

「비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준」 관련 질의·응답

(보건복지부 고시 제 2019-322호 관련, 2019.12.30.적용)

자료제출

연번	질의	답변
1	2020년 4월 1일 공개 관련 자료를 제출해야할 대상 기관은?	<ul style="list-style-type: none"> ○ 자료제출 대상 기관은 2019년 12월말 기준, 병원급 이상 전체 의료기관임 ※ 대표자 변경 등으로 요양기호가 변경된 경우: 현재 요양기호 기준으로, 폐업처리된 요양기호 자료는 미제출
2	2019년 12월에 수시등록으로 자료를 제출하였는데 다시 제출해야 하는지?	<ul style="list-style-type: none"> ○ 의료법 제45조의2에 따라 매년 4월 1일에 비급여 진료비용을 공개하기 위해 정기 등록을 진행하고 있음 ○ 따라서, 수시 등록을 하였더라도 「비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2019-322호) [별표1] 공개항목(제4조제2항 관련)에 해당되는 비용을 다시 제출해야 함 ※ '19년 공개 항목은 '20년 정기등록 시스템에 전년도 금액/실시빈도로 자동 업데이트 됨
3	자료제출 방법은?	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>요양기관업무포털(biz.hira.or.kr) > 공인인증서로그인 > 모니터링 > 비급여 진료비용 송수신시스템(신) > 요양기관정보→정기등록</u>을 이용하여 자료를 제출함 ※ 건강보험심사평가원(알림>공지사항) 또는 요양기관업무포털 서비스(공지사항>기타)의 사용자 매뉴얼참조
4	공개 이후, 제출한 자료의 비용 등이 변경된 경우에는 어떻게 해야 하는지?	<ul style="list-style-type: none"> ○ 제출한 자료의 비용 등이 변경된 경우에는 ‘수시등록’을 이용하여 변경된 날로부터 10일 이내에 변경사항을 제출

연번	질의	답변
5	자료를 제출하지 않을 경우 어떻게 되는지?	<p>○ 자료를 제출하지 않을 경우, 건강보험심사평가원 홈페이지에 ‘자료 미제출 기관’*으로 표시됨</p> <p>* 제출 기한 내 공개항목에 대하여 전혀 제출된 내용이 없는 경우 또는 전체 제출자료에 대하여 보완요청 하였으나 정당한 사유 없이 10일 이내 예도 회신되지 않는 경우 모두를 말함</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※ 특별한 사유 없이 자료를 제출하지 아니하거나 거짓으로 제출하는 경우 의료법 제92조에 따라 200만원 이하의 과태료가 부과됨</p> </div>
6	병원 홈페이지 등에 고지하고 있는 모든 비급여 진료비용을 제출해야 하는지?	<p>○ 「비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2019-322호) [별표1] 공개항목(제4조제2항 관련)에 따라 공개항목이 아닌 경우는 제출하지 않고, 공개항목 중 해당 의료기관에서 실제 실시하는 항목만 제출해야 함</p> <p>※ 2020년 4월 공개 대상 항목: 564항목</p>
7	산업재해보상보험, 자동차보험, 보훈 국비환자 등의 금액 및 실시빈도도 제출해야 하는지?	<p>○ 비급여 진료비용 등의 현황조사·분석 및 결과 공개는 건강보험 가입자 및 의료급여 수급권자를 대상으로 함</p> <p>○ 따라서, 산업재해보상보험, 자동차보험 등 다른 법령에 따른 비급여 진료비용은 제외대상이며,</p> <p>○ 외국인환자라도 건강보험 가입자 및 의료급여 수급권자라면 제출대상임</p>
8	병원에서 운영하는 모든 비급여 항목이 보건복지부 고시 제2019-322호 [별표1] 공개항목(제4조제2항 관련)에 해당되지 않은 경우는?	<p>① 비급여 진료비용 송수신시스템(신)의 [요양기관 정보]를 입력</p> <p>② 건강보험심사평가원 비급여정보관리부 담당자에게 유선연락 ☎ 033-739-1997)</p> <p>③ 해당 의료기관에서 운영하는 비급여 진료비용, 제증명 수수료가 없음을 증명하는 문서*를 비급여 진료비용 송수신시스템(신)의 [미실시기관 자료 업로드]를 이용하여 제출</p> <p>※ 필수 기재사항 : 기관명, 요양기호, 담당자, 담당자 연락처, 대표자 서명</p>

제출서식

□ 별지 제1호 서식 비급여 진료비용등의 제출 (제6조제1항관련)

항목①				진료비용 등			특이사항 ⑥	
분류②				의료기관③		당해년도	전년도	
코드	중분류	소분류	상세분류	코드	명칭	금액④	금액④	실시빈도⑤

- ① '항목'이란 「의료법」제45조의2에 따른 비급여 진료비용 및 제증명수수료의 현황조사, 분석 및 공개를 위한 항목을 말한다.
- ② '분류'는 별표 1 공개항목(제4조제2항 관련)의 코드와 분류명을 기재한다.
- ③ '의료기관'의 '코드' 및 '명칭'은 의료기관에서 실제로 사용하는 코드 및 명칭으로 기재한다.
- ④ '금액'이란 해당 항목에 대해 의료기관에서 징수하는 단일비용을 기재한다.
- ⑤ '실시빈도'는 전년도의 금액별 실시 횟수를 기재한다.
- ⑥ '특이사항'은 항목별 진료비용 등을 결정하는 보건의료인, 의료기기 등을 기재한다.

연번	질의	답변
1	[분류 코드] [별표1] 공개항목 (제4조제2항 관련)의 코드 생성기준은?	<ul style="list-style-type: none"> ○ [별표1] 공개항목(제4조제2항 관련)의 코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」, 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」 고시의 코드와 동일 적용하되, 확장성 등을 고려하여 9자리로 적용 중임 ○ 다만, 비급여 목록에 고시되지 않는 항목인 경우 자체 코드부여기준을 적용하여 코드를 생성하며, 의료기관에서 해당 코드를 사용하도록 권장함
2	[의료기관 코드] 의료기관의 '코드'를 필수로 기재해야 하는지?	<ul style="list-style-type: none"> ○ 의료기관의 '코드'는 의료기관에서 실제 사용하는 코드로 필수 기재해야 함 <ul style="list-style-type: none"> - 의료기관의 '코드'가 있을 경우 해당코드를 기재 - 의료기관의 '코드'가 없을 경우 '자동부여'*를 이용하여 자동 생성된 코드를 기재 * 시스템 제출: '자동부여' 체크 엑셀업로드 제출: '자동부여' 입력 ○ 의료기관에서 실제 사용하는 코드를 [별표1] 공개항목 (제4조제2항 관련)의 코드로 사용하도록 권장함

연번	질의	답변																																																
	<p>예시)</p> <p>- 의료기관 코드를 MX122로 사용하는 경우</p> <table><tr><th colspan="6">항목</th></tr><tr><th colspan="4">분류</th><th colspan="2">의료기관</th></tr><tr><th>코드</th><th>중분류</th><th>소분류</th><th>상세분류</th><th>코드</th><th>명칭</th></tr><tr><td>MX1220000</td><td>이학요법료</td><td>도수치료</td><td></td><td>MX122</td><td>도수치료</td></tr></table> <p>- 의료기관 코드가 없을 경우</p> <table><tr><th colspan="6">항목</th></tr><tr><th colspan="4">분류</th><th colspan="2">의료기관</th></tr><tr><th>코드</th><th>중분류</th><th>소분류</th><th>상세분류</th><th>코드</th><th>명칭</th></tr><tr><td>MX1220000</td><td>이학요법료</td><td>도수치료</td><td></td><td>자동부여</td><td>도수치료</td></tr></table>	항목						분류				의료기관		코드	중분류	소분류	상세분류	코드	명칭	MX1220000	이학요법료	도수치료		MX122	도수치료	항목						분류				의료기관		코드	중분류	소분류	상세분류	코드	명칭	MX1220000	이학요법료	도수치료		자동부여	도수치료	
항목																																																		
분류				의료기관																																														
코드	중분류	소분류	상세분류	코드	명칭																																													
MX1220000	이학요법료	도수치료		MX122	도수치료																																													
항목																																																		
분류				의료기관																																														
코드	중분류	소분류	상세분류	코드	명칭																																													
MX1220000	이학요법료	도수치료		자동부여	도수치료																																													
3	<p>[의료기관 명칭] 의료기관 '명칭'란에는 무엇을 기재해야 하는지?</p>	<p>○ 해당 항목에 대하여 의료기관에서 실제 사용하는 명칭을 기재함</p>																																																
	<p>예시)</p> <table><tr><th colspan="6">항목</th></tr><tr><th colspan="4">분류</th><th colspan="2">의료기관</th></tr><tr><th>코드</th><th>중분류</th><th>소분류</th><th>상세분류</th><th>코드</th><th>명칭</th></tr><tr><td>2Z9610001</td><td>시력교정술료</td><td>레이저각막절삭 성형술(라식)</td><td></td><td>2Z9610001</td><td>라식교정술</td></tr><tr><td>2Z9620001</td><td>시력교정술료</td><td>레이저각막상피 절삭성형술(라섹)</td><td></td><td>2Z9620001</td><td>라섹교정술</td></tr></table>	항목						분류				의료기관		코드	중분류	소분류	상세분류	코드	명칭	2Z9610001	시력교정술료	레이저각막절삭 성형술(라식)		2Z9610001	라식교정술	2Z9620001	시력교정술료	레이저각막상피 절삭성형술(라섹)		2Z9620001	라섹교정술																			
항목																																																		
분류				의료기관																																														
코드	중분류	소분류	상세분류	코드	명칭																																													
2Z9610001	시력교정술료	레이저각막절삭 성형술(라식)		2Z9610001	라식교정술																																													
2Z9620001	시력교정술료	레이저각막상피 절삭성형술(라섹)		2Z9620001	라섹교정술																																													
4	<p>[금액] 당해년도 금액의 기준은?</p>	<p>○ 공개항목의 제출 당시 현재 금액을 입력</p>																																																
5	<p>[금액] 다른 진료와 같이 시행하는 경우 또는 직원 복지차원의 금액 등의 기존 금액보다 저렴한 비용은 어떻게 해야 하는지?</p>	<p>○ 기본검사료만 제출하며, 동시시행 검사, 재검사(F/U), 추적검사, 추가 촬영 등은 제외함</p> <p>※ 의료기관에서 적용 중인 비급여 진료비용 중, 복지차원의 직원·동문할인, 일시적 특별할인(졸업 등) 등 일부대상에 한하거나, 일정기간 적용되는 비급여 진료비용은 제출하지 않음</p>																																																
6	<p>[금액] 제출항목 중 의료기관에서 실시하는 항목이 동일하나 비용을 달리하여 징수할 경우 제출방법은?</p>	<p>○ 동일 항목이지만 비용을 달리 징수할 경우 각 항목 금액에 대해 모두 제출해야 하며 [특이사항]의 '보건의료인' 및 '의료기기등'을 활용하여 기재</p>																																																

