

□ 2005년 1월분 심사기준(지침)

적용일 : 2005년 2월 1일 진료분

◎ 신설

연번	제 목	심 사 기 준 (지 침) 내 용
1	자665 경피적 하대정맥 여과기 설치술 인정기준	자665 경피적 하대정맥여과기 설치술은 다음과 같은 경우에 인정한다. - 다 음 - 가. 폐색전이 확인 된 경우 나. 폐색전 가능성이 높아 예방목적으로 시행하는 경우 (1) iliofemoral 이나 IVC에 비교적 큰 유동성 혈전이 증명된 고위험군 환자 (2) 하대정맥을 침범한 과혈관성 종양환자의 혈관색전술전에 암성 폐색전을 예방하기 위한 경우 (3) 심한 심부정맥 혈전증 환자로서 항응고제 치료가 불가능한 경우
2	차11 근관세척의 적정횟수 및 적정치료기간	차11 근관세척은 통상 2~3일 간격으로 5회까지 인정한다. (단, 심한 치근단 농양의 경우는 예외)

◎ 변경

연번	제 목	변 경 전	변 경 후
3	당뇨병성 신경병증에 투여한 치옥타시드주 인정기준 (399)	당뇨병성 신경병증에 치옥타시드주는 주사제 투여가 불가피한 경우(경구투약으로 치료효과를 기대할 수 없는 경우, 경구투약을 할 수 없는 경우 등)에 투여시 인정함을 원칙으로 함. 또한, 동일성분의 티옥타시드정과 병용 투여시에는 주사제를 인정하지 아니하며, 치옥타시드정 또는 주사제와 프레탈정을 병용 투여시에는 약제의 작용기전이 상이하므로 각각 인정한다.	당뇨병성 다발성 신경증의 완화에 허가받은 치옥타시드주사(성분: thioctic acid)는 중증의 증상에 대해 2-4주간 정맥주사하고, 그 이후에는 경구투여함을 원칙으로 함.

□ 2005년 2월분 심사기준(지침)

적용일 : 2005년 3월 1일 진료분

◎ 변경

연번	변경 전		변경 후	
	제 목	내 용	제 목	내 용
1	미량알부민(정성)검사에 대하여	<p>○ 나230 미량알부민검사는 당뇨병 환자중에서 당뇨병성 신증이 의심되는 경우 또는 심혈관계 합병 위험인자(비만, 당뇨, 고지혈증, 뇌졸중 등)가 있는 고혈압에 뇨단백 유무를 확인하기 위하여 뇨일반검사(나1 내지 나3)를 실시하였으나 뇨단백이 검출되지 아니하여 동 검사를 실시한 경우에만 한하여 나230가 미량알부민(정성)검사를 인정한다.</p> <p>- 동 검사방법에 의한 검사결과 뇨단백이 검출된 환자에 대하여는 동 검사를 1회만 인정하고,</p> <p>- 동 검사결과로는 정상범위이나 임상증상으로 신증후군이 의심되는 환자에게 다시 운동 후 동 검사를 실시한 경우에는 소정 검사료를 각각 인정함.</p> <p>○ 또한 뇨단백이 확인되지 아니한 “당뇨병성 신증”의 병발의심이 있는 환자에게 간헐적으로 계속 동 검사를 실시한 경우에는 1개월에 1회를 인정함.</p>	나230 미량알부민 검사 인정기준	<p>나230 미량알부민검사는 당뇨병 환자중에서 당뇨병성 신증이 의심되는 경우 또는 심혈관계 합병 위험인자(비만, 당뇨, 고지혈증, 뇌졸중 등)가 있는 고혈압으로써 뇨단백 유무를 확인하기 위하여 뇨일반검사(나1 내지 나3)를 실시하였으나 뇨단백이 검출되지 아니하여 실시한 경우에 인정한다.</p> <p>이 때, 정성검사를 우선 실시함이 원칙이나, 진료상 반드시 필요한 경우에는 정량검사를 우선 실시하더라도 인정한다.</p>

