

보건복지부 고시 제2024 - 248호

「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제3항에 의한 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준(제2024-228호, 2024.10.31.)」을 다음과 같이 개정·발령합니다.

2024년 11월 29일
보건복지부 장관

「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 일부개정

심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준을 다음과 같이 개정한다.

제5조, 제8조 및 제12조를 각각 다음과 같이 한다.

제5조(요양급여 대상자 사전승인 신청) ② 실시기관은 심장통합진료를 거쳐 VAD 대상자의 시술 여부를 결정한 후 별지 제2호서식 또는 별지 제3호서식의 심실 보조장치 치료술 요양급여 신청서(이하 “요양급여 신청서”라 한다)에 해당 구비서류를 첨부하여 심사평가원장에게 신청하여야 한다.

제8조(사전승인 절차 등) ① 심사평가원장은 제4조 및 제5조 규정에 의하여 신청된 실시기관 승인 및 VAD 대상자 요양급여 여부에 대하여 심실 보조장치 사전심사분과위원회(이하 “VAD 위원회”라 한다) 심의를 거쳐 결정한다.

제12조(재검토 기한) 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정」에 따라 이 고시에 대하여 2025년 1월 1일을 기준으로 매 3년이 되는 시점(매 3년

째의 12월 31일까지를 말한다)마다 법령이나 현실여건의 변화 등을 검토 하여 이 고시의 폐지, 개정 등의 조치를 하여야 한다.

별지 제1호 서식, 제2호 서식, 제2호 서식 구비서류, 제3호 서식, 제3호 서식 구비서류를 별지와 같이 변경한다.

부 칙

이 고시는 2024년 12월 1일부터 시행한다.

심실 보조장치 치료술 실시기관 승인신청서

요양 기관	명칭		요양기호	
	주소		전화번호	
행위명	한글명			
	행위분류에 의한 항목번호			

「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」의 심실 보조장치 치료술의 실시
기관 요건에 따라 관련 자료를 구비하여, 심실 보조장치 치료술 실시기관으로 승인
신청합니다.

년 월 일

대표자: (서명 또는 인)

담당자 성명:

전화번호:

건강보험심사평가원장 귀하

필수 첨부서류

- 최근 2년간 심장이식 연간 실적 관련 자료
- 상근 인력 관련 자료
- 구비 장비 관련 자료
- 기타 관련 입증 자료

이식형 좌심실 보조장치 치료술 영양급여 신청서

요양기관명		요양기호	
1. 성명		2. 성별	<input type="checkbox"/> ① 남 <input type="checkbox"/> ② 여
3. 주민등록번호	-	4. 나이	만__세
5. 입원 시 진단명		6. 상병코드 (KCD 기준)	
7. 보험구분	<input type="checkbox"/> ① 건강보험 <input type="checkbox"/> ② 의료급여 <input type="checkbox"/> ③ 기타		
8. 대상자 기준 해당 여부	※ 이식형 심실 보조장치 치료술의 영양급여에 관한 기준 [별표2]의 심실 보조장치 치료술 영양급여 대상자 기준 참조, 해당되는 곳에 체크하여 주시기 바람 <input type="checkbox"/> ① 심장이식 대기자로 등록된 경우 <input type="checkbox"/> ② 심장이식이 적합하지 않은 경우 <input type="checkbox"/> ③ 1 또는 2에 해당되지만 급기증에 해당하는 경우 <input type="checkbox"/> ④ 1 또는 2에 해당하지 않은 경우 <input type="checkbox"/> ⑤ 그 외(_____)		
9. 사전승인 신청사유			
10. 기타사항			
11. 주치의	1) 성명		
	2) 진료과목		3) 전문의 면허번호
12. 연락처	1) 주치의		2) 담당자

* “한국표준질병·사인분류표(KCD)” 에 의한 상병코드 기재

필수 첨부서류	1. 이식형 좌심실 보조장치 치료술 영양급여 대상자 임상자료 2. 신청서 기재 사항을 입증할 수 있는 모든 검사결과지 및 진료 기록 3. 의사소견서 4. 이식후보자 등록 확인증 사본 (이식후보자로 선정된 대기자인 경우) 5. 심장통합 진료 회의록 6. (보완요청 시) 보완자료 7. VAD 사전승인 준수사항 확인서 * 신청서와 첨부 자료의 내용이 일치하여야 함
---------	--

	B. 영양/소화기 질환		
	<input type="checkbox"/> ① 없음 <input type="checkbox"/> ② Diabetes <input type="checkbox"/> ②-1 식이 조절 <input type="checkbox"/> ②-2 경구약 복용 <input type="checkbox"/> ②-3 인슐린 투여 <input type="checkbox"/> ③ History of GI Ulcers <input type="checkbox"/> ④ History of Hepatitis <input type="checkbox"/> ⑤ Liver Dysfunction <input type="checkbox"/> ⑥ GI bleeding (원인: _____/출혈부위: _____) <input type="checkbox"/> ⑦ Other (_____)		
	C. 혈관 및 혈액 질환		
	<input type="checkbox"/> ① 없음 <input type="checkbox"/> ② Hypertension <input type="checkbox"/> ③ Heparin Induced Thrombocytopenia <input type="checkbox"/> ④ Chronic Coagulopathy <input type="checkbox"/> ⑤ Major Stroke <input type="checkbox"/> ⑥ Other Cerebrovascular Disease <input type="checkbox"/> ⑦ Peripheral Vascular Disease <input type="checkbox"/> ⑧ Other (_____)		
	D. 종양/감염 및 면역 질환		
	<input type="checkbox"/> ① 없음 <input type="checkbox"/> ② History of Solid Organ Malignancy <input type="checkbox"/> ③ History of Hematologic Malignancy <input type="checkbox"/> ④ History of Bone Marrow Transplant <input type="checkbox"/> ⑤ History of HIV <input type="checkbox"/> ⑥ Chronic Infectious Concerns <input type="checkbox"/> ⑦ Other (_____)		
	E. 만성 신질환		
	<input type="checkbox"/> ① 없음 <input type="checkbox"/> ② 있음(투석 해당없음) <input type="checkbox"/> ③ 있음(투석종류: _____/기간(_____))		
	F. 정신 및 행동장애		
	<input type="checkbox"/> ① 있음 (_____) <input type="checkbox"/> ② 없음		
10. 현재 투여 중인 약물 [중복선택 가능]	<input type="checkbox"/> ① 없음 <input type="checkbox"/> ② ACE Inhibitors <input type="checkbox"/> ③ Angiotensin Receptor Blockers <input type="checkbox"/> ④ Amiodarone <input type="checkbox"/> ⑤ Angiotensin Receptor N e p r i l y s i n Inhibitor <input type="checkbox"/> ⑥ Beta-Blockers <input type="checkbox"/> ⑦ Aldosterone antagonist <input type="checkbox"/> ⑧ Calcium Channel Blockers <input type="checkbox"/> ⑨ Warfarin(Coumadin) <input type="checkbox"/> ⑩ Anti-platelet Therapy Drug <input type="checkbox"/> ⑪ Nitric Oxide <input type="checkbox"/> ⑫ Loop Diuretics (type: _____, _____mg/day) <input type="checkbox"/> ⑬ IV inotropes (약품 성분명: _____, _____mcg/kg/min) <input type="checkbox"/> ⑭ Others (약품 성분명: _____)		
11. 항응고제, 항혈소판제, 조영제 알려진 과민증 또는 금기제	<input type="checkbox"/> ① 없음 <input type="checkbox"/> ② 있음 (사전 투약) <input type="checkbox"/> ③ 있음 (사전투약 해당없음)		

