

보건복지부 고시 제2024-32호

「의료급여법」 제12조 및 같은 법 시행규칙 제24조에 의한 「요양비의 의료급여 기준 및 방법」(보건복지부고시 제2023-282호, 2023.12.28.)을 다음과 같이 개정·발령합니다.

2024년 2월 27일

보건복지부장관

「요양비의 의료급여 기준 및 방법」 고시 일부개정

요양비의 의료급여 기준 및 방법 일부를 다음과 같이 개정한다.

제6조제1항 제3호의2 중 “별지 제8호”를 “별지 제8호 및 별지 제9호”로 하고, 같은 조 제2항 제3호의2 나목 중 “60개월 이내”를 “60개월”로 한다.

별지 제5호, 제7호 및 제8호의 서식을 각각 별지와 같이 하고, 별지 제9호 서식을 별지와 같이 신설한다.

부 칙

제1조(시행일) 이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

제2조(서식에 관한 경과조치) 이 고시 시행 당시 종전의 규정에 따라 사용 중인 서식은 이 고시에 따라 발급된 서식으로 본다.

신 · 구조문대비표

현 행	개 정 안
제6조(처방전) ① (생 략)	제6조(처방전) ① (현행과 같음)
1. ~ 3. (생 략)	1. ~ 3. (현행과 같음)
3의2. 내과, 가정의학과 또는 소아청소년과 전문의가 발행한 <u>별지 제8호</u> 서식의 처방전	3의2. ----- ----- <u>별지 제8호</u> <u>및 별지 제9호</u> -----
4. ~ 7. (생 략)	4. ~ 7. (현행과 같음)
① (생 략)	① (현행과 같음)
1. ~ 3. (생 략)	1. ~ 3. (현행과 같음)
3의2. (생 략)	3의2. (현행과 같음)
가. (생 략)	가. (현행과 같음)
나. 인슐린자동주입기: 60개월 이내	나.-----: <u>60개월</u>

당뇨병환자 소모성 재료 처방전(연속혈당측정용 전극용)

※ 그 밖의 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바랍니다.

(앞 쪽)

① [] 재발급

보장기관명(기호)						
② 진료받은 사 람	성 명		주민(외국인)등록번호			
	전화번호		휴대전화번호			
	주 소					
진료과목		상병명		상병코드		진단확인일

처방전 확인사항

당뇨병 구분	[] 제1형 당뇨병
제1형 당뇨병 * (1)(2) 동시 만족	(1) 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우 [] c-peptide 0.6ng/ml 이하 [] 경구포도당섭취자극(또는 글루카곤 주사, 식사 후 등) 후 1.8ng/ml 이하 [] 24시간 소변 시펩타이드(C-peptide) 수치가 30 µg/24hr 미만 [] 최초 진단시 당뇨병성케톤산증(DKA)의 병력 [] 항글루타민산탈탄산효소항체(anti-GAD antibody) 등 체도 또는 인슐린 등에 대한 자가항체 양성인 경우
	(2) [] 인슐린 투여
구 분	③ 확인사항
제1형 당뇨병	[] 연속혈당측정 시작일 () ~ 종료일 (), 기간 동안 착용일수 ()일 또는 착용비율 ()% [] 당 평균값 () mg/dl [] 변동계수 ()% 혹은 표준편차 () mg/dl [] 당화혈색소 검사내역 : 시행일 (), 검사수치 ()%

처방 및 지시사항

④ 제품명	
⑤ 총 처방기간	일

[연속혈당측정용 전극 제품 구입 시 유의사항]

- 총 처방기간은 등록 제품별 사용가능일수를 고려하여 최대 100일(최초처방은 30일)이내로 처방이 가능합니다.
- 구입 제품의 총 사용가능일수*는 처방전의 기재된 총 처방기간을 초과할 수 없습니다.
* (총 사용가능일수) 등록 제품별 구입한 개수와 1개당 사용가능일수를 곱한 값의 합

(예시) 전극 제품 14개를 구입하고 1개당 사용가능일수가 7일인 경우 총 사용가능일수 98일(14개*7일)

※ 연속혈당측정용 전극 등록제품 1개당 사용가능일수가 모델명에 따라 차이가 있으므로 국민건강보험공단 홈페이지(www.nhis.or.kr)의 정책센터에서 그 내용을 확인 후 이용하시기 바랍니다.

