

요양비의 의료급여기준 및 방법 일부 개정안

1. 개정이유

요양비 급여 개선을 위하여 「요양비의 보험급여 기준 및 방법」 개정에 따라 의료급여 부분 변경되는 사항을 규정하고자 함.

2. 주요 내용

가. 양압기 치료서비스 대상자 지급기준 강화

나. 연속혈당측정용 전극 기준 개선

다. 복막관류액 및 자동복막투석 소모성재료 요양비 급여대상자 기준 구체화

3. 참고사항

가. 관계법령 : 의료급여법 제12조 및 같은 법 시행규칙 제24조

나. 예산조치 : 별도조치 필요 없음

다. 합 의 : 해당 없음

라. 기 타 : 신·구조문 대비표, 별첨

보건복지부고시 제 2020-275호

「의료급여법」 제12조 및 같은 법 시행규칙 제24조에 의한 「요양비의 의료급여기준 및 방법」(보건복지부고시 제2019-320호, 2020.1.1.)을 다음과 같이 개정·발령합니다.

2020년 12월 2일

보건복지부장관

요양비의 의료급여기준 및 방법 일부개정 고시안

요양비의 의료급여 기준 및 방법 일부를 다음과 같이 개정한다.

제6조(처방전) 제1항의 2호 중 규칙 별지 제12호3서식을 별지 제6호 서식으로, 3호의 규칙 별지 제12호의5서식을 별지 제7호서식으로 한다.

제6조(처방전) 제2항 3호의 각 목 외의 부분을 다음과 같이 한다.

가목 중 “180일 이내”를 “90일 이내”로 하고, 다만, 해당 처방전을 발행하는 전문의(제1항제3호 나목의 제2형 당뇨병의 경우, 제1항제3호 가목의 전문의를 말한다)가 필요하다고 인정하는 경우에는 180일 이내의 기간으로 한도를 신설한다.

나목 중 “4주(週) 이내(최초 처방에 한정한다)”를 “100일 이내(최초 처방의 경우에는 30일 이내)”로 한다.

제6조(처방전) 제2항 5호 나목의 “6개월”을 “3개월”로 한다.

별표 1의 자동복막투석 소모성재료란을 다음과 같이 한다.

복막 관류액 및 자동 복막투석 소모성 재료	내과 전문의(소아의 경우에는 소아청소년과 전문의를 포함한다. 이하 제2호에서 같다)가 복막평형검사 결과 등에 따라 복막 관류액 또는 자동복막투석이 필요하다고 인정한 사람 중	
	1. 다음 상병 중 어느 하나에 해당하는 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	
2. 제1호의 상병에 해당하지 않는 만성신부전증 환자 중 내과 전문의가 복막관류액 또는 자동복막투석이 필요하다는 내 용의 소견서를 발급한 경우		

별표 1의 인공호흡기 대여 서비스 등 대상자란 제2호나목2) 중 “(PaCO₂)”를
“(EtCO₂)”로 한다.

별표 1의 양압기치료 서비스 대상자란 제1호나목1) 중 “또는 5 이상이면서”를
“다음의 어느 하나에 해당할 것”으로 하고, 같은 목1) 가) 및 아)를 각각
다음과 같이 한다.

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) 뇌졸중 기왕력
- 4) 산소포화도가 85% 미만

별표 1의 양압기치료 서비스 대상자 란에 제3호를 각각 다음과 같이 신설한다.

3. 직전 처방기간 동안의 하루 평균 기기 사용시간이 2시간 이상인 경우에 해당하는 자에 한정한다. 다만, 12세 이하의 소아인 경우에는 이를 적용하지 않는다.

별표 2 제1호 당뇨병 소모성재료(규칙 제24조제1항제4호 관련)란의 나목 중 ‘다음 표에 따른 금액’을 「요양비 고시기준」 “별표6 제5호에 따른 제품별 사용가능 일수(제품 1개당 최대 사용가능일수를 말한다.)에 다음 표의 일당 기준금액을 곱하여 산정한 금액”으로 하고, 표를 다음과 같이 한다.

지원대상자	일당 기준금액
제1형 당뇨병환자	10,000원

별표 2 제3호 가목 본문 중 “당뇨병 소모성재료(연속혈당측정용 전극 제외)”를 “당뇨성 소모성재료”로 하고, “당뇨병 소모성재료 중 연속혈당측정용 전극에

대한 요양비는 주당금액”을 “일당금액”으로 하고, 같은 호 사목2) 중 “순응기간 후”를 “순응기간 후 최초”로 하며, 같은 목에 3)을 다음과 같이 신설한다.

- 3) 양압기 대여[직전 처방기간 동안 하루 평균 사용시간이 2시간 이상인 경우에 해당하는 자에 한정한다. 단, 12세 이하인 경우에는 이를 적용하지 않는다.]

별표 2 제3호 차목을 카목으로 하고, 같은 호에 카목을 다음과 같이 신설한다.

