

중앙심사조정위원회 심의사례 공개 (총 6개 항목)

- 2017.8.31. 공개

연번	제 목	페이지
1	최소침습 척추수술 방법으로 전방유합술[사측방추체간유합술(OLIF)/측방요추체간유합술(DLIF)] 및 후방고정술 시행 시 추가산정방법	1
2	선택적 레이저 섬유주성형술(SLT)의 추가산정방법	4
3	제6뇌[외전]신경마비 상병에 청구된 나667-2 전안부촬영[편측] 18회 인정여부	6
4	초기자궁내막암(early endometrial cancer)에 시행한 수술 인정여부	7
5	Eculizumab(품명: 솔리리스주) 요양급여대상 인정여부	10
6	조혈모세포이식 요양급여대상 인정여부	11

지역심사평가위원회 심의사례 공개 (총 16개 항목)

- 2017.8.31. 공개

연번	제 목	페이지
7	당뇨병 상병 등으로 외래에 내원한 환자에게 시행한 나245 유리지방산 검사 인정여부	36
8	임신 예정인 류마티스 관절염 환자에게 메토크세이트 없이 단독 투여한 Golimumab 주사제 (품명: 심퍼니주 등) 인정여부	38
9	척추후반증(Kyphosis) 동반된 골다공증성 압박골절에 시행한 자45다 척추체제거술 및 자46나 척추고정술 인정여부	40
10	적절한 보존적치료 없이 시행된 척추수술 인정여부	42
11	환자 상태 참조 유산 상병에 실시한 항응고검사 등 인정여부	44
12	진료내역 및 환자상태 등 참조 서141 연하장애재활치료 및 사131 연하재활 기능적 전기 자극치료 인정여부	46
13	진료내역 및 환자상태 등 참조 사131 연하재활 기능적 전기자극치료 인정여부	48
14	진료내역 및 영상자료 등 참조, 자93-1가 견봉성형술과 동시에 시행한 자91 건, 인대 피하 단열수술 및 인대 등을 재건 시 사용하는 SUTURE ANCHOR(봉합나사못) 인정여부	50
15	진료내역 및 영상자료 참조, 자47-1가 경피적 척추후궁골풍선복원술 및 다245바 척추CT 인정여부	52
16	진료내역 및 영상자료 등 참조, 자47가 경피적척추성형술 인정여부	53
17	허가사항 범위(용법·용량) 초과하여 분무용법으로 사용한 Colistimethate 주사제(품명: 후콜리스티메테이트주) 인정여부	54
18	「T12 부위의 폐쇄성 골절」 상병에 시행한 자47-1가 경피적척추후궁골풍선복원술 인정여부	55
19	진료내역 및 영상자료 참조, Pedicle screw system을 이용한 척추수술 인정여부	56
20	「척수병증을 동반한 경추간판장애」 등 상병에 시행한 자49-2 경추후궁성형술, 자49가 관혈적 추간판제거술, 자46 척추고정술 인정여부	60
21	진료내역 및 영상자료 참조, 자656가 경피적 관상동맥스텐트삽입술 인정여부	63
22	진료내역 및 영상자료 참조, 자656가 경피적 관상동맥스텐트삽입술 시 스텐트 인정여부	65

<중앙심사조정위원회 심의사례>

요양급여비용 사후 심사 건

1. 최소침습 척추수술 방법으로 전방유합술[사측방추체간유합술(OLIF)/측방요추체간유합술(DLIF)] 및 후방고정술 시행 시 수가산정방법

■ 청구내역

○ A사례(남/77세)

- 청구 상병명: 척추협착_요추부, 합병증을 동반하지 않은 상세불명의 당뇨병

- 주요 청구내역

[2016.12.2.]

자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추(N1493) 1*1*1

자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추[제2의수술](N1493001) 1*2*1

자46가(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-요추[제2의수술(종병이상)](N0466004) 1*1*1

CLYDESDALE DLIF CAGE 전규격(F0100672) 3*1*1

[2016.12.7.]

자46나(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추(N0469) 1*1*1

CANCELLOUS CHIP 30CC (TBA04168) 2*1*1

APIS TLFS PEDICLE SCREW SYSTEM 전규격 (F0018902) 8*1*1

APIS TLFS ROD 전규격 (F0016912) 2*1*1

○ B사례(남/77세)

- 청구 상병명: 척추협착_요추부, (울혈성) 심부전을 동반한 고혈압성 심장병, 요통_상세불명의 부위, 기타 및 상세불명 변비, 죽상경화성 심장병, 기타 및 상세불명의 원발성 고혈압, 불안정협심증, 상세불명의 천식, 상세불명의 불안장애

- 주요 청구내역

[2017.1.16.]

자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추[제2의수술(종병이상)](N1493004) 1*1*1

자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추(N1493) 1*0.5*1

자46가(3)주 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-요추-복잡(N1466) 1*1*1

CLYDESDALE DLIF CAGE 전규격(F0100672) 1*2*1

CANCELLOUS COARSE 15CC (TBA03404) 1*1*1

[2017.1.23.]

자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추[제2의수술(종병이상)](N1493004) 1*1*1

자46나(3)주3 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추-복잡-Cage를이용한추체간유합술(N1460) 1*1*1

INNESIS PEEK CAGE 전규격(F0101220) 1*2*1

GSS PEDICLE SCREW 전규격(F0018068) 1*8*1

○ C사례(여/57세)

- 청구 상병명: 척추협착_요추부, 상세불명의 빈혈, 수면 개시 및 유지 장애[불면증], 상세불명의 척추측만증_요추부, 척추전방전위증_요추부

- 주요 청구내역

[2017.1.18]

자46가(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-요추(N0466)	1*1*1
CLYDESDALE DLIF CAGE 전규격 (F0100672)	1*3*1

[2017.1.23.]

자46나(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추[제2의수술(종병이상)](N0469004)	1*1*1
ZENIUS SPINAL SYSTEM-SCREW SET 전규격 (F0018353)	1*8*1
ZENIUS SPINAL SYSTEM - ROD 전규격 (F0016353)	1*2*1

■ **심의결과**

- 사측방추체간유합술(OLIF) 또는 측방요추체간유합술(DLIF)은 전방 추간판제거 후 골유합술을 시행하는 것으로, 수술 과정 상 추간판 일부 제거는 전방유합술의 일련의 과정으로 볼 수 있는 바 추체간 유합목적으로 시행한 추간판제거술은 별도의 수가를 인정하지 않음.

■ **심의내용**

- 이 건(A~C사례)은 요추협착증 및 퇴행성 척추측만증 상병에 최소침습 척추수술 방법으로 ‘사측방추체간 유합술(oblique-lateral lumbar interbody fusion, OLIF)’ 또는 ‘측방요추체간유합술(direct lateral lumbar interbody fusion, DLIF)’ 을 시행하고 날짜를 달리하여 후방고정술을 시행한 사례로, 요양기관 마다 청구경향이 상이한 바, 진료내역 및 영상자료 참조하여 자49 추간판제거술 인정여부 등 수가산정에 대하여 심의함.
- ‘동시에 2가지 이상의 척추수술 시행 시 진료수가산정방법[고시 제2016-204호, 2016-11-01]’ 에 따르면, 자49 추간판제거술과 자46 척추고정술을 동시 실시 시 제9장 처치 및 수술료 등[산정지침] (5)항에 의거 주된 수술 100%, 그 외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정토록 하고 있으나, 기기고정을 위한 추체 일부소파술이나 후궁 일부 절제의 경우에는 척추고정술 수기로만 산정하도록 되어 있음.
- 사측방추체간유합술(OLIF) 또는 측방요추체간유합술(DLIF)은 전방 추간판제거 후 골유합술을 시행하는 것으로, 수술 과정 상 추간판 일부 제거는 전방유합술의 일련의 과정으로 볼 수 있는 바 추체간 유합 목적으로 시행한 추간판제거술은 기기고정을 위한 추체 일부소파술이나 후궁 일부 절제의 경우로 준용하여 별도의 수가를 인정하지 않음.
- 따라서, 각 사례는 진료내역 및 영상자료 참조, 아래와 같이 결정하기로 함.

- 아 래 -

- ▶ **A사례(남/77세):** 이 사례는 요추부 척추협착 상병으로 L2-3-4-5에 전방유합술[사측방추체간유합술(OLIF)로 CAGE 3개를 삽입]을 시행하고 ‘자49가(3) 관혈적 추간판제거술 [척추후궁절제술포함]-요추’ 200%, ‘자46가(3) 척추고정술-전방고정-요추’ 70%, 날짜를 달리하여 후방고정을 하고 ‘자46나(3) 척추고정술-후방고정-요추’ 100%를 청구한 사례임.
CAGE 삽입을 위하여 시행되는 추간판제거술은 전방유합술의 일련의 과정으로 볼 수 있는 바, 전방유합술 후 청구한 ‘자46가(3) 척추고정술-전방고정-요추’ 100%, 후방고정술 후 청구한 ‘자46나(3) 척추고정술-후방고정-요추’ 100%를 인정함.

- ▶ **B사례(남/77세):** 이 사례는 요천부 척추협착 상병으로 L3-4-5에 전방유합술[측방요추체간유합술(DLIF)로 CAGE 2개를 삽입]을 시행하고 ‘자46가(3)주 척추고정술-전방고정-요추-복잡’ 100%, ‘자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추’ 70%, 50%, 날짜를 달리하여 L5-S1 추간판제거술 후 CAGE 2개를 이용한 후방유합술 및 후방고정술을 시행하고 ‘자46나(3)주3 척추고정술-후방고정-요추-복잡-Cage를 이용한 추체간유합술’ 100%, ‘자49가(3) 관혈적 추간판제거술-요추’ 70%를 청구한 사례임.

CAGE 삽입을 위하여 시행되는 추간판제거술은 전방유합술의 일련의 과정으로 볼 수 있는 바, 전방유합술 시 청구된 추간판제거술은 불인정하며, 날짜를 달리하여 후방접근으로 시행한 추간판제거술은 영상자료 참조하여 볼 때 추체간 유합 목적이 아닌, 감압을 목적으로 한 것이 확인되므로 인정하기로 함.

따라서, 전방유합술 후 청구한 ‘자46가(3)주 척추고정술-전방고정-요추-복잡’ 100%, 후방유합술 후 청구한 ‘자46나(3)주3 척추고정술-후방고정-요추-복잡-Cage를 이용한 추체간유합술’ 100%, ‘자49가(3) 관혈적 추간판제거술-요추’ 70%를 인정함.

- ▶ **C사례(여/57세):** 이 사례는 요추부 척추협착, 척추측만증, 척추전방전위증 상병으로 L2-3-4-5에 전방유합술[사측방추체간유합술(OLIF)로 CAGE 3개를 삽입]을 시행하고 ‘자46가(3) 척추고정술-전방고정-요추’ 100%, 날짜를 달리하여 후방고정을 하고 ‘자46나(3) 척추고정술-후방고정-요추’ 70%를 청구한 사례로, 청구한대로 인정토록 함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제9장 처치 및 수술료
- Winn, H Richard. Youmans and Winn Neurological Surgery. Seventh Edition. 2017.
- 석세일. 척추외과학. 제3판. 최신의학사. 2011.
- Jaewan Soh, Jaechul Lee. Minimally Invasive Lateral Lumbar Interbody Fusion: Surgical Technique and Review. J Korean Soc Spine Surg. 2016;(4):262-269.

[2017.7.5. 진료심사평가조정위원회(중앙심사조정위원회)]

2. 선택적 레이저 섬유주성형술(SLT)의 수가산정방법

■ 청구내역(남/43세)

- 청구 상병명: 장액성 망막박리, 상세불명의 각막 흉터 및 혼탁, 상세불명의 녹내장, 상세불명의 백내장
- 주요 청구내역:
자504라 녹내장수술[레이저사용수술포함]-현미경하 섬유주대 절개술(S5047) 1*1*1

■ 심의결과

- 선택적 레이저 섬유주성형술(selective laser trabeculoplasty, SLT)는 자504 녹내장수술 중 자504(가) 홍채절제술로 적용하되, 한쪽 눈에 통상 2회에 걸쳐 실시하는 점을 고려하여 1회 시술 시 자504(가) 홍채절제술 50%로 산정토록 함.
다만 SLT는 한 달 이상 적극적으로 약물치료를 시행했음에도 불구하고 안압조절이 되지 않는 경우 시행하고, 실시 횟수에 대하여는 한쪽 눈에 2회에 한하는 것이 적정하다는 의견임.

■ 심의내용

- 이 건은 상세불명의 녹내장 상병으로 ‘선택적 레이저 섬유주성형술(selective laser trabeculoplasty, SLT)’을 시행하고 ‘자504(라) 녹내장수술[레이저사용수술포함]-현미경하 섬유주대 절개술’로 청구한 건임. 선택적 레이저 섬유주성형술은 레이저를 섬유주에 조사하는 치료방법으로 현재 별도의 행위분류 없이 자504 녹내장수술 중 자504(다) 섬유주절제술, 자504(라) 현미경하섬유주대절개술 또는 자504(가) 홍채절제술 등으로 청구되고 있는 것으로 파악되는 바, 수가산정을 명확히 할 필요가 있어 심의함.
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제1부 행위 급여 일반원칙 1. 일반기준에 의하면, 제2부 각 장에 분류되지 아니한 진찰·처치·수술 및 기타의 치료에 대한 요양급여를 실시한 경우에 우선적으로 행위의 내용·성격과 상대가치점수가 가장 유사한 분류항목에 준용하여 산정하여야 한다고 명시되어 있음.
- 선택적 레이저 섬유주성형술(Selective laser trabeculoplasty, SLT)은 레이저를 섬유주에 조사하여 안압을 조절하는 녹내장수술의 한 방법으로, 자504 녹내장수술 중 섬유주를 절제 또는 절개하여 안압을 조절하는 자504(다) 섬유주절제술 및 자504(라) 현미경하섬유주대절개술과 행위의 내용과 성격은 유사하나, 레이저를 이용하는 등 시술 방법 및 시간에 차이가 있어 해당 수가를 적용하는 것은 적절하지 않다고 판단됨.
한편, 관련 학회에서는 선택적 레이저 섬유주성형술(Selective laser trabeculoplasty, SLT)은 아르곤레이저 섬유주성형술(Argon laser trabeculoplasty, ALT)과 유사하고 임상결과에 대한 연구결과에 차이가 없는 점 등을 고려하여 ALT 수가에 준용하자는 의견인바, 교과서와 임상연구문헌 확인 결과 SLT는 ALT와 레이저의 종류만 다른 치료방법이고, 과거에 ALT의 수가는 홍채절제술로 적용된 사례가 있음이 확인됨.
- 이에, 교과서, 임상연구문헌, 관련 학회 의견 등을 종합적으로 고려할 때 SLT는ALT와 레이저의 종류만 다른 치료방법으로 볼 수 있으므로 SLT를 ALT의 수가 적용 사례와 같이 자504 녹내장수술 중 자504(가) 홍채절제술로 적용하되, 한쪽 눈에 통상 2회에 걸쳐 실시하는 점을 고려하여 1회 시술 시 자504(가) 홍채절제술 50%로 산정토록 함.
다만, SLT는 한 달 이상 적극적으로 약물치료를 시행했음에도 불구하고 안압조절이 되지 않는 경우 시행하고, 실시 횟수에 대하여는 한쪽 눈에 2회에 한하는 것이 적정하다는 의견임.