MRI(자기공명촬영) 관련 사항

관련고시 : 보건복지부 고시 2004-92호(2004.12.31)

■ 자기공명영상진단(MRI) 산정방법 [보건복지부 보험급여과-5499(2004.12.31)]

1. 동일부위 및 인접부위에 대하여 여러 종류의 촬영을 동시 시행시 조영제 주입전 · 후 촬영판독가산의 산정방법
 - ☞ 조영제 주입전 · 후 촬영 판독가산은 주된 촬영에 대한 1회 가산만 산정
2. 동일부위 및 동일상병에 대하여 여러 종류의 촬영을 동시 시행시 수가산정방법(예 : 뇌경색상병으로 brain MRI + brain MRA + carotid MRA + brain diffusion 시행시)
 - ☞ 동일부위 및 동일상병에 대하여 여러종류의 촬영을 동시에 시행한 경우에는 제1의 촬영은 소정점수를 산정하고 제2의 촬영부터는 촬영 종류에 불문하고 소정점수의 50%만 산정
3. 인접부위에 대한 촬영을 동시에 실시한 경우 산정방법
 - ☞ 인접부위는
 - 뇌 · 두경부 · 혈관(뇌혈관 및 경부혈관 해당),
 - 복부와 복부내 장기(췌장, 신장 및 부신, 간, 담췌간)
 - 복부내 장기(예: 간과 담췌관 등)로 구분하며, 이 경우 제1의 촬영은 100%, 제2의 촬영부터는 50%를 산정
4. 경추와 흉추 또는 경추, 흉추, 요천추(또는 전척추)를 동시에 시행한 경우 산정방법
 - ☞ 척추부위 소정점수의 150% 산정
5. 특수검사 중 기본검사가 포함되어 있는 항목은?
 - ☞ 영화, dynamic, 이중조영, 기능적 MRI는 기본검사가 포함되어 있으므로 기본검사와 동시 산정 불가
6. 기본검사와 동시 시행한 특수영상검사 산정기준
 - ☞ 기본검사와 동시 시행한 특수검사는 초급성뇌경색 등과 같이 특수한 경우를 제외하고는 기본검사에서 나타난 병변의 추가 감별이 필요한 경우에 한하여 산정함.

■ 자기공명영상진단(MRI)중 3차원 자기공명영상에 대한 산정방법

[보건복지부 보험급여과-570(2005.2.4)]

- 3차원 자기공명영상은 MR console이 아닌 별도의 work station에서 진단방사선과전문의가 영상을 재구성하고 이를 판독지에 기록한 경우에 산정하는 것으로
- 수술이 필요한 경우 등에 해당부위의 정확한 3차원적인 해부학적구조를 확인하기 위하여 실시한 경우에 산정함.
- 다만, 동일부위 또는 인접부위의 여러종류의 촬영에 대하여 3차원 자기공명영상구성을 실시한 경우에도 3차원 자기공명영상진단 가산은 주된 촬영에 대하여 1회만 산정토록 함.

■ 자기공명영상진단(MRI) 건강보험 적용에 따른 청구방법

가. MRI 총액(서면청구기관만 기재)

“M. MRI”항의(Ⅰ)란,(Ⅱ)란 금액과 요양기관 종별 가산율 금액을 합한 금액을 기재한다(원미만 4사5입).

(예시) 3,780+201,050+(201,050×25%) = 255,092.5원 → 255,092원

나. 소계(서면청구기관만 기재)

“I”항부터 “M”항까지의 기본진료·약제·특정재료(Ⅰ)란과 진료 행위(Ⅱ)란의 해당 금액의 합계를 각각 기재한다.

다. 본인일부부담금

입원 요양급여비용명세서 중 CT료, MRI료가 있을 경우에는 [(CT총액+MRI총액) × 외래본인일부부담률] + [(요양급여비용총액 - (CT총액+MRI총액)) × 입원본인일부부담률] 금액에서 10원 미만의 단수가 있을 때에는 이를 절사한 금액으로 기재한다.

