

「급성호흡기감염증」 상병전산심사 점검기준 보완에 따른 안내

- 심사기준 초과청구 다발생 사례유형 -

- 동 사례는 2014년도 의과 외래 상병전산심사 점검기준 보완에 따른 심사기준 초과청구 다발생 사례 유형을 발췌한 내용임을 알려드리오니 참고하시기 바랍니다.
- 아래 사례에 언급된 약제는 요양기관의 이해를 돕기 위하여 해당 성분 중 예시로 발췌한 것이며, 예시에 언급된 약제와 성분이 같은 약제는 동일한 기준이 적용됨을 알려드립니다.

□ 의료행위 일반원칙

[국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 (별표1) 요양급여의 적용기준 및 방법]

2.가. 검사를 포함한 진단 및 치료행위는 진료 상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 함

○ 보건복지부 고시 및 산정지침 범위를 초과하여 산정한 사례

사 례	요양급여기준
○ 「급성기관지염, 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염」 등 상병에 촬영한 일반전산화 단층 영상진단_흉부(HA424, HA434, HA464, HA474) 는 상병 및 고시 참조 불인정	○ 전산화단층영상진단(CT)의 산정기준 (고시 제2012-119호, 2012.10.1) < 일반기준 > 1. 악성종양과 감별을 요하는 종괴성질환의 진단 감별진단 2. 악성종양의 병기 결정 및 추적검사 3. 급성외상(뇌, 흉부, 복부, 골반강, 척추 등) 4. 수술 또는 치료 후 호전되지 않거나 심부 합병증이 의심될 때 5. 선천성질환 중 해부학적 구조 확인이 필요한 경우 6. 대동맥질환, 동맥류

사 례	요양급여기준
<p>○ 일반전산화단층영상진단_흉부_제한적 CT(HA444)는 방사선치료에 대한 추적검사 시 촬영하는 검사로 「급성호흡기감염」 질환에 산정 시 불인정</p> <p>○ 「폐렴, 급성세기관지염」 상병에 촬영 사유 기재(특정내역, JX999) 없이 일반전산화단층영상진단_흉부(HA424, HA434, HA464, HA474) 산정한 경우 고시 참조 불인정</p> <p>※ 폐렴, 급성세기관지염 상병에 흉부 CT를 실시한 경우 촬영사유를 반드시 기재(특정내역, JX999)하여 주시기 바랍니다.</p>	<p><흉부 Chest CT></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 비만성 간질 폐질환, 원인불명의 기흉, (폐기)중, 세기관지 질환, 기관계 이형성증 2. 종격동 질환의 감별진단 3. 단순 X선 사진으로는 감별이 어려운 폐결절의 감별진단 4. 단순 X선 사진으로는 진단이 어려운 기관지확장증의 확진 또는 수술전 해부학적 범위 결정 5. 원인불명의 각혈, 무기폐, 늑막삼출액 6. 종양과 감별이 어려운 소방형성 늑막삼출, 폐경화 등 7. 기관지 이물 8. 단순X선 사진상 폐문종대가 있어 감별진단을 필요로 할 때 9. 단순흉부 X선 및 객담검사상 폐결핵의 활동성 여부를 결정하기 어려울 때 10. 심장 전산화단층영상진단(Cardiac CT)은 64채널(channel) 이상의 CT로 촬영한 경우에 요양급여로 인정하며, 세부인정기준은 다음과 같음. 다만, 자.~타.는 64채널(Channel)미만의 CT로 촬영한 경우에도 인정함. <p><기 타></p> <p>위 항목에 포함되지 않는 질환들 중 진료담당의사의 진단 및 치료방향 설정을 위해 부득이 촬영했을 때는 합당한 관련 자료와 소견서를 첨부하여 촬영의 필요성이 인정된 경우</p>
<p>○ 「중이염, 부비동염」 상병에 촬영 사유 기재(특정내역, JX999) 없이 일반 3차원 Cone beam CT(HA496, HA497) 산정한 경우 고시 참조 불인정</p> <p>※ 중이염, 부비동염 상병에 Cone beam CT를 실시한 경우 촬영사유를 반드시 기재(특정내역, JX999)하여 주시기 바랍니다.</p>	<p>○ Cone Beam전산화단층영상진단의 산정기준 (고시 제2009-180호, 2009.10.1.)</p> <p>라. 부비동(Paranasal) 및 측두골(Temporal)</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 임상소견 상 수술을 요할 정도의 부비동염, 만성 중이염과 진주종 등이 의심될 때 (2) 비 부비동염, 중이염에서 두개내, 두개외의 합병증 등이 의심될 때

