

2-61. 질병수술비(1~8종)(시술포함) 특별약관

2-62. 질병수술비(1~8종)(시술포함) 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 진단이 확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 〈별표57〉 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '수술 및 시술'을 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 질병수술비(1~8종)(시술포함)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만 1회의 입원당 1회의 수술 및 시술 또는 1회의 통원당 1회의 수술 및 시술에 한하여 보장하며, 하나의 '수술 및 시술 코드'당 연간 1회에 한하여 보장합니다.

구 분		지 급 금 액
질병수술비 (1~8종) (시술포함)	질병으로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '1종' 수술시	질병수술(1종)(시술포함) 보장의 보험가입금액
	질병으로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '2종' 수술시	질병수술(2종)(시술포함) 보장의 보험가입금액
	질병으로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '3종' 수술시	질병수술(3종)(시술포함) 보장의 보험가입금액
	질병으로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '4종' 수술시	질병수술(4종)(시술포함) 보장의 보험가입금액
	질병으로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '5종' 수술시	질병수술(5종)(시술포함) 보장의 보험가입금액
	질병으로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '6종' 수술시	질병수술(6종)(시술포함) 보장의 보험가입금액
	질병으로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '7종' 수술시	질병수술(7종)(시술포함) 보장의 보험가입금액
	질병으로 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '8종' 수술시	질병수술(8종)(시술포함) 보장의 보험가입금액

주) '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관 각 보장의 보험가입금액을 의미합니다.

- ② 제1항에서 '연간'이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술 및 시술 코드에 한하여 수술비(시술 포함)를 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술 코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술 및 시술 코드가 부여된 경우에는 수술 및 시술종류가 높은 하나의 수술 및 시술 코드에 한하여 해당 종의 수술비(시술 포함)를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 보험금을 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 보험금에서 이미 지급한 보험금을 차감하고 지급합니다.

< 높은 종류의 수술 및 시술 보험금지급 예시 >

ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 'KDRG'에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 〈별표57〉 '1~8종 수술 및 시술 분류표'의 수술 및 시술종류와 차이가 있을 수 있습니다.

예를 들어, 피보험자가 입원을 하고 '유방재건술(J051)'(3종)과 '유방절제술(J061)'(7종)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 '유방재건술(J051)'입니다. 다만, 이 경우 회사는 제2항에 따라 '유방절제술(J061)'에 해당하는 7종의 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

- ③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술 및 시술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 계약의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 질병 1~8종 수술비(시술 포함)를 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 '국민건강보험법' 또는 '의료급여법'을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 계약에서 정한 수술 및 시술 코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제3조(수술 및 시술의 정의와 장소)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

< '국민건강보험법' 또는 '의료급여법'을 적용받지 못하는 사고로 인한 보험금지급 예시 >

자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제5항에 따라 '슬관절 및 하퇴골 골절 수술(I283)'에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

- 진단명 : 경골 하단의 기타 골절(S82.38)
- 의료행위 : 사지골절정복술[복잡골절포함]-관절적-하퇴골-경골(N1604)

- ⑥ 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 '국민건강보험법'에서 정한 요양급여 또는 '의료급여법'에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술 및 시술 코드에 해당하는 수술비(시술 포함)와 제5항의 수술 및 시술 코드에 해당하는 수술비(시술 포함)를 각각 지급합니다.
- ⑦ '단순 자궁 수술(악성종양 제외)(N031, N032)'는 '국민건강보험법'에서 정한 요양급여 또는 '의료급여법'에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ⑧ 보험수의자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수의자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술 및 시술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 '수술 및 시술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사 또는 치과의사의 자격을 가진 자(이하 '의사'라 하며, 한의사는 제외합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 〈별표57〉 '1~8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 수술 및 시술 코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

- ② 제1항의 '수술 및 시술 코드'는 '국민건강보험법'에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 '의료급여법'에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고, 'KDRG(Korean Diagnosis Related Group)'분류체계에 따라 부여된 'ADRG(Adjacent DRG)'중 회사가 정한 코드를 말합니다.



< KDRG(Korean Diagnosis Related Group) >

건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.

이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

< ADRG(Adjacent DRG) >

환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 '외과계 그룹'과 '내과계 그룹'으로 분류한 후 의료행위^{주1)}와 진단명^{주2)}에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

주1) 의료행위 : 의료행위란 보건복지부에서 고시하는 '건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수'에서 정한 수가코드를 말합니다.

주2) 진단명 : 진단명이란 통계청에서 고시하는 '한국표준질병·사인분류'상의 분류번호를 말합니다.

< 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC) >

신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

- ③ 제2항의 '수술 및 시술 코드'에서 향후 'KDRG(Korean Diagnosis Related Group)' 개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 '수술 및 시술 코드'가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 '수술 및 시술 코드'를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 "ADRG"가 신규 추가되는 경우 회사는 <별표57> '1~8 종 수술 및 시술 분류표'의 구분에 준하여 수술 및 시술 코드를 결정합니다.



< 수술 및 시술 코드가 변경되는 경우 보험금 지급 예시 >

회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특별약관 체결시점의 'KDRG'기준에 적용합니다. 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술 및 시술 코드를 기준으로 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

예를 들어, 이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술 및 시술 코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술 및 시술 코드가 A080(KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.4)에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여 항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.
- ⑤ 제1항의 수술 및 시술은 '건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수'(보건복지부 고시 제202 1-13호, 2021.1.22.) 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상 진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

분류항목	수가코드
체부정위적방사선수술[1회당]-선행가속기이용	HD111
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-선행가속기이용	HD112
뇌정위적방사선수술-감마나이프	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프	HD114
뇌정위적방사선수술-선행가속기	HD115
양성자치료[1회당]	HD121
체부정위적방사선수술[1회당]-사이버나이프이용	HD211
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-사이버나이프이용	HD212

주) '건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수'는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 6. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
 7. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
 8. 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
 9. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
 10. 신체의 필수 가능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우



〈심신상실〉

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

- ② 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
3. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
4. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
5. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)

- ③ 회사는 〈별표57〉 '1~8종 수술 및 시술 분류표'의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

- ④ 회사는 '국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙' 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등]
(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급

여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)

급여수가코드는 '건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)'에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제7조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)에 의하여 계약이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 계약의 보장보험료를 납입하여야 합니다.

제7조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.

'갱신형 특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.

제8조(계약의 소멸)

- ① 피보험자의 사망[보통약관 제27조(계약의 소멸) 제2항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.



< 계약자적립액 >

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해둔 금액을 말합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관(단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.