

(6) 산소치료

● 지급대상

(가) 장애정도가 심한 호흡기 장애인의 경우 별도로 시행된 동맥혈 가스검사 또는 산소포화도 검사 결과 다음의 각 항목 중 하나에 해당하는 경우(요양비의 의료 급여 기준 및 방법 별표1)

① 동맥혈 가스검사

- 동맥혈 산소분압이 55mmHg 이하인 경우
- 동맥혈 산소포화도가 88% 이하인 경우
- 동맥혈 산소분압이 56~59mmHg이면서 적혈구 증가증(헤마토크릿 > 55%)이거나 울혈성 심부전을 시사하는 말초 부종이 있거나, 폐동맥 고혈압이 있는 경우
- 동맥혈 산소포화도가 89% 이상이면서 적혈구 증가증(헤마토크릿 > 55%)이거나 울혈성 심부전을 시사하는 말초 부종이 있거나, 폐동맥 고혈압이 있는 경우

② 산소포화도 검사

- 산소포화도가 88% 이하인 경우
- 산소포화도가 89% 이상이면서 적혈구 증가증(헤마토크릿 > 55%)이거나 울혈성 심부전을 시사하는 말초 부종이 있거나, 폐동맥 고혈압이 있는 경우

(나) 2019년 7월 1일전 호흡기 장애 1급 또는 2급으로 확인되는 경우에는 (가)의 검사 없이 내과, 결핵과, 흉부외과 또는 소아청소년과 전문의가 산소치료가 필요하다고 판단한 사람

(다) 기타 지급대상

- 중증의 만성심폐질환자 등 산소치료가 필요하다고 인정되는 자 중 90일 동안의 적절한 내과적 치료 후(단, 90일 미만의 신생아 또는 장애정도가 심한 호흡기 장애인의 경우에는 사전 내과적 치료기준 폐지) 별도로 시행된 동맥혈 가스검사 또는 산소포화도검사결과가 (가)의 각 항목 중 하나에 해당하는 경우

【관련 상병】

상병기호	상병명
A150 ~ A169	호흡기결핵
B909	호흡기 및 상세불명 결핵의 후유증
C32 ~ C349	기관지 및 폐의 악성 신생물
C73	갑상선의악성신생물
C78 ~ C783	폐의 이차성 악성 신생물
D021 ~ D022	기관의 제자리암종 등
I21 ~ I25	심근경색 관련 상병
I26 ~ I289	폐성심장병 및 폐순환의 질환
I500 ~ I509	울혈성 심부전 등
J43 ~ J47	폐기종 등
J60 ~ J65	진폐증 등
J70	호흡기병태 및 폐장애 등
J80 ~ J99	성인호흡곤란증후군 등
P22 ~ P229	신생아의 호흡곤란
P270 ~ P289	웁슨키티증후군 등
Q20 ~ Q349	심방실 및 연결의 선천기형 등
R060 ~ R068	호흡곤란 등
하단참고*	폐렴 관련 상병

* A202, A403, A482, B012, B052, B206, B221, B250, B953, B960, B961, G001, J12, J15, J16, J17, J18, J100, J110, J120~J129, J13, J14, J150~159, J160, J168, J170~J178, J180, J181, J182, J188, J189, J200, J67, J69, J678, J679, J680, J690, J691, J698, J8410, J851, J852, M001, M0010~M0019, O740, P23, P230~P239

● 처방전문의 및 처방기간

- 처방전문의 : 내과, 결핵과 또는 흉부외과 전문의
(소아의 경우 소아청소년과 전문의 포함)
- 처방기간 : 1년 이내

● 가정산소치료서비스 기준

- 업체는 정기방문 시 방문하는 달에 환자의 서명을 받되, 방문하지 않는 달에는 청구인란을 공란으로 둘 것
- 공란은 보장기관 담당자가 수시로 수급자 또는 가족에게 사용여부를 확인하고, 서명인 란에 통화일시를 기록할 것

【서비스 가격별 장비 및 서비스 내용】

1. 가정용 산소발생기

구 분	장비기준				서비스 내용	
	순도	소음	소비 전력	경보기능	정기방문	직영 영업소
1) 요양비고시 별표2 제2호 가목의 규정에 의한 기준 가격(12만원/월)	90% 이상	45dB 이하	300W 이하	전원중단, 산소농도, 유량(압력) 중 1가지 이상	4개월마다 1회 이상	3개 이하
2) 요양비고시 별표2 제2호 가목의 규정에서 정한 기준 가격을 초과하고 최고가격 (16만원/월) 미만	90% 이상	35dB 초과 45dB 미만	250W 초과 300W 미만	전원중단, 산소농도, 유량(압력) 중 2가지 이상	3개월마다 1회 이상	4개 이상
3) 요양비고시 별표2 제2호 나목의 규정에서 정한 최고 가격(16만원/월)	90% 이상	35dB 이하	250W 이하	전원중단, 산소농도, 유량(압력) 중 3가지 이상	3개월마다 1회 이상	6개 이상

2. 휴대용 산소발생기

구 분	장비기준				서비스 내용	
	순도	소음	소비 전력	경보기능	정기방문	직영 영업소
1) 요양비고시 별표2 제2호 가목의 규정에 의한 기준 가격(20만원/월)	90% 이상	60dB 이하	흡입모드	기기고장, 배터리 잔량, 호흡수 이상 감지, 호흡 미감지 중 1가지 이상	3개월마다 1회 이상	3개 이하
2) 요양비고시 별표2 제2호 가목의 규정에서 정한 기준 가격을 초과하고 최고가격 (24만원/월) 미만	90% 이상	60dB 이하	연속모드	기기고장, 산소농도, 배터리 잔량, 호흡수 이상감지, 호흡미 감지 중 2가지 이상	3개월마다 1회 이상	4개 이상

* 산소치료서비스기준 등에 관한 세부사항(국민건강보험공단 공고)

【동일업체를 계속 이용하는 경우 표준계약서 연장이 불필요한 이유】

- 산소치료서비스 기준등에 관한 세부사항(건강보험공단 공고) 별지 제1호 서식, 가정 산소치료 서비스 표준계약서 제3조 제3항 : 계약기간 만료 7일전까지 갑(제공업체) 또는 을(수급자)이 계약 종료 의사를 표시하지 않는 한 계약기간은 연장된 것으로 본다.

● 제출서류

- 요양비 지급청구서(산소치료)(시행규칙 별지 제12호의2서식, [서식 23]) 1부
- 의사의 산소치료 처방전(별지 제6호서식, [서식 33]) 1부
- 산소치료를 하였음을 증명할 수 있는 서류(표준계약서) 1부
 - 표준계약서에는 반드시 산소발생기 관리번호가 적혀 있어야 하고, 2차 청구부터는 변경사항이 있을 경우에만 제출(동일업체를 계속 이용하는 한 표준계약서 연장 불필요)
- 세금계산서(세금계산서 대신 “현금영수증 또는 카드영수증(지출증빙)” & 거래명세서 가능) 1부

【의료기관 입원 중 가정산소요양비 지급(예시)】

- 4월 20일 입원하여 7월 19일 퇴원한 경우, 4.1~4.19일까지 사용하였으므로 한달치 지급, 5~6월 지급 불가, 7월에 새로 신청하여 하루라도 사용한 경우에는 한달치 지급

● 지급절차 및 방법

- 수급자 본인, 가족 및 대리인은 요양비지급청구서에 관련서류를 첨부하여 주소지 관할 시장·군수·구청장에게 신청
 - 산소치료 요양비는 월 단위로 청구하며, 첫 달(1차청구)에는 반드시 처방전 확인
 - 필요한 경우 담당공무원이 신청할 수 있으며, 청구인란에 담당공무원 성명 기재
- 시장·군수·구청장은 건강보험공단 홈페이지에서 업체 및 모델명이 등록되어 있는지 확인한 후 지체 없이 수급자에게 요양비 지급
 - 수급자가 업체에 대금지급하기를 희망하는 경우에는 업체 계좌에 입금 가능 (청구서 수령인란에 업체로 체크(√), 위임장은 필요 없음)
 - 산소치료서비스 등록업소는 공단홈페이지(www.nhis.or.kr) 정책센터 → 국민건강보험 → 보험급여 → 의료비 신청 → 요양비 → 산소치료 기기 대여료
- 요양비는 사용기간 경과 후에 청구
- 가정용은 하루를 사용한 경우에도 월 지급금액을 지급하며, 서비스 계약기간 중에 종료되는 경우에도 종료되는 날이 속하는 해당 월의 지급금액 전액 지급
 - 사용기간이 2.14~3.13일 경우, 3.13일 이후 청구 가능
 - 산소발생기를 구입하여 사용하는 경우 및 의료급여기관 입원기간 중에는 요양비 지원 불가
- 휴대용은 15일 이내 대여 시 기준금액의 50% 지원(10만원/매월 단위)
 - 산소발생기를 구입하여 사용하는 경우 및 의료급여기관 입원기간 중에는 요양비 지원 불가

● 지급금액

- 산소치료서비스에 대한 요양비는 서비스 가격에 관계없이 고시된 금액의 범위 내에서 지급(유지·보수시 소요된 재료비 등 제반비용 포함)
- 가정용(12만원/월)
- 휴대용(20만원/월)