사 례	요양급여기준
○ 「계절성알레르기비염, 기관지염」 상병에 산정한 적혈구 분포계수(B1220), 혈소판분포계수(B1230) 고시 참조 불인정	○ 적혈구분포계수, 혈소판분포계수의 산정기준 (고시 제2000-73호, 2000.12.30) - 나122 적혈구분포계수는 빈혈의 감별진단에 실시하고, 나123 혈소판분포계수는 혈소판질환 등 혈액질환의 감별진단에 실시하는 검사로 동 검사의 적응증이 아닌 질환에 기존 CBC항목에 추가하여 일률적으로 Set화하여 산정할 수는 없음.

○ 수가 산정착오 사례

사 례	요양급여기준
○ 「급성후두염」, 「만성후두염」 등 상병에 전신마취 없이 산정한 후두직달경검사(E7586) 불인정 ※후두직달경검사는 마취하 이물제거술 등 시행한 경우 산정 가능하므로, 후두염등에 후두경검사 시행한 경우 후두경검사(E7581)를 산정하시기 바랍니다. ○ 「폐렴」 상병에 중합효소연쇄반응_결핵균검사(C5953,C6021,CY051) 산정 시 상병 비교 불인정 ○ 「얼굴,머리 및 목의 급성 림프절염」 상병에 산정한 인두림프선와 농전제거술(Q2255)은 상병 비교 불인정	○ 각종 검사를 포함한 진단 및 치료행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여 산정함.(요양급여기준의 적용기준 및 방법)

□ 약제 지급의 일반원칙

[국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 (별표1) 요양급여의 적용기준 및 방법]

- 3.가.(2) 의약품은 허가 또는 신고된 사항(효능·효과 및 용법·용량 등) 범위 안에서 환자의 증상에 따라 적절하게 처방·투여 하여야 함
- 3.가.(6) 진료상 2품목 이상의 의약품 병용 처방·투여는 1품목의 처방·투여로는 치료 효과를 기대하기 어렵다고 의학적으로 인정되는 경우에 한함

○ 보건복지부 고시 범위를 초과하여 산정한 사례

사 례	요양급여기준
<p>○ 「급성비인두염, 급성부비동염, 급성인두염, 비염, 급성편도염, 급성기관지염」 상병에 투여 사유(특정내역, JX999) 기재 없이 투여한 Ciprofloxacin 경구제(큐프론정 등) 고시 참조 불인정</p> <p>※급성기관지염 등에 2차 약제로 투여한 경우 사유를 반드시 기재(특정내역, JX999)하여 주시기 바랍니다.</p>	<p>○ Ciprofloxacin 경구제(품명: 사이톱신정 등) (고시 제 2013-127호, '13.9.1)</p> <p>허가사항 범위 내에서 1차 약제 투여로 증상이 호전되지 않는 환자에게 투여하는 것을 원칙으로 하며, 아래와 같은 경우에는 1차 약제로 투여시에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 타 항생제에 내성이 있는 환자, 면역 기능이 저하된 환자, 중증감염환자, 심부장기 감염환자(예: 폐렴, 급성 신우신염), 단순요로 감염, 위장관감염증</p> <p>나. 중증 폐렴 환자의 경우는 β-Lactam과 병용하여 투여 시에도 인정함.</p> <p>○ [일반원칙]항생제 (고시 제 2013-127호, '13.9.1)</p> <p>1. 전반적인 감염증에 사용토록 되어 있고, 실제 임상에서 항생제 선택 시에는 적응증별 선택보다 약제 감수성 검사에 따라 선택하고 있으므로 환자의 병력등을 참조하여 허가사항 범위내에서 1차 약제부터 단계적으로 사용해야 함.</p> <p>2. 중증 감염증에는 경구 투약만으로 치료효과를 기대할 수 없는 경우 주사제와 병용하여 처방 투여 할 수 있음.</p>

