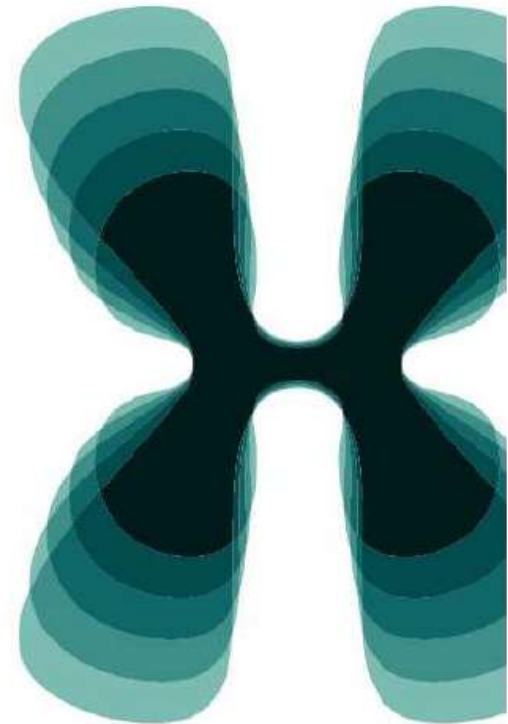


발 간 등 록 번 호

G000CY1-2019-162

# 쉽게 풀어쓴 치료재료 급여기준

「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(치료재료)」



발 간 등 록 번 호

G000CY1-2019-162

# 쉽게 풀어 쓴 치료재료 급여기준

「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(치료재료)」

2019년 12월판





## 일 러 두 기

본 책자는 보건복지부장관이 고시한 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(치료재료)」(이하 ‘치료재료 세부사항고시’)의 각 항목별 내용에 대한 이해를 돕고자 문장 내에 있는 건강보험 및 의학용어에 대한 설명을 포함한 풀어쓰 문장과 고시원 문장을 함께 수록하였음.

풀어쓰기 대상은 치료재료 세부사항 고시 제2000-73호(2001.1.1. 시행)부터 제2019-258호(2019.12.1. 시행) 까지의 고시항목임.

치료재료 세부사항고시는 요양기관에서 환자를 진료할 때 건강보험으로 적용하는 치료재료의 적응증 및 인정개수 등을 구체적으로 정한 사항으로, 고시내용이 전문의학적인 내용으로 구성되어 일반 국민들이 이해하기 어려울 수 있다는 점에 착안하여 치료재료 급여기준 쉽게 풀어쓰기를 수행하게 되었음.

다만, 풀어쓰 문장과 용어설명은 인터넷 검색 등을 통해 검색한 내용을 재정리하여 간단하게 표현한 것으로 교과서 등과 표현방식 및 내용이 상이할 수 있으니, 고시 내용을 이해하는데 참고로 활용하여야 하며, 법적인 구속력은 없음을 밝힘.

2019년 12월  
건강보험심사평가원



# 목 차

|                         |     |
|-------------------------|-----|
| 목 록 .....               | 1   |
| 1. 일반사항 .....           | 21  |
| 2. 검 사 료 .....          | 65  |
| 3. 마 취 료 .....          | 87  |
| 4. 처치 및 수술료 등 .....     | 97  |
| 5. 중재적 시술료 .....        | 263 |
| 6. 내시경하 시술료 .....       | 329 |
| 7. 영상진단 및 방사선 치료료 ..... | 347 |
| 8. 비 급 여 .....          | 359 |







## 제1장 일반사항

| 연번 | 제 목                                                                                                    | 페이지 |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1  | 의료기관의 비품 등                                                                                             | 23  |
| 2  | 침구류 일종인 “바테라시트”의 별도 산정여부                                                                               | 23  |
| 3  | 일회용 Under Pad 별도 산정여부                                                                                  | 24  |
| 4  | 재사용이 가능한 자동열교환에 의한 환자의 체온조절장치의 별도산정여부                                                                  | 25  |
| 5  | T-connector의 별도산정 여부 (‘19.10.01, 변경)                                                                   | 25  |
| 6  | “Control Pressure Line”과 “Control Pressure Spiral Line”의 요양급여 대상여부                                     | 26  |
| 7  | 3 Way 및 Isoflomanifold(3-Stopcock Manifold, 5-Stopcock Manifold 등)의 별도 산정여부                            | 26  |
| 8  | 3Way-Line의 별도산정 여부 (‘19.01.01, 변경)                                                                     | 26  |
| 9  | “Neurosurgical Sponge”, “Bone Wax”, “Surgical Patties”, “Bemsheet” 등의 요양급여 대상여부                        | 27  |
| 10 | 수술전 피부준비용 필름형태의 Drape 류(Ioban 등) 급여기준                                                                  | 27  |
| 11 | 수혈시 혈액낭비를 줄이기 위하여 고안된 소아용 혈액백(Triple pack)의 별도 산정여부                                                    | 27  |
| 12 | Plasma pheresis용 filter의 급여기준                                                                          | 28  |
| 13 | 백혈구제거 필터 및 Transfer Bag의 급여기준                                                                          | 28  |
| 14 | 혈액성분채집술(복합성분채집 적혈구)용 “Alyx Red Kit” 급여기준                                                               | 30  |
| 15 | 조혈모세포이식 Apheresis시 사용된 치료재료 인정기준                                                                       | 32  |
| 16 | 마105 조혈모세포이식 시 사용하는 CD34+ Collection Kit의 급여기준 (‘19.01.01, 변경)                                         | 33  |
| 17 | 일회용 흡인용기(Receptal Disposable Suction Bottle)의 별도 산정여부                                                  | 34  |
| 18 | “ARGON BEAM COAGULATION 6500 SYSTEM(Handpiece 등 4품목)” 및 전기 수술용전극 “COBRA ELECTROSURGICAL PROBE”의 별도산정여부 | 35  |
| 19 | 관절경하 수술용 지혈·소작기(VAPR Electrode, Arthrowand 등)의 별도 산정여부                                                 | 35  |

| 연번 | 제 목                                                              | 페이지 |
|----|------------------------------------------------------------------|-----|
| 20 | 전기 수술기의 핸드피스에 연결하여 사용하는 교체용 팁(Plasmawand)의 별도 산정여부               | 35  |
| 21 | “CTR Blade Assembly”의 요양급여 대상여부                                  | 36  |
| 22 | “KNIFELIGHT”의 요양급여 대상여부                                          | 36  |
| 23 | 검사 및 수술시 사용된 Burr, Saw등 절삭기류 치료재료비용의 산정 방법                       | 37  |
| 24 | 관절경 등의 수술 및 진단적 경검사에 사용된 치료재료비용의 산정방법 (‘19.05.01, ‘19.06.01, 변경) | 38  |
| 25 | 재사용이 가능한 초음파 또는 전파 절삭기의 급여기준                                     | 41  |
| 26 | 복강경하 의료용 개창기구의 급여기준 (‘19.01.01, 변경)                              | 42  |
| 27 | 단일절개 복강경 수술용 재료의 급여기준 (‘19.01.01, 변경)                            | 43  |
| 28 | 소화기 내시경하 시술 등에 사용하는 치료재료 급여기준                                    | 44  |
| 29 | 화상환자에게 소모된 각종 소모품의 별도 산정여부                                       | 47  |
| 30 | 병변부위 세정 및 흡인시 사용되는 치료재료 급여기준                                     | 48  |
| 31 | 인탈흡입기구(스핀헬라)의 별도 산정여부                                            | 48  |
| 32 | 휴대용(일회용) 지속 주입재료의 급여기준 (‘19.08.01, 변경)                           | 48  |
| 33 | 사117 운동점차단술용 Needle Electrode의 급여기준(‘19.01.01, 변경)               | 52  |
| 34 | 수액필터 급여기준                                                        | 53  |
| 35 | 복대의 요양급여 대상여부                                                    | 54  |
| 36 | Face Shield 급여기준                                                 | 54  |
| 37 | 1회용 제모용 클리퍼 급여기준                                                 | 55  |
| 38 | Needleless Connector 급여기준                                        | 56  |
| 39 | 1회용 수술용 방호 후드 급여기준                                               | 56  |
| 40 | Saline prefilled syringe 급여기준                                    | 57  |

| 연번 | 제 목                                                       | 페이지 |
|----|-----------------------------------------------------------|-----|
| 41 | 1회용 Air Blanket류 급여기준                                     | 58  |
| 42 | 안전정맥내유치침 급여기준                                             | 60  |
| 43 | 안전주사침, 안전주사기 및 안전나비침 급여기준                                 | 61  |
| 44 | 정밀 지속적 점적주입 시 사용하는 치료재료(수액유량 조절세트 등)급여 기준 (‘19.08.01, 신설) | 62  |
| 45 | MINI VOLUME EXTENSION 급여기준 (‘19.01.01, 신설)                | 64  |

## 제2장 검사료

| 연번 | 제 목                                                                         | 페이지 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1  | 나803-1 골수압력측정 검사의 적응증 및 재료대 별도 산정여부                                         | 67  |
| 2  | 누581마 일반배양-배양, 동정 및 약제감수성 시 사용된 Brush Protected Catheter 별도 산정여부            | 67  |
| 3  | 내시경하 호흡기 점막세포 채취용 치료재료의 급여기준                                                | 68  |
| 4  | “Biopsy Punch”의 요양급여 대상여부                                                   | 68  |
| 5  | 나712나 비점막유발시험(Nasal Provocation Test) 시 사용된 항원시약 등의 별도 산정여부 (‘19.01.01, 변경) | 69  |
| 6  | 방사면역측정법(RadioImmuneAssay)검사시 사용되는 동위원소의 진료용 재료대 산정방법                        | 69  |
| 7  | Co Set 또는 Sensor Housing 등을 이용한 심박출량 측정시 별도 재료대 별도 산정여부                     | 70  |
| 8  | 심박전자시 사용한 Femoral Catheter 인정여부                                             | 70  |
| 9  | 심도자 검사시 사용된 Recording Paper 별도 산정여부                                         | 71  |
| 10 | “Brockenbrough Needle” 등 중격경유침(Transseptal Needle)의 요양급여 대상여부               | 71  |

| 연번 | 제 목                                                                                         | 페이지 |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 11 | 신장·비뇨기과 압력 측정용 CHTHETER(2Way, 3Way) 급여기준                                                    | 72  |
| 12 | 전기와우도검사(Electrocochleography)의 급여여부('19.01.01, 변경)                                          | 73  |
| 13 | Hepcon System A-10기기에 사용되는 Cartridge의 별도 산정여부                                               | 74  |
| 14 | 24시간 홀터 기록(Holter Monitoring) 시 사용하는 치료재료(Memory Card) 비용의 산정방법 ('19.01.01, 변경)             | 74  |
| 15 | 나601 호흡기능검사 시 사용된 일회용 Mouth Piece의 별도 산정여부 ('19.01.01, 변경)                                  | 75  |
| 16 | 안기능검사시 사용된 Color Printer Paper의 요양급여 대상여부                                                   | 75  |
| 17 | 스완-간즈 카테타법에 의한 순환기능검사 시 사용하는 Thermodilution Catheter의 급여기준 ('19.01.01, 변경)                  | 75  |
| 18 | 임상전기생리학적검사시 기록저장매체인 Optic disc의 산정기준                                                        | 76  |
| 19 | 골수천자용 Needle의 세부인정기준                                                                        | 77  |
| 20 | 마7 골수내주사 시 사용하는 치료재료의 급여기준 ('19.01.01, 변경)                                                  | 77  |
| 21 | 혈중 헤모글로빈 농도 분석기(TMC)의 요양급여 대상여부 ('19.01.01, 변경)                                             | 78  |
| 22 | 1회용 호기말 이산화탄소분압측정용 치료재료 인정기준                                                                | 78  |
| 23 | 골생검천자침 급여기준                                                                                 | 79  |
| 24 | 1회용 신생아전용채혈랜셋 급여기준                                                                          | 80  |
| 25 | 근막내 압력계 주사기 급여기준 ('19.01.01, 변경)                                                            | 80  |
| 26 | 국소조직 산소포화도 감시용 SENSOR 인정기준                                                                  | 80  |
| 27 | 양수천자침 급여기준                                                                                  | 81  |
| 28 | 자궁내막흡인생검용 급여기준                                                                              | 82  |
| 29 | 복압측정용 직장 카테터 급여기준 ('19.01.01, 신설)                                                           | 82  |
| 30 | 방광내압을 통한 복강내압측정용 치료재료 급여기준 ('19.01.01, 신설)                                                  | 83  |
| 31 | "경피적 과형변이지수/메트 헤모글로빈/일산화탄소 헤모글로빈 측정용 SENSOR" 및 "경피적 과형변이지수 측정용 SENSOR" 급여기준 ('19.05.01, 신설) | 83  |
| 32 | 다주파수 바이오 임피던스 분석법을 이용한 체수분 상태 측정용 전극 ('19.08.01, 신설)                                        | 83  |

| 연번 | 제 목                                           | 페이지 |
|----|-----------------------------------------------|-----|
| 33 | 1회용 URINE COLLECTION BAG 급여기준 ('19.09.01, 신설) | 84  |
| 34 | 1회용 척수 압력계 급여기준 ('19.09.01, 신설)               | 85  |
| 35 | 혈압측정용 CUFF(신생아용) 급여기준 ('19.10.01, 신설)         | 85  |
| 36 | 체강 내 천자 및 배액용(1회용) 급여기준 ('19.12.01, 신설)       | 85  |

### 제3장 마취료

| 연번 | 제 목                                                                           | 페이지 |
|----|-------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1  | Endotracheal Tube의 급여기준 ('19.01.01, 변경)                                       | 89  |
| 2  | 일측폐환기용 튜브 또는 Endobronchial Blocker의 별도 산정여부 ('19.01.01, 변경)                   | 89  |
| 3  | 경막외 신경차단술 중 피하매몰 저장기펌프 삽입술에 의한 방법 시 사용하는 지속적 경막외블록크용(PORT&CATHETER) 치료재료 급여기준 | 90  |
| 4  | Epidural set(또는 Catheter) 별도 산정 기준                                            | 91  |
| 5  | 침습적혈압측정용 Pressure Monitoring Kit의 급여기준 ('19.01.01, 변경)                        | 92  |
| 6  | 마취중 말초산소포화도감시시 사용하는 1회용 말초산소포화도 측정용 센서 급여기준 ('19.09.01, 변경)                   | 93  |
| 7  | 대뇌피질산소포화도감시용 Sensor 급여기준                                                      | 94  |
| 8  | 역류방지용 One Way Valve 인정기준                                                      | 96  |
| 9  | 심음, 폐음, 체온감시용 PROBE와 지속적 체온감시용 PROBE의 급여기준 ('19.07.01, 신설)                    | 96  |

## 제4장 처치 및 수술료 등

| 연번 | 제 목                                                                                                             | 페이지 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1  | 산소흡입시 사용한 Cropett의 별도 산정여부                                                                                      | 99  |
| 2  | 자-4 산소흡입시 사용하는 산소마스크의 별도 산정여부                                                                                   | 99  |
| 3  | 필름 드레싱류 및 필름 드레싱류, 항균 성분함유의 급여기준                                                                                | 99  |
| 4  | ‘은 함유 이외’의 드레싱류 급여기준(‘19.11.01, 변경)                                                                             | 100 |
| 5  | ‘은 함유’ 드레싱류의 급여기준                                                                                               | 103 |
| 6  | 진공음압창상 처치 시 사용되는 치료재료의 급여기준                                                                                     | 105 |
| 7  | 관혈적수술시 사용되는 혈관결찰 및 혈관봉합용 클립의 요양급여여부                                                                             | 108 |
| 8  | 봉합사 산정기준                                                                                                        | 108 |
| 9  | 일시적 배뇨용 카테터의 요양급여대상여부 (‘19.01.01, 변경)                                                                           | 110 |
| 10 | 시간별 소변측정용기(Urine Hourly Bag) 및 담즙배액용기(Bile Bag)의 인정기준                                                           | 110 |
| 11 | 이식피부확장기의 급여기준 (‘19.01.01, 변경)                                                                                   | 111 |
| 12 | 가피절제술시 재료대 별도 산정여부                                                                                              | 111 |
| 13 | 인공피부 급여기준                                                                                                       | 112 |
| 14 | 동종피부 및 동종진피(GRAFT용) 급여기준                                                                                        | 114 |
| 15 | 골대체제(동종골, 이종골, 합성골)의 급여기준 (‘19.01.01, 변경)                                                                       | 116 |
| 16 | 흡수성 뼈 지혈제 급여기준                                                                                                  | 119 |
| 17 | 뇌종양 또는 뇌실내에 항암제 주입 시 사용하는 Ommaya reservoir 별도 산정여부 (‘19.01.01, 변경)                                              | 120 |
| 18 | 흡수성단추형 두개골 고정용 치료재료(Craniofix absorbable 등)의 급여기준                                                               | 121 |
| 19 | 흡수성재료의 두개·안면골 고정재료(Micro Plate & Screw, Mini Plate & Screw, Reconstruction Plate & Screw)의 급여기준 (‘19.01.01, 변경) | 122 |
| 20 | 두개골 조기유합증 교정을 위하여 사용되는 Distractor System(Marshac-Arnaud Cranial Monobloc Distraction System 등)급여기준              | 124 |
| 21 | ICP Monitor삽입술시 Intraventricular Monitoring Catheter Set나 Monitoring Sensor Set 별도 산정여부                         | 125 |

| 연번 | 제 목                                                                                     | 페이지 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 22 | ICP Monitoring Kit의 별도 산정여부                                                             | 125 |
| 23 | 두개골 고정용 MICRO PLATE(비흡수성 재질)의 급여기준                                                      | 126 |
| 24 | 대퇴골두 무혈성괴사증에 사용하는 TRABECULAR METAL OSTEONECROSIS INTERVENTION IMPLANT의 인정기준             | 126 |
| 25 | 흉골 봉합용 CABLE SYSTEM의 급여기준 ('19.01.01, 변경)                                               | 127 |
| 26 | 추체보강용SET 급여기준                                                                           | 128 |
| 27 | 척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준                                                                 | 129 |
| 28 | Cage와 인조뼈 병합재료 급여기준                                                                     | 132 |
| 29 | 뉴크레오톼 kit의 급여여부                                                                         | 134 |
| 30 | 후방고정기기밴드인 추간체고정용 Clamp의 급여기준 ('19.01.01, 변경)                                            | 135 |
| 31 | Proximal 또는 Reconstruction nail set의 급여기준                                               | 136 |
| 32 | 골수강내 고정재료 Telescopic Intramedullary Rod의 급여여부                                           | 137 |
| 33 | Intramedullary Supracondylar Nail Set의 Nail 고정재료인 Stable-Lock Nut & Step Screw의 별도 산정여부 | 138 |
| 34 | Unreamed Femoral Nail의 급여기준                                                             | 138 |
| 35 | ANGULAR STABLE LOCKING SYSTEM 인정기준                                                      | 139 |
| 36 | “Hex Button”의 요양급여 대상여부                                                                 | 139 |
| 37 | Drill Bit의 급여여부                                                                         | 139 |
| 38 | 골절환자 견인술(Traction) 시행시 사용하는 소모성 재료대의 별도 산정여부                                            | 140 |
| 39 | Halovest 골견인술시 사용되는 Halovest의 요양급여 대상여부                                                 | 140 |
| 40 | 자65나 피부견인술 시 사용하는 치료재료의 별도 산정여부 ('19.01.01, 변경)                                         | 141 |
| 41 | 고관절치환술중 못쓰게 된 치료재료의 별도 보상여부                                                             | 141 |
| 42 | 고관절 치환술시 micro veloa 별도 산정여부                                                            | 141 |
| 43 | 슬관절치환용 Augmented Sleeve의 급여기준 ('19.01.01, 변경)                                           | 142 |

| 연번 | 제 목                                                                                     | 페이지 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 44 | 골 시멘트(Bone Cement) 혼합기의 급여기준                                                            | 142 |
| 45 | 시멘트 주입전 골강내준비를 위하여 사용되는 “Bone Preparation Canal Brush(Femoral Bone Brush)”의 별도 산정여부     | 143 |
| 46 | 금속 재질의 요골두 치환용 치료재료(Bipolar Radial Head Prosthesis 등)의 인정기준                             | 144 |
| 47 | Malleolar Component의 급여기준 (‘19.01.01, 변경)                                               | 145 |
| 48 | 일반인대고정용 흡수성 Interference Screw(Biotenodesis Screw 등)의 급여기준                              | 146 |
| 49 | Suture Anchor의 급여기준                                                                     | 148 |
| 50 | 슬관절 전후방 십자인대 및 측부인대 성형술 등에 사용하는 Bio Absorbable Interference Screw 및 Staple의 인정기준        | 149 |
| 51 | 인조인대 및 인대 지지재료 별도 산정여부                                                                  | 150 |
| 52 | 동종건의 급여기준                                                                               | 151 |
| 53 | Nasal packing용 치료재료 급여기준                                                                | 152 |
| 54 | External Nasal Splint 와 Internal Nasal Splint 치료재료의 급여기준 (‘19.01.01, 변경)                | 155 |
| 55 | 흉관삽관술 후 사용하는 Chest Drain Valve의 별도 산정여부                                                 | 156 |
| 56 | 중심정맥내 카테터 유치술시 사용하는 장기유치용 카테터 인정기준                                                      | 157 |
| 57 | 혈우병환자에 대한 중심정맥내 카테터 유치술시 사용되는 장기유치용 Port형 카테터 급여기준                                      | 160 |
| 58 | RIC(Rapid Infusion Catheter) Exchange Set의 급여기준                                         | 160 |
| 59 | Vascular Tourniquet Kit 등 지혈용구, 지혈제(콜라겐함유 흡수성체내용지혈용품 제외), 지혈재료의 별도 산정여부 (‘19.05.01, 변경) | 161 |
| 60 | Centrifugal Pump(Cone Type)형 인공심폐기의 인정기준                                                | 161 |
| 61 | IABP용 Catheter Kit (또는 Set)의 급여여부                                                       | 163 |
| 62 | 수술 시 사용하는 수술용 BLOWER의 급여기준 (‘19.01.01, 변경)                                              | 164 |
| 63 | 심낭삼출액 배액술시 재료대 산정방법                                                                     | 165 |
| 64 | Defibrillation Electrode 인정기준                                                           | 165 |
| 65 | 인공심박동기 재설치시 재료대 별도 인정여부                                                                 | 166 |

| 연번 | 제 목                                                                            | 페이지 |
|----|--------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 66 | Hemofilter 및 혈액성 심장지액 운반세트(Blood Cardioplegic Solution Delivery Set 등) 요양급여 여부 | 167 |
| 67 | 심낭천자를 통한 지속적 배액용 치료재료의 급여기준 ('19.01.01, 변경)                                    | 167 |
| 68 | 관상동맥우회술시 사용하는 Vessel Cannula, Arteriotomy Cannula의 급여 여부                       | 168 |
| 69 | 관상동맥우회로술 시 사용하는 일시적 혈관폐쇄용 기구 인정 기준                                             | 168 |
| 70 | 척수신경자극기 치료재료 급여기준                                                              | 170 |
| 71 | 자202 중심정맥영양법 시 사용하는 치료재료의 급여기준 ('19.01.01, 변경)                                 | 170 |
| 72 | 쇄골하정맥을 통한 고농도 영양수액요법의 수기로 산정방법 및 TPN Bag의 급여기준 ('19.01.01, 변경)                 | 171 |
| 73 | Keofeed tube 별도 산정여부                                                           | 171 |
| 74 | 경장영양액 주입용 Flexitainer & Gravity Feeding Sets의 별도 산정여부                          | 172 |
| 75 | 자동봉합기 급여기준                                                                     | 172 |
| 76 | 재사용이 가능한 자동봉합기 분리형 몸체(Idrive Ultra Powered Handle) 급여기준                        | 177 |
| 77 | 자동썸지봉합용 재료의 급여기준 ('19.01.01, 변경)                                               | 180 |
| 78 | “Permaclip endoscopic applier”의 요양급여 대상여부                                      | 181 |
| 79 | “Operative sheath, Diagnostic sheath, Outflow cannula”의 요양급여 대상여부              | 181 |
| 80 | 복강경하 수술용 조직세절기(Gynecare X-Tract Laparoscopic Morcellator 등)의 별도 산정여부           | 182 |
| 81 | 장루(Colostomy)와 요루(Urostomy)용 피부관(Flange) & 주머니(Bag)의 인정기준                      | 182 |
| 82 | Ostomy용 액세서리 급여 인정기준 ('19.05.01, 변경)                                           | 185 |
| 83 | 외래 진료시 주기적으로 의사의 처방에 따라 구입(사용)해야 하는 치료재료 관련 행위 비용의 본인부담액 경감 적용 기준              | 186 |
| 84 | 대장세척기구(NICI Set 등)의 산정기준                                                       | 187 |
| 85 | 탈장수술용 일반 MESH-3D TYPE 급여기준                                                     | 188 |
| 86 | 선천성 복벽결손 신생아 수술에 사용된 Silastic Sheet의 급여여부                                      | 189 |
| 87 | 레이저를 이용한 치핵수술시의 재료대 별도 산정여부                                                    | 189 |

| 연번  | 제 목                                                                               | 페이지 |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 88  | 내인성 요도괄약근 기능부전에 대한 현수건인시 사용되는 동종근막의 별도 산정여부                                       | 190 |
| 89  | 인공요도괄약근 AMS Sphincter 급여기준                                                        | 191 |
| 90  | 현수건인법(Sling Procedure)에 의한 요실금 치료재료(SISTEMA REMEEX 등) 급여기준                        | 192 |
| 91  | “MACROPLASTIQUE LUBRICANT GEL” 및 “MACROPLASTIQUE ENDOSCOPIC NEEDLE”의 요양급여대상여부     | 194 |
| 92  | 비뇨기계 지혈용 압박카테터 급여기준                                                               | 195 |
| 93  | 치골상튜브카테터의 급여기준 (‘19.01.01, 변경)                                                    | 195 |
| 94  | 신장내 관찰 및 각종 수술 시행을 위한 Percutaneous nephroscopy의 적용항목 및 재료대 별도 산정여부                | 195 |
| 95  | Prostakath의 별도 산정여부                                                               | 196 |
| 96  | 전립선 온열요법 시 사용하는 치료재료의 급여기준                                                        | 196 |
| 97  | 전립선비대증에 자397-3 홀몸 레이저를 이용한 전립선 광적출술 시 사용하는 치료재료의 산정기준 (‘19.01.01, 변경)             | 197 |
| 98  | 골반장기탈출 교정용 mesh 급여기준                                                              | 197 |
| 99  | 질폐사리 삽입술시 치료재료 인정여부                                                               | 198 |
| 100 | 뇌동맥류클립(특수클립)의 급여기준                                                                | 199 |
| 101 | 뇌동맥류수술시 클립(Clip) 종류별 산정기준 (‘19.01.01, 변경)                                         | 200 |
| 102 | 뇌동정맥기형적출술시 사용하는 AVM (Arterio-venous Malformation) Microclip의 급여기준 (‘19.08.01, 변경) | 200 |
| 103 | 뇌실-복강 간 션트 수술 시 사용하는 과배액방지형 및 외부조절형 Programmable Valve 급여기준 (‘19.08.01, 변경)       | 201 |
| 104 | 요추-복강간 션트수술(LP Shunt)용 Programmable Valve의 인정기준                                   | 201 |
| 105 | 수술중 신경생리 추적감시용 Nerve Locator의 급여여부                                                | 202 |
| 106 | 경공막 모양체 응고술(Transscleral Cyclophotocoagulation)용 치료재료의 급여기준 (‘19.01.01, 변경)       | 202 |
| 107 | 안검 하수 수술시 사용한 Fascia Lata 인정여부                                                    | 203 |
| 108 | 각막이식 시술시 사용하는 Disposable Trephine Blade의 급여기준                                     | 204 |
| 109 | Eye Shielder Patch의 급여기준 (‘19.01.01, 변경)                                          | 205 |

| 연번  | 제 목                                                                                                  | 페이지 |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 110 | 수정채낭 고정용 치료재료의 급여기준                                                                                  | 205 |
| 111 | 망막박리술 시 사용하는 치료재료의 급여기준 ('19.01.01, 변경)                                                              | 206 |
| 112 | 망막수술에 사용하는 고비중물질 인정기준                                                                                | 207 |
| 113 | Ventilation Tube의 별도 산정여부 ('19.01.01, 변경)                                                            | 207 |
| 114 | Biliary Drainage Set의 산정방법                                                                           | 208 |
| 115 | 혈액투석용 Dual Lumen Catheter (noncuffed type)의 산정기준                                                     | 208 |
| 116 | 자706 급성 복막투석 시 사용한 복막투석 카테타 급여여부 ('19.01.01, 변경)                                                     | 209 |
| 117 | 자707 계속적복막관류술(CAPD) 시 사용한 치료재료 급여여부 ('19.01.01, 변경)                                                  | 209 |
| 118 | 안과용 세척 및 흡입 치료재료 산정기준                                                                                | 210 |
| 119 | Var-I-Stat-Cautery & Accu-Temp Cautery의 별도산정 여부 ('19.01.01, 변경)                                      | 211 |
| 120 | "3-Function tissue manipulator", "Illuminated Infusion Cannula", "Endoillumination Probe"의 요양급여 대상여부 | 211 |
| 121 | 안내충전물인 실리콘오일(Silicone Oil)의 산정기준                                                                     | 211 |
| 122 | 부정맥 미로수술(MAZE OP)시 수술용 전극의 별도 산정여부                                                                   | 212 |
| 123 | 인공와우 급여기준                                                                                            | 213 |
| 124 | 생체조직접착제의 급여기준 ('19.01.01, 변경)                                                                        | 217 |
| 125 | 경동맥경화성협착증 등에 경동맥수술 시 뇌혈류 유지를 위해 사용하는 경동맥 선트의 급여기준 ('19.01.01, 변경)                                    | 221 |
| 126 | 전동형태 Ni-Ti File 인정여부                                                                                 | 222 |
| 127 | 매식재(이종골 콜라겐류 등) PRUG형의 급여기준                                                                          | 223 |
| 128 | 비관혈적 담관협착확장술 시 사용한 풍선확장카테터(balloon dilatation catheter)의 급여기준 ('19.01.01, 변경)                        | 224 |
| 129 | 고주파 열치료술용 전극(ELECTRODE)의 급여기준 ('19.01.01, 변경)                                                        | 224 |
| 130 | 악관절 치환술에 사용되는 치료재료의 급여기준 ('19.01.01, 변경)                                                             | 225 |
| 131 | 인공성대삽입술용 치료재료(PROVOX VEGA)의 급여기준 ('19.01.01, 변경)                                                     | 226 |

| 연번  | 제 목                                                                  | 페이지 |
|-----|----------------------------------------------------------------------|-----|
| 132 | 석고붕대 사용개수                                                            | 227 |
| 133 | 캐스트에 사용하는 파일패드의 별도 산정여부                                              | 227 |
| 134 | Splint Roll의 부위별 사용기준                                                | 228 |
| 135 | 합성캐스트 재료대 산정방법                                                       | 229 |
| 136 | 합성수지스프린트의 인정기준                                                       | 230 |
| 137 | 흡수성체내용지혈용품 급여기준 ('19.01.01, 변경)                                      | 230 |
| 138 | 1회용 수술(시술)팩의 급여기준                                                    | 232 |
| 139 | 연성요관경 삽입용 요관확장 CATHETER 인정기준                                         | 234 |
| 140 | 1회용 질경 급여기준                                                          | 235 |
| 141 | CUSA(CAVITRON ULTRASONIC SURGICAL ASPIRATOR) TIP 급여기준                | 235 |
| 142 | 경피적 삽입용 CANNULA_체외순환용                                                | 236 |
| 143 | 신절석술에 사용되는 요관폐색용 Balloon Catheter의 급여기준 ('19.01.01, 변경)              | 237 |
| 144 | 자656 경피적 관상동맥 스텐트 삽입술 시 스텐트의 급여기준 ('19.01.01, 변경)                    | 237 |
| 145 | 치근낭적출술, 치근단절제술, 치조골결손부 골이식술 등 시행시 사용한 골대체물질 급여기준 ('19.01.01, 신설)     | 239 |
| 146 | 복강경용 봉합재료 인정기준 ('19.01.01, 신설)                                       | 239 |
| 147 | 기관내튜브교체카테터 급여기준 ('19.01.01, 신설)                                      | 240 |
| 148 | 1회용 두피클립 급여기준 ('19.01.01, 신설)                                        | 241 |
| 149 | 신경조절 환기보조 카테터 급여기준 ('19.01.01, 신설)                                   | 241 |
| 150 | 1회용 전기수술기용 MONOPOLAR 전극과 1회용 PATIENT RETURN PAD 급여기준 ('19.01.01, 신설) | 242 |
| 151 | 24시간 관류액주입관 (PD TRANSFER SET) 급여기준 ('19.02.13, 신설)                   | 244 |
| 152 | 내시경하 천공 봉합용 CLIP 급여기준 ('19.05.01, 신설)                                | 245 |
| 153 | 1회용 다관절 다자유도 수술기구 급여기준 ('19.07.01, 신설)                               | 245 |

| 연번  | 제 목                                                           | 페이지 |
|-----|---------------------------------------------------------------|-----|
| 154 | WATERJET DISSECTION 기구 급여기준 ('19.06.01, 신설)                   | 246 |
| 155 | CHEST BOTTLE-MULTI CHAMBER SYSTEM 인정기준 ('19.07.01, 신설)        | 246 |
| 156 | 상후두기도유지기 급여기준 ('19.07.01, 신설)                                 | 247 |
| 157 | GORE-TEX SUTURE 급여기준 ('19.07.01, 신설)                          | 248 |
| 158 | GORE-TEX STRETCH VASCULAR GRAFT 급여기준 ('19.07.01, 신설)          | 248 |
| 159 | 관상동맥 중재술용 GUIDE EXTENSION CATHETER의 급여기준 ('19.09.01, 신설)      | 249 |
| 160 | 경추용 전방 PLATE SET와 동시 사용한 경추용 CAGE의 급여기준 ('19.09.01, 신설)       | 249 |
| 161 | 동맥필터를 포함한 산화기(OXYGENATOR) 급여기준 ('19.09.01, 신설)                | 250 |
| 162 | “CHEST TUBE & BOTTLE 일체형(배기용)” 급여기준 ('19.09.01, 신설)           | 251 |
| 163 | 1회용 관절 봉합용 NEEDLE 급여기준 ('19.09.01, 신설)                        | 252 |
| 164 | 개방형 고유량 산소마스크 (1회용) ('19.09.01, 신설)                           | 252 |
| 165 | GORE-TEX SUTURE 등 희소·긴급도입 필요 의료기기 급여기준 ('19.10.01, 신설)        | 253 |
| 166 | DRAINAGE BAG_역류방지용 (배액, 배기용) 급여기준 ('19.10.01, 신설)             | 256 |
| 167 | 흉골접합용 치료재료(흉골LOCKING PLATE SCREW·PIN) 의 급여 기준 ('19.11.01, 신설) | 257 |
| 168 | 1회용 PLASMA BLADE 급여기준 ('19.11.01, 신설)                         | 258 |
| 169 | 간절제술용 전극(1회용) 급여기준 ('19.11.01, 신설)                            | 259 |
| 170 | 고주파 자궁 내막 소작술용 전극 급여기준 ('19.12.01, 신설)                        | 259 |
| 171 | 미세혈관 자동문합기 급여기준 ('19.12.01, 신설)                               | 260 |
| 172 | 안구내 흡인용 SOFT TIP(1회용) ('19.12.01, 신설)                         | 260 |
| 173 | 흉채 확장용 기구(1회용) ('19.12.01, 신설)                                | 261 |
| 174 | MVR BLADE/KNIFE (1회용) 급여기준('19.12.01, 신설)                     | 262 |

## 제5장 중재적 시술료

| 연번 | 제 목                                                                                       | 페이지 |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1  | “PEIT Needle”의 요양급여 대상여부                                                                  | 265 |
| 2  | 카테타법에 의한 경화요법시 사용하는 Hair wire, Yellow Sheath의 급여여부                                        | 265 |
| 3  | PTBD 및 PCN시 Hair Wire, Yellow Sheath 별도 산정여부                                              | 266 |
| 4  | 비금속 담체관스텐트 Delivery System 및 Pushing Catheter의 별도산정 여부 (‘19.10.01, 변경)                    | 266 |
| 5  | PTCD시 Catheter 와 G-Wire 실사용량 인정여부                                                         | 267 |
| 6  | 방사선 투시하에 시행한 경피적 튜브배액술 및 배액관 교체시 사용된 Guide Wire 및 APD(All purpose drainage) Catheter 인정기준 | 267 |
| 7  | 배액관 고정장치의 급여기준                                                                            | 268 |
| 8  | 경피적 승모관 성형술시 시술방법에 따른 치료재료 산정기준                                                           | 269 |
| 9  | 경피적 심방중격결손폐쇄술 및 사용하는 치료재료(Amplatzer Septal Occluder System 등)의 인정기준                       | 270 |
| 10 | 관동맥류 코일색전술시 사용되는 치료재료의 산정기준                                                               | 273 |
| 11 | GDC(Guglielmi detachable coil) 코일 분리시 사용되는 GDC Connecting Cable의 급여기준                     | 273 |
| 12 | Detachable coil의 급여기준 (‘19.11.01, 변경)                                                     | 274 |
| 13 | 뇌동맥류 코일이탈방지용 스텐트의 급여기준 (‘19.08.01, 변경)                                                    | 275 |
| 14 | Flow-diverter를 이용한 뇌동맥류색전술용 색전 기구(Embolization Device)의 급여 기준                             | 276 |
| 15 | 기계적 혈전제거술용 치료재료 (흡인성Catheter, 회수성Stent) 급여기준 (‘19.08.01, 변경)                              | 277 |
| 16 | 뇌혈관 이외 기타혈관 색전술시 사용하는 말초혈관용 MICRO COIL-DETACHABLE 의 급여기준                                  | 280 |
| 17 | 혈관색전코일 중 주입형 코일에 사용되는 재료인 “Coil Pusher”의 별도 산정여부                                          | 281 |
| 18 | D.B.C에 의한 혈관폐색술의 급여여부                                                                     | 281 |
| 19 | 혈관 Penetrating Catheter의 급여기준                                                             | 282 |
| 20 | 색전물질의 인정범위                                                                                | 283 |
| 21 | 혈관색전용 미세구 급여기준 (‘19.05.01, 변경)                                                            | 285 |

| 연번 | 제 목                                                                                            | 페이지 |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 22 | 색전성 약물방출미세구의 급여기준                                                                              | 285 |
| 23 | 액체형 색전물질(뇌혈관용)의 급여기준 ('19.10.01, 변경)                                                           | 288 |
| 24 | 액체형 색전물질(말초혈관용) 급여기준                                                                           | 289 |
| 25 | 미촉지 유방병변의 위치표시술시 재료대 별도 산정여부                                                                   | 289 |
| 26 | 미촉지 유방병변의 위치표시시 반복하여 실시한 유방촬영 인정여부                                                             | 290 |
| 27 | Cardiac Catheterization시 Rotating Adaptor, High Pressure Angiography Connector 별도 산정여부         | 290 |
| 28 | Super selection용 Catheter 및 Guide Wire의 급여기준                                                   | 291 |
| 29 | Occlusion Balloon Catheter의 산정기준                                                               | 292 |
| 30 | Introducer의 산정기준                                                                               | 292 |
| 31 | 심박기 거치술, 심율동 전환제세동기 거치술시 Introducer Sheath 및 Peel away sheath 급여기준 ('19.08.01, 변경)             | 293 |
| 32 | 식도·담도·기관지내 삽입하는 스텐트(Stent) 별도 산정여부                                                             | 294 |
| 33 | 상부소화관 및 담도 금속스텐트 인정기준                                                                          | 295 |
| 34 | 하부장관 스텐트 급여기준                                                                                  | 296 |
| 35 | 요관스텐트(Ureteral Stent)의 급여기준 ('19.01.01, 변경)                                                    | 297 |
| 36 | Dilator Renal의 급여기준 ('19.01.01, 변경)                                                            | 298 |
| 37 | 경피적 Nephrostomy Balloon Catheter (Ultraxx Nephrostomy Balloon Catheter등)의 급여기준 ('19.01.01, 변경) | 298 |
| 38 | 풍선확장카테타를 이용한 기관지확장술시 catheter 인정기준                                                             | 299 |
| 39 | Everest Inflation Device의 별도산정 여부 ('19.01.01, 변경)                                              | 300 |
| 40 | Guiding Catheter의 인정기준                                                                         | 300 |
| 41 | 경피적 관상동맥 확장술(PTCA)시 치료재료 급여기준                                                                  | 301 |
| 42 | 경피적 관상동맥확장술시 사용하는 약물방출풍선카테터의 급여 인정기준                                                           | 304 |
| 43 | 경피적관상동맥확장술(PTCA)시 사용한 cutting balloon catheter의 인정기준                                           | 305 |

| 연번 | 제 목                                                                                     | 페이지 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 44 | Peripheral Cutting Balloon Catheter의 급여기준 ('19.01.01, 변경)                               | 306 |
| 45 | 경피적 풍선혈관성형술(기타혈관) 시 사용하는 말초혈관(대퇴슬와동맥) 약물방출 PTA BALLOON CATHETER의 급여기준                   | 307 |
| 46 | 경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술시 스텐트 급여기준 ('19.01.01, 변경)                                             | 310 |
| 47 | 경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술(기타혈관) 시 사용하는 말초혈관(대퇴슬와동맥) 약물방출스텐트의 급여기준 ('19.01.01, 변경)               | 311 |
| 48 | Silverhawk Peripheral Plaque Excision System 인정기준                                       | 313 |
| 49 | Coronary Stent Graft의 산정기준                                                              | 314 |
| 50 | STENT GRAFT 확장용 BALLOON CATHETER 급여기준                                                   | 315 |
| 51 | 경피적 혈관 내 STENT GRAFT 급여기준                                                               | 316 |
| 52 | 경피적 두개강외 동맥스텐트 삽입술시 스텐트 급여기준 ('19.08.01, 변경)                                            | 319 |
| 53 | 경피적 두개강내 동맥 스텐트 삽입술 시 스텐트 급여기준 ('19.08.01, 변경)                                          | 322 |
| 54 | 방사선하 소화기계 중재적 시술 시 사용하는 조영제주입용 카테터(소화기계)의 급여기준 ('19.01.01, 변경)                          | 323 |
| 55 | 관정맥(Coronary vein)에 심실조율 전극삽입시 사용하는 조영제 주입용 카테터(CORONARY SINUS & VEIN)의 급여기준            | 323 |
| 56 | 뇌혈관의 중재적 시술시 사용하는 Distal Access Intermediate Catheter(원위 접근용 중간도관) 급여기준 ('19.08.01, 변경) | 325 |
| 57 | Y-connector 급여기준                                                                        | 325 |
| 58 | 혈관 중재적 시술 후 지혈용-침습적 지혈기구의 급여기준 ('19.11.01, 신설)                                          | 327 |

## 제6장 내시경하 시술료

| 연번 | 제 목                                   | 페이지 |
|----|---------------------------------------|-----|
| 1  | 경피적 신우루 설치술 후 이를 확장하고 내시경으로 결석제거시 재료대 | 331 |

| 연번 | 제 목                                                                                    | 페이지 |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 2  | 내시경적 역행성 담도조영술시 진단목적으로 사용되는 담석제거용 Retrieval Balloon Catheter 사용시 인정여부                  | 332 |
| 3  | 누관스텐트삽입술용 재료 (Canaliculus Intubation Set 등)의 급여기준 ('19.01.01, 변경)                      | 332 |
| 4  | 역행성 담췌관 내시경하 결석제거술시 동시 사용한 Stone Basket과 Balloon Catheter 인정여부                         | 333 |
| 5  | 자776 역행성 담췌관 내시경 수술 시 사용되는 유도철사(Guide Wire)의 급여기준 ('19.01.01, 변경)                      | 334 |
| 6  | 내시경적 시술 시 사용되는 Sclerosing Needle의 급여기준 ('19.05.01, 변경)                                 | 335 |
| 7  | 내시경하 지혈용 CLIP 및 CLIP FIXING DEVICE의 급여기준                                               | 337 |
| 8  | 내시경적 시술용 지혈겸자의 급여기준 ('19.05.01, 변경)                                                    | 337 |
| 9  | 소화기 내시경하 스텐트삽입술시 Guide Wire의 급여기준                                                      | 339 |
| 10 | 내시경하 췌담도내 점막세포 채취용 치료재료의 급여기준                                                          | 339 |
| 11 | 내시경적 시술용 Knife의 급여기준 ('19.05.01, 변경)                                                   | 340 |
| 12 | 1회용 경피 경간 담관 내시경 카테터(PTCS catheter) 급여기준 ('19.01.01, 신설)                               | 342 |
| 13 | 내시경하 담(췌)관 협착 확장용 카테터 급여기준 ('19.01.01, 신설)                                             | 342 |
| 14 | 내시경적 점막하 박리절제술(ESD)용 Knife & Sclerosing Needle(일체형)의 급여기준 ('19.03.01.신설, '19.05.01.변경) | 343 |

## 제7장 영상진단 및 방사선 치료료

| 연번 | 제 목                                 | 페이지 |
|----|-------------------------------------|-----|
| 1  | “CTP-200-FLS”의 요양급여 대상여부            | 349 |
| 2  | 계수형 전산적 감산 혈관조영술시 1회용 자동주사기 별도 산정여부 | 349 |
| 3  | 혈관조영용 가이드와이어 급여기준                   | 350 |

| 연번 | 제 목                                                                         | 페이지 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4  | 사슬방광 조영술의 급여여부                                                              | 350 |
| 5  | 심혈관조영술 및 중재적시술시 사용한 Compact Disc (CD)의 급여여부                                 | 351 |
| 6  | Laser Film, Roll Film에 대한 재료대 급여여부                                          | 352 |
| 7  | 체액분비관 확장술용 Catheter의 급여기준 ('19.01.01, 변경)                                   | 353 |
| 8  | 관상동맥내 압력측정술(Fractional Flow Reserve, FFR) 시 사용하는 압력철선의 급여기준 ('19.01.01, 변경) | 354 |
| 9  | 조영제주입용 말초혈관카테터 급여기준                                                         | 355 |
| 10 | 체내표시기 치료재료 인정기준                                                             | 356 |
| 11 | 방사선치료 체내고정용 재료급여기준 ('19.07.01, 신설)                                          | 356 |

## 제8장 비급여

| 연번 | 제 목                                                                                   | 페이지 |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1  | Hydroxyapatite Ocular Implant 등의 요양급여 대상여부                                            | 361 |
| 2  | Cable-Ready Cable Pin System의 요양급여 대상여부                                               | 362 |
| 3  | 대장세척기의 급여여부                                                                           | 363 |
| 4  | 심도자법 컴퓨터 기록장치(Medical Display Analysis Recording System) 검사시 사용한 Recording Paper 급여여부 | 363 |
| 5  | 편평족 치료재료인 Kalix의 급여여부                                                                 | 363 |
| 6  | Cast Walker의 요양급여 대상여부                                                                | 364 |
| 7  | 근관치료시 사용하는 근관충전재인 MTA 인정여부                                                            | 364 |
| 8  | 로보트보조 인공관절치환술용 절삭기구류 산정방법                                                             | 365 |

# ■ 1. 일반사항 ■



| 연번 | 제 목                      | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 의료기관의 비품 등               | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ 치솔, 치약, 비누, 수건, 슬리퍼, 휴지를 본인이 준비하지 아니하여 의료기관으로부터 유상 공급받았을 경우 실비로 본인에게 부담시킬 수 있음.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 주전자, 물병, 물컵, 체온계 및 수저는 요양기관에서 구비해놓은 물품으로서 주전자, 물병, 물컵, 체온계 사용료는 입원료에, 수저 사용료는 식대에 포함되어 있으므로 요양기관에서는 환자에게 비용을 별도로 부담시킬 수 없으나 본인이 파손하거나, 귀가시 휴대하여 갈 경우에는 그 실제비용을 본인에게 부담시킬 수 있음.</li> <li>○ 치솔, 치약, 비누, 수건, 슬리퍼, 휴지를 본인이 준비하지 아니하여 요양기관에서 돈을 받고 공급할 경우에는 실제비용으로 본인에게 부담시킬 수 있음.</li> <li>○ 아기포대기는 산전·산후 처치 등에 의한 기저귀와 다른 것으로서 주로 세탁하여 계속 사용할 수 있어 입원료에 포함되어 있으므로 별도로 본인에게 부담시킬 수 없으나 본인이 휴대하여 갈 경우에는 그 실제 비용을 본인에게 부담시킬 수 있음.</li> </ul> |
| 2  | 침구류 일종인 “바데라시트”의 별도 산정여부 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ “바데라시트”는 침대의 받침요와 시트 사이에 깔아 사용하는 것으로 탈취, 항균, 곰팡이 방지 및 땀냄새 등을 신속하게 흡수할 뿐만 아니라 방수성도 강하여 수분이 방석요에 스며들 염려도 없고, 또한 위생관리, 통풍, 쿨션 등이 탁월하여 욕창의 예방도 할 수 있고, 정기적으로 물에 빨아 수분과 함께 냄새를 흡수, 발산함으로써 흡착능력이 살아나 반복사용이 가능하고 비교적 저가로 경제적이며, 치료효과도 월등하다고는 하나 환자의 침구 및 시트 등은 요양기관이 입원실을 운영하기 위한 필수 비품으로서</li> </ul>                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 환자의 침구 및 시트 등은 요양기관이 입원실을 운영하기 위한 필수적으로 구비해놓아야 할 물품(필수비품)으로서 비품의 교체, 세탁 등 동 비품의 유지관리에 소요되는 비용은 입원료에 포함됨.</li> <li>○ “바데라시트”는 침대의 받침요와 시트 사이에 깔아 사용하는 것으로 요양기관에서 환자에 대한 진료서비스를 향상시키기 위하여 사용하더라도 특정 진료용 재료로 인정하여 환자에게 그 비용을 청구할 수는 없음. 다만, 환자가 동 시트를 개인적으로 구입하여</li> </ul>                                                                                                                                                               |

| 연번 | 제 목                   | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                       | <p>비품의 교체, 세탁 등 동 비품의 유지관리에 소요되는 비용은 수가기준에서는 입원료에 포함됨.</p> <p>○ 그러므로 요양기관이 환자에 대한 진료서비스를 향상시키기 위하여 동 “바데라시트”를 사용하더라도 특정 진료용 재료로 인정하여 그에 상응하는 비용을 별도 산정토록 할 수는 없는 것임.</p> <p>다만, 환자측이 동 시트를 개인이 구입하여 사용하는 것은 개별적 기호성에 따라 일반 침구류 등을 지참하여 주치의사 등 요양기관 진료 담당측의 양해 하에 사용하는 것과 같은 사안으로 볼 수 있을 것임.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p> | <p>사용하는 것은 개별적 기호에 따라 일반 침구류 등을 주치 의사 등 진료진의 양해 하에 사용하는 것과 같은 사안으로 볼 수 있음.</p> <p>※ 제품의 특징</p> <p>- “바데라시트” : 침대의 받침요와 시트 사이에 깔아 사용하는 것으로 탈취, 항균, 곰팡이 방지 및 땀냄새 등을 신속하게 흡수할 뿐만 아니라 방수성도 강하여 수분이 방석요에 스며들 염려도 없고, 또한 위생관리, 통풍, 쿠션 등이 탁월하여 욕창<sup>1)</sup>을 예방할 수 있고, 정기적으로 물에 빨아 수분과 함께 냄새를 흡수, 발산함으로써 흡착능력이 살아나 반복사용이 가능하고 비교적 저가로 경제적이며, 치료효과도 월등하다고 함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 욕창(Bed Sore) : 우리 몸의 어느 부위든 지속적인 또는 반복적인 압박이 주로 뼈의 돌출부에 가해짐으로써 혈액순환이 잘 안되어 조직 표면이 염증이나 괴사로 인해 조직이 죽어 발생한 궤양</p> |
| 3  | 일회용 Under Pad 별도 산정여부 | <p>수술환자 또는 중환자로 인하여 더럽혀진 수술포 및 침대포의 세탁 비용을 별도 산정하는 것이 아니고 소정 입원료 및 수술료 등에 포함되어 있으므로 비록 1회용 Under-Pad를 사용하였다 하여도 그 비용을 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p>                                                                                                                                                          | <p>수술환자 또는 중환자로 인하여 더럽혀진 수술포 및 침대포의 세탁 비용은 입원료 및 수술료 등에 포함되어 있으므로 비록 "일회용 Under-Pad"를 사용하더라도 요양기관에서 그 재료비용은 별도로 청구할 수 없음.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| 연번 | 제 목                                                                 | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                               | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                             |
|----|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4  | 재사용이 가능한 자동열교환에 의한 환자의 체온조절장치의 별도산정여부                               | 입원병실은 환자의 치료에 필요한 냉·난방 및 환기시설을 갖추도록 의료법 제36조에 규정하고 있으므로 외과적 수술을 하는 소아, 장기간 수술을 요하는 환자 및 중환자실 등에서 환자의 체온조절을 위해 재사용이 가능한 자동열 교환에 의한 환자의 체온장치 등을 사용하더라도 그 비용은 입원료에 포함되므로 별도산정 할 수 없음<br><br>(고시 제2017-198호, 2017.11.1. 시행) | 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 체온 조절을 위하여 원하는 온도로 자동 조절할 수 있고, 재사용이 가능한 자동 열교환에 의한 환자의 체온 조절장치 등을 사용하더라도 그 비용은 입원료에 포함되므로 요양기관에서 별도로 청구할 수 없음. |
| 5  | T-connector의 별도산정 여부                                                | T-connector는 필요에 따라 선택적으로 수액세트에 연결하여 사용하는 재료로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음.<br><br>(고시 제2019-207호, 2019.10.1. 시행)                                                                                                           | 수액세트 연결관인 T-connector는 필요에 따라 선택적으로 수액세트에 연결하여 사용하는 재료로 주사행위비용에 재료비용이 포함되어 있어 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.                                                                                                               |
| 6  | “Control Pressure Line” 과 “Control Pressure Spiral Line”의 요양급여 대상여부 | “Control Pressure Line” 과 “Control Pressure Spiral Line”은 의약품 주입용 기구로 필요에 따라 선택적으로 수액세트에 연결하여 사용하는 보조재료로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음.<br><br>(고시 제2002-80호, 2003.1.1. 시행)                                                  | “Control Pressure Line” 과 “Control Pressure Spiral Line”은 의약품 주입 시 필요에 따라 선택적으로 수액세트에 연결하여 사용하는 보조 재료이며 관련 행위주사비용에 재료비용도 포함되어 있어 요양기관에서 비용을 별도로 청구할 수 없음.                                                            |

| 연번 | 제 목                                                                             | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                             | 첩 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                |
|----|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7  | 3 Way 및 Isoflomanifold (3-Stopcock Manifold, 5-Stopcock Manifold 등)의 별도 산정여부    | 3-Way 및 Isoflomanifold (3-Stopcock Manifold, 5-Stopcock Manifold 등) 는 별도 산정할 수 없음.<br><br>(고시 제2003-83호, 2004.1.1. 시행)                                                | 3-Way 및 Isoflomanifold (3-Stopcock Manifold, 5-Stopcock Manifold 등) 는 수액 및 약물 주입방향 조절용 재료로 관련 진료행위비용에 재료 비용이 포함되어 있어 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.              |
| 8  | 3Way-Line의 별도 산정 여부                                                             | 3Way-Line은 수액세트연장연결용으로 사용하는 치료재료로, 「건강 보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제5장 주사료 산정지침 (1)에 의거 소정 행위료에 포함되어 별도 산정 할 수 없음.<br><br>(고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)      | 3Way-Line은 수액세트연장연결용으로 사용하는 치료재료로, 「건강 보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제5장 주사료 산정지침 (1)에 의거 관련 진료행위비용에 재료비용이 포함되어 있어 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.        |
| 9  | “Neurosurgical Sponge”, “Bone Wax”, “Surgical Patties”, “Bemsheet” 등의 요양급여 대상여부 | “Neurosurgical Sponge”, “Bone Wax”, “Surgical Patties”, “Bemsheet” 등은 외과수술시 조직의 보호 및 지혈 보조목적으로 사용하는 재료로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음.<br><br>(고시 제2002-80호, 2003.1.1. 시행) | “Neurosurgical Sponge”, “Bone Wax”, “Surgical Patties”, “Bemsheet” 등은 외과수술시 조직의 보호 및 지혈 보조목적으로 사용하는 재료로 관련 수술 행위비용에 재료비용이 포함되어 있어 요양기관에서 비용을 별도로 청구할 수 없음. |

| 연번 | 제 목                                                 | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                       | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10 | 수술전<br>피부준비용<br>필름형태의<br>Drape 류(Ioban<br>등) 급여기준   | 필름형태의 수술 Drape류는 수술 시 절개부위 무균영역을 제공하여 감염예방을 위해 보조적으로 사용하는 재료(Ioban, OpSite Incise Drape, sterile drape 등)로, 관련 행위 소정점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.<br><br>(고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행) | 필름형태의 수술 Drape류는 수술 시 절개부위 무균영역을 제공하여 감염예방을 위해 보조적으로 사용하는 재료(Ioban, OpSite Incise Drape, sterile drape 등)로, 관련된 수술 행위비용에 재료비용이 포함되어 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 없음.                                                                                                                                                  |
| 11 | 수혈시 혈액낭비를 줄이기 위하여 고안된 소아용 혈액백(Triple pack)의 별도 산정여부 | 소아 및 신생아에게 수혈시 혈액낭비를 줄이기 위하여 고안, 상품화되어 있는 혈액백의 사용에 따른 재료대는 혈액 및 혈액성분제제 수가와 헌혈 환부적립금 고시에 의하여 별도 산정할 수 없음.<br><br>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)                                    | "소아용 혈액백(Triple Pack)"은 소아 및 신생아에게 수혈시 혈액의 낭비를 줄이기 위하여 사용되는 재료로, 「혈액 및 혈액성분제제 수가와 헌혈 환부적립금」 고시 <sup>1)</sup> 에 의하여 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.<br><br><용어설명><br>1) 「혈액 및 혈액성분제제 수가와 헌혈 환부적립금」 :<br>현재는 보건복지부 고시 제2014-201호(2014.11.19) 「혈액 및 혈액성분제제 수가와 헌혈 환부적립금」로 고시되어 있음.<br>(*확인처: 법제처 국가법령정보센터. www.law.go.kr) |

| 연번 | 제 목                             | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12 | Plasma pheresis 용 filter의 급여 기준 | <p>Plasma pheresis용 filter는 혈장 내 병적물질만 제거하는 필터로 마102다 치료적성분채집술(혈장) 시 요양급여를 인정함.</p> <p>(고시 제2018-3호, 2018.4.1. 시행)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>Plasma pheresis용 filter는 혈장 내 병적물질만 제거하는 필터로 마102다 치료적성분채집술(혈장)<sup>1)</sup> 시 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;<br/> 1) 치료적 성분 채집술(혈장): 혈장에 존재하는 질병 유발항체 또는 독성물질들을 제거하거나 혈장 속에 걸쭉된 물질을 보충하기 위해 혈액성분 채집기를 이용하여 환자의 혈장을 제거하고 보충액*을 주입해주는 치료법<br/> *보충액: 4~5% 알부민, 신선동결혈장</p>                                                                                                                                                                       |
| 13 | 백혈구제거 필터 및 Transfer Bag의 급여기준   | <p>1. 백혈구여과제거 혈액에 사용하는 백혈구제거 필터는 다음과 같이 규격에 따라 산정하고, Transfer bag은 실사용량으로 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 백혈구여과제거 혈소판에 사용하는 백혈구제거 필터</p> <p>1) 1회에 6units(1unit당 320cc 또는 400cc) 이하를 여과 시(규격: 예시 Bedside용 PL-5A 또는 Blood Bank용 PL-5N)</p> <p>2) 1회에 7units 이상 12units 이하를 여과 시(규격: 예시 Bed side용 PL-10A 또는 Blood Bank용 PL-10N)</p> <p>나. 저장 후 백혈구여과제거 적혈구에 사용하는 백혈구제거 필터: 1</p> | <p>1. 백혈구여과제거 혈액에 사용하는 백혈구제거 필터는 다음과 같이 규격에 따라 산정하고, Transfer bag은 실사용량으로 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 백혈구여과제거 혈소판<sup>1)</sup>에 사용하는 백혈구제거 필터</p> <p>1) 1회에 6units<sup>2)</sup>(1unit당 320cc 또는 400cc) 이하를 여과 시 (규격: 예시 Bedside용 PL-5A 또는 Blood Bank용 PL-5N)</p> <p>2) 1회에 7units 이상 12units 이하를 여과 시 (규격: 예시 Bed side용 PL-10A 또는 Blood Bank용 PL-10N)</p> <p>나. 저장 후 백혈구여과제거 적혈구<sup>3)</sup>에 사용하는 백혈구제거 필터:</p> |

| 연번 | 제 목 | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>회에 1unit 또는 2units를 여과 시(1unit당 전혈 320cc 또는 400cc)</p> <p>2. 혈액원에서 사용하는 저장 전 백혈구여과제거 적혈구에 사용하는 “백혈구제거 필터 &amp; 백(일체형)”은 저장 후 백혈구여과제거법의 단점을 보완할 수 있는 치료재료이므로 전혈 1Unit(320cc 또는 400cc)당 1개를 산정하며, 요양기관에서의 재료비용 청구방법 및 혈액원과의 상호 정산방법은 “혈액원으로부터 페레시스에 의한 혈액 성분을 공급받을 시 수가 산정방법”과 동일하게 적용함.</p> <p>(고시 제2018-3호, 2018.4.1. 시행)</p> | <p>1회에 1unit 또는 2units를 여과 시(1unit당 전혈 320cc 또는 400cc)</p> <p>2. 혈액원에서 사용하는 저장 전 백혈구여과제거 적혈구에 사용하는 “백혈구제거 필터 &amp; 백(일체형)”은 저장 후 백혈구여과제거법의 단점을 보완할 수 있는 치료재료이므로 전혈 1Unit(320cc 또는 400cc)당 1개를 산정하며, 요양기관에서의 재료비용 청구방법 및 혈액원과의 상호 정산방법은 “혈액원으로부터 페레시스<sup>4)</sup>에 의한 혈액 성분을 공급받을 시 수가 산정방법”과 동일하게 적용함.</p> <p>※ 참조<br/>“혈액원으로부터 페레시스에 의한 혈액 성분을 공급받을시 수가산정방법(고시 제2007-139호)”</p> <p>요양기관이 혈액성분을 페레시스 방법에 의하여 환자에게 직접 공급하고자 하나 성분채혈을 할 공혈자가 없어 대한적십자사 혈액원 또는 다른 의료기관의 혈액원으로부터 페레시스에 의한 혈액성분을 공급받을 경우 그 혈액 성분 수가산정 및 정산은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 페레시스에 의하여 혈액성분을 분리한 혈액원에서는 해당 혈액 성분을 요양기관에 공급할 때에 제5장 주사료 [산정지침] (1)항 단서규정에서 인정하는 재료대 및 약제료의 구입영수증을 첨부하여 제출하여야 하고,</p> <p>나. 페레시스에 의한 혈액성분을 공급받아 환자에게 수혈한 요양기관은 파2나의 소정금액을 산정하고 그때에 소요된 약제 및 재료대는 그 혈액성분을 공급한 “혈액원”으로부터 제출받은 구</p> |

| 연번 | 제 목                                       | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                    | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                           |                                                                                                                                                                              | <p>입 영수증상에 기재된 금액을 청구하는 것임. 이 경우 요양기관에서는 요양급여비용명세서의 내역란에 공급받은 혈액원의 명칭을 기재하여야 함.</p> <p>다. 환자에게는 요양기관에서 직접 페레시스에 의한 혈액성분을 수혈한 것과 같은 기준으로 본인부담금을 산정하고 요양기관과 혈액원간의 정산방법은 상호 협의하여 처리함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 백혈구여과제거혈소판: 수혈 후 부작용(발열, 수혈 불응증 등)을 예방하기 위해 필터를 이용하여 혈액성분 중 백혈구를 제거시킨 혈소판 혈액제제</p> <p>2) unit : 혈액 320-420cc기준으로 수혈하기 위한 혈액백을 세는 단위</p> <p>3) 백혈구여과제거적혈구: 수혈 후 부작용(발열, 수혈 불응증 등)을 예방하기 위해 필터를 이용하여 혈액성분 중 백혈구를 제거시킨 적혈구 혈액제제</p> <p>4) 페레시스(Apheresis): 헌혈자에게서 나오는 혈액 중 환자에게 필요로 하는 성분(예, 백혈구, 혈소판 등)만을 채혈하고, 나머지는 헌혈자에게 되돌려주는 채혈방법</p> |
| 14 | 혈액성분채집술 (복합성분채집 적혈구)용 "Alyx Red Kit" 급여기준 | <p>1. Alyx Red Kit은 1개의 kit로 2unit의 백혈구제거 적혈구를 성분 채집 할 수 있는 채혈세트로 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 희귀혈액을 가진 환자의 수혈을 위하여 적혈구 성분채집을</p> | <p>1. "Alyx Red Kit"은 1개의 kit로 2unit<sup>1)</sup>의 백혈구제거 적혈구를 성분 채집<sup>2)</sup>할 수 있는 채혈세트로 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 희귀혈액을 가진 환자의 수혈을 위하여 적혈구 성분채집을 실시한</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| 연번 | 제 목 | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>실시한 경우</p> <p>나. 진성적혈구증가증 환자 중 아래와 같이 치료적 적혈구 성분채집을 실시한 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 급성 혈전색전증의 경우</li> <li>2) 혈류역학적으로 불안정할 경우</li> <li>3) 긴급하게 많은 양의 혈액을 사혈하여야 할 경우</li> <li>4) 65세 이상의 고령환자</li> </ol> <p>2. 상기 1항의 급여대상 이외 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p>(고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행)</p> | <p>경우</p> <p>나. 진성적혈구증가증<sup>3)</sup> 환자 중 아래와 같이 치료적 적혈구 성분채집을 실시한 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 급성 혈전색전증<sup>4)</sup>의 경우</li> <li>2) 혈류역학적<sup>5)</sup>으로 불안정할 경우</li> <li>3) 긴급하게 많은 양의 혈액을 사혈<sup>6)</sup>하여야 할 경우</li> <li>4) 65세 이상의 고령환자</li> </ol> <p>2. 상기 1항의 급여대상 이외 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>7)</sup>에 따라 재료비용의 80%를 환자가 부담<sup>8)</sup>함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) unit: 혈액 320-420cc기준으로 수혈하기 위한 혈액백을 세는 단위</li> <li>2) 성분채집: 혈액성분 채집기를 이용하여 현혈자로부터 혈액의 특정 성분만을 채집하는 방법으로 '백혈구제거 적혈구'란 혈액에서 백혈구를 제거하고 적혈구만을 채집한 경우</li> <li>3) 진성적혈구증가증:<br/>골수에서 지나치게 많은 적혈구를 생성하는 악성 조혈모세포 질환</li> <li>4) 급성 혈전색전증: 혈관 안에서 피가 굳어서 생긴 덩어리(혈전)가 혈액 속을 떠돌다가 더 작은 혈관에서 폐색을 일으키는 것(색전)</li> <li>5) 혈류역학적:<br/>혈류, 혈액운동, 외부로부터 힘이 작용할 때의 평형 상태를 말함.</li> <li>6) 사혈: 치료 목적으로 혈액을 급속하게 빼내는 것</li> <li>7) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」:<br/>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이</li> </ol> |

| 연번 | 제 목                                   | 세부사항 고시원문                                                                                                                         | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                       |                                                                                                                                   | <p>별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여 : 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>8) 재료비용의 80%를 환자가 부담 : 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p>                                                          |
| 15 | 조혈모세포이식 Apheresis시 사용된 치료재료 인정기준      | <p>조혈모세포의 생체외처리(적혈구 제거, 혈장 제거)시 사용되는 Apheresis 치료재료(Open system apheresis kit)는 별도 산정함.</p> <p>(고시 제2009-214호, 2009.12.1. 시행)</p> | <p>조혈모세포<sup>1)</sup>의 생체외처리(적혈구 제거, 혈장 제거)시 사용되는 페레시스(Apheresis)<sup>2)</sup> 치료재료 “Open system apheresis kit” 비용은 요양기관에서 별도로 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 조혈모세포 : 골수에서 자가 복제 및 분화를 통해 백혈구, 적혈구 및 혈소판 등의 혈액세포를 만들어내는 세포</p> <p>2) 페레시스(Apheresis) : 헌혈자에게서 나오는 혈액 중 환자가 필요로 하는 성분(예, 백혈구, 혈소판 등)만을 채혈하고, 나머지는 헌혈자에게 되돌려주는 채혈방법</p> |
| 16 | 마105 조혈모세포 이식 시 사용하는 CD34+ Collection | <p>1. 자가조혈모세포이식 시 사용하는 CD34+Collection Kit는 종양세포의 수를 줄여 이식 후 재발 가능성을 낮추는 장점이 있음.</p>                                              | <p>1. 자가조혈모세포이식<sup>1)</sup> 시 사용하는 CD34+Collection Kit는 종양세포의 수를 줄여 이식 후 재발 가능성을 낮추는 장점이 있음.</p>                                                                                                                                                                                                                                              |

| 연번 | 제 목       | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | Kit의 급여기준 | <p>2. 또한, 동종말초혈액 조혈모세포이식 시 사용하는 CD34+ Collection Kit는 이식 전 수혈경험이 많은 환자나 이식 전 급기사형인 가족 내 수혈을 받은 환자가 말초조혈모세포이식을 시행할 경우 대부분 T-cell과 같은 면역세포에 의하여 이식편대숙주질환 (GVHD)이 발생되므로, 이 경우 CD34+Collection Kit를 사용하여 T-cell 이 제거된 CD34양성세포만을 선택이식 함으로써 GVHD 발생위험 및 이식 거부반응을 줄일 수 있는 장점이 있음.</p> <p>3. 따라서, CD34+ Collection Kit는 자가조혈모세포이식 및 동종말초혈액 조혈모세포이식 시 인정하되, 동종말초혈액 조혈모세포이식의 경우 다음과 같은 경험이 있는 중증재생불량성빈혈환자에게 골수와 말초혈액(mega dose transplantation)을 함께 이식 시 요양 급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 이식 전 40unit 이상 수혈경험이 있는 경우<br/> 나. 이식 전 가족내 수혈경험이 있는 경우<br/> (고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>2. 또한, 동종말초혈액 조혈모세포이식<sup>2)</sup> 시 사용하는 CD34+ Collection Kit는 이식 전 수혈경험이 많은 환자나 이식 전 급기사형인 가족 내 수혈을 받은 환자가 말초조혈모세포이식을 시행할 경우 대부분 T-cell과 같은 면역세포에 의하여 이식편대숙주질환<sup>3)</sup>(GVHD)이 발생되므로, 이 경우 CD34+Collection Kit를 사용하여 T-cell 이 제거된 CD34양성세포만을 선택이식 함으로써 GVHD 발생위험 및 이식 거부반응을 줄일 수 있는 장점이 있음.</p> <p>3. 따라서, CD34+ Collection Kit는 자가조혈모세포이식 및 동종말초혈액 조혈모세포이식 시 인정하되, 동종말초혈액 조혈모세포이식의 경우 다음과 같은 경험이 있는 중증재생불량성빈혈<sup>4)</sup>환자에게 골수와 말초혈액(mega dose transplantation)을 함께 이식 시 요양 급여 재료 비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 이식 전 40unit<sup>5)</sup> 이상 수혈경험이 있는 경우<br/> 나. 이식 전 가족 내 수혈경험이 있는 경우</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 자가조혈모세포이식: 조혈모세포는 골수 또는 말초혈액에서 채집이 가능함. 자신의 골수나 혈액에서 조혈모세포를 채집하여 냉동 보관 해두었다가 되돌려 받는 것</p> <p>2) 동종말초혈액 조혈모세포이식: 타인(공여자)의 말초혈액에서 조혈모세포를 채집하여 이식하는 경우</p> <p>3) 이식편대숙주질환(Graft-versus-host disease): 수혈된 임파구가 면역</p> |

| 연번 | 제 목                                                   | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>기능이 저하된 환자의 세포를 공격하여 나타나는 질환으로, 이식(수혈) 1~2주 후에 나타나며 고열, 전신 피부발진, 간기능 장애, 혈구 감소 등의 증세를 보이다가 죽음에 이르는 질환</p> <p>4) 중증재생불량성빈혈: 다양한 원인에 의해 골수세포의 기능과 세포 충실성이 감소하고 골수조직이 지방으로 대체되면서 적혈구, 백혈구, 혈소판 모두가 감소하는 범혈구감소증이 나타나는 조혈기능 이상 질환</p> <p>5) unit: 혈액 320-420CC기준으로 수혈하기 위한 혈액백을 세는 단위</p> |
| 17 | 일회용 흡인용기(Receptal Disposable Suction Bottle)의 별도 산정여부 | <p>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.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p> | <p>일회용 흡인용 용기(Receptal Disposable Suction Bottle)의 “흡입 Pack 제품”은 간편하고 감염의 우려가 있는 환자의 분비물을 위생적으로 처리하는데 효과적이나, 의료 및 위생용품의 일회용 사용 확대는 반드시 필요하지도 급하지도 않는 재료비용 지출로 진료비 상승시 경제성을 고려해야하는 측면과 맞지 않을 뿐 아니라, 기존에 사용되어진 유리병을 소독하여 재사용할 수 있음을 감안할 때 동 일회용 흡입 Pack의 비용은 요양기관에서 별도로 청구할 수 없음.</p>     |
| 18 | “ARGON BEAM COAGULATION 6500 SYSTEM                   | <p>“ARGON BEAM COAGULATION 6500 SYSTEM (Handpiece 등 4 품목)”은 전기수술기에 부착하여 사용하며 “COBRA ELECTROSURGICAL PROBE”는 전기수술용 전극으로 외과수술시에</p>                                                                                                                                                                   | <p>“Argon Beam Coagulation 6500 System (Handpiece 등 4품목)”은 전기수술기에 부착하여 사용하며 “Cobra Electrosurgical Probe”는 전기수술용 전극으로 외과수술시에 사용하는 재료로 관련 수술 행위</p>                                                                                                                                      |

| 연번 | 제 목                                                                   | 세부사항 고시원문                                                                                                                             | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                              |
|----|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | (Handpiece 등 4품목)" 및 전기 수술용전극 "COBRA ELECTRO SURGICAL PROBE" 의 별도산정여부 | 사용하는 재료로 소정 행위점수에 포함되어 별도 산정할 수 없음.<br>(고시 제2006-38호, 2006.6.1. 시행)                                                                   | 비용에 재료비용이 포함되어 있어 요양기관에서 별도로 비용 청구를 할 수 없음.                                                                                                                                                           |
| 19 | 관절경하 수술용 지혈 · 소작기 (VAPR Electrode, Arthrowand 등)의 별도 산정여부             | 관절경하 수술용 지혈 · 소작기(VAPR Electrode, Arthrowand 등)는 관절경하 수술시 산정하는 치료재료비용 320,000원(코드 N0031003)에 포함됨.<br><br>(고시 제2006-38호, 2006.6.1. 시행) | "관절경하 수술용 지혈 · 소작기 <sup>1)</sup> "(VAPR Electrode, Arthrowand 등)의 재료비용은 요양기관에서 청구하는 관절경하 수술시 치료재료비용 320,000원(코드 N0031003)에 포함되어 있음.<br><br><용어설명><br>1) 관절경하 지혈 · 소작기 : 관절 내시경을 이용하여 출혈이 멈추도록 지저주는 기구 |
| 20 | 전기 수술기의 핸드피스에 연결하여                                                    | 수술시 전기수술기의 핸드피스에 연결하여 사용하는 교체용 팁 (Plasmawand 등)은 소정 행위점수에 포함되어 별도 산정할 수 없음.                                                           | 수술시 전기수술기의 핸드피스(handpiece)에 연결하여 사용하는 "교체용 팁(Plasmawand 등)"은 관련 수술행위비용에 재료비용이 포함되어 있어 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.                                                                                        |

| 연번 | 제 목                                       | 세부사항 고시원문                                                                                                    | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                         |
|----|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | 사용하는<br>교체용 팁<br>(Plasmawand)의<br>별도 산정여부 | (고시 제2009-200호, 2009.11.1. 시행)                                                                               |                                                                                                                                                                                                  |
| 21 | “CTR Blade Assembly”의<br>요양급여 대상<br>여부    | “CTR Blade Assembly”는 관절경하 수근관확장술시 사용하는 재료로<br>소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음.<br><br>(고시 제2002-80호, 2003.1.1. 시행) | “CTR Blade Assembly”는 관절경하 수근관확장술 <sup>1)</sup> 시 사용하는 재료로<br>수술행위비용에 재료비용이 포함되어 있어 요양기관에서 별도로<br>비용을 청구할 수 없음.<br><br><용어설명><br>1) 관절경하 수근관확장술: 관절 내시경을 이용하여 손목굴근(손목을<br>굽힐 때 사용되는 근육)을 확장하는 수술 |
| 22 | “KNIFELIGHT”<br>의 요양급여<br>대상여부            | “KNIFELIGHT”는 수근관 인대절제용 칼로 소정 행위료에 포함되어<br>별도 산정할 수 없음.<br><br>(고시 제2002-80호, 2003.1.1. 시행)                  | “KNIFELIGHT”는 수근관 <sup>1)</sup> 인대절제용 칼로 수술행위비용에 재료<br>비용이 포함되어 있어 요양기관이 별도로 비용을 청구할 수 없음.<br><br><용어설명><br>1) 수근관: 손목굴근(손목을 굽힐때 사용되는 근육)                                                        |
| 23 | 검사 및 수술시<br>사용된 Burr, Saw                 | 검사 및 수술시 전동장비의 핸드피스에 연결하여 골 및 조직을<br>절삭, 연마하는데 사용되는 Burr, Saw등 절삭기류는 시술과정상                                   | 1. "Burr, Saw등 절삭기류"는 검사 및 수술시 전기로 움직이는 전동<br>장비의 핸드피스(handpiece)에 연결하여 골 및 조직을 절삭 <sup>1)</sup> ,                                                                                               |

| 연번 | 제 목                        | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | 등 절삭기류<br>치료재료비용의<br>산정 방법 | <p>여러종류가 동시에 반복 사용되는 점을 감안하여 종류 및 사용개수를 불문하고 「치료재료 급여 비급여목록표 및 급여상한금액표」에서 정한 금액을 별도 산정하고, 2가지 이상의 수술이 동시에 시술되는 경우 등의 수기로 산정방법에 따른 치료재료비용(정액수가)의 세부산정 방법은 다음과 같이 함.<br/>(코드 N0051001~N0051020)</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 2가지 이상 수술을 동시에 한 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 동일 피부 절개 하 수술 시(동일 병소에 대하여 절개부위를 달리 하는 수술 시 포함) 주된 수술에 해당하는 치료재료비용(정액수가)만 1회 산정함.</li> <li>2) 양측 수술 또는 병소를 달리하는 서로 다른 피부 절개 하 수술의 경우 해당하는 치료재료비용(정액수가)을 각각 산정함.</li> </ol> <p>나. Burr, Saw등 절삭기류와 관절경 치료재료는 동일병소에 동시(중복) 산정할 수 없음.</p> <p>다. 치과의 치아 당(또는 1/3악당) 시술이 각각 발생하는 경우는 주된 수술에 해당하는 치료재료비용(정액수가)을 1회만 산정함.</p> <p>(고시 제2018-70호, 2018.4.1. 시행)</p> | <p>연마<sup>2)</sup>하는데 사용되며, 시술과정상 여러 종류가 동시에 반복적으로 사용되는 점을 고려하여 종류 및 사용개수를 불문하고 「치료재료 급여 비급여목록표 및 급여상한금액표」에서 정한 금액<sup>3)</sup>을 요양기관에서 별도로 청구함.</p> <p>2. 2가지 이상의 수술이 동시에 시술되는 경우, 치료재료비용(정액수가<sup>4)</sup>)의 청구방법은 다음과 같이 함.(코드N0051001~ N0051020)</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 2가지 이상 수술을 동시에 한 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 동일 피부절개하 수술<sup>5)</sup>시(동일 병소<sup>6)</sup>에 대하여 절개부위를 달리 하여 수술시 포함) 주된 수술에 해당되는 치료재료비용(정액수가)만 1회 청구함.</li> <li>2) 양측 수술 또는 병소를 달리하는 서로 다른 피부 절개 하 수술의 경우 해당 수술에 해당되는 치료재료 비용(정액수가)을 각각 청구함.</li> </ol> <p>나. Burr, Saw등의 절삭기류와 관절경 치료재료는 동일병소에 동시(중복) 청구할 수 없음.</p> <p>다. 치과의 치아 당(또는 1/3악당<sup>7)</sup>) 시술이 각각 발생하는 경우는 주된 수술에 해당되는 치료재료비용(정액수가)을 1회만 청구</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 절삭: (뼈를) 자르는 것</li> <li>2) 연마: (뼈를) 갈고 닦는 것</li> <li>3) 「치료재료급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에서 정한금액: 식품의약품안전처 허가를 받은 치료재료 중 보건복지부 장관이 위원회의 심의를 거쳐 고시한 품목리스트로서 치료재료 개별비용을</li> </ol> |

| 연번 | 제 목                                   | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>말함.</p> <p>4) 정액수가: 동일 목적으로 사용하는 재료에 대하여 제품별 개별보상이 아니라 일정금액을 정하여 정액으로 비용을 보상하는 방법</p> <p>5) 동일 피부절개하 수술 : 동일한(한 개의) 절개 부위에서 이루어지는 수술</p> <p>6) 병소: 병원균이 모여 있어 조직에 병적 변화를 일으키는 자리</p> <p>7) 1/3악당: 1악당이란 상악(윗턱) 또는 하악(아래턱)을 말하며, 1/3악당은 1악당의 3분의 1을 의미함.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 24 | 관절경 등의 수술 및 진단적 경검사에 사용된 치료재료비용의 산정방법 | <p>관절경 등의 수술 및 진단적 경검사에 사용된 치료재료비용은 다음과 같이 산정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 관절경 · 복강경 · 흉강경하 수술시</p> <p>1) 관절경: 320,000원 (코드 N0031003)</p> <p>관절경하 수술시 사용하는 치료재료비용은 관절경 시술부위에 따라 아래와 같이 인정하되, 이물제거술 및 추벽제거술, 부분 활액막제거술 등 간단한 시술을 단독으로 시행한 경우에는 별도 인정하지 않음.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 고관절, 슬관절, 견관절은 관절경 320,000원(코드 N0031003) 산정</p> <p>나) 족관절, 주관절, 완관절은 관절경 치료재료비용의 1/2만 인정</p> <p>다) 지관절 및 관절이의 부위는 인정 하지 않음</p> | <p>관절경 등의 수술 및 진단목적으로 하는 내시경검사 시에 사용된 치료재료비용은 요양기관에서 다음과 같이 청구함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 관절경 · 복강경 · 흉강경하 수술<sup>1)</sup>시</p> <p>1) 관절경: 320,000원 (코드 N0031003)</p> <p>관절경을 이용한 수술시에는 시술부위에 따라 아래와 같이 재료비용을 청구하되, 이물제거술 및 추벽제거술<sup>2)</sup>, 부분 활액막제거술<sup>3)</sup> 등 간단한 시술을 단독으로 하는 경우에는 비용을 별도로 청구할 수 없음.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 고관절, 슬관절, 견관절은 관절경 320,000원(코드 N0031003) 산정</p> <p>나) 족관절, 주관절, 완관절은 관절경 치료재료비용의 1/2만 인정</p> <p>다) 지관절 및 관절이의 부위는 인정 하지 않음</p> |

| 연번 | 제 목 | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>2) 복강경(내시경하 갑상선수술 포함): 239,000원(코드 N0031001)<br/>3) 흉강경: 177,000원(코드 N0031002)</p> <p>다만, 특수봉합재료, 결찰재료(Endoloop, Endosuture, Endoclip 등), 조직배출기구(Pouch), 투관침(Trocar), 단일절개 복강경 수술용 치료재료, 의료용개창기구(Hand Assisted Laparoscopic Surgery용, HALS), 초음파절삭기(또는 전파절삭기), 다관절 다자유도 바이폴라 절삭기, 관절경 Cannular는 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 의한 상한금액 범위내에서 산정하되, 별도의 적용기준이 있는 치료재료는 해당 기준을 적용함.</p> <p>나. 진단적 경검사 시<br/>진단적 경검사 시 사용되는 투관침(Trocar) 및 관절경 Cannular는 필수적으로 사용되는 치료재료인 점을 감안하여 2개까지 인정함.</p> <p>다. 기타<br/>1) 뇌실 복강간 셉트 수술시 복막유착 등의 합병증이 있는 경우 복막경하 Peritoneal Catheter 삽입을 위한 투관침(Trocar)은 2개까지 인정함.<br/>2) 흉강경하 흉벽함몰 기형 교정(Nuss Op)시 치료재료는 투관침(Trocar) 1개에 한하여 인정함. 다만 심한 유착 및 복합기형 등으로 흉강경하 수술 치료재료를 사용하는 경우에는 상기 가.에 의하여 산정함.</p> <p>(고시 제2019-97호, 2019.6.1. 시행)</p> | <p>2) 복강경(내시경하 갑상선수술 포함): 239,000원(코드 N0031001)<br/>3) 흉강경: 177,000원(코드 N0031002)</p> <p>다만, 특수봉합재료<sup>4)</sup>, 결찰재료<sup>5)</sup>(Endoloop, Endosuture, Endoclip등), 조직배출기구<sup>6)</sup>(Pouch), 투관침<sup>7)</sup>(Trocar), 단일절개 복강경 수술용 치료재료<sup>8)</sup>, 의료용개창기구<sup>9)</sup>(Hand Assisted Laparoscopic Surgery용, HALS), 초음파절삭기<sup>10)</sup>(또는 전파절삭기), 다관절 다자유도 바이폴라 절삭기, 관절경 Cannular<sup>11)</sup>는 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 의한 상한금액<sup>12)</sup> 범위안에서 재료비용을 청구하되, 별도의 적용기준이 있는 치료재료는 해당 기준을 적용함.</p> <p>나. 진단목적으로 하는 내시경검사 시 :<br/>진단목적으로 하는 내시경검사 시 사용되는 투관침 및 관절경수술용 Cannular는 필수적으로 사용되는 점 고려하여 각각 2개까지 청구</p> <p>다. 기타<br/>1) 뇌실 복강간 셉트 수술<sup>13)</sup>시 복막유착<sup>14)</sup> 등의 합병증이 있는 경우 복막경하 peritoneal catheter 삽입을 위한 투관침(trocar): 2개까지 청구<br/>2) 흉강경하 흉벽함몰 기형교정<sup>15)</sup>(Nuss Op)시 투관침 1개만 청구를 인정<br/>다만, 심한 유착 및 복합기형 등으로 흉강경하 수술 치료재료를 사용하는 경우에는 상기 가.에 의하여 청구</p> <p>&lt;용어설명&gt;<br/>1) 관절경·복강경·흉강경하 수술:</p> |

| 연번 | 제 목 | 세부사항 고시원문 | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|-----|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     |           | <p>수술부위를 절개하지 않고 작은 구멍을 뚫고 내시경을 삽입하여 시야를 확보한 후 작은 구멍을 통하여 수술기구를 삽입하여 수술을 시행하는 것으로 내시경 종류에 따라 관절경하수술, 복강경하수술, 흉강경하수술 등으로 구분</p> <p>2) 추벽제거술:<br/>추벽이란 무릎 안에 얇고 부드러운 막으로 태아 때 무릎이 생성되면서 흡수되지 않고 남게 되는 구조물로 막과 같은 형태를 띠고 있음. 이 추벽이 외부의 충격이나 만성적인 자극에 의해 두꺼워지면서 통증을 유발시켜 두꺼워진 추벽을 제거하는 수술</p> <p>3) 활액막제거술:<br/>활액막은 무릎 관절낭 전체를 덮고 있는 막으로 만성적인 자극을 받아 두꺼워진 활액막을 제거하는 수술</p> <p>4) 특수봉합재료: 기관 등의 연결, 자름 등에 사용하는 치료재료 (Endo GIA, ENDOSCOPIC LINER CUTTER 등)</p> <p>5) 결찰재료: 혈관, 기관 등의 한쪽 혹은 양쪽을 자를 때 사용하는 재료</p> <p>6) 조직배출기구: 내시경적 방법으로 제거한 조직을 체외로 꺼낼 때 사용하는 주머니</p> <p>7) 투관침: 내시경시 의료용 기구를 삽입하기 위한 통로를 만들 때 사용하는 침</p> <p>8) 단일절개 복강경 수술용 치료재료: 복강경 수술시 하나의 절개만을 이용하여 수술할 수 있도록 고안된 치료재료(SILS PORT 등)</p> <p>9) 의료용 개창기구: 수술시 절개된 부분을 벌려주어 손 또는 기구의 복강 접근이 용이하도록 함</p> <p>10) 초음파절삭기: 초음파를 이용하여 조직을 잘라주는 기기</p> |

| 연번 | 제 목                          | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                    | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                              |                                                                                                                                                                              | <p>11) 관절경수술용 Cannular: 내시경 시 카메라나 의료용 기구 등이 통과하기 위해 사용하는 기구</p> <p>12) 「치료재료급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 의한 상한금액 : 식품의약품안전처 허가를 받은 치료재료 중 보건복지부 장관이 위원회의 심의를 거쳐 고시한 품목리스트로서 치료재료 개별비용을 말함.</p> <p>13) 뇌실 복강간 셉트 수술: 수두증(뇌 공간에 뇌척수액이 비정상적으로 축적되는 질환)에서 비정상적인 뇌척수액을 뇌에서 복강으로 흐를 수 있도록 해주는 시술</p> <p>14) 복막유착 : 복강의 안쪽과 복부 장기를 둘러싸는 얇은 막(복막)이 붙어 있는 현상</p> <p>15) 흉벽함몰기형교정(Nuss op) : 앞가슴 흉곽이 선천적으로 함몰되어 (오목가슴) 이를 교정해주는 수술</p> |
| 25 | 재사용이 가능한 초음파 또는 전파 절삭기의 급여기준 | <p>재사용이 가능한 초음파 또는 전파 절삭기(Sonosurg 등)는 식약처 허가사항(재사용제품), 재사용 횟수 등을 감안하여 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」 상의 상한금액을 정한 바, 1회 상한금액을 요양급여로 인정함.</p> <p>(고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행)</p> | <p>재사용이 가능한 초음파 또는 전파 절삭기(Sonosurg 등)는 식품의약품안전처 허가사항<sup>1)</sup>(재사용제품), 재사용 횟수 등을 고려하여 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에서 정한 상한금액<sup>2)</sup>의 범위 안에서 1회 재료비용을 요양기관에서 청구하는 것을 인정함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 식품의약품안전처 허가사항 : 의료기기의 성능 및 사용목적 등에 대해 식품의약품안전처장이 안전성·유효성을 평가하여 사용을 허용한 범위</p>                                                                                                                            |

| 연번 | 제 목                  | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2) 「치료재료급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에서 정한 상한금액 : 식품의약품안전처 허가를 받은 치료재료 중 보건복지부 장관이 위원회의 심의를 거쳐 고시한 품목리스트로서 치료재료 개별비용을 말함.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 26 | 복강경하 의료용 개창기구의 급여 기준 | <p>복강경하 의료용 개창기구(Hand Assisted Laparoscopic Surgery용, HALS)는 복강경 수술 시 환부를 벌리는데 사용하는 치료재료로, 다음의 경우에 요양급여함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 수부보조용(Access Port + Wound Protector)은 아래의 내시경하 (복강경) 수술에 사용한 경우</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>1) 급여대상</p> <p>가) 자801 신적출술[이식용]</p> <p>나) 자803나 생체 간적출술[이식용]</p> <p>다) 신장암, 방광암 수술 시</p> <p>라) 그 외 사례별 인정</p> <p>2) 급여개수 : 1개</p> <p>나. 상처보호용(Wound Protector)</p> <p>1) 급여대상: 내시경(복강경, 흉강경)을 이용한 수술</p> <p>2) 급여개수 : 1개</p> | <p>복강경하 의료용 개창기구(Hand Assisted Laparoscopic Surgery용, HALS)는 복강경 수술 시 환부를 벌리는데 사용하는 치료재료로, 다음의 경우에 요양급여함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 수부보조용<sup>1)</sup>(Access Port + Wound Protector)은 아래의 내시경하 (복강경) 수술에 사용한 경우</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>1) 급여대상</p> <p>가) 자801 신적출술[이식용]</p> <p>나) 자803나 생체 간적출술[이식용]</p> <p>다) 신장암, 방광암 수술 시</p> <p>라) 그 외 사례별<sup>2)</sup> 인정</p> <p>2) 급여개수 : 1개</p> <p>나. 상처보호용(Wound Protector)</p> <p>1) 급여대상: 내시경(복강경, 흉강경)을 이용한 수술</p> <p>2) 급여개수: 1개</p> |

| 연번 | 제 목                   | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                                              | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                       | (고시 제2018-254호, 2019.1.1. 시행)                                                                                                                                                                                                                          | <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 수부보조용 복강경하 의료용 개창기구 :<br/>복강경 수술시 한쪽 손을 직접 환부에 넣을 수 있도록 피부 절개 부위에 거치하는 수술기구</p> <p>2) 사례별 : 의료인이 작성한 진료기록부, 수술기록지, 검사결과지 등의 객관적 자료를 참조하여 환자마다의 상태를 확인함.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 27 | 단일절개 복강경 수술용 재료의 급여기준 | <p>1. 단일절개 복강경 수술용 재료(SILS PORT 등)는 단일절개 복강경하 수술 시 1개 요양급여함.</p> <p>2. 다만, 복강경투관침(Trocar)의 추가 사용은 단일절개 복강경하 수술 중 의학적으로 부득이한 경우(출혈, 유착 등)에 1개 급여하며, 1개를 초과하여 사용하는 경우에는 제출된 자료(의사소견서 및 진료기록부 등)를 참조하여 사례별로 인정함.</p> <p>(고시 제2018-254호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>1. 단일절개 복강경 수술용 재료(SILS PORT 등)는 단일절개 복강경하 수술<sup>1)</sup>시 1개 사용 비용을 요양기관에서 청구할 수 있음</p> <p>2. 다만, 복강경투관침(Trocar)<sup>2)</sup>의 추가 사용은 단일절개 복강경하 수술 중 의학적으로 부득이한 경우(출혈, 유착 등)에 1개 사용 비용을 요양기관에서 청구할 수 있으며, 1개를 초과하여 사용하는 경우에는 제출된 자료(의사소견서 및 진료기록부 등)를 참조하여 사례별<sup>3)</sup>로 인정함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 단일절개 복강경하 수술: 일반적인 복강경 수술은 복부에 3개 정도의 구멍을 만들어 수술을 시행하나 단일절개 복강경하 수술은 복부에 한 개의 구멍을 만들어 수술</p> <p>2) 투관침: 내시경시 의료용 기구를 삽입하기 위한 통로를 만들 때 사용하는 침</p> <p>3) 사례별: 의료인이 작성한 진료기록부, 수술기록지, 검사결과지 등의 객관적 자료를 참조하여 환자마다의 상태를 확인함.</p> |

| 연번 | 제 목                                       | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 28 | 소화기<br>내시경하 시술<br>등에 사용하는<br>치료재료<br>급여기준 | <p>내시경하 시술시 사용하는 치료재료는 해당 치료재료별로 다음과 같은 항목에 한하여 「치료재료 급여 비급여목록 및 급여상한금액표」에서 정한 금액을 별도 산정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. Argon probe(코드N0041001)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 자762 내시경적 상부소화관 출혈지혈법</li> <li>2) 자768 결장경하 출혈지혈법</li> <li>3) 자773 에스상결장경하 출혈지혈법</li> <li>4) 자778나 풍선 소장내시경하 출혈 지혈법</li> </ol> <p>나. 절제술용 Forcep(생검포함)(코드N0041002)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 자131-1가 내시경적 기관 또는 기관지 종양제거술 [육아조직 포함] (연성기관지경)</li> <li>2) 자765 내시경적 상부 소화관 종양수술</li> <li>3) 자770 결장경하 종양수술</li> <li>4) 자775 에스상결장경하 종양수술</li> <li>5) 자776마 역행성 담췌관 내시경 수술(용종 및 종양제거술)</li> <li>6) 자777다 경피적담관[낭]경을 이용한 시술[PTBD Route 또는 T-Tube을 이용한 경우](용종 및 종양제거술)</li> <li>7) 자778마 풍선 소장내시경하 용종 절제술</li> </ol> <p>다. 절제용 Snare(코드N0041003)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 자765 내시경적 상부소화관 종양수술</li> <li>2) 자770 결장경하 종양수술</li> </ol> | <p>내시경하 시술시 사용하는 치료재료는 해당 치료재료별로 다음과 같은 항목에 한하여 「치료재료 급여 비급여목록표 및 급여상한금액표」에서 정한 금액<sup>1)</sup>을 요양기관에서 별도로 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. Argon 탐색자(probe)(코드 N0041001)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 내시경적 상부소화관 출혈지혈법<sup>2)</sup>(자762)</li> <li>2) 결장경하 출혈지혈법(자768)</li> <li>3) 구불결장경하 출혈지혈법(자773)</li> <li>4) 풍선 소장내시경<sup>3)</sup>하 출혈 지혈법(자778나)</li> </ol> <p>나. 절제술용 Forceps (생검<sup>4)</sup>기능 포함)(코드 N0041002)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 내시경적 기관 또는 기관지 종양제거술 [육아조직 포함]-연성 기관지경(자131-1가)</li> <li>2) 내시경적 상부 소화관 종양수술(자765)</li> <li>3) 결장경하 종양수술(자770)</li> <li>4) 구불결장경<sup>5)</sup>하 종양수술(자775)</li> <li>5) 역행성 담췌관 내시경<sup>6)</sup> 수술-용종 및 종양제거술(자776마)</li> <li>6) 경피적담관[낭]경<sup>7)</sup>을 이용한 시술[PTBD Route 또는 T-Tube을 이용한 경우]-용종 및 종양제거술(자777다)</li> <li>7) 풍선 소장내시경하 용종절제술(자778마)</li> </ol> <p>다. 절제용 Snare(코드 N0041003)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 내시경적 상부소화관 종양수술(자765)</li> <li>2) 결장경하 종양수술(자770)</li> </ol> |

