

## 심사지침 공고 안내

우리원은 수가, 급여기준에 대한 구체적인 해석 등 심사시 적용되는 세부 내용 등에 대하여 진료심사평가위원회의 심의를 거쳐 심사지침을 공고 하고 있습니다.

이에 관련 급여기준이 변경되거나 고시와 연계성 명확화가 필요한 경우가 있어 심사지침 내용을 좀 더 명확히 하고자 심사지침을 정비 하였으며,

「심장재동기화치료(CRT)에서 거동이 가능한 NYHA Class IV 환자의 적용 기준」 등 16항목에 대하여 2021년 1월 1일 진료분 부터 <붙임>과 같이 시행될 예정임을 안내하오니 관련 업무에 참고하여 주시기 바랍니다.

이는 우리원 홈페이지(<http://www.hira.or.kr>) 「알림→공지사항」 및 요양 기관 업무포털(<http://biz.hira.or.kr>) 「심사기준 종합서비스→기타→공지사항」에 게재하였음을 알려드리며,

기타 궁금하신 사항에 대하여는 심사기준실 심사기준부로 문의하여 주시기 바랍니다. 감사합니다.

※ 문의전화: 033) 739-3751~3769, 4701~4708, 4711~4728

건강보험심사평가원 공고 제2020 - 340호

「국민건강보험법 시행규칙」 제20조제4항 및 「요양급여비용 심사·지급업무 처리기준」 제4조에 따라 심사지침을 다음과 같이 개정·공고합니다.

2020년 12월 21일  
건강보험심사평가원장

「심사지침」 개정

심사지침을 다음과 같이 개정한다.

부 칙

이 심사지침은 2021년 1월 1일부터 시행한다.

## 심사지침 신구조문 대비표

현 행		개 정(안)		
I. 행위 제2장 검사료		I. 행위 제2장 검사료		비고 (관련 고시)
제 목	세부 내용	제 목	세부 내용	
원위부 단독 신경병증에 실시한 너687 F파 신경전도검사 [운동신경] 인정여부	손목터널증후군, 발목터널증후군 등 <u>슬관절</u> 또는 <u>주관절</u> 이하 원위부에 발생한 단독 신경병증은 근위부 신경병증으로 보기 어려우므로 너687 F파 신경전도검사[운동신경]를 인정하지 아니함.	원위부 단독 신경병증에 실시한 너687 F파 신경전도검사 [운동신경] 인정여부	손목터널증후군, 발목터널증후군 등 <u>주관절</u> 또는 <u>슬관절</u> 이하 원위부에 발생한 단독 신경병증에 실시한 너687 F파 신경전도검사(운동신경)는 동 검사 급여기준의 ‘ <u>상하지 근위부 신경병증</u> ’ 으로 보기 어려우므로 인정하지 아니함.	너687 F파 신경전도검사 [운동신경]의 급여기준(고시 제2017-152호, '17. 9. 1.)
I. 행위 제7장 이학요법료		I. 행위 제7장 이학요법료		비고 (관련 고시)
제 목	세부 내용	제 목	세부 내용	
물리치료와 국소주사 등을 동시 시행시 적용기준	외래 진료시 물리치료와 <u>이온삼투요법·국소주사</u> 등(관절강내,신경간내,건초내,신경차단술 등)을 동시에 시행하는 경우 <u>소정점수가 높은 것을 주된 치료로 보아</u> <u>요양급여로 인정하며, 동일 목적으로 실시된 중복진료의 범주에</u> 해당하는 물리치료 항	물리치료와 국소주사 등을 동시 시행시 적용기준	외래 진료시 물리치료와 국소주사 등(관절강내, 신경간내주사, 건초내, 신경차단술 등)을 동시에 실시한 경우, <u>해당 급여기준에 따른 동일목적의 중복진료 및 주된 치료는 다음과 같이 적용함.</u>	물리치료와 국소주사 등을 동시 실시