(예시) 종합병원(읍·면지역 소재)의 CT총액이 86,118원, MRI총액이 255,092원, 요양급여비용총액이 440,250원일 경우

$[(86,118+255,092) \times 45\%] + [(440,250 - (86,118+255,092)) \times 20\%] = 173,352\text{원} \rightarrow 173,350\text{원}$

■ 산재보험 타 의료기관 MRI판독료 산정기준

[근로복지공단 요양부-1188호(2005. 2. 15)]

- 2005년 2월 1일부터 자기공명영상진단(MRI)에 소요되는 비용은 보건복지부장관이 고시한 “건강보험 요양급여행위및그상대가치점수” 제1편제2부제3장제2절 방사선특수영상진단료 다-246자기공명영상진단에 의거 산정토록 산재보험요양급여산정기준이 개정고시됨에 따라, 산재보험요양급여산정기준 제7절 너-10 타 의료기관 MRI판독료 산정기준을 알림.

▣ 시행일자 : 2005년 2월 1일 진료분부터

▣ 인정범위 및 산정기준

가. 인정범위

- 기존의 MRI필름을 공단에서 타 의료기관에 판독 의뢰한 경우
- 당해 요양기관에 상근하여 진단방사선과 전문의가 외부병원 필름을 판독하고 판독소견서를 작성·비치하는 경우

나. 산정기준

- 『건강보험요양급여행위및그상대가치점수』제2부제3장제2절 주6항)에 의거 소정점수의 20%로 산정(너-10 타 의료기관 MRI판독료 미적용)

본인부담면제관련 산정방법 및 청구방법

보건복지부 고시 2004-93호(2004.12.31) · 보건복지부 보험급여과-5502(2004.12.31)

■ 본인부담면제관련 산정방법

가. 신생아 입원 진료

1. 각 기준에 해당되는 신생아가 다른 기관으로 이송(전원)된 경우 인정이 가능한지?

☞ 연속해서 인정가능함

- (1)항인 경우 연속인정
- (2)항의 신생아집중치료실 해당상병에 해당되는 경우 이송 후 동일상병으로 치료를 하는 경우 인정

2. 계속 입원중인 신생아는 어떻게 산정하는지?

☞ 조산아 또는 저체중 출생아로서 시행일 이전에 출생하여 계속 입원해 있는 경우는 시행일 이후 진료 분만 인정함.

3. 조산아 또는 저체중 출생아로서 퇴원 후 황달 등 합병증이 있어 재입원하는 경우에도 인정가능한지?

☞ 재입원 시점에 조산아나 저체중 출생아에 해당되지 않는 경우 인정되지 않음.

4. 세부사항고시(제2004-93호)중(2)항에 해당하는 신생아로 중환자실과 일반병실을 왔다 갔다한 경우

☞ 중환자실의 진료분은 본인부담면제, 일반병실에서의 진료분은 본인일부 부담임.

5. 세부사항고시(제2004-93호)중(2)항에 해당되는 신생아로 신생아 집중치료실 입원 전기간 인정한다면, 퇴원했다가 재입원시는?

☞ - 재입원 시점에서 신생아가 아닌 경우(생후 4주 이상)

- 재입원 시점에서 신생아인 경우(생후 4주 이내)

전제가 신생아 이므로 재입원 시점에서 생후 4주 이내인 경우에만 인정.

6. 세부사항고시(제2004-93호)중(2)항에 해당되는 신생아로 일반병실에 있다가 수술 후 중환자실로 옮겨졌을 때 구분하는 시점은?

☞ 중환자실 입실 시점으로 구분 산정

나. 분만 관련

1. 본인부담 면제 적용시점은?

☞ 2005.1.1 진료분부터 적용

2. 자연분만을 위해 내원하였으나 사산한 경우

☞ 사산한 태아를 자연분만으로 처치한 경우 인정

3. 자연분만 이후 분만으로 인한 합병증 치료도 포함이 되는지? 적용 기간은?

