

발간등록번호

G000CW1-2018-147

급여기준 및 심의사례집

- 피부·비뇨의학·이비인후과 분야 -

2018년 12월

발 간 등 록 번 호

G000CW1-2018-147

급여기준 및 심의사례집

- 피부· 비뇨의학· 이비인후과 분야 -

2018년 12월



건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

일 러 두 기

- 이 자료에 수록된 **요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침, 수가 항목별 금액 등의 내용은 다음과 같습니다.**
 - 건강보험 요양급여비용의 '금액'은 보건복지부 고시 제2018-176호(2018.10.1. 시행)에 따른 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수의 항목별 상대가치점수에 보건복지부 고시 제2017-189호(2018.1.1. 시행)의 유형별 점수당 단가(의원: 81.4원, 병원: 73.5원)를 곱하여 산출한 금액입니다.
 - “요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항”은 고시 제2018-234호(2018.11.1. 시행)까지 반영하였습니다.
 - Chapter I ~ V 피부·비뇨의학·이비인후과 분야 급여기준에는 관련수가, 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항고시, 기결정 고시, 심사지침, 공개된 심의사례, 행정해석을 수록하였습니다.

Contents

CHAPTER I	일반사항	1
	1. 일반사항	3
	1) 요양급여 절차	3
	2) 본인일부부담금	4
	3) 요양급여 인정범위	5
	4) 진료의뢰, 복수면허	6
	5) 기타	10
	2. 기본진료료	12
	1) 일반사항	12
	2) 외래환자 진찰료	12
	3) 입원료	18
	4) 낮병동 입원료	21
	5) 의약품관리료	22
CHAPTER II	피부과 분야 급여기준	25
	1. 검사료	27
	1) 면역검사	27
	2) 특수병리검사	31
	3) 알레르기 검사	32
	2. 이학요법료	33
	1) 기타 이학요법료	33
	3. 처치 및 수술료	36
	1) 일반사항	36
	2) 피부 및 연부조직	37
CHAPTER III	비뇨의학과 분야 급여기준	51
	1. 검사료	53
	1) 일반화학검사	53
	2) 종양검사	54
	3) 면역검사	56
	4) 세포병리검사	56
	5) 특수병리검사	59
	6) 신장 및 비뇨기 검사	61

2. 영상진단 및 방사선치료료	65
1) 일반사항	65
2) 방사선훈수영상진단료	67
3) 핵의학영상진단료	73
3. 이학요법료	74
1) 기타 이학요법료	74
4. 처치 및 수술료	78
1) 일반사항	78
2) 비뇨기	79
3) 남성 생식기	98
4) 신경	106
5) 중재적 방사선시술	107

CHAPTER IV

이비인후과 분야 급여기준	111
1. 검사료	113
1) 일반진단검사	113
2) 면역검사	114
3) 호흡기 기능검사	116
4) 신경계 기능검사	118
5) 평형 및 청각 기능검사	123
6) 알레르기 검사	129
7) 내시경	132
8) 천자	139
2. 영상진단 및 방사선치료료	140
1) 방사선훈수영상진단료	140
2) 핵의학영상진단료	155
3. 이학요법료	160
1) 기타 이학요법료	160
4. 처치 및 수술료	161
1) 일반사항	161
2) 기본 처치	163
3) 코	163
4) 후두	189
5) 비장 및 림프절	194

	6) 입, 이하선	198
	7) 인두 및 편도	204
	8) 신경	205
	9) 감각기-청기(聽器)	208
CHAPTER V	치료재료 및 약제 급여기준 - 피부·비뇨의학·이비인후과 분야 -	227
	1. 치료재료	229
	2. 약제	281
CHAPTER VI	착오 및 부당청구 유형 - 피부·비뇨의학·이비인후과 분야 -	307
CHAPTER VII	다빈도 문의 사례 - 피부·비뇨의학·이비인후과 분야 -	315
CHAPTER VIII	본인일부부담금 산정특례에 관한 기준	319
CHAPTER IX	심평원 홈페이지 內 요양기관 필요정보 이용방법	351

CHAPTER

I

일반사항

1. 일반사항
2. 기본진료료

1 일반사항

⇒ 요양급여 절차

제목	세부인정사항
요양급여의 절차의 업무 처리요령	<p>국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제2조에 의거 상급종합병원에서는 동조 제3항 가호에서 규정한 경우를 제외하고는 제2단계 요양급여를 받도록 규정하고 있는 바 이와 관련한 업무 처리요령을 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 상급종합병원 외래에서 제2단계 요양급여를 받던 자가 동일 상병의 증상이 악화되어 응급실에 내원한 경우 : 이미 제2단계 요양급여를 받고 있는 자로 보아 응급의료에 관한 법률 제2조제1호에 해당하는 응급환자가 아니어도 요양급여대상이 됨.</p> <p>나. 상급종합병원의 응급실을 방문한 환자가 상급종합병원에서의 요양급여가 필요하다는 요양급여 의뢰서를 제출한 경우 : 제2단계 요양급여를 받는데 필요한 요건을 갖춘 경우로 응급의료에 관한 법률 제2조제1호에 해당하는 응급환자가 아니어도 요양급여대상이 됨.</p> <p>다. 요양급여의뢰서의 유효기간 : 요양기관은 해당 상병에 대한 요양급여가 종결되지 않았다면 별도의 요양급여의뢰서 제출을 요구할 필요는 없으며 가입자 등의 상태가 호전되어 제1단계 요양급여를 담당하는 요양기관으로 가입자를 회송하고자 할 때는 건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제6조제3항의 규정에 따라 요양급여 회송서를 발급하여야 할 것임.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2010-18호, 2010.2.1. 시행]</p>

⇒ 본인일부부담금

제목	세부인정사항
의사, 약사의 본인진료 및 조제 시 요양급여비용 산정방법	의사가 자신의 질병을 직접 진찰하거나 투약, 치료하는 등 본인진료 시에는 사용한 약제 및 치료재료만 실거래 가격으로 보상함. 또한, 약사 본인이 본인의 의약품을 조제한 경우에도 기술료를 제외한 의약품비만 실거래가격으로 보상함. [고시 제2007-139호, 2008.11. 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 변경되는 경우에는 해당 연령이 되는 날을 기산점으로 본인부담률을 산정함 다만, 신생아 입원진료비는 해당 세부사항 고시에 따름. [고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행]
예약진료 시 본인일부 부담금산정특례 적용여부	검사 등 진료를 예약하는 경우 환자가 그 비용을 선납하였을지라도 해당 비용의 청구는 검사 등 진료가 실시된 날을 기준으로 함을 원칙으로 하며, 추가 발생하는 진료비용은 일자별로 정산토록 하고 있으므로 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 해당되는 날에 검사(치료)를 실시한 경우에는 동 기준에 의한 입원본인부담률이 적용됨. 그러나 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에 해당되는 날에 검사(치료)를 예약하였다 하더라도 실제 검사(치료)가 실시된 날이 동 기준에 해당되지 아니한 날이라면 입원본인부담률은 적용할 수 없음. [고시 제2003-65호, 2003.12.1. 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, 2004.7.1. 시행]

제목	세부인정사항
처방전 재발급시 요양급여비용 산정방법	<p>처방전 재발급을 위해 의료기관에 내원시 요양급여비용의 산정은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 처방전 사용기간 경과후 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 이루어지는바, 재발급 여부결정을 위해 진찰이 이루어진 경우 진찰료 등의 비용은 새로운 진료로 인해 발생하는 비용이므로 건강보험법령에서 정한 부담율에 의하여 요양급여비용 중 일부를 본인 부담하여야 함.</p> <p>나. 처방전 사용기간 이내에 처방전을 분실하여 재발급 시 : 의사의 판단하에 재진찰 여부를 결정하되, 단순히 분실된 처방전과 동일하게 재발급하는 경우에는 진찰료를 별도 산정할 수 없으며, 이 때 처방전교부번호는 종전의 번호를 그대로 사용하고 재발급한 사실을 확인할 수 있도록 처방전에 표기함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2003-65호, 2003.12.1. 시행]</p>

⇒ 요양급여 인정범위

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

제목	세부인정사항
<p>새로 결정된 보험 인정기준 적용시기</p>	<p>새로 결정된 보험 인정기준의 적용시기에 대하여 국민건강보험법령(고시포함) 사항에 대한 해석은 당해 사항 시행일로부터 적용되므로 설사 어떤 사안에 대하여 질의가 있어 그에 대한 회신이 시행일 이후에 있더라도 그 법령의 효력이 발생하는 시기는 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 요양급여비용 산정 및 심사에 적용하여야 할 것임. 다만, 종전의 기준을 변경하거나 필요하다고 판단되는 경우에는 요양급여비용 산정 및 심사상의 문제점 등을 고려하여 적절한 적용시기를 명기하고 있음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>

⇒ **진료의뢰, 복수면허**

제목	세부인정사항
<p>요양기관의 시설·인력 및 장비 등의 공동이용 시 요양급여비용 청구에 관한 사항</p>	<p>1. 의료법 제39조(시설 등의 공동이용) 및 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 제1호 마목에 의하여 요양기관의 시설·인력 및 장비 공동이용이 가능하도록 규정하고 있는 바, 동 시설·장비 등을 공동으로 이용하고자 하는 요양기관은 공동이용기관임을 확인할 수 있는 서류(요양기관 대표자의 확인이 되어 있는 공동계약서 사본 등)를 건강보험심사평가원에 제출한 후 공동 이용하여야 하며, 해당 항목의 요양급여비용은 실제 환자를 진료하고 있는 요양기관에서 청구하여야 함.</p> <p>2. 다만, 물리치료, 검체검사 및 FULL PACS 등과 같이 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 등에서 별도의 시설·장비 및 인력에 대한 기준을 규정하고 있는 항목에 대하여는 이를 우선 적용하는 것이 원칙이므로 타 요양기관과 시설·장비 및 인력의 공동이용은 인정하지 아니함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2008-5호, 2008.2.1. 시행]</p>

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

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

제목	세부인정사항
	<p>나. 수가산정방법</p> <p>(1) 차등수가는 복수면허 (치과, 한의과) 의료인이 두 개과 이상을 개설 운영한 경우에도 의사인력 1인으로 산정하며 1일 진찰횟수는 실제 진료한 각각의 진료횟수를 합하여 산정함.</p> <p>(2) 같은 날 동일 환자에 대하여 각각 진찰한 경우라 하더라도 1인의 의사가 진찰한 것이므로 진찰료는 1회만 요양급여비용을 산정하고 그 이외 진찰료는 비급여임.</p> <p>다. 인력, 시설 공동이용기준</p> <p>「복수면허 의료인의 복수의료기관 개설지침」에 의하여 당해 요양기관의 시설, 인력 및 장비 등의 공동이용기준은 아래와 같이 적용함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>(1) 의과·한의과, 치과·한의과 복수 면허자의 경우 임상병리, 방사선기기(CT 등)를 이용한 진단 등은 의(치)과 요양기관에서만 시행할 수 있으므로 한의과 요양기관은 방사선사, 방사선실, 방사선장비(CT, MRI 포함), 임상병리사, 검사실, 물리치료사, 물리치료실, 물리치료장비 등을 공동이용할 수 없음.</p> <p>(2) 간호사 인력의 공동이용은 가능하나 의(치)과, 한의과 의원 또는 의, 치과에 공동이용된 간호사는 간호관리료 차등제 인력산정에서 제외함.</p> <p>(3) 기타 접수창구, 진료실, 입원실 등의 시설, 인력 및 장비 등을 공동이용하고자 하는 요양기관은 공동이용 기관임을 확인할 수 있는 서류(공동계약서는 생략 가능함)를 건강보험심사평가원에 제출한 후 공동이용하여야 함.</p> <p>(4) 이 외에 세부적인 기준은 요양기관 시설, 인력 및 장비 등의 공동이용 시 요양급여비용 청구에 관한 사항에 의함.</p> <p>라. 식사가산</p> <p>복수면허자가 개설한 복수의료기관의 식사가산은 한 개의 요양기관에서 식사가산 산정에 필요한 인력 및 시설기준을 충족하는 경우에 식사가산(영양사, 조리사 가산)은 복수의 요양기관에 모두 산정 가능함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2015-206호, 2015.12.1. 시행]</p>

⇒ 기타

제목	세부인정사항
주 2회의 개념	<p>건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 각 장에 분류된 분류항목의 '주'에 주 2회 이내만 산정한다고 함은 실시 간격에 관계없이 주 2회까지 산정할 수 있음을 의미함. 다만, 1일 2회 이상 실시한 경우에는 1회만 산정할 수 있음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]</p>
화장품으로 인한 피부 과민반응으로 접촉성 피부염이 생긴 경우 급여여부	<p>1. 화장품으로 인한 알러지성 접촉성 피부염은 소양증 및 피부발진이 동반되는 질환으로 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 [별표2] 비급여대상. 1-나에 의한 비급여대상으로 볼 수 없으므로 동 질환을 치료하기 위한 약제투여는 급여대상이 됨.</p> <p>2. 다만, 화장품으로 인한 알러지성 접촉성 피부염을 방지하기 위하여 예방 목적으로 Hydrocortisone Lotion을 사용하는 것은 화장품을 사용하기 위한 투약으로 보아 비급여대상으로 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
발바닥에 생긴 사마귀 또는 티눈제거의 급여 여부	<p>사마귀 또는 티눈이 손등이나 전박부에 생길 경우에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 것으로 간주하여 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 [별표 2] 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.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
난관·정관복원술의 요양급여 여부	<p>영구피임시술(난관·정관절제술 또는 결찰술)을 받은 자가 자녀를 낳고자하여 실시하는 난관·정관복원수술은 요양급여대상임.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2004-36호, 2004.7.1. 시행]</p>

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

2 기본진료료

⇒ 일반사항

제목	세부인정사항
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, 2001.1.1. 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, 2001.1.1. 시행]

⇒ 외래환자 진찰료

제목	세부인정사항
초·재진 진찰료 산정방법	1. 초·재진 진찰료 산정 시 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 받을 때 그 상병이 새로운 상병인지, 재발하였는지, 치료의 중단으로 진행 상태에 있었는지가 불분명하기 때문에 해당 상병의 치료가 종결된 후 (해당 상병의 치료를 위한 내원일수 및 투약일수를 포함) 30일 이내에 내원하였을 경우에는 동일 상병의 계속 진료로 보아 재진 진찰료를 산정하도록 함. 2. 또한, '편도선염'과 '감기'와 같이 그 주요 증상이나 치료과정이 유사할 뿐 아니라 일반적으로 같은 부류(상기도 감염증)의 상병으로 분류되는 경우에도 동일 상병의 계속 진료로 보아 치료가 종결된 후 30일 이내에 진찰을 행하게 되면 재진 진찰료를 산정함.

제목	세부인정사항
	<p>3. 또한, 하나의 상병 치료 중 전혀 다른 상병이 발생하여 진찰을 한 경우에도 재진 진찰료를 산정하여야 하며 이 경우 진찰료는 1회만 산정함.</p> <p>[고시 제2001-40호, 2001.7.1. 시행]</p>
<p>연속적인 처치 또는 치료를 위하여 1일 2회 이상 내원한 경우의 진찰료 산정방법</p>	<p>수진자가 내원하여 진찰한 결과 진료 상 일정기간 경과 후 연속된 처치 또는 치료(주사 또는 검사, 방사선 치료)를 필요로 하여 동일일에 다시 내원하게 하였을 경우 등 진료 상 일정계획에 의하여 1일 2회 이상 내원하여 계속적인 처치 또는 치료를 한 경우에는 초진 또는 재진 진찰료는 1회만 산정함.</p> <p>[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
<p>동일 상병으로 진료 월을 달리하여 계속 진료 시 진찰료 산정방법</p>	<p>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 아니 됨.</p> <p>[고시 제2001-40호, 2001.7.1. 시행]</p>
<p>각종 검사의 결과만을 알기 위해 내원한 경우 진찰료 산정여부</p>	<p>방사선 촬영 및 각종 검사의 결과만을 알기 위하여 익일 이후 내원한 경우에도 재진 진찰료를 산정할 수 있음.</p> <p>[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
<p>재진 전일에 검사를 위해 혈액검사 의뢰서만 발급한 경우 진찰료 산정여부</p>	<p>의사가 환자 진료 상 필요한 검사를 받도록 지시하거나 투약 및 주사토록 처방전을 발급할 때에는 환자를 진찰(경과진찰 포함)한 후에 진료기록부 작성, 검사의뢰서 및 처방전등의 발급을 행하므로 초·재진을 구분하여 소정의 진찰료를 인정하고 있음. 따라서 의사로부터 진료를 받고 투약처방에 의하여 약품을 수령한 당일의 진찰료 및 기타 요양급여비용의 본인일부부담금 수납은 잘못이</p>

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

제목	세부인정사항
진찰료 선납 후 진찰 행위 없이 귀가한 경우 진찰료 본인부담 여부	<p>환자가 진료를 받기 위하여 신청(접수)한 후 치료를 받지 않고 귀가한 경우 진료행위가 이루어지지 아니하였기 때문에 진료 신청 시 선납한 가1 외래환자 진찰료를 포함한 요양급여비용은 징수할 수 없으므로 환불해야 함. 다만, 의료인이 혈압, 맥박, 체온 등을 측정할 경우에는 청진, 문진, 시진, 촉진 등의 진찰행위가 비록 이루어지지 아니하였다 하더라도 부분적인 진찰행위가 이루어진 것이므로 진찰료를 산정할 수 있음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
환자 치료 종결 후 추적 관찰시 진찰료 산정방법	<p>환자에 대한 진료종결의 판단은 환자의 상태 등을 고려하여 진료 담당 의사가 결정하여야 할 것이나, 입원치료 후 그 상병의 상태를 추적 관찰할 필요가 있어 1년 또는 6개월 후에 진찰을 받도록 예약한 경우에는 재진환자로 보아야 하므로 재진 진찰료로 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
새로운 사례의 환자진료 시 진찰료를 초과하여 별도의 본인부담금을 발생 시킬 수 있는지 여부	<p>의사는 환자진료 시 습득한 의학적 지식이나 경험은 물론 문헌, 약전, 사례 등을 찾아 상담과 진료를 행함이 당연한 책무에 속하므로 새로운 사례의 환자진료에 소요되는 시간이 다른 환자에 비하여 다소 차이가 있다 하더라도 현행 소정 진찰료를 초과하여 본인에게 별도 부담시킬 수 없음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
진찰료 야간가산의 적용기준에 대하여	<p>1. 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.</p>

제목	세부인정사항
	<p>2. 반면, 제6장 마취료 및 제9장 처치 및 수술료 등의 [산정지침]에서 마취, 처치 및 수술의 경우에는 동 행위를 시작한 시각(18시~09시)을 기준으로 산정토록 정하고 있으나, 이 경우에 환자는 이미 요양기관에 내원한 상태에서 사전에 필요한 모든 조치를 취하고 동 행위를 시작한 것이므로 시작된 시각을 기준으로 야간가산료를 인정함이 타당하다 할 것임.</p> <p>3. 따라서 외래환자 진찰료 야간 가산율 적용시간은 국민편익을 제고하기 위하여 환자가 야간가산 기준시간인 평일 18시(토요일은 13시)에서 다음 날 09시 사이에 내원한 경우는 요양기관의 진료 담당 의사가 진료를 개시한 시각을 기준으로 적용하고 동 시각 이외의 시각에 내원한 경우에는 환자가 요양기관에 도착한 시각을 기준으로 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2006-9호, 2006.2.1. 시행]</p>
<p>소아에 대한 진찰료 가산 시 야간 또는 공휴일에 대한 진찰료 중복 가산여부</p>	<p>만6세 미만의 소아를 야간 또는 공휴일에 진찰한 경우 가1 외래환자 진찰료는 각각의 가산금액을 합하여 산정하여야 하며 중복가산을 하여서는 아니 됨.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
<p>입원실 또는 응급실 등의 체류시간이 6시간 미만인 경우 본인부담액 산정방법</p>	<p>입원과 퇴원이 24시간 이내에 이루어진 경우로서 전체 입원시간이 6시간 미만인 경우와 지역응급의료기관, 응급의료시설, 응급의료기관이 아닌 종합병원 응급실, 수술실 등에서 처치·수술 등을 받고 6시간미만 머무른 경우 그리고 시간에 무관하게 권역응급의료센터 및 지역응급의료센터 응급실에서 진료 받은 경우에는 1일 입원료 또는 낮병동 입원료를 산정할 수 없으므로 본인이 부담할 비용은 외래환자 본인부담액 산정방법에 의해 진료비를 산정함.</p> <p>※ 단, 응3 중증응급환자 진료구역 관찰료 및 응4의 응급환자 진료구역 관찰료 산정 환자, 응급진료 후 병동 입원환자 등은 입원환자 본인부담액 산정방법에 의해 진료비 산정</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2015-241호, 2016.1.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
건강검진 실시 당일 진료 시 진찰료 산정방법	<p>1. 「국민건강보험법」 제52조에 의거 가입자 및 피부양자에게 실시하는 건강검진 당일 동일 요양기관에서 건강검진과는 별도로 질환에 대한 진찰이 이루어져 진찰 이외에 의사의 처방(약제 처방전 발급, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 의하여 산정가능한 진료행위)이 발생한 경우 해당 진찰료는 다음과 같이 산정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료[산정지침] 1. 진찰료 '가' 에 의거 초진(또는 재진)진찰료의 50%를 산정하며, 코드는 다음과 같이 기재함. 진찰료 산정 사유에 대하여는 진료기록부에 기록하고, 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 의하여 작성·청구토록 함.</p> <p>(가) 일반건강검진 시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우 : 산정코드 세 번째 자리에 3으로 기재</p> <p>(나) 암검진 시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우 : 산정코드 세 번째 자리에 5로 기재</p> <p>(다) 영유아 건강검진 시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우 : 산정코드 세 번째 자리에 2로 기재</p> <p>2. 상기 '1'항에도 불구하고 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료[산정지침]에 의거 2개이상의 진료과목이 설치되어 있고 해당 과의 전문의가 상근하는 요양기관에서 건강검진 당일 검진실시 의사와 전문과목 및 전문분야가 다른 진료담당의사가 건강검진과는 별도로 질환에 대하여 진료한 경우에 한하여 초진(또는 재진)진찰료를 산정할 수 있음.</p> <p>3. 또한, 건강검진을 실시한 요양기관에서 동일 의사에게 검진 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.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-249호, 2018.1.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
입원 중 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. 진료과목 또는 세부전문과목(분야)당 산정횟수 가. 상급종합병원, 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원 : 입원기간 중 30일에 5회 이내 다만, 중환자실 입원환자의 경우 환자상태 변화 등으로 인해 협진이 필요한 경우 추가산정 가능(기본코드 다섯 번째 자리에 1로 기재) 나. 종합병원, 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원 : 입원기간 중 30일에 3회 이내 다. 병원·한방병원·치과병원 : 입원기간 중 30일에 2회 이내 라. 요양병원·의원·한의원·치과의원·보건의료원 : 입원기간 중 30일에 1회 이내 [고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행]

⇒ **입원료**

제목	세부인정사항
퇴원 후에 당일 재입원할 경우 입원료 산정방법	퇴원한 후 당일 재입원한 경우에는 계속 입원중이었던 환자로 간주하여 입원료를 산정하고 입원료 체감제도 최초 입원일로부터 적용함. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
외래진료 후 당일 입원했을 경우 외래요양급여비용에 대한 본인일부 부담금 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 입원 부담률에 의거 산정하여야 하며, 이미 외래부담률에

제목	세부인정사항
	<p>의해 징수한 요양급여비용은 입원부담률에 의거 산정하여 그 차액을 정산 하여야 함. 다만, 외래진료 시 발급된 원외처방전에 의한 약국의 약제비는 정산 대상에 해당되지 아니함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2004-36호, 2004.7.1. 시행]</p>
<p>타 법령에 의거 진료를 받고 있던 환자가 건강보험으로 적용될 경우 입원료 체감제 적용일에 대하여</p>	<p>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 적용함. 다만, 입원환자가 의료급여에서 건강보험으로 자격이 변경된 경우에 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙에 의거 진료내용을 연계하여, 입원료 체감제는 최초 입원일로부터 적용함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2008-21호, 2008.3.1. 시행]</p>
<p>입원 중 2개과 이상을 옮겼을 경우 입원료 체감제 적용방법</p>	<p>종합병원에 입원 중 2개과 이상을 옮겼을 경우에도 입원료 체감제는 전과여부에 관계없이 입원일로부터 퇴원일까지의 일수에 따라 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
<p>입원환자 외박시 병원관리로 산정방법</p>	<p>입원중인 환자가 주치의의 허가를 받아 외박시 입원료는 산정할 수 있으나, 연속하여 24시간을 초과하는 경우는 입원료 중 입원환자 병원관리료만 산정함. 이 때, 병원관리료는 내과질환자·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.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2003-65호, 2003.12.1. 시행]</p>
<p>국민건강보험법 시행령 제19조제1항 관련 [별표2] “요양급여비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액” 제5호에 따른 ‘일반입원실’의 적용범주</p>	<p>국민건강보험법 시행령 [별표2] 제5호에 따른 ‘법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실’에 입원하는 경우는 가2 입원료를 산정하는 경우를 의미함</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-127호, 2018.7.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항																																																																																										
<p>국민건강보험법 시행령 제19조1항 관련 [별표2] “본인일부부담금의 부담률 및 부담액” 제5호에 따른 ‘질병 또는 환자 특성상 16일 이상 장기입원이 불가피한 경우’의 범주</p>	<p>‘질병 또는 환자 특성상 16일 이상 장기입원이 불가피한 경우’로서 국민건강보험법 시행령 제19조1항 관련 [별표2] 제5호(16일 이상 25%, 31일이상 30%)를 따르지 않는 경우는 다음과 같음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 국민건강보험법 시행령 [별표2] 제3호의 가목1)~3), 나목2)~3), 라목1)~2), 마목, 아목, 자목 중 하나에 해당하여 입원 진료한 경우 및 동 시행령 [별표 2] 제1호의 다목3)에서 나열한 보훈관계법령에서 정한 의료지원대상자에 대하여 입원진료한 경우 (본인부담경감 대상자 등)</p> <p>나. “한국표준질병·사인 분류표”에 의한 다음의 질병코드를 주상병으로 입원진료한 경우</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5">질병코드</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A04.7</td><td>G83.4</td><td>L89.2</td><td>M86~M87</td><td>S38.1</td></tr> <tr><td>A41.0</td><td>G91</td><td>L89.3</td><td>M95.2</td><td>S68</td></tr> <tr><td>A41.8</td><td>G93.1</td><td>L89.9</td><td>M96.6</td><td>S72</td></tr> <tr><td>B00.4</td><td>G95</td><td>L97</td><td>N49.8</td><td>S82.0~S82.3</td></tr> <tr><td>B37.7</td><td>I33</td><td>M00</td><td>S06.3</td><td>S82.8</td></tr> <tr><td>B44.0</td><td>I60~I63</td><td>M13.8</td><td>S06.5</td><td>S92.0</td></tr> <tr><td>D73.3</td><td>I67.2</td><td>M17</td><td>S06.8</td><td>T09.3</td></tr> <tr><td>E10.7</td><td>J15.1</td><td>M20.1</td><td>S12.0</td><td>T20</td></tr> <tr><td>E11.5</td><td>J15.2</td><td>M43.1</td><td>S12.1</td><td>T24.3</td></tr> <tr><td>E11.7</td><td>J18.2</td><td>M46.2</td><td>S12.7</td><td>T25</td></tr> <tr><td>E14.5</td><td>J69.0</td><td>M46.3</td><td>S14.1</td><td>T31</td></tr> <tr><td>E14.7</td><td>J80</td><td>M46.5</td><td>S22.0</td><td>T81.4</td></tr> <tr><td>F00~F99</td><td>J96.0</td><td>M46.9</td><td>S24.1</td><td>T84</td></tr> <tr><td>G00</td><td>K63.1</td><td>M47.1</td><td>S32</td><td>T87</td></tr> <tr><td>G04~G06</td><td>K75.0</td><td>M49</td><td>S34.1</td><td>Z50.1</td></tr> <tr><td>G30</td><td>K76.7</td><td>M72.6</td><td>S34.3</td><td>Z54.0</td></tr> <tr><td>G81~G82</td><td>L51.1</td><td>M84.1</td><td>S36</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>다. 위 가.~나. 이외에도 진료담당의사가 진료상 계속 입원 진료가 필요하다고 판단하여, 그 사유 및 계속 입원 적용기간 등을 진료기록부에 작성·보관하고, 청구 시 “요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령”에 따라 청구하는 경우</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-218호, 2017.12.1. 시행]</p>	질병코드					A04.7	G83.4	L89.2	M86~M87	S38.1	A41.0	G91	L89.3	M95.2	S68	A41.8	G93.1	L89.9	M96.6	S72	B00.4	G95	L97	N49.8	S82.0~S82.3	B37.7	I33	M00	S06.3	S82.8	B44.0	I60~I63	M13.8	S06.5	S92.0	D73.3	I67.2	M17	S06.8	T09.3	E10.7	J15.1	M20.1	S12.0	T20	E11.5	J15.2	M43.1	S12.1	T24.3	E11.7	J18.2	M46.2	S12.7	T25	E14.5	J69.0	M46.3	S14.1	T31	E14.7	J80	M46.5	S22.0	T81.4	F00~F99	J96.0	M46.9	S24.1	T84	G00	K63.1	M47.1	S32	T87	G04~G06	K75.0	M49	S34.1	Z50.1	G30	K76.7	M72.6	S34.3	Z54.0	G81~G82	L51.1	M84.1	S36	
질병코드																																																																																											
A04.7	G83.4	L89.2	M86~M87	S38.1																																																																																							
A41.0	G91	L89.3	M95.2	S68																																																																																							
A41.8	G93.1	L89.9	M96.6	S72																																																																																							
B00.4	G95	L97	N49.8	S82.0~S82.3																																																																																							
B37.7	I33	M00	S06.3	S82.8																																																																																							
B44.0	I60~I63	M13.8	S06.5	S92.0																																																																																							
D73.3	I67.2	M17	S06.8	T09.3																																																																																							
E10.7	J15.1	M20.1	S12.0	T20																																																																																							
E11.5	J15.2	M43.1	S12.1	T24.3																																																																																							
E11.7	J18.2	M46.2	S12.7	T25																																																																																							
E14.5	J69.0	M46.3	S14.1	T31																																																																																							
E14.7	J80	M46.5	S22.0	T81.4																																																																																							
F00~F99	J96.0	M46.9	S24.1	T84																																																																																							
G00	K63.1	M47.1	S32	T87																																																																																							
G04~G06	K75.0	M49	S34.1	Z50.1																																																																																							
G30	K76.7	M72.6	S34.3	Z54.0																																																																																							
G81~G82	L51.1	M84.1	S36																																																																																								

제목	세부인정사항
<p>일반병원에서 중환자실로 전실되거나 일반병실과 중환자실을 이중으로 사용하는 경우의 입원료 산정방법</p>	<p>기준병실에서 입원진료 중 환자 상태 등에 따라 집중치료가 필요하여 중환자실로 전실된 경우는 가9 중환자실 입원료를 산정하되, 전실하는 당일에 한하여 수진자가 더 오랫동안 체류한 쪽 병실의 입원료를 산정함. 또한 환자가 집중치료를 위하여 중환자실로 전실된 경우에는 종전에 사용하던 입원실을 다른 환자 입원을 위하여 비워 주어야 함이 원칙이나, 환자상태의 호전을 대비한 기준 병실의 확보 또는 보호자 대기사용 등의 목적으로 그 비용을 별도 부담함을 요양기관측에 요청하여 병실을 계속 사용한 경우에는 그 환자 가족이 그 병실을 계속 사용함에 따라 요양기관측은 다른 환자를 입원시키지 못한 손실을 보전할 방법이 없으므로 요양급여비용의 100분의 100을 본인이 부담토록 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2007-81호, 2007.10.1. 시행]</p>

⇒ 낮병동 입원료

제목	세부인정사항
<p>낮병동 입원료 산정방법</p>	<p>낮병동 입원료는 입원에 준하는 상태에서 항암제 투여, 처치 및 수술 등을 받은 환자에 대한 관찰에만 최소한 6시간 이상 소요되는 경우에 산정하는 것으로 외래에서 별다른 처치·수술 등 없이 단순히 약제만을 투약하는 경우에는 산정할 수 없음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2003-65호, 2003.12.1. 시행]</p>
<p>입원료 및 낮병동 입원료 산정 시 기산점</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 1일의 입원료를 산정하는 기준은 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미하는 것이며 이 경우 입원료 산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함. 2. 낮병동 입원료의 경우는 지역응급의료기관, 응급의료시설, 응급의료기관이 아닌 종합병원 응급실, 수술실 등에서 처치·수술 등을 받고 연속하여 6시간 이상 관찰 후 당일 귀가 또는 퇴원하는 경우에 산정토록 되어 있으므로 낮병동 입원료의 산정 기산점은 의료기관에 내원하여 진료가 시작된 시간을

제목	세부인정사항
	<p>기준으로 하며, 이 경우 의료기관은 진료기록부에 진료시간과 종료시간을 기재하여야 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2015-241호, 2016.1.1. 시행]</p>
<p>낮병동 입원환자가 다른 상병으로 다른 전문과목 또는 전문분야에서 외래진료를 받은 경우가 산정방법</p>	<p>건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 2. 입원료 다-(2)의 (가)에 해당하는 경우 산정하는 가 6 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 외래요양급여비용명세서에 별도 작성 청구하지 말고 동 환자의 월간 입원요양급여비용명세서에 포함하여 일괄 작성 청구함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2014-141호, 2014.9.1. 시행]</p>

⇒ **의약품관리료**

제목	세부인정사항
<p>의약품관리료 산정기준</p>	<p>1일 내원하여 2개 이상의 진료과목에서 진료를 받고 각각 투약한 경우의 외래 환자 의약품관리료는 동일 환자가 2개 이상 전문과목 전문의가 각각 상근하는 의료기관에서 다른 상병으로 전문과목별로 진찰료를 받은 경우에는 이를 별도의 방문과 진찰로 보아 진찰료를 각각 산정하고 있으므로 외래환자 의약품관리료도 각각 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
<p>의약품관리료 산정방법</p>	<p>의약품관리료는 실제 투약이 이루어진 경우에 산정하되 종별가산율이나 소아가산은 적용하지 아니하며, 퇴원환자에게 투약한 경우에는 외래환자로 간주하여 외래환자 의약품관리료로 산정하되, 라1 퇴원환자조제로 '주1'에 의거 퇴원 익일부터 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2011-71호, 2011.7.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
<p>타 법령에 의거 진료를 받고 있던 환자가 건강보험으로 적용될 경우 의약품관리료 산정방법</p>	<p>타 법령에 의거 입원진료를 받고 있던 환자(산재, 자동차보험 등) 또는 일반으로 입원진료를 받고 있던 환자가 건강보험으로 적용될 경우 입원환자 의약품관리료는 건강보험 적용일을 시점으로 하여 해당 소정점수의 의약품관리료를 산정함.</p> <p>아울러, 입원진료를 받고 있던 의료급여 수급권자가 건강보험 가입자 또는 피부양자가 될 경우, 의약품관리료는 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙에 의거 연계하여 퇴원일을 기준으로 일괄 청구하여야 하나, 진료비 보상 주체가 다르고, 의료급여 정신건강의학과 정액의 경우 의약품관리료 등 제반비용이 포함되어 있어 이를 연계하여 계산할 경우 중복산정 되는 바, 입원환자가 의료급여에서 건강보험으로 자격이 변경된 경우에도 건강보험 적용일을 시점으로 하여 해당 소정점수의 의약품관리료를 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2012-39호, 2012.3.27. 시행]</p>
<p>건강보험요양급여비용의 개정고시 및 요양기관종별 변경에 따른 의약품관리료 산정방법</p>	<p>입원기간 중 건강보험 요양급여 행위 및 그 상대가치점수 개정 고시 및 요양기관 종별 변경이 발생한 경우 의약품관리료는 변경 시점을 기준으로 분리하여 청구할 수 없으며, 입원시점의 점수당 단가 및 요양기관 종별 가산율을 적용하여 산정하되, 퇴원일을 기준으로 일괄하여 청구토록 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2003-65호, 2003.12.1. 시행]</p>

CHAPTER

II

피부와 분야 급여기준

1. 검사료
2. 이학요법료
3. 처치 및 수술료

1 검사료

⇒ 면역검사

<체액면역>

■ 누744 항원특이면역글로불린 [정밀면역검사]

[건강보험 요양급여비용]

분류 번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
누-744	D7440	항원특이면역글로불린[정밀면역검사] Allergen Specific Immunoglobulin †	198.62	16,170	14,600
	D7441	주 : 핵의학적 방법으로 검사한 경우에는 197.54점을 산정한다. †	197.54	16,080	14,520

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
누744 항원특이면역글로불린 [정밀면역검사] 검사의 급여기준	<p>항원특이면역글로불린[정밀면역검사]-IgE 검사는 Allergen 종류에 따라 각각 산정 하되, Allergy 질환 진단시 Skin test를 우선 시행함이 원칙인 점을 감안하여 항원특이면역글로불린[정밀면역검사]-IgE의 종목수를 6종 이내로 인정함. 다만, Skin test를 시행하기 곤란한 다음과 같은 경우에서 진료상 반드시 필요한 경우에는 최대 12종 이내로 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 협조가 곤란한 환자(만6세 미만의 소아, 정신적 또는 신체적 장애를 가진 자) 나. 광범위한 피부질환[심한 피부모기증(severe dermatographism) · 건피증(severe ichthyosis), 전신성 습진(generalized eczema)]이 있는 경우 다. Skin test 결과에 영향을 미치는 약물 [항히스타민제, 삼환계 항우울제(tricyclic antidepressants) 등] 장기투여중 일시 중단할 수 없는 경우 라. Skin test시 아나필락시스 위험이 있는 경우</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-265호, 2018.1.1. 시행]</p>
Blocking Antibody Test의 급여기준	<p>알레르기 환자 치료시 약진주사의 투여량을 조절하기 위하여 실시하는 Blocking Antibody Test(IgG, IgG4)는 누744 항원특이면역글로불린[정밀면역검사]-IgE 검사에 준용함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-265호, 2018.1.1. 시행]</p>

[공개심의사례]

● '나232 MAST법에 의한 면역글로불린E'와 동시에 시행된 다종의 '나231 항원특이적 면역글로불린E' 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/15세)

- 청구 상병명: 상세불명의 알러지비염, 상세불명의 천식, 상세불명의 아토피성 피부염, 피부묘기성 두드러기

- 주요 청구내역

나231 항원특이적면역글로불린E [진단검사 질가산(3%)] (C2310002) 1*1*8

나232 MAST법에의한면역글로불린E [진단검사 질가산(3%)] (C232000B) 1*1*1

○ B사례(여/14세)

- 청구 상병명: 상세불명의 두드러기, 상세불명의 알러지비염, 달리 분류되지 않은 기타 음식물의 유해작용

- 주요 청구내역

나231 항원특이적면역글로불린E [진단검사 질가산(3%)] (C2310002) 1*1*6

나232 MAST법에의한면역글로불린E [진단검사 질가산(3%)] (C232000B) 1*1*1

○ C사례(여/15세)

- 청구 상병명: 알러지성 두드러기, 상세불명의 다형홍반, 상세불명의 아나필락시스쇼크, 상세불명의 아토피성 피부염

- 주요 청구내역

나231 항원특이적면역글로불린E [진단검사 질가산(3%)] (C2310003) 1*1*2

나232 MAST법에의한면역글로불린E [진단검사 질가산(3%)] (C232000C) 1*1*1

■ 심의결과

○ 관련 교과서, 임상진료지침, 전문가 의견, 진료내역 등을 참조하여 사례별로 결정함

■ 심의내용

○ 이 건(3사례)은 알러지 비염, 아토피성 피부염, 두드러기, 다형홍반 등의 상병으로 내원한 환자에게 다종(2~8종)의 '나231 항원특이적 면역글로불린E'검사와 '나232 MAST법에 의한 면역글로불린E'검사를 동시에 시행하고 청구한 것으로, '나232 MAST법에 의한 면역글로불린E'와 동시에 시행된 다종의 '나231 항원특이적 면역글로불린E' 인정여부에 대해 심의함

○ 교과서 및 임상진료지침에 따르면, 알러지의 원인물질을 진단하기 위한 검사는 상세한 문진을 토대로 환자의 연령, 병력, 환경, 직업 등을 고려하여 적절하게 선택하고 시행하도록 권하고 있으며, 알러지 피부반응검사를 우선 시행함이 원칙임. 이에 급여기준(보건복지부고시 제2017-265호, 2016.9.1. 시행)에서도 알러지 피부반응검사를 우선 시행함이 원칙인 점을 감안하여 '나231 항원특이적 면역글로불린E'검사

의 종목 수를 6종 이내로 인정하고 있으며, 알러지 피부반응검사를 시행하기 곤란한 경우에 한하여 12종 이내로 인정하고 있음※

※ 나231 항원특이적 면역글로불린E (보건복지부고시 제2016-151호, 2016.9.1. 시행)

항원특이적 면역글로불린E 검사는 Allergen종류에 따라 각각 산정하되, Allergy 질환 진단 시 Skin test를 우선 시행함이 원칙인 점을 감안하여 항원특이적 면역글로불린E 검사의 종목수를 6종 이내로 인정하고 있음. 다만 ① 협조가 곤란한 환자(만6세미만의 소아, 정신적 또는 신체적 장애를 가진 자) ② 광범위한 피부질환[심한 피부묘기증(severe dermatographism)· 건피증(severe ichthyosis), 전신성 습진(generalized eczema)]이 있는 경우 ③ Skin test 결과에 영향을 미치는 약물 [항히스타민제, 삼환계 항우울제(tricyclic antidepressants)등] 장기투여중 일시 중단할 수 없는 경우 ④ Skin test시 아나필락시스 위험이 있는 경우 등 Skin test를 시행하기 곤란한 경우에서 진료상 반드시 필요한 경우에는 최대 12종 이내로 인정함

- ‘나231 항원특이적 면역글로불린E’는 각 알러지 항원에 대한 혈청 내 항특이적 면역글로불린E값을 측정하는 정량 검사인 반면, ‘나232 MAST법에 의한 면역글로불린E’는 35종 이상의 혈청 내 항특이적 면역글로불린E를 동시에 검사하는 정성 검사로서 민감도와 특이도는 ‘나231 항원특이적 면역글로불린E’보다 낮은 경향이 있지만 알러지 항원의 추정과 진단에 유용한 스크리닝 검사이므로, ‘나231 항원특이적 면역글로불린E’검사와 ‘나232 MAST법에 의한 항원특이적 면역글로불린E’검사를 일률적으로 동시에 시행하는 것은 바람직하지 아니함
- 다만, ① 약물 알러지 및 아나필락시스쇼크의 진단이나 성분단백진단(component resolved diagnosis) 등 ‘나232 MAST법에 의한 면역글로불린E’검사 패널에 포함되지 않는 알러지 항원에 대한 ‘나231 항원특이적 면역글로불린E’검사를 동시에 시행할 필요가 있는 경우, ② 음식 및 약물 알러지 항원 회피를 위한 유발검사를 대신하여 ‘나231 항원특이적 면역글로불린E’검사를 시행하는 경우에는 ‘나232 MAST법에 의한 면역글로불린E’검사와 ‘나231 항원특이적 면역글로불린E’검사를 동시에 시행할 필요성이 있다고 논의됨 따라서 이 건(3사례)은 관련 급여기준, 진료내역 등을 참조하여 아래와 같이 결정함

- 아 래 -

- A사례(남/15세): 알러지 비염, 천식, 아토피성 피부염, 피부묘기성 두드러기 상병으로 ‘나232 MAST법에 의한 면역글로불린E’ 호흡기 패널 검사와 음식물에 대한 8종의 ‘나231 항원특이적 면역글로불린E’ 검사를 동시에 시행한 것으로, 진료기록상 다양한 음식물 알러지가 있고, 실제 여러 음식을 제한 중인 것이 확인되며, 천식 등 호흡기 증상도 있음을 고려할 때 ‘나232 MAST법에 의한 면역글로불린E’ 호흡기 패널 검사와 함께 음식물 회피를 위한 유발검사를 대신하여 ‘나231 항원특이적 면역글로불린E’ 검사를 시행할 필요성이 인정됨. 따라서 ‘나232 MAST법에 의한 면역글로불린E’검사와 동시에 시행된 ‘나231 항원특이적 면역글로불린E’검사를 인정하되, 급여기준[보건복지부 고시 제2016-151호, 2016.9.1. 시행]에 의하여 8종 중 6종만 인정함

- B사례(여/14세): 두드러기, 알러지 비염, 음식물의 유해작용 상병으로 '나232 MAST법에 의한 면역글로불린E' 음식물 패널 검사와 진단기 및 음식물에 대한 6종의 '나231 항원특이적 면역글로불린E' 검사를 동시에 시행한 것으로, 진료기록상 약물 알러지 및 아나필락시스쇼크가 확인 되지 않으며 성분단백진단이 필요한 경우가 아니고, 음식물 알러지에 대한 병력이 명확하지 않아 알러지 항원 회피를 위한 유발 검사를 대신하여 '나231 항원특이적 면역글로불린E' 검사를 시행하였다고 볼 수 없으므로 '나232 MAST법에 의한 면역글로불린E' 검사와 동시에 시행된 '나231 항원특이적 면역글로불린E' 검사 6종 모두 인정하지 아니함
- C사례(여/15세): 두드러기, 다형홍반, 아토피 피부염, 아나필락시스쇼크 상병으로 '나232 MAST법에 의한 면역글로불린E' 호흡기 패널 검사와 진단기에 대한 2종의 '나231 항원특이적 면역글로불린E' 검사를 동시에 시행한 것으로, 진료기록상 약물 알러지 및 아나필락시스쇼크가 확인 되지 않으며 성분단백진단이 필요한 경우가 아니고, 음식물 알러지에 대한 병력이 없어 알러지 항원 회피를 위한 유발검사를 대신하여 '나231 항원특이적 면역글로불린E' 검사를 시행한 경우가 아니므로 '나232 MAST법에 의한 면역글로불린E' 검사와 동시에 시행된 '나231 항원특이적 면역글로불린E' 검사 2종 모두 인정하지 아니함

■ 참고

- 국민건강보험요양급여의 기준에 대한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용 기준 및 방법(보건복지부령 제431호, 2016. 8. 4.시행)
- 나-231 항원특이적 면역글로불린E 검사 급여기준(보건복지부 고시 제2016-151호, 2016.9.1. 시행)
- Leung, et al. Pediatric Allergy: Principles and Practice, Third Edition, Elsevier Inc. 2016.
- R Stokes Peebles, et al. Allergy, Fourth Edition, Elsevier Inc. 2012.
- Peter Barry, et al. Food allergy in under 19s: assessment and diagnosis. NICE clinical guideline. 2011.
- Scott H. Sicherer, et al. Allergy Testing in Childhood: Using Allergen-Specific IgE Tests. American Academy of Pediatrics AAP. 2011.
- Leonard Bernstein, et al. Allergy Diagnostic Testing: An Updated Practice Parameter. ANNALS OF ALLERGY, ASTHMA & IMMUNOLOGY. 2008.

[2018.1.30. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

■ 누747 보체 [정밀면역검사](정량)

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
누-747		보체 [정밀면역검사](정량) Complement			
	D7471	가. 일반 General †	86.95	7,080	6,390
	D7472	나. 특수 Special †	87.51	7,120	6,430

[심사지침]

● 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.

[2018.1.18. 시행]

⇒ 특수병리검사

■ 나564 조직면역형광현미경검사 [항체별]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
		[특수병리검사]			
		주 : 병리와 전문의 또는 구강병리과가 설치된 요양기관의 치과의사가 판독하고 판독소견서를 작성·비치한 경우 에만 산정한다. 다만, 「나-569」는 병리와 전문의가 판 독하고 판독소견서를 작성·비치한 경우에만 산정한다.			
나-564	C5640	조직면역형광현미경검사 [항체별] Tissue Immunofluorescent Microscopic Examination	312,64	25,450	22,980

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
피부질환에 시행하는 나564 조직면역형광 현미경검사 [항체별]의 급여기준	나564 조직면역형광현미경검사[항체별]는 피부질환중 양진(Prurigo), 홍반성 루프스, Scleroderma, 천포창, Angiolymphoid Hyperplasia, 혈관염 등에서 병인 확인과 타질환과의 감별진단에 필요한 검사로 피부생검 시 Immunoglobulin, Complement, Fibrinogen 등 침착관찰 위하여 6종까지 인정함. 다만, 양진과 홍반성 루프스의 경우 6종 이내더라도 immunoglobulin과 Complement만 인정함. [고시 제2017-265호, 2018.1.1. 시행]

⇒ 알레르기 검사

■ 나715 알레르겐 피부반응검사 [1종목당]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-715		알레르겐 피부반응검사 [1종목당] Allergen Skin Test			
	E7151	가. 피부단자시험 Skin Prick Test 주 : 55종 이상 실시한 경우에도 55종목의 소정점수만 산정한다.	28.32	2,310	2,080
	E7152	나. 피내반응시험 Intradermal Test 주 : 20종 이상 실시한 경우에도 20종목의 소정점수만 산정한다.	42.20	3,440	3,100

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
알레르겐 피부반응 검사의 종목초 실시시 수기로 산정방법	알레르겐 피부반응검사는 환자의 상태, 병력 등을 참작하여 필요한 종목의 검사만을 실시하여야 하므로 나715 알레르겐 피부반응검사 [가 또는 나] '주'에 의거하여 55종 또는 20종이상 실시하더라도 각 항목의 소정검사료만 산정할 수 있으므로 초과 검사종목에 따른 시약값을 본인에게 부담시킬 수 없음. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

[기결정고시]

● 피부단자검사

나715-가 알레르겐피부반응검사(피부단자시험)의 소정점수를 산정함.

[고시 제2002-13호, 2002.4.1. 시행]

● 알레르기 피내검사

나715-나 알레르겐피부반응검사(피내반응시험)의 소정점수를 산정함.

[고시 제2002-13호, 2002.4.1. 시행]

2 이학요법료

⇒ 기타 이학요법료

■ 사33 피부과적 자외선치료 [1일당]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-33		피부과적 자외선치료 [1일당] Dermatological Ultraviolet Ray Therapy 주 : 피부과 전문의가 상근하는 요양기관에서 실시한 경우 에 한하여 산정한다.			
	MM331	가. 상지(하지의 반)의 대부분의 범위 또는 두부, 경부 및 안면의 대부분의 범위 [9%의 범위]	57.61	4,690	4,230
	MM332	나. 하지의 1지, 복부 또는 배부에 준하는 범위 [18%의 범위]	63.59	5,180	4,670
	MM333	다. 양하지 또는 동체(복부 및 배부)에 준하는 범위 [36%의 범위]	69.55	5,660	5,110
	MM334	라. 전신 대부분의 범위 [37% 이상의 범위]	77.55	6,310	5,700

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
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 비 강진(급성, 만성), 장미색비강진, 백반증, 아토피피부염 2) 지루 피부염, 화폐상 피부염, 손습진, 접촉피부염, 결절성 양진, 다형일광 발진, 일광두드러기, 하계수포증, 편평태선, 색소성담마진, 윤상육아종, 원형탈모증, 여드름 등에 스테로이드 투여 등 타 치료에 효과가 없는 경우

제목	세부인정사항
	<p>나. 인정횟수</p> <p>1) 주3회 이내로 인정하고, 피부과적 자외선치료 전 최소홍반량검사(MED test: Minimal Erythema Dose test)는 피부과 전문의 판단 하에 실시토록 함.</p> <p>2) 피부과적 자외선치료를 장기간 시행하는 경우에 병변은 호전되어도 자외선 조사범위는 축소되지 않으므로 계속하여 동일범위 산정 시 인정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행]</p>
<p>Carbon Arc Lamp를 이용한 물리치료시 수가 산정방법</p>	<p>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 자외선치료의 소정금액을 산정하고, 적외선 조사를 한 경우에는 사30 적외선치료의 소정금액을 산정하되, 동 치료시 연소되는 탄소봉 재료대는 적외선치료 또는 피부과적 자외선치료의 소정금액에 포함된 것으로 별도 산정할 수 없음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>

[기결정고시]

● **표적자외선치료 Targeted phototherapy**

사33 피부과적 자외선치료[1일당]의 해당항목별 소정점수를 산정함.

[고시 제2005-100호, 2005.12.29. 시행]

● **IPL 표적광선치료 IPL targeted phototherapy**

사33 피부과적 자외선치료[1일당]의 해당항목별 소정점수를 산정함.

[고시 제2005-100호, 2005.12.29. 시행]

● **308나노미터 엑시머 라이트를 이용한 광선치료 Phototherapy using 308nm Excimer Light**

사33 피부과적 자외선치료[1일당]의 해당항목별 소정점수를 산정함.

[고시 제2005-100호, 2005.12.29. 시행]

■ 사34 피부광화학요법 [PUVA, Goeckermann, Ingram 등] [1일당]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-34		피부광화학요법 [PUVA, Goeckermann, Ingram 등] [1일당] Dermatologic Photochemotherapy 주 : 1. 피부과 전문의가 상근하는 요양기관에서 실시한 경우에 한하여 산정한다. 2. 건선, 유건선, 균상식육종, 편평태선, 장비색비강진 등에 실시한 경우에 산정한다.			
	MM341	가. 상지(하지의 반)의 대부분의 범위 또는 두부, 경부 및 안면의 대부분의 범위 [9%의 범위]	125.52	10,220	9,230
	MM342	나. 하지의 1지, 복부 또는 배부에 준하는 범위 [18%의 범위]	145.28	11,830	10,680
	MM343	다. 양하지 또는 동체(복부 및 배부)에 준하는 범위 [36%의 범위]	163.46	13,310	12,010
	MM344	라. 전신 대부분의 범위 [37% 이상의 범위]	230.27	18,740	16,920

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
사34 피부광화학 요법의 적응증	사34 피부광화학요법 '주2'의 적응증은 동 요법이 보편적으로 실시되는 상병명을 예 시한 것이며 이외에도 아토피성 피부염, 전신성 만성습진, 원형탈모증, 피부묘기성 두드러기, 백반, 색소성 두드러기, 전신성 또는 결정성소양증, 수장족저각화증 등 피 부과 전문의의 전문의학적 판단에 의한 적응증에 피부광화학요법을 실시할 수 있 는 것임. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

[심사지침]

● 사33 피부과적 자외선치료와 사34 피부광화학요법에 대하여

Olive oil을 바르고 자외선을 조사하는 것은 피부색소 침착효과를 보이는 것이므로 사33 피부과적 자외선
치료를 적용하고, Mineral oil 이나 Petrolatum 제제의 일종인 Vaseline 등 피부질환의 치료에 쓰이는 약제를
바르고 자외선을 조사한 것은 사34 피부광화학요법으로 적용하여 인정한다.

[2001.2.5. 시행]

3 처치 및 수술료

⇒ 일반사항

제목	세부인정사항
여드름(좌창)의 급여여부	<p>여드름(좌창)은 일상생활에 지장이 없는 피부질환으로 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 [별표2] 비급여대상. 1-나에 의거 비급여대상임. 다만 여드름이 원인이 되어 심한 농양 등이 생겨 농양치료(절개 등)를 실시한 경우에는 급여대상임.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
백반 또는 백납에 대한 치료의 급여 여부	<ol style="list-style-type: none"> 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. <p style="text-align: right;">[고시 제2013-69호, 2013.4.30. 시행]</p>
혈관종, 화염상모반 치료의 인정 기준	<ol style="list-style-type: none"> 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 포함된 병소에 대한 치료를 하는 경우에는 급여대상으로 함. 3. 다만, 혈관종, 화염상모반에 색소레이저 치료시 총 6회 이내(평생개념)에서 보험 급여하며, 동 인정기준 이외에는 비급여토록 함. <p style="text-align: right;">[고시 제2010-100호, 2010.12.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
액화질소를 사용하여 치핵, 종양 등 냉동응고술을 시술 하였을 경우 수기로 및 치료 재료 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. 부 인 과 : 자432 자궁경부질냉동 또는 열응고술 다. 피 부 과 : 자12 피부전기소작술 또는 냉동술, 티눈제거시는 자14-1-가 티눈제거술(전기소작, 냉동응고술 또는 약물밀봉대) 산정 라. 구강외과 : 자12가 피부전기소작술 또는 냉동술(25cm ² 미만) [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

⇒ 피부 및 연부조직

■ 자8 피부밀봉봉대요법

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-8		피부밀봉봉대요법 Occlusive Dressing Technique			
	N0081	가. 25cm ² 미만	95.71	7,790	7,030
	N0082	나. 25cm ² 이상~100cm ² 이하	111.85	9,100	8,220
	N0083	다. 100cm ² 초과	133.70	10,880	9,830

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
조갑에 ODT (Occlusive Dressing Therapy)실시시 수가 산정방법	진균이 침범된 조갑에 ODT(Occlusive Dressing Therapy)요법을 이용한 치료를 할 경우, 자8 피부밀봉봉대요법으로 산정하되, 수가산정방법은 지(指, 趾)당으로 산정함. [고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]

■ 자10 유주농양천자술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-10	N0100	유주농양천자술 Trabecular Abscess Aspiration	279.53	22,750	20,550

[공개심의사례]

● 농피증 및 응괴성여드름 상병에 산정한 자10 유주농양천자술 인정여부

■ 청구내역

○ A사례 (남/20세)

- 청구 상병명: 농피증, 응괴성 여드름, 상세불명의 지루피부염
- 진료기록: face, exp. both cheeks
- 주요 청구내역

618 겐타마이신황산염주 80mg(Gentamicin sulfate) 1*1*1

자10 유주농양천자술 1*2*1

○ B사례 (남/37세)

- 청구 상병명: 농피증, 털집낭
- 진료기록: 왼쪽 무릎 뒤 abscess (on set:1day)
- 주요 청구내역

618 겐타마이신황산염주 80mg(Gentamicin sulfate) 1*1*1

자10 유주농양천자술 1*1*1

■ 심의내용

- 유주농양은 결핵에서 건락소가 연화되어 농양이 되어 조직의 저항이 적은 부분으로 흘러가서 떨어진 곳에 농양을 형성하는 것이라고 사전에는 정의되어 있음.
- 동 기관은 농피증, 얼굴의 연조직염, 응괴성 여드름 상병에 자10 유주농양천자술을 다발 청구하는 경향임.
- 여드름은 일상생활에 지장이 없는 피부질환으로 비급여대상이나 여드름이 원인이 되어 심한 농양 등이 생겨 농양치료(절개 등)를 실시한 경우에는 보건복지부 고시 제2000-73호('00.12.30. 시행일)에 의거 급여 대상임.

- 진료기록부 확인결과 농피증, 응괴성 여드름 등의 상병에 화농성 여드름 병변의 농양을 제거하는 행위로 확인됨. 응괴성 여드름은 농포가 흔히 관찰되고 이차적인 세균감염을 일으키게 되는 바, 절개를 하여 농포를 없애면 상처가 깨끗하게 치유되는데 도움이 되므로 응괴성 여드름 부위를 절개하여 농을 제거하는 행위는 일반적인 치료법임.

▶ A사례(남/20세)

: 진료기록부 확인결과 농피증, 응괴성 여드름 상병으로 양쪽 볼의 응괴성 여드름 농을 절개하여 농포를 제거한 행위로 확인되어, 자10 유주농양천자술은 자가(1)(가) 절개술(안면 또는 경부, 제1범위, 1cm 미만)×2(양측)으로 인정하기로 함.

▶ B사례(남/37세)

: 진료기록부 확인결과 왼쪽 무릎뒤에 농양이 발생하여 절개후 농을 제거한 행위로 확인되어, 자10 유주농양천자술은 자내(1)(다) 절개술(안면과 경부이외, 제1범위, 2cm 이상)로 인정하기로 함.

■ 참고

- ‘여드름(좌창)의 급여여부’(보건복지부 고시 제2000-73호, 2000.12.30.)
- 피부과학, 제5판, 제15장 피부부속기 질환
- 간호학대사전

[2015.6.24. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

■ 자13 피부레이저광선치료 [1회당]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-13		피부레이저광선치료 [1회당] Laser Therapy of Skin			
	N0134	주 : 대상포진 등 피부질환의 동통완화 목적으로 실시한 경우에는 1회당 81.92점을 산정한다.	81.92	6,670	6,020
	N0131	가. 10cm ² 미만의 피부병변	290.32	23,630	21,340
	N0132	나. 10cm ² 이상 50cm ² 미만의 피부병변	459.09	37,370	33,740
	N0133	다. 50cm ² 이상의 피부병변	634.85	51,680	46,660

[기결정고시]

● 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, 2005.6.1. 시행]

[공개심의사례]

● 시술 부위 등 참조 백반증 상병에 실시한 자13 피부레이저광선치료[1회당] 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/63세)

- 청구 상병명: 백반증
- 주요 청구내역

자13나 피부레이저광선치료[1회당]-10cm²이상 50cm²미만의 피부병변 1*1*3

○ B사례(여/36세)

- 청구 상병명: 백반증
- 주요 청구내역

자13나 피부레이저광선치료[1회당]-10cm²이상 50cm²미만의 피부병변 1*1*1

■ 심의내용

○ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하면, 요양급여는 진료의 필요가 있다고 인정되는 경우에 정확한 진단을 토대로 하여 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하여야 하며, 같은 규칙 [별표2] 비급여대상에 의하면, 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료는 비급여대상임.

○ 보건복지부 고시 제2013-69호(13.4.30. 시행)에 의하면, 백반(또는 백납)은 후천적으로 피부의 색소가 소실되는 전신성 질환으로, 특효 치료법이 없고 업무 또는 일상생활을 함에 있어 신체적 기능장애가 없는 질환에 해당하여 비급여 대상으로 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 하고 있음.

○ 동 건(2사례)은 백반증 상병에 자13나 피부레이저광선치료를 시행한 사례들로 실시 부위 비교하여 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

▶ A사례(남/63세)

: 목 옆, 왼쪽 헤어라인, 오른쪽 헤어라인, 양손의 백반증으로 자13나 피부레이저광선치료 청구한 사례로, 병변의 위치가 노출 부위로 수치감을 가질 수 있고 타인에게 혐오감을 주어 일상생활에 지장을 초래할 것으로 판단되므로 자13나 피부레이저광선치료[1회당]-10cm²이상 50cm²미만은 인정함.

▶ B사례(여/36세)

: 헤어라인의 백반증으로 자3나 피부레이저광선치료 청구한 사례로, 병변의 위치가 노출 부위로 수치감을 가질 수 있고 타인에게 혐오감을 주어 일상생활에 지장을 초래할 것으로 판단되므로 자3나 피부레이저광선치료[1회당]-10cm²이상 50cm²미만은 인정함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법, [별표2] 비급여대상
- ‘백반 또는 백납에 대한 치료의 급여여부’(보건복지부 고시 제2013-69호, 2013.4.30.)
- 피부과학, 개정4판, 제20장 색소이상증

[2015.4.20. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

● 시술 부위 등 참조, 백반증 상병에 실시한 자3 피부레이저광선치료[1회당] 인정여부

■ 청구내역(남/28세)

- 청구 상병명: 백반증
- 주요 청구내역

자3나 피부레이저광선치료[1회당]-10cm²이상 50cm²미만의 피부병변 1*1*1

■ 심의내용

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하면, 요양급여는 진료의 필요가 있다고 인정되는 경우에 정확한 진단을 토대로 하여 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하여야 하며,
같은 규칙 [별표2] 비급여대상에 의하면, 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료는 비급여대상임.
- 보건복지부 고시 제2013-69호(13.4.30. 시행)에 의하면, 백반(또는 백납)은 후천적으로 피부의 색소가 소실되는 전신성 질환으로, 특효 치료법이 없고 업무 또는 일상생활을 함에 있어 신체적 기능장애가 없는 질환에 해당하여 비급여 대상으로 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 하고 있음.
- 동 건은 귀 뒤, 손의 백반증으로 자3나 피부레이저광선치료를 청구한 사례로, 귀 뒤 및 손의 백반증은 병변의 위치가 노출 부위로 수치감을 가질 수 있고 타인에게 혐오감을 주어 일상생활에 지장을 초래할 것으로 판단되므로 자3나 피부레이저광선치료[1회당]-10cm²이상 50cm²미만은 인정함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법, [별표2] 비급여대상
- ‘백반 또는 백납에 대한 치료의 급여여부’(보건복지부 고시 제2013-69호, '13.4.30.시행)
- 피부과학 개정4판, 제20장 색소이상증

[2015.4.20. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

■ 자14 피부양성종양적출술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-14		피부양성종양적출술 Excision of Skin Benign Tumor			
	N0141	가. 간단한 것 [표재성인 것] Simple	756.21	61,560	55,580
	N0142	나. 기타의 것 [근육층에 달하는 것] Others	1,022.74	83,250	75,170

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
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 동 일시야에서 제거할 때에는 자14 피부양성종양적출술 소정점수만 산정함.

[고시 제2007-92호, 2007.11.1. 시행]

■ 자14-1 티눈제거술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-14-1		티눈제거술 Removal of Pressure Corn			
	N0143	가. 전기소작, 냉동응고술 또는 약물밀봉대 Electrodesiccation, Cryotherapy or Occlusive Treatment	342.84	27,910	25,200
	N0144	나. 절제 [근층심부 포함] Excision	700.91	57,050	51,520

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
티눈이 수개처에 있는 경우 수기로 산정방법	수부 또는 족부 티눈이 수개처에 있어 자14-1 티눈제거술 실시시 제1의 것은 100%, 제2의 것부터는 50%를 산정하되 최대 200%까지 산정하며, 발등(손등)과 발가락(손가락)사이에 발생한 티눈은 타 범위로 간주하여 소정금액을 각각 산정함. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
사마귀제거술의 급여여부 및 수가 산정방법	사마귀제거술은 업무 또는 일상생활에 지장을 초래하는 경우 요양급여하며, 자14-1 티눈제거술로 준용 산정하되, 수가 산정방법은 다음과 같이함. - 다 음 - 가. 동일부위에 근접하고 있는 2개 이상을 동시에 제거하는 경우에는 제1의 것은 100%, 제2의 것부터는 50%를 산정하되 최대 200%를 산정함. 나. 동일부위의 범위는 다섯 손가락, 다섯 발가락을 각각 하나의 범위, 손바닥과 손등을 합쳐서 하나의 범위, 발바닥과 발등을 합쳐서 하나의 범위로 함. [고시 제2016-226호, 2016.12.1. 시행]

■ 자14-2 전염성연속종제거술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-14-2		전염성연속종제거술 Removal of Molluscum Contagiosum			
	N0147	가. 전신성인 것 Generalized	301.84	24,570	22,190
	N0148	나. 기타의 것 Others	215.31	17,530	15,830

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
전염성연속종 제거술 급여기준	1. 자14-2 전염성연속종제거술은 치료기간 중 최대 3회를 요양급여로 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, 2018.4.1. 시행]

■ 자16 피판작성술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-16		피판작성술 Flap Operation			
		가. 피부피판술 Skin Flap			
		(1) 국소피판술 Local Flap			
	SB161	(가) 안면부 Face	4,398.83	358,060	323,310
	S0161	(나) 기타 Others	3,318.44	270,120	243,910
		(2) 원거리피판술 Distant Flap			
		(가) 수부이외 원거리 [서혜부, 복부, 둔부, 교차상지, 교차하지 등] except Hand			
	SB162	1) 안면부 Face	7,597.07	618,400	558,380
	S0162	2) 기타 Others	6,691.61	544,700	491,830
		(나) 수부내 [교차수지피판, 무지구피판 등] within Hand			
	SB163	1) 안면부 Face	8,282.34	674,180	608,750
	S0163	2) 기타 Others	6,772.40	551,270	497,770
		나. 도서형피판술 Island Flap			
	SB164	(1) 안면부 Face	9,553.35	777,640	702,170
	S0164	(2) 기타 Others	7,260.74	591,020	533,660
		다. 근피판술 Muscle Flap			
	SB165	(1) 안면부 Face	8,860.01	721,200	651,210
	S0165	(2) 기타 Others	6,757.36	550,050	496,670
		라. 근-피부피판술 Musculocutaneous Flap or Myocutaneous Flap			
	SB166	(1) 안면부 Face	12,275.39	999,220	902,240
	S0166	(2) 기타 Others	9,588.70	780,520	704,770
		마. 근막피판술 Fascia Flap			
	SB167	(1) 안면부 Face	10,092.85	821,560	741,820
	S0167	(2) 기타 Others	7,366.17	599,610	541,410
		바. 근막-피부피판술 Fasciocutaneous Flap			
	SB168	(1) 안면부 Face	12,075.81	982,970	887,570
	S0168	(2) 기타 Others	9,646.74	785,240	709,040
		사. 유리 피판술 [피부 또는 근육] Free Flap			
	SC161	(1) 안면부 Face	21,419.55	1,743,550	1,574,340
	SA161	(2) 기타 Others	16,803.17	1,367,780	1,235,030

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
		아. 유리 감각피판술 [근육-신경] Free Sensory Flap			
	SC162	(1) 안면부 Face	21,185.98	1,724,540	1,557,170
	SA162	(2) 기타 Others	17,252.70	1,404,370	1,268,070
		자. 유리복합조직이식술 Free Composite Tissue Flap			
		(1) 유리 건-피부피판술 [피부-건-신경 또는 피부-건] Free Tendocutaneous Flap			
	SC163	(가) 안면부 Face	23,337.32	1,899,660	1,715,290
	SA163	(나) 기타 Others	18,566.03	1,511,270	1,364,600
		(2) 유리 근육-피부 피판술 [피부-근육-신경 또는 피부-근육] Free Musculocutaneous Flap			
	SC164	(가) 안면부 Face	23,958.09	1,950,190	1,760,920
	SA164	(나) 기타 Others	18,566.03	1,511,270	1,364,600
		차. 유리대망이식술, 유리공장이식술 Free Omental Flap, Free Jejunal Flap			
		주 : 식도절제후 유리공장을 이용하여 식도재건술을 시행한 경우에는 「자-236-1-라」의 소정점수에 의하여 산정한다.			
	SC165	(1) 안면부 Face	24,757.90	2,015,290	1,819,710
	SA165	(2) 기타 Others	17,873.98	1,454,940	1,313,740

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
원거리 피판술을 시행시 동일입원 기간 또는 입원 기간이 상이한 경우 수기로 산정방법	자16 피판작성술은 피판작성부터 박리술까지의 수기료가 일련의 과정으로 포함되어 있으므로 동일 요양기관에서 동일 입원기간 또는 입원기간이 상이할지라도 자16 피판작성술은 1회만 산정함. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
조직확장기 (Tissue-Expander) 를 이용한 반흔구 축성형술	조직확장기(Tissue-Expander)를 이용한 시술은 기존 유사수술인 식피술이나 피판술 등의 시술방법상 문제점(피판의 두께나 반흔구축의 재발율 등)을 보완할 수 있는 장점이 있으므로 운동제한이 있는 구축성 반흔 제거, 청력기능장애의 회복 목적의 이개성형술, 선천성 거대모반, 안면부위 혈관종 등 타인에게 혐오감을 주며 본인이 수치감을 느껴 일상생활에 지장을 주는 상병에 실시시 급여하며 수술료는 다음과 같이 산정함.

제목	세부인정사항
	- 다 음 -
	가. 1차 수술(Tissue - Expander 삽입 및 확장유도술) : 자16가(1) 국소피판술로 준 용 산정하며, 생리식염수 주입료는 소정금액에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. 나. 2차 수술(반흔제거 수술) : 시술행위에 따라 소정금액을 산정.
	[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

■ 자17식피술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-17		식피술 Skin Graft			
		가. 전층피부이식술 Full Thickness Skin Graft			
		(1) 안면부 Face			
	S0171	(가) 25cm ² 미만	4,811.02	391,620	353,610
	S0172	(나) 25cm ² 이상	6,319.85	514,440	464,510
		(2) 수족부 Hand, Foot			
	S0173	(가) 25cm ² 미만	4,325.86	352,130	317,950
	S0174	(나) 25cm ² 이상	5,945.82	483,990	437,020
		(3) 기타 Others			
	S0175	(가) 25cm ² 미만	4,517.88	367,760	332,060
	S0176	(나) 25cm ² 이상	5,972.58	468,170	438,980
		나. 부분층피부이식술 Split Thickness Skin Graft			
		(1) 안면 또는 관절부 Face or Joint			
	N0173	(가) 25cm ² 미만	3,246.68	264,280	238,630
	N0174	(나) 25cm ² 이상	5,092.59	414,540	374,310
		(2) 기타 Others			
	N0175	(가) 25cm ² 미만	2,359.64	192,070	173,430
	N0176	(나) 25cm ² 이상~100cm ² 미만	3,115.33	253,590	228,980
	N0178	(다) 100cm ² 이상~400cm ² 미만	4,483.71	364,970	329,550
	N0179	(라) 400cm ² 이상~900cm ² 미만	7,981.04	649,660	586,610
	N0170	(마) 900cm ² 이상	11,835.68	963,420	869,920

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
식피술후 수술실에서 실시한 dressing 산정방법	식피술후 Aseptic Area를 유지하고 Air Contamination도 최소화시키기 위하여 수술실에서 dressing을 실시한 경우에는 자2-1-가(2) 염증성처치를 준용 산정함. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
반흔구축 성형술 이후 식피술 수기로 산정방법	반흔구축 성형술 이후 Bleeding 등이 있어 Scar Revision을 시행하고 2-7일후에 Delayed Skin Graft을 실시한 경우 자17 식피술 소정점수로 산정함. [고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]
식피술 수가산정 방법	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 식피술을 시행하는 경우 1군데는 소정점수의 100%를, 2군데부터는 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 포함하여 산정하고, 손가락(발가락) 부위는 소정점수의 100%를 각각 산정함. [고시 제2016-226호, 2016.12.1. 시행]

■ 자18 피부과처리

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-18		피부과처리 [1일당] Dermatologic Dressing 주 : 1. 피부연고 도포 등 단순한 피부 처치는 기본진료료에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.. 2. 사용된 거즈, 탈지면, 붕대, 반창고의 비용은 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다. 가. 농가진, 감염성피부질환 등에 Wet Dressing 또는 Soaking을 행한 경우			
	N0181	(1) 9% 이하의 범위	90.67	7,380	6,660
	N0182	(2) 10%~18%의 범위	116.12	9,450	8,530

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
	N0183	(3) 19%~36%의 범위	136.37	11,100	10,020
	N0184	(4) 37% 이상의 범위	194.12	15,800	14,270
		나. 대상포진에 실시한 경우 In Herpes Zoster			
	N0061	(1) 9% 이하의 범위	102.14	8,310	7,510
	N0062	(2) 10%~18%의 범위	125.09	10,180	9,190
	N0063	(3) 19%~36%의 범위	147.95	12,040	10,870
	N0064	(4) 37% 이상의 범위	225.09	18,320	16,540

[기결정고시]

- 기타 피부과 처치 (피부과 처치를 시행시 효과를 높이기 위해 약제를 도포하여주거나 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, 2002.4.1. 시행]

■ 자20 발조술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-19	N0200	발조술 Extraction of Nail	157.83	12,850	11,600

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
손·발톱이 압박 좌멸되어 발조술후 봉합술 시행시 수기로 산정방법	손·발톱부분이 압박 좌멸되어 발조술 시행후 골이 노출되어 봉합술을 시행할 경우에는 자20 발조술과 자2나 창상봉합술(안면과 경부 이외)을 제9장 처치 및 수술료 등[산정지침] (5)항에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함.

[고시 제2016-204호, 2016.11.1. 시행]

■ 자23 연부조직종양적출술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-23		연부조직종양적출술 [지방종, 혈관종, 섬유종, 거대세포종, 화골성 근염, 근육육종, 혈관육종, 활액막육종] Removal of Soft Tissue Tumor 주 : 피부이외 부위에서 발생한 종양인 경우에 한하여 산정한다. 가. 양성 종양			
	N0233	(1) 피하양성종양 Subcutaneous Benign Tumor	1,639.37	133,440	120,490
	N0234	(2) 근막하 또는 근육내양성종양 Subfascial or Intramuscular Benign Tumor	2,103.93	171,260	154,640
	N0232	나. 악성종양 Malignant Tumor	4,647.01	378,270	341,560

[공개심의사례]

● 시술내역과 조직검사결과 참조, 자23가(1) 연부조직종양적출술 인정여부

■ 청구내역(여/40세)

- 청구 상병명: 복부의 결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신 생물
- 주요 청구내역

611 휴메딕스린코마이신염산염주사600mg/B

1*1*1

121 명문염산부피바카인헤비주사0.5%(수출명:ALCAINE(Bupivacaine · HCl)HeavyInj0.5%)/B

1*1*1

바24자 척수신경말초지차단술-늑간신경(LA248)

1*1*1

자23가(1) 연부조직종양적출술(지방종,혈관종,섬유종,거대세포종,화골성근염등)

-피하양성종양 [외과 전문의](N0233100)

1*1*1

■ 진료내역

- 조직검사결과 : Epidermal cyst

■ 심의결과

- 동 건(여/40세)은 표피낭종 주위의 염증으로 일부 유착된 연부조직을 제거하여 자23가(1) 연부조직종양적출술-피하양성종양으로 산정하였다고 하나, 표피 낭종은 해부학적으로 피부 표피에 생긴 종양이므로 연부조직종양이라고 볼 수 없어 자23가(1) 연부조직종양적출술-피하양성종양은 자14가 피부양성종양적출술-간단한 것(표재성인 것)으로 인정하기로 함. 또한, 마취목적의 신경차단술은 표피낭종의 크기를 고려할 때 리도카인을 이용한 침윤마취만으로도 충분할 것으로 판단되므로 바24자 척수신경말초지차단술-늑간신경 100%는 인정하지 아니함.