현행			개정(안)																																													
	<p>목은 다음과 같음.</p> <p>- 다 음 -</p> <table><tr><th>연번</th><th>분류코드</th><th>분류명칭</th></tr><tr><td rowspan="7">1절 기본 물리 치료</td><td>MM011</td><td>한냉치료-콜드팩</td></tr><tr><td>MM012</td><td>한냉치료-냉동치료</td></tr><tr><td>MM030</td><td>자외선치료〔1일당〕</td></tr><tr><td>MM010</td><td>표층열치료</td></tr><tr><td>MM020</td><td>심층열치료</td></tr><tr><td>MM070</td><td>경피적 전기자극치료</td></tr><tr><td>MM080</td><td>간섭파전류치료</td></tr><tr><td rowspan="12">2절 단순 재활 치료</td><td>MM041</td><td>수치료-증기욕치료〔1일당〕</td></tr><tr><td>MM042</td><td>파라핀욕〔1일당〕</td></tr><tr><td>MM043</td><td>수치료-정규욕조치료〔1일당〕</td></tr><tr><td>MM044</td><td>수치료-회전욕치료(수족지)〔1일당〕</td></tr><tr><td>MM045</td><td>수치료-회전욕치료(전신)〔1일당〕</td></tr><tr><td>MM046</td><td>수치료-하버드탱크치료〔1일당〕</td></tr><tr><td>MM049</td><td>수치료-대조욕치료〔1일당〕</td></tr><tr><td>MM051</td><td>간헐적 견인치료-경추경인</td></tr><tr><td>MM052</td><td>간헐적 견인치료-골반견인</td></tr><tr><td>MM060</td><td>전기자극치료-마비근 치료</td></tr><tr><td>MM085</td><td>재활저출력레이저치료</td></tr><tr><td>MM170</td><td>유속치료</td></tr></table>		연번	분류코드	분류명칭	1절 기본 물리 치료	MM011	한냉치료-콜드팩	MM012	한냉치료-냉동치료	MM030	자외선치료〔1일당〕	MM010	표층열치료	MM020	심층열치료	MM070	경피적 전기자극치료	MM080	간섭파전류치료	2절 단순 재활 치료	MM041	수치료-증기욕치료〔1일당〕	MM042	파라핀욕〔1일당〕	MM043	수치료-정규욕조치료〔1일당〕	MM044	수치료-회전욕치료(수족지)〔1일당〕	MM045	수치료-회전욕치료(전신)〔1일당〕	MM046	수치료-하버드탱크치료〔1일당〕	MM049	수치료-대조욕치료〔1일당〕	MM051	간헐적 견인치료-경추경인	MM052	간헐적 견인치료-골반견인	MM060	전기자극치료-마비근 치료	MM085	재활저출력레이저치료	MM170	유속치료		<p>- 다 음 -</p> <p>가. 주된 치료는 소정점수가 높은 행위로 함.</p> <p>나. 동일목적의 중복진료에 해당하는 물리치료는 아래와 같음</p> <p>- 아 래 -</p> <p>~표생략~</p>	인정기준 (고시 제 2011-10호, ‘11.2.1.)
연번	분류코드	분류명칭																																														
1절 기본 물리 치료	MM011	한냉치료-콜드팩																																														
	MM012	한냉치료-냉동치료																																														
	MM030	자외선치료〔1일당〕																																														
	MM010	표층열치료																																														
	MM020	심층열치료																																														
	MM070	경피적 전기자극치료																																														
	MM080	간섭파전류치료																																														
2절 단순 재활 치료	MM041	수치료-증기욕치료〔1일당〕																																														
	MM042	파라핀욕〔1일당〕																																														
	MM043	수치료-정규욕조치료〔1일당〕																																														
	MM044	수치료-회전욕치료(수족지)〔1일당〕																																														
	MM045	수치료-회전욕치료(전신)〔1일당〕																																														
	MM046	수치료-하버드탱크치료〔1일당〕																																														
	MM049	수치료-대조욕치료〔1일당〕																																														
	MM051	간헐적 견인치료-경추경인																																														
	MM052	간헐적 견인치료-골반견인																																														
	MM060	전기자극치료-마비근 치료																																														
	MM085	재활저출력레이저치료																																														
	MM170	유속치료																																														
<신설>	<신설>	서121 이온삼투요법	「서121 이온삼투요법 인정기준」의 ‘외래																																													

