

「국민건강보험법」 제41조제3항 및 제4항, 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 관련 별표2 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제2항에 의한 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(보건복지부 고시 제2018-105호, 2018.5.31.)」을 다음과 같이 개정·발령합니다.

2018년 6월 29일

보건복지부 장관

「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 일부개정

요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 일부를 다음과 같이 개정한다.

I. 행위 일반사항 중 저신장(왜소증) 요양급여비용 정산방법란을 다음과 같이 하며, 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표2] 제3호 타목에 따른 급여 적용범위(본인부담 면제)란 다음에 정신건강의학과 외래진료 시 본인부담 경감 항목란을 다음과 같이 신설한다.

항 목	제 목	세부인정사항
일반사항	저신장(왜소증)의 원인 진단을 위한 진료 시 급여부	「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2] 비급여 대상 제2호사목에 따라 절병치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료는 비급여 대상이나, 성별·연령별 신장 성장도표(표준성장도표 참조)에서 3퍼센타일 이하인 저신장(왜소증)의 원인 감별목적으로 시행하는 진료는 요양급여 대상임

항 목	제 목	세부인정사항
일반사항	정신건강의학과 외래진료 시 본인부담 경감 항목	국민건강보험법 시행령 [별표2] 제3호 파목의 규정에 의하여 정신건강의학과 외래진료 시 본인부담금 경감 적용되는 항목은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 아1 개인정신치료 나. 아2 집단정신치료

I. 행위 제2장 검사료 일반사항란 중 산전진찰 목적으로 시행하는 검사의 급여기준란을 다음과 같이 변경하고, 누151 Rh-Hr 혈액형검사 [일반면역검사]란 다음에 누151-1 Rh-Hr 유전자형검사란을, 누225 요 일반검사[화학반응-장비측정]란 다음에 누228 크레아티닌란을, 나580나(1) 중합효소연쇄반응-교잡반응란 다음에 나580나(1)주.란을, 나580다(3) 유전성-염기서열분석-20회 초과 40회 이하란 중 (78)란 다음에 (79)란 및 (80)란을, (별첨) 세부기준 중 F12 Gene 검사의 급여기준란 앞에 유전성 난청 다중검사의 급여기준란을, 나628 신경인지기능검사란 다음에 나629 수면다원검사란을 각각 다음과 같이 신설한다.

항 목	제 목	세부인정사항
일반사항	산전진찰 목적으로 시행하는 검사의 급여기준	「산전진찰」이란 임신부 및 태아의 건강을 평가하여 위험 임신을 선별하는 등의 산전관리를 의미하는 것으로, 산전진찰 목적으로 시행하는 검사의 급여기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 요양급여대상 검사 1) 혈액형검사 2) 요검사 3) 혈액형검사 4) 매독반응검사(매독혈청검사) 5) HBsAg(B형간염 표면항원검사) 6) 모체혈청 선별검사 중 Triple Test 또는 Quad Test

항 목	제 목	세부인정사항	
		(a-FP, Estriol, β-HCG, inhibin-A) 7) 풍진검사(IgG, IgM) 8) 에이즈검사 9) 비자극검사 가) 임신24주 이상 자궁수축이 없는 임부에게 임신 기간 중에 입원, 외래 불문하고 1회만 인정하며, 다테임신의 경우에도 1회만 산정함. 다만, 35세 이상 임부에 한하여 1회를 추가로 인정함. 나) 위 가)의 인정횟수를 초과하여 시행한 경우에는 전액 본인부담토록 함. 10) 50g 경구 포도당부하검사 임신 24~28주 사이에 1회만 인정하고, 해당 수기료는 누302나 당검사[화학반응-장비측정(정량)]으로 산정하며, 부하검사 시 사용된 약제는 별도 인정함. 11) 초음파검사 “초음파 검사의 급여기준”에 따름 12) 일반세포검사-자궁질세포병리검사  나. 비급여대상검사 1) 유전학적 양수검사 2) 모체 혈청 선별검사 중 PAPP-A, free-β-HCG 3) 위 1),2) 이의 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2] 비급여대상 제3호 가목에 의한 건강검진의 범주에 속하는 검사항목	
누151-1 R h - H r 유전자형검사	RhD 유전자형 검사의 급여기준	누151-1가 RhD 유전자형검사[핵산증폭]은 혈청학적 검사로 RhD 음성이 확인된 환자 중 RhD 유전자 변이형이 의심되는 경우 실시하며, 동 검사에서 유전자 증폭이 확인된 경우에 한하여 누151-1나 RhD 유전자형검사[염기서열검사]를 인정함.	
누228 크레아티닌	크레아티닌-화학반응-장비측정(간이검사)의 급여기준	1. 누228나 크레아티닌-화학반응-장비측정(간이검사)는 조영제를 사용하는 응급 CT를 시행하기 전에 실시한 경우 요양급여를 인정함. 2. 상기 1. 이의 시행하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.	
사람유전자 분석유전자 - 누80 유전형상검사	유전성 유전자 검사 항목별 유전자 종류	<b>분류항목</b> 나. 종합효소연쇄반응-확장 (1) 종합효소연쇄반응-교잡반응 주. 유전성 난청 다중검사	<b>유전자명</b> (01) GJB2, SLC26A4, 12SrRNA, TMPRSS3, CDH23

항 목	제 목	세부인정사항	
		((별첨) 세부기준 참조) 다. 염기서열분석 (79) HEXA Gene (3) 유전성-염기서열분석 (80) SLC2A2 Gene -20회 초과 40회 이하	
(별첨) 세부기준			
<b>구 분</b>	<b>세부기준</b>		
유전성 난청 다중검사의 급여기준	1. 나580나(1)주. 종합효소연쇄반응-교잡반응-유전성 난청 다중검사의 급여 기준은 다음과 같이함.  - 다 음 -  가. 선천성 난청이 확진된 경우 나. 중이가 정상이지만 난청이 확진된 유소아 다. 난청을 동반하는 증후군 환자 라. CT, MRI에서 내이 기형이 확진된 경우 마. 원인불명의 진행성 난청 환자 바. 가족 중 유전성 난청이 확인된 환자가 있으며, 동일 질환이 의심되어 실시한 경우  2. 상기 1. 이의 유전성 난청이 의심되어 실시하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.  3. 상기 1. 또는 2.에 해당되지 않는 경우에는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2] 비급여대상 제3호가목 본인의 희망에 의한 건강검진에 따라 비급여대상임.		
나629 수면다원검사	수면다원검사의 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	

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>(habitual snoring)·수면무호흡·피로감 (nonrestorative sleep)·수면 중 숨막힘·잠은 뒤척임·수면 중 잦은 각성 등 하나 이상의 증상이 있는 경우</p> <p>나) 신체검진상 후두기관내 삼관시 어려움의 평가 (Modified Mallampatti score) grade 3 이상 또는 Friedman 병기분류에 따른 편도 크기(Tonsil size) grade 2-3 이상<sup>주</sup> 또는 내시경검사를 이용한 Muller maneuver상 상기도 폐쇄의 소견이 확인될 경우</p> <p>* 주: 만13세미만 연령의 경우는 grade 3이상, 만13세이상 연령의 경우는 grade 2이상 적용</p> <p>다) 고혈압·심장질환·뇌혈관질환 또는 당뇨 기왕력이 있거나 체질량지수(BMI)가 30 kg/m<sup>2</sup>이상인 경우</p> <p>2) 기면증 또는 특발성 과다수면증 아래의 가),나) 또는 가),다)의 조건을 만족하는 경우 - 아 래 -</p> <p>가) 웨워스 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)</p> <p>나. 검사항목 뇌파(EEG), 안전도(EOG), 근전도-턱(EMG-submental), 심전도(ECG), 호흡기류(Airflow), 호흡노력(Respiratory effort), 산소포화도(SaO2), 체위감시(Body position), 하지근전도(EMG-ant.tibialis)를 모두 포함하여 실시하여야 함</p> <p>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</p>

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>대한 기본치 및 응급상황시 심폐소생술 등이 가능하여야 함.</p> <p>라. 실시 인력기준 보건복지부장관이 인정하는 수면다원검사 정도관리위원회에서 정한 기준을 충족한 전문가 시행(검사 결과에 대한 해석·판독 포함)한 경우에 인정하며, 수면다원검사를 실시하는 요양기관은 해당 인력에 대한 변동사항이 있을 경우 지체없이 이를 건강보험심사평가원에 제출하여야 함.</p> <p>2. 동 검사의 인정횟수는 다음과 같이 함 - 다 음 -</p> <p>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.</p>

I. 행위 제2장 검사료 중 [별표 1] 누532나(1) 약물 및 독물-정밀면역검사(정성)란 중 (38)란 다음에 (39)란을 다음과 같이 신설하고, 누532 약물 및 독물란 중 “나(1)주. 정밀면역검사(정성)고형조직”을 “나(1)주1. 정밀면역검사(정성)고형조직”으로 변경한다.

