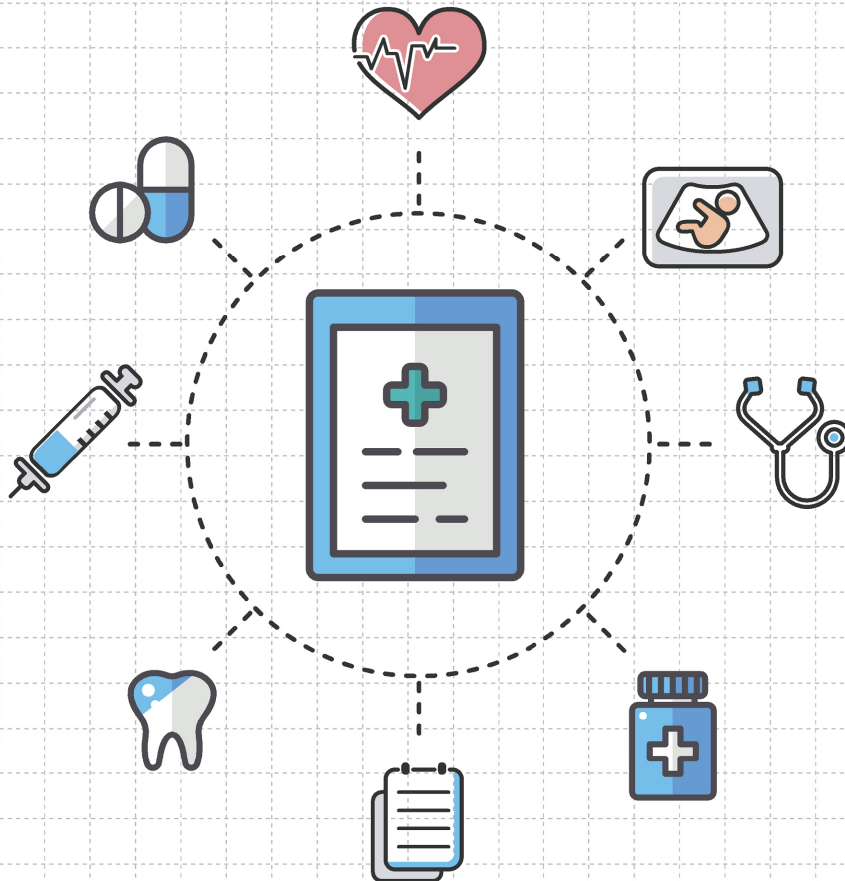


발간등록번호

G000N49-2020-26

<http://www.hira.or.kr>

# 요양급여비용 청구길라잡이



건강보험심사평가원 서울지원

HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE / SEOUL BRANCH



# 목 차

## I. 고시 및 심사지침 다빈도 문의사항

1. 일반사항 / 3
2. 기본진료료 / 8
3. 검사료 / 23
4. 영상진단료 / 67
5. 주사료 / 78
6. 마취료 / 84
7. 이학요법료 / 91
8. 정신요법료 / 97
9. 처치 및 수술료 / 100
10. 요양병원 / 120
11. 약제 / 131
12. 치과 / 152
13. 한방 / 157
14. 요양기관 현황관리 / 161
15. 인력 등급 및 차등제 / 168

## II. 요양기관업무포털 서비스

1. 심사종합정보 / 186
2. 영상자료제출 / 186
3. 재심/이의신청 / 187
4. 청구오류 점검서비스 / 189
5. SMS 서비스 / 191

## 별첨

- 부서별 전화번호 / 193

# 세부목록

## 1. 일반사항

■ 100분의 100 본인부담과 비급여 차이	3
■ 비급여 행위 관련 진료시 요양급여 인정범위	5
■ 처방전 재발급 (약제 분실, 처방전 분실)	6

## 2. 기본진료료

■ 의사, 약사의 본인진료 및 조제 관련	8
■ 의원급 만성질환관리제 산정방법	9
■ 환자 미내원시 만성질환관리료 청구 관련	10
■ 건강검진 당일 진찰료 산정 관련	12
■ 이상소견이 있어 건강검진 실시 당일 검사나 처치 등을 추가로 시행시 수가산정 방법	14
■ 격리실 산정기준	16
■ 의(한의)과 중복진료 산정방법	19
■ 마약류 관리료 산정방법	22

## 3. 검사료

■ D-dimer 검사의 급여기준	23
■ 미량알부민 검사의 급여기준	24
■ C형 간염항체검사 급여기준	25
■ 폐렴 원인균검사의 급여기준	26
■ 종양검사의 급여기준	27
■ 골밀도검사의 인정기준	29
■ 비타민 D 검사의 급여기준	31
■ 부갑상선호르몬검사의 급여기준	33
■ 갑상선 기능검사의 급여기준	34
■ 갑상선침생검 수기로 산정방법	35
■ 결장경하중양수술 시 병리조직검사 산정방법	36

■ 산전진찰 목적으로 시행하는 검사의 급여기준	38
■ 관절가동범위검사의 급여기준	40
■ 진정내시경 환자관리료 급여기준	41
■ 신경학적 검사의 급여기준	43
■ F파 신경전도검사 [운동신경]의 급여기준	45
■ 신경인지기능검사의 급여기준	46
■ 수면다원검사 급여기준	51
■ 초음파 검사의 급여기준	53
■ 상복부(간·담낭·담도·비장·췌장) 초음파검사의 급여기준	56
■ 하복부(총수·소장·대장·서혜부·직장·항문), 비뇨기(신장·부신·방광), 남성생식기(전립선·정낭· 음경·음낭), 여성생식기 초음파검사의 급여기준	59

#### 4. 영상진단료

■ 전산화단층영상진단(CT)의 산정기준	67
■ 뇌, 뇌혈관, 경부혈관 자기공명영상진단(MRI) 급여기준	72

#### 5. 주사료

■ 물리치료와 국소주사 동시 실시시 청구방법	78
■ 치료 목적의 관절천자와 관절강내 주사 동시 실시 시 청구방법	80
■ 부신피질호르몬제를 이용한 관절강내주사 인정기준	81
■ Infusion Pump 및 수액유량조절기 인정기준	82

## 6. 마취료

■ 신경차단술의 가산 적용기준	84
■ 신경차단술 15회 초과시 추가산정방법	85
■ C-arm 등 투시가 반드시 필요한 신경차단술에 대하여	87
■ 복재신경 및 복재신경관절지차단술의 수기로 산정방법	88
■ 선택적 경추간공 경막외조영술/신경차단술 또는 경추간공경막외주사/신경차단술의 인정기준 및 추가산정방법	89

## 7. 이학요법료

■ 근막동통유발점 주사자극치료(TPI) 인정기준	91
■ 경피적 전기신경자극치료(TENS) 인정 가능 횟수	93
■ 뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등)환자에게 장기간 시행하는 전문재활치료 인정기준	94

## 8. 정신요법료

■ 개인정신치료 및 가족치료 산정기준	97
■ 의료급여 정신질환자의 외래 약제비 청구방법	98

## 9. 처치 및 수술료

■ 처치 및 수술료, 마취료의 야간 및 공휴가산 인정여부	100
■ 하기도 증기흡입치료 인정기준	102
■ 결장경하폴립절제술 추가 산정방법	104
■ 1회용 수술(시술)팩의 급여기준	106
■ 자궁내장치(IUD) 교체시 제거료 산정방법	108
■ 사마귀제거술 급여대상 여부 및 수기로 산정방법	110
■ 하비갑개점막하절제술과 비중격교정술 동시 실시시 수술료 청구 방법	111
■ 건·인대 피하단열수술, 건 및 인대 성형술의 진료수가 산정방법	112

■ 치료재료대 Suture Anchor 인정기준	114
■ 생검용Forcep 과 절제술용Forcep(생검포함)의 차이	115
■ '은 함유 이외' 드레싱류의 급여기준	118

## 10. 영양병원

■ 입원 중 환자를 타 영양기관에 진료의뢰시 발생한 약제비 산정 방법	120
■ 정신과 약 복용중인 환자 영양병원 입원관련 문의	123
■ 환자평가표 작성원칙 관련 문의	124
■ 특정기간 적용대상 중 「패혈증」 인정기준	125
■ 영양병원 입원환자 안전 관리료	127
■ 영양병원 격리실 입원료 체감제	129

## 11. 약제

■ 당뇨병용제 일반원칙	131
■ 치매치료제 인정기준	136
■ 치매치료제의 청구방법	139
■ 경구용 만성B형 간염 치료제 일반원칙	140
■ 항정신성의약품 일반원칙	145
■ 골다공증치료제 인정기준	147
■ 진해거담제 일반원칙	149
■ Montelukast 경구제의 인정기준	150

## 12. 치과

■ 치관수복물 또는 보철물의 제거 수가 산정방법	152
■ 동일 부위에 치주치료 또는 치주치료 후 처치와 수술 후 처치-단순처치 수가 산정방법	153
■ 치석제거 급여기준	154

■ 매식재 (이종골 콜라겐류 등) PLUG형의 급여기준	155
■ 치과임플란트 골유착 실패로 인한 2단계 재시술 수가 산정방법	156

### 13. 한방

■ 추나요법 급여기준	157
■ 변증기술료의 급여기준	159
■ 동일부위에 자락술과 자락관법 동시 시술시 산정방법	160

### 14. 요양기관 현황 관리

■ 개인 개설에서 공동 개설로 변경 시 신고절차	161
■ 법인대표자의 개인 개설 가능 여부	162
■ 의사의 중복근무 가능 여부	163
■ 개설자의 타 기관 근무 가능 여부	164
■ 휴가 및 대진 관련 사례	166

### 15. 인력 등급 및 차등제

■ 일반병동의 간호관리료 차등제	168
■ 요양병원 입원료 차등제 산정기준	175
■ 수련중인 전공의 대진 의사 신고 여부	178
■ 인력 관련 방문심사 사례	179



**Health Insurance  
Review & Assessment  
Service /  
Seoul Branch**

**Health Insurance  
Review & Assessment  
Service /  
Seoul Branch**

I

# 고시 및 심사지침 다빈도 문의사항

Health Insurance Review &  
Assessment Service / Seoul Branch



## 100분의 100 본인부담과 비급여 차이

**Q**  
uestion

진료비 영수증에 보면 100분의 100 본인부담과 비급여 금액으로 나뉘져 있는데요, 이 둘의 차이는 무엇인가요?

**A**  
nswer

100분의 100 본인부담은 보건복지부장관이 정하여 고시한 상한금액을 환자가 모두 부담하는 것을 말합니다. 비급여는 업무나 일상 생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항으로 해당 진료를 실시하는 병원에서 정한 금액을 환자가 모두 부담하는 것입니다. 따라서, 100분의 100 본인부담은 법령 등으로 정하여진 상한금액이 있어 어느 병·의원에서도 동일한 금액을 환자에게 징수하여야하나, 비급여는 정하여진 금액이 없어 동일한 진료행위인 경우라도 병·의원 별로 금액이 상이할 수 있습니다. 예를 들어 쌍꺼풀수술, 점제거술 등은 비급여대상 진료로 병·의원별로 금액이 상이합니다.

관련  
근거

「국민건강보험법」 제4장 보험급여

제41조 (요양급여)

- ③ 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.
- ④ 보건복지부 장관은 제 3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 “비급여대상”이라 한다)으로 정할 수 있다.

관련  
근거

「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2] 비급여대상

1. 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
2. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
3. 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는

행위·약제 및 치료재료

4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 비용·행위·약제 및 치료재료
5. 삭제 <2006.12.29.>
6. 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료.
- 6의2. 영 제21조제3항제3호에 따른 호스피스·완화의료 입원진료의 경우에는 제1호부터 제3호까지, 제4호나목(2)·더목에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호사목, 제3호아목 및 제4호더목은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료
7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우
8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우

## 비급여 행위 관련 진료시 요양급여 인정범위

**Q**  
uestion

하지 정맥류 환자에게 비급여 행위로 결정된 레이저정맥폐쇄술(Endovenous Laser Treatment)을 실시한 경우 관련 진료내역 전체를 비급여 대상으로 적용하나요?

**A**  
nswer

질병 자체가 건강보험요양급여 대상에 해당되는 경우에는 해당 비급여 행위를 제외한 모든 진료비에 대해서는 보험급여가 적용됩니다. 따라서 수술료인 레이저정맥 폐쇄술료를 제외한 모든 진료내역을 보험급여로 청구하면 됩니다.

관련  
근거

### 신의료행위 관련 진료시 요양급여 범위

건강보험적용대상자의 진료목적이 건강진단, 미용목적의 성형수술 등과 같이 명백하게 비급여 대상으로 신의료행위를 시술할 경우에는 진찰료를 포함한 모든 진료비는 요양급여대상이 될 수 없으나, 질병자체가 건강보험요양급여대상에 해당하는 경우로 진료담당의사가 진찰, 처치 및 수술 등을 실시할 경우에는 신의료행위(비급여대상 진료)를 제외한 모든 진료비에 대해서는 보험급여 대상이 됨

○ 고시 제2011-10호 (2011.2.1. 시행)

## 처방전 재발급 (약제 분실, 처방전 분실)

**Q**  
uestion

환자가 약을 분실하여 동일한 처방전 재발급을 위해 내원하였습니다. 이 경우 발생한 진료비는 어떻게 청구해야 하나요?

**A**  
nswer

환자가 이미 수령한 약제를 분실한 것은 환자에게 귀책사유가 있으므로, 동일한 처방전 발급을 위해 재내원한 경우의 진료비는 전액 본인부담 해야 합니다. 그리고 처방전 사용기간 이내에 처방전을 단순히 분실하였을 경우는 분실된 처방전과 동일하게 재발급하고, 이때 처방전교부번호는 종전의 번호를 그대로 사용하고 재발급한 사실을 확인할 수 있도록 처방전에 표기하여야 합니다.

관련  
근거

### 약제 분실하여 다시 처방하는 경우에 대한 질의 회신

환자가 약을 분실하여 다시 처방해야 하는 경우, 이미 수령한 약제를 분실한 것은 환자에게 귀책사유가 있으므로 진찰료 및 약국에서의 약제료, 조제료는 모두 전액 본인이 부담하도록 하고 요양급여비용은 청구할 수 없습니다. 이 경우 처방전양식 중 “기타” 란에 “전액 본인부담” 으로, “조제시 참고사항” 란에 재처방 사유(예시 : 처방약 분실에 따른 재처방)를 표시하여야 합니다.

○ 행정해석, 보험약제과-1070호 (2008.5.27.)

관련  
근거

### 처방전 재발급시 요양급여비용 산정방법

처방전 재발급을 위해 의료기관에 내원시 요양급여비용의 산정은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

가. 처방전 사용기간 경과 후 재발급시

: 처방전에 기재된 ‘사용기간’ 은 환자가 동 처방전에 의하여 조제 받을 수 있는 유효기간



으로서, 이 기간이 경과한 때에는 그 사유와 관련 없이 종전 처방전에 의하여 조제 받을 수 없음. 따라서 처방전을 재발급 받기 위해서는 의료기관에 재차 내원 하여야 하며, 처방전 발급여부는 의사 또는 치과의사의 판단하에 이루어지는 바, 재발급 여부 결정을 위해 진찰이 이루어진 경우 진찰료 등의 비용은 새로운 진료로 인해 발생하는 비용이므로 「국민건강보험법 시행령」 [별표 2] 본인일부부담금의 부담률 및 부담액에 따라 요양급여비용 중 일부를 본인이 부담하여야 함.

나. 처방전 사용기간 이내에 처방전을 분실하여 재발급시

: 의사의 판단하에 재진찰 여부를 결정하되, 단순히 분실된 처방전과 동일하게 재발급하는 경우에는 진찰료를 별도 산정할 수 없으며, 이 때 처방전 교부번호는 종전의 번호를 그대로 사용하고 재발급한 사실을 확인할 수 있도록 처방전에 표기함.

○ 고시 제2018-269호 (2019.1.1. 시행)

## 의사, 약사의 본인진료 및 조제 관련

**Q**  
uestion

의사가 자신의 질병을 진료한 경우 약제 및 치료재료 외의 검사료도 급여로 청구가 가능한가요?

**A**  
nswer

의사가 자신의 질병을 직접 진찰하거나 투약, 치료한 경우 본인 진료시에 사용한 약제 및 치료재료만 요양급여비용으로 청구 가능합니다.

관련  
근거 ▶

의사, 약사의 본인진료 및 조제시 요양급여비용 산정방법

의사가 자신의 질병을 직접 진찰하거나 투약, 치료하는 등 본인 진료시에는 사용한 약제 및 치료재료만 실거래 가격으로 보상함 또한, 약사 본인이 본인의 의약품을 조제한 경우에도 기술료를 제외한 의약품비만 실거래가격으로 보상함

○ 고시 제2007-139호 (2008.1.1. 시행)

## 의원급 만성질환관리제 산정방법

Q  
uestion

의원급 만성질환관리제 관련 재진진찰료 본인부담 경감 대상질환은 모든 고혈압 및 당뇨병 질환이 포함되나요?

A  
nswer

의원급 만성질환관리제 관련 대상질환은 상병기호가 고혈압(I10) 또는 당뇨병(E11)에 해당하며 주상병으로 진료한 건강보험 환자의 경우만 해당되며, 진찰료의 본인 부담률이 정액인 만 65세 이상 노인환자나, 의료급여 환자의 경우는 해당되지 않습니다.

관련  
근거

국민건강보험법 시행령 제19조 제1항 관련 [별표2] 요양급여비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액 제1호 나목 비고 5에 따른 재진진찰료 본인부담률 경감 대상 및 산정방법

국민건강보험법 시행령 제19조제1항 관련 [별표2] 요양급여비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액 제1호 나목 비고 5에 따른 재진진찰료 본인부담률 경감 적용대상 및 산정방법은 다음과 같이 함

- 다 음 -

가. 적용대상

- (1) 대상질환: 고혈압(I10) 또는 당뇨병(E11)
- (2) 대상기관: 의원
- (3) 대상환자: 대상질환으로 대상기관에서 진료받는 건강보험 환자 중 의사로부터 지속적 질환관리 필요성에 대한 설명을 듣고, 당해 의료기관에서 대상질환을 지속적으로 관리받을 의사를 표명한 환자, 이 경우 요양기관은 대상환자가 의사를 표명한 사실을 진료 기록부에 기록·보관하여야 함

나. 절차 및 방법: 상기 '가' 항에 따른 대상질환을 주상병으로 진료한 경우에 한하여 환자가 지속적으로 관리받을 의사를 표명한 익일부터 직접 내원하여 진료받은 경우 재진 진찰료로 적용하며, 수가코드는 'AA250' 으로 산정함

○ 고시 제2012-153호 (2012.12.1. 시행)

## 환자 미내원시 만성질환관리료 청구 관련

**Q**  
uestion

환자가 고혈압 상병으로 지속적으로 진료를 받던 중 부득이하게 환자 가족이 내원하여 약제를 처방받은 경우에는 진찰료와 동시에 만성질환관리료를 청구할 수 있나요?

**A**  
nswer

환자가 직접 내원하지 않고 가족이 대신 내원하여 상담 후 약제를 처방받은 경우에는 재진진찰료 소정점수의 50%를 산정할 수 있습니다. 그러나 만성질환관리료는 만성질환으로 지속적으로 내원하는 재진환자에 대하여 교육·상담 등을 통하여 환자가 자신의 질병을 이해하고, 합병증을 예방할 수 있도록 관리체계를 수립하는 경우에 산정할 수 있기 때문에 환자 가족이 대신 내원하여 상담을 받은 경우에는 산정할 수 없습니다.

관련  
근거

「건강보험요양급여비용」 제1편 제2부 제1장 기본진료료

가-1 외래환자 진찰료

나. 재진진찰료

주: 7. 환자가 직접 내원하지 아니하고 환자 가족이 내원하여 진료담당의사와 상담한 후 약제를 수령하거나 처방전만을 발급받는 경우에는 재진진찰료 소정점수의 50%를 산정한다. (산정코드 두 번째 자리에 9로 기재)

가-14 만성질환관리료

주: 1. 고혈압, 당뇨병 등의 상병으로 당해 의료기관에 지속적으로 내원하는 재진환자에 대하여 교육·상담 등을 통하여 환자가 자신의 질병을 이해하고, 합병증을 예방할 수 있도록 관리체계를 수립한 경우에 산정한다.

2. 대상환자는 의원급 요양기관(보건의료원 포함)의 외래에서 진료하는 환자로서 “한국 표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드(고혈압: I10-I13, I15, 당뇨병: E10-E14)를 상병명으로 하는 자 및 질병코드(정신 및 행동장애: F00-F99, G40-G41, 호흡기 결핵: A15-A16, A19, 심장질환: I05-I09, I20-I27, I30-I52, 대뇌혈관질환:

I60-I69, 신경계질환: G00-G37, G43-G83, 악성 신생물: C00-C97, D00-D09, 갑상선의 장애: E00-E07, 간의 질환: B18, B19, K70-K77, 만성신부전증: N18)를 주상병명으로 하는 자에 한한다.

3. 기관당 한 환자에 대하여 연간 12회 이내(단, 월 2회 이내)로 산정한다.
4. 해당 만성질환자를 진료한 기관은 개인별 진료기록부에 만성질환자 관리내역을 기록·보관하여야 한다.

5. 권고사항

요양기관은 환자가 원하거나 의사가 필요하다고 판단할 경우 환자 관리용 수첩을 배부하고 방문시 질병경과를 기록하여 줌으로써 만성질환에 대한 환자 자신의 질환관리 의식 고취에 도움을 줄 수 있다.

〈만성질환 관리제와 만성질환 관리료 비교〉

구분	만성질환 관리제	만성질환 관리료
수기코드	AA250(재진진찰료-의원-만성질환관리제)	AA254(재진진찰료) + AH200(만성질환관리료)
대상질환 (주상병)	고혈압(I10) 또는 당뇨병(E11)	(고혈압: I10-I13, I15, 당뇨병: E10-E14)를 상병명으로 하는 자 및 질병코드(정신 및 행동장애: F00-F99, G40-G41, 호흡기 결핵: A15-A16, A19, 심장질환: I05-I09, I20-I27, I30-I52, 대뇌혈관질환: I60-I69, 신경계질환: G00-G37, G43-G83, 악성 신생물: C00-C97, D00-D09, 갑상선의 장애: E00-E07, 간의 질환: B18, B19, K70-K77, 만성신부전증: N18)
대상기관	의원	의원급 요양기관(보건의료원 포함)
대상환자	대상기관에서 진료받는 건강보험 환자 중 의사로부터 지속적 질환 관리 필요성에 대한 설명을 듣고, 지속적 관리받을 의사를 표명한 환자	환자 자격조건과 무관하게 해당 상병으로 대상기관에 지속적으로 내원하는 재진환자
적용시점	지속적 관리받을 의사 표명한 익일부터	재진 시
혜택	재진진찰료 본인부담률경감 (30% → 20%)로 적용	2,080원 별도 지급
횟수제한	-	기관당 한 환자에 대하여 연간 12회(단, 월 2회 이내)
기록	대상환자가 의사를 표명한 사실을 진료기록부에 기록·보관해야 함	개인별 진료기록부에 만성질환자 관리내역을 기록·보관해야 함

## 건강검진 당일 진찰료 산정 관련

**Q**  
uestion

공단건강검진 실시 당일에 환자의 기존 질환에 대한 진찰을 하고 처방전을 발급 하였습니다. 이런 경우 진찰료는 별도로 산정이 가능한가요?

**A**  
nswer

건강검진 당일 동일 요양기관에서 건강검진과는 별도로 질환에 대한 진찰이 이루어져 처방이나 별도의 진료행위가 발생한 경우는 진찰료의 50% 산정이 가능합니다. 일반건강검진 시 산정코드 세 번째 자리에 3으로 기재하여야 하며, 줄번호 단위 특정내역 구분코드(JT018)란에 해당 사유를 기재하여 청구하여야 합니다.

관련  
근거

### 건강검진 실시 당일 진료 시 진찰료 산정방법

1. 「국민건강보험법」 제52조에 의거 가입자 및 피부양자에게 실시하는 건강검진 당일 동일 요양 기관에서 건강검진과는 별도로 질환에 대한 진찰이 이루어져 진찰 이외에 의사의 처방(약제 처방전 발급, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 의하여 산정가능한 진료행위)이 발생한 경우 해당 진찰료는 다음과 같이 산정함.

- 다 음 -

「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료 료 [산정지침] 1. 진찰료 '가' 에 의거 초진(또는 재진)진찰료의 50%를 산정하며, 코드는 다음과 같이 기재함. 진찰료 산정 사유에 대하여는 진료기록부에 기록하고, 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 의하여 작성·청구토록 함.

- (가) 일반건강검진 시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우 : 산정코드 세 번째 자리에 3으로 기재
- (나) 암검진 시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우 : 산정코드 세 번째 자리에 5로 기재
- (다) 영유아 건강검진 시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우 : 산정코드 세 번째 자리에 2로 기재

2. 상기 '1'항에도 불구하고 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료[산정지침]에 의거 2개이상의 진료과목이 설치되어 있고 해당 과의 전문의가

상근하는 요양기관에서 건강검진 당일 검진실시 의사와 전문과목 및 전문분야가 다른 진료담당 의사가 건강검진과는 별도로 질환에 대하여 진료한 경우에 한하여 초진(또는 재진) 진찰료를 산정할 수 있음.

- 또한, 건강검진을 실시한 요양기관에서 동일 의사에게 검진 결과에 대해 다른날 설명하는 것은 검진결과 상담에 해당되어 진찰료를 별도 산정할 수 없으나, 검진결과 이상소견에 대해 단계적 정밀검사 또는 별도의 진료가 이루어진 경우에는 재진진찰료를 산정함.

○ 고시 제2017-249호 (2018.1.1.시행)

관련 근거

「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서세부작성요령」  
 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 VII, 별표 8.  
 (별표 8) 특정내역 구분코드 2. 진료(조제)내역 줄번호(확장번호) 단위 및  
 처방내역 줄번호(확장번호) 단위

구분 코드	특정내역	작성요령 및 기재형식	
JT018	건강검진 실시 당일 진찰료 산정사유	<ul style="list-style-type: none"> <li>「국민건강보험법」에 따른 건강검진 실시 당일 별도의 진찰료를 산정하는 경우 해당 사유코드를 모두 기재                      (진찰료 산정 사유코드가 'F' 또는 'G' 인 경우는 구체적인 사유를 함께 기재)                      ※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재 (영문200자, 한글100자)                      &lt;진찰료 산정 사유코드&gt;</li> </ul>	
		구 분	코드
		원외처방전 발급	A
		원내직접조제(경구, 외용제, 주사제 등)	B
		이학요법	C
		처치 및 수술	D
		검사	E
		「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대기치점수」 제1편 제3부 행위 비급여 목록에 따라 산정 가능한 진료행위 A부터 F까지에 해당하지 않는 사유	F G
<ul style="list-style-type: none"> <li>기재형식 : X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(200)/X(1)/ X(200)</li> </ul>			

## 이상소견이 있어 건강검진 실시 당일 검사나 처치 등을 추가로 시행시 수가산정 방법

**Q**  
uestion

공단 건강검진 실시 당일 결장경 검사 시행중에 폴립이 발견되어 제거하였습니다. 이 경우 수가는 어떻게 산정해야하나요?

**A**  
nswer

건강검진 당일 폴립이나 이물 등이 발견되어 자761 내시경적 상부소화관 이물제거술이나 자765 내시경적 상부소화관 종양 수술, 자767 결장경하 이물제거술 및 자770 결장경하 종양 수술 등을 실시한 경우 해당 시술료에서 내시경 검사료를 제외한 나머지 금액을 급여비용으로 산정(산정코드 첫 번째 자리에 8로 기재)하며, 동 치료(수술)와 관련하여 시행한 병리조직검사는 급여비용으로 산정합니다.

관련  
근거

### 이상소견이 있어 건강검진 실시 당일 검사나 처치 등을 추가로 시행시 수가 산정방법

1. 국민건강보험법 제52조에 의거 가입자 등에게 실시하는 건강검진 실시 당일 건강검진 실시기준에 의한 나761 상부소화관 내시경검사 또는 나766 결장경검사 중에 이상 소견이 있어 검사나 처치 등을 추가로 실시한 경우에는 다음과 같이 적용함. 다만, 국민건강보험법 제52조에 의한 건강검진항목과 중복하여 요양급여하지 않음.

- 다 음 -

가. 상기 검사 중 나854 내시경하생검 및 나560 조직병리검사, 누589가 Helicobacter pylori 검사-내시경하 등을 실시한 경우

- 1) 내시경하 생검, 생검용 FORCEP, 병리조직검사는 건강검진항목에 포함되므로 급여비용으로 산정하지 아니함.
- 2) 누589가 Helicobacter pylori 검사-내시경하 등 기타 건강검진항목에 포함되지 아니한 항목은 급여비용으로 산정함.

나. 상기 검사 중 나560 조직병리검사 없이 나854 내시경하생검, 누589가 Helicobacter pylori



검사-내시경하 등을 실시한 경우

- 1) 내시경하 생검, 생검용 FORCEP 및 건강검진항목에 포함되지 아니한 검사 등은 해당 항목별 급여기준에 따라 급여로 산정함.

다. 상기 검사 중 폴립이나 이물 등이 발견되어 자761 내시경적 상부소화관 이물제거술이나 자765 내시경적 상부소화관 종양 수술, 자767 결장경하 이물제거술 및 자770 결장경하 종양 수술 등을 실시한 경우

- 1) 해당 시술료에서 내시경검사료를 제외한 나머지 금액을 급여비용으로 산정(산정코드 첫 번째 자리에 8로 기재)하며, 동 치료(수술)와 관련하여 시행한 병리조직 검사는 급여비용으로 산정함.

2. 국민건강보험법 제52조에 의거 건강검진 실시 당일에 건강검진 실시기준에 해당하지 않는 나766 결장경검사를 추가로 시행할 경우에는 동 검사를 시행하여야 할 증상 등이 사전 진료한 내역을 통해 진료기록부상 확인되는 경우에 요양급여비용으로 산정함.

○ 고시 제2017-265호 (2018.1.1. 시행)

## 격리실 산정기준

**Q**  
uestion

전염성 질환 중 인플루엔자로 진단받은 환자의 격리 기간이 궁금합니다.

**A**  
nswer

‘일반 환자를 보호하기 위하여 전염력이 강한 전염성 환자를 일반 환자와 격리하여 치료할 필요가 있는 경우’ 에서의 격리실 입원료는 「진료상 입원이 반드시 필요한 경우」 에 한하여 인정하고 있습니다. 인플루엔자는 4급 감염병으로 증상발현 후 5일간 인정합니다. 다만 이 기간을 초과하여 격리실 입원이 필요한 경우는 검사 결과·의사소견서 등을 참조하여 추가로 인정할 수 있습니다.

관련  
근거

### 격리입원실 질환유형별 격리기간

- ‘일반 환자를 보호하기 위하여 전염력이 강한 전염성 환자를 일반 환자와 격리하여 치료할 필요가 있는 경우’ 에서의 격리실 입원료는 「진료상 입원이 반드시 필요한 경우」 에 한하여 인정함.
- ‘격리실 입원료’ 와 ‘음압격리실 입원료’ 산정에 관한 급여대상 및 격리기간에 대한 원칙적인 사항은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 에 의하여 적용하되, 『격리입원실 질환유형별 격리기간』 은 다음과 같이 인정함.
- 다만, 다음의 격리기간을 초과하여 격리실 입원이 필요한 경우는 검사 결과·의사소견서 등을 참조하여 추가로 인정할 수 있음

- 다 음 -

가) 제1급감염병

- 탄저 : 치료기간
- 디프테리아 : 항생제 투여 종료 후 24시간 간격으로 2회 호흡기분비물이나 병변분비물 배양검사가 음성일 때

나) 제2급감염병

- 결핵 : 객담 도말 검사상 3회 연속(수일간격) 음성으로 나타나 전염력이 없다고 판단될 때 다만, 10세미만 소아에서 객담배출이 어려운 경우에는 담당의사의 의학적 판단(증상, 방사선학

- 적 이상소견, 결핵환자 접촉 등)에 따라 격리기간을 정할 수 있음
- 수두 : 모든 수포에 가피가 앉을 때 다만, 가피가 생기지 않을 경우 24시간 동안 새로운 피부 병변이 생기지 않을 때까지, 수두 산모에게 출생한 신생아의 경우 생후 28일까지
  - 홍역 : 발진 후 5일
  - 콜레라 : 설사 증상 소실 후 48시간 후부터 24시간 간격으로 2회 대변배양검사가 음성일 때
  - 장티푸스, 파라티푸스 : 항생제 치료 종료 48시간 후부터 24시간 간격으로 3회 대변배양검사 음성일 때
  - 세균성이질, 장출혈성대장균감염증 : 항생제 치료 종료 48시간 후부터 24시간 간격으로 2회 대변배양검사가 음성일 때
  - A형간염
    - 황달이 있는 경우: 황달발생 1주일이 경과하고, 발열 및 설사 증상이 소실될 때까지(황달이 뚜렷하지 않은 경우는 빌리루빈 상승 시점 기준)
    - 황달이 없는 경우: 최초증상 발생일로부터 14일간
  - 백일해 : 항생제 투여 후 5일
  - 유행성 이하선염 : 종창 시작 후 9일
  - 풍진 : 발진 후 7일 다만, 선천성 풍진으로 입원시 만1세까지, 선천성 백내장 수술을 위해 입원시 만3세까지
  - 폴리오 : 치료기간
  - 수막구균 감염증 : 항생제 투여 후 24시간
  - 성홍열 : 항생제 투여 후 24시간
- 다) 제4급감염병
- 인플루엔자 : 증상발현 후 5일
- 라) 의료관련 감염병
- 영양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 ‘격리실 입원료 급여기준(일반원칙)’에 의함
- 마) 기타 감염병: 파종성 대상포진, 로타바이러스, C. difficile, 옴
- 파종성 대상포진 : 치료기간
  - 로타바이러스 감염증 : 치료기간
  - C. difficile 감염증 : 치료기간
  - 옴 : 치료제 도포 후 24시간 다만, 가피성옴의 경우 의사가 감염력이 소실되었다고 판단할 때까지
- ※ 치료기간: 항생제 또는 항 바이러스제를 사용하는 경우는 약제투여기간을 의미하며, 대증치료를 하는 경우는 증상이 지속되는 기간을 의미함.

○ 공고 제2019-425호 (2020.1.1. 시행)

관련 근거

격리실 입원료 급여기준(일반원칙)

「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편제2부제1장 기본진료료 [산정지침] 2.다.(6) 격리실 입원료 중 “(나) 일반 환자를 보호하기 위하여 전염력이 강한 전염성 환자를 일반 환자와 격리하여 치료한 경우” 에서의 격리실 입원료는 진료상 입원이 반드시 필요한 경우에 산정하되, 다음의 경우 요양급여함

- 다 음 -

가. 급여대상

- 1) 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제1급감염병 중 탄저, 중동호흡기증후군(MERS), 디프테리아
- 2) 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제2급감염병. 단, b형헤모필루스인플루엔자, 폐렴구균 감염증, 한센병 제외
- 3) 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제3급감염병 중 중증열성혈소판감소증후군(SFTS)
- 4) 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제4급감염병 중 인플루엔자, 수족구병
- 5) 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조제12호에 따른 의료관련감염병
- 6) 기타 감염병 : 로타바이러스 감염증, 노로바이러스 감염증, C. difficile 감염증, 파종성 대상포진, 옴
- 7) 기타 공중보건상의 문제로 격리가 필요하다고 인정되어 보건복지부장관이 정하는 감염병 등

나. 격리기간

- 1) 상기 가.1), 2), 4)에 해당하는 질환, 가.6)에 해당하는 질환 중 파종성 대상포진과 옴은 질환이 의심되는 객관적인 소견이 있는 시점부터 감염력이 소실될 때까지. 다만, 제2급감염병 중 반코마이신내성황색포도알균(VRSA) 감염증과 카바페넴내성장내세균속군중(CRE) 감염증은 상기 가.5)의 의료관련감염병 격리기간을 따름
- 2) 상기 가.3)에 해당하는 질환, 가.6)에 해당하는 질환 중 로타바이러스 감염증, 노로바이러스 감염증, C. difficile 감염증은 진단검사 결과 확진된 시점부터 감염력이 소실될 때까지
- 3) 상기 가.5)에 해당하는 질환은 미생물학적 검사 결과 감염이 확인된 시점부터 주 1회 이상 실시한 감수성검사 결과에서 연속 3회 음성이 나타날 때까지. 다만, 과거 입원(3개월 이내)에서 균이 분리되어 선제 격리된 VRE, VRSA(VISA포함), CRE는 감시배양에서 2~3회 음성(1~2일 간격)이 나타날 때까지
- 4) 상기 가.7)에 해당하는 질환은 보건복지부장관이 정하는 기간 동안

○ 고시 제2019-275호 (2020.1.1. 시행)

## 의(한의)과 중복진료 산정방법

2  
기  
본  
진  
료

**Q**  
uestion

허리 통증으로 인하여 동일날 의과에서 물리치료를 한 후 한의과에서 침치료를 시행하고 각각 청구하였는데 조정 되었습니다. 사유가 무엇인가요?

**A**  
nswer

같은 날 동일 상병에 대하여 통증완화 등 동일 목적의 진료가 실시 된 경우 우선적으로 주된 치료(선행된 분야, 즉 시계열상 먼저 이루어진 분야의 진료)가 이루어진 의(한의)과 요양기관의 요양급여비용을 산정하고, 동시에 이루어진 의(한의)과 요양기관의 중복 진료비용은 환자 전액본인부담 하셔야 합니다.

관련  
근거

**동일대표자가 개설한 동일소재지 의(한의)과 요양기관에서 같은날 동일상병으로 진료시 요양급여비용 산정방법**

국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 제1호 사목에 의거 개설자가 동일한 요양기관은 동일 환자의 동일상병에 대하여 같은 날 외래로 요양급여를 중복하여 실시하여서는 아니 된다고 규정하고 있는 바, 동일 대표자가 개설한 동일 소재지의 의(한의)과 요양기관에서 의과·한의과 협의진료의 범주를 벗어나 단순, 반복되는 중복진료가 이루어진 경우에는 다음과 같이 적용토록 함

- 다 음 -

가. 같은 날 동일 상병에 대하여 통증완화 등 동일 목적의 진료가 실시된 경우 우선적으로 주된 치료가 이루어진 의(한의)과 요양기관의 요양급여비용을 산정하고, 동시에 이루어진 의(한의)과 요양기관의 중복 진료비용은 국민건강보험법시행규칙[별표5] 요양급여비용의 본인부담 제1호아목에 의거 환자가 전액본인부담토록 함 이 때, 선행된 분야 즉 시계열상 먼저 이루어진 분야의 진료를 주된 치료로 봄

나. 세부 적용기준

(1) 의과와 한의과의 투약과 침, 물리치료 등은 치료의 원리 및 접근방법 등이 다르기는 하나, 외래환자에게 동일 상병에 대하여 통증완화 등 동일 목적으로 실시된 진료는 중복진료로 보아 주

된 치료만 요양급여로 적용하며, 동일 목적으로 투여된 약제도 중복진료로 간주하여 전액 본인이 부담함

- (2) 의과 또는 한의과 요양기관에 입원한 환자 및 한의과에서 CT 등의 검사를 의과 요양기관에 의뢰하는 협의진료는 적용되지 아니함

다. 동 기준 적용대상 의료기관은 의(한의)과 요양급여비용을 같은 날 청구하도록 함

○ 고시 제2010-18호 (2010.2.1. 시행)

**관련 근거**

**복수면허(의과, 치과, 한의과) 의료인이 개설하는 요양기관의 요양급여비용 산정방법**

복수면허(의과, 치과, 한의과) 의료인에 대한 인정기준 및 수가산정방법 등은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

가. 인정기준

「복수면허 (의과, 치과, 한의과) 의료인의 복수 의료기관 개설지침」에 근거하여 복수면허 의료인은 하나의 장소에서 면허에 따라 각각 의료기관 개설이 가능하며 요양기관 기호는 각각 부여됨.

