

- 관련근거 : 가. 건강보험심사평가원 심사전산화팀-3(2008.1.4)  
나. 보건복지부 고시 제2007-117호(2007.12.10)

2008년도부터는 요양급여비용 상대가치점수가 요양기관 유형(병원급 이상, 의원, 치과, 한방 등 7개 유형)별 각각의 환산지수로 적용됨에 따라 「시설 등 공동이용, 개방병원 진료, 진료의뢰 등」의 경우 청구시 이해를 도모하고자 명세서 작성요령을 안내합니다.

## 1 시설, 장비 등 공동이용 진료시

- 시설 등 공동이용을 의뢰한 요양기관에서 청구함
- 「단가」는 공동이용하여 진료한 해당 진료수가(분류코드)의 상대가치점수에 시설, 장비 등을 제공한 요양기관의 유형별 점수당 단가를 적용하고, 공동이용 요양기관(시설, 장비 등 제공기관)의 요양기관 종별 가산율을 일투에 적용함
- 특정내역기재란에 발생단위구분, 해당 줄번호, 해당 특정내역 구분코드(JS006)를 입력하고, 기재형식에 따라 [실시기관(시설, 장비 등 제공기관) 요양기관기호/진료의뢰일]을 기재함  
※ 서면으로 청구하는 경우 : 특정내역란에 “해당 진료항목”과 “K”, “실시기관(시설, 장비 등 제공기관) 요양기관기호”, “진료의뢰일”을 기재

(작성 예시) A의원에서 타 요양기관 장비를 공동 이용하여 끝밀도검사를 실시한 경우

▷ EDI 또는 전산매체로 청구하는 경우

구분	줄	항	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
① 병원급 요양기관의 시설, 장비 등을 공동이용한 경우	0022	10	1	HC341	28,620	1.2	1	34,344
	특정내역기재란							
	발생단위구분		줄번호	특정내역구분		특정내역		
	2		0022	JS006		11200020/20080123		
② 의원급 요양기관의 시설, 장비 등을 공동이용한 경우	0022	10	1	HC341	28,570	1.15	1	32,856
	특정내역기재란							
	발생단위구분		줄번호	특정내역구분		특정내역		
	2		0022	JS006		11300020/20080123		

주) JS006 : '시설등 공동이용' 임을 표시하는 특정내역 구분코드

▷ 서면으로 청구하는 경우

구분	코드	분류	단가	일투	총투	금액
① 병원급 요양기관에 공동이용한 경우	HC341	골밀도검사	28,620	1.2	1	34,344
	특정 내역	HC341 골밀도검사, K, 11200020, 2008.1.23				
② 의원급 요양기관에 공동이용한 경우	HC341	골밀도검사	28,570	1.15	1	32,856
	특정 내역	HC341 골밀도검사, K, 11300020, 2008.1.23				

## 2. 개방병원 진료시

- **개원의 참여없이** 개방병원에 검사 등만 의뢰하여 진료한 경우
  - 개방병원에 진료를 의뢰한 개원의원에서 청구함
  - 「단가」는 **개방병원에서 진료한 해당 진료수가(분류코드)의 상대가치점수에 개방병원의 점수당 단가를 적용**하고, 개방병원의 요양기관 종별 가산율을 일투에 적용함
  - 특정내역기재란에 발생단위구분, 해당 줄번호, 해당 특정내역 구분코드(JS007)를 입력하고, 기재형식에 따라 [실시기관(개방병원) 요양기관기호/진료의뢰일]을 기재함
    - ※ 서면으로 청구하는 경우 : 특정내역란에 “해당 진료항목”과 “P”, “실시기관(개방병원) 요양기관기호”, “진료의뢰일”을 기재
  