- 따라서 이 사례는 녹내장 상병으로 한 달 이상 약물치료를 시행하였으나 안압조절이 이루어지지 않아 SLT를 시행한 것으로 확인되므로, 청구된 ‘자504(라) 녹내장수술[레이저사용수술포함] -현미경하 섬유주대 절개술’은 ‘자504(가) 홍채절제술 50%’로 인정함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제1부 행위 급여 일반원칙
- 김현승 외. 안과학. 일조각. 2017.
- 황영훈. 녹내장의 모든 것. 고려대학교출판부. 2009.
- Yujia Zhou, et al. A Review of Selective Laser Trabeculoplasty: Recent Findings and Current Perspectives. Ophthalmol Ther. 2017.
- Feyzahan Ekici, et al. Current and Future of Laser Therapy in the Management of Glaucoma. The Open Ophthalmology Journal. 2016;10:56-67.
- Aetna. medical clinical policy bulletins 2017. [Glaucoma Surgery]
- CPT. 2017(미국).
- 대한안과학회의견(대안학 2017-131, 2017. 6. 9.)

[2017.7.11. 진료심사평가조정위원회(중앙심사조정위원회)]

3. 제6뇌[외전]신경마비 상병에 청구된 나667-2 전안부촬영[편측] 18회 인정여부

■ 청구내역(여/48세)

- 청구 상병명: 제6뇌[외전]신경마비, 기타 명시된 두통증후군, 상세불명의 전신홍반루푸스
- 주요 청구내역:
나667-2 전안부촬영[편측] (E6672) 1*18*1

■ 심의결과

- 사시의 눈운동촬영을 하는 경우 검사의 적응증, 검사방법 및 기 심의사례 등을 고려하여 나667-2 전안부촬영[편측]을 산정하되, 촬영횟수에 대하여는 한 번에 양쪽 눈 촬영 시에도 나667-2 전안부촬영[편측] 1회만 산정하는 것을 원칙으로 하며, 환자의 연령 및 상태 등을 고려하여 사례별로 심사하기로 함.

■ 심의내용

- 이 건은 제6뇌[외전]신경마비 상병으로 나667-2 전안부촬영[편측]을 청구한 건으로, 사시의 눈운동 촬영을 시행하고 산정된 나667-2 전안부촬영[편측] 18회 인정여부에 대하여 심의함.
- 나667-2 전안부촬영[편측]은 세극등(slit lamp) 등을 이용하여 각막질환 등 눈의 전안부 질환을 촬영하는 검사로써 ‘편측’ 당 1회 산정을 기본으로 한 수가임. 사시의 눈운동촬영은 사시의 눈운동 상태를 기록하고 상태 변화 등을 확인하기 위해 통상 한 번에 양쪽 눈을 촬영하는 검사로, 관련 교과서 및 학회의견 등에 의하면 운동이 약한 외안근을 찾기 위해 눈의 주시방향에 따른 눈운동 촬영이 필요한 것으로 확인됨.
- 사시의 눈운동촬영을 하는 경우 검사의 적응증, 검사방법 및 기 심의사례 등을 고려하여 나667-2 전안부촬영[편측]을 산정하되, 촬영횟수에 대하여는 한 번에 양쪽 눈 촬영 시에도 나667-2 전안부촬영[편측] 1회만 산정하는 것을 원칙으로 하며, 환자의 연령 및 상태 등을 고려하여 사례별로 심사하기로 함.
- 따라서, 제출된 진료기록지 및 연령, 상태 등을 참조하여, 이 사례에 한하여 나667-2 전안부촬영[편측] 4회를 인정하기로 함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부 제2장 검사료, 제3장 영상진단 및 방사선치료료
- 김현승 외. 안과학. 일조각. 2017.
- Scott R. Lambert, et al. Taylor and Hoyt's Pediatric Ophthalmology and Strabismus. Elsevier. 2017.
- Myron Yanoff, et al. Ophthalmology. fourth edition. Elsevier. 2014.
- 대한안과학회의견(대안학 2017-133, 2017. 6. 9.)

[2017.7.11. 진료심사평가조정위원회(중앙심사조정위원회)]

4. 초기자궁내막암(early endometrial cancer)에 시행한 수술 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/60세)

- 청구 상병명: 자궁내막의 악성 신생물, 기타 및 상세불명의 난소낭
- 주요 청구내역

자415가 광범위자궁적출 및 양측골반림프절절제술-대동맥주위림프절생검을 하는 경우 1*1*1
자442가 부속기종양적출술[양측]-양성[제2수술]

○ B사례(여/58세)

- 청구 상병명: 자궁내막의 악성 신생물, 자궁내막선증식증, 기타 및 상세불명의 난소낭, 상세불명의 난관염 및 난소염
- 주요 청구내역

자415가 광범위자궁적출 및 양측골반림프절절제술-대동맥주위림프절생검을 하는 경우 1*1*1
자442가 부속기종양적출술[양측]-양성[제2수술] 1*1*1

○ C사례(여/66세)

- 청구 상병명: 자궁내막의 악성 신생물, 만성 난관염 및 난소염
- 주요 청구내역

자415나 광범위자궁적출 및 양측골반림프절절제술-대동맥주위림프절생검을 안 하는 경우 1*1*1

○ D사례(여/70세)

- 청구 상병명: 자궁내막의 악성 신생물
- 주요 청구내역

자414나(1) 전자궁적출술(림프절절제를 하지 않는 경우)-단순[제2수술] 1*1*1
자415-2 골반 및 대동맥주위림프절절제술 1*1*1

■ 심의결과

- 이 건(4사례)은 초기 자궁내막암에 수술 시행하고, ①광범위자궁적출 및 양측골반림프절절제술, ②전자궁적출술, ③골반 및 대동맥주위림프절절제술, ④부속기종양적출술 등을 청구한 건으로, 수술 전 조직검사, 영상소견 및 수술소견 등을 참조하여 사례별로 결정함.

■ 심의내용

- 교과서에 따르면 초기 자궁내막암(제 I, II기)의 경우 보편적으로는 전자궁적출술, 양측부속기 절제술, 골반림프절절제술을 시행하나, 임상진료지침 및 학회 의견에 따르면 초기 자궁내막암이라도 수술 전 조직검사나 영상검사 결과 자궁경부암과의 감별이 어렵거나 자궁경부기질 침윤이 확인되는 경우에는 광범위자궁적출술을 시행할 수 있음.

또한, 대동맥주위 림프절 절제술은 분화도 2~3인 경우, 암의 직경이 2cm 이상이면서 골반림프절 암 전이가 있는 경우, 조직학적 분류상 선편평암, 투명세포암, 유두상선암인 경우, 자궁근층 침윤이 50% 이상인 경우, 자궁외 조직을 침범한 경우 추가수술을 시행할 수 있음.

따라서 각 사례는 교과서, 임상진료지침, 진료내역 등을 참조하여 아래와 같이 결정하기로 함. 다만, 광범위자궁적출술의 시행이 불분명한 사례에 대해서는 수술기록지와 조직병리결과지를 종합하여 수술 인정여부를 판단하기로 함.

▶ A사례(여/60세)

- 자궁내막의 악성 신생물 상병으로 광범위자궁적출술, 양측난소난관절제술, 양측골반 및 대동맥 림프절절제술 수술명 하에, ‘자415가 광범위자궁적출 및 양측골반림프절절제술-대동맥주위 림프절생검을 하는 경우’, ‘자442가 부속기종양적출술[양측]-양성[제2수술]’을 청구한 사례임.

수술 전 D&C(Dilation and Curettage, 자궁내막소파검사) 결과 자궁경부암과의 감별이 어렵고 내자궁경부와 자궁내막에서 분화도 3의 선암이 확인되어 광범위자궁적출술, 양측골반 및 대동맥림프절절제술은 가능하나, 수술기록지 및 조직병리소견을 종합하여 볼 때 광범위자궁적출술 시행이 확인되지 않으므로 해당 수술의 행위분류 및 수가산정방법에 따라 ‘자415가 광범위자궁적출 및 양측골반림프절절제술-대동맥주위 림프절생검을 하는 경우’는 자414나(1) 전자궁적출술(림프절절제를 하지 않는 경우)-단순[제2수술]’과 ‘자415-2 골반 및 대동맥주위 림프절절제술’로 인정함. 아울러, 난소에 섬유종이 있어 양측난소난관절제술을 동시 시행한 것이 확인되므로 청구된 ‘자442가 부속기종양적출술[양측]-양성[제2수술]’은 인정함.

▶ B사례(여/58세)

- 자궁내막의 악성 신생물 상병으로 광범위자궁적출술, 양측골반 및 대동맥림프절절제술, 양측난소난관절제술, 자궁유착박리술 수술명 하에, ‘자415가 광범위자궁적출 및 양측골반림프절 절제술-대동맥주위 림프절생검을 하는 경우’, ‘자442가 부속기종양적출술[양측]-양성[제2수술]’을 청구한 사례임.

수술 전 영상검사 결과 자궁경부기질 침윤이 확인되고 자궁근층 침윤 50% 이상에 해당하므로 광범위자궁적출술, 양측골반 및 대동맥림프절절제술은 가능하나, 수술기록지 및 조직병리소견을 종합하여 볼 때 광범위자궁적출술 시행이 확인되지 않으므로 해당 수술의 행위분류 및 수가산정방법에 따라 ‘자415가 광범위자궁적출 및 양측골반림프절절제술-대동맥주위 림프절생검을 하는 경우’는 ‘자414나(2) 전자궁적출술(림프절절제를 하지 않는 경우)-복잡[제2수술]’과 ‘자415-2 골반 및 대동맥주위림프절절제술’로 인정함. 아울러, 부난관에 낭종이 있어 양측 난소난관절제술을 동시 시행한 것이 확인되므로 ‘자442가 부속기종양적출술[양측]-양성[제2수술]’은 인정함.

▶ C사례(여/66세)

- 자궁내막암의 악성 신생물 상병으로 전자궁적출술, 양측난소난관절제술, 양측골반림프절절제술 수술명 하에 ‘자415나 광범위자궁적출 및 양측골반림프절절제술-대동맥주위림프절생검을 안 하는 경우’를 청구한 사례임.

수술 전 D&C 및 자궁경부원추형절제검사 결과 자궁경부암과의 감별이 어렵고 내자궁경부와 자궁내막에서 장액성선암 추정되어 광범위자궁적출술, 양측골반림프절절제술이 가능함. 수술기록지와 조직병리결과지를 종합하여 검토한 결과 광범위자궁적출술, 양측골반림프절절제술을 시행한 것으로 판단되므로 청구한대로 인정함.

▶ D사례(여/70세)

- 자궁내막의 악성 신생물 상병으로 전자궁적출술, 양측난소난관절제술, 양측 골반 및 대동맥 림프절절제술의 수술명 하에, ‘자414나(1) 전자궁적출술(림프절절제를 하지 않는 경우)-단순[제2수술]’, ‘자415-2 골반 및 대동맥주위림프절절제술’을 청구한 사례임.

수술 전 D&C 및 영상검사 결과 자궁내막암 선암 1B기, 분화도 3으로 진단하여 시행한 전자궁적출술, 골반 및 대동맥주위림프절절제술은 청구한대로 인정함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수
- 대한산부인과학회 교과서 편찬위원회. 부인과학. 제 5판. 대한산부인과학회. 2015.
- Jonathan S. Berek. Berek & Novak's Gynecology. 15th ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2012.
- NCCN Clinical Guidelines in Oncology. Endometrial Carcinoma Version 2. 2017.
- 학회 의견(대한산부인과학회 제 2017-324호, 2017.6.27.)

[2017.7.21. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

요양급여대상 사전 승인 건

5. Eculizumab(품명: 솔리리스주) 요양급여대상 인정여부

- 위원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부 고시 제2016-173호, 2016.09.01.시행)에 따라 요양급여 대상여부를 결정하는 솔리리스주 사전심의제도를 실시하고 있습니다.
- 「Eculizumab(품명: 솔리리스주) 사전 승인에 관한 방법 및 절차」(건강보험심사평가원 공고 제2016-241호, 2016.09.01.시행)에 의거하여,
 1. 승인받은 환자는 요양급여대상으로 인정통보를 받은 날부터 60일 이내에 솔리리스주를 투여하여야 하며 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 한다.
 2. 승인을 받은 요양기관은 6개월마다 위 공고 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 정확하게 작성하여 약제투여 개시일이 포함된 월을 기준으로 6개월이 경과된 익월 15일 이내에 위원회에 제출하여야 한다.

☐ 사전승인

구분	계	승인	불승인	기타
사전승인	1	0	1	0

※ 신청기관: 1기관

○ 세부내역

구분	성별/나이	심의결과	비고
A사례	여/39	불승인	해당사례의 내용을 확인하여 보았을 때, 발작성야간혈색소뇨증 환자의 유산 위험성을 배제할 수는 없으나 현재 임신상태에서 CBC와 LDH가 정상범위인 것으로 보이고, 과거 유산도 발작성 야간혈색소뇨증의 연관성이 명확하지 않다는 전문가 의견이 있음. 또한, 최근의 PNH clone size가 요양급여 기준에 해당하지 않음. 따라서 이 환자의 솔리리스주 투여에 대한 사전 승인요청은 불승인하나, 환자의 검사결과 및 투약이 필요하다는 근거자료 제출 시 재논의 가능함.

6. 조혈모세포이식 영양급여대상 인정여부

우리원에서는 「조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부고시 제2016-65호, 2016.5.1.시행)」에 따라 조혈모세포이식 영양급여 대상자에 대해 영양급여 대상여부를 결정하는 **조혈모세포이식 사전심의 제도**를 실시하고 있습니다.

심의 결과 관련 기준에 적합한 경우는 영양급여로 인정하며, 적합하지 않은 경우에는 비승인 되어 선별급여로 결정합니다. 선별급여 대상 환자가 **조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우**, 「비승인 조혈모세포이식 환자의 영양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014.12.1.시행)」에 따라 **이식과 직접 관련된 진료기간**(조혈모세포 주입 전 1주부터 주입 후 2주)의 영양급여비용(이식술료, 이식과 관련된 입원료 [무균치료실료 포함], 시술 전·후 처치 등)에 대하여는 **100분의 50을 본인에게 부담**토록하고, 그 외의 기간에 이루어지는 진료비(면역억제제 투여, 검사와 합병증 및 후유증 치료비 등)에 대하여는 **영양급여로 인정**하고 있습니다.