【휴대용 산소치료 서비스 사용기간별 청구 사례】

연번	사용기간	청구시기	차수적용	기준금액	비고
1	'17.1.25. ~ 2.5.	'17.3.1. 이후	(1차) '17.1.25. ~ 1.31. (2차) '17.2.1. ~ 2.5.	(1차) 10만원 (2차) 10만원	월 기준 각각 15일 이내 사용
2	'17.1.25. ~ 2.18. / '17.2.20. ~ 2.25. (2회 사용)	'17.3.1. 이후	(1차) '17.1.25. ~ 1.31. (2차) '17.2.1. ~ 2.18.	(1차) 10만원 (2차) 20만원	'17.2.20. ~ 2.25. 사용은 2월 기준금액 초과로 청구 불가
3	'17.1.1. ~ 1.3 / '17.1.10. ~ 1.28. (2회 사용)	'17.2.1. 이후	(1차) '17.1.1. ~ 1.3. (2차) '17.1.10. ~ 1.28.	(1차) 10만원 (2차) 10만원	(2차) 15일 초과 사용 이나, 월 기준금액 초과로 10만원 적용
4	'17.1.1. / '17.1.10. '17.1.25. / '17.1.29. (4회 사용)	'17.2.1. 이후	(1차) '17.1.1. ~ 1.1. (2차) '17.1.10. ~ 1.10.	(1차) 10만원 (2차) 10만원	'17.1.25. / '17.1.29. 사용은 월 기준금액 초과로 청구불가
5	'17.2.5. ~ 2.15. / '17.2.21. ~ 2.28. (2.10. 자격변동 : 건보→의료급여)	'17.3.1. 이후	(1차) '17.2.5. ~ 2.15. (2차) '17.2.21. ~ 2.28.	(1차) 10만원 (2차) 10만원	(1차) 건보 청구 : 2.5. 자격 적용 (2차) 의료급여 청구 : 2.21. 자격적용
6	'17.1.25. ~ 2.20. / '17.2.3. 사망	'17.3.1. 이후	(1차) '17.1.25. ~ 1.31. (2차) '17.2.1. ~ 2.3.	(1차) 10만원 (2차) 10만원	서비스 시작일부터 사망일까지 월 단위로 계산하여 지급

(7) 인공호흡기 대여서비스 등

● 지급대상

인공호흡기를 필요로 하는 환자*가 ①의사의 처방전에 따라 ②건강보험공단에 등록된 업소에서 인공호흡기 치료 서비스를 제공받는 경우

- * 「요양비의 보험급여 기준 및 방법 고시」(보건복지부 고시 제2018-291호)[별표4의2]에 고시된 상병으로, 상병별 진단기준과 검사항목을 충족하고, 임상증상과 이산화탄소 분압 검사 결과를 통해 인공호흡기가 필요하다고 전문의로부터 확진받은 사람

● 처방전문의 및 처방기간

- 처방전문의 : 신경과, 신경외과, 재활의학과, 내과, 흉부외과, 또는 결핵과 전문의 (소아의 경우 소아청소년과 전문의 포함)
- 처방기간 : 최초처방은 6개월이내, 재 처방은 2년 이내의 범위에서 담당 의사가 판단하여 처방 가능

※ 현재 질병관리본부에서 인공호흡기 지원을 받고 있는 희귀질환, 중증난치질환대상자 중 의료급여 수급자는 처방기간이 남아있는 경우 신규 처방전 발급하지 않고 요양비 청구 가능
단, 처방기간은 2016년 1월 1일부터 최대 2년이며, 처방기간 종료일 전 90일 이내 또는 후 30일 이내에 재 처방전을 발급받아 종료일 후 30일 이내 대여한 경우에 계속하여 요양비 지급 청구 가능
또한, 제도시행 이전에 자비로 의사의 처방에 따라 인공호흡기를 지속적으로 사용하던 환자의 경우 '16.1.30.일까지 해당 검사 후 처방전(검사결과지 또는 의사소견서 첨부)을 보장기관에 제출한 경우 '16.1.1.일을 요양비 적용 시작일로 적용

● 적용절차 및 시기

- 적용 절차 : 처방전 발급 → 인공호흡기 기기적용 테스트 후 최종 확정* → 인공호흡기 치료 서비스 제공업소와 '표준계약서 작성' 후 환자 및 업소가 각 1부씩 보관

* 의사의 처방에 따라 기기적용 테스트가 완료되어 최종 확정된 날을 요양비 적용시작일로 산정함

※ 적용 시작일 : 인공호흡기 요양비는 인공호흡기 적용테스트 후 최종 확정된 날(인공호흡기를 대여받아 사용한 것으로 봄)부터 요양비 적용

예시 2016.2.3. 인공호흡기 처방전 발행 → 인공호흡기 기기적용 테스트(2.3~2.5) →
2016.2.5. 테스트 완료, 기기확정 → 인공호흡기 요양비는 2016.2.5.일부터 적용

● 청구 및 지급절차

〈지급요건 확인〉

- ① 진료일 현재 자격 및 관련 상병력 여부
- ② 처방전의 처방기간 확인
(처방전 발행 월에 한해 2회 이상의 이산화탄소 분압 검사결과지 또는 검사결과를 명시한 의사소견서 첨부 필수)
- ③ 등록업소에서 대여 및 구입여부와 등록제품 여부 확인
- ④ 지급청구서의 청구기간과 의사처방전 발행일 등 확인
- ⑤ 인공호흡기치료 서비스의 최초 청구월과 마지막 청구월의 경우 사용기간 일할계산 등 확인(기기에 한해 일할 계산하는 내용 첨부, 소모품은 중 마스크는 1년 단위로 계산(매년초 갱신), 커넥터를 마스크로 변경시 증빙서류 확인 등)

- 수급자 본인, 가족 및 대리인은 요양비지급청구서에 관련서류를 첨부하여 주소지 관할 시장·군수·구청장에게 신청

- 시장·군수·구청장은 건강보험공단 홈페이지에서 업체 및 모델명이 등록되어 있는지 확인한 후 수급자에게 요양비 지급

* 인공호흡기 대여서비스 등록업소는 공단홈페이지(www.nhis.or.kr) 정책센터 → 국민건강보험 → 보험급여 → 의료비 신청 → 요양비 → 인공호흡기 대여료 및 소모품 구입

** 수급자가 업체에 대금지급하기를 희망하는 경우에는 업체 계좌에 입금 가능(청구서 수령인란에 업체로 체크(✓), 위임장은 필요 없음)

- 요양비는 사용기간 경과 후에 청구해야 하며, 월 중에 시작하거나 월 중에 종료한 경우 그 시작 월 또는 종료 월의 요양비(기계대여료에 한정)는 일할 계산하여 지급

* 인공호흡기치료 서비스에 대한 요양비(기계대여료, 소모품 구입비)는 사용한 달의 다음 달에 청구

- 소모품 유형 및 개수에 따라 지급액이 달라지므로 신청 접수시 세트유형 및 개수에 대해 반드시 확인 필요

※ 적용예시

- 기본 소모품은 세트유형(세트1, 세트2) 확인하고, 둘 중 하나 선택

예시 세트1 구입시 → [✓] 튜브, 필터, 가슴기물통 원

- 선택 소모품은 ㉠, ㉡ 중 택1하여 금액 적시하며, 개수 확인(월 2개까지 선택 가능)

예시 ㉠ 일반 일체형 커넥터 구입시 → [✓] 일반 원

예시 ㉡ 일반(실리콘 튜브 포함) 구입시 → [✓] 일반(실리콘 튜브 포함) 원

● 제출서류

- 요양비 지급청구서(인공호흡기·기침유발기) (시행규칙 별지 제12호6서식, [서식 26]) 1부
- 의료급여 인공호흡기 처방전(검사결과지 또는 의사소견서 첨부)(요양비의 의료급여 기준 및 방법 별지 제2호서식, [서식 29]) 1부
- 공단에 등록된 업소에서 인공호흡기 치료 서비스를 제공받았음을 증명할 수 있는 서류(표준계약서) 1부
- 세금계산서(세금계산서 대신 “현금영수증 또는 카드영수증(지출증빙)” & 거래명세서 가능) 1부

● 지급대상 품목

구 분	품 목
인공호흡기 대여료	인공호흡기(범용 또는 개인용)
소모품 구입비	기본소모품 : 튜브, 필터, 가슴기 물통
	선택소모품 : 커넥터 또는 마스크

● 지급금액

- 인공호흡기 대여 서비스 등 구입 및 대여에 대한 요양비는 기준 금액 내에서 지급
 ※ 기준금액

급여대상 품목 구분				기준금액(원)
인공호흡기 대여료		혼합형		535,000원/월
		압력형·볼륨형		356,000원/월
기본소모품(택 1)		세트 1		60,000원/월
		세트 2		80,000원/월
선택 소모품 (㉔, ㉕ 중 하나 선택)	㉔ 기관절개 환자용 커넥터	일반 일체형		7,000원/개
		일반(실리콘 튜브 포함)		14,500원/개
	㉕ 마스크	코마스크 (Nasal, pillow)	실리콘 또는 필로우	125,000원/개
			겔	120,000원/개
		코·입마스크 (Facial)	실리콘	72,000원/개
			겔	148,000원/개

※ 기본소모품 : 세트 1은 튜브 1개, 필터 4개 및 가슴기물통 1개 이고, 세트 2는 튜브 2개, 필터 4개 및 가슴기물통 1개로 구성됩니다.

- 선택 소모품은 개수 초과 시 그 종류별로 다음 표에서 정하는 금액을 넘지 못함

구 분		기준금액
기관절개환자용 커넥터	일반 일체형	14,000원/월
	실리콘 연결형	29,000원/월
마스크		400,000원/연

* 커넥터는 일반 일체형 또는 실리콘 연결형 포함 월 2개, 마스크는 월 1개 지원

(8) 기침유발기

● 지급대상

인공호흡기 사용하는 사람 중 기침유발기를 필요로 하는 환자가 ①의사의 처방전에 따라 ②건강보험 공단에 등록된 업소에서 기침유발기 서비스를 제공받는 경우

- (1) 보건복지부 고시 “요양비의 보험급여 기준 및 방법” [별표 4의2] 제1호(희귀질환, 중증난치질환) 및 제2호(만성호흡부전이 동반되는 중추신경계 질환)의 상병으로 인공호흡기 사용자가 호흡기 질환 병력 확인 및 호흡기능검사에서 최고호기유량 측정 결과 최대기침유량이 250 L/min 이하일 것
 - 24시간 지속적인 인공호흡기 사용으로 인공호흡기를 이탈할 수 없는 경우, 만 6세 이하의 소아, 의식 저하, 인지기능 저하 또는 기관절개로 최고호기유량 측정을 할 수 없는 경우에는 환자의 상태를 적은 의사소견서로 대체
- (2) 최초 처방 시 해당 전문의에게 기본사용법과 주의사항에 대하여 교육을 받았을 것