C. 수술 전 검사 등			
1. 심박동수(분당)	_____ beats per min	2. 혈압(수축기/이완기)	_____ / _____ mmHg
3. 말초부종	<input type="checkbox"/> ① 없음 <input type="checkbox"/> ② 있음	4. 복수(ascites)	<input type="checkbox"/> ① 없음 <input type="checkbox"/> ② 있음
5. 심장리듬 [중복선택 가능]	<input type="checkbox"/> ① Sinus <input type="checkbox"/> ② Atrial fibrillation <input type="checkbox"/> ③ Atrial Flutter <input type="checkbox"/> ④ Junctional <input type="checkbox"/> ⑤ Ventricular Tachycardia <input type="checkbox"/> ⑥ Ventricular fibrillation <input type="checkbox"/> ⑦ Paced(Device type: _____) <input type="checkbox"/> ⑦-1 Atrial pacing <input type="checkbox"/> ⑦-2 Ventricular pacing <input type="checkbox"/> ⑦-3 Atrial and ventricular pacing <input type="checkbox"/> ⑧ Unknown <input type="checkbox"/> ⑨ Others(_____)		

6. 혈액검사	- 실시일자 ____년 ____월 ____일			
	Sodium (____mEq/L, mmol/L)	Potassium (____mEq/L, mmol/L)	Blood urea nitrogen (____mg/dL)	
	Creatinine (____mg/dL)	SGPT/ALT (____IU/L)	SGOT/AST (____IU/L)	
	LDH (____IU/L)	Total bilirubin (____mg/dL)	Total Cholesterol (____mg/dL)	
	BNP (____pg/mL)	NT pro-BNP (____pg/mL)	Hemoglobin (____g/dL)	
	Platelets (____uL)	PT(INR) (____INR)	CRP (____mg/L)	
	Uric acid (____mg/dL)	WBC (____uL)		
	7. 심초음파 검사	- 실시일자 ____년 ____월 ____일		
- 대동맥판 역류		<input type="checkbox"/> ① 없음	<input type="checkbox"/> ② Mild	<input type="checkbox"/> ③ Moderate <input type="checkbox"/> ④ Severe
- 승모판 역류		<input type="checkbox"/> ① 없음	<input type="checkbox"/> ② Mild	<input type="checkbox"/> ③ Moderate <input type="checkbox"/> ④ Severe
- 삼첨판 역류		<input type="checkbox"/> ① 없음	<input type="checkbox"/> ② Mild	<input type="checkbox"/> ③ Moderate <input type="checkbox"/> ④ Severe
- 좌심실박출률(LVEF)		_____ %		
- 좌심실수축기내경(LVESD)		_____ cm		
- 좌심실이완기내경(LVEDD)		_____ cm		
- 우심실 기능부전		<input type="checkbox"/> ① Normal(없음) <input type="checkbox"/> ② 있음 (판독 소견 : _____) <input type="checkbox"/> ③ Not applicable		
8. 심도자검사	- 실시일자 ____년 ____월 ____일			
	- 폐동맥 수축기압(PASP)	_____ mmHg	- 폐동맥 이완기압(PADP)	_____ mmHg
	- 평균 폐동맥쇄기압(PAWP)	_____ mmHg	- 폐혈관 저항(PVR)	_____ Wood units
	- 평균 우심방압	_____ mmHg	- 심장지수(Cardiac Index)	_____ L/min/M2
9. 운동기능 평가	<input type="checkbox"/> 실시 (실시일자 ____년 ____월 ____일) <input type="checkbox"/> 미실시 (사유 : _____)			
	평가항목	6 minute walk (_____)m		
	[선택작성 가능]	Peak V02 Max (_____)mL/kg/min		
	<input type="checkbox"/> ① Completed <input type="checkbox"/> ② Attempted but not completed <input type="checkbox"/> ③ Not attempted <input type="checkbox"/> ④ Completed but invalid			

체외형 심실 보조장치 치료술 영양급여 신청서

요양기관명		요양기호	
1. 성명		2. 성별	<input type="checkbox"/> ① 남 <input type="checkbox"/> ② 여
3. 주민등록번호	-	4. 나이	만__세
5. 입원 시 진단명		6. 상병코드 * (KCD 기준)	
7. 보험구분	<input type="checkbox"/> ① 건강보험 <input type="checkbox"/> ② 의료급여 <input type="checkbox"/> ③ 기타		
8. 대상자 기준 해당 여부	※ 체외형 심실 보조장치 치료술의 영양급여에 관한 기준 [별표2]의 심실 보조장치 치료술 영양급여 대상자 기준 참조, 해당되는 곳에 체크하여 주시기 바람 <input type="checkbox"/> ① 심장이식 대기자로 등록된 경우 <input type="checkbox"/> ② 1 에 해당되지만 금기증에 해당하는 경우 <input type="checkbox"/> ③ 그 외(_____)		
9. 사전승인 신청사유			
10. 기타사항			
11. 주치의	1) 성명		
	2) 진료과목		3) 전문의 면허번호
12. 연락처	1) 주치의		2) 담당자

* “한국표준질병·사인분류표(KCD)” 에 의한 상병코드 기재

필수 첨부서류	<ol style="list-style-type: none">체외형 심실 보조장치 치료술 영양급여 대상자 임상자료신청서 기재 사항을 입증할 수 있는 모든 검사결과지 및 진료 기록의사소견서이식후보자 등록 확인증 사본 (이식후보자로 선정된 대기자인 경우)심장통합 진료 회의록(보완요청 시) 보완자료VAD 사전승인 준수사항 확인서 <p>* 신청서와 첨부 자료의 내용이 일치하여야 함</p>
---------	--

	B. 영양/소화기 질환	
	<input type="checkbox"/> ① 없음 <input type="checkbox"/> ② Diabetes ②-1 식이 조절 <input type="checkbox"/> ②-2 경구약 복용 <input type="checkbox"/> ②-3 인슐린 투여 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ③ History of GI Ulcers <input type="checkbox"/> ④ History of Hepatitis <input type="checkbox"/> ⑤ Liver Dysfunction <input type="checkbox"/> ⑥ Other (_____)	
	C. 혈관 및 혈액 질환	
	<input type="checkbox"/> ① 없음 <input type="checkbox"/> ② Hypertension <input type="checkbox"/> ③ Heparin Induced Thrombocytopenia <input type="checkbox"/> ④ Chronic Coagulopathy <input type="checkbox"/> ⑤ Major Stroke <input type="checkbox"/> ⑥ Other Cerebrovascular Disease <input type="checkbox"/> ⑦ Peripheral Vascular Disease <input type="checkbox"/> ⑧ Other (_____)	
	D. 종양/감염 및 면역 질환	
	<input type="checkbox"/> ① 없음 <input type="checkbox"/> ② History of Solid Organ Cancer <input type="checkbox"/> ③ History of Lymphoma <input type="checkbox"/> ④ History of Bone Marrow Transplant <input type="checkbox"/> ⑤ History of HIV <input type="checkbox"/> ⑥ Chronic Infectious Concerns <input type="checkbox"/> ⑦ Other (_____)	
	E. 만성 신질환	
	<input type="checkbox"/> ① 없음 (_____) <input type="checkbox"/> ② 있음(투석 해당없음) <input type="checkbox"/> ③ 있음(투석종류: _____/기간(_____))	
	F. 정신 및 행동장애	
	<input type="checkbox"/> ① 있음 (_____) <input type="checkbox"/> ② 없음	
10. 현재 투여 중인 약물 [중복선택 가능]	<input type="checkbox"/> ① ACE Inhibitors <input type="checkbox"/> ② Angiotensin Receptor Blockers <input type="checkbox"/> ③ Amiodarone <input type="checkbox"/> ④ Angiotensin Receptor Neprilysin Inhibitor <input type="checkbox"/> ⑤ Beta-Blockers <input type="checkbox"/> ⑥ Aldosterone antagonist <input type="checkbox"/> ⑦ Calcium Channel Blockers <input type="checkbox"/> ⑧ Warfarin(Coumadin) <input type="checkbox"/> ⑨ Anti-platelet Therapy Drug <input type="checkbox"/> ⑩ Nitric Oxide <input type="checkbox"/> ⑪ Loop Diuretics (type: _____, _____mg/day) <input type="checkbox"/> ⑫ IV inotropes (약품 성분명: _____, _____mcg/kg/min) <input type="checkbox"/> ⑬ Others (약품 성분명: _____)	
11. 항응고제, 항혈소판제, 조영제 알려진 과민증 또는 금기제	<input type="checkbox"/> ① 없음 <input type="checkbox"/> ② 있음 (사전 투약) <input type="checkbox"/> ③ 있음 (사전투약 해당없음)	