■ 심의내용

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표 1] 요양급여의 적용기준 및 방법(제5조제1항관련)」 요양급여의 일반원칙에 의하면 “요양급여는 가입자 등의 연령·성별·직업 및 심신상태 등의 특성을 고려하여 진료의 필요가 있다고 인정되는 경우에 정확한 진단을 토대로 하여 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법을 실시하여야 하고, 경제적으로 비용효과적인 방법으로 행하여야 한다.”라고 규정하고 있음.
- 또한, 행정해석 지방종제거술 관련 질의에 대한 회신(급여65720-135호) 「지방종제거술의 진료수가 산정방법」에 따르면 “지방종은 주로 피하조직에서 발생하며 발생크기와 부위 등에 따라 시술 난이도가 매우 다양한 점을 감안할 때, 지방종 제거에 대한 수가 산정기준을 일률적으로 정하여 운영하기는 무리가 있으므로 현행대로 지방종의 발생부위(피부로부터의 깊이; depth)나 크기, 시술난이도, 조직검사결과 등을 참조하여 사례별로 ‘피부양성종양적출술(자-14)’ 또는 ‘연부조직종양적출술(자-23)’을 산정하는 것이 타당”하다고 명시함.
- 동 기관은 지방종 또는 표피낭종 제거술 후 자23 연부조직종양적출술을 다빈도 산정하고, 마취목적으로 신경차단술을 일률적으로 실시하는 경향임.
- 동 건(여/40세)은 복부의 결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신 생물 상병으로 외래로 내원하여 오른쪽 허리의 표피낭종 제거 후 바24자 척수신경말초지차단술-늑간신경 100%, 자23가(1) 연부조직종양적출술-피하양성종양 100%를 청구한 것으로, 표피낭종 주위의 염증으로 일부 유착된 연부조직을 제거하여 자23가(1) 연부조직종양적출술-피하양성종양으로 산정하였다고 하나, 표피 낭종은 해부학적으로 피부 표피에 생긴 종양이므로 연부조직종양이라고 볼 수 없어 자23가(1) 연부조직종양적출술-피하양성종양은 자14가 피부양성종양적출술-간단한 것(표재성인 것)으로 인정하기로 함. 또한, 마취목적의 신경차단술은 표피낭종의 크기를 고려할 때 리도카인을 이용한 침윤마취만으로도 충분할 것으로 판단되므로 바24자 척수신경말초지차단술-늑간신경 100%는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
- 지방종제거술의 진료수가 산정방법(급여 65720-135호, 2003.2.4.)
- 대한피부과학회 교과서 편찬위원회, 피부과학. 제5판, 여문각, 2008.

[2016.6.13. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

CHAPTER

III

비뇨의학과 분야 급여기준

1. 검사료
2. 영상진단 및 방사선치료료
3. 이학요법료
4. 처치 및 수술료

1 검사료

⇒ 일반화학검사

〈신장요로〉

■ 누220 요침사검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
누-220	D2201	요침사검사 Urine Sediment Examination 가. 관찰판정-육안·장비측정 † 주 : 요침사현미경검사로 재확인하는 경우에도 소정점 수만 산정한다.	15.06	1,230	1,110
		D2202	나. 관찰판정-현미경	11.82	960
	D2203	주 : Wet Smear(Direct Smear)를 시행한 경우에는 10.09 점을 산정한다.	10.09	820	740

[기결정고시]

- SM염색뇨검사(원심분리한 요검체에 SM 시약을 가한 후 현미경 상에서 요검사를 시행)의 산정기준
누220나 요침사검사[관찰판정-현미경]의 소정점수를 산정함.

[고시 제2017-265호, 2018.1.1.시행]

■ 누225 요 일반검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
누-225		요 일반검사[화학반응-장비측정] Routine Urinalysis 주 : 검사종목은 유로빌리노겐, 단백, 당, 요잠혈, 빌리루 빈, 케톤체, 비중, pH, 아질산염, 백혈구가 해당된다.			
	D2251	가. 4종까지	10.60	860	780
	D2252	나. 7종까지	13.98	1,140	1,030
	D2253	다. 10종까지	24.11	1,960	1,770

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
자동분석기로 요 일반검사 실시 시 수가 적용방법	<p>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.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-101호, 2018.6.1. 시행]</p>

⇒ **종양검사**

■ **누422 방광암항원**

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
누-422		방광암항원 Bladder Tumor Antigen			
	D2221	가. 일반면역검사(정성)-간이검사 †	237,10	19,300	17,430
	D2222	나. 정밀면역검사 †	260,85	21,230	19,170

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
간이검사(조기양 막파수검사, 방광 암항원, 소변 세균 항원)의 수가 산정 방법	<p>다음과 같은 검사항목의 경우 이차적인 후속검사를 실시하지 않은 경우에 산정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>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</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-265호, 2018.1.1. 시행]</p>

■ 누430 전립선암[정밀면역검사]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
누-430	D4300	전립선암[정밀면역검사] Prostate cancer †	187.65	15,270	13,790
	D4307	주 : 핵의학적 방법으로 검사한 경우에는 산정한다. †	189.51	15,430	13,930

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
누430 전립선암 [정밀면역검사]- 유리전립선특이 항원 및 전립선 특이항원의 급여기준	<p>유리전립선특이항원(free PSA) 검사 및 전립선특이항원(PSA)검사의 급여기준은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 유리전립선특이항원(Free PSA)검사는 PSA 검사결과 2.0ng/ml 이상에서 시행한 경우</p> <p>나. 전립선특이항원(PSA)검사</p> <p>1) 40세 이상: 하부요로증상 등 임상소견, 병력 또는 검사결과 암이 의심되는 경우</p> <p>2) 40세 미만: 전립선암의 가족력이 있거나, 직장수지검사 또는 초음파검사 등에서 전립선암이 의심되거나, 과거 전립선특이항원 검사 결과 이상(2.0ng/ml 이상)이 있는 경우</p> <p>다. 직장수지검사 또는 초음파검사 등에서 암이 의심되는 객관적 소견이 있는 경우에는 PSA 검사와 free PSA 검사 동시 시행시에도 인정</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-265호, 2018.1.1. 시행]</p>
종양검사의 급여기준	<p>누372, 누421, 누422, 누428~누432, 누434~누441, 누447 및 누448을 종양검사로 시행할 경우의 급여기준은 다음과 같이 함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 악성종양이 원발장기에 있는 경우 : 최대 2종 인정</p> <p>나. 악성종양이 원발장기와 속발(전이)장기에 있거나 악성종양이 의심되는 경우: 원발장기 2종을 포함하여 최대 3종 인정</p> <p>다. 원발장기가 확인이 안된 상태에서 암이 의심되어 실시하는 경우: 장기별로 1종씩 인정하되, 최대 3종까지 인정. 다만, 난소암이 의심되는 경우는 치료 전 검사 1회에 한하여 최대 5종까지 인정함</p> <p>라. 종양검사 중 '누437 인간부고환 단백질 4 [정밀면역검사]'는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-101호, 2018.6.1. 시행]</p>

⇒ **면역검사**

〈체액면역〉

■ **누741 면역글로불린(정량)**

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
누-741	D7410	면역글로불린(정량) Immunoglobulin †	114.06	9,280	8,380

[심사지침]

● **전립선염에 전립선액으로 실시한 누741 면역글로불린(정량) 인정여부**

전립선염에 전립선액으로 실시한 누741 면역글로불린(정량)은 진료상 반드시 필요한 검사가 아니므로 인정하지 아니함.

[2018.1.18. 시행]

⇒ **세포병리검사**

■ **나562 세포병리검사**

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-562	C5620	세포병리검사 Cytopathology Examination 주 : 1. 「가(2)」, 「가(3)」, 「나(2)」, 「나(3)」에서 조직절편제작 검사를 별도로 시행하는 경우에는 88.77점을 별도 산정한다. 다만, 「가(2)」의 조직절편제작 검사는 병리과 전문의 또는 구강병리과가 설치된 요양기관의 치과의사가 판독하고 판독소견서를 작성·비치한 경우에만 산정한다. 2. 당해 요양기관에 상근하는 병리과 전문의가 외부 슬라이드를 판독하고 판독소견서를 작성·비치한 경우에는 소정점수의 20%를 산정한다. 다만, 「가(2)주1」의 경우에는 「가(2)」소정점수의 20%를 산정한다. (「가(1) ¹⁾ , 가(2) ²⁾ , 가(3) ³⁾ , 나(1) ⁴⁾ , 나(2) ⁵⁾ , 나(3) ⁶⁾) 가. 일반세포검사 General Cytopathologic Examination	88.77	7,230	6,520
	C2561				
	C2562				
	C2563				
	C2564				
	C2565				
	C2566				

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
	C5621	(1) 자궁질 세포병리검사 Cervicovaginal Cytopathology 주 : 병리과 전문의 또는 관련분야에 대하여 교육받은 전문가가 판독하고 판독소견서를 작성·비치한 경우에만 산정한다.	105.40	8,580	7,750
	C5622	(2) 체액 세포병리검사 Body Fluid Cytopathology	123.40	10,040	9,070
	C5627	주 : 1. Cyto-centrifuge를 이용한 경우에는 128.53점 을 산정한다. 2. 객담, 뇨, Wound Discharge에 대하여 검사를 실 시한 경우에도 소정점수를 산정한다.	128.53	10,460	9,450
	C5623	(3) 흡인 세포병리검사 Aspiration Cytopathology 주 : 1. 병리과 전문의 또는 구강병리과가 설치된 요양 기관의 치과의사가 판독하고 판독소견서를 작 성·비치한 경우에만 산정한다. 2. NAB(Needle Aspiration Biopsy) 응급진단료 경 우에도 소정점수를 산정한다. 나. 액상세포검사 Liquid-Based Cytopathologic Examination	184.85	15,050	13,590
	C5624	(1) 자궁질 세포병리검사 Cervicovaginal Cytopathology 주 : 병리과 전문의가 판독하고 판독소견서를 작성· 비치한 경우에만 산정한다.	404.23	32,900	29,710
	C5625	(2) 체액 세포병리검사 Body Fluid Cytopathology 주 : 1. 병리과 전문의가 판독하고 판독소견서를 작성· 비치한 경우에만 산정한다. 2. 객담, 뇨, Wound Discharge에 대하여 검사를 실 시한 경우에도 소정점수를 산정한다.	416.52	33,900	30,610
	C5626	(3) 흡인 세포병리검사 Aspiration Cytopathology 주 : 병리과 전문의 또는 구강병리과가 설치된 요양기 관의 치과의사가 판독하고 판독소견서를 작성· 비치한 경우에만 산정한다.	361.73	29,440	26,590

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
Urine Cell Block 검사 의 급여기준	암 상병이 의심되어 실시하는 Urine Cell Block 검사는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> 가. 수가 산정방법 나562가(2) 세포병리검사-일반세포검사-체액 세포병리검사와 나562 주1. 조직 절편제작검사 각각의 소정점수를 산정함. 나. 검체 채취방법에 따른 산정횟수 1) Voided Urine으로 시행한 경우: 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. <p style="text-align: right;">[고시 제2018-3호, 2018.4.1. 시행]</p>
나562나(2) 세포 병리검사-액상 세포검사-체액 세포병리검사의 급여기준	나562나(2) 세포병리검사-액상세포검사-체액 세포병리검사의 급여기준은 다음과 같이 함. <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> 가. 흉강삼출액, 복강삼출액, 뇌척수액 검사의 모든 경우 나. 뇨 및 객담검사는 아래와 같은 경우 1) 일반 요검사 또는 객담검사에서 비정형세포가 관찰되어 추가적인 검사 또는 추적관찰이 필요한 경우 2) 다른 임상검사(흉부 X선, 기관지 내시경, 방광경 검사) 에서 폐암 또는 방광암 이 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 <p style="text-align: right;">[고시 제2018-39호, 2018.3.7. 시행]</p>

⇒ 특수병리검사

■ 나567 면역조직(세포)화학검사 [종목당]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
		[특수병리검사]			
		주 : 병리와 전문의 또는 구강병리과가 설치된 요양기관의 치과의사가 판독하고 판독소견서를 작성·비치한 경우에만 산정한다. 다만, 「나-569」는 병리와 전문의가 판독하고 판독소견서를 작성·비치한 경우에만 산정한다.			
나-567	C5670*	면역조직(세포)화학검사 [종목당] Immunohisto(Cyto)Chemistry	528.89	43,050	38,870
	C5671	주 : 1. EGFR 면역조직화학염색검사를 실시한 경우에도 소정점수를 산정한다.	528.89	43,050	38,870
	C5672*	2. PD-L1 검사를 실시한 경우에는 723.82점을 산정한다. 3. 진단검사의학과 전문의가 판독하고 판독소견서를 작성한 경우에도 산정할 수 있다.	723.82	58,920	53,200

[공개심의사례]

● 전립선암 수술 후 시행한 면역조직(세포)화학검사 요양급여 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/69세)

- 청구 상병명: 전립선의 악성 신생물, 기타 및 상세불명 변비, 상세불명의 급성 세기관지염, 상세불명의 통증

- 주요 청구내역

나557 면역조직(세포)화학검사[종목당] (C557500F) 1*6*1

[병리검사 질가산(4%) 진단검사의학과 전문의 등 판독]

나550라(1) 병리조직검사[1장기당]-조직구축학적검사(림프절청소를포함하는 경우) (C5505008) 1*1*1

[병리검사 질가산(4%)]

나550나(1) 병리조직검사[1장기당]-절편이필요한경우(파라핀블록:6개이하) (C5916008) 1*1*1

[병리검사 질가산(4%)]

■ 심의결과

○ 이 건은 임상적·조직학적인 특이소견이 기술되어 있지 않고, 병리조직검사결과 “adenocarcinoma, Gleason’s score 7(3+4)점”으로 확인되는바, 이는 중간위험군(5~7점)에 해당하여 잠재적으로 치료 가능

한 경우가 대부분이므로, 추가적인 진단 및 예후평가를 위한 면역조직(세포)화학검사를 시행하는 것은 필수적인 검사로 보기 어려우므로 '나557 면역조직(세포)화학검사' 6종(AR, ERG, PTEN, Chromogranin, BLC-2, Ki-67)은 인정하지 아니함.

■ 심의내용

- 이 건은 전립선의 악성 신 생물 상병으로 전립선절제술을 시행하고, 수술 시 절제 검체로 '나557 면역조직(세포)화학검사' 6종(AR, ERG, PTEN, Chromogranin, BLC-2, Ki-67)을 시행하고 청구한 건임. 이에, 전립선 수술 후 시행한 '나557 면역조직(세포)화학검사' 인정여부에 대하여 심의함.

※ '나557 면역조직(세포)화학검사(C5575)'는 제2차 상대가치점수 개편 및 검체검사 영역 내 행위 재분류로 '나567 면역조직(세포)화학검사(C5670)'로 개정되었음[보건복지부 고시 제2017-222호, 2018. 1. 1.시행]

- '나557 면역조직(세포)화학검사'는 종양의 감별진단 및 수술 후 예후 평가, 치료에 대한 반응을 예측하기 위해 시행하는 검사로, 질환 및 실시 목적에 따라 검사 종목과 개수가 매우 다양하여 적정 실시종목 수에 대하여는 사례별로 심사 적용하고 있음.

- NCCN 가이드라인 및 임상연구문헌에 따르면, 이 환자에게 시행된 면역조직(세포)화학검사 6종(AR, ERG, PTEN, chromogranin, BCL-2, Ki-67)은 악성종양의 예후평가와 관련이 있는 마커(Marker)로는 확인되나, 전립선암에 대하여는 국제적으로 널리 인정되는 표준화된 예후마커(prognosis marker)는 아님. 다만, 전문가 의견에 따르면, 전립선암에서 조직학적으로 신경내분비세포종양의 분화가 의심되는 등 임상적으로 특이한 소견을 보이거나, 절제된 전립선암 조직의 절제면에 주변 장기로의 침범이 의심되는 경우에는 수 종목의 면역조직(세포)화학검사를 시행할 수 있다는 의견임.

- 진료기록부 확인 결과, 이 건은 임상적·조직학적인 특이소견이 기술되어 있지 않으며, 병리조직검사결과 "adenocarcinoma, Gleason's score 7(3+4)점"으로 확인되는바, 이는 중간위험군(5~7점)에 해당하여 잠재적으로 치료 가능한 경우가 대부분이므로, 추가적인 진단 및 예후평가를 위한 면역조직(세포)화학검사를 시행하는 것은 필수적인 검사로 보기 어려움. 따라서 이 건에서 전립선암 수술 후 시행한 '나557 면역조직(세포)화학검사' 6종(AR, ERG, PTEN, Chromogranin, BLC-2, Ki-67)은 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- NCCN(National Comprehensive Cancer Network) Guidelines Version 3, Prostate Cancer, 2018.
- 대한비뇨기과학회, 비뇨기과학, 제5판, 일조각, 2014.

[2018.7.27. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

⇒ 신장 및 비뇨기 검사

■ 나653 72시간 배뇨양상기능검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-653	E6530	72시간 배뇨양상기능검사 72 hours voiding function test	133,80	10,890	9,830

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
72시간 배뇨양상 기능검사 인정기준	72시간 배뇨양상기능검사는 하부요로증상 및 배뇨곤란을 호소하는 환자를 대상으로 시행하며, 배뇨량과 증상 등을 72시간 이상 연속으로 기록한 배뇨일지 결과를 비뇨 기과 전문의가 판독하고, 판독소견서를 작성·비치한 경우에 산정한다. [고시 제2016-128호, 2016.8.1. 시행]

■ 나656 요역동학검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-656		요역동학검사 Urodynamic Study 가. 요역동학검사 [X-ray포함] Urodynamic Study [including X-Ray]			
	E6563	(1) 단순 Simple	1,968,22	160,210	144,660
	E6564	(2) 복잡 Complex	2,865,71	233,270	210,630
	EZ752	나. 비디오 요역동학검사 Video Urodynamic Study 주 : 1. 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 별표2 에 따른 요양급여 적용 2. 사용된 조영제는 별도 산정한다.	3,898,25	317,320	286,520

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
요역동학검사의 수기산정방법	<p>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.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 요역동학 검사 (나656가(1) 단순)</p> <p style="padding-left: 20px;">: 아래 검사 중 3~4항목을 실시한 경우 산정하되, 3항목 미만으로 실시한 경우에는 각 검사의 소정점수를 산정함.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 나611마(2) 근전도검사 2) 나656-1 방광내압측정 3) 너751 요도내압측정 또는 요누출압검사 4) 너752 요류측정 <p>나. 요역동학 검사 ((나656가(2) 복잡)</p> <p style="padding-left: 20px;">: 아래 검사를 모두 실시한 경우 산정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 나611마(2) 근전도검사 2) 나656-1 방광내압측정 3) 너751 요도내압측정 또는 요누출압검사 4) 너752 요류측정 5) 압력요속검사 <p style="text-align: right;">[고시 제2017-118호, 2017.7.1. 시행]</p>

■ 나656-1 방광내압측정

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-656-1	E6561	방광내압측정 Complex Cystometrogram	962.76	78,370	70,760

[기결정고시]

- **방광내압을 통한 복강내압측정 Measurement of Intra-Abdominal Pressure by bladder pressure**
가2입원료(입원환자간호관리료) 및 가9중환자실 입원료(입원환자 간호관리료) 소정점수에 포함됨

[고시 제2010-100호, 2010.12.1. 시행]

[심사지침]

- **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.

[2009년 1월 1일 진료분부터 적용]

■ 나656-2 신우내압측정검사**[건강보험 요양급여비용]**

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-656-2	E6562	신우내압측정검사 Whitaker's Test	2,176.57	177,170	159,980

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
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, 2001.1.1. 시행]

■ 나657 신기능검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-657		신기능검사 Renal Function Test			
	E6571	가. 색소배설시험 [농축 및 희석시험] Dye Excretion Test	55.53	4,520	4,080
	E6572	나. 사구체여과치, 신혈류량, 요소제거율 Glomerular Filtration Value, Renal Blood Flow, Urea Clearance	73.53	5,990	5,400

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
PAH Clearance검사의 준용 항목	PAH Clearance검사는 나657나 신기능검사(사구체여과치, 신혈류량, 요소제거율)의 소정금액을 준용 산정함. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

2 영상진단 및 방사선치료료

⇒ 일반사항

제목	세부인정사항												
동일 부위의 의미	방사선촬영에 있어 동일 부위라 함은 부위적으로 일치함은 물론, 위와 십이지장, 신요관, 흉추상부와 흉추하부의 경우와 같이 통상 동일 필름면에 촬영 할 수 있는 부위를 뜻함. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]												
Full PACS 요양급여비용 산정기준	<p>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.</p> <p>2. 다만, 아래와 같은 경우는 Filmless 예외 대상으로 인정함.</p> <p>가. 유방촬영필름(Mammography)</p> <p>나. 수술장에서 실시한 영상진단</p> <p>다. 정형외과에서 수술전 인공삽입물의 종류 및 크기를 결정할 필요가 있는 경우라. 치과 필름과 긴 카세트(long cassette) 필름 등 현재의 PACS 수준으로 지원이 곤란한 경우</p> <p>마. 타 병원으로 환자 이송시 또는 환자의 요구로 film을 생성하는 경우</p> <p>3. 판독용 및 조회용 모니터</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>판독용 모니터</th> <th>조회용 모니터</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>해상도</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> 일반촬영 또는 디지털이저필름용 ; 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>모니터 수</td> <td>2대 이상</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> 각 외래 진료과목별 1대 이상 각 병동별 1대 이상 한 병동이 여러 층에 걸쳐있는 경우는 최소한 각 층별로 1대 이상 </td> </tr> </tbody> </table> <p>4. 판독용 web PACS는 인정하지 아니함.</p> <p>[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]</p>	구분	판독용 모니터	조회용 모니터	해상도	<ul style="list-style-type: none"> 일반촬영 또는 디지털이저필름용 ; 2,048×2,560 이상 (14×17 기준) CT/DSA/Digital fluoroscopy ; 1,200×1,600 또는 1,600×1,200이상 (LCD인 경우 1,280×1,024 이상) 	1,200×1,600 또는 1,600×1,200 이상 (LCD모니터 사용시 1,024×768 이상)	크기	20 inch equivalent 이상 (CT는 19 inch 이상)	17 inch(LCD는 15inch) 이상을 원칙으로 하되, 19 inch(LCD는 17inch) 이상의 모니터가 50% 이상 확보되어야 함.	모니터 수	2대 이상	<ul style="list-style-type: none"> 각 외래 진료과목별 1대 이상 각 병동별 1대 이상 한 병동이 여러 층에 걸쳐있는 경우는 최소한 각 층별로 1대 이상
구분	판독용 모니터	조회용 모니터											
해상도	<ul style="list-style-type: none"> 일반촬영 또는 디지털이저필름용 ; 2,048×2,560 이상 (14×17 기준) CT/DSA/Digital fluoroscopy ; 1,200×1,600 또는 1,600×1,200이상 (LCD인 경우 1,280×1,024 이상) 	1,200×1,600 또는 1,600×1,200 이상 (LCD모니터 사용시 1,024×768 이상)											
크기	20 inch equivalent 이상 (CT는 19 inch 이상)	17 inch(LCD는 15inch) 이상을 원칙으로 하되, 19 inch(LCD는 17inch) 이상의 모니터가 50% 이상 확보되어야 함.											
모니터 수	2대 이상	<ul style="list-style-type: none"> 각 외래 진료과목별 1대 이상 각 병동별 1대 이상 한 병동이 여러 층에 걸쳐있는 경우는 최소한 각 층별로 1대 이상 											

제목	세부인정사항
방사선 영상진단의 판독료 산정기준	<p>「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 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.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-118호, 2017.7.1. 시행]</p>
외부병원 필름 판독료 산정 기준	<p>외부병원 필름판독료는 이중촬영을 방지하고 적정 진료를 유도하기 위한 취지에서 신설된 것이므로 환자의 이송 없이 단지 필름에 대한 판독만 의뢰되는 경우에는 산정할 수 없음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2003-65호, 2003.12.1. 시행]</p>
전산화단층영상진단, 자기공명영상진단에 대한 외부병원 필름 판독료 산정방법	<ol style="list-style-type: none"> 1. 조영제 주입 전·후 촬영 및 특수 전산화단층영상진단, 자기공명영상진단에 대한 외부병원필름판독료는 각 항목의 '조영제를 사용하지 않는 경우'의 소정점수를 기준으로 산정함. 2. 상기 1.에도 불구하고 뇌, 뇌혈관, 경부혈관 자기공명영상진단의 경우는 해당 수가의 '주'에 의거 산정함. <p style="text-align: right;">[고시 제2018-198호, 2018.10.1. 시행]</p>

⇒ 방사선 특수영상진단료

■ 다215 남성생식기 조영

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
[비뇨생식기계]					
다-215		남성생식기 조영			
	HA151	가. 요도조영 Urethrography	358.04	29,140	26,320
	HA152	나. 정낭조영 Seminal Vesiculography	1,110.65	90,410	81,630
	HA153	다. 음낭수류조영 Scrotal Hydrocelography	594.17	48,370	43,670
	HA154	라. 음경해면체조영 Caverosography	1,217.77	99,130	89,510

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
음경해면체조영 (Caverosography)의 급여 여부	다215라 음경해면체조영(Caverosography)은 해면체로의 암의 전이여부를 발견하기 위한 필수적인 검사로 음경암이나 음경질환의 진단시에는 해당 소정금액으로 산정하되, 음위 진단시는 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙[별표2] 비급여대상 1. 사항에 의거 비급여함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

■ 다246 자기공명영상진단

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
[자기공명영상진단]					
다-246		자기공명영상진단 Magnetic Resonance Imaging			
	HE303- HE334	가. 기본검사 주 : 생검 또는 중재적시술시 이용된 MRI 유도비용은 각 항목의 일반촬영 소정점수에 의하여 산정한다. 다만, 중재적시술시 이용한 MRI 유도비용은 제2회 시술부터 소정점수의 50%를 산정한다.			

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
		(◎가2(가1) ⁰³ , 가2(나1) ⁰⁴ , 가2(다1) ⁰⁵ , 가2(라1) ⁰⁶ , 가2(마1) ⁰⁷ , 가2(바1) ⁰⁸ , 가3(가1) ⁰⁹ , 가3(나1) ¹⁰ , 가3(다1) ¹¹ , 가3(라1) ¹² , 가3(주1(다1) ¹³ , 가3(주2(라1) ¹⁴ , 가4(가1) ¹⁵ , 가4(나1) ¹⁶ , 가4(다1) ¹⁷ , 가4(라1) ¹⁸ , 가4(마1) ¹⁹ , 가4(바1) ²⁰ , 가4(사1) ²¹ , 가4(아1) ²² , 가4(자1) ²³ , 가5(가1) ²⁴ , 가5(나1) ²⁵ , 가5(다1) ²⁶ , 가6(가1) ²⁷ , 가6(나1) ²⁸ , 가6(다1) ²⁹ , 가6(라1) ³⁰ , 가6(마1) ³¹ , 가6(바1) ³² , 가6(사1) ³³ , 가6(아1) ³⁴)			
		(6) 복부			
		(가) 복부 Abdomen			
	HE127	1) 일반	2,664.15	216,860	195,820
	HE227	2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독	3,548.50	288,850	260,810
	HE427	3) 제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등) Limited MRI	1,348.85	109,800	99,140
	HE527	4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우	3,691.45	300,480	271,320
		(나) 골반 Pelvis			
	HE128	1) 일반	2,664.15	216,860	195,820
	HE228	2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독	3,548.50	288,850	260,810
	HE428	3) 제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등) Limited MRI	1,348.85	109,800	99,140
	HE528	4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우	3,691.45	300,480	271,320
		(다) 췌장 Pancreas			
	HE129	1) 일반	2,661.18	216,620	195,600
	HE229	2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독	3,544.70	288,540	260,540
	HE429	3) 제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등) Limited MRI	1,347.30	109,670	99,030
	HE529	4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우	3,703.31	301,450	272,190
		(라) 신장 및 부신 Kidney and Adrenal			
	HE130	1) 일반	2,664.15	216,860	195,820
	HE230	2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독	3,555.15	289,390	261,300
	HE430	3) 제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등) Limited MRI	1,357.45	110,500	99,770

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
	HE530	4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우 (마) 음낭 및 음경 Scrotum and Penile	3,694.95	300,770	271,580
	HE131	1) 일반	2,651.13	215,800	194,860
	HE231	2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독	3,558.26	289,640	261,530
	HE431	3) 제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등) Limited MRI	1,344.78	109,470	98,840
	HE531	4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우 (바) 간 Liver	3,698.06	301,020	271,810
	HE132	1) 일반	2,664.15	216,860	195,820
	HE232	2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독	3,548.50	288,850	260,810
	HE432	3) 제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등) Limited MRI	1,348.85	109,800	99,140
	HE532	4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우 (사) 담췌관 Cholangiogram	3,691.45	300,480	271,320
	HE133	1) 일반	2,664.15	216,860	195,820
	HE233	2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독	3,548.50	288,850	260,810
	HE433	3) 제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등) Limited MRI	1,348.85	109,800	99,140
	HE533	4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우 (아) 전립선 Prostate	3,691.45	300,480	271,320
	HE134	1) 일반	2,670.82	217,400	196,310
	HE234	2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독	3,568.10	290,440	262,260
	HE434	3) 제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등) Limited MRI	1,355.19	110,310	99,610
	HE534	4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우	3,724.05	303,140	273,720
		나. 특수검사			
	HF101	(1) 확산 Diffusion	1,732.91	141,060	127,370
	HF201	주 : 기본검사와 동시 실시한 경우에는 산정한다.	913.28	74,340	67,130
	HF102	(2) 관류 [3차원자기공명영상 포함] Perfusion	2,625.50	213,720	192,970
	HF202	주 : 기본검사와 동시 실시한 경우에는 산정한다.	1,388.86	113,050	102,080

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
	HF103	(3) 분광영상 Spectroscopy	1,739.31	141,580	127,840
	HF203	주 : 본검사와 동시 실시한 경우에는 945.81점을 산정한다.	945.81	76,990	69,520
	HF104	(4) 영화 [기본검사 및 3차원자기공명영상 포함] Cine	3,977.90	323,800	292,380
	HF105	(5) Dynamic [기본검사 포함]	3,057.83	248,910	224,750
	HF305	주 : 3차원자기공명영상을 실시한 경우에는 4,061.26점을 산정한다.	4,061.26	330,590	298,500
	HF106	(6) 이중조영 [기본검사 포함] Dual Contrast	3,408.92	277,490	250,560
	HF306	주 : 3차원자기공명영상을 실시한 경우에는 4,521.52점을 산정한다.	4,521.52	368,050	332,330
	HF107	(7) 기능적 [기본검사 및 3차원자기공명영상포함] Functional	4,596.64	374,170	337,850

[공개심의사례]

● **진료내역 참조 다246가 기본자기공명영상진단 동시에 실시한 다246나(1)주 특수자기공명영상진단-확산 인정여부**

■ 청구내역

○ A사례 (남/56세)

- 청구 상병명: 전립선의 악성 신생물
- 주요 청구내역

다246가(6)(0)2)기본자기공명영상진단-복부-전립선-조영제주입전 · 후 촬영판독[영상의학과전문의판독] 1*1*

다246나(1)주 특수자기공명영상진단-확산-기본검사와동시실시 [영상의학과전문의판독] 1*1*

○ B사례 (남/74세)

- 청구 상병명: 전립선의 악성 신생물
- 주요 청구내역

다246가(6)(0)2)기본자기공명영상진단-복부-전립선-조영제주입전 · 후 촬영판독[영상의학과전문의판독] 1*1*

다246나(1)주 특수자기공명영상진단-확산-기본검사와동시실시 [영상의학과전문의판독] 1*1*

○ C사례 (여/49세)

- 청구 상병명: 직장의 악성 신생물, 직장농양, 골반의 결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물, 상세 불명의 자궁의 평활근종

- 주요 청구내역

다246가(6)(바2) 기본자기공명영상진단-복부-골반-조영제주입전·후 촬영판독 [영상의학과전문의를판독] 1*1*

다246나(1)주 특수자기공명영상진단-확산-기본검사와동시실시 [영상의학과전문의를판독] 1*1*

■ 진료내역

○ A사례 (남/56세)

[2013.4.2(초진)]

frequency, hesitancy high PSA, PSA 27.52(-34,

plan: TRUS p-biopsy (2013.4.3)

☞ Needle biopsy(보고일: 2013.4.12): Prostatic adenocarcinoma, acinic cell type, Gleason's score 4+3=7
T3bN1M0 / PSA 0.043(-0.057(-0.077(-0.102(-0.124

[2016.4.26.]

2013.5.1. LRP with LN dissection / Adenocarcinoma, acinar type, Gleason score 7(4+3)

[2016.7.19. MRI 결과]

1. S/P Radical prostatectomy. No evidence of local recurrence at op site, No significant enlarged lymph nodes in scanned area, No evidence of metastasis in scanned bones
2. Diffuse wall thickening in urinary bladder → R/O Cystitis
3. No ascites

○ B사례 (남/74세)

[2012.03.13(초진)]

high PSA, local PSA 12.6, ? ? 병원 rectal exam nodule(+)

Assessment: R/O prostate ca

plan: TRUS p-biopsy

☞ Needle biopsy 결과 (보고일: 12.3.21): Prostatic adenocarcinoma, acinic cell type, Gleason's score 4+3=7

[2016.4.26.] 2012.4.13. Radical prostatectomy, pT3cN1M0

[2016.7.19 MRI결과]

No evidence of local recurrence at op site, No significant enlarged locoregional LN

No evidence of metastasis in scanned bones, No ascites in pelvic cavity

Diffuse wall thickening in urinary bladder → R/O Cystitis

○ C사례 (여/49세)

[2017.2.15. (산부인과)]

- C.C: dysuria

- P: 상기환자 2개월 전부터 대소변 보기 힘들고 1월 전부터 배뇨통 및 하복부통으로 타 병원에서 초음파 확인 후 자궁에 혹 있다 하여 본원 산부인과 내원하여 초음파 시행하여 R/O cervical mass or malignancy로 APCT 촬영함. IMP) R/O ovarian ca, 치료계획) oophorectomy

[2017.2.17.]

- S: APCT상 rectal cancer 의심되어 GS로 전과됨, rectal exam: Mass at AV 6cm, 1-7o'clock sigmoidoscopy: Mass at AV 6cm with 4-5mm sized perfo, at 3o'clock

- A: rectal ca, with perf&abcess, op - colostomy

[2017.2.21.] Rectal ca & abcess => sigmoid colotomy & Rt pelvic mass exision

[2017.3.6.] 2017.2.21 sigmoid colostomy 시행한 후 조직검사 결과 rectum, CCRT 시행위해 IMO로 전과 < 검사결과 >

[17.2.15.] Gyn USG(II) General: IMP) R/O cervical mass or malignancy

[17.2.16.] Abdomen Pelvis CT: Clinical information : R/O Cervix cancer

[17.2.20.] MRI(Female Pelvis(GY):

1. Upper to mid rectal cancer

- Size: 12hr-6hr, cranocaudal extent :4,5cm / - Location: 7cm from AV / - MRI T-staging: T4a

- Anorectal complex involvement: Negative / - CRM: + by (by tumor deposit) / - EMVI: +(score 3)

- N-staging: N2b(lateral pelvic node involvement: positive, both)

2. Slightly decreased size of perirectal abcess (due to cancer perforation) compared with 2017-02-17 CT.

■ 심의결과 및 심의내용

○ A사례 (남/56세), B사례 (남/74세)

이 건은 전립선악성신생물 진단후 needle biopsy 및 근치적전립선절제술 시행하였으며, 복부(전립선) MRI 및 DW(확산강조영상) 시행후 다246가(6)(아)2 기본자기공명영상-복부-전립선×1, 다246나(1)주 특수자기공명영상진단-확산-기본검사와동시실시×1 청구한 경우임.

DW(확산강조영상)은 전립선악성신생물에서 T2강조영상과 함께 사용하여 병변의 발견과 주변 장기 침범 및 병기결정에 유용하나, A사례는 2013년 전립선암 진단, 근치적절제술 시행 후 약 3년 뒤 추적검사로, B사례는 2012년 전립선암 진단, 근치적절제술 시행 후 약 4년 뒤 추적검사로 시행한 경우로 사례 A·B 모두 이미 근치적 전립선절제술 상태이며, PSA 상승 또한 미미하여 확산강조영상으로 얻을 수 있는 의학적인 추가적 이익이 크지 않으므로 다246나(1)주 특수자기공명영상진단-확산검사 인정하지 아니함.

○ C사례 (여/49세)

이 건은 직장의 악성 신생물 상병하에 기본 복부 MRI 및 DWI(확산강조영상) 시행후 다245라(2) 기본자 기공명영상진단-복부-골반×1, 다246나(1)주 특수자기공명영상진단-확산-기본검사외동시 실시×1 청구한 경우임.

제출된 진료기록 검토결과 '17.2.15 배뇨통 및 하복부통증을 주소로 입원하여 복부 초음파 결과 cervical mass or malignancy 확인되어 '17.2.16 Abdomen pelvis CT (R/O cervix cancer) 검사 후 '17.2.20 Pelvis MRI 및 DWI(확산강조영상)를 시행하였으나, MRI T2 영상만으로도 직장암 진단 및 병기 평가에 충분하고 DWI(확산강조영상)로 얻을 수 있는 추가적 이익(민감도, 특이도)이 크지 않으므로 청구된 다246나(1)주 특수자기공명영상진단-확산검사 인정하지 아니함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”
- 대한복부영상의학회. 복부영상의학. 제3판. 일조각. 2005.
- Seung Hyup kim, et al. Oncologic Imaging Urology. Springer. 2016.

[2017.6.20. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

⇒ 핵의학 영상진단료

■ 다333 방사성동위원소 배뇨방광촬영술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
다-333	HC330	방사성동위원소 배뇨방광촬영술 ⁽¹⁾⁽²⁾ Radionuclide Voiding Cystogram	1,189.21	96,800	87,410

[기결정고시]

● 배뇨성방광스캔(Tc-99m DTPA), Cystography(직접, 간접)

다333 방사성동위원소 배뇨방광촬영술의 소정점수를 산정함(직접, 간접 포함).

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

3 이학요법료

기타 이학요법료

서31 항문직장 및 골반근의 생체피드백이치료 [1일당]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
서-31	MX031	항문직장 및 골반근의 생체피드백이치료 [1일당] Anorectal and Pelvic Muscle Biofeedback	336.74	27,410	24,750

[공개심의사례]

● 요실금 상병에 실시한 서31 항문직장 및 골반근의 생체피드백이 치료 인정여부

■ 청구내역

[A 기관]

○ A 사례(남/56세)

- 상병명 : 패색을 동반한 전립선의 증식증, 혈뇨를 동반하지 않은 만성 전립선염
상세불명의 방광의 신경근육기능장애

- 주요 청구내역

· 서31 항문직장 및 골반근의 생체피드백이치료(MX031) 1*1*1

○ B 사례(여/74세)

- 상병명 : 스트레스성요실금, 상세불명의 방광의 신경근육기능장애

- 주요 청구내역

· 서31 항문직장 및 골반근의 생체피드백이치료(MX031) 1*1*2

○ C 사례(남/27세)

- 상병명 : 혈뇨를 동반하지 않은 만성 전립선염, 상세불명의 방광의 신경근육기능장애

- 주요 청구내역

· 서31 항문직장 및 골반근의 생체피드백이치료(MX031) 1*1*2

○ D 사례(남/64세)

- 상병명 : 패색을 동반한 전립선의 증식증, 혈뇨를 동반하지 않은 만성 전립선염
상세불명의 방광의 신경근육기능장애

- 주요 청구내역

· 서31 항문직장 및 골반근의 생체피드백이치료(MX031) 1*1*1

[B 기관]

○ A 사례(여/63세)

– 상병명 : 상세불명의 방광의 신경근육기능장애

– 주요 청구내역

· 서31 항문직장 및 골반근의 생체되먹이기치료(MX031) 1*1*2

○ B 사례(남/57세)

– 상병명 : 혈뇨를 동반하지 않은 만성 전립선염, 절박요실금, 폐색을 동반한 전립선의증식증

– 주요 청구내역

· 서31 항문직장 및 골반근의 생체되먹이기치료(MX031) 1*1*3

○ C 사례(남/71세)

– 상병명 : 기타 명시된 방광의 장애, 혈뇨를 동반하지 않은 만성 전립선염

– 주요 청구내역

· 서31 항문직장 및 골반근의 생체되먹이기치료(MX031) 1*1*17

○ D 사례(여/63세)

– 상병명 : 절박요실금, 혈뇨를 동반하지 않은 만성 전립선염

– 주요 청구내역

· 서31 항문직장 및 골반근의 생체되먹이기치료(MX031) 1*1*2

■ 심의내용

- 진료심사평가위원회 공개심의사례(2008.8.27.)에 의하면 요실금 상병에 생체되먹이기치료는 ‘3개월 이상 골반저근육수축운동을 시행한 후에도 효과가 없거나 적응하지 못해 제대로 실시하지 못하는 경우에 시행하는 것이 바람직하므로 사례별로 판단토록 결정’한 바 있으나 이에 대한 근거제시 요구가 있어 논 의하였음.
- 관련 교과서에서는 바이오피드백과 골반저근운동 겸용치료가 골반저근운동 단독 치료보다 우월하다는 증거가 없으며, 단지 골반저근운동에 적응하지 못한 환자에게 선별적으로 바이오피드백을 하게 하는 것이 좋다고 명시하고 있고, 임상진료지침(NICE guideline)에서도 요실금환자의 경우 우선적으로 골반저근 운동을 최소한 3개월 정도 실시할 것을 권고하고 있음.
- 따라서, 생체되먹이기치료는 특별한 사유가 없는 한 환자 스스로 3개월 이상 골반저근육수축운동을 시행 한 후에도 효과가 없거나 적응하지 못하여 제대로 실시하지 못하는 경우에 주 2회씩 최소 6주에서 최대 12주까지 연속적으로 실시하는 것이 바람직하다는 기 결정내용(2008.8.27.)을 유지하기로 함.
- 다만, 상기 적응증에 해당하여 생체되먹이기치료 도중 스스로 골반저근운동이 가능하여 6주 미만에서 중단하였음이 진료기록 및 의사소견에서 확인되는 경우는 인정함.

■ 참고

- 대한배뇨장애 및 요실금학회, 배뇨장애와 요실금, 일조각, 2004
- Wein : Campbell-Walsh Urology, 9th, ed, 2007, on-line
- Urinary incontinence: NICE guideline(24,OCT,2006)

[2013.5.27. 진료심사평가위원회]

■ 서34 요실금 전기자극 치료 [1일당]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
서-34	MX034	요실금 전기자극 치료 [1일당] Electrical Stimulation for Urinary Incontinence	103.66	8,440	7,620

[공개심의사례]

● 복합성요실금 상병에 실시한 항문직장 및 골반근의 생체되먹이기치료와 요실금 전기자극 치료에 대하여(2사례)

■ 청구 및 진료내역

【사례 A (여/50세)】

- 상병명 : 복합 요실금
- 주요청구내역
 - PHx : 2년전 3.30 TOT 요실금 수술 시행
 - 전년 11월 서31 항문직장 및 골반근의 생체되먹이기치료 1x1
서34 요실금 전기자극 치료 1x1
 - 12월 서31 항문직장 및 골반근의 생체되먹이기 치료 1x2
서34 요실금 전기자극 치료 1x2
 - 금년 1월 서31 항문직장 및 골반근의 생체되먹이기치료 1x1
서34 요실금 전기자극 치료 1x1
- 실시 사유 : 2년 전 수술할 당시 설문지에 작성한 증상은 많이 개선되었지만 아직 완전히 나아지지 않아 11/28일부터 시작함

※ T.O.T : Trans Obturator Tape

【사례 B (여/46세)】

- 상병명 : 복합 요실금
- 주요청구내역
 - 전년 10월 서34 요실금 전기자극 치료 1x1

- 11월 서31 항문직장 및 골반근의 생체되먹이기 치료 1x1
서34 요실금 전기자극 치료 1x1
- 12월 서31 항문직장 및 골반근의 생체되먹이기 치료 1x2
서34 요실금 전기자극 치료 1x2
- 금년 1월 서31 항문직장 및 골반근의 생체되먹이기치료 1x2
서34 요실금 전기자극 치료 1x2

- 실시 사유 : 요실금 증상은 있지만 물리치료 먼저 해보고 수술은 나중에 생각해 보겠다 하여 물리치료를 시작함.

■ 참고

- 대한배뇨장애 및 요실금학회 편. 배뇨장애와 요실금. p.453-458
- Wein, Campbell-Walsh Urology, 9th ed. 2007. ONLINE
- Urinary incontinence: NICE guideline(24,OCT,2006)
- AETNA(2008.4.11., 5.23)

■ 심의내용

- 복합성요실금 상병에 서31 항문직장 및 골반근의 생체되먹이기 치료와 서34 요실금 전기자극 치료는 수술 전·후로 발생하는 요실금의 보존적 치료로 가능함. 다만, 교과서 등에 의하면 골반저근강화는 환자 스스로 시행하는 능동적인 골반저근육운동만으로도 효과가 있으므로 생체되먹이기치료 또는 전기자극 치료를 일률적으로 시행하는 것은 바람직하지 아니함.
- 따라서 생체되먹이기치료는 3개월 이상 골반저근육수축운동을 시행한 후에도 효과가 없거나 적응하지 못해 제대로 실시하지 못하는 경우에 시행하는 것이 바람직하며, 전기자극치료는 생체되먹이기치료로도 효과가 충분치 않거나 노인, 신경학적인 문제 등으로 인해 능동적인 골반저근운동을 할 수 없는 경우에 의학적 판단에 따라 추가로 시행하는 것이 적절하다고 사료됨.
- 아울러, 동 치료는 올바른 방법으로 충분한 기간 동안 시행하지 않는 경우 적절한 치료효과를 기대하기 어려우므로 주 2회씩 최소 6주에서 최대 12주까지 연속적으로 실시하는 것이 바람직한 바, 동 기간 이상의 치료가 필요한 경우에는 진료기록 및 소견을 참조하여 사례별로 판단토록 함. 또한 수술 후 시행하는 경우는 수술 결과를 판단할 적정시기인 수술 3개월 이후부터 시행하도록 하며 수술 후에도 증상이 호전되지 않아 사회활동 제한 등에 대한 기록을 확인토록 함.
- 동 사례들은 실시 횟수 및 기간 참조 인정 가능함.

[2008.7.7. 진료심사평가위원회]

4 처치 및 수술료

⇒ 일반사항

제목	세부인정사항
방광내의 혈괴 및 혈뇨 등을 제거할 목적으로 사용한 생리식염수	방광내의 혈괴 및 혈뇨 등을 제거할 목적으로 사용한 생리식염수는 제9장제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (11)에 준용하여 총사용량이 500ml 이상인 경우에 산정함. [고시 제2016-204호, 2016.11.1. 시행]
요관경 또는 방광경을 이용한 요관 이상 부위의 양측 수술시 수가 산정방법	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, 2015.10.1. 시행]
파라핀 주입으로 발생한 질병의 급여여부	Penis, Breast 등에 실시한 파라핀주입술은 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 [별표2] 비급여대상. 2-가에 의거 비급여대상이며, 파라핀 삽입후 발생한 합병증(통증, 염증, 종양 등)에 대한 진료비용도 비급여대상임. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
피임시술의 요양 급여 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 요양급여대상에 해당되는 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 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, 2010.7.1. 시행]

⇒ 비 뇨 기

■ 자315 요관방광문합술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-315		요관방광문합술 Ureteroneocystostomy			
	R3151	가. 단순 Simple	9,884.23	804,580	726,490
	R3152	나. 중복요관 Duplicated Ureter	10,992.71	894,810	807,960
	R3153	다. 요관축소성형 포함 with Ureteral Tailoring	12,032.87	979,480	884,420
	R3154	라. 방광편이용 Using Bladder Flap	10,906.23	887,770	801,610

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
요관방광 문합술의 수기로 산정방법	요관역류로 인하여 양측에 요관방광문합술 시행시 자315 요관방광문합술 소정점수의 150%로 산정함. [고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]

■ 자321-2 관혈적요관절석술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-321-2		관혈적요관절석술 Operative Ureterolithotomy			
	R3421	가. 상부 Upper	8,481.60	690,400	623,400
	R3422	나. 중부 Middle	7,680.25	625,170	564,500
	R3423	다. 하부 Lower	8,977.58	730,780	659,850

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
여러부위에 있는 요관결석 제거시 수가 산정방법	여러부위에 있는 요관결석 제거시 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 -

제목	세부인정사항
	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, 2014.8.1. 시행]	

■ 자323-1 요관장피부문합술 [양측]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-323-1		요관장피부문합술 [양측] Ureteroenterocutaneostomy			
	R3235	가. 실금성 Incontinent	13,725.78	1,117,280	1,008,840
	R3236	나. 비실금성 Continent	13,789.18	1,122,440	1,013,500

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
방광암에 실시한 Bricker's op의 수기로 산정방법	방광암에 실시하는 Bricker's op는 자323-1 요관장피부문합술과 자348 방광적출술을 제9장 처치 및 수술료 등[산정지침] (5)항에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함.
[고시 제2016-204호, 2016.11.1. 시행]	

■ 자327 신적출술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-327		신적출술 Nephrectomy			
	R3271	가. 단순전적출 Simple	11,457.16	932,610	842,100
	R3274	나. 피막하적출 Subcapsular	11,312.72	920,860	831,480

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
	R3275	다. 이식된 신적출 Removal of Transplanted Kidney	10,487.95	853,720	770,860
	R3273	라. 근치적전적출 [림프절 및 부신적출 포함] Radical	14,733.63	1,199,320	1,082,920

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
신장절제술과 신이식술 동시 실시시 진료수가 산정방법	<p>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.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 신이식술시 동측의 신적출술이 시행된 경우 : 자802 신이식술 소정점수의 100% 와 자327가 신적출술(단순전적출) 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정</p> <p>나. 신이식술시 양측의 신적출술이 시행된 경우 : 자802 신이식술 소정점수의 100% 와 자327가 신적출술(단순전적출) 소정점수의 150%[종합병원(상급종합병원 포함)은 170%]를 산정</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행]</p>

■ 자337 신절개술 [절석 포함]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-337	R3370	신절개술 [절석 포함] Nephrotomy	9,805.63	798,180	720,710

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
신결석, 신우결석 제거술시 수가 산정방법	<p>신 및 신우의 결석을 동시에 제거하는 경우에는 자337 신절개술[절석포함]의 소정 점수만 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2007-92호, 2007.11.1. 시행]</p>

■ 자349 요도 및 방광세척 [1일당]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-349	R3490	요도 및 방광세척 [1일당] Urethral or Bladder Irrigation	265.41	21,600	19,510

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
경피신루설치술 (P.C.N)후 세척 수기로 산정방법	경피신루설치술(Percutaneous Nephrostomy) 후 세척 수기로는 자349 요도 및 방광 세척으로 산정함. [고시 제2004-36호, 2004.7.1. 시행]

■ 자350 체외충격파쇄석술 [신, 요관, 방광결석 또는 담석, 췌석]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-350	R3505	체외충격파쇄석술 [신, 요관, 방광결석 또는 담석, 췌석] Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy	10,103.49	822,420	742,610
	R3506	주 : 1. 1회를 초과하여 실시한 경우 ⁶⁾ 에는 5회까지 매 1회당 소정점수의 50%에 해당하는 점수로 산정하고 5회를 초과하는 경우 ⁷⁾ 에는 매1회당 소정점수의 25%에 해당하는 점수로 산정하되, 10회를 초과할 수 없다.	5,051.75	411,210	371,300
	R3507		2,525.87	205,610	185,650
	R3504	2. 시술에 따른 재료대는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다. 다만, Electrode를 사용한 경우에는 1회당 60,700원을 산정한다.		60,700	60,700

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
자350 체외 충격파쇄석술 (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy)의 급여기준	<p>체외충격파쇄석술(Extracorporeal 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.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상(적응증) 및 세부기준</p> <p>1) 하부요관 결석</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 4mm 미만의 결석이 있는 경우에는 무증상이거나 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 <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 신장이 한 개인 경우</p> <p>나) 양측성 결석</p> <p>다) 반대편 신장의 기능이 정상이 아닌 경우</p> <p>라) 요독증 (azotemia)이 있는 경우</p> <p>마) 반복적으로 진통제를 투여해도 통증 조절이 안되는 경우</p> <p>바) 기타 임상적으로 신속한 시술이 필요한 경우</p> <p style="text-align: center;">(의사 소견서 제출)</p> <p>2) 방광 결석</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 중증의 전신질환 등으로 마취가 불가능하여 다른 수술(자351 경요도적방광내 수술, 자346 방광절개술 등)을 시행할 수 없는 경우에 인정함 <p>나. 급여제외 대상(금기증)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 출혈경향이 있는 경우 2) 신동맥류가 있는 경우 3) 임신을 한 경우 등 <p>다. 체외충격파쇄석술 (ESWL) 시술여부 판단을 위한 사전검사</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 체외충격파쇄석술(ESWL)은 초음파촬영, 정맥신우조영술(MP), 조영제를 사용하지 않는 CT(precontrast CT) 등으로 결석을 확인한 후 실시하는 경우에 인정함 <p style="text-align: right;">[고시 제2015-185호, 2015.11.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
체외충격파쇄석술(Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy, ESWL) 수기로 산정방법	<ol style="list-style-type: none"> 1. 동측 신장과 요관에 결석이 각각 있는 경우의 체외충격파쇄석술 진료수가 산정방법은 하부(요관)에 대한 쇄석술을 먼저 시행하여 배출구를 만들어 준 후 상부(신장)에 대한 쇄석술을 시행함이 원칙이므로, 신장과 요관은 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 2.5cm이상이라도 자350 '주1'에 의한 소정금액만을 산정함. 3. 체외충격파쇄석술을 시행한 후 결석이 배출되지 않아 내시경하수술 또는 관혈적수술을 병용한 경우에 수가산정방법은 다음과 같이 함. <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 가. 체외충격파쇄석술을 3회 이내로 실시한 경우에는 내시경하수술 또는 관혈적수술의 소정점수와 체외충격파쇄석술 1회부터 3회까지 소정점수의 50%로 산정함. 나. 체외충격파쇄석술을 3회 초과하여 실시한 경우에는 내시경하수술 또는 관혈적수술의 소정점수와 체외충격파쇄석술 1회부터 3회까지 소정점수의 50%로 산정하며, 4회~10회까지의 체외충격파쇄석술은 산정하지 아니하고, 체외충격파쇄석술에 소요된 Electrode 재료와 내시경하수술 또는 관혈적수술의 소정점수만을 산정함. 4. 내시경하수술 또는 관혈적수술을 시행하였으나 일부 제거되지 아니한 결석이 있어 체외충격파쇄석술을 실시한 경우 날짜를 달리하여 체외충격파쇄석술(ESWL)을 시행시 수기로는 내시경하수술 또는 관혈적수술의 소정금액과 자350 체외충격파쇄석술의 50%를 산정함. <p style="text-align: right;">[고시 제2016-30호, 2016.3.1. 시행]</p>
방광경을 삽입하여 결석을 밀어올린 후 자350 체외충격파쇄석술 시행시 수가 산정방법	자350 체외충격파쇄석술(Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy, ESWL)시 결석이 깨기 힘든 위치에 있어 방광경을 삽입하여 결석을 밀어올린 후 ESWL을 실시할 경우 방광경삽입술과 ESWL수기로는 각각 산정하며, 동 시술시 부서진 결석으로 인한 요관 폐쇄의 가능성을 고려하여 사용된 Double pigtail stent는 별도로 인정함. <p style="text-align: right;">[고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]</p>

[공개심의사례]

● 치료계획에 따라 「자321-3가 연성신요관경하 결석제거술-신장」 하루 전 시행한 「자350 체외충격파쇄석술」 인정여부

■ 청구내역 (여/53세)

- 청구 상병명: 신장의 결석, 요관의 결석
- 주요 청구내역

자350 체외충격파쇄석술[신,요관, 방광결석 또는 담석, 췌석] (R3505)	1*1*1
자321-3가 연성신요관경하 결석제거술-신장 (R3424)	1*1*1
자321-3주1 연성신요관경하 결석제거술-레이저 이용 (R3428)	1*1*1
자321-3주3 연성신요관경하 결석제거술-상부요관이상 부위의 병변에 연성신요관경으로 접근이 곤란한 경우 (R3429)	1*1*1
ZERO TIP NITINOL STONE RETRIEVAL BASKETS 전규격 (J5111041)	1*1*1

■ 심의결과

- 교과서, 임상문헌 및 학회의견 등을 종합적으로 고려할 때 수술 전일 또는 당일 오전에 시행한 체외충격파쇄석술(Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy, ESWL)의 충분한 임상적 유용성 및 타당성을 입증할 수 없는 바, 연성신요관경하 결석제거술(RIRS) 하루 전 치료계획에 따라 시행한 체외충격파쇄석술(ESWL)은 인정하지 아니함.

■ 심의내용

- 「자350 체외충격파쇄석술[신,요관,방광결석 또는 담석,췌석]」 시행 후 결석이 배출되지 않아 내시경하수술 또는 관혈적수술을 병용한 경우에 대하여는 보건복지부 고시 제2016-30호에서 수가산정방법을 정하고 있음.
- 관련 교과서 등에서 체외충격파쇄석술(ESWL)과 수술적치료(RIRS 또는 경피적 신절석술; PNL)를 병행하는 치료법은 한가지 방법으로 충분한 효과를 얻을 수 없는 신결석에 시행할 수 있는 치료법으로 명시되어 있음. 또한 관련학회에 따르면 체외충격파쇄석술(ESWL) 시행 후 요로감염, 신부전, 극심한 통증 등 특별한 사유가 없는 경우에는 충격파로 인한 조직의 미세손상 회복 및 시술 효과의 판단을 위해 일정기간(3~7일) 경과 관찰이 필요하고 이후 결석이 배출되지 않은 경우 추가적인 시술(ESWL) 또는 수술적치료(RIRS, PNL)를 고려하는 것이 통상적인 진료방법이라는 의견이며, 임상논문 등 검토 결과 하루 전 시행한 체외충격파쇄석술(ESWL)이 수술적치료(RIRS, PNL)의 효능·효과를 향상시킬 수 있다는 내용은 확인할 수 없음.
- 한편 요양기관에서 근거자료로 제출한 임상논문의 경우, 체외충격파쇄석술(ESWL) 시행 후 약 2주간 경과를 관찰하고 배출되지 않은 잔존결석에 연성신요관경하 결석제거술(RIRS)을 시행한 환자를 대상으로

로 하여 그 효과를 연성신요관경하 결석제거술(RIRS)을 단독으로 시행한 환자와 비교·분석한 경우로, 수술적치료(RIRS) 하루 전 체외충격파쇄석술(ESWL)을 시행한 본 심의사례와는 차이가 있음.

- 이 사례는 체외충격파쇄석술(ESWL)을 시행하고 요로감염, 신부전, 극심한 통증 등 특별한 사유가 없음에도 시술효과에 대한 충분한 경과관찰 없이 외래진료 시 수립된 치료계획에 따라 하루의 간격을 두고 연성신요관경하 결석제거술(RIRS)을 시행한 경우임. 교과서, 임상문헌 및 학회요건 등을 종합적으로 고려할 때 수술 전일 또는 당일 오전에 시행한 체외충격파쇄석술(ESWL)의 충분한 임상적 유용성 및 타당성을 입증할 수 없는 바, 연성신요관경하 결석제거술(RIRS) 하루 전 치료계획에 따라 시행한 체외충격파쇄석술(ESWL)은 인정하지 아니함.

■ 참고

- 체외충격파쇄석술 수기로 산정방법 (보건복지부 고시 제2016-30호, 2016.3.1. 시행)
- 대한비뇨기과학회, 비뇨기과학, 제5판, 일조각, 2014.
- David A, et al. Campbell-Walsh Urology, 11th, Elsevier, 2016.
- C. Turk, et al. EAU Guidelines on Urolithiasis, European Association of Urology, 2016;1:17-28.
- Myngsun Shim et al. The efficacy of performing shockwave lithotripsy before retrograde intrarenal surgery in the treatment of multiple or large($\geq 1.5\text{cm}$) nephrolithiasis: A propensity score matched analysis. Investig Clin Urol, 2017;58:27-33.

[2017.12.7. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

● **진료내역 참조, 자350 체외충격파쇄석술(ESWL)시 입원진료, 2차 ESWL 시행 등 인정여부**

■ 청구내역

- A사례(남/67세)
- 청구 상병명: 요관의 결석, 상세불명의 위염
- 주요 청구내역

〈2015.9.21.〉

가2(다)2 종합병원7등급간호관리료적용4인실입원료-의료취약지역,서울특별시및광역시구지역소재 요양

기관이아닌경우(AB257)	1*1*1
114 케토락주	1*1*1
다213가 신장-경정맥신우조영(HA131006)	1*1*1
721 핵소슈어300주(이오핵술)	50*1*1
자350 체외충격파쇄석술[신,요관결석또는담석,쇄석](R3505)	1*1*1
자350주2 ELECTRODE(체외충격파쇄석술)(R3504)	1*1*1

<2015.9.22.>

114	케토락주	1*1*1
다213가	신장-경정맥신우조영(HA131006)	1*1*1
721	헥소슈어300주(이오핵술)	50*1*1
자350주1	체외충격파쇄석술(2회부터5회까지,1회당)(R3506)	1*1*1
자350주2	ELECTRODE(체외충격파쇄석술)(R3504)	1*1*1

○ B사례(여/64세)

- 청구 상병명: 요관의 결석, 상세불명의 방광의 신경근육기능장애, 상세불명의 정맥의 장애, 상세불명의 위십이장염, 구역
- 주요 청구내역

<2015.9.8.>

가2(다)2	종합병원7등급간호관리료적용4인실입원료-의료취약지역,서울특별시및광역시구지역소재 요양기관이아닌경우(AB257)	1*1*1
114	트라마돌염산염주	1*1*1
811	모르핀황산염수화물주사10mg	1*1*1
821	염산페치딘주사액	1*1*1
다125가	신장요관방광단순촬영 1매(G2501006)	1*1*1
다245마(1)(가)	일반전산화단층영상진단-복부-조영제를 사용하지 않는 경우-요로결석의심(HA425006)	1*1*1
다213가	신장-경정맥신우조영(HA131006)	1*1*1
721	헥소슈어300주(이오핵술)	50*1*1
자350	체외충격파쇄석술[신,요관결석또는담석,췌석](R3505)	1*1*1
자350주2	ELECTRODE(체외충격파쇄석술)(R3504)	1*1*1

<2015.9.9.>

다213가	신장-경정맥신우조영(HA131006)	1*1*1
721	헥소슈어300주(이오핵술)	50*1*1

■ 심의내용

- 교과서 및 고시에 의하면, 체외충격파쇄석술(ESWL)은 입원 및 마취가 거의 필요없어 외래에서 시행하는 방법이며, ESWL 시술여부 판단을 위한 사전검사는 초음파촬영, 정맥신우조영술(IVP), 조영제를 사용하지 않는 CT등으로 결석을 확인 후 실시하고 있음. 또한 ESWL 재시행시 시행간격과 실시횟수에 대하여는 결석의 크기·종류·위치·환자의 상태 등에 따라 인정하고 있음

○ 동 건(A~B사례)은 입원하여 ESWL을 시행하고 사전검사로 MP&CT를 실시하며, 1차 ESWL 후 다음날 2차 ESWL을 청구한 건으로 진료내역 참조, 자350 체외충격파쇄석술(ESWL)시 입원진료, 2차 ESWL 시행 등 인정여부에 대하여 심의함

- A사례: 입원, 2차 ESWL 인정여부
- B사례: 입원, MP&CT 검사 인정여부

○ 관련학회에 따르면 ESWL 시행 시 입원은 요독증(azotemia), 요로감염(urinary infection) 등 환자의 지속적인 감시와 치료가 필요할 때 가능하며, 사전검사는 초음파, MP, CT 등의 단독 검사만으로 결석을 확인하는 것이 바람직하나 한 가지 단독 검사에서 결석이 명확하게 확인되지 않는 경우 MP&CT 등을 동시 검사 할 수 있다는 의견임. 또한 ESWL 시 재시행의 간격은 요관 결석에서 위치 변화가 없는 경우 동일 부위에 재차 가해지는 충격파에 의한 조직의 미세손상 등을 감안하여 통상적으로 요로점막 회복 기간인 최소 3일에서 1주일 정도의 간격이 타당하고, 요관결석에서 위치가 변화가 있는 경우 환자의 상태 등에 따라 다른 날에 시행가능하다는 의견임

○ 이에, 진료기록 및 영상자료 등을 참조, 사례별로 검토하여 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

▶ A사례(남/67세)

- 동 사례는 좌측 옆구리 통증(Lt flank pain)으로 9월 21일 외래 통해 입원하여 정맥신우조영술(MP) 결과 폐쇄성 요로병증을 동반한 좌측 하부 요관결석 4mm(Left distal ureter stone with obstructive uropathy 4mm)로 1차 체외충격파쇄석술(ESWL)을 실시하고, 9월 22일 MP 결과 폐쇄성 요로병증을 동반한 좌측 하부 요관결석 4mm(Still noted left distal ureter stone with obstructive uropathy 4mm)로 2차 ESWL을 실시한 사례임

- 제출된 진료기록 및 영상자료 등에서 요독증(azotemia)이나 요로감염(urinary infection) 등이 확인되지 않고, 입원기간 동안 2회의 진통제 투여로 보아 입원을 요할 정도의 심한 통증이 있었다고 보기 어려워 ESWL 시행을 위한 입원은 인정하지 아니함

- 또한, 2차 ESWL은 1차 ESWL시 결석의 사이즈(4mm)와 위치(Left distal ureter)가 동일하며 통상 동일부위에 대한 2차 ESWL은 충격파로 인한 조직의 미세손상이 우려되므로, 1차 ESWL 이후 일정기간(1주) 대기요법 또는 보조적 치료를 우선 실시하는 것이 타당하므로 동일부위에 다음날 실시한 2차 ESWL은 인정하지 아니함

- 아울러, 1차 ESWL 후 9월 22일 실시한 MP는 쇄석술 후 하루 만에 반드시 추적 관찰할 임상적 필요성을 확인할 수 없어 인정하지 아니함

▶ B사례(여/64세)

- 동 사례는 우측 복부 통증(Rt abdominal pain)으로 9월 8일 응급실 통해 입원하여 일반전산화단층영상 진단-복부-조영제를 사용하지 않는 경우-요로결석의심(Abdomen without contrast material CT), 정맥신 우조영술(IVP) 결과 폐쇄성 요로병증을 동반한 우측 하부 요관결석 6mm(Right UVJ stone with obstructive uropathy, about 6mm)로 1차 체외충격파쇄석술(ESWL)을 실시하고 9월 9일 IVP검사를 실시한 사례임
- 제출된 진료기록 및 검사결과 등에서 혈액검사의 백혈구 수치(Blood WBC count)가 12,570으로 요로감염(urinary infection)을 동반한 요로결석으로 확인되어 입원은 인정함
- 또한, 9월 8일 동시 시행한 Abdomen without contrast material CT와 IVP 검사 중 CT는 급성 충수염과 요관결석 감별 및 결석확인을 위해 실시한바 인정하되, IVP는 CT에서 이미 요관결석이 확인된 후 실시된 검사로 추가 시행에 대한 타당한 사유가 확인되지 않아 인정하지 아니함
- 아울러 ESWL 시행 후 9월 9일 실시한 IVP는 쇄석술 후 하루 만에 반드시 추적 관찰할 임상적 필요성을 확인할 수 없어 인정하지 아니함

■ 참고

- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] (요양급여의 적용기준 및 방법)
- '자350 체외충격파쇄석술의 인정기준' [보건복지부 고시 제2015-185호, '15.11.1. 시행, 제2009-96호, '09.5.28. 시행]
- '전산화단층영상진단(CT)의 산정기준' [보건복지부 고시 제2015-99호, '15.6.15. 시행]
- 대한비뇨기과학회편, 비뇨기과학, 제5판, 일조각, 2014
- David A. Leavitt MD et al, Campbell-Walsh Urology, 11th, 2016
- Fred F Ferri, Ferri's Clinical Advisor 2015 Elsevier Health Sciences, 2014
- European Association of Urology, Guidelines on Urolithiasis, 2015
- Resit-Goren, et al, Time to Stone Clearance for Ureteral Stones Treated with Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy, UROLOGY, 2011;78(1):26-30
- Homer JA, Davies-Payne DL, Peddinti BS, Randomized prospective comparison of non-contrast enhanced helical computed tomography and intravenous urography in the diagnosis of acute ureteric colic, Australas Radiol, 2001;45(3):285-290
- 'ESWL 관련 진료형태, 시행간격 및 관련검사에 대한 학회의견 [대한비뇨기학회 2016-(17)-보152호, '16.2.22.]

(2016.3.30. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회))

■ 자351 경요도적방광내수술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-351		경요도적방광내수술 Transurethral Bladder Surgery 주 : 「다」, 「마」의 경우 사용된 전기절연성용액은 별도 산정한다.			
	R3509	가. 이물 등 Foreign Body 나. 결석 Stone	5,482.70	446,290	402,980
	R3510	(1) 단순 Simple	5,482.70	446,290	402,980
	R3519	(2) 복잡 Complex	7,205.80	586,550	529,630
		다. 종양 Tumor			
	R3541	(1) 단순 Simple	5,908.20	480,930	434,250
	R3542	(2) 복잡 Complex	7,000.49	569,840	514,540
	R3543	(3) 고도복잡 Highly Complex	8,197.40	667,270	602,510
	R3514	라. 요관구절개술 Ureteral Meatotomy	4,149.87	337,800	305,020
	R3515	마. 방광소작 Coagulation of Bladder Lesion	3,949.86	321,520	290,310
	R3540	바. 방광내응혈제거술 Removal of Blood Clot in Bladder	4,110.98	334,630	302,160

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
경요도적방광내수술의 급여기준	<p>자351 경요도적방광내수술의 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 -</p> <p>가. 결석 크기가 2cm 이상이거나 개수가 2개 이상의 다발성인 경우 복잡으로 산정함.</p> <p>나. 종양</p> <p>1) 적응증</p> <p>가) 단순 : 크기가 2cm 미만이면서 1개의 단일 종양 나) 복잡 : (1)크기가 2cm 이상이고 5cm 미만이거나, (2)개수가 2~3개이거나, 또는 (3)단일 종양이라도 방광의 침부 또는 전벽부에 위치하는 종양 다) 고도복잡 : (1)크기가 5cm 이상이거나, (2)개수가 4개 이상인 다발성 종양</p> <p>2) 산정방법 방광경검사 판독지 또는 수술기록지에 종양의 크기, 위치, 모양, 다발성 여부가 모두 기재된 관련 자료를 제출한 경우에 인정함</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-118호, 2017.7.1. 시행]</p>

[기결정고시]● **방광요도결석 레이저치료**

자351-나. 경요도적 방광내수술(결석)의 소정점수를 산정함.

[고시 제2017-118호, 2017.7.1. 시행]

● **방광종양 레이저 치료**

자351-다. 경요도적 방광내수술(종양)의 소정점수를 산정함.

[고시 제2017-118호, 2017.7.1. 시행]

■ 자356 요실금수술**[건강보험 요양급여비용]**

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-356		요실금수술 Operation for Urinary Incontinence			
		가. 질강을 통한 수술 Transvaginal Approach			
	R3564	(1) 자기근막을 이용한 경우 [근막채취료 포함]	5,182.77	421,880	380,930
	R3565	(2) 기타의 경우 Others	3,493.24	284,350	256,750
	R3562	나. 개복에 의한 수술 Abdominal Approach	7,106.01	578,430	522,290
	R3563	다. 인공물질 또는 자가지방 주입 Foreign Material or Autologous Fat Injection	3,320.10	270,260	244,030

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
인조테이프를 이용한 요실금수술 인정기준	<p>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.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 총 방광용적 (Maximal Cystometric Capacity)</p> <p>나. 감각(Sensation)의 증감 혹은 정상 여부</p>

제목	세부인정사항
	<p>다. 유순도(Compliance)의 증감 혹은 정상 여부</p> <p>라. 비억제성배뇨근수축(Uninhibited Detrusor Contraction)의 유무 - 복압(Pabd), 배뇨근압(Pdet) 포함</p> <p>마. 요류검사시(Uroflometry) 최고요속 및 배뇨량, 배뇨후 잔뇨량</p> <p>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)</p> <p>사. 최대요도폐쇄압(Maximal Urethral Closing Pressure)</p> <p>2. 동 인정기준 이외에는 비용효과성이 떨어지고 치료보다 예방적 목적이 크다고 간주하여 제반 진료비용(입원료, 마취료 및 치료재료 비용 등)은 요양급여하지 아니함(비급여).</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-118호, 2017.7.1. 시행]</p>
<p>인조테이프를 이용한 요실금수술 후 합병증 등으로 재수술 시 수가산정방법</p>	<p>인조테이프를 이용한 요실금 수술 후 염증, 테이프 노출, 통증 및 배뇨장애 등의 합병증으로 재수술하는 경우 수가산정 방법은 수술의 난이도 등을 감안하여 다음과 같이 적용 함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 수술 후 테이프의 길이 조절만 시행하는 경우 : 자2 창상봉합술 나. 안면과 경부 이외 (1) 단순봉합 (가) 제1범위 3) 길이 5.0cm 이상이거나, 근육에 달하는 것으로 산정함.</p> <p>나. 수술 후 15일 이내에 절단 혹은 제거시 : 자3 피부 및 피하조직, 근육내 이물제거술 가. 근막절개하 이물제거술로 산정함.</p> <p>다. 수술 후 15일 초과 후 절단 혹은 제거시 : 자356 요실금 수술 가. 질강을 통한 수술 (2) 기타의 경우 소정점수의 50%로 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2009-180호, 2009.10.1. 시행]</p>

[공개심의사례]**● 진료내역 및 검사결과지 참조, 스트레스요실금 상병에 시행한 자356가(2) 요실금수술 및 자362 방광류 교정술 인정여부****■ 청구내역**

○ A사례(여/61세)

- 청구 상병명: 스트레스 요실금, 방광류

- 주요 청구내역

자356가(2) 요실금수술-질강을 통한 수술-기타의 경우 1*1*1

자362 방광류교정술 1*1*1

요실금치료용 재료 A.M.I.TOA SLING 전규격 1*1*1

○ B사례(여/31세)

- 청구 상병명: 스트레스 요실금, 방광류

- 주요 청구내역

자356가(2) 요실금수술-질강을 통한 수술-기타의 경 1*1*1

자362 방광류교정술 1*1*1

요실금치료용 재료 A.M.I.TOA SLING 전규격 1*1*1

○ C사례(여/50세)

- 청구 상병명: 스트레스 요실금, 방광류

- 주요 청구내역

자356가(2) 요실금수술-질강을 통한 수술-기타의 경우 1*1*1

자362 방광류교정술 1*1*1

요실금치료용 재료 A.M.I.TOA SLING 전규격 1*1*1

○ D사례(여/50세)

- 청구 상병명: 스트레스 요실금, 방광류

- 주요 청구내역

자356가(2) 요실금수술-질강을 통한 수술-기타의 경우 1*1*1

자362 방광류교정술 1*1*1

요실금치료용 재료 A.M.I.TOA SLING 전규격 1*1*1

○ E사례(여/48세)

- 청구 상병명: 스트레스 요실금, 방광류

- 주요 청구내역

자356가(2) 요실금수술-질강을 통한 수술-기타의 경우	1*1*1
자362 방광류교정술	1*1*1
요실금치료용 재료 A.M.I.TOA SLING 전규격	1*1*1
○ F사례(여/46세)	
- 청구 상병명: 스트레스 요실금, 방광류	
- 주요 청구내역	
자356가(2) 요실금수술-질강을 통한 수술-기타의 경우	1*1*1
자362 방광류교정술	1*1*1
요실금치료용 재료 A.M.I.TOA SLING 전규격	1*1*1
○ G사례(여/41세)	
- 청구 상병명: 스트레스 요실금, 방광류	
- 주요 청구내역	
자356가(2) 요실금수술-질강을 통한 수술-기타의 경우	1*1*1
자362 방광류교정술	1*1*1
요실금치료용 재료 A.M.I.TOA SLING 전규격	1*1*1
■ 진료내역	
○ A사례(여/61세)	
- C.C. 기침, 재채기 - 소변 샌다 긴장성 요실금(++)	
- 수술 기록 11:30AM T.O.A (transobturator adjustable) + Ant, repair c sling + profol 80ml	
○ B사례(여/31세)	
- C.C. 기침, 재채기 - 소변 샌다 긴장성 요실금(+)	
- 수술 기록 11:30AM T.O.A (transobturator adjustable) + Ant, repair c sling + profol 80ml	
○ C사례(여/50세)	
- C.C. 기침, 재채기 - 소변 샌다 (on set: 몇 개월 전부터) + 방광류 긴장성 요실금(+)	
- 수술 기록 10:40AM T.O.A (transobturator adjustable) + Ant, repair c sling + profol 80ml	

- D사례(여/50세)
 - C.C: urgency(++)
 - 수술 기록
12MD T.O.A (transobturator adjustable) + Ant, repair c sling + profol 60ml
- E사례(여/48세)
 - C.C: 기침, 재채기 - 소변 샌다
긴장성 요실금(++)
 - 수술 기록
12:20PM T.O.A (transobturator adjustable) + Ant, repair c sling + profol 60ml + mImidazolam 1/2@
- F사례(여/46세)
 - C.C: 기침, 재채기 - 소변 샌다
 - 수술 기록
11AM T.O.A (transobturator adjustable) + Ant, repair c sling + profol 60ml
- G사례(여/41세)
 - C.C: 기침, 재채기 - 소변 샌다
긴장성 요실금(+)
 - 수술 기록
11AM T.O.A (transobturator adjustable) + Ant, repair c sling + profol 60ml + mImidazolam

■ 심의내용

- 동 요양기관은 요실금수술과 방광류교정술을 전건 동시 시행하는 경향으로, 스트레스 요실금, 방광류 상병하에 요실금수술(transobturator adjustable, TOA), 방광류교정술(Cystocele repair (Ant, repair))을 시행하고 자356가(2) 요실금수술-질강을 통한 수술-기타의 경우 1*1*, 자362 방광류교정술 1*1*1을 청구한 사례임.
- 전반적인 진료내역 검토결과, 자356가(2) 요실금수술은 요류역학검사상 수술적 치료가 필요하다고 판단되므로 인정하나, 자362 방광류교정술은 진료기록상 방광류에 대한 객관적인 근거(grade, 의학적 사진, 방광류 조영술 등)가 확인되지 않으므로 인정하지 아니함.