● 처방전문의 및 처방기간

- 처방전문의 : 신경과, 신경외과, 재활의학과, 내과, 흉부외과 전문의
(소아 : 소아청소년과 전문의 포함)
 - * 인공호흡기와 동일한 처방 전문의 범위 내로 하되, 인공호흡기 지원대상 상병 중에서 폐질환 제외로 ‘결핵과’ 제외
- 처방기간 : 최초 처방 6개월 이내, 재(再)처방 2년 이내
 - ※ 국고지원대상자 중 처방전에 처방기간을 정하지 아니한 경우 2018.12.31.까지 인정하고, 처방기간이 명시된 경우 해당 처방기간까지만 인정(처방기간 종료일 전 90일 이내 또는 후 30일 이내에 새로운 처방전 제출)

● 적용절차

- 환자 진료 후 의료급여 기침유발기 처방전(별지 제7호서식, [서식 30]) 발급 → 기침유발기치료 서비스 제공업소와 '표준계약서 작성' 후 환자 및 업소가 각 1부씩 보관 → 시군구 신청
 - * 요양비 기준고시 별표 4의2 '인공호흡기 요양비 지급대상 상병' 중, 희귀난치성 질환(제1호) 및 만성 호흡부전이 동반되는 중추신경계 질환(제2호)
 - * 뇌간뇌졸중 증후군 (G46.3), 중추성 수면무호흡 (G47.31) 제외

● 청구 및 지급절차

〈지급요건 확인〉

- ① 진료일 현재 자격 및 관련 상병력 여부
- ② 처방전의 처방기간 확인
(처방전 발행 월에 한해 검사결과지 또는 의사소견서 첨부 필수)
- ③ 등록업소에서의 대여 및 구입여부와 등록제품 여부 확인
- ④ 지급청구서의 청구기간과 의사처방전 발행일 등 확인
- ⑤ 기침유발기의 최초 청구월과 마지막 청구월의 경우 사용기간 일할계산 등 확인

- 수급자 본인, 가족 및 대리인은 요양비지급청구서에 관련 서류를 첨부하여 주소지 관할 시장·군수·구청장에게 신청
- 시장·군수·구청장은 건강보험공단 홈페이지에서 업체 및 모델명이 등록되어 있는지 확인한 후 수급자에게 요양비 지급
 - * 기침유발기 대여서비스 등록업소는 공단홈페이지(www.nhis.or.kr) 정책센터→ 국민건강보험 → 보험급여 → 의료비 신청 → 요양비 → 기침유발기 대여료
 - ** 수급자가 업체에 대금지급하기를 희망하는 경우에는 업체 계좌에 입금 가능(청구서 수령인란에 업체로 체크(✓), 위임장은 필요 없음)
- 요양비는 사용기간 경과 후에 청구해야 하며, 월 중에 시작하거나 월 중에 종료한 경우 그 시작 월 또는 종료 월의 요양비는 일할 계산하여 지급

● 제출서류

- 요양비 지급청구서(인공호흡기·기침유발기)(시행규칙 별지 제12호6 서식, [서식 26]) 1부
- 의료급여 기침유발기 처방전(검사결과지 또는 의사소견서 첨부)(요양비의 의료급여 기준 및 방법 별지 제3호서식, [서식 30]) 1부
- 공단에 등록된 업소에서 기침유발기 치료 서비스를 제공받았음을 증명할 수 있는 서류(표준계약서) 1부
- 세금계산서(세금계산서 대신 신용카드전표 또는 현금영수증 & 거래명세서 가능) 1부

● 지급금액

- 산소치료서비스에 대한 요양비는 서비스 가격에 관계 없이 고시된 금액의 범위 내에서 지급(유지·보수시 소요된 재료비 등 제반비용 포함)
- 160,000원/월

(9) 양압기('20. 12. 2. 개정)

● 지급대상 및 기준 : (요양비의 의료급여 기준 및 방법 별표1, 별표2)

양압기를 필요로 하는 환자가 ①의사의 처방전에 따라 ②건강보험공단에 등록된 업소에서 양압기 서비스를 제공받는 경우

1. 다음 각 목(가, 나, 다)의 요건을 모두 충족하는 사람

- 가. 다음 상병 중 어느 하나에 해당하는 수면무호흡증후군 환자로서 양압기가 필요하다고 진단 받았을 것

상병코드	상병명
G47.3	수면무호흡
P28.3	신생아의 원발성 수면무호흡, 신생아의 중추성 수면무호흡, 신생아의 수면무호흡 NOS, 신생아의 폐색성 수면무호흡
P28.4	신생아의 기타 무호흡, 신생아·폐색성(~의) 무호흡, 미숙아(~의) 무호흡

나. 대상자별로 다음 구분에 따른 요건을 충족할 것

- 1) 일반의 경우 : 제 I 형 수면다원검사(Level I) [별지 제4호서식의 처방전 발행일 부터 소급하여 1년 이내에 실시한 것이어야 한다. 이하 2)에서 같다] 결과 무호흡·저호흡 지수(AHI, Apnea Hypopnea Index)가 15 이상이거나 다음의 어느 하나에 해당할 것
 - 가) 무호흡·저호흡 지수가 10 이상이면서 불면증, 주간졸음, 인지기능 감소, 기분장애 중 어느 하나에 해당할 것
 - 나) 무호흡·저호흡 지수가 5 이상이면서 고혈압, 빈혈성 심장질환, 뇌졸중의 기왕력, 산소포화도가 85% 미만 중 어느 하나에 해당할 것
- 2) 12세 이하 소아의 경우 : 제 I 형 수면다원검사(Level I) 결과 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 5 이상이거나 또는 1 이상이면서 다음의 어느 하나에 해당할 것
 - 가) 불면증, 나) 주간졸음, 다) 부주의·과행동증, 라)아침두통, 마)행동장애, 바) 학습장애, 사) 산소포화도가 91% 미만

3) 제 I 형 수면다원검사(Level I)를 실시할 수 없는 경우 : 2세 이하의 영유아인 경우 또는 협조가 불가능한 질환자(선천이상 기형, 신경발달지연)로서 수면 중 이산화탄소 분압 검사 결과가 아래 어느 하나에 해당 할 것.

가) 호기말 또는 경피적 이산화탄소 분압(EtCO₂ 또는 TcCO₂)이 수면시간의 25% 이상에서 50mmHg 이상일 것

나) 2회 이상 실시한 호기말 또는 경피적 이산화탄소 분압(EtCO₂ 또는 TcCO₂) 결과가 모두 50mmHg 이상일 것

다. 다음의 서류를 제출하였을 것

1) 나목 1), 2)에 해당하는 사람(일반, 12세 이하 소아) : 제 I 형 수면다원검사(Level I) 결과지

2) 나목 3)에 해당하는 사람(제 I 형 수면다원검사 Level I 를 실시할 수 없는 경우) : 해당 이산화탄소 분압 검사 결과지(또는 해당 검사결과를 명시한 소견서)와 환자 상태에 대한 의사소견서

● 처방전문의 및 처방기간

- 처방전문의 : 가정의학과·내과·소아청소년과·신경과·이비인후과·정신건강의학과·재활의학과 전문의 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」고시에 따라 수면다원검사 실시 자격기준을 충족한 전문의

- 처방기간

- 순응기간(최초 처방일부터 90일까지의 기간) 중 처방 : 90일 이내
- 순응기간 후 처방 : 3개월 이내
(만약, 순응기준에 해당하지 않는 자의 경우에는 순응기간 말일의 다음 날부터 180일 경과 후 순응도 평가 등 절차가 최초 양압기 처방시와 동일하게 다시 진행)

● 순응기간과 순응도 평가 기준

- 순응기간 : 양압기 처방을 받고 사용에 적응하는 기간을 말하며 그 기간은 최초 처방일부터 90일까지가 해당
- 순응도평가 : 순응기간 중에 양압기 사용에 성공여부를 평가하는 것

〈순응도 평가기준〉

순응기간(최초 처방일부터 90일까지) 중 연이은 30일 사용기간에서 1일 4시간(12세 이하는 3시간) 이상 사용한 날이 21일(70%) 이상인 경우 양압기 사용에 성공한 것으로 봄.

- 순응도 평가 결과 순응에 성공한 경우에 한해 지속적 급여 대상자로 인정되며 다만, 순응기간 중 사용한 기간은 순응성공 여부에 관계 없이 급여를 적용.

예시 최초 처방기간 8.1~10.29(90일) 동안 하루 4시간 이상 사용한 날이
 - 사례1: 총 25일[8.1~7(7), 8.25~31(7), 9.10~16(7), 10.1~4(4)]→ 순응실패
 - 사례2: 총 21일[8.16~22(7), 8.27~9.2(7), 9.5~11(7)] → 순응성공

- 순응에 실패한 경우 : 순응기간(최초 처방일부터 90일) 후 순응에 실패한 경우로 확인된 경우 '순응기간 후 처방전' 발급은 불가.

다만, 순응에 실패한 경우 순응기간 말일의 다음날부터 180일 경과 후 처방전 발행, 순응도 평가 등 절차가 최초 양압기 처방시와 동일하게 다시 진행

● 처방전 기재사항

- 상병코드, 상병명, 압력처방, 순응기간 중 순응도 평가(순응기간 후 최초 처방 시 해당), 처방 구분, 처방기간, 하루 평균 사용시간을 기재하고, 양압기 종류도 함께 처방

● 급여품목 및 기준금액

급여대상 품목 구분		기준금액(원)
양압기 대여료	지속형(CPAP)	76,000원/월
	자동형(APAP)	89,000원/월
	이중형(BiPAP)	126,000원/월
소모품	마스크	95,000원/1개(연)

● 양압기 대여 및 청구·지급절차

1. 양압기 대여

- (대상) 직전 처방기간 동안 하루 평균 기기사용시간이 2시간 이상인 경우에 해당 하는 자에 한정
- (절차) 의사의 처방에 따라 양압기를 처방 받기 → 업체와 "양압기치료 서비스 표준계약서" 작성 → 양압기 치료서비스를 제공 받기 → 해당 월 요양비는 [별지 제12호의7서식] 요양비 지급청구서(양압기) 서식서식(별지 제12호의7서식, [서식 27])으로 매월 1일부터 그달 말일 제공 받은 서비스를 그 다음 달에 월정액으로 매월 지급청구(후불제)

* 다만, 대여 서비스를 월 중에 시작하거나 종료한 경우 일할 계산

- 청구 기간 : 양압기 기기대여 또는 소모품 구입일로부터 3년 이내

▷ 요양비 급여 적용기간

- 예시** ① 순응기간 중 처방기간(2020.8.1.~10.29.) → 2020.8.1. 기기확정 및 사용 개시일(=대여 계약기간 시작일) → 2020.10.29. 계약 종료일: 요양비 급여 적용기간은 2020.8.1.~10.29.(90일간)입니다.
- ② 순응기간 중 처방기간(2020.8.1.~10.29.) → 2020.8.3. 기기확정 및 사용 개시일(=대여 계약기간 시작일) → 2020.10.29. 계약 종료일: 요양비 급여 적용기간은 2020.8.3.~10.29.(88일간)입니다.