- **개원의가 참여하여** 개방병원에서 입원, 외래 수술 등을 진료한 경우
  - 개방병원에서 청구함
  - 「단가」는 **개방병원 단가를 적용**하고, 개방병원 종별가산율은 요양급여비용총액 산출시 일괄 적용함
  - 특정내역기재란에 발생단위구분, 해당 특정내역 구분코드(MT003)를 입력하고, 기재형식에 따라 [의뢰한 요양기관(개원의원)기호/진료형태]를 기재함
    - ※ 서면으로 청구하는 경우 : 명세서상단 ‘상해외인’란에 “P”를 기재하고, 특정내역란에 의뢰한 요양기관(개원의원)기호 및 진료형태(입원, 외래)를 기재

(작성예시 1) **개원의 참여없이** 개방병원에 CT 촬영을 의뢰·실시한 경우

▷ EDI 또는 전산매체로 청구하는 경우

줄	항	코드구분	코드	단가	일부	총부	금액
0022	S	1	HA435	95,570	1.3	1	124,241
0023	S	8	K2021004	1,720	1	1	1,720
특정내역기재란							
발생단위구분		줄번호	특정내역구분	특정내역			
2		0022	JS007	11100010/20080123			
2		0023	JS007	11100010/20080123			

주) JS007 : '개방병원 의뢰진료' 임을 표시하는 특정내역 구분코드

▷ 서면으로 청구하는 경우

코드	분류	단가	일부	총부	금액
HA435	일반전산화단층영상진단-복부(골반포함)-조영제를 사용하지 않는 경우-기타의 경우	95,570	1.3	1	124,241
K2021004	레이저필름(내자)14*17	1,720	1	1	1,720
특정내역	- HA435 일반전산화단층영상진단-복부(골반포함)-조영제를 사용하지 않는 경우-기타의 경우, P, 11100010, 2007.1.23 - K2021004, 레이저필름(내자)14*17, P, 11100010, 2007.1.23				

(작성예시 2) 개원의원에 입원 중 **개원의 참여하에** 개방병원에서 외래수술 등을 실시한 경우

▷ EDI 또는 전산매체로 청구하는 경우

특정내역기재란			
발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
1		MT003	11300020/1

주) MT003 : '개방병원진료 의뢰기관기호' 임을 표시하는 특정내역 구분코드

▷ 서면으로 청구하는 경우

상 병 명	분류 기호	수술	진료 과목	상해 외인	특정 기호	당월요양 개시일	당월요양일수 (원내투약일수포함)	진료 결과
	.			P				일
	.							일
	.							일

+

특정 내역	의뢰한 요양기관(개원의원)기호 및 진료형태, 11300020, 입원
----------	---------------------------------------

### 3 타 요양기관 진료의뢰시

- 타 요양기관에 진료를 의뢰한 요양기관에서 청구함
- 「단가」는 진료의뢰한 해당 진료수가(분류코드)의 상대가치점수에 의뢰받아 진료를 실시한 기관의 유형별 점수당 단가를 적용하고, 의뢰받아 진료를 실시한 기관의 요양기관 종별 가산율을 일투에 적용함
- 특정내역기재란에 발생단위구분, 해당 줄번호, 해당 특정내역 구분코드(JS008)를 입력하고, 기재형식에 따라 [의뢰받아 진료를 실시한 요양기관기호/진료의뢰일]을 기재함
  - ※ 서면으로 청구하는 경우 : 특정내역란에 “해당 진료항목”과 “I”, “의뢰받아 진료를 실시한 요양기관기호”, “진료의뢰일”을 기재
- 요양급여비용 본인일부부담금
  - 의뢰한 요양기관의 진료형태(입원/외래)에 따른 본인부담율을 적용함
- ※ 외래진료 중 타 요양기관에 진료의뢰 한 경우에는 의뢰받아 진료를 실시한 요양기관에서도 해당 요양급여비용을 청구할 수 있음
  - 이 경우 의뢰받아 진료를 실시한 요양기관의 「단가」적용, 요양기관 종별가산율은 요양급여비용총액 산출시 일괄 적용 및 외래 본인부담율을 적용함

(작성예시) 단순영상진단(흉부 2매)을 종합전문요양기관에 의뢰한 경우(의뢰한 요양기관에서 청구하는 경우)