■ 심의 결과

구분		계	동종	제대혈	자가	비고
총 접수		288	152	2	134	-
처리결과	급여	195	101	2	92	-
	선별급여	66	45	0	21	-
	자료보완	15	3	0	12	-
	취하	12	3	0	9	-

* 신청기관 : 36개 영양기관

■ 심의내용

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
동종	총 152건	급여: 101건	급성골수성백혈병: 39건	(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우
			급성림프모구백혈병: 25건	고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함. 혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 인정함 (1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① t(9;22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 ② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 ③ 염색체수 44 미만 (나) 진단시 1세미만

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(다) 백혈구 수 $100 \times 10^9/L$ 이상</p> <p>(라) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우</p> <p>(마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① Poor Steroid Response</p> <p>② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)</p> <p>③ Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>(3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>(4) 2차 이상 완전관해된 경우</p>
			중증재생불량성빈혈: 8건	<p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>골수검사결과 세포총실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25%이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때</p> <p>① 절대호중구 수(ANC)가 $500/\mu l$ 이하</p> <p>② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 $60 \times 10^9/L$</p> <p>③ 혈소판 $20,000/\mu l$ 이하</p>
			골수형성이상증후군: 16건	<p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>(1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우</p> <p>(가) 고위험군인 경우</p> <p>① IPSS: Intermediate-2 또는 high</p> <p>② IPSS-R, WPSS: high 또는 very high</p> <p>(나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우</p> <p>① 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) $500/\mu l$ 이하이면서 혈소판 $20,000/\mu l$ 이하</p> <p>② Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>(2) 소아는 사례별로 결정함</p>
			만성골수성백혈병: 3건	<p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>WHO criteria에서 제시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) TKI 제제(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				(2) T315I mutation 확인된 경우 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			비호지킨림프종: 3건	(1) 비호지킨 림프종 (가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며, 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우 ② Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) ③ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함 ① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma ② Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma ③ Mantle Cell Lymphoma ④ Diffuse Large B Cell Lymphoma ⑤ Burkitt Lymphoma ⑥ Peripheral T-cell Lymphoma ⑦ Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상 ⑧ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma ⑨ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			일차골수섬유증: 4건	일차골수섬유증의 예후지표인 DIPSS plus risk category 중 고위험도(High risk, 예후인자수 ≥ 5항목)와 중등위험도-2(Intermediate-2, 예후인자수 3항목 또는 4항목)에 해당하는 경우. 다만, 중등위험도-2에 해당하는 경우에는 질병의 중등도 등 환자상태를 고려하여 사례별로 인정함.
			다발골수증: 1건	고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 다음의 조건을 모두 만족하는 경우 ① ECOG 수행능력평가 0-1 ② 부분반응(Partial Response) 이상인 경우 ③ 만성신부전이 아닌 경우 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			혈구포식림프조직구증(HLH): 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표 2-가-10)에 의하면 혈구포식림프조직구증(Hemophagocytic Lymphohistiocytosis, HLH)은 “The Histiocyte Society에서 제시된 진단기준(2004년 제정)을 만족하는 혈구포식림프

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				조직구증 환자 중 가족성(유전적) 또는 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우 다만, 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증 중에서 호전된 경우는 사례별로 인정함."으로 되어 있음. 이 건은 혈구포식림프조직구증으로 동종조혈모세포이식 예정으로 진료심사평가위원회에서 논의한 결과 재발된 상태로, 가족성의 가능성이 있어 현재 이식이 필요하다고 판단하여 요양급여대상자로 인정함.
			중증복합면역결핍증(SCIDs): 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-14)에 의하면 중증복합면역결핍증은 임상 양상 및 유전자 검사 또는 질환의 특이검사 등으로 진단된 경우 사례별로 인정하고 있음. 이 건은 중증복합면역결핍증으로 동종조혈모세포이식 예정으로 진료심사평가위원회에서 논의한 결과 림프구 검사상 확진되며 감염이 반복되는 상황으로 검사 또는 질환의 특이검사 등으로 진단된 경우에 해당된다고 판단되는바, 응급이식이 필요한 것으로 판단되어 요양급여대상자로 인정함.
		자료보완: 3건	판코니빈혈(Fanconi anemia): 1건	이 건은 판코니빈혈으로 동종조혈모세포이식 예정으로 진료심사평가위원회에서 논의한 결과 환자와 동일한 유전자 보인자인 공여자(오빠)의 최근 CBC등의 자료가 제출되지 아니한바, 추후 CBC 등 추가 자료 제출 후 재논의가 필요하므로 자료보완토록 함.
			급성골수성백혈병: 2건	이 건은 급성골수성백혈병으로 동종조혈모세포이식 예정으로 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)[별표]-1-나에 의해 조혈모세포 공여자와의 조직형 일치 정도 확인이 필요함. 그러나, 이 건은 공여자 HLA 검사결과지가 제출되지 않아 조직형 일치정도가 확인되지 않으므로, 추후 HLA 자료 제출 후 재논의가 필요하므로 자료보완토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-1)에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우”로 되어 있음. 따라서 급성골수성백혈병으로 동종조혈모세포이식 예정인 이 건은 17년 5월 공고요법 시행 후 최근(17년 7월)까지 말초혈액검사가 회복되지 않아, CR 판정이 어려움. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 회복된 말초혈액검사 혹은 추가 골수검사결과가 필요하므로 자료보완토록 함.
		선별급여: 45건	급성골수성백혈병: 13건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-1)에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>요양급여인정기준은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우”로 규정하고 있음.</p> <p>급성골수성백혈병으로 동종조혈모세포이식 예정인 이 건은 골수검사와 말초혈액검사 및 영상검사 결과 완전관해가 확인되지 않음. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 의하면 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.”로 규정하고 있음. 이 건은 현재 기준 연령을 초과하여 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우이므로 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”로 규정하고 있음. 이 건은 급성골수성백혈병으로 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 골수검사결과 및 말초혈액검사결과 완전관해가 확인되지 않음. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 고 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 2차 반일치 동종 조혈모세포이식은 기준에 해당하지 않음. 또한, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청과 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-1)에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 요양급여인정기준은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우” 로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 동종조혈모세포이식 예정으로 4차 재발에 해당됨에 따라, 상기 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다. (2) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. 2) 제대혈이식 - HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개(locus 혹은 allele) 불일치</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(4/6)까지 인정한다.” 로 명시되어 있음.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 진단되었으나 조직형 검사결과 HLA가 일치하지 않고, 비혈연 동종조혈모세포이식 예정이나 조직형 검사결과 HLA가 일치하지 않음. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			급성림프모구백혈병 : 7건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-3)에 의하면 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)의 요양급여인정기준은 “혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 인정함 (1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해진 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 ② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 ③ 염색체수 44 미만 (나) 진단시 1세미만 (다) 백혈구 수 100 X 10⁹/L 이상 (라)진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Poor Steroid Response ② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) ③ Early T cell Precursor Phenotype (3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 (4) 2차 이상 완전관해진 경우” 로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정이나 골수검사와 말초혈액검사 및 영상검사 결과 완전관해가 확인되지 않음. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 고 명시하고 있음.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 급성림프모구백혈병의 반일치 동종조혈모세포이식은 기준에 해당되지 않음. 또한, 제출된 자료에서 ALL 고위험 소견 확인되지 않으며, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 의하면 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.”로 규정하고 있음. 이 건은 현재 기준 연령을 초과하여 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우이므로 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-3)에 의하면 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)의 영양급여인정기준은 “혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 인정함 (1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 ② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 ③ 염색체수 44 미만 (나) 진단시 1세미만 (다) 백혈구 수 100 X 10⁹/L 이상 (라)진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Poor Steroid Response ② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) ③ Early T cell Precursor Phenotype (3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 (4) 2차 이상 완전관해된 경우”로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정이나 15세 미만으로 고위험군이 확인되지 않으므로 상기 요건을 충족하지 못하는바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			골수형성이상증후군 : 4건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표2-

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)의 요양급여인정기준은 “(1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우 (가) 고위험군인 경우 ① IPSS: Intermediate-2 또는 high ② IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (나) 중간위험군 (ISS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 ① 말초혈액검사 결과 절대호중구수 (ANC) $500/\mu\ell$ 이하이면서 혈소판 $20,000/\mu\ell$ 이하 ② Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우 (2) 소아는 사례별로 결정함” 으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 진단되어 중간위험군에 해당되나 말초혈액검사 결과나 수혈요구도가 기준을 충족하지 않음. 따라서 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 의하면 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.”로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 현재 기준 연령을 초과하여 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우 이므로 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-1)에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성 백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우”로 되어 있음.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 동종조혈모세포이식 예정인 바, 진료심사평가위원회에서 논의한 결과 최근 시행한 골수 검사결과 급성골수성백혈병 소견으로 완전관해가 확인되지 않음. 따라서 기준에 해당하지 아니하므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 고 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 비호지킨림프종의 반일치 동종 조혈모세포이식은 상기의 기준에 해당하지 않음. 또한, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			비호지킨림프종: 10건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 고 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 2차 반일치 동종 조혈모세포이식은 상기의 기준에 해당하지 않음. 또한, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>T-Lymphoblastic lymphoma/leukemia 상병에 동종조혈모세포이식 예정인 건으로 이 상병은 ALL의 인정기준에 준하여 사례별로 심의하고 있음.</p> <p>이 건은 완전관해 여부가 확인되지 않아 기준에 해당하지 않</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>으므로, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여 비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>T-Lymphoblastic lymphoma/leukemia 상병에 동종조혈모세포 이식 예정인 건으로 이 상병은 ALL의 인정기준에 준하여 사례별로 심의하고 있음.</p> <p>이 건은 제출된 자료에서 ALL 고위험 소견 확인되지 않으며, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한 바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여 비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표 2-가-7)-(1)-(나)에 의하면 “(나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함” 으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종(Burkitt lymphoma)으로 1차 동종조혈모세포이식 예정이나, 표준항암화학요법에 완전관해로 확인됨. 따라서 재발 또는 불응성에 해당되지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표 2-가-7)-(1)에 의하면 비호지킨림프종의 요양급여인정기준은 “(가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 (나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함” 으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 동종조혈모세포이식 예정이나 추적 검사결과 부분반응 이상 확인 되지 않음. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			중증재생불량성빈혈 : 5건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B,</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 이 상병의 반일치 동종조혈모세포이식은 기준에 해당하지 않음. 또한, 제출된 말초혈액검사결과 Very severe Aplastic anemia에 해당되지 않고, 이 상병의 반일치 이식에 대한 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다. (2) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. 2) 제대혈이식 - HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개(locus 혹은 allele) 불일치(4/6)까지 인정한다.”로 명시되어 있음.</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA가 일치하지 않음. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 고 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 이 상병에 대한 2차 반일치 동종조혈모세포이식은 기준에 해당하지 않음. 또한, 2차 반일치 동종조혈모세포이식의 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표2-가-4)에 의하면 중증재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)은 “골수검사결과 세포충실도가 심하게 낮으면서 (cellularity가 25%이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련 세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 ① 절대호중구 수(ANC)가 500/μL 이하 ② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x10⁹/L ③ 혈소판 20,000/μL 이하” 로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 말초혈액검사결과 2개 이상의 소견이 확인되지 않음. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>혈구포식림프조직구증 : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표 2-가-10)에 의하면 혈구포식림프조직구증(Hemophagocytic Lymphohistiocytosis, HLH)의 요양급여인정기준은 “The Histiocyte Society에서 제시된 진단기준(2004년 제정)을 만족하는 혈구포식림프조직구증 환자 중 가족성(유전적) 또는 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우 다만, 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증 중에서 호전된 경우는 사례별로 인정함.”으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 혈구포식림프조직구증으로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			일차골수섬유증: 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 고 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 일차골수섬유증으로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 고 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 일차골수섬유증으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA가 일치하지 않음. 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			만성육아종증(CGD): 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidential)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 고 명시하고 있음. 이 건은 만성육아종증으로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			다발골수종: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidential)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 고 명시하고 있음. 이 건은 다발골수종으로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasm: 1건	이 건은 Blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasm으로 진단되어 1차 동종조혈모세포이식 예정으로 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)에 해당되지 않으며, 현재 완전관해 확인되지 않음. 따라서 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
		취하: 3건		
제대혈	총 2건	급여: 2건	급성림프모구백혈병: 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-3)에 의하면 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>Leukemia)의 요양급여인정기준은 “혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 인정함 (1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 ② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 ③ 염색체수 44 미만 (나) 진단시 1세미만 (다) 백혈구 수 100 X 10⁹/L 이상 (라)진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Poor Steroid Response ② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) ③ Early T cell Precursor Phenotype (3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 (4) 2차 이상 완전관해된 경우” 요양급여 대상임.</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
자가	총 134건	급여: 92건	다발골수종: 39건	<p>IMWG에서 제시한 다발골수종의 진단 기준에 맞고 이식 적응증에 적합한 경우 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			비호지킨림프종: 33건	<p>1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 각 호의 1에 해당하는 경우 요양급여 대상임.</p> <ul style="list-style-type: none"> ① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 ② Diffuse Large B Cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 ③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) ④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) <ul style="list-style-type: none"> (단, stage I 완전관해 제외) ⑤ Peripheral T-cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) ⑥ Primary CNS Lymphoma <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
				<p>표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상임.</p> <ul style="list-style-type: none"> ① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> Lymphoplasmacytic Lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia ② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름) ③ Mantle Cell Lymphoma ④ Diffuse Large B Cell Lymphoma ⑤ Burkitt Lymphoma