C. 수술 전 검사 등			
1. 심박동수(분당)	_____ beats per min	2. 혈압(수축기/이완기)	_____ / _____mmHg
3. 말초부종	<input type="checkbox"/> ① 없음 <input type="checkbox"/> ② 있음	4. 복수(ascites)	<input type="checkbox"/> ① 없음 <input type="checkbox"/> ② 있음
5. 심장리듬 [중복선택 가능]	<input type="checkbox"/> ① Sinus <input type="checkbox"/> ② Atrial fibrillation <input type="checkbox"/> ③ Atrial Flutter <input type="checkbox"/> ④ Junctional <input type="checkbox"/> ⑤ Ventricular Tachycardia <input type="checkbox"/> ⑥ Ventricular fibrillation <input type="checkbox"/> ⑦ Paced(Device type: _____) <input type="checkbox"/> ⑦-1 Atrial pacing <input type="checkbox"/> ⑦-2 Ventricular pacing <input type="checkbox"/> ⑦-3 Atrial and ventricular pacing <input type="checkbox"/> ⑧ Not done <input type="checkbox"/> ⑨ Unknown <input type="checkbox"/> ⑩ Others(_____)		

<p>6. 혈액검사</p>	<p>- 실시일자 ____년 ____월 ____일</p> <table border="0"> <tr> <td>Sodium (____mEq/L, mmol/L)</td> <td>Potassium (____mEq/L, mmol/L)</td> <td>Blood urea nitrogen (____mg/dL)</td> </tr> <tr> <td>Creatinine (____mg/dL)</td> <td>SGPT/ALT (____IU/L)</td> <td>SGOT/AST (____IU/L)</td> </tr> <tr> <td>LDH (____IU/L)</td> <td>Total bilirubin (____mg/dL)</td> <td>Total Cholesterol (____mg/dL)</td> </tr> <tr> <td>BNP (____pg/mL)</td> <td>NT pro-BNP (____pg/mL)</td> <td>Hemoglobin (____g/dL)</td> </tr> <tr> <td>Platelets (____uL)</td> <td>PT(INR) (____INR)</td> <td>CRP (____mg/L)</td> </tr> <tr> <td>Uric acid (____mg/dL)</td> <td>WBC (____uL)</td> <td></td> </tr> </table>	Sodium (____mEq/L, mmol/L)	Potassium (____mEq/L, mmol/L)	Blood urea nitrogen (____mg/dL)	Creatinine (____mg/dL)	SGPT/ALT (____IU/L)	SGOT/AST (____IU/L)	LDH (____IU/L)	Total bilirubin (____mg/dL)	Total Cholesterol (____mg/dL)	BNP (____pg/mL)	NT pro-BNP (____pg/mL)	Hemoglobin (____g/dL)	Platelets (____uL)	PT(INR) (____INR)	CRP (____mg/L)	Uric acid (____mg/dL)	WBC (____uL)	
Sodium (____mEq/L, mmol/L)	Potassium (____mEq/L, mmol/L)	Blood urea nitrogen (____mg/dL)																	
Creatinine (____mg/dL)	SGPT/ALT (____IU/L)	SGOT/AST (____IU/L)																	
LDH (____IU/L)	Total bilirubin (____mg/dL)	Total Cholesterol (____mg/dL)																	
BNP (____pg/mL)	NT pro-BNP (____pg/mL)	Hemoglobin (____g/dL)																	
Platelets (____uL)	PT(INR) (____INR)	CRP (____mg/L)																	
Uric acid (____mg/dL)	WBC (____uL)																		
<p>7. 심초음파 검사</p> <ul style="list-style-type: none"> - 대동맥판 역류 - 전신 방실판 역류 - 오른쪽 방실판 역류 - 좌심실박출률(LVEF) - 좌심실수축기내경(LVESD) - 좌심실이완기내경(LVEDD) - 우심실 기능부전 	<p>- 실시일자 ____년 ____월 ____일</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ① 없음</td> <td><input type="checkbox"/> ② Mild</td> <td><input type="checkbox"/> ③ Moderate</td> <td><input type="checkbox"/> ④ Severe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ① 없음</td> <td><input type="checkbox"/> ② Mild</td> <td><input type="checkbox"/> ③ Moderate</td> <td><input type="checkbox"/> ④ Severe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ① 없음</td> <td><input type="checkbox"/> ② Mild</td> <td><input type="checkbox"/> ③ Moderate</td> <td><input type="checkbox"/> ④ Severe</td> </tr> </table> <p>_____%</p> <p>____cm</p> <p>____cm</p> <p><input type="checkbox"/> ① Normal(없음)</p> <p><input type="checkbox"/> ② 있음 (판독 소견 : _____)</p> <p><input type="checkbox"/> ③ Not applicable</p>	<input type="checkbox"/> ① 없음	<input type="checkbox"/> ② Mild	<input type="checkbox"/> ③ Moderate	<input type="checkbox"/> ④ Severe	<input type="checkbox"/> ① 없음	<input type="checkbox"/> ② Mild	<input type="checkbox"/> ③ Moderate	<input type="checkbox"/> ④ Severe	<input type="checkbox"/> ① 없음	<input type="checkbox"/> ② Mild	<input type="checkbox"/> ③ Moderate	<input type="checkbox"/> ④ Severe						
<input type="checkbox"/> ① 없음	<input type="checkbox"/> ② Mild	<input type="checkbox"/> ③ Moderate	<input type="checkbox"/> ④ Severe																
<input type="checkbox"/> ① 없음	<input type="checkbox"/> ② Mild	<input type="checkbox"/> ③ Moderate	<input type="checkbox"/> ④ Severe																
<input type="checkbox"/> ① 없음	<input type="checkbox"/> ② Mild	<input type="checkbox"/> ③ Moderate	<input type="checkbox"/> ④ Severe																
<p>8. 심도자검사</p> <ul style="list-style-type: none"> - 폐동맥수축기압(PASP) - 평균 폐동맥쇄기압(PAWP) - 중심정맥압(CVP) 	<p>- 실시일자 ____년 ____월 ____일</p> <table border="0"> <tr> <td>____mmHg</td> <td>- 폐동맥이완기압(PADP)</td> <td>____mmHg</td> </tr> <tr> <td>____mmHg</td> <td>- 평균 우심방압</td> <td>____mmHg</td> </tr> <tr> <td>____mmHg</td> <td>- 심장지수(Cardiac Index)</td> <td>____L/min/M2</td> </tr> </table>	____mmHg	- 폐동맥이완기압(PADP)	____mmHg	____mmHg	- 평균 우심방압	____mmHg	____mmHg	- 심장지수(Cardiac Index)	____L/min/M2									
____mmHg	- 폐동맥이완기압(PADP)	____mmHg																	
____mmHg	- 평균 우심방압	____mmHg																	
____mmHg	- 심장지수(Cardiac Index)	____L/min/M2																	
<p>9. 운동기능 평가</p>	<p><input type="checkbox"/> 실시 (실시일자 ____년 ____월 ____일)</p> <p><input type="checkbox"/> 미실시 (사유 : _____)</p> <table border="0"> <tr> <td>평가항목</td> <td>6 minute walk (____)m</td> </tr> <tr> <td>[선택작성 가능]</td> <td>Peak V02 Max (____)mL/kg/min</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> ① Completed <input type="checkbox"/> ② Attempted but not completed <input type="checkbox"/> ③ Not attempted <input type="checkbox"/> ④ Completed but invalid</p>	평가항목	6 minute walk (____)m	[선택작성 가능]	Peak V02 Max (____)mL/kg/min														
평가항목	6 minute walk (____)m																		
[선택작성 가능]	Peak V02 Max (____)mL/kg/min																		