2. 청구 및 지급절차

〈지급요건 확인〉

- ① 진료일 현재 자격 및 관련 상병력 여부
- ② 처방전의 처방기간 확인
(처방전 발행 월에 한해 검사결과지 또는 의사소견서 첨부 필수)
- ③ 등록업소에서의 대여 및 구입여부와 등록제품 여부 확인
- ④ 지급청구서의 청구기간과 의사처방전 발행일 등 확인
- ⑤ 인공호흡기와 중복청구 확인
(인공호흡기 기능에 양압기 기능이 모두 포함되어 있어, 인공호흡기치료 또는 양압기치료 중에 하나를 선택해서 청구)

- 수급자 본인, 가족 및 대리인은 요양비지급청구서에 관련서류를 첨부하여 주소지 관할 시장·군수·구청장에게 신청
- 시장·군수·구청장은 건강보험공단 홈페이지에서 업체 및 모델명이 등록되어 있는 지 확인한 후 수급자에게 요양비 지급
 - * 공단에 등록된 양압기치료 서비스 제공업소의 등록 된 제품에 대해서만 지원 가능
 - ☞ 공단홈페이지(www.nhis.or.kr) 정책센터 → 국민건강보험 → 보험급여 → 의료비 신청 → 요양비 → 양압기 대여료 및 소모품 구입비
 - ** 수급자가 업체에 대금지급하기를 희망하는 경우에는 업체 계좌에 입금 가능(청구서 수령인란에 업체로 체크(✓), 위임장은 필요 없음)
- 양압기치료 서비스에 대한 요양비(기기대여료, 소모품 구입비)는 사용기간 경과 후에 청구해야 하며, 기기 대여를 월중에 시작하거나 종료한 경우에는 그 달의 대여료는 일할 계산하여 지급

● 제출서류

- 아래 구비서류는 모두 원본(다만, 표준계약서는 사본) 제출

- 요양비 지급청구서 1부 (시행규칙 별지 제12호7서식, [서식 27])
- 의료급여 양압기 처방전 1부 (처방전 발급받은 월에 한함)(별지 제4호서식, [서식 31])
※ 처방전 구비서류 포함
- 양압기치료 서비스 표준계약서 사본 1부
※ 표준계약서는 제공업소와 계약한 당월분에 한해 제출(변경사항 발생 시 추가 제출)
- 세금계산서 1부 (품명, 수량, 단가, 업소명이 기재된 세금계산서)
※ 요양비 지급 청구서와 세금계산서는 매월 제출
※ 세금계산서 대신 “현금영수증 또는 카드영수증(지출증빙)” & 거래명세서 가능) 1부

☞【「요양비의 보험급여 기준 및 방법」 별표 4의2】

인공호흡기 요양비 지급대상 상병(제5조의2제1항 관련)

1. 희귀질환, 중증난치질환의 경우: 다음 표의 상병

상병명	특정기호
크로이츠펠트-야콥병 (A81.0)	V102
부신백질디스트로피[애디슨-실더] (E71.3)	V117
글리코젠축적병 / 심장글리코젠증 / 안데르센병 / 코리병 / 포르브스병 / 허스병 / 맥아들병 / 폼페병 / 타루이병 / 폰기에르케병 / 간인산화효소결핍 (E74.0)	V117
글리코사미노글라이칸대사장애 (E76)	V117
I 형 점액다당류증 / 혈러증후군 / 혈러-샤이에증후군 / 샤이에증후군 (E76.0)	V117
II 형 점액다당류증 / 헌터증후군 (E76.1)	V117
기타 점액다당류증 / 베타-글루쿠론산분해효소결핍 / III, IV, VI, VII 형 점액다당류증 / 마로토-라미(경도)(중증) 증후군 / 모르키오(-유사)(고전적)증후군 / 산필립포 (B형)(C형)(D형)증후군 (E76.2)	V117
상세불명의 점액다당류증 (E76.3)	V117
글루코사미노글라이칸대사의 기타 장애 (E76.8)	V117
글루코사미노글라이칸대사의 상세불명 장애 (E76.9)	V117
유전성 운동실조 (G11)	V123
선천성 비진행성 운동실조 (G11.0)	V123
조기발병 소뇌성 운동실조 / 본태성 떨림을(를) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조 / 마이오클로누스[헌터운동실조]을(를) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조 / 보류된 건반사(을)를 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조 / 프리드라이히운동실조 (보통염색체열성) / X-연관 열성 척수소뇌성 운동실조 (G11.1)	V123
만기발병 소뇌성 운동실조 (G11.2)	V123
DNA복구결손을 수반한 소뇌성 운동실조 / 모세혈관확장성 운동실조[루아-바] (G11.3)	V123
유전성 강직성 하반신마비 (G11.4)	V123
기타 유전성 운동실조 (G11.8)	V123
상세불명의 유전성 운동실조 / 유전성 소뇌의 운동실조 NOS / 유전성 소뇌의 변성 / 유전성 소뇌의 병 / 유전성 소뇌의 증후군 (G11.9)	V123
척수성 근위축 및 관련 증후군 (G12)	V123
영아척수성 근위축, I 형[베르드니히-호프만] (G12.0)	V123
기타 유전성 척수성 근위축 / 소아기의 진행성 연수마비[파지오-몬테] / 성인형 척수성 근위축 / 소아형, II 형 척수성 근위축 / 원위 척수성 근위축 / 연소형,	V123

상병명	특정기호
Ⅱ형[루겔베르그-벨란데] 척수성 근위축 / 어깨종아리형 척수성 근위축 (G12.1)	
운동신경세포병 (G12.2)	V123
가족성 근위축측삭경화증 (G12.20)	V123
산발형 근위축측삭경화증 (G12.21)	V123
원발성 측삭경화증 (G12.22)	V123
진행성 연수마비 (G12.23)	V123
진행성 근위축 (G12.24)	V123
기타 척수성 근위축 및 관련 증후군 (G12.8)	V123
상세불명의 척수성 근위축 (G12.9)	V123
다발경화증 / 다발경화증 NOS / 뇌간(~의) 다발경화증 / 척수(~의) 다발경화증 / 파종성(~의) 다발경화증 / 전신성(~의) 다발경화증 (G35)	V022
샤르코-마리-치아질환 / 데제린-소타스병 / 루시-레비증후군 / 영아기의 비대성 신경병증 / 유전성 운동 및 감각 신경병증 I-IV형 / 유전성 운동 및 감각 신경병증 / 비골근위축(측삭형, 비대형) (G60.0)	V169
길랭-바레증후군 / 급성 감염(후)다발신경염 (G61.0)	V126
중증근무력증 (G70.0)	V012
근육의 원발성 장애 (G71)	V012
근디스트로피 / 뒤센 또는 베커와 유사한 보통염색체열성, 소아형 근디스트로피 / 양성[베커] 근디스트로피 / 조기수축을 동반하는 양성 어깨종아리[에머리-드라이프스] 근디스트로피 / 원위성 근디스트로피 / 얼굴어깨팔 근디스트로피 / 지대 근디스트로피 / 눈 근디스트로피 / 눈인두성 근디스트로피 / 어깨종아리 근디스트로피 / 중증[뒤센] 근디스트로피 (G71.0)	V012
근긴장장애 / 근긴장디스트로피[스타이너트] / 연골형성장애성 근긴장증 / 약물 유발 근긴장증 / 증상성 근긴장증 / 선천성 근긴장증 NOS / 우성[통슨] 선천성 근긴장증 / 열성[베커] 선천성 근긴장증 / 신경근육긴장[아이작스] / 선천성 이상근긴장증 / 거짓근긴장증 (G71.1)	V012
선천성 근병증 / 선천성 근디스트로피 NOS / 근섬유의 특정 형태 이상을 동반한 선천성 근디스트로피 / 중심핵 병 / 미세심 병 / 다발심 병 / 근섬유형 불균형 / 근세관성(중심핵성) 근병증 / 네말린근병증 (G71.2)	V012
달리 분류되지 않은 미토콘드리아근병증 (G71.3)	V012
근육의 기타 원발성 장애 (G71.8)	V012
근육의 상세불명의 원발성 장애 / 유전성 근병증 NOS (G71.9)	V012
특발성 폐섬유증 (J84.18)	V236