현행		개정(안)																															
		<u>과 다른 물리치료를 병행 시 적용기준</u>	<u>진료시 이온삼투요법을 다른 물리치료와 병행 실시하는 경우’에 대한 동일목적의 중복진료 및 주된 치료는 다음과 같이 적용함.</u>  <u>- 다 음 -</u>  <u>가. 주된 치료는 소정점수가 높은 행위로 함.</u> <u>나. 동일 목적의 중복진료에 해당하는 물리치료는 아래와 같음</u>  <u>- 아 래 -</u> <table><tr><th>연번</th><th>분류코드</th><th>분류명칭</th></tr><tr><td rowspan="7">1절 기본 물리 치료</td><td>MM011</td><td>한냉치료-콜드팩</td></tr><tr><td>MM012</td><td>한냉치료-냉동치료</td></tr><tr><td>MM030</td><td>자외선치료〔1일당〕</td></tr><tr><td>MM010</td><td>표층열치료</td></tr><tr><td>MM020</td><td>심층열치료</td></tr><tr><td>MM070</td><td>경피적 전기자극치료</td></tr><tr><td>MM080</td><td>간섭파전류치료</td></tr><tr><td rowspan="5">2절 단순 재활 치료</td><td>MM041</td><td>수치료-증기욕치료〔1일당〕</td></tr><tr><td>MM042</td><td>파라핀욕〔1일당〕</td></tr><tr><td>MM043</td><td>수치료-정규욕조치료〔1일당〕</td></tr><tr><td>MM044</td><td>수치료-회전욕치료(수족지)〔1일당〕</td></tr><tr><td>MM045</td><td>수치료-회전욕치료(전신)〔1일당〕</td></tr></table>	연번	분류코드	분류명칭	1절 기본 물리 치료	MM011	한냉치료-콜드팩	MM012	한냉치료-냉동치료	MM030	자외선치료〔1일당〕	MM010	표층열치료	MM020	심층열치료	MM070	경피적 전기자극치료	MM080	간섭파전류치료	2절 단순 재활 치료	MM041	수치료-증기욕치료〔1일당〕	MM042	파라핀욕〔1일당〕	MM043	수치료-정규욕조치료〔1일당〕	MM044	수치료-회전욕치료(수족지)〔1일당〕	MM045	수치료-회전욕치료(전신)〔1일당〕	
연번	분류코드	분류명칭																															
1절 기본 물리 치료	MM011	한냉치료-콜드팩																															
	MM012	한냉치료-냉동치료																															
	MM030	자외선치료〔1일당〕																															
	MM010	표층열치료																															
	MM020	심층열치료																															
	MM070	경피적 전기자극치료																															
	MM080	간섭파전류치료																															
2절 단순 재활 치료	MM041	수치료-증기욕치료〔1일당〕																															
	MM042	파라핀욕〔1일당〕																															
	MM043	수치료-정규욕조치료〔1일당〕																															
	MM044	수치료-회전욕치료(수족지)〔1일당〕																															
	MM045	수치료-회전욕치료(전신)〔1일당〕																															