심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준 신구조문 대비표

□ 본문

현 행	개 정	비 고
<p>제5조(요양급여 대상자 사전승인 신청) ② 실시기관은 심장통합진료를 거쳐 VAD 대상자의 시술 여부를 결정한 후 별지 제2호서식 또는 별지 제3호서식의 심실 보조장치 치료술 요양급여 <u>승인신청서</u>(이하 “요양급여 신청서”라 한다)에 해당 구비서류를 첨부하여 심사평가원장에게 신청하여야 한다.</p>	<p>제5조(요양급여 대상자 사전승인 신청) ② 실시기관은 심장통합진료를 거쳐 VAD 대상자의 시술 여부를 결정한 후 별지 제2호서식 또는 별지 제3호서식의 심실 보조장치 치료술 요양급여 <u>신청서</u>(이하 “요양급여 신청서”라 한다)에 해당 구비서류를 첨부하여 심사평가원장에게 신청하여야 한다.</p>	<p>[개정사유] ○ 별지 서식 명칭 변경</p>
<p>제8조(사전승인 절차 등) ① 심사평가원장은 제4조 및 제5조 규정에 의하여 신청된 실시기관 승인 및 VAD 대상자 요양급여 여부에 대하여 심실 보조장치 <u>요양급여 심의위원회</u>(이하 “VAD 위원회”라 한다.) 심의를 거쳐 결정한다.</p>	<p>제8조(사전승인 절차 등) ① 심사평가원장은 제4조 및 제5조 규정에 의하여 신청된 실시기관 승인 및 VAD 대상자 요양급여 여부에 대하여 심실 보조장치 <u>사전 심사분과위원회</u>(이하 “VAD 위원회”라 한다.) 심의를 거쳐 결정한다.</p>	<p>[개정사유] ○ 위원회 명칭 변경</p>

현 행	개 정	비 고
<p>제12조(재검토 기한) 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정」에 따라 이 고시에 대하여 <u>2024년 11월 1일</u>을 기준으로 매 3년이 되는 시점(매 3년째의 <u>10월 31일</u>까지를 말한다)마다 법령이나 현실여건의 변화 등을 검토하여 이 고시의 폐지, 개정 등의 조치를 하여야 한다.</p>	<p>제12조(재검토 기한) 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정」에 따라 이 고시에 대하여 <u>2025년 1월 1일</u>을 기준으로 매 3년이 되는 시점(매 3년째의 <u>12월 31일</u>까지를 말한다)마다 법령이나 현실여건의 변화 등을 검토하여 이 고시의 폐지, 개정 등의 조치를 하여야 한다.</p>	<p>[개정사유] ○ 고시 개정 따른 재검토 기한 재설정</p>

□ **별지**

현 행	개 정	비 고																																																																		
<p>[별지 제1호 서식]</p> <table border="1" data-bbox="174 884 999 1326"> <thead> <tr> <th colspan="5">심실 보조장치 치료술 실시기관 승인신청서</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">요양 기관</td> <td>명칭</td> <td></td> <td>기호</td> <td></td> </tr> <tr> <td>주소</td> <td></td> <td>전화번호</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">행위명</td> <td>한글명</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>행위분류에 의한 항목번호</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">(생략)</td> </tr> <tr> <td colspan="5"> ※ 구비서류 1. 최근 2년간 심장이식 연간 실적 관련 자료 2. 상근 인력 관련 자료 3. 구비 장비 관련 자료 4. 기타 관련 입증 자료 </td> </tr> </tbody> </table>	심실 보조장치 치료술 실시기관 승인신청서					요양 기관	명칭		기호		주소		전화번호		행위명	한글명				행위분류에 의한 항목번호				(생략)					※ 구비서류 1. 최근 2년간 심장이식 연간 실적 관련 자료 2. 상근 인력 관련 자료 3. 구비 장비 관련 자료 4. 기타 관련 입증 자료					<p>[별지 제1호 서식]</p> <table border="1" data-bbox="1030 884 1854 1326"> <thead> <tr> <th colspan="5">심실 보조장치 치료술 실시기관 승인신청서</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">요양 기관</td> <td>명칭</td> <td></td> <td>요양기호</td> <td></td> </tr> <tr> <td>주소</td> <td></td> <td>전화번호</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">행위명</td> <td>한글명</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>행위분류에 의한 항목번호</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">(현행과 같음)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">필수 첨부서류</td> <td colspan="3"> 1. 최근 2년간 심장이식 연간 실적 관련 자료 2. 상근 인력 관련 자료 3. 구비 장비 관련 자료 4. 기타 관련 입증 자료 </td> </tr> </tbody> </table>	심실 보조장치 치료술 실시기관 승인신청서					요양 기관	명칭		요양기호		주소		전화번호		행위명	한글명				행위분류에 의한 항목번호				(현행과 같음)					필수 첨부서류		1. 최근 2년간 심장이식 연간 실적 관련 자료 2. 상근 인력 관련 자료 3. 구비 장비 관련 자료 4. 기타 관련 입증 자료			<p>[개정사유] ○ 별지 서식 현행화</p>
심실 보조장치 치료술 실시기관 승인신청서																																																																				
요양 기관	명칭		기호																																																																	
	주소		전화번호																																																																	
행위명	한글명																																																																			
	행위분류에 의한 항목번호																																																																			
(생략)																																																																				
※ 구비서류 1. 최근 2년간 심장이식 연간 실적 관련 자료 2. 상근 인력 관련 자료 3. 구비 장비 관련 자료 4. 기타 관련 입증 자료																																																																				
심실 보조장치 치료술 실시기관 승인신청서																																																																				
요양 기관	명칭		요양기호																																																																	
	주소		전화번호																																																																	
행위명	한글명																																																																			
	행위분류에 의한 항목번호																																																																			
(현행과 같음)																																																																				
필수 첨부서류		1. 최근 2년간 심장이식 연간 실적 관련 자료 2. 상근 인력 관련 자료 3. 구비 장비 관련 자료 4. 기타 관련 입증 자료																																																																		