연번	질의	답변
7	[실시빈도] 전년도 금액과 실시빈도에 대한 1~5란은 어떻게 기재해야 하는지?	○ 전년도 금액과 해당 금액의 실시빈도를 각각 입력 * 최근 변동 이력부터 순서대로 기재
8	[실시빈도] 동일코드, 동일 명칭으로 여러 확인서를 발급하는 경우 빈도는 어떻게 하는지?	○ 동일서식을 사용하고 있지만, 구분가능한 경우에는 확인서 별로 각각 제출 ○ 단, 구분없이 통합하여 사용하는 경우 , 실제 발생한 확인서별로 기재하되 총 실시빈도의 합을 각각의 확인서 별(1/N)로 나누어 제출
9	[특이사항] 비급여 진료비용 등의 제출 <특이사항>의 '보건의료인', '의료기기 등'에는 무엇을 기재하는지?	○ 의료기관이 공개항목의 금액을 결정하거나 항목을 구분하여 금액을 징수하는 주된 요인 또는 사유 - 보건의료인 : 인력, 소요시간, 진료과, 수탁여부 등 특이사항 - 의료기기 등: 장비, 치료재료 등과 같은 의료기기, 약제, 시설 및 보건의료인에 해당되지 아니하는 기타 특이사항 * [별표 1] 공개항목(제4조제2항 관련) 항목별 '비고' 참조

예시)

- 동일코드로 진료비용이 2개이상 발생하는 경우

항목						진료비용 등			특이사항	
분류				의료기관		당해년도	전년도		보건 의료인	의료기기 등
코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도		
MX1220000	이학 요법료	도수 치료		MX12201	도수 치료 I	20,000	20,000	239	물리치료사, 10분	관절 부위
MX1220000	이학 요법료	도수 치료		MX12202	도수 치료 II	40,000	40,000	175	정형외과 의료진, 20분	척추 부위

- 사용 약제에 따라 금액이 다를 경우

항목						진료비용 등			특이사항	
분류				의료기관		당해년도	전년도		보건 의료인	의료기기 등
코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도		
KZ0010000	주사료	알테르겐 면역요법		KZ001A	알테르겐 면역요법	410,000	400,000	36		티로신에 스(초기)
KZ0010000	주사료	알테르겐 면역요법		KZ001B	알테르겐 면역요법	420,000	410,000	40		노보할리 젠데포

비급여 진료비용 송수신시스템(신)

연번	질의	답변
[요양기관 정보]		
1	요양기관 정보 > 비급여 담당자 등록 > 메뉴의 '요양기관 URL'이란?	<ul style="list-style-type: none"> ○ 요양기관의 비급여 진료비용을 확인할 수 있는 실제 메뉴 위치 주소 ※ 병원 홈페이지의 메인 주소 아님 ○ 단, 인터넷 홈페이지를 운영하지 않는 경우 '홈페이지 없음'에 체크
2	요양기관 정보 > 비급여 담당자 등록 > 메뉴의 휴대폰번호를 기재하는 이유는?	<ul style="list-style-type: none"> ○ 비급여 진료비용 제출에 대한 상태(접수, 분석, 확정 등) 및 자료 보완 요청 시 관련 내역 등을 정기등록 기간 중 의료기관 담당자에게 SMS를 이용하여 실시간 정보를 제공하기 위함
[정기 등록]		
1	자료제출 화면에서 입력 후 제출 여부를 확인하려면?	<ul style="list-style-type: none"> ○ 비급여 진료비용 목록의 상태가 '제출'인 경우, 제출 완료
2	의료기관에서 현재 시행하지 않는 항목은 어떻게 해야 하는지?	<ul style="list-style-type: none"> ○ 공개종료요청을 이용하여 금액 및 실시빈도 입력 후 제출해야 함
3	자료제출 화면에서 근거자료제출의 파일 첨부는 필수인지?	<ul style="list-style-type: none"> ○ 인터넷 홈페이지를 운영하지 않는 의료기관은 반드시 의료기관의 현재 고지내용을 확인 할 수 있는 자료(PDF, 한글, 엑셀파일, 사진 등)를 제출해야 함 ※ 비급여 진료비 항목과 근거자료를 구분하여 각각 제출
4	비급여 진료비용 공개항목을 제출 하였으나, 수정이 필요한 경우 어떻게 해야 하는지?	<ul style="list-style-type: none"> ○ 비급여 진료비용 목록의 상태가 '제출'인 경우 제출 취소를 이용하여 '저장' 상태로 변경 후 수정 가능함 ※ 목록의 상태가 '확인중'인 경우 건강보험심사평가원 담당자에게 유선연락(033-739-1997)
5	제출한 비급여 진료비용 자료가 '보완'상태인 경우, 어떻게 해야 하는지?	<ul style="list-style-type: none"> ○ 비급여 진료비용 목록의 상태가 '보완'인 경우 보완 사유를 확인 후 수정하여 다시 제출함 ○ 보완요청을 받고 정당한 사유가 없는 한 10일 이내에 그 요청에 따라야 함 (보건복지부고시 제2019-322호 제7조3항 관련) ※ 보완: 공개대상항목에 해당되지 않거나 근거자료 미비 등으로 금액을 확인할 수 없는 경우

비급여 진료비용

연번	질의	답변																																																																	
1	[인플루엔자 A·B바이러스항원검사(현장검사)] 제출 시 유의할 점은?	<div>○ [응급의료에 관한 법률]에 의한 응급의료기관의 응급실 및 의료법 시행규칙 제34조 [별표4]에서 정한 시설·장비를 갖춘 중환자실에서 인플루엔자 A,B 바이러스 감염이 의심되어 시행한 경우는 제외함</div> <div>* 관련근거: 보건복지부 고시 제2019-104호, '19.7.1.시행</div>																																																																	
2	[항물러관호르몬(정밀면역검사)]의 제출 대상은?	<div>○ 항물러관호르몬 [정밀면역검사]는 2019년 12월 1일 진료분부터 건강보험이 적용되며, 그 외 실시한 비급여를 제출함</div> <div>※ 「항물러관호르몬(AMH, Anti-Mullerian hormone)검사 급여기준」</div> <div>항물러관호르몬(AMH, Anti-Mullerian hormone)검사는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정하며, 그 외에는 비급여함</div> <div>-다 음-</div> <div>난임의 원인 규명 및 치료를 위하여 실시한 경우 연 1회 인정함. 다만, 난소기능의 변화가 의심되어 임신에 영향을 줄 수 있는 아래의 경우에는 연 2회 추가 인정함.</div> <div>1) 난소수술 전, 후</div> <div>2) 항암제 및 방사선 치료 전, 후</div> <div>3) 난소과자극에 대한 난소의 반응이 감소한 경우</div> <div>(고시 제2019-250호, '19.12.1.시행)</div>																																																																	
3	[성기능장애평가]의 제출 시 유의할 점은?	<div>○ [성기능장애평가]는 성기능장애를 평가하기 위한 표준화된 척도검사로서 해당 비용을 모두 제출하고 관련 내용을 <특이사항>에 기재하여야 함</div>																																																																	
예시)																																																																			
<table><tr><th colspan="4">항목</th><th colspan="3">진료비용 등</th><th colspan="2">특이사항</th></tr><tr><th colspan="4">분류</th><th colspan="2">의료기관</th><th>당해년도</th><th colspan="2">전년도</th><th rowspan="2">보건 의료인</th><th rowspan="2">의료기기 등</th></tr><tr><th>코드</th><th>중분류</th><th>소분류</th><th>상세 분류</th><th>코드</th><th>명칭</th><th>금액</th><th>금액</th><th>실시 빈도</th></tr><tr><td>FZ6840000</td><td>기능 검사료 (신경계 기능검사)</td><td>성기능 장애평가</td><td></td><td>FZ684</td><td>NPT</td><td>370,000</td><td>370,000</td><td>78</td><td></td><td>리지스캔(Rigiscan)</td></tr><tr><td>FZ6840000</td><td>기능 검사료 (신경계 기능검사)</td><td>성기능 장애평가</td><td></td><td>FZ684</td><td>성기능장애 평가</td><td>91,000</td><td>90,000</td><td>34</td><td></td><td>DSFI (Derogatis Sexual Functional Inventory)</td></tr><tr><td>FZ6840000</td><td>기능 검사료 (신경계 기능검사)</td><td>성기능 장애평가</td><td></td><td>FZ684</td><td>시청각 성자 극 발기검사</td><td>113,000</td><td>113,000</td><td>58</td><td></td><td>시청각 성자극 발기검사</td></tr></table>						항목				진료비용 등			특이사항		분류				의료기관		당해년도	전년도		보건 의료인	의료기기 등	코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도	FZ6840000	기능 검사료 (신경계 기능검사)	성기능 장애평가		FZ684	NPT	370,000	370,000	78		리지스캔(Rigiscan)	FZ6840000	기능 검사료 (신경계 기능검사)	성기능 장애평가		FZ684	성기능장애 평가	91,000	90,000	34		DSFI (Derogatis Sexual Functional Inventory)	FZ6840000	기능 검사료 (신경계 기능검사)	성기능 장애평가		FZ684	시청각 성자 극 발기검사	113,000	113,000	58		시청각 성자극 발기검사
항목				진료비용 등			특이사항																																																												
분류				의료기관		당해년도	전년도		보건 의료인	의료기기 등																																																									
코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도																																																											
FZ6840000	기능 검사료 (신경계 기능검사)	성기능 장애평가		FZ684	NPT	370,000	370,000	78		리지스캔(Rigiscan)																																																									
FZ6840000	기능 검사료 (신경계 기능검사)	성기능 장애평가		FZ684	성기능장애 평가	91,000	90,000	34		DSFI (Derogatis Sexual Functional Inventory)																																																									
FZ6840000	기능 검사료 (신경계 기능검사)	성기능 장애평가		FZ684	시청각 성자 극 발기검사	113,000	113,000	58		시청각 성자극 발기검사																																																									