현행		개정(안)																
			<table><tr><td>MM046</td><td>수치료-하버드탱크치료〔1일당〕</td></tr><tr><td>MM049</td><td>수치료-대조육치료〔1일당〕</td></tr><tr><td>MM051</td><td>간헐적 견인치료-경추경인</td></tr><tr><td>MM052</td><td>간헐적 견인치료-골반견인</td></tr><tr><td>MM060</td><td>전기자극치료-마비근 치료</td></tr><tr><td>MM085</td><td>재활저출력레이저치료</td></tr><tr><td>MM170</td><td>유속치료</td></tr></table>	MM046	수치료-하버드탱크치료〔1일당〕	MM049	수치료-대조육치료〔1일당〕	MM051	간헐적 견인치료-경추경인	MM052	간헐적 견인치료-골반견인	MM060	전기자극치료-마비근 치료	MM085	재활저출력레이저치료	MM170	유속치료	
MM046	수치료-하버드탱크치료〔1일당〕																	
MM049	수치료-대조육치료〔1일당〕																	
MM051	간헐적 견인치료-경추경인																	
MM052	간헐적 견인치료-골반견인																	
MM060	전기자극치료-마비근 치료																	
MM085	재활저출력레이저치료																	
MM170	유속치료																	
I. 행위 제9장 처치 및 수술료 등		I. 행위 제9장 처치 및 수술료 등			비고 (관련 고시)													
제 목	세부 내용	제 목	세부 내용															
심장재동기화치료(CRT)에서 「거동이 가능한 NYHA Class IV 환자」의 적용기준(공고 제 2019-428호, ‘20. 1. 1.)	심장재동기화치료 급여기준에서 「거동이 가능한 NYHA Class IV 환자」는 다음의 조건을 모두 충족하는 경우 요양급여를 인정함.  - 다 음 -  가. 급성 관상동맥 증후군을 보이지 않는 경우 나. 정맥 강심제를 사용하고 있지 않은 경우 다. 대한심장학회의 최신 「만성 심부전 진료지침」에 따른 적절한 약물치료 중인 경우 (Guideline-Directed Medical Therapy, GDMT)	심장재동기화치료(CRT)에서 「거동이 가능한 NYHA Class IV에 해당하는 경우(또는 환자)」의 적용기준	「심장재동기화치료 급여기준」 중 ‘거동이 가능한 NYHA Class IV에 해당하는 경우(또는 환자)’는 다음의 조건을 모두 충족하는 경우에 적용함  - 다 음 -  가. 급성 관상동맥 증후군을 보이지 않는 경우 나. 정맥 강심제를 사용하고 있지 않은 경우 다. 대한심장학회의 최신 「만성 심부전 진료지침」에 따른 적절한 약물치료 중인 경우* (Guideline-Directed Medical Therapy, GDMT)	심장재동기화치료 급여기준 (고시 제 2016-151호, ‘16. 9. 1.)														

현 행		개 정(안)		
			* 대한심장학회의 「만성 심부전 진료지침」은 환자 치료 당시 지침 적용을 원칙으로 함	
자200-2 심율동전환제세동기 거치술 및 심장재동기화 치료에서 「적절한 약물치료」에 대한 적용기준	<p>자200-2가 심율동전환제세동기 거치술 [경정맥]-삽입술(ICD)의 급여기준 및 심장재동기화치료의 급여기준에서 심부전의 「적절한 약물치료」는 레닌-엔지오텐신계 차단제와 베타차단제를 반드시 포함하여야 함.</p> <p>단, 환자상태가 약물을 사용할 수 없을 때에는 이에 대한 의학적 소견이 확인되는 경우 요양급여를 인정함.</p>	자200-2 심율동전환제세동기 거치술 및 심장재동기화 치료의 「적절한 약물치료」에 대한 적용기준	<p>「심율동전환제세동기 거치술 급여기준」 및 「심장재동기화치료 급여기준」의 ‘심부전에서 적절한 약물치료’에는 레닌-엔지오텐신계 차단제와 베타차단제가 모두 포함하여야 함.</p> <p>다만, 환자상태가 상기 약물을 사용할 수 없는 임상적 소견이 확인되는 경우 예외적으로 인정함</p>	심장재동기화치료 급여기준(고시 제2016-151호 ‘16.9.1)
방실결절재진입 빈맥(Atrio ventricular Nodal Re entry Tachycardia, AVNRT)의 자654 고주파절제술 적용기준(공고 제2019-428호, ‘20. 1. 1.)	부정맥의 고주파절제술(RFA) 급여기준에서 바. 방실결절재진입 빈맥(Atrioventricular Nodal Reentry Tachycardia, AVNRT)은 임상전기생리학적검사(Electrophysiology Study, EPS) 결과, 방실결절재진입 빈맥이 유발된 경우 또는 AH jump와 echo beat가 동시에 확인된 경우 요양급여를 인정함.	자654 부정맥의 고주파절제술시 방실결절재진입 빈맥(Atrio ventricular Nodal Re entry Tachycardia, AVNRT)의 적용기준	<p>「부정맥의 고주파절제술(RFA) 급여기준」의 ‘바. 방실결절재진입 빈맥(Atrioventricular Nodal Reentry Tachycardia, AVNRT)’은 임상전기생리학적검사(Electrophysiology Study, EPS)상 다음과 같은 소견 중 하나 이상이 확인된 경우에 적용함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 방실결절재진입 빈맥이 유발된 경우 나. AH jump와 echo beat가 동시에 확인된 경우</p>	부정맥의 고주파절제술(RFA) 급여기준(고시 제2018-185호, ‘18. 11. 1. 시행)

