리 ☐ c. 배변관련 루 관리 ☐ d. 영양관련 루 관리

☐ e. 산소요법(☞ 산소요법에 체크한 경우 (1), (2) 기재)

(1) (산소투여 전) 산소포화도(SaO_2 또는 SpO_2) ☐☐☐.☐ %

(2) 산소투여일수 ☐☐ 일

☐ f. 하기도 증기흡입치료 ☐ g. 흡인 ☐ h. 기관절개관 관리

☐ i. 인공호흡기 ☞ ☐ 1. 개인용 ☐ 2. 병원용

☐ j. 중심정맥영양 ☐ k. 해당사항 없음

2. 지난 7일 동안 전문재활치료를 실시한 날 수*(실시한 날이 없는 경우 '0'을 기재)

☐ 일

작성	의사	(서명)
	간호사	(서명)

(뒷면)

환자평가표 작성 및 적용 원칙

[환자평가표 작성 원칙]

1. 요양병원은 환자군별 상대가치점수 결정을 위하여 매월 환자평가표를 작성하여야 한다.
2. 환자평가표는 당해 환자를 담당하는 의사 및 간호사가 의무기록을 근거로 작성하여야 하며, 의무기록에 비치한다.
3. 환자평가표는 매월 1~10일에 작성함을 원칙으로 하며, 입원시 평가인 경우는 입원 제1일~10일 사이에, 월중 특정기간에서 정액수가기간으로 변경할 경우는 정액수가 적용 개시일로부터 제1일~10일 사이에 평가하여 작성한다.
4. 환자평가표는 작성일을 기준으로 관찰기간 7일이 확보되었다면 반드시 작성하되, 지난 7일간의 환자상태를 종합적으로 평가하여 작성한다. 특정기간 발생 등 불가피한 경우에 한해 평가기간을 단축할 수 있다.
5. 환자 평가기간은 정액수가 적용 기간이어야 한다.
6. 월말 입원 등으로 인하여 익월에 환자평가표가 작성된 경우에는 익월의 환자평가를 생략한다.
7. 전월 환자평가표 작성일로부터 전월 마지막 날까지의 잔여일수가 7일 이하인 경우에는 당월의 환자평가를 생략할 수 있다.

[환자평가표의 적용 원칙]

1. 환자평가표는 정액수가를 적용하는 경우 제출한다.
2. 정액수가는 해당 월에 최초 작성된 환자평가표에 의해 결정하며, 동 수가는 그 달의 전체 정액수가 기간에 적용한다.
3. 환자 평가기간이 특정기간인 경우 동 환자평가표는 정액수가 결정에 사용할 수 없다.
4. 월말 입원 등으로 인하여 익월에 환자평가표가 작성된 경우 동 환자평가표는 당월 및 익월의 환자군 결정에 적용한다.
5. 전월 환자평가표 작성일로부터 전월 마지막 날까지의 잔여일수가 7일 이하로 당월의 환자평가를 생략한 경우 전월의 환자평가표를 당월의 환자군 결정에 적용한다.
6. 당월에 적용할 환자평가표가 없는 경우는 최근 3개월 이내의 환자평가표 중 가장 최근 환자평가표를 적용한다.
7. 위 1호 내지 6호에도 불구하고 적용 가능한 환자평가표가 없는 경우에는 ‘선택입원군(요-7-가)’의 수가를 적용한다.

[별지 제26호 서식]

보안인력 현황신고서 (신규 · 변경)

(앞쪽)

요양기관명		요양기관기호		1. 신규 2. 변경	※
허가병상수		담당자 성명		전화번호	
응급의료기관 지정여부	해당 미해당	(자동연동) 1. 권역응급의료센터 2. 지역응급의료센터 3. 지역응급의료기관			

[보안인력 현황]

연번	성명	주민등록번호	※자격 형태	※근무 형태	병동 코드	병동 구분	병동 최초 근무일자	병동 최종 근무일자	최초 근무일자	최종 근무일자	응급실 전담구분

보안인력 현황(신규 · 변경) 신고서를 제출합니다.
[증빙자료 목록]

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)

작성자 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

주) 유의사항은 뒤쪽을 참조하여 작성하시기 바라며, ※란은 반드시 해당 번호를 기재하여야 합니다.

(뒤쪽)

유의사항

【보안인력 현황】

① 연번: 숫자로 작성

② 성명: 한글로 띄어쓰기 없이 기재(예: 홍길동)

③ 주민등록번호: 생년월일 및 뒷자리수 7자리수를 기재 또는 입력(000000-0000000)

④ 자격형태(코드번호로 기재 또는 선택)

- 01「경비업법」제2조제3호에 따른 경비원
- 02「청원경찰법」제2조에 따른 청원경찰
- 03 의료기관 직접 고용된 인력(「공공부문 비정규직 근로자 정규직 전환 추진계획」에 따라 경비업법상 정규직으로 전환된 인력포함)

※ 정규직 전환된 보안인력은 공공부문 비정규직 고용개선 시스템(http;//public.moel.go.kr - 특별실태조사 결과공개 항목)에서 대상 기관 확인

⑤ 근무형태(코드번호로 기재 또는 선택): 01 상근 02 비상근

⑥ 병동코드, 병동구분: 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」별표에 따른 응급실 보안인력(이하 응급실 보안인력)인 경우 병동코드와 응급실을 기재

⑦ 병동 최초근무일자, 병동 최종근무일자: 응급실 보안인력으로 근무한 최초근무일자 및 최종근무일자 기준으로 하며 8자리(YYYYMMDD)로 작성

⑧ 최초근무일자, 최종근무일자: 해당 요양기관에서 보안인력으로 근무한 최초근무일자 및 최종근무일자 기준으로 하며 8자리(YYYYMMDD)로 작성

⑨ 응급실 전담구분: 응급실 보안인력이 전담일 경우 01.전담, 겸임일 경우 02.겸임 기재

【증빙자료】

○ 01 경비원: 경비원 배치신고서(경비업법 시행규칙[별지 제15호서식])
02 청원경찰: 청원경찰 배치통보서(청원경찰법 시행규칙[별지 제4호서식])
03 의료기관 직접 고용된 인력: 근로계약서 또는 재직증명서를 첨부

【제출 시기】

○ 신규: 입원환자 안전관리료, 응급의료관리료 최초 청구 시 제출

○ 기존: ′21.1.31.까지 제출

○ 변경: 현황에 대한 변경 발생 시 제출

[별지 제27호 서식]

(앞 쪽)

입원환자 전담전문의 관리료 산정현황 [신규·분기] 통보서	1.신규 2.분기	※

요양기호		요양기관명칭			
소재지		작성자 성명		전화번호	
적용분기	년 분기 적용				

【 입원환자 전담전문의 관리료 산정 현황 】

(A) 1형(주 5일형-주간) (3개월 평균)		(B) 2형(주 7일형-주간) (3개월 평균)		(C) 3형(주 7일형-24시간) (3개월 평균)	
① 적용 환자수		① 적용 환자수		① 적용 환자수	
② 적용 전담전문의 수		② 적용 전담전문의 수		② 적용 전담전문의 수	
③ 환자수 대비 전담전문의 수의 비 ①/②		③ 환자수 대비 전담전문의 수의 비 ①/②		③ 환자수 대비 전담전문의 수의 비 ①/②	
④ 입원환자 전담전문의 관리료 산정여부	Y/N	④ 입원환자 전담전문의 관리료 산정여부	Y/N	④ 입원환자 전담전문의 관리료 산정여부	Y/N

【 환자 수 현황 】

구분	Unit코드 (Unit명)		계	년 월 (전월15일~당월14일)						년 월 (전월15일~당월14일)						년 월 (전월15일~당월14일)					
				건강보험	의료급여	자보	보훈	산재	기타	건강보험	의료급여	자보	보훈	산재	기타	건강보험	의료급여	자보	보훈	산재	기타
(A) 1형	001	( )																			
	002	( )																			
	소계																				
(B) 2형	001	( )																			
	002	( )																			
	소계																				
(C) 3형	001	( )																			
	002	( )																			
	소계																				

① 적용 환자수 : (A) 1형 ____명, (B) 2형 ____명, (C) 3형 ____명

【 입원전담전문의 현황 】

구분	Unit코드 (Unit명)	인적사항						⑤근무현황									
		성명	주민등록번호	⑥ 면허종별	면허번호	⑦ 자격종별	자격번호	입사일자	퇴사일자	최초근무일자	최종근무일자	⑧ 의사구분	⑨ 근무형태	휴가 ⑩ 구분	휴가 시작일자	휴가 종료일자	⑪ 재직일수
(A) 1형	001 ( )																
	002 ( )																
(B) 2형	001 ( )																
	002 ( )																
(C) 3형	001 ( )																
	002 ( )																

② 적용 전담전문의수 : (A) 1형 ____명, (B) 2형 ____명, (C) 3형 ____명

입원환자 전담전문의 관리료 산정현황 통보서를 제출합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)
작성자 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

(뒤 쪽)

입원환자 전담전문의 관리료 산정현황 [신규·분기] 통보서 작성요령

【제출시기】

❍ 신규통보 : 입원환자 전담전문의 관리료 최초 청구시 제출

❍ 분기통보 : 다음 분기 적용할 등급을 산정하여 3,6,9,12월의 각월 16일부터 20일까지 제출

【적용기준】

❍ 직전 분기 평균 환자수 대비 직전 분기 평균 입원전담전문의수에 따른 등급을 산정하여 다음 분기에 적용함.

적용분기	등 급 산 정 분 기		적용분기	등 급 산 정 분 기	
1분기 (1월 ~ 3월)	환자수 전담전문의수	전년도 9월15일~전년도 12월14일	2분기 (4월 ~ 6월)	환자수 전담전문의수	전년도 12월15일~3월14일
3분기 (7월 ~ 9월)	환자수 전담전문의수	3월15일~6월14일	4분기 (10월 ~ 12월)	환자수 전담전문의수	6월15일~9월14일

❍ 입원환자 전담전문의 관리료를 최초 요양급여비용으로 청구하는 기관

※ 최초운영기관의 현황은 최초운영일의 전담전문의수를 기준으로 산정

- 전담전문의 수는 각 입원전담전문의 병동마다 운영형태 별 전담전문의(1형: 1명, 2형: 2명, 3형: 4명)를 배치하여야 함

최초청구분기	최초청구분기의 차기분기	
최초운영일의 현황으로 산정	환자수 전담전문의수	최초운영일부터 해당 산정분기 마지막월 14일까지의 기준으로 산정
	단, 최초운영일이 해당 분기의 둘째 달 16일 이후에 최초 운영한 경우, 차기 분기의 입원환자 전담전문의 관리료를 최초운영일의 전담전문의수를 기준으로 적용	

【산정 현황】

❍ 입원환자 전담전문의 관리료는 운영형태(1형(주 5일형-주간), 2형(주 7일형-주간), 3형(주 7일형-24시간))에 따라 각각 산정함

① 적용 환자수: 대상기간 입원전담병동에 입원하여 입원전담전문의의 진료를 받은 모든 환자수/대상기간 일수의 합(소수점 셋째자리에서 반올림)

※ 대상기간: 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지

② 적용 전담전문의수: 대상기간 전담전문의별 재직일수의 합/대상기간 일수의 합(소수점 셋째자리에서 반올림)

※ 대상기간: 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지

③ 환자수 대 전담전문의수의 비: 적용 환자수(①)/적용 전담전문의수(②)(소수점 셋째자리 이하 절사)

④ 입원환자 전담전문의 관리료 산정여부: 운영형태 별 환자수 대비 전담전문의 수의 비율 초과여부

※ 운영형태별 비율(1형- 25:1, 2형- 17:1, 3형- 10:1) 초과하는 경우 적용분기 산정 불가

【환자수 현황】

❍ 환자 수는 입원전담전문의 병동에 입원하여 입원환자 전담전문의 진료를 받은 모든 환자 수(대상기간 환자별 재원일수의 합)를 병동 별로 기재하며, 입원초일인 환자는 입원 환자 수에 산입하고 퇴원 환자는 입원 환자 수에서 제외함.

※ 보훈환자 중 건강보험 또는 의료급여 수급권자는 건강보험 또는 의료급여 란에 기재

【입원전담전문의 현황】

❍ 전담전문의 기준

- 전담전문의는 당해 요양기관에 소속된 전문의로서 입원전담전문의 병동에서 전담으로 근무하는 의사를 의미하며, 전담전문의를 운영형태에 따라 배치하고 입원전담전문의 병동과 인접한 곳에 상주하도록 하여야 함.

⑤ 근무현황: 전담전문의 시작일자 및 전담전문의 종료일자는 해당 입원전담전문의 병동에 근무시작 또는 근무종료한 일자임.

※ 근무현황의 '년월일'은 전산점검사항이므로 반드시 예시 형식으로 기재하여야함. (예시: 20210101)

⑥ 면허종별 (코드번호로 기재 또는 선택): 01.의사

⑦ 자격종별 (코드번호로 기재 또는 선택): 01.내과, 02.신경과, 03.정신건강의학과, 04.외과, 05.정형외과, 06.신경외과, 07.심장혈관흉부외과, 08.성형외과, 09.마취통증의학과, 10.산부인과, 11.소아청소년과, 12.안과, 13.이비인후과, 14.피부과, 15.비뇨의학과, 16.영상의학과, 17.방사선종양학과, 18.병리과, 19.진단검사의학과, 20.결핵과, 21.재활의학과, 22.핵의학과, 23.가정의학과, 24.응급의학과, 25.작업환경의학과, 26.예방의학과

⑧ 의사구분: 01.전담전문의, 02.대체전문의

⑨ 근무형태: 01.상근, 02.비상근, (단, 비상근의 경우 대체전문의만 가능)

⑩ 휴가구분: 휴가종류에 따라 해당 번호를 기재함 (1: 출산, 2: 육아, 3: 연수, 4: 병가, 5: 휴직, 6. 기타)

⑪ 재직일수: 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직한 일수를 기재, 단, ⑩휴가일수는 제외

[별지 제28호 서식]

입원전담전문의 병동별 병상 운영현황 통보서

요양기관명		요양기관기호	
소 재 지		작성자 성명	
적용 분기	년 분기	전화번호	

병동구분	병동코드	① 병동구분	② Unit코드	③ Unit명	④ 운영병상수	⑤ 적용일자(from)	⑥ 적용일자(to)
입원전담	100	1형 (주 5일형-주간)	001				
			002				
	200	2형 (주 7일형-주간)	001				
			002				
	300	3형 (주 7일형-24시간)	001				
			002				

※ 작성요령

① 병동구분 : 운영형태에 따라 1형(주 5일형-주간), 2형(주 7일형-주간), 3형(주 7일형-24시간) 중 기재 또는 입력

② Unit코드 : 운영형태에 따라 병동별 001, 002, 003, 004 순으로 기재 또는 입력

③ Unit명 : 병동 실제명칭 각각 기재 또는 입력(예: 11병동, 건강병동 등)

④ 운영병상수 : 병원에서 실제 운영중인 병동별 운영병상수를 각각 기재 또는 입력(해당 병동의 총 병상수로 이때 별도의 병동으로 구분 운영하지 않는 격리실, 무균치료실, 납차폐특수치료실 등은 입원전담전문의 병동 병상으로 포함)

⑤ 적용일자(from) : 입원전담전문의 병동의 시작일자 또는 변경일자, 8자리 숫자로 입력(예: 20210101)

⑥ 적용일자(to) : 입원전담전문의 병동의 종료일자 또는 변경일 전일, 8자리 숫자로 입력(예: 99991231)

입원환자 전담전문의 관리료 관련 입원전담전문의 병동별 병상 운영현황 통보서를 제출합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)

작성자 성 명 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

[별지 제29호 서식]

인공임신중절 교육·상담 요청 확인서

환자 성명		생년월일	
교육의사 성명			
교육 제공시기 (해당항목□에 √ 표기)	□ 수술 전 □ 수술 후* * 수술 전 교육·상담을 받은 환자에게, 수술 후 30일 이내 재교육 실시		

본인의 인공임신중절 교육·상담 요청에 따라 관련된 의료행위, 피임의 시기 및 방법, 계획임신 시기 등에 대한 아래와 같은 의학적 정보를 담당의사에게 받는 것을 확인합니다.

- 아 래 -

1 인공임신중절 수술의 방법 및 내용(수술 후 재교육시 미해당)

2 인공임신중절에 따라 발생 가능한 정신적·신체적 합병증

3 인공임신중절 수술 전·후 주의사항 등에 관한 사항

4 인공임신중절 후 피임의 시기·방법 및 계획임신 시기 등에 관한 사항

년 월 일

환자 (서명 또는 인)

환자와의 관계 대리인 (서명 또는 인)

유의 사항

1) 심신장애 등으로 의사표시를 할 수 없을 때에는 법정대리인이 본인을 대리하여 서명 할 수 있습니다.

2) 심신장애 등으로 의사표시 할 수 없거나, 본인의 요청, 의사가 판단하는 경우에 보호자와 함께 교육을 받을 수 있습니다.

[별지 제30호 서식]

(앞 쪽)

자문형 호스피스전문기관 인력 현황 [신규변경] 통보서	1.신규 2.변경	※

요양기관명		요양기관기호			
소 재 지		담당자 성명		전화번호	
자문형 호스피스 시작일					

【 간호사 현황 】

구분	연번	※① 근무 형태	※② 직책 구분	성명	주민 등록 번호	면허 (자격) 번호	취득 일자	입사 일자	최종 근무 일자	병동			휴가			⑤출산대체			
																출산휴가자		대체기간	
										※③ 병동 구분 코드	최초 근무 일자 (from)	최종 근무 일자 (to)	※④ 구분	시작 일자	종료 일자	성명 ※	주민 번호 ※	적용 일자 (from) ※	적용 일자 (to) ※
⑥호스피스 전문간호사																			
⑦종양 전문간호사																			
⑧호스피스 경력간호사																			

【사회복지사 현황】

연번	※⑨ 근무 형태	성명	주민 등록 번호	자격 번호	취득 일자	입사 일자	최종 근무 일자	병동			휴가			⑤출산대체			
														출산휴가자		대체기간	
								※⑩ 자격 증	최초 근무 일자 (from)	최종 근무 일자 (to)	※④ 구분	시작 일자	종료 일자	성명 ※	주민 번호 ※	적용 일자 (from) ※	적용 일자 (to) ※

【의사 현황】

연번	⑪ 성명	주민 등록 번호	※⑫ 면허 종별	면허 번호	면허 취득 일자	※⑬ 자격 종별	자격 번호	자격 취득 일자	입사 일자	퇴사 일자	병동		휴가			⑤출산대체			
																출산휴가자		대체기간	
											최초 근무 일자 (from)	최종 근무 일자 (to)	※④ 구분	시작 일자	종료 일자	성명 ※	주민 번호 ※	적용 일자 (from) ※	적용 일자 (to) ※

자문형 호스피스전문기관 인력 현황 통보서를 제출합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)
작성자 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

주) 세부 작성요령은 뒤쪽을 참조하여 작성하시기 바라며, '※'란은 반드시 해당 번호를 기재하여야 합니다.

