

# 2016년도 상병전산심사 개발 적용 사례 안내

귀 원의 무궁한 발전을 기원합니다.

심사평가원에서는 「내분비 및 순환계통의 질환」, 「피부 및 피하조직의 질환」, 「관절병증 및 연조직장애」, 「손상에 의한 질환」 및 「구강의 질환」에 대하여 보건복지부 고시, 심사지침, 의약품 허가사항 등을 반영한 전산심사를 개발하여 모니터링을 실시하고 있으며, 2016년 12월 1일 접수분부터 심사적용 할 예정입니다.

따라서, 상기 상병으로 청구된 의과 및 치과 외래 명세서(원외처방 내역 포함)에 대한 전산심사 모니터링 결과, 심사기준 초과청구 등 다빈도조정이 예상되는 사례를 안내하오니 참고하시기 바랍니다.

아울러, 귀 원에서 「내분비 및 순환계통의 질환」 등 대상 상병으로 청구한 내역 중 심사기준 초과 내역을 “요양급여비용 심사결과통보서”에 안내(2016. 9. 1.~2016. 11. 30.)하고 있으니, 반드시 확인하시고 요양급여범위 및 기준 내 적정진료가 이루어질 수 있도록 협조하여 주시기 바랍니다.

※ 2016년 12월 1일부터 적용되는 심사결과에 대한 문의사항은 본원 및 각 지원의 심사담당 부서(심사결과통보서에 기재된 전화번호 참고)로 확인하시기 바랍니다.

건강보험심사평가원장

목 차

I. 주요 근거 법령 등	1
II. 상병전산심사 적용기준 보완에 따른 안내	2
1. 대상 분야 의과 외래(행위)	2
2. 대상 분야 의과 외래(약제)	13
3. 치과 외래(행위)	21
4. 치과 외래(약제)	23

## I. 주요 근거 법령 등

### □ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

#### 제5조(요양급여의 적용기준 및 방법)

- ① 요양기관은 가입자등에 대한 요양급여를 별표 1의 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하여 실시하여야 한다.

#### 【별표 1】 요양급여의 적용기준 및 방법

##### 1. 요양급여의 일반원칙

다. 요양급여는 경제적으로 비용효과적인 방법으로 행하여야 한다.

##### 2. 진찰·검사, 처치·수술 기타의 치료

가. 각종 검사를 포함한 진단 및 치료행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 하며 연구(제8조의2에 따른 임상연구는 제외한다)의 목적으로 하여서는 아니된다.

##### 3. 약제의 지급

가. 처방·조제

(2) 의약품은 약사법령에 의하여 허가 또는 신고된 사항(효능·효과 및 용법·용량 등)의 범위 안에서 환자의 증상 등에 따라 필요·적절하게 처방·투여하여야 한다(중략).

(6) 진료상 2품목 이상의 의약품을 병용 처방·투여하는 경우에는 1품목의 처방·투여로는 치료효과를 기대하기 어렵다고 의학적으로 인정되는 경우에 한한다.

### □ 보건복지부 고시

- 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(행위, 약제 등)
- 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수

## Ⅱ. 상병전산심사 적용기준 보완에 따른 안내

- 동 사례는 2016년도 의과 및 치과 외래 상병전산심사 적용기준 보완에 따른 심사기준 초과 청구 등 다빈도 조정 예상 사례 유형을 발췌한 내용임을 알려드리오니 참고하시기 바랍니다.
- (대상분야): **내분비 및 순환계통의 질환, 피부 및 피하조직의 질환, 관절병증 및 연조직장애, 손상에 의한 질환, 구강의 질환**
- 사례에 언급된 약제는 요양기관의 이해를 돕기 위하여 해당 성분 중 예시로 발췌한 것이며, 예시에 언급된 약제와 성분이 같은 약제는 동일한 기준이 적용될 예정임을 알려드립니다.

### 1 대상 분야 의과 외래(행위)

#### □ 내분비 및 순환계통의 질환

##### ○ 보건복지부 고시 범위를 초과하여 산정한 사례

항목명	사 례	관련 근거
나230 미량알부민검사 (C2301, C2302, C7230)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「합병증을 동반하지 않은 인슐린-비의존 당뇨병, 상세불명의 고지질혈증」 상병에 <b>요단백 검출여부 기재 없이</b> 산정한 미량알부민검사는 보건복지부 고시사항 및 진료내역 참조 인정하지 아니함</li> <li>※ 요일반검사에서 요단백 검출 여부를 <b>출번호 특정내역(JX999)에 반드시 기재 하거나 검사결과지를 첨부하여</b> 주시기 바랍니다.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 나230 미량알부민검사 인정기준 (고시 제2009-55호, 2009.4.1.)</li> <li>나230 미량알부민검사는 다음에 해당되는 환자로서 요일반검사 (나1 또는 나3)에서 요단백이 검출되지 아니하여 실시한 경우에 인정함</li> <li>- 다 음 -</li> <li>가. 당뇨병성 신증이 의심되는 당뇨병 환자</li> <li>나. 심혈관계 합병 위험인자(비만, 당뇨, 고지혈증, 뇌졸중 등)가 있는 고혈압환자</li> </ul>
나339 갑상선자극면역 글로불린검사 (C3390, C7339)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「기타 및 상세불명의 원발성 고혈압, 상세불명의 갑상선독증」 상병에 <b>특정내역 기재 없이</b> 갑상선자극면역글로불린검사, 항갑상선글로불린항체, 항마이크로솜항체 검사를 시행한 경우 보건복지부 고시사항 및 상병 참조 인정하지 아니함</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 갑상선 Screening Test (고시 제2007-92호, 2007.11.1.)</li> <li>갑상선질환이 의심되어 실시하는 갑상선 Screening검사로 나329 트리요도타이로닌(T3), 나333 싸이록신(T4, 혹은 나334 Free T4), 나336 갑상선자극호르몬(TSH) 3종을 인정함</li> </ul>

항목명	사 례	관련 근거
<p>나494 항갑상선글로불린항체 (C4940, C7494)</p> <p>나495 항마이크로솜 항체 (C4951, C4952, C7495)</p>	<p>※ 갑상선 Screening검사 3종 이외의 갑상선 검사는 약제 투여내역, 기본 Screening검사 결과 이상 있는 경우 등 검사 사유를 반드시 기재(특정내역 MI004, MI015, MI016, JX999)하여 주시기 바랍니다.</p>	<p>○ 나339 갑상선자극면역글로불린검사 인정기준 (고시 제2015-169호, 2015.10.1.)</p> <p>나339 갑상선자극면역글로불린(TSI: Thyroid Stimulating immunoglobulin) 검사의 인정기준은 다음과 같이 함</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 그레이브스병, 하시모토병, 일차성 갑상선 기능저하증의 진단·치료효과 평가·예후 추적 등에 실시한 경우 인정</p> <p>나. 그레이브스병 병력이 있는 임산부의 임신 3기 및 동 산모에서 태어난 신생아에게 실시 시 각각 1회 인정</p> <p>다. 신생아 선별검사 결과 갑상선 기능 저하증이 의심되는 신생아로서 자가면역성 갑상선질환이 있는 산모에서 태어난 경우에 실시 시 1회 인정</p> <p>○ 정신건강의학과 상병에 실시한 갑상선 기능검사의 인정기준 (고시 제2012-39호, 2012.3.27.)</p> <p>1. 정신건강의학과 상병에 실시한 나329 트리요도타이로닌(T3), 나333 싸이록신(T4), 나336 갑상선자극호르몬(TSH)검사의 인정 기준은 다음과 같이함.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 우울증, 조울증, 정신분열증 등의 정신과 상병 치료초기에 갑상선질환과의 감별 진단 목적으로 실시한 경우</p> <p>나. 갑상선비대(Thyroid Hypertrophy) 등이 발생될 수 있는 Lithium 약제를 투여한 경우</p> <p>2. 다만 나495 항마이크로솜항체(Antimicrosome Ab)검사, 나494 항갑상선글로불린항체 (Antithyroglobulin Ab)검사는 T3, T4, TSH 검사상 이상이 있어 시행한 경우 인정함</p>