▷ EDI 또는 전산매체로 청구하는 경우

줄	항	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
0022	10	1	G2102	6,320	1.3	1	8,216
0023	10	8	K2053003	850	2	1	1,700
특정내역기재란							
발생단위구분		출번호	특정내역구분	특정내역			
2		0022	JS008	11100010/20080119			
2		0023	JS008	11100010/20080119			

주) JS008 : '위탁진료' 임을 표시하는 특정내역 구분코드

▷ 서면으로 청구하는 경우

코드	분류	단가	일투	총투	금액
G2102	흉부(직접) 2매	6,320	1.3	1	8,216
K2053003	방사선필름(내자) 14*17	850	2	1	1,700
특정 내역	G2102 흉부(직접) 2매, T, 11100010, 2008.1.19				

※ 특정내역란에 “해당 진료항목”과 “T”, “의뢰받아 진료를 실시한 요양기관기호”, “진료의뢰일”을 기재

#### 4. 검체검사 위탁시

- 검체검사를 의뢰한 요양기관에서 청구함
- 「단가」는 해당 검체검사(분류코드)의 상대가치점수에 검사기관(수탁기관) 유형별 점수당 단가를 적용하고, 위탁검사료와 위탁검사관리료를 합한 1.1을 일투에 적용함

주) '검체검사 위탁에 관한 기준'에 의거

1. 수탁기관이 의료기관인 경우는 요양기호(8자리) 중 세 번째 자리가 '요양기관 종별구분' 이므로 이를 기준으로 점수당 단가를 적용
  - ☞ 요양기관 종별구분 : 1(종합병원), 2(병원), 3(의원)
2. 단, 동 고시 제3조제1항제2호 중 의과대학 기초의학교실·진단검사의학교실 및 제3호의 기타 장관이 인정하는 기관은 의원의 점수당 단가를 적용하고, 제3조제1항제2호 중 치과대학 구강병리학교실은 치과의원의 점수당 단가를 적용

○ 특정내역기재란에 발생단위구분, 해당 줄번호, 해당 특정내역 구분코드(JS005)를 입력하고, 기재형식에 따라 [검사기관(수탁기관)기호/검사의뢰일]을 기재함

(작성예시) **병원급 요양기관에서 의원급 검사기관(수탁기관)에 의뢰한 경우**

▷ EDI 또는 전산매체로 청구하는 경우

줄	항	목	코드구분	코드	단가	일부	총부	금액
0010	09	02	1	C3300	9,470	1.1	1	10,417
특정내역기재란								
발생단위구분		줄번호	특정내역구분		특정내역			
2		0010	JS005		11380001/20080119			

주) JS005 : '검체검사 위탁' 임을 표시하는 특정내역 구분코드

▷ 서면으로 청구하는 경우

구분		(I)	(II)	코드	분류	단가	일부	총부	금액
9.검 사 료	① 자체검사 중	원	원	C3300	Free T3	9,470	1	1	9,470
	② 위탁검사관리	947원							
	③ 위탁검사 1 중	9,470원		특정 내역	B2570 SGOT, L, 11358530, 2008.1.19				

※ 특정내역란에 “해당 진료항목”과 “I”, “검사기관(수탁기관)기호”, “검사의뢰일”을 기재하며, 요양급여 비용 명세서 “9. 검사료 ③위탁검사”란에는 해당 검사 항목의 소정검사료와 별도 산정 가능한 재료대를 합산하여 기재함

- 관련근거 : 가. 보건복지부 보험급여팀-204(2008.1.24)  
나. 대병협 보험 2008-1호(2008.1.2)

