

新しい検査法 平成 26 年診療報酬改定における病理領域にかかわる話題

Topics related to the Pathology service in FY 2014 Revision of Medical fee

さ さ き たけし
佐々木 毅
Takeshi SASAKI

I. 診療報酬イントロダクション・ 平成 26 年診療報酬改定概要

医科診療報酬は大きく分けて「第 1 章基本診療料」と「第 2 章特掲診療料」の 2 部よりなっている。「第 13 部病理診断」をはじめ「第 10 部手術」など通常の医療技術の診療報酬は「第 2 章特掲診療料」に含まれる。

「第 13 部病理診断」の診療報酬は平成 20 年に「第 13 部」として独立して以来、これまで飛躍的な改善を遂げてきた。しかしながら平成 26 年診療報酬改定は「消費税増税対応」が前面に押し出され、国民および政府からは「消費税が上がる中で医療費も増額となれば国民の生活はますます苦しくなる。医療費は減額すべき」という逆風の中でのスタートとなった。

診療報酬改定は 2 年に 1 回西暦の偶数年に行われる。改定に先立ち、まず各学会から「医療技術再評価提案書」という要望書が外保連あるいは内保連を経由して厚生労働省に提出される。提案書は「第 2 章特掲診療料」に含まれる項目に関するものに限定されており、「第 1 章基本診療料」の項目に関しては学会からの要望は原則的に受け付けていない。この学会提出の要望書は厚生労働省から指名された審査員よりなる「医療技術評価分科会ワーキンググループ」が 1 つ 1 つ細部にわたってチェックし、その年度の改定項目の候補を親委員会である「医療技術評価分科会」に助言する。この助言をもとに「医療技術評価分科会」で審議され、1 次審査通過医療技術が絞り込まれるのだが、今回 1 次審査を通過し

た医療技術は前回平成 24 年診療報酬改定に比較して大幅に減少した。平成 24 年が学会提出要望項目 793 件中、1 次審査通過は 564 件、通過率 71.1%であったのに対して、今回は同 798 件中、1 次審査通過はわずか 135 件、通過率は前回の 1/4 以下の 16.9%であった。これほどの低い通過率は過去に例を見ない。この数値だけでも平成 26 年診療報酬改定は非常に厳しい改定であったことがうかがえる。

一方、平成 26 年の診療報酬改定基本方針は「社会保障制度改革会議」、「社会保障審議会医療保険部会」および「社会保険審議会医療部会」等で議論され打ち出されたが、今回は「医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等」「高度急性期と一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価」「長期療養患者の受け皿の確保、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化」「外来医療の機能分化・連携の推進」「在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進」「医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価」などいずれも「第 1 章基本診療料」に属する項目の強化であった。この基本方針も「第 2 章特掲診療料」にとっては逆風であったといわざるをえない。

次に平成 24 年前回と平成 26 年の診療報酬全体の総改定額について触れる。今回は医療費の医科の増額分が 2,600 億円、前回平成 24 年の 5,500 億円に比較すると半分以下であり、さらにその 2,600 億円のうちの 2,200 億円、84.6%が消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分として計上された。すなわち実質的な増額は 400 億円で、前回改定に比較すると実に 10 分の 1 以下であった。とはいえ数字上は若干でも増額改定のよ

うに見えるが、消費税導入への対応も含め多くの財源が「第1章基本診療料」に配分されたため、医療技術の本体である「第2章特掲診療料」は実質的に「マイナス改定」となった。たとえば「第3部検査」では内分泌マーカー、腫瘍マーカーなど「マルメに該当する項目」でより多くの項目が「マルメ」として評価される一方、個々の検査項目の単価の引き下げが行われた。さらに「第10部手術」も聖域ではなく、既存の手術手技保険点数のうちおよそ120もの手術手技点数の引き下げが敢行され、増点は少数項目にとどまった。

II. 病理解剖の診療報酬上の評価： 「医療安全対策加算」と日本病理学会要望項目

1. A234 医療安全対策加算

今回の平成26年診療報酬改定における病理学会からの要望項目は9項目、全体で約385億円の増額改定を要望した(表1)。これに加えて厚生労働省医政局から省内要望として「A234 医療安全対策加

