

초음파 급여화 QA

임신 제 1 삼분기, 제 2,3 삼분기 기준은?

임신 제 1 삼분기는 착상부터 임신 13 주까지 (13 주 6 일까지), 제 2,3 삼분기는 임신 14 주부터 출산 시까지 해당됨.
문제점은 현 KCD-7으로 상병명을 코딩한 경우는 z3480 : 기타 정상임신의 관리, 임신 22주 미만, z3481 : 기타 정상임신의 관리, 임신 22주 이상 - 34주 미만, z3482 : 기타 정상임신의 관리, 임신 34주 이상으로 상병명으로 구분할수 없다.

임산부 초음파 산정 시 기재사항

"JT005"에 초음파검사 시 임신주수를 기재함.
JT005 에 산정횟수 기재로 봐서,, 청구 프로그램에 입력후 청구하면 월별로해서 환자당 초음파 보험적용 횟수가 합산되나 봅니다!!

「산전진찰 목적으로 시행하는 검사의 영양급여 범위」에서 비급여대상검사의 유전학적 양수검사시 유도초음파는 ?

유전학적 양수검사는 비급여 대상 검사이므로 이에 시행하는 유도초음파도 비급여임 .

특정내역구분코드란?

JX999, JT005 특정내역구분코드입니다
http://www.obgydoctor.co.kr/xe/index.php?mid=m_faq&document_srl=24693

산모인경우,야간이나 휴일에 응급으로 초음파 시행한경우, 야간, 휴일 가산이 추가 가능한가요?

초음파 검사의 경우 제2장 검사료에 분류된 항목으로 야간이나 휴일 가산의 적용 대상이 아님을 알려드립니다.

임신중 각 주수당,보험횟수사가 정해져있고, 7회 보험적용으로 급여기준이 되어있는데.. 타 요양기관에서 보험적용 횟수를 초과한 경우, 본원에서 조회가 가능한가요? 7회는 초과되어있지는 않지만 주수당 보험적용 횟수를 타 요양기관에서 초과한 경우 본원에서 보험급여가 가능한가요?

초음파 검사 횟수는 요양기관 불문하고 해당 주수별로 정하고 있는 횟수별로 총 7회 건강보험적용이 되며 횟수를 초과한 사실이 확인된 경우에는 비급여로 산정하여야 합니다.

나-951 EB514 , EB518 주: 기형아(Anomaly)를 정밀 계측한 경우 에서 기형아(Anomaly)에 해당되는 경우는 어떠 경우 (상병)인가요?

EB514 주항 및 EB518 주항에 명시된 ‘기형아(Anomaly)’의 상병에 대하여는 따로 정하여 운영하고 있지는 않습니다. 다만, 이처럼 세부인정기준이 별도로 마련되어 있지 않은 항목에 대해서는 교과서적 범위 내에서 진단명 및 환자의 전반적인 상태 등에 따라 적절하게 실시하고 그 비용을 산정하시기 바라며, 다만, 심사 시 청구내역 및 의학적 타당성 등을 고려하여 급여여부를 판단하고 있음을 알려드리오니 너른 이해 바랍니다.

제한적 초음파는 어떠한 경우 산정하는가?

치료 전●후와 같이 환자 상태변화를 확인하기 위하여 이전 초음파영상과 비교목적으로 시행할 경우 제한적초음파 (해당 검사의 소정점수의 50%)를 산정함.으로 되어있습니다.

각주수별 초과보험산정되는경우(출혈, 태동의 현저한 변화, 발열, 복통, 조기진통, 조기양막파수, 외상, 위해성 약물 노출, 태아이상, 분만예정일 초과 등) 주수별 추가 보험 산전초음파 검사하는경우에 일반 초음파 를 산정하나요? 제한적 초음파 산정을 하나요?

일반 또는 일반의 제한적 초음파의 범위는 별도로 정하고 있지 않으며, 환자의 개별상태에 대한 의학적 판단에 따라 유선으로 (16.9.27.)내 한 바와 같이 사례별로 판단되어져야 하며, 관련 급여기준을 아래와 같이 안내하오니 업무에 참고하시기 바랍니다. 감사합니다.

- 산전초음파 7회인정은 일반 초음파 100% 산정가능하다,..7회 초과되는 경우 일반(정밀) , 제한적 초음파 선택은 병의원 몫이다, 산과관련 제한적 초음파 기준은 따로 없다
- 태아심장에 이상이 있는경우는 EB436 태아정밀 심초음파를 산정하는 경우 추가 (추적검사)산정은 EB436001(제한적)태아정밀 심초음파로 하고,, 이는 임신중 7회에 포함되지 않는다!!