현행	개정	비고																																																																									
<p>[별지 제2호 서식]</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">이식형 좌심실 보조장치 치료술 요양급여 승인신청서</th> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">요양기관명</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">요양기호</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>1)~6) (생략)</td> <td colspan="3">(생략)</td> </tr> <tr> <td>7) 보험구분</td> <td colspan="3">○1. 건강보험 ○2. 의료급여 <신설></td> </tr> <tr> <td>8) 대상자 기준 해당 여부</td> <td colspan="3">□ (생략) ○1.~○5. (생략)</td> </tr> <tr> <td>9)~10) (생략)</td> <td colspan="3">(생략)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><신설></td> <td style="text-align: center;"><신설></td> <td style="text-align: center;"><신설></td> <td style="text-align: center;"><신설></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><신설></td> <td style="text-align: center;"><신설></td> <td style="text-align: center;"><신설></td> <td style="text-align: center;"><신설></td> </tr> <tr> <td>11) 구비서류</td> <td colspan="3">1. (생략) 2. <신설> 2.~4. (생략) <신설> <신설> <신설></td> </tr> </table> <p>* “한국표준질병·사인분류표(KCD)”에 의한 상병코드 기재</p>	이식형 좌심실 보조장치 치료술 요양급여 승인신청서				요양기관명		요양기호		1)~6) (생략)	(생략)			7) 보험구분	○1. 건강보험 ○2. 의료급여 <신설>			8) 대상자 기준 해당 여부	□ (생략) ○1.~○5. (생략)			9)~10) (생략)	(생략)			<신설>	<신설>	<신설>	<신설>	<신설>	<신설>	<신설>	<신설>	11) 구비서류	1. (생략) 2. <신설> 2.~4. (생략) <신설> <신설> <신설>			<p>[별지 제2호 서식]</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">이식형 좌심실 보조장치 치료술 요양급여 신청서</th> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">요양기관명</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">요양기호</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>1.~6. (현행과 같음)</td> <td colspan="3">(현행과 같음)</td> </tr> <tr> <td>7. 보험구분</td> <td colspan="3">□① 건강보험 □② 의료급여 □③ 기타</td> </tr> <tr> <td>8. 대상자 기준 해당 여부</td> <td colspan="3">※ (현행과 같음) □① ~ □⑤ (현행과 같음)</td> </tr> <tr> <td>9.~10. (현행과 같음)</td> <td colspan="3">(현행과 같음)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">11. 주치의</td> <td colspan="2">1) 성명</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2) 진료과목</td> <td colspan="2">3) 전문의 면허번호</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">12. 연락처</td> <td colspan="2">1) 주치의</td> <td>2) 담당자</td> </tr> </table> <p>* “한국표준질병·사인분류표(KCD)”에 의한 상병코드 기재</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">필수 첨부서류</td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 1. (현행과 같음) 2. 신청서 기재 사항을 입증할 수 있는 모든 검사결과지 및 진료 기록 3.~5. (현행과 같음) 6. (보완요청 시) 보완자료 7. VAD 사전승인 준수사항 확인서 * 신청서와 첨부 자료의 내용이 일치하여야 함 </td> </tr> </table>	이식형 좌심실 보조장치 치료술 요양급여 신청서				요양기관명		요양기호		1.~6. (현행과 같음)	(현행과 같음)			7. 보험구분	□① 건강보험 □② 의료급여 □③ 기타			8. 대상자 기준 해당 여부	※ (현행과 같음) □① ~ □⑤ (현행과 같음)			9.~10. (현행과 같음)	(현행과 같음)			11. 주치의	1) 성명			2) 진료과목	3) 전문의 면허번호		12. 연락처	1) 주치의		2) 담당자	필수 첨부서류	1. (현행과 같음) 2. 신청서 기재 사항을 입증할 수 있는 모든 검사결과지 및 진료 기록 3.~5. (현행과 같음) 6. (보완요청 시) 보완자료 7. VAD 사전승인 준수사항 확인서 * 신청서와 첨부 자료의 내용이 일치하여야 함	<p>[개정사유] ○ 별지 서식 현행화</p>
이식형 좌심실 보조장치 치료술 요양급여 승인신청서																																																																											
요양기관명		요양기호																																																																									
1)~6) (생략)	(생략)																																																																										
7) 보험구분	○1. 건강보험 ○2. 의료급여 <신설>																																																																										
8) 대상자 기준 해당 여부	□ (생략) ○1.~○5. (생략)																																																																										
9)~10) (생략)	(생략)																																																																										
<신설>	<신설>	<신설>	<신설>																																																																								
<신설>	<신설>	<신설>	<신설>																																																																								
11) 구비서류	1. (생략) 2. <신설> 2.~4. (생략) <신설> <신설> <신설>																																																																										
이식형 좌심실 보조장치 치료술 요양급여 신청서																																																																											
요양기관명		요양기호																																																																									
1.~6. (현행과 같음)	(현행과 같음)																																																																										
7. 보험구분	□① 건강보험 □② 의료급여 □③ 기타																																																																										
8. 대상자 기준 해당 여부	※ (현행과 같음) □① ~ □⑤ (현행과 같음)																																																																										
9.~10. (현행과 같음)	(현행과 같음)																																																																										
11. 주치의	1) 성명																																																																										
	2) 진료과목	3) 전문의 면허번호																																																																									
12. 연락처	1) 주치의		2) 담당자																																																																								
	필수 첨부서류	1. (현행과 같음) 2. 신청서 기재 사항을 입증할 수 있는 모든 검사결과지 및 진료 기록 3.~5. (현행과 같음) 6. (보완요청 시) 보완자료 7. VAD 사전승인 준수사항 확인서 * 신청서와 첨부 자료의 내용이 일치하여야 함																																																																									
<p>[별지 제2호 서식 구비서류]</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">이식형 심실 보조장치 치료술 요양급여 대상자 임상자료</th> </tr> <tr> <th colspan="4" style="text-align: left;">A. 기본정보</th> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">요양기관명</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">요양기호</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>증례번호</td> <td></td> <td>자료제출일</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. 환자성명</td> <td></td> <td>2. 생년월일</td> <td>___년__월__일</td> </tr> </table>	이식형 심실 보조장치 치료술 요양급여 대상자 임상자료				A. 기본정보				요양기관명		요양기호		증례번호		자료제출일		1. 환자성명		2. 생년월일	___년__월__일	<p>[별지 제2호 서식 구비서류]</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">이식형 좌심실 보조장치 치료술 요양급여 대상자 임상자료</th> </tr> <tr> <th colspan="4" style="text-align: left;">A. 기본정보</th> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">요양기관명</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">요양기호</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>증례번호</td> <td></td> <td>자료제출일</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. 성명</td> <td></td> <td>2. 생년월일</td> <td>___년__월__일</td> </tr> </table>	이식형 좌심실 보조장치 치료술 요양급여 대상자 임상자료				A. 기본정보				요양기관명		요양기호		증례번호		자료제출일		1. 성명		2. 생년월일	___년__월__일	<p>[개정사유] ○ 별지 서식 현행화</p>																																	
이식형 심실 보조장치 치료술 요양급여 대상자 임상자료																																																																											
A. 기본정보																																																																											
요양기관명		요양기호																																																																									
증례번호		자료제출일																																																																									
1. 환자성명		2. 생년월일	___년__월__일																																																																								
이식형 좌심실 보조장치 치료술 요양급여 대상자 임상자료																																																																											
A. 기본정보																																																																											
요양기관명		요양기호																																																																									
증례번호		자료제출일																																																																									
1. 성명		2. 생년월일	___년__월__일																																																																								

현 행		개 정		비 고
3. 성별	<input type="checkbox"/> 1.~2. (생략)	3. 성별	<input type="checkbox"/> ① ~② (현행과 같음)	
4.~7. (생략)	(현행과 같음)	4.~7. (현행과 같음)	(현행과 같음)	
8. VAD 모델명(회사명)		8.<삭제>		
9.~10. (생략)	(현행과 같음)	8.~9. (현행과 같음)	(현행과 같음)	
B. 수술 전 환자상태		B. 수술 전 환자상태		
1. 대상자기준 해당 여부	<input type="checkbox"/> 1.~5. (생략)	1. 대상자기준 해당 여부	<input type="checkbox"/> ①~⑤ (현행과 같음)	
1-1. 이식후보자 등록일	___년 __월 __일	1-1. 이식후보자 등록일	___년 __월 __일	
2. Device 삽입여부	<input type="checkbox"/> 1.~2-3. (생략)	2. Device 삽입여부	<input type="checkbox"/> ①~②-3 (현행과 같음)	
3. 심부전 최초진단일	___년 __월 __일	3. 심부전 최초진단일	___년 __월 __일	
4. 최근 12개월 이내 심부전 등 심장질환으로 입원한 횟수	<input type="checkbox"/> 1.~4. (생략)	4. 최근 12개월 이내 심부전 등 심장질환으로 입원한 횟수	<input type="checkbox"/> ①~④ (현행과 같음)	
5. 수술 전 심장진단 (primary)	<신설> <input type="checkbox"/> 1.~2. (생략) <input type="checkbox"/> 3. <u>Coronary artery disease</u> <input type="checkbox"/> 4.~11. (생략)	5. 수술 전 심장진단 (primary)	<input type="checkbox"/> ① 없음 <input type="checkbox"/> ② (현행과 같음) <input type="checkbox"/> ③ <u>Acute coronary syndrome</u> <input type="checkbox"/> ④~⑪ (현행과 같음)	
6. 과거 심장 수술 혹은 시술 [중복선택 가능]	<input type="checkbox"/> 1.~2. (생략) <input type="checkbox"/> 3. <u>Aneurysmectomy (DOR)</u> <input type="checkbox"/> 4.~12. (생략)	6. 과거 심장 수술 혹은 시술 [중복선택 가능]	<input type="checkbox"/> ①~② (현행과 같음) <input type="checkbox"/> ③ <u>Aneurysmectomy (DOR)</u> <input type="checkbox"/> ④~⑫ (현행과 같음)	
7. MHA 기능분류 지수 (안정 시, 강심제나 순환보조장치 사용 없을시)	<input type="checkbox"/> 1.~4. (생략)	7. MHA 기능분류 지수 (안정 시, 강심제나 순환보조장치 사용 없을시)	<input type="checkbox"/> ①~④ (현행과 같음)	
8. INTERMACS 환자분류	<input type="checkbox"/> 1.~5. (생략)	8. INTERMACS 환자분류	<input type="checkbox"/> ①~⑤ (현행과 같음)	
9. 환자병력 [중복선택 가능]	A. 심장/흉부 질환	9. 환자병력 [중복선택 가능]	A. 심장/흉부 질환	