질 의	답 변
요양병원 입원 부적절 환자중 전염성질환자의 정의	○ 요양병원 입원이 부적절한 전염성질환자란 전염병예방법제 29조에 해당되어 격리가 필요한 전염성환자를 의미하는 것으로, 이 경우 입원 진료비용은 인정하지 아니함.
요양병원에서 수술이 가능한 응급수술의 범위 및 비응급 수술 관련 진료비 등 불인정 시점	○ 요양병원에서 진료비용을 산정할 수 있는 응급수술이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조에 의거 보건복지부장관이 별도로 정한 응급증상으로 내원한 환자에게 응급증상의 개선을 위해 수술을 실시한 경우를 말함. ○ 비응급환자의 외과적수술이 2007.12월 말에도 발생한 점을 감안하여 비응급수술환자의 진료비용 불인정 시점은 2008.2.1 이후 수술받은 환자의 입원초일부터임. (예시 : '08.2.1 치핵상병으로 수술받은 환자의 최초입원일이 '08.1.30인 경우 '08.1.30 입원일부터 퇴원일까지의 진료비용 불인정)
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 원외처방전을 발행하는 것은 인정하지 아니하나, 요양병원에서 위 내용에도 불구하고 불가피하게 원외처방하는 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 진료 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.

질 의	답 변
<p>요양병원에 입원중인 환자를 타 요양기관에 진료의뢰하여 물리치료 실시시 비용 산정방법</p>	<p>○ 물리치료는 해당 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수에서 별도로 정한 의사의 처방에 따라 상근하는 물리치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정토록 하고 있음.</p> <p>○ 또한, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」-[별표] 1-라 및 마에 의거 요양기관은 가입자 등의 요양급여에 필요한 적절한 인력·시설 및 장비를 유지하도록 정하여져 있는 바, 요양병원의 입원대상자가 주로 노인성·만성질환자로 물리치료의 적용중이 되는 대상이 많으므로, 물리치료를 실시할 수 있는 인력·시설 및 장비를 갖추기 바람직함.</p> <p>○ 한편, 전문재활치료는 그 특성상 일시적인 제공으로 의학적 효과를 기대하기 곤란하며 지속적인 관찰 및 치료를 요하는 고도의 전문치료로, 장기요양을 목적으로 요양병원에 입원한 환자에게 인근병원에 의뢰하여 물리치료를 실시하는 것은 요양병원 입원환자의 특성을 고려할 때 바람직하지 아니함.</p> <p>○ 따라서, 요양병원 입원환자를 타 요양기관에 의뢰하여 물리치료를 받도록 하고 별도로 비용을 산정하는 것은 인정하지 아니하며, 환자등급 산정시도 적용하지 아니함.</p>
<p>환자평가표 작성을 위한 의무기록의 작성 여부 등</p>	<p>○ 의료인은 의료법 제22조 및 동법 시행규칙 제17조, 제18조에 의거 각각 진료기록부, 조산기록부, 간호기록부, 그 밖의 진료에 관한 기록(이하 “진료기록부등”이라 한다)을 갖추어 두고 그 의료행위에 관한 사항과 의견을 상세히 기록하고 서명하여야 하며, 진료기록부등에는 주된 증상, 치료내용, 투약, 처치 및 간호 등에 관한 기록을 하여 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보존하여야 함.</p> <p>○ 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 상대가치점수 제3편에서 요양병원은 입원중인 환자의 환자군별 상대가치점수 결정을 위하여 매일 환자평가표를 작성하여야 하며, 환자평가표는 당해 환자를 담당하는 간호사가 의무기록을 근거로 작성하여 의무기록에 비치토록 하고 있음.</p> <p>○ 따라서, 요양병원은 환자의 의무기록(진료기록부, 간호기록부 등)에 의거 환자평가표를 작성함이 원칙임.</p> <p>○ 환자평가표 작성을 용이하게 하기 위하여 별도의 check list 등을 만들어 사용하는 것은 무관하나, 이 경우에도 문제행동 등 의무기록에 근거하여 작성토록 되어 있는 모든 문항은 반드시 진료기록부 등에 증상 등이 기재되어 있어야 함.</p> <p>○ 아울러, 의무기록에 기록이 없이 환자평가표만 작성되어 환자평가표의 사실여부 확인이 불가능할 경우는 의무기록으로 확인된 사항을 적용하여 환자군을 적용함.</p>

