

- EDI사용료 인하조정관련 안내
 - 훈기존 주 품절에 따른 한시적 급여 대책
 - 2003년 11월분 심사기준(지침)

의료기관을 경영하는 과정에서 병원운영 관계자들은 의료관계 법률과 제도를 적용 하거나 해석하는데 있어 종종 어려움에부딪히게 됩니다

본 란은 병원경영에 있어 궁금한 점이나, 의료제도 · 건강보험제도에 관한 의문사항이 있으면 언제든지 문을 두드릴 수 있는 코너입니다. 궁금한 점이 있는 분은 언제든지 대한병원협회지 Q&A로 연락주십시오. 성심성의껏 답변해 드리겠습니다.

문의 : jyk@kha.or.kr, ysy@kha.or.kr

○ 적용시기 : 2003. 11월부터 적용

※ 적용안

가. 정액제(월간)

| 구분 | 현행 | | | 개정(안) | | |
|------|-----------------------|--------------------------|-------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------|
| | 소형 | 중형 | 대형 | 소형 | 중형 | 대형 |
| 총합전원 | 2,000,000원 | | | 1,720,000원 | | |
| 총합병원 | 600,000원 | | | 516,000원 | | |
| 병원 | 170,000원 | | | 127,500원 | | |
| 의원 | 19,900원 (500kb 미만) | 29,900원 (500~2,500kb) | 39,900원 (2,501kb 이상) | 17,100원 (500kb 미만) | 25,700원 (500~2,500kb) | 34,300원 (2,501kb 이상) |
| 약국 | 15,000원 (200kb 미만) | 19,900원 (200~1,000kb) | 25,000원 (1,001kb 이상) | 13,200원 (200kb 미만) | 17,500원 (200~1,000kb) | 22,000원 (1,001kb 이상) |
| 기타 | 15,000원 (200kb 미만) | 19,900원 (200~1,000kb) | 25,000원 (1,001kb 이상) | 12,900원 (200kb 미만) | 17,100원 (200~1,000kb) | 21,500원 (1,001kb 이상) |

- 기타 : 치과의원, 한의원, 보건기관

나. 종량제

| 구 분 | 최저사용료 | 500Kb 이하 | 501~2,000Kb | 2,001~5,000Kb | 5,001Kb 이상 |
|-------|---------|----------|-------------|---------------|------------|
| 현 행 | 15,000원 | 50원 | 40원 | 30원 | 20원 |
| 개정(안) | 12,900원 | 43원 | 34원 | 26원 | 17원 |

[관련근거: 보건복지부 급여65720-1292(2003.11.13)]

[관련근거: 보건복지부 급여65720-1292(2003.11.13)]

○ 훈기존주 품질로 인한 진료상 혼선을 최소화하기 위해 대체약제 지정 및 운영기간 등을 다음과 같이 조치

- 적응증별 대체약제 지정

| 적응증 | 1차 약제 | 2차 약제 |
|---|---|---|
| 전신성(침습성) Candida증 | Fluconazole 주사(디푸루칸정맥주사) ※현재도 1차약제로 사용가능 | lipid form amphotericin B (암비숨주, 콜로이드성앰포실주사) |
| 전신성(침습성) Aspergillus | Itraconazole 주사 (스포라녹스주) | lipid form amphotericin B (암비숨주, 콜로이드성앰포실주사) 또는 칸시다스주 |
| 호중구감소성 불명열 (Neutropenic Fever of Unknown Origin) | Itraconazole 주사 (스포라녹스주) | lipid form amphotericin B (암비숨주, 콜로이드성앰포실주사) |
| 기타 침습성 진균증 | lipid form amphotericin B (암비숨주, 콜로이드성앰포실주사) | |

- 운영기간 : 2003. 11. 13 ~ 2003. 12. 15 진료분

* 한국비엠에스(주)에서 5,000vial(약 1개월 소요분)을 11월 21일경에 공급할 예정임.

- “암비숨주 및 콜로이드성앰포실주사”는 소요비용을 감안하여 상기 적응증에 따라 1차 또는 2차약제로 인정하되, 투여용량 및 투여기간 등은 현행 급여기준 범위내에서 인정.

