

우먼케어

실손보험 청구하는

질염/자궁경부염 플라즈마 신의료기기

Contents

1. 회사 소개
2. 우먼케어 소개 및 기전
3. 질염, 자궁경부염
4. 우먼케어 사용모식도
5. 우먼케어의 유효성과 안전성
6. 평가유예 신의료기술
7. 실손보험 청구방법
8. 우먼케어 시술 프로그램
9. 우먼케어 비용 산출

1. 회사 소개



(주) 에스제이글로벌

- “전문 의료기기” 제조 업체
- 설립연도 : 2009년
- 대표 장비 : CRYOCELL
- 레이저 치료기, 냉온치료기 등 제조
- 플라즈마 창상치료기 임상 시험 완료

2. 우먼케어 소개



- 사용목적 : 세정수(상수(예:수돗물)와 플라즈마 생성기를 이용하여 생성)를 이용하여 플라즈마 활성수를 생성, 질/자궁경부 염증을 유발하는 세균, 진균, 바이러스를 플라즈마 활성수로 분사, 도포 및 흡입하여 세정 치료
- 제품명(제인 18-4591호) | Women Care(CHD-5000)
- 제품명(제신 19-733호) | 일회용 체인지 튜브 및 LED 팁

2-1. 우먼케어 의료기술

Point 1



상수를 이용,
플라즈마 발생기로
플라즈마 활성수의 생성

Point 2



플라즈마 활성수와
LED를 이용한 살균·세정

Point 3



질염 유발 세균, 진균, 바이러스
효과적으로 살균·세정 치료
질 내 락토바실러스 유지로
질 내 미생물 총의 균형

2-2. 우먼케어 기전

플라즈마 활성화수 (Plasma activated water, PAW)

- 다양한 활성종(ROS, RNS) 생성
- 우먼케어 핵심 성분: 차아염소산(HOCl)



2-3. 우먼케어 기전

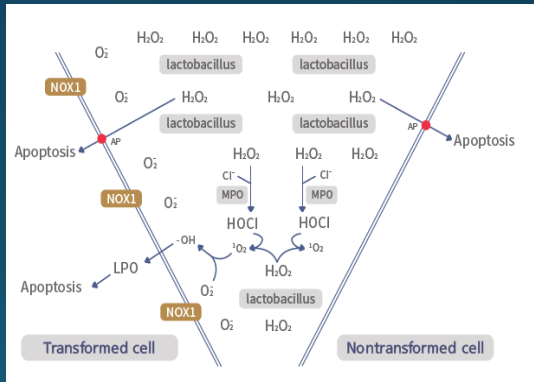
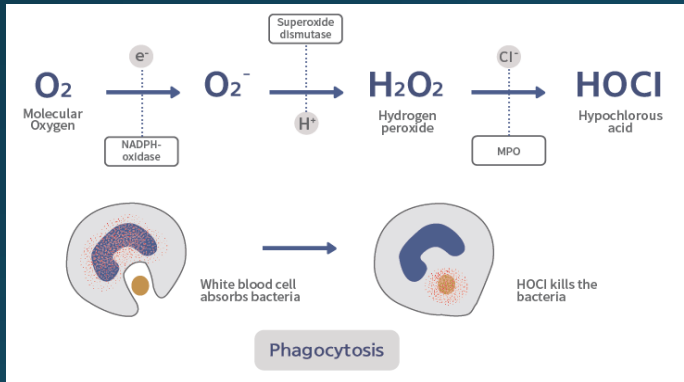
우먼케어의 핵심 성분인 차아염소산(HOCl)의 역할