질 의	답 변
<p>신규('07.12.15이후) 개설기관의 의사 및 간호 인력 확보수준에 따른 등급 산정 기준</p>	<p>○ 신규개설기관('07.12.15이후 개설)의 당해 분기 및 차기 분기의 의사 및 간호인력 확보수준에 따른 등급 산정기준</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 개설 당해 분기 : 개설 당일을 기준으로 산정한 등급 적용</li> <li>- 분기 시작일 15일 이후 개설한 경우의 개설 차기 분기 <ul style="list-style-type: none"> <li>· 간호등급 : 개설 당일과 당해 분기 잔여기간을 평균(15일 기준)하여 산정한 등급 적용</li> <li>· 의사등급 : 개설당일부터 당해 분기의 마지막월 14일까지의 재직일수를 기준으로 산정한 등급 적용</li> <li>· 평균할 잔여기간이 없는 경우(예 : 3월 20일 개설)에는 개설 당일을 기준으로 산정한 등급 적용.</li> </ul> </li> </ul> <p>○ 요양기관 폐업 후 동일 장소에 다른 요양기관이 개설된 경우 개설자, 의료기관명칭 및 관리의사가 변경되었다 하더라도 진료와 관련된 진료기록 일체를 개설 요양기관이 인수한 경우에는 입원환자 및 외래환자 모두를 계속 진료로 보아야 하므로, 이와 같은 경우는 신규개설기관에 적용하는 등급 산정방법을 적용하지 않음.</p> <p>○ 이 때 요양급여비용 청구는 폐업 전·후 진료분에 대하여 각각 분리 청구하되, 환자평가표는 개설한 월에 기 작성된 환자평가표가 있을 경우 동 환자평가표를 사용할 수 있음.</p>

□ 관련근거 : 보건복지부 고시 제2007-143호(2007. 12. 31)