⑥ 처방개수		
처방전 사용기간	처방기간	※ 사용기간 내에 구입·제출하여야 합니다.
년 월 일		
의료급여기관기관명(기호) : () (의료급여기관 직인)		
담당의사 성명(면허번호) : (제 호)		
전문과목(전문의 자격번호) : (제 호) (서명 또는 인)		

210mm × 297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 의사의 처방 및 지시에 따라 사용해 주십시오.
3. 처방전은 반드시 내과·소아청소년과·가정의학과 전문의가 발행하여야 합니다.
4. 총 처방기간은 해당 전문의의 판단에 따라 최대 100일 이내에서 처방이 가능합니다.(단, 최초처방은 30일 이내)
 - 등록제품별 ‘사용가능 일수(일/개)’를 고려하여 처방기간 기재
5. 처방전 발행의사는 환자의 효과적인 당뇨 자가관리를 위해 혈당검사 기록 등 환자의 상태를 확인하여 당뇨병 소모성 재료를 처방할 수 있습니다.
6. 연속혈당측정용 전극의 기준금액은 아래 표의 일당 기준금액에 구입제품의 총 사용가능 일수를 곱하여 산정합니다. 다만, 구입제품의 총 가능일수는 총 처방기간을 초과할 수 없습니다.
 - * 구입 제품의 총 사용가능 일수 : 제품별 구입 개수와 사용가능 일수를 곱한 값의 합

지원대상자		기준금액
제1형 당뇨병환자	만19세 미만*	11,000원/일
	전체	10,000원/일

* 인슐린자동주입기(센서연동형, 복합폐쇄회로형) 기기를 구입한 대상자에 한함

비고 : 나이는 처방일 기준

7. 의료급여기관에 입원하여 의료급여와 요양비를 중복하여 받으시는 경우, 지급된 의료급여비는 환수될 수 있습니다.

작성방법

- ① 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우 “재발급”에 [✓] 표시한 후 재발행하면 됩니다.
- ② 진료받은 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호, 주소 및 전화번호를 적습니다.
 - 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다(휴대전화가 있는 경우 우선적으로 기재)
- ③ 확인사항 중 해당되는 모든 항목에 [✓] 표시를 한 후 내용을 기재합니다.(직전 처방기간내 사용기록 기재)
 - 날짜는 CCYYMMDD의 형식으로 표기하십시오. (예시) 20190101
 - 변동계수 혹은 표준편차와 당화혈색소 검사수치는 소수 첫째자리까지 기재합니다.
 - 가장 최근의 당화혈색소 검사 일자와 수치를 기재합니다.
- ④ 처방하고자 하는 연속혈당측정용 전극 제품명을 기재합니다.(국민건강보험공단 홈페이지(www.nhis.or.kr)의 정책센터에서 등록 제품 확인 가능)
 - 공단에 등록된 제품 외에는 당뇨 소모성재료(연속혈당 측정용 전극) 요양비 처방 불가합니다.
- ⑤ 총 처방기간은 일단위로 기재합니다.
 - 제품별 제품 1개당 사용일수를 고려하여 총 처방기간을 기재합니다.
 - 총 처방기간은 최대 100일 이내로 처방가능 합니다.(다만, 최초처방은 30일 이내)
- ⑥ 처방기간 동안 처방하는 연속혈당측정용 전극의 개수를 기재합니다.

당뇨병환자 소모성 재료 처방전

※ 그 밖의 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바랍니다.

