

발 간 등 록 번 호

G000ME5-2019-59

급여기준 및 심의사례집

- 안과 분야 -

2019년 6월



건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

급여기준 및 심의사례집

- 안과 분야 -

2019년 6월



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 제2019-26호(2019.3.1. 시행)에 따른 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」까지의 항목별 상대가치점수에 보건복지부 고시 제2018-233호(2019.1.1. 시행)의 유형별 점수당 단가(의원: 83.4원, 병원: 74.9원)를 곱하여 산출한 금액입니다.
- 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」은 고시 제2019-38호(2019.3.1. 시행)까지 반영하였습니다.
- 안과 분야 급여기준에는 관련수가, 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항고시, 기결정 고시, 심사지침, 공개된 심의사례, 행정해석을 수록 하였습니다.

CHAPTER I	일반사항	1
1.	일반사항	3
1)	요양급여 절차	3
2)	본인일부부담금	4
3)	요양급여 인정범위	7
4)	진료의뢰, 복수면허	8
5)	장기이식	11
6)	기타	15
2.	기본진료료	17
1)	일반사항	17
2)	외래환자 진찰료	17
3)	입원료	24
4)	낮병동 입원료	29
5)	의약품관리료	30
6)	기타	31

CHAPTER II	안과 분야 급여기준	35
1.	검사로	37
1)	혈액외	37
2)	시기능검사	37
2.	영상진단 및 방사선치료료	53
1)	방사선 특수영상진단료	53
2)	핵의학영상진단료	70

3. 이학요법료	73
1) 기타 이학요법료	73
4. 처치 및 수술료	74
1) 일반사항	74
2) 감각기-시기(視器)	75
5. 질병군	115
1) 일반사항-안과	115
6. 행위 비급여 목록	118
1) 검사료	118
2) 처치 및 수술료	118

CHAPTER III	치료재료 및 약제 급여기준 -안과 분야-	121
	1. 치료재료 급여기준	123
	2. 약제	132

CHAPTER IV	착오 및 부당청구 유형 -안과 분야-	165
-------------------	----------------------	-----

CHAPTER V	다빈도 문의 사례 -안과 분야-	169
------------------	-------------------	-----

CHAPTER VI	본인일부부담금 산정특례에 관한 기준	173
-------------------	---------------------------	-----

CHAPTER VII	심평원 홈페이지 內 요양기관 필요정보 이용방법	237
--------------------	---------------------------------	-----

한 눈에 보는 청탁금지법	249
---------------------	-----

CHAPTER I

일반사항

1. 일반사항
2. 기본진료료

1 일반사항

➔ 요양급여 절차

제목	세부인정사항
요양급여의 절차의 업무 처리요령	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. - 다 음 - 가. 상급종합병원 외래에서 제2단계 요양급여를 받던 자가 동일 상병의 증상이 악화되어 응급실에 내원한 경우 : 이미 제2단계 요양급여를 받고 있는 자로 보아 응급의료에 관한 법률 제2조제1호에 해당하는 응급환자가 아니어도 요양급여대상이 됨. 나. 상급종합병원의 응급실을 방문한 환자가 상급종합병원에서의 요양급여가 필요하다는 요양급여 의뢰서를 제출한 경우 : 제2단계 요양급여를 받는데 필요한 요건을 갖춘 경우로 응급의료에 관한 법률 제2조제1호에 해당하는 응급환자가 아니어도 요양급여대상이 됨. 다. 요양급여의뢰서의 유효기간 : 요양기관은 해당 상병에 대한 요양급여가 종결되지 않았다면 별도의 요양급여의뢰서 제출을 요구할 필요는 없으며 가입자 등의 상태가 호전되어 제1단계 요양급여를 담당하는 요양기관으로 가입자를 회송하고자 할 때는 건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제6조제3항의 규정에 따라 요양급여 회송서를 발급하여야 할 것임. [고시 제2010-18호, 2010.2.1. 시행]
요양급여의 절차와 요양급여의 신청에 대하여	1. 건강보험증 또는 신분증명서의 경우 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제3조제1항의 규정에 따라 요양급여를 신청한 날(가입자 등이 의식불명 등 자신의 귀책사유 없이 건강보험증 또는 신분증명서를 제시하지 못한 경우에는 가입자등임이 확인된 날로 한다)부터 14일 이내에 건강보험증 또는 신분증명서를 제출하는 경우에는 요양급여를 신청한 때에 건강보험증 또는 신분증명서를 제출한 것으로 간주할 수 있지만, 요양급여의뢰서 등은 1단계 요양급여를 받은 후 2단계 요양급

제목	세부인정사항
	여를 받도록 한 동규칙 제2조제1항의 규정과 요양급여의 절차의 마련 취지 등을 볼 때 상급종합병원에서 우선 요양급여를 받고 사후에 1단계 요양급여를 받아서 요양급여의뢰서를 발급받아 이를 제출하는 것은 2단계 요양급여로 인정할 수 없음 2. 또한 동규칙 제3조제2항에서는 가입자 등이 요양급여신청시 건강보험증 또는 신분증명서를 제출하지 못하는 경우 가입자등 또는 요양기관이 공단에 자격확인을 요청하는 경우 공단은 지체없이 이를 확인하여 그 결과를 통보해 주도록 규정하고 있으며 이 경우 자격확인을 요청한 때에 건강보험증 또는 신분증명서를 제출한 것으로 봄 [고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행]

➡ 본인일부부담금

제목	세부인정사항
의사, 약사의 본인진료 및 조제 시 요양급여비용 산정 방법	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, 2008.1.1. 시행]
조제 의약품 수령하지 않은 경우 요양급여비용 청구여부	수진자가 약국에 처방전을 제출한 후 조제된 약제 수령과 함께 복약지도가 이루어진 상태는 요양급여가 이루어진 것으로 볼 수 있으나, 약을 찾아가지 않은 경우에는 요양급여가 이루어졌다고 보기 곤란하므로 요양급여비용 청구는 불가함. [고시 제2001-40호, 2001.7.1. 시행]

제목	세부인정사항
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 본인일부부담금 산정특례 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 「본인 일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 해당되는 날에 검사(치료)를 실시한 경우에는 동 기준에 의한 입원본인부담률이 적용됨. 그러나 본인일부 부담금 산정특례에 관한 기준에 해당되는 날에 검사(치료)를 예약하였다 하더라도 실제 검사(치료)가 실시된 날이 동 기준에 해당되지 아니한 날 이라면 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]
처방전 재발급시 요양급여 비용 산정방법	처방전 재발급을 위해 의료기관에 내원시 요양급여비용의 산정은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 처방전 사용기간 경과 후 재발급시 : 처방전에 기재된 ‘사용기간’은 환자가 동 처방전에 의하여 조제 받을 수 있는 유효기간으로서, 이 기간이 경과한 때에는 그 사유와 관련 없이 종전 처방전에 의하여 조제 받을 수 없음. 따라서 처방전을 재발급 받기 위해서는 의료기관에 재차 내원하여야 하며, 처방전

제목	세부인정사항
	발급여부는 의사 또는 치과의사의 판단하에 이루어지는 바, 재발급 여부 결정을 위해 진찰이 이루어진 경우 진찰료 등의 비용은 새로운 진료로 인해 발생하는 비용이므로 「국민건강보험법 시행령」별표 2] 본인일부부담금의 부담률 및 부담액에 따라 요양급여비용 중 일부를 본인이 부담하여야 함. 나. 처방전 사용기간 이내에 처방전을 분실하여 재발급시 : 의사의 판단하에 재진찰 여부를 결정하되, 단순히 분실된 처방전과 동일하게 재발급하는 경우에는 진찰료를 별도 산정할 수 없으며, 이때 처방전 교부번호는 종전의 번호를 그대로 사용하고 재발급한 사실을 확인할 수 있도록 처방전에 표기함. [고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행]
법정 진료과목 미달 요양기관의 종별가산율등 적용 기준	법정진료과목 요건 미달 종합병원에 대하여 요양기관 종별 가산율은 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제1부 급여 일반원칙 II -3.에 의거하여 병원의 종별가산율을 적용하되, 본인일부 부담금 및 기본진료료 등은 종합병원으로 적용함. [고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]
한 의과대학 부속 한방병원의 종별가산율 적용기준	1. 한 의과대학 부속 한방병원은 교육법 및 사립학교법의 규정에 의하여 한 의과대학을 설치·운영하면서 임상교육 및 실습을 할 수 있도록 부속 한방병원을 설치·운영할 때 이를 부속 한방병원이라 말함. 2. 따라서, 학교법인이 설치·운영하는 한방병원이라 할지라도 한 의과대학 부속 병원으로 개설한 것이 아니고 학교병원으로 개설허가를 받은 경우에는 20%의 종별가산율을 적용하여야 함. [고시 제2018-101호, 2018.6.1. 시행]
상급종합병원에 설치된 한 의과대학 부속 한방병원의 종별가산율 적용기준	1. 상급종합병원에 설치된 한 의과대학 부속 한방병원의 경우 의료법 시행규칙 제41조제1항제4호 및 한 의사전문직의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정 제3조에 따른 8개 진료과목(한방내과, 한방부인과, 한방소아과, 한방신경정신과, 침구과, 한방안·이비인후·피부과, 한방재활의학과 및 사상체질과)을 모두 설치하고 각 진료과목별 한방전문의를 총족하는 한 의과대학 부속 한방병원에 한해 30%의 종별가산율을 적용함.

제목	세부인정사항
	2. 상기 1항의 조건을 만족하지 못하는 한의과대학 부속 한방병원의 경우 25%의 종별가산율을 적용함.
	[고시 제2018-101호, 2018.6.1. 시행]

➔ 요양급여 인정범위

제목	세부인정사항
신의료행위 관련 진료시 요양급여 인정범위	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.
	[고시 제2011-10호, 2011.2.1. 시행]
새로 결정된 보험 인정기준 적용시기	새로 결정된 보험 인정기준의 적용시기에 대하여 국민건강보험법령(고시포함) 사항에 대한 해석은 당해 사항 시행일로부터 적용되므로 설사 어떤 사안에 대하여 질의가 있어 그에 대한 회신이 시행일 이후에 있더라도 그 법령의 효력이 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.
	[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

➔ 진료의뢰, 복수면허

제목	세부인정사항
요양기관의 시설·인력 및 장비 등의 공동이용 시 요양급여비용 청구에 관한 사항	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 공동이용하여야 하며, 해당 항목의 요양급여비용은 실제 환자를 진료하고 있는 요양기관에서 청구하여야 함. 2. 다만, 물리치료, 검체검사 및 FULL PACS 등과 같이 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 등에서 별도의 시설·장비 및 인력에 대한 기준을 규정하고 있는 항목에 대하여는 이를 우선 적용하는 것이 원칙이므로 타 요양기관과 시설·장비 및 인력의 공동이용은 인정하지 아니함. [고시 제2008-5호, 2008.2.1. 시행]
동일대표자가 개설한 동일소재지 의(한)의과 요양기관에서 같은 날 동일상병으로 진료 시 요양급여비용 산정방법	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·한 의과 협의진료의 범주를 벗어나 단순, 반복되는 중복진료가 이루어진 경우에는 다음과 같이 적용토록 함. - 다 음 - 가. 같은 날 동일 상병에 대하여 통증완화 등 동일 목적의 진료가 실시된 경우 우선적으로 주된 치료가 이루어진 의(한)의과 요양기관의 요양급여비용을 산정하고, 동시에 이루어진 의(한)의과 요양기관의 중복 진료비용은 국민건강보험법 시행규칙[별표5] 요양급여비용의 본인 부담 제1호 아목에 의거 환자가 전액본인부담토록 함. 이 때, 선행된 분야 즉 시계열상 먼저 이루어진 분야의 진료를 주된 치료로 봄.

제목	세부인정사항
	나. 세부 적용기준 (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. (2) 의과 또는 한의과 요양기관에 입원한 환자 및 한의과에서 CT 등의 검사를 의과 요양기관에 의뢰하는 협의진료는 적용되지 아니함. 다. 동 기준 적용대상 의료기관은 의(한의)과 요양급여비용을 같은 날 청구하도록 함. [고시 제2010-18호, 2010.2.1. 시행]
진료 중인 환자를 타 요양기관에 의뢰하여 특정 검사 등을 실시토록 하는 경우	환자를 진료하는 중에 당해 요양기관에 인력·시설 또는 장비가 갖추어져 있지 아니하거나 기타 부득이한 사유로 해당 진료가 가능한 다른 요양기관으로 환자를 보내야 할 경우 의뢰기관은 환자의 일반사항 및 질병상태, 의뢰항목 등을 의뢰받은 요양기관에 제공하여 해당진료를 실시하게 할 수 있음. 다만, 검체검사는 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편(부록)검체검사 위탁에 관한 기준에 의함. [고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]
의과, 치과, 한의과 진료과목을 개설·운영하는 요양기관 및 복수면허(의과, 치과, 한의과) 의료인이 개설하는 요양기관에서 같은 날 동일 상병 진료 시 요양급여 비용 산정방법	의료법 제43조 및 동법시행규칙 제41조에 의거 의과, 치과, 한의과 진료과목 추가 개설·운영하는 요양기관 및 복수면허(의과, 치과, 한의과) 의료인이 개설하는 요양기관에서 동일 환자의 동일상병에 대하여 같은 날 외래에서 단순, 반복되는 중복진료가 이루어진 경우에는 다음과 같이 적용토록 함. - 다 음 - 가. 같은 날 동일 상병에 대하여 통증완화 등 동일 목적의 진료가 실시된 경우 우선적으로 이루어진 주된 치료는 요양급여비용을 산정하고, 그 이외의 진료비용은 비급여임. 이 때, 선행된 분야 즉 시계열상 먼저 이루어진 분야의 진료를 주된 치료로 봄.

제목	세부인정사항
	나. 의(치)과와 한의과의 투약과 침, 물리치료 등 치료의 원리 및 접근방법 등이 다르기는 하나, 외래환자에게 동일 상병에 대하여 통증완화 등 동일 목적으로 실시된 진료는 중복진료로 보아 주된 치료만 요양급여로 적용하며, 동일 목적으로 투여된 약제도 중복진료로 간주하여 비급여로 적용함. 다. 동 기준 적용대상 요양기관은 의과 · 치과 · 한의과 요양급여비용을 같은 날 청구하도록 함. [고시 제2010-18호, 2010.2.1. 시행]
복수면허(의과, 치과, 한의과) 의료인이 개설하는 요양기관의 요양급여비용 산정방법	복수면허(의과, 치과, 한의과) 의료인에 대한 인정기준 및 수가산정방법 등은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 인정기준 「복수면허(의과, 치과, 한의과) 의료인의 복수 의료기관 개설지침」에 근거하여 복수면허 의료인은 하나의 장소에서 면허에 따라 각각 의료기관 개설이 가능하며 요양기관 기호는 각각 부여됨. 나. 수가산정방법 (1) 차등수가는 복수면허(치과, 한의과) 의료인이 두 개과 이상을 개설 운영한 경우에도 의사인력 1인으로 산정하며 1일 진찰횟수는 실제 진료한 각각의 진료횟수를 합하여 산정함. (2) 같은 날 동일 환자에 대하여 각각 진찰한 경우라 하더라도 1인의 의사가 진찰한 것이므로 진찰료는 1회만 요양급여비용을 산정하고 그 이외 진찰료는 비급여임. 다. 인력, 시설 공동이용기준 「복수면허 의료인의 복수의료기관 개설지침」에 의하여 당해 요양기관의 시설, 인력 및 장비 등의 공동이용기준은 아래와 같이 적용함.

제목	세부인정사항
	- 아 래- (1) 의과·한 의과, 치과·한 의과 복수면허자의 경우 임상병리, 방사선기기(CT 등)를 이용한 진단 등은 의(치)과 요양기관에서만 시행할 수 있으므로 한 의과 요양기관은 방사선사, 방사선실, 방사선장비(CT, MRI 포함), 임상병리사, 검사실, 물리치료사, 물리치료실, 물리치료장비 등을 공동이용할 수 없음. (2) 간호사 인력의 공동이용은 가능하나 의(치)과, 한 의과 의원 또는 의, 치과에 공동이용된 간호사는 간호관리료 차등제 인력산정에서 제외함. (3) 기타 접수창구, 진료실, 입원실 등의 시설, 인력 및 장비 등을 공동 이용하고자 하는 요양기관은 공동이용 기관임을 확인할 수 있는 서류(공동계약서는 생략 가능함)를 건강보험심사평가원에 제출한 후 공동이용하여야 함. (4) 이 외에 세부적인 기준은 요양기관 시설, 인력 및 장비 등의 공동이용시 요양급여비용 청구에 관한 사항에 의함. 라. 식사가산 복수면허자가 개설한 복수의료기관의 식사가산은 한 개의 요양기관에서 식사가산 산정에 필요한 인력 및 시설기준을 충족하는 경우에 식사가산(영양사, 조리사, 직영가산)은 복수의 요양기관에 모두 산정 가능함. [고시 제2018-193호, 2018.10.1. 시행]

➔ 장기이식

제목	세부인정사항
장기등 이식 시행시 요양급여 적용범주	1. 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출하거나 이식하는 경우에 「장기등 이식에 관한 법률」 제25조에 따른 '장기이식의료기관'에서 시행하여야만 요양급여로 인정함. 다만, 같은법 제25조제3항 단서에 따라 이식의료기관이 아닌 의료기관에서 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등을 갖추고 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출한 경우에도 요양급여로 인정함.

제목	세부인정사항
	2. 제1호에 따라 요양급여를 인정하는 기관이 아닌 의료기관에서 장기등의 이식을 위하여 장기등의 적출 또는 이식을 시행한 경우에 요양급여 비용으로 산정할 수 없는 범위는 다음과 같음. - 다 음 - 가. 입원으로 적출 또는 이식이 이루어진 경우 : 적출술 비용, 이식술 비용을 포함하여 입원료, 검사료, 식대 등 입원부터 퇴원시까지 발생한 관련 진료비 나. 외래로 적출 또는 이식이 이루어진 경우 : 적출술 비용, 이식술 비용을 포함하여 적출술 또는 이식술이 시행된 날에 발생한 관련 진료비 [고시 제2012-153호, 2012.12.1. 시행]
장기등 이식(뇌사자 장기이식 및 조혈모 세포이식 제외) 시 공여적합여부에 따른 진료비 및 검사 수가 산정방법	장기등 이식에 관한 법률(이하 '장기이식법'이라 한다) 제4조제1호에 따른 장기등 이식(뇌사자 장기이식 및 조혈모세포이식 제외)시 적용하며, 진료비 및 검사 수가 산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 공여적합여부에 따른 진료비 산정방법 1) 공여적합성을 확인하기 위하여 공여 희망자에게 실시한 누840 조직형검사, 누841다 조직형검사 -단일형-[핵산증폭]-(Class II):DRB1 검사, 누841라 조직형검사-단일형-[염기서열분석]-(Class II):DRB1 검사, 누842 HLA 교차시험, 누844 림프구혼합배양 등 소요된 관련 진료비는 공여적합성이 확인되기 전에는 전액본인부담이나 공여적합성이 확인되어 장기등을 공여한 경우에는 해당 검사비용을 소급하여 급여대상으로 정산하여야 함. 2) 공여적합성이 확인되어 장기등을 제공하기 위하여 입원한 시점부터 소급하여 요양급여하되, 외래에서 공여자의 공여적합성 확인 등 이식 관련 사전검사가 이루어진 경우에는 외래진료분을 포함하여 정산토록 하며, 공여자의 진료비용은 이식을 받은 환자(이하 '수혜자'라 한다) 및 수혜자가 속한 보험자가 부담하여야 할 것임.

제목	세부인정사항
	3) 공여 적합성 확인진단에 소요된 진료비 청구권의 소멸시효는 공여자의 공여적합성검사 시행일이 아닌 수혜자의 이식 관련 진료 종료일로부터 기산되어야 함. 이 경우, 별도의 '요양급여의뢰서'를 제출하지 않으며, 수혜자의 인적사항, 이식일 등을 기재하여 '요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령'을 참조하여 청구토록 함. 4) 공여적합성 검사상 적합으로 판정되어 공여자로 선정되었으나 예측지 못한 공여자 또는 수혜자의 신체상태변화(악화, 사망 등)로 불가피하게 장기이식이 이루어지지 못한 경우에는 급여가 가능하며, 요양급여비용 청구시 명세서 참조란에 그 사유를 명확히 기재하여야 함. 나. 공여적합성 등을 확인하기 위한 검사 수가산정방법 공여적합성을 확인하기 위한 누840 조직형검사, 누841다 조직형검사- 단일형-[핵산증폭]-(Class II):DRB1검사, 누841라 조직형검사- 단일형-[염기서열분석]-(Class II):DRB1검사는 수혜자와 공여자에게 각각 실시하여 검사결과의 일치여부를 확인하므로 수혜자 및 공여자 각각 산정하여야 하나, 공여 희망자 중 상기 검사결과 이식이 가능한 자에게만 선별적으로 실시하는 누842 HLA교차시험 및 누844 림프구 혼합배양의 경우에는 공여자의 림프구와 환자의 혈청 또는 림프구를 반응시켜 이식거부반응을 확인하는 검사로 이식이 이루어진 경우에 공여자의 검사비를 수혜자에게 1회 산정함. [고시 제2017-265호, 2018.1.1. 시행]
뇌사자 장기이식의 공여적합성 검사 산정방법	장기이식법 제4조제1호가목 및 장기이식법 시행령 제2조(철회 제외)에 따라 뇌사자로부터 적출한 장기등 이식을 위해 공여자에게 실시하는 누840 조직형검사, 누841다 조직형검사- 단일형-[핵산증폭]-(Class II):DRB1검사, 누841라 조직형검사- 단일형-[염기서열분석]-(Class II):DRB1검사는 수혜자에게 1회 산정함. [고시 제2017-265호, 2018.1.1. 시행]

제목	세부인정사항
뇌사장기기증자 관리료 산정 방법	1. 장기이식법 제4조제1호가목 및 장기이식법 시행령 제2조(철회 제외)에 따른 장기등을 뇌사자로부터 적출하여 이식한 경우에 산정하며 수혜자에게 청구함. 2. 동 수가에 포함된 항목은 장기등기증자 또는 수혜자에게 전액본인부담하게 하거나 비급여 등 별도로 산정할 수 없음 [고시 제2017-118호, 2017.7.1. 시행]
뇌사자 또는 사망한 자의 장기등 적출시 본인부담금 면제 범위	국민건강보험법시행령 [별표2]제3호가목의 규정에 의하여 장기등기증자의 장기등 적출시 본인부담금 면제 범위는 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 대상 장기이식법 제4조제1호가목 및 장기이식법 시행령 제2조(철회 제외)에 따라 뇌사자 또는 사망자로부터 적출한 장기 나. 범위 본인부담금 면제범위는 뇌사자 또는 사망자가 동의를 한 날(동의를 한 시점이 포함된 날의 0시)부터 가.대상의 장기 적출까지 발생한 요양급여비용(입원료, 식대, 검사료, 약제비, 장기 적출비 등)을 말함. 다. 뇌사자 또는 사망자의 요양급여는 수혜자에게 청구하며, 수혜자가 여러명인 경우 공단부담금의 총액을 이식한 총 장기개수로 나누어 수혜자별 받은 장기개수만큼 각각 청구함. [고시 제2017-118호, 2017.7.1. 시행]

➔ 기타

제목	세부인정사항
주 2회의 개념	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. [고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]
환자에게 퇴원 권유하였으나 불응시 급여여부	1. 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용 기준 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 상기 규정에 의한 급여의 제한 조치 결정에 필요한 사실을 통보하여 그에 관한 보험자의 결정에 따라 조치하여야 함 4. 또한 요양기관의 퇴원지시에도 불구하고 부득이한 사유로 장기 입원 진료를 하게 되는 경우에는 요양급여비용 청구시 명세서 여백에 그 사유를 기재하거나 증빙자료 등을 첨부함으로써 심사에 참고하도록 할 수 있음 [고시 제2018-193호, 2018.10.1. 시행]

제목	세부인정사항
장비에 따라 진료수가 차등 적용할 수 있는지 여부	상대가치점수는 요양급여에 소요되는 업무의 양과 인력, 시설, 장비 등 자원의 양, 위험도가 포함되어 있으며 시설, 장비 자원의 양은 동일한 행위라도 요양기관에 따라 다를 수 있어 평균적 개념으로 포함되어 있음. 따라서 요양기관이 새로운 장비를 도입하였다 하더라도 실시한 검사, 처치 및 수술 등은 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수에 의한 소정항목에 따라 산정하여야 함. [고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]
차등수가 적용 제외 기준	가. 평일 18시~익일 09시의 진찰료·조제료의 적용 제외 기준 : 1일 8시간(식사시간 포함) 이상 진료하는 요양기관에서 8시간을 초과하여 이루어지는 야간 진찰료·조제료에 대하여 적용을 제외함. 나. 토요일·공휴일의 진찰료·조제료의 적용 제외 기준 : 토요일·공휴일의 진찰료·조제료 전체에 대하여 차등수가 적용을 제외할 경우, 해당일은 진찰·조제일수의 합에서도 제외함. 다만, 토요일 또는 공휴일에 진찰·조제나 매출 등이 있는 경우로서, 토요일 오전 및 공휴일의 진찰료·조제료에 대하여 차등수가 적용하는 경우는 진찰·조제횟수의 합에 토요일 오전 및 공휴일에 발생한 진찰·조제를 포함하며, 진찰·조제일수의 합에도 해당일을 포함함. (이 경우, 토요일 13시~익일 09시의 진찰료·조제료에 대하여는 산정코드 세 번째 자리에 1을 기재한다.) [고시 제2016-3호, 2016.1.18. 시행]

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.

제목	세부인정사항
	2. 또한, '편도선염'과 '감기'와 같이 그 주요 증상이나 치료과정이 유사할 뿐 아니라 일반적으로 같은 부류(상기도 감염증)의 상병으로 분류되는 경우에도 동일 상병의 계속 진료로 보아 치료가 종결된 후 30일 이내에 진찰을 행하게 되면 재진 진찰료를 산정함. 3. 또한, 하나의 상병 치료 중 전혀 다른 상병이 발생하여 진찰을 한 경우에도 재진 진찰료를 산정하여야 하며 이 경우 진찰료는 1회만 산정함. [고시 제2001-40호, 2001.7.1. 시행]
연속적인 처치 또는 치료를 위하여 1일 2회 이상 내원한 경우의 진찰료 산정방법	수진자가 내원하여 진찰한 결과 진료 상 일정기간 경과 후 연속된 처치 또는 치료(주사 또는 검사, 방사선 치료)를 필요로 하여 동일에 다시 내원하게 하였을 경우 등 진료 상 일정계획에 의하여 1일 2회 이상 내원하여 계속적인 처치 또는 치료를 한 경우에는 초진 또는 재진 진찰료는 1회만 산정함. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
동일 상병으로 진료 월을 달리하여 계속 진료 시 진찰료 산정방법	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 1. 진찰료 가.(5)의 '해당 상병의 치료종결 후 30일 이내에 내원한 경우에는 재진환자로 본다'는 규정은 감기·배탈 등 자주 재발하는 일과성 질환의 경우 환자가 다시 병원을 방문했을 때 종전 질병의 계속적인 치료를 위한 것인지 완치 후 재발한 것인지가 불분명한 경우가 많아 다툼이 예견되어, 완치 후 재발한 경우라도 30일 이내에 진찰을 행한 경우에는 재진 진찰료를 산정토록 한 것으로 모든 환자를 대상으로 30일 단위 또는 진찰 간격이 30일 이상이라는 이유로 초진 진찰료를 산정하여서는 아니됨. [고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행]
각종 검사의 결과만을 알기 위해 내원한 경우 진찰료 산정여부	방사선 촬영 및 각종 검사의 결과만을 알기 위하여 익일 이후 내원한 경우에도 재진 진찰료를 산정할 수 있음. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

제목	세부인정사항
재진 전일에 검사를 위해 혈액 검사 의뢰서만 발급한 경우 진찰료 산정여부	의사가 환자 진료 상 필요한 검사를 받도록 지시하거나 투약 및 주사 기록 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 없겠으나, 의사의 재진일 전일에 간호사로부터 혈액검사 의뢰서를 발급받은 경우에는 진찰료를 산정할 수 없음. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
타 법령에 의거 진료 후 건강 보험으로 급여를 계속 시행할 경우 진찰료 산정방법	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. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
입원환자가 퇴원한 후 퇴원 당일에 타 상병으로 외래로 진료를 받은 경우 진찰료 별도 산정여부	입원환자가 퇴원한 후 퇴원당일에 타 상병으로 외래로 진료를 받은 경우에는 별도의 진찰 행위가 필요하므로 진찰료를 별도 산정할 수 있음. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
요양기관 폐업 후 동일 장소에 다른 요양기관을 개설한 경우 진찰료 산정방법	1. 요양기관 폐업 후 동일 장소에 다른 요양기관이 개설하였을 경우 비록 기존의 건물 및 의료장비가 고정되어 종전의 의사에게 진료를 받던 환자가 재지정을 받은 요양기관에서 계속 진료를 받더라도 진료기록 등은 인수인계를 하지 않은 것이 통례이고 또한 진료 담당 의사는 처음으로 그 환자를 진료하게 되는 것이므로 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 개설요양기관으로 인수한 경우에는 입원환자 및 외래진료환자 모두를 계속 진료로 함이 타당함. 그러므로 그 환자가 30일 이내에 동일 상병으

제목	세부인정사항
	로 진료를 행한 경우에는 재진 진찰료를 산정하는 것이 타당하며 입원 환자가 계속적으로 입원진료를 받는 경우에는 진찰료는 다시 산정할 수 없으며, 입원일이 15일을 경과할 경우에는 입원료 체감은 적용됨. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
같은 날 동일 구내에 있는 양(한)방 요양기관 진료 시 진찰료 산정방법	1. 최근 동일 건물 내에 한방요양기관과 양방요양기관을 개설·운영함으로써 양·한방 협진체계가 활성화되고 있는 실정으로 동일 구내에 있는 양·한방요양기관이라 하더라도 외래로 내원한 동일 환자를 각각 진찰한 경우에는 의사의 인건비와 시설관리료가 각각 소요되므로 협의진찰료가 아닌 초(재)진찰료를 각각 청구할 수 있음. 2. 그러나, 동일 건물 내의 한방(양방)요양기관에 입원중인 환자가 담당 의사의 지시에 따라 양방(한방)진료를 받기 위해 양방(한방) 요양기관의 외래를 방문하거나 입원환자 진료를 위해 양방(한방)요양기관의 의사가 직접 방문한 경우에는 입원중인 환자의 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위하여 그 환자의 주치의가 아닌 다른 진료과목 의사의 견해나 조언을 얻는 경우에 해당하므로 “입원중 협의진찰료 급여기준”에 따라 진찰료가 아닌 [협의진찰료]로 산정하여야 하며, 요양급여비용은 실제 협의진찰을 실시한 요양기관에서 외래요양급여비용명세서에 작성하여 청구하되, 협의진찰료를 포함한 요양급여비용총액에 대한 외래본인부담액 산정방법에 의해 청구하여야 함. [고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행]
진찰료 선납 후 진찰행위 없이 귀가한 경우 진찰료 본인부담 여부	환자가 진료를 받기 위하여 신청(접수)한 후 치료를 받지 않고 귀가한 경우 진료행위가 이루어지지 아니하였기 때문에 진료 신청 시 선납한 가1 외래환자 진찰료를 포함한 요양급여비용은 징수할 수 없으므로 환불해야 함. 다만, 의료인이 혈압, 맥박, 체온 등을 측정한 경우에는 청진, 문진, 시진, 촉진 등의 진찰행위가 비록 이루어지지 아니하였다 하더라도 부분적인 진찰행위가 이루어진 것이므로 진찰료를 산정할 수 있음. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

제목	세부인정사항
환자 치료 종결 후 추적관찰시 진찰료 산정방법	환자에 대한 진료종결의 판단은 환자의 상태 등을 고려하여 진료 담당 의사가 결정하여야 할 것이나, 입원치료 후 그 상병의 상태를 추적 관찰할 필요가 있어 1년 또는 6개월 후에 진찰을 받도록 예약한 경우에는 재진 환자로 보아야 하므로 재진 진찰료로 산정함. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
새로운 사례의 환자진료 시 진찰료를 초과하여 별도의 본인부담금을 발생 시킬 수 있는지 여부	의사는 환자진료 시 습득한 의학적 지식이나 경험은 물론 문헌, 약전, 사례 등을 찾아 상담과 진료를 행함이 당연한 책무에 속하므로 새로운 사례의 환자진료에 소요되는 시간이 다른 환자에 비하여 다소 차이가 있다 하더라도 현행 소정 진찰료를 초과하여 본인에게 별도 부담시킬 수 없음. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
진찰료 야간가산의 급여기준	1. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제1장 기본진료료 가1 외래환자 진찰료 '주'에 명시되어 있는 진찰료 야간가산을 적용·운영함에 있어서 진료 담당 의사가 진료한 시각을 기준으로 할 경우 수진자가 09시~18시(토요일 13시) 중에 요양기관에 내원하였음에도 요양기관의 사정(진료 담당 의사의 부재 또는 진료환자 적체 등)으로 진료 개시 시간이 늦어진 경우에도 야간가산율을 적용하게 되는 문제가 있고 환자가 도착한 시간을 기준으로 할 경우에는 단순히 진료를 빨리 받을 목적으로 09시 이전에 내원하여 접수를 마치고 기다리는 경우에도 진찰료 야간가산율을 적용하는 문제가 있으므로 어떤 경우를 택하더라도 수진자들의 불만이 제기될 소지가 있다고 사료됨. 2. 반면, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제6장 마취료 및 제9장 처치 및 수술료 등의 [산정지침]에서 마취, 처치 및 수술의 경우에는 동 행위를 시작한 시각(18시~09시)을 기준으로 산정토록 정하고 있으나, 이 경우에 환자는 이미 요양기관에 내원한 상태에서 사전에 필요한 모든 조치를 취하고 동 행위를 시작한 것이므로 시작된 시각을 기준으로 야간가산료를 인정함이 타당하다 할 것임.

제목	세부인정사항
	3. 따라서 외래환자 진찰료 야간가산율 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. [고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행]
소아에 대한 진찰료 가산 시 야간 또는 공휴일에 대한 진찰료 중복 가산여부	만6세 미만의 소아를 야간 또는 공휴일에 진찰한 경우 가1 외래환자 진찰료는 각각의 가산금액을 합하여 산정하여야 하며 중복가산을 하여서는 아니 됨. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
입원실 또는 응급실 등의 체류시간이 6시간 미만인 경우 본인부담액 산정방법	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. ※ 단, 응3 중증응급환자 진료구역 관찰료 및 응4의 응급환자 진료구역 관찰료 산정 환자, 응급진료 후 병동 입원환자 등은 입원환자 본인부담액 산정방법에 의해 진료비 산정 [고시 제2015-241호, 2016.1.1. 시행]
건강검진 실시 당일 진료 시 진찰료 산정방법	1. 「국민건강보험법」 제52조에 의거 가입자 및 피부양자에게 실시하는 건강검진 당일 동일 요양기관에서 건강검진과는 별도로 질환에 대한 진찰이 이루어져 진찰 이외에 의사의 처방(약제 처방전 발급, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 의하여 산정 가능한 진료행위)이 발생한 경우 해당 진찰료는 다음과 같이 산정함.

제목	세부인정사항
	- 다 음 - 「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. (가) 일반건강검진 시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우 : 산정코드 세 번째 자리에 3으로 기재 (나) 암검진 시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우 : 산정코드 세 번째 자리에 5로 기재 (다) 영유아 건강검진 시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우 : 산정코드 세 번째 자리에 2로 기재 2. 상기 '1'항에도 불구하고 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료[산정지침]에 의거 2개 이상의 진료과목이 설치되어 있고 해당 과의 전문의가 상근하는 요양기관에서 건강검진 당일 검진실시 의사와 전문과목 및 전문분야가 다른 진료담당의사가 건강검진과는 별도로 질환에 대하여 진료한 경우에 한하여 초진(또는 재진) 진찰료를 산정할 수 있음. 3. 또한, 건강검진을 실시한 요양기관에서 동일 의사에게 검진 결과에 대해 다른날 설명하는 것은 검진결과 상담에 해당되어 진찰료를 별도 산정할 수 없으나, 검진결과 이상소견에 대해 단계적 정밀검사 또는 별도의 진료가 이루어진 경우에는 재진진찰료를 산정함. [고시 제2017-249호, 2018.1.1. 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]
일반병상 운영에 대한 안내	「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」[별표2]제4호 가목에 의거하여 3인 이하(상급종합·종합병원은 1인)가 입원할 수 있는 병상[1~3인실(상급종합·종합병원은 1인실) 병상]을 일반병상으로 운영하는 경우, 가. 병실 운영에 대한 안내문을 게시하고, 해당 병실을 이용하는 환자가 상급병상 또는 일반병상 여부 및 그 병상에서 산정하는 입원료 종류를 알 수 있도록 설명하여야 함. 나. 일반병상으로 운영하는 1~3인실(상급종합·종합병원은 1인실) 병상은 건강보험심사평가원에 신고한 총 일반병상 수 내에서 의료기관이 자율적으로 지정하며, 그 지정은 의료기관의 병상 운영 사정에 따라 변경할 수 있음. 다. 일반병상으로 운영하는 1~3인실(상급종합·종합병원은 1인실) 병상의 입원 대상 등은 이 규정에서 별도로 정하지 않으나, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법을 준수하는 범위 내에서 의료기관별 자체적으로 기준을 정하여 운영할 수 있음. [고시 제2018-127호, 2018.7.1. 시행]
입원료 세부항목의 의미	1. 입원환자 의학관리료 : 입원환자에게 제공되는 회진, 질병치료 상담, 교육 등의 직접행위와 의무기록 및 진료계획 작성 등 간접행위 포함. 2. 입원환자 간호관리료 : 간호사의 투약, 주사, 간호, 상담 등의 비용 뿐만 아니라 간호기록지 작성, 환자 진료보조 행위 등의 비용 포함. 3. 입원환자 병원관리료 : 비품 및 부대시설을 포함한 공간점유 사용비, 환자복, 침구 등 세탁비용, 비품 및 시설관리비용(인건비, 전기료, 수도료, 수리 비용 등), 시설 감가상각비 등 포함. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

제목	세부인정사항
외래진료 후 당일 입원했을 경우 외래요양급여비용에 대한 본인일부부담금 산정방법	외래진료 후 당일 검사결과가 나와 입원한 경우나, 외래진료 후 다음 날 다시 내원하라는 의사의 지시가 있었으나 수진자가 동일 질환 및 응급사유로 인하여 같은 날 내원하여 입원하였다면 동일 질병여부 및 의사의 지시에 불문하고 요양급여비용은 입원 부담률에 의거 산정하여야 하며, 이미 외래부담률에 의해 징수한 요양급여비용은 입원부담률에 의거 산정하여 그 차액을 정산 하여야 함. 다만, 외래진료 시 발급된 원외처방전에 의한 약국의 약제비는 정산대상에 해당되지 아니함. [고시 제2004-36호, 2004.7.1. 시행]
타 법령에 의거 진료를 받고 있던 환자가 건강보험으로 적용될 경우 입원료 체감제 적용일에 대하여	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. [고시 제2008-21호, 2008.3.1. 시행]
18시~24시 사이에 퇴원한 경우 입원료 체감제 적용여부	18~24시 사이에 퇴원한 경우에 별도 산정하는 50%의 입원료는 입원일수에 따른 체감제를 적용하지 않은 소정 입원료의 50%에 해당하는 금액을 산정함. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
입원 중 2개과 이상을 옮겼을 경우 입원료 체감제 적용방법	종합병원에 입원 중 2개과 이상을 옮겼을 경우에도 입원료 체감제는 전과여부에 관계없이 입원일로부터 퇴원일까지의 일수에 따라 산정함. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
질병군(DRG) 대상 환자가 30일을 초과하여 입원하는 경우 행위별수가 적용시 입원료체감제 및 의약품관리로 산정방법	질병군(DRG) 대상 환자가 30일을 초과하여 입원하는 경우 행위별수가 적용시 입원료체감제 및 의약품관리로 산정방법은 다음과 같이 적용함. - 다 음 - 가. 30일 초과 진료분에 대한 입원료체감제는 계속 입원 중이었던 환자이므로 진료내역을 연계하여 최초 입원일부터 적용함.