나. 수가산정방법

- (1) 차등수가는 복수면허 (치과, 한의과) 의료인이 두 개과 이상을 개설 운영한 경우에도 의사인력 1인으로 산정하며 1일 진찰횟수는 실제 진료한 각각의 진료횟수를 합하여 산정함.
- (2) 같은 날 동일 환자에 대하여 각각 진찰한 경우라 하더라도 1인의 의사가 진찰한 것이므로 진찰료는 1회만 요양급여비용을 산정하고 그 이외 진찰료는 비급여임.

다. 인력, 시설 공동이용기준

「복수면허 의료인의 복수의료기관 개설지침」에 의하여 당해 요양기관의 시설, 인력 및 장비 등의 공동이용기준은 아래와 같이 적용함.

- 아 래 -

- (1) 의과·한의과, 치과·한의과 복수면허자의 경우 임상병리, 방사선기기(CT 등)를 이용한 진단 등은 의(치)과 요양기관에서만 시행할 수 있으므로 한의과 요양기관은 방사선사, 방사선실, 방사선장비(CT, MRI 포함), 임상병리사, 검사실, 물리치료사, 물리치료실, 물리치료장비 등을 공동이용할 수 없음.
- (2) 간호사 인력의 공동이용은 가능하나 의(치)과, 한의과 의원 또는 의, 치과에 공동이용된 간호사는 간호관리료 차등제 인력산정에서 제외함.

- (3) 기타 접수창구, 진료실, 입원실 등의 시설, 인력 및 장비 등을 공동이용하고자 하는 요양기관은 공동이용 기관임을 확인할 수 있는 서류(공동계약서는 생략 가능함)를 건강보험심사평가원에 제출한 후 공동이용하여야 함.
- (4) 이 외에 세부적인 기준은 요양기관 시설, 인력 및 장비 등의 공동이용시 요양급여비용 청구에 관한 사항에 의함.

라. 식사가산

복수면허자가 개설한 복수의료기관의 식사가산은 한 개의 요양기관에서 식사가산 산정에 필요한 인력 및 시설기준을 충족하는 경우에 식사가산(영양사, 조리사, 직영가산)은 복수의 요양기관에 모두 산정 가능함.

○ 고시 제2018-193호 (2018.10.1. 시행)

## 마약류 관리료 산정방법

**Q**

uestion

퇴원당일 마약류 관리료는 어떻게 산정해야 하나요?

**A**

nswer

퇴원당일에 조제·투약한 의약품과 퇴원약에 각각 마약류가 포함되어 있더라도, 마약류 관리료는 중복으로 산정하지 않습니다.(입원환자 마약류 관리료 1회 산정). 다만, 퇴원약에만 마약류가 포함되는 경우에는 외래환자 마약류 관리료를 산정합니다.

관련  
근거

### 마약류 관리료 산정방법

1. 마약류 관리료는 마약류를 포함하여 조제·투약하는 경우에 산정하며, 마약류를 실제 조제·투약한 날에 한하여 입원환자는 1일당 1회, 외래환자는 방문당 1회 산정함. 단, 퇴원환자에게 조제·투약하는 마약류에 대한 관리료는 입원환자 마약류 관리료에 포함됨.
2. 2개이상 전문과목의 전문의가 각각 상근하는 의료기관에 1일 내원하여 다른 상병으로 전문과목별 진료를 받고 각각 마약류를 투약한 경우 외래환자 마약류 관리료를 각각 산정함.

○ 고시 제2018-281호 (2019.1.1. 시행)



## D-dimer 검사의 급여기준

3  
검사로Q  
uestion

DIC가 의심되는 환자에게 누107가 및 누107나 D-dimer(일반면역검사)와 누107다 D-dimer(정밀면역검사)를 동시에 실시 후 급여청구가 가능한가요?

A  
nswer

D-dimer 검사는 혈전 관련 질환의 진단 및 추적관찰 목적으로 실시한 경우 누107가 및 누107나 D-dimer(일반면역검사)와 누107다 D-dimer(정밀면역검사)를 동시 실시 한 경우에는 1종목만 요양급여를 인정합니다.

관련  
근거

### 누107 D-dimer 검사의 급여기준

누107 D-dimer 검사는 파종성혈관내응고(Disseminated Intravascular Coagulation) 및 심부정맥혈전증(Deep Vein Thrombosis), 폐색전증(Pulmonary Embolism) 등 혈전 관련 질환의 진단 및 추적관찰 목적으로 실시한 경우 인정하되, 누107가 및 누107나 D-dimer(일반면역검사)와 누107다 D-dimer(정밀면역검사)를 동시 실시 시 1종목만 요양급여를 인정함.

○ 고시 제2019-315호 (2020.1.1. 시행)

## 미량알부민 검사의 급여기준

**Q**  
uestion

미량알부민 검사를 고시 인정기준에 의거 실시하였는데 조정되는 사유가 무엇인가요?

**A**  
nswer

미량알부민검사는 ① 당뇨병성 신증이 의심되는 당뇨병 환자 , ② 심혈관계 합병 위험인자(비만, 당뇨, 고지혈증, 뇌졸중 등)가 있는 고혈압환자의 경우에 해당되는 환자로서 누225 요 일반검사(화학반응-육안검사/화학반응-장비측정)에서 요단백이 검출되지 아니하여 실시한 경우에 인정되므로 '요양급여비용 청구방법, 심사청구서 명세서서식 및 작성요령'에 의해 특정내역(MT004,MT015,MT016,JX999 만 해당)에 요 일반검사에서 요단백 검출 여부를 기재해 주시기 바랍니다.

관련  
근거

### 누300 미량알부민 검사의 급여기준

누300 미량알부민 검사는 다음에 해당되는 환자로서 누225 요 일반검사[화학반응-육안검사/화학반응-장비측정]에서 요단백이 검출되지 아니하여 실시한 경우에 인정함.

- 다 음 -

가. 당뇨병성 신증이 의심되는 당뇨병환자

나. 심혈관계 합병 위험인자(비만, 당뇨, 고지혈증, 뇌졸중 등)가 있는 고혈압환자

○ 고시 제2018-105호 (2018.6.1. 시행)

## C형 간염항체검사 급여기준

**Q**  
uestion

최근 변경된 C형 간염항체검사의 인정기준은 어떻게 되나요? 수술 전 검사로 시행한 경우에 인정이 되나요?

**A**  
nswer

C형 간염항체검사는 “간기능검사상 이상소견이 있는 경우, 급성 및 만성 간질환 환자에서 C형간염이 의심되거나 C형간염의 배제가 필요한 경우, 혈액종양 환자와 혈액투석을 받는 만성 신부전증 환자 등 잦은 수혈로 인해 C형 간염 감염의 위험이 있다고 판단되는 경우 또는 수술(관혈적 시술 포함)이 필요하거나 예측되는 경우” 등에 한하여 보험급여 됩니다. 따라서 수술 전 검사로 동 검사를 시행한 경우에는 급여로 인정됩니다. 사유가 있을 시 참조내역에 기재하여 주시기 바랍니다.

관련  
근거 ▶

### C형 간염항체검사의 급여기준

누700마 일반면역검사-C형간염항체(HCV Ab), 누700바(1) 일반면역검사-C형간염항체(간이검사)-유형 I 또는 누701아 정밀면역검사-C형간염항체(HCV Ab)의 급여기준은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

- 가. 간기능검사상 이상소견이 있는 경우
- 나. 급성 및 만성 간질환 환자에서 C형간염이 의심되거나 또는 C형간염의 배제가 필요한 경우
- 다. 혈액종양 환자와 혈액투석을 받는 만성 신부전증 환자 등 잦은 수혈로 인해 C형 간염 감염의 위험이 있다고 판단되는 경우
- 라. 혈액, 골수, 조직, 장기 등의 공여자
- 마. C형간염 고위험군에서 감염원에 노출되었거나 노출될 위험이 높은 경우
- 바. 수술(관혈적 시술 포함)이 필요하거나 예측되는 경우
- 사. 상기 가.~바. 이외 임상적으로 필요하여 실시하는 경우 사례별로 인정함.

○ 고시 제2019-176호 (2019.9.1. 시행)

## 폐렴 원인균검사의 급여기준

**Q**  
uestion

누680가 핵산증폭-다중그룹1-(04)폐렴 원인균 검사는 어떤 경우에 급여 청구가 가능한가요?

**A**  
nswer

누680가 핵산증폭-다중그룹1-(04)폐렴 원인균 검사는 방사선 촬영 등으로 폐렴이 진단된 환자에게 실시한 경우에 요양급여를 인정합니다.

관련  
근거 ▶

누680가 핵산증폭-다중그룹1-(04)폐렴 원인균 및 누680나 핵산증폭-다중그룹2-(04)폐렴 원인균 검사의 급여기준

1. 누680가 핵산증폭-다중그룹1-(04)폐렴 원인균 및 누680나 핵산증폭-다중그룹2-(04)폐렴 원인균 검사는 방사선 단순촬영 등으로 폐렴이 진단된 환자에게 실시 시 요양급여를 인정함.
2. 상기 1.이외의 경우에는 진료기록부를 통해 폐렴을 시사하는 이학적 검사소견 등이 입증되는 경우에 사례별로 인정함.

○ 고시 제2019-315호 (2020.1.1. 시행)

## 종양검사의 급여기준

**Q**  
uestion

환자의 증상으로 암이 의심되는 경우에는 종양검사가 보험급여 가능한가요?

**A**  
nswer

종양검사는 원발장기 혹은 속발(전이)장기에 종양이 있는 경우나 암이 의심되는 경우에 가능하며, 암이 의심되는 경우라면 선행검사 등을 통해 임상증상이 확인된 경우에 인정됩니다.

관련  
근거

### 종양검사의 급여기준

누372, 누421, 누422, 누428~누432, 누434~누441, 누447 및 누448을 종양검사로 시행하는 경우 급여기준은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

- 가. 악성종양이 원발장기에 있는 경우: 최대 2종 인정. 다만, 간내에서 발생한 원발성 암종의 감별이 임상적으로 어려운 경우에는 최대 4종 인정
- 나. 악성종양이 원발장기와 속발(전이)장기에 있거나 악성종양이 의심되는 경우: 원발장기 2종을 포함하여 최대 3종 인정
- 다. 원발장기가 확인이 안 된 상태에서 암이 의심되어 실시하는 경우: 장기별로 1종씩 인정하되, 최대 3종까지 인정.  
다만, 난소암이 의심되는 경우에는 치료 전 검사 1회에 한하여 최대 5종까지 인정함
- 라. 종양검사 중 '누437 인간부고환 단백[정밀면역검사]' 는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함

○ 고시 제2019-255호 (2020.1.1. 시행)

참고

$\alpha$ -Fetoprotein검사의 적응증별 급여기준

종양검사 중 누421 알파피토프로틴-알파피토프로테인검사의 급여기준은 다음과 같이 함

- 다 음 -

가. 악성종양 치료 시

- 1) 수술 전·후 각 1회, 경과 관찰을 위해서 2~3개월에 1회씩 인정
- 2) 시술(예: TACE, PEIT, RF ablation 등)의 효과 판정을 위해 시술 후 1회, 경과 관찰을 위해서 2~3개월에 1회씩 인정
- 3) Germ cell tumor 치료 후 추적검사는 첫 1년은 1~2개월에 1회, 2년째는 2~3개월에 1회, 3년째는 3~6개월에 1회, 5년까지는 6~12개월에 1회, 그 이후는 연 1회 인정

나. 간암 조기진단 시

간암의 고위험군[간경변, 바이러스성(B,C형) 만성간염, AFP가 증가된 경우, 간암의 가족력 등]인 경우에는 3~6개월 간격으로 인정

○ 고시 제2017-265호 (2018.1.1. 시행)

## 골밀도검사의 인정기준

**Q**  
uestion

62세 여자인데 골밀도 검사가 조정되었습니다. 이유가 뭔가요?

**A**  
nswer

골밀도검사는 65세 이상의 여성과 70세 이상의 남성, 비정상적으로 1년 이상 무월경을 보이는 폐경전 여성 등에게 급여 가능합니다.

관련  
근거

### 골밀도검사의 인정기준

다334 골밀도검사의 급여기준은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

#### 1. 만18세 이상인 경우

##### 가. 급여대상

- 1) 65세 이상의 여성과 70세 이상의 남성
  - 2) 고위험 요소가 1개 이상 있는 65세 미만의 폐경 후 여성
  - 3) 비정상적으로 1년 이상 무월경을 보이는 폐경 전 여성
  - 4) 비외상성(fragility) 골절
  - 5) 골다공증을 유발할 수 있는 질환이 있는 경우
  - 6) 골다공증을 유발할 수 있는 약물을 복용중이거나 장기간(3개월 이상) 투여 계획이 있는 경우
  - 7) 기타 골다공증 검사가 반드시 필요한 경우
- ※ 상기 가. 2)의 고위험요소는 아래와 같음

1. 저체중(BMI < 18.5)
2. 비외상성 골절의 과거력이 있거나 가족력이 있는 경우
3. 외과적인 수술로 인한 폐경 또는 40세 이전의 자연 폐경

##### 나. 급여횟수

- 1) 진단 시1회 인정하되, 말단골(peripheral bone) 골밀도검사 결과 추가검사의 필요성이 있는 경우 1회에 한하여 중심골(central bone; spine, hip)에서 추가검사 인정함.
- 2) 추적검사
  - 가) 추적검사의 실시간격은 1년 이상으로 하되, 검사 결과 정상골밀도로 확인된 경우는 2년

으로 함.

나) 치료효과 판정을 위한 추적검사는 중심골(central bone; spine, hip)에서 실시한 경우에 한하여 인정함.

다) 위 가), 나)의 규정에도 불구하고 스테로이드를 3개월 이상 복용하거나 부갑상선기능항진증으로 약물치료를 받는 경우는 종전 골밀도검사 결과에 따라 아래와 같이 할 수 있으며, 이 경우 중심골(central bone; spine, hip)에서 시행함.

- 아 래 -

(1) 정상골밀도( $T\text{-score} \geq -1$ )인 경우

: 첫 1년에 1회 측정, 그 이후부터는 2년에 1회

(2)  $T\text{-score} \leq -3$  인 경우

: 첫 1년은 6개월에 1회씩, 그 이후부터는 1년에 1회

라) 임신과 연관된 골다공증성(Pregnancy & lactation Associated Osteoporosis) 골절이 의심되는 경우 6개월 간격으로 2회

마) 환자의 장기부재, 진료일정 등 불가피한 사유로 추적검사 실시간격을 충족하지 못하는 경우 4주 범위 내에서 인정

## 2. 만10세 이상 ~ 만18세 미만인 경우

골밀도검사의 국내 소아청소년 참고치가 있는 다334가 양방사선(광자) 골밀도검사(DXA)를 이용하여 아래와 같이 실시한 경우 선별급여하며, 본인부담률은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 80%로 적용함

- 아 래 -

### 가. 급여대상

1) 골다공증을 유발할 수 있는 질환이 있는 경우

2) 골다공증을 유발할 수 있는 약물을 복용중이거나 장기간(3개월 이상) 투여 계획이 있는 경우

3) 기타 골다공증 검사가 반드시 필요한 경우

### 나. 급여횟수

1) 진단 시 1회 인정

2) 추적검사

가)  $Z\text{-score} > -1.0$  인 경우: 2년에 1회

나)  $-2.0 \leq Z\text{-score} \leq -1.0$  인 경우: 1년에 1회

다)  $Z\text{-score} < -2.0$  인 경우: 첫 1년은 6개월에 1회, 그 이후부터는 1년에 1회

라) 환자의 장기부재, 진료일정 등 불가피한 사유로 추적검사 실시간격을 충족하지 못하는 경우 4주 범위 내에서 인정

### 다. 검사결과 제출

「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따라 명세서 '특정내역(JT024)'란에 검사 결과를 작성·청구함.

○ 고시 제2019-28호 (2019.3.1. 시행)



## 비타민 D 검사의 급여기준

**Q**  
uestion

비타민D검사의 급여기준 중 「흡수장애를 유발할 수 있는 위장질환 및 흡수장애 질환」은 어떤 경우를 말하나요?

**A**  
nswer

“위절제술, 위우회술 등의 위 수술, 비열대성 스프루(셀리악 병), 염증성 장질환, 낭성 섬유증, 단장증후군 등의 수술 후 흡수장애”의 경우가 이에 해당됩니다.

관련  
근거 ▶

누490 비타민 D 검사의 「흡수장애를 유발할 수 있는 위장질환 및 흡수장애 질환」의 적용기준

비타민 D 검사의 급여기준 중 가 1) 비타민 D 흡수장애를 유발할 수 있는 위장질환 및 흡수장애 질환은 다음의 경우에 해당됨.

- 다 음 -

1. 위절제술, 위우회술 등의 위 수술
2. 비열대성 스프루(셀리악 병)
3. 염증성 장질환
4. 낭성 섬유증
5. 단장 증후군(Short Bowel Syndrome) 등의 수술 후 흡수장애

○ 공고 제2019-422호 (2020.1.1. 시행)

참고 ▶

비타민 D 검사의 급여기준

누490나 비타민-[정밀면역검사]-D2, D3, 총 비타민 D, 누490다 비타민-[정밀분광-질량분석]-D2, D3 검사의 급여기준은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

가. 급여대상

- 1) 비타민 D 흡수장애를 유발할 수 있는 위장질환 및 흡수장애 질환
- 2) 항경련제(Phenytoin 이나 Phenobarbital 등), 결핵약제, 항레트로바이러스제, 항진균제 (Ketoconazole), 고지혈증치료제(Cholestyramine)를 투여 받는 환자
- 3) 간부전, 간경변증
- 4) 만성 신장병
- 5) 악성종양
- 6) 구루병
- 7) 골다공증 진단 후(이차성 골다공증의 원인 감별이 필요한 경우 포함)
- 8) 골연화증
- 9) 체표면적 40% 이상 화상
- 10) 부갑상선기능이상(저하증, 항진증)
- 11) 칼슘대사이상(고칼슘혈증, 저칼슘혈증, 고칼슘노증, 저인산혈증)

나. 급여횟수

- 1) 검사종류  
비타민 D (D2, D3 및 total D) 검사는 1종만 인정
- 2) 검사간격  
가) 약물 투여 전 진단 시 1회, 약물 투여 3~6개월 후 치료효과 판정 시 1회 인정  
나) 지속적인 약물투여로 인한 추적검사 시 연 2회 인정

다. 기타

선별 검사로 누490다 비타민-[정밀분광-질량분석]은 인정하지 아니함

○ 고시 제2019-315호 (2020.1.1. 시행)

## 부갑상선호르몬검사의 급여기준

3  
검사로Q  
uestion

부갑상선호르몬 검사의 급여기준이 신설되었다고 들었습니다. 기준이 궁금합니다.

A  
nswer

부갑상선호르몬검사는 부갑상선기능이상(항진증, 저하증 또는 가성부갑상선기능저하증), 칼슘대사이상(고칼슘혈증, 저칼슘혈증, 고칼슘노증, 저인산혈증 등), 만성 신장질환, 골다공증, 비타민D결핍증을 포함한 대사성 골질환, 갑상선 전절제술(Total Thyroidectomy) 후 의 경우 진단 및 추적관찰을 목적으로 실시한 경우 요양급여로 인정이 가능합니다.

관련  
근거

누502 부갑상선표지자[정밀면역검사]-부갑상선호르몬 검사의 급여기준

502 부갑상선표지자[정밀면역검사]-부갑상선호르몬 검사는 다음과 같은 경우의 진단 및 추적관찰 목적으로 실시한 경우 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

- 가. 부갑상선기능이상(항진증, 저하증 또는 가성부갑상선기능저하증)
- 나. 칼슘대사이상(고칼슘혈증, 저칼슘혈증, 고칼슘노증, 저인산혈증 등)
- 다. 만성 신장질환
- 라. 골다공증
- 마. 비타민D결핍증을 포함한 대사성 골질환
- 바. 갑상선 전절제술(Total Thyroidectomy) 후

## 갑상선 기능검사의 급여기준

**Q**  
uestion

갑상선 기능장애의 진단을 위하여 T3, T4, free T4, TSH 총 4종의 검사를 동시에 실시하였습니다. 이 경우 모두 인정가능한가요? 청구는 어떻게 해야하나요?

**A**  
nswer

갑상선 기능장애의 진단 및 치료를 위하여 실시하는 갑상선 기능검사는 T3, free T3, T4, freeT4, TSH 중 3종 이내에 시행하는 경우 요양급여로 인정합니다. 갑상선 기능검사 3종을 초과하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용합니다. 따라서 3종이내는 09행(본인부담률 90%)에 청구하고 초과한 2종에 대하여는 E행(본인부담률 90%)에 청구하시면 됩니다.

관련  
근거

### 갑상선 기능검사의 급여기준

1. 갑상선 기능장애가 의심되거나, 진단 및 치료를 위해 시행하는 갑상선 기능검사는 다음 중 3종 이내에 시행하는 경우 요양급여를 인정함

- 다 음 -

- 가. 누323 갑상선호르몬 등 (01) Free T3
- 나. 누323 갑상선호르몬 등 (04) 싸이록신(Thyroxin, T4)
- 다. 누323 갑상선호르몬 등 (05) 유리싸이록신(Free T4)
- 라. 누323 갑상선호르몬 등 (06) 트리요도타이로닌(Triiodothyronine, T3)
- 마. 누325 갑상선자극호르몬 (01) 갑상선자극호르몬(Thyroid Stimulation Hormone, TSH)

2. 상기 1.에 해당하는 갑상선 기능검사 3종을 초과하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함

○ 고시 제2018-3호 (2018.4.1. 시행)

## 갑상선침생검 수기로 산정방법

**Q**  
uestion

갑상선 양쪽 엽에 각각 결절이 있어 동시에 양측으로 침생검을 실시하였습니다. 이런 경우에 갑상선침생검 수기료를 200%로 산정이 가능한가요?

**A**  
nswer

나859-가 갑상선침생검 소정점수 100%만 산정하여야 합니다. 갑상선침생검은 “편측”이라는 표기가 없는 항목이므로 양측 검사 시에도 100%만 산정 가능합니다.

관련  
근거

「건강보험요양급여비용」 제1편 제2부 제2장 검사로 [산정지침]

(2) 대칭기관에 대한 양측검사를 하였을 때에도 “편측”이라는 표기가 없는 한 소정 점수만 산정한다.

참고

나560 조직병리검사[1장기당]의 양측장기 수가 산정방법

나560 조직병리검사[1장기당]의 양측장기, 인접장기 및 연결장기의 수가 산정방법은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

가. 양측장기

- 1) 양측장기는 나560 조직병리검사의 소정점수를 양측으로 각각 산정함.
- 2) 갑상선, 편도, 성대, 혈관 수술 후 실시하는 나560 조직병리검사는 양측의 파라핀 블록수를 합하여 나560의 소정점수로 산정함.

○ 고시 제2017-265호 (2018.1.1. 시행)

## 결장경하종양수술 시 병리조직검사 산정방법

**Q**  
uestion

결장경하종양수술 시 S상결장에 0.2cm 크기의 폴립 1개, 직장에 0.2cm 크기의 폴립 1개가 각각 확인되어 조직검사를 시행한 경우 병리조직검사료를 어떻게 청구해야 하나요?

**A**  
nswer

나560 조직병리검사 100%만 청구하여야 합니다. 조직병리검사는 장기당 1회 산정하여야 하며 소화기관의 경우 식도, 위, 소장, 대장 4부위로 구분하여 인정합니다. 따라서 결장과 직장에 각각 폴립이 있어 병리조직검사를 실시하더라도 결장과 직장은 대장 하나의 장기이므로 나550 병리조직검사[1장기당] 100%만 산정 가능합니다.

관련  
근거

나560 조직병리검사[1장기당]의 양측장기, 인접장기 및 연결장기의 수가 산정방법

나560 조직병리검사[1장기당]의 양측장기, 인접장기 및 연결장기의 수가 산정방법은 다음과 같이 함

- 다 음 -

가. 양측장기

- 1) 양측장기는 나560 조직병리검사의 소정점수를 양측으로 각각 산정함
- 2) 갑상선, 편도, 성대, 혈관 수술 후 실시하는 나560 조직병리검사는 양측의 파라핀 블록수를 합하여 나560의 소정점수로 산정함

나. 인접장기

- 1) 위폴씨 수술(Whipple's Op): 췌장, 담낭, 장(Intestine)으로 각각 나누어 산정
- 2) 방광암 수술시 전립선, 위암 수술시 비장? 췌장? 간, 담낭절제술 시 담낭: 장기별로 산정
- 3) 비강과 부비동, 편도(Tonsil)와 아데노이드(Adenoid), 두경부 악성종양 시 침샘, 신장 악성종양 시 부신: 한 장기로 산정

- 4) 대망(Omentum), 복막(Peritoneum): 별도장기로 볼 수 없음. 다만 병변이 있어 단독 생검시는 병리조직 검사를 산정할 수 있음
- 5) 자궁부속기(Adnexa of uterus, 동측 난소와 난관 등)  
: 한 장기로 산정

#### 다. 연결장기

- 1) 소화기관의 경우: 식도, 위, 소장, 대장 4부분으로 구분하여 인정
  - 말단 회장(Terminal Ileum)의 경우 연결하여 절제되는 경우 대장과 함께 산정
  - 결장절제술시 결장(Colon), 맹장(Cecum), 회장(Ileum), 직장(Rectum)은 한 장기로 산정
- 2) 요관(Ureter)같은 연결기관: 주 장기에 포함하여 한 장기로 산정

○ 고시 제2017-265호 (2018.1.1. 시행)

## 산전진찰 목적으로 시행하는 검사의 급여기준

**Q**  
uestion

임산부에게 산전진찰 목적의 검사로 간기능검사를 실시하였는데 심사 조정되었습니다. 사유가 무엇인가요?

**A**  
nswer

「산전진찰」이란 임산부 및 태아의 건강을 평가하여 위험임신을 선별하는 산전관리를 의미하는 것이므로 질병이 없는 산모에게 시행한 간기능검사는 산전진찰 검사의 요양급여대상으로 볼 수 없어 인정되지 않습니다.

관련  
근거

### 산전진찰 목적으로 시행하는 검사의 급여기준

「산전진찰」이란 임신부 및 태아의 건강을 평가하여 위험임신을 선별하는 등의 산전관리를 의미하는 것으로, 산전진찰 목적으로 시행하는 검사의 급여기준은 다음과 같이 함

- 다 음 -

가. 요양급여대상 검사

- 1) 혈액학검사
- 2) 요검사
- 3) 혈액형검사
- 4) 매독반응검사(매독혈청검사)
- 5) HBsAg(B형간염 표면항원검사)
- 6) 모체혈청 선별검사 중 Triple Test 또는 Quad Test( $\alpha$ -FP, Estriol,  $\beta$ -HCG, inhibin-A)
- 7) 풍진검사(IgG, IgM)
- 8) 에이즈검사
- 9) 비자극검사

가) 임신24주 이상 자궁수축이 없는 임부에게 임신기간 중에 입원, 외래 불문하고 1회만



인정하며, 다태임신의 경우에도 1회만 산정함 다만, 35세 이상 임부에 한하여 1회를 추가로 인정함

나) 위 가)의 인정횟수를 초과하여 시행한 경우에는 전액 본인부담토록 함

10) 50g 경구 포도당부하검사

임신 24~28주 사이에 1회만 인정하고, 해당 수기로는 누302나 당검사[화학반응-장비 측정](정량)으로 산정하며, 부하검사 시 사용된 약제는 별도 인정함

11) 초음파검사

“초음파 검사의 급여기준”에 따름

12) 일반세포검사-자궁질세포병리검사

나. 비급여대상검사

1) 유전학적 양수검사

2) 모체 혈청 선별검사 중 PAPP-A, free- $\beta$ -HCG

3) 위 1),2) 이외 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2] 비급여대상 제3호가목에 의한 건강검진의 범주에 속하는 검사항목

○ 고시 제2018-135호 (2018.7.1. 시행)

## 관절가동범위검사의 급여기준

**Q**  
uestion

오십견 환자에게 관절가동범위 검사를 실시한 후 급여 청구가 가능한가요?

**A**  
nswer

관절가동범위검사는 관절범위 운동 제한이 발생된 경우 중 중추신경계 또는 말초신경계 질환 및 손상 등으로 야기된 사지마비, 하지마비, 편마비, 단마비가 있거나 전신적 또는 최소 3개 이상의 관절운동제한을 초래하는 질환의 경우 산정이 가능합니다.

관련  
근거 ▶

### 너 773 관절가동범위 검사의 급여기준

너773 관절가동범위검사는 관절범위 운동 제한이 발생된 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

가. 중추신경계 또는 말초신경계 질환 및 손상 등으로 야기된 사지마비, 하지마비, 편마비, 단마비  
나. 전신적 또는 최소 3개 이상의 관절운동제한을 초래하는 질환 (예: 강직척추염, 류마티스관절염, 다발성 골절 및 탈구 등)

○ 고시 제2019-315호 (2020.2.1. 시행)

## 진정내시경 환자관리료 급여기준

3  
검사로Q  
uestion

건강검진으로 위·대장 내시경 검사를 시행하고, 검사 당일 대장에 있는 폴립(polyp)을 절제한 경우 진정내시경 환자관리료 산정방법은 어떻게 되나요?

A  
nswer

이상징후로 내시경 검사와 내시경하 시술을 동시에 시행한 경우, 진정내시경 환자관리료는 급여로 적용하고 내시경 검사만을 시행한 경우, 진정내시경 환자관리료는 비급여로합니다. 따라서 위의 사례의 경우 결장경하 폴립절제술에 해당하는 나-779 다. 진정내시경 환자관리료 Ⅲ으로 산정 가능합니다.

관련  
근거

### 나799 진정내시경 환자관리료 급여기준

나799 진정내시경 환자관리료는 소화기·기관지 내시경 검사 및 시술 시의 환자관리 행위로서 환자 평가 및 설명, 진정 유도 및 활력징후 감시, 진정 각성 및 회복 등의 과정을 시행한 경우에 산정 가능하며, 해당 검사 및 시술은 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편제2부 제2장(검사로) 또는 제9장(처치 및 수술료 등)에 분류된 행위 중 다음에 해당하는 경우 요양급여하고, 이에 해당하지 않는 경우에는 비급여함

- 다 음 -

가. 진정내시경 환자관리료 I~IV 산정 행위

I : 나767(E7670), 나768(E7680), 자772(Q7720)

II : 나761(E7611), 나761-1(E7612), 자773(Q7730), 자775(Q7751)

III : 나762(E7621), 나763(E7631), 나764(E7640), 나766(E7660), 자761(Q7611, Q7612), 자762(Q7620), 자763(Q7631), 자764(Q7641, Q7642, Q7643), 자767(Q7670), 자768(Q7680), 자769(Q7691, Q7692), 자770(Q7701, Q7703), 자771(Q7710), 자774(Q7741, Q7742), 자775(Q7752), 자776(Q7767), 자777(Q7771, Q7772, Q7776)

IV: 나759(E7590), 나759-1(EZ942), 나762(E7622), 나765(E7651, E7652), 자131-1(O1315, O1316), 자131-2(O1318), 자131-3(O1319), 자133(O1332, O1333), 자134-1(O1346, O1347, O1348), 자147-1(OZ201), 자261(Q2612), 자760(Q7600), 자763(Q7633), 자765(Q7651, Q7652, Q7653, Q7654), 자766(Q7660), 자770(QX706), 자770-1(Q7700), 자776(Q7761, Q7762, Q7763, Q7764, Q7765, Q7766), 자777(Q7773, Q7774, Q7775), 자778(Q7780, Q7781, Q7782, Q7783, Q7784, Q7785, Q7786, Q7787, Q7788, Q7789)

나. 급여대상 및 범위

- 1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀질환, 중증난치질환, 결핵질환자가 산정특례 적용기간에 내시경 검사나 시술을 위해 진정을 실시한 경우
- 2) 그 외의 환자는 상기 가.의 행위 중 치료를 목적으로 한 시술 시에 진정을 실시한 경우

다. 추가산정방법

- 1) 상기 가.의 분류번호 및 코드가 속한 구분(I~IV)의 해당 소정점수를 산정
- 2) 위·대장내시경을 동시에 실시하는 경우 진정내시경 환자관리료는 주된 진정내시경 환자관리료 소정점수100%로 산정하고, 제2의 진정내시경 환자관리료는 소정점수의 50%를 산정
- 3) 상기 가.의 행위가 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 달리 적용하는 경우에는 진정내시경 환자관리료도 동일하게 적용

○ 고시 제2020-21호 (2020.2.1. 시행)

## 신경학적 검사의 급여기준

3  
검사로

**Q**  
uestion

만 1세 미만의 소아에게 신체발육이 아닌 소뇌 및 전정기능검사와 보행 장애 검사를 시행한 경우 수가 산정 가능한가요?

**A**  
nswer

만 1세 미만 소아에서의 나-610 신경학적검사 평가영역은 “의식수준 및 대뇌 고위기능 평가, 뇌신경 검사, 사지 운동기능 검사, 사지 감각기능 검사, 반사 기능 검사, 신체발육” 으로 구분하며 상기 6개의 평가영역을 모두 시행한 경우는 나-610 나. 일반검사로, 3개 이상의 평가영역을 시행한 경우는 나-610 가. 단순검사를 산정하여 청구합니다. 청구방법으로는 나-610 ‘주’ 에 의거 소정점수에 50%를 가산하고 산정코드 첫 번째 자리에 ‘A’ 를 기재하여 청구하여야 합니다.

관련  
근거 ▶

### 나610 신경학적 검사의 급여기준

신경학적 검사의 단순검사와 일반검사는 신경계통(중추신경계 및 말초신경계)의 이상유무 및 진행과정을 객관적으로 평가하기 위한 검사로 다음에서 정한 바에 따라 검사를 시행하고 검사 결과 및 판독소견을 기록한 경우에 산정하며, 세부적인 기준은 다음과 같음

- 다 음 -

#### 1. 산정기준

가. 산정대상 : 신경계 질환(의심)자

나. 산정방법

- 1) 단순검사 : 7개 평가영역 중 4개 이상의 평가영역을 시행한 경우에 산정하며 3개 이하의 평가영역을 시행하는 단편적인 신경검사는 기본진료료에 포함됨
- 2) 일반검사 : 7개 평가영역을 모두 시행한 경우에 산정함
- 3) 상기 1), 2)의 규정에도 불구하고 만 1세 미만의 소아는 ‘소뇌 및 전정기능 검사’ 와 ‘보행장애 검사’ 를 대신하여 ‘신체발육’ 을 포함한 6개 평가영역을 모두 시행한 경

우 일반검사를 산정할 수 있으며, 이 중 3개 이상의 평가영역을 시행한 경우는 단순검사로 산정함

다. 동일한 날에 단순검사와 일반검사를 실시한 경우에는 주된 검사 1가지만 산정함  
라. 평가영역별 필수검사

평가영역별 필수검사 항목을 반드시 포함하여 전반적인 신경학적 검사를 시행하여야 함.  
다만, 만 6세 미만의 소아의 경우에는 예외로 적용할 수 있음

※ 평가영역별 필수검사 항목

평가영역		필수검사 항목
(1)	의식수준 및 대뇌 고위기능 평가	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 의식수준</li> <li>■ 지남력(시간, 장소, 사람)</li> <li>■ 언어(이해, 말하기)</li> </ul>
(2)	뇌신경 검사	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 동공크기 및 대광반사</li> <li>■ 안구운동 검사</li> <li>■ 안면감각 검사</li> <li>■ 안면근 운동 검사</li> <li>■ 구역반사</li> <li>■ 혀의 운동</li> </ul>
(3)	사지 운동기능 검사	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 근력(상지, 하지)</li> <li>■ 근긴장도(상지, 하지)</li> </ul>
(4)	사지 감각기능 검사	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 촉각</li> <li>■ 통각 또는 온도각</li> </ul>
(5)	반사기능 검사	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 심부건반사(Deep Tendon Reflex)</li> <li>■ 병적반사(Pathologic Reflex)</li> </ul>
(6)	소뇌 및 전정기능 검사	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 양쪽 팔다리의 협조 운동 (Motor coordination) (예시) Rapid alternating movement, Finger to nose test, Heel to shin test 등</li> <li>■ 롬버그(Romberg) 검사</li> </ul>
(7)	보행장애 검사	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 일반보행</li> <li>■ 일자보행(Tandem gait)</li> </ul>

## 2. 산정횟수

가. 단순검사

1) 주 1회

2) 상기 1)의 규정에도 불구하고 중환자실 또는 뇌졸중집중치료실 입원 환자는 일 1회

나. 일반검사 : 월 1회

○ 고시 제2018-281호 (2019.1.1. 시행)

## F파 신경전도검사 [운동신경]의 급여기준

**Q** uestion 손목터널증후군이 있는 환자에게 F파 신경전도검사[운동신경]을 실시하였는데 조정되었습니다. 사유가 무엇인가요 ?

**A** nswer 손목터널증후군은 주관절 이하에 발생한 원위부 질환으로 근위부 신경병증으로 보기 어려워 인정범주에 포함되지 않습니다.

### 관련 근거 ▶ 너687 F파 신경전도검사 [운동신경] 의 급여기준

너687 F파 신경전도검사 [운동신경] 는 관련 임상증상 및 신경학적 검사상 다음과 같은 상병이 의심되는 경우에 인정함.

- 다 음 -

- 가. 당뇨병성 다발성 신경병증, 길랑-바레증후군(Guillain- Barre syndrome) 등을 포함한 모든 대사성, 약물성, 유전성, 염증성, 암성 다발성 신경병증(polyneuropathy)
- 나. 상하지 경추 및 요천추 신경근병증, 상완신경총손상, 요천추 신경총손상, 근위부에 발생한 단독 신경병증(mononeuropathy)등 모든 유형의 상하지 근위부 신경병증(proximal neuropathy)

○ 고시 제2017-152호 (2017.9.1. 시행)

### 참고 ▶ 원위부 단독 신경병증에 실시한 너687 F파 신경전도검사[운동신경] 인정여부

손목터널증후군, 발목터널증후군 등 슬관절 또는 주관절 이하 원위부에 발생한 단독 신경병증은 근위부 신경병증으로 보기 어려우므로 너687 F파 신경전도검사[운동신경]를 인정하지 아니함.

○ 공고 제2019-422호 (2020.1.1.시행)

## 신경인지기능검사의 급여기준

**Q**  
uestion

신경인지기능검사의 분류항목 중 종합검사에 포함되는 개별검사 항목은 무엇 인가요?

**A**  
nswer

종합검사와 함께 종합검사에 포함되지 않은 개별항목을 추가로 시행할 경우, 환자 상태 및 종합검사가 평가하는 항목의 유사성 등을 고려하여 선별적으로 시행하여야 합니다.