| 연번 | 제 목 | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>3) 자775 에스상결장경하 종양수술<br/> 4) 자776마 역행성 담체관 내시경 수술(용종 및 종양제거술)<br/> 5) 자778마 풍선 소장내시경하 용종 절제술</p> <p>라. Papillotome(코드N0041004)<br/> 소화기 내시경하 시술과정상 유두괄약근 절개(Sphincterotomy)<br/> 가 이루어진 경우 산정</p> <p>마. 기타<br/> 1) 사용개수는 각 시술 당 1개 인정하는 것을 원칙으로 하되, 절제술용 Forcep (생검포함) 과 절제용 Snare는 폴립크기 및 경(Stalk)의 유무에 따라 선택적으로 사용되는 점 감안하여 동시 사용 시 각각 인정함.<br/> 2) 절제술용 Forcep(생검포함) 과 절제용 Snare는 내시경적 소화관 종양수술-점막하 박리 절제술(ESD: Endoscopic Submucosal Dissection)에는 인정하지 아니함.<br/> 3) 절제술용 Forcep(생검포함)은 생검만 시행한 경우는 인정하지 아니함<br/> (고시 제2017-15호, 2017.2.1. 시행)</p> | <p>3) 구불결장경하 종양수술(자775)<br/> 4) 역행성 담체관 내시경 수술-용종 및 종양제거술(자776마)<br/> 5) 풍선 소장내시경하 용종 절제술(자778마)</p> <p>라. Papillotome(코드 N0041004)<br/> 소화기 내시경하 시술과정상 유두괄약근 절개<sup>9)</sup>(Sphincterotomy)<br/> 가 이루어진 경우 청구</p> <p>마. 기타<br/> 1) 사용개수는 각 시술 당 1개 인정하는 것을 원칙으로 하되, 절제술용 Forceps(생검기능포함) 과 절제용 Snare는 폴립<sup>9)</sup>크기 및 경(Stalk)의 유무에 따라 선택적으로 사용되는 점 감안하여 동시 사용 시 각각 인정함.<br/> 2) 절제술용 Forceps(생검기능포함) 과 절제용 Snare는 내시경적 소화관 종양수술-점막하 박리 절제술<sup>10)</sup>(ESD: Endoscopic Submucosal Dissection)에는 인정하지 아니함.<br/> 3) 절제술용 Forceps(생검기능포함)은 생검만 시행한 경우는 인정하지 아니함</p> <p>※ 참조(재료설명)<br/> ▶ Argon probe : 위장관 출혈을 치료하기 위한 방법으로 아르곤 가스를 이용하여 혈액을 응고시켜 지혈할 때 사용되는 재료로 전극봉이 있어 전극을 흘려보내는 탐침자<br/> ▶ 절제술용 Forceps : 종양이나 용종을 제거하기 위해 사용되며 생검용 Forceps과 동일한 모양이나 용종 제거가 주목적<br/> 다만, 생검용 Forceps은 검사용으로 조직을 채취하기 위해 사용</p> |

| 연번 | 제 목 | 세부사항 고시원문 | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|-----|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     |           | <p>▶ 절제용 snare: 종양이나 용종을 제거하기 위해 사용되는 올가미 형태의 의료기기</p> <p>▶ Papillotome : 유두괄약근을 절개하는 특수절개 칼</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 「치료재료급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에서 정한금액 : 식품의약품안전처 허가를 받은 치료재료 중 보건복지부 장관이 위원회의 심의를 거쳐 고시한 품목리스트로서 치료재료 개별비용을 말함.</p> <p>2) 내시경적 상부소화관 출혈지혈법: 내시경을 이용하여 출혈이 발생한 식도·위·십이지장 부위를 지혈하는 방법(주사요법, 지혈클립법, 응고소작법, 밴드결찰법 등)</p> <p>3) 풍선 소장내시경: 소장내부를 관찰하기 위한 풍선이 달린 내시경</p> <p>4) 생검 : 조직검사를 위하여 생체에서 조직의 일부를 떼스·바늘로 채취하는 것</p> <p>5) 구불결장경: 구불결장이란 하행결장에서 직장으로 이어지는 대장의 일부로 S모양의 굴곡이 있어 에스상결장이라 함. 항문으로 진입한 내시경을 통해 구불결장을 관찰하는 것을 구불결장경 혹은 에스상결장경이라 함</p> <p>6) 역행성 담췌관 내시경: "내시경적 역행성 담췌관 조영술"을 의미하며, 내시경을 식도를 통해 십이지장으로 통과시킨 후 조영제를 주입시켜 영상을 통해 담관, 담낭, 췌장 등을 직접 관찰하면서 검사(진단) 또는 치료(수술)를 함.</p> <p>7) 경피적담관[낭]경: 담관 혹은 담낭과 연결되어 몸 밖으로 이어진 관을 통해 진입하는 내시경</p> |

| 연번 | 제 목                        | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                                                                   | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>8) 유두관약근 절제술: 담체관이 십이지장으로 연결되는 부분에 위치한 조임근을 전기칼로 잘라주는 수술</p> <p>9) 폴립: Polyp, 피부 또는 점막의 표면에 버섯 모양 또는 타원형 모양의 혹처럼 돌출된 용기물의 총칭. 위장·대장·자궁·방광 등에 생기며 염증성과 종양성이 있음.</p> <p>10) 점막하 박리 절제술: 점막아래층을 박리(벗겨내어)하여 병변을 절제하는 기술</p>                                                                                                                                                                                                                        |
| 29 | 화상환자에게 소모된 각종 소모품의 별도 산정여부 | <p>화상환자를 진료함에 있어 녹농균이 감염되었거나 감염될 것을 우려하여 환자가 사용한 시트, 베개카바, 환자복과 환자진료에 사용한 고무장갑, 고무유치카테타 등을 소독하여 재사용하지 아니하고 소각할지라도 별도 산정할 수 없으며 비급여 대상으로 하여 환자로부터 징수할 수 없는 것임. 특히, 화상환자에 대한 처치시 사용한 거즈, 붕대의 재료대를 산정할 수 있도록 한 것은 그 사용량이 많은 점을 감안한 것임.</p> <p>(고시 제2002-80호, 2003.1.1. 시행)</p> | <p>1. 화상환자를 진료하면서 녹농균<sup>1)</sup>이 감염되었거나 감염될 것을 우려하여 환자가 사용한 시트, 베개카바, 환자복과 환자진료에 사용한 고무장갑, 고무유치카테타<sup>2)</sup> 등을 소독하여 재사용하지 아니하고 소각할지라도 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없으며, 환자에게도 비급여 대상으로 비용을 징수할 수 없음.</p> <p>2. 다만, 화상환자에 대한 처치 시 사용한 거즈, 붕대의 비용은 그 사용량이 많기 때문에 별도로 재료비용을 요양기관에서는 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 녹농균: 패혈증, 전신감염, 만성기도 감염증 및 폐낭포성 섬유증 환자에게 난치성 감염을 일으키는 병원성 세균.</p> <p>2) 고무유치카테타: 소변 배출을 위해 요도를 통해 방광에 삽입하는 도뇨관(고무 재질)</p> |

| 연번 | 제 목                          | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                              | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                            |
|----|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30 | 병변부위 세정 및 흡인시 사용되는 치료재료 급여기준 | 의료용세정기(장비)와 연결하여 병변부위를 세정하고 세정된 내용물을 흡인하는 용도로 사용되는 치료재료(Pulsavac Series, Power Pulse Disposable Unit With Suction 등)는 관련 행위 소정점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.<br>(고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행)  | 의료용세정기(장비)와 연결하여 병변부위를 세정하고 세정된 내용물을 흡인하는 용도로 사용되는 치료재료(Pulsavac Series, Power Pulse Disposable Unit With Suction 등)는 관련 수술 행위비용에 재료비용이 포함되어 있어 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.                                            |
| 31 | 인탈흡입기구(스핀헬라)의 별도 산정여부        | 스핀캡셀로 된 인탈을 흡입기구(스핀헬라)를 사용하여 투여하는 경우 흡입기구는 소정 처치료, 수술료 등에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.<br>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)                                                                           | 기관지 천식 및 알레르기성 비염 치료제인 스핀캡셀로 된 인탈을 흡입기구(스핀헬라)를 사용하여 투여하는 경우 흡입기구의 재료비용은 관련된 진료행위비용에 포함되어 있어 요양기관에서 별도로 청구할 수 없음.                                                                                                    |
| 32 | 휴대용(일회용) 지속 주입재료의 급여기준       | 1. 통증자가조절 및 항암제 주입 등의 목적으로 사용된 휴대용(일회용) 지속 주입재료는 다음과 같이 요양급여를 인정함.<br><br>다 음 -<br><br>가. 급여대상<br>1) 통증자가조절법(Patient Controlled Analgesia)<br>가) 암환자(암성통증, 암관련 수술후 통증)<br>나) 개심술, 개두통증 | 1. 통증자가조절 및 항암제 주입 등의 목적으로 사용된 휴대용(일회용) 지속 주입재료는 다음과 같이 요양급여를 인정함.<br><br>다 음 -<br><br>가. 급여대상<br>1) 통증자가조절법(Patient Controlled Analgesia) <sup>1)</sup><br>가) 암환자(암성통증, 암관련 수술후 통증)<br>나) 개심술 <sup>2)</sup> , 개두통증 |

| 연번 | 제 목 | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>다) 근위축성측삭경화증(Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS) 환자의 만성통증, 만성난치통증(Chronic intractable pain)</p> <p>라) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조 중증질환자 산정특례 대상 중 중증외상환자의 수술 후 통증</p> <p>2) 질식분만 시 경막외마취 (무통분만)</p> <p>3) 항암제 5-FU(주)(fluorouracil)를 2일 이상 지속적으로 주입할 경우 : 중심정맥카테터를 확보한 상태에서 외래(낮병동 포함) 또는 퇴원당일</p> <p>나. 급여개수</p> <p>1) 항암제 5-FU(주)(fluorouracil) 주입 시 1회당 1set</p> <p>2) 상기 1.가.1)~2)의 통증조절 목적으로 사용 하는 경우에 실사용량을 급여로 인정함. 다만, 구성품 중 Infuser용 Bag과 Line(분리형 또는 일체형)을 교체하는 경우에는 해당 치료재료 비용만 산정함.</p> <p>2. 다만, 아래의 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 피하주사용 항암제((허셉틴(Trastuzumab), 맵테라(Rituximab)) 주입 시 Continuous Infuser를 사용하는 경우</p> <p>나. 상기 1.가.1)에서 가)~라)이외의 환자에게 통증자가조절법(Patient Controlled Analgesia)을 시행하는 경우</p> <p>다. 비27 지속적 말초신경 및 신경총 통증(자가)조절법을 시행하는 경우</p> <p>1) 지속적 좌골신경 통증(자가)조절법: 족부 및 족관절 수술</p> <p>2) 지속적 대퇴신경 통증(자가)조절법: 슬관절전치환술 및 전방십자</p> | <p>다) 근위축성측삭경화증(Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS) 환자의 만성통증, 만성난치통증(Chronic intractable pain)</p> <p>라) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조 중증질환자산정특례대상 중 중증외상환자의 수술 후 통증</p> <p>2) 질식분만 시 경막외마취 (무통분만)</p> <p>3) 항암제 5-FU(주)(fluorouracil)를 2일 이상 지속적으로 주입할 경우 : 중심정맥카테터를 확보한 상태에서 외래(낮병동 포함) 또는 퇴원당일</p> <p>나. 급여개수</p> <p>1) 항암제 5-FU(주)(fluorouracil) 주입 시 1회당 1set</p> <p>2) 상기 1.가.1)~2)의 통증조절 목적으로 사용 하는 경우에 실사용량을 급여로 인정함. 다만, 구성품 중 Infuser용 Bag과 Line(분리형 또는 일체형)을 교체하는 경우에는 해당 치료재료 비용만 산정함.</p> <p>2. 다만, 아래의 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>3)</sup>에 따라 본인부담률을 80%<sup>4)</sup>로 적용함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 피하주사용 항암제((허셉틴(Trastuzumab), 맵테라(Rituximab)) 주입 시 Continuous Infuser를 사용하는 경우</p> <p>나. 상기 1.가.1)에서 가)~라)이외의 환자에게 통증자가조절법(Patient Controlled Analgesia)을 시행하는 경우</p> <p>다. 비27 지속적 말초신경 및 신경총 통증(자가)조절법을 시행하는 경우</p> <p>1) 지속적 좌골신경 통증(자가)조절법: 족부 및 족관절 수술</p> <p>2) 지속적 대퇴신경 통증(자가)조절법: 슬관절전치환술 및 전방십자</p> |

| 연번 | 제 목 | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>인대재건술</p> <p>3) 지속적 사각근간 상박신경총 통증(자가)조절법: 어깨 및 상완골 수술</p> <p>3. 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」에서 '휴대용(일회용) 지속 주입재료'에 해당하는 중 분류명은 아래와 같음.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. Continuous Infuser(지속적 주입 기능만 있음)</p> <p>1) Continuous Infuser(스프링식/단일유속형)</p> <p>2) Continuous Infuser(풍선식(대기압식)/단일유속형)</p> <p>3) Continuous Infuser(풍선식(대기압식)/유속선택형)</p> <p>4) Continuous Infuser(가스주입식/단일유속형)</p> <p>나. Continuous &amp; Bolus PCA 등(지속적 주입 기능과 자가 조절 기능이 있음 (자가조절 기능만 있는 품목 포함))</p> <p>1) Continuous &amp; Bolus PCA(스프링식/단일유속형)</p> <p>2) Continuous &amp; Bolus PCA(풍선식(대기압식)/단일유속형)</p> <p>3) Continuous &amp; Bolus PCA(풍선식(대기압식)/유속선택형)</p> <p>4) Continuous &amp; Bolus PCA(가스주입식/단일유속형)</p> <p>5) Continuous &amp; Bolus PCA(기계식/유속선택형)</p> <p>6) Bolus PCA</p> <p>7) Basal Bolus Infuser</p> <p>8) Patient Controlled Module</p> <p>다. 기타(별도 주입용 장치와 함께 사용, 지속적 주입 및 자가 조절 가능)</p> <p>1) Infuser 용 Bag</p> | <p>인대재건술</p> <p>3) 지속적 사각근간 상박신경총<sup>9)</sup> 통증(자가)조절법: 어깨 및 상완골 수술</p> <p>3. 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」에서 '휴대용(일회용) 지속 주입재료'에 해당하는 중 분류명은 아래와 같음</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. Continuous Infuser(지속적 주입 기능만 있음)</p> <p>1) Continuous Infuser(스프링식/단일유속형)</p> <p>2) Continuous Infuser(풍선식(대기압식)/단일유속형)</p> <p>3) Continuous Infuser(풍선식(대기압식)/유속선택형)</p> <p>4) Continuous Infuser(가스주입식/단일유속형)</p> <p>나. Continuous &amp; Bolus PCA 등(지속적 주입 기능과 자가 조절 기능이 있음 (자가조절 기능만 있는 품목 포함))</p> <p>1) Continuous &amp; Bolus PCA(스프링식/단일유속형)</p> <p>2) Continuous &amp; Bolus PCA(풍선식(대기압식)/단일유속형)</p> <p>3) Continuous &amp; Bolus PCA(풍선식(대기압식)/유속선택형)</p> <p>4) Continuous &amp; Bolus PCA(가스주입식/단일유속형)</p> <p>5) Continuous &amp; Bolus PCA(기계식/유속선택형)</p> <p>6) Bolus PCA</p> <p>7) Basal Bolus Infuser</p> <p>8) Patient Controlled Module</p> <p>다. 기타(별도 주입용 장치와 함께 사용, 지속적 주입 및 자가 조절 가능)</p> <p>1) Infuser 용 Bag</p> |

| 연번 | 제 목       | 세부사항 고시원문                                                                         | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |           | 2) Infuser 용 Line<br>3) Infuser 용 Bag & Line<br><br>(고시 제2019-166호, 2019.8.1. 시행) | 2) Infuser 용 Line<br>3) Infuser 용 Bag & Line<br><br><용어설명><br>1) 통증자가조절법(Patient Controlled Analgesia): 통증자가 조절장치나 1회용 펌프등을 사용하여 스스로 약물주입을 조절할 수 있도록 하는 조절법<br>2) 개심술: 흉부를 절개하여 열고 심장의 근육, 판막 또는 동맥에 대해 수술을 하는 모든 유형의 수술을 말함.<br>3) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 :<br>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정<br>* 선별급여: 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함<br>4) 재료비용의 80%를 환자가 부담: 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담<br>5) 상완신경총: 팔의 신경얼기 라고도 부르며 목에서부터 나와서 어깨와 어깨주변, 몸통과 팔로 내려가는 신경 |
| 33 | 사117 운동점차 | 1. 사117 운동점차단술(Motor Point Block)용 Needle Electrode는                              | 1. 사117 운동점차단술 <sup>1)</sup> 용 needle electrode는 이상 근육의 위치 확인 후                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| 연번 | 제 목                         | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                                      | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | 단술용 Needle Electrode의 급여 기준 | <p>이상 근육의 위치 확인 후 치료약물을 주입할 때 사용하는 치료재료로 여러 근육에 수 회 실시하더라도 1일 1개 요양급여를 인정함. 다만, 상지 및 하지 근육을 동시에 시술하는 경우 1개를 추가 인정함.</p> <p>2. 상기 1.의 인정개수를 초과하여 사용한 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>치료약물을 주입할 때 사용하는 치료재료로 여러 근육에 수 회 실시하더라도 1일 1개 재료비용을 요양기관에서 청구할 수 있음. 다만, 상지 및 하지 근육을 동시에 시술하는 경우 1개를 추가로 청구할 수 있음..</p> <p>2. 상기 1.의 인정개수를 초과하여 사용한 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>2)</sup>에 따라 재료비용의 90%를 환자가 부담<sup>3)</sup>함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 운동점차단술: 근육의 이상으로 근육경직이 있는 경우 폐놀, 알콜, 보톡스 등을 주입하여 근육을 이완시킴으로써 근경직을 낮추는 목적으로 사용하는 치료</p> <p>2) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」:</p> <p>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여: 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>3) 재료비용의 90%를 환자가 부담: 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 90%는 환자가 부담하고 나머지 10%는 건강보험에서 부담</p> |

| 연번 | 제 목            | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 34 | 수액필터 급여 기준     | <p>1. 혼합액상의 약물 등을 주입할 때 오염물질을 걸러내기 위해 사용하는 수액필터(Positive 0.2<math>\mu</math>m, 0.2<math>\mu</math>m, 1.2<math>\mu</math>m IV In Line Filter)는 아래와 같은 약제 주입시 급여를 인정하며, 동 인정기준 외에 사용하는 경우에는 전액본인부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. TPN(Total Parenteral Nutrition) 제제<br/> 나. 식약처 허가사항에 필터 사용이 명시되어 있는 약제</p> <p>(고시 제2016-112호, 2016.7.1. 시행)</p> | <p>두 가지 이상의 약제가 혼합된 액체형태 약물 등을 주입할 때 오염물질을 걸러내기 위해 사용하는 수액필터(Positive 0.2<math>\mu</math>m, 0.2<math>\mu</math>m, 1.2<math>\mu</math>m IV In Line Filter)는 다음의 경우 별도로 재료비용을 청구할 수 있으며, 인정기준 외에 사용한 경우의 치료재료 비용은 환자가 전부 부담<sup>1)</sup>함.</p> <p style="text-align: center;">-- 아 래 -</p> <p>가. TPN(Total Parenteral Nutrition) 제제<sup>2)</sup><br/> 나. 식약처 허가사항<sup>3)</sup>에 필터 사용이 명시되어 있는 약제<sup>4)</sup></p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 환자가 전부부담(=전액본인부담) : 건강보험 적용대상으로 보건복지부장관이 정한 재료비용 전액을 환자 본인이 부담한다는 의미로 비급여와 다름</p> <p>2) TPN(Total Parenteral Nutrition)제제 :<br/> TPN을 중심정맥영양법이라 하며, 입으로 충분한 영양을 섭취하지 못하는 환자에게 심장 근처에 있는 혈관(중심정맥)에 약제 주입을 위한 카테터를 삽입하고 카테터를 통하여 주입하는 영양수액제제</p> <p>3) 식약처 허가사항 : 의료기기의 성능 및 사용목적 등에 대해 식품의약품안전처장이 안전성·유효성을 평가하여 사용을 허용한 범위</p> <p>4) 식약처 허가사항 필터 사용이 명시되어 있는 약제<br/> ex) 항암제(paclitaxel, cladribine, clofarabine), 효소제제 (alglucosidase <math>\alpha</math> 등), antilymphocyte immunoglobuline, imiglucerase, abciximab, abatacept, infliximab 주사제 등</p> |
| 35 | 복대의 영양급여 대상 여부 | <p>복대는 진료상 필요하여 사용한 경우에 별도 산정할 수 있음.<br/> (고시 제2003-83호, 2004.1.1. 시행)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>"복대"는 진료 상 필요하여 사용한 경우에 영양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| 연번 | 제 목                 | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 36 | Face Shield<br>급여기준 | <p>1. Face Shield는 환자 혈액 등의 오염으로부터 입, 코, 눈 점막 등 얼굴 전체를 보호할 수 있는 치료재료로 다음의 경우에 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>1) 혈액매개감염병 환자(「혈액관리법 시행규칙」 [별표 1의2]에 의한 혈액매개감염병 환자)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 수술 및 중재적 방사선시술</li> <li>- 체외순환막형산화요법(Extra Corporeal Membrane Oxygenation, ECMO)을 위해 Cannula를 삽입하는 경우</li> </ul> <p>2) 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 권역외상센터, 전문응급의료센터에서 중증응급환자 또는 중증응급 의심환자가 응급실 내원 후 24시간 이내 수술을 하는 경우</p> <p>나. 인정개수</p> <p>1) 상기 가. 1), 2)의 수술 참여 인원에 따라 수술 당 최대 4개 이내의 실사용량</p> <p>2) 상기 가. 1)의 중재적 방사선시술 및 ECMO Cannula 삽입 시술 참여 인원에 따라 시술 당 최대 2개 이내의 실사용량</p> <p>2. 상기 나. 2)의 경우를 제외한 수술 시 Face shield와 1회용 수술용 방호 후드를 동시에 사용하는 경우 종류에 관계없이 합산하여 수술 당 최대 4개 이내의 실사용량을 인정함.</p> <p>(고시 제2017-198호, 2017.11.1. 시행)</p> | <p>1. Face Shield는 환자 혈액 등의 오염으로부터 입, 코, 눈 점막 등 얼굴 전체를 보호할 수 있는 치료재료로 다음의 경우에 요양기관에서 비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>1) 혈액매개감염병 환자(「혈액관리법 시행규칙」 [별표 1의2]<sup>1)</sup>에 의한 혈액매개감염병 환자)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 수술 및 중재적 방사선시술</li> <li>- 체외순환막형산화요법<sup>2)</sup>(Extra Corporeal Membrane Oxygenation, ECMO)을 위해 Cannula를 삽입하는 경우</li> </ul> <p>2) 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 권역외상센터, 전문응급의료센터에서 중증응급환자 또는 중증응급 의심환자가 응급실 내원 후 24시간 이내 수술을 하는 경우</p> <p>나. 인정개수</p> <p>1) 상기 가. 1), 2)의 수술 참여 인원에 따라 수술 당 최대 4개 이내의 실사용량을 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> <p>2) 상기 가. 1)의 중재적 방사선시술 및 ECMO<sup>2)</sup> Cannula 삽입 시술 참여 인원에 따라 시술 당 최대 2개 이내의 실사용량을 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> <p>2. 상기 나. 2)의 경우를 제외한 수술 시 Face shield와 1회용 수술용 방호 후드<sup>3)</sup>를 동시에 사용하는 경우 종류에 관계없이 합산하여 수술 당 최대 4개 이내의 실제 사용한 개수로 요양기관에서 청구할 수 있음</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> |

| 연번 | 제 목                 | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                                                 | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                     |                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>1) 「혈액관리법 시행규칙」 [별표 1의2]에 의한 혈액매개감염병 환자 :<br/> 채혈금지대상자로 만성 B형간염, C형간염, 후천성면역결핍증, 바베스열원충증, 샤가스병 또는 크로이츠펔트-야콥병 등 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조에 따른 감염병 중 보건복지부장관이 지정하는 혈액 매개 감염병의 환자, 의사환자, 병원체보유자</p> <p>2) 체외순환막형산화요법<br/> (Extra Corporeal Membrane Oxygenation, ECMO) :<br/> 심장, 폐의 기능 부전 시 혈액을 몸 밖으로 순환시켜 산소를 공급하고, 환자의 순환기능을 보조함.</p> <p>3) 방호후드: 수술 시 혈액, 골 조직 파편 등의 오염물질로부터 보호하기 위해 사용하는 치료재료</p> |
| 37 | 1회용 제모용 클리퍼<br>급여기준 | <p>1회용 제모용 클리퍼는 감염예방을 위해 체모를 제거하는 데 사용하는 치료재료로 두개, 장·장간막·허니아, 여성생식기, 임신과 분만, 남성생식기, 직장 및 항문, 인공관절치환(고관절) 수술에 방해가 될 정도로 체모가 있는 경우 사용 시 1개 인정함.</p> <p>* 두개는 제9장 처치 및 수술료 등 제1절 처치 및 수술료 분류에서 [기본처치]를 제외한 두개부위 수술임.<br/> (고시 제2017-198호, 2017.11.1. 시행)</p> | <p>1회용 제모용 클리퍼<sup>1)</sup>는 감염예방을 위해 체모를 제거하는 데 사용하는 치료재료로 두개, 장·장간막·허니아, 여성생식기, 임신과 분만, 남성생식기, 직장 및 항문, 인공관절치환(고관절) 수술에 방해가 될 정도로 체모가 있는 경우 사용 시 1개 인정함.</p> <p>* 두개는 제9장 처치 및 수술료 등 제1절 처치 및 수술료 분류에서 [기본처치]를 제외한 두개부위 수술임.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 제모용 클리퍼 : 피부표면으로부터 1-2mm의 거리를 둔 상태로 미세한 전기진동 또는 수동으로 피부 자극 없이 안전하게 체모를 제거하는 전용 면도날 및 제모기</p>                                              |

| 연번 | 제 목                          | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 38 | Needleless Connector<br>급여기준 | <p>Needleless Connector는 IV Line 등의 투약 경로를 확보한 상태에서 환자에게 치료 약물 등을 주입하고자 할 때 사용하는 needleless syringe와 연결하여 사용하는 connector로, 중심정맥내 카테터를 유치한 경우 72시간마다 1개를 인정한다.</p> <p>(고시 제2017-198호, 2017.11.1. 시행)</p>                                                                                                                                                                       | <p>Needleless Connector는 IV Line 등의 투약 경로를 확보한 상태에서 환자에게 치료 약물 등을 주입하고자 할 때 사용하는 needleless syringe와 연결하여 사용하는 connector로, 중심정맥내카테터<sup>1)</sup>를 유치한 경우 72시간마다 1개를 인정한다.</p> <p>&lt;용어설명&gt;<br/>1) 중심정맥내 카테터: 약제 투여 및 혈액 채취를 위해 장기간 정맥 혈관을 안전하게 확보할 필요가 있을 때 주로 사용되어지는 혈관이 중심정맥으로, 주로 사용되는 중심정맥으로는 쇄골하정맥과 경정맥임. 이 부위(중심정맥, Central Venous Line)에 중심정맥카테터(Central Vein Catheter)를 삽입하게 됨.</p>               |
| 39 | 1회용 수술용 방호 후드<br>급여기준        | <p>1. 1회용 수술용 방호 후드는 수술 시 혈액, 골 조직 파편 등의 오염 물질로부터 보호하기 위해 사용하는 치료재료로, 다음의 경우에 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 혈액매개감염병 환자(「혈액관리법 시행규칙」 [별표 1의2]에 의한 혈액매개감염병 환자)의 수술</li> <li>2) 자71 인공관절치환술, 자71-1 인공관절재치환술</li> <li>3) 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 권역외상센터, 전문응급의료센터에서 중증응급환자 또는 중증응급 의심환자가 응급실</li> </ol> | <p>1. 1회용 수술용 방호 후드는 수술 시 혈액, 골 조직 파편 등의 오염 물질로부터 보호하기 위해 사용하는 치료재료로, 다음의 경우에 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 혈액매개감염병 환자(「혈액관리법 시행규칙」 [별표 1의2]<sup>1)</sup>에 의한 혈액매개감염병 환자)의 수술</li> <li>2) 자71 인공관절치환술, 자71-1 인공관절재치환술</li> <li>3) 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 권역외상센터, 전문응급의료센터에서 중증응급환자 또는 중증응급 의심환자가 응급실</li> </ol> |

| 연번 | 제 목                              | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                      | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                  | <p>내원 후 24시간 이내 수술을 하는 경우</p> <p>나. 인정개수: 수술 참여 인원에 따라 수술 당 최대 4개 이내의 실사용량을 인정함</p> <p>2. 상기 적응증 수술 시 Face shield와 1회용 수술용 방호 후드를 동시에 사용하는 경우 종류에 관계없이 합산하여 수술 당 최대 4개 이내 실사용량을 인정함.</p> <p>(고시 제2017-198호, 2017.11.1. 시행)</p> | <p>내원 후 24시간 이내 수술을 하는 경우</p> <p>나. 인정개수: 수술 참여 인원에 따라 수술 당 최대 4개 이내의 실제 사용량을 인정함</p> <p>2. 상기 적응증 수술 시 Face shield<sup>2)</sup>와 1회용 수술용 방호 후드를 동시에 사용하는 경우 종류에 관계없이 합산하여 수술 당 최대 4개 이내로 실제 사용한 재료비용을 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 「혈액관리법 시행규칙」 [별표 1의2]에 의한 혈액매개감염병 환자 : 채혈금지대상자로 만성 B형간염, C형간염, 후천성면역결핍증, 바베스열원충증, 샤가스병 또는 크로이츠펔트-야콥병 등 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조에 따른 감염병 중 보건복지부장관이 지정하는 혈액 매개 감염병의 환자, 의사환자, 병원체보유자</p> <p>2) Face Shield: 환자 혈액 등의 오염으로부터 입, 코, 눈 점막 등 얼굴 전체를 보호할 수 있는 제품</p> |
| 40 | Saline prefilled syringe<br>급여기준 | <p>Saline prefilled syringe는 생리식염수가 채워진 주사기 형태로 혈관 접속용 기구 내강을 세척하여 원래의 상태를 유지하기 위해 사용하는 치료재료로, 다음의 경우에 인정함.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 적응증: 중환자실에 입원 중인 중심정맥내 카테터 유치 환자</p> <p>나. 인정개수: 1일당 최대 4개 이내의 실사용량 인정</p>                | <p>Saline prefilled syringe는 생리식염수가 채워진 주사기 형태로 혈관 접속용 기구 내강을 세척하여 원래의 상태를 유지하기 위해 사용하는 치료재료로, 다음의 경우에 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 적응증: 중환자실에 입원 중인 중심정맥내 카테터<sup>1)</sup> 유치 환자</p> <p>나. 인정개수: 1일당 최대 4개 이내의 실사용량 인정</p>                                                                                                                                                                                                                                                                              |

| 연번 | 제 목                   | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                       | (고시 제2017-198호, 2017.11.1. 시행)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 중심정맥내 카테터 : 약제 투여 및 혈액 채취를 위해 장기간 정맥 혈관을 안전하게 확보할 필요가 있을 때 주로 사용되는 혈관이 중심정맥으로, 주로 사용되는 중심정맥으로는 쇄골하정맥과 경정맥임. 이 부위(중심정맥, Central Venous Line)에 중심정맥카테터(Central Vein Catheter)를 삽입하게 됨.</p>                                                                                                                                                                        |
| 41 | 1회용 Air Blanket류 급여기준 | <p>1. 1회용 Air Blanket류는 체온을 일정하게 유지하여 수술부위 감염 예방을 도와주는 치료재료로 다음의 경우 수술당 1개를 요양급여로 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 만 6세미만 전신마취 수술<br/> 나. 만 70세 이상 전신 및 척추마취 수술<br/> 다. 장기이식 수술<br/> 라. 심장 수술<br/> 마. 대장, 직장, 회음부 전신마취 수술</p> <p>2. 다만, 상기 '마'에 해당하는 수술은 제9장 처치 및 수술료 등 제1절 처치 및 수술료 중 아래의 분류에 포함되는 수술에 대하여, 3시간 이상 장시간 수술한 경우 인정함.</p> | <p>1. 1회용 Air Blanket류는 체온을 일정하게 유지하여 수술부위 감염 예방을 도와주는 치료재료로 다음의 경우 수술당 1개의 재료비용을 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 만 6세미만 전신마취 수술<br/> 나. 만 70세 이상 전신 및 척추마취<sup>1)</sup> 수술<br/> 다. 장기이식 수술<br/> 라. 심장 수술<br/> 마. 대장, 직장, 회음부 전신마취 수술</p> <p>2. 다만, 상기 '마'에 해당하는 수술은 제9장 처치 및 수술료 등 제1절 처치 및 수술료 중 아래의 분류에 포함되는 수술에 대하여, 3시간 이상 장시간 수술한 경우 인정함.</p> |

| 연번 | 제 목            | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                                                              | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                | 가. [장·장간막·허니아]<br>나. [직장 및 항문] 중 대장 및 직장 수술<br>다. [남성생식기]<br>라. [여성생식기, 임신과 분만] 중 임신과 분만을 제외한 회음부 수술<br><br>(고시 제2017-198호, 2017.11.1. 시행)                                                                                                                             | 가. [장·장간막·허니아 <sup>2)</sup> ]<br>나. [직장 및 항문] 중 대장 및 직장 수술<br>다. [남성생식기]<br>라. [여성생식기, 임신과 분만] 중 임신과 분만을 제외한 회음부 수술<br><br><용어설명><br>1) 척추마취: 3-4번, 4-5번 요추 사이에 얇은 바늘을 삽입하여 척수지주막* 아래의 공간에 마취제를 주입함. 단시간의 복부 수술이나 하지수술에 많이 쓰임.<br>*지주막: 척수를 둘러싸고 있는 3개의 막 중 하나. 바깥쪽부터 경질막, 지주막, 연질막으로 부르며, 뇌를 싸고있는 막과 연결되어 있음.<br>2) 허니아: 탈장. 장기가 제자리에 있지 않고 다른 장거나 조직을 통해 빠져 나오거나 돌출되는 현상. |
| 42 | 안전정맥내 유치침 급여기준 | 1. 안전정맥내유치침은 사용 후 주사침이 안으로 당겨 들어가거나, 안전캡으로 감싸지는 등의 안전 설계가 되어 재사용 및 의료진의 주사침 찔림 사고로 환자들에게 2차 감염이 되는 것을 예방하는 점을 감안하여 ‘마-5’, ‘마-15 다. 정맥내 점적주사[1병 또는 포장단위당] 시 다음의 경우에 감염예방 관리를 위하여 사용한 경우 요양급여함.<br><br>- 다 음 -<br>가. 혈액매개감염병 환자(혈액관리법 시행규칙 별표1의 2에 의한 혈액매개감염병 환자) 및 의심환자 | 1. 안전정맥내유치침은 사용 후 주사침이 안으로 당겨 들어가거나, 안전캡으로 감싸지는 등의 안전 설계가 되어 재사용 및 의료진의 주사침 찔림 사고로 환자들에게 2차 감염이 되는 것을 예방하는 점을 감안하여 ‘마-5’, ‘마-15 다. 정맥내 점적주사[1병 또는 포장단위당] 시 다음의 경우에 감염예방 관리를 위하여 사용한 경우 요양급여함.<br><br>- 다 음 -<br>가. 혈액매개감염병 환자 <sup>2)</sup> (혈액관리법 시행규칙 별표1의 2에 의한 혈액매개감염병 환자) 및 의심환자<br>나. 응급실 내원 환자                                                                       |

| 연번 | 제 목 | 세부사항 고시원문                                                                                                                                              | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>나. 응급실 내원 환자</p> <p>다. 중환자실 입원 환자</p> <p>2. 상기 1항의 적응증 이외 사용한 안전정맥내유치침은 상대가치점수 5.42점을 보상하는 정맥내유치침과 동일하게 산정함.</p> <p>(고시 제2018-213호, 2018.9.27.)</p> | <p>다. 중환자실 입원 환자</p> <p>2. 상기 1항의 적응증 이외 사용한 안전정맥내유치침은 상대가치점수 5.42점을 보상하는 정맥내유치침의 인정기준<sup>2)</sup>과 동일한 기준을 적용하여 그 재료비용을 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 혈액매개감염병 환자 :</p> <p>「혈액관리법 시행규칙」 [별표 1의2]에 의한 혈액매개감염병 환자는 채혈금지대상자로 만성 B형간염, C형간염, 후천성면역결핍증, 바베스열원충증, 샤가스병 또는 크로이츠펔트-야콥병 등 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조에 따른 감염병 중 보건복지부장관이 지정하는 혈액 매개 감염병의 환자, 의사환자, 병원체보유자</p> <p>2) 정맥내 유지침의 인정기준:</p> <p>주사시 사용된 주사재료비용 및 수혈시 사용된 재료비용은 관련된 행위비용에 재료비용이 포함되어 별도로 비용청구를 할 수 없으나, 다음의 관련 주사행위에 사용된 정맥내 유지침의 경우는 상대가치점수 5.42점에 해당되는 비용을 요양기관에서 청구할 수 있음</p> <p>- 다 음 -</p> <p>㉠ 정맥내 점적주사(마-5)</p> <p>㉡ 항암제 정맥내 점적주사(마-15-다)</p> <p>㉢ 급여기준 「정맥내주사로 확보(Keep Vein open)시 진료수가 산정방법(고시 제2000-73호)」에 의거하여 환자 치료상 수액제 주입 없이 정맥으로 하루에 여러 번 주사약물을 투여해야하는 경우 일정기간 동안 정맥주사로 확보하기위하여 정맥내유치침을 사용한 경우</p> |

| 연번 | 제 목                                | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 43 | 안전주사침,<br>안전주사기 및<br>안전나비침<br>급여기준 | <p>1. 안전주사침, 안전주사기 및 안전나비침은 채혈 또는 약물 주입 후 주사침이 안으로 당겨 들어가거나, 안전캡으로 감싸지는 등의 안전 설계가 되어 있어 주사침 자상 및 재사용을 예방하는 치료재료로, 다음의 경우에 요양급여함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>1) 혈액매개감염병 환자(혈액관리법 시행규칙 별표1의 2에 의한 혈액매개감염병 환자) 및 의심환자</p> <p>2) 응급실 내원 환자</p> <p>3) 중환자실 입원 환자</p> <p>나. 인정개수</p> <p>1) 주사 시 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제5장 제1절 주사료의 산정횟수와 동일하게 인정. 단, 수액제 주입로를 통한 주사(KK054)는 제외함.</p> <p>2) 채혈 시 안전주사침, 안전주사기, 안전나비침 중 1개 택하여 1일 2개</p> <p>2. 상기 1항의 적응증 및 인정개수를 초과하여 사용한 경우에는 그 비용을 별도산정 할 수 없음</p> <p>(고시 제2018-213호, 2018.10.1. 시행)</p> | <p>1. 안전주사침, 안전주사기 및 안전나비침은 채혈 또는 약물 주입 후 주사침이 안으로 당겨 들어가거나, 안전캡으로 감싸지는 등의 안전 설계가 되어 있어 주사침 자상 및 재사용을 예방하는 치료재료로, 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>1) 혈액매개감염병 환자<sup>1)</sup>(혈액관리법 시행규칙 별표1의 2에 의한 혈액매개감염병 환자) 및 의심환자</p> <p>2) 응급실 내원 환자</p> <p>3) 중환자실 입원 환자</p> <p>나. 인정개수</p> <p>1) 주사 시 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제5장 제1절 주사료의 산정횟수와 동일하게 인정. 단, 수액제 주입로를 통한 주사(KK054)는 제외함.</p> <p>2) 채혈 시 안전주사침, 안전주사기, 안전나비침 중 1개 택하여 1일 2개</p> <p>2. 상기 1항의 적응증 및 인정개수를 초과하여 사용한 경우에는 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> |

| 연번 | 제 목                                       | 세부사항 고시원문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1) 혈액매개감염병 환자 : 「혈액관리법 시행규칙」 [별표 1의2]에 의한 혈액매개감염병 환자는 채혈금지대상자로 만성 B형간염, C형간염, 후천성면역결핍증, 바베스열원충증, 샤가스병 또는 크로이츠펔트-야콥병 등 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조에 따른 감염병 중 보건복지부장관이 지정하는 혈액 매개 감염병의 환자, 의사환자, 병원체보유자                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 44 | 정밀 지속적 점적주입 시 사용하는 치료재료(수액유량 조절세트 등) 급여기준 | <p>정맥내 점적주사 시 약제의 정밀 주입을 목적으로 사용한 치료재료(수액유량조절세트, 정밀 점적주사용 catheter, 실린더식 주입 펌프용 카트리지는)는 별도로 청구할 수 있으며, 급여기준은 다음과 같음</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 수액유량조절세트</p> <p>1) 급여대상</p> <p>가) 8세 미만 소아</p> <p>나) 약제 투여용량의 정확성이 요구되는 항암제 투여환자 또는 중증·응급환자</p> <p>다) 유도분만을 위한 옥시토신 또는 조산방지를 위한 자궁수축억제제 주입 시</p> <p>라) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조 중증질환자 산정특례 1)대상</p> <p>나. 정밀 점적주사용 catheter, 실린더식 주입 펌프용 카트리지는 상기 가. 1)의 급여대상 중 약물주입속도가 5ml/h 미만인 경우에 요양급여를 인정함. 다만, 5ml/h 이상의 속도로 약물을 주입하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을</p> | <p>정맥내 점적주사<sup>1)</sup> 시 약제의 정밀 주입을 목적으로 사용한 치료재료(수액유량조절세트, 정밀 점적주사용 catheter, 실린더식 주입 펌프용 카트리지는)는 별도로 청구할 수 있으며, 급여기준은 다음과 같음</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 수액유량조절세트</p> <p>1) 급여대상</p> <p>가) 8세 미만 소아</p> <p>나) 약제 투여용량의 정확성이 요구되는 항암제 투여환자 또는 중증·응급환자</p> <p>다) 유도분만을 위한 옥시토신 또는 조산방지를 위한 자궁수축억제제 주입 시</p> <p>라) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조 중증질환자 산정특례 2)대상</p> <p>나. 정밀 점적주사용 catheter, 실린더식 주입 펌프용 카트리지는 상기 가. 1)의 급여대상 중 약물주입속도가 5ml/h 미만인 경우에 요양급여를 인정함. 다만, 5ml/h 이상의 속도로 약물을 주입하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>3)</sup>에 따라 본인부담률을</p> |

| 연번 | 제 목                           | 세부사항 고시원문                                                                                                 | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                               | 80%로 적용함.<br>(고시 제2019-166호, '19.8.1. 시행)                                                                 | 80% <sup>4)</sup> 로 적용함.<br><br><용어설명><br>1) 점적주사: 정맥을 통해 많은 양의 약물을 오랜시간에 걸쳐 한 방울씩 투입하는 주사<br>2) 중증질환자 산정특례제도: 진료비부담이 큰 질병(암, 뇌혈관질환, 희귀난치질환 등)으로 고생하는 국민의 경제적 부담을 덜고자 만든 제도로, 현재 환자 본인이 부담하는 진료비를 경감해주는 본인일부 부담금 산정특례제도로 운영 중.<br>3) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 :<br>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정<br>* 선별급여: 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함<br>4) 재료비용의 80%를 환자가 부담: 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담 |
| 45 | MINI VOLUME EXTENSION<br>급여기준 | MINI VOLUME EXTENSION은 약제 투여 시 필요한 수액의 양을 줄여 수액 과다 공급을 예방하는 목적으로 사용하는 치료 재료로, 신생아중환자실 또는 신생아실에 입원 중인 환아에게 | 신생아에게 약제투여 시 필요한 수액의 양을 줄여 수액 과다 공급을 예방하는 목적으로 사용하는 치료재료 MINI VOLUME EXTENSION은 신생아중환자실 또는 신생아실에 입원 중인 환아에게 '마5 정맥내 점적                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| 연번 | 제 목 | 세부사항 고시원문                                                                                        | 첩 게 풀 어 쓰 기                                           |
|----|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|    |     | <p>‘마5 정맥내 점적주사’ 또는 ‘마15-다 정맥내 점적주사’에 사용한 경우 요양급여로 인정함.</p> <p>(고시 제2019-207호, ‘19.10.1. 시행)</p> | <p>주사’ 또는 ‘마15-다 정맥내 점적주사’에 사용한 경우 재료비용을 청구할 수 있음</p> |

## ■ 2. 검사료 ■



| 연번 | 제 목                                                                                   | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                | 검 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 나803-1<br>골수압력측정<br>검사의 적응증<br>및 재료대<br>별도 산정 여부                                      | <p>골수압력 측정검사는 무혈성괴사, 골성관절염, 골절 등 골의 혈행 장애나 골수압력이 증가된 경우에 실시하며, 동 검사에 사용되는 주사기, 포리그래프용지, 골수천자침, 3-Way Stopcock등의 재료대는 소정 검사료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p>                                | <p>골수압력 측정검사는 무혈성괴사, 골성관절염, 골절 등으로 골의 혈행장애<sup>1)</sup>나 골수압력이 증가된 경우에 실시하며, 동 검사에 사용되는 주사기, 포리그래프용지, 골수천자침<sup>2)</sup>, 3-Way Stopcock<sup>3)</sup>등의 재료비용은 검사 행위비용에 포함되므로 요양기관에서 별도로 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 혈행장애: 동맥과 정맥, 모세혈관의 혈액의 흐름에 생기는 장애</p> <p>2) 골수천자침: 골수액을 뽑아 골수검사를 하기위해 흉골이나 장골(대퇴골) 부위에 삽입하는 천자침</p> <p>3) 3-Way Stopcock: 수액 및 약물 주입방향 조절용 밸브</p>                                                   |
| 2  | 누581마<br>일반배양-배양,<br>동정 및<br>약제감수성 시<br>사용된 Brush<br>Protected<br>Catheter 별도<br>산정여부 | <p>Brush Protected Catheter가 중증폐렴의 원인균 검사를 위하여는 보다 좋은 진료재료이기는 하나 누581마 일반배양-배양, 동정 및 약제감수성은 검체 채취부위별 난이도 및 소모품 등을 감안하여 정한 것인바, 동 재료는 구강, 기도, 호흡기검체 소정 검사료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2017-265호, 2018.1.1. 시행)</p> | <p>"Brush Protected Catheter"는 중증폐렴의 원인균 검사를 위하여 보다 좋은 진료재료이기는 하나, 구강, 기도, 호흡기검체의 검사 행위비용(누581마)에 포함되므로 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.</p> <p>* (참조) 누581마 일반배양-배양, 동정 및 약제감수성<sup>1)</sup>:<br/>검체 채취부위별 난이도 및 소모품 등을 고려하여 검사비용을 정함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 배양, 동정, 약제감수성 검사:<br/>세균검사를 위해 검체물(예:가래)을 배양용기에 담아 세균을 번식시킨 후(배양), 세균의 종류와 특성을 파악하고(동정), 특정한 약제(항생제 또는 항균제 등)에 세균이 반응하여 세균의 번식을 막을 수 있는 효과적인 약제를 선택하기 위한 검사(약제감수성)</p> |

| 연번 | 제 목                           | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3  | 내시경하 호흡기 점막세포 채취용 치료재료의 급여 기준 | <p>기관지 내시경하 호흡기 점막세포 채취용 치료재료인 “Cytology Brush”는 나759가 기본기관지경검사시 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 기관지경 도달이 어려운 폐 말단부위에 병변이 있는 경우<br/> 나. 기관지내에 병변이 관찰되나 다른 검체 채취방법(조직검사 및 기관지세척술 등)만으로는 검체가 충분하지 않다고 판단될 경우</p> <p>(고시 제2017-91호, 2017.6.1. 시행)</p> | <p>기관지 내시경하 호흡기 점막<sup>1)</sup>세포 채취용 치료재료인 “Cytology Brush”는 나759가 기본기관지경검사<sup>2)</sup>시 다음의 경우에 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 기관지경 도달이 어려운 폐 말단부위에 병변이 있는 경우<br/> 나. 기관지내에 병변이 관찰되나 다른 검체 채취방법(조직검사 및 기관지세척술 등)만으로는 검체가 충분하지 않다고 판단될 경우</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 점막: 외부와 직접 맞닿아있는 호흡기관, 소화기관, 비뇨생식기관의 내벽을 이루는 부드러운 조직<br/> 2) 기관지경검사: 코나 입을 통하여 기관지 내시경을 삽입하고 기도 및 기관지 질병의 정도를 확인함</p> |
| 4  | “Biopsy Punch”의 요양급여 대상여부     | <p>“Biopsy Punch”는 피부생검이나 피부양성종양 적출술시 사용하는 천공기로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2002-80호, 2003.1.1. 시행)</p>                                                                                                                                                                          | <p>“Biopsy Punch”는 피부생검<sup>1)</sup>이나 피부양성종양 적출술시 사용하는 천공기<sup>2)</sup>로 관련된 진료 행위비용에 재료비용이 포함되어 있어 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 피부생검 : 피부질환을 진단하기 위해 피부조직의 일부를 메스·바늘 등으로 채취하는 것<br/> 2) 천공기 : 피부조직의 채취를 위해 사용하는 기구</p>                                                                                                                                                                                           |

| 연번 | 제 목                                                                            | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                            | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5  | 나712나<br>비점막유발시험<br>(Nasal<br>Provocation<br>Test) 시 사용된<br>항원시약 등의<br>별도 산정여부 | <p>통년성(perennial) 알레르기성 비염(allergic rhinitis)환자의 진단 및 병의 정도를 파악하기 위하여 항원을 직접 비강 내에 접촉시킨 후 반응이 나타나는 것을 확인하는 나712나 비점막유발시험(Nasal Provocation Test)에 사용된 항원시약, Plotter Paper, Plotter Pen 등은 관련 행위의 소정점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>계절과 상관없이 일년내내 증상이 지속되는 통년성(perennial) 알레르기성 비염(allergic rhinitis)환자의 진단 및 병의 정도를 파악하기 위하여 항원<sup>1)</sup>을 직접 비강<sup>2)</sup>내에 접촉시킨 후 반응이 나타나는 것을 확인하는 비점막 유발시험<sup>3)</sup>(Nasal Provocation Test)에 사용된 항원시약<sup>4)</sup>, "Plotter Paper, Plotter Pen 등"은 검사 행위비용에 재료비용이 포함되어 있어 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 항원: 인체내에서 면역반응을 일으키는 물질</p> <p>2) 비강: 코 안의 빈 공간</p> <p>3) 비점막 유발시험검사: 알레르기성비염이 있는 경우 특이항원물질을 코안의 점막에 뿌려서 자극시킨 후 코에 알레르기 증상 여부를 관찰하는 검사</p> <p>4) 시약: 화학적인 각종 시험, 검사 등에 사용되는 화학물질로 흔히 화학약품을 말함.</p> |
| 6  | 방사면역측정법<br>(Radio Immune<br>Assay)검사시<br>사용되는<br>동위원소의<br>진료용 재료대<br>산정방법      | <p>방사면역법(RIA) 측정시 진료용 재료대로 별도 산정해 왔던 방사성 동위원소는 효소면역검사(EIA)의 경우와 마찬가지로 재료대를 소정 검사료에 포함되므로 별도 산정할 수 없으며, [핵의학적 기능검사]와[핵의학영상진단]에 소요된 동위원소는 별도 산정할 수 있음.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p>                                                                       | <p>방사면역법(RIA)<sup>1)</sup> 측정 시 사용된 방사성 동위원소는 효소면역검사(EIA)<sup>2)</sup>의 경우와 마찬가지로 검사 행위비용에 동위원소 비용이 포함되어 있어 요양기관에서 별도로 동위원소 비용을 청구할 수 없으나, [핵의학적 기능검사]와 [핵의학영상진단]에 소요된 동위원소는 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 방사면역법(Radioimmunoassay, RIA) : 방사성 동위원소를 추적자로 사용하여 혈액 내에 측정하고자 하는 물질과 이에 대한 면역학적</p>                                                                                                                                                                                                                          |

| 연번 | 제 목                                                  | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                              | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      | <p>특이 결합반응을 이용하여 물질의 농도를 측정하는 검사</p> <p>2) 효소면역검사(Enzyme immunoassay, EIA) : 항원이나 항체에 효소를 표지하여 효소의 활성 정도를 측정하여 항원-항체 반응의 강도와 양을 정량적으로 측정하는 검사</p>                                                                                                                             |
| 7  | Co Set 또는 Sensor Housing 등을 이용한 심박출량 측정시 재료대 별도 산정여부 | <p>심박출량 측정시 심장에 주입하는 Cold Saline 온도측정에는 일반적으로 수온계를 사용하여 측정하므로, 2~3회 사용 가능한 (원래 1회용임) Co Set 또는 Sensor Housing을 사용하더라도 그 비용을 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p>                                                     | <p>심박출량 측정<sup>1)</sup>시 심장에 주입하는 Cold Saline(차가운 식염수)의 온도는 일반적으로 수온계를 사용하여 측정하므로, 원래는 1회용 제품이긴 하나, 2~3회 사용이 가능한 Co Set 또는 Sensor Housing을 사용하더라도 요양기관에서 그 재료비용을 별도로 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 심박출량 측정: 1분 동안 심장의 심실에서 뿜어져 나오는 혈액의 양을 측정하는 검사</p>               |
| 8  | 심박천자시 사용한 Femoral Catheter 인정여부                      | <p>심박천자시 사용하는 Femoral Catheter의 재료비용을 별도 인정할 것인지에 대하여 검토한 결과, 심박천자 배액시에는 Femoral Catheter 외에 소정 수기로에 포함시켜 별도 산정하지 않는 Medicut 또는 Vinca Needle 등 저렴한 재료를 사용하여도 소기의 목적을 달성할 수 있으므로 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p> | <p>심박천자<sup>1)</sup>시 배액목적으로 사용되는 Medicut 또는 Vinca Needle 등의 재료비용이 관련된 진료행위비용에 포함되어 있어 별도의 재료비용을 청구하지 않으므로, 동일목적으로 "Femoral Catheter"를 사용하더라도 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 심박천자: 심장막 공간에 체액의 비정상적인 증가로 심장의 압박이 있는 경우 외심막에 바늘을 삽입하여 체액을 제거하는 것</p> |
| 9  | 심도자 검사시                                              | <p>심장카테타법에 의한 순환기능검사인 심도자검사는 심방(실)의 내압</p>                                                                                                                                                                                           | <p>심장카테타법에 의한 순환기능검사인 심도자검사<sup>1)</sup>는 심방(실)의 내압</p>                                                                                                                                                                                                                       |

| 연번 | 제 목                                                           | 고 시 원 문                                                                                                                                                                | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | 사용된 Recording Paper 별도 산정 여부                                  | 측정 및 심장질환의 진단목적에 주로 실시되는 검사인바 동 검사시 사용되는 Recording Paper는 소정 검사료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.<br><br>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)                                               | 측정 및 심장질환의 진단목적에 주로 실시되는 검사이므로, 동 검사시 사용되는 "Recording Paper" 비용은 검사행위비용에 포함되어 있어 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 없음.<br><br><용어설명><br>1) 심도자검사: 서혜부의 혈관(대퇴정맥)을 통해 심장까지 가는 카테터를 삽입하여 심장과 주변 대혈관의 압력과 산소함량을 측정하고 조영제를 주사하여 심장과 혈관의 형태를 촬영하는 침습적인 검사                                                                                                                                     |
| 10 | "Brockenbrough Needle" 등 중격경유침(Transseptal Needle)의 요양급여 대상여부 | "Brockenbrough Needle" 등 중격경유침(Transseptal Needle)은 심 중격을 천자하는 침으로 '심방중격천자를 통한 좌심실도자술'시 일련의 과정에 사용하는 재료로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음.<br><br>(고시 제2002-80호, 2003.1.1. 시행) | "Brockenbrough Needle" 등 중격경유바늘(Transseptal Needle)은 심중격을 천자하는 바늘로 '심방중격천자 <sup>1)</sup> 를 통한 좌심실도자술 <sup>2)</sup> '을 시행하는 과정에 사용하는 재료로 진료 행위비용에 재료비용이 포함되어 있어 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 없음.<br><br><용어설명><br>1) 심방중격천자: 심방중격(좌우 심방을 나누고 있는 격벽)을 천자용 바늘로 찢어 구멍을 내는 것<br>2) 좌심실도자술:<br>오른쪽 대퇴정맥에 카테터(cahteter)를 삽입하여 우심방에 도달하면 심방중격천자를 통해 좌심방, 좌심실까지 카테터를 삽입하고 압력과 산소함량을 측정하는 검사 |
| 11 | 신장·비뇨기과                                                       | 요역동학검사 및 신우내압측정검사 등에서 압력 측정 목적으로                                                                                                                                       | 요역동학검사 및 신우내압측정검사 등에서 압력 측정 목적으로 사용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| 연번 | 제 목                               | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                    | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | 압력 측정용 CATHETER (2Way, 3Way) 급여기준 | <p>사용되는 신장·비뇨기와 압력 측정용 CATHETER(UDS Catheter 등)는 진단 시 필수적인 치료재료인 점 등을 감안하여 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 나656 요역동학검사<br/> 나. 나656-1 방광내압측정<br/> 다. 나656-2 신우내압측정검사<br/> 라. 너-751 요도내압측정</p> <p>(고시 제2017-118호, 2017.7.1. 시행)</p> | <p>되는 "신장·비뇨기와 압력 측정용 CATHETER(UDS Catheter 등)"는 진단시 필수적인 치료재료인 점을 고려하여 다음의 경우에 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 요역동학검사<sup>1)</sup>[X-Ray포함](나656)<br/> 나. 방광내압측정<sup>2)</sup>(나656-1)<br/> 다. 신우내압측정검사<sup>3)</sup>(나656-2)<br/> 라. 요도내압측정<sup>4)</sup>(너751)</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 요역동학검사 : 소변이 방광에서 요도를 거쳐 배뇨되는 과정 중 방광 및 요도의 내부압력, 배뇨속도, 요 누출압력, 근전도 등을 검사하여 방광 및 요도의 기능을 검사하는 것</p> <p>2) 방광내압측정 : 방광내압은 방광이 비었을 때부터 측정하여 방광이 소변으로 차 있을 때와 배뇨시의 방광 내 압력을 측정하는 검사</p> <p>3) 신우내압측정검사 : 요관* 부위의 폐색을 진단하기 위해 경피적 신루(피부를 통해 신장에 삽입하는 가는 관)를 통해 신우** 내의 압력을 측정하는 검사</p> <p>* 요관(Ureter) : 콩팥에서 만들어진 소변을 콩팥갈때기를 거쳐 방광까지 운반해주는 가늘고 긴 관</p> <p>** 신우(콩팥갈때기) : 요관으로 소변이 흐르기 전에 소변이 일시적으로 모이는 갈때기 모양의 콩팥(신장) 내부 구조물</p> <p>4) 요도내압측정 : 방광까지의 압력을 측정하기 위한 관을 삽입한 후 서서히 꺼내면서 내 요도구로부터 괄약근 말단부까지 요도 압력을</p> |

| 연번 | 제 목                                              | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                               | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 측정하는 검사                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 12 | 전기과우도검사<br>(Electrocochleo-<br>graphy)의 급여<br>여부 | <p>음자극에 따른 와우활동전압의 전기적 반응을 기록함으로써 청력 상태의 정도와 유형을 관찰하는 전기과우도 검사는 메니에르병(Meniere's disease)의 진단에 유용한 검사로 판단되어 급여대상으로 함.</p> <p>이때 글리세롤(glycerol) 약제 투여 전.후에 동 검사를 반복 실시할 때에도 1회 검사료만을 산정하며, 전극(electrode) 등의 소요재료 비용은 동 검사료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>소리자극에 따른 와우 활동전압의 전기적 반응을 기록함으로써 청력 상태의 정도와 유형을 관찰하는 "전기과우도 검사<sup>1)</sup>"는 Meniere's Disease(메니에르병)<sup>2)</sup>의 진단에 유용한 검사로, 검사비용을 인정하나, Glycerol 약제 투여 전후에 동 검사를 반복 실시할 때에도 1회 검사료만을 인정하며 이 때 사용한 "전극(Electrode) 등의 재료비용"은 동 검사비용에 포함되므로 요양기관에서 별도로 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 전기과우도 검사 : 고막 안에 전극을 붙이고 헤드폰으로 소리를 들려준 후, 소리자극에 따른 와우(달팽이관)의 전기적 반응을 기록하는 방법</p> <p>2) Meniere's Disease(메니에르병) : 내이*에 발생하는 질환으로 난청, 현기증, 이명(귀울림)의 3대 증상을 특징으로 하는 질환</p> <p>* 내이: 귀는 외이, 중이, 내이로 구성되어 있음. 내이는 귀의 가장 안쪽에 있으며 달팽이관, 전정, 세 개의 반고리관으로 구성되어 있어 몸의 평형기능과 듣기를 담당하고 있음.</p> |
| 13 | Hepcon System A-10기기에 사용되는 Cartridge의 별도 산정여부    | Hepcon System A-10기기에 사용되는 Cartridge는 자189 인공심폐순환의 소정 행위수가에 포함되는 ACT검사(심장 수술시 심폐기작동전 혈액으로 항응고 능력 회복 여부를 알기 위하여 실시하는 검사)시 사용되는 Hemochron tube 와 유사한 치료재료이므로 그 비용은 별도 산정할 수 없음.                                                                                                         | "Hepcon System A-10기기에 사용되는 카트리지(Cartridge)"는 인공심폐순환(자189) 진료 행위비용에 포함되는 ACT검사 <sup>1)</sup> 시 사용되는 Hemochron tube 와 유사한 치료재료이므로 그 비용은 요양기관에서 별도로 청구할 수 없음.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

| 연번 | 제 목                                                             | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                      | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                 | (고시 제2003-83호, 2004.1.1. 시행)                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) ACT(Activated Coagulation Time)검사 : 심장 수술시 심폐기 작동 전 혈액으로 항응고 능력 회복 여부를 알기 위하여 실시하는 검사</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 14 | 24시간 홀터 기록(Holter Monitoring) 시 사용하는 치료재료(Memory Card) 비용의 산정방법 | <p>24시간 홀터 기록(Holter Monitoring) 시 recording tape와 동일한 기능을 하는 Holter Monitoring Memory Card는 심전도를 디지털방식으로 기록하여 데이터 입력시간 및 분석 소요시간이 짧아 보다 신속·정확하게 검사 결과를 얻을 수 있는 장점이 있으므로, 24시간 홀터 기록 시 1일당 메모리카드 사용 비용으로 12,000원(코드 N0011001)을 산정함.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>24시간 홀터 기록<sup>1)</sup>(Holter Monitoring)시 recording tape(녹음테이프)와 동일한 기능을 하는 '메모리카드(Memory Card)'는 심전도를 디지털방식으로 기록하여 데이터 입력시간 및 분석 소요시간이 짧아 보다 신속·정확하게 검사 결과를 얻을 수 있는 장점이 있으므로, Holter Monitoring시 1일당 메모리카드 사용 비용으로 12,000원(코드 N0011001)을 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 24시간 홀터 기록: 일상생활, 운동, 수면 중의 심전도(심장의 전기적 활동) 변화의 관찰이나 부정맥, 협심증 발작 등의 심전도 변화를 포착하기 위하여 24시간 내내 심전도를 기록하는 검사</p> |
| 15 | 나601 호흡기능 검사 시 사용된 일회용 Mouth Piece의 별도 산정여부                     | <p>나601 호흡기능검사 시 사용된 일회용 mouth piece는 소정검사료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p>                                                                                                                                                                     | <p>호흡기능검사 시 사용된 "일회용 mouth piece"는 검사비용에 포함되어있으므로 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 없음.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 16 | 안기능검사시 사용된 Color                                                | <p>디지털장비를 이용한 안기능검사는 기존의 아날로그장비에서 사용하는 폴라로이드 필름이 아닌 Color Printer Paper를 사용하여 실시</p>                                                                                                                                                                                         | <p>디지털장비를 이용한 안기능검사<sup>1)</sup>는 기존의 아날로그장비에서 사용하는 폴라로이드 필름이 아닌 Color Printer Paper(컬러 프린터 용지)를</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| 연번 | 제 목                                                                             | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | Printer Paper의<br>요양급여 대상<br>여부                                                 | 간으로 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.<br><br>(고시 제2003-83호, 2004.1.1. 시행)                                                                                                              | 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 Paper 비용은 요양기관에서 별도로 청구할 수 있음.<br><br><용어설명><br>1) 안기능검사: 시력 검사법, 시야 검사법과 색각 검사법을 비롯하여 눈 운동 검사법까지 눈의 전체적인 기능을 검사하는 방법                                                                                                                                                                  |
| 17 | 스완-간즈<br>카테타법에<br>의한<br>순환기능검사 시<br>사용하는<br>Thermodilution<br>Catheter의<br>급여기준 | 스완-간즈 카테타법에 의한 순환기능 검사 시 사용하는 Thermodilution Catheter (Swan-Ganz Thermodilution Catheter 등)는 혈액학적 감시와 처치가 필요한 다음의 경우에 요양급여함.<br><br>- 다 음 -<br>가. 장기이식수술, 관상동맥수술, 개심술, 대혈관수술<br>나. 중증환자(폐동맥고혈압, 심한 폐부종, 패혈증, 급성심부전증, shock로 인한 급성신부전 발생 및 중화상 환자 등)<br><br>(고시 제2018-254호, 2019.1.1. 시행) | 스완-간즈 카테타법에 의한 순환기능 검사 <sup>1)</sup> 시 사용하는 Thermodilution Catheter (Swan-Ganz Thermodilution Catheter 등)는 혈액학적 감시와 처치가 필요한 다음의 경우에 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.<br><br>- 다 음 -<br>가. 장기이식수술, 관상동맥수술, 개심술, 대혈관수술<br>나. 중증환자(폐동맥고혈압, 심한 폐부종, 패혈증, 급성심부전증, shock로 인한 급성신부전 발생 및 중화상 환자 등)<br><br><용어설명><br>1) 스완-간즈 카테타법에 의한 순환기능검사 :<br>스완-간즈 카테타를 목 부위에 경정맥을 통해 폐동맥까지 삽입하고 심장박출량, 폐의 압력 및 산소분압 등을 측정하여 심장과 폐의 기능을 검사 |

| 연번 | 제 목                                               | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                        | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18 | 임상전기생리학적<br>검사시<br>기록저장매체인<br>Optic disc의<br>산정기준 | <p>임상전기생리학적검사시 기록저장매체인 Optic disc는 평균 저장 용량을 감안하여 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 의한 상한금액 범위내에서 실구입가의 1/5로 산정함을 원칙으로 하되, 필요시 장비, 환자 상태 등을 고려하여 실사용량으로 산정함.</p> <p>(고시 제2005-24호, 2005.4.15. 시행)</p> | <p>임상전기생리학적검사<sup>1)</sup>시 기록저장매체인 "Optic disc"는 평균 저장 용량을 고려하여 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 의한 상한금액<sup>2)</sup> 범위안에서 요양기관에서 실제 구입한 금액의 1/5 금액으로 청구함을 원칙 으로 하되, 필요시 장비, 환자 상태 등을 고려하여 실제 사용량의 재료비용을 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 임상전기생리학적검사 : 전기가 통하는 가느다란 카테터(catheter)를 대퇴부위 정맥 또는 쇄골하 정맥을 통하여 심장 안에 삽입하고 심장 내 전기적 전달 경로의 기능을 평가하는 검사</p> <p>2) 「치료재료급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 의한 상한금액 : 식품의약품안전처 허가를 받은 치료재료 중 보건복지부 장관이 위원회의 심의를 거쳐 고시한 품목리스트로서 치료재료 개별비용을 말함.</p> |
| 19 | 골수천자용<br>Needle의<br>세부 인정기준                       | <p>골수천자용 Needle은 감염방지 효과 등이 있는 점을 감안하여 나 803(골수천자) 또는 나852(골수천자생검)시 별도 인정함.</p> <p>(고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행)</p>                                                                           | <p>"골수천자용 바늘(Needle)"은 감염방지 효과 등이 있는 점을 고려하여 골수천자<sup>1)</sup>(나-803) 또는 골수천자생검<sup>2)</sup>(나-852)시 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 골수천자: 혈액이나 골수의 질환을 진단하기 위하여 골반부위 장 골에 흡입바늘을 삽입하여 골수액을 채취하는 방법</p> <p>2) 골수천자생검: 혈액이나 골수의 질환을 진단하기 위하여 골반부위 장골에 생검용 바늘을 삽입하여 골수액을 흡인하고 골수 조직을 채취하는 방법</p>                                                                                                                                                                 |

| 연번 | 제 목                             | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20 | 마7 골수내주사 시 사용하는 치료재료의 급여 기준     | <p>마7 골수내주사(Intraosseous Injection) 시 사용하는 골수내 주사용 치료재료(EZ-IO)는 정맥 내 약물투여가 불가능하거나 어려운 응급 상황에서 약물을 투여하는데 유용한 치료재료로 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 성인 심정지 환자에서 말초혈관확보를 1회 이상 시도하였으나 실패한 경우<br/> 나. 소아(만8세미만) 심정지 환자<br/> 다. 소아(만8세미만) 중증 탈수, 쇼크 환자로 말초혈관확보를 1회 이상 시도하였으나 실패한 경우</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>골수 안에 주사 시 사용하는 골수내 주사용 치료재료 "EZ-IO"는 정맥내 약물투여가 불가능하거나 어려운 응급상황에서 약물을 투여하는데 유용한 치료재료로 다음과 같은 경우에 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 성인 심정지 환자에서 수액제를 주입하기 위한 말초혈관확보를 1회 이상 시도하였으나 실패한 경우<br/> 나. 소아(만8세미만) 심정지 환자<br/> 다. 소아(만8세미만) 중증 탈수, 쇼크 환자로 말초혈관확보를 1회 이상 시도하였으나 실패한 경우</p> |
| 21 | 혈중 헤모글로빈 농도 분석기(TMC)의 요양급여 대상여부 | <p>혈중 헤모글로빈 농도분석기(Tri-optic Measurement Cell, TMC)는 개심술 시 산소공급기(oxygenator)에 연결하여 수술 중 혈액의 산소포화도 및 적혈구용량비를 실시간으로 확인할 수 있는 재료로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p>                                                                                                                                                                   | <p>혈중 헤모글로빈 농도분석기(Tri-optic Measurement Cell, TMC)는 개심술 시 산소공급기(oxygenator)에 연결하여 수술 중 혈액의 산소포화도<sup>1)</sup> 및 적혈구 용량비<sup>2)</sup>를 실시간으로 확인할 수 있는 장비로 수술행위 비용에 장비비용이 포함되어 있어 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 혈액의 산소포화도 : 혈액 속의 헤모글로빈이 산소와 결합하고 있는 비율(산소농도)<br/> 2) 적혈구 용량비 : 혈액에서 차지하는 적혈구의 양(부피)</p>   |

| 연번 | 제 목                           | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22 | 1회용 호기말 이산화탄소분압 측정용 치료재료 인정기준 | <p>1회용 호기말이산화탄소분압(End-tidal CO<sub>2</sub>, ETCO<sub>2</sub>) 측정용 치료재료는 폐포환기의 적절성을 지속적으로 판별해야 하는 경우 날숨의 이산화탄소 분압을 측정하기 위해 사용하는 1회용 치료재료로 나604 호기말이산화탄소분압감시 및 바-1-다 감시하 전신마취에 환자 당 각각 1개씩 인정함.</p> <p>다만, 장기간 사용으로 교체 필요시 MICROSTREAM방식은 3일에 1개, SIDESTREAM 및 MAINSTREAM방식은 7일에 각각 1개씩 인정함.</p> <p>(고시 제2018-32호, 2018.3.1. 시행)</p> | <p>1회용 호기말이산화탄소분압(End-tidal CO<sub>2</sub>, ETCO<sub>2</sub>)<sup>1)</sup> 측정용 치료재료는 폐포<sup>2)</sup>환기의 적절성을 지속적으로 판별해야 하는 경우 날숨<sup>3)</sup>의 이산화탄소 분압을 측정하기 위해 사용하는 1회용 치료재료로 다음의 경우에 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1. 적응증<br/>가. 나604 호기말이산화탄소분압감시<br/>나. 바-1-다 감시하 전신마취</p> <p>2. 인정개수<br/>가. 상기 1의 행위에 환자 당 각각 1개.<br/>나. 상기 1의 행위에 장기간 사용으로 교체 필요시<br/>1) MICROSTREAM방식: 3일에 1개<br/>2) SIDESTREAM 및 MAINSTREAM방식: 7일에 각각 1개</p> <p>&lt;용어설명&gt;<br/>1) 호기말이산화탄소분압(End-tidal CO<sub>2</sub>, ETCO<sub>2</sub>): 환자가 내쉬는 이산화탄소 농도를 측정하여 폐질환의 중증도, 기관내 삽관의 적절성 등을 파악할 수 있음.<br/>2) 폐포: 허파 파리라고도 부르며 기관의 제일 끝부분에 위치한 포도송이 모양의 작은 공기주머니로 공기의 이동 통로가 됨.<br/>3) 날숨: 폐에 있는 공기를 내보내는 것으로 호기라고도 함.</p> |
| 23 | 골생검천자침                        | 골생검천자침은 골종양 등에서 골조직 채취 시 필요한 1회용 치료재료로                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 골생검천자침은 골종양 등에서 골조직 채취 시 필요한 1회용 치료재료로                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| 연번 | 제 목                   | 고 시 원 문                                                                                                                                                                     | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | 급여기준                  | 골생검천자침관통세트(PENETRATION SET), 채취세트(BIOPSY SET)를 나858가 골생검(침생검)에 사용한 경우 각 1개씩 요양급여로 인정함<br><br>(고시 제2018-156호, 2018.8.1. 시행)                                                  | 골생검천자침관통세트(PENETRATION SET), 채취세트(BIOPSY SET)를 나858가 골생검(침생검) <sup>1)</sup> 에 사용한 경우 각 1개씩 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.<br><br><용어설명><br>1) 골생검: 골종양 그밖의 병소에 대해서 시험적으로 조직을 절제해 조직학적 또는 세균학적 검사를 하는 방법. 생검의 방법에 따라 개방적 생검(open biopsy)과 폐쇄적 생검(closed biopsy)으로 구분되며 개방적 생검은 절개 생검(incisional biopsy)과 절제 생검(excisional biopsy)으로 구분되며 폐쇄적 생검은 세침흡인세포 검사(fine needle aspiration cytology) 또는 침생검(core-needle biopsy) 등이 있음 |
| 24 | 1회용 신생아전용채혈랜셋<br>급여기준 | 1회용 신생아전용채혈랜셋은 찌르는 깊이가 신생아 또는 미숙아에게 적합하며 여러번 채혈이 필요한 경우에 유용하므로, 입원중인 신생아 및 미숙아의 채혈 시 요양급여로 인정함<br><br>(고시 제2018-156호, 2018.8.1. 시행)                                         | 1회용 신생아전용채혈랜셋은 찌르는 깊이가 신생아 또는 미숙아에게 적합하며 여러번 채혈이 필요한 경우에 유용하므로, 입원중인 신생아 및 미숙아의 채혈 시 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 25 | 근막내 압력계 주사기<br>급여기준   | 구획증후군(compartment syndrome) 진단을 위해 너774 조직압의 측정[설치에서 제거까지, 치료기간 중 1회 산정] 검사 시 사용하는 근막내압력계주사기는 입원환자에서 임상증상(5P)으로 확실한 진단이 어려운 경우 1개를 인정하되, 하퇴부인 경우에는 최대 4개 범위 내에서 실사용량으로 인정함. | 구획증후군 <sup>1)</sup> 진단을 위해 너774 조직압의 측정[설치에서 제거까지, 치료기간 중 1회 산정] 검사 시 사용하는 근막내압력계주사기는 입원환자에서 임상증상(5P)으로 확실한 진단이 어려운 경우 1개를 인정하되, 하퇴부인 경우에는 최대 4개 범위 내에서 환자에게 실제 사용한 개수만큼의 치료재료비용을 요양기관에서 청구할 수 있음.                                                                                                                                                                                                                      |

| 연번 | 제 목                        | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                            | <p>*5P(Pain, Pallor, Paresthesia, Paralysis, Pulselessness)</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p>                                                                                                                                                                                                               | <p>&lt;용어 설명&gt;</p> <p>1) 구획증후군(compartment syndrome) : 폐쇄된 구획 내의 조직압이 상승하여 모세혈관에서의 관류가 저하되는 상태</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 26 | 국소조직 산소포화도 감시용 sensor 인정기준 | <p>혈류역학적 불안정성으로 인한 신장·창자의 허혈과 관련된 예후를 예측하는데 사용하는 ‘국소조직 산소포화도 감시용 sensor’는 중환자실에서 집중관리를 요하는 고위험신생아 중 다음과 같은 경우에 1개를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 인공호흡기 치료를 하는 호흡곤란증후군<br/> 나. 혈류역학적으로 의미있는 동맥관개존증 및 복잡심기형<br/> 다. 쇼크, 패혈증<br/> 라. 저산소성 허혈성 뇌증</p> <p>(고시 제2018-184호, 2018.9.1. 시행)</p> | <p>혈류역학적<sup>1)</sup> 불안정성으로 인한 신장·창자의 허혈과 관련된 예후를 예측하는데 사용하는 ‘국소조직 산소포화도 감시용 sensor’는 중환자실에서 집중관리를 요하는 고위험신생아 중 다음과 같은 경우에 1개 비용을 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 인공호흡기 치료를 하는 호흡곤란증후군<br/> 나. 혈류역학적으로 의미있는 동맥관개존증<sup>2)</sup> 및 복잡심기형<sup>3)</sup><br/> 다. 쇼크, 패혈증<br/> 라. 저산소성 허혈성 뇌증</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 혈류역학적: 혈류, 혈액운동, 외부로부터 힘이 작용할 때의 평형 상태를 말함<br/> 2) 동맥관개존증: 선천성 심장기형의 일종, 대동맥과 폐동맥을 연결하는 부위(동맥관)가 출생 후에도 닫히지 않고 열려있는 상태<br/> 3) 복잡심기형: 심장의 기형이 여러가지로 복합된 경우</p> |
| 27 | 양수천자침                      | 양수천자침은 양수의 배액, 채취, 주입 시에 태아에 유해하지 않                                                                                                                                                                                                                                                                                | 양수천자침은 양수의 배액, 채취, 주입 시에 태아에게 해롭지 않                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| 연번 | 제 목                   | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | 급여기준                  | <p>도록 시술 가능한 1회용 치료재료로 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 관련 행위</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 양수천자(나811)</li> <li>2) 양막내 양수주입술(자401)</li> <li>3) 양막복원후 자궁경부원형복합술(자428-라)</li> </ol> <p>나. 인정개수: 관련 행위 당 1개 인정함.</p> <p>(고시 제2018-184호, 2018.9.1. 시행)</p> | <p>도록 시술 가능한 1회용 치료재료로 다음의 경우에 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 관련 행위</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 양수천자<sup>1)</sup>(나811)</li> <li>2) 양막<sup>2)</sup>내 양수주입술<sup>3)</sup>(자401)</li> <li>3) 양막복원후 자궁경부원형복합술(자428-라)</li> </ol> <p>나. 청구 인정개수: 관련 행위 당 1개</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 양수천자: 태아에 관한 정보를 얻기 위해 임신 중 복벽을 통하여 주사바늘을 천자하여 양수를 채취하는 방법</li> <li>2) 양막: 태아를 둘러싸고 있는 얇은 막. 임신 초기에 형성되며, 안에는 양수가 차 있어 외부 충격으로부터 태아를 보호하며, 태아의 움직임을 자유롭게 해줌</li> <li>3) 양수주입술: 따뜻한 생리식염수를 산모의 자궁 내에 인공적으로 주입하는 시술</li> </ol> |
| 28 | 자궁내막<br>흡인생검용<br>급여기준 | <p>자궁내막흡인생검용은 별도의 마취나 진정 없이 자궁에 최소로 삽입하여 자궁내막을 채취하는 1회용 치료재료로 나857가 자궁내막조직생검-흡인생검 검사에 사용한 경우 1개를 요양급여로 인정함.</p> <p>(고시 제2018-213호, 2018.10.1. 시행)</p>                                                                                                                                                         | <p>자궁내막흡인생검용은 별도의 마취나 진정 없이 자궁에 최소로 삽입하여 자궁내막을 채취하는 1회용 치료재료로 나857가 자궁내막조직생검-흡인생검 검사에 사용한 경우 1개의 재료비용을 요양기관에서 청구할 수 있음.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

| 연번 | 제 목                        | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                     | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 29 | 복압측정용 직장 카테터 급여기준          | <p>복압측정용 직장 카테터는 요역동학검사 등에서 복압을 측정하기 위해 직장에 삽입하는 1회용 튜브·카테터로 진단 시 필수적인 치료재료인 점을 감안하여 다음의 경우에 1개를 요양급여로 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 요역동학검사(나656)<br/>나. 방광내압측정(나656-1)</p> <p>(고시 제2018-314호, 2019.1.1 시행)</p> | <p>복압측정용 직장 카테터는 복압을 측정하기 위해 직장에 삽입하는 1회용 튜브·카테터로 진단 시 필수적인 치료재료인 점을 감안하여 다음의 경우에 사용 시 1개의 재료비용을 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 요역동학검사<sup>1)</sup>(나656)<br/>나. 방광내압측정<sup>2)</sup>(나656-1)</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 요역동학검사 : 소변이 방광에서 요도를 거쳐 배뇨되는 과정 중 방광 및 요도의 내부압력, 배뇨속도, 요 누출압력, 근전도 등을 검사하여 방광 및 요도의 기능을 검사하는 것</p> <p>2) 방광내압측정 : 방광내압은 방광이 비었을 때부터 측정하여 방광이 소변으로 차 있을 때와 배뇨시의 방광 내 압력을 측정하는 검사</p> |
| 30 | 방광내압을 통한 복강내압측정용 치료재료 급여기준 | <p>방광내압을 통한 복강내압측정용 치료재료는 복부 외상 또는 복부 수술 환자가 복강구획증후군이 의심되어 사용 시 복강내압 측정 결과가 12mmHg이상인 경우 1개를 요양급여로 인정함.</p> <p>(고시 제2018-314호, 2019.1.1 시행)</p>                                                                                             | <p>방광내압을 통한 복강내압측정용 치료재료는 복부 외상 또는 복부수술 환자가 복강구획증후군<sup>1)</sup>이 의심되어 사용 시 복강내압 측정 결과가 12mmHg이상에 사용한 경우 1개의 재료비용을 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어 설명&gt;</p> <p>1) 구획증후군: 폐쇄된 구획 내의 조직압이 상승하여 모세혈관에서의 관류가 저하되는 상태</p>                                                                                                                                                                                                                                  |

| 연번 | 제 목                                                                                                                         | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31 | “경피적<br>파형변이지수<br>측정용<br>SENSOR" 및<br>"경피적<br>파형변이지수/<br>메트<br>헤모글로빈/일<br>산화탄소<br>헤모글로빈<br>측정용<br>SENSOR"<br>급여기준<br>(치료재료) | <p>1. “경피적 파형변이지수/메트 헤모글로빈/일산화탄소 헤모글로빈 측정용 SENSOR”는 파형변이지수를 포함하여 메트 헤모글로빈, 일산화탄소 헤모글로빈 등 다수의 항목을 측정하는 전극으로, 치료기간 중 1개 요양급여함.</p> <p>2. 파형변이지수를 단독으로 측정하는 경우에는 “경피적 파형변이지수 측정용 SENSOR”를 산정함.</p> <p>3. 상기 1. 2. 치료재료는 말초산소포화도 측정 기능이 포함되어 있는 바, 마취중 파형변이지수 측정과 산소포화도감시(바-3-가)를 동시에 실시하는 경우 마취중 말초산소포화도 감시용 센서는 중복 산정하지 아니함.</p> <p>(고시 제 2019-83호, '19.5.1. 시행)</p> | <p>1. “경피적 파형변이지수<sup>1)</sup>/메트 헤모글로빈/일산화탄소 헤모글로빈 측정용 SENSOR”는, 파형변이지수를 포함하여 메트 헤모글로빈, 일산화탄소 헤모글로빈 등 다수의 항목을 측정하는 전극으로, 치료기간 중 1개 요양급여비용으로 청구 할 수 있음.</p> <p>2. 파형변이지수 단독으로 측정하는 경우에는 “경피적 파형변이지수 측정용 SENSOR”를 청구 할 수 있음.</p> <p>3. 상기 1. 2. 치료재료는 말초산소포화도 측정 기능이 포함되어 있는 바, 마취중 파형변이지수 측정과 산소포화도감시(바-3-가)를 동시에 실시하는 경우 마취중 말초산소포화도 감시<sup>2)</sup>용 센서는 청구 할 수 없음.</p> <p>&lt;용어 설명&gt;</p> <p>1) 파형변이지수 측정법: 전신마취나, 기계 호흡중인 환자 중 수액 소생술이 필요한 환자의 수액 반응성을 예측하기 위해 비침습적으로 파형변이를 측정하는 보조적 검사법</p> <p>2) 말초산소포화도 감시: 전체 혈색소 중에서 산소로 포화되어 있는 색소가 차지하는 비율을 산소포화도라 하며, 손끝, 발끝 등 말초액을 통하여 체크하는 것을 의미</p> |
| 32 | “다주파수 바이오<br>임피던스 분석법<br>을 이용한 체수분<br>상태 측정용                                                                                | <p>1. “다주파수 바이오임피던스분석법을 이용한 체수분 상태 측정용 전극”은 다주파수 바이오임피던스분석법을 이용한 체수분 상태 측정 시 사용하는 치료재료로, 다음과 같이 요양급여를 인정함.</p>                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>1. 투석을 받는 만성신부전 환자에 대하여 “다주파수 바이오임피던스 분석법을 이용한 체수분 상태 측정용 전극”은 다주파수 바이오임피던스분석법을 이용한 체수분 상태측정 사용 시 치료재료를 다음과</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| 연번 | 제 목                           | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                            | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | 전극"                           | <p>- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상: 투석을 받는 만성신부전 환자</p> <p>나. 급여개수: 3개월에 1회 (1 SET / 회)</p> <p>2. “다주파수 바이오임피던스분석법을 이용한 체수분 상태 측정” 시 EKG 전극(심전도검사용 재료)을 사용하는 경우도 상기 1.과 동일하게 인정함. 다만, 1회당 인정개수는 전극과 연결하여 사용하는 장비의 허가사항에 따른 실 사용개수(예시: 인바디의 경우 8개)로 함.<br/>(고시 제 2019-168호, '19.8.1. 시행)</p> | <p>같이 청구 할 수 있음.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상: 투석을 받는 만성신부전 환자</p> <p>나. 급여개수: 3개월에 1회 (1 SET / 회)</p> <p>2. “다주파수 바이오임피던스분석법을 이용한 체수분 상태 측정<sup>1)</sup>” 시 EKG 전극<sup>2)</sup>(심전도검사용 재료)을 사용하는 경우도 상기 1.과 동일하게 인정함. 다만, 1회당 인정개수는 전극과 연결하여 사용하는 장비의 허가사항에 따른 실 사용개수(예시: 인바디의 경우 8개)로 함.</p> <p>&lt;용어 설명&gt;</p> <p>1) 다주파수 바이오임피던스분석법을 이용한 체수분 상태 측정<sup>1)</sup>: 체액 불균형이 중대한 합병증을 유발 할 수 있는 환자를 대상으로 다주파수를 이용한 인체 임피던스를 측정하고 이를 통하여 체수분상태를 비침습적으로 평가하는 검사방법</p> <p>2) EKG 전극: 만성신부전 환자용 체수분 측정 전극(심전도검사용 재료)</p> |
| 33 | 1회용 URINE COLLECTION BAG 급여기준 | 1회용 URINE COLLECTION BAG은 소변을 검체로 하는 검사 등에서 소변을 채집하기 위해 사용하는 치료재료로, 신생아 또는 신생아중환자실 환아에게 사용한 경우 실사용량을 요양급여로 인정함.                                                                                                                                                                    | 1회용 URINE COLLECTION BAG <sup>1)</sup> 은 소변을 검체로 하는 검사 등에서 소변을 채집하기 위해 사용하는 치료재료로, 신생아 또는 신생아중환자실 환아에게 사용한 경우 실사용량의 치료재료비용을 청구할 수 있음.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| 연번 | 제 목                        | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                            | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                            | (고시 제 2019-193호, '19.9.1. 시행)                                                                                                                                                                      | <용어설명><br>1) URINE COLLECTION BAG: 소변 측정용기                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 34 | 1회용 척수 압력계<br>급여기준         | 1회용 척수 압력계는 요추천자 진입 시 척수압 확인을 통해 요추 천자 성공 여부 확인 및 요추 천자 이후 CSF Pressure 측정을 하는 치료재료로, 6세 미만 소아(신생아 제외)에게 '나 800 요추천자[뇌척수압측정포함]'를 시술 시 사용한 경우 1개를 요양급여로 인정함.112111<br>(고시 제 2019-193호, '19.9.1. 시행) | 1회용 척수 압력계는 요추천자 <sup>1)</sup> 진입 시 척수압 확인을 통해 요추 천자 성공 여부 확인 및 요추천자 이후 CSF Pressure <sup>2)</sup> 측정을 하는 치료재료로, 6세 미만 소아(신생아 제외)에게 '나 800 요추천자[뇌척수압측정포함]'를 시술 시 사용한 경우 1개의 재료비용을 청구할 수 있음.<br><용어설명><br>1) 요추천자: 신경계통 질환을 진단하는데 필요한 척수액을 얻거나 약제를 척수강에 주입하기 위해 허리뼈 사이에서 긴 바늘을 거미막밑 공간으로 찔러 넣는것<br>2) CSF Pressure: 뇌척수압 |
| 35 | 혈압측정용 CUFF(신생아용)<br>급여기준   | 혈압측정용 CUFF(신생아용)는 신생아중환자실에서 혈압 측정에 사용한 경우 요양급여를 인정함.<br>(고시 제 2019-207호, '19.10.1. 시행)                                                                                                             | 혈압을 잴 때 사용하는 치료재료 신생아용 CUFF를 신생아중환자실에서 혈압 측정에 사용한 경우 재료비용을 청구할 수 있음.                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 36 | 체강 내 천자 및 배액용(1회용)<br>급여기준 | 체강 내 천자 및 배액용(1회용)은 체강내로 천자하여 체강에 쌓인 액체를 채취하고 배액하기 위해 사용하는 체강 삽입용 카테터와 배액용 튜브 일체형 치료재료로, 나-804 흉막천자 또는 나-805 복                                                                                     | 체강 내 천자 <sup>1)</sup> 및 배액용(1회용)은 체강내로 천자하여 체강에 쌓인 액체를 채취하고 배액하기 위해 사용하는 체강 삽입용 카테터와 배액용 튜브 일체형 치료재료로, 나-804 흉막천자 또는 나-805 복수천자,                                                                                                                                                                                        |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                      | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                            |
|----|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | 수천자, 복막천자를 치료 목적(지속적인 배액)으로 실시한 경우에<br>사용 시 1개를 요양급여로 인정함.<br>(고시 제 2019-258호, '19.12.1. 시행) | 복막천자를 치료목적(지속적인 배액)으로 실시한 경우 1개의 재료비용<br>을 청구할 수 있음.<br><br><용어설명><br>1) 체강 내 천자: 체강은 소화관과 체벽간 액체나 기체로 채워진<br>공간을, 천자는 몸안에 침을 찔러 넣어 액체를 뽑아내는 것을<br>가리킴 |