현 행		개 정(안)		
동정맥루의 협착에 자659 경피적 풍선혈관성형술(PTA)과 동시에 실시한 자664나 혈관색전술-기타혈관의 산정방법	혈액투석을 위해 설치된 동정맥루의 협착으로 main flow가 감소된 경우, 자659 경피적 풍선혈관성형술(PTA)과 <u>동시 실시한 측부 정맥(Collateral vein) 코일색전술</u> 은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 [산정지침](5)항에 의거 자659 경피적 풍선혈관성형술(PTA)시 부수적으로 실시하는 것으로 보아 자664나 혈관색전술-기타혈관은 별도 인정하지 않으며, 관련 치료재료대는 <u>요양급여</u> 를 인정함.	동정맥루의 협착에 자659 경피적 풍선혈관성형술(PTA)시 <u>동시 실시한 측부 정맥(Collateral vein) 코일색전술</u> 수가 산정방법	혈액투석을 위해 설치된 동정맥루의 협착으로 main flow가 감소된 경우에 자659 경피적 풍선혈관성형술(PTA)과 <u>측부 정맥(Collateral vein) 코일색전술</u> 동시 실시한 경우「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 [산정지침](5)항에 의거, <u>풍선혈관성형술(PTA) 소정점수를 산정하며, 측부 정맥(Collateral vein) 코일색전술은 자659 경피적 풍선혈관성형술(PTA)시 부수적인 시술로 별도 인정하지 않음</u> <u>다만, 측부 정맥(Collateral vein) 코일색전술시 사용한 치료재료대는 별도 산정 가능함.</u>	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 [산정지침] (5)
너681-1 갑상선, 부갑상선 수술 중 후두신경 감시술 적용기준	1. <u>너 681-1 갑상선, 부갑상선 수술 중 후두신경 감시술</u> 적용대상의 확인은 수술 전 환자의 증상 및 증후 또는 검사결과에서 해당 소견이 확인된 경우를 의미하며,  2. <u>또한</u> , 현저한 갑상선종대와 같은 고위험군 갑상선 수술범위는 수술전 다음의 소견이 확인된 경우 <u>산정함을 원칙으로 함.</u>	너681-1 갑상선, 부갑상선 수술 중 후두신경 감시술 <u>세부</u> 적용기준	1. 「너 681-1 갑상선, 부갑상선 수술 중 후두신경 감시술 <u>급여기준</u> 」 적용대상 해당여부는 수술 전에 환자의 증상 및 증후 또는 검사결과에서 해당 소견이 <u>확인되어야 하며,</u>  2. <u>급여기준의 적용대상 중 ‘현저한 갑상선종대와 같은 고위험군 갑상선 수술’ 은 수</u>	갑상선, 부갑상선 수술 중 후두신경 감시술 <u>급여기준</u> (고시 제2016-204호 '16. 12. 1.)