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				⑥ Peripheral T-cell Lymphoma ⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma ⑧ Primary CNS Lymphoma 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			호지킨림프종: 3건	표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분 반응이상인 경우 요양급여 대상임. 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			급성골수성백혈병 : 5건	(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 혈액학적 완전관해인 경우 요양급여 대상임. 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			급성림프모구백혈병 : 1건	혈액학적 1차 완전관해 상태이면서 적절한 국내 공여자(혈연 일치, 비혈연 일치, 제대혈)가 없으며 다음 중 하나에 해당하는 경우 인정함. (1) 진단시 15세 이상에서 다음 고위험군에 해당하지 않는 경우 (가) 고위험 염색체군 ① 염색체수 44 미만 ② t(v;11q23) ③ BCR/ABL 유전자 양성 ④ 복합염색체(5개 이상) (나) 진단 당시 상승된 백혈구수 ① B세포급성림프모구성백혈병 $30 \times 10^9/L$ 이상 ② T세포급성림프모구성백혈병 $50 \times 10^9/L$ 이상 (2) 진단시 15세 미만에서 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 ② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 (나) 진단시 1세미만 (다) 백혈구 수 $100 \times 10^9/L$ 이상 (라) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Poor Steroid Response ② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) ③ Early T cell Precursor Phenotype 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			<p>수모세포종 (Medulloblastoma) ①: 4건 수모세포종 (Medulloblastoma): 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.5.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>은 가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), 나. 다발골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상임.</p> <p>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-나-9)-(1)-(가)에 수모세포종(Medulloblastoma)은 수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상임.</p> <p>① 진단 시 3세 이하 ② 수술 후 잔여종괴가 1.5㎢ 이상인 경우 ③ 두개강내 전이가 있는 경우 ④ Anaplastic type</p>
			<p>신경모세포종①: 2건</p>	<p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.5.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>은 가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), 나. 다발골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상임.</p> <p>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-나-5)에 의하면 신경모세포종은 다음 각 호의 1에 해당하는 경우로</p> <p>(1) 진단 시 1세 이상이면서 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 Stage IV 또는 N-myc 증폭(+)인 Stage II 이상인 경우 (2) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 때</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			<p>원시성신경외배엽종양(PNET)①: 1건</p>	<p>※ N-myc증폭(+)인 경우 나이에 상관없이 고위험군에 해당</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.5.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>은 가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), 나. 다발골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상임.</p> <p>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				표) 2-나-6) 유령종양, 말초원시성신경외배엽종양(Peripheral PNET) (1) 진단 시 다음 고위험군의 하나에 해당하며 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 (가) metastatic disease at diagnosis (나) bulky primary tumor (>200 ml) (다) axial site (2) 수술 후, 방사선 치료 및 통상적인 화학요법(6개월 또는 6회이상)을 병용하여 부분 반응이상을 보이거나, 완전 관해에 도달하지 않은 경우 (3) 재발 또는 불응성으로 구제 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.
			AL 아밀로이드증 (AL amyloidosis): 1건	IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis)의 진단 기준에 만족하는 경우. 다만, ECOG 수행능력평가 0-1해당하면서 장기부전(심 신 간 폐부전)이 아닌 경우 고시 기준에 적합하여 영양급여 대상자로 인정함.
			간모세포종 (Hepatoblastoma): 1건	표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상이거나 재발되어 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 사례별로 인정함. 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.
			골육종 (Osteosarcoma): 1건	다음 중 하나에 해당하는 경우 (1) 수술 및 항암치료 후 완전 관해된 경우 (2) 재발 후 국소적 치료 및 구제 항암화학요법으로 2차 완전관해 된 때. 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.
	자료보완: 12건		비호지킨림프종: 5건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(영양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종의 영양급여인정 기준은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우로 규정하고 있음. ① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 ② Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 ③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) ④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) ⑤ Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) ⑥ Primary CNS Lymphoma

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종의 요양급여 인정기준은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우로 규정하고 있음.</p> <p>① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenström's Macroglobulinemia</p> <p>② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</p> <p>③ Mantle Cell Lymphoma</p> <p>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>⑤ Burkitt Lymphoma</p> <p>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma</p> <p>⑧ Primary CNS Lymphoma</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나, measure 및 영상자료가 제출되지 않아 PR 판정이 어려워 요건해당여부에 대한 판단이 불가함. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
				<p>이 건은 비호지킨림프종으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정으로 최근 골수검사서 침범소견 지속되어 이식에 적합한 골수상태로 판단하기 곤란함. 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 골수 검사가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
			다발골수종: 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)-2-나-4)-(1)에 의하면 다발골수종의 요양급여인정기준은 “IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우”로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 다발골수종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정으로 제출된 검사결과를 참조할 때 조혈모세포이식이 반드시 요구되는 다발골수종의 범주에 포함된다고 판단하기 곤란한바 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
			생식세포종 (Germ cell tumor) : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)-2-나-7)에 의하면 Germ cell tumor의 요양급여인정기준은 “재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우”로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 생식세포종(Germ cell tumor)로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정으로 부분반응 이상 판정을 위한</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				measure 및 영상자료가 제출되지 않아 PR 판정이 어려워 요건 해당여부에 대한 판단불가하고, 골수검사가 제출되지 않아 이식에 적합한 골수상태 여부 판단이 곤란함. 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.
			수모세포종 (Medulloblastoma) ①: 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)-2-나-9)-(1)-(가)에 의하면 수모세포종(medulloblastoma)의 요양급여인정기준은 “수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 다음 각 호의 1에 해당하는 경우 ①진단시 3세이하 ② 수술후 잔여종괴가 1.5cm ³ 이상인 경우 ③두개강내 전이가 있는 경우 ④Anaplastic type”로 규정하고 있음. 이 건은 골수검사 자료가 없어 골수 미침범 등 이식에 적합한 골수상태를 평가하기 어려워 요건해당여부에 대한 판단 불가한바, 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.
			Choroid Plexus Carcinoma: 1건	이 건은 Choroid plexus carcinoma로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수 상태 여부 판단이 곤란함. 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 골수 검사가 필요하므로 자료보완토록 함.
			자가면역질환 (Bechet's disease): 1건	자가면역질환에 자가조혈모세포이식시 요양급여대상 여부 (행정해석 보험급여과-4230호, 2005.9.30.)에 의하면 “자가면역질환중 일부 질환은 임상성적이 충분하지 않으므로 질환별 임상성적 등을 고려하여 아래 일부 자가면역질환에만 제한적으로 요양급여대상으로 인정하되, 조혈모세포이식분과위원회에서 사례별로 인정여부를 결정토록 함. 이 경우 조혈모세포이식센터 소속 병원의 류마티스분과 전문의[부교수 이상] 소견서가 첨부되어야 함으로 명시하고 있음. - 아 래 - 가. 대상질환 : Multiple sclerosis(다발성경화증), Systemic sclerosis(전신피부경화증), Rheumatoid arthritis(류마티스관절염), Systemic lupus erythematosus(전신홍반루푸스) 나. 대상자 조건 : 표준요법에 실패하여 생명이나 주요장기 기능이 위협될 정도의 중증 상태 이 건은 (베첷병)으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정이나, 류마티스분과 전문의 소견서 및 참고문헌이 제출되지 않아, 요양급여 대상 여부 결정이 곤란하므로 자료보완토록 함.
		선별급여: 21건	비호지킨림프종: 14건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종의 요양급여인정기준은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>해당하는 경우로 규정하고 있음.</p> <ul style="list-style-type: none"> ① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 ② Diffuse Large B Cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 ③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) ④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) <ul style="list-style-type: none"> (단, stage I 완전관해 제외) ⑤ Peripheral T-cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) ⑥ Primary CNS Lymphoma <p>또한, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종의 영양급여인정기준은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우로 규정하고 있음.</p> <ul style="list-style-type: none"> ① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia ② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름) ③ Mantle Cell Lymphoma ④ Diffuse Large B Cell Lymphoma ⑤ Burkitt Lymphoma ⑥ Peripheral T-cell Lymphoma ⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma ⑧ Primary CNS Lymphoma <p>이 건은 비호지킨림프종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 추적 검사결과 부분반응 이상의 반응을 보인 것으로 판단하기 어려움. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(가)-④에 의하면 Extranodal NK/T cell lymphoma(nasal type)의 영양급여인정기준은 stage I 완전관해인 경우 기준에서 제외하는 것으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 Extranodal NK/T cell lymphoma(nasal type)로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 stage I 완전관해 상태로 판단됨. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나1)-(1)-(가)-②에 의하면 Diffuse Large B cell lymphoma의 요양급여인정기준은 “LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV인 경우”로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 Diffuse large cell lymphoma(Mediastinal large cell lymphoma)로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 stage II로 판단됨. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나1)-(1)-(가)-②에 의하면 Diffuse Large B cell lymphoma의 요양급여인정기준은 “LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV인 경우”로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 Diffuse large cell lymphoma로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 LDH 검사결과가 정상임. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종의 요양급여인정기준은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우로 규정하고 있음.</p> <ul style="list-style-type: none"> ① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia ② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름) ③ Mantle Cell Lymphoma ④ Diffuse Large B Cell Lymphoma ⑤ Burkitt Lymphoma ⑥ Peripheral T-cell Lymphoma ⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma ⑧ Primary CNS Lymphoma <p>이 건은 비호지킨림프종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로 확인 되지 않음. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				Subcutaneous panniculitis like T cell lymphoma는 고시 기준 외 상병으로 재발 또는 불응성인 경우 부분반응 이상이 확인되는 경우에 사례별 급여인정하고 있음. 이 건은 표준항암 요법 후 1차 부분반응 이상 상태이므로, 환자 측의 요청에 따라 진료담당의사의 의학적인 판단에 의해 자가조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 의하면 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.”로 규정하고 있음. 이 건은 현재 기준 연령을 초과하여 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우이므로 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				이 건은 비호지킨림프종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 제출된 자료를 검토한 결과 조직학적 확진이 되지 않아 진단의 근거가 명확하지 않으므로 현재 상황이 반드시 이식이 필요하다고 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			다발골수종: 3건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 의하면 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.”로 규정하고 있음. 이 건은 현재 기준 연령을 초과하여 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우이므로 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			AL 아밀로이드증 (ALamyloidosis) : 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 의하면 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.”로 규정하고 있음. 이 건은 현재 기준 연령을 초과하여 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우이므로 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증의 진단 기준에 맞고 이식 적응증에 적합한 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 자가조혈모세포이식 예정인 이 건은 제출된 검사결과를 참조할 때 조혈모세포이식이 반드시 요구되는 AL 아밀로이드증의

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				범주에 포함된다고 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Germ cell Tumor (생식세포종): 1건	보건복지부 고시 제2016-64호(2016.5.1.)에 "2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 자가 조혈모세포이식(Tandem Transplantation)은 가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT), 나. 다발성골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여토록 되어있음. 이 건은 Germ Cell Tumor로 2차 자가조혈모세포이식 예정이나, Tandem Transplantation 고시 기준을 충족하지 못하는바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			유방종양: 1건	보건복지부 고시 제2016-64호(2016.5.1.)에 "2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 자가 조혈모세포이식(Tandem Transplantation)은 가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT), 나. 다발성골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여토록 되어있음. 이 건은 유방종양으로 자가조혈모세포이식 예정이나, Tandem Transplantation 고시 기준을 충족하지 못하는바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
		취하: 9건		
계	288			

①: tandem transplantation (2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 자가 조혈모세포이식)

<지역심사평가위원회 심의사례>

요양급여비용 사후 심사 건

7. 당뇨병 상병 등으로 외래에 내원한 환자에게 시행한 나245 유리지방산 검사 인정여부

■ 청구 및 진료내역

○ A사례(여/69세)

- 청구 상병명: 당뇨병성 백내장을 동반한 2형 당뇨병
- 주요 청구내역: 나245 유리지방산검사(C2450) 1*1.1*1
- 진료내역: 6년 전 당뇨병 진단 하 당뇨약 복용 중
검사결과 HbA1c: 10.8, GLU: 390, FFA: 886, Insulin 12.2, C-Peptide 6.38, TG 122

○ B사례(남/62세)

- 청구 상병명: 당뇨병성 다발신경병증을 동반한 2형 당뇨병
- 주요 청구내역: 나245 유리지방산검사(C2450) 1*1.1*1
- 진료내역: 4년 전 당뇨병 진단 하 의원에서 당뇨약 복용 중으로, 체중 감소(10Kg/3달), 다음, 다뇨 증상 있음. 검사결과 HbA1c: 13.9, GLU: 261, FFA: 420, Insulin 16.7, C-Peptide 4.29, TG 118

○ C사례(여/45세)

- 청구 상병명: 당뇨병성 다발신경병증을 동반한 2형 당뇨병
- 주요 청구내역: 나245 유리지방산검사(C2450) 1*1.1*1
- 진료내역: 1년 전 당뇨병 진단 하 당뇨약 복용 중으로, Foamy Urine, 다음, 다뇨, 체중감소(5Kg/1달) 증상 있음. 검사결과 HbA1c: 9.3, FFA: 459, Insulin 4.7, C-Peptide 3.95, TG 162

○ D사례(남/66세)

- 청구 상병명: 당뇨병성 다발신경병증을 동반한 2형 당뇨병
- 주요 청구내역: 나245 유리지방산검사(C2450) 1*1.1*1
- 진료내역: 4년 전 당뇨병 진단
검사결과 Glu 158, HbA1c 7.6, FFA: 529, Insulin 11.2, C-Peptide 2.26, TG 162

○ E사례(여/62세)

- 청구 상병명: 기타 명시된 염증성 간질환
- 주요 청구내역: 나245 유리지방산검사(C2450) 1*1.1*1
- 진료내역: 12년 전 당뇨병 진단받아 경구약 복용 중
검사결과 FFA: 1077, Insulin 11.6, TG 105

○ F사례(여/61세)

- 청구 상병명: 주상병) 달리 분류되지 않은 지방(변화성)간
부상병) 합병증을 동반하지 않은 상세불명의 당뇨병, 지질단백대사의 상세불명 장애
- 주요 청구내역: 나245 유리지방산검사(C2450) 1*1.1*1
- 진료내역: 당뇨진단 받았으나, 약 복용 없는 상태임.
검사결과 HbA1c: 6.9, GLU: 132, FFA: 1117, Insulin 9.8, TG 117 (10개월 전 FFA 622)

■ 심의내용 및 결과

- 이 건은 당뇨병 상병 관련하여 외래에 내원한 환자에게 당뇨병성 케톤산증(Diabetic Ketoacidosis)을 예측하기 위해 유리지방산 검사(Free Fatty Acid)를 청구한 것으로, 외래에 내원한 환자에게 유리지방산 검사를 시행할 만한 임상적 타당성과 요양급여 인정여부에 대해 논의함.
- 제출된 진료기록부 등을 참조한 결과 당뇨병성 케톤산증을 의심할 만한 객관적 소견이 없고, 당뇨병성 케톤산증이 의심되는 경우에는 혈중, 뇨중 케톤 검사로 확인이 가능하므로 이 사례에서 실시한 유리지방산 검사는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”
- Dennis Kasper et al. Harrison's's principles of internal medicine. McGraw-Hill Education. 2015.
- NICE Guidance. Diabetes. CCG15. 2016.

[2017.5.15. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

8. 임신 예정인 류마티스 관절염 환자에게 메토트렉세이트 없이 단독 투여한 Golimumab 주사제(품명: 심퍼니주 등) 인정여부

■ 청구내역(여/31세)

- 청구 상병명: 상세불명 기타 혈청검사양성 류마티스관절염, 상세불명 부분 관절통, 기타부분, 식도염을 동반한 위-식도역류병
- 주요 청구내역: 142 심퍼니주(골리무맙, 유전자재조합)_(50mg/4mL)/B 2*1*1
331 대한열균생리식염수(생리식염주사액)_(0.9g/100mL/백)/B 1*1*1
마5주1 정맥내유치침 (KK059) 1*2*1
마5나 정맥내점적주사-100ml ~500ml [1병또는포장단위당] (KK052) 1*1*1

■ 심의결과

- 이 건(여/31세)은 임신예정인 류마티스관절염 환자에게 메토트렉세이트 병용 없이 Golimumab 주사제(품명: 심퍼니주 등)를 단독 사용한 경우로 임신 예정인 류마티스관절염 환자에게 메토트렉세이트 투약 중단은 타당하나 Golimumab 주사제(품명: 심퍼니주 등)의 단독 투여는 식품의약품안전처 허가사항 외임.
- 따라서 이 건에 산정된 Golimumab 주사제(품명: 심퍼니주 등)의 투여는 인정하지 아니함.