항 목	제 목	세부인정사항
누532 약물 및 독물	각 분류항목별 세부 검사항목	나(1). 정밀면역검사(정성) (39) Phencyclidine

I. 행위 제8장 정신요법료 아4 작업 및 오락요법란 다음에 아6 인지행동치료란을 다음과 같이 신설한다.

항 목	제 목	세부인정사항

항 목	계 목	세부인정사항
아6 인지행동 치료	인지행동치료 급여기준	1. 인지행동치료는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 적응증 1) 정신 및 행동 장애, 수면장애 2) 다만, '수면장애', '뇌전증, 치매, 파킨슨병, 뇌졸중'으로 인한 이차성 우울증'에 한해 신경과 시행 가능 나. 인정 횟수 1) 수면장애: 개인 또는 집단 인지행동치료 첫 시행일로부터 연간 6회 2) 수면장애 외 적응증: 개인 또는 집단 인지행동치료 첫 시행일로부터 연간 12회 2. 상기1.의 급여대상으로 인정횟수를 초과하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 3. 아6가 개인 인지행동치료와 아1 개인정신치료 또는 아6나 집단 인지행동치료는 같은 날 동시에 산정할 수 없음. 4. 인지행동치료는 치료 시작시 계획한 횟수, 실시 횟수, 치료시간, 치료 종료 시 평가 등을 진료기록부에 기록하여야 함.

I. 행위 제8장 정신요법료 일반사항 중 정신전문간호사가 수행하는 치료적 놀이, 개인발달평가, 집중부모 집단교육, 개인집중 가족상담의 급여여부란, 아1 개인정신치료란, 아1 개인정신치료 및 아3 가족치료란, 아7 전기충격요법란, 아10 정신의학적 응급처치란 및 아11 정신의학적 사회사업란을 각각 다음과 같이 한다.

항 목	계 목	세부인정사항
일반사항	정신전문간호사 수행하는 치료적 놀이, 개인발달평가, 집중부모 집단	정신건강의학과 전문의 지도하에 정신건강의학과 전공의사가 수행하는 또는 상근하는 정신건강전문요원이 실시한 경우에 산정할 수 있도록 규정하고 있는 바, 정신전문간호사가 정신건강의학과 전문의 지시없이 단독으로 수행하는 치료적놀이, 개인발달평가, 집중부모 집단

항 목	계 목	세부인정사항
	교육, 개인집 중 가족상담의 급여여부	는 기존 건강보험요양급여비용의 내역과 중첩되는 내용으로서 별도 산정할 수 없음.
아1 개인정신치 료	정신의학적 응 급처치, 기질성 정신질환에 아 1가 개인정신 치료 V 인정여 부	기질성 정신질환 또는 정신의학적 응급 처치가 필요한 상태에 아1가 개인정신치료 III, 아1라 개인정신치료 IV, 아1마 개인정신치료 V는 실시하기 곤란하므로 인정하지 아니함을 원칙으로 함. 다만, 한국표준질병사인분류의 F06 '뇌손상, 뇌기능 이상'에 포함. F06.0~F06.6주인 신체질환에 의한 기타 정신 장애' 중에서 F06.0~F06.6주인 경우에는 환자상태에 따라 선별적으로 실시 시 사례별로 인정함. 주) F06.0 기질성 환각증(Organic hallucinosis) F06.1 기질성 긴장성 장애(Organic catatonic disorder) F06.2 기질성 망상성[조현병-유사] 장애(Organic delusional[Schizophrenia-like] disorder) F06.3 기질성 기분[정동]장애(Organic mood [affective] disorders) F06.4 기질성 불안장애(Organic anxiety disorder) F06.5 기질성 해리장애(Organic dissociative disorder) F06.6 기질성 정서불안정[무력증성]장애(Organic emotionally labile [asthenic] disorder)
아1 개인정신치 료	수면장애 및 인 격장애 환자에 게 실시한 아1 가 개인정신치 료 V 인정여부	비기질성(심인성) 수면장애 및 비기질성(심인성) 인격장애의 경우 아1가 개인정신치료 V는 가장 근본적인 치료라고 할 수 있으므로 인정함.
아1 개인정신치 료 및 아3 가족치료	개인정신치료 및 가족치료 산 정기준	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.
아7 전기충격 요법 시행중 인	아7 전기충격 요법 시행중 인	아7 전기충격요법은 증상이 중하거나 다른 치료가 부적절하다고 판단될 경우에 실시하며 동 요법시에 일시적으로

항 목	제 목	세부인정사항
범	환자에 실시한 정신요법 인정 여부	인지기능의 약화를 초래할 가능성이 있으므로 아1마 개인정신치료 V와 아5 약물이용면담은 인정하지 아니함.
아10	정신의학적 응급처치 후 실시한 아1가 개인정신치료 I, 아1나 개인정신치료 II 인정 여부	아10 정신의학적 응급처치 후 아1가 개인정신치료 I, 아1나 개인정신치료 II는 인정함.
아11	정신건강사회복지사가 실시한 아11 정신의학적 사회사업	정신건강사회복지사는 사회복지사업법에 의한 사회복지사 1급 자격소지자가 소정의 전문교육을 받았을 경우 취득할 수 있는 자격으로 이미 사회복지사의 자격을 갖춘 자이므로 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제8장 정신요법료 [산정지침] (3)에 따라 아11 정신의학적 사회사업을 산정할 수 있음.

I. 행위 제9장 처치 및 수술료 등 일반사항 중 수면무호흡증후군의 급여기준을 다음과 같이 한다.

항 목	제 목	세부인정사항
일반사항	수면무호흡증후군의 급여기준	<p>「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2] 제1호에 따라 ‘단순 코골음’은 비급여대상이나, ‘수면무호흡증후군’은 업무 또는 일상생활에 지장을 초래할 뿐 아니라 여러 합병증을 유발할 수 있어, 다음과 같은 경우 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 수면다원검사상 호흡 곤란 지수 (RDI : Respiratory Disturbance Index)가 15이상인 경우</p> <p>나. 수면다원검사상 호흡 곤란 지수 (RDI : Respiratory Disturbance Index)가 5이상인면서 아래 1) 중 하나 또는 2)에 해당하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p>

		<p>1) 불면증, 주간 졸음, 인지기능 감소, 기분장애, 고혈압, 빈혈성 심장질환, 뇌졸중의 기왕력</p> <p>2) 산소포화도 85% 미만</p>
--	--	---

I. 행위 제19장 응급의료수가 일반사항 중 응급의료기관 평가의 주요지표 산출결과에 따른 응급의료 수가 급여기준, 권역외상센터와 전문응급의료센터 관련 질환군 환자에 대한 청구방법란, 응급실 제방문시 수가산정 기준 및 응급의료수가 청구방법란을 각각 다음과 같이 하고, 권역외상센터 응급의료행위 가산산정기준을 삭제한다.