연번	질의	답변																																																										
4	관련된 치료재료가 있는 항목의 제출방법은?	<ul style="list-style-type: none">○ 행위료와 치료재료대를 구분하여 각각 제출함- [별표1] 공개항목(제4조제2항 관련)에서 행위료와 치료재료는 별도의 항목이므로 구분하여 각각 제출함																																																										
참고) 행위 관련 치료재료																																																												
<table><tr><th>행위</th><th>(행위 관련)치료재료</th></tr><tr><td>동적 족저압측정(EZ7770000)</td><td>동적 족저압 측정용(1)</td></tr><tr><td>관상동맥내 광학과 단층촬영(EZ8710000)</td><td>관상동맥내 광학과 단층촬영용(1)</td></tr><tr><td>미세전위 T 교대파 검사(EZ8740000)</td><td>미세전위 T교대파 검사용 SENSOR(1)</td></tr><tr><td>진공보조 유방 생검시 유도 초음파(EZ9870000)</td><td>유방 생검용(9)</td></tr><tr><td>기관지내시경초음파(EZ9910000)</td><td>기관지내시경 초음파를 이용한 세침흡인술용(6)</td></tr><tr><td>혈관내초음파(EZ9940000)</td><td>혈관내영상카테타(7)</td></tr><tr><td>자가 골수 줄기세포 치료-연골결손(SZ0850000)</td><td>연골 결손 환자에서의 자가 골수 줄기 세포 치료술용(6)</td></tr><tr><td>고주파정맥내막폐쇄술(OY2010000/OY2020000)</td><td>고주파 정맥내막폐쇄요법용(5)</td></tr><tr><td>레이저정맥폐쇄술(OZ3040000)</td><td>정맥류제거용(8)</td></tr><tr><td>고주파 설근부 축소술(QZ3710000)</td><td>고주파 설근부 축소술용(7)</td></tr><tr><td>이식형 결찰사를 이용한 전립선 결찰(RZ5150000)</td><td>전립선 결찰술용 이식형 결찰사(1)</td></tr><tr><td>고주파 자궁근종용해술(RZ5640000)</td><td>고주파 자궁근종용해술용(14)</td></tr><tr><td>증상이 있는 갑상선양성결절의 고주파열치료술(PZ6120000)</td><td>갑상선 양성결절의 고주파 열치료용(14)</td></tr></table>			행위	(행위 관련)치료재료	동적 족저압측정(EZ7770000)	동적 족저압 측정용(1)	관상동맥내 광학과 단층촬영(EZ8710000)	관상동맥내 광학과 단층촬영용(1)	미세전위 T 교대파 검사(EZ8740000)	미세전위 T교대파 검사용 SENSOR(1)	진공보조 유방 생검시 유도 초음파(EZ9870000)	유방 생검용(9)	기관지내시경초음파(EZ9910000)	기관지내시경 초음파를 이용한 세침흡인술용(6)	혈관내초음파(EZ9940000)	혈관내영상카테타(7)	자가 골수 줄기세포 치료-연골결손(SZ0850000)	연골 결손 환자에서의 자가 골수 줄기 세포 치료술용(6)	고주파정맥내막폐쇄술(OY2010000/OY2020000)	고주파 정맥내막폐쇄요법용(5)	레이저정맥폐쇄술(OZ3040000)	정맥류제거용(8)	고주파 설근부 축소술(QZ3710000)	고주파 설근부 축소술용(7)	이식형 결찰사를 이용한 전립선 결찰(RZ5150000)	전립선 결찰술용 이식형 결찰사(1)	고주파 자궁근종용해술(RZ5640000)	고주파 자궁근종용해술용(14)	증상이 있는 갑상선양성결절의 고주파열치료술(PZ6120000)	갑상선 양성결절의 고주파 열치료용(14)																														
행위	(행위 관련)치료재료																																																											
동적 족저압측정(EZ7770000)	동적 족저압 측정용(1)																																																											
관상동맥내 광학과 단층촬영(EZ8710000)	관상동맥내 광학과 단층촬영용(1)																																																											
미세전위 T 교대파 검사(EZ8740000)	미세전위 T교대파 검사용 SENSOR(1)																																																											
진공보조 유방 생검시 유도 초음파(EZ9870000)	유방 생검용(9)																																																											
기관지내시경초음파(EZ9910000)	기관지내시경 초음파를 이용한 세침흡인술용(6)																																																											
혈관내초음파(EZ9940000)	혈관내영상카테타(7)																																																											
자가 골수 줄기세포 치료-연골결손(SZ0850000)	연골 결손 환자에서의 자가 골수 줄기 세포 치료술용(6)																																																											
고주파정맥내막폐쇄술(OY2010000/OY2020000)	고주파 정맥내막폐쇄요법용(5)																																																											
레이저정맥폐쇄술(OZ3040000)	정맥류제거용(8)																																																											
고주파 설근부 축소술(QZ3710000)	고주파 설근부 축소술용(7)																																																											
이식형 결찰사를 이용한 전립선 결찰(RZ5150000)	전립선 결찰술용 이식형 결찰사(1)																																																											
고주파 자궁근종용해술(RZ5640000)	고주파 자궁근종용해술용(14)																																																											
증상이 있는 갑상선양성결절의 고주파열치료술(PZ6120000)	갑상선 양성결절의 고주파 열치료용(14)																																																											
5	[미세전위 T 교대파 검사]의 제출 방법은?	<ul style="list-style-type: none">○ 검사 방법을 구분하여 해당 비급여 비용을 모두 제출○ 행위료와 치료재료대를 구분하여 각각 제출함- 관련 치료재료(미세전위 T교대파 검사용 SENSOR)는 별도의 [별표1] 공개항목(제4조제2항 관련)이므로 구분하여 각각 제출함																																																										
예시)																																																												
<table><tr><th colspan="4">항목</th><th colspan="3">진료비용 등</th><th colspan="2">특이사항</th></tr><tr><th colspan="4">분류</th><th colspan="2">의료기관</th><th>당해년도</th><th>전년도</th><th rowspan="2">보건 의료인</th><th rowspan="2">의료기기 등</th></tr><tr><th>코드</th><th>중분류</th><th>소분류</th><th>상세 분류</th><th>코드</th><th>명칭</th><th>금액</th><th>금액</th><th>실시 빈도</th></tr><tr><td>EZ8740000</td><td>기능 검사료 (순환기 기능 검사)</td><td>미세전위 T 교대파 검사</td><td></td><td>EZ874</td><td>Microvolt T - Wave Alternans</td><td>102,000</td><td>102,000</td><td>48</td><td>Spectral 방법, 치료재료 별도</td></tr><tr><td>EZ8740000</td><td>기능 검사료 (순환기 기능 검사)</td><td>미세전위 T 교대파 검사</td><td></td><td>EZ874</td><td>미세전위 T 교대파 검사</td><td>50,000</td><td>50,000</td><td>70</td><td>미세전위 T 교대파 검사(Time Domain 방법)</td></tr><tr><td>BK7801TM</td><td>치료재료</td><td>미세전위 T교대파 검사용 SENSOR</td><td>MICRO-V ALTERNANS SENSOR</td><td>BK780 1TM</td><td>MICRO-V ALTERNANS SENSOR</td><td>243,000</td><td>243,000</td><td>26</td><td>미세전위 T 교대파 검사용 치료재료</td></tr></table>			항목				진료비용 등			특이사항		분류				의료기관		당해년도	전년도	보건 의료인	의료기기 등	코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도	EZ8740000	기능 검사료 (순환기 기능 검사)	미세전위 T 교대파 검사		EZ874	Microvolt T - Wave Alternans	102,000	102,000	48	Spectral 방법, 치료재료 별도	EZ8740000	기능 검사료 (순환기 기능 검사)	미세전위 T 교대파 검사		EZ874	미세전위 T 교대파 검사	50,000	50,000	70	미세전위 T 교대파 검사(Time Domain 방법)	BK7801TM	치료재료	미세전위 T교대파 검사용 SENSOR	MICRO-V ALTERNANS SENSOR	BK780 1TM	MICRO-V ALTERNANS SENSOR	243,000	243,000	26	미세전위 T 교대파 검사용 치료재료
항목				진료비용 등			특이사항																																																					
분류				의료기관		당해년도	전년도	보건 의료인	의료기기 등																																																			
코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액			실시 빈도																																																		
EZ8740000	기능 검사료 (순환기 기능 검사)	미세전위 T 교대파 검사		EZ874	Microvolt T - Wave Alternans	102,000	102,000	48	Spectral 방법, 치료재료 별도																																																			
EZ8740000	기능 검사료 (순환기 기능 검사)	미세전위 T 교대파 검사		EZ874	미세전위 T 교대파 검사	50,000	50,000	70	미세전위 T 교대파 검사(Time Domain 방법)																																																			
BK7801TM	치료재료	미세전위 T교대파 검사용 SENSOR	MICRO-V ALTERNANS SENSOR	BK780 1TM	MICRO-V ALTERNANS SENSOR	243,000	243,000	26	미세전위 T 교대파 검사용 치료재료																																																			

연번	질의	답변										
6	[진정내시경 환자관리료] 각 상세분류에 해당하는 행위는?	<div>○ [진정내시경 환자관리료]는 소화기·기관지 내시경 검사 및 시술시의 환자관리 행위</div> <table><tr><th>구분</th><th>행 위</th></tr><tr><td>I</td><td>직장경검사, S상결장경검사</td></tr><tr><td>II</td><td>상부소화관내시경검사</td></tr><tr><td>III</td><td>내시경적 역행성 담(체)관조영술, 경피적담관(낭)경검사 [T-tube, PTBD를 통한 것], 담도경검사, 결장경검사(Colonoscopy)</td></tr><tr><td>IV</td><td>기본기관지경검사, 기관지경이용 폐엽측부환기검사, 경유두적 담(체)관경검사, 풍선 소장내시경검사</td></tr></table> <div>* 관련근거: 진정내시경 환자관리료 급여기준(고시 2019-315호, '20.1.1.시행)</div>	구분	행 위	I	직장경검사, S상결장경검사	II	상부소화관내시경검사	III	내시경적 역행성 담(체)관조영술, 경피적담관(낭)경검사 [T-tube, PTBD를 통한 것], 담도경검사, 결장경검사(Colonoscopy)	IV	기본기관지경검사, 기관지경이용 폐엽측부환기검사, 경유두적 담(체)관경검사, 풍선 소장내시경검사
구분	행 위											
I	직장경검사, S상결장경검사											
II	상부소화관내시경검사											
III	내시경적 역행성 담(체)관조영술, 경피적담관(낭)경검사 [T-tube, PTBD를 통한 것], 담도경검사, 결장경검사(Colonoscopy)											
IV	기본기관지경검사, 기관지경이용 폐엽측부환기검사, 경유두적 담(체)관경검사, 풍선 소장내시경검사											
7	[초음파 검사료]의 제출 시 제외되는 대상은?	<div>○ 추적 검사, 조영제를 사용한 초음파, 제한적 초음파 등 은 제출 대상이 아님</div>										
8	초음파 검사를 일반과 정밀 등으로 구분하지 않고 실시 하는 경우 제출방법은?	<div>○ 초음파 검사를 일반과 정밀로 구분하지 않고 비용을 징수하는 경우라도 [별표1] 공개항목(제4조제2항 관련)의 일반과 정밀 중 해당 초음파 검사료의 상세분류에 맞 게 제출하여야 함</div> <div>○ 다만 일반과 정밀 검사 모두 동일한 비용을 받는 경우 각각의 상세분류에 맞게 비용 및 실시빈도를 제출함</div>										
9	[복부 초음파], [비뇨기계 초 음파], [남성생식기 초음파]의 제출 대상은?	<div>○ '복부 초음파', '비뇨기계 초음파', '남성생식기 초음파'는 건강보험 적용대상 이외에 의학적 필요가 불명확한 경우 실시한 비급여 진료비용을 제출</div> <div>※ 관련근거 - 하복부(총수·소장·대장·서혜부·직장·항문), 비뇨기(신장·부신·방광) 초음 파검사의 급여기준(고시 제2019-10호, '19.2.1.시행) - 남성생식기(전립선·정낭·음경·음낭)초음파검사의 급여기준(고시 제 2019-185호, '19.9.1.시행) 4. 상기 1. 이외에 의학적 필요가 불명확한 경우 진료의사는 총 분히 설명하고 환자가 동의서에 서명한 이후 비급여로 함.</div>										
10	[수술 중 초음파]의 제출 대상 은?	<div>○ 수술실에서 사용되는 모든 초음파 검사를 의미함. 다만, 심혈관조영실, 혈관조영실 등은 수술실이 아니므로 제 출 대상이 아님</div>										

