□ 2004년 9월분 심사기준(지침)

적용일 : 2004년 10월 1일 진료분

◎ 신설

연번	제 목	심 사 기 준 (지 침) 내 용
1	etanercept 주사제(품명 : 엔브렐주)의 인정기준(장기투여 및 자가주사 관련 등)	etanercept 주사제(품명 : 엔브렐주)는 특성상 자가주사 혹은 장기 처방 등이 가능한 약제이므로, 정확한 의사의 판단하에 자가 및 장기 처방을 인정하되, 1회 처방 기간은 퇴원할 경우에는 최대 2주분, 외래의 경우에는 최대 4주분까지로 하며, 원내 처방을 원칙으로 한다.
2	약침술 '주' 사항 참조, 하13 침전기자극술 인정 여부	하13 침전기자극술은 자침 후 침병에 전기자극을 주는 행위로서 반드시 침술을 시행하여야만 이루어지는 행위인 바, 약침술, 타침술, 침전기자극술을 동시에 시행한 경우 약침술 '주' 3항에 의거 타침술 및 침전기자극술은 인정하지 아니한다. ※ 참고 • 약침술 : 행위급여 · 비급여목록표및상대가치점수 Ⅱ. 요양급여의 100분의100을 본인이부담하는 항목임 • 약침술 주3.: 타침술과 동시에 시술하더라도 약침술 소정점수만 산정한다.

◎ 변경

연번	제 목	변 경 전	변 경 후
3	격리실 입원료 인정기준	제1장 기본진료료 [산정지침] 2-(5) 격리실 입원료 중 "면역이 억제된 환자를 보호하기 위하여 일반 환자와 격리하여 치료한 경우"에 대하여 다음과 같이 인정한다. - 다 음 - 가. 격리실 입원이 반드시 필요한 경우: (1) ANC 또는 AGC가 500/mm³이하인 경우 (2) 항암제 또는 면역억제제 투여로 ANC 또는 AGC가 500/mm³이하로 감소된 경우 (3) 조혈모세포이식 등 이식 환자에서 ANC 또는 AGC가 500/mm³ 이하로 감소되거나 중등도 이상의 급성 이식편대숙주질환(GVHD)이 발생한 경우 (4)AIDS환자 나. 격리기간 - 상기(1)(2):ANC 또는 AGC가 3일간 계속하여 500/mm³ 이상으로 회복될 때까지 - 상기(3) : ANC 또는 AGC가 3일간 계속하여 500/mm³이상으로 회복될 때까지 또는 중등도 이상의 급성 GVHD가 경도	제1장 기본진료료 [산정지침] 2-(5) 격리실 입원료 중 "면역이 억제된 환자를 보호하기 위하여 일반 환자와 격리하여 치료한 경우"에 대하여 다음과 같이 인정한다. - 다 음 - 가. 격리실 입원이 필요한 경우 (1) ANC가 500/mm³이하인 경우로서 감염의 위험이 있는 경우 (2) 조혈모세포이식 등 이식 환자에서 중등도 이상의 급성이식편대숙주질환(GVHD)이 발생한 경우 (3) AIDS환자 나. 격리기간 - 상기(1):ANC가 3일간 계속하여 500/mm³이상 또는 감염의 위험이 소실될 때까지 - 상기(2):중등도 이상의 급성 GVHD가 경도로 호전될 때까지