현행		개정		비고
	<p><신설> <input type="checkbox"/> 1.~6. (생략)</p> <p>B. 영양/소화기 질환</p> <p><신설> <input type="checkbox"/> 1.~6. (생략)</p> <p>C. 혈관질환</p> <p><신설> <input type="checkbox"/> 1.~7. (생략)</p> <p>D. 종양/감염 및 면역 질환</p> <p><신설> <input type="checkbox"/> 1. (생략) <input type="checkbox"/> 2. History of Solid Organ Cancer <input type="checkbox"/> 3. History of Lymphoma Leukemia <input type="checkbox"/> 4.~6. (생략)</p> <p>E. 만성 신질환</p> <input type="checkbox"/> 1.~3. (생략) <p>F. 정신 및 행동장애</p> <input type="checkbox"/> 1.~2. (생략)		<input type="checkbox"/> ① 없음 <input type="checkbox"/> ②~⑦ (현행과 같음)	
			<p>B. 영양/소화기 질환</p> <input type="checkbox"/> ① 없음 <input type="checkbox"/> ②~⑦ (현행과 같음) <p>C. 혈관 및 혈액질환</p> <input type="checkbox"/> ① 없음 <input type="checkbox"/> ②~⑧ (현행과 같음) <p>D. 종양/감염 및 면역 질환</p> <input type="checkbox"/> ① 없음 <input type="checkbox"/> ② History of Solid Organ Malignancy <input type="checkbox"/> ③ History of Hematologic Malignancy <input type="checkbox"/> ④~⑦ (현행과 같음) <p>E. 만성 신질환</p> <input type="checkbox"/> ①~③ (현행과 같음) <p>F. 정신 및 행동장애</p> <input type="checkbox"/> ①~② (현행과 같음)	
10. 현재 투여 중인 약물 [중복선택 가능]	<p><신설> <input type="checkbox"/> 1.~11. (생략) <input type="checkbox"/> 13. IV inotropes (약품 성분명: __, __mg/day) <input type="checkbox"/> 14. (생략)</p>	10. 현재 투여 중인 약물 [중복선택 가능]	<input type="checkbox"/> ① 없음 <input type="checkbox"/> ②~⑫ (현행과 같음) <input type="checkbox"/> ⑬ IV inotropes (약품 성분명: __, __mcg/kg/min) <input type="checkbox"/> ⑭ (현행과 같음)	
11. 항응고제, 항혈소판제, 조영제 알러지 과민증 또는 금기제	<input type="checkbox"/> 1.~3. (생략)	11. 항응고제, 항혈소판제, 조영제 알러지 과민증 또는 금기제	<input type="checkbox"/> ①~③ (현행과 같음)	
C. 수술 전 검사 등		C. 수술 전 검사 등		
1.~2. (생략)	(생략)	1.~2. (현행과 같음)	(현행과 같음)	
3.~4. (생략)	<input type="checkbox"/> 1.~2. (생략)	3.~4. (현행과 같음)	<input type="checkbox"/> ①~② (현행과 같음)	

현행		개정		비고																																																					
5. 심장리듬 [중복선택 가능]	<input type="checkbox"/> 1.~7. (생략) <input type="checkbox"/> 8. Not done <input type="checkbox"/> 9. Unknown <input type="checkbox"/> 10. Others(_____)	5. 심장리듬 [중복선택 가능]	<input type="checkbox"/> ①~⑦ (현행과 같음) <input type="checkbox"/> ⑧ 삭제 <input type="checkbox"/> ⑧ Unknown <input type="checkbox"/> ⑨ Others(_____)																																																						
6. 혈액검사	(생략)	6. 혈액검사	(현행과 같음)																																																						
7. 심초음파 검사	(생략)	7. 심초음파 검사	(현행과 같음)																																																						
- 대동맥판 역류	<input type="checkbox"/> 1.~4. (생략)	- 대동맥판 역류	<input type="checkbox"/> ①~④ (현행과 같음)																																																						
- 승모판 역류	<input type="checkbox"/> 1.~4. (생략)	- 승모판 역류	<input type="checkbox"/> ①~④ (현행과 같음)																																																						
- 삼첨판 역류	<input type="checkbox"/> 1.~4. (생략)	- 삼첨판 역류	<input type="checkbox"/> ①~④ (현행과 같음)																																																						
- 좌심실구혈률(LVEF)	_____ %	- 좌심실박출률(LVEF)	_____ %																																																						
- 좌심실수축내경(LVESD)	_____ cm	- 좌심실수축내경(LVESD)	_____ cm																																																						
- 좌심실이완내경(LVEDD)	_____ cm	- 좌심실이완내경(LVEDD)	_____ cm																																																						
- 우심실 기능부전	<input type="checkbox"/> 1.~3. (생략)	- 우심실 기능부전	<input type="checkbox"/> ①~③ (현행과 같음)																																																						
8. 심도자 검사	(생략)	8. 심도자 검사	(현행과 같음)																																																						
9. 운동기능 평가	(생략) <input type="checkbox"/> 1.~4. (생략)	9. 운동기능 평가	(현행과 같음) <input type="checkbox"/> ①~④ (현행과 같음)																																																						
[별지 제3호 서식]		[별지 제3호 서식]		[개정사유] ○ 별지 서식 현행화																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">체외형 심실 보조장치 치료술 영양급여 승인신청서</th> </tr> <tr> <th>요양기관명</th> <th></th> <th>요양기호</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1)~6) (생략)</td> <td colspan="3">(생략)</td> </tr> <tr> <td>7) 보험구분</td> <td><input type="radio"/> 1. 건강보험</td> <td><input type="radio"/> 2. 의료급여</td> <td><신설></td> </tr> <tr> <td>8)~10) (생략)</td> <td colspan="3">(생략)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2"><신설></td> <td colspan="3"><신설></td> </tr> <tr> <td><신설></td> <td></td> <td><신설></td> </tr> </tbody> </table>		체외형 심실 보조장치 치료술 영양급여 승인신청서				요양기관명		요양기호		1)~6) (생략)	(생략)			7) 보험구분	<input type="radio"/> 1. 건강보험	<input type="radio"/> 2. 의료급여	<신설>	8)~10) (생략)	(생략)			<신설>	<신설>			<신설>		<신설>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">체외형 심실 보조장치 치료술 영양급여 신청서</th> </tr> <tr> <th>요양기관명</th> <th></th> <th>요양기호</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.~6. (현행과 같음)</td> <td colspan="3">(현행과 같음)</td> </tr> <tr> <td>7. 보험구분</td> <td><input type="checkbox"/> ① 건강보험</td> <td><input type="checkbox"/> ② 의료급여</td> <td><input type="checkbox"/> ③ 기타</td> </tr> <tr> <td>8.~10. (현행과 같음)</td> <td colspan="3">(현행과 같음)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">12. 주치의</td> <td colspan="3">1) 성명</td> </tr> <tr> <td>2) 진료과목</td> <td></td> <td>3) 전문의 면허번호</td> </tr> </tbody> </table>		체외형 심실 보조장치 치료술 영양급여 신청서				요양기관명		요양기호		1.~6. (현행과 같음)	(현행과 같음)			7. 보험구분	<input type="checkbox"/> ① 건강보험	<input type="checkbox"/> ② 의료급여	<input type="checkbox"/> ③ 기타	8.~10. (현행과 같음)	(현행과 같음)			12. 주치의	1) 성명			2) 진료과목		3) 전문의 면허번호
체외형 심실 보조장치 치료술 영양급여 승인신청서																																																									
요양기관명		요양기호																																																							
1)~6) (생략)	(생략)																																																								
7) 보험구분	<input type="radio"/> 1. 건강보험	<input type="radio"/> 2. 의료급여	<신설>																																																						
8)~10) (생략)	(생략)																																																								
<신설>	<신설>																																																								
	<신설>		<신설>																																																						
체외형 심실 보조장치 치료술 영양급여 신청서																																																									
요양기관명		요양기호																																																							
1.~6. (현행과 같음)	(현행과 같음)																																																								
7. 보험구분	<input type="checkbox"/> ① 건강보험	<input type="checkbox"/> ② 의료급여	<input type="checkbox"/> ③ 기타																																																						
8.~10. (현행과 같음)	(현행과 같음)																																																								
12. 주치의	1) 성명																																																								
	2) 진료과목		3) 전문의 면허번호																																																						