☞ 합병증 치료시까지 인정

4. 자연분만 이후 입원기간 중 분만과 무관한 타상병(기왕증 포함)에 대한 진료가 이루어진 경우도 면제 대상이 되는지?

☞ 면제 대상이 아니므로 분리 청구함.

5. 임신 중 입원으로 인한 진료

☞ 임신으로 인한 합병증 치료 및 입원을 포함하여 임신 중 입원진료는 불인정

6. 분만전 임신유지를 위한 ABR 등의 원인으로 계속 입원 중에 분만이 이루어진 경우 면제 대상 시점은?

☞ 분만을 위한 처치가 이루어진 시점을 기준으로 인정함.(분만전처치 시점부터 인정)

7. 자연 분만시 무통분만도 모두 면제 대상에 포함인지?

☞ 분만의 과정으로 면제 대상임.

■ 본인부담면제관련 청구방법

가. 적용범위

- 자연분만 : 분만(자-435), 둔위분만(자-436), 제왕절개술 기왕력이 있는 질식분만(자-438)
- 37주이내에 출생한 조산아, 저체중출생아(출생체중이 2.5kg이하), [요양급여의적용기준및방법에관한 세부사항] 개정고시 제2004-93호 중(2)항에 해당되는 신생아가 신생아집중치료실에 입원한 경우

나. 특정기호 기재

2005.1.1일부터 발생한 요양급여비용은 해당 특정기호를 기재함.

- 자연분만에 의하여 분만을 실시한 경우 : 「F001」
- 37주이내에 출생한 조산아, 저체중출생아(출생체중이 2.5kg이하), 세부사항고시 제2004-93호 중 (2)항에 해당되는 신생아가 집중치료실에 입원한 경우 : 「F002」

다. 명세서 구분 및 작성방법

○ 명세서 구분방법

본인일부부담 여부(본인부담면제, 본인일부부담)에 따라 아래 진료내역을 구분하여 앞뒤로 연이어 작성함

- 2005.1.1일 전 vs. 후 진료내역
- 세부사항고시 제2004-93호 중(2)항에 해당되는 신생아의 집중치료실 vs. 일반병실(신생아 입원료 등) 진료내역
- 자연분만 진료내역 vs. 자연분만으로 인한 입원기간 중 기왕증 관련 진료내역 vs. 자연분만 진료종료 후 기왕증으로 계속 입원한 진료내역
- 분만전 임신유지 등을 위한 진료내역 vs. 자연분만 진료내역
- C-sec에 의한 분만 vs. 조산아 등 진료내역

○ 본인부담면제 적용대상 명세서 작성방법

- : 「특정내역기재란」에 해당 특정내역 구분코드(별표 8)별 기재형식에 따라 아래내역을 반드시 기재
 - 조산아 및 저체중 출생아 출생시 : 출생시 체중(MS004), 재태기간(MX999)
 - 조산아 및 저체중 출생아 재 입원시 : 입원 당시 체중(MS004), 출생시 체중(MX999), 재태기간(MX999)

- 세부사항고시 제2004-93호 중(2)항에 해당되는 신생아가 중치료실 입원시
: 출생 또는 입원 당시 체중(MS004), 재태기간(JT004), 집중치료실 입원기간(JT003)
- 자연분만 : 출생시 신생아 체중(MS004), 임신주수(JT005)
- ※ 서면의 경우 명세서 하단 '특정내역' 란에 기재
- 기왕증 진료비 명세서 작성방법(자연분만으로 인한 입원기간 중 발생한 기왕증 관련 진료내역을 구분 작성하는 경우)
 - 「상해외인」란 : “D”를 반드시 기재
 - 「입원일수」란 : “0”을 기재
 - 「당월요양급여일수」란 : 기왕증 관련 요양일수만 기재하되, 분만과 관련된 요양일수와 중복되는 기간은 산정하지 않음(분만 관련 요양일수와 중복되는 경우 “0”을 기재)
 - 「진료개시일」란 : 해당 명세서상 기왕증에 대한 진료를 최초 실시한 날
- 세부사항고시 제2004-93호 중(2)항에 해당되는 신생아가 집중치료실과 일반병실 전실을 반복한 경우 명세서 작성방법
: 전실횟수에 관계없이 신생아집중치료실 진료내역과 일반병실 진료내역별로 명세서를 구분하여 앞뒤로 연이어 작성함.
 - 이 경우 신생아집중치료실 해당 명세서에는 집중치료실 입원기간(JT003)을 입원기간별로 각각 기재하며, 기타내역(MX999)란에 일반병실 입원기간 등을 기재함.
 - 일반병실 해당 명세서의 경우에는 기타내역(MX999)란에 일반병실 입원기간 및 신생아집중치료실 입원기간 등에 대한 사항을 기재함.