■ 심의내용

- 이 건(여/31세)은 임신예정인 류마티스관절염 환자에게 메토트렉세이트 병용 없이 Golimumab 주사제(품명: 심퍼니주 등)를 단독 사용한 경우로 Golimumab 주사제(품명: 심퍼니주 등)의 인정여부에 대해 논의함.
- Golimumab 주사제(품명: 심퍼니주 등)는 현행 인정기준(보건복지부 고시 제2017-17호)에 의하면 성인의 활동성 및 진행성 류마티스 관절염의 경우, 각 약제별 허가사항 범위 내에서 “투여대상 ACR/EULAR 진단 기준(2010년 제정)에 부합하는 성인 류마티스 관절염 환자 중 다음 한 가지에 해당하고 두 가지 종류 이상(MTX(Methotrexate) 포함)의 DMARDs(Disease Modifying AntiRheumatic Drugs)로 6개월 이상(각 3개월 이상) 치료하였으나 치료효과가 미흡하거나, 상기 약제들의 부작용 등으로 치료를 중단한 환자(다만 MTX 사용이 불가능한, 간질환 혹은 신부전 등의 경우에는 MTX를 제외한 두 가지 종류 이상의 DMARDs 사용)”의 경우 요양급여를 인정하며, 그 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 하고 있음.
 - 또한 식품의약품안전처 허가사항에 의하면 류마티스 관절염에 Golimumab 주사제(품명: 심퍼니주 등)는 메토트렉세이트와 병용하여 투여하도록 명시되어 있음.
- 진료기록부(외래경과기록지) 및 우리원 약제이력 조회결과 2016.6.14.~ 2017.1.9. 엠티엑스정(품명: 메토트렉세이트정), Golimumab 주사제(품명: 심퍼니주 등) 병용투여 및 2017.2.17. Golimumab 주사제(품명: 심퍼니주 등) 단독투여 내역 확인됨. 2017.2.7. 임신준비로 MTX 끊겠다는 기록 있음.
- 이 건(여/31세)은 임신예정인 류마티스관절염 환자에게 메토트렉세이트 병용 없이 Golimumab 주사제(품명: 심퍼니주 등)를 단독사용한 경우로 임신 예정인 류마티스관절염 환자에게 메토트렉세이트 투약 중단은 타당하나 Golimumab 주사제(품명: 심퍼니주 등)의 단독 투여는 식품의약품안전처 허가사항 외임.
- 따라서 이 건에 산정된 Golimumab 주사제(품명: 심퍼니주 등)의 투여는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”
- Golimumab 주사제(품명: 심퍼니프리필드시린지주 50밀리그램 등)(보건복지부 고시 제2017-17호, 2017.2.1. 시행)
- Methotrexate 제제(보건복지부 고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행)
- 식품의약품안전처 허가사항
- Julia Flint, et al. BSR and BHPR guideline on prescribing drugs in regnancy and breastfeeding-Part I: standard and biologic disease modifying anti-rheumatic drugs and corticosteroids. Rheumatology 2016;55:1693-1697.
- Hilal Ince-Askan, et al. Pregnancy and rheumatoid arthritis. Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 2015;29:580-596.

[2017.4.27. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

9. 척추후반증(Kyphosis) 동반된 골다공증성 압박골절에 시행한 자45다 척추체제거술 및 자46나 척추고정술 인정여부

■ 청구내역(여/67세)

- 청구 상병명: L1 부위의 골절·폐쇄성, 척수병증을 동반한 기타 척추증·흉요추부, 병적 골절을 동반한 폐경후 골다공증·상세불명 부분
- 주요 청구내역

자45다 척추체제거술(요추)	1*1*1
자46나(2) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-흉추	1*1*1
자46나(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추	1*1*1
CD HORIZON M8(M10) SCREW SET 전규격 (F0018202)	1*10*1
CD HORIZON SMOOTH RODS 전규격 (F0016172)	1*2*1
CANCELLOUS COARSE 30cc (TBA04304)	1*1*1
CANCELLOUS CUBE 30CC (TBA04007)	1*2*1
SYNEX 전규격 (F0204003)	1*1*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 (N0051006)	1*1*1

■ 진료내역

- C.C: LBP with RP to both L/E
- P.I: 4-5ya 병판길에 넘어짐.
 - 연고지 병원. PTx, med 복용후 호전, 이후 intermittent LBP 1ya, LBP 증가 -> 간헐적 한방치료, med 한달전 LBP 악화 & weakness, limping gait 동반
 - 연고지 한의원, 한방치료, med, PTx -> 호전 없음.
- agg: ambulation
- P/Ex: SLRT: F/F Patrick test : -/-

Motor: BTDF 4/1	BTPF 4/3
ADF 4/0	APF 4/3

 Sensory: Lt lateral calf ~ dorsum foot hypesthesia
 heel/toe gait: impaired
 DTR: KJ +/+ AJ +/+
 voiding difficulty/constipation + 빈뇨/-
- MRI finding: 1. Kummell's disease with vertebral collapse, T11 and L1 with kyphotic angulation.
 2. Central canal and right foraminal stenosis, T12-L1
 3. Left foraminal stenosis, L1-2
 4. Central canal stenosis, L4-5 and L5-S1
 5. Degenerative spondylosis.
- 골밀도결과: L-spine T-score= -4.2 , Lt Femur T-score= -2.8

■ 심의내용 및 결과

- L1 부위의 골절, 폐쇄성, 척수병증을 동반한 기타 척추증, 흉요추부 상병에 Corpectomy L1, post fusion T9,10,12,L2,L3 시행하고, 자45다 척추체제거술(요추)×1, 자46나(2) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-흉추×1, 자46나(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추×1 청구한 경우임.

- 제출된 진료기록 및 영상자료 참조, 제1요추 골다공증성 압박골절로 판단되나 영상소견과 환자 증상의 연관성이 확인되지 않아 수술료 및 관련 재료대 인정하지 아니함.

■ 참고

- 척추경나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 대한척추신경외과학회. 척추학. 군자출판사. 2008.
- 석세일. 척추외과학. 최신헌의사. 2004.

[2017.5.30. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

10. 적절한 보존적치료 없이 시행된 척추수술 인정여부

■ 청구내역(여/62세)

- 청구 상병명: 척수의 상세불명 질환, 척추협착 · 흉추부, 척추협착 · 요추부
- 주요 청구내역

자31	골편절제술	1*1*1
자49가(2)	관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-흉추	1*1*1
자49-1나	척추후궁절제술-흉추 [제2의수술]	1*1*1
자46나(2)	척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-흉추[제2의수술(종병이상)]	1*1*1
CD HORIZON SMOOTH RODS 전규격 (F0016172)		1*2*1
CD HORIZON M8(M10) SCREW SET 전규격 (F0018202)		1*6*1
CD HORIZON M8(M10) SCREW SET 전규격 (F0018202)		1*2*1
척추 및 척추수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 (N0051006)		1*1*1

■ 진료내역

- 진단명: Spinal stenosis, thoracic region, Spinal stenosis, lumbar region
- 수술명: PSF(posterior spinal fusion) D5-6-7-8 c autologous iliac bone
Decompressive laminectomy D7,8, Microdiscectomy D7-8 Rt
- C.C: Both leg weakness - 2016.09
- P.I: 지속적인 both leg weakness, Gr IV 및 sensory deficiency (배꼽 아래로 전반적으로 정상 대비 60%) 발생하여 걸을 때도 자주 넘어지는 증상이 있으나 ○○병원에서 수술 날짜 당기는 것이 불가능하여 타병원 진료 위하여 본원 내원하였고 수술적 치료 위해 입원
- P/Ex & N/Ex:
[Motor]

Level	Action test				
C4	Shoulder elevation	V/V	C5	Elbow flexion	V/V
C6	Wrist extension	V/V	C7	Elbow extension	V/V
C8	Finger flexion	V/V	T1	Finger abduction	V/V
L2	Hip flexion	IV/IV	L3	knee extension	IV/IV
L4	ankle dorsi flex.	III/III	L5	Gr. Toe dorsi flex.	IV/IV
S1	ankle plantar flexion	IV/IV			
- Sensory: Both lower extremity sensory deficit (배꼽 아래로 전반적으로 정상 대비 60%)
- T- MRI: T6-7-8 HNP with cord signal change

■ 심의내용 및 결과

- 척수의 상세불명 질환, 척추협착, 흉추부 상병에 PSF D5-6-7-8 c autologous iliac bone, Decompressive laminectomy D7,8, Microdiscectomy D7-8 Rt. 시행하고, 자31 골편절제술×1, 자49가(2) 관혈적 추간판제거술 [척추후궁절제술포함]-흉추×1, 자49-1나 척추후궁절제술-흉추 [제2의수술]×1, 자46나(2) 척추고정술 [기기,기구사용고정포함]-후방고정-흉추[제2의수술(종병이상)]×1 청구한 경우임.
- 제출된 진료기록 및 영상자료 참조, 척추압박으로 인한 신경증상 등 확인되어 조기수술의 필요성이 있다고 판단되어 척추고정술은 인정하나, 흉추 7,8번 부위에 시행한 척추후궁절제술은 관혈적 추간판제거술의 일련의 과정이므로 자49-1나 척추후궁절제술-흉추 [제2의수술]은 인정하지 아니함.

■ 참고

- 척추경나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1 시행)
- 관혈적 추간판제거술 시행시기에 대하여(2011.1.31, 공개심의사례)
- 대한척추신경외과학회. 척추학. 군자출판사. 2008.
- 석세일. 척추외과학. 최신의학사. 2004.

[2017.5.30. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

11. 환자 상태 참조 유산 상병에 실시한 항응고검사 등 인정여부

■ 청구내역(여/28세)

- 청구 상병명: 합병증이 없는 완전 또는 상세불명의 유산, 절박유산, 원발성 혈전성향 등
- 주요 청구내역:

나153	활성화부분트롬보플라스틴시간 (B1530)	1*1*1
나153	활성화부분트롬보플라스틴시간 (B1530)	1*1*2
나154	프로트롬빈시간 (B1540)	1*1*2
나158	항트롬빈III 측정 (B1580)	1*1*1
나475나	기타 감염증 항원(정밀)-Chlamydia [진단검사의학과전문의 등 판독] (C4752816)	1*1*1
너301가	기타 미생물 배양-마이코플라즈마 [진단검사의학과전문의 등 판독] (BY301006)	1*1.1*1
너301다	기타 미생물 배양-유레아플라즈마 [진단검사의학과전문의 등 판독] (BY303006)	1*1.1*1
나503나(1)	항카디오리핀항체(확진)-IgG (C5032)	1*1*1
나503나(2)	항카디오리핀항체(확진)-IgM (C5033)	1*1*1
나171가	루프스항응고인자(선별검사) (B1711)	1*1.1*1
나183가	Protein-C(기능적) (B1831)	1*1.1*1
나184가	Protein-S(기능적) (B1841)	1*1.1*1
너80나	플라스미노겐 항활성제(면역학적) (BY802)	1*1.1*1
나506가	항베타2당단백 I 항체(확진)-IgG (C5061)	1*1.1*1
나506나	항베타2당단백 I 항체(확진)-IgM (C5062)	1*1.1*1

■ 진료내역

- 2016.12.6.
 - 주호소: Vaginal bleeding (발현시점: 12/6)
 - 입원시 산과력: G2 P0 L0 D0 A1 (SA 1, AA 0)
 - 상기 28세 여환 IUP 11+6wks 초산모, 이전에 절박유산으로 입원치료 받은적 있는 산모로 내원일 발생한 Vaginal bleeding으로 외래진료 후 자궁내 출혈로 입원함.
 - LMP 2016.9.14.
 - 입원 및 수술력: 2016.11.30 Abortion, Threatened(본원)
 - 임신기간: 11+6wks
- 2016.12.7.
 - 심한 자궁출혈로 입원 / - 금일 초음파에서도 자궁내 출혈 많음 / - 계속 아랫배가 뭉쳐요
 - v/s stable: vaginal bleeding 지속되나 전일보다 양이 감소함
- 2016.12.8.: vaginal bleeding 지속되나 전일보다 양이 감소함
- 2016.12.9.: 조금 나아진 것 같아요
- 2016.12.10.
 - 자궁출혈지속...줄어들고 있음 / - 비슷해요
- 2016.12.12.: Hb 9.1, HCT 26.8, TSH 0.04, FT4 1.37
- 2016.12.16.: 윗배가 아파요, 오늘 새벽부터 갈색 점도가 높은 분비물이 많아졌어요
- 2016.12.17.: 아직도 배가 아파요, 분비물도 비슷해요
- 2016.12.18.: 아침에 배가 더 아파지고 출혈도 많아졌어요. 걱정되요
- 2016.12.22.
 - 자궁출혈 지속, 그러나 양은 줄어듬, 태반에는 출혈부위 없음/ - 오늘 소변 볼 때 덩어리가 나왔어요. 배도 좀 아파요

○ 2016.12.24.

- 자궁 내 출혈 지속, 호전 없음, 자궁출혈은 덩어리로 나옴 / - 배뭉침 심해서 많이 아픔 / - 자꾸 뭉쳐요

○ 2016.12.25.

- 배가 너무 아파요 / - v/s stable / - 23:00 복부 수축감 호소하여 nifedipine 추가 복용
- 00:00(12/26) 복부 통증 및 수축감 악화되어 ritodrine 28cc/hr에서 32cc/hr로 증량함
산모 ritodrine으로 인한 palpitation 힘들어해 추가 증량하지 않음
- 01:50 통증 호전되지 않아 AAP 복용함
- 03:00 통증 지속되어 pethidine 25mg IM 추가 처방하였으나 증상 호전되지 않음. 자궁 수축감 호전위해 IV hydration 권유하였으나 refuse함
- 07:00경 분만실에서 examination 함
- 질경으로 확인한 결과 다량의 blood clot 관찰됨
- 복부 초음파 확인 시 자궁내 위치하던 clot 크기 감소하였으며 태아상태 양호함
- 질초음파 확인하던 중 산모 수축 지속되며 태아 및 태반 모두 만출됨
- Complete abortion 확인한 후 분만실에서 vaginal bleeding 여부 지켜본 후 병동으로 이동 함

○ 주요검사결과

- Protein C activity(70~130): 142 / - Protein S activity(65~140): 52
- Lupus anticoagulant(negative): negative / - Plasminogen Activator inhibitor-1(Immunological)(4~43): 65.31
- anti-cardiolipin Ab(IgG) (negative <12): negative / - anti-cardiolipin Ab(IgM) (negative <12): negative
- Chlamydia test(negative): negative
- Anti B2 Glycoprotein(IgG) (normal <20): normal 1.0 / - Anti B2 Glycoprotein(IgM) (normal <20): normal 6.0

■ 심의내용 및 결과

- 이 건(여/28세)은 합병증이 없는 완전 또는 상세불명의 유산, 절박유산(IUP 11+6wks), 원발성 혈전성향 등 상병으로 입원하여 입원당일에 루프스항응고인자, 항카디오리핀항체-IgG, 항카디오리핀항체-IgM, Protein-C, Protein-S, 플라즈미노겐 항활성체, 항베타2당단백 I항체-IgG, 항베타2당단백 I항체-IgM 시행한 사례임.
- 제출한 진료기록부 등을 검토한 결과 원발성 혈전성향증으로 진단할 만한 병력, 기록이 확인되지 않으며 출혈(vaginal bleeding) 및 1회의 유산 기왕력이 동 검사를 꼭 시행해야 할 사유가 된다고 판단할 수 없으므로 상기 검사는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”
- 대한산부인과학회. 부인과학. 제4판. 고려의학. 2007.