(뒤 쪽)

자문형 호스피스전문기관 인력 현황 통보서 작성요령

【제출시기】

❍ 신규통보: 자문형 호스피스전문기관이 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제4편 제4부 자문형 호스피스 요양급여비용을 최초 청구 시 제출

※ 간호사(호스피스전문간호사 제외), 사회복지사, 의사 인력의 호스피스 60시간 교육 이수증을 첨부하여야 함

※ 간호사, 사회복지사, 의사 인력의 호스피스 16시간 교육 이수증을 첨부하여야 함

❍ 변경통보: 인력현황 변경사항 발생 시 제출

※ 인력현황 변경관련 변경통보 시, 신규인력의 호스피스 60시간 교육 이수증, 16시간 교육 이수증을 첨부하여야 함

【공통사항】

④ 휴가구분 (코드번호 기재 또는 선택): 01.출산, 02.육아, 03.연수, 04.파견, 05.병가, 06.기타

⑤ 출산휴가자의 대체 간호사(사회복지사, 의사) 신고: 간호사(사회복지사, 의사) 신고와 동일하게 연번①번(연번⑨번, 연번⑪번)부터 ④번까지 기재 및 입력 후 ⑤번에 출산 휴가자 성명·주민번호 입력 및 출산대체 기간 입력

【간호사 현황】

① 근무형태 (코드번호 기재 또는 선택): 01.전일제(40시간)

② 직책구분 (코드번호 기재 또는 선택): 01.부원장, 02.이사, 03.부장, 04.과장(팀장, 감독), 05.수간호사, 06.책임간호사, 07.부책임간호사, 08.간호사

③ 병동구분코드: 220 자문형 호스피스(자문형 호스피스팀 구분을 위한 병동코드 기재)

⑥ 호스피스전문간호사: 의료법 제78조 및 전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙에 따라 호스피스전문간호사 자격시험에 합격한 자

⑦ 종양전문간호사: 의료법 제78조 및 전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙에 따라 종양전문간호사 자격시험에 합격한 자

⑧ 호스피스 경력간호사: 호스피스전문기관에서 호스피스 업무경력 2년 이상인 간호사, 호스피스 경력증명서를 제출하여야 함

【사회복지사 현황】

⑨ 근무형태 (코드번호 기재 또는 선택): 01.정규직, 02.계약직, 03.대체인력

⑩ 자격증 (코드번호 기재 또는 선택): 01.1급, 02.2급

※ 사회복지사는 당해 호스피스전문기관의 1급 사회복지사를 기재

【의사 현황】

※ 의사는 근무형태 관계없이 호스피스 기본교육, 추가교육(16시간)을 이수하고 자문형 호스피스·완화의료 진료를 담당하는 의사를 기재

⑫ 면허종별 (코드번호 기재 또는 선택): 01.의사, 02.한의사

⑬ 자격종별 (코드번호 기재 또는 선택): 01.내과, 02.신경과, 03.정신건강의학과, 04.외과, 05.정형외과, 06.신경외과, 07.심장혈관흉부외과, 08.성형외과, 09.마취통증의학과, 10.산부인과, 11.소아청소년과, 12.안과, 13.이비인후과, 14.피부과, 15.비뇨의학과, 16.영상의학과, 17.방사선종양학과, 18.병리과, 19.진단검사의학과, 20.결핵과, 21.재활의학과, 22.핵의학과, 23.가정의학과, 24.응급의학과, 25.직업환경의학과, 26.예방의학과, 50.구강악안면외과, 80.한방내과 등

[별지 제31호 서식]

자문형 호스피스전문기관 시설 현황 [신규 · 변경] 통보서

1.신규
2.변경 ※

요양기관명		요양기관기호			
소 재 지		담당자 성명		전화번호	
자문형 호스피스 시작일					

【시설 현황】

시설 구분	임종실	상담실
수량		
※① 신고 내용		

자문형 호스피스전문기관 시설 현황 통보서를 제출합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)
작성자 성명 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

주) '※'란은 반드시 해당 번호를 기재하여야 합니다.

통보서 작성요령

【시설 현황】

※ 시설 현황은 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙 제20조제1항의 [별표2] 호스피스전문기관의 지정기준에 따라 작성함

① 신고 내용: 01. 독립시설, 02. 대체시설(1인용 입원실, 병동병실 호수 기재), 03. 대체시설(입원형 호스피스전문기관의 임종실 또는 상담실)]

【기타 사항】

○ 자문형 호스피스전문기관으로 지정받은 기관은 자문형 호스피스 요양급여비용을 최초로 청구하기 전에 호스피스 시작일 등의 현황을 건강보험심사평가원에 제출하여야 하며, 변경사항 발생 시에도 즉시 제출하여야 함

[별지 제32호 서식]

호스피스 사전상담 기록지

1. 기본 정보			
등록번호		성명	
성별		생년월일	년 월 일
말기진단 분류	☐ 암 ☐ AIDS ☐ COPD ☐ LC ☐ 기타	말기 진단일	년 월 일
진단명 상세	(KCD code:)		

2. 호스피스 사전상담			
상담일	년 월 일	상담 소요시간	총 분
상담 회차	☐ 1회 ☐ 2회 이상		
상담 대상	☐ 환자 ☐ 보호자 (환자와의 관계:)		
상담 장소	☐ 외래(진료실) ☐ 상담실 ☐ 환자 입원실 ☐ 기타 ( )		
환자 및 가족 평가	☐ 말기진단 확인 ☐ 환자의 질병력과 현 상태 평가 ☐ 환자와 가족의 말기 및 호스피스 인식 여부 평가 ☐ 환자의 의식, 의사결정능력, 거주지, 가족관계, 돌봄 제공자 등 평가 ☐ 기타(자유롭게 서술하시오)		
상담 내용	☐ 환자와 가족에게 질병의 상태 설명 ☐ 환자와 가족의 심리적 지지 ☐ 호스피스 서비스 목적과 내용, 이용절차, 비용, 이용 가능한 호스피스전문기관 등 안내 ☐ 호스피스 관련 자료 제공 ☐ 기타(자유롭게 서술하시오)		

3. 호스피스 이용동의서 작성 여부	
☐ 작성 (신청 유형) ☐ 입원형 ☐ 가정형 ☐ 자문형	☐ 작성하지 않음 (사유) ☐ 환자(또는 보호자)의 말기 질병상태 인지 부족 ☐ 호스피스에 대한 부정적 인식 ☐ 타기관 연계 (유형:) ☐ 기타 ( )

4. 상담자 정보			
직종		성명	(서명)

주) 1. 호스피스 상담인력이 2인 이상인 경우 상담자 정보 모두 기재
2. '☐' 표시된 항목 중 해당하는 경우 '☑' 표시

[별지 제33호 서식]

경피적 좌심방이 폐색술 실시기관 신고서(신규·갱신·변경)

(앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간

요양기관	명칭	기호
	주소	전화번호

[장비현황]

※ [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시하고 세부내역을 기재합니다.

구분	장비명칭	식약처 허가번호	모델명
장비	[ ] 체외순환막형산화용기기(ECMO)		
	[ ] 심장수술용체외순환기 (심폐기)		

[인력현황]

※ 순환기내과 세부전문의 중 심초음파 인증의에 해당될 경우 [ ]에 √ 표시하고 아래 세부내역을 기재하며, 심초음파 인증의, 흉부외과 전문의는 별도 표시하지 않습니다.

※ 순환기내과 세부전문의 중 심초음파 인증의의 입사일은 중복 작성하지 않습니다.

구분	성명	전문의 자격			입사일	심초음파 인증의
		자격번호	자격취득일	인정기간		
순환기내과 세부전문의						[ ]
						[ ]
						[ ]
						[ ]
						[ ]
심초음파 인증의						
심혈관 수술 경험이 있는 흉부외과 전문의						

[실적현황]

항목	분류번호 및 코드	실적(건)	
		계	세부
중격천자 (Septal Puncture)	자653 경피적 심장판막성형술_승모판막(M6531)		
	자654 부정맥의 고주파절제술_중격천자 (M6544, M6545, M6549, M6540, M6556) 자654-1 부정맥의 냉각절제술_중격천자 (M0653, M0655, M0652, M0656)		

(뒤쪽)

경피적 좌심방이 폐색술 실시기관으로 신고합니다.

년 월 일

대표자: (서명 또는 인)

신청인(대리신청인): (서명 또는 인)

전화번호:

건강보험심사평가원장 귀하

첨부서류	1. 심초음파인증의 자격증 사본

유 의 사 항	
인력현황	1. 순환기내과세부전문의는 대표 전문의 2명 이상 기재하여야 하며, 순환기내과세부전문의 중 1인은 심초음파인증의 자격이 있어야 합니다. 2. 순환기내과세부전문의는 순환기내과분과전문의이며, 최근 인정기간을 기재하여야 합니다. 3. 심혈관수술 경험이 있는 흉부외과 전문의는 대표 전문의 1명을 기재하여야 합니다.
실적현황	1. 대상기간은 신청분기 기준으로 직전분기 이전 2년 실적을 기재하여야 합니다 * 실적 인정 기간: (상반기) 전전 연도 1월 1일 부터 전 연도 12월 31일 까지 (하반기) 전전 연도 7월 1일 부터 당해 연도 6월 30일 까지

처리 절차

신고서(신청서) 제출	➔	신고서 접수	➔	신고내역 검증	➔	실시기관 승인	➔	실시기관 승인 여부 확인
요양기관		건강보험심사평가원						요양기관

[별지 제34호 서식]

요양병원 감염예방·관리료 산정 및 인력현황 [신규·변경]통보서

1.신규
2.변경
3.분기

※ 2-3쪽 서식 작성요령을 참조하여 작성하시기 바랍니다.

(3쪽 중 1쪽)

요양기관명		요양기관 기호	
적용 구분	년 분기적용	소재지	
작성자 성명		전화번호	

[요양병원 감염예방·관리료 산정현황]			
① 병상수(3개월 평균)	개	⑤ 신고등급	등급
② 전담간호사수(3개월 평균)	명	⑥ 의사수(3개월 평균)	명
③ 간호사수(3개월 평균)	명	⑦ 병상수 대 전담간호사수 비((②/①))	
④ 자격 및 경력 간호사수(3개월 평균)	명	⑧ 병상수 대 의사수 비((⑥/①))	

[병상 현황]

구분	병동별	년 월 (15일자기준)		년 월 (15일자기준)		년 월 (15일자기준)	
		허가병상수	운영병상수	허가병상수	운영병상수	허가병상수	운영병상수
일반	001병동						
	002병동						
	…						
	등						
특수	격리병실						
	중환자실						
계							

[⑬ 감염관리 전담간호사 및 감염관리 간호사 현황]

※⑭ 구분	연번	※⑮ 근무형태	※⑯ 직책구분	성명	주민등록번호	면허번호	취득일자	입사일자	※⑰ 세부자격증	세부자격증 취득일자	최종근무일자	※⑱ 전담구분	⑲ 근무경력			감염관리실			휴가			⑪ 대체				⑫ 재직일수
																						휴가자		대체기간		
													요양기관명	적용일자(from)	적용일자(to)	※⑨ 병동구분 병동코드	최초근무일자	최종근무일자	※⑩ 구분	시작일자	종료일자	성명	주민번호	적용일자(from)	적용일자(to)	
간호사																										
감염관리 전문간호사																										
감염관리 실무전문가																										

[㉔ 감염관리 의사 현황]

연번	※㉑ 근무형태	성명	주민등록번호	※㉒ 면허종별	면허번호	면허취득일자	※㉓ 자격종별	자격번호	자격취득일자	입사일자	최종근무일자	㉔ 교육이수일자	㉕근무경력			감염관리실			휴가			⑪ 대체				⑫ 재직일수
																						휴가자		대체기간		
													요양기관명	적용일자(from)	적용일자(to)	※⑨ 병동구분 병동코드	최초근무일자	최종근무일자	※⑩ 구분	시작일자	종료일자	성명	주민번호	적용일자(from)	적용일자(to)	

요양병원 감염예방·관리료 산정 및 인력현황 통보서를 제출 합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)

작성자 성명 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

주) 세부 작성요령은 '(별첨) 「요양병원 감염예방·관리료 산정 및 인력현황(신규·변경) 통보서」작성요령'을 참조하여 작성하시기 바라며 ※란은 반드시 해당번호를 기재하여야 합니다.

(3쪽 중 2쪽)

「요양병원 감염예방 · 관리료 산정 및 인력현황 (신규 · 변경) 통보서」 작성요령

【 제출시기 】

○ 신규통보: 요양병원 감염예방·관리료 최초 청구시 제출

○ 변경통보: 인력현황 등 변경 발생시 제출

○ 분기통보: 다음 분기 적용할 등급을 산정하여 3,6,9,12월 각월 16일부터 20일까지 제출

【 적용기준 】

○ 병상수 대비 감염관리 인력 수에 따른 기준은 다음과 같이 '등급 산정분기'의 병상수, 감염관리 전담간호사수 및 감염관리 간호사수, 감염관리 의사수 등을 기준으로 산출한 등급을 '적용분기'에 반영하여 요양병원 감염예방·관리료를 산정함.

적용분기	등 급 산 정 분 기		적용분기	등 급 산 정 분 기	
1분기 (1월 ~ 3월)	인력	전년도 9월 15일 ~ 전년도 12월 14일	2분기 (4월 ~ 6월)	인력	전년도 12월 15일 ~ 3월 14일
	병상수	10/15, 11/15, 12/15		병상수	1/15, 2/15, 3/15
3분기 (7월 ~ 9월)	인력	3월 15일 ~ 6월 14일	4분기 (10월 ~ 12월)	인력	6월 15일 ~ 9월 14일
	병상수	4/15, 5/15, 6/15		병상수	7/15, 8/15, 9/15

○ 요양병원 감염예방·관리료를 처음 요양급여비용으로 청구하는 기관

최초 운영일이 속한 분기	최초 운영일이 속한 분기의 차기분기	
최초 운영일의 현황으로 산정	인력	최초 운영일부터 해당 산정분기 마지막월 14일까지의 기준으로 산정 (단, 산정분기 마지막월 15일 이후 운영 기관은 최초 운영일 현황으로 산정)
	병상수	최초 운영일과 잔여기간의 각 월 15일자를 기준으로 산정 (단, 산정분기 마지막월 15일 이후 운영기관은 최초 운영일 현황으로 산정하며, 최초운영일이 포함된 월에 잔여 15일이 없는 경우 최초 운영일로 산정)

【 산정현황 】

① 병상수(3개월 평균): 신고 병상수와 운영 병상수 중 많은 병상수를 기준으로, 직전 분기 매월별(15일자 기준) 병상수의 3개월 평균값을 산출하여 기재함(소수점 3자리에서 반올림).

※ 신고병상수는 요양기관현황(변경사항)통보시 건강보험심사평가원에 신고한 병상 수이며, 운영병상 수는 실제 운영하고 있는 병상수임.

② 전담간호사 수(3개월 평균): 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 감염관리 전담간호사별 재직일수의 합/해당 분기 일수(소수점 3자리에서 반올림). 전담간호사 수는 자격증 소지 또는 경력 간호사 수 포함함.

③ 간호사 수: 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 감염관리 간호사별 재직일수의 합/해당 분기 일수(소수점 3자리에서 반올림). 간호사 수는 자격증 소지 또는 경력 간호사 수 포함함.

④ 자격 및 경력 간호사수(3개월 평균): 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 자격증 보유 간호사 또는 감염관리실에서 1년 이상 경력이 있는 감염관리 전담간호사 및 감염관리 간호사별 재직일수의 합/해당분기 일수(소수점 3자리에서 반올림)

※ 자격 및 경력 간호사는 전분기 마지막월 14일 기준으로 해당 자격 및 경력을 갖춘 인력을 의미함.

⑤ 신고등급: 병상수 대비 전담간호사 수 (②/①), 병상수 대비 의사 수(⑥/①), 간호사수(③), 자격 및 경력 간호사수(3개월 평균)(④)에 따른 해당 등급

⑥ 의사 수(3개월 평균): 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 감염관리 의사별 재직일수의 합/해당분기 일수(소수점 3자리에서 반올림)

⑦ 병상수 대 전담간호사 수 비: ②/① (소수점 3자리에서 절사)

⑧ 병상수 대 의사 수 비: ⑥/① (소수점 3자리에서 절사)

(3쪽 중 3쪽)

【 공통사항 】

⑨ 병동구분 병동코드: 병동별 병상운영 현황의 병동구분, 병동코드를 기재(540 - 요양병원 감염관리실(23.7.1.~))

⑩ 휴가구분 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.출산, 02.육아, 03.연수, 04.파견, 05.병가, 06.기타

⑪ 휴가자의 대체 간호사(의사) 신고 : 간호사(의사) 신고와 동일하게 연번 ⑭번부터 ⑩번(㉑번부터 ⑩번)까지 기재 및 입력 후, ⑪번에 휴가자 성명, 주민번호 입력 및 대체기간 입력

⑫ 재직일수: 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직한 일수를 기재. 단, 휴가의 ⑩일수는 제외

【 감염관리 전담간호사 및 감염관리 간호사 현황 】

⑬ 감염관리 전담간호사 및 감염관리 간호사는 요양기관에 소속되어 근로시간이 월평균 주 40시간인 전일제 근무자이어야 하며 「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」제17조(근로조건의 서면명시)를 준수하고, 4대 사회보험에 가입 및 1년이상 고용계약을 체결한 경우 산정가능 함(단, 대체인력의 경우 계약기간에 관계없이 산정 가능). 인력 산정 시 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간은 인력산정 대상에서 제외하나, 대체인력이 있을 경우 산정 가능함.

- (감염관리 전담간호사) 월평균 주 40시간 이상 감염관리실 업무를 전담하여 근무하는 간호사
- (감염관리 간호사) 외래업무 등과 병행할 수 있으나, 월 평균 주 20시간 이상 감염관리실 업무를 수행하는 간호사. 다만, (입원)병동에 근무하며 입원환자 간호업무는 병행할 수 없음.