현행				개정				비고																																																												
<table border="1"> <tr> <td><신설></td> <td><신설></td> <td></td> <td><신설></td> </tr> <tr> <td>11) 구비서류</td> <td>1. (생략) 2. <신설> 2.~4. (생략) <신설> <신설> <신설></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>* “한국표준질병·사인분류표(KCD)”에 의한 상병코드 기재</p>				<신설>	<신설>		<신설>	11) 구비서류	1. (생략) 2. <신설> 2.~4. (생략) <신설> <신설> <신설>			<table border="1"> <tr> <td>13. 연락처</td> <td>1) 주치의</td> <td></td> <td>2) 담당자</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6">* “한국표준질병·사인분류표(KCD)”에 의한 상병코드 기재</td> </tr> <tr> <td colspan="2">필수 첨부서류</td> <td colspan="4"> 1. (현행과 같음) 2. 신청서 기재 사항을 입증할 수 있는 모든 검사결과지 및 진료 기록 3.~ 5. (현행과 같음) 6. (보완요청 시) 보완자료 7. VAD 사전승인 준수사항 확인서 * 신청서와 첨부 자료의 내용이 일치하여야 함 </td> </tr> </table>				13. 연락처	1) 주치의		2) 담당자			* “한국표준질병·사인분류표(KCD)”에 의한 상병코드 기재						필수 첨부서류		1. (현행과 같음) 2. 신청서 기재 사항을 입증할 수 있는 모든 검사결과지 및 진료 기록 3.~ 5. (현행과 같음) 6. (보완요청 시) 보완자료 7. VAD 사전승인 준수사항 확인서 * 신청서와 첨부 자료의 내용이 일치하여야 함																																						
<신설>	<신설>		<신설>																																																																	
11) 구비서류	1. (생략) 2. <신설> 2.~4. (생략) <신설> <신설> <신설>																																																																			
13. 연락처	1) 주치의		2) 담당자																																																																	
* “한국표준질병·사인분류표(KCD)”에 의한 상병코드 기재																																																																				
필수 첨부서류		1. (현행과 같음) 2. 신청서 기재 사항을 입증할 수 있는 모든 검사결과지 및 진료 기록 3.~ 5. (현행과 같음) 6. (보완요청 시) 보완자료 7. VAD 사전승인 준수사항 확인서 * 신청서와 첨부 자료의 내용이 일치하여야 함																																																																		
[별지 제3호 서식 구비서류] <table border="1"> <tr> <th colspan="2">체외형 심실 보조장치 치료술 영양급여 대상자 임상자료</th> </tr> <tr> <th colspan="2">A. 기본정보</th> </tr> <tr> <td>요양기관명</td> <td>요양기호</td> </tr> <tr> <td>증례번호</td> <td>자료제출일</td> </tr> <tr> <td>1.~2. (생략)</td> <td>(생략)</td> </tr> <tr> <td>3. 성별</td> <td><input type="checkbox"/> 1.~2. (생략)</td> </tr> <tr> <td>4.~6. (생략)</td> <td>(생략)</td> </tr> <tr> <td>7. VAD 유형별 이식일 (또는 예정일)</td> <td><input type="checkbox"/> 1.~2-2 (생략)</td> </tr> <tr> <td>8.~10. (생략)</td> <td>(생략)</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B. 수술 전 환자상태</th> </tr> <tr> <td>1. 대상자 기준 해당 여부</td> <td><input type="checkbox"/> 1.~3. (생략)</td> </tr> <tr> <td>1-1. 이식후보자 등록일</td> <td>____년 __월 __일</td> </tr> <tr> <td>2. Device 삽입여부</td> <td><input type="checkbox"/> 1.~2-3. (생략)</td> </tr> <tr> <td>3. 심부전 최초진단일</td> <td>____년 __월 __일</td> </tr> <tr> <td>4. 최근 12개월 이내 심부전 등 심장질환</td> <td><input type="checkbox"/> 1.~4. (생략)</td> </tr> </table>				체외형 심실 보조장치 치료술 영양급여 대상자 임상자료		A. 기본정보		요양기관명	요양기호	증례번호	자료제출일	1.~2. (생략)	(생략)	3. 성별	<input type="checkbox"/> 1.~2. (생략)	4.~6. (생략)	(생략)	7. VAD 유형별 이식일 (또는 예정일)	<input type="checkbox"/> 1.~2-2 (생략)	8.~10. (생략)	(생략)	B. 수술 전 환자상태		1. 대상자 기준 해당 여부	<input type="checkbox"/> 1.~3. (생략)	1-1. 이식후보자 등록일	____년 __월 __일	2. Device 삽입여부	<input type="checkbox"/> 1.~2-3. (생략)	3. 심부전 최초진단일	____년 __월 __일	4. 최근 12개월 이내 심부전 등 심장질환	<input type="checkbox"/> 1.~4. (생략)	[별지 제3호 서식 구비서류] <table border="1"> <tr> <th colspan="2">체외형 심실 보조장치 치료술 영양급여 대상자 임상자료</th> </tr> <tr> <th colspan="2">A. 기본정보</th> </tr> <tr> <td>요양기관명</td> <td>요양기호</td> </tr> <tr> <td>증례번호</td> <td>자료제출일</td> </tr> <tr> <td>1.~2. (현행과 같음)</td> <td>(현행과 같음)</td> </tr> <tr> <td>3. 성별</td> <td><input type="checkbox"/> ①~② (현행과 같음)</td> </tr> <tr> <td>4.~6. (현행과 같음)</td> <td>(현행과 같음)</td> </tr> <tr> <td>7. VAD 유형별 이식일 (또는 예정일)</td> <td><input type="checkbox"/> ①~②-2 (현행과 같음)</td> </tr> <tr> <td>8.~10. (현행과 같음)</td> <td>(현행과 같음)</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B. 수술 전 환자상태</th> </tr> <tr> <td>1. 대상자 기준 해당 여부</td> <td><input type="checkbox"/> ①~③ (현행과 같음)</td> </tr> <tr> <td>1-1. 이식후보자 등록일</td> <td>____년 __월 __일</td> </tr> <tr> <td>2. Device 삽입여부</td> <td><input type="checkbox"/> ①~②-3 (현행과 같음)</td> </tr> <tr> <td>3. 심부전 최초진단일</td> <td>____년 __월 __일</td> </tr> <tr> <td>4. 최근 12개월 이내 심</td> <td><input type="checkbox"/> ①~④ (현행과 같음)</td> </tr> </table>				체외형 심실 보조장치 치료술 영양급여 대상자 임상자료		A. 기본정보		요양기관명	요양기호	증례번호	자료제출일	1.~2. (현행과 같음)	(현행과 같음)	3. 성별	<input type="checkbox"/> ①~② (현행과 같음)	4.~6. (현행과 같음)	(현행과 같음)	7. VAD 유형별 이식일 (또는 예정일)	<input type="checkbox"/> ①~②-2 (현행과 같음)	8.~10. (현행과 같음)	(현행과 같음)	B. 수술 전 환자상태		1. 대상자 기준 해당 여부	<input type="checkbox"/> ①~③ (현행과 같음)	1-1. 이식후보자 등록일	____년 __월 __일	2. Device 삽입여부	<input type="checkbox"/> ①~②-3 (현행과 같음)	3. 심부전 최초진단일	____년 __월 __일	4. 최근 12개월 이내 심	<input type="checkbox"/> ①~④ (현행과 같음)	[개정사유] ○ 별지 서식 현행화
체외형 심실 보조장치 치료술 영양급여 대상자 임상자료																																																																				
A. 기본정보																																																																				
요양기관명	요양기호																																																																			
증례번호	자료제출일																																																																			
1.~2. (생략)	(생략)																																																																			
3. 성별	<input type="checkbox"/> 1.~2. (생략)																																																																			
4.~6. (생략)	(생략)																																																																			
7. VAD 유형별 이식일 (또는 예정일)	<input type="checkbox"/> 1.~2-2 (생략)																																																																			
8.~10. (생략)	(생략)																																																																			
B. 수술 전 환자상태																																																																				
1. 대상자 기준 해당 여부	<input type="checkbox"/> 1.~3. (생략)																																																																			
1-1. 이식후보자 등록일	____년 __월 __일																																																																			
2. Device 삽입여부	<input type="checkbox"/> 1.~2-3. (생략)																																																																			
3. 심부전 최초진단일	____년 __월 __일																																																																			
4. 최근 12개월 이내 심부전 등 심장질환	<input type="checkbox"/> 1.~4. (생략)																																																																			
체외형 심실 보조장치 치료술 영양급여 대상자 임상자료																																																																				
A. 기본정보																																																																				
요양기관명	요양기호																																																																			
증례번호	자료제출일																																																																			
1.~2. (현행과 같음)	(현행과 같음)																																																																			
3. 성별	<input type="checkbox"/> ①~② (현행과 같음)																																																																			
4.~6. (현행과 같음)	(현행과 같음)																																																																			
7. VAD 유형별 이식일 (또는 예정일)	<input type="checkbox"/> ①~②-2 (현행과 같음)																																																																			
8.~10. (현행과 같음)	(현행과 같음)																																																																			
B. 수술 전 환자상태																																																																				
1. 대상자 기준 해당 여부	<input type="checkbox"/> ①~③ (현행과 같음)																																																																			
1-1. 이식후보자 등록일	____년 __월 __일																																																																			
2. Device 삽입여부	<input type="checkbox"/> ①~②-3 (현행과 같음)																																																																			
3. 심부전 최초진단일	____년 __월 __일																																																																			
4. 최근 12개월 이내 심	<input type="checkbox"/> ①~④ (현행과 같음)																																																																			