### ■ 3. 마취료 ■



| 연번 | 제 목                                         | 고 시 원 문                                                                                                                                                  | 첩 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Endotracheal Tube의 급여기준                     | <p>Endotracheal Tube는 전신마취 환자, 인공호흡기 사용 환자 또는 기도 유지를 목적으로 기관내 삽관하는 환자에게 사용 시 별도 산정함.</p> <p>(고시 제2018-254호, 2019.1.1. 시행)</p>                            | <p>Endotracheal Tube<sup>1)</sup>는 전신마취 환자, 인공호흡기 사용 환자 또는 기도 유지를 목적으로 기관내 삽관<sup>2)</sup>하는 환자에게 사용 시 재료 비용을 별도로 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) Endotracheal Tube(기관내 튜브): 기도를 확보하기 위하여 기관내에 삽입하는 카테터</p> <p>2) 기관내 삽관: 기도 호흡유지를 위하여 기관내로 튜브를 삽입하는 것</p>                                                                                                                                        |
| 2  | 일측폐환기용 튜브 또는 Endobronchial Blocker의 별도 산정여부 | <p>일측폐환기법 마취 시 사용하는 일측폐환기용 튜브 또는 Endobronchial Blocker는 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 의한 상한금액 범위내의 요양기관 실구입가로 산정함.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>일측폐환기법 마취<sup>1)</sup>시 사용하는 "일측폐환기용 튜브" 또는 "Endobronchial blocker"는 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 의한 상한금액<sup>2)</sup> 범위안에서 요양기관이 실제 구입한 가격으로 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 일측폐환기법: 마취: 폐수술 시 수술하는 한쪽 폐는 수술을 할 수 있도록 움직이지 않게 하고, 수술하지 않는 한쪽 폐에만 인공호흡기를 연결하여 마취하는 방법</p> <p>2) 「치료재료급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 의한 상한금액 : 식품의약품안전처 허가를 받은 치료재료 중 보건복지부 장관이 위원회의 심의를 거쳐 고시한 품목리스트로서 치료재료 개별비용을 말함.</p> |

| 연번 | 제 목                                                                            | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 첩 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3  | 경막외 신경차단술 중 피하매몰 저장기펌프 삽입술에 의한 방법 시 사용하는 지속적 경막외블록크용 (PORT&CATHETER) 치료재료 급여기준 | <p>경막외 신경차단술 중 피하매몰 저장기펌프 삽입술에 의한 방법 시 사용하는 지속적 경막외블록크용(PORT&amp;CATHETER) 치료재료 약물치료로 통증이 조절되지 않는 다음의 경우에 요양급여함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 암성통증<br/>나. 3개월동안 약물치료(단계적으로 투여)에도 통증이 조절되지 않고 향후 3개월 이상 장기간 통증 관리를 해야 하는 경우</p> <p>1) 대상포진후신경통(Postherpetic neuralgia, PHN), 복합부위 통증증후군(Complex Regional Pain Syndrome, CRPS), 척추수술 후증후군(Failed Back Surgery Syndrome)</p> <p>2) 척추손상, 다발성경화증 또는 뇌성마비에 의한 심한 하지의 경련, 척수손상(Spinal cord injury)으로 인한 통증 등</p> <p>(고시 제2018-185호, 2018.11.1. 시행)</p> | <p>경막외 신경차단술<sup>1)</sup> 중 피하매몰 저장기펌프 삽입술<sup>2)</sup>에 의한 방법 시 사용하는 지속적 경막외블록크용<sup>3)</sup>(PORT&amp;CATHETER) 치료재료는 약물 치료로 통증이 조절되지 않는 다음 경우에 사용 시 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 암성통증<br/>나. 3개월동안 약물치료(단계적으로 투여)에도 통증이 조절되지 않고 향후 3개월 이상 장기간 통증 관리를 해야 하는 경우</p> <p>1) 대상포진후신경통<sup>5)</sup>(Postherpetic neuralgia, PHN), 복합부위 통증증후군(Complex Regional Pain Syndrome, CRPS)<sup>6)</sup>, 척추수술 후증후군(Failed Back Surgery Syndrome)<sup>7)</sup></p> <p>2) 척추손상<sup>8)</sup>, 다발성경화증<sup>9)</sup> 또는 뇌성마비에 의한 심한 하지의 경련, 척수손상<sup>8)</sup>(Spinal cord injury)으로 인한 통증 등</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 경막외 신경차단술: 경막* 외 공간에 신경을 차단하는 약물을 투여하여 통증을 치료하는 행위</p> <p>* 경막: 뇌와 척수를 둘러싸고 있는 3겹의 막 중 가장 바깥쪽 막으로 머리뼈 내부의 두개강과 척추내부의 척추강 내에 존재</p> <p>2) 피하매몰 저장기펌프 삽입술: 약물을 저장할 수 있는 저장기가 있는 카테터를 피부 밑에 심어주는 시술</p> <p>3) 경막외블록크용(PORT&amp;CATHETER): 장기간 동안 몸 안의 특정 위치에 넣어 두는 카테터로 약물을 저장할 수 있는 저장기가 있음.</p> <p>4) 암성통증: 암환자가 겪는 통증을 포괄적으로 뜻하는 말</p> |

| 연번 | 제 목                                       | 고 시 원 문                                                                                                                                   | 첩 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                           |                                                                                                                                           | <p>5) 대상포진후 신경통: 대상포진이 사라진 후에도 지속되는 신경통을 말함.</p> <p>6) CRPS(Complex Regional Pain Syndrome): “복합부위 통증증후군”으로 매우 드물지만 외상 후 특정부위에 발생하는 만성으로 지속되는 신경병성 통증을 의미</p> <p>7) Failed Back Surgery Syndrome: “척추수술 후 통증증후군”으로 척추수술을 받은 후에도 증상이 호전되지 않고 오히려 악화되거나 요통, 하지통, 저림 등의 감각 이상증상이 다시 나타나거나 수술 전에 없었던 새로운 증상까지 나타나는 통증을 의미</p> <p>8) 척추손상과 척수손상: “척추손상”은 척추뼈와 척추를 지지하는 연부조직의 손상, “척수손상”은 척추관내에 있는 척수 또는 척추신경 등의 신경손상을 의미</p> <p>9) 다발성경화증: 중추신경계를 다발성으로 침범하는 염증성질환의 일종</p> |
| 4  | Epidural set<br>(또는 Catheter)<br>별도 산정 기준 | <p>Epidural set(또는 Epidural Catheter)는 경막외마취[바2가(4)] 및 지속적 경막외신경차단술[바22나(1)(가), (3)(가)]시 별도 산정함.</p> <p>(고시 제2010-86호, 2010.11.1. 시행)</p> | <p>"Epidural set(또는 Epidural Catheter)"는 경막외마취<sup>1)</sup>[바2가(4)] 및 지속적 경막외신경차단술<sup>2)</sup>[바22나(1)(가), (3)(가)]에 사용시 요양기관에서 재료비용을 별도로 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 경막외마취 : 허리 아래쪽 부위에 수술을 할 경우 환자가 앉거나 누운 자세에서 척추 내부의 경막* 외 공간에 마취바늘을 삽입하고 국소마취제를 주입하여 마취를 하는 것</p> <p>2) 지속적 경막외신경차단술 : 척추내부의 경막* 외 공간에 카테터</p>                                                                                                                                       |

| 연번 | 제 목                                    | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                               | 첩 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>(도관)를 삽입하고 신경을 차단하는 약물을 지속적으로 투여하여 통증을 경감시키는 행위로 카테터 종류 및 삽입방법에 따라 피하 터널식 카테터 삽입, 피하매몰 저장기펌프 삽입, 비터널식 카테터 삽입으로 구분되며, 동 기준에서는 피하터널식 카테터 삽입과 비터널식 카테터 삽입이 해당됨</p> <p>* 경막 : 뇌와 척수를 둘러싸고 있는 3겹의 막 중 가장 바깥쪽 막으로 머리뼈 내부의 두개강과 척추내부의 척추강 내에 존재</p>                                                                                                                                                          |
| 5  | 침습적혈압측정용 Pressure Monitoring Kit의 급여기준 | <p>혈압의 지속적인 감시를 위해 사용하는 침습적혈압측정용 Pressure Monitoring Kit는 다음의 경우에 요양급여함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 중환자실에서의 나720 중심정맥압 측정[1일당]</p> <p>나. 너874 침습적동맥압혈압측정[1일당]</p> <p>다. 바3나 마취중 중심정맥압감시</p> <p>라. 바3다 마취중 침습적동맥압감시</p> <p>(고시 제2018-254호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>혈압의 지속적인 감시(관찰)를 위해 사용하는 침습적혈압측정용<sup>1)</sup> "Pressure Monitoring Kit"는 다음의 경우에 요양기관에서 재료비용을 별도로 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 중환자실에서의 나720 중심정맥압 측정[1일당]</p> <p>나. 너874 침습적동맥압혈압측정[1일당]</p> <p>다. 바3나 마취중 중심정맥압감시</p> <p>라. 바3다 마취중 침습적동맥압감시</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 침습적 혈압측정용: 혈압측정 방법의 하나로 혈관에 주사바늘이나 카테터(catheter)를 삽입하여 외부의 모니터링장치와 연결, 혈압을 측정하는 방법</p> |

| 연번 | 제 목                                          | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                 | 첩 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6  | 마취중 말초산소포화도감시시 사용하는 1회용 말초산소포화도 측정용 센서 급여 기준 | <p>바3가 마취중 말초산소포화도 감시시 사용하는 1회용 말초산소포화도 측정용 센서는 폐쇄순환식 전신마취시 별도 인정하되, 건강보험 행위급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부 제6장 마취료 [산정지침] (2), (3), (10)항에 의해 가산되는 경우에 한하여 1개 인정함.</p> <p>(고시 제2019-176호, 2019.9.1. 시행)</p> | <p>마취 중에 말초산소포화도 감시<sup>1)</sup>를 실시하는 경우 사용하는 "일회용 말초산소포화도 측정용 센서"는 폐쇄순환식 전신마취<sup>2)</sup> 중 말초산소포화도 감시를 시행한 경우 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구하되, 「건강보험 행위급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부 제6장 마취료 [산정지침] (2), (3) (10)항*」의 경우에 한하여 1개 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p>* 제6장 마취료[산정지침] (2)항,(3)항</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 신생아</li> <li>- 만1세 미만의 소아</li> <li>- 만1세 이상 만6세 미만의 소아</li> <li>- 만 70세 이상 노인</li> <li>- 장기이식수술마취</li> <li>- 심폐체외순환법마취<sup>3)</sup></li> <li>- 일측폐환기법마취<sup>4)</sup></li> <li>- 고빈도제트환기법마취<sup>5)</sup></li> <li>- 개흉적 심장수술마취</li> <li>- 뇌종양, 뇌혈관질환에 대한 개두술마취</li> </ul> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 말초산소포화도 감시: 전체 혈색소 중에서 산소로 포화되어 있는 혈색소가 차지하는 비율을 산소포화도라 하며, 손끝, 발끝 등 말초 혈액을 통하여 체크하는 것을 의미.</p> <p>2) 폐쇄순환식 전신마취 : 마취제를 투여하여 중추신경기능을 억제하여 의식이나 전신적인 지각을 소실시키는 마취방법으로, 의식차단,</p> |

| 연번 | 제 목                        | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 첩 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>감각차단, 운동차단, 반사차단을 일으킴. 즉 온 몸을 마취하는 것</p> <p>3)~5): 마취 시 심장과 폐의 기능을 대신하는 기계적 환기법의 종류로 그 분류에 따른 마취법</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 7  | 대뇌피질 산소포화도 감시용 Sensor 급여기준 | <p>1. 전신마취 시 사용하는 대뇌피질 산소포화도 감시용 Sensor는 뇌 허혈 손상 가능성이 높은 다음의 수술에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 심폐우회로를 이용한 심장수술<br/>나. 심폐우회로를 이용한 대동맥수술<br/>다. 복잡심기형수술 및 관상동맥우회수술<br/>라. 경동맥수술(중재적 시술 포함)</p> <p>2. 상기 1항의 급여 대상 이외 의학적 필요성이 인정되는 아래의 적응증에 한하여 사용한 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.<br/>가. 상기 1에서 정하고 있는 급여범위 이외의 심장수술<br/>나. 뇌수술 또는 뇌혈관의 중재적 시술<br/>다. 간이식 수술<br/>라. 만 70세 이상의 노인환자에서 3시간 이상의 개복술을 시행하는 경우<br/>(고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행)</p> | <p>1. 전신마취 시 사용하는 대뇌피질 산소포화도 감시용<sup>1)</sup> 센서(Sensor, 감지기)는 뇌 허혈 손상<sup>2)</sup> 가능성이 높은 다음 수술의 경우에 사용 시 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 심폐우회로<sup>3)</sup>를 이용한 심장수술<br/>나. 심폐우회로를 이용한 대동맥수술<br/>다. 복잡심기형<sup>4)</sup>수술 및 관상동맥우회수술<sup>5)</sup><br/>라. 경동맥수술(중재적 시술 포함)</p> <p>2. 상기 1항의 급여대상 이외 의학적 필요성이 인정되는 아래의 적응증에 한하여 사용한 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>6)</sup>에 따라 재료비용의 80%를 환자가 부담<sup>7)</sup>함.<br/>가. 상기 1에서 정하고 있는<br/>급여범위 이외의 심장수술<br/>나. 뇌수술 또는 뇌혈관의 중재적 시술<sup>8)</sup><br/>다. 간이식 수술<br/>라. 만 70세 이상의 노인환자에서 3시간 이상의 개복술을 시행하는 경우<br/>&lt;용어설명&gt;<br/>1) 대뇌피질 산소포화도 감시용: 대뇌의 가장 바깥부분에 있는 신경</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문 | 첩 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|-----|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     |         | <p>세포층(대뇌피질)의 혈액 속에 녹아 있는 산소 농도를 측정하는 용도</p> <p>2) 뇌 허혈 손상: 뇌 혈관의 폐색으로 뇌에 공급되는 혈액량이 감소하여 뇌 조직이 기능을 제대로 하지 못하는 상태</p> <p>3) 심폐우회로: 기계적인 혈류순환 방식으로 심장과 폐의 기능을 대신하는 인공심폐기를 사용하는 것</p> <p>4) 복잡심기형: 심장의 기형이 여러가지로 복합된 경우</p> <p>5) 관상동맥우회수술: 관상동맥은 심장 근육 즉 심근에 산소와 영양을 공급하는 동맥혈관으로, 관상동맥 혈관이 좁아져 있는 경우 혈액순환이 원활할 수 있도록 새로운 통로를 만들어주는 수술방법</p> <p>6) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」:</p> <p>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여: 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>7) 재료비용의 80%를 환자가 부담: 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p> <p>8) 중재적 시술: 수술을 하지 않고 치료하는 방법으로 외과적 수술과 달리 방사선 영상장비를 이용하여 시술하는 행위</p> |

| 연번 | 제 목                                         | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                        | 첩 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8  | 역류방지용 One way valve 인정기준                    | <p>약제의 역류방지용 One Way Valve는 바-2가(1) 기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취 시행시 정맥마취제를 지속적으로 점적 주사하는 경우에 1개 인정함.</p> <p>(고시 제2013-208호, 2014.1.1. 시행)</p>                                                        | <p>약제의 역류방지용 "One Way Valve"는 기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취<sup>1)</sup> 시행시 정맥마취제를 지속적으로 점적주사<sup>2)</sup>하는 경우에 1개 재료비용을 요양기관에서 별도로 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취: 수술 전 마취를 위해 기관* 안에 관을 삽입하고 기도(호흡) 유지, 산소와 마취가스를 투여하여 중추신경기능을 억제하고 의식과 감각을 소실시키는 마취방법</p> <p>* 기관: 후두에서 폐로 통하는 관 모양의 기도</p> <p>2) 점적주사: 혈관(정맥)을 통해 약제(수액)를 한 방울씩 떨어뜨려 주입하는 주사법</p> |
| 9  | 심음, 폐음, 체온 감시용 PROBE와 지속적 체온감시용 PROBE의 급여기준 | <p>소정 마취료 또는 입원료에 포함됨. 다만, 식도를 통하여 지속적으로 심음·폐음·체온을 측정하는데 사용하는 「심음, 폐음, 체온감시용 PROBE」 및 식도, 항문, 방광을 통하여 지속적으로 체온을 측정하는데 사용하는 「지속적 체온감시용 PROBE」는 별도 산정함.</p> <p>(고시 제 2019-112호, '19.7.1. 시행)</p> | <p>식도를 통하여 지속적으로 심음·폐음·체온을 측정하는데 사용하는 「심음, 폐음, 체온감시용 PROBE」<sup>1)</sup> 와 식도, 항문, 방광을 통하여 지속적으로 체온을 측정하는 경우 「지속적 체온감시용 PROBE」는 별도로 요양급여비용을 청구 할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 심음, 폐음, 체온감시용 PROBE: 식도를 통해 마취중 환자에게 심장(호흡)소리, 체온을 감시하는 기구</p>                                                                                                                            |

## ■ 4. 처치 및 수술료 등 ■



| 연번 | 제 목                           | 고 시 원 문                                                                                                                                                                          | 접 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 산소흡입시 사용한 Cropett의 별도산정 여부    | <p>Cropett은 소아 크로우프 환자의 고농도 습도유지를 위하여 사용하며 비닐텐트의 일종으로 재사용 가능한 비품에 해당하므로 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p>                                                     | <p>"Cropett"은 소아 크로우프<sup>1)</sup> 환자에게 고농도 습도 유지를 위하여 사용하며 비닐 텐트의 일종으로 병실 운영에 필요한 비품에 해당하므로 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 크로우프(Crope) : "급성 폐쇄성 후두염"을 말하며, 바이러스나 세균의 감염에 의한 염증으로 인해 목이 쉬거나 목소리의 변화가 오고, 숨을 들이마실 때 소리가 나며, 개 짖는 소리와 비슷한 기침, 호흡곤란 및 흉골 함몰 등의 증상을 보이는 질환</p> |
| 2  | 자-4 산소흡입시 사용하는 산소마스크의 별도 산정여부 | <p>산소마스크는 산소흡입 시에 부착된 의료장비의 부품으로서 소독하여 계속 사용할 수 있으며, 일회용 마스크를 사용하여야만 소기의 치료효과를 기대할 수 있다고 볼 수 없으므로 동 재료를 사용하여 산소흡입 시에 그 재료대를 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p> | <p>"산소마스크"는 산소흡입 시에 착용하는 의료장비의 부품으로서 소독하여 계속 사용할 수 있으며, 일회용 산소마스크를 사용하여야만 치료효과를 기대할 수 있다고 볼 수 없으므로, 일회용 산소마스크를 사용하였다 하더라도 산소요법 행위비용에 산소마스크 재료비용이 포함되어 보상되고 있으므로 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.</p>                                                                                                        |
| 3  | 필름 드레싱류 및 필름 드레싱류, 항균 성분함     | <p>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</p>                                                       | <p>1. 필름 드레싱류 및 필름 드레싱류, 항균 성분 함유는 염증반응이 없는 상처부위(clean wound)에 사용하는 재료로 1회 사용으로 장기간 드레싱을 유지가 가능하여 처치횟수 감소의 장점이 있으므로 다음의 경우에</p>                                                                                                                                                                     |

| 연번 | 제 목             | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                 | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | 유의 급여기준         | <p>경우에 실사용량으로 요양급여를 인정함.<br/>- 다 음 -</p> <p>가. Central Venous Catheter(PICC, Port 포함) site<br/>나. Skin Graft Donor site</p> <p>2. 상기 1항의 급여대상 이외에 사용 시는 해당 처치 및 수술료에 포함되므로 그 비용을 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2018-206호, 2018.10.1. 시행)</p> | <p>사용 시 실제 사용량으로 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.<br/>- 다 음 -</p> <p>가. Central Venous Catheter(PICC, Port 포함) site<sup>1)</sup><br/>나. Skin Graft Donor site<sup>2)</sup></p> <p>2. 위의 1항에서 명시한 급여대상 이외에 사용하는 경우 드레싱 재료의 비용이 해당 처치 및 수술료에 포함되므로 요양기관에서 별도로 청구할 수 없음</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) Central Venous Catheter site : 약제 투여 및 혈액 채취를 위해 장기간 정맥혈관을 안전하게 확보할 필요가 있으며 이때 주로 사용되는 혈관이 중심정맥으로 이 부위(중심정맥, Central Venous Line)에 중심정맥카테터(Central Vein Catheter)를 삽입하게 됨. 말초정맥을 통하여 중심정맥에 카테터를 삽입한 경우를 PICC (Peripherally Inserted Central Catheter), 흉부 피하층에 중심정맥과 이어진 장치(port)를 삽입한 경우를 Port라고 함.</p> <p>2) Skin Graft Donor site : 피부이식을 위해 피부를 떼어준 부위(공여부위)</p> |
| 4  | ‘은 함유 이외’ 드레싱류의 | 1. ‘은 함유 이외’ 드레싱류는 창상 부위의 삼출액 흡수 및 습윤 환경을 조성하여 상처 치유 시간을 줄이는 등의 장점이 있어 다                                                                                                                                                                | 1. ‘은 함유 이외’ 의 드레싱류는 창상 부위의 삼출액 <sup>1)</sup> 흡수 및 습윤 환경 <sup>2)</sup> 을 조성하여 상처 치유 시간을 줄이는 등의 장점이 있어,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| 연번 | 제 목  | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | 급여기준 | <p>음의 경우에 요양급여함.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 삼출액이 많은 심부2도 이상 화상의 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 체표면적 20% 미만의 경우 4개/주, 4주간</li> <li>2) 체표면적 20% 이상의 경우 실사용량, 4주간</li> </ol> <p>나. 만성궤양 등 장기적 드레싱을 요하는 경우: 4개/주, 4주간</p> <p>다. 수포성 표피박리증(Epidermolysis Bullosa)의 경우: 실사용량</p> <p>2. 상기 1.의 급여대상 및 개수를 초과하여 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p>3. 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」에서 ‘은 함유 이외’의 드레싱류에 해당하는 중분류명은 아래와 같음(규격별 세부분류 이하 명시는 생략함).</p> <p>- 아 래 -</p> <p>가. 첨가제가 없는 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 폼 드레싱류(SHEET TYPE)</li> <li>2) 폼 드레싱류(CAVITY TYPE/원통형)</li> <li>3) 폼 드레싱류(CAVITY TYPE/직사각형)</li> <li>4) 폼 드레싱류(입체형/hand)</li> <li>5) 하이드로콜로이드 드레싱류(SHEET TYPE)</li> <li>6) 하이드로겔 드레싱류(SHEET TYPE)</li> <li>7) 하이드로겔 드레싱류(GEL, PASTE TYPE)</li> </ol> | <p>다음의 경우에 사용할 때 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 삼출액이 많은 심부2도 이상 화상의 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 체표면적 20% 미만의 경우 4개/주, 4주간</li> <li>2) 체표면적 20% 이상의 경우 실사용량, 4주간</li> </ol> <p>나. 만성궤양 등 장기적 드레싱을 요하는 경우: 4개/주, 4주간</p> <p>다. 수포성 표피박리증<sup>3)</sup>(Epidermolysis bullosa)의 경우 실사용량<sup>4)</sup></p> <p>2. 상기 1.의 급여대상 및 개수를 초과하여 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>5)</sup>에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.<sup>6)</sup></p> <p>3. 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」에서 ‘은 함유 이외’의 드레싱류에 해당하는 중분류명은 아래와 같음(규격별 세부분류 이하 명시는 생략함).</p> <p>- 아 래 -</p> <p>가. 첨가제가 없는 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 폼 드레싱류(SHEET TYPE)</li> <li>2) 폼 드레싱류(CAVITY TYPE/원통형)</li> <li>3) 폼 드레싱류(CAVITY TYPE/직사각형)</li> <li>4) 폼 드레싱류(입체형/hand)</li> <li>5) 하이드로콜로이드 드레싱류(SHEET TYPE)</li> <li>6) 하이드로겔 드레싱류(SHEET TYPE)</li> <li>7) 하이드로겔 드레싱류(GEL, PASTE TYPE)</li> </ol> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>8) 하이드로겔 드레싱류(SPRAY TYPE)<br/> 9) 알지네이트/하이드로파이버 드레싱류(SHEET TYPE)<br/> 10) 알지네이트/하이드로파이버 드레싱류(CAVITY TYPE/무정형)<br/> 11) 알지네이트/하이드로파이버 드레싱류(CAVITY TYPE/직사각형)<br/> 12) 복합 드레싱류(SHEET TYPE)</p> <p>나. 첨가제가 있는 경우</p> <p>1) 폼 드레싱류, 은 이외 함유(SHEET TYPE)<br/> 2) 하이드로겔 드레싱류, 은 이외 함유(GEL, PASTE TYPE)<br/> 3) 하이드로겔 드레싱류, 은 이외 함유(SPRAY TYPE)<br/> 4) 알지네이트/하이드로파이버 드레싱류, 은 이외 함유(SHEET TYPE)<br/> 5) 복합 드레싱류, 은 이외 함유(SHEET TYPE)<br/> 6) 합성거즈 드레싱류, 은 이외 함유(SHEET TYPE)</p> <p>(고시변경 제2019-221호, 2019.11.1. 시행)</p> | <p>8) 하이드로겔 드레싱류(SPRAY TYPE)<br/> 9) 알지네이트/하이드로파이버 드레싱류(SHEET TYPE)<br/> 10) 알지네이트/하이드로파이버 드레싱류(CAVITY TYPE/무정형)<br/> 11) 알지네이트/하이드로파이버 드레싱류(CAVITY TYPE/직사각형)<br/> 12) 복합 드레싱류(SHEET TYPE)</p> <p>나. 첨가제가 있는 경우</p> <p>1) 폼 드레싱류, 은 이외 함유(SHEET TYPE)<br/> 2) 하이드로겔 드레싱류, 은 이외 함유(GEL, PASTE TYPE)<br/> 3) 하이드로겔 드레싱류, 은 이외 함유(SPRAY TYPE)<br/> 4) 알지네이트/하이드로파이버 드레싱류, 은 이외 함유(SHEET TYPE)<br/> 5) 복합 드레싱류, 은 이외 함유(SHEET TYPE)<br/> 6) 합성거즈 드레싱류, 은 이외 함유(SHEET TYPE)</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 삼출액 : 염증이 생긴 부위에서 발생하는 액체 등을 의미<br/> 2) 습윤환경 : 상처에서 나오는 진물을 서서히 흡수해 주면서 적당한 습도를 유지해 주는 상태<br/> 3) 수포성 표피박리증 : 단백질 유전자 변이로 인해 가벼운 외상에도 쉽게 물집이 생겨 피부와 점막에 통증이 생기는 희귀한 유전성질환<br/> 4) 실사용 기간으로 인정: 습윤드레싱의 사용기간을 제한하지 않고 환자에게 실제 사용량의 치료재료비용(습윤드레싱)을 요양기관에서 청구할 수 있음<br/> 5) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 :</p> |

| 연번 | 제 목               | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여 : 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>6) 본인부담률을 80%로 적용 : 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상 한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p>                                                        |
| 5  | ‘은 함유’ 드레싱류의 급여기준 | <p>1. ‘은 함유’ 드레싱류는 은이온 성분의 살균작용에 의하여 창상 치유를 유도하는 장점이 있어 화상에 한하여 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 사체피부 또는 인공피부 이식 병변의 경우 부위별 1회 인정<br/>나. 피부이식 2주 후 또는 화상이 치료 3주후에도 치유되지 않는 불완전 창상의 경우 부위별 1회 인정<br/>다. 공여피부 부족으로 2회 이상 같은 부위를 채피한 경우 1회 인정<br/>라. 감염된 채피창(donor site) 병변의 경우 부위별 1회 인정<br/>마. 피부가 얇아 연골이나 인대가 쉽게 노출되는 귀, 코 등 부위의</p> | <p>1. ‘은 함유’ 드레싱류는 은이온 성분의 살균작용에 의하여 창상<sup>1)</sup> 치유를 유도하는 장점이 있어 화상에 한하여 다음의 경우에 재료 비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 사체피부<sup>2)</sup> 또는 인공피부<sup>3)</sup> 이식 병변의 경우 부위별로 1회 비용<sup>4)</sup>을 청구<br/>나. 피부이식 2주 후 또는 화상 치료 3주후에도 치유되지 않는 불완전 창상의 경우 부위별로 1회 비용을 청구<br/>다. 공여피부<sup>5)</sup> 부족으로 2회 이상 같은 부위의 피부를 채취한 경우 1회 비용을 청구</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                       | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>경우 치료기간 중 2장/2주 인정.</p> <p>2. 상기 1.의 급여대상 이외 중증(major burn)이상의 심부2도 화상처치(Burn dressing)에 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p>(고시 제2018-59호, 2018.4.1. 시행)</p> | <p>라. 감염된 채피창<sup>6)</sup>(donor site) 병변의 경우 부위별로 1회 비용을 청구<br/> 마. 피부가 얇아 연골이나 인대가 쉽게 노출되는 귀, 코 등 부위의 경우 치료기간 중 2장/2주 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>2. 상기 1항의 급여대상 이외 중증(major burn)이상의 심부2도 화상처치(Burn dressing)에 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>7)</sup>에 따라 본인부담률을 80%<sup>8)</sup>로 적용함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 창상 : 피부나 점막이 외부의 힘에 의해 손상된 상태를 의미하며, 찰과상, 타박상, 열상, 칼날에 의한 절창 등의 상처를 말함.</p> <p>2) 사체피부 : 사체로부터 채취한 피부</p> <p>3) 인공피부 : 사람의 피부를 대신하기 위해 인공재료로 만들어진 피부</p> <p>4) 1회 비용 : 은코팅 드레싱 사용 부위의 넓이에 따라 1회 시술시 소모되는 은코팅 드레싱 재료비용</p> <p>5) 공여 피부 : 피부이식을 위해 떼어 주는 정상 피부</p> <p>6) 채피창 : 피부이식을 위해 정상적인 피부를 떼어내고 생긴 상처</p> <p>7) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 :<br/> 선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여 : 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> |

| 연번 | 제 목                       | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 8) 본인부담률을 80%로 적용: 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 6  | 진공음압창상처치시 사용되는 치료재료 급여 기준 | <p>1. 진공음압창상처치(창상부위를 진공상태로 만든 후 음압장치와 연결하여 불순물을 흡인하는 치료방법)에 사용하는 치료재료는 진공음압창상처치 전의 진료 기록(창상의 크기와 깊이 등 명시)과 해당 환부의 사진이 있는 경우에 다음과 같이 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 진공음압창상처치용 드레싱류</p> <p>1) 육아조직 형성이 필요한 급성 개방성 창상 중에서 다른 국소 처치로는 육아조직 형성 촉진이 가능하지 않은 경우 : 3개 이내/주, 3주 이내로 인정</p> <p>2) 만성 개방성 창상 중에서 당뇨병성 궤양, 압박성 궤양 : 3개 이내/주, 3주 이내로 인정,</p> <p>3) 그물망형 이식(Meshed graft), 피판(Flap) : 3개 이내/주, 2주 이내로 인정</p> <p>나. 일회용 삼출물 흡인통 : 상기 가.1)~3)에 사용 시 치료기간 중 1개 인정</p> | <p>1. 진공음압창상처치(창상부위를 진공상태로 만든 후 음압장치와 연결하여 불순물을 흡인하는 치료방법)에 사용하는 치료재료는 진공음압창상처치 전의 진료 기록(창상의 크기와 깊이 등 명시)과 해당 환부<sup>1)</sup>의 사진이 있는 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 진공음압창상처치용 드레싱류</p> <p>1) 육아조직<sup>2)</sup> 형성이 필요한 급성 개방성 창상<sup>3)</sup> 중에서 다른 국소 처치로는 육아조직 형성 촉진이 가능하지 않은 경우 : 3개 이내/주, 3주 이내로 인정</p> <p>2) 만성 개방성 창상<sup>4)</sup> 중에서 당뇨병성 궤양, 압박성 궤양 : 3개 이내/주, 3주 이내로 인정,</p> <p>3) 그물망형 이식<sup>5)</sup>(Meshed graft), 피판(Flap)<sup>6)</sup> : 3개 이내/주, 2주 이내로 인정</p> <p>나. 일회용 삼출물<sup>7)</sup> 흡인통 : 상기 가.1)~3)에 사용 시 치료기간 중 1개 인정</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>2. 상기 1. 급여대상의 적응증별 인정개수를 초과하여 사용한 치료 재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p>3. 급기증</p> <p>가. 딱지가 있는 괴저성 조직</p> <p>나. 아직 치료를 받고 있지 않은 골수염</p> <p>다. 장(腸)이 아닌 진료하지 않은 루(瘻) (Non-enteric and unexplored fistulas)</p> <p>라. 악성 상처(Malignancy in the wound)</p> <p>마. 노출된 맥관(脈管)</p> <p>바. 노출된 신경(Nerves)</p> <p>사. 노출된 문합부위(Anastomotic site)</p> <p>아. 노출된 장기(Organs)</p> <p>자. 상처부위에 암(cancer)이 있는 경우<br/>(고시 제2018-59호, 2018.4.1. 시행)</p> | <p>2. 상기 1항의 급여대상 이외 적응증별 인정개수를 초과하여 사용한 치료 재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>9)</sup>에 따라 본인부담률을 80%로 적용<sup>9)</sup>함.</p> <p>3. 급기증</p> <p>가. 딱지가 있는 괴저성 조직<sup>10)</sup></p> <p>나. 아직 치료를 받고 있지 않은 골수염</p> <p>다. 장(腸)이 아닌 진료하지 않은 루(瘻) (Non-enteric and unexplored fistulas)</p> <p>라. 악성 상처(Malignancy in the wound)<sup>11)</sup></p> <p>마. 노출된 맥관(脈管)<sup>12)</sup></p> <p>바. 노출된 신경(Nerves)</p> <p>사. 노출된 문합부위(Anastomotic site)<sup>13)</sup></p> <p>아. 노출된 장기(Organs)</p> <p>자. 상처부위에 암(cancer)이 있는 경우</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 환부: 병이나 상처가 난 자리</p> <p>2) 육아조직 : 신체의 손상된 부위가 아물어가는 과정에서 볼 수 있는 선흥색의 조직</p> <p>3) 급성개방성창상 : '창상'이란, 외부의 어떤 압력에 의하여 조직이 파괴된 상태의 상처부위를 의미하는 것으로 손상 받은 조직의 개방성 여부에 따라 개방성창상과 폐쇄성 창상으로 구분되며, 창상 부위 발생 시점에 따라 급성과 만성으로 구분.</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문 | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|-----|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     |         | <p>4) 만성개방성창상 : 궤양과 같이 치료를 해도 잘 낫지 않는 개방성 상처</p> <p>5) 그물막형 이식 : 채취된 피부를 망상피부이식기에 넣어 그물(mesh) 모양으로 피부를 확장시킨 후 이식하는 방법</p> <p>6) 피판 : 피부조직을 한 곳에서 다른 곳으로 옮기기 위해 본래의 위치에서 부분적으로 분리한 것</p> <p>7) 삼출물 : 염증이 생긴 국소부위에 혈관에서 액체나 세포성분이 밖으로 나와 병소에 모이는 것(진물, 고름 등)</p> <p>8) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 :<br/>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여 : 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>9) 본인부담률을 80%로 적용 : 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한 금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p> <p>10) 괴저성 조직 :<br/>신체 조직이 부분적으로 썩어 생리적 기능을 잃은 조직</p> <p>11) 악성상처 : 잘 낫지 않는 상처</p> <p>12) 맥관 : 몸 속에서 액체가 흐르는 관으로 혈관과 림프관을 포함함</p> <p>13) 문합부위 : 혈관과 혈관, 신경과 신경, 장기와 장기 등이 수술 등을 통해 후천적으로 연결된 부분</p> |

| 연번 | 제 목                                 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7  | 관혈적수술시 사용되는 혈관결찰 및 혈관봉합용 클립의 요양급여여부 | <p>관혈적 수술시 사용되는 혈관결찰 및 혈관봉합용 클립(Clip)은 요양급여함. 다만, 혈관봉합용 Clip(VCS Clip 등)은 혈관보강용으로 사용한 경우에 한하여 한 혈관당 2개까지 인정함.</p> <p>(고시 제2008-80호, 2008.8.1. 시행)</p>                                                                                                                                                                              | <p>관혈적 수술<sup>1)</sup>시 사용되는 혈관결찰 및 혈관봉합용<sup>2)</sup> 클립(Clip)은 별도로 재료비용을 청구할 수 있음. 다만, 혈관봉합용 Clip(VCS Clip 등)은 혈관보강용으로 사용한 경우에 한하여 한 혈관 당 2개까지 청구 가능함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 관혈적 수술 : 수술용 칼을 사용하여 피부·근육 조직 등을 절개하여 병변부위를 직접 보면서 하는 수술</p> <p>2) 혈관결찰 및 혈관봉합 : 수술이나 외상 등으로 혈관에 손상이 있을 시 혈관에 적용하는 혈관손상 회복방법으로 혈관을 묶는 경우를 결찰이라 하며, 혈관을 꿰매는 방법을 봉합이라 함.</p>                                                                                             |
| 8  | 봉합사 산정기준                            | <p>1. 산정방법 : 처치 및 수술시 사용된 봉합사는 다음의 경우를 제외하고는 실사용량으로 산정할 수 있으며, 「치료재료급여목록및상한금액표」 범위내에서 실구입가로 산정함.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 천자, 생검, 내시경 검사 등에 사용한 경우</p> <p>나. 중재적(경피적, 내시경적) 시술시 사용한 경우</p> <p>다. 다른 특수기기(레이저, 감마나이프 등)를 이용하는 경우</p> <p>라. 안면수술을 제외한 2cm이하의 피부봉합 또는 피부고정</p> <p>2. 기타 : 봉합사 제품명(catalog No.), 굵기(Gauge), 사용량 등을</p> | <p>1. 요양기관에서 봉합사 재료비용 청구방법 :</p> <p>처치 및 수술시 사용된 봉합사는 다음의 경우를 제외하고는 「치료재료 급여목록 및 상한금액표」 범위 안에서 요양기관이 실제 구입한 가격<sup>1)</sup>으로 실제 사용량의 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 천자<sup>2)</sup>, 생검<sup>3)</sup>, 내시경 검사<sup>4)</sup> 등에 사용한 경우</p> <p>나. 중재적(경피적, 내시경적) 시술<sup>5)</sup>시 사용한 경우</p> <p>다. 다른 특수기기(레이저<sup>6)</sup>, 감마나이프<sup>7)</sup> 등)를 이용하는 경우</p> <p>라. 안면수술을 제외한 2cm이하의 피부봉합 또는 피부고정</p> <p>※ 상기 가~라의 경우에 사용된 봉합사는 별도 청구를 인정하지 아니함.</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|-----|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>진료기록부(수술기록지)에 반드시 기재하여야 함.</p> <p>(고시 제2007-143호, 2008.1.1. 시행)</p> | <p>2. 기타 : 봉합사 제품명(Catalog No.), 굵기(Gauge), 사용량 등은 진료 기록부(수술기록지)에 반드시 기재하여야 함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」 범위안에서 요양기관이 실제 구입한 가격 : 식품의약품안전처 허가를 받은 치료재료 중 보건복지부 장관이 위원회의 심의를 거쳐 고시한 개별품목 및 개별 상한금액으로 장관이 고시한 상한금액 내에서 요양기관에서 실제 구입가격을 말함.</p> <p>2) 천자 : 검사 또는 치료를 목적으로 인체에 바늘(needle)을 삽입하여 체액 또는 세포조직을 채취하는 것으로, 흉복수나 심낭액 등을 채취하는 체강액천자, 골수를 채취하는 골수천자, 세포나 조직을 채취하는 생검천자 등이 있음.</p> <p>3) 생검 : 조직 검사를 위하여 인체에서 조직의 일부를 메스나 바늘(Needle)로 채취하는 것</p> <p>4) 내시경 검사 : 내시경을 이용하여 인체 내부를 관찰하는 검사</p> <p>5) 중재적(경피적, 내시경적) 시술 : 외과적 시술과 달리 방사선 영상 장비나 내시경 장비를 이용하여 인체 내부를 관찰하면서 시술을 하는 행위</p> <p>6) 레이저(Laser) : 수술 시 조직을 자르는데 수술용 칼 대신 레이저를 이용하는 시술법</p> <p>7) 감마나이프 : 방사선 수술 장비 중 두피나 두개골을 절개하지 않고 감마선을 이용해 머리 안의 질병을 치료하는 일종의 방사선 수술</p> |

| 연번 | 제 목                                                    | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                | 설 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9  | 일시적 배뇨용 카테터의 요양 급여대상여부                                 | 일시적 배뇨용 카테터는 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음.<br><br>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)                                                                                                                                                                            | 일시적 배뇨용 카테터(Catheter) <sup>1)</sup> 는 관련된 진료행위 비용에 재료비용이 포함되어 있어 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.<br><br><용어설명><br>1) 배뇨용 카테터(Catheter) : 방광내의 소변을 직접 배출시키기 위하여 요도를 통해 삽입하는 튜브형태의 카테터                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 10 | 시간별 소변측정 용기(Urine Hourly Bag) 및 담즙배액용기(Bile Bag)의 인정기준 | 시간별 소변측정용기(Urine Hourly Bag)와 담즙배액용기(Bile Bag)는 다음의 경우에 요양급여를 인정함<br><br>- 다 음 -<br>가. 시간별 소변측정용기(Urine Hourly Bag): 배뇨량의 정밀측정이 요구되는 경우에 사용 시<br>나. 담즙배액용기(Bile Bag): 좌, 우측 간관이 막혀있어 각각 배액이 필요한 경우에는 좌, 우측 1개씩 인정함<br><br>(고시 제2015-43호, 2015.4.1. 시행) | 시간별 소변측정용기 <sup>1)</sup> (Urine Hourly Bag)와 담즙배액용기 <sup>2)</sup> (Bile Bag)는 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 비용을 청구할 수 있음.<br><br>- 다 음 -<br>가. 시간별 소변측정용기(Urine Hourly Bag) : 배뇨량의 정밀측정이 요구되는 경우<br>나. 담즙배액용기(Bile Bag) : 좌, 우측 간관 <sup>3)</sup> 이 막혀있어 각각 배액이 필요한 경우 좌, 우측 각각 청구할 수 있음<br><br><용어설명><br>1) 시간별 소변측정용기 : 일정한 시간마다 소변 배출량을 측정할 수 있는 재료<br>2) 담즙배액용기 : 카테터(cahteter)를 통해 흐르는 담즙을 저장하는 재료<br>3) 간관 : 간에서 만들어지는 담즙의 이동 통로로 담관으로 이어짐 |

| 연번 | 제 목                | 고 시 원 문                                                                                                                                                                 | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11 | 이식피부확장기의 급여기준      | <p>이식피부확장기는 피부이식 시 공여부에서 채취한 피부를 확장시키는데 사용하는 치료재료로 광범위 화상환자 등에서 적은 공여부로 넓은 부위의 이식을 가능하게 하는 점 등을 감안하여 실사용량으로 요양급여를 인정함.</p> <p>137<br/>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>"이식피부확장기"는 피부이식 시 공여부<sup>1)</sup>에서 채취한 피부를 확장시키는데 사용하는 치료재료로 광범위 화상환자 등에서 적은 공여부로 넓은 부위의 이식을 가능하게 하는 점 등을 고려하여 실제 사용량의 비용을 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;<br/>1) 공여부: 피부이식을 위해 피부를 떼어주는(제공하는) 부위</p>                                                         |
| 12 | 가피절제술시 재료대 별도 산정여부 | <p>화상 후 가피절제술시 소요된 재료대는 화상처치 주2.에 의거 산정함.</p> <p>(고시 제2009-180호, 2009.10.1. 시행)</p>                                                                                     | <p>화상 후 가피절제술<sup>1)</sup>시 사용된 재료비용은 화상처치 주2.<sup>2)</sup>에 따라 요양기관에서 별도로 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;<br/>1) 가피절제술: 화상으로 인해 피부표면의 죽은 조직, 즉 가피를 제거해 주는 것<br/>2) 화상처치 주2: 사용된 거즈, 붕대의 재료비용은 별도 비용을 청구하되, 관련 진료행위 비용에 탈지면, 반창고 등의 비용은 포함되어 있으므로 요양기관에서 별도 청구할 수 없음.</p> |

| 연번 | 제 목        | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13 | 인공피부 급여 기준 | <p>1. 손상된 진피조직을 덮어 조직의 대체 및 수복에 사용하는 치료 재료인 인공피부는 수술 후 반흔 구축을 최소화하고 이식부위 관절의 기능을 유지시키는 점 등을 감안하여 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>(1) 관절부위를 포함하는 중증(major burn) 3도 화상</p> <p>(2) 건, 뼈 등의 노출이 동반된 외상</p> <p>(3) 운동제한(관절부위)을 동반한 외상, 화상의 반흔 구축의 재건</p> <p>나. 인정개수</p> <p>체표면적의 20% 범위내 개수</p> <p>다만, 체표면적 20% 범위가 2500cm<sup>2</sup>을 초과하는 경우에는 2500cm<sup>2</sup> 이내 개수</p> <p>다. 기타</p> <p>Medical photo, 진료기록부(화상의 정도와 넓이 명시)등은 반드시 첨부하여야 함.</p> <p>2. 상기 1항의 급여대상 이외 적응증별 인정개수를 초과하여 사용한 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p>(고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행)</p> | <p>1. 손상된 진피<sup>1)</sup>조직을 덮어 조직의 대체 및 수복<sup>2)</sup>에 사용하는 인공 피부<sup>3)</sup>는 수술 후 반흔 구축<sup>4)</sup>을 최소화하고 이식부위 관절의 기능을 유지시키는 점 등을 고려하여 다음의 경우 사용할 때 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>1) 관절부위를 포함하는 중증(major burn) 3도 화상</p> <p>2) 건<sup>5)</sup>, 뼈 등의 노출이 동반된 외상<sup>6)</sup></p> <p>3) 운동제한(관절부위)을 동반한 외상, 화상의 반흔 구축의 재건</p> <p>나. 인정개수</p> <p>체표면적의 20% 범위 내 개수<sup>7)</sup></p> <p>다만, 체표면적 20% 범위가 2500cm<sup>2</sup>을 초과하는 경우에는 2500cm<sup>2</sup> 이내 개수</p> <p>다. 기타</p> <p>Medical photo, 진료기록부(화상의 정도와 넓이 명시)등은 반드시 첨부하여야 함.</p> <p>2. 상기 1항의 적응증별 인정개수를 초과하여 사용한 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>8)</sup>에 따라 재료비용의 80%를 환자가 부담<sup>9)</sup>함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 진피: 표피아래에 있는 피부층으로 표피와 피하조직 사이에 존재</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문 | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|-----|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     |         | <p>2) 수복: 원래대로 회복하는 것</p> <p>3) 인공피부: 사람이 아닌 동물 또는 다른 물질을 이용하여 만든 피부 대체제품</p> <p>4) 반흔구축: 수술 또는 화상 등 외상에 의해 손상 받은 피부가 당겨 지고 오그라지는 흉터</p> <p>5) 건: 근육을 뼈에 부착시키는 얇은 띠모양의 섬유성 연부조직. 힘줄 이라 함</p> <p>6) 외상: 갑작스럽게 발생한 사고 등으로 조직이나 장기 등의 손상을 입은 상태</p> <p>7) 체표면적(Body surface area)의 20%범위 내 개수 :<br/>환자 체표면적을 100%로 보았을 때 체표면적의 20% 범위를 덮을 수 있는 인공피부 개수를 말함. (제품화되어있는 인공피부의 크기에 따라 개수가 다를 수 있음)</p> <p>8) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」: 선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여: 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>9) 재료비용의 80%를 환자가 부담: 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p> |

| 연번 | 제 목                       | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14 | 동종피부 및 동종진피 (GRAFT용) 급여기준 | <p>1. 화상 등의 질병으로 인하여 피부조직이 결손된 부위에 사용하는 드레싱용 동종피부와 전층이 손실된 피부조직 재건을 위하여 자가부분층이식재와 함께 사용하는 동종진피(GRAFT용)는 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 동종피부</p> <p>(1) 적응증</p> <p>(가) 2도 화상이 체표면적 30%이상</p> <p>(나) 3도 화상이 체표면적 10% 이상</p> <p>(2) 인정횟수 : 부위별 1회</p> <p>(3) 인정개수 : 실사용량</p> <p>나. 동종진피</p> <p>(1) 적응증</p> <p>(가) 관절부위를 포함하는 중증(major burn) 3도 화상</p> <p>(나) 운동제한(관절부위)을 동반한 외상, 화상의 반흔구축의 재건</p> <p>(2) 인정횟수 : 부위별 1회</p> <p>(3) 인정개수 : 체표면적의 20% 범위내 개수</p> <p>다만, 체표면적 20% 범위가 2500cm<sup>2</sup>을 초과하는 경우에는 2500cm<sup>2</sup> 이내 개수</p> <p>2. 상기 1항의 급여대상 이외 아래의 경우에 사용한 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> | <p>1. 화상 등의 질병으로 인하여 피부조직이 결손<sup>1)</sup>된 부위에 사용하는 드레싱용 "동종피부<sup>2)</sup>"와 전층<sup>3)</sup>이 손실된 피부조직 재건을 위하여 자가부분층이식재<sup>4)</sup>와 함께 사용하는 "동종진피<sup>5)</sup>"(GRAFT용)는 다음과 같이 사용할 때 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 동종피부</p> <p>1) 적응증</p> <p>(가) 2도 화상이 체표면적 30% 이상</p> <p>(나) 3도 화상이 체표면적 10% 이상</p> <p>2) 인정횟수: 부위별 1회</p> <p>3) 인정개수: 실사용량</p> <p>나. 동종진피</p> <p>1) 적응증</p> <p>(가) 관절부위를 포함하는 중증(major burn) 3도 화상</p> <p>(나) 운동제한(관절부위)을 동반한 외상, 화상의 반흔구축<sup>6)</sup>의 재건</p> <p>2) 인정횟수: 부위별 1회</p> <p>3) 인정개수: 체표면적의 20% 범위 내 개수<sup>7)</sup></p> <p>다만, 체표면적 20% 범위가 2500cm<sup>2</sup>을 초과하는 경우에는 2500cm<sup>2</sup> 이내 개수</p> <p>2. 상기 1항의 급여대상 이외 아래의 경우에 사용한 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>8)</sup>에 따라 환자가 재료비용의 80%를 부담<sup>9)</sup>함.</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                         | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>가. 동종피부 : 적응증 이외의 중증화상(major burn)의 경우<br/>나. 동종진피</p> <p>(1) 상기 적응증에 인정개수를 초과하여 사용한 경우<br/>(2) 건, 뼈 등의 노출이 동반된 외상</p> <p>(고시 제 2017-152호, 2017.9.1. 시행)</p> | <p>가. 동종피부 : 적응증 이외의 중증화상(major burn)의 경우<br/>나. 동종진피</p> <p>1) 상기 적응증에 인정개수를 초과하여 사용한 경우<br/>2) 건<sup>10)</sup>, 뼈 등의 노출이 동반된 외상<sup>11)</sup></p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 결손: 일부분이 손상되어 불완전한 상태<br/>2) 동종피부: 면역반응이 생기지 않도록 항원을 제거한 다른 사람의 피부<br/>3) 전층: 표피, 진피, 피하지방층으로 구분되는 피부의 전체 층<br/>4) 자가부분층이식재: 피부이식을 하기위하여 자신의 피부에서 피부 이식편을 떼어낼 때 피부 전층이 아닌 일부층만 떼어낸 피부조직<br/>※ 피부구조(전층): 피부표면으로부터 표피, 진피, 피하지방층으로 구분<br/>5) 동종진피: 다른 사람의 피부조직 중 진피층에 해당하는 것으로 면역반응이 생기지 않도록 항원을 제거한 피부<br/>6) 반흔 구축: 수술 또는 화상 등 외상에 의해 손상 받은 피부가 당겨지고 오그라지는 흉터<br/>7) 체표면적(Body surface area)의 20% 범위내 개수 : 환자 체표면적을 100%으로 보았을 때 체표면적의 20% 범위를 덮을 수 있는 인공 피부 개수를 말함.(제품화되어있는 인공피부의 크기에 따라 개수가 다를 수 있음)<br/>8) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 : 선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> |

| 연번 | 제 목                       | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>* 선별급여: 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>9) 재료비용의 80%를 환자가 부담: 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p> <p>10) 건: 근육을 뼈에 부착시키는 얇은 띠모양의 섬유성 연부조직으로 힘줄이라 함</p> <p>11) 외상: 갑작스럽게 발생한 사고 등으로 조직이나 장기 등이 손상을 입은 상태</p>                                                                                                                                                                                                     |
| 15 | 골대체제(동종골, 이종골, 합성골)의 급여기준 | <p>1. 자가골을 대체하는 골대체제(동종골, 이종골, 합성골)는 자가골의 사용이 어려운 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 장골능의 성장판이 열려 있는 소아</p> <p>나. 장골능에서 다량의 자가골 채취의 과거력이 있는 경우</p> <p>다. 70세 이상 고령 환자 또는 골다공증(<math>T\text{-score} \leq -2.5</math> : 이중에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptio metry, DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정한 값)</p> <p>라. 안면-두개골 수술 시</p> <p>1) 모발선(hair line) 이하의 안면부 골결손이 있는 경우</p> | <p>1. 자가골<sup>1)</sup>을 대체하는 "골대체제<sup>2)</sup>(동종골<sup>3)</sup>, 이종골<sup>4)</sup>, 합성골<sup>5)</sup>)"는 자가골의 사용이 어려운 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 장골능<sup>6)</sup>의 성장판이 열려 있는 소아</p> <p>나. 장골능에서 다량의 자가골 채취의 과거력이 있는 경우</p> <p>다. 70세 이상 고령 환자 또는 골다공증(<math>T\text{-score} \leq -2.5</math><sup>7)</sup> : 이중에너지 방사선 흡수법<sup>8)</sup>(Dual-Energy X-Ray Absorptio metry; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정한 값)</p> <p>라. 안면-두개골 수술 시</p> <p>1) 모발선(hair line) 이하의 안면부 골결손이 있는 경우</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>2) 1차 두개골 성형술에 실패했을 경우</p> <p>3) 뇌기저부 수술[경비적접형동접근법(TSA)포함] 시 뇌척수액 누출이 예상되는 경우<sup>143</sup></p> <p>4) 성장하는 소아에서 두개골 결손이 있는 질환. 단, 4세 미만에서 경막이 손상되지 않고 온전한(intact) 경우는 제외</p> <p>마. 척추 수술 시 척추체제거술, 요추 3분절 이상, 경·흉추 5분절 이상의 장분절 유합의 경우</p> <p>바. 사지 및 골반골 수술 시 골결손이 심해 자가골 이식만으로 부족한 경우</p> <p>사. 수술 중 허혈성 속이 발생하거나, 다발성 골절로 인해 척추 이외 타 병소에도 자가골 이식이 필요한 경우와 같이 자가골 사용이 매우 어려운 경우</p> <p>아. 악골에 골결손이 심해 자가골 이식이 어려운 경우</p> <p>2. 상기 1.의 급여대상 이외 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p>3. 상기 1., 2.의 경우 골대체제간의 병용사용은 인정하지 아니함.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>2) 1차 두개골 성형술에 실패했을 경우</p> <p>3) 뇌기저부<sup>9)</sup> 수술[경비적접형동접근법(TSA)<sup>10)</sup>포함] 시 뇌척수액 누출이 예상되는 경우</p> <p>4) 성장하는 소아에서 두개골 결손이 있는 질환. 단, 4세 미만에서 경막이 손상되지 않고 온전한(intact) 경우는 제외</p> <p>마. 척추 수술 시 척추체제거술, 요추 3분절<sup>11)</sup> 이상, 경·흉추 5분절 이상의 장분절 유합의 경우</p> <p>바. 사지 및 골반골 수술시 골결손이 심해 자가골 이식만으로 부족한 경우</p> <p>사. 수술 중 허혈성 속<sup>12)</sup>이 발생하거나, 다발성 골절로 인해 척추 이외 타 병소에도 자가골 이식이 필요한 경우와 같이 자가골 사용이 매우 어려운 경우</p> <p>아. 악골<sup>13)</sup>에 골결손이 심해 자가골 이식이 어려운 경우</p> <p>2. 상기 1항의 급여대상 이외 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>14)</sup>에 따라 재료비용의 80%를 환자가 부담<sup>15)</sup>함.</p> <p>3. 상기 1항, 2항의 경우 골대체제간의 병용사용은 인정하지 않음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 자가골: 환자 본인의 신체부위에서 채취한 뼈</p> <p>2) 골대체제: 뼈를 대체하는 치료재료</p> <p>3) 동종골: 다른 사람의 뼈를 가공해 만든 뼈 이식 재료</p> <p>4) 이종골: 소 등 동물의 뼈를 가공해 만든 뼈 이식 재료</p> <p>5) 합성골: 인공 합성물질을 가공해 만든 뼈 이식 재료</p> <p>6) 장골능: 골반뼈에서 위쪽 허리 부분의 완만한 테두리로 이 부위 덕</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문 | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|-----|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     |         | <p>분에 바지가 흘러내리지 않음</p> <p>7) 골다공증(T-score): 골다공증은 뼈의 양이 감소하고 뼈의 강도가 약해져서 골절이 일어날 가능성이 높은 상태를 의미하는 의학용어로 같은 인종 같은 성(性)별의 젊은 사람의 평균 골밀도에서 위, 아래 표준편차를 나타내는 값을 T값으로 표시하며 T값(T-score)이 -2.5미만일 경우 골다공증으로 진단함.</p> <p>8) 이중에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptiometry; DXA): 골다공증 진단방법 중 표준 진단법으로, DXA를 이용하여 골밀도를 측정한 수치를 젊고 건강한 사람들의 평균값과 비교하여 골다공증을 진단함.</p> <p>9) 뇌기저부: 뇌를 반구모양으로 생각했을 때 맨 밑바닥</p> <p>10) 경비적접형동접근법(TSA): 뇌 수술을 할 때 내시경을 사용하여 코 안쪽에 있는 접형동(나비굴)을 통해 접근하는 수술</p> <p>11) 분절: 분절은 뼈 마디를 의미하는 것으로 요추 3분절 이상은 요추뼈 3마디 이상을 의미</p> <p>12) 허혈성 속: 혈액 공급이 원활하지 않아 발생하는 쇼크(호흡곤란, 혈압강하, 식은 땀 등 증상)</p> <p>13) 악골: 턱 뼈</p> <p>14) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」:</p> <p>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여: 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을</p> |

| 연번 | 제 목            | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>달리 적용함</p> <p>15) 재료비용의 80%를 환자가 부담: 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 16 | 흡수성 뼈 지혈제 급여기준 | <p>1. 수용성합성물질로 만들어진 뼈 지혈제는 BONE WAX에 비해 뼈 생성 및 골 융합 용이성, 뼈 감염을 방지하는 점 등을 감안하여 별도 산정하되, 만65세 이상의 흉골절개를 시행하는 심장수술에 한하여 사용량을 5g까지 인정함.</p> <p>2. 상기1항의 급여대상이외 다음의 경우에 사용하는 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 상기 1항의 만65세 이상의 흉골절개를 시행하는 심장수술에서 인정용량을 초과하여 사용한 경우</p> <p>나. 만65세 미만의 흉골 절개를 시행하는 심장수술</p> <p>다. 출혈이 많은 수술인 골반골절수술</p> <p>라. 비구골절수술</p> <p>마. 장관골의 관혈적정복술</p> <p>바. 척추수술</p> <p>사. 인공관절 삽입술</p> | <p>1. 수용성합성물질<sup>1)</sup>로 만들어진 뼈 지혈제<sup>2)</sup>는 BONE WAX에 비해 뼈 생성 및 골 융합<sup>3)</sup> 용이성, 뼈 감염을 방지하는 점 등을 고려하여 요양기관에서 재료비용을 청구하되, 만65세 이상의 흉골절개를 시행하는 심장수술에 한하여 5g까지 사용량 청구를 인정함.</p> <p>2. 상기 1항의 급여대상 이외 다음의 경우에 사용한 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>4)</sup>에 따라 재료비용의 80%을 환자가 부담<sup>5)</sup>함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 상기 1항의 만65세 이상의 흉골절개를 시행하는 심장수술에서 인정용량을 초과하여 사용한 경우</p> <p>나. 만65세 미만의 흉골 절개를 시행하는 심장수술</p> <p>다. 출혈이 많은 수술인 골반골절수술</p> <p>라. 비구골절<sup>6)</sup>수술</p> <p>마. 장관골의 관혈적정복술<sup>7)</sup></p> <p>바. 척추수술</p> <p>사. 인공관절 삽입술</p> |

| 연번 | 제 목                | 고 시 원 문                                                  | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|--------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                    | (고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행)                            | <p>&lt;용어설명&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 수용성합성물질 : 물에 녹는 성질이 있는 합성물질</li> <li>2) 뼈 지혈제 : 수술 시 뼈의 표면으로부터의 출혈을 지혈</li> <li>3) 골 융합 : 뼈 지혈제가 뼈 조직과 구조적으로 결합하는 현상</li> <li>4) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 :<br/>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정<br/>* 선별급여 : 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</li> <li>5) 재료비용의 80%를 환자가 부담 : 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</li> <li>6) 비구(관골구)골절 : 엉덩이뼈와 고관절의 오목면을 이루는 부위 (엉덩이뼈의 바깥쪽에 있는 오목하게 들어간 곳)의 골절</li> <li>7) 장관골의 관혈적정복술 :<br/>팔과 다리에 있는 긴 뼈에 골절이 있는 경우, 피부 및 근육 등을 절개하여 뼈가 부러진 부위를 직접 보며 수술하는 것</li> </ol> |
| 17 | 뇌종양 또는 뇌실내에 항암제 주입 | 뇌종양 또는 뇌실내에 항암제 주입 시 사용하는 Ommaya reservoir는 별도 산정할 수 있음. | 뇌종양 또는 뇌실내에 항암제 주입 시 사용하는 Ommaya reservoir <sup>1)</sup> 는 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| 연번 | 제 목                                                 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | 시 사용하는 Ommaya reservoir 별도 산정여부                     | (고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) Ommaya reservoir : 뇌경막에 혈종이 생긴 경우 수액이나 혈종을 배액하거나, 뇌종양 환자에게 항암제 등의 약물을 지속적으로 주입하기 위해 두개천공을 통해 삽입하는 튜브</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 18 | 흡수성 단추형 두개골 고정용 치료재료 (Craniofix absorbable 등)의 급여기준 | <p>1. 흡수성단추형 두개골 고정용 치료재료(Craniofix absorbable 등)는 재료의 특성을 고려하여 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>(1) 만 7세이하 소아</p> <p>(2) 대뇌피질 인접부위 종양</p> <p>나. 인정개수 : 3개</p> <p>2. 상기 1항의 급여대상 이외 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p>(고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행)148</p> | <p>1. "흡수성단추형 두개골 고정용<sup>1)</sup> 치료재료(Craniofix absorbable 등)"는 재료의 특성을 고려하여 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 재료 비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>1) 만 7세이하 소아</p> <p>2) 대뇌피질 인접부위 종양</p> <p>나. 인정개수 : 3개</p> <p>2. 상기 1항의 급여대상 이외 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>2)</sup>에 따라 본인부담률을 80%로 적용<sup>3)</sup>함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 흡수성단추형 두개골 고정용 :<br/>체내에 흡수되는 재료로 단추형태의 머리뼈 고정용 재료</p> <p>2) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 :<br/>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이</p> |

| 연번 | 제 목                                                                                             | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여 : 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>3) 재료비용의 80%를 환자가 부담 : 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p>                                                                                                                |
| 19 | 흡수성재질의 두개·안면골 고정재료(Micro Plate & Screw, Mini Plate & Screw, Reconstruction Plate & Screw)의 급여기준 | <p>1. 흡수성재질의 두개·안면골 고정재료는 골 고정을 위해 사용되며, 골 고정 후 일정기간 경과 시 완전 흡수가 되므로 골 성장장애 감소, 두개강내 이동성 감소 등의 장점을 감안하여 다음의 경우에 요양급여함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. Hair Line 이하 안면골절 및 변형: 만12세 이하<br/>나. 두개골 고정 및 성형술: 만7세 이하</p> <p>2. 상기 1.의 급여대상 이외 아래의 경우에 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> | <p>1. 흡수성 재질의 두개·안면골 고정재료는 골 고정 후 일정기간 경과 시 완전흡수가 되므로 골 성장장애 감소, 두개강내 이동성 감소<sup>1)</sup> 등의 장점을 감안하여 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. Hair line<sup>2)</sup>이하 안면골절 및 변형 : 만12세 이하<br/>나. 두개골 고정 및 성형술 : 만7세 이하</p> <p>2. 상기 1.의 급여대상 이외 아래의 경우에 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>3)</sup>에 따라 재료비용의 80%를 환자가 부담<sup>4)</sup>함.</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                             | 설 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>- 아 래 -</p> <p>가. Hair Line 이하 안면골절 및 변형: 만12세 초과<br/>나. 두개골 고정 및 성형술: 만7세 초과에서 만12세 이하</p> <p>(고시 제2018-254호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>- 아 래 -</p> <p>가. Hair Line 이하 안면골절 및 변형: 만12세 초과<br/>나. 두개골 고정 및 성형술: 만7세 초과에서 만12세 이하</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 골 성장장애 감소, 두개강*내 이동성 감소 : 소아 개두술에 비흡수성 금속성 고정장치를 사용했을 때, 소아가 성장함에 따라 두개골 성장장애와 고정장치의 이동 가능성이 있어 흡수성 질의 골 고정 재료를 사용함으로써 이를 감소시킨다는 의미</p> <p>* 두개강 : 뇌를 수용하기 위해 만들어진 머리안의 공간</p> <p>2) Hair line : 이마에서 머리카락이 있는 부위와 없는 부위의 경계선 (머리와 안면 사이)</p> <p>3) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 : 선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여 : 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>4) 재료비용의 80%를 환자가 부담 : 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p> |

| 연번 | 제 목                                                                                                 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20 | 두개골 조기유합증 교정을 위하여 사용되는 Distractor System(Marchac-Arnaud Cranial Monobloc Distraction System 등) 급여기준 | <p>1. 두개골의 신장 및 전진을 통하여 두개골조기유합증을 교정하기 위해 사용하는 Distractor System(Marchac-arnaud Cranial Monobloc Distraction System 등)은 봉합 부위 및 횡수 불문하고 수술 당 4개 범위 내에서 실사용량으로 인정함. 다만, MID system의 경우 수술 당 frame은 최대 4개, screw는 frame당 최대 12개(connecting screw 포함) 범위 내에서 실사용량으로 인정함.</p> <p>2. 상기 1.의 인정개수를 초과하여 사용한 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함.</p> <p>(고시 제2018-3호, 2018.4.1. 시행)</p> | <p>1. 두개골의 신장 및 전진<sup>1)</sup>을 통하여 두개골조기유합증<sup>2)</sup>을 교정하기 위해 사용하는 Distractor System(Marchac-arnaud Cranial Monobloc Distraction System 등)은 봉합 부위 및 횡수 불문하고 수술 당 4개 범위 내에서 실제 사용개수를 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> <p>다만, MID system의 경우 수술 당 frame은 최대 4개, screw는 frame당 최대 12개(connecting screw 포함) 범위 내에서 실제 사용개수로 청구할 수 있음.</p> <p>2. 상기 1.의 인정개수를 초과하여 사용한 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>3)</sup>에 따라 재료비용의 90%를 환자가 부담<sup>4)</sup>함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 신장 및 전진 : 두개골을 벌려 조금씩 이동하면서 길이를 늘이는 것</p> <p>2) 두개골조기유합증 : 두개골을 이루는 뼈의 봉합선이 너무 일찍 붙어버려 머리가 완전히 자라지 못한 소두증이나 비정상적인 모양의 머리 형태가 되는 희귀질환</p> <p>3) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」:</p> <p>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여 : 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> |

| 연번 | 제 목                                                                                             | 고 시 원 문                                                                                                                                                                      | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                 |                                                                                                                                                                              | 4) 재료비용의 90%를 환자가 부담 : 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담                                                                                                                                                         |
| 21 | ICP Monitor<br>삽입술시<br>Intraventricular<br>Catheter Set나<br>Monitoring<br>Sensor Set<br>별도 산정여부 | ICP Sensor 또는 ICP Catheter는 별도 산정할 수 있으나, Intraventricular Monitoring Catheter Set나 Monitoring Sensor Set는 별도 산정할 수 없음.<br><br>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)                  | ICP Sensor 또는 ICP 카테터(Catheter) <sup>1)</sup> 는 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있으나, Intraventricular Monitoring Catheter Set나 Monitoring Sensor Set는 별도로 청구할 수 없음.<br><br><용어설명><br>1) ICP(Intracranial pressure) Sensor, Catheter :<br>두개내압 측정(ICP monitoring)시 사용되는 재료 |
| 22 | ICP Monitoring<br>Kit의 별도 산정<br>여부                                                              | ICP Monitoring Kit는 신경외과 환자의 집중 감시를 위하여 필요하다고는 하나, ICP Sensor 또는 ICP Catheter를 사용하여도 소정의 목적을 달성할 수 있으므로 ICP Monitoring Kit는 별도 산정할 수 없음.<br><br>(고시 제2003-83호, 2004.1.1. 시행) | "ICP <sup>1)</sup> Monitor152ing Kit"는 신경외과 환자의 집중 감시를 위하여 필요하다고 하나, ICP Sensor 또는 ICP 카테터(Catheter)를 사용하여도 기대하는 것만큼의 목적을 달성할 수 있으므로, ICP Monitoring Kit 비용은 요양기관에서 별도로 청구할 수 없음.<br><br><용어설명><br>1) ICP(Intracranial Pressure): 뇌 안의 뇌척수액의 압력을 의미함.          |

| 연번 | 제 목                                                                          | 고 시 원 문                                                                                                                                                                | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 23 | 두개골 고정용 MICRO PLATE (비흡수성 재질)의 급여기준                                          | 두개 외상이나 뇌수술 후에 사용하는 두개골 고정용 MICRO PLATE(비흡수성 재질)는 식약처 허가사항 범위내에서 4개까지 사용을 원칙으로 함. 다만, 인정개수 초과시 사례별로 인정함. (고시 제2016-30호, 2016.3.1. 시행)                                  | <p>식품의약품안전처 허가사항<sup>1)</sup> 범위내에서 두개 외상이나 뇌수술 후에 사용하는 두개골 고정용 MICRO PLATE<sup>2)</sup>(비흡수성 재질<sup>3)</sup>)의 사용 개수는 4개까지 요양기관에서 청구할 수 있음. 다만, 4개를 초과하여 사용한 경우에는 환자 상태에 따라 사례별<sup>4)</sup>로 추가로 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 식품의약품안전처 허가사항: 의료기기의 성능 및 사용목적 등에 대해 식품의약품안전처장이 안전성·유효성을 평가하여 사용을 허용한 범위</p> <p>2) 두개골 고정용 MICRO PLATE: 외부충격에 의해 머리뼈를 다치는 경우 혹은 뇌수술 후에 머리뼈를 고정하기 위해 사용하는 얇은 판 형태의 재료</p> <p>3) 비흡수성 재질: 조직에 흡수되지 않는 성질의 재료</p> <p>4) 사례별: 의료인이 작성한 진료기록부, 수술기록지, 검사결과지 등의 객관적 자료를 참조하여 환자마다의 상태를 확인함.</p> |
| 24 | 대퇴골두 무혈성 괴사증에 사용하는 TRABECULAR METAL OSTEONECROSIS INTERVENTION IMPLANT의 인정기준 | 대퇴골두의 괴사부위에 삽입하여 혈행 및 골성장 축진을 위해 사용하는 TRABECU153LAR METAL OSTEONECROSIS INTERVENTION IMPLANT는 50세 이하의 대퇴골두 무혈성괴사증 Ficat stage I, II에 인정함. (고시 제2007-37호, 2007.5.1. 시행) | <p>대퇴골두의 괴사부위에 삽입하여 혈액의 흐름 및 골성장 축진을 위해 사용하는 "Trabecular Metal Osteonecrosis Intervention Implant"는 50세 이하의 대퇴골두 무혈성괴사증<sup>1)</sup> Ficat stage<sup>2)</sup> I, II 단계에서 사용 시 요양기관에서 재료비용을 별도로 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 대퇴골두 무혈성괴사증: 대퇴골두란 허벅지 뼈의 머리 부분으로, 혈류순환 장애로 인해 대퇴골두가 괴사하는 질환</p>                                                                                                                                                                                                                              |

| 연번 | 제 목                       | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>2) Ficat stage:</p> <p>대퇴골두의 무혈성 괴사가 진행되는 단계를 나눈 분류법</p> <p>* stage I : X-ray에서 는 정상으로 보이나 핵의학검사나 MRI에서는 병변이 나타나는 상태</p> <p>* stage II : 대퇴골두가 하얗게 또는 까맣게 드문드문 보이는 상태</p> <p>* stage III : 대퇴골두가 망가져서 동그란 모양을 유지하지 못할 때</p> <p>* stage IV : 대퇴골두가 망가져서 대퇴골두와 맞닿은 골반쪽 관절인 비구 또한 망가졌을 때</p>                                                                                                                                                                      |
| 25 | 흉골 봉합용 CABLE SYSTEM의 급여기준 | <p>1. 흉골 봉합용 CABLE SYSTEM은 심장수술에서 흉골 봉합 시 종전 사용되던 Wire에 비해 재질 자체가 flexible하여 흉골 손상이 적으며, 균등한 장력으로 인해 고정력이 우수한 점 등을 고려하여 다음의 경우에 요양급여함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <p>1) 흉골을 재봉합하는 심장수술(Redo-sternotomy)</p> <p>2) 만65세 이상의 흉골봉합 환자</p> <p>나. 급여개수: 3개</p> <p>2. 상기 1.의 급여대상 및 급여개수를 초과하여 흉골 봉합에 사용한 경우 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> | <p>1. 흉골 봉합용 CABLE SYSTEM은 심장수술에서 흉골<sup>1)</sup>을 봉합할 때 종전에 사용되었던 철사(Wire)에 비해 재질 자체가 유연(flexible)하여 흉골 손상이 적으며, 균등한 장력<sup>2)</sup>으로 인해 고정력이 우수하다는 점 등을 감안하여 흉부외과 수술 중 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <p>1) 흉골을 재봉합하는 수술(Redo-sternotomy)</p> <p>2) 만65세 이상의 흉골 봉합 환자</p> <p>나. 급여개수: 3개</p> <p>2. 상기 1.의 급여대상 및 급여개수를 초과하여 흉골 봉합에 사용한 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>3)</sup>에 따라</p> |

| 연번 | 제 목              | 고 시 원 문                                                                                                                                                                               | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                  | (고시 제2018-254호, 2019.1.1. 시행)                                                                                                                                                         | <p>재료비용의 80%를 환자가 부담<sup>4)</sup>함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 흉골: 가슴 앞쪽 한가운데 위치하여 세로로 길쭉하고 납작한 뼈</p> <p>2) 장력: 당기거나 당겨지는 힘</p> <p>3) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」:</p> <p>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여: 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>4) 재료비용의 80%를 환자가 부담 : 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p> |
| 26 | 추체보강용SET<br>급여기준 | <p>추체보강용SET(EXPANDABLE TYPE, MESH TYPE)는 자가골 이식이 어려운 다음의 적응증에서 1개 이상의 척추체 전제거술 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>1) 흉요추부의 골절, 기형 또는 종양</p> | <p>추체보강용SET(EXPANDABLE TYPE, MESH TYPE)는 자가골<sup>1)</sup> 이식이 어려운 다음의 적응증에서 1개 이상의 척추체 전제거술<sup>2)</sup>을 시행하는 경우 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>1) 흉요추부의 골절, 기형 또는 종양</p>                                                                                                                                                                                                                                                        |

| 연번 | 제 목                     | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                         | 2) 경추부의 골절, 기형, 종양 또는 척수압박<br>3) 척추 결핵<br><br>나. 상기 가.의 적응증에도 불구하고 화농성 병소의 경우는 인정 대상에서 제외함.<br><br>(고시 제2017-173호, 2017.10.1. 시행)                                                                                                                                                                  | 2) 경추부의 골절, 기형, 종양 또는 척수압박<br>3) 척추 결핵<br><br>나. 상기 가.의 적응증에도 불구하고 화농성 병소 <sup>3)</sup> 의 경우는 재료 비용을 별도로 청구할 수 없음.<br><br><용어설명><br>1) 자가골 : 환자 본인의 신체부위에서 채취한 뼈<br>2) 추체(vertebral body) 전제거술 : 신경을 누르는 척추뼈의 몸통을 완전히 제거하는 수술<br>3) 화농성 병소 : 염증이 생겨 고름이 분비되는 병변 부위                                                                                                                                                  |
| 27 | 척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준 | 1. 고정기기(Cage 단독사용 또는 Cage와 pedicle screw system 병용 사용)를 이용한 척추유합술은 적절한 보존적 요법에도 불구하고 임상증상의 호전이 없는 다음의 경우에 인정함.<br><br>- 다 음 -<br><br>가. 적응증<br>(1) 척추전방전위증<br>(2) 임상증상이 동반된 중등도(MRI상 신경공의 perineural fat의 소실이 확인된 경우) 이상의 추간공협착증<br>(3) 광범위한 후방감압술(편측 후관절의 전절제 및 양측 후관절의 각 1/2 이상 절제)이 불가피한 다음의 질환 | 1. 고정기기(Cage <sup>1)</sup> 단독사용 또는 Cage와 pedicle screw system 병용 사용 <sup>2)</sup> 를 이용한 척추유합술 <sup>3)</sup> 은 적절한 보존적 요법 <sup>4)</sup> 에도 불구하고 임상증상 <sup>5)</sup> 의 호전이 없는 다음의 경우에 요양기관에서 비용을 청구할 수 있음.<br><br>- 다 음 -<br><br>가. 적응증<br>1) 척추전방전위증 <sup>6)</sup><br>2) 임상증상이 동반된 중등도* 이상의 추간공협착증 <sup>7)</sup><br>* 중등도: MRI상 신경공의 perineural fat(신경주변 지방)의 소실이 확인된 경우<br>3) 광범위한 후방감압술 <sup>8)</sup> 이 불가피한 다음의 질환 |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>1) 척추관협착증</p> <p>2) 관혈적 수술후 재발한 추간판탈출증</p> <p>(4) 3개월 이상의 적절한 보존적 요법에도 불구하고 심한 요통이 지속되는 퇴행성 추간판질환 중</p> <p>1) MRI상 퇴행성 변화가 1-2개 분절에만 국한되어 있으며, 뚜렷한 추간 간격 협소가 동반되고 추간판조영술(discography)상 병변이 확인된 경우</p> <p>2) 분절간 불안정성이 확인된 경우</p> <p>나. 금기증</p> <p>(1) 감염성 질환</p> <p>(2) 이전의 추체간 유합술 부위</p> <p>(3) 골다공증(<math>T\text{-score} \leq -2.5</math>) : 이중에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정 한 값(Cage 단독 사용 시에만 해당)</p> <p>※ 상기 '1'항에 의한 기준은 모든 종류의 cage에 적용됨</p> <p>2. 고정기기 중 Flexible rod system을 이용한 경우에도 상기 '1'항의 기준을 적용함.</p> <p>(고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)</p> | <p>* 후방감압술: 한쪽 후관절의 전절제 및 양측 후관절의 각 1/2 이상 절제</p> <p>가) 척추관협착증<sup>7)</sup></p> <p>나) 관혈적 수술후 재발한 추간판탈출증<sup>9)</sup></p> <p>4) 3개월 이상의 적절한 보존적 요법에도 불구하고 심한 요통이 지속되는 퇴행성 추간판질환<sup>10)</sup> 중</p> <p>가) MRI상 퇴행성 변화가 1-2개 척추뼈 마디에만 국한되어 있으며, 뚜렷한 척추뼈 마디 사이 간격 협소가 동반되고 추간판조영술(discography)상 병변이 확인된 경우</p> <p>나) 척추뼈 마디간 불안정성이 확인된 경우</p> <p>나. 금기증</p> <p>(1) 감염성 질환</p> <p>(2) 이전의 추체간 유합술 부위<sup>11)</sup></p> <p>(3) 골다공증<sup>12)</sup>(<math>T\text{-score}^{13}) \leq -2.5</math>): 이중에너지 방사선 흡수법<sup>14)</sup> (Dual-Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정 한 값(Cage 단독 사용 시에만 해당)</p> <p>※ 상기 '1'항에 의한 기준은 모든 종류의 cage에 적용됨</p> <p>2. 고정기기 중 Flexible rod system<sup>15)</sup>을 이용한 경우에도 상기 '1'항의 기준을 적용함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) cage (케이지): 척추뼈 사이에 삽입하여 척추체(Vertebral Body)를</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문 | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|-----|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     |         | <p>고정하는 척추 고정용 재료</p> <p>2) 병용사용: 함께 사용</p> <p>3) 척추유합술: 척추가 불안정하여 분리증이 있거나 척추전방전위증이 있는 경우 위, 아래 척추 뼈 마디사이에 나사못 등 고정재료를 넣어 두개의 뼈를 고정하여 척추뼈의 안정성을 유지시켜주는 수술</p> <p>4) 적절한 보존적 요법: 의료기관 내원을 통해 이루어지는 약물치료, 물리치료 또는 국소주사 등의 치료, 한방치료를 의미하며, 환자가 집에서 스스로 행하는 안정 및 자가치료 등은 적극적인 보존적 치료의 범주로 보지 않음. (출처 : 심평원 공개사례)</p> <p>5) 임상증상:</p> <p>허리통증, 다리 저림, 마비증상 등 척추이상으로 나타나는 증상</p> <p>6) 척추전방전위증: 척추 주변의 근육과 인대가 약해져서 척추 뼈가 앞으로 밀려나와 통증이 발생하는 퇴행성 질환</p> <p>7) 추간공협착증/척추관협착증: 척추전방위증으로 인해 척추관 또는 추간공이 좁아져서 신경이 눌리기 때문에 요통 및 다리가 저리고 마비되는 등의 신경증상을 일으키는 질환</p> <p>8) 후방감압술: 환자의 등 부위를 절개해 척추신경을 누르고 있는 척추관 내의 뼈와 연부조직을 제거하고 척추관을 넓혀주는 수술</p> <p>9) 추간판탈출증: 보통 디스크라고 말하며, 외상이나 퇴행성변화 등에 의해 추간판의 일부가 피막을 찢고 밖으로 밀려나와 주위조직 특히 척추신경을 압박하면서 통증 등의 증상을 유발하는 병</p> <p>10) 퇴행성 추간판질환: 노화가 진행됨에 따라 척추를 기점으로 생기는 변화들을 묘사하는 일반적인 용어로, 나이가 들면서 천천히 디스크의 수분이 마르고 작아지며 충격흡수의 역할도 감소되면서 척수나 신경에 압박을 가하여 요통을 일으켜 추간판탈출증, 척추관 협착증</p> |

| 연번 | 제 목                  | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                  | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                      |                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>등을 유발</p> <p>11) 이전의 추체간 유합술 부위: 이전에 척추뼈의 안정성을 유지시켜 주기 위해 척추 뼈 마디사이에 나사못 등 고정재료를 넣어 수술받은 부위</p> <p>12) 골다공증: 뼈의 양이 감소하고 뼈의 강도가 약해져서 골절이 일어날 가능성이 높은 상태를 의미하는 의학용어</p> <p>13) T-score: 같은 인종 같은 성(性)별의 젊은 사람의 평균 골밀도에서 위, 아래 표준편차를 나타내는 값을 T값으로 표시하며 T값(T-score)이 -2.5미만일 경우 골다공증으로 진단함.</p> <p>14) 이중에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptiometry; DXA): 골다공증 진단방법 중 표준진단법으로 DXA를 이용하여 골밀도를 측정하여 나타난 수치를 젊고 건강한 사람들의 평균값과 비교하여 골다공증을 진단함.</p> <p>15) Flexible rod system: 척추고정수술시 척추 분절간의 고정 및 안정에 사용되는 척추고정기기 중 척추 좌우 양측에 적용되는 막대형 재료로 유동성이 있는 Flexible Type의 재료라는 의미임.</p> |
| 28 | Cage와 인조뼈 병합재료 급여 기준 | <p>1. 척추 치료재료인 경추 및 요추용 Cage(골대체제 포함형)는 Cage와 인조뼈의 단순 병합 재료로서 다음과 같은 경우에 인정토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 흉, 요추 : 척추유합술시 사용하는 고정기기 인정기준 및 골대체제(인조뼈) 인정 기준을 동시에 만족하는 경우</p> <p>나. 경추 : 아래의 1) 골대체제 인정기준(척추수술)과 2) Cage 적용</p> | <p>1. 척추 치료재료인 경추 및 요추용 Cage(골대체제 포함형)는 Cage<sup>1)</sup>와 인조뼈의 단순 병합 재료로서 다음과 같은 경우에 요양기관에서 별도로 비용을 청구 할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 흉, 요추: 척추유합술<sup>2)</sup>시 사용하는 고정기기 인정기준 및 골대체제(인조뼈) 인정 기준을 동시에 만족하는 경우</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>증을 동시에 만족하는 경우에 인정함. 다만, 1 level에 한하여 인정하며, 전방 plate 또는 후방 척추고정기기와 병용하여 사용할 수 없음.</p> <p>- 아 래 -</p> <p>1) 골대체제 인정기준(척추수술)</p> <p>가) 70세 이상 고령 환자에서의 유합술 또는 골다공증(T-score <math>\leq -2.5</math>: 이중에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정 한 값)</p> <p>나) 장골능에서 자가골 채취술을 시행한 경험이 있는 환자</p> <p>다) 기타 수술 중 허혈성 속이 발생하거나 다발성 골절로 인해 척추 이외 타 병소에도 자가골 이식이 필요한 경우와 같이 자가골 사용이 매우 어려운 상황임이 충분히 인정되는 경우</p> <p>2) Cage 적응증 : 추간판탈출증 또는 척추관협착증</p> <p>2. 추가로 사용되는 골대체제는 인정하지 않음.<br/>(고시 제2017-173호, 2017.10.1. 시행)</p> | <p>나. 경추: 아래의 1) 골대체제 인정기준(척추수술)과 2) Cage 적응증을 동시에 만족하는 경우에 인정함. 다만, 1 level에 한하여 인정하며, 전방 plate 또는 후방 척추고정기기와 병용하여 사용할 수 없음.</p> <p>- 아 래 -</p> <p>1) 골대체제 인정기준(척추수술)</p> <p>가) 70세 이상 고령 환자에서의 유합술 또는 골다공증<sup>3)</sup> (T-score<sup>4)</sup> <math>\leq -2.5</math> : 이중에너지 방사선 흡수법<sup>5)</sup>(Dual-Energy X-Ray Absorptiometry; DXA)을 이용하여 중심골[요추(2부위 이상 측정값의 평균), 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 측정 한 값)</p> <p>나) 장골능에서 자가골<sup>6)</sup> 채취술을 시행한 경험이 있는 환자</p> <p>다) 기타, 수술 중 허혈성 속<sup>7)</sup>이 발생하거나 다발성 골절로 인해 척추 이외 타 병소에도 자가골 이식이 필요한 경우와 같이 자가골 사용이 매우 어려운 상황임이 충분히 인정되는 경우</p> <p>2) Cage 적응증: 추간판탈출증<sup>8)</sup> 또는 척추관협착증<sup>9)</sup></p> <p>2. 추가로 사용되는 골대체제<sup>10)</sup> 비용은 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) cage: 척추체(Vertebral Body)에 삽입하는 이식용 재료</p> <p>2) 척추유합술: 척추가 불안정하여 분리증이 있거나 척추전방전위증이 있는 경우 위.아래 척추 뼈 마디사이에 나사못 등 고정재료를 넣어 두개의 뼈를 고정하여 척추뼈의 안정성을 유지시켜주는 수술</p> <p>3) 골다공증: 뼈의 양이 감소하고 뼈의 강도가 약해져서 골절이 일어날 가능성이 높은 상태를 의미하는 의학용어</p> |

| 연번 | 제 목                 | 고 시 원 문                                                                                            | 설 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                     |                                                                                                    | <p>4) T-score: 같은 인종 같은 성(性)별의 젊은 사람의 평균 골밀도에서 위, 아래 표준편차를 나타내는 값을 T값으로 표시하며 T값(T-score)이 -2.5미만일 경우 골다공증으로 진단함</p> <p>5) 이중에너지 방사선 흡수법(Dual-Energy X-Ray Absorptiometry; DXA): 골다공증 진단방법 중 표준진단법으로 DXA를 이용하여 골밀도를 측정하여 나타난 수치를 젊고 건강한 사람들의 평균값과 비교하여 골다공증을 진단함.</p> <p>6) 장골능 자가골: 허리 부분을 이루는 뼈의 하나로서 장골의 가장 위쪽 자리인 돌출된 부분, 자신의 장골능에서 채취한 자기뼈를 말함.</p> <p>7) 허혈성 속: 혈액이 잘 공급되지 않아 발생하는 쇼크(호흡곤란, 혈압강하, 식은땀 등 증상)</p> <p>8) 추간판탈출증: 보통 디스크라고 말하며, 외상이나 퇴행성변화 등에 의해 추간판의 일부가 밖으로 밀려나와 주위조직 특히 척추신경을 압박하면서 통증 등의 증상을 유발하는 병</p> <p>9) 척추관협착증: 척추전방위증으로 인해 척추관 또는 추간공이 좁아져서 신경이 눌리기 때문에 요통 및 다리가 저리고 마비되는 등의 신경증상을 일으키는 질환</p> <p>10) 골대체제: 뼈를 대체하는 치료재료</p> |
| 29 | 뉴크레오톼 kit<br>의 급여여부 | 경피적 추간판 수핵 제거술시 사용되는 뉴크레오톼 Kit은 「치료재료 급여목록및상한금액표」 범위내에서 실구입가로 산정함.<br>(고시 제2008-80호, 2008.8.1. 시행) | 경피적 추간판 수핵 제거술 <sup>1)</sup> 시 사용되는 "뉴크레오톼 Kit"는 「치료재료급여·비급여목록 및 급여상한금액표」 범위 <sup>2)</sup> 안에서 요양기관이 실제 구입한 금액으로 청구할 수 있음.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| 연번 | 제 목                          | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                              |                                                                                                                                                                                        | <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 경피적 추간판 수핵 제거술: 추간판탈출증이 있는 척추부위의 피부를 통해 뉴크레오톰관을 디스크 내로 삽입하고 탈출된 디스크 수핵을 직접 제거하는 수술</p> <p>2) 「치료재료급여·비급여목록 및 급여상한금액표」 범위: 식품의약품안전처 허가를 받은 치료재료 중 보건복지부 장관이 위원회의 심의를 거쳐 고시한 품목리스트로서 치료재료 개별비용을 말함.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 30 | 후방고정기기밴드인 추간체고정용 Clamp의 급여기준 | <p>후방고정기기밴드인 추간체고정용 Clamp는 특발성 척추측만증 중 15세 미만의 환자에서 40도 이상 만곡이 있는 경우로 척추경 나사못(pedicle screw set)을 이용한 척추고정술 시 부위를 달리 하여 보조적으로 사용 시 요양급여를 인정함.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>후방고정기기밴드<sup>1)</sup>인 “추간체고정용 clamp”는 15세 미만의 환자에서 40도 이상 만곡<sup>2)</sup>이 있는 특발성 척추측만증<sup>3)</sup>인 환자에게 척추경 나사못(pedicle screw)을 이용한 척추고정술을 시행 시 척추경 나사못을 사용하지 않은 부위에 보조적으로 사용할 때 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 후방고정*기기밴드: 후방 척추고정용 재료로 밴드 형태<br/>* 후방고정: 허리 쪽으로 접근하여 추간 관절간, 추궁간, 극돌기 간을 고정하는 척추고정술</p> <p>2) 만곡: 활 모양으로 굽은 상태</p> <p>3) 특발성 척추측만증: 척추측만증은 반듯하게 골반위에 있어야 할 척추가 S 또는 C자로 휘어지고 동시에 척추 마디마디가 회전하여 틀어지는 척추의 변형으로 특발성은 아직까지 정확한 원인이 밝혀지지 않고 유아기·청소년기에 특별한 이유 없이 발생</p> |

| 연번 | 제 목                                       | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31 | Proximal 또는 Reconstruction nail set의 급여기준 | <p>Proximal 또는 Reconstruction nail set는 대퇴골 골절에 골수내로 직접 삽입하는 치료재료로, 다음의 경우에 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. Proximal nail set : Compression Hip Screw로는 고정이 어려운 대퇴경부골절(Femur Neck Fx)이나 대퇴전자부 골절(Femur Trochanteric Fx)</p> <p>나. Reconstruction nail set : 대퇴경부골절(Femur Neck Fx)과 대퇴간부골절(Femur Shaft Fx)이 Combine된 경우</p> <p>(고시 제2017-91호, 2017.6.1. 시행)</p> | <p>Proximal 또는 Reconstruction nail set는 대퇴골 골절<sup>1)</sup>에 골수내로 직접 삽입하는 치료재료로, 다음의 경우에 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. Proximal nail set : Compression Hip Screw로는 고정이 어려운 대퇴경부골절(Femur Neck Fx)이나 대퇴전자부 골절(Femur Trochanteric Fx)</p> <p>나. Reconstruction nail set : 대퇴경부골절(Femur Neck Fx)과 대퇴간부골절(Femur Shaft Fx)이 Combine된 경우</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 대퇴골절: 대퇴골은 고관절(엉덩이)부터 무릎관절 사이를 이어주는 긴뼈로 우리 몸에서 가장 길고 크며, 단단한 골조직으로 다리의 넓적다리뼈 부분을 형성함. 대퇴골 형태는 대퇴골두(머리), 대퇴경부(목), 대퇴전자부(큰 돌기 및 작은 돌기), 대퇴간부(몸통)로 구성되어 있음.</p> |
| 32 | 골수강내 고정재료                                 | <p>골형성부전증(Osteogenesis Imperfecta), 선천성 경골가관절증(Congenital Pseudoarthrosis of Tibia), 골이형성증(Bone Dysplasia)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>"Telescopic Intramedullary Rod"는 골수강내 삽입시 골이 성장함에 따라 금속정도 같이 늘어나는 특징을 가지고 있으며, T-말단부<sup>1)</sup>가</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| 연번 | 제 목                                 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | Telescopic Intramedullary Rod의 급여여부 | <p>등에 이환되어 정상적인 골형성이 안되는 성장기 소아는 골절의 위험도가 높으며 변형이 생길 가능성이 많아 보행이 안되는 경우가 흔히 있으므로 이때 골절을 예방하고 기형을 방지하며 보행능력을 향상 시키는 골수강내 금속정 삽입술이 불가피함.</p> <p>Telescopic Intramedullary Rod는 골수강내 삽입시 골이 성장함에 따라 금속정도 같이 늘어나는 특징을 가지고 있으며, 기존에 사용하고 있는 Bailey Dubow Nail-T-말단부 해리의 문제점이 있으나, 동재료는 T-말단부가 분리되지 않아 분리로 인한 재수술이 적으며, T-말단부의 폭이 넓게 보완됨으로써 골간단부의 이동을 줄일 수 있는 장점이 있으므로 인정하되, 성장기에 있는 상기 질환 등의 환아에 한하여 급여대상으로 함.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p> | <p>분리되지 않아 분리로 인한 재수술이 적고, T-말단부의 폭이 넓게 보완됨으로써 골간단부<sup>2)</sup>의 이동을 줄일 수 있는 장점이 있으므로, 다음 질환에 이환되어 정상적인 골형성이 안되는 성장기 소아에 한하여 요양기관에서 재료비용을 별도로 청구할 수 있음.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 골형성부전증<sup>3)</sup>(Osteogenesis Imperfecta)<br/> 나. 선천성 경골가관절증<sup>4)</sup>(Congenital Pseudoarthrosis of Tibia)<br/> 다. 골이형성증<sup>5)</sup>(Bone Dysplasia)</p> <p>※ 참조<br/> 상기질환 등의 병에 걸려 정상적인 골형성이 안되는 성장기 소아는 골절의 위험도가 높으며 변형이 생길 가능성이 많아 보행이 안되는 경우가 흔히 있으므로 이때 골절을 예방하고 기형을 방지하며 보행능력을 향상 시키는 골수강내 금속정 삽입술이 불가피함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;<br/> 1) 말단부 : 끝 부분<br/> 2) 골간단부 : 뼈의 몸통 끝 부분<br/> 3) 골형성부전증 : 특별한 원인이 없이 뼈가 쉽게 부러지는 선천성 유전성 질환<br/> 4) 선천성 경골가관절증 :<br/> 경골의 불유합*을 특징으로 하는 질환으로, 뼈의 이형성**과 부분적인 약화로 인해 관절이 아닌 부위에 관절과 유사한 부위가 발생하여</p> |

| 연번 | 제 목                                                                                     | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                     | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                             | <p>경골이 전외측으로 휘게되고 병적 골절이 일어나는 질환</p> <p>* 불유합 : 뼈가 부러져 붙지 않는 것</p> <p>** 이형성 : 세포가 정상이 아닌 형태로 변화하는 것으로 보통 상피 조직과 조혈조직에 생기나. 뼈에서도 비정상적인 형성이 생기기도 함</p> <p>5) 골이형성증 : 유전적 결함으로 비정상적인 골, 연골 성장을 보이는 다양한 질환군</p>                                                             |
| 33 | Intramedullary Supracondylar Nail Set의 Nail 고정재료인 Stable-Lock Nut & Step Screw의 별도 산정여부 | <p>Stable-Lock Nut &amp; Step Screw는 이미 등재되어 있는 Intramedullary Supracondylar Nail Set 의 Nail을 고정하는 Locking Screw 대신 사용하는 바, 등재된 Set품목 내에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2001-40호, 2001.7.1. 시행)</p>                                         | "Stable-Lock Nut & Step Screw"는 이미 등재되어 있는 Intramedullary Supracondylar Nail Set 의 Nail(못)을 고정하는 Locking Screw(잠금 나사) 대신 사용하는 재료로, 등재된 Set(세트)품목 내에 포함되므로 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 없음.                                                                                     |
| 34 | Unreamed Femoral Nail의 급여기준                                                             | <p>Unreamed Femoral Nail Set(UFN)는 다듬질(reaming)없이 못박음(nailing)하여 수술시간과 골유합기간 단축, 혈액손실 감소, 감염예방 등의 효과가 있어 급여대상으로 하며, 골절 상태에 따라 추가 사용이 불가피할 경우 Nail용 선택사용 품목인 spiral blade, locking sleeve는 별도 산정함.</p> <p>(고시 제2017-173호, 2017.10.1. 시행)</p> | <p>"Unreamed Femoral Nail Set"는 다듬질(reaming)없이 못박음(nailing)하여 수술시간과 뼈가 붙는 기간의 단축, 혈액손실 감소, 감염예방 등의 효과가 있어 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p>또한, 골절 상태에 따라 추가 사용이 불가피할 경우 Nail용 선택사용 품목인 spiral blade(나선형 블레이드), locking sleeve(잠금 슬리브)을 사용시 별도로 추가사용 재료비용을 청구할 수 있음.</p> |

| 연번 | 제 목                                | 고 시 원 문                                                                                                                                                                           | 첩 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 35 | ANGULAR STABLE LOCKING SYSTEM 인정기준 | <p>골절치료를 사용하는 ANGULAR STABLE LOCKING SYSTEM은 Nail의 선택사용품으로 흡수성 재질의 SLEEVE를 끼워 사용하여 ANGULAR STABILITY를 높여주는 재료로서 골다공증이 심한 노인 환자에게 사용시 인정함.</p> <p>(고시 제2010-56호, 2010.8.1. 시행)</p> | <p>골절치료를 사용하는 "Angular Stable Locking System"은 Nail<sup>1)</sup>류의 선택 사용제품으로 흡수성 재질의 슬리브관(Sleeve)를 끼워 사용하여 각 안정성(Angular Stability)를 높여주므로, 골다공증<sup>2)</sup>이 심한 노인 환자에게 사용 시 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) Nail : 골절치료를 골수강내로 삽입하는 머리없는 긴 못 형태의 삽입물</p> <p>2) 골다공증 : 정상적인 뼈에 비해 '구멍이 많이 난 뼈'를 말하며, 뼈의 강도가 약해져서 골절이 일어날 가능성이 높은 질환</p> |
| 36 | "Hex Button"의 요양급여대상 여부            | <p>"HEX BUTTON"은 Cable을 감기위해 사용하는 연결고리로 관련학회 의견 참조할 때 임상적 유용성을 입증할 만한 자료가 미비하고, 골절 고정시 보조적으로 사용되는 점을 감안하여 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2002-80호, 2003.1.1. 시행)</p>                    | <p>"Hex Button"은 케이블(Cable)을 감기위해 사용하는 연결고리로 임상적 유용성을 입증할 만한 자료가 미비하고, 골절 고정시 보조적으로 사용되는 점을 고려하여 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 없음.</p>                                                                                                                                                                                                                                  |
| 37 | Drill Bit의 급여여부                    | <p>Drill Bit는 체내 고정용 나사를 삽입하기 위하여 구멍을 뚫는데 사용하며 소독하여 수회 사용할 수 있는 내구성 제제이므로 소정 수술료에 포함되어 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p>                                       | <p>"Drill Bit"는 체내 고정용 나사를 삽입하기 위하여 구멍을 뚫는데 사용하며 소독하여 수회 사용할 수 있는 내구성<sup>1)</sup> 제제이므로 관련된 수술 행위비용에 재료비용이 포함되어 있어 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p>                                                                                                                                                                                             |

| 연번 | 제 목                                           | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                               | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                               |                                                                                                                                                                                                       | 1) 내구성 : 어떤 사용조건 아래서 오랜 시간 기능이 유지되는 성질                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 38 | 골절환자 견인술 (Traction) 시행시 사용하는 소모성 재료대의 별도 산정여부 | <p>골절환자 견인술(Traction) 시행시 사용하는 K-wire, Steinman pin은 별도 산정할 수 있으나 holder (K-wire, Steinman pin)는 병원준비물이므로 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p>                                        | <p>골절환자 견인술<sup>1)</sup>(Traction) 시행시 사용하는 "K-wire", "Steinman pin"은 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있으나 holder는 병원 준비물이므로 별도로 비용을 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 골절환자 견인술 : 뼈에 철사나 핀을 직접 삽입한 후에 추와 줄을 연결하여 당기면서 골절편을 정렬하는 방법</p>                                                                                                                                     |
| 39 | Halovest 골견인술시 사용되는 Halovest의 요양 급여대상여부       | <p>Halovest 기구는 Halovest 골견인술시 필수적으로 사용되는 치료 재료로서, 3개월 이상 장기 착용하는 경우가 많고 환자의 체격에 적합해야 최적의 고정 효과를 기대할 수 있는 등 반복적인 재사용이 어려운 특성이 있으며, 치료재료의 비용이 고가이므로 별도 산정토록 함.</p> <p>(고시 제2003-83호, 2004.1.1. 시행)</p> | <p>"Halovest"는 Halovest 골견인술<sup>1)</sup>시 필수적으로 사용되는 치료재료로, 3개월 이상 장기 착용하는 경우가 많고 환자의 체격에 적합해야 최적의 고정 효과를 기대할 수 있는 등 반복적인 재사용이 어려운 특성이 있으며, 재료비용이 고가이므로 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) Halovest 골견인술: 경추골절이 있는 경우 척추의 안정 또는 수술 후 경추부의 일시적이고 확고한 고정이 필요한 경우에, halo를 두개골 부위에 나사못을 이용하여 고정시키고, 고정된 halo와 jacket을 조립 연결하여 두개골과 경추부를 고정하는 수술</p> |
| 40 | 자65나 피부견인술 시                                  | 자65나 피부견인술(Skin Traction) 시 사용하는 Skin Traction                                                                                                                                                        | 피부견인술 <sup>1)</sup> 시 사용하는 Skin Traction Strip은 관련된 진료행위                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| 연번 | 제 목                                  | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | 사용하는<br>치료재료의<br>별도 산정여부             | Strip은 관련 행위 소정점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.<br><br>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)                                                                                                                                                                             | 비용에 재료비용이 포함되어 있어 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.<br><br><용어설명><br>1) 피부견인술 : 피부에 직접 견인력*을 적용하여 뼈, 근육, 연조직 등을 간접적으로 고정하는 방법<br>* 견인력 : 끌어서 당기는 힘                                                                                                                                                                 |
| 41 | 고관절치환술중<br>못쓰게 된<br>치료재료의<br>별도 보상여부 | 고관절 전치환술시 사용하는 치료재료(ACETABULAR CUP, CUP LINER)는 1회용 소모성 재료가 아닌 반영구적인 체내장치용 재료인 점과 환자에게 시술과정 중 치료재료의 교체가 있었다 하더라도 환자시술 중 발생하는 모든 상황에 관한 주의 의무는 시술의사에게 우선하는 것이므로 실제로 환자에게 시술, 삽입한 치료재료가 아닌 못쓰게 된 치료재료는 별도 보상할 수 없음.<br><br>(고시 제 2000-73호, 2001.1.1. 시행) | 고관절 전치환술 <sup>1)</sup> 시 사용하는 치료재료는 일회용 소모성 재료가 아닌 반영구적인 체내장치용 재료인 점과 환자에게 시술과정 중 치료재료의 교체가 있었다 하더라도 환자시술 중 발생하는 모든 상황에 관한 주의 의무는 시술의사에게 우선 있는 것이므로 실제로 환자에게 시술 하거나, 삽입하지 않았으나 못쓰게 된 치료재료의 재료비용은 건강 보험에서 별도 보상할 수 없음.<br><br><용어설명><br>1) 고관절 전치환술: 대퇴(허벅지뼈)골두의 함몰이 심하거나 이미 퇴행성 변화가 생긴 경우에 인공관절로 대체해주는 수술 |
| 42 | 고관절 치환술시<br>Micro veloa              | 골다공증 (Osteoporosis)이 심한 환자의 고관절 및 슬관절전치환술시 인공관절과 뼈의 접착을 촉진시키기 위하여 사용된 Micro veloa는                                                                                                                                                                     | 골다공증 <sup>1)</sup> (Osteoporosis)이 심한 환자의 고관절 및 무릎관절전치환술 <sup>2)</sup> 시 인공관절과 뼈의 접착을 촉진시키기 위하여 사용된 "Micro veloa"는                                                                                                                                                                                        |