⑭ 구분: 01 간호사, 02 감염관리전문간호사, 03 감염관리실무전문가
(감염관리전문간호사는 감염관리 전문간호사 자격증(보건복지부 주관)을 보유, 감염관리실무전문가는 감염관리 실무전문가 자격증(대한감염관리간호사회 주관)을 보유한 자를 의미함.)

⑮ 근무형태(코드번호로 기재 또는 선택): 01.전일제(40시간)

⑯ 직책구분 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.부원장, 02.이사, 03.부장, 04.과장(팀장, 감독), 05.수간호사, 06.책임간호사, 07.부책임간호사, 08.간호사

⑰ 세부자격증(코드번호로 기재 또는 선택): 01.감염관리 전문간호사 자격증 02.감염관리 실무전문가 자격증

⑱ 전담구분: 01.전담, 02.겸임

⑲ 근무경력: 감염관리실에서 근무경력이 있는 간호사의 경력 시작일자, 경력 종료일자를 기재

【 감염관리 의사 현황 】

⑳ 감염관리 의사는 요양기관에 소속된 상근 전문의로서 감염관리실 업무를 수행하고 「의료법 시행규칙」 별표 8의3에 따른 교육을 매년 16시간 이수하면서, 감염관리실 근무경력 1년이상 및 감염관리에 대한 24시간 이상의 교육 이수자를 의미함. 인력 산정 시 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간은 인력산정 대상에서 제외하나, 대체인력이 있을 경우 산정 가능함.

㉑ 근무형태(코드번호로 기재 또는 선택): 01.상근

㉒ 면허종별(코드번호로 기재 또는 선택): 01.의사

㉓ 자격종별(코드번호로 기재 또는 선택): 01.내과, 02.신경과, 03.정신건강의학과, 04.외과, 05.정형외과, 06.신경외과, 07.심장혈관흉부외과, 08.성형외과, 09.마취통증의학과, 10.산부인과, 11.소아청소년과, 12.안과, 13.이비인후과, 14.피부과, 15.비뇨의학과, 16.영상의학과, 17.방사선종양학과, 18.병리과, 19.진단검사의학과, 20.결핵과, 21.재활의학과, 22.핵의학과, 23.가정의학과, 24.응급의학과, 25.작업환경의학과, 26.예방의학과

㉔ 교육이수일자: 감염관리에 대한 24시간 이상의 교육을 받은 전문의
(전분기 마지막 월 14일 기준 이전 3년이내 교육만 인정, 예시:2027년 4분기 적용 시 2024년 9월 15일 이후 교육 이수일)

㉕ 근무경력: 감염관리실에서 근무경력이 있는 의사의 경력 시작일자, 경력 종료일자를 기재
(전분기 마지막 월 14일 기준 이전 5년이내 경력만 인정, 예시: 2029년 4분기 적용 시 2024년 9월 15일 이후 근무경력)

심사지침

제 1 장

기본진료료

제 1 장 기본진료료

항 목	제 목	내 용
가-2 입원료	척추의 염좌 및 긴장, 배부동통에 대한 입원료 인정기준	척추의 염좌 및 긴장, 배부동통은 일반적으로 단기간 내에 회복가능한 점을 고려하여 일률적인 입원진료는 지양하여야 함. 해당 상병으로 입원진료 하는 경우는 「입원료 일반원칙」에 따라 적용 하며, 세부 인정기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 1. 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증으로 입원하여 적절한 치료 및 지속적 관찰을 시행할 필요가 있는 경우 2. 배부동통과 함께 타 질환을 의심할만한 임상적 소견이 있어 입원하여 감별진단을 시행할 필요가 있는 경우 (공고 2021-243호, 2021.11.1.진료분부터 적용)
가10 격리실 입원료	격리입원실 질환유형별 격리기간	- '일반 환자를 보호하기 위하여 전염력이 강한 전염성 환자를 일반 환자와 격리하여 치료할 필요가 있는 경우'에서의 격리실 입원료는 「진료상 입원이 반드시 필요한 경우」에 한하여 인정함 - '격리실 입원료'와 '음압격리실 입원료' 산정에 관한 급여대상 및 격리기간에 대한 원칙적인 사항은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 의하여 적용하되, 『격리입원실 질환유형별 격리기간』은 다음과 같이 인정함 - 다만, 다음의 격리기간을 초과하여 격리실 입원이 필요한 경우는 검사 결과·의사 소견서 등을 참조하여 추가로 인정할 수 있음

항 목	제 목	내 용
		- 다 음 - 가) 제1급감염병 - 탄저 : 치료기간 - 디프테리아 : 항생제 투여 종료 후 24시간 간격으로 2회 호흡기분비물이나 병변분비물 배양검사가 음성일 때 나) 제2급감염병 - 결핵 : 객담 도말 검사상 3회 연속(수일간격) 음성으로 나타나 전염력이 없다고 판단될 때 다만, 10세미만 소아에서 객담배출이 어려운 경우에는 담당의사의 의학적 판단(증상, 방사선학적 이상소견, 결핵환자 접촉 등)에 따라 격리기간을 정할 수 있음 - 수두 : 모든 수포에 가피가 앉을 때 다만, 가피가 생기지 않을 경우 24시간 동안 새로운 피부 병변이 생기지 않을 때까지, 수두 산모에게 출생한 신생아의 경우 생후 28일까지 - 홍역 : 발진 후 5일 - 콜레라 : 설사 증상 소실 후 48시간 후부터 24시간 간격으로 2회 대변배양검사가 음성일 때 - 장티푸스, 파라티푸스 : 항생제 치료 종료 48시간 후부터 24시간 간격으로 3회 대변배양검사 음성일 때 - 세균성이질, 장출혈성대장균감염증 : 항생제 치료 종료 48시간 후부터 24시간 간격으로 2회 대변배양검사가 음성일 때 - A형간염 · 황달이 있는 경우: 황달발생 1주일이 경과하고, 발열 및 설사 증상이 소실

항 목	제 목	내 용
		될 때까지(황달이 뚜렷하지 않은 경우는 빌리루빈 상승 시점 기준) · 황달이 없는 경우: 최초증상 발생일로부터 14일간 – 백일해 : 항생제 투여 후 5일 – 유행성 이하선염 : 종창 시작 후 9일 – 풍진 : 발진 후 7일 다만, 선천성 풍진으로 입원시 만1세까지, 선천성 백내장 수술을 위해 입원시 만3세까지 – 폴리오 : 치료기간 – 수막구균 감염증 : 항생제 투여 후 24시간 – 성홍열 : 항생제 투여 후 24시간 – b형헤모필루스인플루엔자: 항생제 치료를 시작한 후 24시간까지 다) 제4급감염병 – 인플루엔자 : 증상발현 후 5일 – 장관감염증 내 로타바이러스 : 치료기간 – 장관감염증 내 노로바이러스 : 치료기간 라) 의료관련 감염병 – 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 '격리실 입원료 급여기준(일반원칙)'에 의함 마) 기타 감염병: 파종성 대상포진, C. difficile, 옴 – 파종성 대상포진 : 치료기간 – C. difficile 감염증 : 치료기간 – 옴 : 치료제 도포 후 24시간 다만, 가피성옴의 경우 의사가 감염력이 소실되었다고 판단할 때까지 ※ 치료기간: 항생제 또는 항 바이러스제를

항 목	제 목	내 용
		사용하는 경우는 약제투여기간을 의미하며, 대증치료를 하는 경우는 증상이 지속되는 기간을 의미함. (공고 2022-191호, 2022.8.1.진료분부터 적용)

제 2 장

검 사 료

제 2 장 검사료

항 목	제 목	내 용
누571 조기양막파수 검사	조기 양막파수 진단을 위해 시행하는 누571가 조기양막파수검사-일반면역검사-간이검사-인슐린양성장인자결합단백질-1, 누571가 조기양막파수검사-일반면역검사-간이검사-태반알파마이크로글로불린-1 인정여부	분만진통을 동반하지 않은 조기 양막파수(PROM)시 일차적으로 나-733 니트라진 검사를 시행하고, 임상적으로 추가 검사가 필요하다고 판단되는 경우 누571가 조기양막파수검사-일반면역검사-간이검사-인슐린양성장인자결합단백질-1 또는 누571가 조기양막파수검사-일반면역검사-간이검사-태반알파마이크로글로불린-1을 시행하는 것이 바람직하므로, 누571가 조기양막파수검사-일반면역검사-간이검사-인슐린양성장인자결합단백질-1 또는 누571가 조기양막파수검사-일반면역검사-간이검사-태반알파마이크로글로불린-1 은 이차적으로 시행시 인정함. (공고 제2019-429호, 2018.1.18. 진료분부터 적용)
누100 응고기능기본검사	누100가 응고기능기본검사-출혈시간, 누100다 응고기능기본검사-프로트롬빈시간, 누100라 응고기능기본검사-활성화부분트롬보플라스틴시간 검사와 동시 시행된 누100나 응고기능기본검사-응고시간 검사 인정여부	출혈성질환을 선별하거나 출혈성경향이 의심되는 경우에 시행하는 응고검사(누100가 응고기능기본검사-출혈시간, 누100나 응고기능기본검사-응고시간, 누100다 응고기능기본검사-프로트롬빈시간, 누100라 응고기능기본검사-활성화부분트롬보플라스틴시간)중 누100나 응고기능기본검사-응고시간과 누100라 응고기능기본검사-활성화부분트롬보플라스틴시간은 내인계 혈액 응고과정 이상에 대한 선별검사를 위해 실시하는 검사로, 검사 실시 목적이 동일함. 또한, 누100나 응고기능기본검사-응고시간은 통상 출혈성질환의 선별 목적으로 활용되지 않으며, 출혈성경향이 있는 환자의 응급수술 전 선별검사로 일부 필요하나

항 목	제 목	내 용
		재현성 및 민감도가 낮아 유용성이 떨어짐. 따라서, 누100가 응고기능기본검사-출혈시간, 누100나 응고기능기본검사-응고시간, 누100다 응고기능기본검사-프로트롬빈시간, 누100라 응고기능기본검사-활성화부분트롬보플라스틴시간을 동시 시행한 경우 누100나 응고기능기본검사-응고시간은 인정하지 아니함. (공고 제2019-429호, 2018.1.18. 진료분부터 적용)
누100라 응고기능기본검사-활성화부분트롬보플라스틴시간	비경구 헤파린 투여시 추적관찰을 위해 시행하는 누100라 응고기능기본검사-활성화부분트롬보플라스틴시간의 인정횟수	심부정맥혈전증 등 상병에 비경구 헤파린 투여(heparinization) 시 추적관찰을 위해 시행하는 누100라 응고기능기본검사-활성화부분트롬보플라스틴시간은 헤파린 투여 후 6시간 간격으로 실시하므로, 1일 4회 인정함. (공고 제2019-429호, 2018.1.18. 진료분부터 적용)
누747 보체정량[정밀면역검사]	Allergy의 진단 및 치료를 위해 실시한 누747 보체정량[정밀면역검사]검사 인정여부	누747 보체정량[정밀면역검사] 검사는 자가면역질환의 진단 및 질병의 정도 판단을 위해 실시하는 검사이나, 면역복합체(Immune complex)에 의해 유발된 Allergic 질환에서도 보체계의 활성화로 인해 C3, C4 level의 변화가 초래되므로 Allergy의 정확한 진단 및 치료를 위해 실시한 보체정량[정밀면역검사]-일반_C3, C4 는 인정함. (공고 제2019-429호, 2018.1.18. 진료분부터 적용)
누741 면역글로불린(정량)	전립선염에 전립선액으로 실시한 누741 면역글로불린(정량) 인정여부	전립선염에 전립선액으로 실시한 누741 면역글로불린(정량)은 진료상 반드시 필요한 검사가 아니므로 인정하지 아니함. (공고 제2019-429호, 2018.1.18. 진료분부터 적용)
누470 특수미량단백	암 상병에 누470 특수미량단백[정밀면역검사]-	암(Cancer) 상병에 누470 특수미량단백[정밀면역검사]-세룰로프라즈민 또는 누550

항 목	제 목	내 용
[정밀면역검사], 누550 중금속·미량원소	세롤로프라즈민, 누550 중금속·미량원소 인정여부	중금속·미량원소 검사는 진료상 반드시 필요한 검사가 아니므로 인정하지 아니함. (공고 제2019-429호, 2018.1.18. 진료분부터 적용)
누370 성선자극 호르몬, 누371 성선호르몬-정밀면역검사	폐경기 및 폐경기 전후 장애에 2~3종 동시 시행한 호르몬검사의 인정기준	폐경기 및 폐경기 전후장애시 난소의 기능과 에스트로겐의 분비는 수년 동안 등락을 거듭하므로 한 시점에서 에스트로겐 측정으로 난소의 기능을 판정하기는 부정확하며, 폐경 이행기에 혈중 난소자극호르몬(FSH)의 증가 소견이 일정하게 나타나므로 폐경 진단에 유용한 검사는 누370나 성선자극 호르몬-정밀면역검사-난포자극호르몬 FSH 임. 따라서, 일률적으로 호르몬검사를 2종(누370나 성선자극 호르몬-정밀면역검사-난포자극호르몬 FSH , 누371 성선호르몬-정밀면역검사-에스트라디올 E2) 혹은 3종(누370나 성선자극 호르몬-정밀면역검사-난포자극호르몬 FSH, 누370나 성선자극 호르몬-정밀면역검사-황체형성호르몬 LH, 누371 성선호르몬-정밀면역검사-에스트라디올 E2)을 산정한 경우에는 아래와 같이 심사함. - 아 래 - 가. 폐경 진단 시에는 난포자극호르몬 검사만 인정하고 조기 폐경인 경우 에스트라디올 검사를 추가 인정함. 나. 첫 1회 검사로 진단이 확실치 않은 경우 1회 추가 인정하나, 일반적으로 연령이 만 55세 이상인 경우 이미 폐경이 된 상태라고 볼 수 있으므로 합당한 사유가 있는 경우에만 인정함. 다. 황체형성호르몬은 폐경의 진단 및 치료에

항 목	제 목	내 용
		영향을 미치지 않으므로 황체형성호르몬 검사는 인정하지 아니함. 라. 폐경 진단 후 호르몬치료 중에 난포자극 호르몬 검사는 의미가 없으므로 인정하지 아니함. 마. 안면홍조 등의 폐경증상이 나아지지 않는 경우 에스트로겐의 수치를 확인하기 위한 에스트라디올 검사는 사례별로 인정함. (공고 제2019-429호, 2018.1.18. 진료분부터 적용)
누490 비타민	누490 비타민 D 검사의 「흡수장애를 유발할 수 있는 위장질환 및 흡수장애 질환」의 적용기준	비타민 D검사의 급여기준 중 가 1) 비타민 D 흡수장애를 유발할 수 있는 위장질환 및 흡수장애 질환은 다음의 경우에 해당됨. - 다 음 - 1. 위절제술, 위우회술 등의 위 수술 2. 비열대성 스프루(셀리악 병) 3. 염증성 장질환 4. 낭성 섬유증 5. 단장 증후군(Short Bowel Syndrome) 등의 수술 후 흡수장애 (공고 제2019-429호, 2020.1.1. 진료분부터 적용)
누622 진균항체 (균종별)	라텍스응집법으로 실시한 Canditec test 인정기준	칸디다의 감염을 진단하기 위해 실시하는 Canditec test는 정확한 역가를 판정하기 위해 1:2, 1:4, 1:8로 희석하여 Latex응집법으로 실시하였다 하더라도 이는 일련의 과정에 포함되므로 누622가 진균항체(균종별)-일반면역검사 1회로 인정함. (공고 제2019-429호, 2018.1.18. 진료분부터 적용)
누701 정밀면역검사	혈우병환자에게 screening으로 실시한	항혈우인자는 혈액제제로서 제조과정상 A형 간염바이러스는 불활성화가 안되므로 항혈우

항 목	제 목	내 용
	누701가 정밀면역검사 -A형간염항체-IgG, 누701가 정밀면역검사-A형간염항체-IgM검사 인정여부 및 인정시 실시간격	인자를 투여받는 혈우병환자는 A형 간염의 고위험군임에는 분명하나, 모든 혈우병환자에게 A형 간염을 의심할 만한 임상증상도 없는 상태에서 정기적인 screening test로 A형 간염검사를 실시함은 바람직하지 않으며, 또한 A형 간염백신 투여후에는 거의 대부분의 환자에서 항체가 형성되는바, 혈우병환자로 처음 진단(또는 등록)시 항체유무확인을 위해 실시한 누701가 정밀면역검사-A형간염항체-IgG, 누701가 정밀면역검사-A형간염항체-IgM은 혈우병환자의 특수성을 감안하여 1회 인정하고, 간염백신 투여후 항체 생성여부 확인을 위한 동 검사는 인정하지 아니함. (공고 제2019-429호, 2018.1.18. 진료분부터 적용)
나560 조직병리검사	악성종양수술 관련 조직병리검사 수가산정방법	제9장 수술 및 처치료 분류항목에 의거하여 "림프절 청소 포함"이라고 명시되어 있지 않은 수술항목의 경우, 악성종양상병으로 실제로 림프절 청소를 포함하여 수술을 시행 했을 때에도 악성종양수술과 림프절 청소술의 블록수를 합하여 나560라 조직병리검사[1장기당]-Level D의 해당 소정점수를 산정함. (공고 제2019-429호, 2018.1.18. 진료분부터 적용)
	간절제술시 부수적으로 이루어지는 담낭절제술에 대한 조직병리검사 인정기준	간의 4번 또는 5번 구역(Segment)을 포함한 자722 간절제술시 부수적으로 이루어지는 담낭절제술의 수기료는 주된 수술료에 포함되어 있으므로 별도로 인정하지 아니하나, 간, 담낭에 실시한 나560 조직병리검사는 조직병리검사 세부사항에