[2017.5.25. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

12. 진료내역 및 환자상태 등 참조 서141 연하장애재활치료 및 사131 연하재활 기능적 전기 자극치료 인정여부

■ 청구내역(여/67세)

○ 청구 상병명: 상세불명의 뇌내출혈, 상세불명의 편마비, 상완골 몸통의 골절, 폐쇄성

○ 주요 청구내역 [이학요법료]

사130가 재활기능치료-매트밋이동치료 (MM301)	1*1*11
서141 연하장애재활치료 (MX141)	1*1*20
사131 연하재활 기능적전기자극치료 (MZ008)	1*1*20
사122 중추신경계발달재활치료 (MM105)	1*1*17

■ 진료내역

○ 경과기록지

- 2017.2.01. 주호소) Lt. hemiplegia, dysphagia

발병일) 2009년 12월

현병력) 2009년 12월 2일 Rt. BG ICH 후 상기 주호소 지속되어 재활치료 위해 입원함

L-Tube feeding중임. MMT F~P/Z(우측 손으로 꼭 잡아버리심), 의사표현(-)

- 2017.2.09. 한번씩 숨을 몰아 쉬는 것 같다. 자이렌 DC

- 2017.2.11. quadriplegia, 밤사이 식은땀. 자이렌 다시 start

- 2017.2.14. Lt. shoulder swelling & bruise

자전거 태울 때 왼손을 눌러서 사용중임. 어제는 아프다고 안했는데 오늘 아침에 자전거 태울려고 하니 팔이 많이 아프다고 함, 오후에 못 갈아 입히려 봤는데 왼쪽 어깨가 통통 부으면서 피멍이 들어있다. x-ray 상 humerus fx로 splint apply

- 2017.3.17. 전반적으로 좋아진 것 같아요. Lt. hemiside MMT Z~T→T~P

○ 검사결과

- 2016.5.12. VFSS 결과

요플레 및 SD 섭취시 swelling이 일어나기 전에 pharynx로 음식이 미리 넘어가는 양상 보였으며 pyriformis sinus 및 vallecular에 음식이 한창 모인 후에 swelling되는 양상보여 흡인의 위험이 높습니다. 또한 SD의 경우 소량임에도 불구하고 oral phase가 길게 관찰되었으며 vallecular residue가 40%이상 관찰되었습니다. straw try 해보았으나 환자분 시행 못하셨으며 3cc syringe apply시 penetration과 소량 aspiration되는 양상 관찰되었고 cough reflex는 나타나지 않았습니다.

- 2017.2.2. VFSS 결과

요플레, 3cc syringe try에서 삼키라는 명령 따르지 못한채 계속 입에 머물고 있음

한참동안 목부위 자극후 삼킴. 흡인(+), cough reflex(-), penetration(+)

■ 심의내용 및 결과

○ 뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등) 환자에게 장기간 시행하는 전문재활치료의 인정기준(심사지침, 2012.7.1. 적용)에 의하면 전문재활치료는 발병 후 2년 정도 인정하는 것으로 하되, 환자 기능회복 및 호전여부 등을 고려하여 인정하고 있음.

또한, 서141 연하장애재활치료는 발병 후 객관적 소견없이 6개월 정도 인정하며 그 이후는 객관적 소견(연하장애평가검사 등)이 있는 경우 추가 인정함.

- 이 건(남/67세)은 상세불명의 뇌내출혈, 편마비가 7년이상 경과된 환자로 전문재활치료 중 서141 연하장애재활치료 1*20 및 사131 연하재활 기능적전기자극치료 1*20을 청구한 건임.
발병일 이후 지속적인 치료에도 환자 경과기록 및 연하조영검사상 환자상태가 호전될 가능성이 없을 것으로 판단되어 서141 연하장애재활치료와 사131 연하재활 기능적전기자극치료는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제7장
- 뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등) 환자에게 장기간 시행하는 전문재활치료의 인정기준(심사지침 2012.7.1. 적용)
- 한태륜 외. 재활의학. 3판. 군자출판사. 2008.

[2017.5.18. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

13. 진료내역 및 환자상태 등 참조 사131 연하재활 기능적 전기자극치료 인정여부

■ 청구내역(남/50세)

- 청구 상병명: 파킨슨병, 삼킴곤란, 보행 및 이동의 기타 및 상세불명의 이상, 구음장애 및 무조음증, 기타 및 상세불명의 운동신경세포병
- 주요 청구내역 [이학요법료]

사122 중추신경계발달재활치료(MM105)	1*1*26
사129 호흡재활치료[1일당] (MM290)	1*1*31
서141 연하장애재활치료 (MX141)	1*2*21 1*1*10
사131 연하재활 기능적전기자극치료(MZ008)	1*1*14 1*2*21

■ 진료내역

- 경과기록
 - < '16.6.27. >
 - C/C: 침이 많이 나온다. 음식물 저작이 어렵다, 목에 이물감 있다
 - P/I: 수년전부터 지속된 증상으로 ENT 경유 내원, 파킨슨병으로 16.6월부터 대학병원 신경과 진료중임.
Neurogenic exam F/U
M/S alert, slow speech and dysarthria, speech aphasia dysarthria, swallowing dysphagia
drooling-aspiration Sx in liquid diet balance 저하
 - < '16.7.22. >
 - C/C: 행동장애(동작느림, 보행장애), 연하곤란(구강운동장애, 삼킴장애, 연하시 이물감 지속), 언어장애(속도저하)
- 비디오투시연하검사(VFSS)결과
 - < '16.6.27. >
 - 1. oral phase에서 전반적인 식이에서 delay된 소견 보이며 severe tone movement 저하 양상보임, bolus formation 안되는 양상과 소량의 liquid diet와 yogurt diet시 penetration소견보이고 다량의 liquid diet시 aspiration 양상보임
 - 2. pharyngeal phase: residual material grade(G0/G0/G1/G1) 상대적으로는 이상소견 보이지 않음
 - < '16.8.12. >
residual material grade: (G1/G1/G/G1)
8-point penetration-aspiration Scale: (G4/G4/G3/G2)
 - 1. oral phase에서 전반적인 식이에서 delay된 소견 보이나 이전검사에 비해 movement호전 양상 보임
 - 2. liquid diet와 yogurt에서 mild한 aspiration 양상 보임
 - 3. rice food에서는 severe delay소견 보임

■ 심의내용 및 결과

- 뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등) 환자에게 장기간 시행하는 전문재활치료의 인정기준(심사지침, 2012.7.1. 적용)에 의하면 전문재활치료는 발병 후 2년 정도 인정하는 것으로 하되, 환자 기능회복 및 호전여부 등을 고려하여 인정하고 있음.
- 이 건(남/50세)은 기타 및 상세불명의 운동신경세포병, 파킨슨병 등 상병으로 입원하여 전문재활치료 중 사131 연하재활 기능적전기자극치료를 청구한 건임.
진료기록부 검토 결과, 2016.6월 파킨슨질환 진단되었고 6.27일과 8.12일 시행한 연하조영검사(VFSS)상 흡인(aspiration) 소견이 있었으며, 파킨슨병 초기(발병 후 4개월 경과)에 시행한 것이 확인되므로 사 131 연하재활 기능적전기자극치료는 인정함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제7장
- 뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등) 환자에게 장기간 시행하는 전문재활치료의 인정기준(심사지침 2012.7.1. 적용)
- 한태륜 외. 재활의학. 3판. 군자출판사. 2008.

[2017.5.18. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

14. 진료내역 및 영상자료 등 참조, 자93-1가 견봉성형술과 동시에 시행한 자91 건, 인대
 피하단열수술 및 인대 등을 재건 시 사용하는 SUTURE ANCHOR(봉합나사못) 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/51세)

- 청구 상병명: 어깨의 유착성 관절낭염, 기타 급성 위염, 결절종, 아래팔, 상세불명의 관절염, 아래팔
 석회성 힘줄염, 어깨부분, 재발성 상세불명의 급성 편도염

- 주요 청구내역

자93-1가 견봉성형술	(N0935)	1*1*1
자91 건,인대피하단열수술	(N0911)	1*0.5*1
OMEGAKNOT SUTURE ANCHOR 전규격	(D0303099)	1*2*1
관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용	(N0031003)	1*1*1

○ B사례(남/47세)

- 청구 상병명: 어깨의 충격증후군, 어깨의 회전근개의 근육 및 힘줄의 손상,열상

- 주요 청구내역

자93-1가 견봉성형술	(N0935)	1*1*1
자91 건,인대피하단열수술	(N0911)	1*0.5*1
OMEGAKNOT SUTURE ANCHOR 전규격	(D0303099)	1*2*1
관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용	(N0031003)	1*1*1

■ 진료내역

○ A사례(여/51세)

< ' 16.12.26.(입원) >

- C.C: Rt shoulder pain
- P. I: 여름부터, 가마니 들고 난 후 Tx (+) 더 심해졌다. 왼쪽 팔꿈치는 수술 후 괜찮다
 낮에 많이 쓰면 아프다 night pain (+)
- ROM: full, impinge (+), LHB (+), ISP (+) 3주 전 주사
- X-ray: calcification (+) on ISP
- 진단명: impingement syndrome shoulder Rt c HIVD c MPS
- MRI-shoulder(Rt): About 5×5mm sized dark SI(calcification) is seen at the IST
 R/O SLAP type 2 / No evidence of rotator cuff tear

< ' 16.12.28.(수술) >

- 진단명: SLAP tear, impinge, syndrome, shoulder, Rt
- 수술명: A/S biceps tenodesis, ASD

○ B사례(남/47세)

< ' 17.1.16.(입원) >

- C.C: Lt. shoulder pain
- P. I: 3~4년전, 작년 5월 진료
 말하실 때 힘들다. 힘주기 어렵다. night pain(+), Tx.(-)
- x-ray: SA keel spur, C-MRI(+): 작년 6월
- ROM: full, impinge(+), LHB(+), ISP(+)

- 진단명: impingement syndrome shoulder Lt.
- MRI-shoulder(Lt): subacromial impingement
Increased SI in the SSC tendon -- R/O partial tear
R/O Arthritis, A-C joint

< ' 17.1.17.(수술) >

- 진단명: SLAP tear, impinge, syndrome, shoulder, Lt
- 수술명: A/S biceps tenodesis, ASD

■ 심의내용 및 결과

진료내역 및 영상자료 등 참조, 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

○ A사례(여/51세)

이 건(여/51세)은 어깨의 유착성 관절낭염, 결정종-아래팔, 석회성 힘줄염-어깨부분 등 상병으로 자93-1 견봉 성형술 및 자91 건·인대피하단열수술 및 재료대 suture anchor 2개를 청구한 사례임.

제출된 영상자료 등 검토결과 자93-1 견봉성형술은 인정하나 Biceps tendon LH의 pathology가 명확하지 않으며, SLAP tear의 불안정성도 명확하지 않아 자91 건·인대피하단열수술 및 재료대 suture anchor 2개는 인정하지 아니함.

○ B사례(남/47세)

이 건(남/47세)은 어깨의 충격증후군과 어깨의 회전근개의 근육 및 힘줄의 손상-열상 등 상병으로 자93-1 견봉성형술 및 자91 건·인대 피하단열수술 및 재료대 suture anchor 2개를 청구한 사례임.

제출된 영상자료 등 검토결과 자93-1 견봉성형술은 인정하나 Biceps tendon LH의 pathology가 명확하지 않아 자91 건·인대피하단열수술 및 재료대 suture anchor 2개는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- Suture Anchor의 인정기준(보건복지부 고시 제2016-147호, 2016.9.1. 시행)
- 자91 건·인대 피하단열수술, 자93 건 및 인대 성형술의 진료수가 산정방법(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)

[2017.4.26. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

15. 진료내역 및 영상자료 참조, 자47-1가 경피적 척추후궁풍선복원술 및 다245바 척추CT 인정여부

■ 청구내역(여/77세)

- 청구 상병명: L2 부위의 골절, 폐쇄성, 척추협착, 요추부, 요통, 요추부, 병적 골절을 동반한 기타 골다공증, 상세불명 부분
- 주요 청구내역
 - 바2가(1) 기관내삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취관리기본[1시간기준][만70세이상] 1*1*1
 - 자47-1가 경피적 척추후궁풍선복원술[방사선료포함]-제1부위 (N0473) 1*1*1
 - EXOLENT SPINE 20G (E5100040) 1*1*1
 - OSTEO TOOLKIT SET 전규격 (F1411170) 1*2*1
 - KY BALL00N 전규격 (F1412070) 1*2*1
 - 다245바(1) 일반전산화단층영상진단-척추-조영제를사용하지않는 경우[영상의학과전문의판독](HA456006) 1*1*1

■ 진료내역

- '16.11.10. C/C : Rt pelvic pain (onset: 16.11.7) 진단명: 요추 염좌
- '16.11.14. 증상호전악화, 진단명: compression Fx. L2 - - 15% collapse
- '16.11.28. 요증 증상이 심해짐, 심한 아래허리통증으로 입원
- '16.12.06. 증상호전 안되고 심해짐. x-ray 및 MRI 소견상 30% collapse 진행보임
- '16.12.13. L2 Kyphoplasty 시행
- '16.12.14. 새벽에 양 다리가 올라가는 느낌있어 자가약 먹었다함
- '16.12.15. 허리는 부드럽다고 함. 다리 올라가는 증상은 나아지셨다고 함. 척추CT 시행함

■ 심의내용 및 결과

- 이 건(여/77세)은 L2부위의 골절, 폐쇄성 상병으로 자47-1가 경피적척추후궁풍선복원술을 시행한 것으로, 제출된 영상자료 등 검토결과 척추체 압박률이 30% 미만으로 인정기준에 부합되지 않으므로 자47-1가 경피적 척추후궁풍선복원술x1, 마취료 및 관련 재료대(EXOLENT SPINE 20G x 1, OSTEO TOOLKIT SET x 2, KY BALLOON x 2)는 인정하지 아니함.
- 아울러, 수술 후 진료기록 및 영상자료 등 검토 결과 척추CT를 시행할 만한 의학적 타당성이 확인되지 않으므로 척추CT는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- 경피적척추후궁풍선복원술(Kyphoplasty) 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 전산화단층영상진단(CT)의 산정기준(보건복지부 고시 제2015-99호, 2015.6.15. 시행)
- 대한척추신경외과학회. 척추학. 군자출판사. 2008.