- 카. 연속혈당측정용 전극에 대한 의료급여비는 구입한 제품의 총 사용가능 일수의 범위 내에서 산정하여 지급하며, 총 사용가능 일수는 제품별로 구입한 개수와 「요양비기준고시」 별표6 제5호의 최대 사용가능 일수를 곱한 값을 합하여 계산한다. 다만, 구입한 제품의 총 사용가능 일수는 처방전에 기재된 처방기간을 초과하여 산정할 수 없다.

별표 2에 제4호를 다음과 같이 신설한다.

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

별지 제1호서식, 별지 제2호서식, 별지 제3호서식, 별지 제4호서식, 별지 제5호서식, 별지 제6호서식, 별지 제7호서식, 별지 제8호서식을 각각 별지와 같이 한다.

부 칙

제1조(시행일) 이 고시는 2020년 12월 2일부터 시행한다.

제2조(양압기치료 서비스 급여에 관한 적용례) ① 제6조제2항제5호 나목 개정규정은 이 고시 시행 이후 발행한 처방전에 따라 대여하는 경우부터 적용한다.

② 이 고시 시행 당시 급여대상자로 등록되어 있는 사람(순응기간 중에 있는 사람은 제외한다)이 이 고시 시행 이후 처음으로 발행한 처방전에 따라 대여하는 경우에는 별표1 양압기치료 서비스란 제1호 나목의 개정 규정과 제3호의 신설규정을 적용하지 않는다.

제3조(당뇨병 소모성 재료 급여에 관한 적용례) 제6조제2항제3호, 별표 2 제1호 ‘당뇨병 소모성재료(규칙 제24조제1항제4호 관련)란의 나목, 별표 2 제1호 ‘당뇨병 관리기기(규칙 제24조제1항제4호 관련)란, 별표2 제3호 가목 및 차목의 개정규정은 이 고시 시행 이후 발행한 처방전에 따라 구입하는 경우부터 적용한다.

의료급여 인공호흡기 처방전

[] 재발급

보장기관명(기호)

수진자	성 명	주민(외국인)등록번호
	전화번호	휴대전화번호
	주 소	

진료과목	상병명	상병코드	진단확인일
------	-----	------	-------

상병별 검사방법 (해당사항에 √ 표시)	1. 인공호흡기 요양비 지급대상 상병(별표4의2) 해당 여부 [] 예 [] 아니오 2. 상병별 진단기준에 따른 검사 실시 (해당 번호에 √ 표시) ① 영상검사 [] Sono [] CT [] MRI [] 심초음파(심도자) [] 기타 () ② 특수생화학 / 면역학적 검사, 도말 / 배양검사 ③ 유전학적 검사 ④ 조직학적 검사 ⑤ 임상 진단 [] 폐기능검사 [] 수면검사 [] 그 외 () ⑥ 기타 특수검사 [] 근전도검사 [] 뇌파검사 [] 그 외 ()
--------------------------------	---

환자상태 및 진료소견 (해당사항에 √ 표시)	※ 아래기준을 모두 만족해야 함. ① 고이산화탄소혈증 2가지 이상의 임상증상 ([] 제외: 의식저하 등으로 의사표현이 불가능하여 고이산화탄소혈증 임상증상 파악이 어려움) [] 숨이 참 [] 피로감 [] 두통 [] 정신이 맑지 못하고 멍함 [] 밤에 자주 깨거나 낮에 졸리고 토막잠을 자주 잠, 혹은 악몽을 자주 꾸거나 가위에 눌림 [] 불안하여 안절부절 못함 [] 빈맥 ② 이산화탄소 분압(최소 한 가지 이상) [] 동맥혈 가스 검사에서 이산화탄소 분압(PaCO ₂)이 45mmHg 이상 [] 호기말 이산화탄소 분압(ETCO ₂)이 40mmHg 이상 ※ 이산화탄소 분압은 2회 이상의 검사결과지 또는 검사결과를 명시한 소견서를 반드시 첨부 ③ [] 24시간 지속적인 인공호흡기 사용자로 호흡기를 이탈하여 ①, ② 검사 불가능 (의사소견서로 대체)
--------------------------------------	---

처방 구분	[] 최초 처방 [] 재처방(2차 이상)	인공호흡기 환기타입	[] 혼합형(압력+볼륨) [] 압력형 [] 볼륨형
-------	--------------------------	---------------	-----------------------------------

처방 기간	20 . . . : (개월) ~ 20 . . . : (개월)	다음 처방일	20
-------	--	--------	------------

처방전 사용기간	교부일로부터 처방기간까지	※ 사용기간 내에 대여·제출하여야 합니다.
-------------	---------------	-------------------------

년 월 일

의료급여기관명(기호) : () (의료급여기관 직인)
 담당의사성명(면허번호) : (제 호)
 전문과목(전문의 자격번호) : (제 호) (서명 또는 인)