算」に「病理解剖を行うことに対する診療報酬上での評価」が提出された。この「医療安全対策加算」は「第1章基本診療料」に含まれており、多くの方々にはあまりなじみないものであろう。その告示・通知を表2に示す。省内要望ではこの「医療安全対策加算」によって「病理解剖」に対する診療報酬を解剖になった遺族の方のみでなく、入院患者全体で補うことを提案している。その理由として申請書には「死因究明において病理解剖は必須とされている。同様に医療事故による診療関連死事例に対して解剖による死因究明を行うことが重要と指摘されており、病理部門と臨床医との連携による死因究明と臨床評価により、各医療機関の再発防止策の提言につなげることが重要である。より高度な要件(病理医の医療安全対策部門への参加)に適合する病院(院内で病理解剖を実施し臨床病理カンファランス等を行っている)について、更なる評価を加える必要がある」として、現行の医療安全対策加算1の85点に70点を加えた要望点数155点で提出された。この70点の入院患者への加算(入院初日に算定、健康保険3割負担で1人210円の自己負担増)により

表1 日本病理学会 平成26年診療報酬改定 要望一覧

未収載 /既収載	提案書番号 (順位)	技術名	概要
既	1	病理診断管理加算	本項目算定の医師要件として病理経験10年以上が求められ、同時に実施された病理診断料の減点の影響のため、1)病理医の一人勤務病院にて大幅な減額、2)10年未満の専門医/若手病理医の評価を低める結果⇒この解決のために、病理医の勤務実態に当てはまるよう、分類体系を細分化させ、算定要件・点数を見直す
既	2	病理診断料 (組織診断料)	引き下げられた病理診断料を元に戻し、かつ全割標本の場合など、多数の組織切片を鏡検し診断することに要する労力を適切に評価するため、定められた場合を対象に、組織診断料を増額する(500点×2)
既	3	病理診断料 (保険医療機関間の 連携診断)	普及推進を目的に、以下に変更する。常勤の検査技師1名以上」という技師要件を標本の送付側または受取側に対する施設要件に変更する。また診断側施設要件を現行の5種保険医療機関から病理診断を専ら担当した経験が10年以上ある常勤医を1名以上配置する保険医療機関とする
既	4	免疫染色病理組織 標本作製	対象疾患の追加(組織診断)：原発不明癌、癌の疑い、悪性黒色腫を追加、細胞診への適用拡大：細胞診セルフロックや通常の細胞診標本における免疫染色への適応拡大
既	5	液状化検体細胞 診加算	LBCにて細胞診を行った場合に004細胞診に85点加算を初回診断から加算可能とする
既	6	病理診断料 (細胞診断料)	婦人科細胞診に対して、医師が診断した場合は細胞診断料を算定する。あわせて、減額された点数の引き上げを要望する(200点⇒240点)
既	7	術中迅速病理組織 標本作製	術中迅速診断の増額(増点1,990点→2,700点)。4検体以上の場合、さらに1回を限度として加算(2,700×2)する
既	8	テレパソロジーによる 術中迅速病理組織 標本作製	病理医不在病院において、テレパソロジーを介し術中迅速組織診断を実施した場合には1,100点を加算する
既	9	センチネルリンパ 節生検	現在「病理医の配置」がない施設ではセンチネルリンパ節生検が施行できないが、施設要件を「病理部門が設置され、病理医が配置されていること。またはテレパソロジーによる術中迅速診断を実施していること」

