

발 간 등 록 번 호

G000ME5-2026-57

요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침

2026년 7월판



건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
누589 Helicobacter Pylori 검사	소아에게 실시한 누589다 Helicobacter Pylori검사- 대변항원의 급여기준	내시경검사를 실시하기 전 또는 내시경검사를 할 수 없는 경우에 시행하는 Helicobacter Pylori검사-대변항원은 다음과 같은 경우에 H. pylori 감염 유무 진단 및 H. pylori 치료 4~8주 후 박멸 유무를 알아보기 위해 시행시 인정함 - 다 음 - 가. 지속적 또는 심한 상복부 증상이 있는 경우 나. 다른 원인을 찾을 수 없는 refractory iron deficiency anemia가 의심되는 경우 (고시 제2018-242호, '18.12.1. 시행)
	누589라 요소호흡검사 (Urea Breath Test) 급여기준	누589라 요소호흡검사(Urea Breath Test)는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정하며, 그 외에는 비급여함. - 다 음 - 가. H.pylori의 박멸치료 후 효과판정을 위해 실시하는 경우 박멸치료 후 4주(Proton-Pump Inhibitor 제제를 계속 투여하는 경우에는 약제 투여 중단 후 2주)가 경과한 후 검사 시행 시 1회 인정하며, 균이 박멸되지 않아 추가 치료를 한 경우 1회에 한하여 추가 인정 나. H.pylori 감염여부 확인을 위해 실시하는 경우 1) 내시경 등으로 위 및 십이지장의 소화성궤양(반흔기 포함)이 확인된 환자로서 가) 항응고제 또는 항혈전제 투여를 중단할 수 없는 고위험군 심뇌혈관질환 등으로 출혈경향이 높은 경우 나) 출혈 경향이 높은 질환(간경변증, 혈액 투석 중 신장 질환자 등)에서 생검으로 인하여 출혈위험이 있는 경우 2) 특발성 혈소판감소성 자반(증)(Idiopathic Thrombo cytopenic Purpura, ITP) 환자 (고시 제2017-263호, '18.1.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
누589 등 Helicobacter Pylori검사	Helicobacter Pylori 균주검사의 급여기준	1. 헬리코박터필로리(Helicobacter Pylori) 검사는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정하며, 동 검사를 위해 시행하는 생검료(내시경 하 생검료), 생검 시 사용되는 치료재료는 별도 산정함. - 다 음 - 가. 내시경 등으로 위 및 십이지장의 소화성궤양(만흔기 포함), 저등급 MALT 림프종(low grade gastric mucosa associated lymphoid tissue lymphoma)이 확인된 환자 나. 조기위암절제술 시행 환자 다. 특발성 혈소판감소성 자반(증) (Idiopathic Thrombocytopenic Purpura, ITP) 환자 2. 위암 가족력[부모, 형제, 자매 (First degree)]에서 시행한 경우 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함(동 검사를 단독으로 시행하는 경우 생검료, 생검 시 사용되는 치료재료는 본인부담률 50%로 적용) 3. 상기 1, 2. 이외에 시행하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함(동 검사를 단독으로 시행하는 경우 생검료, 생검 시 사용되는 치료재료는 본인부담률 90%로 적용) 4. 상기 1~3.에도 불구하고 「요양급여 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 세부인정사항을 별도로 정한 항목은 해당 고시에서 정한 기준을 적용함. (고시 제2022-204호, '22.9.1. 시행)
누591 핵산증폭	Ureaplasma species 검사의 급여 기준	1. 누591가 핵산증폭-정성그룹1-(14) Ureaplasma species (Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum)[중합효소연쇄반응법], 누591나 핵산증폭-정성그룹2-(04) Ureaplasma species (Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum)[실시간중합

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
	누591나(13) 췌췌가무시병 (16S rRNA)의 급여기준	누591나 핵산증폭-정성그룹2-(13) 췌췌가무시병(16S rRNA)은 야외활동(등산, 성묘, 발일 등) 이후, 발열·발진, 가피, 근육통, 림프절 비대 등의 의심증상이 발생하여 실시한 경우 1회 요양급여를 인정함. (고시 제2021-102호, '21.4.1. 시행)
	누591나(18) A군 연쇄상구균의 급여기준	누591나 핵산증폭-정성그룹2-(18) A군 연쇄상구균[실시간 중합효소연쇄반응법]은 3세~14세 소아에서 '누584라 A군 연쇄상구균 신속동정검사' 결과 음성임에도 세균성 감염이 강하게 의심되며 다음을 모두 만족하는 경우 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 체온 > 38℃ 나. 기침을 동반하지 않는 인후통 다. 압통을 동반한 전방 경부 림프절 종대 라. 편도 비대 또는 삼출물 (고시 제2023-293호, '24.1.1. 시행)
누591 핵산증폭 누685 핵산증폭	VRE Genotype [중합효소연쇄반응법] 검사, 반코마이신 내성 장구균 유전자형 검사의 급여기준	누591다 약제내성그룹1 (02) VRE Genotype [중합효소 연쇄반응법]검사와 누685가 다중그룹1 (01) 반코마이신 내성 장구균 유전자형 검사는 과거 VRE 보균자, 타병원에서 전원된 환자 중 VRE 감염이 의심되는 환자, 중환자실 또는 혈액종양 병동에 입원한 환자에게 VRE 보균진단 및 격리여부를 판단하기 위해 선별적으로 실시 시 인정 하되, 배양검사와 동시에 실시한 경우에 각각 인정함 (고시 제2018-162호, '18.9.1. 시행)
누591 핵산증폭 누589 Helicobacter pylori 검사	헬리코박터파이로리균 클라리스로마이신 내성 돌연변이검사 [중합효소연쇄반응법, 염기서열분석]의 급여기준	1. 헬리코박터파이로리균 클라리스로마이신 내성 돌연 변이검사[중합효소연쇄반응법, 염기서열분석]는 다음의 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 헬리코박터파이로리에 의한(H. pylori 균주 확인) 소화성궤양에 헬리코박터파이로리 박멸요법이 필요한 경우