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우 좌측 상단 “재발급”에 [✓] 표시한 후 재발행할 수 있습니다.
3. 주민(외국인)등록번호란에 주민등록번호(외국인 등록번호)를 적습니다.
4. 진료소견 작성시 ①과 ②를 모두 체크하고, ②이산화탄소 분압은 2회 이상의 검사결과지 또는 검사결과를 명시한 소견서를 반드시 첨부합니다. 단, 24시간 지속적인 인공호흡기 사용자로 호흡기를 이탈하여 ①과 ②번의 검사가 불가능 한 경우 ③에 표시한 후 환자상태를 상세히 기재한 의사소견서로 대체 가능합니다.
5. 처방기간은 최초 처방 시 6개월의 범위에서, 재 처방부터는 2년의 범위에서 의사가 판단하여 기재합니다. 다만 처방 기간 내에 환기타입을 변경할 경우에는 기존 처방기간을 유지합니다.
6. 처방전은 반드시 신경과, 신경외과, 재활의학과, 내과, 흉부외과, 결핵과 전문의가 발행하여야 합니다. 소아의 경우 소아청소년과 전문의가 발행할 수 있습니다
7. 인공호흡치료 서비스 제공업소 현황, 인공호흡기 종류, 서비스 내용 등은 국민건강보험공단 홈페이지(www.nhis.or.kr)/ 정책센터에서 확인할 수 있습니다.
8. 의료급여기관에 입원하여 의료급여와 요양비를 중복하여 받으시는 경우, 지급된 의료급여비는 환수될 수 있습니다.

의료급여 기침유발기 처방전

[] 재발급

보장기관명(기호)

진료받은 사 람	성 명	주민(외국인)등록번호
	전화번호	휴대전화번호
	주 소	

진료과목		진단확인일	
상병명		상병코드	

환자상태 및 진료소견 (해당사항에 √ 표시 및 기재)	<ol style="list-style-type: none"> 1. [] 인공호흡기 사용자(의료급여 수급자) 2. [] 기침유발기 요양비 지급대상 상병(별표4의2제1호 및 제2호)에 해당 ※ 뇌간뇌졸중 증후군(G46.3) 및 중추성 수면무호흡(G47.31) 제외 3. 호흡기 질환 병력 [] 없음 [] 있음() ※ 폐기종, 기흉, 압력외상 등 호흡기 질환 병력이 있거나 있었던 환자는 개인사용에 주의를 요하므로 반드시 의사의 진단을 받은 후에 사용하여야 합니다. 4. 호흡기능검사 [] 최고호기유량측정 결과 최대기침유량이 250 L/min 이하(L/min) [] 아래 사유로 최고호기유량측정이 불가능한 경우 의사소견서로 대체 (해당사항에 √ 표시) [] 24시간 지속적인 인공호흡기 사용자로 호흡기 이탈 불가 [] 만 6세 이하의 소아 [] 의식 저하 [] 인지기능 저하 [] 기관절개 5. 기본 사용법 및 주의사항 교육(최초 처방 시에는 반드시 실시) [] 환자 및 보호자에게 기침유발기의 기본 사용법 및 주의사항 교육을 충분히 하였음
---	---

처방 구분	[] 최초 처방 [] 재처방(2차 이상)
-------	--------------------------

처방 기간	(개월)	다음 처방일
-------	-------	--------

처방전 사용기간	교부일로부터 처방기간까지	※ 사용기간 내에 대어·제출하여야 합니다.
-------------	---------------	-------------------------

년 월 일

의료급여기관명(기호) : () (의료급여기관 직인)

담당의사성명(면허번호) : (제 호)

전문과목(전문의 자격번호) : (제 호) (서명 또는 인)

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우 착속 상단 “재발급”에 [✓] 표시한 후 재발행할 수 있습니다.
3. 진료소견 작성 시 해당기준에 모두 체크하여야 합니다.
4. 24시간 지속적인 인공호흡기 사용자로 인공호흡기를 이탈할 수 없는 경우, 만 6세 이하의 소아, 의식 저하, 인지기능 저하 또는 기관절개로 최고호기유량측정을 할 수 없는 사람의 경우에는 환자상태를 상세히 기재한 의사소견서를 반드시 첨부하여야 합니다.
5. 최초 처방전 발행 전에 반드시 환자 및 보호자에게 기침유발기의 기본 사용법 및 주의사항 교육을 충분히 실시하여야 합니다.
6. 처방전은 반드시 신경과, 신경외과, 재활의학과, 내과, 흉부외과 전문의가 발행하여야 합니다. 소아의 경우 소아청소년과 전문의가 발행할 수 있습니다.
7. 주민등록번호 등 란에는 주민등록번호를 적습니다. 다만, 수진자가 외국인인 경우에는 외국인등록번호를 적습니다.
8. 호흡기 질환 병력이 있는 경우 괄호 안에 질환명을 기재합니다.
9. 호흡기능검사서서 최고호기유량을 측정한 최대기침유량 결과를 기재합니다.
10. 처방기간은 최초 처방시 6개월의 범위에서, 재처방부터는 2년의 범위에서 의사가 판단하여 기재합니다.
11. 기침유발기 서비스 제공업소 현황, 기침유발기 종류, 서비스 내용 등은 국민건강보험공단 홈페이지(www.nhis.or.kr)의 정책 센터에서 확인할 수 있습니다.
12. 의료급여기관에 입원하여 의료급여와 요양비를 중복하여 받으시는 경우, 지급된 의료급여비는 환수될 수 있습니다.