서울신경심리검사(SNSB)	유형 I	무시증후군검사, 경계력검사[창각], 숫자-기호바꾸기검사, 좌-우 구분검사, 손가락이름대기검사, 신체부위기리키기검사, 손잡이검사, 언어이해력 및 따라말하기 검사, 보속성검사, 운동 지속불능증, 주먹-손날-손바닥검사, 양손 교차 운동 검사, 범주(또는 의미) 유창성 검사, 글자(또는 음소) 유창성 검사, 성인 진단적 계산력 검사
	유형 II	시계그리기 검사, 실행증 검사, 숫자외우기 검사, 기호잇기 검사, 스트룹검사, 전두엽 대비검사
	유형 III	레이복합도형검사, 보스톤사물이름대기검사(60문항)
	유형 IV	서울언어학습검사
한국판 CERAD평가집(CERAD-K)	유형 I	보스톤사물이름대기검사(15문항), 범주(또는 의미) 유창성 검사
	유형 II	시계그리기 검사, 기호잇기검사, 스트룹검사
LICA 노인인지기능검사	유형 I	범주(또는 의미) 유창성 검사, 성인 진단적 계산력 검사
	유형 II	스트룹검사

관련 근거

### 나628 신경인지기능검사의 급여기준

나-628 신경인지기능검사는 다음의 경우에 요양급여 대상으로함. 다만, 아래 급여대상 적용중에 해당되나 연령기준 초과 또는 산정횟수 1)~3) 초과한 경우, 급여대상에 해당되지 않으나 의학적으로 필요성이 있을 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.



- 다 음 -

## 가. 급여대상

## 1) 적응증

- 가) 경도인지장애
- 나) 경증 치매 혹은 중등도 치매
- 다) 뇌졸중 등 뇌혈관질환
- 라) 기질적 뇌질환(뇌종양, 탈수초성질환, 뇌염, 뇌전증, 외상성 뇌손상 등)
- 마) 뇌성마비, 발달지연
- 바) 정신질환
- 사) 약물난치성 뇌전증(수술 대상 환자)

## 2) 급여대상 적응증 중 아래의 조건을 만족하는 경우 인정

- 아 래 -

## 가) 경도인지장애, 경증 치매 혹은 중등도 치매

: 만 60세 이상으로 (1), (2) 조건을 동시에 충족하는 경우

(1) 간이정신진단검사(MMSE; Mini Mental State Exam) 10점 이상

(2) 치매척도검사

(가) CDR(Clinical Dementia Rating) 0.5~2점

또는

(나) GDS(Global Deterioration Scale) stage 2~6점

## 나) 뇌졸중 등 뇌혈관질환, 기질적 뇌질환(뇌종양, 탈수초성질환, 뇌염, 뇌전증, 외상성 뇌손상 등)

: (1), (2) 조건을 동시에 충족하는 경우

(1) 간이정신진단검사(MMSE; Mini Mental State Exam) 10점 이상

(2) 치매척도검사

(가) CDR(Clinical Dementia Rating) 0.5~2점

또는

(나) GDS(Global Deterioration Scale) stage 2~6점

## 다) 뇌성마비, 발달지연

: 임상적으로 의학적 필요성이 있다고 판단한 경우

## 라) 정신질환

: 기질적 뇌질환과 감별이 필요하다고 판단한 경우

## 나. 산정횟수

- 1) 경도인지장애, 경증 치매 혹은 중등도 치매: 진단 시 1회, 추적검사는 진단일 이후 연 1회, 이외 급격한 환자상태 변화 등 진 료상 추가시행의 필요성이 있는 경우 사례별로 인정함.

- 2) 뇌졸중 등 뇌혈관질환, 기질적 뇌질환(뇌종양, 탈수초성질환, 뇌염, 뇌전증, 외상성 뇌손상 등), 뇌성마비, 발달지연: 연1회
- 3) 정신질환: 진단 시 1회
- 4) 약물난치성 뇌전증: 수술 전 1회, 수술 1년 후 1회(총2회)

다. 산정방법

- 1) 경도인지장애, 경증 치매 혹은 중등도 치매의 경우, 진단시에는 종합검사를 시행하는 것을 원칙으로 하며, 종합검사에 포함되지 않은 검사를 추가로 시행하거나 진단 후 추적검사 시 종합검사가 아닌 항목별 검사를 시행하는 경우에는 개별검사를 산정할 수 있음.
- 2) 개별검사의 유형 I 과 유형 II 는 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따라 특정내역에 유형별 세부검사항목의 코드를 기재함.

※ 유형별 세부검사항목

유형	인지평가영역	항목	세부 검사 코드
유형 I	가. 각성도 및 주의력검사	무시증후군검사(Neglect Syndrome Test)	A001
		경계력검사[청각](Auditory Vigilance Test)	A002
		숫자-기호바꾸기검사(Digit Symbol Test)	A003
		경계력검사[시각](Visual Vigilance Test)	A017
		순서화검사(Number-Letter-Sequencing)	A018
		공간기억력검사(Spatial Memory Span)	A019
	나. 기억력 검사	공간기억력검사(Spatial Memory Span)	A019
		문장따라말하기(Sentence Repetition)	A020
		비엔-시스템-코르시 단기기억력검사(Corsi Block-Tapping-Test (CORSI))	A021
		비엔-시스템-시각재인검사(Continuous Visual Recognition Task (FWW))	A022
	다. 언어능력 검사	언어이해력 및 따라말하기 검사(Language Comprehension and Repetition Test)	A008
		범주(또는 의미) 유창성 검사(Category/Semantic Fluency Test)	A013
		글자(또는 음소) 유창성 검사(Letter/Phonemic Fluency Test)	A014
		보스톤 사물이름대기 검사-15문항(Boston Naming Test-15items)	A016
		의미모양-색깔 속성검사/이름대기 검사 (Color and Object Recognition Test, and Naming Test)	A023
	라. 지각 및 시공간 능력검사	좌-우 구분검사(Right-Left Orientation Test)	A004
		손가락이름대기검사(Finger Naming Test)	A005
		신체부위가리키기검사(Body-Part Identification Test)	A006
		인식력검사[청각](Recognition Test (Auditory))	A024
		선나누기검사(Line Bisection Test)	A025
		벤톤 얼굴재인검사(단축형)(Benton Facial Recognition Test-Short Form)	A026

유형	인지평가영역	항목	세부 검사 코드	
유형 II		보고 그리기(Figure Copy Test)	A027	
		선그리기(Line Drawing Test)	A028	
		시각적주사(Visual Scanning)	A029	
		그림완성(Picture Completion)	A030	
		인지가능평가(Cognitive Estimation Test)	A031	
		알버트 평가검사(Albert Test)	A032	
	마. 감각·운동 협응검사	손잡이검사(Handedness Inventory)	A007	
		페그보드검사(Pegboard Test)	A033	
		손가락 두드리기 검사(Finger Tapping Test (FTT))	A034	
		원추적검사(Tracking Test)	A035	
		CNT-수지력검사(Finger Tapping Test)	A036	
		비엔시스템-시각변별력검사(Flicker/ Fusion Frequency(FIJM))	A037	
		비엔시스템-반응결정력검사(Reaction Unit (RG))	A038	
	비엔시스템-운동결정력검사(Movement Detection Test (MDT))	A039		
	바. 전두엽·집행 기능 검사	보속성검사(Perseverance Test)	A009	
		운동 지속불능증(Motor Impersistence)	A010	
		주먹-손날-손바닥 검사(Fist-Edge-Palm)	A011	
		양손 교차 운동 검사(Alternating Hand Movement)	A012	
		성인 진단적 계산력 검사(Adult Diagnostic Arithmetic Test)	A015	
		비엔시스템-보속성검사(Perseverance Test)	A040	
	사. 고위인지 가능 검사 등 기타	촉각형태지각검사(Tactile Form Recognition Test)	A041	
	가. 각성도 및 주의력검사	연속수행력검사[시각](Continuous Performance Test (Visual))	B007	
		연속수행력검사[청각](Continuous Performance Test (Auditory))	B008	
		CNT-시각지속검사(Visual Continuous Performance Task)	B009	
		CNT-조건시각지속검사(Visual Conjunctive Continuous Performance Task)	B010	
		CNT-언어지속검사(Auditory Continuous Performance Task)	B011	
		CNT-조건언어지속검사(Auditory Conjunctive Continuous Performance Task)	B012	
		CNT-숫자따라말하기검사(Digit Span)	B013	
		비엔시스템-신호탐지검사(Signal Detection(SIGNAL))	B014	
		비엔시스템-경계심검사(Vigilance(VIGL))	B015	
		나. 기억력 검사	숫자외우기 검사(Digit Span Test)	B003
			CNT-시각단기기억검사(Visual Span Test)	B016
다. 언어능력 검사		시계그리기 검사(Clock Drawing Test)	B001	
라. 지각 및 시공간		구성능력검사(Construction Test)	B018	

유형	인지평가영역	항목	세부 검사 코드
	능력검사	인식력검사[시각](Recognition Test (Visual))	B019
		후퍼 시각조직화검사(Hooper Visual Organization Test)	B020
		같은 그림 찾기(Matching Familiar Figure Test(MFFT))	B017
		미네소타공간관계지각력검사(Minnesota Spatial Relation Test)	B021
		토막짜기(Block Design)	B022
		선각도 판정검사(선지남력판단검사)(Judgment of Line Orientation(JLO))	B023
		벤톤 얼굴재인검사(Benton Facial recognition test)	B024
		이분청추(Dichotic listening)	B025
		비엔나system-인식력검사(Cognitrone(COG))	B026
	마. 감각 · 운동 협응검사	악력측정검사(Grip Strength Test)	B027
		반응시간검사[시각](Reaction Time (Visual))	B028
		반응시간검사[청각](Reaction Time (Auditory))	B029
		시청각-운동 협응검사(Audiovisual-Motor Coordination Test)	B030
		브로닝스-오세레츠키 운동 적합성 검사(단축형) (Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency Test-Short Form)-단축형	B031
		CNT-시청각 반응시간검사(Modality Shift Effect Test )	B032
		CNT-청각 반응시간검사(Cross-Over Test)	B033
		비엔나system-시청각자극반응검사(Crossover(CROSS))	B034
		비엔나system-운동수행력검사(Motor Performance Series (MLS))	B035
	바. 전두엽 · 집행 기능 검사	실행증 검사(Clinical Apraxia Test)	B002
		기호잇기검사(Trail Making Test)	B004
		스트룹검사(Stroop Test)	B005
		전두엽 대비검사(Contrasting Program & Go-No-Go Test)	B006
		논리적 사고력 검사(Reasoning Test)	B036
		CNT-선로잇기검사(Trail Making Test)	B037
		CNT-단어색채검사(Word-Color Test)	B038
		CNT-개념형성검사(Hypothesis Formation Test)	B039
		비엔나system-가설형성검사(Hypothesis Formation Test)	B040
		비엔나system-작업수행력검사(Work Performance Series(ALS))	B041

○ 고시 제2019-250호 (2019.12.1. 시행)

## 수면다원검사 급여기준

3  
검사로Q  
uestion

수면다원검사는 야간가산이 적용이 되나요?

A  
nswer

수면다원검사는 주로 야간에 잠자는 동안 검사를 시행하는 것으로 검사의 특성을 고려하여 산정된 수가이므로 야간가산 적용은 인정되지 않습니다.

관련  
근거 ▶

### 수면다원검사 급여기준

1. 수면다원검사는 다음의 모든 조건에 해당되는 경우에 요양급여를 인정하며, 이를 충족하지 않는 경우에는 비급여로 함.

- 다 음 -

가. 급여대상

1) 수면무호흡증

아래의 가), 나) 또는 가), 다)의 조건을 만족하는 경우

- 아 래 -

가) 주간졸림증(daytime sleepiness) · 빈번한 코골이(habitual snoring) · 수면무호흡 · 피로감(nonrestorative sleep) · 수면 중 숨막힘 · 잦은 뒤척임 · 수면 중 잦은 각성 등 하나 이상의 증상이 있는 경우

나) 신체검진상 후두기관내 삽관시 어려움의 평가(Modified Mallampatti score) grade 3 이상 또는 Friedman 병기분류에 따른 편도 크기(Tonsil size) grade 2~3 이상주 또는 내시경검사를 이용한 Muller maneuver상 상기도 폐쇄의 소견이 확인될 경우

※ 주: 만13세미만 연령의 경우는 grade 3이상, 만13세이상 연령의 경우는 grade 2이상 적용  
다) 고혈압 · 심장질환 · 뇌혈관질환 또는 당뇨 기왕력이 있거나 체질량지수(BMI)가 30 kg/m<sup>2</sup> 이상인 경우

2) 기면증 또는 특발성 과다수면증

아래의 가),나) 또는 가),다)의 조건을 만족하는 경우

- 아 래 -

가) 웨위스 졸음증 척도(Epworth Sleepiness Scale) 10 이상

나) 과도한 주간졸림증이 있고, 허탈발작이 동반될 때(narcolepsy with cataplexy )

다) 하루에 7시간 충분히 잠을 자도, 과도한 주간졸림증이 3개월 이상 지속되어 일상생활에 불편을 초래할 때(narcolepsy without cataplexy or idiopathic hypersomnia)

나. 검사항목

뇌파(EEG), 안전도(EOG), 근전도-턱(EMG-submental), 심전도(ECG), 호흡기류(Airflow), 호흡노력(Respiratory effort), 산소포화도(SaO<sub>2</sub>), 체위감시(Body position), 하지근전도(EMG-ant.tibialis)를 모두 포함하여 실시하여야 함

다. 시설기준

수면평가장치(Polysomnograph), 검사 조정실(Control Room), 적외선카메라, 검사중 검사대상자와 검사자가 연락할 수 있는 연락장치, 검사대상자에 부착된 센서와 연결되는 신호 전환 장치 등이 설치된 환자별로 독립된 수면검사실을 갖추고 시행해야 함. 또한, 검사 중 환자에 대한 기본처치 및 응급상황시 심폐소생술 등이 가능하여야 함.

라. 실시 인력기준

보건복지부장관이 인정하는 수면다원검사 정도관리위원회에서 정한 기준을 충족한 전문의가 시행(검사 결과에 대한 해석·판독 포함)한 경우에 인정하며, 수면다원검사를 실시하는 요양기관은 해당 인력에 대한 변동사항이 있을 경우 지체없이 이를 건강보험심사평가원에 제출하여야 함.

2. 동 검사의 인정횟수는 다음과 같이 함

- 다 음 -

가. 진단시: 1회 인정

나. 진단 후 양압기 치료를 위해 적정압력을 측정하는 경우와 치료목적의 처치 또는 수술 후: 각각 1회씩 인정

다. 마지막 검사 시행 6개월 이후 환자상태의 급격한 변화로 임상적으로 필요한 경우에 사례별로 인정함.

## 초음파 검사의 급여기준

3  
검사로

**Q**  
uestion

「산전진찰 목적으로 시행하는 검사의 영양급여 범위」에서 비급여대상검사의 유전학적 양수검사시 유도초음파도 급여 가능한가요?

**A**  
nswer

유전학적 양수검사가 비급여 대상 검사이므로 이에 시행하는 유도 초음파도 비급여입니다.

관련  
근거

### 초음파 검사의 급여기준

초음파 검사는 다음과 같은 경우에 영양급여하며, 이에 해당하지 않는 경우에는 비급여함.

- 다 음 -

가. 급여대상 및 범위

1) 기본, 진단, 특수 초음파

가) 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀질환, 중증난치질환, 결핵질환

(1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 산정특례 대상자 : 해당 산정특례 적용기간 중 산정특례 대상 상병 및 관련 합병증에 대해 실시한 경우

(2) 산정특례 질환이 의심되는 환자 : 해당 산정특례 질환이 의심되어 실시한 경우 (1회 인정)

나) 신생아 중환자실 환자 : 신생아 중환자실 입원기간에 실시한 경우

2) 임신부 초음파

가) 산전진찰을 목적으로 아래와 같이 시행하는 경우에 인정하며, 다태아의 경우 제2태아부터는 소정점수의 50%를 산정함.

(나951나(1) '주' 항 제외)

- 아 래 -

행위명		인정 주수	인정 횟수
제1 삼분기	일반	임신 13주 이하 - 임신여부 및 자궁 및 부속기의 종합적인 확인을 하는 경우 산정하고, 임신 여부만을 확인하는 경우 '주' 항에 따라 산정	2회
	정밀	임신 11-13주	1회
제2,3 삼분기	일반	임신 14-19주, 임신 20-35주, 임신 36주 이후	각 1회
	정밀	임신 16주 이후	1회

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

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

- 아 래 -

- (1) 태아에게 문제를 초래하는 임부의 질환상태(임신성 당뇨병, 임신성 고혈압 등)
- (2) 태아에게 문제를 초래하는 임부 자궁의 이상(여성생식기종양, 자궁경관무력증, 자궁기형 등)
- (3) 정상 분만이 불가능한 태반의 이상(전치태반, 태반조기박리 등)
- (4) 양수과다증 또는 양수과소증
- (5) 자궁내 태아 성장지연

3) 유도 초음파

상기 1)의 적용을 받는 환자에게 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제2장(검사료) 또는 제9장(처치 및 수술료 등)에 분류된 행위를 초음파 유도 하에 아래와 같이 실시한 경우 해당 소정점수를 산정함.

- 아 래 -

- 가) 유도초음파(I): 흉막천자, 심낭천자, 더글라스와 천자, 양수천자, 배액 시 시술부위 확인
- 나) 유도초음파(II): 조직생검, 세침흡인생검, 시술 시 간혈적 유도
- 다) 유도초음파(III): 시술 시 지속적 모니터링
- 라) 유도초음파(IV): 고주파 열치료술, 냉동제거술과 같은 고난이도 시술



## 나. 산정방법

- 1) 각 장기별 검사는 해당 장기 및 주변 림프절, 혈관, 연부조직 등을 포함하는 것으로 상기 가.의 적용을 받는 환자에게 서로 인접된 부위에 초음파 검사를 동시에 시행하는 경우 주된 검사는 소정점수의 100%, 제2의 검사는 소정점수의 50%를 산정하며, 최대 150% 까지 산정함.
- 2) 상기 가. 1) 진단 초음파와 3) 유도 초음파를 동시에 시행한 경우에는 각각의 소정점수를 산정함.
- 3) 상기 가. 1)의 적용을 받는 환자에게 단순초음파를 동일 날, 동일 목적으로 수회 시행하더라도 해당 항목의 소정점수를 1회 산정함.

다. 상기 가.의 규정 이외에 아래와 같은 경우에도 요양급여를 인정함.

## - 아 래 -

- 1) 경피적 대동맥판삽입, 경피적 좌심방이폐색술을 시행한 경우에 관련 고시\*에 따라, 임상 자료 제출을 위해 심장초음파를 실시한 경우  
\* 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제4조 관련[별첨1], [별첨2]
- 2) 「암관리법」에 의한 완화의료전문기관의 완화의료병동에 입원한 말기암환자에게 유도초음파를 실시한 경우
- 3) 나943다 태아정밀 심초음파는 산전진찰 결과 태아의 심장에 이상소견이 있어 정밀검사를 시행하는 경우 산정하며, 이 경우 다태아는 가.2).가)의 적용을 받음.
- 4) 보조생식술을 위해 초음파를 시행하는 경우
  - 가) 보조생식술 진료시작일에 자궁부속기 및 자궁내막의 상태 등을 보는 경우 나944라 (1) 여성생식기 초음파(일반)를 산정함
  - 나) 보조생식술 관련 약제투여 후 난포의 크기 및 수, 자궁내막두께 등을 관찰하는 경우 나940나 단순초음파(Ⅱ)를 산정함
- 5) 자궁내 태아의 질환 치료를 위한 급여 시술 시(선별급여 포함) 유도초음파를 시행하는 경우 나956라 유도초음파(Ⅳ)를 산정함

○ 고시 제2019-166호 (2019.8.1. 시행)

## 상복부(간·담낭·담도·비장·췌장) 초음파검사의 급여기준

**Q**  
uestion

본인 희망에 의하여 건강검진으로 시행한 초음파검사에서 질환이 진단된 경우 급여 대상인가요?

**A**  
nswer

진료의사가 간·담낭·담도·비장·췌장 질환이 있거나 의심하여 초음파검사를 시행한 것이 아니고, 환자의 희망에 의하여 시행한 건강검진이므로 비급여대상입니다.

관련  
근거

### 상복부(간·담낭·담도·비장·췌장) 초음파 검사의 급여기준

1. 상복부(간·담낭·담도·비장·췌장) 초음파검사는 「초음파 검사의 급여기준」에서 정하는 비급여 대상이라 할지라도 간·담낭·담도·비장·췌장에 질환이 있거나 의심되어 의사가 직접 시행한 경우 다음과 같이 요양급여함. 다만, 의사가 동일한 공간에서 방사선사의 촬영하는 영상을 동시에 보면서 실시간으로 지도하고 진단하는 경우도 포함함.

- 다 음 -

#### 가. 산정요건

상복부(간·담낭·담도·비장·췌장)의 진단초음파는 아래의 요건을 모두 충족한 경우, 산정방법에 따라 산정함.

- 아 래 -

나944가(1) (가)일반 또는 (나)정밀초음파는 간, 담낭, 담도, 비장, 췌장 모두의 영상을 획득하고, 검사자가 판독소견서를 작성하고 보관하여야 함. 이 경우 획득하여야 하는 표준영상의 범위를 아래와 같이 권고하고, 판독소견서에는 환자의 인적사항과 검사관련 내용이 포함되어야 함. 다만, 제한적 초음파는 문제되는 부위 위주로 영상을 획득하고, 판독소견서를 작성·보관하여야 함.

## 1) 표준영상의 범위

## 가) 일반

간우엽의 횡스캔, 간우엽의 늑간스캔, 간좌엽의 종스캔, 간좌엽의 횡스캔, 간정맥의 늑간하 스캔, 간우엽의 상부, 우간하부와 우측신장피질의 관상면 스캔, 담낭의 장축, 간외 담관의 종스캔, 비장의 장축스캔, 췌장두부의 횡스캔, 췌장체부·미부의 횡스캔

## 나) 정밀

상기 가)의 표준영상과 함께 우간문맥을 포함한 간우엽의 늑간스캔과 우간정맥을 포함한 간우엽의 늑간스캔, 좌우간문맥 분지의 횡스캔도 포함

## 2) 판독소견서

가) 등록번호, 성명, 생년월일/나이, 성별, 검사명, 검사일시, 검사와 판독한 의사(면허번호), 검사소견, 결론, 판독일시, 의료기관명칭

나) 검사소견에는 간실질의 에코, 간종괴 유무, 담낭이상 여부, 담관확장 여부, 비장종대 여부, 췌장이상 여부를 포함해야 하며, 이상이 있는 경우 세부내용을 상세 기술해야 함.

## 나. 산정방법

1) 상복부(간·담낭·담도·비장·췌장) 질환의 진단 또는 질환이 있는 환자의 경과관찰 시 아래와 같이 인정하고, 산정횟수를 초과하는 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.

- 아 래 -

가) 상복부(간·담낭·담도·비장·췌장) 질환이 의심되어 진단을 위하여 시행한 경우 상복부 진단초음파-일반(나944가(1)(가)) 1회, 다만, 30일 초과하고 최초 진단과 다른 질환이 의심되어 시행한 경우에는 별도 산정 가능함.

나) 간경변증, 만40세 이상 만성 B형간염, 만40세 이상 만성 C형간염 환자에게 간암감시검사를 시행한 경우 상복부 진단초음파-정밀(나944가(1)(나)) 연 2회

다) 용종의 크기 등 진료의사의 의학적 판단에 따라 경과관찰이 필요한 담낭용종 환자에게 시행한 경우 상복부 진단초음파-일반(나944가(1)(가)) 연 1회

2) 상복부(간·담낭·담도·비장·췌장) 질환의 진단초음파 영상과 비교목적으로 시행 시 제한적 초음파를 산정하며, 초회부터 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.

3) 상복부(간·담낭·담도·비장·췌장) 일부 부위 확인이나 장기크기 측정 등을 시행한 경우에 단순초음파(나940)를 산정하며, 초회부터 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 다만, 동일 날, 동일 목적으로 수회 시행하더라도 해당 항목의 소정점수를 1회 산정함.

2. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀질환, 중증난치질환, 결핵질환 대상자 및 의심자, 신생아중환자실 환자는 「초음파 검사의 급여기준」을 우선 적용하되, 「초음파 검사의 급여기준」에서 별도로 정하지 아니한 경우는 「상복부 초음파 검사의 급여기준」을 적용함.

○ 고시 제2018-301호 (2019.1.1. 시행)

## 하복부(총수·소장·대장·서혜부·직장·항문), 비뇨기(신장·부신·방광), 남성생식기(전립선·정낭·음경·음낭), 여성생식기 초음파검사의 급여기준

**Q** 하복부, 비뇨기 초음파 검사의 급여기준에서 정하는 연단위 경과관찰자의 횡수 적용 기준이 궁금합니다.

**A** 연단위 경과관찰자의 횡수 적용 기준은 회계연도 기준으로 매년 1월 1일부터 12월 31일까지로 합니다.

### 관련 근거

하복부(총수·소장·대장·서혜부·직장·항문), 비뇨기(신장·부신·방광) 초음파 검사의 급여기준

1. 하복부(총수·소장·대장·서혜부·직장·항문), 비뇨기(신장·부신·방광) 초음파검사는 「초음파 검사의 급여기준」에서 정하는 비급여 대상이라 할지라도 진료의사의 의학적 판단에 따라 총수·소장·대장·서혜부·직장·항문·신장·부신·방광에 질환이 있거나 의심되어 의사가 직접 시행한 경우 다음과 같이 요양급여함. 다만, 의사가 동일한 공간에서 방사선사의 촬영하는 영상을 동시에 보면서 실시간으로 지도하고 진단하는 경우도 포함함.

- 다 음 -

#### 가. 산정요건

하복부(총수·소장·대장·서혜부·직장·항문), 비뇨기(신장·부신·방광) 진단초음파는 아래의 요건을 모두 충족한 경우, 나. 산정방법에 따라 산정함.

- 아 래 -

하복부, 비뇨기 초음파는 각 해부학적 부위의 영상을 획득하고, 검사의 판독소견서를 작성하고 보관하여야 함. 이 경우 획득하여야 하는 표준영상의 범위를 아래와 같이 권고하고, 판독소견서에는 환자의 인적사항과 검사 관련 내용이 포함되어야 함. 다만, 제한적 초음파는 문제되는 부위 위주의 영상을 획득하고 판독소견서를 작성·보관 하여야 함.

1) 표준영상의 범위

가) 나944가(2) 충수

상행결장 횡스캔, 상행결장 종스캔, 충수의 장축스캔, 충수의 횡축스캔

※ 충수가 안 보일 경우 맹장 말단부 스캔

나) 나944가(3) 소장·대장

상장간막동정맥을 포함한 장간막 스캔, 회맹관 스캔, 복부의 사분면인 우상부, 우하부, 좌상부, 좌하부의 장이 각각 포함되는 스캔

※ 소아 비대유문협착증의 경우 유문부(횡스캔, 종스캔) 포함

다) 나944가(4) 서혜부

좌·우측 각각의 서혜부 횡스캔, 좌·우측 각각의 서혜부 종스캔

※ 대퇴혈관(femoral vessel)이나 정삭(spermatic cord)이 보이는 범위

라) 나944가(5) 직장·항문

(1) 직장

직장 벽 5층이 포함되는 스캔

(2) 항문

항문의 하부 스캔, 항문의 중부 스캔, 항문의 상부 스캔

마) 나944나 신장·부신·방광

(1) 신장·부신

신문(renal hilum)을 포함하는 좌·우신 각각의 관상면 스캔, 좌·우신 각각의 상부 횡스캔, 좌·우신 각각의 중간부 횡스캔, 좌·우신 각각의 하부 횡스캔

※ 부신 종괴가 있는 경우 종괴를 포함한 스캔

(2) 방광

방광 상부 횡스캔, 방광 중간부 횡스캔, 방광 경부 횡스캔, 방광 중간부 시상면 스캔

2) 판독소견서

가) 등록번호, 성명, 생년월일 또는 나이, 성별, 검사명, 검사일시, 판독일시, 검사와 판독한 의사(면허번호), 검사소견, 결론, 의료기관명

나) 검사소견에는 해당 장기의 내용을 포함해야 하며, 이상이 있는 경우 세부내용을 상세 기술해야 함.

(1) 충수

충수 관찰 여부, 충수가 관찰된 경우 충수의 직경, 장벽의 비후 여부, 종괴 유무, 충수 석 유무, 농양 또는 액체저류 유무

(2) 소장·대장

장벽의 비후 여부(비후 발견 시 위치 기술), 종괴 유무, 림프절 비대 여부, 복수 유무, 기타(농양, 장루 등) 이상 유무

(3) 서혜부

탈장 유무, 종괴 유무, 림프절 비대 여부

- (4) 직장  
직장벽의 종양 유무, 직장벽의 종양 침윤 정도(관찰 시), 직장벽 비후 유무, 주변 림프  
절 비대 여부, 직장 주위 종양 유무
- (5) 항문  
치루 유무(내공의 위치(관찰시), 누관의 경로(관찰 시)), 농양 유무, 종양 유무, 괄약근  
손상 유무
- (6) 신장·부신  
신장 실질의 에코, 신장의 크기, 신장의 국소병변(낭종, 고형종괴 등) 유무, 수신증 유  
무, 부신 이상 유무
- (7) 방광  
방광벽 비후 여부, 방광 종괴 유무, 방광 결석 유무

#### 나. 산정방법

- 1) 진료의사의 의학적 판단에 따라 하복부(충수·소장·대장·서혜부·직장·항문), 비뇨기  
(신장·부신·방광) 질환의 진단 또는 경과관찰 시 아래와 같이 인정하고, 이를 초과하는 경  
우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.

- 아 래 -

가) 하복부, 비뇨기 질환이 의심되어 진단이 필요한 경우 1회

나) 경과관찰이 필요한 경우

- (1) 복합 신낭종, 신혈관근지방종, 원인 미상의 수신증, 신결석, 만성신부전(2단계 이상),  
선천성 요로계 기형 환자 연 1회(다만, 선천성 요로계 기형환자 중 만 1세미만 소아는  
연 2회)
  - (2) 직장·항문 수술 후 항문 괄약근 손상 확인 등이 필요한 고위험군 환자, 체외충격파쇄  
석술(ESWL) 이후 잔여 결석 확인이 필요한 방사선 투과성 요로결석 환자 1회
  - (3) 상기 (2)를 제외한 하복부·비뇨기 수술(시술) 후 또는 급성신우신염(합병증이 동반된  
경우), 신농양, 신주위농양, 농신증으로 수술(시술) 없이 약물치료 후 진단초음파 영상  
과 비교 목적으로 시행 시 제한적초음파 1회
- 2) 하복부, 비뇨기의 일부 부위 확인이나 장기 크기 측정 등을 시행한 경우에는 단순초음파(나  
940)를 산정하며, 초회부터 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률  
을 80%로 적용함. 다만, 동일 날, 동일 목적으로 수회 시행하더라도 해당 항목의 소정점수  
를 1회 산정함.
2. 「초음파 검사의 급여기준」에 따라 서로 인접된 부위의 초음파검사를 동시에 시행한 경  
우, 주된 검사는 소정점수의 100%, 제2의 검사는 소정점수의 50%를 산정하며, 최대  
150%까지 산정함.

3. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀질환, 중증 난치질환, 결핵질환 대상자 및 의심자, 신생아중환자실 환자는 「초음파 검사의 급여기준」을 우선 적용하되, 「초음파 검사의 급여기준」에서 별도로 정하지 아니한 경우는 동 급여기준을 적용함.
4. 상기 1. 이외에 의학적 필요가 불명확한 경우 진료의사는 충분히 설명하고 환자가 동의서에 서명한 이후 비급여로 함.

○ 고시 제2019-10호(2019.2.1. 시행)

**참고**

**나656-3 Bladder scan을 이용한 방광 잔뇨량 측정 검사(1일당)의 급여기준**

나656-3 Bladder scan을 이용한 방광 잔뇨량 측정 검사는 하부요로증상 및 배뇨곤란을 호소하는 환자 중 의학적으로 잔뇨량 측정이 필요하다고 판단하여 의사의 처방에 따라 검사를 실시하고 그 결과를 진료기록부 등에 기록한 경우에 산정한다.

○ 고시 제2019-185호(2019.9.1. 시행)

**참고**

**남성생식기(전립선·정낭·음경·음낭) 초음파검사의 급여기준**

1. 남성생식기(전립선·정낭·음경·음낭) 초음파검사는 「초음파 검사의 급여기준」에서 정하는 비급여 대상이라 할지라도 진료의사의 의학적 판단에 따라 전립선, 정낭, 음경, 음낭에 질환이 있거나 의심되어 의사가 직접 시행한 경우 다음과 같이 요양급여함. 다만, 의사가 동일한 공간에서 방사선사의 촬영하는 영상을 동시에 보면서 실시간으로 지도하고 진단하는 경우도 포함함.

- 다 음 -

가. 산정요건

나944다 남성생식기(전립선·정낭·음경·음낭) 진단 초음파는 아래의 요건을 모두 충족한 경우,

나. 산정방법에 따라 산정함.

- 아 래 -

남성생식기 초음파는 각 해부학적 부위의 영상을 획득하고, 검사의가 판독소견서를 작성하고 보관하여야 함. 이 경우 획득하여야 하는 표준영상의 범위를 아래와 같이 권고하고, 판



독소견서에는 환자의 인적사항과 검사 관련 내용이 포함되어야 함. 다만, 제한적 초음파는 문제되는 부위 위주로 영상을 획득하고, 판독소견서를 작성·보관하여야 함.

1) 표준영상의 범위

가) 전립선·정낭(경직장)

전립선 기저부 횡스캔, 전립선 중간부 횡스캔, 전립선 첨부 횡스캔, 전립선요도를 포함한 전립선 중앙부 시상면 스캔, 양측 정낭 횡스캔

나) 전립선(경복부)

전립선 중간부 횡스캔, 전립선요도를 포함한 전립선 중앙부 시상면 스캔

다) 음경

음경의 시상면 스캔, 음경의 상부 횡스캔, 음경의 중간부 횡스캔, 음경의 하부 횡스캔

라) 음낭

한 영상에서 본 양측 고환의 횡스캔, 좌·우측 각각 고환의 장축스캔, 시상면 장축스캔과 직각으로 시행한 좌·우측 각각 고환 중간부 횡스캔, 좌·우측 각각 부고환 시상면 스캔 (두부, 미부 포함), 좌·우측 각각 정상 시상면 스캔

2) 판독소견서

가) 등록번호, 성명, 생년월일 또는 나이, 성별, 검사명, 검사일시, 판독일시, 검사와 판독한 의사(면허번호), 검사소견, 결론, 의뢰기관명

나) 검사소견에는 해당 장기의 내용을 포함해야 하며, 이상이 있는 경우 세부내용을 상세 기술해야 함.

(1) 전립선·정낭(경직장)

전립선 전체 및 이행부위 부피, 전립선 내 국소병변 유무 및 과혈관성 병변(도플러 영상 의 경우) 유무, 정낭의 이상소견 여부

(2) 전립선(경복부)

전립선 부피, 전립선 내 국소병변 유무

(3) 음경

음경의 종괴 유무, 음경해면체 백(색)막의 손상 혹은 비후

(4) 음낭

음낭 내 양측 고환의 존재 여부, 양측 고환 부피(혹은 장축의 길이), 고환 이상 유무, 부고환 이상 유무, 기타 음낭 이상 소견

나. 산정방법

1) 진료의사의 의학적 판단에 따라 남성생식기(전립선·정낭·음경·음낭) 질환의 진단 또는 경과관찰 시 아래와 같이 인정하고, 이를 초과하는 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 다만, 나944다(1)주 경북부 전립선 초음파는 항문의 선천성 기형 등으로 초음파 탐촉자 삽입이 어렵거나 항문이 포함된 수술로 항문 폐색이 있는 경우에 한하여 산정함.

- 아 래 -

가) 남성생식기 질환이 의심되어 진단이 필요한 경우 1회

나) 경과관찰이 필요한 경우

- (1) 전립선비대증으로 약물 등 치료중인 환자에게 진료의사의 의학적 판단에 따라 전립선 크기 변화 등 초음파검사로 경과관찰이 필요한 경우 연 1회
- (2) 고환고정술을 시행하지 않은 고환 위치 이상 환자 연 1회
- (3) 만 2세 미만 음낭수종 환자 연 1회
- (4) 남성생식기 질환에 대한 수술(시술) 후 또는 전립선염, 고환염, 부고환염, 전립선농양으로 약물치료 후 진단초음파 영상과 비교 목적으로 시행 시 제한적초음파 1회

2) 남성생식기의 일부 부위 확인이나 장기 크기 측정 등을 시행한 경우에는 단순초음파(나940)를 산정하며, 초회부터 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.

다만, 동일 날, 동일 목적으로 수회 시행하더라도 해당 항목의 소정점수를 1회 산정함.

2. 「초음파 검사의 급여기준」에 따라 서로 인접된 부위에 초음파 검사를 동시에 시행하는 경우, 주된 검사는 소정점수의 100%, 제2의 검사는 소정점수의 50%를 산정하며, 최대 150%까지 산정함.
3. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀질환, 중증난치질환, 결핵질환 대상자 및 의심자, 신생아중환자실 환자는 「초음파 검사의 급여기준」을 우선 적용하되, 「초음파 검사의 급여기준」에서 별도로 정하지 아니한 경우는 동 급여기준을 적용함.
4. 상기 1. 이외에 의학적 필요가 불명확한 경우 진료의사는 충분히 설명하고 환자가 동의서에 서명한 이후 비급여로 함.

○ 고시 제2019-185호 (2019.9.1. 시행)

**참고**

**여성생식기 초음파 검사의 급여기준**

1. 여성생식기 초음파검사는 「초음파 검사의 급여기준」에서 정하는 비급여 대상이라 할지라도 진료의사의 의학적 판단에 따라 여성생식기 질환이 있거나 의심되어 의사가 직접 시행한 경우 다음과 같이 요양급여함. 다만, 의사가 동일한 공간에서 방사선사의 촬영하는 영상을 동시에 보면서 실시간으로 지도하고 진단하는 경우도 포함함.

- 다 음 -

## 가. 산정요건

나944라 여성생식기 진단초음파는 아래의 요건을 모두 충족한 경우, 나. 산정방법에 따라 산정함.

- 아 래 -

여성생식기 초음파는 자궁·자궁부속기(난소, 난관 포함)·더글라스와의 영상을 획득하고, 검사의가 판독소견서를 작성하고 보관하여야 함. 이 경우 획득하여야 하는 표준영상의 범위를 아래와 같이 권고하고, 판독소견서에는 환자의 인적사항과 검사 관련 내용이 포함되어야 함. 다만, 제한적 초음파는 문제되는 부위 위주로 영상을 획득하고, 판독소견서를 작성·보관하여야 함.