3	격리실 입원료 인정기준	로 호전될 때까지 - 상기(4):감염, 합병증이 치료될 때까지 * 다만 위의 사항에 해당되지는 않으나 격리실 입원이 필요한 경우는 담당의사의 소견서, 진료내역 등을 참조하여 사례별 인정	- 상기(3):면역기능이 현저히 회복될 때까지 * 다만, 격리실 입원은 위 '가' 항에 해당되는 경우를 원칙으로 하되, 위 규정에 불구하고 격리실 입원여부는 담당의사의 판단에 의함.
4	자551-1 누점폐쇄술의 인정기준	자551-1 누점폐쇄술은 시술부위별(상 · 하 누점), 시술방법별(일시적, 반영구적)에 따라 다음과 같이 인정한다. - 다 음 - 가. 동일날 상 · 하누점폐쇄술을 동시에 실시한 경우에는 하누점폐쇄술만 인정하며, 환자상태에 따라 상 · 하누점폐쇄술을 동시에 실시해야만 할 필요성이 있는 경우에는 구체적인 의사소견서를 참조하여 인정한다. 나. 하누점폐쇄술을 실시한 후 환자 증상이 개선되지 않아 일정기간 경과 후 상누점폐쇄술을 한 경우에는 각각의 소정금액으로 인정한다. 다. 일시적 누점폐쇄술 실시 후 반영구적 누점폐쇄술을 실시하는 경우 : 누점폐쇄술의 보편적인 시술 과정은 일차적으로 Collagen implant삽입술을 실시하여 증상 호전여부를 판단한 후 이차적으로 Punctal Plug삽입술을 실시하므로 일차 Collagen implant삽입술시술 후 이차적으로 시행된 Punctal Plug삽입술은 시술날짜 불문하고 소정 금액의 50%를 인정한다.	자551-1 누점폐쇄술은 시술부위별(상 · 하 누점), 시술방법별(일시적, 반영구적)에 따라 다음과 같이 인정한다. - 다 음 - 가. 나. 좌 동 다. 일시적 누점폐쇄술 실시 후 반영구적 누점폐쇄술을 실시하는 경우 : 일차 Collagen implant삽입술 시술 후 이차적으로 시행된 반영구적 누점폐쇄술(Punctal Plug 등 삽입술)은 시술날짜 불문하고 소정 금액의 50%를 인정한다. 라. 일차적으로 반영구적 누점폐쇄술(Punctal Plug 등 삽입술)을 실시하는 경우 (1) 일차적으로 collagen implant 삽입술을 실시하여 증상 호전시 (2) 인공누액 사용으로도 효과가 없는 등의 심한 안구건조증 (3) 특정 상병 (눈물샘 종양적출술, 방사선치료 후, 과거의 화상, Steven-Johnson syndrome, 쇼그렌증후군 등)과 동반되어 이차적으로 나타나는 안구건조증 (4) 이전에 삽입했던 Punctal Plug 등이 소실된 경우 (5) 인공누액의 부작용이나 신체장애 등으로 점안이 어려운 경우

□ 2004년 10월분 심사기준(지침)

적용일 : 2004년 11월 1일 진료분

◎ 신설

연번	제 목	심 사 기 준 (지 침) 내 용
1	염증스캔-백혈구(Tc-99m-HMPAO)시 사용하는 HMPAO와 Tc-99m의 인정용량	염증스캔-백혈구(Tc-99m-HMPAO) 검사시 사용된 방사성 동위원소와 표지화합물은 실사용량으로 산정한다. 다만, 응급 등으로 불가피하게 여러 환자를 동시에 실시할 수 없는 경우에는 염증스캔-백혈구 1회당 HMPAO은 1 vial, Tc-99m은 20mci 범위내에서 인정한다.
2	척추수술시 C-Arm형 영상증폭장치이용료 별도 산정여부	척추수술시 사용하는 C-Arm형 영상증폭장치이용료는 다101 '주'에 의거 골절 및 탈구의 도수정복술이나 관혈적정복술시에는 별도 인정하며, 그 외 척추수술에서는 인정하지 아니한다.

◎ 변경

연번	제 목	변 경 전	제 목	변 경 후
1	A-V Shunt Obstruction 상병에 Fogarty Catheter를 이용하여 전색제거술 시행시 수기료	A-V Shunt Obstruction 상병에 Fogarty Catheter를 이용하여 전색제거술 시행시 수기료는 자205-1 혈전제거술 소정금액으로 인정하되, Fogarty Catheter는 소정 수기료에 포함되어 별도 인정하지 아니한다. (적용일:2001년 2월 5일부터)	A-V Shunt Obstruction 상병에 Fogarty Catheter를 이용하여 혈전제거술 시행시 수기료 산정방법	A-V Shunt Obstruction 상병에 혈전제거술 시행시 수기료는 다음과 같이 한다. -다 음- 가. Catheter를 사용하지 않고 thrombus만을 제거한 경우 : 자91(건,인대 피하단열수술) 산정. 나. Fogarty Catheter 등을 이용하여 thrombus를 제거한 경우 : 자663나 경피적혈전제거술-기계적 혈전제거술[카테터법] 산정. 이 때 사용하는 Fogarty Catheter 등은 소정 수기료에 포함됨.