Point 1

질염 유발
유해균 살균

Point 2

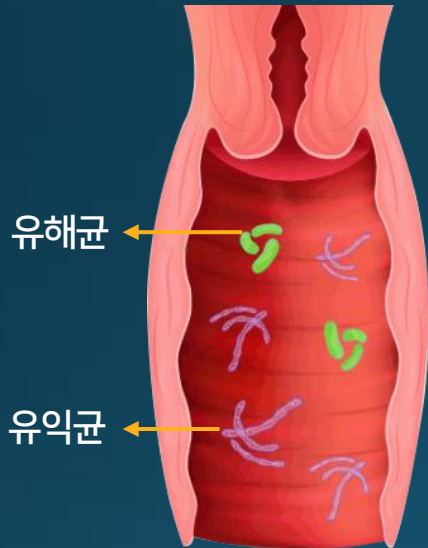
유익균(락토바실러스)
생존 유지



호중구가 방출하는 차아염소산이 세균을 없애는 기전과 동일

- 질내 락토바실러스가 HOCl을 생성하여 유해균에 대처
- 우먼케어에서 발생하는 차아염소산에 대한 저항성으로 질 내 락토바실러스 생존
- 질 내 미생물 환경 유지 및 유해균의 과증식 예방

3. 질염, 자궁경부염

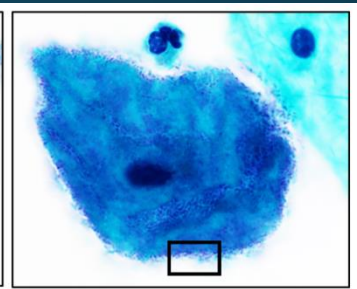
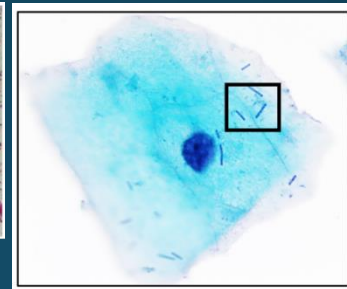
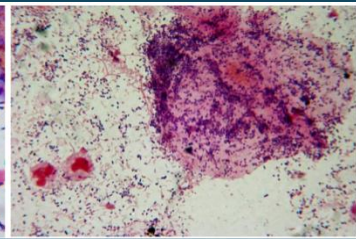
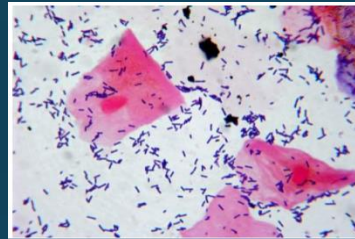


Normal Vaginal Flora

Bacterial Vaginosis

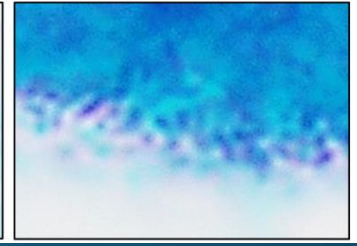
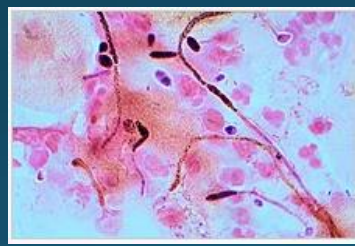
Normal Vaginal Flora

Bacterial Vaginosis



Candida vaginitis

Trichomonas vaginitis



Gram / Giemsa stain

Pap stain

4. 우먼케어 사용모식도



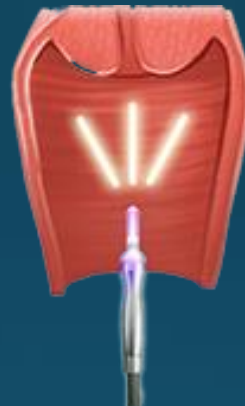
1

PLASMA
ACTIVATED WATER



2

CLEAN
SUCTION



3

PHOTOTHERAPY



4

GUN CLEAN

5. 우먼케어의 유효성과 안전성



6. 평가유예 신의료기술

1) 평가유예 신의료기술 고시문 (보건복지부 고시 제 2023-79호)

「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제5항에 의한 「평가 유예 신의료기술 고시」(보건복지부 고시 제2023-79호, 2023. 4. 27.)를 다음과 같이 개정·발령합니다.