| 연번 | 제 목                           | 고 시 원 문                                                                                                                                       | 첩 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | 별도 산정여부                       | 보편적인 방법이 아니므로 별도 산정할 수 없음.<br><br>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)                                                                                | 보편적으로 사용하는 것이 아니므로 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.<br><br><용어설명><br>1) 골다공증 : 정상적인 뼈에 비해 '구멍이 많이 난 뼈'를 말하며, 뼈의 강도가 약해져서 골절이 일어날 가능성이 높은 질환<br>2) 고관절 및 무릎관절치환술 : 엉덩관절 및 무릎관절에서 퇴행성 변화 등에 따른 연골소실로 기능 회복을 위하여 인공관절로 대체해주는 수술                                   |
| 43 | 슬관절치환용 Augmented Sleeve의 급여기준 | 슬관절치환술 시 골결손 보강을 위해 사용하는 슬관절치환용 Augmented Sleeve는 내부 골수강 부분의 골결손(contained type defect)에 사용 시 요양급여를 인정함.<br><br>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행) | 슬관절치환술 <sup>1)</sup> 시 골결손 보강을 위해 사용하는 "슬관절치환용 Augmented Sleeve"는 내부 골수강 <sup>2)</sup> 부분의 골결손에 사용 시 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.<br><br><용어설명><br>1) 슬관절 치환술 : 슬관절(무릎관절) 연골의 소실 등으로 슬관절의 통증, 기능저하 등이 발생한 경우 인공관절로 대체해주는 수술<br>2) 골수강 : 뼈 속의 골수가 채워진 빈공간 |
| 44 | 골 시멘트 (Bone                   | 골시멘트(Bone Cement) 혼합기는 골시멘트 분말과 액체를 혼합하고 혼합된 시멘트를 수술부위에 넣어 주는 치료재료로서, 골시멘트 혼합                                                                 | "골시멘트(Bone Cement) 혼합기"는 골시멘트 분말과 액체를 혼합하고 혼합된 시멘트를 수술부위에 넣어 주는 치료재료로서, 골시멘트 혼합                                                                                                                                                                        |

| 연번 | 제 목                                                                                                           | 고 시 원 문                                                                                                                                                        | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | Cement)<br>혼합기의<br>급여기준                                                                                       | <p>방식(도수, 진공)과 혼합기 형태(Bowl Type, Syringe Type)에 구분 없이 인공관절치환술에 사용 시 급여를 인정함.</p> <p>(고시 제2016-112호, 2016.6.29. 시행)</p>                                         | <p>방식(도수<sup>1)</sup>, 진공<sup>2)</sup>)과 혼합기 형태(Bowl Type, Syringe Type)의 구분 없이 인공관절치환술<sup>3)</sup>에 사용 시 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 도수 (혼합방식) : 도구(주걱)를 이용하여 손으로 골시멘트의 분말과 액체를 혼합하는 것</p> <p>2) 진공 (혼합방식) : 믹싱 시스템에 의하여 공기 따위의 물질이 전혀 없는 진공상태에서 시멘트의 분말과 액체를 혼합하는 것</p> <p>3) 인공관절치환술 : 골절, 관절염 등으로 인하여 더 이상 기능을 하지 못하고 파괴된 관절의 일부분을 제거하고 인공관절을 삽입해 관절의 운동 기능을 회복시켜주고 통증을 없애는 수술</p> |
| 45 | 시멘트 주입전<br>골강내 준비를<br>위하여 사용되는<br>“Bone<br>Preparation<br>Canal Brush<br>(Femoral Bone<br>Brush)”의 별도<br>산정여부 | <p>시멘트 주입전 골강내 준비를 위하여 사용되는 “Bone Preparation Canal Brush(Femoral Bone Brush)”는 시멘트 주입시 반드시 사용하는 재료가 아니므로 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2001-40호, 2001.7.1. 시행)</p> | <p>시멘트 주입전 골강내<sup>1)</sup> 준비를 위하여 사용되는 “Bone Preparation Canal Brush(Femoral Bone Brush)”는 시멘트 주입 시 반드시 사용하는 재료가 아니므로 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 골강내 : 골강(골수강, 긴 뼈(관상골) 속의 빈 부분으로 골수가 채워져 있음)의 내부</p>                                                                                                                                                                                  |

| 연번 | 제 목                                                                         | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46 | 금속 재질의<br>요골두 치환용<br>치료재료<br>(Bipolar Radial<br>Head Prosthesis<br>등)의 인정기준 | <p>1. 급성 요골두 골절중 분쇄가 심하여 내고정이 어려운 제3형 골절로서 다음과 같은 경우에 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 요골두골절을 동반한 주관절탈구(제4형)<br/> 나. 내측 측부인대 동반손상<br/> 다. 동반되거나 지연된 외측 측부인대 기능부전<br/> 라. 주두와 요골두 골절이 동반된 Monteggia 변형(variant)<br/> 마. 구상돌기 골절동반<br/> 바. 동반원위 요척관절 손상</p> <p>2. 과거 요골두를 제거한 후 속발한 합병증(주관절의 만성 불안정, 특히 외반 불안정, 후외반 회전 불안정, 요골의 근위 이동으로 인한 원위 요척관절의 불안정과 통증, 회전 제한 등)으로 인한 재건술</p> <p>(고시 제2009-135호, 2009.8.1. 시행)</p> | <p>금속재질의 요골두 치환용<sup>1)</sup> 치료재료(Radial Head implant-Metal)는 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급성 요골두 골절중 분쇄<sup>2)</sup>가 심하여 내고정이 어려운 제3형 골절<sup>3)</sup>로서 다음과 같은 경우</p> <p>1) 요골두 골절을 동반한 주관절(팔꿈치)탈구<sup>4)</sup>(제4형)<br/> 2) 내측 측부인대<sup>5)</sup> 동반손상<br/> 3) 동반되거나 지연된 외측 측부인대 기능부전<br/> 4) 주두<sup>6)</sup>와 요골두 골절이 동반된 Monteggia 변형<sup>7)</sup>(variant)<br/> 5) 구상돌기<sup>8)</sup> 골절 동반<br/> 6) 동반 원위 요척관절 손상<sup>9)</sup></p> <p>나. 과거 요골두를 제거한 후 발생한 다음과 같은 합병증으로 재건술 시행 시</p> <p>1) 주관절(팔꿈치)의 만성 불안정, 특히 외반 불안정, 후외반 회전 불안정<br/> 2) 요골의 근위 이동으로 인한 원위 요척관절의 불안정과 통증<br/> 3) 회전 제한</p> <p>※ 참고사항 : 행위비용은 자71나(2) 인공관절부분치환술(주관절)에 해당</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 요골두 치환 : 아래팔의 바깥쪽 뼈인 요골의 머리부분인 요골두는 팔꿈치 부위에 해당되며, 손상받은 요골두를 인공관절로 바꿔주는 수술</p> <p>2) 분쇄(골절) : 골절선이 여러 개가 있는 골절(뼈가 손상 받은 상태)</p> <p>3) 제3형 골절 : 골절형태 중 제3형 골절은 주변 인대손상 및 골절 등</p> |

| 연번 | 제 목                       | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                       | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                           |                                                                                                                                                                                                               | <p>동반된 손상이 심하여 제1,2형 골절에 비하여 예후가 나쁨.</p> <p>※ 요골두 골절 형태에 따른 분류</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 제1형 : 골절된 뼈의 분리 없이 골절만 발생한 경우(비전위, 경미한 전위)</li> <li>- 제2형 : 뼈가 완전히 골절되어 골절된 뼈의 분리가 발생한 경우(전위)</li> <li>- 제3형 : 골절된 뼈 조각이 두 개 이상 여러 조각으로 골절된 경우(분쇄골절)</li> </ul> <p>4) 주관절(팔꿈치)탈구 : 팔꿈치가 정상위치에서 이탈한 상태를 말함</p> <p>5) 측부인대 : 관절의 측면부위를 강하게 지지하고 있는 섬유속의 인대</p> <p>6) 주두 : 척골(아래팔의 안쪽 뼈)의 맨 위쪽으로, 팔꿈치 뒤쪽 부분</p> <p>7) Monteggia 변형 : 척골의 골절과 요골두의 탈구가 동반된 손상</p> <p>8) 구상돌기 : 척골의 머리부분으로 갈고리모양의 돌기를 말함</p> <p>9) 원위 요척관절 손상 : 원위 요골부위와 원위 척골부위의 손상으로 손목부위에 해당</p> |
| 47 | Malleolar Component의 급여기준 | <p>족관절의 인공관절 치환 시 거비골 관절(talofibular joint)의 윤활작용을 위해 삽입하는 Malleolar Component는 족관절 외측의 거골과 비골 사이 관절에 진행된 관절염 소견이 있거나 족관절 외과(lateral malleolus)의 관절연골 손상이 있는 경우 인정함.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>발목관절에 인공관절 치환 시 거비골 관절(talofibular joint)<sup>1)</sup>의 연골면과 인공관절 삽입재료와의 마찰을 감소시키는 윤활작용을 위해 삽입하는 "Malleolar Component"는 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 발목관절 외측의 거골과 비골사이 관절에 진행된 관절염 소견이 있는 경우</p> <p>나. 발목관절 외과<sup>2)</sup>의 관절연골 손상이 있는 경우</p>                                                                                                                                                                                                                                                         |

| 연번 | 제 목                                                         | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 거비골 관절(talofibular joint) : 발목 관절부위</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 거골(talos) : 정강이뼈의 아랫부분과 맞닿은 발목뼈 중 가장 위쪽에 위치</li> <li>- 비골(tibial) : 정강이뼈 중 바깥쪽에 있는 길고 가느다란 뼈로 가장 아랫부분이 발목에서 거골과 맞닿는 위치에 있음</li> </ul> <p>2) 발목관절 외과(lateral malleolus) : 발목의 바깥쪽 복숭아뼈부분</p>                                                                                                                                                                                                                                         |
| 48 | 일반인대고정용 흡수성 Interference Screw (Biotenodesis Screw 등)의 급여기준 | <p>1. 일반인대고정용 흡수성 Interference Screw는 관절부위 인대 등을 재건 시 사용하는 치료재료로, 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 슬관절 전후방십자인대 및 측부인대 성형술, 슬개건 재건술<br/>나. 족관절의 인대 재건술</p> <p>Suture Anchor(봉합 나사못)와 같이 사용하는 경우에는 Suture Anchor(봉합나사못)개수를 포함하여 최대 2개까지 인정<br/>다. 전관절 상완이두근건 고정술: 1개</p> <p>2. 상기 1. 나. 족관절의 인대 재건술시 인정개수를 초과하여 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인 부담률을 80%로 적용함.</p> | <p>1. 일반인대고정용 흡수성 Interference Screw는 관절부위 인대<sup>1)</sup> 등을 재건<sup>2)</sup> 시 사용하는 치료재료로, 다음의 경우에 요양기관에서 재료 비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 무릎관절 전후방십자인대 및 측부인대<sup>3)</sup> 성형술<sup>4)</sup>, 슬개건 재건술<sup>5)</sup><br/>나. 발목관절의 인대 재건술</p> <p>Suture Anchor(봉합 나사못)와 같이 사용하는 경우에는 Suture Anchor(봉합나사못)개수를 포함하여 최대 2개까지 인정<br/>다. 어깨관절 상완이두근건<sup>6)</sup> 고정술: 1개</p> <p>2. 상기 1. 나. 발목관절의 인대 재건술시 인정개수를 초과하여 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>7)</sup>에 따라 재료비용의 80%를 환자가 부담<sup>8)</sup>함.</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                       | 설 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|-----|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | (고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행) | <p>&lt;용어설명&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 인대 : 뼈와 뼈를 연결하여 관절의 안정성을 유지하는 섬유조직</li> <li>2) 재건 : 원래대로 복원함</li> <li>3) 무릎관절 전후방 십자인대 및 측부인대 : 무릎관절의 안정성을 담당하는 인대로 전방 십자인대는 무릎관절의 앞쪽이 밀리지 않도록 하고, 후방십자인대는 뒤쪽을 밀리지 않게 하며, 측부인대는 옆으로 밀리지 않도록 잡아주는 조직임</li> <li>4) 성형술 : 인대손상(파열 등)으로 자가인대, 동종인대 또는 인조인대를 사용하여 기능을 회복시켜주는 수술</li> <li>5) 슬개건 재건술 : 슬개건은 무릎뼈에 붙어있는 힘줄로 허벅지 앞쪽의 근육인 대퇴사두근과 함께 작용하여 무릎을 펴는 기능을 담당하며 슬개건 손상 시 자가인대, 동종인대 또는 인조인대를 사용하여 기능을 회복시켜주는 수술</li> <li>6) 견관절(어깨) 상완이두근건 : 어깨관절의 상완이두근에 붙어 있는 힘줄</li> <li>7) 「요양급여비용의 100분의 100미만의 범위에서 본인부담률을 달리 적용하는 항목 및 부담률의 결정 등에 관한 기준」 :<br/>보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 범위 미만에서 환자가 부담하여야 하는 부담금액을 달리 적용하는 항목 및 기준에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</li> <li>8) 재료비용의 80%를 환자가 부담 : 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</li> </ol> |

| 연번 | 제 목                     | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 49 | Suture Anchor<br>의 급여기준 | <p>1. 관절부위 인대 등을 재건 시 사용하는 Suture Anchor(봉합 나사못)는 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 견관절(shoulder)</p> <p>(1) 단독병변일 경우 : 6개 이내</p> <p>(2) 복합병변일 경우 : 8개 이내</p> <p>나. 주관절(elbow), 슬관절(knee), 완관절(wrist), 족관절(ankle), 고관절(hip) : 2개</p> <p>단, 족관절에 Suture Anchor(봉합나사못)를 Biotenodesis Screw와 같이 사용시에는 Biotenodesis Screw개수를 포함하여 최대 2개 까지 인정함.</p> <p>다. 지관절(finger, toe) : 1개</p> <p>2. 상기 1항의 급여대상 이외 적응증별 인정개수를 초과하여 사용한 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p>(고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행)</p> | <p>1. 관절부위 인대 등을 재건 시 사용하는 "봉합 나사못(Suture Anchor)"은 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 견관절(어깨)</p> <p>1) 단독병변일 경우 : 6개 이내</p> <p>2) 복합병변일 경우 : 8개 이내</p> <p>나. 주관절(팔꿈치), 슬관절(무릎), 완관절(손목), 족관절(발목), 고관절(엉덩이) : 2개</p> <p>단, 족관절(발목)에 봉합나사못(Suture Anchor)을 Biotenodesis Screw와 같이 사용 시에는 Biotenodesis Screw개수를 포함하여 최대 2개까지 청구</p> <p>다. 지관절(손가락, 발가락) : 1개</p> <p>2. 상기 1항의 적응증별 인정개수를 초과하여 사용한 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>1)</sup>에 따라 재료비용의 80%를 환자가 부담<sup>2)</sup>함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」:</p> <p>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>*선별급여 : 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이</p> |

| 연번 | 제 목                                                                              | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>2) 재료비용의 80%를 환자가 부담 : 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 50 | 슬관절 전후방 십자인대 및 측부인대 성형술 등에 사용하는 Bio Absorbable Interference Screw 및 Staple의 인정기준 | <p>슬관절 전후방 십자인대 및 측부인대 성형술 등에 사용하는 Bio Absorbable Interference Screw 및 Staple은 금속제 Interference Screw 및 Ligament Staple에 비해 가격이 고가이긴 하나 인체내 삽입시 일정기간 경과후 완전 흡수됨으로써 내고정물 제거를 위한 재수술이 필요없고, Reaction이 적다는 장점 등을 고려하여 급여 대상으로 하되, 슬관절 전후방십자인대 및 측부인대 성형술, 슬개건 재건술에 한하여 별도 산정할 수 있음.</p> <p>(고시 제2005-83호, 2005.12.15. 시행)</p> | <p>무릎관절 전후방 십자인대 및 측부인대<sup>1)</sup> 성형술<sup>2)</sup> 등에 사용하는 흡수형 "Bio Absorbable Interference Screw 및 Staple"은 금속제 Interference Screw 및 Ligament Staple에 비해 가격이 고가이기는 하나 인체 내 삽입 시 일정기간 경과 후 완전 흡수됨으로써 내고정물 제거를 위한 재수술이 필요 없고, Reaction(반작용)이 적다는 장점 등을 고려하여 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 무릎관절 전후방십자인대<br/>나. 측부인대 성형술<br/>다. 슬개건 재건술<sup>3)</sup></p> <p>&lt;용어설명&gt;<br/>1) 무릎관절 전후방 십자인대 및 측부인대 : 무릎관절의 안정성을 담당하는 인대로 전방 십자인대는 무릎관절의 앞쪽이 밀리지 않도록 하고, 후방십자인대는 뒤쪽을 밀리지 않게하며, 측부인대는 옆으로</p> |

| 연번 | 제 목                    | 고 시 원 문                                                                                                                   | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                        |                                                                                                                           | <p>멀리지 않도록 잡아주는 조직임</p> <p>2) 성형술 : 인대손상(파열 등)으로 자가인대, 동종인대 또는 인조인대를 사용하여 기능을 회복시켜주는 수술</p> <p>3) 슬개건 재건술 : 슬개건은 무릎뼈에 붙어있는 힘줄로 허벅지 앞쪽의 근육인 대퇴사두근과 함께 작용하여 무릎을 펴는 기능을 담당하며 슬개건 손상 시 자가인대, 동종인대 또는 인조인대를 사용하여 기능을 회복시켜주는 수술</p>                                                                                                                    |
| 51 | 인조인대 및 인대 지지재료 별도 산정여부 | <p>건 및 인대 성형술시 환자 자신의 인대나 근육 이식 또는 재건할 수 없는 경우에 사용한 인조인대 및 인대 지지재료 는 별도 산정할 수 있음.</p> <p>(고시 제2010-56호, 2010.8.1. 시행)</p> | <p>건 및 인대 성형술<sup>1)</sup>시 환자 자신의 인대나 근육 이식 또는 재건할 수 없는 경우에 사용한 인조인대 및 인대 지지재료는 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 건 및 인대 성형술 : 건* 또는 인대**의 열상이나 파열이 있는 경우 자가건(인대), 동종 건(인대), 인조건(인대) 등을 사용하여 기능을 회복시켜주는 수술</p> <p>* 건 : 힘줄 tendon, 근육을 뼈에 부착시키는 얇은 띠 모양의 섬유조직</p> <p>** 인대 : ligament, 뼈와 뼈를 연결하여 관절의 안정성을 유지하는 섬유조직</p> |
| 52 | 동종건의 급여기준              | 1. 인대 손상 시 사용하는 동종건은 다음의 경우에 요양급여를 인정함.                                                                                   | 1. 인대 <sup>1)</sup> 손상 시 다음의 경우에 사용하는 경우 재료비용을 청구 할 수 있음.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>- 다 음 -</p> <p>가. 슬관절</p> <p>1) 전방십자인대(ACL) 재건 시 자가건 사용이 어려운 아래와 같은 경우</p> <p>- 아 래 -</p> <p>가) 여러개의 이식건이 필요한 경우</p> <p>나) 자가건 중 필요한 형태의 이식건을 얻을 수 없는 경우</p> <p>다) 재수술로 인해 적절한 자가건이 없을 경우</p> <p>2) 후방십자인대(PCL) 재건 시</p> <p>3) 외측측부인대(LCL)와 불안정성후외측 회전 인대(PLRI) 동시 재건 시</p> <p>나. 족관절</p> <p>1) 족관절 인대 재건술 후 재발하여 다시 재건하는 경우</p> <p>2) 내측, 외측, 원위경비인대 중 부위가 다른 2개 이상 인대의 만성 불안정성이 지속되어 해당 인대를 동시에 재건하는 경우</p> <p>2. 상기 1.의 급여대상 적응증 이외 슬관절, 족관절에 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p>(고시 제2017-218호, 2017.12.1. 시행)</p> | <p>- 다 음 -</p> <p>가. 무릎관절</p> <p>1) 전방십자인대(ACL)<sup>2)</sup> 재건 시 자가건<sup>3)</sup> 사용이 어려운 아래와 같은 경우</p> <p>- 아 래 -</p> <p>가) 여러개의 이식건이 필요한 경우</p> <p>나) 자가건 중 필요한 형태의 이식건을 얻을 수 없는 경우</p> <p>다) 재수술로 인해 적절한 자가건이 없을 경우</p> <p>2) 후방십자인대(PCL)<sup>2)</sup> 재건 시</p> <p>3) 외측측부인대(LCL)<sup>2)</sup>와 불안정성후외측 회전 인대(PLRI) 동시 재건 시</p> <p>나. 발목관절</p> <p>1) 발목관절 인대 재건술 후 재발하여 다시 재건하는 경우</p> <p>2) 내측, 외측, 원위경비인대<sup>4)</sup> 중 부위가 다른 2개 이상 인대의 만성 불안정성이 지속되어 해당 인대를 동시에 재건하는 경우</p> <p>2. 상기 1.의 급여대상 적응증 이외 무릎관절, 발목관절에 사용한 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>5)</sup>에 따라 재료비용의 80%를 환자가 부담<sup>6)</sup>함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 인대 : 뼈와 뼈를 연결하여 관절의 안정성을 유지하는 섬유조직</p> <p>2) 전방십자인대, 후방십자인대, 외측측부인대 :</p> |

| 연번 | 제 목                      | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                           | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                          |                                                                                                                                                                                                   | <p>무릎관절의 안정성을 담당하는 인대로 전방 십자인대는 무릎관절의 앞쪽이 밀리지 않도록 하고, 후방십자인대는 뒤쪽을 밀리지 않게 하며, 측부인대는 옆으로 밀리지 않도록 잡아주는 조직임</p> <p>3) 자가건 : 환자의 몸에서 직접 얻은 자기 힘줄</p> <p>4) 내측, 외측, 원위경비인대 : 발목관절을 구성하는 인대로, 내측인대는 삼각인대라고도 하며 5개의 인대로 이루어져있고, 외측인대는 세 개의 인대, 원위경비인대는 다섯 개의 인대로 구성됨.</p> <p>5) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」: 선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여 : 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>6) 재료비용의 80%를 환자가 부담 : 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p> |
| 53 | Nasal packing용 치료재료 급여기준 | 1. Nasal packing용 치료재료는 기존의 팩킹재료로 사용하던 바셀린 거즈에 비하여 수분에 대한 흡수력이 뛰어나고 팩킹시 수술부위에 골고루 압력을 가함으로써 지혈효과가 높으며, 삽입과 제거시에 통증을 유발하지 않을 뿐만 아니라 점막과의 유착이 없고 이물 반응의 극소화로 점막손상이 없는 장점 등을 감안하여 다음의 경우에 요양급여를 인정함. | 1. “Nasal packing용” 치료재료는 기존의 팩킹 재료로 사용하던 바셀린 거즈에 비하여 수분에 대한 흡수력이 뛰어나고 팩킹시 수술부위에 골고루 압력을 가함으로써 지혈효과가 높으며, 삽입과 제거시에 통증을 유발하지 않을 뿐만 아니라 점막과의 유착이 없고 이물 반응이 적어 점막손상이 없는 장점 등을 고려하여 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 부비동 수술(Sinus Surgery)</li> <li>(2) 비중격교정술 또는 비중격성형술(Submucosal Resection or Septoplasty)</li> <li>(3) 하비갑개 절제술 또는 점막하 절제술(Inferior Turbinectomy or Submucosal Inferior Turbinectomy)</li> <li>(4) 비용적출술(Nasal Polypectomy)</li> <li>(5) 상악동근치수술(Caldwell-Luc Operation)</li> <li>(6) 비출혈지혈법(Control of Epistaxis)</li> <li>(7) 내시경적 비내누낭비강문합술<br/>(Endoscopic Dacryocystorhinostomy)</li> <li>(8) 경비적 뇌하수체종양 적출술<br/>(Transnasal Excision of Pituitary Tumor)</li> <li>(9) 안면골 골절수술</li> </ol> <p>나. 인정개수 : 편측 수술당 2개 인정함.</p> <p>2. 상기 1항의 급여대상 이외 적응증별 인정개수를 초과하여 사용한 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p>(고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행)</p> | <p>- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 부비동 수술<sup>1)</sup>(Sinus Surgery)</li> <li>2) 비중격교정술 또는 비중격성형술<sup>2)</sup><br/>(Submucosal Resection or Septoplasty)</li> <li>3) 하비갑개 절제술 또는 점막하 절제술<sup>3)</sup><br/>(Inferior Turbinectomy or Submucosal Inferior Turbinectomy)</li> <li>4) 비용적출술<sup>4)</sup>(Nasal Polypectomy)</li> <li>5) 상악동근치수술<sup>5)</sup>(Caldwell-Luc Operation)</li> <li>6) 비출혈지혈법(Control of Epistaxis)</li> <li>7) 내시경적 비내누낭비강문합술<sup>6)</sup><br/>(Endoscopic Dacryocystorhinostomy)</li> <li>8) 경비적 뇌하수체종양 적출술<sup>7)</sup><br/>(Transnasal Excision of Pituitary Tumor)</li> <li>9) 안면골 골절수술</li> </ol> <p>나. 인정개수 : 편측 수술 당 2개 인정함.</p> <p>2. 상기 1항의 적응증별 인정개수를 초과하여 사용한 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>8)</sup>에 따라 재료비용의 80%를 환자가 부담<sup>9)</sup>함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 부비동 수술:<br/>얼굴 안쪽에서 코 주변에 분포하고 있는 빈 공간을 부비동이라 하며</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문 | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|-----|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     |         | <p>이곳에 발생한 염증 등의 문제를 해결하기 위한 수술</p> <p>2) 비중격교정술 또는 비중격성형술:<br/>비중격은 코를 좌우로 가르는 콧속 중앙부의 반듯한 벽을 의미하는 것으로 비중격이 반듯하지 않고 휘어있는 경우에 비중격을 정중앙에 위치시키는 수술</p> <p>3) 하비갑개 절제술/하비갑개 점막하 절제술:<br/>좌우양쪽 비강의 하외측에 있는 패각상(조개껍질 모양)의 작은 뼈로 하비갑개골이 큰 경우나, 하비갑개 점막이 커진 경우는 코가 심하게 막히는 증상이 있으므로 이를 절제해주는 수술. 통상 비염수술이라 함.</p> <p>4) 비용적출술: 비용종(코 점막의 양성 증식체)으로 인한 증상(코 막힘, 후각 감소, 코골기 등)이 약물치료에도 호전되지 않고 지속되는 경우 용종을 완전히 제거하기 위한 수술</p> <p>5) 상악동근치수술:<br/>상악동염에 대한 수술로 상악동점막을 박리하여 완전히 제거하는 것</p> <p>6) 내시경적 비내누낭비강문합술:<br/>눈물은 누선에서 분비되어 결막, 각막을 적신 후 누점에서 누낭을 거쳐서 비강내로 배출되는데, 누낭에서 비강내로의 경로는 세균감염, 외상에 의한 폐색등으로 눈물 배출 장애가 심한 경우 누낭과 비점막을 수술적으로 봉합하여 눈물의 통로를 만드는 수술로 내시경을 이용하여 시술</p> <p>7) 경비적 뇌하수체종양 적출술 :<br/>콧속을 통하여 뇌하수체에 생긴 종양을 제거하는 수술</p> <p>8) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 :<br/>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여 : 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성</p> |

| 연번 | 제 목                                                            | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>9) 재료비용의 80%를 환자가 부담 : 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 54 | External Nasal Splint 와 Internal Nasal Splint<br>치료재료의<br>급여기준 | <p>External Nasal Splint 와 Internal Nasal Splint는 코 부위 외상 또는 수술 후 부종경감 및 압박고정, 비중격 지지 및 비내 유착 감소 목적으로 사용 시 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. External Nasal Splint</p> <p>- 자35 비골 또는 비사골 골절 정복술</p> <p>나. Internal Nasal Splint</p> <p>1) 급여대상</p> <p>가) 자35 비골 또는 비사골 골절 정복술</p> <p>나) 자98-1 비내 유착 분리술</p> <p>다) 자100 비중격교정술 또는 성형술</p> <p>라) 자100-1 비중격 혈종 또는 농양절개술</p> <p>마) 자101 하비갑개절제술 [중비갑개절제술 포함]</p> <p>바) 자102 하비갑개점막하 절제술 [중비갑개점막하 절제술 포함]</p> | <p>“외부용 코부목(External Nasal Splint) &amp; 내부용 코부목(Internal Nasal Splint)”은 코 부위 외상 또는 수술 후 부종을 낮추거나, 압박하여 고정하거나, 비중격을 지지하거나, 코 안의 유착 감소를 목적으로 다음의 수술에 사용 시 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구 할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. External Nasal Splint</p> <p>- 자35 비골 또는 비사골 골절 정복술</p> <p>나. Internal Nasal Splint</p> <p>1) 급여대상</p> <p>가) 자35 비골 또는 비사골 골절 정복술<sup>1)</sup></p> <p>나) 자98-1 비내 유착 분리술<sup>2)</sup></p> <p>다) 자100 비중격교정술 또는 성형술<sup>3)</sup></p> <p>라) 자100-1 비중격 혈종 또는 농양절개술<sup>4)</sup></p> <p>마) 자101 하비갑개절제술<sup>5)</sup> [중비갑개절제술 포함]</p> |

| 연번 | 제 목                                     | 고 시 원 문                                                                                                                                                                       | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                         | <p>2) 급여개수<br/>- 상기 수술 시 1 pair(쌍) 범위 내에서 인정함</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p>                                                                                        | <p>바) 자102 하비갑개점막하 절제술<sup>5)</sup> [중비갑개점막하 절제술 포함]</p> <p>2) 급여개수<br/>상기 수술 시 1 pair(쌍) 범위 내에서 인정함</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 비골 또는 비사골 골절정복술 : 비골(코뼈) 또는 비사골 부위 골절이 있는 경우 골절된 뼈 조각을 제자리에 다시 정렬하여 고정하는 수술</p> <p>2) 비내 유착 분리술 : 비강내(콧속)점막이나 조직면 등에 염증이 생겨서 서로 들러붙은 것을 제거 하는 수술</p> <p>3) 비중격교정술 또는 성형술 : 비중격은 코를 좌우로 가르는 콧속 중앙부의 반듯한 벽을 의미하는 것으로 비중격이 반듯하지 않고 휘어있는 경우에 비중격을 정중앙에 위치시키는 수술</p> <p>4) 비중격 혈종 또는 농양절개술 : 비중격 수술이나 골절과 같은 비중격 외상 후 또는 여러가지 혈액질환으로 비중격 연골과 연골막 사이에 생긴 혈종(혈액이 고인 상태) 또는 농양(고름)을 절개하는 수술</p> <p>5) 하비갑개절제술 또는 점막하절제술 : 하비갑개는 좌우양측 비강 바깥아래쪽에 있는 작은 뼈로 상악골, 구개골에 부착하고 있으며 점막의 비후인 경우 하비갑개점막절제술, 하비갑개골이 비정상적으로 큰 경우 점막하 하비갑개절제술을 실시함</p> |
| 55 | 흉관삽관술 후 사용하는 Chest Drain Valve의 별도 산정여부 | <p>Chest Drain Valve는 흉강삽관술 후 공기누출이 장기간 계속되는 환자에게 흉관(Chest tube)과 수집용기(Chest bottle)사이에 부착하거나 또는 Chest bottle을 제거한 후 흉관에 직접 연결하여 사용하며, 유체나 공기를 한쪽방향으로만 통하게 하여 환자이동시 수집용기가</p> | <p>"Chest Drain Valve"는 흉강삽관술(Thoracostomy)<sup>1)</sup>에 소요되는 흉관, 수집용기 외에 반드시 필요한 재료로 볼 수 없으므로 관련된 진료 행위인 흉강삽관술 비용에 포함되어 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 없음.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| 연번 | 제 목                                | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                    | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                    | <p>환자의 흉강삽입 위치보다 높게 올려질 경우 공기가 역류하여 흉막강내로 들어가는 위험을 방지하고, 중력의 영향을 받지 않아 보행이 용이한 점이 있으나, 동 재료는 흉강삽관술에 소요되는 Chest tube, chest bottle외에 반드시 필요한 재료로 볼 수 없으므로 흉강삽관술료에 포함되어 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p> | <p>※ Chest Drain Valve 특징:</p> <p>흉강삽관술(Thoracostomy) 후 공기누출이 장기간 계속되는 환자에게 흉관(Chest tube)과 수집용기(Chest bottle)사이에 부착하거나 또는 수집용기(Chest bottle)를 제거한 후 흉관에 직접 연결하여 사용하며, 유체<sup>2)</sup>나 공기를 한쪽방향으로만 통하게 하여 환자이동시 수집용기가 환자의 흉강삽입 위치보다 높게 올려질 경우 공기가 역류하여 흉막강 내로 들어가는 위험을 방지하고, 중력의 영향을 받지 않아 보행이 용이한 점이 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 흉강삽관술: 흉막내에 공기(기흉), 피(혈흉), 고름(농흉)이 고이면 폐에 압박을 주고 이로 인한 호흡곤란이나 가슴통증이 발생하므로 가슴벽에 튜브를 삽입하여 흉막내에 차있는 공기, 피, 고름을 밖으로 배출시켜주는 시술을 말함.</p> <p>2) 유체: 흉강에 생기는 피, 고름 등을 의미함.</p> |
| 56 | 중심정맥내 카테터 유치술시 사용하는 장기유치용 카테터 인정기준 | <p>중심정맥내 카테터 유치술시 사용되는 장기유치용 카테터는 다음의 경우에 한하여 산정함. 다만, 피하매몰 정맥포트법으로 시술시 사용하는 Port형 카테터는 외관상 표시가 나지 않고, 소독 등 유지관리가 용이한 장점은 인정되나, 동일 목적의 타 재료와 비교하여 상대적으로 고가인 바, 3개월 이상의 장기유치가 예측되는 다음의 경우에만 인정함.</p>                        | <p>1. 중심정맥내 카테터유치술<sup>1)</sup>시 사용되는 "장기유치용카테터"<sup>2)</sup>는 장기간 혈관확보를 위하여 중심정맥내로 유치되는 카테터(catheter)로 다음의 경우에 한하여 사용 시 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p>- 다 음 -</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 설 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>- 다 음 -</p> <p>가. 장기간 항암치료가 필요한 환자</p> <p>나. 혈액투석<sup>3)</sup>이 필요한 만성 신부전 환자</p> <p>다. 조혈모세포이식 환자</p> <p>라. 신경계 장애, 단장증후군 등 장(소장, 대장)의 문제가 발생하여 장기간 경정맥 영양요법이 필요한 환자</p> <p>마. 간문부장문합술(Kasai Operation) 후 재택 항생제 자가정맥주사(HIVA-home intravenous antibiotic) 요법이 필요한 환자</p> <p>(고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)</p> | <p>가. 장기간 항암치료가 필요한 환자</p> <p>나. 혈액투석<sup>3)</sup>이 필요한 만성 신부전 환자</p> <p>다. 조혈모세포이식<sup>4)</sup> 환자</p> <p>라. 신경계 장애, 단장증후군<sup>5)</sup> 등 장(소장, 대장)의 문제가 발생하여 장기간 경정맥 영양요법<sup>6)</sup>이 필요한 환자</p> <p>마. 간문부장문합술<sup>7)</sup>(Kasai Operation) 후 재택 항생제 자가정맥주사(HIVA-home intravenous antibiotic) 요법<sup>8)</sup>이 필요한 환자</p> <p>2. 다만, “Port형 카테타”는 피하매몰 정맥포트법<sup>9)</sup>으로 시술시 사용하는 것으로 관상 표시가 나지 않고, 소독 등 유지관리가 용이한 장점은 인정되나, 동일 목적의 타 재료와 비교하여 상대적으로 고가이므로, 상기 1의 적응증에서 3개월 이상의 장기유치가 예측되는 경우에 사용시에만 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 중심정맥내 카테터(catheter) 유치술:<br/>지속적인 영양 공급 및 혈액투석이 필요한 경우에 팔, 다리, 목 부위에 있는 중심정맥혈관에 카테터를 삽입하여 장기간 혈관을 확보해주는 시술</p> <p>2) 장기유치용카테터: 장기간 동안 몸 안의 특정 위치에 넣어두는 카테터(catheter)</p> <p>3) 혈액투석: 말기신부전 환자에게 하는 신 대체 치료 중 하나로, 투석기(인공신장기)를 이용하여 혈액으로부터 노폐물을 걸러주고 전해질 균형을 유지하며 과잉의 수분을 제거하는 것</p> <p>4) 조혈모세포이식: 백혈병, 악성 림프종, 다발성 골수종 등 혈액종양</p> |

| 연번 | 제 목                                                | 고 시 원 문                                                                                                                                                    | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                    |                                                                                                                                                            | <p>환자에게 암세포와 환자 자신의 조혈모세포를 제거한 다음 새로운 조혈모세포를 이식해 주는 치료법</p> <p>5) 단장증후군: 소장이 짧아 영양소의 소화흡수기능 저하로 발생하는 여러가지 대사적 이상을 의미하는데, 선천성과 후천성으로 구분함</p> <p>6) 경정맥 영양요법: 경구섭취를 못하거나 외상, 화상 등으로 인해 에너지 상실이 심한 경우 장기간 충분한 영양공급을 위하여 목정맥(경정맥)을 통하여 수액 영양액을 공급하는 방법</p> <p>7) 간문부장문합술(Kasai Operation) : 간과 총담관에 암이나 염증으로 인해 담즙배출이 되지 않는 경우 장을 연결하여 새로운 담즙배출 통로를 만들어주는 수술로 일본의사인 카사이 교수에 의해 개발된 수술법</p> <p>8) 재택 항생제 자가정맥주사 (HIVA-home intravenous antibiotic) 요법 : 항생제를 병원처방 받아 집에서 환자(보호자)가 직접 주사하는 것</p> <p>9) 피하매몰 정맥포트법 : 카테터를 정맥에 삽입하고 이와 연결되는 포트를 피부 아래쪽 공간에 넣어주는 방법</p> |
| 57 | 혈우병환자에 대한 중심정맥내 카테터 유치술시 사용되는 장기유치용 Port형 카테터 급여기준 | <p>혈우병환자에서 항혈우인자 공급을 위한 중심정맥내187 카테터 유치술시 장기유치용 피하매몰 정맥포트법으로 사용하는 Port형 카테터는 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 반복적 말초 정맥천자가 어려운 만 19세 미만인 경우</p> | <p>혈우병환자에서 항혈우인자 공급을 위한 중심정맥내 카테터 유치술<sup>1)</sup> 시 ‘장기유치용 피하매몰 정맥포트법<sup>2)</sup>’으로 사용하는 Port형 카테터는 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 재료비용을 별도 청구할 수 있음.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 반복적 말초 정맥천자가 어려운 만 19세 미만인 경우</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| 연번 | 제 목                                             | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                              | 설 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                 | <p>나. 만 19세 이상 중 고도비만(BMI 35 이상) 또는 상지(어깨, 팔꿈치)의 운동제한으로 인하여 자가 주사가 불가능한 경우</p> <p>(고시 제2018-193호, 2018.10.1. 시행)</p>                                                                                                 | <p>나. 만 19세 이상 중 고도비만(BMI 35 이상) 또는 상지(어깨, 팔꿈치)의 운동제한으로 인하여 자가 주사가 불가능한 경우</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 중심정맥내 카테터(catheter) 유치술:<br/>지속적인 영양 공급 및 혈액투석이 필요한 경우에 팔, 다리, 목 부위에 있는 중심정맥혈관에 카테터를 삽입하여 장기간 혈관을 확보해주는 시술</p> <p>2) 피하매몰 정맥포트법 : 카테터를 정맥에 삽입하고 이와 연결되는 포트를 피부 아래쪽 공간에 넣어주는 방법</p> <p>3) BMI: 체질량지수. 비만을 판단하는 기준의 하나임.<br/>BMI= 체중(kg) /키(m)<sup>2</sup></p>                                                    |
| 58 | RIC(Rapid Infusion Catheter) Exchange Set의 급여기준 | <p>RIC(Rapid Infusion Catheter) Exchange Set는 말초혈관을 통한 급속주입(High Flow Rate)이 가능하도록 혈관 내 카테터 삽입을 위해 사용하는 치료재료로 외상이나 수술 등으로 인한 응급 저혈량성 속(Hypovolemic Shock)에 사용 시 요양급여를 인정함.</p> <p>(고시 제2017-173호, 2017.10.1. 시행)</p> | <p>급속주입용 정맥내유치카테터<sup>1)</sup>인 "RIC(Rapid Infusion Catheter) Exchange Set"는 말초혈관을 통하여 빠른 속도로 수액주입(high flow rate)이 가능하도록 혈관 내 카테터 삽입을 위해 사용하는 치료재료로, 외상이나 수술 등으로 인한 응급 저혈량성 속<sup>2)</sup>(Hypovolemic shock)이 발생되어 사용 시 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 정맥내유치카테터 : 수액 주입 및 혈액채취 등을 위한 혈관확보를 위해 정맥에 삽입하는 관</p> <p>2) 저혈량성 속 : 세포조직내로 산소를 충분히 공급하지 못하는 순환 장애 상태를 말하며, 심해질 경우 신체조직의 세포 및 장기가</p> |

| 연번 | 제 목                                                                | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 무산소증으로 인해 심하게 손상되어 산소공급 및 순환의 회복이 이루어진다고 해도 환자가 사망하게 되는 단계에 이를 수 있음.                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 59 | Vascular Tourniquet Kit 등 지혈용구, 지혈제(흡수성체 내용지혈용품 제외), 지혈재료의 별도 산정여부 | 개심수술이나 그 외 수술시 동맥 · 정맥 등에 지혈목적으로 사용되는 Vascular Tourniquet Kit 등 지혈용구, 지혈제(흡수성체 내용지혈용품 제외), 지혈재료는 관련 행위의 소정 점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.<br><br>(고시 제 2019-80호, '19.5.1. 시행)                                                                                                                                                                             | 개심수술이나 그 외 수술시 동맥 · 정맥 등에 지혈목적으로 사용되는 Vascular Tourniquet Kit 등 지혈용구, 지혈제(흡수성체 내용지혈용품 제외), 지혈재료는 관련 행위료에 포함되어 있으므로 별도로 요양급여비용을 청구할 수 없음.                                                                                                                                                                                                                                  |
| 60 | Centrifugal Pump (Cone Type)형 인공심폐기의 인정기준                          | 1. 원심분리방법에 의해 혈액을 순환시켜 주는 CENTRIFUGAL PUMP (CONE TYPE)형 인공심폐기는 송혈관내에 압력이 적게 걸려 튜브 내의 찌꺼기가 떨어져 나가는 파쇄현상을 예방할 수 있으며, 혈소판의 보존이 양호해짐에 따라 용혈현상이 현저히 감소함은 물론 공기전색 등의 발생이 적어 수술 후 부작용을 최소화하는 장점이 있는 반면, 고가의 1회용 소모성 재료를 사용해야 하는 단점이 있어 급여기준을 제한적으로 운영하고 있음.<br><br>2. 이에 CENTRIFUGAL PUMP(CONE TYPE)형 인공심폐기의 인정기준은 Roller-pump형 인공심폐기를 사용하다가 CENTRIFUGAL | “Centrifugal Pump(Cone Type)형 인공심폐기”는 Roller-Pump형 인공심폐기를 사용하다가 Centrifugal Pump(Cone Type)형 인공심폐기로 교체할 때 일시적인 체외순환 <sup>1)</sup> 중단이 있고 이로 인해 심근의 부담을 초래할 수 있는 점을 고려하여 다음과 같은 경우에 사용 시 요양기관에서 재료비용을 별도로 청구할 수 있음.<br><br>- 다 음 -<br>가. 개심술후 용량부하(Volume loading), 보조약물(Pharmacological Assistance) 또는 대동맥내풍선펌프(Intra-aortic balloon pump)에도 반응을 보이지 않는 심실기능부전 환자의 보조순환 시 |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>PUMP (CONE TYPE)형 인공심폐기로 교체할 때 일시적인 체외 순환 중단이 있고 이로 인해 심근의 부담을 초래할 수 있는 점을 고려하여 아래와 같은 경우에 인정함.</p> <p>- 아 래 -</p> <p>가. 개심술후 용량부하(Volume loading), 보조약물(Pharmacological Assistance) 또는 대동맥내풍선펌프(Intra-aortic balloon pump)에도 반응을 보이지 않는 심실기능부전 환자의 보조순환시</p> <p>나. 대동맥류 수술 등과 같이 부분체외순환이 필요한 경우</p> <p>다. 수술전 심근의 상태가 좋지 않은 경우(심박출계수(Ejection Fraction)) &lt; 30% 등)</p> <p>라. 체외순환시간이 3시간 이상이 될 것으로 예상되는 경우 (복잡심장수술, 심장재수술, 심장이식, 폐이식 등)</p> <p>(고시 제2011-172호, 2012.1.1. 시행)</p> | <p>나. 대동맥류 수술<sup>2)</sup> 등과 같이 부분체외순환이 필요한 경우</p> <p>다. 수술 전 심근의 상태가 좋지 않은 경우<br/>(심박출계수(Ejection Fraction)) &lt; 30% 등)</p> <p>라. 체외순환시간이 3시간 이상이 될 것으로 예상되는 경우<br/>(복잡심장수술, 심장재수술, 심장이식, 폐이식 등)</p> <p>※ Centrifugal Pump(Cone Type)형 인공심폐기 란?<br/>원심분리방법<sup>3)</sup>에 의해 혈액을 순환시켜 주는 "Centrifugal Pump (Cone Type)형 인공심폐기<sup>4)</sup>"는 송혈관<sup>5)</sup>내에 압력이 적게 걸려 튜브 내의 찌꺼기가 떨어져 나가는 파쇄현상을 예방할 수 있으며, 혈소판의 보존이 양호해짐에 따라 용혈현상<sup>6)</sup>이 현저히 감소함은 물론 공기전색<sup>7)</sup> 등의 발생이 적어 수술 후 부작용을 최소화하는 장점이 있으나, 고가의 일회용 소모성 재료를 사용해야 하는 단점이 있어 급여기준을 제한적으로 운영하고 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 체외순환: 몸의 순환이 정상적인 체내 순환계를 떠나 체외에 존재하는 인공회로(심장바이패스)를 따라 이루어지는 것을 말함</p> <p>2) 대동맥류 수술 : 대동맥 상하부를 차단하고 대동맥류를 노출시킨 다음 자가혈관이나 인조혈관으로 이어주는 수술 방법</p> <p>3) 원심분리방법 : 원심력을 이용하여 성분이나 비중이 다른 물질들이 분리·정제되는 것으로 혈액을 시험관에 넣고 원심분리기를 고속으로 회전시켜 입자의 크기와 밀도에 따라 물질을 분리하는 방법</p> <p>4) 인공심폐기 : 심장수술시 우리 몸의 심장과 폐의 기능을 대신해주는 기계장치</p> |

| 연번 | 제 목                               | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 5) 송혈관 : 혈액을 내보내는 혈관<br>6) 용혈현상 : 적혈구의 세포막이 파괴되어 헤모글로빈이 혈구 밖으로 빠져 나가는 현상<br>7) 공기전색 : 혈관 내에 갑자기 많은 양의 공기가 침입하여 혈관을 막는 현상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 61 | IABP용 Catheter Kit (또는 Set)의 급여여부 | <p>대동맥내 풍선펌프(Intra Aortic Balloon Pumping : IABP)시에 사용하고 있는 IABP용 Catheter Kit는 급여대상으로 인정하고 있는 IABP용 Catheter 이외에 그 카테타를 시술하는데 필요한 10종의 부속품(Accessories)으로 제품화되어 한 Set로 생산 출고되어 유통 판매가 이루어지고 있기 때문에 Balloon Catheter와 부속품을 별도로 구분하여 카테타 가격 및 구성품 단위별 단가를 산출할 수 없음을 감안하여 대동맥내 풍선펌프시 사용되는 발룬 카테타 Kit(또는 Set)를 급여대상으로 함.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p> | <p>대동맥내 풍선펌프<sup>1)</sup>(Intra Aortic Balloon Pumping : IABP)시 사용되는 "IABP용 Catheter Kit"는 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있는 IABP용 카테터(Catheter)와 그 카테터(Catheter)를 시술하는데 필요한 10종의 부속품(Accessories)으로 제품화되어 한 Set로 판매가 이루어지고 있음. 따라서, 풍선카테터(Balloon Catheter)와 부속품을 별도로 구분해서 각각의 재료비용을 산출할 수 없음을 고려하여 대동맥내 풍선펌프시 사용되는 풍선카테타(Balloon Catheter) 세트(Kit 또는 Set)는 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 대동맥내 풍선펌프 : 공기가 출입할 수 있는 특수한 풍선을 대동맥 내로 삽입한 후 심장박동에 따라 확장과 수축을 계속하여 심장에서 보내는 혈류량을 도와주는 심실 보조장치</p> |

| 연번 | 제 목                        | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 62 | 수술 시 사용하는 수술용 BLOWER의 급여기준 | <p>수술용 BLOWER는 수술부위에 멸균된 의료용 가스와 식염수를 내뿜어 혈액을 불어내는 치료재료로 다음의 경우에 요양급여함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 관상동맥 문합부위 수술 시</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 자164가 동맥관우회로 조성술(대동맥-관동맥간)</li> <li>2) 자183 관상동맥내막절제술</li> </ol> <p>나. 만1세 이하 소아 심혈관 수술 시</p> <p>(고시 제2018-254호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>수술용 BLOWER<sup>1)</sup>는 수술부위에 멸균된 의료용가스와 식염수를 내뿜어 혈액을 불어내는 치료재료로서, 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 관상동맥 문합부위<sup>2)</sup> 수술 시</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 자164가 동맥관우회로 조성술<sup>3)</sup>(대동맥-관동맥간)</li> <li>2) 자183 관상동맥내막절제술<sup>4)</sup></li> </ol> <p>나. 만1세 이하 소아 심혈관 수술 시</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 수술용 Blower : 수술 부위, 창상 등을 세정하는 의료용 세정기</li> <li>2) 관상동맥 문합부위 : 관상동맥의 혈관과 혈관이 서로 연결된 부위</li> <li>3) 동맥관우회로조성술 : 동맥관이 좁아져 있는 경우 좁아진 혈관 부위를 우회하여 새로운 통로를 만들어 주어 혈액이 정상적으로 흐를 수 있도록 해주는 수술</li> <li>4) 관상동맥내막절제술 : 죽종성 동맥경화증으로 관상동맥의 협착이나 폐색이 있는 경우 관상동맥을 절개하고 협착 또는 폐색부위 내막을 절제하여 비후된 죽종성 플라그(Plaque)를 직접 제거하는 수술</li> </ol> |

| 연번 | 제 목                                  | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                       | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 63 | 심낭삼출액<br>배액술시 재료대<br>산정방법            | <p>국소피부절개로 심낭내에 도관을 삽입하는 심낭루조성술시 소요되는 Catheter와 Guide Wire는 소정 수술료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p>                                                                                | <p>국소피부절개로 심낭<sup>1)</sup>내에 도관을 삽입하는 심낭루조성술<sup>2)</sup> 시 사용되는 카테터(Catheter)와 유도철사(Guide Wire)는 관련된 수술 행위비용에 포함되므로 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 심낭 : 심장을 싸고 있는 심막 사이에 존재하는 공간</p> <p>2) 심낭루조성술(Pericardiostomy) : 심낭에 고여있는 삼출액(물)을 제거하기 위하여 심낭을 절개하여 카테터(Catheter)를 삽입한 후 고여 있는 삼출물을 제거하는 행위</p>                                                                                                                                       |
| 64 | Defibrillation<br>Electrode 인정<br>기준 | <p>Defibrillation Electrode는 빈맥성 부정맥, 심정지 등 심박조율이 필요한 환자에게 Electrode Patch를 피부에 부착한 후 전기적 자극을 가하여 경피적으로 심박조율을 시행하는 재료로서 경피적 인공심박동술 또는 임상전기생리학적 검사, 관혈적 심장수술시 별도 산정함.</p> <p>(고시 제2009-250호, 2010.1.1. 시행)</p> | <p>"Defibrillation Electrode"는 빈맥성 부정맥<sup>1)</sup>, 심정지 등 심박조율<sup>2)</sup>이 필요한 환자에게, 피부에 부착한 후 전기적 자극을 가하여 경피적으로 심박조율을 시행하는 재료로서 다음의 경우에 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 경피적 인공심박동술<sup>3)</sup></p> <p>2) 임상전기생리학적 검사<sup>4)</sup></p> <p>3) 관혈적 심장수술<sup>5)</sup></p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 부정맥 : 심장박동이 너무 빠르거나 불규칙한 증상으로 심장 박동 리듬이 이상이 있는 심장병을 의미함. 심장박동(맥박)이 정상보다 빨라지는 증상을 빈맥성 부정맥, 정상보다 늦어지는 증상을 서맥성</p> |

| 연번 | 제 목                           | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>부정맥이라 함.</p> <p>2) 심박조율 : 심장박동(맥박)을 일정하게 유지하는 것</p> <p>3) 경피적 인공심장박동술 : 전기자극용 패치형 전극(Electrode Patch)를 피부에 부착 후 전용 심장박동기를 연결하여, 박동기의 전압을 조절하면서 적절한 심실박동수를 조절하는 행위</p> <p>4) 임상전기생리학적 검사 : 전기가 통하는 가느다란 카테터(Catheter)를 대퇴부위 정맥 또는 쇄골하 정맥을 통하여 심장 안에 삽입하고 심장 내 전기적 전달 경로의 기능을 평가하는 검사</p> <p>5) 관혈적 심장수술 : 흉곽을 절개하여 들어가 심장내부를 직접 육안으로 보면서 하는 수술</p>                                                                         |
| 65 | 인공심박동기<br>재설치시 재료대<br>별도 인정여부 | <p>인공심박동기 삽입부위에 염증이 발생한 경우에는 인체내 삽입기간, 또는 감염 균주의 종류에 불문하고 소독이 불가능하여 재사용할 수 없을 뿐만 아니라, 창상의 재감염 및 패혈증, 내심막염 등의 재발로 새로운 인공심박동기 삽입이 불가피한 것으로 확인됨. 따라서 인공심박동기 삽입부위의 염증 등으로 새로운 인공심박동기로 교체, 삽입하는 경우에는 이미 설치된 심박동기의 삽입기간 및 감염균주의 종류에 불문하고 인공심박동기 재료대를 별도 산정할 수 있음.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p> | <p>인체 내에 삽입되었던 인공심장박동기<sup>1)</sup>는 인체내 삽입기간, 또는 감염균주의 종류를 불문하고 소독이 불가능하여 재사용할 수 없으므로, 인공심장박동기 삽입부위에 염증이 발생한 경우, 창상<sup>2)</sup>의 재감염 및 패혈증, 내심막염<sup>3)</sup> 등의 재발로 새로운 인공심장박동기로 교체·삽입해야 하는 경우에는 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 인공심장박동기 : 심장박동이 느리게 뛰는 서맥성 부정맥환자에게 심박동이 정상적으로 유지되도록 체내에 삽입하는 재료</p> <p>2) 창상*: 인공심박동기가 체내에 삽입된 부위를 의미</p> <p>* 창상: 외부의 압력으로 인한 신체손상으로 피부 또는 조직 일부가 손상 받은 상태</p> |

| 연번 | 제 목                                                                            | 고 시 원 문                                                                                                                                                                            | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                |                                                                                                                                                                                    | 3) 내심막염: 세균에 의해서 생기는 심장내막의 염증                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 66 | Hemofilter 및 혈액성 심장지혈 운반세트(Blood Cardioplegic Solution Delivery Set 등) 요양급여 여부 | 심장수술의 심폐체외순환시 사용하는 Hemofilter 및 혈액성 심장지혈 운반세트(Blood Cardioplegic Solution Delivery Set 등)는 요양급여함.<br><br>(고시 제2005-101호, 2006.1.1. 시행)                                             | 심장수술의 심폐체외순환 <sup>2)</sup> 시 사용하는 Hemofilter 및 혈액성 심장지혈 운반세트(Blood Cardioplegic Solution Delivery Set 등)의 재료비용은 요양기관에서 별도로 청구할 수 있음.<br><br><용어설명><br>1) 심폐체외순환: 심장수술시 심장과 폐의 기능을 일시적으로 정지시키고 심장과 폐를 대신해주는 장치가 필요함. 이 때 우리 몸의 순환이 정상적인 체내 순환계를 떠나 체외에 존재하는 인공회로(심장바이패스)를 따라 이루어지는 시스템을 말함.      |
| 67 | 심낭천자를 통한 지속적 배액용 치료재료의 급여기준                                                    | 심낭천자를 통한 지속적 배액용(Perivac Kit 등) 치료재료는 심낭에 고인 혈액을 배액시키기 위해 사용되는 치료재료로 사용이 간편하고 장기천공의 위험을 줄일 수 있는 장점이 있으므로 심낭천자를 치료목적(지속적인 배액 시)으로 시행한 경우에 산정함.<br><br>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행) | "심낭천자를 통한 지속적 배액용(Perivac Kit 등)"은 심낭 <sup>1)</sup> 에 고인 혈액을 배액 <sup>2)</sup> 시키기 위해 사용되는 치료재료로 사용이 간편하고 장기천공의 위험을 줄일 수 있는 장점이 있으므로, 치료목적으로 심낭에 고인 혈액을 지속적으로 제거하기 위하여 심낭천자를 시행한 경우에 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.<br><br><용어설명><br>1) 심낭: 심장을 싸고 있는 심막 사이에 존재하는 공간<br>2) 배액: 몸 속에 고여있는 분비물을 빼 내는 것 |

| 연번 | 제 목                                                      | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 68 | 관상동맥우회술시 사용하는 Vessel Cannula, Arteriotomy Cannula의 급여 여부 | 관상동맥 우회술시 사용하는 Vessel Cannula나 Arteriotomy Cannula는 해당 소정 수술료에 포함되어 별도 산정할 수 없음.<br><br>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 관상동맥 우회술 <sup>1)</sup> 시 사용하는 "Vessel Cannula"나 "Arteriotomy Cannula"는 관련된 수술행위비용에 재료비용이 포함되어 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.<br><br><용어설명><br>1) 관상동맥 우회술: 좁아진 관상동맥을 대체할 수 있는 혈관을 연결하여 심장에 혈류를 공급하는 우회로를 만들어주는 수술                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 69 | 관상동맥우회로술 시 사용하는 일시적 혈관폐쇄용 기구 인정기준                        | 관상동맥우회로술 시 사용하는 일시적 혈관폐쇄용 기구는 아래와 같은 경우에 요양급여를 인정함.<br><br>- 아 래 -<br><br>1. 적응증<br>무인공심폐 관상동맥우회로술(Off Pump CABG)에서 상행대동맥부터 대동맥궁의 근위부 문합부위에 뚜렷한 석회화 병변 및 죽상반(atheroma)이 있는 경우 이때, 석회화 병변 및 죽상반(atheroma)은 수술전 흉부 CT(CT angiography 포함), 수술 중 대동맥표면초음파 검사(epiaortic echocardiography), 경식도 심초음파 검사(Transesophageal echocardiography) 또는 촉진에 의해 확인된 경우를 말함 단, 상행대동맥에 뚜렷한 석회화 병변이 있으면서 무인공심폐 관상동맥우회로술(Off Pump CABG)을 시행하다가 환 | 관상동맥우회로술 시 사용하는 "일시적 혈관폐쇄용 기구 <sup>1)</sup> "는 무인공심폐관상동맥우회로술 <sup>2)</sup> (Off Pump CABG)에서 아래와 같은 경우에 사용 시 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.<br><br>- 아 래 -<br><br>1. 적응증<br>가. 상행대동맥부터 대동맥궁의 근위부 문합부위 <sup>3)</sup> 에 뚜렷한 석회화 병변 <sup>4)</sup> 및 죽상반(Atheroma) <sup>5)</sup> 이 있는 경우<br>※ 석회화 병변 및 죽상반(Atheroma) 확인방법<br>1) 수술전 흉부 CT(CT angiography 포함)<br>2) 수술 중 대동맥표면초음파검사(Epiaortic Echocardiography)<br>3) 경식도 심초음파 검사(Transesophageal Echocardiography)<br>4) 촉진에 의해 확인<br>나. 상행대동맥에 뚜렷한 석회화 병변이 있으면서 무인공심폐 관상 |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                   | 설 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>자 상태 악화 등으로 인공심폐기를 사용하게 되는 경우(On Pump Beating CABG)에도 요양급여를 인정함</p> <p>2. 인정개수</p> <p>가. 일회용 제품인 'Heartstring proximal seal delivery system'은 근위부 문합부위별 1개</p> <p>나. 동일 환자에서 재사용이 가능한 제품인 Enclose II는 수술 당 1개</p> <p>(고시 제2014-240호, 2015.1.1. 시행)</p> | <p>동맥우회로술(Off Pump CABG)을 시행하다가 환자 상태 악화 등으로 인공심폐기를 사용하게 되는 경우(On Pump Beating CABG)</p> <p>2. 청구개수</p> <p>가. 일회용 제품인 'Heartstring Proximal Seal Delivery System'은 근위부 문합부위별 1개</p> <p>나. 동일 환자에서 재사용이 가능한 제품인 Enclose II는 수술 당 1개</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 일시적 혈관폐쇄용 기구 : 관상동맥우회로 수술을 하는 도중에 혈관을 일시적으로 폐쇄하는 용도로 사용하는 기구</p> <p>2) 무인공심폐 관상동맥우회로술 : 인공심폐기*를 사용하지 않고 심장이 박동하는 상태에서 이루어지는 관상동맥우회로술로 관상동맥이 좁아져서 혈액공급이 줄거나 차단된 부위보다 아래쪽에 추가로 혈액을 공급할 수 있는 우회혈관을 연결해주는 수술</p> <p>* 인공심폐기 : 심폐수술시 심장과 폐의 역할을 대신하는 의료기기로 혈액에 산소를 공급하여 순환시키는 기능을 함</p> <p>3) 대동맥궁 근위부 문합부위: 대동맥은 심장의 좌심실에서 온몸으로 혈액을 보내는 큰 혈관으로 상행대동맥과 하행대동맥을 연결하는 부분을 대동맥궁이라 함.</p> <p>4) 석회화 병변 : 뼈처럼 단단하게 석회(칼슘)가 침착되는 것</p> <p>5) 죽상반(Atheroma) : 동맥 혈관의 내벽이 손상되면서 혈액 속의 콜레스테롤 등 여러 성분이 침착되어 생기는 끈적끈적한 형태의 침착물</p> |

| 연번 | 제 목                                        | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                   | 설 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 70 | 척수신경자극기<br>치료재료 급여<br>기준                   | <p>척수신경자극기 치료재료는 급여 행위인 ‘척수신경자극기 설치, 교환 및 제거술’과 비급여 행위인 ‘대뇌운동피질자극술’ 또는 ‘말초신경자극술’에 사용 시 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한 금액표」에 의한 급여 또는 비급여코드를 각각 적용함.</p> <p>(고시 제2017-173호, 2017.10.1. 시행)</p>     | <p>척수신경자극기 치료재료는 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있는 행위인 “척수신경자극기 설치, 교환 및 제거술”과 비급여<sup>1)</sup> 행위인 ‘대뇌운동피질자극술’ 또는 ‘말초신경자극술’에 사용하는 경우에는 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」<sup>2)</sup>에 의한 급여 또는 비급여 코드를 각각 적용함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 비급여: 요양기관이 임의로 정하여 고지한 비용을 환자가 전부 부담하는 것으로, 건강보험의 적용을 받지 아니함.</p> <p>2) 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」: 식품의약품안전처 허가를 받은 치료재료 중 보건복지부 장관이 위원회의 심의를 거쳐 고시한 품목리스트로 치료재료 개별 품목별 구분코드를 부여하고 있으며, 요양기관에서 별도로 비용청구를 할 수 있는 급여(보험)코드 제품과 요양기관에서 별도로 비용청구를 하지 않고 환자에게만 비용을 부담시키는 비급여코드 제품이 있음.</p> |
| 71 | 자202<br>중심정맥영양법<br>시 사용하는<br>치료재료의<br>급여기준 | <p>자202 중심정맥영양법(Total Parenteral Nutrition, TPN) 시 사용하는 카테터(catheter), 유도철사(guide wire), 천자침, sheath, tunnel device, reservoir, dilator는 별도 인정함.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>중심정맥영양법<sup>1)</sup>(자202) 시 사용하는 카테터(catheter), 유도철사(guide wire), 천자침, sheath, tunnel device, reservoir, 확장기(dilator)는 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 중심정맥영양법: 입으로 충분한 영양을 섭취하지 못하는 환자에게 혈관내에 카테터를 삽입하여 그 통로를 통하여 고농도의 영양수액을</p>                                                                                                                                                                                                                                                    |

| 연번 | 제 목                                            | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                    | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                |                                                                                                                                                                                            | 주입하는 영양법으로 주로 큰 혈관(상대정맥, 하대정맥)을 활용함.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 72 | 쇄골하정맥을 통한 고농도 영양수액요법의 수기로 산정방법 및 TPN Bag의 급여기준 | <p>쇄골하 정맥을 통한 고농도 영양수액요법은 자202 중심정맥영양법을 준용산정하며, 쇄골하 정맥을 통해 아미노산제제 등의 약제를 혼합조제하여 TPN(Total Parenteral Nutrition) 요법을 시행하는 경우에 사용한 TPN Bag은 별도 인정함.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>쇄골하 정맥을 통한 고농도 영양수액요법은 중심정맥영양법<sup>1)</sup>(Total Parenteral Nutrition, TPN)의 행위비용을 준용하여 청구하며, 쇄골하 정맥을 통해 아미노산제제 등의 약제를 혼합조제하여 TPN 요법을 시행하는 경우에 사용한 "TPN Bag"은 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 중심정맥영양법: 입으로 충분한 영양을 섭취하지 못하는 환자에게 혈관 내에 카테터를 삽입하여 그 통로를 통하여 고농도의 영양수액을 주입하는 영양법으로 주로 큰 혈관(상대정맥, 하대정맥)을 활용함.</p> |
| 73 | Keofeed tube 별도 산정여부                           | <p>십이지장을 통한 영양 공급시 사용한 Keofeed tube는 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p>                                                                                                  | 십이지장을 통한 영양 공급 시 사용한 "Keofeed tube"는 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 없음.                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| 연번 | 제 목                                                   | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 74 | 경장영양액 주입용 Flexitainer & Gravity Feeding Sets의 별도 산정여부 | <p>경장영양액의 주입시 사용되는 영양주입백 및 Feeding Set인 “Flexitainer &amp; Gravity Feeding sets”는 사용함에 있어 편리성은 있으나 소정 수기로(자266-나. 장내영양-장루영양)에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2001-40호, 2001.7.1. 시행)</p>                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>경장영양<sup>1)</sup>액의 주입시 사용되는 “영양주입백 및 Feeding Set(영양공급 세트)”는 사용함에 있어 편리성은 있으나 장내영양-장루영양(자-266-나) 진료 행위비용에 재료비용이 포함되므로 요양기관에서 별도로 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 경장영양: 소화관으로 영양을 섭취하는 것을 말함. 입을 통해 섭취하는 경구영양과 코에 삽입한 튜브를 통해 영양액을 주입하거나, 상복벽에 만든 위루관(Gastrostomy Tube)를 통해 소화관에 직접 영양액을 주입하는 경관영양법으로 구분함.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 75 | 자동분합기 급여기준                                            | <p>1. 자동분합기는 식약처 허가사항 범위 내에서 사용한 경우 다음과 같이 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 분리형-직선형</p> <p>1) 적응증 및 인정개수</p> <p>가) 몸체</p> <p style="padding-left: 20px;">특수침 적응증과 동일: 1개(관혈적&amp;비관혈적)</p> <p>나) 특수침</p> <p style="padding-left: 20px;">(1) 후두 - 후두전적출술: 2개(관혈적&amp;비관혈적)</p> <p style="padding-left: 20px;">(2) 폐 - 폐기포절제술: 2개(관혈적&amp;비관혈적)</p> <p style="padding-left: 40px;">- 폐쇄기절제술: 2개(쇄기당)(관혈적&amp;비관혈적)</p> | <p>1. 자동분합기<sup>1)</sup>는 식품의약품안전처 허가사항<sup>2)</sup>의 허가 범위 내에서 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 분리형-직선형 적응증 및 인정개수</p> <p>1) 적응증 및 인정개수</p> <p>가) 몸체</p> <p style="padding-left: 20px;">특수침 적응증과 동일: 1개(관혈적수술 &amp; 비관혈적수술)</p> <p>나) 특수침(관혈적 수술과 비관혈적 수술로 구분<sup>3)</sup>)</p> <p style="padding-left: 20px;">(1) 후두 - 후두전적출술: 2개(관혈적 &amp; 비관혈적)</p> <p style="padding-left: 20px;">(2) 폐 - 폐기포절제술<sup>4)</sup>: 2개(관혈적 &amp; 비관혈적)</p> <p style="padding-left: 40px;">폐쇄기절제술<sup>4)</sup>: 2개(쇄기당)(관혈적 &amp; 비관혈적)</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 폐엽절제술, 폐구역절제술 : 3개(관혈적), 6개(비관혈적)</li> <li>- 폐전적출술: 4개(관혈적), 5개(비관혈적)</li> </ul> <p>(3) 식도 - 식도수술 : 2개(관혈적&amp;비관혈적)</p> <p>(4) 위 - 위수술: 6개(관혈적&amp;비관혈적)</p> <p>* 비관혈적 복강내 문합시 추가 2개</p> <p>(5) 간/담췌</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 담낭수술: 1개(관혈적&amp;비관혈적)</li> <li>- 담도수술: 4개(관혈적&amp;비관혈적)</li> <li>- 간수술: 2개(관혈적&amp;비관혈적)</li> <li>* 3구역절제술시 추가 2개</li> <li>- 췌장수술: 4개(관혈적&amp;비관혈적)</li> <li>* 미부절제시 2개</li> </ul> <p>(6) 비장 - 비장수술: 2개(관혈적&amp;비관혈적)</p> <p>(7) 장 - 소장수술: 2개(관혈적&amp;비관혈적)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 결장수술: 2개(관혈적&amp;비관혈적)</li> <li>* 비관혈적 복강내 문합시 추가 2개</li> <li>- 직장수술 : 2개(관혈적&amp;비관혈적)</li> <li>* 결장낭조성술시 추가 2개, 회장낭항문문합술시 추가 2개</li> </ul> <p>(8) 비뇨기</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 신적출술, 전립선정낭전적출술: 3개(관혈적&amp;비관혈적)</li> <li>- 신요관적출술: 4개(관혈적&amp;비관혈적)</li> <li>- 방광대치술, 방광전적출술, 방광확대성형술(장문합을 실시하는 경우), 요관장피부문합술: 4개(관혈적&amp;비관혈적)</li> </ul> <p>(9) 자궁/자궁부속기(관혈적&amp;비관혈적)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 자궁적출술, 자궁부속기절제술, 난소절제술: 2개</li> </ul> | <p>폐엽절제술, 폐구역절제술<sup>4)</sup>: 3개(관혈적), 6개(비관혈적)</p> <p>폐전적출술<sup>4)</sup>: 4개(관혈적), 5개(비관혈적)</p> <p>(3) 식도 - 식도수술: 2개(관혈적&amp;비관혈적)</p> <p>(4) 위 - 위수술: 6개(관혈적&amp;비관혈적)</p> <p>* 비관혈적 복강내 문합시 2개 추가인정</p> <p>(5) 간/담췌</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 담낭수술: 1개(관혈적&amp;비관혈적)</li> <li>- 담관수술: 4개(관혈적&amp;비관혈적)</li> <li>- 간수술: 2개(관혈적&amp;비관혈적)</li> <li>* 3구역절제술시 2개 추가인정</li> <li>- 췌장수술: 4개(관혈적&amp;비관혈적)</li> <li>* 미부절제시 2개 인정</li> </ul> <p>(6) 비장 - 비장수술: 2개(관혈적&amp;비관혈적)</p> <p>(7) 장 - 소장수술: 2개(관혈적&amp;비관혈적)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 결장수술: 2개(관혈적&amp;비관혈적)</li> <li>* 비관혈적 복강내 문합시 2개 추가인정</li> <li>- 직장수술: 2개(관혈적&amp;비관혈적)</li> <li>* 결장낭조성술 및 회장낭항문문합술시 각각 2개 추가인정</li> </ul> <p>(8) 비뇨기</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 신적출술, 전립선정낭전적출술<sup>5)</sup> 3개(관혈적&amp;비관혈적)</li> <li>- 신요관적출술: 4개(관혈적&amp;비관혈적)</li> <li>- 방광대치술<sup>6)</sup>, 방광전적출술, 방광확대성형술<sup>7)</sup>(장문합을 실시하는 경우), 요관장피부문합술<sup>8)</sup> : 4개(관혈적&amp;비관혈적)</li> </ul> <p>(9) 자궁/자궁부속기(관혈적 &amp; 비관혈적)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 자궁적출술, 자궁부속기절제술<sup>9)</sup>, 난소절제술: 2개</li> </ul> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>* 광범위자궁적출술시 추가 2개</p> <p>나. 일체형(몸체+특수침)</p> <p>1) 적응증 및 인정개수</p> <p>가) 직선형</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 식도절제 후 문합술, 결장반절제술, 직장수술: 1개(관혈적)</li> <li>- 직장절제술후 문합술(전방절제, 저위전방절제) : 1개(비관혈적)</li> </ul> <p>나) 굴곡형</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 식도절제 후 문합술, 위절제술 후 문합술(식도-위, 식도-공장, 위-십이지장, 위-공장, 공장-공장), 결장반절제술, 직장절제술 후 문합술(전방·저위전방절제, 회장낭항문문합술, 결장전절제술, 하트만씨수술복원술) : 1개(관혈적 &amp; 비관혈적)</li> </ul> <p>다. 일체형과 분리형 자동봉합기를 동시에 사용하는 경우, 각각의 적응증 및 인정개수를 한하여 요양급여를 인정함. 다만, 결장반절제술에 일체형과 분리형 자동봉합기를 동시에 사용하는 경우에는 일체형 1개, 분리형 1개를 인정함.</p> <p>2. 상기 적응증별 인정개수를 초과하여 사용한 경우에는 다음과 같이 함.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 분리형-직선형 몸체: 사례별 인정</p> <p>나. 분리형-직선형 특수침: 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용</p> <p>다. 일체형(몸체+특수침): 사례별 인정</p> | <p>* 광범위자궁적출술시 추가 2개</p> <p>나. 일체형(몸체+특수침)</p> <p>1) 적응증 및 인정개수</p> <p>가) 직선형</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 식도절제 후 문합술, 결장반절제술, 직장수술: 1개(관혈적)</li> <li>(2) 직장절제술후 문합술(전방절제, 저위전방절제) : 1개(비관혈적)</li> </ul> <p>나) 굴곡형</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>식도절제 후 문합술, 위절제술 후 문합술(식도-위, 식도-공장, 위-십이지장, 위-공장, 공장-공장), 결장반절제술<sup>10)</sup>, 직장절제술 후 문합술(전방·저위전방절제<sup>11)</sup>, 회장낭항문문합술<sup>12)</sup>, 결장전체절제술, 하트만씨수술복원술<sup>13)</sup>) : 1개(관혈적 &amp; 비관혈적)</li> </ul> <p>다. 일체형과 분리형 자동봉합기를 동시에 사용하는 경우에는 각각의 적응증에 대한 인정개수의 재료비용을 요양기관에서는 청구할 수 있음. 다만, 결장반절제술에 일체형과 분리형 자동봉합기를 동시에 사용하는 경우에는 일체형 1개, 분리형 1개를 청구할 수 있음.</p> <p>2. 상기 적응증별 인정개수를 초과하여 사용한 경우에는 다음과 같이 함.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 분리형-직선형의 몸체: 사례별<sup>14)</sup> 인정</p> <p>나. 분리형-직선형 특수침: 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>15)</sup>에 따라 재료비용의 80%를 환자가 부담<sup>16)</sup>함.</p> <p>다. 일체형(몸체+특수침): 사례별 인정</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                       | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|-----|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | (고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행) | <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 자동봉합기:</p> <p>수술부위를 자르거나, 봉합하거나 결찰할 때 기존에 사용하던 봉합사나 수술용 칼 대신 스테플 형태로 만들어진 제품으로, 스테플 (조직을 봉합하거나 문합하는 재료), 카트리지(스테플이 장착되어 스테플용 기구와 연결하여 사용), 스테플용기구(카트리지내에 있는 스테플을 발사하기 위한 기구)로 구성됨</p> <p>* 일체형-직선형/굴곡형 : 자동봉합기 중 스테플을 발사하기 위한 기구와 봉합용 스테플러가 일체형으로 만들어져 있는 제품으로 스테플러를 발사하기 위한 기구의 형태에 따라 직선형과 굴곡형으로 나뉨</p> <p>* 분리형-직선형/굴곡형: 자동봉합기 중 스테플러를 발사하기 위한 기구와 봉합용 스테플러가 분리되어 있는 제품으로 스테플러의 모양에 따라 직선형과 굴곡형으로 나뉨.</p> <p>2) 식품의약품안전처 허가사항:</p> <p>의료기기의 성능 및 사용목적 등에 대해 식품의약품안전처장이 안전성·유효성을 평가하여 사용을 허용한 범위</p> <p>3) 관혈적 수술 / 비관혈적 수술</p> <p>수술부위 절개를 통하여 병변부위를 직접 보면서 하는 수술을 관혈적 수술이라 하고, 피부 및 근육 등의 절개 없이 내시경을 통해 수술하는 경우를 비관혈적 수술이라 함</p> <p>4) 폐쇄기절제술, 폐구역절제술, 폐엽절제술, 폐기포절제술, 폐전적출술 : 폐의 구조는 좌, 우 양측으로 나누어져 있고, 오른쪽은 3개 구역으로, 왼쪽은 2개 구역으로 나누어져 있으며, 폐암의 진행정도에 따라 병변이 있는 적은 범위의 폐조직을 경계를 두고 절제하는 것을 폐쇄기</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문 | 설 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|-----|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     |         | <p>절제술, 한 구역을 절제하는 것은 폐엽 절제술, 한쪽 폐를 잘라내는 것을 전적출술이라 하며, 기흉으로 인한 폐기포를 절제하는 수술을 폐기포절제술이라고 함.</p> <p>5) 전립선정낭전적출술:<br/>전립선암이나 방광암에서 전립선 및 정낭을 함께 절제하는 수술</p> <p>6) 방광대치술:<br/>방광암수술에서 방광을 적출하고 인공방광을 만드는 수술</p> <p>7) 방광확대성형술:<br/>장의 일부를 방광벽에 이식하여 방광을 크게 확대하는 수술</p> <p>8) 요관장피부문합술: 요도나 방광의 손상으로 소변 배출이 안되는 경우 요관과 장을 직접 연결하여 소변을 배출하기 위한 통로는 만들어 주는 것</p> <p>9) 자궁부속기절제술:<br/>자궁의 부속기인 난소, 난관을 각각 또는 전부 절제하는 수술</p> <p>10) 결장반절제술: 결장의 일부분만을 절제하는 수술</p> <p>11) 저위전방절제: 직장암 수술의 한가지 방법으로 직장암이 항문에서 6cm 이상 떨어져 있어 개복수술로 절제 가능한 경우에 직장의 아래 부위(저위)까지 주위를 박리하여 직장을 절단하고 S상결장 또는 하행결장과 직장을 문합하는 방법</p> <p>12) 회장낭항문문합술: 회장은 소장의 마지막 부분으로 직장절제술 후 회장과 항문을 문합하는 수술</p> <p>13) 하트만씨수술복원술: 암이 항문에서 충분히 떨어진 위치에 있으나 진행이 많이 된 경우 종양절제술후 인공항문을 만드는 수술(하트만씨수술)을 한 후, 재발이 없는 경우 인공항문을 없애고 다시 대장을 연결하는 수술(복원술)</p> <p>14) 사례별: 의료인이 작성한 진료기록부, 수술기록지, 검사결과지 등의</p> |

| 연번 | 제 목                                                    | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>객관적 자료를 참조하여 환자마다의 상태를 확인함.</p> <p>15) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」: 선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여: 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>16) 재료비용의 80%를 환자가 부담: 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p>                    |
| 76 | 재사용이 가능한 자동봉합기 분리형 몸체(Idrive Ultra Powered Handle)급여기준 | <p>재사용이 가능한 자동봉합기 분리형 몸체(Idrive Ultra Powered Handle)는 외과 수술시 50주기 멸균 또는 특수침 300번 발사 재사용으로 허가받은 치료재료로, 내시경용 특수침 Endo GIA Roticulator(치료재료 코드: B1111001, B1112011)와 결합하여 비관혈적 수술에 사용한 경우에 한하여 다음과 같이 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>(1) 후두 - 후두전적출술</p> <p>(2) 폐 - 폐기포절제술, 폐쇄기절제술, 폐엽절제술, 폐구역절제술, 폐전적출술</p> | <p>재사용이 가능한 자동봉합기 분리형 몸체(Idrive Ultra Powered Handle)는 외과 수술시 50주기 멸균 또는 특수침 300번 발사 재사용<sup>1)</sup>으로 허가받은 치료재료로, 내시경용 특수침 Endo GIA Roticulator(치료재료 코드: B1111001, B1112011)와 결합하여 비관혈적 수술<sup>2)</sup>에 사용한 경우에 한하여 다음과 같이 사용 시 요양기관에서 비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>1) 후두 - 후두전적출술</p> <p>2) 폐 - 폐기포절제술, 폐쇄기절제술, 폐엽절제술, 폐구역절제술, 폐전적출술<sup>3)</sup></p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>(3) 식도 - 식도수술<br/> (4) 위 - 위수술<br/> (5) 간/담췌 - 간수술, 담낭수술, 담도수술, 췌장수술<br/> (6) 비장 - 비장수술<br/> (7) 장 - 소장수술, 결장수술, 직장수술<br/> (8) 비뇨기 - 신적출술, 전립선정낭전적출술, 신요관적출술, 방광대치술, 방광전적출술, 방광확대성형술 (장문합을 실시하는 경우), 요관장피부문합술<br/> (9) 자궁/자궁부속기 - 자궁적출술, 자궁부속기절제술, 난소절제술</p> <p>나. 인정개수<br/> - 수술당 1개(1주기)</p> <p>※ 재사용이 가능한 자동봉합기 분리형 몸체(Idrive Ultra Powered Handle)와 1회용 자동봉합기 분리형 몸체를 동시에 사용하는 경우, 재사용이 가능한 자동봉합기 분리형 몸체는 인정하되, 1회용 자동봉합기 분리형 몸체는 사례별로 인정함</p> <p>(고시 제2016-226호, 2016.12.1. 시행)</p> | <p>3) 식도 - 식도수술<br/> 4) 위 - 위수술<br/> 5) 간/담췌 - 간수술, 담낭수술, 담관수술, 췌장수술<br/> 6) 비장 - 비장수술<br/> 7) 장 - 소장수술, 결장수술, 직장수술<br/> 8) 비뇨기 - 신적출술, 전립선정낭전적출술<sup>4)</sup>, 신요관적출술, 방광대치술<sup>5)</sup>, 방광전적출술, 방광확대성형술<sup>6)</sup>(장문합을 실시하는 경우), 요관장피부문합술<sup>7)</sup><br/> 9) 자궁/자궁부속기 - 자궁적출술<sup>8)</sup>, 자궁부속기절제술<sup>9)</sup>, 난소절제술</p> <p>나. 인정개수<br/> - 수술당 1개(1주기)</p> <p>※ 재사용이 가능한 자동봉합기 분리형 몸체(Idrive Ultra Powered Handle)와 1회용 자동봉합기 분리형 몸체를 동시에 사용하는 경우, 재사용이 가능한 자동봉합기 분리형 몸체를 우선 인정하고, 동시에 사용한 1회용 자동봉합기 분리형 몸체는 환자 상태에 따라 사례별<sup>10)</sup>로 인정함<br/> (자동봉합기 인정기준 중 몸체 인정기준 적용)</p> <p>&lt;용어설명&gt;<br/> 1) "외과 수술시 50주기 멸균 또는 특수침 300번 발사 재사용": 식품의약품안전처 허가내용으로 수술을 50번 할 때 까지 사용가능하거나, 자동봉합기 특수침(스테플)이 300번 발사될 때까지 재사용이 가능하다는 의미임.</p> |

| 연번 | 제 목              | 고 시 원 문                                                                                               | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                  |                                                                                                       | <p>2) 비관혈적 수술:<br/>피부 및 근육 등의 절개 없이 내시경을 이용하여 수술을 하는 것</p> <p>3) 폐쇄기절제술, 폐구역절제술, 폐엽절제술, 폐기포절제술, 폐전적출:<br/>폐의 구조는 좌, 우 양측으로 나누어져 있고, 오른쪽은 3개 구역으로, 왼쪽은 2개 구역으로 나누어져 있으며, 폐암의 진행정도에 따라 병변이 있는 적은 범위의 폐조직을 경계를 두고 절제하는 것을 폐쇄기절제술, 한 구역을 절제하는 것은 폐엽절제술, 한쪽 폐를 절제하는 것을 전적출술이라 하며, 기흉으로 인한 폐기포를 절제하는 수술을 폐기포절제술이라고 함.</p> <p>4) 전립선정낭전적출술: 전립선암이나 방광암에서 정액을 분비하는 전립선 및 정낭을 함께 제거하는 수술</p> <p>5) 방광대치술: 방광을 제거하고 인공방광으로 대체해주는 수술</p> <p>6) 방광확대성형술: 장의 일부를 방광벽에 이식하여 방광을 확대하는 수술</p> <p>7) 요관장피부문합술: 요도나 방광의 손상으로 소변 배출이 되지 않는 경우 요관과 장을 직접 연결하여 소변배출 통로를 만드는 것</p> <p>8) 적출술: 장기나 조직 전체를 제거하는 수술</p> <p>9) 자궁부속기절제술: 자궁의 부속기인 난소, 난관을 각각 또는 전부 절제하는 수술</p> <p>10) 사례별: 의료인이 작성한 진료기록부, 수술기록지, 검사결과지 등의 객관적 자료를 참조하여 환자마다의 상태를 확인함.</p> |
| 77 | 자동쌘지봉합용 재료의 급여기준 | 1. 자동쌘지봉합용 재료는 자동봉합기(일체형) 사용 전 절제부위를 한 번의 조작으로 쌘지봉합해 주는 치료재료로 다음 중 수기 문합(hand suture)이 어려운 경우에 요양급여함. | 1. 자동쌘지봉합 <sup>1)</sup> 용 재료는 자동봉합기(일체형) 사용 전 절제부위를 한 번의 조작으로 쌘지봉합해 주는 치료재료로 다음 중 수기 문합(hand suture)이 어려운 경우에 사용 시 요양기관에서 별도로                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>- 다 음 -</p> <p>가. 식도절제 후 문합술<br/> 나. 위절제 후 문합술(식도-위, 식도-공장)<br/> 다. 직장하부 전방 또는 저위전방절제 후 문합술<br/> 라. 회장낭항문문합술, 결장전절제술, 하트만씨수술복원술 시 직장하부 전방 또는 저위전방절제를 포함하는 경우</p> <p>2. 상기 1.의 급여대상 이외 직장 및 결장 수술에 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p>(고시 제2018-254호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>비용을 청구할 수 있음.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 식도절제 후 문합술<br/> 나. 위절제 후 문합술(식도-위, 식도-공장)<br/> 다. 직장하부 전방 또는 저위전방절제 후 문합술<br/> 라. 회장낭항문문합술, 결장전절제술, 하트만씨수술복원술 시 직장하부 전방 또는 저위전방절제를 포함하는 경우</p> <p>2. 상기 1.의 급여대상 이외 직장 및 결장 수술에 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>3)</sup>에 따라 재료비용의 80%를 환자가 부담<sup>4)</sup>함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 자동쌈지 봉합: 내부 장기 수술시 수술면을 봉합하는 방법으로 절단면 주위를 윤상(고리모양)으로 흡질하듯이 연속 봉합을 한 후 절단면을 밀어 넣으면서 봉합사를 잡아당겨 묶어주는 방법</p> <p>2) 저위전방절제술: 직장암 수술의 한 가지 방법으로 직장암이 항문에서 6cm 이상 떨어져 있어 개복수술로 절제 가능한 경우에 직장의 아래부위(저위)까지 주위를 박리하여 직장을 절단하고 S상결장 또는 하행결장과 직장을 문합하는 방법</p> <p>3) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」:</p> <p>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여: 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나,</p> |

| 연번 | 제 목                                                               | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                               | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                       | <p>경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>4) 재료비용의 80%를 환자가 부담: 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p>                                                                                                                                 |
| 78 | “Permaclip endoscopic applier”의 요양급여 대상여부                         | <p>“Permaclip endoscopic applier”는 내시경하시술시 결찰재료를 삽입하는 기구로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2002-80호, 2003.1.1. 시행)</p>                                                                                           | <p>“Permaclip Endoscopic Applier”는 내시경하시술시 결찰<sup>1)</sup>재료를 삽입하는 재료로 관련된 진료 행위비용에 재료비용이 포함되어 있어 요양기관에서 별도로 재료비용 청구를 할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 결찰 : 지혈을 목적으로 혈관이나 조직의 어느 부분에 매듭을 지어 혈액의 흐름을 멎게 하는 것</p>                                                                                                         |
| 79 | “Operative sheath, Diagnostic sheath, Outflow cannula”의 요양급여 대상여부 | <p>“Operative sheath, Diagnostic sheath, Outflow cannula”는 “Gynecare Versascope Hysteroscopy System”중의 일부로 자궁 근종 및 유착 등에 자궁내부를 직접 진단 및 수술할 수 있는 재료로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2002-80호, 2003.1.1. 시행)</p> | <p>자궁경 삽입용기구인 “Operative Sheath, Diagnostic Sheath, Outflow Cannula”는 자궁 근종<sup>1)</sup> 및 유착<sup>2)</sup> 등에 자궁내부를 직접 진단하고 수술을 할 수 있는 “Gynecare Versascope Hysteroscopy System”의 일부로 관련된 진료 행위비용에 재료비용이 포함되어 있어 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 자궁 근종: 자궁의 대부분을 이루고 있는 근육(평활근육)에 생기는 종양으로 양성질환</p> |

| 연번 | 제 목                                                                  | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                             | 설 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                     | 2) 자궁 유착: 수술 후 자궁내막이 완치되는 과정에서 손상부위가 회복되지 않고 조직이 서로 붙어서 흉터가 되는 것                                                                                                                                                                                                 |
| 80 | 복강경하 수술용 조직세절기(Gynecare X-Tract Laparoscopic Morcellator 등)의 별도 산정여부 | 복강경하 수술용 조직세절기(Gynecare X-Tract Laparoscopic Morcellator 등)는 복강경하 수술시 산정하는 치료재료비용 239,000원(코드 N0031001)에 포함됨.<br><br>(고시 제2006-38호, 2006.6.1. 시행)                                                                                   | 복강경 <sup>1)</sup> 하 수술용 조직세절기 <sup>2)</sup> (Gynecare X-Tract Laparoscopic Morcellator 등)의 재료비용은 복강경하 수술시 청구하는 치료재료비용 239,000원(코드 N0031001)에 포함됨.<br><br><용어설명><br>1) 복강경: 복강(배) 안을 관찰하는 내시경<br>2) 조직세절기: 이상병변이 있는 조직을 제거하는 장비                                   |
| 81 | 장루(Colostomy)와 요루(Urostomy)용 피부판(Flange) & 주머니(Bag)의 인정기준            | 1. 피부판과 주머니(분리형 또는 일체형)는 입원기간 중에는 실사용량으로 인정하며, 외래기간 중에는 일주일에 4개까지 인정하되, 다음과 같은 경우에는 1일 1개까지 인정함.<br>다만, 상기 인정개수를 초과하여 사용한 경우에는 사례별로 인정함.<br><br>- 다 음 -<br>가. 장루, 요루 관련 피부 합병증<br>나. 3세 미만 소아, 치매 환자<br>다. 장루, 요루 수술 후 외래 진료 시 2개월간 | 1. 장루·요루용 피부판과 주머니(분리형 또는 일체형)는 입원기간 중에는 실제 사용량으로, 외래기간 중에는 일주일에 4개까지 요양기관에서 비용청구를 할 수 있으나, 다음과 같은 경우에는 1일 1개까지 비용을 청구할 수 있음. 다만, 상기 청구개수를 초과하여 사용한 경우에는 환자 상태에 따라 초과사용한 재료비용을 사례별 <sup>1)</sup> 로 인정할 수 있음.<br><br>- 다 음 -<br>가. 장루, 요루 <sup>2)</sup> 관련 피부 합병증 |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                        | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>2. 자연적으로 형성된 루(fistula)를 통해 분변(뇨) 배출이 이루어지는 환자의 경우 식품의약품안전처 허가사항을 초과하여 Colostomy와 Urostomy용 Flange &amp; Bag을 사용한 경우 요양급여를 인정하되, 인정개수는 상기 1과 같이 함.</p> <p>(고시 제2014-66호, 2014.5.10. 시행)</p> | <p>나. 3세 미만 소아, 치매 환자<br/>다. 장루, 요루 수술 후 외래 진료 시 2개월간</p> <p>2. 자연적으로 형성된 루(Fistula)<sup>3)</sup>를 통해 분변(뇨)이 배출되는 환자는 식품의약품안전처 허가사항<sup>4)</sup>을 초과하여 인공항문성형술(Colostomy)과 인공요루성형술(Urostomy)용 피부판(Flange) &amp; 주머니(Bag)을 사용한 경우 요양기관에서 별도로 비용을 청구하되, 청구개수는 상기 1과 같이 함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 사례별: 의료인이 작성한 진료기록부, 수술기록지, 검사결과지 등의 객관적 자료를 참조하여 환자마다의 상태를 확인함.</p> <p>2) 장루/요루: 암 등으로 인하여 인공적으로 복벽에 만들어진 대변 배출통로(인공항문) 및 소변배출 통로(인공요도)</p> <p>3) 자연적으로 형성된 루(Fistula): 인공적으로 만들어진 루*가 아니라 신체적인 어떤 문제로 인하여 자연적으로 형성된 루를 말함.</p> <p>* 루(Fistula) : 심부기관이 피부나 점막 또는 다른 기관과 통해있는 상태를 '루(공)'라고 하며, 누공이 통하는 기관에 따라 위루, 장루, 방광루 등으로 부르며, 누공에서 분비물이 배출됨.</p> <p>4) 식품의약품안전처 허가사항: 의료기기의 성능 및 사용목적 등에 대해 식품의약품안전처장이 안전성·유효성을 평가하여 사용을 허용한 범위</p> |