항 목	제 목	내 용
		따라 각각 인정함. (공고 제2021-197호 2021.8.1. 시행)
	나560 조직병리검사 중 치아 낭종(dental cyst)의 인정기준	치아 낭종 중 염증성 낭(inflammatory cyst)은 나560가 조직병리검사[1장기당]-Level A로 인정하며, 발육성 낭(developmental cyst)은 나560다 조직병리검사[1장기당]-Level C로 인정함. (공고 제2019-422호, 2020.1.1. 진료분부터 적용)
누700마-일반면역검사-C형간염항체, 누701아-정밀면역검사-C형간염항체, 누703가-웨스턴블롯-C형간염항체	항바이러스제 투여결정을 위한 관련 검사 등의 적정 시행시기에 대한 적용기준	항바이러스제 치료시 관련 검사결과 확인 후 치료여부 및 기간을 정하게 되며, 약제 투여 여부를 결정하는데 필요한 관련 검사는 적절한 시기 내에서 시행되는 것이 원칙이므로, 통상 약제투여 전 6개월 이내 시행한 검사결과를 기준으로 심사 적용함. (공고 제2019-429호, 2018.1.18. 진료분부터 적용)
누803 GAD항체 [정밀면역검사]	당뇨병에 시행하는 누803 GAD항체[정밀면역검사] 인정여부	누803 GAD항체[정밀면역검사]는 일반적으로 당뇨병 진단 시 제1형 또는 제2형으로 명확히 구분하기 어려운 경우 향후 치료에 대한 예후를 판단하기 위해 실시하는 검사이며, 당뇨로 처음 진단된 환자로서 아래에 해당되는 경우에 인정함. - 아 래 - 가. 제1형 당뇨병이 의심되는 경우(30대 중반 이전의 비교적 젊은 연령, 제1형 당뇨병의 가족력, 자가면역질환, 마른 체형 등) 나. 제2형 당뇨병으로 판단되어 경구혈당강하제를 투여 중인 환자에서 비교적 짧은 기간(3~5년)내에 인슐린 치료가 필요할 정도로 혈당 조절이 되지 않는 등 제1형

항 목	제 목	내 용
		당뇨병을 의심할 만한 소견이 보이는 경우 (공고 제2019-429호, 2018.1.18. 진료분부터 적용)
나-622 치매척도검사	치매 진단 목적으로 시행한 나-622 치매척도검사 2종(GDS, CDR) 인정여부	나622 치매척도 검사 중 나622-가. GDS (Global Deterioration Scale)는 환자로부터 정보를 얻어 인지기능 장애를 평가하는 7단계로 구분된 검사로 각각의 항목이 환자에게 적합한지 여부를 찾는 간단한 검사이고, 나622-나. CDR(Clinical Dementia Rating)은 주변 사람들에 의해 얻어진 정보를 이용하여 주로 기억력을 평가하는 5단계로 구분된 검사로 훈련이 필요한 검사임. 다만, 치매 진단을 위해 나622-가 GDS, 나622-나 CDR 검사 두 종을 동시 실시 필요성에 대한 임상적 근거가 확인되지 않으므로 나622-가 GDS, 나622-나 CDR 검사 동시 산정시 1종만 인정함. (공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)
너681-1 갑상선, 부갑상선 수술 중 후두신경 감시술	너681-1 갑상선, 부갑상선 수술 중 후두신경 감시술 세부 적용기준	1. 「너 681-1 갑상선, 부갑상선 수술 중 후두신경 감시술 급여기준」 적용대상 해당여부는 수술 전에 환자의 증상 및 증후 또는 검사 결과에서 해당 소견이 확인되어야 하며, 2. 급여기준의 적용대상 중 '현저한 갑상선 종대와 같은 고위험군 갑상선 수술'은 수술 전에 다음의 임상적 소견이 하나 이상 확인된 경우에 적용함. - 다 음 - 가. 갑상선 결절이 4cm이상 나. 갑상선이 정상 크기의 2배 이상 다. 흉골하 고이터 (Retrosternal goiter) (공고 제2020-340호, 2021.1.1. 진료분부터 적용)

항 목	제 목	내 용
너687 F파 신경전도검사 [운동신경]	원위부 단독 신경병증에 실시한 너687 F파 신경전도검사[운동신경] 인정여부	손목터널증후군, 발목터널증후근 등 주관절 또는 슬관절 이하 원위부에 발생한 단독 신경병증에 실시한 너687 F파 신경전도검사(운동신경)는 동 검사 급여기준의 '상하지 근위부 신경병증'으로 보기 어려우므로 인정하지 아니함. (공고 제2020-340호, 2021.1.1. 진료분부터 적용)
나656 요류역학검사	방광내압 및 요누출압 측정시 검사방법	방광내압 또는 요누출압 측정검사는 방광을 비웠을 때부터 시작하여 방광의 충만과 배뇨시 압력을 측정하는 방법으로 검사시작 및 도중에 방광내압(Pves), 복강내압력(Pabd)이 음압이 나타날 때는 즉시 "0(zero)" 이상으로 보정하여야 한다. 또한, 요누출압 측정검사는 생리식염수 주입 용량이 300ml 이하에서 시작하는 것을 원칙으로 한다. (공고 제2019-429호, 2009.1.1. 진료분부터 적용)
나721 좌심도자술	급성심근경색증, 협심증 등에 일률적으로 시행한 좌심도자술 인정여부	좌심도자술은 심장의 혈역학적인 기능을 확인하여 판막질환, 중격결손 등의 진단에 필요한 검사로 좌심조영촬영술을 위해 삽입한 catheter에 의해 Aorta와 Lt. Ventricle의 pressure 등이 자동 측정된 경우는 산정할 수 없으며 별도의 blood sampling을 하여 검사한 경우에 산정할 수 있으나 Lt. ventricle의 산소분압은 shunt가 없는 경우에는 의미가 없으므로 심근경색증, 협심증 등 심혈관질환에 타 심질환을 의심할 만한 임상소견 없이 Lt. ventricle의 산소분압 검사를 시행한 경우 좌심도자술은 인정하지 아니한다. (공고 제2019-429호, 2001.4.2. 진료분부터 적용)

항 목	제 목	내 용
너-874 침습적 동맥압 혈압측정 검사	진단적 심혈관조영시 산정된 너-874 침습적 동맥압혈압 측정 검사 인정여부	너-874 침습적 동맥압혈압측정검사는 지속적으로 동맥압 측정이 필요한 환자에게 요골동맥 등을 천자하여 지속적으로 압력을 모니터하는 방법으로 주로 중환자실에서 혈압이 불안정하거나 심장수술, 대동맥질환, 쇽상태 등 혈역학적 동태관찰에 필요한 검사이나, 심혈관조영술시 자동적으로 동맥압혈압이 측정되는 경우에는 너-874 침습적 동맥압혈압측정 검사는 별도 인정하지 아니함. (공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)
나760 흉강경검사	흉강경을 이용한 흉막생검 (Pleural biopsy)의 수가 적용기준	1. 흉강경을 이용한 흉막생검(Pleural biopsy)을 실시하는 경우 나760 흉강경 검사의 소정점수와 「건강보험 행위 급여비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제2장 제4절 내시경, 천자 및 생검료 [내시경] 주3.에 따라 해당 내시경 점수의 20%를 산정함. 2. 흉강경하 타 수술과 흉막 생검을 동시에 실시하는 경우에는 주된 수술시에 부수적으로 실시하는 과정으로 보아 흉막 생검료를 별도 산정하지 아니함. (공고 제2020-157호, 2020.6.1. 진료분부터 적용)

HIRA

제 3 장

영상진단 및 방사선치료료

제 3 장 영상진단 및 방사선치료료

항 목	제 목	내 용
다210-다 추간판조영촬영	내시경하 추간판제거술시 시행한 다210-다 추간판조영촬영 인정여부	내시경하 추간판제거술(PELD) 시 수술을 효과적으로 수행하기 위해 실시하는 다210-다 추간판조영촬영은 수술과정 중 일련의 행위로 보아 다210-다 추간판조영촬영은 별도 인정하지 아니함. (공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)
다245 일반 전산화단층 영상진단	뇌혈관질환에 시행하는 Perfusion CT의 인정기준	Perfusion CT는 조영제를 급속주입 후 연속적인 역동적 스캔(dynamic scan)으로 얻어진 영상을 별도의 work station에서 후처리를 통하여 혈역학적 파라미터(parameter map)를 만들어 조직의 관류 상태를 평가하는 검사이며, 급성 허혈성 뇌졸중은 치료의 시작 시점이 환자의 예후에 결정적인 영향을 미치는 질환으로, 3시간 또는 6시간 이내에 허혈 중심부(ischemic core) 및 허혈성 반영부(pneumbra)를 확인하여 혈전용해(thrombolysis) 등의 적절한 치료방침을 결정해야 하는 점을 감안하여, Perfusion CT는 급성 허혈성 뇌졸중이 의심되어 증상 발현 후 6시간 이내에 촬영한 경우에 인정하는 것을 원칙으로 함. (공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)
	다245 일반 전산화 단층영상진단(CT) -3차원 CT의 인정기준	1. 「다245 일반 전산화단층영상진단(CT)의 급여기준」의 3차원 CT는 다음과 같은 경우 인정함. - 다 음 - 가. 일반기준 1) 골절(외상 포함) 가) 복합골절 또는 관절강내 골절

항 목	제 목	내 용
		나) skull, craniofacial bone, rib, pelvis, femur, vertebra에 발생한 골절 나. 안면 및 두개기저(Face or Skull Base) 1) 안면부, 측두골의 선천성 기형 2) 두개기저(Skull Base) 수술 전 다. 경부(Neck) 1) 기도폐쇄의 원인진단 및 범위 결정 라. 흉부(Chest) 1) 선천성 질환에 의한 기관 및 기관지 이상(anomaly) 확인 2) 폐분리증(pulmonary sequestration) 3) 선천성 횡격막성 질환(diaphragmatic morphology and pathophysiology)(소아) 마. 복부[골반포함] (Abdomen) 1) 식도폐쇄증(esophageal atresia)(소아) 2) 항문직장기형(anorectal malformation)(소아) 3) nutcracker 증후군(소아) 4) 수술 전 liver segmentation 5) 간담도 또는 췌관의 확장 6) 수술이 필요한 위암, 대장암 7) 수술이 필요한 신장암, 신배암, 신우암, 요관암 8) 요로계 선천이상, 정류고환 바. 상지 및 하지(Upper or Lower Extremity) 1) 고관절 인공관절 전치환술 수술 전 2) 견관절 인공관절 수술 전 관절와의 형태 및 골결손 정도 평가 3) 대퇴비구 충돌증후군(Femoroacetabular impingement syndrome, FAI) 수술 전 평가

항 목	제 목	내 용
		사. 척추(Spine) 1) 선천성 척추측만 및 전만 또는 후만증 2) 신경학적 증상이 동반된 척추측만 및 전만 또는 후만 변형의 경우 2. 이상의 경우 외에도 의사소견서를 참조하여 필요성이 인정될 경우 검토하여 공개 후 인정함. (공고 제2020-20호, 2020.2.1. 진료분부터 적용)
다339 양전자방출단층촬영 PET	위암에 시행하는 F-18 FDG 양전자방출단층촬영(F-18 FDG-PET)의 적용기준	1. 진단을 위해 시행한 경우 또는 선행검사에 따른 수술 전 병기판정 없이 시행한 경우 인정하지 아니함. 2. 선행검사*를 통한 위암 진단 후 수술 전 병기설정에 따른 인정기준은 다음과 같음. - 다 음 - 가. 국소 림프절 전이가 의심되거나 확인(N1)되어 시행한 경우 인정함. 나. 국소 림프절 전이 없이 (T2N0/T3N0/T4N0) 시행한 경우 의사소견서를 참조하여 사례별로 인정함. 다. 원격전이가 의심되어 시행한 경우 인정함. 라. 원격전이가 확인(M1)된 경우 인정하지 아니하나 다만, 절제가 가능한 간전이(Resectable Liver Metastasis)가 확인되어 시행한 경우는 인정함. 3. 치료 중 효과판정 가. 선행검사(CT, MRI)에서 새로운 병변에 대한 판단이 불분명하여

항 목	제 목	내 용
		시행한 경우 인정함. 나. 임상적 사유로 CT 혹은 MRI 촬영이 불가능하여 시행한 경우 인정함. 다. 다발성 골전이를 동반한 환자에서 고식적 화학요법 치료(palliative che- motherapy) 중 반응평가로 시행한 경우 인정하지 아니함. 4. 병기 재설정 가. 치료 후 완치여부 판정을 위해 시행한 경우 인정하지 아니함. 나. 재발이 의심되는 증상, 증후, 검사 결과 등이 있거나 재발의 범위를 결정하기 위해 촬영한 경우 인정함 (재발의 임상적 소견 없이 촬영한 경우는 이에 해당되지 아니함). 5. 방사선치료 계획 시 가. 수술 또는 항암치료 완료 후 방사선치료 계획을 위해 시행한 경우 인정하지 아니함. * 선행검사: 상부내시경, Endoscopy, CT (Abdominal±Chest). 병기설정: 병기분류(stage)는 The 8th Edition American Joint Committee on Cancer(AJCC) Staging(Ⅰ~Ⅳ) 적용. 완치여부 판정: 치료 완료 즉, 수술 또는 보조치료요법 종결 시점을 말함. <The 8th Edition American Joint Committee on Cancer(AJCC) Staging>

항 목	제 목	내 용
		1. 위암 병기분류 체계 ○ T(Primary Tumor), N(Regional Lymph Node), M(Distant Metastasis)의 정의 – Primary Tumor(원발 종양), Regional Lymph Node(국소 림프절), Distant Metastasis(원격전이)

구 분		내 용
T (Primary Tumor)	TX	원발성 종양이 평가되지 않음
	T0	원발성 종양의 근거가 없음
	Tis	암종이 존재함: 점막고유층(lamina propria)에 침범이 없는 상피내 종양; 고등급 이형성증(high-grade dysplasia)
	T1	종양이 점막고유층(lamina propria), 점막근판(muscularis mucosae), 또는 점막하층(submucosa)까지 침범함
	T1a	종양이 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosae)까지 침범함
	T1b	종양이 점막하층(submucosa)까지 침범함
	T2	종양이 고유근층(muscularis propria)까지 침범함 *
	T3	종양이 인접 구조물 또는 장층복막에는 침범하지 않고 장막하 결합조직(subserosal connective tissue)을 침범함 **, ***
	T4	종양이 장막층(serosa(visceral peritoneum)) 또는 인접 구조물에 침범함 **, ***
	T4a	종양이 장막층(serosa(visceral peritoneum))에 침범함
	T4b	종양이 인접 구조물/장기(adjacent

항 목	제 목	내 용

구 분		내 용
		structures/organs)에 침범함
N (Regional Lymph Node)	NX	국소 림프절이 평가되지 않음
	N0	국소 림프절 전이가 없음
	N1	1개 또는 2개의 국소림프절 전이가 있음
	N2	3개~6개의 국소림프절 전이가 있음
	N3	7개 이상의 국소림프절 전이가 있음
	N3a	7개~15개의 국소림프절 전이가 있음
	N3b	16개 이상의 국소림프절 전이가 있음
M (Distant Metastasis)	M0	원격전이가 없음
	M1	원격전이가 있음

* 종양은 위결장 인대나 위간 인대 쪽으로 고유근층을 통과하여 확장될 수 있거나 또는 구조물을 덮고 있는 내장 쪽 복막의 천공 없이 큰 그물막이나 작은 그물막 쪽으로 확장할 수 있다. 이 경우 T3로 분류한다.
위의 인대들이나 그물막을 덮고 있는 내장 쪽 복막의 천공이 있는 경우는 T4로 분류한다.

** 위의 인접한 구조물에는 비장, 횡행결장, 간, 횡격막, 췌장, 복벽, 부신, 신장, 소장 및 후복막이 포함된다.

*** 십이지장이나 식도까지의 벽내 확장은 인접한 구조의 침습으로 간주되지 않지만, 이 부위 중 어느 곳에서나 가장 큰 침습의 깊이를 사용하여 분류된다.

2. 위암 병기설정

○ The 8th Edition American Joint Committee on Cancer(AJCC)에서는 병기설정을 3가지로 구분

항 목	제 목	내 용
		① Clinical staging(cTNM) : 수술 전 상부소화기 내시경, CT, MRI 등 임상적 검사로만 이루어지는 병기설정 ② Pathological staging(pTNM) : 수술 치료 후 병리 조직학적 소견을 고려한 병기설정 ③ Postneoadjuvant Therapy staging (ypTNM) : Neoadjuvant 시행 후 병기설정 < Clinical staging(cTNM) >

cTNM	cT	cN	M	특징
stage 0	Tis	N0	M0	국소림프절 음성, 점막층에 국한된 종양, 원격전이 없음
stage I	T1	N0	M0	국소림프절 음성, 종양이 점막 고유층, 점막근판, 또는 점막하층에 침범, 원격전이 없음
	T2	N0	M0	국소림프절 음성, 종양이 고유근층까지 침범, 원격전이 없음
stage IIA	T1	N1, N2, or N3	M0	국소림프절 양성, 종양이 점막 고유층, 점막근판, 또는 점막하층에 침범, 원격전이 없음
	T2	N1, N2, or N3	M0	국소림프절 양성, 종양이 고유근층까지 침범, 원격전이 없음
stage IIB	T3	N0	M0	국소림프절 음성, 종양이 장막하 결합조직까지 침범, 원격전이 없음
	T4a	N0	M0	국소림프절 음성, 종양이 장막층까지 침범, 원격전이 없음
stageIII	T3	N1,	M0	국소림프절 양성, 종양이

항 목	제 목	내 용

cTNM	cT	cN	M	특징
		N2, or N3		장막하 결합조직까지 침범, 원격전이 없음
	T4a	N1, N2, or N3	M0	국소림프절 양성, 종양이 장막층까지 침범, 원격전이 없음
stageⅣA	T4b	Any N	M0	종양이 인접 구조물이나 장기까지 침범, 원격전이 없음
stageⅣB	Any T	Any N	M1	원격 전이가 확인됨

< Pathological staging(pTNM) >

pTNM	pT	pN	pM	특징
stage 0	Tis	N0	M0	국소림프절 음성, 점막층에 국한된 종양, 원격전이 없음
stage ⅠA	T1	N0	M0	국소림프절 음성, 종양이 점막 고유층, 점막근판, 또는 점막하층에 침범, 원격전이 없음
stage ⅠB	T1	N1	M0	국소림프절 1개 또는 2개 양성, 종양이 점막 고유층, 점막근판, 또는 점막하층에 침범, 원격전이 없음
	T2	N0	M0	국소림프절 음성, 종양이 고유근층까지 침범, 원격전이 없음
stage ⅡA	T1	N2	M0	국소림프절 3개~6개 양성, 종양이 점막 고유층, 점막근판, 또는 점막하층에 침범, 원격전이 없음
	T2	N1	M0	국소림프절 1개 또는 2개 양성, 종양이 고유근층까지 침범, 원격전이 없음

