

# ‘호흡계통의 질환’ 분야 전산심사 적용기준 보완에 따른 안내

## - 행위 관련 다빈도 심사 조정 예상 사례 유형 -

- 의과 외래 호흡계통의 질환 분야의 상병전산심사 적용기준 보완에 따른 심사기준 초과청구 등 다빈도 조정 예상 사례 유형을 발췌한 내용임을 알려드리오니 참고하시기 바랍니다.

### □ 관련 제규정

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조제1항

#### 【별표 1】 요양급여의 적용기준 및 방법

##### 1. 요양급여의 일반원칙

다. 요양급여는 경제적으로 비용효과적인 방법으로 행하여야 한다.

##### 2. 진찰·검사, 처치·수술 기타의 치료

가. 각종 검사를 포함한 진단 및 치료행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 한다.

### □ 다빈도 조정 예상 사례

항목	사 례	비 고
다-245라 일반 전산화 단층영상진단 -흉부 (HA424, HA434, HA464, HA474, HA444)	○ 「상세불명의 폐렴, 단순 만성 기관지염」 상병에 시행한 <b>일반 전산화단층영상 진단-흉부</b> 는  - 보건복지부 고시에서 정하고 있는 급여기준을 참조하여 일반 전산화단층 영상진단-흉부 촬영의 필요성에 대한 사유 기재 내역(특정내역, JX999)이 확인 되지 않는 경우에 인정하지 아니함	<전산화단층영상진단(CT)의 산정기준 (고시 제2015-99호, 2015.6.15.)>  [흉부 Chest CT] 1. 비만성 간질 폐질환, 원인불명의 기흉, (폐기)종, 세기관지 질환, 기관계 이형성증 2. 종격동 질환의 감별진단 3. 단순 X선 사진으로는 감별이 어려운 폐결절의 감별진단 4. 단순 X선 사진으로는 진단이 어려운 기관지확장증의 확진 또는 수술전 해부학적 범위 결정 5. 원인불명의 각혈, 무기폐, 늑막삼출액

항목	사 례	비 고
	○ 「상세불명의 급성 기관지염」 상병에 <b>일반 전산화단층영상진단 - 흉부</b> 를 청구한 경우에는 현행 급여기준(고시 제2015-99호) 참조 인정하지 아니함	6. 종양과 감별이 어려운 소방형성 늑막삼출, 폐경화 등 7. 기관지 이물 8. 단순X선 사진상 폐문종대가 있어 감별 진단을 필요로 할 때 9. 단순흉부 X선 및 객담검사상 폐결핵의 활동성 여부를 결정하기 어려울 때 10. 심장 전산화단층영상진단(Cardiac CT) (이하생략)
다-245나(2) 일반 전산화 단층영상진단 -안면 및 두개 기저부비동 (HA405, HA406, HA407, HA408)	○ 「만성 비염, 상세불명의 만성 부비동염」 상병에 시행한 <b>일반 전산화단층영상 진단-안면 및 두개기저-부비동</b> 은 - 보건복지부 고시에서 정하고 있는 급여기준을 참조하여 일반 전산화 단층영상진단-안면 및 두개기저- 부비동 <b>촬영의 필요성에 대한 사유 기재 내역(특정내역, JX999)</b> 이 확인 되지 않는 경우에 인정하지 아니함	<b>[안면 및 두개기저 Face CT or Skull Base CT]</b> 1. 종괴형성, 안와염증, 안구돌출(갑상선 기능항진증 등) 2. 타액선 결석 3. 임상 소견상 수술을 요할 정도의 부비동염 4. 터키안내 양성종양, 낭종(선천성, 후천성) 또는 염증성 질환, 뇌하수체호르몬 이상 시, Empty Sella 5. 중이염에서 진주종, 뇌막염 등의 합병증이 의심될 때 6. 내이(Inner ear)의 정밀 해부학적 구조 파악이 필수적일 때(혈관성 또는 원인 불명의 이명, 원인불명의 청각장애 등)  <b>[기 타]</b> 위 항목에 포함되지 않는 질환들 중 진료 담당의사의 진단 및 치료방향 설정을 위해 부득이 촬영했을 때는 합당한 관련 자료와 소견서를 첨부하여 촬영의 필요성이 인정된 경우

항목	사 례	비 고
나-231 항원특이적 면역글로불린E (C2310, C7231)	<p>○ 「상세불명의 앨러지비염, 급성 아토피결막염」 상병에 시행한 <b>항원특이적 면역글로불린E</b> 검사는</p> <p>- 보건복지부 고시에서 정하고 있는 급여기준을 참조하여 항원특이적 면역글로불린E 검사의 <b>진료상 반드시 필요한 사유 기재 내역(특정내역 JX999)</b>이 확인되지 않는 경우에 6종 이내로 인정함</p>	<p>&lt;나-231 항원특이적 면역글로불린E 검사 급여기준 (고시 제2016-151호, 2016.9.1.)&gt;</p> <p>항원특이적 면역글로불린E 검사는 Allergen 종류에 따라 각각 산정하되, Allergy 질환 진단 시 Skin test를 우선 시행함이 원칙인 점을 감안하여 항원특이적 면역글로불린E 검사의 종목 수를 6종 이내로 인정함. 다만, Skin test를 시행하기 곤란한 아래와 같은 경우에서 진료상 반드시 필요한 경우에는 최대 12종 이내로 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>① 협조가 곤란한 환자(만6세미만의 소아, 정신적 또는 신체적 장애를 가진 자)</p> <p>② 광범위한 피부질환[심한 피부묘기증 (severe dermatographism) · 건피증 (severe ichthyosis), 전신성 습진 (generalized eczema)]이 있는 경우</p> <p>③ Skin test 결과에 영향을 미치는 약물 [항히스타민제, 삼환계 항우울제 (tricyclic antidepressants) 등] 장기 투여중 일시 중단할 수 없는 경우</p> <p>④ Skin test시 아나필락시스 위험이 있는 경우</p>
나-231 항원특이적 면역글로불린E (C2310, C7231)	<p>○ 「상세불명의 앨러지비염, 상세불명의 아토피성 피부염」 상병에 항원특이적 면역글로불린E(나-231) 검사와 MAST법에 의한 면역글로불린E(나-232) 검사를 <b>동시 청구</b>한 경우에는 검사의 목적 및 특성 등을 고려하여 <b>항원특이적 면역글로불린E</b> 검사를 인정하지 아니함</p>	<p>&lt;국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙&gt; [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 2. 진찰·검사, 처치·수술 기타의 치료 가. 각종 검사를 포함한 진단 및 치료 행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 한다.</p>

항목	사 례	비 고
나-595-5다 다중 중합효소 연쇄반응법 -폐렴 원인균 [폐렴시슬알균 인플루엔자균 폐렴미코플라 즈마, 레지 오넬라뉴모 필라] (C6013)	○ 「상세불명의 급성 기관지염, 상세불명의 천식, 상세불명의 알러지 비염」 상병에 산정한 <b>다중 중합효소연쇄반응법-폐렴 원인균</b> 검사는 세균성 폐렴 등이 의심되는 경우에 시행하는 검사로써, 청구내역 및 상병 참조하여 인정하지 아니함	
사-101 표충열치료 (MM010, MM015)	○ 「상세불명의 급성 기관지염, 상세불명의 알러지 비염, 기침」 상병에 산정한 <b>표충열 치료</b> 는 청구내역 및 상병 참조하여 인정하지 아니함	