(앞 쪽)

① [] 재발급

보장기관명(기호)

② 진료받은 사 람	성 명		주민(외국인)등록번호				
	전 화 번 호		휴대전화번호				
	주 소						
진료과목		상병명		상병코드		진단확인일	

처방전 확인사항

당뇨병 구분	<input type="checkbox"/> 제1형 당뇨병 <input type="checkbox"/> 제2형 당뇨병 ※ 임신 중에 당뇨병으로 진단받은 경우는 별도 환자 등록신청 없이 지원합니다.
제1형 당뇨병 * (1)(2) 동시 만족	(1) 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우 <input type="checkbox"/> c-peptide 0.6ng/ml 이하 <input type="checkbox"/> 경구포도당성취자극(또는 글루카곤 주사, 식사 후 등) 후 1.8ng/ml 이하 <input type="checkbox"/> 24시간 소변 시펩타이드(C-peptide) 수치가 30 µg/24hr 미만 <input type="checkbox"/> 최초 진단시 당뇨병성케톤산증(DKA)의 병력 <input type="checkbox"/> 항글루타민산탈탄산효소항체(anti-GAD antibody) 등 체도 또는 인슐린 등에 대한 자가항체 양성인 경우 (2) <input type="checkbox"/> 인슐린 투여
제2형 당뇨병 * (1)(2) 동시 만족	(1) 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우 <input type="checkbox"/> 8시간 이상의 공복혈당 $\geq 126\text{mg/dL}$ <input type="checkbox"/> 당뇨병의 전형적인 증상(다뇨, 다음, 설명되지 않는 체중감소)과 임의혈당 $\geq 200\text{mg/dL}$ <input type="checkbox"/> 75g 경구당부하검사 후 2시간 혈장 혈당 $\geq 200\text{mg/dL}$ <input type="checkbox"/> 당화혈색소 $\geq 6.5\%$ (2) <input type="checkbox"/> 인슐린 투여 <input type="checkbox"/> 인슐린 미투여(만 19세 미만만 해당) ※ 만 19세 미만(처방전 발행일 기준)은 인슐린 투여 여부와 무관하게 등록 가능

③ 구분	④ 확인사항
[] 제1형 당뇨병	-
[] 제2형 당뇨병 ※ 나이는 처방일 기준	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> [] 만 19세 미만: [] 인슐린 투여 [] 인슐린 미투여 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> [] 만 19세 이상: [] 인슐린 투여 ※ 인슐린 미투여시 지원대상에서 제외 </div>
[] 임신 중 당뇨병 ※ 제2형 당뇨병 환자가 임신중인 경우 임신 중 당뇨병에 표시	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> [] 인슐린 투여 [] 인슐린 미투여 </div> <p>※ 참고 : 분만 예정일 ()</p>

처방 및 지시사항

⑤ 처방품목		<input type="checkbox"/> 혈당측정검사지 <input type="checkbox"/> 채혈침 <input type="checkbox"/> 인슐린주사기 <input type="checkbox"/> 인슐린주사바늘 <input type="checkbox"/> 인슐린펌프용 주사기 <input type="checkbox"/> 인슐린펌프용 주사바늘	
⑥ 총 처방기간			
⑦ 1일 평균 횟수	혈당검사	평균 <input type="text"/> 회 검사/일	
	인슐린주사	평균 <input type="text"/> 회 주사/일 ※ 인슐린 투여횟수에 따른 기준금액: 1회 투여 900원, 2회 투여 1,800원, 3회 이상 2,500원	
처방전 사용기간		처방기간	※ 사용기간 내에 구입·제출하여야 합니다.

이
제
도

의료급여기관기관명(기호) : () (의료급여기관 직인)

담당의사 성명(면허번호) : (제 호)

전문과목(전문의 자격번호) : (제 호) (서명 또는 인)

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 의사의 처방 및 지시에 따라 사용해 주십시오.
3. 처방전은 반드시 다음과 같은 전문의가 발행해야 합니다.
 - 제1형 당뇨병 : 내과·소아청소년과·가정의학과 전문의
 - 제2형 당뇨병 : 의사(다만, 90일을 초과하여 처방할 경우 내과·소아청소년과·가정의학과 전문의)
 - 임신중 당뇨병 : 내과·소아청소년과·가정의학과·산부인과 전문의
4. 총 처방기간은 90일 이내이나 해당 전문의의 판단에 따라 최대 180일 이내에서 처방이 가능합니다.
5. 처방전 발행의사는 환자의 효과적인 당뇨 자가관리를 위해 혈당검사 기록 등 환자의 상태를 확인하여 당뇨병 소모성 재료를 처방할 수 있습니다.
6. 당뇨병 소모성 재료의 기준금액은 아래와 같습니다. 이 경우 나이는 처방일을 기준으로 합니다.