항목	제목	세부인정사항
일반사항	평가의 주요 지표 산출결과에 따른 응급의료수가 급여기준	<p>응급의료수가 중 일부는 「응급의료에 관한 법률」 제17조에 의한 응급의료기관 평가의 주요지표 산출결과가 보건복지부장관이 정하는 기준을 충족한 경우 인정하며, 세부적인 기준은 다음과 같음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 대상기관 : 권역응급의료센터, 지역응급의료센터, 권역외상센터, 전문응급의료센터</p> <p>나. 대상항목</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 응2 응급진료 전문의 진찰료</li> <li>2) 응2-1 권역외상센터 전문의 진찰료</li> <li>3) 응3 중증응급환자 진료구역 관찰료</li> <li>4) 응4 응급환자 진료구역 관찰료</li> <li>5) 응5 응급전용 중환자실 관리료</li> <li>6) 응8 외상환자 관리료</li> <li>7) 제2절 응급의료행위 [별표2], [별표3]</li> <li>8) 제3절 권역외상센터 응급의료행위 [별표2], [별표3], [별표4]</li> </ol> <p>다. 산정기준</p> <p>위 나. 대상항목별로 매년 응급의료기관 평가지침에서 정하는 주요평가 지표별 기준을 충족하여야 함.</p> <p>라. 적용기간</p> <p>당해년도 평가결과에 다음년도 1년간 적용됨.</p>

전문응급의료센터 권역외상센터 관련 질환군 환자에 대한 수가 산정방법	<p>1. 「응급의료에 관한 법률」 제29조 및 제30조2에 따라 지정된 전문응급의료센터 또는 권역외상센터에서 관련 특정질환에 대하여 주된 진료를 받은 경우 전문응급의료센터 또는 권역외상센터를 기준으로 수가를 산정함.</p> <p>※ 예를 들어 소아환자라고 하더라도 소아전문응급의료센터가 아닌 모병원 응급실(권역응급의료센터)에서 주로 진료받은 경우에는 권역응급의료센터 기준으로 수가를 청구하여야 함.</p> <p>2. 전문응급의료센터에서 응급의료수가 중 별도로 분류되지 아니한 수가항목은 당해 기관의 응급의료센터(권역응급의료센터 또는 지역응급의료센터) 수가항목으로 산정함.</p>
응급실 재방문시 수가산정 기준	<p>응급실 내원환자가 동일상병 또는 증상으로 당일 또는 퇴실후 6시간 이내 응급실을 재방문하는 경우 응급실 진료가 계속된 것과 동일하게 응급의료수가를 산정함.</p> <p>1. 응1 응급의료관리료, 응3 중중응급환자 진료구역 관찰료, 응4 응급환자 진료구역 관찰료, 응7 응급환자 중증도 분류 및 선별료, 응8 외상환자 관리료 등은 1회에 한하여 산정함.</p> <p>2. 응급실 방문 중 한 번이라도 입원환자 본인부담률 산정조건에 해당되면, 전체 응급실 요양급여비용은 입원환자 본인부담률에 따라 산정함.</p>
일반사항	<p>응급의료수가 청구방법</p> <p>응급의료수가를 청구할 때는 다음의 원칙을 지켜 진료기록부에 기재하고, 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따라 작성·청구하여야 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 지역응급의료센터, 전문응급의료센터, 권역외상센터(이하 응급의료센터)에서 응급의료수가를 청구할 때는 「응급의료에 관한 법률」 시행규칙 제18조의3에 따라 응급환자의 중증도분류를 시행한 결과 도출된 중증도 등급과 환자가 내원 및 퇴실한 날짜와 시각을 기재하여 청구하여야 함.</p> <p>※ 최초 중증도분류 이후 환자의 상태가 변화하여 중증도 등급이 변화한</p>

	<p>경우에는 중증도가 높은 등급을 기재함.</p> <p>나. 권역외상센터 내원 외상환자인 경우 손상중증도점수(ISS)를 기재하여 청구하여야 함.</p> <p>다. 응급의료센터에서 응급의료수가를 청구할 때는 환자에 대한 주된 진료를 수행한 기관을 기재하여 청구하여야 함.</p> <p>※ 예를들어 권역응급의료센터와 권역외상센터가 동시에 지정된 기관인 경우 해당 환자가 주된 진료를 받은 기관이 어디인지를 기재하여야 함.</p> <p>라. 응급의료센터에서 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」 제1편 제2부 제19장 제2절 및 제3절에 해당되는 응급의료수가를 청구할 때는 수술·시술·처치 등을 시작한 날짜와 시각을 기재하여 청구하여야 함. 단, 권역외상센터에서 중중외상환자에 대해 청구하는 경우에는 행위를 수행한 의사의 면허번호를 기재하여야 함.</p> <p>마. 응급의료센터에서 응2 응급진료 전문의 진찰료 또는 응2-1 권역외상센터 전문의 진찰료를 청구하는 경우 의사 면허번호와 진료한 날짜 및 시각을 기재하여 청구하여야 함.</p> <p>바. 상기 가.-마.에 대해 응급의료수가를 청구한 정보와 「응급의료에 관한 법률」 제15조에 의한 국가응급의료정보망(NEDIS)으로 전송한 정보는 일치하여야 함.</p>
--	--

I. 행위 제19장 응급의료수가 일반사항 중 응급의료수가 청구방법란 다음에 권역외상센터진료 청구서 작성방법 및 전담전문의 인력신고란, 응급의료 전용헬기 이송 중 응급처치 비용에 대한 급여기준란 및 응급의료 전용헬기 이송 중 응급처치 비용에 대한 산정방법란을, 응2 응급진료 전문의 진찰료란 다음에 응2-1 권역외상센터 전문의 진찰료란을 각각 다음과 같이 신설한다.

항목	제목	세부인정사항
----	----	--------

일반사항	권역의상센터 진료 청구서 작성방법 및 전담 전문의 인력신고	<p>1. 권역의상센터의 경우에는 「요양급여비용 청구방법 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따라 요양급여비용 청구서를 별도 작성함.(진료형태 구분기호: 입원은 'D', 외래는 'E' 기재)</p> <p>2. 권역의상센터는 (별표4) 권역의상센터 전담전문 의의 가산을 청구하기 전 전담전문의 인력현황을 제출하여야 하며, 변경사항 발생 시 지체없이 변경신고하여야 함.</p>
일반사항	응급의료 전용 헬기 이송 중 응급처치 비용에 대한 급여기준	「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제11조 별표 3의 비교 및 「항공기 이송처치치료의 기준에 관한 고시」에 따라 응급의료 전용헬기가 배치된 응급의료기관의 전문의가 응급의료 전용헬기를 이용하여 응급환자의 응급처치를 위한 목적으로 진찰·검사, 처치·수술, 약제·치료재료의 지급 등을 행한 경우 응급의료기관 내의 응급실과 동일한 기준으로 요양급여를 인정함.
일반사항	응급의료 전용 헬기 이송 중 응급처치 비용에 대한 산정 방법	<p>1. 「응급의료에 관한 법률」 제46조의3에 따라 응급의료 전용헬기를 배치한 응급의료기관이 헬기를 이용하여 응급환자에게 제공된 응급처치 비용을 청구하는 경우에는 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따라 현장 도착 후 진찰·처치·수술 등을 시작한 날짜 및 시각, 진찰료 산정 시 헬기를 탑승한 전문의의 면허번호를 기재하여야 함.</p> <p>2. 중앙응급의료센터는 응급의료 전용헬기를 배치한 응급의료기관 및 탑승 전문의 현황을 해당 응급의료기관이 요양급여비용을 청구하기 전에 건강보험심사평가원에 제출하여야 하며, 변경사항이 발생할 경우에도 지체 없이 변경된 내용을 제출하여야 함.</p> <p>3. 응급의료 전용헬기를 배치한 응급의료기관은 헬기 배치기관 및 탑승 전문의 현황이 건강보험심사평가원 요양기관현황관리시스템에 등록된 이후 요양급여비용을 청구하여야 함.</p>
응2-1 권역의상	권역의상센터 전문의 진찰료 산	1. 초진 의료진*이 권역의상센터에서 환자를 직접 대면하여 진료한 경우 1회에 한하여 산정함.

센터 전문의 진찰료	정방법	<p>* 초진 의료진은 권역의상센터의 외상소생구역 내에 항상 대기하는 전문의</p> <p>2. 초진 의료진 또는 외상팀이 환자상태를 종합적으로 파악하고 다른 진료과목·전문분야 전문의에게 진료를 요청하여 해당 전문의가 외상소생구역에서 환자를 직접 진료한 경우에는 진료과목(전문분야)별로 1회에 한하여 각각 산정함. * 외상팀: 「권역의상센터 운영지침」에 따라 외상환자 진료 및 외상센터 업무를 하는 팀</p> <p>3. 초진 의료진이 포함된 4인 이상의 외상팀이 직접 진료하여 '응2-1 주'를 산정하는 경우에는 응2-1 권역의상센터 전문의 진찰료와 중복하여 산정할 수 없음.</p> <p>4. 응2-1 권역의상센터 전문의 진찰료는 응2 응급진료 전문의 진찰료 또는 가1 외래환자진찰료와 중복하여 산정할 수 없음.</p> <p>5. 권역의상센터 내원 후 진료 상 계속적인 치료를 위해 같은 날 외래에서 다시 진료를 받은 경우에 가1 외래환자 진찰료와 중복 산정할 수 없음.</p>
------------	-----	---

IV. 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제10조에 의거 신의료 기술로 신청된 항목 중 이미 심사기준으로 운용되고 있는 항목 제2장 검사료 누401 마이오글로빈란 다음에 누402 트로포닌란을, 나511 B세포표면면역글로불린란 다음에 나583 비유전성 유전자검사란을, 진단 초음파-나942 흉부란 다음에 진단초음파-나951 임신부란을, 제1편 제3부 비급여목록 지방산분획 분석란 다음에 노212 PAPP-A[정밀면역검사](정량)란을 각각 다음과 같이 신설한다.