[2017.4.20. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

16. 진료내역 및 영상자료 등 참조, 자47가 경피적척추성형술 인정여부

■ 청구내역(여/74세)

- 청구 상병명: L5 부위의 골절, 폐쇄성, 척추협착, 요추부, 병적 골절을 동반한 폐경 후 골다공증, 기타부분
흉추통증, 흉요추부
- 주요 청구내역
 - 자47가 경피적척추성형술[방사선료포함]-제1부위(N0471) 1*1*1
 - EXOLENT SPINE 20G (E5100040) 1*1*1
 - MANAN ONCOLOGY NEEDLE 전규격 (F1402040) 1*2*1

■ 진료내역

- '16.11.1.(입원)
 - C/C: 요통 및 엉치통증, VAS 8
 - P/I: 수년전부터 요통, 한달전부터 부쩍 더 아파서 거동하기가 힘들다, 통증클리닉 치료를 간헐적으로 했음
 - P/H: 올 초 위암 진단
 - X-ray: L4 acute compression Fx. lumbar multiple deg. change
 - BMD: t-score: -4.4
 - MRI: L5 acute compression Fx. L4 old Fx. L2/3/4 stenosis. L5/S1 Lt. foraminal stenosis
- '16.11.9.(수술), OP: PVP L5

■ 심의내용 및 결과

- 이 건(여/74세)은 L5부위의 골절, 폐쇄성, 척추협착, 요추부, 병적 골절을 동반한 폐경후 골다공증 상병으로 L5 VP 시행하고 자47가 경피적척추성형술[방사선료포함]-제1부위 및 관련재료대 (EXOLENT SPINE 20G *1 MANAN ONCOLOGY NEEDLE 전규격*2)를 청구한 사례임.
- 제출된 관련자료 등 검토 결과 적절한 보존적 치료가 시행되지 않았고 조기수술 사유가 확인되지 않아 자47가 경피적척추성형술 및 관련재료대는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- 경피적척추성형술 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 대한척추신경외과학회. 척추학. 군자출판사. 2008.

[2017.5.31. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

17. 허가사항 범위(용법·용량) 초과하여 분무용법으로 사용한 Colistimethate 주사제 (품명: 후콜리스티메테이트주) 인정여부

■ 청구 및 진료내역

○ A사례(여/82세)

- 청구 상병명: 음식 또는 구토물에 의한 폐렴, 기흉, 흉막삼출액, 만성기관지염
- 주요 청구내역: 중환자실입원료 1*1*28
인공호흡치료 1*1*27
후콜리스티메테이트주 1*1*11 (분무용법 nebulizer)

○ B사례(남/70세)

- 청구 상병명: 상세불명의 폐렴, 만성폐색성폐질환, 기관지확장증, 급성세기관지염, 급성신부전
- 주요 청구내역: 중환자실입원료 1*1*32
인공호흡치료 1*1*27
후콜리스티메테이트주 1*1*16 (분무용법 nebulizer)

■ 심의결과

- 이 건은 상세불명의 폐렴 등 상병에 정맥 또는 근육용으로 허가된 Colistimethate 주사제(품명: 후콜리스티메테이트주)를 분무용법으로 투여한 사례로, 식품의약품안전처 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 분무용법으로 사용하였으므로 후콜리스티메테이트주는 인정하지 아니함.

■ 심의내용

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표2】비급여대상에 의하면 “보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하면 약사법령에 의하여 허가 또는 신고한 범위를 벗어나 비급여로 약제를 처방·투여” 할 수 있고,
이 경우에는 허가 또는 신고 범위 초과 약제 비급여 사용 승인에 관한 기준 및 절차(보건복지부 고시 제 2010-43호, 2010.7.1. 시행)에 의하여 “허가초과 사용약제를 비급여로 사용하고자 하는 요양기관의 장은 건강보험심사평가원장으로부터 당해 약제에 대해 비급여 사용 승인”을 받도록 명시하고 있음.
- 이 건은 상세불명의 폐렴 등 상병에 정맥 또는 근육용으로 허가된 Colistimethate 주사제(품명: 후콜리스티메테이트주)를 분무용법으로 투여한 사례로,
 - 관련문헌 등에 따르면 분무용법으로 투여 가능한 대체의약품이 없고, 폐렴환자 치료에서 Colistimethate 주사제 분무용법에 대한 임상적 유용성이 보고되고 있긴 하지만, 식품의약품안전처 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 분무용법으로 투여한 후콜리스티메테이트주는 인정하지 아니함.
 - 아울러 해당 기관에는 비급여 사용승인 기준 및 절차 등을 안내기로 함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표2] “비급여대상”
- 허가 또는 신고 범위 초과 약제 비급여 사용승인에 관한 기준 및 절차(보건복지부 고시 제2010-43호, 2010.7.1. 시행)
- 항생제[일반원칙](보건복지부 고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행)
- Colistimethate 주사제[품명:후콜리스티메테이트주](보건복지부 고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행)
- 식품의약품안전처 허가사항

[2017.5.31. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

18. 「T12 부위의 폐쇄성 골절」 상병에 시행한 자47-1가 경피적척추후궁풍선복원술 인정여부

■ 청구내역(남/82세)

○ 청구 상병명: T11 및 T12 부위의 골절, 폐쇄성

○ 주요 청구내역:

자47-1가 경피적척추후궁풍선복원술[방사선료포함]-제1부위	(N0473)	1*1*1
SPINOFILL 20G		1*1*1
HCCD SYSTEM 전규격		1*1*1
BRS-1 전규격		1*2*1

■ 진료내역

○ '16.11.28.(입원)

- C.C: 허리가 여전히 아픔.tenderness(+), 통증 호전되었다가 다시 증상 발생함.

- P.I: 9월 경 무거운 물건 들던 중 허리통증 생겨 Acute compression Fx. T12 진단되어 외래 및 입원 치료하였으나 호전 없어 입원

- MRI: Acute compression Fx in T12(2016.9.6.)

- BMD: 2부위 - 2.8 (2016.9.6.)

○ '16.12.6.(수술)

- 진단명: T12 compression Fx

- 수술명: KP, T12

■ 심의내용 및 결과

○ T12 부위의 폐쇄성 골절 상병으로 진단 3개월 경과후 경피적척추후궁풍선복원술 시행(자47-1가 경피적척추후궁풍선복원술-제1부위 100% 및 재료대 청구)한 사례로,

○ 제출된 진료내역 및 영상자료 등을 검토한 결과 T12 부위의 압박변형이 30% 미만으로 확인되어 자47-1가 경피적척추후궁풍선복원술-제1부위 및 관련 재료대는 인정하지 아니함.

■ 참고

○ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”

○ 경피적척추후궁풍선복원술(Kyphoplasty) 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)

○ 대한척추신경외과학회. 척추학. 군자출판사. 2008.

[2017.5.12. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

19. 진료내역 및 영상자료 참조, Pedicle screw system을 이용한 척추수술 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/20세)

- 청구 상병명: L1 부위의 골절, 폐쇄성
- 주요 청구내역:

자46나(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추	(N0469)	1*1*1
VIPER 2 ROD 전규격		1*2*1
VIPER SCREW SET 전규격		1*8*1

○ B사례(남/55세)

- 청구 상병명: 경부척수의 기타 및 상세불명의 손상, 목의 상세불명 부분의 골절, 폐쇄성, 흉곽후방의 타박상
- 주요 청구내역:

자45가 척추체제거술(경추)	(N0451)	1*1*1
자46가(1)(다) 척추고정술[기기,기구고정]-전방고정-경추-기타	(N2463)	1*0.7*1
ATLANTIS ANTERIOR CERVICAL PLATE SET 전규격		1*1*1
PYRAMESH ROUND TYPE 전규격		1*1*1
CANCELLOUS COARSE 15CC		1*1*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류		1*1*1
자46나(1)(다) 척추고정술[기기,기구고정]-후방고정-경추-기타	(N2469)	1*1*1
자49-1가 척추후궁절제술-경추 [제2의수술(중병이상)]	(N1497004)	1*1*1
자49-1가 척추후궁절제술-경추	(N1497)	1*0.5*1
VERTEX SELECT RECONSTRUCTION SYSTEM-ROD 전규격		1*2*1
VERTEX SELECT RECONSTRUCTION SYSTEM-SCREW SET 전규격		1*14*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류		1*1*1

○ C사례(남/55세)

- 청구 상병명: 척추협착, 요추부 , 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
척추불안정, 요추부 , 상세불명의 마비증후군
- 주요 청구내역:

자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추	(N1493)	1*1*1
자46나(3)주2 척추고정술[기기,기구고정]-후방고정-요추-Cage를이용	(N2470)	1*0.7*1
ULC SPINAL ROD 전규격		1*2*1
ULC SCREW SET 전규격		1*4*1
FIXPINE III SCREW SET 전규격		1*2*1
EDEN LUMBAR PEEK CAGE -III(STERILE) 전규격		1*2*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류		1*1*1

○ D사례(여/79세)

- 청구 상병명: 척추의 결핵, 요추부, 척추의 결핵
세균학적 또는 조직학적 확인에 대한 언급이 없는 공동이 없거나 상세명의 폐결핵
- 주요 청구내역:

자45다 척추체제거술(요추)	(N0453)	1*1*1
SYNEX 전규격		1*1*1

VIPER SCREW SET 전규격

1*5*1

VIPER 2 ROD 전규격

1*2*1

■ 진료내역

○ A사례(여/20세)

- ' 17.2.23.(입원)

[C.C] T-L junctional pain/ Onset: AM 2:20

통증부위: 등허리

통증점수: VAS 7

통증양상: 쑤심, 뻣침

[P.I] 내원당일 새벽2시20분경 언덕에서 넘어진 후 상기 증상 있어 응급실 통해 입원함

[P.E] Motor & Sensory: Grossly intact

[MRI] Abnormal high signal intensity L1 vertebral body

& Post.ligament & back muscle on fat suppression view

- ' 17.2.24.(수술)

진단명: Burst fracture of L1 spine, closed

수술명: Posterior screw fixation of thoracolumbar

[Percutaneous screw fixation on T11/12, L1/2]

○ B사례(남/55세)

- ' 16.11.14.(입원)

[C.C] PNP & Quadripareisis

통증부위: 목, 양상하지

통증점수: VAS 8

통증양상: 쑤심, 예리함, 뻣침

[P.I] 내원당일 아침 6시경 교통사고 수상후 상기증상 있어 응급실 통해 입원함

[P.E] Motor & Sensory: Quadripareisis(Gr.4) & Paresthesia

Babinski sign(+)

[MRI] Fx & Dislocation on C6-7

Severe OPLL at C2-3, compression spinal cord

Mild OPLL at C5/6

Probable AS

-' 16.11.14.(수술)

진단명: Fracture and dislocation, cervical spine

수술명: Anterior cervical corpectomy and cage reconstruction

[C6-7 corpectomy c mesh cage insertion]

-' 16.11.23.(수술)

진단명: OPLL, Cervical region(C1/2/3)

Fracture & dislocation, cervical spine(C6/7)

수술명: Posterior cervical arthrodesis with pedicle screw fixation

[Post.instrumentation on C3/4/5/6 & T1/2/3]

Decompressive laminectomy C1/2/3

○ C사례(남/55세)

- ' 17.1.26.(외래)

both sciatica

5년전 screw op -> 올여름부터 both sciatica

- ' 17.2.17.(입원)

[P.E] Limping gait

[MRI] stenosis L4-5, L3-4

- ' 17.2.20.(수술)

진단명: Spinal stenosis c instabillity c listhesis L4-5

수술명: Total drilling laminectomy L4-5

Total remove of Lumbar fixation & discectomy

Cage c screw fixation L4-5

○ D사례(여/79세)

- ' 16.12.7.(입원)

[C.C] LBP c Rt leg pain

[P.I] 내원 3개월 전부터 걸음을 걷지 못할 정도로 통증 심해지고 Radiating pain(Rt.buttock, popliteal region, Rt calf, Rt planta) develop 되어 타병원에서 spinal stenosis 진단하에 OP 예정이었으나 TB 의심되어 본원 10/6일 입원. medication 받으며 상태 호전되어 퇴원후 OP 위해 내원함

[P.Hx] Pulmonary TB

[P.E] Compression tenderness moderate at L2-3-4

Percussion tenderness moderate at L4

SLRT (F/F)

Anal tone : intact

Radiating pain(+ Rt buttock-post.calt-planta)

Both lower extrimity sensory : intact

Ankle DF L(5/5) R(5/5) PF L(5/5) R(5/5)

EHL power L(5/5) R(5/5)

Knee F/E L(5/5) R(5/5)

Hip Abd/Add L(5/5) R(5/5)

- ' 17.1.5.(수술)

진단명: L4 VB destruction, d/t inflammatory spondylitis

수술명: L4 corpectomy & Open discectomy of L3-4, L4-5 by anterior approach

MIS-TLIF c autologous bone graft from Lt.PSIS

■ 심의내용 및 결과

진료내역 및 영상자료 참조, 아래와 같이 결정함

- 아 래 -

○ A사례(여/20세)

L1 부위의 폐쇄성 골절 상병으로 제11흉추-제2요추 간 기구고정술을 시행(자46나(3) 척추고정술 × 100% 및 재료대 청구)한 것으로,

제출한 영상자료 등을 검토한 결과, 불안정성 척추골절 소견이 확인되어 수술료, 재료대 및 마취료를 인정함

○ B사례(남/55세)

경부척수의 기타 및 상세불명의 손상 상병으로 2016.11.14. 제 6-7 경추 부위에 전방접근의 척추체제거술 및 기구고정술을 시행하고, 2016.11.23. 제1-2-3 경추부위 척추후궁성형술 및 제3-6 경추, 제1-3흉추 부위 후방접근의 기구고정술을 시행한 것으로,

제출한 영상자료 등을 검토한 결과, 후종인대골화증(OPLL, Ossification of the Posteroir Longiyudinal Ligament)이 동반된 경추 척수병증 및 불안정성 척추골절이 확인되어 수술료, 재료대 및 마취료를 인정함

○ C사례(남/55세)

요추부 척추협착, 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애 등 상병으로 제4-5 요추 부위 추간판 제거술 및 기구고정술 시행(자49가(3) 관혈적추간판제거술- 요추 × 100%, 자46나(3)주2 척추고정술 × 70% 및 재료대 청구)한 것으로,

제출한 영상자료 등을 검토한 결과, L4-5 부위에서 신경근 압박은 확인되나 불안정성 확인되지 않아 관혈적 추간판제거술만 인정하고 척추고정술 수술료 및 재료대는 인정하지 아니함.

○ D사례(여/79세)

요추부 척추의 결핵 상병으로 제4요추 부위 척추체제거술, 제3-4, 4-5 요추 부위 추간판제거술 및 고정술 시행(자45다 척추체제거술- 요추 × 100% 및 재료대 청구)한 것으로,

결핵성 척추염의 경우 결핵 약제를 투여 후 충분한 경과관찰 후에 수술여부를 결정하여야 하며, 제출한 영상자료 및 진료 기록 등을 검토한 결과 동 수술을 실시할 만한 의학적 소견이 확인되지 않아 수술료, 재료대 및 마취료는 인정하지 아니함

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- 척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 척추경나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 대한척추신경외과학회. 척추학. 군자출판사. 2008.