현 행		개 정(안)		
	<p>- 다 음 -</p> <p>가. 갑상선 결절이 4cm이상 나. 갑상선이 정상 크기의 2배 이상 다. 흉골하 고이터 (Retrosternal goiter)</p>		<p><u>술 전에 다음의 임상적 소견이 하나 이상 확인된 경우에 적용함.</u></p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 갑상선 결절이 4cm이상 나. 갑상선이 정상 크기의 2배 이상 다. 흉골하 고이터 (Retrosternal goiter)</p>	
자23가 연부조직종양적출술과 동시 실시한 자16가(1) 국소피관작성술 인정여부	자16가(1) 국소피관작성술은 피부 이외 부위에서 발생한 양성 연부조직종양의 경우 피부 결손을 동반하지 않으므로 별도 산정하지 아니함.	자23가 연부조직종양적출술과 동시 실시한 자16가(1) 국소피관작성술 인정여부	피부 이외 부위에서 발생한 양성 연부조직종양의 경우 피부 결손을 동반하지 않으므로 자23가 연부조직종양적출술과 동시 실시한 자16가(1) 국소피관작성술은 별도 산정하지 아니함.	
인공디스크를 이용한 추간판전치환술 중 추간판의 퇴행성 변화 적용기준	「인공디스크를 이용한 추간판전치환술의 급여기준」에서 추간판의 퇴행성 변화는 MRI의 T2강조영상(T <sub>2</sub> WI) 시상면에서 신호강도 저하로 추간판이 검게 보이는 Black disc 또는 Dark disc를 의미함.	인공디스크를 이용한 추간판전치환술의 급여기준 중 추간판의 퇴행성 변화 적용기준	「인공디스크를 이용한 추간판전치환술의 급여기준」에서 추간판의 퇴행성 변화는 MRI의 T2강조영상(T2WI) 시상면에서 신호강도 저하로 추간판이 검게 보이는 Black disc 또는 Dark disc를 의미함.	인공디스크를 이용한 추간판전치환술의 급여기준 (고시 제 2016-69호, '16. 5. 15.)

현 행		개 정(안)		
척추경 나사(pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 인정기준 중 「방출성(불안정성) 척추골절」의 후만각, 압박률, 척추관 침습의 측정 방법	<p>척추경 나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 인정기준에서 방출성(불안정성) 척추골절 시 후만각, 압박률, 척추관 침습은 다음과 같은 방법으로 측정기로 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 후만각은 단순 방사선 측면영상(plain X-ray lateral view)에서 측정하는 것을 원칙으로 하며, ‘Cobb’ s 방법에 의한 후만각(급성 골절부위 인접 상부 추체 상연의 연장선과 급성 골절부위 인접 하부 추체 하연의 연장선이 이루는 각)’ 으로 함.</p> <p>나. 압박률은 단순 방사선 측면영상(plain X-ray lateral view)에서 측정하는 것을 원칙으로 하며, ‘급성 골절부위 인접 상·하부 전방 추체높이의 평균에 대한 골절된 추체의 전방높이 감소 비’ 로 함.</p> <p>다만, 다발성 급성기 골절인 경우는 ‘측정하고자 하는 골절부위의 인접한 상부 또는 하부의 정상추체 전방높이에 대한 골절된 추체의 전방높이 감소 비’ 로 함.</p> <p>다. 척추관 침습은 전산화단층촬영 축상 영상(axial</p>	척추경 나사(pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 급여기준 중 「방출성(불안정성) 척추골절」의 후만각, 압박률, 척추관 침습의 측정 방법	<p>척추경 나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 급여기준 중 가. 2) 방출성(불안정성) 척추골절 시 후만각, 압박률, 척추관 침습은 다음과 같은 방법으로 측정기로 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 후만각은 단순 방사선 측면영상(plain X-ray lateral view)에서 측정하는 것을 원칙으로 하며, ‘Cobb’ s 방법에 의한 후만각(급성 골절부위 인접 상부 추체 상연의 연장선과 급성 골절부위 인접 하부 추체 하연의 연장선이 이루는 각)’ 으로 함.</p> <p>나. 압박률은 단순 방사선 측면영상(plain X-ray lateral view)에서 측정하는 것을 원칙으로 하며, ‘급성 골절부위 인접 상·하부 전방 추체높이의 평균에 대한 골절된 추체의 전방높이 감소 비’ 로 함.</p> <p>다만, 다발성 급성기 골절인 경우는 ‘측정하고자 하는 골절부위의 인접한 상부 또는 하부의 정상추체 전방높이에 대한 골절된 추체의 전방높이 감소 비’ 로 함.</p>	척추경 나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 급여기준(고시 제 2019-315호, '20. 1. 1.)

