

중앙심사조정위원회 심의사례 공개 (총 8개 항목)

- 2016.2.29. 공개

연번	제 목	페이지
1	24시간 홀터 모니터 검사상 방실차단 소견 및 수면 중 발생한 서맥으로 실신환자에게 실시한 심박기거치술 인정여부	1
2	자-34다 두개골조기봉합교정수술 후 Distractor를 제거하면서 두개골고정에 사용한 치료재료 인정여부	2
3	인유두종바이러스의 감염유무와 상관없이 실시한 인유두종 바이러스 유전자형 검사 인정여부	5
4	급성신부전 상병에 시행한 '유리경쇄정량검사(혈청/요)-카파/람다' 인정여부	7
5	간이식 후 2제 또는 3제(타크로리무스(품명: 프로그랍캡셀 등)와 142자격요법제나 코르티코스테로이드와 병용)요법으로 투여된 에베로리무스(품명: 씨티칸정) 등 인정여부	9
6	심방세동 환자의 고주파절제술시 사용한 전극카테터(PENTARAY CATHETER, LASSO CATHETER) 인정여부	12
7	거동 가능한 NYHA(New York Heart Association) Class IV 환자로 판단하여 도부타민 투여 후 실시한 심장재동기화치료(Cardiac Resynchronization Therapy, CRT) 인정여부	14
8	조혈모세포이식 요양급여대상 인정여부	17

지역심사평가위원회 심의사례 공개 (총 5개 항목)

- 2016.2.29.공개

연번	제 목	페이지
9	진료내역 참조, 자529나 안검하수증수술-근절제술과 동시 실시한 안검성형술의 요양급여대상 인정여부	35
10	진료내역 참조, 자517 사시수술 인정여부	36
11	척수병증을 동반한 기타 척추증, 경추부 상부에 시행한 자49-2 경추후궁성형술 인정여부	37
12	진료내역 참조, 일률적으로 동시 시행한 3술(침·구·부항) 인정여부	39
13	진료내역 및 영상자료 참조, 자71나(2) 인공관절치환술-부분치환(슬관절), 자71가(2) 인공관절치환술- 전치환(슬관절) 및 재료대 인정여부	43

<중앙심사조정위원회 심의사례>

요양급여비용 사후 심사 건

1. 24시간 홀터 모니터 검사상 방실차단 소견 및 수면 중 발생한 서맥으로 실신환자에게 실시한 심박기거치술 인정여부

■ 청구내역(남/54세)

- 청구 상병명: 완전방실차단
- 주요 청구내역

자200나(1)(가)2 경정맥 체내용심박기거치술-심박기거치술(심방 및 심실 전극을 삽입하는 경우) (00204)	1*1*1
자200가(1) 체외용심박기장치술[심박기사용료포함] (02001)	1*1*1
ADVISA DR MRI 전규격 (G8205403)	1*1*1

■ 심의내용

- 동 건(남/54세)은 syncope 발생으로 '14.11. 뇌신경센터 내원하여 미주신경성실신 의심으로 관련검사 시행하였으나 원인을 발견하지 못하여 경구투약 유지하던 환자로, 이후에도 수차례 syncope 발생되어 24hr holter monitoring 시행결과 intermittent complete AV Block 및 서맥 소견 보임. 이에 심박기거치술 인정여부에 대해 논의하고자 부의됨.
- 심박기 거치술은 현행 인정기준(고시 제2011-87호)에 의하면 방실차단인 경우 가) 증상이 있는 서맥이나 심실성 부정맥을 초래하는 3도 또는 고도 2도 방실차단, 나) 부정맥 또는 다른 의학적 상태로 인하여 증상이 있는 서맥을 유발할 수 있는 약물치료가 필요한 3도 또는 고도 2도 방실차단, 다) 각성상태에서 증상이 없는 3도 또는 고도 2도 방실차단에서 (1) 3초 이상 무수축 심정지가 증명, (2) 이탈박동이 40회 미만, (3) 방실결절 아래 부위에서 나오는 이탈박동이 있는 경우에 인정하며 동 기준 이외 시행시 시술료 및 치료재료 요양급여비용은 전액본인이 부담하고 있음.
- 동 건(남/54세)은 '15.9.24. 완전방실차단 상병으로 입원하여 '15.9.25. 심박기거치술 시행하고 자200나(1)(가)2 경정맥 체내용심박기거치술-심박기거치술(심방 및 심실 전극을 삽입하는 경우)을 청구하였음.
 - 24hr holter monitoring 검사결과 완전방실차단 소견으로 시술을 하였으며 수차례 반복적인 syncope 및 syncope시 head trauma가 동반되어 심박기 거치술이 필수였다고 진료기록부에 기재되어 있음.
 - 그러나 제출된 진료기록부(검사결과, 간호기록, 투약기록 등)등 검토결과 24hr holter monitoring 기록의 방실차단은 완전방실차단 또는 고도 2도 방실차단으로 보기 어려움. 또한 근거로 제출한 2:1 방실차단의 발생시간은 각성상태에서 발생한 서맥으로 볼 수 없음.
- 따라서 동 건에 산정된 자200나(1)(가)2 경정맥 체내용심박기거치술-심박기거치술(심방 및 심실 전극을 삽입하는 경우) 및 관련 재료대는 요양급여로 인정하지 않기로 함.