■ 참고

- 배뇨장애와 요실금, 제2판, 29장 여성 요실금의 분류와 역학, 30장 여성 요실금의 진단,
34장 여성 요실금의 수술치료, 38장 골반장기탈출증의 진단
[2015.8.12. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

■ 자357-1 방광루카테터 교환

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-357-1	R3577	방광루카테터 교환 Change of Cystostomy Tube	257.48	20,960	18,920

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
Cystostomy Foley Change and Irrigation시 수기로 및 산정횟수	Cystostomy 상태에서 Cystostomy Foley Change and Irrigation시 수기로는 자349 요도 및 방광세척 + 자357-1 방광루카테터교환으로 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, 2005.7.1. 시행]

■ 자365 요도약액주입

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-365	R3650	요도약액주입 Urethral Instillation	92.14	7,500	6,770

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
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, 2018.4.1. 시행]

■ 자369 요도하열성형술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-369		요도하열성형술 Repair of Hypospadias			
	R3691	가. 삭대절제 Chordectomy	7,541.10	613,850	554,270
	R3692	나. 귀두부 Glanular	7,964.03	648,270	585,360
	R3693	다. 음경부 Penile	10,650.37	866,940	782,800
	R3694	라. 회음부 Perineal	12,688.18	1,032,820	932,580

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
요도하열성형술 또는 음경성형술과 동시에 포경수술 실시시 수가 산정방법	자369 요도하열성형술 또는 자381 음경성형술과 동시에 자382 포경수술을 실시하더라도 주된 수술인 자369 요도하열성형술 또는 자381 음경성형술 소정점수만 산정함. [고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]

■ 자377 카룬클절제술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-377	R3770	카룬클절제술 Removal of Urethral Caruncle	2,098.01	170,780	154,200

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
요도경하 냉동응고술 수기로 산정방법	요도카룬클(Urethral Caruncle) 상병에 요도경하 냉동응고술(Cryosurgery) 시행시 자377 카룬클절제술 소정점수로 준용 산정함 [고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]

⇒ 남성 생식기

■ 자381 음경성형술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-381	R3810	음경성형술 Penoplasty	5,941.78	483,660	436,720

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
잠복 음경 (Concealed Penis) 수술 수기로 산정 방법	잠복 음경(Concealed Penis)은 외관상 뿐만 아니라 기능상 문제도 동반되는 질환으로 교정 수술료는 자381 음경성형술로 준용하여 산정함. [고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]
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, 2007.6.1. 시행]

■ 자388 고환고정술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-388		고환고정술 Orchiopexy			
	R3881	가. 복강내고환 Abdominal Testis	8,764.40	713,420	644,180
	R3883	주 : 파울러스티븐스술식(Fowler-StephensProcedure) 을 시행하는 경우에는 9,923.35점을 산정한다.	9,923.35	807,760	729,370
	R3882	나. 서혜부 및 음낭고환 Inguinal or Scrotal Testis	7,235.02	588,930	531,770

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
고환고정술(양측) 수기로 산정방법	편측 고환염전(Testicular Torsion)에 양측으로 고환고정술 시행시 자388 고환고정술 소정점수의 100%를 가산하여 산정함.

[고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]

■ 자389-1 정관수술 [양측]**[건강보험 요양급여비용]**

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-389-1		정관수술 [양측] Operation of Vas Deferens			
	R3892	가. 정관절개술 Vasotomy	1,781.63	145,020	130,950
	R3893	나. 정관정관문합술 Vasovasostomy	6,937.21	564,690	509,880
	R3894	다. 부고환정관문합술 Epididymovasostomy	7,234.03	588,850	531,700
	R3896	라. 정관절제술 또는 결찰술 Vasectomy or Ligation	2,219.94	180,700	163,170

[기결정고시]**● 정관복원술**

자389-1-나 정관정관문합술의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

[공개심의사례]**● 9세 남아의 부고환염 재발을 막기 위해 편측에 실시한 「자389-1라 정관수술[양측] -정관절제술 또는 결찰술」 요양급여 인정여부****■ 청구내역(남/9세)**

○ 청구 상병명: 농양을 동반하지 않은 부고환염, 신장형성이상, 전립선의 기타 명시된 장애, 엔테로바이러 스소수포인두염

○ 주요 청구내역

자389-1라 정관수술[양측]-정관절제술 또는 결찰술(R3896)	1*1*1
EPIDURAL CATHETER 전규격(J4401007)	1*1
STRAIGHT SAFETY GUIDE WIRE 전규격(J6041012)	1*1*1
PUINFU-JET REGULATOR SET 전규격(M1004108)	1*1*1

■ 심의결과

- 관련 교과서, 전문가 의견, 진료내역 등을 참조할 때 이 환자의 경우 선천성 기형으로 발생한 하부요로 기관 기형으로 인해 요도에서 역류된 소변이 정관을 통해 부고환으로 전달되어 발생된 감염이며, 편측에 실시한 정관절제술로 양측과 달리 임신이 가능하고 향후 정관재문합술을 시도할 수 있다는 점을 고려할 때 부고환염의 원인 제거를 위해 실시한 '자389-1라 정관수술[양측]-정관절제술'은 인정키로 함.

■ 심의내용

- 이 건은 다낭성이형성신증의 선천성 기형이 있는 9세 남아의 '농양을 동반하지 않은 부고환염' 치료를 위해 '17년 4월부터 5개월간 항생제 투여 하였으나 증상 호전 보이지 않아 우측 정관절제술을 시행한 건임.
- 해당 요양기관에서는 해부학적 기형이 동반된 부고환염의 경우 내시경적 치료 시 재발률이 높아 정관절제술이 재발을 막는데 효과가 있다는 의견을 제시하였으나, 9세 남아에게 실시한 '자389-1라 정관수술[양측]-정관절제술 또는 결찰술'의 적정성 여부에 대하여 논의 필요성이 있어 심의함.
- 관련 교과서 등에 의하면, 부고환염의 증상은 통증, 부종, 고열 등으로, 전신증상이 동반되거나 심한 감염 소견을 보일 경우 입원을 요하며, 항생제 투여 및 절대안정 등이 필요한 질환임. 만성부고환염이나 반복되는 부고환염에서 전립선염이나 기타 요로감염이 원인인 경우에는 재발을 방지하기 위한 최후의 방법으로 정관결찰술 또는 부고환절제술을 고려할 수 있음.
- 또한 관련 학회 및 전문가에 따르면, 소아에게 반복되는 부고환염의 원인이 하부요로기관 기형일 경우, 고환위축 등 이차성징을 방해하거나 폐쇄성 불임을 일으킬 수 있으므로 추후 정관재문합술의 성공률을 고려하면 불가피한 경우 마지막 치료법으로 정관절제술 선택이 가능하다는 의견임.
- 진료기록부 등 검토 결과, 부고환염의 치료를 위해 타 병원 외래에서 항생제를 장기간 투여 ('17.4.13.~'17.8.28., 총 투약일수 66일) 한 것은 확인되나, 통증 이외에 부고환염과 관련된 객관적 증후나 입원진료 등 다른 치료내역은 확인되지 않으며, 당해 요양기관에서도 다낭성이형성신증으로 소아신장과에 주기적 내원 외에 부고환염으로는 2주간 항생제 투여만이 확인되는바, 부고환염의 "재발성" 여부와 정관절제술을 최후의 치료법으로 선택한 것인지에 대하여는 이견이 있음.
- 그러나 이 환자의 경우 선천성 기형으로 발생한 하부요로기관 기형으로 인해 요도에서 역류된 소변이 정관을 통해 부고환으로 전달되어 발생된 감염이며, 편측에 실시한 정관절제술로 양측과 달리 임신이 가능하고 향후 정관재문합술을 시도할 수 있다는 점을 고려할 때 부고환염의 원인 제거를 위해 실시한 '자389-1라 정관수술[양측]-정관절제술'은 인정키로 함.
- 다만, 관련 교과서 및 학회의견에서 정관결찰술은 반복적인 부고환염 환자의 최후의 치료법이라고 명시

되어 있는 만큼, 향후 유사한 사례에 있어서도 충분한 치료과정 후 심도 있는 판단이 요구되며 의료적정성에 대한 사례별 심사는 지속적으로 필요하다는 의견임.

■ 참고

- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부 제9장 처치 및 수술료 등
- Lane S. Palmer, et al. Campbell-Walsh Urology, Elsevier, 2016.
- 대한비뇨기과학회. 비뇨기과학. 5판. 일조각. 2014.
- Abdol-Mohammad Kajbafzadeh, et al. Management of recurrent epididymitis in children: Application of neurovascular sparing vas clipping in refractory cases. Journal of Pediatric Urology, 2011;7:552-8.
- Raveenthiran V1, et al. Epididymo-orchitis complicating anorectal malformations: collective review of 41 cases. J urol, 2011;7:1467-72.

[2018.3.15. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

■ 자391 음낭수종근본수술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-391	R3910	음낭수종근본수술 Radical Hydrocelectomy	4,757.60	387,270	349,680

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
서경고음순 허니아와 음낭수종 동시 수술시 수기로 산정방법	<ol style="list-style-type: none"> 1. Communicating hydrocele로 복막강과 교통이 있고 탈장(서경고음순허니아)까지 있어 허니아근본수술과 음낭수종근본수술을 동시 실시시 자275나 서혜부허니아근본수술과 자391 음낭수종근본수술을 제9장 처치 및 수술료 등[산정지침] (5)항에 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 소정금액만 산정함. 3. 통로가 아주 좁거나 없으며 음낭수종만 있어 초상돌기 절개 후, 상단부는 단순결찰을 하고 하단부를 개방한 경우에는 자391 음낭수종근본수술 소정금액만 산정함. 4. 단, 상기수술을 양측으로 실시할 경우는 양측으로 산정함.

[고시 제2016-204호, 2016.11.1. 시행]

■ 자393-1 경요도적 정구절제술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-393-1	R3935	경요도적 정구절제술 Transurethral Resection of Verumontanum	4,463.00	363,290	328,030

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
혈정액증 (Hemospermia) 상병에 실시한 정낭의 내시경적 천공술의 수기로 산정방법	정낭의 내시경적 천공술(Endoscopic Fenestration of Seminal Vesicle)은 요관신경 검사(Ureterorenoscopy)를 이용하여 정낭을 관찰하고 window를 내는 시술로서 혈 정을 동반한 정낭확장증의 진단 및 치료에 유용하므로 수기로는 자393-1 경요도적 정구절제술 소정점수로 산정함 [고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]

■ 자397 전립선 온열요법

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-397	R3516	전립선 온열요법 Prostate Hyperthermia 주 : 사용기기의 종류 및 시술횟수에 불문하고 치료기간 중 1회만 산정한다.	2,745.05	223,450	201,760

[기결정고시]

- 레이저를 이용한 전립선제거술, 레이저 전립선수술, 전립선 레이저 조사술

자397 전립선 온열요법에 의하여 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1.시행]

- 양극성 전립선 고온열치료 Transurethral Bipolar Radiofrequency Thermotherapy

자397 전립선 온열요법의 소정점수를 산정함.

[고시 제2009-214호, 2009.12.1. 시행]

[공개심의사례]**● 전립선의 증식증 및 전립선염 상병 등에 약물치료 없이 실시한 자397 전립선 온열요법 인정여부****■ 청구내역**

○ A사례(남/56세) / B사례(남/70세)

- 상병명 : 합병증을 동반하지 않은 전립선의 증식증, 혈뇨를 동반하지 않은 만성 전립선염

- 주요 청구내역

· 자397 전립선 온열요법(R3516)

1*1*1

· TEMPRO APPLICATOR(TEMPRO장비를 이용한 비용 (N0081003))

1*1*1

■ 진료내역

○ A 사례(남/56세)

〈2012.3.20.〉

- c.c) weak urine stream(+), frequency(+), nocturia(+), residural urine sensation(+), urgency(-), hesitancy(±), poor erection

- U/A, EPS test, PSA, testosterone

- TRUS : 30,6gm

- Rec) Tempromotherapy(3/22)

〈2012.3.22.〉

- PSA : 0.83 ng/ml

- Testosterone : 3.31 ng/ml

- Tempromotherapy 시행

○ B 사례(남/70세)

〈2012.5.1.〉

- c.c) frequency, nocturia(3~4회), residural urine sensation(+), weak urine stream(+), urgency(-), hesitancy(+), 수술(TURP)은 하기 싫다

- U/A, EPS test(15-20), PSA

- TRUS : 33.07gm (calcification 없음)

- PVR : 67.7ml

- Rec) Tempromotherapy(5/3)

〈2012.5.3.〉

- PSA : 1.67 ng/ml

- Tempromotherapy 시행

■ 심의내용

- 해당 기관은 전립선의 증식 및 전립선염 상병 등에 자397 전립선 온열요법을 다빈도 실시하는 경향으로, 기침사시 최소 1개월 이상의 약물치료 없이 실시한 전립선 온열요법과 재료대가 청구된 사례로 자397 전립선 온열요법에 대한 구체적 인정기준 마련이 필요하여 논의하였음.
- 관련 교과서 및 임상연구문헌에 의하면 열치료법은 내시경수술이나 개복수술 등 종래의 수술보다 안정적이어서 수술 고위험군 환자에서는 유용하지만 기존의 경요도전립선절제술(TURP)에 비해 치료효과가 떨어지고 TURP나 약물요법보다 비용-효과면에서 이득이 있는지에 대한 비교연구가 부족한 실정이며, 대부분의 진료지침들은 알파차단제 등 약물요법을 우선적으로 사용토록 권고하고 있음.
- 따라서, 자397 전립선 온열요법은 1개월 이상의 약물치료에도 불구하고 반응이 없어 실시한 경우에 인정하기로 함.

■ 참고

- 대한전립선학회, 전립선비대증, 일조각, 2004
- 대한배뇨장애 및 요실금학회, 배뇨장애와 요실금, 일조각, 2004
- Wein : Campbell-Walsh Urology, 10th. ed. on-line

[2013.5.13. 진료심사평가위원회]

■ 자397-2 광선택적 전립선 기화술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-397-2	R3976	광선택적 전립선 기화술 Photoselective Vaporization of the Prostate 주 : 시술시 소요된 Laser Fiber는 별도 산정한다.	6,002.27	488,580	441,170

[기결정고시]

● **홀뮴 레이저를 이용한 전립선 광응고술 Holmium Laser Ablation of the Prostate**

자397-2 광선택적 전립선 기화술의 소정점수를 산정함.

[고시 제2009-200호, 2009.11.1. 시행]

● **툴륨레이저를 이용한 전립선 기화절제술 Thulium Laser Vaporesectioin of the Prostate**

「자397-2 광선택적 전립선 기화술」의 소정점수를 산정함.

[고시 제2012-71호, 2012.7.1. 시행]

■ 자398 전립선맛사지

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-398	R3980	전립선맛사지 Prostatic Massage	161,27	13,130	11,850

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
자398 전립선마사지의 급여기준	<ol style="list-style-type: none"> 만성화된 전립선염에 실시하는 자398 전립선마사지는 주 2회 이내로 요양급여를 인정함. 상기 1.의 인정횟수를 초과하여 시행한 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함. <p style="text-align: right;">[고시 제2018-3호, 2018.4.1. 시행]</p>
전립선질환에 전립선 맛사지와 직장수지 검사 동시 시행시 수가 산정방법	<p>전립선질환에 자398 전립선 맛사지와 나705 직장수지검사를 동시에 시행한 경우에는 자398 전립선맛사지만 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]</p>

⇒ 신 경

■ 저622 천수신경조절술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
저-622		천수신경조절술 Sacral Nerve Modulation 주 : 시술시 사용된 천수신경자극기는 별도 산정한다.			
	SY625	가. 시험적 거치술	4,669.93	380,130	343,240
	SY626	나. 영구 자극기 삽입술	5,924.03	482,220	435,420

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

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

⇒ 중재적 방사선시술

■ 자664나 혈관색전술-기타혈관

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
		[중재적 방사선시술]			
		주 : 중재적 방사선 시술시 이용된 방사선료(투시 포함)는 해당 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다. 다만, 각 항목에 [유도료 별도 산정]으로 명시된 경우 유도비용은 제3장 제1절 및 제2절에 의하여 산정한다.			
자-664	M6644	혈관색전술 Embolization 나. 기타혈관 Others	15,263,18	1,242,420	1,121,840

[공개심의사례]

● 진료내역 등 참조 음낭정맥류 상병에 실시한 자664나 혈관색전술(기타혈관) 및 다272 복부 및 골반 정맥 100~150% 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/21세)

- 상병명 : 음낭정맥류

- 주요 청구내역

자664나 혈관색전술-기타혈관 (M6644)	1*1
NESTER PLATINUM EMBOLIZATION COIL	3*1
ANGIO CATHETER(RF GLIDE)	1*1
RADIFOCUS INTRODUCER TWO	1*1
RADIFOCUS GUIDE WIRE 200CM미만	1*1
다272바 복부및골반정맥조영-신정맥 (HA726)	0.5*1
다272자 복부및골반정맥조영-장골정맥 (HA729)	0.5*1
721 옴니hex술주350(iohexol)	50*1

○ B사례(남/22세) / C사례(남/26세) / D사례(남/22세) / E사례(남/31세) / F사례(남/43세) / G사례(남/35세)

- 상병명 : 음낭정맥류

- 주요 청구내역

자664나 혈관색전술-기타혈관 (M6644)	1*1
NESTER PLATINUM EMBOLIZATION COIL	1 내지 4*1

HIGH-FLOW ANGIOGRAPHIC CATHETER	1*1
RADIFOCUS INTRODUCER TWO	1*1
RADIFOCUS GUIDE WIRE 200CM미만	1*1
다272바 복부및골반정맥조영-신정맥 (HA726)	0.5*1
다272사 복부및골반정맥조영-성선정맥(HA727)	0.5*1
다272자 복부및골반정맥조영-장골정맥 (HA729)	0.5*1
721 옴니헥솔주350(iohexol)	50*1
○ H 사례(남/29세)	
- 상병명 : 음낭정맥류	
- 주요 청구내역	
자664나 혈관색전술-기타혈관 (M6644)	1*1
NESTER PLATINUM EMBOLIZATION COIL	3*1
ANGIO CATHETER(RF GLIDE)	1*1
RADIFOCUS INTRODUCER TWO	1*1
RADIFOCUS GUIDE WIRE 200CM미만	1*1
HIGH-FLOW ANGIOGRAPHIC CATHETER	1*1
EMBOLIZATION MICROCOIL TORNADO	2*1
다272바 복부및골반정맥조영-신정맥 (HA726)	0.5*1
다272사 복부및골반정맥조영-성선정맥(HA727)	0.5*1
721 옴니헥솔주350(iohexol)	50*1

■ 진료내역

- A 사례(남/21세)
 - 2011.8.13.(초진) <C.C> varicocele Lt. for embolization of Lt. gonadal vein
 - 8.17 URI symptom, post embolization status, Lt. mid abdomen pain

- B 사례(남/22세)
 - 2011.9.16.(초진) <C.C> varicocele Lt. for 2weeks
 <초음파 검사> dilatation & reflux of pampiniform plexus
 - 9.22. for embolization of varicocele

- C 사례(남/26세)
 - 2011.9.26.(초진) <C.C> 2년전 varicocele로 수술 받음.(양측), Lt. varicocele 재발
 <USG> varicocele at Lt. recurrence
 - 9.30. recurred varicocele, for embolization of Lt. testicular vein

- 12.1. 일주일 전부터 음낭쪽 붓는 느낌. USG (Lt. varicocele), embolization
- D 사례(남/22세)
 - 2011.10.28.(초진) <C.C> tortuous dilatation of scrotal vein, scrotal pain. 중학교 때부터 발생
<USG> compatible with varicocele, G III
 - 11.12. known varicocele, G III, for embolization of Lt. testicular vein
- E 사례(남/31세)
 - 2011.11.5.(초진) <C.C> infertility, decreased motility of sperm(30%), Lt. varicocele
- F 사례(남/43세)
 - 2011.11.3.(초진) <C.C> testicular pain, 비뇨기과에서 진단 Lt. varicocele
Varicocele embolization is recommended
<USG> Lt. varicocele. G II ~ III
- G 사례(남/35세)
 - 2011.11.7.(초진) <C.C> Lt. scrotal swelling
<Dx.> r/o varicocele
<USG> Lt. varicocele
 - 11.8 for embolization at Lt. testicular vein
- H 사례(남/29세)
 - 2012.10.13.(초진) <C.C> Lt. scrotal swelling & pain, 타 비뇨기과에서 정맥정맥류진단 진단.
육안적으로 tortuous venous dilation G III 이상. 색전술 원함.
 - 11.3. 비뇨기과에서 상담. TRUS (swelling 혈류 IV), USG (Lt. varicocele, G II), 색전술 권유받고 내원.
 - 11.24. Lt. scrotal swelling & pain, bag of worm - scrotal
- 심의내용
 - 음낭정맥류 상병에 시행하는 혈관색전술은 별도의 인정기준 마련보다는 질환의 단계(grade) 및 정맥검사 결과, 음낭정맥류절제술 후 재발, 고환 용적의 차이 등을 고려하여 사례별로 심사키로 함.
 - 아울러, 동 기관의 경우 자664나 혈관색전술(기타혈관)과 다272 복부 및 골반 정맥조영 100~ 150% (신정맥×0.5, 성선정맥×0.5, 장골정맥×0.5)를 다빈도 산정하였으나, 일반적으로 음낭정맥류를 혈관색전술 방법으로 치료하고자 할 때 역류(regurgitation) 등의 확인을 위하여 시행하는 정맥조영술은 신정맥과 성선정맥으로 충분하므로 장골정맥에 시행한 정맥조영술은 인정하지 아니함.

- 단, 진료기록부 등에서 장골정맥조영술 시행의 타당한 사유가 확인되는 경우에는 인정기로 함.

■ 참고

- 같은 날 동일 혈관에 혈관조영술과 중재적시술을 시행하는 경우 수기로 산정방법 (고시 제2007-77호, 2007.8.30. 시행)
- 대한비뇨기과학회, 비뇨기과학 제4판, 2008년
- 인터벤션영상의학, 대한인터벤션영상의학회, 2007, 일조각
- Wein, Campbell-Walsh Urology, 10th. ed. on-line

[2013.5.13. 진료심사평가위원회]

● 정계정맥류 상병에 시행하는 혈관색전술 요양급여기준 설정 여부

■ 심의배경

- 현재 정계정맥류 상병에 시행하는 혈관색전술은 별도의 인정기준 없이 사례별로 심사적용하고 있으나 명확한 기준설정이 필요하다는 질의가 있어 심의함.

■ 참고

- 대한비뇨기과학회, 비뇨기과학 제4판, 2008.
- 인터벤션영상의학, 대한인터벤션영상의학회, 일조각, 2007.
- Wein: Campbell-Walsh Urology, 10th ed. 2011.
- Raket: Textbook of Family Medicine, 7th ed. 2007, on line
- Report on varicocele and infertility, American Urological Association, Inc. 2001
- Wagner L et al, Varicocele and male infertility: AFU 2006 guidelines, Prog Urol. 2007 Feb;
- David J.E. et al, Pediatric varicocele embolization, Tech Vasc Interv Radiol 2003 Dec;6(4)
- Reiner E et al, Initial experience with 3% sodium tetradecyl sulfate foam and fibered coils for management of adolescent varicocele, J Vasc Interv Radiol 2008 Feb;19(2 Pt 1)
- Aetna

■ 심의내용

- 현재 정계정맥류 상병에 시행하는 혈관색전술은 별도의 인정기준 없이 사례별로 심사적용하고 있으나 명확한 기준설정이 필요하다는 질의가 있어 학회의견 등을 받아 논의한 결과,
- 별도의 인정기준 마련보다는 질환의 단계(grade) 및 정액검사결과, 정계정맥류절제술 후 재발, 고환 용적의 차이 등을 고려하여 사례별로 심사하는 것이 바람직하다 판단됨.

[2012.11.26. 진료심사평가위원회]

CHAPTER

IV

이비인후과 분야 급여기준

1. 검사료
2. 영상진단 및 방사선치료료
3. 이학요법료
4. 처치 및 수술료

1 검사료

⇒ 일반진단검사

〈혈액외〉

■ 누032 체액

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
누-032	D0326	체액 Body Fluid 바. 백혈구백분율(혈액 외) WBC Differential Count(Others)	44.58	3,630	3,280

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
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, 2018.1.1. 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, 2018.1.1. 시행]

[기결정고시]

● 비점성액 도말검사의 산정기준

누032바 체액-백혈구백분율(혈액 외)의 소정점수를 산정함

[고시 제2017-265호, 2018.1.1. 시행]

⇒ **면역검사**

〈체액면역〉

■ **누746 MAST법에 의한 면역글로불린 E [정밀면역검사]**

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
누-746	D7460	MAST법에 의한 면역글로불린 E [정밀면역검사] Allergen-Specific IgE by MAST 주 : 35종 이상의 항원특이적면역글로불린 E와 총면역 글로불린 E를 측정할 경우에 산정한다.	1,237.60	100,740	90,960

[공개심의사례]

● **알레르기비염환자에게 시행한 나232 MAST법에 의한 면역글로불린 E 2종(Food, Inhalant) 요양급여 인정여부**

■ 청구사례(남/48세)

- 상병명: 상세불명의 알레르기 비염, 칸디다구내염
- 주요청구내역

[검사료] 나232 MAST법에 의한 면역글로불린 E [진단검사의학과전문의 등 판독] 1X2(food, inhalant)

■ 진료내역

- 경과) 코막힘(+)

콧물(+)

imp: allergic rhinitis

plan: medication

MAST 원하여 시행함.

- 검사결과: (Food) Allergen-specific IgE content

TOTAL IgE —→ No allergen

(Inhalant) Allergen-specific IgE content

TOTAL IgE —→ No allergen

■ 참고

- 대한천식 및 알레르기 학회. 천식과 알레르기 질환. 군자출판사. 2002: III. 각론_흔한 알레르기 질환
- 대한이비인후과학회. 이비인후과학. 일조각. 2009: 제8장 알레르기 비염
- 대한진단검사의학회. 진단검사의학. E,PUBLIC. 2009: Chapter 68 알레르기질환의 검사
- Flint: Cummings Otolaryngology: Head & Neck Surgery, 5th ed: Chapter 40 Immunology of the Upper Airway and Pathophysiology and Treatment of Allergic Rhinitis
- Ferri: Ferri's Clinical Advisor 2012, 1st ed.: SECTION I Diseases and Disorders

■ 심의내용

- 나232 MAST법에 의한 면역글로불린E 검사는 여러 가지 흔한 알레르기항원에 대한 특이 IgE를 동시에 검사하는 방법으로 알레르기 질환의 진단 및 해당 항원군을 추정할 수 있는 선별검사로 유용한 검사임.
- 동 건(남/48세)은 코막힘, 콧물을 주소로 내원하여 상세불명의 알레르기성비염 진단 하에 나232 MAST법에 의한 면역글로불린E 검사 2종(Food, Inhalant)을 동시에 시행한 것으로 의사소견서상 수년간 지속되어 온 만성 비염으로 약물치료 해 왔으나 호전 없어 알레르기의 원인을 알기 위하여 2종을 모두 시행하였고 동 검사 결과에 따른 알레르기원의 회피 요법 및 근본적인 치료가 가능하였다는 소견임.
- 그러나 food, inhalant panel 검사 결과가 모두 "No allergen"으로 확인되어 동 검사 결과에 따른 알레르기원의 회피요법을 하였다는 의사소견과 일치되지 않으며, 환자증상이 비염, 천식 등 호흡기계 증상인 경우 inhalant allergen 검사를 먼저 시행하고 food allergen 검사는 inhalant allergen 치료에 반응이 없거나 복통, 설사, 두드러기 등 food allergy를 의심할 만한 소견이 있는 경우 선별적으로 시행하여야 할 것으로 판단되는바, 알레르기성비염 증상만 확인된 동 사례는 inhalant allergen 검사 1종 만 인정함.

[2012.9.17. 진료심사평가위원회]

⇒ 호흡기 기능검사

■ 나602 코통기기능검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-602		코통기기능검사 Test for Nasal Airway Patency			
	F6021	가. 코통기도검사 Rhinomanometry	105.54	8,590	7,760
	F6022	나. 음향코통기도검사 Acoustic Rhinometry	247.29	20,130	18,180

[공개심의사례]

● 코통기도 검사와 음향코통기도 검사를 동시에 실시한 경우 인정여부 및 인정범위

■ 청구내역

- 상병: 폐색성 수면무호흡, 상세불명의 중이염, 한쪽 또는 상세불명
- 주요 청구내역
 - 나602가[F6021] 코통기기능검사-코통기도 1*1
 - 나602나[F6022] 코통기기능검사-음향코통기도 1*1

■ 진료내역

- 주요 외래 기록
 - 주관적 증상(Subjective): Sleep apnea 오래전부터 Snoring(+) Apnea(+) Daytime sleepness(+) arousal(+) insomnia(+, 가끔씩 발생)
 - 객관적 검사(Objective): Deviatio Septo navi to Right, low palatal arch, posterior pillar web(+)
 - 평가(Assessment): R/O Obstructive Sleep Apnea
 - 치료계획(Plan): Obstructive Sleep Apnea workup (Complete blood cell count, Lipid Panel-A, GOT, GPT, Electrolyte Panel, BUN/Creatinine, Chest PA, Electrocardiogram, Glucose, 수면무호흡검사, 음향비강통기도검사, 비강통기도 검사)

■ 심의결과

- 교과서에 따르면 Nasal Airway의 객관적인 검사는 비폐색, 알레르기성 비염 또는 수면장애의 평가, 내과적·외과적 치료 효과 판정 등을 위해 실시되며, 이 중 코통기도검사(Rhinomanometry)와 음향코통기도검사(Acoustic Rhinometry)가 가장 흔히 시행되고 있음.

- 해당기관은 비폐색 측정을 목적으로 코통기도검사와 음향코통기도검사를 일률적으로 동시에 실시하여, 두 가지 검사를 동시에 실시할 경우의 요양급여 인정여부와 동시 실시가 가능한 인정범위에 대하여 논의하였음.
- 코통기도검사와 음향코통기도검사는 각각 비강기도의 저항을 측정하고, 구조를 측정하여 비폐색을 평가하는 방법이기는 하나 실시하는 목적과 정보가 유사하여 각각을 모두 시행하는 것은 비용효과적 측면에서 타당하지 않은 것으로 판단됨.
- 따라서 두 가지 검사 중 주된 검사의 소정점수만 요양급여를 인정하며, 동시 실시가 가능한 인정범위에 대하여는 추후 학회의견이 있을 경우 검토할 예정임.

■ 참고

- 이비인후과학 두경부외과학 II 대한이비인후과학회편 2009 Chapter 02.
- Cummings Otolaryngology – Head & Neck Surgery , Fifth Edition, 640–656 Copyright © 2010

[2013.5.20. 진료심사평가위원회]

■ 나603 철조법

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-603	F6030	철조법 Transillumination Method	69.32	5,640	5,100

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
부비동염에 STI(Sinus Trans Illuminator)를 이용한 검사의 수가 산정방법	부비동염에 STI(Sinus Trans Illuminator) 장비를 이용한 검사는 철조등(Illuminator)을 이용하여 암실에서 실시하는 철조법과 검사방법 등이 유사하므로 나603 철조법 소정점수로 준용 산정함.

[고시 제2007-92호, 2007.11.1. 시행]

⇒ 신경계 기능검사

■ 나629 수면다원검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-629	F6290	수면다원검사 Polysomnography 주 : 1. 사용된 EKG Electrode, Collodion은 별도 산정한다. 2. 수면검사실 관리료는 가-30 주에 따라 별도 산정할 수 있다.	5,165.49	420,470	379,660

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
수면다원검사 급여기준	<p>1. 수면다원검사는 다음의 모든 조건에 해당되는 경우에 요양급여를 인정하며, 이를 충족하지 않는 경우에는 비급여로 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <p>1) 수면무호흡증</p> <p>아래의 가),나) 또는 가),다)의 조건을 만족하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 주간졸림증(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</p> <p>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</p> <p>※ 주: 만13세미만 연령의 경우는 grade 3이상, 만13세이상 연령의 경우는 grade 2 이상 적용</p> <p>다) 고혈압 · 심장질환 · 뇌혈관질환 또는 당뇨 기왕력이 있거나 체질량지수(BMI)가 30 kg/m²이상인 경우</p> <p>2) 기면증 또는 특발성 과다수면증</p> <p>아래의 가),나) 또는 가),다)의 조건을 만족하는 경우</p>

제목	세부인정사항
	<p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 웨일스 졸음증 척도(Epworth Sleepiness Scale) 10 이상</p> <p>나) 과도한 주간졸림증이 있고, 허탈발작이 동반될 때(narcolepsy with cataplexy)</p> <p>다) 하루에 7시간 충분히 잠을 자도, 과도한 주간졸림증이 3개월 이상 지속되어 일상생활에 불편을 초래할 때(narcolepsy without cataplexy or idiopathic hypersomnia)</p> <p>나. 검사항목</p> <p>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</p> <p>다. 시설기준</p> <p>수면평가장치(Polysomnograph), 검사 조정실(Control Room), 적외선카메라, 검사중 검사대상자와 검사자가 연락할 수 있는 연락장치, 검사대상자에 부착된 센서와 연결되는 신호 전환 장치 등이 설치된 환자별로 독립된 수면검사실을 갖추고 시행해야 함. 또한, 검사 중 환자에 대한 기본처치 및 응급상황시 심폐소생술 등이 가능하여야 함.</p> <p>라. 실시 인력기준</p> <p>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.</p> <p>2. 동 검사의 인정횟수는 다음과 같이 함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 진단사: 1회 인정</p> <p>나. 진단 후 양압기 치료를 위해 적정압력을 측정하는 경우와 치료목적의 처치 또는 수술 후: 각각 1회씩 인정</p> <p>다. 마지막 검사 시행 6개월 이후 환자상태의 급격한 변화로 임상적으로 필요한 경우에 사례별로 인정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-135호, 2018.7.1. 시행]</p>

■ 너681 수술중 신경생리 추적감시

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
너-681	FY681	수술중 신경생리 추적감시[수술중 뇌파 추적감시, 수술중 유발전위 추적감시, 수술중 침근전도 추적감시 포함] Intraoperative Neurophysiologic Monitoring 주 : 1. 신경과 또는 재활의학과 전문의가 감시 및 판독을 한 경우에 산정한다.	1,564.15	127,320	114,970
	FY682	2. 동시에 2종 이상의 검사를 실시한 경우에는 2,132.19점을 산정한다 3. 1시간당으로 산정하되 최대 8시간 이내만 산정한다.	2,132.19	173,560	156,720

[공개심의사례]

● 고실성형술, 이하선종양적출술 등에 시행한 수술중 신경생리추적감시(너681)에 대하여

■ 청구사례

〈 A 사례 (여/56세) 〉

○ 상병명: 상세불명의 중이염, 위염, 상세불명의콩팥(신장) 결석

○ 수술 및 처치 [전신마취: 2시간 15분]

자564 고실성형술[점막 또는 피부의 식피술로 포함] 1×1

자576-가 공동폐쇄유양동절제술[제2수술] 1×1

○ 검사

너681 수술중 신경생리추적감시[수술중 뇌파 추적감시, 수술중 유발전위 추적감시, 수술중 침근전도 추적감시 포함] 1×1 (1시간)

○ 진료기록

[수술기록] 수술일: 2010.12.14. 수술시간: 13:51~16:50

진단명: COM, Rt. cholesterol granuloma

수술명: CWU M & T(mod. onlay-sandwich technique)

[진료의뢰] 2010.12.14. 13:28

의뢰과: 이비인후과

의뢰내용: facial monitoring 의뢰 드립니다.

[진료회신정보] 2010.12.16. 09:55

회신과: 재활의학과

회신내용: Right facial nerve intraOP monitoring 상 특이소견 없었습니다.

〈 B 사례 (남/55세) 〉

- 상병명 : 귀밑샘 양성 신생물, 합병증이 없는 상세불명의 당뇨병, 수면 개시 및 유지장애 [불면증], 기타 위염
- 수술 및 처치
자223-가 이하선종양적출술(양성) 1×1
- 검사
너681 수술중 신경생리추적감시[수술중 뇌파 추적감시, 수술중 유발전위 추적감시, 수술중 침근전도 추적감시 포함] 1×1 (1시간)
- 진료기록
[수술기록] 수술일: 2010.12.20. 08:00~11:40
진단명: PMA, parotid, Lt.
수술명: Lt. supf. parotidectomy
[진료의뢰] 2010.12.24. 10:26
의뢰과: 이비인후과
의뢰내용: 상기 환자는 parotid gland tumor로 현재 진료중인 환자입니다.
Lt. supf. parotidectomy 시행 받은 자로 수술 중 facial monitoring에 대한 협의진료 의뢰 드립니다.
[진료회신정보] 2010.12.24. 17:05
회신과: 재활의학과
회신내용: PMA, parotid, Lt. → 2010.12.20. Lt. supf. parotidectomy
facial nerve monitoring → not evoked

■ 참고

- 건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제9장 처치 및 수술료 산정지침 (고시 제 2010-235호, 2010.1.1. 시행)
- Flint: Cummings Otolaryngology: Head & Neck Surgery, 5th ed.

■ 심의내용

- 「너681 수술 중 신경생리 추적감시」는 건강보험 행위급여 · 비급여 목록표 및 급여상대가치점수와 행위 설명에서 수술 중 발생할 수 있는 신경계의 이상을 조기에 발견하여 교정함으로써 수술로 인한 합병증을 최소화하는 방법으로 수술 중 뇌파, 유발전위, 침근전도 등을 시행하는 것이며, 즉각적인 판독이 가능한 신경과 또는 재활의학과 전문의가 감시 및 판독을 한 경우에만 산정토록 하고 있음.

- 동 건의 A, B사례는 진료기록 및 수술간호기록지 등을 참조할 때 이비인후과 수술(고실성형술, 이하선종양적출술 등) 중 시행한 신경생리추적감시가 신경과 또는 재활의학과 전문의 감시 하에 시행되었음을 확인할 수 없고 재활의학과 전문의 판독이 수술일로부터 2~4일 후에 회신된 바, A, B사례의 너681 수술중 신경생리추적감시 검사료는 인정하지 아니함.

[2011.10.10. 진료심사평가위원회]

■ 너681-1 갑상선, 부갑상선 수술 중 후두신경 감시술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
너-681-1	F6810*	갑상선, 부갑상선 수술 중 후두신경 감시술 Intraoperative Laryngeal Nerve Monitoring in Thyroid and Parathyroid Surgery 주 : 사용된 성대부착형 전극(Endotracheal Tube 일체형, 분리형)은 별도 산정한다.	470.81	38,320	34,600

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
갑상선, 부갑상선 수술 중 후두신경 감시술 급여기준	<p>갑상선·부갑상선 수술 중, 후두신경의 확인 및 손상여부를 감시하고 판독한 경우에 산정하며, 적용대상은 다음과 같이 함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>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 마. 그레이브스병 혹은 현저한 갑상선 종대와 같은 고위험군 갑상선수술 및 부갑상선수술 환자</p>

[고시 제2016-204호, 2016.12.1. 시행]

⇒ 평형 및 청각 기능검사

■ 나630 언어청각검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-630	F6300	언어청각검사 Speech Audiometry	211,56	17,220	15,550

■ 나630-1 소음환경하 어음인지력 검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-630-1	F6301	소음환경하 어음인지력 검사 Hearing in Noise Test	202,02	16,440	14,850

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
소음 환경하 어음 인지력 검사의 인정기준	<p>소음 환경하 어음 인지력 검사의 인정기준은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>(1) 난청(감각신경성 난청, 전음성 난청, 혼합성 난청)</p> <p>(2) 보청기 착용 전·후 청각재활 효과 평가</p> <p>(3) 인공와우 수술 적용여부 및 효과 평가</p> <p>(4) 중이수술 전·후 청각개선의 효과 평가</p> <p>(5) 기타 청력개선 수술 전·후 효과 평가</p> <p>나. 산정횟수</p> <p>(1) 난청 진단 시 1회</p> <p>(2) 보청기착용, 중이수술, 인공와우 수술 등 청력 개선 수술 전·후 1회</p> <p>(3) 재활과정 중 월 1회</p> <p>다. 나630 언어청각검사와 동시 시행시 각각 인정</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2015-99호, 2015.6.15. 시행]</p>

■ 나634 청력검사 [순음청력계기에 의한 검사]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-634		청력검사 [순음청력계기에 의한 검사] Standard Pure Tone Audiometry 주 : 동시에 3종 이상을 실시하더라도 3종 이내만 산정한다.			
	F6341	가. 표준순음청력검사 Pure Tone Audiometry	171.72	13,980	12,620
	F6342	나. 순음소실검사 Tone Decay	119.57	9,730	8,790
	F6343	다. 역치상피로검사 Suprathreshold Adaptation Test	119.91	9,760	8,810
	F6344	라. 소증폭인지도검사 Short Increment Sensitivity Index	109.71	8,930	8,060
	F6345	마. 양이교대성음량평형검사 Alternate Binaural Loudness Balance	110.29	8,980	8,110
	F6346	바. 이명도검사 Tinnitus Test	153.04	12,460	11,250
	F6347	사. 간별역치검사 D.L	72.45	5,900	5,330
	F6348	아. 요지경검사 Peep-Show Test 주 : 만8세 미만의 소아에게 실시한 경우에 한하여 산정한다.	89.59	7,290	6,580

■ 나635 청력검사 [자기청력계기에 의한 검사]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-635	F6350	청력검사 [자기청력계기에 의한 검사] Bekesy Audiometry	175.32	14,270	12,890

■ 나636 청력검사 [임피던스오디오메트리에 의한 검사]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-636		청력검사 [임피던스오디오메트리에 의한 검사] Impedance Audiometry			
	F6361	가. 고막운동성계측 Tympanometry	102.85	8,370	7,560
	F6362	나. 등골근 반사검사 Stapedial Reflex Test	141.51	11,520	10,400
	F6363	다. 등골근 반사소실검사 Acoustic Reflex Decay	91.86	7,480	6,750

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
메니에르병 진단시 시행하는 탈수검사의 수기로 산정방법	메니에르병 진단시 시행하는 탈수검사는 약제(furosemide나 glycerol) 투여 전후로 청력검사 등을 실시하여 비교하는 검사로, 청력검사를 이용하는 탈수검사는 약제투여 후 청력검사를 수회 실시하더라도 나634가 표준순음청력검사 소정점수의 200%만 산정함. [고시 제2007-46호, 2007.6.1. 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, 2007.6.1. 시행]

[기결정고시]● **차폐 수준 차이 검사 (MLD, masking level difference)**

나634-바. 청력검사[순음청력계기에 의한 검사]-이명도검사의 소정점수를 산정함.

[고시 제2011-172호, 2012.1.1. 시행]

● **음차청력검사**

가1 진찰료의 소정점수에 포함됨.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

■ 나638 이음향방사검사**[건강보험 요양급여비용]**

분류번호	코드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-638		이음향방사검사 Otoacoustic Emission Test			
	F6381	가. 자발 Spontaneous	139.56	11,360	10,260
	F6382	나. 변조 Distortion Product	261.46	21,280	19,220
	F6383	다. 크릭유발 Click Evoked	229.68	18,700	16,880

[기결정고시]

● Stimulus–frequency otoacoustic emission (SFOAE) 검사

나638-가. 이음향방사검사-자발의 소정점수를 산정함.

[고시 제2011-172호, 2012.1.1. 시행]

[공개심의사례]

● 뇌신경양성신생물 상병에 변조 이음향방사검사와 크릭유발이음향방사검사의 동시 시행시 인정여부

■ 청구내역 (여/61세)

- 상병명 : 뇌신경 양성신생물
- 주요청구내역

나638나 변조이음향방사검사 1 x 1

나638다 크릭유발이음향방사검사 1 x 1

(* TEOAE : Tone/Click evoked Otoacoustic Emission Test, 나638다 크릭유발 이음향방사검사

DPOAE : Distortion Product Otoacoustic Emission Test, 나638나 변조 이음향방사검사)

■ 진료내역

2005.10월경 L) tinnitus 발생 : 타 병원에서 R) vestibular schwannoma 의심 소견

2006.3월 본원 내원함 : 수술 시 B) vestibulopathy 가능성 높아 observation하기로 함.

2007.5월 IAC MRI 상 no size increase / enhancement sl. increased : f/u 하기로 함.

- 주관적 소견 : 신경외과 외래 방문 2007.5.4 (감마나이프, 수술 시 청력 소실 가능성을 설명함)
- 객관적 소견 : INTERNAL AUDITORY CANAL MRI : right vestibular schwannoma

■ 참고

- 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」 제1편제2부 제2장 검사료
- 이비인후과학, 대한이비인후과학회편, 2005년 p.30,32
- 신경외과학, 대한신경외과학회, 2004년 p.197
- 이비인후과학-두경부외과학 I (기초·이과), 대한이비인후과학회편, 2002년 p.471-475
- Cummings: Otolaryngology: Head & Neck Surgery, 4th ed. 2005, Mosby

■ 심의내용

- 동 건(여/61세)은 뇌신경양성신생물 상병으로 난청 청각기능에 대한 평가를 위해 변조이음향방사검사(DPOAE : Distortion Product Otoacoustic Emission Test)와 크릭유발이음향방사검사(TEOAE : Tone/Click evoked Otoacoustic Emission Test)를 동시 시행한 사례로, 이에 대한 의학적 타당성 등에 대하여 논의한 결과,

- 이음향방사검사(Otoacoustic Emission Test)는 달팽이관(와우)의 외유모세포 상태를 측정함으로써 청력 기능을 평가하는 검사이며, click 이나 tone burst 등의 자극음 중 하나를 선택하여 자극한 후 유발된 방사음을 기록하는 클릭유발이음향방사검사(TEOAE)와 주파수가 서로 다른 두개의 순음을 자극한 후 두 순음에 의해 유발된 새로운 방사음을 기록하는 변조이음향방사검사(DPOAE)가 주로 실시되고 있으며, TEOAE는 청력소실 유무만 판단할 수 있는 반면, DPOAE는 주파수 영역의 반응 특성을 파악함으로써 청력손실의 정도를 추정할 수 있어 대부분 임상에서는 감별진단목적으로 두 검사를 동시 실시하고 있음.
- 따라서, 동 환자는 청신경초종(vestibular schwannoma)을 의심한 상태에서 내원하였고, 수술계획을 세우기 위해 MRI를 촬영하면서 수술 전·후 청력기능 평가목적으로 두 검사를 동시에 실시한 것으로 확인되므로 인정함이 타당함.
- 아울러, 최근 임상연구논문 등을 참고할 때 청신경과 관련한 종양, 신생아 청력선별검사 또는 감각신경성 난청의 감별진단 시에 클릭유발이음향방사검사(TEOAE)와 변조이음향방사검사(DPOAE)의 동시 시행을 인정토록 함.

[2009.5.25 진료심사평가위원회]

■ 나640 청성뇌간반응역치검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-640	F6400	청성뇌간반응역치검사 Auditory Brainstem Response Threshold Test	1,360.35	110,730	99,990

[공개심의사례]

- 이명 상병으로 초진에 다중 시행한 검사료 요양급여 인정여부

■ 청구내역

- A사례(여/53세)

– 청구 상병명: 이명, 전정기능의 기타장애

– 주요 청구내역

나630 언어청각검사(F6300)	1*1*
나631 평형기능검사[직립및편의검사](F6310)	1*1*
나634가 순음청력계기에의한검사-표준순음청력검사(F6341)	1*1*
나640 청성뇌간반응역치검사(F6400)	1*1*
나618라 뇌유발전위검사-청각유발전위(FA183)	1*1*

○ B사례(여/39세)

- 청구 상병명: 이명, 전정기능의 기타장애

- 주요 청구내역

나630 언어청각검사(F6300)	1*1*1
나631 평형기능검사[직립및편의검사](F6310)	1*1*1
나634가 순음청력계기에의한검사-표준순음청력검사(F6341)	1*1*1
나640 청성뇌간반응역치검사(F6400)	1*1*1
나618라 뇌유발전위검사-청각유발전위(FA183)	1*1*1

○ C사례(남/72세)

- 청구 상병명: 이명, 전정기능의 기타장애, 중추기원의 현기증

- 주요 청구내역

나630 언어청각검사(F6300)	1*1*1
나631 평형기능검사[직립및편의검사](F6310)	1*1*1
나634가 순음청력계기에의한검사-표준순음청력검사(F6341)	1*1*1
나640 청성뇌간반응역치검사(F6400)	1*1*1
나618라 뇌유발전위검사-청각유발전위(FA183)	1*1*1

■ 진료내역

○ A사례(여/53세)

[진료일]2017.9.16. Both ear stuffiness for months

Romberg test: Rt. vestibulopathy

○ B사례(여/39세)

[진료일]2017.9.22. Rt. tinnitus for 4yrs

Romberg test: no tilting

○ C사례(남/72세)

[진료일]2017.9.25. Rt. knee induced tinnitus for 4 months

9.26. tinnitus more good

■ 심의결과 및 심의내용

○ 이 사례(A-C사례)는 이명, 전정기능의 기타장애 등의 상병 하에 초진 진료에 나630 언어청각검사, 나631 평형기능검사[직립및편의검사], 나634가 순음청력계기에의한검사-표준순음청력검사, 나640 청성뇌간 반응역치검사, 나618라 뇌유발전위검사 등의 다종의 검사를 시행한 사례임.

- A, B, C사례: 진료내역 등을 검토한 결과 이명과 동반된 현훈이나 난청을 의심할 만한 의학적 소견이 확인되지 않고, 이명을 주소로 내원한 환자에게 이명도 검사를 실시하지도 않은 상태에서 다종의 검사를 실시하는 것은 과잉진료로 판단되는 바, 나630 언어청각검사, 나631 평형기능검사[직립및편의검사], 나634가 순음청력계기에의한검사-표준순음청력검사의 검사만 인정함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 요양급여비용 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제2장 검사료

[2017.11.28. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

⇒ 알레르기 검사

■ 나712 유발시험

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-712		유발시험 Provocation Test			
		가. 기관지유발시험 Bronchial Provocation Test			
		(1) 비특이적 Non-Specific			
	E7128*	(가) 만니톨 이용	1,237.36	100,720	90,950
	E7119	(나) 메타콜린 이용	2,200.47	179,120	161,730
	E7129	(다) 기타	1,001.31	81,510	73,600
		주 : 조제실제제(메타콜린 원료이용)의 경우에도 소정점수를 산정한다.			
	E7122	(2) 특이적 [항원별] Specific	2,434.73	198,190	178,950
	E7123	(3) 기도가역성검사 Bronchodilator Test	280.90	22,870	20,650
		나. 비점막유발시험 Nasal Provocation Test			
		주 : 코통기기능검사를 동시에 시행한 경우에는 코통기기능검사료는 별도 산정한다.			
	E7124	(1) 비특이적 Non-Specific	158.55	12,910	11,650
	E7125	(2) 특이적 [항원별] Specific	170.60	13,890	12,540
		다. 물리적 알레르기 유발시험 Physical Allergy Provocation Test			
	E7126	(1) 얼음시험 Ice Cube Test	50.71	4,130	3,730
	EY851	(2) 압박시험 Pressure Test	64.35	5,240	4,730
	EY852	(3) 비특이적 Non-Specific	68.65	5,590	5,050

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
기관지유발검사의 수기로 산정방법	기관지유발검사(특이적 검사, 비특이적 검사)는 유발인자를 흡연케하여 실시하는 검사로 나712가 기관지유발시험으로 산정하되 동 검사시 산정한 약제는 별도 산정할 수 없음.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

[공개심의사례]

● 알레르기성비염 등 상병에 screening 목적으로 실시한 나712가(1) 기관지유발시험(비특이적검사) 인정여부

■ 청구내역

[상병명]

- A 사례(남/22세): 상세불명의 알레르기성 비염, 기타 명시된 코 및 비동의 장애
- B 사례(남/60세): 만성 비염, 상세불명 원인의 알레르기성 접촉피부염
- C 사례(남/67세): 기타 명시된 코 및 비동의 장애, 상세불명 원인의 알레르기성 접촉피부염
- D 사례(여/42세): 상세불명의 비염증, 상세불명 원인의 알레르기성 접촉피부염
- E 사례(남/74세): 비출혈, 만성 비염

[주요 청구내역(A~E 사례)]

- 나712가(1) 기관지유발시험-비특이적 (E7129) 1*1*1
- 나715가 알레르겐피부반응검사[1종목당]-피부단자시험 (E7151) 1*55*1
- 나601가 호흡기능검사-기본폐기능검사[기류용적폐검사를하지않는경우] (F6001) 1*1*1

■ 진료내역

○ A 사례(남/22세)

- Bronchial Provocation Test(기관지유발시험) : Negative
- 간편폐기능(Microspirometry) : FEV1/FVC 89%
- Skin Prick Test (피부단자시험, 55종) : Negative

○ B 사례(남/60세)

- Bronchial Provocation Test(기관지유발시험) : Negative
- 간편폐기능(Microspirometry) : FEV1/FVC 80%
- Skin Prick Test (피부단자시험, 55종) : Weekly positive

- C 사례(남/67세)
 - Bronchial Provocation Test(기관지유발시험) : Negative
 - 간편폐기능(Microspirometry) : FEV1/FVC 75%
 - Skin Prick Test (피부단자시험, 55종) : Positive
- D 사례(여/42세)
 - Bronchial Provocation Test(기관지유발시험) : Negative
 - 간편폐기능(Microspirometry) : FEV1/FVC 80%
 - Skin Prick Test (피부단자시험, 55종) : Weekly positive
- E 사례(남/74세)
 - Bronchial Provocation Test(기관지유발시험) : Negative
 - 간편폐기능(Microspirometry) : FEV1/FVC 77%
 - Skin Prick Test (피부단자시험, 55종) : Weekly positive

■ 심의내용

- 해당 요양기관은 유사한 매커니즘에 의하여 발생하는 알레르기성 비염과 천식은 같이 치료하는 것이 효과적이라는 이유로, 상세불명의 알레르기성 비염 등 상병으로 내원한 다수 환자에게 같은 날 세 가지 검사[나715가 알레르겐피부반응검사(피부단자시험), 나601가 호흡기능검사-기본폐기능검사, 나712가(1) 기관지유발시험(비특이적)]을 동시에 실시하는 바, screening 목적으로 실시한 기관지유발검사의 의학적 타당성에 대하여 논의함.
- 관련 교과서에 의하면, 기관지유발검사(brochial provocation test)는 ‘천식에서 나타나는 비특이성 기관지과민반응(hyperreactivity)을 측정하는 검사로서, 임상적으로 천식의 진단이 의심되나 일반 폐기능 검사로 이상이 나타나지 않을 때 시행한다.’고 언급하고 있고, ARIA(Allergic Rhinitis as Impact on Asthma) 가이드라인에서도 “Persistent allergic rhinitis가 있는 환자는 병력 청취나 흉부진찰을 통하여 천식의 유무에 관하여 조사하여야 하며, 가능하거나 필요한 경우 bronchodilator 사용전후의 airway obstruction 여부의 확인을 통하여 asthma에 대한 evaluation이 이루어져야 한다.”라고 권고하고 있으며, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」[별표1]에 의하면 각종 검사를 포함한 진단 및 치료행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하도록 명시하고 있음.
- 따라서, 지속성(Persistent) 알레르기성 비염이 있는 환자의 천식 동반여부 확인을 위해서는 병력청취, 이학적 검사, 폐기능검사를 우선적으로 실시하는 것이 바람직하며, 기관지유발검사는 천식을 의심할만한 증상(dyspnea, aspiration intolerance 등)이 있거나, 선행검사에서 기관지유발검사 시행의 필요성이 있거나,

천식의 병력 또는 가족력이 있는 경우 등에서 단계적으로 실시하는 것이 바람직하다는 전문가 의견임.

- 해당 사례(A~E사례)들은 상기도증상(nasal obstruction, rhinorrhea 등)을 주 증상으로 내원하였고, 천식을 의심할만한 진료내역(증상, 과거력, 가족력 등)이 확인되지 않으므로 알레르겐피부반응검사 및 폐기능 검사를 실시한 당일 screening 목적으로 실시한 나712가(1) 기관지유발시험(비특이적)은 인정하지 아니함.

■ 참고

- 대한결핵 및 호흡기학회, 호흡기학, 2004, 군자출판사
- 대한이비인후과학회, 이비인후과학 두경부외과학(비과·두경부외과), 일조각, 2009
- Lee Goldman, and Andrew I. Schafer : Goldman's Cecil Medicine, Twenty-Fourth Edition, 2012
- N. Franklin Adkinson et al. Middleton's Allergy: Principles and Practice , Eighth Edition, 2014
- Mason: Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine, 5th ed. 2010.
- ARIA(Allergic rhinitis and its impact on asthma) At-A-Glance Pocket Reference 1st Edition, 2007, ARIA Recommendations

[2014.10.20. 진료심사평가위원회]

⇒ 내 시 경

■ 나755 부비강입구부경검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-755	E7550	부비강입구부경검사 Endoscopy of Sinus Orifices	164.73	13,410	12,110

[공개심의사례]

● 진료내역 참조 만성 부비동염 상병 등에 산정된 다245-1가 Cone Beam 전산화단층영상진단(CT)-일반 및 나-755 부비강입구부경검사 인정 여부

■ 청구내역

- A사례(남/49세)
 - 청구 상병명: 상세불명의 만성 부비동염, 상세불명의 코폴립, 상세불명의 앨러지비염, 얼굴, 머리 및 목의 급성 림프절염, 상세불명의 급성 인두염, 재발성으로 명시되어 있지 않은 상세불명의 급성 편도염, 만성 비염, 기능성 소화불량, 급성 후두염, 기타 급성 위염, 상세불명의 급성 기관지염, 기타 위염

– 주요 청구내역

2/24: 나755 부비강입구부경검사 (E7550)	1*1*1
다245-1가 Cone beam 전산화단층영상진단-일반 (HA496)	1*1*1
2/27: 나755 부비강입구부경검사 (E7550)	1*1*1

– 2일 내원 (2/24, 2/27)

○ B사례(여/44세)

– 청구 상병명: 상세불명의 만성 부비동염, 상세불명의 알러지비염, 재발성으로 명시되어 있지 않은 상세 불명의 급성 편도염, 코선반의 비대, 급성 후두염, 상세불명의 알러지비염, 편위된 비중격, 상세불명의 급 성 기관지염, 기타 위염

– 주요 청구내역

2/15: 나755 부비강입구부경검사 (E7550)	1*1*1
다245-1가 Cone beam 전산화단층영상진단-일반 (HA496)	1*1*1
2/23: 나755 부비강입구부경검사 (E7550)	1*1*1

– 3일 내원 (2/15, 2/23, 2/29)

○ C사례(여/27세)

– 청구 상병명: 상세불명의 만성 부비동염, 상세불명의 알러지비염, 재발성으로 명시되어 있지 않은 상세 불명의 급성 편도염, 코선반의 비대, 급성 후두염, 상세불명의 알러지비염, 편위된 비중격, 상세불명의 급 성 기관지염, 기타 위염

– 주요 청구내역

나755 부비강입구부경검사 (E7550)	1*1*1
다245-1가 Cone beam 전산화단층영상진단-일반 (HA496)	1*1*1

– 1일 내원(2/13)

○ D사례(남/16세)

– 청구 상병명: 급성 후두인두염 얼굴, 머리 및 목의 급성 림프절염, 상세불명의 만성 부비동염, 상세불명 의 코폴립, 만성 비염, 상세불명의 알러지비염, 재발성으로 명시되어 있지 않은 상세불명의 급성 편도염, 코선반의 비대, 급성 후두염, 상세불명의 알러지비염, 편위된 비중격, 코피, 기타 명시된 관절증, 골반 부 분 및 대퇴 전립선의 악성 신생물, 기타 위염

– 주요 청구내역

나755 부비강입구부경검사 (E7550)	1*1*1
다245-1가 Cone beam 전산화단층영상진단-일반 (HA496)	1*1*1

– 1일 내원(2/11)

■ 진료내역

○ A사례(남/49세)

C.C: 2일 동안의 진료기록 동일

2/24, 2/27 : rhinorrhea, nasal obstruction odynophagia sore throat sneezing
post nasal drip on set: 1주전 Lt cheek swelling d 치과 Tx. Lt np was note.
both t hypertrophy op rec.. f/u medi moderate prognosis op rec 4월 중순경.

○ B사례(여/44세)

C.C : 2/15 : odynophagia sore throat rhinorrhea, nasal obstruction sneezing
on set: 수일전 foul odor on nose post nasal drip both t hypertrophy. op rec
2/23, 2/29 : 진료기록 동일

○ C사례(여/27세)

C.C : 2/13 : d 치과 치료중 cms dx.,pain on Lt face odynophagia sore throat
on set: 1주전 10% agno3 cauterization both t hypertrophy

○ D사례(남/16세)

C.C : 2/11 : odynophagia sore throat rhinorrhea nasal obstruction cough
on set: 수일전 np both d 치과 Tx. op 가능성 edu.,both t hypertrophy f/u medi

■ 심의결과

○ A사례(남/49세): 진단명에 코폴립을 동반한 만성 부비동염이 명시되어 있고 이학적검사에서 코폴립이 관찰되는바 인정기준에 합당하므로 2/24 실시한 Cone Beam 전산화단층영상진단-일반(CT) 및 부비강입구부경검사는 인정함. 다만 2/27 실시한 부비강입구부경검사는 진료기간의 간격이 짧고 진료기록이 미흡하므로 인정하지 아니함

○ B사례(여/44세): 상병명에 만성부비동염이 명시되어 있고 그에 대한 증상기록이 있어 2/15일 실시한 부비강입구부경검사는 인정하며, 단순 방사선촬영이 없고 수술을 요할 정도의 부비동염등 인정기준에도 해당되지 않으므로 Cone Beam 전산화단층영상진단-일반(CT)는 인정하지 아니함. 또한 2/23일 실시한 부비강입구부경검사는 추가 인정 할 만한 합당한 사유가 확인되지 않으므로 인정하지 아니함.

○ C사례(여/27세): 경과기록지의 타병원 병력, 이학적검사 및 영상 참조 병변이 관찰되는 등 인정기준에 합당하므로 Cone Beam 전산화단층영상진단-일반(CT) 및 부비강입구부경검사는 인정함.

- D사례(남/16세): 부비강입구부경검사는 인정기준에 해당하므로 인정하고, 단순 촬영 없이 초진에 실시한 Cone Beam 전산화단층영상진단-일반(CT)는 인정기준에 해당되지 않고, 영상자료(CT 등)도 제출되지 않아 병변이 확인되지 않으므로 인정하지 않음.

■ 심의내용

- 동 기관은 건당진료비 고가도지표 1.24, 검사료 고가도지표 1.39로 상세불명의 만성 부비동염, 편위된 비중격 등 상병 초진에 Cone Beam 전산화단층영상진단-일반(CT) 및 부비강입구부경검사를 실시하는 경향임.
- Cone Beam 전산화단층영상진단-일반(CT)의 심사기준은 단순촬영, 파노라마촬영 등으로 진단이 불확실한 경우에 한하여 인정하며, 세부 인정기준으로 부비동(Paranasal) 및 측두골(Temporal)의 경우는 임상소견 상 수술을 요할 정도의 부비동염이나 비중격만곡증, 만성 중이염과 진주종 등이 의심될 때, 또는 부비동염, 중이염에서 두개내, 두개외의 합병증 등이 의심될 때 인정토록 고시에 규정하고 있으며,
- 부비강입구부경검사는 만성 부비동염, 폴립, 종양 등이 확인 되는 경우에 인정하고 2회 이상 실시 한 경우는 실시해야 할 만한 합당한 사유(상태의 변화 또는 악화)가 확인되는 경우 추가 인정함.
 - 따라서, 진료기록부 및 영상자료 참조 아래와 같이 사례결정 함.
 - 아울러 진료기록부에 환자의 증상 등 상세히 기록하도록 해당 요양기관에 주의통보하기로 함.

- 아 래 -

- ▶ A사례(남/49세) : 상세불명의 만성 부비동염, 코폴립 상병하 2일 내원하여 Cone Beam 전산화단층영상진단-일반(CT) 1회 및 부비강입구부경검사 2회 실시한 것으로 진단명에 코폴립을 동반한 만성 부비동염이 명시되어 있고 이학적검사에서 코폴립이 관찰되는바 인정기준에 해당하므로 2/24 실시한 Cone Beam 전산화단층영상진단-일반(CT) 및 부비강입구부경검사는 인정함.
 - 다만 2/27 실시한 부비강입구부경검사는 진료기간의 간격이 짧고 진료기록이 미흡하므로 인정하지 않음.
- ▶ B사례(여/44세) : 상세불명의 만성 부비동염 상병 하 2/15일 초진에 Cone Beam CT 및 부비강입구부경검사를 실시하고 8일후 2/23일 부비강입구부경검사를 재실시 한 것으로, 상병명에 만성부비동염이 명시되어 있고 그에 대한 증상기록이 있어 2/15일 실시한 부비강입구부경검사는 인정하며, 단순 X-ray 촬영이 없고 수술을 요할 정도의 부비동염등 인정기준에도 해당되지 않으므로 Cone Beam 전산화단층영상진단-일반(CT)는 인정하지 않음.
 - 또한 2/23일 실시한 부비강입구부경검사는 추가 인정할 만한 합당한 사유가 확인되지 않으므로 인정하지 않음.
- ▶ C사례(여/27세) : 상세불명의 만성 부비동염 상병 초진에 Cone Beam CT 및 부비강입구부경검사를 실시한 것으로 경과기록지의 타병원 병력, 이학적검사 및 영상 참조 병변이 관찰되는 등 인정기준에 합당

하므로 Cone Beam 전산화단층영상진단-일반(CT) 및 부비강입구부경검사는 인정함.

- ▶ D사례(남/16세) : 급성 후두인두염, 상세불명의 만성 부비동염 상병 초진에 Cone Beam CT 및 부비강입구부경검사를 실시한 것으로 부비강입구부경검사는 인정기준에 해당하므로 인정하고, 단순 촬영없이 초진에 실시한 Cone Beam 전산화단층영상진단-일반(CT)는 인정기준에 해당되지 않고, 영상자료(CT 등)도 제출되지 않아 병변이 확인되지 않으므로 인정하지 아니함

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부 제3장 제2절 다245-1
- Cone Beam 전산화단층영상진단의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-217호, 2015.12.15.)
- 한만청, 진단방사선과학, 제5장 II 두경부질환, 3. 비강 및 부비동 질환, 일조각, 2003
- 노관택, 이비인후과학, 일조각, 2010

[2016.3.22. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

■ 나758-1 후두미세진동검사법

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-758-1	E7582	후두미세진동검사법 Stroboscopy	405.40	33,000	29,800

[공개심의사례]

● 성대의 기타질환, 후두의 부종 상병에 다빈도 실시된 나758-1 후두미세진동검사법(Stroboscopy) 인정여부

■ 청구내역

- A 사례(여/43세)
 - 상병명 : 후두의 부종, 상세불명의 알레르기비염, 식도염을 동반한 위-식도역류병
 - 주요 청구내역
 - 나758-1 후두미세진동검사법 1 x 1
- B 사례(남/73세), C 사례(여/21세), D 사례(남/73세), G 사례(여/55세), H 사례(남/57세)
 - 상병명 : 성대의 기타질환
 - 주요 청구내역
 - 나758-1 후두미세진동검사법 1 x 1

○ E 사례(남/16세)

- 상병명 : 성대 및 후두의 마비
- 주요 청구내역
 - 나758-1 후두미세진동검사법 1 x 1

○ F 사례(여/60세)

- 상병명 : 후두의 부종
- 주요 청구내역
 - 나758-1 후두미세진동검사법 1 x 1

■ 진료내역

○ A 사례(여/43세)

- 증상 : neck f. b sence, hoarseness
- videostrobolaryngoscope : vocal cord wnl, but mild edema

○ B 사례(남/73세)

- 증상 : hoarseness
- videostrobolaryngoscope : vocal cord dirty edema and nodule mild hyperelastic mucosa and incomplete closure of vocal cord

○ C 사례(여/21세)

- 증상 : sputum++, lt submand. pain, hoarseness
- videostrobolaryngoscope : vocal cord mild nodule 0.5mm incomplete closure of vocal cord

○ D 사례(남/73세)

- 증상 : nodule lt bloody supramucosal change
- videostrobolaryngoscope : vocal cord edema and mild

○ E 사례(남/16세)

- 증상 : voice change, 콧물
- 검사소견 : 좌측 성대돌기부종, 마비

○ F 사례(여/60세)

- 증상 : FB sensation on throat 2주 이상, dry cough, voice change
- 검사소견 : 양측성 대점막부종, 식도염 소견

- G 사례(여/55세)
 - 증상 : voice change, 스트레스, 요리를 가르치는 관계로 말 많이 함, 한달
 - 검사소견 : 성대 후방부 폐쇄부전, 역류성 식도염 소견

- H 사례(남/57세)
 - 증상 : 자주 voice change, 식도염-양치질하다가 입에서 피(약복용중)
 - 검사소견 : 우측피열연골비대-식도염 때문

■ 심의내용

- 나758-1 후두미세진동검사법(Stroboscopy)은 성대파형, 성대대칭, 성대진폭, 성대진동수 등 성대진동 특성을 확인하여 후두점막의 이상 등을 진단하는 검사법으로 다음의 경우에 인정함.

- 다 음 -

1. 적응증

- 가. 후두결절 및 후두폴립
- 나. 후두양성질환
- 다. 후두악성질환
- 라. 기능성음성장애
- 마. 후두마비
- 바. 성대 내 낭종
- 사. 후두경검사에서 이상소견이 의심되는 경우

2. 인정횟수

진단 및 치료경과 확인 목적으로 최대 월2회 3개월까지 인정함

■ 참고

- 대한이비인후과학회, 이비인후과학-두경부외과학, 일조각, 2009
- Cummings Otolaryngology - Head & Neck Surgery , Fifth Edition, 2013 by Mosby

[2013.9.16. 진료심사평가위원회]

⇒ 천 자

■ 나809 고실천자 [편측]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
		[천 자]			
		주 : 1. 천자를 치료목적(약물주입 또는 지속적인 배액)으로 실시한 경우에는 본 분류항목 소정점수의 30%를 가산한다.(산정코드 두 번째 자리에 1로 기재) 다만, 「나-811 양수천자」에 대하여는 그러하지 아니한다. 2. 만1세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 50%를, 만 1세 이상 만6세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 30%를 가산한다.(산정코드 첫 번째 자리에 만1세 미만은 A, 만1세 이상~만6세 미만은 B로 기재)			
나-809	C8090	고실천자 [편측] Tympanic Membrane Puncture	265.07	21,580	19,480

[기결정고시]

● 고실내 스테로이드 주사

나809 고실천자의 소정점수로 산정하되, [천자] 주. 1에 의거 천자를 치료목적(약물 주입 또는 지속적 배액)으로 실시한 경우에는 소정점수의 30%를 가산함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

2 영상진단 및 방사선치료료

⇒ 방사선 특수영상진단료

■ 다245-1 Cone Beam 전산화단층영상진단

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
		[전산화단층영상진단]			
다-245-1		Cone Beam 전산화단층영상진단 Cone Beam Computed Tomography			
	HA496	가. 일반	516.22	42,020	37,940
	HA497	나. 3차원 CT	671.09	54,630	49,330

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
Cone Beam 전산화단층영상진단의 급여기준	<p>Cone Beam 전산화 단층영상촬영은 제3장 제1절 방사선단순영상진단(파노라마 등)으로는 진단이 불확실한 경우에 한하여 식약처 허가사항 범위내에서 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 치아부위</p> <p>1) 근관(신경)치료의 경우</p> <p>가) 통상적인 근관(신경)치료시 비정상적으로 지속적인 동통을 호소하는 경우 : 치근의 파절 또는 비정상적 근관형태로 추가적인 근관치료를 요하는 경우</p> <p>나) 치근단절제(Apicoectomy) 또는 치아재식술을 요하는 경우로서 해부학적으로 위험한 상태로 하치조관이나, 이공, 상악동부위에 병소가 위치하여 정확한 진단이 필요한 경우</p> <p>2) 매복치의 경우(제3대구치포함)</p> <p>가) 차41마(3)완전 매복치 발치술과 관련된 완전 매복치</p> <p>나) 제3대구치는 치근단, 파노라마촬영 등에서 하치조관 또는 상악동과 치근이 겹쳐 보여 발치의 위험도가 높은 경우</p> <p>3) 치아나 치조골의 급성외상에 의한 치아의 함입 등으로 인해 계승치아에 미치는 영향의 진단</p> <p>나. 안면 및 두개기저 부위</p> <p>1) 3차관 크기 이상의 치근낭</p> <p>2) 타액선 결석</p>

제목	세부인정사항
	3) 임상소견 상 수술을 요할 정도의 상악동염 4) LeFort I, II, III 골절 혹은 협골부, 안와의 blow-out 골절, 하악골의 복합, 복잡골절 혹은 하악 과두골절, 비골골절, 전두동골절, 비·전두사골복합체골절 5) 악안면 기형 수술의 전·후 평가 6) 낭종 또는 염증성 질환 7) 터키안내 양성종양, 뇌하수체 호르몬 이상시, 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 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 진단시 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 제2017-173호, 2017.10.1. 시행]

[공개심의사례]

● **만성 부비동염 상병에 시행한 다245-1가 Cone Beam 전산화단층영상진단 인정여부**

■ 청구내역

○ A사례(여/5세2개월)

- 청구 상병명: 상세불명의 만성 부비동염, 상세불명의 알레르기 비염
- 주요 청구내역

141 씨잘액(성분명: Levocetirizine HCl)	2.5*2*7
149 루케어츄정(성분명: montelukast sodium)	1*1*7
나754 비인강경검사	1*1*1
다245-1가 Cone beam 전산화단층영상진단-일반	1*1*1

○ B사례(남/35세)

- 청구 상병명: 상세불명의 만성 부비동염, 상세불명의 알레르기 비염, 상세불명의 급성 기관지염
- 주요 청구내역

141 에리우스정(성분명: desloratadine)	1*1*7
222 드로피진정(성분명: levodropropizine)	1*3*7
222 프리비투스현탁액(성분명: levocloperastine fendizoate)	8*3*7
232 디스틱정(성분명: artemisiae argyi folium isopropanol ext.)	1*3*7
232 큐란정(성분명: ranitidine HCl)	1*2*7
618 오구멘틴정(성분명: amoxicillin sodium, potassium clavulanate)	1*3*4
나755 부비강입구부경검사	1*1*1
다245-1가 Cone beam 전산화단층영상진단-일반	1*1*1

○ C사례 (여/8세1개월)

- 청구 상병명: 상세불명의 만성 부비동염, 상세불명의 급성기관지염
- 주요 청구내역

222 암브렉트정(성분명: ambroxol HCL)	1*2*7
239 가스베트정(성분명: mosapride citrate)	0.5*2*7
618 파목신캡슐(성분명: amoxicillin)	1*2*7
618 아모크라듀오정(성분명: amoxicillin sodium, potassium clavulanate)	1*2*7
나754 비인강경검사	1*1*1
다245-1가 Cone beam 전산화단층영상진단-일반	1*1*1

■ 진료내역

- A사례(여/5세2개월)(2014.12.6)
 - C.C : symptom improved, rhinorrhea mild.
 - P/E : endo(B) mucoid.
 - PNS CT : clear near.
 - 치료내역
2014.11.22. / 11.26 / 11.28 / 12.3 => 동기관 : 경구 투약

- B사례(남/35세)(2014.12.26)
 - C.C : symptom improved, cough mild.
 - P/E : endo(B) clear improved.
 - PNS CT : clear near.
 - 치료내역
2014.12.12 / 12.5 / 12.18 => 동기관 : 경구 투약

- C사례(여/8세1개월)(2014.12.10)
 - C.C : rhinorrhea
 - P/E : endo(B) mucoid, (B)TM(Tympanic membrane): intact
 - PNS CT : Rt: partial / Lt MS near total
 - 치료내역
2014.9.18 / 9.22 / 9.26 / 10.1 / 10.14 / 10.20 / 10.28 / 11.5 / 11.12 / 11.19 / 11.26 / 12.3
=> 동기관 : 경구 투약

■ 심의내용

- 보건복지부 고시 제2009-180호(' 09.10.1 시행)에 의하면, Cone Beam 전산화 단층영상촬영은 단순촬영, 파노라마촬영 등만으로 진단이 불확실한 경우에 한하여 인정하며, 세부인정기준은 「부비동(Paranasal) 및 측두골(Temporal)의 경우는 임상소견 상 수술을 요할 정도의 부비동염, 만성 중이염과 진주종 등이 의심되거나, 비·부비동염, 중이염에서 두개내, 두개외의 합병증 등이 의심되는 경우 등」에 인정하고 있음.
- 동 건들은 만성 부비동염 상병에 Cone Beam CT를 촬영한 사례들로 진료내역 및 영상자료 참조하여 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

▶ A사례(여/5세2개월)

: 상세불명의 만성 부비동염, 상세불명의 알레르기 비염 상병에 다245-1가 Cone beam CT 촬영한 사례로, 약제 투여 기간이 짧고(2주), 진료기록부상 부비동염 증상완화가 확인되어 수술을 요할 정도의 부

비동염으로 보기 어려워 동 인정기준에 부합되지 않아 다245-1가 Cone Beam CT 인정하지 아니함.

▶ B사례(남/35세)

: 상세불명의 만성 부비동염, 상세불명의 알레르기 비염 상병에 다245-1가 Cone beam CT를 촬영한 사례로, Cone beam CT 촬영전 단순방사선 촬영은 확인되나 진료기록부상 부비동염 증상 완화가 확인되고 physical examination 상에도 증상이 심하지 않아 수술을 요할 정도의 부비동염으로 보기 어려워 동 인정기준에 부합되지 않아 다245-1가 Cone Beam CT 인정하지 아니함.

▶ C사례(여/8세1개월)

: 상세불명의 만성 부비동염, 상세불명의 급성기관지염 상병에 다245-1가 Cone beam CT를 촬영한 사례로, Cone beam CT 촬영전 단순방사선 촬영이 확인되고, 항생제를 포함한 충분한 medical treatment 도 확인되며 진료기록부 및 영상자료 비교 임상소견상 수술을 요할 정도의 부비동염으로 판단되어 환자상태 및 진료내역 등 참조하여 Cone Beam CT 인정하기로 함.