의료급여 양압기 처방전

[] 재발급

(앞 쪽)

보장기관명(기호)

진료받은 사 람	성 명	주민(외국인)등록번호
	전화번호 (자택)	(휴대전화)
진료과목	상병명	상병코드
상병 및 검사방법 (해당사항에 √표시 및 기재)	1. [] 양압기 요양비 지급대상 상병(고시 별표1)에 해당 2. [] 제 I 형 수면다원검사(Level I) 실시 일자: 년 월 일 ※ 제 I 형 수면다원검사(Level I) 결과지를 반드시 첨부 (처방전 발행일을 기준으로 1년 이내 시행한 검사만 유효)	
환자상태 및 진료소견 (해당사항에 √표시)	1. 제 I 형 수면다원검사(Level I) 결과 ① 일반 [] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 15 이상 또는 [] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 10 이상 이면서 아래의 어느 하나에 해당 (해당사항에 √표시) [] 불면증 [] 주간졸음 [] 인지기능 감소 [] 기분장애 [] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 5 이상 이면서 아래의 어느 하나에 해당 (해당사항에 √표시) [] 고혈압 [] 빈혈성 심장질환 [] 뇌졸중 기왕력 [] 산소포화도가 85% 미만 ② 소아의 경우(12세 이하) [] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 5 이상 또는 [] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 1 이상 이면서 아래의 어느 하나에 해당 (해당사항에 √표시) [] 불면증 [] 주간졸음 [] 부주의-과행동증 [] 아침두통 [] 행동장애 [] 학습장애 [] 산소포화도가 91% 미만 2. 제 I 형 수면다원검사(Level I)가 불가능한 경우(①, ② 모두 충족) / (해당사항에 √표시) ① 환자 유형 [] 2세 이하의 영유아 또는 [] 협조가 불가능한 질환자(선천이상 기형, 신경발달지연) ② 수면 중 이산화탄소 분압 검사 결과 아래의 어느 하나에 해당 [] 호기말 또는 경피적 이산화탄소 분압(EtCO2 또는 TcCO2)이 수면시간의 25% 이상에서 50mmHg 이상 [] 2회 이상 실시한 호기말 또는 경피적 이산화탄소 분압(EtCO2 또는 TcCO2) 결과가 모두 50mmHg 이상 ※ 해당 이산화탄소 분압 검사 결과지(또는 해당 검사결과를 명시한 소견서)와 환자 상태에 대한 소견서를 반드시 첨부	
압력 처방 및 순응도 평가 등 (해당사항에 기재 및 √표시)	1. 압력 처방 [] 단일압력: (cmH2O) → 지속형 양압기(CPAP) 처방 [] 구간압력: (~ cmH2O) → 자동형 양압기(APAP) 처방 [] 호기압력(EPAP)(cmH2O) 및 흡기압력(IPAP)(cmH2O) → 이중형 양압기(BiPAP) 처방 2. 순응기간(최초 처방일부터 90일) 중 순응도 평가(순응기간 후 최초 처방 시 기재) ① 연이은 30일 사용기간: 년 월 일 ~ 년 월 일 ② 연이은 30일 사용기간 중 1일 4시간 이상 사용일수(소아의 경우는 3시간 이상): (일) ※ 사용기간 동안 기기 사용내역 반드시 첨부 3. 이중형(BiPAP) 처방기준(이중형 처방 시 기재) ① 일반 [] 지속형(CPAP) 또는 자동형(APAP) 기기로 15cmH2O 이상의 압력을 사용하였을 때 다음의 어느 하나에 해당하는 경우 (해당사항에 √표시) [] 수면 과탄산혈증(nocturnal hypercapnia)을 보일 때: PaCO2 또는 TcCO2 또는 EtCO2가 50mmHg 초과 [] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 10 초과일 때 ② 소아의 경우(12세 이하) [] 지속형(CPAP) 또는 자동형(APAP) 기기로 치료에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당하는 경우 (해당사항에 √표시) [] 수면 과탄산혈증(nocturnal hypercapnia)을 보일 때: PaCO2 또는 TcCO2 또는 EtCO2가 50mmHg 초과 [] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 5 초과일 때 ※ BiPAP 처방 시 양압기 압력적정 수면다원검사(Titration) 결과지를 반드시 첨부(BiPAP 최초 처방시)하고, 수면과탄산혈증에 해당하는 경우 이산화탄소 분압 검사 결과지 또는 검사결과를 명시한 소견서를 반드시 추가 첨부	
처방 구분	[] 순응기간 중 처방 [] 순응기간 후 처방	양압기 종류 [] 지속형(CPAP)···단일압력처방 [] 자동형(APAP)···구간압력처방 [] 이중형(BiPAP)
처방기간	. . . ~ (개월)	하루 평균 사용시간 (직전 처방기간 총 사용시간 / 총 처방일수) ※ 순응기간 후 최초처방의 경우 (연이은 30일 간 총 사용시간/30일)
처방전 사용기간	교부일로부터 처방기간까지	