항목명	사 례	관련 근거
나5943 액상흡인세포 병리검사 (C5943)	○ 「상세불명의 갑상선기능저하증」 상병에 산정한 <b>액상흡인세포병리검사</b> 는 보건 복지부 고시사항 및 상병 참조 인정 하지 아니함	○ 액상흡인세포병리검사의 인정기준 (고시 제2015-146호, 2015.9.1.)  폐 또는 갑상선 종양 진단 목적으로 실시하는 액상흡인세포병리검사는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함. 다만, 동일 날 실시한 흡인세포병리검사와 중복 산정은 인정하지 아니함.  - 다 음 - 1. 영상의학적 검사에서 이상 소견이 확인된 폐병변에 시행한 경우 2. 영상의학적 검사에서 확인된 갑상선 결절에 시행한 경우

## ○ 수가 산정 착오 사례

항목명	사 례	관련 근거
나245 유리지방산 (C2450)	○ 「합병증을 동반하지 않은 인슐린-비의존 당뇨병, 상세불명의 고지질혈증」 상병에 산정한 <b>유리지방산검사(C2450)</b> 는 대사 이상 으로 인한 급성 합병증 등의 예측을 위한 검사로 상병 및 진료내역 참조 인정하지 아니함  ※ <b>유리지방산검사</b> 는 급성 합병증 소견에 대한 검사 사유를 반드시 기재(특정내역 MI004, MI015, MI016, JX999)하여 주시기 바랍니다.	○ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표 1] 요양급여기준의 적용기준 및 방법 2. 진찰·검사, 처치·수술 기타의 치료 가. 각종 검사를 포함한 진단 및 치료행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 하며 연구의 목적으로 하여서는 아니된다.
나224 C-반응성단백 (C2241, C2242, C2243)	○ 「양성 고혈압, 혼합성 고지질혈증」 상병에 산정한 <b>C-반응성단백 검사</b> 는 염증성 질환 등에 시행하는 검사로 상병 참조 인정하지 아니함	

항목명	사 례	관련 근거
나244가 지질(총지질) (C2441)	<p>○ 「기타 및 상세불명이 원발성 고혈압, 상세불명의 고지질혈증」 상병에 산정한 <b>총지질(C2441) 검사</b>는 고지질혈증의 진단 및 치료 유용성이 떨어지는 검사로 인정하지 아니함</p> <p>※ 총지질은 total cholesterol, phospholipid, triglyceride, free fatty acid 등의 총합이며, 현재 임상에서는 total cholesterol 등 각각의 성분별에 대한 측정으로 지질대사이상 진단 및 치료가 이루어지고 있음</p>	<p>○ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표 1] 요양급여기준의 적용기준 및 방법</p> <p>2. 진찰·검사, 처치·수술 기타의 치료</p> <p>가. 각종 검사를 포함한 진단 및 치료행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 하며 연구의 목적으로 하여서는 아니된다.</p>
나379바 이온화칼슘 (C3796)	<p>○ 「갑상선의 양성 신생물」 상병에 칼슘(C3795)과 <b>동시 산정한 이온화칼슘(C3796)검사</b>는 상병 및 진료내역 참조 인정하지 아니함</p> <p>※ <b>이온화칼슘</b>과 칼슘 검사를 <b>동시 산정하는</b> 경우에는 검사 사유를 반드시 기재(특정내역 MI004, MI015, MI016, JX999)하여 주시기 바랍니다.</p>	
너441 GAD항체 (CX441, CX744)	<p>○ 「상세불명의 합병증을 동반한 2형 당뇨병, 칼슘대사장애」 상병에 산정한 <b>GAD항체 (CX441, CX744)검사</b>는 상병 및 진료내역 참조 1형 당뇨병을 의심할 소견 확인되지 않아 인정하지 아니함</p> <p>※ <b>GAD항체검사</b>는 1형 당뇨병을 의심할 소견에 대한 검사 사유를 반드시 기재(특정내역 MI004, MI015, MI016, JX999)하여 주시기 바랍니다.</p>	
나657나 신기능검사 -사구체여과치, 신혈류량, 요소제거율 (E6572)	<p>○ <b>신기능검사-사구체여과치, 신혈류량, 요소제거율 검사(E6572)</b>는 혈장 및 24시간뇨의 크레아티닌 수치가 확인되는 경우에 인정</p> <p>※ 자동 계산식에 의해 얻어진 eGFR은 청구할 수 없음</p>	

## □ 피부 및 피하조직의 질환

### ○ 보건복지부 고시 범위를 초과하여 산정한 사례

항목명	사 례	관련 근거
다-245다 일반전산화 단층영상진단 -경부 (HA453, HA463, HA473)	<p>○ 「급성 림프절염」 상병에 <b>촬영 사유 기재 (특정내역 MT004, MT015, MT016, JX999) 없이</b> 일반전산화단층영상진단 경부를 산정한 경우 보건복지부 고시사항 및 진료내역 참조 인정하지 아니함</p> <p>※ 보건복지부 고시에서 정하고 있는 인정기준 내 부위별 일반전산화단층영상진단(CT) 산정 시 <b>촬영사유를 반드시 기재(특정내역 MT004, MT015, MT016, JX999)하여</b> 주시기 바랍니다.</p>	<p>○ 전산화단층영상진단의 산정기준 (고시 제2015-99호, 2015.6.15.)</p> <p>[일반기준]</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 악성종양과 감별을 요하는 종괴성질환(양성종양, 육아종, 비전형적인 낭종, 농양 등)의 진단 감별진단</li> <li>2. 악성종양의 병기 결정 및 추적검사</li> <li>3. 급성외상(뇌, 흉부, 복부, 골반강, 척추 등)</li> <li>4. 수술 또는 치료 후 호전되지 않거나 심부 합병증이 의심될 때</li> <li>5. 선천성질환 중 해부학적 구조 확인이 필요한 경우</li> <li>6. 대동맥질환, 동맥류</li> </ol> <p>&lt;경부 Neck CT&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 원인불명의 심부 림프선 종대</li> <li>2. 기도폐쇄의 원인진단 및 범위 결정</li> </ol>