2. 만성호흡부전이 동반되는 중추신경계 질환의 경우 : 다음 표의 상병

상병명	특정기호
뇌간의 악성 신생물 (C71.7) + 만성호흡부전 (J96.1)	
뇌간의 양성 신생물 (D33.1) + 만성호흡부전 (J96.1)	
뇌염, 척수염 및 뇌척수염 (G04) + 만성호흡부전 (J96.1)	
달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염 (G05) + 만성호흡부전 (J96.1)	
기타 및 상세불명의 운동신경세포병 (G12.28) + 만성호흡부전 (J96.1)	
다발-계통 위축 (G23.2) + 만성호흡부전 (J96.1)	
신경성 기립성 저혈압[샤아-드레거] (G23.8) + 만성호흡부전 (J96.1)	
뇌간뇌졸중 증후군 (G46.3) + 만성호흡부전 (J96.1)	
중추성 수면무호흡 (G47.31) + 만성호흡부전 (J96.1)	
밀러휘셔증후군 (G61.0) + 만성호흡부전 (J96.1)	
약물유발 근병증 (G72.0) + 만성호흡부전 (J96.1)	
달리 분류되지 않은 무산소성 뇌손상 (G93.1) + 만성호흡부전 (J96.1)	
상세불명의 뇌병증 (G93.4) + 만성호흡부전 (J96.1)	
대사성 뇌병증 (G93.80) + 만성호흡부전 (J96.1)	
뇌간의 뇌내출혈 (I61.3) + 만성호흡부전 (J96.1)	
뇌경색증 (I63) + 만성호흡부전 (J96.1)	
기타 및 상세불명의 척추후만증, 흉추부 (M40.24) + 만성호흡부전 (J96.1)	
척추측만증 (M41) + 만성호흡부전 (J96.1)	
척수병증을 동반한 기타 척추증, 경부 (M47.12) + 만성호흡부전 (J96.1)	
신생아의 저산소성 허혈뇌병증 (P91.6) + 만성호흡부전 (J96.1)	
뇌량의 선천기형 (Q04.0) + 만성호흡부전 (J96.1)	
뇌의 상세불명의 선천기형 (Q04.9) + 만성호흡부전 (J96.1)	
경부척수의 기타 및 상세불명의 손상 (S14.1) + 만성호흡부전 (J96.1)	

3. 만성호흡부전이 동반되는 폐질환의 경우 : 다음 표의 상병

상병명	특정기호
호흡기 및 상세불명 결핵의 후유증 (B90.9) + 만성호흡부전 (J96.1)	
원발성 폐동맥고혈압 (I27.0) + 만성호흡부전 (J96.1)	V202
기타 이차성 폐동맥고혈압 (I27.2) + 만성호흡부전 (J96.1)	
폐심장증(만성) NOS (I27.9) + 만성호흡부전 (J96.1)	
기타 만성 폐색성 폐질환 (J44) + 만성호흡부전 (J96.1)	
기관지화장증 (J47) + 만성호흡부전 (J96.1)	
기관지의 허탈 (J98.01) + 만성호흡부전 (J96.1)	
기타 명시된 호흡장애 (J98.8) + 만성호흡부전 (J96.1)	
출생전후기에 기원한 기관지폐형성이상 (P27.1) + 만성호흡부전 (J96.1)	
신생아의 호흡부전 (P28.5) + 만성호흡부전 (J96.1)	
신생아의 (지속성)폐동맥고혈압 (P29.3) + 만성호흡부전 (J96.1)	
선천성 후두연화 (Q31.5) + 만성호흡부전 (J96.1)	
기관 및 기관지의 선천기형 (Q32) + 만성호흡부전 (J96.1)	
선천성 낭성 폐 (Q33.0) + 만성호흡부전 (J96.1)	
폐의 기타 선천기형 (Q33.8) + 만성호흡부전 (J96.1)	
호흡계통의 기타 명시된 선천기형 (Q34.8) + 만성호흡부전 (J96.1)	
인두의 기타 선천기형 (Q38.8) + 만성호흡부전 (J96.1)	
폐쇄를 동반하지 않은 선천성 기관지-식도루 (Q39.2) + 만성호흡부전 (J96.1)	
선천성 횡격막탈장 (Q79.0) + 만성호흡부전 (J96.1)	V155

4. 만성호흡부전이 동반되는 심장질환의 경우 : 다음 표의 상병

상병명	특정기호
심장의 선천이상 NOS (Q24.9) + 만성호흡부전 (J96.1)	

☐ 「요양비의 의료급여 기준 및 방법」

[별표 1]

요양비 지급 대상자(제7조제1항 관련)

구 분	대상자																				
복막관류액 및 자동 복막투석 소모성재료	내과전문의(소아의 경우에는 소아청소년과 전문의를 포함한다. 이하 제2호에서 같다)가 복막병형검사 결과 등에 따라 복막관류액 또는 자동복막투석이 필요하다고 인정한 사람 중 1. 다음 상병 중 어느 하나에 해당하는 경우 <table border="1"> <thead> <tr> <th>상병코드</th><th>상병명</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N18</td><td>만성 신장병</td></tr> <tr> <td>N180</td><td>말기 콩팥(신장)병</td></tr> <tr> <td>N181</td><td>만성신장병(1기)</td></tr> <tr> <td>N182</td><td>만성신장병(2기)</td></tr> <tr> <td>N183</td><td>만성신장병(3기)</td></tr> <tr> <td>N184</td><td>만성신장병(4기)</td></tr> <tr> <td>N185</td><td>만성신장병(5기)</td></tr> <tr> <td>N188</td><td>기타 만성 콩팥(신장) 기능상실</td></tr> <tr> <td>N189</td><td>상세 불명의 만성 신장병</td></tr> </tbody> </table> 2. 제1호의 상병에 해당하지 않는 만성신부전증 환자 중 내과 전문의가 복막관류액 또는 자동복막투석이 필요하다는 내용의 소견서를 발급한 경우	상병코드	상병명	N18	만성 신장병	N180	말기 콩팥(신장)병	N181	만성신장병(1기)	N182	만성신장병(2기)	N183	만성신장병(3기)	N184	만성신장병(4기)	N185	만성신장병(5기)	N188	기타 만성 콩팥(신장) 기능상실	N189	상세 불명의 만성 신장병
상병코드	상병명																				
N18	만성 신장병																				
N180	말기 콩팥(신장)병																				
N181	만성신장병(1기)																				
N182	만성신장병(2기)																				
N183	만성신장병(3기)																				
N184	만성신장병(4기)																				
N185	만성신장병(5기)																				
N188	기타 만성 콩팥(신장) 기능상실																				
N189	상세 불명의 만성 신장병																				
산소치료	다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 1. 중증의 만성심폐질환 등으로 산소치료가 필요하다고 인정되는 사람 중 90일 동안의 적절한 내과적 치료 후 별도로 시행한 동맥혈가스 검사 또는 산소포화도 검사 결과가 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람. 다만, 90일 미만인 신생아 또는 장애 정도가 심한 호흡기 장애인의 경우에는 내과적 치료 없이 검사를 시행할 수 있다. 가. 동맥혈가스 검사 결과가 다음의 어느 하나에 해당하는 경우 1) 동맥혈 산소분압이 55mmHg 이하인 경우 2) 동맥혈 산소포화도가 88% 이하인 경우 3) 다음의 어느 하나에 해당하면서 적혈구 증가증(헤마토크릿이 55%를 넘는 경우를 말한다. 이하 같다)이 있거나, 율혈성 심부전을 시사하는 말초 부종이 있거나, 폐동맥고혈압이 있는 경우 가) 동맥혈 산소분압이 56~59mmHg인 경우 나) 동맥혈 산소포화도가 89% 이상인 경우 나. 산소포화도 검사 결과가 다음의 어느 하나에 해당하는 경우 1) 산소포화도가 88% 이하인 경우																				

구 분	대상자														
	2) 산소포화도가 89% 이상이면서 적혈구 증가증이 있거나, 유행성 심부전을 시사하는 말초부종이 있거나, 폐동맥고혈압이 있는 경우 2. 2019년 7월 1일 전 호흡기 장애 1급 또는 2급으로 확인되는 경우에는 제1호의 검사 없이 내과, 결핵과, 흉부외과 또는 소아청소년과 전문의가 산소치료가 필요하다고 판단한 사람														
당뇨병 소모성재료	다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 1. 제1형 당뇨병환자 : 다음의 요건을 모두 충족하는 사람 가. 다음 중 하나 이상에 해당하는 사람 1) 혈중 씨펩타이드(C-peptide) 수치가 기저치 0.6ng/ml 이하, 경구포도당 섭취자극 (또는 글루카곤 주사 또는 식사 후 등) 후 1.8ng/ml 이하 또는 24시간 소변 씨펩타이드(C-peptide) 수치가 30μg/24hr 미만인 경우 2) 최초 진단 시 당뇨병성케톤산증(DKA)의 병력이 있는 경우 3) 항글루타민산탈탄산효소항체(anti-GAD antibody) 등 췌도 또는 인슐린 등에 대한 자가항체 양성인 경우 나. 적절한 혈당조절을 위하여 인슐린 투여가 반드시 필요한 사람 다. 다음 상병에 해당하는 사람 <table border="1"> <thead> <tr> <th>상병코드</th><th>상병명</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>E10.x</td><td>인슐린-의존당뇨병</td></tr> </tbody> </table> * 단, 위의 조건에 해당된다 할지라도 제2형 당뇨병환자는 제외한다. 2. 제2형 당뇨병환자 : 다음의 요건을 모두 충족하는 사람(처방일 기준으로 만 19세 미만인 경우에는 나목을 충족하지 않는 사람도 포함한다) 가. 다음 중 하나 이상에 해당하는 사람 1) 8시간 이상의 공복 혈당 수치가 126mg/dL 이상 2) 당뇨병의 전형적인 증상(다뇨, 다음, 설명되지 않는 체중감소)이 있고 임의 혈당 수치가 200mg/dL 이상 3) 75g 경구당부하검사 후 2시간 혈장 혈당 수치가 200mg/dL 이상 4) 당화혈색소의 수치가 6.5% 이상 나. 적절한 혈당조절을 위하여 인슐린 투여가 반드시 필요한 사람 다. 다음 상병 중 어느 하나에 해당하는 사람 <table border="1"> <thead> <tr> <th>상병코드</th><th>상병명</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>E11.x</td><td>인슐린-비의존당뇨병</td></tr> <tr> <td>E12.x</td><td>영양실조-관련 당뇨병</td></tr> <tr> <td>E13.x</td><td>기타 명시된 당뇨병</td></tr> <tr> <td>E14.x</td><td>상세불명의 당뇨병</td></tr> </tbody> </table> 3. 임신 중 당뇨병환자 : 다음의 요건을 모두 충족하는 사람	상병코드	상병명	E10.x	인슐린-의존당뇨병	상병코드	상병명	E11.x	인슐린-비의존당뇨병	E12.x	영양실조-관련 당뇨병	E13.x	기타 명시된 당뇨병	E14.x	상세불명의 당뇨병
상병코드	상병명														
E10.x	인슐린-의존당뇨병														
상병코드	상병명														
E11.x	인슐린-비의존당뇨병														
E12.x	영양실조-관련 당뇨병														
E13.x	기타 명시된 당뇨병														
E14.x	상세불명의 당뇨병														