제목	세부인정사항
	나. 의약품관리료는 30일 이내 입원 진료비용(질병군 DRG)에 의약품관리료 등 제반비용이 포함되어 있으므로 연계하여 계산할 경우 중복산정되는 바, 행위별 수가 적용일을 시점으로 하여 해당 투약일수의 의약품관리료를 산정함. [고시 제2009-96호, 2009.7.1. 시행]
입원환자 외박시 병원관리료 산정방법	입원중인 환자가 주치의의 허가를 받아 외박시 입원료는 산정할 수 있으나, 연속하여 24시간을 초과하는 경우는 입원료 중 입원환자 병원관리료만 산정함. 이 때, 병원관리료는 내과질환자·정신질환자·만8세 미만의 소아환자에 대한 가산, 간호인력 확보 수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등가산 및 입원일수에 따른 체감이 적용되지 않은 상태에서 입원료 소정점수의 35%를 산정함. [고시 제2003-65호, 2003.12.1. 시행]
국민건강보험법 시행령 제19조제1항 관련 [별표2] “본인일부부담금의 부담률 및 부담액” 제5호에 따른 ‘일반 입원실’의 적용범주	국민건강보험법 시행령 [별표2] 제5호에 따른 ‘법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실’에 입원하는 경우는 가2 입원료를 산정하는 경우를 의미함 [고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행]
국민건강보험법 시행령 제19조1항 관련 [별표2] “본인 일부부담금의 부담률 및 부담액” 제5호에 따른 ‘질병 또는 환자 특성상 16일 이상 장기입원이 불가피한 경우’의 범주	‘질병 또는 환자 특성상 16일 이상 장기입원이 불가피한 경우’로서 국민건강보험법 시행령 제19조1항 관련 [별표2] 제5호(16일 이상 25%, 31일 이상 30%)를 따르지 않는 경우는 다음과 같음. - 다 음 - 가. 국민건강보험법 시행령 [별표2] 제3호의 가목1)~3), 나목2)~3), 라목1)~2), 마목, 아목, 자목 중 하나에 해당하여 입원 진료한 경우 및 동시행령 [별표2] 제1호의 다목3)에서 나열한 보훈관계법령에서 정한 의료지원대상자에 대하여 입원진료한 경우 (본인부담경감 대상자 등) 나. “한국표준질병·사인 분류표”에 의한 다음의 질병코드를 주상병으로 입원진료한 경우

제목	세부인정사항																																																																																										
	<table><tr><th colspan="5">질병코드</th></tr><tr><td>A04.7</td><td>G83.4</td><td>L89.2</td><td>M86~M87</td><td>S38.1</td></tr><tr><td>A41.0</td><td>G91</td><td>L89.3</td><td>M95.2</td><td>S68</td></tr><tr><td>A41.8</td><td>G93.1</td><td>L89.9</td><td>M96.6</td><td>S72</td></tr><tr><td>B00.4</td><td>G95</td><td>L97</td><td>N49.8</td><td>S82.0~S82.3</td></tr><tr><td>B37.7</td><td>I33</td><td>M00</td><td>S06.3</td><td>S82.8</td></tr><tr><td>B44.0</td><td>I60~I63</td><td>M13.8</td><td>S06.5</td><td>S92.0</td></tr><tr><td>D73.3</td><td>I67.2</td><td>M17</td><td>S06.8</td><td>T09.3</td></tr><tr><td>E10.7</td><td>J15.1</td><td>M20.1</td><td>S12.0</td><td>T20</td></tr><tr><td>E11.5</td><td>J15.2</td><td>M43.1</td><td>S12.1</td><td>T24.3</td></tr><tr><td>E11.7</td><td>J18.2</td><td>M46.2</td><td>S12.7</td><td>T25</td></tr><tr><td>E14.5</td><td>J69.0</td><td>M46.3</td><td>S14.1</td><td>T31</td></tr><tr><td>E14.7</td><td>J80</td><td>M46.5</td><td>S22.0</td><td>T81.4</td></tr><tr><td>F00~F99</td><td>J96.0</td><td>M46.9</td><td>S24.1</td><td>T84</td></tr><tr><td>G00</td><td>K63.1</td><td>M47.1</td><td>S32</td><td>T87</td></tr><tr><td>G04~G06</td><td>K75.0</td><td>M49</td><td>S34.1</td><td>Z50.1</td></tr><tr><td>G30</td><td>K76.7</td><td>M72.6</td><td>S34.3</td><td>Z54.0</td></tr><tr><td>G81~G82</td><td>L51.1</td><td>M84.1</td><td>S36</td><td></td></tr></table> 다. 위 가.~나. 이외에도 진료담당의사가 진료상 계속 입원 진료가 필요하다고 판단하여, 그 사유 및 계속 입원 적용기간 등을 진료기록부에 작성·보관하고, 청구 시 “요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령”에 따라 청구하는 경우 [고시 제2017-218호, 2017.10.1. 시행]	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																																																																																								
일반병원에서 중환자실로 전실되거나 일반병실과 중환자실을 이중으로 사용하는 경우의 입원료 산정방법	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 요양기관 측은 다른 환자를 입원시키지 못한 손실을 보전할 방법이 없으므로 요양급여비용의 100분의 100을 본인이 부담토록 함. [고시 제2007-81호, 2007.10.1. 시행]																																																																																										

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]

➔ 낮병동 입원료

제목	세부인정사항
낮병동 입원료 산정방법	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. [고시 제2003-65호, 2003.12.1. 시행]
입원료 및 낮병동 입원료 산정 시 기준점	1. 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 1일의 입원료를 산정하는 기준은 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미하는 것이며 이 경우 입원료 산정 기준점은 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 기준점은 의료기관에 내원하여 진료가 시작된 시간을 기준으로 하며, 이 경우 의료기관은 진료기록부에 진료시간과 종료시간을 기재하여야 함. [고시 제2015-241호, 2016.1.1. 시행]
낮병동 입원환자가 다른 상병으로 다른 전문과목 또는 전문분야에서 외래진료를 받은 경우 수가 산정방법	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 2. 입원료 다(3)의 (가)에 해당하는 경우 산정하는 가6 낮병동 입원료는 입원으로 간주하여 적용 산정하되 입원료 체감제는 적용하지 아니함. 또한, 진료종인 환자가 같은 날에 다른 상병으로 다른 전문과목 또는 전문분야에서 외래진료를 받은 경우 소정 진찰료는 별도 산정하되, 진찰료를 포함한 모든 진료비용은 외래요양급여비용명세서를 별도 작성 청구하지 말고 동 환자의 월간 입원요양급여비용명세서에 포함하여 일괄 작성 청구함. [고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행]

➔ 의약품관리료

제목	세부인정사항
의약품관리료 산정기준	1일 내원하여 2개 이상의 진료과목에서 진료를 받고 각각 투약한 경우의 외래환자 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. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
의약품관리료 산정방법	의약품관리료는 실제 투약이 이루어진 경우에 산정하되 종별가산율이나 소아가산은 적용하지 아니하며, 퇴원환자에게 투약한 경우에는 외래환자로 간주하여 외래환자 의약품관리료로 산정하되, 라1 퇴원환자조제로 '주 1'에 의거 퇴원 익일부터 산정함. [고시 제2011-71호, 2011.7.1. 시행]
타 법령에 의거 진료를 받고 있던 환자가 건강보험으로 적용될 경우 의약품관리료 산정 방법	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. 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 중복 산정 되는 바, 입원환자가 의료급여에서 건강보험으로 자격이 변경된 경우에도 건강보험 적용일을 시점으로 하여 해당 소정점수의 의약품관리료를 산정함. [고시 제2012-39호, 2012.3.27. 시행]
「건강보험요양급여비용의 내역」 개정 및 요양기관종별 변경에 따른 의약품관리료 산정 방법	입원기간 중 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정 고시 및 요양기관 종별 변경이 발생한 경우 의약품관리료는 변경시점을 기준으로 분리하여 청구할 수 없으며, 입원시점의 점수당 단가 및 요양기관 종별 가산율을 적용하여 산정하되, 퇴원일을 기준으로 일괄하여

제목	세부인정사항
	청구토록 함. [고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행]

➔ 기타

제목	세부인정사항
야간전담간호사 관리료 산정방법	서울특별시를 제외한 지역의 병원(상급종합병원, 종합병원, 요양병원은 제외한다) 중 간호인력확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제 등급이 6등급 이상이며, 야간전담간호사를 2명이상 확보한 경우 1일당 1회 산정함. [고시 제2017-58호, 2017.4.1. 시행]
입원환자 안전관리료 산정기준	입원환자 안전관리료는 아래와 같은 조건을 모두 갖춘 요양기관에서 환자안전 활동을 실시하는 경우에 요양급여를 인정하며, 입원환자 입원 1일당 1회 산정함. - 아 래 - 가. 대상기관 「환자안전법」 제11조·제12조 및 동법 시행규칙 제5조·제9조제1항에 해당하는 의료기관으로 전담인력을 배치하고, 환자안전위원회를 설치·운영하는 기관 나. 위 '가'항에 해당하는 기관은 다음 각 호의 활동을 시행하여야 함. 1) 환자안전위원회는 「환자안전법」 제11조제2항 및 동법 시행규칙 제8조에 명시된 업무를 시행하여야 하며, 위원회 구성은 동법 시행규칙 제6조를 따름 2) 전담인력은 「환자안전법」 제12조제2항 및 동법 시행규칙 제9조제4항에 따른 업무를 시행하여야 하며, 환자안전활동에 대한 연간 계획을 수립하고 관리하여야 함 3) 「환자안전법」 제9조 및 동법 시행령 제6조에 따른 환자안전기준 준수를 위해 아래의 (가), (나)를 포함한 체계적인 활동을 시행하여야 함 (가) 입원환자병문안 관리 규정을 자체적으로 수립하고 이를 시행하여야 함 (나) 입원기간 동안 낙상, 욕창 예방 및 관리 등을 시행하여야 함 [고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행]

제목	세부인정사항
입원환자 안전관리료 인력기준	입원환자 안전관리료 산정을 위한 전담인력기준은 아래와 같이함. - 아 래 - 가. 전담인력은 「환자안전법」 시행규칙 제9조제2항에 따라 다음 각 호중 하나에 해당하는 자격을 갖추어야 함. 1) 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 취득한 후 5년 이상 보건의료기관에서 근무한 사람 2) 「의료법」 제77조에 따른 전문의 자격이 있는 사람 3) 간호사 면허를 취득한 후 5년 이상 보건의료기관에서 근무한 사람 나. 전담인력은 「환자안전법」 제13조 및 동법 시행규칙 제10조에 따라 환자안전 활동에 관한 교육을 매년12시간 이상 정기적으로 받아야 함. 다만, 새로 배치된 경우에는 6개월 이내에 24시간 이상 이수하여야 함. 다. 대상기관은 「환자안전법」 시행규칙 제9조제3항에 따라 위의 '가' 및 '나'항을 모두 만족한 전담인력을 해당기관에 배치하여야 함. 1) 500병상 이상 종합병원급: 2명 이상 2) 100병상 이상~ 500병상 미만 종합병원급: 1명 이상 3) 200병상 이상 병원급: 1명 이상 라. 현황신고 1) 「환자안전법」 제11조 및 12조에 따른 환자안전위원회 구성·운영 및 전담인력 배치현황은 의료기관평가인증원에 신고하여야 함 2) 「환자안전법」 시행규칙 제9조5항에 따라 전담인력 현황변경 시 (신규배치·해지 등) 의료기관평가인증원에 지체없이 신고하여야 함 [고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행]
입원환자 안전관리료 병문안 관리기준	입원환자 안전관리료 산정을 위한 병문안 관리기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 1. 입원환자 안전관리료 산정을 위한 병문안 관리기준을 충족하기 위해 서는 '병문안 관리 규정' 및 '병문안 관리방법'을 건강보험심사평가원에 신고하여야 함. 2. '병문안 관리 규정'(이하 규정)은 아래 기준을 모두 충족해야 함.

제목	세부인정사항
	-아 래- 가. 의료기관에서 자체적으로 수립하고 기관장 결재를 마친 규정이어야 함 나. 규정에는 다음 5가지 내용이 모두 포함되어야 함 1) 병문안 허용시간대 2) 병문안 제한 대상 3) 병문안객 관리대장 양식 및 운영방법 4) 반입금지 물품 목록 5) 병문안 관리 방법 다. 기관장 직인이 포함된 규정 전문을 첨부파일로 제출해야 함 3. '병문안 관리 방법'은 아래 기준을 모두 충족해야 함. -아 래- 가. 병문안객 관리를 위한 '시설', '인력', '기타' 중 하나 이상의 방법을 운영하고 있어야 함 1) '시설'은 ID카드 등을 이용하여 허용된 사람에 한해 개폐가 가능한 고정 시설물을 의미하며, 건물별로 1개 이상 설치되어 있어야 함. 2) '인력'은 규정에 정해진 시간 동안 병문안객 관리를 전담하는 사람을 의미하며, 외부 보안관리 전문기관과의 계약에 따라 배치된 사람은 포함되나 단순 안내요원 및 자원봉사자, 사회복지요원 등은 제외함. 기관별로 1명 이상이 배치되어 있어야 하며, 인력 배치현황(인력수, 근무시간, 장소) 및 근무대장을 관리·작성하여야 함. 3) '기타'는 위 1) 또는 2)에 해당하지 않지만 병문안객 관리가 가능한 방법을 의미함 나. '가'항에 따른 운영현황을 증빙할 수 있는 자료('시설'의 경우 도면, 사진 등, '인력'의 경우 근로계약서, 근무대장 등)를 첨부파일로 제출해야 함.

제목	세부인정사항
	4. 입원환자 안전관리료를 산정하는 요양기관은 별지 제14호 서식에 의한 입원환자 병문안 관리 현황신고서를 최초 수가 청구 전까지 (단, 기존 산정기관은 '18.7월말까지) 건강보험심사평가원에 제출하여야 하며, 최초 신고 이후 변경이 있는 경우 지체없이 변경 내용을 신고해야 함. [고시 제2018-114호, 2018.8.1. 시행]

[기결정고시]

● 안검하수증 검사 Diagnostic Test for Blepharoptosis

중증 근무력으로 인한 안검하수의 감별진단을 위하여 실시하는 “피로도에 따른 눈꺼풀각막반사간거리 검사” 또는 “코간눈꺼풀연축 검사”는 가1 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨

[고시 제2018-70호, 2018.4.1. 시행]

● 시력검사

가1 진찰료의 소정점수에 포함됨.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

CHAPTER II

안과 분야 급여기준

1. 검사료
2. 영상진단 및 방사선치료료
3. 이학요법료
4. 처치 및 수술료
5. 질병군
6. 행위 비급여 목록

1

검사료

➔ 혈액외

■ 누032 체액-차. 결막압흔세포검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
누-032	D0330	체액 Body Fluid 차. 결막압흔세포검사 Impression Cytology of Conjunctiva	90.73	7,570	6,800

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
누032차 체액-결막압흔 세포검사의 수가 산정방법	누032차 체액-결막압흔세포검사는 표본 제작시 동일 용기에서 동시에 염색을 실시 하므로 염색대상 표본수에 불문하고 누032차 소정점수를 산정함. [고시 제2017-265호, 2018.1.1. 시행]

➔ 시기능검사

■ 나666 정밀안저검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-666	E6660	정밀안저검사 [편측] Fundus Examination 주 : 주 2회 이상 실시하더라도 2회 이내만 산정한다.	49.44	4,120	3,700

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
나666 정밀안저검사 인정기준	나666 정밀안저검사는 망막에 병변이 있거나 시신경 질환 등으로 주변부 망막을 관찰한 경우에 산정하는 검사로서 다음과 같은 방법으로 실시하는 경우에 인정한다. - 다 음 - 가. 동공산대 후 직상검안경 또는 도상검안경을 이용하여 검사한 경우 나. 동공산대 후 삼면경(three mirror lens)을 이용하여 검사한 경우 다. +90 디옵터 렌즈 등 특수렌즈(superfield lens)를 이용하여 세극등으로 안저를 관찰한 경우에는 동공을 산대시키지 않더라도 인정. [고시 제2007-92호, 2007.11.1. 시행]
Screening test로 실시한 나666 정밀안저검사 및 나675 안압측정검사 인정여부	나666 정밀안저검사 및 나675 안압측정검사는 진료시 환자의 상태에 따라 진료 의사가 전문의학적인 판단하에 선별적으로 실시하게 되는 검사로 모든 환자에게 일률적으로 실시하는 것은 건강보험 요양급여기준의 일반원칙에 위배되는 것임. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

[기결정고시]

● **미숙아망막병증을 위한 안저검사**

나666 정밀안저검사[편측]의 소정점수를 산정함.

[고시 제2002-69호, 2002.10.1. 시행]

● **도상검안경을 이용한 안저검사**

나666 정밀안저검사[편측]의 소정점수를 산정함.

[고시 제2011-172호, 2012.1.1. 시행]

■ 나667 안저촬영, 나677-1 시신경유두입체검사[편측], 나677-2 전안부촬영[편측], 나677-3 시신경섬유층사진[편측]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-667		안저촬영 [편측] Fundus Photography			
	E6670	가. 기본 안저촬영	56.96	4,750	4,270
	E6674	나. 광각 안저촬영	97.54	8,130	7,310
		주 : 135° 이상 촬영한 경우에 산정한다.			
	E6675*	다. 자가형광안저촬영	95.57	7,970	7,160
나-667-1	E6671	시신경유두입체검사 [편측] Optic Disk Stereophotography	111.34	9,290	8,340
나-667-2	E6672	전안부촬영 [편측] Anterior Segment Photography	66.74	5,570	5,000
나-667-3	E6673	시신경섬유층사진 [편측] Optic Nerve Fiber Layer Photography	98.75	8,240	7,400

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
안저촬영 및 형광안저혈관 조영술 동시 실시시 인정여부	나667 안저촬영은 망막의 표면을 관찰·촬영하는 검사이고, 나668 형광안저혈관조영술은 망막의 심부 및 혈관의 상태를 관찰·촬영하는 데에 장시간이 소요되는 검사로 동시에 실시할 경우에도 각각 인정함 [고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]
필름 현상료 및 인화료 산정여부	내시경 및 안저촬영시 사용되는 필름은 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제1부 제2장 검사료 [산정지침] (3)-(다),(라)에 의거 산정할 수 있으며 필름 종류에 따라 흑백 또는 칼라사진의 경우에는 현상료 및 인화료를 산정하고 슬라이드 경우에는 현상료만 산정하되, 포라로이드의 경우에는 현상료 및 인화료 모두 산정하지 아니함. [고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]

[행정해석]

● 광범위안저촬영검사 관련 질의에 대한 회신

광범위안저사진촬영검사의 수가산정방법에 대하여 관련단체의 의견을 받아 검토한 결과 실시방법과 목적 등이 동일한 검사에 대하여 새로운 장비를 사용한다하여 별도의 수가를 적용하는것은 현행 건강보험 요양급여의 근본취지에 부합된다고 볼 수 없으므로 [요양급여의적용기준및방법에관한세부사항(보건복지부고시 제2002-98호, 2002.12.31)]에 의거 나667안저촬영 또는 나668 형광안저혈관조영술의 소정점수를 산정토록 함을 알려드리니 업무에 참고하시기 바랍니다.

[고시 제2012-71호, 2012.7.1. 시행]

[기결정고시]

● 광범위 안저촬영

나667 안저촬영의 소정점수를 산정함.

[고시 제2002-98호, 2003.1.1. 시행]

● 망막질환에서 광각 이파장 레이저검안경 검사 Wide-field scanning laser ophthalmoscopy in retinal disease

「나-667 안저촬영[편측]」의 소정점수를 산정함.

[고시 제2012-71호, 2012.7.1. 시행]

■ 나668 형광안저혈관조영술, 나668-1 망막전위도검사, 나668-2 안구전위도검사, 나668-3 공간섭단층혈관영상

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-668		형광안저혈관조영술 [편측] Fundus Fluorescent Angiography			
	E6681	가. 기본 형광안저혈관조영술	352.08	29,360	26,370
	E6682*	나. 광각 형광안저혈관조영술 주 : 135° 이상 촬영한 경우에 산정한다.	887.41	74,010	66,470
나-668-1		망막전위도검사 Electroretinography			

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
	E6685	가. 표준 Standard Electroretinography	695.49	58,000	52,090
	E6686	나. 패턴 Pattern Electroretinography	695.49	58,000	52,090
나-668-2	E6687	안구전위도검사 Electrooculography	708.60	59,100	53,070
나-668-3	E6683*	광간섭단층 혈관영상[편측] Optical Coherence Tomography Angiography	337.33	28,130	25,270

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
나668-1 망막전위도검사의 급여기준	망막전위도 검사는 다음과 같은 경우에 실시시 인정하며 양안 검사시에도 1회만 산정함. 또한, 동 검사 시 소요된 약제 및 재료대(산동제, 국소마취제, 포라로이드 필름)는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제2장 검사료 [산정지침] (3)에 의거 산정하되 Jet electrode, Paper 등은 별도 산정할 수 없음. - 다 음 - 가. 유전성 망막질환 : 망막색소변성, 야맹증, 스타가르트병, 베스트병, 맥락망막변성 등 나. 허혈성 망막질환 : 당뇨병망막병증, 망막중심정맥폐쇄, 경동맥 폐쇄 등 다. 수술 전 잠재시력의 평가 : 외상안, 유리체 출혈, 심한 백내장, 눈속 이물 등 [고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]

[기결정고시]

● 실시간 형광안저 혈관조영술LFAG(SLO fluorescen angiography)

나668 형광안저혈관조영술[편측]의 소정점수를 산정함.

[고시 제2002-69호, 2002.10.1. 시행]

■ 나669 시야검사, 나669-1 엠식 변형시 검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-669	E6690	시야검사 [편측] Visual Field Examination	114.40	9,540	8,570
	E6691	가. 정밀시야검사 Perimetry	162.05	13,510	12,140
나-669-1	E6695*	나. 자동시야검사 Automated	114.40	9,540	8,570
		엠식 변형시 검사 Tests for Metamorphopsia using M-CHARTS			

[기결정고시]

● 컴퓨터시야측정(automated perimetry), 주변부 자동 시야 검사(humphery visual field), Octopus

나669-나. 시야검사(자동시야검사)의 소정점수를 산정함

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

● 선택적 초시력 시야검사 Preferential Hyperacuity Perimetry

나669-나. 시야검사[편측]-자동시야검사의 소정점수를 산정함

[고시 제2006-92호, 2006.11.22. 시행]

■ 나671 굴절및조절검사 [안경처방전 교부 포함]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-671	E6710	굴절및조절검사 [안경처방전 교부 포함] Refraction Test	132.70	11,070	9,940

[기결정고시]

● 조절계검사(Accomodogram)

나671 굴절및조절검사[안경처방전교부포함]의 소정점수를 산정함.

[고시 제2002-69호, 2002.10.1. 시행]

■ 나672 조절마비굴절검사, 나673 부하조절마비굴절검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-672	E6720	조절마비굴절검사 Cycloplegic Refraction	174.23	14,530	13,050
나-673	E6730	부하조절마비굴절검사 Cycloplegic Refraction after Atropinization	216.57	18,060	16,220

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
나673 부하조절 마비굴절검사시 나672 조절마비 굴절검사 수기로 별도 인정여부	부하조절마비굴절검사는 굴절이상 상병에 부하조절약제(싸이클로질 등)를 넣고 2~3일 후에 검사하는 것으로 주로 20세 이하의 연령에서 실시하며, 성인의 경우는 굴절이상의 정도 변화가 극심한 경우 등에 선별적으로 실시할 수 있는 검사로서, 나673 부하조절마비굴절검사 소정금액에는 이 검사를 행하기 위해 일련으로 실시되는 조절마비굴절검사 비용이 포함된 것이므로 나672 조절마비굴절검사는 별도로 산정하지 아니함. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

■ 나674 녹내장부하시험

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-674	E6740	녹내장부하시험 Glaucoma Provocative Test	165.19	13,780	12,370

■ 나675 안압측정

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-675		안압측정 Tonometry 주 : 주 3회 이상 실시하더라도 3회 이내만 산정한다.			
	E6751	가. 정밀측정 Detailed Tonometry	43.09	3,590	3,230
	E6755	나. 일일반복안압측정 Serial Tonometry Same day	135.86	11,330	10,180
	E6752	다. 기타 Others	29.11	2,430	2,180

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
자동안압 측정기인 Noncontact tonometer를 이용한 안압 측정시 수가산정 방법	비접촉안압계(Noncontact tonometer)를 이용한 안압측정은 공기의 압력을 이용하여 안압을 측정하는 검사로써 장비에 의해 손쉽게 자동으로 이루어지는 점을 감안하여 나675다 안압측정(기타 Others)로 산정함. [고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]

■ 나676 광각검사 [암순응검사]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-676	E6760	광각검사 [암순응검사] Dark Adaptation Test	147.90	12,330	11,080

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
나676 광각검사 [암순응검사]의 수가 적용방법	나676 광각검사[암순응검사]를 1회 이상 실시 시에도 소정점수만 산정하며 검사에 소요된 약제 및 재료대(산동제,국소마취제,포라로이드필름)는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제2장 검사료 [산정지침] (3)에 의거 산정하되, Jet, Electrode, Paper 등의 재료대는 별도 산정할 수 없음 [고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]

■ 나677 색각검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-677	E6770	색각검사 [색각이상검사표에 의한 것은 제외] Color Vision Test	103.96	8,670	7,790

[기결정고시]

● Anomaloscopy

나677 색각검사의 소정점수를 산정함.

[고시 제2002-13호, 2002.4.1. 시행]

■ 나678 안근기능검사 및 폭주검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-678		안근기능검사 및 폭주검사 Ocular Motor Function Test and Convergence Test			
	E6781	가. 정밀검사 [눈모음검사 포함] Detailed 나. 기타 Others	136.35	11,370	10,210
	E6782	(1) 랑카스터검사 Lancaster Red-Green Test	132.09	11,020	9,890
	E6783	(2) 마독스검사 Maddox Rod Test	130.92	10,920	9,810
	E6784	(3) 프리즘가림검사 Prism Cover Test	162.01	13,510	12,130

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
나678 안근기능 검사 및 폭주 검사의 급여기준	1. 나678 안근기능검사 및 폭주검사는 주 2회 이상 실시하더라도 2회 이내만 인정함. 다만, 사시수술 전·후 각 2주 범위 내에서는 검사 실시 횟수대로 인정함. 2. 상기 1.의 횟수를 초과하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따 라 본인부담률을 90%로 적용함. [고시 제2018-3호, 2018.4.1. 시행]
Hess-Screen Test검사의 준용 항목	Hess-Screen Test는 복시(Diplopia)의 정도를 파악하여 마비근을 진단하기 위한 검 사로서 나678나(1) 랑카스터검사로 산정함. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

[기결정고시]

● 사시각측정(사시의 정량적, 정성적 분석)

나678나(3) 안근기능검사 및 폭주검사-기타-프리즘가림검사의 소정점수를 산정함.

[고시 제2017-118호, 2017.7.1. 시행]

■ 나679 망막중심혈관압측정

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-679		망막중심혈관압측정 Ophthalmodynametry			
	E6791	가. 간단한 것 [오프달모다이나모메트리] Simple	93.25	7,780	6,980
	E6792	나. 복잡한 것 [기아프메타] Complex	195.75	16,330	14,660

■ 나680 양안시기능정밀검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-680		양안시기능정밀검사 Binocular Function Test			
	E6801	가. 일반검사 [워드4점검사 ; 티트무스검사 포함] General	139.41	11,630	10,440
	E6802	나. 특수검사 [약시경검사, 프리즘검사, 복시검사, 약시검사, 강제견인검사, 레드그라스검사 포함] Special	235.74	19,660	17,660

■ 나681 세극등현미경검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-681	E6810	세극등현미경검사 Slit-Lamp Biomicroscopy 주 : 주 2회 이상 실시하더라도 2회 이내만 산정한다.	29.03	2,420	2,170

[공개심의사례]

● 나-681 세극등현미경 검사(Slit-Lamp Bio- microscopy)와 너-791 각막생체염색하 세극등현미경검사 (Slit-Lamp Biomicroscopy) 동시 산정 시 동 수가의 각각 산정 인정여부에 대하여

■ 심의배경

동 건은 안과에서 “동일한 장비(Slit-Lamp)를 이용하여 나-681 세극등현미경검사(Slit-Lamp Biomicroscopy)와 너-791 각막생체염색하 세극등현미경검사(Slit-Lamp Biomicroscopy)를 동시에 실시 시” 동 수가의 각각 인정여부에 대하여 논의함.

■ 심의내용

- 안과에서 “동일한 장비(Slit-Lamp)를 이용하여 나-681 세극등현미경검사와 너-791 각막생체염색하 세극등현미경검사를 동시에 실시 시” 동 수가의 각각 인정여부에 대해 논의한 결과,
- 너-791 각막생체염색하 세극등현미경검사는 검사 실시과정상 나-681 세극등현미경검사를 실시하고 각막에 대한 정밀검사가 추가적으로 필요한 경우 각막을 염색하여 너-791 각막생체염색하 세극등현미경검사를 실시하는 점을 고려할 때, 일련의 과정으로 보아 두 검사를 동시에 실시하는 경우는 주된 수가인 너-791 각막생체염색하 세극등현미경검사만 산정하는 것이 타당함.

[2011.6.20. 진료심사평가위원회]

■ 나682 전방우각검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-682	E6820	전방우각검사 Gonioscopy	122.28	10,200	9,160

■ 나683 눈물분비 및 배출기능검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-683		눈물분비 및 배출기능검사 Examination of Lacrimal Secretion and Drainage			
	E6831	가. 눈물분비기능검사 Examination of Lacrimal Secretion	52.89	4,410	3,960
	E6832	나. 눈물배출기능검사 Examination of Lacrimal Drainage	62.93	5,250	4,710

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
나683가 눈물분비 기능검사 중 눈물 막파괴검사와 너791나 각막생체 염색하 세극등 현미경검사 (홀루오레신) 동시 실시 시 수가 산정방법	건성안의 진단을 위해 눈물막파괴검사(Tear film break- up time, BUT)와 홀루오레 신을 이용한 각막생체염색하 세극등현미경검사를 동시에 실시한 경우에는 주된 검 사인 나683가 눈물분비기능검사만 산정함. [고시 제2017-263호, 2018.1.1. 시행]

[기결정고시]

● 누기기능검사

나683가 눈물분비 및 배출기능검사(눈물분비기능검사)의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

● 비루관배출기능검사

나683나 눈물분비 및 배출기능검사(눈물배출기능검사)의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

■ 나684 각막지각검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-684	E6840	각막지각검사 Corneal Sense Test	24.67	2,060	1,850

■ 나685 안구돌출측정

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-685	E6850	안구돌출측정 Exophthalmometry	63.86	5,330	4,780

■ 나686 안구벽경성측정

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-686	E6860	안구벽경성측정 Scleral Rigidity Test	50.23	4,190	3,760

■ 나687 각막곡률측정 나687-1 전산화각막형태검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-687	E6870	각막곡률측정 Keratometry	43.72	3,650	3,270
나-687-1	EZ791	전산화각막형태검사 [편측] Computerized Corneal Topography	208.08	17,350	15,590

■ 나688 토노그래피[방수유출율측정]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-688	E6880	토노그래피 [방수유출율측정] Tonography	114.12	9,520	8,550

■ 나689 각막내피세포검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-689	E6899	각막내피세포검사 Corneal Endothelial Microscopy	74.31	6,200	5,570

■ 너791 각막생체염색하 세극등현미경검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
너-791		각막생체염색하 세극등현미경검사 Slit-Lamp Biomicroscopy 주 : 주 2회 이상 실시하더라도 2회 이내만 산정한다.			
	EY791	가. 로즈벵갈	37.18	3,100	2,780
	EY792	나. 홀루오레신	37.18	3,100	2,780
	EY799	다. 기타	37.18	3,100	2,780

■ 너793 저시력검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
너-793	EX793	저시력검사	499.04	41,620	37,380

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제 목	세부인정사항
Teller씨 시력카드를 이용한 유·소아 시력측정검사	안과 진료시 시행하는 시력 측정검사는 진단을 위한 기본진료료에 포함되므로 별도 인정하지 아니하나, 다음에 해당하는 환자에게 시표시력검사로 시력측정이 불가능하여 Teller씨 시력카드를 이용하여 시력을 측정하는 경우 너793 저시력검사의 소정 점수를 준용하여 인정함. - 다 음 - 가. 대상 : 3세(36개월) 미만의 유·소아 또는 지적장애자 나. 적응증 : 굴절이상 · 사시성 약시, 부동시, 굴절성 약시, 기질성 안질환 [고시 제2008-110호, 2008.10.1. 시행]

■ 너794 안검하수검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
너-794	EX794	안검하수검사 가. 약물검사 주 : 약제는 별도 산정한다.	252.69	21,070	18,930
	E0791*	나. 얼음검사 Ice Test	169.10	14,100	12,670

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
얼음검사 급여기준	안검하수, 안구운동장애 환자에서 신경근접합부 질환의 진단 및 감별진단을 목적으로 30분 이상 실시한 경우에 인정함. [고시 제2017-91호, 2017.6.1. 시행]

■ 나796 안구광학단층촬영

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-796	EZ796	안구광학단층촬영[편측] Optical Coherence Tomography	345.19	28,790	25,850

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
안구광학단층촬영 검사의 급여기준	안구광학단층촬영 검사는 다음과 같은 질환의 진단 또는 치료효과 판정을 위해 시행하는 경우에 요양급여를 인정하며, 동 기준 이외에 시행한 경우는 비급여토록 함. - 다 음 - 가. 망막분야 : 황반변성, 황반부종, 황반원공, 맥락망막염, 맥락막악성신생물, 망막동맥류, 유전성 망막질환, 망막박리, 망막종양 등

제목	세부인정사항
	나. 시신경분야 : 시신경염, 선천성 시신경질환, 유전성 시신경질환, 유두부종, 시신경위축, 시신경 관련 시력장애(약시 등), 시신경종양 등 다. 녹내장
[고시 제2014-240호, 2015.1.1. 시행]	

■ 나797 시신경유두 및 섬유층 분석

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
나-797	EZ794	시신경유두 및 섬유층 분석[편측] Optic Disc & Optic Nerve Fiber Layer Analysis 주 : 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 별표2에 따른 요양급여 적용	301.75	25,170	22,600

■ 너798 다초점망막기능지형도검사

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
너-798	EX798	다초점망막기능지형도검사 Multifocal Electroretinogram	886.64	73,950	66,410

2

영상진단 및 방사선치료료

➔ 혈방사선 특수영상진단료

■ 다245 일반 전산화단층영상진단

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
다-245		[전산화단층영상진단]			
		일반 전산화단층영상진단 Computed Tomography			
	HA851	주 : 1. 생검 또는 중재적시술시 이용된 CT 유도 비용			
	HA801	은 각 항목의 조영제를 사용하지 않는 경우(흉부 및			
	HA805	복부는 조영제를 사용하지 않는 경우-기타의 경우)			
	HA809	소정점수에 의하여 산정한다. 다만, 중재적 시술시			
	HA813	이용한 CT 유도 비용은 제2회 시술부터 소정점수			
	HA853	의 50%를 산정한다. (◎ 가(1) ⁵¹ , 나(1)(가) ⁰¹ , 나(2)			
	HA834	(가) ⁰⁵ , 나(3)(가) ⁰⁹ , 나(4)(가) ¹³ , 다(1) ⁵³ , 라(1)(나) ³⁴ ,			
	HA835	마(1)(나) ³⁵ , 바(1) ⁵⁶ , 바(1)주 ⁵⁹ , 사(1) ⁵⁷ , 아(1) ⁵⁸)			
	-HA859				
		2. 제한적 CT는 방사선 치료범위의 결정, Femur의			
		Anteversion Angle 측정 등을 실시한 경우 산정한다.			
		나. 안면 및 두개기저 Face or Skull Base			
		(1) 안와 Orbit			
	HA401	(가) 조영제를 사용하지 않는 경우 without	1,016.88	84,810	76,160
		Contrast Material			
	HA402	(나) 조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후	1,442.76	120,330	108,060
		촬영 판독 포함] with Contrast Material			
	HA403	(다) 이중시기 CT, 삼중시기 CT, 삼차원 CT, CT	1,576.15	131,450	118,050
		혈관조영, 관절 관 또는 강내조영촬영, Cine			
		CT, 뇌조 CT Phase 2 Dynamic Study CT,			
		Phase 3 Dynamic Study CT, 3-Dimension			
		CT, CT Angiography, CT Arthrography,			
		Cine CT, CT Cisternography			

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
	HA404	(라) 제한적 CT Limited CT	774.56	64,600	58,010

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제 목	세부인정사항
다245일반 전산화단층 영상진단(CT)의 급여기준	다245 일반전산화단층영상진단(Computed tomography, CT)은 다음과 같이 요양 급여함. - 다 음 - 가. 일반기준 1) 악성종양과 감별을 요하는 종괴성질환(양성종양, 육아종, 비전형적인 낭종, 농양 등)의 진단, 감별진단 2) 악성종양의 병기 결정 및 추적검사 3) 급성외상(뇌, 흉부, 복부, 골반강, 척추 등) 4) 수술 또는 치료 후 호전되지 않거나 심부 합병증이 의심될 때 5) 선천성질환 중 해부학적 구조 확인이 필요한 경우(뇌, 안구, 안면, 측두골, 척추 및 체부의 심부) 6) 대동맥질환, 동맥류 7) 손상통제수술 후 단계적 수술을 위해 해부학적으로 재평가가 필요한 경우 나. 두부(Brain) 1) 뇌혈관질환(뇌졸중, 뇌동정맥기형, 뇌동맥류, 뇌출혈, 뇌허혈증, 뇌경색) 2) 뇌막염, 뇌염, 뇌농양 등 염증성 질환(진균 및 기생충질환 포함) 3) 대사성질환, 퇴행성질환 및 희백질 질환, 저산소증으로 인한 뇌증의 진단 4) 뇌전증 5) 수두증의 진단, 감별진단 6) 합당한 증상 또는 신경학적 소견이 있어 뇌신경질환이 의심되는 경우 다. 안면 및 두개기저(Face or Skull Base) 1) 종괴형성, 안와염증, 안구돌출(갑상선 기능항진증 등) 2) 타액선 결석

제목	세부인정사항
	3) 임상소견 상 수술을 요할 정도의 부비동염 4) 터키안내 양성종양, 낭종(선천성, 후천성) 또는 염증성 질환, 뇌하수체호르몬 이상 시, Empty Sella 5) 중이염에서 진주종, 뇌막염 등의 합병증이 의심될 때 6) 내이(Inner ear)의 정밀 해부학적 구조 파악이 필수적일 때(혈관성 또는 원인불명의 이명, 원인불명의 청각장애 등) 라. 경부(Neck) 1) 원인불명의 심부 림프선 종대 2) 기도폐쇄의 원인진단 및 범위 결정 마. 흉부(Chest) 1) 미만성 간질 폐질환, 원인불명의 기흉, (폐기)종, 세기관지 질환, 기관계 이형성증 2) 종격동 질환의 감별진단 3) 단순 X선 사진으로는 감별이 어려운 폐결절의 감별진단 4) 단순 X선 사진으로는 진단이 어려운 기관지확장증의 확진 또는 수술 전 해부학적 범위 결정 5) 원인불명의 각혈, 무기폐, 늑막삼출액 6) 종양과 감별이 어려운 소방형성 늑막삼출, 폐경화 등 7) 기관지 이물 8) 단순X선 사진상 폐문종대가 있어 감별진단을 필요로 할 때 9) 단순흉부 X선 및 객담검사상 폐결핵의 활동성 여부를 결정하기 어려울 때 10) 심장 전산화단층영상진단(Cardiac CT)은 64채널(channel)이상의 CT로 촬영한 경우에 요양급여로 인정하며, 세부인정기준은 아래와 같음. 다만, 자)~카)는 64채널(Channel)미만의 CT로 촬영한 경우에도 인정함. - 아 래 - 가) 급성 흉통으로 응급실에 내원한 환자를 대상으로 급성 관동맥 증후군을 감별하기 위하여 촬영한 경우로서 다음 요건을 모두 충족하는 경우 (1) 관상동맥질환의 위험이 저위험도이거나 중등도 위험도이면서 이전에 관상동맥 질환을 진단받은 적이 없는 환자 (2) 심전도 검사결과 허혈성 소견이 없는 환자

제목	세부인정사항
	(3) 심근표지자 검사가 진단적이지 않은 환자 나) 관상동맥질환의 발병 위험이 저위험도이거나 중등도 위험도이면서 이전에 관상동맥질환을 진단받은 적이 없고 안정형 흉통이 있는 환자를 대상으로 촬영한 경우로서 다음 요건 중 하나 이상을 충족하는 경우 (1) 선행부하검사 결과 관상동맥질환의 판정이 곤란한 경우 (2) 기저심전도검사 결과 이상이 있어 운동부하검사 판독이 곤란한 경우 (3) 환자의 상태가 운동부하검사를 실시할 수 없는 객관적인 소견이 있는 경우 다) 관상동맥 우회로 수술 후 흉통이 있는 환자를 대상으로 이식 혈관의 개통성을 평가하기 위하여 촬영하는 경우 라) 좌주간지 관상동맥 중재시술(직경 3mm 이상 스텐트 삽입)을 받은 환자를 대상으로 혈관의 개통성을 평가하기 위하여 촬영하는 경우 마) 임상적으로 유의한 선천성 관상동맥 기형 평가 바) 심실재동기화치료(cardiac resynchronization therapy, CRT)전 관상정맥의 해부학적 평가를 위하여 촬영하는 경우 사) 관상동맥질환의 발병 위험이 중등도 위험도인 환자를 대상으로 다음 수술을 시행하기 전에 관상동맥질환 여부를 진단하기 위하여 촬영하는 경우 (1) 비관상동맥 심장질환수술 또는 대동맥 수술 (2) 죽상경화성 말초동맥폐쇄성질환의 우회로 (Bypass graft) 수술 아) 관상동맥질환을 진단받은 적이 없고, 새롭게 심부전(좌심실 구혈률 35%이하)을 진단받은 환자를 대상으로 심부전의 원인을 감별하기 위하여 촬영하는 경우 자) 교착성 심낭염 차) 심낭재수술시 흉벽과 심낭 사이의 유착 확인 카) 복잡 선천성 심장기형의 구조 평가 * 관상동맥질환의 위험도 분류는 교과서(Brauwald's heart disease 등), 임상진료지침 참고 바. 복부 [골반포함](Abdomen) 1) 만성간염, 간경화증으로 조기 암이 의심될 때 2) 간내 문맥정맥간 단락술(TIPS) 시행 시 3) 합병증이 의심되는 담관 또는 췌관의 확장 4) 원인불명의 담도 또는 췌관의 확장

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

[고시 제2018-254호, 2019.1.1. 시행]

제목	세부인정사항
전산화단층영상 진단, 자기공명 영상진단에 대한 외부병원필름 판독료 산정방법	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 수가 의'주'에 의거 산정함. [고시 제2018-198호, 2018.10.1. 시행]
CT 촬영을 실시한 환자를 다른 요양기관에 이송시 기준	국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 제6조에 의거 요양기관은 CT 촬영을 실시한 환자를 다른 요양기관으로 이송 또는 회송한 경우에는 CT 필름 및 판독소견서를 교부하여야 하고, 진료를 담당하는 요양기관에서는 환자의 주증상, 치료경력 등의 진찰이나 환자 가족으로부터의 진술을 통하여 타 요양기관에서의 촬영여부를 확인하여 불필요한 진료행위 발생을 방지하여야 함. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

[행정해석]

● 외부병원 필름 판독료(제3장 제2절 주.6항) 신설 관련 질의 회신

질의 6) 전산화단층영상에 대한 외부필름의 경우 본인부담율 산정방법

회신 6) 전산화단층영상에 대한 외부필름판독을 시행하는 경우 본인일부부담금 산정은 『본인일부부담금 산정특례에 관한 기준』에 따라 입원진료의 경우에도 외래 본인일부부담율을 적용함

질의 7) 외부병원 필름 판독료 산정시 종별가산을 적용여부

회신 7) 외부병원 필름(full PACS 기관의 CD포함) 판독료는 판독행위에 대한 보상차원이므로 종별가산율이 적용됨.

질의 8) 전산화단층영상진단에 대한 외부병원 필름 판독료를 산정하는 경우 현행 다-245 주.1에 의한 조영제전·후가산 및 주.2에 의한 특수CT가산 적용여부

회신 8) 전산화단층영상진단의 외부병원 필름판독료는 가산율을 적용하지 않은 각 해당 분류항목의 소정점수를 기준으로 산정함.

질의 9) 타 요양기관으로부터 필름만 판독의뢰된 경우 외부병원 필름 판독료 인정여부

회신 9) 외부병원 필름판독료는 이중촬영을 방지하고 적정 진료를 유도하기 위한 취지에서 신설된 것으로 환자의 이송없이 단지 필름에 대한 판독만 의뢰되는 경우에는 외부병원 필름판독료를 산정할 수 없음.

[급여65720-68호, 2002.1.14. 시행]

● MRI가 유용한 상병인 경우에 CT를 동시 촬영시 CT 인정여부

MRI가 유용한 경우에는 MRI부터 실시할 수 있으며, CT 동시 촬영은 촬영의 필요성이 확인되는 경우에 인정함.

[보험급여과-3905호, 2005.9.12. 시행]

[공개심의사례]

● 눈물길 협착 상병에 누낭비강문합술 수술 전 시행한 안와 CT의 타당성에 대하여

■ 청구내역(여/15세)

- 상병명: 눈물길의 협착 및 기능부전, 눈꺼풀의 기타 선천 기형
- 주요 청구내역

다245나(1)(다) 일반 전산화단층영상진단 (CT)	
안면, 두개기저-안와-이중, 삼중, 삼차원 CT, CT 혈관	1x1
누낭비강문합술	2x1

■ 진료내역

- Progress Note

2010.6.7. 주호소: 눈물 흘림증 (epiphora)(우안, 1년 전)
 현병력: 특이 병력 없는 환자로 1년 전부터 우안 눈물 흘림증 있어 안과 내원하여 눈물길 폐쇄(nasolacrimal duct(NLD) obstruction)로 진단 후 전원됨.
 진단: 침모난생증(trichiasis), R/O functional NLD obstruction(OU)
 통증(-/-) 가려움증(-/-), 눈물흘림증(+/-), 시야흐림(-/-), 충혈(-/-)

2010.6.16. [누낭스캔-Dacro cystography scan]

☞ 의사소견서: 수술 전 수술부위 및 주변부위 상태 확인하기 위해 촬영함.

결과: 좌측 공막에 투여된 방사성 추적자는 투여 후 2.5분에 비루관 중간부에 도달하고 이후 점차 하강하여 15분경 비루관 하부에 도달하나 30분까지 비강에 도달하지 못함.

우측 공막에 투여된 방사성 추적자는 투여 후 10분에 비루관 중간부에 도달하고 이후 점차 하강하나 30분까지 비강에 도달하지 못함.

IMP> Severe lacrimal passage disturbance, both.

결과: 좌측 공막에 투여된 방사성 추적자는 투여 후 2.5분에 비루관 중간부에 도달하고 이후 점차 하강하여 15분경 비루관 하부에 도달하나 30분까지 비강에 도달하지 못함.

우측 공막에 투여된 방사성 추적자는 투여 후 10분에 비루관 중간부에 도달하고 이후 점차 하강하나 30분까지 비강에 도달하지 못함.

IMP> Severe lacrimal passage disturbance, both.

결과: 좌측 공막에 투여된 방사성 추적자는 투여 후 2.5분에 비루관 중간부에 도달하고 이후 점차 하강하여 15분경 비루관 하부에 도달하나 30분까지 비강에 도달하지 못함.

우측 공막에 투여된 방사성 추적자는 투여 후 10분에 비루관 중간부에 도달하고 이후 점차 하강하나 30분까지 비강에 도달하지 못함.

IMP> Severe lacrimal passage disturbance, both.