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		나. 헬리코박터파일로리에 의한(H. pylori 군주 확인) 저등급 MALT(Mucosa Associated Lymphoid Tissue) 림프종에 헬리코박터파일로리 박멸요법이 필요한 경우 다. 헬리코박터파일로리에 감염된 환자의 조기위암절제술 후 제균요법이 필요한 경우 2. 상기 1항의 급여 대상 이외 제균요법이 필요한 다음의 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. - 다 음 - 가. 헬리코박터파일로리 감염이 확인된 위선종의 내시경 절제술 후 나. 헬리코박터파일로리 감염이 확인된 위암 가족력(부모, 형제, 자매(first degree)의 위암까지] 다. 헬리코박터파일로리 감염이 확인된 위축성 위염 라. 헬리코박터파일로리 감염이 확인된 기타 진료상 제균요법이 필요하여 환자가 투여에 동의한 경우 3. 산정방법 다음 검사 항목을 동시 실시한 경우에는 1가지 검사만 1회 인정함. - 다 음 - 가. 누591다 핵산증폭-약제내성그룹1-Helicobacter pylori 클라리스로마이신 내성 돌연변이[중합효소연쇄반응법] 나. 누589마 Helicobacter pylori 검사-헬리코박터 파이로리균 클라리스로마이신 약제내성유발 돌연변이 [염기서열분석] ※ ‘누589마 Helicobacter pylori 검사-헬리코박터파이로리균 클라리스로마이신 약제내성유발 돌연변이[염기서열분석]’은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용함. (고시 제2021-177호, '21.7.1. 시행)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
나563 특수염색검사 [염색법]	Diff-Quic 염색법의 수가 산정방법	Diff-Quic Solution을 이용하여 실시하는 염색법은 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 검체가 조직인 경우 1) Helicobacter pylori 검사를 목적으로 시행하는 경우 : 누589가(1) Helicobacter pylori검사-내시경하-Warthin- Starry Silver Stain 산정 2) 기타의 경우: 나563 특수염색검사로 산정 나. 검체가 체액이나 유방, 림프절 등의 세침흡인검체 등인 경우: 누051 혈구형태(말초혈액도말)[관찰판정-현미경] 산정 (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
나564 조직면역형광 현미경검사	Antiserum to C1, Q1검사의 수가 산정방법	Antiserum to C1, Q1 검사는 나564 조직면역형광현미경 검사[항체별]의 소정점수를 산정. (고시 제2017-265호, '18.1.1. 시행)
	피부질환에 시행하는 나564 조직면역형광 현미경검사(항체별)의 급여기준	피부질환에 시행하는 나564 조직면역형광현미경 검사 [항체별]는 피부질환 중 다음의 경우에 병인 확인과 타질환과의 감별진단을 목적으로 피부생검 시 Immunoglobulin, Complement, Fibrinogen 등 침착관찰 위하여 6종까지 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 수포성 피부질환 1) 천포창(Pemphigus) 2) 유사천포창(Bullous pemphigoid) 3) 흉터유사천포창(Cicatricial pemphigoid) 4) 임신유사천포창(Pemphigoid gestationis) 5) 후천수포표피박리증 (Epidermolysis bullosa acquisita) 6) 포진피부염(Dermatitis herpetiformis)

