

녹 의: 제19 - 114호

2019년 07월 31일

수 신: 병(의)원장

참 조: 진단검사의학과, 병리과, 핵의학과, 보험심사과

 제 목: **검사정보 변경 안내**

1. 귀원의 무궁한 발전을 기원합니다.
2. 본 재단 검사항목 중 보건복지부 고시 제19-146호 의거하여 일부 항목의 변경사항을 아래와 같이 안내드리오니 진료 및 업무에 참조하시기 바랍니다.
3. 변경에 따른 귀원의 많은 협조 부탁드립니다.

- 아 래 -

## 1. 검사정보 변경

검사명	변경 전	변경 후	비고
<b>Chromosomal microarray(PB)</b> (GC Labs 코드: X832)	· 검사명: Chromosomal microarray (PB) · 보험정보: - · 검사수가: 806,000원	· 검사명: <b>염색체 마이크로어레이검사 (CMA)</b> · 보험정보: <b>나600가/C600300C (9327.60점)</b> · 검사수가: <b>777,920원</b>	· 사유: 보건복지부 고시 제2019-146호 의거 · 적용일: 08월 01일 접수분

### · 보건복지부 고시 제2019-166호 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 일부개정

나600 염색체검사-염색체 마이크로어레이검사의 급여기준

나600가(3)(가) 염색체검사-선천성이상의 염색체검사-염색체 마이크로어레이검사-고해상도는 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」을 준수한 가운데 시행하여야 하며, 다음의 조건에 모두 해당되는 경우에 요양급여를 인정함.

주 : 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 별표2에 따른 요양급여 적용

- 다 음 -

#### 가. 적응증

- 1) 정신지체  
(Mental retardation/Intellectual disability)
- 2) 발달장애(Developmental disorders)
- 3) 자폐(Autism)
- 4) 다발성 선천성 기형  
(Multiple Congenital malformations)

#### 다. 수가 산정 방법

- 1) 인정횟수: 진단 시 1회 인정
- 2) 나600가(1)(나) 염색체 검사-선천성이상의 염색체검사-핵형검사[배양검사 포함]-고해상도와 중복 산정 할 수 없음

## 의료법인 녹십자의료재단

[직인 생략]