## 1) 표준영상의 범위

## 가) 일반

자궁의 경부·체부·내막 및 더글라스와를 포함한 자궁의 종스캔, 자궁내막을 포함한 자궁의 횡스캔, 좌·우측 각각 난소 스캔

## 나) 자궁내 생리식염수 주입

상기 가)의 표준영상과 함께 생리식염수 주입 전·후 각각 스캔도 포함

## 다) 정밀

상기 가)의 표준영상과 함께 이상 소견 존재하는 부위(더글라스와, 자궁경부, 자궁체부, 자궁내막, 난관, 난소, 골반강 등) 스캔도 포함

## 2) 판독소견서

가) 등록번호, 성명, 생년월일 또는 나이, 성별, 검사명, 검사일시, 판독일시, 검사와 판독한 의사(면허번호), 검사소견, 결론, 의료기관명

나) 검사소견에는 자궁의 굴곡 방향(전굴·후굴), 자궁의 장축·횡축 길이, 자궁의 이상종물 유무, 자궁내막의 두께 및 이상종물 유무, 좌·우 난소의 이상종물 유무, 더글라스와 액체저류 유무를 포함해야 하며, 해부학적 이상소견이 있는 경우 세부내용을 상세 기술해야 함

## 나. 산정방법

- 1) 진료의사의 의학적 판단에 따라 여성생식기 질환의 진단 또는 경과관찰 시 아래와 같이 인정하고, 이를 초과하는 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.

- 아 래 -

가) 여성생식기 질환이 의심되어 진단이 필요한 경우 1회. 다만, 다음과 같이 초음파 검사결과 해부학적 이상소견 등이 확인된 경우 정밀(나944라(2))로 산정함.

- 다 음 -

- (1) 자궁: 장축 길이 4cm 이상 종물이 있거나, 자궁의 전후벽 두께가 6cm 이상이거나, 좌우 두께가 8cm 이상인 경우
  - (2) 자궁내막: 직경 1.5cm 이상 종물이 있거나, 자궁내막 또는 자궁강 두께가 2cm 이상인 경우
  - (3) 자궁부속기(난소 또는 난관): 직경 6cm 이상 종물이 있거나, 직경 3cm 이상 종물이 다발성격벽(multiseptated) 또는 고형부분(solid portion) 또는 유상돌기(papillary projection)를 동반하는 경우
  - (4) 여성생식기 기형: MRKH(Mayer Rokitansky Kuster Hauser) 증후군 등 여성생식기 기형이 확인된 경우
  - (5) 상기 (1)~(4)의 해부학적 이상소견이 의심되어 치료를 위해 상급종합병원·종합병원에 의뢰된 환자에게 시행한 경우
- 나) 상기 가) (1)~(4)의 해부학적 이상소견이 확인된 환자에게 진료의사의 의학적 판단에 따라 경과관찰이 필요한 경우 연 1회
- 다) 여성생식기 질환이 확인되어 수술(시술) 후 진단초음파 영상과 비교 목적으로 시행 시 제한적 초음파 1회
- 2) 여성생식기의 일부 부위 확인이나 장기크기 측정 등을 시행한 경우에 단순초음파(나940)를 산정하며, 초회부터 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 다만, 동일 날, 동일 목적으로 수회 시행하더라도 해당 항목의 소정점수를 1회 산정함.
  2. 「초음파 검사의 급여기준」에 따라 서로 인접된 부위의 초음파검사를 동시에 시행한 경우, 주된 검사는 소정점수의 100%, 제2의 검사는 소정점수의 50%를 산정하며, 최대 150%까지 산정함.
  3. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀질환, 중증난치질환, 결핵질환 대상자 및 의심자, 신생아중환자실 환자, 보조생식술을 위해 초음파를 시행하는 경우는 「초음파 검사의 급여기준」을 우선 적용하되, 「초음파 검사의 급여기준」에서 별도로 정하지 아니한 경우는 동 급여기준을 적용함.
  4. 상기 1. 이외에 의학적 필요가 불명확한 경우 진료의사는 충분히 설명하고 환자가 동의서에 서명한 이후 비급여로 함.

○ 고시 제2020-15호 (2020.2.1. 시행)

## 전산화단층영상진단(CT)의 산정기준

**Q**  
uestion

척추부위에 3차원 CT 촬영 시 요양급여 인정기준이 궁금합니다.

**A**  
nswer

척추부위에 촬영한 3차원 CT는 “선천성 척추측만 및 전만 또는 후만증, 신경학적 증상이 동반된 척추측만 및 전만 또는 후만 변형”의 경우 인정되고 있습니다. 이 경우 이외 의사의 소견서를 참조하여 3차원 CT 촬영의 필요성이 인정 될 경우 이는 검토하여 공개 후 인정토록 기준을 마련하였습니다.

관련  
근거

### 전산화단층영상진단(CT)의 산정기준

다245 일반전산화단층영상진단(Computed tomography, CT)은 다음과 같이 요양급여함.

- 다 음 -

#### 가. 일반기준

- 1) 악성종양과 감별을 요하는 종괴성질환(양성종양, 육아종, 비전형적인 낭종, 농양 등)의 진단, 감별진단
- 2) 악성종양의 병기 결정 및 추적검사
- 3) 급성외상(뇌, 흉부, 복부, 골반강, 척추 등)
- 4) 수술 또는 치료 후 호전되지 않거나 심부 합병증이 의심될 때
- 5) 선천성질환 중 해부학적 구조 확인이 필요한 경우(뇌, 안구, 안면, 측두골, 척추 및 체부의 심부)
- 6) 대동맥질환, 동맥류
- 7) 손상통제수술 후 단계적 수술을 위해 해부학적으로 재평가가 필요한 경우

#### 나. 두부(Brain)

- 1) 뇌혈관질환(뇌졸중, 뇌동정맥기형, 뇌동맥류, 뇌출혈, 뇌허혈증, 뇌경색)
- 2) 뇌막염, 뇌염, 뇌농양 등 염증성 질환(진균 및 기생충질환 포함)
- 3) 대사성질환, 퇴행성질환 및 회백질 질환, 저산소증으로 인한 뇌증의 진단

- 4) 뇌전증
- 5) 수두증의 진단, 감별진단
- 6) 합당한 증상 또는 신경학적 소견이 있어 뇌신경질환이 의심되는 경우

다. 안면 및 두개기저(Face or Skull Base)

- 1) 종괴형성, 안외염증, 안구돌출(갑상선 기능항진증 등)
- 2) 타액선 결석
- 3) 임상소견 상 수술을 요할 정도의 부비동염
- 4) 터키안내 양성종양, 낭종(선천성, 후천성) 또는 염증성 질환, 뇌하수체호르몬 이상 시, Empty Sella
- 5) 중이염에서 진주종, 뇌막염 등의 합병증이 의심될 때
- 6) 내이(Inner ear)의 정밀 해부학적 구조 파악이 필수적일 때(혈관성 또는 원인불명의 이명, 원인불명의 청각장애 등)

라. 경부(Neck)

- 1) 원인불명의 심부 림프선 종대
- 2) 기도폐쇄의 원인진단 및 범위 결정

마. 흉부(Chest)

- 1) 미만성 간질 폐질환, 원인불명의 기흉, (폐기)종, 세기관지 질환, 기관계 이형성증
- 2) 종격동 질환의 감별진단
- 3) 단순 X선 사진으로는 감별이 어려운 폐결절의 감별진단
- 4) 단순 X선 사진으로는 진단이 어려운 기관지확장증의 확진 또는 수술 전 해부학적 범위 결정
- 5) 원인불명의 각혈, 무기폐, 늑막삼출액
- 6) 종양과 감별이 어려운 소방형성 늑막삼출, 폐경화 등
- 7) 기관지 이물
- 8) 단순X선 사진상 폐문종대가 있어 감별진단을 필요로 할 때
- 9) 단순흉부 X선 및 객담검사상 폐결핵의 활동성 여부를 결정하기 어려울 때
- 10) 심장 전산화단층영상진단(Cardiac CT)은 64채널(channel)이상의 CT로 촬영한 경우에 요양 급여로 인정하며, 세부인정기준은 아래와 같음. 다만, 자)~카)는 64채널(Channel)미만의 CT로 촬영한 경우에도 인정함.

- 아 래 -

- 가) 급성 흉통으로 응급실에 내원한 환자를 대상으로 급성 관동맥 증후군을 감별하기 위하여 촬영한 경우로서 다음 요건을 모두 충족하는 경우
- (1) 관상동맥질환의 위험이 저위험도이거나 중등도 위험도이면서 이전에 관상동맥질환을 진단 받은 적이 없는 환자

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

바. 복부 [골반포함](Abdomen)

- 1) 만성간염, 간경화증으로 조기 암이 의심될 때
- 2) 간내 문맥정맥간 단락술(TIPS) 시행 시
- 3) 합병증이 의심되는 담관 또는 췌관의 확장
- 4) 원인불명의 담도 또는 췌관의 확장
- 5) 선행 검사 상 원인을 알 수 없는 혈뇨
- 6) 선행 검사 상 원인을 알 수 없는 요로폐쇄
- 7) 선행 검사 상 진단이 어려운 급성 복증
- 8) 심부 헤르니아
- 9) 허혈성 장 질환

- 10) 자궁내막증
- 11) 자궁 외 임신
- 12) 정류고환

사. 상지 및 하지(Upper or Lower Extremity)

- 1) 해부학적으로 복잡한 부위의 골절(관절, 수족골, 안면, 두개기저, 측두골, 척추 등)
- 2) 관절 내 유리골편의 확인
- 3) 염증 또는 외상 후 관절 내 이상소견의 치료 전 평가 및 치료 후 경과 관찰
- 4) 골연골증의 수술 전 진단 및 범위 결정
- 5) 수술 후 내고정물의 정확한 위치 평가
- 6) 골수염의 활동성 여부 결정
- 7) 단순 X선 사진 상 골절 유합의 평가가 어려울 때
- 8) 만성관절염, 척추분리증의 수술여부 정밀 평가

아. 척추(Spine)

- 1) 척수의 염증성, 기생충 질환
- 2) 합당한 증상 또는 신경학적 증상이 있는 추간판탈출증, 척추강협착증, 퇴행성질환, 추간반 팽윤증 등의 진단 및 감별진단

자. 3차원 CT

상기 가.~아.의 급여대상 중 해부학적 부위가 복잡하여 선행검사로는 진단이 어렵다고 판단되는 경우

차. 상기 가.~자. 이외 진료담당의사의 진단 및 치료방향 설정을 위해 부득이 촬영했을 때는 합당한 관련 자료와 소견서를 첨부하여 촬영의 필요성이 인정된 경우 요양급여함."

○ 고시 제2020-19 호 (2020.2.1 시행)

참고

다245 일반 전산화단층영상진단(CT)-3차원 CT의 인정기준

1. 「다245 일반 전산화단층영상진단(CT)의 급여기준」의 3차원 CT는 다음과 같은 경우 인정함.

- 다 음 -

가. 일반기준

- 1) 골절(외상 포함)
  - 가) 복합골절 또는 관절강내 골절
  - 나) skull, craniofacial bone, rib, pelvis, femur, vertebra에 발생한 골절



나. 안면 및 두개기저(Face or Skull Base)

- 1) 안면부, 측두골의 선천성 기형
- 2) 두개기저(Skull Base) 수술 전

다. 경부(Neck)

- 1) 기도폐쇄의 원인진단 및 범위 결정

라. 흉부(Chest)

- 1) 선천성 질환에 의한 기관 및 기관지 이상(anomaly) 확인
- 2) 폐분리증(pulmonary sequestration)
- 3) 선천성 횡격막성 질환(diaphragmatic morphology and pathophysiology) (소아)

마. 복부[골반포함] (Abdomen)

- 1) 식도폐쇄증(esophageal atresia)(소아)
- 2) 항문직장기형(anorectal malformation)(소아)
- 3) nutcracker 증후군(소아)
- 4) 수술 전 liver segmentation
- 5) 간담도 또는 췌관의 확장
- 6) 수술이 필요한 위암, 대장암
- 7) 수술이 필요한 신장암, 신배암, 신우암, 요관암
- 8) 요로계 선천이상, 정류고환

바. 상지 및 하지(Upper or Lower Extremity)

- 1) 고관절 인공관절 전치환술 수술 전
- 2) 견관절 인공관절 수술 전 관절와의 형태 및 골결손 정도 평가
- 3) 대퇴비구 충돌증후군(Femoroacetabular impingement syndrome, FAI) 수술 전 평가

사. 척추(Spine)

- 1) 선천성 척추측만 및 전만 또는 후만증
- 2) 신경학적 증상이 동반된 척추측만 및 전만 또는 후만 변형의 경우

2. 이상의 경우 외에도 의사소견서를 참조하여 필요성이 인정될 경우 검토하여 공개 후 인정함.

○ 공고 제2020-20 호 (2020.2.1 시행)

## 뇌, 뇌혈관, 경부혈관 자기공명영상진단(MRI) 급여기준

**Q**  
uestion

두통, 어지럼이 있는 환자에게 나610나 신경학적검사(일반검사)실시 후 MRI 촬영을 한 경우 급여청구가 가능한가요?

**A**  
nswer

세부사항 고시 1.가.2)가) 또는 1.다.1)의 두통, 어지럼에 해당하는 경우 「나610 신경학적 검사의 급여기준」에 따라, 나610나 신경학적검사(일반검사)를 실시 후 MRI 촬영 시 급여대상입니다. (단, 신경학적검사 결과에서 이상이 없는 경우 포함)

관련  
근거

### 뇌, 뇌혈관, 경부혈관 자기공명영상진단(MRI) 급여기준

1. 뇌, 뇌혈관, 경부혈관 자기공명영상진단(MRI) 기본 및 특수검사는 다음의 경우 요양급여함.

- 다 음 -

가. 급여대상

- 1) 아래 상병 등의 뇌질환이 있거나, 이를 의심할만한 신경학적 이상 증상이 있는 경우 또는 신경학적검사 등 타 검사 상 이상소견이 있는 경우

- 아 래 -

- 가) 원발성 뇌종양, 전이성 뇌종양, 두개골종양
- 나) 뇌혈관질환
- 다) 중추신경계 탈수초성질환
- 라) 중추신경계 감염성 및 염증성질환
- 마) 중추신경계 자가면역(면역이상) 질환
- 바) 이상운동질환 및 중추신경계 퇴행성질환
- 사) 신경계의 기타 선천 기형

- 아) 치매
- 자) 뇌진증
- 차) 뇌성마비
- 카) 두부손상(저산소성 뇌손상 포함)
- 타) 기타: 수두증, 자간증 및 전자간증, 안면경련, 삼차신경통, 두개골조기유합증, 성장호르몬 결핍증(뇌하수체기능저하증), 중추성조발사춘기, 중추성 요붕증

2) 상기 1)에도 불구하고 아래 가)~마)는 각 호의 조건을 만족하는 경우 인정

- 아 래 -

- 가) 두통, 어지럼
  - 아래 중 하나에 해당하여 나610나 신경학적검사(일반검사)를 실시하고 그 결과를 기록한 경우

- 아 래 -

- (1) 갑자기 혹은 급격히 발생한 지속적인 심한 두통(벼락두통)
- (2) 발열, 울렁거림(또는 구토), 어지럼 중 2가지 이상을 동반하는 지속적인 두통
- (3) 발살바(기침, 힘주기) 또는 성행위로 유발 혹은 악화되는 두통
- (4) 군발두통 또는 전조를 동반하는 편두통으로 뇌 이상 여부의 확인이 필요한 경우
- (5) 소아에서 새로운 형태의 심한 두통 또는 수개월동안 강도가 심해지는 두통
- (6) 암 또는 면역억제상태 환자에서 새롭게 발생한 두통
- (7) 중추성 어지럼

- 나) 신생아
  - 주산기 가사 중 신경학적 이상 증상이 있는 경우 또는 저산소성 허혈성 뇌증(뇌손상)이 의심되는 경우

- 다) 발달지연, 수면장애
  - 상기 가.1)의 뇌질환이 의심되는 경우로 진료의가 임상적으로 의학적 필요성이 있다고 판단한 경우

- 라) 정신질환으로 외래 초발 또는 입원 시(단, 낮병동 제외) 정신건강의학과 전문의 또는 전공의가 상기 가.1)의 뇌질환과 감별진단이 필요하다고 판단한 경우

- 마) 타 진단장비 이용이 불가하여 MRI 촬영이 불가피한 경우(사구체여과율 60ml/min 이하의 신장기능 저하 환자로 조영제 사용이 불가능한 환자, 임산부 등)

나. 급여횟수: 상기 가.의 급여대상에 해당하는 경우

- 1) 진단 시: 1회. 단, 정확한 진단을 위해 특수촬영 등의 다른 촬영기법이 필요한 경우 추가 1회

2) 추적검사

가) 수술(뇌정위적수술 및 중재적시술 포함), 방사선치료(뇌정위적방사선수술 포함), 항암 치료를 시행하는 경우

- (1) 시행 전: 치료목적(수술 및 방사선치료 범위결정 등)으로 촬영한 경우 1회
- (2) 수술(뇌정위적수술 및 중재적시술 포함) 후: 1개월 내 1회, 2~6개월 내 추가 1회, 7~12개월 내 필요시 추가 1회
- (3) 방사선치료(뇌정위적방사선수술 포함) 후: 1~3개월 경과 후 1회. 단, 악성종양은 필요시 1년 이내 추가 1회
- (4) 항암치료 중: 2~3주기(cycle) 간격

나) 상기 나.2)가)에 해당하지 않는 경우

- 뇌졸중 및 일과성허혈발작: 1개월 내 1회, 2~12개월 내 추가 1회

3) 상기 나.1) 또는 나.2) 이후의 장기추적검사

가) 뇌혈관질환: 1회/년 2년간, 그 이후 1회/2년 4년간 (최대 6년)

나) 양성종양: 1회/년 2년간, 그 이후 1회/2년 8년간 (최대 10년)

단, 수술(시술) 등을 시행 후 잔여 종양이 확인된 경우 1회/년 5년간, 그 이후 1회/2년

다) 악성종양: 2회/년 2년간, 그 이후 1회/년

단, 만 18세 이하에서 진단받은 소아청소년암은 4회/년 5년간(또는 완치시까지)

라) 다발성경화증: 1회/년

마) 발달지연

- (1) 만 3세 이하에서 진단받은 경우 1회/년 (최대 만 6세까지)
- (2) 만 4세 이상에서 진단받은 경우 필요시 최대 3회

4) 상기 나.1)~3)에도 불구하고, 환자상태의 변화 또는 새로운 병변 발생 등 진료상 추가 촬영의 필요성이 있는 경우 추가 인정함.

다. 아래 각 호에 해당하는 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본 인부담률을 80%로 적용함.

- 아 래 -

- 1) 상기 가.2)가)에 해당하지 않으나 뇌질환을 의심할만한 두통, 어지럼으로 나610나 신경학적 검사(일반검사)를 실시하고 그 결과를 기록한 경우
- 2) 상기 나.1)~3)의 급여횟수 초과 시 (단, 최대기간, 최대횟수가 명시된 경우는 최대 범위 내에 한함.)

라. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표4] 희귀질환자 산정특례 대상의 구분 2~5, [별표4의2] 중증난치질환자 산정특례 대상의 구분 5, [별표5] 시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵 질환의 적용 범위 중 진단받은 질환의 특성상 MRI 촬영이 임상적으로 의학적 필요성이 있는 경우 별도로 인정함.

마. 산정기준

- 1) 상기 가.~라.의 경우 영상진단료는 아래와 같이 표준영상을 획득하고, 판독의가 판독 소견서를 작성·비치한 경우에 산정하며, 판독소견서 기재범위는 아래와 같음.

- 아 래 -

가) 표준영상의 범위

(1) 뇌

(가) 맥동과 순서열(Pulse sequence):

축상면 T1 강조영상(axial T1WI), 축상면 T2 강조영상(axial T2WI), 축상면 T2 FLAIR 영상(axial T2 FLAIR), 시상면 T1 강조영상(sagittal T1WI)

단, 1.5테슬라(tesla) 이상은 축상면 T2\*경사예코영상(axial T2\* gradient echo image) 또는 자화강조영상(susceptibility-weighted imaging)을 추가로 포함하여야 함.

(나) 절편: 두께 5mm 이하, 간격 2mm 이하 수준

(다) 조영제 주입 후 촬영: 2개 이상의 수직면 및 조영제 주입 전 영상과 같은 평면 1개 이상

(라) 단, 3차원 MRI 영상을 획득하여 다양한 평면이나 절편 간격으로 재구성한 영상을 적용하거나, 특별한 의학적 목적을 위한 경우에서 영상면 또는 영상기법 등의 표준 영상을 변경할 수 있음.

(2) 뇌혈관: 혈관영상을 위한 재구성 영상 및 혈관 재구성 전 원본 영상

(3) 경부혈관: 혈관영상을 위한 재구성 영상

나) 판독소견서 기재범위

(1) 임상정보(병력, 검사실시 사유 등), 획득한 영상기법, 조영제 사용 여부

(2) 뇌는 대뇌, 소뇌, 뇌간, 뇌실, 뇌실질의 공간의 주요 이상소견(허혈성 병변, 출혈, 종괴, 수두증, 위축) 여부를 포함하며, 뇌·경부혈관은 혈관의 주요 이상소견(협착, 폐색, 동맥류 등) 여부를 포함하되, 이상이 있는 경우 세부내용을 상세 기술함.

2) 상기 마.1) 이외 별도로 규정하지 않은 산정기준은 「방사선 영상진단의 판독료 산 정기준」에 의함.

2. 상기 1.에 해당하지 않은 경우 비급여하되, 이때 담당 진료의가 충분히 설명하고 환자가 동의서에 서명하여야 함.

3. 상기 1.~2.에도 불구하고 정도인지장애는 「정도인지장애의 자기공명영상진단(MRI) 급여기준」에 따름.

○ 고시 제2020-45호 (2020.4.1.시행)

참고

자기공명영상진단(MRI) 급여기준

1. 자기공명영상진단(MRI) 급여기준은 다음과 같이 하며, 동 기준을 초과하여 실시하는 경우에는 비급여대상임.

- 다 음 -

가. 적응증

1) 암

가) 원발성 암(부위별)

- 연조직 육종 및 골 육종, 척추(척수)를 침범한 경우

나) 전이성 암(원발종양에 관계없이 전이 혹은 침범된 부위별)

- 척추(척수), 연조직 및 골

다) 타 진단방법 이후 2차적으로 시행한 경우

2) 척수손상 및 척수질환

가) 척수손상

나) 척수종양(척추강내종양)

다) 혈관성 척수병증 (척수경색, 척추동정맥기형, 척수내 정맥염 등)

라) 척수에 발생한 탈수초성 질환(급성 횡단성 척수염 등)

마) 척수의 염증성 질환 (척수염, 척수내농양 및 육아종, 기생충 등)

바) 척수기형 (척수공동증, 구공동증 등)

3) 척추질환

가) 염증성 척추병증

나) 척추 골절

다) 강직성 척추염

4) 관절질환

가) 외상으로 인한 급성 혈관절증

나) 골수염

다) 화농성 관절염

라) 관절 손상 및 인대 손상(탈구 포함)

(1) 무릎부위(반달연골, 무릎안의 유리체 등)만 해당되며, 타 부위는 해당되지 않음

(2) (1)의 경우, 급성만 해당되며, 퇴행성 등 만성은 해당되지 않음

## 나. 인정횟수

1) 진단시 1회 인정하며, 추적검사는 아래와 같이 시행함을 원칙으로 함.

- 아 래 -

- 가) 수술후(중재적시술 포함): 1개월 경과 후 1회 인정하되, 위 가.의 3), 4)는 제외함.  
다만, 척수농양, 혈관성 척수병증, 척수기형 등을 수술 또는 시술 후 잔여 병변을 확인  
하기 위해 48시간 이내 촬영한 경우 인정함.
- 나) 방사선치료 후: 3개월 경과 후 1회
- 다) 항암치료중: 2-3주기(cycle) 간격
- 라) 위 가)~다) 이후의 장기추적검사
- (1) 양성종양: 매1년마다 1회씩 2년간, 그 이후부터 매2년마다 1회씩 4년간
- (2) 악성종양: 매1년마다 2회씩 2년간, 그 이후부터 매1년마다 1회씩
- 마) 수술, 방사선·항암 치료 등을 시행하지 않은 종양의 경우는 위 라)-(1) 양성종양의  
장기추적검사와 동일하게 적용함.

2) 위 1) 이외에도 환자상태 변화 또는 새로운 병변 발생 등 진료상 추가촬영의 필요성이 있  
는 경우 인정함.

다. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)」 [별표4] 희귀질환자 산정특례  
대상의 구분 2~5, [별표4의2] 중증난치질환자 산정특례 대상의 구분 5, [별표5] 시행령  
별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵 질환의 적용 범위 중 진단 받은 질환의 특성상 특정부위  
의 MRI 촬영이 임상적으로 의학적 필요성이 있는 경우 별도 인정함.

2. 상기 1.에도 불구하고, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 에서 별도로 자기  
공명영상진단(MRI) 적용기준을 정한 경우, 해당 고시에 따름.

3. 보건복지부 장관이 정하여 고시한 질병군 진료 시 시행된 MRI는 상기 1. 또는 2.의 적용증  
및 인정횟수에 해당되는 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」  
제2편 제2부 각 장에 분류된 질병군 상대가치점수에 포함되어 별도 산정할 수 없으며, 비급  
여에 해당하는 경우에는 비급여로 산정함.

○ 고시 제2019-229호 (2019.11.1.시행)

## 물리치료와 국소주사 동시 실시시 청구방법

**Q**  
uestion

같은 날 외래에서 무릎 부위에 관절강내주사를 시행하고 물리치료를 시행한 경우 각각 청구가 가능한가요?

**A**  
nswer

외래 진료 시 물리치료와 국소주사를 동시에 실시한 경우 동일 목적으로 실시된 중복진료로 보아 주된 치료만 요양급여로 적용하고 1종은 전액을 환자 본인이 부담토록 하고 있습니다. 따라서 같은 날 무릎과 각각 관절강내주사와 물리치료를 실시하더라도 주된 치료인 관절강내주사만 청구가 가능하며 청구금액이 적은 물리치료는 전액을 환자 본인이 부담해야 합니다.

관련  
근거

### 물리치료와 국소주사 등을 동시 시행시 인정기준

외래 진료시 물리치료와 국소주사 등(관절강내, 신경간내주사, 신경차단술 등)을 동시에 실시한 경우 동일 목적으로 실시된 중복진료로 보아 주된 치료만 요양급여로 적용하고, 1종은 환자가 전액을 본인이 부담함

○ 고시 제2011-10호 (2011.2.1. 시행)

참고

### 물리치료와 국소주사 등을 동시 시행시 적용기준

외래 진료시 물리치료와 이온삼투요법·국소주사 등(관절강내, 신경간내, 건초내, 신경차단술 등)을 동시에 시행하는 경우 이온삼투요법·국소주사 등을 주된 치료로 보아 요양급여로 인정하고, 다음의 물리치료는 전액을 환자가 부담토록 함.



연번	분류코드	분류명칭
1절 기본물리치료	MM011	한랭치료-콜드팩
	MM012	한랭치료(냉동치료)
	MM030	자외선치료 [1일당]
	MM010	표층열치료
	MM020	심층열치료
	MM070	경피적 전기자극치료
	MM080	간섭파전류치료
2절 단순재활치료	MM041	수치료-증기용치료 [1일당]
	MM042	파라핀욕 [1일당]
	MM043	수치료-정규욕조치료 [1일당]
	MM044	수치료-회전욕치료(수, 족, 지) [1일당]
	MM045	수치료-회전욕치료(전신) [1일당]
	MM046	수치료-하버드탱크치료 [1일당]
	MM049	수치료-대조욕치료 [1일당]
	MM051	간헐적 견인치료-경추견인
	MM052	간헐적 견인치료-골반견인
	MM060	전기자극치료
	MM085	재활저출력레이저치료 [1일당]
	MM170	유속치료 [1일당]

○ 공고 2019-422호 (2020.1.1.시행)

## 치료 목적의 관절천자와 관절강내 주사 동시 실시 시 청구방법

**Q**  
uestion

동일 부위에 치료목적으로 관절천자 후 관절강내 주사를 통해 부신피질호르몬제를 주입하였습니다. 이 경우 청구 방법이 어떻게 되나요?

**A**  
nswer

관절천자를 치료목적(약물주입)으로 시행하는 경우에는 나802 관절천자 항목 소정점수의 30%를 가산하여 청구하며, 동일부위에 실시한 마9 관절강내 주사는 청구할 수 없습니다.

**관련 근거**

### 치료목적의 나802 관절천자와 마9 관절강내 주사 동시 실시 시 급여기준

관절천자를 치료목적(약물주입)으로 시행하는 경우에는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제2장 제4절 천자 주1.에 의거 나802 관절천자 항목 소정점수의 30%를 가산하여 인정하되, 동일 부위에 동시 실시한 마9 관절강내주사는 요양급여를 인정하지 아니함.

○ 고시 제2020-19호 (2020.2.1. 시행)

## 부신피질호르몬제를 이용한 관절강내주사 인정기준

**Q**  
uestion

부신피질호르몬제를 이용한 관절강내주사의 실시 간격은 어떻게 되나요?

**A**  
nswer

부신피질호르몬제를 이용한 관절강내 주사는 2~4주 간격으로 1년에 3~4회 인정하고, 동일애 여러 관절에 실시한 경우에는 2관절까지 인정하되, 1개월에 최대 3~4관절 까지만 인정합니다.

참고 ▶

부신피질호르몬제를 이용한 관절강내주사 인정기준

부신피질호르몬제를 이용한 관절강내 주사는 약제에 의한 부작용을 고려하여 동일관절에는 2-4주 간격으로 1년에 3-4회 인정하고, 동일애 여러 관절에 실시한 경우에는 2관절까지 인정하되, 1개월에 최대 3-4관절까지만 인정함

○ 고시 제2007-46호 (2007.6.1. 시행)

## Infusion Pump 및 수액유량조절기 인정기준

**Q**  
uestion

환자가 수액 주입 시 혈관이 자주 막혀서 control set을 연결해 주었습니다. 이 경우 수액유량조절기(control set)를 청구할 수 있나요?

**A**  
nswer

수액유량조절기(control set)를 청구할 수 있는 경우는 인정기준에 부합하는 경우이며 단순한 혈관유지 불편 등의 이유로 사용 시에는 인정되지 않습니다.

**관련  
근거**

정밀 지속적 점적주입 시 사용하는 치료재료(수액유량조절세트 등) 급여기준

정맥내 점적주사 시 약제의 정밀 주입을 목적으로 사용한 치료재료(수액유량조절세트, 정밀 점적주사용 catheter, 실린더식 주입 펌프용 카트리지는 별도 산정할 수 있으며, 급여기준은 다음과 같음

- 다 음 -

가. 수액유량조절세트

1) 급여대상

가) 8세 미만 소아

나) 약제 투여용량의 정확성이 요구되는 항암제 투여환자 또는 중증·응급환자

다) 유도분만을 위한 옥시토신 또는 조산방지를 위한 자궁수축억제제 주입 시

라) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조 중증질환자 산정특례 대상

나. 정밀 점적주사용 catheter, 실린더식 주입 펌프용 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 80%로 적용함.

○ 고시 제2019-166호 (2019.8.1. 시행)

참고 ▶

정밀 지속적 점적주입 시 사용하는 Infusion Pump의 급여기준

정맥내 점적주사 시 약제의 정밀 주입을 목적으로 Infusion Pump를 사용한 정밀 지속적 정맥내 점적주사의 급여기준은 다음과 같음

- 다 음 -

- 가. 8세 미만 소아
- 나. 약제 투여용량의 정확성이 요구되는 항암제 투여환자 또는 중증·응급환자
- 다. 유도분만을 위한 옥시토신 또는 조산방지를 위한 자궁수축억제제 주입시
- 라. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조 중증질환자 산정특례 대상

○ 고시 제2019-166호 (2019.8.1. 시행)

## 신경차단술의 가산 적용기준

**Q** 75세 환자에게 동통완화의 목적으로 신경차단술을 시행하였는데 노인 가산이 심사 조정되었습니다. 이유가 무엇인가요?

**A** 신경차단술을 동통완화 또는 치료목적으로 실시한 경우에는 마취행위가 아니므로 제6장 마취료 산정지침에 의한 노인 가산 및 공휴일 또는 야간가산도 적용할 수 없습니다. 다만, 마취목적으로 시행하는 경우에는 제6장 마취료 산정지침에 의거 가산이 가능합니다.

### 관련 근거

#### 신경차단술의 가산 적용기준

신경차단술은 마취, 동통완화 또는 치료목적으로 시행할 경우에 산정할 수 있으며 시술행위에 따라 소정금액을 산정하되, 동통완화 또는 치료목적으로 실시한 경우에는 마취행위가 아니므로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제6장 마취료 [산정지침]에 의한 신생아, 소아, 노인 가산을 할 수 없으며 응급진료가 불가피한 경우를 제외하고는 공휴일 또는 야간가산을 할 수 없음.

다만, 마취목적으로 시행하는 경우에는 제6장 마취료 [산정지침]에 의한 가산을 할 수 있음.

○ 고시 제2018-281호 (2019.1.1. 시행)

## 신경차단술 15회 초과시 수가산정방법

**Q**  
uestion

경추 추간판탈출증 환자에게 통증 완화 목적으로 척추후근신경절차단술을 주 2~3회 간격으로 실시하였는데, 일부가 50%수가로 심사 조정되었습니다. 사유가 무엇인가요?

**A**  
nswer

신경차단술은 상병에 따라 주 2~3회 인정함을 원칙으로 하고, 최초 시술부터 15회까지는 소정금액 100%, 15회를 초과 시에는 50%를 산정하여야 합니다. 따라서 15회 초과 실시가 확인된 경우에 신경차단술 수가를 50%로 조정된 것입니다.

6

마취료

관련  
근거

### 신경차단술의 산정기준

통증완화 또는 치료목적으로 실시하는 신경차단술은 상병명, 환자의 상태 및 신경차단술에 대한 환자의 반응 등에 따라 그 종류와 실시간격 및 횟수 등이 달라질 수 있으나 적정치료기간 등을 감안하여 동 시술에 대한 산정기준은 다음과 같이 함

- 다 음 -

- 가. 신경차단술은 상병에 따라 주 2~3회 인정함을 원칙으로 하되, 최초시술부터 15회까지는 소정금액의 100%를, 15회를 초과시는 50%를 산정함
- 나. 신경차단술을 장기간 연속적으로 실시하는 것은 바람직하지 아니하므로 일정기간 신경차단술 후 제통이 되지 않을 경우에는 치료의 방향 등을 고려하여야 하는 점 등을 감안하여 실시기간은 치료기간당 최대 2개월까지 인정함. 다만, 대상포진 후 통증, 척추수술 실패후 통증, 신경병증성통증(neuropathic pain), 척추손상후통증, 말기암성통증인 경우에는 예외로 적용함
- 다. 동일 병소에 날찌를 달리하여 서로 다른 신경차단술을 실시하는 경우에는 시술의 종류에 불문하고 실시횟수를 합산함
- 라. 동일병소에 동시에 서로 다른 2가지 이상의 신경차단술을 실시하는 경우에는 2가지의 신경차

단술만 산정하되, 주된 신경차단술은 해당 소정금액의 100%를 산정하고 제2의 신경차단술은 해당 소정금액의 50%를 산정하며, 횡수는 1회로 산정함. 다만, 주 신경에서 세분된 분지신경 차단술을 주 신경차단과 동시에 실시하는 경우에는 주 신경차단에 따른 효과를 고려하여 주 신경차단의 소정금액만 인정함(예: Saphenous N/B과 동시에 Articular branch block of Saphenous nerve)

○ 고시 제2009-180호 (2009.10.1. 시행)



## C-arm 등 투시가 반드시 필요한 신경차단술에 대하여

**Q**  
uestion

C-arm투시가 반드시 필요한 신경차단술은 무엇인가요?

**A**  
nswer

C-arm 등 투시가 반드시 필요한 신경차단술은 바22 관련 : 경추간공경막외신경차단술, 바23 관련 : 삼차신경절, 상악신경, 하악신경, 익구개신경절, 바24 관련 : 상박신경총신경차단술(supraclavicle approach 경우만), 바25 관련 : 척추주위척추관절돌기신경, 천장관절, 방척추신경근, 후근신경절신경차단술, 척추후지내측지신경차단술, 척추신경근(Psoas compartment block : blind block도 가능), 바26나 관련 : 흉요부교감신경절, 복강신경총, 하장간막신경총, 상하복신경총 입니다.

6

마취료

관련  
근거

### C-arm 등 투시가 반드시 필요한 신경차단술에 대하여

C-arm 등 투시가 반드시 필요한 신경차단술은 다음과 같으며, 동 신경차단술을 C-arm 등 투시 없이 실시한 경우에는 인정하지 아니함

- 다 음 -

- 가. 바22 관련 : 경추간공경막외신경차단술(Transforaminal epidural block)
- 나. 바23 관련 : 삼차신경절(Trigeminal ganglion), 상악신경(Maxillary nerve), 하악(Mandibular nerve), 익구개신경절(Pterygopalatine ganglion)
- 다. 바24 관련 : 상박신경총신경차단술(Brachial plexus block) (Supraclavicle approach 경우만)
- 라. 바25 관련 : 척추주위척추관절돌기신경(Facet joint), 천장관절(Sacro-iliac joint), 방척추신경근(Paravertebral spinal nerve root), 후근신경절신경차단술(Dorsal root ganglion block), 척추후지내측지신경차단술(Post. medial branch block) **척추신경근(Spinal root block)** (Psoas compartment block : blind block도 가능)
- 마. 바26나 관련 : 흉요부교감신경절(Thoracolumbar sympathetic ganglion), 복강신경총(Celiac plexus), 하장간막신경총(Inferior mesenteric plexus), 상하복신경총(Superior hypogastric plexus)

○ 고시 제2007-92호 (2007.11.1. 시행)

## 복재신경 및 복재신경관절지차단술의 수기로 산정방법

**Q**  
uestion

복재신경 차단술을 시행하였는데 어떻게 청구하면 되나요?

**A**  
nswer

복재신경에 실시하는 신경차단술은 실시 부위에 따라 발목까지는 바24거 척수신경 말초지차단술(대퇴신경) 소정점수의 50%, 발목아래는 바24거 소정점수의 25%를 산정하여 청구합니다.

관련  
근거 ▶

### 복재신경 및 복재신경관절지차단술의 수기로 산정방법

복재신경(Saphenous Nerve) 및 복재신경관절지(Articular Branch of Saphenous Nerve)는 대퇴신경에서 분지되는 말초지신경(Peripheral Branch Nerve)이므로 동 신경에 실시하는 신경차단술은 실시 부위에 따라 발목까지는 바24거 척수신경말초지차단술(대퇴신경)소정점수의 50%, 발목아래는 바24거 소정점수의 25%로 산정함

○ 고시 제2011-124호 (2011.11.1. 시행)

## 선택적 경추간공 경막외조영술/신경차단술 또는 경추간공경막외주사/신경차단술의 인정기준 및 수가산정방법

**Q**  
uestion

양측 S1(Sacrum)에 경막외조영 및경막외신경차단술을 시행하였습니다. 수가를 어떻게 산정해야하나요?

**A**  
nswer

1 level 양측을 시행한 경우, 다210나 경막외조영 소정점수와 바22가 경막외신경차단술(일회성차단) 소정점수의 50%를 산정합니다.