항 목	제 목	세부인정사항
누402 트로포닌	트로포닌 I [형광면역 분석법]	I [형광면역분석법]은 누402나 트로포닌 정밀면역검사(정량)-간이검사의 소정점수로 산정



**요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항  
신구조문 대비표**

(뒷면)

<b>요양병원 6인 이상 병실·병상 운영현황 통보서 작성요령</b>	
<b>【제출시기】</b>	
○ 신규통보: 6인 이상 병실을 운영하는 경우 제출	
○ 변경통보: 6인 이상 병실 운영현황 변경 발생 시 제출	
* 건강보험심사평가원 보건의료자원통합신고포탈을 통해 제출	
<b>【병상수 현황】</b>	
① 단위(실): 5인실이하, 6인실, 7인실, 8인실, 9인실, 10인실, 11인실, 12인실, 13인실, 14인실 이상으로 구분하여 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제14호 서식] 요양기관 현황신고서상의 실제 기준으로 기재	
② 단위코드: 005, 006, 007, 008, 009, 010, 011, 012, 013, 014로 구분하여 기재 (예: 5인실 이하는 005, 6인실은 006, 7인실은 007, 8인실은 008, 9인실은 009, 10인실은 010, 11인실은 011, 12인실은 012, 13인실은 013, 14인실 이상은 014로 기재)	
③ 병실수: 병실수를 단위실별로 기재함. 다만 5인실이하 또는 14인실이상 병실은 단위실별 병실수의 합으로 기재함 「국민건강보험법 시행규칙」 제12조에 따른 요양기관 현황신고서 상의 병실수 <5인실 이하 예시> 1인실 1개, 2인실 2개, 3인실 3개, 4인실 4개, 5인실 5개 운영하는 경우 병실수의 합, 1+2+3+4+5=15(개), 15로 기재	
④ 병상수: 병상수를 단위실별로 기재함. 다만 5인실이하 또는 14인실이상 병실은 단위실별 병상수의 합으로 기재함 「국민건강보험법 시행규칙」 제12조에 따른 요양기관 현황신고서 상의 병상수 <5인실 이하 예시> 1인실 1개, 2인실 2개, 3인실 3개, 4인실 4개, 5인실 5개 운영하는 경우 1인실*1개=1병상 2인실*2개=4병상 3인실*3개=9병상 4인실*4개=16병상 5인실*5개=25병상 인실별 병상수의 합, 1+4+9+16+25=55(병상), 55로 기재	
⑤ 적용일자(from): 신규통보는 「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제14호 서식의 개설신고(허가)일, 변경통보는 「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제17호 서식의 변경일, 8자리 숫자로 입력 (예: 20180701)	
⑥ 적용일자(to): 「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제17호의 변경일 전일, 8자리 숫자로 입력 (예: 20180630)	
※ 제출 대상 : 의료법 제3조제2항제3호에 의한 요양병원(단, '정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률' 제3조제5호에 따른 정신병원, '장애인복지법' 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설은 제외)	

행			개		
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항
<b>I. 행위</b>			<b>I. 행위</b>		
<b>일반사항</b>			<b>일반사항</b>		
일반사항	저신장(왜소증) 요양급여비용의 전액을 본인이 부담하되, 검사결과 기질성 원인에 의한 저신장(왜소증)으로 진단된 경우에는 소급하여 급여대상으로 정산함.		일반사항	저신장(왜소증)의 원인 진단을 위한 진료를 위한 진료를 시급 여부	「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2] 비급여대상 제2호사목에 따라 질병치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료는 비급여 대상이나, 성별·연령별 신장 성장도표(표준성장도표 참조)에서 3퍼센타일 이하인 저신장(왜소증)의 원인 감별목적으로 시행하는 진료는 요양급여 대상임
	<신 설>		일반사항	정신건강의학과 외래진료시 경감 항목	「국민건강보험법 시행령」 [별표2] 제3호 과목의 규정에 의하여 정신건강의학과 외래진료 시 본인부담금 경감 적용되는 항목은 다음과 같이 함.  - 다 음 -  가. 아1 개인정신치료 나. 아2 집단정신치료
<b>제2장 검사료</b>			<b>제2장 검사료</b>		

행			개 정		
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항
일반사항	산전진찰 목적 으로 시행 하는 검사의 급 여기준	「산전진찰」이란 임신부 및 태아의 건강을 평가하여 위험임신을 선별하는 등의 산전관리 시행하는 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(a-FP, Estriol, β-HCG, inhibin-A) 7) 풍진검사(IgG, IgM) 8) 에이즈검사 9) 비자극검사 가) 임신24주 이상 자궁수축이 없는 임부에게 임신기간 중에 입원, 외래 불문하고 1회만 인정하며,	일반사항	산전진찰 목적 으로 시행 하는 검사의 급 여기준	「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(a-FP, Estriol, β-HCG, inhibin-A) 7) 풍진검사(IgG, IgM) 8) 에이즈검사 9) 비자극검사 가) 임신24주 이상 자궁수축이 없는 임부에게 임신기간 중에 입원, 외래 불문하고 1회만 인정하며, 다태임신의

현 행			개 정		
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항
		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 24~28주 사이에 1회만 인정하고, 해당 수기료는 누302나 당검사[화학반응-장비측정](정량)으로 산정하며, 부하검사 시 사용된 약제는 별도 인정함 11) 초음파검사 “초음파 검사의 급여기준”에 따름 12) 일반세포검사-자궁질세포병리검사  나. 비급여대상검사 1) 유전학적 양수검사  2) 위 1) 이외 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2] 비급여대상 3호 가목에 의한 건강검진의 범주에 속하는 검사항목			경우에도 1회만 산정함 다만, 35세 이상 임부에 한하여 1회를 추가로 인정함 나) 위 가)의 인정횟수를 초과하여 시행한 경우에는 전액 본인부담토록 함 10) 50g 경구 포도당부하검사 임신 24~28주 사이에 1회만 인정하고, 해당 수기료는 누302나 당검사[화학반응-장비측정](정량)으로 산정하며, 부하검사 시 사용된 약제는 별도 인정함 11) 초음파검사 “초음파 검사의 급여기준”에 따름 12) 일반세포검사-자궁질세포병리검사  나. 비급여대상검사 1) 유전학적 양수검사 2) 모체 혈청 선별검사 중 PAPP-A, free-β-HCG 3) 위 1),2) 이외 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2] 비급여대상 제3호가목에 의한 건강검진의 범주에 속하는 검사항목

행			개 정										
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항								
<신설>	<신설>	<신설>	누151-1	RhD 유전자형 검사	누151-1가 RhD 유전자형검사(핵산증폭)은 혈청학적 검사로 RhD 양성인 환자 중 RhD 유전자 변이형이 의심되는 경우 실시하며, 동 검사에서 유전자 증폭이 확인된 경우에 한하여 누151-1나 RhD 유전자형검사(염기서열검사)를 인정함.								
<신설>	<신설>	<신설>	누228	크레아티닌-화학반응-장비측정(간이검사)의 급여기준	1. 누228나 크레아티닌-화학반응-장비측정(간이검사)은 조영제를 사용하는 응급 CT를 시행하기 전에 실시한 경우 요양급여를 인정함. 2. 상기 1. 이외 시행하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.								
사람유전자분자유전검사	유전성 유전자 검사 항목별 유전자 종류 유전자 검사	<table border="1"> <tr> <th>분류항목</th> <th>유전자명</th> </tr> <tr> <td>&lt;신설&gt;</td> <td>&lt;신설&gt;</td> </tr> </table>	분류항목	유전자명	<신설>	<신설>	사람유전자분자유전검사	유전성 유전자 검사 항목별 유전자 종류 유전자 검사	<table border="1"> <tr> <th>분류항목</th> <th>유전자명</th> </tr> <tr> <td>나 중합효소연쇄반응-교정반응 유전자형 다중 검사 실시시간 중합효소연쇄반응 (별칭) 세부기준 참조</td> <td>(01) GJB2, SLC26A4, 125rRNA, TMPRSS3, CDH23</td> </tr> </table>	분류항목	유전자명	나 중합효소연쇄반응-교정반응 유전자형 다중 검사 실시시간 중합효소연쇄반응 (별칭) 세부기준 참조	(01) GJB2, SLC26A4, 125rRNA, TMPRSS3, CDH23
분류항목	유전자명												
<신설>	<신설>												
분류항목	유전자명												
나 중합효소연쇄반응-교정반응 유전자형 다중 검사 실시시간 중합효소연쇄반응 (별칭) 세부기준 참조	(01) GJB2, SLC26A4, 125rRNA, TMPRSS3, CDH23												
		<table border="1"> <tr> <th>분류항목</th> <th>유전자명</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	분류항목	유전자명					<table border="1"> <tr> <th>분류항목</th> <th>유전자명</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	분류항목	유전자명		
분류항목	유전자명												
분류항목	유전자명												