구 분	대상자																																	
	가. 다음 상병 중 어느 하나에 해당하는 사람 <table><tr><th>상병코드</th><th>상병명</th></tr><tr><td>E11.x</td><td>인슐린-비의존당뇨병</td></tr><tr><td>E12.x</td><td>영양실조-관련 당뇨병</td></tr><tr><td>E13.x</td><td>기타 명시된 당뇨병</td></tr><tr><td>E14.x</td><td>상세불명의 당뇨병</td></tr><tr><td>O24.x</td><td>임신 중 당뇨병</td></tr></table> 나. 제7조제1항제3호의 처방전 발급 당시 임신 중인 사람	상병코드	상병명	E11.x	인슐린-비의존당뇨병	E12.x	영양실조-관련 당뇨병	E13.x	기타 명시된 당뇨병	E14.x	상세불명의 당뇨병	O24.x	임신 중 당뇨병																					
상병코드	상병명																																	
E11.x	인슐린-비의존당뇨병																																	
E12.x	영양실조-관련 당뇨병																																	
E13.x	기타 명시된 당뇨병																																	
E14.x	상세불명의 당뇨병																																	
O24.x	임신 중 당뇨병																																	
당뇨병 관리기기	다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 제1형 당뇨병환자에 해당하는 사람 1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람 가. 혈중 씨펩타이드(C-peptide) 수치가 기저치 0.6ng/ml 이하, 경구포도당섭취 자극(또는 글루카곤 주사 또는 식사 후 등) 후 1.8ng/ml 이하 또는 24시간 소변 씨펩타이드(C-peptide) 수치가 30μg/24hr 미만인 경우 나. 최초 진단 시 당뇨병성케톤산증(DKA)의 병력이 있는 경우 다. 항글루타민산탈탄산효소항체(anti-GAD antibody) 등 웨도 또는 인슐린 등에 대한 자가항체 양성인 경우 2. 적절한 혈당조절을 위하여 인슐린 투여가 반드시 필요할 것 3. 다음 상병에 해당하는 사람 <table><tr><th>상병코드</th><th>상병명</th></tr><tr><td>E10.x</td><td>인슐린-의존당뇨병</td></tr></table> * 단, 위의 조건에 해당된다 할지라도 제2형 당뇨병환자는 제외한다.	상병코드	상병명	E10.x	인슐린-의존당뇨병																													
상병코드	상병명																																	
E10.x	인슐린-의존당뇨병																																	
자가도뇨 소모성재료	1. 다음 각목 모두에 해당하는 것으로 진단 된 신경인성 방광환자(요류역학 검사결과지 첨부) 다만, 비뇨기계통의 선천성 기형으로 요류역학검사가 불가능한 경우에는 환자상태와 함께 자가도뇨 소모성재료가 필요하다는 의사소견서를 제출한 경우에는 요류역학 검사를 실시한 것으로 본다 가. 다음의 어느 하나에 해당할 것 1) 다음의 상병이 있는 선천성 신경인성 방광환자 <table><tr><th>연번</th><th>상병명</th><th>상병코드</th></tr><tr><td>1</td><td>이분척추</td><td>Q05</td></tr><tr><td>2</td><td>말린자두배증후군</td><td>Q79.4</td></tr><tr><td>3</td><td>복벽의 기타 선천기형</td><td>Q79.5</td></tr><tr><td>4</td><td>엘러스-단로스증후군</td><td>Q79.6</td></tr><tr><td>5</td><td>근골격계통의 기타 선천기형</td><td>Q79.8</td></tr><tr><td>6</td><td>방광외반</td><td>Q64.1</td></tr><tr><td>7</td><td>선천성 후부요도판막</td><td>Q64.2</td></tr><tr><td>8</td><td>요도 및 방광경부의 기타 폐쇄 및 협착</td><td>Q64.3</td></tr><tr><td>9</td><td>비뇨계통의 기타 명시된 선천기형</td><td>Q64.8</td></tr><tr><td>10</td><td>비뇨계통의 상세불명의 선천기형</td><td>Q64.9</td></tr></table>	연번	상병명	상병코드	1	이분척추	Q05	2	말린자두배증후군	Q79.4	3	복벽의 기타 선천기형	Q79.5	4	엘러스-단로스증후군	Q79.6	5	근골격계통의 기타 선천기형	Q79.8	6	방광외반	Q64.1	7	선천성 후부요도판막	Q64.2	8	요도 및 방광경부의 기타 폐쇄 및 협착	Q64.3	9	비뇨계통의 기타 명시된 선천기형	Q64.8	10	비뇨계통의 상세불명의 선천기형	Q64.9
연번	상병명	상병코드																																
1	이분척추	Q05																																
2	말린자두배증후군	Q79.4																																
3	복벽의 기타 선천기형	Q79.5																																
4	엘러스-단로스증후군	Q79.6																																
5	근골격계통의 기타 선천기형	Q79.8																																
6	방광외반	Q64.1																																
7	선천성 후부요도판막	Q64.2																																
8	요도 및 방광경부의 기타 폐쇄 및 협착	Q64.3																																
9	비뇨계통의 기타 명시된 선천기형	Q64.8																																
10	비뇨계통의 상세불명의 선천기형	Q64.9																																

구분	대상자																																																																														
	2) 다음의 후천성 척수손상 상병이 있는 신경인성 방광환자 <table><tr><th>연번</th><th>상병명</th><th>상병코드</th></tr><tr><td>1</td><td>결핵성 수막염(G01*)</td><td>A17.0</td></tr><tr><td>2</td><td>뇌 및 척수의 결핵종(G07*)</td><td>A17.80</td></tr><tr><td>3</td><td>결핵성 수막뇌염(G05.0*)</td><td>A17.81</td></tr><tr><td>4</td><td>뇌 및 척수의 결핵성 농양(G07*)</td><td>A17.88</td></tr><tr><td>5</td><td>척수대독</td><td>A52.1</td></tr><tr><td>6</td><td>열대성 강직성 하반신마비</td><td>G04.1</td></tr><tr><td>7</td><td>달리 분류되지 않은 세균성 수막뇌염 및 수막척수염</td><td>G04.2</td></tr><tr><td>8</td><td>기타 뇌염, 척수염 및 뇌척수염</td><td>G04.8</td></tr><tr><td>9</td><td>상세불명의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염</td><td>G04.9</td></tr><tr><td>10</td><td>달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염</td><td>G05</td></tr><tr><td>11</td><td>다발경화증</td><td>G35</td></tr><tr><td>12</td><td>시신경척수염[데비병]</td><td>G36.0</td></tr><tr><td>13</td><td>중추신경계통의 탈수초질환에서의 급성 횡단척수염</td><td>G37.3</td></tr><tr><td>14</td><td>하반신마비 및 사지마비</td><td>G82.×</td></tr><tr><td>15</td><td>말총증후군</td><td>G83.4</td></tr><tr><td>16</td><td>혈관성 척수병증</td><td>G95.1</td></tr><tr><td>17</td><td>상세불명의 척수압박</td><td>G95.2</td></tr><tr><td>18</td><td>척수의 기타 명시된 질환</td><td>G95.8</td></tr><tr><td>19</td><td>척수의 상세불명 질환</td><td>G95.9</td></tr><tr><td>20</td><td>달리 분류된 질환에서의 척수병증</td><td>G99.2</td></tr><tr><td>21</td><td>신경병성 척추병증</td><td>M49.4</td></tr><tr><td>22</td><td>목부위의 신경 및 척수의 손상</td><td>S14.×</td></tr><tr><td>23</td><td>흉부부위의 신경 및 척수의 손상</td><td>S24.×</td></tr><tr><td>24</td><td>복부, 아래등 및 골반 부위의 신경 및 허리척수의 손상</td><td>S34.×</td></tr><tr><td>25</td><td>척수의 상세불명 부위의 손상</td><td>T09.3</td></tr></table> 3) 가목1) 또는 2)에 해당하지 아니하는 상병으로 인한 신경인성방광 환자로 진단되어 비뇨기와 또는 재활의학과 전문의가 자가도뇨가 필요하다고 인정하는 경우 나. 요류역학검사 결과 다음의 어느 하나 이상에 해당할 것 1) 무반사 방광(Areflexic bladder) 2) 배뇨근 저활동성(Detrusor underactivity) 3) 기능이상성 배뇨(Dysfunctional voiding) 4) 배뇨근-외조임근 협동장애(Detrusor external-sphincter dyssynergia) 5) 배뇨근 과활동성 및 수축력 저하(Detrusor hyper-reflexia and impaired contractility)	연번	상병명	상병코드	1	결핵성 수막염(G01*)	A17.0	2	뇌 및 척수의 결핵종(G07*)	A17.80	3	결핵성 수막뇌염(G05.0*)	A17.81	4	뇌 및 척수의 결핵성 농양(G07*)	A17.88	5	척수대독	A52.1	6	열대성 강직성 하반신마비	G04.1	7	달리 분류되지 않은 세균성 수막뇌염 및 수막척수염	G04.2	8	기타 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04.8	9	상세불명의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04.9	10	달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G05	11	다발경화증	G35	12	시신경척수염[데비병]	G36.0	13	중추신경계통의 탈수초질환에서의 급성 횡단척수염	G37.3	14	하반신마비 및 사지마비	G82.×	15	말총증후군	G83.4	16	혈관성 척수병증	G95.1	17	상세불명의 척수압박	G95.2	18	척수의 기타 명시된 질환	G95.8	19	척수의 상세불명 질환	G95.9	20	달리 분류된 질환에서의 척수병증	G99.2	21	신경병성 척추병증	M49.4	22	목부위의 신경 및 척수의 손상	S14.×	23	흉부부위의 신경 및 척수의 손상	S24.×	24	복부, 아래등 및 골반 부위의 신경 및 허리척수의 손상	S34.×	25	척수의 상세불명 부위의 손상	T09.3
연번	상병명	상병코드																																																																													
1	결핵성 수막염(G01*)	A17.0																																																																													
2	뇌 및 척수의 결핵종(G07*)	A17.80																																																																													
3	결핵성 수막뇌염(G05.0*)	A17.81																																																																													
4	뇌 및 척수의 결핵성 농양(G07*)	A17.88																																																																													
5	척수대독	A52.1																																																																													
6	열대성 강직성 하반신마비	G04.1																																																																													
7	달리 분류되지 않은 세균성 수막뇌염 및 수막척수염	G04.2																																																																													
8	기타 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04.8																																																																													
9	상세불명의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04.9																																																																													
10	달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G05																																																																													
11	다발경화증	G35																																																																													
12	시신경척수염[데비병]	G36.0																																																																													
13	중추신경계통의 탈수초질환에서의 급성 횡단척수염	G37.3																																																																													
14	하반신마비 및 사지마비	G82.×																																																																													
15	말총증후군	G83.4																																																																													
16	혈관성 척수병증	G95.1																																																																													
17	상세불명의 척수압박	G95.2																																																																													
18	척수의 기타 명시된 질환	G95.8																																																																													
19	척수의 상세불명 질환	G95.9																																																																													
20	달리 분류된 질환에서의 척수병증	G99.2																																																																													
21	신경병성 척추병증	M49.4																																																																													
22	목부위의 신경 및 척수의 손상	S14.×																																																																													
23	흉부부위의 신경 및 척수의 손상	S24.×																																																																													
24	복부, 아래등 및 골반 부위의 신경 및 허리척수의 손상	S34.×																																																																													
25	척수의 상세불명 부위의 손상	T09.3																																																																													