表2 医療安全対策加算

A234 医療安全対策加算(入院初日)	
1	医療安全対策加算1 85点
2	医療安全対策加算2 35点
	注 別に厚生労働大臣が定める組織的な医療安全対策に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く)、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞手術基本料のうち、医療安全対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。
医療安全対策加算の施設基準	
(1)	医療安全対策加算1の施設基準
	イ 医療安全対策に係る研修を受けた専従の薬剤師、看護師等が医療安全管理者として配置されていること。
	ロ 当該保険医療機関内に医療安全管理部門を設置し、組織的に医療安全対策を実施する体制が整備されていること。
	ハ 当該保険医療機関内に患者相談窓口を設置していること。
(2)	医療安全対策加算2の施設基準
	イ 医療安全対策に係る研修を受けた専任の薬剤師、看護師等が医療安全管理者として配置されていること。
	ロ (1)のロ及びハの要件を満たしていること。
	係る届出は、別添7の様式35を用いること。

日本で行われている病理解剖の費用がほぼまかなえるという試算も添付されている。今回の診療報酬改定では残念ながら認められず、また「第1章基本診療料」に属するため病理学会からの要望として提出することはできないが、今後も厚生労働省内要望あるいは内保連からの要望項目として継続申請することが重要と考えられる。

2. 「第13部病理診断 第1節病理標本作製料」

一方、学会が要望した「第13部病理診断」でも残念ながら要望した項目の大きな前進はなかったが、今後の「第13部病理診断」の方向性が示された改定であったように感じる。

表3に平成26年「第13部病理診断」の変更点を平成24年までの項目と比較して掲載する。まず「第1節病理標本作製料」に関してであるが、目につくのが「N002免疫染色」に「CCR4*1タンパク」が、「N005-2 ALK遺伝子病理標本作製」に「ALK遺伝子」がともに「第3部検査」から「第13部病理診断」に、それぞれ10,000点(100,000円)と6,520点(65,200円)という高額医療費で移動となった点である。CCR4タンパクは抗CCR4抗体薬の適応を判断する体外診断用医薬品として保険収載されたものであ

*1: CCR4: C-C chemokine receptor type 4, CD194は成人T細胞白血病(ATL)では約90%の症例で発現しているとされるタンパクである。再発または難治性CCR4陽性ATLの分子標的薬である抗CCR4抗体薬(フコース除去抗CCR4ヒト化モノクローナル抗体: CCR4に結合して抗体依存性細胞傷害機構を誘導してATL細胞を破壊)の適否を決定するための病理診断

る。申請書には「年間算定件数が約2,000件」というごく限られた患者が対象となる項目で医療費全体に与える影響が少ないこと、高額項目であり患者負担が大きいこと等が保険収載の根拠となった。またALK(anaplastic lymphoma kinase)遺伝子は肺がんにおける分子標的薬クリゾチニブの適応に対する項目であり、これらCCR4にしてもALKにしても治療に直結する病理検体を用いた「コンパニオン病理診断」というカテゴリーに属する。これらコンパニオン病理診断に対する診断用医薬品が高額で保険収載されていく傾向は今後も続くと思われるが、このような高額新規項目が第13部病理診断全体の総医療費を増額させること、また高額であるがホスピタルフィーであるためDPC入院医療費包括評価の対象となっていることなどの問題点が指摘されている。さらに近年の診療報酬改定では部門ごとの医療費のおよその目安が設定され、その部門の「ふところ内」で収支が調整されることが多くなっており、高額新規コンパニオン診断の体外診断用医薬品の収載が第13部病理診断のほかの医療費引き下げにつながらないかなど懸念されるところである。

そのような中で今回は液状化検体細胞診に関して、婦人科検体に対して初回からの算定が可能になった。18点という低い点数であり、決してインフラおよび消費などを根拠とした試算によるものではないが、第13部病理診断に振り分けられた予算内で、平成24年厚生労働省社会医療診療行為別