현 행			개 정										
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항								
		<table border="1"> <tr> <th>분류항목</th> <th>유전자명</th> </tr> <tr> <td>다. 염기서열분석 (3) 유전성-염기서열 분석-20회 초과 40회 이하</td> <td>(01) ~ (78) &lt;생략&gt; &lt;신설&gt; &lt;신설&gt;</td> </tr> </table>	분류항목	유전자명	다. 염기서열분석 (3) 유전성-염기서열 분석-20회 초과 40회 이하	(01) ~ (78) <생략> <신설> <신설>			<table border="1"> <tr> <th>분류항목</th> <th>유전자명</th> </tr> <tr> <td>다. 염기서열분석 (3) 유전성-염기서열 분석-20회 초과 40회 이하</td> <td>(01) ~ (78) &lt;현행과 같음&gt; (79) HEXA Gene (80) SLC2A2 Gene</td> </tr> </table>	분류항목	유전자명	다. 염기서열분석 (3) 유전성-염기서열 분석-20회 초과 40회 이하	(01) ~ (78) <현행과 같음> (79) HEXA Gene (80) SLC2A2 Gene
분류항목	유전자명												
다. 염기서열분석 (3) 유전성-염기서열 분석-20회 초과 40회 이하	(01) ~ (78) <생략> <신설> <신설>												
분류항목	유전자명												
다. 염기서열분석 (3) 유전성-염기서열 분석-20회 초과 40회 이하	(01) ~ (78) <현행과 같음> (79) HEXA Gene (80) SLC2A2 Gene												
(별칭) 세부기준			(별칭) 세부기준										
구분		세부기준	구분		세부기준								
<신설>		<신설>	유전성 난청 다중검사 급여기준		<p>1. 나580나(1)주, 중합효소연쇄반응-교정반응-유전성 난청 다중검사의 급여기준은 다음과 같이함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 선천성 난청이 확인된 경우 나. 중이가 정상이지만 난청이 확인된 유소아 다. 난청을 동반하는 중후군 환자 라. CT, MRI에서 내이 기형이 확인된 경우 마. 원인불명의 진행성 난청 환자 바. 가족 중 유전성 난청이 확인된 환자가 있으며, 동일 질환이 의심되어 실시한 경우</p> <p>2. 상기 1. 이외 유전성 난청이 의심되어 실시하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함.</p> <p>3. 상기 1. 또는 2.에 해당되지 않는 경우에는 「국민건강보험 요양규</p>								

행			개 정		
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항
					역의 기준에 관한 규칙, [별표] 비급여대상 제3호 가목 본인의 희망에 의한 건강검진에 따라 비급여대상임.
			나629 수면다원검사	수면다원검사 급여기준	<p>1. 수면다원검사는 다음의 모든 조건에 해당되는 경우에 요양급여를 인정하며, 이를 충족하지 않는 경우에는 비급여로 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상 1) 수면무호흡증 아래의 가),나) 또는 가),다)의 조건을 만족하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 주간졸림증(daytime sleepiness)·빈번한 코골이(habitual snoring)·수면무호흡·피로감(nonrestorative sleep)·수면 중 숨막힘·잠은 뒤척임·수면 중 잦은 각성 등 하나 이상의 증상이 있는 경우</p> <p>나) 신체검진상 후두기관내 삽관시 어려움의 평가(Modified Mallampatti score) grade</p>

현 행			개 정		
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항
					<p>3 이상 또는 Friedman 병기분류에 따른 편도 크기(Tonsil size) grade 2-3 이상<sup>주</sup> 또는 내시경검사를 이용한 Muller maneuver상 상기도 폐쇄의 소견이 확인될 경우</p> <p>* 주: 만13세미만 연령의 경우는 grade 3이상, 만13세이상 연령의 경우는 grade 2이상 적용</p> <p>다) 고혈압·심장질환·뇌혈관질환 또는 당뇨 기왕력이 있거나 체질량지수(BMI)가 30 kg/m<sup>2</sup>이상인 경우</p> <p>2) 기면증 또는 특발성 과다수면증 아래의 가),나) 또는 가),다)의 조건을 만족하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 웨일스 졸음중 척도(Epworth Sleepiness Scale) 10 이상</p> <p>나) 과도한 주간졸림증이 있고, 허탈발작이 동반될 때(narcolepsy with cataplexy)</p> <p>다) 하루에 7시간 충분히 잠을 자도, 과도한</p>

행			개 정		
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항
					<p>주간졸림증이 3개월 이상 지속되어 일상 생활에 불편을 초래할 때(narcolepsy without cataplexy or idiopathic hypersomnia) _</p> <p>나. 검사항목          뇌파(EEG), 안전도(EOG), 근전도-턱(EMG-submental), 심전도(ECG), 호흡기류(Airflow), 호흡노력(Respiratory effort), 산소포화도(SaO2), 체위감시(Body position), 하지근전도(EMG-ant.tibialis)를 모두 포함하여 실시하여야 함</p> <p>다. 시설기준          수면평가장치(Polysomnograph), 검사 조정실(Control Room), 적외선카메라, 검사중 검사 대상자와 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 응급상황</p>

현 행			개 정		
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항
					<p>시 심폐소생술 등이 가능하여야 함.</p> <p>라. 실시 인력기준          보건복지부장관이 인정하는 수면다원검사 정 도관리위원회에서 정한 기준을 충족한 전문 의가 시행(검사 결과에 대한 해석·판독 포함)한 경우에 인정하며, 수면다원검사를 실시 하는 요양기관은 해당 인력에 대한 변동사항 이 있을 경우 지체없이 이를 건강보험심사평가원에 제출하여야 함.</p> <p>2. 동 검사의 인정횟수는 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 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.</p>

행			개 정		
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항
<b>[별표 1]</b>			<b>[별표 1]</b>		
누532 약물 및 독물	각 분류항 목별 세부 검사항목	<b>분류항목</b>	<b>분류항목</b>	<b>세부검사 항목명</b>	<b>세부검사 항목명</b>
		나(1). 정밀면역검사 (정성)	나(1). 정밀면역검사 (정성)	(01) ~ (38) 현행과 같음 ≤신설>	(01) ~ (38) 현행과 같음 (39) Phencyclidine
		<b>분류항목</b>	<b>분류항목</b>	<b>세부검사 항목명</b>	<b>세부검사 항목명</b>
		나(1)주. 정밀면역검사 (정성)고혈조직	나(1)주. 정밀면역검사 (정성)고혈조직	(01) ~ (38) 현행과 같음	(01) ~ (38) 현행과 같음
<b>제8장 정신요법료</b>			<b>제8장 정신요법료</b>		
일반사항	정신전문 간호사가 수행하는 치료적 놀이, 개인발달 평가, 집중부모 집단교육, 개인집중 가족상담	정신건강의학과 전문의 지도하에 정신건강의 학과 전공의 또는 상근하는 <u>전문가(정신간호 사, 사회복지사 등)</u> 가 실시한 경우에 산정할 수 있도록 규정하고 있는 바, 정신전문간호사 가 정신건강의학과 전문의 지시없이 단독으로 수행하는 치료적놀이, 개인발달평가, 집중부모 집단교육, 개인집중 가족상담에 대하여는 기존 건강보험요양급여비용의 내역과 중첩되는 내 용으로서 별도 산정할 수 없음.	일반사항	정신전문 간호사가 수행하는 치료적 놀이, 개인발달 평가, 집중부모 집단교육, 개인집중 가족상담	정신건강의학과 전문의 지도하에 정신건강의학과 전공의 또는 상근하는 <u>정신건강전문요원이</u> 실시한 경우에 산정할 수 있도록 규정하고 있는 바, 정신 전문간호사가 정신건강의학과 전문의 지시없이 단 독으로 수행하는 치료적놀이, 개인발달평가, 집중 부모 집단교육, 개인집중 가족상담에 대하여는 기 존 건강보험요양급여비용의 내역과 중첩되는 내용 으로서 별도 산정할 수 없음.