2010.6.17. 첩모난생증(BLL, BUL)

기능적 눈물길 폐쇄(양안)

치료계획: 수술

2010.7.19. [안와(Orbit) CT, 3D]

IMP> 양측 눈물길 폐쇄

2010.7.20. 수술: 내시경적 누낭비강문합술(양측)

■ 심의내용

- 일반전산화단층영상진단(CT)은 보건복지부 고시에 의거 요양급여범위를 정하고 있으며, 안와(orbit) CT의 경우 '종괴, 안와 염증, 안구 돌출' 등에 요양급여하며, 요양급여기준에 명시되지 않은 경우라 하더라도 진단 및 치료방향 설정을 위한 CT 촬영의 필요성에 관련된 자료와 소견서를 첨부하여 그 필요성이 인정된 경우에도 요양급여 할 수 있음.

- 동건(여/15세)은눈물길폐쇄(nasolacrimalductobstruction)상병에누낭비강문합술(dacryocystorhinostomy, DCR)을 시행하기 전 orbit CT를 시행한 사례로,

진료기록 검토결과, 1년 전부터 발생한 눈물흘림증으로 내원하여 '침모난생증, R/O 기능적 눈물길 폐쇄' 추정 후 시행한 누낭스캔(dacryocystography)(2010.6.16.)에서 'severe lacrimal passage disturbance, both'로 확인됨.

이후 7.19. 안와(orbit) CT(3D)를 시행한 결과 양측 눈물길 폐쇄로 확인되었으며 7.20. 누낭비강문합술을 시행함.

한편 의사소견서 상 수술 전 수술부위 및 주변부위 상태를 확인하기 위해 orbit CT를 촬영하였다고 하나, dacryocystography에서 'severe lacrimal passage disturbance'로 확인되어 누낭비강문합술을 계획한 경우로, 종양 등이 의심되지 않은 상태에서 눈물흘림증 증상만으로는 CT 촬영의 필요성이 확인되지 않으므로 누낭비강문합술 전 수술부위 및 주변조직 확인을 위해 시행한 orbit CT는 인정하지 아니함.

[2011.6.20. 진료심사평가위원회]

■ 다246 자기공명영상진단

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
다-246		[자기공명영상진단]			
		자기공명영상진단 Magnetic Resonance Imaging 가. 기본검사			
	HE303- HE334	주 : 생검 또는 중재적시술시 이용된 MRI 유도비용은 각 항목의 일반촬영 소정점수에 의하여 산정한다. 다만, 중재적시술시 이용한 MRI 유도비용은 제2회 시술부터 소정점수의 50%를 산정한다. (☉가2(가)1) ⁰³ , 가2(나)1) ⁰⁴ , 가2(다)1) ⁰⁵ , 가2(라)1) ⁰⁶ , 가2(마)1) ⁰⁷ , 가2(바)1) ⁰⁸ , 가3(가)1) ⁰⁹ .			

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
		가(3)(나)1) ¹⁰⁾ , 가(3)(다)1) ¹¹⁾ , 가(3)(라)1) ¹²⁾ , 가(3)주1(다)1) ¹³⁾ , 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			
		(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
		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 1,388.86점을 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 4,061.26점을 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

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

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

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

제목	세부인정사항
	다. 기타 1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)」〔별표4〕 희귀질환자 산정특례 대상의 구분 2~5, [별표4의2] 중증난치질환자 산정특례 대상의 구분 5, [별표5] 시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵 질환의 적용 범위 중 진단 받은 질환의 특성상 특정부위의 MRI 촬영이 임상적으로 의학적 필요성이 있는 경우 별도 인정함. 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. 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. [고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]

[행정해석]

● 동일부위 및 인접부위에 대하여 여러 종류의 촬영을 동시 시행시 조영제 주입전·후 촬영판독가산의 산정방법

조영제 주입전·후 촬영 판독가산은 주된 촬영에 대한 1회 가산만 산정

[보험급여과-5502호, 2004.12.31. 시행]

● MRI 세부산정기준 관련 질의 응답

연번1

MRI가 유용한 상병인 경우에 CT를 동시 촬영시 CT 인정여부

- 회신

MRI가 유용한 경우에는 MRI부터 실시할 수 있으며, CT 동시 촬영은 촬영의 필요성이 확인되는 경우에 인정함.

연번2

CT등 타진단방법 이후에 2차적으로 촬영과 관련하여 타 진단방법이란 어떤 것인지

- 회신

CT, 초음파검사, Mammography, SPECT, PET, Diagnostic Endoscopy 등 각 질환의 특이도가 높은 검사를 의미함.

[보험급여과-3905호, 2005.9.12. 시행]

● 자기공명영상진단(MRI)중 3차원자기공명영상에 대한 산정방법 등 통보

개정고시된 건강보험요양급여행위및그상대가치점수 제1편 제2부 제3장 제2절 방사선특수영상진단료의 ‘다-246 자기공명영상진단’ 중 ‘3차원자기공명영상진단’의 산정방법에 대하여 다음과 같이 알려드리니, 귀 산하기관(회원)에 통보하는 등 건강보험요양급여 업무가 원활히 이루어질 수 있도록 조치하여 주시기 바랍니다.

- 다 음 -

가. 3차원자기공명영상은 MR console이 아닌 별도의 work station에서 진단방사선과전문의가 영상을 재구성하고 이를 판독지에 기록한 경우에 산정하는 것으로

나. 수술이 필요한 경우 등에 해당 부위의 정확한 3차원적인 해부학적 구조를 확인하기 위하여 실시한 경우에 산정함.

다. 다만, 동일부위 또는 인접부위의 여러 종류 촬영에 대하여 3차원자기공명영상구성을 실시한 경우에도 3차원자기공명영상 가산은 주된 촬영에 대하여 1회만 산정토록 함.

[보험급여과-570호, 2005.2.4. 시행]

● MRI 세부산정기준 관련한 질의 검토 내용

【 산정방법 관련 】

1. 질의

동일에 진단목적으로 MRI를 촬영하고 제한적 MRI를 추가로 촬영한 경우 수가 산정방법

- 회신

진단목적으로 시행한 MRI 1회(소정점수 100%) 산정하고, 치료목적으로 다시 제한적 MRI를 촬영한 경우는 소정점수의 50%를 추가로 산정함

2. 질의

기본검사에서 타 부위와 전신촬영을 동시 시행시 각각 산정가능 여부

- 회신

사례발생시 재검토가 필요함

3. 질의

동일부위에 일자를 달리하여 중재적 시술시 유도비용 산정방법

- 회신

MRI를 이용하는 중재적 시술은 거의 없으나, 2회부터는 소정점수의 50%를 산정함

4. 질의

날짜를 달리하여 동일부위 촬영시 산정방법

- 회신

환자의 상태 변화가 있는 경우로 추가 촬영이 필요하다고 인정되는 합당한 소견이 있는 경우는 급여대상임 (별도산정)

7. 질의

CT촬영시 임의 비급여는 허용하지 않는다고 규정하고 있는 바, MRI촬영은 임의 비급여가 가능한지 여부

- 회신

MRI 세부산정기준' 내용 중 일반원칙에서 "질환별 급여대상 및 산정기준에 해당하지 않는 경우는 요양급여 하지 않는다(비급여)"라고 명시하고 있음

11. 질의

MRI 촬영을 film 없이 Full PACS로 촬영한 경우 수가산정방법

- 회신

방사선특수영상진단료의 '주.' 사항에 의거 CT와 동일하게 산정함

12. 질의

MRI촬영을 타 요양기관으로 의뢰시 청구방법

- 회신

타 요양기관에 CT 의뢰시 청구방법과 동일하게 적용함

13. 질의

MRI촬영시 사용한 Film code에 대하여

- 회신

MRI 촬영시 실제 사용한 film으로 청구함

【 산정횟수 관련 】

1. 질의

진료담당의사의 소견서만 첨부하면 모두 급여대상인지 여부

- 회신

단순히 소견서를 첨부한다는 의미가 아닌 환자상태 변화로 인한 증상이나 타 검사소견 등 의학적 타당성이 확인(진료기록 등)된 경우 급여대상임

2. 질의

수술, 방사선치료가 이미 종결되어 정기적인 추적검사로MRI 시행하는 경우, 급여 여부 및 급여가 된다면 몇 회까지 인정하는지 여부

- 그동안 수술이나 방사선 치료 후 비급여로 MRI 촬영을 하던 환자도 1번은 급여가 가능하다는 의미인지

- 회신

정기적인 추적관찰 목적으로 MRI를 시행한 경우는 비급여 대상임

- 다만, 환자상태 변화 등으로 인한 증상이나 타 검사소견 등 의학적 타당성이 확인(진료기록 등)되는 경우에는 급여대상임

4. 질의

암환자에서 방사선치료 및 항암치료 후 몇 년까지 급여대상이 되는지

- 회신

(2)와 동일함

【 질환별 급여대상 관련 】

1. 질의

암환자의 정확한 병기(stage)를 판단하기 위해 MRI 시행시 급여 여부

- 회신

질환별 급여대상인 암의 병기 판단을 위해서 시행한 MRI는 급여대상으로 인정하되, 사례별로 판단함(예: 위암의 경우는 MRI보다 CT를 우선 시행함이 타당)

2. 질의

암 의증(R/O) 상병 기재 시 인정여부

- 회신

'질환별 급여대상'에 해당되는 질환이 의심되는 증상이나 타 검사소견 등 의학적 타당성이 확인(진료기록 등) 되는 경우에는 급여대상임

27. 질의

질환별 급여대상이 의증(R/O)일 때도 급여인지 여부

- 회신

질환별 급여대상에 해당되는 질환이 의심되는 증상이나 타 검사소견 등 의학적 타당성이 확인(진료기록 등) 되는 경우에는 급여대상임

28. 질의

의사소견서상 MRI촬영이 필요하다 하였으나, 촬영을 의뢰받은 요양기관(방사선과의원 등)에서 비급여라고 하는 경우 (진단목적으로 사료됨)

- 회신

진료담당의사가 'MRI 세부산정기준(질환별 급여대상등)'에 해당된다고 판단하여 MRI촬영을 지시하였다면 급여대상임

[보험급여과-1036호, 2005.3.14. 시행]

➡ 핵의학영상진단료

■ 다339 F-18 FDG 양전자단층촬영

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
다-339		양전자방출단층촬영 PET(Positron Emission Tomography) 주:1. 각 항목별 세부내용은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따라 산정한다. 2. 각 항목별 방사성 동위원소 종류는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따라 항목별 세부코드를 산정코드 두 번째 자리에 표기한다. 3. 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 다-339에 명기된 분류항목별 (2) F-18 플루오리드, (3) F-18 FP-CIT, (4) C-11 메치오닌은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 별표2에 따른 요양급여 적용 4. 당해 요양기관에 상근하는 핵의학과 전문의 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 골밀도검사로 “주3” 및 “주5”에 대하여는 그러하지 아니한다.			
	HK040	라. 전신	5,831.10	486,310	436,750
	HK050	마. 부분	2,768.48	230,890	207,360
	HK060	바. 토르소 또는 전신촬영 후 재주사 없이 특정부위를 추가 촬영	1,959.80	163,450	146,790

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
F-18 FDG 양전자방출 단층촬영 (F-18 FDG-PET)	F-18 FDG 양전자방출단층촬영(F-18 FDG-PET)은 다음과 같이 요양급여함 - 다 음 - 1. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)」 [별표3] 중증질환자 산정특례 대상의 구분 1~3, [별표 4] 희귀질환자 산정특례 대상, [별표 4의2] 중증난치질환자 산정특례 대상, [별표5] 시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵 질환의 적용 범위로 분류된 질환범주(암, 뇌혈관, 심장, 희귀, 중증난치, 결핵 질환)의 경우에는 아래의 범위 내에서 요양급여를 인정함. 다만, 상기 분류된 질환의 범주이지만 아래의 적용대상(가, 나)으로 언급되지 아니한 질환의 경우에는 진료내역 등을 고려하여 임상적으로 의학적 필요성이 인정되는 경우 사례별로 인정할 수 있음 - 아 래 - 가. 고형종양, 악성림프종, 형질세포종 1) 일반원칙 : 각 단계별 다음에 해당되는 경우에 요양급여를 인정함. 다만, 갑상선암, 간세포암의 경우에는 1.가.2). 세부원칙에 의거 요양급여를 인정함 가) 진단과정(병기설정)시 - 조직학적 검사에서 암으로 진단되거나 타 영상검사에서 암일 가능성이 높아 병기설정시 필요하여 시행한 경우 나) 치료 중 효과판정 - 계획된 치료 과정 중 반응을 평가하여 치료방침 변경 여부 결정을 위해 필요하여 시행한 경우 다) 병기 재설정 (1) 치료 후 완치여부 판정 - 치료완료 후 잔여병소 확인을 위해 필요하여 시행한 경우 (2) 재발판정 - 재발이 의심되는 증상, 증후, 검사결과 등이 있거나 재발의 범위를 결정하기 위해 촬영한 경우 인정함(재발의 임상적 소견없이 촬영한 경우는 이에 해당되지 아니함) 2) 세부 원칙 가) 갑상선암

제목	세부인정사항
	(1) 병기설정 - 갑상선암으로 진단된 환자 중 예후가 나쁜 세포형(poorly differentiated, Hurthle cell, anaplastic, 유두암의 Diffuse sclerosing variant, Columnar cell variant, Tall cell variant, Solid variant 및 여포암의 Widely invasive type 등)이거나 측경부림프절 전이 또는 타 부위로 전이(원격전이)가 의심되는 경우에 타 영상검사로 결과가 확실하지 아니하여 촬영한 경우 인정함 (2) 재발판정 - 혈중 thyroglobulin이 높으면서(>2ng/mL), 재발이 의심되는 경우 추가로 할 수 있음 나) 간세포암 (1) 병기설정 - 간이식술 또는 간절제술 예정인 환자 중 간 이외에 타 부위 전이를 확인하기 위해 시행한 경우 (2) 재발판정 - 간 외 재발이 의심되는 증상, 증후 등이 확인되어 시행한 경우 3) 방사성치료 계획 시 - 방사성치료 대상 환자에서 방사성치료 계획 수립을 위해 필요하여 시행한 경우 나. 허혈성 심질환에서 심근의 생존능 평가 : 치료 전, 치료 후 각각 1회로 인정함 2. 부분적 뇌전증 (partial epilepsy) : 수술 전, 수술 후 각각 1회로 인정함 3. 상기 1, 2 이외의 질환인 경우에는 임상적으로 의학적 필요성이 있는 경우에 한하여 실시하되, 양전자방출단층촬영비용(F-18 FDG PET)은 전액 본인이 부담함 4. 기타 보건복지부 장관이 정하여 고시한 질병군 진료시 시행한 양전자방출단층촬영(F-18 FDG-PET)은 급여대상 및 급여 인정기준에 해당되는 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2편 제2부 각 장에 분류된 질병군 상대가치 점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. 다만, 상기 1, 2 이외의 질환인 경우에는 임상적으로 의학적 필요성이 있는 경우에 한하여 실시하되, 양전자방출단층촬영비용(F-18 FDG-PET)은 전액 본인이 부담함

[고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]

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	8.14	680	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]

4 처치 및 수술료

➔ 일반사항

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
백내장 수술 전에 실시한 누낭세척술 인정여부	백내장 또는 녹내장수술전에 합병증 예방목적으로 실시하는 누낭세척은 기본진료료에 포함하여 별도 인정하지 아니함. [고시 제2007-92호, 2007.11.1. 시행]

[기결정고시]

- 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]

- 안검 및 결막발사술, 발사

해당 처치 및 수술료의 소정점수에 포함됨.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

➡ 감각기-시기(視器)

■ 자488 안구내용제거술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-488	S4880	안구내용제거술 Evisceration	4,388.81	366,030	328,720

■ 자489 안구내이물제거술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-489		안구내이물제거술 Removal of Intraocular Foreign Body			
	S4891	가. 자석이용 with Magnet	6,015.00	501,650	450,520
	S4892	나. 기타의 것 Others	4,480.36	373,660	335,580

[기결정고시]

● 안구내 이물탐지검사

자489 안구내이물제거술 소정점수에 포함됨.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

■ 자489-1 안와내 이물제거술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-489-1	S4895	안와내 이물제거술 Removal of Intraorbital Foreign Body	3,899.49	325,220	292,070

■ 자490 안구적출술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-490	S4900	안구적출술 Enucleation	5,356.42	446,730	401,200

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
안구적출 및 각막이식 시 관련 소요비용 수가산정방법	안구의 적출 및 각막이식 시 관련 검사 등 의료행위 및 소요비용의 수가산정방법은 장기이식법 제42조 및 장기이식법 시행규칙 제29조에 따라 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 분류되어 있는 해당 항목별 수가를 산정하고, 동 고시에서 규정하고 있지 아니한 행위 등은 의료법 제45조제1항에 따라 의료기관 개설자가 고지한 '비급여 진료비용'에 따라 산정하며, 비용 부담은 이식을 받는 수혜자가 부담함.

[고시 제2017-118호, 2017.7.1. 시행]

■ 자491 안구충전물 삽입술 [2차적]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-491	S4911	안구충전물 삽입술 [2차적] Implantation of Ocular Implant	7,999.76	667,180	599,180

[기결정고시]

● 하이드록시 아파타이트 삽입술[2차적]

자491 안구충전물 삽입술[2차적]의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

■ 자492 각막궤양수술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-492		각막궤양수술 Surgery of Corneal Ulcer			
	S4921	가. 소작 Diathermy	349.19	29,120	26,150
	S4922	나. 절개 Incision	325.07	27,110	24,350
	S4923	다. 결막판파복 Conjunctival Flap	2,187.71	182,460	163,860
	S4924	라. 냉동술 Cryotherapy	411.86	34,350	30,850

■ 자493 결막이물제거술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-493	S4930	결막이물제거술 Removal of Conjunctival Foreign Body	147.55	12,310	11,050

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
유행성 각결막염 상병으로 Pseudomembrane & Filament remove 시 급여기준	1. 유행성 각결막염 상병에 Pseudomembrane 또는 Filament를 제거하는 경우 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 결막에 생기는 Pseudomembrane을 제거하는 경우: 자493 결막이물제거술 소정점수로 1회 인정 나. 각막에 생기는 Filament를 제거하는 경우: 자497가 각막이물제거술 소정점수로 주 2회 인정 2. 상기 1.의 인정횟수를 초과하여 시행한 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함. [고시 제2018-3호, 2018.4.1. 시행]

■ 자494 결막봉합술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-494	S4941	결막봉합술 Conjunctival Suture	339.06	28,280	25,400

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
결막, 공막, 각막 봉합술 동시 시행시 수가 산정방법	결막, 공막, 각막에 대한 봉합술을 동시 실시시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. [고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]

■ 자495 결막종양절제술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-495	S4950	결막종양절제술 Excision of Conjunctival Mass	2,277.74	189,960	170,600

■ 자496 결막결석제거술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-496	S4960	결막결석제거술 Curettage of Conjunctival Concretion	235.94	19,680	17,670

■ 자497 각막이물제거술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-497		각막이물제거술 Removal of Corneal Foreign Body			
	S4971	가. 단순 [Filament 제거 포함] Simple	214.98	17,930	16,100
	S4972	나. 복잡 [심층, 녹제거를 하는 경우] Complex	462.68	38,590	34,650

[공개심의사례]**● 진료내역 및 환자상태 참조, 자497나 각막이물제거술(복잡) 인정여부****■ 청구내역**

○ A사례(남/48세), B사례(남/51세), C사례(남/35세), E사례(남/40세), F사례(남/49세), G사례(남/34세)

- 청구 상병명: 각막의 이물

- 주요 청구내역

자497나 각막이물제거술-복잡[심층,녹제거를 하는 경우]

1*1*2

○ D사례(남/37세)

- 청구 상병명: 각막의 이물

- 주요 청구내역

자497나 각막이물제거술-복잡[심층,녹제거를 하는 경우]

1*1*3

■ 진료내역

○ A사례(남/48세)

- '17.1.5.

cc) 안통, 이물감(내원 1-2일전 직장에서 작업중 우안에 이물 들어감)

시력: (우) 0.8, (좌) 1.0

cornea - embedded large rusty metal F.B(철파편, size: 1.5*1.5mm) in deep stroma(near 3 oclock limbus) with infiltration, stromal & epithelial defect(OD)

- '17.1.20.

cc) 이물감, 따가움(내원 하루전 직장에서 작업중 우안에 또 이물 들어감)

시력: (우) 0.9, (좌) 1.0

cornea - embedded rusty metal F.B(철파편, size: 0.5*0.5mm) in deep stroma(near center) with multiple erosion(OD)

○ B사례(남/51세)

- '17.1.5.

cc) 안통, 이물감, 따가움(내원 1-2일전 직장에서 작업중 우안에 이물 들어감)

시력: (우) 0.9, (좌) 0.8

cornea - embedded large rusty metal F.B(철파편, size: 1.5*1.5mm) in deep stroma(near center) with infiltration, stromal & epithelial defect(OS)

- '17.1.20.

cc) 안통, 이물감, 눈비빔(내원 하루전 직장에서 작업중 좌안에 또 이물 들어감)

시력: (우) 0.9, (좌) 0.8

cornea - embedded large rusty metal F.B(철파편, size: 0.5*0.5mm) in deep stroma(near 10 oclock limbus) with fine infiltrates & multiple erosion(OS)

○ C사례(남/35세)

- '17.1.10.

cc 이물감,눈비빔(금일 직장에서 작업중 좌안에 이물 들어감)

시력: (우) 1.0, (좌) 0.9

cornea - embedded large rusty metal F.B(철파편, size: 0.5*0.5mm) in deep stroma(at 11 oclock limbus) with scattered multiple erosion(OS)

- '17.1.16.

cc 이물감(금일 직장에서 작업중 양안에 이물 들어감)

시력: (우) 0.8, (좌) 0.7

cornea - embedded large rusty metal F.B(철파편, size: 0.5*0.5mm) in deep stroma(우 : near 9 oclock limbus,) 좌: near 4 oclock limbus) with a few erosion(OU)

○ D사례(남/37세)

- '17.1.9.

cc 안통,이물감(내원 1~2일전 직장에서 작업중 좌안에 이물 들어감, 본인이 이물 빨려고 시도함)

시력: (우) 0.2, (좌) 0.3

cornea - embedded rusty metal F.B(철파편, size: 0.5*0.5mm) in deep stroma(near 3 oclock limbus) with a few erosion(OS)

- '17.1.10.

cc 이물감(금일 직장에서 작업중 양안에 또 이물 들어감)

시력: (우) 0.3, (좌) 0.3

cornea - embedded rusty metal F.B(철파편, size: 0.5*0.5mm) in deep stroma(우:near 2 oclock limbus,) 좌:near 7 oclock limbus)with a few erosion(OU)

- '17.1.16.

cc 안통,이물감(금일 직장에서 작업중 좌안에 이물 들어감)

시력: (우) 0.3, (좌) 0.3

cornea - embedded rusty metal F.B(철파편, size : 0.5*0.5mm) in deep stroma(at 9 oclock limbus) (OS)

○ E사례(남/40세)

- '17.1.11.

cc 안통,이물감(내원 1~2일전 직장에서 작업중 좌안에 이물 들어감)

시력: (우) 1.0, (좌) 0.9

cornea - embedded large rusty metal F.B(철파편, size: 1.5*1.5mm) in deep stroma(near 4 oclock limbus) with infiltration, stromal & epithelial defect(OS)

- '17.1.19.

cc) 안통, 이물감(내원 1~2일전 직장에서 작업중 양안에 또 이물 들어감)

시력: (우) 0.8, (좌) 0.8

cornea - embedded rusty metal F.B(철파편, size: 0.5*0.5mm) in deep stroma(우:near 11 oclock limbus, 좌:near center)with infiltration(OU)

○ F사례(남/49세)

- '17.1.13.

cc) 안통,이물감(금일 직장에서 작업중 우안에 이물 들어감, 직장 동료가 이물 빨려고 시도함)

시력: (우) 0.8, (좌) 1.0

cornea - embedded large rusty metal F.B(철파편, size: 1.0*1.0mm) in deep stroma(near center) with infiltration, stromal & epithelial defect(OD)

- '17.1.19.

cc) 이물감, 눈비빔(금일 직장에서 작업중 우안에 또 이물 들어감)

시력: (우) 1.0, (좌) 1.0

cornea - embedded rusty metal F.B(철파편, size: 0.5*0.5mm) in stroma(near 6 oclock limbus) with scattered multiple erosion(OD), much resolved previous infiltration(OD)

○ G사례(남/34세)

- '17.1.4.

cc) 안통,이물감(내원 1~2일전 직장에서 작업중 좌안에 이물 들어감)

시력: (우) 1.0, (좌) 0.9

cornea - embedded large rusty metal F.B(철파편, size: 1.5*1.5mm) in deep stroma(near 9 oclock limbus)with infiltration(OS)

- '17.1.13.

cc) 안통, 이물감(내원 하루전 직장에서 작업중 우안에 이물 들어감)

시력: (우) 0.9, (좌) 1.0

cornea - embedded rusty metal F.B(철파편, size : 0.5*0.5mm) in stroma(at 5 oclock limbus) with infiltration(OD)

■ 심의내용

- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하면, 요양급여는 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적인 방법으로 실시하여야 하며 경제적으로 비용효과적인 방법으로 행하여야 한다고 규정하고 있음.
- 동 건(A~G사례)은 각막의 이물 상병에 자497나 각막이물제거술-복잡을 청구한 사례로, 진료기록부 등 참조시 각막이물에 대한 크기, 위치가 상세히 기록되어 있고, 각막간질까지 깊이 박혀있는 이물을 제거한 것이 확인되므로 자497나 각막이물제거술-복잡[심층,녹제거를 하는 경우]은 인정함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법

[2017.5.31. 진료심사평가위원회]

■ 자499 공막이물제거술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-499	S4990	공막이물제거술 Removal of Scleral Foreign Body	607.55	50,670	45,510

■ 자500 공막봉합술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-500	S5000	공막봉합술 Scleral Suture	2,087.39	174,090	156,350

■ 자501 공막이식술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-501		공막이식술 Scleral Transplantation			
	S5011	가. 공막편이식	3,146.03	262,380	235,640
	S5012	나. 광범위 공막이식	4,460.36	371,990	334,080

[행정해석]**● 장기이식의료기관 미지정 기관 이식술 인정 관련 질의 회신**

1. 급여기준부-523(2011. 3. 17) 및 생명윤리안전과-1220(2011. 3. 28)와 관련됩니다.
2. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식의료기관으로 지정받지 아니한 요양기관에서 시행한 이식술(각막이식 등) 비용 급여 인정 여부와 관련해서 다음과 같이 회신합니다.
 - 가. 장기등 이식에 관한 법령에 의한 장기이식의료기관으로 지정받지 않은 요양기관에서 청구한 각막이식 및 안구적출술 급여 인정 여부
 - 장기등 이식에 관한 법령에서 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출하거나 이를 이식하고자 하는 의료기관은 장기이식의료기관으로 지정받아야 하며, 장기이식의료기관을 제외하고는 장기등을 적출하거나 이식할 수 없다고 규정하고 있음
 - 동 법령의 취지를 고려하여 장기이식의료기관(각막)으로 지정받은 요양기관에서 청구한 각막이식 및 안구적출술(이식 목적)에 대해서만 급여로 인정하되, 이식을 전제로 하지 않은 안구적출술의 경우에는 장기이식의료기관 지정여부와 관계없이 인정함
 - 나. 공막이식술 급여 인정 여부
 - 현재 장기등 이식에 관한 법령에서 공막은 “장기”의 범주에 포함되지 않으므로 공막이식술은 장기이식의료기관 지정 여부와 관계없이 급여로 인정함
 - 다만, 장기등 이식에 관한 법률 개정·시행(2011.6.1)으로 장기의 범주가 각막에서 안구로 확대되기 때문에 2011.6.1. 이후에 공막을 이식한 경우에는 장기이식의료기관으로 지정받은 요양기관에서 실시한 경우에만 급여로 인정함

[보험급여과-1023호, 2011.3.30.]

■ 자502 홍채유착해리술**[건강보험 요양급여비용]**

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-502	S5021	홍채유착해리술 Synechiolysis	2,193.23	182,920	164,270

■ 자503 광학적 홍채절제술**[건강보험 요양급여비용]**

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-503	S5030	광학적 홍채절제술 Optical Iridectomy	1,488.51	124,140	111,490

■ 자503-1 홍채, 모양체봉합술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-503-1	S5035	홍채, 모양체봉합술 Suture Repairing of Iris, Ciliary Body	3,988.38	332,630	298,730

■ 자504 녹내장수술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-504		녹내장수술 [레이저사용 수술 포함] Surgery for Glaucoma			
	S5041	가. 홍채절제술 [원거술, 공막절개, 공막절제, 홍채절제] Iridectomy	2,710.93	226,090	203,050
	S5042	나. 여과수술 [공막절개, 공막절제, 홍채감돈술, 모양체박리 술] Filtering Operation	2,585.18	215,600	193,630
	S5043	다. 섬유주절제술 Trabeculectomy	4,917.18	410,090	368,300
	S5033	주 : 레이저사용이외 수술인 경우에는 5,907.70점을 산정한다.	5,907.70	492,700	442,490
	S5047	라. 현미경하 섬유주대 절개술 Trabeculotomy Under Microscopy	4,031.67	336,240	301,970
	S5044	마. 홍채, 모양체응고술 Photocoagulation for Iris, Ciliary Body	2,771.24	231,120	207,570
	S5045	바. 모양체냉동술 Cyclocryotherapy	2,085.95	173,970	156,240
	S5049	사. 녹내장임플란트삽입술 Glaucoma Implant Surgery	7,395.58	616,790	553,930
	S5048	아. 현미경하 슈렘관 개방술 Sinusotomy under Microscopy	4,170.07	347,780	312,340
	S5040	자. 비관통여과술 Nonpenetrating Filtration Surgery (Deep Sclerectomy, Viscocanalostomy)	3,871.95	322,920	290,010
	S5039*	차. 녹내장 슈렘관 스텐트 삽입술 Glaucoma Schlemm's Canal Stent Insertion	2,869.97	239,360	214,960
		주 : 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 별표2에 따른 요양급여 적용			

[심사지침]**● 자504-사 녹내장임플란트삽입술과 동시 시행하는 자-501 공막편이식술 인정여부**

자504-사 녹내장 임플란트 삽입술시 시행하는 자501-가 공막이식술-공막편이식은 합병증의 예방이나 임플란트의 안정성 등에 도움을 주기위해 시행되나, 임플란트 삽입술을 보강하기 위한 부수적 행위이므로, 일련의 과정으로 보아 자504-사 녹내장 임플란트 삽입술의 소정점수만 인정함.

[2011.3.1. 진료분부터]

[기결정고시]**● 마이토마이신 섬유주절제술**

자504다 녹내장수술(섬유주절제술)의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

■ 자505 유리체흡인술**[건강보험 요양급여비용]**

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-505	S5050	유리체흡인술 Vitreous Aspiration	1,092.44	91,110	81,820

■ 자506 현미경하유리체이단술**[건강보험 요양급여비용]**

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-506	S5060	현미경하 유리체 이단술 Resection of Vitreous Band Under Microscopy	5,210.89	434,590	390,300

■ 자507 유리체내주입술**[건강보험 요양급여비용]**

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-507	S5070	유리체내주입술 Intravitreal Injection	1,162.97	96,990	87,110

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
유리체내주입술 인정기준	자507 유리체내주입술은 단독으로 실시하는 경우에 인정함. 다만, 타 수술과 동시에 실시한 경우라도 실리콘오일을 사용하였을 경우 및 백내장수술과 동시 실시시 자507 유리체내주입술 소정점수의 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 인정함. 아울러 동 시술시 사용한 실리콘오일 또는 가스 재료대는 별도로 인정함.
[고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행]	

[기결정고시]

● **약물방출시스템의 유리체내 이식술 Implantation of intravitreal drug delivery system**

자507 유리체내주입술의 소정점수를 산정함.

[고시 제2009-96호, 2009.6.1. 시행]

[행정해석]

● **유리체내주입술 관련 수가산정방법**

신생혈관성 연령관련 황반변성 상병에 루센티스 및 아바스틴을 유리체내 주입시 수가산정과 관련하여, 동 약제를 사용한 행위의 준용 산정 여부는 건강보험 요양급여 범위내에서 검토되어야 하는 사항이므로, 해당 약제의 요양급여 결정에 따라 급여 또는 비급여로 산정하여야 함을 알려드리니 업무에 참고하시기 바랍니다.

[보험급여팀-138호, 2008.1.17. 시행]

■ **자507-1 유리체 견인대 해리술**

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-507-1		유리체 견인대 해리술 [레이저 이용] Resection of Vitreous Band			
	S5071	가. 안구 전반부 Anterior Portion	1,488.03	124,100	111,450
	S5072	나. 안구 후반부 Posterior Portion	2,204.34	183,840	165,110

■ 자508 전방천자

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-508	S5080	전방천자 Anterior Chamber Paracentesis	598.84	49,940	44,850

■ 자509 전방세척

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-509	S5091	전방세척 Anterior Chamber Irrigation 주 : 절개하여 세척한 경우 산정한다.	1,484.30	123,790	111,170

■ 자511 백내장 및 수정체 수술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-511		백내장 및 수정체 수술 Surgery for Cataract or Lens			
	S5111	가. 수정체 낭외 또는 낭내 적출술 Extracapsular or Intracapsular Extraction	4,275.61	356,590	320,240
	S5119	나. 수정체유화술 Phacoemulsification	5,450.73	454,590	408,260
	S5112	다. 후발성백내장수술 Surgery for After Cataract	2,865.24	238,960	214,610
	S5110	라. 모양체평면부수정체절제술 Pars Plana Lensectomy	3,886.86	324,160	291,130

[기결정고시]

● 안과특수치료(후발성 백내장에 Yag-Laser 이용)

자511-다. 백내장 및 수정체 수술(후발성 백내장수술)의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

● Photo-Keratotomy

백내장 수술전에 인공수정체의 도수를 측정하는 행위로 해당 수술료의 소정점수에 포함됨.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

■ 자511-1 인공 수정체 삽입 또는 교환술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-511-1		인공 수정체 삽입 또는 교환술 Intraocular Lens Implantation or Exchange			
		가. 삽입술 Implantation			
	S5117	(1) 일차 [백내장수술과 동시 실시시] Primary	1,019.94	85,060	76,390
	S5116	(2) 이차 Secondary	3,103.91	258,870	232,480
	S5118	나. 교환술 Exchange	3,526.15	294,080	264,110

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
PCL(Posterior Chamber Intraocular Lens) 후 Lens가 Loosening되어 인공수정체 공막고정술 시행시 수가 산정방법	후방렌즈(PCL: Posterior Chamber Intraocular Lens) 시행 후 렌즈(Lens)가 이완(Loosening) 되어 시행하는 인공수정체 공막고정술은 자511-1가(2)인공수정체 이차삽입술 소정점수의 50%로 산정함. [고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]
인공수정체 제거시 수기로 산정방법	삽입된 인공수정체를 제거만 하는 경우는 자511-1 가(2) 인공수정체 삽입술(이차)를 준용 산정함. [고시 제2004-36호, 2004.7.1. 시행]

[기결정고시]

● 인공수정체 공막고정술

자511-1 인공 수정체 삽입 또는 교환술의 소정점수를 산정함.

[고시 제2002-13호, 2002.4.1. 시행]

● 수정체낭 안정링 삽입술

자511-1 인공 수정체 삽입 또는 교환술의 소정점수에 포함됨.

[고시 제2002-13호, 2002.4.1. 시행]

■ 자512 유리체절제술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-512		유리체절제술 Vitrectomy			
	S5121	가. 전절제 Total	10,464.54	872,740	783,790
	S5122	나. 부분절제 Partial	2,441.57	203,630	182,870

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
유리체절제술과 망막박리수술, 안저 광응고술 동시 실시시 수가 산정방법	초자체 망막질환 등에 자512 유리체절제술과 자513 망막박리수술, 자516-1 안구내 삽관레이저광응고술을 동시 실시시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]로 각각 산정함. [고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]
유리체절제술과 망막하액배출술 동시 실시시 수가 산정방법	망막박리를 재유착 시키기 위하여 유리체절제술 시행시 수반된 망막하액배출술은 유리체절제술의 일련의 과정이므로 별도 산정하지 아니함. [고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]

■ 자513 망막박리수술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-513	S5130	망막박리수술 Retinal Detachment Surgery 주 : Encircling Band의 재료대는 별도 산정한다.	5,253.41	438,130	393,480

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
망막박리수술과 동시에 시행된 안저광응고술 인정여부	자513 망막박리수술과 동시에 시행된 자516 안저광응고술은 별도 인정하지 아니함. [고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]
망막박리상병에 외래에서 시행한 레이저 광선치료시 수기로 산정방법	격자변성 또는 망막열공에 외래에서 시행한 레이저 치료는 망막박리의 정도가 1 disc diameter(유두경)이상 동반되어 있는 경우 한하여 자513 망막박리수술 소정점수로 산정하며, 그 이외의 경우는 자516 안저광응고술 소정점수로 산정함 [고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]
망막박리에 레이저 광선치료시 인정여부	망막박리상병에 실시한 레이저 광선치료는 자513 망막박리수술 소정점수를 준용 산정하되, 관혈적 수술의 적용이 되지 않는 경우에 한하여 치료기간 중 1회 인정함. 다만, 진료상 추가로 실시할 사유가 있는 경우에는 실시 부위 등을 참조하여 사례별로 인정함. [고시 제2009-135호, 2009.8.1. 시행]
망막박리수술, 망막열공냉동 응고술 동시 시행시 수가 산정방법	자514 망막열공냉동응고술과 자513 망막박리수술을 동시 실시시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함. [고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]

■ 자514 망막열공냉동응고술, 자514-1 망막주위막제거술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-514	S5140	망막열공냉동응고술 Cryopexy for Retinal Tear	3,879.95	323,590	290,610
자-514-1	S5145	망막주위막제거술 Periretinal Membrane Peeling	9,700.21	809,000	726,550

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
망막전막박리술의 수기로 산정방법	망막전막박리술(Epiretinal Membranectomy)은 자514-1 망막주위막제거술 소정 점수로 산정하며, 타수술과 동시 실시시「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (5)에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함.

[고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]

[심사지침]**● 망막질환에 자-514 망막열공냉동응고술 및 자516-1 안구내삽관레이저 광응고술 동시 시행시 인정여부**

1. 망막박리 상태를 재유착시키는 방법에는 유리체절제술(자-512)과 공막돌륭술(자-513 망막박리수술)이
있고, 유리체절제술을 시행하는 경우에는 자516-1 안구내삽관레이저 광응고술을, 망막박리 수술 시에는
자-514 망막열공냉동응고술을 시행하는 것이 타당하며, 망막열공냉동응고술과 안구내삽관레이저광 응
고술이 동일 목적임을 감안하여 자-514 망막열공냉동응고술과 자516-1 안구내삽관레이저 광응고술을
동시에 시행하는 경우에는 인정하지 아니함.
2. 다만, 동공이 너무 작은 경우 등 망막 주변부 치료가 어려운 특수한 경우에는 자516-1 안구내삽관레이저
광응고술 외에 자-514 망막열공냉동응고술 시행이 추가적으로 필요하므로 동시 시행에 대한 인정 여부
는 사례별로 판단함.

[2011.3.1. 진료분부터]

[공개심의사례]**● 자514 망막열공냉동응고술과 자516-1 안구내삽관레이저광응고술 동시 실시 인정여부****■ 청구내역**

○ A사례(남/59세)

- 청구 상병명: 안구내 렌즈(인공수정체)의 기계적 합병증
- 주요 청구내역

자512가	유리체절제술-전절제	1*1*1
자514-1	망막주위막제거술	1*0.5*1
자511-1가(2)	인공수정체삽입술-이차	1*0.25*1
자516-1	안구내삽관레이저광응고술	1*0.5*1
자514	망막열공냉동응고술	1*0.5*1

○ B사례(남/43세)

- 청구 상병명: 유리체 출혈, 당뇨병성 망막병증

- 주요 청구내역

자512가	유리체절제술-전절제	1*1*1
자514-1	망막주위막제거술	1*0.5*1
자516-1	안구내삽관레이저광응고술	1*0.5*1
자514	망막열공냉동응고술	1*0.5*1

■ 심의내용

○ 2011년 1월 심사지침(망막질환에 자514 망막열공냉동응고술 및 자516-1 안구내삽관레이저광응고술 동시 시행시 인정여부)에 의하면 자514 망막열공냉동응고술과 자516-1 안구내삽관레이저광응고술이 동일 목적임을 감안하여 동시 시행은 인정하지 아니하나, 동공이 너무 작은 경우 등 망막 주변부 치료가 어려운 특수한 경우에는 망막열공냉동응고술 시행이 추가적으로 필요하므로 동시 시행 인정여부는 사례별로 판단하도록 하고 있음.

○ 동 건들(2사례)은 망막질환에 자514 망막열공냉동응고술 및 자516-1 안구내삽관레이저광응고술을 동시 시행한 사례들로, 상기 관련 심사지침 및 제출된 진료기록부 참조하여 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

▶ A사례(남/59세)

: 안구내 렌즈(인공수정체)의 기계적 합병증, 합병증을 동반하지 않은 인슐린-비의존성 당뇨병, 안구내 렌즈의 존재 상병으로 수술 후 “자512가 유리체절제술-전절제 100%, 자514-1 망막주위막제거술 50%, 자511-1가(2) 인공수정체삽입술-이차 25%, 자516-1 안구내삽관레이저광응고술 50%, 자514 망막열공냉동응고술 50%”를 청구한 사례임.

진료내역 검토결과, 작은 동공, 망막박리 등의 내용이 확인되지 않고, far peripheral retinal의 atrophic hole & cystic cleft 병변은 유리체절제술시 안구내삽관레이저만으로도 치료가 가능하였을 병변으로 판단되어 자514 망막열공냉동응고술 50%는 인정하지 아니함.

▶ B사례(남/43세)

: 유리체출혈, 당뇨병성 망막병증, 망막의 견인박리, 기타 눈물계통의 장애 상병으로 수술 후 “자512가 유리체절제술-전절제 100%, 자514-1 망막주위막제거술 50%, 자516-1 안구내삽관레이저광응고술 50%, 자514 망막열공냉동응고술 50%”를 청구한 사례임.

진료내역 검토결과, peripheral tear에 관한 내용이 확인되지 않으며, 수술기록상 hole은 유리체절제술 시 안구내삽관레이저만으로도 치료가 가능하였을 병변으로 판단되어 자514 망막열공냉동응고술 50%는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 망막질환에 자-514 망막열공냉동응고술 및 자516-1 안구내삽관레이저 광응고술 동시 시행시 인정여부 (2011.1월 심사지침)
- 임상안과학, 5판 제12장 망막박리

[2015.2.11. 진료심사평가조정위원회(지역심사평가위원회)]

■ 자515 시신경초 개방술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-515	S5150	시신경초 개방술 Dissection of Optic Nerve Sheath	3,368.36	280,920	252,290

■ 자516 안저 광응고술[1/4 범위], 자516-1 안구내삽관레이저광응고술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-516	S5160	안저 광응고술 [1/4 범위] Panretinal Photocoagulation	1,150.61	95,960	86,180
자-516-1	S5161	안구내삽관레이저 광응고술 Endolaser Photocoagulation	4,476.57	373,350	335,300

[기결정고시]

● 레이저사용(망막수술시)

자516-1 안구내삽관레이저 광응고술의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

■ 자516-2 광역학요법을 이용한 망막하막 제거술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-516-2	S5162	광역학요법을 이용한 망막하막 제거술 Photodynamic Therapy of Choroidal Neovascular Membrane	2,338.35	195,020	175,140
	S5163	주 : 1. 동시에 양안을 시술한 경우에는 3,317.95점을 산정한다. 2. 사용된 광감작약제는 별도 산정한다.	3,317.95	276,720	248,510

■ 자516-3 황반부종레이저수술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-516-3	S5164	황반부종레이저수술 Laser Surgery for Macular Edema	2,303.55	192,120	172,540

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
레이저를 이용한 망막열공 및 황반부 부종치료의 진료수가 산정방법	망막열공 또는 당뇨병성 망막병증, 망막정맥폐쇄 등에 의한 황반부 부종을 레이저를 이용하여 치료한 경우에는 자516-3 황반부종레이저수술로 산정함. [고시 제2017-118호, 2017.7.1. 시행]

■ 자517 사시수술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-517		사시수술 Strabismus Surgery 가. 단순 Simple			
	S5173	(1) 단일안근 Single Muscle	3,441.93	287,060	257,800
	S5174	(2) 복수안근 Multiple Muscle	6,214.89	518,320	465,500

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
		나. 복잡 [조정봉합술, 후고정봉합술, 외안근전이술 등] Complex			
	S5175	(1) 단일안근 Single Muscle	6,056.88	505,140	453,660
	S5176	(2) 복수안근 Multiple Muscle	9,559.31	797,250	715,990

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
사시수술의 요양급여 여부	사시수술은 다음과 같은 경우에 요양급여로 인정하며, 그 외에 시력이나 시기능의 회복을 기대할 수 없음에도 외모개선을 위하여 실시하는 미용목적의 사시수술은 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 [별표2] 비급여대상. 2-나에 의거 비급여대상임. - 다 음 - 가. 10세 미만의 사시환자 나. 10세 이후의 사시환자 - 전신질환, 안와질환, 눈과 눈 주위 수술, 외상 등으로 사시가 발생하여 복시와 혼란시가 있는 경우 - 10세 이전에 발생된 사시로 이상두위 현상이 있는 경우 다. 가.~ 나. 대상자에 대한 1차 사시교정수술 후 과교정으로 2차 수술을 시행하는 경우 [고시 제2009-122호, 2009.7.1. 시행]

[기결정고시]

● Adjustable Suture, 사시조절수술(재수술포함)

자517나 사시수술 복잡[조정봉합술, 후고정봉합술, 외안근이전술 등]의 소정점수를 산정함.