2023년 7월 11일
보건복지부장관

「평가 유예 신의료기술 고시」 일부개정안

평가 유예 신의료기술 고시 일부를 다음과 같이 개정한다.

별표에 제22호를 붙임과 같이 신설한다.

부 칙

이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

접 수 증

| | | | |
|--------|--------------|----|------|
| 접수번호 | HD0230831003 | 순번 | 0002 |
| 신청구분 | 치료재료결정 | | |
| 신청일 | 2023-08-31 | | |
| 신약허가번호 | 제118-4591호 | | |
| 제품명 | 우먼케어 | | |
| 신청기관 | (주)에스제이글로벌 | | |
| 신청자 | 전향희 | | |

귀하께서 제출하신 상기 품목에 대한 치료재료결정신청서를 접수 하였음을 알려드립니다.

건강보험심사평가원장

적인생략

접 수 증

| | | | |
|--------|--------------|----|------|
| 접수번호 | HD0230831003 | 순번 | 0001 |
| 신청구분 | 치료재료결정 | | |
| 신청일 | 2023-08-31 | | |
| 신약허가번호 | 제110-722호 | | |
| 제품명 | 체인지듀브 | | |
| 신청기관 | (주)에스제이글로벌 | | |
| 신청자 | 전향희 | | |

귀하께서 제출하신 상기 품목에 대한 치료재료결정신청서를 접수 하였음을 알려드립니다.

건강보험심사평가원장

적인생략

6. 평가유예 신의료기술

2) 평가유예 신의료기술 고시 (행정내용)

| | |
|---------------------|---|
| 기술명 | 플라즈마 활성화수 및 LED를 이용한 질 세정 Vagina Cleaning using Plasma Activated Water and Light Emitting Diode |
| 사용목적 | 질염을 유발하는 세균, 진균, 바이러스 세정 치료 |
| 사용대상 | 질염 환자 |
| 사용방법 | 질 세정기를 이용해 수돗물을 플라즈마 활성화수로 변환하여 세정액을 생성, 분사하여 염증 및 질염을 일으킨 오염을 배출 하고, 해당 부위를 LED 에어방사기로 살균함 |
| 평가 유예 대상 의료기기 목록 | Women care, 질세정기, CHD-5000(제인 18-4591호, 2018.7.26.) 흡인용튜브 · 카테터, 체인지튜브(제신 19-733호, 2019.6.5.) |
| 평가 유예 기간 | 2023년 8월 1일부터 2025년 7월 31일까지 |
| 실시기관 | 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」제10조에 따라 평가 유예 신의료기술에 대한 요양급여대상 여부 결정을 신청한 의료기관 |
| 참고사항 | 해당 의료기술은 안전성과 유효성에 대한 신의료기술 평가를 유예한 것으로 실시기관 (실시자)은 환자에게 사전 설명과 비급여 진료비용의 고지가 필요함 실시기관은 평가 유예 신의료기술을 환자에게 최초로 실시한 날로부터 30일 이내 요양급여 대상 여부 결정을 신청 해야 함 |

7. 실손보험 청구방법


1) 우먼케어 상병코드

| | | | |
|------------------|-------|------------------|-------|
| 임균감염 | A54.1 | 자궁경부의 염증성 질환 | N72 |
| 성행위로 클라미디아질환 | A56.0 | 질 및 외음부의 기타 염증 | N76 |
| 비뇨 생식기의 편모충증 | A59.0 | 기생충성 질환 질염 | N77.1 |
| 항문 생식기 헤르페스 바이러스 | A60.0 | 자궁경부의 미란 및 외반 상병 | N86 |
| 외음 및 질의 칸디다증 | B37.3 | | |

7. 실손보험 청구방법

2) 실손보험 청구 방법 (초진, 재진 1회 시술)