表3 平成26年度診療報酬改定 変更点のみ

*下線部太文字が変更箇所

N002 免疫染色(検疫抗体法)病理組織標本作製

平成26年変更後	←平成24年変更前
1 エストロジェンレセプター 720点 2 プロジェステロンレセプター 690点 3 HER2タンパク 690点 4 EGFRタンパク 690点 5 CCR4タンパク 10,000点 6 その他(1臓器につき) 400点	1 エストロジェンレセプター 720点 2 プロジェステロンレセプター 690点 3 HER2タンパク 690点 4 EGFRタンパク 690点 5 その他(1臓器につき) 400点
<u>(5) 「5」CCR4タンパク及び区分番号「D006-10」CCR4タンパク(フローサイトメトリー法)を同一の目的で実施した場合は、原則として主たるもののみ算定する。ただし、医学的な必要性がある場合には、併せて実施した場合であっても、いずれの点数も算定できる。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的必要性を記載すること。</u>	
(6) 「注2」に規定する「確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者」とは、悪性リンパ腫、悪性中皮腫、肺悪性腫瘍(腺癌、扁平上皮癌)、消化管間質腫瘍(GIST)、慢性腎炎、内分泌腫瘍、軟部腫瘍、皮膚の血管炎、水疱症(天疱瘡、類天疱瘡等)又は悪性黒色腫が疑われる患者を指す。これらの疾患が疑われる患者であっても3種類以下の抗体で免疫染色を行った場合は、当該加算は算定できない。	(5) 「注2」に規定する「確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者」とは、悪性リンパ腫、悪性中皮腫、消化管間質腫瘍(GIST)、慢性腎炎、内分泌腫瘍、軟部腫瘍、皮膚の血管炎又は水疱症(天疱瘡、類天疱瘡等)が疑われる患者を指す。これらの疾患が疑われる患者であっても3種類以下の抗体で免疫染色を行った場合は、当該加算は算定できない。
<u>(7) 肺悪性腫瘍(腺癌、扁平上皮癌)が疑われる患者に対して「注2」の加算を算定する場合は、腫瘍が未分化であった場合等HE染色では腺癌又は扁平上皮癌の診断が困難な患者に限り算定することとし、その医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。なお、既に区分番号「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査の「イ」EGFR遺伝子検査(リアルタイムPCR法)、「ロ」EGFR遺伝子検査(リアルタイムPCR法以外)又は区分番号「N005-2」ALK融合遺伝子標本作製を算定している場合には、当該加算は算定できない。</u>	

N004 細胞診

平成26年変更後	←平成24年変更前
N004 細胞診(1部位につき) 1 婦人科材料等によるもの 150点 2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの 190点 <u>注1 1について、固定保存液に回収した検体から標本作製して、診断を行った場合には、婦人科材料等液状化検体細胞診加算として、18点を所定点数に加算する。</u> 2 2について、過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本作製して、診断を行った場合には、液状化検体細胞診加算として、85点を所定点数に加算する。	N004 細胞診(1部位につき) 1 婦人科材料等によるもの 150点 2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの 190点
<u>(4) 「注1」の婦人科材料等液状化検体細胞診加算は、採取と同時にを行った場合に算定できる。なお、過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本作製し診断を行った場合には算定できない。</u>	注 過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本作製して、診断を行った場合には、液状化検体細胞診加算として、所定点数に85点を加算する。
5) 「注2」の液状化検体細胞診加算は、採取と同時に作製された標本に基づいた診断の結果、再検が必要と判断され、固定保存液に回収した検体から再度標本作製し、診断を行った場合に限り算定できる。採取と同時にを行った場合は算定できない。	(4) 液状化検体細胞診加算は、採取と同時に作製された標本に基づいた診断の結果、再検が必要と判断され、固定保存液に回収した検体から再度標本作製し、診断を行った場合に限り算定できる。採取と同時にを行った場合は算定できない。

N005-2 ALK融合遺伝子標本作製

平成26年変更後	←平成24年変更前
N005-2 ALK融合遺伝子標本作製 <u>ALK融合遺伝子標本作製は、ALK阻害剤の投与の適応を判断することを目的として、FISH法により遺伝子標本作製を行った場合に、当該薬剤の投与方針の決定までの間に1回を限度として算定する。</u>	(3) ALK融合遺伝子標本作製 ア ALK融合遺伝子標本作製は、ALK阻害剤の投与の適応を判断することを目的として、FISH法により遺伝子増幅標本作製を行った場合に、当該薬剤の投与方針の決定までの間に1回を限度として算定する。 イ ALK融合遺伝子標本作製は、区分番号「D006-4」の遺伝学的検査及び「D006-9」のWT1mRNAの所定点数を併せて算定する。その際、「D006-4」の遺伝学的検査及び「D006-9」のWT1mRNAに係る判断料は算定せず、病理診断に係る費用を算定する。
N002 免疫染色 通知：(5)に移動	(4) CCR4タンパク(免疫染色病理組織標本による場合)について