항 목	제 목	내 용

pTNM	pT	pN	pM	특징
	T3	N0	M0	국소림프절 음성, 종양이 장막하 결합조직까지 침범, 원격전이 없음
stageIIB	T1	N3a	M0	국소림프절 7개~15개 양성, 종양이 점막고유층, 점막근판 또는 점막하층에 침범, 원격전이 없음
	T2	N2	M0	국소림프절 3개~6개 양성, 종양이 고유근층까지 침범, 원격전이 없음
	T3	N1	M0	국소림프절 1개 또는 2개 양성, 종양이 장막하 결합조직까지 침범, 원격전이 없음
	T4a	N0	M0	국소림프절 음성, 종양이 장막층까지 침범, 원격전이 없음
stageIIIA	T2	N3a	M0	국소림프절 7개~15개 양성, 종양이 고유근층까지 침범, 원격전이 없음
	T3	N2	M0	국소림프절 3개~6개 양성, 종양이 장막하 결합조직까지 침범, 원격전이 없음
	T4a	N1	M0	국소림프절 1개 또는 2개 양성, 종양이 장막층까지 침범, 원격전이 없음
	T4a	N2	M0	국소림프절 3개~6개 양성, 종양이 장막층까지 침범, 원격전이 없음
	T4b	N0	M0	국소림프절 음성, 종양이 인접 구조물이나 장기까지 침범, 원격전이 없음
stageIIIB	T1	N3b	M0	국소림프절 16개이상 양성, 종양이 점막고유층, 점막근판 또는 점막하층에 침범, 원격전이 없음

항 목	제 목	내 용				
		pTNM	pT	pN	pM	특징
			T2	N3b	M0	국소림프절 16개이상 양성, 종양이 고유근층까지 침범, 원격전이 없음
			T3	N3a	M0	국소림프절 7개~15개 양성, 종양이 장막하 결합조직까지 침범, 원격전이 없음
			T4a	N3a	M0	국소림프절 7개~15개 양성, 종양이 장막층까지 침범, 원격전이 없음
			T4b	N1	M0	국소림프절 1개 또는 2개 양성, 종양이 인접 구조물이나 장기까지 침범, 원격전이 없음
			T4b	N2	M0	국소림프절 3개~6개 양성, 종양이 인접 구조물이나 장기까지 침범, 원격전이 없음
		stageIIIC	T3	N3b	M0	국소림프절 16개이상 양성, 종양이 장막하 결합조직까지 침범, 원격전이 없음
			T4a	N3b	M0	국소림프절 16개이상 양성, 종양이 장막층까지 침범, 원격전이 없음
			T4b	N3a	M0	국소림프절 7개~15개 양성, 종양이 인접 구조물이나 장기까지 침범, 원격전이 없음
			T4b	N3b	M0	국소림프절 16개이상 양성, 종양이 인접 구조물이나 장기까지 침범, 원격전이 없음

항 목	제 목	내 용

pTNM	pT	pN	pM	특징
stageⅣ	AnyT	Any N	M1	원격 전이가 확인됨

< Postneoadjuvant Therapy staging(ypTNM) >

ypTNM	ypT	ypN	ypM	특징
stage Ⅰ	T1	N0	M0	국소림프절 음성 종양이 점막 고유층, 점막근판, 또는 점막하층에 침범, 원격전이 없음
	T2	N0	M0	국소림프절 음성, 종양이 고유근층까지 침범, 원격전이 없음
	T1	N1	M0	국소림프절 1개 또는 2개 양성 종양이 점막 고유층, 점막근판, 또는 점막하층에 침범, 원격전이 없음
stage Ⅱ	T3	N0	M0	국소림프절 음성, 종양이 장막하 결합조직까지 침범, 원격전이 없음
	T2	N1	M0	국소림프절 1개 또는 2개 양성 종양이 고유근층까지 침범, 원격전이 없음
	T1	N2	M0	국소림프절 3개~6개 양성, 종양이 점막 고유층, 점막근판, 또는 점막하층에 침범, 원격전이 없음
	T4a	N0	M0	국소림프절 음성, 종양이 장막층까지 침범, 원격전이 없음
	T3	N1	M0	국소림프절 1개 또는 2개 양성 종양이 장막하 결합조직까지 침범, 원격전이 없음
	T2	N2	M0	국소림프절 3개~6개 양성, 종양이 고유근층까지 침범, 원격전이 없음

항 목	제 목	내 용				
		ypTNM	ypT	ypN	ypM	특징
			T1	N3	M0	국소림프절 7개이상 양성 종양이 점막 고유층, 점막근판 또는 점막하층에 침범 원격전이 없음
		stageIII	T4a	N1	M0	국소림프절 1개또는 2개양성 종양이 장막층까지 침범 원격전이 없음
			T3	N2	M0	국소림프절 3개~6개 양성 종양이 장막하 결합조직까지 침범 원격전이 없음
			T2	N3	M0	국소림프절 7개이상 양성 종양이 고유근층까지 침범 원격전이 없음
			T4b	N0	M0	국소림프절 음성 종양이 인접 구조물이나 장기까지 침범 원격전이 없음
			T4b	N1	M0	국소림프절 1개또는 2개양성 종양이 인접 구조물이나 장기까지 침범 원격전이 없음
			T4a	N2	M0	국소림프절 3개~6개 양성 종양이 장막층까지 침범 원격전이 없음
			T3	N3	M0	국소림프절 7개이상 양성 종양이 장막하 결합조직까지 침범 원격전이 없음
			T4b	N2	M0	국소림프절 3개~6개 양성 종양이 인접 구조물이나 장기까지 침범 원격전이 없음
			T4b	N3	M0	국소림프절 7개이상 양성 종양이 인접 구조물이나 장기까지 침범 원격전이 없음
			T4a	N3	M0	국소림프절 7개이상 양성 종양이 장막층까지 침범 원격전이 없음
		stageIV	AnyT	AnyN	M1	원격 전이가 확인됨

항 목	제 목	내 용
		(공고 제2020-247호, 2020.10.1. 진료분부터 적용)
	유방암에 시행하는 F-18 FDG 양전자방출단층촬영 (F-18 FDG-PET)의 적용기준	1. 진단을 위해 시행한 경우 또는 선행검사*1)에 따른 치료 전 병기판정 없이 시행한 경우 인정하지 아니함. 2. 유방암 진단 후 선행검사를 통한 치료 전 병기설정*2)에 따라 아래와 같이 인정함. - 아 래 - 가. stage 0, I, II는 인정하지 아니하되, stage IIb는 아래 하나 이상 해당하는 경우 인정함. - 아 래 - 1) 만 40세 이하 유방암 2) HER2(+) 3) 삼중음성 유방암 나. stage III인 경우 다. 원격전이가 의심되어 시행한 경우 인정하나, 확인(M1)된 경우는 인정하지 아니함. 다만, 다발성 골전이가 있는 환자 중 고식적 화학요법 치료(palliative chemotherapy)를 계획하는 경우 3. 치료 중 효과 판정 시는 아래와 같이 인정함. - 아 래 - 가. 선행검사에서 새로운 원격전이가 의심되거나 질병의 진행 여부가 불분명하여 시행한 경우 나. 임상적 사유로 CT 혹은 MRI 촬영이 불가능하여 시행한 경우 다. 다발성 골전이가 있는 경우 고식적

항 목	제 목	내 용
		화학요법 치료(palliative chemotherapy) 중 반응평가로 시행한 경우 4. 병기 재설정 시는 아래와 같이 인정함. – 아 래 – 가. 치료 후 완치 여부 판정*3)을 위해 시행한 경우 인정하지 아니하나, 타 영상검사에서 잔여병소가 의심스러워 확인을 위해 필요하여 시행한 경우 나. 재발이 의심되는 증상, 증후, 검사 결과*4) 등이 있거나 재발의 범위를 결정하기 위해 촬영한 경우(재발의 임상적 소견 없이 촬영한 경우는 이에 해당되지 아니함) *1) 선행검사 : CT, MRI, Bone scan 등 *2) 병기설정: 병기분류(stage)는 The 8th Edition American Joint Committee on Cancer(AJCC) Staging(Ⅰ~Ⅳ) 적용. - TNM: Tumor(원발 종양), Lymph Node(림프절), Metastasis(원격전이). *3) 치료 후 완치여부 판정: 근치적치료 완료 후 즉, 수술, 보조 항암화학요법, 보조면역요법, 방사선치료요법 모두 종결 시점을 말함. *4) 검사결과 : ① 세포 및 조직검사로 재발이 확인된 경우 ② CT, MRI, Bone scan 등에서 재발소견이 의심되는 경우 ③ CT, MRI, Bone scan 등에서 재발소견은 없지만 혈액검사(CA15-3)상 2회 이상 증가 소견을 보이는 경우 (공고 제2021-101호, 2021.5.1. 진료분부터 적용)

제 5 장

주 사 료

제 5 장 주사료

항 목	제 목	내 용
마102 치료적 성분 채집술	Rh E 부적합 임신의 경우 산모의 항E항체를 감소시키기 위하여 실시한 Plasmapheresis 인정여부	Rh E 부적합 임신의 경우 산모의 항E항체가 지속적으로 태반을 통과하여 태아에게 용혈성 빈혈을 일으키므로 산모의 항E항체를 감소시키기 위하여 실시한 Plasmapheresis는 인정하며, 동시술에 사용한 Eval Filter는 혈장내 병적물질만 제거하고 나머지는 다시 환자에게 넣어주는 특수 Filter로서, 혈중 알부민 손실을 방지하여 알부민을 별도로 보충해 줄 필요가 없게 하는 장점이 있으므로 인정한다. (공고 제2019-429호, 2001.2.5. 진료분부터 적용)
	신이식후 재발성 국소성 분절성 사구체신염(FSGS) 에 실시한 혈장교환술 (Plasma Pheresis) 인정기준	신이식 후 발생된 국소성 분절성 사구체신염(Focal Segmental Glomerulosclerosis ; FSGS)에 병인물질을 제거하기 위해 실시하는 혈장교환술(Plasma Pheresis)는 이식전 신생검에서 국소성 분절성 사구체신염(FSGS)으로 확진된 환자이거나 또는 이식전 원인질환을 알 수 없더라도 신이식후 단백뇨가 발생한 경우 인정하되, 그 시작시기 및 기간등은 아래와 같이 실시함을 원칙으로 함. - 아 래 - 가. 시작시기 - 성인 : 단백뇨가 2g/일 이상 (종료시기 : 0.3~ 0.5g/일이하) - 소아 : urine protein/creatinine ratio가 0.5이상 나. 실시기간 및 횟수 최초 3일은 매일, 3일 이후부터는 2주 동안 6회 (총 9회) (공고 제2019-429호, 2011.8.1. 진료분부터 적용)

HIRA

제 6 장

마 취 료

제 6 장 마취료

항 목	제 목	내 용
바1 정맥마취	Pain control 목적으로 시행한 ketamine infusion therapy 인정기준	Pain control 목적으로 실시하는 Ketamine infusion therapy는 EKG monitoring하에 NMDA receptor (N-methyl D-aspartate receptor)인 케타민을 2시간 정도 주입한 후 5시간 정도의 관찰이 필요한 요법으로, 다른 방법으로 호전되지 아니한 chronic neuropathic pain에 통상 3회 인정을 원칙으로 하며 수기료는 바1가 정맥마취(전신마취)로 인정하고 동 시술시 실시하는 EKG monitoring과 혈액산소분압(SPO2)은 별도 인정한다. (공고 제2019-429호, 2001.3.5. 진료분부터 적용)
바22 경막외신경차단술	선택적 경추간공 경막외조영술/신경차단술 (Selective Transforaminal Epidurography /Block) 또는 경추간공 경막외주사 /신경차단술 (Transforaminal Epidural Injection/Block)시 영상자료의 세부적용기준	선택적 경추간공 경막외조영술/신경차단술 (Selective Transforaminal Epidurography /Block) 또는 경추간공 경막외주사/신경차단술 (Transforaminal Epidural Injection /Block)시에는 영상자료에서 다음 소견이 확인되어야 함. - 다 음 - 가. 주사바늘 끝(Needle tip)은 정면 상에서 추간공 안쪽에, 측면 상에서 전경막외강(anterior epidural space)에 위치해야 함. 나. 조영제는 정면 상에서 시술부위(level) 주위의 경막외강에, 측면 상에서 전경막외강(anterior epidural space)내에 퍼짐이 확인되어야 함. 다. 상기 가 또는 나의 조건을 충족하기 어려운 경우는 그 사유를 기재 시에 사례별로 인정함. (공고 제2019-429호, 2013.9.1. 진료분부터 적용)

항 목	제 목	내 용
바24 척수신경 말초지차단술	하지수술시 마취목적으로 시행한 신경차단술 수가 산정방법	하지 수술시 마취 목적으로 2종 이상의 신경차단술을 실시한 경우에는 주된 신경차단술은 소정금액의 100%를 산정하고, 제2의 신경차단술부터는 소정금액의 50%를 산정하되 하지의 신경분포를 감안하여 최대 4종 이내로 산정함. 다만, 주 신경에서 세분된 분지신경 차단을 주 신경과 동시에 실시하는 경우에는 주 신경차단술의 소정금액만 산정함. (공고 제2019-429호, 2013.9.1. 진료분부터 적용)

제 7 장

이학요법료

제 7 장 이학요법료

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>내 용</th></tr>
<tr><td>일반사항</td><td>물리치료와 국소주사 등을 동시 시행시 적용기준</td><td>외래 진료시 물리치료와 국소주사 등(관절강내, 신경간내주사, 건초내, 신경차단술 등)을 동시에 실시한 경우, 해당 급여기준에 따른 동일목적의 중복진료 및 주된 치료는 다음과 같이 적용함.
- 다 음 -
가. 주된 치료는 소정점수가 높은 행위로 함.
나. 동일목적의 중복진료에 해당하는 물리치료는 아래와 같음
- 아 래 -
<table>
<tr><th>연번</th><th>분류코드</th><th>분류명칭</th></tr>
<tr><td rowspan="7">1절 기본 물리 치료</td><td>MM011</td><td>한냉치료-콜드팩</td></tr>
<tr><td>MM012</td><td>한냉치료(냉동치료)</td></tr>
<tr><td>MM030</td><td>자외선치료 [1일당]</td></tr>
<tr><td>MM010</td><td>표층열치료</td></tr>
<tr><td>MM020</td><td>심층열치료</td></tr>
<tr><td>MM070</td><td>경피적 전기자극치료</td></tr>
<tr><td>MM080</td><td>간섭파전류치료</td></tr>
<tr><td rowspan="13">2절 단순 재활 치료</td><td>MM041</td><td>수치료-증기욕치료 [1일당]</td></tr>
<tr><td>MM042</td><td>파라핀욕 [1일당]</td></tr>
<tr><td>MM043</td><td>수치료-정규욕조치료 [1일당]</td></tr>
<tr><td>MM044</td><td>수치료-회전욕치료(수,족,지) 1일당]</td></tr>
<tr><td>MM045</td><td>수치료-회전욕치료(전신) [1일당]</td></tr>
<tr><td>MM046</td><td>수치료-하버드탱크 치료[1일당]</td></tr>
<tr><td>MM049</td><td>수치료-대조욕치료[1일당]</td></tr>
<tr><td>MM051</td><td>간헐적 견인치료-경추경인</td></tr>
<tr><td>MM052</td><td>간헐적 견인치료-골반견인</td></tr>
<tr><td>MM060</td><td>전기자극치료</td></tr>
<tr><td>MM085</td><td>재활저출력레이저치료 [1일당]</td></tr>
<tr><td>MM170</td><td>유속치료 [1일당]</td></tr>
</table>
(공고 제2020-340호, 2021.1.1. 진료분부터 적용)</td></tr>
</table>

항 목	제 목	내 용
사105 맛사지치료	사-105 맛사지치료의 세부인정범위	사-105 맛사지치료 세부인정범위는 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 인정대상 - 근마비로 인한 연부조직위축 상병인 위축·구축 상병, 마비상병, 림프부종 및 부종, 연축, 사경 - 얼굴부위의 신경장애, 사지 신경손상 중 신경총(얼기)손상 또는 단신경에서 운동신경의 장애로 근마비에 의한 연부 조직의 위축이 나타난 경우 나. 그 외 상자하지 관련 상병, 척추관련 상병, 순수한 감각신경(상지: superficial radial nerve, medial antebrachial cutaneous nerve, lateral antebrachial cutaneous nerve 등, 하지: sural nerve, saphenous nerve, lateral femoral cutaneous nerve 등) 장애 등에는 인정하지 아니함. (공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)
사119 압박치료	사-119 압박치료의 세부인정범위	사-119 압박치료는 기구 내에 삽입된 상지 및 하지를 순차적으로 압박하여 조직사이의 압력을 증가시켜 조직사이에 고여 있는 림프액의 순환을 증진시킴으로써 환자의 팔과 다리의 림프부종을 감소시킬 수 있는 치료방법으로 동 치료의 인정범위는 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 인정대상 - 수술 후 혹은 방사선 치료 후 등에 생긴 림프부종 - 정맥염, 심부정맥혈전증, 말초혈관질환 등 혈관성질환에 생긴 국한부종 나. 그 외 전신부종, 상세불명의 부종, 척추상병, 상·하지 상병, 마비 상병 등에는 인정하지 아니함. (공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)

항 목	제 목	내 용
사122 중추신경계 발달재활치료, 사123 작업치료, 사124 일상생활동작 훈련치료, 사126 기능적전기 자극치료, 사130 재활기능치료, 사131 연하재활기능 적전기자극치료, 서141 연하장애재활 치료	뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등)등 환자에게 장기간 시행하는 전문재활치료의 인정기준	뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등) 환자에게 장기간 시행한 전문재활치료는 다음과 같이 심사적용함. 다만, 사131 연하재활 기능적전기자극치료는 중추신경계 질환, 뇌기저부 및 두개부 종양 수술환자에게 시행한 경우 급여 인정함. 또한, 뇌성마비와 진행성 중추신경계질환(파킨슨, 근위축성 측삭경화증)은 환자의 개별 증상이 다양하고, 장기적으로 지속적인 전문재활치료가 필요하므로 환자의 개별상태 등을 고려하여 사례별로 심사토록 함. - 다 음 - 가. 뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등) 환자에게 시행하는 전문재활치료는 발병 후 2년간 인정하는 것으로 하되, 환자 기능회복 및 호전여부 등을 고려하여 아래와 같이 적용함. - 아 래 - 1) 발병 후 2년 이내라도 환자의 기능적 회복이 3개월 동안 확인되지 않는 경우에는 필요한 전문재활치료를 1일 1회만 인정함. 2) 발병 후 2년이 경과한 경우에는 환자의 기능상태 유지를 위하여 사-122 중추신경계발달재활치료, 사-123 작업치료, 사-130 재활기능치료만 1일 1회 인정하나, 2년이 경과하였음에도 환자상태의 지속적인 호전이 있는 경우에는 3개월마다 기능회복 및 호전상태를 평가하여 필요한 전문재활치료를 인정함. 3) Vegetative state(식물인간 상태 등)는 발병기간에 관계없이 사례별로 필요한 전문재활치료만 인정함. 나. 발병 후 적정기간이 경과하였으나 부적절한 치료(전문재활치료를 중단한 경우 등)를 받은 경우 약 3개월 정도 전문재활치료를 실시하고, 기능 회복 및 호전여부 등에 따라 상기 가.항과