| 연번 | 제 목                   | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 82 | Ostomy용 액세서리 급여 인정 기준 | <p>1. 입원 시 피부보호용 액세서리(Powder, Paste, 피부보호판)는 실사용량으로 인정하고, 복대는 장루 및 요루 수술 후 탈장 등의 관리를 위해 사용하는 점을 감안하여 수술 후 1개 인정함</p> <p>2. 외래</p> <p>1) 피부보호용 액세서리는 다음과 같이 요양급여를 인정하고, 인정개수를 초과하여 사용한 경우에는 사례별로 인정함.</p> <p>① Powder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 상처보호 및 피부자극을 감소하기 위해 사용하는 제품으로 연간 60g 이내 인정</li> </ul> <p>② Paste와 피부보호판</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 피부판(Flange)과 루(Ostomy)의 틈새를 메워서 피부자극을 최소화하는 제품으로 Paste는 60g/월 이내 인정</li> <li>- 피부보호판은 대 1개/주, 소 2개/주, 막대형 2개/주, 하프링 2개/주 중 한 가지를 인정</li> <li>- Paste와 피부보호판은 기능이 동일하고 제형만 다른 점을 감안하여 동시 사용은 인정하지 아니함을 원칙으로 함. 다만 피부관련 합병증 등 발생시 사례별로 동시 사용을 인정함.</li> </ul> <p>2) Stoma Cap</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 장세척 후 잔여 배설물을 받아내는 재료로 1일 1개 인정함</li> <li>- 장루 주머니(Bag) 대용으로 사용하는 점을 감안하여 장루 주머니와 동시 사용은 인정 하지 아니함</li> </ul> <p>3) Leg Bag</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 소변배출 목적의 인공루(신장루, 방광루, 요도루 등)를 가진 환자 중 활동이 가능한 환자가 장시간 외출 시 소변을 모으는 목적으로 사용하는 경우에 요양급여를 인정함</li> </ul> | <p>1. 입원 시 피부보호용 액세서리(Powder, Paste, 피부보호판)는 실사용량으로 인정하고, 복대는 장루<sup>1)</sup> 및 요루 수술<sup>2)</sup> 후 탈장 등의 관리를 위해 사용하는 점을 감안하여 수술 후 1개 인정함</p> <p>2. 외래</p> <p>1) 피부보호용 액세서리는 다음과 같이 요양급여를 인정하고, 인정개수를 초과하여 사용한 경우에는 사례별<sup>3)</sup>로 인정함.</p> <p>① Powder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 상처보호 및 피부자극을 감소하기 위해 사용하는 제품으로 연간 60g 이내 인정</li> </ul> <p>② Paste와 피부보호판</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 피부판(Flange)과 루(Ostomy)의 틈새를 메워서 피부자극을 최소화하는 제품으로 Paste는 60g/월 이내 인정</li> <li>- 피부보호판은 대 1개/주, 소 2개/주, 막대형 2개/주, 하프링 2개/주 중 한 가지를 인정</li> <li>- Paste와 피부보호판은 기능이 동일하고 제형만 다른 점을 감안하여 동시 사용은 인정하지 아니함을 원칙으로 함. 다만 피부관련 합병증 등 발생시 사례별로 동시 사용을 인정함.</li> </ul> <p>2) Stoma Cap 메워서 피부자극을 최소화하는 제품</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 장세척 후 잔여 배설물을 받아내는 재료로 1일 1개 인정함</li> <li>- 장루 주머니(Bag) 대용으로 사용하는 점을 감안하여 장루 주머니와 동시 사용은 인정하지 아니함</li> </ul> <p>3) Leg Bag</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 소변배출 목적의 인공루(신장루, 방광루, 요도루 등)를 가진 환자 중 활동이 가능한 환자가 장시간 외출 시 소변을 모으는 목적으로 사용하는 경우에 요양급여를 인정함</li> </ul> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>4) 복대</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 탈장 또는 루(Ostomy)의 탈출 등이 발생한 경우 사례별로 인정함</li> </ul> <p>5) 결장루 환자가 장 세척 시 사용하는 장세척기, 고정용 belt, Sleeve는 각각 사례별로 인정함</p> <p>3. 자연적으로 형성된 루(fistula)를 통해 분변(뇨) 배출이 이루어지는 환자의 경우 식약처 허가사항을 초과하여 피부보호용 액세서리(Powder, Paste와 피부보호판)를 사용한 경우 요양급여를 인정하되, 인정개수는 상기 1, 2와 같이 함</p> <p>(고시 제2019-83호, 2019.5.1. 시행)</p> | <p>4) 복대</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 탈장 또는 루(Ostomy)의 탈출 등이 발생한 경우 사례별로 인정함</li> </ul> <p>5) 결장루 환자가 장 세척 시 사용하는 장세척기, 고정용 belt, Sleeve는 각각 사례별로 인정함</p> <p>3. 자연적으로 형성된 루(fistula)를 통해 분변(뇨) 배출이 이루어지는 환자의 경우 식약처 허가사항<sup>4)</sup>을 초과하여 피부보호용 액세서리(Powder, Paste와 피부보호판)를 사용한 경우 요양급여를 인정하되, 인정개수는 상기 1, 2와 같이 함</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 장루(Ostomy): 소장 혹은 대장 내 암 등으로 인하여 항문으로 정상적인 대변배출이 어려운 경우 복벽에 작은 구멍을 만들고, 장을 연결하여 만든 인공적인 대변 배출 통로(인공항문)</p> <p>2) 요루: 방광암 등으로 인해 소변을 정상적인 경로로 배출하지 못할 경우 복벽에 만드는 소변 배출 통로</p> <p>3) 사례별: 의료인이 작성한 진료기록부, 수술기록지, 검사결과지 등의 객관적 자료를 참조하여 환자마다의 상태를 확인함.</p> <p>4) 식품의약품안전처 허가사항:<br/>의료기기의 성능 및 사용목적 등에 대해 식품의약품안전처장이 안전성·유효성을 평가하여 사용을 허용한 범위</p> |

| 연번 | 제 목                                                                          | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 83 | 외래 진료시<br>주기적으로<br>의사의 처방에<br>따라 구입(사용)<br>해야 하는<br>치료재료의<br>본인부담액<br>경감적용기준 | <p>국민건강보험법시행령[별표2] 제1호 나목 비고4.의 규정에 의하여<br/>외래 진료 시 주기적으로 의사의 처방에 따라 구입(사용)해야 하는<br/>치료재료는 해당 치료재료 총액의 100분의 20에 해당하는 금액을<br/>본인이 부담하도록 되어있으며, 해당 치료재료의 적용범위는 다음과<br/>같이 함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 대상</p> <p>(1) 장애인복지법시행령 별표1 제14호에 따른 장루·요루장애인<br/>- 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표」에서<br/>L3(OSTOMY류)로 분류된 장루·요루 주머니(BAG), 피부보호부<br/>착판(FLANGE) 및 OSTOMY용 액세서리</p> <p>(2) 인공성대삽입술을 시행한 환자<br/>- 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표」의 인공성대<br/>삽입술용 치료재료(PROVOX VEGA)</p> <p>나. 인정범위</p> <p>각 대상별 세부 인정기준에 따름.</p> <p>(고시 제2015-110호, 2015.7.1. 시행)</p> | <p>국민건강보험법시행령[별표2] 제1호 나목 비고4.의 규정에 의하여 외래<br/>진료 시 주기적으로 의사의 처방에 따라 구입(사용)해야 하는 치료<br/>재료는 해당 치료재료 총액의 100분의 20<sup>1)</sup>에 해당하는 금액을 본인이<br/>부담하도록 되어있으며, 해당 치료재료의 적용범위는 다음과 같이 함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 대상</p> <p>1) 장애인복지법시행령 별표1 제14호에 따른 장루·요루장애인<br/>- 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표」<sup>2)</sup>에서<br/>L3(OSTOMY류)로 분류된 장루<sup>3)</sup>·요루<sup>4)</sup> 주머니(BAG), 피부보호<br/>부착판(FLANGE) 및 OSTOMY용 액세서리</p> <p>2) 인공성대삽입술<sup>5)</sup>을 시행한 환자<br/>- 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표」의 인공성대<br/>삽입술용 치료재료(PROVOX VEGA)</p> <p>나. 인정범위<sup>6)</sup></p> <p>장루·요루용 및 인공성대 치료재료의 인정범위는 각 대상별 세부<br/>인정기준을 적용</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 요양기관에서 구입한 경우 해당 치료재료 총액의 100분의 20에<br/>해당하는 금액 :<br/>장애인복지법에 따른 장루 요루 장애인이 외래에서 해당 치료<br/>재료를 처방받았을 때 재료에 해당하는 비용 중 20%만 환자 본인이<br/>부담(치료재료를 제외한 다른 진료비용은 병원 규모별 외래본인<br/>부담률에 따라 35~60% 부담)</p> |

| 연번 | 제 목                       | 고 시 원 문                                                                                                                                                                 | 설 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                           |                                                                                                                                                                         | <p>2) 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」 :<br/>식품의약품안전처 허가를 받은 치료재료 중 보건복지부 장관이 위원회의 심의를 거쳐 고시한 품목리스트</p> <p>3) 장루: 소장 혹은 대장 내 암 등으로 인하여 항문으로 정상적인 대변배출이 어려운 경우 복벽에 작은 구멍을 내고 장을 연결하여 만든 인공적인 대변 배출 통로(인공항문)</p> <p>4) 요루: 방광암 등으로 인해 소변을 정상적인 경로로 배출하지 못할 경우 회장의 일부분을 요관과 연결하여 복벽에 만드는 소변 배출 통로</p> <p>5) 인공성대삽입술: 후두암 등으로 후두가 절제된 환자의 발성기능을 회복하여 목소리를 되찾게 해주는 수술</p> <p>6) 인정범위</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 장루와 요루용 피부판 &amp; 주머니의 인정기준<br/>(고시 제2014-66호, 2014.5.9. 시행)</li> <li>- Ostomy용 액세서리 급여 인정기준<br/>(고시 제2015-43호, 2015.4.1. 시행)</li> <li>- 인공성대삽입술용 치료재료(PROVOX VEGA)의 급여기준(고시 제2018-254호, 2019.1.1. 시행)</li> </ul> |
| 84 | 대장세척기구 (NICI Set 등)의 산정기준 | <p>대장절제술의 수술 중 장세척을 위해 사용하는 대장세척기구(NICI Set등)는 다음의 경우에 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1. 수술전 장처치가 불가능한 경우<br/>(대장폐색, 천공, 출혈, 예상치 못한 대장수술 등)</p> | <p>대장절제술의 수술 중 장세척을 위해 사용하는 대장세척기구(NICI Set 등)는 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 수술 전 장처치가 불가능한 경우<br/>(대장폐색, 천공, 출혈, 예상치 못한 대장수술 등)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| 연번 | 제 목                        | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 습 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                            | <p>2. 수술 전 장 처치를 하였으나, 장세척이 잘 안되어 추가 세척이 필요한 경우</p> <p>3. 수술 전 장 처치를 견디기 힘든 고령 혹은 전신 쇠약자의 경우</p> <p>(고시 제2008-169호, 2009.1.1. 시행)</p>                                                                                                                                                                                                                       | <p>나. 수술 전 장 처치를 하였으나, 장세척이 잘 안되어 추가 세척이 필요한 경우</p> <p>다. 수술 전 장 처치를 견디기 힘든 고령 혹은 전신 쇠약자의 경우</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 85 | 탈장수술용 일반 MESH-3D TYPE 급여기준 | <p>1. 일반 MESH-3D TYPE의 치료재료는 탈장수술 시 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 60세 이상의 환자</p> <p>나. 탈장이 재발된 경우</p> <p>다. 탈장 orifice size가 3cm(SCHUMPELICK- AACHEN Classification grade III) 이상인 경우</p> <p>2. 상기 1항의 급여대상 이외 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p>(고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행)</p> | <p>1. 탈장수술용 "일반 MESH-3D TYPE"은 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 60세 이상의 환자</p> <p>나. 탈장이 재발된 경우</p> <p>다. 탈장 구멍 크기가 3cm (SCHUMPELICK- AACHEN Classification Grade III) 이상인 경우</p> <p>2. 상기 1항의 급여대상 이외 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>1)</sup>에 따라 재료비용의 80%를 환자가 부담<sup>2)</sup>함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」:</p> <p style="padding-left: 20px;">선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p style="padding-left: 20px;">* 선별급여: 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성</p> |

| 연번 | 제 목                                       | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                    | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                           |                                                                                                                                                                                                                            | <p>등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>2) 재료비용의 80%를 환자가 부담: 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p>                                                                      |
| 86 | 선천성 복벽결손 신생아 수술에 사용된 Silastic Sheet의 급여여부 | <p>선천성 복벽결손 신생아 수술에 사용된 Silastic Sheet는 별도 산정할 수 있음.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p>                                                                                                                               | <p>선천성 복벽결손<sup>1)</sup> 신생아 수술에 사용된 Silastic Sheet는 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 선천성 복벽결손: 선천적으로 복부의 벽(막)의 일부가 없는 경우</p>                                                                                                                                                  |
| 87 | 레이저를 이용한 치핵수술시의 재료대 별도 산정 여부              | <p>레이저를 이용한 치핵수술시 사용된 Laser fiber tip재료대는 내구성이 있어 수회 재사용할 수 있을 뿐 아니라 동 수술법이 다른 수술방법에 비하여 현저한 치료효과가 인정되거나 고가의 비용지출에 상응하는 치료효과(Cost-Benefit)가 인정되지 아니한 바, 소정 수술료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p> | <p>레이저를 이용한 치핵수술시 사용된 "Laser Fiber Tip" 재료비용은 내구성<sup>1)</sup>이 있어 수회 재사용할 수 있을 뿐 아니라 동 수술법이 다른 수술방법에 비하여 현저히 치료효과가 있다고 볼 수 없고, 또한 고가의 비용지출에 상응하는 치료효과(Cost-Benefit)가 있다고 인정되지 않아, 관련된 수술 행위비용에 재료비용이 포함되어 요양기관에서 별도로 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 내구성: 어떤 사용조건 아래서 오랜 시간 기능이 유지되는 성질</p> |

| 연번 | 제 목                                         | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 설 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 88 | 내인성 요도괄약근 기능부전에 대한 현수견인시 사용되는 동종근막의 별도 산정여부 | <p>요도 하부에 요도를 지탱하는 구조물을 유치시켜서 이 구조물이 복압이 증가하는 상황에서 요도를 효과적으로 압박하여 요도압력을 높임으로써 요실금을 교정하는 수술인 현수견인법(Sling Procedure)시 사용하는 구조물(Sling Material)은 그 성분에 따라 자가근막, 동종근막, 인공근막 등으로 구분할 수 있으며 요도를 지탱하는 구조물의 성분에 따른 장단점을 검토한 결과, 동종근막은 단위가격이 고가이나 인공근막에 비해서 감염, 생체거부 및 요도손상 등의 합병증 발생이 적고, 자가근막에 비해서 근막 채취시 발생하는 별도의 절개 반흔 및 채취 부위의 합병증이 없으며, 수술, 마취, 회복 시간 및 전체 입원기간이 단축되는 장점이 인정되므로 실사용량을 별도 산정할 수 있음.</p> <p>(고시 제2003-83호, 2004.1.1. 시행)</p> | <p>1. 요도 하부에 요도를 지탱하는 구조물을 유치시켜 요실금을 교정하는 수술인 현수견인법(Sling Procedure)<sup>1)</sup>시 사용하는 구조물(Sling Material)은 그 성분에 따라 자가근막, 동종근막<sup>2)</sup>, 인공근막<sup>3)</sup> 등으로 구분할 수 있음.</p> <p>2. 내인성 요도괄약근 기능부전에 대한 현수견인시 사용되는 동종근막은 단위가격이 고가이나 인공근막에 비해서 감염, 생체거부 및 요도손상 등의 합병증 발생이 적고, 자가근막에 비해서 근막 채취시 발생하는 별도의 절개 반흔<sup>4)</sup> 및 채취 부위의 합병증이 없으며, 수술, 마취, 회복 시간 및 전체 입원기간이 단축되는 장점이 인정되므로 실제 사용량을 요양기관에서 별도로 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 현수견인법: 요도괄약근의 기능저하로 아래로 처진 요도하부를 끌어올리기위해 요도를 지탱하는 근막과 같은 구조물을 삽입함. 이 구조물이 복압이 증가하는 상황에서 요도를 효과적으로 압박하여 요도압력을 높임</p> <p>2) 동종근막: 사람의 몸에서 채취한 근막으로 자기 것이 아닌 다른 사람의 몸에서 채취한 근막</p> <p>3) 인공근막: 인공적인 합성물질을 가공해 만든 튼튼한 그물 구조의 막 모양의 치료재료</p> <p>4) 반흔: 손상된 피부가 치유된 흔적, 흉터</p> |

| 연번 | 제 목                              | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 89 | 인공요도괄약근<br>AMS Sphincter<br>급여기준 | <p>요실금 치료재료인 인공요도괄약근 AMS Sphincter는 원래의 요도형태를 손상시키지 않고 자기 요도로 배출시켜 요저장-요배출을 유지해주나, 일반적인 요실금 치료재료에 비해 상대적으로 고가인 바, 비용효과적인 측면을 고려하여 요역동학검사로 요실금이 확인되는 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>1) 전립선적출술(경요도적 전립선 절제술 포함) 후 발생한 요실금</p> <p>2) 신경인성방광으로 인해 발생한 요실금</p> <p>나. 인정개수</p> <p>: 1set(평생개념) 인정을 원칙으로 함.</p> <p>다만, 소아신경인성방광으로 인해 발생한 요실금의 경우 성장발달에 의한 요도직경의 변화 등을 고려하여 최대 2set(평생개념)까지 인정</p> <p>다. 상기 적응증 및 인정개수를 초과하거나, 부품 교체시 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인 부담률을 80%로 적용함.</p> <p>(고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행)</p> | <p>요실금<sup>1)</sup> 치료재료인 인공요도괄약근 "AMS Sphincter"는 원래의 요도형태를 손상시키지 않고 자기 요도로 소변을 배출시켜 요저장-요배출을 유지해주나, 일반적인 요실금 치료재료에 비해 상대적으로 고가이므로, 비용효과적인 측면을 고려하여 요역동학검사<sup>2)</sup>로 요실금이 확인되는 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>1) 전립선적출술(경요도적 전립선절제술 포함) 후 발생한 요실금</p> <p>2) 신경인성방광<sup>3)</sup>으로 인해 발생한 요실금</p> <p>나. 인정개수</p> <p>1set(평생개념<sup>4)</sup>) 비용 청구를 인정하는 것을 원칙으로 하되, 다만, 소아신경인성방광으로 인해 발생한 요실금의 경우 성장발달에 의한 요도직경의 변화 등을 고려하여 최대 2set(평생개념)까지 인정</p> <p>다. 상기 적응증 및 인정개수를 초과하거나, 부품 교체시 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>5)</sup>에 따라 재료비용의 80%를 환자가 부담함<sup>6)</sup>.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 요실금 : 자기의 의지와 무관하게 소변을 보게 되는 현상</p> <p>2) 요류역학검사 : 소변이 방광에서 요도를 거쳐 배뇨되는 과정 중에 방광 및 요도의 내부압력, 배뇨속도, 요누출압력, 근전도 등을 검사하여 방광 및 요도의 기능을 검사하는 것</p> |

| 연번 | 제 목                                                                         | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                         | 설 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>3) 신경인성방광 : 방광을 지배하는 신경의 장애로 일어나는 배뇨이상</p> <p>4) 평생개념 : 진단을 받아 시술을 받은 이후 나머지 여생동안을 의미함.</p> <p>5) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 :<br/>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여 : 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>6) 재료비용의 80%를 환자가 부담 : 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p> |
| 90 | 현수건인법<br>(Sling Procedure)<br>에 의한 요실금<br>치료재료<br>(Sistema Remeex<br>등)급여기준 | <p>1. 압력 재조절이 가능한 슬링(Sling)을 이식하여 요실금을 조절하는 치료재료인 ARGUS와 SISTEMA REMEEX는 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>1) 남자의 경우</p> <p>가) 전립선적출술로 인해 발생한 요실금</p> <p>나) 신경인성 방광으로 인해 발생한 요실금</p> <p>다) 외상으로 인해 발생한 요실금</p> | <p>1. 요실금치료재료인 "Argus"와 "Sistema Remeex"는 요도괄약근의 압력 조절을 가능하게 하여 요실금을 조절하는 슬링(Sling, 인조 테이프)<sup>1)</sup>제품으로 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>1) 남자의 경우</p> <p>가) 전립선적출술로 인해 발생한 요실금</p> <p>나) 신경인성 방광<sup>2)</sup>으로 인해 발생한 요실금</p>                                                                                                                                                  |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>2) 여자의 경우(Sistema Remeex만 해당): 복잡성 요실금으로 아래에 해당하는 경우에 인정함.</p> <p>가) 첫 수술 실패 후 재수술시</p> <p>나) 배뇨근 수축력 약화(detrusor underactivity)가 있는 경우</p> <p>다) 진료상 필요성이 있는 심한 요실금의 경우(내인성 요도괄약근 부전의 경우)</p> <p>나. 인정개수 : 1개 인정</p> <p>2. 상기 1항의 급여대상 이외 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p>(고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행)</p> | <p>다) 외상으로 인해 발생한 요실금</p> <p>2) 여자의 경우(Sistema Remeex만 해당): 복잡성 요실금<sup>3)</sup>으로 아래에 해당하는 경우에 인정함.</p> <p>가) 첫 수술 실패 후 재수술시</p> <p>나) 배뇨근 수축력 약화(Detrusor Underactivity)가 있는 경우</p> <p>다) 진료상 필요성이 있는 심한 요실금의 경우<br/>(내인성 요도괄약근 부전의 경우<sup>4)</sup>)</p> <p>나. 인정개수 : 1개 인정</p> <p>2. 상기 1항의 급여대상 이외 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>5)</sup>에 따라 재료비용의 80%를 환자가 부담<sup>6)</sup>함</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 슬링(sling) :<br/>요실금 증상을 개선시키기 위해 소변을 참는데 중요한 역할을 하는 요도를 견인(현수견인법)해주는 재료를 의미함.</p> <p>2) 신경인성 방광 : 방광을 지배하는 신경의 장애로 일어나는 배뇨이상</p> <p>3) 복잡성 요실금 :<br/>기침이나 재채기 등으로 복부의 압력이 갑자기 상승했을 때 자신도 모르게 소변이 흘러나오는 증상</p> <p>4) 내인성 요도괄약근 부전 :<br/>몸 안에 내재되어 있는 어떤 원인에 의하여 요도의 조임근(고리</p> |

| 연번 | 제 목                                                                            | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                  | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                |                                                                                                                                                                                                          | <p>모양의 근육) 기능이 완전하지 않은 경우</p> <p>5) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 :<br/>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여 : 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>6) 재료비용의 80%를 환자가 부담 : 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p> |
| 91 | “MACROPLASTIQUE LUBRICANT GEL” 및 “MACROPLASTIQUE ENDOSCOPIC NEEDLE”의 요양급여 대상여부 | <p>“ENDOSCOPIC NEEDLE”은 MACROPLASTIQUE(요실금 치료용 주입물질)를 주입하는 재료로 식품의약품안전처 허가품목에 해당되지 않으며, “LUBRICANT GEL”은 ENDOSCOPIC NEEDLE을 윤활시키기 위해 보조적으로 사용되는 재료로 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2006-38호, 2006.6.1. 시행)</p> | <p>“Endoscopic Needle(내시경용 침)”은 Macroplastique(요실금치료 주입물질)를 주입하는 재료로 식품의약품안전처 허가품목<sup>1)</sup>에 해당되지 않으며, “Lubricant Gel(윤활제)”은 Endoscopic Needle을 윤활시키기 위해 보조적으로 사용되는 재료로 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 식품의약품안전처 허가품목 : 의료기기의 성능 및 사용목적 등에 대해 식품의약품안전처장이 안전성·유효성을 평가하여 사용을 허용한 재료</p>                                                                        |

| 연번 | 제 목                                                                | 고 시 원 문                                                                                                                                                                    | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 92 | 비뇨기계 지혈용 압박카테터 급여 기준                                               | 지혈용 압박카테터(Hemostatic Catheter)는 전립선 또는 비뇨기계 질환으로 인한 심한 출혈의 지혈을 위해 사용 시 요양급여를 인정함.<br><br>(고시 제2017-173호, 2017.10.1. 시행)                                                    | 비뇨기계 질환에서 사용하는 "지혈용 압박카테터(Hemostatic Catheter)"는 전립선 또는 비뇨기계 질환으로 인한 심한 출혈의 지혈을 위해 사용 시 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.                                                                                                                                                                                                                     |
| 93 | 치골상투브카테터의 급여기준                                                     | 치골상투브카테터는 요도협착 또는 전립선비대 등으로 배뇨장애가 있는 환자에게 실시하는 자357나 경피적 방광루설치술(Percutaneous Cystostomy) 등에 사용 시 요양급여를 인정함.<br><br>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)                           | 치골상투브카테터는 요도협착 또는 전립선비대 등으로 배뇨장애가 있는 환자에게 실시하는 경피적 방광루설치술 <sup>1)</sup> (Percutaneous Cystostomy) 등에 사용 시 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.<br><br><용어설명><br>1) 경피적 방광루설치술(자357나) : 소변 배출관을 아랫배 부위에서 방광으로 직접 연결하는 수술                                                                                                                        |
| 94 | 신장내 관찰 및 각종 수술 시행을 위한 Percutaneous nephroscopy의 적용항목 및 재료대 별도 산정여부 | Percutaneous Nephroscopy하에 관찰(진단)혹은 수술(치료)을 하더라도 Percutaneous Nephroscopy의 수기로 및 재료대는 PCN에 준하며 재료대 중 Catheter는 신루도 Catheter로 산정할 수 있음.<br><br>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행) | 경피적 신장(콩팥)내시경(Percutaneous Nephroscopy) <sup>1)</sup> 을 이용하여 신장내 관찰(진단) 및 수술(치료)를 하더라도 경피적 신장(콩팥)내시경의 비용(시술비용+재료비용)은 경피적 신루설치술(PCN, Percutaneous Nephrostomy) <sup>2)</sup> 의 진료비용(시술비용+재료비용)으로 청구할 수 있으며, 이때 치료재료 중 카테터(Catheter)는 신루도 카테터(Nephrostomy Catheter)로 청구할 수 있음.<br><br><용어설명><br>1) 경피적 신장내시경 : 신장내부를 관찰하기 위하여 피부 절개부위를 |

| 연번 | 제 목                        | 고 시 원 문                                                                                                                                     | 설 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                            |                                                                                                                                             | <p>통하여 내시경 기구를 삽입, 영상을 통하여 신장내부를 관찰.</p> <p>2) 경피적 신루설치술(PCN) : 요로폐색환자에서 요독증 예방을 위해 피부를 통해 신배 및 신우에 카테터를 삽입하여 소변이 배출될 수 있도록 하는 시술</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 95 | Prostakath의 별도 산정여부        | <p>전립선 요도확장 Wire인 “Prostakath”는 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p>                                                        | 전립선 요도확장 철사(Wire)인 “Prostakath”는 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 없음.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 96 | 전립선 온열요법 시 사용하는 치료재료의 급여기준 | <p>자397 전립선 온열요법 시 사용하는 치료재료는 치료기간 중 1회에 한하여 요양급여로 인정하되, 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」의 장비별 정액수가 산정함.</p> <p>(고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행)</p> | <p>자397 전립선 온열요법<sup>1)</sup> 시 사용하는 치료재료는 치료기간 중 1회에 한하여 요양기관에서 비용청구를 할 수 있고, 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」<sup>2)</sup>의 사용 장비에 따른 정액수가<sup>3)</sup>비용을 청구함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 전립선 온열요법: 전립선비대증 또는 만성 전립선염 등으로 인한 배뇨 장애가 있는 경우에 개복술을 하지 않고 전립선 온열치료 장비를 이용하여 전립선의 비정상적 세포가 온열에 의해 파괴되는 원리를 적용하여 치료하는 방법</p> <p>2) 「치료재료급여·비급여목록 및 급여상한금액표」 : 식품의약품안전처 허가를 받은 치료재료 중 보건복지부 장관이 위원회의 심의를 거쳐 고시한 품목리스트로 치료재료 개별비용을 말함.</p> |

| 연번 | 제 목                                                   | 고 시 원 문                                                                                                                                                               | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                       |                                                                                                                                                                       | 3) 정액수가: 동일 목적으로 사용하는 재료에 대하여 재사용 및 1회용 제품상관 없이 일정금액을 정하여 정액으로 보상하는 비용보상 방법                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 97 | 전립선비대증에 자397-3 홀뮴 레이저를 이용한 전립선 광적출술 시 사용하는 치료재료의 산정기준 | <p>전립선비대증에 홀뮴레이저를 이용한 자397-3 홀뮴 레이저를 이용한 전립선 광적출술을 실시한 경우 치료재료 비용은 「치료재료 급여·비급여목록표 및 급여상한금액표」에서 정한 금액(코드 N0091001)으로 별도 산정함.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>전립선비대증에 홀뮴레이저<sup>1)</sup>를 이용한 “자397-3 홀뮴레이저를 이용한 전립선 광적출술”<sup>2)</sup>을 실시한 경우 재료비용은 「치료재료 급여·비급여 목록표 및 급여상한금액표」에서 정한 금액<sup>3)</sup>(보험코드 N0091001)으로 청구함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 홀뮴레이저: 레이저 시술시 원자번호 67, 홀뮴 원소를 활용</p> <p>2) 전립선 광적출술: 레이저와 같은 광선의 조직절개 효과를 이용하여 전립선 조직을 제거하는 치료법</p> <p>3) 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에서 정한금액 : 식품의약품안전처 허가를 받은 치료재료 중 보건복지부 장관이 위원회의 심의를 거쳐 고시한 품목리스트로 치료재료 개별비용을 말함.</p> |
| 98 | 골반장기탈출 교정용 mesh 급여기준                                  | <p>골반장기탈출을 교정하기 위하여 사용하는 Seratom Implant와 골반 장기탈출증 이식용 메쉬(Preshape Type)는 다음의 경우에 1개만 요양급여를 인정함.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>1. 자궁적출술을 시행 받은 후 발생한 질원개탈출증</p>               | <p>골반장기탈출<sup>1)</sup>을 교정하기 위하여 사용하는 Seratom Implant와 골반 장기탈출증 이식용 메쉬(Preshape Type)는 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 재료비용 청구를 1개만 할 수 있음.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 자궁적출술을 시행 받은 후 발생한 질원개탈출증<sup>2)</sup></p>                                                                                                                                                                                                                      |

| 연번 | 제 목                  | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                      | <p>2. 골반재건술을 시행 받은 후 재발된 경우</p> <p>3. 자궁적출술 또는 골반재건술을 처음 시행 받는 경우</p> <p>1) POP-Q 검사상 II기에서 다음의 경우 인정</p> <p>① 60세 미만 환자</p> <p>② 65kg 이상의 과체중 환자</p> <p>③ 외측 결손이 의심되는 전 질벽 탈출증(방광류) 환자</p> <p>2) POP-Q 검사상 III 또는 IV기인 경우</p> <p>※POP-Q: Pelvic Organ Prolapse Quantification</p> <p>(고시 제2016-190호, 2016.10.1. 시행)</p> | <p>나. 골반재건술<sup>3)</sup>을 시행 받은 후 재발된 경우</p> <p>다. 자궁적출술 또는 골반재건술을 처음 시행 받는 경우</p> <p>1) POP-Q 검사<sup>4)</sup>상 II기에서 다음의 경우 인정</p> <p>가) 60세 미만 환자</p> <p>나) 65kg 이상의 과체중 환자</p> <p>다) 외측 결손이 의심되는 전 질벽 탈출증(방광류) 환자</p> <p>2) POP-Q 검사상 III 또는 IV기인 경우</p> <p>※POP-Q: Pelvic Organ Prolapse Quantification</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 골반장기탈출증: 자궁, 질, 방광, 직장을 지지하고 있는 골반 바닥 부위의 근육 약화로 인해 골반내 장기들이 제 위치를 벗어나 아래쪽으로 쏠려 질을 통해 빠져나오는 질환</p> <p>2) 질원개탈출증: 자궁적출술 받을 때 인대를 제거한 경우 질에 대한 지지가 약해져서 발생할 수 있는 수술 후 질 탈출질환</p> <p>3) 골반재건술: 빠져나와 있는 골반내의 장기를 원래의 상태로 복원시켜 주는 수술</p> <p>4) POP-Q 검사: 골반장기탈출을 객관적으로 측정하는 검사</p> |
| 99 | 질폐사리 삽입술 시 치료재료 인정여부 | <p>자-411나 질탈교정술-비수술적치료(질폐사리삽입술)시 탈출된 자궁을 교정하기 위한 목적으로 사용되는 Pessary는 별도 인정함.</p> <p>(고시 제2009-200호, 2009.11.1. 시행)</p>                                                                                                                                                                                                    | <p>탈출된 자궁을 교정하기 위한 목적으로 사용되는 "Pessary"는 질탈교정술<sup>1)</sup> 중 비수술적 방법인 질폐사리삽입술<sup>2)</sup>에 사용 시 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 질탈교정술: 골반내 장기들이 제 위치를 벗어나 아래쪽으로 쏠려</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| 연번  | 제 목                 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>질을 통해 빠져나오는 질탈출증을 교정하기위한 시술법으로 수술적 또는 비수술적 치료방법으로 구분</p> <p>2) 질폐사리삽입술 : 폐사리는 질 내부에 위치하여 골반내 기관을 지지해주는 기능이 있는 재료로 질탈출 교정방법 중 비수술적 치료방법에 해당</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 100 | 뇌동맥류클립(특수클립)의 급여 기준 | <p>뇌동맥류클립(특수클립)은 Clip의 Blade가 넓어 손상된 혈관의 모양을 유지시켜 출혈부위를 조절할 수 있고, CT, MRI 등에서 자장의 영향을 받지 않아 수술 후 추적관찰이 용이하며, Teflon Fabric이 포함되어 있어 Clipping후 지혈효과가 높은 장점이 있으므로 다음의 경우에 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 뇌동맥류 경부파열</p> <p>나. 두개강내 미세혈관 수술 중 직접적인 일차봉합이 불가능한 혈관손상</p> <p>(고세 제2017-152호, 2017.9.1. 시행)</p> | <p>뇌동맥류클립(특수클립)은 클립의 Blade(날)가 넓어 손상된 혈관의 모양을 유지시켜 출혈부위를 조절할 수 있고, CT(전산화단층촬영), MRI(자기공명영상촬영) 등에서 자기장의 영향을 받지 않아 수술 후 추적관찰이 용이하며, Teflon Fabric이 포함되어있어 클립을 출혈부위에 적용한 후 지혈효과가 높은 장점이 있으므로 다음의 경우에 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 뇌동맥류<sup>1)</sup> 경부파열</p> <p>나. 두개강내 미세혈관 수술 중 직접적인 일차봉합이 불가능한 혈관 손상</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 뇌동맥류: 뇌동맥의 일부에 결손이 생겨 혈관이 돌출되거나 파리처럼 부풀어 오름, 터질 경우 사망 또는 뇌 손상을 초래</p> |
| 101 | 뇌동맥류수술시             | 뇌동맥류 수술시 사용되는 Sugita Clip, Aneurysmal Clip,                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 뇌동맥류 <sup>1)</sup> 수술 시 사용되는 "Sugita Clip, Aneurysmal Clip,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| 연번  | 제 목                                                                              | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                       | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | 클립(Clip)<br>종류별<br>산정기준                                                          | Mayfield Clip은 별도 산정 가능하나, Silver Clip 등은 관련 행위의 소정점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.<br><br>(고시 제2018-314호, 2019.1.1 시행)                                                                                 | Mayfield Clip"은 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있으나 "Silver Clip" 등은 수술행위비용에 포함되므로 별도로 재료비용을 청구할 수 없음.<br><br><용어설명><br>1) 뇌동맥류: 뇌동맥의 일부에 결손이 생겨 혈관이 돌출되거나 파리처럼 부풀어 오름, 터질 경우 사망 또는 뇌 손상을 초래함                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 102 | 뇌동정맥기형<br>적출술시 사용하는<br>AVM(Arterio-venous<br>Malformation)<br>Microclip의<br>급여기준 | 뇌동정맥기형적출술시 사용하는 AVM(Arterio-venous Malformation) Microclip은 공급혈관(feeding artery)의 크기가 1mm이상인 경우에 한하여 3개까지 인정함. 다만, 혈관 크기 및 인정개수를 초과하여 사용한 경우에는 사례별로 인정함.<br><br>(고시 제2019-131호, 2019.8.1. 시행) | 1. 뇌동정맥기형적출술 <sup>1)</sup> 시 사용하는 "AVM(Arterio-venous Malformation) Microclip"은 공급혈관(Feeding Artery)의 크기가 1mm이상인 경우에 한하여 3개까지 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.<br><br>2. 다만, 상기 1의 혈관 크기 및 인정개수를 초과하여 사용한 경우에는 사례별 <sup>2)</sup> 로 인정함.<br><br><용어설명><br>1) 뇌동정맥기형적출술 :<br>뇌동정맥기형*을 제거하는 것으로, 미세수술을 통해 직접 제거하는 수술적 방법과 혈관 안에 작은 관을 삽입하고 이 관을 통하여 금속이나 약품을 주입하여 기형부위를 막아버리는 방법, 감마나이프와 같은 방사선수술방법이 있음.<br>* 뇌동정맥기형 : 선천성 발달이상으로 뇌의 일부 동맥과 정맥사이가 모세혈관 없이 직접 연결되어 있는 상태<br>2) 사례별 : 의료인이 작성한 진료기록부, 수술기록지, 검사결과지 등의 |

| 연번  | 제 목                                                          | 고 시 원 문                                                                                                                                        | 설 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                              |                                                                                                                                                | 객관적 자료를 참조하여 환자마다의 상태를 확인함.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 103 | 뇌실-복강 간 셉트 수술 시 사용하는 과배액방지형 및 외부조절형 Programmable Valve의 급여기준 | 뇌실-복강 간 셉트수술(VP Shunt) 시 사용하는 과배액방지형 및 외부조절형 Programmable Valve는 일시적인 배액술을 제외한 수두증 치료를 목적으로 사용할 경우 요양급여를 인정함.<br>(고시 제2019-131호, 2019.8.1. 시행) | 뇌실-복강 간 셉트수술(VP Shunt) <sup>1)</sup> 시 사용하는 과배액방지형 및 외부조절형 Programmable Valve는 일시적인 배액술을 제외한 수두증 <sup>2)</sup> 치료를 목적으로 사용할 경우에 한하여 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.<br><br><용어설명><br>1) 뇌실 복강간 셉트수술: 뇌척수액 배출을 위하여 뇌척수액 흐름을 복강으로 바꿔주는 셉트를 삽입해주는 수술<br>2) 수두증: 뇌실과 지주막 아래공간에 뇌척수액이 비정상적으로 축적 된 상태<br>* 뇌실: 뇌 안에 있는 공간으로 뇌척수액이 채워져 있음<br>** 지주막: 뇌의 실질을 감싸고 있는 뇌막(경막, 지주막, 연막)중 하나 |
| 104 | 요추-복강간 셉트 수술(LP Shunt)용 Programmable Valve의 인정기준             | 요추-복강간 셉트 수술(LP Shunt)용 Programmable Valve는 교통성 수두증에서 뇌실-복강간 셉트수술(VP Shunt)을 시행하기 어렵거나 실패한 경우에 요양급여로 인정함.<br>(고시 제2014-208호, 2014.12.1. 시행)    | 요추-복강간 셉트 수술 <sup>1)</sup> (LP Shunt)용 "Programmable Valve"는 교통성 수두증 <sup>2)</sup> 에서 뇌실-복강간 셉트수술 <sup>3)</sup> (VP Shunt)을 시행하기 어렵거나 실패한 경우에 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.<br><br><용어설명><br>1) 요추-복강간 셉트 수술 : 수두증의 치료를 위해 뇌척수액의 흐름을 바꿔주는 시술로 밸브를 이용하여 요추부위에서 복강으로 흐르도록                                                                                                         |

| 연번  | 제 목                                                         | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                         | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                             |                                                                                                                                                                                                                 | <p>통로를 바꾸어주는 시술</p> <p>2) 교통성 수두증: 수두증이란 '머리에 물이 많이 차 있는 상태'를 의미하여 정상적으로 생긴 뇌척수액이 흡수되는 과정에서 뇌척수액 순환통로의 폐쇄 형태에 따라 뇌실계의 통로폐쇄로 인한 수두증을 비교통성(폐쇄성) 수두증이라하고, 뇌실계는 정상이나 뇌지주막하 통로가 폐쇄된 경우는 교통성수두증이라 함.</p> <p>3) 뇌실-복강간 셉트수술 : 밸브를 이용하여 뇌척수액의 흐름을 뇌실에서 복강으로 흐르도록 통로를 바꾸어주는 시술</p> |
| 105 | 수술중 신경생리 추적감시용 Nerve Locator의 급여여부                          | <p>수술중 신경생리 추적감사시 신경손상 방지 및 위치확인에 사용되는 신경생리 추적감시용 치료재료 Nerve Locator (Vari-Stim III 등)는 소정 수술료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2017-263호, 2018.1.1. 시행)</p>                                                     | 수술중 신경생리 추적감사시 신경 손상방지 및 위치확인에 사용되는 신경생리 추적감시용 치료재료 Nerve Locator(Vari-Stim III 등)의 비용은 수술 행위비용에 포함되므로 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 없음.                                                                                                                                         |
| 106 | 경공막 모양체 응고술(Transscleral Cyclophotocoagulation)용 치료재료의 급여기준 | <p>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.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>녹내장수술<sup>1)</sup> 시 경공막(transsclera)하 모양체 응고<sup>2)</sup>를 통해 말기 녹내장 환자의 안압하강을 유도하는 목적으로 사용되는 "경공막 모양체 응고술 (Transscleral Cyclophotocoagulation)용 치료재료"는 녹내장수술(홍채, 모양체응고술) 시 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p>                                          |

| 연번  | 제 목                            | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>1) 녹내장수술: 녹내장* 환자의 안압 상승을 막기 위해 기능을 하지 못하는 눈속 방수** 배출구에 다른 배출로를 만들어 생성된 방수를 흘러내보내는 수술</p> <p>* 녹내장: 안압 상승으로 인해 시신경에 장애가 생겨 시야결손 및 시력손상을 일으키는 질환</p> <p>** 방수: 눈의 각막과 수정체사이 및 홍채와 수정체사이를 가득 채운 물 같은 액체</p> <p>2) 경공막 모양체 응고술: 안압을 낮추기 위한 시술의 하나로 모양체*를 레이저로 응고소작하는 수술</p> <p>* 모양체: 맥락막과 홍채의 가장자리를 잇는 직삼각형의 조직</p>                                                                                                                   |
| 107 | 안검 하수 수술시 사용한 Fascia Lata 인정여부 | <p>안검 하수 수술시 상안검을 전두근에 현수할 때 Sling Material 로 사용되는 보존동종 생체근막(Preserved Fascia Lata = Banked Fascia Lata)은 기존의 비자가성 재료(일반 봉합사, 보존경막(Lyodura), Silicone 등) 사용시 보다 수술후 성공율이 높아 재수술 빈도가 낮으며, 자가 근막(Autogenous Fascia Lata) 채취수술을 별도로 실시할 필요가 없으므로 실사용개수를 산정할 수 있음.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p> | <p>안검하수 수술<sup>1)</sup>시 상안검을 전두근에 현수<sup>2)</sup>할 때 Sling 재료로 사용되는 "보존동종 생체근막<sup>3)</sup>"은 기존의 비자가성 재료인 일반 봉합사, 보존경막(Lyodura), Silicone 등을 사용시 보다 수술 후 성공율이 높아 재수술 빈도가 낮으며, 자가 근막 채취수술<sup>4)</sup>을 별도로 실시할 필요가 없으므로 실제 사용한 개수의 재료비용을 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 안검하수 수술: 눈꺼풀을 올리는 근육의 힘이 선천적 또는 후천적으로 약해져서 생기는 눈꺼풀처짐 현상을 개선시키기 위해서 눈꺼풀을 들어올려 근육을 강화시켜주는 수술방법</p> <p>2) 상안검 전두근 현수법: 전두근 걸기법이라고도 하며, 눈꺼풀을</p> |

| 연번  | 제 목                                           | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>들어 올리는 근육인 상안검거근의 기능이 미약한 경우 위눈꺼풀을 이마근육(전두근)에 연결하여 고정시키는 방법으로 이마근육을 이용하여 눈꺼풀을 움직일 수 있게 하는 수술법</p> <p>3) 보존동종 생체근막(Preserved Fascia Lata = Banked Fascia Lata): 사람에게서 채취한 근막을 의미하며, 대체로 보관이나 운반을 용이하게 하기 위해 냉동 건조된 상태로 보관함.</p> <p>4) 자가 근막(Autogenous Fascia Lata) 채취수술 : 본인의 근막*을 얻기 위한 수술. 얻어진 근막은 다른 수술의 재료로 사용됨.</p> <p>* 근막 : 근육의 겉면을 싸고 있는 막</p>                                                                                            |
| 108 | 각막이식 시술시 사용하는 Disposable Trephine Blade의 급여기준 | <p>각막이식술에 사용하는 종전의 Trephine Blade는 집도의가 손으로 잡고 각막을 절개하였으나, 최근 특별히 고안된 장비(System or Handle)를 이용한 Trephine Blade System은 비교적 고가의 Disposable Trephine Blade를 사용하여야 하지만 각막의 단면을 정확하게 절개하여 절개안구 주변 부위에 대한 손상을 적게 하고 수술 후 시력예후를 높일 수 있는 장점이 인정됨. 따라서, 각막이식술의 기술료 및 상대가치와 Disposable Trephine Blade의 재료대 등을 비교 검토한 결과 Trephine Blade System의 System or Handle의 장비감가상각비는 기술료에 포함되되, Disposable Trephine Blade 재료대는 별도 산정할 수 있음.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p> | <p>각막이식수술시 각막을 절개할 때 사용하는 "Trephine Blade"는 집도의가 손으로 직접 절개하는 방식에서 전용장비(System or Handle)를 이용한 절개방식으로 장비(Trephine Blade System)가 개발됨.</p> <p>이에 따라 장비의 감가상각비<sup>1)</sup>는 각막이식술 수술행위비용에 포함되어 별도로 비용을 인정하지 않으나 시술시 장점을 인정하여 고가의 "Disposable Trephine Blade"의 재료비용은 별도로 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> <p>※ 참조</p> <p>"Trephine Blade System"은 비교적 고가의 "Disposable Trephine Blade"를 사용하지만 각막의 단면을 정확하게 절개하여 절개안구 주변 부위에 손상을 적게 하고 수술 후 시력예후를 높일 수 있는 장점이 인정됨</p> |

| 연번  | 제 목                      | 고 시 원 문                                                                                                                                                           | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                   |
|-----|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                          |                                                                                                                                                                   | <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 장비감가상각비:</p> <p>한번 구입한 장비는 시간이 지남에 따라 녹슬거나 마모되고 부서지는 등의 이유로 그 가치가 떨어지는 것으로, 처음에 구입했을 때와 시간이 지남에 따라 장비의 값어치가 달라지는 것임. 따라서 전 사용기간에 걸쳐서 평균적으로 그 가치가 감해진다고 보고 각 기간의 비용으로 할당되는 것을 말함.</p>                |
| 109 | Eye Shielder Patch의 급여기준 | <p>Eye Shielder Patch는 신생아의 황달치료를 위한 사35 고빌리루빈혈증에 대한 광선요법 시 눈에 조사되는 광선을 차단하기 위해 사용하는 눈가리개로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p>     | <p>"Eye Shielder Patch"는 신생아의 황달치료를 위한 "고빌리루빈혈증에 대한 광선요법(사35)" 시 눈에 조사되는 광선을 차단하기 위해 사용하는 눈가리개로 관련된 진료행위비용에 재료비용이 포함되어 있어 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.</p>                                                                        |
| 110 | 수정체낭고정용 치료재료의 급여기준       | <p>안구영역 임플란트인 수정체낭 고정용 치료재료는 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 수정체아탈구가 있어 수술을 요하는 경우</p> <p>나. 모양소대 결손 및 손상이 있는 백내장의 경우</p> | <p>안구영역 임플란트인 수정체낭 고정용 치료재료<sup>1)</sup>는 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 수정체아탈구<sup>2)</sup>가 있어 수술을 요하는 경우</p> <p>나. 모양소대<sup>3)</sup> 결손 및 손상이 있는 백내장의 경우</p> |

| 연번  | 제 목                     | 고 시 원 문                                                                                                                    | 설 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                         | (고시 제2017-173호, 2017.10.1. 시행)                                                                                             | <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 수정체낭 고정용 치료재료 : 백내장 수술시 혼탁해진 수정체를 제거하고 인공수정체를 삽입할 때 이탈을 방지하고 위치를 고정시키기 위해 함께 넣어주는 기구</p> <p>2) 수정체아탈구 : 수정체 위치가 일부 벗어난 경우</p> <p>3) 모양소대 : 수정체에 붙어 있는 작은 띠</p>                                                                                                                                                                             |
| 111 | 망막박리술 시 사용하는 치료재료의 급여기준 | <p>망막고정술용 치료재료(Band, Strip, Tire, Boat, Tantalum Clip 등)는 망막박리수술에 사용 시 요양급여를 인정함.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>망막고정술용 치료재료인 Band, Strip, Tire, Boat, Tantalum clip<sup>1)</sup> 등은 망막박리수술<sup>2)</sup>에 사용 시 치료재료 비용을 별도로 산정할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) Band, Strip, Tire, Boat, Tantalum clip : 떨어진 망막을 다시 부착시킬 때 사용되어지는 재료들로 모양과 형태에 따라 구분함.</p> <p>2) 망막박리술 : 망막박리란 안구의 안쪽을 덮고 있는 망막층이 안구 벽으로 부터 들뜨는 상태를 말하며, 박리된 망막을 안구내벽에 원상 위치에 복귀시켜주고, 다시 재발되지 않도록 고정해주는 수술</p> |
| 112 | 망막수술에 사용하는 고비중물질 인정기준   | <p>망막수술용 고비중물질은 수술 중에 망막의 손상을 최소화 하는데 필요하므로 다음의 경우에 인정함.</p>                                                               | <p>망막수술용 고비중물질은 수술 중에 망막의 손상을 최소화 하는데 필요하므로 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                |

| 연번  | 제 목                       | 고 시 원 문                                                                                                                                                             | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                           | <p>- 다 음 -</p> <p>가. 유리체절제술<br/>나. 수정체 탈구<br/>다. 황반출혈 등 수술시 심한 출혈이 동반된 경우</p> <p>(고시 제2006-23호, 2006.4.1. 시행)</p>                                                   | <p>- 다 음 -</p> <p>가. 유리체절제술<sup>1)</sup><br/>나. 수정체 탈구<sup>2)</sup><br/>다. 황반<sup>3)</sup> 출혈 등 수술시 심한 출혈이 동반된 경우</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 유리체*절제술: 유리체 출혈이 수개월이상 계속되거나 망막박리가 있는 경우에 혼탁해진 유리체를 제거하고 평형식염수로 대체하는 수술</p> <p>* 유리체: 안구 중심부(안구 내에 수정체와 망막 사이)의 공간을 채우는 투명한 젤 형태의 구조물</p> <p>2) 수정체 탈구: 수정체 위치가 완전히 벗어난 경우</p> <p>3) 황반: 안구 신경조직인 망막의 중심부에 함몰되어 있는 부위로 시세포가 밀집되어 있어 빛을 가장 선명하고 정확하게 받아들이는 부분</p> |
| 113 | Ventilation Tube의 별도 산정여부 | <p>중이내튜브유치술 시 삼출액의 배액목적으로 사용되는 Ventilation Tube는 자562 중이내튜브유치술의 소정수기료에 포함되므로 요양기관에서 실제 사용한 tube의 종류나 가격에 불문하고 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>중이내튜브유치술<sup>1)</sup> 시 삼출액<sup>2)</sup>의 배액<sup>3)</sup> 목적으로 사용되는 "Ventilation Tube"는 “중이내튜브유치술(자562)”의 행위비용에 포함되므로 요양기관에서 실제 사용한 tube의 종류나 가격에 불문하고 별도로 재료비용을 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 중이내튜브유치술: 삼출성 중이염이 심한 경우에 고막의 전하방부위를 절개하고 삼출액을 흡입시킨 후 튜브를 삽입하는 행위</p> <p>2) 삼출액: 염증이 생긴 국소부위에 혈관에서 액체나 세포성분이 밖으로</p>                                                                                 |

| 연번  | 제 목                                              | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                       | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>나와 병소에 모이는 것</p> <p>3) 배액: 몸 속에 고여 있는 분비물을 빼 내는 것</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 114 | Biliary Drainage Set의 산정방법                       | <p>Drainage Set는 catheter만 별도 산정하며 의료용 기기 및 위생용품 제조기술의 발달로 종전에 수회 소독하여 사용할 수 있는 품목에 대하여도 1회용 및 셋트화로 대체되는 현상이 급증하고 있는 바, 이는 의료비 상승 요인 중의 하나로 볼 수 있으며 1회용 또는 셋트화된 재료대를 사례에 따라 인정하는 것은 진료비가 상승하는 것을 최대한 억제하기 위한 제도적 장치임.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p> | <p>"Biliary Drainage Set"는 카테터(Catheter) 비용만 요양기관에서 별도로 청구할 수 있음. 이는 의료 기술의 발달로 종전에 수회 소독하여 사용할 수 있는 품목도 일회용 및 세트화로 대체되는 현상이 급증하고 있으며, 이러한 현상은 의료비 상승 요인 중 하나로 볼 수 있음. 일회용 또는 세트화된 재료비용을 사례에 따라 인정하는 것은 진료비가 상승하는 것을 최대한 억제하기 위한 제도적 장치임.</p>                                                                                                                           |
| 115 | 혈액투석용 Dual Lumen Catheter (noncuffed type)의 산정기준 | <p>혈액투석용 Dual Lumen Catheter (non cuffed type)는 다음의 경우에 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 혈액투석을 응급으로 시행해야하는 급·만성 신부전 환자에게 있어 즉시 혈관 확보가 필요한 경우</p> <p>나. 치료적 성분채집술시 즉시 혈관 확보가 필요한 경우</p> <p>(고시 제2013-69호, 2013.5.1. 시행)</p>           | <p>혈액투석<sup>1)</sup>용 "Dual Lumen Catheter (non cuffed type)"는 다음의 경우에 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 혈액투석을 응급으로 시행해야하는 급·만성 신부전환자에게 있어 즉시 혈관 확보가 필요한 경우</p> <p>나. 치료적 성분채집술<sup>2)</sup>시 즉시 혈관 확보가 필요한 경우</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 혈액투석: 말기 신장(콩팥) 기능부전 환자에게 투석장비(인공신장기)를 이용하여 혈액으로부터 노폐물을 걸러주고 신체 내에 전해질 균형을</p> |

| 연번  | 제 목                                 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                  | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                     |                                                                                                                                                                                                          | <p>유지하며 과잉된 수분을 제거하는 신장 기능 대체 치료법</p> <p>2) 치료적 성분채집술: 특별한 치료목적을 가지고 특정 혈액성분만을 교환 해 주는 것</p>                                                                                                                                                                                                                                        |
| 116 | 자706 급성 복막투석 시 사용한 복막 투석 카테타 급여여부   | <p>자706 급성 복막투석(Acute Peritoneal Dialysis) 시 사용한 복막 투석 카테타(PD catheter)는 별도 산정할 수 있음.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p>                                                                           | <p>급성 복막투석(Acute Peritoneal Dialysis)<sup>1)</sup> 시 사용한 복막투석 카테타(PD catheter)는 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 급성 복막투석(Acute Peritoneal Dialysis) : 급성 신장(콩팥) 기능부전 환자에게 복강(뱃속)으로 부드러운 관을 삽입하여 투석액을 삽입·교환하며 몸 안의 노폐물을 제거함으로써 신장 기능을 대체하는 치료법</p>                                                             |
| 117 | 자707 계속적복막관류술(CAPD) 시 사용한 치료재료 급여여부 | <p>자707 계속적복막관류술(Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, CAPD) 시 사용한 복막투석 카테타(PD catheter), 복막투석 카테타 연결관(PD adaptor), 관류액 주입관(PD transfer set)은 별도 산정할 수 있음.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>계속적복막관류술<sup>1)</sup> 시 사용한 복막투석카테타(PD catheter), 복막 투석카테타 연결관(PD adaptor), 관류액주입관(PD transfer set)은 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 계속적 복막관류술(CAPD, Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) : 신장(콩팥) 기능이 없는 신기능부전 환자의 뱃속(복강)에 지속적으로 부드러운 관을 삽입하고 이 관을 통해 정기적으로 투석액을 교환하며 몸 안의 노폐물을 제거하는 신기능 대체 요법</p> |

| 연번  | 제 목                   | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                    | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 118 | 안과용 세척 및 흡입 치료재료 산정기준 | <p>백내장 수술, 이차 인공수정체 삽입술 또는 인공수정체 교환술, 유리체 절제술시 사용하는 안과용 세척 및 흡입 치료재료(Inter kit 등)는 상품명, 재질의 종류, Disposable 또는 Reusable 등의 구분없이 24,000원(코드 N0001001)을 산정하되, 동일한 눈에 백내장 수술과 유리체 절제술을 전·후방으로 동시에 시술하더라도 정액수가 1회만 산정함.</p> <p>(고시 제2009-55호, 2009.4.1. 시행)</p> | <p>“안과용 세척 및 흡입 치료재료(Inter kit 등)”는 상품명, 재질의 종류, 일회용(Disposable) 또는 재사용(Reusable) 등의 구분 없이 다음의 경우에 사용 시 24,000원(코드 N0001001)을 요양기관에서 청구할 수 있으며, 동일한 눈에 백내장 수술과 유리체절제술<sup>1)</sup>을 전·후방으로 동시에 시술하더라도 정액수가(24,000원)<sup>2)</sup> 1회 비용만 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 백내장 수술<br/> 나. 이차 인공수정체<sup>3)</sup> 삽입술 또는 인공수정체 교환술<br/> 다. 유리체 절제술</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 유리체 절제술: 유리체* 출혈이 수개월이상 계속되거나 망막박리가 있는 경우에 혼탁해진 유리체를 제거하고 식염수로 대체하는 수술<br/> * 유리체 : 안구 중심부(안구 내에 수정체와 망막 사이)의 공간을 채우는 투명한 젤 형태의 구조물</p> <p>2) 정액수가: 동일 목적으로 사용하는 재료에 대하여 재사용 및 1회용 제품상관 없이 일정금액을 정하여 정액으로 보상하는 비용보상 방법</p> <p>3) 인공수정체: 수정체란 눈 안의 앞부분에 있는 구조로 무색투명하며, 양면이 볼록한 렌즈모양으로 빛을 모아주는 역할을 함. 백내장 등의 이유로 수정체가 혼탁해지면 인공수정체 삽입술을 함.</p> |

| 연번  | 제 목                                                                                                   | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                        | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                   |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 119 | 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.<br><br>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)                                                                                                         | Var-I-Stat-Cautery & Accu-Temp Cautery는 안과수술 시 혈관 지혈 · 소작용으로 이미 보편적으로 사용하고 있으며, 관련된 수술행위 비용에 재료비용이 포함되어 있어 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.                                                                                           |
| 120 | “3-Function tissue manipulator”, “Illuminated Infusion Cannula”, “Endoillumination Probe”의 요양 급여 대상여부 | “3-Function tissue manipulator” 및 “Illuminated infusion cannula”는 망막수술 장비(Supravit Vitreoretinal System)와 연결하여 조명, 응고, 흡인, 주입의 기능을 하며 “Endoillumination Probe”는 조명의 기능을 하는 재료로 소정 행위점수에 포함되어 별도 산정할 수 없음.<br><br>(고시 제2005-24호, 2005.4.15. 시행) | “3-Function tissue manipulator” 및 “Illuminated infusion cannula”는 망막수술 장비(Supravit Vitreoretinal System)와 연결하여 조명, 응고, 흡인, 주입 기능을 하고, “Endoillumination Probe”는 조명 기능을 하는 재료로 관련된 수술행위비용에 재료비용이 포함되어 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음. |
| 121 | 안내충전물인 실리콘오일 (Silicone Oil)의 산정기준                                                                     | 유리체절제술 후 망막의 재유착을 위하여 안구내에 삽입하는 안내 충전물인 실리콘오일은 별도 인정함.<br><br>(고시 제2008-149호, 2008.12.1. 시행)                                                                                                                                                   | 유리체절제술 <sup>1)</sup> 후 망막의 재유착을 위하여 안구내에 삽입하는 안내 충전물인 "실리콘오일"은 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.<br><br><용어설명><br>1) 유리체 절제술 : 유리체* 출혈이 수개월이상 계속되거나 망막박리가                                                                            |

| 연번  | 제 목                                | 고 시 원 문                                                                                                                              | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                    |                                                                                                                                      | <p>있는 경우에 혼탁해진 유리체를 제거하고 평형식염수로 대체하는 수술</p> <p>* 유리체 : 안구 중심부(안구 내에 수정체와 망막 사이)의 공간을 채우는 투명한 젤 형태의 구조물</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 122 | 부정맥 미로수술(MAZE OP)시 수술용 전극의 별도 산정여부 | <p>부정맥 미로수술 (MAZE OP)시 사용하는 수술용 전극은 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 의한 상한금액 범위내의 요양기관 실구입가로 산정함.</p> <p>(고시 제2004-58호, 2004.9.15. 시행)</p> | <p>부정맥 미로수술<sup>1)</sup> (MAZE OP)시 사용하는 수술용 전극은 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 의한 상한금액<sup>2)</sup> 범위안에서 요양기관이 실제 구입한 가격으로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 부정맥 미로수술 : 심방세동*이 있는 환자에게 심장을 절개한 후 정상적인 전기적 신호를 주는 곳이 아닌 다른 곳에 미로와 같은 상처를 내어 심장의 신호를 정상으로 만들어 심방세동이 발생되지 않도록 해주는 수술</p> <p>* 심방세동 :<br/>심방에서 분당 300회 이상의 빠른 전기적 신호가 발생되고 심실은 그 신호를 받아 불규칙하고 빠르게 뛰는 상태로 전기신호가 너무 빨라 심방이 수축과 이완을 하지 못하고 마치 떨고 있는 것처럼 보이는 상태</p> <p>2) 「치료재료급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에서 정한금액 : 식품의약품안전처 허가를 받은 치료재료 중 보건복지부 장관이 위원회의 심의를 거쳐 고시한 품목리스트로 치료재료 개별비용을 말함.</p> |

| 연번  | 제 목          | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 123 | 인공와우<br>급여기준 | <p>1. 인공와우(Artificial Ear Cochlear Implant)는 다음의 경우에 요양급여함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <p>1) 1세 미만<br/>양측 심도(90dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용에도 청능 발달의 진전이 없는 경우</p> <p>2) 1세 이상 19세 미만<br/>양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용 및 집중교육에도 청능 발달의 진전이 없는 경우. 다만, 시술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외함.</p> <p>3) 19세 이상<br/>양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 보청기를 착용한 상태에서 단음절어에 대한 어음변별력(Speech discrimination)이 50% 이하 또는 문장언어평가가 50% 이하인 경우. 다만, 시술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외함.</p> <p>4) 상기 1), 2), 3)의 난청환자 중 뇌막염의 합병증 등으로 시급히 시행하지 않으면 수술시기를 놓치게 될 경우에는 예외적으로 시행할 수 있음.</p> <p>5) 아래의 대상자 중 양이청(Binaural Hearing)이 반드시 필요한 경우 상기 1), 2), 3), 4) 각 해당 조건에 만족 시 반대측 또는 양측 인공와우를 요양급여함. 다만, 아래의 가), 나)의 경우 순음청력 검사 및 단음절어에 대한 어음변별력, 문장</p> | <p>1. 인공와우<sup>1)</sup>(Artificial Ear Cochlear Implant)는 다음의 경우에 요양급여함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <p>1) 1세 미만<br/>양측 심도(90dB<sup>2)</sup>) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용에도 청능 발달의 진전이 없는 경우</p> <p>2) 1세 이상 19세 미만<br/>양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용 및 집중교육에도 청능 발달의 진전이 없는 경우. 다만, 시술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외함.</p> <p>3) 19세 이상<br/>양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 보청기를 착용한 상태에서 단음절어에 대한 어음변별력<sup>3)</sup>(Speech discrimination)이 50% 이하 또는 문장언어평가가 50% 이하인 경우. 다만, 시술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외함.</p> <p>4) 상기 1), 2), 3)의 난청환자 중 뇌막염의 합병증 등으로 시급히 시행하지 않으면 수술시기를 놓치게 될 경우에는 예외적으로 시행할 수 있음.</p> <p>5) 아래의 대상자 중 양이청<sup>4)</sup>(Binaural Hearing)이 반드시 필요한 경우 상기 1), 2), 3), 4) 각 해당 조건에 만족 시 반대측 또는 양측 인공와우를 요양급여함. 다만, 아래의 가), 나)의 경우 순음청력 검사<sup>5)</sup> 및 단음절어에 대한 어음변별력, 문장</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>언어평가 결과는 인공와우를 착용하지 않은 상태에서 실시한 결과를 적용함.</p> <p>- 아 래 -</p> <p>가) 요양급여적용일(2005.1.15.) 이전 편측 인공와우 이식자<br/>나) 19세 미만의 편측 인공와우 이식자<br/>다) 19세 미만의 양측 동시 이식 대상자.</p> <p>나. 급여개수</p> <p>1) 인공와우는 1set(내부장치, 외부장치)에 한하여 요양급여하되, 분실, 수리가 불가능한 파손 등으로 교체 시 외부장치 1개를 추가 요양급여함.</p> <p>2) 상기 가.5)의 19세 미만에서 양측 인공와우 시술이 필요한 경우는 2set(내부장치, 외부장치)를 요양급여하되, 이후 분실, 수리가 불가능한 파손 등으로 교체 시 외부장치 2개 이내에서 추가 요양급여함.</p> <p>다. 시설·장비 및 인력 기준</p> <p>1) 시설·장비</p> <p>가) 청각실: 방음청력검사실, 인공와우조절검사(Mapping of Speech Processor) 장비, 청각유발반응검사 기기를 갖추어야 함.</p> <p>나) 언어치료실: 인공와우조절검사 장비를 갖추어야 함(청각실과 공동사용 가능).</p> <p>2) 인력</p> <p>가) 시술자: 이비인후과 전문의 2인 이상이 상근하는 요양기관</p> | <p>언어평가 결과는 인공와우를 착용하지 않은 상태에서 실시한 결과를 적용함.</p> <p>- 아 래 -</p> <p>가) 요양급여적용일(2005.1.15.) 이전 편측 인공와우 이식자<br/>나) 19세 미만의 편측 인공와우 이식자<br/>다) 19세 미만의 양측 동시 이식 대상자.</p> <p>나. 급여개수</p> <p>1) 인공와우는 1set(내부장치, 외부장치)에 한하여 요양급여하되, 분실, 수리가 불가능한 파손 등으로 교체 시 외부장치 1개를 추가 요양급여함.</p> <p>2) 상기 가.5)의 19세 미만에서 양측 인공와우 시술이 필요한 경우는 2set(내부장치, 외부장치)를 요양급여하되, 이후 분실, 수리가 불가능한 파손 등으로 교체 시 외부장치 2개 이내에서 추가 요양급여함.</p> <p>다. 시설·장비 및 인력 기준</p> <p>1) 시설·장비</p> <p>가) 청각실: 방음청력검사실, 인공와우조절검사(Mapping of Speech Processor) 장비, 청각유발반응검사 기기를 갖추어야 함.</p> <p>나) 언어치료실: 인공와우조절검사 장비를 갖추어야 함(청각실과 공동사용 가능).</p> <p>2) 인력</p> <p>가) 시술자: 이비인후과 전문의 2인 이상이 상근하는 요양기관</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>관에서 아래 중 각호의 1에 해당하는 이비인후과 전문의가 1인 이상 상근하는 경우</p> <p>- 아 래 -</p> <p>(1) 전문의 자격증 취득 이후 인공와우이식술을 시행하는 상급 종합병원에서 2년 이상 이과 전문 경력이 있으면서 그 기간 중 1년 이상 와우이식술을 시술하거나 공동 시술한 경험이 있는 자</p> <p>(2) 전문의 자격증 취득 이후 인공와우이식술 실시기준(시설, 장비 및 인력)에 적합하다고 건강보험심사평가원에서 통보 받은 기관에서 3년 이상 와우이식술을 시술 또는 공동 시술한 경험이 있는 자</p> <p>(3) 교육, 해외연수 등으로 위 각호에 해당하는 자격을 갖추었다고 이비인후과학회에서 인정받은 자</p> <p>나) 보조인력: 청각유발반응 검사와 시술 후 인공와우조절검사를 직접 시행할 수 있는 인력 1인(청각실)과 시술 전·후 언어 평가, 시술 후 인공와우조절검사를 직접 시행할 수 있는 인력 1인(언어치료실)</p> <p>3) 요양기관은 인공와우이식술 실시 이전에 건강보험심사평가원에 상기 1), 2)에 관한 기준에 적합한 증빙서류를 첨부하여 제출하여야 함.</p> <p>2. 상기 1.의 급여대상 및 개수를 초과하여 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> | <p>에서 아래 중 각호의 1에 해당하는 이비인후과 전문의가 1인 이상 상근하는 경우</p> <p>- 아 래 -</p> <p>(1) 전문의 자격증 취득 이후 인공와우이식술을 시행하는 상급 종합병원에서 2년 이상 이과 전문 경력이 있으면서 그 기간 중 1년 이상 와우이식술을 시술하거나 공동 시술한 경험이 있는 자</p> <p>(2) 전문의 자격증 취득 이후 인공와우이식술 실시기준(시설, 장비 및 인력)에 적합하다고 건강보험심사평가원에서 통보 받은 기관에서 3년 이상 와우이식술을 시술 또는 공동 시술한 경험이 있는 자</p> <p>(3) 교육, 해외연수 등으로 위 각호에 해당하는 자격을 갖추었다고 이비인후과학회에서 인정받은 자</p> <p>나) 보조인력: 청각유발반응 검사와 시술 후 인공와우조절검사를 직접 시행할 수 있는 인력 1인(청각실)과 시술 전·후 언어 평가, 시술 후 인공와우조절검사를 직접 시행할 수 있는 인력 1인(언어치료실)</p> <p>3) 요양기관은 인공와우이식술 실시 이전에 건강보험심사평가원에 상기 1), 2)에 관한 기준에 적합한 증빙서류를 첨부하여 제출 하여야 함.</p> <p>2. 상기 1.의 급여대상 및 개수를 초과하여 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>6)</sup>에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.<sup>7)</sup></p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                       | 설 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|-----|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | (고시 제2018-185호, 2018.11.1.시행) | <p>&lt;용어설명&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 인공와우: 난청으로 소리를 들을 수 없는 환자에게 소리를 듣는 달팽이관 역할을 해주는 재료가 인공와우이고 인공와우를 달팽이관에 이식해주는 수술을 인공와우이식술이라 함.</li> <li>2) dB(decibel): 들을 수 있는 한계점(청력역치)를 나타내는 단위, 일반 가정 소음 40dB로, 90dB은 청각장애 2급에 해당하는 청력</li> <li>3) 어음변별력: 난청환자의 어휘 이해를 측정하는 검사로 들리는 단어를 듣고 정확히 따라할 수 있는지를 측정하는 검사</li> <li>4) 이청 : 귀의 청력</li> <li>5) 순음청력검사 : 순음(단일한 주파수만으로 구성된 음)을 이용해서 소리의 크기(강도)를 올리거나 내려가면서 소리를 들을 수 있는 가장 작은 크기를 찾는 검사</li> <li>6) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 :<br/>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정<br/>* 선별급여: 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</li> <li>7) 재료비용의 80%를 환자가 부담: 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</li> </ol> |

| 연번  | 제 목           | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 124 | 생체조직접착제의 급여기준 | <p>1. 생체조직접착제는 다음의 경우 요양급여하며, 동일 수술에서 생체조직접착제 간 병용사용은 급여인정하지 아니함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 흉부외과 수술 등</p> <p>1) Cardial Surgical Glue/GRF Glue: 대동맥 박리술시 15g까지 인정</p> <p>2) Coseal Surgical Sealant 및 Bioglue Surgical Adhesive</p> <p>가) 급여대상</p> <p>(1) 대동맥 박리술</p> <p>(2) 대동맥류 수술</p> <p>(3) 대동맥 판막치환(성형)술</p> <p>(4) 좌심실류 수술</p> <p>(5) 좌심실 유출로 확장술</p> <p>나) 급여용량</p> <p>(1) Coseal Surgical Sealant: 상기 수술 시 4cc 범위에서 실사용량으로 인정하되, 문합부위가 4부위 이상인 경우 8cc 범위 내에서 인정</p> <p>(2) Bioglue Surgical Adhesive: 상기 수술 시 5cc 범위에서 실사용량으로 인정하되, 문합부위가 4부위 이상인 경우 10cc 범위 내에서 인정</p> <p>나. 경막봉합 수술</p> <p>1) 급여대상</p> <p>가) 경비적 뇌하수체종양 적출술</p> | <p>"생체조직 접착제"<sup>4)</sup>는 다음의 경우 사용 시 요양기관에서 비용을 청구할 수 있음. 다만, 동일수술에서 두 종류 이상의 생체조직접착제를 같이 사용하는 것은 인정하지 아니함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 흉부외과 수술 등</p> <p>1) Cardial Surgical Glue/GRF Glue : 대동맥 박리술시 15g까지 인정</p> <p>2) Coseal Surgical Sealant 및 Bioglue Surgical Adhesive</p> <p>가) 급여대상</p> <p>(1) 대동맥 박리술<sup>3)</sup></p> <p>(2) 대동맥류 수술<sup>4)</sup></p> <p>(3) 대동맥 판막치환(성형)술<sup>5)</sup></p> <p>(4) 좌심실류 수술<sup>6)</sup></p> <p>(5) 좌심실 유출로 확장술<sup>7)</sup></p> <p>나) 급여용량</p> <p>(1) Coseal Surgical Sealant : 상기 수술시 4cc 범위에서 실제 사용량으로 청구, 문합부위가 4부위 이상인 경우 8cc 범위 내에서 청구할 수 있음</p> <p>(2) Bioglue Surgical Adhesive : 상기 수술 시 5cc 범위에서 실제 사용량으로 청구, 문합부위가 4부위 이상인 경우 10cc 범위 내에서 청구할 수 있음</p> <p>나. 경막봉합 수술</p> <p>1) 급여대상</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>나) 중추신경계기형수술<br/> 다) 뇌척수액루수술<br/> 라) 뇌기저부수술<br/> 마) 뇌기저부수술 후 경막복원술<br/> 바) 척수경막내 종양 및 병소절제술<br/> 사) 천막하개두술</p> <p>2) 급여용량<br/> 가) Bioglue Surgical Adhesive: 상기 수술 시 2cc/개 범위 내에서 인정<br/> 나) Duraseal Dural Sealant System: 상기 수술 시 5cc/kit 범위 내에서 인정<br/> 다) 다만, 동 용량을 초과하여 사용한 경우에 사례별로 인정</p> <p>2. 상기 1.의 급여기준 이외 허가사항 범위 내에서 아래의 경우 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 급여대상<br/> 1) 만성폐쇄성폐질환, 폐기종, 간질성 폐질환 등 폐실질이 일반인과 다른 환자의 폐절제술 시<br/> 2) 폐절제술 후 공기 누출로 인한 재수술 시</p> <p>나. 급여용량</p> | <p>가) 경비적 뇌하수체종양 적출술<sup>8)</sup><br/> 나) 중추신경계기형수술<br/> 다) 뇌척수액루수술<sup>9)</sup><br/> 라) 뇌기저부수술<sup>10)</sup><br/> 마) 뇌기저부수술 후 경막복원술<br/> 바) 척수경막내 종양 및 병소절제술<br/> 사) 천막하개두술<sup>11)</sup></p> <p>2) 급여용량<br/> 가) Bioglue Surgical Adhesive :<br/> 상기 수술 시 2cc/개 범위 내에서 청구할 수 있음<br/> 나) Duraseal Dural Sealant System :<br/> 상기 수술 시 5cc/kit 범위 내에서 청구할 수 있음<br/> 다) 다만, 동 용량을 초과하여 사용한 경우 환자상태에 따라서 사례별<sup>12)</sup>로 청구할 수 있음</p> <p>2. 상기 1.의 급여기준 이외 허가사항<sup>13)</sup> 범위 내에서 아래의 경우 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>14)</sup>에 따라 재료비용의 80%를 환자가 부담<sup>15)</sup>함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 급여대상<br/> 1) 만성폐쇄성폐질환, 폐기종, 간질성 폐질환 등 폐실질이 일반인과 다른 환자의 폐절제술 시</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                   | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>Coseal Surgical Sealant 및 Bioglue Surgical Adhesive: 2cc/개 범위 내에서 인정하며, 두 제품 간 병용사용은 인정하지 않음.</p> <p>(고시 제2018-254호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>2) 폐절제술 후 공기 누출로 인한 재수술 시</p> <p>나. 급여용량</p> <p>Coseal Surgical Sealant 및 Bioglue Surgical Adhesive: 2cc/개 범위 내에서 인정하며, 두 제품을 같이 사용하는 것은 인정하지 않음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 생체조직 접착제: 인체에 무해한 접착제로 수술시 발생된 봉합부위에 봉합사 등을 사용하지 않고 접착제를 이용하기도 함.</li> <li>2) 경막봉합수술: 경막은 뇌와 척수신경을 보호하는 막으로 뇌수술을 할 때 반드시 열어야 하는 부분으로 수술 후 봉합하여야 함.</li> <li>3) 대동맥 박리술: 대동맥 혈관벽이 찢어져 박리된 경우 파열된 혈관부위를 찾아서 절제하고 인조혈관으로 대체시켜주는 수술</li> <li>4) 대동맥류 수술: 대동맥의 혈관이 돌기나 풍선 모양으로 변형된 것을 동맥류라 하고, 동맥류를 절제하여 자가혈관이나 인조혈관으로 대체시켜 주는 수술을 대동맥류 수술이라 함</li> <li>5) 대동맥 판막치환(성형)술: 병든 판막을 제거하고 새로운 인공판막으로 대체해 주는 수술</li> <li>6) 좌심실류 수술: 심근경색증의 합병증으로, 좌심실의 벽이 얇아져 동맥류성 확장을 일으켜 풍선 혹은 파리처럼 늘어난 좌심실류를 제거하는 수술</li> <li>7) 좌심실 유출로 확장술: 좌심실에서 대동맥에 이르는 부위에 협착이 있어 심장박출 혈액량이 감소한 경우 협착된 부위를 확장시켜주는 수술</li> </ol> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문 | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|-----|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     |         | <p>8) 경비적 뇌하수체종양 적출술 : 콧속을 통하여 뇌하수체에 생긴 뇌종양을 제거하는 수술</p> <p>9) 뇌척수액루수술 : 두개 내의 뇌척수액이 파열된 경막을 통하여 코, 귀 등으로 누출되어 생기는 병적상태</p> <p>10) 뇌기저부수술 : 기저부란 어떤 부분의 바닥에 해당되는 것으로 뇌의 구조에서 아랫부분에 해당하는 기저부위의 수술</p> <p>11) 천막하개두술 : 소뇌를 포함하고 있는 공간을 천막하라 하며 이를 통해 이루어지는 머리 수술</p> <p>12) 사례별 : 의료인이 작성한 진료기록부, 수술기록지, 검사결과지 등의 객관적 자료를 참조하여 환자마다의 상태를 확인함.</p> <p>13) 허가사항 : 의료기기의 성능 및 사용목적 등에 대해 식품의약품안전처장이 안전성·유효성을 평가하여 사용을 허용한 범위</p> <p>14) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 :<br/>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여 : 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>15) 재료비용의 80%를 환자가 부담 : 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p> |

| 연번  | 제 목                                               | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 125 | 경동맥경화성협착증 등에 경동맥수술 시 뇌혈류 유지를 위해 사용하는 경동맥 션트의 급여기준 | <p>경동맥경화성협착증 등에 경동맥수술 시 뇌혈류 유지를 위해 사용하는 경동맥 션트는 수술 중 혈류 차단으로 인해 뇌졸중 등을 일으킬 가능성이 있는 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 뇌졸중의 과거력이 있는 경우<br/> 나. 반대편 내경동맥 협착을 동반한 경우<br/> 다. 수술 중 감시장치(뇌파검사, 경두개 초음파검사 등)에서 이상소견을 보인 경우<br/> 라. 국소마취 중 신경증상(neurologic deficit)이 발생한 경우<br/> 마. 주요 두개강외 혈관의 다발성 협착이 있을 경우<br/> 바. 추골-기저 순환계의 폐쇄가 있는 경우<br/> 사. 두개강내 혈관의 측부순환 부전이 있는 경우<br/> 아. carotid stump pressure가 50mmHg이하의 경우<br/> 자. 상기 기준 외에 진료상 필요한 경우</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>경동맥경화성협착증<sup>1)</sup> 등에 경동맥수술 시 뇌혈류유지를 위해 사용하는 "경동맥 션트"는 수술 중 혈류 차단으로 인해 뇌졸중 등을 일으킬 가능성이 있는 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 뇌졸중의 과거력이 있는 경우<br/> 나. 반대편 내경동맥 협착<sup>2)</sup>을 동반한 경우<br/> 다. 수술 중 감시장치(뇌파검사, 경두개 초음파검사 등)에서 이상소견을 보인 경우<br/> 라. 국소마취 중 신경증상<sup>3)</sup>(neurologic deficit)이 발생한 경우<br/> 마. 주요 두개강외혈관의 다발성 협착이 있을 경우<br/> 바. 추골-기저 순환계<sup>4)</sup>의 폐쇄가 있는 경우<br/> 사. 두개강내 혈관의 측부순환<sup>5)</sup> 부전이 있는 경우<br/> 아. carotid stump pressure(경동맥 밀동의 압력)가 50mmHg이하의 경우<br/> 자. 상기 기준 외에 진료상 필요한 경우</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 경동맥경화성협착증: 심장에서 뇌와 머리(안면)에 혈액을 공급하는 혈관을 경동맥이라 하며 동맥경화로 인해 경동맥이 좁아지는 질환<br/> 2) 내경동맥협착: 경동맥 중 뇌에 혈액을 공급하는 혈관을 내경동맥 (뇌를 제외한 머리와 안면에 혈액을 공급하는 혈관은 외경동맥)이라 하며 이 혈관이 좁아진 질환<br/> 3) 신경증상: 마비, 지각장애, 통증 등의 증상<br/> 4) 추골-기저 순환계: 추골동맥과 뇌기저동맥 영역의 혈류순환을 말하며, 주로 동맥경화로 인해 폐색이 생김</p> |

| 연번  | 제 목                        | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                              | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                            |                                                                                                                                                                                                      | 5) 두개강내 혈관의 측부순환: 혈관과 혈관사이의 연결을 문합이라 하고 혈관에는 문합가지가 있음. 혈관의 일부분이 동맥경화 등으로 폐색 또는 협착이 일어나면 폐색혈관과 연결된 문합혈관으로 혈액이 흐르게 되어 순환이 회복됨                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 126 | 전동형태<br>Ni-Ti File<br>인정여부 | 전동형태의 Ni-Ti File은 차11-1 근관확대 실시에 사용한 경우 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에서 정한 금액(코드N0061001)을 치료기간 중 치아당 1회 산정하되, 전동형태 Ni-Ti File과 기존 File (U0002)을 각각 사용한 경우에도 1종만 인정함.<br><br>(고시 제2010-2호, 2010.4.1. 시행) | "전동형태 <sup>1)</sup> 의 Ni-Ti File"은 근관확대 <sup>2)</sup> (차11-1)에 사용한 경우 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에서 정한 금액 <sup>3)</sup> (코드N0061001)을 치료기간 중 치아 당 1회 비용을 요양기관에서 청구하되, 전동형태 Ni-Ti File과 기존 File(U0002)을 각각 사용한 경우에도 1종만 비용을 청구할 수 있음.<br><br><용어설명><br>1) 전동형태: 전기를 이용하는 전동 방식<br>2) 근관확대: 근관 치료를 위해 근관(치아머리 부분과 치아뿌리 속에 있는 가는 관)내의 감염되거나 괴사된 조직을 제거하고 근관 내부의 세균을 완전히 없애기 위해 기계를 이용하여 근관을 확대 함.<br>3) 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에서 정한 금액: 식품의약품안전처 허가를 받은 치료재료 중 보건복지부 장관이 위원회의 심의를 거쳐 고시한 품목리스트로 치료재료 개별비용을 말함. |
| 127 | 매식제(이종골                    | 1. 창상 보호 및 육아 형성을 촉진하는 매식제(이종골 콜라겐류 등)                                                                                                                                                               | 1. 치과용 매식제(이종골 콜라겐류 등)는 창상 보호 및 육아 형성 <sup>1)</sup> 을 촉진                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| 연번 | 제 목                       | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | 콜라겐류 등)<br>PLUG형의<br>급여기준 | <p>PLUG 형태의 치료재료는 다음과 같은 발치의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 혈액질환 등으로 인한 환자의 발치 후 치유부전이 예상되는 경우<br/>나. 발치 후 출혈이 계속될 경우<br/>다. 구강 상악동 누공</p> <p>2. 상기 1.의 급여대상 이외 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 재료비용의 80%로 적용함.</p> <p>(고시 2018-242호, 2018.12.1. 시행)</p> | <p>진하는 마개(PLUG)형태의 치주조직재생용 이식재료로 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 혈액질환 등으로 인한 환자의 발치 후 치유부전이 예상되는 경우<br/>나. 발치<sup>2)</sup> 후 출혈이 계속될 경우<br/>다. 구강 상악동 누공<sup>3)</sup></p> <p>2. 상기 1.의 급여대상 이외 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>4)</sup>에 따라 재료비용의 80%를 환자가 부담<sup>5)</sup>함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 육아 형성 : 상처가 아물어가는 과정에서 모세혈관이 풍부하고 왕성하게 증식을 계속하는 어린 결합조직(육아조직)</p> <p>2) 발치 : 치아를 제거하는 외과적 처치</p> <p>3) 상악동 누공 : 상악동에 병적으로 생긴 구멍</p> <p>4) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 : 선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여 : 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>5) 재료비용의 80%를 환자가 부담 : 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가</p> |

| 연번  | 제 목                                                                                 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 128 | 비관혈적<br>담관협착확장술<br>시 사용한<br>풍선확장카테터<br>(balloon<br>dilatation<br>catheter)의<br>급여기준 | 비관혈적(내시경적 또는 경피적) 담관협착확장술 시 사용한 풍선확장카테터(balloon dilatation catheter)는 담관협착 시 협착된 담관을 확장시킬 목적으로 사용하는 필수재료로서 별도 인정함.<br><br>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)                                                                                                                                                                      | "Balloon dilatation catheter"는 담관협착 시 협착된 담관을 확장시킬 목적으로 사용하는 필수재료로 비관혈적(내시경적 또는 경피적) 담관협착확장술 <sup>1)</sup> 에 사용 시 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.<br><br><용어설명><br>1) 비관혈적(내시경적 또는 경피적) 담관협착확장술: 피부 나 점막 등을 절개하지 않고 행한(내시경적 또는 경피적) 담관협착확장술                                                                                                                                                |
| 129 | 고주파 열치료술용<br>전극(ELECTRODE)<br>의 급여기준                                                | 1. 고주파 열치료술용 전극은 고주파 에너지를 사용하여 조직의 절개 및 응고를 위해 사용하는 전기수술기용 전극으로 다음의 경우에 요양급여를 인정함<br><br>- 다 음 -<br>가. 간암의 고주파 열치료술 (자690가, 자728가(1), 자728나(1))<br>나. 신장암의 고주파 열치료술 (자330-3, 자690나)<br>다. 폐암의 고주파 열치료술 (자690다)<br>라. 갑상선암의 고주파 열치료술 (자690라)<br><br>2. 상기 1.라.의 갑상선암의 경피적 고주파 열치료술에 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률 80%가 적용 | 1. 고주파 열치료술 <sup>1)</sup> 용 전극은 고주파 에너지를 사용하여 조직의 절개 및 응고를 위해 사용하는 전기수술기용 전극으로 다음의 경우에 요양급여를 청구할 수 있음.<br><br>- 다 음 -<br>가. 간암의 고주파 열치료술 (자690가, 자728가(1), 자728나(1))<br>나. 신장암의 고주파 열치료술 (자330-3, 자690나)<br>다. 폐암의 고주파 열치료술 (자690다)<br>라. 갑상선암의 고주파 열치료술 (자690라)<br><br>2. 상기 1.라.의 갑상선암의 경피적 고주파 열치료술에 「선별급여지정 및 실시 등에 관한 기준」 <sup>2)</sup> 에 따라 본인부담률 80% <sup>3)</sup> 가 적용되는 경우 동 |

| 연번  | 제 목                                  | 고 시 원 문                                                                                                                                                        | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                      | 되는 경우 동 치료재료도 같은 본인부담률을 산정함.<br>(고시 제2019-207호, 2019.10.1. 시행)                                                                                                 | 치료재료도 같은 본인부담률을 산정함.<br><br><용어설명><br>1) 고주파 열치료술: 암과 같은 종양을 수술하지 않고 치료하는<br>시술의 일종으로 고주파를 발생시키는 전기침(바늘)을 초음파나<br>CT를 이용하여 종양에 삽입한 후 전류를 흐르게 하여 전기침 주변에<br>열이 발생되어 종양조직을 괴사시키는 치료방법<br>2) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 :<br>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이<br>별도로 정한 규정<br>* 선별급여 : 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이<br>불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성<br>이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로<br>정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함<br>3) 재료비용의 80%를 환자가 부담 : 보건복지부장관이 고시한 치료재<br>료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는<br>환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담 |
| 130 | 악관절<br>치환술에<br>사용되는<br>치료재료의<br>급여기준 | 자71-2, 차95 악관절 치환술 [인공관절 대치술]에 사용되는 치료재료<br>는 다음의 경우에 요양급여를 인정함.<br><br>- 다 음 -<br>가. 다른 치료에 반응하지 않는 악관절 강직(섬유성 또는 골성)<br>나. 외상, 골 흡수, 발육성 기형이나 병변 등에 의한 하악 고정 | 악관절 치환술(자71-2, 차95) <sup>1)</sup> 에 사용되는 치료재료는 다음의 경우에<br>요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.<br><br>- 다 음 -<br>가. 다른 치료에 반응하지 않는 악관절 강직 <sup>2)</sup> (섬유성 또는 골성)<br>나. 외상, 골 흡수, 발육성 기형이나 병변 등에 의한 하악 고정 <sup>3)</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| 연번  | 제 목                                             | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                              | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                 | <p>(vertical mandibular height)이나 교합관계의 소실<br/>다. 이전 재건수술들의 실패(failed previous reconstruction surgeries of TMJ)</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p>                                                                                                                             | <p>(Vertical Mandibular Height)이나 교합관계의 소실<br/>다. 이전 재건수술들의 실패(failed Previous Reconstruction Surgeries of TMJ)</p> <p>&lt;용어설명&gt;<br/>1) 악관절치환술: 악관절(턱관절)을 인공관절로 대체하는 수술<br/>2) 강직: 관절을 구성하는 뼈, 연골, 관절낭 등의 병변에 의해 관절운동에 장애가 생긴 상태<br/>3) 하악 고정: 악관절 중 아래턱을 하악이라 하고 하악관절의 높이를 의미함.</p>                                                                                                                                                                |
| 131 | 인공성대삽입술<br>용 치료재료<br>(PROVOX<br>VEGA)의 급여<br>기준 | <p>1. 자120 인공성대삽입술 시 사용하는 인공성대삽입술용 치료재료 (PROVOX VEGA)는 후두전적출술을 시행한 환자 중 이비인후과 의사의 판단 하에 음성재활이 가능한 자에게 시행하는 경우 연간 4개까지 요양급여함.</p> <p>2. 다만, 인공성대삽입술용 치료재료의 기능 상실, 타액 유출 (saliva leakage), 헐거워짐(stoma loosening), 기도압 상승 등의 경우 사례별로 추가 요양급여함.</p> <p>(고시 제2018-254호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>1. 자120 인공성대삽입술 시 사용하는 인공성대삽입술용 치료재료 (PROVOX VEGA)는 후두전적출술<sup>1)</sup>을 시행한 환자 중 이비인후과 의사의 판단 하에 음성재활이 가능한 자에게 시행하는 경우 연간 4개까지 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p>2. 다만, 인공성대삽입술용 치료재료의 기능 상실, 타액 유출(saliva leakage), 헐거워짐(stoma loosening), 기도압 상승 등으로 추가 사용이 필요한 경우는 환자상태에 따라 사례별<sup>2)</sup>로 요양기관에서 재료비용을 추가로 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;<br/>1) 후두전적출술: 진행된 후두암에서 후두를 주위 조직까지 한 덩어리로 적출하는 수술, 수술 후 목소리를 잃게 되기 때문에 식도음성이나 인공후두 등의 수단이 필요하게 됨</p> |

| 연번  | 제 목                     | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2) 사례별: 의료인이 작성한 진료기록부, 수술기록지, 검사결과지 등의 객관적 자료를 참조하여 환자마다의 상태를 확인함.                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 132 | 석고붕대 사용개수               | <p>캐스트로 산정지침에 석고붕대의 사용개수는 6인치 기준으로 정하여져 있는바 요양기관은 환자의 상태나 골절부위에 따라 3인치, 4인치, 6인치를 사용하였을 경우에는 3인치, 4인치 석고붕대의 개수 비율을 1:1.5의 기준으로 인정하되 기준개수의 범위를 초과하여 인정할 수 없음.(예: 6인치 석고붕대의 기준개수가 10개인 경우 3인치 또는 4인치를 사용하였을 경우 15개를 초과할 수 없다는 것임)</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p>                | <p>"캐스트로 산정지침"에 석고붕대의 사용개수는 6인치<sup>1)</sup> 기준으로 정해져 있으므로 요양기관은 환자의 상태나 골절부위에 따라 3인치, 4인치, 6인치를 사용하였을 경우에는 3인치, 4인치 석고붕대의 개수 비율을 1:1.5의 기준으로 청구하되 기준개수의 범위를 초과하여 청구할 수 없음. (예: 6인치 석고붕대의 기준개수가 10개인 경우 3인치 또는 4인치를 사용하였을 경우 15개를 초과할 수 없다는 것임)</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 인치(inch): 석고붕대 가로 폭의 규격 단위<br/>(3inch: 7.5cm, 4inch: 10cm, 6inch: 15cm)</p> |
| 133 | 캐스트에 사용하는 파일패드의 별도 산정여부 | <p>○ 캐스트에 사용되는 재료중 "Stockinet, Cotton Bandage" 의 재료대는 그 소요비용이 소액인 점을 감안하여 소정캐스트료(캐스트기술료와 재료대)에 포함하여 포괄적으로 산정하도록 규정하고 있음.</p> <p>○ "파일패드"는 면과 스판덱스를 결합하여 제직(製織)한 제품으로 캐스트시행시 Stockinet과 Cotton Bandage의 대용으로 사용되는 제품이므로 Stockinet, Cotton Bandage와 동일하게 소정 캐스트료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.</p> | <p>○ 캐스트에 사용되는 재료 중 "Stockinet, Cotton Bandage" 의 재료비용은 그 소요비용이 소액인 점을 고려하여 관련된 행위비용인 캐스트료(캐스트기술료와 재료비용)에 포함하여 포괄적으로 청구하도록 규정하고 있음.</p> <p>○ "파일패드"는 면과 스판덱스를 결합하여 제직(製織)한<sup>2)</sup> 제품으로 캐스트 시행 시 Stockinet과 Cotton Bandage의 대용으로 사용되는 제품이므로 Stockinet, Cotton Bandage와 동일하게 캐스트비용에 포함되어 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.</p>                                 |

| 연번                                             | 제 목                   | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 습 게 풀 어 쓰 기                             |    |           |                                               |    |    |                                                |    |    |                                              |     |    |                                               |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |    |           |                                               |    |    |                                                |    |    |                                              |     |    |                                               |    |    |
|------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----|-----------|-----------------------------------------------|----|----|------------------------------------------------|----|----|----------------------------------------------|-----|----|-----------------------------------------------|----|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|-----------|-----------------------------------------------|----|----|------------------------------------------------|----|----|----------------------------------------------|-----|----|-----------------------------------------------|----|----|
|                                                |                       | (고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <용어설명><br>1) 제직(製織): 직물인 천을 만드는 조작을 말함. |    |           |                                               |    |    |                                                |    |    |                                              |     |    |                                               |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |    |           |                                               |    |    |                                                |    |    |                                              |     |    |                                               |    |    |
| 134                                            | Splint Roll의 부위별 사용기준 | 외고정용 소모성 치료재료 중 Splint Roll(합성수지, 석고)의 부위별 사용기준을 규격은 실사용규격으로 하고, 길이는 다음과 같이함.<br><br>- 다 음 -<br><br><Splint Roll 부위별 사용기준><br><div>(단위 : cm)</div> <table><tr><th>분 류</th><th>성인</th><th>만8세미만의 소아</th></tr><tr><td>자-615가 장상지 [상완으로부터 수부까지]<br/>(Long Arm Splint)</td><td>70</td><td>45</td></tr><tr><td>자-615나 단상지 [전완으로부터 수부까지]<br/>(Short Arm Splint)</td><td>40</td><td>30</td></tr><tr><td>자-615다 장하지 [대퇴부에서 족부까지]<br/>(Long leg Splint)</td><td>120</td><td>70</td></tr><tr><td>자-615라 단하지 [하퇴로부터 족부까지]<br/>(Short Leg Splint)</td><td>80</td><td>50</td></tr></table><br>(고시 제2008-80호, 2008.8.1. 시행) | 분 류                                     | 성인 | 만8세미만의 소아 | 자-615가 장상지 [상완으로부터 수부까지]<br>(Long Arm Splint) | 70 | 45 | 자-615나 단상지 [전완으로부터 수부까지]<br>(Short Arm Splint) | 40 | 30 | 자-615다 장하지 [대퇴부에서 족부까지]<br>(Long leg Splint) | 120 | 70 | 자-615라 단하지 [하퇴로부터 족부까지]<br>(Short Leg Splint) | 80 | 50 | 외고정 <sup>2)</sup> 용 소모성 치료재료 중 "Splint Roll(합성수지, 석고)"의 부위별 사용기준은, 실제로 사용한 규격으로 하고, 길이는 다음과 같이함.<br><br>- 다 음 -<br><br><Splint Roll 부위별 사용기준><br><div>(단위 : cm)</div> <table><tr><th>분 류</th><th>성인</th><th>만8세미만의 소아</th></tr><tr><td>자-615가 장상지 [상완으로부터 수부까지]<br/>(Long Arm Splint)</td><td>70</td><td>45</td></tr><tr><td>자-615나 단상지 [전완으로부터 수부까지]<br/>(Short Arm Splint)</td><td>40</td><td>30</td></tr><tr><td>자-615다 장하지 [대퇴부에서 족부까지]<br/>(Long leg Splint)</td><td>120</td><td>70</td></tr><tr><td>자-615라 단하지 [하퇴로부터 족부까지]<br/>(Short Leg Splint)</td><td>80</td><td>50</td></tr></table><br><용어설명><br>1) 외고정: 피부의 바깥쪽에서 간접적으로 뼈나 관절을 석고붕대, 부목 등으로 고정하는 것 | 분 류 | 성인 | 만8세미만의 소아 | 자-615가 장상지 [상완으로부터 수부까지]<br>(Long Arm Splint) | 70 | 45 | 자-615나 단상지 [전완으로부터 수부까지]<br>(Short Arm Splint) | 40 | 30 | 자-615다 장하지 [대퇴부에서 족부까지]<br>(Long leg Splint) | 120 | 70 | 자-615라 단하지 [하퇴로부터 족부까지]<br>(Short Leg Splint) | 80 | 50 |
| 분 류                                            | 성인                    | 만8세미만의 소아                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                         |    |           |                                               |    |    |                                                |    |    |                                              |     |    |                                               |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |    |           |                                               |    |    |                                                |    |    |                                              |     |    |                                               |    |    |
| 자-615가 장상지 [상완으로부터 수부까지]<br>(Long Arm Splint)  | 70                    | 45                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |    |           |                                               |    |    |                                                |    |    |                                              |     |    |                                               |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |    |           |                                               |    |    |                                                |    |    |                                              |     |    |                                               |    |    |
| 자-615나 단상지 [전완으로부터 수부까지]<br>(Short Arm Splint) | 40                    | 30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |    |           |                                               |    |    |                                                |    |    |                                              |     |    |                                               |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |    |           |                                               |    |    |                                                |    |    |                                              |     |    |                                               |    |    |
| 자-615다 장하지 [대퇴부에서 족부까지]<br>(Long leg Splint)   | 120                   | 70                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |    |           |                                               |    |    |                                                |    |    |                                              |     |    |                                               |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |    |           |                                               |    |    |                                                |    |    |                                              |     |    |                                               |    |    |
| 자-615라 단하지 [하퇴로부터 족부까지]<br>(Short Leg Splint)  | 80                    | 50                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |    |           |                                               |    |    |                                                |    |    |                                              |     |    |                                               |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |    |           |                                               |    |    |                                                |    |    |                                              |     |    |                                               |    |    |
| 분 류                                            | 성인                    | 만8세미만의 소아                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                         |    |           |                                               |    |    |                                                |    |    |                                              |     |    |                                               |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |    |           |                                               |    |    |                                                |    |    |                                              |     |    |                                               |    |    |
| 자-615가 장상지 [상완으로부터 수부까지]<br>(Long Arm Splint)  | 70                    | 45                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |    |           |                                               |    |    |                                                |    |    |                                              |     |    |                                               |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |    |           |                                               |    |    |                                                |    |    |                                              |     |    |                                               |    |    |
| 자-615나 단상지 [전완으로부터 수부까지]<br>(Short Arm Splint) | 40                    | 30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |    |           |                                               |    |    |                                                |    |    |                                              |     |    |                                               |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |    |           |                                               |    |    |                                                |    |    |                                              |     |    |                                               |    |    |
| 자-615다 장하지 [대퇴부에서 족부까지]<br>(Long leg Splint)   | 120                   | 70                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |    |           |                                               |    |    |                                                |    |    |                                              |     |    |                                               |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |    |           |                                               |    |    |                                                |    |    |                                              |     |    |                                               |    |    |
| 자-615라 단하지 [하퇴로부터 족부까지]<br>(Short Leg Splint)  | 80                    | 50                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |    |           |                                               |    |    |                                                |    |    |                                              |     |    |                                               |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |    |           |                                               |    |    |                                                |    |    |                                              |     |    |                                               |    |    |