■ 참고

- ‘Cone beam 전산화단층영상진단의 인정기준’ (보건복지부 고시 제2009-180호, 2009.10.1.)
- 진단방사선과학, 1.비강 및 부비동 질환
- 이비인후과학, 제22장 비강과 부비동의 진찰 및 검사법, 제26장 부비동질환

[2015.4.22. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

■ 다246 자기공명영상진단

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
다-246	HE303- HE334	<p style="text-align: center;">[자기공명영상진단]</p> <p>자기공명영상진단 Magnetic Resonance Imaging 가. 기본검사</p> <p>주 : 생검 또는 중재적시술시 이용된 MRI 유도비용은 각 항목의 일반촬영 소정점수에 의하여 산정한다. 다만, 중재적시술시 이용한 MRI 유도비용은 제2회 시술부터 소정점수의 50%를 산정한다.</p> <p>(◎가2(가1)⁰³, 가2(나1)⁰⁴, 가2(다1)⁰⁵, 가2(라1)⁰⁶, 가2(마1)⁰⁷, 가2(바1)⁰⁸, 가3(가1)⁰⁹, 가3(나1)¹⁰, 가3(다1)¹¹, 가3(라1)¹², 가3(주1(다1))¹³,</p>			

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
		가(3)주2(라)1 ¹⁴⁾ , 가(4)(가)1 ¹⁵⁾ , 가(4)(나)1 ¹⁶⁾ , 가(4)(다)1 ¹⁷⁾ , 가(4)(라)1 ¹⁸⁾ , 가(4)(마)1 ¹⁹⁾ , 가(4)(바)1 ²⁰⁾ , 가(4)(사)1 ²¹⁾ , 가(4)(아)1 ²²⁾ , 가(4)(자)1 ²³⁾ , 가(5)(가)1 ²⁴⁾ , 가(5)(나)1 ²⁵⁾ , 가(5)(다)1 ²⁶⁾ , 가(6)(가)1 ²⁷⁾ , 가(6)(나)1 ²⁸⁾ , 가(6)(다)1 ²⁹⁾ , 가(6)(라)1 ³⁰⁾ , 가(6)(마)1 ³¹⁾ , 가(6)(바)1 ³²⁾ , 가(6)(사)1 ³³⁾ , 가(6)(아)1 ³⁴⁾			
		(2) 두경부			
		(가) 안면 Face			
	HE103	1) 일반	2,664.15	216,860	195,820
	HE203	2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독	3,555.15	289,390	261,300
	HE403	3) 제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등) Limited MRI	1,351.38	110,000	99,330
	HE503	4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우	3,690.26	300,390	271,230
		(나) 부비동 PNS			
	HE104	1) 일반	2,664.15	216,860	195,820
	HE204	2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독	3,555.15	289,390	261,300
	HE404	3) 제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등) Limited MRI	1,351.38	110,000	99,330
	HE504	4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우	3,690.26	300,390	271,230
		(다) 안와 Orbit			
	HE105	1) 일반	2,664.15	216,860	195,820
	HE205	2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독	3,555.15	289,390	261,300
	HE405	3) 제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등) Limited MRI	1,351.38	110,000	99,330
	HE505	4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우	3,690.26	300,390	271,230
		(라) 측두골 Temporal Bone			
	HE106	1) 일반	2,664.15	216,860	195,820
	HE206	2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독	3,555.15	289,390	261,300
	HE406	3) 제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등) Limited MRI	1,351.38	110,000	99,330
	HE506	4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우	3,690.26	300,390	271,230

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
		(마) 측두하악관절 TM Joint			
	HE107	1) 일반	2,651.64	215,840	194,900
	HE207	2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독	3,559.99	289,780	261,660
	HE407	3) 제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등) Limited MRI	1,355.99	110,380	99,670
	HE507	4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우	3,695.59	300,820	271,630
		(바) 경부 Neck			
	HE108	1) 일반	2,664.15	216,860	195,820
	HE208	2) 조영제 주입 전·후 촬영 판독	3,555.15	289,390	261,300
	HE408	3) 제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등) Limited MRI	1,349.84	109,880	99,210
	HE508	4) 3차원자기공명영상을 실시한 경우	3,702.25	301,360	272,120
		나. 특수검사			
	HF101	(1) 확산 Diffusion	1,732.91	141,060	127,370
	HF201	주 : 기본검사와 동시 실시한 경우에는 913.28점을 산정한다.	913.28	74,340	67,130
	HF102	(2) 관류 [3차원자기공명영상 포함] Perfusion	2,625.50	213,720	192,970
	HF202	주 : 기본검사와 동시 실시한 경우에는 1,388.86점 을 산정한다.	1,388.86	113,050	102,080
	HF103	(3) 분광영상 Spectroscopy	1,739.31	141,580	127,840
	HF203	주 : 기본검사와 동시 실시한 경우에는 945.81점을 산정한다.	945.81	76,990	69,520
	HF104	(4) 영화 [기본검사 및 3차원자기공명영상 포함] Cine	3,977.90	323,800	292,380
	HF105	(5) Dynamic [기본검사 포함]	3,057.83	248,910	224,750
	HF305	주 : 3차원자기공명영상을 실시한 경우에는 4,061.26 점을 산정한다.	4,061.26	330,590	298,500
	HF106	(6) 이중조영 [기본검사 포함] Dual Contrast	3,408.92	277,490	250,560
	HF306	주 : 3차원자기공명영상을 실시한 경우에는 4,521.52 점을 산정한다.	4,521.52	368,050	332,330
	HF107	(7) 기능적 [기본검사 및 3차원자기공명영상포함] Functional	4,596.64	374,170	337,850

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
자기공명영상진단(MRI) 급여기준	<p>자기공명영상진단(MRI) 급여기준은 다음과 같이 하며, 동 기준을 초과하여 실시하는 경우에는 비급여대상임.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>1) 암</p> <p>가) 원발성 암(부위별)</p> <p>- 두경부암, 연조직 육종 및 골 육종, 척추(척수)를 침범한 경우, 생식기관암</p> <p>나) 전이성 암(원발종양에 관계없이 전이 혹은 침범된 부위별)</p> <p>- 척추(척수), 연조직 및 골, 생식기관</p> <p>다) 타 진단방법 이후 2차적으로 시행한 경우</p> <p>- 간암, 담낭암, 췌장암, 요로계암, 내분비샘암, 직장암 등</p> <p>라) 폐, 위, 소장, 대장, 유방 부위의 원발성 암 진단시에는 타 진단방법을 우선 시행함을 원칙으로 함.</p> <p>다만, 진료담당의사가 필요하다고 판단하여 MRI를 2차적으로 시행할 필요가 있는 경우에는 소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>2) 두경부 양성종양(두경부혈관종, 신경원성종양 등)</p> <p>3) 척수손상 및 척수질환</p> <p>가) 척수손상</p> <p>나) 척수종양(척추강내종양)</p> <p>다) 혈관성 척수병증(척수경색, 척추동정맥기형, 척수내 정맥염 등)</p> <p>라) 척수에 발생한 탈수초성 질환(급성 횡단성 척수염 등)</p> <p>마) 척수의 염증성 질환(척수염, 척수내농양 및 육아종, 기생충 등)</p> <p>바) 척수기형(척수공동증, 구공동증 등)</p> <p>4) 척추질환</p> <p>가) 염증성 척추병증</p> <p>나) 척추 골절</p> <p>다) 강직성 척추염</p>

제목	세부인정사항
	<p>5) 관절질환</p> <p>가) 외상으로 인한 급성 혈관절증</p> <p>나) 골수염</p> <p>다) 화농성 관절염</p> <p>라) 관절 손상 및 인대 손상(탈구 포함)</p> <p>(1) 무릎부위(반달연골, 무릎안의 유리체 등)만 해당되며, 타 부위는 해당되지 않음</p> <p>(2) (1)의 경우, 급성만 해당되며, 퇴행성 등 만성은 해당되지 않음</p> <p>6) 심장질환: 심장초음파 검사 상 아래의 질환이 의심되어 2차적으로 시행한 경우</p> <p>가) 심근병증 (심장 이식 후 상태 포함)</p> <p>나) 복잡 선천성 심기형 또는 심장과 연결된 대혈관기형을 동반한 선천성심질환</p> <p>7) 크론병: 크론병 진단 이후 아래의 병변이 의심되어 시행한 경우</p> <p>가) 소장병변</p> <p>나) 직장, 항문 병변</p> <p>나. 인정횟수</p> <p>1) 진단시 1회 인정하며, 추적검사는 아래와 같이 시행함을 원칙으로 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 수술후(중재적시술 포함): 1개월 경과 후 1회 인정하되, 위 가.의 4), 5)는 제외함. 다만, 척수농양, 혈관성 척수병증, 척수기형 등을 수술 또는 시술 후 잔여 병변을 확인하기 위해 48시간이내 촬영한 경우 인정함.</p> <p>나) 방사선치료 후: 3개월 경과 후 1회</p> <p>다) 항암치료중: 2-3주기(cycle) 간격</p> <p>라) 위 가)~다) 이후의 장기추적검사</p> <p>(1) 양성종양: 매1년마다 1회씩 2년간, 그 이후부터 매2년마다 1회씩 4년간</p> <p>(2) 악성종양: 매1년마다 2회씩 2년간, 그 이후부터 매1년마다 1회씩</p> <p>마) 수술, 방사선·항암 치료 등을 시행하지 않은 종양의 경우는 위 라)-(1) 양성종양의 장기추적검사와 동일하게 적용함.</p> <p>2) 위 1) 이외에도 환자상태 변화 또는 새로운 병변 발생 등 진료상 추가촬영의 필요성이 있는 경우 인정함.</p>

제목	세부인정사항
	<p>다. 기타</p> <p>1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)」[별표4] 희귀난치성질환자 산정특례 대상의 구분 5~7 중 진단 받은 질환의 특성상 특정부위의 MRI 촬영이 임상적으로 의학적 필요성이 있는 경우 별도 인정함.</p> <p>2) 기타 보건복지부 장관이 정하여 고시한 질병군 진료 시 시행된 MRI는 적응증 및 인정횟수에 해당되는 경우「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제2편 제2부 각 장에 분류된 질병군 상대가치점수에 포함되어 별도 산정할 수 없으며, 적응증 및 인정횟수에 해당하지 않는 경우에는 비급여대상임.</p> <p>라. 위 가. 적응증 외 뇌질환이 있거나 의심되는 경우에 시행되는 뇌, 뇌혈관, 경부혈관 자기공명영상진단(MRI) 기본 및 특수검사는 「뇌, 뇌혈관, 경부혈관 자기공명영상진단(MRI) 급여기준」에 따름.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-198호, 2018.10.1. 시행]</p>

[공개심의사례]

● 난청에 시행한 다246(나)1)자기공명영상진단-특수검사 등의 요양급여 인정여부(2사례)

■ 청구내역

○ A사례 (여/63세)

- 청구 상병명: 돌발성 특발성 청력소실, 한쪽

- 비급여 내역: 다246(나)1)자기공명영상진단-특수검사[diffusion]: 2017.9.7.

다246가(2)(라)2)자기공명영상진단-기본검사[측두골-조영제주입전·후 촬영판독]:2017.9.9.

○ B사례 (남/46세)

- 청구 상병명: 돌발성 특발성 청력소실, 한쪽

- 비급여 내역: 다246가(2)(라)2)자기공명영상진단-기본검사[측두골-조영제주입전·후 촬영 판독]: 2017.9.5.

■ 진료내역

○ A사례 (여/63세)

[주호소] Left hearing impairment

Dizziness

[진단명] Benign paroxysmal vertigo

Sudden idiopathic hearing loss, Unilateral

[Brain MRI] No diffusion restriction lesion or acute infarction in the brain on the DWI.

[Cranial Nerve MR] No abnormal SI change or enhancement in scanned cranial nerves or inner ear structures.

[처치] Steroid pulse therapy

○ B사례 (남/46세)

[주호소] Lt. hearing disturbance

[진단명] Sudden Idiopathic hearing loss, unilateral

[Temporal bone MRI] Within normal temporal bone MRI

■ 심의내용 및 결과

돌발성 특발성 청력소실 한쪽, 양성 발작성 현기증 등의 상병으로 다246(나)1자기공명영상진단-특수검사 등을 실시한 사례임

○ A사례 (여/63세)

진료기록부 및 첨부자료 참조 청력검사 상 70dB로 감각신경성 난청은 있으나 동반된 안진이 말초성이고, 그 외 특이한 중추성 기원의 증상이 없는 상태에서 치료경과 관찰 없이 시행한 다246(나)1자기공명영상진단-특수검사[확산] 등은 자기공명영상진단(MRI)의 인정기준(보건복지부 고시 제2016-275호, 2016.12.29. 시행) 외에 해당한다고 판단되는 바, 비급여가 타당함

○ B사례 (남/46세)

진료기록부 및 첨부자료 참조 난청을 주호소로 내원한 환자로 청력검사 상 75dB로 감각신경성 난청은 있으나 다른 동반 증상이나 이학적 검사 상 중추성 기원의 증상이 없는 상태이며, 치료경과 관찰 없이 내원 1일째 시행한 다246가(2)(라)2자기공명영상진단-기본검사 등은 자기공명영상진단(MRI)의 인정기준(보건복지부 고시 제2016-275호, 2016. 12. 29.시행) 외에 해당한다고 판단되는 바, 비급여가 타당함

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1]
- 자기공명영상진단(MRI)의 급여기준 (보건복지부 고시,제2016-275호, 2016. 12. 30. 시행)
- 이비인후과학-제12장 내이질환, 대한이비인후과학회편, 2005년

[2018.5.29. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

● **이명 환자에게 타각적청력역치측정검사(ABR) 후 청신경종양 등을 의심하여 촬영한 MRI 인정여부**

■ 청구내역 (남/40세)

- 상병명 : 상세불명의 감각신경성 난청, 합병증을 동반하지 않은 인슐린-비의존성 당뇨병
- 주요 청구내역

다246가(2)(라)2 기본자기공명영상진단-두경부-측두골

-조영제주입전 · 후 촬영판독 [영상의학과전문의를판독](HE206006) 1*1

721 가도비스트주사프립드시린지7.5밀리리터(가도부트롤)/B (641100390) (471601BlJ) (gadobutrol) 1*1

다2절주5 영상저장및전송시스템(FULL PACS)이용 (특수영상)-종합병원 (HB021) 1*1

■ 진료내역

내원일: 2011.10.24.

주호소: tinnitus, RT(15년전)

2011.12.1. ABR

Latencies(ms)					Interlatencies(ms)						
Label	Index	I	II	III	IV	V	Label	Index	I-V	I-III	III-V
A1	1.74	4.07	5.95				A1	4.21	2.33	1.87	
A2	1.74	4.11	5.95				A2	4.21	2.37	1.83	
B1	1.49	4.16	5.95				B1	4.46	2.66	1.79	
B2	1.49	4.20	5.95				B2	4.46	2.71	1.75	

Notes

1. III wave latency: Interaural latency Difference >0.3(Rt is delayed)

2. I-V wave latency: Interaural latency Difference <0.3

3. Reliability: Fair

2011.12.1. MRI IAC(Internal Auditory Canal) (+)

[소견]

뇌실질에 이상 소견 관찰되지 않으며 뇌실에도 이상 소견 관찰되지 않음.

그 외에 뇌혈관의 질환으로 의심되는 소견 보이지 않음.

Internal auditory canal, cerebellopontine angle, root exit zone, membranous labyrinth에 이상소견 보이지 않음

두개골, 안구, 부비동 등, 뇌실질 주변 구조물에 이상 소견 보이지 않음.

[판정]

Within normal limits

2011.12.1. Hearing Evaluation Report

Pure Tone Average: R:15, L:12, Speech Audiometry: R:15, L:15, Word Recognition: R-96%, L-96% Tinnitogram

1. Rt 귀에서 4000Hz, puretone, 7db XX(79db NL)로 들리신다고 함

2.MML:77db HL

3.Rt duration:변화없음

** UCL Rt/Lt :100db HL 이상

■ 심의내용

- 이명(Tinnitus) 상병으로 내원하여 청성뇌간유발반응검사(ABR)를 시행한 결과 정상치보다 지연되는 이상소견 관찰되어 청신경종양등을 의심하여 두경부-측두골 MRI를 시행한 것으로 MRI 인정여부에 대하여 심의함.
- 제출된 진료기록 및 검사결과지 등 검토 결과, 15년 전부터 발생한 이명(우측)으로 양측 청력역치는 대칭적이고 고음역의 청력감소 소견도 대칭적으로 보임. 또한 어음분별역치(sentence score)가 96%이고, 90db에서 2회 시행한 청성뇌간유발반응검사(ABR) 중 양측 I~V파간 잠복기가 4.46msec로 각 파(wave)간 잠복기(latency) 차이에 대한 뚜렷한 기준이 없는 점 등 청신경종양을 의심할만한 소견이 미비함.
- 따라서 편측 고도 청력감소와 어음분별력의 감소 및 ABR의 잠복기 이상이 관찰될 경우, 중추성 이상안진 등이 동반된 경우에는 MRI를 요양급여로 고려해 볼 수 있으나, 동 건은 MRI를 촬영하기에는 타당성이 부족한 바, 다246가(2)라)2)기본자기공명영상진단-두경부-측두골(HE206006)는 기심사대로 인정하지 아니함(비급여)

■ 참고

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2010-123호, 2011.01.01)
- MRI인정기준(고시 2010-75호, 2010.09.28)
- 이비인후과학-두경부외과학 I (기초,이과), 대한이비인후과학회편, 2009년

[2013.6.3. 진료심사평가위원회]

● 성문상역 악성 신생물(supraglottic Ca) 등으로 수술 후 3주만에 촬영한 MRI에 대하여

■ 청구내역 (남/72세)

- 상병명: 성문상역 악성신생물, 머리, 얼굴 및 목의 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물, 기타 명시된 부위의 속발성 악성신생물, 신생물성 질환에서의 빈혈
- 입원일: 44일 (2010.4.7.~ 5.21.)

○ 처치 및 수술 (수술일: 2010.4.12.)

자17나(2)나 부분층피부이식술(기타, 25cm ² 이상)	1X1
제2수술(기타, 25cm ² 이상)	1X1
자125 후두 및 하인두 전적출술	1X1
자21나(주) 경부림프절청소술(양측)-산정지침(7)에서 정한 수술과 동시에 양측 경부림프절청소술 시행	1X1
자455가(1) 갑상선수술[낭종, 선종, 갑상선기능항진등](갑상선엽절제술)-편측[제2수술]	1X1
자16사(2) 피판작성술-유리피판술[피부 또는 근육](기타)	1X1
※ 치료재료: Horizon ligating clip 120개	

○ 특수장비

다246가(2)(바)2 자기공명영상진단-두경부-경부-조영제 주입전 · 후 촬영판독	1X1
---	-----

■ 진료내역

2010.4.7 주호소: 성문상역 악성신생물(supraglottic cancer) 치료위해 입원

현재 질병상태: 상기 72세 남환은 2개월 전부터 목이 붓고 아프며 왼쪽 목에 덩어리 만져지는 증상 있었으며 11월 중순부터 숨을 쉴 때 쌉쌉거리는 소리 있고 호흡곤란, 기침 악화 되어 시행한 흉부 CT 상 R/O active pul. tbc with lymphadenopathy, R/O bronchiolitis 소견 보여 호흡기내과 외래 및 응급실 내원하였던 환자임.

수 년 전부터의 목 불편감 있었으며 2009.12.21. LMS cBx 시행하고 Supraglottic cancer 진단받고 inv. SCCa 진단받고 수술적 치료 위해 금일 입원함.

○ 협의진료의뢰서 (2010.4.23.)

● 의뢰내용 - For: CCRTx

Supraglottic ca. 1' AEF(L) (cT3N1M1)로 T/L, P/P, MND(L), LND(R), Recon RFFF 시행 받은지 OPD #11일째 되며 조직 검사상 InvSVVa. MD. AEF(B).FVC(B). Thyroid cartilage.(max 4.5cm) LV(+). PN(-) RM(-). LN(3/77: Lt. LvIIA, max 2.3cm). ECS(+)' 소견 보여 협진 의뢰함.

● 회신내용 : postOP MRI 시행 및 판독 필요함.

postOP 3주경 진찰 후 postOP 4주 후 방사선치료 진행하겠음.(진료일: 2010.5.3.)

※ 폐병변은 전이(metastasis) 또는 중복원발암(double primary) 인지 명확치 않은 상태로 흉부외과에서 관찰하기로 함.

→ 영상의학과 구두판독 상 폐병변은 중복원발암으로 생각된다고 함. (좌엽 병변은 BAC로 생각되며 좌, 우 모두 전이(metastasis)가 아닌 중복원발암으로 생각된다고 함.)

referred from ENT for postOP CCRT

C/C: 호흡곤란, 기침(7일, 2009.12.4.~)

○ 상기 72세 남환은 만성폐쇄성폐질환, 천식 과거력 있는 환자로 2009.10월부터 목이 붓고 아프며 왼쪽 목에 덩어리 만져지는 증상 있었으며 2009.11월 중순부터 숨을 들이 쉴 때 흉부 CT 상 R/O active pul. Tbc with lymphadenopathy, R/O bronchiolitis 소견 보여 응급실 경유 입원함. 2009.12.15. 시행한 객담 세포병리검사 상 squamous cell ca.로 보고되고 경부 종괴 발견되어 검사한 결과 metastatic carcinoma 소견으로 2009.12.18. 응급 기관절개술 시행 받음.

○ 2009.12.21 LMS Bx. 시행 후 SCCa 보고되어 수술 권유하였으나 환자 거부하여 1st cycle TS-1(4wks) (2009.12.25.~2010.2.17.) 시행하였으며 흉부 CT(2010.2.19.) 상 R/O lung cancer 소견 있어 FOB(2010.3.25.) 시행하였고 RUL은 infiltrating mass로 total obstruction 소견 보이며, Bx. 상 SCCa report 되었음. Supraglottic ca, 1'AEF(L) (cT4NaM0) imp하에 total laryngectomy, partial pharyngectomy, mRND type I(L), LND(R), thyroid lobectomy(L), reconstruction RFFFF(L) 2010.4.12. 시행 후 postOP CCRT 위해 의뢰됨.

#1. Supraglottic cancer, Invasive SCCa, MD, pT4aN2bM0

T = involving bilateral aryepiglottic folds, thyroid cartilage, bilateral false vocal cords, extending to subglottis

N = left level II A(3/13): total (3/7) : (maximal dimension : 2.3cm) with perinodal soft tissue extension.

#2. NSCLC, SCCa, RUL, superior segment of LLL and anterior segment of LUL,

s/p FOB (2010.3.25.)

(RUL infiltrating mass, total obstruction, Bx 상 SCCa report)

■ 참고

○ MRI 세부산정 기준 (보건복지부 고시 제2010-18호, 2010.2.1. 시행)

■ 심의내용

○ 동 건은 성문상역 악성신생물(supraglottic Ca) 진단 하에 혈관결찰용 clip(Horizon ligating clip) 120개를 사용하여 후두전적출술 등을 시행하고 술 후 3주 만에 다246가(2)(바)2 자기공명영상진단-경부(Neck MRI)를 시행한 사례임.

○ 수술 후 조속한 방사선 치료를 위한 치료 범위 결정을 이유로 수술 후 3주 만에 MRI를 촬영하는 것은 MRI 세부산정 기준(고시 제20010-18호)에 해당하지 않을 뿐 아니라 일반적으로 metal clip을 이용한 두경부 수술 후 MRI 촬영은 양질의 영상을 얻을 수 없어 보편적인 진료로 볼 수 없음.

○ 따라서, 동 사례의 경부 MRI는 요양급여로 인정하지 아니함.

[2011.5.2. 진료심사평가위원회]

⇒ 핵의학영상진단료

■ 다335 F-18 FDG 양전자단층촬영

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
다-335	HZ336	F-18 FDG 양전자단층촬영 F-18 FDG PET(Positron Emission Tomography) 주 : 1. 토르소 또는 전신촬영 후 재주사 없이 특정 부위를 추가 촬영하는 경우에는 2,098.57 점을 별도 산정한다. 2. 당해 요양기관에 상근하는 핵의학과 전문 의 또는 방사성 동위원소 취급자 특수면허를 소지한 의사가 외부병원 필름을 판독하고 판독소견서를 작성·비치하는 경우에는 소정점수의 20%로 산정한다.(산정코드 세 번째 자리에 1로 기재) 다만, 이 경우 제3절 핵의학영상진단 및 골밀도검사료 “주3” 및 “주5”에 대하여는 그러하지 아니한다.	2,098.57	170,820	154,240
	HZ331	가. 토르소	4,568.89	371,910	335,810
	HZ332	나. 심근	3,629.29	295,420	266,750
	HZ333	다. 뇌	3,626.16	295,170	266,520
	HZ334	라. 전신	6,392.98	520,390	469,880
	HZ335	마. 부분	2,787.66	226,920	204,890

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
양전자단층촬영 세부산정기준 (F-18 FDG-PET)	양전자단층촬영(F-18 FDG-PET)은 다음과 같이 요양급여를 인정함 - 다 음 - 1. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)」[별표 3(중증질환)의 구분 1~3과 [별표 4(희귀난치성 질환)]으로 분류된 질환범주(암, 뇌혈관, 심장, 희귀난치성 질환)의 경우에는 아래의 범위 내에서 요양급여를 인정함. 다만, 상기 분류된 질환의 범주이지만 아래의 적용대상(가, 나)으로 언급되지 아니한 질환의 경우에는 진료내역 등을 고려하여 임상적으로 의학적 필요성이 인정되는 경우 사례별로 인정할 수 있음.

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

제목	세부인정사항
	<p>2) 재발판정 - 간외 재발이 의심되는 증상, 증후 등이 확인되어 시행한 경우</p> <p>(3) 방사선치료 계획 시 - 방사선치료 대상 환자에서 방사선치료 계획 수립을 위해 필요하여 시행한 경우 나. 허혈성 심질환에서 심근의 생존능 평가: 치료 전, 치료 후 각각 1회로 인정함</p> <p>2. 부분적 뇌전증 (partial epilepsy): 수술 전, 수술 후 각각 1회로 인정함</p> <p>3. 상기 1, 2항 이외의 질환인 경우에는 임상적으로 의학적 필요성이 있는 경우에 한하여 실시하되, 양전자단층촬영비용(F-18 FDG PET)은 전액 본인이 부담함</p> <p>4. 기타 보건복지부 장관이 정하여 고시한 질병군 진료시 시행한 양전자단층촬영(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, 2항 이외의 질환인 경우에는 임상적으로 의학적 필요성이 있는 경우에 한하여 실시하되, 양전자단층촬영비용(F-18 FDG-PET)은 전액 본인이 부담함</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2015-196호, 2015.12.1. 시행]</p>

[공개심의사례]

● 두경부암(혓바닥, 비인두, 입의 악성신생물)에 토르소촬영 후 두부 및 경부에 추가촬영한 양전자단층촬영(PET) 요양급여 인정여부(5사례)

■ 청구내역

○ 상병

A사례(남/53세): 혓바닥의 악성 신생물

B사례(남/66세): 상세불명의 비인두의 악성 신생물

C사례(여/51세): 상세불명의 비인두의 악성 신생물

D사례(여/40세): 상세불명의 입의 악성 신생물, 혀 가장자리의 악성 신생물

E사례(남/77세): 성문상의 악성 신생물

- 주요 청구 내역(공통)
- 다335가 양전자단층촬영-토르소 (HZ331) 1*1
- 다335주 양전자단층촬영-토르소 또는 전신촬영 후 재주사 없이 특정부위를 추가 촬영하는 경우 (HZ336) 1*1
- 431 데옥시-2-플루오로-D-글루코스(18F)주사액 (684100010) 10*1

■ 진료내역

- A사례(남/53세): 혀바닥의 악성 신생물
 - 2009.4.24~8.6.: CCRT due to tongue cancer with neck metastasis (TS-1 60mg + CDDP, definitive RT 64 Gy/32fx)
 - 2011.9.28.: Whole body PET과 additional head and neck PET

- B사례(남/66세): 상세불명의 비인두의 악성 신생물
 - 2011.2.8.: S/P Adenoidectomy (non-keratinizing carcinoma)
 - 2011.4.14~6.9.: S/P RTx to head and neck
 - 2011.9.28.: Whole body PET과 additional head and neck PET

- C사례(여/51세): 상세불명의 비인두의 악성 신생물
 - 2007.11.29.~12.21.: s/p TS-1 + CDDP #2
 - 2008.1.14~3.7.: s/p IMRT + CDDP 80mg/m² (D1,22,43)→ near CR
 - 2010.7.12.: S/P Right hemithyroidectomy with CND, right for papillary thyroid cancer
 - 2011.10.12.: Whole body PET과 additional head and neck PET

- D사례(여/40세): 상세불명의 입의 악성 신생물, 혀 가장자리의 악성 신생물
 - 2011.10.4.: OP 예정(Tongue cancer에 대한 Wide excision c ND)
 - 2011.9.28.: Whole body PET과 additional head and neck PET

- E사례(남/77세): 성문상의 악성 신생물
 - CCRT
 - 2011.6.9.~8.5.: RTx35회
 - 2011.6.9, 7.7, 8.4: CTx(CCDP-3)×3회
 - 2011.10.28.: Whole body PET과 additional head and neck PET

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제3장 제2절 방사선특수영상진단료
- 양전자단층촬영 세부산정기준 (보건복지부 고시 제2010-31호, 2010.5.28.)
- Flint: Cummings Otolaryngology: Head & Neck Surgery, 5th ed. CHAPTER 11 (2010년)
- Abeloff: Abeloff's Clinical Oncology, 4th ed. 72 Cancer of the Head and Neck (2008년)
- 18F-fluorodeoxyglucose (FDG) PET and PET/CT Practice Guidelines in Oncology(summary)
- EANM procedure guidelines for tumour PET imaging (2010)
- aetna: Clinical Policy Bulletin: Positron Emission Tomography (PET)
- CMS: Medicare National Coverage Determinations Manual Chapter 1, Part 4 (Sections 220.6.17- PET)

■ 심의내용

- 동 건(A~E사례)은 두경부암(혀바닥, 비인두, 성문상의 악성 신생물) 수술 전 또는 수술 및 항암치료, 방사선치료 후 병기설정 또는 치료 효과 판정, 전이 및 재발 평가 등의 목적으로 토르소(다335가) 양전자단층촬영(PET) 후 일률적으로 특정부위(두부 & 경부)를 추가 촬영(다335 주)한 사례로 진료내역 및 임상문헌 등을 참조하여 추가 촬영된 양전자단층촬영(다335 주)의 의학적 타당성에 대하여 논의한 결과,
 - 관련 문헌(교과서, 임상진료지침, 임상연구문헌 등)에 토르소 단독촬영보다 토르소 촬영 후 두부 & 경부 추가 촬영하는 것에 대한 임상적 타당성 및 유용성 관련 근거자료가 부족하고 진료기록부상 추가촬영이 불가피한 특이소견이 확인되지 않는 바, 동 건(A~E사례)에 일률적으로 시행된 두부 & 경부 부위 추가 양전자단층촬영(다335 주)은 인정하지 아니함.
 - 아울러, 특정부위 추가 촬영은 토르소 양전자단층촬영(PET) 만으로 정확한 병변 감별이 어려운 경우에만 한하여 선별적으로 실시하되 추가 촬영에 대한 영상소견을 판독지에 명시토록 해당기관에 안내키로 함.

※ 참고사항

- * 다335주1: 양전자단층촬영- 토르소 또는 전신촬영 후 재주사 없이 특정부위를 추가촬영 하는 경우
- * 토르소: 두개골 기저부부터 허벅지까지, 전신: 머리끝부터 발끝까지

[2012.10.29. 진료심사평가위원회]

3 이학요법료

⇒ 기타 이학요법료

■ 사30 적외선치료 [1일당]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
사-30	MM300	적외선치료 [1일당] Infra Red Ray Irradiation	8.26	670	610

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
안과, 이비인후과에서 적외선치료시 인정여부	안과, 이비인후과에서 적외선치료를 시술하였을 경우는 사30 적외선치료의 소정금액을 산정함. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
이비인후과 분야에서 실시한 적외선 치료 인정 기준	이비인후과 분야에서 실시하는 “사30 적외선치료”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 염증질환에 선별적으로 실시한 경우에 인정함. [고시 제2003-65호, 2003.12.1. 시행]

4 처치 및 수술료

⇒ 일반사항

제목	세부인정사항
수면무호흡 증후군의 급여기준	<p>「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.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 수면다원검사상 호흡 곤란 지수 (RDI : Respiratory Disturbance Index)가 150이상인 경우</p> <p>나. 수면다원검사상 호흡 곤란 지수 (RDI : Respiratory Disturbance Index)가 50이상 이면서 아래 1) 중 하나 또는 2)에 해당하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>1) 불면증, 주간 졸음, 인지기능 감소, 기분장애, 고혈압, 빈혈성 심장질환, 뇌졸중의 기왕력</p> <p>2) 산소포화도 85% 미만</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-135호, 2018.7.1. 시행]</p>
Endoscopy (복강내시경, 흉강내시경, 비강 내시경 등) 하에 실시한 수술료 산정방법	<p>Endoscopy(복강내시경, 흉강내시경, 비강내시경 등)하에 실시한 수술의 행위로는 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.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]</p>
이비인후과 수술시 수기로 산정방법	<p>다음의 2가지 이상의 이비인후과 수술을 동시 실시시 제9장 처치 및 수술료 등[산정지침] (5)항에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 상악동근치수술과 상악동구강누공폐쇄술</p> <p>나. 부비동수술과 폴립수술</p> <p>다. 편도전적출술과 아데노이드절제술</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2016-204호, 2016.11.1. 시행]</p>

[기결정고시]

- **신경자극기 Nerve Stimulator(타액선 수술 및 중이수술 등 안면신경 손상여부를 알기위해 신경자극기를 사용하여 반응여부를 확인하는 경우)**

해당 수술료의 소정점수에 포함됨

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

- **부비동 약물주입요법 Sinus Instillation Therapy**

가1 외래환자진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨.

[고시 제2005-8호, 2005.2.1. 시행]

- **수면무호흡증후군 환자의 지속적 상기도 양압술(Continuous Positive Airway Pressure, CPAP) 치료를 위한 교육 및 처방**

가1 외래환자 진찰료의 소정점수에 포함됨.

[고시 제2013-208호, 2014.1.1. 시행]

- **이비인후과 레이저 사용, Laser bronchoscopy 시술, 레이저 환기 기도 내시경술**

[산정지침]-(9)에 의거 각 분류항목의 처치 및 수술 등에 레이저를 이용한 경우에도 각 분류항목의 소정 점수만을 산정함.

다만, [산정지침]-(11)에 의거 레이저시술중 장관이 별도로 인정한 “레이저시술”에 소요된 레이저 재료대는 별도 산정가능함.

[고시 제2016-204호, 2016.11.1. 시행]

- **코수술후 처치, 인두처치, 후두처치, 간단한 귀처치(중이수술후 처치 제외), 외이도 세척, 안과처치, 안과용 드레싱, 눈세척**

산정지침 제9장 제1절 (2)항에 의거 제1절에 기재되지 아니한 처치 및 수술로서 간단한 처치 및 수술은 기본진료료에 포함됨.

[고시 제2016-204호, 2016.11.1. 시행]

[행정해석]

● **자95나주 내시경하범발성비용적출술**

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

- 아 래 -

3개 이상 부비동내 질환이 동반되어 있는 경우

[보험급여과-2502, 2014.8.1. 시행]

[공개심의사례]

● **자113 전부비강근본수술과 동시 산정한 자95 비용적출술 인정여부**

■ 청구내역

○ A 사례(남/50세)

- 상병명 : 비강의 폴립, 상세불명의 만성부비동염, 상세불명의 알레르기비염, 만성비염

- 주요 청구내역

- 자113주 전부비강근본수술-내시경하에서 실시한 경우(좌측) 1 x 1
- 자117-1주 전두동,사골동,상악동근본수술-내시경하에서 실시한 경우(우측) 1 x 1
- 자95나주 비용적출술(범발성)-내시경하에서 실시한 경우(양측) 0.5 x 2
- 자101주 하비갑개절제술[중비갑개절제술 포함]-내시경하에서 실시한 경우(양측) 0.5 x 2

○ B 사례(남/41세)

- 상병명 : 기타 만성 부비동염, 편위된 비중격, 코선반의 비대, 비강의 폴립

- 주요 청구내역

- 자117-1주 전두동,사골동,상악동근본수술-내시경하에서 실시한 경우(좌측) 1 x 1
- 자114주 상악동사골동근본수술-내시경하에서 실시한 경우(우측) 1 x 1
- 자95나주 비용적출술(범발성)-내시경하에서 실시한 경우(양측) 1 x 1
- 자100나 비중격교정술 또는 성형술(골에 달하는 것)(우측) 0.5 x 1
- 자102주 하비갑개점막하절제술[중비갑개점막하절제술 포함](양측) 1 x 1

■ 진료내역

○ A 사례(남/50세)

< PNS CT Scan >

1. Both maxillary and ethmoid sinusitis — hazziness with fluid levels.
2. Obstruction of ostiomeatal units of both maxillary sinus due to increased intranasal soft tissue and wall thickening.

3. Increased both intranasal soft tissue density.
4. Both frontal and left sphenoid sinusitis.
Rightward deviation of midline nasal septum.

○ B 사례(남/41세)

〈 수술기록지 〉

Post OP Dx) Chronic paranasal Sinusitis(both), c polyp

Septal deviation

(B) Chronic inferior turbinates hypertrophy

Op performed) Endoscopic Sinus Surgery, Both, c polypectomy

Septoplasty

(B) Submucosal inferior turbinectomy

■ 심의내용

- ‘내시경하 부비강수술과 동시에 실시한 비용적출술’은 현행 인정기준에 의하면, 자13주 전부비강근본수술(내시경하)과 동시 시술의 경우는 부수적으로 동시에 실시하는 수술로 보아 재발성, 다발성의 경우 외에는 비용적출술 비용을 별도 인정하지 아니하고 있고(1997.5.16. 진료심사평가위원회), 자17-1주 전두동, 사골동, 상악동근본수술(내시경하)과 동시 시술의 경우는 제2의 수술로 보아 자95나주 비용적출술(내시경하) 소정점수의 50%를 인정하고 있으며(2008.7.17. 진료심사평가위원회), 자114 상악동사골동근본수술과 동시에 시행한 경우는 자95 비용적출술 소정점수의 50%를 인정하고 있음(고시 제2000-73호, 2000.12.30.)
- 상기 수가산정방법에 따를 경우, 동일한 시술(Polypectomy)을 하였음에도 ‘부비강내 수술 부위’에 따라 수가산정방법이 달리 적용되며, ‘내시경하 부비강수술과 비용(polyp)을 동시에 제거하는 경우’ 타 부비강수술에 비해 고난이도 시술인 자13주 전부비강근본수술(내시경하)의 상대가치점수가 오히려 적어지는 불합리한 면이 있음.
- 이는 1997년 진료심사평가위원회 심의 당시에는 수술 난이도에 따라 전부비강근본수술의 상대가치점수가 가장 높게 책정되어 있었으나, 최근 내시경하 수술이 보편화되어 내시경수술을 포함한 부비강수술을 세분화하는 과정에서 전부비강근본수술에 비해 상대적으로 타 부비강수술의 상대가치점수가 월등히 상향 조정됨에 따라 발생한 사안임.
- 따라서, 수술의 난이도, 소요시간, 타 부비강수술과의 형평성 등을 고려하여 자13주 전부비강근본수술(내시경하)과 동시에 비용(polyp)을 적출한 경우에는 자13주 전부비강근본수술(내시경하)×100%, 자95나주 비용적출술(내시경하)×50%를 산정토록 함.

- 아울러, 자113 전부비강근본수술은 CT 등 수술 전 방사선 촬영에서 병변이 확인되어 전두동, 사골동, 상악동 등 전부비강을 동시에 시술하였음이 확인되는 경우에 인정함.

※ 1997.5.16. 진료심사평가위원회 결정사항은 삭제기로 함.

[내시경하 부비동수술(ESS:ESS 또는 FESS)과 동시에 시행한 비용적출술 인정여부]

내시경하 부비동수술과 동시에 비용적출술을 시행하는 경우 비용(Nasal Polyp)의 양상, 크기, 위치 등에 따라 적출술의 난이도가 달라지게 되므로 비용적출술의 수가산정방법은 아래와 같이 함.

- 아 래 -

- 1) "기능적 부비동 내시경수술(Functional Endoscopic Sinus Surgery, FESS)"과 동시에 시행하는 경우에는 '96.10.17 중앙심사조정위 결정대로 제2의 수술로 적용하여 소정금액의 50%를 별도 산정함.
- 2) "내시경하 전부비강수술(Endoscopic Pansinus Surgery)"과 동시에 시행하는 경우에는 부수적인 수술로 보아 별도 산정하지 아니함. 다만, 재발성 만성범부비동염으로 전부비강수술을 재수술하는 경우 이때 동반된 비용은 다발성(혹은 유착성)인 경우가 대부분이므로 다발성 비용으로 확인된 경우에는 수술의 난이도 및 소요시간 등을 고려하여 소정금액의 50%를 별도 산정토록 함.

—————> 삭제

■ 참고

- 대한이비인후과학회, 이비인후과학-두경부외과학, 일조각, 2009
- Cummings Otolaryngology - Head & Neck Surgery, Fifth Edition, 2013 by Mosby

[2013.9.16. 진료심사평가위원회]

■ 자96 비강, 부비동악성종양적출술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-96		비강, 부비동악성종양적출술 Extirpation of Malignant Tumor of Nasal or Paranasal Sinuses			
	00961	가. 상악부분절제 Partial Maxillectomy	8,326.62	677,790	612,010
	00962	나. 상악전적출술 Radical Maxillectomy	17,011.03	1,384,700	1,250,310
	00963	다. 두개안면절제 Radical Resection of Craniofacial Complex	18,362.13	1,494,680	1,349,620

[공개심의사례]

● 진료내역 참조, 동일상병에 대해 해당과를 달리하여 수술하고 각각 청구한 수술료 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/56세)

– 청구 상병명: 상세불명의 수막의 악성 신생물, 뇌막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물

– 주요 청구내역

자480-1가 뇌기저부수술[경막을 이용한 이식포함]-전두개와 (S4801) 1*1*1

자96가 비강,부비동악성종양적출술(상악부분절제)[제2의수술(종병이상)] (O0961004) 1*2*1

자16다(2) 피판작성술-근(기타) (S0165) 1*1*1

○ B사례(여/60세)

– 청구 상병명: 상세불명의 부비동의 악성 신생물, 달리 분류되지 않은 수술상처의 파열

– 주요 청구내역

자463가(1) 종양절제를위한개두술(천막상부)-단순 (S4634) 1*1*1

자96나 비강,부비동악성종양적출술(상악전적출술) (O0962) 1*1*1

자16자(2)(가) 피판작성술-유리복합조직이식술(유리근육-피부피판술
[피부-근육-신경 또는 피부-근육](안면부) (SC164) 1*1*1

자16다(1) 피판작성술-근(안면부) (SB165) 1*1*1

자520 안와내용제거술 [제2의수술(종병이상)] (S5200004) 1*1*1

자130가 관혈적기관절개술 (O1300) 1*1*1

○ C사례(남/15세)

– 청구 상병명: 중이의 진주종, 벨마비

– 주요 청구내역

자480-1나 뇌기저부수술[경막을 이용한 이식포함]-중두개와 (S4802) 1*1*1

자223가 이하선종양적출술(양성) [제2의수술(종병이상)] (Q2231004) 1*1*1

자460나 신경이식술[이식편채취 포함]-4cm 이상 (S4606) 1*1*1

자574가 청신경종양적출술-이과적접근[경미로,경와우,후미로등][제2의수술(종병이상)](S5741004) 1*1*1

■ 심의내용

○ 동 건은 동일상병에 대해 해당과를 달리하여 수술하고 진료과목별로 수술료를 각각 청구한 건임.

○ 2가지 이상의 수술시 수기로 산정방법[고시 제2014-126호(' 14.8.1시행)] 에 의하면, '동일 피부 절개 하에 서 해당과를 달리하여 각각 다른 병변을 수술한 경우, 진료전문과목이 다르더라도 동일 마취하에 연속하 여 수술을 하는 것이므로 주된 수술 100%, 그 외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정

토록 되어 있고, 주된 수술이란 2가지 이상 수술 중 소정금액이 높은 수술을 기준으로 한다.'고 되어 있음.

○ 따라서, 수술과정 및 영상자료 등을 참조하여 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

▶ A사례(남/56세)

- 동 사례는 상세불명의 수막의 악성 신생물(Atypical meningioma) 상병에 종양제거술 및 피판술을 시행하고, ①'자480-1가 뇌기저부수술[경막을이용한이식포함]-전두개외*1'와 ②'자96가 비강,부비동악성종양적출술(상악부분절제)[제2의수술(종병이상)]*2, ③'자6다(2) 피판작성술-근(기타)*1'를 청구한 사례임.
- 관련 교과서에 의하면 두개안면절제(craniofacial resection)는 두개접근(cranial approach)과 안면접근(facial approach)을 병용하는 것이고, 자96다 비강,부비동악성종양적출술(두개안면절제술) 수가의 행위정의에 의하면 '4.신경외과에서 전두개저로 접근을 하여 종양의 두개내 부분을 박리한 후 시행한다. 5.안면부 접근술, 7.수술부위의 복원으로 명시되어 있음. 또한, 수가해설집(2000.6)에 의하면 '신경외과 의사와 이비인후과 의사가 같이 수술에 참여하여'라고 명시되어 있음.
- 수술기록 및 영상자료 검토결과, 병변이 주로 접형동(sphenoid sinus)에 위치하며 intracranial extension은 되어 있지 아니함. 신경외과에서 transcranial approach를 통해 두개저부분을 박리하였고, 이비인후과에서 안면부 수술을 시행한 후 성형외과에서 피판술을 시행하였으므로 수술내역 및 관련 교과서, 행위정의로 볼 때, 자96다 비강,부비동악성종양적출술(두개안면절제술) 수가로 인정하는 것이 타당하다고 판단됨.
- 그러나 동 사례는 종양이 접형동(sphenoid sinus) 후방으로 광범위하게 퍼져있어 안장결절(tuberculum sellae)까지 skull base bone을 제거하고, 경막(dura)에도 일부 종양 침범(tumor invasion) 된 것이 확인되므로 수술난이도, 업무량 등을 고려하여 '자480-1가 뇌기저부수술[경막을이용한이식포함]-전두개외*1'는 '자33라 개두술 또는 두개절제술(두개골 악성종양절제)'로 준용하여 인정함. 또한, '자96가 비강,부비동악성종양적출술(상악부분절제)[제2의수술(종병이상)]*2'는 양측으로 시행해야하는 타당성이 확인되지 않아 편측만 인정하며, '자6다(2) 피판작성술-근(기타)*1'는 동일 절개하 이루어진 수술로 제2의 수술로 인정함.

▶ B사례(여/60세)

- 상세불명의 부비동의 악성 신생물(squamous cell carcinoma of maxillary sinus(left)) 상병에 2개의 진료과(신경외과, 이비인후과)에서 종양제거술 및 피판술을 시행하고, ①'자463가(1) 종양절제를위한개두술(천막상부)-단순*1, ②'자96나 비강,부비동악성종양적출술(상악전적출술)*1, ③'자6자(2)(가) 피판작성술-유리복합조직이식술(유리근육-피부피판술[피부-근육-신경 또는 피부-근육])(안면부)*1, ④'자6다(1) 피판작성술-근(안면부)*1, ⑤'자520 안와내용제거술[제2의수술(종병이상)]*1'을 청구한 사례임.

- 관련 교과서에 의하면 두개안면절제(craniofacial resection)는 두개접근(cranial approach)과 안면접근(facial approach)을 병용하는 것이고, 자96다 비강,부비동악성종양적출술(두개안면절제술) 수가의 행위 정의에 의하면 '4.신경외과에서 전두개저로 접근을 하여 종양의 두개저 부분을 박리한 후 시행한다. 5.안면부 접근술, 7.수술부위의 복원으로 명시되어 있음. 또한, 수가해설집(2000.6)에 의하면 '신경외과 의사와 이비인후과 의사가 같이 수술에 참여하여'라고 명시되어 있음.

- 수술기록 및 영상자료 검토결과, 병변이 주로 상악동(maxillary sinus) 및 왼쪽 orbit lateral wall에 위치하며 intracranial extension은 되어 있지 아니함. 신경외과에서 transcranial approach를 통해 두개저부분을 박리하였고, 이비인후과에서 안면부 수술을 시행한 후 피판술을 시행하였으므로 수술내역 및 관련 교과서, 행위정의로 볼 때, 자96다 비강,부비동악성종양적출술(두개안면절제술) 수가로 인정하는 것이 타당하다고 판단됨.

- 그러나 동 사례는 skull base bone을 제거하고, 종양으로 인해 안구 및 시신경 등의 변위(displacement)가 많았던 것으로 확인되므로 수술난이도, 업무량 등을 고려하여 '자463가(1) 종양절제를위한개두술(천막상부)-단순*'은 '자33라 개두술또는두개절제술(두개골 악성종양절제)'로 준용하여 인정함. 또한, '자96나 비강,부비동악성종양적출술(상악전적출술)*'은 동일 절개하 이루어진 수술로 제2의 수술로 인정함.

- 한편, orbit 내에 위치한 종양 및 안와내용물을 제거하였으므로 '자520 안와내용제거술'은 제2의 수술로 인정하며, 종양제거 후 결손부위에 anterolateral thigh area에서 채취한 musculocutaneous flap 이식술을 시행하였으므로 '자16자(2)(가) 피판작성술-유리복합조직이식술(유리근육-피부피판술[피부-근육-신경 또는 피부-근육])(안면부)*'의 소정점수 100%를 인정하며 '자16다(1) 피판작성술-근(안면부)*'은 인정하지 아니함.

▶ C사례(남/15세)

- 중이의 진주종 상병에 2개의 진료과(이비인후과, 정형외과)에서 종양제거술 및 신경이식술을 시행하고, ① '자480-1나 뇌기저부수술[경막을 이용한 이식포함]-중두개와*', ② '자223가 이하선종양적출술(양성)[제2의수술(중병이상)]*', ③ '자460나 신경이식술[이식편채취포함]-4cm이상*', ④ '자574가 청신경종양적출술-이과적접근[경미로,경와우,후미로등][제2의수술(중병이상)]*'를 청구한 사례임.

- 수술기록 및 영상자료 검토결과, 경동맥의 petrous portion을 노출하고, middle fossa dura repair 등의 측두하와접근법 제2형을 시행한 바 '자574가 청신경종양적출술-이과적접근[경미로,경와우,후미로등]'수가로 준용하여 주수술 100%를 인정하며 '자480-1나 뇌기저부수술[경막을 이용한 이식포함]-중두개와는 인정하지 아니함. 또한, 안면신경분지를 찾기 위해 시행한 '자223가 이하선종양적출술(양성)'은 제2의 수술로 인정하며 '자460나 신경이식술[이식편채취포함]-4cm이상'은 좌측 하지에서 신경을 채취하여 신경이식술을 시행한 바, 소정점수 100%를 인정함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- 2가지 이상의 수술시 수기로 산정방법[고시 제2014-126호, 2014-07-30]
- Youmans Neurological Surgery, 6th, 2011
- 이비인후과학/두경부외과학, 2009.
- Cummings Otolaryngology, sixth edition, 2015

[2015.7.20. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

● **진료내역 참조, 자480-1가 뇌기저부수술-전두개와 수가산정의 타당성 및 동시 시행한 자96나 비강, 부비동악성종양적출술 인정여부**

■ 청구내역

- 청구 상병명: 비강의 악성 신생물, 뇌엽 및 뇌실을 제외한 대뇌의 악성 신생물, 후각신경의 악성 신생물

- 주요 청구내역

자480-1가 뇌기저부수술[경막을 이용한 이식포함]-전두개와 (S4801)	1*1*1
자96나 비강,부비동악성종양적출술(상악전적출술) (O0962)	1*1*1
개두술(복잡)에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 (N0051009)	1*1*1
CRANIAL PLATE 1.6 STRAIGHT 6H 이하 (H3013001)	1*2*1
CRANIAL SCREW PLUSDRIVE 1.6 1.6MM (C8401023)	1*8*1
BURR HOLE COVER 1.6 BURR HOLE (H3013005)	1*1*1
LYOPLANT 6CM X 14CM (H0011006)	1*1*1

■ 심의내용

- 동 건(남/48세)은 '자480-1가 뇌기저부수술-전두개와' 및 '자96 비강, 부비동악성종양적출술'을 청구한 건으로, 진료내역 참조하여 '자480-1가 뇌기저부수술-전두개와' 수가산정의 타당성 및 동시 시행한 '자96나 비강, 부비동악성종양적출술' 인정여부에 대하여 심의함.
- 뇌기저부수술(자480-1)은 두개강내 뇌기저부에 위치한 종양을 제거함에 있어 뇌의 주요구조물인 뇌간, 뇌신경, 뇌혈관을 보호하면서 surgical trauma를 최소화하기 위하여 두개저 접근방법(skull base approach)으로 두개저부 골조직을 상당부분 제거하고 뇌기저부의 종양 등을 제거함으로써 뇌기능을 최대한 보존하는 시술법으로, 1) 병변이 뇌기저부에 위치하고, 2) 병변이 뇌의 주요 구조물(뇌간, 뇌혈관, 뇌신경 등)을 침범 또는 압박하는 소견이 있으며, 3) 병변 제거를 위하여 뇌기저부의 골조직을 일부 제거하고 경막성형술이 포함된 두개저접근법(Skull base approach)을 시행한 경우에 산정토록 하고 있음.

○ 또한, 2가지 이상의 수술시 수기로 산정방법[고시 제2014-126호(' 14.8.1시행)]에 의하면, '동일 피부 절개 하에서 해당과를 달리하여 각각 다른 병변을 수술한 경우, 진료전문과목이 다르더라도 동일 마취하에 연속하여 수술을 하는 것이므로 주된 수술 100%, 그 외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정토록 되어 있고, 주된 수술이란 2가지 이상 수술 중 소정금액이 높은 수술을 기준으로 한다.'고 되어 있음.

○ 동 사례는 PNS malignancy with intracranial extension 상병에 2개의 진료과(신경외과, 이비인후과)에서 종양제거술을 시행하고, '자480-1가 뇌기저부수술[경막을 이용한 이식포함]-전두개와*1'와 '자96나 비강, 부비동악성종양적출술(상악전적출술)*1'을 청구한 사례임.

○ 수술기록 및 영상자료 검토결과, 사골동(ethmoid sinus), 접형동(sphenoid sinus)에서 발생한 부비동악성 종양이 intracranial extension 되어 있으나 뇌의 주요 구조물을 침범 또는 압박하는 소견은 확인되지 않음. 신경외과에서 transcranial approach를 통해 brain tumor 제거를 시행한 바, 신경외과에서 시행한 수술은 수술과정을 참고할 때 '자480-1가 뇌기저부수술-전두개와 수술'의 기본원칙에 해당하지 않고 '자463가(2)종양절제를 위한 개두술-천막상부(복잡)'와 동일한 것으로 판단되어 '자480-1가 뇌기저부수술[경막을 이용한 이식포함]-전두개와'는 '자463가(2)종양절제를 위한 개두술-천막상부(복잡)'으로 인정함.

- 한편, 동일 병변에 대해 이비인후과에서 endonasal approach를 통해 시행한 부비동 수술(paranasal sinus surgery)은 전문심사위원의 의견을 참조하여 결정키로 함.

※ 심사위원(신경외과, 이비인후과) 검토결과

- 수술기록 및 영상자료 검토결과, 사골동(ethmoid sinus), 접형동(sphenoid sinus) 및 intracranial extension 된 병변에 대해 이비인후과에서 endonasal approach를 통해 시행한 수술은 '자96가 비강, 부비동악성종양적출술(상악부분절제)'로 판단되어 '자96나 비강, 부비동악성종양적출술(상악전적출술)*1'은 '자96가 비강, 부비동악성종양적출술(상악부분절제) 제2의 수술'로 인정함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- 2가지 이상의 수술시 수기로 산정방법[고시 제2014-126호, 2014-07-30]
- Youmans Neurological Surgery, 6th, 2011

[2015.5.11. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

● 자96다 비강,부비동악성종양적출술(두개안면절제)시 시행된 자463가(1) 종양절제를위한개두술(천막상부-단순)의 별도 인정여부

■ 청구내역

- 상병: 비강의 악성 신생물, 상세불명의 패혈증, 무과립구증, 식도염을 동반하지 않은 위-식도역류병
- 주요 청구내역
 - 자463가(1) 종양절제를 위한 개두술(천막상부)-단순 (S4634) 1x1x1
 - 자96다 비강, 부비동악성종양적출술(두개안면절제술) [제2의수술] (O0963001) 1x1x1

■ 진료내역

○ 이비인후과 수술기록지

- 수술명: Craniofacial frontoethmoidectomy(craniofacial resection)
- 수술후 진단명: olfactory neuroblastoma
- 수술방법 및 소견

2012.9.7. Endoscopic Cranio Facial Resection done

B) inf. turbinate lateral was fractured.

Septal flap was harvested on the left side and septal bone was also harvested.

Main mass was in the right nasal cavity. Partial removal with debrider was done and right side septum found to be intact.

Caudal based right side septal flap was repositioned over the exposed left side cartilage.

Modified Lothrop approach was done for R) ant and post ethmoidectomy, antrostomy, L) post ethmoidectomy, R) middle turbinectomy, L) middle turminate : outfracture, B) sup turbinectomy.

There were no evidence of tumor invasion (grossly) in R) lamina papyracia. → removed.

Several times of frozen biopsy was done and the report for each frozen biopsy was R) post ethmoid: no tumor, R) frontal cell (supra orbital cell): no tumor, R) frontal recess: no tumor, R) post wall of frontal sinus: no tumor, dura resection margin: no tumor.

Skull base recontruction was done with Fascia lata inlay, Bone layer, Septal flap overlay, dura seal, surgicell/nasopre/gelfoam

○ 신경외과 수술기록지

- 수술명: Endoscopic Craniofacial frontoethmoidectomy(craniofacial resection)
- 수술후 진단명: olfactory neuroblastoma
- 수술방법 및 소견

approach: Endoscopic endonasal

nasal cavity tumor resection, septal flap preparation, Rt mid. turbinectomy, B) Sup. turbinectomy, removal of Rt med. orbital wall, removal of cribriform plate by ENT team, CSF leakage(+)

Rt lat. thigh 중간부위에 linear incision 후 fat을 harvest한 후 fascia lata를 9x6cm harvest함. fascia를 preparation하여 double layer로 suture함.

frontal base의 dura를 직사각형 모양으로 incision하고 falx를 자르면서 앞쪽에서 뒤쪽으로 olfactory bulbs와 olfactory nerves를 dura에 붙인 채 dissection하였음. planum 바로 앞쪽의 bone margin에서 dura를 마지막으로 incision하여 crista galli, dura, olfactory bulbs, olfactory nerves를 en bloc으로 제거함.

준비해둔 fascia를 in-and out-layer로 dura reconstruction하고 ENT team에서 harvest해 두었던 septal bone으로 gasket seal type rigid reconstruction함.

sphenoid sinus내에 fat을 넣어 flap의 지지대를 만든 후 septal flap inf.에 incision을 추가로 가해 frontal sinus post. wall까지 cover할 수 있게 함. flap margin에 surgical을 붙이고 duraseal을 뿌림. 이후 ENT team에서 nasal cavity packing 시행함.

■ 심의내용

- 이 사례는 Olfactory neuroblastoma 상병에 2개의 진료과(이비인후과, 신경외과)에서 Endoscopic Cranio-facial frontoethmoidectomy(craniofacial resection)를 시행하고 자463가(1) 종양절제를 위한 개두술(천막상부-단순)*1과 자96다 비강,부비동 악성종양적출술(두개안면절제)*0.5를 청구한 사례로,
- 수술기록 및 영상자료 참조, 비강내 종양에 대하여 이비인후과에서 endoscopic transnasal tumor removal 후에 동일경로를 통하여 신경외과에서 skull base에 침범한 tumor를 제거하고 Dural repair를 시행하였는바, 신경외과에서 시행한 수술은 수술과정을 참고할 때 '자463다 경비적뇌하수체종양적출술'과 유사한 것으로 판단됨.
- 따라서 청구된 '자463가(1) 종양절제를 위한 개두술(천막상부-단순)'은 '자463다 경비적뇌하수체종양적출술'로 인정함.

■ 참고

- 자480-1 뇌기저부수술 수가산정의 타당성 및 자117-1 전두동,사골동,상악동근본수술 별도 인정여부 (2012.3.15. 신경외과분위)
- 위턱골의 악성신생물 상병에 해당과를 달리하여 비강,부비동악성종양적출술(두개안면절제술)과 뇌기저부수술(중두개와)시 수가산정방법에 대하여 (2009.11.27. 이비인후과분위)
- Sabiston Textbook of Surgery, 19th ed, 2012.
- Cummings Otolaryngology: Head & Neck Surgery, 5th ed, 2010.

[2013.5.20. 진료심사평가위원회]

■ 자99 비출혈지혈법

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-99		비출혈지혈법 Control of Epistaxis			
	00991	가. 소작법 Cauterization	255.25	20,780	18,760
	00992	나. 전비공팩킹 [복잡한 것] Anterior Nasal Packing 주 : 간단한 전비공팩킹은 기본진료료에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.	343.74	27,980	25,260
	00993	다. 후비공팩킹 Posterior Nasal Packing	390.07	31,750	28,670
	00994	라. 동맥결찰술 Artery Ligation	1,968.28	160,220	144,670

[공개심의사례]

● 코수술(Endoscopic Sinus Surgery, Septoplasty 등)을 하고 1~2일 후에 산정한 자99나 비출혈지혈법(전비공팩킹, 복잡한 것)에 대하여(2사례)

■ 청구사례

〈 A 사례 (여/68세) 〉

- 상병명: 편위된 비중격, 코선반의 비대
- 처치 및 수술

〈 2011.4.12. 〉

자H02주 하비갑개점막하 절제술(중비갑개점막하 절제술포함)-내시경하 2×1
 자H00나 비중격교정술 또는 성형술(골에 달하는것)[제2수술] 1×1

〈 2011.4.13. 〉

자99나 비출혈지혈법(전비공팩킹, 복잡한 것) 1×1

○ 진료기록

4/12 주진단 : nasal septal deviation

[수술기록지]

- Preop Dx : NSD, CHR
- OP name : Septo. IT lat(B), RFTVR(B)
- OP procedure
- 1. Hemitransfixion incision (L)
- 2. ant post tunneling
- 3. resection of deviated septal cartilage and bone
- 4. cut & suture of caudal septum
- 5. Batten graft (1ea/1ea)

6. septal mucosal laceration (R) → fascia lata 1 layer로 repair함.

7. suturing of incision site

8. postop stable

merocel 1ea/1ea

4/13 S: postop pain – tolerable

PND(-)

headache : mild

O: packing out 시행함.

Lt) minimal bleeding controlled by bosmin gauze

Rt) mucosal laceration 부위 moderate bleeding 있었으나 bosmin gauze 및 epinephrin apply로 지혈됨.

A: 내일 드레싱 후 퇴원

cold gargle 독려

4/14 S: postop pain – tolerable

PND (-)

headache – mild

O: bleeding (-)

〈 B 사례 (남/46세) 〉

○ 상병명 : 만성 범부비동염, 편위된 비중격, 코선반의 비대, 상세불명의 처치후 호흡장애

○ 수술 및 처치

〈 2011.4.13. 〉

자15주 상악동사골동접형골동 근본수술-내시경하 1×1

자17-1주 전두동, 사골동, 상악동 근본수술-내시경하 1×1

자100나 비중격교정술 또는 성형술(골에 달하는 것)[제2의 수술] 1×1

자102 하비갑개점막하 절제술(중비갑개점막하 절제술포함)[제2의 수술] 2×1

〈 2011.4.15. 〉

자99나 비출혈지혈법(전비공팩킹, 복잡한 것)

1×1

○ 진료기록

4/13 주진단: nasal septal deviation

4/14 #POD: 1

S : postop pain (+, tolerable analgesics)

O : PND (-)

bleeding(+, minimal)

A : CRS(B), NSD, CHR

* CRS: chronic rhinosinusitis

s/p ESS(B), septo, RFTVR(B)

P : 1. Postop pain control

2. check bleeding sign

3. cold water gargle

4. POD #2 packing out (morocel 2ea)

discharge medication

4/15 #POD: 2

S : postop pain (+, tolerable analgesics)

O : PND (-)

Nasopore, Moerocel packing status → oint gauze (4ea/3ea) & Merocel (L, 2ea) packing out

bleeding(+, minimal) : controled bosmin gauze

A : CRS(B), NSD, CHR

s/p ESS(B), septo, RFTVR(B)

■ 참고

- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부 제2부 제9장 처치 및 수술료 등(보건복지부 고시 제2010-123호, 2010.12.24.)
- 대한이비인후과학. 이비인후과학 두경부학 II. 일조각. 2009.

■ 심의내용

- 「자99나 비출혈지혈법(전비공팩킹, 복잡한 것)은 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치 점수에 '간단한 전비공팩킹'은 기본진료료에 포함되어 소정점수를 별도 산정하지 않지만, '복잡한 전비공팩킹'은 소정점수를 산정토록 되어 있음. 또한, 의료보험 진료수가 분류 개선(안)에 대한 해설집(2000.6)에서는 단순히 전비강에 혈관수축제(에피네프린 혹은 4% 코카인)를 묻힌 거즈나 솜을 삽입하는 '간단한 전비공팩킹'은 기본진료료에 포함되지만, 계속되는 출혈에서는 항생제를 묻힌 거즈를 많게는 20장 이상 팩킹하여 출혈부위를 압박하는 복잡한 경우가 있음을 설명하고 있음.
- 동 건의 A, B 사례는 코 수술(Endoscopic Sinus Surgery, Septoplasty 등) 후 1~2일째 되는 날 수술 시 삽입했던 packing을 제거하면서 bleeding control 후 자99나 비출혈지혈법(전비공팩킹, 복잡한 것)을 청구한 것으로,
- A, B 사례의 진료기록 상 minimal 또는 moderate bleeding이 있어 bosmin과 epinephrine을 적신 gauze로 dressing을 시행한 바, 이는 간단한 전비공팩킹으로 기본진료료에 포함되는 행위로 판단되어 자99나 비출혈지혈법(전비공팩킹, 복잡한 것)은 인정하지 않음.

[2011.10.10. 진료심사평가위원회]

■ 자100 비중격교정술 또는 성형술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-100		비중격교정술 또는 성형술 Submucosal Resection or Septoplasty			
	O1001	가. 연골에 달하는 것 Cartilage	1,849.04	150,510	135,900
	O1002	나. 골에 달하는 것 Bone	2,626.05	213,760	193,010
	O1003	다. 비중격재건술 Reconstructive Surgery of Septum	3,173.43	258,320	233,250

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
자100 비중격 교정술과 양측으로 동시에 시행한	양측으로 자101 하비갑개절제술 또는 자102 하비갑개점막하절제술 실시하면서 동시에 자100 비중격교정술을 시행한 경우 수기료는 다음과 같이 산정함. - 다 음 -
자101 하비갑개 절제술 또는	가. 자100 비중격교정술 수기료가 동시 실시한 양측 수기료보다 큰 경우 : 자100 소정점수의 100%. 동시 수술 소정점수의 150% [종합병원(상급종합병원 포함)은 170%] 산정
자102 하비갑개 점막하절제술의 수기료산정방법	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, 2014.8.1. 시행]

[기결정고시]

● 구순열관련 비성형술

자100 비중격 교정술 또는 성형술의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

[공개심의사례]

● **비골의 폐쇄성골절 상병에 ‘비골골절 비관혈적정복술(자35가)’과 ‘비중격교정술 또는 성형술(자-100가 또는 자-100나)’을 동시에 시행한 경우 수술료와 입원기간 인정여부**

■ **청구내역**

○ A 사례 (남/40세)

- 상병: 비골의 골절(폐쇄성), 편위된 비중격, 상세불명의 뇌진탕-두개내 열린상처가 없는, 만성 비염
- 입원: 2013.6.10.~7.1.(22일)
- 주요청구내역

[수술료] 자35가 비골골절 비관혈적정복술(N0353001)	1*1
자100가 비중격교정술 또는 성형술(연골에 달하는 것)(O1001)	1*1
[마취료] 바2가(1) 기관내삽관에의한폐쇄순환식전신마취관리기본[1시간기준](L1211)	1*1

○ B 사례 (남/30세)

- 상병: 비골의 골절(폐쇄성), 편위된 비중격, 비출혈, 상세불명의 뇌진탕-두개내 열린상처가 없는
- 입원: 2013.6.24.~7.12.(19일)
- 주요청구내역

[수술료] 자35가 비골골절 비관혈적정복술(N0353001)	1*1
자100나 비중격교정술 또는 성형술(골에 달하는 것)(O1002)	1*1
[마취료] 바2가(1) 기관내삽관에의한폐쇄순환식전신마취관리기본[1시간기준](L1211)	1*1

■ **진료내역**

○ A 사례 (남/40세)

- C.C: Swelling on periorbital area, Rt.
- P.I: 상기환자 6/6 넘어서 상기주소로 OP 위해 입원함
- Impression: Both obstructive fracture, inf & med. wall, Rt.
Fx. nasal bone with deviated nasal septum
- 간호기록
 - 2013.6.10. 외래 통해 입원함. 수액주입중이며 통증호소 없음
 - 2013.6.11. 통증 호소 없이 안정중임
 - 2013.6.12. 5pm30-외출 원하여 주치의 허락 하에 7pm까지 외출나감
11pm-귀원하지 않아 핸드폰연락, 병원에 있다며 곧 오겠다 함
 - 2013.6.13. 3pm-외출 원하였으나 안 됨을 설명
9pm-자리에 없어 핸드폰 연락함. 병원 1층에 있다고 하여 올라오라 함
 - 2013.6.14. OP(Closed reduction with septoplasty with turbinoplasty)
 - 2013.6.15. nasal bleeding 없이 안정중임
 - 2013.6.16. 5pm-병실에 없어 연락함. 1층에 있다며 올라온다 함
6pm10-계속 없어 연락함

- 6pm30-오랜 시간 비원두지 말 것을 설명함
- 2013.6.17. nasal splint 유지중임. pain 없음
- 2013.6.18. 4pm-환자 자리에 없어 핸드폰 연락하여 귀원하도록 함
- 2013.6.19. MD-점심식사 안하고 점심약 복용안함. 핸드폰 연락함, 병원 1층에 있다함
3pm-외출 시 보고하도록 알림, 오랜 시간 자리 비우지 않도록 함
10pm-외출 위하여 주치의 허락하에 10pm~MN까지 외출나감
- 2013.6.20.~ 6.24. 불편감 없이 안정중임
- 2013.6.25. 5pm-환자 외박 위하여 ps 전담 간호사 허락하에 6/26 10am까지 외출나감
- 2013.6.26. 11pm-환자 자리에 없어 핸드폰 연락하여 자리에 있도록 연락함
- 2013.6.27.~6.30. 특이 호소 없이 안정중임

○ B 사례 (남/30세)

- C.C: Swelling on nose.
- P.I: 상기환자 6/24 아침 산에서 넘어져 돌에 얼굴 부딪혀 얼굴에 상처 있어 둔산동 성형외과에서 봉합 후 본원 전원 후 CT찍고 외래 통해 입원함
- Impression: Fx. nasal bone with deviated nasal septum
- 간호기록
 - 2013.6.24. 외래 통해 입원함. 개인사정으로 외출 위하여 외출함
 - 2013.6.25. 4pm-귀원함. 개인사정으로 6pm귀원하겠다며 외출증 작성 후 나감
6pm-귀원함
8pm20-부재중에 전화 연결함. 귀원하겠다 함. 무단외출에 대해 주의 줌
10pm20-부재중으로 전화 연결함. 즉시 귀원 설명함.
10pm40-귀원함. 무단외출 주의 줌
 - 2013.6.26. 통증호소 없이 수면 유지함
 - 2013.6.27. 통증호소 없음
 - 2013.6.28. OP(Closed Reduction with septoplasty, turbinoplasty)
3pm10-“계속 피나요”수술부위로 비출혈 관찰됨.
 - 2013.6.29. 수술부위 출혈 및 통증호소 없음
 - 2013.6.30. 수술부위 출혈 없이 통증호소 없음
 - 2013.7.2. 11pm20-“재채기했는데 피났어요” 수술부위코 주변으로 출혈보임
 - 2013.7.6. 3am-“자는데 코피났어요” 수술부위 코 주변으로 출혈보임
 - 2013.7.7. 9pm-“또 피나요”오른쪽 코 출혈양상 보임
 - 2013.7.8. 7pm-nasal bleeding 있어 퇴원했다가 응급실 방문한 후 재입원함
 - 2013.7.10. 2am30-“재채기 하고 나서 피가나요”nasal bleeding관찰됨
6pm-“피나요”Rt.nasal bleeding 관찰됨
 - 2013.7.12. 퇴원함

■ 심의내용

- 교과서와 임상 전문가 등에 따르면, 내측 전위된 단순한 비골골절에서는 일반적으로 5~7일 이내에 비관혈적정복술을 시행하는 것이 바람직하며, 비중격골절이 동반되어 폐색(obstruction) 등의 증상이 있는 경우에는 비중격교정술을 함께 시행하는 것이 타당함. 그러나 특별한 증상 없이 통상적으로 실시하는 것은 바람직하지 않음.
- 해당 기관의 경우 폐쇄성 비골골절, 편위된 비중격 상병에 'Closed Reduction with Septoplasty, Turbinoplasty'를 실시하고, 비관혈적정복술(자-35가)과 비중격교정술 또는 성형술(자-100가 또는 자-100나)을 함께 청구하고, 입원기간도 타 요양기관에 비해 장기인 바, 진료기록과 영상자료를 참조하여 수술료와 입원기간에 대해 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

○ A사례

- 폐쇄성 비골골절, 편위된 비중격 상병에 '13.6.10. 입원하여 '13.6.14. Closed Reduction with Septoplasty, Turbinoplasty를 실시하고 '13.7.1.퇴원한 사례로 총 22일간 입원하였으며, 수술료는 비중격교정술 또는 성형술(자-100가) 100% x1, 비관혈적정복술(자-35가) 50% x1을 청구함.
- 수술 전 촬영한 CT를 확인한 결과 비중격교정술을 실시할 만한 상태로 판단되지 않아 수술료는 비관혈적정복술(자-35가) 100% x1로 인정함.
- 입원기간은 출혈 등의 특이 증상 호소가 없으므로 수술당일을 포함하여 수술 전·후로 총 7일간 인정함.

○ B사례

- 폐쇄성 비골골절, 편위된 비중격 상병에 '13.6.24. 입원하여 '13.6.28. Closed Reduction with Septoplasty, Turbinoplasty를 실시하고 '13.7.12.퇴원한 사례로 총 19일간 입원하였으며, 수술료는 비중격교정술 또는 성형술(자-100나) 100% x1, 비관혈적정복술(자-35가) 50% x1을 청구함.
- 수술 전 촬영한 CT를 확인한 결과 비중격교정술을 실시할 만한 상태로 판단되지 않아 수술료는 비관혈적정복술(자-35가) 100% x1로 인정함.
- 입원기간은 수술 전 '13.6.24~6.26. 3일간은 특이 증상 호소 없이 외출 또는 부재중인 상태로 입원이 불필요한 것으로 판단되어 인정하지 아니하며, 수술 후 입원기간은 출혈이 지속된 점을 고려하여 '13.6.27~7.12.의 입원료는 인정함.

■ 참고

- Cummings Otolaryngology Head & Neck Surgery, Fifth Edition, Paul W. Flint
- 강진성 성형외과학, third edition, 서울: 군자출판사; 2004.
- 대한이비인후과학회편, 이비인후과학 II (비과·두경부외과), 서울: 일조각; 2009.

[2013.11.11. 진료심사평가위원회]

■ 자101-1 외향비갑개골절술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-101-1	01015	외향비갑개골절술 Turbinate Outfracture	956.93	77,890	70,330

[공개심의사례]

● 하비갑개점막하절제술과 동시 시행한 외향비갑개골절술 인정여부

■ 청구내역

○ A 사례(남/59세)

– 상병명 : 만성 상악동염, 코선반의 비대, 편위된 비중격

– 주요 청구내역

- 자114주 상악동사골동근본수술-내시경하에서 실시한 경우 1×2
- 자102 하비갑개점막하절제술[중비갑개점막하 절제술 포함],B 1×1
- 자100나 비중격교정술 또는 성형술(골에 달하는 것) 1×0.5
- 자101-1 외향비갑개골절술 1×0.5

○ B 사례(여/30세)

– 상병명 : 코선반의 비대, 기타 알레르기성 비염, 편위된 비중격

– 주요 청구내역

- 자102 하비갑개점막하절제술[중비갑개점막하 절제술 포함] 1×2
- 자100나 비중격교정술 또는 성형술(골에 달하는 것)(우측) 1×0.5
- 자101-1 외향비갑개골절술 1×1

■ 진료내역

○ A 사례(남/59세)

〈 수술기록지 〉

· 수술전 진단 : Septal Deviation, Chronic hypertrophic rhinitis

· 수술명 : Intranasal Ethmoidectomy, Septoplasty, Inf. Turbinate outfracture(B), Inf. turbinectomy c radiofrequency(B)

○ B 사례(여/30세)

〈 수술기록지 〉

- C.C : Nasal obstruction · Dx : Septal Deviation, Chronic hypertrophic rhinitis
- 수술명 : Septoplasty c submucosal inferior turbinectomy both

■ 심의내용

- 자102 하비갑개점막하절제술은 기구를 이용하여 하비갑개의 전방부위, 전하방부위의 골부분을 노출시켜 하비갑개 골을 제거하는 시술법이며, 한편 자101-1 외향비갑개골절술은 비갑개를 내측화시켜 비갑개를 외향으로 골절시키는 시술법임.
- 자102 하비갑개점막하절제술과 자101-1 외향비갑개골절술이 동시 산정되어 논의한 결과, 두 시술 과정을 참조할 때 자102 하비갑개점막하절제술 소정점수에는 비갑개의 내측 및 외측 골절 비용이 포함되어 있음.
- 따라서, 자102 하비갑개점막하절제술과 동시 산정된 자101-1 외향비갑개골절술은 별도 인정하지 아니함.

■ 참고

- 대한이비인후과학회, 이비인후과학-두경부외과학, 일조각, 2009

[2013.9.16. 진료심사평가위원회]

■ 자102 하비갑개점막하 절제술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-102	01021	하비갑개점막하 절제술 [중비갑개점막하 절제술 포함] Submucosal Inferior Turbinectomy	1,333.46	108,540	98,010
	01022	주 : 내시경하에서 실시한 경우에는 1,375.78점을 산정한다.	1,375.78	111,990	101,120

[기결정고시]

- 고주파를 이용한 하비갑개 용적감소술 Inferior Turbinate Volume Reduction with Radiofrequency
자102 하비갑개점막하 절제술 [중비갑개점막하 절제술 포함]의 소정점수를 산정함.

[고시 제2012-170호, 2013.1.1. 시행]

■ 자102-1 갑개소작술, 비인강소작술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-102-1	O1026	갑개소작술, 비인강소작술 Turbinate Cautery, Nasopharyngeal Cautery 주 : 약물소작은 리도카인, 테트라카인 등으로 국소마취 후 5% 이상의 AgNO ₃ 등으로 소작한 경우에 산정한다.	153.21	12,470	11,260

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
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 관 한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함.

