

건강보험심사평가원 공고 제2016 - 261호

「요양급여비용의 100분의 100 미만의 범위에서 본인부담률을 달리 적용하는 항목 및 부담률의 결정 등에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2015 - 198호, 2015.11.17.)에 따라 '경피적 대동맥판삼입' 실시기관 승인 및 갱신 신청을 아래와 같이 공고합니다.

2016년 9월 30일

건강보험심사평가원장

경피적 대동맥판삼입 실시기관 승인 및 갱신 신청 공고

1. 신청방법

가. 신청 대상

- 경피적 대동맥판삼입 실시조건*에 따라 시설·인력·장비 등에 대한 요건을 갖춘 요양기관

* 요양급여비용의 100분의 100 미만의 범위에서 본인부담률을 달리 적용하는 항목 및 부담률의 결정 등에 관한 기준 별첨

- 2016년 12월까지 승인 받은 기관은 갱신 대상기관이므로 2016년 10월 (하반기)에 갱신 신청을 하여야 함

나. 신청서 제출

- 제출기간 : 2016.10.4. ~ 2016.11.3.(목) 18시까지

※ 마감일 접수분에 한하여 유효

- 제출서류

- ① 경피적 대동맥삽입 실시기관 승인(갱신) 신청서(별지 서식)
- ② 연간 실적 관련 자료
- ③ 상근 인력 요건 관련 자료
- ④ 시술 장소 관련 자료
- ⑤ 기타 관련 자료(심장통합진료 운영 계획서 등)

※ 갱신 대상기관은 시술 장소 관련 자료(시술 장소에 변경이 없는 경우)와 심장통합진료 운영 계획서를 생략할 수 있음

- 제출방법 : 우편 또는 방문 접수

- 우편제출 시 반드시 등기우편으로 제출(마감 당일 18:00까지 도착분에 한함), 접수 여부를 건강보험심사평가원 의료행위등재부에 확인

◇ 우편·방문 제출처 : 건강보험심사평가원 의료행위등재부

- 주소 : 강원도 원주시 혁신로 60 (반곡동, 건강보험심사평가원) 15층

의료행위등재부 (우 26465)

- 전화번호 : (033) 739-1589, 1588

2. 승인 및 갱신 절차

- 신청서 접수 후 의료행위전문평가위원회 심의를 거쳐 보건복지부장관이 승인

- 승인 여부는 요양기관 개별통보 예정('16년 12월)

※ 승인기간 : '16년 12월 신규 및 갱신 기관의 승인기간은 1년('17년 12월까지)으로, '17년 하반기 별도 공고에 따라 향후 갱신 절차를 진행하여야 함

- 실시기관 승인 결정에 필요한 경우 신청기관 및 관련학회 등에 기한을 정하여 자료제출을 요청하거나 요양기관 현지방문을 하여 확인할 수 있음
- 신청서 반려
 - 신청 요양기관이 요청한 자료를 기한 내에 제출하지 않은 경우
 - 신청서 등의 관련 서류에 거짓 내용을 기재하거나 거짓 서류를 제출한 경우
 - 승인 요건을 충족하지 못한 경우

3. 준수사항

- 승인기관은 「요양급여비용의 100분의 100 미만의 범위에서 본인 부담률을 달리 적용하는 항목 및 부담률의 결정 등에 관한 기준」 및 「경피적 대동맥관삽입 승인기관 관리에 관한 세부사항」에 따라 관련 사항을 준수하여야 하며, 이를 준수하지 않는 경우 승인 취소가 될 수 있음

(구비서류)

1. 연간 실적

항목	실적(건수)		분류번호
대동맥관 치환술	계:		자179다 인공판막치환술(대동맥관)
			자179-1다 인공판막재치환술(대동맥관)
경피적 혈관내 스텐트-이식 설치술[대동맥] 또는 [대동맥 및 장골동맥]	계:		자661가 경피적 혈관내 스텐트-이식 설치술[대동맥]
			자661나 경피적 혈관내 스텐트-이식 설치술[대동맥 및 장골동맥]
경피적 관상동맥 중재적 시술(PCI)	계:		자655가 경피적 관상동맥확장술-단일혈관
			자656가 경피적 관상동맥스텐트삽입술-단일혈관
			자656가 경피적 관상동맥스텐트삽입술-단일혈관 주1. 경피적 관상동맥확장술(PTCA) 또는 경피적 관상동맥죽상반절제술과 동시에 시술한 경우
			자657가 경피적 관상동맥죽상반절제술-단일혈관

주 1. 대상기간은 신청반기 기준으로 직전반기 이전 12개월 실적을 기재

(예: 2016년 상반기 신청기관은 2015년 1월1일부터 2015년 12월 31일까지, 2016년 하반기 신청기관은 2015년 7월 1일부터 2016년 6월 30일까지 실적)

2. 연간 실적은 해당 요양기관의 상근자가 실시한 경우에 한함

2. 상근인력

- 세부전문의 자격 취득 후 5년 이상의 순환기내과 진료 경험이 있는 순환기내과세부전문의

번호	성명	순환기내과세부전문의			입사일
		자격번호	자격취득일	인정기간	
1					
2					

※ 대표 전문의 2명 기재, 재직증명서, 순환기내과분과전문의 자격증 첨부

※ 순환기내과세부전문의는 순환기내과분과전문의이며, 인정기간은 최근 인정기간을 기재

- 전문의 자격 취득 후 5년 이상의 심혈관 수술 경험이 있는 흉부외과 전문의

번호	성명	전문의 자격번호	자격취득일	입사일
1				
2				

※ 대표 전문의 2명 기재, 재직증명서, 전문의 자격증 첨부

3. 시술 장소

장소	해당 여부(√)	요건	내용
Hybrid 수술실		설치형 투시장비	식약처 허가번호 : 모 델 명 :
		면적	m ²
심도자실		설치형 투시장비	식약처 허가번호 : 모 델 명 :
		면적	m ²

주 1. 해당 장소의 도면 첨부

2. 시설 관련 자료(해파필터, 양압 시설, 공기청정도 검사 결과, 마취용 가스라인 등)가 있는 경우 첨부