

알레르기비염과 관련된 보험청구

가톨릭의대 서울성모병원 이비인후과

김 수 환

Introduction

적절한 보험지식이 없으면 억울한
재정적, 행정적 손실을 초래할 가능성이 많음.



- 차트기록에 충실할것.
- 일괄청구, 세트청구는 지양할것
- 진단명과 수술명이 일치할것
- 진단명과 처치명을 다양하게 할것
- 관련검사나 처치, 수술에 대한 지식을 확보, 필요한 대로 다양하게 시행 후 청구

알레르기비염 진단에 필요한 검사

(보험적용)

1. 비내시경 검사(Endoscopy)
2. 피부 반응 검사(Allergy Skin test)
3. 혈액 검사(RAST, MAST)
4. 코통기 기능 검사
: Rhinomanometry
Acoustic Rhinometry
5. PNS x-ray
6. 비세포 검사 (Nasal smear, Cytology)

급여검사

나-602	코통기도검사(Test for Nasal Airway Patency)	
-가	코통기기능 검사(Rhinomanometry)	F6021
-나	코통기도검사(Acoustic Rhinometry)	F6022

J042 편위된 코사이막
J048 코의 고름집,종기 및 곤충기
K01.1 비충격연골의 탈구

나-755	부비강입구부경검사(Endoscopy of Sinus Orifice)	E7550
나-756	부비동내시경검사(Sinus Endoscopy)	E7560

J01 만성골염
J01.0 비강의 골염
J01.1 코 및 코담낭의 낭종 및 정맥류
K01.0 인와분와작업

급여검사

나-107-나	호산구수검사(Eosinophil Count)	B1070
나-712-나	비점막유발시험 (Nasal Provocation Test)	
- (1)	비특이적(히스타민 또는 메타콜린 사용)	E7124
- (2)	특이적 (항원별)	E7125
나-713	점포시험: I종목당 (Patch Test) 30종목까지 인정	E7130
나-715	알레르겐피부반응검사: I종목당 (Allergy Skin Test)	
- 가.	피부단자시험 (Skin Prick Test): 55종목까지 인정	E7151
- 나.	피내반응시험 (Intradermal Test): 20종목까지 인정	E7152
나-232	MAST법에 의한 면역글로불린E (Total IgE by MAST Assay)	C2320

J00 혈관운동성 및 알레르기성비염
J00.1 화분에 의한 알레르기성비염
J00.2 기타 계절성 알레르기성비염
J00.3 기타 알레르기성비염
J00.4 상세불명의 알레르기성비염

코 구조 및 기능 검사법

1-2. 내시경 검사

- Nasopharyngoscopy (나-754, E7540)

: 비인강경 검사는 비인강에 위치한 아데노이드, 이관개구부, sinus opening 등의 상태, 종양 및 출혈을 확인하기 위해 선택적으로 실시시에는 인정함

* 인정 상병: 비인두계열 상병, 편도염(비염에는 불인정), 이관계열 상병

- Endoscopy of sinus orifice (나-755, E7550)

: 부비동염 상병에 절조법 및 부비강입구부경검사는 실시 가능하나 부비강입구부경검사의 경우는 동 검사를 시행함으로써 따르는 고통 등을 감안할 때 협조가 어려운 10세 미만의 소아에게 실시시 인정하지 않음

- Sinus fiberoscopy (나-756, E7560, 10,040원)

: 부비동 내경검사는 fiberoscope로 부비강 안을 검사하는 것

- Endoscopy of olfactory Fissure (나-753, E7530, 12,490원)

1. 코 구조 및 기능 검사법

1-3. 구조 및 기능 검사

분류번호	연합코드	검 사 법	금 액	주 요 내 용
나 602 -가	F6021	코통기도검사	7,460	
나 602 -나	F6022	음향코통기도검사	16,730	수술 전후 1회씩 인정
나 715-가	E7151	알레르기피부단자시험	1,260	55종 검사만 인정
나 715-나	E7152	알레르기피내반응시험	1,980	20종 검사만 인정
다 112	G1203	방사선 검사	8,460	쿠비동 3매