[고시 제2018-3호, 2018.4.1. 시행]

■ 자108 부비강세척 [주입 포함]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-108	O1081	부비강세척 [주입 포함] Sinus Irrigation	215.98	17,580	15,870

■ 자108-1 프로엣쯔치환술 [양측]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-108-1	O1086	프로엣쯔치환술 [양측] Proetz's Displacement	139.72	11,370	10,270

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
자108 부비강세척, 자108-1프로엣즈 치환술 인정기준	1. 자108 부비강세척은 국소마취 후 부비동의 자연공으로 카테타를 삽입하거나 투관 침이나 천자침을 이용하여 천자후 세척하는 방법으로 아급성기 및 만성 부비동염 에 시행한 경우에 인정하며, 만3세이하의 소아에게는 인정하지 아니함. 다만, 전신 마취하에 부비동세척을 실시하거나 아데노이드절제술 등을 시술하는 과정에서 튜 브를 삽입한 후 이를 통해 부비강세척을 실시한 경우에는 만3세 이하에서도 인정함. 2. 자108 부비강세척 및 자108-1 프로엣즈치환술은 각각 주2회 이내로 인정하되, 동 일 주간(週間)에 동 시술을 각각 주2회씩 시행했을 경우에는 프로엣즈치환술만 2 회/주로 인정함.

[고시 제2008-125호, 2008.11.1. 시행]

[기결정고시]

● Sinojet(상악동 천자하여 상악동 세척 실시)

자108 부비강세척[주입 포함]의 소정점수를 산정함

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

■ 자113 전부비강근본수술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-113	01130	전부비강근본수술 Radical Operation of Pansinusitis	3,449,17	280,760	253,510
	01131	주 : 내시경하에서 실시한 경우에는 5,682,37점을 산정 하되, 풍선카테터 를 이용하여 수술을 시행한 경우에는 Balloon catheter, Guide catheter는 별도 산정 한다.	5,682,37	462,540	417,650

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
자113 전부비강근 본수술의 인정기준	자113 전부비강근본수술은 상악동, 사골동, 접형골동, 전두동의 근본수술을 동시에 시술하는 경우에 인정함.

[고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]

[공개심의사례]

● 일부 발달되지 않은 부비동을 포함하여 시행한 자113주 전부비강근본수술 등 요양급여 인정여부

■ 청구내역(남/42세)

- 청구 상병명: 만성 범부비동염, 코선반의 비대, 상세불명의 코폴립
- 주요 청구내역

자113주 전부비강근본수술-내시경하에서 실시한 경우	1*1*
자95나주2 비용적출술(범발성)-내시경하에서 실시한 경우-복잡[제2의수술(중병이상)]	1*1*
자101주 하비갑개절제술[중비갑개절제술 포함]-내시경하에서 실시한 경우[제2의수술(중병이상)]	1*1*

■ 심의결과 및 내용

- 자113 전부비강근본수술의 인정기준(보건복지부 고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행)에 의하면 자113 전부비강근본수술은 상악동, 사골동, 접형골동, 전두동의 근본수술을 동시에 시술하는 경우에 인정함이라고 고시하고 있으므로 4개의 부비동 중 일부 발달되지 않은 부비동을 포함하여 전부비강근본수술을 시행한 경우 해당 부비강을 제외한 수가로 인정하는 것이 타당함.
- 이 건(남/42세)은 만성 범부비동염, 코선반의 비대, 상세불명의 코폴립 등의 상병으로 왼쪽부위에 자113주 전부비강근본수술-내시경하에서 실시한 경우, 자95나주2 비용적출술(범발성)-내시경하에 실시한 경우-복잡[제2의수술(중병이상)], 자102주 하비갑개점막하절제술[중비갑개점막하 절제술 포함]-내시경하에서 실시한 경우[제2의수술(중병이상)] 청구한 사례임.
- 제출된 진료내역 및 영상자료 검토결과 전두동이 발달되지 않은 상태이므로 수술료는 자115주2 상악동사골동접형골동근본수술-내시경하에서 실시한 경우-복잡, 자95나주2 비용적출술(범발성)-내시경하에 실시한 경우-복잡[제2의수술(중병이상)], 자102주 하비갑개점막하절제술[중비갑개점막하 절제술 포함]-내시경하에서 실시한 경우[제2의수술(중병이상)]로 인정함.
- 참고
 - 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
 - 자113 전부비강근본수술의 인정기준(보건복지부 고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행)
 - 건강보험 요양급여비용 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료

[2017.11.28. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

■ 자114 상악동사골동근본수술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-114	O1140	상악동사골동근본수술 Radical Operation of Maxillary and Ethmoid Sinus	2,067.00	168,250	151,920
	O1141	주 : 내시경하에서 실시한 경우에는 2,422.98점을 산정하되, 풍선카테터 를 이용하여 수술을 시행한 경우에는 Balloon catheter, Guide catheter는 별도 산정한다.	2,422.98	197,230	178,090

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
내시경하에 자114 상악동사골동근본수술과 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, 2007.6.1. 시행]

■ 자115 상악동사골동접형골동근본수술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-115	O1150	상악동사골동접형골동근본수술 Radical Operation of Maxillary, Ethmoid and Sphenoid Sinus	2,530.59	205,990	186,000
	O1151	주 : 1. 내시경하에서 실시한 경우에는 3,090.85점을 산정하되, 풍선카테터*를 이용하여 수술을 시행한 경우에는 Balloon catheter, Guide catheter는 별도 산정한다.	3,090.85	251,600	227,180
	O1152	2. '주'의 시술이 복잡기준에 해당하는 경우에는 3,756.34점을 산정한다.	3,756.34	305,770	276,090

■ 자116 전두동사골동근본수술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-116	O1160	전두동사골동근본수술 Radical Operation of Frontal and Ethmoid Sinus	2,284.49	185,960	167,910
	O1161	주 : 1. 내시경하에서 실시한 경우에는 2,651.00점을 산정하되, 풍선카테터*를 이용하여 수술을 시행한 경우에는 Balloon catheter, Guide catheter는 별도 산정한다.	2,651.00	215,790	194,850
	O1162	2. '주1'의 시술이 복잡기준에 해당하는 경우에는 3,166.15점을 산정한다.	3,166.15	257,720	232,710

■ 자117 전두동사골동접형골동근본수술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-117	O1170	전두동사골동접형골동근본수술 Radical Operation of Frontal, Ethmoid and Sphenoid Sinus	2,498.45	203,370	183,640
	O1171	주 : 1. 내시경하에서 실시한 경우에는 3,055.51점을 산정하되, 풍선카테터*를 이용하여 수술을 시행한 경우에는 Balloon catheter, Guide catheter는 별도 산정한다.	3,055.51	248,720	224,580
	O1172	2. '주1'의 시술이 복잡기준에 해당하는 경우에는 3,703.95점을 산정한다.	3,703.95	301,500	272,240

■ 자117-1 전두동, 사골동, 상악동근본수술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-117-1	O1175	전두동, 사골동, 상악동근본수술 Radical Operation of Frontal, Ethmoid and Maxillary Sinus	2,223.40	180,980	163,420
	O1176	주 : 1. 내시경하에서 실시한 경우에는 2,665.00점을 산정하되, 풍선카테터*를 이용하여 수술을 시행한 경우에는 Balloon catheter, Guide catheter는 별도 산정한다.	2,665.00	216,930	195,880
	O1177	2. '주'의 시술이 복잡기준에 해당하는 경우에는 3,324.57점을 산정한다.	3,324.57	270,620	244,360

■ 자118 사골동접형골동수술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-118	O1180	사골동접형골동수술 Ethmoidectomy and Sphenoidectomy	2,020.84	164,500	148,530
	O1181	주 : 1. 내시경하에서 실시한 경우에는 2,446.64점을 산정하되, 풍선카테터*를 이용하여 수술을 시행한 경우에는 Balloon catheter, Guide catheter는 별도 산정한다.	2,446.64	199,160	179,830
	O1182	2. '주'의 시술이 복잡기준에 해당하는 경우에는 2,951.10점을 산정한다.	2,951.10	240,220	216,910

[행정해석]

● 자115주 · 자116주 · 자117주 · 자117-1주 · 자118주 내시경하부비동근본수술

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

- 아 래 -

- 재수술인 경우
- 심한 부비동염이나 광범위한 용종, 비강내 반전성 유두종 등의 양성 종양으로 정상적인 해부학적 지표가 없거나 소실된 경우
- 병변이 접형동 또는 전두동을 침범한 부비동 질환의 경우

[보험급여과-2502, 2014.8.1. 시행]

⇒ 후 두

■ 자125 후두 및 하인두 전적출술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-125	01251	후두 및 하인두 전적출술 Total Laryngectomy and Hypopharyngectomy	17,454.79	1,420,820	1,282,930

[공개심의사례]

● 식도 및 하인두 악성신생물 상병에 식도악성종양근치수술(자240다)과 후두및하인두전적출술(자125)을 해당과를 달리하면서 각각 절개하여 시행시 수가산정방법에 대하여

■ 청구내역 (남/50세)

- 상병명 : 상세불명의 식도 악성신생물, 상세불명의 하인두 악성신생물, 상세불명의 협심증, 상세불명의 폐렴, 상세불명의 천식, 기타 만성 취장염(이자염)

○ 주요청구내역

[수술료]

▶ 6/18 수술

자236-1나 식도절제후재건술(위이용)	1×1
자240다 식도악성종양근치수술[림프절청소포함]-경,흉,복부접근	1×1
자211가(2)“주”경부림프절청소술(편측, 보존적, 제1절 산정지침(7)에서 정한 수술과 동시 실시)	1×1
자125 후두및하인두전적출술	1×1

■ 진료내역

[진단명]

esophageal cancer

hypopharyngeal cancer(esophageal cancer, UI 33-36cm, SqCC, oT1N1MO, hypopharyngeal cancer, SqCC, oT2N2)

[수술기록지]

- monitoring start, GA with D-lumen E-tube
- Lt. decubitus position, skin prep and draping as usual
- VATS esophageal mobilization
- chest tube insertion, wound closure
- supine with neck extension, skin prep and drapping as usual
- total laryngectomy, hypopharyngectomy, Lt, MRND

- stomach mobilization, pyloromyotomy
- pharyngogastrostomy, feeding jejunostomy
- wound closure

■ 참고

- 이비인후과학-두경부외과학 I, II (기초·이과), 대한이비인후과학회편, 2009.

■ 심의내용

- 동 건(남/50세)은 식도 및 하인두의 악성 신생물 상병으로 흉부외과와 이비인후과에서 절개 부위를 달리하여 수술(흉부외과: Video-assisted thoracoscopy esophageal mobilization, 이비인후과: total laryngectomy and hypopharyngectomy with Lt MRND) 후 식도악성종양근치수술(자240다)과 후두 및 하인두 전적출술(자125)의 소정점수를 각각 산정한 사례로, 제출된 진료기록 및 영상자료(PET CT 등)를 참조할 때 각각의 다른 병변을 진료과를 달리하여 서로 다른 절개술하에 시행한 것으로 확인되는 바 식도 악성종양근치수술(자240다)과 후두 및 하인두 전적출술(자125)의 소정점수를 각각 인정함.

[2010.07.12 진료심사평가위원회]

■ 자125-1 후두 전적출 및 하인두 부분적출술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-125-1	O1252	후두 전적출 및 하인두 부분적출술 Total Laryngectomy and Partial Hypopharyngectomy	16,076.44	1,308,620	1,181,620

[공개심의사례]

- 하인두 악성신생물 등 상병에 후두 전적출 및 하인두 부분적출술(자125-1×100%)과 동시 산정된 기관개창술(자134가-기타×50%)에 대하여

■ 청구내역 (여/68세)

- 상병명 : 상세불명의 하인두 악성 신생물, 상세불명의 림프절의 속발성 및 상세불명의 악성신생물, 상세 불명의 심장성 부정맥, 삼킴 곤란 등

○ 처치 및 수술

- 자125-1 후두전적출 및 하인두부분적출술 1*1
- 자16사 피판작성술-유리피판술[피부 또는 근육](기타) 1*1
- 자211 경부림프절청소술(편측, 보존적)-산정지침(7)에서 정한 수술과 동시 수술 1*1

자455 갑상선수술[낭종, 선종, 갑상선기능항진등](갑상선엽전절제술)-편측[제2수술]	1*1
자134가(3) 기관 또는 기관지협착증수술(경부접근)-기타(티-튜브삽관, 기관 개창 등)[제2수술]	1*1

■ 진료내역

[수술기록지]

- 수술명 : Total Laryngectomy and Partial Hypopharyngectomy
 - Reconstruction of Pharynx with microvascular free flaps
 - Radical neck dissection(RND), unilateral
 - Other partial thyoidectomy
 - tracheal fenestration
 (Total laryngectomy: partial pharyngectomy: RND(R), Lt ALT free flap reconstruction)
- 수술 전 진단명 : malignant tumor hypopharynx
- 수술 후 진단명 : lymph node of metastasis
 - malignant tumor of hypopharynx
- 수술 방법 및 소견

Under general via orotracheal intubation, routine skin preparation and draping were done in supine position with neck hyperextension. Following marking with surgipen, U-shaped incision was made. An apron flap was elevated excluding platysma muscle up to the level of the hyoid bone, and sutured to the drapes. Inferior skin flap was undermined.

The dissection was carried up along the anterior border of the trapezius muscle. The lower end of the SCM muscle was transected and dissected, exposing the internal jugular vein. The strap muscles were removed and the anterior belly of the diaphragm was transected. The hypoglossal nerve was also identified and preserved. Metastatic lymph nodes above the anterior border of the SCM(level II, III) muscle were removed. The greater auricular nerve was sacrificed.

The median raphe was identified between the two sternohyoid muscles at the level of the thyroid isthmus and cleaved by blunt dissection. Dissection was continued at the midline to the thyroid cartilage and the trachea. The two sternohyoid muscles were separated at the midline, exposing the thyroid isthmus. The thyroid gland was bisected at the isthmus and the resected margins of the right and left thyroid gland were suture-ligated with vicryl. Right upper pole of thyroid was partial removed and suture-ligated with vicryl. The left thyroid gland was clear and remained. At the posterior border of the SCM, the spinal accessory nerve was sacrificed. The carotid artery sheath was opened but no injury.

The dissection was carried up along the anterior border of the trapezius muscle. The upper end of the SCM muscle was transected and dissected from levator muscle, exposing the internal jugular vein. The omohyoid muscle was identified on each side and transected. The sternohyoid muscles were also transected. The suprahyoid muscles were dissected from the body of the hyoid was cut from the point

of its origin on the hyoid bone. Dissection was continued laterally along the superior surface of the hyoid bone. The lesser horns of the hyoid bone were transected and the greater horn was grasped with and Allis clamp and the tip of the hyoid bone was carefully dissected free. The superior surface of the hyoid bone was dissected and the superior horn of the thyroid cartilage was grasped at its base with an Allis clamp and pulled forward. The superior horn was dissected along its along axis. Inferior constrictor muscles were dissected from the lateral border to the thyroid cartilage. The trachea was resected. The pharynx was entered in the midline at the level of the epiglottic tip, and incision was continued inferiorly with including cervical esophagus. The larynx was finally detached from the esophagus.

The anterolateral thigh free flap was obtained by plastic surgeon. Then the vessel anastomosis was done with cervical artery and subclavian and external vein by plastic surgeon. The ALT free flap was sutured with pharynx and cervical esophagus mucosa with vicryl. After irrigation with betadine solution and meticulous bleeding control, inferior flap was sutured to the tracheal opening. Tracheal fenestration was performed. One Hemovac was inserted. The apron flap was approximated to the neighbouring skin as layer by layer. A light dressing was applied. Intraoperatively bleeding was minimal and immediated postoperative vital signs were stable. There was no sign of dyspnea.

■ 참고

- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제9장 처치 및 수술료 산정지침 (보건복지부 고시 제2010-235호, 2010.1.1. 시행)
- 대한이비인후과학. 이비인후과학 두경부학 II. 일조각. 2009, p1709~1710
- Flint: Cummings Otolaryngology: Head & Neck Surgery, 5th ed.

■ 심의내용

- 동 건은 하인두 악성신생물 등의 상병으로 total laryngectomy and partial hypopharyngectomy, tracheal fenestration 등을 시행하고 「자125-1 후두 전적출 및 하인두 부분적출술× 100%」와 동시에 「자134가(3) 기관 또는 기관지협착증수술(경부접근)-기타× 50%」를 별도 청구한 사례로,
- 후두전적출술시 시행하는 기관개창술(tracheal fenestration)은 후두전적출술 시에 동일 피부절개 하에 부수적으로 동시에 실시하는 일련의 과정이므로 「자134가(3) 기관 또는 기관지협착증수술(경부접근)-기타× 50%」는 별도 인정하지 아니함.

[2011.10.10. 진료심사평가위원회]

● **성문상역 악성신생물 상병에 후두전적출 및 하인두부분적출술과 종격동림프절청소술을 진료과를 달리하면서 각각 절개하여 시행시 수가산정방법에 대하여**

■ 청구내역(남/67세)

○ 주요청구내역

[수술료]

자-125-1 후두전적출및하인두부분적출술 × 1

자-159-1 종격동림프절청소술 × 1

자-211가(3)주 경부림프절청소술(편측,선택적) × 0,5

○ 진단명 : supraglottic cancer

○ 수술명 : Total Laryngectomy and Partial Hypopharyngectomy

Mediastinal LN dissection

neck dissection, selective

■ 참고

○ 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료

○ 고시 제2000-73호, 2000.12.30

○ 이비인후과학-두경부외과학, 대한이비인후과학회편, 일조각, 2009년

○ Cummings: Otolaryngology: Head & Neck Surgery, 4th ed. 2005.

■ 심의내용

○ 동 건은 성문상역 악성신생물 및 후두 악성신생물 상병에 Total Laryngectomy and Partial Hypopharyngectomy 시행시 임파선 전이가 종격동을 침범하여 진료과를 달리하여 흉부외과에서 흉골 절개술(sternotomy)하에 Whole Mediastinal LN dissection 후 자-125-1 후두전적출 및 하인두부분적출술 과 자-159-1 종격동림프절청소술의 소정점수를 각각 산정한 사례로, 각각의 병소에 진료과를 달리하여 서로 다른 절개술하에 시행한 것으로 확인되는 바 해당항목의 소정점수를 각각 인정함.

[2009.12.7. 진료심사평가위원회]

⇒ **비장 및 림프절**

■ **자211 경부림프절청소술**

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-211		경부림프절청소술 Neck Lymphatic Dissection			
		가. 편측 Unilateral			
	P2112	(1) 근치적 Radical	9,408.16	765,820	691,500
	P2115	주 : “제1절 산정지침 (6)”에서 정한 수술과 동시에 실시한 경우에는 7,316.59점을 산정한다.	7,316.59	595,570	537,770
	P2113	(2) 보존적 Modified Radical	9,859.66	802,580	724,690
	P2116	주 : “제1절 산정지침 (6)”에서 정한 수술과 동시에 실시한 경우에는 7,790.38점을 산정한다.	7,790.38	634,140	572,590
	P2114	(3) 선택적 Selective	7,768.83	632,380	571,010
	P2117	주 : “제1절 산정지침 (6)”에서 정한 수술과 동시에 실시한 경우에는 5,086.57점을 산정한다.	5,086.57	414,050	373,860
	P2118	나. 양측 Bilateral	14,121.92	1,149,520	1,037,960
	P2119	주 : “제1절 산정지침 (6)”에서 정한 수술과 동시에 양측 경부림프절청소술을 실시한 경우에는 11,110.31점을 산정한다.	11,110.31	904,380	816,610

[공개심의사례]

● **수술내역 참조 경부림프절청소술(자-211) 산정방법**

■ **청구 및 진료내역**

○ A사례 (남/57세)

- 수술명

Total Thyroidectomy with Central Compartment neck dissection

- 청구내역

자456 갑상선 악성종양근치수술 1*1

자211나주 경부림프절청소술(양측) 1*1

○ B사례 (여/41세)

- 수술명

Rt. Hemithyroidectomy with Both Central Compartment neck dissection, Selective neck dissection (Lt. IV~V)

– 청구내역

자456 갑상선 악성종양근치수술 1*1

자211나주 경부림프절청소술(양측) 1*1

○ C사례 (여/52세)

– 수술명

Total Thyroidectomy with Both Central Compartment neck dissection, Lt level IV Bx.

– 청구내역

자456 갑상선 악성종양근치수술 1*1

자211나주 경부림프절청소술(양측) 1*1

○ D사례 (여/52세)

– 수술명

Total Thyroidectomy with Selective neck dissection(VI), Lt Modified Radical neck dissection(II a, III, IV, Va)

– 청구내역

자456 갑상선 악성종양근치수술 1*1

자211나주 경부림프절청소술(양측) 1*1

○ E사례 (남/49세)

– 수술명

Total Thyroidectomy with Rt Selective neck dissection(III, IV, VI), Lt Selective neck dissection(II, III, IV, Vb, VI)

– 청구내역

자456 갑상선 악성종양근치수술 1*1

자211나주 경부림프절청소술(양측) 1*1

■ 심의내용

- ‘경부림프절청소술’의 수가는 업무량의 차이에 따라 편측과 양측 수가로 분리되어 있으며, 편측수가의 경우 근치적, 변형근치적, 선택적으로 나뉘어짐
- 이 사례는 갑상선의 악성신생물 등의 상병에 갑상선절제술과 동시에 Central Compartment neck dissection을 포함한 경부림프절 절제를 시행한 후 모두 ‘자211나(주)경부림프절청소술(양측)’을 산정하여 이에 대해 아래와 같이 심의함

– 아 래 –

- A사례: 교과서에 따르면 central compartment neck dissection은 선택적 경부절제술로 분류되어 있으므로 central compartment neck dissection(level VI)을 시행 후 산정한 ‘자211나(주)경부림프절청소술(양측)’은 ‘자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적)’으로 인정함

- B사례: 혀 가장자리 악성신생물 상병에 Rt. Hemithyroidectomy with central compartment neck dissection, Selective Neck Dissection(Lt. level IV~V)를 시행하고 '자456 갑상선악성종양근치수술' 100%와 '자211나(주)경부림프절청소술(양측)' 100%를 산정하였음
Rt. Hemithyroidectomy 후 청구한 '자456 갑상선악성종양근치수술' 은 '자455가(1) 갑상선엽 전절제술(편측)'으로 인정하며, central compartment neck dissection을 포함하여 좌측 경부림프절 절제술은 '자211나 경부림프절청소술(양측)'으로 인정하되, 산정치침에 따라 '자211나'는 100%, '자455가(1)'은 50%를 인정함
- C사례: central compartment neck dissection, Lt. level IV lymph node biopsy를 시행 후 '자211나(주)경부림프절청소술(양측)'을 산정하였으나, lymph node biopsy의 경우 Neck dissection을 시행한 것으로 볼 수 없으므로 '자210나 경부림프절절제술(심재성)'의 50%로 인정하며, central compartment neck dissection에 대하여는 '자211가(3) 경부림프절청소술-편측(선택적)'으로 인정함
- D사례: 갑상선의 악성신생물 상병에 Total thyroidectomy with Selective Neck Dissection (Level VI), Lt. Modified Radical Neck Dissection(Level II a, III, IV, V a)을 시행한 것으로 '자211나(주)경부림프절청소술(양측)'은 요양급여를 인정함
- E사례: 갑상선의 악성신생물 상병에 Total thyroidectomy with Rt. Selective Neck Dissection (Level III, IV, VI), Lt. Selective Neck Dissection(Level II, III, IV, V b, VI)을 시행한 것으로 '자211나(주)경부림프절청소술(양측)'은 요양급여를 인정함

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수
- 갑상선의 악성 신생물 상병에 thyroidectomy와 동시에 CCND(central compartment neck dissection) 시행 시 수가 산정방법에 대하여(2012.3.21. 외과분과, 외부공개 사례)
- Cummings Otolaryngology: Head & Neck Surgery, 5th ed. 2010년

[2013.5.20. 진료심사평가위원회]

● 수술내역 참조, 내시경하 경부림프절청소술 요양급여 인정여부

■ 청구사례(남/42세)

- 상병명: 상세불명의 혀의 악성 신생물
- 주요청구내역

자218나	설암수술(림프절청소포함)-설반측절제	1X1
자211가(3)주	경부림프절청소술(편측,선택적)	1X1
자16사(2)	피판작성술-유리피판술[피부또는근육](기타)	1X1
자17나(2)나	부분총피부이식술 (기타, 25cm ² 이상~100cm ² 미만) [제2의수술]	1X1
자130가	관혈적 기관절개술	1X1

■ 진료내역

- 2012.2.23. Endoscopic Selective neck node dissection
 - Excision of tongue mass
 - Reconstruction with radial forearm free flap of oral cavity
 - Tongue reconstruction with flap
 - Tracheostomy

■ 참고

- 건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수
- 의료법 제53조
- 신의료기술평가에 관한 규칙 제2조
- Flint: Cummings Otolaryngology: Head & Neck Surgery, 5th ed. CHAPTER 121 Neck Dissection

■ 심의내용

- 의료법 제53조(신의료기술의 평가) 및 신의료기술평가에 관한 규칙 제2조(신의료기술평가의 대상)에 『안전성·유효성이 평가되지 아니한 의료기술 또는 신의료기술로 평가받은 의료기술의 사용목적, 사용대상 및 시술방법 등을 변경한 경우』에는 신의료기술평가 절차를 거치도록 규정되어 있음.
- 동 건(남/42세)은 혀의 악성 신생물(T1N0) 상병에 설반축절제 수술은 경구강 접근법으로 시행하고, 경부림프절청소술(Left level I a, I b, II a, II b, III)은 내시경 하에 시행한 후 자211가(3)주 경부림프절청소술(편측, 선택적)X1이 청구되어 내시경하에 시행된 경부림프절청소술 인정여부에 대하여 논의한 결과
- Endoscopic retroauricular approach(내시경하 후이개접근법)로 선택적 경부림프절청소술을 시행한 동 수술법은 노출부위인 목의 절개창을 피할 수 있어 미용적인 효과가 있고 환자의 삶의 질 향상에도 기여할 수 있는 장점이 있다고는 하나 기존에 시행되어온 경부림프절청소술과 절개에 따른 노출부위 및 시술방법 등이 다르고 안전성·유효성이 확보되지 않은 시술로 판단되므로 급여로 인정하지 아니하고 해당 요양기관에는 신의료기술평가 절차를 거치도록 안내함.

[2012.9.17. 진료심사평가위원회]

⇒ 입, 이하선

■ 자218 설암수술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-218		설암수술 [림프절 청소 포함] Operation for Malignant Tongue Tumor			
	Q2181	가. 설부분절제 Less than One-Half Tongue	9,427.83	767,430	692,950
	Q2182	나. 설반측절제 Hemiglossectomy	11,269.66	917,350	828,320
	Q2183	다. 설전절제 Total	14,717.53	1,198,010	1,081,740

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
COMMANDO & Myo-cutaneous Flap 수술 수기로 산정방법	COMMANDO & Myocutaneous Flap은 자218 설암수술, 자42 하악골절제술, 자130 기관절개술, 자16 피판작성술의 소정금액을 각각 산정함. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

[공개심의사례]

● 구강하악재건을 위한 유리피판술 시 공여부에 실시한 하지 CT 혈관조영 인정여부

■ 청구내역 (여/63세)

- 상병명 : 상세불명의 혀 악성신생물, 상세불명의 림프절의 속발성 및 상세불명의 악성신생물
- 청구내역

[수술료]

'09.2.13	자218다	설암수술[림프절청소포함]-설전절제	x 1
	자211나주	경부림프절청소술(양측)	x 0.5
	자16라(2)	피판작성술[근-피부](기타)	x 1
	자16사(2)	피판작성술-유리피판술[피부또는근육](기타)	x 1
	전신마취	13시간 45분	

[방사선료]

'09.2.10	하지 CT Angiography	x 1 (수술전)
----------	-------------------	-----------

■ 진료내역

'09.2.10 수술전 CT Angiography 후 입원

※ 【 CT Angiography – 하지 】 (촬영일 : 2009.2.10)

: 양측 lower extremity artery 에 이상 소견 없음

2.12 수술명 : 1. Subtotal glossectomy

2. Radical neck dissection (skin involvement:+ → sacrificed) (Left)

3. Modified neck dissection type III (Right)

4. Tracheostomy

진단명 : Tongue cancer (Left)

Metastatic lymphadenopathy (Both)

■ 참고

- 「건강보험 행위급여 · 비급여 목록표 및 급여상대가치점수」 제1편제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료료
- 두경부외과학, 대한두경부외과연구회편, 한국의학사, 2005.

■ 심의내용

- 동 건(여/63세)은 혀 악성신생물 상병에 유리피판을 이용한 재건술 전 공여부에 하지 CT Angiography를 촬영한 사례로, 의사 소견서 상 광범위한 설절제술 및 재건술을 계획하는 과정에 피판공여부 혈관의 형태, 적절성, 해부학적 변화 등을 위하여 촬영하였다고 함.
- 또한, 교과서 등에서 구강하악재건술시 유리피판은 매우 중요한 술식이고, 수술 전에 피판공여부의 혈관 상태를 반드시 확인하여야 하며, 이 경우 Duplex sono, Angiography 및 CT Angiography를 실시하는 것으로 언급하고 있으나, 각 검사마다 장점과 특성이 있어 반드시 선행해야 하거나 감별진단에 더 유용한 검사를 결정하기는 어려우므로 환자의 개별상태 등을 고려한 의사의 판단에 따라 검사방법을 선택하는 것이 원칙임.
- 따라서, 동 건에 산정된 하지 CT Angiography는 수술기록 및 의사소견 등을 고려하여 인정기로 함.

[2009.5.25. 진료심사평가위원회]

■ 자219-1 수면중무호흡증후군수술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-219-1		수면중무호흡증후군수술 Operation of Sleep Apnea Syndrome			
	Q2196	가. 구개인두성형술 Palatopharyngoplasty	2,426.95	197,550	178,380
	Q2195	주 : 복잡기준에 해당하는 경우에는 2,978.97점을 산정한다.	2,978.97	242,490	218,950
	Q2197	나. 구개수절제술 Uvullectomy	830.64	67,610	61,050

[행정해석]

● 자219-1가 구개인두성형술

복잡기준에 해당하는 경우는 아래와 같으며, 제시한 기준 중 하나이상을 만족하는 경우 산정할 수 있음
- 아 래 -

편도적출술과 동시에 시행하는 경우

[보험급여과-2502, 2014.8.1. 시행]

[공개심의사례]

● 진료내역 참조 구개수 절제술 요양급여 인정여부(2사례)

■ 청구사례

〈A사례(남/45세)〉

○ 상병명: 비중격만곡(J342), 양측 비갑개의 비대(J343), 양측 편도의 비대(J351), 폐쇄성 수면 무호흡(G4730)

○ 주요청구내역

[수술명]: 비중격교정술 (급여)

양측 하비갑개 점막하 절제술 (급여)

양측 편도전적출술 (급여)

구개수 절제술 (비급여)

〈B사례(남/40세)〉

○ 상병명: 비중격만곡(J342), 양측 비갑개의 비대(J343), 양측 편도의 비대(J351), 폐쇄성 수면 무호흡(G4730)

○ 주요청구내역

[수술명]: 비중격교정술 (급여)

양측 하비갑개 점막하 절제술 (급여)

양측 편도전적출술 (급여)

구개수 절제술 (비급여)

■ 진료내역

〈A사례〉

2011.12.28. Dx) 코선반의 비대

CC) 코막힘, snoring

2012.1.4. Dx) 편도의비대[양측], 코선반의 비대, 편위된비중격, 기타 계절성 알레르기비염

⇒ 수술

〈B사례〉

2010.5.14. Dx) 급성 후두염

CC) tinnitus Lt, Snoring

2011.12.14. Dx) 코선반의 비대, 편도의비대

코와 편도 비대로 불편

혈액검사: 항체(-)

2011.12.20. Dx) 편도의비대, 코선반의 비대, 편위된 비중격, 기타 계절성 알레르기비염

⇒ 수술

■ 참고

- 대한이비인후과학회편. 이비인후과학-두경부외과학. 2009: 제28장 수면호흡장애
- Daroff: Bradley's Neurology in Clinical Practice, 6th ed.: Chapter 68: Sleep and Its Disorders
- Rakel: Textbook of Family Medicine, 8th ed.: Chapter 19: Otorhinolaryngology: Snoring and Obstructive Sleep Apnea

■ 심의내용

- 현행 수면무호흡증후군의 요양급여기준(고시 제2007-139호, 2007.12.28.)은 수면다원검사를 실시하여 검사 결과 호흡곤란지수(RDI: Respiratory Disturbance Index)가 15 이상인 경우 또는 5 이상이면서 불면증, 주간졸음, 인지기능감소, 기분장애, 고혈압, 빈혈성 심장질환, 뇌졸중의 기왕력중 하나 또는 산소포화도가 85% 미만일 때에 해당하는 경우에 '수면무호흡증후군'으로 확진하며, 약물치료 또는 외과적 수술요법 등으로 치료하는 경우에는 그때부터 요양급여 하도록 되어있음.
- 동 사례(A, B사례)들은 요양기관에서 비중격만곡, 양측 비갑개의 비대, 양측 편도의 비대, 폐쇄성 수면 무호흡 상병으로 '비중격교정술, 양측 하비갑개 점막하 절제술, 양측 편도전적출술'은 요양급여로 청구하고

‘구개수절제술’은 비급여로 징수하여, 수진자로부터 구개수절제술에 대한 요양급여대상여부 확인신청이 제기되어 이를 논의한 결과 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

- A사례: 동 건(남/45세)은 코막힘과 코골이 증상으로 내원 하여 시행한 병력채취 및 이학적 검사소견상 수면무호흡증후군으로 진단할 만한 소견이 관찰되지 아니하여 수면다원검사를 실시하지 아니한 사례로, 제출된 진료기록부, 의사소견서 및 환자의 증상이 수면무호흡증후군 보다는 단순코골이에 해당되므로 구개수절제술에 대한 비용은 비급여함이 타당함.
- B사례: 동 건(남/40세)은 비강폐쇄증과 코골이 증상으로 내원하여 시행한 병력채취 및 이학적 검사소견상 수면무호흡증후군으로 진단할 만한 소견 관찰되지 아니하여 수면다원검사를 실시하지 아니한 것으로, 제출된 진료기록부, 의사소견서 및 환자의 증상이 수면무호흡증후군 보다는 단순코골이에 해당되므로 구개수절제술에 대한 비용은 비급여함이 타당함.

[2012.9.17. 진료심사평가위원회]

■ 자220 구강내종양적출술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-220		구강내종양적출술 Removal of Tumor in Oral Cavity			
	Q2201	가. 양성 Benign	1,202.74	97,900	88,400
	Q2204	주 : 구강저 병소제거시에는 1,443.79점을 산정한다.	1,443.79	117,520	106,120
	Q2202	나. 유두종(Papilloma) 등을 간단하게 제거한 경우	609.53	49,620	44,800
	Q2205	주 : 구강저 병소제거시에는 753.73점을 산정한다.	753.73	61,350	55,400
	Q2203	다. 악성 [림프절 청소 포함] Malignant	7,480.07	608,880	549,790
	Q2206	주 : 구강저 병소제거시에는 8,574.67점을 산정한다.	8,574.67	697,980	630,240

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
혀 부위의 용종 제거술 수기로 산정방법	혀 부위의 용종을 CO2 Laser를 이용하여 제거한 경우의 수기로는 자220나 구강내 종양적출술(유두종 등을 간단하게 제거하는 경우)의 소정점수로 산정함. [고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]

■ 자221 하마종조대술**[건강보험 요양급여비용]**

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-221	Q2211	하마종조대술 Marsupialization of Ranula	737.57	60,040	54,210

[기결정고시]**● 하마종개창술**

자221 하마종조대술의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

■ 자224 타석절개술**[건강보험 요양급여비용]**

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-224	Q2241	타석절개술 Sialithotomy 가. 단순적출 Uncomplicated	789.51	64,270	58,030
	Q2242	나. 타액선적출 Sialoadenectomy	2,129.68	173,360	156,530

[기결정고시]**● 보존적타석제거술**

자224가 타석절개술(단순적출)의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

⇒ 인두 및 편도

■ 자226 인, 후두소작술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-226	Q2260	인, 후두소작술 Cauterization of Pharynx or Larynx 주 : 1. 약물소작은 리도카인, 테트라카인 등으로 국소마취 후 5% 이상의 AgNO ₃ 등으로 소작한 경우에 산정한다. 2. 치료기간 중 2회 이내만 산정한다.	128.40	10,450	9,440

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
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 있는 경우에 실시시 인정함. [고시 제2007-92호, 2007.11.1. 시행]

■ 자228 아데노이드절제술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-228	Q2280	아데노이드절제술 Adenoidectomy	908.42	73,950	66,770
	Q2281	주 : 내시경하에서 실시한 경우에는 967.27점을 산정한다.	967.29	78,740	71,100

[기결정고시]

● 코블레이션을 이용한 아데노이드적출술(Adenoidectomy with Coblation)

자228 아데노이드절제술 및 자230 편도전적출술의 소정점수를 산정함.

[고시 제2011-129호, 2011.11.1. 시행]

⇒ 신 경

■ 자461 신경절단술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-461		신경절단술 Neurectomy			
	S4611	가. 두개강외 뇌신경 Extracranial Cerebral Nerve	5,027.98	409,280	369,560
	S4612	나. 중요 말초신경 [사지부, 구간 등] Major Peripheral Nerve	2,402.26	195,540	176,570
	S4613	다. 수족지부 Hand or Foot	2,212.55	180,100	162,620

[공개심의사례]

● 알레르기비염 등 상병에 일률적으로 부비동 내시경 수술과 후비신경절제술 동시 시행 후 산정한 '자461 나 신경절단술-중요말초신경[사지부, 구간 등] 수가산정방법 및 인정여부'

■ 청구 및 진료내역

○ A 사례(남/20세)

- 상병명: 상세불명의 알레르기비염
- 주요 청구내역: 자461나 신경절단술-중요말초신경[사지부,구간등] (S4612) 1*2*1
- 수술명: 1. septoplasty
2. Inf,turbinoplasty Lt.
3. out Fx. of Inf. turbinate Rt.
4. posterior nasal neurectomy both
5. partial mid. turbinectomy both(polypectomy)

○ B 사례(남/61세)

- 상병명: 상세불명의 알레르기비염
- 주요 청구내역: 자461나 신경절단술-중요말초신경[사지부,구간등] (S4612) 1*2*1
- 수술명: 1. MMA both
2. septoplasty
3. Both Inf. turbinate out fx.
4. posterior nasal neurectomy both

- C 사례(남/14세)
 - 상병명: 상세불명의 알레르기비염
 - 주요 청구내역: 자461나 신경절단술-중요말초신경[사지부,구간등] (S4612) 1*2*1
 - 수술명: 1. osterior nasal neurectomy both
 - 2. MMA Rt.
 - 3. Both Inf,turbinoplasty
 - 4. Both partial mid turbinectomy(polypectomy)
 - 5. Adenoidectomy

■ 심의내용

- 동 건은 상세불명의 알레르기비염 등 상병에서 약물치료로 증상이 감소되지 않은 환자에게 일률적으로 내시경하 수술과 동시에 후비신경절제술 시행 후 '자461나 신경절단술-중요말초신경[사지부, 부비동 구간 등]'을 청구한 것으로,
- '자461나 신경절단술'은 부비동 내시경수술에 비해 상대가치점수가 상당히 높으며 시술의 난이도를 감안하였을 때 동 수가로 산정할 수 있는지와 후비신경절제술이 안전성과 유효성이 있는 시술인지 여부, 그리고 동 시술이 알레르기비염 등 상병에 비중격성형술이나 비갑개성형술 등을 우선 시행한 후 증상의 호전이 보이지 않았을 때 단계적으로 시행한 것이 아니라, 부비동 내시경 수술과 동시에 시행한 것에 대한 의학적 타당성 여부에 대해 심의함.
- 교과서, 임상문헌 및 전문가 의견에 의하면 안와분지(ophthalmic branch) 이후의 부교감신경을 절제하는 후비신경절제술은 지속되는 비염에서 여러 약물치료와 기타 병행요법[외과시술, 고주파열치료(RFA), 레이저 등]에 실패한 경우, 또는 심한 콧물이 있는 경우에 시술하는 방법이나, 아직은 동 시술의 많은 연구와 장기적인 성적검토가 필요한 안전성과 유효성이 확인되지 않은 시술로 판단된다는 의견임. 더욱이, 유사 시술로 안와분지(ophthalmic branch) 이전의 신경을 절제하는 비디안신경절제술은 신의료 기술평가결과 연구단계기술로 평가(2014.09.03) 되었음.
- 따라서, 제출된 진료기록부 등을 검토한 결과 동 건(3사례)의 여러 부비동내시경수술(비중격성형술, 비갑개성형술 등)과 후비신경절제술을 동시에 시행한 것은 적절하지 않음. 또한, 후비신경절제술은 안전성과 유효성이 평가되지 않은 의료기술로 판단되므로, 후비신경절제술을 시행하고 청구한 동 건의 '자461나 신경절단술-중요말초신경[사지부,구간등]'은 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장

- 이비인후과학-두경부외과학, 대한이비인후과학회, 일조각, 2009
- 알레르기비염 가이드라인, 대한비과학회편, 2012
- 새로운 진료항목들, 대한이비인후과학회 미래정책위원회, 중앙문화사, 2011
- Seidman MD et al. Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis Executive Summary. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015 Feb;152(2):197-206.
- Okubo K et al. Japanese Guideline for Allergic Rhinitis 2014. *Allergol Int.* 2014 Sep;63(3):357-75.
- Toru Kikawada, MD. Endoscopic posterior nasal neurectomy: An alternative to vidian neurectomy. *Operative Techniques in Otolaryngology* (2007) 18, 297-301.
- Taisuke Kobayashi et al, Resection of peripheral branches of the posterior nasal nerve compared to conventional posterior neurectomy in severe allergic rhinitis. *Auris Nasus Larynx.*2012:583-596.
- Kamijo A et al. [Effect of posterior nasal neurectomy combined with the inferior turbinate surgery for the patients with perennial allergic rhinitis or vasomotor rhinitis]. *Arerugi.* 2013 Jan;62(1):47-53.
- Tomoyuki Ogawa, et al. Submucous turbinectomy combined with posterior nasal neurectomy in the management of severe allergic rhinitis: Clinical outcomes and local cytokine changes. *Auris Nasus Larynx* 34(2007) 319-326.
- Ailviu Albu, et al. Endoscopic microdebrider-assisted inferior turbinoplasty with and without posterior nasal neurectomy. *Auris Nasus Larynx.* 2014:273-277.
- Ashleigh Halderman, M.D., et al. Surgical management of vasomotor rhinitis: A systematic review. 2015 Mar;29(2):128-34.
- Hun-Jong Dhong, Surgical treatment for allergic rhinitis. *Allergy Asthma Respir Dis* 1(1):29-34, March 2013.
- Michele Cassano et al, Sphenopalatine artery ligation with nerve resection in patients with vasomotor rhinitis and polyposis: a prospective, randomized, double-blind investigation. *Acta Otolaryngol.* 2012 May;132(5):525-32, Epub 2012 Feb 16.
- Wu AW et al. Indications for surgery in refractory rhinitis. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2014 Feb;14(2):414.
- Chhabra N et al. Surgical options for the allergic rhinitis patient. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012 Jun;20(3):199-204.
- Chhabra N et al. The Surgical management of allergic rhinitis. *Otolaryngol Clin North Am.* 2011 Jun;44(3):779-95, xi.
- 제외국 보험자료-일본진료점수(2008년 4월 진료보수개정 준거)
- 신의료기술평가결과-비디안신경절제술
- 관련 학회의견-대한이비인후학회(대이학 제15-103호, 2015.2.23.)

[2015.4.20. 진료심사평가위원회]

⇒ 감 각 기 - 청기(聽器)

■ 자557 외이도이물 또는 이구전색제거 [간단한 것은 기본진료료에 포함]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-557		외이도이물 또는 이구전색제거 [간단한 것은 기본진료료에 포함] Foreign Body Removal of Ear Canal or Removal of Impacted Cerumen			
	S5571	가. 복잡한 것 Complex	154.30	12,560	11,340
	S5572	나. 극히 복잡한 것 [진주종제거 포함] Extremely Complex	798.19	64,970	58,670

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
자557 외이도이물 제거술의 산정기준	<p>자557 외이도이물 또는 이구전색제거술은 다음과 같이 산정함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 간단한 이구제거는 기본진료료에 포함</p> <p>나. 감자 또는 기타 기구 사용으로 당일 제거가 가능한 이구전색은 '자557가 외이도 이물 또는 이구전색제거(복잡한 것)'로 산정</p> <p>다. 당일 제거가 곤란하거나, 마취 또는 약물 주입을 요하는 외이도의 골부 및 고막 주변에 완전폐쇄로 50분 이상 제거하는 경우에는 당일 제거하더라도 '자557 나 외이도이물 또는 이구전색제거(극히 복잡한것)'으로 산정하고, 산정횟수는 2회 이내로 산정</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행]</p>

[공개심의사례]

● 상병 및 진료내역 참조 자-557가 외이도이물 또는 이구전색제거[간단한 것은 기본진료료에 포함]- 복잡한 것 인정 여부

■ 청구내역

○ A사례(여/3세)

- 청구 상병명: 재발성으로 명시되어 있지 않은 상세불명의 급성 편도염, 만성 비염, 귀지떡, 상세불명의 급성 기관지염, 상세불명의 알러지비염 급성후두인두염

- 주요 청구내역

자557가 외이도이물또는이구전색제거[간단한것은 기본진료료에 포함]-복잡한것 (S5571) 1*1*1

– 1일 내원(2/20)

○ B사례(남/68세)

– 청구 상병명: 기타 감염성 외이도염, 기타 외이의 농양, 귀지떡, 상세불명의 알러지비염, 재발성으로 명시되어 있지 않은 상세불명의 급성 편도염, 관절통, 상세불명 부분 기타 위염

– 주요 청구내역

자557가 외이도이물또는이구전색제거[간단한것은 기본진료료에 포함]-복잡한것 (S5571) 1*1*1

– 1일 내원(2/2)

○ C사례(여/41세)

– 청구 상병명: 기타 감염성 외이도염, 기타 외이의 농양, 얼굴, 머리 및 목의 급성 림프절염, 상세불명의 급성 인두염, 재발성으로 명시되어 있지 않은 상세불명의 급성 편도염, 만성 비염, 기능성 소화불량, 급성 후두염 기타 급성 위염, 상세불명의 알러지비염, 상세불명의 급성 기관지염, 기타 위염

– 주요 청구내역

자557가 외이도이물또는이구전색제거[간단한것은 기본진료료에 포함]-복잡한것 (S5571) 1*1*1

– 1일 내원(2/3)

■ 진료내역

○ A사례(여/3세)

– C.C: odynophagia sore throat rhinorrhea nasal obstruction sneezing
on set: 수일전..ear wax removal, both

○ B사례(남/68세)

– C.C: itch on ear, both q-tip inj, on set : 오래됨 np wash, dressing eac swelling & crust formation

○ C사례(여/41세)

– C.C: otalgia, Lt itch on ear q-tip inj on set : 오래됨, 수영금지 edu,
bosol packing,..3ea np wash, dressing++++eac swelling & crust formation
packing out.. f/u dressing..pain on ear..

■ 심의결과

○ A사례(여/3세): 진료기록부 검토 결과 주상병이 인후염으로 판단되며, 외이도의 전색에 대한 내시경 등의 충분한 자료가 없어 외이도이물 또는 이구전색제거(복잡한 것)는 기본진료로 봄이 합당하다고 판단되어 인정하지 아니함.

- B사례(남/68세): 진료기록부 검토결과 귀지떡 관련 기재 등 감안할 때 외이질환 치료중 이구전색제거술을 시행한 것으로 판단되어 인정함.
- C사례(여/41세): 감염성 외이도염 상병에 2016. 1. 이구전색제거술을 3~4일 간격으로 총 6회 시행하고 2,3.에 동일한 상병으로 이구전색제거술을 청구함은 의학적으로 보편 타당하지 아니하며, 기본진료에 해당되어 외이도이물 또는 이구전색제거(복잡한 것)는 인정하지 아니함.

■ 심의내용

- A사례(여/3세): 재발성으로 명시되어 있지 않은 상세불명의 급성 편도염에 귀지떡을 제3상병으로 하여 초진에 외이도이물 또는 이구전색제거(복잡한 것)를 산정한 건으로 진료기록부 검토 결과 주상병이 인후염으로 판단되며, 외이도의 전색에 대한 내시경등의 충분한 자료가 없어 외이도이물 또는 이구전색제거(복잡한 것)는 기본진료로 봄이 합당하다고 판단되어 인정하지 아니함.
- B사례(남/68세): 기타 감염성 외이도염, 귀지떡 상병 초진에 외이도이물 또는 이구전색제거(복잡한 것) 산정한 건으로 진료기록부 검토결과 귀지떡 관련 기재 등 감안할 때 외이질환 치료 중 이구전색제거술을 시행한 것으로 판단되어 인정함.
- C사례(여/41세): 감염성 외이도염 상병에 2016. 1. 이구전색제거술을 3~4일 간격으로 총 6회 시행하고 2,3.에 동일한 상병으로 이구전색제거술을 청구함은 의학적으로 보편 타당하지 아니하며, 기본진료에 해당되어 외이도이물 또는 이구전색제거(복잡한 것)는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부 제3장 제2절 다245-1
- Cone Beam 전산화단층영상진단의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-217호, 2015.12.15.)
- 한만청, 진단방사선과학. 제5장 II 두경부질환, 3. 비강 및 부비동 질환. 일조각, 2003
- 노관택, 이비인후과학, 일조각, 2010

[2016.3.22. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

■ 자561-1 고막소작술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-561-1	S5615	고막소작술 Cautery of Tympanic Membrane	212,06	17,260	15,590

[공개심의사례]**● 만성 고막염 상병에 수회 산정한 고막소작술 인정여부****■ 청구내역**

○ A 사례(여/36세)

- 상병명 : 만성고막염, 기타 만성 화농성 중이염
- 주요 청구내역

- 자561-1 고막소작술 1 x 5

- 자563 고실세척 1 x 3

* 고막소작술 기청구: 4/12, 13, 15, 19 (총 4회)

○ B 사례(남/65세)

- 상병명 : 만성고막염
- 주요 청구내역

- 자561-1 고막소작술 1 x 5

* 고막소작술 기청구: 3/12, 3/15, 3/20, 3/23, 4/24, 5/21, 5/24 (총 7회)

○ C 사례(여/36세)

- 상병명 : 만성고막염, 상세불명의 화농성 중이염
- 주요 청구내역

- 자561-1 고막소작술 1 x 3

* 고막소작술 기청구: 2012.12월부터 2013.5월까지 총 17회)

○ D 사례(여/49세)

- 상병명 : 만성고막염, 상세불명의 고막천공
- 주요 청구내역

- 자561-1 고막소작술 1 x 4

- 자563 고실세척 1 x 4

* 고막소작술 기청구: 2012.12월부터 2013.5월까지 총 22회)

○ E 사례(여/50세)

- 상병명 : 만성고막염, 상세불명의 외이도염
- 주요 청구내역

- 자561-1 고막소작술 1 x 3

- 자563 고실세척 1 x 4

* 고막소작술 기청구: 12.12/5, 3/6, 4/26, 29 (총 4회)

○ F 사례(남/56세)

- 상병명 : 만성고막염, 상세불명의 고막천공
- 주요 청구내역

- 자561-1 고막소작술 1 x 1

* 고막소작술 기청구: 2012.12월부터 2013.5월까지 총 11회)

■ 심의내용

- 고막소작술(Cautery of Tympanic Membrane)은 육아성 고막염으로 고막에 고착된 육아조직을 치유하고자 할 때 실시하는 시술로서 통상 주2회 정도 실시하는 처치임.
- 그러나, 장기간에 걸친 반복적인 시술은 섬유화(fibrosis) 유발가능성이 있으며, 고막소작술을 여러 차례 실시하였음에도 치료효과가 없거나 재발 시에는 다른 치료방법을 모색하는 것이 타당하므로 주 2회만 인정하되, 치료기간 중 최대 2개월만 인정함.

■ 참고

- 대한이비인후과학회, 이비인후과학-두경부외과학, 일조각, 2009
- Cummings Otolaryngology – Head & Neck Surgery , Fifth Edition, 2013 by Mosby

[2013.9.16. 진료심사평가위원회]

■ 자562 종이내튜브유치술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-562	S5620	종이내튜브유치술 Ventilation Tube Insertion	1,397.07	113,720	102,680
	S5621	주 : 제거하는 경우에는 325.11점을 산정한다.	325.11	26,460	23,900

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
이온토포레스스를 이용하여 종이내 튜브유치술을 시술한 경우 수기로 및 마취료 산정방법	이온토포레스스를 이용하여 종이내튜브유치술을 시술한 경우에도 자562의 소정금액을 산정하며 마취료는 제6장 마취료 [산정지침] (5)에 의거 별도 산정할 수 없으며 실사용한 마취약제(리도카인)는 별도 산정함. [고시 제2016-204호, 2016.11.1. 시행]

■ 자566 이관부지법 또는 카테터법 [통기법 또는 고막맛사지 병행 포함]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-566	S5660	이관부지법 또는 카테터법 [통기법 또는 고막맛사지 병행 포함] Eustachian Tube Bougie or Catheterization	144.05	11,730	10,590

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
고막맛사지의 진료수가 산정방법	<p>자566 이관부지법 또는 카테터법의 시행없이 행하는 고막맛사지는 사용장비 내지는 기종(Atmodyn 등)에 불문하고 별도의 수기료를 산정할 수 없음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
이관부지법 또는 카테터법 시행없이 통기법을 단독 실시하는 경우의 진료수가 산정방법	<p>이관부지법 또는 카테터법 시행 없이 통기 목적으로 행하는 간단한 통기법(Valsalva 씨법 등)은 기본진료료 또는 소정처치료에 포함하여 별도 산정할 수 없으나 Politzer 씨법에 의한 통기를 실시한 경우에는 자566 이관부지법 또는 카테터법 소정점수를 산정하되 (단, 재료비용은 별도산정 불가) 그 인정기준은 다음과 같이 함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 인정연령 : 만3~10세 소아</p> <p>나. 적응증</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 2주간의 약물치료로도 호전되지 않는 중이염(Otitis media with effusion) (2) 중이강무기화 (3) 이관의 환기기능부전증 <p>다. 금기증</p> <p style="padding-left: 20px;">: 급성 중이염, 급성 비·부비동염, 급성 인두염, 거대아데노이드 증식증, 후비공 용종, 비·부비동 종양 등</p> <p>라. 실시횟수</p> <p style="padding-left: 20px;">: 2회/주 이내로 인정하며 약3주 정도 실시함을 원칙으로 함</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2008-110호, 2008.10.1. 시행]</p>

■ 자567 유양동절제술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-567		유양동절제술 Mastoidectomy			
	S5671	가. 공동폐쇄유양동절제술 Canal Up Mastoidectomy	8,748.00	712,090	642,980
	S5672	나. 공동개방유양동절제술 Canal Down Mastoidectomy	9,705.91	790,060	713,380
	S5673	다. 교각보존유양동절제술 Intact Bridge Mastoidectomy	9,705.91	790,060	713,380

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
자567나 공동개방 유양동절제술 및 자567다 교각보존 유양동절제술 실시한 유양동폐쇄술의 수기로 산정방법	유양동절제술시 muscle flap, bone chip, cartilage, bone paste, fat 등을 이용하여 외이도벽을 메꾸어 주는 수술(유양동폐쇄술)을 시행한 경우 자16가(1) 국소피판술 소정점수의 50%를 산정함 [고시 제2017-118호, 2017.7.1. 시행]

[심사지침]

● **자567-가 공동폐쇄 유양동절제술(외이도 후벽보존 유양동절제술)과 동시에 시행하는 자16-가 국소피판술 인정여부**

현행 인정기준(고시 제2007-46호)에 의거 자567-나 공동개방 유양동절제술(canal down mastoidectomy) 시 cartilage 등을 이용해 외이도벽을 메꾸어 주는 수술(유양동폐쇄술)을 시행한 경우 자16-가(1) 국소피판술 소정점수의 50%를 별도 산정토록 하고 있음.

다만, 외이도후벽보존 유양동절제술(Intact Canal Wall Mastoidectomy)시 부수적으로 시행한 상고실벽 손상병변을 간단하게 덮어준 경우에는 자567-가 공동폐쇄 유양동절제술(canal up mastoidectomy)의 일련의 과정으로 보아 자16-가(1) 국소피판술 소정점수의 50%를 별도 인정하지 않음.

[2011.3.1. 진료분부터 적용]

[공개심의사례]**● 고실성형술 및 공동폐쇄유양동절제술시 산정된 유양동폐쇄술(자16-가(1)국소피판술의 50%)에 대하여(2사례)**

** A 사례 (여/49세)

■ 청구내역

- 상병명 : 상세불명의 중이염
- 주요청구내역

자564 고실성형술 [점막 또는 피부의 식피술료 포함]	1x1
자567 가. 유양동절제술-공동폐쇄유양동절제술	0.5x1
자16 가(1)나. 피부피판술-국소피판술-기타(유양동폐쇄술)	0.5x1 (준용 산정)

■ 진료내역

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

** B 사례 (여/44세)

■ 청구내역

- 상병명 : 상세불명의 중이염
- 주요청구내역

자564 고실성형술 [점막 또는 피부의 식피술료 포함]	1x1
자567 가. 유양동절제술-공동폐쇄유양동절제술	0.5x1
자16 가(1)나. 피부피판술-국소피판술-기타(유양동폐쇄술)	0.5x1 (준용 산정)

■ 진료내역

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

■ 참고

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

■ 심의내용

- 동 건은 만성 중이염 등의 상병으로 자567가 공동폐쇄유양동절제술(canal up mastoidectomy)시 유양동 폐쇄술을 시행하고 자16가(1) 국소피판술의 50%(준용산정)를 별도 산정한 것으로,

- 현 인정기준(고시 제2007-46호)에서는 자567나 공동개방유양동절제술(canal down mastoidectomy)시 muscle flap, bone chip, cartilage, bone paste, fat 등을 이용하여 외이도벽을 메꾸어 주는 유양동폐쇄술을 실시한 경우에 자16가(1) 국소피판술 소정점수의 50%를 산정토록 정하고 있는 바,
- A사례는 외이도후벽보존 유양동절제술(intact canal wall mastoidectomy)시 일련의 과정으로 유양동폐쇄술을 시행하므로 기 심사대로 별도 인정하지 아니함이 타당함.
- 다만, B사례에서 시행한 교각보존 유양돌기절제술(intact bridge mastoidectomy : IBM)은 공동개방유양동절제술(canal down mastoidectomy)과 같이 외이도 후벽을 제거하고 공동폐쇄유양동절제술(canal up mastoidectomy)과 같이 상고실 부위의 교각을 보존하는 수술방법으로 외이도벽을 메꾸어 주는 유양동폐쇄술이 필요하므로 기 심사조정된 자16가(1) 국소피판술 50%는 별도 인정키로 함.

[2010.5.17. 진료심사평가위원회]

● **공동폐쇄 유양동절제술(외이도 후벽보존 유양동절제술)시 별도 산정한 국소피판술에 대하여**

■ 청구내역 (남/49세)

- 상병명 : 가운데귀의 진주종
- 주요청구내역

자579 이소골재건술	X 1
자567가. 유양동절제술-공동폐쇄유양동절제술	X 0.5
자565 고막성형술	X 0.5
자16가(1)나 피판작성술-피부-국소(기타)	X 0.5
전신마취 5:45분	

■ 진료내역

- 주증상 : 2년 6개월 전부터 청력손상 있어오다 수술위해 입원
- 검사결과
 - 순음청력검사 : 우) 10/16 dB, 좌) 38/18dB
- 수술기록
 - ICWM(Intact Canal Wall Mastoidectomy) et Type C tympanoplasty with PORP(Partial Ossicular Replacement Prosthesis) Lt with sculpoplasty with tragal cartilage

■ 참고

- 자567나 공동개방 유양동절제술시 실시한 유양동폐쇄술의 수기로 산정방법(보건복지가족부 고시 제 2007-46호, '07.5.28)
- 이비인후과학, 대한이비인후과학회편, 2002년, p5-15

■ 심의내용

- 동 건은 진주종 상병에 외이도후벽보존 유양동절제술(Intact Canal Wall Mastoidectomy)시 부수적으로 시행한 상고실벽 손상병변을 간단하게 덮어준 부분에 대하여 자16가(1) 국소피판술 50%를 별도 산정한 건으로,
- 현 인정기준(고시 제2007-46호, '07.5.28)상 자567-나 공동개방 유양동절제술(canal down mastoidectomy) 시 cartilage 등을 이용해 외이도벽을 메꾸어 주는 수술(유양동폐쇄술)을 시행한 경우 자16가(1) 50%를 별도 산정토록 한 바, 이는 자567나 공동개방 유양동절제술(canal down mastoidectomy)에 한하는 것이므로 자567가 공동폐쇄 유양동절제술(canal up mastoidectomy)시에는 일련의 과정으로 보아 자16가(1) 50%를 별도 인정하지 아니함.

[2008.7.21. 진료심사평가위원회]

■ 자569-1 레이저등골절개술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-569-1	S5695	레이저등골절개술 Laser Stapedotomy 주 : 인조이소골은 별도 산정한다.	6,054.49	492,840	445,010

[기결정고시]

● Laser Dissection of Middle Ear

자569-1 레이저 등골절개술의 소정점수를 산정하되, 사용된 재료대는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

■ 자573 미로절제술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-573		미로절제술 Labyrinthectomy			
	S5731	가. 유양동경유 Transmastoid	6,311.48	513,750	463,890
	S5732	나. 고실경유 Transcanal	3,319.08	270,170	243,950
	S5733	다. 약물주입 이용한 것 Chemical	2,039.26	166,000	149,890

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
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, 2007.6.1. 시행]

■ 자580-1 인공중이이식

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-580-1	S5801*	인공중이이식 Middle Ear Implant	8,717.46	709,600	640,730

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
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.

제목	세부인정사항
	- 아 래 -
	<p>1) 편측 순음청력이 41~70dB[500Hz, 1,000Hz, 2,000Hz, 3,000(혹은 4,000)Hz 평균치]인 경우</p> <p>2) 어음명료도가 50% 이상인 경우</p> <p>3) 최소한 1개월 이상 적절한 보청기 착용에도 가) 또는 나)에 해당되는 경우 가) 청각재활의 효과가 제한적인 경우 나) 지속적인 보청기 착용이 어려운 경우</p> <p>나. 인정개수 인공중이이식기는 1set[내부장치(IMPLANT), 외부장치(IMPLANT를 제외한 구성품) 구분]에 한하여 요양급여로 인정하되, 분실, 파손된 경우 등으로 교환 시 외부장치(Implant를 제외한 구성품) 1개를 추가 인정함.</p> <p>다. 시설·장비 - 청각실 : 방음청력검사실, 청각유발반응검사 기기를 갖추어야 함</p> <p>2. 상기 1.의 급여대상 이외 시행하는 경우에는 수술료와 주된 치료재료비용을 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행]</p>

[공개심의사례]

● 감각신경성 난청에 실시한 인공중이이식술 인정여부

■ 청구내역

- 청구 상병명: 상세불명의 감각신경성 청력소실
- 주요 청구내역:

자580-1 인공중이이식 Middle Ear Implant	1*1*1
VIBRANT SOUNDBRIDGE IMPLANTABLE HEARING PROSTHESIS(VORP 502X)	1*1*1
VIBRANT SOUNDBRIDGE IMPLANTABLE HEARING PROSTHESIS(AP 404)	1*1*1

■ 심의결과

- 이 건은 '16.3.3. 보청기 착용 후 어음청력검사에서 좌측 어음명료도(PB max)가 68%로 확인되었으나, 우측은 보청기 착용 후 어음명료도(PB max)를 측정하지 않았으며, 우측 보청기를 충분한 기간 동안 착용하지 않은 점을 감안할 때 인공중이이식 시행 전 충분한 검사를 하지 않은 것으로 판단되며 보청기를

통한 청각 재활을 적절하게 실시하였다고 보기 어려워 자580-1 인공중이이식을 요양급여로 인정하지 아니함.

■ 심의내용

- 인공중이이식은 관련 급여기준(보건복지부 고시 제2015-169호, '15.10.1. 시행)에 의거, 만 18세 이상의 양측 비진행성 감각신경성 난청 환자로 편측 순음청력이 41~70dB[500Hz, 1000Hz, 2000Hz, 3000(혹은 4000)Hz 평균치]인 경우, 어음명료도가 50% 이상인 경우, 최소한 1개월 이상 적절한 보청기 착용에도 청각재활의 효과가 제한적인 경우이거나 지속적인 보청기 착용이 어려운 경우의 조건을 모두 충족하는 경우에 요양급여를 인정하며, 이 인정기준 이외에 시행하는 경우에는 수술료와 관련 치료재료 비용에 해당하는 요양급여비용 전액을 본인이 부담토록 하고 있음.
- 이 건은 감각신경성 난청으로 진단받고 인공중이이식 시행 전 실시한 순음청력 검사에서 43/53dB(Rt/Lt), 어음명료도(PB max) 76/60%(Rt/Lt)로 확인되었으나 낮은 어음분별력 및 낮은 보청기 만족도를 사유로 초진 2개월 후 인공중이이식술('16.3.22.)을 시행한 사례로, 좌측 보청기 착용 후 좌측 어음명료도(PB max)가 68%(보청기 미착용 시 좌측 60%, 우측 76%)로 확인된 경우에 시행한 자580-1 인공중이이식 요양급여인정 여부에 대하여 논의함.
- 관련 전문가에 따르면 인공중이이식술은 시술 전에 보청기 착용 전·후 양측 청능 평가를 실시하여 적절한 보청기 선택 및 적응 유도를 권장하여야 하며, 시술 이후에 생길 수 있는 MRI 이용의 제한 등의 문제와 관련된 의학적 문제, 연령, 삶의 질 등을 충분히 고려하여 결정해야 함.
- 진료내역을 확인한 결과 우측은 보청기 착용 후 어음명료도(PB max) 검사를 실시하지 않았으며, 보청기 미착용 상태에서 실시한 어음명료도(PB max)가 76/60%(Rt/Lt)로 우측이 좌측보다 청각재활효과가 좋을 것으로 예상되나 좌측에만 보청기 착용전후의 검사를 시행하여 인공중이이식 시행 전 충분한 검사를 시행하지 않은 것으로 판단되며, 우측 보청기를 충분한 기간 동안 착용하지 않은 점을 감안할 때 보청기를 통한 청각 재활을 적절하게 실시하였다고 보기 어려워 자580-1 인공중이이식을 요양급여로 인정하지 아니함.

■ 참고

- 인공중이이식 급여기준(보건복지부 고시 제2015-169호, 2015.10.1. 시행)
- Derald E. Brachmann, et al. Otologic Surgery. Fourth Edition, Elsevier, 2016.
- Paul W. Flint, et al. Cummings Otolaryngology. Head and Neck surgery. Sixth edition, Elsevier, 2015.
- 대한이비인후과학회. 이비인후과학-두경부외과학 I (기초·이과). 일조각, 2009.
- Ng JH, et al. Determinants of hearing-aid adoption and use among the elderly: a systematic review. Int J Audiol. 2015;54(5):291-300.

- Kahue CN, et al. Middle ear implants for rehabilitation of sensorineural hearing loss: a systematic review of FDA approved devices. *Otol Neurotol*. 2014;35(7):1228–37.
- Andleeb Khan, et al. Vibrant soundbridge Rehabilitation of Sensorineural Hearing Loss. *Otolaryngologic Clinics of North America*. 2014;47(6):927–39.
- Jan-Christoffer Luers, et al. Vibrant Soundbridge Rehabilitation of Conductive and Mixed Hearing Loss. *Otolaryngologic Clinics of North America*. 2014;47(6):915–26.
- Butler CL, et al. Efficacy of the active middle-ear implant in patients with sensorineural hearing loss. *J Laryngol Otol*. 2013;127(Suppl 2):S8–16.

[2018.3.23. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

● 진료내역 참조, 자 580-1 인공중이이식 인정여부

■ 청구내역 (남/65세)

- 청구 상병명: 상세불명의 청력소실, 상세불명쪽, 상세불명의 감각신경성 청력소실
- 주요 청구내역

자 580-1 인공중이이식 (S5801)	1*1*
VIBRANT SOUNDBRIDGE IMPLANTABLE HEARING PROSTHESIS (VORP 502X) 전규격	1*1*
VIBRANT SOUNDBRIDGE IMPLANTABLE HEARING PROSTHESIS (AP 404) 전규격	1*1*

■ 심의결과

- 동 건(남/65세)의 경우 '16.9.12. 초진일에 수술을 결정하고 '16.10.7. 초진 후 1개월 내 우측 인공중이이식을 시행함. '16.10.4. 보청기 착용 상태에서 시행한 어음청력검사 상 어음분별력(SRT) 38dB(Lt), 어음명료도 (PB max) 84%(Lt)로 이미 보청기를 통해 충분한 청각재활이 이루어져 일상생활이 가능하다고 판단하며, 인공중이이식전 보청기 착용에 대한 평가가 부족하여 요양급여로 인정하지 않음.

■ 심의내용

- 인공중이이식은 관련 급여기준(보건복지부고시 제2016-69호(행위), '16.5.15. 시행)에 의거, 만 18세 이상의 양측 비진행성 감각신경성 난청 환자로 편측 순음청력이 41~70dB[500Hz, 1000Hz, 2000Hz, 3000(혹은 4000)Hz 평균치]인 경우, 어음명료도가 50% 이상인 경우, 최소한 1개월 이상 적절한 보청기 착용에도 청각재활의 효과가 제한적인 경우이거나 지속적인 보청기 착용이 어려운 경우의 조건을 모두 충족하는 경우에 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에 시행하는 경우에는 수술료와 관련 치료재료 비용에 해당되는 요양급여비용 전액을 본인이 부담토록 하고 있음.
- 동 건은 '양측 감각신경성 난청' 상병으로 내원하여 보청기 착용상태로 시행한 어음청력검사 상 어음분별력(SRT) 34/38dB(Rt/Lt), 어음명료도(PB max) 62/84%(Rt/Lt)로 확인되었으나, 낮은 보청기 만족도와 지

속되는 우측의 이명 및 양이청을 사유로 인공중이이식을 시행함. 초진일로부터 1개월 내 시행된 인공중이이식의 요양급여인정 여부에 대하여 논의함.

- 관련 전문가에 따르면 인공중이이식은 주이식장치의 특성으로 인하여 수술 이후에 MRI 촬영이 제한되는 점, 연령, 삶의 질 등을 충분히 고려하여 결정해야 하고, 보청기 착용 후 어음명료도가 50~80% 인 경우에 시술자가 보청기 착용이 적절한지 판단하여 시행하여야 함. 또한 '최소한 1개월 이상의 적절한 보청기 착용' 이라 함은 보청기 처방과 소리조절에 대한 평가 및 환자 만족도 평가를 포함하고, 보청기 착용 전·후 양측 청능 평가를 실시하여 적절한 보청기 선택 및 적응 유도를 1개월 이상 실시함을 뜻함.
- 동 건(남/65세)의 경우 '16.9.12. 초진일에 수술을 결정하고 '16.10.7. 초진 후 1개월 내 우측 인공중이이식을 시행함. '16.10.4. 보청기 착용 상태에서 시행한 어음청력검사 상 어음분별력(SRT) 38dB(Lt), 어음명료도(PB max) 84%(Lt)로 이미 보청기를 통해 충분한 청각재활이 이루어져 일상생활이 가능하다고 판단하며, 인공중이이식 전 보청기 착용에 대한 평가가 부족하여 요양급여로 인정하지 아니함.

■ 참고

- 인공중이이식 급여기준(보건복지부고시 제2016-69호, 2016.5.15. 시행)
- Paul W. Flint, et al. Cummings Otolaryngology. Head and Neck surgery. Sixth edition, Elsevier, 2015.
- Derald E. Brachmann, et al. Otologic Surgery. Fourth Edition, Elsevier, 2016.
- 대한이비인후과학회. 이비인후과학-두경부외과학 I (기초·이과). 일조각, 2009.
- Ng JH, et al. Determinants of hearing-aid adoption and use among the elderly: a systematic review. Int J Audiol. 2015. 54(5):291-300.
- Kahue CN, et al. Middle ear implants for rehabilitation of sensorineural hearing loss: a systematic review of FDA approved devices. Otol Neurotol. 2014. 35(7):1228-37.
- Butler CL1, et al. Efficacy of the active middle-ear implant in patients with sensorineural hearing loss. J Laryngol Otol. 2013;127 Suppl 2:S8-16.
- Andleeb Khan, et al. Vibrant soundbridge Rehabilitation of Sensorineural Hearing Loss. Otolaryngologic Clinics of North America. 2014. The volume 47. Issue 6. 927-39.
- Jan-Christoffer Luers, et al. Vibrant Soundbridge Rehabilitation of Conductive and Mixed Hearing Loss. Otolaryngologic Clinics of North America. 2014. The volume 47. Issue 6. 915-26.

[2017.3.10. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

● 진료내역 참조, 자-580-1 인공중이이식의 적정성 여부

■ 청구내역 (여/89세)

- 청구 상병명: 상세불명의 청력소실, 상세불명 쪽, 합병증을 동반하지 않은 상세불명의 당뇨병, 기타 및 상세불명의 울혈성 심부전, 기타 형태의 협심증
- 주요 청구내역

VIBRANT SOUNDBRIDGE IMPLANTABLE HEARING PROSTHESIS (VORP 502X) 전규격 (I2202016)	1*1*1
VIBRANT SOUNDBRIDGE IMPLANTABLE HEARING PROSTHESIS (AP 404) 전규격 (I2203016)	1*1*1
자-580-1 인공중이이식 (S5801)	1*1*1

■ 심의결과

- 동 건은 '16.4.28. 주관적(설문지) 평가하고, 보청기 착용 후 좌측 검사는 시행하지 않은 상태에서 '16.5.24. 우측 인공중이이식 시행하였는바, 적절한 보청기 착용과 관련된 근거자료가 부족하다고 판단되어 전액 본인 부담토록 함.

■ 심의내용

- 동 건의 경우 '16.4.28. 주관적(설문지) 평가 후, '16.5.16. 재진 시 시행한 어음명료도(Audiological Examination Report)에서 언어분별력(SRT)이 보청기 미착용 시 54/58dB(우측/좌측), 보청기 착용 시 44/-dB(우측/좌측), 언어이해 및 명료도(PB max)가 보청기 미착용 시 56/50%(우측/좌측), 보청기 착용 시 76/-%(우측/좌측)로 보청기 착용하고 좌측 검사는 시행하지 않는 등 적절한 보청기 착용과 관련된 근거자료가 부족한 상태에서 '16.5.24. 우측 인공중이이식 시행하였음.
- 인공중이이식은 현행 급여기준(고시 제2015-169호(행위))에 의거 만 18세 이상의 양측 비진행성 감각신경성 난청 환자로 편측 순음청력이 41~70dB[500Hz, 1000Hz, 2000Hz, 3000(혹은 4000)Hz 평균치]인 경우, 어음명료도가 50% 이상인 경우, 최소한 1개월 이상 적절한 보청기 착용에도 청각재활의 효과가 제한적인 경우이거나, 지속적인 보청기 착용이 어려운 경우의 조건을 모두 충족하는 경우에 요양급여를 인정하고 있음. 또한 인공중이이식기는 1set에 한하여 요양급여로 인정하고 있으며, 동 인정기준 이외에 시행하는 경우에는 수술료와 관련 치료재료 비용에 해당되는 요양급여비용 전액을 본인이 부담토록 하고 있음.
- 학회 의견 및 전문가 의견에 따르면, 인공중이이식은 어음명료도가 보청기 착용 후 검사 결과 50% 이상 80% 이하 시, 인공중이 시술자가 보청기 착용이 적절한지 판단한 후 시술하여야 하며, 보청기의 청각재활의 효과는 주관적 검사 및 객관적 검사(실이 측정 검사 등)를 이용하여 평가하도록 권장하고 있음.
- 따라서, 동 건은 '16.4.28. 주관적(설문지) 평가하고, 보청기 착용상태에서 좌측 검사는 시행하지 않고 '16.5.24. 우측 인공중이이식 시행하였는바, 적절한 보청기 착용과 관련된 근거자료가 부족하다고 판단되어 전액 본인 부담토록 함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
- 인공중이이식 급여기준 (보건복지부 고시 제2016-69호, 2016.5.15. 시행)
- Paul W. Flint et al, Head and Neck surgery, Sixth edition, Cummings Otolaryngology, 2015.
- 대한이비인후과학회, 비인후과-두경부외과학 1 (기초·이과), 일조각, 2009.
- Ng JH et al, Determinants of hearing-aid adoption and use among the elderly: a systematic review, Int J Audiol, 2015, 54(5):291-300
- Kahue CN et al, Middle ear implants for rehabilitation of sensorineural hearing loss: a systematic review of FDA approved devices, Otol Neurotol, 2014, 35(7):1228-37.
- Andleeb Khan et al, Vibrant soundbridge, Otolaryngologic Clinics of North America, The volume 47, Issue 6, Pages 927-939, 2014
- Andleeb Khan, et al, Vibrant Soundbridge Rehabilitation of Sensorineural Hearing Loss, Otolaryngol, 2014, 927-939
- Jan-Christoffer Luers, et al, Vibrant Soundbridge Rehabilitation of Conductive and Mixed Hearing Loss, Otolaryngol, 2014, 915-926

[2016.9.30. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

■ 자581 골도보청기 이식수술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-581	SZ711	골도보청기 이식수술 Bone Conduction Hearing Aid Implantation	3,386,23	275,640	248,890

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
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

제목	세부인정사항
	- 아 래 -
	1) 양이의 기도-골도 청력의 차이가 각 30dB이상인 전음성 난청 2) 양이의 기도-골도 청력의 차이가 각 30dB이상인면서, 양이의 골도청력이 각 45dB이하인 혼합성 난청 다. 인정횟수 : 1회 인정 2. 상기 1.의 급여대상 이외 시행하는 경우에는 수술료와 주된 치료재료비용을 「선별 급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. <div style="text-align: right;">[고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행]</div>

[공개심의사례]

● 외이도의 선천성 결여로 인한 양측 전음성 난청 상병에 외과적 치료 시도 및 청력개선 관찰 없이 시행한 골도 보청기 이식수술 인정여부

■ 청구내역 (여/10세)

- 상병명: (외)이도의 선천성 결여, 폐쇄, 협착, 상세불명의 전음성 난청, 구토, 상세불명의 위염
- 주요 청구내역

자581 골도보청기이식수술 (SZ711)	1*1
ALPHA 2 전규격 (I2211001)	1*1

■ 심의내용

- 골도 보청기 이식수술은 현행 인정기준(고시 제2013-136호, '13.09.15 시행)에 [5세 이상 ~ 18세 이하] 양측성 선천성 이기형 환자로서, 청력검사(나634-가 표준순음청력검사 혹은 나637 유소아 청력검사 혹은 나640 타각적 청력역치 측정검사)상 ① 양이의 기도-골도 청력의 차이가 각 30dB이상인 전음성 난청 ② 양이의 기도-골도 청력의 차이가 각 30dB이상인면서, 양이의 골도 청력이 각 45dB이하인 혼합성 난청에 인정하고 있으며 동 인정기준 이외에 시행하는 경우에는 수술료와 관련 치료재료 비용에 해당되는 요양급여비용 전액을 본인이 부담토록 하고 있음.