6

마취료

관련 근거

선택적 경추간공 경막외조영술/신경차단술(Selective Transforaminal Epidurography /Block) 또는 경추간공경막외주사/신경차단술(Transforaminal Epidural Injection/Block)의 인정기준 및 수가산정방법

선택적 경추간공 경막외조영술/신경차단술(Selective Transforaminal Epidurography /Block) 또는 경추간공경막외주사/신경차단술(Transforaminal Epidural Injection/Block)의 인정기준 및 수가산정방법은 다음과 같이 함

- 다 음 -

가. 인정기준

부신피질호르몬제 사용시 주1회씩, 3회 정도 시행하고 호전되지 않으면 수술 등 다른 치료 방법을 고려해야 함. 이때 확인할 수 있는 영상자료를 첨부토록 함

나. 산정방법

(1) 행위료

(가) 1 level 시행시

- 편측 - 다210나 경막외조영 소정점수만 산정 (Selective Transforaminal Epidural Block / Transforaminal Epidural Injection 행위료는 조영술료 에 포함)
- 양측 - 다210나 경막외조영 소정점수와 바22가 경막외신경차단술(일회성차단) 소정점수의 50%를 산정

(나) 동시에 2 level 이상 시행시

- 편측 - 제1 level은 다210-나 경막외조영 소정점수를 산정하고, 제2 level부터는 바22가 경막외신경차단술(일회성차단) 소정점수의 50%를 산정하되, 최대 3 level까지 산정함(바22가 최대 100%산정)
- 양측 - 최대 2 level까지 산정하며 제 1 level은 다210나 경막외조영 소정점수와 바22가 경막외신경차단술(일회성차단) 소정점수의 50%를 산정하고, 제2level은 바22가 경막외신경차단술(일회성차단) 소정점수의 50%를 산정함(바22가 최대 150%산정)

(2) 약제비 : 조영제, 국소마취제, 스테로이드 등 사용된 약제는 별도 산정함

○ 고시 제2009-180호 (2009.10.1. 시행)

참고

「선택적 경추간공 경막외조영술/신경차단술 (Selective Transforaminal Epidurography/Block) 또는 경추간공 경막외주사/신경차단술(Transforaminal Epidural Injection/Block)시 영상자료의 세부적용기준

선택적 경추간공 경막외조영술/신경차단술 (Selective Transforaminal Epidurography /Block) 또는 경추간공 경막외주사/신경차단술(Transforaminal Epidural Injection/Block)시에는 영상자료에서 다음 소견이 확인되어야 함

- 다 음 -

- 가. 주사바늘 끝(Needle tip)은 정면 상에서 추간공 안쪽에, 측면 상에서 전경막외강(anterior epidural space)에 위치해야 함
- 나. 조영제는 정면 상에서 시술부위(level) 주위의 경막외강에, 측면 상에서 전경막외강(anterior epidural space)내에 퍼짐이 확인되어야 함
- 다. 상기 가 또는 나 의 조건을 충족하기 어려운 경우는 그 사유를 기재 시에 사례별로 인정함

○ 공고 제2019-429호 (2013.9.1. 시행)

## 근막동통유발점 주사자극치료(TPI) 인정기준

**Q**  
uestion

사127 근막동통유발점 주사자극치료(TPI)를 실시하였는데 심사 조정되었습니다. 이유가 무엇인가요? 또한 물리치료와 병행 시행 시 인정기준이 궁금합니다.

**A**  
nswer

사127 TPI(Trigger point injection)의 적응증은 ‘근막동통증후군’입니다. 근막동통증후군은 상병명이 아닌 증후군으로서 ‘근육이나 인대의 한정된 부위에 압통이 있고, 이 압통 부위를 자극하면 환자가 평소에 느끼던 연관통(referred pain)을 발생시키는 경우’를 말하는 것으로 Trigger point가 있는 경우에 해당됩니다. 아울러, 근막동통유발점 주사자극치료는 근막내 동통유발점에 생리식염수가 국소마취제 등을 주사 후 스트레칭 운동을 실시한 경우에 산정하는 수가로 병행 실시하는 물리치료(표층열치료, 단순운동치료)는 근막내 동통유발점 주사와 연계되는 치료행위로 일련의 과정으로 판단하여 별도 산정할 수 없습니다.

7  
이 학  
요법료

**관련 근거**

사127 근막동통주사자극치료의 진료수가 산정방법 및 다른 물리치료요법을 병행 실시하는 경우의 인정기준

근막동통유발점 주사자극치료의 인정기준은 다음과 같이 함

- 다 음 -

- 가. 적응증 : 근막동통증후군(Myofascial Pain Syndrome)
- 나. 사용약제 : 국소마취제나 생리식염수의 약가는 동 요법의 소정수가에 포함하여 별도 산정하지 아니함. 다만, 부신피질호르몬제의 약가는 약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준에 의하여 산정함
- 다. 실시횟수 : 통상 3일 간격으로 7회 정도 산정하며 7회 이상 실시하는 경우에는 진료의사의 소견서를 첨부하여 실시횟수대로 산정하되, 15회를 초과하여 산정할 수 없음
- 라. 다른 물리치료요법을 병행 실시하는 경우 :  
사101 표층열치료와 사106 단순운동치료는 근막동통유발점 주사자극치로서 시행되는 일련

의 과정으로서 별도 산정할 수 없음. 그러나, 동통제거의 상승효과를 위하여 사104 경피적 전기신경자극치료(또는 간섭파전류치료), 사102 심층열치료를 병행하는 경우 입원 진료시에는 소정금액을 각각 산정하며, 외래 진료시에는 동일 목적으로 실시된 중복진료로 보아 병행 실시된 물리치료는 전액을 환자가 부담토록 함

○ 고시 제2016-204호 (2016.11.1. 시행)

## 경피적 전기신경자극치료(TENS) 인정 가능 횟수

**Q**  
uestion

하지의 염좌 상병으로 외래에서 경피적 전기신경자극치료(TENS)를 10일간 실시 하였으나 3일이 심사 조정되었습니다. 사유가 무엇인가요?

**A**  
nswer

고시에 의거 염좌, 좌상 등 상병에 대한 경피적전기신경자극치료(사104)는 1주 이 내 실시함이 원칙이므로 7일간 인정되었습니다. 다만, 반드시 실시가 필요하다는 의사소견서 등이 있는 경우에는 사례별로 인정이 가능합니다.

**관련 근거**

사104 경피적 전기신경자극치료, 사104주 간섭파전류치료, 사115 재활저출력레이저치료의 인정기준 및 기간

경피적 전기신경자극치료 및 간섭파전류치료, 재활저출력레이저치료는 근골격계 통증 및 신경통증의 완화를 위해 시행하는 요법으로서 관절염에는 2주, 염좌·좌상 등에는 1주, 추간판 탈출증에는 3주 이내로 실시함을 원칙으로 하되, 상태 호전이 있는 등 연장 실시가 반드시 필요한 경우에는 주 2~3회로 산정함

○ 고시 제2009-55호 (2009.4.1. 시행)

**참고**

재활저출력레이저치료와 경피적전기신경자극치료(또는 간섭파전류치료) 병용 실시 인정기준

사115 재활저출력레이저치료와 사104 경피적전기신경자극치료(또는 사104주 간섭파전류치료)는 동일목적의 치료이나, 작용기전이 다르고 단독치료보다 복합치료 시 치료효과가 증가하는 등의 장점이 있으므로 병용실시를 인정하되, 주된 물리치료는 요양급여하고 그 외 1종은 전액을 환자가 부담토록 함

○ 고시 제2009-135호 (2009.8.1. 시행)

## 뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등)환자에게 장기간 시행하는 전문재활치료 인정기준

**Q**  
uestion

뇌졸중이 발병한지 9개월이 된 환자에게 중추신경계 재활치료를 1일 2회 실시하였는데 조정되었습니다. 사유가 무엇인가요?

**A**  
nswer

뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등) 환자에게 장기간 시행한 전문재활치료는 환자의 기능회복 및 호전상태 등을 확인하여 전문재활치료 항목 및 실시기간 등을 사례별로 심사하고 있습니다. 따라서, 발병 후 2년 이내라도 환자의 기능적 회복이 3개월 동안 확인되지 않는 경우에는 필요한 전문재활 치료를 1일 1회만 인정하고 있습니다.

**관련 근거**

뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등) 등 환자에게 장기간 시행하는 전문재활치료의 인정기준

뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등) 환자에게 장기간 시행한 전문재활치료는 다음과 같이 심사적용함. 다만, 사131 연하재활 기능적전기자극치료는 중추신경계 질환, 뇌기저부 및 두개부 종양 수술환자에게 시행한 경우 급여 인정함. 또한, 뇌성마비와 진행성 중추신경계질환(파킨슨, 근위축성 측삭경화증)은 환자의 개별 증상이 다양하고, 장기적으로 지속적인 전문재활치료가 필요하므로 환자의 개별상태 등을 고려하여 사례별로 심사토록 함.

- 다 음 -

가. 뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등) 환자에게 시행하는 전문재활치료는 발병 후 2년간 인정하는 것으로 하되, 환자 기능회복 및 호전여부 등을 고려하여 아래와 같이 적용함.

- 아 래 -

- 1) 발병 후 2년 이내라도 환자의 기능적 회복이 3개월 동안 확인되지 않는 경우에는 필요한 전문재활치료를 1일 1회만 인정함.
- 2) 발병 후 2년이 경과한 경우에는 환자의 기능 상태 유지를 위하여 사-122 중추신경계 발달재활치료, 사-123 작업치료, 사-130 재활기능치료만 1일 1회 인정하나, 2년이



- 경과하였음에도 환자상태의 지속적인 호전이 있는 경우에는 3개월마다 기능회복 및 호전상태를 평가하여 필요한 전문재활치료를 인정함.
- 3) Vegetative state(식물인간 상태 등)는 발병기간에 관계없이 사례별로 필요한 전문재활치료만 인정함.
- 나. 발병 후 적정기간이 경과하였으나 부적절한 치료(전문재활치료를 중단한 경우 등)를 받은 경우 약 3개월 정도 전문재활치료를 실시하고, 기능 회복 및 호전여부 등에 따라 상기가.항과 동일하게 적용함.
- 다. 재활기능치료 중 사130-가 매트 및 이동치료와 사130-나 보행치료는 단계적으로 시행하여야 하므로 동일에 실시 시 1종만 인정함.
- 라. 사-124 일상생활동작훈련치료는 인지기능이 있는 환자에게 실시하여야 하며, 1-2종목만 실시하는 등 1일당 수가로 인정하기 곤란한 경우 주 2회 인정함.
- 마. 작업치료는 환자상태에 따라 사123-가 단순작업치료, 사123-나 복합작업치료, 사123-다 특수작업치료 중 한 항목을 선택하여 실시하여야 하므로 동일에 다른(단순작업치료 + 특수작업치료 등) 작업치료를 실시하였을 경우 1종만 인정함.
- 바. 서-141 연하장애재활치료는 발병 후 객관적 소견 없이 6개월 정도 인정하며 그 이후는 객관적 소견(연하장애평가검사 등)이 있는 경우 추가 인정함.
- 사. 사-126 기능적전기자극치료는 기능 호전을 목적으로 하는 재활치료이므로 발병 후 2년 이내는 1일 2회 인정가능하나 지속적인 치료에도 불구하고 근력이나, 기능적인 호전이 없는 경우 등에는 발병 후 6개월까지는 1일 2회 인정하고 6개월 이후에는 1일 1회 인정하며, 2년 이후에는 인정하지 아니함.
- 아. 사-131 연하재활 기능적전기자극치료는 3개월마다 실시한 연하장애 평가검사(비디오조영 연하검사 또는 내시경연하검사)에서 Penetration-Aspiration Scale(PAS)가 5 이상인 경우 인정하며(발병 또는 수술 후 6개월까지는 PAS 3이상인 경우 인정함), 발병 또는 수술 후 2년이 경과한 이후에는 인정하지 아니함.
- ※ 환자상태에 대한 기능적 회복 및 호전여부는 K-MBI, MRS, FIM, DRS, 근력, 경직, 관절운동 범위, 감각상실 변화, 균형 및 보행기능, 인지 및 언어기능, 연하기능 등을 평가하여 판단함.
- \* K-MBI : Korean Modified Barthel Index
  - \* MRS : Modified Rankin Scale
  - \* FIM : Functional Independence Measure
  - \* DRS : Disability Rating Scale

7  
이 학  
요법료

※ Penetration-Aspiration Scale(PAS)

1. Material does not enter the airway
2. Material enters the airway, remains above the vocal folds, and is ejected from the airway
3. Material enters the airway, remains above the vocal folds, and is not ejected from the airway
4. Material enters the airway, contacts the vocal folds, and is ejected from the airway
5. Material enters the airway, contacts the vocal folds, and is not ejected from the airway
6. Material enters the airway, passes below the vocal folds, and is ejected into the larynx or out of the airway
7. Material enters the airway, passes below the vocal folds, and is not ejected from the trachea despite effort
8. Material enters the airway, passes below the vocal folds, and no effort is made to eject

○ 공고 제 2019-422호 (2020.1.1.시행)

참고 ▶

사126 기능적전기자극치료(FES)의 급여기준

사126 기능적전기자극치료(Functional Electrical Stimulation)의 급여기준은 다음과 같이 하되, 근력이 좋거나(도수근력검사상 good등급 이상) 경직이 너무 강한 경우(Modified Ashworth scale grade IV)에는 인정하지 아니함.

- 다 음 -

- 가. 척수 또는 척추손상으로 인한 사지마비, 양하지마비의 기립 및 보행훈련
- 나. 뇌졸중으로 인한 편마비, 외상성 뇌손상, 뇌성마비 환자에게 족하수의 방지, 수근관절이나 완관절 등의 근력개선

○ 고시 제 2019-166호 (2019.8.1.시행)

## 개인정신치료 및 가족치료 산정기준

**Q**  
uestion

개인정신치료 및 가족치료를 하루에 2회 시행한 경우 모두 인정되나요?

**A**  
nswer

개인정신치료는 치료에 소요되는 시간에 따라 개인정신치료 I~V 로 구분되며 이는 같은 날 동시에 실시할 수 없으므로 개인정신치료는 I~V를 불문하고 1일1회만 산정할 수 있습니다. 가족치료는 환자의 가족을 대상으로 하는 것으로 개인가족치료와 집단가족치료로 구분되어 아3가 가족치료(개인)은 주3회이,마취내, 아3나 가족치료(집단)은 주1회만 산정할 수 있으며, 횟수를 초과한 경우에는 본인부담률 90%로 적용합니다. 따라서 개인정신치료 및 가족치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 1회만 산정할 수 있습니다.

8  
정신  
요법료

관련  
근거

### 개인정신치료 및 가족치료 산정기준

1. 아1 개인정신치료 및 아3 가족치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 1회만 산정할 수 있음.
2. 아1 개인정신치료는 아1가 개인정신치료 I, 아1나 개인정신치료 II, 아1다 개인정신치료 III, 아1라 개인정신치료 IV, 아1마 개인정신치료 V를 같은 날 동시에 산정할 수 없음.
3. 아3가 가족치료(개인)은 주3회 이내, 아3나 가족치료(집단)은 주1회만 인정하며, 횟수를 초과하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함.

○ 고시 제2018-135호 (2018.7.1. 시행)

## 의료급여 정신질환자의 외래 약제비 청구방법

**Q**  
uestion

정신건강의학과 전문의료급여 기관에서 의료급여 정신질환자에게 외래 진료 후 약제를 처방한 경우 원내조제가 가능한가요? 아니면 원외처방전으로 발급하여야 하나요?

**A**  
nswer

“정신질환으로 자신 또는 타인을 해칠 우려가 있는 정신질환자(F20~F99)”의 경우 정신질환자의 의약분업 예외적용 대상으로 원내조제가 가능합니다. 이때 환자의 진단명과 진료당시 환자의 상태를 확인할 수 있는 담당의사의 객관적인 소견을 첨부하여야 합니다.

관련  
근거

### [의료급여] 의료급여수가의 기준 및 일반기준 제10조

제10조(정신질환 외래수가 등) ①정신건강의학과 전문의료급여기관에서 한국표준질병사인분류 항목 중 정신질환에 대한 외래진료 시 급여비용은 제1조에 따라 산정한다. 이 경우 개인정신치료 및 가족치료 산정기준은 다음 각 호와 같다.

1. 개인정신치료는 같은 날 동시에 산정할 수 없으며, 각각의 개인정신치료를 합하여 주 2회 이내만 산정할 수 있다.
2. 가족치료(개인가족치료, 집단가족치료)는 각각 주 1회만 산정할 수 있다.
3. 개인정신치료 및 가족치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 1회만 산정할 수 있다.

②정신질환자 외래투약 시에는 환자상태 및 병력 등에 따라 그 투약기간을 적절하게 처방하도록 하여야 하며, 환자의 치료가 투약만으로 가능하다고 판단될 때에는 환자의 불편을 최소화할 수 있도록 1회 내원 시 기준처방일수(15일 이상)를 준수하여야 한다.

③ <2017.3.13일자로 삭제>

○ 고시 제2018-143호 (2018.8.1. 시행)

**관련  
근거**
**정신질환자의 의약분업 예외적용 기준**

1. 약사법 제23조제4항제3호에 의거 “조현병 또는 조울증 등으로 자신 또는 타인을 해칠 우려가 있는 정신질환자”에 대하여 조제하는 경우는 의약분업 적용 예외 대상이며, 이에 대한 판단은 환자의 진단명과 진료 당시 환자의 상태를 동시에 고려하여야 함
2. 따라서, 정신질환자(F20~F99)에 대하여 의료기관내에서 조제를 할 경우에는 “자신 또는 타인을 해칠 우려가 있다”고 판단되는 담당의사의 객관적인 소견(자신 또는 타인을 해한 환자의 과거력이나 진료기록, 또는 현재이후의 우려판단)을 첨부하여야 함.  
(EDI·전산매체청구기관은 참조란에 기재)

○ 고시 제2018-206호 (2018.10.1. 시행)

## 처치 및 수술료, 마취료의 야간 및 공휴가산 인정여부

**Q**  
uestion

입원 중 시행한 수술(마취포함) 행위에도 야간 가산을 적용할 수 있나요?

**A**  
nswer

처치에 대한 야간 및 공휴가산은 의원(치과의원, 보건의료원 포함) 외래에서 수술(마취포함)을 행한 경우 가산 적용의 대상이며, 입원은 이에 해당하지 않습니다.

**Q**  
uestion

입원중인 환자에게 상지의 3도 화상이 있어 화상처치를 매일 실시하고 있습니다. 화상처치가 일요일에도 계속 시행되는 경우에 공휴 가산료를 산정할 수 있나요?

**A**  
nswer

입원기간 동안 화상처치나 대상포진 처치, 수술 후 처치와 같이 계속되는 처치인 경우 공휴일에 실시하더라도 공휴 가산료는 인정되지 않습니다.

관련  
근거

「건강보험요양급여비용」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등  
제 1절 처치 및 수술료 [산정지침]

- (1) 18시~9시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 처치 및 수술을 행한 경우에는 소정점수의 50%를 가산한다.(산정코드 두 번째 자리에 18시~9시는 1, 공휴일은 5로 기재) 다만, 22~6시에 분만(자-435, 자-436, 자-438, 자-450, 자-451)을 시행한 경우에는 소정점수의 100%를 가산한다. (산정코드 두 번째 자리에 6 으로 기재) 이 경우 해당 처치 및 수술을 시작한 시각을 기준하여 산정한다.
- (21) 18시~09시, 토요일 및 공휴일에 의원(보건의료원 포함)·치과의원(보건의료원 포함) 외래에서 (별표8)에 열거한 항목을 행한 경우에는 소정점수의 30%를 가산한다.(산정코드 두

번째 자리에 8로 기재) 이 경우 해당 항목을 시작한 시각을 기준하여 산정하며, 산정지침 (1)과 중복 가산하지 아니한다.

**관련  
근거**

「건강보험요양급여비용」 제1편 제2부 제6장 마취료 [산정지침]

- (9) 18시~09시, 토요일 및 공휴일에 의원(보건의료원 포함)·치과의원(보건의료원 포함) 외래에서 제9장(별표8)에 열거한 항목 또는 제10장(별표2)에 열거한 항목에 대하여 마취를 행한 경우에는 소정점수의 30%를 가산한다.(산정코드 두 번째 자리에 8로 기재) 이 경우 해당 마취를 시작한 시각을 기준하여 산정하며, 산정지침 (4)와 중복 가산하지 아니한다.

## 하기도 증기흡입치료 인정기준

**Q**  
uestion

기관지염에 하기도 증기 흡입치료를 실시하였는데 심사 조정되었습니다. 사유가 무엇인가요?

**A**  
nswer

하기도 증기흡입치료는 천식이나 만성폐쇄성 폐질환의 급성 악화기, 급성 세기관지염의 호흡곤란 치료에 한하여 인정 가능하고 단순기관지염 등에는 인정되지 않습니다.

관련  
근거

「건강보험요양급여비용」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 제1절 처치 및 수술료

자4-1 하기도 증기흡입치료[1일당]

- 주: 1. 1일 1회 산정을 원칙으로 하되, 소아, 노인, 안면마비, 의식불명 등 일반흡입제 사용이 곤란한 환자의 천식발작 치료시에는 1일 3회, 천식지속상태 치료시에는 1일 6회까지 산정한다
2. Disposable Nebulizer Kit, Mask의 재료대는 별도 산정한다.

관련  
근거

자4-1 하기도증기흡입치료 급여기준

1. 자4-1 하기도 증기흡입치료(Nebulizer Treatment of Lower Airway)는 천식이나 만성폐쇄성 폐질환의 급성악화기, 급성세기관지염의 호흡곤란치료에 실시함을 원칙으로 함
2. 상기 1. 기준 이외에도 다음과 같은 경우에 요양급여 함



- 다 음 -

가. 응급실 또는 입원진료 중인 환자

- 1) 정량식(또는 분말)흡입기를 사용할 수 없는 경우로 “기도 폐쇄에 의한 호흡곤란( $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$  등)” 이 있거나 “하기도경련에 의한 천명(Wheezing)” 이 확인되는 경우에는 급성기 일주일 이내 인정함
- 2) 객담배출이 곤란하여 전신 투여(경구 또는 주사)를 실시하였음에도 불구하고 치료효과를 기대할 수 없어 직접 하기도에 국소 투여가 필요한 경우에는 급성기에 사례별로 인정함

나. Pentamidine isethionate 주사제의 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따라 증기흡입치료하는 경우

○ 고시 제2017-152호 (2017.9.1.시행)

## 결장경하폴립절제술 수가 산정방법

**Q**  
uestion

결장경하 종양 수술-폴립절제술 시 최대 몇 개까지 산정 할 수 있나요?

**A**  
nswer

결장경하 종양수술-폴립절제술 시 1개 이상의 폴립을 절제한 경우에는 1개가 초과 되는 폴립부터 폴립의 개수마다 410,28점을 최대 5개 까지 산정할 수 있습니다.따라서 최대 6개 까지 산정이 가능합니다.

관련  
근거

「건강보험요양급여비용」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 제1절 처치 및 수술료

자-770 결장경하 종양 수술

가. 폴립 절제술

주: 1개 이상의 폴립을 절제한 경우에는 초과되는 폴립 개수마다 410,28점을 산정한다(최대 5개까지)

관련  
근거

결장경하 폴립절제술 인정기준

결장경하 폴립 절제 시 폴립의 크기가 0.5cm 이상이거나, 0.5cm 미만이라도 올가미(snare)를 사용하여 절제한 경우에는 자770가 결장경하 폴립절제술로 인정하며, 폴립의 크기가 0.5cm 미만으로서 올가미를 사용하지 않은 경우에는 폴립의 개수와 상관없이 나766 결장경검사 소정점수와 나854 내시경하생검 소정점수로 산정함

○ 고시 제2007-46호 (2007.6.1. 시행)

참고 ▶

나766 결장경검사, 나767 직장경검사, 나768 S상결장경검사 동시 실시 시 급여기준

다음 검사 중 두 가지 이상의 검사를 동시에 실시한 경우, 일련의 과정으로 보아 1종목만 요양 급여를 인정함.

- 다 음 -

- 가. 나766 결장경검사
- 나. 나767 직장경검사
- 다. 나768 S상결장경검사

○ 고시 제2019-315호 (2020.1.1. 시행)

## 1회용 수술(시술)팩의 급여기준

**Q**  
uestion

리도카인으로 국소마취 후 수술을 시행한 경우에도 수술팩의 별도 보상이 가능한가요?

**A**  
nswer

바1, 바2 마취에 해당하지 않는 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등으로 수술을 시행한 경우 수술팩은 별도로 청구할 수 없습니다.

관련  
근거

### 1회용 수술(시술)팩의 급여기준

1회용 수술(시술)팩은 수술 부위를 오염 등으로부터 보호하기 위해 사용하는 환자용, 의료진용, 수술기구용, 기타 구성품으로 구성된 패키지로 다음의 경우에 요양급여를 인정하고 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」의 해당 치료재료비용을 산정함. 또한, 적응증 이외의 경우에는 소정 행위료에 포함되어 별도 산정하지 아니함

- 다 음 -

가. 적응증

- 1) 바1, 바2 마취에 의한 수술
- 2) 중재적 방사선시술
- 3) ECMO(체외순환막형산화요법, Extra Corporeal Membrane Oxygenation)를 위해 Cannula를 삽입하는 시술
- 4) 중심정맥관 삽입술
- 5) 자연분만

나. 인정개수 : 수술(시술) 당 1개 인정

단, **협외 진료료 2가지 이상 수술(시술)을 동시에 시행하여 수술(시술)팩을 추가로 사용하는 경우 별도인정**

다. 산정방법

- 1) 적응증 '가. 1)' 의 경우 'CABG 수술팩' , 'Shoulder, Knee, Hip 관절치환 수술팩' , '눈 수술팩' , 마취시간별 수술팩(I)~(IV) 중 해당 수술팩 치료재료비용을 산정
- 2) 적응증 '가. 2)~4)' 의 경우 '중재적 방사선 시술팩' , 'ECMO 시술팩' , '중심정맥관 삽입 시술팩' 중 해당 시술팩 치료재료비용을 산정
- 3) 적응증 '가. 5)' 의 경우 '수술팩(I)(마취시간 1시간이하)' 치료재료비용을 산정

라. 다만, 1회용 수술(시술)팩을 사용하지 않고 린넨팩을 사용하는 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 해당 린넨팩 관리료(자-0)를 별도 산정할 수 있으며, 이는 2018년 12월 31일까지 한시적으로 적용함

○ 고시 제2018-19호 (2018.2.1. 시행)

## 자궁내장치(IUD) 교체시 제거료 산정방법

**Q**  
uestion

자궁내장치(IUD)를 시행한 환자에게 장치를 교체하기 위하여 자궁내장치를 제거하고 재삽입하였습니다. 이 경우 관련 진료비를 보험급여할 수 있나요?

**A**  
nswer

본인이 원하여 자궁내장치삽입술을 시술받고 동 장치를 교체하기 위하여 기 유치된 자궁내장치를 제거하고 재삽입하는 경우는 관련 진찰료 및 시술료 등은 비급여 대상입니다. 다만, 피임시술 요양급여 대상자가 자궁내 장치를 교체하는 경우는 자427-1 자궁내 장치 제거료 50%를 보험급여로 산정 가능합니다.

관련  
근거

### 자궁내장치(IUD) 교체시 제거료 산정방법

1. 피임시술 요양급여 대상자가 자궁내 장치기구를 교체하기 위하여 기 유치된 자궁내장치를 제거하고 새기구를 재삽입하는 경우는 자427-1 자궁내장치 제거료를 50% 산정함
2. 다만, 본인이 원하여 자궁내장치삽입술을 시술받고 동 장치를 교체하기 위하여 기유치된 자궁내장치를 제거하고 재삽입하는 경우는 관련 진찰료 및 시술료 등은 비급여 대상임

○ 고시 제2011-50호 (2011.5.1. 시행)

참고

### 자궁내장치(IUD) 제거료 급여기준

피임시술 요양급여 대상자 또는 본인이 원하여 자궁내장치삽입술을 시술받은 대상자가 다음과 같은 사유로 제거시 자궁내장치제거료는 요양급여 대상으로 인정함

- 다 음 -

- 가. 지속적인 자궁·질 출혈, 과다월경
- 나. 골반통, 복통, 월경통

다. 폴반염, 자궁·질염

라. 자궁천공

마. 임신

바. 암: 자궁체부, 자궁경부, 유방암(레보노르게스트렐 자궁내장치)

사. 상기 가.~바. 이외 의학적 치료가 필요하여 제거한 사유를 제시한 경우

○ 고시 제2017-263호 (2018.1.1. 시행)

## 사마귀제거술 급여대상 여부 및 수기로 산정방법

**Q**  
uestion

오른쪽 발바닥 및 동측 여러 발가락에 각각 4개와 3개의 사마귀 제거술을 시행하였습니다. 이런 경우 수기는 어떻게 청구해야 하나요?

**A**  
nswer

우선 시행하고자하는 사마귀제거술이 급여대상에 포함되는지 확인해야 합니다. 발바닥, 발가락 등에 사마귀가 생겨 보행이나 신을 신는데 통증이나 불편을 줄 경우의 사마귀제거술은 급여대상이 됩니다. 하지만, 사마귀가 몸통이나 허벅지 등에 있어 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우의 사마귀제거술은 비급여대상입니다. 수기는 타눈제거술로 준용 산정하고 제1의 것은 100%, 제2의 것은 50%로 산정하되 최대 200%까지 산정하며, 발가락과 발바닥은 타부위로 간주하여 소정금액을 각각 산정하여야 합니다. 따라서 동 사례의 경우 수기는 400%(발바닥 200% + 발가락 200%)로 산정하여 청구해야 합니다.

관련  
근거

### 사마귀제거술의 급여여부 및 수기로 산정방법

사마귀제거술은 업무 또는 일상생활에 지장을 초래하는 경우 요양급여하며, 자14-1 타눈제거술로 준용 산정하되, 수가 산정방법은 다음과 같이함

- 다 음 -

- 가. 동일부위에 근접하고 있는 2개 이상을 동시에 제거하는 경우에는 제1의 것은 100%, 제2의 것부터는 50%를 산정하되 최대 200%를 산정함
- 나. 동일부위의 범위는 다섯 손가락, 다섯 발가락을 각각 하나의 범위, 손바닥과 손등을 합쳐서 하나의 범위, 발바닥과 발등을 합쳐서 하나의 범위로 함

○ 고시 제2016-226호 (2016.12.1. 시행)



## 하비갑개점막하절제술과 비중격교정술 동시 실시시 수술료 청구 방법

**Q**  
uestion

1일 입원하여 하비갑개점막하절제술을 양측으로 시행하면서 연골에 달하는 비중격교정술을 동시 시행하였습니다. 이 경우 수술료는 어떻게 청구해야 하나요?

**A**  
nswer

관련 고시에 의거 양측으로 실시한 하비갑개점막하절제술(자102) 수기료가 비중격교정술-연골에 달하는 것(자100-가) 수기료보다 큰 경우에 해당되므로, 수기료는 자102 하비갑개점막하절제술 200%와 자100-가 비중격교정술 또는 성형술-연골에 달하는 것 50%로 산정하여 청구하여야 합니다.

관련  
근거

자100 비중격교정술과 양측으로 동시에 시행한 자101 하비갑개절제술 또는 자102 하비갑개점막하절제술의 수기료 산정방법

양측으로 자101 하비갑개절제술 또는 자102 하비갑개점막하절제술 실시하면서 동시에 자100 비중격교정술을 시행한 경우 수기료는 다음과 같이 산정함

- 다 음 -

- 가. 자100 비중격교정술 수기료가 동시 실시한 양측 수기료보다 큰 경우 : 자100 소정점수의 100%, 동시 수술 소정점수의 150% [종합병원(상급종합병원 포함)은 170%] 산정
- 나. 자100 비중격교정술 수기료가 동시 실시한 양측 수기료 보다 작은 경우 : 자100 소정점수의 50% [종합병원(상급종합병원 포함)은 70%], 동시 수술 소정점수의 200% 산정

○ 고시 제2014-126호 (2014.8.1. 시행)

## 건·인대 피하단열수술, 건 및 인대 성형술의 진료수가 산정방법

**Q**  
uestion

환자가 손가락의 깊은 자상(stab wound)으로 내원하여 동일 부위의 flexor tendon 1개, extensor tendon 1개를 봉합하는 경우의 수기는 어떻게 산정하여야 하나요?

**A**  
nswer

수가산정방법에 의해 신전(extensor)측의 경우는 자91 건, 인대 피하단열수술, 굴곡(flexor)측의 경우는 자93가 건 및 인대성형술-간단한 것으로 산정 가능하며, 동일 부위의 수술이므로 주·부수술 개념을 적용하여 자93가 건 및 인대성형술-간단한 것 100%, 자91 건, 인대 피하단열수술 50%로 산정하면 됩니다.

**관련 근거**

### 자91 건, 인대 피하단열수술, 자93 건 및 인대 성형술의 진료수가 산정방법

수개의 건·인대에 대한 봉합, 박리, 절제술을 시행했을 때 동일 부위에 절개선이 다른 경우에는 각각의 수술로 인정하되, 동일 피부 절개인 경우 다음과 같이 산정함

- 다 음 -

가. 굴곡측

- (1) 건·인대 개수가 1-2개 : 자93가 건 및 인대성형술-간단한 것으로 산정
- (2) 건·인대 개수가 3-5개 : 자93나 건 및 인대성형술-복잡한 것으로 산정
- (3) 건·인대 개수가 6개 이상 : 자93나 소정점수의 100%에 5개를 초과하는 추가 건마다 자93나의 20%를 가산하여 최대 200%까지 산정

나. 신전측

- (1) 건·인대 개수가 1개 : 자91 건, 인대 피하단열수술로 산정
- (2) 건·인대 개수가 2-3개 : 자93가 건 및 인대성형술-간단한 것으로 산정
- (3) 건·인대 개수가 4-5개 : 자93나 건 및 인대성형술-복잡한 것으로 산정
- (4) 건·인대 개수가 6개 이상 : 자93나 소정점수의 100%에 5개를 초과하는 추가 건마다 자93나의 20%를 가산하여 최대 200%까지 산정

○ 고시 제2017-118호 (2017.7.1. 시행)

관련  
근거

「건강보험요양급여비용」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등  
제 1절 처치 및 수술료 [산정지침]

- (5) 동일 피부 절개 하에 2가지 이상 수술을 동시에 시술한 경우 주된 수술은 소정 점수에 의하여 산정하고, 제2의 수술부터는 해당 수술 소정점수의 50%(산정코드 세 번째 자리에 1로 기재), 상급종합병원·종합병원은 해당 수술 소정점수의 70%(산정코드 세 번째 자리에 4로 기재)를 산정한다. 다만, 주된 수술시에 부수적으로 동시에 실시하는 수술의 경우에는 주된 수술의 소정점수만 산정한다.

## 치료재료대 Suture Anchor 인정기준

**Q**  
uestion

견관절부위 인대 재건 수술시 사용되는 Suture Anchor(봉합나사못)은 몇 개 까지 인정이 되나요?

**A**  
nswer

견관절부위 인대 등을 재건시 사용 하는 Suture Anchor(봉합나사못)는 단독 병변일 경우 6개 이내, 복합병변일 경우 8개 이내에서 인정가능하며, 부위별 인정개수를 초과한 경우 치료재료 비용은 본인부담률을 80%로 적용합니다.

**관련 근거**

### Suture Anchor(봉합나사못)의 급여기준

1. 관절부위 인대 등을 재건 시 사용하는 Suture Anchor(봉합 나사못)는 다음의 경우에 요양급여를 인정함

- 다 음 -

가. 견관절(shoulder)

- 1) 단독병변일 경우 : 6개 이내
- 2) 복합병변일 경우 : 8개 이내

나. 주관절(elbow), 슬관절(knee), 완관절(wrist), 족관절(ankle), 고관절(hip) : 2개

단, 족관절에 Suture Anchor(봉합나사못)를 Biotenodesis Screw와 같이 사용시에는 Biotenodesis Screw개수를 포함하여 최대 2개까지 인정함.

다. 지관절(finger, toe) : 1개

2. 상기 1항 급여대상의 적응증별 인정개수를 초과하여 사용한 치료재료비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.

○ 고시 제2017-152 (2017.9.1. 시행)

## 생검용 Forcep 과 절제술용 Forcep(생검포함)의 차이

**Q**  
uestion

생검용 Forcep과 절제술용 Forcep(생검포함)의 차이는 무엇인가요? 또, 어떤 시술에 산정가능한가요?

**A**  
nswer

절제술용 forcep과 생검용 forcep의 차이는 식품의약품안전처의 허가사항(사용목적)의 차이로 구분됩니다. 치료재료 급여목록상 절제술용 forcep(생검포함)으로 등재된 제품은 식약처의 허가사항 상 절제 및 생검이 가능한 치료재료로 고시된 제품이며, 생검용 forcep 으로 등재된 제품은 식약처 허가사항 상 생검 목적으로 사용 시 인정되는 치료재료입니다. 따라서, 절제술용 forcep을 생검만을 목적으로 사용시에는 인정되지 않습니다.

**관련 근거**

### 소화기 내시경하 시술 등에 사용하는 치료재료 급여기준

내시경하 시술시 사용하는 치료재료는 해당 치료재료별로 다음과 같은 항목에 한하여 「치료재료 급여 비급여목록 및 급여상한금액표」에서 정한 금액을 별도 산정함.

- 다 음 -

가. Argon probe(코드N0041001)

- 1) 자762 내시경적 상부소화관 출혈지혈법
- 2) 자768 결장경하 출혈지혈법
- 3) 자773 에스상결장경하 출혈지혈법
- 4) 자778나 풍선 소장내시경하 출혈 지혈법

나. 절제술용 Forcep(생검포함)(코드N0041002)

- 1) 자131-1가 내시경적 기관 또는 기관지 종양제거술 [육아조직 포함] (연성기관지경)
- 2) 자765 내시경적 상부 소화관 종양수술
- 3) 자770 결장경하 종양수술
- 4) 자775 에스상결장경하 종양수술

- 5) 자776마 역행성 담췌관 내시경 수술(용종 및 종양제거술)
- 6) 자777다 경피적담관[낭]경을 이용한 시술[PTBD Route 또는 T-Tube을 이용한 경우](용종 및 종양제거술)
- 7) 자778마 풍선 소장내시경하 용종 절제술

다. 절제용 Snare(코드N0041003)

- 1) 자765 내시경적 상부소화관 종양수술
- 2) 자770 결장경하 종양수술
- 3) 자775 에스상결장경하 종양수술
- 4) 자776마 역행성 담췌관 내시경 수술(용종 및 종양제거술)
- 5) 자778마 풍선 소장내시경하 용종 절제술

라. Papillotome(코드N0041004)

소화기 내시경하 시술과정상 유두괄약근 절개(Sphincterotomy)가 이루어진 경우 산정

마. 기타

- 1) 사용개수는 각 시술 당 1개 인정하는 것을 원칙으로 하되, 절제술용 Forcep (생검 포함) 과 절제용 Snare는 폴립크기 및 경(Stalk)의 유무에 따라 선택적으로 사용되는 점 감안하여 동시 사용 시 각각 인정함.
- 2) 절제술용 Forcep(생검포함) 과 절제용 Snare는 내시경적 소화관 종양수술-점막하 박리 절제술(ESD: Endoscopic Submucosal Dissection)에는 인정하지 아니함.
- 3) 절제술용 Forcep(생검포함)은 생검만 시행한 경우는 인정하지 아니함.