항 목	제 목	내 용
		동일하게 적용함. 다. 재활기능치료 중 사130-가 매트 및 이동치료와 사130-나 보행치료는 단계적으로 시행하여야 하므로 동일에 실시 시 1종만 인정함. 라. 사-124 일상생활동작훈련치료는 인지기능이 있는 환자에게 실시하여야 하며, 1-2종목만 실시하는 등 1일당 수가로 인정하기 곤란한 경우 주 2회 인정함. 마. 작업치료는 환자상태에 따라 사123-가 단순작업치료, 사123-나 복합작업치료, 사123-다 특수작업치료 중 한 항목을 선택하여 실시하여야 하므로 동일에 다른(단순작업치료 + 특수작업치료 등) 작업치료를 실시하였을 경우 1종만 인정함. 바. 서-141 연하장애재활치료는 발병 후 객관적 소견 없이 6개월 정도 인정하며 그 이후는 객관적 소견(연하장애평가검사 등)이 있는 경우 추가 인정함. 사. 사-126 기능적전기자극치료는 기능 호전을 목적으로 하는 재활치료이므로 발병 후 2년 이내는 1일 2회 인정가능하나 지속적인 치료에도 불구하고 근력이나, 기능적인 호전이 없는 경우 등에는 발병 후 6개월까지는 1일 2회 인정하고 6개월 이후에는 1일 1회 인정하며, 2년 이후에는 인정하지 아니함. 아. 사-131 연하재활 기능적전기자극치료는 3개월마다 실시한 연하장애 평가검사(비디오조영 연하검사 또는 내시경연하검사)에서 Penetration-Aspiration Scale (PAS)가 5 이상인 경우 인정하며(발병 또는 수술 후 6개월까지는 PAS 3이상인 경우 인정함), 발병 또는 수술 후 2년이 경과한 이후에는

항 목	제 목	내 용
		인정하지 아니함. ※ 환자상태에 대한 기능적 회복 및 호전여부는 K-MBI, MRS, FIM, DRS, 근력, 경직, 관절운동 범위, 감각상실 변화, 균형 및 보행기능, 인지 및 언어기능, 연하기능 등을 평가하여 판단함. * K-MBI : Korean Modified Barthel Index * MRS : Modified Rankin Scale * FIM : Functional Independence Measure * DRS : Disability Rating Scale ※ Penetration-Aspiration Scale(PAS) 1. Material does not enter the airway 2. Material enters the airway, remains above the vocal folds, and is ejected from the airway 3. Material enters the airway, remains above the vocal folds, and is not ejected from the airway 4. Material enters the airway, contacts the vocal folds, and is ejected from the airway 5. Material enters the airway, contacts the vocal folds, and is not ejected from the airway 6. Material enters the airway, passes below the vocal folds, and is ejected into the larynx or out of the airway 7. Material enters the airway, passes below the vocal folds, and is not ejected from the trachea despite effort 8. Material enters the airway, passes below the vocal folds, and no effort is made to eject (공고 제2019-422호, 2020.1.1. 진료분부터 적용)
사33 피부과적 자외선치료	사33 피부과적 자외선치료와 사34 피부광화학요법에 대하여	Olive oil을 바르고 자외선을 조사하는 것은 피부색소 침착효과를 보이는 것이므로 사33 피부과적 자외선치료를 적용하고, Mineral oil 이나 petrolatum 제제의 일종인 vaseline 등 피부질환의 치료에 쓰이는 약제를 바르고 자외선을 조사한 것은 사34 피부광화학요법으로 적용하여 인정한다. (공고 제2019-429호, 2001.2.5. 진료분부터 적용)

<table>
<tr><th>항 목</th><th>제 목</th><th>내 용</th></tr>
<tr><td>서121
이온삼투요법</td><td>서121 이온삼투요법과 다른 물리치료를 병행 시 적용기준</td><td>「서121 이온삼투요법 인정기준」의 ‘외래 진료시 이온삼투요법을 다른 물리치료와 병행 실시하는 경우’에 대한 동일목적의 중복진료 및 주된 치료는 다음과 같이 적용함.
- 다 음 -
가. 주된 치료는 소정점수가 높은 행위로 함.
나. 동일 목적의 중복진료에 해당하는 물리치료는 아래와 같음
- 아 래 -
<table>
<tr><th>연번</th><th>분류코드</th><th>분류명칭</th></tr>
<tr><td>1절
기본
물리
치료</td><td>MM011
MM012
MM030
MM010
MM020
MM070
MM080</td><td>한냉치료-콜드팩
한냉치료-냉동치료
자외선치료 [1일당]
표층열치료
심층열치료
경피적 전기자극치료
간섭파전류치료</td></tr>
<tr><td>2절
단순
재활
치료</td><td>MM041
MM042
MM043
MM044
MM045
MM046
MM049
MM051
MM052
MM060
MM085
MM170</td><td>수치료-증기욕치료 [1일당]
파라핀욕 [1일당]
수치료-정규욕조치료 [1일당]
수치료-회전욕치료(수족지) [1일당]
수치료-회전욕치료(전신) [1일당]
수치료-하버드탱크치료 [1일당]
수치료-대조욕치료 [1일당]
간헐적 견인치료-경추경인
간헐적 견인치료-골반견인
전기자극치료-마비근 치료
재활저출력레이저치료
유속치료</td></tr>
</table>
(공고 제2020-340호, 2021.1.1. 진료분부터 적용)</td></tr>
</table>

제 8 장

정신요법료

제 8 장 정신요법료

항 목	제 목	내 용
일반사항	의료급여정신과 입원환자의 정신요법료 산정기준	의료급여 정신과 입원 1일당 정액수가에는 6%의 정신요법료가 포함된 것으로 본다. (공고 제2019-429호, 2004.6.21. 진료분부터 적용)
아2 집단정신치료	Psychodrama를 관람한 경우 정신치료극 산정여부	정신치료극(psychodrama)은 주연환자, 관람한 환자 모두에게 치료적 효과를 볼 수 있으므로 Psychodrama를 전 병동 환자에게 관람시킨 경우, 이들 모든 환자에게 아2다 정신치료극 산정은 타당하므로 인정한다. (공고 제2019-429호, 2001.2.5. 진료분부터 적용)

HIRA

제 9 장

처치 및 수술료 등

제9장 처치 및 수술료 등

항 목	제 목	내 용
자16 피판작성술	자23가 연부조직종양 적출술과 동시 실시한 자16가(1) 국소피판작성술 인정여부	피부 이외 부위에서 발생한 양성 연부조직종양의 경우 피부 결손을 동반하지 않으므로 자23가 연부조직종양적출술과 동시 실시한 자16가(1) 국소피판작성술은 별도 산정하지 아니함. (공고 제2020-340호, 2021.1.1. 진료분부터 적용)
자30-1 절골술 및 체내금속고정술	엄지발가락 외반증 상병에 시행하는 자30-1 절골술 및 체내금속고정술 수가 산정방법	엄지발가락 외반증 상병으로 중족골(metatarsal bone) 및 근위지골(proximal phalanx)에 각각 절골술(osteotomy)과 체내고정술(internal fixation)을 시행하고 중족골 내측 돌출부 절제(medial eminence)를 시행한 경우, 동일 피부 절개 하에 이루어지므로 자30-1마 절골술 및 체내금속고정술(중수골, 중족골, 지골)은 150%로 산정하며, 중족골 내측 돌출부 절제술은 자31 골편절제술(Ostectomy) 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]로 산정함. (공고 제2019-429호, 2017.7.1. 진료분부터 적용)
자-34 두개골성형술	미세혈관감압술 및 동시 시행하는 자-34 두개골성형술의 수가산정방법	미세혈관감압술(Microvascular Decompression: MVD)은 삼차신경통, 일측성 안면 경련 등으로 인한 통증조절을 위해 유양돌기 후방 개두술을 통하여 삼차신경근의 기시부위를 압박하고 있는 혈관을 감압하는 시술로서, 자479-나(1) 두개강내 뇌신경수술-신경미세감압술(삼차신경)로 산정함. 다만, 시술과정 상 개두술 후 bone cement를 이용한 두개골성형술을 시행하게 되나, 일련의 과정으로 보아 자-34 두개골성형술은 별도 인정하지 아니하되, 치료재료인 bone cement는 별도 인정함. (공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)

항 목	제 목	내 용
자34 두개골성형술, 차97 악골내고정용 금속제거술	두개골 신장을 위해 MID System Distractor Frame을 사용시 수가산정방법	두개골조기유합증 상병에 두개골 신장을 위해 상악골 신장술용 재료 MID System Distractor Frame을 사용시 수가산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 삽입료 : 자34-다(2) 두개골성형술-두개골 조기봉합교정술(복잡)로 산정함. 나. 제거료 : 차97-나 악골내고정용 금속제거술-소형금속판의 제거로 산정하고, 1개를 초과하는 frame 개수마다 동 수가의 50%를 추가 산정하되, 총 200% 범위 내에서 산정함. (공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)
자44 척추변형에 척추관절고정	요추퇴행성후만증수술 인정기준 중 기립전신척추 방사선사진의 적용기준	「요추퇴행성후만증(Lumbar degenerative kyphosis, LDK) 수술 인정기준」에 있는 기립전신척추방사선사진은 서 있는 상태에서 경추부에서 골반부까지 포함된 전척추(Standing whole spine)를 촬영한 방사선사진을 말하며, 부위별로 촬영한 방사선사진으로 전척추상태를 확인하는 방식은 시상면 불균형(sagittal imbalance)을 정확하게 측정할 수 없으므로 기립전신척추 방사선사진으로 보지 아니함. (공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)
자45 척추체제거술	자45 척추체 제거술 산정방법에 대하여	척추체제거술은 척추체 상하 추간판제거를 포함하는 행위이므로 추체 인접부위 추간판제거술 소정점수는 별도로 산정하지 아니함 (공고 제2020-198호, 2020.8.1. 진료분부터 적용)
자46 척추고정술 [기기, 기구 사용 고정 포함]	인공디스크를 이용한 추간판전치환술의 급여기준 중 추간판의 퇴행성 변화 적용기준	「인공디스크를 이용한 추간판전치환술의 급여기준」에서 추간판의 퇴행성 변화는 MRI의 T2강조영상(T2WI) 시상면에서 신호강도 저하로 추간판이 검게 보이는 Black disc 또는 Dark disc를 의미함. (공고 제2020-340호, 2021.1.1. 진료분부터 적용)

항 목	제 목	내 용
	척추경 나사(pedicle screw system)를 이용한 자46 척추고정술의 급여기준 중 「방출성(불안정성) 척추 골절」의 후만각, 압박률, 척추관 침습의 측정 방법	「척추경 나사(Pedicle screw system)를 이용한 자46 척추고정술의 급여기준」 중 가. 2) 방출성(불안정성) 척추골절 시 후만각, 압박률, 척추관 침습은 다음과 같은 방법으로 측정키로 함. - 다 음 - 가. 후만각은 단순 방사선 측면영상(plain X-ray lateral view)에서 측정하는 것을 원칙으로 하며, 'Cobb's 방법에 의한 후만각(급성 골절부위 인접 상부 추체 상연의 연장선과 급성 골절부위 인접 하부 추체 하연의 연장선이 이루는 각)'으로 함. 나. 압박률은 단순 방사선 측면영상(plain X-ray lateral view)에서 측정하는 것을 원칙으로 하며, '급성 골절부위 인접 상·하부 전방 추체높이의 평균에 대한 골절된 추체의 전방높이 감소 비'로 함. 다만, 다발성 급성기 골절인 경우는 '측정하고자 하는 골절부위의 인접한 상부 또는 하부의 정상추체 전방높이에 대한 골절된 추체의 전방높이 감소 비'로 함. 다. 척추관 침습은 전산화단층촬영 축상 영상(axial view)에서 측정하는 것을 원칙으로 하며, '급성 골절부위 인접 상·하부 전후 중시상거리(Midsagittal canal AP diameter) 평균에 대한 손상 받은 추체 전후 중시상거리(Midsagittal canal AP diameter)의 침습 비'로 함. (공고 제2022-314호, 2023.2.1. 진료분부터 적용)
자47-1 경피적 척추후굴 풍선복원술	경피적 척추후굴풍선복원술(kyphoplasty)시 골다공증성 압박골절의	척추 골다공증성 압박골절시 압박변형률 측정 방법은 다음과 같이하며, 단순 방사선 측면영상(plain X-ray lateral view)에서 측정하는 것을 원칙으로 한다.

항 목	제 목	내 용
	압박변형률 측정방법	- 다 음 - 가. 인접 상·하부 추체에 진구성 골절이 없는 경우 - 인접 상·하부 전방 추체높이의 평균에 대한 압박골절 추체의 전방높이 감소 비 - 인접 상부 또는 하부의 전방 추체높이에 대한 압박골절 추체의 전방높이 감소 비 나. 인접 상·하부 추체에 진구성 골절이 있거나 다발성 골절인 경우 - 인접한 상부 또는 하부의 정상추체 전방높이에 대한 압박골절 추체의 전방높이 감소 비 (공고 제2019-429호, 2009.1.1. 진료분부터 적용)
자58-1 사지접합수술	자58-1 사지접합수술 적정 여부를 판단하기 위한 제출자료	사지접합수술은 다음의 자료를 통해 혈관성형술, 신경성형술, 건성형술, 골절내고정술 시행여부가 확인되어야 함 -다 음- 가. 수술 전 병변의 상태를 확인할 수 있는 임상 사진 및 방사선 사진 나. 수술 중 건 봉합, 신경 봉합, 혈관 봉합과 혈류 개통여부를 확인할 수 있는 수술기록 및 임상 사진 다. 수술 후 임상 사진 (공고 제2022-305호, 2023.1.1.진료분부터 적용)
자60-2 체내 고정용 금속제거술	동일 피부 절개 하에 주된 수술과 동시에 시행한 자60-2 체내고정용금속제거술의 인정여부	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 산정지침 (5)에 의거 주된 수술과 동시에 시행한 자60-2 체내고정용금속제거술 중 골에 삽입한 금속핀이나 금속정 등을 간단히 제거한 경우는 주된 수술의 일련의 과정으로 별도 산정하지 아니함 (공고 제2021-124호, 2021.5.1. 진료분부터 적용)

항 목	제 목	내 용
자71 인공관절 치환술	슬관절 골관절염 진단 분류를 위한 '켈그렌-로렌스 분류법 (Kellgren Lawrence)' grade Ⅲ, grade Ⅳ의 세부 적용 기준	「인공관절치환술(슬관절) 급여기준」의 '켈그렌-로렌스 분류법 (Kellgren Lawrence)'에 따른 grade Ⅲ, grade Ⅳ의 적용 기준은 방사선 영상자료(또는 수술 중 병변 촬영 사진)로 확인 가능한 경우로써 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. '켈그렌-로렌스 분류법(Kellgren Lawrence)' grade Ⅲ는 중요소견으로 관절간격 감소(joint space narrowing)가 50% 이상 이면서 골극(osteophyte), 경화(sclerosis), 결손(bone end deformity)의 2차적 소견이 함께 동반된 경우 나. '켈그렌-로렌스 분류법(Kellgren Lawrence)' grade Ⅳ는 중요소견으로 관절간격 감소(joint space narrowing)가 75% 이상 이면서 골극(osteophyte), 경화(sclerosis), 결손(bone end deformity)의 2차적 소견이 함께 동반된 경우 (공고 제2020-340호, 2021.1.1. 진료분부터 적용)
자82-1 반월상연골 봉합술	후방골 기시부에 시행하는 자82-1 반월상 연골봉합술 복잡 적용기준	자82-1 반월상 연골봉합술을 후방골 기시부에 시행할 때 Suture Anchor나 Transosseous tunnel 등을 사용하여 봉합한 경우는 '복잡기준에 해당하는 경우'로 적용함. (공고 제2020-340호, 2021.1.1. 진료분부터 적용)
자722 간절제술, 자804 간이식술시 자738 담낭절제술	간절제술 및 간이식술시 일련의 과정으로 이루어지는 담낭절제술의 인정기준	간의 4번 또는 5번 구역(Segment)을 포함한 자722 간절제술, 자804 간이식술시 이루어지는 담낭절제는 해당 수술의 일련의 과정이므로 별도 인정하지 아니함. (공고 제2021-197호 2021.8.1. 시행)
자140 폐쐐기	동일 폐엽에 자142 폐엽절제술과 동시 실시한	폐엽절제술 당일, 동일 폐엽에 조직병리진단을 위하여 먼저 시행한 폐쐐기절제술은 주된 수술

항 목	제 목	내 용
절제술	자140 폐쐐기 절제술의 인정여부	인 폐엽절제술 전체 과정의 일부이므로 주된 수술의 소정점수만 산정함. (공고 제2020-247호, 2020.10.1. 진료분부터 적용)
자146 폐첨박리술, 흉막박리술	자146 폐첨박리술, 흉막박리술의 인정기준	자146 폐첨박리술, 흉막박리술은 '주'에 의거 섬유흉, 농흉, 결핵 등 만성염증성폐질환이나 이전에 흉부수술 또는 흉막유착술을 시행한 이력으로 흉막내 유착이 심하여 실시한 경우 인정하며, 진료기록부에서 과거력, 유착부위 및 정도, 수술시간 및 방법 등이 구체적으로 확인되어야함. (공고 제2021-155호, 2021.7.1. 진료분부터 적용)
자200 심박기거치술	심장재동기화치료(CRT)에서 「거동이 가능한 NYHA Class Ⅳ에 해당되는 경우(또는 환자)」의 적용기준	「심장재동기화치료 급여기준」 중 '거동이 가능한 NYHA Class Ⅳ에 해당되는 경우(또는 환자)'는 다음의 조건을 모두 충족하는 경우에 적용함 - 다 음 - 가. 급성 관상동맥 증후군을 보이지 않는 경우 나. 정맥 강심제를 사용하고 있지 않은 경우 다. 대한심장학회의 최신 「만성 심부전 진료지침」에 따른 적절한 약물치료 중인 경우* (Guideline-Directed Medical Therapy, GDMT) * 대한심장학회의 「만성 심부전 진료지침」은 환자 치료 당시 지침 적용을 원칙으로 함 (공고 제2020-340호, 2021.1.1. 진료분부터 적용)
자200-2 심율동전환 제세동기 거치술	자200-2 심율동전환제세동기 거치술 및 심장재동기화 치료의 「적절한 약물치료」에 대한 적용기준	「심율동전환제세동기 거치술 급여기준」 및 「심장재동기화치료 급여기준」의 '심부전에서 적절한 약물치료'에는 레닌-앤지오텐신계 차단제와 베타차단제가 모두 포함하여야 함. 다만, 환자상태가 상기 약물을 사용할 수 없는 임상적 소견이 확인되는 경우 예외적으로 인정함 (공고 제2020-340호, 2021.1.1. 진료분부터 적용)