| 연번   | 제 목                | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                   |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |
|------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------|----|----|--------------|----|--------------|----|-----------------|----|----|--------------------|----|--------------|----|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|--------|----|----|--------------|----|--------------|----|-----------------|----|----|--------------------|----|--------------|----|--------------|
| 136  | 합성캐스트<br>재료대 산정방법  | <p>○ 합성캐스트 재료대 산정방법은 실 사용 개수 및 규격에 불문하고 「부위별 합성캐스트 사용기준」에서 정한 개수와 규격에 의하며</p> <p>○ 「부위별 합성캐스트 사용기준」에서 기준규격(3인치 4야드 또는 4인치 4야드)이외의 규격 제품을 사용한 경우에는 규격별 길이 등을 고려한 사용 개수를 감안하여 실제 구입한 규격의 가격으로 인정하되 기준개수의 범위를 초과하여 인정할 수 없으며 개수 환산은 아래표를 참조하여 산정함.</p> <table border="1"> <tr> <th>기준규격</th> <th>사용규격</th> <th>개수환산방법</th> </tr> <tr> <td rowspan="3">3"</td> <td>2"</td> <td>3"와 동일 개수 인정</td> </tr> <tr> <td>4"</td> <td>3"와 동일 개수 인정</td> </tr> <tr> <td>5"</td> <td>3"인정 개수의 1/2 인정</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">4"</td> <td>2"</td> <td>4"인정 개수의 1과 1/2 인정</td> </tr> <tr> <td>3"</td> <td>4"와 동일 개수 인정</td> </tr> <tr> <td>5"</td> <td>4"와 동일 개수 인정</td> </tr> </table> <p>(고시 제 2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p> | 기준규격                                                                                                                          | 사용규격 | 개수환산방법 | 3" | 2" | 3"와 동일 개수 인정 | 4" | 3"와 동일 개수 인정 | 5" | 3"인정 개수의 1/2 인정 | 4" | 2" | 4"인정 개수의 1과 1/2 인정 | 3" | 4"와 동일 개수 인정 | 5" | 4"와 동일 개수 인정 | <p>○ 합성캐스트 재료비용은 실제 사용 개수 및 규격에 불문하고 「부위별 합성캐스트 사용기준」에서 정한 개수와 규격에 의하여 청구하며</p> <p>○ 「부위별 합성캐스트 사용기준」에서 기준규격(3인치 4야드 또는 4인치 4야드)이외의 규격 제품을 사용한 경우에는 규격별 길이 등을 고려한 사용 개수를 참조하여 실제 구입한 규격의 가격으로 청구하되 기준개수의 범위를 초과하여 청구할 수 없으며 개수 환산은 아래 표를 참조하여 청구함.</p> <p>- 아 래 -</p> <table border="1"> <tr> <th>기준규격</th> <th>사용규격</th> <th>개수환산방법</th> </tr> <tr> <td rowspan="3">3"</td> <td>2"</td> <td>3"와 동일 개수 인정</td> </tr> <tr> <td>4"</td> <td>3"와 동일 개수 인정</td> </tr> <tr> <td>5"</td> <td>3"인정 개수의 1/2 인정</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">4"</td> <td>2"</td> <td>4"인정 개수의 1과 1/2 인정</td> </tr> <tr> <td>3"</td> <td>4"와 동일 개수 인정</td> </tr> <tr> <td>5"</td> <td>4"와 동일 개수 인정</td> </tr> </table> | 기준규격 | 사용규격 | 개수환산방법 | 3" | 2" | 3"와 동일 개수 인정 | 4" | 3"와 동일 개수 인정 | 5" | 3"인정 개수의 1/2 인정 | 4" | 2" | 4"인정 개수의 1과 1/2 인정 | 3" | 4"와 동일 개수 인정 | 5" | 4"와 동일 개수 인정 |
| 기준규격 | 사용규격               | 개수환산방법                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                               |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |
| 3"   | 2"                 | 3"와 동일 개수 인정                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |
|      | 4"                 | 3"와 동일 개수 인정                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |
|      | 5"                 | 3"인정 개수의 1/2 인정                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                               |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |
| 4"   | 2"                 | 4"인정 개수의 1과 1/2 인정                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                               |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |
|      | 3"                 | 4"와 동일 개수 인정                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |
|      | 5"                 | 4"와 동일 개수 인정                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |
| 기준규격 | 사용규격               | 개수환산방법                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                               |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |
| 3"   | 2"                 | 3"와 동일 개수 인정                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |
|      | 4"                 | 3"와 동일 개수 인정                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |
|      | 5"                 | 3"인정 개수의 1/2 인정                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                               |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |
| 4"   | 2"                 | 4"인정 개수의 1과 1/2 인정                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                               |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |
|      | 3"                 | 4"와 동일 개수 인정                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |
|      | 5"                 | 4"와 동일 개수 인정                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |
| 136  | 합성수지스프린트<br>의 인정기준 | <p>1. 합성수지스프린트 중에서 재사용이 가능한 열가소성수지 재질(Poly vinyl acrylate 또는 Vinyl acetate copolymer 등)은 치료기간 중 1개 인정함.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>1. 합성수지스프린트 중에서 재사용이 가능한 "열가소성수지 재질(Poly Vinyl Acrylate 또는 Vinyl Acetate Copolymer 등)"은 치료기간 중 1개 비용을 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |      |        |    |    |              |    |              |    |                 |    |    |                    |    |              |    |              |

| 연번  | 제 목             | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                 | <p>2. 재사용이 불가능한 습기경화형 폴리우레탄수지 재질(Poly Roll 등)은 골정복 및 인대 고정의 유지가 곤란한 다음의 경우에 실사용량으로 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 환부의 부종감소로 인하여 골정복 및 인대고정의 유지가 곤란한 경우</p> <p>나. 골정복 및 인대고정 중 수술을 시행하는 경우</p> <p>다. 부목 고정 후 압박으로 인한 통증이나 신경증상이 발생한 경우</p> <p>(고시 제2013-208호, 2014.1.1. 시행)</p> | <p>2. 재사용이 불가능한 습기경화형 폴리우레탄수지 재질(Poly Roll 등)은 골정복 및 인대 고정의 유지가 곤란한 다음의 경우에 실제 사용량의 비용을 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 환부의 부종감소로 인하여 골정복<sup>1)</sup> 및 인대<sup>2)</sup>고정의 유지가 곤란한 경우</p> <p>나. 골정복 및 인대고정 중 수술을 시행하는 경우</p> <p>다. 부목 고정 후 압박으로 인한 통증이나 신경증상이 발생한 경우</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 골정복 : 골절로 틀어진 뼈 조각을 원위치 시키는 것</p> <p>2) 인대 : 뼈와 뼈를 연결하여 관절의 안정성을 유지하는 섬유조직</p> |
| 137 | 흡수성체내용지혈용품 급여기준 | <p>지혈에 보조적으로 사용하는 흡수성체내용지혈용품은 다음과 같은 기준으로 사용 시 요양급여를 인정하며, 동 급여기준 이외에는 「국민건강보험법 시행규칙」 [별표6]에 따라 본인부담률을 요양급여비용의 100%로 적용함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <p>1) 간절제술(자722), 간파열봉합술(자724), 췌장수술(자751, 자752, 자754, 자756, 자757, 자758, 자759), 간, 췌, 십이지장절제술(자</p>               | <p>지혈에 보조적으로 사용하는 흡수성체내용지혈용품<sup>1)</sup>은 다음과 같은 기준으로 사용 시 치료재료 비용을 요양기관에서 청구할 수 있으며, 건강보험 인정기준 이외에는 「국민건강보험법 시행규칙」 [별표6]<sup>2)</sup>에 따라 치료재료 비용의 100%를 본인이 부담함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <p>1) 간절제술(자722), 간파열봉합술(자724), 췌장수술(자751, 자752, 자754, 자756, 자757, 자758, 자759), 간, 췌, 십이지장절제술(자-723)</p>                                                                               |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>-723)</p> <p>2) 개두술, 경막을 여는 수술(자462, 자462-1, 자463, 자464, 자465, 자466, 자468, 자471, 자472, 자473, 자473-1, 자476, 자477, 자478, 자479, 자480-1, 자480-2, 자34나, 자482나 척추신경근절제술(Spinal Rhizotomy))</p> <p>3) 대동맥 및 폐동맥 등의 심혈관수술(자164, 자168, 자170, 자170-1, 자170-2, 자181, 자183, 자184), 개심술[인공판막치환술(자179), 복잡심장수술(자180, 자185) 등]</p> <p>4) 척수수술(자469, 자467-1)</p> <p>5) 장기이식(간절제술[이식용](생체) 등)</p> <p>나. 급여개수: 한 수술 당 1개</p> <p>다. 사용 인정기준</p> <p>1) 상기 수술에서 한 수술 당 흡수성체내용지혈용품 1종을 사용할 경우 요양급여를 인정함. 단, Applicator형은 상기 수술을 복강경/흉강경으로 시행한 경우 인정함</p> <p>2) 상기 가. 급여대상 이외의 수술이나 상기 나. 급여개수를 초과하여 사용한 경우, 흡수성체내용지혈용품을 2종 이상 중복 사용한 경우 또는 국소지혈제(약제)와 흡수성체내용지혈용품을 동시에 사용한 경우는 소견서 참조하여 사례별로 인정함.</p> <p>(고시 제 2019-80호, '19.5.1. 시행)</p> | <p>2) 개두술, 경막<sup>3)</sup>을 여는 수술(자462, 자462-1, 자463, 자464, 자465, 자466, 자468, 자471, 자472, 자473, 자473-1, 자476, 자477, 자478, 자479, 자480-1, 자480-2, 자34나, 자482나 척추신경근절제술(Spinal Rhizotomy))</p> <p>3) 대동맥 및 폐동맥 등의 심혈관수술(자164, 자168, 자170, 자170-1, 자170-2, 자181, 자183, 자184), 개심술<sup>4)</sup>[인공판막치환술(자179), 복잡심장수술(자180, 자185) 등]</p> <p>4) 척수수술(자469, 자467-1)</p> <p>5) 장기이식(간절제술[이식용](생체) 등)</p> <p>나. 급여개수: 한 수술 당 1개</p> <p>다. 사용 인정기준</p> <p>1) 상기 수술에서 한 수술 당 흡수성체내용지혈용품(콜라겐 함유) 1종을 사용할 경우 요양급여를 인정함. 단, Applicator형은 상기 수술을 복강경/흉강경<sup>5)</sup>으로 시행한 경우 인정함.</p> <p>2) 상기 '가'의 급여대상 이외의 수술이나 상기 '나'의 급여개수를 초과하여 사용한 경우, 흡수성체내용지혈용품(콜라겐 함유)을 2종 이상 중복 사용한 경우 또는 국소지혈제(약제)와 흡수성체내용지혈용품(콜라겐 함유)(치료재료)을 동시에 사용한 경우는 소견서 참조하여 사례별<sup>6)</sup>로 인정함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 흡수성체내용지혈용품: 혈관 등 체내조직의 지혈을 목적으로 사용하는 제품으로 일정시간 경과 후 체내에 흡수됨.</p> <p>2) 「국민건강보험법 시행규칙」 [별표6]: 국민건강보험법 시행규칙</p> |

| 연번  | 제 목               | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                           | 설 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>제16조(요양급여비용의 본인부담)과 관련하여 요양급여비용의 본인 부담 항목 및 부담률에 대해 명시함.</p> <p>3) 경막: 뇌와 척수를 둘러싸고 있는 3겹의 막 중 가장 바깥쪽 막으로 머리뼈 내부의 두개강과 척추내부의 척추강 내에 존재</p> <p>4) 개심술: 흉골*을 절개하여 심장을 직접 육안으로 보면서 진행하는 수술<br/>* 흉골: 가슴 앞쪽 한가운데 위치하여 세로로 길쭉하고 납작한 뼈</p> <p>5) 복강경/흉강경:<br/>수술부위를 크게 절개하지 않고 작은 구멍을 뚫고 내시경을 삽입하여 시야를 확보한 후 작은 구멍에 수술기구를 삽입하여 수술을 시행하는 것으로 내시경 종류에 따라 관절경하수술, 복강경하수술, 흉강경하수술 등으로 구분</p> <p>6) 사례별: 의료인이 작성한 진료기록부, 수술기록지, 검사결과지 등의 객관적 자료를 참조하여 환자마다의 상태를 확인함.</p> |
| 138 | 1회용 수술(시술)팩의 급여기준 | <p>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</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>1) 바1, 바2 마취에 의한 수술</p> | <p>1회용 수술(시술)팩은 수술 부위를 오염 등으로부터 보호하기 위해 사용하는 환자용, 의료진용, 수술기구용, 기타 구성품으로 이루어진 패키지로, 다음의 경우에 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」의 해당 치료재료비용을 요양기관에서 별도로 청구할 수 있음. 그러나 적응증 이외에 사용한 경우 소정 행위료에 포함되어 별도로 비용을 청구할 수 없음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>1) 바1, 바2 마취에 의한 수술</p>                                                                                                                                                                |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>2) 중재적 방사선시술</p> <p>3) ECMO(체외순환막형산화요법, Extra Corporeal Membrane Oxygenation)를 위해 Cannula를 삽입하는 시술</p> <p>4) 중심정맥관 삽입술</p> <p>5) 자연분만</p> <p>나. 인정개수 : 수술(시술) 당 1개 인정</p> <p>단, 협의 진료로 2가지 이상 수술(시술)을 동시에 시행하여 수술(시술)팩을 추가로 사용하는 경우 별도인정</p> <p>다. 산정방법</p> <p>1) 적응증 '가. 1)'의 경우 'CABG 수술팩', 'Shoulder, Knee, Hip 관절치환 수술팩', '눈 수술팩', 마취시간별 수술팩(I)~(IV) 중 해당 수술팩 치료재료비용을 산정</p> <p>2) 적응증 '가. 2)~4)'의 경우 '중재적 방사선 시술팩', 'ECMO 시술팩', '중심정맥관 삽입 시술팩' 중 해당 시술팩 치료재료비용을 산정</p> <p>3) 적응증 '가. 5)'의 경우 '수술팩(I)(마취시간 1시간이하)' 치료재료비용을 산정</p> <p>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.</p> <p>(고시 제2018-19호, 2018.2.1. 시행)</p> | <p>2) 중재적 방사선시술<sup>1)</sup></p> <p>3) ECMO<sup>2)</sup>(체외순환막형산화요법, Extra Corporeal Membrane Oxygenation)를 위해 Cannula를 삽입하는 시술</p> <p>4) 중심정맥관<sup>3)</sup> 삽입술</p> <p>5) 자연분만</p> <p>나. 인정개수 : 수술(시술) 당 1개 인정</p> <p>단, 협의 진료로 2가지 이상 수술(시술)을 동시에 시행하여 수술(시술)팩을 추가로 사용하는 경우 별도인정</p> <p>다. 산정방법</p> <p>1) 적응증 '가. 1)'의 경우 '관상동맥우회로술(CABG)<sup>4)</sup> 수술팩', '어깨(Shoulder), 무릎(Knee), 엉덩이(Hip) 관절치환 수술팩', '눈 수술팩', 마취시간별 수술팩(I)~(IV) 중 해당 수술팩 치료재료비용을 산정</p> <p>2) 적응증 '가. 2)~4)'의 경우 '중재적 방사선 시술팩', 'ECMO<sup>2)</sup> 시술팩', '중심정맥관<sup>3)</sup> 삽입 시술팩' 중 해당 시술팩 치료재료비용을 산정</p> <p>3) 적응증 '가. 5)'의 경우 '수술팩(I)(마취시간 1시간이하)' 치료재료비용을 산정</p> <p>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.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 중재적 방사선 시술: 방사선 영상장비를 이용하여 인체 내부를 관찰</p> |

| 연번  | 제 목                                         | 고 시 원 문                                                                                                                                       | 설 명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                             |                                                                                                                                               | <p>하면서 얇은 카테터를 체내에 삽입하고 약물을 주입하거나 절개, 성형술 등을 시행함</p> <p>2) 체외순환막형산화요법<br/>(Extra Corporeal Membrane Oxygenation, ECMO): 심장, 폐의기능 부전 시 혈액을 몸 밖으로 순환시켜 산소를 공급하고, 환자의 순환기능을 보조함.</p> <p>3) 중심정맥관: 약제 투여 및 혈액 채취를 위해 장기간 정맥혈관을 안전하게 확보할 필요가 있을 때 주로 사용되어지는 혈관이 중심정맥이고, 주로 사용되는 중심정맥으로는 쇄골하정맥과 경정맥임. 이 부위(중심정맥, Central Venous Line)에 중심정맥관(Central Vein Catheter)를 삽입하게 됨.</p> <p>4) 관상동맥우회로술(CABG): 심장에 혈액을 공급하는 혈관인 관상동맥이 좁아져서 혈액공급이 감소하거나 차단된 부위보다 아래쪽에 추가로 혈액을 공급할 수 있는 우회혈관을 연결해주는 수술</p> |
| 139 | 연성요관경 <sup>1)</sup> 삽입용 요관확장 CATHETER 인정 기준 | <p>연성요관경 삽입용 요관확장 CATHETER는 연성요관경의 전달 및 배치 시 사용하는 1회용 치료재료로 연성요관경으로 상부요관 이상 부위에 처치 등을 실시한 경우에 요양급여를 인정함.<br/>(고시 제2018-88호, 2018.5.1. 시행)</p> | <p>연성요관경<sup>1)</sup> 삽입용 요관확장 CATHETER는 연성요관경의 진출입과 배치를 용이하게 할수 있도록 도와주는 1회용 치료재료로 연성요관경으로 상부요관<sup>2)</sup> 이상 부위에 처치 등을 실시한 경우에 요양기관에서 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 연성요관경: 유연하여 자유롭게 굽혀지는 요관내시경. 상부요관 이상부위 검사에 사용</p>                                                                                                                                                                                                                                                    |

| 연번  | 제 목                                                                   | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 첩 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2) 요관: 콩팥에서 생성된 소변이 콩팥갈때기를 거쳐 내려오면 소변을 방광까지 전달해주는 가늘고 긴 관                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 140 | 1회용 질경<br>급여기준                                                        | 산부인과 및 여성비뇨생식기 관련 진료 시 질 확대 및 자궁 경부를 노출하는데 사용하는 폴리스티렌(Polystyrene) 재질 등의 1회용 질경은 건강보험요양급여비용 행위급여목록의 제2장 [검사료] 및 제9장 [처치 및 수술료 등]의 관련 행위 외래진료에 사용한 경우 1개를 요양급여로 4인정함<br><br>(고시 제2018-156호, 2018.8.1. 시행)                                                                                                                    | 산부인과 및 여성비뇨생식기 관련 진료 시 질 확대 및 자궁 경부를 노출하는데 사용하는 폴리스티렌(Polystyrene) 재질 등의 1회용 질경은 건강보험요양급여비용 행위급여목록의 제2장 [검사료] 및 제9장 [처치 및 수술료 등]의 관련 행위 외래진료에 사용한 경우 1개를 요양기관에서 비용을 청구할 수 있음.                                                                                                                                                                                                         |
| 141 | CUSA<br>(CAVITRON<br>ULTRASONIC<br>SURGICAL<br>ASPIRATOR)<br>TIP 급여기준 | CUSA TIP은 초음파 수술기와 함께 사용하며, 조직의 파쇄, 체액의 흡인, 관주에 사용하는 치료재료로 다음의 경우에 요양급여를 인정함.<br><br>- 다 음 -<br><br>가. 수술범위<br>1) 간절제술(자722), 췌절제술(자755, 자756), 췌십이지장절제술(자757), 간,췌,십이지장절제술(자723)<br>2) 담낭악성종양근치수술(자741)<br>3) 비부분절제술(자209-나)<br>4) 뇌종양절제술(자463, 자480-1), 뇌엽절단술(자476), 뇌엽절제술(자478), 뇌전증수술(자473)<br>5) 척수종양절제술(자469, 자469-1) | CUSA TIP은 초음파 수술기와 함께 사용하며, 조직의 파쇄, 체액의 흡인 <sup>1)</sup> , 관주 <sup>2)</sup> (irrigation)에 사용하는 치료재료로 다음의 경우에 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.<br><br>- 다 음 -<br><br>가. 수술범위<br>1) 간절제술(자722), 췌절제술(자755, 자756), 췌십이지장절제술(자757), 간,췌,십이지장절제술(자723)<br>2) 담낭악성종양근치수술(자741)<br>3) 비부분절제술(자209-나)<br>4) 뇌종양절제술(자463, 자480-1), 뇌엽절단술(자476), 뇌엽절제술(자478), 뇌전증수술(자473)<br>5) 척수종양절제술(자469, 자469-1) |

| 연번  | 제 목                   | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                     | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                       | <p>6) 신부분절제술(자329)</p> <p>나. 인정개수: 수술당 1개 인정함.</p> <p>(고시 제2018-184호, 2018.9.1. 시행)</p>                                                                                                                                     | <p>6) 신부분절제술(자329)</p> <p>나. 청구 인정개수: 수술당 1개</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 흡인: 체강 내 혹은 조직 내에서 액체, 기체를 음압에 의해 튜브 등으로 흡입하여 제거하는 것</p> <p>2) 관주: 수술부위에 세척 등을 위해 액체를 주입하는 것.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 142 | 경피적 삽입용 CANNULA_체외순환용 | <p>심폐수술 시 또는 심폐수술 후 체외순환보조를 위한 회로와 인체의 연결을 위해 혈관에 삽입되는 HLS CANNULAE는 혈전형성 감소 등으로 장기사용에 대한 이점이 있으므로, '체외순환막형산화요법(ECMO)'에 사용한 경우 인정하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함.</p> <p>(고시 제2018-249호, 2018.12.1. 시행)</p> | <p>심폐수술 시 또는 심폐수술 후 체외순환보조를 위한 회로와 인체의 연결을 위해 혈관에 삽입되는 HLS CANNULAE는 혈전형성 감소 등으로 장기사용에 대한 이점이 있으므로, '체외순환막형산화요법(ECMO)'<sup>1)</sup>에 사용한 경우 요양기관에서는 재료비용을 청구할 수 있으며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>2)</sup>에 따라 재료비용의 50%를 환자가 부담<sup>3)</sup>함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 체외순환막형산화요법(Extra Corporeal Membrane Oxygenation, ECMO) : 심장, 폐의 기능 부전 시 혈액을 몸 밖으로 순환시켜 산소를 공급하고, 환자의 순환기능을 보조함.</p> <p>2) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」: 선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여 : 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성</p> |

| 연번  | 제 목                                     | 고 시 원 문                                                                                                                                                                       | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                         |                                                                                                                                                                               | <p>등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>3) 재료비용의 50%를 환자가 부담 : 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 50%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p>                                                       |
| 143 | 신절석술에 사용되는 요관폐색용 Balloon Catheter의 급여기준 | <p>신절석술에 사용되는 요관폐색용 Balloon Catheter는 자337-1 경피적 신절석술(Percutaneous Nephrolithotomy, PNL) 시 사용한 경우에만 인정하며, 양측 장기 시술 시에는 각각 요양급여를 인정함.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>"신절석술에 사용되는 요관폐색용 Balloon Catheter"는 경피적 신절석술<sup>1)</sup> 시 사용한 경우에만 요양기관에서 별도로 비용을 청구하며, 양측 장기 시술 시에는 각각 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 경피적 신절석술(Percutaneous Nephrolithotomy, PNL): 옆구리에 신장으로 통하는 굵은 관을 삽입하고 이 관을 통해 신장 내부로 진입한 내시경을 이용하여 요관 또는 신장의 결석을 깨뜨려 제거하는 방법</p> |
| 144 | 자656 경피적 관상동맥 스텐트 삽입술 시 스텐트의            | <p>자656 경피적 관상동맥 스텐트삽입술은 증상, 예후, 심장 기능의 개선 또는 사망률의 감소와 같은 임상적 유용성이 있는 경우에 시행함을 원칙으로 함.</p> <p>1. 경피적 관상동맥 스텐트삽입술 시 스텐트는 다음과 같은 경우에</p>                                        | <p>경피적 관상동맥 스텐트 삽입술<sup>1)</sup>은 증상, 예후, 심장기능의 개선 또는 사망률의 감소와 같은 임상적 유용성이 있는 경우에 시행함을 원칙으로 함.</p> <p>1. 경피적 관상동맥 스텐트삽입술 시 스텐트는 다음과 같은 경우에 사용 시</p>                                                                                                                                    |

| 연번 | 제 목  | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | 급여기준 | <p>요양급여를 인정함.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 경피적 혈관성형술(PTC, atherectomy 등) 후 급성폐쇄 혹은 임박폐쇄</li> <li>2) 경피적 혈관성형술(PTC, atherectomy 등) 후 잔여협착이 35%이상인 경우</li> <li>3) 경피적 혈관성형술(PTC, atherectomy 등) 후 재협착 병변</li> <li>4) 관동맥우회로술 시행환자에서 이식부위 혈관병변</li> <li>5) 혈관직경이 3.0mm이상으로 분기부병변(bifurcation)이 아닌 굴곡이 없고 석회화 침착이 없는 협착이 심한 병변에 일차적(direct)으로 시행하는 경우</li> </ol> <p>나. 혈관크기</p> <p>혈관의 직경이 2.5mm이상인 경우에 사용함을 원칙으로 하되, dissection이 심한 경우 등에는 2.5mm미만의 혈관에 대하여도 인정함.</p> <p>2. 요양급여비용 청구 시 스텐트를 시술한 혈관명을 기재하여 청구하여야 함.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 급여 대상</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 경피적 혈관성형술<sup>2)</sup>(PTC, atherectomy 등) 후 급성폐쇄 혹은 임박폐쇄</li> <li>2) 경피적 혈관성형술(PTC, atherectomy 등) 후 잔여협착<sup>3)</sup>이 35% 이상인 경우</li> <li>3) 경피적 혈관성형술(PTC, atherectomy 등) 후 재협착 병변</li> <li>4) 관동맥우회로술<sup>4)</sup> 시행환자에서 이식부위 혈관병변</li> <li>5) 혈관직경이 3.0mm이상으로 분기부병변(bifurcation)<sup>5)</sup>이 아닌 굴곡이 없고 석회화 침착이 없는 협착이 심한 병변에 일차적(direct)으로 시행하는 경우</li> </ol> <p>나. 혈관크기</p> <p>혈관의 직경이 2.5mm이상인 경우에 사용함을 원칙으로 하되, 혈관박리(dissection)<sup>6)</sup>가 심한 경우 등에는 2.5mm미만의 혈관에 대하여도 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>2. 요양급여비용 청구 시 스텐트를 시술한 혈관명을 기재하여 청구하여야 함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 경피적 관상동맥 스텐트 삽입술: 직접 절개가 아닌 체외에서 가는 관을 환자의 혈관(대퇴혈관)안에 넣고 조영제를 주사하여 관상동맥의 좁아진 부위를 찾아 혈관을 넓혀주기 위해 스텐트를 삽입하는 수술</li> <li>2) 경피적 혈관성형술: 영상장비를 이용한 혈관의 검사 및 치료로, 체</li> </ol> |

| 연번  | 제 목                                              | 고 시 원 문                                                                                                                                           | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                  |                                                                                                                                                   | <p>외에서 가는 관을 환자의 혈관 안에 넣고 조영제를 주사하여 엑스선에서 혈관의 좁아진 부위를 찾고 이를 넓혀주는 시술</p> <p>3) 잔여협착: 혈관성형술 수 협착의 정도가 남아있는 상태</p> <p>4) 관상동맥 우회술: 좁아진 관상동맥을 대체할 수 있는 혈관을 연결하여 심장에 혈류를 공급하는 우회로를 만들어 주는 시술</p> <p>5) 분기부병변(Bifurcation): 혈관의 가지가 2개로 분리되는 부위</p> <p>6) 혈관박리(Dissection): 혈관벽이 찢어지면서 갈라지는 상태</p>                                                                                                               |
| 145 | 치근낭적출술, 치근단절제술, 치조골결손부 골이식술 등 시행시 사용된 골대체물질 급여기준 | <p>치근낭적출술, 치근단절제술, 치조골결손부 골이식술 등을 시행시 골결손부에 사용한 골대체물질은 자가골이식술 없이 사용하였을 경우 최대 3cc(2.5g) 범위 내에서 실사용량을 인정함.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>치근<sup>1)</sup>낭적출술, 치근단절제술, 치조골<sup>2)</sup>결손부 골이식술 등을 시행 시 골결손부에 사용한 골대체물질<sup>3)</sup>은 자가골<sup>4)</sup>이식술 없이 사용하였을 경우 최대 3cc(2.5g) 범위 내에서 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 치근(root of teeth): 치아 뿌리. 잇몸과 뼈 속에 있는 치아의 부분으로 백악질로 덮여있으며 치아를 고정, 유지시켜줌.</p> <p>2) 치조골(alveolar bone): 치근이 위치하는 상악 및 하악의 골 부분</p> <p>3) 골대체물질: 뼈를 대체하는 치료재료</p> <p>4) 자가골: 환자 본인의 신체부위에서 채취한 뼈</p> |
| 146 | 복강경용 봉합재료 인정기준                                   | <p>복강경용 봉합재료는 투관침으로 천공된 복막 및 근막을 봉합하는 재료로 BMI 25kg/m<sup>2</sup> 이상 비만환자에게 직경 10mm 이상의 투관침을 사용한 경우에 한하여 봉합기 1개, 봉합사 CARTRIDGE 3개</p>              | <p>복강경<sup>1)</sup>용 봉합재료는 투관침<sup>2)</sup>으로 천공된 복막 및 근막을 봉합하는 재료로 BMI<sup>3)</sup> 25kg/m<sup>2</sup> 이상 비만환자에게 직경 10mm 이상의 투관침을 사용한 경우에 한하여 봉합기 1개, 봉합사 CARTRIDGE 3개</p>                                                                                                                                                                                                                                |

| 연번  | 제 목              | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                        | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                  | <p>범위 내에서 요양급여를 인정하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p>(고시 제2018-314호, 2019.1.1 시행)</p>                                                                                                                                                                     | <p>범위 내에서 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있으며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 재료비용의 80%를 환자가 부담<sup>4)</sup>함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 복강경: 복강(배) 안을 관찰하는 내시경</p> <p>2) 투관침: 내시경시 의료용 기구를 삽입하기 위한 통로를 만들 때 사용하는 침</p> <p>3) BMI: 체질량지수. 비만을 판단하는 기준의 하나임.<br/> <math>BMI = \frac{\text{체중(kg)}}{\text{키(m)}^2}</math></p> <p>4) 재료비용의 80%를 환자가 부담: 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p> |
| 147 | 기관내튜브 교체카테터 급여기준 | <p>기관내튜브교체카테터는 기관내삽관튜브의 안전한 교체로 응급 상황 및 합병증 등을 최소화하기 위하여 사용되는 보조적인 1회용 치료재료로 다음의 경우 요양급여로 인정함.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 일측폐환기법마취를 실시한 환자 중 double lumen endotracheal tube에서 single lumen endotracheal tube로 교체하는 경우</p> <p>나. single lumen endotracheal tube의 교체가 필요한 상황에서</p> | <p>“기관내튜브교체카테터”는 기관내삽관<sup>1)</sup>튜브의 안전한 교체로 응급 상황 및 합병증 등을 최소화하기 위하여 사용되는 보조적인 1회용 치료재료로 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 일측폐환기법마취<sup>2)</sup>를 실시한 환자 중 double lumen endotracheal tube에서 single lumen endotracheal tube로 교체하는 경우</p>                                                                                                                                                        |

| 연번  | 제 목                         | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                    | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                             | <p>환자의 상기도 부종 등에 의해 재삽관의 어려움이 예상되는 경우</p> <p>(고시 제2018-314호, 2019.1.1 시행)</p>                                                                                                              | <p>나. single lumen endotracheal tube의 교체가 필요한 상황에서 환자의 상기도 부종 등에 의해 재삽관의 어려움이 예상되는 경우</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 기관내삽관: 기도 호흡유지를 위하여 기관내로 튜브를 삽입하는 것</p> <p>2) 일측폐환기법마취: 폐수술 시 수술하는 한쪽 폐는 수술을 할 수 있도록 움직이지 않게 하고, 수술 하지 않는 한쪽 폐에만 인공호흡기를 연결하여 마취하는 방법</p> |
| 148 | 1회용 두피클립<br>급여기준            | <p>1회용 두피클립은 절개된 두피에 끼워 효과적인 지혈을 목적으로 일시 적용하는 1회용 치료재료로 두피를 절개하는 수술에서 사용 시 실사용량을 요양급여로 인정함.</p> <p>(고시 제2018-314호, 2019.1.1 시행)</p>                                                        | <p>1회용 두피클립은 절개된 두피에 끼워 효과적인 지혈을 목적으로 일시 적용하는 1회용 치료재료로 두피를 절개하는 수술에서 사용 시 실제 사용한 개수로 요양기관에서 청구할 수 있음.</p>                                                                                                                                                   |
| 149 | 신경조절<br>환기보조<br>카테터<br>급여기준 | <p>신경조절 환기보조 카테터는 카테터 말단 전극이 식도에 삽입, 중추신경이 횡격막 신경을 자극하면서 생겨나는 횡격막의 전기활성(EDI) 신호를 감지하여 인공호흡기를 통해 보조호흡을 제공할 수 있는 사용하는 1회용 치료재료로, 중환자실에서 인공호흡기를 사용하는 6세미만 환자에게 사용하는 경우 5일에 1개를 요양급여로 인정함.</p> | <p>“신경조절 환기보조<sup>1)</sup> 카테터”는 카테터 말단 전극이 식도에 삽입, 중추신경이 횡격막 신경을 자극하면서 생겨나는 횡격막의 전기활성(EDI) 신호를 감지하여 인공호흡기를 통해 보조호흡을 제공할 수 있는 사용하는 1회용 치료재료로, 중환자실에서 인공호흡기를 사용하는 6세미만 환자에게 사용하는 경우 5일에 치료재료 1개 비용을 요양기관에서 청구할 수 있음.</p>                                      |

| 연번  | 제 목                                                  | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                      | (고시 제2018-314호, 2019.1.1 시행)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 신경조절 환기보조(Neurally Adjusted Ventilatory Assist, NAVA)<br/>: 횡경막에서의 전기적 활성신호를 카테터 말단에 부착된 전극을 통해 감지하여 인공호흡기가 환자에게서 감지된 자발 호흡의 신호와 강도에 맞추어 동조된 호흡 보조를 제공하도록 만들어진 방식의 인공호흡 보조 기술</p>                                                                                                                                                                                                                                           |
| 150 | 1회용 전기수술기용 MONOPOLAR 전극과 1회용 PATIENT RETURN PAD 급여기준 | <p>1. 1회용 전기수술기용 MONOPOLAR 전극</p> <p>가. 급여대상 및 급여개수</p> <p>1) 바1, 바2 마취에 의한 관혈적 수술 및 검사에서 일체형(BLADE, SPATULA, NEEDLE TYPE) 또는 교체형 전극(BLADE, SPATULA, NEEDLE TYPE)을 병용하여 최대 2개 이내에서 실사용량으로 요양급여를 인정함. 다만, 아래의 경우 교체형 전극(BLADE, SPATULA, NEEDLE TYPE) 1개를 추가 요양급여로 인정함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 암제거술과 재건술 동시 시행</p> <p>나) 장기이식수술</p> | <p>1. “1회용 전기수술기용 MONOPOLAR 전극”을 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있는 급여대상 및 급여개수는 다음과 같음</p> <p>가. 급여대상 및 급여개수</p> <p>1) 바1, 바2 마취에 의한 관혈적 수술 및 검사 시 일체형 전극(BLADE, SPATULA, NEEDLE TYPE) 또는 교체형 전극(BLADE, SPATULA, NEEDLE TYPE)을 병용하여 최대 2개 이내에서 실제 치료재료 사용량을 요양기관에서 청구할 수 있음. 다만, 교체형 전극(BLADE, SPATULA, NEEDLE TYPE)은 아래에 해당하는 경우에 사용 시 요양기관에서 재료비용 1개를 추가로 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 암제거술과 재건술 동시 시행</p> <p>나) 장기이식수술</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>2) 자426나 자궁경부원추형절제술-전기루프이용의 경우 일체형(BLADE, SPATULA, NEEDLE TYPE) 1개, 교체형 전극(LOOP, BALL TYPE) 2개 이내에서 실사용량으로 요양급여를 인정함</p> <p>3) 아래의 경우 일체형(BLADE, SPATULA, NEEDLE TYPE) 1개, 교체형 전극(MICRO NEEDLE(5μ) TYPE) 1개 이내에서 실사용량으로 요양급여를 인정함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 만 6세미만 비뇨기 수술(복강경수술 제외)</p> <p>나) 자389-1나 정관수술-정관정관문합술, 자389-1다 정관수술-부고환정관문합술, 자399 정계정맥류수술</p> <p>다) 눈 부속기관 수술(자525 산립종절개술, 자540 맥립종절개술, 자543 침모발거술 제외)</p> <p>4) 복강경, 흉강경을 이용한 검사 및 수술에서 투관침 삽입을 위한 조직 절개 및 지혈용으로 사용한 경우 일체형(BLADE, SPATULA, NEEDLE TYPE) 또는 교체형 전극(BLADE, SPATULA, NEEDLE TYPE) 중 1개를 요양급여로 인정함</p> <p>나. 상기 가.의 1), 2), 3), 4)는 중복하여 인정하지 않음</p> <p>2. 1회용 PATIENT RETURN PAD</p> <p>○ 상기 1.의 적용증에 해당하는 경우 1개를 요양급여 함</p> <p>※ 눈 부속기관: 안와, 눈꺼풀, 결막, 눈물기관, 외안근</p> | <p>2) 자426나 자궁경부원추형절제술(전기루프이용) 시 일체형 전극(BLADE, SPATULA, NEEDLE TYPE) 1개, 교체형 전극(LOOP, BALL TYPE) 2개 이내에서 실제 사용량을 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> <p>3) 아래의 경우는 일체형 전극(BLADE, SPATULA, NEEDLE TYPE) 1개, 교체형 전극(MICRO NEEDLE(5μ) TYPE) 1개 이내에서 실제 사용량을 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 만 6세미만 비뇨기 수술(복강경수술 제외)</p> <p>나) 자389-1나 정관수술(정관정관문합술), 자389-1다 정관수술(부고환정관문합술), 자399 정계정맥류절제술</p> <p>다) 눈 부속기관 수술(자525 산립종절개술, 자540 맥립종절개술, 자543 침모발거술 제외)</p> <p>4) 복강경, 흉강경을 이용한 검사 및 수술 시 투관침 삽입을 위한 조직 절개 및 지혈용으로 사용한 경우 일체형 전극(BLADE, SPATULA, NEEDLE TYPE) 또는 교체형 전극(BLADE, SPATULA, NEEDLE TYPE) 중 1개를 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> <p>나. 상기 가.의 1), 2), 3), 4)는 중복하여 청구할 수 없음.</p> <p>2. 1회용 PATIENT RETURN PAD</p> <p>○ 상기 1. “1회용 전기수술기용 MONOPOLAR 전극”의 급여대상에 해당하는 경우에 사용 시 1개를 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> |

| 연번  | 제 목                                                         | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                             | (고시 제2018-314호, 2019.1.1 시행)                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ※ 눈 부속기관: 안와, 눈꺼풀, 결막, 눈물기관, 외안근                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 151 | 24시간<br>관류액주입관<br>(PD<br>TRANSFER<br>SET)<br>급여기준<br>(치료재료) | <p>24시간마다 교체하는 PD TRANSFER SET은 조산아 및 유소아의 복막투석 시 사용하는 재료로, 식약처 허가사항 범위 내에서 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 자706가 급성복막투석-도관삽입술<br/>나. 자706나 급성복막투석-투석액교환[1일당]<br/>다. 자707가 계속적복막관류술-도관삽입술<br/>라. 자707라(2) 계속적복막관류술-투석액 교환 또는 도관청소[1일당]-비자동복막투석</p> <p>(고시 제 2019-24호, '19.2.13. 시행)</p> | <p>소아의 복막투석 치료재료 '관류액주입관( PD TRANSFER SET)'은 조산아 및 유소아의 복막투석 시 24시간마다 교체 사용하는 재료로, 식약처 허가사항 범위 내에서 다음 경우에 요양기관이 급여비용을 청구 할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 자706가 급성복막투석-도관삽입술<br/>나. 자706나 급성복막투석-투석액교환[1일당]<br/>다. 자707가 계속적복막관류술-도관삽입술<br/>라. 자707라(2) 계속적복막관류술-투석액 교환 또는 도관청소[1일당]-비자동복막투석</p> <p>&lt;용어설명&gt;<br/>1) 복막투석-도관삽입술: 복막투석을 하기 위해서 복강안에 복막투석관을 삽입하는 수술<br/>2) 식품의약품안전처 허가사항: 의료기기의 성능 및 사용목적 등에 대해 식품의약품안전처장이 안전성·유효성을 평가하여 사용을 허용한 범위</p> |

| 연번  | 제 목                                       | 고 시 원 문                                                                                                                                                    | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 152 | 내시경하 천공<br>봉합용 CLIP<br>급여기준<br>(치료재료)     | 내시경하 천공 봉합용 CLIP은 '자766 내시경적 상부 소화관 천공 치료술' 시 10~30mm 크기의 천공에 한하여 1개를 요양급여하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함.<br>(고시 제 2019-83호, '19.5.1. 시행) | '자766 내시경적 상부 소화관 천공 치료술' 시 사용한 내시경하 천공 봉합용 CLIP은 10~30mm 크기의 천공에 한하여 1개를 청구 할 수 있으며, 「선별급여지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 153 | 1회용 다관절<br>다자유도<br>수술기구<br>급여기준<br>(치료재료) | 1회용 다관절 다자유도 수술기구는 복강경 정액수가와는 별개로 복강경하 수술시 1회당 2개에 한하여 요양급여하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함.<br>(고시 제 2019-97호, '19.6.1. 시행)                | 복강경하 수술시 '1회용 다관절 다자유도 수술기구 <sup>1)</sup> '를 사용한 경우 복강경 정액수가와는 별개로, 1회당 2개에 한하여 요양기관에서는 재료비용을 청구할 수 있으며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 <sup>2)</sup> 에 따라 재료비용의 50%를 환자가 부담 <sup>3)</sup> 함.<br><br><용어설명><br>1) 1회용 다관절 다자유도 수술기구: 1회용 수술기구로서 수술부위 안쪽에 삽입되는 집게(End-Tool) 부분이 수술 자의 손에 의해 조정되어지는 조종부와 같은 방향으로 움직여 조종이 가능한 수술기구<br>2) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」: 선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정<br>* 선별급여: 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 요양급여하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함. |

| 연번  | 제 목                                                    | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 3) 재료비용의 50%를 환자가 부담: 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 50%는 환자가 부담하고 나머지 50%는 건강보험에서 부담                                                                                                                                                                                      |
| 154 | WATERJET<br>DISSECTION<br>기구 급여기준                      | <p>WATERJET APPLICATOR는 WATERJET 수술기와 함께 사용하며, 조직의 파쇄, 체액의 흡인, 관주에 사용하는 치료재료로 다음의 경우에 요양급여 하되, CUSA TIP과 병용사용은 인정하지 아니함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여범위</p> <p>1) 간절제술(자722)</p> <p>2) 신부분절제술(자329)</p> <p>나. 급여개수: 수술 당 1개</p> <p>(고시 제2019-97호, '19.6.1. 시행)</p> | <p>조직의 파쇄, 체액의 흡인, 관주에 사용하는 치료재료 WATERJET APPLICATOR는 WATERJET 수술기와 함께 사용하며, 다음의 경우에 요양급여 하고 CUSA TIP과 병용사용은 청구할 수 없음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여범위</p> <p>1) 간절제술(자722)</p> <p>2) 신부분절제술(자329)</p> <p>나. 급여개수: 수술 당 1개</p>                                   |
| 155 | CHEST<br>BOTTLE-<br>MULTI<br>CHAMBER<br>SYSTEM<br>인정기준 | <p>1. CHEST BOTTLE - MULTI CHAMBER SYSTEM은 흉강 내에 저류된 기체, 혈액 등을 지속적으로 흡인하여 배출되는 체액의 양을 측정하는데 사용되는 치료재료로 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 흉부수술 후 흉강배액 환자(단, 자151가 흉강삽관술(폐쇄식) 단독 시행한 경우 제외)</p> <p>나. 신생아 및 소아환자(만6세 미만)</p>                              | <p>1. 흉강 내에 저류된 기체, 혈액 등을 흡인하여 배출되는 체액의 양을 측정하는데 사용되는 치료재료 'CHEST BOTTLE - MULTI CHAMBER SYSTEM'은 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 재료 비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 흉부수술 후 흉강배액 환자(단, 자151가 흉강삽관술(폐쇄식)<sup>1)</sup> 단독 시행한 경우 제외)</p> <p>나. 신생아 및 소아환자(만6세 미만)</p> |

| 연번  | 제 목           | 고 시 원 문                                                                                                                                              | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |               | <p>2. 상기 1. 이외 사용한 CHEST BOTTLE - MULTI CHAMBER SYSTEM 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p>(고시 제 2019-85호, '19.7.1. 시행)</p> | <p>2. 상기 1. 이외 사용한 CHEST BOTTLE - MULTI CHAMBER SYSTEM 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 2)에 따라 재료비용의 80%를 환자가 부담<sup>3)</sup>함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 흉강삼관술: 흉막내에 공기(기흉), 피(혈흉), 고름(농흉)이 고이면 폐에 압박을 주고 이로 인한 호흡곤란이나 가슴통증이 발생하므로 가슴 벽에 튜브를 삽입하여 흉막내에 차있는 공기, 피, 고름을 밖으로 배출시켜주는 시술을 말함.</p> <p>2) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」:</p> <p>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여: 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>3) 재료비용의 80%를 환자가 부담 : 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p> |
| 156 | 상후두기도유지기 급여기준 | <p>상후두기도유지기는 전신마취 또는 기도유지를 목적으로 사용 시 별도로 산정함.</p> <p>(고시 제 2019-112호, '19.7.1. 시행)</p>                                                               | <p>상후두기도유지기는 전신마취 또는 기도유지를 목적으로 사용 시 별도로 청구할 수 있음.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| 연번  | 제 목                                               | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 157 | GORE-TEX SUTURE<br>급여기준<br>(치료재료)                 | <p>‘GORE-TEX SUTURE(코드: B0089230, B0089330, B0089430, B0089530, B0089630)’는 폴리테트라플로오에틸렌 재질의 DOUBLE NEEDLE 봉합사로 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 폰تان수술 등 심·혈관수술에서 GORE-TEX 제품을 사용하여 봉합 또는 문합을 하는 경우<br/>나. 승모관 판막성형술 시 새로운 건삭을 형성할 때<br/>(고시 제 2019-140호, '19.7.1. 시행)</p> | <p>폴리테트라플로오에틸렌 재질의 DOUBLE NEEDLE 봉합사인 ‘GORE-TEX SUTURE(코드: B0089230, B0089330, B0089430, B0089530, B0089630)’는 다음에 해당하는 경우 요양급여를 청구함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 폰تان 수술<sup>1)</sup> 등 심·혈관수술에서 GORE-TEX 제품을 사용하여 봉합 또는 문합을 하는 경우<br/>나. 승모관 판막성형술 시 새로운 건삭을 형성할 때</p> <p>&lt;용어설명&gt;<br/>1) 폰تان 수술: 선천성 심장 기형 환자 가운데 단심실 환자에게 시행되는 수술, 심실이 하나밖에 없는 환자의 경우 폐순환을 하는 혈관을 심실 에서 우회하도록 하는 수술.</p> |
| 158 | GORE-TEX STRETCH VASCULAR GRAFT<br>급여기준<br>(치료재료) | <p>GORE-TEX STRETCH VASCULAR GRAFT 20cm(직경 16, 18, 20mm, 코드: G0432030)는 폴리테트라플로오에틸렌 재질의 인조혈관으로 폰تان 수술에 요양급여를 인정함.<br/>(고시 제 2019-140호, '19.7.1. 시행)</p>                                                                                                                                                                      | <p>폴리테트라플로오에틸렌 재질의 인조혈관 ‘GORE-TEX STRETCH VASCULAR GRAFT 20cm(직경 16, 18, 20mm, 코드: G0432030)’은 폰تان 수술<sup>1)</sup>에 사용 시 요양급여를 청구함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;<br/>1) 폰تان 수술: 선천성 심장 기형 환자 가운데 단심실 환자에게 시행되는 수술, 심실이 하나밖에 없는 환자의 경우 폐순환을 하는 혈관을 심실 에서 우회하도록 하는 수술.</p>                                                                                                                                                          |

| 연번  | 제 목                                                   | 고 시 원 문                                                                                                                                                  | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 159 | 관상동맥 중재<br>술용 GUIDE<br>EXTENSION<br>CATHETER의<br>급여기준 | 「관상동맥 중재술용 GUIDE EXTENSION CATHETER」는 혈관의 심한 굴곡 및 심한 석회화 등으로 스텐트를 삽입하는 과정에서 저항이 심하여 병변에 도달하기 어려운 경우 1개 인정함.<br>(고시 제 2019-176호, '19.9.1. 시행)             | 「관상동맥 <sup>1)</sup> 중재술용 GUIDE EXTENSION CATHETER」는 혈관의 심한 굴곡 및 심한 석회화 <sup>2)</sup> 등으로 스텐트를 삽입하는 과정에서 저항이 심하여 병변에 도달하기 어려운 경우 사용 시 1개 재료비용을 청구할 수 있음.<br><br>1) 관상동맥: 관처럼 생긴 모양으로 심장을 둘러싸고 있어 심장에 산소와 영양을 공급하는 동맥혈관으로 오른심장동맥과 왼심장동맥으로 구성<br>2) 석회화: 뼈처럼 단단하게 석회(칼슘)가 침착되는 것                                                                                                                                                                                 |
| 160 | 경추용 전방<br>PLATE SET와<br>동시 사용한<br>경추용 CAGE의<br>급여기준   | ‘자-46가(1) 척추고정술(전방고정-경추)’에 경추용 CAGE와 경추용 전방 PLATE SET를 동시 사용한 경우, 경추용 CAGE는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률 80%로 적용함.<br>(고시 제 2019-190호, '19.9.1. 시행) | ‘자-46가(1) 척추고정술(전방고정-경추)’에 경추용 CAGE <sup>1)</sup> 와 경추용 전방 PLATE SET를 동시 사용한 경우, 경추용 CAGE는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 <sup>2)</sup> 에 따라 본인부담률 80% <sup>3)</sup> 로 적용함.<br><br><용어설명><br>1) Cage: 척추뼈 사이에 삽입하여 척추체를 고정하는 척추 고정용 재료<br>2) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」: 선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정<br>* 선별급여: 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함 |

| 연번  | 제 목                            | 고 시 원 문                                                                                                                                                             | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                |                                                                                                                                                                     | 3) 재료비용의 80%를 환자가 부담: 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담 「선별급여지정 및 실시 등에 관한 기준」 2) 에 따라 본인부담률을 80% 적용하는 경우에는 동 치료재료도 동일하게 적용함.                                                                                                                                                         |
| 161 | 동맥필터를 포함한 산화기(OXYGENATOR) 급여기준 | <p>동맥필터를 포함한 산화기(OXYGENATOR)는 다음 중 하나에 해당하는 환자에게 사용한 경우 요양급여를 인정함.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 체중 15kg 미만 소아</p> <p>나. 무수혈 환자</p> <p>(고시 제 2019-193호, '19.9.1. 시행)</p> | <p>동맥필터를 포함한 산화기(OXYGENATOR)는 다음 중 하나에 해당하는 환자에게 사용한 경우 요양급여를 인정함.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 체중 15kg 미만 소아</p> <p>나. 무수혈 환자</p> <p>동맥필터를 포함한 산화기(OXYGENATOR)는 다음 중 하나에 해당하는 환자에게 사용한 경우 요양급여비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) OXYGENATOR: 심장 수술시에 사용되는 장비로 심장수술 중에는 심장이 제 역할을 못하여 인공적으로 심장과 폐역할을 OXYGENATOR(기계장치)가 담당.</p> |

| 연번  | 제 목                                  | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 162 | “CHEST TUBE & BOTTLE 일체형(배기용) ” 급여기준 | <p>1. “CHEST TUBE &amp; BOTTLE 일체형(배기용)”은 기흉 환자의 흉강에서 배기를 행하기 위하여 사용하는 치료재료로, 다음 중 하나에 해당하는 환자에게 사용한 경우 요양급여를 인정하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 외래환자 및 응급실 당일 퇴원환자<br/>나. 신생아 및 만 1세 미만 영아</p> <p>2. 기 등재된 치료재료(CHEST TUBE 및 CHEST BOTTLE 등)와의 병용 사용은 인정하지 않음.<br/>(고시 제 2019-193호, '19.9.1. 시행)</p> | <p>1. “CHEST TUBE &amp; BOTTLE<sup>1)</sup> 일체형(배기용)”은 기흉 환자의 흉강에서 배기를 행하기 위하여 사용하는 치료재료로, 다음 중 하나에 해당하는 환자에게 사용한 경우 재료비용을 청구할 수 있으며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>2)</sup>에 따라 본인 부담률을 80%<sup>3)</sup>로 적용함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 외래환자 및 응급실 당일 퇴원환자<br/>나. 신생아 및 만 1세 미만 영아</p> <p>2. 기 등재된 치료재료(CHEST TUBE 및 CHEST BOTTLE 등)와의 병용 사용은 인정하지 않음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) CHEST TUBE &amp; BOTTLE: 흉막내에 공기(기흉), 피(혈흉), 고름(농흉)이 고이면 폐에 압박을 주고 이로 인한 호흡곤란이나 가슴 통증이 발생하므로 가슴벽에 튜브를 삽입 흉막내에 차있는 공기, 피, 고름 등을 밖으로 배출시켜줌.</p> <p>2) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」: 선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여: 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이익이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>3) 재료비용의 80%를 환자가 부담: 보건복지부장관이 고시한 치료재료</p> |

| 연번  | 제 목                       | 고 시 원 문                                                                                                                                                               | 설 명                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                           |                                                                                                                                                                       | <p>상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담 「선별급여지정 및 실시 등에 관한 기준」 2) 에 따라 본인부담률을 80% 적용하는 경우에는 동 치료재료도 동일하게 적용함.</p>                                                                                                    |
| 163 | 1회용 관절 봉합용 NEEDLE<br>급여기준 | <p>1회용 관절 봉합용 needle은 연조직 봉합 시 봉합사를 정확한 위치로 통과시키기 위해 사용하는 치료재료로, 관절경하 수술 시 1개를 요양급여로 인정함.<br/>(고시 제 2019-193호, '19.9.1. 시행)</p>                                       | <p>1회용 관절 봉합용 needle은 연조직 봉합 시 봉합사를 정확한 위치로 통과시키기 위해 사용하는 치료재료로, 관절경하<sup>1)</sup> 수술 시 1개를 요양급여비용으로 청구할 수 있음.<br/>&lt;용어설명&gt;<br/>1) 관절경: 관절강내의 변화를 직접 관찰하거나 사진으로 촬영하는 장치</p>                                                               |
| 164 | 개방형 고유량 산소마스크<br>(1회용)    | <p>개방형 고유량 산소마스크(1회용)는 CO2 재호흡 문제를 해결하고 고유량 산소요법이 필요한 환자에게 유용한 치료재료로, 15L/min 이상의 산소요법이 필요한 응급실 및 중환자실 환자에게 사용 시 1개를 요양급여로 인정함.<br/>(고시 제 2019-193호, '19.9.1. 시행)</p> | <p>개방형 고유량 산소마스크(1회용)는 CO2 재호흡 문제를 해결하고 고유량 산소요법<sup>1)</sup> 이 필요한 환자에게 유용한 치료재료로, 15L/min 이상의 산소요법이 필요한 응급실 및 중환자실 환자에게 사용 시 1개 재료비용을 청구할 수 있음.<br/>&lt;용어설명&gt;<br/>1) 산소요법: 산소결핍증의 치료를 목적으로 공기중에 함유된 산소농도 (21%)보다 높은 농도의 산소를 흡입시키는 방법</p> |

| 연번  | 제 목                                             | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 165 | GORE-TEX SUTURE 등<br>희소·긴급도입<br>필요 의료기기<br>급여기준 | <p>ORE-TEX SUTURE 등 16품목은 희소·긴급도입 필요 의료기기로, 식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. GORE-TEX SUTURE 8품목</p> <p>1) 해당 코드: B0089210, B0089310, B0089410, B0089510, B0089511, B0089610, B0089611, B0089612</p> <p>2) 사용목적</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 승모판막성형술 및 승모판치환술에서 유두근과 연결되는 힘줄인 인조건삭(artificial chorda)으로 사용</li> <li>- 선천성심기형환자에게 인공혈관 (GORE-TEX vascular graft)을 이용한 수술시 인공혈관의 봉합(suture) 또는 문합(anastomosis)에 사용</li> <li>- 삼첨판막륜성형술 시 판막윤의 축소를 위해 사용</li> <li>- 우심실 유출로 축소를 위해 사용</li> <li>- 심장에 압력 측정용 카테터 삽입 시 카테터 고정을 위해 사용</li> </ul> <p>나. GORE-TEX STRETCH VASCULAR GRAFT 3품목</p> <p>1) 해당 코드: G0431010, G0431020, G0431030</p> <p>2) 사용목적</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 선천성 심기형 환아 중 폐혈류가 저하되어 청색증을 보이는 환아에게 시행되는 고식적 수술인 셉트에 사용</li> <li>- 기능적 단심실의 교정방법인 폰탄수술 시 또는 폰탄수술 후 large diameter graft를 이용한 폰탄 통로 및 심방간 fenestration으로 사용</li> </ul> | <p>희소·긴급도입 필요한 의료기기인 GORE-TEX SUTURE 등 16품목은, 식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 다음의 경우에 요양급여를 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. GORE-TEX SUTURE 8품목</p> <p>1) 해당 코드: B0089210, B0089310, B0089410, B0089510, B0089511, B0089610, B0089611, B0089612</p> <p>2) 사용목적</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 승모판막성형술<sup>1)</sup> 및 승모판치환술<sup>2)</sup> 에서 유두근<sup>3)</sup>과 연결되는 힘줄인 인조건삭(artificial chorda)으로 사용</li> <li>- 선천성심기형환자에게 인공혈관 (GORE-TEX vascular graft)을 이용한 수술시 인공혈관의 봉합(suture) 또는 문합(anastomosis)에 사용</li> <li>- 삼첨판막륜성형술<sup>4)</sup> 시 판막윤의 축소를 위해 사용</li> <li>- 우심실 유출로 축소를 위해 사용</li> <li>- 심장에 압력 측정용 카테터 삽입 시 카테터 고정을 위해 사용</li> </ul> <p>나. GORE-TEX STRETCH VASCULAR GRAFT 3품목</p> <p>1) 해당 코드: G0431010, G0431020, G0431030</p> <p>2) 사용목적</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 선천성 심기형 환아 중 폐혈류가 저하되어 청색증<sup>5)</sup>을 보이는 환아에게 시행되는 고식적 수술인 셉트에 사용</li> <li>- 기능적 단심실의 교정방법인 폰탄수술 시 또는 폰탄수술<sup>6)</sup> 후 large diameter graft를 이용한 폰탄 통로 및 심방간 fenestration<sup>7)</sup>으로 사용</li> </ul> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 소아 대동맥 수술 시 전방성 뇌혈류 유지를 위해 사용</li> <li>- 선천적으로 우심실과 폐동맥의 연결이 없는 폐동맥 폐쇄(pulmonary atresia) 환자의 우심실과 폐동맥을 연결하기 위한 도관으로 사용</li> </ul> <p>다. GORE-TEX STRETCH VASCULAR GRAFT</p> <p>1) 해당 코드: G0432010</p> <p>2) 사용목적</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 선천성 심기형인 기능적 단심실 (functional single ventricle) 환자의 교정방법인 폰탄수술에 사용(하대정맥에서 폐동맥 사이의 연결)</li> <li>- 선천적으로 우심실과 폐동맥의 연결이 없는 폐동맥 폐쇄 (pulmonary atresia) 환자에서 우심실과 폐동맥을 연결하기 위한 도관으로 사용</li> <li>- 양대혈관우심실 시 대혈관전위 등에서 좌심실-대동맥 간 터널 형성 시 (intraventricular baffle) 사용</li> </ul> <p>라. GORE PRECLUDE PERICARDIAL MEMBRANE</p> <p>1) 해당 코드: G1401010</p> <p>2) 사용목적</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 심장수술 후 흉골융합 시 재수술이 예견되는 경우 심장 위에 덮어주는 방식으로 사용(유착을 예방함으로써 재수술시 흉골절개 중 심장의 손상을 막을 수 있음)</li> </ul> <p>마. GORE-TEX SOFT TISSUE PATCH</p> <p>1) 해당 코드: G1420010</p> <p>2) 사용목적</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 심실 또는 심방중격결손증 환자의 결손 봉합을 위한 첩포로 사용</li> <li>- 수정대혈관전위 등에서 심방전환술(atrial switch) 등 단순 심방,</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 소아 대동맥 수술 시 전방성 뇌혈류 유지를 위해 사용</li> <li>- 선천적으로 우심실과 폐동맥의 연결이 없는 폐동맥 폐쇄(pulmonary atresia) 환자의 우심실과 폐동맥을 연결하기 위한 도관으로 사용</li> </ul> <p>다. GORE-TEX STRETCH VASCULAR GRAFT</p> <p>1) 해당 코드: G0432010</p> <p>2) 사용목적</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 선천성 심기형인 기능적 단심실 (functional single ventricle) 환자의 교정방법인 폰탄수술에 사용(하대정맥에서 폐동맥 사이의 연결)</li> <li>- 선천적으로 우심실과 폐동맥의 연결이 없는 폐동맥 폐쇄 (pulmonary atresia) 환자에서 우심실과 폐동맥을 연결하기 위한 도관으로 사용</li> <li>- 양대혈관우심실 시 대혈관전위<sup>8)</sup> 등에서 좌심실-대동맥 간 터널 형성 시 (intraventricular baffle) 사용</li> </ul> <p>라. GORE PRECLUDE PERICARDIAL MEMBRANE</p> <p>1) 해당 코드: G1401010</p> <p>2) 사용목적</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 심장수술 후 흉골융합 시 재수술이 예견되는 경우 심장 위에 덮어주는 방식으로 사용(유착을 예방함으로써 재수술시 흉골절개 중 심장의 손상을 막을 수 있음)</li> </ul> <p>마. GORE-TEX SOFT TISSUE PATCH</p> <p>1) 해당 코드: G1420010</p> <p>2) 사용목적</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 심실 또는 심방중격결손증<sup>9)</sup> 환자의 결손 봉합을 위한 첩포로 사용</li> <li>- 수정대혈관전위<sup>10)</sup> 등에서 심방전환술(atrial switch)<sup>11)</sup> 등 단순 심방,</li> </ul> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>심실 중격결손 이외에 심방내 통로를 만들 때 사용</p> <p>바. GORE ACUSEAL CARDIOVASCULAR PATCH 2품목</p> <p>1) 해당 코드: G1421010, G1422010</p> <p>2) 사용목적</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 심장 수술에서 심실 절개 후 봉합을 위한 첩포로 사용</li> <li>- 심실유출로 협착재건술에서 협착부위의 확장을 위한 첩포로 사용</li> </ul> <p>(고시 제2019-207호, '19.10.1. 시행)</p> | <p>심실 중격결손 이외에 심방내 통로를 만들 때 사용</p> <p>바. GORE ACUSEAL CARDIOVASCULAR PATCH 2품목</p> <p>1) 해당 코드: G1421010, G1422010</p> <p>2) 사용목적</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 심장 수술에서 심실 절개 후 봉합을 위한 첩포로 사용</li> <li>- 심실유출로<sup>12)</sup> 협착재건술에서 협착부위의 확장을 위한 첩포로 사용</li> </ul> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 승모판막성형술: 심장의 승모판막에 좁은구멍을 내는 수술. 승모판막 협착증의 치료과정의 하나로 시술</p> <p>2) 승모판막치환술: 질환이 있는 승모판을 인공판막으로 치환해주는 수술</p> <p>3) 유두근: 심실벽에 있는 원뿔형근육돌기</p> <p>4) 삼첨판막륜성형술: 삼첨판이 붙어있는 막륜(valvering)을 적절한 크기와 모양으로 성형하는 것으로 혈액의 역류를 방지하는 삼첨판폐쇄부전증의 수술</p> <p>5) 청색증: 피부나점막이 푸른색을 띠는것</p> <p>6) 폰탄수술: 단심실을 가진 환아에게 최종적으로 시행하는 수술. 두개의 혈액순환을 담당할 펌프가 하나밖에 없어 폐순환을 담당할 펌프가 없으므로 전신을 순환하고 온 혈액이 심장을 거치지 않고 바로 폐로 들어갈 수 있도록 새로운 길을 만들어 주는 수술</p> <p>7) fenestration: 구멍이 뚫거나 뚫려있는 상태</p> <p>8) 대혈관전위: 선천성 심장기형으로 두개의 대혈관, 즉 폐동맥과 대동맥이 정상과는 반대로 나와 우심실에서 대동맥이 나오고 좌심실에서 폐동맥이 나오는 질환</p> |

| 연번  | 제 목                               | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                               | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                   |                                                                                                                                                                                                                       | 9) 심방중격결손증: 좌우 양심방 사이 중간 벽에 구멍이 있는 상태<br>10) 수정대혈관전위: 우심방에서 좌심실로 연결되고 여기에서 폐동맥이 나가며 좌측에서는 좌심실과 우심실이 연결되고 여기에는 대동맥이 나가는 형태<br>11) 심방전환술: 정맥혈류가 흐를 길을 심방수준에서 바꿔주는 수술<br>12) 심실유출로: 좌심실에서 대동맥으로 혈액이 흘러나가는 경로, 혈액이 우심실에서 폐로 흘러나오는 경로                           |
| 166 | DRAINAGE BAG_역류방지용 (배액, 배기용) 급여기준 | DRAINAGE BAG_역류방지용 (배액, 배기용) 치료재료는 흉강의 혈액 체액 등을 배기 배액하기 위한 역류방지용VALVE가 있는 DRAINAGE BAG으로 다음 중 어느 하나에 해당하는 요양급여로 인정함.<br><br>- 다 음 -<br>가. 외래 및 응급실의 당일 퇴원 환자<br>나. 퇴원이 계획되어 있는 입원 환자<br>(고시 제2019-207호, '19.10.1. 시행) | 역류방지용(배액, 배기용) 치료재료 DRAINAGE BAG은 흉강 <sup>1)</sup> 의 혈액 체액 등을 배기 배액하기 위한 역류방지용VALVE가 있는 DRAINAGE BAG으로 다음 중 어느 하나에 해당하는 요양급여비용을 청구할 수 있음.<br><br>- 다 음 -<br>가. 외래 및 응급실의 당일 퇴원 환자<br>나. 퇴원이 계획되어 있는 입원 환자<br><br><용어설명><br>1) 흉강: 가로막과 갈비뼈로 둘러싸인 가슴 속 빈 공간 |
| 167 | 흉골접합용                             | 흉골 접합용 치료재료는 흉골 봉합 시 사용되는 wire에 비해 흉골                                                                                                                                                                                 | 흉골 <sup>1)</sup> 접합용 치료재료는 흉골 봉합 시 사용되는 wire에 비해 흉골의                                                                                                                                                                                                       |

| 연번  | 제 목                                      | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 설 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | 치료재료(흉골 LOCKING PLATE SCREW-PIN) 의 급여 기준 | <p>의 재건과 안정적인 내부 고정이 가능한 점을 고려하여 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 흉골 두께 50% 이상의 전위골절 시</li> <li>2) 분절전위골절로 인한 흉벽 함몰</li> <li>3) 선천성 복합 흉벽 기형에서 흉골 부분절제 및 고정</li> <li>4) 아래와 같은 경우에 흉골 절개부위 봉합 시 <ol style="list-style-type: none"> <li>① 65세 이상</li> <li>② 재수술 (Redo-sternotomy)</li> <li>③ 수술 중 흉골 골절이 발생한 경우</li> <li>④ 골다공증이 심한 경우(의사 소견서 첨부)</li> </ol> </li> </ol> <p>나. 인정개수: PLATE 2개, SCREW 또는 PIN 실사용량 인정<br/>(고시신설 제2019-221호, '19.11.1. 시행)</p> | <p>재건과 안정적인 내부 고정이 가능한 점을 고려하여 다음에 해당하는 경우 요양급여비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 흉골 두께 50% 이상의 전위골절 시</li> <li>2) 분절전위골절로 인한 흉벽 함몰</li> <li>3) 선천성 복합 흉벽 기형에서 흉골 부분절제 및 고정</li> <li>4) 아래와 같은 경우에 흉골 절개부위 봉합 시 <ol style="list-style-type: none"> <li>① 65세 이상</li> <li>② 재수술 (Redo-sternotomy)</li> <li>③ 수술 중 흉골 골절이 발생한 경우</li> <li>④ 골다공증이 심한 경우(의사 소견서 첨부)</li> </ol> </li> </ol> <p>나. 인정개수: PLATE 2개, SCREW 또는 PIN 실사용량 인정</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 흉골: 가슴중앙 부위에서 넥타이 모양처럼 길쭉한 뼈를 복장뼈라 하고 복장뼈는 쇄골과 만나 대문자 “T”모양을 이루며, 연골을 통해 양쪽 갈비뼈와 연결되며, 가슴 앞쪽 정중앙에서 갈비뼈와 연결되어 위치함.</li> </ol> |
| 168 | 1회용 PLASMA BLADE                         | 1회용 PLASMA BLADE은 기존 전기수술기에 비해 저 준위의 에너지만으로도 조직 절개 및 지혈을 가능케 해주는 치료재료로,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1회용 PLASMA BLADE은 기존 전기수술기에 비해 저 준위의 에너지만으로도 조직 절개 및 지혈을 가능케 해주는 치료재료로, 전극                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| 연번 | 제 목  | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 첩 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | 급여기준 | <p>전극(LEAD) 손상의 우려 없이 이식형 심박동기 및 심율동 전환 제세동기 교환술을 실시할 수 있게 한다는 점을 감안하여 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 1개를 요양급여로 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 자200나(1)(나) 경정맥 체내용 심박기 거치술-심박기 교환술<br/> 나. 자200나(1)(다) 경정맥 체내용 심박기 거치술-삽입된 심박기 기능향상<br/> 다. 자200-2가(2) 심율동 전환 제세동기 거치술-경정맥 접근-교환술<br/> 라. 자200-2나(2) 심율동 전환 제세동기 거치술-피하 접근-교환술<br/> (고시신설 제2019-237호, '19.12.1. 시행)</p> | <p>(LEAD) 손상의 우려 없이 이식형 심박동기 및 심율동 전환 제세동기 교환술을 실시할 수 있게 한다는 점을 감안하여 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 1개비용을 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 자200나(1)(나) 경정맥 체내용 심박기 거치술<sup>1)</sup>-심박기 교환술<br/> 나. 자200나(1)(다) 경정맥 체내용 심박기 거치술-삽입된 심박기 기능향상<br/> 다. 자200-2가(2) 심율동 전환 제세동기 거치술<sup>2)</sup>-경정맥 접근-교환술<br/> 라. 자200-2나(2) 심율동 전환 제세동기 거치술-피하 접근-교환술</p> <p>&lt;용어설명&gt;<br/> 1) 심박기거치술: 치료가 필요한 서맥(느린 맥박)이 있는 경우, 인공심장박동기를 체내에 삽입하여 외부의 전기적 자극으로 심장이 떨 수 있도록 하는 치료<br/> 2) 심율동전환 제세동기거치술[경정맥]: 심실빈맥(빠른 맥박) 또는 심실세동*과 같이 불안정한 심장 리듬을 정상맥박으로 돌릴 수 있도록 정맥을 통해 소형의 이식형 제세동기를 체내에 이식하는 것. 심실세동이 발생하는 경우 이식된 제세동기에서 심실세동을 감지하고 전기쇼크를 자동적으로 발생시켜 제세동**함.<br/> * 심실세동: 심장 박동 시 심실의 각 부분이 무질서하게 불규칙적으로 수축하는 상태로, 심장 박출이 거의 없는 현상<br/> ** 제세동: 불안정한 심장 리듬을 정상조율로 되돌림</p> |

| 연번  | 제 목                    | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                       | 집 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 169 | 간절제술용 전극(1회용) 급여기준     | 간절제술용 전극(1회용)은 고주파 에너지와 동시에 생리식염수를 전달하여 열을 낮춤으로써 지혈봉합(hemostatic sealing)과 응고 시에 조직 손상을 줄여주는 치료재료로, ‘자722 간절제술’에 사용한 경우 1개를 요양급여로 인정함.<br>(고시신설 제2019-237호, ‘19.12.1. 시행)                                                     | 간절제술용 전극(1회용)은 고주파 에너지와 동시에 생리식염수를 전달하여 열을 낮춤으로써 지혈봉합(hemostatic sealing)과 응고 시에 조직 손상을 줄여주는 치료재료로, ‘자722 간절제술’에 사용한 경우 1개 비용을 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.                                                                                                        |
| 170 | 고주파 자궁 내막 소작술용 전극 급여기준 | 「고주파 자궁내막소작술용 전극」은 자궁내막에 악성 종양 또는 전암 단계 병변이 없는 월경과다증이나 비정상적 자궁출혈이 있는 환자 중 추후 임신계획이 없고 기존의 보존적 치료(약물 치료 등)에 실패했거나 금기증인 경우에 사용시 요양급여를 인정함.<br>(고시신설 제2019-250호, ‘19.12.1. 시행)                                                   | 「고주파 자궁내막소작술용 전극」 <sup>1)</sup> 은 자궁내막에 악성 종양 또는 전암 단계 병변이 없는 월경과다증이나 비정상적 자궁출혈이 있는 환자 중 추후 임신계획이 없고 기존의 보존적 치료(약물 치료 등)에 실패했거나 금기증인 경우에 사용시 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.<br><용어설명><br>1) 자궁내막 악성 종양 등의 소작술에 쓰이는 전극                                                    |
| 171 | 미세혈관 자동문합기 급여기준        | 1. 미세혈관 자동문합기는 말초혈관 계통에 미세수술 시 혈관 문합을 위해 사용하는 치료재료로 미세혈관 문합을 시행하는 경우 혈관 당 1개, 시술 시 최대 2개까지 요양급여를 인정하며 「선별급여지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 함.<br><br>2. 상기 1.의 급여개수를 초과하여 사용한 경우에는 「선별급여지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률 90%로 함. | 1. 미세혈관 자동문합기는 말초혈관 계통에 미세수술 시 혈관 문합을 위해 사용하는 치료재료로 미세혈관 문합을 시행하는 경우 혈관 당 1개, 시술 시 최대 2개까지 요양급여비용 청구를 인정하며 「선별급여지정 및 실시 등에 관한 기준」 <sup>1)</sup> 에 따라 본인부담률을 50% <sup>2)</sup> 로 함.<br><br>2. 상기 1.의 급여개수를 초과하여 사용한 경우에는 「선별급여지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률 90%로 함. |

| 연번  | 제 목                   | 고 시 원 문                                                                                                                                            | 설 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                       | (고시신설 제2019-258호, '19.12.1. 시행)                                                                                                                    | <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 :<br/>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여: 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>2) 재료비용의 50%를 환자가 부담: 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 50%는 환자가 부담하고 나머지 50%는 건강보험에서 부담</p> |
| 172 | 안구내 흡인용 SOFT TIP(1회용) | <p>안구내 흡인용 SOFT TIP(1회용)은 안구 내 액체/가스 교환 또는 삼출물 제거 등의 목적으로 사용하는 치료재료로, 자512 유리체 절제술에 사용한 경우 1개를 요양급여로 인정함.</p> <p>(고시 제2019-258호, '19.12.1. 시행)</p> | <p>안구 내 액체/가스 교환 또는 삼출물 제거 등의 목적으로 사용하는 치료재료 안구내 흡인용 SOFT TIP(1회용)은, 자512 유리체 절제술<sup>1)</sup>에 사용한 경우 1개 재료비용을 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 유리체절제술: 유리체는 안구 내부의 대부분을 차지하는 투명하고 탄력있는 조직으로, 우리 눈 속에 출혈이나 염증이 발생하게 되면 투명하던 유리체가 혼탁해지면서 시력 장애가 발생할 수 있음.</p> <p>** 유리체절제술은 혼탁된 유리체를 제거하거나, 박리된 망막을 유착시켜 시력을 회복시켜주는 수술.</p>                                   |

| 연번  | 제 목               | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 설 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 173 | 홍채 확장용<br>기구(1회용) | <p>홍채 확장용 기구(1회용)는 안과수술 시 홍채를 지지하고 확장하기 위한 치료재료로, 다음 중 어느 하나에 해당하는 수술에서 홍채유착, 홍채이완 증후군 또는 산동체에 반응하지 않는 소동공 환자에게 사용한 경우 1개를 요양급여로 인정함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 자511 백내장 및 수정체 수술<br/>2) 자511-1 인공 수정체 삽입 또는 교환술<br/>3) 자512 유리체절제술<br/>(고시신설 제2019-258호, '19.12.1. 시행)</p> | <p>안과수술 시 홍채를 지지하고 확장하기 위한 치료재료 홍채 확장용 기구(1회용)는, 다음 중 어느 하나에 해당하는 수술에서 홍채유착<sup>1)</sup>, 홍채이완 증후군 또는 산동체에 반응하지 않는 소동공 환자에게 사용한 경우 1개 비용을 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 자511 백내장 및 수정체 수술<br/>2) 자511-1 인공 수정체 삽입 또는 교환술<br/>3) 자512 유리체절제술<sup>2)</sup></p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 홍채유착: 홍채모양체염 후에 생기는 합병증으로, 홍채의 동공연은 조기에 삼출물 때문에 본래 가볍게 닿고 있는 수정체 표면에 유착 이것을 홍채후유착이라고 하고, .<br/>동공연 전둘레가 유착하는 것을 윤상유착, 홍채전후면이 유착하는 것은 전유착이라고 함.<br/>** 홍채모양체염: 포도막은 혈관이 많은 눈 안의 조직으로, 부위에 따라 앞에서부터 빛의 양을 조절하는 홍채, 수정체를 받쳐주는 모양체, 그리고 눈 바깥의 광선을 차단하는 맥락막으로 구성되어 있으며 포도막염은 이들 부위에 발생한 염증을 말함</p> <p>2) 유리체절제술: 유리체는 안구 내부의 대부분을 차지하는 투명하고 탄력있는 조직으로, 우리 눈 속에 출혈이나 염증이 발생하게 되면 투명하던 유리체가 혼탁해지면서 시력 장애가 발생할 수 있음.<br/>** 유리체절제술은 혼탁된 유리체를 제거하거나, 박리된 망막을 유착시켜 시력을 회복시켜주는 수술.</p> |

| 연번  | 제 목                                 | 고 시 원 문                                                                                                                | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 174 | MVR<br>BLADE/KNIFE<br>(1회용)<br>급여기준 | MVR BLADE/KNIFE(1회용)는 공막 천공 및 절개를 위해 사용하는 치료재료로, 자512 유리체절제술에 사용한 경우 1개를 요양급여로 인정함.<br>(고시신설 제2019-258호, '19.12.1. 시행) | 공막 천공 및 절개를 위해 사용하는 치료재료 MVR BLADE/KNIFE (1회용) 는, 자512 유리체절제술 <sup>1)</sup> 에 사용한 경우 1개 재료비용을 요양기관에서 별도로 청구할 수 있음.<br><br><용어설명><br>1) 유리체절제술: 유리체는 안구 내부의 대부분을 차지하는 투명하고 탄력있는 조직으로, 우리 눈 속에 출혈이나 염증이 발생하게 되면 투명하던 유리체가 혼탁해지면서 시력 장애가 발생할 수 있음.<br>** 유리체절제술은 혼탁된 유리체를 제거하거나, 박리된 망막을 유착시켜 시력을 회복시켜주는 수술. |

## ■ 5. 중재적 시술료 ■



| 연번 | 제 목                                                             | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | “PEIT Needle”의<br>요양급여<br>대상여부                                  | <p>“PEIT Needle”(유도침 및 연장튜브로 구성)은 경피적 경화술시 경화제 에탄올을 주입하는데 사용하는 천공기구로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2002-80호, 2003.1.1. 시행)</p>                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>“PEIT Needle”(유도바늘 및 연장튜브로 구성)은 경피적 경화술<sup>1)</sup>시 경화제 에탄올을 주입하는데 사용하는 천공기구<sup>2)</sup>로 관련된 진료 행위비용에 재료비용이 포함되어 있어 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 경피적 경화술: 몸 안에 침을 꽂고 병변부위에 경화제를 주입하여 조직을 경화(단단하게 굳어지는 것)시킨 후에 제거하는 시술</p> <p>2) 천공기구: 치료목적으로 몸에 구멍을 뚫는 기구</p>                                                                                                                                                                                        |
| 2  | 카테타법에 의한<br>경화요법시 사용<br>하는 Hair wire,<br>Yellow Sheath의<br>급여여부 | <p>경화제(95-99% Ethanol, Pantopaque, Phenol 등)를 사용하여 낭종을 비수술적으로 치료하는 경화요법에 사용되는 진료용 재료는 배액용 Catheter와 Guide Wire만 산정하도록 하고 있음.</p> <p>그러나, 동 시술시 경화제가 외부로 누출될 경우 주변 조직의 괴사가 발생하는 등 부작용 발생이 우려되므로 이를방지하기 위해서 사용하는 가는 세침(Hair wire, Yellow Sheath)은 안전하고 효과적인 치료를 위해서 필수적인 재료임.</p> <p>따라서, 카테타법에 의한 경화요법 시술시 사용한 가는 세침(Hair wire, Yellow Sheath)도 급여대상으로 함.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p> | <p>○ 낭종<sup>1)</sup>을 비수술적으로 치료하는 카테타법에 의한 경피적 경화요법 시행시 경화제<sup>2)</sup>(95-99% Ethanol, Pantopaque, Phenol 등) 주입을 위한 필수재료인 배액용 카테터(Catheter)와 유도침사(Guide Wire)의 재료비용을 요양기관에서 별도로 청구할 수 있음.</p> <p>○ 또한, 경화제가 외부로 누출될 경우 주변 조직의 괴사가 발생하는 등 부작용 발생을 방지하기 위해서 사용하는 가는 세침(Hair wire, Yellow Sheath)도 안전하고 효과적인 치료를 위한 필수재료로 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 낭종: 액체나 반고체의 물질이 들어있는 주머니 모양의 혹으로 피부, 난소, 유방 또는 신장에 자주 나타남.</p> <p>2) 경화제: 조직을 단단하게 굳어지게 만들어 주는 약제.</p> |

| 연번 | 제 목                                                    | 고 시 원 문                                                                                                                                        | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3  | PTBD 및 PCN시 Hair Wire, Yellow Sheath 별도 산정여부           | <p>경피경간담즙배액술(PTBD)과 경피적 신루설치술(PCN)의 시술시 Hair Wire와 Yellow Sheath의 사용은 그 필요성이 인정되므로 별도 산정할 수 있음.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p>        | <p>경피경간담즙배액술<sup>1)</sup>(PTBD)과 경피적 신루설치술<sup>2)</sup>(PCN)의 시술시 가는 세침(Hair Wire와 Yellow Sheath)의 사용은 그 필요성이 인정되므로 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 경피경간담즙배액술: 간 및 담도 질환으로 인해 담도의 폐색이 있는 경우 피부(복벽)를 통해 간 내부에 있는 담관으로 튜브를 삽입하고 담즙을 배출시키는 것</p> <p>2) 경피적 신루설치술: 요로 폐색으로 인해 소변을 배출하지 못하는 경우, 피부(복벽)를 통해 신장에 카테터를 삽입하여 소변이 배출될 수 있게 하는 것</p> |
| 4  | 비금속 담췌관스텐트 Delivery System 및 Pushing Catheter의 별도산정 여부 | <p>자776나 역행성 담췌관 내시경 수술(담(췌)관배액술) 시 사용하는 비금속 담췌관스텐트 Delivery System 및 Pushing Catheter는 별도 산정할 수 있음.</p> <p>(고시 제2019-207호, 2019.10.1. 시행)</p> | <p>자776나 역행성 담췌관 내시경 수술(담(췌)관배액술) 시 사용하는 비금속 담췌관스텐트<sup>1)</sup> Delivery System 및 Pushing Catheter는 요양기관에서 별도로 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 비금속 담췌관스텐트: 담관의 협착부위에 삽입하는 배액관으로 금속재질이 아님</p>                                                                                                                                                              |

| 연번 | 제 목                                                                                        | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                           | 첩 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5  | PTCD시 Catheter와 G-Wire<br>실사용량 인정여부                                                        | <p>경피적 담즙제거술시 사용되는 Catheter, G-Wire의 실사용 개수는 개인의 해부학상의 차이나 시술의 난이도에 따라 상이할 수 있겠으나 타 시술시에도 공통적으로 발생할 수 있는 사항이므로 인정범위 확대는 곤란함.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p>                                                                              | <p>경피적 담즙제거술(PTCD)<sup>1)</sup>시 사용되는 카테터(Catheter), 유도철사(G-Wire)의 실제 사용한 개수는 개인의 신체 해부학적인 차이나 시술의 난이도에 따라 다를 수 있겠으나 타 시술시에도 공통적으로 발생할 수 있는 사항이므로 인정범위 확대는 곤란함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 경피적 담즙제거술(PTCD): 간 및 담도 질환으로 인해 담도의 폐색이 있는 경우 피부(복벽)를 통해 간 내부에 있는 담관으로 튜브를 삽입하고 담즙을 배출시키는 것</p>                                                                                                                                                                        |
| 6  | 방사선 투시하에 시행한 경피적 튜브배액술 및 배액관 교체시 사용된 Guide Wire 및 APD (All purpose Drainage) Catheter 인정기준 | <p>경피적 배액술 및 배액관 교환술시 Guide Wire는 시술시 각 1개씩 인정하고, 다목적배액용카테터는 배액효과가 뛰어난 점을 감안하여 Abscess가 생기는 부위별로 1개씩 인정토록 함. 다만 배액관 (drainage catheter)폐쇄로 인한 교체시(Percutaneous Drainage Cathether Exchange)에는 1개를 추가 인정함.</p> <p>(고시 제2009-55호, 2009.4.1. 시행)</p> | <p>방사선 투시하에 시행한 경피적 튜브배액술<sup>1)</sup> 및 배액관 교체시 사용되는 유도철사(Guide Wire) 및 다목적배액용카테터(APD(All purpose Drainage)Catheter)는 요양기관에서 재료비용을 다음과 같이 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 유도철사(Guide Wire): 시술시 각 1개씩 인정</p> <p>나. 다목적 배액용 카테터(APD(All purpose Drainage)Catheter)</p> <p>1) 배액효과가 뛰어난 점을 고려하여 농양(Abscess)이 생기는 부위 별로 1개씩 인정</p> <p>2) 배액관(Drainage Catheter)폐쇄로 인한 배액관 교체시 (Percutaneous Drainage Cathether Exchange)에는 1개 추가 인정</p> |

| 연번 | 제 목                | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 경피적 튜브배액술: 피부를 통해 가느다란 관(카테터)을 체액이나 고름주머니(농양)에 삽입해서 체액이나 고름을 몸 밖으로 배출시키는 것</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 7  | 배액관 고정장치<br>의 급여기준 | <p>경피적 시술후 체외로 유치되는 배액관을 안전하게 고정하고, 피부 자극을 감소시키기 위해 사용하는 진료용 재료인 배액관 고정장치는 다음의 경우에 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1. 적응증</p> <p>- 경피적담즙배액술(PTBD, PTCD), 경피적신루설치술(PCN), 경피적위루설치술, 경피적 튜브배액술(PCD) 등의 경피적 시술(배액관 삽입·교환·유치)시</p> <p>2. 인정개수</p> <p>- 2주에 1개를 원칙으로 하되, 경피적 담석제거술 또는 경피적 담즙배액술(PTBD) 후 배액관 교환 시의 경우와 같이 치료기간 중 수기료의 인정횟수를 정하고 있는 경우에는 수기료의 인정횟수대로 인정함.</p> <p>(고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)</p> | <p>"배액관 고정장치"는 경피적 시술 후 체외로 유치되는 배액관을 안전하게 고정하고, 피부자극을 감소시키기 위해 사용하는 진료용 재료로 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1. 적응증</p> <p>- 경피적담즙배액술<sup>1)</sup>(PTBD, PTCD), 경피적신루설치술<sup>2)</sup>(PCN), 경피적위루설치술<sup>3)</sup>, 경피적 튜브배액술(PCD) 등의 경피적 시술(배액관 삽입·교환·유치)시</p> <p>2. 인정개수</p> <p>- 2주에 1개 인정을 원칙으로 하되, 경피적 담석제거술 또는 경피적 담즙배액술(PTBD) 후 배액관 교환 시의 경우와 같이 치료기간 중<sup>4)</sup> 수기료의 인정횟수를 정하고 있는 경우에는 수기료의 인정횟수대로 치료재료를 인정함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 경피적 담즙배액술: 간 및 담관 질환으로 인해 담관의 폐색이 있을 때 피부를 통해 간 내부에 있는 담관으로 튜브를 삽입하고 담즙을</p> |

| 연번                             | 제 목                               | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |
|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|----------------------|----------------------|--|----|----|-------------------------|--|----|----|-------------------------------|--|----|----|---------|--|----|----|--------|--|----|----|------------|--|----|----|------------------|-------------|----|--------------------------|--------|----|--------------------------------|--|----|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|-----------------------|----------------------|----------------------|--|----|----|-------------------------|--|----|----|-------------------------------|--|----|----|---------|--|----|----|--------|--|----|----|------------|--|----|----|------------------|-------------|----|--------------------------|--------|----|--------------------------------|--|----|--|
|                                |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>배출시키는 것</p> <p>2) 경피적 신루설치술: 요로 폐색으로 인해 소변을 배출하지 못할 때, 피부를 통해 신장에 카테터(Catheter)를 삽입하여 소변이 배출될 수 있게 하는 것</p> <p>3) 경피적 위루설치술: 삼킴 곤란이 있는 환자에게 장기적인 영양공급을 위해 위벽을 통해 직접 영양공급관을 삽입하는 행위</p> <p>4) 치료기간 중: 증상이 나타나서 입원·외래 불문하고 진료를 시작한 시점부터 진료가 종료된 시점까지를 의미함.</p> |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |
| 8                              | 경피적 승모판 성형술시 시술 방법에 따른 치료 재료 산정기준 | <p>풍선확장카테터에 의한 경피적승모판성형술 중에서 Double Balloon 시술법 및 Inoue Balloon 시술법에 산정하는 치료재료는 다음과 같이함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <table><tr><th colspan="2">구분</th><th>Double Balloon<br/>시술법</th><th>Inoue Balloon<br/>시술법</th></tr><tr><td colspan="2">Angiography catheter</td><td>1개</td><td>1개</td></tr><tr><td colspan="2">Thermodilution Catheter</td><td>1개</td><td>1개</td></tr><tr><td colspan="2">Transseptal Introducer Sheath</td><td>1개</td><td>1개</td></tr><tr><td colspan="2">심도자용카테터</td><td>1개</td><td>1개</td></tr><tr><td colspan="2">G-wire</td><td>2개</td><td>1개</td></tr><tr><td colspan="2">Introducer</td><td>2개</td><td>2개</td></tr><tr><td rowspan="2">Balloon Catheter</td><td>Septostomy용</td><td>1개</td><td rowspan="3">Inoue Balloon<br/>Kit x 1</td></tr><tr><td>승모판성형용</td><td>2개</td></tr><tr><td colspan="2">Double lumen (=Block) Catheter</td><td>1개</td><td></td></tr></table> | 구분                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Double Balloon<br>시술법 | Inoue Balloon<br>시술법 | Angiography catheter |  | 1개 | 1개 | Thermodilution Catheter |  | 1개 | 1개 | Transseptal Introducer Sheath |  | 1개 | 1개 | 심도자용카테터 |  | 1개 | 1개 | G-wire |  | 2개 | 1개 | Introducer |  | 2개 | 2개 | Balloon Catheter | Septostomy용 | 1개 | Inoue Balloon<br>Kit x 1 | 승모판성형용 | 2개 | Double lumen (=Block) Catheter |  | 1개 |  | <p>풍선확장카테터(Balloon Dilatation Catheter)에 의한 경피적승모판 성형술<sup>1)</sup> 중에서 Double Balloon 시술법 및 Inoue Balloon 시술법에 요양기관에서 비용을 청구하는 치료재료는 다음과 같이함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <table><tr><th colspan="2">구분</th><th>Double Balloon<br/>시술법</th><th>Inoue Balloon<br/>시술법</th></tr><tr><td colspan="2">Angiography Catheter</td><td>1개</td><td>1개</td></tr><tr><td colspan="2">Thermodilution Catheter</td><td>1개</td><td>1개</td></tr><tr><td colspan="2">Transseptal Introducer Sheath</td><td>1개</td><td>1개</td></tr><tr><td colspan="2">심도자용카테터</td><td>1개</td><td>1개</td></tr><tr><td colspan="2">G-Wire</td><td>2개</td><td>1개</td></tr><tr><td colspan="2">Introducer</td><td>2개</td><td>2개</td></tr><tr><td rowspan="2">Balloon Catheter</td><td>Septostomy용</td><td>1개</td><td rowspan="3">Inoue Balloon<br/>Kit x 1</td></tr><tr><td>승모판성형용</td><td>2개</td></tr><tr><td colspan="2">Double Lumen (=Block) Catheter</td><td>1개</td><td></td></tr></table> | 구분 |  | Double Balloon<br>시술법 | Inoue Balloon<br>시술법 | Angiography Catheter |  | 1개 | 1개 | Thermodilution Catheter |  | 1개 | 1개 | Transseptal Introducer Sheath |  | 1개 | 1개 | 심도자용카테터 |  | 1개 | 1개 | G-Wire |  | 2개 | 1개 | Introducer |  | 2개 | 2개 | Balloon Catheter | Septostomy용 | 1개 | Inoue Balloon<br>Kit x 1 | 승모판성형용 | 2개 | Double Lumen (=Block) Catheter |  | 1개 |  |
| 구분                             |                                   | Double Balloon<br>시술법                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Inoue Balloon<br>시술법                                                                                                                                                                                                                                            |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |
| Angiography catheter           |                                   | 1개                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1개                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |
| Thermodilution Catheter        |                                   | 1개                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1개                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |
| Transseptal Introducer Sheath  |                                   | 1개                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1개                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |
| 심도자용카테터                        |                                   | 1개                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1개                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |
| G-wire                         |                                   | 2개                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1개                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |
| Introducer                     |                                   | 2개                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2개                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |
| Balloon Catheter               | Septostomy용                       | 1개                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Inoue Balloon<br>Kit x 1                                                                                                                                                                                                                                        |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |
|                                | 승모판성형용                            | 2개                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |
| Double lumen (=Block) Catheter |                                   | 1개                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |
| 구분                             |                                   | Double Balloon<br>시술법                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Inoue Balloon<br>시술법                                                                                                                                                                                                                                            |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |
| Angiography Catheter           |                                   | 1개                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1개                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |
| Thermodilution Catheter        |                                   | 1개                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1개                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |
| Transseptal Introducer Sheath  |                                   | 1개                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1개                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |
| 심도자용카테터                        |                                   | 1개                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1개                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |
| G-Wire                         |                                   | 2개                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1개                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |
| Introducer                     |                                   | 2개                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2개                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |
| Balloon Catheter               | Septostomy용                       | 1개                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Inoue Balloon<br>Kit x 1                                                                                                                                                                                                                                        |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |
|                                | 승모판성형용                            | 2개                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |
| Double Lumen (=Block) Catheter |                                   | 1개                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |  |                       |                      |                      |  |    |    |                         |  |    |    |                               |  |    |    |         |  |    |    |        |  |    |    |            |  |    |    |                  |             |    |                          |        |    |                                |  |    |  |