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

[공개심의사례]

● 진료내역 참조, 자517 사시수술 인정여부

■ 청구내역(남/21세)

- 청구 상병명: 상사시, 기타 명시된 사시
- 주요 청구내역: 자517나(2)사시수술(복잡[조정봉합술, 후고정봉합술, 외안근전이술등])-복수안근 1*1*1

■ 진료내역

- 주호소: eyeball deviation, 발현시점: 미상
- 안과병력: 2002년도 사시수술(타병원 시행)
- EOM : Prism on OD Near cc 20BI 10BD Distant cc
상방·하방·정면·좌우 주시가 10Prism 베이스다운(BD)
- 수술 기록지
수술 전 진단명: (Both) Hypertropia
수술 후 진단명: (Both) Hypertropia
수술명: LRM recession (Right, 6mm), SO silicone tendon expander(Right, 6mm)
- 외래 진료기록
현병력: 하나로 상이 겹쳐지지 않음, 주로 왼눈을 사용함
두 눈 다 인식할 수는 있으나 인식하게 되면 두 개로 보임, 수술(보험, 고개 기울임+)

■ 심의내용

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표2] 비급여대상 2-나.에 의하면 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술은 비급여대상이라고 규정하고 있음.
- 보건복지부 고시 제2009-122호('09.7.1.시행)에 의거 사시수술은 가. 10세미만의 사시환자, 나. 10세 이후의 사시환자(전신질환, 안와질환, 눈과 눈 주위 수술, 외상 등으로 사시가 발생하여 복시와 혼란시가 있는 경우, 10세 이전에 발생한 사시로 이상두위 현상이 있는 경우) 등에 급여 대상이며, 그 외에 시력이나 시기능의 회복을 기대할 수 없음에도 외모개선을 위하여 실시하는 미용목적의 사시수술은 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙[별표2] 비급여대상 2-나.에 의거 비급여대상임.
- 동 건(남/21세)은 상사시 상병에 사시수술을 시행한 후 '자517 사시수술'을 산정한 건으로 진료내역 및 수술기록 등을 참조하여 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

: 양측 상사시(Hypertropia) 진단 하에 외측직근 후전술(Lateral rectus muscle [LRM] recession)(Right, 6mm), 상사근(Superior Oblique)에 silicone tendon expander(Right, 6mm)를 시행한 사례로 2002년에 사시수술을 받은 병력이 있고, 고개 기울임이 있다고는 하나 Prism검사 상 10BD로 상방주시, 정면주시, 하방주시가 다 일정하고, 수직사시가 이상두위의 원인이라는 것이 의무기록상에서 확인이 되지 않는 등 복시와 무관한 이상두위로 판단되어 자517나(2) 사시수술(복잡[조정불합술,후고정불합술,외안근전이술등]-복수안근은 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여대상
- '사시수술의 요양급여 여부' (보건복지부 고시 제2009-122호, '09.7.1. 시행)

[2015.10.28. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

■ 자517-1 안구진탕증수술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-517-1	S5178	안구진탕증수술 Operation of Nystagmus	10,902.31	909,250	816,580

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
안구진탕증 수술의 진료수가 산정방법	1. 안구진탕증은 규칙적으로 반복되는 안구의 불수의적인 진동이나 이상두위 현상이 주증상이며, 특히 선천적 안진은 어려서부터의 이상두위 현상으로 안면 및 두부의 발육차이를 초래할 수 있고 이로인한 안면비대칭이 발생하는 질환으로서, 보존적 치료로는 안경이나 프리즘 안경의 착용, 약물을 이용한 외안근마비법 등이 있으며 근본적 치료로는 수술이 있는 바, 동 수술은 주로 선천성 안진환자의 외안근을 절제하는 등 안진을 감소시키는 방법으로 사시수술과 유사한 과정임. 2. 안구진탕증으로 인한 시력장애 등이 심하여 업무 또는 일상생활에 지장을 초래할 경우 이의 교정을 위한 안진수술은 급여대상이나 안진수술후 시력이나 시기능의 회복을 기대할 수 없음에도 외모개선을 위하여 실시하는 안진수술은 미용목적으로 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 [별표2] 비급여대상. 2-나에 의거 비급여대상임. 3. 따라서, 자517-1 안구진탕증 수술에 대한 급여 범위는 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 10세 미만의 안진환자 : 시기능이 완성되는 10세 미만에 실시할 경우 안진 감소로 인한 시력개선 효과와 이상두위 현상으로 인하여 안면 및 두부의 발육차이로 생기는 안면비대칭 현상의 예방이 가능하므로 급여로 인정함. 나. 10세 이상의 안진환자 : (1) 수술실시 후 시력개선 및 시기능의 회복효과가 적고 이미 형성된 안면비대칭을 호전시키기도 곤란하므로 비급여대상으로 함.

제목	세부인정사항
	(2) 단, 10세 이상이라 할지라도 안진의 정도가 심하여 일상생활에 심한 불편을 초래하며 수술로서 이의 교정이 가능한 경우 급여로 인정함.
[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]	

■ 자518 안와감압술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-518		안와감압술 Orbital Decompression			
		가. 2-Wall Decompression			
	S5183	(1) 관혈적 Invasive	6,748.89	562,860	505,490
	S5184	(2) 내시경하 Under Endoscopy	4,935.07	411,580	369,640
	S5182	나. 3-Wall Decompression	10,289.11	858,110	770,650

■ 자518-1 내시경하 시신경 감압술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-518-1	S5185	내시경하 시신경 감압술 Endoscopic Decompression of Optic Nerve	3,923.59	327,230	293,880

■ 자519 안와농양 절개술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-519		안와농양 절개술 Incision of Orbital Abscess			
		가. 관혈적 Invasive			
	S5191	나. 내시경하 Endoscopic	2,756.69	229,910	206,480
	S5192	(1) 안와 Orbital	3,022.31	252,060	226,370
	S5193	(2) 안와주위 Periorbital	2,792.62	232,900	209,170

■ 자520 안와내용제거술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-520	S5200	안와내용제거술 Orbital Exenteration	9,409.96	784,790	704,810

■ 자521 안와골절정복술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-521		안와골절정복술 Reconstruction of Orbital Fracture 가. 관혈적 Open Treatment			
	S5211	(1) Blow-Out 골절	3,668.67	305,970	274,780
	S5212	(2) 기타골절 Others	3,192.19	266,230	239,100
	S5213	나. 비관혈적 Closed Treatment	1,071.52	89,360	80,260

■ 자522 안구적출 및 조직충전술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-522	S5220	안구적출 및 조직충전술 Enucleation and Tissue Implantation	11,221.08	935,840	840,460

■ 자523 안와종양제거술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-523		안와종양제거술 Removal of Orbital Tumor			
	S5231	가. 단순 Simple	4,783.31	398,930	358,270
	S5232	나. 복잡 [크렌라인 수술] Complex	13,352.02	1,113,560	1,000,070

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
Orbital Tumor Biopsy시 수기로 산정방법	안와종양(Orbital Tumor)의 절제생검(Excisional Biopsy)시 수기로는 자523가 안와 종양제거술(단순)으로 준용 산정하며, 진단적 생검(Diagnostic Biopsy)시는 나850가 (3) 침생검(표재성)기타부위 또는 나853가(3) 절개생검(표재성)기타부위로 산정함.

[고시 제2017-118호, 2017.7.1. 시행]

■ 자524 안검농양절개술**[건강보험 요양급여비용]**

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-524	S5240	안검농양절개술 Incision of Eyelid Abscess	240.52	20,060	18,010

■ 자524-1 안검종양절제술**[건강보험 요양급여비용]**

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-524-1		안검종양절제술 Excision of Eyelid Tumor			
	S5245	가. 양성 Benign	1,841.95	153,620	137,960
	S5246	나. 악성 Malignant	7,008.37	584,500	524,930

■ 자525 산립종절개술 [적출 포함]**[건강보험 요양급여비용]**

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-525	S5250	산립종절개술 [적출 포함] Incision of Chalazion	289.01	24,100	21,650

■ 자526 안검 또는 검판절제술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-526	S5260	안검 또는 검판절제술 Resection of Lid or Tarsal Plate	1,197.88	99,900	89,720

■ 자527 안검외반증수술 [점막 또는 피부의 식피술로 포함]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-527		안검외반증수술 [점막 또는 피부의 식피술로 포함] Surgery for Ectropion			
	S5271	가. 간단 [피부에 한하는 것] Simple	1,911.49	159,420	143,170
	S5272	나. 광범위 [피부와 피하, 근육, 검판 등 교정] Extensive	4,207.41	350,900	315,140

■ 자528 안검내반증수술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-528		안검내반증수술 Surgery for Entropion			
	S5281	가. 간단 [피부에 한하는 것] Simple	1,992.28	166,160	149,220
	S5282	나. 광범위 [피부와 피하, 근육, 검판 등 교정] Extensive	3,382.74	282,120	253,370

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
안검내반증 상병에 Hotz' operation 시 수기로 산정방법	안검내반증에 실시하는 수술방법중의 하나인 Hotz' operation은 피부 및 피하조직 절제 후 봉합하는 수술로서 자528가 안검내반증수술(간단)으로 준용하여 산정함. [고시 제2007-77호, 2007.8.30. 시행]

제목	세부인정사항
안검내반증수술 및 안검하수증수술 동시 시행시 수가 산정방법	상·하안검의 안검하수증 및 안검내반증이 발생하여 수술시는 자528 안검내반증수술 소정점수와 자529 안검하수증수술 소정점수를 각각 산정하되 동일 안검의 경우에는 안검하수증 수술만 산정함.
[고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]	

■ 자529 안검하수증수술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-529		안검하수증수술 Surgery for Blepharoptosis			
	S5291	가. 근막수술 Fascia Lata Sling	5,288.45	441,060	396,100
	S5292	나. 근절제술 Muscle Resection	5,281.21	440,450	395,560
	S5293	다. 기타수술 Others	2,299.65	191,790	172,240

■ 자530 외안각절개술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-530	S5300	외안각절개술 Lateral Canthotomy	408.09	34,030	30,570

■ 자531 결막낭재건술[의안삽입을 위한 것]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-531	S5310	결막낭재건술 [의안삽입을 위한 것] Conjunctival Sac Reconstruction	5,092.00	424,670	381,390

■ 자532 결막낭성형술 [점막 또는 피부의 식피술로 포함]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-532		결막낭성형술 [점막 또는 피부의 식피술로 포함] Conjunctival Sac Reformation			
	S5321	가. 부분 Partial	2,020.64	168,520	151,350
	S5322	나. 전체 Total	2,478.28	206,690	185,620
	S5323	다. 피부 및 결막성형 등 복잡한 것 Combined Plastic Surgery of Skin and Conjunctivoplasty etc.	5,611.07	467,960	420,270

■ 자533 안구유착박리술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-533	S5324	안구유착박리술 Adhesionolysis of Eyeball 주 : 단독으로 실시한 경우에 한하여 산정한다.	1,453.29	121,200	108,850

■ 자534 익상편 수술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-534		익상편 수술 Operation of Pterygium			
	S5341	가. 판이식 등 복합수술 Flap Transposition etc.	2,168.22	180,830	162,400
	S5342	나. 기타의 것 Others	1,251.78	104,400	93,760

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
Corneal mass 제거술의 수기로 산정방법	Corneal mass의 제거술은 자534가 익상편 수술(판이식 등 복합수술) 소정점수로 준용하여 산정함. [고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]

■ 자534-1 검열반수술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-534-1	S5345	검열반수술 Pingecula Operation	881.40	73,510	66,020

■ 자535 각막절제술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-535	S5350	각막절제술 Keratectomy	1,320.38	110,120	98,900

[기결정고시]

● 치료적 레이저 각막절제술 Phototherapeutic Keratectomy

자535 각막절제술의 소정점수를 산정함

[고시 제2009-180호, 2009.10.1. 시행]

■ 자536 내안각 성형술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-536	S5360	내안각 성형술 Canthoplasty	1,974.92	164,710	147,920

■ 자537 각막이식

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-537		각막이식 Keratoplasty			
	S5371	가. 표층 Superficial	8,227.84	686,200	616,270
	S5372	나. 전층 Full Thickness	8,579.06	715,490	642,570
	S5374*	다. 내피층판 Endothelial Lamellar	9,906.71	826,220	742,010
		주 : 시술 후 이식편탈구 재부착 행위(공기재주입 등)는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.			

[기결정고시]

● 각막이식에서 펄스 레이저를 이용한 각막절제술 Femtosecond Laser Keratectomy for Corneal Transplantation

「자-537 각막이식」의 소정점수에 포함됨.

[고시 제2012-71호, 2012.7.1. 시행]

[행정해석]

● 각막이식 요양급여비용 인정관련 질의회신 변경통보

1. 관련 : 생명윤리안전과-1220(2011.3.28)호, 보험급여과-1023(2011.3.30)호 및 생명윤리정책과-818 (2012.7.9)호
2. 장기이식 의료기관으로 지정받지 않은 의료기관에서 이루어진 각막이식술(수입각막)의 요양급여인정여부에 대하여 변경사항이 있어 다음과 같이 알려드리니 요양급여비용 환수 등 필요한 조치를 취하여 주시기 바랍니다.

〈 질의회신 변경 〉

장기 등 이식에 관한 법률 제25조를 위반하여 장기이식의료기관으로 지정받지 않은 의료기관에서 수입각막을 이용하여 각막이식술을 시행한 경우 요양급여로 인정하지 않음.

- 근거 : 장기 등 이식에 관한 법률 제25조에 따라 장기이식의료기관으로 지정받은 기관에서만 다른 사람의 안구(각막포함)를 이식할 수 있음(자가이식은 미해당).

3. 아울러, 각막이식술의 요양급여인정과 관련하여 필요한 세부사항은 별도로 고시에 반영할 예정임을 알려드리니 참고하시기 바랍니다.

[보험급여과-2133호, 2012.7.16.]

■ 자537-1 각막윤부세포이식술 [채취료 포함]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-537-1	S5373	각막윤부세포이식술 [채취료 포함] Perilimbal Cell Transplantation 주 : 자가 또는 동종이식을 불문하고 소정점수를 산정한다.	9,540.39	795,670	714,580

■ 자538 각막봉합술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-538	S5380	각막봉합술 Primary Closure of Cornea 주 : 조직접착제를 이용한 각막봉합술을 실시한 경우	1,726.52	143,990	129,320
	S5381	에는 1,699.71점을 산정하며, 시술시 사용된 조직 접착제는 별도 산정한다.		141,760	127,310

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
조직접착제를 이용한 각막봉합술 인정기준	조직접착제를 이용한 각막봉합술(자-538 '주'항)은 조직결손이 동반되어 봉합사를 이용한 각막봉합술이 불가능한 3mm 미만의 각막천공, 절박천공, 별 모양 창상으로 인해 봉합이 어려울 때, 시축을 포함한 광범위봉합이 필요할 때, 자체봉합이 불가능할 때에 Cyanoacrylate제제의 조직접착제를 사용하여 시행한 경우에 인정함.

[고시 제2015-99호, 2015.6.15. 시행]

■ 자539 현미경하 각막봉합사제거술**[건강보험 요양급여비용]**

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-539	S5390	현미경하 각막봉합사제거술 Corneal Suture Removal under Microscopy 주 : 수술실에서 현미경을 사용하여 제거한 경우 산정한다.	941.47	78,520	70,520

■ 자540 맥립종절개술**[건강보험 요양급여비용]**

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-540	S5400	맥립종절개술 Incision of Hordeolum	204.75	17,080	15,340

■ 자541 안검후퇴교정술**[건강보험 요양급여비용]**

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-541	S5411	안검후퇴교정술 Correction of Lid Retraction	4,211.56	351,240	315,450

■ 자542 안검봉합술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-542		안검봉합술 Suture of Eyelid Laceration			
	S5421	가. 단순 Simple	566.34	47,230	42,420
	S5422	나. 전층 Through and Through	1,576.81	131,510	118,100

■ 자543 첩모발거술 [다수]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-543	S5430	첩모발거술 [다수] Epilation of Trichiasis	105.84	8,830	7,930

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
첩모발거술의 '다수'의 의미와 인정횟수에 대하여	자543 첩모발거술의 '다수'란 10개 이상의 첩모를 발거한 경우를 뜻하며, 양안을 각각 10개 이상 발거한 경우 양측으로 산정하며, 수회 실시하더라도 1개월내에 1회만 인정함. 다만, 양안(단안) 각각 10개 미만의 첩모를 발거하였으면 양안(단안) 첩모발거 행위는 각각 기본 진료료에 포함됨. [고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]

■ 자544 첩모전기분해술 [모근파괴]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-544	S5440	첩모전기분해술 [모근파괴] Electrolysis of Trichiasis	264.07	22,020	19,780

■ 자545 검판봉합술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-545	S5450	검판봉합술 Tarsorrhaphy	1,498.36	124,960	112,230

■ 자546 누선절제술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-546	S5460	누선절제술 Dacryoadenectomy	3,507.51	292,530	262,710

■ 자546-1 누낭세척술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-546-1	S5465	누낭세척술 Lacrimal Sac Irrigation	172.39	14,380	12,910

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
백내장 수술 전에 실시한 누낭세척술 인정여부	백내장 또는 녹내장수술전에 합병증 예방목적으로 실시하는 누낭세척은 기본진료료에 포함하여 별도 인정하지 아니함. [고시 제2007-92호, 2007.11.1. 시행]

■ 자547 누관절개술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-547	S5470	누관절개술 Incision of Lacrimal Duct	340.65	28,410	25,510

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
누점 확대술 수가 산정방법	누점 및 누도의 협착 상병에 시행하는 누점확대술은 시술방법에 따라 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 누점을 단순히 가위 등으로 절개하여 확장하는 Snip operation은 자547 누관절개술 소정점수로 준용 산정함. 나. 누점확대(누점절개 등)를 하고 유착을 억제하기 위해 silicone tube까지 삽입하는 경우는 자551-1 누점폐쇄술 소정점수로 준용 산정함(누점확대 수기로 포함). 다. 비루관부지 등 다른 행위를 위한 전단계로 시행한 누점확대술은 해당 시술료에 포함하여 별도 인정하지 아니함. [고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행]

[기결정고시]

● 누점절개술, 단순 누점성형술(누점 확장후 절개)

자547 누관절개술의 소정점수를 산정함.

[고시 제2002-69호, 2002.10.1. 시행]

■ 자548 누소관성형술 [누관내삽관 포함]

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-548	S5480	누소관성형술 [누관내삽관 포함] Reconstruction of Lacrimal Canaliculi	2,706.25	225,700	202,700

■ 자549 누낭절개술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-549	S5490	누낭절개술 Incision of Lacrimal Sac	361.17	30,120	27,050

■ 자549-1 레이저 누낭 및 비루관 절개술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-549-1	S5495	레이저 누낭 및 비루관 절개술 Laser Dacryocystorhinostomy	4,181.05	348,700	313,160

■ 자550 누낭절제술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-550	S5500	누낭절제술 Dacryocystectomy	2,884.68	240,580	216,060

■ 자551 비루관부지법

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-551	S5510	비루관부지법 Nasolacrimal Duct Bougination	168.93	14,090	12,650

■ 자551-1 누점폐쇄술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-551-1	S5511	누점폐쇄술 Punctal Occlusion 주 : Collagen Implant, Punctal Plug 재료대는 별도산정한다.	207.12	17,270	15,510

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
자551-1 누점폐쇄술의 인정기준	자551-1 누점폐쇄술은 다음과 같은 경우에 인정함. - 다 음 - 가. 동일날 상·하누점폐쇄술을 동시에 실시한 경우에는 하누점폐쇄술만 인정하며, 환자상태에 따라 상·하누점폐쇄술을 동시에 실시해야만 할 필요성이 있는 경우에는 구체적인 의사소견서를 참조하여 인정. 나. 하누점폐쇄술을 실시한 후 환자 증상이 개선되지 않아 일정기간 경과 후 상누점폐쇄술을 한 경우에는 각각의 소정점수로 인정 다. 일시적 누점폐쇄술 실시 후 반영구적 누점폐쇄술을 실시하는 경우 : 일차 Collagen implant삽입술 후 이차적으로 반영구적 누점폐쇄술(Punctal Plug 등 삽입술)을 시행하는 경우 해당 소정점수를 인정 라. 아래와 같은 경우에는 일차적으로 반영구적 누점폐쇄술(Punctal Plug 등 삽입술)을 인정 (1) 인공누액 사용으로도 효과가 없는 등의 심한 안구건조증 (2) 특정 상병 (눈물샘 종양적출술, 방사선치료 후, 과거의 화상, Steven- Johnson syndrome, 쇼그렌증후군 등)과 동반되어 이차적으로 나타나는 안구건조증 (3) 이전에 삽입했던 Punctal Plug 등이 소실된 경우 (4) 인공누액의 부작용이나 신체장애 등으로 점안이 어려운 경우 [고시 제2015-99호, 2015.6.15. 시행]

■ 자552 누관튜브법

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-552	S5520	누관튜브법 Lacrimal Canal Tubing	988.84	82,470	74,060

■ 자552-1 내시경하 누관스텐트 삽입술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-552-1	S5525	내시경하 누관스텐트 삽입술 Endoscopic Lacrimal Stent Insertion 주 : 사용된 Stent, Canali Intubation Set 등은 별도 산정한다.	1,239.46	103,370	92,840

■ 자553 선천성비루관폐색개방술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-553	S5530	선천성비루관폐색개방술 Surgery for Congenital Agensis of Nasolacrimal Duct	1,247.15	104,010	93,410

■ 자554 누낭비강문합술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-554	S5540	누낭비강문합술 Dacryocystorhinostomy	4,712.03	451,930	405,870

[요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항]

제목	세부인정사항
혈관과 근육을 이용한 눈물관 재건술의 진료수가 산정방법	눈물관 재건수술은 환자 자신의 혈관과 근육을 이용하여 누비관을 재건하는 시술로서, 혈관과 근육을 미리 제작하는 시술인 1차수술 (Prefabrication of vein & Muscle Flap)은 자16 피판작성술로, 제작된 혈관 및 근육을 옮겨 누비관을 재건하는 2차수술(CDCR : Correction Dacryocystorhinostomy)은 자554 누낭비강문합술로 산정함. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

[기결정고시]

● 내시경하 누낭비강연결술

자554 누낭비강문합술의 소정점수를 산정함

[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

■ 자554-1 결막누낭비강문합술

[건강보험 요양급여비용]

분류번호	코 드	분 류	점 수	금 액(원)	
				의원	병원
자-554-1	S5541	결막누낭비강문합술 Conjunctival Dacryocystorhinostomy	3,637.84	303,400	272,470

5

질병군

➔ 일반사항-안과

[적용지침]

1. 요양기관종별로 「수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관, 단안, 「수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관, 양안, 「수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관, 단안, 「수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관, 양안」의 각 질병군 점수를 적용한다.
2. 각 질병군은 동 질병군에 해당하는 수술의 종목수 및 인공수정체 삽입여부에 불문하고 해당 소정점수를 적용한다.

질 병 군		요양기관종별	점 수	금액(원)	야간·공휴	
분류번호	명 칭				점 수	금액(원)
C05100	수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관, 단안, 심각하거나 중증 혹은 중등도의 합병증이나 동반상병 미동반	상급종합병원	17,421.09	1,304,840	3,840.99	287,690
		중 합 병 원	15,485.71	1,159,880	3,693.46	276,640
		병 원	12,554.47	940,330	3,545.64	265,570
		의 원	10,592.21	883,390	3,273.41	273,000
C05101	수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관, 단안, 중증 혹은 중등도의 합병증이나 동반상병 동반	상급종합병원	19,192.79	1,437,540	3,840.99	287,690
		중 합 병 원	16,883.98	1,264,610	3,693.46	276,640
		병 원	13,710.41	1,026,910	3,545.64	265,570
		의 원	11,594.72	967,000	3,273.41	273,000
C05102	수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관, 단안, 심각한 합병증이나 동반상병 동반	상급종합병원	26,438.05	1,980,210	3,840.99	287,690
		중 합 병 원	20,464.22	1,532,770	3,693.46	276,640
		병 원	16,781.44	1,256,930	3,545.64	265,570
		의 원	13,848.80	1,154,990	3,273.41	273,000
C05200	수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관, 양안, 심각하거나 중증 혹은 중등도의 합병증이나 동반상병 미동반	상급종합병원	35,055.81	2,625,680	7,234.45	541,860
		중 합 병 원	30,439.25	2,279,900	6,956.25	521,020
		병 원	25,265.95	1,892,420	6,677.91	500,180
		의 원	21,740.77	1,813,180	6,165.10	514,170
C05201	수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관, 양안, 중증 혹은 중등도의 합병증이나 동반상병 동반	상급종합병원	39,305.21	2,943,960	7,234.45	541,860
		중 합 병 원	33,620.43	2,518,170	6,956.25	521,020
		병 원	27,479.84	2,058,240	6,677.91	500,180
		의 원	23,948.20	1,997,280	6,165.10	514,170

질 병 군		요양기관종별	점 수	금액(원)	야간·공휴	
분류번호	명 칭				점 수	금액(원)
C05202	수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양안, 심각한 합병증이나 동반상병 동반	상급종합병원	41,267.69	3,090,950	7,234.45	541,860
		중 합 병 원	35,934.85	2,691,520	6,956.25	521,020
		병 원	30,134.31	2,257,060	6,677.91	500,180
		의 원	25,861.51	2,156,850	6,165.10	514,170
C05300	수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 단안, 심각하거나 중증 혹은 중등도의 합병증이나 동반상병 미동반	상급종합병원	15,068.09	1,128,600	3,840.99	287,690
		중 합 병 원	13,181.44	987,290	3,693.46	276,640
		병 원	11,129.77	833,620	3,545.64	265,570
		의 원	9,591.97	799,970	3,273.41	273,000
C05301	수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 단안, 중증 혹은 중등도의 합병증이나 동반상병 동반	상급종합병원	16,916.29	1,267,030	3,840.99	287,690
		중 합 병 원	14,130.71	1,058,390	3,693.46	276,640
		병 원	12,034.71	901,400	3,545.64	265,570
		의 원	10,424.70	869,420	3,273.41	273,000
C05302	수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 단안, 심각한 합병증이나 동반상병 동반	상급종합병원	20,487.85	1,534,540	3,840.99	287,690
		중 합 병 원	17,372.90	1,301,230	3,693.46	276,640
		병 원	15,693.19	1,175,420	3,545.64	265,570
		의 원	12,756.24	1,063,870	3,273.41	273,000
C05400	수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양안, 심각하거나 중증 혹은 중등도의 합병증이나 동반상병 미동반	상급종합병원	30,935.51	2,317,070	7,234.45	541,860
		중 합 병 원	25,733.38	1,927,430	6,956.25	521,020
		병 원	24,332.04	1,822,470	6,677.91	500,180
		의 원	21,444.96	1,788,510	6,165.10	514,170
C05401	수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양안, 중증 혹은 중등도의 합병증이나 동반상병 동반	상급종합병원	33,696.13	2,523,840	7,234.45	541,860
		중 합 병 원	27,764.22	2,079,540	6,956.25	521,020
		병 원	26,259.55	1,966,840	6,677.91	500,180
		의 원	23,123.50	1,928,500	6,165.10	514,170
C05402	수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양안, 심각한 합병증이나 동반상병 동반	상급종합병원	37,002.14	2,771,460	7,234.45	541,860
		중 합 병 원	30,955.27	2,318,550	6,956.25	521,020
		병 원	29,304.01	2,194,870	6,677.91	500,180
		의 원	25,576.86	2,133,110	6,165.10	514,170

제목	세부인정사항
질병군 분류번호를 결정하는 주된 수술 이외에 수술을 실시한 경우 수기로 추가 산정방법	질병군 분류번호를 결정하는 주된 수술 이외에 제1편제2부제9장제1절(기본처치 제외) 및 제10장제3절, 제4절의 수술을 실시한 경우의 추가 산정 방법은 다음과 같이 한다. - 다 음 - 1. 질병군 진료 중 질병군 분류번호를 결정하는 주된 수술과 날을 달리하여 실시하는 수술도 포함함. 2. 해당 수술 항목의 소정점수만을 산정하고, 야간·공휴 가산 등을 포함한 모든 가산은 적용하지 아니함. 3. 아래의 경우는 추가 산정하지 아니함. 가. 합병증 혹은 처치 중의 우발적 천자 및 열상 등으로 실시한 수술 나. 수정체수술 질병군과 동시에 실시한 유리체흡인술(자505), 유리체내주입술(자507), 유리체절제술-부분절제(자512-나) 다. 편도절제술과 동시에 실시한 아데노이드절제술(내시경하에서 실시한 경우 포함) 라. 기타 또는 주요 항문수술 질병군에 해당하는 수술을 2개 이상 실시한 경우 4. 위 1부터 3까지에서 정하고 있지 않은 내용은 「건강보험 행위·급여비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장, 제10장 및 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 I. 행위 제9장, 제10장을 적용한다. [고시 제2015-26호, 2015.1.30. 시행]

6 행위 비급여 목록

➔ 검사료

분류번호	코 드	분 류
		제3절 기능 검사료 【시기능검사】
노-793	EZ793	레이저 망막혈류계측 [편측] HRF(Heidelberg Retina Flowmeter)
노-795	EZ795	인도시아닌안저혈관조영술 [편측] Indocyanine Green Angiography
노-797	EZ797	눈의 계측검사(레이저 간섭계 이용) Ophthalmic Biometry by Partial Coherence Laser Interferometry
너-792	EX792	외안부 또는 전안부 형광 촬영 [편측] Anterior Segment Fluorescein Photography
너-795	EX795	샤임플러그 사진촬영 [편측] [분석 포함] Scheimpflug Photography
너-796	EX796	안내형광분석검사 [편측] Fluorophotometry
너-797	EX797	레이저 플레어계측검사
노-798	EZ798	각막단층촬영 Corneal Confocal Microscopy
노-799	EZ799*	간섭에 의한 눈물 지질층 두께 측정 Tear Lipid Layer Thickness Interferometry

➔ 처치 및 수술료

분류번호	코 드	분 류
		제1절 처치 및 수술료 【시기능검사】 【감각기】 시기(視器)
조-661	SZ661	색소성망막염에 실시한 Placental Tissue Implantation
조-662	SZ662	경동공 온열치료 Transpupillary Thermotherapy
조-663	SZ663	망막하 경성 삼출물 제거술
조-664	SZ664	황반부 전위술 Macular Translocation

분류번호	코 드	분 류
조-665	SZ665	레이저 열응고 각막성형술 Laser Thermal Keratoplasty
조-666	SZ666	자가혈청 안약치료 Therapy of Autologous Serum Eyedrop
조-667	SZ667	안구표면의 양막이식술 Amniotic Membrane Transplantation of Ocular Surface
조-668	SZ668*	각막내 링 삽입술 [원추각막] Implantation of Intrastromal Ring Segments [Keratoconus]
조-669	SZ669*	각막교차결합술 Corneal Collagen Cross-Linking
조-670	SZ670*	녹내장 방수 유출관 삽입술 Glaucoma Aqueous Tube Insertion
조-671	SZ671*	고주파섬유주절개 [내측접근] Radiofrequency Trabeculotomy [Ab interno Approach]

CHAPTER III

치료재료 및 약제 급여기준 -안과 분야-

1. 치료재료 급여기준
2. 약제

1 치료재료 급여기준

➔ 일반사항

[치료재료 고시]

제목	세부인정사항
의료기관의 비품 등	○ 주전자, 물병, 물컵, 체온계 및 수저는 의료기관의 비품으로서 주전자, 물병, 물컵 사용료는 입원료에, 체온계사용료는 입원료에, 수저사용료는 식대에 포함되어 있으므로 별도로 환자에게 부담시킬 수 없으나 본인이 파손하거나, 귀가시 휴대하여 갈 경우에는 그 실비를 본인에게 부담시킬 수 있음. ○ 치솔, 치약, 비누, 수건, 슬리퍼, 휴지를 본인이 준비하지 아니하여 의료기관으로부터 유상 공급받았을 경우 실비로 본인에게 부담시킬 수 있음. ○ 아기포대기는 산전산후 처치 등에 의한 기저귀와 다른 것으로서 주로 세탁하여 계속 사용할 수 있어 입원료에 포함되어 있으므로 별도 부담시킬 수 없으나 본인이 휴대하여 갈 경우 그 실비를 본인에게 부담시킬 수 있음. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
재사용이 가능한 자동 열교환에 의한 환자의 체온조절장치의 별도 산정여부	입원병실은 환자의 치료에 필요한 냉·난방 및 환기시설을 갖추도록 의료법 제36조에 규정하고 있으므로 외과적 수술을 하는 소아, 장기간 수술을 요하는 환자 및 중환자실 등에서 환자의 체온조절을 위해 재사용이 가능한 자동열 교환에 의한 환자의 체온장치 등을 사용하더라도 그 비용은 입원료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음 [고시 제2017-198호, 2017.11.1. 시행]
“T-connector”와 “Mini Volume Line” 의 요양급여대상여부	“T-connector”와 “Mini Volume Line”(수액세트연결관)은 필요에 따라 선택적으로 수액세트에 연결하여 사용하는 재료로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음. [고시 제2002-80호, 2003.1.1. 시행]
“Control Pressure Line”과 “Control Pressure Spiral Line”의 요양급여대 상여부	“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]

제목	세부인정사항
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-Line의 별도산정 여부	3Way-Line은 수액세트연장연결용으로 사용하는 치료재료로, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제5장 주사료 산정지침 (1)에 의거 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음. [고시 제2018-281호, 2019.1.1. 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 산정 여부	일회용 흡인용기(Receptal Disposable Suction Bottle)의 흡입 Pack 제품은 일회용으로서 간편하고 감염의 우려가 있는 환자의 분비물을 위생적으로 처리하는데 효과적이라 하겠으나 의료 및 위생용품의 1회용 사용범위를 확대함으로써 불요불급한 재료대 비용지출로 경제성을 고려하여야 할 진료비 상승 억제에 상치될 뿐만 아니라 유리병을 소독하여 재사용할 수 있음을 감안할 때 동 Pack에 대한 재료대를 별도로 산정할 수 없음. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
"ARGON BEAM COAGULATION 6500 SYSTEM (Handpiece 등 4품목)" 및 전기 수술용전극 "COBRA ELECTROSURGICAL PROBE"의 별도산정여부	"ARGON BEAM COAGULATION 6500 SYSTEM (Handpiece 등 4품목)"은 전기수술기에 부착하여 사용하며 "COBRA ELECTROSURGICAL PROBE"는 전기수술용 전극으로 외과수술시에 사용하는 재료로 소정 행위료점수에 포함되어 별도 산정할 수 없음. [고시 제2006-38호, 2006.6.1. 시행]

제목	세부인정사항
병변부위 세정 및 흡인시 사용되는 치료재료 급여기준	의료용세정기(장비)와 연결하여 병변부위를 세정하고 세정된 내용물을 흡인하는 용도로 사용되는 치료재료(Pulsavac Series, Power Pulse Disposable Unit With Suction 등)는 관련 행위 소정점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. [고시 제2017-152호, 2017.9.1. 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. - 아 래 - 가. TPN(Total Parenteral Nutrition) 제제 나. 식약처 허가사항에 필터 사용이 명시되어 있는 약제 [고시 제2016-112호, 2016.7.1. 시행]
Needleless Connector 급여기준	Needleless Connector는 IV Line 등의 투약 경로를 확보한 상태에서 환자에게 치료 약물 등을 주입하고자 할 때 사용하는 needleless syringe와 연결하여 사용하는 connector로, 중심정맥내 카테터를 유지한 경우 72시간마다 1개를 인정한다. [고시 제2017-198호, 2017.11.1. 시행]
1회용 수술용 방호 후드 급여기준	1. 1회용 수술용 방호 후드는 수술 시 혈액, 골 조직 파편 등의 오염 물질로부터 보호하기 위해 사용하는 치료재료로, 다음의 경우에 인정함. - 다 음 - 가. 적응증 1) 혈액매개감염병 환자[「혈액관리법 시행규칙」 [별표 1의2]에 의한 혈액매개감염병 환자]의 수술 2) 자71 인공관절치환술, 자71-1 인공관절재치환술 3) 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 권역외상센터, 전문응급의료센터에서 중증응급환자 또는 중증응급 의심환자가 응급실 내원 후 24시간 이내 수술을 하는 경우 나. 인정개수: 수술 참여 인원에 따라 수술 당 최대 4개 이내의 실사용량을 인정함 2. 상기 적응증 수술 시 Face shield와 1회용 수술용 방호 후드를 동시에 사용하는 경우 종류에 관계없이 합산하여 수술 당 최대 4개 이내 실사용량을 인정함. [고시 제2017-198호, 2017.11.1. 시행]

[기결정고시]

● 병실비품(체온계, 수건, 소변기, 대변기, 수저, 환의, 시트, 홀이불, 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]

● Modified Meibomian Abscess Drainage(eyelid squeezing or scrub)

기본진료료(진찰료, 입원료)의 소정점수에 포함됨.

[고시 제2002-13호, 2002.4.1. 시행]

➔ 검사료

[치료재료 고시]

제목	세부인정사항
안기능검사시 사용된 Color Printer Paper의 요양급여대상여부	디지털장비를 이용한 안기능검사는 기존의 아날로그장비에서 사용하는 폴라로이드 필름이 아닌 Color Printer Paper를 사용하여 실시간으로 영상이미지를 저장하고 필요한 부분을 선택하여 프린터로 출력하는 것으로, 고해상도로 정확도가 높고 필요시 흑백으로 선택하여 출력할 수 있는 등의 장점이 있으므로 동 검사시 사용된 Color Printer Paper는 요양급여대상으로 함.