질 의	답 변																																																
<p>현행 치료재료 목록표상 미등재 또는 산정불가인 통합사의 경우에도 보험급여 대상인가?</p>	<p>금년 1월부터 적용되는 통합사 급여확대는 신상대가치점수에서 통합사 비용이 차감되어 반영되었으므로 이를 별도 보상기로 결정할 것으로 현행 치료재료 급여목록표 상 등재된 통합사를 별도 보상한 것이며, 미등재 또는 산정불가인 통합사는 현재와 동일하게 별도산정 할 수 없으며 환자에게 임의로 징수할 수 없음.</p> <p>예시) 상대가치자료구축내역 (단위, 개, %, 원)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>보합코드</th> <th>분류 영역명</th> <th>치료재료명칭</th> <th>사용량</th> <th>사용률</th> <th>재료비용</th> <th>별도 보상</th> <th>비고</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">SB022</td> <td rowspan="2">자2나(1)(나2) 강장 통합사, 인면과 경부 이하 단순통합 2.5CM 이상-50CM미만</td> <td>MONOSOF 4/0, SINGLE NEEDLE</td> <td>1</td> <td>100</td> <td>1,625</td> <td>○</td> <td>기동계</td> </tr> <tr> <td>CHROMIC 4/0, SINGLE NEEDLE</td> <td>2</td> <td>80</td> <td>3,552</td> <td>○</td> <td>기동계</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">NA282</td> <td rowspan="3">자28-2나 약성용량의 사치구개술(대피부, 건갑부, 상완부)</td> <td>SILK 3/0, NON NEEDLE</td> <td>20</td> <td>100</td> <td>50,000</td> <td>○</td> <td>기동계</td> </tr> <tr> <td>VICRYL 2, SINGLE NEEDLE</td> <td>5</td> <td>100</td> <td>23,025</td> <td>○</td> <td>기동계</td> </tr> <tr> <td>VICRYL 1/0, SINGLE NEEDLE</td> <td>4</td> <td>100</td> <td>15,000</td> <td>○</td> <td>기동계</td> </tr> <tr> <td>NYLON 9/0, DOUBLE NEEDLE</td> <td>4</td> <td>50</td> <td>21,207</td> <td>×</td> <td>미동계</td> </tr> </tbody> </table>	보합코드	분류 영역명	치료재료명칭	사용량	사용률	재료비용	별도 보상	비고	SB022	자2나(1)(나2) 강장 통합사, 인면과 경부 이하 단순통합 2.5CM 이상-50CM미만	MONOSOF 4/0, SINGLE NEEDLE	1	100	1,625	○	기동계	CHROMIC 4/0, SINGLE NEEDLE	2	80	3,552	○	기동계	NA282	자28-2나 약성용량의 사치구개술(대피부, 건갑부, 상완부)	SILK 3/0, NON NEEDLE	20	100	50,000	○	기동계	VICRYL 2, SINGLE NEEDLE	5	100	23,025	○	기동계	VICRYL 1/0, SINGLE NEEDLE	4	100	15,000	○	기동계	NYLON 9/0, DOUBLE NEEDLE	4	50	21,207	×	미동계
보합코드	분류 영역명	치료재료명칭	사용량	사용률	재료비용	별도 보상	비고																																										
SB022	자2나(1)(나2) 강장 통합사, 인면과 경부 이하 단순통합 2.5CM 이상-50CM미만	MONOSOF 4/0, SINGLE NEEDLE	1	100	1,625	○	기동계																																										
		CHROMIC 4/0, SINGLE NEEDLE	2	80	3,552	○	기동계																																										
NA282	자28-2나 약성용량의 사치구개술(대피부, 건갑부, 상완부)	SILK 3/0, NON NEEDLE	20	100	50,000	○	기동계																																										
		VICRYL 2, SINGLE NEEDLE	5	100	23,025	○	기동계																																										
		VICRYL 1/0, SINGLE NEEDLE	4	100	15,000	○	기동계																																										
NYLON 9/0, DOUBLE NEEDLE	4	50	21,207	×	미동계																																												
<p>현재 치료재료급여목록표 상에 등재된 통합사의 경우에는 종류(재질)와 사용량에 제한없이 사용이 가능한가?</p>	<p>통합사의 종류(재질), 사용량에 대하여는 치료재료급여목록표 상 등재된 통합사 범위 내에서 실사용량으로 산정할 수 있으나, 건강보험 요양급여의 일반원칙에 의거 경제적이고 비용효과적인 방법으로 필요 적절하게 사용하여야 함.</p>																																																
<p>통합사 사용시 통합사 제품명(Catalog No.), 굵기(Gauge), 사용량 등을 진료기록부에 꼭 기재하여야 하는가?</p>	<p>건강보험 환자에게 사용한 통합사는 동 치료재료의 산정기준 (보건복지부 고시 제 2007-143호, '07.12.31)에서 규정한 바와 같이 통합사 제품명(Catalog No.), 굵기(Gauge), 사용량 등을 진료기록부(수술기록지)에 반드시 기재하여야 함.</p>																																																
<p>통합사 산정기준에서 제외대상으로 정한 처치 및 수술일지라도 통합사를 사용한 경우에는 통합사 비용을 환자에게 청구할 수 있는지?</p>	<p>개정된 통합사 산정기준에서 제외대상(통합사 산정기준 제1항 가~라호)인 경우에는 통합사비용을 별도 산정할 수 없으며, 동 통합사 비용을 별도 징수 할 수 없음.</p>																																																
<p>본인일부부담 산정특례에 관한기준 제4조 중 중증질환자 산정특례 대상, 장기 이식 수술의 경우 통합사를 별도 산정 할 수 있는지?</p>	<p>중증 질환자 산정기준에서는 본인일부부담 산정특례에 관한기준 제4조 중증질환자 산정특례 대상, 장기이식수술의 경우에는 통합사를 사용시 모두 별도 산정할 수 있었으나, 개정된 통합사 산정기준에서는 처치 및 수술시 사용한 통합사는 별도 산정하되, 통합사 산정기준 제1항 가~ 라호에서 정한 경우에는 통합사 비용을 별도 산정할 수 없음.</p>																																																
<p>통합사 산정기준 제1항 다호 “다른 특수기기(레이저, 감마나이프 등)를 이용하는 경우”에는 구체적으로 어떤 행위가 해당되는가?</p>	<p>통합사 산정기준 제1항 다호 “다른 특수기기(레이저, 감마나이프 등)를 이용하는 경우”에 해당하는 행위로는 다412-1 뇌경위 적방사선 수술, 자516-1 안구내삽관레이저 광응고술, 자549-1 레이저 누낭 및 비루관 절개술 등이 해당됨.</p>																																																