### ○ 수가 산정착오 사례

항목명	사 례	관련 근거
나231 항원특이적 면역글로불린E (C2310, C7231)	○ 나231 항원특이적 면역글로불린E 검사 (C2310)와 나232 MAST법에 의한 면역글로불린E(C2320) 검사를 <b>동시 산정</b> 시 나231 항원특이적 면역글로불린검사는 인정하지 아니함	<p>○ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여기준의 적용기준 및 방법</p> <p>2. 진찰·검사, 처치·수술 기타의 치료</p> <p>가. 각종 검사를 포함한 진단 및 치료 행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 하며 연구의 목적으로 하여서는 아니된다.</p>
자14-1 티눈제거술 (N0143, N0144)	○ 「손발톱백선」 상병에 산정한 <b>티눈제거술 (N0143)</b> 은 티눈 및 굳은살, 사마귀를 제거하는 처치로 상병 참조 인정하지 아니함	
나717 미생물우드등 검사 (E7170)	○ 「상세불명 원인의 앨러지성 접촉피부염」 상병에 시행한 <b>미생물우드등검사(E7170)</b> 는 백선, 세균감염증, 진균증에 시행하는 검사로 상병 참조 인정하지 아니함	



## □ 관절병증 및 연조직장애

### ○ 보건복지부 고시 범위를 초과하여 산정한 사례

항목명	사 례	관련 근거
다-245아 일반전산화 단층영상진단 -상지 (HA457, HA467, HA477)	○ 「기타 명시된 관절염, 어깨의 석회성 힘줄염, 관절안의 유리체, 상세불명의 관절증」 상병에 촬영 사유 기재(특정 내역 MT004, MT015, MT016, JX999) 없이 일반전산화단층영상진단-상지CT를 산정한 경우 보건복지부 고시사항 및 진료내역 참조 인정하지 않음	○ 전산화단층영상진단(CT)의 산정기준 (고시 제2015-99호, 2015.6.15.)  [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 (계속)
다-245아 일반전산화 단층영상진단 -하지 (HA458, HA468, HA478,)	○ 「상세불명의 관절염, 상세불명의 골부착 부병증, 기타 이차성 고관절증, 전십자 인대의 파열」 상병에 촬영 사유 기재 (특정내역 MT004, MT015, MT016, JX999) 없이 일반 전산화단층영상진단 -하지 CT를 산정한 경우 보건복지부 고시사항 및 진료내역 참조 인정하지 아니함  ※ 보건복지부 고시에서 정하고 있는 인정기준 내 부위별 일반전산화단층 영상진단(CT) 산정 시 촬영사유를 반드시 기재(특정내역 MT004, MT015, MT016, JX999)하여 주시기 바랍니다.	[상지 및 하지 upper or lower extremity CT] 1. 해부학적으로 복잡한 부위의 골절 관절, 수족골, 안면, 두개기저, 측두골, 척추 등) 2. 관절내 유리골편의 확인 3. 염증 또는 외상 후 관절내 이상소견의 치료 전 평가 및 치료 후 경과 관찰 4. 골연골증의 수술 전 진단 및 범위 결정 5. 수술후 내고정물의 정확한 위치 평가 6. 골수염의 활동성 여부 결정 7. 단순 X선 사진상 골절 유합의 평가가 어려울 때 8. 만성관절염, 척추분리증의 수술여부 정밀 평가

항목명	사 례	관련 근거
너153 기타 비타민 [D3] (CY155, CY165, CY705)	○ 「무릎관절증, 관절통, 류마티스관절염」 에 시행한 <b>기타비타민 [D3] 검사</b> 는 보건복지부 고시사항 및 상병 참조 인정하지 아니함	○ 기타 비타민 (D3) 검사의 인정기준 (고시 제2007-85호, 2007.10.1.)  너153 Vit D3 검사는 다음에 해당되는 환자에게 비타민 D 결핍이 의심되어 실시한 경우에 인정함 - 다 음 - 가. Vit D의 흡수장애를 유발할 수 있는 위장질환 및 흡수장애 질환 나. 항경련제(Phenytoin 이나 Phenobarbital 등) 또는 결핵약제 투여받는 환자 다. 간질환 라. 신장질환 마. 악성종양 바. Vit D 결핍성 구루병 사. 이차성 골다공증의 원인 감별이 필요한 경우
나611 근전도검사 (F6111, F6112, F6113)	○ 「관절통, 상세불명의 관절염, 어깨의 유착성 관절낭염」 등 상병에 <b>근전도검사</b> 를 산정한 경우 보건복지부 고시사항 및 상병 참조 인정하지 아니함	○ 나611 근전도검사 및 나612 신경전도 검사의 인정기준 (고시 제2007-92호, 2007.11.1.)  나611 근전도검사 및 나612 신경전도 검사는 신경근병증의 임상증상이 있고 신경학적 검사상 병변이 확인된 부위에 실시하여야 하며, 양측검사가 필요한 질환이 많지 않으므로 편측 병변의 비교 관찰을 위해 실시한 양측검사는 인정하지 아니함. 다만 동검사를 반드시 양측으로 실시할 필요가 있는 경우에 대하여는 사례별로 인정함
나612 신경전도검사 (F6121, F6122, F6123, F6124)	○ 「관절통, 상세불명의 관절염, 사지의 통증」 등 상병에 <b>신경전도검사</b> 를 산정한 경우 보건복지부 고시사항 및 상병 참조 인정 하지 아니함	

## ○ 수가 산정착오 사례

항목명	사 례	관련 근거
나524 조직형검사 (C5184, CY917, CY918)	○ 「기타 류마티스관절염, 달리 분류되지 않은 기타 관절장애, 기타 관절증」 상병에 시행한 <b>조직형검사</b> 는 강직성 척추염의 진단에 시행하는 검사로 상병 참조 인정하지 아니함	○ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표 1] 요양급여의 적용기준 및 방법 2 진찰·검사, 처치·수술 기타의 치료 가. 각종 검사를 포함한 진단 및 치료 행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 하며 연구의 목적으로 하여서는 아니된다.
너443 항ENA항체 (CY443 ~ CY452)	○ 「기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스관절염」 등 상병에 <b>항핵항체(ANA) 검사</b> 와 <b>동시 시행한 항ENA항체 및 항DNA항체검사</b> 는 인정하지 아니함	
나492 항DNA항체 (C4921, C4922, C4923, C7492)	※ 항핵항체(ANA) 검사 결과 양성인 자가면역 질환자에서 특정 항체를 검사하고자 실시하는 검사로 항핵항체와 동시 시행 시 인정하지 아니함  ○ 「상세불명의 관절염, 관절통, 상세불명의 관절증, 기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스관절염」 등 상병에 실시 사유 기재(특정내역 MT004, MT015, MT016, JX999) 없이 시행한 <b>항ENA항체 및 항DNA항체검사</b> 는 인정하지 아니함  ※ 항ENA항체 및 항DNA항체 검사 시행 시, ANA 검사 결과 및 임상증상 또는 시행 사유를 반드시 기재(특정내역 MT004, MT015, MT016, JX999)하여 주시기 바랍니다.	
너153 기타 비타민 [D2] (CY154, CY164, CY704)	○ 「양쪽 원발성 무릎관절증, 관절통」 등 상병에 시행한 <b>기타 비타민[D2] 검사</b> 는 Vitamin D 결핍 (구루병, 골연화증, 각종 종양, 결핵균 감염 등) 또는 중독이 의심될 경우 등에 시행하는 검사로 상병 참조 인정하지 아니함	