현 행			개 정		
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항
	의 급여여부			의 급여여부	
아1 개인정신 치료	정신의학적 응급처치, 기질성 정신질환 에 <u>심층분석 요법</u> 인정여부	기질성 정신질환 또는 정신의학적 응급 처치가 필요한 상태에 <u>아1나 집중요법 및 아1다 심층분 석요법</u> 은 실시하기 곤란하므로 인정하지 아니함 을 원칙으로 함. 다만, 한국표준질병사인분류의 F06 '뇌손상, 뇌기능 이상 및 신체질환에 의한 기 타 정신 장애' 중에서 F06.0~F06.6주인 경우에는 환자상태에 따라 선별적으로 실시 시 사례별로 인정함. 주) F06.0 기질성 환각증(Organic hallucinosis) F06.1 기질성 긴장성 장애(Organic catatonic disorder) F06.2 기질성 망상성[정신분열 유사] 장애 (Organic delusional[Schizophrenia-like] disorder) F06.3 기질성 기분[정동]장애(Organic mood [affective] disorders) F06.4 기질성 불안장애(Organic anxiety disorder) F06.5 기질성 해리장애(Organic dissociative disorder)	아1 개인정신 치료	정신의학적 응급처 치, 기질성 정신질환 에 <u>아1나 개인정신 치료 V</u> 인 정여부	기질성 정신질환 또는 정신의학적 응급 처치가 필요 한 상태에 <u>아1다 개인정신치료 III, 아1라 개인정신치 료 IV, 아1마 개인정신치료 V</u> 는 실시하기 곤란하므 로 인정하지 아니함을 원칙으로 함. 다만, 한국표준질 병사인분류의 F06 '뇌손상, 뇌기능 이상 및 신체질환 에 의한 기타 정신 장애' 중에서 F06.0~F06.6주인 경 우에는 환자상태에 따라 선별적으로 실시 시 사례별 로 인정함. 주) F06.0 기질성 환각증(Organic hallucinosis) F06.1 기질성 긴장성 장애(Organic catatonic disorder) F06.2 기질성 망상성[조현병-유사] 장애(Organic delusional[Schizophrenia-like] disorder) F06.3 기질성 기분[정동]장애(Organic mood [affective] disorders) F06.4 기질성 불안장애(Organic anxiety disorder) F06.5 기질성 해리장애(Organic dissociative disorder)

행			개 정		
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항
		F06.5 기질성 해리 장애(Organic dissociative disorder) F06.6 기질성 정서 불안정[무력증성]장애 (Organic emotionally labile [asthenic] disorder)			F06.6 기질성 정서불안정[무력증성]장애(Organic emotionally labile [asthenic] disorder)
아1 개인 정신 치료	수면장애 인격장애 환자에게 실시한 아1다 심층분석 요법 인정여부	비기질성(심인성) 수면장애 및 비기질성(심인성) 인격장애의 경우 아1다 심층분석요법은 가장 근본적인 치료라고 할 수 있으므로 인정함.	아1 개인 정신 치료	수면장애 인격장애 환자에게 실시한 아1다 개인정신 치료 V 인정여부	비기질성(심인성) 수면장애 및 비기질성(심인성) 인격장애의 경우 아1다 개인정신치료 V는 가장 근본적인 치료라고 할 수 있으므로 인정함.
아1 개인 정신 치료 및 아3 가족치료	개인정신 치료 및 가족치료 산정기준	1. 아1 개인정신치료는 가. 지지요법, 나. 집중요법, 다. 심층분석요법을 같은 날 동시에 산정할 수 없음. 2. 아3가 가족치료(개인)은 주3회 이내, 아3나 가족치료(집단)은 주1회만 산정함.	아1 개인 정신 치료 및 아3 가족치료	개인정신 치료 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 V

현 행			개 정		
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항
		3. 아1 개인정신치료 및 아3 가족치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 1회만 산정할 수 있음.			를 같은 날 동시에 산정할 수 없음. 3. 아3가 가족치료(개인)은 주3회 이내, 아3나 가족치료(집단)은 주1회만 인정하며, 횟수를 초과하는 경우에는 「신별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함.
		<신 설>	아6 인지행동 치료	인지행동 치료 여기준	1. 인지행동치료는 다음의 경우에 요양급여를 인정함.  - 다 음 -  가. 적용증 1) 정신 및 행동 장애, 수면장애 2) 다만, '수면장애', '뇌전증, 치매, 파킨슨병, 뇌졸중으로 인한 이차성 우울증'에 한해 신경과 시행 가능  나. 인정 횟수 1) 수면장애: 개인 또는 집단 인지행동치료 첫 시행일부터 연간 6회 2) 수면장애 외 적용증: 개인 또는 집단 인지행동치료 첫 시행일로부터 연간 12회 2. 상기 1.의 급여대상으로 인정횟수를 초과하는 경우

행			개 정		
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항
					에는 「신별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. 3. 아6가 개인 인지행동치료와 아1 개인정신치료 또는 아6나 집단 인지행동치료는 같은 날 동시에 산정할 수 없음. 4. 인지행동치료는 치료 시작시 계획한 횟수, 실시 횟수, 치료시간, 치료 종료 시 평가 등을 진료기록부에 기록하여야 함.
아7 전기충격요법	아7 전기충격요법 시행중인 환자에 실시한 정신요법 인정여부	아7 전기충격요법은 증상이 중하거나 다른 치료가 부적절하다고 판단될 경우에 실시하며 동 요법시에 일시적으로 인지기능의 약화를 초래할 가능성이 있으므로 아1다 심층분석요법과 아5 약물이용면담은 인정하지 아니함.	아7 전기충격요법	아7 전기충격요법	아7 전기충격요법은 증상이 중하거나 다른 치료가 부적절하다고 판단될 경우에 실시하며 동 요법시에 일시적으로 인지기능의 약화를 초래할 가능성이 있으므로 아1다 개인정신치료 V와 아5 약물이용면담은 인정하지 아니함.
아10 정신의학 적 응급처치	정신의학 적 응급처치 후 실시한	아10 정신의학 적 응급처치후 아1가 지지요법은 인정함.	아10 정신의학 적 응급처치	정신의학 적 응급처치 후 실시한	아10 정신의학 적 응급처치후 아1가 개인정신치료 I, 아1나 개인정신치료 II는 인정함.

현 행			개 정		
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항
	지지요법 인정여부			아1가 개인정신치료 I, 아1나 개인정신치료 II 인정여부	
아11 정신의학 적 사회사업	정신보건 사회사업 실시한 아11 정신의학 적 사회사업	정신보건사회복지사는 사회복지사업법에 의한 사회복지사 1급 자격소지자가 소정의 전문교육을 받았을 경우 취득할 수 있는 자격으로 이미 사회복지사의 자격을 갖춘 자이므로 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제8장 정신요법료 [산정지침] (3)에 따라 아11 정신의학 적사회사업을 산정할 수 있음.	아11 정신의학 적 사회사업	정신건강 사회복지사업 실시한 아11 정신의학 적 사회사업	정신건강사회복지사는 사회복지사업법에 의한 사회복지사 1급 자격소지자가 소정의 전문교육을 받았을 경우 취득할 수 있는 자격으로 이미 사회복지사의 자격을 갖춘 자이므로 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제8장 정신요법료 [산정지침] (3)에 따라 아11 정신의학 적사회사업을 산정할 수 있음.
<b>제9장 치치 및 수술료 등</b>			<b>제9장 치치 및 수술료 등</b>		
일반사항	수면무호흡 증후군의 급여기준	1. '수면무호흡증후군'은 수면 중에 코골이와 호흡장애를 보이는 것으로, 주간의 졸림증, 피로감, 정신기능장애 등으로 교통사고, 작업 중 사고 학습장애 등을 초래할 뿐만 아	일반사항	수면무호흡 증후군의 급여기준	「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」(별표2) 제1호에 따라 '단순 코골음'은 비급여대상이나, '수면무호흡증후군'은 업무 또는 일상생활에 지장을 초래할 뿐 아니라 여러 합병증을 유발할