「건강보험요양급여행위및그상대가치점수」관련 질의회신

□ 관련근거 : 보건복지부 고시 2004-55호(2004.9.10)
보건복지부 보험급여과-4038, 4040(2004.9.23)

□ 질의내용 : 「건강보험요양급여행위및그상대가치점수」 제2장 검사료 제1절 검체검사료[별표2]에 분류된 항목와 관련하여 진단검사의학과 이외 병리과 전문의가 판독하고 판독소견서를 작성한 경우 10%가산 적용여부

□ 회신내용 :

- 현행 「건강보험요양급여행위및그상대가치점수」 제2부 제2장 제1절 검체검사료 [별표2]에 열거한 항목은 검체검사 항목 중 검사실 정도관리 강화 유도 및 전문성이 낮은 의료기관은 검사 남발을 방지하고자 진단검사의학과 전문의가 판독하고 판단소견서를 작성한 경우에 산정(일부 항목은 병리과 전문의가 판단한 경우에도 산정 가능)토록 한 항목으로
- 보건복지부에서는 기초의학에 대한 전공의 지원정책과 관련하여 진단검사의학과의 전문성을 높이고 기초 의학발전에 기여할 수 있도록 한 동 항목에 대하여 진단검사의학과 전문의가 판독하고 판독소견서를 작성 · 비치한 경우에는 소정점수의 10%를 가산하여 산정토록 고시(제2004-55호, 2004.9.10) 하였음.
- 그러나, 일부 요양기관에서는 고시 취지와는 달리 [별표2]에 열거한 항목 중 병리과 전문의가 판독하고 판독소견서를 작성한 경우에도 작성할 수 있는 항목에 대하여 진단검사의학과 전문의가 판독소견서만 작성케 하는 등 의료행태의 왜곡이 발생되고 있는 바, 이는 동 고시의 근본취지에 부합되지 않는다고 사료됨.
- 따라서, [별표2]에 열거한 항목 중 병리과 전문의가 판독하고 판독소견서를 작성한 경우에도 산정할 수 있도록 고시된 항목에 대하여는 병리과 전문의가 판독하고 판독소견서를 작성 · 비치한 경우에도 2004.9.15일 진료분부터 소정점수의 10%를 가산하여 산정(산정코드 세번째 자리에 6으로 기재)토록 함.

2차 조혈모세포이식관련 질의회신

□ 관련근거 : 보건복지부 보험급여과-4015(2004.9.22)
건강보험심사평가원 심기 041.1-30424(2004.10.24)

□ 질의내용 : 2차 조혈모세포이식 및 「조혈모세포이식의요양급여에관한기준」의 인정대상자에 해당

하지 않는 경우 또는 동일 환자에게 2차 이상 실시되는 이식술에 대해 심의 · 의뢰 절차없이 실시하는 경우 관련 진료비 처리방안에 대한 질의

□ 회신내용 :