항목명	사 례	관련 근거
다319가 골스캔-전신 (HC191)	○ 「관절통, 상세불명의 관절증, 상세불명의 무릎 관절증」 등 상병에 단일광자전산화단층촬영 (HC295)과 동시 시행한 <b>골스캔-전신(HC191)</b> <b>검사는 인정하지 아니함</b>	○ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표 1] 요양급여의 적용기준 및 방법 2 진찰·검사, 처치·수술 기타의 치료 가. 각종 검사를 포함한 진단 및 치료 행위는 진료상 필요하다고 인정 되는 경우에 한하여야 하며 연구의 목적으로 하여서는 아니된다.
자78 비관혈관절 수동술 (N0780)	○ 「어깨의 유착성 관절낭염」 등 상병에 마취 없이 실시한 <b>비관혈관절수동술(N0780)</b> 은 인정하지 아니함  ※ 자78 비관혈관절수동술은 골절이나 탈구를 유발할 수 있을 정도의 도수조작이 이루어지는 시술로, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시) 제1편 제2부 제6장 제1절 마취료」에서 정하고 있는 마취가 시행되어 충분한 통증조절이 병행된 경우만 자78 비관혈관절수동술을 인정	

## □ 손상에 의한 질환

### ○ 보건복지부 고시 범위를 초과하여 산정한 사례

항목명	사 례	관련 근거
다-245사 일반전산화 단층영상진단 -상지 (HA457, HA467, HA477)	<p>○ 「손목의 상세불명 부분의 염좌 및 긴장」 상병에 촬영 사유 기재(특정내역 MT004, MT015, MT016, JX999) 없이 <b>일반전산화단층영상진단-상지CT</b>를 산정한 경우 보건복지부 고시사항 및 진료내역 참조 인정하지 아니함</p> <p>○ 「비골 골절을 동반한 경골 하단의 골절, 폐쇄성」 상병에 <b>일반전산화단층영상진단-상지CT</b>를 산정한 경우 상병 참조 인정하지 아니함</p>	<p>○ 전산화단층영상진단(CT)의 산정기준 (고시 제2015-99호, 2015.6.15.)</p> <p>[일반기준]</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 악성종양과 감별을 요하는 종괴성 질환(양성종양, 육아종, 비전형적인 낭종, 농양 등)의 진단, 감별진단</li> <li>2. 악성종양의 병기 결정 및 추적검사</li> <li>3. 급성외상(뇌, 흉부, 복부, 골반강, 척추 등)</li> <li>4. 수술 또는 치료 후 호전되지 않거나 심부 합병증이 의심될 때</li> <li>5. 선천성질환 중 해부학적 구조 확인이 필요한 경우 (뇌, 안구, 안면, 측두골, 척추 및 체부의 심부)</li> <li>6. 대동맥질환, 동맥류</li> </ol>
다-245아 일반전산화 단층영상진단 -하지 (HA458, HA468, HA478)	<p>○ 「발목의 상세불명 부분의 염좌 및 긴장」 상병에 촬영 사유 기재(특정내역 MT004, MT015, MT016, JX999) 없이 <b>일반전산화단층영상진단-하지CT</b>를 산정한 경우 보건복지부 고시사항 및 진료내역 참조 인정하지 아니함</p> <p>※ 보건복지부 고시에서 정하고 있는 인정기준 내 <b>부위별 일반전산화단층영상진단(CT) 산정 시 촬영사유를 반드시 기재(특정내역 MT004, MT015, MT016, JX999)</b>하여 주시기 바랍니다.</p>	<p>&lt;상지 및 하지 Upper or lower extremity CT&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 해부학적으로 복잡한 부위의 골절 (관절 수족골 안면 두개기저 측두골 척추 등)</li> <li>2. 관절내 유리골편의 확인</li> <li>3. 염증 또는 외상 후 관절내 이상소견의 치료 전 평가 및 치료 후 경과 관찰</li> <li>4. 골연골증의 수술 전 진단 및 범위 결정</li> <li>5. 수술후 내고정물의 정확한 위치 평가</li> <li>6. 골수염의 활동성 여부 결정</li> <li>7. 단순 X선 사진상 골절 유합의 평가가 어려울 때</li> <li>8. 만성관절염, 척추분리증의 수술여부 정밀 평가</li> </ol>

항목명	사 례	관련 근거
나122 적혈구분포계수 (B1220)	○ 「대퇴골전자간골절, 상세불명의 류마티스, 쇄골」 상병에 시행한 <b>적혈구분포계수(B1220), 혈소판분포계수(B1230)</b> 검사는 빈혈 및 혈액질환의 감별진단 시 시행하는 검사로 보건복지부 고시사항 및 상병 참조 인정하지 아니함	○ 적혈구분포계수 및 혈소판분포계수의 적응증 (고시 제2000-73호, 2000.12.30.)  나122 적혈구 분포계수는 빈혈의 감별진단에 실시하고, 나123 혈소판 분포계수는 혈소판 질환 등 혈액질환의 감별진단에 실시하는 검사로 동 검사의 적응증이 아닌 질환에 기존 CBC항목에 추가하여 일률적으로 Set화 하여 산정할 수는 없음
나123 혈소판분포계수 (B1230)		

### ○ 수가 산정착오 사례

항목명	사 례	관련 근거
자64마 사지골절 도수정복술 [중수골, 중 족골, 지골] (N0645)	○ 「상완골 관절염기의 상세불명 골절」 상병에 시행한 <b>사지골절도수정복술[중수골, 중족골, 지골](N0645)</b> 은 상병 참조 해당 수술 부위 불일치로 인정하지 아니함  ○ 「손의 지골간(관절)의 탈구」 상병에 시행한 <b>사지골절도수정복술[중수골, 중족골, 지골](N0645)</b> 은 상병 참조 인정하지 아니함	○ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여기준의 적용기준 및 방법  2. 진찰·검사, 처치·수술 기타의 치료 가. 각종 검사를 포함한 진단 및 치료 행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 하며 연구의 목적으로 하여서는 아니된다.
나271 γ-GTP (B2710)	○ 「요추의 염좌 및 긴장, 기타 위염」 상병에 시행한 <b>γ-GTP(B2710)</b> 는 간담도질환에 시행하는 검사로 상병 참조 인정하지 아니함	
사30 적외선치료 [1일당] (MM300)	○ 「팔꿈치의 타박상, 손목의 탈구」 상병에 산정한 <b>적외선치료[1일당](MM300)</b> 는 상병 참조 인정하지 아니함  ※ 사-101 표충열치료(MM010)는 온습포, 적외선치료 등을 포함하오니 동 수가로 산정하시기 바랍니다.	
나723 경피적혈액 산소포화도 측정[1일당] (E7230)	○ 「무릎의 타박상」 상병에 <b>경피적혈액산소포화도측정[1일당](E7230)</b> 은 상병 참조 인정하지 아니함	