- 보험 청구 시 필요 서류 : 의사 확인서 1부, 진료비 세부 내역서 1부



진료비 세부산정내역


| 환자등록번호 | 환자성명 | 진료기간 | 병실 | 환자구분 | 비고 |
|--------|------|-------------------------|----|--------|----|
| 172240 | | 2023-09-05 ~ 2023-09-05 | 외래 | 국민건강보험 | |

| 항목 | 일자 | 코드 | 명칭 | 금액 | 횟수 (총우어) | 일수 | 총액 | 급여 | | 비급여 | |
|-----------|------------|-------|---------------------------------------|---------|-------------|----|-----------|----------|-----------|-----|---------|
| | | | | | | | | 일부본인부담 | | | |
| | | | | | | | | 본인부담금 | 공단부담금 | | |
| 진찰료 | 2023.09.05 | AA154 | 초진진찰료-의원/보건의료원 내 의과 | 17,320 | 1 | 1 | 17,320 | 5,196 | 12,124 | 0 | 0 |
| 치치및수술료 | 2023.09.05 | R4105 | 질관저지Vaginal treatment using specul um | 6,958 | 1 | 1 | 6,957.5 | 2,087.25 | 4,870.25 | 0 | 0 |
| 치치및수술료 | 2023.09.05 | 100 | woman care CHD-5000 | 170,000 | 1 | 1 | 170,000 | 0 | 0 | 0 | 170,000 |
| 치료재료대 | 2023.09.05 | 1000 | change tube | 25,000 | 1 | 1 | 25,000 | 0 | 0 | 0 | 25,000 |
| 계 | | | | | | | 219,277.5 | 7,283.25 | 16,994.25 | 0 | 195,000 |
| 끝수처리 조정금액 | | | | | | | -7.5 | -83.25 | 75.75 | 0 | 0 |
| 합계 | | | | | | | 219,270 | 7,200 | 17,070 | 0 | 195,000 |

신청인 : (환자와의 관계 : 본인)의 요청에 따라
진료비 계산서·영수증 세부산정내역을 발급합니다.

2023년 9월 6일

| | |
|---------|-----|
| 요양기관 명칭 | 대표자 |
|---------|-----|



일반사항 안내

1. 진료비 계산서·영수증의 세부내역서는 환자의 구체적인 처방 내역 등이 확인되므로 원칙적으로 환자 본인 외에 발급을 금합니다. 다만, 본 세부내역서 발급에 대해 별도로 환자 본인으로부터 위임을 받은 것이 확인된 자 또는 법정대리인어겐 발급이 가능합니다.
2. 비고란은 세부산정내역을 발부하는 영수증번호 등 요양기관이 필요한 경우 추가 기재하는 공간으로 활용할 수 있습니다.
3. 동 서식에 명시된 항목은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제7조제3항에 따라 필수 기재되어야 합니다.

Page-1



7. 실손보험 청구방법

3) 실손보험 청구 방법 (초진, 재진 3회 이상 시술)

- 보험 청구 시 필요 서류 : 의사 확인서 1부, 진료비 세부 내역서 1부

| 환자등록번호 | 환자성명 | 진료기간 | 병실 | 환자구분 | 비고 |
|--------|------|---------------|----|------|----|
| 7137 | | 231013~231016 | | 국민공단 | |