[고시 제2003-83호, 2004.1.1. 시행]

➔ 마취료

[치료재료 고시]

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]

➡ 처치 및 수술료

[치료재료 고시]

제목	세부인정사항
필름 드레싱류 및 필름 드레싱류, 항균 성분 함유의 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]
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 2. 기 타 : 봉합사 제품명(Catalog No.), 굵기(Gauge), 사용량 등을 진료기록부(수술기록지)에 반드시 기재하여야 함. [고시 제2007-143호, 2008.1.1. 시행]
경공막 모양체 응고술(Transscleral Cyclophotocoagulation)용 치료재료의 급여기준	녹내장수술 시 경공막(transsclera)하 모양체 응고를 통해 말기 녹내장 환자의 안압하강을 유도하는 목적으로 사용되는 경공막 모양체 응고술(Transscleral Cyclophotocoagulation)용 치료재료는 자504마 녹내장수술(홍채, 모양체응고술) 시 별도 요양급여를 인정함. [고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]

제목	세부인정사항
안검 하수 수술시 사용한 Fascia Lata 인정여부	안검 하수 수술시 상안검을 전두근에 현수할 때 Sling Material로 사용되는 보존 동종 생체근막(Preserved Fascia Lata = Banked Fascia Lata)은 기존의 비자가성 재료[일반 봉합사, 보존경막 (Lyodura), Silicone 등]의 사용시 보다 수술후 성공율이 높아 재수술 빈도가 낮으며, 자가 근막(Autogenous Fascia Lata) 채취 수술을 별도로 실시할 필요가 없으므로 실사용 개수를 산정할 수 있음. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
각막이식 시술시 사용하는 Disposable Trepine Blade의 급여기준	각막이식술에 사용하는 종전의 Trepine Blade는 집도의가 손으로 잡고 각막을 절개하였으나, 최근 특별히 고안된 장비(System or Handle)를 이용한 Trepine Blade System은 비교적 고가의 Disposable Trepine Blade를 사용하여야 하지만 각막의 단면을 정확하게 절개하여 절개안구 주변 부위에 대한 손상을 적게 하고 수술 후 시력예후를 높일 수 있는 장점이 인정됨. 따라서, 각막이식술의 기술료 및 상대가치와 Disposable Trepine Blade의 재료대 등을 비교 검토한 결과 Trepine Blade System의 System or Handle의 장비감가상각비는 기술료에 포함하되, Disposable Trepine Blade 재료대는 별도 산정할 수 있음. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
“Flexible Iris Retractor”의 요양급여 대상여부	“Flexible Iris Retractor”는 강제로 홍채를 벌려 동공을 여는 안과용 개공기구로 보다 쉽고 안전하게 수술을 할 수 있는 장점이 있으나, Reusable Retractor와 비교시 비용 효과적이라 볼 수 없으므로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음. [고시 제2002-80호, 2003.1.1. 시행]
수정체낭 고정용 치료 재료의 급여기준	안구영역 임플란트인 수정체낭 고정용 치료재료는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. -다 음- 가. 수정체이탈구가 있어 수술을 요하는 경우 나. 모양소대 결손 및 손상이 있는 백내장의 경우 [고시 제2017-173호, 2017.10.1. 시행]

제목	세부인정사항
망막박리술 시 사용하는 치료재료의 급여기준	망막고정술용 치료재료(Band, Strip, Tire, Boat, Tantalum Clip 등)는 망막박리 수술에 사용 시 요양급여를 인정함. [고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]
망막수술에 사용하는 고비중물질 인정기준	망막수술용 고비중물질은 수술중에 망막의 손상을 최소화 하는데 필요하므로 다음의 경우에 인정함. - 다 음 - 가. 유리체절제술 나. 수정체 탈구 다. 황반출혈 등 수술시 심한 출혈이 동반된 경우 [고시 제2006-23호, 2006.4.1. 시행]
안과용 세척 및 흡입 치료재료 산정기준	백내장 수술, 이차 인공수정체 삽입술 또는 인공수정체 교환술, 유리체 절제술 시 사용하는 안과용 세척 및 흡입 치료재료(Inter kit 등)는 상품명, 재질의 종류, Disposable 또는 Reusable 등의 구분없이 24,000원(코드 N0001001)을 산정하되, 동일한 눈에 백내장 수술과 유리체 절제술을 전·후방으로 동시에 시술하더라도 정액수가 1회만 산정함. [고시 제2009-55호, 2009.4.1. 시행]
Var-I-Stat-Cautery & Accu-Temp Cautery의 별도산정 여부	Var-I-Stat-Cautery & Accu-Temp Cautery는 안과수술 시 혈관 지혈·소작용으로 사용하는 치료재료로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음. [고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]
“3-Function tissue manipulator”, “Illuminated Infusion Cannula”, “Endoillumination Probe”의 요양급여 대상여부	“3-Function tissue manipulator” 및 “Illuminated infusion cannula”는 망막수술 장비(Supravitt Vitreoretinal System)와 연결하여 조명, 응고, 흡인, 주입의 기능을 하며 “Endoillumination Probe”는 조명의 기능을 하는 재료로 소정 행위점수에 포함되어 별도 산정할 수 없음 [고시 제2005-24호, 2003.1.1. 시행]

제목	세부인정사항
안내충전물인 실리콘 오일(Silicone Oil)의 산정기준	유리체절제술후 망막의 재 유착을 위하여 안구내에 삽입하는 안내충전물인 실리콘오일은 별도 인정함. [고시 제2008-149호, 2008.12.1. 시행]
1회용 수술(시술)팩의 급여기준	1회용 수술(시술)팩은 수술 부위를 오염 등으로부터 보호하기 위해 사용하는 환자용, 의료진용, 수술기구용, 기타 구성품으로 구성된 패키지로 다음의 경우에 요양급여를 인정하고 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」의 해당 치료재료비용을 산정함. 또한, 적응증 이외의 경우에는 소정 행위료에 포함되어 별도 산정하지 아니함. - 다 음 - 가. 적응증 1) 바1, 바2 마취에 의한 수술 2) 중재적 방사선시술 3) ECMO(체외순환막형산화요법, Extra Corporeal Membrane Oxygenation)를 위해 Cannula를 삽입하는 시술 4) 중심정맥관 삽입술 5) 자연분만 나. 인정개수 : 수술(시술) 당 1개 인정 단, 협의 진료로 2가지 이상 수술(시술)을 동시에 시행하여 수술(시술)팩을 추가로 사용하는 경우 별도인정 다. 산정방법 1) 적응증 '가. 1)'의 경우 'CABG 수술팩', 'Shoulder, Knee, Hip 관절치환 수술팩', '눈 수술팩', 마취시간별 수술팩(Ⅰ)~(Ⅳ) 중 해당 수술팩 치료재료비용을 산정 2) 적응증 '가. 2)~4)'의 경우 '중재적 방사선 시술팩', 'ECMO 시술팩', '중심정맥관 삽입 시술팩' 중 해당 시술팩 치료재료비용을 산정 3) 적응증 '가. 5)'의 경우 '수술팩(Ⅰ)(마취시간 1시간이하)' 치료재료비용을 산정 라. 다만, 1회용 수술(시술)팩을 사용하지 않고 린넨팩을 사용하는 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 해당 린넨팩 관리료(자-0)를 별도 산정할 수 있으며, 이는 2018년 12월 31일까지 한시적으로 적용함. [고시 제2018-19호, 2018.2.1. 시행]

➡ 영상진단 및 방사선 치료료

[치료재료 고시]

제목	세부인정사항
“CTP-200-FLS”의 요양급여 대상여부	“CTP-200-FLS”는 전산화단층영상진단(CT)시 조영제 주입을 위하여 조영제 주입 기에 연결하여 사용하는 일회용 조영제 주입용 자동주사기로 소정 행위료에 포함 되어 별도 산정할 수 없음. [고시 제2002-80호, 2003.1.1. 시행]
체액분비관 확장술용 Catheter의 급여기준	체액분비관 확장술용 Catheter는 체내의 체액분비관 내의 이상 유무를 확인하기 위해 조영술을 실시할 때 사용하는 치료재료로 다233 누낭조영, 다217 유선조영, 다209 타액선조영 등에 사용 시 요양급여를 인정함. [고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행]

➡ 비급여

[치료재료 고시]

제목	세부인정사항
“Hydroxyapatite Ocular Implant등의 요양급여 대상여부”	안구내용제거술 또는 안구전적출술시에 Eyeball Space를 유지하기 위하여 사용 하는 안와삽입물(Eye Sphere, Wheeler Eye Sphere 등)은 「치료재료 급여·비 급여목록 및 급여상한금액표」에 의한 상한금액 범위내의 실구입가로 산정함. 또 한, 최근 개발 사용되고 있는 Hydroxyapatite Ocular Implant는 안와용적을 유 지함은 물론 인체의 뼈와 동일한 성분으로 화학 및 열처리되어 인체에 적합할 뿐 아니라 동 Implant에는 많은 Hole이 있어 그 Hole안으로 혈관이 자람과 동시에 생체조직의 일부가 되는 장점 이외에도 의안이 고정·삽입되도록 고안된 운동성 막대(Peg)가 포함되어 수술후 의안의 운동성을 향상시켜 외형상의 단점을 보완하 였기 때문에 그 사용이 증가하는 추세에 있음. 그러나, 동 Implant는 기존의 안와 삽입물과 비교해 볼 때 가격이 현저히 고가이며 1, 2차 수술을 통하여 중등도 이상 의 의안 운동성을 얻을 수 있어 그 사용목적이 미용적 측면을 개선하는데 있으 므로 Hydroxyapatite Ocular Implant 및 동 Implant를 삽입시 근육의 부착을 용이 하게 하기 위한 Tutoplast Dura는 비급여대상으로 함. [고시 제2005-101호, 2006.1.1. 시행]

2 약제

➔ 일반원칙

[약제 고시]

제목	세부인정사항
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조 제3항에 의하여 중증 환자 중 암환자에게 처방·투여하는 약제로서 건강보험 심사평가원장이 정하여 공고하는 약제의 범위 및 비용부담	1. 약제의 범위 가. 항암요법제 사용 관련 ○ 245 부신흔호르몬제, 247 난포 및 황체호르몬제, 249 기타의 호르몬제(항르몬제를 포함), 313 비타민B제(비타민 B1을 제외), 339 기타의 혈액 및 체액용액, 392 해독제, 399 따로 분류되지 않는 대사성 의약품, 421 항악성종양제, 429 기타의 종양치료제, 431 방사성 의약품, 617 주로 악성종양에 작용하는 것, 639 기타의 생물학적 제제, 항암면역요법제 나. 항구토제 사용 관련 ○ 235 최토제·진토제, 239 기타의 소화기관용약, 245부신흔호르몬제 다. 암성통증치료제 사용 관련 ○ 112 최면진정제, 113 항전간제, 114 해열진통소염제, 117 정신신경용제, 119 기타의 중추신경용약, 124 진경제, 264 진통·진양·수렴·소염제, 811 아편 알칼로이드계 제제, 821 합성마약 2. 비용부담 상기 1.의 약제는 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. 다만, 아래에 해당하는 경우에는 약값의 전액 또는 일부를 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 허가사항 범위이지만 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」이외에 투여한 경우 나. 허가사항 범위 초과이지만 의학적 타당성·비용효과성 등을 종합적으로 고려하여 전액본인부담 또는 일부본인 부담으로 인정한 범위 내에서 투여한 경우(해당약제 심사평가원장이 공고하거나 또는 신청 및 신고기관에 국한하여 통보)

[고시 제2018-120호, 2018.7.1. 시행]

제목	세부인정사항
내용액제(시럽 및 현탁액 등)	1. 동일성분의 정제 또는 캡슐제가 있는 내용액제(시럽 및 현탁액 등)는 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여로 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.(개별 고시가 있는 내용액제는 해당 고시 기준을 따름) - 아 래 - 가. 만 12세 미만 소아에게 투여한 경우 나. 고령, 치매 및 연하곤란 등으로 정제 또는 캡슐제를 삼킬 수 없는 경우 2. 제산제, Sucralfate 제제 및 Sodium alginate 제제는 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여를 인정함. [고시 제2017-215호, 2017.12.1. 시행]
동일성분 의약품 중복처방 관리에 관한 기준	동일 요양기관에서 같은 환자에게 6개월 동안 동일성분 의약품의 투약일수가 214일을 초과하여 처방하는 경우 영양급여를 인정하지 아니하나, 아래에 해당하는 경우에는 예외로 인정함. - 아 래 - 가. 환자가 장기출장이나 여행으로 인하여 의약품이 소진되기 전 처방을 받아야 하는 경우 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 다. 항암제 투여 중인 환자이거나, 소아환자로서 구토로 인해 약 복용 중 약제가 소실된 경우 등 환자의 귀책사유 없이 약제가 소실·변질된 경우 ※ “동일성분 의약품”이라 함은 국민건강보험법 시행령 제24조제3항 및 ‘국민건강보험 영양급여의 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. (예) 123101ATB, 123102ATB, 123102ATR, 123104ATR은 모두 동일 성분 의약품에 해당됨. [고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]

제목	세부인정사항
병용금기 성분, 특정 연령대 금기 성분 및 임부금기 성분	1. 식품의약품안전처장이 고시한 병용금기 성분 및 특정연령대 금기 성분과 임부금기 성분에 대하여는 요양급여를 인정하지 아니함 가. 이 경우 임부금기 성분은 고시 성분을 함유한 단일제와 복합제를 모두 포함함 2. 다만, 병용금기 성분, 특정연령대 금기 성분 및 임부금기 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. 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 나. 보건복지부장관이 고시한「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서 서식 및 작성요령」에 따른 요양급여비용명세서 3. 2호에도 불구하고 특정연령대 금기 성분인 “acetaminophen (encapsulated 포함)(서방형 제제에 한함)”등 서방형 제제, 장용성제제 등은 그 제제의 특성상 분할하거나 분말 형태로 처방·조제하여서는 안 됨 4. 임부금기 2등급에 해당하는 성분을 처방·조제할 때는 부득이하게 사용할 필요가 있다고 의학적 타당성을 판단한 경우에 한하여야 하며, 투약 이전에 반드시 환자에게 적절한 안내조치를 하여야 함 5. 급여기준 적용일 : 식품의약품안전처장이 고시한 다음날부터 적용한다. [고시 제2017-109호, 2017.7.1. 시행]
비용효과적인 함량의약품 사용	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.

제목	세부인정사항
	(예) 25mg, 50mg 함량의 약제가 각각 등재된 경우 - 1회 투약량이 50mg인 경우 → 50mg 1정 처방 - 1회 투약량이 75mg 필요한 경우 → 50mg 1정과 25mg 1정 처방 [고시 제2017-109호, 2017.7.1. 시행]
안연고	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 수술 후 비강 점막 또는 두경부 점막 등 상처감염 예방목적에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함(단, 항바이러스안연고는 제외함) [고시 제2016-145호, 2016.8.1. 시행]
주사제의 자가주사 및 장기처방	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. [고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]
항생제	1. 전반적인 감염증에 사용토록 되어 있고, 실제 임상에서 항생제 선택 시에는 적응증별 선택보다 약제감수성 검사에 따라 선택하고 있으므로 환자의 병력 등을 참조하여 허가사항 범위 내에서 1차 약제부터 단계적으로 사용해야 함. 2. 중증 감염증에는 경구 투약만으로 치료효과를 기대할 수 없는 경우 주사제와 병용하여 처방 투여 할 수 있음. [고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]

[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]

➔ 114 해열진통소염제

[약제 고시]

제목	세부인정사항
Propacetamol HCl 주사제 (품명: 데노간주 등)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 통증이나 고열로 인하여 신속하게 투여할 필요가 있거나 다른 경로로 투여할 수 없는 경우로서 가. 외과 수술 후 통증에 수술 당일부터 3일 이내 나. 감염성질환 및 악성질환으로 인한 발열에 경구제 및 좌제 투여가 곤란한 경우 [고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]

➔ 122 골격근이완제

[약제 고시]

제목	세부인정사항
Atracurium besylate 주사제 (품명: 아트라주 등)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 입원의 경우 1) 제왕절개술(C-sec), 2) 개심술, 3) 안압이 현저히 높은 환자의 수술, 4) 짧은 시간 수술(1시간 이내), 5) 노인(만 65세 이상) 및 중환자실 환자, 6) 빈혈이 있는 환자, 7) 심장 및 신장환자 수술시, 8) 빈맥이 있는 환자, 9) 만 15세 이하의 환자, 10) 인공호흡기와의 부조화(Ventilator fighting) 시 나. 외래환자 마취시 다. 간 또는 신기능이 저하된 환자 [고시 제2017-193호, 2017.11.1. 시행]

➔ 131 안과용제

[약제 고시]

제목	세부인정사항
Bilberry fruit dried ext. 경구제(품명: 알코딘연질캡슐 등)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - ○ 당뇨병에 의한 망막변성 및 눈의 혈관장애 개선 [고시 제2016-187호, 2016.10.1. 시행]
Cyclosporin 0.05% 외용제(품명: 레스타시스점안액 등)	허가사항 범위 내에서 "중등도(Moderate) 이상의 건조각막결막염"에 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 건성안으로 인하여 병적인 변화가 나타난 경우(예, 표층각막염 등) 나. 눈물막파괴시간(Tear break up time) 검사결과 6초 이하인 경우 다. 쉬르머검사(Shirmer test)결과 정상 수치보다 30%이상 감소한 경우 [고시 제2017-109호, 2017.7.1. 시행]
Cyclosporin 0.1% 외용제(품명: 아이커비스점안액)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 건성안으로 인하여 병적인 변화가 나타난 경우(예: 표층각막염 등) 나. 눈물막파괴시간(Tear break up time) 검사결과 6초 이하인 경우 다. 쉬르머검사(Shirmer test) 결과 정상 수치보다 30% 이상 감소한 경우 [고시 제2017-109호, 2017.7.1. 시행]
Dexamethasone 700 μ g 이식제 (품명: 오저덱사이식제 700 μ g)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 망막 분지정맥 폐쇄(Branch Retinal Vein Occlusion, BRVO) 후 나타나는 황반부종 1) 반대편 눈이 실명(최대교정시력 0.3 이하의 노동력상실 실명)인 경우

제목	세부인정사항
	2) 반대편 눈의 최대교정시력이 0.4 이상인 경우는 발병 2~3개월이 경과하여도 황반부종이 지속되면서 최대교정시력이 0.5 이하인 경우 ※ 황반부종은 빛간섭단층촬영 소견에서 황반두께(Central macular thickness)가 300μm 이상인 경우 나. 후안부 염증을 동반한 비감염성 포도막염 1) 투여대상: 점안제 이외의 스테로이드를 1개월 이상 사용하였으나 시력이 개선되지 않거나 부작용으로 치료를 할 수 없는 경우 2) 투여횟수: 단안당 1회(추가 투여 필요시 소견서 첨부하도록 함) 다. 당뇨병성 황반부종(Diabetic Macular Edema, DME) ○ 중심망막두께(Central retinal thickness) 300μ m 이상인 경우 ※ Ranibizumab 주사제 또는 Aflibercept 주사제와 병용 투여는 급여로 인정하지 아니함. [고시 제2018-253호, 2018.12.1. 시행]
Natamycin 외용제 (품명: 나타신점안현탁액)	허가사항 범위내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - ○ 진균성 각막염 [고시 제2013-103호, 2013.7.1. 시행]
Sodium hyaluronate 18mg/10ml 외용제 (품명:비스메드점안액)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. - 아 래 - 다음 질환에 의한 각결막상피장해 치료보조제 가. 쇼그렌증후군, 스티븐스-존슨증후군, 안구건조증후군 등의 내인성질환 나. 수술 후, 약제성, 외상, 콘택트렌즈 착용 등에 의한 외인성질환 [고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]
Tafluprost 외용제 (품명:타플로탄점안액0.0015% 등)	허가사항 범위(개방각 녹내장, 고안압증의 안압하강) 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. [고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]

제목	세부인정사항
Tosufloxacin tosylate 외용제 (품명: 동아오젱스 점안액)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 유효균종포도상구균속, 연쇄상구균속, 폐렴구균, 장구균속, 마이크로코커스속, 모라셀라속, 코리네박테리움속, 클레브시엘라속, 엔테로박터속, 세라치아속, 프로테우스속, 모르가네라 모르가니속, 프로비덴시아속, 인플루엔자균, Hemophilus aegypticus (Koch-Weeks균), 슈도모나스속, 녹농균, 박테리아 세팍시아, 스테프로모나스(잔토모나스) 말토피리아, 아시네토박터속, 아크네균 나. 적응증 1) 세균성 결막염 2) 각막염(각막궤양을 포함) 3) 검판선염 4) 안과수술시의 무균화요법 [고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]
Triamcinolone acetonide 주사제 (품명: 마카이드주)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - ○ 당뇨병성 황반부종 1) 투여대상: 중심망막두께(Central retinal thickness) 300μ m 이상인 경우 2) 투여횟수: 단안당 1회 [고시 제2015-154호, 2015.9.1. 시행]
Verteporfin 주사제 (품명 : 비쥬다인주)	1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 연령관련 황반변성에 의한 전형적이거나 잠재적인 타입의 황반하 맥락막 신생혈관을 가진 환자 1) 형광안저 검사상 황반하 부위에 맥락막 혈관신생이나 결절맥락막병증이 있는 경우로서 신생혈관의 최대 직경이 5,400μm 이하의 크기인 경우 2) 치료 회수 : 단안당 총 5회 이내(진단 후 12개월 이내 최대 치료회수 : 단안당 3회)

제목	세부인정사항
	나. 병적근시(Pathologic myopia)에 의한 황반하 맥락막 신생혈관을 가진 환자 1) 마이너스 5.0 디옵터 이하이거나 안구의 장축의 길이가 26.5mm 이상인 경우로서 형광안저 검사에서 황반하 부위에 맥락막 신생혈관이 있는 경우 2) 치료 회수 : 단안당 총 3회 이내(진단 후 12개월 이내) 2. 허가사항 범위(효능효과 등)를 초과하여 특발성황반변성환자에게 다음 각 항에 해당되는 경우에만 인정하며, 최대 투여 회수는 단안당 2회 이내로 하고, 2회 초과 사용시에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 다 음 - 가. 발견시 소견보다 2개월 이상 경과된 후 소견이 악화된 모습이 1), 2)와 같이 나타날 때 1) 플루레신형광안저촬영으로 신생혈관의 크기가 명백하게 커져 있을 때 2) 안저소견상 출혈이 새로 발생했거나 증가했을 때 나. 최대교정시력이 0.4 이하이고 시력장애의 원인이 맥락막신생혈관임이 확실할 때 다. 일단 호전되었다가 다시 악화된 경우 [고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]

➔ 142 자격요법제

[약제 고시]

제목	세부인정사항
Cyclosporine 경구제 (품명: 사이폴엔연질캡셀 등)	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 중 『건선, 신증후군, 류마티스성관절염, 재생불량성빈혈』에는 허가받은 품목에 한하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정 기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 건선 : 기존의 전신치료제(Corticosteroid, Acitretin (티가손), MTX(Methotrexate) 등)에 부작용이 있거나 효과가 없는 중증건선에 2차적으로 투여 시 나. 신증후군 : Steroid제에 내성(Resistant)이 있는 경우, Steroid제에 효과는 있으나, 투약을 중단했을 때 재발하는 증후군(Steroid dependent nephrotic syndrome), Steroid제에 부작용이 심한 신증후군환자에게 투여 시

제목	세부인정사항
	다. 류마티스관절염 : 6개월 이상 치료 후에도 효과가 없는 중증(Refractory) 류마티스관절염에 2차적으로 투여 시 라. 재생불량성빈혈 : 골수이식을 할 수 없는 중증의 재생불량성빈혈 환자에게는 동 약제를 단독투여하거나, ALG(Anti Lymphocyte Globulin: 항림프구글로불린)제제 또는 ATG(Anti Thymocyte Globulin: 항흉선세포글로불린)제제와 병용투여 시 3. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 아토피성 피부염 : 기존치료에 불응성인 중증의 아토피성 피부염에 2차적으로 투여 시 나. 중증근무력증(Myasthenia gravis) : Corticosteroids와 Azathioprine 으로 치료가 잘 되지 않는 경우 다. 심상성 천포창, 낙엽상 천포창 및 유사천포창 : 면역억제제(Azathioprine등)와 부신피질호르몬(Prednisolone등) 과의 병용요법에 반응하지 않는 경우 라. 베타트질환 : 안증상 및 피부점막의 궤양 등 전신적으로 심한증상을 보이는 경우 마. 루푸스질환 : 신증후군이 발생된 경우 혹은 재생불량성빈혈등이 동반된 경우 바. 괴저성농피증에 투여하는 경우 사. Steroid 장기 치료로 부작용이 발현되거나 다른 약제 치료에 불응인 전두부탈모증(Alopecia totalis) 및 범발성탈모증(Alopecia universalis) 아. 기존 치료제에 불응인 만성특발성두드러기 환자 중 자가면역항체 양성인 경우 자. Steroid 투여 후 재발하거나 Steroid에 불응인 비특이성안와염에 투여하는 경우 차. Steroid 투여에 불응인 자가면역 간염에 투여하는 경우 카. 경구 스테로이드 또는 Cyclophosphamide로 1개월 이상 치료하여도 효과가 없는 괴사성 공막염에 투여 시 요양급여를 인정하며, 투여용량 및 투여기간은 2.5 ~ 5.0mg/kg/일씩 6개월간 인정함. 타. 혈구탐식증 혹은 조직구증(Hemophagocytic syndrome 혹은 Histiocytosis 혹은 Hemophagocytic lymphohistiocytosis)에 투여하는 경우 파. 포도막염 : 스테로이드제에 불응성이거나 부작용이 심한 경우, 스테로이드제 감량 시 재발하는 경우, 고용량 스테로이드제를 장기간 복용해야 하는 경우, 전신질환을 동반하고 심각한 안구손상이 예상되는 경우 등에 투여 시 인정

제목	세부인정사항
	하. 골수이형성 증후군(Myelodysplastic syndromes): 국제예후점수체계 위험 분류의 저위험군(IPSS Risk category low 또는 Intermediate-1)에 투여하는 경우 거. 고용량 스테로이드 치료에 반응하지 않는 급성간질성 폐렴(Acute interstitial pneumonitis)에 투여하는 경우 너. 소장이식 [고시 제2016-223호, 2016.12.1. 시행]
Mycophenolate mofetil 경구제(품명: 셀셉트캡슐 등)	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 면역억제제(Azathioprine 등)와 부신피질호르몬(Prednisolone 등)과의 병합 요법에 반응하지 않는 심상성 천포창, 낙엽상 천포창 및 유천포창 나. 장기(신장, 심장, 간장, 췌장, 폐, 소장) 이식수술 후 Tacrolimus 경구제와 병용한 경우 1) Cyclosporin 및 Tacrolimus와 병용 투여되는 코르티코스테로이드의 경우는 환자 상태에 따라 추가 여부를 결정할 수 있음. 2) 용량을 감소시켜 나가는 점감법(Tapering) 과정에서 환자상태에 따라 단독 투여 가능함. 다. 손 및 팔이식 수술 후 Tacrolimus 경구제와 병용한 경우 1) Tacrolimus와 병용 투여되는 코르티코스테로이드의 경우는 환자 상태에 따라 추가 여부를 결정할 수 있음 2) 투여 용량: 1회 750mg 이내, 1일 2회 투여 라. 루푸스신염: 1) 기존의 표준요법에 치료효과가 없거나 부작용이 심각한 경우(출혈성 방광염, 난소부전 등) 또는 WHO 분류 단계 Ⅲ, Ⅳ로 확진된 경우에 투여시 인정함.(관해 유도 및 관해 유지) 2) 기존의 스테로이드와 면역억제제로 관해 유도를 한 후 표준적인 치료법에 따른 독성이 우려되는 환자에서 관해유지 목적으로 동 약제를 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

제목	세부인정사항
	마. 동종각막이식술: 1) Cyclosporine에 부작용이 있거나, Cyclosporine을 투여할 수 없는 경우에 투여 시 요양급여를 인정함. 2) 투여용량 및 투여기간은 1일 2g씩 6개월간 인정하며, 사례별로 1년까지 인정함. 바. 포도막염 1) 스테로이드제에 불응성이거나 부작용이 심한 경우 2) 스테로이드제 감량 시 재발하는 경우 3) 고용량 스테로이드제를 장기간 복용해야 하는 경우 4) 전신질환을 동반하고 심각한 안구손상이 예상되는 경우 등 사. 조혈모세포이식 후 이식편대숙주병 1) 예방목적으로 투여 시 가) 투여대상 (1) 인체조직적합항원(HLA) 일치 동종조혈모세포이식 후 메토트렉세이트 투여의 금기증(허가사항의 주의사항 참고)이 있는 경우 (2) 제대혈이식시 일차요법 나) 투여용량 및 기간 15mg/kg을 1일 3회, 이식당일에서 이식 후 27일까지 2) 치료목적으로 투여 시 가) 투여대상 스테로이드 저항성 또는 금기 환자 나) 투여용량 1g 또는 15mg/kg을 1일 2회 아. 중증근무력증: Azathioprine 또는 스테로이드제에 치료효과가 없거나 부작용 등으로 투여할 수 없는 경우에 투여 시 요양급여를 인정함. 자. 일차성 사구체신염(최소 변화의 신장증(Minimal change nephropathy), 국소분절사구체경화증(Focal segmental glomerulosclerosis), 막성신장증(Membranous nephropathy), 막증식성사구체신염(Membranoproliferative glomerulonephritis), 면역글로불린에이신장증(IgA nephropathy))에 의한 신증후군 환자로 스테로이드제에 효과가 없는 경우 또는 스테로이드 의존성으로 스테로이드제에 부작용이 심하거나 심각한 독성이 우려되는 경우 3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여하는 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

제목	세부인정사항
	○ 경구 스테로이드 또는 Cyclophosphamide로 1개월 이상 치료하여도 효과가 없는 괴사성 공막염
[고시 제2018-234호, 2018.11.1. 시행]	

➡ 219 기타의 순환계용약

[약제 고시]

제목	세부인정사항
Dobesilate calcium 경구제(품명: 일성독 시움정 등)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인 정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 당뇨병성 망막병증, 당뇨병성 모세혈관장애 나. 정맥기능부전, 항진된 모세혈관 파열과 투과장애를 수반하는 혈관손상, 혈전 후증후군, 말초울혈성부종
[고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]	

➡ 349 기타의 인공관류용제

[약제 고시]

제목	세부인정사항
Calcium chloride 외 (안내수술용 평형 염액) (품명:비에스에 스액 등)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인 정기준 이외에는 별도 인정하지 않음 - 아 래 - 가. 인정수술 1) 백내장 및 수정체수술(자511-가, 자511-나, 자511-라) 2) 유리체절제술(자512-가, 자512-나) 3) 망막주위막제거술(자514-1) 나. 인정용량 수술 당 최대 500ml(1병). 다만, BSS Plus액사용 시는 약값 전액을 환자가 부담 토록 함.
[고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]	

➡ 421 항악성종양제

[약제 고시]

제목	세부인정사항
5-fluorouracil 주사제(품명: 중외 5-에프유 주 등)	1. 허가사항 및 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 녹내장에 결막하 주사에도 요양급여를 인정함. [고시 제2017-193호, 2017.11.1. 시행]
Cyclophosphamide 제제	1. 허가사항 및 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항의 범위(효능·효과 등)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 전신성홍반성낭창(SLE) 나. 타 치료에 실패한 류마티드 관절염에 투여 시 다. 성인의 신증후군(Minimal change) : Steroid 치료후 사용하는 경우 라. 특발성 혈소판 감소성 자반병(ITP) : 스테로이드치료, 비장 절제 후에도 호전되지 않는 경우 마. 베철통후군 바. 급성 진행성 사구체신염, 만성 신증후군, 원발성 초점성 분절성 사구체신염 사. 중증 초그-스토라우스 증후군(Churg-Strauss 증후군) 아. 과사성 공막염 자. 다발성 근육염 및 피부근육염 : Steroid 치료에 실패하였거나 투여가 불가능한 경우 차. 동종조혈모세포이식 후 이식편대숙주질환(GVHD)의 예방을 위하여 투여하는 경우 [고시 제2018-18호, 2018.2.1. 시행]

제목	세부인정사항
Mitoxantrone HCl 주사제 (품명:미트론주)	1. 허가사항 및 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과 등)초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 1차 치료에 실패하거나 재발이 매우 잦은 활성도가 높은 재발성 다발성경화증, 이차진행성 다발성경화증 1) 5 ~ 12mg/m² 씩 3개월마다 투여 2) 총 투여용량: 120 ~ 140mg/m²다만, 동 약제는 허가사항 중 사용상의 주의사항을 참고하여 골수 억제 및 심근 독성 발생 여부를 주기적으로 모니터링하며 투여하여야 함. 3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 경우에도 투약할 수 있으며, 약값은 환자가 부담토록 함. - 아 래 - ○ 시신경척수염(Neuromyelitis optica)로 진단된 환자 중 재발한 경우 [고시 제2014-140호, 2014.9.1. 시행]
Rituximab주사제 (품명: 맵테라주 등)	1. 각 약제별 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 림프종, 만성 림프구성 백혈병「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」범위 내에서 인정 나. 류마티스 관절염 1) 투여대상ACR/EULAR 진단기준(2010년 제정)에 부합하는 성인 류마티스 관절염 환자 중 1종 이상의 종양괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor)에 반응이 불충분하거나 부작용 등으로 치료를 중단한 중증의 활동성 류마티스 관절염 환자 ※ TNF-α inhibitor요법에 반응이 불충분한 경우란 다음 조건에 해당하는 경우로 함

제목	세부인정사항
	- 다 음 - 가) TNF-α inhibitor를 6개월간 사용 후 평가시 DAS28이 1.2 이상 감소하지 않은 경우 나) TNF-α inhibitor를 6개월간 사용 후 평가에서 계속 투여조건에 적합한 경우에는 지속적으로 6개월마다 평가를 하여 첫 6개월째의 평가결과가 유지되지 않는 경우 2) 재투여 요건 직전 코스 투여 16주 후 반응평가에서 최초 투여시점 보다 DAS28이 1.2 이상 감소하는 반응을 보인 이후, 직전 코스 투여 후 최소 6개월 경과 재투여시 직전 코스 평가 DAS28보다 0.6 이상 악화된 경우 ※ 1코스: 1회 1,000mg씩 2주 간격 2회 3) 동 약제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없어 이전에 투여한 적이 없는 다른 TNF-α inhibitor (Adalimumab, Etanercept, Golimumab, Infliximab 주사제) 또는 Abatacept, Tocilizumab 주사제, Baricitinib, Tofacitinib 경구제로 교체투여(Switch)하는 경우 급여를 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여소견서를 첨부하여야 함. 다. 항호중구세포질항체(ANCA: Anti Neutrophil Cytoplasmic Antibodies) 양성인 베게너육아종증 (Wegener's granulomatosis) 및 현미경적 다발혈관염(Microscopic polyangiitis) ○ 투여 대상: 표준치료(고용량 스테로이드 등)에 불응하거나 재발하는 경우 또는 주요장기를 침범하여 생명을 위협하는 중증인 경우 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. ABO 혈액형 부적합 신이식 환자의 거부반응 예방에 375mg/m² 용량으로 1회 나. 패널반응성항체(Panel reactive antibody) 50% 또는 교차반응검사서 양성에 해당하는 고도 감작된 신이식 환자의 거부반응 예방에 375mg/m² 용량으로 1회 다. 면역글로불린/혈장반출술 등의 치료에 반응하지 않는 신이식 후 발생한 급성 체액성 거부반응에 375mg/m² 용량으로 1회

제목	세부인정사항
	라. 면역억제제 감량에 반응하지 않는 이식후 발생한 림프증식성 질환(Posttransplant lymphoproliferative disease)에 375mg/m² 용량으로 4회 마. 소장이식후 거부반응 치료시에 375mg/m² 용량으로 1회 바. 시신경척수염(Neuromyelitis optica)으로 진단된 환자 중 기존 치료제에 부작용이 있거나 반응이 없는 경우 사. 중증의 난치성 심상성(보통) 천포창, 낙엽상 천포창, 수포성 유사천포창, 반흔성(흉터) 유사천포창, 후천성 수포성 표피박리증 환자로서 아래의 1),2) 조건을 동시에 만족하는 경우 375mg/m²/주씩 4주까지 또는 1000mg/회씩 2회까지 인정 1) 20mg/일 이상의 Prednisone 투여에도 2번 이상 재발하거나 1.5mg/kg/일 용량으로 8주간 투여한 Prednisone에 불응인 경우 또는 Steroid에 금기인 경우 2) 기존 면역억제제(Azathioprine등) 치료에 부작용이 있거나 반응이 없는 경우 3. 허가사항(효능·효과, 용법)을 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 약값 전액은 환자가 부담토록 함. - 아 래 - ○ 만성 저항성 특발성 혈소판 감소성 자반증(Chronic refractory ITP)에 스테로이드, 면역글로불린, Anti-D 항체, Vincristine, Danazol, Azathioprine, Cyclophosphamide 등 약제치료에 실패하고 비장적출술에 불응 또는 금기인 경우 [고시 제2018-234호, 2018.11.1. 시행]

➔ 439 기타의 조직세포의 치료 및 진단

[약제 고시]

제목	세부인정사항
Adalimumab 주사제 (품명: 휴미라주 등)	1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 성인의 활동성 및 진행성 류마티스관절염, 다관절형 소아 특발성 관절염 1) 투여대상 다음 가), 나) 조건을 동시에 충족하는 경우 가) 류마티스관절염 환자 중 (1) 성인: ACR/EULAR 진단기준(2010년 제정)에 부합하는 류마티스관절염 환자로서 다음 한 가지에 해당하는 경우 - 다 음 - (가) DAS28이 5.1 초과 (나) DAS28이 3.2 ~ 5.1이고 영상 검사 상 관절 손상의 진행이 있는 경우 ※ DAS28(Disease Activity Score in 28 joints) • $DAS28(ESR) = 0.56 \times \sqrt{TJC-28} + 0.28 \times \sqrt{SJC-28} + 0.014 \times VAS + 0.70 \times \ln(ESR)$ • $DAS28(CRP) = 0.56 \times \sqrt{TJC-28} + 0.28 \times \sqrt{SJC-28} + 0.014 \times VAS + 0.36 \times \ln(CRP+1) + 0.96$ TJC: 압통 관절수 SJC: 부종 관절수 VAS: 환자의 전반적인 상태보고 (2) 소아(2-17세): 다관절형 소아 특발성 관절염 환자로서 아래의 가), 나) 조건을 동시에 만족하는 경우 (가) 5개 이상의 부종 관절 (나) 3개 이상의, 압통 또는 운동제한 관절 나) 두 가지 종류 이상(MTX(Methotrexate) 포함)의 DMARDs(Disease Modifying Anti- Rheumatic Drugs)로 6개월 이상(각 3개월 이상) 치료하였으나 치료효과가 미흡하거나, 상기 약제들의 부작용 등으로 치료를 중단한 환자(다만 MTX 사용이 불가능한, 간질환 혹은 신부전 등의 경우에는 MTX를 제외한 두 가지 종류 이상의 DMARDs 사용)

제목	세부인정사항
	2) 평가방법 가) 성인 (1) 동 약제를 6개월간 사용 후 평가 시 DAS28이 1.2 이상 감소한 경우 추가 6개월간의 사용을 인정함. (2) 이후에는 6개월마다 평가하여 첫 6개월째의 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함. 나) 소아(2-17세) (1) 동 약제를 3개월간 사용 후 평가 시 활성 관절수(부종관절 등)가 최초 투여시점 보다 50% 이상 감소된 경우 추가 6개월간의 사용을 인정함. (2) 이후에는 6개월마다 평가하여 첫 3개월째의 평가 결과가 유지되면 지속적인 급여를 인정함. 나. 활동성 및 진행성 건선성 관절염 1) 투여대상 가) 두 가지 종류 이상의 DMARDs로 총 6개월 이상(각 3개월 이상) 치료하였음에도 치료효과가 미흡하거나, 상기 약제들의 부작용 등으로 치료를 중단한 활동성 및 진행성 건선성 관절염 환자로서 다음 조건에 부합하는 경우 - 다 음 - ○ 3개 이상의 압통 관절과 3개 이상의 부종 관절이 존재하여야 하며, 1개월 간격으로 2회 연속 측정한 결과이어야 함. 나) 피부광화학요법(PUVA) 축적용량(Cumulative dosage) 1000주울(Joules)을 초과하여 투여 받은 적이 있는 경우에는 주의해야 함. 2) 평가방법 가) 동 약제를 3개월간 사용 후 활성 관절수가 최초 투여시점 보다 30% 이상 감소된 경우 추가 3개월간의 사용을 인정함. 나) 최초 투약 후 6개월째 평가를 통하여 호전상태(최초 투여시점 보다 30%이상 감소된 경우)가 유지되는 경우에는 추가 3개월의 사용을 인정함. 다) 이후에는 6개월마다 평가를 하여 첫 3개월째의 평가결과가 유지되면 추가 투여를 인정함. 다. 중증의 강직성척추염 1) 투여대상

제목	세부인정사항
	두 가지 종류 이상의 비스테로이드항염제(NSAIDs) 혹은 DMARDs로 3개월 이상 치료를 하였으나 치료효과가 미흡하거나, 상기 약제들의 부작용 등으로 치료를 중단한, 중증의 활동성 강직성 척추염 환자 ※ 중증의 활동성 강직성 척추염 : 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 가) 방사선학적 기준(Radiologic criteria) 천장골염: 양측성 Grade 2이상, 편측성 Grade 3 혹은 4(Sacroilitis: Grade ≥ 2 bilateral or Grade 3 or 4 unilateral.) 나) 임상적 기준(Clinical criteria) (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.) (2) 시상면과 전두면 모두에서 요추골 운동의 제한(Limitation of motion of the lumbar spine in both the sagittal and frontal planes.) (3) 흉부팽창의 제한(Limitation of chest expansion.) 2) 평가방법 가) 투여 3개월째 평가를 통하여 Bath 강직성척추염 활성도(BASDA)가 50% 또는 2(scale 0-10)이상 감소한 경우 추가 6개월의 투여를 인정함 나) 이후에는 6개월마다 평가를 하여 첫 3개월째의 평가결과가 유지되면 추가 투여를 인정함. 라. 크론병 1) 투여대상 보편적인 치료(2가지 이상의 약제: 코르티코스테로이드제나 면역억제제 등)에 반응이 없거나 내약성이 없는 경우 또는 이러한 치료법이 금지인 중등도-중증의 활성크론병(크론병활성도(CDAI) 220이상. 단, 소아 환자의 경우 소아크론병 활성도 (PCDAI) 300이상) ※ 크론병 활성도(CDAI) : 아래의 점수를 합산하여 활성도(CDAI: Crohn's Disease Activity Index)를 인위적으로 정하여 활동성 여부를 판정 (1) 1주에 설사횟수의 합 $\times 2$

제목	세부인정사항
	(2) 1주에 보통의 정도의 합(증상없음=0, 경증=1, 중등증=2, 중증=3) × 5 (3) 1주에 일반적으로 전신 안녕감의 합(좋음=0, 평균이하=1, 나쁨=2, 매우 나쁨=3, 극도로 나쁨=4) × 7 (4) 다음 6항목 중 환자가 현재 나타내는 해당 항목의 개수 × 20 (가) 관절염/관절통 (나) 홍채염/포도막염 (다) 결절성홍반, 괴저성농피증, 아프타성구내염 (라) 항문열상, 누공 혹은 농양 (마) 기타 누공 (바) 지난주간 37.8℃이상 발열 (5) 설사 때문에 마약성 지사제 복용시 × 30 (6) 복부종괴(없음=0, 의심=2, 확정적=5) × 10 (7) 헤마토크리트(남:47, 여:42-환자 Hct치) × 6 (8) ((표준체중 - 환자체중)/표준체중) × 100(%) ※ 소아 크론병 활성도(PCDAI: Pediatric Crohn's Disease Activity Index) : Hyams JS, et al. Development and validation of a pediatric Crohn's disease activity index. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1991 May;12(4):439-47. 참조
	2) 평가방법 가) 첫 투약 후 4주 이내에 CDAI가 70점 이상 감소 또는 총 CDAI score의 25% 이상 감소된 경우에 한하여 유지요법을 인정함. 나) 소아 환자의 경우에는 PCDAI가 12.5점 이상 감소 또는 총 PCDAI score의 25% 이상 감소된 경우에 한하여 유지요법을 인정함. 마. 건선 1) 투여대상 6개월 이상 지속되는 만 4세 이상의 만성 중증 판상건선 환자로 가), 나), 다) 또는 가), 나), 라)를 충족하는 경우(단, 피부광화학요법(PUVA) 및 중파장자외선(UVB: Ultraviolet B) 치료법에 모두 금기인 환자는 가), 나), 다) 조건을 충족하는 경우) - 다 음 - 가) 판상건선이 전체 피부면적(body surface area)의 10% 이상 나) PASI(Psoriasis Area and Severity Index) 10 이상 다) MTX 또는 Cyclosporine을 3개월 이상 투여하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우

제목	세부인정사항
	라) 피부광화학요법(PUVA) 또는 중파장자외선(UVB: Ultraviolet B) 치료법으로 3개월 이상 치료하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우 2) 평가방법 가) 동 약제를 16주간 사용 후 평가하여 PASI가 75%이상 감소한 경우 추가 6개월의 투여를 인정함. 나) 이후에는 6개월마다 평가하여 최초 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함. 바. 궤양성 대장염 1) 투여대상 Corticosteroid나 6-Mercaptopurine 또는 Azathioprine 등 보편적인 치료 약제에 대해 적절한 반응을 나타내지 않거나 내약성이 없는 경우 또는 상기 약제가 금기인 중등도-중증의 궤양성 대장염 환자 ※ 중등도-중증의 궤양성 대장염 환자 : 아래의 점수를 합산하여 중등도-중증 궤양성 대장염 여부를 판정(Mayo score 6 to 12 and Endoscopy subscore ≥ 2) ※ 궤양성대장염 활동평가를 위한 메이요 점수시스템 (Mayo Scoring System for Assessment of Ulcerative Colitis Activity) 배변빈도(Stool frequency) 0 = Normal no. of stools for this patient 1 = 1 to 2 stools more than normal 2 = 3 to 4 stools more than normal 3 = 5 or more stools more than normal Subscore. 0 to 3 직장출혈(Rectal bleeding) 0 = No blood seen 1 = Streaks of blood with stool less than half the time 2 = Obvious blood with stool most of the time 3 = Blood alone passes Subscore. 0 to 3 내시경 결과(Findings on endoscopy) 0 = Normal or inactive disease

제목	세부인정사항										
	1 = Mild disease (erythema, decreased vascular pattern, mild friability) 2 = Moderate disease (marked erythema, lack of vascular pattern, friability, erosions) 3 = Severe disease (spontaneous bleeding, ulceration) Subscore, 0 to 3 의사의 종합평가(Physician's global assessment) 0 = Normal 1 = Mild disease 2 = Moderate disease 3 = Severe disease Subscore, 0 to 3 2) 평가방법 동 약제를 용법 · 용량대로 8주 투약 후 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 경우 지속적인 투여를 인정함. - 다 음 - 가) Mayo score가 최초 투여시점 보다 30% 이상 감소하고 3점 이상 감소한 경우 나) Rectal bleeding subscore 1점 이상 감소 또는 Rectal bleeding subscore 0점 또는 1점인 경우 사. 베체트 장염 1) 투여대상 다음 가), 나) 조건을 동시에 충족하는 경우 가) 베체트병으로 진단된 환자 중 내시경 등으로 장 궤양이 확인된 경우 나) 보편적인치료(2가지이상의약제:코르티코스테로이드제,5-ASA/sulfasalazine, 면역억제제 등)에 반응이 없거나 상기 약제들의 부작용 등으로 치료를 중단한 환자 2) 평가방법 ○ 첫 투약 후 12주 이내에 베체트 장염 활성도(DAIBD)가 20점 이상 감소된 경우에 한하여 지속적인 투여를 인정함. <table border="1"> <tr> <td colspan="2">※ 베체트 장염 활성도(DAIBD: Disease Activity Index for Intestinal Behcet's Disease)</td></tr> <tr> <th>Item</th><th>Score</th></tr> <tr> <td>General well-being for 1 week</td><td></td></tr> <tr> <td>Well</td><td>0</td></tr> <tr> <td>Fair</td><td>10</td></tr> </table>	※ 베체트 장염 활성도(DAIBD: Disease Activity Index for Intestinal Behcet's Disease)		Item	Score	General well-being for 1 week		Well	0	Fair	10
※ 베체트 장염 활성도(DAIBD: Disease Activity Index for Intestinal Behcet's Disease)											
Item	Score										
General well-being for 1 week											
Well	0										
Fair	10										

제목	세부인정사항																																																				
	<table> <tr><td>Poor</td><td>20</td></tr> <tr><td>Very poor</td><td>30</td></tr> <tr><td>Terrible</td><td>40</td></tr> <tr><td>Fever</td><td></td></tr> <tr><td>< 38°C</td><td>0</td></tr> <tr><td>≥ 38°C</td><td>10</td></tr> <tr><td>Extraintestinal manifestations*</td><td>5 per item</td></tr> <tr><td>Abdominal pain in 1 week</td><td></td></tr> <tr><td>None</td><td>0</td></tr> <tr><td>Mild</td><td>20</td></tr> <tr><td>Moderate</td><td>40</td></tr> <tr><td>Severe</td><td>80</td></tr> <tr><td>Abdominal mass</td><td></td></tr> <tr><td>None</td><td>0</td></tr> <tr><td>Palpable mass</td><td>10</td></tr> <tr><td>Abdominal tenderness</td><td></td></tr> <tr><td>None</td><td>0</td></tr> <tr><td>Mildly tender</td><td>10</td></tr> <tr><td>Moderately or severely tender</td><td>20</td></tr> <tr><td>Intestinal complications †</td><td>10 per item</td></tr> <tr><td>No. of liquid stools in 1 week</td><td></td></tr> <tr><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>1-7</td><td>10</td></tr> <tr><td>8-21</td><td>20</td></tr> <tr><td>22-35</td><td>30</td></tr> <tr><td>≥ 36</td><td>40</td></tr> </table>	Poor	20	Very poor	30	Terrible	40	Fever		< 38°C	0	≥ 38°C	10	Extraintestinal manifestations*	5 per item	Abdominal pain in 1 week		None	0	Mild	20	Moderate	40	Severe	80	Abdominal mass		None	0	Palpable mass	10	Abdominal tenderness		None	0	Mildly tender	10	Moderately or severely tender	20	Intestinal complications †	10 per item	No. of liquid stools in 1 week		0	0	1-7	10	8-21	20	22-35	30	≥ 36	40
Poor	20																																																				
Very poor	30																																																				
Terrible	40																																																				
Fever																																																					
< 38°C	0																																																				
≥ 38°C	10																																																				
Extraintestinal manifestations*	5 per item																																																				
Abdominal pain in 1 week																																																					
None	0																																																				
Mild	20																																																				
Moderate	40																																																				
Severe	80																																																				
Abdominal mass																																																					
None	0																																																				
Palpable mass	10																																																				
Abdominal tenderness																																																					
None	0																																																				
Mildly tender	10																																																				
Moderately or severely tender	20																																																				
Intestinal complications †	10 per item																																																				
No. of liquid stools in 1 week																																																					
0	0																																																				
1-7	10																																																				
8-21	20																																																				
22-35	30																																																				
≥ 36	40																																																				
	아. 화농성 한선염 1) 투여대상 다음 가), 나), 다) 조건을 동시에 충족하는 경우 - 다 음 - 가) 화농성 한선염 최초 진단 후 1년 이상 경과한 18세 이상 성인으로, 나) 2개 이상의 각기 다른 부위에 병변이 있고, 농양과 염증성 결절 수의 합이 3개 이상이며, 다) 항생제로 3개월 이상 치료하였으나 치료효과가 미흡하거나 부작용 등으로 치료를 중단한 중증(Hurley stage III) 환자 ※ Hurley Stage III: 전체적인 부위에 걸쳐 흩어지거나 거의 흩어진, 또는 다수의 서로 연결된 공동 및 농양 (Diffuse or near-diffuse involvement or multiple interconnected tracts and abscesses across the entire area)																																																				

제목	세부인정사항
	2) 평가방법 가) 동 약제를 12주간 사용 후 농양(abscess) 또는 배출 누관(drainage-fistula) 개수의 증가가 없으며, 농양과 염증성 결절 수의 합(total abscess and inflammatory- nodule count)이 50% 이상 감소한 경우 지속투여를 인정함. 나) 이후에는 지속적으로 24주마다 최초 평가 결과가 유지되는지에 대한 평가가 필요함. 자. 비감염성 포도막염 1) 투여대상 : 코르티코스테로이드에 적절한 반응을 나타내지 않거나 부작용 등으로 치료를 중단한 성인의 난치성 비-감염성 중간 포도막염, 후포도막염, 전체포도막염 2) 평가방법 ○ 동 약제를 6주간 투여 후 평가 시 새로운 활동성 혹은 염증성 병변이 나타난 경우를 제외하고 추가투여를 인정함. ○ 이후에는 8주마다 평가하여 새로운 활동성 혹은 염증성 병변이 나타난 경우를 제외하고 지속투여를 인정함. 2. 허가사항을 초과하여, 17세 이전에 다관절형 소아 특발성 관절염(polyarticular juvenile idiopathic arthritis)으로 진단된 후, 17세 이후 동 약제 급여기준에 적합하여 동 약제를 사용한 경우에도 요양급여를 인정함. 다만, 2세 이전에 동 약제를 투여하는 경우에는 사례별 심사함. 3. 금기환자 가. 활동성 결핵 또는 패혈증, 기회감염과 같은 다른 중증 감염이 있는 환자 나. 중등도에서 중증의 심부전(NYHA class Ⅲ/Ⅳ) 환자 4. 다른 종양괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor: Etanercept, Golimumab, Infliximab 주사제) 또는 Abatacept, Guselkumab, Ixekizumab, Secukinumab, Tocilizumab, Ustekinumab, Vedolizumab 주사제, Baricitinib, Tofacitinib 경구제에 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 투여조건서를 첨부하여야 함.