라. 요양급여비용 산정방법

- 본인일부부담액 면제 적용대상 명세서의 경우
 - 「본인일부부담금」: '0' 원으로 기재
 - 「청구액」: 요양급여비용총액과 동일한 금액으로 기재
 - 「입원환자의약품관리료」: 입원시점의 상대가치점수당 단가를 적용하여 퇴원일을 기준으로 일괄 산정

산재보험 요양병원 입원료 산정방법

[근로복지공단 요양부-830호]

2004. 8. 1부터 변경(보건복지부 고시 제2004-40호, 2001. 7. 14)되어 적용하고 있는 요양병원 입원료 및 체감율 기준에 대하여 산재보험의 적용방법에 대하여 다음과 같이 통보함.

- 다 음 -

- 요양병원의 입원료는 입원초일부터 기산하여 180일까지 해당 점수의 100%(병원, 한방병원 입원료 소정점수의 80%)로 산정하고, 181일-360일까지는 해당 점수의 95%, 361일 이후는 90%를 산정함.
- 입원중에 집중치료실로 전실한 경우에는 전실한 초일부터 기산하여 50일까지 집중치료실 입원료 해당 점수의 100%로 산정하고, 51일-150일까지는 해당 점수의 90%, 151일 이후에는 85%를 산정함.

재심사조정청구 시행 안내

[건강보험심사평가원 이의072.0-2536(2004.12.24)]

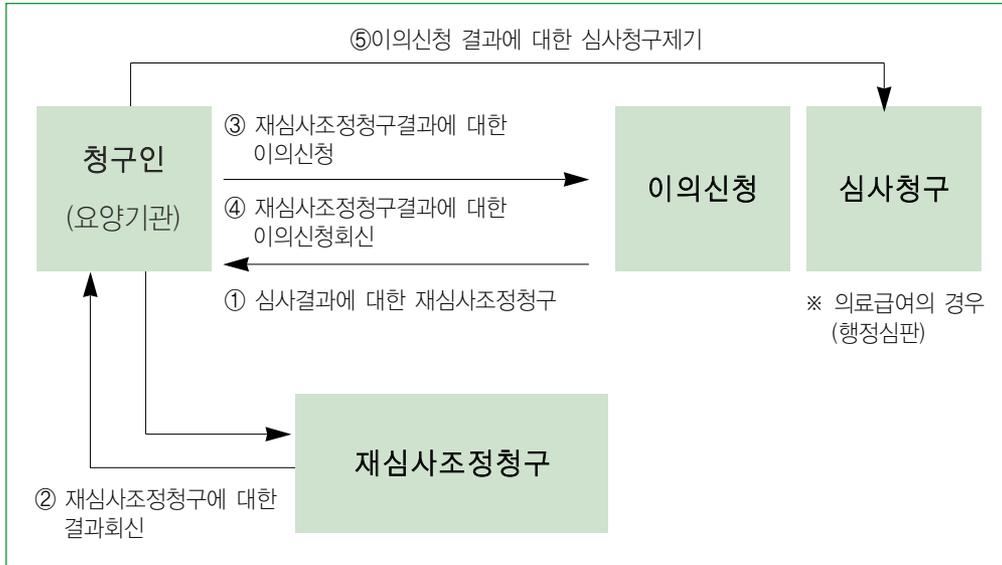
요양(의료)급여비용을 심사하여 조정된 경우 요양기관의 권리구제 업무의 효율성을 도모키 위해 이의신청 전에 재심사조정 청구를 할 수 있도록 요양급여비용 청구방법이 개선되었습니다. 따라서 재심사조정 청구 방법 및 절차를 안내합니다.