1. Allergy Prick test (나715-가, E7151, 1,350원)

- 환자의 상태, 병력 등을 참작하여 필요한 종목의 검사만을 실시하여야 함에도 무차별로 220종목을 일시에 실시함은 요양급여기준의 진료기준에 위배되는 것이며, 55종 이상 실시하더라도 55종목의 소정검사료만 산정할 수 있으므로 초과 검사종목에 따른 시약 값을 본인에게 부담시킬 수는 없는 것임
- 검사시 연령은 만6세 이상 실시하는 것이 원칙

2. Allergy Intradermal test (나715-나, E7152, 2,260원)

- 20종 이상 실시한 경우에도 20종목의 소정점수만 산정한다.
- 피내검사는 단자검사보다 민감도는 높으나 위양성반응을 일으킬 수 있음
- 알레르기 피내반응검사 실시시 시약은 유효기간내에서 사용시만 ㄱ 인정하며 시약구입 증빙자료는 매 실시시마다 첨부하여야 함

나. 비점막유발시험 Nasal Provocation Test

주 : 코통기 기능검사를 동시에 시행한 경우에는 코통기 기능검사로 별도 산정한다.

E7124 (1) 비특이적 Non-specific 112.13 8,100
E7125 (2) 특이적 [항원별] Specific 128.58 9,280

나-231: C2310 : 항원특이적 면역글로불린E (Allergen Specific IgE):
223.7, 16,160원

주 : 1. Allergen 종류에 따라 각각 산정하되 최대 6종 이내로 산정한다.
C7231 2. 핵의학적 방법으로 검사한 경우에는 204.59점을 산정한다.

나-231-1; C2311; 항원특이적 면역글로불린G (Allergen Specific
IgG) ;187.63;13,550원

나-232 ;C2320; MAST법에 의한 면역글로불린E Total IgE by MAST Assay
1,221.81; 88,210원

주 : 35종 이상의 항원특이적면역글로불린 E와 총면역글로불린 E를 측정할 경우에 산정한다.

1-3. 비급여 검사

분류번호	연함코드	검 사 법	금 액	주 요 내 용
노 671	FZ671	후각 기능검사		인지 및 역치 검사
노 688	FZ688	발음 및 발성검사		음향적 비강측정검사
노 710	FZ710	미각 검사		인지 및 역치 검사
노 711	FZ711	침샘검사		
노 917	EZ917	구취검사		
노 919	EZ919	타액검사		분비율, 점조도, pH 등
도 161	HZ161	초음파영상 검사		
노 703	FZ703	수면다원검사		

1. 코 구조 및 기능 검사법

1-3. 비급여 검사

➤ Sinus sono

➤ Olfactory function Test

➤ 탈감작 요법(Immuno therapy)

: 알레르기성 환자에게 실시하는 특이적 탈감작요법시 알레르겐 진단 용액을 사용하는 검사는 피내반응검사의 소정금액에 의하여 산정하고 탈감작제제의 주사수기료는 피하근육내 주사를 산정할 수 있으나 치료 주사 약제인 백신은 환자 개개인의 항원 검사결과에 따라 외국으로 부터 구입하는 과정이 주치의사와 의약품수입업자와의 연계에 의한 복잡성이 있어 동 주사제제는 비급여함

3. 코 기타검사

1. **PNS series**는 sinusitis진단을 위하여는 연령에 관계없이 X-선 촬영은 필요하므로 인정하되, 단순 굴염 진단시 는 통상적인 촬영 수인 1-2매(Water's & Caldwell's view)만 인정하되, 아데노이드, 편도선 증식 등 타 부위의 질환동반여부를 확인할 필요성이 있는 경우는 3매 (lateral view포함)까지 인정함
2. **혈조법**은 상악동부비동 검사시 고통없이 검사할 수 있으며, 기본적인 검사방법으로 X-ray 촬영대신 진단 목적으로 실시 가능함.
(1일 중복 검사시 1종만 인정)

3. 코 기타검사

3. Rhinomatometry, 나602-가, F6021, 8,300원

Acoustic rhinometry 나602-나, F6022, 18,050원

비폐색을 초래하는 비강질환의 진단 및 치료경과추적 관찰을 위하여 실시하는 비강임체측정검사로 보험급여를 적용한다. (수술전후 1회씩 인정)

4. 코 처치료

1. 갑개소작술 (자-102-1, O1026, 8,810원)