연번	질의	답변										
11	[분만기간 초음파]의 제출 대상은?	○ [분만기간 초음파]는 분만을 위한 입원기간 동안 발생한 초음파로서 분만 전 태아상태확인, 분만 중 태반배출유무 확인, 분만 후 오로상태변화 등을 확인하기 위해 분만 입원기간 동안 발생한 초음파임										
12	[진공보조 유방 생검시 유도 초음파] 제출 시 유의할 점은?	○ 일반생검료, 조직병리검사료는 제외하되, ○ 행위료와 치료재료대를 구분하여 각각 제출함 - 관련 치료재료(유방 생검용)는 별도의 [별표1] 공개항목(제4조제2항 관련)이므로 구분하여 각각 제출함										
13	[유도초음파] 각 상세분류에 해당하는 행위는?	○ 해당 행위는 다음과 같음 <table><tr><th>구분</th><th>행위</th></tr><tr><td>I</td><td>흉막천자, 심낭천자, 더글라스와 천자, 양수천자, 배액 시 시술부위 확인 등</td></tr><tr><td>II</td><td>조직생검, 세침흡인생검, 시술 시 간헐적 유도 등</td></tr><tr><td>III</td><td>시술 시 지속적 모니터링 등</td></tr><tr><td>IV</td><td>고주파 열치료술, 냉동제거술과 같은 고난이도 시술 등</td></tr></table>	구분	행위	I	흉막천자, 심낭천자, 더글라스와 천자, 양수천자, 배액 시 시술부위 확인 등	II	조직생검, 세침흡인생검, 시술 시 간헐적 유도 등	III	시술 시 지속적 모니터링 등	IV	고주파 열치료술, 냉동제거술과 같은 고난이도 시술 등
구분	행위											
I	흉막천자, 심낭천자, 더글라스와 천자, 양수천자, 배액 시 시술부위 확인 등											
II	조직생검, 세침흡인생검, 시술 시 간헐적 유도 등											
III	시술 시 지속적 모니터링 등											
IV	고주파 열치료술, 냉동제거술과 같은 고난이도 시술 등											
14	[기관지내시경초음파], [내시경초음파] 제출 시 유의할 점은?	○ 일반, 세침흡인술을 포함한 경우 각 비용을 모두 제출하고 해당 내용을 <특이사항>에 기재하여야 함 ○ 행위료와 치료재료대를 구분하여 각각 제출함 - 관련 치료재료(기관지내시경 초음파를 이용한 세침흡인술용)는 별도의 [별표1] 공개항목(제4조제2항 관련)이므로 구분하여 각각 제출함										

예시) 기관지내시경초음파를 ‘일반’ 과 ‘세침흡인술을 포함한 경우’ 두 가지로 운영하는 경우 제출방법

항목				진료비용 등			특이사항			
분류				의료기관		당해년도	전년도		보건 의료인	의료기기 등
코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도		
EZ9910000	초음파 검사료 (특수초음파)	기관지내시경 초음파		EZ991	기관지내시경 초음파	525,000	525,000	89		치료재료 별도
EZ9910000	초음파 검사료 (특수초음파)	기관지내시경 초음파		EZ991	기관지내시경 초음파 (EBUS, 세침흡인술포함)	980,000	980,000	60		세침흡인술 포함
BM0004LV	치료재료	기관지내시경 초음파를 이 용한 세침흡 인술용	VIZIS HOT	BM00 04LV	VIZISHOT	252,000	252,000	58		기관지내시경초 음파용 치료재료

연번	질의	답변																																																																									
15	[자기공명영상진단료(MRI-기본검사)] ‘일반-촬영료 등’, ‘일반-판독료’를 한 개의 항목으로 운영하는 경우의 제출방법은?	○ ‘촬영료 등’과 ‘판독료’를 구분하지 않고 비용을 징수하는 경우라도 [별표1] 공개항목(제4조제2항 관련)의 상세분류에 맞게 구분하여 제출하여야 함																																																																									
예시) 뇌 MRI를 HE101 또는 HI101+HJ101로 운영하는 경우 제출방법																																																																											
<table><tr><th colspan="4">항목</th><th colspan="3">진료비용 등</th><th colspan="2">특이사항</th></tr><tr><th colspan="4">분류</th><th colspan="2">의료기관</th><th>당해년도</th><th colspan="2">전년도</th><th rowspan="2">보건 의료인</th><th rowspan="2">의료기기 등</th></tr><tr><th>코드</th><th>중분류</th><th>소분류</th><th>상세 분류</th><th>코드</th><th>명칭</th><th>금액</th><th>금액</th><th>실시 빈도</th></tr><tr><td>HI1010001</td><td>자기공명영상진단료(MRI-기본검사)</td><td>뇌</td><td>일반-촬영료 등</td><td>HE101</td><td>뇌 MRI</td><td>786,790</td><td>776,790</td><td>486</td><td></td><td>일반=촬영료</td></tr><tr><td>HJ1010001</td><td>자기공명영상진단료(MRI-기본검사)</td><td>뇌</td><td>일반-판독료</td><td>HE101</td><td>뇌 MRI</td><td>142,900</td><td>142,900</td><td>512</td><td></td><td>일반=판독료</td></tr><tr><td>HI1010001</td><td>자기공명영상진단료(MRI-기본검사)</td><td>뇌</td><td>일반-촬영료 등</td><td>HI101+HJ101</td><td>자기공명영상진단료(뇌)</td><td>613,200</td><td>613,200</td><td>359</td><td></td><td>뇌 MRI (촬영료)</td></tr><tr><td>HJ1010001</td><td>자기공명영상진단료(MRI-기본검사)</td><td>뇌</td><td>일반-판독료</td><td>HI101+HJ101</td><td>자기공명영상진단료(뇌)</td><td>310,000</td><td>310,000</td><td>402</td><td></td><td>뇌 MRI (판독료)</td></tr></table>			항목				진료비용 등			특이사항		분류				의료기관		당해년도	전년도		보건 의료인	의료기기 등	코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도	HI1010001	자기공명영상진단료(MRI-기본검사)	뇌	일반-촬영료 등	HE101	뇌 MRI	786,790	776,790	486		일반=촬영료	HJ1010001	자기공명영상진단료(MRI-기본검사)	뇌	일반-판독료	HE101	뇌 MRI	142,900	142,900	512		일반=판독료	HI1010001	자기공명영상진단료(MRI-기본검사)	뇌	일반-촬영료 등	HI101+HJ101	자기공명영상진단료(뇌)	613,200	613,200	359		뇌 MRI (촬영료)	HJ1010001	자기공명영상진단료(MRI-기본검사)	뇌	일반-판독료	HI101+HJ101	자기공명영상진단료(뇌)	310,000	310,000	402		뇌 MRI (판독료)
항목				진료비용 등			특이사항																																																																				
분류				의료기관		당해년도	전년도		보건 의료인	의료기기 등																																																																	
코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도																																																																			
HI1010001	자기공명영상진단료(MRI-기본검사)	뇌	일반-촬영료 등	HE101	뇌 MRI	786,790	776,790	486		일반=촬영료																																																																	
HJ1010001	자기공명영상진단료(MRI-기본검사)	뇌	일반-판독료	HE101	뇌 MRI	142,900	142,900	512		일반=판독료																																																																	
HI1010001	자기공명영상진단료(MRI-기본검사)	뇌	일반-촬영료 등	HI101+HJ101	자기공명영상진단료(뇌)	613,200	613,200	359		뇌 MRI (촬영료)																																																																	
HJ1010001	자기공명영상진단료(MRI-기본검사)	뇌	일반-판독료	HI101+HJ101	자기공명영상진단료(뇌)	310,000	310,000	402		뇌 MRI (판독료)																																																																	
16	[자기공명영상진단료(MRI-기본검사)] ‘중재적 시술시’의 제출방법은?	○ 중재적 시술시 이용된 MRI 유도비용은 제1회 시술에 대한 비용을 제출함																																																																									
17	[자기공명영상진단료(MRI-기본검사)] ‘조영제 주입 전·후 촬영 판독’의 조영제 비용	○ 조영제 비용을 제외한 금액 제출 * 영상진단 및 방사선 치료에 사용된 조영제의 비용은 “약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준”에 의하여 별도 산정 가능																																																																									
18	[자기공명영상진단료(MRI-기본검사)] ‘척추-흉추와 요천추를 동시촬영’ 등 동시촬영 항목의 경우 제출방법은?	○ ‘척추-흉추와 요천추를 동시촬영(HE1130000)’, ‘척추-경추, 흉추, 요천추와 척추강을 동시촬영(HE1140000)’의 비급여 진료비용은 동시 촬영하는 총 비용(일반)을 제출함 * ‘척추-흉추와 요천추를 동시촬영’ 급여 진료비용의 경우 요천추 소정점수의 50% 산정을 의미하나, 비급여 진료비용은 동시촬영 총비용을 말함																																																																									
19	[자기공명영상진단료(MRI-특수검사)] ‘확산’, ‘관류 [3차원 자기공명영상 포함]’, ‘분광영상’에서 기본검사와 동시 실시한 경우 제출 여부는?	○ ‘확산(HF1010000)’, ‘관류 [3차원 자기공명영상 포함](HF1020000)’, ‘분광영상(HF1030000)’에서 기본검사와 동시 실시한 경우는 공개대상 항목이 아니므로, 단독으로 시행하는 항목에 대해 제출함																																																																									