년 월 일

의료급여기관: (명칭) (의료급여기관 기호) (의료급여기관 직인)

담당의사 성명: (면허번호 제 호)

전문과목: (전문의 자격번호 제 호) (서명 또는 인)

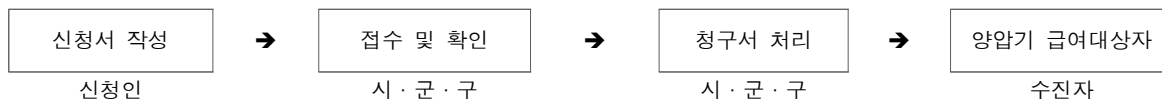
유의사항

1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우 좌측 상단 “재발급”에 [✓] 표시한 후 재발행할 수 있습니다.
3. 순응기간 중 처방은 최초 처방일부터 90일 이내 처방을 말하며, 순응기간 후 처방은 순응도 평가 결과 순응한 자*에 한하여 처방할 수 있습니다.
* 순응기간(최초 처방일부터 90일까지) 중 연이은 30일 사용기간에서 1일 4시간 이상(12세 이하인 경우에는 3시간 이상) 사용한 날이 21일 이상인 경우에 해당하는 자를 말한다.
4. 순응기간 후 처방 시 직전 처방기간 동안 기기에 기록된 사용내역을 반드시 첨부하여야 하며, 하루 평균 사용시간이 2시간 이상일 경우(만 12세 이하 제외)에 한하여 순응기간 후 처방전 발급이 가능합니다.
다만, 순응기간 후 최초 처방 시에는 순응기간 중 연이은 30일 사용기간 동안의 사용내역을 첨부합니다.
5. 처방전은 반드시 가정의학과, 내과, 소아청소년과, 신경과, 이비인후과, 정신건강의학과, 재활의학과 전문의 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 고시에 따라 수면다원검사 실시 자격기준을 충족한 의사가 발행하여야 합니다.
6. 양압기치료 서비스 제공업소 현황, 양압기 종류, 서비스 내용 등은 국민건강보험공단 요양기관 홈페이지(www.nhis.or.kr)의 정책센터에서 확인할 수 있습니다.
7. 의료급여기관에 입원하여 의료급여와 요양비를 중복하여 받으시는 경우, 지급된 의료급여비는 환수될 수 있습니다.

작성방법

1. 수진자의 성명(한글) 및 주민등록번호를 기재합니다.
- 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다.(휴대전화가 있는 경우 우선적으로 기재)
2. 순응기간 중 순응도 평가는 평가 결과가 순응한 자에 해당 될 경우 관련 내역을 기재합니다.
3. 하루 평균 사용시간은 직전 처방기간 동안의 하루 평균 사용시간을 기재합니다. 다만, 순응기간 후 최초 처방 시에는 순응기간 중 연이은 30일 사용기간 동안 평균 사용시간을 기재합니다.
- 하루 평균 사용시간이 2시간 이상(만 12세 이하의 소아는 제외)인 경우에 한하여 순응기간 후 처방 가능
4. 처방기간은 순응기간 중 처방의 경우에는 90일 이내, 순응기간 후 처방의 경우에는 3개월의 범위에서 의사가 판단하여 기재합니다. 다만, 처방기간 내에 양압기 종류를 변경할 경우에는 기존 처방기간을 유지합니다.

처리절차



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 하단에 직접 체크

⑤ 총 처방기간 일

[연속혈당측정용 전극 등록제품 및 제품별 사용가능 일수]

* 등록제품명 및 사용가능 일수를 고려하여 총 처방기간을 기재하며, 100일 이내로 처방가능 합니다.(다만, 최초 처방일은 30일 이내)

연 번	모델명 (제품 등록명)	제품처방 <input type="checkbox"/>	사용가능 일수 (일/1개)
1	Dexcom G5 [Ⓢ] Mobile/G4 [Ⓢ] PLATINUM Sensor	<input type="checkbox"/>	7일/개
2	Guardian Sensor 3(MMT-7020C3)	<input type="checkbox"/>	7일/개
3	Guardian Sensor 3(MMT-7020D3)		
4	Enlite Glucose Sensor (MMT-7008A)	<input type="checkbox"/>	6일/개
5	Enlite Glucose Sensor (MMT-7008B)		
6	FreeStyle Libre	<input type="checkbox"/>	14일/개
7	G6 sensor Applicator -STS-GS-012	<input type="checkbox"/>	10일/개
8	G6 sensor Applicator -STS-GS-009		

⑥ 처방개수

처방전 사용기간	처방기간	※ 사용기간 내에 구입 · 제출하여야 합니다.
----------	------	---------------------------

년 월 일

의료급여기관명(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. 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	일당 기준금액
제1형 당뇨병환자	10,000원

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.
 - 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 제품을 처방전 하단 ‘제품 처방란’ 에 [√]표시 합니다.
 - 이외 제품은 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.