현행		개정		비고		
으로 입원한 횟수		부전 등 심장질환으로 입원한 횟수				
5. 수술전심장진단(primary)	<input type="checkbox"/> 1.~9. (생략)	5. 수술전심장진단(primary)	<input type="checkbox"/> ①~⑨ (현행과 같음)			
6. 과거심장수술 혹은 시술 [중복선택 가능]	<input type="checkbox"/> 1.~7. (생략)	6. 과거심장수술 혹은 시술 [중복선택 가능]	<input type="checkbox"/> ①~⑦ (현행과 같음)			
7. NYHA 기능분류 지수 (안정 시, 강심제나 순환보조장치 사용 없을시)	<input type="checkbox"/> 1.~4. (생략)	7. NYHA 기능분류 지수 (안정 시, 강심제나 순환보조장치 사용 없을시)	<input type="checkbox"/> ①~④ (현행과 같음)			
8. INTERMACS 환자분류	<input type="checkbox"/> 1.~5. (생략)	8. INTERMACS 환자분류	<input type="checkbox"/> ①~⑤ (현행과 같음)			
9. 환자병력 [중복선택 가능]	A. 심장/흉부 질환 <신설> <input type="checkbox"/> 1.~6. (생략)	9. 환자병력 [중복선택 가능]	A. 심장/흉부 질환 <input type="checkbox"/> ① 없음 <input type="checkbox"/> ②~⑦ (현행과 같음)			
	B. 영양/소화기 질환 <신설> <input type="checkbox"/> 1.~5. (생략)		B. 영양/소화기 질환 <input type="checkbox"/> ① 없음 <input type="checkbox"/> ②~⑥ (현행과 같음)			
	C. 혈관 및 혈액 질환 <신설> <input type="checkbox"/> 1.~7. (생략)		C. 혈관 및 혈액 질환 <input type="checkbox"/> ① 없음 <input type="checkbox"/> ②~⑧ (현행과 같음)			
	D. 중앙/감염 및 면역 질환 <신설> <input type="checkbox"/> 1.~6. (생략)		D. 중앙/감염 및 면역 질환 <input type="checkbox"/> ① 없음 <input type="checkbox"/> ②~⑦ (현행과 같음)			
	E. 만성 신질환 <input type="checkbox"/> 1. 있음 <input type="checkbox"/> 2.~3. (생략)		E. 만성 신질환 <input type="checkbox"/> ① 없음 <input type="checkbox"/> ②~③ (현행과 같음)			
	F. 정신 및 행동장애 <input type="checkbox"/> 1.~2. (생략)		F. 정신 및 행동장애 <input type="checkbox"/> ①~② (현행과 같음)			
	10. 현재 투여 중인 약물 [중복선택 가능]		<input type="checkbox"/> 1.~11. (생략) <input type="checkbox"/> 13. IV inotropes (약품 성분명: ____, __mg/day) <input type="checkbox"/> 14. (생략)	10. 현재 투여 중인 약물 [중복선택 가능]	<input type="checkbox"/> ①~⑪ (현행과 같음) <input type="checkbox"/> ⑫ IV inotropes (약품 성분명: ____, __mcg/kg/min) <input type="checkbox"/> ⑬ (현행과 같음)	

현행		개정		비고
11. 항응고제, 항혈소판제, 조영제 알려진 과민증 또는 금기제	<input type="checkbox"/> 1.~3. (생략)	11. 항응고제, 항혈소판제, 조영제 알려진 과민증 또는 금기제	<input type="checkbox"/> ①~③ (현행과 같음)	
C. 수술 전 검사 등		C. 수술 전 검사 등		
1.~2. (생략)	(생략)	1.~2. (현행과 같음)	(현행과 같음)	
3.~4. (생략)	<input type="checkbox"/> 1.~2. (생략)	3.~4. (현행과 같음)	<input type="checkbox"/> ①~② (현행과 같음)	
5. 심장리듬 [중복선택 가능]	<input type="checkbox"/> 1.~6. (생략) <input type="checkbox"/> 4. Paced(Device type: _____) ~7. (생략)	5. 심장리듬 [중복선택 가능]	<input type="checkbox"/> ①~⑥ (현행과 같음) <input type="checkbox"/> ⑦ Paced(Device type: _____) ~⑩ (현행과 같음)	
6. 혈액검사	(생략)	6. 혈액검사	(생략)	
8. 심초음파 검사	(생략)	7. 심초음파 검사	(현행과 같음)	
- 대동맥판 역류	<input type="checkbox"/> 1.~4. (생략)	- 대동맥판 역류	<input type="checkbox"/> ①~④ (현행과 같음)	
- 전신 방실판 역류	<input type="checkbox"/> 1.~4. (생략)	- 전신 방실판 역류	<input type="checkbox"/> ①~④ (현행과 같음)	
- 오른쪽 방실판 역류	<input type="checkbox"/> 1.~4. (생략)	- 오른쪽 방실판 역류	<input type="checkbox"/> ①~④ (현행과 같음)	
- 좌심실구혈률(LVEF)	_____ %	- 좌심실박출률(LVEF)	_____ %	
- 좌심실수축기 내경(LVESD)	_____ cm	- 좌심실수축기 내경(LVESD)	_____ cm	
- 좌심실이완기 내경(LVEDD)	_____ cm	- 좌심실이완기 내경(LVEDD)	_____ cm	
- 우심실 기능부전	<input type="checkbox"/> 1.~3. (생략)	- 우심실 기능부전	<input type="checkbox"/> ①~③ (현행과 같음)	
9. 심도자검사	(생략)	8. 심도자검사	(현행과 같음)	
10. 운동기능평가	(생략) <input type="checkbox"/> 1.~4. (생략)	9. 운동기능평가	(현행과 같음) <input type="checkbox"/> ①~④ (현행과 같음)	