| 연번 | 제 목                                                                 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                     | (고시 제2005-44호, 2005.7.1. 시행)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 경피적승모판성형술: 승모판 협착이란 심장판막질환으로 좌측심장의 심방과 심실을 분리하는 승모판막이 좁아짐으로써 혈류가 감소하는 질환으로 풍선이 달린 카테터를 혈관을 통해서 심장 안에 위치시킨 후 풍선을 팽창시켜 협착이 일어난 승모판을 넓히는 시술</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 9  | 경피적 심방중격결손폐쇄술 및 사용하는 치료재료 (Amplatzer Septal Occluder System등)의 인정기준 | <p>경피적 심방중격결손폐쇄술 및 사용하는 치료재료(Amplatzer Septal Occluder System 등)의 인정기준은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 심방중격결손</p> <p>(1) 적응증</p> <p>1) 이차공 심방중격결손(Secundum ASD)으로서 아래 요건 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① 체폐혈류비(Qp/Qs ratio)가 1.5 이상</p> <p>② 우심의 용적 과부하(Right Heart Volume Overload)시</p> <p>③ 심방중격결손에 의한 제증상을 동반하는 경우</p> <p>2) 1)항에 해당되지 않으나, 이차공 심방중격결손이 원인이 되어 전신 색전이 발생하는 경우로서 난원공 개존의 적응증에 해당하는 경우</p> <p>(2) 금기증</p> <p>① 불가역적 폐혈관 폐색성 병변이 있는 경우 (Eisenmenger</p> | <p>경피적 심방중격결손<sup>1)</sup>폐쇄술 및 이 시술에 사용하는 치료재료(Amplatzer Septal Occluder System 등)의 요양기관에서 비용 청구기준은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 심방중격결손</p> <p>1) 적응증</p> <p>가) 이차공 심방중격결손<sup>2)</sup>(Secundum ASD)으로서 아래 요건 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 체폐혈류비<sup>3)</sup>(Qp/Qs ratio)가 1.5 이상</p> <p>(2) 우심의 용적 과부하(Right Heart Volume Overload)시</p> <p>(3) 심방중격결손에 의한 제증상을 동반하는 경우</p> <p>나) 가)항에 해당되지 않으나, 이차공 심방중격결손이 원인이 되어 전신 색전이 발생하는 경우로서 난원공 개존<sup>4)</sup>의 적응증에 해당하는 경우</p> <p>2) 금기증</p> <p>(1) 불가역적 폐혈관 폐색성 병변이 있는 경우 (Eisenmenger</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>증후군)</p> <p>② 심방중격결손 외에 동시에 수술이 필요한 구조적 병변이 동반되어 있는 경우</p> <p>③ 감염성 심내막염을 초래할 수 있는 전신적 세균감염이 있는 경우</p> <p>④ 방실판막 쪽의 중격연이 결핍된 경우 (&lt;5mm)</p> <p>⑤ 결손부위가 매우 큰 경우 (&gt;40mm)</p> <p>나. 난원공 개존<br/>: 아래 요건을 모두 만족하는 경우에 인정함.</p> <p>① 우-좌 단락에 의한 전신 색전을 야기할 수 있는 심장내 병변(cardioembolic source)이 확인되고,</p> <p>② 기타 기저질환 등 전신 색전의 다른 원인이 없으며</p> <p>③ 뇌경색, 일과성허혈발작(Transient Ischemic Attack ; TIA) 등의 전신 색전이 발생한 경우</p> <p>- 단, 일과성허혈발작 등과 같은 minor stroke의 경우 최소한 2회 이상의 반복적 발작이 있어야 함.</p> <p>다. 심방중격이나 심방과 인접 구조 사이의 개통성에 기인하는 비정상적 단락에 의해 청색증, 상당한 전신 색전의 위험 등의 위험이 존재하는 아래의 경우에 해당하는 경우에 인정함</p> <p>① 기능적 단심실의 고식술(폰탄술) 후 잔존하는 개창부 폐쇄의 경우</p> <p>② 간이식이 필요한 환자에서 심방중격의 개통성이 확인되는 경우</p> <p>(고시 제2010-18호, 2010.2.1. 시행)</p> | <p>증후군)</p> <p>(2) 심방중격결손 외에 동시에 수술이 필요한 구조적 병변이 동반되어 있는 경우</p> <p>(3) 감염성 심내막염을 초래할 수 있는 전신적 세균감염이 있는 경우</p> <p>(4) 방실판막 쪽의 중격연<sup>5)</sup>이 결핍된 경우 (&lt;5mm)</p> <p>(5) 결손부위가 매우 큰 경우 (&gt;40mm)</p> <p>나. 난원공 개존 :<br/>아래 요건을 모두 만족하는 경우에 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>(1) 우-좌 단락에 의한 전신 색전을 야기할 수 있는 심장내 병변 (Cardioembolic Source)이 확인되고,</p> <p>(2) 기타 기저질환 등 전신 색전의 다른 원인이 없으며</p> <p>(3) 뇌경색, 일과성허혈발작<sup>6)</sup>(Transient Ischemic Attack; TIA) 등의 전신 색전이 발생한 경우</p> <p>(4) 단, 일과성허혈발작 등과 같은 Minor Stroke의 경우 최소한 2회 이상의 반복적 발작이 있어야 함.</p> <p>다. 심방중격이나 심방과 인접 구조 사이의 개통성에 기인하는 비정상적 단락에 의해 청색증, 상당한 전신 색전의 위험 등의 위험이 존재하는 아래의 경우에 해당하는 경우에 비용을 별도로 청구할 수 있음.</p> <p>(1) 기능적 단심실<sup>7)</sup>의 고식술(폰탄술) 후 잔존하는 개창부 폐쇄의 경우</p> <p>(2) 간이식이 필요한 환자에서 심방중격의 개통성이 확인되는 경우</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 심방중격결손: 좌우 양 심방 사이의 중격(중간벽)에 구멍(결손)이</p> |

| 연번 | 제 목                    | 고 시 원 문                                                                                                                            | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                        |                                                                                                                                    | <p>있는 경우를 말함. 심방중격결손은 그 위치에 따라 일차공 결손, 이차공 결손, 정맥굴 결손, 그리고 심방 중격에 뚫려 있는 난원공이 닫히지 않은 채 그대로 있는것을 난원공 개존증이라 함</p> <p>2) 이차공 심방중격결손: 심방중격에서 결손의 위치가 가운데인 경우이며 가장 흔하게 나타나는 심방중격결손 임</p> <p>3) 폐쇄혈류비: 온 몸에 흐르는 피의 양에 대한 폐에 흐르는 피의 양의 상대적인 비율</p> <p>4) 난원공 개존: 심방중격에 있는 난원공이 출생한 뒤에도 닫히지 않은 채 그대로 있는 것</p> <p>5) 중격연: 중격의 가장자리</p> <p>6) 일과성허혈발작: 일시적인 뇌혈류 부전으로 인해 뇌허혈 증상이 발생하고 24시간 이내에 완전히 없어지는 것</p> <p>7) 기능적 단심실: 단심실(단일심실)이란 정상심장은 2개의 심방과 2개의 심실로 나뉘어 우심방과 우심실을 폐순환을 좌심방과 좌심실은 체순환을 담당하나, 단심증은 좌우심방이 모두 하나의 심실로 연결되어 하나의 심실에서 폐순환과 체순환을 모두 담당하는 복잡 심기형을 말하며 양쪽 심실을 정상으로 교정하기 어려워 단심실 교정을 해야 하는 여러 종류의 복잡 심기형을 기능적 단심실증이라 총칭 함.</p> |
| 10 | 관동맥루 코일 색전술시 사용되는 치료재료 | 관동맥루 코일색전술(Coil Embolization of Coronary Artery Fistula)은 혈관조영술하에 색전물질을 주입하여 관동맥의 누관(Coronary Artery Fistula)을 차단함으로써 심근의 허혈방지 및 통 | 관동맥루 코일색전술 <sup>1)</sup> (Coil Embolization of Coronary Artery Fistula)은 혈관조영술 <sup>2)</sup> 하에 색전물질 <sup>3)</sup> 을 주입하여 관동맥의 누관(Coronary Artery Fistula)을 차단함으로써 심근의 허혈방지 및 통증                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| 연번 | 제 목                                                                   | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | 의 산정기준                                                                | <p>증완화를 위한 치료방법이며, 동 시술시 사용되는 Tracker Catheter 등 치료재료의 산정은 Super Selection용 Catheter 산정기준에 의하며, 색전물질인 Platinum Micro Coil은 색전물질에 관한 산정기준에 의거 별도 산정할 수 있음.</p> <p>(고시 제2003-83호, 2004.1.1. 시행)</p>                                                                                                                                         | <p>완화를 위한 치료방법이며, 동 시술시 사용되는 Tracker Catheter 등 치료재료는 「Super Selection용 Catheter 급여기준」에 의하며, 색전물질인 Platinum Micro Coil은 색전물질에 관한 급여기준에 의거 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 관동맥루 코일색전술: 관상동맥에 구멍(루)이 뚫려서 다른 곳과 연결된 상태로 색전물질인 코일을 이용하여 관동맥에 생긴 구멍(루)에 코일을 채워넣어 막는 시술</li> <li>2) 혈관조영술: 혈관에 가는 관을 넣고 조영제를 주입하여 혈관의 모양을 엑스선 촬영을 통해 알아보는 검사</li> <li>3) 색전물질: 혈관을 막아 혈류를 차단하는 물질</li> </ol> |
| 11 | GDC(Guglielmi detachable coil) 코일 분리시 사용되는 GDC Connecting Cable의 급여기준 | <p>GDC(Guglielmi detachable coil) 코일 분리 시 전기를 코일로 전달하는 연결케이블인 다음의 재료는 별도 산정할 수 없음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. GDC Red Connecting Cable : GDC Power Supply와 GDC Delivery Wire를 연결</p> <p>나. GDC Black Connecting Cable : GDC Power Supply와 Patient Return Electrode를 연결</p> <p>(고시 제2017-263호, 2018.1.1. 시행)</p> | <p>GDC(Guglielmi detachable coil) 코일 분리 시 전기를 코일로 전달하는 연결케이블인 다음의 재료는 별도 산정할 수 없음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. GDC Red Connecting Cable : GDC Power Supply와 GDC Delivery Wire를 연결</p> <p>나. GDC Black Connecting Cable : GDC Power Supply와 Patient Return Electrode를 연결</p>                                                                                                                                              |

| 연번 | 제 목                      | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12 | Detachable coil의<br>급여기준 | <p>혈관색전술 시 사용하는 Detachable coil은 허가사항 범위 내에서 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1. 급여대상 및 급여개수</p> <p>가. 뇌동맥류</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 최대 직경 1.0mm당 1개 사용을 원칙으로 하되,</li> <li>- 4.0mm 초과 8.0mm미만은 해당 직경당 <u>인정개수에</u> 2개를 추가하여 산정가능하며,</li> <li>- 8.0mm 이상은 해당 직경당 인정개수에 4개를 추가하여 산정할 수 있음.</li> </ul> <p>- 다만, 고난이도 병변*의 경우에는 인정개수 이외 8.0mm 미만은 2개, 8.0mm 이상은 4개를 추가하여 산정할 수 있음.</p> <p>나. 경동맥해면동정맥루(Carotid Cavernous Fistula) 또는 동정맥루(Arteriovenous Fistula): 10개</p> <p>다. 두개강내 또는 두개강외(경동맥과 추골동맥)의 모동맥 혈관폐색</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 혈관 단경(transverse diameter) 기준 1.0mm당 2개 사용을 원칙으로 함.</li> </ul> <p>라. 선천성 관상동맥의 동정맥루: 10개</p> <p>※ 나.다.라의 경우 급여개수를 초과하여 사용 시에는 사례별로 인정함.</p> <p>* 고난이도 병변: 목이 넓거나(Dome to neck ratio 1.5이하 혹은 neck size 4mm이상) lobulation이 있는 경우</p> | <p>혈관색전술<sup>1)</sup>시 사용하는 "Detachable Coil"은 식품의약품안전처 허가사항<sup>2)</sup> 범위 안에서 다음의 경우에 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1. 급여대상 및 급여개수</p> <p>가. 뇌동맥류<sup>3)</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 최대 직경 1.0mm당 1개 사용을 원칙으로 하되,</li> <li>- 4.0mm초과 8.0mm미만은 해당 직경당 인정개수에 2개를 추가하여 청구가능하며,</li> <li>- 8.0mm이상은 해당 직경 당 인정개수에 4개를 추가하여 청구할 수 있음.</li> </ul> <p>- 다만, 고난이도의 병변의 경우에는 인정개수 이외 8.0mm 미만은 2개, 8.0mm이상은 4개를 추가하여 청구 할 수 있음.</p> <p>나. 경동맥해면동정맥루(Carotid Cavernous Fistula)<sup>4)</sup>, 또는 동정맥루( Arteriovenous Fistula)<sup>5)</sup>: 10개</p> <p>다. 두개강내 또는 두개강외(경동맥과 추골동맥)의 모동맥 혈관폐색<sup>6)</sup>,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 혈관 단경(transverse diameter) 기준 1.0mm당 2개 사용을 원칙으로 함</li> </ul> <p>라. 선천성 관상동맥의 동정맥루: 10개</p> <p>※ 고난이도 병변이란 목이 넓거나(Dome to neck ratio 1.5이하 혹은 neck size 4mm이상) Lobulation(분엽)이 있는 경우</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 혈관색전술: 혈관 안으로 가는다란 관을 넣고 색전물질을 주입하여 기형 혈관을 막는 시술</p> |

| 연번 | 제 목                     | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                          | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                         | (고시 제2019-221호, 2019.11.1. 시행)                                                                                                                                                                                                                   | <p>2) 식품의약품안전처 허가사항:<br/>의료기기의 성능 및 사용목적 등에 대해 식품의약품안전처장이 안전성·유효성을 평가하여 사용을 허용한 범위</p> <p>3) 뇌동맥류: 뇌동맥의 일부에 결손이 생겨 그 부분이 돌출되거나 뇌혈관이 파리처럼 부풀어오르는 것으로, 어느 순간 터져서 사망 또는 뇌 손상을 초래하는 질환</p> <p>4) 경동맥해면동정맥루: 경동맥과 해면정맥동 사이에 비정상적인 혈류의 흐름이 생겨 정맥동 안의 압력이 높아짐에 따라 눈에 여러 증세(안외부 동통, 안구충혈, 시력저하, 복시 등)를 초래하는 질환</p> <p>5) 동정맥루: 동맥을 흐르는 혈액은 모세혈관을 거쳐 정맥으로 가는 것이 정상이나 동맥과 정맥이 비정상적으로 연결되어 혈류가 모세혈관을 거치지 않고 두 혈관 사이로 흐르는 상태</p> <p>6) 모동맥 혈관폐색: 모동맥이란 동맥의 상부에 있는 동맥으로 혈액은 모동맥을 거쳐 하위의 동맥으로 흐름. 모동맥 혈관폐색은 상부의 동맥이 막혀있는 상태를 의미함.</p> |
| 13 | 뇌동맥류 코일이탈 방지용 스텐트의 급여기준 | <p>뇌동맥류 코일색전술 시 코일이 모혈관으로 빠지지 않게 막아주는 뇌동맥류 코일이탈방지용 스텐트는 광경동맥류(wide neck aneurysm)에 사용한 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p>※ 코일색전술 시 광경동맥류(wide neck aneurysm)<br/>: neck(동맥류입구)이 4mm 이상 이거나 동맥류 체부의 직경/경부의 직경이 2 미만인 경우<br/>(고시 제2019-131호, 2019.8.1. 시행)</p> | <p>뇌동맥류 코일색전술<sup>1)</sup> 시 코일이 모혈관으로 빠지지 않게 막아주는 뇌동맥류 코일이탈방지용 스텐트는 광경동맥류(wide neck aneurysm)에 사용한 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p>※ 코일색전술 시 광경동맥류(wide neck aneurysm)<br/>: neck(동맥류입구)이 4mm 이상 이거나 동맥류 체부의 직경/경부의 직경이 2 미만인 경우</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| 연번 | 제 목                                                             | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 뇌동맥류코일색전술: 뇌혈관이 파리처럼 부풀어 오르는 것을 뇌동맥류라 하며, 동맥류 속에 코일을 채워 넣어 동맥류 속으로 흐르는 혈류를 막는 치료법</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 14 | Flow-diverter를 이용한 뇌동맥류 색전술용 색전 기구 (Embolization Device)의 급여 기준 | <p>Flow-diverter를 이용한 뇌동맥류 색전술시 사용하는 색전 기구 (Embolization Device)의 인정기준은 다음과 같음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>(1) 직경 15mm이상의 비파열성 뇌동맥류</p> <p>(2) 직경 15mm미만의 비파열성 뇌동맥류 중 다음의 경우 사례별로 인정</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 내경동맥 원위부의 수포성 뇌동맥류</li> <li>- 방추형 뇌동맥류</li> <li>- 척추동맥의 박리형 뇌동맥류</li> </ul> <p>나. 인정개수 : 1개</p> <p>다만, 환자의 상태나 동맥류의 해부학적 특성 등으로 불가피하게 인정개수를 초과하여 사용하는 경우에는 의사소견서 및 진료기록부 등 관련 자료를 첨부하여야 하며 제출된 관련 자료를 참조하여 요양급여를 인정함.</p> <p>다. 뇌동맥류 색전술용 Micro Coil과의 병용사용은 인정하지 아니함.</p> <p>(고시 제2014-191호, 2014.11.1. 시행)</p> | <p>Flow-Diverter를 이용한 뇌동맥류 색전술<sup>1)</sup> 시 사용하는 "색전 기구 (Embolization Device)"는 다음과 같이 요양기관에서 비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>1) 직경 15mm이상의 비파열성 뇌동맥류<sup>2)</sup></p> <p>2) 직경 15mm미만의 비파열성 뇌동맥류 중 다음의 경우 사례별<sup>3)</sup>로 (경우에 따라서) 인정</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 내경동맥 원위부의 수포성 뇌동맥류<sup>4)</sup></li> <li>- 방추형 뇌동맥류</li> <li>- 척추동맥의 박리형 뇌동맥류</li> </ul> <p>나. 청구개수: 1개</p> <p>다만, 환자의 상태나 동맥류의 해부학적 특성 등으로 불가피하게 인정개수를 초과하여 사용하는 경우에는 의사소견서 및 진료 기록부 등 관련 자료를 첨부하여야 하며, 제출된 관련 자료를 참조하여 인정 여부를 판단함.</p> <p>다. 뇌동맥류 색전술용 Micro Coil과 함께 사용할 때는 비용을 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> |

| 연번 | 제 목                                             | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>1) 뇌동맥류 색전술: 뇌혈관이 파리처럼 부풀어 오르는 것을 뇌동맥류라 하며, 화학물질 등을 이용하여 동맥류 속 혈류를 차단하는 것을 색전술이라 함. (Flow-diverter는 혈류의 흐름을 바꿔준다는 뜻)</p> <p>2) 비파열성 뇌동맥류: 동맥류 중 파열되지 않은 형태</p> <p>3) 사례별: 의료인이 작성한 진료기록부, 수술기록지, 검사결과지 등의 객관적 자료를 참조하여 환자마다의 상태를 확인함.</p> <p>4) 뇌동맥류: 혈관벽의 한 부분이 약한 부위가 생겨 혈류가 계속적으로 부딪치면서 혈관이 풍선처럼 부풀어 오른 상태를 말하며, 혈관벽에 동맥류가 형성된 모양에 따라 낭상, 수포성, 방추형, 박리형으로 구분됨.</p> |
| 15 | 기계적 혈전제거술용 치료재료(회수성 Stent, 흡인성 Catheter)의 급여 기준 | <p>1. 두개내 대형혈관의 기계적 혈전제거술용 치료재료(회수성 Stent, 흡인성 Catheter)는 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 회수성 Stent</p> <p>1) 급여대상</p> <p>가) 두개내 대형 혈관(두개강외 경부혈관 포함)*의 폐색 질병으로 인한 급성 허혈 뇌졸중<sup>2)</sup>으로,</p> <p>(1) 증상발생 8시간 이내의 환자</p> <p>(2) 증상발생 3시간 이내의 환자는 정맥내 혈전용해술<sup>3)</sup>이 실패하거나 이에 대한 금기증에 해당되는 환자</p> | <p>1. 두개내 대형혈관의 기계적 혈전제거술<sup>1)</sup>용 치료재료(회수성 Stent, 흡인성 Catheter)는 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 회수성 Stent</p> <p>1) 급여대상</p> <p>가) 두개내 대형 혈관(두개강외 경부혈관 포함)*의 폐색 질병으로 인한 급성 허혈 뇌졸중<sup>2)</sup>으로,</p> <p>(1) 증상발생 8시간 이내의 환자</p> <p>(2) 증상발생 3시간 이내의 환자는 정맥내 혈전용해술<sup>3)</sup>이 실패하거나 이에 대한 금기증에 해당되는 환자</p>             |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>* 가. 회수성 Stent의 2) 혈관범위 가) 내경동맥 부터 바) 후대뇌동맥 까지 모두 해당됨</p> <p>나) 두개내 내경동맥 또는 중대뇌동맥의 폐색 질병으로 인한 급성 허혈 뇌졸중에서, 증상발생 8시간에서 24시간 이내의 환자는 영상검사 결과 뇌경색의 크기가 한쪽 뇌반구의 1/5 이하이면서 아래 조건 중 한 가지를 만족하는 경우</p> <p>(1) 초기 신경학적 결손이 NHISS 점수 6점 이상 ~ 10점 미만이며, 뇌관류영상에서 관류-뇌경색 불일치의 비율이 1.8이상 또는 불일치의 부피가 15ml 이상</p> <p>(2) 초기 신경학적 결손이 NHISS 점수 10점 이상</p> <p>※ “영상검사 결과 뇌경색의 크기가 한쪽 뇌반구의 1/5 이하”는 다음과 같음</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 확산강조 MRI 에서 100ml 이하</li> <li>2. 확산강조 MRI 에서 MR-ASPECTS 6점 이상</li> <li>3. 비조영 뇌CT 에서 CT-ASPECTS 6점 이상</li> </ol> <p>2) 혈관 인정범위</p> <p>가) 내경동맥(internal carotid artery)</p> <p>나) 중대뇌동맥(middle cerebral artery)의 첫 번째(MCA M1 segment)와 두 번째 부위(MCA M2 segment)</p> <p>다) 기저동맥(basilar artery)</p> <p>라) 척추동맥(vertebral artery)</p> | <p>* 가. 회수성 Stent의 2) 혈관범위 가) 내경동맥 부터 바) 후대뇌동맥 까지 모두 해당됨</p> <p>나) 두개내 내경동맥 또는 중대뇌동맥의 폐색 질병으로 인한 급성 허혈 뇌졸중에서, 증상발생 8시간에서 24시간 이내의 환자는 영상검사 결과 뇌경색의 크기가 한쪽 뇌반구의 1/5 이하이면서 아래 조건 중 한 가지를 만족하는 경우</p> <p>나. 혈관 인정범위</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 흡인성 Catheter <ol style="list-style-type: none"> <li>가) 내경동맥(Internal carotid artery)<sup>4)</sup>,</li> <li>나) 중대뇌동맥(Middle cerebral artery)<sup>5)</sup>의 첫 번째 (MCA M1 segment)와 두 번째 부위 (MCA M2 segment),</li> <li>다) 기저동맥(Basilar artery)<sup>6)</sup>,</li> <li>라) 척추동맥(Vertebral artery)<sup>7)</sup></li> </ol> </li> <li>2) 회수성 Stent <ol style="list-style-type: none"> <li>가)~라) 흡인성 Catheter의 범위와 동일,</li> <li>마) 전대뇌동맥(Anterior cerebral artery)<sup>8)</sup>,</li> <li>바) 후대뇌동맥(Posterior cerebral artery)<sup>9)</sup></li> </ol> </li> </ol> <p>다. 인정개수</p> <p>재료 종류에 관계없이 1개 청구하는 것을 원칙으로 하되, 혈관 폐색 부위의 개통 실패 사유가 영상자료에서 확인된 경우 1개를 추가로 청구할 수 있음.</p> <p>2. 상기 1항의 적응증에도 불구하고 아래의 경우는 인정대상에서</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>마) 전대뇌동맥(anterior cerebral artery)<br/>바) 후대뇌동맥(posterior cerebral artery)</p> <p>나. 흡인성 Catheter</p> <p>1) 급여대상</p> <p>가. 회수성 Stent의 1) 급여대상 가)와 동일</p> <p>2) 혈관 인정범위</p> <p>가. 회수성 Stent의 2) 혈관 인정범위 가)~라)와 동일</p> <p>다. 급여개수</p> <p>재료 종류에 관계없이 1개 인정하는 것을 원칙으로 하되, 혈관폐색 부위의 개통 실패 사유가 영상자료에서 확인된 경우 1개를 추가 인정함.</p> <p>2. 상기 1항의 급여대상에도 불구하고 아래의 경우는 요양급여 대상에서 제외함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. Non-contrast CT상 중대뇌동맥 영역 1/3이상을 침범한 뇌경색</p> <p>나. 심한 뇌부종</p> <p>다. 뇌출혈</p> <p>(고시 제2019-131호, 2019.8.1. 시행)</p> | <p>제외함.</p> <p>가. Non-contrast CT<sup>10</sup>상 중대뇌동맥 영역 1/3이상을 침범한 뇌경색</p> <p>나. 심한 뇌부종</p> <p>다. 뇌출혈</p> <p>라. 다발성 뇌경색</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 기계적 혈전제거술: 뇌혈관 내의 혈전(혈관 속에서 피가 굳어진 덩어리)을 직접 절개를 통한 수술이나 약물에 의하지 않고 피부에 혈관과 통하는 구멍을 만들어 카테터(Catheter) 등 기구를 이용해 혈전을 제거하는 것</p> <p>2) 급성 허혈 뇌졸중: 뇌혈관이 막혀서 피가 부족한 상태(허혈성)에서 갑자기 발생하는 뇌질환</p> <p>3) 정맥내 혈전용해술: 말초의 정맥혈관으로 혈전용해제를 투여하는 것</p> <p>4) 내경동맥: 뇌에 혈액을 공급한 혈관</p> <p>5) 중대뇌동맥: 내경동맥의 가장 큰 분지로 전두엽과 후두엽, 측두엽 부위로 혈액을 공급</p> <p>6) 기저동맥: 연수에서부터 상부뇌간으로 혈액을 공급</p> <p>7) 척추동맥: 쇄골하동맥으로 부터 분지되어 양측 추골동맥이 합쳐져 기저동맥을 형성</p> <p>8) 전대뇌동맥: 내경동맥의 분지로 전두엽과 두정엽 부위 혈류 공급</p> <p>9) 후대뇌동맥: 뇌저동맥에서 분지하여 후두엽, 측두엽, 시상 등으로 혈류 공급</p> <p>10) Non-contrast CT(조영제를 사용하지 않은 컴퓨터단층촬영): 컴퓨터단층촬영이란 X선을 이용하여 인체를 가로로 자른 횡단면</p> |

| 연번 | 제 목                                                                             | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 상의 영상을 얻어 질병의 진단에 활용하고, 조영제란 방사선 검사시 조직이나 혈관을 잘 볼 수 있도록 각 조직의 X선 흡수차를 인위적으로 크게하여 영상의 대조도를 크게 만드는약품임.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 16 | 뇌혈관 이외<br>기타혈관<br>색전술시<br>사용하는 말초<br>혈관용 MICRO<br>COIL<br>-DETACHABLE<br>의 급여기준 | <p>1. 기계식 즉각분리 (Mechanical Detachable) 형태의 말초혈관용 MICRO COIL-DETACHABLE은 코일이 정확한 부위에 위치할 수 있어 정확도와 안전성이 높은 치료재료로 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증 : 뇌혈관 이외 기타혈관 색전<br/>나. 인정개수 : 1회 시술당 최대 10개 이내로 인정</p> <p>2. 다만, 인정개수를 초과하여 사용한 경우에는 관련자료(영상자료 등)를 확인하여 사례별로 인정함</p> <p>(고시 제2017-64호, 2017.4.1. 시행)</p> | <p>1. 기계식 즉각분리(Mechanical Detachable)<sup>1)</sup> 형태의 말초혈관용 Micro Coil-Detachable 은 코일이 정확한 부위에 위치할 수 있어 정확도와 안전성이 높은 치료재료로 다음과 같이 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증: 뇌혈관 이외 기타혈관 색전<br/>나. 인정개수: 1회 시술당 최대 10개 이내로 인정</p> <p>2. 다만, 인정개수를 초과하여 사용한 경우에는 관련자료(영상자료 등)를 확인하여 사례별<sup>2)</sup>로 인정함</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 기계식 즉각분리(Mechanical Detachable): 혈류흐름을 차단하기 위한 색전*용 치료재료인 코일을 혈관에 주입하는 방법 중, 기계적인 방법으로 코일을 분리함</p> <p>* 색전 : 색전이란 혈관이나 림프관을 통해 혈전이나 외부로부터 유입된 이물로, 혈관이나 림프관을 막아 혈액·림프액의 흐름을 막음</p> |

| 연번 | 제 목                                             | 고 시 원 문                                                                                                                    | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                 |                                                                                                                            | 2) 사례별: 의료인이 작성한 진료기록부, 수술기록지, 검사결과지 등의 객관적 자료를 참조하여 환자마다의 상태를 확인함                                                                                                                                                                                                      |
| 17 | 혈관색전코일중 주입형 코일에 사용되는 재료인 “Coil Pusher”의 별도 산정여부 | “Coil Pusher”는 혈관색전코일 중 주입형 코일을 병변내로 주입하는 기구이므로 별도 산정할 수 없음.<br>(고시 제2001-40호, 2001.7.1. 시행)                               | “Coil Pusher”는 혈관 색전 코일 <sup>1)</sup> 중 주입형 코일을 병변 <sup>2)</sup> 내로 주입하는 기구이므로 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.<br><br><용어설명><br>1) 혈관 색전 코일: 기형혈관(동맥류) 부위를 막기 위해 삽입되는 매우 작은 크기의 코일<br>2) 병변: 병이 원인이 되어 일어나는 생체의 변화                                                             |
| 18 | D.B.C에 의한 혈관폐색술의 급여여부                           | D.B.C.(Detachable Balloon Catheter)에 의한 혈관폐색술(경동맥 해면동루 폐쇄술등)및 재료대(카테타 및 조영제)는 별도 산정할 수 있음.<br>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행) | D.B.C.(Detachable Balloon Catheter)에 의한 혈관폐색술 <sup>1)</sup> (경동맥 해면동루 폐쇄술등) 및 재료비용(Detachable Balloon Catheter 및 조영제 <sup>2)</sup> )는 요양기관에서 별도로 청구할 수 있음.<br><br><용어설명><br>1) 혈관폐색술: 코일, 풍선 등을 이용하여 혈관을 막아 혈액의 흐름을 차단하는 시술<br>2) 조영제: 방사선 촬영시 조직이나 혈관을 잘 볼 수 있도록 해주는약품 |
| 19 | 혈관 Penetrating                                  | 말초혈관의 완전 폐쇄 병변(CTO(Chronic Total Occlusion))의 개통                                                                           | 말초혈관의 완전 폐쇄 병변 <sup>1)</sup> (CTO, Chronic Total Occlusion)의 개통                                                                                                                                                                                                         |

| 연번 | 제 목             | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | Catheter의 급여 기준 | <p>및 진입을 위해 사용하는 혈관 Penetrating Catheter(혈관내막 Penetrating Catheter, 폐쇄혈관 Penetrating Catheter)는 다음 조건을 모두 충족시 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. CTO 병변에 일반적인 가이드와이어 및 카테터 진입이 실패하여 2차적으로 시행할 경우</p> <p>나. CTO 병변의 범위</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 혈관내막 Penetrating Catheter<br/>: 복부대동맥에서 슬와동맥 사이에 있는 CTO 병변</li> <li>- 폐쇄혈관 Penetrating Catheter<br/>: 장골동맥에서 슬와동맥 사이에 있는 CTO 병변</li> </ul> <p>다. CTO 병변길이가 10cm 이상</p> <p>※ 혈관내막 Penetrating Catheter와 폐쇄혈관 Penetrating Catheter의 병용 사용은 인정하지 않음.</p> <p>(고시 제2014-168호, 2014.10.1. 시행)</p> | <p>및 진입을 위해 사용하는 혈관 Penetrating Catheter(혈관내막 Penetrating Catheter, 폐쇄혈관 Penetrating Catheter)는 다음 조건을 모두 충족 시 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. CTO 병변에 일반적인 유도철사(Guide Wire) 및 카테터(Catheter) 진입이 실패하여 2차적으로 시행할 경우</p> <p>나. CTO 병변의 범위</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 혈관내막 Penetrating Catheter<br/>: 복부대동맥에서 슬와동맥<sup>2)</sup> 사이에 있는 CTO 병변</li> <li>- 폐쇄혈관 Penetrating Catheter<br/>: 장골동맥<sup>3)</sup>에서 슬와동맥 사이에 있는 CTO 병변</li> </ul> <p>다. CTO 병변길이가 10cm 이상</p> <p>※ 혈관내막 Penetrating Catheter와 폐쇄혈관 Penetrating Catheter의 병용 사용은 인정하지 않음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 혈관의 완전폐쇄병변: 동맥경화 등으로 혈관이 좁아지면서 폐색의 정도가 혈관을 완전히 막을 정도의 폐색 병변</li> <li>2) 슬와동맥: 무릎 뒤쪽에 움푹한 부위(슬와와)를 지나가는 동맥</li> <li>3) 장골동맥: 골반 내에 위치한 큰 동맥</li> </ol> |

| 연번 | 제 목        | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20 | 색전물질의 인정범위 | <p>색전물질은 고혈관성 종양이나 병변, 혈관기형, 수술을 할 수 없는 종양의 치료목적 또는 수술전 출혈방지 등의 목적으로 색전술시 사용되는 재료로서, 중재적 방사선 치료가 각종 암이나 혈관질환, 간·담도질환 등에 새로운 치료법으로 그 응용범위가 확대되고 있어 신소재의 개발이 다양화하고 있는 추세임.</p> <p>색전물질은 그 물리적 성질에 따라 고형 색전물과 액상 색전물로 나눌 수 있으며, 생체내 반응에 따라 흡수형(Gelfoam등)과 비흡수형 Polyvinyl alcohol (PVA), coil류, N-buty1 cyanoacrylate (NBCA) 등, 세포독성형(Ethanol등)등으로 여러 가지 종류가 있어서, 그간 색전물질의 종류별, 적응증별로 제한적으로 인정함.</p> <p>그러나 색전물질은 공급혈관의 분포, 개수, 동정맥 교통량, 혈관이나 종양의 크기등 그 적응증과 병변에 따라 색전물질을 선택하게 되며, 단독으로 사용되는 경우보다 복합적으로 사용하게 되는 경우가 많고, 수술전 색전술을 시행하여 출혈을 방지 내지 감소시켜 보다 안전한 수술을 가능하게 하므로 치료목적 또는 수술전 색전술시 사용되는 Bioglue(Histoacryl - blue), Terbal, Gelfoam등 색전물질은 생산국에서 의학적검증등을 거쳐 제조 및 판매승인된 제품에 한하여 산정하며 Contour Emboli 등 분할사용이 가능한 색전물질의 경우에는 실사용량을 별도 산정할 수 있음.</p> <p>또한 Embolus spring은 stainless steel coil로서 PVA agent나 Histoacryl - blue, DBC 등으로 색전이 곤란한 경우에 한하여 인정하고, Tungsten coil, platinum microcoil은 직경이 가늘어 뇌동맥류나 동정맥류 기형 등 0.010" - 0.018" micro catheter를 삽입해야만 하는 경우에 급여 대상으로 함.</p> | <p>○ "색전물질"<sup>1)</sup>은 고혈관성 종양<sup>2)</sup>이나 병변, 혈관기형, 수술을 할 수 없는 종양의 치료목적 또는 수술 전 출혈방지 등의 목적으로 색전술<sup>3)</sup> 시행시 사용되는 재료로서, 중재적 방사선 치료<sup>4)</sup>가 각종 암이나 혈관질환, 간·담도질환 등에 새로운 치료법으로 그 응용범위가 확대되고 있어, 신소재의 개발이 다양화하고 있는 추세임.</p> <p>○ "색전물질"은 그 물리적 성질에 따라 고형 색전물과 액상 색전물로 나눌 수 있으며, 생체내 반응에 따라 흡수형(Gelfoam등)과 비흡수형 Polyvinyl Alcohol (PVA), Coil류, N-buty1 Canoacrylate (NBCA)등], 세포독성형<sup>5)</sup>(Ethanol등) 등으로 여러 가지 종류가 있어서, 그간 색전물질의 종류별, 적응증별로 제한적으로 요양기관에서 그 비용을 청구할 수 있었음.</p> <p>○ 그러나 "색전물질"은 공급혈관의 분포, 개수, 동정맥 교통량<sup>6)</sup>, 혈관이나 종양의 크기 등 그 적응증과 병변에 따라 색전물질을 선택하게 되며, 단독으로 사용되는 경우보다 복합적으로 사용하게 되는 경우가 많고, 수술 전 색전술을 시행하여 출혈을 방지 혹은 감소시켜 보다 안전한 수술을 가능하게 하므로 치료목적 또는 수술 전 색전술 시 사용되는 Bioglue(Histoacryl - Blue), Terbal, Gelfoam등 색전물질은 생산국에서 의학적 검증 등을 거쳐 제조 및 판매 승인된 제품에 한하여 별도로 비용을 청구하며, Contour Emboli등 분할사용이 가능한 색전물질의 경우에는 실제 사용량의 비용으로 청구할 수 있음.</p> <p>○ 또한 "Embolus Spring"은 스테인리스 스틸 코일로서 PVA agent나</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                      | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|-----|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | (고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행) | <p>Histoacryl - Blue, Detachable Balloon Catheter(DBC) 등으로 색전이 곤란한 경우에 한하여 별도로 비용을 청구하고, "Tungsten coil, Platinum microcoil"은 직경이 가늘어 뇌동맥류<sup>㉗</sup>나 동정맥루 기형<sup>㉘</sup> 등 0.010" - 0.018" 미세 도관을 삽입해야만 하는 경우에 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 색전물질: 혈관을 막아 혈류를 차단하는 물질</li> <li>2) 고혈관성 중양: 동맥혈관으로부터 풍부한 혈류를 공급받는 중양</li> <li>3) 색전술: 혈관 안으로 가느다란 관을 넣고 색전물질을 주입하여 혈관의 혈류를 차단하는 시술</li> <li>4) 중재적 방사선 치료: 고에너지 방사선을 이용하여 암세포를 죽임</li> <li>5) 세포독성형: 세포에 대한 독성 작용을 하는 물질</li> <li>6) 동정맥 교통량: 동정맥 간에 흐르는 혈류량</li> <li>7) 뇌동맥류: 뇌동맥의 일부에 결손이 생겨 그 부분이 돌출되거나 뇌혈관이 파리처럼 부풀어오르는 것으로 어느 순간 터져서 사망 또는 뇌 손상을 초래하는 질환</li> <li>8) 동정맥루 기형: 선천성 발달이상으로 뇌의 일부 동맥과 정맥 사이에 모세혈관 없이 직접 연결되어 있는 상태.</li> </ol> |

| 연번 | 제 목                | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 첩 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21 | 혈관색전용 미세구 급여기준     | <p>1. 혈관색전용 미세구(Embosphere, Embosphere Microspheres)를 사용한 경우 실사용량으로 요양급여함.</p> <p>2. 다만, Embosphere를 전립선동맥색전술시 사용한 경우 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.<br/>(고시 제2019-80호, '2019.5.1. 시행)</p>                                                                                                                                                            | <p>혈관색전용 미세구(Embosphere, Embosphere Microspheres)를 사용한 경우 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p>2. 다만, Embosphere를 전립선동맥색전술<sup>1)</sup>시 사용한 경우 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;<br/>1) 전립선동맥색전술: 전립선동맥을 화학물질 등을 이용하여 동맥류 속 혈류를 차단하는 것</p>                                                                                                                                                                                   |
| 22 | 색전성 약물방출 미세구의 급여기준 | <p>색전성 약물방출미세구는 과혈관화된 간세포암에 공급되는 혈액을 막고, 종양에 지속적인 용량의 항암제를 전달하기 위하여 사용하는 혈관 색전 재료로 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증<br/>: 아래의 조건을 모두 충족한 간세포암</p> <p>(1) 경동맥화학색전술(TACE: Transcatheter Arterial Chemoembolization)을 고려하는 환자 중 잔존 간기능이 저하되어 차일드-퍼분류(Child-Pugh Class : 잔여 간기능검사 분류)상 점수가 B등급인 경우</p> <p>(2) 종양의 크기가 10cm 이하인 경우</p> | <p>"색전성 약물방출미세구"<sup>1)</sup>는 과혈관화<sup>2)</sup>된 간세포암에 공급되는 혈액을 막고, 종양에 지속적인 용량의 항암제를 전달하기 위하여 사용하는 혈관 색전 재료<sup>3)</sup>로 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증: 아래의 조건을 모두 충족한 간세포암</p> <p>1) 경피적 동맥화학 색전술<sup>4)</sup>(TACE : Transcatheter Arterial Chemoembolization)을 고려하는 환자 중 잔존 간기능이 저하되어 차일드-퍼분류(Child-Pugh Class<sup>5)</sup> : 잔여 간기능검사 분류)상 점수가 B등급인 경우</p> <p>2) 종양의 크기가 10cm 이하인 경우</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>(3) 침윤형(Infiltrative type)이 아닌 경우<br/> (4) 주요혈관의 침범(Hepatic vein or portal vein invasion)이 없는 경우<br/> (5) 심한 동문맥단락(Massive arteriportal shunt)이 없는 경우<br/> (6) 담관-장관문합수술(Bilioenteric surgery)의 과거력이 없는 경우</p> <p>나. 위 가. 적응증 중 (1)의 차일드-퍼 분류(Child-Pugh Class : 잔여 간기능검사 분류)상 점수가 A등급이고, (2)~(6)의 조건을 모두 충족한 경우는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인 부담률을 50%로 적용함.</p> <p>다. 인정개수 : 환자 1인당 총 4vial(또는 syringe) 인정함(평생개념)</p> <p>라. 요양급여비용 청구시 차일드-퍼 분류 (Child-Pugh Class : 잔여 간기능검사 분류)상 점수를 기재하여 청구하여야 함.</p> <p>(고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행)</p> | <p>3) 침윤형<sup>9)</sup>(Infiltrative type)이 아닌 경우<br/> 4) 주요혈관의 침범(Hepatic vein or portal vein invasion)이 없는 경우<br/> 5) 심한 동문맥단락<sup>7)</sup>(Massive arteriportal shunt)이 없는 경우<br/> 6) 담관-장관문합수술<sup>8)</sup>(Bilioenteric surgery)의 과거력이 없는 경우</p> <p>나. 위 가. 적응증 중 (1)의 차일드-퍼 분류(Child-Pugh Class : 잔여 간기능검사 분류)상 점수가 A등급이고, (2)~(6)의 조건을 모두 충족한 경우는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>9)</sup>에 따라 재료비용의 50%를 환자가 부담<sup>10)</sup>함.</p> <p>다. 인정개수: 환자 1인당 총 4vial(또는 syringe) 인정함(평생개념<sup>11)</sup>)</p> <p>라. 요양급여비용 청구 시 차일드-퍼 분류 (Child-Pugh Class: 잔여 간기능검사 분류)상 점수를 기재하여 청구하여야 함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 색전성 약물방출미세구: 간암에 영양을 공급하는 동맥혈관을 폐쇄시키기 위한 색전용 재료로 항암제가 지속적으로 방출되는 특성이 있음.<br/> 2) 과혈관화 : 혈관이 과다하게 분포되어 있는 것<br/> 3) 혈관 색전 재료: 혈관을 막아 혈류를 차단하는 물질<br/> 4) 경피적 동맥화학 색전술: 간암에 혈액을 공급하는 동맥을 찾아 항암제를 투여한 후 혈관을 막는 치료법<br/> 5) 차일드-퍼분류(Child-Pugh Class): 잔여 간기능 검사 분류법으로 5</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문 | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|-----|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     |         | <p>개 검사 항목의 점수를 통해 간경변*의 정도를 A, B, C로 분류함.</p> <p>* 간경변: 간의 만성적인 염증 때문에 정상조직이 섬유화조직으로 바뀌어 간의 기능이 떨어지는 것.</p> <p>6) 침윤형: 주변부까지 넓게 침투(분포)하는</p> <p>7) 동문맥단락: 간의 동맥과 문맥이 비정상적으로 연결되어 있는 것</p> <p>8) 담관-장관문합수술: 담도암 또는 담도 협착증 등으로 담도 폐쇄가 있는 경우에 담즙 배액을 위해 담도와 장 사이에 배액관을 넣어 담도와 장을 이어주는 수술</p> <p>9) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」:</p> <p>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여: 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>10) 재료비용의 80%를 환자가 부담: 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p> <p>11) 평생개념: 진단을 받아 시술을 받은 시점부터 나머지 여생동안을 의미함.</p> |

| 연번 | 제 목                         | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 23 | 액체형 색전물질<br>(뇌혈관용)의<br>급여기준 | <p>액체형 색전물질(뇌혈관용)은 혈관색전술 시 사용하는 치료재료로, 다음의 경우에 요양급여함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 뇌동정맥기형(뇌경막동정맥루 포함)</li> <li>2) 과혈관성 뇌종양(일반 Meningioma 제외)</li> <li>3) 다른 색전물질로 효과적으로 치료되지 않는 뇌혈관 파열에 사례별로 인정</li> </ol> <p>나. 급여개수: 6개</p> <p>단, 급여개수를 초과하여 사용한 경우에는 관련 자료(영상자료 등)를 참조하여 사례별로 인정</p> <p>(고시 제2018-254호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>액체형 색전물질<sup>1)</sup>(뇌혈관용)은 혈관색전술<sup>2)</sup>시 사용하는 치료재료로, 다음의 경우에 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 뇌동정맥기형<sup>3)</sup>(뇌경막동정맥루 포함)</li> <li>2) 과혈관성 뇌종양(일반 Meningioma 제외)</li> <li>3) 다른 색전물질로 효과적으로 치료되지 않는 뇌혈관 파열에 사례별<sup>4)</sup>로 인정</li> </ol> <p>나. 급여개수: 6개</p> <p>단, 급여개수를 초과하여 사용한 경우에는 관련 자료(영상자료 등)를 참조하여 사례별로 인정</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 색전물질: 혈관을 막아 혈류를 차단하는 물질</li> <li>2) 혈관색전술: 혈관 안으로 가느다란 관을 넣고 색전물질을 주입하여 기형 혈관을 막는 방법</li> <li>3) 뇌동정맥기형: 선천성 발달이상으로 뇌의 일부 동맥과 정맥 사이에 모세혈관 없이 직접 연결되어 있는 상태</li> <li>4) 사례별: 의료인이 작성한 진료기록부, 수술기록지, 검사결과지 등의 객관적 자료를 참조하여 환자마다의 상태를 확인함</li> </ol> |

| 연번 | 제 목                                      | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 24 | 액체형색전물질<br>(말초혈관용)<br>급여기준               | <p>액체형 색전물질(말초혈관용)(Onyx Liquid Embolic System 등)은 혈관색전술 시 사용하는 치료재료로 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p>가. 적응증:<br/>경피적 혈관내 스텐트-이식 설치술(EVAR, TEVAR)*후 type I/II endoleak이 발생한 경우</p> <p>나. 인정개수: 1.5ml 3개 또는 6ml 1개를 인정함</p> <p>* EVAR: Endovascular Aneurysm Repair,<br/>TEVAR: Thoracic Endovascular Aneurysm Repair</p> <p>(고시 제2018-101호, 2018.6.1. 시행)</p> | <p>액체형 색전물질<sup>1)</sup>(말초혈관용)(Onyx Liquid Embolic System 등)은 혈관색전술<sup>2)</sup>시 사용하는 치료재료로, 다음의 경우에 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p>가. 적응증:<br/>경피적 혈관내 스텐트-이식 설치술(EVAR, TEVAR)*후 type I/II endoleak이 발생한 경우</p> <p>나. 인정개수: 1.5ml 3개 또는 6ml 1개를 인정함</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 색전물질: 혈관을 막아 혈류를 차단하는 물질</p> <p>2) 혈관색전술: 혈관 안으로 가느다란 관을 넣고 색전물질을 주입하여 기형혈관을 막는 방법</p> |
| 25 | 미촉지<br>유방병변의<br>위치표시술시<br>재료대 별도<br>산정여부 | <p>미촉지 유방병변의 위치표시술(Needle Localization of Nonpalpable Breast Lesions)은 촉진되지 않는 미세유방 병변을 유방촬영으로 확인 후 Wire Localizer(L자형)로 위치표시를 하여 줌으로써 유방암의 조기진단 및 정확한 병변제거술을 가능하게 하는 시술로, Breast Needle, Wire Localizer 등 재료대는 소정 시술료에 포함되어 있으므로 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p>                                                                 | <p>미촉지 유방병변의 위치표시술<sup>1)</sup>(Needle Localization of Nonpalpable Breast Lesions) 시 사용되는, Breast Needle, Wire Localizer 등 재료 비용은 관련된 진료 행위비용에 포함되어 있으므로 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 미촉지 유방병변의 위치표시술<br/>: 만져지지 않는 미세유방 병변의 확인을 위해 유방촬영을 통해 미세 유방병변이 있는 부위에 바늘(Needle)을 위치시킨 후 바늘을 통해 철사(Wire)를 삽입하여 병변의 위치를 파악하게 함. 이 시술을 통해</p>                   |

| 연번 | 제 목                                                                   | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                   | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                           | 유방암의 조기발견 및 정상유방조직 절제를 최소화하면서 병변의 완전절제가 가능해짐.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 26 | 미촉지<br>유방병변의<br>위치표시시<br>반복하여<br>실시한<br>유방촬영<br>인정여부                  | 미촉지 유방병변의 위치표시술(Needle Localization of Nonpalpable Breast Lesions)시 미세병변에 Wire 삽입 전후 위치확인 및 수술 후 병소부위가 완전히 제거되었는지 확인 등을 위하여 반복하여 실시한 유방 방사선촬영, 판독료는 전 과정을 동 시술을 위한 일련의 과정인 바, 수가산정은 방사선 진단 및 치료료 산정지침에 의하며 방사선 필름은 실사용량을 별도 산정할 수 있음.<br><br>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행) | 미촉지 유방병변의 위치표시술(Needle Localization of Nonpalpable Breast Lesions)시 미세병변 <sup>1)</sup> 에 철사(Wire) 삽입 전후 위치확인 및 수술 후 병소부위 <sup>2)</sup> 가 완전히 제거되었는지 확인 등을 위하여 반복하여 실시한 유방 방사선촬영 및 판독료는 미촉지 유방병변의 위치표시술을 위한 과정이므로, 이 때의 유방 방사선촬영 및 판독료는 요양기관에서 청구할 수 없으나, 방사선 필름은 실제 사용량에 대한 재료비용을 청구할 수 있음.<br><br><용어설명><br>1) 미세병변: 분간하기 어려울 정도로 아주 작은 병변<br>2) 병소부위: 병이 발생한 부위, 질병의 진행이나 상처에 의해 기관이나 조직에 생긴 구조적 생화학적 변화 |
| 27 | Cardiac Catheterization 시 Rotating Adaptor, High Pressure Angiography | Cardiac Catheterization시 Rotating Adaptor, High Pressure Angiography Connector는 별도 산정할 수 없음.<br><br>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)                                                                                                                                          | 심도자술(Cardiac Catheterization) <sup>1)</sup> 시 "Rotating Adaptor, High Pressure Angiography Connector(연결관 종류)"는 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.<br><br><용어설명><br>1) 심도자술(Cardiac Catheterization): 혈관을 통해 가느다란 관을 심                                                                                                                                                                                                |

| 연번 | 제 목                                           | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | Connector 별도 산정여부                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 장까지 밀어 넣은 상태에서 여러가지 검사(심장 형태의 변화나 심실과 판막 운동, 혈액의 역류 상태 등)와 치료를 실시함                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 28 | Super selection용 Catheter 및 Guide Wire의 급여 기준 | <p>Super selection용 Catheter와 Guide Wire는 중재적 방사선 시술시 대동맥에서 3차 이상의 가는 혈관을 초선택하는 경우, 두경부의 혈관을 초선택하는 경우, 종양으로 인하여 혈관의 해부학적 변이가 있는 경우 및 Bronchial artery, Intercostal artery, Lumbar artery, Spinal artery, Phrenic artery, Adrenal artery에 별도 산정할 수 있음.</p> <p>(고시 제2008-110호, 2008.10.1 시행)</p> | <p>초선택(Super Selection)<sup>1)</sup>용 카테터(Catheter)와 유도철사(Guide Wire)는 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 중재적 방사선 시술<sup>2)</sup>시 대동맥에서 3차 이상의 가는 혈관을 초선택(Super Selection)하는 경우,<br/> 나. 두경부의 혈관을 초선택(Super Selection)하는 경우,<br/> 다. 종양으로 인하여 혈관의 해부학적 변이가 있는 경우<br/> 라. Bronchial Artery(위팔의 상완동맥),<br/> Intercostal Artery(갈비뼈 사이의 늑간동맥),<br/> Lumbar Artery(허리의 요추동맥),<br/> Spinal Artery(척수동맥),<br/> Phrenic Artery(횡경막동맥),<br/> Adrenal Artery(부신동맥)</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 초선택(Super Selection): 아주 가는 카테터(Catheter)를 이용하여 질병 혹은 증상의 직접적인 원인이 되는 작은 혈관만을 선택함<br/> 2) 중재적 방사선 시술 : 방사선 영상장비를 이용하여 인체 내부를 관찰하면서 가느다란 카테터를 체내에 삽입하고 약물을 주입하거나 절개, 성형술 등을 시행함</p> |

| 연번 | 제 목                               | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 29 | Occlusion Balloon Catheter의 산정 기준 | <p>암 조직에 혈류를 공급하는 동맥을 폐쇄하거나 동맥내에 항암제를 주입하여 암세포를 괴사시키는 치료방법인"경피적 동맥내 색전물질 또는 항암제 주입요법"시 사용되는 색전술용 Catheter(Occlusion Balloon Catheter)는 색전물질이 역류되어 혈관이 부식되거나 다른 부위에 색전이 유발 될 위험이 있는 수용성 색전물질 주입시, 정계정맥류 등 정맥내 주입시에 별도 산정할 수 있음.</p> <p>(고시 제2003-83호, 2004.1.1. 시행)</p> | <p>"색전술용 카테터(Occlusion Balloon Catheter)"는 "경피적 동맥내 색전물질 또는 항암제 주입요법"<sup>1)</sup> 시 사용되는 치료재료로서, 색전 물질이 역류되어 혈관이 부식되거나 다른 부위에 색전이 유발될 위험이 있는 수용성 색전물질 주입시, 정계정맥류<sup>2)</sup> 등 정맥내 주입시에 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 경피적 동맥내 색전물질 또는 항암제 주입요법 : 암 조직에 혈류를 공급하는 동맥을 폐쇄하거나 동맥내에 항암제를 주입하여 암세포를 괴사시키는 치료방법</p> <p>2) 정계정맥류: 음낭의 고환 상단에 위치한 그물모양 정맥다발이 비정상적으로 확장되어 생기는 질환</p> |
| 30 | Introducer의 산정기준                  | <p>Introducer는 혈관내 카테타 삽입 또는 제거시 혈관을 보호하기 위하여 사용하는 재료로서 진단목적의 혈관조영, 심도자술 및 치료 목적의 혈관중재적 시술에 별도 산정함.</p> <p>(고시 제2005-44호, 2005.7.1. 시행)</p>                                                                                                                            | <p>"카테터 삽입 유도관(Introducer)"는 혈관 내 카테터(Catheter) 삽입 또는 제거 시 혈관을 보호하기 위하여 사용하는 재료로서, 진단목적의 혈관조영술<sup>1)</sup>, 심도자술<sup>2)</sup> 및 치료목적의 혈관중재적시술<sup>3)</sup>에 사용 시 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 혈관조영술: 혈관에 가는 관을 넣고 조영제를 주입하여 혈관의 모양을 방사선 촬영을 통해서 알아 볼 수 있게 하는 검사</p> <p>2) 심도자술: 혈관을 통해 가느다란 관을 심장까지 넣은 상태에서 여러가지 검사(심장 형태의 변화나 심실과 판막 운동, 혈액의 역류</p>                       |

| 연번 | 제 목                                                                  | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>상태 등)와 치료를 시행함</p> <p>3) 혈관중재적 시술: 가느다란 카테터를 혈관에 삽입하고 약물치료와 좁아진 혈관을 넓혀주기 위한 혈관성형술, 스텐트삽입술 등의 치료를 하는 것</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 31 | 심박기 거치술, 심율동 전환제세 동기 거치술 시 Introducer Sheath 및 Peel away sheath 급여기준 | <p>1. 자200 심박기 거치술 및 자200-2 심율동 전환 제세동기 거치술 시 Introducer Sheath는 요양급여를 인정함.</p> <p>2. 자200 심박기 거치술 및 자200-2 심율동 전환 제세동기 거치술 시 Peel away sheath는 전극선을 움직이지 않고 위치시킬 수 있는 특징점이 있는 재료로 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 자200나.(1)(가) 경정맥 체내용 심박기 거치술</p> <p>나. 자200나.(1)(다) 삽입된 심박기 기능향상</p> <p>다. 자200-2 심율동 전환 제세동기 거치술 중 자200-2가(1) 경정맥 접근-삽입술, 자200-2나(1) 피하 접근-삽입술</p> <p>(고시 제2019-166호, 2019.8.1. 시행)</p> | <p>1. "Introducer Sheath"는 심박기거치술(Implantation of Pacemaker)<sup>1)</sup> 및 심율동전환 제세동기거치술[경정맥]<sup>2)</sup> (Transvenous Implantation of Cardioverter Defibrillator) 시 시술과정상 필수재료이므로 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>2. "Peel Away Sheath"는 Introducer Sheath의 일종으로 전극선을 움직이지 않고 카테터 삽입 유도관(Sheath)를 반으로 찢으면서 제거하여 전극선의 위치를 확보할 수 있는 특징점이 있는 재료로 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 자-200-나.(1)(가)<sup>3)</sup> 경정맥 체내용 심박기거치술</p> <p>나. 자-200-나.(1)(다)<sup>4)</sup> 삽입된 심박기 기능향상</p> <p>다. 자-200-2(가)<sup>5)</sup> 심율동 전환 제세동기 거치술 중 자200-2가(1) 경정맥 접근-삽입술, 자200-2나(1) 피하 접근-삽입술</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 심박기거치술: 치료가 필요한 서맥(느린 맥박)이 있는 경우, 인공 심장박동기를 체내에 삽입하여 외부의 전기적 자극으로 심장이</p> |

| 연번 | 제 목                                | 고 시 원 문                                                                                                                                      | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                    |                                                                                                                                              | <p>떨 수 있도록 하는 치료</p> <p>2) 심율동전환 제세동기거치술[경정맥]: 심실빈맥(빠른 맥박) 또는 심실세동*과 같이 불안정한 심장 리듬을 정상맥박으로 돌릴 수 있도록 정맥을 통해 소형의 이식형 제세동기를 체내에 이식하는 것. 심실세동이 발생하는 경우 이식된 제세동기에서 심실세동을 감지 하고 전기쇼크를 자동적으로 발생시켜 제세동**함.</p> <p>* 심실세동: 심장 박동 시 심실의 각 부분이 무질서하게 불규칙적으로 수축하는 상태로, 심장 박출이 거의 없는 현상</p> <p>** 제세동: 불안정한 심장 리듬을 정상조율로 되돌림</p> <p>3)~5): 시술명에 따른 건강보험에서의 분류번호</p> <p>4) 삽입된 심박기 기능향상: 기존에 삽입된 심방 또는 심실전극 심박기를 심방 및 심실전극 심박기로 전환하여 기능을 향상시키는 시술</p> |
| 32 | 식도·담도·기관지내 삽입하는 스텐트(Stent) 별도 산정여부 | 식도·담도·기관지내에 협착이 있는 경우 경로(Tract)를 확장하는 등에 사용하는 스텐트(금속 및 비금속스텐트)는 진료 상 필요한 경우에 별도 산정함.<br>(고시 제2005-44호, 2005.7.1. 시행)                         | 식도·담도·기관지내에 협착이 있는 경우 협착된 부위(Tract) 확장 등을 위해 사용하는 스텐트(금속 및 비금속스텐트)는 진료 상 필요한 경우로 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 33 | 상부소화관 및 담도 금속스텐트 인정기준              | 상부소화관(식도·위·십이지장·소장) 및 담도 금속스텐트는 원발성 또는 속발성 상부소화관·간담도 악성종양 등으로 인한 협착부위를 넓혀줌으로써 경구 섭취를 가능케 하여 삶의 질을 확실히 개선시킬 수 있다고 판단될 때 실시토록 하며, 다음의 경우에 인정함. | 상부소화관(식도·위·십이지장·소장) 및 담도 금속스텐트는 원발성 <sup>1)</sup> 또는 속발성 <sup>2)</sup> 상부소화관 <sup>3)</sup> ·간담도 악성종양 등으로 인한 협착부위를 넓혀줌으로써 입(구강)으로 섭취를 가능케 하여 삶의 질을 확실히 개선시킬 수 있다고 판단될 때 실시토록 하며, 다음의 경우에 요양기관에서                                                                                                                                                                                                                                          |

| 연번 | 제 목           | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                           | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |               | <p>- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 악성종양으로 인해 수술이 불가능한 경우</li> <li>2. 악성종양으로 인한 수술후 협착이 재발되었으나 수술이 불가능한 경우</li> <li>3. 악성종양에 의한 식도-기관지루로 수술이 불가능한 경우</li> <li>4. 환자의 상태가 불량하여 수술하기 힘든 경우(고령, 만성질환, 전신상태 불량 등)</li> </ol> <p>(고시 제2015-146호, 2015.9.1.시행)</p> | <p>재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 악성종양으로 인해 수술이 불가능한 경우<br/> 나. 악성종양으로 인한 수술 후 협착이 재발되었으나 수술이 불가능한 경우<br/> 다. 악성종양에 의한 식도-기관지루<sup>4)</sup>로 수술이 불가능한 경우<br/> 라. 환자의 상태가 불량하여 수술하기 힘든 경우(고령, 만성질환, 전신상태 불량 등)</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 원발성: 원인 질환이 없이 최초로 생기는 것</li> <li>2) 속발성: 하나의 질환이 생기고, 다시 다른 질환이 발생하여, 그 발병에 인과관계가 인정되는 경우</li> <li>3) 상부소화관: 식도·위·십이지장 부위를 의미</li> <li>4) 식도-기관지루: 식도와 기관지 사이에 구멍이 생기는 것으로, 음식물이 기관지로 들어가서 폐렴이 생기거나, 호흡할 때 기관지에서 공기가 빠져 나와 자연 기흉이 생길 수도 있음.</li> </ol> |
| 34 | 하부장관 스텐트 급여기준 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 하부장관 금속스텐트는 협착 및 폐색된 하부장관의 확장을 위하여 사용하는 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</li> </ol> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 소장, 대장 또는 직장의 악성종양으로 인해 수술이 불가능한 경우</p>                                                                                                      | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. "하부장관 금속스텐트"는 협착 및 폐색된 하부장관의 확장을 위하여 사용하는 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 비용을 청구할 수 있음.</li> </ol> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 소장, 대장 또는 직장의 악성종양으로 인해 수술이 불가능한 경우</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>나. Rectosigmoid 또는 Distal descending colon의 complete obstruction을 동반한 대장 및 직장암에서 수술전 감압 목적으로 실시하는 경우에는 시술횟수 불문하고 부위별 1개(평생개념) 인정함.</p> <p>2. 상기 1항의 급여대상 이외 적응증별 인정개수를 초과하여 사용하거나, partial obstruction에서 수술전 감압 목적으로 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p>(고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행)</p> | <p>나. 직장구불결장<sup>1)</sup> 또는 하행결장<sup>2)</sup>의 완전 폐색<sup>3)</sup>을 동반한 대장 및 직장암에서 수술 전 감압<sup>4)</sup> 목적으로 실시하는 경우에는 시술횟수 불문하고 부위별 1개(평생 개념<sup>5)</sup>) 인정함.</p> <p>2. 상기 1항의 급여대상 이외 적응증별 인정개수를 초과하여 사용하거나, 부분폐색<sup>6)</sup>에서 수술 전 감압 목적으로 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>7)</sup>에 따라 재료비용의 80%를 환자가 부담<sup>8)</sup>함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 직장구불결장(Rectosigmoid Colon): 변이 직장으로 내려가기 전 비교적 오래 머무르는 부위로 S자 모양으로 구불구불한 대장과 직장 상부를 의미함.</p> <p>2) 하행결장(Distal Descending Colon): 횡행결장의 아래부터 에스상 결장까지를 의미.</p> <p>3) 완전폐색(Complete Obstruction): 악성 종양으로 장관이 완전히 막혀 장의 내용물이 앞으로 빠져나가지 못함.</p> <p>4) 감압: 압력이 줄거나 압력을 줄임.</p> <p>5) 평생개념 : 진단을 받아 시술을 받은 시점부터 나머지 여생동안을 의미</p> <p>6) 부분폐색(Partial Obstruction) : 악성 종양으로 장관이 부분적으로 막혀 장의 내용물이 앞으로 빠져나가지 못함.</p> <p>7) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 : 선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> |

| 연번 | 제 목                         | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                          | 첩 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                             |                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>* 선별급여: 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>8) 재료비용의 80%를 환자가 부담: 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p>                                       |
| 35 | 요관스텐트(Ureteral Stent)의 급여기준 | <p>요관성형 또는 요관협착, 요관손상 등에 뇨의 배출 및 치료목적으로 사용하는 요관스텐트(Ureteral Stent)와 유도철사(guide wire)는 진료상 필요한 경우 실사용량으로 요양급여를 인정함.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p>                                                                                      | <p>요관<sup>1)</sup>성형 또는 요관협착, 요관손상 등에 뇨의 배출 및 치료목적으로 사용하는 "요관스텐트(Ureteral Stent)"와 "유도철사(guide wire)"는 진료상 필요한 경우 실제 사용량의 비용을 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 요관(Ureter) : 콩팥에서 만들어진 소변을 콩팥칼때기를 거쳐 방광까지 운반해주는 가늘고 긴 관</p>                                                                 |
| 36 | Dilator Renal의 급여기준         | <p>요관 또는 신 결석을 제거하기 위해 시행하는 자337-1 경피적 신결석술(Percutaneous Nephrolithotomy, PNL)은 내시경하에 puncture needle로 신실질을 천자하여 규격이 2Fr 또는 4Fr씩 증가된 Dilator Renal로 30Fr(직경 1cm)까지 확장한 후 이곳을 통하여 신내시경을 신배에 삽입하고 수술하는 방법으로 이때 사용하는 dilator는 실사용량으로 요양급여를 인정함.</p> | <p>요관 또는 신 결석을 제거하기 위해 시행하는 자337-1 경피적 신결석술(Percutaneous Nephrolithotomy, PNL)<sup>1)</sup>은 내시경하에 puncture needle로 신실질<sup>2)</sup>을 천자하여 규격이 2Fr 또는 4Fr씩 증가된 Dilator Renal로 30Fr(직경 1cm)까지 확장한 후 이곳을 통하여 신내시경을 신배<sup>3)</sup>에 삽입하고 수술하는 방법으로 이때 사용하는 dilator는 실제 사용한 개수만큼 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> |

| 연번 | 제 목                                                                             | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                               | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                 | (고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)                                                                                                                                                                                                                         | <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 경피적 신질석술(PNL): 옆구리에 신장으로 통하는 굵은 관을 삽입하고 이 관을 통해 신장 내부로 진입한 내시경을 이용하여 요관 또는 신장의 결석 결석을 부수어 깨서 제거하는 방법</p> <p>2) 신실질: 콩팥속질</p> <p>3) 신배 : 콩팥(신장) 구조의 일부로 콩팥유두로 부터 흐르는 소변을 모아 콩팥갈대기로 보내는 통로</p>                                                                                                                                                                                |
| 37 | 경피적 Nephrostomy Balloon Catheter (Ultraxx Nephrostomy Balloon Catheter 등)의 급여기준 | <p>Nephrostomy Balloon Catheter(Ultraxx Nephrostomy Balloon Catheter 등)는 풍선을 이용하여 신장확장을 함으로써 Renal Dilator에 비해 시술이 쉽고 출혈의 가능성을 낮추는 장점이 있어 자337-1 경피적 신질석술(Percutaneous Nephrolithotomy, PNL) 시술 시 요양급여를 인정함.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>"경피적 신루 풍선카테터(Nephrostomy Balloon Catheter(Ultraxx Nephrostomy Balloon Catheter 등))"는 풍선을 이용하여 신장(콩팥)을 확장함으로써 신장확장기(Renal Dilator)에 비해 시술이 쉽고 출혈의 가능성을 낮추는 장점이 있어 자337-1 경피적 신질석술<sup>1)</sup>(Percutaneous Nephrolithotomy, PNL) 시술 시 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 경피적 신질석술(PNL): 옆구리에 신장으로 통하는 굵은 관을 삽입하고 이 관을 통해 신장 내부로 진입한 내시경을 이용하여 요관 또는 신장의 결석을 깨뜨려 제거하는 방법</p> |

| 연번 | 제 목                                | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                             | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 38 | 풍선확장카테타를 이용한 기관지확장술시 catheter 인정기준 | <p>풍선확장카테타를 이용한 기관지확장술은 시술방법에 따라 기관지 내시경하와 방사선 촬영으로 구분하고 있으며, 이 경우 사용하는 풍선확장카테타는 「치료재료급여·비급여목록및급여상한금액표」에 의한 상한금액 범위내의 실구입가로 1개 인정함.</p> <p>다만, 허가·신고 또는 인정된 사항(효능·효과 및 사용방법)을 초과하여 비혈관용 카테타(담도, 식도, 하부소화관 등)를 기관지확장술시 사용한 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p>(고시 제2009-180호, 2009.10.1. 시행)</p> | <p>1. 풍선확장카테터(Balloon Dilatation Catheter)를 이용한 기관지확장술<sup>1)</sup>은 시술방법에 따라 기관지 내시경하와 방사선 촬영으로 구분하고 있으며, 이 경우 사용하는 풍선확장카테타는 「치료재료급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 의한 상한금액<sup>2)</sup> 범위 안에서 요양기관이 실제 구입한 가격으로 1개 비용을 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> <p>2. 다만, 허가·신고 또는 인정된 사항(효능·효과 및 사용방법)을 초과하여 비혈관용 카테타(담도, 식도, 하부소화관 등)를 기관지확장술시 사용한 경우에도 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 기관지확장술:<br/>기관지가 협착된 경우에 레이저로 지지거나, 풍선확장카테터(Balloon Dilatation Catheter) 또는 스텐트(Stent) 등을 이용하여 확장하는 수술</p> <p>2) 「치료재료급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 의한 상한금액:<br/>식품의약품안전처 허가를 받은 치료재료 중 보건복지부 장관이 위원회의 심의를 거쳐 고시한 품목리스트로 치료재료 개별비용을 말함.</p> |

| 연번 | 제 목                               | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                   | 첩 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 39 | Everest Inflation Device의 별도산정 여부 | <p>Everest Inflation Device는 풍선카테타 확장(수축)용 기구로, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 중 자655 경피적관상동맥확장술 주2.에 의거하여 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>“Everest Inflation Device”는 풍선카테터 확장(수축)용 일회용기구로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 중 경피적 관상동맥확장술(자655) 주2.<sup>1)</sup>에 의거하여 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;<br/> 1) 경피적 관상동맥확장술* 주2.: Balloon Dilatation, Catheter, Introducer, Y-Connector, G-wire, Guiding Catheter, 조영제, 필름 재료대는 별도 산정한다.<br/> * 경피적 관상동맥확장술: 관상동맥의 협착부위에 관상동맥 풍선 카테터(Balloon Dilatation Catheter) 또는 스텐트(Stent) 등을 이용하여 좁아진 부위를 넓혀주는 수술</p> |
| 40 | Guiding Catheter 의 인정기준           | <p>Guiding Catheter는 정확한 부위의 시술을 위하여 필수적인 재료이므로 혈관 중재적 시술에 인정함.</p> <p>(고시 제2005-101호, 2006.1.1. 시행)</p>                                                                                  | <p>"유도카테터(Guiding Catheter)"는 정확한 부위의 시술을 위한 필수 재료이므로 혈관 중재적 시술<sup>1)</sup>에 사용한 경우 요양기관에서 재료 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;<br/> 1) 혈관 중재적 시술: 가느다란 카테터를 혈관에 삽입하고 약물치료와 좁아진 혈관을 넓혀주기 위한 혈관성형술, 스텐트삽입술 등의 치료를 하는 것</p>                                                                                                                                                                                                                            |

| 연번 | 제 목                           | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 41 | 경피적 관상동맥 확장술(PTCA)시 치료재료 급여기준 | <p>경피적 관상동맥 확장술(PTCA)시 사용하는 치료재료는 다음과 같이 요양급여를 인정하되, 인정개수를 초과한 경우에는 사례별로 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1. PTCA Balloon Catheter</p> <p>가. 경피적 관상동맥 확장술시 Balloon Catheter는 1개 인정함을 원칙으로 함. 다만, 좌·우측용이 구분되지 않으므로 혈관 굵기 및 병변 상태에 따라 다음 중 1)~ 3)의 경우는 1개 추가 인정, 4)의 경우는 2개 추가 인정</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 혈관 굵기가 0.5mm 이상 차이 나는 경우</p> <p>- Rt.와 Lt.에 각각 병소가 있는 경우</p> <p>- 동일혈관에서 두 부위 이상의 병변 또는 단일부위 병변에 협착이 심하여 다단계 시술시</p> <p>2) 원위부 혈관의 크기를 결정할 수 없는 경우</p> <p>3) Kissing Balloon Technique을 시행하는 경우</p> <p>4) 만성완전폐쇄(CTO) 병변</p> <p>나. 경피적 관상동맥 스텐트삽입술 후 Post Adjunctive Balloon Catheter는 스텐트내 잔여협착이 10% 이상 이면서 다음의 경우에 1개 인정</p> | <p>경피적 관상동맥 확장술<sup>1)</sup>(PTCA)시 사용하는 치료재료는 각각의 치료재료에 따라 다음의 경우에 요양기관에서 재료비용을 청구 할 수 있으며, 각 재료별 인정개수를 초과하여 사용한 비용은 환자 상태에 따라 사례별로 초과 사용한 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1. PTCA Balloon Catheter<sup>2)</sup></p> <p>가. 경피적 관상동맥 확장술시 풍선카테터(Balloon Catheter)는 1개 인정함을 원칙으로 함. 다만, 좌·우측용이 구분되지 않으므로 혈관 굵기 및 병변<sup>3)</sup> 상태에 따라 다음 중 1)~ 3)의 경우는 1개 추가 인정, 4)의 경우는 2개 추가 인정</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 혈관 굵기가 0.5mm 이상 차이 나는 경우</p> <p>- 좌·우측에 각각 병소<sup>4)</sup>가 있는 경우</p> <p>- 동일혈관에서 두 부위 이상의 병변 또는 단일부위 병변에 협착이 심하여 다단계 시술시</p> <p>2) 원위부<sup>5)</sup> 혈관의 크기를 결정할 수 없는 경우</p> <p>3) Kissing Balloon Technique<sup>6)</sup>을 시행하는 경우</p> <p>4) 만성완전폐쇄<sup>7)</sup>(CTO) 병변</p> <p>나. 경피적 관상동맥 스텐트삽입술 후 사용하는 풍선카테터(Post Adjunctive Balloon Catheter)는 스텐트내 잔여협착<sup>8)</sup>이 10% 이상 이면서 다음의 경우에 1개 인정</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 석회화병변, 30mm이상의 긴 스텐트 사용, Overlapping 스텐트의 경우</li> <li>2) 스텐트의 불충분한 확장(Underexpansion)과 부적절한 위치삽입(Malapposition)이 확인(단순 조영술, 혈관 내 검사)된 경우</li> <li>3) 근위부 참조혈관과 원위부 참조혈관의 직경 차이가 0.5mm 이상인 경우</li> </ol> <p>2. PTCA Guide Wire</p> <p>2개까지 인정함을 원칙으로 하며, 혈관 병변 상태에 따라 다음의 경우에 추가 인정</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 분지(Bifurcated) 병변 : 1개</p> <p>나. 만성완전폐쇄(CTO) 병변 : 2개</p> <p>3. PTCA Guiding Catheter</p> <p>좌·우측용이 별도로 정해져 있어, 좌·우측 각각 사용 시 좌·우측 부위별로 1개씩 인정함을 원칙으로 하되, 다음의 경우에 1개 추가 인정</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 만성완전폐쇄(CTO) 병변</p> <p>나. 시술 도중 부득이하게 추가 사용이 필요한 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 혈관 기시부의 위치 이상(Anomalous)</li> <li>2) 배후지지력(Backup Support)이 필요한 경우</li> </ol> | <p>- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 석회화병변<sup>9)</sup>, 30mm이상의 긴 스텐트 사용, Overlapping 스텐트<sup>10)</sup>의 경우</li> <li>2) 스텐트의 불충분한 확장(Underexpansion)과 부적절한 위치삽입(Malapposition)이 확인(단순 조영술, 혈관 내 검사)된 경우</li> <li>3) 근위부 참조혈관<sup>11)</sup>과 원위부 참조혈관의 직경 차이가 0.5mm 이상인 경우</li> </ol> <p>2. PTCA 유도철사(Guide Wire)<sup>12)</sup></p> <p>2개까지 인정함을 원칙으로 하며, 혈관 병변 상태에 따라 다음의 경우에 추가 인정</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 분지<sup>13)</sup>(Bifurcated) 병변: 1개</p> <p>나. 만성완전폐쇄(CTO) 병변 : 2개</p> <p>3. PTCA 유도카테터(Guiding Catheter)<sup>14)</sup></p> <p>좌·우측용이 별도로 정해져 있어, 좌·우측 각각 사용 시 좌·우측 부위별로 1개씩 인정함을 원칙으로 하되, 다음의 경우에 1개 추가 인정</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 만성완전폐쇄(CTO) 병변</p> <p>나. 시술 도중 부득이하게 추가 사용이 필요한 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 혈관 기시부<sup>15)</sup>의 위치 이상(Anomalous)</li> <li>2) 배후지지력(Backup Support)<sup>16)</sup> 필요한 경우</li> </ol> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                               | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>3) 배후지지력 증가를 위한 모자 카테터 기법(Mother-Child Technique) 시행시</p> <p>4. 기타 재료 : Introducer 1개, Y-Connector 1개 인정</p> <p>5. 조영제, Film : 실사용량으로 인정</p> <p>(고시 제2016-226호, 2016.12.1. 시행)</p> | <p>3) 배후지지력 증가를 위한 모자 카테터 기법<sup>17)</sup><br/>(Mother-Child Technique) 시행시</p> <p>4. 기타 재료 : Introducer 1개, Y-Connector 1개 인정</p> <p>5. 조영제, Film: 실사용량으로 인정</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 경피적 관상동맥 확장술: 관상동맥의 협착부위에 관상동맥을 풍선카테터나 스텐트 등을 이용하여 확장하는 수술</p> <p>2) PTCA 풍선카테터(Balloon Catheter): 좁아지거나 막힌 관상동맥을 풍선으로 확장시키는 기능을 함</p> <p>3) 병변: 병으로 일어난 육체적 또는 생리적인 변화로, 질병으로 변화한 조직 그 자체</p> <p>4) 병소: 병이 발생한 부위</p> <p>5) 원위부: 기시부에서 먼 쪽</p> <p>6) Kissing Balloon Technique: 분지부 병변에 풍선카테터 삽입시 2개가 겹쳐져 삽입되는 방법</p> <p>7) 완전폐쇄: 혈관이 완전히 막혀 혈류의 흐름이 원활하지 않은 상태</p> <p>8) 스텐트내 잔여협착 : 관상동맥에 스텐트를 삽입하였으나 스텐트가 자기 사이즈만큼 확장되지 않은 등 혈관의 협착이 남아있는 상태</p> <p>9) 석회화병변: 혈액중의 칼슘이 세포사이에 침착하여 질병으로 변한 조직</p> <p>10) Overlapping 스텐트: 긴 병변의 혈관폐색에서 스텐트를 2개 이상 삽입 시 서로 간에 겹침</p> <p>11) 참조혈관: 협착의 정도를 확인하기 위해 참조하는 정상혈관</p> |

| 연번 | 제 목                                    | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                              | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>12) PTCA 유도철사(Guide Wire): Tip 끝이 주로 Straight이나 J형 모양으로 0.014인치의 직경이 작고 유연한 유도철사로 관상동맥 혈관내 병변을 통과하여 시술에 필요한 카테터가 안전하게 이동되게 하는 재료</p> <p>13) 분지: 원래의 줄기(모혈관)에서 갈라져 나가는 가지 혈관</p> <p>14) PTCA 유도카테터(Guiding Catheter): 좌·우측용 및 혈관의 병변 및 모양변이에 따라 도관 형태가 다양하여 관상동맥의 기시부에 잘 도달되도록 하는 재료</p> <p>15) 혈관기시부: 혈관의 구조가 시작되는 부분</p> <p>16) 배후지지력(Backup Support): PTCA Guiding Catheter가 혈관병변에 잘 도달하도록 뒤에서 지지해 주는 힘</p> <p>17) 모자 카테터 기법: 목표 혈관 안에 수동적지지 개념의 큰 카테터를 넣고 그 안에 능동적 지지를 위한 작은 카테터를 삽입함으로써 유도카테터(Guiding Catheter)의 지지력을 증강시킬 수 방법</p> |
| 42 | 경피적 관상동맥 확장술시 사용한 약물방출 풍선 카테터 급여 인정 기준 | <p>경피적 관상동맥확장술시 사용하는 약물방출풍선카테터(SEQUENT PLEASE 등)는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 스텐트내 재협착 병변(In-Stent Restenosis)</p> <p>나. 혈관직경 <math>2.5 \pm 0.25</math> mm의 작은 관상동맥 혈관질환(Small Vessel Disease)으로서 신생병변(De novo lesion)만 인정하며,</p> | <p>경피적 관상동맥확장술시 사용하는 "약물방출풍선카테터(Sequent Please 등)"는 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 스텐트내 재협착<sup>1)</sup> 병변(In-Stent Restenosis)</p> <p>나. 혈관직경<sup>2)</sup> <math>2.5 \pm 0.25</math> mm의 작은 관상동맥<sup>3)</sup>혈관질환(Small Vessel Disease)으로서 신생병변<sup>4)</sup>(De novo lesion)만 인정하되, 신생병변 중</p>                                                                                                                                                                             |

| 연번 | 제 목                                                    | 고 시 원 문                                                                                                                       | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                        | <p>길이 10mm이하 국소병변(focal lesion)은 제외</p> <p>(고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)</p>                                                  | <p>길이 10mm이하의 국소병변(focal lesion)<sup>5)</sup>은 제외</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 스텐트내 재협착: 관상동맥의 협착 부위 확장을 위해 삽입한 스텐트 내부에 다시 혈전(혈관 속에서 피가 굳어진 덩어리)이 쌓이면서 협착이 되는 현상</p> <p>2) 혈관 직경: 혈관의 지름*</p> <p>* 지름: 중심을 지나는 직선으로 그 둘레 위의 두 점을 이은 선분</p> <p>3) 관상동맥: 심장동맥</p> <p>4) 신생병변: 병으로 일어난 육체적 또는 생리적인 변화로 새로이 질병으로 변화한 조직을 의미</p> <p>5) 국소병변(focal lesion): 작은 관상동맥 질환의 신생병변 중 병변의 길이가 10mm이하로 일부분에 국한되어 발생한 것을 의미함</p> |
| 43 | 경피적 관상동맥 확장술(PTCA)시 사용한 cutting balloon catheter의 인정기준 | <p>Cutting Balloon Catheter는 스텐트내의 재협착(instent restenosis)에 경피적 관상동맥확장술시 사용한 경우에 인정함.</p> <p>(고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행)</p> | <p>경피적 관상동맥확장술<sup>1)</sup>(PTCA)시 사용한 "Cutting Balloon Catheter"는 스텐트내의 재협착<sup>2)</sup>(instent restenosis)에 사용 시 요양기관에서 재료 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 경피적 관상동맥확장술: 관상동맥의 협착 부위에 풍선카테터(Balloon Catheter) 및 스텐트(Stent) 등을 이용하여 확장하는 수술</p> <p>2) 스텐트내의 재협착: 관상동맥의 협착 부위 확장을 위해 삽입한 스텐트 내부에 다시 혈전(혈관 속에서 피가 굳어진 덩어리)이 쌓</p>                                                                       |

| 연번 | 제 목                                       | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 이면서 협착이 되는 현상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 44 | Peripheral Cutting Balloon Catheter의 급여기준 | <p>말초혈관의 협착 및 폐색병변의 경피적 풍선혈관성형술 시 사용하는 Peripheral Cutting Balloon Catheter는 다음의 경우에 요양급여함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <p>1) 동정맥루(Arterio-Venous Fistula, AVF)의 협착 및 폐색 시: 혈관크기에 적합한 고식적 풍선(Conventional Balloon)의 사용에도 불구하고 잔여 협착으로 인하여 최대 압력 시 풍선직경의 70% 이상 확장되지 않은 경우</p> <p>2) 대퇴동맥(Femoral Artery)이하 동맥의 협착 및 폐색 시</p> <p>가) 석회화가 심한 경우(혈관 내경 50% 이상 석회화)</p> <p>나) 혈관우회술 후 문합 부위에 발생한 협착(혈관 내경 70% 이상 협착)</p> <p>다) 슬와동맥의 협착(혈관 내경 70% 이상 협착)</p> <p>나. 급여개수: 2개</p> <p>(고시 제2018-254호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>Peripheral Cutting Balloon Catheter는 말초혈관의 협착 및 폐색병변의 경피적 풍선혈관성형술<sup>1)</sup>시 사용하는 진료용 재료로 다음의 경우에 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <p>1) 동정맥루<sup>2)</sup>(Arteriovenous Fistula, AVF)의 협착 및 폐색 시: 혈관크기에 적합한 고식적 풍선(Conventional Balloon)의 사용에도 불구하고 잔여 협착<sup>3)</sup>으로 인하여 최대 압력 시 풍선직경의 70% 이상 확장되지 않은 경우</p> <p>2) 대퇴동맥(Femoral Artery)이하 동맥의 협착 및 폐색 시</p> <p>가) 석회화가 심한 경우(혈관 내경 50% 이상 석회화)</p> <p>나) 혈관우회술<sup>4)</sup> 후 문합 부위<sup>5)</sup>에 발생한 협착(혈관 내경 70% 이상 협착)</p> <p>다) 슬와동맥<sup>6)</sup>의 협착(혈관 내경 70% 이상 협착)</p> <p>나. 급여개수: 2개</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 경피적 풍선혈관성형술: 혈관 협착 부위에 풍선카테터를 넣고 풍선을 부풀리면서 혈관을 확장시킴</p> <p>2) 동정맥루: 동맥을 흐르는 혈액은 모세혈관을 거쳐 정맥으로 흐르는</p> |

| 연번 | 제 목                                                                   | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 첩 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>것이 정상이나 동맥과 정맥이 비정상적으로 연결되어 혈류가 모세혈관을 거치지 않고 두 혈관 사이로 흐르는 상태</p> <p>3) 고식적 풍선(Conventional Balloon)의 사용에도 불구하고 잔여협착: 기존의 풍선카테터를 이용한 혈관확장술을 시행했음에도 불구하고 혈관의 협착이 남아있는 상태</p> <p>4) 혈관우회술: 다른 부위에서 떼어낸 혈관을 이용해 새로운 혈액순환로 만들어 주는 수술</p> <p>5) 문합부위: 혈관과 혈관을 접합시켜 잇는 부위</p> <p>6) 슬와동맥: 무릎 뒤쪽에 움푹한 부위(슬와와)를 지나가는 동맥</p>                                                                                 |
| 45 | 경피적 풍선혈관성형술(기타혈관) 시 사용하는 말초혈관(대퇴슬와동맥) 약물방출 PTA BALLOON CATHETER의 급여기준 | <p>1. 경피적 풍선혈관성형술(기타혈관) 시 사용하는 말초혈관(대퇴슬와동맥) 약물방출 PTA BALLOON CATHETER는 다음의 경우에 요양급여함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <p>1) 혈관 내경의 70% 이상 협착</p> <p>2) 스텐트 내 50% 이상의 재협착(In-Stent Restenosis, ISR)</p> <p>나. 급여개수</p> <p>1) 표재성 대퇴동맥(Superficial Femoral Artery, SFA): 편측 당 3개</p> <p>2) 슬와동맥(Popliteal Artery): 편측 당 1개</p> | <p>1. 말초혈관(대퇴슬와동맥) 약물방출풍선카테터는 경피적 풍선혈관성형술(기타혈관)<sup>1)</sup>을 할 때 사용하는 진료용 재료로, 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <p>1) 혈관 내경의 70% 이상 협착</p> <p>2) 스텐트 내 50% 이상의 재협착(In-Stent Restenosis, ISR)<sup>2)</sup></p> <p>나. 급여개수</p> <p>1) 표재성 대퇴동맥(Superficial Femoral Artery, SFA): 편측 당 3개</p> <p>2) 슬와동맥(Popliteal Artery): 편측 당 1개</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>다. 급여제외 대상(금기사항)</p> <p>1) 동일 위치에 1개를 초과하여 사용한 경우</p> <p>2) 편측(병소불문)에서 약물방출풍선카테터와 약물방출스텐트의 병용사용</p> <p>2. 다만, 동 치료재료를 사용한 경피적풍선혈관성형술(기타혈관) 후 탄성재수축현상(Recoiling Phenomenon)으로 50% 이상의 잔여 협착이 있거나 혈관박리로 혈류장애가 생긴 경우에 필요시 일반스텐트 1개를 요양급여함.</p> <p>3. 상기 2.의 일반스텐트 급여개수를 초과하여 사용한 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p>(고시 제2018-254호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>다. 급여제외 대상(금기사항)</p> <p>1) 대퇴-슬와동맥<sup>3)</sup> 말초혈관 동일 위치 병변에 1개를 초과하여 사용한 경우</p> <p>2) 편측(병소불문)<sup>4)</sup>에서 약물방출풍선카테터와 약물방출스텐트의 병용사용</p> <p>2. 다만, 동 치료재료를 사용한 경피적풍선혈관성형술(기타혈관) 후 탄성재수축현상(Recoiling Phenomenon)<sup>5)</sup>으로 50% 이상의 잔여 협착이 있거나 혈관박리<sup>6)</sup>로 혈류장애가 생긴 경우에 필요시 일반스텐트 1개를 요양급여함.</p> <p>3. 상기 2.의 일반스텐트 급여개수를 초과하여 사용한 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>7)</sup>에 따라 재료비용의 80%를 환자가 부담함<sup>8)</sup>.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 경피적 풍선혈관성형술(기타혈관): 뇌혈관, 경동맥[추골동맥 포함], 대동맥, 폐동맥 이외의 혈관을 기타혈관이라 구분하며, 기타혈관의 협착 부위에 풍선카테터를 넣고 풍선을 부풀리면서 혈관을 확장시켜 혈류의 흐름을 원활하게 해주는 수술</p> <p>2) 스텐트내 50%이상의 재협착 (In-Stent Restenosis): 혈관의 협착 부위 확장을 위해 삽입된 스텐트 내부에 다시 혈전(혈관 속에서 피가 굳어진 덩어리)등으로 인하여 50%이상의 협착이 발생한 경우</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문 | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|-----|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     |         | <p>3) 대퇴동맥-슬와동맥: 바깥 엉덩동맥에서 이어져서 넓적다리에 위치 하며 여러 혈관 가지를 통해 다리로 혈액을 공급하는 동맥을 대퇴 동맥이라 하며, 무릎관절 뒤에서 이름이 바뀌어 슬와동맥이라 함.</p> <p>4) 편측(병소불문): 병변이 있는 부위가 같은 방향(왼쪽 또는 오른쪽)에서 같은 위치에 있는 경우</p> <p>5) 탄성재수축현상(Recoiling Phenomenon):<br/>협착된 혈관에 풍선카테터를 이용한 확장술 후 카테터를 제거하면 혈관이 원래의 상태로 돌아가려는 성질에 따라 재수축이 나타나는 현상</p> <p>6) 혈관박리: 혈관벽이 찢어지면서 갈라지는 상태</p> <p>7) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」:<br/>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여: 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>8) 재료비용의 80%를 환자가 부담: 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p> |

| 연번 | 제 목                          | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46 | 경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술 시 스텐트 급여기준 | <p>1. 분지혈관(동맥)용</p> <p>가. 경피적 풍선혈관성형술(Percutaneous Transluminal Angioplasty, PTA) 시술 후 합병증이 발생한 경우</p> <p>1) 재협착(restenosis) 및 탄성재수축현상(recoiling phenomenon) : PTA 시술 후 50% 이상의 잔여 협착이 있거나 휴식(resting) 시 수축기 혈압차가 5~10mmHg 이상인 경우</p> <p>2) 혈관박리로 혈류장애가 생긴 경우</p> <p>나. PTA 시술 없이 일차적(direct)으로 스텐트를 삽입할 경우</p> <p>1) 혈관 완전 폐색(complete occlusion)</p> <p>2) 혈관의 편심성 협착(eccentric stenosis)이 33% 이하인 내경이 70% 이상 좁아져 있는 경우</p> <p>3) 3cm 이상의 협착(long segment stenosis)</p> <p>4) 분지입구 병변 (renal artery 등)</p> <p>5) 일차적 혈관박리 (primary arterial dissection)로 혈류장애가 있는 경우</p> <p>6) 광범위 석회화 병변(extensive calcification) 혹은 궤양성 동맥경화(ulcerated atherosclerotic plaques)</p> <p>7) 다발성 협착 혹은 혈전을 동반한 협착</p> <p>8) 장기이식혈관의 급성협착</p> <p>2. 정맥용</p> <p>정맥에서 PTA 시술 후 충분한 결과를 얻지 못하거나 합병증이 발생한 경우</p> <p>[상대정맥, 쇄골하정맥, 무명정맥, 하대정맥, 총장골정맥, 외장골정맥, 간정맥의 만성혈관폐색(chronic occlusion)에는</p> | <p>경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술<sup>1)</sup> 시 사용한 스텐트는 다음과 같이 사용 시 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>1. 분지혈관<sup>2)</sup>(동맥)용</p> <p>가. 경피적 풍선혈관성형술(PTA)<sup>3)</sup> 시술 후 합병증이 발생한 경우</p> <p>1) 재협착 및 잔여협착: PTA 시술 후 50%이상의 잔여 협착이 있거나 휴식 시 수축기 혈압차가 5~10mmHg 이상인 경우</p> <p>2) 혈관박리<sup>4)</sup>로 혈류장애가 생긴 경우</p> <p>나. PTA 시술 없이 일차적(direct)으로 스텐트를 삽입할 경우</p> <p>1) 혈관 완전폐색(complete occlusion)</p> <p>2) 혈관의 편심성 협착(eccentric stenosis)<sup>5)</sup>이 심하여 내경이 70%이상 좁아져 있는 경우</p> <p>3) 3cm 이상의 협착(long segment stenosis)</p> <p>4) 분지입구 병변 (renal artery 등)</p> <p>5) 일차적 혈관박리 (primary arterial dissection)로 혈류장애가 있는 경우</p> <p>6) 광범위 석회화 병변(extensive calcification) 혹은 궤양성 동맥경화(ulcerated atherosclerotic plaques)</p> <p>7) 다발성 협착 혹은 혈전을 동반한 협착</p> <p>8) 장기이식혈관의 급성협착</p> <p>2. 정맥용</p> <p>정맥에서 PTA 시술 후 충분한 결과를 얻지 못하거나 합병증이 발생한 경우</p> <p>[상대정맥, 쇄골하정맥, 무명정맥, 하대정맥, 총장골정맥, 외장골정맥,</p> |

