

# 급여기준들

## 자 640. 정자채취 및 처리

감염환자 정자 처리 , 역행성사정 정자처리 , 정자 운동성 촉진 처리 급여기준

정자채취 및 처리시 감염환자에게 실시한 경우나 역행성사정을 통해 얻어진 경우 , 정자운동성 촉진 처리가 필요한 경우로 다음의 경우에 요양급여를 인정함 .

- 다 음 -

가. B 형 , C 형 간염보균자나 HIV 보균자의 정자를 처리하는 경우

나. 농정액 (pyospermia) 정자를 처리 하는 경우

다. 역행성사정 환자의 소변에서 정자를 확보하여 처리하는 경우

라. 정자운동성이 저하 ( 전진성 운동 정자의 비율이 10

마. 전기자극을 이용하여 채취한 정자를 처리하는 경우

## 고환조직정자흡인의 급여 기준

고환조직에서 정자를 채취하기 위해 가는 바늘로 고환을 찔러 세정관내에 존재하는 정자를 찾는 고환조직정자흡인은 수술적 교정이 불가능한 폐쇄성무정자증으로 확인된 자 중 의학적으로 고환조직정자추출 시행이 불가능한 경우 ( 이전의 고환의 염증성 질환 및 반복적인 수술로 인하여 유착이 심한 경우 , 고환암이 의심되는 경우 ) 에 요양급여를 인정함 .

## 고환조직정자추출의 급여기준

정액에서 체외수정에 사용할만한 정자가 없는 경우에 고환조직을 일부 절제하여 정자를 얻는 고환조직정자추출은 다음의 경우에 요양급여를 인정함 .

- 다 음 -

가. 수술적 교정이 불가능한 폐쇄성무정자증

나. 폐쇄성무정자증 환자에서 정관정관문합술 (vasovasostomy) 이나 정관부고환문합술 (vasoepididymostomy) 수술에 실패한 경우

다. 사정장애가 있는 환자 중에서 약물치료로 교정이 되지 않는 경우

라. 발기기능장애로 기존의 치료로 교정이 되지 않는 경우

마. 체외수정 당일 사정된 정액에서 정상모양의 정자가 하나도 없거나 모든 정자가 비활동성인 경우

## 미세수술적 부고환정자흡인술의 급여기준

부고환에서 정자를 채취하는 미세수술적 부고환정자흡인술은 다음의 경우에 요양급여를 인정함 .

- 다 음 -

가. 고환의 백막에 접근이 불가능하여 고환조직 채취가 불가능한 경우

나. 고환의 악성종양이 의심되는 경우

## 현미경하 미세 수술적다중고환 조직정자추출의 급여기준

현미경하 미세수술적다중고환조직정자추출은 비폐쇄성무정자증으로 진단된 경우에만 요양급여를 인정함 .

## 자 641 난자채취 및 처리

## 난자 활성화 급여기준

수정을 돕기 위한 난자 활성화는 다음의 경우에 요양급여를 인정함 .

- 다 음 -

가. 성숙난자 채취를 시도했으나 모든 난자가 미성숙난자로 채취된 경우

나. 채취된 성숙난자 중 70

다. 정자운동성이 없는 경우 ( 전진성 운동 정자의 비율이 10

라. 이전 체외수정 시술에서 모든 난자의 수정 실패 혹은 수정률 저하 (40

마. 이전 체외수정 시술에서 세포질내 정자주입술로 수정이 이루어졌으나 배아발달이 비정상적으로 느리거나 배아질이 많이 떨어지는 경우

## 자 642 수정 및 확인

## 세포질내 정자주입술의 급여기준

수정률을 높이기 위해 난자의 세포질내에 정자를 직접 주입하여 수정을 유도하는 세포질내 정자주입술은 다음의 경우에 요양급여를 인정함 .