N006. 病理診断料「病理診断管理加算1」の変更点（「通知」）

平成26年変更後	←平成24年変更前
(1) 病理診断科を標榜している保険医療機関であること。	該当なし
(2) 病理診断を専ら担当する常勤の医師(専ら病理診断を担当した経験を7年以上有するものに限る。)が1名以上配置されていること。…	(2) 病理診断を専ら担当する常勤の医師(専ら病理診断を担当した経験を10年以上有するものに限る。)が1名以上配置されていること。…

N006. 病理診断料「病理診断管理加算2」の変更点（「通知」）

平成26年変更後	←平成24年変更前
(1) 病理診断科を標榜している保険医療機関であること。	該当なし
(2) 病理診断を専ら担当する常勤の医師(専ら病理診断を担当した経験を7年以上有するものに限る。)が1名以上及び病理診断を専ら担当する常勤の医師(専ら病理診断を担当した経験を10年以上有するものに限る。)が1名以上配置されていること。	(1) 病理部門が設置されており、病理診断を専ら担当する常勤の医師(専ら病理診断を担当した経験10年以上有するものに限る。)が2名以上配置されていること。
(6) 同一の病理組織標本について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師が鏡検し、診断を行う体制が整備されていること。なお、診断にあたる医師のうち少なくとも1名以上は専ら病理診断を担当した経験を7年以上有すること。	(5) 同一の病理標本について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師が鏡検し、診断を行う体制が整備されていること。

歯科点数表(1)。「口腔病理診断料 400点(歯科診療に係るものに限る。)」

平成26年変更後	←平成24年変更前
病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師が勤務する病院である保険医療機関において…	病理診断を専ら担当する歯科医師が勤務する病院である保険医療機関において…

歯科点数表(2)。「口腔病理診断管理加算1・2」

平成26年変更後	←平成24年変更前
病理部門又は口腔病理部門が設置されており、口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師(専ら口腔病理診断を担当した経験を7年以上有するものに限る。)が1名以上配置されていること。なお、口腔病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師とは、勤務時間の大部分において…	病理部門又は口腔病理部門が設置されており、口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師(専ら口腔病理診断を担当した経験を10年以上有するものに限る。)が1名以上配置されていること。なお、口腔病理診断を専ら担当する歯科医師とは、勤務時間の大部分において…

調査のデータをもとに、婦人科液状化検体細胞診を保険収載した場合に「1件当たり何点にすれば予算内に納まるか」という試算に根拠を發しており、年間で約10億円の医療費増額が見込まれている。

3. 第13部病理診断 第2節 病理診断・判断料

次に「第2節病理診断・判断料」に関してであるが、「病理診断管理加算」の請求要件に「(1) 病理診断科を標榜していること」という文言が追加された。これは「画像診断管理加算」にある「放射線科を標榜している保険医療機関であること(画像診断管理加算2は放射線科を標榜している病院であること)」に対応して新設されたものであり、実は平成24年診療報酬改定時にもこの文言を加えるとの厚労省からの打診を今回まで引き延ばしていただいたという経緯がある。この「病理診断科」の標榜に関しては「病理診断科標榜」を所轄保健所等に届け出る必要があるとされている。ただし「標榜の届出」に際しては「診療所の場合は基本的に診察室(外来)を確保する必要があるが、一度指定された保険医療機関

が標榜診療科を増やす場合には特に診察室の設置に関する指定は必要ない」という疑義解釈を厚生労働省医政局医事課よりいただいております。「外来病理診察室の新設」は必須要件とはなっていないことに留意されたい。