| 연번 | 제 목                                                       | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                           | <p>일차적(direct)으로 스텐트를 삽입할 경우에도 인정]</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p>                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>간정맥의 만성혈관폐색(chronic occlusion)에는 일차적(direct)으로 스텐트를 삽입할 경우에도 인정]</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술: 수술보다는 덜 침습적인 치료방법으로 혈관내부에 금속재료의 인조혈관 스텐트를 삽입하는 시술</li> <li>2) 분지혈관: 원래의 혈관(모혈관)에서 갈라져 나가는 혈관(분지혈관)</li> <li>3) 경피적 풍선혈관성형술(PTA, Percutaneous Transluminal Angioplasty): 혈관 협착 부위에 풍선카테터(balloon catheter)를 넣고 풍선을 부풀리면서 혈관을 확장함</li> <li>4) 혈관박리: 혈관벽이 찢어지면서 갈라지는 상태</li> <li>5) 혈관의 편심성 협착(eccentric stenosis): 비대칭적으로 혈관의 편측에 협착이 심한 경우</li> </ol> |
| 47 | 경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술(기타혈관) 시 사용하는 말초혈관(대퇴슬와동맥) 약물방출스텐트의 급여기준 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술(기타혈관) 시 사용하는 말초혈관(대퇴슬와동맥) 약물 방출스텐트는 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</li> </ol> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 일반풍선카테터를 사용한 경피적 풍선혈관성형술(Percutaneous Transluminal Angioplasty, PTA) 시술 후 합병증이 발생한 경우</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. “말초혈관(대퇴슬와동맥)<sup>1)</sup> 약물방출스텐트”는 경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술<sup>2)</sup>(기타혈관)시 사용하는 진료용 재료로 다음과 같이 사용 시 요양기관에서 별도로 재료비용을 청구할 수 있음.</li> </ol> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 일반풍선카테터를 사용한 경피적 풍선혈관성형술(Percutaneous Transluminal Angioplasty, PTA)<sup>3)</sup> 시술 후 합병증이 발생한 경우</li> </ol>                                                                                                         |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>가) 재협착(restenosis) 및 탄성재수축현상(recoiling phenomenon)<br/>: PTA 시술 후 50%이상의 잔여 협착이 있거나 휴식(resting) 시 수축기 혈압차가 5-10mmHg 이상인 경우</p> <p>나) 혈관박리로 혈류장애가 생긴 경우</p> <p>2) 일차적(direct)으로 스텐트를 삽입할 경우</p> <p>가) 혈관 완전 폐색(complete occlusion)</p> <p>나) 혈관의 편심성 협착(eccentric stenosis)이 심하여 내경이 70% 이상 좁아져 있는 경우</p> <p>다) 광범위 석회화 병변(extensive calcification) 혹은 궤양성 동맥경화(ulcerated atherosclerotic plaques)</p> <p>라) 다발성 협착 혹은 혈전을 동반한 협착</p> <p>나. 급여개수</p> <p>표재성 대퇴동맥(superficial femoral artery, SFA) 및 슬와동맥(proximal popliteal artery : P1 segment)에 한하여 편측당 3개까지 인정</p> <p>2. 편측(병소불문)에서는 약물이 코팅된 약물방출스텐트와 약물방출 풍선카테터의 병용사용을 인정하지 아니함.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>가) 재협착(restenosis) 및 recoiling phenomenon(탄성재수축현상)<sup>4)</sup><br/>: PTA 시술 후 50%이상의 잔여 협착이 있거나 휴식할 때 수축기혈압차가 5-10mmHg 이상인 경우</p> <p>나) 혈관박리<sup>5)</sup>로 혈류장애가 생긴 경우</p> <p>2) 일차적(direct)으로 스텐트를 삽입할 경우<sup>6)</sup></p> <p>가) 혈관 완전 폐색(complete occlusion)</p> <p>나) 혈관의 편심성 협착(eccentric stenosis)<sup>7)</sup>이 심하여 내경이 70%이상 좁아져 있는 경우</p> <p>다) 광범위 석회화 병변(extensive calcification) 혹은 궤양성 동맥경화(ulcerated atherosclerotic plaques)</p> <p>라) 다발성 협착 혹은 혈전을 동반한 협착</p> <p>나. 급여개수</p> <p>표재성 대퇴동맥(superficial femoral artery) 및 슬와동맥(proximal popliteal artery : P1 segment)에 한하여 편측당 3개까지 인정</p> <p>2. 편측(병소불문)에서는 약물이 코팅된 약물방출스텐트와 약물방출 풍선카테터의 병용사용을 인정하지 아니함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 말초동맥(대퇴슬와동맥): 바깥 엉덩동맥에서 이어져서 넓적다리에 위치하며 여러 혈관 가지를 통해 다리로 혈액을 공급하는 동맥을 대퇴동맥이라 하며, 무릎관절 뒤에서 이름이 바뀌어 슬와동맥이라 하며, 말초동맥이란 상지 또는 하지(팔, 다리)에 영향을 미치는 동맥혈관을 의미함.</p> |

| 연번 | 제 목                                                   | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                  | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>2) 경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술: 뇌혈관, 경동맥[추골동맥 포함], 대동맥, 폐동맥 이외 혈관을 기타혈관으로 구분하며, 기타혈관의 협착부위에 금속 스텐트를 넣어 혈류 흐름이 원활 하도록 협착된 혈관을 넓혀주는 수술</p> <p>3) 경피적 풍선혈관성형술 Percutaneous Transluminal Angioplasty, PTA): 혈관 협착 부위에 풍선카테터를 넣고 풍선을 부풀리면서 확장시켜주는 수술</p> <p>4) 탄성재수축현상(Recoiling Phenomenon): 협착된 혈관에 풍선카테터를 이용한 확장술 후 카테터를 제거하면 혈관이 원래의 상태로 돌아가려는 성질에 따라 재수축이 나타나는 현상</p> <p>5) 혈관박리: 혈관벽이 찢어지면서 갈라지는 현상</p> <p>6) 일차적(Direct)으로 스텐트를 삽입할 경우: 경피적 풍선혈관성형술(PTA)을 하지 않고 스텐트 삽입을 처음부터 시행하는 경우</p> <p>7) 편심성 협착(Eccentric Stenosis): 비대칭적으로 혈관의 편측에 협착이 심한 경우</p> |
| 48 | Silverhawk Peripheral Plaque Excision System<br>인정 기준 | Silverhawk Peripheral Plaque Excision System은 플라그(Plaque)로 협착 혹은 폐색된 말초혈관 병변에 경피적 혈관내 죽종제거술시 사용하는 카테터로 대퇴동맥 또는 슬와동맥 및 그 분지혈관에 70% 이상의 동맥경화성 협착이 있거나 CTO(Chronic Total Occlusion) 병변에 사용한 경우에 인정함. 다만, 동일 부위에 스텐트 삽입술을 추가 또는 동시에 실시한 경우 스텐트삽입술 및 스텐트 재료대는 | <p>1. "Silverhawk Peripheral Plaque Excision System"은 플라그<sup>1)</sup>(Plaque)로 협착 혹은 폐색된 말초혈관 병변에 경피적 혈관내 죽종 제거술<sup>2)</sup>시 사용하는 카테터로 대퇴동맥 또는 슬와동맥 및 그 분지혈관에 70%이상의 동맥경화성 협착이 있거나, 완전폐색(CTO : Chronic Total Occlusion)병변에서 사용한 경우에 요양기관에서 비용 청구를 인정함.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| 연번 | 제 목                        | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                              | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                            | <p>인정하지 아니함.</p> <p>(고시 제2010-45호, 2010.7.1. 시행)</p>                                                                                                                                                                                                                                 | <p>2. 다만, 동일 부위에 스텐트 삽입술을 추가 또는 동시에 실시한 경우 스텐트삽입술 및 스텐트 재료비용은 별도로 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 플라그: 동맥 내에 끈적끈적한 플라그(Plaque, 콜레스테롤 등)가 쌓여 혈관이 좁아지고 혈액순환이 원활하지 않아 동맥질환(동맥경화증)의 원인이 됨.</p> <p>2) 혈관내 죽종제거술: 동맥의 내벽에 생긴 지방질 침착(죽종)이나 플라그를 제거하는 수술</p>                                                                                                                                                          |
| 49 | Coronary Stent Graft의 산정기준 | <p>관상동맥 Stent Graft는 다음의 경우에 산정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 관상동맥 혈관성형술이나 Coronary Stent를 삽입하는 시술시 발생하는 응급상황의 경우</p> <p>나. Coronary Bypass 수술 1-2년 후 문합부의 협착이 발생한 경우</p> <p>다. 뇌수술시 합병증으로 발생한 가성동맥류 또는 혈관박리 등의 경우</p> <p>(고시 제2008-169호, 2009.1.1. 시행)</p> | <p>"관상동맥 Stent Graft"는 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 관상동맥 혈관성형술<sup>1)</sup>이나 Coronary Stent를 삽입하는 시술시 발생하는 응급상황의 경우</p> <p>나. 관상동맥 우회술(Coronary Bypass)<sup>2)</sup> 수술 1-2년 후 문합부의 협착이 발생한 경우</p> <p>다. 뇌수술시 합병증으로 발생한 가성동맥류<sup>3)</sup> 또는 혈관박리<sup>4)</sup> 등의 경우</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 관상동맥 혈관성형술: 관상동맥 협착이 있는 경우, 협착 부위에 스텐트를 넣고 넓혀주는 행위</p> |

| 연번 | 제 목                                               | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                          | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                  | <p>2) 관상동맥 우회술(Coronary Bypass): 좁아진 관상동맥을 대체할 수 있는 혈관을 연결하여 혈류를 공급하는 우회로를 만들어주는 수술</p> <p>3) 가성동맥류: 동맥벽의 모든 층이 파열되어 혈액이 흘러나가 혈종이 주위 조직에 축적된 상태, 혈종은 박동성이 있으며, 주위조직을 압박함.</p> <p>4) 혈관박리: 혈관벽이 찢어지면서 갈라지는 상태</p>                                                                                                                                                                            |
| 50 | STENT GRAFT<br>확장용<br>BALLOON<br>CATHETER<br>급여기준 | <p>Stent Graft 확장용 Balloon Catheter는 Stent Graft시술시 Stent Graft를 혈관에 잘 밀착시키기 위해 사용하는 치료재료로, 대동맥의 Stent Graft 시술(자661 경피적 혈관내 스텐트-이식 설치술 세부인정기준에 해당하는 경우)의 보조 치료재료로 사용 시 1개를 요양급여로 인정함.</p> <p>(고시 제2016-190호, 2016.10.1. 시행)</p> | <p>"Stent Graft 확장용 Balloon Catheter"는 Stent Graft 시술시 Stent Graft를 혈관에 잘 밀착시키기 위해 사용하는 치료재료로, 대동맥의 Stent Graft시술(자661 경피적 혈관내 스텐트-이식 설치술<sup>1)</sup> 세부인정기준에 해당하는 경우)의 보조 치료재료로 사용 시 1개 비용을 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 경피적 혈관내 스텐트 - 이식 설치술(Stent Graft시술): 대동맥이 확장(대동맥류)되어 파열의 위험이 있거나, 대동맥의 내벽이 찢어져 갈라진(박리) 혈관에 형질재료의 graft가 덮인 stent를 삽입하여 병이 더 진행되지 않도록 하는 수술</p> |

| 연번 | 제 목                       | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 51 | 경피적 혈관 내 STENT GRAFT 급여기준 | <p>1. 경피적 혈관내 STENT GRAFT는 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>1) 대동맥</p> <p>가) 대동맥류</p> <p>(1) 흉부대동맥류 직경 5.5cm 이상, 복부대동맥류 직경 5.0cm 이상</p> <p>(2) 4.5cm에서 6개월에 0.5cm이상 크기가 증가하거나 관련된 임상 증상이 있는 경우</p> <p>나) 가성 동맥류 혹은 대동맥 파열</p> <p>다) 대동맥 박리증</p> <p>(1) 최대 대동맥 직경이 4cm이상인 경우(급성)/또는 6cm이상인 경우(만성)</p> <p>(2) 기준 이하의 직경이나</p> <p>(가) 분지된 혈관의 허혈성 증후가 있는 경우</p> <p>(나) 박리가 진행되는 경우</p> <p>(다) Dynamic obstruction</p> <p>2) 분지혈관</p> <p>가) 동(정)맥류 또는 가성 동(정)맥류</p> <p>(1) 장골동맥류: 단경 3.0cm 이상</p> <p>(2) 그 외의 경우, 사례별 인정</p> <p>나) 투석도관을 제외한 동정맥루</p> <p>다) 혈관 파열</p> <p>라) 경정정맥간내문맥정맥단락술 (Transjugular Intrahepatic</p> | <p>1. 경피적 혈관내 'STENT GRAFT'는 다음과 같은 적응증 및 인정개수 범위 내에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>1) 대동맥</p> <p>가) 대동맥류<sup>1)</sup></p> <p>(1) 흉부대동맥류 직경 5.5cm이상, 복부대동맥류 직경 5.0cm이상</p> <p>(2) 4.5cm에서 6개월에 0.5cm이상 크기가 증가하거나 관련된 임상 증상이 있는 경우</p> <p>나) 가성 동맥류<sup>2)</sup> 혹은 대동맥 파열</p> <p>다) 대동맥 박리증<sup>3)</sup></p> <p>(1) 최대 대동맥 직경이 4cm이상인 경우(급성) 또는 6cm이상인 경우(만성)</p> <p>(2) 기준 이하의 직경이나</p> <p>(가) 분지된 혈관의 허혈성 증후가 있는 경우</p> <p>(나) 박리가 진행되는 경우</p> <p>(다) Dynamic Obstruction</p> <p>2) 분지혈관</p> <p>가) 동(정)맥류 또는 가성 동(정)맥류의 경우</p> <p>(1) 장골동맥류: 단경 3.0cm 이상</p> <p>(2) 그 외의 경우, 사례별 인정</p> <p>나) 투석도관을 제외한 동정맥루</p> <p>다) 혈관 파열</p> <p>라) 경정정맥간내문맥정맥단락술<sup>4)</sup>(Transjugular Intrahepatic</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 첩 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>Porto systemic Shunt :TIPS) 시술 혹은 Revision</p> <p>마) 동맥혈관스텐트 삽입술의 적응증이 되나 병변이 관절주위에 위치하여 통상적인 스텐트 삽입술 시행이 어려운 액와동맥과 슬와동맥(슬와동맥의 중간부위(P2 segment))은 Gore Viabahn Endo- prosthesis에 한하여 인정함.</p> <p>나. 인정개수</p> <p>1) 흉부대동맥류용 STENT GRAFT</p> <p>가) TRUNK TYPE</p> <p>: 대동맥 혹은 분지혈관을 광범위하게 침범하는 경우 최대 3개</p> <p>2) 복부대동맥류용 STENT GRAFT</p> <p>가) BODY</p> <p>- BIFURCATED TYPE 또는 AORTO-UNI-ILIAC: 1개</p> <p>나) EXTENDER</p> <p>- BODY EXTENDER</p> <p>: Type I endoleak 의심시 1개</p> <p>- ILIAC EXTENDER: 일측 최대 2개</p> <p>- ILIAC BRANCH STENT GRAFT: 일측 1개</p> <p>3) 말초혈관용 STENT GRAFT: 혈관당 1개</p> <p>2. 상기 1항 급여대상의 적응증별 인정개수를 초과하여 사용한 Stent graft (Gore Viabahn Endoprosthesis 제외) 치료재료 비용은 「선별</p> | <p>Portosystemic Shunt :TIPS) 시술 혹은 Revision의 경우</p> <p>마) 동맥혈관스텐트 삽입술의 적응증이 되나 병변이 관절주위에 위치하여 통상적인 스텐트 삽입술 시행이 어려운 액와동맥<sup>5)</sup>과 슬와동맥<sup>6)</sup>(슬와동맥의 중간부위(P2 Segment))은 Gore Viabahn Endoprosthesis<sup>7)</sup>에 한하여 인정함.</p> <p>나. 인정개수</p> <p>1) 흉부대동맥류용 STENT GRAFT</p> <p>가) TRUNK TYPE<sup>8)</sup></p> <p>: 대동맥 혹은 분지혈관을 광범위하게 침범하는 경우에 한하여 최대 3개까지 인정함.</p> <p>2) 복부대동맥류용 STENT GRAFT</p> <p>가) BODY</p> <p>- BIFURCATED TYPE<sup>9)</sup> 또는 AORTO-UNI-ILIAC<sup>10)</sup>: 1개</p> <p>나) EXTENDER</p> <p>- BODY EXTENDER</p> <p>: Type I endoleak 의심시 1개</p> <p>- ILIAC EXTENDER<sup>11)</sup>: 일측 최대 2개</p> <p>- ILIAC BRANCH STENT GRAFT<sup>12)</sup>: 일측 1개</p> <p>3) 말초혈관용 STENT GRAFT: 혈관당 1개</p> <p>2. 상기 1항의 급여대상 이외 적응증별 인정개수를 초과하여 사용한 Stent Graft(Gore Viabahn Endoprosthesis 제외) 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>13)</sup>에 따라 재료 비용의 80%를 환자가 부담<sup>14)</sup>함.</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                               | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p>(고시 제2018-101호, 2018.6.1. 시행)</p> | <p>&lt;용어설명&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 대동맥류: 대동맥은 마치 손잡이가 아치형인 지팡이와 비슷한 형태로, 심장에서 시작하여 횡격막(가슴과 배를 나누는 근육으로 이루어진 막)에 이를 때까지 가슴에 있는 부위를 흉부대동맥, 횡격막을 지나 배속에 있는 부분을 복부대동맥이라함. 대동맥의 혈관벽이 부풀어 돌기나 풍선형태로 변형된 경우를 대동맥류라 함.</li> <li>2) 가성동맥류: 동맥벽의 모든 층이 파열되어 혈액이 흘러나가 혈종이 주위 조직에 축적된 상태, 혈종은 박동성이 있으며, 주위조직을 압박함.</li> <li>3) 대동맥 박리증: 대동맥의 혈관벽(내막)이 찢어져서 발생하는 질환</li> <li>4) 경정맥간내문맥정맥단락술(TIPS): 간 문맥성 고혈압으로 인해 반복적 정맥류출혈이 있고 복수가 계속 찰 경우, 목 근처에 위치한 정맥(경정맥)을 통해 들어가 간 속에서 간문맥과 정맥을 연결시키는 시술</li> <li>5) 액와동맥: 액와(겨드랑이)부위에서 쇄골하동맥으로 이어짐</li> <li>6) 슬와동맥: 무릎 뒷쪽(움푹한 부위)를 지나는 동맥</li> <li>7)~12) Gore Viabahn Endoprosthesis, Trunk Type , Bifurcated Type, ILIAC EXTENDER, ILIAC BRANCH STENT GRAFT: 스텐트이식설치술에 사용되는 재료로 Stent-Graft의 형태에 따라 구분됨</li> <li>13) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」: 선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</li> </ol> <p>* 선별급여 : 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이익이 있는 등 대</p> |

| 연번 | 제 목                            | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 첩 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>14) 재료비용의 80%를 환자가 부담 : 보건복지부장관이 고시한 치료 재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 52 | 경피적 두개강외 동맥스텐트 삽입술 시 스텐트 급여 기준 | <p>두개강외 동맥(경동맥 및 척추동맥)에 삽입하는 스텐트는 다음의 경우에 요양급여를 인정하며, 협착의 정도(%)는 NASCET measurement criteria에 따름.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1. 급여대상</p> <p>가. 두개강외 경동맥(extracranial carotid artery)</p> <p>1) 유증상의 50% 이상 경동맥협착</p> <p>2) 무증상의 70% 이상 경동맥협착</p> <p style="padding-left: 20px;">- 단, 관류영상 검사 상 관류 저하가 확인된 경우</p> <p>3) 기타(증상 또는 협착의 정도와 상관없이 시행 가능한 경우)</p> <p>가) 반대측 경동맥의 폐색을 동반한 50% 이상의 경동맥협착</p> <p>나) 가성동맥류(pseudoaneurysm)</p> <p>다) 동정맥루 치료를 위해 다른 방법이 가능하지 않은 경우</p> <p>라) 혈관박리로 인한 혈류 감소 또는 협착</p> <p>나. 두개강외 척추동맥(extracranial vertebral artery)</p> | <p>두개강외 동맥(경동맥 및 추골동맥) 스텐트 삽입술은 다음과 같은 경우에 시술을 인정하되, 협착의 정도(%)는 NASCET<sup>1)</sup> 측정기준에 따르며, 스텐트는 한 병변당 1개 사용을 원칙으로 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1. 적응증</p> <p>가. 두개강외 경동맥(Extracranial Carotid Artery)</p> <p>1) 유증상<sup>2)</sup>의 70% 이상 경동맥협착</p> <p>2) 유증상의 50-69% 경동맥협착</p> <p>가) 외과적 수술 접근이 어려운 부위의 협착</p> <p>나) 수술치료의 고위험군 환자</p> <p style="padding-left: 20px;">(1) 80세 이상 고령</p> <p style="padding-left: 20px;">(2) 울혈성 심부전<sup>3)</sup>(Congestive Heart Failure) Class III/IV and/or Left Ventricular Ejection Fraction &lt;30%</p> <p style="padding-left: 20px;">(3) 6주 이내 개심술<sup>4)</sup>이 필요한 경우</p> <p style="padding-left: 20px;">(4) 불안정성 협심증<sup>5)</sup>(Unstable Angina) CCS Class III/IV</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>1) 유증상의 70% 이상 척추동맥협착<br/>2) 척추동맥 박리로 혈류 감소 또는 출혈 위험이 있는 경우 등</p> <p>※ ‘유증상’ 범위: 최근 6개월 이내에 협착 영역에 일과성 허혈발작*<br/>이나 뇌경색이 있었던 두개강외 경동맥 또는 척추동맥의 협착<br/>* 일과성 허혈발작: 일시적 편측마비, 편측 시야마비, 실어증 또는<br/>이에 준하는 증상 등으로 단순 어지럼증은 해당 안 됨.</p> <p>2. 급여개수<br/>스텐트는 한 병변 당 1개 사용을 원칙으로 함. 다만, 스텐트의<br/>길이를 초과하는 병변, 병변의 시술 전·후 혈관 박리 시, 혈관<br/>내 치료가 필요한 다발병소(tandem lesion), 굴곡이 심한 혈관<br/>등과 같이 인정개수 이외 추가사용이 불가피한 경우에는 병변 당<br/>1개를 추가하여 최대 2개까지 요양급여를 인정함.</p> <p>※ NASCET: North American Symptomatic Carotid<br/>Endarterectomy Trial</p> <p>(고시 제2019-131호, 2019.8.1. 시행)</p> | <p>(5) 반대측 후두신경마비(Contralateral Laryngeal Nerve Palsy)<br/>다) 기타<br/>(1) 혈관내 치료가 필요한 다발병소 (Tandem Lesion),<br/>(2) 혈관박리로 인한 혈류 감소 또는 협착<br/>(3) 섬유이형성증후군<sup>6)</sup>, 타카야수 동맥염<sup>7)</sup>(Takayasu Arteritis)<br/>으로 인한 협착<br/>(4) 방사선치료로 인한 혈관협착<br/>(5) 경동맥 내막절제술(Carotid Endarterectomy, CEA)후 재협착<br/>(6) 혈관괴양이 관찰된 경우(Ulcerative Plaque)</p> <p>3) 무증상의 80% 이상 경동맥협착<sup>8)</sup><br/>4) 기타(증상 또는 협착의 정도와 상관없이 시행 가능한 경우)<br/>가) 반대측 경동맥의 폐색을 동반한 50%이상의 경동맥협착<br/>나) 가성동맥류<sup>9)</sup>(Pseudoaneurysm)<br/>다) 동정맥류<sup>10)</sup> 치료를 위해 다른 방법이 가능하지 않을 경우</p> <p>나. 두개강외 추골동맥(Extracranial Vertebral Artery)<br/>1) 유증상의 70% 이상 추골동맥협착<br/>2) 추골동맥 박리로 혈류 감소 또는 출혈 위험이 있는 경우 등</p> <p>2. 청구 인정개수<br/>스텐트는 한 병변당 1개 사용을 원칙으로 하되, 아래의 경우와<br/>같이 추가사용이 불가피한 경우에는 병변당 1개를 추가하여 최대<br/>2개까지 비용을 청구할 수 있음.<br/>가. 스텐트의 길이를 초과하는 병변<br/>나. 병변의 시술 전·후 혈관박리시</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문 | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|-----|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     |         | <p>다. 혈관내 치료가 필요한 다발병소(Tandem Lesion)<br/> 라. 골곡이 심한 혈관</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) NASCET(North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators, 북미 경동맥 내막제거술 공동연구회):<br/> 1991년 뉴 잉글랜드 의학저널에 발표한 경동맥협착 수술 대상이 되는 협착의 정도 측정기준</li> <li>2) 유증상: 뇌의 기능과 관련된 모든 증상(가볍게는 어지러움, 두통부터 심하게는 사지마비, 안면마비, 이상 감각, 인지장애, 의식소실 등)이 있는 경우</li> <li>3) 울혈성 심부전: 심장근육의 탄력성이 떨어져 혈액을 심장 밖으로 충분히 내보내지 못하고 심장에 고인 혈액이 폐나 간 등 다른 기관으로 역류하는 질환</li> <li>4) 개심술: 흉골*을 절개하여 심장을 직접 육안으로 보면서 진행하는 수술<br/> * 흉골: 가슴 앞쪽 한가운데 위치하여 세로로 길쭉하고 납작한 뼈</li> <li>5) 협심증: 심근에 산소를 공급하는 관상동맥이 좁아져 갑작스럽게 흉통을 느끼는 상태</li> <li>6) 섬유이형성증후군: 희귀질환으로 온몸의 근육이 점차 뼈로 바뀌고 관절이 굳어지면서 심한 장애를 초래하는 병</li> <li>7) 타카야수 동맥염: 대동맥과 대동맥에서 갈라져 나온 주요 동맥혈관에 원인을 알 수 없는 만성동맥염이 생기는 질환</li> <li>8) 경동맥 협착: 경동맥의 혈관벽 내에 지방이 축적되고 근육세포가 증식하면서 혈관내경이 좁아진 상태</li> <li>9) 가성동맥류: 동맥벽의 모든 층이 파열되어 혈액이 흘러나가 혈종이</li> </ol> |

| 연번 | 제 목                             | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>주위 조직에 축적된 상태, 혈종은 박동성이 있으며, 주위조직을 압박함.</p> <p>10) 동정맥루: 동맥을 흐르는 혈액은 모세혈관을 거쳐 정맥으로 가는 것이 정상이나 동맥과 정맥이 비정상적으로 연결되어 혈류가 모세혈관을 거치지 않고 두 혈관 사이로 흐르는 상태</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 53 | 경피적 두개강내 동맥 스텐트 삽입술 시 스텐트의 급여기준 | <p>두개강내 동맥(intracranial artery)에 삽입하는 스텐트는 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1. 유증상의 70% 이상 두개강내 <u>대혈관</u>(내경동맥(internal carotid artery), 중대뇌동맥(middle cerebral artery), 척추동맥(vertebral artery), 기저동맥(basilar artery)) 협착 시 6개월 이상 항혈소판제 및 항고지혈증 약물을 투여하였음에도 혈관 협착에 의해 증상성 뇌경색이 발생한 경우</p> <p>다만, 집중적인(intensive) 약물치료에도 증상이나 병변 재발이 있는 경우에는 6개월 이내 시행 시에도 사례별로 인정함.</p> <p>2. 혈관내막박리가 있는 경우</p> <p>3. 두개내 혈관 폐색으로 인한 급성 허혈 뇌졸중 환자에서 기계적 혈전제거술을 시행한 이후에도 혈관 협착이 70% 이상 남아 혈류 역학적으로 폐색의 가능성이 높다고 판단되는 경우</p> | <p>두개강내 동맥(intracranial artery)스텐트 삽입술은 다음의 경우에 요양기관에서 비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1. 유증상<sup>1)</sup>의 70% 이상 두개강내 <u>대혈관</u>(내경동맥(internal carotid artery), 중대뇌동맥(middle cerebral artery), 척추동맥(vertebral artery), 기저동맥(basilar artery)) 협착 시 6개월 이상 항혈소판제 및 항고지혈증 약물을 투여하였음에도 혈관 협착에 의해 증상성 뇌경색이 발생한 경우</p> <p>다만, 집중적인(intensive) 약물치료에도 증상이나 병변 재발이 있는 경우에는 6개월 이내 시행 시에도 사례별로 인정함.</p> <p>2. 혈관내막박리가 있는 경우</p> <p>3. 두개내 혈관 폐색으로 인한 급성 허혈 뇌졸중 환자에서 기계적 혈전제거술을 시행한 이후에도 혈관 협착이 70% 이상 남아 혈류 역학적으로 폐색의 가능성이 높다고 판단되는 경우</p> |

| 연번 | 제 목                                       | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                           | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                           | (고시 제2019-131호, 2019.8.1. 시행)                                                                                                                                                                     | <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 유증상: 뇌의 기능과 관련된 모든 증상(가볍게는 어지러움, 두통 부터 심하게는 사지마비, 안면마비, 이상 감각, 인지장애, 의식소실 등) 이 있는 경우</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 54 | 방사선하 중재적 시술 시 사용하는 조영제주입용 카테터(소화기계)의 급여기준 | <p>조영제주입용 카테터(소화기계)는 방사선하 소화기계 중재적 시술에 사용 시 만곡부 병변의 통과가 용이하고 장기의 손상이 적으며 병변의 길이 측정이 가능한 점 등을 감안하여 식도를 제외한 자672 방사선하 소화관협착확장술(풍선확장술, 스텐트 삽입술)에 요양급여를 인정함.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>방사선하 소화기계 중재적 시술<sup>1)</sup> 시 사용하는 "조영제 주입용카테타(소화기계)"는 만곡부<sup>2)</sup> 병변의 통과가 용이하고 장기의 손상이 적으며 병변의 길이 측정이 가능한 점 등을 고려하여 식도를 제외한 자672 방사선하 소화관협착확장술(풍선확장술, 스텐트 삽입술)<sup>3)</sup>에 사용 시 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 방사선하 소화기계 중재적 시술: 방사선 영상장비를 이용하여 소화기관을 관찰하면서 가느다란 카테터를 삽입하고 약물을 주입하거나 절개, 성형술 등의 시술을 하는 행위</p> <p>2) 만곡부: 활처럼 굽은 부위</p> <p>3) 소화관협착확장술(풍선확장술, 스텐트삽입술): 위 등 소화관이 협착된 경우 풍선 카테터 또는 스텐트를 이용하여 확장시켜주는 시술</p> |

| 연번 | 제 목                                                                            | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 첩 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 55 | 관정맥(Coronary vein)에 심실조율 전극 삽입시 사용하는 조영제 주입용 카테터 (CORONARY SINUS & VEIN)의 급여기준 | <p>조영제 주입용 카테터(CORONARY SINUS &amp; VEIN)는 정맥동의 위치 및 관정맥의 형태를 확인하기 위해 사용하는 치료재료로, 다음의 경우에 사용시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. CRT(Cardiac Resynchronization Therapy)<br/> 나. CRTD(Cardiac Resynchronization Therapy-Defibrillation)<br/> 다. 삼첨판 판막 치환술 후 서맥이 발생하여 우심실에 전극을 위치시키기 어려워서 관정맥에 심실 조율 전극을 삽입하는 경우</p> <p>(고시 제2016-190호, 2016.10.1. 시행)</p> | <p>“관정맥 조영제 주입용 카테터(관상정맥동 &amp; 관상정맥)”는 정맥동<sup>1)</sup>의 위치 및 관정맥<sup>2)</sup>의 형태를 확인하기 위해 사용하는 치료재료로, 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. CRT(Cardiac Resynchronization Therapy<sup>3)</sup>)<br/> 나. CRTD(Cardiac Resynchronization Therapy-Defibrillation<sup>4)</sup>)<br/> 다. 삼첨판 판막 치환술<sup>5)</sup> 후 서맥이 발생하여 우심실에 전극을 위치시키기 어려워서 관정맥에 심실 조율 전극<sup>6)</sup>을 삽입하는 경우</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 정맥동(=관상정맥동(CORONARY SINUS)):<br/> 심장의 후면에서 심방과 심실의 경계에 있는 관상구를 따라서 뻗은 커다란 정맥</p> <p>2) 관정맥: 심장에 있는 관상정맥</p> <p>3) CRT (Cardiac Resynchronization Therapy, 심장 재동기화 치료):<br/> 체내 이식형 의료기기를 통해 불안정한 심장리듬을 정상리듬으로 치료하는 방법으로, 정상적으로 우심실과 좌심실이 동시에 수축하지 못할 때 양쪽 심실이 동시에 수축하도록 하여 정상 심장박동과 혈액 흐름을 유지시켜주기 위해 시행하는 시술</p> <p>4) CRTD (Cardiac Resynchronization Therapy-Defibrillation):<br/> 소형의 이식형 제세동기*를 체내에 삽입하여 불안정한 심장리듬을 정상리듬으로 회복시키기 위해 제세동(Defibrillator)을 함.</p> <p>* 이식형 제세동기: 불안정한 심장리듬을 자동적으로 감지하여 전기쇼크를 발생시키는 기구로 몸 안에 삽입할 수 있음</p> |

| 연번 | 제 목                                                                      | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                   | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                          |                                                                                                                                                                                                                           | <p>5) 삼첨판 판막치환술: 삼첨판막은 우심방과 우심실사이에 있는 막으로, 선천적 또는 후천적 판막질환으로 판막의 기능을 잃은 경우 인공판막 또는 동종 대동맥판막 등으로 대체해주는 수술</p> <p>6) 심실조율 전극: 심장(심실) 재동기화 치료시 심실이 수축하도록 자극을 주는 전극 심장(심실) 재동기화 치료기기</p>                                                                             |
| 56 | 뇌혈관의 중재적 시술 시 사용하는 Distal Access Intermediate Catheter(원위 접근용 중간도관) 급여기준 | <p>Distal Access Intermediate Catheter(원위 접근용 중간도관)는 뇌혈관의 중재적 시술 시 뇌혈관 또는 대동맥의 꺾임과 굴곡이 심하거나 혈관 근위부의 지지가 약하고 불안정하여 카테터의 진입이 어려울 경우 1개를 요양급여로 인정함.</p> <p>(고시 제2019-131호, 2019.8.1. 시행)</p>                                 | <p>"원위 접근용 중간도관(Distal Access Intermediate Catheter)"은 뇌혈관의 중재적 시술<sup>1)</sup>시 뇌혈관 또는 대동맥의 꺾임과 굴곡이 심하거나 혈관 근위부의 지지가 약하고 불안정하여 카테터의 진입이 어려울 경우 1개 비용을 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 뇌혈관의 중재적 시술: 뇌혈관의 혈관색전술, 기계적 혈전제거술, 스텐트 삽입술, 풍선혈관성형술 등</p> |
| 57 | Y-connector 급여기준                                                         | <p>1. Y-connector는 가이드카테터 등에 기구 삽입 또는 제거 시 지혈유지, 색전(Embolism) 방지를 위해 사용되는 혈관접속용 치료재료로, 다음의 경우에 사용 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 경피적 혈관중재술</p> <p>나. 혈관조영촬영 등 혈관 내로 카테터를 삽입하여 시행하는</p> | <p>1. Y-connector<sup>1)</sup>는 가이드카테터<sup>2)</sup> 등에 기구 삽입 또는 제거 시 지혈유지, 색전(Embolism)<sup>3)</sup> 방지를 위해 사용되는 혈관접속용 치료재료로, 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 경피적 혈관중재술</p>                           |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                              | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>진단적 검사</p> <p>다. 상기 가., 나. 이외 비혈관계 시술에서 의학적 필요성이 인정되는 경우 사례별 인정</p> <p>2. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」 및 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 별도로 적용기준을 정한 경우, 해당 고시에 따름.</p> <p>(고시 제2018-70호, 2018.4.1.시행)</p> | <p>나. 혈관조영촬영 등 혈관 내로 카테터를 삽입하여 시행하는 진단적 검사</p> <p>다. 상기 가., 나. 이외 비혈관계 시술에서 의학적 필요성이 인정되는 경우 사례별 인정</p> <p>2. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」 및 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 별도로 적용기준을 정한 경우, 해당 고시에 따름.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) Y-connector: 혈관에 기구의 삽입, 제거시 지혈유지를 목적으로 사용하는 부속품</p> <p>2) 가이드카테터: 혈관 내에서 생기는 물질, 외부에서 들어온 지방, 종양, 공기등으로 혈관을 막아 색전증을 일으키는 물질</p> <p>3) 색전: 혈관내 처치 및 진단에 사용되는 카테터 및 가이드와이어를 혈관내에 삽입시키는데 사용하는 카테터삽입기</p> <p>4) 경피적 혈관중재술: 방사선 영상장비를 이용한 혈관의 검사 및 치료로 환자의 혈관 안에 가느다란 카테터를 삽입하고 약물을 주입하거나 절개, 성형술 등의 시술을 하는 행위</p> |

| 연번 | 제 목                                        | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 58 | 혈관 중재적<br>시술 후<br>지혈용-침습적<br>지혈기구의<br>급여기준 | <p>1. 혈관 중재적 시술 후 지혈용-침습적 지혈 기구는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 다음과 같은 경우에 본인부담률 50%를 적용함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 대퇴동맥을 통한 혈관 중재적 시술 시(진단적 시술 제외)에, 6Fr 이상의 femoral sheath가 반드시 필요하여 대퇴동맥 천자 부위가 크고 지혈이 어려운 경우</p> <p>나. ECMO(체외순환막형산화요법, Extra Corporeal Membrane Oxygenation) 적용 후 대퇴동맥의 cannula 제거 시</p> <p>2. 위 1항의 적용증 이외에 대퇴동맥 천자부위를 지혈하는 경우에는 장기간 침상 안정이 불가능 하거나, 지혈이 어려울 정도의 항응고제 투여 등 진료 담당의사가 반드시 필요하다고 판단되는 경우에 한하여 본인부담률 80%를 적용함</p> <p>(고시신설 제2019-221호, 변경 제2019-237호, 2019.11.1.시행)</p> | <p>1. 혈관 중재적 시술<sup>1)</sup> 후 지혈용-침습적 지혈 기구는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>2)</sup>에 따라 다음과 같은 경우에 본인부담률 50%<sup>3)</sup>를 적용함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 대퇴동맥을 통한 혈관 중재적 시술 시(진단적 시술 제외)에, 6Fr 이상의 femoral sheath가 반드시 필요하여 대퇴동맥 천자 부위가 크고 지혈이 어려운 경우</p> <p>나. ECMO(체외순환막형산화요법<sup>4)</sup>, Extra Corporeal Membrane Oxygenation) 적용 후 대퇴동맥의 cannula 제거 시</p> <p>2. 위 1항의 적용증 이외에 대퇴동맥 천자부위를 지혈하는 경우에는 장기간 침상 안정이 불가능 하거나, 지혈이 어려울 정도의 항응고제 투여 등 진료 담당의사가 반드시 필요하다고 판단되는 경우에 한하여 본인부담률 80%를 적용함</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 혈관 중재적 시술: 가느다란 카테터를 혈관에 삽입하고 약물치료와 좁아진 혈관을 넓혀주기 위한 혈관성형술, 스텐트삽입술 등의 치료를 하는 것</p> <p>2) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」:</p> <p>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여 : 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문 | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|-----|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     |         | <p>통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>3) 재료비용의 50%를 환자가 부담: 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 50%는 환자가 부담하고 나머지 50%는 건강보험에서 부담</p> <p>4) 체외순환막형산화요법(Extra Corporeal Membrane Oxygenation): 혈액을 몸 밖으로 빼내어 산소화를 시켜 다시 체내로 넣어주는 장치</p> |

## ■ 6. 내시경하 시술료 ■



| 연번 | 제 목                                                                 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 경피적 신우루<br>설치술 후 이를<br>확장하고<br>내시경으로<br>결석제거시 재료대                   | 경피적 신우루 설치술후 이를 확장하고 내시경으로 결석제거시<br>재료대는 신우루용 카테타 1개, G-W 1개, Dilators, 조영제는 별도<br>산정할 수 있음.<br><br>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)                                       | 경피적 신우루 설치술 <sup>1)</sup> 후 이를 확장하고 내시경으로 결석을 제거하기<br>위해 사용한 "신우루용 카테터(Catheter) 1개, 유도철사(Guide Wire)<br>1개, 확장기(Dilators), 조영제 <sup>2)</sup> "의 재료비용은 요양기관에서 별도로<br>청구할 수 있음.<br><br><용어설명><br>1) 경피적 신우루 설치술: 결석 등으로 요관*이 좁아져 소변의 배<br>출이 어려운 경우 옆구리 피부를 통하여 콩팥칼대기(신우)**에<br>직접 카테터를 설치하여 소변을 배출시키는 시술<br>* 요관(Ureter): 콩팥에서 만들어진 소변을 콩팥칼대기를 거쳐<br>방광까지 운반해주는 가늘고 긴 관<br>** 콩팥칼대기(신우): 요관으로 소변이 흐르기 전에 소변이 일시적으로<br>모이는 칼대기 모양의 콩팥(신장) 내부 구조물<br>2) 조영제: 방사선 촬영시 조직이나 혈관을 잘 볼 수 있도록 해주는 약품 |
| 2  | 내시경적 역행성<br>담도조영술시<br>진단목적으로<br>사용되는 담석<br>제거용<br>Retrieval Balloon | 내시경적 역행성 담도조영술시 진단목적으로 사용되는 담석제거용<br>Retrieval Balloon 카테터는 담도와 십이지장 사이에 누공이 있거나<br>유두부 괄약근 기능 부전시에 누공으로 조영제가 누출되는 경우 정<br>확한 검사를 하기 위하여 사용되는 재료이기는 하나 별도 산정할<br>수 없음. | 내시경적 역행성 담도조영술 <sup>1)</sup> 시 진단목적으로 사용되는 담석제거용<br>"Retrieval Balloon Catheter"는 담도와 십이지장 사이에 누공 <sup>2)</sup> 이<br>있거나 유두부 괄약근 기능 부전시에 누공으로 조영제 <sup>3)</sup> 가 누출되는<br>경우 정확한 검사를 하기 위하여 사용되는 재료이기는 하나 식품<br>의약품안전처 허가사항 <sup>4)</sup> (치료목적·담석제거용)을 고려하여 요양기관<br>에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.                                                                                                                                                                                                    |

| 연번 | 제 목                                                            | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | Catheter 사용시 인정여부                                              | (고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 내시경적 역행성 담도조영술: 내시경을 식도를 통해 십이지장으로 통과시킨 후 조영제를 주입시켜 영상을 통해 담관, 담낭, 췌장 등을 직접 관찰하면서 검사(진단) 또는 치료(수술)를 함.</p> <p>2) 누공: 병적으로 생긴 구멍(셋길)</p> <p>3) 조영제: 방사선 촬영시 조직이나 혈관을 잘 볼 수 있도록 해주는 약품</p> <p>4) 식품의약품안전처 허가사항: 의료기기의 성능 및 사용목적 등에 대해 식품의약품안전처장이 안전성·유효성을 평가하여 사용을 허용한 범위</p>                                                                                                                                                 |
| 3  | 누관스텐트삽입술<br>용 재료<br>(Canaliculus<br>Intubation Set<br>등)의 급여기준 | <p>눈물배출 장애 시 눈물배출계의 개방을 유지하기 위하여 사용하는 누관스텐트삽입술용 치료재료(Canaliculus Intubation Set 등)는 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 자548 누소관성형술 [누관내삽관 포함]</p> <p>나. 자549 누낭절개술</p> <p>다. 자549-1 레이저 누낭 및 비루관 절개술</p> <p>라. 자552 누관튜브법</p> <p>마. 자552-1 내시경하 누관스텐트 삽입술</p> <p>바. 자554 누낭비강문합술</p> | <p>눈물배출 장애 시 눈물배출계<sup>1)</sup>의 개방을 유지하기 위하여 사용하는 누관<sup>2)</sup>스텐트 삽입술용 치료재료(Canaliculus Intubation Set 등)는 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 자548 누소관성형술<sup>3)</sup> [누관내삽관 포함]</p> <p>나. 자549 누낭절개술<sup>4)</sup></p> <p>다. 자549-1 레이저 누낭 및 비루관 절개술<sup>5)</sup></p> <p>라. 자552 누관튜브법<sup>6)</sup></p> <p>마. 자552-1 내시경하 누관스텐트 삽입술<sup>7)</sup></p> <p>바. 자554 누낭비강문합술<sup>8)</sup></p> |

| 연번 | 제 목                     | 고 시 원 문                                                                                                                           | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                         | (고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)                                                                                                     | <p>&lt;용어설명&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 눈물배출계: 눈물이 누선(눈물샘)에서 분비되어 결막과 각막을 적신 후 누점(눈물길입구)에서 누낭(눈물주머니)을 거쳐 코의 비강으로 분비되는 모든 경로</li> <li>2) 누관: 눈물샘에서 분비된 눈물이 눈의 안쪽 눈 구석으로 흐르는 눈물길</li> <li>3) 누소관성형술: 눈물관인 누소관이 형성되어있지 않거나 막힌 경우 누소관에 실리콘 관을 삽입하여 누소관을 복원시켜주는 시술</li> <li>4) 누낭절개술: 누낭 종양이 있는 경우 눈물소관만 남기고 누낭을 완전히 제거하는 시술</li> <li>5) 레이저누낭 및 비루관 절개술: 눈물배출계의 막힘 장애가 있는 경우 레이저로 누낭을 절개하고 눈물이 배출되도록 실리콘 관을 삽입해주는 시술</li> <li>6) 누관튜브법: 여러 원인으로 눈물길이 폐쇄된 경우 누관에 실리콘 관을 삽입하는 시술</li> <li>7) 내시경하 누관스텐트 삽입술: 내시경을 통해서 누관의 협착부위에 스텐트(실리콘 관)를 삽입하는 시술</li> <li>8) 누낭비강문합술: 눈물은 누소관을 통해 누낭에 모이는데 비루관이 폐쇄 또는 협착된 경우 누낭과 비강을 연결하여 눈물이 직접 비강으로 배출되도록 하는 수술</li> </ol> |
| 4  | 역행성 담체관 내시경하 결석 제거술시 동시 | 역행성 담체관 내시경하 결석제거술시 Stone Basket과 Balloon Catheter는 Stone Basket으로 결석을 분쇄하여 제거하고 남은 잔석은 Balloon Catheter를 사용하여 쓸어내림으로서 잔석을 남기지 않고 | 역행성 담체관 내시경 <sup>1)</sup> 를 이용한 결석 <sup>2)</sup> 제거술시 "Stone Basket"과 "Balloon Catheter"는 Stone Basket으로 결석을 잘게 부수어 제거하고 남은 결석은 풍선카테터(Balloon Catheter)를 사용하여 쓸어                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

| 연번 | 제 목                                               | 고 시 원 문                                                                                        | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | 사용한 Stone Basket과 Balloon Catheter 인정여부           | 완전하게 제거할 수 있는 상호보완적인 치료재료인 점등을 감안하여<br>동시 사용시에는 각각 인정함.<br><br>(고시 제2008-110호, 2008.10.1. 시행)  | 내림으로서 결석을 남기지 않고 완전하게 제거해주는 상호보완적인<br>치료재료인 점 등을 고려하여 두 재료를 동시 사용해도 요양기관<br>에서 각각 비용을 청구할 수 있음.<br><br><용어설명><br>1) 역행성 담췌관 내시경: "내시경적 역행성 담췌관 조영술"을 의미<br>하며, 내시경을 식도를 통해 십이지장으로 통과시킨 후 조영제를<br>주입시켜 영상을 통해 담관, 담낭, 췌장 등을 직접 관찰하면서<br>검사(진단) 또는 치료(수술)를 함.<br>2) 결석: 몸속의 체액과 여러 분비물의 속의 성분이 화학작용으로 인해<br>돌같이 단단하게 응고되어 생김. |
| 5  | 자776 역행성 담췌관 내시경 수술 시 사용되는 유도철사(Guide Wire)의 급여기준 | 자776 역행성 담췌관 내시경 수술 시 사용되는 유도철사(guide wire)는 별도 산정할 수 있음.<br><br>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행) | 역행성 담췌관 내시경 수술 <sup>1)</sup> (자776) 시 사용되는 유도철사(guide wire)는 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.<br><br><용어설명><br>1) 역행성 담췌관 내시경* 수술 : 내시경을 이용하여 수술하는 것<br>*역행성 담췌관 내시경: "내시경적 역행성 담췌관 조영술"을<br>의미하며, 내시경을 식도를 통해 십이지장으로 통과시킨 후<br>조영제를 주입시켜 영상을 통해 담관, 담낭, 췌장 등을 직접<br>관찰하면서 검사(진단) 또는 치료(수술)를 함.                                     |

| 연번 | 제 목                                    | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 첩 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6  | 내시경적 시술 시 사용되는 Sclerosing Needle의 급여기준 | <p>1. 내시경적 시술 시 사용되는 Sclerosing Needle은 식약처 허가사항의 사용목적에 따라 다음의 경우에 시술당 1개 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 내시경적 절제 및 절개술 시</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 자765나 내시경적 상부 소화관 종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술</li> <li>2) 자765다 내시경적 상부 소화관 종양수술-점막하 박리 절제술</li> <li>3) 자770나 결장경하 종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술</li> <li>4) 자770다 결장경하 종양수술-점막하 박리 절제술</li> <li>5) 자775나 에스상결장경하 종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술</li> <li>6) 자778마 풍선 소장내시경하 용종 절제술</li> <li>7) 자779 경구 내시경 근절개술</li> </ol> <p>나. 내시경적 출혈 지혈 시</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 자762 내시경적 상부 소화관 출혈 지혈법</li> <li>2) 자768 결장경하 출혈 지혈법</li> <li>3) 자773 에스상결장경하 출혈 지혈법</li> </ol> <p>2. 상기 1.가.~나.의 시술이 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80% 적용하는 경우에는 동 치료재료도 동일하게 적용함.</p> | <p>1. 내시경적 시술 시 사용되는 내시경용 주사침(Sclerosing needle류)은 식약처 허가사항의 사용목적에 따라 다음의 경우에 시술당 1개 요양급여비용을 청구함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 내시경적 점막절제술 시</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 자765나 내시경적 상부 소화관 종양수술<sup>1)</sup>-점막절제술 및 점막하종양절제술<sup>2)</sup></li> <li>2) 자765다 내시경적 상부 소화관 종양수술-점막하 박리 절제술<sup>3)</sup></li> <li>3) 자770나 결장경하 종양수술<sup>4)</sup>-점막절제술 및 점막하종양절제술</li> <li>4) 자770다 결장경하 종양수술-점막하 박리 절제술</li> <li>5) 자775나 에스상결장경하 종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술</li> <li>6) 자778마 풍선 소장내시경하 용종 절제술<sup>5)</sup></li> </ol> <p>나. 내시경적 출혈 지혈 시</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 자762 내시경적 상부 소화관 출혈 지혈법<sup>6)</sup></li> <li>2) 자768 결장경하 출혈 지혈법</li> <li>3) 자773 에스상결장경하 출혈 지혈법</li> </ol> <p>2. 상기 1.가.~나.의 시술을 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>7)</sup>에 따라 본인부담률을 80% 적용<sup>8)</sup>하는 경우에는 동 치료재료도 동일하게 적용함.</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                      | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|-----|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | (고시 제 2019-80호, '19.5.1. 시행) | <p>&lt;용어설명&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 내시경적 상부소화관 종양수술: 상부소화관이란 식도·위·십이지장 부위를 의미하며, 내시경을 이용하여 이 부위에 생긴 종양을 제거하는 수술</li> <li>2) 점막하종양절제술: 점막(위 및 장 내벽을 덮고 있는 부드러운 조직) 아래에 있는 종양을 절제하는 시술</li> <li>3) 점막하 박리 절제술: 점막아래층을 박리(벗겨내어)하여 병변을 절제하는 시술</li> <li>4) 결장경하 종양수술:<br/>내시경을 이용하여 결장 또는 구불결장(S모양결장)을 관찰하면서 종양 등을 제거하는 수술</li> <li>5) 풍선 소장내시경하 용종 절제술: 풍선달린 내시경을 이용하여 소장 내부를 관찰하면서, 흑모양으로 돌출된 용기물(용종)을 절제하는 시술</li> <li>6) 출혈지혈법: 주사요법, 지혈클리핑법, 응고소작법, 밴드결찰법 등 다양한 방법을 이용하여 출혈 부위를 지혈하는 치료법</li> <li>7) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 :<br/>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정<br/>* 선별급여: 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</li> <li>8) 재료비용의 80%를 환자가 부담: 보건복지부장관이 고시한 치료</li> </ol> |

| 연번 | 제 목                                      | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 7  | 내시경하 지혈용 CLIP 및 CLIP FIXING DEVICE의 급여기준 | <p>내시경하 지혈용 CLIP 및 CLIP FIXING DEVICE는 내부조직을 막거나 접속하는 기구로 내시경 하 지혈 등에 사용되는 치료재료로, 다음의 경우에 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 자762 내시경적 상부 소화관 출혈 지혈법<br/>나. 자768 결장경하 출혈 지혈법<br/>다. 자773 에스상결장경하 출혈 지혈법</p> <p>(고시 제2017-15호, 2017.2.1. 시행)</p> | <p>“내시경하 지혈용 Clip 및 Clip Fixing Device”는 내부조직을 막거나 접속하는 기구로 내시경 하 지혈 등에 사용되는 치료재료로, 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 별도의 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 자762 내시경적 상부 소화관 출혈 지혈법<sup>1)</sup><br/>나. 자768 결장경하 출혈 지혈법<br/>다. 자773 구불결장경하 출혈 지혈법</p> <p>&lt;용어설명&gt;<br/>1) 내시경적 상부소화관 출혈지혈법: 내시경을 이용하여 출혈이 발생한 식도·위·십이지장 부위 지혈을 치료하는 방법(주사요법, 지혈클리프법, 응고소작법, 밴드결찰법 등)</p> |
| 8  | 내시경적 시술용 지혈겸자의 급여기준                      | <p>1. 내시경적 시술용 지혈겸자는 다음의 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 자765다 내시경적 상부 소화관 종양수술-점막하 박리 절제술<br/>나. 자770다 결장경하 종양수술-점막하 박리 절제술</p>                                                                                                   | <p>내시경적 시술용 지혈겸자는 다음의 경우에 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 자765다 내시경적 상부 소화관 종양수술<sup>1)</sup>-점막하 박리 절제술<sup>2)</sup><br/>나. 자770다 결장경하 종양수술-점막하 박리 절제술</p>                                                                                                                                                                                                  |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                       | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>다. 자779 경구 내시경 근절개술</p> <p>2. 상기 1.의 내시경적 점막하 박리절제술(ESD)이 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80% 적용하는 경우에는 동 치료재료도 동일하게 적용함.<br/>(고시 제 2019-80호, '19.5.1. 시행)</p> <p>-</p> | <p>다. 자779 경구 내시경 근절개술<sup>3)</sup></p> <p>2. 상기 1.의 내시경하 점막하 박리절제술(ESD)이 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>4)</sup>에 따라 행위 비용의 80%를 환자가 부담하는 경우에는 동 치료재료도 동일하게 재료비용의 80%를 환자가 부담<sup>5)</sup>함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 내시경적 상부소화관 종양수술: 상부소화관이란 식도·위·십이지장 부위를 의미하며, 내시경을 이용하여 상부소화관에 생긴 종양을 제거하는 수술</p> <p>2) 점막하 박리 절제술: 종양을 제거하는 방법 중 점막아래층을 박리(벗겨내어)하여 병변을 절제하는 시술</p> <p>3) 경구내시경 근 절개술: 내시경을 이용해 식도에 작은 터널을 만들어서 두꺼워진 근육을 선택적으로 절개하여 음식물이 위 안으로 들어가게 하여 증상을 개선시키는 기술</p> <p>4) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」: 선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여: 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>5) 재료비용의 80%를 환자가 부담: 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p> |

| 연번 | 제 목                                           | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9  | 소화기 내시경하 스텐트 삽입술 시 스텐트 삽입술 시 Guide Wire의 급여기준 | <p>소화기 내시경하 스텐트 삽입술 시 스텐트 삽입을 유도하기 위한 목적으로 사용하는 Guide Wire는 필수 치료재료로 다음의 경우에 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 자764 내시경적 상부소화관 확장술 다. 스텐트삽입<br/> 나. 자769 결장경하 협착 확장술 나. 내시경적 결장 스텐트삽입술<br/> 다. 자774 에스상결장경하 협착확장술 나. 스텐트삽입<br/> 라. 자778 풍선소장내시경하 시술 라. 스텐트삽입술</p> <p>(고시 제2017-15호, 2017.2.1. 시행)</p> | <p>소화기 내시경하 스텐트 삽입술<sup>1)</sup> 시 스텐트 삽입을 유도하기 위한 목적으로 사용하는 유도철사(Guide Wire)는 필수 치료재료로 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 재료비용을 별도로 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 자764 내시경적 상부소화관 확장술 다. 스텐트삽입<br/> 나. 자769 결장경하 협착 확장술 나. 내시경적 결장 스텐트삽입술<br/> 다. 자774 구불(에스상)결장경하 협착확장술 나. 스텐트삽입<br/> 라. 자778 풍선소장내시경하 시술 라. 스텐트삽입술</p> <p>&lt;용어설명&gt;<br/> 1) 소화기 내시경하 스텐트 삽입술: 위 등 소화관이 협착된 부위에 내시경을 통해 스텐트를 삽입하여 확장시켜주는 시술</p> |
| 10 | 내시경하 췌담도내 점막세포 채취용 치료재료의 급여기준                 | <p>내시경하 췌담도내 점막세포 채취용 치료재료는 내시경을 통하여 세포채취에 사용하는 치료재료로, 다음의 경우에 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 나762 내시경적 역행성 담췌관조영술[방사선료 포함]<br/> 나. 나764 담도경검사<br/> 다. 자776 역행성 담췌관 내시경 수술</p> <p>(고시 제2017-15호, 2017.2.1. 시행)</p>                                                                                 | <p>내시경하 췌담도내 점막세포 채취용 치료재료는 내시경을 통하여 세포채취에 사용하는 치료재료로, 다음의 경우에 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 나762 내시경적 역행성 담췌관조영술<sup>1)</sup>[방사선료 포함]<br/> 나. 나764 담도경검사<br/> 다. 자776 역행성 담췌관 내시경 수술<sup>2)</sup></p> <p>&lt;용어설명&gt;</p>                                                                                                                                                                                |

| 연번 | 제 목                  | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1)2) 내시경적 역행성 담췌관조영술 : 내시경을 식도를 통해 십이지장으로 통과시킨 후 조영제를 주입시켜 영상을 통해 담관, 담낭, 췌장 등을 관찰하는 영상검사(진단)법으로, 담관이나 췌관에 문제가 있을시 중재적 시술인 내시경 수술(역행성 담췌관 내시경 수술)을 동반하기도 함                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 11 | 내시경적 시술용 Knife의 급여기준 | <p>1. 내시경적 시술용 Knife는 다음의 경우 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상 및 급여개수</p> <p>1) 자765다 내시경적 상부 소화관 종양수술-점막하 박리 절제술: 1개</p> <p>2) 자770다 결장경하 종양수술-점막하 박리 절제술: 1개</p> <p>3) 자779 경구 내시경 근절개술 : 2개</p> <p>나. 다 만, 상 기 가.의 내 시 경 적 점 막 하 박 리 절 제 술 (ESD) 시 아 래 와 같 은 경 우 에 는 내 시 경 적 시 술 용 Knife 1 개 를 추 가 로 인 정 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>1) 위(Stomach)</p> <p>가) 섬유화로 박리가 어려운 경우</p> <p>나) 병변의 위치가 접근이 어려운 경우(위 분문부, 유문부, 기저부)</p> | <p>1. 내시경적 시술용 Knife는 다음의 경우 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상 및 급여개수</p> <p>1) 자765다 내시경적 상부 소화관 종양수술-점막하 박리 절제술: 1개</p> <p>2) 자770다 결장경하 종양수술-점막하 박리 절제술: 1개</p> <p>3) 자779 경구 내시경 근절개술: 2개</p> <p>나. 다 만, 상 기 가.의 내 시 경 적 점 막 하 박 리 절 제 술 (ESD) 시 아 래 와 같 은 경 우 에 는 내 시 경 적 시 술 용 Knife 1 개 를 추 가 로 청 구 할 수 있 음.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>1) 위(Stomach)</p> <p>가) 섬유화로 박리가 어려운 경우</p> <p>나) 병변의 위치가 접근이 어려운 경우(위 분문부, 유문부, 기저부)</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                   | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>다) 위선종이 4cm이상인 경우</p> <p>2) 식도(Esophagus)·결장(Colon)·직장(Rectum)</p> <p>가) 섬유화로 박리가 어려운 경우</p> <p>나) 병변의 위치가 접근이 어려운 경우</p> <p>2. 상기 1.의 내시경적 점막하 박리절제술(ESD)이 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80% 적용하는 경우에는 동 치료재료도 동일하게 적용함.</p> <p>(고시 제 2019-80호, '19.5.1. 시행)</p> | <p>다) 위선종이 4cm이상인 경우</p> <p>2) 식도(Esophagus)·결장(Colon)·직장(Rectum)</p> <p>가) 섬유화로 박리가 어려운 경우</p> <p>나) 병변의 위치가 접근이 어려운 경우</p> <p>2. 상기 1.의 내시경적 점막하 박리절제술(ESD)이 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80% 적용하는 경우에는 동 치료재료도 동일하게 적용함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 위선종: 위에 발생하는 용종의 한 종류</p> <p>2) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」:</p> <p>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여: 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>3) 재료비용의 80%를 환자가 부담: 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p> |

| 연번 | 제 목                                                   | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12 | 1회용<br>경피 경간 담관<br>내시경 카테터<br>(PTCS catheter)<br>급여기준 | <p>담관 내시경이 통과할 수 있는 경피 경간 통로의 확장을 위해서 1회용 경피 경간 담관 내시경 카테터(PTCS catheter)를 사용한 경우 1회 시술시 2개 이내에서 실사용량으로 요양급여를 인정함. 다만, PTCS catheter를 사용하여 통로의 확장과 배액이 동시에 이루어진 경우에는 배액의 용도로 추가 인정하지 아니함.</p> <p>(고시 제2018-314호, 2019.1.1 시행)</p>                                                       | <p>담관 내시경이 통과할 수 있는 경피 경간 통로의 확장을 위해서 1회용 경피 경간 담관 내시경<sup>1)</sup> 카테터(PTCS catheter)를 사용한 경우 1회 시술 시 2개 이내에서 실제 사용량으로 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음. 다만, PTCS catheter를 사용하여 통로의 확장과 배액이 동시에 이루어진 경우에는 배액의 용도로 별도로 비용을 청구하지 아니함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;<br/>1) 경피 경간 담관 내시경(Percutaneous transhepatic cholangioscope, PTCS): 경피경간 담도배액(PTBD) tract을 이용하여 수술하지 않고 결석을 제거하거나 담도 내 병변의 진단, 조직검사 등을 하기 위한 검사</p> |
| 13 | 내시경하<br>담(췌)관 협착<br>확장용 카테터<br>급여기준                   | <p>내시경하 담(췌)관 협착 확장용 카테터는 유두문, 담관 또는 췌관 협착 부위를 확장시키기 위해 사용하는 1회용 치료재료로 다음의 경우에서 협착 확장에 사용 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <p>1) 역행성 담췌관 내시경 수술(자776)</p> <p>2) 내시경적 역행성 담췌관조영술 [방사선료 포함](나762)</p> <p>나. 급여개수: 최대 2개 이내 실사용량을 요양급여로 인정함.</p> | <p>“내시경하 담(췌)관 협착 확장용 카테터”는 유두문, 담관 또는 췌관 협착 부위를 확장시키기 위해 사용하는 1회용 치료재료로 다음의 경우 중 협착 확장에 사용 시 요양기관에서 별도로 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <p>1) 역행성 담췌관 내시경 수술(자776)</p> <p>2) 내시경적 역행성 담췌관조영술<sup>1)</sup> [방사선료 포함](나762)</p> <p>나. 급여개수: 최대 2개 이내에서 실제 사용량을 요양기관에서</p>                                                                                    |

| 연번 | 제 목                                           | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                               | <p>단, Balloon catheter로 충분한 확장이 되지 않을 경우 Balloon catheter 1개, 내시경하 담(췌)관 협착 확장용 카테터 1개를 요양급여로 인정함.</p> <p>(고시 제2018-314호, 2019.1.1 시행)</p>                                                                                                                                                                                                                     | <p>청구할 수 있음. 단, Balloon catheter로 충분한 확장이 되지 않을 경우 Balloon catheter 1개, 내시경하 담(췌)관 협착 확장용 카테터 1개의 재료비용을 요양기관에서 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;<br/>1) 내시경적 역행성 담췌관조영술: 내시경을 식도를 통해 십이지장으로 통과시킨 후 조영제를 주입시켜 영상을 통해 담관, 담낭, 췌장등을 관찰하는 영상검사(진단)법으로, 담관이나 췌관에 문제가 있을 시 중재적 시술인 내시경 수술(역행성 담췌관 내시경 수술)을 동반하기도 함</p>                                                                                  |
| 14 | 내시경적 시술용 Knife & Sclerosing Needle(일체형)의 급여기준 | <p>1. Knife &amp; Sclerosing Needle(일체형) 재료는 다음의 경우 요양급여 하되, 내시경적 시술용 Knife 또는 Sclerosing Needle과의 병용사용은 인정하지 아니함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <p>1) 자765다 내시경적 상부 소화관 종양수술-점막하 박리 절제술</p> <p>2) 자770다 결장경하 종양수술-점막하 박리 절제술</p> <p>3) 자779 경구 내시경 근절개술</p> <p>나. 급여개수: 1개</p> <p>2. 다만, 상기 1.에도 불구하고 다음과 같은 경우에는 내시경적 시술</p> | <p>1. Knife &amp; Sclerosing Needle(일체형) 재료는 다음의 경우 인정 하되, 내시경적 시술용 Knife 또는 Sclerosing Needle과의 병용사용은 재료비용을 청구할 수 없음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <p>1) 자765다 내시경적 상부 소화관 종양수술<sup>1)</sup>-점막하 박리 절제술<sup>2)</sup></p> <p>2) 자770다 결장경하 종양수술-점막하 박리 절제술</p> <p>3) 자779 경구 내시경 근절개술</p> <p>나. 급여개수: 1개</p> <p>2. 다만, 상기 1.에도 불구하고 다음과 같은 경우에는 내시경적 시술용</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | <p>용 Knife 1개를 추가로 인정함.<br/>- 다 음 -</p> <p>가. 내시경적 점막하 박리절제술(ESD) 시 아래와 같은 경우</p> <p>- 아 래 -</p> <p>1) 위(Stomach)<br/>가) 섬유화로 박리가 어려운 경우<br/>나) 병변의 위치가 접근이 어려운 경우(위 분문부, 유문부, 기저부)<br/>다) 위선종이 4cm이상인 경우</p> <p>2) 식도(Esophagus)·결장(Colon)·직장(Rectum)<br/>가) 섬유화로 박리가 어려운 경우<br/>나) 병변의 위치가 접근이 어려운 경우</p> <p>나. 자779 경구 내시경 근절개술</p> <p>3. 상기 1.,2.의 내시경적 점막하 박리절제술(ESD)이 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80% 적용하는 경우에는 동 치료재료도 동일하게 적용함.</p> <p>(고시 제2019-80호, '19.5.1. 시행)</p> | <p>Knife 1개 비용을 추가로 청구할 수 있음<br/>- 다 음 -</p> <p>가. 내시경적 점막하 박리절제술(ESD) 시 아래와 같은 경우</p> <p>- 아 래 -</p> <p>1) 위(Stomach)<br/>가) 섬유화로 박리가 어려운 경우<br/>나) 병변의 위치가 접근이 어려운 경우(위 분문부, 유문부, 기저부)<br/>다) 위선종이 4cm이상인 경우</p> <p>2) 식도(Esophagus)·결장(Colon)·직장(Rectum)<br/>가) 섬유화로 박리가 어려운 경우<br/>나) 병변의 위치가 접근이 어려운 경우</p> <p>나. 자779 경구 내시경 근절개술</p> <p>3. 상기 1.,2.의 내시경적 점막하 박리절제술(ESD)이 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」<sup>3)</sup>에 따라 본인부담률을 80% 적용<sup>4)</sup>하는 경우에는 동 치료재료도 동일하게 적용함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 내시경적 상부소화관 종양수술: 상부소화관이란 식도·위·십이지장 부위를 의미하며, 내시경을 이용하여 상부소화관에 생긴 종양을 제거하는 수술</p> <p>2) 점막하 박리 절제술: 종양을 제거하는 방법 중 점막아래층을 박리(벗겨내어)하여 병변을 절제하는 시술</p> |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문 | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|-----|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     |         | <p>3) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 :<br/>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여: 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>4) 재료비용의 80%를 환자가 부담: 보건복지부장관이 고시한 치료 재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 80%는 환자가 부담하고 나머지 20%는 건강보험에서 부담</p> |



## ■ 7. 영상진단 및 방사선 치료료 ■



| 연번 | 제 목                           | 고 시 원 문                                                                                                                                              | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | “CTP-200-FLS”의 요양급여 대상여부      | <p>“CTP-200-FLS”는 전산화단층영상진단(CT)시 조영제 주입을 위하여 조영제 주입기에 연결하여 사용하는 일회용 조영제 주입용 자동주사기로 소정 행위료에 포함되어 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2002-80호, 2003.1.1. 시행)</p> | <p>“CTP-200-FLS”는 컴퓨터단층촬영(CT)<sup>1)</sup>시 조영제<sup>2)</sup> 주입을 위하여 조영제 주입기에 연결하여 사용하는 일회용 조영제 주입용 자동주사기로 검사행위비용에 재료비용이 포함되어 있어 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 컴퓨터단층촬영(CT) : X-선 발생장치가 있는 원형의 큰 기계에 들어가서 촬영하며 단순 X-선 촬영과 달리 인체를 가로로 자른 횡단면의 영상을 보여줌</p> <p>2) 조영제 : 방사선 촬영 시 조직이나 혈관을 잘 볼 수 있도록 해주는 약품</p> |
| 2  | 계수형 전산적 감산 1회용 자동 주사기 별도 산정여부 | <p>계수형 전산적 감산 혈관조영술시 1회용 자동주사기를 사용하더라도 별도 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p>                                                          | <p>계수형 전산적 감산 혈관조영술<sup>1)</sup>시 일회용 자동주사기를 사용하더라도 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 계수형 전산적 감산 혈관조영술*: 컴퓨터에 의해 디지털화되는 혈관조영방법으로 뼈와 연부조직의 음영은 제거되고 혈관의 형상만 선명하게 볼 수 있음.</p> <p>* 혈관조영술: 혈관에 가는 관을 넣고 조영제를 주입하여 엑스선 촬영을 통해 혈관의 모양을 알 수 있도록 하는 영상 검사 방법</p>                                                      |

| 연번 | 제 목               | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3  | 혈관조영용 가이드와이어 급여기준 | <p>혈관조영촬영시 사용하는 혈관조영용 가이드와이어(ANGIO-GUIDE WIRE, ANGIO EXTRA-SUPPORT GUIDE WIRE)는 1개 사용을 원칙으로 하되, 병변에 따라 다양한 종류의 가이드와이어가 필요한 경우에는 사례별로 추가 인정함.</p> <p>(고시 제2017-64호, 2017.4.1. 시행)</p>                   | <p>“혈관조영용 유도철사<sup>1)</sup>(Angio-Wire, Angio Extra-Support Guide Wire)”는 혈관조영촬영<sup>2)</sup>시 1개 사용을 원칙으로 하여 요양기관에서 1개의 비용을 청구할 수 있으나, 병변에 따라 다양한 종류의 유도철사(Guide Wire)가 필요한 경우에 사례별<sup>3)</sup>로 추가 사용한 재료비용도 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 유도철사(Guide Wire): 혈관용 카테터(관)를 원하는 부위까지 유도하는 안내선</p> <p>2) 혈관조영촬영: 가느다란 관을 혈관에 삽입하고 조영제를 주입하여 X-선을 통해 혈관을 볼 수 있게 하는 영상 검사방법</p> <p>3) 사례별: 의료인이 작성한 진료기록부, 수술기록지, 검사결과지 등의 객관적 자료를 참조하여 환자마다의 상태를 확인함.</p> |
| 4  | 사슬방광 조영술의 급여여부    | <p>사슬방광 조영술은 여성이 분만시 주로 발생하는 긴장성 요실금을 진단하는데 필수적이며 사용되는 사슬방광요도조영기구(Pollack Bead Chain Cystourethrography Set)는 소독후 재사용하는 반영구적인 재료이므로 소정 촬영료에 포함시켜 별도로 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p> | <p>여성이 분만 시 주로 발생하는 긴장성 요실금<sup>1)</sup>의 진단에 필수적인 검사인 사슬방광 조영술<sup>2)</sup>에 사용되는 "사슬방광요도조영기구(Pollack Bead Chain Cystourethrography Set)"는 소독 후 재사용하는 반영구적인 재료이므로 사슬방광조영 촬영비용에 재료비용이 포함되어 요양기관에서 별도로 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 긴장성 요실금: 요실금이란 자신의 의지와 무관하게 소변이 새는</p>                                                                                                                                                                              |

| 연번 | 제 목                                                          | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 첩 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>배뇨이상으로, 무거운 물건을 들어 올리거나 옷을 때 또는 기침이나 재채기를 할 때 급작스럽게 복압이 증가하여 소변이 새어나오는 것</p> <p>2) 사슬방광 조영술: 긴장성요실금이 있는 경우 요도와 방광의 관계를 평가하기 위한 검사</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 5  | 심 혈 관 조 영 술<br>및 중재적시술시<br>사용한 Compact<br>Disc (CD)의<br>급여여부 | <p>심혈관조영술(중재적시술 포함)시 사용하는 Compact Disc의 급여 여부에 대하여 검토한 결과, CD는 Digital Cardiac Image 자체를 영상으로 보관하여 화질이 우수하고 미세병변 관찰에 유용하며 Cine Film보다 소요비용이 저렴한 점 등 여러 장점이 있으므로 심혈관조영 및 중재적시술시 Cine Film 대용으로 사용하는 CD는 급여로 인정함. 아울러, 영상저장 및 전송시스템(PACS)을 이용하더라도 심혈관조영술은 Image가 많아 별도로 Cine Film 또는 CD에 저장하므로 동일하게 적용하며, 이 경우 Full PACS기관의 PACS를 이용한 처리비용은 별도로 산정할 수 없음.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p> | <p>1. "Compact Disc(CD)"는 Digital Cardiac Image(디지털 심장 이미지) 자체를 영상으로 보관하여 화질이 우수하고 미세병변<sup>1)</sup> 관찰에 유용하며 Cine Film<sup>2)</sup>보다 소요비용이 저렴한 점 등 여러 장점이 있으므로 심혈관조영<sup>3)</sup> 및 중재적시술<sup>4)</sup>시 Cine Film 대용으로 사용하는 CD는 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>2. 영상저장 및 전송시스템(PACS)<sup>5)</sup>을 이용하더라도 심혈관조영술은 이미지(Image, 영상)가 많아 별도로 Cine Film 또는 CD에 저장하므로 동일하게 비용을 청구하며, 이 경우 Full PACS<sup>5)</sup>기관의 영상저장 및 전송시스템(PACS)<sup>5)</sup>를 이용한 처리비용은 별도로 청구할 수 없음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 미세병변: 분간하기 어려울 정도로 아주 작은 병소(상처)</p> <p>2) Cine Film: 영화용 필름</p> <p>3) 심혈관조영술: 카테터를 손목의 요골동맥 또는 대퇴동맥을 통해 관상동맥에 삽입하고 조영제를 주입한 후 심장 자체에 혈액을 공급하는 관상동맥의 해부학적 모양과 협착여부를 직접 촬영하는 검사</p> <p>4) 중재적시술: 방사선 영상장비를 이용하여 인체 내부를 관찰하</p> |

| 연번 | 제 목                                | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>면서 가는 카테터를 체내에 삽입하고 약물을 주입하거나 절개, 성형술 등의 시술을 하는 행위</p> <p>5) Full PACS / PACS: 엑스레이 영상촬영 후 영상을 저장하고 이를 컴퓨터를 통하여 전송하는 시스템장비를 PACS라 하며, 이때 영상을 인화하기 위한 필름을 사용하지 않은 경우를 Full PACS이라 함.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 6  | Laser Film, Roll Film에 대한 재료대 급여여부 | <p>혈관 조영 및 중재적 시술시 기존의 X-선 촬영장비(Computer)에 Laser Camera를 부착하여 Laser Film으로 투시 촬영 할 경우 병소의 크기에 따라 자유로이 다화면 처리가 가능하며 필름소모량이 적고 대조도, 분해능이 뛰어나 상이 분명하여 미세한 부분도 선명하게 촬영할 수 있는 장점이 있으므로 급여 대상으로 함.</p> <p>Film Camera로 배변조영 촬영등과 같은 동태적 조영촬영시 사용하는 105mm Roll Film은 순간적인 움직임의 변화를 연속(2-6매/초)적으로 촬영할 수 있는 장점이 있으므로 급여 대상으로 함.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p> | <p>1. 혈관 조영<sup>1)</sup> 및 중재적 시술<sup>2)</sup>시 기존의 X-선 촬영장비(Computer)에 레이저 카메라(Laser Camera)를 부착하여 “레이저 필름(Laser Film)”으로 투시 촬영할 경우, 병이 있는 부위의 크기에 따라 많은 화면 처리가 자유롭게 가능하며 필름소모량이 적고 대조도<sup>3)</sup>, 분해능<sup>4)</sup>이 뛰어나 영상이 분명하여 미세한 부분도 선명하게 촬영할 수 있는 장점이 있으므로 요양기관에서 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>2. 필름 카메라(Film Camera)로 배변조영 촬영<sup>5)</sup>등과 같은 움직임이 있는 동태적 조영촬영시 사용하는 105mm “Roll Film”은 순간적인 움직임의 변화를 연속(2-6매/초)적으로 촬영할 수 있는 장점이 있으므로 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 혈관 조영: 혈관의 질환을 진단하기 위해 가느다란 관을 혈관에 삽입하고 조영제를 주입하여 혈관의 해부학적 모양과 협착여부를 X-선을 통해서 볼 수 있게 하는 검사방법</p> <p>2) 중재적 시술: 방사선 영상장비를 이용하여 인체 내부를 관찰하면서 가는 카테터를 체내에 삽입하고 약물을 주입하거나 절개, 성형술 등의 시술을 하는 행위</p> |

| 연번 | 제 목                       | 고 시 원 문                                                                                                                                                                | 설 계 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                           |                                                                                                                                                                        | 3) 대조도 : 사진에서 가장 어두운 부분과 가장 밝은 부분의 밝기의 비율<br>4) 분해능 : 두 물체를 서로 구별(식별)할 수 있는 능력<br>5) 배변조영 촬영 : 배변장애의 원인을 찾기 위해 직장내 조영제를 주입한 후 배변하는 과정을 방사선 엑스레이(X-ray)로 연속 촬영하는 검사                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 7  | 체액분비관 확장술용 Catheter의 급여기준 | <p>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.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>체액분비관 확장술용 카테터(Catheter)<sup>1)</sup>는 체내의 체액분비관 내의 이상 유무를 확인하기 위해 조영술을 실시할 때 사용하는 치료재료로 누낭조영(다233)<sup>2)</sup>, 유선조영(다217)<sup>3)</sup>, 타액선조영(다209)<sup>4)</sup> 등에 사용 시 요양기관에서 별도로 비용을 청구할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 체액분비관 확장술용 카테터(Catheter): 체액분비관 내의 이상 유무를 확인하기 위해 조영촬영을 실시할 때 조영제를 넣어 사용하는 기구</p> <p>2) 누낭조영: 눈물이 많이 흐르는 경우 눈물이 흐르는 길이 막혔는지 확인하기 위해 조영제를 주입한 후 X-선 영상을 촬영하는 검사</p> <p>3) 유선조영 : 유방의 유선을 검사하고자 하는 경우 카테터를 유관에 삽입하고 조영제를 주입한 유선의 구조와 성상을 관찰하는 방법</p> <p>4) 타액선조영 : 침샘, 침관에 조영제를 주입하여 타액선관의 구조와 성상을 관찰하는 방법</p> |

| 연번 | 제 목                                                         | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 첩 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8  | 관상동맥내 압력측정술(Fractional Flow Reserve, FFR) 시 사용하는 압력철선의 급여기준 | <p>1. 압력철선은 관상동맥 내 압력측정술(Fractional Flow Reserve, FFR) 시 사용하는 치료재료로 경피적 관상동맥중재술(PCI) 여부를 판단하기 위해 다음의 경우에 시행 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 2.5mm 이상의 혈관에서 정량관상동맥조영술(Quantitative Coronary Angiography, QCA) 측정 상 50~70%의 중등도(intermediate) 협착이 확인되며</p> <p>1) 다혈관 질환 또는</p> <p>2) 심근허혈의 객관적 증거가 없는 병변 또는</p> <p>3) 단일혈관 내 두 개 이상의 병변이 있는 경우</p> <p>나. 분지병변(bifurcation lesion)에서 주간지(main branch) 스텐트 삽입 후 곁가지(side branch, 2.5mm 이상의 혈관)에서 추가 시술 여부 판단이 필요한 경우</p> <p>2. 경피적 관상동맥중재술 없이 압력철선을 이용한 관상동맥 내 압력측정술(Fractional Flow Reserve, FFR)만 시행 시 사용한 치료재료(guiding catheter 좌 · 우측 각 1개, Y-connector 1개, G-wire 1개, introducer 1개)는 인정함.</p> <p>(고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)</p> | <p>1. "압력철선"은 관상동맥 내 압력측정술<sup>1)</sup>(FFR: Fractional Flow Reserve)시 사용하는 치료재료로 경피적 관상동맥중재술<sup>2)</sup>(PCI) 여부를 판단하기 위해 다음의 경우에 시행 시 요양기관에서 압력철선 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 2.5mm 이상의 혈관에서 정량관상동맥조영술<sup>3)</sup> (QCA:Quantitative Coronary Angiography) 측정상 50~70%의 중등도(intermediate) 협착이 확인되며</p> <p>1) 다혈관 질환 또는</p> <p>2) 심근허혈<sup>4)</sup>의 객관적 증거가 없는 병변<sup>5)</sup> 또는</p> <p>3) 단일혈관 내 두 개 이상의 병변이 있는 경우</p> <p>나. 분지병변<sup>6)</sup>(bifurcation lesion)에서 주간지(main branch) 스텐트 삽입 후 곁가지(side branch, 2.5mm 이상의 혈관)에서 추가 시술 여부 판단이 필요한 경우</p> <p>2. 경피적 관상동맥중재술 없이 압력철선을 이용한 관상동맥 내 압력측정술만 시행 시 사용한 치료재료,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 유도카테터(guiding catheter) 좌 · 우측 각 1개,</li> <li>- Y자 연결관(Y-connector) 1개,</li> <li>- 유도철사(guide wire) 1개,</li> <li>- 도관삽입기(introducer) 1개의 비용은 별도로 청구할 수 있음.</li> </ul> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 관상동맥* 내 압력측정술: 소형화된 혈압 및 혈류속도 감지기를</p> |

| 연번 | 제 목                 | 고 시 원 문                                                                                                                                                                           | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                     |                                                                                                                                                                                   | <p>유도철선에 부착하여 관상동맥 내 압력과 혈류속도를 측정하여 관상동맥 협착 정도를 판단함.</p> <p>* 관상동맥: 관처럼 생긴 모양으로 심장을 둘러싸고 있어 심장에 산소와 영양을 공급하는 동맥혈관으로 오른심장동맥과 왼심장동맥으로 구성</p> <p>2) 경피적 관상동맥중재술: 협심증이나 심근경색증에서 좁아지거나 막힌 관상동맥을 직접 절개하여 수술을 하지 않고 혈관을 통해 풍선카테터 또는 스텐트를 삽입하여 넓혀 주는 방법</p> <p>3) 정량관상동맥조영술: 협착의 정도를 정량적으로 측정하기 위한 관상동맥조영술</p> <p>4) 심근허혈: 심장이 관상동맥혈관으로 부터 필요한 산소와 영양을 공급받지 못한 경우 나타나는 증상을 의미함. 심장근육이 두꺼워져 있거나 관상동맥 협착이 있는 경우, 또는 특별한 질환이 없어도 나타날 수 있음.</p> <p>5) 병변: 질병이 원인이 되어 일어나는 생체의 변화</p> <p>6) 분지병변: 혈관이 두 갈래로 갈라진 부위의 병변</p> |
| 9  | 조영제주입용 말초혈관카테터 급여기준 | <p>조영제주입용 말초혈관카테터는 조영제 주입 시 혈관 외 유출 위험이 높거나 말초혈관확보가 어려운 환자에게 유용한 점을 감안하여 만 6세미만의 소아에서 조영제를 사용하는 일반전산화단층촬영, 자기공명영상진단 검사 시 1개를 요양급여로 인정한다.</p> <p>(고시 제2018-184호, 2018.9.1. 시행)</p> | <p>조영제주입용 말초혈관카테터는 조영제 주입 시 혈관 외 유출 위험이 높거나 말초혈관확보가 어려운 환자에게 유용한 점을 감안하여 만 6세미만의 소아에서 조영제를 사용하는 일반전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI) 검사 시 1개 비용을 요양기관에서 청구할 수 있음.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| 연번 | 제 목                               | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10 | 체내표시기<br>치료재료<br>인정기준             | <p>체내표시기는 호흡 등으로 인해 움직임이 있는 장기 및 연부조직에 방사선 치료 시 시술부위나 근접 부위에 삽입하여 시술자에게 위치 정보를 표시해 주는 방사선 불투과성 표시자(marker)로 다음의 경우에 한하여 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적용부위: 간, 췌장, 전립선, 신장, 폐, 유방, 기타 움직임이 있는 연부종양</p> <p>나. 인정개수: 치료 부위 당 4개 범위 내에서 실사용량을 인정함. 다만, 인정개수 초과 시 사례별로 인정함.</p> <p>(고시 제2018-249호, 2018.12.1. 시행)</p> | <p>체내표시기는 호흡 등으로 인해 움직임이 있는 장기 및 연부조직<sup>1)</sup>에 방사선 치료 시 시술부위나 근접 부위에 삽입하여 시술자에게 위치 정보를 표시해 주는 방사선 불투과성 표시자(marker)로 다음의 경우에 사용 시 요양기관에서 재료비용을 청구할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적용부위: 간, 췌장, 전립선, 신장, 폐, 유방, 기타 움직임이 있는 연부종양</p> <p>나. 인정개수: 치료 부위 당 4개 범위 내에서 실제 사용개수를 청구할 수 있음. 다만, 인정개수 초과 시 사례별<sup>2)</sup>로 인정함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 연부조직: 힘줄 또는 혈관과 같이 신체에서 단단한 정도가 낮은 특성을 지닌 조직.</p> |
| 11 | 방사선치료 체내<br>고정용 재료 급여<br>기준(치료재료) | <p>RADIOTHERAPY BALLOON CATHETER는 체외 방사선치료 시 치료부위의 움직임을 최소화하기 위하여 직장내 삽입하는 일회용 치료재료로, 전립선암의 “체외조사에 대한 방사선 모의치료 및 치료계획” 시와 체외 방사선 치료 1회당 1개 요양급여하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함.</p>                                                                                                                                           | <p>체외 방사선치료 시 치료부위의 움직임을 최소화하기 위하여 직장내 삽입하는 일회용 치료재료 ‘RADIOTHERAPY BALLOON CATHETER’는, 전립선암의 “체외조사에 대한 방사선 모의치료 및 치료계획” 시 치료 1회당 1개 청구할 수 있으며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함</p>                                                                                                                                                                                                                                           |

| 연번 | 제 목 | 고 시 원 문                       | 쉽게 풀어 쓰기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----|-----|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |     | (고시 제2019-140호, 2019.7.1. 시행) | <p>.〈용어설명〉</p> <p>1) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 :<br/>선별급여*로 지정된 항목 및 기준 등에 대하여 보건복지부장관이 별도로 정한 규정</p> <p>* 선별급여: 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 국민의 건강회복이 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우를 선별급여로 지정하고 본인 부담률을 달리 적용함</p> <p>2) 재료비용의 50%를 환자가 부담: 보건복지부장관이 고시한 치료재료 상한금액 내에서 요양기관이 실제로 구입한 재료비용의 50%는 환자가 부담하고 나머지 50%는 건강보험에서 부담</p> |



## ■ 8. 비급여 ■



| 연번 | 제 목                                        | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Hydroxyapatite Ocular Implant 등의 요양급여 대상여부 | <p>안구내용제거술 또는 안구전적출술시에 Eyeball Space를 유지하기 위하여 사용하는 안와삽입물(Eye Sphere, Wheeler Eye Sphere 등)은 「치료재료급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 의한 상한금액 범위내의 실구입가로 산정함. 또한, 최근 개발 사용되고 있는 Hydroxyapatite Ocular Implant는 안와용적을 유지함은 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. 삽입 되도록 고안된 운동성 막대(Peg)가 포함되어 수술 후 의안의 운동성을 향상시켜 외형상의 단점을 보완하였기 때문에 그 사용이 증가하는 추세에 있음. 그러나, 동 Implant는 기존의 안와삽입물과 비교해 볼 때 가격이 현저히 고가이며 1, 2차 수술을 통하여 중등도 이상의 의안 운동성을 얻을 수 있어 그 사용목적이 미용적 측면을 개선하는데 있으므로 Hydroxyapatite Ocular Implant 및 동 Implant를 삽입시 근육의 부착을 용이하게 하기 위한 Tutoplast Dura는 비급여대상으로 함.</p> <p>(고시 제2005-101호, 2006.1.1. 시행)</p> | <p>1. 안구내용제거술<sup>1)</sup> 또는 안구전적출술<sup>2)</sup>시에 안구가 들어가 있는 공간(Eyeball Space)를 유지하기 위하여 사용하는 안와삽입물<sup>3)</sup>(Eye Sphere, Wheeler Eye Sphere 등)은 「치료재료급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 의한 상한금액<sup>4)</sup> 범위 안에서 요양기관이 실제 구입한 가격으로 청구할 수 있음.</p> <p>2. 다만, "Hydroxyapatite Ocular Implant"는 안와용적을 유지함은 물론 인체의 뼈와 동일한 성분으로 화학 및 열처리되어 인체에 적합할 뿐 아니라 많은 Hole(구멍)이 있어 그 안으로 혈관이 자람과 동시에 생체조직의 일부가 되는 장점이 있음. 또한, 의안<sup>5)</sup>이 고정·삽입되도록 고안된 운동성 막대(Peg)가 포함되어 수술 후 의안의 운동성을 향상시켜 외형상의 단점을 보완하였기 때문에 기존의 안와삽입물과 비교해 볼 때 가격이 현저히 고가이며 1, 2차 수술을 통하여 중등도 이상의 의안 운동성을 얻을 수 있어 그 사용목적이 미용적 측면을 개선하는데 있으므로 "Hydroxyapatite Ocular Implant" 와 동 Implant를 삽입시 근육의 부착을 용이하게 하기 위한 "Tutoplast Dura"는 비급여대상<sup>6)</sup>으로 함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 안구내용제거술: 전체안구염 또는 악성종양이 있는 경우에 각막과 시신경을 남기고 다른 안구조직을 모두 제거하는 수술</p> <p>2) 안구전적출술: 안구 내 악성종양이나 절대녹내장이 있는 경우에 안구(Eyeball)를 적출하는 수술</p> <p>3) 안와삽입물: 안구를 제거하고 그 공간에 삽입하는 안구대용물(의안)</p> |

| 연번 | 제 목                                      | 고 시 원 문                                                                                                                                                                                                                       | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                          |                                                                                                                                                                                                                               | <p>4) 「치료재료급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 의한 상한금액 : 식품의약품안전처 허가를 받은 치료재료 중 보건복지부 장관이 위원회의 심의를 거쳐 고시한 품목리스트로 치료재료 개별비용 을 말함.</p> <p>5) 의안: 인공눈</p> <p>6) 비급여대상: 요양기관이 임의로 정하여 고지한 비용을 환자가 전 부 부담하는 것으로, 건강보험의 적용을 받지 아니함.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 2  | Cable-Ready Cable Pin System의 요양 급여 대상여부 | <p>주두골(Olecranon), 슬개골, 발목골절 정복에 사용되는 “Cable-Ready Cable Pin System”은 수술방법 중 장력대강선고정법 (Tension Band Wiring)인 기존치료법과 비교시 장점은 있다고 하나, 그 소요 비용이 월등히 고가이고 보편적으로 사용되지 않는 재료이므로 비급여대상으로 함.</p> <p>(고시 제2005-101호, 2006.1.1. 시행)</p> | <p>주두골<sup>1)</sup>(Olecranon), 슬개골<sup>2)</sup>(Patella), 발목(Ankle)골절로 어긋난 뼈를 원래 위치로 맞추고 고정하기 위해 사용되는 “Cable-Ready Cable Pin System”은 수술방법 중 장력대강선고정법<sup>3)</sup>(Tension Band Wiring)인 기존치료법과 비교시 장점은 있다고 하나, 그 소요되는 재료비용이 상당히 비싸고 보편적으로 사용되지 않는 재료이므로 비급여대상<sup>4)</sup>으로 함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 주두골(Olecranon): 팔꿈치뼈</p> <p>2) 슬개골(Patella): 무릎뼈</p> <p>3) 장력대강선고정법: 강한 철사(Wire)를 8자 형태로 엮어서 고정하 는 방법</p> <p>4) 비급여대상: 요양기관이 임의로 정하여 고지한 비용을 환자가 전 부 부담하는 것으로, 건강보험의 적용을 받지 아니함.</p> |

| 연번 | 제 목                                                                                                     | 고 시 원 문                                                                                                                                                   | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3  | 대장세척기의<br>급여여부                                                                                          | <p>대장세척기 (Colon - A - Sun100)는 주로 개인의 건강관리를 위하여 대장의 노폐물을 일시적 또는 주기적으로 세척하는 행위로 이는 건강관리법의 하나인 단식요법과 유사하므로 비급여 대상임.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p> | <p>"대장세척기 (Colon - A - Sun100)"는 주로 개인의 건강관리를 위하여 대장의 노폐물을 일시적 또는 주기적으로 세척하는 행위로 이는 건강관리법의 하나인 단식요법과 유사하므로 비급여 대상<sup>1)</sup>임.</p> <p>&lt;용어설명&gt;<br/>1) 비급여 대상: 요양기관이 임의로 정하여 고지한 비용을 환자가 전부 부담하는 것으로, 건강보험의 적용을 받지 아니함.</p>                           |
| 4  | 심도자법 컴퓨터<br>기록장치(Medical<br>Display Analysis<br>Recording<br>System) 검사시<br>사용한 Recording<br>Paper 급여여부 | <p>심도자법 컴퓨터 기록장치(Medical Display Analysis Recording System) 검사는 비급여 대상인바 동검사에 사용된 Recording Paper는 당연히 비급여 대상임.</p> <p>(고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)</p>   | <p>심도자법 컴퓨터 기록장치(Medical Display Analysis Recording System) 검사는 비급여 대상<sup>1)</sup>이므로, 동검사에 사용된 Recording Paper도 당연히 비급여 대상임.</p> <p>&lt;용어설명&gt;<br/>1) 비급여 대상: 요양기관이 임의로 정하여 고지한 비용을 환자가 전부 부담하는 것으로, 건강보험의 적용을 받지 아니함.</p>                             |
| 5  | 편평족 치료재료<br>인 Kalix의 급여<br>여부                                                                           | <p>편평족 치료재료인 “Kalix”는 전세계적으로 사용실적이 미비하고 국내 임상자료도 없으며 건강보험급여 원리에 부합하지 아니하므로 비급여대상으로 함.</p> <p>(고시 제2001-40호, 2001.7.1. 시행)</p>                             | <p>편평족<sup>1)</sup>치료재료인 “Kalix”는 전세계적으로 사용실적이 미비하고 국내 임상자료도 없으며 건강보험급여 원리와 맞지 아니하므로 비급여대상<sup>2)</sup>으로 함.</p> <p>&lt;용어설명&gt;<br/>1) 편평족: 평발이라 하며, 발바닥에 오목하게 들어간 곳이 없는 편평한 발<br/>2) 비급여대상: 요양기관이 임의로 정하여 고지한 비용을 환자가 전부 부담하는 것으로, 건강보험의 적용을 받지 아니함.</p> |

| 연번 | 제 목                                 | 고 시 원 문                                                                                                  | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6  | Cast Walker의<br>요양급여 대상<br>여부       | Cast walker는 보조기에 해당하므로 비급여대상으로 함.<br><br>(고시 제2003-83호, 2004.1.1. 시행)                                   | "Cast walker"는 보조기에 해당하므로 비급여대상 <sup>1)</sup> 으로 함.<br><br><용어설명><br>1) 비급여대상: 요양기관이 임의로 정하여 고지한 비용을 환자가 전부 부담하는 것으로, 건강보험의 적용을 받지 아니함.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 7  | 근관치료시<br>사용하는<br>근관충전재인<br>MTA 인정여부 | 근관치료시 사용하는 근관충전재인 MTA는 기존의 충전재에 비해<br>고가이므로 비용효과성 등을 감안하여 비급여토록 함.<br><br>(고시 제2009-200호, 2009.11.1. 시행) | 근관치료 <sup>1)</sup> 시 사용하는 근관충전재 <sup>2)</sup> 인 "MTA"는 기존의 충전재에 비해<br>고가이므로 비용효과성 <sup>3)</sup> 등을 고려하여 비급여 <sup>4)</sup> 토록 함.<br><br><용어설명><br>1) 근관치료: 일반적으로 "신경치료"라고 말하나, 엄밀하게는 치아<br>안쪽에 신경과 혈관의 다발이 들어있는 관을 청소하고 깨끗하게<br>한 후에 영구적인 충전물로 메꾸어 주는 치료<br>2) 근관충전재: 근관의 빈 곳에 충전하는 물질<br>3) 비용효과성 : 특정 목적을 달성하기 위하여 소요되는 비용과 효<br>과의 크기를 비교하는 것을 말함.<br>4) 비급여: 요양기관이 임의로 정하여 고지한 비용을 환자가 전부<br>부담하는 것으로, 건강보험의 적용을 받지 아니함 |

| 연번 | 제 목                      | 고 시 원 문                                                                                                                     | 쉽 게 풀 어 쓰 기                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8  | 로봇보조 인공관절치환술용 절삭기구류 산정방법 | <p>로봇보조 인공관절치환술시 사용되는 절삭기는 『치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표』의 로봇보조 인공관절치환술용절삭기(비급여)로 인정함.</p> <p>(고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행)</p> | <p>로봇보조 인공관절치환술<sup>1)</sup>에 사용되는 절삭기<sup>2)</sup>는 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」<sup>3)</sup>의 로봇보조 인공관절치환술용 절삭기(비급여<sup>4)</sup>)로 비용을 산정할 수 있음.</p> <p>&lt;용어설명&gt;</p> <p>1) 로봇보조 인공관절치환술: 고관절/무릎관절의 기능이 불완전한 경우 관절을 인공관절로 바꾸어주는 수술로 로봇의 보조를 받아 시술</p> <p>2) 절삭기: 뼈(bone)를 자르고 갈고 깎는 용도로 사용하는 기구</p> <p>3) 「치료재료급여·비급여목록 및 급여상한금액표」 : 식품의약품안전처 허가를 받은 치료재료 중 보건복지부 장관이 위원회의 심의를 거쳐 고시한 품목리스트로서 치료재료 개별비용을 말함.</p> <p>4) 비급여: 요양기관이 임의로 정하여 고지한 비용을 환자가 전부 부담하는 것으로, 건강보험의 적용을 받지 아니함.</p> |