- 다 음 -

가. 회소정자증, 무력정자증, 기형정자증, 회소무력정자, 회소무운동성기형정자증 등과 같은 심각한 남성인자로 인한 난임인 경우

나. 항 정자 항체가 존재하는 경우

다. 착수손상 환자, 사정장애가 있는 환자, 역방향 사정 환자의 경우

라. 폐쇄성무정자증인 경우

마. 성숙정자에 기인한 고환부전, 부분 생식세포 무형성증의 경우

바. 동결보존된 정자나 난자를 이용하는 경우

사. 유전질환에 대한 착상 전 유전진단이 필요한 경우

아. 중증의 자궁내막증 , 난소기능저하가 있는 경우

자. 미성숙 난자를 수정시키는 경우

차. 이번 일반 체외수정 실시 후 수정 실패한 경우

카. 이전 일반 체외수정 실시 후 수정 실패하였거나 배발생률이 낮았던 경우

타. 이전 체외수정 시술 후 2 회 이상의 반복 임신 실패력이 있는 경우

## 세포질내 정자 주입술 ( 고배율 현미경 , 편광 현 미경 이용 ) 의 급여 기준

수정률을 높이기 위해 고배율 현미경 ( IMSI ) 등을 이용한 정자 선별이나 편광 현미경을 이용한 정자주입 위치 선별을 통한 세포질내 정자주입술은 다음의 경우에 요양급여를 인정함 .

- 다 음 -

가. 이전 체외수정 시술 후 자연 유산 2 회 이상 경험한 경우

나. 이전 체외수정 시술에서 세포질내 정자주입술을 시행했으나 반복 임신 실패나 2 회 이상의 화학적 임신을 경험한 경우

다. 이전 체외수정 시술에서 세포질내 정자주입술로도 40

라. 이전 체외수정 시술에서 포배기 배발달률이 낮은 경우

마. 이전 체외수정 시술에서 모든 난자의 수정 실패가 있었던 경우

바. 심한 기형정자증이 있는 경우 ( 정상정자의 비율 1

사. 수술적으로 채취 후 동결한 정자를 해동하여 세포질내 정자 주입술을 시행하는 경우

## 히알루론산 결합 정자선별의 급여 기준

정자 선별시 형태와 운동성 외에 히알루로난이 코팅된 장치를 사용하여 성숙한 정자를 선별하여 수정을 시도하는 히알루론산 결합 정자선별은 다음의 경우에 요양급여를 인정함 .

- 다 음 -

가. 이전 체외수정 시술 후 자연 유산을 2 회 이상 경험한 경우

나. 이전 체외수정 시술에서 세포질내 정자주입술을 시행했으나 반복 임신 실패나 2 회 이상의 화학적 임신을 경험한 경우

다. 이전 체외수정 시술에서 세포질내 정자 주입술로도 40

라. 이전 세포질내 정자주입술시 포배기 배발달률이 낮거나 지연 발육되었던 경우

마. 정상적인 형태의 정자가 1

바. 정자성숙도가 떨어지는 경우

## 자 644 배아 배양 및 관찰

## 배아 활성화의 급여기준

자연적인 배양 과정이 원활히 진행되지 않아 약물 , 전기 등의 방법을 사용하여 배양을 돕는 배아 활성화는 다음의 경우에 요양급여를 인정함 .

- 다 음 -

가. 난소저반응군에 해당하는 경우

1) 난소저반응군의 과거력이 없는 경우 이번 시술시 난포 자극호르몬 주사제를 최소 하루에 150 IU 이상 사용한 과배란유도로 3 개 이하의 난자가 얻어진 경우

2) 난소저반응군의 과거력이 있는 경우 이번 시술시 난포 자극호르몬 주사제를 최소 하루에 150IU 이상 사용한 과배란유도로 5 개 이하의 난자가 얻어진 경우

나. 미성숙 난자가 많이 나온 경우

1) 성숙난자 채취를 시도하였으나 미성숙난자가 70% 이상 나온 경우

2) 미성숙난자 채취를 시도하여 난자를 성숙시켰으나 70% 이상에서 실패한 경우

다. 배아 발달이 심하게 늦거나 , 발달이 정지된 경우

## 지속적 관찰을 시행한 경우의 급여기준 및 산정방법

배아의 발달 속도가 불규칙하여 Time-lapse 시스템 등을 이용하여 배아 발달 상태를 지속적으로 모니터링 해야 하는 다음과 같은 경우에 요양급여로 산정하되 국민건강보험법 시행규칙 별표 6 1. 다 . 에 따라 본인부담률을 100 분의 80 으로 적용 함 .