## 2 대상 분야 의과 외래(약제)

### ○ 보건복지부 고시 범위를 초과하여 산정한 사례

항목별	사 례	관련 근거
Pentoxifylline 제제 (페렌탈정 등)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「간혈성 파행을 동반한 1형 당뇨병」 등 상병에 <b>Pentoxifylline 제제</b> 투여 시 보건복지부 고시사항 및 상병 참조 인정</li> <li>○ 「어지럼증 및 어지럼, 두통, 중추기원의 현기증」 등 상병에 <b>Pentoxifylline 제제</b> 투여 시 보건복지부 고시사항 및 상병 참조 전액 본인부담으로 인정</li> <li>○ 「상세불명의 합병증을 동반한 2형 당뇨병」 등 상병에 <b>Pentoxifylline 제제</b> 투여 시 보건복지부 고시사항 및 상병 참조 인정하지 않음</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 식약처 허가사항(효능·효과)               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 뇌순환장애(허혈 및 뇌졸중후증상, 어지러움·두통·건망증 등 뇌동맥경화증 증상)</li> <li>2. 눈의 혈류순환장애</li> <li>3. 말초동맥순환장애(간혈성 파행, 휴식 시 동통, 당뇨병성 혈관병증, 위축증, 혈관신경병증)</li> </ol> </li> <li>○ Pentoxifylline 경구제(품명: 트렌탈정400등) (고시 제2013-127호, 2013.9.1.)               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함 - 아 래 -</li> <li>○ 말초동맥순환장애(간혈성 파행, 휴식 시 동통, 당뇨병성 혈관병증, 위축증, 혈관신경병증)</li> <li>2. 허가사항 범위를 초과하여 다음과 같이 투여하는 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함 - 다 음 -</li> <li>가. 투여대상: 분별합수 점수가 32점 이상인 중증 알코올성 간염환자 (이하 생략)</li> </ol> </li> </ul>
Deflazacort 경구제 (켈코트정 등)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「염증성 다발관절병증, 여러부위, 기타 건선, 상세불명의 연조직염」 등 상병에 타 부신피질호르몬제 투여로 부작용이 나타나 <b>Deflazacort 경구제</b>를 투여하였음을 줄번호 특정내역(JX999)에 기재한 경우 보건복지부 고시사항 및 진료내역 참조 인정</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Deflazacort 경구제(품명: 켈코트정 등) (고시 제2013-127호, 2013.9.1.)               허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함 - 아 래 -</li> <li>가. 소아 신증후군 환아의 경우</li> <li>○ 소아신증후군 환아가 성인이 된 후에도 동 약제의 투여가 필요한 경우 인정함</li> </ul>



항목별	사 례	관련 근거
	<p>○ 「상세불명의 혈청검사양성 류마티스관절염, 상세불명의 접촉피부염, 상세불명의 피부염」 등 상병에 투여사유 기재 없이 <b>Deflazacort 경구제</b>를 산정한 경우 보건복지부 고시사항 및 진료내역 참조 <b>전액 본인부담으로 인정</b></p> <p>※ 보건복지부 고시에 명시된 기준을 확인할 수 있도록 <b>투여사유를 줄번호 특정내역(JX999)에 반드시 기재</b>하여 주시기 바랍니다.</p>	<p>나. 골다공증이 심한 이식환자</p> <p>○ 부신피질호르몬제를 장기 투여하는 환자 중에서 골다공증이 심한 환자(검사결과 T-Score가 25 이하로 확인된 경우)에게 1차 적으로 동 약제를 투여한 경우에 인정함</p> <p>다. 부신피질호르몬제를 투여할 필요성이 있는 환자중 타 부신피질호르몬제 투여로 다음과 같은 심각한 부작용이 나타나, 투여조건서가 첨부된 경우에 한하여 인정함</p> <p>- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 당뇨병이 병발한 경우</li> <li>2) 피부신조(Striae), 들소형육봉(Buffalo hump) 등이 보이는 쿠싱증후군(Cushing syndrome)인 경우</li> <li>3) 무혈관성 골괴사증후군(Avascular necrosis of bone)인 경우</li> <li>4) 소아에서 성장지연이 현저한 경우</li> </ol> <p>라. 상기 조건에 해당되어 만성신부전 환자 중 혈액투석 또는 복막투석을 받고 있는 환자와 신이식 수술을 받은 환자</p>
세파게열 3세대 경구항생제 (바난정, 세픽심캡슐 등)	<p>○ 「연조직염」 등 허가범위 내 상병에 1차 약제 투여로 증상이 호전되지 않아 <b>세파게열 3세대 경구항생제</b>를 투여하였음을 줄번호 특정내역(JX999)에 기재한 경우 보건복지부 고시사항 및 진료내역 참조 인정</p> <p>○ 「상세불명의 연조직염, 피부농양」 등 상병에 투여사유 기재 없이 <b>세파게열 3세대 경구항생제</b>를 산정한 경우 보건복지부 고시사항 및 진료내역 참조 인정하지 않음</p> <p>※ 세파게열 3세대 경구항생제는 <b>단계적 투여임을 확인할 수 있도록 투여사유를 줄번호 특정내역(JX999)에 반드시 기재</b>하여 주시기 바랍니다.</p>	<p>○ [일반원칙] 항생제 (고시 제2013-127호, 2013.9.1.)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 전반적인 감염증에 사용토록 되어 있고, 실제 임상에서 항생제 선택 시에는 적응증별 선택보다 약제감수성 검사에 따라 선택하고 있으므로 환자의 병력 등을 참조하여 허가사항 범위 내에서 1차 약제부터 단계적으로 사용해야 함</li> <li>2. 중증 감염증에는 경구 투약만으로 치료효과를 기대할 수 없는 경우 주사제와 병용하여 처방 투여 할 수 있음</li> </ol>