- 동 건(여/10세)은 (외)이도의 선천성 결여, 폐쇄, 협착으로 인한 양측 전음성 난청으로 의사소통의 장애가 있는 환아에게 수술적 치료(외이도 재건술, 청력개선술 등) 시도 및 청력개선 관찰 없이 골도 보청기 이식수술을 시행함. 이에 골도 보청기의 의학적 타당성 및 인정여부 등에 대하여 심의하였으나, 진료내역 참조하여 상근심사위원과 전문심사위원의 의견을 받아 적의처리하기로 함.

※ 상근심사위원 및 전문심사위원 적의처리 결과 (2015.5.22)

- 진료내역 및 검사기록지 검토결과, PTA(순음청력도)검사결과 RT/LT(63dB/56dB)(‘14.7.11.)이고, 측두골 CT(‘14.7.11.)검사는 선천성 양측성 이기형(congenital external and middle ear malformation, both)으로 확인되어 골도 보청기 이식수술(‘14.10.27.)을 시행함.
- 관련 교과서 및 전문가에 따르면, 양측성 외이도 폐쇄증 환자는 가급적 조기에 청력검사를 시행한 후 골도 보청기를 착용시켜야 하나, 일반적으로 수술로 인한 반흔이 추후 외이성형술에 지장을 주기 때문에 소아에게는 이식형 보청기를 처방하지 않는다고 언급하고 있음. 또한 이식형 보청기는 수술의 적응증이 아닌 경우나 술 후 예후가 나쁠 것으로 예상될 때 좋은 대안이 될 수 있다고 기재되어 있음.
- 또한, 동 환자는 Schuknecht 분류상 우측 귀는 D형, 좌측 귀는 C형이며, Jahrsdoerfer의 점수분류체계(point-grading system)상 좌측 귀 8점으로 외이도성형술 후 일반적인 보청기 착용으로도 청력개선이 가능할 것이라는 의견임. 따라서 수술적 치료 시도 없이 골도 보청기 이식술을 시행한 점 등을 고려하여 동건에 시행한 골도 보청기 이식술은 적절한 진료로 보기 어려워 수술료와 관련 치료재료 비용에 해당되는 요양급여비용 전액을 본인이 부담토록 함.
- 다만, 현 고시 기준에는 연령, 청력역치만 기재되어 있어 향후 선천성 이기형 환자에서 단계적 청력개선술 후 골도 보청기 이식술이 시행될 수 있도록 세부기준을 마련하자는 의견임(추후 사례 발생 시 논의).

■ 참고

- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙(보건복지부령 제207호, 일부개정 2013. 9. 13.)
- 건강보험요양급여비용 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 제1절
- 보건복지부 고시 제 2013-136호(2013.09.11.) : 골도 보청기 이식수술 인정기준
- 이비인후과학-두경부외과학, 대한이비인후과학회 편, 일조각, 2009
- Cummings Otolaryngology : HEAD & Neck Surgery, 6th ed, chapter 157. Implantable Hearing Devices

[2015.5.8. 진료심사평가위원회]

CHAPTER

V

치료재료 및 약제 급여기준 **-피부·비뇨의학·이비인후과 분야-**

1. 치료재료
2. 약제

1 치료재료 급여기준

⇒ 일반사항

[치료재료 고시]

제목	세부인정사항
의료기관의 비품 등	<ul style="list-style-type: none"> ○ 주전자, 물병, 물컵, 체온계 및 수저는 의료기관의 비품으로서 주전자, 물병, 물컵 사용료는 입원료에, 체온계사용료는 입원료에, 수저사용료는 식대에 포함되어 있으므로 별도로 환자에게 부담시킬 수 없으나 본인이 파손하거나, 귀가 시 휴대하여 갈 경우에는 그 실비를 본인에게 부담시킬 수 있음. ○ 치솔, 치약, 비누, 수건, 슬리퍼, 휴지를 본인이 준비하지 아니하여 의료기관으로부터 유상 공급받았을 경우 실비로 본인에게 부담시킬 수 있음. ○ 아기포대기는 산전산후 처치 등에 의한 기저귀와 다른 것으로서 주로 세탁하여 계속 사용할 수 있어 입원료에 포함되어 있으므로 별도 부담시킬 수 없으나 본인이 휴대하여 갈 경우 그 실비를 본인에게 부담시킬 수 있음. <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
일회용 Under Pad 별도 산정여부	<p>수술환자 또는 중환자로 인하여 더럽혀진 수술포 및 침대포의 세탁비용을 별도 산정하는 것이 아니고 소정 입원료 및 수술료 등에 포함되어 있으므로 비록 1회용 Under-Pad를 사용하였다 하여도 그 비용을 별도 산정할 수 없음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
재사용이 가능한 자동 열교환에 의한 환자의 체온조절장치의 별도 산정여부	<p>입원병실은 환자의 치료에 필요한 냉·난방 및 환기시설을 갖추도록 의료법 제 36조에 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 별도 산정 할 수 없음</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-198호, 2017.11.1. 시행]</p>
“T-connector”와 “Mini Volume Line”의 요양급여대상여부	<p>“T-connector”와 “Mini Volume Line”(수액세트연결관)은 필요에 따라 선택적으로 수액세트에 연결하여 사용하는 재료로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2002-80호, 2003.1.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
“Control Pressure Line”과 “Control Pressure Spiral Line”의 요양급여대상여부	“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, 2003.1.1. 시행]
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, 2004.1.1. 시행]
“3WAY LINE”의 요양 급여 대상여부	“3WAY LINE”은 수액조절용으로 일회용 제품이나, 「건강보험 요양급여 행위 및 그 상대가치점수」 주사료 산정지침 (1)에 의거 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음. [고시 제2002-80호, 2003.1.1. 시행]
수술전 피부준비용 필름형태의 Drape 류(loban 등) 급여기준	필름형태의 수술 Drape류는 수술 시 절개부위 무균영역을 제공하여 감염예방을 위해 보조적으로 사용하는 재료(loban, OpSite Incise Drape, sterile drape 등)로, 관련 행위 소정점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. [고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행]
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 불요 불급한 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, 2001.1.1. 시행]
수액필터 급여기준	1. 혼합액상의 약물 등을 주입할 때 오염물질을 걸러내기 위해 사용하는 수액필터 (Positive 0,2µm, 0,2µm, 1,2µm IV In Line Filter)는 아래와 같은 약제 주입시 급여를 인정하며, 동 인정기준 외에 사용하는 경우에는 전액본인부담토록 함.

제목	세부인정사항
	<p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. TPN(Total Parenteral Nutrition) 제제 나. 식약처 허가사항에 필터 사용이 명시되어 있는 약제</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2016-112호, 2016.7.1. 시행]</p>
1회용 제모용 클리퍼 급여기준	<p>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.</p> <p>* 두개는 제9장 처치 및 수술료 등 제1절 처치 및 수술료 분류에서 [기본처치]를 제외한 두개부위 수술임.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-198호, 2017.11.1. 시행]</p>

[기결정고시]

● 병실비품(체온계, 수건, 소변기, 대변기, 수저, 환의, 시트, 흡이불, 담요, 베개 등)

가2 입원료(입원환자병원관리료)의 소정점수에 포함됨. 다만, 환자가 파손하거나 귀가시 소지하고 간 경우는 실비로 환자가 부담함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

● 표면저체온요법 Surface cooling

사용목적, 대상, 방법이 동일한 『자동열교환에 의한 체온조절장치』와 동일하게 가1 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨.

* 사용장비 : HEMOTHERM (Hyper/Hypothermia system)

[고시 제2008-169호, 2009.1.1. 시행]

⇒ 마취료

[치료재료 고시]

제목	세부인정사항
Endotracheal tube의 인정기준	<p>1. 전신마취시 사용한 Endotracheal tube는 1개 인정하되, 후두 및 기관지 수술 중 개방되는 술식(후두 협착, 후두 종양수술 등)에 추가 사용할 경우 인정하고, 이 중 Reinforced Type(격임방지형)과 Prefomed nasal Type은 다음의 경우에 인정함.</p>

제목	세부인정사항
	<p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. Reinforced Type(꼭임방지형) (1) 복와위에서 시행하는 수술 (2) 경부를 심하게 구부린 상태로 시행하는 수술 (3) 기관절개를 받은 환자에서 기관절개 부위로 기관 삽관을 하여 시행하는 수술 (4) 경부 수술시 C-arm 가이드하에 기관내 튜브의 위치를 확인하여야 하는 수술 (5) 굴곡성 기관지경을 이용한 기관내삽관술[마취를 위해 삽관한 경우]</p> <p>나. Preformed nasal Type (1) 구강내 수술 (2) 위턱, 아래턱 수술 (3) 안면부위 수술</p> <p>2. 인공호흡기 사용 환자 또는 기도유지를 목적으로 기관내 튜브를 삽관하는 환자가 사용한 Endotracheal tube는 요양급여함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2015-139호, 2015.8.1.시행]</p>
<p>이중관 기관내튜브 (Double Lumen Endotracheal Tube) 또는 Endobronchial blocker의 별도 산정여부</p>	<p>일측폐환기법 마취시 사용하는 이중관 기관내튜브(Double Lumen Endotracheal Tube) 또는 Endobronchial blocker는 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 의한 상한금액 범위내의 요양기관 실구입가로 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2007-103호, 2007.12.1. 시행]</p>
<p>Epidural set(또는 Catheter) 별도 산정 기준</p>	<p>Epidural set(또는 Epidural Catheter)는 경막외마취[바2가(4)] 및 지속적 경막외신경차단술[바22나(1)(가), (3)(가)]시 별도 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2010-86호, 2010.11.1 시행]</p>
<p>침습적혈압측정용 Pressure Monitoring Kit의 세부인정기준</p>	<p>혈압의 지속적인 감시를 위해 사용하는 침습적혈압측정용 Pressure Monitoring Kit는 다음의 경우에 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 중환자실에서 중심정맥압 측정[[1일당](나720)에 사용시 나. 침습적동맥압혈압측정[1일당](너874)에 사용시 다. 마취중 중심정맥압감시(바3나)에 사용시 라. 마취중 침습적동맥압감시(바3다)에 사용시</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2014-79호, 2014.6.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
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)(2), (3)항에 의해 가산되는 경우에 한하여 1개 인정함. [고시 제2017-173호, 2017.10.1. 시행]

[공개심의사례]

● Endotracheal tube 중 Reinforced type의 심사적용 방법

■ 심의배경

- Endotracheal tube는 종류에 따라 적응증 및 개수를 정하여 인정하고 있으며, Reinforced Type(꼭임방지형)의 적응증 중 '경부를 심하게 구부린 상태로 시행하는 수술'의 범위에 대한 해석이 달라 이를 명확히 하고자 심의함.

■ 심의내용

- Endotracheal tube 중 'Reinforced Type(꼭임방지형)'은 'Standard Type(표준형)'의 tube벽에 용수철로 보강을 하여 외부의 압력으로 튜브가 막히거나 꼬이지 않도록 보강된 제품으로, 전신마취 수술 중 경부를 굴곡하거나 자세 변경 등 경부의 움직임으로 인해 'Standard Type(표준형)'이 꺾일 위험이 있는 경우에 환자 안전을 위해 사용하도록 급여기준을 설정한 바, 현행 Endotracheal tube(Reinforced Type(꼭임방지형))의 적응증 중 '경부를 심하게 구부린 상태로 시행하는 수술'에는 '두부·경부(갑상선수술 포함)·악안면수술'과 '좌위에서 시행하는 수술'이 포함됨.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-170호)
- 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(보건복지부 고시 제 2013-185호)
- 약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준(보건복지부 고시 제2013-169호)
- 치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표 (보건복지부 고시 제2014-69호, 2014.5.20.)

[2014.7.7. 진료심사평가위원회]

⇒ 처치 및 수술료

[치료재료 고시]

제목	세부인정사항
자-4 산소흡입시 사용하는 산소 마스크의 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, 2001.1.1. 시행]
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, 2018.10.1. 시행]
관혈적수술시 사용되는 혈관결찰 및 혈관봉합용 클립의 요양급여 여부	관혈적 수술시 사용되는 혈관결찰 및 혈관봉합용 클립(Clip)은 요양급여함. 다만, 혈관봉합용 Clip(VCS Clip 등)은 혈관보강용으로 사용한 경우에 한하여 한 혈관당 2개까지 인정함. [고시 제2008-80호, 2008.8.1. 시행]
봉합사 산정기준	1. 산정방법 : 처치 및 수술시 사용된 봉합사는 다음의 경우를 제외하고는 실사용량으로 산정할 수 있으며, "치료재료급여목록및상한금액표" 범위내에서 실구입가로 산정함. - 다 음 - 가. 천자, 생검, 내시경 검사 등에 사용한 경우 나. 중재적(경피적, 내시경적) 시술시 사용한 경우 다. 다른 특수기기(레이저, 감마나이프 등)를 이용하는 경우 라. 안면수술을 제외한 2cm이하의 피부봉합 또는 피부고정

제목	세부인정사항
	<p>2. 기 타 : 봉합사 제품명(Catalog No.), 굵기(Gauge), 사용량 등을 진료기록부(수술기록지)에 반드시 기재하여야 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2007-143호, 2008.1.1. 시행]</p>
<p>"Lofric Nelaton Catheter"와 "Lofric Insti- Catheter"의 요양급여 대상여부</p>	<p>"Lofric Nelaton Catheter" 및 "Lofric Insti- Catheter" 등 일회용 도뇨카테타는 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2002-80호, 2003.1.1. 시행]</p>
<p>자동봉합기 급여기준</p>	<p>1. 자동봉합기는 식약처 허가사항 범위내에서 사용한 경우 다음과 같이 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 분리형-직선형</p> <p>1) 적응증 및 인정개수</p> <p>가) 몸체 특수침 적응증과 동일: 1개(관혈적&비관혈적)</p> <p>나) 특수침</p> <p>(1) 후두 - 후두전적출술: 2개(관혈적&비관혈적)</p> <p>(2) 폐 - 폐기포절제술: 2개(관혈적&비관혈적) - 폐쇄기절제술: 2개(쇄기당)(관혈적&비관혈적) - 폐엽절제술, 폐구역절제술 : 3개(관혈적), 6개(비관혈적) - 폐전적출술: 4개(관혈적), 5개(비관혈적)</p> <p>(3) 식도 - 식도수술 : 2개(관혈적&비관혈적)</p> <p>(4) 위 - 위수술: 6개(관혈적&비관혈적) * 비관혈적 복강내 문합시 추가 2개</p> <p>(5) 간/담체 - 담낭수술: 1개(관혈적&비관혈적) - 담도수술: 4개(관혈적&비관혈적) - 간수술: 2개(관혈적&비관혈적) * 3구역절제술시 추가 2개 - 췌장수술: 4개(관혈적&비관혈적) * 미부절제시 2개</p>

제목	세부인정사항
	<p>(6) 비장 - 비장수술: 2개(관혈적&비관혈적)</p> <p>(7) 장 - 소장수술: 2개(관혈적&비관혈적) - 결장수술: 2개(관혈적&비관혈적) * 비관혈적 복강내 문합시 추가 2개 - 직장수술 : 2개(관혈적&비관혈적) * 결장낭조성술시 추가 2개, 회장낭항문문합술시 추가 2개</p> <p>(8) 비뇨기 - 신적출술, 전립선정낭전적출술: 3개(관혈적&비관혈적) - 신요관적출술: 4개(관혈적&비관혈적) - 방광대치술, 방광전적출술, 방광확대성형술(장문합을 실시하는 경우), 요관장피부문합술: 4개(관혈적&비관혈적)</p> <p>(9) 자궁/자궁부속기 - 자궁적출술, 자궁부속기절제술, 난소절제술: 2개(관혈적&비관혈적) * 광범위자궁적출술시 추가 2개</p> <p>나. 일체형(몸체+특수침)</p> <p>1) 적응증 및 인정개수</p> <p>가) 직선형 - 식도절제 후 문합술, 결장반절제술, 직장수술: 1개(관혈적) - 직장절제술후 문합술- 전방절제, 저위전방절제 : 1개(비관혈적)</p> <p>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, 하트만씨수술복원술) : 1개(관혈적 & 비관혈적)</p> <p>다. 일체형과 분리형 자동봉합기를 동시에 사용하는 경우, 각각의 적응증 및 인정개수를 한하여 요양급여를 인정함. 다만, 결장반절제술에 일체형과 분리형 자동봉합기를 동시에 사용하는 경우에는 일체형 1개, 분리형 1개를 인정함.</p> <p>2. 상기 적응증별 인정개수를 초과하여 사용한 경우에는 다음과 같이 함.</p>

제목	세부인정사항
	<p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 분리형-직선형 몸체: 사례별 인정</p> <p>나. 분리형-직선형 특수침: 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용</p> <p>다. 일체형(몸체+특수침): 사례별 인정</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행]</p>
<p>재사용이 가능한 자동봉합기 분리형 몸체(I drive Ultra Powered Handle) 급여기준</p>	<p>재사용이 가능한 자동봉합기 분리형 몸체(I drive 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.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 후두 - 후두전적출술 (2) 폐 - 폐기포절제술, 폐쇄기절제술, 폐엽절제술, 폐구역절제술, 폐전적출술 (3) 식도 - 식도수술 (4) 위 - 위수술 (5) 간/담체 - 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 <p>나. 인정개수 - 수술당 1개(1주기)</p> <p>※ 재사용이 가능한 자동봉합기 분리형 몸체(IDRIVE ULTRA POWERED HANDLE)와 1회용 자동봉합기 분리형 몸체를 동시에 사용하는 경우, 재사용이 가능한 자동봉합기 분리형 몸체는 인정하되, 1회용 자동봉합기 분리형 몸체는 사례별로 인정함</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2016-226호, 2016.12.1. 시행]</p>

〈피부과〉

⇒ 검사료

[치료재료 고시]

제목	세부인정사항
"Biopsy Punch"의 요양급여 대상여부	"Biopsy Punch"는 피부생검이나 피부양성종양 적출술시 사용하는 천공기로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음. [고시 제2002-80호, 2003.1.1. 시행]

〈비뇨의학과〉

⇒ 검사료

[치료재료 고시]

제목	세부인정사항
신장·비뇨기과 압력측정용 CATHETER (2Way,3Way) 급여기준	요역동학검사 및 신우내압측정검사 등에서 압력 측정 목적으로 사용되는 신 장·비뇨기과 압력 측정용 CATHETER(UDS Catheter 등)는 진단 시 필수적인 치 료재료인 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, 2017.7.1. 시행]

[공개심의사례]**● 나656 요류역학검사서 압력 측정 목적으로 사용되는 UDS(Urodynamic Study) catheter 인정개수에 대하여****■ 청구내역**

○ A 사례(남/36세) / B 사례(남/60세)

- 상병명 : 상세불명의 방광의 신경근육기능장애, 혈뇨를 동반한 급성 전립선염

- 주요 청구내역

- | | |
|---------------------------------------|-------|
| · 나656 요류역학검사(E6560) | 1*1*1 |
| · URODYNAMIC CATHETER 2-WAY(M0005012) | 1*1*3 |

■ 심의내용

○ 비뇨기계검사시 사용되는 UDS(Urodynamic study) catheter 현행 인정기준에 의하면 '요류역학검사 및 신우내압측정검사 등에서 압력 측정 목적으로 사용한 경우 별도 인정한다'고 되어 있고 인정개수에 대하여는 명시되어 있지 아니함.(보건복지부 고시 제2009-200호, 2009.10.30.)

○ 동 건은 요류역학검사시 UDS catheter(2-way)가 여러 개 산정되어 인정개수에 대하여 논의한 결과, 비뇨기계검사시 사용되는 카테터는 형태에 따라 2-way(방광내압 측정용)와 3-way(방광내압, 요도내압 동시 측정용)로 분류되어 있어 요류역학검사시 검사자가 어떤 항목의 검사를 실시할 것인지에 따라 카테터의 선별사용이 가능함.

○ 따라서, 특별한 사유가 없는 한 요류역학검사시 사용한 UDS catheter는 한 개만 인정기로 함.

■ 참고

- 비뇨기계검사시 사용되는 UDS catheter 인정기준(고시 제2009-200호(치료재료), 2009.10.30.)
- 요류역학검사의 수가산정방법(고시 제2011-144호(행위), 2011.11.25.)
- 대한비뇨기과학회, 비뇨기과학 제4판, 일조각, 2007
- 대한배뇨장애 및 요실금학회, 배뇨장애와 요실금, 일조각, 2004
- Wein : Campbell-Walsh Urology, 10th, ed, on-line

[2013.5.13. 진료심사평가위원회]

⇒ 처치 및 수술료

[치료재료 고시]

제목	세부인정사항
전립선 온열요법 시 사용하는 치료재료의 급여기준	자397 전립선 온열요법 시 사용하는 치료재료는 치료기간 중 1회에 한하여 요양 급여로 인정하되, 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」의 장비별 정액수가를 산정함. [고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행]
전립선비대증에 홀뮴 레이저를 이용한 전립선광적출술시 사용하는 치료재료 산정기준	전립선비대증에 홀뮴레이저를 이용한 전립선 광적출술을 실시한 경우 치료재료 비용은 「치료재료 급여 비급여목록표 및 급여상한금액표」에서 정한 금액(코드 N0091001)으로 별도 산정함. [고시 제2010-75호, 2010.10.1. 시행]
Prostakath의 별도 산정여부	전립선 요도확장 Wire인 "Prostakath"는 별도 산정할 수 없음. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
비뇨기계 지혈용 압박카테터 급여기준	지혈용 압박카테터(Hemostatic Catheter)는 전립선 또는 비뇨기계 질환으로 인한 심한 출혈의 지혈을 위해 사용 시 요양급여를 인정함. [고시 제2017-173호, 2017.10.1. 시행]
치골상튜브카테터 급여기준	치골상튜브카테터(Suprapubic catheter 등)는 요도협착 또는 전립선비대 등으로 배뇨장애가 있는 환자에게 실시하는 경피적 방광루설치술(Percutaneous Cystostomy) 등에 사용 시 요양급여를 인정함. [고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행]
신장내 관찰 및 각종 수술시행을 위한 percutaneous nephroscopy의 적용 항목 및 재료대 별도 산정여부	Percutaneous Nephroscopy하에 관찰(진단)혹은 수술(처치)을 하더라도 Percutaneous Nephroscopy의 수기로 및 치료재료는 PCN에 준하며 재료대중 Catheter는 신루도 Catheter로 산정할 수 있음. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

제목	세부인정사항
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, 2018.5.1. 시행]
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, 2001.1.1. 시행]
배액관 고정장치의 급여기준	경피적 시술후 체외로 유치되는 배액관을 안전하게 고정하고, 피부자극을 감소시키기 위해 사용하는 진료용 재료인 배액관 고정장치는 다음의 경우에 인정함. - 다 음 - 1. 적응증 - 경피경간 담즙배액술(PTBD, PTC), 경피적 신루설치술(PCN), 경피적 위루술, 경피적 튜브배액술(PCD) 등의 경피적 시술(배액관 삽입·교환·유치)시 2. 인정개수 - 2주에 1개를 원칙으로 하되, 경피적 담석제거술 또는 경피적 담즙배액술(PTBD) 후 배액관 교환시의 경우와 같이 치료기간 중 수기료의 인정횟수를 정하고 있는 경우에는 수기료의 인정횟수대로 인정함 [고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행]
요관스텐트의 인정기준	요관성형 또는 요관협착, 요관손상 등에 뇨의 배출 및 치료목적으로 사용하는 요관스텐트(Ureteral stent)와 가이드와이어는 진료상 필요한 경우 실사용량으로 인정함. [고시 제2006-38호, 2006.6.1. 시행]
Dilator renal 급여기준	요관 또는 신 결석을 제거하기 위해 시행하는 PNL(Percutaneous nephrolithotomy)은 내시경하에 puncture needle로 신실질을 천자하여 규격이 2Fr 또는 4Fr씩 증가된 dilator renal로 30Fr(직경 1cm)까지 확장한 후 이곳을 통하여 신내시경을 신배에 삽입하고 수술하는 방법으로 이때 사용하는 dilator는 실사용량으로 요양급여를 인정함. [고시 제2018-3호, 2018.4.1. 시행]

제목	세부인정사항
경피적 Nephrostomy Balloon Catheter (Ultraxx Nephrostomy Balloon Catheter 등)의 인정기준	Nephrostomy Balloon Catheter(Ultraxx Nephrostomy Balloon Catheter 등)는 풍선을 이용하여 신장확장을 함으로써 Renal Dilator에 비해 시술이 쉽고 출혈의 가능성을 낮추는 장점이 있어 PNL(Percutaneous Nephrolithotomy) 시술 시 인정함. [고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]
경피적 신우루 설치술후 이를 확장하고 내시경으로 결석 제거시 재료대	경피적 신우루 설치술후 이를 확장하고 내시경으로 결석제거시 재료대는 신우루 용 카테타 1개, G-W 1개, Dilators, 조영제는 별도 산정할 수 있음. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
신절석술에 사용되는 요관폐색용 BALLOON CATHETER 인정기준	UPJ Occlusion Balloon Catheter 등은 경피적 신절석술(Percutaneous Nephrolithotomy) 시 사용한 경우에만 인정하며, 양측 장기 시술 시에는 각각 인정함. [고시 제2011-144호, 2011.12.1. 시행]
내인성 요도괄약근 기능부전에 대한 현수건인시 사용되는 동종근막의 별도 산정여부	요도 하부에 요도를 지탱하는 구조물을 유치시켜서 이 구조물이 복압이 증가하는 상황에서 요도를 효과적으로 압박하여 요도압력을 높임으로써 요실금을 교정하는 수술인 현수건인법(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, 2004.1.1. 시행]
인공요도괄약근 AMS Sphincter 급여기준	요실금 치료재료인 인공요도괄약근 AMS Sphincter는 원래의 요도형태를 손상시키지 않고 자기 요도로 배출시켜 요저장-요배출을 유지해주나, 일반적인 요실금 치료재료에 비해 상대적으로 고가인 바, 비용효과적인 측면을 고려하여 요류역학검사로 요실금이 확인되는 다음의 경우에 인정함. - 다 음 - 가. 적응증 1) 전립선적출술(경요도적 전립선 절제술 포함) 후 발생한 요실금 2) 신경인성방광으로 인해 발생한 요실금

제목	세부인정사항
	<p>나. 인정개수 : 1set(평생개념) 인정을 원칙으로 함. 다만, 소아신경인성방광으로 인해 발생한 요실금의 경우 성장발달에 의한 요도직경의 변화 등을 고려하여 최대 2set(평생개념)까지 인정</p> <p>다. 상기 적응증 및 인정개수를 초과하거나, 부품 교체시 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행]</p>
<p>현수견인법 (Sling Procedure)에 의한 요실금 치료재료 (SISTEMA REMEEX 등) 급여기준</p>	<p>1. 압력 재조절이 가능한 슬링(Sling)을 이식하여 요실금을 조절하는 치료재료인 ARGUS와 SISTEMA REMEEX는 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>1) 남자의 경우</p> <p>가) 전립선적출술로 인해 발생한 요실금</p> <p>나) 신경인성 방광으로 인해 발생한 요실금</p> <p>다) 외상으로 인해 발생한 요실금</p> <p>2) 여자의 경우(Sistema Remeex만 해당): 복잡성 요실금으로 아래에 해당하는 경우에 인정함.</p> <p>가) 첫 수술 실패 후 재수술시</p> <p>나) 배뇨근 수축력 약화(detrusor underactivity)가 있는 경우</p> <p>다) 진료상 필요성이 있는 심한 요실금의 경우(내인성 요도괄약근 부전의 경우)</p> <p>나. 인정개수 : 1개 인정</p> <p>2. 상기 1항의 적응증 및 인정개수를 초과하여 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행]</p>
<p>“MACROPLASTIQUE LUBRICANT GEL” 및 “MACROPLASTIQUE ENDOSCOPIC NEEDLE”의 요양급여 대상여부</p>	<p>“ENDOSCOPIC NEEDLE”은 MACROPLASTIQUE(요실금 치료용 주입물질)를 주입하는 재료로 식품의약품안전청 허가품목에 해당되지 않으며, “LUBRICANT GEL”은 ENDOSCOPIC NEEDLE을 윤활시키기 위해 보조적으로 사용되는 재료로 별도 산정할 수 없음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2006-38호, 2006.6.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
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 II 기에서 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, 2016.10.1. 시행]

[공개심의사례]

● **요실금수술 치료재료 SISTEMA REMEEX 인정기준에 대하여**

■ 심의배경

- 요실금 수술 치료재료 SISTEMA REMEEX는 현행 인정기준(고시 제2010-56호, 2010.8.1. 시행)에 의거 요양급여하고 있으나, 인정기준 중 '배뇨근 수축력 약화와 심한 요실금'에 대한 구체적 적용 방법에 대한 논란이 있는바 이에 대하여 심의함.

■ 참고

- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2010-123호, 2011.1.1. 시행)
- 치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표(보건복지부 고시 제2010-89호, 2011.1.1. 시행)
- 현수견인법에 의한 요실금 치료재료(SISTEMA REMEEX) 등 인정기준(보건복지부 고시 제2010-56호, 2010.8.1. 시행)
- 대한배뇨장애 및 요실금학. 배뇨장애와 요실금. 일조각. 2004
- 대한비뇨기과학회. 비뇨기과학 제4판. 일조각. 2007

■ 심의내용

- SISTEMA REMEEX는 일반적인 요실금수술용 인조테이프에 비해 수술 후 압력을 쉽게 재조정하여 적절한 배뇨상태를 줄 수 있는 장점은 있으나, 월등히 고가인 점 등을 고려하여 '배뇨근 수축력 약화와 심한 요실금'에 대한 구체적 적용 방법은 다음과 같이 적용기로 함.

- 다 음 -

- 배뇨근 수축력 약화(detrusor underactivity)가 있는 경우
 - Schafer nomogram에서 배뇨근 수축력 약화 확인
 - BCI(Bladder Contractility Index) <100
 - 확실한 임상증상(최고 요속(Qmax)이 15ml/sec 이하이고 배뇨후 잔뇨량이 100ml 이상인 경우)이 확인 되는 경우
- 심한 요실금
 - Grade 3(서 있는 경우에도 있는 경우)
 - 요누출압(ALPP) 60cmH2O 이하인 경우
 - 최대요도폐쇄압 60cmH2O 이하인 경우

[2011.6.13. 진료심사평가위원회]

〈이비인후과〉

⇒ 검사료

[치료재료 고시]

제목	세부인정사항
비점막 유발검사 (Nasal Provocation Test)시 사용된 항원 시약 등의 별도 산정 여부	<p>통년성(Perennial) 알레르기성 비염(Allergic Rhinitis)환자의 진단 및 병의 정도를 파악하기 위하여 항원을 직접 비강내에 접촉시킨 후 반응이 나타나는 것을 확인하는 비점막 유발시험검사(Nasal Provocation Test)에 사용된 항원시약, Plotter Paper, Plotter Pen 등은 관련 행위의 소정점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.</p> <p>[고시 제2003-83호, 2004.1.1. 시행]</p>
전기와우도검사의 급여여부	<p>음자극에 따른 와우활동전압의 전기적 반응을 기록함으로써 청력상태의 정도와 유형을 관찰하는 전기와우도 검사는 Meniere's Disease의 진단에 유용한 검사로 판단되어 급여대상으로 함.</p>

제목	세부인정사항
	<p>이때 Glycerol 약제 투여 전·후에 동 검사를 반복 실시할 때에도 1회 검사료만을 산정하며, Electrode 등의 소요재료 비용은 동 검사료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>

⇒ 처치 및 수술료

[치료재료 고시]

제목	세부인정사항
인공성대삽입술 시 사용하는 치료재료 (PROVOX VEGA) 인정기준	<p>인공성대삽입술용 치료재료는 후두전적출술을 시행한 환자 중 이비인후과의사의 판단 하에 음성재활이 가능한 자에게 시행하는 경우 연간 2개까지 요양급여를 인정함. 단, 인공성대삽입술용 치료재료의 기능 상실, 타액 유출(saliva leakage), 헐거워짐(stoma loosening), 기도압 상승 등의 경우 사례별로 추가 인정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2014-107호, 2014.7.1. 시행]</p>
Ventilation tube의 별도 산정여부	<p>중이내튜브부유치술시 삼출액의 배액목적으로 사용되는 Ventilation tube는 "중이내 튜브유치술"의 소정수기로에 포함되므로 요양기관에서 실제 사용한 Tube의 종류나 가격에 불문하고 별도 산정할 수 없음.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
Nasal packing용 치료재료 급여기준	<p>1. Nasal packing용 치료재료는 기존의 팩킹재료로 사용하던 바셀린거즈에 비하여 수분에 대한 흡수력이 뛰어나고 팩킹시 수술부위에 골고루 압력을 가함으로써 지혈효과가 높으며, 삽입과 제거시에 통증을 유발하지 않을 뿐만 아니라 점막과의 유착이 없고 이물 반응의 극소화로 점막손상이 없는 장점 등을 감안하여 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 부비동 수술(Sinus Surgery) 2) 비중격교정술 또는 비중격성형술(Submucosal Resection or Septoplasty) 3) 하비갑개 절제술 또는 점막하 절제술(Inferior Turbinatectomy or Submucosal Inferior Turbinatectomy) 4) 비용적출술(Nasal Polypectomy) 5) 상악동근치수술(Caldwell-Luc Operation) 6) 비출혈지혈법(Control of Epistaxis)

제목	세부인정사항
	<p>7) 내시경적 비내누낭비강문합술(Endoscopic Dacryocystorhinostomy) 8) 경비적 뇌하수체종양 적출술(Transnasal Excision of Pituitary Tumor) 9) 안면골 골절수술 나. 인정개수 : 편측 수술당 2개 인정함.</p> <p>2. 상기 1항의 적응증별 인정개수를 초과하여 사용한 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행]</p>
<p>External Nasal Splint 와 Internal Nasal Splint 치료재료의 인정기준</p>	<p>External Nasal Splint 와 Internal Nasal Splint는 코 부위 외상 또는 수술 후 부종 경감 및 압박고정, 비중격 지지 및 비내 유착 감소 목적으로 사용 시 다음과 같은 경우에 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1. External Nasal Splint - 비골 또는 비사골 골절 정복술</p> <p>2. Internal Nasal Splint 가. 적응증 1) 비골 또는 비사골 골절 정복술 2) 비중격교정술 또는 성형술 3) 비내유착분리술 4) 비중격혈종 또는 농양절개술 5) 하비갑개절제술 또는 점막하절제술</p> <p>나. 인정개수 상기 수술시 1PAIR(쌍) 범위 내에서 인정함</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2015-169호, 2015.10.1. 시행]</p>
<p>인공와우 급여기준</p>	<p>1. 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant)는 다음의 경우에 요양급여함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상 1) 1세 미만 양측 심도(90dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용에도 청능 발달의 진전이 없는 경우</p> <p>2) 1세 이상 19세 미만 양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용 및 집중교육에도 청능 발달의 진전이 없는 경우</p>

제목	세부인정사항
	<p>다만, 시술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외함.</p> <p>3) 19세 이상 양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 보청기를 착용한 상태에서 단음절어에 대한 어음변별력(Speech discrimination)이 50% 이하 또는 문장언어평가가 50% 이하인 경우. 다만, 시술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외함.</p> <p>4) 상기 1), 2), 3)의 난청환자 중 뇌막염의 합병증 등으로 시급히 시행하지 않으면 수술시기를 놓치게 될 경우에는 예외적으로 시행할 수 있음.</p> <p>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.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 요양급여적용일(2005.1.15.) 이전 편측 인공와우 이식자 나) 19세 미만의 편측 인공와우 이식자 다) 19세 미만의 양측 동시 이식 대상자.</p> <p>나. 급여개수</p> <p>1) 인공와우는 1set(내부장치, 외부장치)에 한하여 요양급여하되, 분실, 수리가 불가능한 파손 등으로 교체 시 외부장치 1개를 추가 요양급여함.</p> <p>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.</p> <p>다. 시설·장비 및 인력 기준</p> <p>1) 시설·장비</p> <p>가) 청각실:방음청력검사실, 인공와우조절검사(Mapping of Speech Processor) 장비, 청각유발반응검사 기기를 갖추어야 함. 나) 언어치료실: 인공와우조절검사 장비를 갖추어야 함(청각실과 공동사용 가능).</p> <p>2) 인력</p> <p>가) 시술자: 이비인후과 전문의 2인 이상이 상근하는 요양기관에서 아래 중 각 호의 1에 해당하는 이비인후과 전문의가 1인 이상 상근하는 경우</p>



제목	세부인정사항
	- 아 래 -
	<p>(1) 전문의 자격증 취득 이후 인공와우이식술을 시행하는 상급종합병원에서 2년 이상 이과 전문 경력이 있으면서 그 기간 중 1년 이상 와우이식술을 시술하거나 공동 시술한 경험이 있는 자</p> <p>(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</p> <p>(3) 교육, 해외연수 등으로 위 각호에 해당하는 자격을 갖추었다고 이비인후과학회에서 인정받은 자</p> <p>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)</p> <p>3) 요양기관은 인공와우이식술 실시 이전에 건강보험심사평가원에 상기 1), 2)에 관한 기준에 적합한 증빙서류를 첨부하여 제출하여야 함.</p> <p>2. 상기 1.의 급여대상 및 개수를 초과하여 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-185호, 2018.11.1. 시행]</p>

[공개심의사례]

● 이비인후과 영역에서 설단순절제술 및 연부조직종양적출술(지방종 등)-피하양성종양 등에 사용한 초음파 절삭기(Harmonic scalpel 등) 인정여부

■ 청구내역

○ 사례A(여/65세)

- 청구 상병명: 상병명: 혀의 질환

- 주요 청구내역

자218-2가 설단순절제술[거설증등]-1/2미만 (Q2188) 1*1*1

HARMONIC SCALPEL 전규격 (M2043008) 1*1*1

○ 사례B(남/64세)

- 청구 상병명: 머리, 얼굴 및 목의 피부 및 피하조직의 양성 지방종성 신생물

- 주요 청구내역

자23가(1)연부조직종양적출술(지방종,혈관종,섬유종,거대세포종,화골성근염등)-피하양성종양 (N0233)

1*1*1

HARMONIC SCALPEL 전규격 (M2043008)

1*1*1

○ 사례C(남/52세)

- 청구 상병명: 몸통의 피부종양

- 주요 청구내역

자91 건,인대피하단열수술 (N0911)

1*1*1

자130가 관혈적기관절개술 (O1300)

1*1*1

HARMONIC FOCUS PLUS SHEARS 전규격 (M2043208)

1*1*1

■ 진료내역

○ 사례A(여/65세)

- 진단명: Tongue disease

- 수술명: Lt. partial glossectomy

○ 사례B(남/64세)

- 진단명: neck lipoma

- 수술명: excision (Lt.)

○ 사례C(남/52세)

- 진단명: Deep neck infection

- 수술명: Incision and drainage (I&D)

■ 심의내용

○ 초음파절삭기(Harmonic scalpel 등) 및 전파절삭기(Ligasure 등)는 국정과제인 4대 중증질환관련(고시 제 2015-43호, '15.4.1. 시행) 치료재료 목록으로 등재(본인부담률 80% 적용)됨에 따라 기존 고시가 삭제되어 급여로 인정되고 있음.

○ 국민건강보험법 요양급여의 기준에 관한 규칙(별표)요양급여의 적용기준 및 방법에 의하면 요양급여는 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하여야 하며, 경제적으로 비용효과적인 방법으로 행하여야 함.

- 동 건(A-C사례)은 이비인후과 영역에서 시행하는 설단순절제술, 연부조직종양적출술(지방종 등)-피하양 양성양 등에 치료재료로 초음파 및 전파절삭기(Harmonic scalpel 등)를 사용하여 수술한 건으로 치료재료 인정여부에 대하여 이비인후과 분과위원회에서 논의한 결과,
- 교과서, 임상연구문헌, 학회의견(대한이비인후과학회) 및 전문가에 의하면 초음파 및 전파절삭기(Harmonic scalpel 등)는 기존에 사용하던 전기수술기와 동일한 기능을 나타내면서 낮은 열로 조직을 박리, 절제 및 지혈함에 따라 열에 의한 주변조직 손상을 최소화하여 수술시간이나 출혈량 감소 등의 이점이 있음. 그러나 고가의 비용이 소요되어 비용 효과적이지 않음.
- 따라서 악성종양의 수술이나 이하선수술, 타액선 수술 또는 2/3 이상을 절제하는 설 절제수술, 혈관종양 수술 등에는 유용하나 작은 크기의 주위와 경계가 명확한 양성종양수술, 배농목적의 수술 등에는 초음파절삭기(Harmonic scalpel 등)가 반드시 필요하지 않다는 의견으로 동 건의 3사례는 아래와 같이 사례 결정함.

- 아 래 -

- A사례(여/65세)는 혀의 질환 상병 하에 Ulcer 및 Inflammation으로 진단받고 초음파절삭기(Harmonic scalpel)를 사용하여 혀의 mass(1.5cm)를 Excision하고 자218-2가 설단순절제술(Simple Excision of Tongue)을 청구하였고,
- B사례(남/64세)는 머리, 얼굴 및 목의 피부·피하조직의 양성 지방종성 신생물 상병에 초음파절삭기(Harmonic scalpel)를 사용하여 Lipoma(Lt. Posterior Neck)를 excision한 후 자23가(1) 연부조직종양적출술(지방종,혈관종,섬유종,거대세포종,화골성근염등)-피하양성종양(Subcutaneous Benign Tumor)로 청구하였으며,
- C사례(남/52세)는 몸통의 피부농양 상병에 Deep Neck Infection으로 진단받고 전신마취하에 Harmonic Focus Shears를 이용하여 I&D(Incision & Drainage)하고 suture한 후 자91 건, 인대피하단열수술로 준용하여 청구함.
- 진료기록부 및 수술기록지 등 전반적인 진료내역 등 참조할 때 동 수술시 초음파 절삭기가 반드시 필요한 경우로 보기 어려워 Harmonic Scalpel 및 Harmonic Focus Shears는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 대한이비인후과학회, 이비인후과학-두경부외과학, 일조각 2009
- 대한피부과학회 교과서 편찬위원회, 피부과학,2008
- Int J Surg Oncol, 2013;2013:369345, doi: 10.1155/2013/369345, Epub 2013 Dec 22,
- Laryngoscope, 2013 Apr;123(4):904-9, doi: 10.1002/lary.23704, Epub 2012 Dec 3,

- Salami A et al. Med Sci Monit. 2008 May;14(5):P1-5.
- Blankenship DR1 et al. Otolaryngol Head Neck Surg. 2004 Oct;131(4):397-400.
- Jatin Shah's Head and Neck Surgery and Oncology Fourth Edition 2012
- Kozomara D et al. Coll Antropo,l March 1, 2010; 34 Suppl 1 (); 105-12
- Zanghi A, et al. Eur Rev Med Pharmacol Sci - December 1, 2014; 18 (2 Suppl); 54-9

[2015.9.25. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

● **진료내역 참조, 자580 인공와우이식 인정여부**

■ 청구내역

○ A사례(남/68세)

- 청구 상병명: 상세불명의 청력소실, 상세불명쪽, 상세불명의 감각신경성 청력소실
- 주요 청구내역

자580 인공와우이식술	1*1*1
자564 고실 성형술[점막 또는 피부의 식피술료 포함] [제2의 수술(중병이상)]	1*1*1
자567가 유양돌절제술-공동폐쇄유양동절제술 [제2의 수술(중병이상)]	1*1*1
CONCERTO 전규격	1*1*1
RONDO 전규격	1*1*1

○ B사례(남/53세)

- 청구 상병명: 상세불명의 청력소실, 양쪽
- 주요 청구내역

자580 인공와우이식술	1*1*1
COCHLEAR NUCLEUS SYSTEM SOUND PROCESSOR SET WITH EMOTE ASSISTANT 전규격	1*1*1
NUCLEUS 24 FREEDOM COCHLEAR IMPLANT 전규격	1*1*1
귀(이)수술에 사용한 BURR, SAW 등 절삭기류	1*1*1

○ C사례(여/77세)

- 청구 상병명: 상세불명의 감각신경성 청력소실
- 주요 청구내역

자580 인공와우이식술	1*1*1
CONCERTO 전규격	1*1*1
RONDO 전규격	1*1*1
귀(이)수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류	1*1*1

■ 심의결과

- A사례(남/68세)의 경우 좌측청력에 의존해 온 환자의 과거력과 순음청력검사 및 타각적청력역치측정검사 결과가 일관성이 있고 고시 기준에 합당하며 환자에게 인공와우이식 외에 다른 치료방법이 없을 것으로 판단되어 요양급여를 인정하기로 함.

B사례(남/53세)의 경우 문장언어평가는 보청기 1개로 좌우 번갈아 착용하였다는 기록으로 볼 때 적절한 보청기 착용 후 시행한 검사로 보기 어려우며 어음청력검사의 변이가 심하여 신뢰도가 떨어지고 마지막 어음청력검사를 고려해 볼 때 보청기 재활에 대한 노력이 필요할 것으로 판단되어 요양급여로 인정하지 아니함.

C사례(여/77세)의 경우 보청기 착용상태에서 실시한 검사가 없고 보청기 재활에 대한 적절한 노력이 확 인되지 않음. 또한 2010년 8월 이후 치매, 뇌경색증 상병으로 관련 약제를 복용 중인 환자의 상태를 고려하여 볼 때 청력검사 결과에 대한 신뢰도가 떨어지고, 수술 후 청각재활에 어려움이 있을 것으로 판단되어 요양급여로 인정하지 아니함.

■ 심의내용

- 인공와우이식은 관련 급여기준(보건복지부고시 제2016-147호, '16.9.1. 시행, 제2010-115호, '11.1.1. 시행)에 의거, 15세 이상에서는 양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 문장언어평가가 50% 이하인 경우(단, 술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외함)에 요양급여를 인정하고 있음.
- 동 건은 '상세불명의 청력소실' 상병에 인공와우이식술을 시행하여 관련 검사(순음청력검사, 어음청력검사, 문장언어평가 등) 및 진료내역 등을 참조하여 인공와우이식의 요양급여 인정여부에 대하여 논의함.
- 동 건(3사례)은 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

- ▶ A사례(남/68세)는 어릴 때부터 우측 청력저하가 있어 좌측 청력에 의존해온 환자로 40대부터 난청이 시작되어 15년 전부터 좌측 보청기를 착용하였고 '16.11.23. 좌측 인공와우이식을 시행함. '16.8.10. 순음청력검사 74/90dB(Rt/Lt), '16.8.10. 어음청력검사 상 보청기 미착용 상태의 어음분별력(SRT)은 Can not test/Can not test(Rt/Lt)이고, 보청기 착용상태의 어음분별력(SRT)은 Can not test/68dB(Rt/Lt) 이었음. 또한 '16.11.1. 보청기 착용상태에서 실시한 문장언어평가 AO(Audio Only)에서 0/42%(Rt/Lt), '16.11.1. 타각적청력역치측정검사(ABR) 75dB/No response(Rt/Lt)이었음.

좌측청력에 의존해 온 환자의 과거력과 순음청력검사 및 타각적청력역치측정검사 결과가 일관성이 있고 고시 기준에 합당하며 환자에게 인공와우이식 외에 다른 치료방법이 없을 것으로 판단되어 요양급여를 인정하기로 함.

▶ B사례(남/53세)는 15년 전부터 청력저하가 시작되었으며 2014년부터 보청기 1개를 좌우 번갈아 사용 해온 환자(청각장애 4급)로 '16.7.15. 우측 인공와우이식을 시행함. 수술 전 시행한 순음청력검사(4분법) '16.2.23.(73,75/82,5dB(Rt/Lt))→'16.3.2.(78,75/81,25dB(Rt/Lt))→'16.7.14.(68,75/71,25dB(Rt/Lt))이었고, 보청기 미착용 상태의 어음청력검사 상 discrimination '16.2.23. (80/60%(Rt/Lt))→ '16.3.2.(14/14%(Rt/Lt))→'16.7.14. (56/40%(Rt/Lt))이었으며, 보청기 착용 상태에서의 어음명료도(SRT) 결과가 없음. 다만, 보청기 착용상태 에서 실시한 '16.7.14. 문장언어평가는 44%이었음.

관련 검사 및 진료내역 등을 검토한 결과 문장언어평가는 보청기 1개로 좌우 번갈아 착용하였다는 기록 으로 볼 때 적절한 보청기 착용 후 시행한 검사로 보기 어려우며 어음청력검사의 변이가 심하여 신뢰도 가 떨어지고 마지막 어음청력검사를 고려해 볼 때 보청기 재활에 대한 노력이 필요할 것으로 판단됨. 따 라서 요양기관이 제시한 문장언어평가 결과는 적절한 검사로 인정하기 곤란하여 인공와우이식은 요양 급여로 인정하지 아니함.

▶ C사례(여/77세)는 약 5~6년 전부터 양측 청력저하가 진행되어 '16.4.8. 우측 인공와우이식을 시행한 환 자임. 수술 전 시행한 순음청력검사는 '16.3.21.(77/70dB(Rt/Lt)), '16.4.6.(73/73dB(Rt/Lt))이고, '16.4.6. 보청기 미착용 상태 어음청력검사는 어음분별력(SRT) 72/73dB(Rt/Lt), Recognition 58%(Rt,90dB)/68%(Lt,90dB) 이며, '16.4.8. 문장언어평가 AO(Audio only) 0%임.

제출된 의사소견서, 문장언어평가, 수술 및 마취기록지 등을 검토한 결과, 보청기 착용상태에서 실시한 검사가 없고 보청기 재활에 대한 적절한 노력이 확인되지 않음. 또한 2010년 8월 이후 치매, 뇌경색증 상 병으로 관련 약제를 복용 중인 환자의 상태를 고려하여 볼 때 청력검사 결과에 대한 신뢰도가 떨어지고, 수술 후 청각재활에 어려움이 있을 것으로 판단되어 요양급여로 인정하지 아니함.

■ 참고

- 인공와우의 급여기준(보건복지부 고시 제2016-147호, 2016.9.1. 시행)
- 인공와우의 급여기준(보건복지부 고시 제2010-115호, 2011.1.1. 시행)
- Derald E. Brachmann, et al. Otolologic Surgery. Fourth Edition, Elsevier, 2016.
- Paul W. Flint, et al. Cummings Otolaryngology. Head and Neck surgery. 6th edition, Elsevier, 2015.
- 대한이비인후과학회. 이비인후과학-두경부외과학 I (기초·이과). 일조각. 2009.
- Department of Health, State of Western Australia, Neuroscience and Senses, Clinical Guidelines for Adult Cochlear Implantation, 2013.
- AHRQ Technology Assessment Report, Effectiveness of Cochlear Implants in Adults with Sensorineural Hearing Loss, 2011.
- NICE, Cochlear implants for children and adults with severe to profound deafness, 2009.
- Gaylor JM, et al. Cochlear implantation in adults: a systematic review and meta-analysis, JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2013. Mar;139(3):265-72.
- Aetna policy 'Cochlear Implants and Auditory Brainstem Implants'

[2017.3.10. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

● **진료내역 및 검사결과 참조하여 양측 돌발성 특발성 난청 등에 시행한 인공와우 인정여부**

■ 청구내역

○ A사례(남/52세)

- 청구 상병명: 돌발성 특발성 난청, 양쪽

- 주요 청구내역

자580 인공와우이식술 (S5800)	1*1*1
CONCERTO 전규격 (I2102316)	1*1*1
RONDO 전규격 (I2103316)	1*1*1
귀(이)수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 (N0051015)	1*1*1

○ B사례(여/63세)

- 청구 상병명: 양쪽 감각신경성 난청, 상세불명의 난청

- 주요 청구내역

자580 인공와우이식술 (S5800)	1*1*1
SONATAT1100 (내부장치) 전규격 (I2102216)	1*1*1
OPUS 2 SPEECH PROCESSOR(외부장치) 전규격 (I2103116)	1*1*1

○ C사례(여/54세)

- 청구 상병명: 상세불명의 감각신경성 난청, 기타 만성 화농성 중이염

- 주요 청구내역

자580 인공와우이식술 (S5800)	1*1*1
SONATAT1100 (내부장치) 전규격 (I2102216)	1*1*1
OPUS 2 SPEECH PROCESSOR(외부장치) 전규격 (I2103116)	1*1*1

■ 심의내용

○ 인공와우는 현행 인정기준(고시 제2010-115호)에 의거 적응증으로, >2세 미만인 경우 양측 심도(90dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용에도 청능발달의 진전이 없을 경우, >2세 이상 15세 미만인 경우 양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용 및 집중교육에도 어음변별력과 언어능력의 진전이 없을 경우, 단, 술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외하며, >15세 이상인 경우 양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 문장언어 평가가 50% 이하의 경우에 인정하고 있으며, 적응증 및 인정개수를 초과한 경우의 치료재료 비용은 전액 본인이 부담하고 있음.

○ 동 건(3사례)은 양측 돌발성 특발성 난청, 양측 감각신경성 난청으로 내원하여 인공와우이식술을 시행한 건으로 진료내역 및 검사결과를 참조하여 인공와우 요양급여 인정여부에 대하여 심의함.

- 교과서, 임상진료지침 및 전문가에 의하면 기본적인 역치검사인 순음청력검사와 어음청력검사를 시행할 때 위난청의 가능성을 염두에 두고 환자를 관찰해야 하며 그 후에도 정확한 검사가 이루어지지 않으면 반복검사, 위난청 감별을 위한 정밀검사, 청상뇌간반응검사를 포함한 객관적 검사를 시행해야 하여 검사의 신뢰성을 확보해야 함.
- 또한 언어지각 검사 결과는 개개 환자의 언어수준과 인지능력에 따라 차이가 크며, 언어평가는 환자에 따라 결과가 다르게 나타나므로 연령, 난청 발생시기, 지적 발달정도, 성장환경을 고려해야 함.
- 따라서 동 건의 3사례는 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

▶ A사례(남/52세)

: 동 사례는 2012년 Lt. middle ear implant 수술 후 효과가 없어 보청기를 사용하던 환자로 돌발성 특발성 난청, 양쪽 상병하에 치료재료로 CONCERTO 전규격(2102316), RONDO 전규격(2103316)을 사용하여 자580 인공와우이식술('15.8.18.)을 오른쪽에 시행함.

: 진료내역 및 검사결과지 등 검토결과 순음청력검사는 RT/LT: 94dB/76dB ('15.8.17.), 문장언어평가는 보청기착용(LT)시 AO상황에서 문장수 50%, 단어수 80%, 미착용시 AO상황에서 문장수 0%, 단어수 0% 이고, 단음절 검사는 보청기착용(LT)시 AV상황에서 58%, AO상황에서 38%, 미착용시 AO상황에서 0%('15.8.17)로 확인됨.

: 따라서 순음청력검사와 어음청력검사를 고려해 볼 때 문장언어평가결과(보청기착용시 문장수와 단어수 등) 검사결과와 신뢰도가 떨어지며 추가적인 검사가 없었다는 점 등을 고려 동 사례에 시행한 인공와우(치료재료)는 요양급여로 인정하지 아니함.

▶ B사례(여/63세)

: 동 사례는 7년 전부터 양측 청력저하가 있어 양측 보청기 사용중인 환자로 양쪽 감각신경성 난청, 상세불명의 난청 상병으로 SONATAM100 (내부장치)전규격(2102216), OPUS 2 SPEECH PROCESSOR(외부장치) 전규격(2103116)을 사용하여 자580 인공와우이식술(LT) ('15.09.13)을 청구하였으나 심사 조정되어 이의신청한 건임.

: 추가제출된 진료내역, 검사결과지 및 이의신청 소견서 등 검토결과 순음청력검사상 4분법 '13.7.16. → '13.9.12 → '13.9.13(1차) → '13.9.13(2차) (RT/LT: 71.25dB/83.75dB → 72.5dB/77.5dB → 63.75dB/75dB → 72.5dB/82.5dB), 6분법(RT/LT: 72.5dB/84.16dB → 74.16dB/78.3dB → 64.16dB/75dB → 73.3dB/82.5dB)이고, 어음청취역치가 75dB ('13.7.16), 75dB ('13.9.13), 문장언어평가는 46% ('15.9.12)로 확인됨.

: 따라서 순음청력검사가 1회 70dB 이하로 측정되었으나 이전에 시행한 검사와 재시행한 검사가 모두 요양급여기준에 해당하며, 문장언어평가 및 어음청취역치가 일관성 있게 측정된 점을 고려하여 동 사례는 요양급여로 인정하기로 함.

▶ C사례(여/54세)

: 동 사례는 2012년 왼쪽 중이염수술, 2013년 왼쪽 청력개선훈을 시행하고 보청기를 착용하던 환자로 상세불명의 감각신경성 난청 상병하에 SONATAT100 (내부장치) 전규격(12102216), OPUS 2 SPEECH PROCESSOR(외부장치) 전규격(12103116)을 사용하여 자580 인공와우이식술(RT) ('13.8.1.)을 청구하였으나 진료기록부상 "좌측으로 전화통화 가능"하다는 기록 있어 치료재료대 전액 심사 조정되어 이의신청한 건임.

: 추가제출된 진료내역, 검사결과지 및 이의신청 소견서 등 검토결과 문장언어평가가 보청기착용(LT)시 AV 81%, AO CNT(Can Not Test) ('12.5.2), 보청기착용(LT)시 AV 78%, AO CNT('13.7.17.)이고, 순음청력검사상 ('12.8.31. → '12.11.2. → '13.4.17. → '13.7.17) (RT/LT: 91dB/90dB → 94dB/85dB → 91dB/85dB → 99dB/91dB)으로 확인됨.

: 따라서 문장언어평가 기록지의 좌측으로 전화통화가 가능하다는 내용은 환자의 주관적 표현으로, 순음청력검사·문장인지도 검사 결과가 모두 요양급여기준에 해당하는 바 전반적인 진료내역 등을 참조 동 사례는 요양급여로 인정하기로 함.

■ 참고

- 인공와우(Artificial ear cochlear implant)의 요양급여 대상 여부 [고시 제2010-115호(치료재료), 2011.1.1.시행]
- 대한이비인후과학회. 이비인후과학-두경부외과학. 일조각. 2009.
- National guideline clearing house (<http://www.guideline.gov/>)
- Gaylor JM et al. Cochlear implantation in adults: a systematic review and meta-analysis. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2013 Mar;139(3):265-72.

[2015.11.27. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

● **감각 신경성 난청 등 상병으로 검사결과가 서로 상이한 경우에 실시한 인공와우이식 인정여부**

■ 청구내역

○ A사례(남/35세)

- 상병명: 상세불명의 감각신경성 난청, 상세불명의 만성 위염
- 주요 청구내역

자580 인공와우이식술 (S5800)

1*1*1

CONCERTO 전규격 (12102316)

1*1*1

DUET 2 전규격 (I2103216)	1*1*1
○ B사례(여/1세)	
- 상병명: 상세불명의 난청, 양쪽	
- 주요 청구내역	
자580 인공와우이식술 (S5800)	1*1*1
NUCLEUS 24 FREEDOM COCHLEAR IMPLANT 전규격 (I2102214)	1*1*1
CP810 SPEECH PROCESSOR SET WITH CR110 WIRELESS ASSISTANT 전규격 (I2103414)	1*1*1
○ C사례(남/53세)	
- 상병명: 돌발성 특발성 난청(상세불명 부위), 상세불명의 염증성 간질환	
- 주요 청구내역	
자580 인공와우이식술 (S5800)	1*1*1
CONCERTO 전규격 (I2102316)	1*1*1
RONDO 전규격 (I2103316)	1*1*1
○ D사례(여/12세)	
- 상병명: 양쪽 감각신경성 난청	
- 주요 청구내역	
자580 인공와우이식술 (S5800)	1*1*1
NUCLEUS 24 FREEDOM COCHLEAR IMPLANT 전규격 (I2102214)	1*1*1
COCHLEAR NUCLEUS SYSTEM SOUND PROCESSOR SET WITH REMOTE ASSISTANT 전규격 (I2103414)	1*1*1

■ 심의내용

- 인공와우는 현행 인정기준(고시 제 2010-115호)에 의거 적응증으로 ① 2세 미만인 경우 양측 심도(90dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용에도 청능 발달의 진전이 없을 경우, ② 2세 이상 15세 미만인 경우 양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용 및 집중교육에도 어음변별력과 언어능력의 진전이 없을 경우, 단, 술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외함. ③ 15세 이상인 경우 양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 문장 언어 평가가 50% 이하의 경우에 인정하고 있으며, 적응증 및 인정개수를 초과한 경우의 치료재료 비용은 전액본인부담하도록 되어 있음.
- 동 건의 4사례(A~D)는 상세불명의 감각신경성 난청 등 상병으로 인공와우 이식 전 시행한 검사(ABR, ASSR, 문장언어검사 등)간 상이한 결과로 시행한 인공와우이식술 인정여부에 대하여 심의함.

▶ A사례(남/35세)

- 동 사례는 5세경 일본뇌염으로 우측 청력을 완전히 소실하였고 좌측 청력도 점점 나빠져 보청기 착용하고 지내던 환자로 lip reading 하지 않을시 의사소통 힘들어 감각신경성 난청 상병 진단 하에 우측 인공와우 이식술('14.12.9)을 시행함.
- 제출된 청력검사결과 PTA(순음청력도)는 RT/LT [118dB/56dB ('10.11.01), 120dB/65dB ('14.11.03), 120dB/70dB ('14.11.05), 120dB/71dB ('14.11.10)]이고, ABR Threshold Test(타각적청력역치검사는 LT(80dB) ('14.11.10)이며, 문장언어평가: 10%('14.11.17), 어음인지도: LT(75dB)('14.11.17), 어음명료도: LT(45%)('14.11.17)으로 확인됨.
- 진료내역 및 검사결과지 등 검토결과, 순음청력검사의 실시 간격이 짧고 결과가 상이하며 신뢰성이 떨어져지고 ABR역치 또한 80dB보다 좋을 것으로 판단되고, 또한 어음분별검사에 비해 문장언어평가(K-CID)의 결과가 차이가 나는 점 등을 고려 동 사례에 산정된 인공와우는 전액본인부담토록 함.

▶ B사례(여/1세)

- 동 사례는 신생아 청력검사를 통해 청력이상을 알게 되었고 생후 3개월부터 양쪽 귀에 보청기를 착용 중 양쪽의 상세불명의 난청 상병 진단 하에 좌측 인공와우 이식술('13.03.12)을 시행함. 제출된 청력검사결과 ABR(청성뇌간반응)검사상 RT/LT(90dB/90dB)('13.01.23)이고, PTA(BOA): RT/LT (85dB/90dB) ('13.01.23), 언어평가('13.01.28) CAP score 0, It-MAIS(영유아-청각통합능력검사): 3/40으로 확인됨.
- 진료내역 및 검사결과지 등 검토결과, 보청기 착용만으로는 청력이 호전되지 않고 지속적인 언어발달이 어렵다고 판단되며 객관적인 ABR검사가 PTA보다 신뢰도가 더 높으며 향후 동 환자는 인공와우 이식술이 필수적인 상황으로 판단됨에 따라 동 사례에 산정된 인공와우는 인정함.

▶ C사례(남/53세)

- 동 사례는 20년 이상 된 이명 및 좌측 난청이 있는 직업군인 환자임. '13.9.12일경 갑작스러운 우측 돌발성 난청으로 보청기 사용에도 호전이 없어 우측 인공와우 이식술('15.01.21)을 시행함. 제출된 청력 검사결과 ABR(청성뇌간반응검사): RT/LT(91dB/68dB)('14.09.24), PTA(순음청력도) RT/LT [(False/68dB) ('14.09.30), (False/73dB)('14.11.04)], 문장언어검사('14.09.30) CAP score 0, It-MAIS: 7/40, 수술 전 SDS(어음명료도) 70%('14.09.24), 70%('14.09.30), 40%('14.11.04)로 확인됨.
- 이에 수술 전 시행한 검사결과지 등 참조할 때 어음명료도 검사결과 변이가 심하고, 문장언어검사와의 차이가 심하여 문장언어평가 결과는 "0"으로 신뢰도가 떨어지는 등 전반적인 검사를 참조할 때 동 사례에 산정된 인공와우는 전액본인부담토록 함.

▶ D사례(여/12세)

- 동 사례는 만 6세경 우측 귀가 deaf라는 진단을 받고 별다른 치료 없이 지내던 중 6개월 전부터 좌측 청력에 급격한 악화 소견을 보여 양측 감각신경성 난청진단 하에 우측 인공와우 이식술('14.10.30)을 시행함. 제출된 청력검사결과상 ASSR(청성지속반응): RT/LT(110dB/68dB)('14.10.08), PTA(순음청력도): RT/LT(120dB/69dB)('14.09.23), ABR(청성뇌간반응검사): LT(70dB)('14.10.08), 언어평가 HA(+) CAP score 3

(‘14.10.08)으로 확인됨.

- 진료내역 및 검사결과지 등 검토결과, 수술 전 PTA(순음청력도)의 결과는 경계치에 있으나 객관적인 청력 검사인 ASSR(청성지속반응)이 LT(68dB)이고, ABR(청성뇌간반응검사)은 LT(70dB)인 점을 볼 때 실제 청력은 이보다 좋을 것으로 판단되는 등 전반적인 청력검사 결과 등을 참조할 때 동 사례에 산정된 인공와우는 전액본인부담토록 함.

- ※ ABR (Auditory Brainstem Response) : 청성뇌간반응
- ※ ASSR (Auditory Steady-state response) : 청성지속반응
- ※ PTA (Pure tone audiogram) : 순음청력도
- ※ BOA (Behavioral Observation Audiometry) : 행동관찰 청력검사
- ※ K-CID (Korea-Central Institute for Deaf) : 문장언어평가
- ※ SDS (speech discrimination score) : 어음명료도
- ※ CAP (Categories of Auditory Performance) : 청각수행능력의 범주화
- ※ It-MAIS (Infant & Toddler- Meaningful Auditory integration Scale) : 영유아-청각통합능력검사

■ 참고

- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙(보건복지부령 제207호, 일부개정 2013. 9. 13.)
- 건강보험요양급여비용 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 제1절
- 보건복지부 고시 제2010-115호(2010.12.20.)
: 인공와우(Artificial ear cochlear implant)의 요양급여 대상여부
- 이비인후과학-두경부외과학(기초·이과), 대한이비인후과학회 편, 일조각, 2009
- Cummings Otolaryngology : HEAD & Neck Surgery, 6th ed, chapter 158. Cochlear Implantation

[2015.5.8. 진료심사평가위원회]

● **상세불명의 난청 진단을 받은 15개월 소아에게 시행한 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant) 요양급여 인정여부**

■ 청구내역 (여/15개월)

- 상병: 상세불명의 난청,한쪽
- 주요 청구내역

[수술료] 인공와우이식술 1x1

[재료대] NUCLEUS 24 FREEDOM COCHLEAR IMPLANT 1x1

COCHLEAR NUCLEUS SYSTEM SOUND PROCESSOR SET WITH REMOTE ASSISTANT 1x1

■ 심의내용

- 인공와우는 현행 인정기준(보건복지부 고시 제2010-115호, '11.1.1. 시행)에 「2세 미만인 경우 양측 심도(90dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용에도 청능발달의 진전이 없을 경우 요양급여하며 단, 뇌막염의 합병증 등 시급히 시행하지 않으면 수술시기를 놓치게 될 경우에는 예외적으로 시행할 수 있으며」 적응증을 초과한 경우 치료재료 비용은 전액본인이 부담토록 규정하고 있음.
- 동 건(여/15개월)은 타병원에서 차지증후군(CHARGE syndrome)을 진단받은 환아로 태어나서 40일경부터 청력소실 발견되어 생후 6개월부터 양측에 보청기를 착용함. 수술 6개월 전 시행한 청력검사상 ABR('13.4.18.) LT:90dB, RT:NO response 및 ASSR('13.4.18.) LT:83.75dB, RT:92.5dB이며 측두골 CT 상('13.4.18.) L) BCNC와 IAC MRI('13.9.22)에서 cochlea nerve:R) none, L) 가느다랗게 있을 가능성 있음. 또한 수술 1개월 전 시행한 ABR('13.9.23.) LT:90dB, RT:NO response, 언어평가결과 CAP score 1점 임. 진료 내역 참조 동 건에 시행한 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant) 요양급여 인정여부에 대하여 논의함.
- 제출된 진료기록 및 검사 결과지(ABR, ASSR, PTA, 문장언어평가 등)와 전문가 의견에 의하면 수술 6개월 전 시행한 ASSR 결과가 90dB 이하이나, 수술 전 2차례 시행한 ABR 검사결과가 일관되게 90dB로 측정되었고 ASSR은 저주파 영역에서 오차가 30dB 정도임을 감안할 때, ABR이 더 신뢰도가 있다는 의견이며, MRI상 와우신경의 형성부전 소견을 보이나 동 사례의 경우 수술 후 인공와우가 의사소통수단으로 도움이 될 가능성이 높아 동 건의 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant)는 요양급여로 인정함. (인정)

■ 참고

- 이비인후과학-두경부외과학 I (기초·이과), 대한이비인후과학회편, 2009년
- Flint: Cummings Otolaryngology: Head & Neck Surgery, 5th ed, 2010
- National Guideline Clearing House (<http://www.guideline.gov/>)
- NICE technology appraisal guidance for Cochlear implants for children and adults with severe to profound deafness, NICE 2009
- Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine , Ninth Edition, 2012
- Obstetric Imaging, 2012

[2014.9.22 진료심사평가위원회]

● 타각적청력역치측정검사(Auditory Brainstem Response Threshold Test)와 순음청력검사(Pure Tone Audiometry) 결과가 상이한 경우 인공와우 인정여부

■ 청구내역 (남/80세)

- 상병명 : 상세불명의 감각신경성 난청, 합병증을 동반하지 않은 인슐린-비의존성 당뇨병
- 주요 청구내역

자580 인공와우이식술(S5800)	1*1
NUCLEUS 24 FREEDOM COCHLEAR IMPLANT 전규격(I2102214)	1*1
CP810 SPEECH PROCESSOR SET WITH CR110 WIRELESS ASSISTANT 전규격(I2103414)	1*1

■ 진료내역

[입퇴원 기록]

12.3.4. 입원 [진단명]: SNHL(sensorineural hearing loss)

12.2.13. [PTA] both scale out(No response, both)

12.3.5. [말 언어 능력 평가결과]

CAP score:0점

Sentence Test

- closed set:AO/AV:0%

- open set:AO/AV:0%

HA(hearing aid):미착용

12.3.6. [ABR] R:No response, L:70dB

12.3.6. [ASSR] R:98db,L:80db

12.3.8. [수술] [수술명]: Cochlear Implant(Lt)

■ 심의내용

- 상세불명의 감각신경성 난청으로, 외래에서 순음청력검사를 실시하고 입원하여 청성지속반응검사 및 문장언어평가 검사 시행 후 인공와우이식(Ci,Lt)을 시행하였음. 순음청력검사(PTA): No response, both, 청성뇌간반응(ABR): LT(70dB), CAP(Categories of Auditory Performance) Score:0, 문장언어검사: 0% 등 검사 간 상이한 결과로 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant)의 요양급여 인정여부에 대하여 심의함.
- 진료내역 및 관련검사 등 검토 결과, 문장언어평가는 고시 제2010-115호에 보청기를 착용한 상태로 최적의 조건에서 시행하여야 하나, 동 건은 문장언어평가 시 보청기 미착용 상태에서 실시하여 CAP Score 0% 라는 검사결과는 신뢰하기 어려움.
- 또한 인공와우이식전 시행한 청성뇌간반응검사(ABR), 청성지속반응검사(ASSR)검사결과 70~80db의 역치가 측정되나, 순음청력검사는 No response, both로 검사 결과가 서로 상이하고 신뢰도가 떨어지나 추가적인 적절한 검사 없이 시행한, 동 건의 인공와우 (Artificial Ear Cochlear Implant)는 기 심사대로 요양급여로 인정하지 아니함.(전액본인부담)

■ 참고

- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙(보건복지가족부령 제161호, 2012.9.28. 일부개정)제5조(요양급여의 적용기준 및 방법)
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2011-159호, 2012.01.01)
- 인공와우(Artificial ear cochlear implant)의 요양급여 대상 여부(고시 제2010-115호(치료재료), '10.12.20.시행)
- 이비인후과 - 두경부외과학 I 기초-이과, 대한이비인후과학회편, 2009년

[2013.6.3. 진료심사평가위원회]

● 감각신경성난청에 실시한 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant)에 대하여 (2사례)

■ 청구내역

○ A사례(여/53세)

- 상병: 양쪽 감각신경성 난청
- 주요 청구내역

자580 인공와우이식술 (S5800)	1*1
NUCLEUS 24 FREEDOM COCHLEAR IMPLANT 전규격	1*1
CP810 SPEECH PROCESSOR SET WITH CR110 WIRELESS ASSISTANT 전규격	1*1

○ B사례(남/60세)

- 상병: 양쪽 감각신경성 난청, 한쪽 또는 상세불명 만성 점액성 중이염, 중이의 진주종 등
- 주요 청구내역

자580 인공와우이식술	1*1
유양동절제술-공동개방유양동절제술	0.5*1
SONATATI 100(내부장치) 전규격	1*1
OPUS 2 SPEECH PROCESSOR(외부장치) 전규격	1*1

■ 진료내역

○ A사례(여/53세)

- 입퇴원기록(2012.5.27.~ 6.4.)

[주진단] 양측 감각신경성 난청

[주호소] 양측 청력 감소

발현시점: 3~4년 전부터 느낌, 1년 전부터 뚜렷

[수술명] 우측 인공와우 이식술 (2012.5.29.)

[경과] 양측 난청에 대하여 환자 및 보호자와의 면담 후 수술 후에 예후 고려하여 우측에 인공와우 이식술 받았고 수술부위 양호한 상태로 퇴원함.

- 수술기록

[수술전 진단명] Postlingual deafness

[수술명] Cochlear implant, Rt

[수술소견] Intact TM, Ossicles-intact

facial n, was preserved, no dural injury

○ B사례(남/60세)

- 입원 초진 기록(2012.7.11.)

[현병력] 내원 6개월 전 좌측의 귀지 제거를 받던 중 어지럼증과 청력소실이 발생함.

첫 진료: ○○병원 외래 2011.12.15.

Hearing Aid applied since 2012.3월경 Rt site

compliance: adaptation

Handedness: Rt

Rt side: 1992년 COM c chole로 op 시행 이후 청력 소실됨.

[Impression] Deaf, both

[Plan] CI, Lt

- 수술기록

[수술명] Replacement of cochlear prosthetic device, Canal wall down mastoidectomy

[수술전 진단명] Sensorineural hearing loss, bilateral, Chronic mucoid otitis media, unilateral or unspecified

[수술방법 및 소견]

myringostapedioplasty, Lt

round window로 device channel 삽입

retroauricular incision 후 temporalis fascia 채취하여 보강해 줌.

■ 참고

- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료
- 인공와우 인정기준 (보건복지부 고시 제2010-115호, 2010.12.20.)
- 대한이비인후과학회편. 이비인후과 - 두경부외과학 (기초·이과). 2009. p847-848
- aetna: Clinical Policy Bulletin: Cochlear Implants and Auditory Brainstem Implants

■ 심의내용

- A사례(여/53세)는 양쪽 감각신경성 난청으로 3~4년 전부터 청력이 떨어지는 것을 느끼다가 1년 전부터 증상이 뚜렷해졌으며 2012.4.18. 외래 초진 후 여러 차례 청력검사 및 언어평가 실시 후 2012.6.20. 우측 인공와우 이식을 시행한 것으로, 보청기를 착용하지 않은 상태에서 여러 차례 실시한 청력검사 결과(역치 75dB)와 2012.4.30. 보청기를 착용한 상태에서 시행한 ling 6 sound 등 언어평가 검사에서 변별력이

0%로 청력검사와 언어평가 검사가 불일치함에도 이에 대한 재평가가 없이 인공와우이식술을 시행하였으므로 동 건에 산정된 인공와우는 전액본인부담토록 함.

- B사례(남/60세)는 1992년 우측 귀 진주종을 동반한 중이염으로 수술 시행 후 청력이 소실되었으며 귀지 제거 중 어지럼증과 청력소실이 발생하여 2011.12.15. 외래 내원 후 2012.3월 보청기 착용하였으나 효과가 없었고 청력검사 및 언어평가 실시 후 2012.7.12 좌측 인공와우 이식을 시행한 것으로, 수술 전(2012.7.11.)에 보청기를 착용하지 않은 상태에서 실시한 어음명료도 검사결과 (양측 70%)와 보청기를 착용한 상태에서 실시한 언어평가 검사결과(K-CID)가 42%로 언어평가 검사결과와 신뢰도가 떨어짐에도 이에 대한 재평가가 없이 인공와우이식술을 시행하였으므로 동 건에 산정된 인공와우는 전액본인부담토록 함.