지원대상자			기준금액	
			인슐린 투여자	인슐린 미투여자
제1형 당뇨병환자	만 19세미만*		4,500원/일	해당사항 없음
	전체		2,500원/일	해당사항 없음
제2형 당뇨병환자	만 19세 미만		2,500원/일	1,300원/일
	만 19세 이상 1일 인슐린 투여횟수	1회 투여	900원/일	해당사항 없음
		2회 투여	1,800원/일	해당사항 없음
		3회 이상 투여	2,500원/일	해당사항 없음
임신 중 당뇨병환자			2,500원/일	1,300원/일

* 인슐린자동주입기(복합폐쇄회로형) 기기를 구입한 대상자에 한함

7. 의료급여기관에 입원하여 의료급여와 요양비를 중복하여 받으시는 경우, 지급된 요양비는 환수될 수 있습니다.

작성방법

- ① 재발급: 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우 ‘재발급’에 [✓] 표시한 후 재발행합니다
- ② 진료받은 사람: 진료받은 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호, 주소 및 전화번호를 적습니다.
 - 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다(휴대전화가 있는 경우 우선적으로 기재)
- ③ 구분: 해당 당뇨병의 종류 중 하나에 [✓] 표시를 합니다.
 - 제2형 당뇨병 환자가 임신중임 경우 임신 중 당뇨병에 [✓] 표시를 합니다.
- ④ 확인사항: 당뇨병의 구분에 따른 확인사항 중 해당되는 모든 항목에 [✓] 표시를 합니다.
- ⑤ 처방품목: 처방하는 품목에 [✓] 표시를 합니다.
- ⑥ 총 처방기간은 해당 전문의의 판단에 따라 최대 180일 이내에서 처방이 가능합니다.
- ⑦ 1일 평균 횟수: 혈당검사 또는 인슐린주사 1일 평균 실시횟수를 기재합니다.

당뇨병 관리기기 처방전(연속혈당측정기)

① [] 재발급

보장기관명(기호)

② 진료받은 사 람	성 명				주민(외국인)등록번호		
	전화번호				휴대전화번호		
	주 소						
진료과목		상병명		상병코드		진단확인일	

처방전 확인사항

당뇨병 구분	[] 제1형 당뇨병
제1형 당뇨병 * (1)(2) 동시 만족	<p>(1) 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우</p> <p>[] c-peptide 0.6ng/ml 이하</p> <p>[] 경구포도당섭취자극(또는 글루카곤 주사, 식사 후 등) 후 1.8ng/ml 이하</p> <p>[] 24시간 소변 시펩타이드(C-peptide) 수치가 30 μg/24hr 미만</p> <p>[] 최초 진단시 당뇨병성케톤산증(DKA)의 병력</p> <p>[] 항글루타민산탈탄산효소항체(anti-GAD antibody) 등 체도 또는 인슐린 등에 대한 자가항체 양성인 경우</p> <p>(2) [] 인슐린 투여</p>

처방 및 지시사항

③ 처방품목	[] 연속혈당측정기		
④ 총 처방기간	() 개월	⑤ 처방개수	() 개
⑥ 다음 처방일			
처방전 사용기간	30일	※ 사용기간 내에 구입·제출하여야 합니다.	

년 월 일
 의료급여기관기관명(기호) : () (의료급여기관 직인)
 담당의사 성명(면허번호) : (제 호)
 전문과목(전문직의 자격번호) : (제 호) (서명 또는 인)

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 의사의 처방 및 지시에 따라 사용해 주십시오.
3. 처방전은 반드시 내과·소아청소년과·가정의학과 전문의가 발행하여야 합니다.
4. 처방전 발행의사는 환자의 효과적인 당뇨 자가관리를 위해 혈당검사 기록 등 환자의 상태를 확인하여 당뇨병 관리기기를 처방할 수 있습니다.
5. 의료급여기관에 입원하여 의료급여와 요양비를 중복하여 받으시는 경우, 지급된 요양비는 환수될 수 있습니다.