사 례	요양급여기준
<p>○ 「급성기관지염, 폐렴」 상병 등에 투여 사유 (특정내역, JX999) 기재 없이 투여한 levofloxacin 경구제(레복사신정 등) 고시 참조 불인정</p> <p>※레보플록사신제제 등 3세대 이상 퀴놀론계 경구제는 허가사항 범위일지라도 단계적 투여 임을 확인할 수 있도록 사유를 반드시 기재 (특정내역, JX999)하여 주시기 바랍니다.</p>	<p>○ levofloxacin 경구제(품명: 레보펙신정 등) (고시 제 2013-127호, '13.9.1)</p> <p>1. 허가사항 범위 내에서 1차 약제 투여로 증상이 호전되지 않는 환자에게 투여하는 것을 원칙으로 하며 아래와 같은 경우에는 1차 약제로 투여사에도 요양급여를 인정함 (계속)</p> <p>- 아 래 -</p> <p>가. 타 항생제에 내성이 있는 환자, 면역기능이 저하된 환자, 중증감염환자, 심부 장기감염환자</p> <p>나. 중증 폐렴환자의 경우는 β-Lactam과 병용하여 투여 시에도 인정함. (이하 생략)</p>
<p>○ 상기도감염질환, 균주가 분명한 폐렴에 투여한 dexamethasone sodium phosphate(덱타손 주), predisolone(소론도정) 등 스테로이드주사제 상병 및 고시 참조 불인정</p>	<p>○ 스테로이드주사제 산정기준 (고시 제2013-68호, '13.5.1)(Triamcinolone acetonide, Methylpredisolone acetate, Betamethasone sodium phosphate 등)</p> <p>1. 허가사항 범위 내에서 환자의 증상 등에 따라 필요·적절하게 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.</p>
<p>○ 「천식, 홍채염, 류마티스관절염」 상병에 소견서 첨부 또는 사유 (특정내역, JX999) 없이 투여한 deflazacort 제제(켈코트정 등) 고시 참조 불인정</p> <p>※ 타 부신피질호르몬제 부작용으로 투여한 경우 투여소견서 첨부 또는 투여사유를 반드시 기재 (특정내역, JX999)하여 주시기 바랍니다.</p>	<p>○ Deflazacort 경구제(품명:켈코트정 등) (고시 제 2013-127호, '13.9.1)</p> <p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (계속)</p> <p>- 아 래 -</p> <p>가. 소아 신증후군 환아의 경우</p> <p>나. 골다공증이 심한 이식환자</p> <p>다. 부신피질호르몬제를 투여할 필요성이 있는 환자중 타 부신피질호르몬제 투여로 다음과 같은 심각한 부작용이 나타나, 투여소견서가 첨부된 경우에 한하여 인정함.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>1) 당뇨병이 병발한 경우</p> <p>2) 피부선조(Striae), 들소형육봉(Buffalo hump) 등이 보이는 쿠싱증후군(Cushing syndrome)인 경우</p> <p>3) 무혈관성 골괴사증후군(Avascular necrosis of bone)인 경우</p> <p>4) 소아에서 성장지연이 현저한 경우(이하 생략)</p>

○ 식약처 허가사항 범위 초과하여 산정한 사례

사 례	요양급여기준
○ 상기도감염질환, 균주가 분명한 폐렴에 투여한 predisolone제제(소론도정) 등 스테로이드 경구제 허가사항 비교 불인정	○ predisolone 제제 ※ 효능효과 · 알레르기성 질환 중증 알레르기성 질환으로서 일반적인 치료로는 반응이 없는 기관지 천식, 접촉성 피부염, 이토피성 피부염, 계절성 알레르기성 비염, 혈장병, 약물 과민반응 · 호흡기계 질환 증후성 사르코이드증, 전격성 또는 괴종성 폐결핵