항목별	사 례	관련 근거
Ciprofloxacin 경구제 (사이토티신정 등)	<p>○ 「연조직염, 관절염」 등 상병에 1차 약제 투여로 증상이 호전되지 않아 <b>Ciprofloxacin 경구제</b>를 투여하였음을 줄번호 특정내역(JX999)에 기재한 경우 보건복지부 고시사항 및 진료내역 참조 인정</p> <p>○ 「연조직염, 피부의 농양, 모낭염」 등 상병에 투여사유 기재(특정내역, JX999) 없이 <b>Ciprofloxacin 경구제</b>를 산정한 경우 보건복지부 고시사항 및 진료내역 참조 인정하지 아니함</p> <p>※ 퀴놀론계 경구제는 허가사항 범위일지라도 단계적 투여임을 확인할 수 있도록 투여 사유를 줄번호 특정내역(JX999)에 반드시 기재하여 주시기 바랍니다.</p>	<p>○ Ciprofloxacin 경구제(품명: 사이토티신정 등) (고시 제2013-127호, 2013.9.1.) 허가사항 범위 내에서 1차 약제 투여로 증상이 호전되지 않는 환자에게 투여하는 것을 원칙으로 하며, 아래와 같은 경우에는 1차 약제로 투여 시에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 타 항생제에 내성이 있는 환자, 면역기능이 저하된 환자, 중증감염환자, 심부장기 감염환자(예: 폐렴, 급성신우신염), 단순요로감염, 위장관감염증</p> <p>나. 중증 폐렴 환자의 경우는 β-Lactam과 병용하여 투여 시에도 인정함.</p>
Levofloxacin 경구제 (레보펙신정 등)	<p>○ 「폐렴」 상병에 <b>Levofloxacin 경구제 (250mg, 500mg, 750mg)</b>를 투여한 경우 보건복지부 고시사항 및 식약처 허가사항 참조 1일 750mg 투여기간 14일 범위 내에서 인정</p> <p>○ 「연조직염, 피부농양」 등 복합 피부 및 연조직 감염 상병에 1차 약제 투여로 증상이 호전되지 않아 <b>Levofloxacin 경구제(250mg, 500mg, 750mg)</b>를 투여하였음을 줄번호 특정내역(JX999)에 기재한 경우 보건복지부 고시사항 및 식약처 허가사항 참조 1일 750mg 투여기간 14일 범위 내에서 인정</p> <p>○ 「만성 기관지염」 상병에 1차 약제 투여로 증상이 호전되지 않아 <b>Levofloxacin 경구제 (250mg, 500mg, 750mg)</b>를 투여하였음을 줄번호 특정내역(JX999)에 기재한 경우 보건복지부 고시사항 및 식약처 허가사항 참조 1일 500mg 투여기간 7일 범위 내에서 인정</p>	<p>○ 식약처 허가사항(효능·효과 및 용법·용량)</p> <p>1-1. <b>Levofloxacin 250mg, 500mg, 750mg</b> (효능·효과)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 원내감염 폐렴</li> <li>- 복합 피부 및 연조직 감염</li> <li>- 지역사회감염 폐렴</li> <li>- 만성기관지염의 급성 세균성 악화</li> <li>- 급성 부비동염</li> <li>- 경·중등도의 비복합성 피부 및 연조직 감염: 고름집 연조직염, 종기, 농피증, 상처감염</li> <li>- 만성 세균성 전립선염</li> <li>- 경·중등도의 급성 신우신염을 포함한 복합요로감염</li> <li>- 경·중등도의 단순요로감염</li> </ul> <p>1-2. <b>Levofloxacin 250mg, 500mg, 750mg</b> (용법·용량)</p> <p>1. 정상 신장기능인 환자</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 원내감염 폐렴 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 750mg 24시간, 7-14일</li> </ul> </li> <li>2) 복합 피부 및 연조직 감염 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 750mg 24시간, 10-14일</li> </ul> </li> </ol>

항목별	사 례	관련 근거
	<p>○ 「손톱의 손상이 없는 손가락의 열린상처, 달리 분류되지 않은 외상 후 상처감염, 피부농양, 연조직염」 등 식약처 허가범위 내 상병에 투여사유 기재 없이 <b>Levofloxacin 경구제(100mg, 250mg, 500mg, 750mg)</b>를 산정한 경우 보건복지부 고시사항 및 진료 내역 참조 인정하지 않음</p> <p>※ 퀴놀론계 경구제는 허가사항 범위일지라도 단계적 투여임을 확인할 수 있도록 투여 사유를 줄번호 특정내역(JX999)에 반드시 기재하여 주시기 바랍니다.</p>	<p>3) 지역사회감염 폐렴, 만성기관지염의 급성 세균성 악화 - 500mg 24시간, 7일</p> <p>4) 급 성부비동염 - 500mg 24시간, 10-14일</p> <p>5) 경중등도의 비복합성 피부 및 연조직감염 - 500mg, 7-10일</p> <p>6) 만성세균성전립선염 - 500mg 24시간, 28일</p> <p>7) 경중등도의 급성신우신염을 포함한 복합요로감염 - 250mg 24시간, 10일</p> <p>8) 경중등도의 단순요로감염 - 250mg 24시간, 3일(이하 생략)</p> <p>○ <b>Levofloxacin 경구제</b>(품명: 레보펙신정 등) (고시 제2016-83호, 2016.6.1.)</p> <p>1. 허가사항 범위 내에서 1차 약제 투여로 증상이 호전되지 않는 환자에게 투여하는 것을 원칙으로 하며, 아래와 같은 경우에는 1차 약제로 투여 시에도 요양급여를 인정함. - 아 래 -</p> <p>가. 타 항생제에 내성이 있는 환자, 면역기능이 저하된 환자, 중증감염환자, 심부 장기 감염환자(예: 폐렴, 급성신우신염)</p> <p>나. 중증 폐렴환자의 경우는 <math>\beta</math>-Lactam과 병용하여 투여 시에도 인정함(이하 생략)</p> <p>○ [일반원칙] 항생제 (고시 제2013-127호, 2013.9.1.)</p> <p>1. 전반적인 감염증에 사용토록 되어 있고, 실제 임상에서 항생제 선택 시에는 적응증별 선택보다 약제감수성 검사에 따라 선택하고 있으므로 환자의 병력 등을 참조하여 허가사항 범위 내에서 1차 약제부터 단계적으로 사용해야 함.</p> <p>2. 중증 감염증에는 경구 투약만으로 치료효과를 기대할 수 없는 경우 주사제와 병용하여 처방 투여 할 수 있음</p>

## ○ 식약처 허가사항 범위 초과하여 산정한 사례

항목별	사 례	관련 근거
Bisoprolol fumarate 제제 (콩브릭정 등)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「기타 및 상세불명의 원발성 고혈압, 불안정 협심증」 상병에 <b>Bisoprolol fumarate 제제 (품명: 콩브릭정 5mg, 10mg)</b> 투여 시 식약처 허가사항 참조 인정</li> <li>○ 「상세불명의 심부전」 상병에 ACE 저해제와 병용 투여한 <b>Bisoprolol fumarate 제제 (품명: 콩브릭정 1.25mg, 2.5mg)</b>는 식약처 허가사항 참조 인정</li> <li>○ 「기타 및 상세불명의 원발성 고혈압」 상병에 <b>Bisoprolol fumarate 제제(품명: 콩브릭정 1.25mg, 2.5mg)</b> 투여 시 식약처 허가사항 참조 인정하지 않음</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 식약처 허가사항(효능·효과)               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bisoprolol fumarate 1.25mg, 2.5mg                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- 좌심실 수축기능이 저하된 안정형 만성 심부전의 치료: 이 약은 ACE저해제 및 이노제, 그리고 필요에 따라 강심배당체와 병용한다.</li> </ul> </li> <li>2. Bisoprolol fumarate 5mg, 10mg                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>고혈압, 협심증</b></li> <li>- 좌심실 수축기능이 저하된 안정형 만성 심부전의 치료: 이 약은 ACE저해제 및 이노제, 그리고 필요에 따라 강심배당체와 병용한다.</li> </ul> </li> </ol> </li> </ul>
Eperisone hydrochloride 제제 (에페리신정 등)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「기타 근통, 상세불명 부분, 상세불명의 다발 관절증」 등 상병에 <b>Eperisone hydrochloride 제제</b> 투여 시 식약처 허가사항 참조 인정하지 않음</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 식약처 허가사항(효능·효과)               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 근골격계질환에 수반하는 동통성 근육 연축: 경견완증후군, 견관절주위염, 요통</li> <li>2. 신경계 질환에 의한 경직성 마비: 뇌혈관장애, 경직성 척수마비, 경부 척추증, 수술후 후유증(뇌·척수종양 포함), 외상후유증(척수 손상, 두부외상), 근위축성 측색 경화증, 뇌성마비, 척수소뇌변성증, 척수혈관장애, 아급성 척수신경병변, 기타의 뇌척수질환</li> </ol> </li> </ul>
Chlorphenesin-carbamate 제제 (린락사정 등)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「발의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장, 기타 근통, 상세불명 부분」 등 상병에 <b>Chlorphenesin carbamate 제제</b> 투여 시 식약처 허가사항 참조 인정하지 않음</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 식약처 허가사항(효능·효과)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 근골격계 질환에 수반하는 동통성 연축 : 요배통증, 변형성척추증, 추간판 헤르니아, 척추분리·전위증, 척추 골다공증, 경견완증후군</li> </ul> </li> </ul>