[2012.11.5. 진료심사평가위원회]

● 감각신경성난청에 실시한 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant) 요양급여 인정여부

■ 청구내역(여/25세)

- 상병: 상세불명의 감각신경성난청, 기타 명시된 뇌의 선천기형, 눈물샘의 기타장애, 상세불명의 불안장애 등
- 주요 청구내역

자580 인공와우이식술	1*1
NUCLEUS 24 FREEDOM COCHLEAR IMPLANT전규격	1*1
CP810 SPEECH PROCESSOR SET WITH CR110 WIRELESS ASSISTANT 전규격	1*1

■ 진료내역

- 입원기록(2011.10.24.~11.2.)
 - 주소소: 청력소실(양측) on set) 태어날 때부터
 - 현병력: 태어날 때부터 발생한 청력소실을 주소로 본원 외래 경유하여 수술위해 입원.(수화 사용)
 - 검사결과: ABR→ (B) no response, CI speech perception test→ 33%
 - 평가: Congenital SNHL(B)
- 수술기록
 - 수술전 진단명: 감각신경성 난청(sensorineural hearing loss, SNHL)
 - 수술명: Cochlear Implant (Clarion)(Rt)

■ 참고

- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료
- 인공와우 인정기준 (보건복지부 고시 제2010-115호, 2010.12.20.)
- 대한이비인후과학회편, 이비인후과 - 두경부외과학 I(기초·이과), 2009년 p847-848
- aetna: Clinical Policy Bulletin: Cochlear Implants and Auditory Brainstem Implants

■ 심의내용

- 요양급여는 가입자 등의 연령·성별·직업 및 심신상태 등의 특성을 고려하여 정확한 진단을 토대로 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시토록 되어 있고, 15세 이상인 경우에서 인공와우는 양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 문장언어 평가결과가 50%이하의 경우 요양급여로 인정하되, 수술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우 및 적응증을 초과한 경우의 치료재료 비용은 전액 본인부담토록 되어 있음(고시 제2010-115호 2010.12.20.)
- 동 건(여/25세)은 요양급여비용 심사당시 요청한 청력검사결과가 제출되지 않아 인공와우 심사조정에 따른 이의신청이 제기된 건으로, 진료내역 상 태어날 때부터 농아로 청각장애 2급 진단을 받았으며 의사소통 수단은 수화이며 과거 보청기 착용하여 5년 넘게 재활 치료하였으나 도움이 전혀 되지 못하고 환자가 재활의 의지가 강하고 수술 후 적극적인 재활치료를 위하여 2011.8.25. 무료로 시행한 청력검사 및 언어평가 검사 결과(2011.8.25, 10.21.)에서 speech perception test 33% 소견으로 2011.10.25. 우측 인공와우 이식을 시행함.
- 제출된 진료기록 및 검사결과지 검토 결과, 인공와우 이식은 수술 전 청력검사, 언어평가 검사 등을 충분히 시행하여 종합적인 판단 하에 시행되어야 하나, 동 건은 무료로 1회의 청력검사를 실시하였으며 언어평가 검사결과가 모음 identification 0%(2011.8.25.) → 45%(10.21.)로 변이가 심하여 검사의 신뢰도가 떨어짐에도 정확한 진단을 위한 청력검사, 언어평가 검사 등 환자상태에 대한 종합적인 재평가 없이 시행하였으므로 동 건의 인공와우는 전액본인부담토록 함.

[2012.11.5. 진료심사평가위원회]

● **진료내역 참조, 인공와우이식술(Artificial Ear Cochlear Implant) 요양급여 인정여부**

■ 청구내역 (여/69세)

- 상병명: 상세불명의 감각신경성 난청
- 주요청구내역

- 인공와우이식술	1*1(Lt)
[치료재료] SONATATI 100(내부장치)	1*1
OPUS 2SPEECH PROCESSOR(외부장치)	1*1

■ 진료내역

[입퇴원 기록]

2011.7.14. 입원

진단명: deaf

4년 전, 보청기 하자고 했을 때 예전에 타병원에서 검사 받은 적 있음.

보청기 착용: 4년 전 우측

50년 전부터 양측청력소실 있었음.(known origin)

4년 전부터 오른쪽 보청기 착용함.

금일 좌측 인공와우이식술 시행받기 위해 입원함.

2011.5.30. [PTA] Rt) HA(-): 76,25dB, HA(+): 48,75dB Lt scale out

→ test Reliability: poor

2011.7.14. [PTA] Rt) HA(-): 72,5dB, HA(+): 52,5dB Lt scale out

→ test Reliability: poor

2011.5.31. [ABR] Rt) 55dB Lt: no response

2011.9.19. [ABR] Rt) 75dB Lt: no response → 수술 후

2011.4.14. 언어평가보고서

[Bisyllable Words Test: List 1] – AO/AV

● word score: can not test/0%

● phone score: can not test/12%

[Everyday Sentence Test: K-CID List 6] – can not test/2%

2011.7.15. [수술]

진단명: deaf

수술명: Implantation of cochlear prosthetic device, multiple channel

■ 심의내용

- 동 건(여/69세)은 수술 전 2회 시행한 순음청력검사 결과(2011.5.30, 7.14.) Rt 70dB 이상이며 Lt no response 이나 모두 검사의 신뢰도 결과가 'Poor'로 확인되었으며, Auditory brain response (ABR) 검사결과(2011.5.31.) 또한 Rt 55dB에 반응이 있으며 추가 제출된 수술 후 ABR검사(2011.9.19.)의 결과도 Rt 75dB 에 반응이 있는 것을 참조하여 볼 때 기재된 수치가 역치(Threshold)라고 볼 수 없으며 추가 제출된 검사는 인공와우이식술 후 시행한 검사로 결과를 신뢰하기 곤란하다고 판단됨. 따라서 수술 전 신뢰도가 떨어지는 2회의 순음청력검사소견과 고시기준에 합당하지 않은 ABR 검사소견으로 인공와우를 이식한 것은 적절한 진료로 볼 수 없다고 판단되는바 동 건의 인공와우는 전액본인부담함이 타당함.

[2012.4.23. 진료심사평가위원회]

● 진료내역 참조, 인공와우이식술(Artificial Ear Cochlear Implant) 요양급여 인정여부

■ 청구내역 (여/31세)

- 상병명: 양쪽 감각신경성 난청
- 주요청구내역
- 인공와우이식술

1*1 (Lt)

[치료재료] CP810 SPEECH PROCESSOR SET WITH CR110 WIRELESS ASSISTANT	1*1
NUCLEUS 24 FREEDOM COCHLEAR IMPLANT	1*1

■ 진료내역

2012.1.10. 입원

S: Hearing impairment(B)

O: childhood

otorrhoea/otalgia/tinnitus/dizziness

Both hearing impairment로 외래 통해 입원함.

시각장애 3급

가족력) 아버지: 시각 청각장애, 오빠: 경도 청각장애, 편측실명, 자매: 3명중 2명 보청기 착용

2011.12.8. PTA SDT

Rt 74dB 28%

Lt 71dB 24%

2011.12.16. [문장언어검사]

K-CID(open-set) Sentence Test

HA(-) - 0%

HA(+) - 0%

2011.3.22. [문장언어검사]

K-CID(open-set) Sentence Test

HA(-) - 0% 단어: AO 0%(0/50), AV 6%(3/50)

HA(+) - 0% 단어: AO 8%(4/50), AV 14%(7/50)

2012.1.11. [수술기록]

진단명: SENSORINEURAL HEARING LOSS (B)

수술명: COCHLEAR IMPLANT(Lt)

수술중 발견사항

Cochlear device was well positioned on parietal bone area. Cochlear implant was done.

Silicone drain(x1) was inserted into mastoidectomy site. Operation wound was repaired in layer by layer with monocyn and nylon. After well checking NRT and impedance, Compressive dressing was applied.

■ 참고

- 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant)의 요양급여 대상여부 (보건복지부 고시 제2010-115호, 2011.1.1.)

■ 심의내용

- 동 건(여/31세)은 시각장애와 청각장애 등 복합장애를 가지고 있는 환자로 순음청력검사결과 Rt/Lt

74/71dB, 문장언어평가 0%로 검사결과는 인정기준에 해당하나 인공와우가 수술 후 의사소통 수단으로 효율적으로 사용할 수 있을 것인지에 대해 논의한 결과,

- 중북장애라 하더라도 인공와우이식을 통해 청각장애에 도움을 받으면 다른 장애에 대한 재활에도 큰 도움을 줄 수 있으며, 특히 시각장애는 장애로서의 영향이 크지 않아 동 사례에 시행한 인공와우이식술은 청력에 도움이 된다고 판단되는바 인공와우이식술로 의사소통 능력이 개선될 것으로 예상되므로 인공와우이식술 및 치료재료를 요양급여로 인정함.

[2012.4.23. 진료심사평가위원회]

● 진료내역 참조, 인공와우이식술(Artificial Ear Cochlear Implant) 요양급여 인정여부

■ 청구내역 (여/55세)

- 상병명: 상세불명의 감각신경성 난청
- 주요청구내역

- 인공와우이식술	1*1 (Lt)
[치료재료] SONATAT100 (내부장치)	1*1
OPUS 2 SPEECH PROCESSOR(외부장치)	1*1

■ 진료내역

CC) Hearing loss, both, Hearing loss(22년 전)

22년 전 Head trauma Hx d/t TA

2010.11.16. Rev. CWDM w/To, Rt was done

1989.9.21. Tinnitogram: 환자의 이해력 부족으로 검사할 수 없음.

1989.12.28. Tinnitogram: 환자의 이해력 부족으로 검사할 수 없음.

2003.2.11. Speech Audiometry: 환자 협조 안 됨.

2006.9.14. Speech Audiometry: 환자 협조 안 됨.

2010.7.12. Speech Audiometry: 환자 협조 안 됨.

2010.8.3. Speech Audiometry: 환자 협조 안 됨.

2010.8.5. Speech Audiometry: 환자 협조 안 됨.

2010.8.5. PTA 우측: 농 좌측 75dB

2011.4.25. PTA 우측: 농 좌측 76dB

2003.2.18., 2010.8.3. ABR 검사: 양측 deaf

2011.4.25. CAP score 1

문장언어평가 Auditory only 0% / Auditory Visual 40% (보청기 착용하지 않은 상태)

독화 없이는 일상적인 의사소통의 어려움이 심하며 보청기로도 도움을 받지 못함.

2011.5.6. [수술기록]

Pre OP Dx: 감각신경성난청
 Post OP Dx: 감각신경성난청
 Operation Name: COCHLEAR IMPLANTATION LT
 CC: hearing loss
 Approach: retroauricular
 EAC: normal
 TM: normal
 Middle ear pathology: normal
 Antrim: well-pneumatized
 7th nerve: normal

■ 참고

- 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant)의 요양급여 대상여부 (보건복지부 고시 제2010-115호, 2011.1.1.)

■ 심의내용

- 동 건(여/55세)은 순음청력검사 결과 우측 농 좌측 70dB 이상이고 문장언어평가에서 CAP (Category of Auditory Performance) score 1, Auditory Only 0%/Auditory Visual 40%로 독화 없이는 일상적인 의사소통의 어려움이 있는 환자로 어음명료도 검사결과를 확인 할 수 없는 점과 보청기를 하지 않은 상태에서 문장언어평가를 시행하여 최적의 상태에서 문장언어평가가 이루어졌는가에 대해 심의한 결과,
- 수년에 걸쳐 수차례 speech audiometry를 시도하였으나 난청으로 알아들을 수 없고 이해도가 떨어져 검사결과를 얻지 못하였으며 약 6개월 전 보청기 착용 시도했으나 효과가 없어 착용하지 않고 지내는 상태로 보청기가 소리의 크기를 키워 줄 수 있으나 변별력에 도움을 줄 수 있는 것은 아니므로 보청기를 사용하지 않고 시행한 문장언어평가가 최적의 상태에서 시행한 검사가 아니라고 볼 수 없음. 따라서 현 요양급여기준에 합당한바 인공와우이식술과 재료비용을 요양급여로 인정함.

[2012.4.23. 진료심사평가위원회]

● **요양급여 적용일 전 인공와우이식(전액본인부담) 후 동일 부위 재수술시 사용한 인공와우(Artificial ear cochlear implant) 요양급여에 대하여**

■ 심의배경

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

■ 참고

- 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant)의 요양급여 대상여부(보건복지부 고시 제2010-18호, 2010.2.1.시행)
- 이비인후과학-두경부외과학 1 (기초·이과), 대한이비인후과학회편, 2009.

■ 심의내용

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

- 다 음 -

- ① 이식기의 작동 불량 : 기계의 작동불량(hard failure), 설명되어 지지 않는 수행능력저하(soft failure)
- ② 두피 피판의 손상에 의한 내부이식기 돌출
- ③ 전극의 위치가 잘못되어 있거나(misplacement), 지연돌출 (electrode delayed extrusion)
- ④ 기타
 - 안면신경자극 (facial nerve stimulation)

[2010.10.25 진료심사평가위원회]

● **요양급여 적용일 이전 전액본인부담으로 인공와우이식술 후 외부장치를 분실한 경우 외부장치의 요양급여 개수에 대하여**

■ 청구내역 (여/17세)

- 상병명 : 양측성 감각신경성 난청
- 주요청구내역
Freedom Speech Processor Set (인공와우-외부장치) 1*1

■ 진료내역

- 2001.4.19 인공와우이식술 시행(본인부담)
- 2005.8.1 외부장치 분실(2달 전) → 외부장치 1set 보험급여함.
- 2010.2.18 외부장치 분실 → 외부장치 1set 보험급여함.

■ 참고

- 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant)의 요양급여 대상여부 (보건복지부 고시 제2010-18호, 2010-02-01)
- 행정해석(보험급여과-4445호, 2004.10.28) 헵세라정 급여기준에 대한 후속조치 통보

- 행정해석(보험급여과-5407호, 2004.12.31) 제픽스정의 요양급여기간에 대한 질의회신

■ 심의내용

- 동 건(여/17세)은 인공와우 치료재료가 본인일부부담으로 고시(2005.5.15)되기 이전에 전액본인부담으로 인공와우이식술(2001년)을 받은 수진자가 외부장치를 분실하여 요양급여(2005.8월)를 받은 후 다시 외부장치를 분실(2010.2월)하여 인공와우 외부장치 1개를 청구한 사례임.
- 인공와우는 현행 인정기준(고시 2010-18호, 2010.2.1) 상 '1set[내부장치(Implant), 외부장치(Implant를 제외한 구성품) 구분]에 한하여 요양급여'하되, '분실·파손 등으로 교환시에도 외부장치 1개를 추가로 인정'하고 있으므로 편측 인공와우이식술 요양급여대상자에게 급여 가능한 치료재료는 분실·파손시까지 포함하여 '내부장치 1개와 외부장치 2개'임.
- 동 수진자의 경우 인공와우이식술을 전액본인부담으로 시행하였으므로 실제 외부장치 1개에 대해서만 요양급여적용을 받은 바, 현행 요양급여기준 상의 요양급여 가능한 치료재료 개수에 따라 추가로 외부장치 1개를 요양급여(본인일부부담)로 인정함.

[2010.07.19 진료심사평가위원회]

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

■ 청구내역 (여/3세)

- 상병명 : 상세불명의 감각신경성 난청
- 주요청구내역
- 인공와우이식술 x 1(우측)

[치료재료] NUCLEUS 24 FREEDOM COCHLEAR IMPLANT x 1
FREEDOM SPEECH PROCESSOR SET x 1

■ 진료내역

- 진단명 : deaf
- 입원사유 및 병력요약
2008.2.12 Lt CI Nucleus

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

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

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

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

EABR: Rt 400, Lt 200

○ 입원경과

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

8th N Def, incomplete cochlear turn, vestibular hypoplasia

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

2009.11.17 수술

pre OP Dx : deaf

OP name : Implantation of Cochlear prosthetic device, multiple channel

검사결과 : 언어평가보고서 - 오른쪽 귀에만 보청기를 착용하고 검사

CAP 1

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

표현언어-원점수 12점/등가연령 : 8개월

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

■ 참고

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

■ 심의내용

- 현행 양측 인공와우의 인정기준은 '15세 미만 또는 요양급여적용일 이전 인공와우 이식을 받은 자 중 양측 이청이 반드시 필요한 경우에는 각 해당 연령별 조건에 만족시 반대 측 인공와우를 요양급여로 인정함. 이 때 순음청력검사 및 문장언어평가 결과는 인공와우가 아닌 보청기를 착용한 상태에서 실시한 결과를 적용함.'으로 명시되어 있는바(고시 제2009-180호, 고시 제2010-18호), '인공와우가 아닌 보청기를 착용한 상태에서 순음청력검사 및 문장언어평가 결과를 적용'토록 하는 것은 와우이식을 시행할 귀에 보청기를 착용한 최적의 조건에서 검사하는 것을 의미하는 것임.
- 동 건(여/3세)은 과거('08.2월) 인공와우이식술(Lt) 후 금번('09.11월) 반대편 인공와우이식술(Rt)을 시행한 경우로, 수술 전 시행한 순음청력검사(Pure Tone Audiometry) 상 Rt 110 dB(aided 80dB)/ Lt 110 dB(aided 80dB), 문장언어평가(오른쪽 귀에만 보청기 착용)에서 악기소리와 환경음 중 일부에서만 탐지반응을 보이며 소리탐지능력이 심하게 제한되어 언어능력이 1세 미만 수준으로 지체되는 등의 결과를 보이므로 인공와우는 급여로 인정함.

[2010.5.17. 진료심사평가위원회]

● **인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant) 심의사례 (2사례)**

** A 사례 (남/65세)

■ 청구내역

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

■ 진료내역

[입퇴원 요약기록]

'10.1.14 주호소: 왼쪽 hearing impairment – for several years

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

검사결과 : Rt. TM inf. 30% perforation, d/c(+), Lt. TM 5월 OP로 obliteration

PTA(순음청력검사, '09.1.14) Rt 72/ Lt 105

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

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

Audiogram ['08.12.4]

	Hearing Aid	Unaided
SRT	80 dB/ SO(masking 75 dB)	60 dB/ – 75 dB/ –
SDS	40 %/ SO	50 % / – 40 %/ –

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

OP name : Lt, CI, nucleus

** B 사례 (남/35세)

■ 청구내역

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

■ 진료내역

'10.01.27 외래 최초방문

'10.2.15 (입원)

과거 정상청력

1YA L) SSNHL (sudden sensorineural hearing loss)

1MA R) SSHNL로 both deaf 상태임.

Hearing Aid applied : never tried

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

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

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

Impedance audio : A - / A -

Speech evaluation - Everyday Sentence(screening) 5.7% —

Everyday Sentence - KCID 0% 12%

pd word : word 0% 25%, phenome 20,37% 50%

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

CAP : 2

■ 참고

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

■ 심의내용

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

- 다 음 -

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

및 어음명료도, 문장언어평가 결과만으로 조기에 인공와우를 이식한 것은 적절한 진료로 볼 수 없으므로 동 건의 인공와우는 전액본인부담함이 타당함.

[2010.5.17. 진료심사평가위원회]

● **심한 내이기형에서의 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant) 요양급여에 대하여**

■ 심의배경

- 선천적으로 농(deafness)이 된 환자에서는 내이기형을 동반하고 있는 경우가 많으며 내이기형이 있는 경우에는 청신경 생존정도와 신경분포에 이상이 있을 가능성이 높은 바, 이러한 특수 상황에서 영상자료 참조하여 인공와우 이식술 인정여부 등에 대하여 논의코자 부의함.

■ 참고

- 인공와우 인정기준 (보건복지가족부고시 2009-122호, '09.7.1 시행)
- 이비인후과학-두경부외과학, 대한이비인후과학회편, 2009년

■ 심의내용

- 동 건(남/25개월)은 양측 내이기형(우측: incomplete partition type 1, 좌측: common cavity)이 있는 특수상황에서의 인공와우이식(우측)을 시행한 사례로, 수술 전 MRI에서 청신경의 음영은 보이지 않았지만, 순음청력검사상 양측 110dB에서 보청기 착용시 70dB로 이득의 증가가 있었고 수술 후 매핑에서도 소리에 반응을 보인 점 등을 감안할 때, 난청의 원인이 청신경보다는 심한 내이기형인 것으로 판단되며, 또한 이러한 내이기형은 인공와우이식의 적응증에 해당되므로 동 건에 시행한 인공와우는 요양급여로 인정함.
- 아울러, 추후 동 사례와 같이 심한 내이기형이 있는 고도난청 환자에 대한 인공와우이식술에서 청신경 생존 정도와 신경분포에 이상이 있을 가능성이 많으므로 술전 청각검사 또는 방사선 소견 및 전기자극 검사에서 청각반응 여부와 잔존 청신경의 생존 정도를 확인토록 함.

[2009.9.21. 진료심사평가위원회]

● **인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant) 심의사례 (2사례)**

【 A사례 】

■ 청구내역 (남/23개월)

- 상병명 : 상세불명의 감각신경성 난청
- 주요청구내역
- 인공와우이식술 x 1(우측)

[재료대] NUCLEUS 24 FREEDOM COCHLEAR IMPLANT x 1
FREEDOM SPEECH PROCESSOR SET x 1

■ 진료내역

- 주호소 : 선천성 농, 생후 6개월에 신생아 청력검사에서 청력장애 발견
19개월경부터 보청기 착용하기 시작하여 지속적으로 착용하고 있음.
농학교에서 주3회씩 영유아 교육 받고 있음.
소리에 대한 반응 : 하던 행동을 멈추고 소리 나는 곳으로 고개를 돌리거나 살피는 행동으로 탐지 반응을 보임. 시각적 단서와 함께 제시하거나 신체적 촉진에 따라 탐지 반응행동을 보이거나 아직 일관되지 않음. 자연스러운 상황에서의 자발적인 탐지반응 행동의 빈도는 보다 더 제한됨.
- ABR(청각뇌반응검사) : 우측) 90 좌측) 90
- PTA(순음청력검사) : 우측) 85 좌측) 85
- 수술 : Implantation of Cochlear prosthetic device, multiple channel
(Rt) CI, nucleus

【 B사례 】

■ 청구내역 (남/62세)

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

■ 진료내역

- '08.12.11 외래 최초방문
주호소 : 1달 전부터 청력장애 있었음
- '09.2.24 (입원)
PTA 검사 : 65/102 dB -4분법상,
보청기재활(-),
어음명료도 42%, 문장언어평가: AO 46%, AV 84%, CAP 4
주시술명 : Cochlear implantation, left

■ 참고

- 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant)의 요양급여 대상여부 (고시 제2005-29호 '05.5.11)
- 장애인복지법시행규칙 제2조제2항 규정에 의한 장애등급 판정기준 (고시 제 2003-37호, 2003.6.28.)
- 이비인후과학-두경부외과학 I (기초·이과), 대한이비인후과학회편, 2002년 p 744-746 등.
- Clinical Policy Bulletin: (2009.2.12)/ 출처 : Aetna

■ 심의내용

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

- 다 음 -

▷ A사례

- 현행 인공와우 인정기준(고시 제 2005-29호, '05.5.15)에 의거 2세 미만인 경우 양측 심도(≥ 90 dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용에도 청능발달의 진전이 없을 경우에 요양급여를 인정하고 있으며, 이 때 난청판단은 2세 미만은 ABR(auditory brain response, 청각뇌반응검사), 2세 이상은 PTA(pure tone audiogram, 순음청력검사)결과를 적용하는 것이 의학적으로 타당함.

- 동 건(남/23개월)은 '08.8월 보청기 착용 후 청각기능 훈련을 실시하던 중 '08.11월 인공와우 이식술을 시행한 사례로, 제출된 양측 청력검사결과 상 ABR 90dB, PTA 85dB으로 확인되므로, 동 건에 산정된 인공와우는 요양급여로 인정함.

▷ B사례

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

- 동 건(남/62세)은 '08.12월 최초 내원 당시 시행한 순음청력검사 소견만으로 '09.1월 인공와우이식술(좌측)을 시행한 사례로, 순음청력검사결과를 4분법a)으로 보았을 경우 65dB(우측)이며, 우측 청력 소실 후 일정기간(최소 3개월)의 보청기 재활 없이 바로 인공와우를 이식한 것은 적절한 진료로 보기 어렵다고 판단하여 심사조정함에 따라 재심사조정청구를 제기하였음.

- 요양기관은 현행 인정기준에는 청력검사의 계산법에 대한 별도의 언급이 없음에도 불구하고 순음청력 검사결과를 4분법a)만으로 보는 것은 타당하지 않으며, 장애등급 판정기준에 의거한 6분법(주파수별로 500Hz, 1000Hz, 2000Hz, 3000Hz, 4000Hz, 6000Hz에서 각각 청력검사를 실시, 평균치)으로 보았을 경우 75dB(우측)이므로 현행 인정기준의 범위를 벗어나지 않았다고 주장함.

- 그러나, 인공와우이식술은 통상 수술 전 환자에 대한 종합적인 평가가 선행된 후 신중하게 이루어져야 하는 바, 최초 내원 시 1회 실시한 순음청력검사만으로 수술을 결정하는 것은 적절하지 않으며, 관련학회에서 제시하고 있는 청력역치 계산방법도 4분법a)과 6분법b)을 사용토록 권장하고 있을뿐 아니라, 수술을 위한 순음청력검사 기준을 장애등급 판정기준을 위한 검사기준과 동일하게 적용하는 것은 타당하다고 볼 수 없음.

- 따라서, 동 건에 산정된 인공와우 치료재료는 기 결정대로 환자가 전액본인부담토록 함.

- ※ a) 순음청력검사도의 500Hz, 1000Hz, 2000Hz, 4000Hz의 청력역치를 합산하여 4분 한 것
- b) 순음청력검사도의 500Hz, 1000Hz, 2000Hz, 4000Hz의 청력역치 중 1000Hz와 2000Hz의 청력역치를 2배수하여 합산한 것을 6분 한 것

[2009.5.25 진료심사평가위원회]

● 문맹이 있는 환자에게 시행한 인공와우이식술에 대하여(2사례)

【A사례 (남/49세)】

■ 청구내역

- 상병명 : 상세불명 감각신경성 난청
- 주요청구내역

[수술료] 인공와우이식술 × 1(좌측)

[재료대] NUCLEUS 24 FREEDOM COCHLEAR IMPLANT × 1

FREEDOM SPEECH PROCESSOR SET × 1

■ 진료내역

5.5 청력소실 3세경 발견

보청기 34세때 3~4개월 정도 착용(우측)

보청기 착용후 두통,이명 생겨 사용하지 않음

교육수준: 초등학교 졸업하였으나 일상에 필요한 단어 몇 개만 알고 있을 정도로 거의 문맹임

가족 : 캄보디아 부인, 모

○ 검사결과

- 순음청력검사 : 우)90.4% 좌)90.8%

- 다면인성검사 : 검사 시도하였으나 문맹으로 검사 실패함

- 문장언어평가 : 오른쪽 귀에만 보청기를 착용한 상태에서 환경음과 7음 중 일부에서 탐지 반응을 보이
나 변별은 안 됨. 독화, 필문답 모두 안 되는 점으로 제대로 구어이해 등이 되었다면 50%
이하로 추정되는 상황.

5.6 수술: 인공와우 이식술(좌측)

【B사례 (여/69세)】

■ 청구내역

- 상병명 : 기타 명시된 난청
- 주요청구내역

[수술료] 인공와우이식술 × 1(우측)

[재료대] NUCLEUS 24 FREEDOM COCHLEAR IMPLANT × 1

FREEDOM SPEECH PROCESSOR SET × 1

■ 진료내역

- 주증상 : 6~7년전부터 청력 서서히 감소되어 보청기 착용하였으나, 2-3년전부터는 보청기로도 청력이 회복되지 않고, 가족과의 의사소통에 어려움이 생김.
난청이 심해지기 전까지 장사하며 생활했음.
2년 전부터는 외출 안하려 하고 낮선 상황에서 불안해하는 모습 더 많아짐.
문맹(+)
- 검사결과
 - 순음청력검사 : 우) 73 dB, 좌) 75dB
 - 문장언어평가 : 0% (검사는 이해하나, 수행하지 못함)
 - 청력역치검사 : 80dB

■ 참고

- 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant)의 요양급여 대상여부(보건복지가족부 고시 제2005-29호, '05.5.11.)
- 대한이비인후과학회, 이비인후과학-두경부외과학, 2002년, p744-745
- Aetna, Cochlear Implants and Auditory Brainstem Implants, 2006,7,7

■ 심의내용

- 진료내역 및 인공와우 인정기준 참조, 각 사례는 다음과 같이 결정함.
- A 사례 : 동 건은 순음청력검사 결과 양측 90dB 이상이고 우측 보청기 착용상태의 문장언어 평가에서 환경음과 7음 중 일부에 탐지반응 보이는(문장언어 평가결과 50% 이하로 추정) 수진자에게 인공와우이식술을 시행한 사례로 문맹이긴 하나 잔청이 남아있어 차후 와우이식 후 언어재활에 큰 문제가 없을 것으로 판단되는 바, 현 인정기준에 의거 재료비용 포함 인공와우이식술을 요양급여로 인정함.
- B 사례 : 동 건은 순음청력검사 결과 우측 73dB/ 좌측 75dB이고 문장언어평가 0%인 수진자에게 인공와우이식술을 시행한 사례로 문맹이긴 하나 12세 이후 언어습득 후 청력소실(post-lingual deaf)인 경우로 술 후 의사소통 능력이 개선될 것으로 판단되는 바, 현 인정기준에 의거 재료비용 포함 인공와우이식술을 요양급여로 인정함.

[2008.7.21 진료심사평가위원회]

2 약제

⇒ 일반원칙

[약제 고시]

제목	세부인정사항
동일성분 의약품 중복처방 관리에 관한 기준	<p>동일 요양기관에서 같은 환자에게 6개월 동안 동일성분 의약품의 투약일수가 214일을 초과하여 처방하는 경우 요양급여를 인정하지 아니하나, 아래에 해당하는 경우에는 예외로 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 환자가 장기출장이나 여행으로 인하여 의약품이 소진되기 전 처방을 받아야 하는 경우</p> <p>나. 의약품 부작용, 용량 조절 등으로 약제 변경이 불가피하거나, 파우더 형태의 조제 등으로 인하여 기존 처방의약품 중 특정 성분만을 구분하여 별도 처방할 수 없는 경우</p> <p>다. 항암제 투여 중인 환자이거나, 소아환자로서 구토로 인해 약 복용 중 약제가 소실된 경우 등 환자의 귀책사유 없이 약제가 소실·변질된 경우</p> <p>※ “동일성분 의약품”이라 함은 국민건강보험법 시행령 제24조제3항 및 ‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’ 제8조제2항 에 의한 ‘약제급여목록 및 급여 상한금액표’상의 주성분코드를 기준으로, 1~4째 자리(주성분 일련번호)와 7째자리(투여경로) 가 동일한 의약품을 말함.</p> <p>(예) 123101ATB, 123102ATB, 123102ATR, 123104ATR은 모두 동일 성분 의약품에 해당됨.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]</p>
병용금기 성분, 특정 연령대 금기 성분 및 임부금기 성분	<p>1. 식품의약품안전처장이 고시한 병용금기 성분 및 특정연령대 금기 성분과 임부금기 성분에 대하여는 요양급여를 인정하지 아니함</p> <p>가. 이 경우 임부금기 성분은 고시 성분을 함유한 단일제와 복합제를 모두 포함함</p>

제목	세부인정사항
	<p>2. 다만, 병용금지 성분, 특정연령대 금지 성분 및 임부금지 1등급 성분임에도 불구하고 부득이하게 처방·조제할 필요가 있다고 판단하여 사용하는 경우에는 예외로 할 수 있음. 이 경우 다음의 가, 나 모두에 처방·조제 사유를 의학적 근거와 함께 명시하여야 하며, 건강보험심사평가원장이 그 사용이 적절하다고 인정하는 경우에 한함.</p> <p>가. 보건복지부장관이 고시한 「요양급여비용 심사청구소프트웨어 검사 등에 관한 기준」에 따라 설치한 “의약품 처방·조제 지원 소프트웨어”에 의해 컴퓨터 화면에 제공(Pop-up)된 사유기재란</p> <p>나. 보건복지부장관이 고시한「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서 서식 및 작성요령」에 따른 요양급여비용명세서</p> <p>3. 2호에도 불구하고 특정연령대 금지 성분인 “acetaminophen (encapsulated 포함)(서방형 제제에 한함)”등 서방형 제제, 장용성제제 등은 그 제제의 특성상 분할하거나 분말 형태로 처방·조제하여서는 안 됨</p> <p>4. 임부금지 2등급에 해당하는 성분을 처방·조제할 때는 부득이하게 사용할 필요가 있다고 의학적 타당성을 판단한 경우에 한하여야 하며, 투약 이전에 반드시 환자에게 적절한 안내조치를 하여야 함</p> <p>5. 급여기준 적용일 : 식품의약품안전처장이 고시한 다음날부터 적용한다.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-109호, 2017.7.1. 시행]</p>
<p>비용효과적인 함량의 약품 사용</p>	<p>동일한 제조업자(수입자)가 제조(수입)한 동일성분·동일제형이지만 함량이 다른 의약품이 여러 가지 있는 경우, 1회 투약량에 대하여 가장 비용효과적인 함량의 약제를 사용하여 처방·조제하여야 한다. 다만, 부득이한 경우에는 예외로 할 수 있으며, 이 경우 해당 사유를 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령(보건복지부 고시)」에서 정한 바에 따라 요양급여비용명세서에 명시하여 제출하여야 한다.</p> <p>(예) 25mg, 50mg 함량의 약제가 각각 등재된 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1회 투약량이 50mg인 경우 → 50mg 1정 처방 - 1회 투약량이 75mg 필요한 경우 → 50mg 1정과 25mg 1정 처방 <p style="text-align: right;">[고시 제2017-109호, 2017.7.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항																	
주사제의 자가주사 및 장기처방	<p>주사제의 자가주사 처방 및 장기 처방의 경우에는 환자와 주사제의 제반 특성을 고려하여 최적의 진료가 될 수 있도록 하고, 심사 시에는 자가주사 등 진료의 특성을 고려하여 사례별로 인정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]</p>																	
흡입마취에 사용되는 약제[일반원칙]	<p>흡입마취에 사용되는 약제 중 일부 약제의 요양급여비용은 아래와 같이 산정하며, 동 사용량을 초과하여 투여하는 경우에는 투여조건서를 첨부하여야 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">대상</th> <th style="text-align: center;">사용량</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Oxygen gas(품명:산소)</td> <td>15분당 45ℓ (전신마취에 한함)</td> </tr> <tr> <td>Enflurane(품명:게로란액 등)</td> <td>15분당 7.5mℓ</td> </tr> <tr> <td>Isoflurane(품명:에어레인액 등)</td> <td>초회량: 15분까지 12.9mℓ 유지량: 15분당 5.5mℓ</td> </tr> <tr> <td>Sevoflurane(품명: 세보레인흡입액 등)</td> <td>초회량: 15분까지 9.5mℓ 유지량: 15분당 5mℓ</td> </tr> <tr> <td>Desflurane(품명:슈프레인)</td> <td>초회량: 15분까지 15ml 유지량: 15분당 10.7mℓ</td> </tr> <tr> <td>Thiopental sodium(품명:펜토탈소디움)</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">실제 사용량</td> </tr> <tr> <td>Suxamethonium chloride(품명: 석시콜린)</td> </tr> <tr> <td>Nitrous oxide(품명: 아산화질소)</td> <td>15분당 45ℓ (전신마취에 한함)</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">[고시 제2014-75호, 2014.6.1. 시행]</p>	대상	사용량	Oxygen gas(품명:산소)	15분당 45ℓ (전신마취에 한함)	Enflurane(품명:게로란액 등)	15분당 7.5mℓ	Isoflurane(품명:에어레인액 등)	초회량: 15분까지 12.9mℓ 유지량: 15분당 5.5mℓ	Sevoflurane(품명: 세보레인흡입액 등)	초회량: 15분까지 9.5mℓ 유지량: 15분당 5mℓ	Desflurane(품명:슈프레인)	초회량: 15분까지 15ml 유지량: 15분당 10.7mℓ	Thiopental sodium(품명:펜토탈소디움)	실제 사용량	Suxamethonium chloride(품명: 석시콜린)	Nitrous oxide(품명: 아산화질소)	15분당 45ℓ (전신마취에 한함)
대상	사용량																	
Oxygen gas(품명:산소)	15분당 45ℓ (전신마취에 한함)																	
Enflurane(품명:게로란액 등)	15분당 7.5mℓ																	
Isoflurane(품명:에어레인액 등)	초회량: 15분까지 12.9mℓ 유지량: 15분당 5.5mℓ																	
Sevoflurane(품명: 세보레인흡입액 등)	초회량: 15분까지 9.5mℓ 유지량: 15분당 5mℓ																	
Desflurane(품명:슈프레인)	초회량: 15분까지 15ml 유지량: 15분당 10.7mℓ																	
Thiopental sodium(품명:펜토탈소디움)	실제 사용량																	
Suxamethonium chloride(품명: 석시콜린)																		
Nitrous oxide(품명: 아산화질소)	15분당 45ℓ (전신마취에 한함)																	

[심사지침]

● 경구용 서방형제제(정제, 캡슐제, 과립제) 분할 처방 · 투여 인정여부

1. 모든 경구용 서방형 제제는 원칙적으로 분쇄(crush)해서는 안됨.
2. 경구용 서방형 제제 중 정제 및 캡슐제의 분할(split) 투여는 다음의 경우에만 인정함.

- 다 음 -

- 허가사항에 분할투여가 명시되어 있는 경우

[2015.10.1. 시행]

⇒ Ⅲ 전신마취제

[약제 고시]

제목	세부인정사항
Propofol 주사제 (품명: 포플주사 등)	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 전신 마취의 유도 및 유지</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 3시간 이내의 마취를 요하는 수술 2) 뇌질환, 심장질환, 신장질환, 장기이식 시술환자, 간기능 이상환자, 간질환의 기왕력이 있는 환자, 일측폐환기법(One lung ventilation)에 의한 수술 환자에게 마취유도 및 유지목적으로 사용한 경우 3) 마취유도 목적으로 투여 시 <p>나. 수술 및 진단시 의식하 진정(1%만 해당)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 내시경 검사 및 시술시 진정 <ul style="list-style-type: none"> - 단, 「진정 내시경 환자관리료(나-799) 급여기준」의 급여인정 범위에 한함. <p>다. 인공호흡중인 중환자의 진정</p> <ul style="list-style-type: none"> ※ 허가사항 중 사용상의 주의사항 경고 등(중증의 환자를 다루는데 능숙하거나 심혈관계 소생술 및 기도관리(airway management)에 숙련된 의사에 의해서만 투여되어야 함. 등)을 반드시 참고하여 투여하여야 함. <p style="text-align: right;">[고시 제2018-234호, 2018.11.1. 시행]</p>

⇒ 121 국소마취제

[약제 고시]

제목	세부인정사항
Prilocain25mg + Lidocain25mg 외용제(품명: 더마카인5%크림)	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며 동 인정기준 이외에는 별도 산정할 수 없음.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 수술 및 처치항목</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 귀 부위 항목: 자556(이용적출술), 자557나(외이도이물 또는 이구전색제거-극히 복잡한 것), 자560(고막절개), 자561-1(고막소작술), 자562(중이내튜브 유치술), 자562주(중이내튜브제거술), 자565-1(현미경하고막팻치술)

제목	세부인정사항
	2) 자14-2가(전염성연속종제거술-전신성인 것) 나. 용량 1) 귀 부위 항목: 1개(5g/개) 범위 내에서 실사용량 2) 자14-2가(전염성연속종제거술-전신성인 것): 3개(5g/개) 범위 내에서 실 사용량 <div style="text-align: right;">[고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]</div>

⇒ 123 자율신경제

[약제 고시]

제목	세부인정사항
Bethanechol chloride 경구제(품명: 마이토 닌정 등)	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 신경성방광에 최대 120mg/일까지 사용 한 경우에도 요양급여를 인정함. <div style="text-align: right;">[고시 제2017-193호, 2017.11.1. 시행]</div>
Oxybutynin 경구제 (품명: 동화디트로판 정 등)	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항의 범위(용법·용량)를 초과하여 척수수막류(지방종)에 의한 배뇨장애 에 투여한 경우에도 요양급여를 인정함. <div style="text-align: right;">[고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]</div>

⇒ 132 이비과용제

[약제 고시]

제목	세부인정사항
Ciprofloxacin HCl + Dexamethasone 외용제(품명: 실로텍 스점이현탁액)	허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정하며, 급성 중이염에 투여한 경우 에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <div style="text-align: right;">[고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]</div>

제목	세부인정사항
Fluticasone furoate 외용제(품명:아바미스 나잘스프레이)	허가사항 범위(성인 및 2세 이상의 소아에서 계절성 또는 통년성 알레르기 비염 증상의 치료) 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. [고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]
Micronized ciclesonide 외용제 (품명:옵나리스나잘스 프레이)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 계절성 알레르기 비염: 성인 및 6세 이상 소아의 계절성 알레르기 비염 증 상 치료 나. 통년성 알레르기 비염: 성인 및 12세 이상 청소년의 통년성 알레르기 비염 증 상 치료 [고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]

⇒ 141 항히스타민제

[약제 고시]

제목	세부인정사항
Desloratadine 경구제 (품명: 에리우스정)	허가사항 중 알레르기성 비염에 요양급여를 인정하고, 동 인정기준 이외에는 약 값 전액을 환자가 부담토록 함. [고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]
Piprinhydrinate 제제 (품명:푸라콩 등)	허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 하며, 허가사항 범위(효 능·효과 등)를 초과하여 약신경안정제(Minor tranquilizer)로 사용하는 경우에도 요 양급여를 인정함. [고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]
Rupatadine 경구제 (품명 : 루파핀정)	허가사항 범위(알레르기성 비염, 두드러기 증상 치료) 내에서 투여 시 요양급여 를 인정함. [고시 제2017-215호, 2017.12.1. 시행]

⇒ 142 자격요법제

[약제 고시]

제목	세부인정사항
Ustekinumab 주사제 (품명: 스텔라라프리 필드주 45mg 등)	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 건선</p> <p>1) 투여대상</p> <p>6개월 이상 지속되는 만 12세 이상의 만성 중증 판상건선 환자로 가), 나), 다) 또는 가), 나), 라)를 충족하는 경우(단, 피부광화학요법(PUVA) 및 중파장 자외선(UVB; Ultraviolet B)에 모두 금기인 환자는 가), 나), 다) 조건을 충족하는 경우)</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) 판상건선이 전체 피부면적(Body surface area)의 10% 이상</p> <p>나) PASI(Psoriasis Area and Severity Index) 10 이상</p> <p>다) MTX(Methotrexate) 또는 Cyclosporine을 3개월 이상 투여하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우</p> <p>라) 피부광화학요법(PUVA) 또는 중파장자외선(UVB) 치료법으로 3개월 이상 치료하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 16주간(3회 투여 후) 사용 후 평가하여 PASI가 75%이상 감소한 경우 추가 6개월의 투여를 인정함.</p> <p>나) 이후에는 지속적으로 6개월마다 평가하여 최초 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>3) 종양괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor: Adalimumab, Etanercept, Infliximab 주사제) 또는 Guselkumab, Ixekizumab, Secukinumab 주사제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없는 경우 또는 복약순응도 개선의 필요성이 있는 경우(교체한 약제는 최소 6개월 투여를 유지하도록 권고함)에 동 약제로 교체투여(Switch)를 급여로 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여소견서를 첨부하여야 함.</p>

제목	세부인정사항
	<p>나. 활동성 및 진행성 건선성 관절염</p> <p>1) 투여대상 1종 이상의 종양괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor)에 반응이 불충분하거나 부작용, 금기 등으로 치료를 중단한 활동성 및 진행성 건선성 관절염 환자</p> <p>2) 평가방법 가) 동 약제를 6개월 사용(3회 투여) 후 활성 관절수가 최초 투여시점보다 30% 이상 감소된 경우 추가 6개월간의 사용을 인정함. 나) 이후에는 6개월마다 평가하여 첫 6개월째의 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>3) 동 약제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없어 이전에 투여한 적이 없는 TNF-α inhibitor(Etanercept, Adalimumab, Infliximab, Golimumab 주사제) 또는 Secukinumab 주사제로 교체투여(Switch)하는 경우 급여를 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여 소견서를 첨부하여야 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-174호, 2018.9.1. 시행]</p>
<p>Secukinumab 주사제(품명: 코센틱스주사 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 건선</p> <p>1) 투여대상 6개월 이상 지속되는 만성 중증 판상건선 환자(만 18세 이상 성인)로 가), 나), 다) 또는 가), 나), 라)를 충족하는 경우(단, 피부광화학요법(PUVA) 및 중파장 자외선(UVB; Ultraviolet B)에 모두 금기인 환자는 가), 나), 다) 조건을 충족하는 경우)</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) 판상건선이 전체 피부면적(Body surface area)의 10% 이상 나) PASI(Psoriasis Area and Severity Index) 10 이상 다) MTX(Methotrexate) 또는 Cyclosporine을 3개월 이상 투여하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우 라) 피부광화학요법(PUVA) 또는 중파장자외선(UVB) 치료법으로 3개월 이상 치료하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우</p>

제목	세부인정사항
	<p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 12주간 사용 후 평가하여 PASI가 75%이상 감소한 경우 추가 6개월의 투여를 인정함.</p> <p>나) 이후에는 지속적으로 6개월마다 평가하여 최초 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>3) 종양괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor: Adalimumab, Etanercept, Infliximab 주사제) 또는 Guselkumab, Ixekizumab, Ustekinumab 주사제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없는 경우 또는 복약순응도 개선의 필요성이 있는 경우(교체한 약제는 최소 6개월 투여를 유지하도록 권고함)에 동 약제로 교체투여(Switch)를 급여로 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>나. 활동성 및 진행성 건선성 관절염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>1종 이상의 종양괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor)에 반응이 불충분하거나 부작용, 금기 등으로 치료를 중단한 활동성 및 진행성 건선성 관절염 환자</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 6개월 사용 후 활성 관절수가 최초 투여시점보다 30% 이상 감소된 경우 추가 6개월간의 사용을 인정함.</p> <p>나) 이후에는 6개월마다 평가하여 첫 6개월째의 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>3) 동 약제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없어 이전에 투여한 적이 없는 TNF-α inhibitor(Etanercept, Adalimumab, Infliximab, Golimumab 주사제) 또는 Ustekinumab 주사제로 교체투여(Switch)하는 경우 급여를 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여 소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>다. 중증의 강직성척추염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>1종 이상의 종양괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor)에 반응이 불충분하거나 부작용, 금기 등으로 치료를 중단한 중증의 활동성 강직성 척추염 환자</p>

제목	세부인정사항
	<p>※ 중증의 활동성 강직성 척추염</p> <p>: Modified New York criteria 1984(아래 참조)를 근거로 하여, 방사선학적 기준(Radiologic criteria)과 2개 이상(1)항은 반드시 포함)의 임상적 기준(Clinical criteria)을 동시에 만족하며, Bath 강직성 척추염의 질병 활동 지수(BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)가 적어도 4 이상인 경우</p> <p>가) 방사선학적 기준(Radiologic criteria) 천장골염: 양측성 Grade 2이상, 편측성 Grade 3 혹은 4(Sacroilitis: Grade ≥ 2 bilateral or Grade 3 or 4 unilateral.)</p> <p>나) 임상적 기준(Clinical criteria)</p> <p>(1) 운동 시 호전되나, 휴식으로는 호전되지 않는 3개월 이상의 요통과 강직 (Low back pain and stiffness for more than 3months, which improves with exercise but is not relieved by rest.)</p> <p>(2) 시상면과 전두면 모두에서 요추골 운동의 제한(Limitation of motion of the lumbar spine in both the sagittal and frontal planes.)</p> <p>(3) 흉부팽창의 제한(Limitation of chest expansion.)</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 16주간 사용 후 평가하여 BASDAI가 50% 또는 2(Scale 0-10)이상 감소한 경우 추가 6개월의 투여를 인정함.</p> <p>나) 이후에는 6개월마다 평가하여 첫 16주째의 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>3) 동 약제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없어 이전에 투여한 적이 없는 TNF-α inhibitor (Etanercept, Adalimumab, Infliximab, Golimumab 주사제)로 교체투여(Switch)하는 경우 급여를 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>2. '코센틱스프리필드시린지'와 '코센틱스센소레디펜'이 자가 주사제제인 점을 고려하여, 동 약제의 투여기간 등의 확인을 위한 '환자용 투약일지'를 환자가 작성하고 이를 요양기관이 관리하여야 함.</p> <p>3. '코센틱스프리필드시린지'와 '코센틱스센소레디펜'의 장기처방 시 1회 처방기간은 퇴원할 경우 및 외래의 경우에는 4주분까지로 하며, 원내처방 함을 원칙으로 함. 다만, 최초 투약일로부터 24주 이후에 안정된 질병활동도를 보이고 부작용이 없는 환자의 경우 최대 8~12주분까지 인정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-174호, 2018.9.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
Ixekizumab 주사제 (품명: 탈츠프리필드 시린지주)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상 6개월 이상 지속되는 만성 중증 판상건선 환자(만 18세 이상 성인)로 가), 나), 다) 또는 가), 나), 라)를 충족하는 경우(단, 피부광화학요법(PUVA) 및 중파장자외선(UVB; Ultraviolet B)에 모두 금기인 환자는 가), 나), 다) 조건을 충족하는 경우)</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) 판상건선이 전체 피부면적(Body surface area)의 10% 이상 나) PASI(Psoriasis Area and Severity Index) 10 이상 다) MTX(Methotrexate) 또는 Cyclosporine을 3개월 이상 투여하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우 라) 피부광화학요법(PUVA) 또는 중파장자외선(UVB) 치료법으로 3개월 이상 치료하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우</p> <p>나. 평가방법 가) 동 약제를 12주간 사용 후 평가하여 PASI가 75%이상 감소한 경우 추가 6개월의 투여를 인정함. 나) 이후에는 지속적으로 6개월마다 평가하여 최초 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>다. 중앙괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor: Adalimumab, Etanercept, Infliximab 주사제), 또는 Guselkumab, Secukinumab, Ustekinumab 주사제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없는 경우 또는 복약순응도 개선의 필요성이 있는 경우(교체한 약제는 최소 6개월 투여를 유지하도록 권고함)에 동 약제로 교체투여(Switch)를 급여로 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여소견서를 첨부하여야 함.</p> 2. 동 약제가 자가 주사제제인 점을 고려하여, 동 약제의 투여기간 등의 확인을 위한 '환자용 투약일지'를 환자가 작성하고 이를 요양기관이 관리하여야 함. 3. 장기처방 시 1회 처방기간은 퇴원할 경우 및 외래의 경우에는 4주분까지로 하며, 원내처방 함을 원칙으로 함. 다만, 최초 투약일로부터 24주 이후에 안정된 질병활동도를 보이고 부작용이 없는 환자의 경우 최대 8~12주분까지 인정함. <p style="text-align: right;">[고시 제2018-174호, 2018.9.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
<p>Guselkumab 주사제 (품명: 트렘피어프리 필드시린지주)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상</p> <p>6개월 이상 지속되는 만성 중증 판상건선 환자(만 18세 이상 성인)로 1), 2), 3) 또는 1), 2), 4)를 충족하는 경우(단, 피부광화학요법(PUVA) 및 중파장자외선(UVB; Ultraviolet B) 치료법에 모두 금기인 환자는 1), 2), 3) 조건을 충족하는 경우)</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 판상건선이 전체 피부면적(Body surface area)의 10% 이상 2) PASI(Psoriasis Area and Severity Index) 10 이상 3) MTX(Methotrexate) 또는 Cyclosporine을 3개월 이상 투여하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우 4) 피부광화학요법(PUVA) 또는 중파장자외선(UVB) 치료법으로 3개월 이상 치료하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우 <p>나. 평가방법</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 동 약제를 12주간(3회) 투여 후 20주 이내에 평가하여 PASI가 75%이상 감소한 경우 추가 6개월의 투여를 인정함. 2) 이후에는 지속적으로 6개월마다 평가하여 최초 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함. <p>다. 종양괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor: Adalimumab, Etanercept, Infliximab 주사제), 또는 Ixekizumab, Secukinumab, Ustekinumab 주사제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없는 경우 또는 복약순응도 개선의 필요성이 있는 경우(교체한 약제는 최소 6개월 투여를 유지하도록 권고함)에 동 약제로 교체투여(Switch)를 급여로 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여소견서를 첨부하여야 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-174호, 2018.9.1. 시행]</p>

⇒ 149 기타의 알레르기용약

[약제 고시]

제목	세부인정사항
Leukotriene 조절제 Montelukast 경구제 (품명:싱글레어정 등, 싱글레어츄정 등, 메디루카건조시럽 등, 싱글레어세립 등, 싱글로드속봉정 등), Montelukast 및 levocetirizine 복합제 (품명:몬테리진캡 술, 몬테리진츄정) Pranlukast 경구제 (품명:프라카논정, 비코스타츄어블정, 오논캡셀 등, 씨투스 현탁정 등, 오논드라 이시럽 등), Zafirlukast 경구제 (품명:아콜레이트정 20밀리그램), Petasites hybridus CO2 Extracts 경구제 (품명:코살린정)	각 약제의 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정 하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함 - 아 래 - 가. Montelukast 경구제, Pranlukast 경구제, Zafirlukast 경구제 ○ 타 천식약제로 증상조절이 되지 않는 2단계(경증 지속성) 이상의 천식에 투 여 시 인정하되, 아스피린 민감성 천식에는 1차 약제로 투여 시도 인정함 나. Montelukast 경구제, Pranlukast 경구제(Pranlukast 경구제 중 츄어블정은 제외) ○ 알레르기성 비염에 투여시는 다음의 경우에 인정(항히스타민제와 동시 투 여 가능) - 다 음 - 1) 1차 항히스타민제 투여로 개선이 되지 않는 비폐색이 있는 경우 2) 비폐색이 주 증상인 경우 3) 비충혈제거제 또는 비강분무 스테로이드를 사용하지 못하는 경우 다. Petasites hybridus CO2 Extracts 경구제 ○ 재채기, 콧물, 가려움증, 코막힘의 제증상이 있는 알레르기성 비염의 완화에 단독 투여 시 인정 라. Montelukast 및 levocetirizine 복합제 ○ 천식을 동반한 다음과 같은 알레르기성 비염에 인정 - 다 음 - 1) 1차 항히스타민제 투여로 개선이 되지 않는 비폐색이 있는 경우 2) 비폐색이 주 증상인 경우 3) 비충혈제거제 또는 비강분무 스테로이드를 사용하지 못하는 경우 [고시 제2018-174호, 2018.9.1. 시행]
Pemirolast potassium 시럽제(품명: 알레기살드라이시럽 등)	허가사항 범위 내에서 기관지천식, 다년성알레르기성 비염에 투여 시 만 5세 미만 까지 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. [고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]

⇒ 214 혈압강하제

[약제 고시]

제목	세부인정사항
Doxazosin 경구제 (품명: 카딜정 등)	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 신경인성방광에 투여한 경우에도 요양급여를 인정함.

[고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]

⇒ 241 뇌하수체호르몬제

[약제 고시]

제목	세부인정사항
Desmopressin acetate 경구제 (품명: 미니린정 등)	1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 일차성 야뇨증(5세 이상) 나. 야간다뇨와 관련이 있는 야간뇨 증상의 치료(성인에 한함) ○ 배뇨일지(Frequency volume chart) 등으로 야간다뇨로 인한 야간뇨가 확진된 경우에만 인정 2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 요붕증에 투여하는 경우에도 주사제 및 비강분무(Nasal spray)와 동일하게 요양급여를 인정함.

[고시 제2017-17호, 2017.2.1. 시행]

⇒ 259 기타의 비뇨생식기관 및 항문용약

[약제 고시]

제목	세부인정사항
Alfuzosin 경구제 (품명: 자트랄엑스엘 정 10밀리그램 등)	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 신경인성방광에도 요양급여를 인정함. [고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]
Fesoterodine fumarate 경구제 (품명:토비아즈 서방 정4mg, 8mg)	허가사항 범위(절박뇨, 빈뇨, 절박성 요실금과 같은 과민성방광 증상의 치료) 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. [고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]
Mirabegron 경구제 (품명:베타미가서방정 25mg, 50mg)	허가사항 범위(성인의 과민성 방광 환자에서 발생할 수 있는 절박뇨, 빈뇨 및/또는 절박요실금 증상의 치료) 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. [고시 제2015-172호, 2015.10.1. 시행]
Naftopidil 경구제 (품명: 플리바스정 등)	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. 2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 신경인성방광에도 요양급여를 인정함. [고시 제2017-153호, 2017.9.1. 시행]
Potassium citrate, Citric acid 경구제 (품명: 유로시트라씨 산 등)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 내시경하쇄석술 또는 절석술(절개 후 제거) 시행 후 잔석이 있는 것으로 확인되는 경우 나. 체외충격파쇄석술(ESWL) 시술 시에는 1차 시술 후라도 잔석이 남아 있으면 총 30일간은 인정함을 원칙으로 하며, 이후에는 잔석이 확인되는 경우에 인정함. 다. 요로결석이 동반된 통풍 라. 요로결석이 동반된 신세뇨관 산증 마. 저구연산뇨증[24시간 소변 검사결과 구연산(Citrate) 320mg 미만]을 동반한 요로결석 [고시 제2015-18호, 2015.2.1. 시행]

제목	세부인정사항
Silodosin 경구제 (품명: 트루패스캡슐 4mg 등)	1. 허가사항 범위(전립선 비대증에 수반하는 배뇨장애) 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. 2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 신경인성방광에도 요양급여를 인정함. [고시 제2017-62호, 2017.4.1. 시행]
Solifenacin 경구제 (품명:베시케어정 등)	허가사항 범위(절박성 뇨실금, 빈뇨, 요절박과 같은 과민성방광 증상의 치료) 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. [고시 제2016-223호, 2016.12.1. 시행]
Tamsulosin HCl 경구제 (품명: 보령염 산탐스로신캡슐 0.2밀리그램 등)	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 신경인성방광에도 요양급여를 인정함. [고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]
Terazosin HCl 경구제 (품명: 일양하이트린 정 등)	허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 하며, 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 '신경인성방광'에 투여 시에도 요양급여를 인정함. [고시 제2017-193호, 2017.11.1. 시행]
Tolterodine 경구제 (품명: 디트루시톨 정 등)	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항의 범위(용법·용량)를 초과하여 척수수막류(지방종)에 의한 배뇨장애에도 요양급여를 인정함. [고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]

[공개심의사례]**● 전립샘의 증식 상병에 알파차단제(α -adrenergic blocker) 2종 병용투여 인정여부(2사례)****■ 청구 및 진료내역**

○ A사례 (남/63세)

【청구내역】

○ 상병명 : 전립샘의 증식, 만성 전립샘염

○ 주요 청구내역

259 자트랄엑스엘정10mg 1x60

259 탐스피드캡슐 1x60

【진료내역】

- 6년전 11.1 CC : Dysuria, fever & chilling (on set : 1day)
 PH : Renal Tbc, Lt → ○ ○대병원 1993년 nephrectomy, Lt
 BPH → Local 비뇨기과에서 medication
 ROS: fever & chilling (+/+), dysuria(+)
 PEx: No CVA(costovertebral angle) tenderness
 Rectal exam: moderate & marked, enlarged prostate
 IMP: Acute prostatitis
- 2년전 1.25 하루날캡셀 0.2mg 1x90
- 전년 8.3 ▶ BPH검사 => Uric acid: 7.9 ↑, S-PSA/free PSA : 1.0 / 0.62
 UFR(Urine flow rate) RU: Qmax 117ml/s / 101cc
 TRUS(transrectal ultrasonography): prostate volume 44cc (- 24cc
- 8.17 DRE(digital rectal examination)
 : 1. Symmetry, moderately enlarged prostate
 2. Median groove intact
 3. Nodule(-/-), Tenderness(-/-)
 4. Regular surface, elastic consistency
 IPSS(International prostate symptom score) : 16 + 3
 Med: (하루날캡셀0.2mg, 자트랄엑스엘정10mg, 바리움정) 1x35
- 9.20 ROS: good
 Med: (자트랄엑스엘정10mg, 탐스피드캡슐, 바리움정) 1x42
- 11.2 ROS: so so
 Med: (자트랄엑스엘정10mg, 탐스피드캡슐, 바리움정) 1x95
- 금년 2.2 Med: (자트랄엑스엘정10mg, 탐스피드캡슐, 바리움정) 1x95
- 4.26 ROS: so so
 Med: (자트랄엑스엘정10mg, 탐스피드캡슐, 바리움정) 1x90

- 6.20 S: 배는 힘들다. 요로가 아프다. 우측 서혜부도.
 EPS: WBC 10~15/HPF, MQ 0~1/HPF, clumping (-)/HPF
 ▶ BPH검사 => S-PSA/free PSA : 1.0/0.55
 UFR RU : Qmax 21ml/s / 60cc
 TRUS : prostate volume 38cc (<- 44cc
 Med: (크라비트정, 크리마인정, 메디락에스장용캡셀) 3x21
- 7.11 EPS: WBC 10~15/HPF, MQ 0~1/HPF, clumping 0~1/HPF, Many sperm
 DRE : 1. Symmetry. moderately enlarged prostate
 2. Median groove intact
 3. Nodule(-/-), Tenderness(-/-)
 4. Regular surface, elastic to consistency
 Med: (자트랄엑스엘정10mg, 탐스피드캡슐, 바리움정) 1x30
- 8.8 ROS: so so ㄱ
 EPS: WBC 3~5/HPF, MQ (-)/HPF, clumping (-)/HPF ? *현청구분*
 Med: (자트랄엑스엘정10mg, 탐스피드캡슐, 바리움정) 1x60 ㄴ

○ B사례 (남/82세)

【청구내역】

- 상병명 : 전립샘의 증식
- 주요 청구내역

214 카두라엑스엘서방정4mg	1x90
259 하루날디정0.2mg	1x90

【진료내역】

- 5년전 4.8 CC : Terminal dysuria (D: 15days)
 PH : 5-6년전 ○○병원에서 BPH로 치료
 ROS: Frequency(+), nocturia 1회/night, weak urinary stream(-)
 Rectal exam: moderate asymmetry enlarged prostate (Lt< Rt), not nodule
- 3년전 12.24 No symptom
 (카두라엑스엘서방정4mg, 바리움정) 1x84
- 2년전 4.15 (카두라엑스엘서방정4mg, 바리움정) 1x84
 7.15 (카두라엑스엘서방정4mg, 바리움정) 1x84, 할시온정 1x14
- 금년 8.24 S: 열흘 전부터 가끔씩 찌릿하다 ㄱ
 P: U/A(응급) : WNL ? *현청구분*
 Cardura 하고 Harnal 복용 ?
 (카두라엑스엘서방정4mg, 하루날디정0.2mg) 1x90 ㄴ

■ 참고

- 알파차단제 및 5알파환원효소억제제의 식품의약품안전청장 허가사항
- Wein: CAMPBELL's Urology, 9th ed. 2007
- 비뇨기과학 제4판. 대한 비뇨기과학회, 2007. p372-374
- Goldman: Cecil Medicine, 23rd ed. 2007. p916-919
- CMDT(Current Medical Diagnosis & Treatment) 42nd Edition, 2003, pp926-933
- American Urological Association, Inc. The management of benign prostatic hyperplasia, Baltimore, 2003. (NGC guideline)
- NcVary KT. A review of combination therapy in patients with benign prostatic hyperplasia. Clin Ther. 2007 Mar;29(3):387-98.

■ 심의내용

- 양성전립선비대증 환자의 약물치료에 대하여는 교과서, 임상진료지침 및 관련 학회의견 등을 참고할 때 알파차단제(α -adrenergic blockers)와 5알파환원효소억제제(5 α -reductase inhibitors)가 1차 치료약제로 권장되고 있으며, 전립선의 크기가 증가한 경우에는 알파차단제와 5알파환원효소억제제의 병합요법이 전립선의 크기를 감소시키고, 하부요로증상의 개선과 병변의 진행을 막는데 효과가 있다고 하였음.

또한, 전립선비대증에 알파차단제(α -adrenergic blockers) 2종을 병용 투여하는 것이 치료에 효과적이라는 임상근거가 충분하지 않으며, 알파차단제 단독요법으로 증상 개선 등 치료효과가 부족한 경우에는 환자의 상태 등을 고려하여 용량을 증가하거나 다른 알파차단제 혹은 다른 기전의 약제로 변경하여 투약하는 것이 바람직함.

- 따라서, 동 건에서 전립선의 증식 상병으로 알파차단제 2종을 병용 투여한 A~B사례에 대해서는 알파차단제 1종만 인정함.

[2008.6.2. 진료심사평가위원회]

⇒ 264 진통 진양 수렴소염제

[약제 고시]

제목	세부인정사항
Methylprednisolone aceponate 외용제 (품명: 토피솔밀크로 션 등)	허가사항 범위(아토피피부염, 심상성습진 등 습진) 내에서 투여 시 영양급여를 인정함. [고시 제2015-18호, 2015.2.1. 시행]

⇒ 349 기타의 인공관류용제

[약제 고시]

제목	세부인정사항
D-mannitol + D-sorbitol (품명: 유리온액 등)	1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 별도 인정하지 않음. - 아 래 - 가. 경요도적 방광 내 수술(자351나 또는 자351라) 나. 관혈적 또는 경요도적 수술 후 합병증(출혈)이 있어 내시경을 통한 전기소작다. 신내시경하 신중양절제술(자330-1) 2. 허가사항 범위를 초과하여 자궁경시술 시 자궁확장매체로 사용하는 경우 2Bags(6L)까지 영양급여를 인정함. [고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]

⇒ 421 항악성종양제

[공개심의사례]

● 전이성 거세저항성 전립선암 상병에 전립선 특이항원(PSA) 상승 등을 사유로 교체 투여한 항암제 인정여부

■ 청구내역(남/67세)

- 청구 상병명: 전립선의 악성 신생물, 뼈의 이차성 악성 신생물, 칼슘 대사장애, 상세불명의 고지질혈증
- 주요 청구내역
421 엑스탄디엔질캡슐/A(677200230) (enzalutamide) 4*1*28

■ 심의결과

- 전이성 거세저항성 전립선암(CRPC) 상병에 enzalutamide(품명: 엑스탄디엔질캡슐)로 교체 투여 전 시행한 영상 검사상 병의 진행이 확인되지 않고, 진료기록부상 항암제를 변경해야할 정도의 손톱 부작용이 확인되지 않았으나, PSA의 상승을 사유로 항암제를 변경하는 것은 타당하지 않다고 판단되므로 동 건에 교체 투여한 enzalutamide(품명: 엑스탄디엔질캡슐)는 인정하지 아니함.

■ 심의내용

- 동 건(남/67세)은 2011.6. 골전이된 전립선암으로 진단받고 2011.7. 복강경하 근치적 전립선 절제술(Laparoscopic Radical Prostatectomy, LRP) 시행받은 후 항암치료 중으로, docetaxel(품명: 탁소텔주 등)과 prednisolone 병합요법 8주기 후 제출된 영상 검사상 병의 진행 소견은 없으나, 전립선 특이항원(Prostate Specific Antigen, PSA) 상승 및 손톱 부작용을 사유로 enzalutamide(품명: 엑스탄디엔질캡슐)로 항암제 교체 투여함.

이에 전이성 거세저항성 전립선암(Castration-resistant Prostate Cancer, CRPC) 상병에 전립선 특이항원(PSA) 상승 및 약제 부작용을 사유로 교체 투여한 항암제 인정여부에 대하여 논의함.

- 암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(건강보험 심사평가원 공고 제 2014-238호, 2014.12.1.)에 의하면, 고형암 및 악성림프종은 매 2-3주기(cycle)마다 반응을 평가하여 질병이 진행되거나 심각한 부작용이 있는 경우에는 투여를 중단하여야 하며, 고형암은 WHO 또는 RECIST criteria로 반응평가 하도록 되어 있음.

또한 RECIST criteria version 1.1(2009.)에 의하면, 표적병변의 직경의 합이 최저치로부터 최소 20% 증가되고 최소 5mm의 증가를 보이는 경우에 진행성 질환(Progressive Disease, PD)으로 제시하고 있음.

- 관련 교과서 등에 의하면, PSA가 전립선암 종양표지자로 널리 이용되고 있지만 이는 질병을 특정 하는 것보다 장기(organ)를 특정 하는 것으로, 전립선암의 스크리닝 도구 및 진행된 전립선암에서 예후인자로

서의 PSA 역할에 대하여는 여전히 논란이 되고 있음.

- 관련 임상진료지침에 의하면, 전이성 거세저항성 전립선암(CRPC)에서 약물 치료의 반응을 평가할 때에 PSA 뿐만 아니라 임상적, 영상학적 기준을 고려해야 한다고 되어 있음.
- 또한 전립선암 임상시험 워킹그룹(Prostate Cancer Clinical Trials Working Group, PCWG)3 권고사항에 따르면, 치료효과를 보였던 환자라면 PSA가 초기 감소한 후 상승된 경우에 방사선학적, 임상적 진행이 명확해질 때까지 치료를 계속하도록 권고하고 있음.
- 진료기록 및 청구내역을 참조하여 볼 때, 동 건은 전이성 거세저항성 전립선암(CRPC) 상병으로 docetaxel(품명: 탁소텔주 등)과 prednisolone 병합요법 총 8주기 투여(2014.11.10. - 2015.4.9.) 후 2015.4.30. 손톱 부작용으로 약제 투여 중단하고 박트로반연고 처방하였음. 손톱 부작용의 정도에 대한 기록은 확인되지 않았으며, 부작용과 관련하여 docetaxel(품명: 탁소텔주 등) 항암제의 용량변경 시도는 없었음.

항암제 투여 후 2014.12.2. 복부 CT, 2015.1.27. 골스캔 및 복부 CT 시행하였고, 중단 후 2015.6.8. 시행한 골스캔 및 복부 CT 결과 병의 진행소견은 없었으나, PSA의 상승(2015.4.9. 27.7 → 2015.4.30. 28.7 → 2015.6.8. 64.3 → 2015.6.11. 64.5)을 사유로 2015.6.11. enzalutamide(품명: 엑스탄디엔질캡슐)로 항암제 변경한 것으로 확인됨.

- 동 건은 전이성 거세저항성 전립선암(CRPC) 상병에 enzalutamide(품명: 엑스탄디엔질캡슐)로 교체 투여 전 시행한 영상 검사상 병의 진행이 확인되지 않고, 진료기록부상 항암제를 변경해야할 정도의 손톱 부작용이 확인되지 않았으나, PSA의 상승을 사유로 항암제를 변경하는 것은 타당하지 않다고 판단됨.
- 따라서, 동 건에 교체 투여한 enzalutamide(품명: 엑스탄디엔질캡슐)는 인정하지 아니함.
- 또한, 전이성 거세저항성 전립선암(CRPC) 상병에 PSA 상승만으로 교체 투여하는 항암제는 인정하지 않고 영상 반응평가(CT, MRI 등), 임상 증상 등을 검토하여 사례별로 심사하기로 함.

■ 참고

- 암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (건강보험심사평가원 공고 제 2014-238호, 2014.12.1. 시행)
- Wein, Alan J., et al. Campbell-Walsh Urology. 11th ed. Elsevier. 2016.
- Niederhuber, John E., et al. Abeloff's Clinical Oncology. 5th ed. Elsevier. 2014.
- 대한비뇨기종양학회 전립선암진료지침. 2015.
- EAU(European Association of Urology) Guidelines on Prostate Cancer. 2015.

- Cancer of the prostate: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. 2015.
- The 2015 CUA-CUOG Guidelines for the Management of Castration Resistant Prostate Cancer(CRPC)
- NCCN Guidellines Version 2,2014 Prostate Cancer
- RECIST guideline Version 1.1, 2009.
- Howard I. Scher, et al. Trial Design and Objectives for Castration-Resistant Prostate Cancer: Updated Recommendations From the Prostate Cancer Clinical Trials Working Group 3. J Clin Oncol 34:1402-1418.
- Howard I. Scher, et al. Increased Survival with Enzalutamide in Prostate Cancer after Chemotherapy. N Engl J Med 2012;367:1187-97.
- Heather Payne, et al. Prostate-specific antigen: An evolving role in diagnosis, monitoring, and treatment evaluation in prostate cancer. Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations 29 (2011) 593 ? 01.

[2016.6.27. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

⇒ 632 독소류 및 독소이드류

[약제 고시]

제목	세부인정사항
Clostridium botulinum A toxin 주사제 (품명: 보톡스주 등)	1. 각 약제별 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <div style="text-align: center;">- 아 래 -</div> 가. 만 2세 이상의 경직성 또는 혼합형 뇌성마비 환자로서 1) 아킬레스건 재건술 등 수술 후 남아있는 잔존 변형의 치료와 재발방지를 위해 투여한 경우 2) 만 7세 이전 아킬레스건재건술 등 경직수술이 어려운 경우 의 치료 목적으로 투여한 경우. 다만, 만 7세 이상이라도 다음과 같이 투여한 경우에는 요양급여를 인정함. <div style="text-align: center;">- 다 음 -</div> 가) 마취나 수술에 금기 사항이 있어 수술이 불가능한 경우 나) 근육긴장이상증(Dystonia)이 주증상인 경우 수술의 결과를 예측하기 어려워 수술의 상대적 금기사항인 경우 나. 수정애쉬워드 경직척도(MAS: Modified Ashworth Scale) 2, 3등급에 해당하는 성인의 뇌졸중의 상지근육경직(어깨 제외) 환자에 다음 각호의 조건을 동시에 충족하는 경우 급여 인정함.