○ 고시 제2017-15호 (2017.2.1. 시행)

참고

내시경적 시술 시 사용되는 Sclerosing Needle의 급여기준

- 1. 내시경적 시술 시 사용되는 Sclerosing Needle은 식약처 허가사항의 사용목적에 따라 다음의 경우에 시술당 1개 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

가. 내시경적 절제 및 절개술 시

- 1) 자765나 내시경적 상부 소화관 종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술
- 2) 자765다 내시경적 상부 소화관 종양수술-점막하 박리 절제술
- 3) 자770나 결장경하 종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술
- 4) 자770다 결장경하 종양수술-점막하 박리 절제술

- 5) 자775나 에스상결장경하 종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술
- 6) 자778마 풍선 소장내시경하 용종 절제술
- 7) 자779 경구 내시경 근절개술

나. 내시경적 출혈 지혈 시

- 1) 자762 내시경적 상부 소화관 출혈 지혈법
- 2) 자768 결장경하 출혈 지혈법
- 3) 자773 에스상결장경하 출혈 지혈법

2. 상기 1.가.~나.의 시술이 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80% 적용하는 경우에는 동 치료재료도 동일하게 적용함.

○ 고시 제2019-80호 (2019.5.1. 시행)

## ‘은 함유 이외’ 드레싱류의 급여기준

**Q**  
uestion

입원중인 환자에게 만성궤양이 생겨 소독시 ‘은 함유 이외’ 드레싱류를 사용하였고 1주간 7개를 사용하였습니다. 고시기준에는 4개/주, 4주간 이라고 되어있는데도 이런 경우 나머지 3개는 비급여로 해야하나요?

**A**  
nswer

만성궤양 등 장기적 드레싱을 요하는 경우에는 1주에 4개, 4주간 요양급여하고 급여대상 및 개수를 초과하여 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용합니다. 따라서 초과한 3개는 청구명세서상 'B: 100분의 80본인부담'에 청구하여야 합니다.

관련  
근거

### ‘은 함유 이외’ 드레싱류의 급여기준

1. ‘은 함유 이외’ 드레싱류는 창상 부위의 삼출액 흡수 및 습윤 환경을 조성하여 상처 치유 시간을 줄이는 등의 장점이 있어 다음의 경우에 요양급여함.

- 다 음 -

- 가. 삼출액이 많은 심부2도 이상 화상의 경우
  - 1) 체표면적 20% 미만의 경우 4개/주, 4주간
  - 2) 체표면적 20% 이상의 경우 실사용량, 4주간
- 나. 만성궤양 등 장기적 드레싱을 요하는 경우  
: 4개/주, 4주간
- 다. 수포성 표피박리증(Epidermolysis Bullosa)의 경우  
: 실사용량



2. 상기 1.의 급여대상 및 개수를 초과하여 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.
3. 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」상 ‘은 함유’ 이외의 드레싱류에 해당하는 중분류명은 아래와 같음.  
(단, 규격별 세부분류 이하 명시는 생략함)

- 아 래 -

가. 첨가제가 없는 경우

- 1) 폼 드레싱류(SHEET TYPE)
- 2) 폼 드레싱류(CAVITY TYPE/원통형)
- 3) 폼 드레싱류(CAVITY TYPE/직사각형)
- 4) 폼 드레싱류(입체형/hand)
- 5) 하이드로콜로이드 드레싱류(SHEET TYPE)
- 6) 하이드로겔 드레싱류(SHEET TYPE)
- 7) 하이드로겔 드레싱류(GEL,PASTE TYPE)
- 8) 하이드로겔 드레싱류(SPRAY TYPE)
- 9) 알지네이트/하이드로파이버 드레싱류(SHEET TYPE)
- 10) 알지네이트/하이드로파이버 드레싱류(CAVITY TYPE/무정형)
- 11) 알지네이트/하이드로파이버 드레싱류(CAVITY TYPE/직사각형)
- 12) 복합 드레싱류(SHEET TYPE)

나. 첨가제가 있는 경우

- 1) 폼 드레싱류, 은 이외 함유(SHEET TYPE)
- 2) 하이드로겔 드레싱류, 은 이외 함유(GEL,PASTE TYPE)
- 3) 하이드로겔 드레싱류, 은 이외 함유(SPRAY TYPE)
- 4) 알지네이트/하이드로파이버 드레싱류, 은 이외 함유(SHEET TYPE)
- 5) 복합 드레싱류, 은 이외 함유(SHEET TYPE)
- 6) 합성거즈 드레싱류, 은 이외 함유(SHEET TYPE)

○ 고시 제2019-221호 (2019.11.1. 시행)

## 입원 중 환자를 타 요양기관에 진료의뢰시 발생한 약제비 산정 방법

**Q**  
uestion

요양병원에 입원 중인 환자가 산정특례 대상 상병에 대한 진료의뢰 당일 산정특례 대상이 아닌 타 상병 진료도 동시에 이루어졌습니다. 이 경우 청구방법은 어떻게 되나요?

**A**  
nswer

산정특례 대상 상병에 대한 진료는 의뢰받은 기관에서 직접 청구, 산정특례 대상과 전혀 관련 없는 타 상병(기왕증 포함)의 진료는 산정특례 대상에 해당하지 않으므로 기존 행정해석에 따라 요양병원에서 일괄 청구합니다.

관련  
근거 ▶

### 요양병원 입원중인 산정특례 대상자를 타병원 진료의뢰시 수가 산정방법

요양병원에 입원 중인 본인일부부담금 산정특례 대상자를 치료하는 과정에서 인력·시설 또는 장비가 갖추어져 있지 아니하여 부득이하게 해당 진료도 가능한 요양기관으로 환자를 의뢰한 경우 수가산정방법은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

가. 산정대상

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표3], [별표4] 및 [별표4의2]에 따른 산정특례 대상 상병명으로 진료의뢰 한 경우

나. 산정방법

- 1) 의뢰받은 요양기관상기 가.는 의뢰받은 진료에 대하여 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편을 적용하여 청구함
- 2) 의뢰한 요양병원의뢰당일은 가산 등(의사 및 간호인력확보수준에 따른 입원료 차등제와 간호인력확보수준에 따른 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제에 따른 가산, 간호사 비율이 간호인력의 3분의 2이상 및 필요인력 확보에 따른 1일당 별도 산정 금액, 의료질평가지원금, 요양병원 입원환자 안전관리료)을 적용하지 않은 일당 정액수가를 산정함

다. 기타의뢰받은 요양기관과 의뢰한 요양병원은 요양급여비용 청구 시 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 의하여 특정내역 구분코드(MT063)를 작성하여 청구함

○ 고시 제2019-302호 (2020.1.1. 시행)

참고 ▶

**요양병원에 입원중인 환자를 타 요양기관으로 진료의뢰하여 의뢰받은 요양기관에서 진료 후 발생한 약제비 산정방법**

- 요양병원의 일당정액 수가에는 별도로 산정하도록 정해진 약제를 제외한 경구 및 비경구 약제비용이 모두 포함되어 있으므로, 요양병원에 입원중인 환자에게 별도 산정토록 정해진 약제를 제외한 나머지 약제에 대하여 원의처방전을 발행하는 것은 인정하지 아니하나, 요양병원에서 위 내용에도 불구하고 불가피하게 원의처방하는 경우는 동 내역을 청구명세서에 명기할 경우 심사시 이를 고려하여 심사·조정할 것임을 기 통보한 바 있음
- 따라서, 요양병원에 입원 진료중인 환자를 치료하는 과정에서 시설·장비 또는 인력이 갖추어져 있지 아니하여 부득이하게 해당 진료가 가능한 요양기관으로 환자를 의뢰하여 처치 및 수술, 방사선치료 등을 받도록 할 경우 의뢰받은 요양기관에서 처방한 약제는 요양병원에 입원중인 환자에 대한 처방이므로 의뢰받은 요양기관에서 원내처방 하여야 하며, 환자에게 처방한 약제를 포함한 진료내역은 의뢰한 요양병원에서 일괄 청구하여야 함
- 다만, 의뢰받은 요양기관에서 원내처방 약제를 구비하지 아니하여 부득이하게 원내처방 할 수 없을 경우는, 처방내역을 의뢰한 요양병원에 통보하여 요양병원에서 원내처방토록 하고, 이 경우 요양병원에서 원내처방 한 약제는 별도 비용을 산정할 수 없음

○ 행정해석, 보험급여팀-204호 (2008.1.24.)

참고 ▶

**요양병원 입원환자를 다른 요양기관에 진료 의뢰 시 수가산정방법 등**

요양병원에 입원 진료중인 환자를 치료하는 과정에서 시설·장비 또는 인력이 갖추어져 있지 아니하여 부득이하게 해당 진료가 가능한 요양기관으로 환자를 의뢰하여 처치 및 수술, 방사선 치료 등을 받도록 할 경우 수가산정방법은 아래와 같이 함

- 아 래 -

가. 진료비청구 및 정산

- 진료를 의뢰한 요양병원에서 의뢰한 진료내역을 포함하여 청구하되, 의뢰한 진료내역은 실제 진료한 요양기관의 종별가산율을 적용하여 (I)란으로 청구함
- 이때 의뢰한 진료내역은 EDI청구기관은 특정내역 기재란에 위탁진료임을 표시하는 구분코드(JS008), 위탁진료실시기관기호, 위탁진료실시연월일을 기재하여 청구하고, 서면청구기관

은 특정내역란에 해당 진료항목, “T” , 위탁진료실시기관기호 및 위탁진료실시연월일을 기재하여 청구함

- 진료비 정산은 해당 요양기관간 상호 협의에 의함

나. 본인일부부담금

요양병원 입원환자의 본인일부부담율을 적용함

다. 진찰료

입원 진료중인 해당 진료전문과이외의 다른 진료전문과에 다른 상병의 진료를 의뢰한 경우에 한하여 소정 진찰료를 별도 산정함

라. 요양병원(의과)에서 타 요양기관(한방)으로 또는 요양병원(한방)에서 타 요양기관(의과)으로 진료의뢰시

- 동일 구내에 있는 한방(의과)요양병원에 입원중인 환자가 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위하여 담당의사의 지시에 따라 의과(한방)진료를 받기 위해 의과(한방) 요양기관의 외래를 방문하거나 입원환자 진료를 위해 의과(한방)요양기관의 의사가 직접 방문한 경우에는 진찰료가 아닌 “협의진찰료” 로 산정하여야 함
- 이 경우 요양급여비용은 실제 협의진찰을 실시한 요양기관에서 외래요양급여비용명세서에 작성하여 청구하되, 협의진찰료를 포함한 요양급여비용총액에 대한 외래본인부담액산정방법에 의해 청구하여야 함

○ 행정해석, 보험급여팀-4048호 (2007.12.31.)

## 정신과 약 복용중인 환자 요양병원 입원관련 문의

**Q**  
uestion

오랜 기간 정신과 약(정신분열증 약제)을 복용하던 환자가 요양병원에 입원이 가능한가요?

**A**  
nswer

진료 담당의사의 의학적 소견에 따라 정신분열증으로 해당 약제를 복용 중인 경우라면 주·부상병 상관없이 정신질환자에 해당되는 것으로 판단되어 요양병원 입원 대상에 포함되지 않습니다.

관련  
근거

### 의료법 시행규칙 제 36조(요양병원의 운영)

- ① 법 제36조제3호에 따른 요양병원의 입원 대상은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로서 주로 요양이 필요한 자로 한다. <개정 2010.1.29.>
  1. 노인성 질환자
  2. 만성질환자
  3. 외과적 수술 후 또는 상해 후 회복기간에 있는 자
- ② 제1항에도 불구하고 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제41조제1항에 따라 보건복지부장관이 고시한 감염병에 걸린 같은 법 제2조제13호부터 제15호까지에 따른 감염병환자, 감염병의 사환자 또는 병원체보유자(이하 "감염병환자등"이라 한다) 및 같은 법 제42조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 감염병환자등은 요양병원의 입원 대상으로 하지 아니한다. <개정 2015.12.23.>
- ③ 제1항에도 불구하고 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제1호에 따른 정신질환자(노인성 치매환자는 제외한다)는 같은 법 제3조제5호에 따른 정신의료기관 외의 요양병원의 입원 대상으로 하지 아니한다. <신설 2015.12.23., 2017.5.30.>

○ 보건복지부령 제673호 (2019.10.24 시행)

## 환자평가표 작성원칙 관련 문의

**Q**  
uestion

요양병원 환자평가표는 매월 1일~10일에 작성을 원칙으로 하는데 10일 이후에 평가표를 작성해도 되나요?

**A**  
nswer

계속 입원하고 있는 환자의 환자평가표는 매월 1~10일에 작성함이 원칙입니다. 따라서, 10일 이후에 환자평가표를 작성하여 청구할 경우, 심사 시 '지급불능' 처리가 됩니다.

관련  
근거

### 「건강보험요양급여비용」 제3편 제3부 환자평가표 작성 원칙

1. 요양병원은 환자군별 상대가치점수 결정을 위하여 매월 환자평가표를 작성하여야 한다.
2. 환자평가표는 당해 환자를 담당하는 의사 및 간호사가 의무기록을 근거로 작성하여야 하며, 의무기록에 비치한다.
3. 환자평가표는 매월 1~10일에 작성함을 원칙으로 하며, 입원시 평가인 경우는 입원 제1일~10일 사이에, 월중 특정기간에서 정액수가기간으로 변경할 경우는 정액수가 적용 개시일로부터 제1일~10일 사이에 평가하여 작성한다.
4. 환자평가표는 작성일을 기준으로 관찰기간 7일이 확보되었다면 반드시 작성하되, 지난 7일간의 환자상태를 종합적으로 평가하여 작성한다. 특정기간 발생 등 불가피한 경우에 한해 평가기간을 단축할 수 있다.
5. 환자 평가기간은 정액수가 적용 기간이어야 한다.
6. 월말 입원 등으로 인하여 익월에 환자평가표가 작성된 경우에는 익월의 환자평가를 생략한다.
7. 전월 환자평가표 작성일로부터 전월 마지막 날까지의 잔여일수가 7일 이하인 경우에는 당월의 환자평가를 생략할 수 있다.

## 특정기간 적용대상 중 「패혈증」 인정기준

**Q**  
uestion

요양병원 입원 중 체온 및 심박동수가 상승하여 패혈증으로 보아 특정기간으로 행위별 수가로 산정하였는데 심사결과 통보시 정액수가로 인정되었습니다. 패혈증 기준에 해당하는데 특정기간으로 인정이 되지 않는 이유는 무엇인가요?

**A**  
nswer

패혈증은 혈액내 균 혹은 균독소가 증명되거나 감염으로 인한 전신염증반응을 기본으로 하고 패혈증 진단(체온, 심박동수, 호흡수, 백혈구수 등) 기준에서 두 항목 이상에 해당되어야 합니다. 때문에 체온 및 심박동수가 상승하였다 하더라도 전신염증반응이 아닌 경우라면 행위별 청구를 할 수 없습니다.

**관련 근거**

### 요양병원 특정기간 적용 대상인 「패혈증」 관련 등 질의회신

요양병원 입원료의 특정기간으로 적용할 수 있는 [패혈증] 기준 관련 질의내용에 대하여 아래와 같이 복지부에서 회신(보함급여과-1799호)된 내용을 참고하시기 바랍니다.

- 아 래 -

1. 요양병원 입원료의 특정기간으로 적용할 수 있는 패혈증 기준 관련, 상기도감염 등의 경우에서 패혈증 진단의 2가지 이상 항목(체온 및 심박동수 상승 등)에 해당 시 특정기간(행위별 수가로 청구)으로 적용 가능한지?
  - 요양병원 입원료는 환자군별로 소요되는 행위, 약제, 치료재료 각 항목을 반영하여 1일당 정액수가로 운영이 되고 있으며, 동 수가에 포함될 수 없는 특정기간(패혈증 등)을 일부 예외적으로 인정하고 있음.
  - 위 기준 중 '감염으로 인한 전신염증 반응으로서 2가지 이상의 항목에 해당되어 패혈증으로 확진된 경우'에도 특정기간으로 적용할 수 있으며, 다만 일부 요양병원에서 단순 바이러스 감염(상기도감염 등)에서 패혈증진단의 2가지 이상 항목(별첨)에 해당된다 하여 특정기간으로 적용하여 행위별수가로 청구하는 것은 질병 진단 및 기준 적용상의 착오 사례로 판단됨.
  - 따라서 일선 요양병원에서는 동 기준 적용에 착오가 발생되지 않도록 협조를 부탁드립니다며, 진료비심사를 담당하는 기관에서는 관련 진료비 심사에 만전을 기울여 주시기 바랍니다.

〈별첨 - 패혈증 확진 기준〉

혈액 내 균 혹은 균 독소가 증명된 경우 또는 감염으로 인한 전신염증반응으로서 다음 중 2가지 이상에 해당되어 패혈증으로 확진된 경우

- (1) 체온이 38° C 초과되거나 36° C 미만인 경우
- (2) 심박동수가 90회(/분)를 초과한 경우
- (3) 호흡수가 24회(/분)를 초과하거나 이산화탄소분압이 32mmHg 미만인 경우
- (4) 백혈구수가 12,000/mm<sup>3</sup> 초과되거나 4,000/mm<sup>3</sup> 미만인 경우, 미성숙 호중성구 [immature (band) neutrophils] 수가 10% 초과된 경우

○ 행정해석 보험급여과-1799호 (2010.8.31.시행)



## 요양병원 입원환자 안전 관리료

**Q**  
uestion

입원환자 안전관리료는 입원일수별로 산정할 수 있나요?

**A**  
nswer

입원환자 안전관리료는 환자 당 입원일수별로 산정할 수 있습니다. 다만, 외박 시에는 산정할 수 없습니다.

〈예시〉 4박 5일 입원한 경우 5회 산정

〈예시〉 4박 5일 입원 중 1일 외박한 경우 4회 산정

관련  
근거

### 요양병원 입원환자 안전관리료

요양병원 입원환자 안전관리료는 다음의 요건을 모두 충족하는 경우 요양급여하며, 입원환자 입원 1일당 1회 산정함.

- 다 음 -

가. 대상기관

「환자안전법」 제11조·제12조를 준수하고 「의료법」 제58조? 제58조의3에 따라 ‘인증’ 또는 ‘조건부인증’ 등급을 받은 200명상 이상 요양병원

나. 산정기준

- 1) 환자안전위원회는 「환자안전법」 제11조제2항 및 같은 법 시행규칙 제8조에 명시된 업무를 시행하여야 하며, 위원회 구성은 같은 법 시행규칙 제6조를 따름.
- 2) 전담인력은 「환자안전법」 제12조제2항 및 같은 법 시행규칙 제9조제4항에 따른 업무를 시행하여야 하며, 환자안전 활동에 대한 연간 계획을 수립하고 관리하여야 함.
- 3) 「환자안전법」 제9조 및 같은 법 시행령 제6조에 따른 환자안전기준 준수를 위해 아래의 가), 나)를 포함한 체계적인 활동을 시행하여야 함.

- 가) 입원환자 병문안 관리 규정을 자체적으로 수립하고 이를 시행하여야 함.
- 나) 입원기간 동안 낙상, 욕창 예방 및 관리 등을 시행하여야 함.
- 4) 인력기준 및 병문안 관리기준은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 I. 행위 제 1장 기본진료료 가29 입원환자 안전관리료의 기준을 동일하게 적용함.
- 5) 6인 이하 병실에 입원한 경우에만 산정함. ('22.1.1.부터 적용)

○ 고시 제2019-183호 (2019.11.1. 시행)

## 요양병원 격리실 입원료 체감제

**Q**  
uestion

요양병원 격리실 입원료 체감제는 어떻게 적용해야 하나요?

**A**  
nswer

요양병원 입원기간 중 일반병실 등과 격리병실을 전실한 경우 격리병실 입실 시점  
마다 1일로 가산하여 격리실 입원료를 산정합니다.

※ 요양병원 입원료 체감제 적용 기산점은 최초 입원일부터 적용

▶ (예시 1) 일반병실(165일) → 격리병실(15일) → 일반병실(30일) → 격리병실(5일)

☞ 격리실 입원료 100%\*15일, 100%\*5일  
요양병원 입원료 100%\*165일, 95%\*30일

▶ (예시 2) 일반병실(165일) → 격리병실(20일) → 일반병실(30일)

☞ 격리실 입원료 100%\*15일, 90%\*5일 요양병원 입원료 100%\*165일, 95%\*30일

관련  
근거

### 요양병원 격리실 입원료 급여기준

요양병원 격리실 입원료는 전과경로별 격리지침을 준수하여야 하며 의료법 시행규칙 제34조 [별표4] 제1호 사목을 준수한 경우(병상이 300개 미만 요양병원 포함) 다음과 같이 요양급여함

- 다 음 -

가. 급여대상의료법 시행규칙 제36조제2항에 의한 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제 41조제1항에 따라 제1급감염병 및 보건복지부장관이 고시한 감염병에 걸린 같은 법 제2조 제13호부터 제15호까지에 따른 감염병환자, 감염병의사환자 또는 병원체보유자(이하 "감염병환자등"이라 한다) 및 같은 법 제42조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 감염병환자등이 아닌 경우

나. 인정기준상기 가.의 경우 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 I. 행위 제1장 기본진료료 가10 격리실 입원료에 의함

○ 고시 제2019-302호 (2020.1.1.시행)

관련  
근거

「건강보험요양급여비용」 제3편 제2부 요양병원 환자군 급여목록 상대가치점수 및 산정지침

[산정지침]

4. 정액수가는 1일당으로 다음과 같이 산정한다.

라. 입원 181일째부터 360일째까지는 정액수가 소정점수에서 요양병원입원료 소정점수의 5%를 감산하여 산정하고(산정코드 첫 번째 자리에 6으로 기재), 입원361일째부터는 요양병원입원료 소정점수의 10%를 감산하여 산정한다.(산정코드 첫 번째 자리에 7로 기재)

## 당뇨병용제 일반원칙

**Q**  
uestion

경구용 당뇨약제가 3가지까지 인정된다고 들었는데 인정기준이 어떻게 되나요?

**A**  
nswer

경구용 당뇨약제는 2제 요법을 2~4개월 이상 투여해도 HbA1C가 7%이상인 경우 다른 기전의 당뇨병 치료제 1종을 추가한 병용요법을 인정합니다. 단, 2제 요법에서 인정되지 않는 약제의 조합을 포함시킬 수 없습니다. 다만 'Sulfonylurea + Empagliflozin' 은 2제 요법에서 인정되지 않는 조합임에도 불구하고 'Metformin + Sulfonylurea + Empagliflozin' 의 조합은 3제 요법으로 인정합니다.

관련  
근거

[일반원칙] 당뇨병용제

인슐린 비의존성 당뇨병(제2형 당뇨병) 환자에게 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담함.

- 아 래 -

가. 경구용 당뇨병치료제

1) 단독요법

다음의 하나에 해당하는 경우 Metformin 단독투여를 인정하고, Metformin 투여 금기 환자 또는 부작용으로 Metformin을 투여할 수 없는 경우에는 Sulfonylurea계 약제의 단독투여를 인정하며, 이 경우 투여소견을 첨부하여야 함.

- 다 음 -

가) 헤모글로빈A1C(HbA1C)  $\geq 6.5\%$

나) 공복혈장혈당  $\geq 126\text{mg/dl}$

다) 당뇨의 전형적인 증상과 임의혈장혈당  $\geq 200\text{mg/dl}$

라) 75g 경구당부하검사 후 2시간 혈장혈당  $\geq 200\text{mg/dl}$

2) 병용요법

가) 2제요법

(1) 단독요법으로 2-4개월 이상 투약해도 다음의 하나에 해당하는 경우 다른 기전의 당뇨병 치료제 1종을 추가한 병용요법을 인정함.

- 다 음 -

(가) HbA1C  $\geq 7.0\%$

(나) 공복혈당  $\geq 130\text{mg/dl}$

(다) 식후혈당  $\geq 180\text{mg/dl}$

(2) HbA1C  $\geq 7.5\%$  경우에는 Metformin을 포함한 2제 요법을 처음부터 인정함.

○ Metformin 투여 금지 환자 또는 부작용으로 Metformin을 투여할 수 없는 경우에는 Sulfonylurea계 약제를 포함한 2제 요법을 처음부터 인정하며, 이 경우 투여조건을 첨부하여야 함.

(3) 인정 가능 2제 요법

구분	Metformin	Sulfonylurea	Meglitinide	$\alpha$ -glucosidase inhibitor	Thiazolidinedione	DPP-IV inhibitor	SGLT-2 inhibitor			
							dapagliflozin	ipragliflozin	empagliflozin	ertugliflozin
Metformin	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정
Sulfonylurea	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정
Meglitinide	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정
$\alpha$ -glucosidase inhibitor	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정
Thiazolidinedione	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정
DPP-IV inhibitor	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정
SGLT-2 inhibitor	dapagliflozin	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정
	ipragliflozin	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정
	empagliflozin	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정
	ertugliflozin	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정

(4) 2제요법 투여대상으로 2제요법 인정 가능 성분 중 1종만 투여한 경우도 인정함.

나) 3제요법

- 2제 요법을 2-4개월 이상 투여해도 HbA1C가 7% 이상인 경우에는 다른 기전의 당뇨병 치료제 1종을 추가한 병용요법을 인정함. 단, 2제 요법에서 인정되지 않는 약제의 조합이 포함되어서는 아니되나, Metformin+Sulfonylurea +Empagliflozin은 인정함.

나. Insulin 요법

1) 단독요법

- 가) 초기 HbA1C가 9% 이상인 경우, 성인의 지연형 자가면역당뇨병(LADA), 제1형 당뇨병과 감별이 어려운 경우, 고혈당과 관련된 급성합병증, 신장·간손상, 심근경색증, 뇌졸중, 급성질환 발병 시, 수술 및 임신한 경우 등에는 Insulin 주사제 투여를 인정함.

- 나) 경구용 당뇨병 치료제 병용투여에도 HbA1C가 7% 이상인 경우 Insulin요법을 인정함.

2) 경구제와 병용요법

Insulin 단독요법 또는 경구용 당뇨병치료제 투여에도 HbA1C가 7% 이상인 경우 Insulin 과 경구용 당뇨병치료제의 병용요법을 인정함.

- 가) Insulin과 경구용 당뇨병치료제 2종까지 병용요법을 인정함. 단, 경구용 당뇨병 치료제 2제 요법에서 인정되지 않는 약제의 조합이 포함되어서는 아니 됨.

- 나) Ertugliflozin, Ipragliflozin은 Insulin 주사제와 병용시 인정하지 않음.

다. GLP-1 수용체 효능제

1) 경구제와 병용요법

가) 투여대상

Metformin+Sulfonylurea계 약제 병용투여로 충분한 혈당조절을 할 수 없는 환자 중

- (1) 체질량지수(BMI: Body mass index)  $\geq 25\text{kg/m}^2$  또는
- (2) Insulin 요법을 할 수 없는 환자

나) 투여방법

- (1) 3종 병용요법(Metformin +Sulfonylurea+GLP-1 수용체 효능제)을 인정
- (2) 3종 병용요법으로 현저한 혈당개선이 이루어진 경우 2종 병용요법(Metformin+GLP-1 수용체 효능제)을 인정

2) Insulin와 병용요법

가) 투여대상

기저 Insulin(Insulin 단독 또는 Metformin 병용) 투여에도 HbA1C가 7% 이상인 경우

나) 투여방법

기저 Insulin+GLP-1 수용체 효능제※(+Metformin)을 인정

- 라. 각 단계에서 명시한 기간에 해당하지 않더라도 신속한 변경을 요하는 경우에는 투여소견 첨부 시 사례별로 인정함.

마. 복합제는 복합된 성분수의 약제를 투여한 것으로 인정함.

바. 급여 인정용량

각 약제별 용법·용량 범위 내에서 급여하며, 다음의 인정용량을 초과한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 다 음 -

- 1) Repaglinide 경구제(복합제 포함): 1일 최대 6mg
- 2) Pioglitazone 경구제(복합제 포함): 1일 최대 30mg
- 3) Metformin 성분이 포함된 복합제에 Metformin 단일제 추가 투여 시(복합제 용량 포함)
  - 가) 일반형: 1일 최대 2,550mg
  - 나) 서방형: 1일 최대 2,000mg
  - 다) 일반형과 서방형 병용: 1일 최대 2,550mg까지 인정하나, 서방형을 2,000mg까지 투여 시에는 추가투여 할 수 없음
- 4) Glimepiride 성분이 포함된 복합제에 Glimepiride 단일제 추가투여 시: 복합제 내 함량을 포함하여 1일 최대 8mg

※ 대상약제

[경구제 중 단일제]

- Biguanide계: Metformin HCl
- Sulfonylurea계: Glibenclamide, Gliclazide, Glimepiride, Glipizide
- Meglitinide계: Mitiglinide calcium hydrate, Nateglinide, Repaglinide
- $\alpha$ -glucosidase inhibitor계: Acarbose, Miglitol, Voglibose
- Thiazolidinedione계: Lobeglitazone sulfate, Pioglitazone HCl
- DPP-IV inhibitor계: Alogliptin, Anagliptin, Evogliptin, Gemigliptin, Linagliptin, Saxagliptin, Sitagliptin phosphate, Tenueligliptin, Vildagliptin
- SGLT-2 inhibitor계: Dapagliflozin, Empagliflozin, Ertugliflozin, Ipragliflozin

[경구제 중 복합제]

- Glibenclamide+Metformin HCl, Gliclazide+Metformin HCl, Glimepiride+Metformin HCl
- Mitiglinide calcium hydrate+Metformin HCl, Nateglinide+Metformin HCl, Repaglinide+Metformin HCl
- Voglibose+Metformin HCl
- Lobeglitazone sulfate+Metformin HCl, Pioglitazone HCl+Metformin HCl
- Pioglitazone HCl+Glimepiride, Rosiglitazone maleate+Glimepiride
- Alogliptin+Metformin HCl, Anagliptin+Metformin HCl, Evogliptin+ Metformin



HCl, Gemigliptin+Metformin HCl, Linagliptin+Metformin HCl, Saxagliptin+Metformin HCl, Sitagliptin phosphate+Metformin HCl, Tenzigliptin+Metformin HCl, Vildagliptin+Metformin HCl

- Alogliptin+Pioglitazone HCl
- Dapagliflozin+Metformin HCl, Empagliflozin + Metformin HCl

[주사제]

- Insulin 주사제
- GLP-1 수용체 효능제: Albiglutide, Dulaglutide, Exenatide, Lixisenatide
- Insulin glargine + Lixisenatide

○ 고시 제2018-234호 (2018.11.1. 시행)

## 치매치료제 인정기준

**Q**  
uestion

아리셉트정을 처방하여 급여로 복용 중인데 치매 증상이 더 심해져 에빅사정을 급여로 병용 투여할 수 있나요?

**A**  
nswer

치매치료제 중 Acetylcholinesterase inhibitor 제제(예: 아리셉트정, 엑셀론정 등)나 memantine 제제(예: 에빅사정 등)와 Memantine경구제 병용 시 알츠하이머 형태(뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 중등도·중증 치매증상으로 각 약제의 급여기준에 적합한 경우 요양급여를 인정합니다. 그러나, Acetylcholinesterase inhibitor 제제(예: 아리셉트정, 엑셀론정 등)와 Ginkgo biloba extract제제 병용 시 각 약제의 허가사항 범위 내에서 투약비용이 저렴한 1종의 약값 전액을 환자가 부담토록 합니다.

관련  
근거

Donepezil 경구제(구강붕해정 포함) (품명: 아리셉트정 등, 아리셉트에비스정 등)

1. 각 약제별 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함

- 아 래 -

가. 투여대상

- 1) 5mg, 10mg

가), 나) 조건을 동시에 충족하는 알츠하이머 형태(뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 경증(mild), 중등도(moderate), 중증(severe) 치매증상

가) 간이정신진단검사(MMSE; Mini Mental State Exam) 26점 이하

나) 치매척도검사

(1) CDR(Clinical Dementia Rating) 1~3 또는

(2) GDS(Global Deterioration Scale) stage 3~7

2) 23mg

가, 나 조건을 동시에 충족하는 알츠하이머 형태(뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 중등도·중증 치매증상

가) 간이정신진단검사(MMSE; Mini Mental State Exam) 20이하

나) 치매척도검사

(1) CDR(Clinical Dementia Rating) 2~3 또는

(2) GDS(Global Deterioration Scale) stage 4~7

나. 평가방법

6-12개월 간격으로 재평가하여 계속투여 여부를 결정하며, 재평가에서 MMSE의 경우에는 26점(5mg, 10mg) 또는 20점(23mg)을 초과하여도 지속 투여를 인정함.

○ 다만, MMSE 10점 미만이고 CDR 3 (또는 GDS 6~7)인 중증 치매인 경우, 6-36개월 간격으로 재평가할 수 있음.

○ 노인장기요양보험법에 따른 장기요양 1등급인 경우, 장기요양인정 유효기간까지 재평가없이 계속투여 여부를 결정할 수 있음(「노인장기요양보험법」 제17조의 장기요양인정서를 제시해야 함).

2. 동 제제와 Memantine경구제 병용 시 알츠하이머 형태(뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 중등도·중증 치매증상으로 각 약제의 급여기준에 적합한 경우 요양급여를 인정함.

3. 동 제제와 Ginkgo biloba extract제제 병용 시 각 약제의 허가사항 범위 내에서 투약비용이 저렴한 1종의 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

○ 고시 제2019-153호 (2019.7.21. 시행)

관련 근거

Memantine 경구제(품명:에빅사액 등, 에빅사정 등)

1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. 투여대상

1), 2) 조건을 동시에 충족하는 알츠하이머 형태(뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 중등도(Moderate)·중증(Severe) 치매증상

1) 간이정신진단검사(MMSE; Mini Mental State Exam) 20이하

2) 치매척도검사

- 가) CDR(Clinical Dementia Rating) 2~3 또는
- 나) GDS(Global Deterioration Scale) stage 4~7

나. 평가방법

- 6-12개월 간격으로 재평가하여 계속투여 여부를 결정하며, 재평가에서 MMSE의 경우에는 20점을 초과하여도 지속 투여를 인정함.
  - 다만, MMSE 10점 미만이고 CDR 3 (또는 GDS 6~7)인 중증 치매인 경우, 6-36개월 간격으로 재평가할 수 있음.
  - 노인장기요양보험법령에 따른 장기요양 1등급인 경우, 장기요양인정 유효기간까지 재평가없이 계속투여 여부를 결정할 수 있음(「노인장기요양보험법」 제17조의 장기요양인정서를 제시해야 함).
2. 동 제제와 Acetylcholinesterase inhibitor 제제(Donepezil, Galantamine, Rivastigmine 등) 병용 시 알츠하이머 형태(뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 중등도? 중증 치매 증상으로 각 약제의 급여기준에 적합한 경우 요양급여를 인정함.
3. 동 제제와 Ginkgo biloba extract제제 병용 시 각 약제의 허가사항 범위 내에서 투약비용이 저렴한 1종의 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

○ 고시 제2019-21호 (2019.2.1. 시행)

## 치매치료제의 청구방법

**Q**  
uestion

아리셉트정을 고시기준에 적합하여 처방하였으나 조정 되었습니다. 사유가 무엇인  
가요?

**A**  
nswer

치매치료제 중 Acetylcholinesterase inhibitor 제제(예: 아리셉트정, 엑셀론정  
등)나 memantine 제제(예: 에빅사정 등)를 투여한 경우 줄번호 특정내역  
'JT007' 란에 관련 검사결과를 다음의 형식대로 기재하여야 합니다. 검사결과  
미기재시에는 해당 약제가 전산심사 조정되므로 반드시 검사결과를 기재하여 청구  
하여야 합니다.

관련  
근거

「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서세부작성요령」 VII. 별표 8.(별  
표 8) 특정내역 구분코드 2. 진료(조제)내역 줄번호(확장번호) 단위 및 처방내  
역 줄번호(확장번호) 단위

구분코드	특정내역	작성요령 및 기재형식
JT007	치매검사결과	<ul style="list-style-type: none"> <li>치매치료제 중 Acetylcholinesterase inhibitor 제제(예: 아리셉트정, 레미닐정, 엑셀론정 등)나 memantine 제제(예: 에빅사정 등)를 투여하거나 신경인지기능검사를 시행한 경우 MMSE 검사결과/검사실시일/CDR 검사결과/검사실시일/GDS 검사결과/검사실시일 을 순서대로 기재</li> <li>기재형식 : 9(2)/ccyymmdd/9(1).V9(1)/ccyymmdd/9(1)/ccyymmdd MMSE CDR GDS</li> </ul>

## 경구용 만성B형 간염 치료제 일반원칙

**Q**  
uestion

B형 간염 환자가 간경변, 간암일 때 간수치가 정상이면 경구용 만성 B형 간염치료제 급여가 안되나요?

**A**  
nswer

대상성 간경변을 동반한 만성활동성 B형 간염환자는 간기능 수치와는 관계 없이 HBV-DNA $\geq$ 2,000IU/mL인 경우, 비대상성 간경변, 간암을 동반한 만성 활동성 B형 간염 환자는 HBV-DNA 양성인 경우 급여가 가능합니다.

관련  
근거

### [일반원칙] 경구용 만성 B형간염 치료제

1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. 다만, 시럽제의 경우는 시럽제의 투여가 반드시 필요한 경우에 한함.

- 아 래 -

가. 초치료 시

1) 대상환자

가) HBeAg(+)로서 HBV-DNA $\geq$ 20,000IU/mL이거나 또는, HBeAg(-)로서 HBV-DNA $\geq$ 2,000IU/mL인 만성활동성 B형간염 환자에서 AST(Aspartate Transaminase) 또는 ALT(Alanine Transaminase)가 80단위 이상인 환자

나) 대상성 간경변을 동반한 만성활동성 B형간염 환자: HBV-DNA $\geq$ 2,000IU/mL인 경우

다) 비대상성 간경변, 간암을 동반한 만성활동성 B형간염 환자: HBV-DNA 양성인 경우

- 단, Besifovir, Tenofovir alafenamide 경구제는 비대상성 간경변증, 간암에 인정하지 아니함.

2) 투여방법

가) Lamivudine, Clevudine, Telbivudine, Entecavir 0.5mg, Adefovir, Tenofovir disoproxil, Tenofovir alafenamide, Besifovir 경구제 중 1종

나) Lamivudine 경구제는 만성 B형간염 치료를 처음으로 시작하는 환자로서 Lamivudine

제제보다 높은 유전적 장벽(genetic barrier)이 있는 다른 항바이러스제를 사용할 수 없거나 적절하지 않은 경우에 한하며, 투여소견서를 첨부하여야 함.

- 다) Besifovir 경구제는 L-carnitine 660mg을 함께 투여함.
- 라) 가. 초치료 시 1) 대상환자 기준조건을 충족하여 Tenofovir alafenamide 또는 Besifovir 경구제로 치료를 시작한 환자가 B형간염 치료 도중 간암으로 진행된 경우에 한하여 치료 중인 각 약제의 지속투여를 인정함.