- 전기악을 관계없이 주1회, 양측인정하며 1년 미만의 유아에게 산정시 인정하지 아니함
- 약물소작은 국소마취후 5%이상 AgNO₃로 소작한 경우에 인정함(구입 영수증 보관)
- 갑개소작술 빈도가 높은 요양기관의 경우 2차에 걸쳐 경고 조치후 미시정시 해당기관의 청구경향 등을 참조하여 심사 조정함

2. 비갑개 스테로이드 주사(마-13-1, KK135, 1,920원)

4. 코 처치료(적외선 치료)

적외선 치료는 갑개소작술, 전기소작에 의한 비출혈 지혈법 등을 실시한 당일 소작부위에 적외선 치료 또는 nebulizer(적외선 치료 전용)의 실시는 반드시 필요한 시술이 아니므로 소작술 실시 익일부터 인정함, 연령제한은 불필요

→ 2003년 12월 1일 부터 이비인후과 분야에서 실시하는 적외선 치료는 동 치료로 보다 효과를 얻을 수 있는 급성 외이도염, 급성중이염, 이질, 비질, 코와 귀주위 및 기타 안면부의 붓와적염과 같은 급성기 염증질환에 선별적으로 실시한 경우에 인정(사-30, MM300, 500원)

:일당 1회 귀상병 및 만성 비후성 비염에 인정
(단, 처치 또는 수술 당일 실시는 불인정)

5. 코 수술료

분류번호	연합코드	수 술 명	금액	주 요 내 용
자 100-가	O1001	비중격교정술, 성형술(cartilage)	79,370	연골에 달하는 것
자 100-나	O1002	비중격교정술, 성형술(bone)	116,700	골에 달하는 것
자 100-다	O1003	비중격재건술	116,670	
자 101	O1010	하비갑개절제술	52,940	내시경하 3,360추가
자 101-1	O1011	외형하비갑개절제술	46,800	
자 102	O1021	하비갑개점막하절제술	72,070	내시경하 8,940추가
	N0051012	코에 사용되는 절삭기류	41,710	Shaver tip

4. 코수술에 따른 보험청구 I

- 레이저 수술 :
비갑개 절개시 건강보험요양급여행위 및 그 상대가치 점수에 분류된 해당 관혈적 수술의 소정점수로 산정
- 하비갑개 절제술 :
비중격 교정술과 동시 시행한 하비갑개 절제술 또는 하비갑개 점막하 절제술은 편측으로 인정함을 원칙으로 하되 S자상으로 deviation 되는 등 양측 실시 사유가 확인되면 양측으로 인정 (양측 청구시 DSN 병명 추가 할것)
내시경하 하비갑개점막하절제술 추가됨

약물

Levocetirizine HCL
Loratadine
bepotastine besilate
cetirizine

※효능·효과) 다음 질환의 증상 완화

- 계절성 알레르기성 비염 또는 다년성알레르기성 비염 (지속적 알레르기성 비염 포함)
- 만성 특발성 두드러기
- 가려움증을 동반한 피부염 및 습진(하이드로코티손 외용제와 병용)

➤ 상세불명의 천식,상세불명의 급성기관지염 상병에 씨잘정 투여한 경우 허가사항 비교 불인정

Fexofenadine HCL

※효능·효과

계절성 알레르기성 비염과 관련된 증상의 완화
알레르기성 피부질환(만성특발성 담마진)과 관련된 증상의 완화
알러지성 비염과 관련된 증상의 완화
알레르기성 피부질환(만성특발성 담마진)과 관련된 증상의 완화.

