

[별표] <신설 2012.3.30>

요양급여지급 세부기준 (제2조의2 관련)

구 분	내 용
가. 선택진료비	1) 선택진료비는 다음의 기간에 대하여 지급할 수 있다. 가) 사고에 의한 부상 또는 질병으로 인하여 입원 요양한 기간 나) 사고에 의한 부상 또는 질병의 상병상태(傷病狀態)가 입원을 필요로 하지 아니하는 경우에는 최초 선택진료를 받은 날부터 14일 이내 2) 선택진료비는 「선택진료에 관한 규칙」에 의하여 산정한 금액으로 한다.
나. 방사선 특수영상진단료	1) 자기공명영상진단(MRI : Magnetic Resonance Imaging)은 의사의 소견에 따라 1회의 진단료를 지급할 수 있다. 다만, 다음 항목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 추가로 지급할 수 있다. 가) 장애상태의 확인을 위한 경우 나) 상병상태가 호전이 없거나 악화된 경우 또는 진료방향을 결정하기 위한 촬영의 필요성이 의학적으로 인정되는 경우 다) 수술 후 상병상태 확인을 위하여 의학적으로 필요성이 인정되는 경우 2) 초음파 검사료는 진료기간의 범위 안에서 의료기관에서 치료상 필요하여 실시한 경우에 지급할 수 있다.
다. 무통주사제	무통주사제 비용은 치료에 필요한 경우 지급할 수 있다. 다만, 영양제 비용은 지급하지 아니한다.
라. 화상치료재등	화상 또는 열상은 의사의 소견에 따라 그 치료재와 치료보조재의 비용을 지급할 수 있다.
마. 성형수술비	1) 화상 반흔제거 수술비 산정기준은 다음과 같다. 가) 화상 반흔제거 수술은 화상으로 인하여 신체기능에 장애가 있거나 타인에게 혐오감을 주는 경우에 인정한다. 나) 인정횟수는 2회 이내로 하되, 의사의 소견에 따라 추가로 인정할 수 있다. 2) 사고에 의한 질병이나 부상으로 인한 흉터, 반흔 또는 변형 등 성형수술이 필요한 경우 1회에 한하여 인정하되, 의사의 소견에 따라 수술이 필요한 경우 추가로 인정할 수 있다.
바. 응급의료관리료	영 제14조제2호에 따라 응급환자의 진료에 소요된 응급의료관리료의 산정은 보건복지부장관이 정하는 기준에 따른다. 다만, 휴일이나 야간에 발생한 사고

	의 진료를 위하여 부득이 휴일 또는 야간에 응급의료센터 등을 이용한 경우에는 응급의료관리료 산정 대상이 아니더라도 응급의료관리료를 지급한다.
사. 물리치료	<p>국민건강보험 급여대상에 해당하는 물리치료는 다음 요건을 모두 충족하는 경우 보건복지부장관이 정하는 물리치료 산정횟수 제한에도 불구하고 이를 추가로 인정할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 진료상 반드시 필요하다는 의사의 소견서가 있는 경우 2) 의료기관에서 행하는 물리치료인 경우
아. 치아보철	<ol style="list-style-type: none"> 1) 영 제14조제3호에 따른 도재전장관(陶材前將冠) 치아보철비는 치아 1대 당 400,000원의 범위 내에서 지급한다. 다만, 2회에 한한다. 2) 캐스트코아는 134,000원, 포스트는 124,000원, 레진은 120,000원의 범위내에서 인정한다. 3) 임플란트는 1대 당 2,000,000원의 한도 내에서 담당의사의 의학적 소견이 있는 경우에 한하여 인정할 수 있다. 다만, 1)에 따라 치아보철을 한 경우 임플란트는 인정하지 아니한다. 4) 1) ~ 3) 이외의 보철비 등은 의사 소견에 따라 실비를 인정할 수 있다. 다만 장기고정장치는 1)에 준하여 인정한다.
자. 재활보조기구 및 통합 재활훈련	<ol style="list-style-type: none"> 1) 의학적 소견이 있는 경우 의지(義肢)·보조기·구두·휠체어·목발·보청기·안경·콘택트렌즈·의안·가발·흰지팡이·인공후두의 구입에 소요되는 비용을 지급한다. 2) 안경과 보청기는 해당 사고 이전에는 착용하지 아니하다가 해당 사고로 인하여 착용하게 된 경우 1회에 한하여 지급하고, 그 가액은 시중 상품 중 보편적으로 사용하는 정도의 품질로서 실제 구입한 가격으로 한다. 3) 이미 장착하고 있던 재활보조기구가 일부 훼손되어 본래의 기능회복을 위한 수리가 필요한 경우에는 그 비용을 지급할 수 있다. 다만, 근전전동의수(筋電動義手) 배터리의 경우 내구연한을 2년, 휠체어 배터리의 경우는 내구연한을 1년으로 한다. 4) 의지 및 보조기 장착 후 통합재활훈련 대상은 휠체어를 사용 마비 장애인 등을 대상으로 한다.
차. 진단서 발급 수수료	<ol style="list-style-type: none"> 1) 진단서는 진료비가 본인부담 진료비(국민건강보험공단 부담금 제외)가 50만원을 초과한 경우에 제출한다. 다만, 공제회가 공제급여 지급 결정을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 본인부담 진료비가 50만원 이하인 경우에도 진단서 제출을 요구할 수 있다. 2) 제출된 진단서에 대하여는 실비를 지급한다.
카. 외국 체류 중에 치료를	<ol style="list-style-type: none"> 1) 환율의 적용시점은 외국의료기관에 진료비를 납부한 때로 하며, 외국기관에서 발행한 서류는 원본 또는 사본과 그 번역본을 제출하여야 한다.

<p>하고 요양급여 승인을 받은 경우</p>	<p>2) 외국 요양기관에서 행한 요양에 대한 요양비산정기준은 다음과 같다. 가) 국내의 기준에 상응하는 경우에는 국내의 기준에 따른 금액 나) 국내의 기준으로 산정하기 불가능한 경우에는 해당 외국 요양기관에 지급한 금액</p>
--------------------------	---

비 고

1. 요양급여의 수가기준은 「국민건강보험법」 제42조제4항에 따라 보건복지부장관이 고시하는 수가에 따른다.
2. 공제회는 피공제자의 진료와 관련하여 법 및 영 등에서 요양급여로 정하지 아니한 진료항목 및 비용 중에서 피공제자의 진료에 필요하다고 판단되는 경우에는 의사의 소견서 등을 참고하여 인정할 수 있다.
3. 공제회는 다음 각 호에 어느 하나에 해당하는 경우에는 피공제자가 치료 받기 전에 치료비를 지급할 때 중간이자를 공제할 수 있으며, 이 경우 공제방식은 호프만식에 의한다.
 - 가. 성장기 등의 사유로 현재로서는 치료 불가능하지만 일정기간 이후 치료 가능한 경우
 - 나. 기타 불가피한 사유로 향후에 치료함이 적당하다는 의학적 소견이 있는 경우