연번	질의	답변																																																																										
20	<p>‘알레르겐 면역요법’ 등 약물을 사용하는 항목 제출 시 유의할 점은?</p> <div><ul style="list-style-type: none">· 주사제 약물유발시험(EZ8470000)· 경구 음식물유발시험과 경구 약물유발시험검사(EZ8480000)· 알레르겐 면역요법(KZ0010000)· 약물탈감작요법(KZ0020000)</div>	<p>○ ‘주사제 약물유발시험(EZ8470000)’, ‘경구 음식물유발시험과 경구 약물유발시험검사(EZ8480000)’, ‘약물탈감작요법(KZ0020000)’의 경우 약제비를 포함하지 않은 금액으로 제출함</p> <p>○ 단, ‘알레르겐 면역요법(KZ0010000)’의 경우 다음과 같은 약물 사용 시 약제비(1SET 금액)를 포함한 1회 주사료를 제출함</p> <p>- <특이사항>의 ‘의료기기 등’에 약물명 및 1회 주사 수기료를 기재함</p> <table><tr><th>제 품 명</th></tr><tr><td>알라박에이치디엠(컨티뉴에이션코오스)</td></tr><tr><td>알라박에이치디엠(트리트먼트코오스)</td></tr><tr><td>티로신에스주사(컨티뉴에이션코오스)</td></tr><tr><td>티로신에스주사(트리트먼트코오스)</td></tr><tr><td>알레르기치료처방셋트(일명, Hollister-stier)</td></tr><tr><td>치료용알러젠 추출물 주사</td></tr><tr><td>노보헬리젠데 포메인터넌스트리트먼트</td></tr><tr><td>노보헬리젠데 포이니셜트리트먼트</td></tr><tr><td>알레고비트데 포주사(알러젠 추출물)</td></tr></table>	제 품 명	알라박에이치디엠(컨티뉴에이션코오스)	알라박에이치디엠(트리트먼트코오스)	티로신에스주사(컨티뉴에이션코오스)	티로신에스주사(트리트먼트코오스)	알레르기치료처방셋트(일명, Hollister-stier)	치료용알러젠 추출물 주사	노보헬리젠데 포메인터넌스트리트먼트	노보헬리젠데 포이니셜트리트먼트	알레고비트데 포주사(알러젠 추출물)																																																																
제 품 명																																																																												
알라박에이치디엠(컨티뉴에이션코오스)																																																																												
알라박에이치디엠(트리트먼트코오스)																																																																												
티로신에스주사(컨티뉴에이션코오스)																																																																												
티로신에스주사(트리트먼트코오스)																																																																												
알레르기치료처방셋트(일명, Hollister-stier)																																																																												
치료용알러젠 추출물 주사																																																																												
노보헬리젠데 포메인터넌스트리트먼트																																																																												
노보헬리젠데 포이니셜트리트먼트																																																																												
알레고비트데 포주사(알러젠 추출물)																																																																												
<p>예시) 주사 수기료 5,000원, 약제비(티로신에스주사) 350,000원일 경우</p> <table><tr><th colspan="4">항목</th><th colspan="4">진료비용 등</th><th colspan="2">특이사항</th></tr><tr><th colspan="4">분류</th><th colspan="2">의료기관</th><th>당해년도</th><th colspan="2">전년도</th><th rowspan="2">보건 의료인</th><th rowspan="2">의료기기 등</th></tr><tr><th>코드</th><th>중분류</th><th>소분류</th><th>상세 분류</th><th>코드</th><th>명칭</th><th>금액</th><th>금액</th><th>실시 빈도</th></tr><tr><td>KZ0010000</td><td>주사료</td><td>알레르겐 면역요법</td><td></td><td>KZ0010000</td><td>티로신에스 (트리트먼트)</td><td>355,000</td><td>355,000</td><td>125</td><td></td><td>주사료 5,000원</td></tr><tr><td>KZ0010000</td><td>주사료</td><td>알레르겐 면역요법</td><td></td><td>KZ0010000</td><td>알레르겐면역요 법(티로신에스- 컨티뉴에이션)</td><td>355,000</td><td>355,000</td><td>125</td><td></td><td>주사료 5,000원</td></tr><tr><td>KZ0010000</td><td>주사료</td><td>알레르겐 면역요법</td><td></td><td>KZ0010000</td><td>알레르겐 면역요법-초기</td><td>355,000</td><td>355,000</td><td>125</td><td></td><td>티로신에스, 주사료 5,000원</td></tr><tr><td>KZ0010000</td><td>주사료</td><td>알레르겐 면역요법</td><td></td><td>KZ0010000</td><td>알레르겐 면역요법-유지</td><td>355,000</td><td>355,000</td><td>125</td><td></td><td>티로신에스, 주사료 5,000원</td></tr></table>			항목				진료비용 등				특이사항		분류				의료기관		당해년도	전년도		보건 의료인	의료기기 등	코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도	KZ0010000	주사료	알레르겐 면역요법		KZ0010000	티로신에스 (트리트먼트)	355,000	355,000	125		주사료 5,000원	KZ0010000	주사료	알레르겐 면역요법		KZ0010000	알레르겐면역요 법(티로신에스- 컨티뉴에이션)	355,000	355,000	125		주사료 5,000원	KZ0010000	주사료	알레르겐 면역요법		KZ0010000	알레르겐 면역요법-초기	355,000	355,000	125		티로신에스, 주사료 5,000원	KZ0010000	주사료	알레르겐 면역요법		KZ0010000	알레르겐 면역요법-유지	355,000	355,000	125		티로신에스, 주사료 5,000원
항목				진료비용 등				특이사항																																																																				
분류				의료기관		당해년도	전년도		보건 의료인	의료기기 등																																																																		
코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도																																																																				
KZ0010000	주사료	알레르겐 면역요법		KZ0010000	티로신에스 (트리트먼트)	355,000	355,000	125		주사료 5,000원																																																																		
KZ0010000	주사료	알레르겐 면역요법		KZ0010000	알레르겐면역요 법(티로신에스- 컨티뉴에이션)	355,000	355,000	125		주사료 5,000원																																																																		
KZ0010000	주사료	알레르겐 면역요법		KZ0010000	알레르겐 면역요법-초기	355,000	355,000	125		티로신에스, 주사료 5,000원																																																																		
KZ0010000	주사료	알레르겐 면역요법		KZ0010000	알레르겐 면역요법-유지	355,000	355,000	125		티로신에스, 주사료 5,000원																																																																		
21	<p>[도수치료]의 제출 시 유의할 점은?</p>	<p>○ 손, 손과 기구를 이용하는 경우 제출항목에 해당되며 기구를 단독으로 이용하여 실시하는 경우는 제외됨</p> <p>○ 동일 항목에 대해서 의료인, 부위 등의 차이로 비용을 달리 징수할 경우 각 비용 모두 제출 하고 해당 내용을 <특이사항>의 ‘보건의료인’과 ‘의료기기 등’에 기재하여야 함</p>																																																																										

연번	질의	답변																																																															
	예시)	<table><tr><th colspan="4">항목</th><th colspan="4">진료비용 등</th><th colspan="2">특이사항</th></tr><tr><th colspan="4">분류</th><th colspan="2">의료기관</th><th>당해년도</th><th colspan="2">전년도</th><th rowspan="2">보건 의료인</th><th rowspan="2">의료기기 등</th></tr><tr><th>코드</th><th>중분류</th><th>소분류</th><th>상세 분류</th><th>코드</th><th>명칭</th><th>금액</th><th>금액</th><th>실시 빈도</th></tr><tr><td>MX1220000</td><td>이학요법료</td><td>도수치료</td><td></td><td>MMT5</td><td>도수치료-척추 관절</td><td>50,000</td><td>50,000</td><td>813</td><td>OS</td><td>척추관절</td></tr><tr><td>MX1220000</td><td>이학요법료</td><td>도수치료</td><td></td><td>OZ19</td><td>도수치료[복잡]</td><td>82,500</td><td>82,500</td><td>95</td><td>전공의</td><td>도수치료(60분) + 기구사용</td></tr><tr><td>MX1220000</td><td>이학요법료</td><td>도수치료</td><td></td><td>J45</td><td>단순 도수치료</td><td>45,000</td><td>45,000</td><td>159</td><td>물리치 료사</td><td>30분</td></tr></table>	항목				진료비용 등				특이사항		분류				의료기관		당해년도	전년도		보건 의료인	의료기기 등	코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도	MX1220000	이학요법료	도수치료		MMT5	도수치료-척추 관절	50,000	50,000	813	OS	척추관절	MX1220000	이학요법료	도수치료		OZ19	도수치료[복잡]	82,500	82,500	95	전공의	도수치료(60분) + 기구사용	MX1220000	이학요법료	도수치료		J45	단순 도수치료	45,000	45,000	159	물리치 료사	30분
항목				진료비용 등				특이사항																																																									
분류				의료기관		당해년도	전년도		보건 의료인	의료기기 등																																																							
코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도																																																									
MX1220000	이학요법료	도수치료		MMT5	도수치료-척추 관절	50,000	50,000	813	OS	척추관절																																																							
MX1220000	이학요법료	도수치료		OZ19	도수치료[복잡]	82,500	82,500	95	전공의	도수치료(60분) + 기구사용																																																							
MX1220000	이학요법료	도수치료		J45	단순 도수치료	45,000	45,000	159	물리치 료사	30분																																																							
22	[비침습적 무통증 신호요법]의 제출시 유의할 점은?	○ [비침습적 무통증 신호요법]은 1회 비용을 제출하고, 연 속으로 시행하는 경우 1주기(cycle)당 실시 횟수를 기입																																																															
	예시)	<table><tr><th colspan="4">항목</th><th colspan="4">진료비용 등</th><th colspan="2">특이사항</th></tr><tr><th colspan="4">분류</th><th colspan="2">의료기관</th><th>당해년도</th><th colspan="2">전년도</th><th rowspan="2">보건 의료인</th><th rowspan="2">의료기기 등</th></tr><tr><th>코드</th><th>중분류</th><th>소분류</th><th>상세 분류</th><th>코드</th><th>명칭</th><th>금액</th><th>금액</th><th>실시 빈도</th></tr><tr><td>MZ0120000</td><td>이학요법료</td><td>비침습적 무통증 신호요법</td><td></td><td>MZ012</td><td>비침습적 무통증 신호요법(소12)</td><td>133,000</td><td>133,000</td><td>52</td><td></td><td>1주기 10회</td></tr><tr><td>MZ0120000</td><td>이학요법료</td><td>비침습적 무통증 신호요법</td><td></td><td>MZ012</td><td>비침습적 무통증 신호요법</td><td>132,000</td><td>132,000</td><td>89</td><td></td><td></td></tr></table>	항목				진료비용 등				특이사항		분류				의료기관		당해년도	전년도		보건 의료인	의료기기 등	코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도	MZ0120000	이학요법료	비침습적 무통증 신호요법		MZ012	비침습적 무통증 신호요법(소12)	133,000	133,000	52		1주기 10회	MZ0120000	이학요법료	비침습적 무통증 신호요법		MZ012	비침습적 무통증 신호요법	132,000	132,000	89													
항목				진료비용 등				특이사항																																																									
분류				의료기관		당해년도	전년도		보건 의료인	의료기기 등																																																							
코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도																																																									
MZ0120000	이학요법료	비침습적 무통증 신호요법		MZ012	비침습적 무통증 신호요법(소12)	133,000	133,000	52		1주기 10회																																																							
MZ0120000	이학요법료	비침습적 무통증 신호요법		MZ012	비침습적 무통증 신호요법	132,000	132,000	89																																																									
23	[지방흡입기를 이용한 액취 증·다한증수술]의 제출방법 은?	○ ‘지방흡입기를 이용한 액취증·다한증수술(SZ0330000)’은 액취증·다한증 환자에서 지방흡입기를 이용하여 아포 크린선 및 에크린선을 최소 침습적 방법으로 제거하는 수술임 ○ 편측, 양측 여부를 구분하여 비급여 진료비용을 제출함 ○ 액와부에 한함																																																															
24	[척추시술]의 제출 시 유의할 점은? <div><ul style="list-style-type: none">· 추간판내 고주파 열치료술 (SZ0830000)· 내시경적 경막외강 신경근성형술 (SZ6310000)· 경피적 경막외강 신경성형술 (SZ6340000)· 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형(SZ6410000)</div>	○ 1 Level의 최초시술 비용으로 제출함 ○ 치료재료대를 포함한 비용으로 제출함 ○ 동일 항목에 대해서 진료과, 의료인, 치료재료 등의 차 이로 비용을 달리 징수할 경우 각 비용 모두 제출하고 해당 내용을 <특이사항>의 ‘보건의료인’과 ‘의료기기 등 ’에 기재하여야 함																																																															