행			개 정		
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항
		<p>나라 치료를 받지 않는 경우 부정맥, 고혈압, 뇌졸중, 뇌기능장애 등 순환기-신경계 합병증을 유발할 수 있으므로 급여대상으로 함.</p> <p>2. 다만, 수면 무호흡증후군의 진단 및 치료여부를 결정하기 위한 검사는 수면다원검사로 실시하며, 이는 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 고시 제1편 제3부 비급여목록에 의거 비급여대상임.</p> <p>3. 수면다원검사상 호흡 곤란 지수 (RDI : Respiratory Disturbance Index)가 15이상인 경우 또는 5이상인면서 아래 '가' 중 하나 또는 '나'에 해당하는 경우에 '수면 무호흡증후군'으로 확진하며, 약물치료 또는 외과적 수술요법 등으로 치료하는 경우에는 그때부터 요양급여함.</p> <p>- 아 래 -</p> <p>가. 불면증, 주간 졸음, 인지기능 감소, 기</p>			<p>수 있어, 다음과 같은 경우 요양급여를 인정함.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 수면다원검사상 호흡 곤란 지수 (RDI : Respiratory Disturbance Index)가 15이상인 경우</p> <p>나. 수면다원검사상 호흡 곤란 지수 (RDI : Respiratory Disturbance Index)가 5이상인면서 아래 1) 중 하나 또는 2)에 해당하는 경우</p> <p>- 아 래 -</p> <p>1) 불면증, 주간 졸음, 인지기능 감소, 기분장애, 고혈압, 빈혈성 심장질환, 뇌졸중의 기왕력</p> <p>2) 산소포화도 85% 미만</p>

현 행			개 정		
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항
		<p>분장에, 고혈압, 빈혈성 심장질환, 뇌졸중의 기왕력</p> <p>나. 산소포화도가 85% 미만일 때</p>			
<b>제19장 응급의료수가</b>			<b>제19장 응급의료수가</b>		
일반사항		<p>응급의료수가 중 일부는 응급의료에 관한 법률」</p> <p>기관 평가의 주요 지표 산출결과가 보건복지부장관이 정하는 기준을 충족한 경우 인정함. 세부적인 기준은 다음과 같음</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 대상기관 : 권역응급의료센터, 지역응급의료센터, 권역외상센터, 전문응급의료센터</p> <p>나. 대상항목</p> <p>(1) 응2 응급진료 전문의 진찰료</p> <p>&lt;신설&gt;</p> <p>(2) 응3 중중응급환자 진료구역 관찰료</p> <p>(3) 응4 응급환자 진료구역 관찰료</p> <p>(4) 응5 응급전용 중환자실 관리료</p> <p>&lt;신설&gt;</p> <p>(5) 제2절 응급의료행위 [별표2], [별표3]</p>	일반사항	응급의료	응급의료수가 중 일부는 「응급의료에 관한 법률」 제17조에 의한 응급의료기관 평가의 주요 지표 산출결과가 보건복지부장관이 정하는 기준을 충족한 경우 인정하며, 세부적인 기준은 다음과 같음. <p>- 다 음 -</p> <p>가. 대상기관 : 권역응급의료센터, 지역응급의료센터, 권역외상센터, 전문응급의료센터</p> <p>나. 대상항목</p> <p>1) 응2 응급진료 전문의 진찰료</p> <p>2) 응2-1 권역외상센터 전문의 진찰료</p> <p>3) 응3 중중응급환자 진료구역 관찰료</p> <p>4) 응4 응급환자 진료구역 관찰료</p> <p>5) 응5 응급전용 중환자실 관리료</p> <p>6) 응8 외상환자 관리료</p> <p>7) 제2절 응급의료행위 [별표2], [별표3]</p>

행			개 정		
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항
		<p>&lt;신설&gt;</p> <p>다. 산정기준 위 나. 대상항목별로 매년 응급의료기관 평가지침에서 정하는 주요평가 지표별 기준을 충족하여야 함</p> <p>라. 적용기간 당해년도 평가결과는 다음년도 1년간 적용됨</p>			<p>8) 제3절 권역외상센터 응급의료행위 [별표2], [별표3], [별표4]</p> <p>다. ~ 라. (현행과 같음)</p>
일반사항	<p>권역외상센터와 전문응급의료센터 관련 질환군 환자에 대한 청구방법</p>	<p>1. 「응급의료에 관한 법률」 제29조 및 제30조2에 따라 권역외상센터 또는 전문응급의료센터로 지정된 응급의료기관에서 관련 특정질환에 대하여 주된 진료를 받은 경우, 권역외상센터 또는 전문응급의료센터 기준으로 수가를 산정함</p> <p>※ 예를 들어 소아환자라고 하더라도 소아전문응급의료센터가 아닌 모병원 응급실(권역응급의료센터)에서 주로 진료받은 경우에는 권역응급의료센터 기준으로 수가를 청구하여야 함</p> <p>2. 전문응급의료센터에서 응급의료수가 중 별도로</p>	<p>전문응급의료센터 관련 질환군 환자에 대한 수가 산정방법</p>	<p>1. 「응급의료에 관한 법률」 제29조 및 제30조2에 따라 지정된 전문응급의료센터 또는 권역외상센터에서 관련 특정질환에 대하여 주된 진료를 받은 경우 전문응급의료센터 또는 권역외상센터를 기준으로 수가를 산정함.</p> <p>※ ~ 2. (현행과 같음)</p>	

현 행			개 정		
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항
		<p>분류되지 아니한 수가항목은 당해 기관의 응급의료센터(권역응급의료센터 또는 지역응급의료센터) 수가항목으로 산정함</p>			
일반사항	<p>권역외상센터 응급의료행위 가산산정 기준</p>	<p>권역외상센터에서 보건복지부장관이 정하는 의상센터 담당의가 중증외상환자에 대해 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제19장 제2절 응급의료행위의 [별표2], [별표3]의 행위를 실시한 경우에는 내원후 24시간을 초과한 시점이라도 소정점수의 50%를 가산함</p>			<삭제>
일반사항	<p>응급실 방문시 가산기준</p>	<p>응급실 내원환자가 동일상병 또는 증상으로 당일 또는 퇴실후 6시간 이내 응급실을 재방문하는 경우 응급실 진료가 계속된 것과 동일하게 응급의료수가를 산정함</p> <p>1. 응1 응급의료관리료, 응3 중증응급환자 진료구역 관찰료, 응4 응급환자 진료구역 관찰료 등은 1회에 한하여 산정함</p> <p>2. 응급실 방문 중 한 번이라도 입원환자 본인 부담을 산정조건에 해당되면, 전체 응급실</p>	일반사항	<p>응급실 방문시 가산기준</p>	<p>(현행과 같음)</p> <p>1. 응1 응급의료관리료, 응3 중증응급환자 진료구역 관찰료, 응4 응급환자 진료구역 관찰료, 응7 응급환자 중증도 분류 및 선별료, 응8 외상환자 관리료 등은 1회에 한하여 산정함.</p> <p>2. (현행과 같음)</p>

행			개 정		
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항
		요양급여비용은 입원환자 본인부담률에 따라 산정함			
일반사항	응급 의료수가 청구 방법	응급의료수가를 청구할 때는 다음의 원칙을 지켜 진료기록부에 기재하고, “요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령”에 따라 작성·청구하여야 함  - 다 음 -  1. 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 지역응급의료센터, 전문응급의료센터, 권역외상센터(이하 응급의료센터)에서 응급의료수가를 청구할 때는 「응급의료에 관한 법률」 시행규칙 제18조의3에 따라 응급환자의 중증도분류를 시행한 결과 도출된 중증도 등급과 환자가 내원 및 퇴실한 날짜와 시각을 기재하여 청구하여야 함 ※ 최초 중증도분류 이후 환자의 상태가 변화하여 중증도 등급이 변화한 경우에는 중증도가 높은 등급을 기재함 2. 권역외상센터 내원 외상환자인 경우 손상중증도	일반사항	응급 의료수가 청구 방법	응급의료수가를 청구할 때는 다음의 원칙을 지켜 진료기록부에 기재하고, 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따라 작성·청구하여야 함.  - 다 음 -  가. 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 지역응급의료센터, 전문응급의료센터, 권역외상센터(이하 응급의료센터)에서 응급의료수가를 청구할 때는 「응급의료에 관한 법률」 시행규칙 제18조의3에 따라 응급환자의 중증도분류를 시행한 결과 도출된 중증도 등급과 환자가 내원 및 퇴실한 날짜와 시각을 기재하여 청구하여야 함 ※ 최초 중증도분류 이후 환자의 상태가 변화하여 중증도 등급이 변화한 경우에는 중증도가 높은 등급을 기재함 나. 권역외상센터 내원 외상환자인 경우 손상중증도점