また病理診断管理加算1の医師の要件が「10年以上病理診断の経験を有する医師」から「7年以上病理診断の経験を有する医師」に改められた。この「7年以上」は、いわゆる「病理専門医」資格に相当する年数(初期研修医2年+病理研修4年後、専門医試験受験)であり、今後専門医認定機構による専門医認定と合わせて、近い将来「病理専門医」に置き換えていくべきと考えている。

一方病理診断管理加算2については、通知(6)で「同一の病理組織標本(細胞診は含まず)について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師が鏡検し、診断を行う体制が整備されていること。なお診断にあたる医師のうち少なくとも1名以上は専ら病理診断を担当した経験を7年以上有すること」と改められた。この件に関しては、非常に多数の問い合

わせを病理学会会員からいただいた。文字数の制限上そのすべてをこの場で紹介することはできないが、もっとも多かった質問「施設としては常勤病理医が2名勤務しており加算2を申請しているが、実際の診断報告書には1名のみサインでもよいか？全症例2名のダブルチェックはとても不可能である」について簡単に解説する。この件に関しては、念のため厚生労働省保険局医療課で今回の改訂に関わった医系技官にも照会した。厚生労働省からの回答は「1名のみ診断では管理加算1と同じではないのか？管理加算1と診断料を請求しても以前の病理診断料500点（平成22年）を上回るはずであるから（400点+120点=520点）、2名での診断が難しいということであれば加算1の申請にすべきではないか」との回答があった。この実質的な「ダブルチェック」の必須化は画像診断管理加算にはない項目であるが、「病理診断」に関しては「病理診断は診断の最後の砦である。しかしながら臨床医が病理標本を再確認することは非常にまれ、あるいはある特殊な領域に限られており、病理診断にはほとんどフィードバックがかからない」ことを考慮し、「病理医にはしっかりした病理診断書を提出してほしい」という厚労省の期待と信頼があるようにも思える。現場には非常に厳しい通知であるが「国民に対して責任ある、正しい病理診断を提供するためには必要なことであると考えられるがいかがだろうか。

Ⅲ. 今後の課題

既述のごとく平成26年診療報酬改定は全体的にかなり厳しいものであったが「第13部病理診断」は減額なしで、なおかつ新たに「液状化検体細胞診」が初回から算定できることになったこと等、評価に値すると考える。また今回の改定にあたり、病理学

会から直接要望にない病理診断管理加算の医師要件の緩和、歯科診療での病理診断料、管理加算の通知の変更などは以前より病理学会が厚生労働省に直接働きかけていたことであり、普段からの働きかけも重要であると考えられた。

まだ課題は山積しているが、中でも病理診断料の毎回算定（現在は同一患者に対して月1回のみの算定。同月内同一患者の2回目以降の病理診断では病理診断料は算定されず0点）、病理診断管理加算の点数の増額（そもそもの「管理加算」の目的の1つに「病院に2名以上の常勤病理医を雇用するための診療報酬上のモチベーションを持ってもらうこと」があり、要望点数は加算1が500点、加算2が900点と差別化、「2名以上の雇用」で「より精度の高い病理診断を国民に提供する」というもの）、アメリカ Medicare^{*2}にある、標本枚数等に応じた病理診断料の細分化（日本は一律400点）および保険医療機関間連携を利用した病理診断の施設要件、標本要件の見直し等が喫緊の課題であると考ええる。

今後も「診断の最後の砦」として「責任ある病理診断を国民に提供し続けられる」よう、「第13部病理診断」の診療報酬体系のますますの充実が必要と考える。

文 献

- 1) 診療点数早見表 厚生労働省保険局医療課 医学通信社 2012, 2014.
- 2) 佐々木毅：医療の中の病理学・病理診断と診療報酬. 病理と臨床 2009; 27: 87-94.
- 3) The physicians' guide Medicare resource-based relative value scale (RBRVS) 2014.

*2: Medicare: アメリカの公的保険には Medicare と Medicaide の2つがある。その Medicare の中では病理医による病理診断 (Exam by pathologist) は実に18段階 (Surg Path, gross 14.69US \$ から Tissue exam by pathologist 438.38US \$) に細分化されている。