연번	질의	답변																																																					
	예시)	<table><tr><th colspan="6">항목</th><th colspan="3">진료비용 등</th><th colspan="2">특이사항</th></tr><tr><th colspan="4">분류</th><th colspan="2">의료기관</th><th>당해년도</th><th colspan="2">전년도</th><th rowspan="2">보건 의료인</th><th rowspan="2">의료기기 등</th></tr><tr><th>코드</th><th>중분류</th><th>소분류</th><th>상세 분류</th><th>코드</th><th>명칭</th><th>금액</th><th>금액</th><th>실시 빈도</th></tr><tr><td>SZ6340000</td><td>처치 및 수술료 (신경)</td><td>경피적경막외강 신경성형술</td><td></td><td>SZ634A</td><td>신경 성형A</td><td>1,350,000</td><td>1,350,000</td><td>93</td><td>신경외과</td><td>치료재료 (BJ4803RA)</td></tr><tr><td>SZ6340000</td><td>처치 및 수술료 (신경)</td><td>경피적경막외강 신경성형술</td><td></td><td>SZ634B</td><td>신경 성형B</td><td>1,400,000</td><td>1,450,000</td><td>55</td><td>마취 통증의학과</td><td>치료재료 (BJ48011G)</td></tr></table>	항목						진료비용 등			특이사항		분류				의료기관		당해년도	전년도		보건 의료인	의료기기 등	코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도	SZ6340000	처치 및 수술료 (신경)	경피적경막외강 신경성형술		SZ634A	신경 성형A	1,350,000	1,350,000	93	신경외과	치료재료 (BJ4803RA)	SZ6340000	처치 및 수술료 (신경)	경피적경막외강 신경성형술		SZ634B	신경 성형B	1,400,000	1,450,000	55	마취 통증의학과	치료재료 (BJ48011G)
항목						진료비용 등			특이사항																																														
분류				의료기관		당해년도	전년도		보건 의료인	의료기기 등																																													
코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도																																															
SZ6340000	처치 및 수술료 (신경)	경피적경막외강 신경성형술		SZ634A	신경 성형A	1,350,000	1,350,000	93	신경외과	치료재료 (BJ4803RA)																																													
SZ6340000	처치 및 수술료 (신경)	경피적경막외강 신경성형술		SZ634B	신경 성형B	1,400,000	1,450,000	55	마취 통증의학과	치료재료 (BJ48011G)																																													
25	[자가 골수 줄기세포 치료-연골결손]의 제출 시 유의할 점은?	<div><div><div>○ 「신의료기술의 안정성유효성 평가결과 고시」에 의거 해당 항목의 목적, 대상, 방법에 따른 비급여대상을 제출함</div><div>○ 행위료와 치료재료대를 구분하여 각각 제출함</div><div>- 관련 치료재료(연골 결손 환자에서의 자가 골수 줄기 세포 치료술용)는 별도의 [별표1] 공개항목(제4조제2항 관련)이므로 구분하여 각각 제출함</div></div><div><div>※ 「신의료기술의 안정성유효성 평가결과 고시」 (고시 제2019-329호, '19.12.30.)</div><div>183. 연골 결손 환자에서의 자가 골수 줄기 세포 치료술</div><div>가. 기술명</div><div><div>○ 한글명 : 연골 결손 환자에서의 자가 골수 줄기 세포 치료술</div><div>○ 영문명 : Autologous Bone Marrow Stem Cell Treatment for Cartilage Defect patient</div></div><div>나. 사용목적</div><div><div>○ 조직 재생</div></div><div>다. 사용대상</div><div><div>○ 연골 결손 환자(① 15세 이상, 50세 이하의 연령층, ② 외상 등으로 인한 연골 손상(ICRS grade 3-4), ③ 최대 연골 손상의 크기 2~10 cm²)</div></div><div>라. 시술방법</div><div><div>○ 자가 골수를 채취한 후, 원심분리기를 사용하여 원심 분리를 시행하고, 분리된 농축 골수 줄기 세포를 수집함. 관절 경하에서 연골 결손 부위에 농축 골수 줄기 세포를 이식함</div></div></div></div>																																																					
26	[성대근내 보툴리눔 독소 주입술]의 제출 시 유의할 점은?	<div><div>○ 약제비를 포함한 1회 비용으로 제출함</div><div>* 사용약제: 보톡스 주(전문의약품/ 분류번호 632)</div></div> <div>예시)</div> <table><tr><th colspan="6">항목</th><th colspan="3">진료비용 등</th><th colspan="2">특이사항</th></tr><tr><th colspan="4">분류</th><th colspan="2">의료기관</th><th>당해년도</th><th colspan="2">전년도</th><th rowspan="2">보건 의료인</th><th rowspan="2">의료기기 등</th></tr><tr><th>코드</th><th>중분류</th><th>소분류</th><th>상세 분류</th><th>코드</th><th>명칭</th><th>금액</th><th>금액</th><th>실시 빈도</th></tr><tr><td>OZ1330000</td><td>처치 및 수술료(후두)</td><td>성대근내 보툴리눔 독소 주입술</td><td></td><td>OZ133</td><td>성대근내 보툴리눔 독소 주입술</td><td>387,000</td><td>357,000</td><td>78</td><td></td><td>약제(보톡스 주) 포함</td></tr></table>	항목						진료비용 등			특이사항		분류				의료기관		당해년도	전년도		보건 의료인	의료기기 등	코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도	OZ1330000	처치 및 수술료(후두)	성대근내 보툴리눔 독소 주입술		OZ133	성대근내 보툴리눔 독소 주입술	387,000	357,000	78		약제(보톡스 주) 포함											
항목						진료비용 등			특이사항																																														
분류				의료기관		당해년도	전년도		보건 의료인	의료기기 등																																													
코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도																																															
OZ1330000	처치 및 수술료(후두)	성대근내 보툴리눔 독소 주입술		OZ133	성대근내 보툴리눔 독소 주입술	387,000	357,000	78		약제(보톡스 주) 포함																																													

연번	질의	답변																																																																									
27	[모발이식술료]의 제출방법은?	<div>○ 면적당 비용 등으로 고지하는 경우, <u>면적에</u> 해당하는 모수에 따라 각각의 상세분류에 맞추어 이식비용을 제출하고 <특이사항>의 ‘의료기기 등’에 모수 등을 기재함</div> <div>○ 1모당 비용으로 운영 시, 이식 모발 수 등의 차이로 비용을 달리 징수할 경우 각 비용 모두 제출하고 해당 내용을 <특이사항>의 ‘의료기기 등’에 기재하여야 함</div>																																																																									
예시)																																																																											
<table><tr><th colspan="4">항목</th><th colspan="3">진료비용 등</th><th colspan="2">특이사항</th></tr><tr><th colspan="4">분류</th><th colspan="2">의료기관</th><th>당해년도</th><th colspan="2">전년도</th><th rowspan="2">보건 의료 인</th><th rowspan="2">의료기기 등</th></tr><tr><th>코드</th><th>중분류</th><th>소분류</th><th>상세 분류</th><th>코드</th><th>명칭</th><th>금액</th><th>금액</th><th>실시 빈도</th></tr><tr><td>1Z9230001</td><td>모발이식술료</td><td>모 발 이식술</td><td>500모미만</td><td>HT301</td><td>모발이식B</td><td>5,000,000</td><td>5,000,000</td><td>50</td><td></td><td>5cm,300모 이식기준</td></tr><tr><td>1Z9230002</td><td>모발이식술료</td><td>모 발 이식술</td><td>500모~1,000모미만</td><td>HT101</td><td>모발이식A</td><td>1,500,000</td><td>1,500,000</td><td>10</td><td></td><td>1모 비용 2,000원/750모 이식기준</td></tr><tr><td>1Z9231001</td><td>모발이식술료</td><td>모 발 이식술</td><td>1모당</td><td>DM11</td><td>모발이식(1모A)</td><td>2,500</td><td>2,500</td><td>44516</td><td></td><td>모발 수에 따라</td></tr><tr><td>1Z9231001</td><td>모발이식술료</td><td>모 발 이식술</td><td>1모당</td><td>DM12</td><td>모발이식(1모B)</td><td>1,050</td><td>1,050</td><td>56890</td><td></td><td>500모 기준</td></tr></table>			항목				진료비용 등			특이사항		분류				의료기관		당해년도	전년도		보건 의료 인	의료기기 등	코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도	1Z9230001	모발이식술료	모 발 이식술	500모미만	HT301	모발이식B	5,000,000	5,000,000	50		5cm,300모 이식기준	1Z9230002	모발이식술료	모 발 이식술	500모~1,000모미만	HT101	모발이식A	1,500,000	1,500,000	10		1모 비용 2,000원/750모 이식기준	1Z9231001	모발이식술료	모 발 이식술	1모당	DM11	모발이식(1모A)	2,500	2,500	44516		모발 수에 따라	1Z9231001	모발이식술료	모 발 이식술	1모당	DM12	모발이식(1모B)	1,050	1,050	56890		500모 기준
항목				진료비용 등			특이사항																																																																				
분류				의료기관		당해년도	전년도		보건 의료 인	의료기기 등																																																																	
코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도																																																																			
1Z9230001	모발이식술료	모 발 이식술	500모미만	HT301	모발이식B	5,000,000	5,000,000	50		5cm,300모 이식기준																																																																	
1Z9230002	모발이식술료	모 발 이식술	500모~1,000모미만	HT101	모발이식A	1,500,000	1,500,000	10		1모 비용 2,000원/750모 이식기준																																																																	
1Z9231001	모발이식술료	모 발 이식술	1모당	DM11	모발이식(1모A)	2,500	2,500	44516		모발 수에 따라																																																																	
1Z9231001	모발이식술료	모 발 이식술	1모당	DM12	모발이식(1모B)	1,050	1,050	56890		500모 기준																																																																	
28	두피 이외 부위의 [모발이식술료]도 제출대상에 포함되는지?	<div>○ [모발이식술료] 제출대상은 두피부위 이식에 한하며, 탈모 등에 따른 사유가 아닌 단순 미용목적의 헤어라인 교정은 대상이 아님</div> <div>※ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표 2] 비급여대상(제9조제1항관련) 1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료 나. 주근깨·다모·무모·백모증·탈기코·점·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환</div>																																																																									
29	[모발이식술료]의 제출 시 시술방법에 따라 비용 차이가 있는 경우 제출방법은?	<div>○ 시술방법 차이에 따라 비용을 달리 징수할 경우 각 항목 모두 제출하고 해당 내용을 <특이사항>의 ‘의료기기 등’에 기재함</div> <div>○ 시술 전후 검사 및 관리 비용은 제외함</div>																																																																									
예시)																																																																											
<table><tr><th colspan="4">항목</th><th colspan="3">진료비용 등</th><th colspan="2">특이사항</th></tr><tr><th colspan="4">분류</th><th colspan="2">의료기관</th><th>당해년도</th><th colspan="2">전년도</th><th rowspan="2">보건 의료 인</th><th rowspan="2">의료기기 등</th></tr><tr><th>코드</th><th>중분류</th><th>소분류</th><th>상세 분류</th><th>코드</th><th>명칭</th><th>금액</th><th>금액</th><th>실시 빈도</th></tr><tr><td>1Z9230003</td><td>모발이식술료</td><td>모 발 이식술</td><td>1,000모~2,000모 미만</td><td>HT101</td><td>모발이식A</td><td>3,000,000</td><td>3,000,000</td><td>52</td><td></td><td>절개식, 1500모</td></tr><tr><td>1Z9230003</td><td>모발이식술료</td><td>모 발 이식술</td><td>1,000모~2,000모 미만</td><td>HT301</td><td>모발이식C</td><td>4,000,000</td><td>4,000,000</td><td>78</td><td></td><td>비절개식, 1500모</td></tr><tr><td>1Z9230004</td><td>모발이식술료</td><td>모 발 이식술</td><td>2,000모 이상</td><td>HT201</td><td>모발이식B</td><td>5,000,000</td><td>5,000,000</td><td>67</td><td></td><td>절개식, 2000모</td></tr><tr><td>1Z9230004</td><td>모발이식술료</td><td>모 발 이식술</td><td>2,000모 이상</td><td>HT401</td><td>모발이식D</td><td>6,000,000</td><td>6,000,000</td><td>83</td><td></td><td>비절개식, 2000모</td></tr></table>			항목				진료비용 등			특이사항		분류				의료기관		당해년도	전년도		보건 의료 인	의료기기 등	코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도	1Z9230003	모발이식술료	모 발 이식술	1,000모~2,000모 미만	HT101	모발이식A	3,000,000	3,000,000	52		절개식, 1500모	1Z9230003	모발이식술료	모 발 이식술	1,000모~2,000모 미만	HT301	모발이식C	4,000,000	4,000,000	78		비절개식, 1500모	1Z9230004	모발이식술료	모 발 이식술	2,000모 이상	HT201	모발이식B	5,000,000	5,000,000	67		절개식, 2000모	1Z9230004	모발이식술료	모 발 이식술	2,000모 이상	HT401	모발이식D	6,000,000	6,000,000	83		비절개식, 2000모
항목				진료비용 등			특이사항																																																																				
분류				의료기관		당해년도	전년도		보건 의료 인	의료기기 등																																																																	
코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도																																																																			
1Z9230003	모발이식술료	모 발 이식술	1,000모~2,000모 미만	HT101	모발이식A	3,000,000	3,000,000	52		절개식, 1500모																																																																	
1Z9230003	모발이식술료	모 발 이식술	1,000모~2,000모 미만	HT301	모발이식C	4,000,000	4,000,000	78		비절개식, 1500모																																																																	
1Z9230004	모발이식술료	모 발 이식술	2,000모 이상	HT201	모발이식B	5,000,000	5,000,000	67		절개식, 2000모																																																																	
1Z9230004	모발이식술료	모 발 이식술	2,000모 이상	HT401	모발이식D	6,000,000	6,000,000	83		비절개식, 2000모																																																																	