- 2차 조혈모세포이식의 요양급여인정기준에 대하여 검토한 결과, 현재 건강보험 요양급여에서 조혈모세포이식술은 고도의 의학적 기술이 요구되고 고가의 비용이 소요되는 시술로써 의료의 질 향상 제고 및 의료비용의 낭비 방지 등을 위하여 조혈모세포이식의요양급여에관한기준(고시 2000-50호,2000.9.1)을 수립하여 실시기관의 시설, 인력 기준 및 시술대상자의 인정기준 등을 정하여 운용하고 있는 바, 특히 요양급여 대상자의 인정기준은 치료성적, 효과 및 급여의 형평성 등을 고려한 것으로 동기준 제5조제3항에 의거 실시기관이 동 대상자 인정기준에 해당되지 아니한 환자에게 조혈모세포이식술을 실시하고자 할 때에는 건강보험심사평가원에 이를 심의 · 의뢰토록 규정하고 있음.
- 이에 동일환자에 2차 이상 실시되는 조혈모세포이식술은 1차 이식술시와는 달리 상기 기준의 인정 대상자에 해당된다 하더라도 환자 상태 등에 따라 의학적으로 그 치료효과나 생존 여부 자체가 불투명한 경우가 있는 실정으로 그간 「요양급여의적용기준및방법에관한세부사항」 및 보건복지부 급여 65720-959(2003.8.20)에 의거 중증 재생불량성빈혈 환자와 제대혈조혈모세포이식의 2차 이식술에 대해 각 사례별로 대상자 인정여부를 심의하여 결정토록 하고 있음.
- 따라서, 동일환자에게 2차 이상 실시되는 조혈모세포이식술(이식방법 불문)에 대하여는 조혈모세포이식술의 특성 및 요양급여의 근본취지 등을 감안하여 환자의 질병상태가 조혈모세포이식의 요양급여에관한기준에 해당되는지 여부에 상관없이 모두 건강보험심사평가원 조혈모세포이식 분과위원회에 심의 · 의뢰하여 각 사례별로 요양급여 대상여부를 결정하는 것이 타당함.
- 아울러, 현행 「조혈모세포이식의요양급여에관한기준」의 인정대상자에 해당되지 아니한 경우 또는 동일 환자에게 2차 이상 실시되는 조혈모세포이식술에 대해 심의 · 의뢰 절차없이 임의로 요양기관과 환자(또는 보호자) 상호간에 그 비용을 전액 부담키로 하고 실시한 조혈모세포이식술 관련 비용(퇴원 후 발생하는 이식술 관련 비용 포함)은 보건복지부 보험급여과-124(2004.1.13)로 기통보와 같이 요양급여로 인정이 불가함.
- 다만, 2003.1.1이전에 실시한 제대혈조혈모세포이식 환자와 2004.1.1이전에 실시한 동종말초혈액조혈모세포이식 환자에 대하여는 보건복지부 급여 65720-152(2003.2.4) 및 보험급여과-124(2004.1.13)에 의거 각 이식술의 수가 신설 시행일자(2003.1.1 및 2004.1.1) 이후에 발생한 면역억제제 및 검사 등 관련 제반 진료비는 요양급여비로 인정되는 것임.

일반병상 및 상급병상 운영기준 개선계획 통보

□ 관련근거 : 보건복지부 보험급여과-4030(2004.9.23)

- 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 제9조제1항[별표2] 4.가항에 의거 비급여대상 중 상급병실 이용에 따른 추가 입원료 산정과 관련하여 규정하고 있음.
- 그러나, 요양기관의 입원실 운영과 관련하여 일반병실에 중환자실 등 특수진료실이 포함되었는지 등의 기준이 모호하여 적용기준 등에 문제점이 제기되고 있어, 보건복지부에서는 그 기준을 명확히 하고자 관련규정을 다음과 같이 개정할 계획임.

- 다 음 -

일반병상 및 상급병상 운영기준 개선 계획

○ 일반병실은 건강보험에서 정한 '기본입원료' 만을 환자가 부담하는 병상으로서 중환자실 등 특수진료실(국민건강보험법시행규칙 별지 제10호서식)은 제외되도록 규정

○ 일반병상 입원실 인원기준을 개정하여 6인실 미만인 경우에도 요양기관의 실정에 따라 자율적으로 사전에 결정하여 신고한 후 환자에게 기본입원료만 부담하는 일반병상으로 운영가능하도록 함.

☞ 금년중 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙을 개정하여 반영

치료재료 S-B Tube 요양급여비용 청구방법 변경 안내

□ 관련근거 : 건강보험심사평가원 재료103.3-30078(2004.9.17)

- 치료재료 S-B Tube는 그간 보건복지부 고시 제2000-73호(2000.12.30)에 의거 rubber제품은 요양기관 실구입가의 1/2, silastic제품은 1회당 18,000원을 산정하여 왔으나, 상기 고시에 의거 「치료재료급여·비급여목록및급여상한금액표」에 의한 상한금액 범위 내의 요양기관 실구입가로 산정토록 변경된 바,
- 2004.9.15진료분부터 「치료재료급여·비급여목록및급여상한금액표」에 의한 품명별 코드(L2군)와 상한금액을 적용토록 하고, 요양급여비용 청구시에는 「치료재료구입목록표」를 제출하여야 함.