▶상세불명의 천식,알레르기성 비염 상병에
알레그라정 180mg 투여한 경우 허가사항
비교 불인정

5. 보험청구시 유의사항

1. 진료행위의 자세한 기록 및 보관
(비급여 행위 포함)
2. 경구용 스테로이드 사용에 신중
3. 다양한 비염 진단명의 사용
4. 항히스타민제, **Leukotrien** 조절제 사용
5. 피부 반응 검사

❖ 보험 청구시 유의사항

1. 진료행위의 자세한 기록 및 보관 (비급여 행위 포함)

- 차트에 검사 기록, 처치, 수술 기록 보관
(특히 비급여 행위라도 반드시)

- 알레르기 면역 치료시 단순 면역주사 접종행위는
비급여로 환자에게 부담시키지만 전반적인 비강
상태파악 등을 위한 진료행위가 있었을 시에는 진료비
에 대한 보험청구도 가능함

❖ 보험 청구시 유의사항

2. 경구용 스테로이드 사용에 신중

현재 심평원의 스테로이드 사용 지표에 높게 나타나고 있으므로 불필요한 사용 자제

❖ 보험 청구시 유의사항

3. 다양한 비염 진단명의 사용

일률적인 진단명은 진료 통계에서 불필요하게 높게 잡힐수 있으므로 상황에 따라 다양한 진단명을 사용

진단명 예)

J30 VASOMOTOR AND ALLERGIC RHINITIS

J30.0 VASOMOTOR RHINITIS

J30.1 ALLERGIC RHINITIS DUE TO POLLEN

J30.2 OTHER SEASONAL, ALLERGIC RHINITIS

J30.3 OTHER ALLERGIC RHINITIS

J30.4 ALLERGIC RHINITIS, UNSPECIFIED

❖ 보험 청구시 유의사항

4. 항히스타민제, Leukotrien 조절제

- 처음에 1차 항히스타민제 사용후에 이어서 쓰지 않으면 약감의 경향이 높음, 약감시 이의신청

- 오논캡셀, 싱글레어정은 알레르기성 비염에 투여시에는 타 항히스타민제를 쓸 수 없는 사유가 있는 경우에 인정

❖ 보험 청구시 유의사항

5. 피부 반응 검사

알레르기 피부 반응 검사는 기준상은 55종까지로 되어있지만 20~30종이 넘으면 삭감 경향이 있음
Negative도 검사용지에 기록해야함
→현지 실사때 확인함

6. 결론

❖ 보험 청구시 유의사항

- 1. 진료행위의 자세한 기록 및 보관 (비급여 행위 포함)
- 2. 경구용 스테로이드 사용에 신중
- 3. 다양한 비염 진단명의 사용
- 4. 항히스타민제, Leukotrien 조절제
- 5. 피부 반응 검사
- 6. 일률적 청구 지양

비급여란?

- 1. 비급여는 보험이 적용되지 않는 시술이나 치료재료,약품 등을 말한다.
- 2. 비급여에 해당하는 금액은 전부 환자 본인이 부담해야 한다.
- 3. 요양급여에서 제외되는 범위: 질병, 부상의 치료목적이 아니거나, 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환, 기타 보험급여의 원리에 부합하지 않는 것

비급여의 대상

- ① 단순한 피로 및 권태
- ② 주근깨·점·사마귀·다모, 무모(無毛)·백모증·여드름 등으로 업무나 일상생활에 지장이 없는 피부질환
- ③ 음위(陰痿), 불감증과 생식기 선천기형으로 업무나 일상생활에 지장이 없는 비뇨기 및 부인과 질환
- ④ 쌍꺼풀 수술, 코 성형수술 등의 미용을 위한 목적으로 하는 성형수술
- ⑤ 마약중독증, 향정신성의약품 중독증
- ⑥ 질병을 동반하지 아니한 포경수술
- ⑦ 예방접종, 하지만 치료목적으로 사용하는 예방주사는 제외
- ⑧ 건강진단
- ⑨ 친자 확인을 위한 진단
- ⑩ 미용을 목적으로 실시하는 부정교합 교정, 치과의 보철, 예방을 목적으로 실시하는 치석제거
- ⑪ 보조기, 보청기, 의수 족, 의안, 콘택트렌즈의 재료비
- ⑫ 입원 중의 식대, 상급병실료 차액
- ⑬ 기타 보건복지부 장관이 정하는 사항

임의비급여

- 요양급여 기준에 명시된 비급여 대상 이외에 의료기관에서 환자의 요구 및 진료특성상 일부 항목이 임의로 비급여 처리되는 경우가 있음.