제목	세부인정사항
	5. 동 약제가 자가 주사제제인 점을 고려하여, 동 약제의 투여기간 등의 확인을 위한 ‘환자용 투약일지’를 환자가 작성하고 이를 요양기관이 관리하여야 함. 6. 장기처방시 1회 처방기간은 퇴원할 경우에는 최대 2주분, 외래의 경우에는 최대 4주분까지로 하며, 원내처방함을 원칙으로 함. 다만, 최초 투약일로부터 24 주 이후에 안정된 질병활동도를 보이고 부작용이 없는 환자의 경우 최대 8~12 주분까지 인정함. 7. 동 약제를 사용하는 경우에는 「TNF-α inhibitor 사용시 잠복결핵 치료지침」을 따라야 함. [고시 제2018-253호, 2018.12.1. 시행]
Aflibercept 주사제 품명: 아일리아주사, 아일리아프리필드시 린지	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 신생혈관성(습성) 연령관련 황반변성 1) 투여대상: 연령관련 황반변성(Age-related macular degeneration)에 의한 황반하 맥락막 신생혈관(Subfoveal choroidal neovascularization)을 가진 환자. 다만, 반흔화된 경우나 위축이 심한 경우 등은 투여 대상에서 제외함 2) 투여방법 가) 초기 3회 투여 후에도 치료효과가 보이지 않으면 그 이후 투여는 급여로 인정하지 아니함. 나) Ranibizumab 주사제에서 동 약제로 교체(투여소견서 첨부)하여 3회 투여 후에도 치료효과가 보이지 않으면 그 이후 투여는 급여로 인정하지 아니함. 다) 5회 투여부터는 교정시력이 0.1이하인 경우 급여로 인정하지 아니함.(단안 시의 경우 사례별로 인정) 3) Verteporfin(품명: 비주다인)과의 병용투여는 급여로 인정하지 아니함. 나. 당뇨병성 황반부종 1) 투여대상: 중심망막두께(Central retinal thickness) 300μ m 이상인 경우 2) 투여횟수: 환자당 총 14회 이내(Ranibizumab 주사제 투여횟수 포함)

제목	세부인정사항
	다. 망막분지정맥폐쇄성(Branch Retinal Vein Occlusion, BRVO) 황반부종 1) 투여대상 가) 반대편 눈이 실명(최대교정시력 0.3 이하의 노동력상실 실명)인 경우 나) 반대편 눈의 최대교정시력이 0.4 이상인 경우는 발병 2~3개월이 경과하여도 황반부종이 지속되면서 최대교정시력이 0.5 이하인 경우 2) 투여횟수: 단안당 총 5회 이내(Ranibizumab 주사제 투여횟수 포함) ※ 황반부종은 빛간섭단층촬영소견에서 황반두께(Central macular thickness)가 300μm 이상인 경우 라. 병적근시로 인한 맥락막 신생혈관 형성 ○ 투여 횟수 : 단안당 총 5회 이내(진단 후 12개월 이내) (Ranibizumab 주사제 투여횟수 포함) [고시 제2017-215호, 2017.12.1. 시행]
Ranibizumab주사제(품명: 루센티스주, 루센티스프리필드시린지)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 신생혈관성(습성) 연령관련 황반변성 1) 투여대상: 연령관련 황반변성(Age-related macular degeneration)에 의한 황반하 맥락막 신생혈관(Subfoveal choroidal neovascularization)을 가진 환자. 다만, 반흔화된 경우나 위축이 심한 경우 등은 투여 대상에서 제외함 2) 투여방법 가) 초기 3회 투여 후에도 치료효과가 보이지 않으면 그 이후 투여는 급여로 인정하지 아니함. 나) Aflibercept 주사제에서 동 약제로 교체(투여소견서 첨부)하여 3회 투여 후에도 치료효과가 보이지 않으면 그 이후 투여는 급여로 인정하지 아니함. 다) 5회 투여부터는 교정시력이 0.1이하인 경우 급여로 인정하지 아니함.(단안시의 경우 사례별로 인정) 3) Verteporfin(품명: 비주다인)과의 병용투여는 급여로 인정하지 아니함. 나. 당뇨병성 황반부종 1) 투여대상: 중심망막두께(Central retinal thickness) 300μ m 이상인 경우 2) 투여횟수: 환자당 총 14회 이내(Aflibercept 주사제 투여횟수 포함)

제목	세부인정사항
	다. 망막분지정맥폐쇄성(Branch Retinal Vein Occlusion, BRVO) 황반부종 1) 투여대상 가) 반대편 눈이 실명(최대교정시력 0.3 이하의 노동력상실 실명)인 경우 나) 반대편 눈의 최대교정시력이 0.4 이상인 경우는 발병 2~3개월이 경과하여도 황반부종이 지속되면서 최대교정시력이 0.5 이하인 경우 2) 투여횟수: 단안당 총 5회 이내(aflibercept 주사제 투여횟수 포함) ※ 황반부종은 빛간섭단층촬영소견에서 황반두께(Central macular thickness)가 300μm 이상인 경우 라. 병적근시로 인한 맥락막 신생혈관 형성 ○ 투여 횟수 : 단안당 총 5회 이내(aflibercept 주사제 투여횟수 포함)(진단 후 12개월 이내) [고시 제2018-253호, 2018.12.1. 시행]

➔ 611 주로 그람양성균에 작용하는 것

[약제 고시]

제목	세부인정사항
Vancomycin 주사제 (품명 : 반코마이신 주 등)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 감염예방 목적으로 사용하는 경우에는 요양급여를 인정하지 아니함. 나. 반드시 사전에 미생물 배양 및 동정검사를 실시하여 Methicillin 또는 Oxacillin에 내성을 보이는 포도상구균(MRSA, ORSA)이나 혈장응고효소(Coagulase) 음성 포도상구균에 의한 임상적으로 의미있는 감염증인 경우, 베타락탐 항균제에 내성을 보이거나 심각한 과민반응을 보이는 그람양성균에 의한 임상적으로 의미있는 감염증인 경우에 한하여 요양급여를 인정함. (반드시 약제 감수성 결과지를 첨부토록함) 다. 다음과 같은 경험적 치료의 경우에는 다른 항생제의 사전 투여 없이 동 약제를 바로 투여했을 때에도 요양급여를 인정하며, 원인균이 동정되면 감수성결과에 따라 약제를 변경 투여하여야 함.

제목	세부인정사항
	- 다 음 -
	1) 신경외과 수술후 중추신경계 감염
	2) 대체삽입물(Prosthesis)관련 골수염 또는 관절염
	3) 인공호흡기(Ventilator) 관련 폐렴
	4) 안구내염
	5) 계속적복막관류술(CAPD)으로 인한 복막염
	6) 지역사회에서 발생한 급성세균성 뇌수막염
	7) 그람양성균 감염의 고위험 요인 있는 심한 면역저하 환자(악성종양, 장기이식, 면역억제제 사용, 선천성면역결핍증인 만성육아종질환 환자 등)에서의 중증 감염
	[고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]

[공개심의사례]

● 안과수술중 안구에 주입된 Vancomycin 주사제(품명: 반코마이신주 등) 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/64세)

- 청구 상병명: 황반의 낭, 구멍 또는 거짓구멍, 노년성 초기백내장, 왼쪽, 기타 유리체혼탁

- 주요 청구내역

611	휴온스반코마이신염산염주사(성분명:vancomycin HCl)	1*1*1
자511-17(1)	인공수정체삽입술-일체[백내장수술과동시실시]	1*1*1
자511나	백내장및수정체수술-수정체유화술 [제2의수술]	1*1*1
자512가	유리체절제술-전절제	1*1*1
자514-1	망막주위막제거술 [제2의수술]	1*1*1

○ B사례(여/52세)

- 청구 상병명: 당뇨병성 망막병증, 기타 노년성 초기백내장, 양쪽, 유리체출혈, 망막부종

- 주요 청구내역

611	휴온스반코마이신염산염주사(성분명:vancomycin HCl)	1*1*1
자511-17(1)	인공수정체삽입술-일체[백내장수술과동시실시]	1*1*1
자511나	백내장및수정체수술-수정체유화술 [제2의수술]	1*1*1
자512가	유리체절제술-전절제	1*1*1
자514-1	망막주위막제거술 [제2의수술]	1*1*1
자516-1	안구내삽관레이저광응고술 [제2의수술]	1*1*1

■ 심의내용

- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하면, 요양급여는 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하여야 하며, 의약품은 약사법령에 의하여 허가 또는 신고된 사항(효능·효과 및 용법·용량 등)의 범위 안에서 환자의 증상 등에 따라 필요·적절하게 처방·투여하여야 함.

식품의약품안전처장 허가사항에 의하면 Vancomycin 주사제는 정맥 점적투여만 명시되어 있고,

보건복지부 고시 제2013-127호('13.9.1.시행)에 의하면, Vancomycin 주사제(품명:반코마이신주 등)는 감염예방목적으로 사용하는 경우에는 요양급여를 인정하지 아니하며, 안구내염의 경우에는 다른 항생제의 사전 투여없이 동 약제를 바로 투여했을 때에도 요양급여를 인정하며, 원인균이 동정되면 감수성결과에 따라 약제를 변경 투여하여야 한다고 되어 있음.

- 진료내역 검토결과, 동 건들(2사례)은 안과 수술 중 반코마이신염산염주사를 혼합한 관류액을 안구에 주입한 사례들로, 반코마이신염산염주사의 식품의약품 안전처장 허가사항 외로 투여되었고, 검사결과지상 안구내염이 확인되지 않은 점을 고려할 때 감염예방목적으로 사용한 경우로 판단되는 바, 안과 수술 중 안구에 주입된 반코마이신염산염주사(성분명:vancomycin HCl)는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 식품의약품 안전처장 허가사항
- 'Vancomycin 주사제(품명:반코마이신주 등)'(보건복지부 고시 제2013-127호, '13.9.1.)

[2015.4.30. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

➡ 617 주로 악성종양에 작용하는 것

[약제 고시]

제목	세부인정사항
mitomycin-C 점안액 (조제실제제에 한함)	익상편 수술후 재발방지 목적으로 투여하는 경우에도 요양급여를 인정함. [고시 제2004-28호, 2004.5.1. 시행]
Mitomycin-C 주사제	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능 · 효과 등)를 초과하여 녹내장 누공수술(Trabeculectomy 등) 후 반흔성 유착방지를 위하여 공막부위 또는 Filtering bleb내에 투여한 경우에도 요양급여를 인정함. [고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]

➡ 629 기타의 화학요법제

[약제 고시]

제목	세부인정사항
Acyclovir 제제(품명: 조비락스 등)	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능 · 효과 등)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.(단, acyclovir 구강부착정은 제외) - 아 래 - 가. 경구제의 경우 바이러스성 포도막염(Viral uveitis)에 투여 시 인정하며 2~3개월 정도 투여한 후에도 치료효과가 없을 시는 타 치료방법을 모색함이 바람직함. 나. 망막괴사는 대부분 바이러스(Virus)가 원인으로 단시간에 실명에 이르게 되는 드문 질환이므로 항바이러스제제인 주사제를 투여한 경우 1개월 정도 요양급여를 인정함. 다. 전정신경염(Vestibuloneuritis)은 주로 아데노바이러스(Adeno virus)나 단순포진바이러스(Herpes simplex virus)가 원인이므로 전정신경염이 확진된 경우에는 인정함. 라. 조혈모세포이식 환자의 포진바이러스(Herpes virus) 등의 감염 예방을 위하여 비경구약제는 이식 전 1주일과 이식 후 4주, 그 이후 11개월까지는 경구약제 투여를 인정함. [고시 제2019-38호, 2019.3.1. 시행]

제목	세부인정사항
Famciclovir 250mg 경구제 (품명 : 팜비어 정 250mg 등)	1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 유사효능의 투약비용이 저렴한 약제 투여 후 효과가 없는 경우에 한하여 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - ○ 대상포진 감염증과 재발성인 생식기포진 감염증의 치료 2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - ○ 단순포진에 의한 재발성 각막감염시 기존의 Antiviral agent(Acyclovir)로 치료에 실패하였거나, 투여가 어려운 경우 [고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행]
Levofloxacin 경구제 (품명: 레보펙신정 등)	1. 허가사항 범위 내에서 1차 약제 투여로 증상이 호전되지 않는 환자에게 투여하는 것을 원칙으로 하며, 아래와 같은 경우에는 1차 약제로 투여 시에도 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 타 항생제에 내성이 있는 환자, 면역기능이 저하된 환자, 중증 감염환자, 심부 장기감염환자(예: 폐렴, 급성 신우신염) 나. 중증 폐렴환자의 경우는 β-Lactam과 병용하여 투여 시에도 인정함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 결핵 환자 중 다음의 경우 - 다 음 - 1) isoniazid 또는 rifampicin에 내성균이 확인된 결핵 2) 균이 확인되지 않았더라도 3-6개월 투여 후 임상위가 치료실패로 적절히 판단하는 경우(투여소견서 첨부) 3) 부작용으로 인해 기존 결핵약제의 계속적인 투여가 곤란한 경우 4) 약물 상호작용이 우려되어 기존 결핵약제(리팜핀 등)의 투여가 곤란한 경우 나. 헬리코박터 파일로리(H.pylori) 감염이 확인된 다음의 환자에서 3차 제균요법으로 10~14일간 투여한 경우

제목	세부인정사항
	- 다 음 - 1) 소화성궤양 2) 저등급 MALT(Mucosa Associated Lymphoid Tissue) 림프종 3) 조기 위암 절제술 후 4) 특발성 혈소판 감소성 자반증(idiopathic thrombocytopenic purpura) 3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 헬리코박터 파일로리(H.pylori) 감염이 확인된 다음의 환자에서 3차 제균요법으로 10~14일간 투여한 경우 - 다 음 - 1) 위선종의 내시경절제술 후 2) 위암 가족력[부모, 형제, 자매(first degree)의 위암까지] 3) 위축성 위염 4) 기타 진료상 제균요법이 필요하여 환자가 투여에 동의한 경우 나. 헬리코박터 파일로리(H.pylori) 감염이 음성인 저등급 MALT(Mucosa Associated Lymphoid Tissue) 림프종 환자에게 3차 제균요법으로 10~14일간 투여한 경우 [고시 제2018-280호, 2019.1.1. 시행]

CHAPTER IV

착오 및 부당청구 유형
-안과 분야-

유형1 | 실제 시행한 수술을 다른 수술로 청구

[사례1] 실제 시행한 수술과 다른 수술로 요양급여비용을 청구

◆ 현지조사 확인내역

○ H의원은 '궤양 또는 염증이 없는 하지의 정맥류(I839)' 상병으로 내원한 수진자 ○○○에게 실제로는 광범위정맥류발거술[스트리핑]-복재정맥 결찰 및 분지제거술(00261/상대가치점수3,849.39점)을 실시하였으나 광범위정맥류발거술[스트리핑]-복재정맥 전발거술 및 분지제거술(00266/상대가치점수4,377.90점)로 요양급여 비용을 청구함

○ I의원은 '노년성 핵백내장(H251)' 등의 상병으로 내원한 수진자 ○○○에 대하여 2012년 3월 5일 우안에 백내장 및 수정체수술-수정체유화술(S5119)과 인공수정체 삽입술-일차[백내장수술과동시실시시](S5117)를 시행 후 2012년 3월 6일에는 백내장수술 부위의 봉합사를 제거하였으나 이를 각막이물제거술-복잡(S4972)으로 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 진료기록부에 의하여 정확히 청구하여야 함

유형2 | 별도 산정할 수 없는 재료대 부당징수

사례1] 포괄수가에 포함되어 별도 산정할 수 없는 재료대를 본인부담금으로 징수

◆ 현지조사 확인내역

○ C의원은 '상세불명의 백내장, 오른쪽(H2690)' 등의 상병으로 2회 입원하여 백내장 및 수정체 수술(S5119)을 받은 수진자 ○○○에게 질병군별 포괄수가(DRG)에 포함되어 별도 산정할 수 없는 안대비용 10,000원을 별도 징수함

◆ 관련근거

○ <건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2편 제1부 질병군 급여 일반원칙>에 따라 포괄수가제(DRG) 적용 질병군으로 입원진료를 받는 경우 행위, 약제 및 치료재료를 포함하여 진료비용을 산정하고, 「국민건강보험법」 제41조(요양급여) 및 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 및 [별표2]에 의하여 본인부담금은 정확히 산정해야 함

유형3 | 포괄수가(백내장 수술) 부담청구

[사례1] 같은 날 백내장 양안 수술 후 이틀에 걸쳐 단안 수술한 것으로 각각 청구

◆ 현지조사 확인내역

- B의원은 수진자 ○○○에게 2012년 9월 26일에 백내장 및 수정체 수술-수정체유화술(S5119)을 양안 모두 시행하고, 2012년 9월 27일에는 수술 후 경과 관찰을 위한 진료만 실시하였으나 요양급여비용 청구 시에는 2012년 9월 26일(오른쪽)과 9월 27일(왼쪽)에 각각 백내장 수술을 시행한 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

CHAPTER V

다빈도 문의사례
-안과 분야-

1

안과 분야 다빈도 문의사례

Q1 안구광학단층촬영이 양측촬영이 되는지 궁금합니다.

「행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제2장 검사료는 [산정지침](2)에 따르면 대칭기관에 대한 양측검사를 하였을 때 '편측'이라는 표기가 없는 한 소정점수만 산정토록 하고 있으며 '안구광학단층촬영 검사'는 '나796 안구광학단층촬영[편측]'으로 '편측'의 표기가 있사오니 참고 부탁드립니다.

Q2 라식/라섹수술의 급여기준이 궁금합니다.

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여대상(제9조제1항관련)제2호바목에 따른 신체 의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술관련 행위·약제 및 치료재료는 비급여대상으로 정하고 있사오니 참고 부탁드립니다.

Q3 사시수술의 요양급여 여부에 대해 문의드립니다.

보건복지부 고시 제2009-122호(2009.7.1. 시행)「사시수술의 요양급여 여부」에 따라 아래와 같이 요양급여 하고 있사오니 참고하시기 바랍니다.

- 아 래 -

사시수술은 다음과 같은 경우에 요양급여로 인정하며, 그 외에 시력이나 시기능의 회복을 기대할 수 없음에도 외모개선을 위하여 실시하는 미용목적의 사시수술은 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 [별표2] 비급여대상. 2-나에 의거 비급여대상임.

- 다 음 -

가. 10세 미만의 사시환자

나. 10세 이후의 사시환자

- 전신질환, 안와질환, 눈과 눈 주위 수술, 외상 등으로 사시가 발생하여 복시와 혼란시가 있는 경우

- 10세 이전에 발생한 사시로 이상두위 현상이 있는 경우

다. 가.~ 나. 대상자에 대한 1차 사시교정수술 후 과교정으로 2차 수술을 시행하는 경우

CHAPTER VI

**본인일부부담금
산정특례에 관한 기준**

본인일부부담금 산정특례에 관한 기준

보건복지부 고시 제2019-29호, 2019.3.1. 시행

제1조(외래진료시 산정특례 대상) 국민건강보험법시행령(이하 “영”이라 한다) 제19조 제1항 [별표2] 제1호 가목에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국회귀의약품센터인 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 등록한 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 각호와 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 한국회귀의약품센터인 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 한국회귀의약품센터인 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 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국회귀의약품센터인 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 검사 내역 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 필요

한 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 접수 된 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 산정특례 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 위

원은 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 상당하는 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 하여야하는 기한은 2021년 12월 31까지로 한다.

부 칙

제1조(시행일) 이 고시는 2019년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(서식 이용에 관한 경과조치) 암, 결핵 또는 중증화상에 대한 산정특례 적용 신청은 부칙 제1조의 개정규정에도 불구하고 2019년 2월 28일까지 종전 서식을 이용한다.

[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·희귀질환자·중증난치질환자·중증화상환자·결핵환자를 제외한 환자가 가정간호를 받은 경우(등록 암환자·희귀질환자·중증난치질환자·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	별표 4에 의거 등록 희귀질환자가 등록일로부터 5년간 고시에서 정한 해당 상병으로 가정간호를 받은 경우, 단 상세불명 희귀질환은 등록일로부터 1년	V231
4	별표 4의2에 의거 등록 중증난치질환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병으로 가정간호를 받은 경우	V293
5	등록 중증화상환자가 등록일로부터 1년간 고시에서 정한 해당 상병으로 가정간호를 받는 경우	V251
6	별표 5에 의거 등록된 결핵환자가 특례기간 동안 결핵질환으로 가정간호를 받는 경우	V274
7 7	별표 4의2의 구분 제6호에 의거 등록된 치매질환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병으로 가정간호를 받은 경우	V801
	별표 4의2의 구분 제7호에 의거 등록된 치매질환자가 제10조제1항에 의거 해당상병으로 가정간호를 받은 경우	V811

[별표3] 중증질환자 산정특례 대상

- 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의료장비사용 포함)시 요양급여비용 총액의 100분의 5 본인 일부부담

구분	대 상		특정기호
1	[별지 제1호] 서식에 따라 등록한 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 l60~l62에 해당하는 상병의 중증 뇌출혈환자가 급성기에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일 * [별첨1]에 해당하는 수술을 받지 않은 경우		V268
	[별첨 1]에서 l63에 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 제3호] 서식에 따라 등록한중증화상 환자가등록일로부터 1년간[별첨3]에 해당하는 상병의 진료를 받는 경우	2도(T20.2, T21.2, T22.2, T23.2, T24.2, T25.2, T30.2)이면서 체표면적 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 체표면적 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(ISS) 15점 이상에 해당하는 중증외상환자가 「응급의료에 관한 법률」제 30조의2에 따른 권역외상센터에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일		V273

[별표4] 희귀질환자 산정특례 대상

- 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의료장비사용 포함)시 요양급여비용총액의 100분의 10을 본인 일부부담(별지 제2호 서식에 따라 등록)한 환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병으로 진료를 받은 경우. 단, 상세불명희귀질환은 등록일로부터 1년간 해당 임상 소견으로 진료를 받은 경우로 함.

구분	상병명	상병코드	특정기호
1	혈우병 환자가 항응고인자·동결침전제 등의 약제 및 기타 혈우병 치료를 받은 당일 외래진료 또는 해당 치료 관련 입원 진료		
	유전성 제8인자결핍	D66	V009
	제8인자결핍(기능적 결핍을 동반)	D66	V009
	혈우병 NOS	D66	V009
	A형혈우병	D66	V009
	고전적 혈우병	D66	V009
	유전성 제9인자결핍	D67	V009
	크리스마스병	D67	V009
	제9인자결핍(기능적 결핍을 동반)	D67	V009
	혈장트롬보플라스틴성분결핍	D67	V009
	B형혈우병	D67	V009
	폰빌레브란트병	D68.0	V009
	혈관혈우병(Angiohaemophilia)	D68.0	V009
	혈관결손이 있는 제8인자결핍	D68.0	V009
	혈관혈우병(Vascular haemophilia)	D68.0	V009
	유전성 제11인자결핍	D68.1	V009
	C형혈우병	D68.1	V009
	혈장트롬보플라스틴전구물질결핍	D68.1	V009
	기타 응고인자의 유전성 결핍	D68.2	V009
	선천성 무피브리노겐혈증	D68.2	V009
	AC글로불린결핍	D68.2	V009
	프로악셀레린결핍	D68.2	V009
	제1인자[피브리노젠]의 결핍	D68.2	V009
	제2인자[프로트롬빈]의 결핍	D68.2	V009
	제5인자[불안정]의 결핍	D68.2	V009
	제7인자[안정]의 결핍	D68.2	V009
	제10인자[스튜어트-프라우]의 결핍	D68.2	V009

구분	상병명	상병코드	특정기호
	제12인자[하계만]의 결핍	D68.2	V009
	제13인자[피브리노겐]의 결핍	D68.2	V009
	이상피브리노겐혈증(선천성)	D68.2	V009
	저프로콘버틴혈증	D68.2	V009
	오우렌병	D68.2	V009
2	아래의 상병을 갖고 있는 환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		
	크로이츠펠트-야콥병	A81.0	V102
	아급성 해면모양뇌병증	A81.0	V102
	포도당-6-인산탈수소효소결핍에 의한 빈혈	D55.0	V163
	잠두중독	D55.0	V163
	G6PD결핍빈혈	D55.0	V163
	해당효소의 장애에 의한 빈혈	D55.2	V164
	용혈성 비구상적혈구성 (유전성) II 형 빈혈	D55.2	V164
	헥소카이네이스결핍빈혈	D55.2	V164
	피루브산염카이네이스결핍빈혈	D55.2	V164
	삼탄당인산염이성화효소결핍빈혈	D55.2	V164
	알파지중해빈혈	D56.0	V232
	베타지중해빈혈	D56.1	V232
	쿠울리빈혈	D56.1	V232
	중증 베타지중해빈혈	D56.1	V232
	중간형 지중해빈혈	D56.1	V232
	중증 지중해빈혈	D56.1	V232
	델타-베타지중해빈혈	D56.2	V232
	지중해빈혈 소질	D56.3	V232
	태아헤모글로빈의 유전적 존속	D56.4	V232
	비정형 용혈-요독증후군	D59.3	V219
	발작성 야간헤모글로빈뇨	D59.5	V187
	만성 후천성 순수적혈구무형성	D60.0	V023
	원발성 무형성(순수)적혈구	D61.0	V023
	가족성 저형성빈혈	D61.0	V023

구분	상병명	상병코드	특정기호
	판코니빈혈	D61.0	V023
	블랙판-다이아몬드증후군	D61.0	V023
	영아 무형성(순수)적혈구	D61.0	V023
	기형을 동반한 범혈구감소증	D61.0	V023
	체질성 무형성빈혈	D61.0	V023
	선천성 무형성(순수)적혈구	D61.0	V023
	특발성 무형성빈혈	D61.3	V023
	골수형성저하	D61.9	V023
	범골수황폐	D61.9	V023
	저형성빈혈 NOS	D61.9	V023
	선천성 적혈구조혈이상빈혈	D64.4	V220
	이상조혈성 빈혈(선천성)	D64.4	V220
	항인지질증후군	D68.6	V253
	정성적 혈소판결손	D69.1	V106
	베르나르-술리에[거대혈소판]증후군	D69.1	V106
	글란즈만병	D69.1	V106
	그레이혈소판증후군	D69.1	V106
	혈소판무력증(출혈성)(유전성)	D69.1	V106
	혈소판병증	D69.1	V106
	에반스증후군	D69.30	V188
	선천성 무과립구증	D70.8	V108
	선천성 호중구감소	D70.8	V108
	영아 유전성 무과립구증	D70.8	V108
	무과립구증	D70.8	V108
	무과립구성 안지나	D70.8	V108
	호중구감소 NOS	D70.8	V108
	주기성 호중구감소	D70.8	V108
	코스트만병	D70.8	V108
	순환성 호중구감소	D70.8	V108
	호중구감소성 비장비대	D70.8	V108
	베르너-슐츠병	D70.8	V108

구분	상병명	상병코드	특정기호
	선천성 이상식작용증	D71	V109
	만성 (소아기) 육아종성 질환	D71	V109
	다형핵호중구의 기능장애	D71	V109
	진행성 패혈성 육아종증	D71	V109
	세포막수용체복합체[CR3]결손	D71	V109
	혈구탐식성 림프조직구증	D76.1	V110
	가족성 혈구탐식세망증	D76.1	V110
	단핵탐식세포의 조직구증	D76.1	V110
	세망조직구증(거대세포)	D76.3	V110
	심한 림프선병증을 동반한 동조직구증	D76.3	V110
	X-연관무감마글로불린혈증[브루튼](성장호르몬결핍을 동반)	D80.0	V111
	보통염색체열성 무감마글로불린혈증(스위스형)	D80.0	V111
	유전성 저감마글로불린혈증	D80.0	V111
	원발성 무감마글로불린혈증	D80.0	V111
	공통가변성 무감마글로불린혈증	D80.1	V111
	저감마글로불린혈증 NOS	D80.1	V111
	비가족성 저감마글로불린혈증	D80.1	V111
	면역글로불린을 지닌 B-림프구가 있는 무감마글로불린혈증	D80.1	V111
	면역글로불린A의 선택적 결핍	D80.2	V111
	면역글로불린G 서브클래스의 선택적 결핍	D80.3	V111
	면역글로불린M의 선택적 결핍	D80.4	V111
	면역글로불린M의 증가를 동반한 면역결핍	D80.5	V111
	거의 정상인 면역글로불린 또는 고면역글로불린혈증을 동반한 항체결핍	D80.6	V111
	항체결손이 현저한 기타 면역결핍	D80.8	V111
	카파경쇄결핍	D80.8	V111
	세망세포발생이상을 동반한 중증복합면역결핍	D81.0	V111
	T- 및 B-세포수가 감소된 중증복합면역결핍	D81.1	V111
	B-세포수가 정상이거나 감소된 중증복합면역결핍	D81.2	V111
	아데노신탈아미노효소결핍	D81.3	V111
	네젤로프증후군	D81.4	V111
	퓨린뉴클레오사이드인산화효소결핍	D81.5	V111

구분	상병명	상병코드	특정기호
	주조직적합성복합체 I 형결핍	D81.6	V111
	노출림프구증후군	D81.6	V111
	주조직적합성복합체 II 형결핍	D81.7	V111
	바이오틴-의존카복실레이스결핍	D81.8	V111
	오멘증후군	D81.8	V111
	중증복합면역결핍장애 NOS	D81.9	V111
	혈소판감소 및 습진을 동반한 면역결핍	D82.0	V111
	비스코트-얼드리치증후군	D82.0	V111
	디조지증후군	D82.1	V111
	흉선성 림프조직무형성	D82.1	V111
	면역결핍을 동반한 흉선무형성 또는 형성저하	D82.1	V111
	인두낭증후군	D82.1	V111
	짧은사지체구를 동반한 면역결핍	D82.2	V111
	엡스타인-바르바이러스에 대한 유전성 결손반응에 따른 면역결핍	D82.3	V111
	X-연관 림프증식성 질환	D82.3	V111
	고면역글로불린E증후군	D82.4	V111
	B-세포 수 및 기능의 현저한 이상에 의한 공통 가변성 면역결핍	D83.0	V111
	현저한 면역조절T-세포장애에 의한 공통 가변성 면역결핍	D83.1	V111
	B- 또는 T-세포에 대한 자가항체를 동반한 공통 가변성 면역결핍	D83.2	V111
	림프구기능항원-1결손	D84.0	V111
	C1에스테레이스억제인자결핍	D84.1	V111
	보체계통의 결손	D84.1	V111
	폐의 사르코이드증	D86.0	V111
	림프절의 사르코이드증	D86.1	V111
	림프절의 사르코이드증을 동반한 폐의 사르코이드증	D86.2	V111
	피부의 사르코이드증	D86.3	V111
	사르코이드관절병증(M14.8*)	D86.8	V111
	사르코이드심근염(I41.8*)	D86.8	V111
	사르코이드근염(M63.3*)	D86.8	V111
	포도막귀밑샘염	D86.8	V111
	사르코이드증에서의 홍채섬모체염(H22.1*)	D86.8	V111

구분	상병명	상병코드	특정기호
	기타 및 복합부위의 사르코이드증	D86.8	V111
	사르코이드증에서의 다발성 뇌신경마비(G53.2*)	D86.8	V111
	말단비대증 및 뇌하수체거인증	E22.0	V112
	말단비대증과 관련된 관절병증 (M14.5*)	E22.0	V112
	성장호르몬의 과잉생산	E22.0	V112
	쉬한증후군	E23.0	V165
	쿨만증후군	E23.0	V165
	뇌하수체 부신피질자극호르몬의 과다생산	E24.0	V114
	뇌하수체-의존 쿠싱병	E24.0	V114
	뇌하수체-의존 부신피질기능항진증	E24.0	V114
	넬슨증후군	E24.1	V114
	이소성 부신피질자극호르몬증후군	E24.3	V114
	효소결핍과 관련된 선천성 부신생식기장애	E25.0	V115
	염류소실 선천성 부신증식증	E25.0	V115
	선천성 부신증식증	E25.0	V115
	21-수산화효소결핍	E25.0	V115
	부신생식기증후군 NOS	E25.9	V115
	바터증후군	E26.8	V254
	원발성 부신피질부전	E27.1	V116
	애디슨병	E27.1	V116
	자가면역성 부신염	E27.1	V116
	가족성 부신피질부전 NOS	E27.1	V116
	애디슨발증	E27.2	V116
	부신피질발증	E27.2	V116
	부신발증	E27.2	V116
	부신출혈	E27.4	V116
	부신경색증	E27.4	V116
	저알도스테론증	E27.4	V116
	부신피질부전 NOS	E27.4	V116
	송과선 기능이상	E34.8	V166
	조로증	E34.8	V166

구분	상병명	상병코드	특정기호
	활동성 구루병	E55.0	V207
	영아골연화증	E55.0	V207
	연소성 골연화증	E55.0	V207
	고전적 페닐케톤뇨증	E70.0	V117
	기타 고페닐알라닌혈증	E70.1	V117
	타이로신대사장애	E70.2	V117
	타이로신혈증	E70.2	V117
	타이로신증	E70.2	V117
	조직흑갈병	E70.2	V117
	알칼톤뇨증	E70.2	V117
	눈피부백색증	E70.3	V117
	눈백색증	E70.3	V117
	교차증후군	E70.3	V117
	체디아크(-스타인브링크)-히가시증후군	E70.3	V117
	헤르만스키-푸들라크증후군	E70.3	V117
	바르덴브르그 증후군	E70.3	V117
	히스티딘대사장애	E70.8	V117
	트립토판대사장애	E70.8	V117
	단풍시럽노병	E71.0	V117
	프로피온산혈증	E71.1	V117
	메틸말론산혈증	E71.1	V117
	아이소발레린산혈증	E71.1	V117
	고발린혈증	E71.1	V117
	고류신-이소류신혈증	E71.1	V117
	지방산대사장애	E71.3	V117
	부신백질디스트로피[애디슨-윌더]	E71.3	V117
	근육카르니틴팔미틸트랜스퍼레이스결핍	E71.3	V117
	장쇄수산화아실코에이탈수소효소결핍증(VLCAD)	E71.3	V117
	아미노산운반장애	E72.0	V117
	로베증후군	E72.0	V117
	시스틴증	E72.0	V117

구분	상병명	상병코드	특정기호
	판코니(-드토니)(-드브레)증후군	E72.0	V117
	시스틴뇨증	E72.0	V117
	하르트넵병	E72.0	V117
	시스틴축적병(N29.8*)	E72.0	V117
	유황함유아미노산대사장애	E72.1	V117
	호모시스틴뇨	E72.1	V117
	아황산염산화효소결핍	E72.1	V117
	시스타타이오닌뇨증	E72.1	V117
	메타이오닌혈증	E72.1	V117
	고호모시스틴혈증	E72.1	V117
	요소회로대사장애	E72.2	V117
	아르지닌숙신산뇨	E72.2	V117
	시트룰린혈증	E72.2	V117
	아르지닌혈증	E72.2	V117
	고암모니아혈증	E72.2	V117
	라이신 및 하이드록시라이신 대사장애	E72.3	V117
	하이드록시라이신혈증	E72.3	V117
	글루타르산뇨	E72.3	V117
	고라이신혈증	E72.3	V117
	오르니틴대사장애	E72.4	V117
	오르니틴혈증(Ⅰ, Ⅱ형)	E72.4	V117
	오르니틴트랜스카바미라제결핍	E72.4	V117
	글라이신대사장애	E72.5	V117
	사르코신혈증	E72.5	V117
	비케톤고글라이신혈증	E72.5	V117
	고하이드록시프롤린혈증	E72.5	V117
	고프롤린혈증(Ⅰ, Ⅱ형)	E72.5	V117
	감마글루타말회로의 장애	E72.8	V117
	베타아미노산대사장애	E72.8	V117
	선천성 젖당분해효소결핍	E73.0	V117
	글리코젠축적병 1b형 A	E74.0	V117

구분	상병명	상병코드	특정기호
	글리코젠합성효소결핍	E74.0	V117
	코리병	E74.0	V117
	타루이병	E74.0	V117
	폼페병	E74.0	V117
	맥아들병	E74.0	V117
	글리코젠축적병	E74.0	V117
	포르브스병	E74.0	V117
	폰기에르케병	E74.0	V117
	간인산화효소결핍	E74.0	V117
	허스병	E74.0	V117
	심장글리코젠증	E74.0	V117
	안데르센병	E74.0	V117
	갈락토스혈증	E74.2	V117
	갈락토스대사장애	E74.2	V117
	갈락토카이네이스결핍	E74.2	V117
	포스포에놀피루브산염카르복시카이네이스의 결핍	E74.4	V117
	피루브산염대사 및 포도당신합성 장애	E74.4	V117
	탈수소효소피루브산염의 결핍	E74.4	V117
	카복실레이스피루브산염의 결핍	E74.4	V117
	옥살산뇨	E74.8	V117
	샌드호프병	E75.0	V117
	GM ₂ -강글리오시드증	E75.0	V117
	연소형 GM ₂ -강글리오시드증	E75.0	V117
	테이-삭스병	E75.0	V117
	GM ₂ -강글리오시드증 NOS	E75.0	V117
	성인형 GM ₂ -강글리오시드증	E75.0	V117
	강글리오시드증 NOS	E75.1	V117
	뮤코지질증 IV	E75.1	V117
	GM ₁ -강글리오시드증	E75.1	V117
	GM ₃ -강글리오시드증	E75.1	V117
	패프리(-앤더슨)병	E75.2	V117

구분	상병명	상병코드	특정기호
	니만-픽병	E75.2	V117
	화버증후군	E75.2	V117
	크라베병	E75.2	V117
	설파테이스결핍	E75.2	V117
	이염성 백질디스트로피	E75.2	V117
	고쉐병	E75.2	V117
	신경세포세로이드라이포푸스신증	E75.4	V117
	스필마이어-보그트병	E75.4	V117
	쿠프스병	E75.4	V117
	바텐병	E75.4	V117
	얀스카-빌쇼스키병	E75.4	V117
	월만병	E75.5	V117
	대뇌건의 콜레스테롤증[밴보게르트-쉐러-엡스타인]	E75.5	V117
	I 형 점액다당류증	E76.0	V117
	혈러증후군	E76.0	V117
	혈러-샤이에증후군	E76.0	V117
	샤이에증후군	E76.0	V117
	II 형 점액다당류증	E76.1	V117
	헌터증후군	E76.1	V117
	모르키오 (-유사)(고전적) 증후군	E76.2	V117
	마로토-라미 (경도)(중증) 증후군	E76.2	V117
	베타-글루쿠론산분해효소결핍	E76.2	V117
	III, IV, VI, VII형 점액다당류증	E76.2	V117
	산필리포 (B형)(C형)(D형) 증후군	E76.2	V117
	뮤코지질증 III[거짓혈러다발디스트로피]	E77.0	V117
	뮤코지질증 II[I -세포병]	E77.0	V117
	라이소솜효소의 번역후 수정의 결손	E77.0	V117
	푸고스축적증	E77.1	V117
	시알산증[뮤코지질증 I]	E77.1	V117
	당단백질분해의 결손	E77.1	V117
	아스파르틸글루코사민뇨	E77.1	V117