연번	질의	답변																																																															
30	[광중합형 복합레진 충전]의 제출방법은?	<ul style="list-style-type: none">○ [광중합형 복합레진 충전]은 진료일 기준으로 만 12세 이하 아동에서 치아우식증(K020~K029)이 있는 영구치 치료를 위해 실시한 경우 건강보험이 적용되며, 그 외 실시한 경우는 비급여대상임<ul style="list-style-type: none">* 광중합형 복합레진 충전의 급여기준(고시 제2018-296호, '19.1.1.시행)○ 비급여대상인 경우 [별표1] 공개항목(제4조제2항 관련) 상세분류에 따라 '우식(1면, 2면, 3면 이상), 마모, 파절 등'의 분류에 맞게 제출하여야 함<ul style="list-style-type: none">- 광중합형 복합 레진 충전 시 실시하는 일련의 과정 및 충전재료 비용을 포함- 우식, 마모 이외의 적응증은 '파절 등'에 제출한 후 관련 내용을 <특이사항>의 '의료기기 등'에 기재																																																															
31	[잇몸웃음교정술]의 제출 시 유의할 점은?	<ul style="list-style-type: none">○ 1치아 기준으로 제출하며 악당으로 비용을 받는 경우 1치아 기준으로 환산하여 제출함																																																															
32	[약침술]의 제출 시 유의할 점은?	<ul style="list-style-type: none">○ 일반 경혈을 대상으로 하며 약침액을 포함한 1부위 시술 금액을 제출함○ 동일 항목에 대해서 약침액 등의 차이로 비용을 달리 징수할 경우 각 비용 모두 제출하고 해당 내용을 <특이사항>의 '보건의료인'과 '의료기기 등'에 기재하여야 함																																																															
예시) 다양한 약침액을 사용하여 비용을 달리 받는 경우																																																																	
<table><tr><th colspan="4">항목</th><th colspan="4">진료비용 등</th><th colspan="2">특이사항</th></tr><tr><th colspan="4">분류</th><th colspan="2">의료기관</th><th>당해 년도</th><th colspan="2">전년도</th><th rowspan="2">보건 의료인</th><th rowspan="2">의료기기 등</th></tr><tr><th>코드</th><th>중분류</th><th>소분류</th><th>상세 분류</th><th>코드</th><th>명칭</th><th>금액</th><th>금액</th><th>실시 빈도</th></tr><tr><td>490100000</td><td>한방 시술 및 처치료</td><td>약침술</td><td>경혈</td><td>49010</td><td>봉독약침</td><td>20,000</td><td>20,000</td><td>562</td><td></td><td>봉독, 1부위</td></tr><tr><td>490100000</td><td>한방 시술 및 처치료</td><td>약침술</td><td>경혈</td><td>49010</td><td>약침 (재료포함)</td><td>13,000</td><td>13,000</td><td>663</td><td></td><td>홍화 약침액 포함</td></tr><tr><td>490100000</td><td>한방 시술 및 처치료</td><td>약침술</td><td>경혈</td><td>49010</td><td>약침술</td><td>11,000</td><td>11,000</td><td>153</td><td></td><td>황련해독탕</td></tr></table>			항목				진료비용 등				특이사항		분류				의료기관		당해 년도	전년도		보건 의료인	의료기기 등	코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도	490100000	한방 시술 및 처치료	약침술	경혈	49010	봉독약침	20,000	20,000	562		봉독, 1부위	490100000	한방 시술 및 처치료	약침술	경혈	49010	약침 (재료포함)	13,000	13,000	663		홍화 약침액 포함	490100000	한방 시술 및 처치료	약침술	경혈	49010	약침술	11,000	11,000	153		황련해독탕
항목				진료비용 등				특이사항																																																									
분류				의료기관		당해 년도	전년도		보건 의료인	의료기기 등																																																							
코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도																																																									
490100000	한방 시술 및 처치료	약침술	경혈	49010	봉독약침	20,000	20,000	562		봉독, 1부위																																																							
490100000	한방 시술 및 처치료	약침술	경혈	49010	약침 (재료포함)	13,000	13,000	663		홍화 약침액 포함																																																							
490100000	한방 시술 및 처치료	약침술	경혈	49010	약침술	11,000	11,000	153		황련해독탕																																																							
33	[추나요법]의 제출방법은?	<ul style="list-style-type: none">○ [추나요법]은 2019년 4월 8일 진료분부터 건강보험이 적용되며, 건강보험 적용대상 이외에 실시한 경우는 비급여대상임○ 비급여대상인 경우 [별표1] 공개항목(제4조제2항 관련) 상세분류에 따라 제출함																																																															

연번	질의	답변																																																																										
34	[추나요법]의 '특수추나' 제출 시 유의할 점은?	<ul style="list-style-type: none">○ [특수추나]에는 '탈구추나', '내장기추나', '두개천골추나'가 있으나 이 중 '탈구추나'만 급여 적용되며 '내장기추나', '두개천골추나'는 비급여임○ '탈구추나'의 경우 건강보험 적용대상 이외에 실시한 경우 단일비용을 제출함																																																																										
35	[치과임플란트]의 제출방법은?	<ul style="list-style-type: none">○ [치과임플란트]는 65세 이상의 부분 무치악 환자에 대하여 악골내에 분리형 식립재료(고정체, 지대주)를 사용하여 비귀금속도재관(PFM Crown) 보철수복으로 시술된 치과임플란트를 실시한 경우 1인당 2개 이내에서 건강보험이 적용되며, 그 외 실시한 경우는 비급여대상임* 치과임플란트의 인정기준(고시 제2016-112호, '16.7.1.시행)○ 비급여대상인 경우 [별표1] 공개항목(제4조제2항 관련) 상세분류에 따라 상부구조를 구분하여 'Metal, Gold, PFM, PFG, 올세라믹, Zirconia, 기타'의 분류에 맞게 제출하여야 함- SP(Stainless Steel Crown) 등 '기타'에 제출한 후 관련 내용을 <특이사항>의 '의료기기 등'에 기재○ 1치아 기준 식립술, 상부구조, 보철수복의 일련의 과정 및 치료재료 비용을 모두 포함																																																																										
예시)																																																																												
<table><tr><th colspan="4">항목</th><th colspan="4">진료비용 등</th><th colspan="2">특이사항</th></tr><tr><th colspan="4">분류</th><th colspan="2">의료기관</th><th>당해년도</th><th colspan="2">전년도</th><th rowspan="2">보건 의료인</th><th rowspan="2">의료기기 등</th></tr><tr><th>코드</th><th>중분류</th><th>소분류</th><th>상세 분류</th><th>코드</th><th>명칭</th><th>금액</th><th>금액</th><th>실시 빈도</th></tr><tr><td>UB0010012</td><td>치과의 보철료</td><td>치과임플란트 (1치당)</td><td>PFM</td><td>UB001</td><td>치과임플란트</td><td>1,701,400</td><td>1,800,000</td><td>89</td><td></td><td>국산(PFM)</td></tr><tr><td>UB0010022</td><td>치과의 보철료</td><td>치과임플란트 (1치당)</td><td>PFG</td><td>JP001</td><td>Implant crown, PFG, G</td><td>1,800,000</td><td>1,800,000</td><td>11</td><td></td><td>매식술 국산, 매식치 귀금속 도재관</td></tr><tr><td>UB0010051</td><td>치과의 보철료</td><td>치과임플란트 (1치당)</td><td>Zirconia</td><td>C104</td><td>임플란트(보철- zirconia포함)</td><td>1,300,000</td><td>1,300,000</td><td>49</td><td></td><td>zirconia</td></tr><tr><td>UB0010001</td><td>치과의 보철료</td><td>치과임플란트 (1치당)</td><td>기타</td><td>DT1</td><td>임플란트(SP)</td><td>900,000</td><td>900,000</td><td>0</td><td></td><td>Stainless Steel Crown(SP)</td></tr></table>			항목				진료비용 등				특이사항		분류				의료기관		당해년도	전년도		보건 의료인	의료기기 등	코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도	UB0010012	치과의 보철료	치과임플란트 (1치당)	PFM	UB001	치과임플란트	1,701,400	1,800,000	89		국산(PFM)	UB0010022	치과의 보철료	치과임플란트 (1치당)	PFG	JP001	Implant crown, PFG, G	1,800,000	1,800,000	11		매식술 국산, 매식치 귀금속 도재관	UB0010051	치과의 보철료	치과임플란트 (1치당)	Zirconia	C104	임플란트(보철- zirconia포함)	1,300,000	1,300,000	49		zirconia	UB0010001	치과의 보철료	치과임플란트 (1치당)	기타	DT1	임플란트(SP)	900,000	900,000	0		Stainless Steel Crown(SP)
항목				진료비용 등				특이사항																																																																				
분류				의료기관		당해년도	전년도		보건 의료인	의료기기 등																																																																		
코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도																																																																				
UB0010012	치과의 보철료	치과임플란트 (1치당)	PFM	UB001	치과임플란트	1,701,400	1,800,000	89		국산(PFM)																																																																		
UB0010022	치과의 보철료	치과임플란트 (1치당)	PFG	JP001	Implant crown, PFG, G	1,800,000	1,800,000	11		매식술 국산, 매식치 귀금속 도재관																																																																		
UB0010051	치과의 보철료	치과임플란트 (1치당)	Zirconia	C104	임플란트(보철- zirconia포함)	1,300,000	1,300,000	49		zirconia																																																																		
UB0010001	치과의 보철료	치과임플란트 (1치당)	기타	DT1	임플란트(SP)	900,000	900,000	0		Stainless Steel Crown(SP)																																																																		
36	[크라운] 'Gold'의 제출 시 유의할 점은?	<ul style="list-style-type: none">○ 동일 항목에 대해서 금함량 등의 차이로 비용을 달리 징수할 경우 각 비용 모두 제출하고 해당 내용을 <특이사항>의 '의료기기 등'에 해당 내용을 기재하여야 함																																																																										