나. 내성 발현 시

1) 대상환자

Lamivudine, Clevudine, Telbivudine, Entecavir, Adefovir 경구제 사용 후 다음과 같은 기준을 충족하는 내성 변이종 출현 환자

- 다 음 -

가) 바이러스돌파현상(Viral Breakthrough)\*의 발현과 B형간염 바이러스 약제내성 돌연변이가 발현된 경우 또는

나) B형간염 바이러스 약제내성 돌연변이가 발현된 경우(사례별로 인정)

\* 바이러스돌파현상(Viral Breakthrough): 항바이러스 치료 중 HBV-DNA가 100배 이상 감소하는 바이러스 반응에 도달했다가 이후 혈청 HBV-DNA가 최저치에서 10배 이상 증가한 경우

2) 투여방법

		치료약제				
		단독요법		병용요법		
		entecavir 1mg	tenofovir disoproxil 또는 tenofovir alafenamide	(lamivudine 또는 clevudine 또는 telbivudine) + (adefovir 또는 tenofovir disoproxil)	entecavir 0.5mg + (adefovir 또는 tenofovir disoproxil)	entecavir 1mg + (adefovir 또는 tenofovir disoproxil)
단독내성	lamivudine	인정	인정	인정	<del>인정</del>	<del>인정</del>
	clevudine	인정	인정	인정	<del>인정</del>	<del>인정</del>
	telbivudine	인정	인정	인정	<del>인정</del>	<del>인정</del>
	adefovir	인정	인정	인정	<del>인정</del>	인정

내성 약제		치료약제				
		단독요법		병용요법		
		entecavir 1mg	tenofovir disoproxil 또는 tenofovir alafenamide	(lamivudine 또는 clevudine 또는 telbivudine) + (adefovir 또는 tenofovir disoproxil)	entecavir 0.5mg + (adefovir 또는 tenofovir disoproxil)	entecavir 1mg + (adefovir 또는 tenofovir disoproxil)
다 약 제 내 성	entecavir 0.5mg		인정		인정	
	entecavir 1mg		인정			인정
	adefovir		인정	인정 <sup>주)</sup>		인정

주) lamivudine(또는 clevudine 또는 telbivudine) 내성 이후 발현한 순차내성에 한해 tenofovir disoproxil 병용요법을 인정함.

다. 투여연령 및 금기사항

- 1) Telbivudine: 만 16세 이상
- 2) Clevudine: 만 18세 이상. 크레아티닌 클리어런스가 60mL/분 미만인 환자는 금기임.
- 3) Entecavir: 만 2세 이상
- 4) Adefovir: 만 18세 이상
- 5) Tenofovir disoproxil: 만 12세 이상
- 6) Tenofovir alafenamide: 만 18세 이상
- 7) Besifovir: 만 20세 이상, 사구체 여과율(GFR) 50mL/분 미만인 환자는 금기임

라. 인터페론과 병용투여 시에는 인터페론만 인정함.

마. Hepatotonics(Carduus marianus ext., Ursodeoxycholic acid 등) 병용투여 시, 항바이러스제를 요양급여(본인일부부담)하는 경우는 Hepatotonics 약값 전액을 환자가 부담토록 하고, 항바이러스제 약값 전액을 환자가 본인 부담하는 경우는 Hepatotonics를 요양급여(본인일부부담)토록 함.



2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같이 투여한 경우에도 요양급여를 인정함.

- 아 래 -

- 가. B형간염으로 간이식을 받은 환자: Lamivudine, Clevudine, Telbivudine, Entecavir 0.5mg, Adefovir, Tenofovir disoproxil 경구제 중 1종  
(단, Lamivudine 경구제는 만성 B형간염 치료를 처음으로 시작하는 환자로서 Lamivudine 제제보다 높은 유전적 장벽(genetic barrier)이 있는 다른 항바이러스제를 사용할 수 없거나 적절하지 않은 경우에 한하며, 투여소견서를 첨부하여야 함)
  - 나. 간이식 전에 Entecavir 1mg, Adefovir 또는 Tenofovir disoproxil를 투여 받은 환자로서 B형간염으로 간이식을 받은 환자: Entecavir 1mg, Adefovir, Tenofovir disoproxil 경구제 중 1종
  - 단, 가. 초치료 시 1) 대상환자 조건을 충족하여 Tenofovir alafenamide로 치료를 시작한 환자가 B형간염 치료 도중 간이식을 받게 된 경우에 한하여 Tenofovir alafenamide 경구제의 지속 투여를 인정함.
  - 다. 소아환자
    - 1) 초치료 시
      - 가) 대상환자: 만 12세 이상 18세 미만 환자
      - 나) 투여방법: Adefovir 경구제
    - 2) 내성 발현 시
      - 가) 대상환자: Lamivudine에 내성변이종이 출현한 만 18세 미만 만성 B형간염 소아환자
      - 나) 투여방법
        - Lamivudine과 Adefovir의 병용투여
3. 허가사항을 초과하여 B형간염 예방요법으로서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.

- 아 래 -

- 가. HBsAg(+) 또는 HBV-DNA(+)로서 B형간염 재활성화 위험이 중등도·고위험군에 해당하는 항암화학요법(cytotoxic chemotherapy) 또는 면역억제요법을 받는 환자에게 투여 시 : 해당 요법 시행 동안 및 요법 종료 후 6개월까지
- 나. anti-HBc(+)로서 rituximab을 포함하는 요법을 투여하는 환자에게 투여 시 : 해당 요법 시행 동안 및 요법 종료 후 12개월까지
- 다. HBsAg(-), HBV-DNA(-), anti-HBc(+)로서 조혈모세포이식을 받는 만성 B형간염 환자에게 투여 시 : 총 18개월 투여까지
- 라. anti-HBc(+)인 공여자로부터 간을 공여 받는 수혜자로서 human anti-hepatitisB immunoglobulin 제제를 투여하지 않는 환자에게 투여 시 : 면역억제 요법 시행 동안 및 요법 종료 후 6개월까지

※ 대상 약제

Lamivudine, Clevudine, Telbivudine, Entecavir, Adefovir, Tenofovir disoproxil  
경구제

4. 허가사항을 초과하여 B형간염 예방요법으로서 아래와 같은 기준으로 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. 3항의 각 투여기간 이후

나. HBsAg(+) 또는 HBV-DNA(+)로서 B형간염 재활성화 위험이 저위험군에 해당하는 항암화학요법(cytotoxic chemotherapy) 또는 면역억제요법을 받는 환자에게 투여하는 경우

※ 대상 약제

Lamivudine, Clevudine, Telbivudine, Entecavir, Adefovir, Tenofovir disoproxil  
경구제

5. 교체투여는 내성, 치료반응 불충분 및 무반응, 임신, 객관적으로 증명된 심한 부작용에는 급여인정하며, 복약 순응도 개선 필요, 비용효과성 개선 등은 의학적 타당성을 감안하여 사례별로 급여 인정함.

○ 고시 제2020-17호 (2020.2.1. 시행)

## 향정신성의약품 일반원칙

**Q**  
uestion

불면증을 호소하는 환자에게 스틸녹스정을 30일 처방했는데 일부가 조정되었습니다. 조정 사유를 알고 싶습니다.

**A**  
nswer

스틸녹스정은 식약청 허가사항 상 효능효과가 ‘불면증’ 으로 되어 있으며, 향정신성약품 처방원칙에서 약의 투여기간을 ‘1회 처방시 4주 이내’ 로 제한하고 있어 초과 처방약제가 기준에 의거 조정된 것입니다.

관련  
근거 ▶

### [일반원칙] 향정신성약품

- 허가사항 범위 내에서 1품목 투여를 원칙으로 하며, 1품목의 처방으로 치료 효과를 기대하기 어려운 경우에는 2품목 이상의 병용 처방을 인정함.
- 1회 처방 시 30일까지 요양급여를 인정하며, 아래와 같은 경우에는 1회 처방 시 최대 90일까지 인정 가능함.

- 아 래 -

- 가. 말기환자, 중증 신체장애를 가진 환자, 중증 신경학적질환자, 중증 정신질환자
- 나. 선원, 장기출장, 여행 등으로 인하여 장기처방이 불가피한 경우

- 2항에도 불구하고, 허가사항 등에서 치료기간을 제한하고 있는 약제는 아래와 같이 요양급여를 인정함.

- 아 래 -

- 가. Triazolam(품명? 할시온정 등) : 1회 처방시 3주 이내
- 나. Chloral hydrate(품명? 포크랄시럽) : 1회 처방시 2주 이내
- 다. Zolpidem 5mg 및 10mg(품명? 스틸녹스정10밀리그램 등) : 1회 처방 시 4주 이내

4. 3개월 이상 항정신성 약물을 장기 복용할 경우 6~12개월마다 혈액검사(간·신기능검사 포함) 및 환자상태를 추적·관찰하여 부작용 및 의존성여부 등을 평가하도록 권고함.

5. Benzodiazepine계열 등은 투여를 중지할 경우 금단 증후군(Withdrawal syndrome)을 일으킬 수 있어 환자 상태에 따라 4~16주 기간 동안 1~2주마다 10~25%를 감량하면서 투여하도록 권고함.

※ 대상성분 :

Alprazolam, Bromazepam, Chloral hydrate, Chlordiazepoxide, Clobazam, Clorazepate Clotiazepam, Diazepam, Ethyl loflazepate, Etizolam, Flunitrazepam, Flurazepam, Lorazepam, Mexazolam, Midazolam, Triazolam, Zolpidem, Eszopiclone

○ 고시 제2019-240호 (2019.11.1. 시행)

## 골다공증치료제 인정기준

**Q**  
uestion

DEXA 장비를 이용하여 central bone의 골밀도를 측정한 결과 L1~L4의 T-score가  $-2.0 \sim -2.4$ 로, 대퇴부위에서는  $-2.2 \sim -2.4$ , 대퇴의 Ward's triangle 부위는  $-2.5$ 로 결과가 나왔습니다. 이 경우에 골다공증치료제가 보험급여가 가능한가요?

**A**  
nswer

골다공증 약제의 투여대상은 중심골[Central bone; 요추, 대퇴(Ward's triangle제외)]에서 DEXA를 이용하여 골밀도 측정시 T-score가  $-2.5$ 이하 인 경우입니다. 위의 경우에 측정된 Ward's triangle의  $-2.5$ 는 제외되는 부위이므로 골다공증치료제의 인정기준에 해당되지 않아 약값의 전액을 환자가 부담하여야 합니다.

관련  
근거

[일반원칙] 골다공증치료제

- 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

- 칼슘 및 Estrogen제제 등의 약제 골밀도검사에서 T-score가  $-1$  이하인 경우( $T\text{-score} \leq -1.0$ )
- Elcatonin제제, Raloxifene제제, Bazedoxifene제제, 활성형 Vit D3제제 및 Bisphosphonate 제제 등의 약제(검사지 등 첨부)

1) 투여대상

- 중심골[Central bone; 요추, 대퇴(Ward's triangle 제외)] : 이중 에너지 방사선 흡수계측(Dual-Energy X-ray Absorptiometry: DEXA)을 이용하여 골밀도 측정시 T-score가  $-2.5$  이하인 경우( $T\text{-score} \leq -2.5$ )
- 정량적 전산화 단층 골밀도 검사(QCT) :  $80\text{mg}/\text{cm}^3$  이하인 경우
- 상기 가), 나)항 이외: 골밀도 측정시 T-score가  $-3.0$  이하인 경우( $T\text{-score} \leq -3.0$ )
- 방사선 촬영 등에서 골다공증성 골절이 확인된 경우

2) 투여기간

가) 투여대상 다)에 해당하는 경우에는 6개월 이내

나) 투여대상 가), 나)에 해당하는 경우에는 1년 이내, 라)에 해당하는 경우에는 3년 이내로 하며, 추적검사에서 T-score가 -2.5 이하(QCT 80mg/cm<sup>3</sup> 이하)로 약제투여가 계속 필요한 경우는 급여토록 함.

다. 단순 X-ray는 골다공증성 골절 확인 진단법으로만 사용할 수 있음

2. 글루코코르티코이드(Glucocorticoid) 투여 환자의 경우 아래와 같은 기준으로 요양 급여를 인정함.

- 아 래 -

가. 대상 약제

alendronate, risedronate 단일 제제 및 해당 성분과 cholecalciferol 복합제

나. 투여대상

6개월 이내에 최소 90일을 초과하여 prednisolone을 총 450mg 이상(또는 그에 상응하는 글루코코르티코이드 약제 용량)을 투여받은 환자로서

1) 폐경 후 여성 및 만 50세 이상 남성 : T-score※ < -1.5

2) 폐경 전 여성 및 만 50세 미만 남성 : Z-score※ < -3.0

※ 중심골[Central bone; 요추, 대퇴(Ward's triangle 제외)]을 이중 에너지 방사선 흡수계측(Dual-Energy X-ray Absorptiometry: DEXA)을 이용하여 측정해야 한다.

다. 투여기간

1년 이내로 하며, 추적검사에서 나. 의 기준이 유지되고 약제투여가 계속 필요한 경우는 급여토록 함.

3. 골다공증 치료제에는 호르몬요법(Estrogen, Estrogenderivatives 등)과 비호르몬요법(Bisphosphonate, Elcatonin, 활성형 Vit.D3, Raloxifene 및 Bazedoxifene제제 등)이 있으며, 호르몬요법과 비호르몬요법을 병용투여하거나 비호르몬요법 간 병용투여는 인정하지 아니함. 다만 아래의 경우는 인정 가능함.

- 아 래 -

가. 칼슘제제와 호르몬대체요법의 병용

나. 칼슘제제와 그 외 비호르몬요법의 병용

다. Bisphosphonate와 Vit.D 복합경구제(성분: Alendronate + Cholecalciferol 등)를 투여한 경우

라. Bisphosphonate 단일제와 활성형 Vit. D3 단일제 병용

마. SERM과 Vit.D 복합경구제(성분: Bazedoxifene + Cholecalciferol, Raloxifene + Cholecalciferol)를 투여한 경우

※ SERM : Seletive Estrogen Receptor Modulator(선택적 에스트로겐 수용체 조절제)

4. 특정조건 없이 단순히 골다공증 예방목적으로 투여하는 경우에는 비급여 함.

○ 고시 제2018-253호 (2018.12.1. 시행)

## 진해거담제 일반원칙

**Q**  
uestion

상기도질환이 있는 환자에게 진해거담제 3종을 처방하였는데 1종이 조정되었습니다. 사유가 무엇인가요?

**A**  
nswer

상기도 질환에 시럽제를 포함하여 2종 이내, 그 이외의 호흡기질환(천식 및 만성폐쇄성폐질환 제외)에는 시럽제를 포함하여 3종 이내로 인정하고 있습니다.

관련  
근거

### [일반원칙] 진해거담제

허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

- 가. 경구 진해거담제는 약제의 성분, 약리작용 및 효능·효과, 환자의 증상에 따라 선별적으로 투여함을 원칙으로 하며,
- 나. 상기도 질환에 시럽제를 포함하여 2종 이내, 그 이외의 호흡기질환(천식 및 만성폐쇄성폐질환 제외)에는 시럽제를 포함하여 3종 이내로 인정함.
- 다. 만6세 미만 소아의 경우에는 함량 및 성분 등이 과량 또는 중복되지 아니하는 범위 내에서 복합시럽제 1종을 추가로 인정함.
- 라. 식품의약품안전처장이 정한 의약품분류번호 222, 229에 해당되는 약제라도 약리작용이 진해, 거담, 기관지확장이 아닌 약제는 적용되지 아니함.
- 마. 진해거담 주사제는 신속한 치료효과가 필요한 경우에 인정함.

○ 고시 제2013-127호 (2013.9.1. 시행)

## Montelukast 경구제의 인정기준

**Q**  
uestion

알레르기성 비염 상병에 상굴레어츄정(montelukast sodium(as montelukast))을 처방하였는데 약값 전액 환자 부담으로 조정되었습니다. 사유가 무엇인가요?

**A**  
nswer

상굴레어츄정(montelukast sodium(as montelukast))은 알레르기성 비염에 투여 시에는 1차 항히스타민제 투여로 개선이 되지 않는 비폐색이 있는 경우, 비폐색이 주 증상인 경우, 비충혈제거제 또는 비강분무 스테로이드를 사용하지 못하는 경우에 급여 인정되며 인정 기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담합니다.

관련  
근거

Leukotriene 조절제 Montelukast 경구제, Montelukast 및 levocetirizine 복합제, Pranlukast 경구제, Zafirlukast 경구제, Petasites hybridus CO2 Extracts 경구제

각 약제의 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정 기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함

- 아 래 -

- 가. Montelukast 경구제, Pranlukast 경구제, Zafirlukast 경구제
  - 타 천식약제로 증상조절이 되지 않는 2단계(경증 지속성) 이상의 천식에 투여 시 인정하되, 아스피린 민감성 천식에는 1차 약제로 투여 시도 인정함
- 나. Montelukast 경구제, Pranlukast 경구제
  - 알레르기성 비염에 투여시는 다음의 경우에 인정(항히스타민제와 동시 투여 가능)

- 다 음 -

- 1) 1차 항히스타민제 투여로 개선이 되지 않는 비폐색이 있는 경우
- 2) 비폐색이 주 증상인 경우
- 3) 비충혈제거제 또는 비강분무 스테로이드를 사용하지 못하는 경우



다. Petasites hybridus CO2 Extracts 경구제

- 재채기, 콧물, 가려움증, 코막힘의 제증상이 있는 알레르기성 비염의 완화에 단독 투여 시 인정

라. Montelukast 및 levocetirizine 복합제

- 천식을 동반한 다음과 같은 알레르기성 비염에 인정

- 다 음 -

- 1) 1차 항히스타민제 투여로 개선이 되지 않는 비폐색이 있는 경우
- 2) 비폐색이 주 증상인 경우
- 3) 비충혈제거제 또는 비강분무 스테로이드를 사용하지 못하는 경우

○ 고시 제2018-253호 (2018.12.1. 시행)

## 치관수복물 또는 보철물의 제거 수가 산정방법

**Q**  
uestion

재근관 치료를 위하여 보철물을 제거한 후 금속재 포스트와 근관내 기존 충전물 제거를 실시하였는데 어떻게 청구할 수 있나요?

**A**  
nswer

치관수복물 또는 보철물의 제거[1치당]와 금속재 포스트 제거[1근관당]는 각각 소정점수의 100%를 산정하고, 근관내 기존 충전물 제거[1근관당]는 소정점수의 50%를 산정합니다.

관련  
근거

차19 치관수복물 또는 보철물의 제거[1치당] 후 처2 금속재 포스트제거[1근관당]와 차19-1 근관내 기존충전물 제거[1근관당]의 수가 산정방법

재근관 치료를 위하여 차19 치관수복물 또는 보철물의 제거[1치당] 후 처2 금속재 포스트 제거[1근관당]와 차19-1 근관내 기존 충전물 제거[1근관당]를 각각 실시한 경우, 차19 치관수복물 또는 보철물의 제거[1치당]와 처2금속재 포스트 제거[1근관당]는 각각 소정점수의 100%를 산정하고, 차19-1 근관내 기존 충전물 제거[1근관당]는 소정점수의 50%를 산정함.

○ 고시 제2020-19호 (2020.2.1. 시행)

## 동일 부위에 치주치료 또는 치주치료 후 처치와 수술 후 처치-단순처치 수가 산정방법

**Q**  
uestion

동일 부위에 치주치료와 수술 후 처치-단순처치를 동시에 실시한 경우 두 행위에 대한 수가를 각각 산정할 수 있나요?

**A**  
nswer

동일 약 중 1/3약 또는 동일 약 중에 연결된 1/3약 범위 내(인접한 치아 3~4개 이내 범위)에서 치주치료 또는 차22가 치주치료 후 처치[1구강 1회당]와 차21가 수술후 처치[1일당]-단순처치[1일당]를 동시에 실시한 경우에는 주된 치과 처치료의 소정점수만 산정해야합니다.

**관련 근거**

동일 부위에 치주치료 또는 차22가 치주치료 후 처치[1구강 1회당]와 차21가 수술 후 처치[1일당] - 단순처치 수가 산정방법

동일 약 중 1/3약 또는 동일 약 중에 연결된 1/3약 범위 내(인접한 치아 3~4개 이내 범위)에서 치주치료 또는 차22가 치주치료 후 처치[1구강 1회당]와 차21가 수술후 처치[1일당]-단순처치[1일당]를 동시에 실시한 경우 주된 치과 처치료의 소정점수만 산정함.

○ 고시 제2020-19호 (2020.2.1. 시행)

## 치석제거 급여기준

**Q** question 치석제거 기준이 어떻게 되나요?

**A** answer 차23-1 나. 전악의 후속 치주질환 치료 없이 전악 치석제거만으로 치료가 종료되는 경우에 19세 이상 연 1회 인정되는 것은 종전기준과 동일하며, 회계연도와 동일한 적용을 위해 연1회 기간을 매년 1월~12월까지로 변경하였습니다. (종전 : 당해7월~다음해6월)

관련 근거

### 차23-1 치석제거 급여기준

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여대상 제3호 다목에 의한 치석제거는 비급여대상이나 다음과 같은 경우에 실시한 차23-1 치석제거는 다음과같이 요양급여 함

- 다 음 -

가. 차23-1 가. 1/3악당

- 1) 치주질환에 실시한 부분치석제거
- 2) 치주질환치료를 위한 전치치료 실시하는 전악치석제거
- 3) 개심술 전에 실시하는 전악치석제거

나. 차23-1 나. 전악

후속 치주질환 치료 없이 전악 치석제거만으로 치료가 종료되는 경우에 19세 이상 연(매년 1월~12월) 1회 요양급여함

○ 고시 제2017-249호 (2018.1.1. 시행)

## 매식재 (이종골 콜라겐류 등) PLUG형의 급여기준

**Q**  
uestion

매식재(이종골 콜라겐류 등) PLUG 형태의 치료재료의 급여기준은 무엇인가요?

**A**  
nswer

창상 보호 및 육아 형성을 촉진하는 매식재(이종골 콜라겐류 등) PLUG 형태의 치료재료는 혈액질환 등으로 인한 환자의 발치 후 치유부전이 예상되는 경우, 발치 후 출혈이 계속될 경우, 구강 상악동 누공의 경우의 세 가지에 해당하는 경우 요양급여가 인정되며 이외 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용합니다.

관련  
근거

### 매식재(이종골 콜라겐류 등) PLUG형의 급여기준

1. 창상 보호 및 육아 형성을 촉진하는 매식재(이종골 콜라겐류 등) PLUG 형태의 치료재료는 다음과 같은 발치의 경우에 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

- 가. 혈액질환 등으로 인한 환자의 발치 후 치유부전이 예상되는 경우
- 나. 발치 후 출혈이 계속될 경우
- 다. 구강 상악동 누공

2. 상기 1.의 급여대상 이외 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.

○ 고시 제2018-242호 (2018.12.1. 시행)

## 치과임플란트 골유착 실패로 인한 2단계 재시술 수가 산정방법

**Q**  
uestion

골유착 실패로 인한 2단계(고정체 식립술) 재시술의 수가산정방법은 어떻게 되나요?

**A**  
nswer

2단계(고정체 식립술) 소정점수의 50%만 인정합니다.

고정체(Fixture)를 식립하여 2단계 시술을 종료하였으나, 일정기간 경과 후 골유착 실패가 확인되어 고정체를 제거하고 고정체를 재식립하는 경우 수가 산정방법은 2단계 고정체 식립술 소정점수의 50%를 1회에 한하여 산정합니다. 이때, 산정코드는 세 번째 자리에 '2'로 기재('UB121002', 치과의원 기준)하고 사용된 고정체(Fixture) 재료는 별도 산정하나, 고정체 제거술 행위는 별도 산정 할 수 없습니다.

**참고**

2단계 시술 실패(골유착 실패)로 2단계를 재시술해야 하는 경우, 등록절차

2단계 시술 실패 시에는 '시술 중지'등록 후에 '재등록'하셔야 합니다.

동일 치과 병·의원에서 치과임플란트 2단계를 재시술 하는 경우는 치과 병·의원에서 해당 등록번호에 대해 '시술중지'등록 여부를 확인 후, 치과 임플란트 대상자 '재등록'이 완료되면, 2단계부터 재시술이 가능하며 다른 치과 병·의원에서 치과임플란트 2단계를 재시술 하는 경우는 A병원에서 2단계 시술 후 치과임플란트가 식립 실패가 되었다면, A병원에서는 식립 실패 확인 후, 해당 등록번호에 대해 '시술중지'신청을 합니다. B병원에서는 '시술 중지'등록을 확인 후 치과임플란트 대상자 '재등록'을 합니다. 재등록이 완료되면, 1단계 또는 2단계부터 시술이 가능합니다.

○ 행정해석 보험 급여과-2076호 (2014.7.1.)

## 추나요법 급여기준

**Q**  
uestion

요양기관에서 환자에게 20번째 추나요법을 실시하고 급여로 적용하였으나 진료정보를 실시간으로 전송하지 못하였습니다. 며칠 뒤 진료정보를 전송하니 타 요양기관에서 20번째를 이미 등록하여 ‘추나요법 실시 횟수가 연 20회 초과되었습니다.’ 라고 하는데 어떻게 하나요?

**A**  
nswer

추나요법은 진료정보 전송일을 기준으로 연 20회까지 급여 적용됩니다. 다른 요양기관이 20번째 추나요법 진료정보를 먼저 전송한 경우 이후 전송된 추나요법은 급여 적용이 불가능 합니다. 따라서 요양기관에서는 추나요법 진료정보를 실시간으로 전송하시기 바랍니다.

관련  
근거 ▶

### 하71 추나요법의 인정기준

- 추나요법은 ‘추나요법 급여 사전 교육’ (대한한의사협회 주관)을 이수하고 건강보험심사평가원에 신고한 한의사가 한방 진료과목 개설 요양기관(요양병원 제외)에서 다음의 경우에 해당되어 시행한 경우 요양급여로 인정하며, 다음 외에는 비급여임.

- 다 음 -

가. 대상 질환: (별첨 3)에 명시된 질환

나. 인정 횟수: 환자당 연간 20회

※ 요양기관은 요양급여 대상인 추나요법 시행 시 추나요법관리시스템을 통해 해당 진료정보를 건강보험심사평가원에 제출하여야 함.

- 요양급여 대상인 추나요법의 본인부담률은 국민건강보험법 시행령[별표2]제3호 라목9)·10) 및 거목에 따라 (별첨 3)에 명시된 본인부담률을 적용함.

○ 고시 제2019-64호 (2019.4.8. 시행)

참고

한의사 1인당 1일 추나요법 실시 인원

요양기관(보건기관 포함)에서 추나요법을 실시한 경우 ‘추나요법 급여 사전 교육’ (대한한 의사협회 주관)을 이수하고 건강보험심사평가원에 신고한 상근하는 한의사 1인당 추나요법 실시 인원(추나요법 실시 총 청구건수를 의미함)은 월평균(또는 주평균) 1일 18명까지 인정하며, 이 경우 의료급여 환자를 포함함.

다만, 시간제, 격일제 근무자는 주3일 이상이면서 주20시간 이상인 경우 0.5인으로 보아 월 평균(또는 주평균) 1일 9명까지 인정함.

※ 월평균(주평균) 추나요법 실시인원 = 1개월간(1주일간) 총 추나요법 청구건수(추나요법 실시 연인원) ÷ 1개월간(1주일간) 한의사 근무일수

○ 고시 제2019-64호 (2019.4.8. 시행)



## 변증기술료의 급여기준

**Q**  
uestion

변증기술료의 인정 기준이 어떻게 되나요?

**A**  
nswer

변증진단명과 ① 문(聞)-문(問)진 중 하나, ② 망진(설진 등), ③ 절진(맥진 등) 세 가지(①~③) 중 두 가지 이상의 기록으로 종합 분석한 변증 진단 설명이 모두 확인 되는 경우에 요양급여로 인정됩니다.

관련  
근거 ▶

### 하40 변증기술료의 급여기준

1. 변증은 환자의 임상 자료를 종합 분석하여 질병의 병리본질을 인식하고 구체적인 증명(證名)을 변별·확정하는 과정임.
2. 따라서, 변증기술료는 직접적인 진찰에 의한 소견으로 진료기록부에 다음 내용이 모두 확인되는 경우에 요양급여로 인정함.  
단, 단순한 증상만을 기재한 경우 인정하지 아니함.

- 다 음 -

가. 변증 진단명

나. ① 문(聞)-문(問)진 중 하나, ② 망진(설진 등), ③ 절진(맥진 등) 세 가지(①~③) 중 두 가지 이상의 기록으로 종합 분석한 변증 진단 설명

○ 고시 제2020-19호 (2020.2.1. 시행)

## 동일부위에 자락술과 자락관법 동시 시술시 산정방법

**Q**  
uestion

벨마비 상병으로 동일부위에 경혈침술(2부위이상)[자락술,도침술,산침술]과 복강내 침술, 부항술(자락관법), 온냉경락요법-경피적외선조사요법을 청구하였는데, 경혈 침술(2부위이상)[자락술,도침술,산침술]금액이 일부 심사 조정되었습니다. 사유가 무엇인가요?

**A**  
nswer

동일부위에 시행한 자락술과 자락관법은 일련의 과정으로 자락관법료만 인정됩니다.

관련  
근거 ▶

### 동일 부위에 자락술과 자락관법 동시 시술시 산정방법

동일부위에 자락술과 자락관법을 동시 시술한 경우 자락술은 자락관법의 일련의 과정이므로 자락관법료만 산정함.

○ 고시 제2007-139호 (2008.1.1. 시행)

## 개인 개설에서 공동 개설로 변경 시 신고절차

**Q** uestion 단독으로 운영하던 요양기관을 공동개설로 변경하려 합니다. 이 경우 신고 절차에 대해 문의 드립니다.

**A** nswer 주개설자가 동일한 경우(홍길동 ↔ 홍길동, 홍길순)  
 ☞ 요양기관기호 변동 없이 개설 형태를 '개인' 에서 '집단개원' 으로 관할 보건소에 변경신고하면 건강보험심사평가원에 통보되며, 부대표자인 '홍길순' 의 공동개설자 입사신고만 건강보험심사평가원에 하면 됩니다.

주개설자가 변경되는 경우(홍길동 ↔ 홍길순, 홍길동)  
 ☞ 주대표자와 부대표자가 변경되므로 보건소 신고시 건강보험심사평가원에 통보됩니다. 전 개설자인 '홍길동' 의 요양기관은 폐업되며, 주개설자인 '홍길순' 명의의 요양기관 기호가 부여됩니다.

**Q** uestion 집단(공동)개설 시 요양급여비용 지급계좌를 누구의 것으로 신고해야 하나요?

**A** nswer 요양기관 공동개설 시 국민건강보험법 시행규칙 제12조제3항과 관련된 요양기관현황신고서 개설자(대표자)란에 공동개설자 중 대표자 1인을 기재하고 개설자(대표자)의 계좌로 요양급여비용을 지급하고 있습니다. 이때 개설자(대표자)는 의료기관 개설(허가)신고증명서 또는 약국개설등록증 상에 기재된 개설자 중 1순위로 기재된 자를 기준으로 하고 있습니다.

○ 보건복지부 행정해석 급여 65720-1552호 (2002.10.23. 시행)

## 법인대표자의 개인 개설 가능 여부

**Q**  
uestion

법인대표자가 의료인인 경우 복수의료기관에서 진료 가능한가요?

**A**  
nswer

법인대표자는 개인이 아닌 법인으로 간주, 여러 기관의 법인 대표로 등록 가능합니다. 또한 법인대표자가 의료인인 경우 복수의료기관 진료 가능합니다. 다만, 법인의 대표자이면서 본인이 개설한 의료기관이 있는 경우 개설자로 적용되므로 복수의료기관(이중 등록 불가) 진료 불가합니다.

○ 행정해석, 보험급여과-286 (2010.1.28.)

## 의사의 중복근무 가능 여부

**Q**  
uestion

타 기관(A)에서 비상근으로 근무하고 있는 의사가 우리 기관(B)에 매주 3일 21시간 동안 근무하는 봉직의사로 근무할 수 있는지 여부와 신고 방법은 어떻게 되나요?

**A**  
nswer

2010년 1월 5일부터 행정해석이 변경되어(의료자원과-90호, 2010.01.05.) 의사가 양쪽 기관에서 동시에 근무하는 것이 허용되었습니다. 다만, 이러한 경우에도 선입사 기관에만 근무형태에 따라 “상근” 또는 “비상근” 으로 등록할 수 있고, 후입사 기관에는 “기타” 인력으로 등록하여야 합니다.

○ 보험급여과-76호 (2010.1.8.)

따라서 A의원에서 먼저 비상근으로 근무하고 있던 의사를 B의원에서 봉직의사로 등록하려는 경우에는, B의원에서의 근무 시간이 “비상근” 요건을 충족함에도 불구하고 “비상근” 이 아닌 “기타” 인력으로 신고하여야 합니다.

차등수가 상 상근은 1인, 비상근은 0.5인, 기타는 0인으로 계산된다는 데에 구분의 실익이 있습니다(의과 제외). 즉 중복근무 인력은 선 입사 기관과 후 입사 기관을 막론하고 행위별 수가는 모두 받을 수 있지만, 차등수가 상으로는 선 입사 기관만 인정되고, 후 입사 기관에서는 0인으로 계산됩니다.

한편 의료인의 중복근무는 개설자가 아닌 의사에 한해 가능한 것이며, 약사나 물리치료사 등에는 적용되지 않으므로 약사나 물리치료사가 두 기관에서 동시에 근무하는 것은 불가합니다.

※ 근무형태에 따른 수가 적용기준 (참고)

근무형태	내 용	비 고
상근	선 입사기관에 주 5일 이상, 40시간 이상 근무	의사수 1인
비상근	선 입사기관에 주 3일 이상, 20시간 이상 근무	의사수 0.5인
기타	주 3일 미만, 20시간 미만 근무, 후 입사기관 근무(상근포함)	인원수 0명

## 개설자의 타 기관 근무 가능 여부

**Q** 의료기관의 개설자가 타 기관에서 봉직의사 또는 봉직약사로 근무할 수 있나요?  
uestion

**A** 개설자는 의료법 제33조 제1항에 의해 자신이 개설한 요양기관 내에서만 근무하도록 되어 있습니다. 따라서 의료법상 개설자가 다른 요양기관에서 중복으로 근무하는 것은 금지됩니다. 한편 자신이 개설한 요양기관에는 봉직의·약사를 두고, 자신은 진료하지 않으면서 다른 요양기관에서 근무하는 것도 원칙적으로 금지됩니다.  
nswer

**Q** 휴업 중인 의료기관의 개설자(의료인)가 다른 의료기관을 개설·운영하거나 봉직으로 근무할 수 있나요?  
uestion

**A** 어떠한 명목으로도 복수의의료기관 개설·운영을 금지한 법 제33조제8항의 개정 취지와 개설 의료기관에 대해 전념토록 한 의무를 고려할 때, 휴업 중 개설자가 다른 의료기관을 개설·운영하거나 다른 의료기관에서 봉직으로 근무 하는 것은 법 제33조 제8항을 위반하는 것입니다.  
nswer

관련  
근거 ▶

### 의료법 제33조(개설)

① 의료인은 이 법에 따른 의료기관을 개설하지 아니하고는 의료업을 할 수 없으며, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 외에는 그 의료기관 내에서 의료업을 하여야 한다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.>

1. 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 응급환자를 진료하는 경우
2. 환자나 환자 보호자의 요청에 따라 진료하는 경우

3. 국가나 지방자치단체의 장이 공익상 필요하다고 인정하여 요청하는 경우
  4. 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 가정간호를 하는 경우
  5. 그 밖에 이 법 또는 다른 법령으로 특별히 정한 경우나 환자가 있는 현장에서 진료를 하여야 하는 부득이한 사유가 있는 경우
- ⑧ 제2항제1호의 의료인은 어떠한 명목으로도 둘 이상의 의료기관을 개설·운영할 수 없다. 다만, 2 이상의 의료인 면허를 소지한 자가 의원급 의료기관을 개설하려는 경우에는 하나의 장소에 한하여 면허 종별에 따른 의료기관을 함께 개설할 수 있다. <신설 2009.1.30., 2012.2.1.>

## 휴가 및 대진 관련 사례

**Q**  
uestion

의원의 개설자 휴가기간 동안 대진의를 사용할 경우의 신고방법은?

**A**  
nswer

건강보험심사평가원에만 개설자에 대한 휴가신고와 대진 의사 신고를 하면 됩니다. (추후 건강보험심사평가원에서 보건소에 통보)

또한 대진 의사가 다른 의원에 비상근으로 등록되어 있는 경우 심평원 신고시 첫째, 비상근으로 등록되어 있는 의원에 대진 기간 동안 휴가신고를 하고, 대진기관에 “대진” 인력으로 등록하는 방법이 있습니다. 둘째, 대진 기관에 대진의를 “대진” 이 아닌 “기타” 로 등록하면, 비상근으로 등록된 기관에서 휴가 신고를 하지 않아도 됩니다.

봉직의사의 경우에는 동시에 두 기관에서 근무할 수 있도록 행정해석(의료자원과-90호, 2010.1.5)이 변경되었습니다. “대진” 은 차등수가상 “상근” 과 동일하게 인정되며, “기타” 의 경우 진료행위는 모두 인정되나, 차등수가 상으로 인원 수는 “0” 명으로 계산되는 점에 그 차이가 있습니다.

관련  
근거

### 비전속진료허용 및 대진의, 협진, 타의료기관 시설이용 제한 폐지 행정해석 안내

- 기존 유권해석을 폐지하고, 의료인(의사, 치과의사, 한의사)이 복수의 의료기관에서 근무하는 것을 허용
- 다만, 의료기관 개설자는 자신이 개설한 의료기관에서만 근무하도록 함
  - \* 의료인의 복수의료기관 개설금지 조항(당해 의료기관에서의 전념 의무)과의 조화로운 해석 필요성, 대법원 판례 등을 감안시 불가피

○ 의료자원과-90호 (2010.1.11, 시행)



**Q** uestion 개설자가 외국으로 휴가를 가는 경우, 출국일과 입국일 당일에 청구할 수 있나요?

**A** nswer 오전에 진료하고 저녁에 출국하거나, 오전에 입국하여 오후에 진료하는 경우처럼 출국과 입국 당일에도 진료했다면 청구가 가능합니다. 이러한 경우, 출국 다음날부터 입국 전 날까지 휴가 신고를 해야 합니다.

**Q** uestion 개설자와 비상근 봉직의사가 한 명 있으며, 비상근 의사는 월요일부터 금요일까지 매주 오후에만 5시간씩 근무하고 있는데, 개설자의 휴가기간 동안은 비상근 의사가 오전, 오후 모두 진료한 경우의 신고방법은?

**A** nswer 개설자에 대해서 휴가신고를 하고, 비상근 의사를 휴가기간 동안 대진의로 신고를 하면 됩니다. 대진이는 상근자의 휴가 기간 동안은 차등수가에서 대진(상근)으로 인정을 받을 수 있습니다. 휴가 기간이 종료된 후에는 다시 비상근자로 인정을 받게 됩니다.

**Q** uestion 개설자가 오전에는 진료하고 오후에만 휴가하고, 대진이는 오후에만 나오는 경우의 신고방법은?

**A** nswer 첫째, 하루 이틀 정도의 단기간 동안 위와 같은 형태로 근무를 하여 휴가시간을 제외해도 개설자의 상근 요건이 충족되는 경우를 생각해 볼 수 있습니다. 이러한 경우라면 개설자가 하루 중 일부라도 나와서 실제 진료를 한 경우에는 휴가신고를 할 필요가 없습니다. 휴가는 하루 전체에 대한 개념이기 때문입니다. 그리고 “대진”은 휴가자가 전제되는 개념이어서 휴가 등록 없이는 대진 등록을 할 수 없으므로 이렇게 반일만 대진하는 의료인은 그 해당일 만큼 “기타” 인력으로 신고하면 됩니다.