항목별	사 례	관련 근거
Mequitazine 제제 (프리마란정 등)	○ 「급성 비인두염(감기), 기타 근통」 등 상병에 <b>Mequitazine 제제</b> 투여 시 식약처 허가사항 참조 인정하지 아니함	○ 식약처 허가사항(효능·효과) - 두드러기, 고초열, 알레르기성 비염, 습진, 소양증, 맥관부종, 결막염
Clopidogrel bisulfate 제제 (플라빅스정 등)	○ 「기타 및 상세불명의 원발성 고혈압, 합병증을 동반하지 않은 2형 당뇨병」 상병에 <b>Clopidogrel bisulfate 제제</b> 투여 시 식약처 허가사항 참조 인정하지 아니함	○ 식약처 허가사항(효능·효과) 1. 뇌졸중, 심근경색 또는 말초동맥성질환이 있는 환자에서 죽상동맥경화성 증상의 개선 2. 급성관상동맥증후군[불안정성 협심증 또는 비Q파 심근경색 환자에 있어서 약물치료 또는 관상중재시술(PCI)(stent 시술을 하거나 하지 않은 경우) 및 관상동맥회로우회술(CABG)을 받았거나 받을 환자를 포함]이 있는 성인 환자에서 죽상동맥경화성 증상(심혈관계 이상으로 인한 사망, 심근경색, 뇌졸중 또는 불응성 허혈)의 개선 3. 한 가지 이상의 혈관성 위험인자를 가지고 있고, 비타민 K 길항제(VKA) 투여가 적합하지 않으며, 출혈 위험이 낮은 심방세동 성인 환자에서 뇌졸중을 포함한 죽상혈전증 및 혈전 색전증의 위험성 감소
Gilostazol + Ginkgobiloba leaf ext. 제제 (리넥신정 등)	○ 「합병증을 동반하지 않은 2형 당뇨병」 상병에 <b>Gilostazol + Ginkgobiloba leaf ext. 제제</b> 투여 시 식약처 허가사항 참조 인정하지 아니함	○ 식약처 허가사항(효능·효과) 다음 질환에 대하여 실로스타졸 단독요법으로 효과가 불충분한 경우, 실로스타졸과 은행엽 엑스 제제의 병용요법에 대한 대체요법 1. 만성동맥폐색증(버거씨병, 폐색성 동맥경화증, 당뇨병성 말초혈관병증 등)에 따른 궤양, 동통 및 냉감 등 허혈성 증상상의 개선 2. 뇌경색(심인성 뇌색전증 제외) 발증 후 재발억제

항목별	사 례	관련 근거
Dimenhydrinate 제제 (보나링정 등)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「어지럼증」 등 상병에 <b>Dimenhydrinate 제제</b> 투여 시 식약처 허가사항 참조 인정</li> <li>○ 「상세불명의 위염」 상병에 <b>Dimenhydrinate 제제</b> 투여 시 식약처 허가사항 참조 인정하지 않음</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 식약처 허가사항(효능·효과)               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 멀미·메니에르증후군·방사선속취에 의한 구역·구토·어지러움</li> <li>2. 수술 후 구역·구토</li> </ol> </li> </ul>
Ubidecarenone 제제 (데카키논캡슐 등)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「(울혈성) 심부전이 없는 고혈압성 심장병, 상세불명의 협심증」 등 상병에 <b>Ubidecarenone 제제</b> 투여 시 식약처 허가사항 참조 인정하지 않음</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 식약처 허가사항(효능·효과)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 울혈성심부전(경증-중등도)</li> </ul> </li> </ul>
Calcium citrate + Cholecalciferol 제제 (칼테오-40정 등)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「양쪽 원발성 무릎관절증, 상세불명의 관절증, 경도 상세불명의 혈청감사양성 류마티스관절염」 상병에 투여한 <b>Calcium citrate + Cholecalciferol 제제</b>는 식약처 허가사항 참조 인정하지 않음</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 식약처 허가사항(효능·효과)               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 칼슘결핍 및 칼슘의 보급</li> <li>2. 뼈, 이의 발육불량, 구루병의 예방</li> <li>3. 비타민D의 보급                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- 임신·수유기</li> <li>- 발육기</li> <li>- 노년기</li> </ul> </li> </ol> </li> </ul>
Beraprost sodium 제제 (유니버거정 등)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「사지의 통증, 관절통, 척추협착」 등 상병에 투여한 <b>Beraprost sodium 제제</b>는 식약처 허가사항 참조 인정하지 않음</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 식약처 허가사항(효능·효과)               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 만성동맥 폐색증(버거씨병, 폐색성 동맥경화증, 당뇨병성 말초혈관병증 등)에 따른 궤양, 동통 및 냉감의 개선</li> <li>2. 원발성 폐고혈압증</li> </ol> </li> </ul>
Epinephrine HCl + Lidocaine HCl 주사제 (2%염산도파민 에피네프린주 등)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「손톱의 손상이 없는 손가락의 열린 상처」 상병에 창상봉합술 수술시 투여한 <b>Epinephrine HCl + Lidocaine HCl 주사제</b>는 식약처 허가사항 참조 인정하지 않음</li> <li>○ 「기타 어깨병변, 상세불명의 어깨병변」 등 상병에 척수신경말초지차단술-견갑신경 시술시 투여한 <b>Epinephrine HCl + Lidocaine HCl 주사제</b>는 식약처 허가사항 참조 인정하지 않음</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 식약처 허가사항(효능·효과)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 치과영역에 대한 전달마취, 침윤마취</li> </ul> </li> </ul>