■ 재심사조정 청구방법

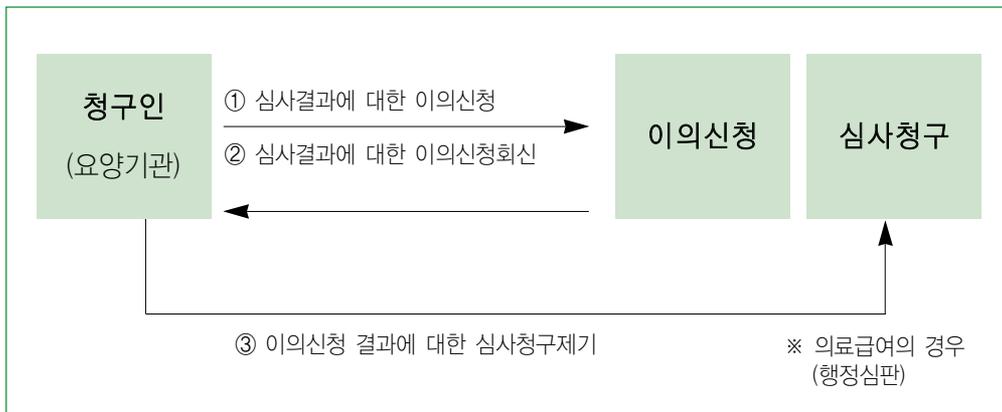
- ▷ 요양급여비용심사 결과통보서를 받은 경우 심사결과에 대하여 이의가 있는 요양기관은
 - 심사결과통보서를 받은 날부터 60일 이내에 재심사조정청구서를 심사평가원에 제출하고,
 - 심사평가원에서는 30일 이내에 결정(부득이한 경우 30일 연장)
 - ※ 재심사조정청구의 경우 법 제76조의 이의신청 기산일은 재심사조정결정통지를 받은 날부터임.
- ▷ 요양기관은 요양급여비용심사결과에 이의가 있는 경우는 이의신청전에 재심사조정청구를 하거나 이의신청을 할 수 있음(선택가능).

■ 업무절차

◆ 재심사조정청구시(심사결과에 대한 재심사조정 청구한 경우)



◆ 이의신청시(심사결과에 대해 불복이 있어 이의신청한 경우)



■ 시행일 : 2005년 2월 1일

(별첨) 재심사조정청구서 서식

재심사조정 청구서						처리기간 30일
문서번호				진료분야		
요양	명 칭			접수번호		
기관	기 호			묶음번호		
재심사조정 청구건수총계				요양급여 비용심사 결과통보서	심사차수	첨 부 서 류 1. 심사결과 통보서 2. 진료기록부 3. x-ray film 4. 검사결과지 5. 기타
재심사조정 청구비용총액				통 보 서 도달일자		
순 번	명세서 일련번호	수진자	진료구분 (입원·외래)	재심사조정 청구 금액		재심사조정청구 사유
				I 항	II 항	첨부서류
<p>위와 같이 심사평가원의 처분에 대하여 재심사조정을 청구합니다.</p> <p style="text-align: center;">.</p> <p style="text-align: center;">신청인 : (서명 또는 인)</p> <p style="text-align: center;">주 소 : </p> <p style="text-align: center;">전화번호 : </p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">건강보험심사평가원장 귀하</p>						

주) 첨부서류란은 수진자별로 상단의 첨부서류의 해당번호를 기재하며, 기타는 해당 자료의 명칭을 기재하시기 바랍니다.