- 다 음 -

가. 이전 체외수정 시술 후 반복 임신 실패나 2 회 이상의 화학적 임신을 경험한 경우

나. 단일 배아이식을 예정할 경우

다. 기타 지속적 배아 관찰이 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우

## 자 645 배아 이식, 보조부화술의 급여기준

착상률을 향상시키기 위해 배아이식 전 투명대에 인위적으로 절개를 가하여 배아의 부화를 돕는 보조부화술은 다음의 경우에 요양급여를 인정함 .

- 다 음 -

가. 여성의 연령이 40 세 이상인 경우

나. 투명대가 정상보다 두꺼운 경우 (  $\geq 15 \mu m$  ) 또는 투명대의 색이 검거나 비정형 모양인 경우

다. 난포자극호르몬 (FSH) 수치가 정상보다 높은 경우 (FSH  $\geq 12$ )

라. 난할기 동결배아 이식과 같이 투명대의 경화현상이 발생하는 경우

마. 이전 체외수정 시술 시 양질의 수정란을 이식하였으나 2 회 이상 착상 실패한 경우

바. 이전 체외수정 시술 시 배아의 부화가 일어나지 않았던 경우

## 보조생식술에서의 초음파

보조 생식술 관련만 급여 적용입니다. 보조생식술과 관련 없는 모니터링 초음파는 비급여입니다 Q. 보조생식술과 관련된 각종 검사나 초음파 검사도 건강보험이 적용되나요?

보조생식술에 소요된 비용이 급여 적용되므로 해당 검사들은 원칙적으로 모두 급여로 전환됩니다. 다만, 개별 검사별 급여기준이 별도 존재하거나 비급여로 명시되어 있는 경우는 이에 따라 건강보험이 적용됩니다. 초음파 검사는 보조생식술 시술을 위해 시행되는 경우 건강보험을 적용합니다 보조생식술을 위해 초음파를 시행하는 경우  1) 보조생식술 진료시작일에 자궁부속기 및 자궁내막의 상태 등을 보는 경우 나944라(1) 여성생식기 초음파(일반)를 산정함 2) 보조생식술 관련 약제투여 후 난포의 크기 및 수, 자궁내막두께 등을 관찰하는 경우 나940나 단순초음파(II)를 산정함
--

## 보조생식술에 사용되는 호르몬 약제

1. 각 약제의 허가사항 및 급여기준 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함.

2. 허가사항 범위를 초과하여 보조생식술에 아래와 같은 기준으로 투여 시「보조생식술 급여기준」 범위 내에서 요양급여를 인정하며, 비급여로 실시한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. Estradiol valerate 경구제, Medroxyprogesterone acetate 경구제

나. Prednisolone 경구제, Dexamethasone 경구제

○ 투여 대상

1) 반복 유산과 관련된 자가면역 질환이 있는 환자

2) 원인불명으로 3회 이상 반복하여 착상 실패를 경험한 환자

3. 허가사항 범위를 초과하여 보조생식술에 아래와 같은 기준으로 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. Micronized progesterone 경구제의 경구 투여.

1) 체외수정 시 Progesterone의 보충요법

2) Progesterone 결핍으로 인한 불임 여성의 난모세포 공여프로그램

3) 반복적인 유산(3회 이상)의 과거력이 있는 환자

나. 성장호르몬제(Growth hormone, Somatropin)

○ 체외수정을 시행하는 여성 중 다음 2가지 이상을 만족하는 경우

1) 만 40세 초과 연령

2) 난소 예비능이 좋지 않은 과거력

3) 난소 기능 저하

※ 대상 약제: Estradiol valerate 경구제, Medroxyprogesterone acetate 경구제, Prednisolone 경구제, Dexamethasone 경구제, Micronized progesterone 경구제, Somatropin 서방형 주사제, Somatropin 주사제