[2017.5.12. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

20. 「척수병증을 동반한 경추간판장애」 등 상병에 시행한 자49-2 경추후궁성형술, 자49가 관혈적 추간판제거술, 자46 척추고정술 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/59세)

- 청구 상병명: 척수병증을 동반한 경추간판장애, 상세불명의 골다골증, 상세불명 부분
- 주요 청구내역:

자49-2가 경추후궁성형술-제1부위	(N2491)	1*1*1
자49-2나 경추후궁성형술-제2부위부터[1부위당]	(N2492)	1*2*1
CENTERPIECE PLATE 전규격		1*3*1
CENTERPIECE SCREW 전규격		1*12*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류		1*1*1

○ B사례(여/54세)

- 청구 상병명: 척수병증을 동반한 경추간판장애, 기타 척추증, 경부, 신경뿌리병증, 척추의 여러 부위
- 주요 청구내역:

자49-2가 경추후궁성형술-제1부위	(N2491)	1*1*1
자49-2나 경추후궁성형술-제2부위부터[1부위당]	(N2492)	1*2*1
CENTERPIECE PLATE 전규격		1*3*1
CENTERPIECE SCREW 전규격		1*10*1

○ C사례(여/49세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애, 척추전방전위증, 경부
- 주요 청구내역:

자46가(1)(다) 척추고정술[기기, 기구고정]-전방고정-경추-기타	(N2463)	1*1*1
자49가(1) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-경추	(N1491)	1*0.7*1
ATLANTIS ANTERIOR CERVICAL PLATE SET 전규격		1*1*1
VERTEX SELECT RECONSTRUCTION SYSTEM-ROD 전규격		1*2*1
VERTEX SELECT RECONSTRUCTION SYSTEM-SCREW SET 전규격		1*8*1
VERTEX SELECT RECONSTRUCTION SYSTEM-CROSSLINK SET 전규격		1*1*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류		1*1*1
CANCELLOUS COARSE 30CC		1*1*1

■ 진료내역

○ A사례(여/59세)

- ' 17.2.2.(입원)

- [C.C] Lt arm weakness, Lt deltoid weakness G3+, Both hand tingling sense, 양쪽 손끝이 24시간 저림, 걸을시 힘이 빠지고 남들이 한번씩 걸음걸이가 이상하다고 함(onset: 6MA)
- [P.I] 6개월 정도 개인병원 침치료 받았으나 호전 없음
- [P.E] tandem gait: possible unstable, Gait disturbance(+)
- DTR> BJ(1-2/1-2) BRJ(1-2/1-2)
- KJ(1-2/1-2) AJ(1-2/1-2)
- Spurling sign(-/+), Grip & release test(13/13회)

[MRI] C4-5-6 cord compression
C4-5 disc herniation Lt

- ' 17.2.8.(수술)

진단명: CSM C3-4-5-6-7 Nurick 3

Cord signal change C4-5>5-6

Cord compression C4-5>5-6

C4-5 Lt sequestrated disc

Lt Deltoid palsy

수술명: Posterior decompression

C4,5,6 ODLF Lt open

C3 Massive dome laminectomy

C7 dome LP

C4-5 Lt foraminotomy and discectomy

○ B사례(여/54세)

- ' 17.3.27.(입원))

[C.C] Lt neck ~ Lt trapezius area pain, 뒷골이 당기고 머리도 무겁다
Rt elbow area pain 굼은 듯 아프다, Rt 5th finger ~ upper arm RP
Lt 3,4 5th finger ~ upper arm RP, LBP 오래 앉아 있기 불편하다
Lt lat thigh ~ lat calf ~ planter RP

[P.I] Trauma(-), 2년전 타병원 목디스크 진단후 시술

[P.E] Grip & release test(17회/16회)

[MRI] HCD C5-6-7 Lt c FS

Dynamic canal stenosis & cord compression C3-4-5-6-7

Disc protrusion L3-4-5-S1

- ' 17.4.4.(수술)

진단명: Cervical Spondylotic Myelopathy

Canal stenosis C3-4-5-6-7 c cord compression

HCD C5-6-7 Lt c foraminal stenosis

수술명: Open door laminoplasty C4,5,6(Center piece sys. Medtronic)

Massive dome Laminoplasty C7(2/3 Partial laminectomy C7)

Partial laminectomy C3

○ C사례(여/49세)

- ' 17.1.2.(입원)

[C.C] Lt arm pain, 어깨 양측 팔 목 아픔. 허리도 아픔

[P.I] 2년전 C/L spine CT, X-ray상 C/L spine 전체적으로 큰 문제 없음
C4-5 subluxation (+) - 새로 발생

[MRI] C4-5 subluxation and Lt C4-5 foraminal stenosis

[EMG] Bilateral chronic C5 radiculopathy 소견

- ' 17.1.4.(퇴원)

- ' 17.2.1.(입원)

[C.C] 수술적 치료 위해 입원

[P.I] Lt arm pain이 일을 계속하니 아프다

- ' 17.2.8.(수술)

진단명: C4-5 subluxation and Lt C4-5 foraminal stenosis

Cervical kyphotic deformity

수술명: ACDF of C4-5 and post lat mass screw and fusion

■ 심의내용 및 결과

진료내역 및 영상자료 참조, 아래와 같이 결정함

- 아 래 -

○ A사례(여/59세)

척수병증을 동반한 경추간판장애 상병으로 왼쪽 제 4,5,6,7 경추부위 후궁성형술, 왼쪽 제 4-5 경추 부위 추간판절제술, 제 3 경추 부위 경추후궁절제술 시행(자49-2가 경추후궁성형술-제1부위 × 100%, 자49-2나 경추후궁성형술-제2부위 × 200% 및 재료대 청구)한 건으로,

제출한 영상자료 등을 검토한 결과, 환자의 주증상이 제4-5번 경추 추간판 탈출에 의한 것으로 판단되고, 후궁 성형술을 시행할만한 의학적 소견이 확인되지 않으므로 자49-2가 경추후궁성형술-제1부위, 자49-2나 경추후궁 성형술-2부위부터 및 관련 재료대는 인정하지 아니함.

○ B사례(여/54세)

척수병증을 동반한 경추간판장애 상병으로 왼쪽 제4,5,6,7 경추부위 후궁성형술, 제3 경추 부위 척추후궁 절제술 시행(자49-2가 경추후궁성형술-제1부위 × 100%, 자49-2나 경추후궁성형술-제2부위 × 200% 및 재료대 청구)한 건으로,

제출한 영상자료 등 검토한 결과, Grip & release test(17회/16회) 외 척수병증이 의심되는 임상증상 확인되지 않고, 척수병증 일으킬만한 영상소견 확인되지 않으며 보존적 치료 없이 조기수술을 시행할만한 의학적 소견이 확인되지 않으므로 수술료, 재료대 및 마취료를 인정하지 아니함.

○ C사례(여/49세)

신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애, 경부 척추전방전위증 상병으로 제 4-5 경추부위에 전방접근의 추간판 제거술 및 유합술을 시행(자46가(1)(다) 척추고정술 × 100%, 자49가(1) 관혈적 추간판제거술-경추 × 70% 및 재료대 청구)한 건으로,

MRI에서 증상과 일치하는 신경근 압박소견이 보이며 적절한 보존적 치료가 선행되었음이 확인되어 수술료 및 재료대, 마취료를 인정함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- 척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 척추경나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 대한척추신경외과학회. 척추학. 군자출판사. 2008.

[2017.5.12. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

21. 진료내역 및 영상자료 참조, 자656가 경피적 관상동맥스텐트삽입술 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/70세)

- 청구 상병명: 상세불명의 협심증
- 주요 청구내역

자656가 경피적 관상동맥 스텐트 삽입술(단일혈관)(M6561)	1*1*1
다267 관상동맥조영 [양측혈관] (HA670010)	1*1*1
RESOLUTE ONYX 전규격 (J8083006)	1*1*1
IKAZUCHI REV 전규격 (J4081542)	1*1*1
RUNTHROUGH NS 전규격 (J6021368)	1*1*1
VISTA BRITE TIP PTCA GUIDING CATHETER 전규격 (J4086013)	1*2*1

○ B사례(여/77세)

- 청구 상병명: 오래된 심근경색증
- 주요 청구내역

자656가 경피적 관상동맥 스텐트 삽입술(단일혈관)(M6561)	1*1*1
다267 관상동맥조영 [두 번째 혈관 촬영부터](HA670020)	1*1*1
DESYNE NOVOLIMUS ELUTING CORONARY STENT 전규격(J5083137)	1*1*1
ANGIOSCULPT RX PTCA SCORING BALLOON CATHETER 전규격(J4081192)	1*1*1
NC EUPHORA 전규격(J8081006)	1*1*1
ASAHI PTCA GW(AG, AGH, AGP) 전규격(J6021031)	1*2*1

○ C사례(남/68세)

- 청구 상병명: 상세불명의 협심증
- 주요 청구내역

자656가 경피적 관상동맥 스텐트 삽입술(단일혈관)(M6561)	1*1*1
다267 관상동맥조영 [두 번째 혈관 촬영부터](HA670020)	1*1*1
XIENCE ALPINE EVEROLIMUS ELUTING CONRONARY STENT SYSTEM 전규격 (J8083340)	1*1*1
PROFIT PTCA BALLOON CATHETER 전규격 (J4081086)	1*1*1
NC TREK RX CORONARY DILATATION CATHETER 전규격 (J4081140)	1*1*1
VISTA BRITE TIP PTCA GUIDING CATHETER 전규격 (J4086013)	1*1*1
RUNTHROUGH NS 전규격 (J6021368)	1*2*1

■ 심의내용 및 결과

- **A사례(남/70세):** 상세불명의 협심증 상병으로 근위부-좌전하행동맥의 병변에 자656 경피적관상동맥스텐트 삽입술X1 및 관련 치료재료(stentX1, balloon catheterX1) 등을 청구한 건임.
제출된 진료기록부 및 영상자료 등을 참조한 결과, 근위부-좌전하행동맥의 병변은 유의한 협착이 아니며, 심근허혈의 객관적 소견이 없어 임상적으로 유용성이 있는 시술로 판단하기 어려운 바, 근위부-좌전하행동맥의 병변에 시행한 경피적 관상동맥 스텐트 중재술 및 관련 재료대는 인정하지 아니함.
- **B사례(여/77세):** 오래된 심근경색증 상병으로 근위부-좌전하행동맥 병변에 자656가 경피적 관상동맥 스텐트 삽입술X1 및 관련 치료재료(stentX1, balloon catheterX2) 등을 청구한 건임.

진료내역 및 영상자료 확인 결과, 근위부-좌전하행동맥 병변에 시행한 경피적 관상동맥 스텐트 삽입술은 인정되나, 경피적 관상동맥 확장술시 치료재료 급여기준(고시 제2016-226호, 2016.12.1.시행) 참조 경피적 관상동맥 스텐트 삽입술 후 추가적으로 시술한 고압력 풍선(NC EUPHORA 전규격)은 10%이상의 잔여협착을 확인 할 수 있는 영상자료 등 객관적인 자료가 없으므로 인정하지 아니함.

- **C사례(남/68세):** 상세불명의 협심증 상병으로 좌전하행동맥 병변에 자656가 경피적 관상동맥 스텐트 삽입술 X1 및 관련 치료재료(stentX1, balloon catheterX2) 등을 청구한 건임.

심근허혈의 근거로 QCA(Quantitative coronary angiogram) 분석결과를 제출하였으나, 진료기록부 및 영상자료 등을 검토한 결과 유의한 협착이 있다고 보기 어려워 임상적으로 유용한 시술로 판단되지 않아 경피적 관상동맥 중재술 및 관련 재료대는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- 경피적 관상동맥 확장술시 치료재료 급여기준(보건복지부 고시 제 2016-226호, 2016.12.1. 시행)
- 경피적 관상동맥 스텐트 삽입술시 스텐트 인정기준(보건복지부 고시 제2015-161호, 2015.10.1. 시행)

[2017.5.18. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

22. 진료내역 및 영상자료 참조, 자656가 경피적 관상동맥스텐트삽입술 시 스텐트 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/95세)

- 청구 상병명: 불안정협심증
- 주요 청구내역

자656가 경피적관상동맥스텐트삽입술(단일혈관)(M6561)	1*1*1
다267 관상동맥조영 [두 번째 혈관 촬영부터 양측 혈관인 경우] (HA670030)	1*1*1
SYNERGY STENT SYSTEM 전규격 (J8083129)	1*1*1
RESOLUTE ONYX 전규격 (J8083006)	1*2*1
SPRINTER LEGEND 전규격 (J4081606)	1*1*1
RUNTHROUGH NS 전규격 (J6021368)	1*2*1
VISTA BRITE TIP PTCA GUIDING CATHETER 전규격 (J4086013)	1*1*1

○ B사례(남/55세)

- 청구 상병명: 기타형태의 협심증
- 주요 청구내역

자656가 경피적관상동맥스텐트삽입술(단일혈관)(M6561)	1*1*1
다267 관상동맥조영 [두 번째 혈관 촬영부터 양측 혈관인 경우] (HA670030)	1*1*1
RESOLUTE ONYX 전규격 (J8083006)	1*2*1
CORSAIR 전규격 (J4660142)	1*1*1
LAUNCHER GUIDE CATHETER 전규격 (J4086106)	1*2*1
ASAHI PTCA GW(AG, AGH, AGP) 전규격 (J6021031)	1*2*1

■ 심의내용 및 결과

- A사례(여/95세): 불안정협심증 상병으로 원위부-좌회선동맥 병변에 자656 경피적관상동맥스텐트삽입술X1 및 관련 치료재료(balloon catheterX1, stentX3) 등을 청구한 건임.

제출된 진료기록부 및 영상자료 등을 참조한 결과, 원위부-좌회선동맥 병변에 스텐트 삽입 후 no reflow가 발생한 사례로 no reflow 병변에 추가적인 스텐트 삽입에 대한 임상적 근거가 부족하여 원위부-좌회선동맥 병변의 stent 2개(RESOLUTE ONYX 전규격)는 인정하지 아니함.

- B사례(남/55세): 기타형태의 협심증 상병으로 중간부-좌전하행동맥 병변에 자656가 경피적 관상동맥 스텐트 삽입술X1 및 관련 치료재료(stentX2) 등을 청구한 건임.

제출된 진료기록부 및 영상자료 등을 참조한 결과, 중간부-좌전하행동맥의 diagonal branch는 심근허혈의 객관적 소견이 없어 임상적으로 유용성이 있는 시술로 판단하기 어려워 diagonal branch에 사용한 stent 1개(RESOLUTE ONYX 전규격)는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- 경피적 관상동맥 스텐트 삽입술시 스텐트 인정기준(보건복지부 고시 제2015-161호, 2015. 10. 1. 시행)

[2017.5.18. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]