연번	질의	답변																																																			
	예시)	<table><tr><th colspan="4">항목</th><th colspan="3">진료비용 등</th><th colspan="2">특이사항</th></tr><tr><th colspan="4">분류</th><th colspan="2">의료기관</th><th>당해년도</th><th colspan="2">전년도</th><th rowspan="2">보건 의료인</th><th rowspan="2">의료기기 등</th></tr><tr><th>코드</th><th>중분류</th><th>소분류</th><th>상세 분류</th><th>코드</th><th>명칭</th><th>금액</th><th>금액</th><th>실시 빈도</th></tr><tr><td>UW607F320</td><td>치과의 보철료</td><td>크라운</td><td>Gold</td><td>UW607 F3201</td><td>골드 크라운</td><td>500,000</td><td>500,000</td><td>162</td><td></td><td>금함량 76%</td></tr><tr><td>UW607F320</td><td>치과의 보철료</td><td>크라운</td><td>Gold</td><td>UW607 F3202</td><td>골드 크라운</td><td>400,000</td><td>400,000</td><td>68</td><td></td><td>금함량 47%</td></tr></table>	항목				진료비용 등			특이사항		분류				의료기관		당해년도	전년도		보건 의료인	의료기기 등	코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도	UW607F320	치과의 보철료	크라운	Gold	UW607 F3201	골드 크라운	500,000	500,000	162		금함량 76%	UW607F320	치과의 보철료	크라운	Gold	UW607 F3202	골드 크라운	400,000	400,000	68		금함량 47%
항목				진료비용 등			특이사항																																														
분류				의료기관		당해년도	전년도		보건 의료인	의료기기 등																																											
코드	중분류	소분류	상세 분류	코드	명칭	금액	금액	실시 빈도																																													
UW607F320	치과의 보철료	크라운	Gold	UW607 F3201	골드 크라운	500,000	500,000	162		금함량 76%																																											
UW607F320	치과의 보철료	크라운	Gold	UW607 F3202	골드 크라운	400,000	400,000	68		금함량 47%																																											
37	[예방접종료]의 제출방법은?	<p>○ [예방접종료]는 약제비와 주사료를 포함한 비용으로 제출하며 국가예방접종(NIP) 지원 사업은 제출대상이 아님</p> <div><p>※ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표 2] 비급여대상(제9조제1항관련)</p><p>3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료</p><p>나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)</p></div>																																																			
38	[치료재료]의 제출방법은?	<p>○ 각 치료재료의 최소단위당(1개, 1set 등) 단일비용을 제출함</p>																																																			
39	[굴절교정렌즈]의 제출방법은? * 굴절교정렌즈는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2] 비급여대상 4호 다목 관련 항목으로 식품의약품안전처에서 ‘연속착용하드콘택트렌즈’로 허가를 받음(일명 ‘드림렌즈’)	<p>○ 굴절교정렌즈 처방을 위한 검사료 등은 제외하고 굴절교정렌즈 비용만 제출함</p> <table><tr><th>코드</th><th>분류</th><th>품목허가번호</th><th>업체명</th></tr><tr><td>4Z0340101</td><td>CONTEX OK™</td><td>수허 99-3192호</td><td>(주)씨엔비 코퍼레이션</td></tr><tr><td>4Z0340201</td><td>Euclid Systems Orthokeratology (opriocon A) Contact Lens For Overnight Wear</td><td>수허 05-150호</td><td>(주)크로스앰</td></tr><tr><td>4Z0340301</td><td>Ortho-K LK®-Lens</td><td>제허 05-877호</td><td rowspan="3">(주)루시드 코리아</td></tr><tr><td>4Z0340302</td><td>Ortho-K LK®-Lens PREMIER</td><td>제허 05-877호</td></tr><tr><td>4Z0340303</td><td>Ortho-K LK-Lens Toric PREMIER</td><td>제허 15-456호</td></tr><tr><td>4Z0340304</td><td>드레임</td><td>제허 02-695호</td><td rowspan="2">(주)우전 메디칼</td></tr><tr><td>4Z0340401</td><td>Paragon CRT 100</td><td>수허 07-812호</td></tr><tr><td>4Z0340402</td><td>Paragon CRT 100 Dual Axis</td><td>수허 07-812호</td><td rowspan="2">지피코리아</td></tr><tr><td>4Z0340501</td><td>FARGO 100</td><td>수허 07-896호</td></tr><tr><td>4Z0340601</td><td>α Ortho-K</td><td>수허 18-340호</td><td>(주)매니콘 코리아</td></tr></table>	코드	분류	품목허가번호	업체명	4Z0340101	CONTEX OK™	수허 99-3192호	(주)씨엔비 코퍼레이션	4Z0340201	Euclid Systems Orthokeratology (opriocon A) Contact Lens For Overnight Wear	수허 05-150호	(주)크로스앰	4Z0340301	Ortho-K LK®-Lens	제허 05-877호	(주)루시드 코리아	4Z0340302	Ortho-K LK®-Lens PREMIER	제허 05-877호	4Z0340303	Ortho-K LK-Lens Toric PREMIER	제허 15-456호	4Z0340304	드레임	제허 02-695호	(주)우전 메디칼	4Z0340401	Paragon CRT 100	수허 07-812호	4Z0340402	Paragon CRT 100 Dual Axis	수허 07-812호	지피코리아	4Z0340501	FARGO 100	수허 07-896호	4Z0340601	α Ortho-K	수허 18-340호	(주)매니콘 코리아											
코드	분류	품목허가번호	업체명																																																		
4Z0340101	CONTEX OK™	수허 99-3192호	(주)씨엔비 코퍼레이션																																																		
4Z0340201	Euclid Systems Orthokeratology (opriocon A) Contact Lens For Overnight Wear	수허 05-150호	(주)크로스앰																																																		
4Z0340301	Ortho-K LK®-Lens	제허 05-877호	(주)루시드 코리아																																																		
4Z0340302	Ortho-K LK®-Lens PREMIER	제허 05-877호																																																			
4Z0340303	Ortho-K LK-Lens Toric PREMIER	제허 15-456호																																																			
4Z0340304	드레임	제허 02-695호	(주)우전 메디칼																																																		
4Z0340401	Paragon CRT 100	수허 07-812호																																																			
4Z0340402	Paragon CRT 100 Dual Axis	수허 07-812호	지피코리아																																																		
4Z0340501	FARGO 100	수허 07-896호																																																			
4Z0340601	α Ortho-K	수허 18-340호	(주)매니콘 코리아																																																		
	※ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표 2] 비급여대상(제9조제1항관련)																																																				
	4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료																																																				
	다. 법 제51조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구																																																				

제증명수수료

연번	질의	답변
1	무료발급 하는 경우도 제출해야 하는지?	○ 무료 발급일 경우, '0원'으로 제출함
2	제증명수수료 금액 제출 시 진찰료 및 검사료 등의 포함여부는?	○ 제증명수수료 금액은 제증명 발급을 위한 진찰료 및 각종 검사료 등은 포함 하지 않음 ○ 다만, '채용신체검사서'는 계측검사, 일반혈액검사, 요검사, 흉부방사선 검사 비용을 포함하며, 그 외 마약류 검사 및 특이질환 검사 비용 등은 제외
3	'채용신체검사서'에 포함되는 검사는 어떤 항목이 있는지?	○ 계측검사, 일반혈액검사, 요검사, 흉부 방사선검사 ※ 세부 검사항목(예시) · 계측검사: 신장, 체중, 허리둘레, 체질량지수, 혈압, 시력, 청력 등 · 일반혈액검사: 혈색소, 공복혈당, 총콜레스테롤, 중성지방, HDL-콜레스테롤, LDL-콜레스테롤, 혈청크레아티닌, 신사구체여과율, AST, ALT, 감마지티피, 매독 등 · 요검사: 요단백 등
4	'사망진단서' 등과 같이 1부 이상 동시에 발급하는 경우 제출방법은?	○ 제증명서 금액은 1통(1부)의 발급비용 제출함 - 동시에 1부 이상 발급하는 경우, 최초 1부 이외 추가 발급하는 제증명서는 사본으로 간주
5	'장애진단서'와 '장애인증명서'의 차이점이 무엇인지?	○ '장애진단서'는 장애인복지법상 장애인등록증을 발급받기 위한 진단서를 말하며, ○ '장애인증명서'는 소득세법상 장애인공제 대상임을 나타내는 증명서임 ※ 근거법령 · 장애진단서: 「장애인복지법 시행규칙」 [별지 제6호의 서식] · 장애인증명서: 「소득세법 시행규칙」 [별지 제38호 서식]

연번	질의	답변
6	전년도 분만 건수가 '0'인 경우, '출생증명서' 자료제출을 하지 않아도 되는지?	○ 현재, 분만을 실시하지 않더라도 과거 분만 관련 출생증명서 발급 요청은 발생 가능하므로 의료기관에서 고지 중인 금액을 기재하고, 실시빈도는 '0'으로 입력 후 제출함
7	검찰의 업무처리를 위한 '시체검안서'도 제출하는지?	○ 검찰, 경찰의 업무처리를 위한 시체검안서는 제외함 - 유가족 요청에 의해 의학적으로 확인 후 발급하는 시체검안서에 대해서만 제출
8	'진료기록사본'과 '제증명서 사본'의 차이점이 무엇인지?	○ '진료기록사본'은 「의료법 시행규칙」 제15조제1항에 따른 진료기록부 등의 사본을 말하며, ○ '제증명서 사본'은 「의료기관의 제증명수수료 항목 및 금액에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2017-166호, '17.9.19.)에서 정한 항목의 최초 1부를 초과하여 발급 받거나 기존의 제증명서를 복사(재발급)하는 경우임