구 분	대상자
	다. 제1호가목2)·3)에 해당하는 사람[제1호가목2)에 해당하는 사람이 해당 상병에 대한 최초 진단일부터 2년이 지난 후 전문의의 진단을 통해 재확인(최초 급여 적용일 이후 2년이 지난 후 전문의의 진단을 통해 재확인한 경우를 포함한다)한 사람은 제외한다]은 최초 급여 적용일로 부터 2년이 지나지 아니하였을 것
인공호흡기 대여 서비스 등	다음의 각 호의 요건을 모두 충족하는 사람 1. 「요양비의 보험급여 기준 및 방법」(이하 “요양비기준고시”라 한다) 별표 4의2의 상병 중 어느 하나에 해당하는 사람으로서 자가 호흡이 불가능 하거나 어려워 인공호흡기가 필요하다고 진단받았을 것 2. 다음의 각 목의 요건을 모두 충족하는 사람. 다만, 24시간 지속적인 인공 호흡기 사용으로 인공호흡기를 이탈하여 가목의 임상 증상확인 및 나목의 검사가 어려운 경우에는 환자상태와 함께 인공호흡기 이용이 필요하다는 내용을 적은 의사소견서가 있는 경우에는 다음 각 목의 요건을 모두 충족한 것으로 보며, 의식저하 등으로 의사표현이 불가능한 경우에는 나목의 요건만 충족하면 된다. 가. 다음의 고이산화탄소혈증 임상 증상 중에서 두 가지 이상 해당 될 것 1) 숨참 2) 피로감 3) 두통 4) 정신이 밝지 못하고 멍함 5) 밤에 자주 깨거나 낮에 졸리고 토막잠을 자주 자거나 악몽을 자주 꾸거나 기워에 눌림 6) 불안하여 안절부절 못함 7) 빈맥(頻脈) 나. 2회 이상 실시한 이산화탄소 분압 검사 결과가 다음의 어느 하나에 해당하고, 그 검사결과지 또는 해당 검사결과를 적은 의사소견서를 제출하였을 것 1) 동맥혈가스 검사 결과 이산화탄소 분압(PaCO_2)이 45mmHg 이상 2) 호기말 이산화탄소 분압(EtCO_2)이 40mmHg 이상
기침유발기 대여 서비스	다음 각 호의 요건을 모두 충족한 사람 1. 다음 각 목 요건을 모두 충족하는 사람 가. 요양비 기준고시 별표 4의2제1호 및 제2호(뇌간뇌졸중 중후군 및 중추성 수면무호흡은 제외한다)의 상병으로 인공호흡기를 사용하는 사람이 스스로 기도분비물 배출이 어려워 기침 유발기가 필요하다고 진단받았을 것 나. 호흡기능검사서에서 최고호기(呼吸)유량 측정 결과 최대 기침 유량이 250 L/min 이하일 것. 다만, 최고호기유량 측정을 할 수 없는 다음의 어느 하나에 해당하는 사람은 그 상태를 적은 의사소견서를 제출하면 해당 요건을 충족한 것으로 본다. 1) 24시간 지속적인 인공호흡기 사용으로 인공호흡기를 이탈할 수 없는 경우 2) 만 6세 이하의 소아 3) 의식 저하, 인지기능 저하 또는 기관절개를 한 경우 2. 별지 제3호서식의 처방전을 최초로 받을 때 기침유발기에 대한 기본사용법과 주의사항에 대하여 교육을 받았을 것

구 분	대상자							
양압기 치료 서비스	1. 다음 각 목의 요건을 모두 충족하는 사람 가. 다음 상병 중 어느 하나에 해당하는 수면무호흡증후군 환자로서 양압기가 필요하다고 진단받았을 것							
	상병코드	상병명	G47.3	수면무호흡	P28.3	신생아의 원발성 수면무호흡, 신생아의 중추성 수면무호흡, 신생아의 수면무호흡 NOS, 신생아의 폐색성 수면무호흡	P28.4	신생아의 기타 무호흡, 신생아·폐색성(~의) 무호흡, 미숙아(~의) 무호흡
	상병코드	상병명						
	G47.3	수면무호흡						
	P28.3	신생아의 원발성 수면무호흡, 신생아의 중추성 수면무호흡, 신생아의 수면무호흡 NOS, 신생아의 폐색성 수면무호흡						
	P28.4	신생아의 기타 무호흡, 신생아·폐색성(~의) 무호흡, 미숙아(~의) 무호흡						
	나. 대상자별로 다음 구분에 따른 요건을 충족할 것							
	1) 일반의 경우: 제Ⅰ형 수면다원검사(LevelⅠ) [별지 제4호서식의 처방전 발행일부터 소급하여 1년 이내에 실시한 것이어야 한다. 이하 2)에서 같다] 결과 무호흡·저호흡 지수(AHI, Apnea Hypopnea Index)가 15 이상이거나 다음의 어느 하나에 해당할 것 가) 무호흡·저호흡 지수가 10 이상이면서 다음의 어느 하나에 해당할 것 ① 불면증 ② 주간졸음 ③ 인지기능 감소 ④ 기분장애							
	나) 무호흡·저호흡 지수가 5 이상이면서 다음의 어느 하나에 해당할 것 ① 고혈압 ② 빈혈성 심장질환 ③ 뇌졸중의 기왕력 ④ 산소포화도가 85% 미만							
	2) 12세 이하 소아의 경우: 제Ⅰ형 수면다원검사(LevelⅠ) 결과 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 5 이상이거나 또는 1 이상이면서 다음의 어느 하나에 해당할 것 가) 불면증 나) 주간졸음 다) 부주의·과행동증 라) 아침두통 마) 행동장애 바) 학습장애 사) 산소포화도가 91% 미만							
3) 1), 2)에도 불구하고 2세 이하의 영유아인 경우 또는 선천이상 기형이나 신경발달 지연으로 제Ⅰ형 수면다원검사(LevelⅠ)를 실시할 수 없는 경우: 수면 중 이산화탄소 분압 검사 결과가 다음의 어느 하나에 해당할 것								

구 분	대상자
	가) 호기말 또는 경피적 이산화탄소 분압(EtCO_2 또는 TcCO_2)이 수면시간의 25% 이상에서 50mmHg 이상일 것 나) 2회 이상 실시한 호기말 또는 경피적 이산화탄소 분압(EtCO_2 또는 TcCO_2) 결과가 모두 50mmHg 이상일 것 다. 다음의 서류를 제출하였을 것 1) 나목 1), 2)에 해당하는 사람: 제 I 형 수면다원검사(Level I) 결과지 2) 나목 3)에 해당하는 사람: 해당 이산화탄소 분압 검사 결과지(또는 해당 검사결과를 명시한 소견서)와 환자 상태에 대한 의사소견서 2. 순용기간(최초 처방일부터 90일까지의 기간) 중 연이은 30일의 사용기간에서 1일 4시간 이상(12세 이하인 경우에는 3시간 이상) 사용한 날이 21일 이상인 경우에 해당하지 않는 사람은 순용기간 중이거나, 순용기간 말일의 다음 날부터 180일이 지났을 것 3. 직전 처방기간 동안의 하루 평균 기기사용 시간이 2시간 이상인 경우에 해당하는 자에 한정한다. 다만, 12세 이하의 소아인 경우에는 이를 적용하지 않는다.