Type 1: 실제 진료에 소요된 일부 약제, 검사, 수술 및 처치, 재료대 등에 대하여도 요양급여기준 및 진료수가 산정방법에 의거 소정의 진료수가에 포함되어 별도 징수할 수 없도록 규정되어 있어 이에 대한 보상을 위하여 비급여 처리되는 경우

예) 수술시간 단축으로 환자의 고통을 감소시켜 주고 감염등 합병증을 줄일 수 있는 진료방법과 일회용 제품의 사용이 이미 보편화되어 있으나 소정의 수술료에 포함된 것으로 규정되어 별도 인정되고 있지 않음.

임의비급여

- Type 2: 의료기술의 발달로 인한 특수 또는 새로운 진료행위, 재료대 및 미협약동위원소검사 등에 대하여 보건복지부장관의 승인 절차가 정기적으로 신속하게 이루어지지 않고 있어 승인기간 이전에 비급여 처리되는 경우

예) 혈관용 Stent(약 200만원)등 일부 진료재료나 진료행위의 경우 진보된 첨단 의료행위로써 높은 치료효과를 보장하여 좁에도 불구하고 보편적인 시술 방법이 아니므로 별도 인정되고 있지 않음.

Type 3: 의료보험 진료수가기준 및 보건복지부의 유권해석에 의거 심사삭감이 우려되어 비급여 처리되는 경우

예) 현재 CT촬영의 경우 심사 삭감률이 10% 정도에 달하여 의료기관에서 청구한 CT 검사비를 제대로 지급받지 못하고 있어 의료기관에서는 먼저 CT촬영을 일반(비보험)으로 처리한 후 심사기관에서 인정을 받을 경우 보험으로 처리하여 환불해 주는 사례

질병군 비급여 일반원칙

1. 요양급여기준 별표 2 비급여대상 제6호에 의한 비급여 대상은 질병군 상대가치점수에 포함되지 않는다.
2. "3"에 따른 비급여 목록 중 2. 신의료기술등의 비급여는 다음 각 목이 정하는 바에 따라 일정기간 동안 비급여로 산정할 수 있다.
가. 비급여 목록 2. 신의료기술등의 비급여는 건강보험심사평가원장이 정하는 절차 및 기준 등에 따라 신청하여 지정된 요양기관에서 실시한다.
나. "가"에 의한 기관이 비급여 목록 2. 신의료기술등의 비급여 대상을 실시하는 경우 해당 금액, 비급여 구성항목(소요재료 등), 환자 동의서 등을 작성하여야 하며 자료제출 등 세부사항은 건강보험심사평가원장이 정하는 바에 따른다.
3. 요양급여기준 별표 2 비급여대상 제6호에 의한 비급여 대상 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 비급여 대상 행위 및 치료재료는 다음 비급여 목록과 같다.

신의료기술

• 신의료기술의 법률상 정의

- 신의료기술은 새로 개발된 의료기술로서 보건복지부장관이 **안전성·유효성**을 평가할 필요성이 있다고 인정하는 것
- < 신의료기술평가에 관한 규칙 제2조(신의료기술평가의 대상)>
의료법 제53조에 따른 신의료기술평가의 대상은 다음 각호와 같다.
 1. 안전성 유효성이 평가되지 아니한 의료기술로서 보건복지부장관이 평가가 필요하다고 인정한 의료기술
 2. 신의료기술로 평가받은 의료기술의 사용목적, 사용대상 및 시술방법 등을 변경한 경우로서 보건복지부장관이 평가가 필요하다고 인정한 의료기술

32

신의료기술평가 세부 절차

1. 신청인- 신의료기술 신청
2. 90일 이내 (신청단계)
신청서 접수- 평가계획수립-평가필요성 여부검토-자료수집 및 평가대상 심의를 위한 보고
신의료기술평가위원회-평가대상여부, 평가방법, 소위원회 구성여부 평가대상여부를 신청자에게 통보
3. 180일 이내 (평가단계)
평가계획 수립- 소위원회 구성 -1 차 소위원회-문헌 검색,문헌의질 평가, 자료추출서 작성-2차 소위-자료추출- 3차 소위-검토안 초안 -4차소위
4. 90 일 이내 (공표 단계)
신의료기술 평가위원회-안전성 유효성 최종 심의-결과를 복지부장관 보고—신의료기술평가 공표방안 마련-평가보고서 편집 인쇄-결과 공표- 복지부 장관 고시개정 -배포 및 웹 공개-소책자-대국민 홍보