구분	상병명	상병코드	특정기호
	마노스축적증	E77.1	V117
	레쉬-니한증후군	E79.1	V221
	유전성 코프로포르피린증	E80.2	V118
	포르피린증 NOS	E80.2	V118
	급성 간헐성 (간성) 포르피린증	E80.2	V118
	구리대사장애	E83.0	V119
	멘케스(교인모발)(강모)병	E83.0	V119
	월슨병	E83.0	V119
	혈색소증	E83.1	V255
	산성인산분해효소결핍	E83.3	V189
	가족성 저인산혈증	E83.3	V189
	저인산효소증	E83.3	V189
	비타민D저항골연화증	E83.3	V189
	비타민D저항구루병	E83.3	V189
	인대사 및 인산분해효소 장애	E83.3	V189
	폐증상을 동반한 남성 섬유증	E84.0	V120
	장증상을 동반한 남성 섬유증	E84.1	V120
	남성 섬유증에서의 태변장폐색 (P75*)	E84.1	V120
	원위장폐쇄증후군	E84.1	V120
	유전성 아밀로이드 신장병증	E85.0	V121
	비신경병성 유전가족성 아밀로이드증	E85.0	V121
	가족성 지중해열	E85.0	V121
	아밀로이드다발신경병증(포르투갈)	E85.1	V121
	신경병성 유전가족성 아밀로이드증	E85.1	V121
	상세불명의 유전가족성 아밀로이드증	E85.2	V121
	기관한정아밀로이드증	E85.4	V121
	국소적 아밀로이드증	E85.4	V121
	뇌전증에 동반된 후천성 실어증(失語症)[란다우-클레프너]	F80.3	V256
	레트증후군	F84.2	V122
	헌팅톤병	G10	V123
	헌팅톤무도병	G10	V123

구분	상병명	상병코드	특정기호
	선천성 비진행성 운동실조	G11.0	V123
	조기발병 소뇌성 운동실조(발병은 보통 20세 이전)	G11.1	V123
	X-연관 열성 척수소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	보류된 건반사을(를) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	마이오클로누스[헌트운동실조]을(를) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	본태성 떨림을(를) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	프리드라이히운동실조(보통염색체열성)	G11.1	V123
	만기발병 소뇌성 운동실조(발병은 보통 20세 이후)	G11.2	V123
	DNA복구결손을 수반한 소뇌성 운동실조	G11.3	V123
	모세혈관확장성 운동실조[루이-바]	G11.3	V123
	유전성 강직성 하반신마비	G11.4	V123
	기타 유전성 운동실조	G11.8	V123
	상세불명의 유전성 운동실조	G11.9	V123
	유전성 소뇌의 변성	G11.9	V123
	유전성 소뇌의 병	G11.9	V123
	유전성 소뇌의 증후군	G11.9	V123
	유전성 소뇌의 운동실조 NOS	G11.9	V123
	영아척수성 근위축, I형[베르드니히-호프만]	G12.0	V123
	기타 유전성 척수성 근위축	G12.1	V123
	소아기의 진행성 연수마비[파지오-론데]	G12.1	V123
	원위 척수성 근위축	G12.1	V123
	어깨종아리형 척수성 근위축	G12.1	V123
	소아형, II형 척수성 근위축	G12.1	V123
	연소형, III형[쿠겔베르그-벨란데] 척수성 근위축	G12.1	V123
	성인형 척수성 근위축	G12.1	V123
	운동신경세포병(단, 기타 및 상세불명의 운동신경세포병(G12.28)은 제외)	G12.2	V123
	기타 척수성 근위축 및 관련 증후군	G12.8	V123
	상세불명의 척수성 근위축	G12.9	V123
	할러포르덴-스파츠병	G23.0	V257
	색소성 담창구변성	G23.0	V257
	진행성 핵상안근마비 [스틸-리차드슨-올스제위스키]	G23.1	V190

구분	상병명	상병코드	특정기호
	아급성 과사성 뇌병증[리이]	G31.81	V208
	다발경화증	G35	V022
	뇌간(~의) 다발경화증	G35	V022
	척수(~의) 다발경화증	G35	V022
	다발경화증 NOS	G35	V022
	전신성(~의) 다발경화증	G35	V022
	파종성(~의) 다발경화증	G35	V022
	시신경척수염[데빅병]	G36.0	V276
	레녹스-가스토증후군	G40.4	V233
	웨스트증후군	G40.4	V233
	긴장-간대성 뇌전증지속상태	G41.0	V125
	대발작 뇌전증지속상태	G41.0	V125
	소발작뇌전증지속상태	G41.1	V125
	뇌전증 압상스지속상태	G41.1	V125
	복합부분뇌전증지속상태	G41.2	V125
	기타 뇌전증지속상태	G41.8	V125
	상세불명의 뇌전증지속상태	G41.9	V125
	발작수면 및 허탈발작	G47.4	V234
	멜커슨증후군	G51.2	V167
	멜케르손-로젠탈증후군	G51.2	V167
	복합부위통증증후군 II 형	G56.4	V168
	다리의 복합부위통증증후군 II 형	G57.80	V168
	데제린-소타스병	G60.0	V169
	루시-레비증후군	G60.0	V169
	영아기의 비대성 신경병증	G60.0	V169
	유전성 운동 및 감각 신경병증 I-IV형	G60.0	V169
	유전성 운동 및 감각 신경병증	G60.0	V169
	샤르코-마리-투스질환	G60.0	V169
	비골근위축(축삭형, 비대형)	G60.0	V169
	길랭-바레증후군	G61.0	V126
	밀러휘셔증후군	G61.0	V126

구분	상병명	상병코드	특정기호
	다초점 운동 신경병증(전도차단동반)	G61.8	V126
	만성 염증성 탈수초성 다발신경병증	G61.8	V126
	중증근무력증	G70.0	V012
	선천성 및 발달성 근무력증	G70.2	V012
	조기수축을 동반하는 양성 어깨종아리[에머리-드라이프스] 근디스트로피	G71.0	V012
	뒤췌 또는 베커와 유사한 보통염색체열성, 소아형 근디스트로피	G71.0	V012
	눈 근디스트로피	G71.0	V012
	어깨종아리 근디스트로피	G71.0	V012
	근디스트로피	G71.0	V012
	중증[뒤췌] 근디스트로피	G71.0	V012
	양성[베커] 근디스트로피	G71.0	V012
	눈인두성 근디스트로피	G71.0	V012
	지대 근디스트로피	G71.0	V012
	원위성 근디스트로피	G71.0	V012
	얼굴어깨팔 근디스트로피	G71.0	V012
	근긴장장애	G71.1	V012
	거짓근긴장증	G71.1	V012
	신경근육긴장[아이작스]	G71.1	V012
	증상성 근긴장증	G71.1	V012
	선천성 근긴장증 NOS	G71.1	V012
	열성[베커] 선천성 근긴장증	G71.1	V012
	우성[통슨] 선천성 근긴장증	G71.1	V012
	연골형성장애성 근긴장증	G71.1	V012
	근긴장디스트로피[스타이너트]	G71.1	V012
	선천성 이상근긴장증	G71.1	V012
	다발심 병	G71.2	V012
	선천성 근병증	G71.2	V012
	근섬유의 특정 형태 이상을 동반한 선천성 근디스트로피(G71.2)	G71.2	V012
	미세심 병	G71.2	V012
	네말린근병증	G71.2	V012
	선천성 근디스트로피 NOS	G71.2	V012

구분	상병명	상병코드	특정기호
	근세관성(중심핵성) 근병증	G71.2	V012
	중심핵 병	G71.2	V012
	근섬유형 불균형	G71.2	V012
	달리 분류되지 않은 미토콘드리아근병증	G71.3	V012
	멜라스증후군	G71.3	V012
	유전성 근병증 NOS	G71.9	V012
	주기마비(가족성) 저칼륨혈성	G72.3	V258
	람베르트-이튼증후군(C00-D48 †)	G73.1*	V259
	척수공동증 및 연수공동증	G95.0	V172
	코츠	H35.01	V260
	색소망막염	H35.51	V209
	스타르가르트병	H35.58	V209
	레베르선천성흑암시	H35.59	V209
	상세불명의 유전성 망막디스트로피	H35.59	V209
	컨스-세이어증후군	H49.8	V261
	원발성 폐동맥고혈압	I27.0	V202
	아이젠멘저복합	I27.8	V226
	아이젠멘저증후군	I27.8	V226
	비가역적 확장성 심근병증	I42.0	V127
	폐색성 비대성 심근병증	I42.1	V127
	비대성 대동맥하협착	I42.1	V127
	비폐색성 비대성 심근병증	I42.2	V127
	심내막심근(호산구성)병	I42.3	V127
	심내막심근(열대성)섬유증	I42.3	V127
	뢰플러심내막염	I42.3	V127
	심내막탄력섬유증	I42.4	V127
	선천성 심근병증	I42.4	V127
	모야모야병	I67.5	V128
	폐색혈전혈관염[버거병]	I73.1	V129
	랑뒤-오슬러-웨버병	I78.0	V235
	버드-키아리증후군	I82.0	V173

구분	상병명	상병코드	특정기호
	폐포단백질증	J84.0	V222
	특발성 폐섬유증	J84.18	V236
	소장의 크론병	K50.0	V130
	대장의 크론병	K50.1	V130
	소장 및 대장 모두의 크론병	K50.8	V130
	원발성 담즙성 경변증	K74.3	V174
	자가면역성 간염	K75.4	V175
	원발성 담관염/경화성 담관염(두 상병 진단기준 모두 충족하는 경우)	K83.0	V262
	보통천포창	L10.0	V132
	낙엽천포창	L10.2	V210
	수포성 유사천포창	L12.0	V211
	홍터유사천포창	L12.1	V212
	양성 점막유사천포창	L12.1	V212
	후천성 수포성 표피박리증	L12.3	V176
	류마티스인자가 있거나 없는 연소성 류마티스관절염	M08.0	V133
	연소성 류마티스관절염	M08.0	V133
	연소성 강직척추염	M08.1	V133
	전신적으로 발병된 연소성 관절염	M08.2	V133
	(혈청검사음성인) 연소성 다발관절염	M08.3	V133
	만성 연소성 다발관절염	M08.3	V133
	결절성 다발동맥염	M30.0	V134
	폐침범을 동반한 다발동맥염[처그-스트라우스]	M30.1	V134
	연소성 다발동맥염	M30.2	V134
	굿파스처증후군	M31.0	V135
	혈전성 혈소판감소성 자반	M31.1	V135
	혈전성 미세혈관병증	M31.1	V135
	치사중간선육아종	M31.2	V135
	베게너육아종증	M31.3	V135
	괴사성 호흡기육아종증	M31.3	V135
	대동맥궁증후군[다카야수]	M31.4	V135
	현미경적 다발동맥염	M31.7	V238

구분	상병명	상병코드	특정기호
	기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스	M32.1	V136
	연소성 피부근염	M33.0	V137
	기타 피부근염	M33.1	V137
	다발근염	M33.2	V137
	진행성 전신경화증	M34.0	V138
	크레스트증후군	M34.1	V138
	석회증, 레이노현상, 식도기능장애, 경지증(硬指症), 모세혈관확장의 조합	M34.1	V138
	폐침범을 동반한 전신경화증(J99.1*)	M34.8	V138
	근병증을 동반한 전신경화증(G73.7*)	M34.8	V138
	근병증(를) 동반한 췌그렌증후군(G73.7*)	M35.0	V139
	폐침범(를) 동반한 췌그렌증후군(J99.1*)	M35.0	V139
	건조증후군[췌그렌]	M35.0	V139
	각막결막염(를) 동반한 췌그렌증후군(H19.3*)	M35.0	V139
	신세뇨관-간질성 장애(를) 동반한 췌그렌증후군(N16.4*)	M35.0	V139
	혼합결합조직병	M35.1	V139
	베체트병	M35.2	V139
	류마티스성 다발근통	M35.3	V139
	미만성(호산구성) 근막염	M35.4	V139
	다초점 섬유경화증	M35.5	V139
	재발성 지방층염[웨버-크리스찬]	M35.6	V139
	진행성 골화섬유형성이상	M61.1	V224
	가족섬종폴립증	M8220/0 (D12.6)	V281
	두개골의 파젯병	M88.0	V213
	기타 뼈의 파젯병	M88.8	V213
	상세불명의 뼈의 파젯병	M88.9	V213
	복합부위통증증후군 I형	M89.0	V177
	재발성 다발연골염	M94.1	V178
	소사구체이상을 동반한 선천성 신증후군	N04.0	V263
	최소변화병변을 동반한 선천성 신증후군	N04.0	V263
	초점성 및 분절성 사구체병변을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	초점성 및 분절성 유리질증을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263

구분	상병명	상병코드	특정기호
	초점성 및 분절성 경화증을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	초점성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	미만성 막성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.2	V263
	미만성 메산지음 증식성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.3	V263
	미만성 모세혈관내 증식성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.4	V263
	미만성 메산지음 모세혈관성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.5	V263
	막증식성 사구체신염, 1형, 3형 또는 NOS를 동반한 선천성 신증후군	N04.5	V263
	고밀도침착병을 동반한 선천성 신증후군	N04.6	V263
	막증식성 사구체신염, 2형을 동반한 선천성 신증후군	N04.6	V263
	미만성 반월형 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.7	V263
	모세혈관외 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.7	V263
	신장성 요붕증	N25.1	V141
	덴디-워커증후군	Q03.1	V239
	무뇌이랑증	Q04.3	V214
	큰뇌이랑증	Q04.3	V214
	분열뇌증	Q04.6	V240
	수두증을 동반한 이분경추	Q05.0	V179
	수두증을 동반한 이분흉추	Q05.1	V179
	수두증을 동반한 이분흉요추	Q05.1	V179
	수두증을 동반한 이분척추	Q05.1	V179
	수두증을 동반한 이분요추	Q05.2	V179
	수두증을 동반한 이분요천추	Q05.2	V179
	수두증을 동반한 이분천추	Q05.3	V179
	수두증을 동반한 상세불명의 이분척추	Q05.4	V179
	수두증이 없는 이분경추	Q05.5	V179
	수두증이 없는 이분흉추	Q05.6	V179
	이분흉요추 NOS	Q05.6	V179
	이분척추 NOS	Q05.6	V179
	이분요천추 NOS	Q05.7	V179
	수두증이 없는 이분요추	Q05.7	V179
	수두증이 없는 이분천골	Q05.8	V179

구분	상병명	상병코드	특정기호
	상세불명의 이분척추	Q05.9	V179
	척수이개증	Q06.2	V180
	아놀드-키아리증후군	Q07.0	V143
	소이증(小耳症)	Q17.2	V291
	총동맥간	Q20.0	V144
	동맥간존속	Q20.0	V144
	타우시그-빙증후군	Q20.1	V144
	이중출구우심실	Q20.1	V144
	이중출구좌심실	Q20.2	V144
	대혈관의 (완전)전위	Q20.3	V144
	심실대혈관연결불일치	Q20.3	V144
	대동맥의 우측전위	Q20.3	V144
	단일심실	Q20.4	V225
	수정혈관전위	Q20.5	V144
	방실연결불일치	Q20.5	V144
	좌측전위	Q20.5	V144
	심실내번	Q20.5	V144
	방실중격결손	Q21.2	V269
	총방실관	Q21.2	V269
	심내막용기결손	Q21.2	V269
	제1공심방중격결손(I 형)	Q21.2	V269
	팔로네징후	Q21.3	V269
	폐동맥 협착 또는 폐쇄, 대동맥의 우측위치 및 우심실비대를 동반한 심실중격결손	Q21.3	V269
	대동맥폐동맥창	Q21.4	V269
	대동맥폐동맥중격결손	Q21.4	V269
	대동맥중격결손	Q21.4	V269
	아이젠멘거결손	Q21.8	V226
	폐동맥판폐쇄	Q22.0	V145
	삼첨판폐쇄	Q22.4	V146
	에브스타인이상	Q22.5	V146
	형성저하성 우심증후군	Q22.6	V146

구분	상병명	상병코드	특정기호
	대동맥판의 선천협착	Q23.0	V147
	선천성 대동맥판폐쇄	Q23.0	V147
	선천성 대동맥협착	Q23.0	V147
	이첨대동맥판막	Q23.1	V147
	선천성 대동맥판폐쇄부전	Q23.1	V147
	대동맥판의 선천성 기능부전	Q23.1	V147
	선천성 대동맥판류역류	Q23.1	V147
	선천성 승모판협착	Q23.2	V147
	선천성 승모판폐쇄	Q23.2	V147
	선천성 승모판폐쇄부전	Q23.3	V147
	(승모판 협착 또는 폐쇄와 함께) 상행대동맥의 형성저하와 좌심실의 결손발육을 동반하는 대동맥구멍 및 판막의 폐쇄 또는 현저한 발육부전	Q23.4	V147
	형성저하성 좌심증후군	Q23.4	V147
	대동맥판 및 승모판의 기타 선천기형	Q23.8	V147
	대동맥판 및 승모판의 상세불명의 선천기형	Q23.9	V147
	선천성 대동맥협착	Q24.4	V270
	관상동맥혈관의 기형	Q24.5	V148
	선천성 관상동맥류	Q24.5	V148
	선천성 심장차단	Q24.6	V271
	대동맥의 축착	Q25.1	V272
	대동맥의 축착(관전, 관후)	Q25.1	V272
	대동맥의 폐쇄	Q25.2	V272
	판막상부 대동맥협착	Q25.3	V272
	대동맥의 협착	Q25.3	V272
	폐동맥의 폐쇄	Q25.5	V149
	대정맥의 선천성 협착	Q26.0	V150
	(하)(상)대정맥의 선천성 협착	Q26.0	V150
	좌상대정맥존속	Q26.1	V150
	전폐정맥결합이상	Q26.2	V150
	부분폐정맥결합이상	Q26.3	V150
	상세불명의 폐정맥결합이상	Q26.4	V150

구분	상병명	상병코드	특정기호
	문맥결합이상	Q26.5	V150
	문맥-간동맥루	Q26.6	V150
	무설증(無舌症)	Q38.3	V241
	담관의 폐쇄	Q44.2	V181
	다낭성 신장. 보통염색체열성	Q61.1	V264
	다낭성 신장. 영아형	Q61.1	V264
	방광외반	Q64.1	V227
	방광이소증	Q64.1	V227
	방광외번	Q64.1	V227
	선천성 다발관절만곡증	Q74.3	V292
	두개골유합	Q75.0	V265
	뿔족머리증(Acrocephaly)	Q75.0	V265
	두개골의 불완전유합	Q75.0	V265
	뿔족머리증(Oxycephaly)	Q75.0	V265
	삼각머리증	Q75.0	V265
	크루존병	Q75.1	V151
	두개안면골이골증	Q75.1	V151
	하악안면골이골증	Q75.4	V182
	프란체스웨티 증후군	Q75.4	V182
	트레처-콜린스 증후군	Q75.4	V182
	연골무발생증	Q77.0	V228
	연골발생저하증	Q77.0	V228
	치사성 단신	Q77.1	V228
	질식성 흉부형성이상[쥐느]	Q77.2	V228
	짧은늑골증후군	Q77.2	V228
	점상 연골형성이상	Q77.3	V228
	어깨고관절 점상 연골형성이상(1형-3형)	Q77.3	V228
	X-연관 우성 연골형성이상	Q77.3	V228
	연골무형성증	Q77.4	V228
	연골형성저하증	Q77.4	V228
	선천성 골경화증	Q77.4	V228

구분	상병명	상병코드	특정기호
	디스트로피성 형성이상	Q77.5	V228
	엘리스-반크레벨트증후군	Q77.6	V228
	연골외배엽형성이상	Q77.6	V228
	척추골단형성이상	Q77.7	V228
	만발성 척추골단형성이상	Q77.7	V228
	관상골 및 척추의 성장결손을 동반한 기타 골연골형성이상	Q77.8	V228
	말단왜소 형성이상	Q77.8	V228
	관상골 및 척추의 성장결손을 동반한 상세불명의 골연골형성이상	Q77.9	V228
	불완전골형성	Q78.0	V183
	골취약증(Fragilitas ossium)	Q78.0	V183
	골취약증(Osteopsathyrosis)	Q78.0	V183
	다골성 섬유성 형성이상	Q78.1	V154
	얼브라이트(-맥쿤)(-스텐버그)증후군	Q78.1	V154
	골화석증	Q78.2	V229
	알베르스-윈베르그증후군	Q78.2	V229
	카무라티-앵겔만증후군	Q78.3	V266
	내연골종증	Q78.4	V230
	마푸치증후군	Q78.4	V230
	올리에르병	Q78.4	V230
	필레증후군	Q78.5	V215
	다발선천외골증	Q78.6	V242
	골간병적조직연결	Q78.6	V242
	유전성 다발외골증	Q78.6	V242
	선천성 횡격막탈장	Q79.0	V155
	횡격막결여	Q79.1	V155
	횡격막 탈출	Q79.1	V155
	횡격막의 기타 선천기형	Q79.1	V155
	횡격막의 선천기형 NOS	Q79.1	V155
	배꼽내장탈장	Q79.2	V155
	선천복벽탈장	Q79.2	V155
	복벽파열증	Q79.3	V155

구분	상병명	상병코드	특정기호
	말린자두배증후군	Q79.4	V155
	북벽의 기타 선천기형	Q79.5	V155
	엘러스-단로스증후군	Q79.6	V155
	근골격계통의 기타 선천기형	Q79.8	V155
	부근	Q79.8	V155
	선천성 짧은힘줄	Q79.8	V155
	근육의 결여	Q79.8	V155
	폴란드증후군	Q79.8	V155
	힘줄의 결여	Q79.8	V155
	선천성 근위축	Q79.8	V155
	선천성 협착띠	Q79.8	V155
	근골격계통의 상세불명의 선천기형	Q79.9	V155
	근골격계통의 선천이상 NOS	Q79.9	V155
	근골격계통의 선천변형 NOS	Q79.9	V155
	치사성 수포성 표피박리증	Q81.1	V184
	헤를리츠증후군	Q81.1	V184
	디스트로피성 수포성 표피박리증	Q81.2	V184
	신경섬유종증(비악성)	Q85.0	V156
	폰렉클링하우젠병	Q85.0	V156
	신경섬유종증(비악성) 1형, 2형	Q85.0	V156
	결절성 경화증	Q85.1	V204
	에필로이아	Q85.1	V204
	부르느뷰병	Q85.1	V204
	폰 히펠-린다우 증후군	Q85.8	V216
	포이츠-제거스 증후군	Q85.8	V216
	스터지-베버(-디미트리) 증후군	Q85.8	V216
	(이상형태성) 태아알콜증후군	Q86.0	V157
	고린-사우드리-모스 증후군	Q87.0	V185
	주로 얼굴형태에 영향을 주는 선천기형증후군	Q87.0	V185
	잠복안구증후군	Q87.0	V185
	골덴하 증후군	Q87.0	V185

구분	상병명	상병코드	특정기호
	로빈 증후군	Q87.0	V185
	첨두다지유합증	Q87.0	V185
	첨두유합지증	Q87.0	V185
	단안증	Q87.0	V185
	뫼비우스 증후군	Q87.0	V185
	입-얼굴-손발 증후군	Q87.0	V185
	휘파람부는 얼굴	Q87.0	V185
	카펜터 증후군	Q87.0	V185
	드 랑즈 증후군	Q87.1	V158
	두보위츠 증후군	Q87.1	V158
	프라더-윌리 증후군	Q87.1	V158
	로비노-실버만-스미스 증후군	Q87.1	V158
	시클 증후군	Q87.1	V158
	주로 단신과 관련된 선천기형증후군	Q87.1	V158
	아르스코그 증후군	Q87.1	V158
	코케인 증후군	Q87.1	V158
	누난 증후군	Q87.1	V158
	러셀-실버 증후군	Q87.1	V158
	스미스-렘리-오피츠 증후군	Q87.1	V158
	쉐그렌-라손 증후군	Q87.1	V158
	루빈스타인-테이비 증후군	Q87.2	V243
	바테르 증후군	Q87.2	V243
	클리펠-트레노우네이-베버 증후군	Q87.2	V243
	홀트-오람 증후군	Q87.2	V243
	손발톱무릎뼈 증후군	Q87.2	V243
	소토스 증후군	Q87.3	V244
	위버 증후군	Q87.3	V244
	마르팡증후군	Q87.4	V186
	알포트 증후군	Q87.8	V267
	로렌스-문(-바르데)-비들 증후군	Q87.8	V267
	젤웨거 증후군	Q87.8	V267

구분	상병명	상병코드	특정기호
	최지 증후군	Q87.8	V267
	21삼염색체증, 감수분열비분리	Q90.0	V159
	21삼염색체증, 섞임증형(유사분열비분리)	Q90.1	V159
	21삼염색체증, 전위	Q90.2	V159
	21삼염색체증 NOS	Q90.9	V159
	18삼염색체증, 감수분열비분리	Q91.0	V160
	18삼염색체증, 섞임증형(유사분열비분리)	Q91.1	V160
	18삼염색체증, 전위	Q91.2	V160
	13삼염색체증, 감수분열비분리	Q91.4	V160
	13삼염색체증, 섞임증형(유사분열비분리)	Q91.5	V160
	13삼염색체증, 전위	Q91.6	V160
	13삼염색체증후군	Q91.7	V160
	5번 염색체 단완의 결손	Q93.4	V205
	고양이울음증후군	Q93.4	V205
	캐취22증후군	Q93.5	V217
	엔젤만증후군	Q93.5	V217
	스미스 마제니스 증후군	Q93.5	V217
	윌리엄스 증후군	Q93.5	V217
	핵형45, X	Q96.0	V021
	핵형46, X동인자(Xq)	Q96.1	V021
	동인자(Xq)를 제외한 이상 성염색체를 가진 핵형46, X	Q96.2	V021
	섞임증, 45, X/46, XX 또는 XY	Q96.3	V021
	섞임증, 이상성염색체를 가진 45, X/기타 세포열	Q96.4	V021
	클라인펠터증후군, 핵형 47, XXY	Q98.0	V218
	클라인펠터증후군, 두 개 이상의 X염색체를 가진 남성	Q98.1	V218
	클라인펠터증후군, 핵형 46, XX를 가진 남성	Q98.2	V218
	취약X증후군	Q99.2	V245
3	제7조 제2항에 따른 요양기관을 통해 등록된 극히귀질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		V900
4	제7조 제2항에 따른 요양기관을 통해 등록된 기타염색체이상질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		V901
5	제7조 제2항에 따른 요양기관을 통해 등록된 상세불명희귀질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		V999

[별표4의2] 중증난치질환자 산정특례 대상

- 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의료장비사용 포함)시 요양급여비용총액의 100분의 10을 본인 일부부담(별지 제2호 서식에 따라 등록. 단, 인체면역결핍바이러스질환(B20~B24)은 등록에서 제외)한 환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병으로 진료를 받은 경우

구분	상병명	상병코드	특정기호
1	만성신부전증환자의 경우		
	인공신장투석 실시 당일 외래진료 또는 해당 시술 관련 입원진료		V001
	계속적 복막관류술 실시, 복막관류액 수령 당일 외래진료 또는 해당 시술 관련 입원진료		V003
2	혈우병 환자가 항응고인자·동결침전제제 등의 약제 및 기타 혈우병 치료를 받은 당일 외래진료 또는 해당 치료 관련 입원 진료		
	후천성 응고인자결핍	D68.4	V284
	간질환에 의한 응고인자결핍	D68.4	V284
3	장기이식 환자의 경우		
	간 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V013
	췌장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V014
	심장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V015
	신 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V005
	폐 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V277
	소장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V278
4	정신질환자가 해당 상병으로 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		
	편집조현병	F20.0	V161
	편집분열성 조현병	F20.0	V161
	파과형조현병	F20.1	V161
	해체성 조현병	F20.1	V161
	파과증	F20.1	V161
	긴장성 조현병	F20.2	V161
	긴장성 혼미	F20.2	V161
	조현병성 카탈렐시	F20.2	V161
	조현병성 긴장증	F20.2	V161
	조현병성 납굴증	F20.2	V161
	미분화조현병	F20.3	V161

구분	상병명	상병코드	특정기호
	비정형조현병	F20.3	V161
	조현병후우울증	F20.4	V161
	잔류조현병	F20.5	V161
	만성 미분화조현병	F20.5	V161
	레스트추스탄트(조현병성)	F20.5	V161
	조현병성 잔류상태	F20.5	V161
	단순형조현병	F20.6	V161
	기타 조현병	F20.8	V161
	체감장애조현병	F20.8	V161
	조현양상장애 NOS	F20.8	V161
	조현양상정신병 NOS	F20.8	V161
	상세불명의 조현병	F20.9	V161
	조현형장애	F21	V161
	잠재 조현병성 반응	F21	V161
	경계성 조현병	F21	V161
	잠재성 조현병	F21	V161
	전정신병적 조현병	F21	V161
	전구성 조현병	F21	V161
	거짓신경증성 조현병	F21	V161
	거짓정신병증성 조현병	F21	V161
	조현형인격장애	F21	V161
	망상장애	F22.0	V161
	편집증	F22.0	V161
	편집증정신병	F22.0	V161
	편집증상태	F22.0	V161
	망상분열증(만기의)	F22.0	V161
	민감망상	F22.0	V161
	기타 지속성 망상장애	F22.8	V161
	망상성 이상형태공포증	F22.8	V161
	퇴행성 편집상태	F22.8	V161
	불평편집증	F22.8	V161

구분	상병명	상병코드	특정기호
	상세불명의 지속적 망상장애	F22.9	V161
	조현병의 증상이 없는 급성 다형성 정신병장애	F23.0	V161
	조현병 및 상세불명의 증상이 없는 순환형 정신병	F23.0	V161
	조현병 증상이 없거나 상세불명의 부폐 델리랑뜨	F23.0	V161
	조현병의 증상이 있는 급성 다형성 정신병장애	F23.1	V161
	조현병의 증상이 있는 순환형 정신병	F23.1	V161
	조현병 증상이 있는 부폐 델리랑뜨	F23.1	V161
	급성 조현병-유사정신병장애	F23.2	V161
	급성 (미분화형) 조현병	F23.2	V161
	단기 조현양상장애	F23.2	V161
	단기 조현양상정신병	F23.2	V161
	몽환정신병	F23.2	V161
	조현병성 반응	F23.2	V161
	기타 급성 주로 망상우세성 정신병장애	F23.3	V161
	편집반응	F23.3	V161
	심인성 편집정신병	F23.3	V161
	기타 급성 및 일과성 정신병장애	F23.8	V161
	상세불명의 급성 및 일과성 정신병장애	F23.9	V161
	단기 반응성 정신병 NOS	F23.9	V161
	반응성 정신병	F23.9	V161
	유도망상장애	F24	V161
	감응성 정신병	F24	V161
	유도편집장애	F24	V161
	유도정신병장애	F24	V161
	조현정동장애, 조증형	F25.0	V161
	조현정동정신병, 조증형	F25.0	V161
	조현양상정신병, 조증형	F25.0	V161
	조현정동장애, 우울증형	F25.1	V161
	조현정동정신병, 우울증형	F25.1	V161
	조현양상정신병, 우울증형	F25.1	V161
	조현정동장애, 혼합형	F25.2	V161

구분	상병명	상병코드	특정기호
	순환성 조현병	F25.2	V161
	혼합형 조현병성 및 정동성 정신병	F25.2	V161
	기타 조현정동장애	F25.8	V161
	상세불명의 조현정동장애	F25.9	V161
	조현정동정신병 NOS	F25.9	V161
	기타 비기질성 정신병장애	F28	V161
	만성 환각성 정신병	F28	V161
	상세불명의 비기질성 정신병	F29	V161
	정신병 NOS	F29	V161
5	아래의 상병을 갖고 있는 환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		
	도슨 봉입체뇌염	A81.1	V282
	아급성 경화성 범뇌염	A81.1	V282
	밴보게르트 경화성 백질뇌병증	A81.1	V282
	진행성 다초점백질뇌병증	A81.2	V282
	다초점백질뇌병증 NOS	A81.2	V282
	중추신경계통의 기타 비정형바이러스감염	A81.8	V282
	쿠루	A81.8	V282
	중추신경계통의 상세불명의 비정형바이러스감염	A81.9	V282
	중추신경계통의 프리온질환 NOS	A81.9	V282
	마이코박테리아감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.0	V103
	결핵을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.0	V103
	기타 세균감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.1	V103
	거대세포바이러스병을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.2	V103
	기타 바이러스감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.3	V103
	칸디다증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.4	V103
	기타 진균증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.5	V103
	폐포자충폐렴을 유발한 인체면역결핍바이러스병 (HIV disease resulting in Pneumocystis jirovecii pneumonia)	B20.6	V103
	폐포자충폐렴을 유발한 인체면역결핍바이러스병 (HIV disease resulting in Pneumocystis carinii pneumonia)	B20.6	V103

구분	상병명	상병코드	특정기호
	다발감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.7	V103
	기타 감염성 및 기생충성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.8	V103
	상세불명의 감염성 또는 기생충성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.9	V103
	감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병 NOS	B20.9	V103
	카포시육종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.0	V103
	버킷림프종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.1	V103
	기타 유형의 비호지킨림프종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.2	V103
	림프성, 조혈성 및 관련 조직의 기타 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.3	V103
	다발성 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.7	V103
	기타 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.8	V103
	상세불명의 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.9	V103
	뇌병증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.0	V103
	인체면역결핍바이러스치매	B22.0	V103
	림프성 간질폐렴을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.1	V103
	소모증후군을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.2	V103
	슬림병	B22.2	V103
	성장장애를 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.2	V103
	달리 분류된 다발성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.7	V103
	급성 인체면역결핍바이러스감염증후군	B23.0	V103
	(지속성) 전신림프선병증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.1	V103
	달리 분류되지 않은 혈액학적 및 면역학적 이상을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.2	V103
	기타 명시된 병태를 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.8	V103
	상세불명의 인체면역결핍바이러스병	B24	V103
	후천면역결핍증후군 NOS	B24	V103
	에이즈-관련복합 NOS	B24	V103
	뇌하수체의 양성 신생물	D35.2	V162
	약물유발 무형성빈혈	D61.1	V283
	약물유발 호중구감소	D70.8	V285
	과당대사장애	E74.1	V286

구분	상병명	상병코드	특정기호
	유전성 과당불내성	E74.1	V286
	과당-1, 6-이인산분해효소결핍	E74.1	V286
	수크레이스결핍	E74.3	V286
	장성 탄수화물흡수의 기타 장애	E74.3	V286
	포도당-갈락토스흡수장애	E74.3	V286
	신생물떨림 신경근육병증 및 신경병증	G13.0	V287
	신생물떨림 변연부뇌병증(C00-D48+)	G13.1	V287
	달리 분류된 기타 질환에서 일차적으로 중추신경계통을 침범하는 계통적 위축	G13.8	V287
	파킨슨병	G20	V124
	특발성 파킨슨증 또는 파킨슨병	G20	V124
	원발성 파킨슨증 또는 파킨슨병	G20	V124
	편측파킨슨증	G20	V124
	떨림마비	G20	V124
	파킨슨증 또는 파킨슨병 NOS	G20	V124
	난치성 뇌전증을 동반한 국소발병의 발작을 동반한 국소화-관련 (초점성)(부분적) 특발성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.01	V279
	난치성 뇌전증을 동반한 복합부분발작을 동반한 국소화-관련 (초점성)(부분적) 증상성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.21	V279
	난치성 뇌전증을 동반한 전신성 특발성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.31	V279
	결핵(~에서의) 다발신경병증(A17.82 †)	G63.0	V170
	디프테리아(~에서의) 다발신경병증(A36.8 †)	G63.0	V170
	감염성 단핵구증(~에서의) 다발신경병증(B27.- †)	G63.0	V170
	나병(~에서의) 다발신경병증(A30.- †)	G63.0	V170
	라임병(~에서의) 다발신경병증(A69.2 †)	G63.0	V170
	볼거리(~에서의) 다발신경병증(B26.8 †)	G63.0	V170
	포진후(~에서의) 다발신경병증(B02.2 †)	G63.0	V170
	만기매독(~에서의) 다발신경병증(A52.1 †)	G63.0	V170
	만기선천매독(~에서의) 다발신경병증(A50.4 †)	G63.0	V170
	달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 다발신경병증	G63.0	V170
	독성근신경장애	G70.1	V288
	노년성 황반변성(삼출성)	H35.31	V201

구분	상병명	상병코드	특정기호
	울혈성 심근병증	I42.0	V289
	기타 비대성 심근병증	I42.2	V289
	기타 제한성 심근병증	I42.5	V289
	궤양성 (만성) 범결장염	K51.0	V131
	궤양성 (만성) 직장염	K51.2	V131
	좌측 결장염	K51.5	V131
	기타 궤양성 대장염	K51.8	V131
	상세불명의 궤양성 대장염	K51.9	V131
	중증 보통건선	L40.00	V280
	비장림프절비대 및 백혈구감소가 동반된 류마티스관절염	M05.0	V223
	펠티증후군	M05.0	V223
	류마티스폐질환(J99.0*)	M05.1	V223
	류마티스혈관염	M05.2	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스관절염	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심장막염(I32.8*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 다발신경병증(G63.6*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심근염(I41.8*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 근병증(G73.7*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심내막염(I39.-*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심장염(I52.8*)	M05.3	V223
	기타 혈청검사양성 류마티스관절염	M05.8	V223
	상세불명의 혈청검사양성 류마티스관절염	M05.9	V223
	절단성 관절염(L40.5 †)	M07.1	V237
	건선척추염(L40.5 †)	M07.2	V237
	기타 건선관절병증(L40.5 †)	M07.3	V237
	과민성 혈관염	M31.0	V290
	강직척추염, 척추의 여러 부위	M45.0	V140
	강직척추염, 후두환축부	M45.1	V140
	강직척추염, 경부	M45.2	V140
	강직척추염, 경흉추부	M45.3	V140
	강직척추염, 흉추부	M45.4	V140

구분	상병명	상병코드	특정기호
	강직척추염, 흉요추부	M45.5	V140
	강직척추염, 요추부	M45.6	V140
	강직척추염, 요천부	M45.7	V140
	강직척추염, 천추 및 천미추부	M45.8	V140
	신생아의 호흡곤란증후군	P22.0	V142
	유리질막병	P22.0	V142
	신생아의 기타 호흡곤란	P22.8	V142
	신생아의 상세불명의 호흡곤란	P22.9	V142
6	아래 상병으로 등록하여 해당 상병 및 이와 직접 관련된 외래진료 또는 입원진료		
	조기발병 알츠하이머병에서의 치매(G30.0 †)	F00.0	V800
	알츠하이머병 2형(G30.0 †)	F00.0	V800
	초로성 치매, 알츠하이머형(G30.0 †)	F00.0	V800
	알츠하이머형의 원발성 퇴행성 치매, 초로성 발병(G30.0 †)	F00.0	V800
	피크병에서의 치매(G31.00 †)	F02.0	V800
	조기발병을 수반한 알츠하이머병	G30.0	V800
	피크병	G31.00	V800
	전두측두치매	G31.00	V800
	의미변이원발진행실어증	G31.01	V800
	비유창원발진행실어증	G31.02	V800
	로고페닉원발진행실어증	G31.03	V800
	달리 분류되지 않은 원발진행실어증	G31.04	V800
	진행성 고립성 실어증	G31.04	V800
	루이소체치매(F02.8*)	G31.82	V800
7	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 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		
	만기발병 알츠하이머병에서의 치매(G30.1 †)	F00.1	V810
	알츠하이머병 1형(G30.1 †)	F00.1	V810

구분	상병명	상병코드	특정기호
	알츠하이머형의 원발성 퇴행성 치매, 노년발병(G30.1 †)	F00.1	V810
	알츠하이머형의 노년성 치매(G30.1 †)	F00.1	V810
	비정형 또는 혼합형 알츠하이머병에서의 치매(G30.8 †)	F00.2	V810
	비정형치매, 알츠하이머형(G30.8 †)	F00.2	V810
	급성 발병의 혈관성 치매	F01.0	V810
	다발-경색치매	F01.1	V810
	주로 피질성 치매	F01.1	V810
	피질하 혈관성 치매	F01.2	V810
	혼합형 피질 및 피질하 혈관성 치매	F01.3	V810
	만기발병을 수반한 알츠하이머병	G30.1	V810

[별표5] 시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵 질환의 적용 범위

- 시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따라 본인부담의 제외 대상이 되는 결핵 환자의 세부기준은 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 자가 항결핵제 내성(U84.3) 및 결핵(A15~A19)상병으로 확진 받아 공단에 산정특례로 등록한 자 나. 적용기간 : 산정특례 적용시작일부터 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 사망일을, “진단변경”은 진단변경일로 “중단 및 다른 의료기관으로 전원”은 해당 요양기관의 최종 진료일로 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 규정 에 의한 것으로, 산정특례 대상에서 제외하는 기간은 요양급여의뢰서가 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)	
	손백선 (B35.2)	
	발백선 (B35.3)	V252
	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)	V252
	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	맥립증 및 콩다래끼(H00.0~H00.1)	V252
6	눈물계통의 장애(H04.0~H04.9)	V252

구분	대 상	특정기호
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)	V252
	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
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)	
	기타 혼합형 천식 (J45.88)	

구분	대 상	특정기호
23	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)	
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)	

구분	대 상	특정기호
	기타 화학물질에 의한 알러지성 접촉피부염(L23.5)	V252
	피부에 묻은 음식물에 의한 알러지성 접촉피부염(L23.6)	
	음식물을 제외한 식물에 의한 알러지성 접촉피부염(L23.7)	
	기타 요인에 의한 알러지성 접촉피부염(L23.8)	
	상세불명原因的 알러지성 접촉피부염(L23.9)	
34	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)	
	상세불명의 추간판장애 (M51.9)	
39	목 및 등을 침범하는 지방층염(M54.0)	V352
	경추통(M54.2)	
	좌골신경통(M54.3)	
	좌골신경통을 동반한 요통(M54.4)	
	요통(M54.5)	
	흉추통증(M54.6)	
	기타 등통증 (M54.8)	V252
	상세불명의 등통증 (M54.9)	
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)	
	달리 분류되지 않은 기타 골부착부병증(M77.8)	V252
	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)	

구분	대 상	특정기호
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)	
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

구분	대 상	특정기호
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)	
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)	

구분	대 상	특정기호
	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)	
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	꿇바퀴의 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)	

구분	대 상	특정기호
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)	
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)	

구분	대 상	특정기호
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)	

[별지 제1호]

건강보험 (암) 산정특례 등록 신청서

※ 뒷면의 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다.

※ 해당란에 ☒ 표기

(앞 면)

산정특례번호	*공단기재사항	접수일자	*공단기재사항
수진자	① 건강보험증번호	② 가입자(세대주)	
	③ 성명	④ 주민(외국인)등록번호	
	⑤ 휴대전화번호	⑥ 자택전화번호	
	⑦ 이메일주소	⑧ 등록결과 통보방법 ☐ SMS ☐ 이메일	
	⑨ 주소		
【요양기관 확인란】			
① 신청구분 ☐ 신규암 ☐ 재등록암 ☐ 중복암			
② 진료과목	③ 진료구분 ☐ 입원 ☐ 외래		④ 진단확진일
⑤ 상병명 (☐ 원발 ☐ 전이)	⑥ 상병코드	⑦ 특정기호 V193	
⑧ 최종확진방법 ※중복체크가능			
☐ 1. 조직학적 검사 ☐ 2. 세포학적 검사 ☐ 3. 영상검사 ☐ MRI ☐ CT (소견 :) ☐ Sono ☐ 기타 () ☐ 4. ☐ 특수 생화학적 검사 ☐ 면역학적 검사 ☐ 혈액학적 검사 ☐ 5. 조직검사 없는 진단적 수술 ☐ 6. 기타()			
⑨ 조직학적·세포학적 검사 필수인 상병에서 조직학적·세포학적 검사 불가하여 등록기준 미충족한 경우에만 작성* * 상병별 등록기준을 미충족한 경우에는 전문의가 환자상태 및 진료소견을 구체적으로 기재 후 신청서를 발행하여야 함			
⑨-1 조직학적·세포학적 검사 미실시 사유 ※중복체크가능			
☐ 1. 전신상태가 ECOG performance status 3 이상인 경우 ☐ 2. 출혈 위험성이 큰 경우 ☐ 3. 검사를 위한 전신마취 및 수술을 견딜 수 없는 경우 ☐ 4. 감염 위험성이 높은 경우 ☐ 5. 기타()			
⑨-2 환자상태 및 진료소견(확진의견을 포함하여 구체적으로 기재)			
위의 기록한 사항이 사실임을 확인합니다.			
년 월 일 요양기관명 (기호) : () (직 인) 담당의사 (면허번호/전문의 자격번호) : (/) (서명 또는 인) 담당의사 전문과목 :			

상기와 같이 건강보험 산정특례 등록을 신청합니다.