현 행		개 정(안)		
	view)에서 측정하는 것을 원칙으로 하며, ‘급성 골절부위 인접 상·하부 전후 중시상거리(Midsagittal canal AP diameter) 평균에 대한 손상 받은 추체 전후 중시상거리(Midsagittal canal AP diameter)의 침습 비’로 함.		다. 척추관 침습은 전산화단층촬영 측상 영상(axial view)에서 측정하는 것을 원칙으로 하며, ‘급성 골절부위 인접 상·하부 전후 중시상거리(Midsagittal canal AP diameter) 평균에 대한 손상 받은 추체 전후 중시상거리(Midsagittal canal AP diameter)의 침습 비’로 함.	
슬관절 골관절염 진단 분류를 위한 ‘켈그렌-로렌스 분류법(Kellgren Lawrence)’ grade III, grade IV의 세부 적용 기준	<p>슬관절골관절염 진단분류 중의 하나인 ‘켈그렌-로렌스분류법 (Kellgren Lawrence)’에 따른 grade III, grade IV의 적용기준은 방사선 영상자료(또는 수술 중 병변 촬영 사진)로 확인 가능한 경우로써 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. ‘켈그렌-로렌스 분류법(Kellgren Lawrence)’ grade III는 중요소견으로 관절간격 감소(joint space narrowing)가 50% 이상 이면서 골극(osteophyte), 경화(sclerosis), 결손(bone end deformity)의 2차적 소견이 함께 동반된 경우 나. ‘켈그렌-로렌스 분류법(Kellgren Lawrence)’ grade IV는 중요소견으로 관절간격 감소(joint space narrowing)가 75% 이상 이면서 골극</p>	슬관절 골관절염 진단 분류를 위한 ‘켈그렌-로렌스 분류법(Kellgren Lawrence)’ grade III, grade IV의 세부 적용 기준	<p>「인공관절치환술(슬관절) 급여기준」의 ‘켈그렌-로렌스 분류법 (Kellgren Lawrence)’에 따른 grade III, grade IV의 적용 기준은 방사선 영상자료(또는 수술 중 병변 촬영 사진)로 확인 가능한 경우로써 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. ‘켈그렌-로렌스 분류법(Kellgren Lawrence)’ grade III는 중요소견으로 관절간격 감소(joint space narrowing)가 50% 이상 이면서 골극(osteophyte), 경화(sclerosis), 결손(bone end deformity)의 2차적 소견이 함께 동반된 경우 나. ‘켈그렌-로렌스 분류법(Kellgren Lawrence)’ grade IV는 중요소견으로 관절간격 감소(joint space narrowing)가 75% 이상 이면서 골극</p>	인공관절 전치환술(슬관절)의 급여기준(고시 제 2017-173호, ‘17.10.1.)

현 행		개 정(안)		
	(osteophyte), 경화(sclerosis), 결손(bone end deformity)의 2차적 소견이 함께 동반된 경우		(osteophyte), 경화(sclerosis), 결손(bone end deformity)의 2차적 소견이 함께 동반된 경우	
후방골 기시부에 시행하는 자82-1 반월상 연골봉합술 복잡 인정기준	후방골 기시부에 시행하는 자82-1 반월상 연골봉합술 복잡은 Suture Anchor나 Transosseous tunnel 등을 사용하여 봉합한 경우 산정함.	후방골 기시부에 시행하는 자82-1 반월상 연골봉합술 복잡 적용기준	자82-1 반월상 연골봉합술을 후방골 기시부에 시행할 때 Suture Anchor나 Transosseous tunnel 등을 사용하여 봉합한 경우는 ‘복잡기준에 해당하는 경우’로 적용함.	
복부 수술과 동시 실시한 자281 장관 유착박리술의 수가 산정방법	<p>1. 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 산정지침(5)에 의거 복부 수술을 하면서 부수적으로 시행한 장관유착박리술은 복부 시술에 따른 일련의 과정이므로 별도 산정하지 않음.</p> <p>2. 다만, 복부수술 또는 크론병, 궤양성 대장염, 결핵성 장질환 등 만성육아종병(chronic granulomatous disease)의 기왕력이 있고, 해당 부위가 장관유착박리술 부위와 해부학적으로 근접한 경우로서 진료기록부에 유착부위 및 정도, 과거력 등이 구체적으로 기록되어 있는 경우 자281 장관유착박리술 소정점수의 50% [종합병원(상급종합병원 포함)]은 70%를 산정함.</p>	복부 수술과 동시 실시한 자281 장관 유착박리술의 수가 산정방법	<p>1. 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 산정지침(5)에 의거 복부 수술을 하면서 부수적으로 시행한 장관유착박리술은 복부 시술에 따른 일련의 과정이므로 별도 산정하지 않음.</p> <p>2. 다만, 복부수술 또는 크론병, 궤양성 대장염, 결핵성 장질환 등 만성육아종병(chronic granulomatous disease)의 기왕력이 있고, 해당 부위가 장관유착박리술 부위와 해부학적으로 근접한 경우로서 진료기록부에 유착부위 및 정도, 과거력 등이 구체적으로 기록되어 있는 경우 자281 장관유착박리술 소정점수의 50% [종합병원(상급종합병원 포함)]은 70%를 산정함.</p>	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 [산정지침] (5)