| 항목 | 일자 | 코드 | 명칭 | 금액 | 횟수 | 일수 | 총액 | 급여 | | | 비급여 |
|---------------|---------------|-----------|-------------------------------|---------|------|----|---------|--------|--------|--------|---------|
| | | | | | | | | 일부보인부담 | | 전액보인부담 | |
| | | | | | | | | 본인부담금 | 공단부담금 | | |
| 진찰료 | 231013 | AA154 | 초진진찰료-의원,보건의료원내의과 | 17,320 | 1.00 | 1 | 17,320 | 5,196 | 12,124 | 0 | 0 |
| 진찰료 | 231016 | AA254 | 재진진찰료-의원,보건의료원내의과 | 12,380 | 1.00 | 1 | 12,380 | 3,714 | 8,666 | 0 | 0 |
| 진찰료 | 231014 | AA254010 | 재진진찰료-의원,보건의료원내의과 야간 | 15,090 | 1.00 | 1 | 15,090 | 4,527 | 10,563 | 0 | 0 |
| 진찰료 | 231016 | AL801 | 의뢰환자 의약품관리료-1일분(의원,치과의원,보건의료) | 220 | 1.00 | 1 | 220 | 66 | 154 | 0 | 0 |
| [진찰료] | | | | | | | | | | | |
| 투약 및 처방전료 | 231016 | 057000103 | 로맥스겔(메트로니다졸)(37.5mg/5g) | 0 | 1.00 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 투약 및 처방전료 | 231016 | ca | 카마졸질정(외용) | 245 | 1.00 | 1 | 245 | 74 | 172 | 0 | 0 |
| [투약 및 처방전료] | | | | | | | | | | | |
| 저지 및 수술료 | 231013 | R4106 | 결장저지 | 6,050 | 1.00 | 1 | 6,958 | 2,087 | 4,870 | 0 | 0 |
| 저지 및 수술료 | 231013~231016 | pad01 | 위회음패드 | 200 | 1.00 | 3 | 600 | 0 | 0 | 0 | 600 |
| 저지 및 수술료 | 231013~231016 | WM01 | woman care CHD-5000 | 100,000 | 1.00 | 3 | 300,000 | 0 | 0 | 0 | 300,000 |
| 저지 및 수술료 | 231013~231016 | WM02 | CHANGE TUBE | 30,000 | 1.00 | 3 | 90,000 | 0 | 0 | 0 | 90,000 |
| 저지 및 수술료 | 231014 | R4106 | 결장저지 | 6,050 | 1.00 | 1 | 6,958 | 5,566 | 1,392 | 0 | 0 |
| [저지 및 수술료] | | | | | | | | | | | |
| 검사료 | 231013 | D2253 | 요일반검사(자체)-10종까지 N | 1,920 | 1.00 | 1 | 2,208 | 662 | 1,546 | 0 | 0 |
| 검사료 | 231013 | D5802023 | 관찰판정-현미경-일반염색_그람염색 N | 2,780 | 1.10 | 1 | 3,058 | 917 | 2,141 | 0 | 0 |
| 검사료 | 231013 | D680208C | 핵산중독-성매개 감염균(STD 12종) N | 82,370 | 1.10 | 1 | 90,607 | 27,182 | 63,425 | 0 | 0 |



8. 우먼케어 시술 프로그램

Day 1



Day 2



DAY 3

| | 진료비 (원) | 총 진료비 (원) |
|--------------|---------|-----------|
| STD 검사 (12종) | 80,000 | |
| 우먼케어 | 150,000 | 260,000 |
| 체인지튜브 | 30,000 | |

| | 진료비 (원) | 총 진료비 (원) |
|------------------|---------|-----------|
| 그람염색(gram stain) | 3,000 | |
| 우먼케어 | 150,000 | 183,000 |
| 체인지튜브 | 30,000 | |

| | 진료비 (원) | 총 진료비 (원) |
|------------------|---------|-----------|
| 그람염색(gram stain) | 3,000 | |
| 우먼케어 | 150,000 | 183,000 |
| 체인지튜브 | 30,000 | |

STD 검사 비용 및 그람염색 비용은 병원마다 상이

9. 우먼케어 비용 산출

| | |
|------------|--|
| 금액 | 110,000,000원 |
| 수가(인정 비급여) | 1회당 180,000원~250,000 (평균) |
| 회차 | 1인당 3~5회차 |
| 수익 | 1회당 180,000원 X 3회 = 540,000원 (실비청구 1인 기준 평균 3회) |
| 환자60명(20일) | 540,000원 X 60명 = 32,400,000원 (한달 60명 기준) |
| 연간 수익 | 32,400,000원 X 12달 = 388,800,000원 |
| 순수익 | 388,800,000원 - 110,000,000원 = 278,800,000원 |



GOLDEN

감사합니다.

(주)골든

경기도 부천시 원미구 춘의동 206-4 달성빌딩, 402 / Tel: 1877-7579