신의료기술평가위원회 구성·운영

위원회 구성 : 위원장 1인 포함 20인 이내 구성

위원장 및 위원 임기 : 임기 3년, 연임 가능

회의 일시 : 매월 4 째주 금요일 16:00 개최

회의 장소 : 한국보건의료연구원
(신의료기술평가사업본부)

34

치료재료전문 평가위원회

1: 안전성·유효성 등의 확인- 식약청 허가(신고)확인

2: 경제성 검토

- 대체 가능성- 대체 가능한 치료 재료가 있는지 확인
 - 없는 경우- 행위, 약제를 참고하여 검토
- 비용효과성 - 상한 금액 산정 기준의거
 - 신청자가 증명

3: 급여의 적정성 검토- 요양 급여기준 제9호 제1항

별표2 : 비급여 대상에 해당하는지 ?

비용 효과성이 있으면 급여, 없는 경우- 비급여

4: 요양급여 대상여부 검토

경제성, 급여의 적정성 검토-요양급여기준 제 8 조 및 9 조

요양급여 대상 또는 비급여 대상으로 검토

코블레이션을 이용한 편도선적출술 및 아데노이드절제술

가. 기술명

○ 한글명 : 코블레이션을 이용한 편도선적출술 및 아데노이드절제술

○ 영문명 : Tonsillectomy and Adenoidectomy with Coblation

나. 사용목적

편도 및 아데노이드 절제

다. 사용대상

만성편도선염 및 편도비대, 아데노이드 비대 등의 환자

라. 시술방법

편도나 아데노이드조직과 천극사이에 등장성식열수를 넣은 후 양극성의 고주파를 가하면 조직과 천극사이에 전위차가 형성됨. 이때 발생한 자온의 열과 분자구조의 해리를 이용해 조직을 절제함

마. 안전성·유효성 평가결과

○ 코블레이션을 이용한 편도선적출술 및 아데노이드절제술은 기존시술과 비교해 전반적으로 수술 후 출혈량이 감소되거나 동등하고 부작용 또한 유사한 수준이므로 안전한 검사임

○ 코블레이션을 이용한 편도선적출술 및 아데노이드절제술은 기존시술과 비교해 전반적으로 통증이나 진통제사용정도, 조직손상이 감소되거나 동등한 수준이므로 유효한 검사임

○ 따라서, 코블레이션을 이용한 편도선적출술 및 아데노이드절제술은 만성편도선염 및 편도비대, 아데노이드 비대등의 환자를 대상으로 편도 및 아데노이드를 절제하는 수술로 안전하고 유효한 검사임

고주파를 이용한 하비갑개 용적감소술

- 가. 기술명
○ 한글명 : 고주파를 이용한 하비갑개 용적감소술
○ 영문명 : Inferior Turbinate Volume Reduction with Ra-diofrequency
- 나. 사용목적
○ 하비갑개 점막하 부위 위축함으로 비강 폐쇄 증상 개선
- 다. 사용대상
○ 하비갑개의 만성적 비후로 인해 비강 폐쇄가 있는 환자
- 라. 시술방법
○ 탐침을 통하여 조직 내로 고주파의 교차 전류를 흘려 보냄으로써 조직에 47°C 이상의 온도를 가하여 단백질 응고와 조직괴사를 유발함으로 하비갑개 점막하 부위를 위축시킴
- 마. 안전성, 유효성 평가결과
○ 고주파를 이용한 하비갑개 용적감소술은 기존의 관습적인 수술방법과 회전식탐침기 군에 비해 유착, 통증, 출혈 합병증률이 낮아 안전함
○ 고주파를 이용한 하비갑개 용적감소술은 점막기능을 보존시킬 수 있으며 비강 폐쇄를 향상시키는 경향을 보임
○ 따라서, 고주파를 이용한 하비갑개 용적감소술은 하비갑개 비후환자를 대상으로 하비갑개 점막하부위를 위축시키는데 있어 안전하고 유효한 기술임
- 바. 참고사항
○ 고주파를 이용한 하비갑개 용적감소술(Coblator, Celon)은 총 15편(무작위임상시험 연구 8편, 코호트 연구 7편)의 문헌적 근거에 의해 평가됨