신청일 년 월 일
신청인 (서명 또는 인)
수진자와의 관계 ()

국민건강보험공단 이사장 귀하

(뒷 면)

개인정보 수집 및 제공 안내

1. 「국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담)

2. 「국민건강보험법 시행령 제19조(비용의 본인부담), 제81조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)

3. 「본인일부부담금산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)

- 공단은 위 법령 등에서 정하는 소관 업무수행을 위하여 건강보험증번호, 세대주 성명, 수진자 성명, 주민등록번호, 외국인등록번호, 전화번호, 이메일주소, 주소, 신청인 성명, 수진자와의 관계, [요양기관 확인란]에 기록된 신청구분, 진료과목, 진료구분, 진단확진일, 상병명, 상병코드, 특정기호, 최종확진방법, 조직학적·세포학적 검사 미실시 사유, 환자상태 및 진료소견을 수집·이용할 수 있습니다.
- 공단이 수집·이용하고 있는 개인정보는「개인정보 보호법」에 따른 경우에만 제3자에게 제공됩니다.

유 의 사 항

1. 「국민건강보험법 제57조(부당이익의 징수)

- 산정특례 등록신청서에 기재된 [요양기관 확인란]이 허위로 기재된 경우 위 법령 및 의료관계법령(의료법 제66조 등)에 의거, 제1항 및 제3항에 의해 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람이나 보험급여 비용을 받은 요양기관에 대하여 해당 요양급여비용을 부당한 것으로 확인·결정하여 보험급여 비용의 전부 또는 일부를 징수할 수 있습니다.

2. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)

- 고시 제7조(산정특례 등록 신청 등) 제7항 및 제8항에 의해 공단에서 산정특례 등록 자료의 확인이 필요하다고 인정되는 경우 산정특례 등록자 및 요양기관에 검사내역 등 자료를 제공하도록 요청할 수 있습니다.

3. 산정특례 등록신청서 발급에 대한 비용은 등록신청인 또는 공단에 별도로 청구할 수 없습니다.

4. 요양기관 확인란은 반드시 해당 상병으로 확진한 요양기관 및 담당의사가 작성 후 자필서명·확인하여야 합니다.

5. 산정특례는 진단확진일로부터 30일 이내 신청 시 확진일로부터 소급하여 적용하고, 30일 이후에 신청 시 신청일부터 적용됩니다.

6. 산정특례 등록신청서의 기재사항이 사실과 상이할 경우, 산정특례 등록내역이 원천 취소될 수 있습니다.

7. 등록신청은 요양기관 수진자 조회 시 [산정특례 대상자 조회]와 연관되므로 본인서명이 필수로 요구됩니다.

- ※ 단, 수진자가 미성년인 경우 또는 중증치매·정신질환·의식불명 등으로 수진자 본인의 인지능력이 저하되거나 의사판단이 어려워 위임이 불가한 경우 대리인의 동의가 필요하므로 신분증과 공단 전산 또는 가족관계서류를 확인(징구) 후 등록함
- 미성년자 : 부모(법정대리인) - 인지능력과 의사판단이 어려워 위임이 불가한 경우 : 배우자 또는 성년인 직계존비속 등

8. 산정특례 등록 이후 모든 요양기관에서 수진자 자격조회를 통해 수진자의 산정특례 등록정보를 확인할 수 있습니다.

작성 방법

【수진자】

- ①, ② : 산정특례 등록 신청자의 건강보험증번호와 건강보험증 가입자(세대주)명을 각각 기재합니다.
- ③, ④ : 산정특례 신청인의 성명을 한글로, 주민(외국인)등록번호를 아라비아숫자로 기재합니다.
- ⑤ : 등록결과 통보 등을 위해 수진자 또는 수진자 대리인의 연락 가능한 휴대전화번호를 기재합니다.
- ⑥ : 수진자 또는 수진자 대리인의 연락 가능한 자택전화번호를 기재합니다.(부재시 생략 가능)
- ⑦ : 등록결과 통보 등을 위해 수진자 또는 수진자 대리인의 연락 가능한 이메일주소를 기재합니다.
- ⑧ : 등록결과를 통보 받을 방법(SMS 또는 이메일)을 선택하여 필수적으로 “✓” 표시합니다.
- ⑨ : 신청 시점에서의 수진자의 주소를 기재합니다.

【요양기관 확인란】

- ① : 신규암, 재등록암, 중복암 신청 여부를 해당란에 “✓” 표시합니다.
- ② : 질환의 확진을 실시한 진료과목을 기재합니다.
- ③ : 입원 또는 외래 여부를 해당란에 “✓” 표시합니다.
- ④ : 최종확진방법에 의하여 의사가 해당질환으로 판정한 날을 아라비아숫자로 기재합니다.
- ⑤, ⑥, ⑦ : 확진한 질환의 상병명, 상병코드, 특정기호를 기재합니다.
- ⑧ : 최종확진방법 작성 시, 해당 상병의 등록기준(검사기준 및 필수검사항목)을 확인하여 기재합니다.
- (검사항목) 1~6에 해당되는 내역을 “✓” 표시 또는 텍스트 형태로 기재합니다.
- ⑨ : 해당 상병의 등록기준을 확인하여 조직학적·세포학적 검사가 필수인 상병에서 조직학적·세포학적 검사 불가하여 암 산정특례 등록기준을 미충족한 경우에만 작성합니다. 이 경우에는 전문의가 건강보험(암)산정특례 등록신청서를 작성 및 발행해야 합니다.
- ⑨-1 : 조직학적·세포학적 검사가 불가한 사유를 한 가지 이상 “✓” 표시 또는 텍스트 형태로 기재합니다.
- ⑨-2 : 확진 의견을 포함하여 진료내역에 대한 의학적 소견을 구체적으로 기재합니다.

[별지 제2호]

건강보험 (희귀, 중증난치, 중증치매) 산정특례 등록 신청서

※ 뒷면의 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다.

(앞면)

[illegible]

상기와 같이 건강보험 산정특례 등록을 신청합니다.

신청일 년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

수진자와의 관계 ()

국민건강보험공단 이사장 귀하

1. 「국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담)
 2. 「국민건강보험법 시행령 제19조(비용의 본인부담), 제81조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
 3. 「본인일부부담금산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)
- 공단은 위 법령 등에서 정하는 소관 업무수행을 위하여 건강보험증번호, 세대주 성명, 수진자 성명, 주민등록번호, 외국인등록번호, 전화번호, 이메일주소, 주소, 신청인 성명, 수진자와의 관계, **[요양기관 확인란]**에 기록된 신청구분, 진료과목, 진료구분, 진단확인일, 상병명, 상병코드, 특정기호, 최종확진방법, 질병정보-가족력을 수집·이용할 수 있습니다.
 - 공단이 수집·이용하고 있는 개인정보는 「**개인정보보호법**」에 따른 경우에만 제3자에게 제공됩니다.

(뒷면)

유의사항

1. 「국민건강보험법」 제57조(부당이익의 징수)

- 산정특례 등록신청서에 기재된 **【요양기관 확인란】**이 허위로 기재된 경우 위 법령 및 의료관계법령(의료법 제66조 등)에 의거, 제1항 및 제3항에 의해 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람이나 보험급여 비용을 받은 요양기관에 대하여 해당 요양급여비용을 부당한 것으로 확인·결정하여 보험급여 비용의 전부 또는 일부를 징수할 수 있습니다.

2. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)

- 고시 제7조(산정특례 등록 신청 등) 제7항 및 제8항에 의해 공단에서 산정특례 등록 자료의 확인이 필요하다고 인정되는 경우 산정특례 등록자 및 요양기관에 검사내역 등 자료를 제공하도록 요청할 수 있습니다.

3. 산정특례 등록신청서 발급에 대한 비용은 등록신청인 또는 공단에 별도로 청구할 수 없습니다.

4. 요양기관 확인란은 반드시 해당 상병으로 확진한 요양기관 및 담당의사가 작성 후 자필서명·확인하여야 합니다.

5. 산정특례는 진단확진일로부터 30일 이내 신청 시 확진일로부터 소급하여 적용하고, 30일 이후에 신청 시 신청일부터 적용됩니다.

6. 산정특례 등록신청서의 기재사항이 사실과 상이할 경우, 산정특례 등록내역이 원천 취소될 수 있습니다.

7. 등록신청은 요양기관 수진자 조회 시 **【산정특례 대상자 조회】와 연관되므로 본인서명이 필수로 요구됩니다.**

※ 단, 수진자가 미성년인 경우 또는 중증치매·정신질환·의식불명 등으로 수진자 본인의 인지능력이 저하되거나 의사판단이 어려워 위임이 불가한 경우 대리인의 동의가 필요하므로 신분증과 공단 전산 또는 가족관계서류를 확인(징구) 후 등록함
- 미성년자 : 부모(법정대리인) - 인지능력이 저하되거나 의사판단이 어려워 위임이 불가한 경우 : 배우자 또는 성년인 직계존비속 등

8. 산정특례 등록 이후 모든 요양기관에서 수진자 자격조회를 통해 수진자의 산정특례 등록정보를 확인할 수 있습니다.

작성방법

【수진자】

- ①, ② : 산정특례 등록 신청자의 건강보험증번호와 건강보험증 가입자(세대주)명을 각각 기재합니다.
- ③, ④ : 산정특례 신청인의 성명을 한글로, 주민(외국인)등록번호를 아라비아숫자로 기재합니다.
- ⑤ : 등록결과 통보 등을 위해 수진자 또는 수진자 대리인의 연락 가능한 휴대전화번호를 기재합니다.
- ⑥ : 수진자 또는 수진자 대리인의 연락 가능한택전화번호를 기재합니다.(부재시 생략 가능)
- ⑦ : 등록결과 통보 등을 위해 수진자 또는 수진자 대리인의 연락 가능한 이메일주소를 기재합니다.
- ⑧ : 등록결과를 통보 받을 방법(SMS 또는 이메일)을 선택하여 필수적으로 “✓” 표시합니다.
- ⑨ : 신청 시점에서의 수진자의 주소를 기재합니다.

【요양기관 확인란】

- ① : 신규등록 또는 재등록 신청 여부를 해당란에 “✓” 표시 합니다.
- ② : 질환의 확인을 실시한 진료과목을 기재합니다.
- ③ : 요양기관 확인 시 입원 또는 외래 구분을 해당란에 “✓” 표시 합니다.
- ④ : 최종확진방법에 의하여 의사가 해당질환으로 판정한 날을 아라비아 숫자로 기재합니다.
- ⑤, ⑥, ⑦ : 확진한 질환의 상병명, 상병코드, 특징기호를 기재합니다.
- ⑧ : 최종확진방법 작성 시, 해당 상병의 등록기준(검사기준 및 필수검사항목)을 확인하여 기재합니다.
- (검사항목) 1~6에 해당하는 내역을 “✓” 표시 또는 텍스트 형태로 기재합니다.
- ⑨ : 가족력 여부를 해당란에 “✓” 표시 합니다.
- 가족력이 없는 경우 ‘없음’에 표시하고, 있는 경우 ‘있음’에 표시 후 해당 사항을 체크합니다.

건강보험 회귀질환, 중증난치질환 및 중증치매 산정특례 제도 안내

1. 제도 목적 : 회귀질환, 중증난치질환 및 중증치매 치료에 소요되는 고액의 진료비 부담 완화

2. 회귀질환, 중증난치질환 및 중증치매 산정특례 등록대상

- 회귀질환 : 보건복지부 고시「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(별표4)의 해당상병 중 산정특례 검사기준 및 필수검사항목을 충족하는 것으로 확진된 회귀질환환자

- 중증난치질환 및 중증치매 : 보건복지부 고시「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(별표4의2)의 해당상병 중 산정특례 검사기준 및 필수검사항목을 충족하는 것으로 확진된 중증난치질환 및 중증치매환자

※ 신생아의 호흡곤란(상병코드 P22.0, P22.8, P22.9) 상병은 생후 24개월 이내 신청 가능, 최초 등록 후 재등록 불가
인체면역바이러스질환(상병코드 B20~B24)는 등록하지 않고 산정특례 적용

3. 산정특례 등록 후 해당 회귀질환, 중증난치질환 및 중증치매로 진료 받는 경우 본인부담률 : 10%

※ 비급여, 100분의100본인부담항목, 선별급여 등은 산정특례 적용대상에서 제외

4. 적용기간 : 산정특례 적용시작일로부터 5년째 되는 날의 전날 (단, 중증치매 V810의 경우 연간 최대 120일)

[별지 제3호]

건강보험 (결핵, 중증화상) 산정특례 등록 신청서

※ 뒷면의 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다.

(앞 면)

□ 결핵		□ 중증화상	
*공단기재사항		*해당란에 ☒ 표기	
산정특례번호	*공단기재사항	접수일자	*공단기재사항
수진자	① 건강보험증번호	② 가입자(세대주)	
	③ 성명	④ 주민(외국인)등록번호	
	⑤ 휴대전화번호	⑥ 자택전화번호	
	⑦ 이메일주소	⑧ 등록결과 통보방법 □ SMS □ 이메일	
	⑨ 주소		
【요양기관 확인란】			
① 진료과목	② 구분 □ 입원 □ 외래	③ 진단확진일	
④ 상병명	⑤ 상병코드	⑥ 특정기호	
⑦ 최종확진방법 ※ 중복 체크 가능			
☐ 1. 영상검사 ☐ X-ray ☐ CT ☐ Sono ☐ MRI ☐ 기타 () ☐ 2. 도말/배양검사 ☐ 도말 ☐ 배양 ☐ 3. 조직학적 검사 ☐ 4. 임상적 소견 () ☐ 5. 기타 () 검사			
⑧ (결핵만 해당) 타 요양기관의 검사결과로 확진한 경우, 해당사항 체크 ※ 중복 체크 가능			
☐ 없음 ☐ 있음 (☐ 1.영상검사 ☐ 2.도말/배양검사 ☐ 3.조직학적 검사 ☐ 5.기타)			
위의 기록한 사항이 사실임을 확인합니다.			
년 월 일 요양기관명 (기호) : () (직 인) 담당의사 (면허번호/전문의 자격번호) : (/) (서명 또는 인) 담당의사 전문과목 :			

상기와 같이 건강보험 산정특례 등록을 신청합니다.

신청일 년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

수진자와의 관계 ()

국민건강보험공단 이사장 귀하

1. 「국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담)

2. 「국민건강보험법 시행령 제19조(비용의 본인부담), 제81조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)

3. 「본인일부담금산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)

- 공단은 위 법령 등에서 정하는 소관 업무수행을 위하여 건강보험증번호, 세대주 성명, 수진자 성명, 주민등록번호, 외국인등록번호, 전화번호, 이메일주소, 주소, 신청인 성명, 수진자와의 관계, 【요양기관 확인란】에 기록된 진료과목, 진료구분, 진단확진일, 상병명, 상병코드, 특정기호, 최종확진방법을 수집·이용할 수 있습니다.

- 공단이 수집·이용하고 있는 개인정보는 「개인정보보호법」에 따른 경우에만 제3자에게 제공됩니다.

(뒷면)

유의 사항

1. 「국민건강보험법 제57조(부당이득의 징수)

- 산정특례 등록신청서에 기재된 [요양기관 확인란]이 허위로 기재된 경우 위 법령 및 의료관계법령(의료법 제66조 등)에 의거, 제1항 및 제3항에 의해 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람이나 보험급여 비용을 받은 요양기관에 대하여 해당 요양급여비용을 부당한 것으로 확인·결정하여 보험급여 비용의 전부 또는 일부를 징수할 수 있습니다.

2. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 (보건복지부 고시)

- 고시 제7조(산정특례 등록 신청 등) 제7항 및 제8항에 의해 공단에서 산정특례 등록 자료의 확인이 필요하다고 인정되는 경우 산정특례 등록자 및 요양기관에 검사내역 등 자료를 제공하도록 요청할 수 있습니다.

3. 산정특례 등록신청서 발급에 대한 비용은 등록신청인 또는 공단에 별도로 청구할 수 없습니다.

4. 요양기관 확인란은 반드시 해당 상병으로 확진한 요양기관 및 담당의사가 작성 후 자필서명·확인하여야 합니다.

5. 산정특례는 진단확진일로부터 30일 이내 신청 시 확진일로부터 소급하여 적용하고, 30일 이후에 신청 시 신청일부부터 적용됩니다.

6. 산정특례 등록신청서의 기재사항이 사실과 상이할 경우, 산정특례 등록내역이 원천 취소될 수 있습니다.

7. 등록신청은 요양기관 수진자 조회 시 [산정특례 대상자 조회]와 연관되므로 본인서명이 필수로 요구됩니다.

※ 단, 수진자가 미성년인 경우 또는 중증치매·정신질환·의식불명 등으로 수진자 본인의 인지능력이 저하되거나 의사판단이 어려워 위임이 불가한 경우 대리인의 동의가 필요하므로 신분증과 공단 전산 또는 가족관계서류를 확인(장구) 후 등록함
- 미성년자 : 부모(법정대리인) - 인지능력과 의사판단이 어려워 위임이 불가한 경우 : 배우자 또는 성년인 직계존비속 등

8. 산정특례 등록 이후 모든 요양기관에서 수진자 자격조치를 통해 수진자의 산정특례 등록정보를 확인할 수 있습니다.

※ 결핵치료를 위하여 수진자가 여러 요양기관에서 요양급여를 받는 경우에는 요양기관마다 산정특례 등록 신청서를 공단 또는 요양기관에 제출하여야 합니다.

※ 결핵 산정특례 등록은 결핵예방법 시행규칙 제3조에 따라 질병관리본부에 신고여부 확인 후 승인처리 됩니다.

(FAX/내방/우편으로 결핵 산정특례 등록 신청 시, '결핵환자등 신고·보고서' 제출 필수)

작성 방법

【수진자】

- ①② : 산정특례 등록 신청자의 건강보험증번호와 건강보험증 가입자(세대주)명을 각각 기재합니다.
- ③④ : 산정특례 신청인의 성명을 한글로, 주민(외국인)등록번호를 아라비아숫자로 기재합니다.
- ⑤ : 등록결과 통보 등을 위해 수진자 또는 수진자 대리인의 연락 가능한 휴대전화번호를 기재합니다.
- ⑥ : 수진자 또는 수진자 대리인의 연락 가능한 자택전화번호를 기재합니다.(부재시 생략 가능)
- ⑦ : 등록결과 통보 등을 위해 수진자 또는 수진자 대리인의 연락 가능한 이메일주소를 기재합니다.
- ⑧ : 등록결과를 통보 받을 방법(SMS 또는 이메일)을 선택하여 필수적으로 "✓" 표시합니다.
- ⑨ : 신청 시점에서의 수진자의 주소를 기재합니다.

【요양기관 확인란】

- ① : 질환의 확인을 실시한 진료과목을 기재합니다.
- ② : 요양기관 확인 시 입원 또는 외래 여부를 해당란에 "✓" 표시 합니다.
- ③ : 최종확진방법에 의하여 의사가 해당질환으로 판정한 날을 아라비아숫자로 기재합니다.
- ④⑤⑥ : 확진한 질환의 상병명, 상병코드, 특정기호를 기재합니다.
- ⑦ : 최종확진방법 작성 시, 해당 상병의 등록기준(검사기준 및 필수검사항목)을 확인하여 기재하시기 바랍니다.
- (검사항목) 1~5에 해당하는 내역을 "✓" 표시 또는 텍스트 형태로 기재합니다.
- ⑧ : (결핵만 해당) 타 요양기관의 검사결과로 확진한 경우에 한하여 기재하며, 해당 검사내역에 "✓" 표시 합니다.

건강보험 결핵 및 중증화상 산정특례 제도 안내

1. 제도 목적 : 결핵 및 중증화상 치료에 소요되는 고액의 진료비 부담 완화

2. 결핵/중증화상 산정특례 등록대상

- 결핵 : 보건복지부 고시「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」[별표5]의 해당상병 중 산정특례 검사기준 및 필수검사항목을 충족하는 것으로 확인된 결핵환자

- 중증화상 : 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」[별표3]의 체표면적 및 깊이기준을 충족하거나 특정부위의 화상 환자

3. 산정특례 등록 후 해당 결핵, 중증화상으로 진료 받는 경우 본인부담률 : 0%(결핵) / 5%(중증화상)

※ 비급여, 100분의100본인부담 항목, 선별급여 등은 산정특례 적용대상에서 제외

4. 적용기간

- 결핵 : 산정특례 적용시작일부터 결핵예방법 시행규칙 제3조 및 별지서식의 치료결과보고에 따른 산정특례 종료일까지
- 중증화상 : 등록일로부터 1년(단, 적용기간 종료 후 진료담당의사의 의학적 판단 하에 적용기간 6개월 연장가능)

[별첨 1] 본인부담금산정특례 뇌혈관질환의 상병명, 수술명

상병명(상병코드)

- 가. 뇌혈관 질환(I60~I67)
- 나. 경동맥의 동맥류 및 박리(I72.0)
- 다. 후천성 동정맥루(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 폐동맥판막협착증수술(O1770) 타. 판막성형술(O1781~O1783) 파. 인공판막치환술(O1791~O1793, O1797) 하. 인공판막재치환술(O1794~O1796, O1798) 거. 비봉합 대동맥판막치환술(O1799) 너. 활로씨 4 증후군 근본수술(O1800)	가. Alteplase 주사제 나. Tenecteplase 주사제 다. Urokinase 주사제 약제성분명

수술명(수술코드)	약제성분명
더. 심실중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술(01810) 러. 심내막상결손증 수술(01821, 01822) 머. 좌심실류절제술(01823) 버. 좌심실용적축소성형술(01824) 서. 좌심실, 우심실 유출로 성형술(01825, 01826) 어. 관상동맥 내막절제술(01830) 저. 발살바동 동맥류파열수술(01840) 처. 동정맥기형교정술(01841) 커. 기타 복잡기형에 대한 심장수술 (01851,01852) 터. 좌우폐동맥 성형술(01861) 퍼. 기능적 단심실증 교정술(01873, 01874) 허. 라스텔리씨수술(01875) 고. 총 폐정맥 환류이상증 수술(01878) 노. 대혈관전위증 수술(01879) 도. 심실 보조장치 치료술 (00881, 00882, 00883, 00886, 00887, 00888, 00889) 로. 인공심폐순환(01890) 모. 개흉심장마사지(01895) 보. 부분체외순환(01901~01904) 소. 국소관류(01910) 오. 대동맥내풍선펌프(01921, 01922) 조. 심낭루조성술(01931) 초. 심낭창형성술(01932, 01935) 코. 심막절제술(01940) 토. 폐동맥혈전제거술(01950) 포. 대동맥-폐동맥 창 폐쇄술(01960) 호. 심내이물제거술(01970) 구. 심장종양제거술(01981, 01982) 누. 심박기거치술(02001, 02004, 02005, 00203~00210) 두. 부정맥수술(02006, 02007) 루. 심율동전환 제세동기거치술(00211, 00212, 02211, 02212) 무. 동맥류 절제술(02031~02033)	

수술명(수술코드)	약제성분명
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 폐동맥판 삽입술(M6585) 느. 경피적 풍선혈관성형술(M6595~M6597) 드. 경피적 혈관내 금속스텐트삽입술(M6603~M6605) 르. 경피적 혈관내 스텐트-이식설치술(M6611~M6613) 므. 경피적 혈관내 죽종제거술(M6620) 브. 경피적 혈전제거술(M6632,M6634,M6638,M6639) 스. 혈관색전술(M6644) 으. 심장이식술(Q8080) 즈. 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	T31.11신체표면의 10-19%를 침범한 화상 중 3도 화상이 신체표면의 10-19%인 경우 T31.21~2신체표면의 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 VII

**심평원 홈페이지 內
요양기관 필요정보
이용방법**

■ 건강보험심사평가원 홈페이지 内 요양기관 필요정보 이용 방법

www.hira.or.kr → 요양기관업무포털 클릭

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

로그인 회원가입 글자 + - ENG

병원·약국 진료비 의료정보 제도·정책 국민참여 정보공개 알림 기관소개 ≡ 전체메뉴

건강내재 건강사 심평tv blog f YouTube

하나된 열정
Passion. Connected.
전체보기

건강보험심사평가원에 대해 알려드립니다.

기관소개
의료행위관리 / 치료재료관리 / 의약품관리 진료비청구 심사 및 운영 등 다양한 업무를 수행하고 있습니다.
자세히 보기 >

미션·비전 **조직도** **경영공시**

위치안내
원하는 지원을 클릭해 자세한 위치안내를 확인하세요.

본원
주소 : 강원도 원주시 혁신로 60
건강보험심사평가원
전화 : 1644-2000
약도 보기 >

인천지원, 의정부지원, 서울지원, 원주지원, 수원지원, 대전지원, 대구지원, 부산지원, 창원지원, 광주지원

요양기관업무포털 > 보건의료자원 통합신고포털 > E-평가자료제출시스템 > 보건의료빅데이터 (의료통계정보) > 고객의 소리 >

요양기관업무포털 주소 <https://biz.hira.or.kr>

HIRA 요양기관업무포털
건강보험심사평가원

의료급여 - 검색

사이트맵 | 심사기준 | 종합서비스

업무안내 | 의료기준관리 | 진료비청구 | 청산관리 | 모니터링 | 자동차보험 | 청구소프트웨어 검사 인증

공인인증서 로그인
회원가입 | 인증서등록 | 공인인증센터 | 폐업기관로그인

심사기준 종합서비스
보건의료자료 종합정보시스템 | 청구방법 급여기준 | 진료의뢰서 접수 | 의료자료 급여기준 | 진료의뢰서 접수

실시간 자주찾는 메뉴

- 1. 급여 비급여 목록정보
- 2. 자동차보험 일괄판
- 3. 진료비청구(전자청구)
- 4. 실대가치점수조회
- 5. 자료실

공지사항

구분	제목	작성일
·	의료재료 물간 소식지 제9호 게재-2018.11월	2018-11-13
·	[발위 및 치료재료] 고시 제2018-24호 「요양급여의 적용기준 및 방법」	2018-11-12
·	[발위] 고시 제2018-241호 「건강보험 행위 급여비급여 목록표 및 코드」	2018-11-12
·	외상발지의약품 목록(2018년 11월)	2018-11-07
·	상급종합병원 심사 업무 관련 민원전화번호 안내(18.11.6 기준)	2018-11-06

고시개정으로 청구소프트웨어의 보안기능에 대한 인종이 추가되었습니다. 보안기능 미인종 청구SW로 청구시, 인증 실패를 알려드립니다.

- 1. 자격정보: 요양기관업무포털 > 청구소프트웨어 검사인증 > 검사인증관리 > 승인번호조회
- 2. 상급종합병원: 청구소프트웨어 검사인증 > 커뮤니티 > 심사청구SW조회 > 승인내역

※ 자세한 사항은 요양기관업무포털 > 청구소프트웨어 > 공지사항을 참고하십시오.

HIRA 건강보험심사평가원 | 김창도 원장 | 김창도 63(안과) | 건강보험심사평가원 (우편번호 26855) | COPYRIGHT © 2017 by HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE.

신/구별 뉴스 | 진료자료 | 진료자료 | 고객센터 1644-2000

심사기준 종합서비스: 고시, 심사기준, 수가, 약가 등 심사관련 정보 한곳에서 확인 가능

〈예시〉

The screenshot shows the HIRA homepage. At the top, there's a navigation bar with links: 업무안내, 의료기관관리, 진료비청구, 정산관리, 모니터링, 자정자보령, 청구소프트웨어 검사 인증. Below this, a large banner features the text '온국민이 건강하고 행복하게 건강보험심사평가원' (For all citizens to be healthy and happy, Health Insurance Review and Assessment Service). To the left of the banner, there's a sidebar with icons for '심사기준 종합서비스', '청구방법 안내', '의료자문', '심사기준 종합서비스', '보건의료자문 종합서비스', 'E-평가자료 제출시스템', and '진료의뢰서 제출시스템'. Below the sidebar, there's a section titled '심사기준 자주찾는 메뉴' (Frequently searched review standards menu) with links like '급여비급여 목록정보', '자정자보령', '진료비청구(간사청구)', '자료실', and '심사기준 종합서비스'. To the right of the banner, there's a '공지사항' (Notice) section with a list of recent notices. At the bottom right, there's a '이의신청 프로그램 안내' (Appeal program notice) section. The footer contains copyright information: 'Copyright © 2017 by HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE.' and contact details: '신/구별 뉴 조건표', '영역지원센터', '영역지원센터', '고객센터 1644-2000'.



The screenshot shows the '심사기준 종합서비스' (Review Standards Comprehensive Service) page. The page has a sidebar on the left with a search bar and a list of categories: '심사기준', '고시/행정해설/심사지침 전문', '최신&다빈도 심사기준 조회', '행위', '수가정보', '행위정의', '의약품', '약가정보', and '알림사항알려'. The main content area has a search bar and filters for '주제어' (keyword), '색인분류' (classification), and '연도' (year). Below the filters, there's a table of search results for '심사기준' (review standards). The table has columns: '개정시행일자' (revision implementation date), '번호' (number), '구분' (category), '관련근거' (related basis), '제목' (title), '첨부' (attachment), and '조회수' (view count). The table shows one result for '심사기준' (review standards) with a title '심사기준' and a view count of 0.

심사기준

〈예시〉

심사기준 종합서비스

통합검색

검색어를 입력하세요.

기초

심사기준

고시/행정해석/심사지침 전문

최신&디빈도

심사기준 조회

행위

수가정보

행위정의

의약품

약가정보

알림한사용약제 (항암요법 등)

식약처의약품정보

치료재료

치료재료대정보

급여비급여목록정보

치료재료목록파일

기타

공지사항

청구관련기준 (마스터파일)

요양기관원지조사

주제어

제목

관련근거

색인분류

치료재료코드

전체

고시

행정해석

심사지침

공개심의사례

공개심사사례

전산심사사례

검색내용

색인분류검색

개최일자/시행일자

2018-08-01

2018-11-18

검색내재검색

Q 조회

Q 조회

심사기준

개최일자/시행일자를 수정하시면 2004년 2월 5일 이전의 심사기준도 조회 가능 합니다.

급여기준 이력조회

엑셀저장

총 : 5,790건

개최시행일자	번호	구분	관련근거	제목	첨부	조회수
2018-11-01	01-01	행정해석	기초의료보장고-809호	의료급여 결정절차 약제비 본인부담 차등제 관련 일부개정 사항 알림	0	407
2018-11-01	02-01	고시	고시 제2018-234호(약제)	Baricitinib 경구제(품명: 올루미엔트정2알리그램 등)	0	81
2018-11-01	02-02	고시	고시 제2018-234호(약제)	[일반원칙] 달노병용제	0	750
2018-11-01	02-03	고시	고시 제2018-234호(약제)	Propofol 주사제(품명: 포폴주사 등)	0	744
2018-11-01	02-04	고시	고시 제2018-234호(약제)	Basiliximab 주사제(품명: 시탈렉트주사)	0	57
2018-11-01	02-05	고시	고시 제2018-234호(약제)	Mycophenolate mofetil 경구제(품명: 셀셀트캡슐 등)	0	94
2018-11-01	02-06	고시	고시 제2018-234호(약제)	Rabbit anti-human thymocyte immunoglobulin 주사제(품명: 치모글로부린주)	0	35
2018-11-01	02-07	고시	고시 제2018-234호(약제)	Tacrolimus 제제(품명: 프로그라프림 주사 등)	0	62
2018-11-01	02-08	고시	고시 제2018-234호(약제)	Golimumab 주사제(품명: 심데니프리필드사린지주 50밀리그램 등)	0	120
2018-11-01	02-09	고시	고시 제2018-234호(약제)	Tocilizumab 주사제(품명: 악텔라주, 악텔라비하주사182밀리그램)	0	57
2018-11-01	02-10	고시	고시 제2018-234호(약제)	고혈압치료제 + 고지혈증치료제복합경구제	0	236
2018-11-01	02-11	고시	고시 제2018-234호(약제)	Rituximab 주사제(품명: 매테라주 등)	0	115
2018-11-01	02-12	고시	고시 제2018-234호(약제)	Abatacept 주사제(품명: 오렌시아주 250밀리그램, 오렌시아서브큐프리필드사린지 125밀리그램)	0	27
2018-11-01	02-13	고시	고시 제2018-234호(약제)	Adalimumab 주사제(품명: 휴미라주 등)	0	154

1

290

이동

20개씩 보기

고시/행정해석/심사지침 전문

〈예시〉

심사기준 종합서비스

통합검색

검색어를 입력하세요.

기초

심사기준

고시/행정해석/심사지침 전문

최신&디빈도

심사기준 조회

행위

수가정보

행위정의

의약품

약가정보

알림한사용약제 (항암요법 등)

식약처의약품정보

치료재료

치료재료대정보

급여비급여목록정보

치료재료목록파일

기타

공지사항

청구관련기준 (마스터파일)

요양기관원지조사

조회조건

전체

전문유형

선택

Q 조회

총 : 456건

순번	제목	작성지	작성일자	전문유형	최종수정일	초회	첨부
456	[고시 제2018-236호] 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서 명세서작성 및 작성요령」	청구관리부	2018-10-31	고시 공고	2018-10-31	251	0
455	[행위] 고시 제2018-237호 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 일부개정	급여기준운영부	2018-10-31	고시 공고	2018-10-31	198	0
454	[의료급여] 보건복지부 고시 제2018-203호, 「의료급여수급자의 기준 및 일반기준」	의료급여운영부	2018-10-01	고시 공고	2018-10-01	533	0
453	[고시 제2018-208호] 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서 명세서작성 및 작성요령」	청구관리부	2018-09-28	고시 공고	2018-10-02	405	0
452	[행위] 고시 제2018-196호 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 일부개정	급여확신부	2018-09-19	고시 공고	2018-09-19	767	0
451	[고시 제2018-197호] 「건강보험 행위 급여비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」	급여확신부	2018-09-18	고시 공고	2018-09-18	578	0
450	[고시 제2018-179호] 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서 명세서작성 및 작성요령」	수탁사업부	2018-08-30	고시 공고	2018-08-30	489	0
449	[행위, 치료재료]고시 제2018-185호 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」	급여기준운영부	2018-08-30	고시 공고	2018-08-30	648	0
448	[행위] 고시 제2018-186호 「건강보험 행위 급여비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」	평가보상부	2018-08-30	고시 공고	2018-08-30	311	0
447	<추가>발사트란 성분 의약품 교환 관련 청구방법, 세부작성요령 및 급여 응답 추가	청구관리부	2018-08-02	행정해석 행정지시	2018-08-02	244	0
446	[고시 제2018-86호] 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서 명세서작성 및 작성요령」	청구관리부	2018-08-01	고시 공고	2018-08-01	545	0
445	[행위] 고시 제2018-154호 「건강보험 행위 급여비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」	원화요양기준부	2018-07-27	고시 공고	2018-07-27	446	0
444	[의료급여] 고시 제2018-143호 의료급여수급자의 기준 및 일반기준 일부개정	의료급여운영부	2018-07-27	고시 공고	2018-07-27	553	0
443	[행위] 고시 제2018-127호 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 일부개정	의료수기운영부	2018-06-28	고시 공고	2018-06-28	1,413	0
442	[행위] 고시 제2018-116호 「건강보험 행위 급여비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」	의료수기운영부	2018-06-21	행정해석 행정지시	2018-06-21	1,193	0
441	[고시 제 2018-114호]요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항, 일부개정안	의료수기운영부	2018-06-21	고시 공고	2018-06-21	756	0

1

23

이동

20개씩 보기

242

■ 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〉

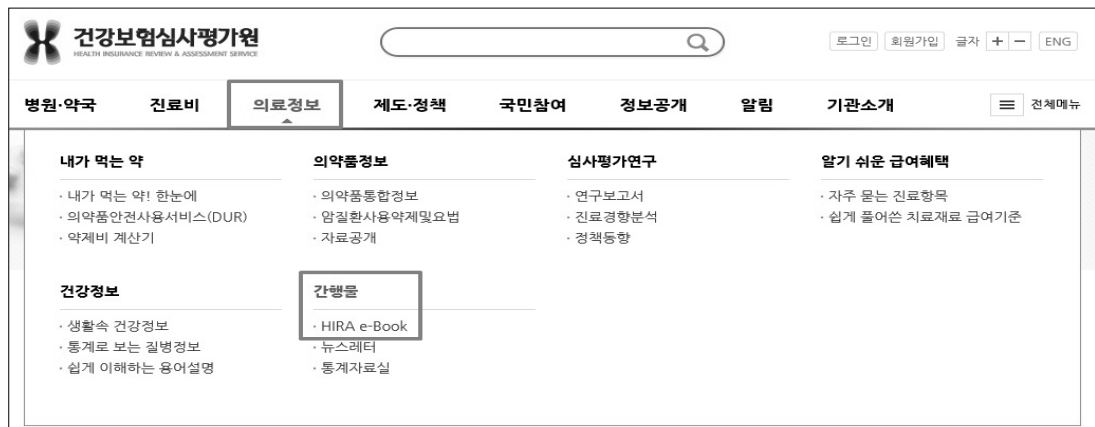


진료과목	급여항목
전체	CT 28전산화단층영상진단
외과	C형간염 항체검사
치과	MRI(자기공명영상진단)
한방	PET(양전자단층촬영)
	격리실 입원료
	경피적 척추성형술
	경피적 척추후궁 풍선복원술
	골밀도 검사
	근막동통유발점주사자극치료
	뇌경위력방사선수술

■ 급여기준 및 사례집 등 HIRA e-Book 조회 방법

www.hira.or.kr → 의료정보 → 간행물 → HIRA e-Book 클릭

〈예시〉



■ 급여기준 검토안전공지/전문가회의 참석요청 접수 방법

www.hira.or.kr → 국민참여 → 급여기준 개선
→ 검토안전공지/전문가회의 참석 요청접수 클릭

〈예시〉


건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

병원·약국
진료비
의료정보
제도·정책
국민참여
정보공개
알림
기관소개



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 정비만 의견제출이 가능합니다.

10개씩 보기

순번	구분	검토 안전	고시번호 ⇅	추진절차 및 검토과정				의견 제출	결과	
				의견수렴 실무검토	위원회 심의	복지부 보고	시행		고시 개정	현행 유지
406	상시정비	제품명 : 포스레놀정500mg(탄산란탄), 포스레놀정750mg(탄산란탄), 포스레놀산1000mg(탄산란탄)		○						
405	상시정비	TNF-α inhibitor		○						
404	상시정비	레그파라정		○						
403	상시정비	아이비글로불린에스주		○						
402	상시정비	맵테라,글리벡필름코팅정		○						
401	상시정비	트랙토실주	제2015-184호				○			



청탁금지법

Anti-Corruption & Civil Rights Commission



국민권익위원회

한 눈에 보는 청탁금지법

목적 및 적용대상

목적

- 부정청탁, 금품 수수 근절을 통한 공정한 직무수행, 공공기관에 대한 신뢰 확보

적용대상

공공기관

- 헌법기관, 중앙행정기관, 지방자치단체
- 공직유관단체, 각급 학교, 학교법인, 언론사 등

공직자 등

- 국가·지방공무원, 공직유관단체의 장과 임직원
- 각급 학교의 장과 교직원
- 학교법인·언론사의 대표자와 임직원

한 눈에 보는 청탁금지법

한 눈에 보는 청탁금지법

부정청탁 금지

금지내용

- 누구든지 직무를 수행하는 공직자등에게 직접 또는 제3자를 통한 부정청탁 금지

예외사유

- 법령·기준에서 정하는 절차·방법에 따라 특정한 행위를 요구하는 행위
- 공개적으로 특정한 행위를 요구하는 행위
- 선출직 공직자·정당·시민단체 등이 공익적인 목적으로 제3자의 고충민원을 전달하는 행위
- 법정기한 안에 처리해 줄 것을 신청·요구하거나 그 진행 상황·조치결과 등에 대하여 확인·문의하는 행위
- 직무 또는 법률관계에 관한 확인·증명 등을 신청·요구하는 행위
- 질의 또는 상담형식을 통하여 직무에 관한 법령·제도·절차 등에 대하여 설명이나 해석을 요구하는 행위
- 그 밖에 사회상규에 위배되지 아니하는 것으로 인정되는 행위

제재내용

제재대상	제재의 종류
제3자를 통하여 부정청탁한 사람	1천만원 이하의 과태료
제3자를 위하여 부정청탁한 사람 (제3자를 위하여 부정청탁한 공직자등)	2천만원 이하의 과태료 (3천만원 이하의 과태료)
부정청탁에 따라 직무를수행한공직자등	2년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금

한 눈에 보는 청탁금지법

금품등 수수 금지

금지내용

- 직무와 관련하여 금품등 수수 금지
- 직무와 관련이 없는 경우에도 1회 100만원(매 회계연도 300만원)을 넘는 금품등 수수 금지

예외사유

- 공공기관이 소속 공직자등에게 지급하거나 상급 공직자등이 위로·격려·포상등의 목적으로 하급 공직자등에게 제공하는 금품등
- 원활한 직무수행, 사고·의례 또는 부조의 목적으로 제공되는 대통령령으로 정하는 가액 범위 안의 음식물·경조사비·선물
- 정당한 권원에 의하여 제공되는 금품등
- 공직자등의 친족(「민법」 제777조에 따른 친족)이 제공하는 금품등
- 직원상조회·동호인회·동창회·향우회·친목회·종교단체·사회단체 등이 정하는 기준에 따라 구성원에게 제공하는 금품등
- 직무와 관련된 공식적 행사에서 주최자가 참석자에게 통상적 범위에서 일률적으로 제공하는 교통·숙박·음식물 등
- 불특정 다수인에게 배포하기 위한 기념품 또는 홍보용품 등이나 경연·추첨을 통하여 받는 보상 또는 상품 등
- 그밖에 다른 법령·기준 또는 사회상규에 따라 허용되는 금품등

제재내용

제재대상	제재의 종류
1회 1백만원(매 회계연도 3백만원)을 넘는 금품등을 수수한 공직자등과 제공한 사람	3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금
직무와 관련하여 1회 1백만원 이하의 금품등을 수수한 공직자등과 제공한 사람	수수 금액의 2배 이상 5배 이하의 과태료

한눈에 보는 청탁금지법

허용되는 금품등 상한액

상한액 한도 내에서 부조 또는 사고·의례 등 목적으로 제공되는 경조사비·선물·음식물은 예외적으로 허용

금품등의 종류	상한액
경조사비	축의금·조의금 5만원 (단, 화환·조화 10만원)
선 물	5만원 (단, 농수산물·가공품 10만원)
음식물	3만원

* 주의 : 상품권 등의 유가증권은 선물에 해당되지 않음

참고

- 농수산물 선물과 그 외 선물을 함께 받는 경우 합산하여 10만원 까지 가능하지만, 이 경우에도 그 외 선물은 5만원을 넘어서는 안됨
- 축의금·조의금과 화환·조화를 함께 받는 경우에는 합산하여 10만원까지 가능하지만, 이 경우에도 축의금·조의금은 5만원을 넘어서는 안됨

한 눈에 보는 청탁금지법

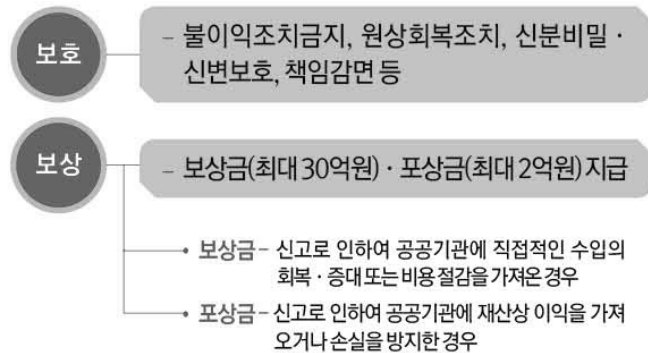
신고 처리 절차 및 보호·보상

부정청탁	금품등 수수
- 최초 부정청탁 : 거절의사 표시	- 소속기관장에게 신고 (국민권익위원회, 감독기관, 감사원, 수사기관에도 신고 가능)
- 동일한 부정청탁 : 소속기관장에게 신고 (국민권익위원회, 감독기관, 감사원, 수사기관에도 신고 가능)	- 제공자에게 반환 · 거부 의사 표시 (반환 곤란한 경우 소속기관장에게 인도)

- 신고내용에 대한 감사 · 수사 · 조사

- 수사 필요성이 있는 경우 수사기관에 통보
 - 과태료 부과 대상자 관할 법원 통보(소속기관장)
 - 징계, 직무 배제 등 조치, 부정청탁 내용·조치 사항 공개(소속기관장)

신고자 보호·보상



국민권익위원회 | 세종특별자치시 도움5로 20 세종청사 7동 | www.acrc.go.kr

급여기준 및 심의사례집

- 안과 분야 -