질 의	답 변
<p>봉합사 산정기준 제1항 라호 “안면수술을 제외한 2cm 이하의 피부 봉합 또는 피부 고정”에서 안면은 어디까지 인가?</p>	<p>안면부위는 해부학적인 안면(Face)를 의미함. 예컨데 안검외반증수술(간단)은 2cm 이하의 피부봉합 일지라도 안면(Face) 부위에 해당되어 봉합사를 별도 산정 가능함.</p>
<p>손등 부위에 열상이 1.5cm씩 2개가 발생하여 피부봉합을 한 경우, 봉합사는 별도 산정할 수 있는가?</p>	<p>손등의 1.5cm, 2개 창상봉합은 시술 범위가 동일 범위로서, 창상봉합의 길이가 3cm인 바, 동 시술시 사용하는 봉합사는 별도 산정할 수 있음 ※ 참고사항 - 건강보험 요양급여 행위 및 그 상대가치점수 제1편 제9장 처치 및 수술료등 자-2 창상봉합술 '주 2'항에 의거 창상봉합 부위가 둘 이상일 때 여러 창상봉합 부위가 4"x4"거즈 범위 내에 포함될 경우에는 제1범위 분류항목을 산정</p>
<p>자165다(3) 중심정맥내 카테터 유치술(기타)시 사용한 봉합사는 별도 산정 가능한가?</p>	<p>중심정맥내카테터 유치술이나, 혈액투석용정맥내카테터삽입술 등의 경우에는 카테터를 피부에 고정하기 위한 목적으로 사용한 봉합사 비용은 '봉합사 산정기준 제1항 라호'에 해당되어 별도 산정할 수 없음.</p>

※ 참고사항

□ 봉합사 산정기준(보건복지부 고시 제2007-143호, '07. 12. 31)

종 전	개 정
<p>종전개정처치 및 수술시[내시경하 수술포함] 사용된 봉합사는 안면수술, 본인일부부담금산정특례에 관한기준 제4조 중증질환자 산정특례 대상, 장기이식수술, 불임의 처치 및 수술항목에 한하여 다음과 같이 산정함.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>1. 봉합사를 별도 산정할 수 있는 처치 및 수술 항목 : '불임' 참조</p> <p>2. 산정방법 : 해당 처치 및 수술에 사용된 봉합사 실사용량. 다만, 안면수술 이외의 처치 및 수술에 사용된 봉합사 중 해당 수술을 위해 절개한 피부봉합(Skin Suture)에 사용된 봉합사는 관련 행위의 소정점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.</p> <p>3. 기 타 : 봉합사 제품명(catalog No.), 크기(Gauge), 사용량 등을 진료기록부(수술기록지)에 반드시 기재하여야 함.</p>	<p>1. 산정방법 : 처치 및 수술시 사용된 봉합사는 다음의 경우를 제외하고는 실사용량으로 산정할 수 있으며, “치료재료 급여목록및상한금액표” 범위내에서 실구입가로 산정함.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 천자, 생검, 내시경 검사 등에 사용한 경우 나. 중재적(경피적, 내시경적) 시술시 사용한 경우 다. 다른 특수기기(레이저, 감마나이프 등)를 이용하는 경우 라. 안면수술을 제외한 2cm이하의 피부봉합 또는 피부고정</p> <p>2. 기 타 : 봉합사 제품명(catalog No.), 굵기(Gauge), 사용량 등을 진료기록부(수술기록지)에 반드시 기재하여야 함.</p>