작성 방법

- ① 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우 “재발급”에 [✓] 표시한 후 재발행하면 됩니다.
- ② 진료받은 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호, 주소 및 전화번호를 기재합니다.
 - 외국인(재외국민)은 외국인 및 재외국민 등록번호를 기재합니다.
 - 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다(휴대전화가 있는 경우 우선적으로 기재)
- ③ 처방품목 중 해당되는 모든 항목에 [✓] 표시합니다.
- ④ 총 처방기간은 개월 단위로 기재합니다.
 - 연속혈당측정기는 3개월 ~ 12개월 이내에서 의사가 판단하여 기재합니다.
- ⑤ 처방기간동안 처방하는 당뇨병 관리기기의 개수를 기재합니다.
- ⑥ 날짜는 CCYYMMDD의 형식으로 표기하십시오. (예시) 20200101

당뇨병 관리기기 처방전(인슐린자동주입기)

① [] 재발급							
보장기관명(기호)							
② 진료받은 사 람	성 명		주민(외국인)등록번호				
	전화번호		휴대전화번호				
	주 소						
진료과목		상병명		상병코드		진단확인일	
처방전 확인사항							
당뇨병 구분	[] 제1형 당뇨병						
제1형 당뇨병 * (1)(2) 동시 만족	(1) 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우						
	[] c-peptide 0.6ng/ml 이하						
	[] 경구포도당섭취자극(또는 글루카곤 주사, 식사 후 등) 후 1.8ng/ml 이하						
[] 24시간 소변 시펩타이드(C-peptide) 수치가 30 µg/24hr 미만							
[] 최초 진단시 당뇨병성케톤산증(DKA)의 병력							
[] 항글루타민산탈탄산효소항체(anti-GAD antibody) 등 체도 또는 인슐린 등에 대한 자가항체 양성인 경우							
(2) [] 인슐린 투여							
처방 및 지시사항							
③ 처방품목	[]기본형		[]센서연동형		[]복합폐쇄회로형		
④ 총 처방기간	60 개월		⑤ 처방개수		1 개		
⑥ 다음 처방일							
처방전 사용기간	30일		※ 사용기간 내에 구입·제출하여야 합니다.				
년 월 일							
의료급여기관기관명(기호) :				()		(의료급여기관 직인)	
담당의사 성명(면허번호) :				(제 호)			
전문과목(전문의 자격번호) :				(제 호)		(서명 또는 인)	
유의사항							
1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.							
2. 의사의 처방 및 지시에 따라 사용해 주십시오.							
3. 처방전은 반드시 내과·소아청소년과·가정의학과 전문의가 발행하여야 합니다.							
4. 처방전 발행의사는 환자의 효과적인 당뇨 자가관리를 위해 혈당검사 기록 등 환자의 상태를 확인하여 당뇨병 관리기기를 처방할 수 있습니다.							
5. 의료급여기관에 입원하여 의료급여와 요양비를 중복하여 받으시는 경우, 지급된 요양비는 환수될 수 있습니다.							
작성방법							
① 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우 “재발급”에 [✓] 표시한 후 재발행하면 됩니다.							
② 진료받은 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호, 주소 및 전화번호를 기재합니다.							
- 외국인(재외국민)은 외국인 및 재외국민 등록번호를 기재합니다.							
- 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다(휴대전화가 있는 경우 우선적으로 기재)							
③ 처방품목 중 해당되는 모든 항목에 [✓] 표시합니다.							
④ 인슐린자동주입기는 처방기간은 60개월입니다.							
⑤ 처방기간동안 처방하는 당뇨병 관리기기의 개수를 기재합니다.							
⑥ 날짜는 CCYYMMDD의 형식으로 표기하십시오. (예시) 20200101							