현 행			개 정		
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항
		점수(ISS)를 기재하여 청구하여야 함			수(ISS)를 기재하여 청구하여야 함
		3. 응급의료센터에서 응급의료수가를 청구할 때는 환자에 대한 주된 진료를 수행한 기관을 기재하여 청구하여야 함 ※ 예를들어 권역응급의료센터와 권역외상센터가 동시에 지정된 기관인 경우 해당 환자가 주된 진료를 받은 기관이 어디인지를 기재하여야 함			다. 응급의료센터에서 응급의료수가를 청구할 때는 환자에 대한 주된 진료를 수행한 기관을 기재하여 청구하여야 함 ※ 예를들어 권역응급의료센터와 권역외상센터가 동시에 지정된 기관인 경우 해당 환자가 주된 진료를 받은 기관이 어디인지를 기재하여야 함
		4. 응급의료센터에서 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제19장 제2절 응급의료행위에 해당되는 응급의료수가를 청구할 때는 수술·시술·처치 등을 시작한 날짜와 시각을 기재하여 청구하여야 함. 단, 권역외상센터에서 중증외상환자에 대해 청구하는 경우에는 행위를 수행한 의사의 면허번호를 기재하여야 함			라. 응급의료센터에서 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제19장 제2절 및 제3절에 해당되는 응급의료수가를 청구할 때는 수술·시술·처치 등을 시작한 날짜와 시각을 기재하여 청구하여야 함. 단, 권역외상센터에서 중증외상환자에 대해 청구하는 경우에는 행위를 수행한 의사의 면허번호를 기재하여야 함.
		5. 응급의료센터에서 응급진료 전문의 진찰료를 청구하는 경우 의사 면허번호와 진료한 날짜 및 시각을 기재하여 청구하여야 함			마. 응급의료센터에서 응2 응급진료 전문의 진찰료 또는 응2-1 권역외상센터 전문의 진찰료를 청구하는 경우 의사 면허번호와 진료한 날짜 및 시각을 기재하여 청구하여야 함.
		6. 상기 제1호 내지 제5호에 대해 응급의료수가			바. 상기 가.~ 마.에 대해 응급의료수가를 청구한 정보

행			개 정		
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항
		를 청구한 정보와 「응급의료에 관한 법률」 제15조에 의한 국가응급의료정보망(NEDIS)로 전송한 정보는 일치하여야 함			와 「응급의료에 관한 법률」 제15조에 의한 국가응급의료정보망(NEDIS)으로 전송한 정보는 일치하여야 함.
		- 신설 -	일반사항	권역의상센터 진료 청구서 작성방법 및 전달전문의 인력신고	1. 권역의상센터의 경우에는 「요양급여비용 청구서 작성방법 및 작성요령」에 따라 요양급여비용 청구서를 별도 작성함.(진료형태 구분기호: 입원은 'D', 외래는 'E' 기재) 2. 권역의상센터는 (별표4) 권역의상센터 전달전문의 가산을 청구하기 전 전달전문의 인력현황을 제출하여야 하며, 변경사항 발생 시 지체없이 변경신고하여야 함.
		- 신설 -	일반사항	응급의료 전용헬기 이송 중 응급처치 비용에 대한 급여기준	「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제11조 별표 3의 비고 및 「항공기 이송처치료의 기준에 관한 고시」에 따라 응급의료 전용헬기가 배치된 응급의료기관의 전문의가 응급의료 전용헬기를 이용하여 응급환자의 응급처치를 위한 목적으로 진찰·검사, 처치·수술, 약제·치료재료의 지급 등을 행한 경우 응급의료기관 내의 응급실과 동일한 기준으로 요양급여를 인정함.

현 행			개 정		
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항
		- 신설 -	일반사항	응급의료 전용헬기 이송 중 응급처치 비용에 대한 산정방법	1. 「응급의료에 관한 법률」 제46조의3에 따라 응급의료 전용헬기를 배치한 응급의료기관이 헬기를 이용하여 응급환자에게 제공된 응급처치 비용을 청구하는 경우에는 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따라 현장 도착 후 진찰·처치·수술 등을 시작한 날짜 및 시간, 진찰료 산정 시 헬기를 탑승한 전문의의 면허번호를 기재하여야 함. 2. 중앙응급의료센터는 응급의료 전용헬기를 배치한 응급의료기관 및 탑승 전문의 현황을 해당 응급의료기관이 요양급여비용을 청구하기 전에 건강보험심사평가원에 제출하여야 하며, 변경사항이 발생할 경우에도 지체 없이 변경된 내용을 제출하여야 함. 3. 응급의료 전용헬기를 배치한 응급의료기관은 헬기 배치 기관 및 탑승 전문의 현황이 건강보험심사평가원 요양기관현황관리시스템에 등

행			개 정		
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항
	- 신 설 -		응2-1 권역외상 센터 전문 의 진찰료 의 진찰료	권역외상 센터 전문 의 진찰료 산정방법	<p>특된 이후 요양급여비용을 청구하여야 함.</p> <p>1. 초진 의료진*이 권역외상센터에서 환자를 직접 대 면하여 진료한 경우 1회에 한하여 산정함. * 초진 의료진은 권역외상센터의 외상소생구역 내 에 항상 대기하는 전문의</p> <p>2. 초진 의료진 또는 외상팀이 환자상태를 종합적으 로 파악하고 다른 진료과목·전문분야 전문의에게 진료를 요청하여 해당 전문의가 외상소생구역에서 환자를 직접 진료한 경우에는 진료과목(전문분야) 별로 1회에 한하여 각각 산정함. * 외상팀: 「권역외상센터 운영지침」에 따라 외상환자 진료 및 외상센터 업무를 하는 팀</p> <p>3. 초진 의료진이 포함된 4인 이상의 외상팀이 직접 진 료하여 '응2-1 주'를 산정하는 경우에는 응2-1 권역 외상센터 전문의 진찰료와 중복하여 산정할 수 없 음.</p> <p>4. 응2-1 권역외상센터 전문의 진찰료는 응2 응급진료 전문의 진찰료 또는 가1 외래환자진찰료와 중복하여 산정할 수 없음.</p> <p>5. 권역외상센터 내원 후 진료 상 계속적인 치료를 위</p>

현 행			개 정		
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항
					해 같은 날 외래에서 다시 진료를 받은 경우에 가1 외래환자 진찰료와 중복 산정할 수 없음.
IV. 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제10조에 의거 신의료 기술로 신청된 항목 중 이미 심사기준으로 운용되고 있는 항목			IV. 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제10조에 의거 신의료기술 로 신청된 항목 중 이미 심사기준으로 운용되고 있는 항목		
<b>제2장 검사료</b>			<b>제2장 검사료</b>		
<신설>	<신설>	<신설>	누402 트로포닌 I 트로포닌 I	트로포닌 I [형광면역분 석법]	트로포닌 I [형광면역분석법]은 누402나 트로포닌 I 정밀면역검사(정량)-간이검사의 소정점수로 산정함.
<신설>	<신설>	<신설>	나583 비유전자 유전자점 사	BRAF 유 전자, 돌연 변이[핵산 증폭법]	전이성 대장직장암 환자에게 실시한 'BRAF 유전자, 돌연변이[핵산증폭법]' 검사는 나583나 종합효소연쇄반응-확장-(1)종합효소연쇄반응-교잡반응-(17)BRAF Gene의 소정점수를 산정함 (단, 약제 선택 목적 외 비급여임)
<신설>	<신설>	<신설>	진단초음파 -나951 임 상부	태아목덜미 투광대검사 상부	태아목덜미투광대검사는 나951가(2) 임신부-제1삼 분기-정밀의 소정점수에 포함됨.
<신설>	<신설>	<신설>	제1면 제3부 비급여목록 노212 PAPP-A[정 밀면역검사]	PAPP-A [화학발광 면역측정법]	PAPP-A[화학발광면역측정법]은 노212 PAPP-A[정밀면역검사(정량)]의 소정점수로 산정함.

행			개 정		
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항
			(정량)		
<b>VI. 요양병원</b>			<b>VI. 요양병원</b>		
<b>일반사항</b>			<b>일반사항</b>		
일반사항	< 신설 >	< 신설 >	일반사항	요양병원 6인 이상 병실·병상 운영 등에 대한 현황 제출	국민건강보험법 시행규칙 제12조의 규정에 따라 별지 제14호 서식 및 제17호 서식의 6인 이상 병실·병상을 운영하는 경우, 요양병원 6인 이상 병실·병상 운영현황 [신규·변경] 통보서(별지 제15호 서식)를 제출하여야 함