둘째, 위와 같은 근무형태가 지속적으로 유지되어 개설자가 매일 오전에, 대진이는 매일 오후에 근무하는 경우를 생각해 볼 수 있습니다. 이러한 경우라면 개설자는 상근 요건을 충족하지 못하므로 비상근으로 신고를 해야 하고, 대진의 역시 비상근 요건을 충족한다면 비상근으로 신고를 하면 됩니다.₩

## 일반병동의 간호관리료 차등제

**Q**  
uestion

병상수 대 간호사 수 기준 및 환자수 대 간호사 수 기준 적용기관의 등급산정 방법이 궁금합니다.

**A**  
nswer

‘종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원 중 별도로 정하는 일부 요양기관’의 간호관리료 등급 산정식은 아래와 같으며, ‘종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원 중 별도로 정하는 일부 요양기관’에 해당되지 않는 기관은 기존 일반병동 등급 산정식(병상 수 대 간호사 수)로 산정합니다.

가. 병상 수 대 간호사 수 기준 적용기관

- 대상기관: 상급종합병원, 의원, 보건의료원 전부 및 환자 수 대 간호사 수 기준에 해당하지 않는 종합병원 및 병원급 요양기관
- 일반병동의 직전분기 각 월 15일 평균 병상 수 대비 평균 간호사 수에 따른 등급을 산정하여 다음 분기에 적용
- 간호관리료 등급 산정식

$$\frac{\text{일반병동 병상 수(3개월 평균, 15일자 병상수의 합/3)}}{\text{일반병동 간호사 수(3개월 평균, 15일자 간호사수의 합/3)}}$$

※ 소수점이하 값의 처리: 평균 병상수와 평균 간호사수는 소수점 셋째자리에서 반올림(4사5입), 병상수 대 간호사수 비는 소수점 셋째 자리에서 절사하여 둘째자리까지 표기

나. 환자 수 대 간호사 수 기준 적용기관

- 대상기관: ‘종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원 중 별도로 정하는 일부 요양기관’ (관련근거 참고)
- 일반병동의 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지 매일 재원환자 재원일수의 합과 직전분기 각 월 15일 평균 간호사 수에 따른 등급을 산정하여 다음 분기에 적용
- 간호관리료 등급 산정식

$$\frac{\text{일반병동 환자수(3개월 평균)}}{\text{일반병동 간호사 수(3개월 평균, 15일자 간호사수의 합/3)}}$$

※ 소수점이하 값의 처리: 평균 환자수와 평균 간호사수는 소수점 셋째자리에서 반올림(4사5입), 환자수 대 간호사수 비는 소수점 셋째자리에서 절사하여 둘째자리까지 표기

※ (20.7.1.부터) 적용 간호사수는 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지 간호사별 재직일수의 합을 해당 분기일수로 나누어 적용함. (20.6.16.~20.6.20. 분기 신고시 적용)

관련 근거

[간호인력 확보수준에 따른 간호관리료 차등적용 관련기준]

적정수준의 간호인력을 확보하지 못한 요양기관에서 간호서비스의 일부를 보호자나 간병인에게 위임하는 등 입원 진료시 간호서비스의 질이 저하되는 바람직하지 않은 현상을 해소하기 위해서 시행하고 있는 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제(병상 수 대 간호사 수의 비) 관련 기준은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

가. 일반병상 기준

- 1) 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제의 기준이 되는 일반병상은 요양기관현황(변경사항) 통보시 건강보험심사평가원에 신고한 병상 중 「건강보험 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 제2호 마목(2)에 따른 일반병동의 병상을 말함. 다만, 신고한 병상보다 더 많은 병상을 운영하는 경우에는 운영

병상으로 함.

- 2) 정신의료기관 중 폐쇄병동: 정신의료기관 중 폐쇄병동이라 함은 일반적으로 다른 병동과 구분되어 있고 일반인의 출입이 통제되는 병동으로서 정신건강의학과 환자만을 입원시키는 병동을 말함.
- 3) 미숙아실: 미숙아라 함은 미숙아를 포함한 질병이 있는 신생아의 총칭(sick baby)을 말하며 미숙아를 수용하는 미숙아실은 신생아실의 범주에 포함되므로 일반 병상수에서 제외함.
- 4) 조기진통실: 분만실내의 조기진통실은 일반 병상수에서 제외함.
- 5) 모자동실: 모자동실에 입원하는 산모의 병상은 일반병동의 병상으로 산정함.

#### 나. 간호사 산정기준

- 1) 환자간호업무에 종사하지 않은 간호사: 근무표 상 일반병동에 배치되어 있다고 하여도 실제 환자간호를 담당하지 않으면 일반병동 근무 간호사수에서 제외하여야 함(간호감독, 전임노조, 가정간호사, 호스피스 등).
- 2) 순환근무 간호사: 일반병동과 외래 등 특수부서를 순환 또는 파견(PRN포함) 근무하는 간호사로는 간호의 질 향상을 기대 할 수 없으므로 해당 간호사는 산정대상에서 제외함.
- 3) 단시간 근무 간호사 및 계약직 간호사: 「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」 제8조(차별적 처우의 금지) 및 제17조(근로조건의 서면명시)를 준수하고, 계약직의 경우에는 1년 이상 고용계약을 체결하고 4대 사회보험에 가입한 경우에 산정함. 단, 출산휴가자 및 육아휴직자 대체 간호사의 경우 계약기간에 관계없이 산정 가능함.
  - 가) 계약직 간호사 중 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 40시간인 근무자의 경우 1인으로 산정함.
  - 나) 단시간 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 40시간 미만인 근무자에 대하여 16(이상)~20시간(미만) 근무자의 경우 0.4인, 20(이상)~24시간(미만) 근무자는 0.5인, 24(이상)~28시간(미만) 근무자는 0.6인, 28(이상)~32시간(미만) 근무자는 0.7인, 32(이상)~36시간(미만) 근무자는 0.8인, 36(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.9인으로 산정함. (다만, 상급종합병원 및 서울지역 종합병원은 기존에 해당 병원에서 근무 중인 간호사에 한함)
  - 다) 서울특별시를 제외한 지역의 종합병원, 병원(상급종합병원은 제외한다)의 전일제 및 단시간 근무 간호사 중 근로계약서 상 야간(20시~익일 08시사이)근무 전담임을 명시하고, 간호인력 산정시점을 기준으로 1개월 이상 야간만 전담하여 근무한 간호사(이하 야간전담 간호사)에 대하여 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 40시간인 근무자는 1인으로, 40시간 미만인 근무자는 상기 '나'의 산정인원과 동일하게 적용함. 다만, 서울 지역 소재 종합병원, 병원의 경우에도 2014. 12.15.을 기준으로 야간전담간호사가 1인 이상인 의료기관(이하 야간전담 기준기관)은 건강보험심사평가원에 야간전담 기준기관임을 신고한 후 같은 기준을 적용할 수 있음.
  - 라) 계약직 간호사를 고용하는 경우, 정규직 근무 간호사 의무고용비율은 100분의 80으로 함.
- 4) 간호등급 산정대상이 되는 일반병동의 간호사, 단시간 근무 간호사 및 계약직 간호사 중 연

속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간동안은 산정대상에서 제외함.

다. 간호인력 확보수준에 따른 등급산정 및 신청방법

- 1) 요양기관은 [별지 제2호 서식]에 의한 요양기관 입원환자 간호관리료 차등제 산정현황을 건강보험심사평가원에 매분기말 16일부터 20일까지 제출하여야 하며, 미제출기관의 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 제2호 마목(4)에 따라 산정함. (상급종합병원, 의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원의 경우 미제출시 6등급으로 적용) 다만, 제출기간을 초과하여 적용분기 전일까지 부득이한 사유를 소명하여 제출하는 경우에 한하여 확인된 간호등급을 적용함.
- 2) 병동별 병상현황: [별지 제3호 서식]에 의한 요양기관 병동별 병상 운영현황 통보서를 제출하여야 하며, 변경사항 발생시 즉시 건강보험심사평가원에 제출하여야 함.
- 3) 간호인력 신고: [별지 제4호 서식]에 의한 요양기관 간호 인력 일반현황 통보서를 제출하여야 하며, 변경사항 발생 시 즉시 건강보험심사평가원에 제출하여야 함.
- 4) 간호등급 산정 시 평균 병상수와 평균 간호사수는 각각 소수점 셋째자리에서 반올림하여 계산함.
- 5) 적용 간호사수는 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지 간호사별 재직일수의 합을 해당 분기일수로 나누어 적용함.

○ 고시 제2019-177호 (2019.10.1. 시행)

관련 근거

종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원 중 별도로 정하는 일부 요양기관 '의 간호 인력확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제 적용기준

건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 제2호 마목(1)에서 '종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원 중 별도로 정하는 일부 요양기관' 의 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제(환자 수 대 간호사 수의 비) 적용 기준은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

가. 대상기관: 아래 중 하나 이상에 해당하는 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원

- 아 래 -

- 1) 서울특별시를 제외한 지역에 소재한 요양기관
- 2) 다음의 법령에 근거하여 설립된 요양기관
  - 가) 「보건복지부와 그 소속기관 직제」
  - 나) 「국립중앙의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」
  - 다) 「국민건강보험법」

- 라) 「대한적십자사 조직법」
- 마) 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」
- 바) 「암관리법」
- 3) 「응급의료에 관한 법률」에 의한 응급의료기관 중 지역응급의료기관인 요양기관

나. 환자 수 기준

- 1) 간호인력확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제의 기준이 되는 환자 수는 건강보험 심사평가원에 제출한 [별지 제2-1호의 2 서식] 입원 환자 수 현황상의 입원 환자 수를 말함.
- 2) 입원 환자 수에는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 제2호 마목(2)에 따른 일반병동의 병상에 입원한 모든 환자 수를 기재하여야 함.
- 3) 환자 수는 전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 매일 재원일수의 합이며, 입원초일인 환자는 입원 환자 수에 산입하고 퇴원 환자는 입원 환자 수에서 제외함.

다. 간호사 수 기준

간호사 수의 산정기준, 신고사항 등은 ‘간호인력 확보수준에 따른 간호관리료 차등적용 관련 기준’에 의하여 산정함.

라. 소수점 이하 값의 처리

평균 환자 수와 평균 간호사 수는 각각 소수점 셋째자리에서 반올림하여 계산하며, 환자 수 대 간호사 수의 비는 소수점 셋째자리 이하 절사하여 계산함.

마. 간호인력 및 등급신청

- 1) 요양기관은 [별지 제2호 서식]에 의한 요양기관 입원환자 간호관리료 차등제 산정현황 및 [별지 제2-1호 서식]에 의한 요양기관 입원환자 간호관리료 차등제 산정현황(환자 수 기준)을 건강보험심사평가원에 매분기말 16일부터 20일까지 제출하여야 하며, 미제출기관의 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 제2호 마목(4)에 따라 산정함.

다만, 제출기간을 초과하여 적용분기 전일까지 부득이한 사유를 소명하여 제출하는 경우에 한하여 확인된 간호등급을 적용함.

- 2) 병동별 병상현황: [별지 제3호 서식]에 의한 요양기관 병동별 병상 운영현황 통보서를 제출하여야 하며, 변경사항 발생시 즉시 건강보험심사평가원에 제출하여야 함.
- 3) 간호인력 신고: [별지 제4호 서식]에 의한 요양기관 간호 인력 일반현황 통보서를 제출하여야 하며, 변경사항 발생시 즉시 건강보험심사평가원에 제출하여야 함.

바. 그 외 별도로 규정하지 않은 산정기준은 ‘간호인력 확보수준에 따른 간호관리료 차등적용 관련기준’에 의하여 산정함.

○ 고시 제2019-177호 (2019.10.1. 시행)

**Q** '20년부터 일반병동 차등제 산정현황을 미제출한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방 병원, 요양병원(정신병원, 의료재활시설에 한함)의 입원료 산정은 어떻게 되나요?

**A** 「소득세법」 시행규칙 제7조제4호에 의한 의료취약지역 소재 요양기관은 6등급 입원료 소정점수가 적용되며, 위 의료취약지역에 해당되지 아니하는 요양기관은 입원료 소정점수의 10%가 감산됩니다.

**Q** 간호사 산정제외 기준이 어떻게 되나요?

**A** 환자간호를 전담하지 않는 간호인력(간호감독, 전임노조, 가정간호사, 호스피스 등), 순환근무간호사, 1월 이상 장기 유급휴가자(분만휴가자 포함), 일반병동과 특수 병동을 동시에 관할하는 수간호사, 면허발급 이전 간호사는 산정에서 제외됩니다

※ (20.7.1.부터) 간호등급 산정대상이 되는 일반병동의 간호사, 단시간 근무 간호사 및 계약직 간호사 중 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간 동안은 산정대상에서 제외함.

**참고** ▶ 가28 야간전담간호사 관리료 산정기준

야간전담간호사 관리료는 다음 요건을 모두 충족한 경우 인정함

- 다 음 -

가. 대상기관

- 1) 종합병원, 병원(상급종합병원, 요양병원 제외)
- 2) 서울특별시를 제외한 지역에 소재한 의료기관  
단, 서울 지역 소재 종합병원, 병원의 경우에도 2014.12.15.을 기준으로 야간전담간호사가 1인 이상인 의료기관(이하 야간전담 기준기관)은 건강보험심사평가원에 야간전담 기준기관임을 신고한 후 산정할 수 있음
- 3) 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제 등급이 6등급 이상

나. 인력

- 1) 「간호인력 확보수준에 따른 간호관리료 차등적용 관련 기준」에 따른 야간전담간호사 2인 이상
- 2) 야간전담간호사를 제외한 일반병동 간호사 총 인원이 직전분기 대비 5%를 초과하여 감소하지 않은 경우

다. 야간전담간호사 운영비율

「간호인력 확보수준에 따른 간호관리료 차등적용 관련 기준」에 따른 총 간호사 중 야간전담간호사의 비율(소수점 셋째자리 이하 절사)

라. 산정횟수

간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제 적용 입원료(가-2 입원료) 산정시 1일당 1회 산정

○ 고시 제2019-177호 (2019.10.1. 시행)



## 요양병원 입원료 차등제 산정기준

**Q**  
uestion

'20.1.1.부터 개정된 요양병원 간호인력 등급 산정 방법이 궁금합니다.

**A**  
nswer

- 환자수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 환자수 평균으로, 간호인력수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직일수 평균으로 산정하되, 평균 환자수와 평균 간호인력수는 각각 소수점 셋째자리에서 반올림하여 계산합니다.
- 간호인력 등급 산정식

$$\frac{\text{환자 수(3개월 평균)}}{\text{간호인력 수(총 재직일수 / 총 분기일수)}}$$

※ 소수점 처리: 평균 환자 수, 평균 간호인력 수는 소수점 셋째자리에서 반올림(4사5입), 전체 환자 수 대비 간호인력 수는 소수점 셋째자리에서 절사하여 둘째자리까지 표기

**관련 근거**

### 간호인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등적용 관련 기준

적정수준의 간호인력을 확보하지 못한 요양병원에서 간호서비스의 일부를 보호자나 간병인에게 위임하는 등 입원 진료시 간호서비스의 질이 저하되는 바람직하지 않은 현상을 해소하기 위해서 시행하고 있는 [간호인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등제] 관련 기준은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

#### 가. 환자 산정기준

간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등제의 기준이 되는 환자수는 건강보험심사평가원에 제출한 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서상의 입원 환자수로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3편 제3부[산정지침] 4.바(3)을 말함.

#### 나. 간호인력 산정기준

- 1) 간호인력은 입원환자 간호업무를 전담하는 간호사와 이에 대한 간호업무를 보조하는 간호조무사를 의미함.

- 2) (입원)병동에 근무하지만 입원환자 간호를 전담하지 않는 간호인력(간호감독, 전임노조, 가정간호사, 호스피스 간호사 등), 일반병상과 특수병상을 순환 또는 파견(PRN 포함) 근무하는 간호인력, 특수병상 중 중환자실, 격리실, 인공신장실, 물리치료실에서 근무하는 간호인력, 외래 근무하는 산정대상에서 제외하며, 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우에는 동 기간 동안 간호인력 산정대상에서 제외함.
- 3) 계약직 및 단시간 근무 간호인력은 「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」 제17조(근로조건의 서면명시)를 준수하고, 계약직의 경우에는 3개월 이상 고용계약을 체결한 경우에 산정함.
- 4) 단시간 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 미만인 근무자에 대하여 16(이상)~20시간(미만) 근무자의 경우 0.4인, 20(이상)~24시간(미만) 근무자는 0.5인, 24(이상)~28시간(미만) 근무자는 0.6인, 28(이상)~32시간(미만) 근무자는 0.7인, 32(이상)~36시간(미만) 근무자는 0.8인, 36(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.9인으로 산정하며, 「소득세법」 시행규칙 제7조 제4호에 의한 의료취약지역 소재 요양기관은 각각 0.5인, 0.6인, 0.7인, 0.8인, 0.9인, 1인으로 산정함. 다만, 계약직 간호사를 고용하는 경우, 정규직 간호사 의무고용비율은 100분의 80으로 함.
- 5) 전일제 근무 간호인력으로 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 이상인 근무자는 1인으로 산정함. 다만, 계약직 간호조무사는 전일제인 경우에만 3인을 2인으로 산정함.
- 6) 출산휴가자를 대체하는 간호사는 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 이상인 근무자의 경우 1인으로 산정함.

다. 간호인력 확보수준에 따른 등급산정 및 신청방법

- 1) 환자수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 환자수 평균으로, 간호인력수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직일수 평균으로 산정하되, 평균 환자수와 평균 간호인력수는 각각 소수점 셋째자리에서 반올림하여 계산함.
- 2) 요양기관은 [별지 제6호 서식]에 의한 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서를 건강보험심사평가원에 매분기말 16일부터 20일까지 제출하여야 하며, 미제출 기관은 6등급으로 산정함. 다만, 제출기간을 초과하더라도 적용분기 전일까지 부득이한 사유를 소명하여 제출하는 경우에 한하여 확인된 간호등급을 적용하며, 통보서 내용 중 간호인력 현황에 변경사항 발생 시는 즉시 제출하여야 함.

○ 고시 제2019-183호 (2019.1.1. 시행)

**Q**  
uestion

필요인력 유급휴가 중 대체 고용인력이 인정되나요?

**A**  
nswer

필요인력이 16일 이상 장기유급휴가 시 인력 산정대상에서 제외됩니다.  
다만 장기유급휴가자를 대체하는 상근자가 있는 경우에는 신고 후 인정됩니다.

○ 보험급여과-389호 (2010.2.5.)

**Q**  
uestion

필요인력의 최종 퇴직일 직전 기간에 연차 휴가인 경우, 인력으로 산정 가능하  
요?

**A**  
nswer

필요인력(상근하는 약사, 의무기록사, 방사선사, 임상병리사, 사회복지사, 물리치료  
사)은 요양병원입원료차등제산정현황통보서 상의 상근자를 의미하며, 16일 이상 장  
기 유급휴가의 경우에는 산정대상에서 제외합니다.

○ 보험급여과-389호 (2010.2.5.)

**Q**  
uestion

환자수 200명 미만인 요양병원에서 주당 16시간 이상 근무약시를 고용한 경우 근  
로기준법상 연차가 인정되나요?

**A**  
nswer

필요인력 확보에 따른 별도 보상제와 관련하여 환자수 200명 미만인 요양병원에서  
약사가 주 16시간 이상 근무한 경우에는 근로기준법령에 따른 휴가가 인정 가능  
합니다.

○ 보험급여과-389호 (2010.2.5.)

## 수련중인 전공의 대진의사 신고 여부

**Q**  
uestion

수련중인 전공의를 대진의사로 고용할 수 있나요? 만약 고용한다면 요양급여비용을 인정 받을 수 있는지 궁금합니다.

**A**  
nswer

전공의는 교육을 목적으로하는 피교육자 신분이므로, 수련병원이 아닌 의료기관에서 야간당직이나 대진을 병행할 수 없으며, 해당 요양급여비용은 인정되지 않습니다.

○ 보험급여과-1719호 (2003.05.13.)

## 인력 관련 방문심사 사례

### 사례1.

입원환자식대 직영가산은 실제 당해 요양기관에 소속된 영양사가 1명 이상 상근하는 경우에 산정 가능하며 시간제, 격일제 근무자의 경우에는 인력 산정 대상에서 제외토록 되어 있으나, 상근한 것으로 신고하고 입원환자식대 직영가산을 요양급여비용으로 청구

### 사례2.

입원환자식대 영양사가산, 조리사가산은 입원환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관 소속 영양사, 조리사가 상근하는 경우에 산정 가능하도록 되어 있으나, 타 업무(원무과 등)를 주로 담당하는 인력을 신고하고 영양사가산, 조리사가산을 요양급여비용으로 청구

### 사례3.

입원환자식대 **영양사가산, 조리사가산**은 전전월 평균 영양사 수 및 조리사 수에 따라 산정토록 되어 있으나, 입사일자 및 퇴사일자를 실제와 다르게 신고하여 영양사가산, 조리사가산을 요양급여비용으로 청구

### 사례4.

**요양병원입원료차등제 의사등급**은 대상기간 각 의사별 재직일수의 합/ 대상기간일수의 합으로 산정토록 되어 있으나, 주3일 이상이면서 주20시간 이상 근무하는 의사를 비상근으로 신고하여야하나 상근 근무자로 신고하여 의사등급 산정하고 요양급여비용으로 청구

### 사례5.

**요양병원입원료차등제 간호등급**은 입원환자간호를 전담하는 간호인력만을 산정대상으로 하고 있으나 외래접수 수납, 물리치료 보조, 약국근무자 등을 병동 근무자로 신고하여 간호등급 산정하고 요양급여비용으로 청구

### 사례6.

**일반병동간호관리료차등제**는 일반병동 3개월 평균병상수(각월 15일자 병상수의 합/3)/ 일반병동 3개월 평균 간호사수(각월 15일자 간호사수의 합/3)로 산정토록 하고 있으며, 허가받은 병상보다 더 많은 병상을 운영하는 경우에는 운영병상으로 간호등급 산정토록 하고 있으나 운영병상을 적게 신고하여 간호등급 산정하고 요양급여비용으로 청구

### 사례7.

**간호인력**의 입사일자 또는 퇴사일자를 실제와 다르게 신고하여 간호등급 산정하고 요양급여비용으로 청구



**Health Insurance  
Review & Assessment  
Service /  
Seoul Branch**

**Health Insurance  
Review & Assessment  
Service /  
Seoul Branch**



II

요양기관업무포털  
서비스

Health Insurance Review &  
Assessment Service / Seoul Branch

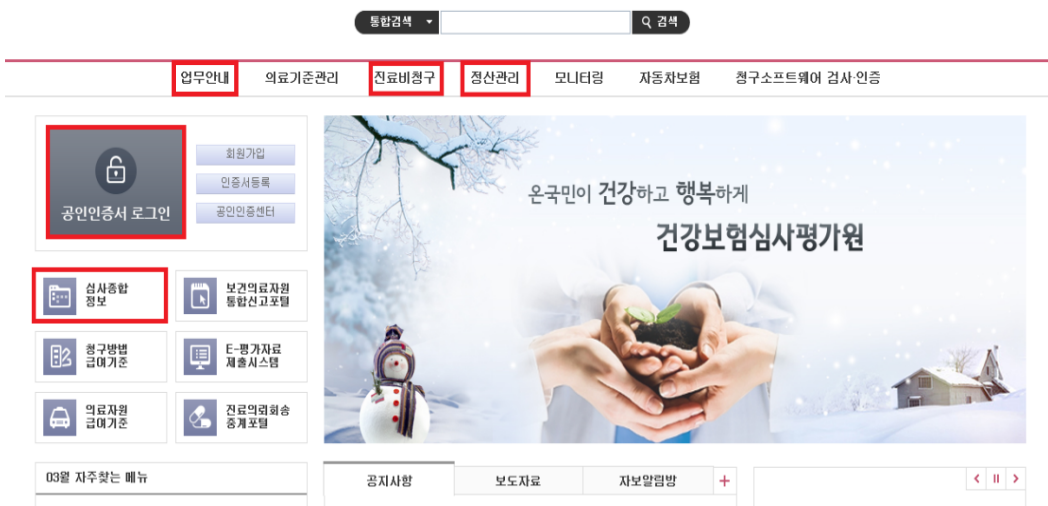


# 요양기관 업무포털

- 요양기관 대상으로 진료비청구, 정산관리, 영상자료제출 업무 등 정보제공
- 접속경로: <http://www.hira.or.kr> > 요양기관 업무포털



## ○ 요양기관 업무포털 메인화면



## 1. 심사종합정보

### - 심사기준, 고시, 수가, 약가 등 관련정보 조회

개최시행일자	번호	구분	관련근거	제목	첨부	조회수
2017-12-01	108-01	건산심사사례		연형비교 '초음파(만1세)검사' 불인정		111
2017-04-27	107-01	건산심사사례		특정내역 미 기재시 '임상부 초음파' 불인정		366
2016-10-01	02-01	고시	고시제2016-190호(기결정)	Ultrasound guided Biopsy		291
2016-10-01	02-02	고시	고시제2016-190호(기결정)	초음파 유도하에 간, 췌장, 신장, 유방, 갑상선의 aspiration		275
2016-10-01	02-03	고시	고시제2016-190호(기결정)	가동유발초음파		118
2016-09-30	02-04	고시	고시 제2016-190호(행위)	산전진찰 목적으로 시행하는 검사의 요양급여 범위		757
2016-09-30	05-01	고시	고시 제2016-190호(행위)	와해의료 별도사정의 크레기주		75

## 2. 영상자료제출

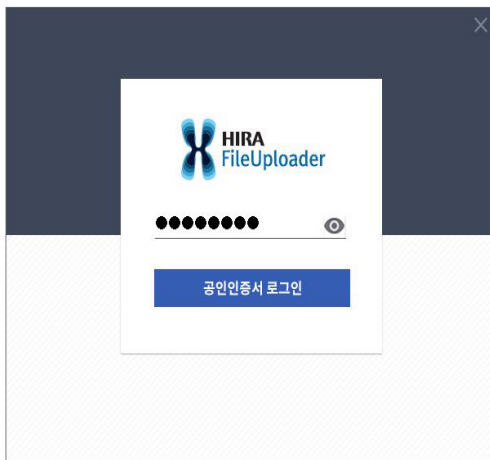
- 요양기관에서 전송프로그램(uploader)통해 의료영상자료 전송
- 의료영상자료가 저장관리되어 1차심사 및 이의신청시 이용 가능
- 접속경로 : 진료비청구 > 요양기관영상자료제출 > 1차 심사자료입력, 심사보완자료입력 정산관리 > 재심/이의신청/환수/정산 > 보완자료제출 업무안내 > 안내 > 영상자료제출 업무안내

### 3. 재심/이의신청

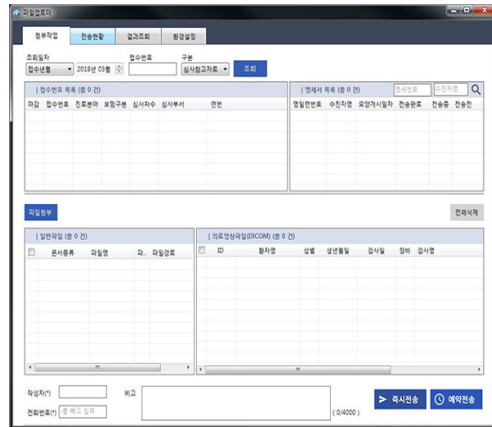
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>재심/이의신청/환수/정산</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 안내</li> <li>· 재심/이의신청/환수/정산 진행과정조회</li> <li>· 재심사조정청구/환수/정산</li> <li>· 이의신청/환수/정산</li> <li>· 보완자료제출</li> <li>· 이의신청(재심사/환수/정산)등 정산 결과(전산통보기관용)</li> <li>· 정산심사통보서조회(서면통보기관용)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 심판청구                     <ul style="list-style-type: none"> <li>· 안내</li> <li>· 심판청구</li> <li>· 심판청구 진행과정확인</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 응급의료비용 대지급 청구                     <ul style="list-style-type: none"> <li>· 안내</li> <li>· 청구</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 진료비확인요청                     <ul style="list-style-type: none"> <li>· 진료비확인요청</li> <li>· 긴급의료지원비 확인</li> </ul> </li> </ul>
--	---	---	--

#### ① 재심 및 이의신청서 서식

- 접속경로 : 업무안내 > 자료실 > 서식자료실



[ 파일업로더 로그인 화면 ]



[ 파일업로더 메인 화면 ]

업무안내    의료기준관리    진료비청구    **정산관리**    모니터링    자동차보험    청구소프트웨어 검사 인증

---

**업무안내**  
Guide of Business

- 안내
- 자료방
- FAQ
- 자료실
- 정보방

서식자료실 x

☰ > 업무안내 > 자료방 > 서식자료실

조회조건    검색    이의신청서식    🔍

총 2건

순번	제목	작성자	작성일자	최종수정일자	조회	첨부
2	이의신청서식	이의신청부	2013-05-01	2013-05-01	23,700	📎
1	이의신청서	경영정보부	2003-05-01	2011-05-22	26,588	📎

#### ② web 접수

- 접속경로 : 정산관리 > 재심사조정청구/환수/정산, **정산관리 > 이의신청/환수/정산**
- 조회방법 : 01~05 중 선택>이의신청 할 명일련 더블클릭 / 명세서별 코드별 조정내역 체크 / 신청내역 체크 후 하단에 사유와 첨부 파일 입력 / 최종제출

### ③ 진행과정 조회

- 접속경로: 정산관리 > 재심/이의신청/환수/정산 > 재심/이의신청/환수/정산 진행과정조회

### ④ 정산 결과

- 접속경로: 정산관리 > 재심/이의신청/환수/정산/ > 이의신청(재심사/환수/정산) 등 정산 결과(전산통보기관용)

- 조회조건: [작업구분: 정산심사내역서], [정산구분: 정산], [정산차수: 91~94], [정산년월: 입력하기] 후 조회

### 4. 청구오류 점검서비스

#### ① 청구오류 수정·보완서비스

- 청구명세서 청구(접수)과정에서 확인되는 기재착오 등 청구오류건을 심사에 들어가기 전에 요양기관이 스스로 수정·보완할 수 있도록 제공하는 서비스(접수 후 2일 이내 수정·보완)
- ※ 본 서비스를 통하여 요양기관에서 직접 심사 전에 오류를 수정·보완함으로써 요양기관과 심평원의 재심사조정청구 및 이의신청 업무를 최소화하는 서비스

#### ○ 다발생 청구오류 내용

**< 금액산정 착오(A코드) / 코드 또는 코드구분착오(K코드) >**

- 조치방법으로 원무시스템 메뉴 중 기초자료관리(수가, 약가, 치료재료대 등 관리하는 화면)에서 오류 발생된 청구코드에 대한 단가 및 청구코드 또는 코드구분을 변경해야 함
- ※ 원무시스템 마다 수가, 약가, 치료재료대 등 관리하는 화면 명칭이 다를 수 있음

**< 증빙자료 미제출(F코드) >**

- 구입 시 마다 신고가 원칙이며 청구명세서 청구(접수)전에 실구입가로 미리 제출
- 동일 품목을 재구입 없이 계속 사용 시 유효기간은 2년이며, 만료일 도래하기 1개월 전부터 연장신고
- 신고방법 및 제출방법
  - ① 요양기관업무포털(biz.hira.or.kr) 접속 및 공인인증서 로그인
  - ② 진료비청구 ⇨ 치료재료관리 ⇨ 치료재료구입목록표 ⇨ 행추가하여 구입내역 등록 후 확인 ⇨ 접수하기

**< 수탁기관기호착오(L코드) >**

- 원내에서 검사를 실시하지 않고 외부 수탁기관에 검사를 의뢰할 경우 해당기관의 기호가 정확히 들어와야 하나 잘못된 경우로서 검사 보내는 수탁기관에 연락하여 수탁기관기호 확인해야 함

**< 수진자 성명 또는 주민등록번호 기재착오(10코드) / 미자격자 진료분 청구(91코드) >**

- 오류 발생된 수진자의 성명 또는 주민등록번호를 확인 후 국민건강보험공단 ☎ 1577-1000)에 해당 환자의 자격유무를 확인해야 함

#### ○ 청구오류 수정·보완 요령

- ① 문자서비스(SMS), 웹메일, 진료비청구포털 통보서 등 수신
- ② 요양기관업무포털(biz.hira.or.kr) 접속 및 공인인증서 로그인
- ③ 진료비청구 ⇨ 청구오류 ⇨ 청구오류 수정보완에서 수정 및 전송
  - 수정(통보)대상 자세한 조치방법은 아래 화면 **청구오류 수정보완요령** 을 참고



② 청구오류 사전점검

- 요양기관이 요양급여비용을 청구(접수)전에 수시로 심사평가원의 청구오류 점검시스템을 통해 청구오류를 점검하여 수정·보완 후 실제 청구하도록 하는 서비스로 진료비 조정을 예방하고, 신속한 진료비 지급 및 행정비용절감을 도모하는 서비스입니다.

○ 청구명세서 접수과정에서 청구오류건을 감소시키려면?

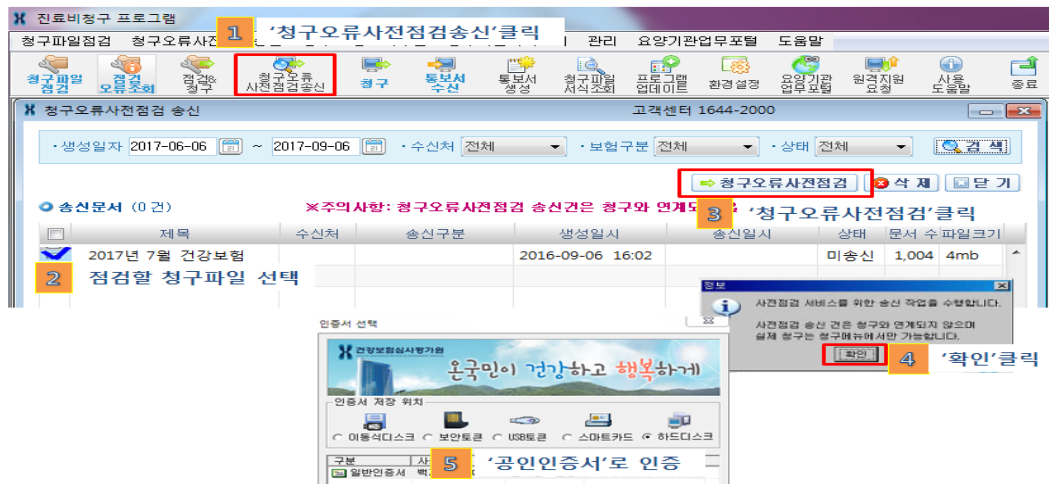
- 진료비 청구(접수)전에 진료비청구포털프로그램의 **청구오류 사전점검**을 이용

○ 청구오류 사전점검의 좋은 점은?

- 하나, 반송, 심사불능, 심사조정, 인력·장비·시설 등 **1,045항목** 점검 서비스 제공(2019년 5월 기준)
- 돌, 횡수에 관계없이 수시로 이용가능

○ 청구오류 사전점검 요령

- ① 원무시스템에서 청구파일 생성
- ② 진료비청구포털프로그램에서 ‘청구파일점검’ 실행(필수사항)
- ③ ‘청구오류 사전점검’ 실행



- ④ 점검결과 확인 - 요양기관업무포털(biz.hira.or.kr)의 진료비청구 ⇨ 청구오류 ⇨ ‘청구오류 사전점검’ 확인

청구오류 사전점검은 진료비 지급과 무관하므로 오류 점검 후 수정하시어 꼭 실청구를 해야 진료비가 지급됩니다.



## 5. 휴대전화문자(SMS) 서비스

### '휴대전화문자(SMS)서비스' 란?

진료비청구 접수(반송)현황, 심사진행과정 등을 문자로 빠르게 받을 수 있도록 건강보험심사평가원에서 제공하는 무료서비스입니다.

### ○ 문자서비스(SMS) 제공 정보

- 1) 진료비청구 후 접수(반송) 결과 및 청구오류 점검결과 안내
- 2) 심사완료 후 심사결과통보서 등 발송 안내
- 3) 심사보완자료 요청 관련 안내
- 4) 요양기관 현황 신고 및 고시 안내 등

### ○ 신청하기



- ①요양기관업무포털 (biz.hira.or.kr) 접속 및 공인인증서 로그인
- ②진료비청구 ⇨ 청구 및 통보 관련 신청 ⇨ SMS신청 클릭
- ③개인정보수집이용 동의함 체크 후 사용자 등록 클릭
- ④담당자 정보(이름/직위)입력 후 휴대전화번호 클릭
- ⑤휴대전화 인증 실시
- ⑥원하는서비스의 체크박스에 체크  
-그룹단위 서비스 선택 가능  
-항목단위 서비스 선택 가능  
-전체선택 가능
- ⑦등록 클릭

문의 : 행복의 전화 1644-2000



**Health Insurance  
Review & Assessment  
Service /  
Seoul Branch**

**Health Insurance  
Review & Assessment  
Service /  
Seoul Branch**

# 별첨

## 부서별 전화번호

Health Insurance Review &  
Assessment Service / Seoul Branch



## 건강보험심사평가원 서울지원 부서별 전화번호

민원사안	세부민원사항	담당부서	전화번호
주소	서울시 송파구 중대로 135(가락동, 아이티벤처타워) 2, 9, 13, 14층		
명세서 접수	서면(디스켓)접수	고객지원부	3772-8833
	EDI 접수, 반송	고객지원부	3772-8838
S/W업무	청구 프로그램 (S/W 검사 및 인증)		3772-8839
치료재료 (의약품)	치료재료 구입목록표 관리	고객지원부	(국번없이) 1644-2000
	구입약가 확인		
요양기관 현황관리	요양기관 기호부여 (지정, 폐업)		
	요양기관 변경 (인력, 시설, 장비)		
	요양기관 계좌 변경		
	간호등급, 입원환자식, 중환자실 등급		
요양기관 심사 및 평가	종합민원	심사평가부	(국번없이) 1644-2000
	1차 심사 - 병원, 요양병원, 의원, 약국, 보건기관	심사평가 1부	3772-8871~6 3772-8881~7
		심사평가 2부	3772-8921~7 3772-8931~6
	1차 심사 - 종합병원(내과, 산·소)	심사평가 3부	3772-8973 3772-8976~9 3772-8980,8982
			3772-8969 3772-8970~2 3772-8974,8975
	재심 이의신청	심사평가 1부	3772-8860 3772-8890 3772-8900,8901
		심사평가 2부	3772-8905~9
		심사평가 3부	3772-8984~6
	심판청구	심사평가 1부	3772-8879,8880
		심사평가 3부	3772-8983
한의원, 한방병원	심사평가 1부	3772-8891~8896	
치과	심사평가 2부	3772-8941~6	

---

## 요양급여비용 청구길라잡이

---

2020년 2월 인쇄

2020년 2월 발행

발행인 : 김 승 택

편집인 : 남 길 량

발행처 : 건강보험심사평가원 서울지원

(서울시 송파구 중대로 135(가락동, 아이티벤처타워)

TEL : 02-3772-8864

URL : <http://www.hira.or.kr>

인 쇄 : 사회적협동조합 공감과 연대

---

※ 본 자료의 무단복제를 금함