항 목	제 목	내 용
자205 사지정맥류 국소치료, 자206 광범위정맥 류발거술	하지정맥류 수술의 적정 여부를 판단하기 위한 영상자료 등에 대한 적용기준	하지정맥류 수술의 적정여부를 판단하기 위해서는 혈역동학적 소견을 확인할 수 있는 초음파 등 영상자료, 환자의 임상증상 및 신체검사 결과, 병변이 있는 측의 앞・뒤・좌・우 사진을 확인하여 심사함. (공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)
자253 위전절제술	림프절 절제포함 절제술 수기료 산정기준	림프절청소를 포함하는 위절제술 (자253, 자259)은 위주위 혈관을 둘러싸고 있는 18개소 위주위 림프절을 원발암의 부위에 따라 나눈 제1,2군의 림프절과 3군의 일부 림프절까지 곽청해 내는 D2+α 절제를 하거나, 최소 15개이상 림프절을 절제한 경우 인정하며, 림프절청소를 포함하는 결장 및 직장의 절제술(자267, 자292, 자292-1)은 N2 림프절 중 중림프절(intermediate lymph node)까지 절제했을 때 인정한다. (공고 제2019-429호, 2008.1.1. 진료분부터 적용)
자268 장문합술	위 절제술과 동시 실시한 자268 장문합술 인정여부	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 산정지침 (5)에 의거 위 절제술(자253, 자259)시 부수적으로 동시에 실시하는 자268 장문합술은 주된 수술의 일련의 과정으로 별도로 산정하지 아니함. (공고 제2019-422호, 2020.1.1. 진료분부터 적용)
자-275 서혜부허니 아근본수술	복강경하 복막외접근법으로 시행한 자-275 서혜부허니아 근본수술시 수가산정방법 및 복강경 치료재료 인정여부	복강경을 이용한 서혜부허니아수술 방법은 '전복막공간(preperitoneal space) 박리를 하여 복막외에서만 이루어지는 복막외접근법(Totally extraperitoneal approach, TEP)'과 '복강 내로 접근하는 복강을 통한 전복막접근법(Transabdominal preperitoneal approach, TAPP)' 등이 있으며, 복막외접근법(TEP)은 복강을 통한 전복막접근법(TAPP)의 발전된 방법으로서 복강을 통한 전복

항 목	제 목	내 용
		막접근법(TAPP)에서 올 수 있는 복강내 기관의 손상과 유착을 최소화하는 등 이점이 있고, 실질적인 탈장교정술으로 보아야 하므로 복막외 접근법(TEP)을 이용하더라도 자-275 서혜부 허니아 근본수술로 산정하고 사용된 복강경 치료 재료는 인정함. (공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)
자281 장관유착 박리술	복부 수술과 동시 실시한 자281 장관유착박리술의 수가 산정방법	1. 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 산정지침(5)에 의거 복부 수술을 하면서 부수적으로 시행한 장관유착박리술은 복부 시술에 따른 일련의 과정이므로 별도 산정하지 아니함. 2. 다만, 복부수술 또는 크론병, 궤양성 대장염, 결핵성 장질환 등 만성육아종병(chronic granulomatous disease)의 기왕력이 있고, 해당 부위가 장관유착박리술 부위와 해부학적으로 근접한 경우로서 진료기록부에 유착 부위 및 정도, 과거력 등이 구체적으로 기록되어 있는 경우 자281 장관유착박리술 소정점수의 50% [종합병원(상급종합병원 포함)]은 70%]를 산정함. (공고 제2020-340호, 2021.1.1. 진료분부터 적용)
자301 치핵근치술, 자-295 치열수술	자301-라 치핵근치술과 자-295 치열수술을 동시 시행시 수가산정방법	1. 「치핵수술시 수가산정방법(고시 제2007-77호)」에 의거 '자301-라 치핵근치술은 3개의 주치핵을 중심으로 발달된 치핵을 함께 근치적으로 절제하는 경우에 산정'하고 '자301-라 치핵근치수술과 내항문 괄약근 측방절개술(LSIS, lateral subcutaneous internal sphincterotomy)을 동시에 시행하더라도 자301-라 치핵근치수술만 산정'토록 하고 있음.

항 목	제 목	내 용
		2. 다만, 치핵이 치열과 같이 동반된 경우나 괄약근의 기능항진이 있는 경우에는 치핵절제술과 더불어 보조술식으로 내 괄약근 부분절개술을 시행할 수 있으므로 동일한 부위가 아니더라도 자301-라 치핵근치술과 동시에 내항문 괄약근 측방절개술 등 자- 295 치열수술을 동시에 시행하는 경우에는 자301-라 치핵근치술 소정점수만 인정함. (공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)
자365-1 방광내약액주입	자365-1 방광내 약액주입과 동시 산정된 자5 도뇨 인정여부	자365-1 방광내 약액주입과 동시 산정된 자5 도뇨는 일련의 과정이므로 인정하지 아니함 (공고 제2022-305호, 2023.1.1. 진료분부터 적용)
자415-2 골반 및 대동맥주위 림프절	자292 직장 및 에스장절제술 -림프절 청소를 포함하는 것과 동시 실시한 자415-2 골반 및 대동맥주위 림프절절제술 인정여부	자292 직장 및 에스장절제술 가(1)전방절제-림프절 청소를 포함하는 것, 나(1)저위전방절제-림프절 청소를 포함하는 것, 다(1)초저위전방절제-림프절 청소를 포함하는 것, 라(1)복회음절제 혹은 복천골절제-림프절 청소를 포함하는 것, 마(1)복부 풀수루수술-림프절 청소를 포함하는 것은 직장이나 결장주위 림프절은 물론 골반측면, 천골전방, 대동맥분기주위의 림프절이 광범위하게 포함되어 있으므로 동시 실시한 자415-2 골반 및 대동맥주위 림프절절제술은 주수술 과정의 일부이므로 주된 수술의 소정점수만 산정함. (공고 제2020-247호, 2020.10.1. 진료분부터 적용)
자427-1 자궁내장치제거료	자452 자궁소파술과 동시 실시한 자427-1 자궁내장치제거료 인정여부	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편제2부제9장제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 부수적으로 동시에 실시하는 수술의 경우에는 주된 수술의 소정점수만 산정함에 따라 자궁내장치제거료는 자궁소파술의 일련의

항 목	제 목	내 용
		과정으로 별도 산정하지 아니함. (공고 제2019-422호, 2020.1.1. 진료분부터 적용)
자430 자궁경부(질) 약물소작술	급성 질염에 자궁경부(질) 약물소작술 인정여부	자430 자궁경부(질) 약물소작술은 자궁경부에 eversion(외번) 또는 erosion(미란)이 있는 경우는 인정하나, 급성질염에 실시하는 경우에는 인정하지 아니한다. (공고 제2019-429호, 2008.1.1. 진료분부터 적용)
자431 자궁경부(질) 전기소작술	자430 자궁경부(질)약물소작술과 자431 자궁경부(질)전기소작술 동시 실시시 인정여부	자430 자궁경부(질)약물소작술과 자431 자궁경부(질) 전기소작술을 동시 실시한 경우 동일 목적으로 보아 주된 처치의 소정점수만 산정함. (공고 제2019-428호, 2020.1.1. 진료분부터 적용)
자463 종양절제를 위한 개두술	자463다 경비적 뇌하수체종양 적출술과 동시 실시한 자100 비중격교정술 또는 성형술과 자112 접형골동비내수술 인정여부	자463다 경비적 뇌하수체종양 적출술 시 동시에 시행되는 자100 비중격교정술 또는 성형술과 자112 접형골동비내수술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 [산정지침](5)항에 주된 수술의 일련의 과정에 포함되므로 별도 인정하지 아니함. (공고 제2019-422호, 2020.1.1. 진료분부터 적용)
자466 두 개강 내 혈관문합술	공여조직을 이용한 두개강 내 혈관문합술 수가 산정방법	모야모야병에서 공여조직(dura, muscle, galea, pericranium 등)을 이용한 두개강 내 혈관문합술의 수가는 다음과 같이 산정함 - 다 음 - 가. 상기 수기료는 자466나 두개강내 혈관문합술 -간접법 소정점수에 준용하여 산정함 나. 동일 병변에 대하여 각각의 개두술(Craniotomy)를 이용하여 문합술을 한 경우는 동일 마취하 연속된 수술이므로 주된 수술 100%, 그 외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를

항 목	제 목	내 용
		산정함. 다. 하나의 개두술(Craniotomy) 하에 '혈관(STA)을 이용한 수술'을 하고 상기 수술을 한 경우는 주된 수술과 동시에 시행한 부수적인 수술이므로 별도 산정하지 아니함 * STA(superficial temporal artery, 표재성측두동맥) (공고 제2022-305호, 2023.1.1. 진료분부터 적용)
자485 무탐침정위기법	자485 무탐침정위기법(기본)하에 천두술을 이용하여 생검, 흡인, 병소절제, 혈종제거시 수가 산정방법	자485가 무탐침정위기법(기본)하에 천두술을 이용하여 생검, 흡인, 병소절제, 혈종제거시 수술과정 및 난이도를 고려하여 자485가 무탐침정위기법(기본) 소정점수와 자32나(2) 천두술(낭종, 혈종, 농양제거 및 배액)-뇌실질내 소정점수를 각각 산정함. (공고 제2022-305호, 2023.1.1. 진료분부터 적용)
자504 녹내장 임플란트 삽입술, 자-501 공막편이식술	자504-사 녹내장임플란트 삽입술과 동시 시행하는 자-501 공막편이식술 인정여부	자504-사 녹내장 임플란트 삽입술시 시행하는 자501-가 공막이식술-공막편이식은 합병증의 예방이나 임플란트의 안정성 등에 도움을 주기위해 시행되나, 임플란트 삽입술을 보강하기 위한 부수적 행위이므로, 일련의 과정으로 보아 자504-사 녹내장 임플란트 삽입술의 소정점수만 인정함. (공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)
자-514 망막열공냉동응고술, 자516-1 안구내삽관레이저 광응고술	망막질환에 자-514 망막열공냉동응고술 및 자516-1 안구내삽관레이저 광응고술 동시 시행시 인정여부	1. 망막박리 상태를 재유착시키는 방법에는 유리체절제술(자-512)과 공막돌륭술(자-513 망막박리수술)이 있고, 유리체절제술을 시행하는 경우에는 자516-1 안구내삽관레이저 광응고술을, 망막박리 수술 시에는 자-514 망막열공냉동응고술을 시행하는 것이 타당하며, 망막열공냉동응고술과 안구내삽관레이저 광응고술이 동일 목적임을 감안하여 자-514 망막열공냉동응고술과 자516-1 안구내삽관레이저 광응고술을 동시에 시행하는 경우에는 인정하지

항 목	제 목	내 용
		아니함. 2. 다만, 동공이 너무 작은 경우 등 망막 주변부 치료가 어려운 특수한 경우에는 자516-1 안구내 삽관레이저 광응고술 외에 자-514 망막열공 냉동응고술 시행이 추가적으로 필요하므로 동시 시행에 대한 인정 여부는 사례별로 판단함. (공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)
자521 안와골절 정복술	안와내 다발성 골절로 인한 자521가(1) 안와골절정복술-관혈적[Blow-out 골절]의 수가 산정방법	안와내 다발성 골절로 인한 Blow-out 골절 수술인 경우 절개방법 및 골절부위를 불문하고 자521가(1) 안와골절정복술-관혈적[Blow-out 골절]의 소정점수를 산정함. (공고 제2020-340호, 2021.1.1. 진료분부터 적용)
자567 공동폐쇄 유양동절제술, 자16 국소피판술	자567-가 공동폐쇄 유양동절제술 (외이도 후벽보존 유양동절제술)과 동시에 시행하는 자16-가 국소피판술 인정여부	자567-나 공동개방 유양동절제술(canal down mastoidectomy)시 cartilage 등을 이용해 외이도벽을 메꾸어 주는 수술(유양동폐쇄술)을 시행한 경우는 「자567나 공동개방 유양동절제술 및 자567다 교각보존 유양동절제술시 실시한 유양동폐쇄술의 수기료 산정방법」에 따라 자16-가(1) 국소피판술 소정점수의 50%를 별도 산정 가능함. 다만, 자567-가 공동폐쇄 유양동절제술 (외이도 후벽보존 유양동절제술, Intact Canal Wall Mastoidectomy)시 부수적으로 상고실벽 손상 병변을 덮어준 경우는 자567-가 공동폐쇄 유양동절제술(canal up mastoidectomy)의 일련의 과정에 포함되므로 자16-가(1)국소피판술 소정점수의 50%를 별도 인정하지 아니함. (공고 제2020-340호, 2021.1.1. 진료분부터 적용)

항 목	제 목	내 용
자654 부정맥의 고주파절제술, 자654-1 부정맥의 냉각절제술	자654 부정맥의 고주파절제술 및 자654-1 부정맥의 냉각절제술시 방실결절재진입 빈맥(Atrio ventricular Nodal Re entry Tachycardia, AVNRT)의 적용기준	「자654 부정맥의 고주파절제술 및 자654-1 부정맥의 냉각절제술 급여기준」의 '바. 방실결절재진입 빈맥(Atrioventricular Nodal Reentry Tachycardia, AVNRT)은 임상전기생리학적검사(Electrophysiology Study, EPS)상 다음과 같은 소견 중 하나이상이 확인된 경우에 적용함. - 다 음 - 가. 방실결절재진입 빈맥이 유발된 경우 나. AH jump와 echo beat가 동시에 확인된 경우 (공고 제2022-314호, 2023.2.1. 진료분부터 적용)
자654 부정맥의 고주파절제술	자654 부정맥의 고주파절제술시 방실결절재진입 빈맥(Atrio ventricular Nodal Re entry Tachycardia, AVNRT)의 적용기준	「부정맥의 고주파절제술(RFA) 급여기준」의 '바. 방실결절재진입 빈맥(Atrioventricular Nodal Reentry Tachycardia, AVNRT)'은 임상전기생리학적검사(Electrophysiology Study, EPS)상 다음과 같은 소견 중 하나이상이 확인된 경우에 적용함. - 다 음 - 가. 방실결절재진입 빈맥이 유발된 경우 나. AH jump와 echo beat가 동시에 확인된 경우 (공고 제2020-340호, 2021.1.1. 진료분부터 적용)
자659 경피적풍선 혈관성형술	동정맥루의 협착에 자659 경피적 풍선혈관성형술(PTA)시 동시 실시한 측부 정맥(Collateral vein) 코일색전술 수가 산정방법	혈액투석을 위해 설치된 동정맥루의 협착으로 main flow가 감소된 경우에 자659 경피적 풍선혈관성형술(PTA)과 측부 정맥(Collateral vein) 코일색전술동시 실시한 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 [산정지침](5)항에 의거, 풍선혈관성형술(PTA) 소정점수를 산정하며, 측부 정맥(Collateral vein) 코일색전술은 자659 경피적 풍선혈관성형술(PTA)시 부수적인

항 목	제 목	내 용
		시술로 별도 인정하지 않음 다만, 측부 정맥(Collateral vein) 코일색전술시 사용한 치료재료대는 별도 산정 가능함. (공고 제2020-340호, 2021.1.1. 진료분부터 적용)
자762 내시경적 상부소화관 출혈 지혈법, 자768 결장경하 출혈 지혈법, 자773 에스상 결장경하 출혈 지혈법	내시경적 종양 수술 시 실시한 자762 내시경적 상부소화관 출혈 지혈법, 자768 결장경하 출혈지혈법, 자773 에스상 결장경하 출혈 지혈법 인정 여부	자765 내시경적 상부소화관 종양 수술, 자770 결장경하 종양 수술, 자775 에스상 결장경하 종양 수술 시 발생한 출혈에 대한 지혈은 종양 수술의 일련의 과정이므로 자762 내시경적 상부소화관 출혈 지혈법, 자768 결장경하 출혈 지혈법, 자773 에스상결장경하 출혈 지혈법은 별도 산정하지 아니함. (공고 제2020-157호, 2020.6.1. 진료분부터 적용)
처치 및 수술 일반사항	수술료 불인정 시 제반비용 인정여부	요양급여비용을 심사함에 있어 수술료 전체를 인정하지 않는 경우 해당 수술과 직접 연관되는 행위(마취료 등)·약제(마취 약제 등)·치료재료 비용은 인정하지 아니함 (제2021-333호, 2022.1.1. 진료분부터 적용)

HIRA

제 10 장

치과 처치 · 수술료

제 10 장 치과 처치·수술료

항 목	제 목	내 용
차-29 교합조정술	차-29 교합조정술의 1일 최대 인정가능한 치아수	차-29 교합조정술은 치아모형의 교합기 부착 없이 구강 내에서 직접 조기접촉이나 교두 간섭 부위를 선택적으로 삭제하거나 재형성해서 교합력을 여러 개의 치아에 균등하게 분산시킴으로서 기능적 관계를 설정하는 방법이나, 여러 개 치아에 대하여 광범위한 교합관계의 형성이 필요한 경우에는 차35 교합성형술을 실시하는 것이 타당하므로 차-29 교합조정술은 1일에 최대 4치까지 인정함. (공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)
차59 치근단절제술	치근단폐쇄(역충전) 없이 산정된 차-59 치근단절제술의 인정여부	차-59 치근단절제술은 치근단에 잔존하는 염증 조직을 제거하는 외과적 치료방법으로 대부분 근관치료를 완료 후 시행하거나 근관치료의 마지막 단계에서 근관충전과 동시에 시행하며, 치근단 병변이 근관치료만으로는 해결되지 않는 경우에 시행함. 또한, 동 항목에서 "치근단폐쇄비용 포함"이라고 명시된 것은 해당 소정점수 내 치근단폐쇄비용을 포함하고 있으므로 해당 비용을 별도 산정할 수 없다는 의미로 보아야 하며, 치근단폐쇄(역충전)을 실시하지 않은 경우에도 차-59 치근단절제술 소정점수로 산정함. (공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)
차87 하악골양성 종양절제술 [낭종포함]	악안면 낭종에 시행하는 조대술 (Marsupialization) 수가산정방법	악안면 낭종을 제거하는 수술방법은 크게 낭종 적출술, 개창술(조대술: marsupialization)로 구분되며, 조대술(marsupialization)은 골내의 낭종 크기가 크거나 인접구조물의 손상이 우려되는 경우나 일차적인 적출이 용이하지 않는 경우 낭종