산소치료처방전

[] 재발급

보장기관명(기호)

진료받은 사 람	성 명	주민(외국인)등록번호	
	전화번호	휴대전화번호	
	주 소		
진료과목			
상 병	상병명	상병코드	
산소처방 지시사항 (1일에)	안정 시	L/분	시간
	운동 시	L/분	시간
	취침 시	L/분	시간
동맥혈 가스검사 결과	<input type="checkbox"/> 산소분압(PaO2)이 55mmHg 이하 <input type="checkbox"/> 산소포화도(SaO2)가 88% 이하		
	<input type="checkbox"/> 산소분압(PaO2)이 56~59mmHg <input type="checkbox"/> 산소포화도(SaO2)가 89% 이상	<input type="checkbox"/> 적혈구 증가증(헤마토크리트 55% 초과) <input type="checkbox"/> 울혈성 심부전을 시사하는 말초부종 <input type="checkbox"/> 폐동맥고혈압	
산소포화도 검사결과	<input type="checkbox"/> 산소포화도가 88% 이하		
	<input type="checkbox"/> 산소포화도가 89% 이상	<input type="checkbox"/> 적혈구 증가증(헤마토크리트 55% 초과) <input type="checkbox"/> 울혈성 심부전을 시사하는 말초부종 <input type="checkbox"/> 폐동맥고혈압	
호흡기장애 정도	<input type="checkbox"/> 심한 정도 <input type="checkbox"/> 심하지 않은 정도 <input type="checkbox"/> 2019.7.1.전 호흡기장애 1급 또는 2급으로 확인된 자(별도의 검사 없이 처방 가능) ※ 장애인복지법 상 장애정도 또는 장애등급을 의미함		
산소치료 처방기간 ~ 까지		
처방전 사용기간	※ 교부일로부터 처방기간까지		

년 월 일

의료급여기관 명칭

(의료급여기관 직인)

의료급여기관 기호

담당의사

(서명 또는 인)

면허번호 제

호

전문과목

전문의 자격번호

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 의사의 처방 및 지시에 따라 사용해 주십시오.
3. 처방전은 반드시 내과·결핵과·흉부외과의 전문의가 발행하여야 합니다. 다만, 소아의 경우에는 소아청소년과 전문의가 발행할 수 있습니다.
4. 처방기간은 1년 이내입니다.
5. 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우 "재발급"에 [✓] 표시한 후 재발행하면 됩니다.
6. 가정산소치료서비스 제공업소별로 산소발생기 종류, 서비스 내용, 서비스 가격 등에 차이가 있으므로 국민건강보험공단 홈페이지(www.nhic.or.kr) 정책센터에서 그 내용을 확인하시고 이용하십시오.
7. 2019년 7월 1일전 호흡기 장애 1급 또는 2급으로 확인되는 경우에는 별도의 검사 없이 처방전 발급이 가능합니다.
8. 의료급여기관에 입원하여 의료급여와 요양비를 중복하여 받으시는 경우, 지급된 의료급여비는 환수될 수 있습니다.

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·가정의학과전문의)
 - 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		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
		3회이상 투여	2,500원/일	해당사항 없음
임신 중 당뇨병환자		2,500원/일	1,300원/일	

7. 의료급여기관에 입원하여 의료급여와 요양비를 중복하여 받으시는 경우, 지급된 의료급여비는 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 임신중인 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, 인슐린자동주입기)

① [] 재발급

보장기관명(기호)

② 진료받은 사람	성명	주민(외국인)등록번호				
	전화번호	휴대전화번호				
주소						
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 30µg/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	[] 연속혈당측정기	[] 인슐린자동주입기	
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(전문 자격번호) : (제 호) (서명 또는 인)

유의사항

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

작성방법

- 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우 “재발급”에 [✓] 표시한 후 재발행하면 됩니다.
- 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)
- 처방품목 중 해당되는 모든 항목에 [✓] 표시합니다.
- 총 처방기간은 개월 단위로 기재합니다.
 - 연속혈당측정기는 3개월 ~ 12개월 이내에서 의사가 판단하여 기재합니다.
 - 인슐린자동주입기는 60개월 이내에서 의사가 판단하여 기재합니다.
- 처방기간동안 처방하는 당뇨병 관리기기의 개수를 기재합니다.
- 날짜는 CCYYMMDD의 형식으로 표기하십시오. (예시) 20200101