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		이용한 경우에는 “조직확장기 삽입 및 확장유도술”을 자16가(1) 국소피판술 소정금액으로 산정하되, 생리 식염수 주입료는 소정금액에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. 4. 청구방법 「건강보험행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (26)에 따른 가산을 적용하는 경우, 「요양 급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성 요령」에 의하여 작성·청구토록 함. (고시 제2025-60호, '25.4.1. 시행)
	국가 건강검진 실시 당일 이상소견이 있어 검사나 처치 등을 추가로 실시 시 급여기준	1. 국민건강보험법 제52조에 의거 가입자 등에게 실시 하는 건강검진 실시 당일 건강검진 실시기준에 의한 나761 상부소화관 내시경검사 또는 나766 결장경 검사 중에 이상 소견이 있어 검사나 처치 등을 추가로 실시한 경우에는 다음과 같이 적용함. 다만, 국민건강보험법 제52조에 의한 건강검진 항목과 중복되는 경우는 요양급여로 산정하지 아니함. - 다 음 - 가. 위의 내시경검사 중 나560 조직병리검사 및 나854 내시경하생검, 누589가 Helicobacter pylori 검사-내시경하 등을 실시한 경우 1) 나560 조직병리검사, 나854 내시경하 생검, 생검용 FORCEP은 건강검진 항목에 포함되므로 요양 급여로 산정하지 아니함. 2) 누589가 Helicobacter pylori 검사-내시경하 등 건강검진 항목에 포함되지 아니한 항목은 요양 급여로 산정하며, 항목별 해당 고시에서 정한 기준에 따라 적용함. 나. 위의 내시경검사 중 나560 조직병리검사 없이 나854 내시경하생검, 누589가 Helicobacter pylori

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		검사-내시경하 등을 실시한 경우 1) 나854 내시경하생검, 생검용 FORCEP 및 누589가 Helicobacter pylori 검사-내시경하 등 건강검진 항목에 포함되지 아니한 항목은 해당 고시에서 정한 기준에 따라 요양급여로 산정함. 다. 위의 내시경검사 중 폴립이나 이물 등이 발견되어 자761 내시경적 상부 소화관 이물 제거술이나 자765 내시경적 상부 소화관 종양 수술, 자767 결장경하 이물 제거술 및 자770 결장경하 종양 수술 등을 실시한 경우 1) 해당 시술료에서 내시경검사료를 제외한 나머지 금액만을 요양급여비용으로 산정함(산정코드 첫 번째 자리에 8로 기재). 다만, 동일 경로 하 2가지 이상 수술을 동시에 실시한 경우 제2의 수술은 해당 수술 소정점수의 50%(상급종합병원·종합 병원은 70%)를 산정함. 2) 해당 치료(수술)와 관련하여 실시한 나560 조직 병리검사 및 사용한 치료재료 등은 요양급여로 산정 하며, 항목별 해당 고시에서 정한 기준에 따라 적용함. 라. 해당 내시경 검사 및 시술에 수반되는 나799-1 내시경 세척·소독료는 건강검진 항목에 포함되므로 요양급여로 산정하지 아니함. 마. 해당 내시경 검사 및 시술에 수반되는 나799 진정내시경 환자관리료는 위 가.와 나.의 경우 비급여이나, 위 다.의 경우 요양급여로 산정 가능 하며, 사용하는 약제는 식품의약품안전처 허가사항 범위 내 혹은 해당 고시에서 정한 기준에 따라 별도 산정 가능함. 2. 국민건강보험법 제52조에 의거 건강검진 실시 당일에 건강검진 실시기준에 해당하지 않는 나766 결장경 검사를 추가로 실시할 경우에는 동 검사를 실시

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
		하야 할 증상 등이 사전 진료한 내역을 통해 진료 기록부상 확인되는 경우에 요양급여로 산정함. (고시 제2024-58호, '24.4.1. 시행)
	본인 희망에 의한 건강검진 실시 당일 이상소견이 있어 검사나 처치 등을 추가로 실시 시 급여기준	1. 본인의 희망에 의한 건강검진은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2]에 따른 비급여 대상이나, 건강검진 목적의 나761 상부 소화관 내시경 검사 또는 나766 결장경검사 중에 이상 소견이 있어 검사나 처치 등을 추가로 실시한 경우에는 다음과 같이 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 위의 내시경검사 중 나560 조직병리검사, 나854 내시경하생검, 누589가 Helicobacter pylori 검사-내시경하 등 검사를 실시한 경우는 이상 소견에 대한 확진을 위한 건강검진의 일련의 과정으로 보아 요양급여로 산정하지 아니함. 나. 건강검진 목적의 내시경검사 중 폴립이나 이물 등이 발견되어 자761 내시경적 상부 소화관 이물제거술이나 자765 내시경적 상부 소화관 종양 수술, 자767 결장경하 이물 제거술 및 자770 결장경하 종양 수술 등을 실시한 경우 1) 내시경 비용이 포함된 행위는 해당 시술료에서 내시경검사료를 제외한 나머지 금액만을 요양급여비용으로 산정함(산정코드 첫 번째 자리에 J로 기재). 다만, 동일 경로 하 2가지 이상 수술을 동시에 실시한 경우 제2의 수술은 해당 수술 소정 점수의 50%(상급종합병원·종합병원은 70%)를 산정함. 2) 해당 치료(수술)와 관련하여 실시한 나560 조직병리검사 및 사용한 치료재료 등은 요양급여로 산정하며, 항목별 해당 고시에서 정한 기준에 따라 적용함.