## ○ 2품목 이상의 병용 투여 사례

항목별	사 례	관련 근거
항히스타민 경구제 및 기타 알레르기용약 경구제 3종 이상 투여	<p>○ 「만성 두드러기, 기타 가려움」 상병에 2종 투여로 효과가 불충분하여 <b>항히스타민 경구제 및 기타 알레르기용약 경구제</b> (페니라민정, 알레파딘정 등) 3종 이상 투여하였음을 줄번호 특정내역(JX999)에 기재한 경우 사례별 인정</p> <p>○ 「알러지성 접촉피부염, 상세불명의 가려움, 상세불명의 피부염」 등 상병에 투여 사유 기재 없이 <b>항히스타민 경구제 및 기타 알레르기용약 경구제</b>(페니라민정, 알레파딘정 등)를 3종 이상 병용 투여한 경우 2종 범위 내에서 인정</p> <p>※ 알레르기 질환에 <b>H1 항히스타민제</b> 및 기타 알레르기용약을 환자의 병력·투약력 등을 고려하여 3종 이상 투여한 경우 사유를 줄번호 특정내역(JX999)에 반드시 기재하여 주시기 바랍니다.</p>	<p>○ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여기준의 적용기준 및 방법</p> <p>3. 약제의 지급 가. 처방·조제 (6) 진료 상 2품목 이상의 의약품 병용 처방·투여는 1품목의 처방·투여로는 치료효과를 기대하기 어렵다고 의학적으로 인정되는 경우에 한한다.</p>
Talniflumate 제제 & Dexibuprofen 제제	<p>○ 「관절염, 류마티스 관절염, 요추의 염좌 및 긴장, 상세불명의 등통증」 등 상병에 <b>Talniflumate제제</b>(탈니플루메이트정 등)와 <b>Dexibuprofen제제</b>(자이펜정 등)를 병용 투여한 경우 NSAIDs 2종 투여로 1종만 인정</p> <p>※ NSAIDs 2종 동시 투여는 진통효과 보다는 부작용 발생 증가를 초래하므로 1종 인정</p>	
공격인자억제제 2종 투여	<p>○ 「기타 급성 위염」 상병에 <b>Ranitidine 제제</b>(알비스정 등)와 <b>Esomeprazole 제제</b>(낙센에스정 등)를 동시에 투여한 경우 1종만 인정</p> <p>※ 공격인자억제제인 PPI(proton pump inhibitor)와 H2 수용체 길항제(H2 receptor antagonist)를 병용 투여 할 경우 1종 인정</p>	<p>○ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여기준의 적용기준 및 방법</p> <p>3. 약제의 지급 가. 처방·조제 (6) 진료 상 2품목 이상의 의약품 병용 처방·투여는 1품목의 처방·투여로는 치료효과를 기대하기 어렵다고 의학적으로 인정되는 경우에 한한다.</p>

### 3 치과 외래(행위)

#### □ 구강의 질환

##### ○ 보건복지부 고시 범위를 초과하여 산정한 사례

항목명	사 례	관련 근거
차101 치주소파술 [1/3약당] (U1010)	○ 「기타 명시된 만성 치주염 비가역적 치수염」 상병으로 초진에 사유 기재(특정내역 JX999) 없이 <b>치주소파술[1β약당](U1010)</b> 을 산정한 경우 보건복지부 고시사항 참조 <b>치근활택술</b> 로 인정	○ 치주질환 치료 시 단계별처치에 대한 원칙 (고시 제2000-73호, 2000.12.30.) 치주질환치료는 상병에 따라 치료방법이 다를 수 있으나, 일반적으로 치주치료 초기 과정에서 치석제거를 실시한 후 치주소파술을 실시하는 등 단계적으로 치료하는 것을 원칙으로 함
차23-1가 치석제거 [1/3약당] (U2232)	○ 「치은염 및 치주질환」 상병에 연계된 치주수술 없이 전악에 <b>치석제거[1β약당]</b> 산정한 경우 보건복지부 고시사항 참조 인정하지 아니함  ※ 익월에 내원하여 치주수술 예정이거나, 환자가 내원하지 않은 경우 반드시 <b>특정내역(JX999)</b> 을 기재하여 주시기 바랍니다.	○ 차23-1 치석제거 인정기준 (고시 제2013-104호, 2013.7.1.) 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여대상 제3호 다목에 의한 치석제거는 비급여대상이나 다음과 같은 경우에 실시한 치석제거(차23-1)는 요양급여토록 함 - 다 음 - 가. 차23-1 가. 1/3약당 (1) 치주질환에 실시한 부분치석제거 (2) 치주질환치료를 위한 전처치로 실시하는 전악치석제거 (3) 개심술 전에 실시하는 전악치석제거  나. 차23-1 나. 전악 후속 치주질환 치료 없이 전악 치석제거만으로 치료가 종료되는 경우에 20세 이상 연 1회 요양급여함



## ○ 수가 산정착오 사례

항목명	사 례	관련 근거
차45 구강내 소염수술 (U4454, U4455, U4456, U4457)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「비가역적 치수염」 단독상병에 산정한 <b>구강내소염수술 (치은농양,치관주위농양절개등, U4454)</b>은 상병 참조 인정하지 아니함</li> <li>○ 「구강으로 연결된 동」 단독상병에 산정한 <b>구강내소염수술 (치은농양, 치관주위농양절개등, U4454)</b>은 상병 참조 인정하지 아니함</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여기준의 적용기준 및 방법</li> <li>2 진찰·검사, 처치·수술 기타의 치료</li> </ul> <p>가. 각종 검사를 포함한 진단 및 치료 행위는 진료 상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 하며 연구의 목적으로 하여서는 아니된다.</p>
다195 교익 1매 (G9501)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「상세불명의 치아우식, 상세불명의 매복치」 상병에 산정한 <b>교익 1매 (G9501) x 4</b> 는 2매까지 인정</li> </ul>	



## 4 치과 외래(약제)

### □ 구강의 질환

#### ○ 보건복지부 고시 범위를 초과하여 산정한 사례

항목별	사 례	관련 근거
애엽95%에탄올연조엑스(20→1)제제(세토리드정 등)	○ 「동이 없는 근단주위농양」 상병에 투여한 애엽95%에탄올연조엑스(20→1)제제(세토리드정 등)는 보건복지부 고시 사항 참조 인정하지 아니함	○ <b>Artemisia asiatica 95% ethanol ext. 경구제</b> (품명: 스티렌정 등) (고시 제2014-75호, 2014.6.1.)  허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함 - 아 래 - ○ 급성 위염, 만성 위염의 위점막병변(미란, 출혈, 발적, 부종)의 개선

#### ○ 식약처 허가사항 범위 초과하여 산정한 사례

항목별	사 례	관련 근거
Eperisone hydrochloride 제제(엑소페린정 등)	○ 「만성 단순치주염」 상병에 <b>Eperisone hydrochloride제제(엑소페린정 등)</b> 를 투여한 경우 식약처 허가사항 참조 인정하지 아니함	○ 식약처 허가사항(효능·효과) - 근골격계 질환에 수반하는 동통성 연축 : 경견완증후군, 견관절주위염, 요통 - 신경계 질환에 의한 경직성 마비 : 뇌혈관장애, 경직성 척수마비, 경부 척추증, 수술후 후유증(뇌·척수종양 포함), 외상후유증(척수손상, 두부외상), 근위축성 측색경화증, 뇌성마비, 척수 소뇌변성증, 척수혈관장애, 아급성 척수시신경병변, 기타의 뇌척수질환

## ○ 2품목 이상의 병용 투여 사례

항목별	사 례	관련 근거
Talniflumate 제제 & Aceclofenac 제제	<p>○ 「상아질의 우식」 상병에 <b>Talniflumate 제제(탈니플루메이트정 등)</b>와 <b>Aceclofenac 제제(아세클로페낙정 등)</b>를 동시에 투여한 경우 NSAIDs 제제 2종 투여로 1종만 인정</p> <p>※ NSAIDs 제제 2종 동시 투여는 진통효과보다는 부작용 발생 증가를 초래하므로 1종 인정</p>	<p>○ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여기준의 적용기준 및 방법</p> <p>3. 약제의 지급</p> <p>가. 처방·조제</p> <p>(6) 진료 상 2품목 이상의 의약품 병용 처방·투여는 1품목의 처방·투여로는 치료효과를 기대하기 어렵다고 의학적으로 인정되는 경우에 한한다.</p>