[별표 2]

요양비 의료급여 지급기준(제7조제1항관련)

1. 요양비 기준금액

항 목	지급기준액																															
의료급여기관을 이용할 수 없거나 의료급여 기관이 없는 경우 (규칙 제24조제1항 제1호 관련)	가. 질병·부상·출산(사산의 경우에는 임신 16주 이상인 경우를 말한다)에 대하여 요양을 받은 경우에는 의료급여비용(의료급여법 시행령 제13조 규정에 의한 본인부담액을 제외한 금액을 말한다)에 상당하는 금액 나. 의료급여기관 외의 장소에서 출산한 경우에는 1명당 25만원																															
복막관류액 및 자동복막투석 소모성 재료 (규칙 제24조제1항 제2호 관련)	가. 복막관류액은 건강보험 약가기준액 범위내 실구입가로 한다. 나. 자동복막투석에 사용되는 소모성 재료의 기준가격은 1일 10,420원으로 한다.																															
산소치료 (규칙 제24조제1항 제3호 관련)	<table border="1"><thead><tr><th>구 분</th><th>가정용</th><th>휴대용</th></tr></thead><tbody><tr><td>기준금액</td><td>12만원/월</td><td>20만원/월</td></tr></tbody></table> 비고 : 휴대용 산소발생기로 산소치료서비스를 1개월에 15일을 넘지 않는 기간 동안 받은 경우에 기준금액은 10만원/월로 한다.	구 분	가정용	휴대용	기준금액	12만원/월	20만원/월																									
구 분	가정용	휴대용																														
기준금액	12만원/월	20만원/월																														
당뇨병 소모성 재료 (규칙 제24조제1항 제4호 관련)	가. 당뇨병 소모성 재료의 기준금액은 다음 표에 따른 금액으로 한다. (연속혈당측정용 전극은 제외한다.) <table border="1"><thead><tr><th colspan="2" rowspan="2">지원대상자</th><th colspan="2">기준금액</th></tr><tr><th>인슐린 투여자</th><th>인슐린 미투여자</th></tr></thead><tbody><tr><td colspan="2">제1형 당뇨병환자</td><td>2,500원/일</td><td>해당사항 없음</td></tr><tr><td rowspan="5">제2형 당뇨병환자</td><td>만 19세 미만</td><td>2,500원/일</td><td>1,300원/일</td></tr><tr><td rowspan="3">만19세 이상 1일 인슐린 투여횟수</td><td>1회 투여</td><td>900원/일</td><td>해당사항 없음</td></tr><tr><td>2회 투여</td><td>1,800원/일</td><td>해당사항 없음</td></tr><tr><td>3회 이상 투여</td><td>2,500원/일</td><td>해당사항 없음</td></tr><tr><td>만 19세 이상</td><td>900원/일</td><td>해당사항 없음</td></tr><tr><td colspan="2">임신 중 당뇨병환자</td><td>2,500원/일</td><td>1,300원/일</td></tr></tbody></table> ※ 비고 : 나이는 처방일을 기준으로 계산 나. 당뇨병 소모성 재료 중 연속혈당측정용 전극의 기준금액: 「요양비기준고시」 별표6 제5호에 따른 제품별 사용가능일수(제품 1개당 최대 사용가능 일수를 말한다.)에 다음 표의 일당 기준금액을 곱하여 산정한 금액	지원대상자		기준금액		인슐린 투여자	인슐린 미투여자	제1형 당뇨병환자		2,500원/일	해당사항 없음	제2형 당뇨병환자	만 19세 미만	2,500원/일	1,300원/일	만19세 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	만 19세 이상	900원/일	해당사항 없음	임신 중 당뇨병환자		2,500원/일	1,300원/일
지원대상자				기준금액																												
		인슐린 투여자	인슐린 미투여자																													
제1형 당뇨병환자		2,500원/일	해당사항 없음																													
제2형 당뇨병환자	만 19세 미만	2,500원/일	1,300원/일																													
	만19세 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																												
	만 19세 이상	900원/일	해당사항 없음																													
임신 중 당뇨병환자		2,500원/일	1,300원/일																													

항 목	지급기준액				
	지원대상자		일당 기준금액		
	제1형 당뇨병환자		10,000원		
당뇨병 관리기기 (규칙 제24조제1항 제 4호 관련)	지원대상자	기준금액			
		연속혈당측정기	인슐린자동주입기		
	제1형 당뇨병환자	210,000원/3개월	1,700,000원/개		
자가도뇨 소모성 재료 (규칙 제24조제1항 제 5호 관련)	자가도뇨 소모성 재료의 기준금액은 1일 9,000원(1일당 최대 6개 이내의 범위)으로 한다.				
인공호흡기 대여 서비스 등 (규칙 제24조제1항 제6 호 관련)	인공호흡기 대여 서비스 등의 기준금액은 다음 표에 따른 금액으로 한다.				
	급여대상 품목 구분			기준금액(원)	
	인공호흡기 대여료	혼합형		535,000원/월	
		압력형·볼륨형		356,000원/월	
	기본소모품	세트 1		60,000원/월	
		세트 2		80,000원/월	
	선택 소모품	기관절개 환자용 커넥터	일반 일체형		7,000원/개
			실리콘 연결형		14,500원/개
		마스크	코마스크 (Nasal, pillow)	실리콘 또는 필로우	125,000원/개
				겔	120,000원/개
코·입마스크 (Facial)			실리콘	72,000원/개	
			겔	148,000원/개	
비고 : 기본소모품 중 세트 1은 튜브 1개, 필터 4개 및 가슴기물통 1개의 세트를 말하며, 세트 2는 튜브 2개, 필터 4개 및 가슴기물통 1개의 세트를 말한다.					
양압기치료 서비스 등 (규칙 제24조 제1항 제7호 관련)	급여대상 품목 구분			기준금액(원)	
	양압기 대여료	지속형(CPAP)		76,000원/월	
		자동형(APAP)		89,000원/월	
		이중형(BiPAP)		126,000원/월	
	소모품	마스크		95,000원/개	

2. 요양비 구입비용의 기금부담

가. 자동복막투석 소모성 재료, 산소치료 서비스, 당뇨병 소모성 재료, 당뇨병 관리기기, 자가도뇨 소모성 재료, 인공호흡기·기침유발기 또는 양압기 대여 서비스 등 구입 및 대여에 대한 기금의 부담은 유형별 기준금액 이내의 금액으로 구입한 경우 실구입가의 전부로 한다. 다만, 기준금액을 초과하는 금액으로 구입한 경우에는 기준금액의 전부

나. 가목에서 정한 기금에서 부담하는 금액외의 금액은 수급권자가 전액 부담

3. 제1호 및 제2호에 따라 요양비를 지급할 때는 다음 각 목의 기준에 따라야 한다.

가. 자동복막투석 소모성 재료(카세트, 배액백 및 카테터말단폐색기 각 1개를 하나의 세트로 한다), 당뇨병 소모성 재료 및 자가도뇨 소모성 재료에 대한 요양비는 일당 금액으로, 당뇨병 관리기기와 산소치료·인공호흡기·기침유발기·양압기 대여 서비스에 대한 요양비는 월당 금액으로 지급한다. 다만, 인공호흡기, 기침유발기 또는 양압기 대여 서비스를 월 중에 시작하거나 월중에 종료한 경우 그 시작 월 또는 종료 월의 요양비(인공호흡기와 양압기의 경우에는 기계대여료에 한정한다)는 일할 계산하여 지급한다.

나. 산소치료 서비스 및 기침유발기 대여 서비스에 대하여 요양비로 지급하는 금액은 산소발생기 및 기침유발기의 유지, 보수를 위한 재료비, 소모품비 등 제반비용을 포함한 금액으로 한다.

다. 자가도뇨 소모성 재료에 대한 요양비는 1일에 6개를 넘지 않는 범위에서 지급한다.

라. 인공호흡기 대여 서비스 중 선택소모품에 대한 요양비는 기관절개 환자용 커넥터와 마스크 중 하나에 대하여 지급한다. 이 경우 이미 받은 선택소모품과 다른 종류의 소모품에 대하여 요양비를 지급받으려면 그 사유를 증명하는 서류를 제출하여야 한다.

마. 인공호흡기 대여 서비스 중 선택소모품에 대한 요양비는 그 종류별로 다음 표에서 정하는 금액을 넘지 못한다.

구분		기준금액
기관절개환자용 커넥터	일반 일체형	14,000원/월
	실리콘 연결형	29,000원/월
마스크		400,000원/연

바. 기침유발기 대여 서비스 중 소모품(마스크 또는 기관절개용연결관 중 하나와 튜브, 필터 및 커넥터를 하나의 세트로 한다)에 대한 요양비는 1개월에 1개에 대해서만 지급한다.

사. 양압기치료에 대한 요양비는 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에 지급한다.

- 1) 순용기간(최초 처방일부터 90일까지의 기간) 중 양압기 대여
- 2) 순용기간 후 최초 양압기 대여[순용기간 중 연이은 30일의 사용기간에서 1일 4시간 이상(12세 이하인 경우에는 3시간 이상) 사용한 날이 21일 이상인 경우에 해당하는 자에 한정한다]
- 3) 양압기 대여(직전 처방기간 동안 하루 평균 사용시간이 2시간 이상인 경우에 해당하는 자에 한정한다. 단, 12세 이하인 경우에는 이를 적용하지 않는다.)

아. 양압기에 대한 의료급여는 지속형(CPAP)과 자동형(APAP)에 대해서 실시하는 것을 원칙으로 한다. 다만, 지속형(CPAP) 또는 자동형(APAP)을 사용하였을 때[13세 이상인 경우에는 지속형(CPAP) 또는 자동형(APAP)을 15cmH₂O 이상의 압력으로 사용하였을 때로 한다] 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 이중형(BiPAP)에 대해서도 실시할 수 있다.

- 1) 동맥혈 이산화탄소 분압(PaCO₂) 또는 경피적 이산화탄소 분압(TcCO₂) 또는 호기말 이산화탄소 분압(EtCO₂) 수치가 50mmHg를 초과하는 수면 과탄산혈증(nocturnal hypercapnia)을 보이는 경우
- 2) 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 10(12세 이하의 경우에는 5)을 초과하는 경우

자. 양압기치료 서비스 중 소모품(마스크)에 대한 요양비는 1년에 1개에 대해서만 지급한다.

차. 연속혈당용 전극에 대한 의료급여비는 구입한 제품의 총 사용가능 일수의 범위 내에서 산정하여 지급하며, 총 사용가능 일수는 제품별로 구입한 개수와 「요양비기준고시」 별표6제5호의 최대 사용가능 일수를 곱한 값을 합하여 계산한다. 다만, 구입한 제품의 총 사용가능 일수는 처방전에 기재된 처방기간을 초과하여 산정할 수 없다.

카. 의료급여기관에 입원하였다 하더라도 부득이한 사유로 의료급여진료비와 중복되지 않는 경우에는 요양비를 지급할 수 있다.

4. 연속혈당용 전극 등록제품 및 제품 1개당 사용가능 일수는 「요양비기준고시」 별표6 제5호에 따른다.