신 · 구조문 대비표

현 행	개 정 안
<p>제6조(처방전) ① (생략)</p> <p>2. 산소치료 : ----- --의사가 발행 한 <u>규칙 별지 제12호의3서식의 처방전</u>----- -----</p> <p>3. 당뇨병 소모성 재료 : ----- --의사가 발행 한 <u>규칙 별지 제12호의5서식의 처방전</u>----- -----</p> <p>② (생략)</p> <p>3. <u>제1항제3호의 처방전 : 90일 이내. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우로서 해당 처방전을 발행하는 전문의가 필요하다고 인정하는 경우에는 그 각 목의 기간을 처방기간으로 할 수 있다.</u></p> <p>가. <u>별지 제7호서식의 처방전 : 180일 이내</u></p>	<p>제6조(처방전) ① (현행과 같음)</p> <p>2. 산소치료 : ----- --의사가 발행 한 <u>별지 제6호서식의 처방전</u>----- -----</p> <p>3. 당뇨병 소모성 재료 : ----- --의사가 발행 한 <u>별지 제7호서식의 처방전</u>----- -----</p> <p>② ~1. 2. (현행과 같음)</p> <p>3. <u>제1항제3호의 처방전 : 다음 각목의 구분에 따른 기간</u></p> <p>가. <u>별지 제7호서식의 처방전 : 90일 이내. 다만, 해당 처방전을 발행하는 전문의(제1항제3호 나목의 제2형 당뇨병의 경우, 제1항제3호가목의 전문의를 말한다)가 필요하다고 인정하는 경우에는 180일 이내의 기간</u></p>

현 행		개 정 안																					
<p>나. 별지 제5호서식의 처방전 : <u>4주(週) 이내(최초 처방에 한정한다)</u></p> <p>5. 제1항 제7호의 처방전 : 다음 각 목의 구분에 따른 기간</p> <p>가. (생략)</p> <p>나. 순응기간 후 처방 : <u>6개월 이내</u></p> <p>[별표 1] 요양비 지급 대상자(제7조1항 관련)</p>		<p>나. 별지 제5호서식의 처방전 : <u>100일 이내 (최초 처방의 경우에는 30일 이내)</u></p> <p>5. (현행과 같음)</p> <p>가. (현행과 같음)</p> <p>나. 순응기간 후 처방 : <u>3개월 이내</u></p> <p>[별표 1] 요양비 지급 대상자(제7조1항 관련)</p>																					
구분	대상자	구분	대상자																				
<p>자동 복막투석 소모성 재료</p>	<p>내과전문의가 복막평형검사 결과 등에 따라 자동 복막투석이 적합하다고 인정한 사람</p>	<p>복막 관류액 및 자동 복막투석 소모성 재료</p>	<p><u>내과 전문의(소아의 경우에는 소아청소년과 전문의를 포함한다. 이하 제2호에서 같다)가 복막평형검사 결과 등에 따라 복막관류액 또는 자동복막투석이 필요하다고 인정한 사람 중</u> 1. <u>다음 상병 중 어느 하나에 해당하는 경우</u></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>상병 코드</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> <p>2. <u>제1호의 상병에 해당하지 않는 만성신부전증 환자 중 내과 전문의가 복막관류액</u></p>	상병 코드	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
상병 코드	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																						

현 행		개 정 안	
			<u>또는 자동복막투석이 필요하다는 내용의 소견서를 발급한 경우</u>
인공 호흡기 대여서비스 등	<p>다음의 각호의 요건을 모두 충족하는 사람</p> <p>1. (생략)</p> <p>2. ~ 가. (생략)</p> <p>나. 2회 이상 실시한 이산화탄소 분압 검사 결과가 다음의 어느 하나에 해당하고, 그 검사결과지 또는 해당 검사결과를 적은 의사 소견서를 제출하였을 것</p> <p>1) (생략)</p> <p>2) ----- (PaCO₂)이 -----</p>	인공 호흡기 대여서비스 등	<p>다음의 각호의 요건을 모두 충족하는 사람</p> <p>1. (현행과 같음)</p> <p>2. ~ 가. (현행과 같음)</p> <p>나. (현행과 같음)</p> <p>1) (현행과 같음)</p> <p>2) ----- (EtCO₂)이-----</p>
양압기 치료 서비스	<p>1. ~ 가. (생략)</p> <p>나. 대상자별로 다음 구분에 따른 요건을 충족할 것</p> <p>1) ----- ----- -----</p> <p><u>또는 5 이상이면서 다음의 어느 하나에 해당할 것</u></p> <p><u>가) 불면증</u></p> <p><u>나) 주간졸음</u></p> <p><u>다) 인지기능 감소</u></p> <p><u>라) 기분장애</u></p> <p><u>마) 고혈압</u></p>	양압기 치료 서비스	<p>1. ~ 가. (생략)</p> <p>나. (현행과 같음)</p> <p>1) ----- ----- -----</p> <p><u>다음의 어느 하나에 해당할 것</u></p> <p><u>가) 무호흡·저호흡 지수가 10 이상이면서 다음의 어느 하나에 해당할 것</u></p> <p><u>① 불면증</u></p> <p><u>② 주간졸음</u></p>