현 행		개 정(안)		
안와내 다발성 골절에 대한 자521가(1) 안와골절정복술-관혈적[Blow-out]의 수가 산정방법	자521가(1) 안와골절정복술-관혈적[Blow-out]은 안와내 다발성 골절인 경우 절개방법 및 골절부위를 불문하고 자521가(1) 안와골절정복술-관혈적[Blow-out]의 소정점수를 산정함.	안와내 다발성 골절로 인한 자521가(1) 안와골절정복술-관혈적[Blow-out 골절]의 수가 산정방법	안와내 다발성 골절로 인한 Blow-out 골절 수술인 경우 절개방법 및 골절부위를 불문하고 자521가(1) 안와골절정복술-관혈적[Blow-out 골절]의 소정점수를 산정함.	
자567-가 공동폐쇄 유양동절제술 (외이도 후벽보존 유양동절제술)과 동시에 시행하는 자16-가 국소피판술 인정 여부(공고 제2019-429호, '11. 3. 1.)	<p>현행 인정기준(고시 제2007-46호)에 의거 자567-나 공동개방유양동절제술(canal down mastoidectomy)시 cartilage 등을 이용해 외이도벽을 메꾸어 주는 수술(유양동폐쇄술)을 시행한 경우 자16-가(1) 국소피판술 소정점수의 50%를 별도 산정토록 하고 있음.</p> <p>다만, 외이도후벽보존유양동절제술(Intact Canal Wall Mastoidectomy)시 부수적으로 시행한 상고실벽손상병변을 간단하게 덮어준 경우에는 자567-가 공동폐쇄유양동절제술(canal up mastoidectomy)의 일련의 과정으로 보아 자16-가(1) 국소피판술 소정점수의 50%를 별도 인정하지 아니함.</p>	자567-가 공동폐쇄 유양동절제술 (외이도 후벽보존 유양동절제술)과 동시에 시행하는 자16-가 국소피판술 인정여부	<p>자567-나 공동개방 유양동절제술(canal down mastoidectomy)시 cartilage 등을 이용해 외이도벽을 메꾸어 주는 수술(유양동폐쇄술)을 시행한 경우는 「자567나 공동개방 유양동절제술 및 자567다 교각보존 유양동절제술시 실시한 유양동폐쇄술의 수기로 산정방법」에 따라 자16-가(1) 국소피판술 소정점수의 50%를 별도 산정 가능함.</p> <p>다만, 자567-가 공동폐쇄 유양동절제술 (외이도 후벽보존 유양동절제술, Intact Canal Wall Mastoidectomy)시 부수적으로 상고실벽 손상병변을 덮어준 경우는 자567-가 공동폐쇄 유양동절제술(canal up mastoidectomy)의 일련의 과정에 포함되므로 자16-가(1)국소피판술 소정점수의 50%를 별도 인정하지 아니함.</p>	<p>자567나 공동개방 유양동절제술 및 자567다 교각보존 유양동절제술시 시행한 유양동폐쇄술의 수기로 산정방법 (고시 2017-118호, '17. 7. 1.)</p>