제목	세부인정사항
	<p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 투여용량 : 1회 최대 300 U까지 급여 인정함.</p> <p>2) 투여기간 : 뇌졸중 발병 후 3년 내에 최대 6회까지 투여를 인정하며 투여간격은 최소 4개월은 경과하여야 함</p> <p>다. 방광기능장애환자에게 배뇨일지 또는 객관적으로 검증된 설문지를 첨부토록 하며 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.(허가사항에 따라 '보톡스주'만 해당)</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>1) 적절한 보존요법(행동치료) 및 항콜린제 투여에 실패한 신경인성 배뇨근 과활동성, 과민성 방광환자</p> <p>2) 최초 투여 후 증상 호전이 있는 경우 추가투여를 인정하되, 투여간격은 최소 24주는 경과하여야 함</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 만 2세 이상의 경직성 또는 혼합형 뇌성마비 환자로서 하지(무릎, 고관절 등) 또는 상지 변형에 투여한 경우</p> <p>나. 연속성 발성장애에 투여한 경우</p> <p>다. 허가사항 중 용량을 초과하여 침족변형에 투여한 경우</p> <p>3. 동 약제의 '사용상 주의사항(금지 등)'을 반드시 참고하여 처방(조제) 하여야 함.</p> <p>※ 수정애쉬워드 경직척도(MAS; Modified Ashworth Scale)</p> <p>0 : 근긴장도의 증가가 없음(No increase in muscle tone)</p> <p>1 : 약간의 근긴장도 증가, 이환부위의 굴곡 혹은 신전시, 잡힘과 펴짐운동을 시킬 때 관절가동범위의 끝부분에서 약간의 저항이 감지(Slight increase in muscle tone, manifested by a catch and release or by minimal resistance at the end range of motion when the part is moved in flexion or extension/abduction or adduction)</p>

제목	세부인정사항
	<p>1+ : 약간의 근긴장도 증가, 잡힘현상과 가동범위 1/2범위에서 약간의 저항(Slight increase in muscle tone, manifested by a catch, followed by minimal resistance throughout the remainder (less than half) of the range of motion)</p> <p>2 : 대부분의 관절범위에서 현저히 증가된 근 긴장도를 보이지만 이환부위가 쉽게 움직임(More marked increase in muscle tone through most of the range of motion, but the affected part is easily moved)</p> <p>3 : 근 긴장도의 심각한 증가로 수동관절 운동이 힘들(Considerable increase in muscle tone, passive movement is difficult)</p> <p>4 : 이환부위가 굴곡 혹은 신전상태로 강직됨(Affected part is rigid in flexion or extension)</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-200호, 2018.10.1. 시행]</p>

CHAPTER

VI

착오 및 부당청구 유형

-피부·비뇨의학·이비인후과 분야-

[유형1] 요양급여비용 거짓청구

[사례1] 실제 시행하지 않은 처치로 거짓청구

- ◆ 현지조사 확인내역
 - B의원은 '만성 전립선염(N411)' 등의 상병으로 내원한 수진자 000에게 검사 및 투약만 시행하고 실제 시행하지 않은 전립선 마사지(R3980)를 함께 요양급여비용으로 청구함
 - B의원은 '기타 알레르기 비염(J303)' 등의 상병으로 외래진료 후 원외처방전을 발행한 수진자 000에 대해, 입원하여 진료한 것처럼 낮병동 입원료(AF400), 하비갑개점막하절제술(O1022), 코수술(비-간단)에 사용한 BURR, SAW 등 절삭기류(N0051012)를 요양급여비용으로 청구함
- ◆ 관련근거
 - 요양급여비용의 청구는 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등), 「의료법」 제22조(진료기록부 등) 제1항) 등에 의거 요양기관에 내원한 수진자에 대하여 실제 진료한 내역을 기록한 진료기록부 등에 의하여 정확히 청구하여야 함

[사례2] 실제 시행하지 않은 검사에 대한 요양급여비용 청구

- ◆ 현지조사 확인내역
 - B의원은 '방광염(N30)' 등의 상병으로 내원한 수진자 000의 경우, 실제로는 미생물현미경검사[일반염색]-그람염색(B4101)을 실시한 사실이 없으나 해당 검사료를 요양급여비용으로 청구함
- ◆ 관련근거
 - 요양급여비용의 청구는 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등), 「의료법」 제22조(진료기록부 등) 제1항) 등에 의거 요양기관에 내원한 수진자에 대하여 실제 진료한 내역을 기록한 진료기록부 등에 의하여 정확히 청구하여야 함

[유형2] 산정기준 위반청구

[사례1] 하기도 증기흡입치료 산정기준 위반청구

◆ 현지조사 확인내역

- E의원은 '급성 후두염(J040)' 등의 상병으로 내원한 수진자 000에게 실제로는 상기도 증기흡입치료 (MM303)를 실시하고, 하기도 증기흡입치료(M0045)를 실시한 것으로 요양급여비용을 청구하였음
- F의원은 '상세불명의 급성 인두염(J029), 상세불명의 앨러지비염(J304)' 등의 주 상병으로 내원한 수진자 000에게 생리식염수만을 사용하여 상기도 증기흡입치료(MM303)를 실시하고 하기도 증기흡입치료 (M0045)로 요양급여비용을 청구함

◆ 관련근거

- <「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등), 「의료법」 제22조(진료기록부 등)제1항> 등에 의거 요양급여비용의 청구는 요양기관에 내원한 수진자에 대하여 실제 진료한 내역을 기록한 진료기록부 등에 의하여 정확히 청구하여야 함
- <자4-1 하기도 증기흡입치료 인정기준(보건복지부 고시 제2007-77호(행위), 2007.8.30.)>
하기도 증기 흡입 치료(Nebulizer Treatment of Lower Airway)는 천식이나 만성폐쇄성 폐질환의 급성악화기, 급성세기관지염의 호흡곤란 치료에 실시 시 인정함

[사례 2] 인·후두소작술 산정기준 위반청구

◆ 현지조사 확인내역

- E이비인후과의원은 '급성 후두인두염(J060)' 등의 상병으로 내원한 수진자 000에게 국소마취 시행 후 기본진료료 소정점수에 포함되는 행위인 알보칠을 도포하고, 인·후두소작술(Q2260)을 시행한 것으로 요양급여비용을 청구함

◆ 관련근거

- <「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료자226 인·후두소작술 주1>에 의거 약물소작은 리도카인, 데트라카인 등으로 국소마취 후 5%이상의 AgNO3 등으로 소작한 경우에 산정하도록 규정하고 있으며, '알보칠도포' (보건복지부 고시 제2000-73호, 2000.12.30.)는 기본진료료(진찰료, 입원료)의 소정점수에 포함됨

[유형3] 실제 시행한 수술을 다른 수술로 청구

[사례1] 실제 시행한 수술과 다른 수술로 요양급여비용을 청구

- ◆ 현지조사 확인내역
 - E의원은 '범부비동염(J324)' 등의 상병으로 입원한 수진자 000에게 하비갑개점막하절제술(O1022)과 코수술(비-간단)에 사용한 BURR, SAW 등 절삭기류(N0051012)를 사용하였으나, 상악동사골동근본수술(O1141)과 코수술(비-복잡)에 사용한 BURR, SAW 등 절삭기류(N0051013)를 사용한 것으로 요양급여비용을 청구함
- ◆ 관련근거
 - <「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등), 「의료법」 제22조(진료기록부 등) 제1항> 등에 의거 요양급여비용의 청구는 요양기관에 내원한 수진자에 대하여 실제 진료한 내역을 기록한 진료기록부 등에 의하여 정확히 청구하여야 함

[유형4] 마취료 대체청구

[사례1] 시술료에 포함된 표면·침윤마취를 시행하고 정맥마취를 청구

- ◆ 현지조사 확인내역
 - B의원은 '티눈 및 굳은살(L84)' 상병으로 티눈 제거술을 시행한 수진자 000의 경우 시술료에 포함된 표면·침윤마취를 시행하고 정맥마취(L0102400)를 시행한 것으로 요양급여비용을 대체 청구함
- ◆ 관련근거
 - 요양급여비용의 청구는 <「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등), 「의료법」 제22조(진료기록부 등)제1항> 등에 의거 요양기관에 내원한 수진자에 대하여 실제 진료한 내역을 기록한 진료기록부 등에 의하여 정확히 청구하여야 함
 - <건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제6장 마취료[산정지침](7)>
제6장에 분류하지 아니한 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취의 비용은 제2장, 제9장 또는 제10장에 분류한 소정 시술료에 포함되므로 별도 산정하지 아니함

[유형5] 비급여대상 진료 후 진찰료 요양급여 비용청구

[사례1] 미용목적의 상담을 실시하고 진찰료 요양급여비용 청구

- ◆ 현지조사 확인내역
 - B의원은 수진자 000에게 검버섯 등 미용목적의 상담을 시행하고 '상세불명의 지루피부염(L219)'의 상병으로 진찰료를 요양급여비용으로 청구함
- ◆ 관련근거
 - <「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 관련 [별표2] (비급여대상)>
업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료 등은 비급여대상으로 요양급여비용을 청구할 수 없음

[유형6] 비급여대상을 전액 환자에게 부담시킨 후 요양급여비용으로 이중청구

[사례1] 비급여대상 진료 후 요양급여비용으로 이중청구

- ◆ 현지조사 확인내역
 - C의원은 '기타 머리부분의 표재성 손상, 기타손상(S0088)' 등의 상병으로 내원한 수진자 000에게 실제로는 얼굴 여드름 관리를 위한 얼굴 여드름 압출 및 레이저, 피부관리 등에 대한 시술 후 그 비용을 비급여로 30만 원 수납 후 진찰료 및 단순처치(M0111)를 요양급여비용으로 청구함
 - D의원은 얼굴의 점 제거 목적으로 내원한 수진자 000에게 레이저를 시술하고 그 비용을 비급여로 44만 원 수납 후 '얼굴의 기타 및 상세불명 부분의 피부의 양성 신생물(D233)' 등의 상병으로 진찰료 및 피부양성종양적출술(N0141)을 요양급여비용으로 청구함
 - E의원은 수진자 000에게 실제로는 미용목적의 검버섯을 제거하고 그 비용 30,000원을 전액 비급여로 수납 후, '상세불명의 피부의 양성 신생물(D239)' 등의 상병으로 진찰료 및 피부양성종양적출술(간단한 표재성)(N0141)을 요양급여비용으로 이중 청구함
 - G의원은 비급여대상인 모공, 안면홍조 등의 피부관리를 위해 2일간 내원한 수진자 000에 대하여 부분혈관 레이저 등을 시술하고 그 비용을 비급여로 환자에게 전액 징수하였음에도 '장미색잔비늘증(비강진)(L42)' 상병으로 내원하여 진료 받은 것으로 진찰료를 요양급여비용으로 이중청구함

- 의원은 본인 희망으로 내원한 수진자 000에 대해 '정관절제술'을 실시하고 그 비용을 비급여로 환자에게 전액 징수하였음에도 '만성 전립선염(N411)' 상병으로 내원하여 진료 받은 것으로 진찰료 및 검사료 등을 요양급여비용으로 이중청구함

◆ 관련근거

- 〈'국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙' 제9조 제1항 관련 [별표2] (비급여대상)〉
업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우, 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우, 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접 목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료 등은 비급여 대상이므로 요양급여비용으로 청구할 수 없음

[유형7] 사회복지시설 내 촉탁의 진료 후 진찰료 부당청구

[사례1] 사회복지시설 등의 입소자에게 원외처방전 교부 후 진찰료 착오청구

◆ 현지조사 확인내역

- Q의원은 수진자 000의 경우 사회복지시설 입소자로 의료기관 소속 촉탁의가 시설에 방문하여 진료 후 원외처방전을 교부하였으나 '상세불명 원인의 상세불명의 접촉피부염(L259)' 등의 상병으로 2013년 9월부터 총 9회 내원하여 진료한 것으로 재진진찰료 100%로 산정하여 요양급여비용을 부당 청구함

◆ 관련근거

- 〈건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제1장 기본진료료 가-1-나(재진 진찰료)주:8〉
「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설 (「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양기관을 포함) 내에서 의료기관 소속 촉탁의 또는 협약의료기관 의사가 시설 입소자(사회복지시설에서 숙식하는 자를 뜻함)에게 원외처방전을 교부한 경우 재진진찰료 중 외래관리료 소정점수로 산정함(산정코드 두 번째 자리에 8로 기재)

[유형8] 약제비 과다징수

[사례1] 의약품 등을 사용하고 법정 본인부담금을 초과하여 징수

◆ 현지조사 확인내역

- K의원은 '기타 만성 부비동염(J328)' 등의 상병으로 진료 받은 수진자 000의 경우 요양급여대상인 제 일텍사메타손주사액(650500300), 케토진주(649802850) 등을 투여 후 요양급여비용으로 청구하지 않고 1,000원~3,000원씩 전액 본인부담으로 과다하게 비용 징수함
- A의원은 '급성 방광염(N300)' 등의 상병으로 진료 받은 수진자 000의 경우 요양 급여대상인 항생제 세 프악손주500mg(648501651)을 수액제 씨제이0.9%생리식염주사액100mL(640001071)에 혼합하여 투여 후 요양급여비용으로 청구하지 않고 15,000원 전액 본인부담으로 과다하게 비용 징수함
- C의원은 급여기준을 초과하여 급여대상 약제를 사용하는 경우 그 비용을 별도 산정할 수 없으나 '급성 후두인두염(J060)' 등의 상병으로 내원한 수진자 000에게 요양급여대상인 알타질주(주사용아스피린리 신90%)(641701171)를 허가사항 외로 투여한 후 그 비용으로 7,000원을 비급여로 징수함

◆ 관련근거

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

CHAPTER

VII

다빈도 문의사례

-피부 · 비뇨의학 · 이비인후과 분야-

1 피부·비뇨의학·이비인후과 분야 다빈도 문의사례

Q1 모반 치료의 급여기준이 궁금합니다.

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조제1항 [별표2] 비급여대상에 의해 점(모반), 주근깨, 딸기코, 백모증 등 피부질환은 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우로 보아 비급여 대상으로 명시하고 있습니다.

다만, 「혈관종, 화염상 모반 치료의 인정기준(고시 제2010-100호, 2010.12.1. 시행)」에 따라 건강보험 혜택을 받을 수 있는 경우는 다음과 같습니다.

- 다 음 -

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 포함된 병소에 대한 치료를 하는 경우에는 급여대상으로 함.
3. 다만, 혈관종, 화염상모반에 색소레이저 치료시 총 6회 이내(평생개념)에서 보험급여하며, 동 인정기준 이외에는 비급여토록 함.

Q2 사마귀 제거술의 급여기준이 궁금합니다.

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조제1항 [별표2] 비급여대상의 1호에 의해 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우, 사마귀 질환에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료는 국민건강보험법 제41조제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외됩니다.

다만, 보건복지부 고시 제2016-226호(2016.12.1.) 「사마귀제거술의 급여여부 및 수가 산정방법」에 따르면, 사마귀제거술은 업무 또는 일상생활에 지장을 초래하는 경우 요양급여하며, 자14-1 티눈제거술로 준용 산정하되 수가 산정방법은 다음과 같습니다.

- 다 음 -

- 가. 동일부위에 근접하고 있는 2개 이상을 동시에 제거하는 경우에는 제1의 것은 100%, 제2의 것부터는 50%를 산정하되 최대 200%를 산정함.
- 나. 동일부위의 범위는 다섯 손가락, 다섯 발가락을 각각 하나의 범위, 손바닥과 손등을 합쳐서 하나의 범위, 발바닥과 발등을 합쳐서 하나의 범위로 함.

Q3	여러 부위에 있는 요관결석 제거 시 수가 산정방법에 대해 문의드립니다.
<p>보건복지부 고시 제2014-126호(2014.8.1.) 「여러부위에 있는 요관결석 제거시 수가 산정방법」에 따르면, 여러부위에 있는 요관결석 제거시 수가 산정방법은 다음과 같이 하고 있사오니 참고하시기 바랍니다.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>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</p>	
Q4	만성 부비동염에 시행한 Cone Beam CT 급여기준에 대해 문의드립니다.
<p>보건복지부 고시 제2017-173호(2017.10.1.) 「Cone Beam 전산화단층영상진단의 급여기준」에 따르면, Cone Beam 전산화 단층영상촬영은 제3장 제1절 방사선단층영상진단(파노라마 등)으로는 진단이 불확실한 경우에 한하여 식약처 허가사항 범위 내에서 시행한 경우에 “부비동(Paranasal) 및 측두골(Temporal)”에 대하여 다음의 경우에 요양급여를 인정하고 있사오니 참고하시기 바랍니다.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 임상조건 상 수술을 요할 정도의 부비동염이나 비중격만곡증, 만성 중이염과 진주종 등이 의심될 때 2) 비부비동염, 중이염에서 두개내, 두개외의 합병증 등이 의심될 때 3) 중이(middle ear), 내이(inner ear)나 내이도(internal auditory canal)의 정밀 해부학적 구조파악이 필수 적일 때 (혈관성 또는 원인불명의 이명, 원인불명의 청각장애 등) 4) 인공와우 이식술 시행 시 5) 악성종양과 감별을 요하는 종괴성 질환의 진단시 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 	

CHAPTER

VIII

본인일부부담금 산정특례에 관한 기준

본인일부부담금 산정특례에 관한 기준

개정 2018. 10. 12. 보건복지부 고시 제2018-224호

제1조(외래진료시 산정특례 대상) 국민건강보험법시행령(이하 “영”이라 한다) 제19조 제1항 [별표2] 제1호 가목에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국희귀의약품센터인 요양기관에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래진료의 경우에도 요양급여비용총액의 100분의 20에 해당하는 금액을 부담하는 대상은 별표1과 같다.

제2조(가정간호 산정특례 대상) 의료법 제33조 및 같은 법 시행규칙 제24조에 의한 가정간호에 대한 요양급여시에도 영 제19조 제1항 [별표2] 제1호 가목 및 제3호에 의하여 요양급여비용총액의 100분의 20에 해당하는 금액을 부담하는 대상은 별표2와 같다. 다만, 제4조, 제5조, 제5조의2에 따라 등록된 환자는 각 조에서 정한 금액을 부담한다.

제3조(고가특수의료장비 산정특례 대상) 영 제19조 제1항 [별표2] 제1호 나목에 의하여 입원진료의 경우에도 외래진료의 본인일부부담금 산정방법에 따라 산정한 금액을 본인이 부담하는 고가의료장비는 다음 각 호와 같다. 다만, 제4조, 제5조 및 제5조의2에 의한 본인일부부담금 산정특례대상자는 제외한다.

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

제4조(중증질환자 산정특례 대상) 영 제19조 제1항 [별표2] 제3호 마목에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국희귀의약품센터인 요양기관에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 포함)시 요양급여비용총액의 100분의 5에 해당하는 금액을 부담하는 대상은 별표3과 같다.

제5조(희귀난치성질환자 산정특례 대상) 국민건강보험법시행령 제19조제1항 별표2 제3호나목2)에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국희귀의약품센터인 요양기관에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료를 포함)시 요양급여비용총액의 100분의 10 또는 영 별표2 제2호가목의 산식에 따라 계산한 금액의 100분의 10에 해당하는 금액을 부담하는 대상은 별표4와 같다.

제5조의2(결핵질환자 산정특례 대상) 국민건강보험법시행령 제19조제1항 별표2 제3호 가목3)에 의한 요양

급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국희귀의약품센터인 요양기관에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 포함)시 본인부담의 제외 대상은 별표5와 같다.

제6조(약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례대상) 국민건강보험법시행령 제19조 제1항 [별표2] 제1호 다목 3)에 따라 상급종합병원 외래진료시에는 약국 요양급여비용총액의 100분의 50, 종합병원 외래진료 시에는 약국 요양급여비용총액의 100분의 40에 해당하는 금액을 부담하는 질병은 별표6과 같다.

제7조(산정특례 등록 신청 등) ① 제4조, 제5조 및 제5조의2의 산정특례 대상에 해당하여 등록을 하려는 자는 요양기관에서 확인한 별지의 건강보험 산정특례 등록 신청서를 공단 또는 요양기관에 제출하여야 한다. 이 때 등록 신청일은 별지 서식이 공단에 제출된 때로 한다.

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

③ 산정특례는 진단확진일로부터 30일 이내 신청 시 확진일로부터 소급하여 적용하고, 30일 이후에 신청 시 신청일부터 적용한다. 다만, 상세불명 희귀질환자의 산정특례는 질병관리본부 희귀질환 관련 위원회에서 상세불명 희귀 질환임을 판정한 날로부터 적용한다.

④ 제3항에도 불구하고 제4조 중 암환자로 등록된 자가 산정특례 적용기간 중 추가로 발생한 다른 암종(전이암 제외)에 대하여 산정특례를 신청한 경우, 추가로 발생한 암의 진단확진일 부터 적용한다.

⑤ 별지 서식 발급에 대한 비용은 등록신청인 또는 공단에 별도 청구할 수 없다.

⑥ 공단 이사장은 산정특례 등록 신청을 위해 필요한 질환별 특례 충족기준을 등록 하려는 자 및 요양기관에 제공하고, 등록 하려는 자 및 요양기관은 충족 여부를 확인한 후 신청하여야 한다.

⑦ 공단은 산정특례 등록 자료의 확인이 필요하다고 인정되는 경우 산정특례 등록자 및 요양기관에 검사내역 등 자료를 제공하도록 요청 할 수 있다.

⑧ 제7항에 따라 자료 제공을 요청받은 자는 성실히 이에 응하여야 한다.

⑨ 제1항에도 불구하고 제5조의2의 대상자가 결핵치료를 위하여 여러 요양기관에서 요양급여를 받는 경우 요양기관마다 별지의 건강보험 산정특례 등록 신청서를 공단 또는 요양기관에 제출하여야 한다.

⑩ 제9항에 의거 산정특례 등록 신청 된 요양기관은 다음 각 호의 산정특례 종료사유가 발생한 경우 공단에 산정특례 종료신청을 하여야 한다. 다만 공단이 국가 등으로부터 결핵예방법 시행규칙 제3조제2항에 따라 신고한 자료를 확인 할 수 있는 경우에는 종료신청을 하지 아니 할 수 있다.

1. 완치 또는 완료
2. 중단 및 다른 요양기관으로 전원
3. 사망
4. 진단변경

제7조의2(극희귀질환자 및 상세불명 희귀질환자 등록 신청 요양기관의 승인 및 자료의 제출 등) ① 공단 이사장은 제7조제2항의 등록 신청을 할 수 있는 요양기관의 승인 및 승인 취소 등의 관리를 실시한다. 이 경우 요양기관은 이에 필요한 서류를 공단에 제출하여야 한다.

② 제1항에 따른 요양기관은 제7조제2항 단서에 따른 상세불명 희귀질환자의 상세불명 질환 판정에 필요한 임상자료를 공단 또는 질병관리본부에 제출하여야 한다.

제8조(산정특례 재등록) ① 제4조 중 암환자로 등록된 자, 제5조의 산정특례 등록 대상자가 산정특례 적용 종료 시점에 다음 각 호에 해당하는 경우, 재등록을 신청 할 수 있다.

1. 별지 서식에 따라 등록한 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우
2. 별지 서식에 따라 등록한 희귀난치성질환자가 특례기간 종료시점에 등록된 희귀난치성질환의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료 중인 경우
3. 별지 서식에 따라 등록한 상세불명희귀질환자가 특례기간 종료시점에 질병관리본부 희귀질환 관련 위원회로부터 임상 경과 검토 결과 재등록 대상자로 판정받은 경우

② 재등록에 관하여는 제7조를 준용한다.

제9조(본인부담경감 대상 희귀난치성질환자 및 중증질환자) 영 제19조 제1항 (별표 2) 제3호 라목의 “보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성질환 또는 중증질환을 가진 사람”이란 다음 각 호에 해당하는 사람(등록(재등록을 포함한다)이 필요한 경우에는 해당 등록을 한 사람을 말한다)으로서 해당 산정특례의 적용을 받을 수 있는 기간이 지나지 않은 사람을 말한다.

1. 별표 3의 중증질환자 산정특례 대상 중 암환자 및 중증화상환자
2. 별표 4의 희귀난치성질환자 산정특례 대상. 다만, 별표 4의 구분 제4호의 정신질환과 구분 제8호 및 제9호의 치매상병으로 요양급여를 받은 자는 제외한다.
3. 제5조의 2에 해당하는 자

제10조(치매질환 산정특례 적용 등) ① 요양기관(건강보험법 제42조제1항제2호의 약국은 제외한다)은 별표 4의 구분 제9호에 해당하는 자를 진료할 경우에는 산정특례 적용일수 관리에 필요한 정보를 공단에 제출하고 공단의 승인이 이루어진 경우 산정특례 적용을 하여야 한다.

② 공단은 제1항에 의거 요양기관에서 승인 신청이 접수된 경우 신청 내역을 확인하고 이상이 없는 경우 즉시 승인하여야 한다.

③ 건강보험법 제42조제1항제2호의 약국은 제1항에 따라 산정특례를 적용하는 경우에는 별표 4의 구분 제9호에 따라 발급된 처방전인지여부를 확인하여야 한다.

제11조(산정특례위원회) ① 산정특례 질환의 등록 및 적용기준 관리, 산정특례 확대 요구질환 검토 등 산정 특례 제도 운영에 필요한 사항을 심의·의결하기 위하여 공단에 산정특례위원회를 둔다.

② 산정특례위원회 위원장은 제12조제6호에 따른 위원 중에서 호선한다.

제12조(산정특례위원회 구성 등) ① 산정특례위원회는 다음 각 호의 위원으로 구성하고 제5호 및 제6호의 위원은 공단이사장이 위촉한다.

1. 보건복지부 장관이 지명하는 자 2명
2. 질병관리본부장이 지명하는 자 1명
3. 공단 이사장이 지정하는 직위에 해당하는 직원 2명
4. 건강보험심사평가원장이 그 소속 직원 중에서 추천하는 제 3호의 직위에 상응하는 직원 2명
5. 환자단체가 추천하는 사람 2명
6. 다음 각 목의 사람 중에서 대표성이 인정되는 전문가 6명
 - 가. 희귀난치성질환, 암, 뇌혈관·심장질환 또는 중증화상에 대한 진료경험이 풍부한 전문의
 - 나. 건강보험 또는 산정특례제도 관련 전문가

② 산정특례위원회 위원(제1항 제1호부터 제4호까지의 위원은 제외한다)의 임기는 2년으로 한다. 다만, 위원의 사임 등으로 새로 위촉된 위원의 임기는 전임위원 임기의 남은 기간으로 한다.

③ 산정특례위원회 운영 등에 필요한 사항은 공단 이사장이 정한다.

제13조(재검토키한) 「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.

다만, 제6조 [별표 6] 제2호의 경우 재검토키한은 2020년 12월 31일까지로 한다.

부 칙 <제2018-224호, 2018.10.12.>

이 고시는 2018년 11월 1일부터 시행한다.

[별표1] 외래 진료시 산정특례 대상

- 요양급여비용총액의 100분의 20을 본인일부부담

구분	대 상	특정기호
1	미등록 암환자가 해당 상병(C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~D48)으로 진료를 받은 당일	V027

[별표2] 가정간호 산정특례 대상

- 요양급여비용총액의 100분의 20을 본인일부부담. 단, 제4조, 제5조, 제5조의2에 따라 등록된 환자는 각 조에서 정한 금액을 부담한다.

구분	대 상	특정기호
1	등록 암환자· 희귀난치성질환자· 중증화상환자· 결핵환자를 제외한 환자가 가정간호를 받은 경우(등록 암환자· 희귀난치성질환자· 중증화상환자· 결핵환자가 타 상병만으로 가정간호를 받은 경우 포함)	V008
2	등록 암환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병(C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~D48)으로 가정간호를 받은 경우	V194
3	등록 희귀난치성질환자가 등록일로부터 5년간 고시에서 정한 해당 상병으로 가정간호를 받은 경우, 단 상세불명 희귀질환은 등록일로부터 1년	V231
4	등록 중증화상환자가 등록일로부터 1년간 고시에서 정한 해당 상병으로 가정간호를 받는 경우	V251
5	별표5에 의거 등록된 결핵환자가 특례기간 동안 결핵질환으로 가정간호를 받는 경우	V274
6	별표 4의 구분 제8호에 의거 등록된 치매질환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병으로 가정간호를 받은 경우	V801
	별표 4의 구분 제9호에 의거 등록된 치매질환자가 제10조제1항에 의거 해당상병으로 가정간호를 받은 경우	V811

[별표3] 중증질환자 산정특례 대상

- 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의료장비사용 포함)시 요양급여비용총액의 100분의 5 본인 일부부담

구분	대 상	특정기호	
1	[별지] 서식에 따라 등록된 암환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병(C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~D48)으로 진료를 받은 경우	V193	
2	[별첨 1]에 해당하는 상병의 뇌혈관질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 [별첨 1]에 해당하는 수술을 받은 경우 최대 30일	V191	
	[별첨 1]에서 160~162에 해당하는 상병의 중증 뇌출혈환자가 급성기에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일 * [별첨1]에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V268	
	[별첨 1]에서 163에 해당하는 상병의 뇌경색증 환자가 증상 발생 24시간 이내에 병원에 도착하여 입원 진료 중 NIHSS가 5점 이상인 경우 최대 30일 * [별첨1]에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V275	
3	[별첨 2]에 해당하는 상병의 심장질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 [별첨 2]에 해당하는 수술 또는 약제투여를 받은 경우 최대 30일 * 단, [별첨 2]에 해당하는 상병 중 복잡 선천성 심기형질환자 또는 [별첨 2]에 해당하는 수술 중 심장이식술을 받은 경우 최대 60일	V192	
4	[별지] 서식에 따라 등록된중증화상환자가등록일로부터 1년간[별첨 3]에 해당하는 상병의 진료를 받는 경우	2도(T20.2, T21.2, T22.2, T23.2, T24.2, T25.2, T30.2)이면서 체 표면적 20%이상(T31.2~T31.9)인 경우	V247
		3도(T20.3, T21.3, T22.3, T23.3, T24.3, T25.3, T30.3)이면서 체 표면적 10%이상인 경우 (T31.11,T31.21~T31.22,T31.31~T31.33,T31.41~T31.44,T31.51~T31.55,T31.61~T31.66,T31.71~T31.77,T31.81~T31.88,T31.91~T31.99)	V248
	*단, 등록기간 종료 후 진료담당의사의 의학적 판단하에 등록기간을 6개월 연장할 수 있음	기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 안면부, 수부, 족부, 성기 및 회음부화상은 2도이상, 눈 및 각막 등 안구화상(T20.2~T20.3, T21.2~T21.3, T23.2~T23.3, T25.2~T25.3, T26.0~T26.4)인 경우	V249
		흡입, 내부장기 화상(T27.0~T27.3, T28.0~T28.3)인 경우	V250
5	손상중증도점수(SS) 15점 이상에 해당하는 중증외상환자가「응급의료에 관한 법률」제30조의2에 따른 권역외상센터에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일	V273	

[별표4] 희귀난치성질환자 산정특례 대상

- 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의료장비사용 포함)시 요양급여비용총액의 100분의 10을 본인일부부담(별지 서식에 따라 등록(인체면역결핍바이러스질환(B20~B24)은 등록에서 제외)한 환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병으로 진료를 받은 경우. 단, 결핵(A15~A19)은 등록일로부터 2년간 해당상병으로 진료를 받은 경우로 하며, 상세불명 희귀질환은 등록일로부터 1년간 해당 임상 소견으로 진료를 받은 경우로 함.

구분	대 상	특정기호
1	만성신부전증환자의 경우	
	가. 인공신장투석 실시 당일 외래진료 또는 해당 시술 관련 입원진료	V001
	나. 계속적 복막관류술 실시, 복막관류액 수령 당일 외래진료 또는 해당 시술 관련 입원진료	V003
2	혈우병 환자가 항응고인자·동결침전제 등의 약제 및 기타 혈우병치료를 받은 당일 외래진료 또는 해당 치료 관련 입원진료	V009
3	장기이식 환자의 경우	
	가. 간 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	V013
	나. 췌장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	V014
	다. 심장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	V015
	라. 신 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	V005
	마. 폐 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	V277
	바. 소장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	V278
4	정신질환자가 해당상병(F20~F29)으로 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료	V161
5	아래의 상병을 갖고 있는 환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료	
	가. 결핵	
	– 항결핵제 내성 (U84.3)	V206
	– 결핵(A15~A19)	V246
	나. 중추신경계통의 비정형바이러스감염 (A81)	V102
	다. 인체면역결핍바이러스병 (B20~B24)	V103
	라. 거대세포바이러스병 (B25)	V104
	마. 크립토코쿠스증 (B45)	V105
	바. 뇌하수체의 양성 신생물 (D35.2)	V162
	사. 효소장애에 의한 빈혈	–
	– 포도당-6-인산탈수소효소결핍에 의한 빈혈 (D55.0)	V163

구분	대 상	특정기호
	- 해당효소의 장애에 의한 빈혈 (D55.2)	V164
아.	지중해빈혈(D56)	V232
자.	용혈-요독증후군 (D59.3)	V219
차.	발작성 야간헤모글로빈뇨 (D59.5)	V187
카.	후천성 순수적혈구무형성[적모구감소] (D60), 기타 무형성빈혈 (D61)	V023
타.	선천성 적혈구조혈이상빈혈 (D64.4)	V220
파.	항인지질증후군 (D68.6)	V253
하.	혈소판 관련 질환	
	- 정성적 혈소판결손 (D69.1)	V106
	- 에반스증후군 (D69.30)	V188
	- 상세불명의 혈소판감소증 (D69.6)	V107
거.	무과립구증 (D70)	V108
너.	다형핵호중구의 기능장애 (D71)	V109
더.	림프세망 및 세망조직구 조직의 참여를 동반한 기타 명시된 질환 (D76.1, D76.2, D76.3)	V110
러.	면역결핍증 및 사르코이드증 (D80~D84, D86)	V111
머.	내분비샘의 장애	
	- 말단비대증 및 뇌하수체거인증 (E22.0)	V112
	- 고프로락틴혈증 (E22.1)	V113
	- 콜만증후군, 쉬한증후군 (E23.0)	V165
	- 쿠싱증후군 (E24)	V114
	- 부신생식기장애 (E25)	V115
	- 바터증후군 (E26.8)	V254
	- 부신의 기타 장애 (E27.1, E27.2, E27.4)	V116
	- 기타 명시된 내분비장애 (E34.8)	V166
버.	활동성 구루병 (E55.0)	V207
서.	대사장애	
	- 대사장애 (E70~E77)	V117
	- 레쉬-니한증후군 (E79.1)	V221
	- 기타 포르피린증 (E80.2)	V118
	- 구리대사장애 (윌슨병 등 : E83.0)	V119
	- 혈색소증 (E83.1)	V255



구분	대 상	특정기호
	- 인대사 및 인산분해효소 장애 (E83.3)	V189
	- 낭성 섬유증 (E84)	V120
	- 아밀로이드증 (E85)	V121
어.	뇌전증에 동반된 후천성 실어증[란다우-클레프너] (F80.3)	V256
저.	레트증후군 (F84.2)	V122
처.	일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축 (G10~G13)	V123
커.	파킨슨병 (G20)	V124
터.	할리포르덴-스파츠병 (G23.0)	V257
퍼.	진행성 핵상안근마비 [스틸-리차드슨-올스제위스키] (G23.1)	V190
허.	아급성 괴사성 뇌병증[리이] (G31.81)	V208
고.	다발경화증 (G35)	V022
노.	시신경 척수염(데빅병) (G36.0)	V276
도.	중증 약물난치성 뇌전증 - 난치성 뇌전증을 동반한 국소발병의 발작을 동반한 국소화-관련 (초점성)(부분적) 특발성 뇌전증 및 뇌전증후군 (G40.01) - 난치성 뇌전증을 동반한 복합부분발작을 동반한 국소화-관련 (초점성)(부분적) 증 상성 뇌전증 및 뇌전증후군 (G40.21) - 난치성 뇌전증을 동반한 전신성 특발성 뇌전증 및 뇌전증후군 (G40.31)	V279
로.	레녹스-가스토증후군, 웨스트증후군 (G40.4)	V233
모.	뇌전증지속상태 (G41)	V125
보.	발작수면 및 허탈발작 (G47.4)	V234
소.	멜커슨증후군 (멜케르손-로젠탈증후군 : G51.2)	V167
오.	팔의 복합부위통증후군 II 형 (G56.4), 다리의 복합부위통증후군 II 형 (G57.80)	V168
조.	다발신경병증 - 유전성 운동 및 감각 신경병증 (샤르코-마리-치아질환 등 : G60.0) - 염증성 다발신경병증 (G61) - 달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 다발신경병증 (G63.0)	V169 V126 V170
초.	중증근무력증 및 기타 근신경장애(G70), 근육의 원발성 장애(G71)	V012
코.	주기마비(가족성) 저칼륨혈성 (G72.3)	V258
토.	람베르트-이튼증후군 (G73.1)	V259
포.	자율신경계통의 기타 장애 (G90.8)	V171
호.	척수공동증 및 연수공동증 (G95.0)	V172

구분	대 상	특정기호
구. 기타 망막장애		
- 코츠(H35.01)		V260
- 노년성 황반변성(삼출성) (H35.31)		V201
- 색소망막염(H35.51), 스타르가르트병 (H35.58)		V209
레베르 선천성 흑암시 (H35.59)		V209
누. 컨스-세이어증후군 (H49.8)		V261
두. 원발성 폐동맥고혈압 (I27.0)		V202
루. 심근병증 (I42.0~I42.5)		V127
무. 모야모야병 (I67.5).		V128
부. 폐색혈전혈관염[버거병] (I73.1)		V129
수. 랑뒤-오슬러-웨버병 (I78.0)		V235
우. 버드-키아리증후군 (I82.0)		V173
주. 폐포단백질증 (J84.0)		V222
추. 특발성 폐섬유증 (J84.18)		V236
쿠. 크론병[국소성 장염] (K50)		V130
투. 궤양성 대장염 (K51)		V131
푸. 원발성 담즙성 경변증 (K74.3)		V174
후. 자가면역성 간염 (K75.4)		V175
그. 원발성·경화성 담관염 (K83.0)		V262
느. 수포성 장애		-
- 보통천포창 (L10.0)		V132
- 낙엽천포창 (L10.2)		V210
- 수포성 유사천포창 (L12.0)		V211
- 흉터유사천포창 (L12.1)		V212
드. 후천성 수포성 표피박리증 (L12.3)		V176
르. 중증보통건선(L40.00)		V280
므. 혈청검사양성 류마티스관절염 (M05)		V223
브. 건선성 및 장병성 관절병증 (M07.1~M07.3)		V237
스. 연소성 관절염 (M08.0~M08.3)		V133
으. 전신결합조직장애		
- 결절성 다발동맥염 및 관련 병태 (M30.0~M30.2)		V134
- 기타 과사성 혈관병증 (M31.0~M31.4)		V135

구분	대 상	특정기호
	- 현미경적 다발동맥염 (M31.7)	V238
	- 전신홍반루프스 (M32)	V136
	- 피부다발근염 (M33)	V137
	- 전신경화증 (M34)	V138
	- 결합조직의 기타 전신침습 (M35.0~M35.7)	V139
	즈. 강직척추염 (M45)	V140
	츠. 진행성 골화섬유형성이상 (M61.1)	V224
	크. 가족섬종(선종)폴립증(M8220/0, D12.6)	V281
	트. 뼈의 파절병[변형성 골염] (M88)	V213
	프. 복합부위통증증후군 1형 (M89.0)	V177
	흐. 재발성 다발연골염 (M94.1)	V178
	기. 선천성 신증후군 (N04)	V263
	니. 신장성 요붕증 (N25.1)	V141
	디. 신생아의 호흡곤란 (P22)	V142
	리. 신경계통의 선천기형	
	- 댄다-워커증후군 (Q03.1)	V239
	- 무뇌이랑증, 큰뇌이랑증(경뇌회증) (Q04.3)	V214
	- 분열뇌증 (Q04.6)	V240
	- 이분척추 (Q05)	V179
	- 척수이개증 (Q06.2)	V180
	- 아놀드-키아리증후군 (Q07.0)	V143
	미. 순환계통의 선천기형	
	- 심장 방실 및 연결의 선천기형 (Q20.0~Q20.3, Q20.5)	V144
	- 단일심실 (Q20.4)	V225
	- 방실중격결손(Q21.2), 팔로네징후(Q21.3), 대동맥폐동맥중격결손(Q21.4)	V269
	- 아이젠먼거복합, 아이젠먼거증후군 (I27.8), 아이젠먼거결손 (Q21.8)	V226
	- 폐동맥판폐쇄 (Q22.0)	V145
	- 삼첨판폐쇄(Q22.4), 에브스타인이상(Q22.5), 형성저하성 우심증후군(Q22.6)	V146
	- 대동맥판 및 승모판의 선천기형 (Q23)	V147
	- 선천성 대동맥협착 (Q24.4)	V270
	- 관상동맥혈관의 기형 (Q24.5)	V148
	- 선천성 심장차단 (Q24.6)	V271

구분	대 상	특정기호
	- 대동맥의 축착 (Q25.1), 대동맥의 폐쇄 (Q25.2), 대동맥의 협착 (Q25.3)	V272
	- 폐동맥의 폐쇄 (Q25.5)	V149
	- 대정맥혈관의 선천기형 (Q26.0~Q26.6)	V150
비. 무설증 (Q38.3)		V241
시. 담관의 폐쇄 (Q44.2)		V181
이. 다낭성 신장, 보통염색체열성 (Q61.1)		V264
지. 방광외반 (Q64.1)		V227
치. 근골격계통의 선천기형 및 변형		-
- 두개골유합 (Q75.0)		V265
- 두개안면골이골증 (크루존병 : Q75.1)		V151
- 하악안면골이골증 (Q75.4)		V182
- 관상골 및 척추의 성장결손을 동반한 골연골형성이상 (Q77)		V228
- 불안전골형성 (Q78.0)		V183
- 다골성 섬유성 형성이상 (Q78.1)		V154
- 골화석증 (Q78.2)		V229
- 카무라티-앵겔만증후군 (Q78.3)		V266
- 내연골증증 (Q78.4)		V230
- 필레증후군 (Q78.5)		V215
- 다발선천외골증 (Q78.6)		V242
- 달리 분류되지 않은 근골격계통의 선천기형 (Q79)		V155
키. 치사성 수포성 표피박리증 (Q81.1), 디스트로피성 수포성 표피박리증 (Q81.2)		V184
티. 선천기형		-
- 신경섬유종증(비악성 : 폰렉클링하우젠병) (Q85.0)		V156
- 결절성 경화증 (부르누뷰병 등 : Q85.1)		V204
- 포이트츠-제거스 증후군, 스테저-베버(-디미트리) 증후군, 히펠-린다우 증후군 (Q85.8)		V216
- (이상형태성) 태아알콜증후군 (Q86.0)		V157
- 주로 얼굴형태에 영향을 주는 선천기형 증후군 (골덴하 증후군 등) (Q87.0)		V185
- 주로 단신과 관련된 선천기형증후군 (프라더-윌리 증후군 등 : Q87.1)		V158
- 루빈스타인-테이비 증후군, 홀트-오람 증후군, 클리펠-트레노우니아-베버 증후군, 손발톱무릎뼈 증후군, 바테르 증후군 (Q87.2)		V243
- 소토스 증후군, 위버 증후군(Q87.3)		V244
- 마르팡증후군 (Q87.4)		V186

구분	대 상	특정기호
	<ul style="list-style-type: none"> - 알포트 증후군, 로렌스-문(-바르데)-비들 증후군, 젤웨거 증후군, 좌지 증후군 (Q87.8) 	V267
	피. 염색체이상	
	<ul style="list-style-type: none"> - 다운증후군 (Q90) 	V159
	<ul style="list-style-type: none"> - 에드워즈증후군 및 파타우증후군 (Q91) 	V160
	<ul style="list-style-type: none"> - 5번 염색체 단완의 결손 (Q93.4) 	V205
	<ul style="list-style-type: none"> - 캐취22증후군, 엔젤만 증후군, 스미스 마제니스 증후군, 윌리엄스 증후군 (Q93.5) 	V217
	<ul style="list-style-type: none"> - 터너증후군 (Q96) 	V021
	<ul style="list-style-type: none"> - 클라인펠터증후군 (Q98.0, Q98.1, Q98.2, Q98.4) 	V218
	<ul style="list-style-type: none"> - 취약X증후군 (Q99.2) 	V245
6	제7조제2항에 따른 요양기관을 통해 등록된 극희귀질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료	V900
7	구분 5에 해당되지 않는 희귀질환으로 제7조제2항에 따른 요양기관을 통해 제7조제3항에 따라 등록된 상세불명 희귀질환자가 해당 임상 소견으로 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료	V999
8	<p>아래 상병으로 등록하여 해당 상병 및 이와 직접 관련된 외래진료 또는 입원진료</p> <ul style="list-style-type: none"> 가. 조기발병 알츠하이머병에서의 치매(F00.0) 나. 알츠하이머병 2형(F00.0) 다. 초로성 치매, 알츠하이머형(F00.0) 라. 알츠하이머형의 원발성 퇴행성 치매, 초로성 발병(F00.0) 마. 피크병에서의 치매(F02.0) 바. 조기발병을 수반한 알츠하이머병(G30.0) 사. 피크병(G31.00) 아. 전두측두치매(G31.00) 자. 의미변이원발진행실어증(G31.01) 차. 비유창원발진행실어증(G31.02) 카. 로고페닉원발진행실어증(G31.03) 타. 달리 분류되지 않은 원발진행실어증(G31.04) 파. 진행성 고립성 실어증(G31.04) 하. 루이소체치매(G31.82) 	V800

구분	대 상	특정기호
	<p>아래 상병으로 등록하여 다음 중 한 가지 상황 발생 시, 해당 상병과 직접 관련된 외래진료 또는 입원진료를 받은 경우 등록일 기준 매년 최대 60일. 단, 의료법 제3조제2항제3호라목의 요양병원을 제외한 병원급 이상 의료기관에서 신경과 또는 정신과 전문의가 의료적으로 필요하다고 인정한 경우 60일 추가 인정</p> <p>① 치매 및 치매와 직접 관련되어 중증의 의료적 필요가 발생하여 입원 및 외래진료가 필요한 경우, ② 문제행동이 지속적으로 심하여 잦은 통원 혹은 입원치료가 필요한 경우, ③ 급속한 치매 증상의 악화로 의료적 재접근이 필요한 경우, ④ 급성 섬망 상태로 치료가 필요한 경우</p>	
9	<p>가. 만기발병 알츠하이머병에서의 치매(F00.1) 나. 알츠하이머병 1형(F00.1) 다. 알츠하이머형의 원발성 퇴행성 치매, 노년발병(F00.1) 라. 알츠하이머형의 노년성 치매(F00.1) 마. 비정형 또는 혼합형 알츠하이머병에서의 치매(F00.2) 바. 비정형치매, 알츠하이머형(F00.2) 사. 급성 발병의 혈관성 치매(F01.0) 아. 다발-경색치매(F01.1) 자. 주로 피질성 치매(F01.1) 차. 피질하 혈관성 치매(F01.2) 카. 혼합형 피질 및 피질하 혈관성 치매(F01.3) 타. 만기발병을 수반한 알츠하이머병(G30.1)</p>	V810

[별표5] 시행령 별표2 제3호가목 3)에 따른 결핵 질환의 적용 범위

- 시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따라 본인부담의 제외 대상이 되는 결핵 환자는 별표4 구분 5의 가에 해당되는 상병 중에 적용 대상 및 등록 기간은 아래와 같으며, 해당 환자가 결핵치료를 진료 받은 당일 외래진료 또는 입원진료에 대해 적용

대상 및 적용기간	특정기호
가. 대상 : 결핵예방법 시행규칙 제3조에 따라 신고한 결핵환자 중 결핵치료가 진행 중인 자 나. 적용기간 : 산정특례 적용시작일부부터 결핵예방법 시행규칙 제3조 및 별지서식의 치료결과보고에 따른 산정특례 종료일까지 - 산정특례 종료일은 결핵예방법 시행규칙 제3조 및 별지서식의 치료결과보고에서 치료결과 구분항목이 “완치” 또는 “완료”일 경우는 치료종료일을, “사망”은 사망일, “진단변경”은 “진단변경일”로 “중단 및 다른 의료기관으로 전원”은 “해당 요양기관의 최종 진료일”로 한다.	V000

[별표6] 약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상

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

구분	대 상	특정기호
1	감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염(A09.0~A09.9)	V252
2	수염 및 두피 백선(B35.0)	V352
	손발톱백선(B35.1)	V252
	손백선 (B35.2)	
	발백선 (B35.3)	
	체부백선 (B35.4)	
	와상백선 (B35.5)	
	사타구니백선증 (B35.6)	
	기타 피부백선증 (B35.8)	
	상세불명의 백선증 (B35.9)	
3	합병증을 동반하지 않은 2형 당뇨병 (E11.9)	
	합병증을 동반하지 않은 영양실조-관련 당뇨병 (E12.9)	
	합병증을 동반하지 않은 기타 명시된 당뇨병 (E13.9)	
	합병증을 동반하지 않은 상세불명의 당뇨병 (E14.9)	
4	지질단백질대사장애 및 기타 지질증(E78.0~E78.9)	V252
5	맥립종 및 콩다래끼(H00.0~H00.1)	V252
6	눈물계통의 장애(H04.0~H04.9)	V252
7	결막염(H10.0~H10.9)	V252
8	노년백내장(H25.0~H25.9)	V252
9	굴절 및 조절의 장애(H52.0~H52.7)	V252
10	외이의 농양(H60.0)	V352
	외이의 연조직염(H60.1)	V252
	기타 감염성 외이도염(H60.3)	
	급성 비감염성 외이도염(H60.5)	
	기타 외이도염(H60.8)	
	상세불명의 외이도염(H60.9)	
11	약성이 아닌 고혈압 (I10.0)	
	상세불명의 원발성 고혈압 (I10.9)	
12	급성 비인두염[감기](J00)	V252
13	급성 부비동염(J01.0~J01.9)	V252
14	급성 인두염(J02.0~J02.9)	V252
15	급성 편도염(J03.0~J03.9)	V252
16	급성 후두염 및 기관염(J04.0~J04.2)	V252
17	다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도감염 (J06.0~J06.9)	V252
18	폐렴마이코플라스마에 의한 급성 기관지염(J20.0)	V352
	인플루엔자균에 의한 급성 기관지염(J20.1)	
	연쇄구균에 의한 급성 기관지염(J20.2)	
	상세불명의 급성 기관지염(J20.9)	V252

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

구분	대 상	특정기호
33	금속에 의한 알러지성 접촉피부염(L23,0)	V352
	접착제에 의한 알러지성 접촉피부염(L23,1)	
	화장품에 의한 알러지성 접촉피부염(L23,2)	
	피부에 묻은 약물에 의한 알러지성 접촉피부염(L23,3)	
	색소에 의한 알러지성 접촉피부염(L23,4)	
	기타 화학물질에 의한 알러지성 접촉피부염(L23,5)	
	피부에 묻은 음식물에 의한 알러지성 접촉피부염(L23,6)	
	음식물을 제외한 식물에 의한 알러지성 접촉피부염(L23,7)	
	기타 요인에 의한 알러지성 접촉피부염(L23,8)	
34	상세불명原因的 알러지성 접촉피부염(L23,9)	V252
	두드러기(L50,0~L50,9)	V252
35	기타 관절염(M13,0~M13,9)	V252
36	기타 척추증(M47,8)	V252
	상세불명의 척추증(M47,9)	
37	기타 경추간판변성(M50,3)	V352
	상세불명의 경추간판장애(M50,9)	V252
38	기타 명시된 추간판변성(M51,3)	V252
	쉬물결절(M51,4)	
	기타 명시된 추간판장애 (M51,8)	
39	상세불명의 추간판장애 (M51,9)	V352
	목 및 등을 침범하는 지방층염(M54,0)	
	경추통(M54,2)	
	좌골신경통(M54,3)	
	좌골신경통을 동반한 요통(M54,4)	
	요통(M54,5)	
	흉추통증(M54,6)	
	기타 등통증 (M54,8)	
상세불명의 등통증 (M54,9)	V252	
40	석회성 힘줄염 (M65,2)	V252
	방아쇠손가락 (M65,3)	
	기타 윤활막염 및 힘줄윤활막염 (M65,8)	
	상세불명의 윤활막염 및 힘줄윤활막염 (M65,9)	
41	어깨의 유착성 관절낭염(M75,0)	V252
	이두근 힘줄염(M75,2)	
	상세불명의 어깨병변(M75,9)	

구분	대 상	특정기호
42	손목의 관절주위염(M77.2)	V352
	종골돌기(M77.3)	
	발의 기타 골부착부병증(M77.5)	V252
	달리 분류되지 않은 기타 골부착부병증(M77.8)	
	상세불명의 골부착부병증(M77.9)	
43	근통(M79.1)	V252
	상세불명의 신경통 및 신경염(M79.2)	V352
	(무릎뼈밑) 지방체의 비대(M79.4)	V252
	사지의 통증(M79.6)	
	기타 명시된 연조직장애(M79.8)	
	상세불명의 연조직장애(M79.9)	
44	병적 골절이 없는 골다공증(M81.0~M81.9)	V252
45	급성 방광염(N30.0)	V252
	상세불명의 방광염(N30.9)	
46	만성 전립선염(N41.1)	V252
	전립선방광염(N41.3)	V352
	전립선의 기타 염증성 질환(N41.8)	
	전립선의 상세불명의 염증성 질환(N41.9)	
47	급성 질염(N76.0)	V252
	아급성 및 만성 질염(N76.1)	V352
	급성 외음염(N76.2)	V252
	아급성 및 만성 외음염(N76.3)	V352
	질의 궤양(N76.5)	
	외음의 궤양(N76.6)	
48	폐경 및 여성의 갱년기상태(N95.1)	V252
	폐경후 위축성 질염(N95.2)	
	상세불명의 폐경 및 폐경전후 장애(N95.9)	
49	요추의 염좌 및 긴장(S33.5)	V252
	천장관절의 염좌 및 긴장(S33.6)	
	요추 및 골반의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장(S33.7)	
50	손목의 염좌 및 긴장(S63.5)	V352
	손가락의 염좌 및 긴장(S63.6)	V252
	손의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장(S63.7)	
51	무릎의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장(S83.6)	V252
52	발가락의 염좌 및 긴장(S93.5)	V252
	발의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장(S93.6)	

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

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

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

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

[뒤쪽]

암·희귀난치성·중증화상·결핵 개인정보 제공동의서

1. 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 국민건강보험공단, 산정특례등록자 본인일부부담금 경감
 2. 개인정보화일 수집목적 : 본인일부부담을 인하 적용을 위해 요양기관에 등록자료 제공시 활용
 3. 개인정보 수집항목
 - 성명, 주민등록번호, 외국인등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 상병코드, 상병명, 특정기호, 확진일, 건강보험증번호, 세대주성명
 4. 개인정보 보유 및 이용기간 : 준영구
 5. 제3자에게 제공 : 건강보험심사평가원(진료비심사), 요양기관(본인일부부담금경감적용), 보건복지부(국가암 사업 및 의료급여자 산정특례연계), 지방자치단체(의료급여종취득), 환경관리공단(석면피해자치원)에 제공할 수 있음
 6. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용기간 : 문서보존기간까지
 7. 개인정보 제공 동의서는 동의하지 않을 수 있으며, 동의하지 않을 경우에는 국민건강보험 산정특례등록 대상자에서 제외 됩니다.
 - 본인은 건강보험 산정특례 등록 대상자로 신청하거나 대상자로 선정·등록된 자로, 개인정보보호법제15조제1항 제3호 규정에 의거하여 본인의 **개인정보**를 제공할 것을 동의합니다.
 - 동의함 □ 동의하지 않음
 - 본인은 건강보험 산정특례 등록 대상자로 신청하거나 대상자로 선정·등록된 자로, 개인정보보호법 제23조 제1호 규정에 의거하여 본인의 **민감정보**를 처리할 것을 동의합니다.
 - 동의함 □ 동의하지 않음
 - 본인은 건강보험 산정특례 등록 대상자로 신청하거나 대상자로 선정·등록된 자로, 개인정보보호법 제24조 제1항 제1호 규정에 의거하여 본인의 **고유식별정보**를 처리할 것을 동의합니다.
 - 동의함 □ 동의하지 않음
 - 본인은 건강보험 산정특례 등록 대상자로 신청하거나 대상자로 선정·등록된 자로, 개인정보보호법 제17조제1항 제2호 규정에 의거하여 본인의 개인정보를 **제3자에게 제공**할 것을 동의합니다.
 - 동의함 □ 동의하지 않음
- 위의 사항을 확인합니다.

년 월 일

동인인 본인

(서명 또는 인)

< 건강보험 산정특례 등록 신청서 작성요령 >

- ① 등록결과 통보방법란은 반드시 1개 이상 선택하여 기재하여 주시고, 통보방법에 따라 문자 또는 E-mail로 등록 결과가 통보됩니다.
- ② 개인정보 제공동의란은 반드시 수진자 본인의 이름을 기재한 후 본인이 서명하여야 합니다.
- ③ 암·희귀난치성질환의 적용기간은 등록일로부터 5년간 적용합니다. 단, 상세불명 희귀질환의 경우 1년간 적용됩니다.
- ④ 본인부담 제외 대상 결핵의 경우 결핵예방법 시행규칙 제3조 및 별지서식의 치료결과보고에 따른 산정특례 종료일까지 적용됩니다.
- ⑤ 중증화상환자인 경우, 적용기간은 등록일로부터 1년이며, 등록기간 종료 후 진료담당의사의 의학적 판단하에 등록기간을 6개월 연장 할 수 있습니다.

* 개인정보 관련 문의 : 국민건강보험공단 ☎ 1577-1000)

[별첨 1] 본인부담금산정특례 뇌혈관질환의 상병명, 수술명

상병명(상병코드)
가. 뇌혈관 질환(I60~I67) 나. 경동맥의 동맥류 및 박리(I72.0) 다. 후천성 동정맥류(I77.0) 라. 순환계통의 기타 선천기형(Q28.0~Q28.3) 마. 두개내손상(S06)
수술명(수술코드)
가. 혈종제거를 위한 개두술(S4621, S4622) 나. 뇌동맥류수술(S4641, S4642) 다. 뇌동정맥기형적출술(S4653~S4658) 라. 두개강내 혈관문합술(S4661, S4662) 마. 단락술 또는 측로조성술 (S4711~S4713) 바. 뇌엽절제술(S4780) 사. 뇌 기저부 수술(S4801~S4803) 아. 중추신경계정위수술-혈종제거(S4756) 자. 경피적풍선혈관성형술(M6593, M6594, M6597) 차. 경피적뇌혈관약물성형술(M6599) 카. 경피적혈관내 금속스텐트삽입술(M6601, M6602, M6605) 타. 경피적혈전제거술(M6630, M6632, M6635, M6636, M6637, M6639) 파. 혈관색전술(M1661~M1667, M6644) 하. 천두술(N0322~N0324) 거. 개두술 또는 두개절제술(N0333) 너. 혈관내 죽종제거술(O0226, O0227, O2066) 더. 경동맥결찰술(S4670) 러. 뇌내시경수술(S4744) 머. 뇌 정위적 방사선수술(HD113~HD115)

[별첨 2] 본인부담금산정특례 심장질환의 상병명, 수술명 및 약제성분명

상병명(상병코드)	
가. 심장의 양성 신생물(D15.1) 나. 심장 침범이 있는 류마티스열(I01) 다. 만성 류마티스심장질환(I05~I09) 라. 허혈심장질환(I20~I25) 마. 폐성 심장병 및 폐순환의 질환(I26, I28) 바. 기타 형태의 심장병(I30~I51) 사. 대동맥의 죽상경화증(I70.0) 아. 대동맥동맥류 및 박리(I71) 자. 달리 분류된 질환에서의 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 장애(I79.0, I79.1) 차. 대동맥궁증후군[다카야수](M31.4) 카. 순환계통의 선천기형(Q20~Q25) 타. 대정맥혈관의 선천기형(Q26.0~Q26.4, Q26.8, Q26.9) 파. 흉부 혈관의 손상, 심장의 손상(S25~S26)	
수술명(수술코드)	약제성분명
가. 동맥관 우회로 조성술(OA640~OA641, OA647~OA649, O1640~O1641, O1643~O1649) 나. 심장 창상봉합술(O1660) 다. 동맥관개존폐쇄술(O1671, O1672) 라. 대동맥축착증수술(O1680) 마. 폐쇄식 승모판 교련 절개술(O1690) 바. 심혈관단락술(O1701, O1702) 사. 폐동맥결찰술(O1703, O1704) 아. 심방중격결손조성술(O1705) 자. 심방, 심실중격결손증수술(O1710, O1711, O1721~O1723) 차. 판막협착증수술(O1730, O1740, O1750, O1760) 카. 심방중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술(O1770) 타. 판막성형술(O1781~O1783) 파. 인공판막치환술(O1791~O1793, O1797) 하. 인공판막재치환술(O1794~O1796, O1798)	가. Alteplase 주사제 나. Tenecteplase 주사제 다. Urokinase 주사제 약제성분명

상병명(상병코드)	
수술명(수술코드)	약제성분명
거. 비봉합 대동맥판막치환술(O1799)	
너. 활로씨 4 증후군 근본수술(O1800)	
더. 심실중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술(O1810)	
러. 심내막상결손증 수술(O1821, O1822)	
머. 좌심실류절제술(O1823)	
버. 좌심실용적축소성형술(O1824)	
서. 좌심실, 우심실 유출로 성형술(O1825, O1826)	
어. 관상동맥 내막절제술(O1830)	
저. 발살바동 동맥류파열수술(O1840)	
처. 동정맥기형교정술(O1841)	
커. 기타 복잡기형에 대한 심장수술 (O1851,O1852)	
터. 좌우폐동맥 성형술(O1861)	
퍼. 기능적 단심실증 교정술(O1873, O1874)	
허. 라스텔리씨수술(O1875)	
고. 총 폐정맥 환류이상증 수술(O1878)	
노. 대혈관전위증 수술(O1879)	
도. 심실 보조장치 치료술(O0881, O0882, O0883, O0886, O0887, O0888, O0889)	
로. 인공심폐순환(O1890)	
모. 개흉심장마사지(O1895)	
보. 부분체외순환(O1901~O1904)	
소. 국소관류(O1910)	
오. 대동맥내풍선펌프(O1921, O1922)	
조. 심낭루조성술(O1931)	
초. 심낭창형성술(O1932, O1935)	
코. 심막절제술(O1940)	
토. 폐동맥혈전제거술(O1950)	
포. 대동맥-폐동맥 창 폐쇄술(O1960)	
호. 심내이물제거술(O1970)	
구. 심장종양제거술(O1981, O1982)	

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

[별첨 3] 중증화상 본인부담금 산정특례 상병코드 및 상병명

구분	중증도	체표면적
1	T20.2 머리 및 목 2도 화상 T21.2 몸통의 2도 화상 T22.2 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 2도 화상 T23.2 손목 및 손의 2도 화상 T24.2 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 2도 화상 T25.2 발목 및 발의 2도 화상 T30.2 상세불명 신체부위의 2도 화상	T31.2 신체표면의 20-29%를 침범한 화상 T31.3 신체표면의 30-39%를 침범한 화상 T31.4 신체표면의 40-49%를 침범한 화상 T31.5 신체표면의 50-59%를 침범한 화상 T31.6 신체표면의 60-69%를 침범한 화상 T31.7 신체표면의 70-79%를 침범한 화상 T31.8 신체표면의 80-89%를 침범한 화상 T31.9 신체표면의 90%이상을 침범한 화상
2	T20.3 머리 및 목 3도 화상 T21.3 몸통의 3도 화상 T22.3 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 3도 화상 T23.3 손목 및 손의 3도 화상 T24.3 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 3도 화상 T25.3 발목 및 발의 3도 화상 T30.3 상세불명의 3도 화상	T31.11 신체표면의 10-19%를 침범한 화상 중 3도 화상이 신체표면의 10-19%인 경우 T31.21~2 신체표면의 20-29%를 침범한 화상 중 3도화상이 신체표면의 10%이상인 경우 T31.31~3 신체표면의 30-39%를 침범한 화상 중 3도화상이 신체표면의 10%이상인 경우 T31.41~4 신체표면의 40-49%를 침범한 화상 중 3도화상이 신체표면의 10%이상인 경우 T31.51~5 신체표면의 50-59%를 침범한 화상 중 3도화상이 신체표면의 10%이상인 경우 T31.61~6 신체표면의 60-69%를 침범한 화상 중 3도화상이 신체표면의 10%이상인 경우 T31.71~7 신체표면의 70-79%를 침범한 화상 중 3도화상이 신체표면의 10%이상인 경우 T31.81~8 신체표면의 80-89%를 침범한 화상 중 3도화상이 신체표면의 10%이상인 경우 T31.91~9 신체표면의 90%이상을 침범한 화상 중 3도화상이 신체표면의 10%이상을 경우
3	T20.2~T20.3 머리 및 목 2·3도 화상 T21.2~T21.3 몸통의 2·3도 화상 (몸통 중 성기 및 회음부만 해당) T23.2~T23.3 손목 및 손의 2·3도 화상 T25.2~T25.3 발목 및 발의 2·3도 화상 T26.0~T26.4 눈 및 부속기 화상	
4	T27.0~T27.3 : 호흡기도의 화상 T28.0~T28.3 : 기타 내부기관의 화상	

CHAPTER

IX

심평원 홈페이지 內 요양기관 필요정보 이용방법

□ 건강보험심사평가원 홈페이지 内 영양기관 필요정보 이용 방법

www.hira.or.kr → 영양기관업무포털 클릭

The screenshot shows the HIRA website homepage. At the top, there is a navigation bar with links for '병원·약국', '진료비', '의료정보', '제도·정책', '국민참여', '정보공개', '알림', and '기관소개'. Below this is a banner with various service icons like '건강나래', '친가사', '심평tv', 'blog', 'f', and 'YouTube'. The main content area features a large heading '건강보험심사평가원에 대해 알려드립니다.' and two columns of information: '기관소개' (Institution Introduction) and '위치안내' (Location Guide). The '기관소개' section includes a description of services and a '자세히 보기' button. The '위치안내' section includes a map of Korea with regional branches and contact information for the main office. At the bottom, a footer contains several utility links, with '영양기관업무포털' highlighted by a red box and a red arrow pointing to it from above.

기관소개
의료행위관리 / 치료재료관리 / 의약품관리 진료비청구 심사 및 운영 등 다양한 업무를 수행하고 있습니다.
자세히 보기 >

위치안내
원하는 지원을 클릭해 자세한 위치안내를 확인하세요.

본원
주소 : 강원도 원주시 혁신로 60
건강보험심사평가원
전화 : 1644-2000
약도 보기 >

영양기관업무포털

요양기관업무포털 주소 <https://biz.hira.or.kr>

HIRA 요양기관업무포털
건강보험심사평가원

통합검색 - 검색

사이트맵 | 심사기준 종합서비스

업무안내 | 의료기준관리 | 진료비청구 | 정산관리 | 모니터링 | 자동차보험 | 청구소프트웨어 검사 인증

공인인증서 로그인 | 회원가입 | 인증사용록 | 관인인증센터 | 폐업기관로그인

심사기준 종합서비스 | 보건의료자원 통합신고포털 | 청구방법 안내기준 | 투·평가자료 제출시스템 | 의료자원 안내기준 | 진료의뢰허용 중계포털

실시간 자주찾는 메뉴

- 급여비급여 목록정보
- 자동차보험 일괄발
- 진료비청구(간 차질구)
- 상대가치질소조회
- 자료실

온국민이 건강하고 행복하게
건강보험심사평가원

공지사항 + | 보도자료 + | 자보알림 +

- 자료제공 월간 소식지 제9호 게재.2018.11월 2018-11-13
- [탈위 및 치료재료] 고시 제2018-042호 「요양급여의 적용기준 및 보 2018-11-12
- [탈위] 고시 제2018-041호 「건강보험 행위 급여비급여 목록표 및 공 2018-11-12
- 외질방지의약품 목록(2018년 11월) 2018-11-07
- 실급종합병원 심사 업무 관련 민원전화번호 안내(18.11.6. 기준) 2018-11-06

고시개정으로 청구소프트웨어의 보안기능에 대한 인증이 추가되었습니다. 보안기능 미 인증 청구SW로 청구시 반송 됨을 알려드립니다.

- **보안기능 승인인증률 조회방법**
- 1. 지역별 요양기관업무포털 > 청구소프트웨어 검사인증 > 심사신청관리 > 승인번호조회
- 2. 상용소프트웨어 청구소프트웨어 검사인증 > 커다나리 > 심사청구SW조회 > 승인내역
- 자세한 사항은 요양기관업무포털 > 청구소프트웨어 > 검사인증에 > 공지사항을 참조하십시오.

건강보험심사평가원 | 강원도 원주시 혁신로 60(반곡동) 건강보험심사평가원 (등록번호. 28483) | 전화번호 1644-2000
COPYRIGHT © 2017 by HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE.

신/구매뉴 조건표 | 관리자권한액 | 관리자권한액 | 고객센터 1644-2000

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

<예시>



심사기준

<예시>

심사기준 종합서비스
회원관리

통합검색

검색어를 입력하세요.

주저어

책임분류

제목

치료재료코드

관련근거

색인분류검색

전체

공개검사의례

고시

공개심사사례

행정해석

전심심사사례

검색내용: 색인분류검색:

개최시행일자: 2018-08-08 ~ 2018-11-19

검색내재검색:

○ 심사기준 급여기준 이력조회 | 엑셀저장 | 총: 5,700건

▽ 개최일자/시행일자를 수정하시면 2004년 2월 5일 이전의 심사기준도 조회 가능합니다.

개최시행일자	번호	구분	관련근거	제목	첨부	조회수
2018-11-01	01-01	행정해석	기초의료보장교-809호	의료급여 경증질환 약재비 본인부담 차등제 관련 일부개정 사항 알림	<input type="button" value="📎"/>	407
2018-11-01	02-01	고시	고시 제2018-234호(약제)	Baricitinib 경구제(품명: 올루미엔트정2알리그램 등)	<input type="button" value="📎"/>	81
2018-11-01	02-02	고시	고시 제2018-234호(약제)	[일반원칙] 달노병용제	<input type="button" value="📎"/>	750
2018-11-01	02-03	고시	고시 제2018-234호(약제)	Propofol 주사제(품명: 포폴주사 등)	<input type="button" value="📎"/>	744
2018-11-01	02-04	고시	고시 제2018-234호(약제)	Basiliximab 주사제(품명: 씨탈렉트주사)	<input type="button" value="📎"/>	57
2018-11-01	02-05	고시	고시 제2018-234호(약제)	Mycophenolate mofetil 경구제(품명: 셀셀트캡슐 등)	<input type="button" value="📎"/>	94
2018-11-01	02-06	고시	고시 제2018-234호(약제)	Rabbit anti-human thymocyte immunoglobulin 주사제(품명: 치모글로부린주)	<input type="button" value="📎"/>	35
2018-11-01	02-07	고시	고시 제2018-234호(약제)	Tacrolimus 제제(품명: 프로그라립살 주사 등)	<input type="button" value="📎"/>	62
2018-11-01	02-08	고시	고시 제2018-234호(약제)	Golimumab 주사제(품명: 심테니프리팔드시린지주 50밀리그램 등)	<input type="button" value="📎"/>	120
2018-11-01	02-09	고시	고시 제2018-234호(약제)	Tocilizumab 주사제(품명: 악템라주, 악템라피하주사182밀리그램)	<input type="button" value="📎"/>	57
2018-11-01	02-10	고시	고시 제2018-234호(약제)	고혈압치료제 + 고지혈증치료제복합경구제	<input type="button" value="📎"/>	236
2018-11-01	02-11	고시	고시 제2018-234호(약제)	Rituximab 주사제(품명: 맵테라주 등)	<input type="button" value="📎"/>	115
2018-11-01	02-12	고시	고시 제2018-234호(약제)	Abatacept 주사제(품명: 오렌시아주 250밀리그램, 오렌시아서브큐프리팔드시린지 125밀리그램)	<input type="button" value="📎"/>	27
2018-11-01	02-13	고시	고시 제2018-234호(약제)	Adalimumab 주사제(품명: 휴미라주 등)	<input type="button" value="📎"/>	154

1 / 290 | | 20페이지 보기

고시/행정해석/심사지침 전문

<예시>

심사기준 종합서비스
회원관리

통합검색

검색어를 입력하세요.

조희조건

전문유형

전체

선택

총: 456건

순번	제목	작성일자	작성일자	전문유형	최종수정일자	조회	첨부
456	[고시 제2018-236호] 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서 명세서서식 및 작성요령	청구관리부	2018-10-31	고시 공고	2018-10-31	251	<input type="button" value="📎"/>
455	[행위] 고시 제2018-237호 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 일부;	급여기준운영부	2018-10-31	고시 공고	2018-10-31	198	<input type="button" value="📎"/>
454	[의료급여] 보건복지부 고시 제2018-203호, 「의료급여수급자의 기준 및 일반기준」	의료급여운영부	2018-10-01	고시 공고	2018-10-01	533	<input type="button" value="📎"/>
453	[고시 제2018-208호] 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서 명세서서식 및 작성요	청구관리부	2018-09-28	고시 공고	2018-10-02	405	<input type="button" value="📎"/>
452	[행위] 고시 제2018-198호 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 일부;	급여확신부	2018-09-19	고시 공고	2018-09-19	767	<input type="button" value="📎"/>
451	[고시 제2018-197호] 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」	급여확신부	2018-09-18	고시 공고	2018-09-18	578	<input type="button" value="📎"/>
450	[고시 제2018-179호] 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서 명세서서식 및 작성요	수탁사업부	2018-08-30	고시 공고	2018-08-30	489	<input type="button" value="📎"/>
449	[행위, 치료재료]고시 제2018-185호 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사;	급여기준운영부	2018-08-30	고시 공고	2018-08-30	648	<input type="button" value="📎"/>
448	[행위] 고시 제2018-186호 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치	평가보상부	2018-08-30	고시 공고	2018-08-30	311	<input type="button" value="📎"/>
447	[추가]발사르탄 성분 의약품 교환 관련 청구방법, 세부작성요령 및 질의 응답 추가	청구관리부	2018-08-02	행정해석 행정지시	2018-09-19	244	<input type="button" value="📎"/>
446	[고시 제2018-86호] 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서 명세서서식 및 작성요령」	청구관리부	2018-08-01	고시 공고	2018-08-01	545	<input type="button" value="📎"/>
445	[행위] 고시 제2018-154호 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점	원화요양기준부	2018-07-27	고시 공고	2018-07-27	446	<input type="button" value="📎"/>
444	[의료급여] 고시 제2018-143호 「의료급여수급자의 기준 및 일반기준 일부개정	의료급여운영부	2018-07-27	고시 공고	2018-07-27	553	<input type="button" value="📎"/>
443	[행위] 고시 제2018-127호 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 일부;	의료수기운영부	2018-06-28	고시 공고	2018-06-28	1,413	<input type="button" value="📎"/>
442	[행위] 고시 제2018-116호 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점	의료수기운영부	2018-06-21	행정해석 행정지시	2018-06-21	1,198	<input type="button" value="📎"/>
441	[고시 제 2018-114호]요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 일부개정안	의료수기운영부	2018-06-21	고시 공고	2018-06-21	756	<input type="button" value="📎"/>

1 / 23 | | 20페이지 보기

■ 자주하는 질문 조회 방법

✓ 자주하는 질문에 대한 분야별 상담사례 조회

www.hira.or.kr → 고객의 소리 → 상담문의 클릭

<예시>

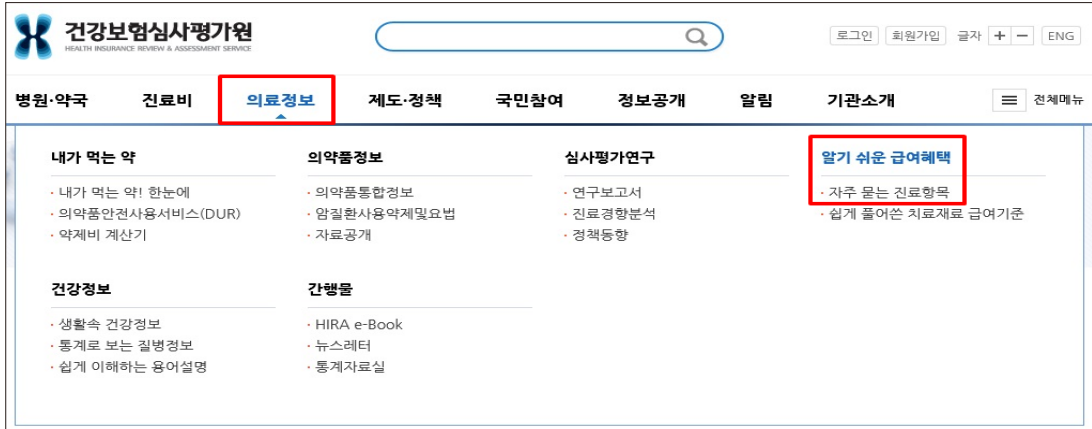


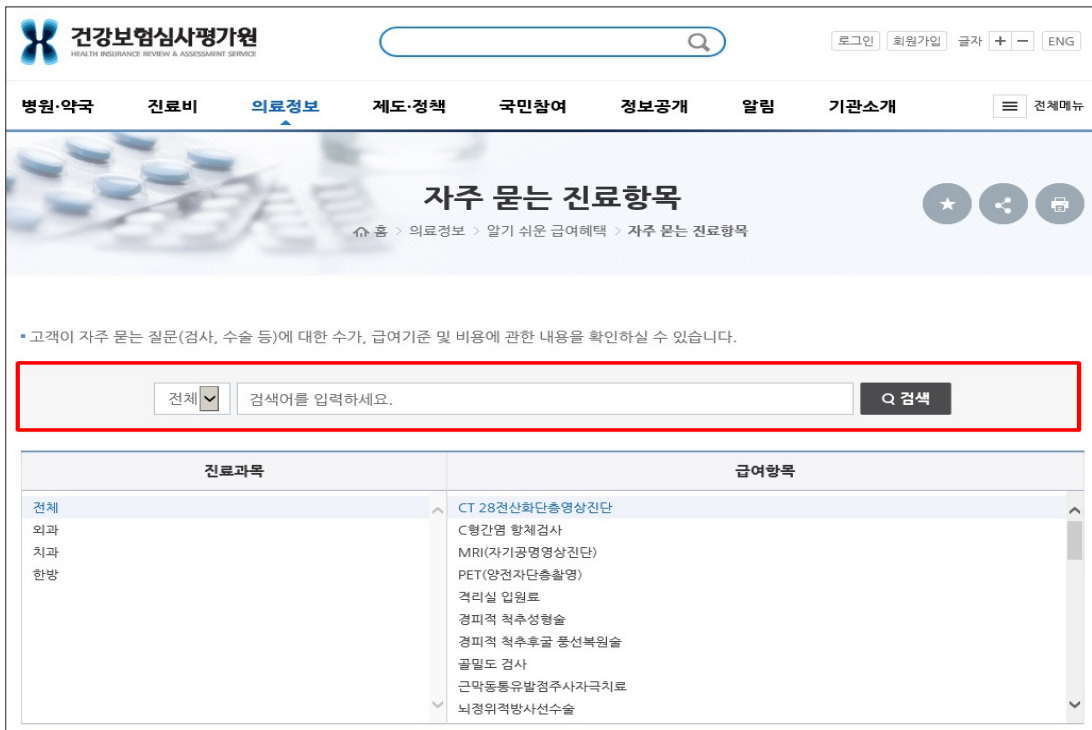
■ 자주 묻는 진료항목 조회 방법

✓ 자주하는 질문에 대한 진료항목별 상담사례 조회

www.hira.or.kr → 의료정보 → 알기 쉬운 급여혜택 → 자주 묻는 진료항목 클릭

<예시>





자주 묻는 진료항목

홈 > 의료정보 > 알기 쉬운 급여혜택 > 자주 묻는 진료항목

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

전체

진료과목	급여항목
전체	CT 28견산화단층영상진단
외과	C형간염 항체검사
치과	MRI(자기공명영상진단)
한방	PET(양전자단층촬영)
	격리실 입원료
	경피적 척추성형술
	경피적 척추후궁 풍선복원술
	골밀도 검사
	근막동통유발점주사자극치료
	뇌경위격방사선수술

■ 급여기준 및 사례집 등 HIRA e-Book 조회 방법

www.hira.or.kr → 의료정보 → 간행물 → HIRA e-Book 클릭

〈예시〉

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

로그인 회원가입 글자 + - ENG

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

내가 먹는 약
· 내가 먹는 약! 한눈에
· 의약품안전사용서비스(DUR)
· 약제비 계산기

건강정보
· 생활속 건강정보
· 통계로 보는 질병정보
· 쉽게 이해하는 용어설명

의약품정보
· 의약품통합정보
· 암질환사용약제및요법
· 자료공개

간행물
· HIRA e-Book
· 뉴스레터
· 통계자료실

심사평가연구
· 연구보고서
· 진료경향분석
· 정책동향

알기 쉬운 급여혜택
· 자주 묻는 진료항목
· 쉽게 물어쓴 치료재료 급여기준



건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

로그인 회원가입 글자 + - ENG

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

HIRA e-Book
홈 > 의료정보 > 간행물 > HIRA e-Book

HIRA-ebook 뉴스레터 통계자료실

전체 검색

전체 간행물-발간물 연구-보고서 요양급여-의료급여 자동차보험 영문 기타 Hira 사보(건가사)

요양급여비용 청구방법, 심사요구서, 응제서작성의 이해
PDF

복합의약품의 위험기준 및
평가에 관한 제보사항의
정사처리
PDF

요양급여의 적용기준 및
평가에 관한 제보사항의
정사처리
PDF

요양급여의 적용기준 및
평가에 관한 제보사항의
정사처리
PDF

■ 급여기준 검토안전공지/전문가회의 참석요청 접수 방법

www.hira.or.kr → 국민참여 → 급여기준 개선
 → 검토안전공지/전문가회의 참석 요청접수 클릭

<예시>

검토안전공지/전문가회의 참석요청접수
 홈 > 국민참여 > 급여기준개선 > 검토안전공지/전문가회의 참석요청접수

급여기준 개선 검토 시 보다 많은 이해관계자가 참여하고 의견을 개진할 수 있도록 검토안전공지를 공지하고 있습니다.

안전번호	안전제목	공지일자	신청기간	접수현황	회의참여신청	진행상황
94	「수면다원검사(level I)의 급여...	2017-11-07	2017-11-08 ~ 2017-11-15	접수마감	미신청	-
93	「부정맥의 고주파절제술(RFA) 급여...	2017-09-06	2017-09-06 ~ 2017-09-20	접수마감	미신청	-
92	「전방경추고정술시 cage 와 pla...	2017-05-23	2017-06-21 ~ 2017-06-28	접수마감	미신청	-
91	간질환의 초음파 검사 급여 기준 설정	2017-05-17	2017-05-18 ~ 2017-05-25	접수마감	미신청	-
90	「기계적 혈전제거술용 치료재료 급여기...	2017-05-16	2017-05-16 ~ 2017-06-02	접수마감	미신청	-

■ 급여기준 검토 진행과정 조회 방법

www.hira.or.kr → 국민참여 → 급여기준 개선
→ 급여기준 의견수렴 및 절차공개 클릭

<예시>

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

[로그인](#) [회원가입](#) 글자 + - [ENG](#)

병원·약국
진료비
의료정보
제도·정책
국민참여
정보공개
알림
기관소개
☰ 전체메뉴

급여기준의견수렴 및 절차공개

홈 > 국민참여 > 급여기준개선 > 급여기준의견수렴 및 절차공개

* 항목을 클릭하시면 상세내용을 확인하실 수 있습니다.
* 상시 경비만 의견제출이 가능합니다.

10개씩 보기

조회

전체
전체
전체

Q 검색

순번	구분	검토 안전	고시번호 ↓	추진절차 및 검토과정				의견 제출	결과	
				의견수렴 실무검토	위원회 심의	복지부 보고	시행		고시 개정	현행 유지
406	상시경비	제품명 : 포스레놀정500mg(탄산란탄), 포스레놀정750mg(탄산란탄), 포스레놀산1000mg(탄산란탄)		○						
405	상시경비	TNF-a inhibitor		○						
404	상시경비	레그파라정		○						
403	상시경비	아이비글로볼린에스주		○						
402	상시경비	맵테라, 글리벡필름코팅정		○						
401	상시경비	트랙토실주	제2015-184호				○			

급여기준 및 심의사례집

- 피부·비뇨의학·이비인후과 분야 -