현행		개정안									
	<p>바) <u>빈혈성 심장질환</u> 사) <u>뇌졸중의 기왕력</u> 아) <u>산소포화도가 85% 미만</u></p> <p>2. (생략)</p> <p>3. <u>(신설)</u></p>		<p>③ <u>인지기능 감소</u> ④ <u>기분장애</u> 나) <u>무호흡·저호흡 지수가 5 이상이면서 다음의 어느 하나에 해당할 것</u></p> <p>① <u>고혈압</u> ② <u>빈혈성 심장질환</u> ③ <u>뇌졸중의 기왕력</u> ④ <u>산소포화도가 85% 미만</u></p> <p>2. (현행과 동일)</p> <p>3. 직전 처방기간 동안의 <u>하루 평균 기기사용 시간이 2시간 이상인 경우에 해당하는 자에 한정한다. 다만, 12세 이하의 소아인 경우에는 이를 적용하지 않는다.</u></p>								
<p>[별표 2] 요양비 의료급여 지기준(제7조1항 관련)</p> <p>1. 요양비 지급기준</p> <table border="1" data-bbox="172 1682 778 1984"> <thead> <tr> <th>항목</th> <th>지급기준액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>자동 복막투석 소모성재료 (규칙)</td> <td>(생략)</td> </tr> </tbody> </table>		항목	지급기준액	자동 복막투석 소모성재료 (규칙)	(생략)	<p>[별표 2] 요양비 의료급여 지기준(제7조1항 관련)</p> <p>1. 요양비 지급기준</p> <table border="1" data-bbox="807 1682 1409 1984"> <thead> <tr> <th>항목</th> <th>지급기준액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>복막관류액</u> 및 자동복막투석 소모성재료</td> <td>(현행과 같음)</td> </tr> </tbody> </table>		항목	지급기준액	<u>복막관류액</u> 및 자동복막투석 소모성재료	(현행과 같음)
항목	지급기준액										
자동 복막투석 소모성재료 (규칙)	(생략)										
항목	지급기준액										
<u>복막관류액</u> 및 자동복막투석 소모성재료	(현행과 같음)										

현 행	개 정 안
-----	-------

제24조 제1항제2 호 관련)					
당뇨병 소모성 재료 (규칙제24조 제1항제4호 관련)	<p>가. (생략)</p> <p>나. ----- -----</p> <p style="text-align: center;">: 다음 표에 따른 금액</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">지원대상자</td> <td style="text-align: center;">기준금액</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">제1형 당뇨병환자</td> <td style="text-align: center;">70,000원/주</td> </tr> </table>	지원대상자	기준금액	제1형 당뇨병환자	70,000원/주
지원대상자	기준금액				
제1형 당뇨병환자	70,000원/주				

(규칙제24조 제1항제2 호 관련)					
당뇨병 소모성 재료 (규칙제24조 제1항제4호 관련)	<p>가. (생략)</p> <p>나. ----- -----</p> <p style="text-align: center;">: 「요양비기준고시」 별표6 제5호에 따른 제품별 사용 가능일수(제품 1개당 최대 사용가능일수를 말한다.)에 다음 표의 일당 기준금액을 곱하여 산정한 금액</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">지원대상자</td> <td style="text-align: center;">일당 기준금액</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">제1형 당뇨병환자</td> <td style="text-align: center;">10,000원</td> </tr> </table>	지원대상자	일당 기준금액	제1형 당뇨병환자	10,000원
지원대상자	일당 기준금액				
제1형 당뇨병환자	10,000원				

3. (생략)

가. -----,
당뇨병 소모성 재료(연속혈당측정용
전극 제외) 및 자가도뇨 소모성 재료에
 대한 요양비는 일당 금액으로, 당뇨병
 소모성 재료 중 연속혈당 측정용 전극에
 대한 요양비는 주당 금액으로, -----

나. ~ 바. (생략)

사. ~ 1) (생략)

2) 순응기간 후 -----

3) (신설)

3. (현행과 같음)

가. -----
당뇨성 소모성 재료-----

 -----일당 금액으로,-----

나. ~ 바. (생략)

사. ~ 1) (생략)

2) 순응기간 후 최초 -----

3) 양압기 대여[직전 처방기간 동안 하루

현행	개정안
<p>차. (신설)</p> <p>카. (생략)</p> <p>4. (신설)</p>	<p><u>평균 사용시간이 2시간 이상인 경우에 해당하는 자에 한정한다. 단, 12세 이하인 경우에는 이를 적용하지 않는다.]</u></p> <p><u>차. 연속혈당용 전극에 대한 의료급여비는 구입한 제품의 총 사용가능 일수의 범위내에서 산정하여 지급하며, 총 사용가능 일수는 제품별로 구입한 개수와 「요양비기준고시」 별표6 제5호의 최대 사용가능 일수를 곱한 값을 합하여 계산한다. 다만, 구입한 제품의 총 사용가능 일수는 처방전에 기재된 처방기간을 초과하여 산정할 수 없다.</u></p> <p><u>카. (현행과 같음)</u></p> <p><u>4. 연속혈당용 전극 등록제품 및 제품 1개당 사용가능 일수는 「요양비기준고시」 별표6 제5호에 따른다.</u></p>