항 목	제 목	내 용
		내벽의 일부가 구강점막이 되도록 하는 술식임. 악안면 낭종에 대한 조대술은 낭종을 적출하는 방법에 비해 수술 난이도가 비교적 낮고, 일정기간 후 적출하는 수술이 따로 이루어져야 하는 점 등을 고려하여 차87-가 하악골양성종양절제술[낭종 포함]-편측악골1/3미만 소정점수의 50%으로 인정함. (공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)

HIRA

제13장 · 제14장

한방 검사 · 시술 및 처치료

제13장·제14장 한방 검사·시술 및 처치료

항 목	제 목	내 용
한2 맥전도검사	3세 미만의 영·유아에게 시행한 맥전도검사 인정여부	3세미만 영·유아에게 시행한 한2 맥전도검사는 인정하지 아니한다. (공고 제2022-314호, 2023.2.1. 진료분부터 적용)

HIRA

질 병 군

질 병 군

제 목	내 용
질병군(DRG) 진단 분류기호 부여기준	아래 진단분류기호는 다음과 같은 경우에 인정한다. - 다 음 - 1. O14(임신중독증) 아래의 혈압과 단백뇨의 조건이 모두 충족되는 경우 - 아 래 - 가. 혈압: 정상혈압을 갖고 있던 여성에서 임신20주 이후에 수축기 혈압이 140 mmHg 이상이거나 확장기 혈압이 90㎜Hg 이상, 6시간 이상의 간격으로 최소한 2번 이상 증명된 경우 나. 단백뇨: 6시간 이상의 간격으로 2+이상(또는 100mg/dl 이상) 2번 이상 증명된 경우 또는 24시간 요중에 단백질이 300mg 이상 존재가 확인된 경우 2. O15(자간증) O14(임신중독증)의 조건을 충족하면서 임신성 고혈압에 의해 경련 (Convulsion)이 동반된 경우 3. O46(분만 전 출혈) 분만 전에(활발한 진통이 시작되기 전) 출혈이 있어 입원한 경우 또는 입원하여 분만 전에 출혈량에 관계없이 출혈이 있었던 경우(혈성이슬 제외) ※ 응고장애를 동반한 경우 O460(응고장애를 동반한 분만 전 출혈) 부여 가능 4. O67(분만 중 출혈) 분만 중 (활발한 진통이 시작된 후부터 태아의 만출까지 : 분만 제1.2기)에 과다출혈이 있었던 경우로 분만전(입원당시)과 비교 Hct가 10%이상 감소한 경우이거나 수혈이 필요하여 수혈을 실시한 경우 ※ 응고장애를 동반한 경우에는 응고 장애를 동반한 분만 중 출혈 (O670) 부여 가능 5. O72(분만 후 출혈) 분만 제3기부터 분만 후 6주 이내(조기산후출혈과 지연산후

제 목	내 용
	출혈을 모두 포함)에 과다 출혈이 있었던 경우로 분만전(입원당시)과 비교 Hct가 10%이상 감소한 경우이거나 수혈이 필요하여 수혈을 실시한 경우 ※ 응고장애를 동반한 경우에는 O723(분만 후 응고 결여) 부여 가능 6. D62(급성 출혈 후 빈혈) 외과적 수술, 처치 후 다량의 출혈로 수술전(입원당시)과 비교 Hgb과Hct 수치의 10% 이상 감소 및 Hb 10g/dl 미만으로 저하되어 이에 대한 치료가 이루어진 경우(약제투여, 수혈 등) 7. O47(가진통) 임신 만기 전에 자궁의 불규칙적인 수축으로 인한 통증으로 수축이 자연 소실되거나 자궁경관의 개대가 없는 상태로 분만으로 이어지지 않은 진통으로 확인된 경우 8. O85(산후기 패혈증) 분만 후 첫 24시간을 제외한 산후 10일 이내에 2일간 계속하여 38℃(100.4°F) 이상의 체온상승이 확인된 경우 9. Z355(고령 초임산부의 관리) 초임산부로서 만 35세 이상인 경우 10. Z356(어린 초임산부의 관리) 초임산부로서 만 16세 미만인 경우 11. Z358(기타 고위험 임신의 관리) 경산으로 만 40세 이상인 경우와 만 35세 이상인 경산으로 전 출산과 만 5년 이상 Interval이 있는 경우 12. T814(달리 분류되지 않은 처치에 의한 감염) 수술부위의 통증, 국소 종창, 발적, 열감 등의 감염 징후를 동반하면서 – 표재성 창상, 심부 절개 부위 및 기관/강 등 외과수술 부위에서 농성 분비물이 나오는 경우 – 무균 처치시 획득된 체액이나 조직에서 미생물의 배양이 확인된 경우 – 무균 처치시 획득된 체액이나 조직에서 미생물이 분리된 경우

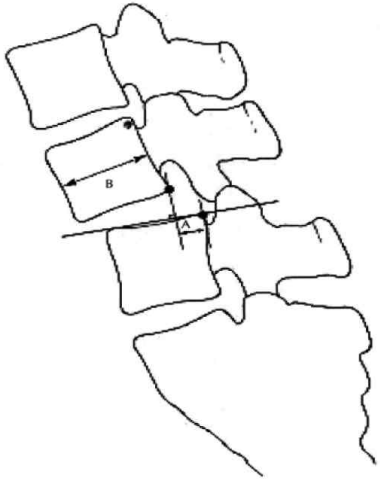
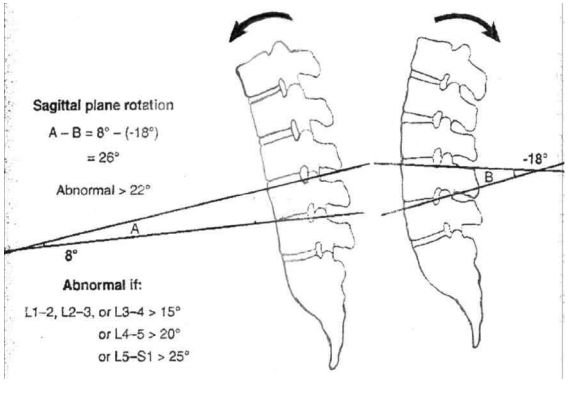
제 목	내 용
	등으로 외과의사나 주치의사의 판단에 의해 감염으로 진단한 경우 13. E10(인슐린 의존성 당뇨병) 한국표준질병사인분류에 의하여 당뇨병이 불안정형(brittle), 연소성발병형(juvenile-onset), 케토증경향(ketosis-prone) 또는 Ⅰ형(typeⅠ)인 경우 14. O141(중증의 전자간) - 전자간증이면서 다음의 기준 중 1개 이상 충족 • 환자가 침상 안정 상태에서 적어도 6시간 간격으로 2회에 걸쳐 수축기 혈압 160mmHg 이상 또는 확장기 혈압 110mmHg 이상 • 24시간 채뇨 소변에서 5gm이상의 단백뇨 또는 적어도 4시간 간격으로 2회 채뇨 점적뇨에서 3+이상 • 24시간 500ml 이하의 핍뇨 • 대뇌 장애 또는 시력 장애 • 폐부종 또는 청색증 • 상복부 또는 우상복부통증 • 간기능 장애 • 혈소판 감소증 • 태아발육지연 15. O142(헬프(HELLP) 증후군) - 다음의 기준을 모두 충족 • 용혈(hemolysis) Abnormal peripheral blood smear Increased bilirubin ≥ 1.2㎎/dl Increased LDH> 600 IU/L • 간효소치 상승 Increased AST ≥ 72 IU/L Increased LDH as above • 저혈소판혈증 Platelet count < 100×10^3/㎕

제 목	내 용
	16. O13(유의한 단백뇨를 동반하지 않은 임신성(임신-유발성) 고혈압) 정상혈압을 갖고 있던 여성에서 임신20주 이후에 수축기 혈압이 140 mmHg 이상이거나 확장기 혈압이 90㎜Hg 이상, 6시간 이상의 간격으로 최소한 2번 이상 증명되고 분만 후까지 단백뇨가 동반되지 않고 고혈압으로 남아 있는 경우 (공고 제2019-429호, 2012.7.1. 진료분부터 적용)

치료재료

치료재료

연번	제 목	내 용
1	내시경하 교감신경절절제 수술시 사용하는 내시경용 투관침 Miniport 인정여부	내시경용 투관침인 Miniport(size 2mm)는 흉강 및 복강 내시경기구의 투입경로를 만들기 위해 사용토록 식약청 허가를 받은 치료재료로서, 일반 흉강경용 투관침(size 5.5mm)에 비해 크기가 작아 수술절개부위가 작고 통증이 적으며 감염의 기회도 감소할 수 있는 장점이 있어 최소침습적 수술에 필요한 점을 감안하여 내시경하 교감신경절절제수술시 사용하는 내시경용투관침 Miniport는 인정함. (공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)
2	척추유합술시 사용하는 고정기기 인정기준에서 '분절간 불안정성'에 대한 방사선적 진단기준	「척추유합술시 사용하는 고정기기(Cage단독 또는 Cage와 pedicle screw system 병용) 인정기준」의 적응증 중 '가.-(4)-② 분절간 불안정성이 확인되는 경우'의 방사선적 진단기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 요추부 측면 굴곡-신전 사진에서 가. 시상면 전위(sagittal plane displacement) 4mm 이상인 경우이거나 나. 시상면 굴곡도(sagittal plane angulation)가 - L1-2, L2-3, L3-4 : 15° 이상 - L4-5 : 20° 이상 - L5-S1 : 25° 이상 ※ (측정 방법은 [fig.1], [fig.2] 참조) (공고 제2019-429호, 2010.2.1. 진료분부터 적용)

연번	제 목	내 용
		 [fig.1] Measurement of sagittal plane displacement in the lumbar spine.  [fig.2] Measurement of sagittal plane angulation in the lumbar spine. A method of measuring sagittal plane angulation of the L4−L5 funtional spinal unit on dynamic lateral radiographs. The sagittal plane anglution is the difference between the Cobbs measurements taken in flexion(A) and extension(B).

연번	제 목	내 용
3	SEXTANT SYSTEM을 이용하여 3level 이상 시행한 척추후방고정술 인정여부	SEXTANT SYSTEM을 이용해 Prebended Rod를 3level 이상 연속적으로 고정하는 시술은 의학적 안전성 및 유효성이 확인되지 아니하므로 인정하지 아니함. (공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)
4	관절경 등 내시경하 수술을 양측 시행시 내시경 치료재료 산정방법	관절경 등 내시경하 수술시 동시에 양측 수술을 하는 경우 내시경 치료재료는 1회만 인정함. (공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)
5	혈장성분제제 수혈시 사용하는 백혈구제거 필터 및 Transfer Bag 인정여부	적혈구 혹은 혈소판제제 등과 같은 세포제제는 백혈구제거 필터의 적응증이 되나, 신선동결혈장이나 동결침전제제 등과 같은 비세포제제(혈장성분제제)는 백혈구제거 필터의 적응증이 되지 않으며, 실제 백혈구제거 필터를 사용하더라도 잔여 백혈구를 완전히 제거할 수 없는 점 등을 고려하여 신선동결 혈장 등 혈장성분제제 수혈시 사용되는 백혈구제거 필터 및 Transfer Bag는 인정하지 아니함. (공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)
6	치조골 결손부위에 사용하는 골 대체물질(인조골)의 인정범위	골대체물질의 인정기준(고시 제2007-139호)에 의거 “치조골 결손부에 골 이식술시 사용한 골 대체물질은 자가골 이식술 없이 합성골만을 사용하였을 경우에는 최대 3cc(2.5g) 범위내 인정”토록 하고 있으나, 골 결손 크기가 비교적 작아 자연 치유가 가능한 경우도 있으므로, 골 대체물질은 최소한 직경 1cm 이상의 골 결손이 있는 경우에 인정하되, 1cm 미만의 골 결손이 있다하더라도 아래와 같은 경우에는 인정함. - 아 래 - 가. 협측과 설측골이 모두 소실된 관통(through & through) 병소가 있는 경우 나. 근단부 병변과 치주염이 혼재된 경우 다. 치조골결손이 근단부에서 치경부까지 전개되어 치근이 노출된 열개결손(dehiscence defect)의 경우 (공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)

연번	제 목	내 용
7	골대체제(동종골, 이종골, 합성골)의 급여 기준에서 '개두술 후 인정 용량'의 기준	「골대체제(동종골, 이종골, 합성골)의 급여기준」의 적응증 중 개두술 후 '1.- 라.- 1) 모발선(hair line) 이하의 안면부 골결손이 있는 경우'에는 편측 5g 미만, 양측 10g 미만 사용을 원칙으로 함. (공고 제2019-428호, 2020.1.1. 진료분부터 적용)
8	대퇴 및 슬와동맥의 죽상경화증에 의한 협착 치료 시 동시 사용한 죽종제거 카테터와 약물방출풍선카테터 인정여부	대퇴 및 슬와동맥의 협착 치료 시 죽종제거카테터를 이용한 죽종제거술과 약물방출풍선카테터를 이용한 풍선확장술 동시 시행은 중증의 석회화가 있거나 10cm이상의 긴 병변(severely calcified or long lesion)에 시행한 경우에 인정함. 다만, 스텐트 내 재협착(In-Stent Restenosis; ISR) 부위에 죽종제거카테터 사용은 식약처 허가사항 참조 금기인 경우에 인정하지 아니함. * 중증의 석회화: 혈관내로 돌출한 석회화가 50%이상의 내강 협착을 초래한 경우 (공고 제2019-428호, 2020.1.1. 진료분부터 적용)
9	현수견인법(Sling Procedure)에 의한 요실금 치료재료(SISTEMA REMEEX 등) 급여기준에서 복압성 요실금의 인정기준	현수견인법(Sling Procedure)에 의한 요실금 치료재료(SISTEMA REMEEX 등) 급여기준 중 복압성 요실금의 진단기준인 배뇨근 수축력 약화와 심한 요실금의 경우는 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 배뇨근 수축력 약화(detrusor underactivity)가 있는 경우 1) Schaefer nomogram에서 배뇨근 수축력 약화 확인 2) BCI(Bladder Contractility Index) <100 3) 확실한 임상증상(최고 요속(Qmax)이 15ml/sec 이하이고 배뇨후 잔뇨량이 100ml 이상인 경우)이 확인되는 경우 나. 심한 요실금 1) Grade 3(서 있는 경우에도 있는 경우) 2) 요누출압(ALPP) 60cmH2O 이하인 경우 3) 최대요도폐쇄압 60cmH2O 이하인 경우 (공고 제2019-428호, 2020.1.1. 진료분부터 적용)

연번	제 목	내 용
10	자71가(3) 인공관절치환술(전치환-슬관절)에 사용하는 '슬관절치환용 Extension Stem, Rod류'의 인정기준	「자71가(3) 인공관절치환술(전치환-슬관절)에 사용하는 '슬관절치환용 Extension Stem, Rod류'의 급여기준」에서 환자 상태를 고려하여 해당 치료재료를 불가피하게 사용해야 하는 경우는 다음과 같이 함. - 다 음 - 1) 수술 부위의 골결손부위가 큰 경우 - 5mm이상의 깊이 혹은 내측/외측 경골과 표면 50% 이상의 결손으로 골이식이 필요한 경우 2) 절골술 후 발생한 불유합 혹은 골절 후 발생한 불유합 3) 부정유합 4) 심한 각 변형 - 15도 이상의 내반 혹은 외반 변형으로 수술 후 관절의 불안정을 초래할 수 있는 경우 5) 기타 동 치료재료를 불가피하게 사용해야 하는 경우는 의사소견서 및 검사결과 등을 참조하여 사례별 인정 (공고 제2022-266호, 2022.12.1. 진료분부터 적용)
11	경비적 접근법을 이용한 뇌질환 수술 시 사용하는 Internal Nasal Splint 인정기준	경비적 접근법을 이용한 뇌질환 수술 시 수술기록지 등을 참조하여 비중격의 연골부 혹은 골부를 골절시키거나 절제한 경우 자100 비중격교정술 또는 성형술은 주된 수술의 일련의 과정으로 별도 산정할 수 없으나 수술에 사용된 Internal Nasal Splint는 요양급여를 인정함. (공고 제2023-12호, 2023.3.1. 진료분부터 적용)

HIRA

요양병원

요양병원

제 목	내 용
알츠하이머 치매 상병에 산정한 전문재활치료의 인정여부(복합운동치료, 일상생활동작훈련, 작업치료)	알츠하이머 치매 상병은 운동저하, 감각기능저하, 근경직 등에 의한 일상생활동작 수행의 어려움이 있는 것이 아니라 인지기능 저하에 의한 일상생활 동작수행의 어려움 있으므로, 알츠하이머병 치매 상병에 시행한 사116-가 복합운동치료, 사123 작업치료, 사-124 일상생활동작 훈련치료는 원칙적으로 인정하지 아니함. (공고 제2019-429호, 2011.8.1. 진료분부터 적용)
요양병원 입원환자에게 장기 산정된 사116-가 복합운동치료의 인정기준	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3편 요양병원 행위 급여목록 및 상대가치점수 제2부 [산정지침]에 의거 특정항목으로 별도 산정이 가능한 사116-가 복합운동치료는 근력강화 및 기능 훈련을 위하여 큰 관절(고관절, 슬관절, 견관절)의 관절면 침범 골절, 관절치환술을 시행한 경우 또는 마비환자에서 3개월까지 인정함. (공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)
요양병원 입원환자 중 혼수상태, 의료최고도 환자에 산정한 전문재활치료의 인정여부	요양병원 입원환자 중 혼수상태, 의료최고도인 환자에게는 우선적으로 생명유지를 위한 처치가 필요한 것인 바, 전문재활치료는 원칙적으로 인정하지 아니함. 다만, 의료최고도, 혼수상태라 할지라도 활력증후 등이 안정적인 경우 치료실에 가서 시행하는 경우에는 사례별로 심사함. (공고 제2019-429호, 2011.3.1. 진료분부터 적용)

2023년 7월판
요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침

발 행 일 : 2023년 7월

발 행 인 : 심사기준실 심사기준1부

발 행 처 : 건강보험심사평가원

인 쇄 처 : (사)한국장애인상생복지회

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