적용일: 2003년 12월 1일 진료분

※ 신설

| 연번 | 제 목 | 심 사 기 준 (지 칙) 내 용 |
|----|---|--|
| 1 | 치료기간 중 수회 실시한 자667 경피경간담즙배액술, 자670 경피적담석제거술 및 자776 내시경하담석제거술 시행시의 수가산정 방법 | 담관결석 상병에 자667 경피경간담즙배액술 후 시행하는 자670 경피적담석제거술 또는 자776내시경하담석제거술은 담석을 제거하기 위한 동일 치료목적의 재시술로 간주함이 타당하므로, 동일 치료기간 중 자667 경피경간담즙배액술, 자670 경피적담석제거술, 자776 역행성담체관내시경수술을 진료상 필요하여 수회 실시한 경우 수가산정 방법은 각 시술을 단독으로 실시한 경우는 최대 200% 범위내(100%,50%,50%)로 인정하고, 복합적으로 실시한 경우는 최대 300% 범위내(100%,50%,50%,50%,50%)로 인정함. (이 경우 제일 먼저 시행한 시술은 100%, 그 이후 시술은 50%임) |
| 2 | SSP(하9 전자침술)과 하13 침전기자극술 동시 시술시 인정여부 | SSP(하9 전자침술)와 하13 침전기자극술을 동시 시술한 경우에는 주된 시술 하나만 인정함. |
| 3 | Acetylcholinesterase inhibitor제제 인정기준 | Acetylcholinesterase inhibitor제제(아리셉트, 엑셀론, 레미닐, 코그넥스)는 “알쯔하이머 형태의 경등도, 중등도 치매 증상의 치료”에 식약청장 허가를 받은 약제로, 경등도, 중등도 치매에 대한 판단 기준은 다음과 같이 한다. - 다 음 - 가. MMSE(mini mental state exam)는 10~26 (단, 레미닐은 10~24)이면서, 나. CDR(clinical dementia rating)은 1~2 또는 GDS(Global Deterioration Scale)는 stage 3~5 |

※ 변경

| 연번 | 제 목 | 변경전 | 변경후 |
|----|----------------------------------|--|---|
| 1 | 이식편대속주병 예방을 위한 혈액 제제 방사선 조사 인정범위 | 백혈구여과 제거 혈액에 방사선조사는 백혈구 여과 제거만으로는 백혈구내의 T-림프구에 의한 이식편대속주병의 예방 효과가 불충분하므로 이의 완전한 예방을 위해서 필요하다고 판단되므로 골수이식, 백혈병, 악성림프종, 선천성 면역결핍증, 골수이식 예정인 Aplastic Anemia에 인정한다. 다만, 동결혈장제제(신선동결혈장, 동결혈장, 동결침전제제)에 실시한 방사선조사는 인정하지 아니한다. | 1. 이식편대속주병 (GVHD) 예방을 위해 실시하는 혈액제제에 대한 방사선조사는 다음과 같이 인정한다. - 다 음 - 가. 이촌이내 친족으로부터의 수혈을 받는 경우 나. 신선한혈액을 사용하는 심혈관계 수술 다. 미숙아 2. 다만, 혈액제제 중 백혈구 여과 제거 혈액에 대한 방사선조사는 백혈구 여과 제거 만으로는 백혈구내의 T-림프구에 의한 이식편대속주병의 예방 효과가 불충분하여 이의 완전한 예방을 위해서 필요하다고 판단되므로 골수이식, 백혈병, 악성림프종, 선천성 면역결핍증, 골수이식 예정인 Aplastic Anemia에 인정한다. 3. 동결혈장제제(신선 동결혈장, 동결혈장, 동결침전제제)에 실시한 방사선조사는 인정하지 아니한다. |

※ 폐기

| 연번 | 제 목 | 현행심사기준(지침)내용 | 폐기사유 |
|----|---|---|---|
| 1 | Clomiphene citrate (상품명:클로미펜정 등) 제제 (247) | Clomiphene citrate(상품명: 클로미펜정 등)제제는 Endometrial biopsy, B.B.T(Basal Body Temperature), CMT(Cervical mucos test)를 단독 또는 병행 실시하여 무배란으로 확인된 경우에 인정한다. | 허가사항범위내에서 인정 |
| 2 | 아리셉트 인정 기준 | 아리셉트정(성분명 : donepezil HCL)은 “알쯔하이머 형태의 경등도, 중등도 치매 증상의 치료”에 식약청장 허가를 받은 약제로, 경등도, 중등도 치매에 대한 판단 기준은 다음과 같이 한다. - 다 음 - 가.MMSE(mini mental state exam) : ≥ 10 and ≤ 26 이면서, 나.CDR(clinical dementia rating) : 1 or 2 또는 GDS(Global Deterioration Scale) : stage 3~5 | Acetylcholinesterase inhibitor제제 인정 기준 신설로 폐기 |