■ 참고

- 심박기 거치술 인정기준 (보건복지부 고시 제2011-87호, 11.9.1.)
- 2012 ACCF/AHA/HRS Focused Update Incorporated Into the ACCF/AHA/HRS 2008 Guidelines for Device-Based Therapy of Cardiac Rhythm Abnormalities

[2016.1.26. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

2. 자-34다두개골조기봉합교정수술 후 Distractor를 제거하면서 두개골고정에 사용한 치료재료 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/2세 5개월)

· 청구 상병명: 소두증, 기타 및 상세불명의 경련, 교통성 수두증, 상세불명의 기대되는 정상 생리학적 발달의 결여, 양성 두개강내 고혈압, 삼킴곤란

· 주요 청구내역

자42-1주2 악골내골신장기구제거술 [만8세미만야간]	1*2*1
RESORB X PLATE STRAIGHT 8H (C7502026)	1*4*1
RESORB X MESH PLATE 126MM X 11MM X 0.8MM (C7851404)	1*1*1
RESORB X SCREW 2.0MM이상 (C8003026)	1*61*1

○ B사례(여/3세 7개월)

· 청구 상병명: 두개골유합증, 기타 신경계통의 처치후 장애, 시신경 위축, 기타 및 상세불명의 경련, 마른눈증후군

· 주요 청구내역

자42-1주2 악골내골신장기구제거술 [만8세미만]	1*2*1
RESORB X PLATE STRAIGHT 8H (C7502026)	1*10*1
RESORB X SCREW 2.0MM이상 (C8003026)	1*49*1

■ 진료내역 (수술기록지)

○ A사례(여/2세 5개월)

[2015년 5월] ⇒ '1차' 두개골성형술-두개골조기봉합교정

- Pre & Post OP Dx: Microcephaly

- Name of OP: Expansion cranioplasty & distraction osteogenesis

[2015년 10월] ⇒ 현 청구

- Pre OP Dx: Communicating hydrocephalus

- Post OP Dx: Microcephaly s/p expansion cranioplasty

- Name of OP: Wound revision & distractor removal

○ B사례(여/3세 7개월)

[2015년 5월] ⇒ '2차' 두개골성형술-두개골조기봉합교정

- Pre & Post OP Dx: Post shunt craniosynostosis

- Name of OP: Expansion cranioplasty & distraction osteogenesis

[2015년 10월] ⇒ 현 청구

- Pre & Post OP Dx: microcephaly s/p expansion cranioplasty

- Name of OP: Wound revision & distractor removal

■ 심의내용

- 동 건(A,B사례)은 두개골조기봉합교정 수술을 시행하고 Distractor를 제거하면서 두개골 고정에 사용한 다량의 흡수성 고정재료(plate 및 screw)등 치료재료 인정여부에 대하여 심의함.

- 해당 기관의 경우, Distractor 설치 후 제거까지 고정화기간을 2~3개월 이상 특히 6개월 이상 연장하는 것은 Distractor system이 있는 부위의 염증 가능성과 흡터 및 연부조직 생성 가능성 등의 사유로 바람직하지 않으며, 6개월 이전에 Distractor system을 조기제거하면서 두개골편의 불안정시 흡수성 고정재료가 필요하다는 소견임.
- 2008.9월 관련 심의사례를 보면, 두개골조기봉합교정술시 다량 사용된 흡수성 재료의 두개·안면골 고정재료에 대하여 뼈가 빨리 자라는 소아에서 고정재료를 과량 사용 할 경우 오히려 골 성장 저해 등의 부작용을 초래할 수 있음을 사유로 20H plate 8개, screw 64개를 인정한 바 있음.
또한 2015.7월 심의사례에서는, 흡수성 재료의 두개·안면골 고정재료의 적정 사용량은 수술방법 및 접합 부분의 상태 등에 따라 사용개수가 달라질 수 있어 일률적으로 정할 수는 없으나 통상 plate의 hole 2~3개당 1개의 screw를 사용하며 64개를 초과하여 사용한 screw 및 해당 plate는 인정하지 않은 바 있음.
- 관련학회 및 전문가에 따르면 두개골조기봉합교정수술 후 Distractor 제거시 두개골편의 안정성 여부는 단순 X선 검사(Plain X-ray)나 수술시 촉진 등을 통해 골형성(osteogenesis)을 확인하면서 결정하고, 흡수성 고정재료는 두개골편의 불안정이 확인되면 사용할 수 있다는 의견임.
따라서, 흡수성 고정재료는 내고정장치 제거 시 정상적인 골형성으로 인해 안정화 된 경우는 필요치 않으나 충분한 고정화기간을 거치지 않고 내고정장치를 타당한 사유가 있어 4개월 이내 조기제거하는 경우 또는 내고정장치 제거 시 segment가 불안정한 경우 사용함. 아울러 사용개수는 환자의 상태에 따라 다양할 것이나 내고정장치를 이용하지 않은 일반적인 두개골조기봉합교정수술에서 사용하는 양의 1/3-1/2정도가 적당함.
- 이에 동 건(A, B사례)은 제출된 진료기록부등을 고려하여 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

▶ **A사례(여/2세 5개월)**

: 두개골조기봉합교정 수술을 시행하고 약 5개월 후 Distractor를 제거하고
자42-1주2 악골내골신장기구제거술 *200%, RESORB×PLATE STRAIGHT 8H(C7502026) *4개,
RESORB×MESH PLATE 126MM×11MM×0.8MM (C7851404) *1개, RESORB×SCREW 2.0MM이상(C8003026) *61개를
청구한 건으로,
수술기록지 등을 검토한 결과 두개골편이 불안정한 것으로 확인되는 바, Distractor 제거 행위료와
PLATE는 인정하고, screw는 32개만 인정함.

▶ **B사례(여/3세 7개월)**

: 두개골조기봉합교정 수술을 시행하고 약 5개월 후 Distractor를 제거하고
자42-1주2 악골내골신장기구제거술 *200%, RESORB×PLATE STRAIGHT 8H(C7502026) *10개,
RESORB×SCREW 2.0MM이상 (C8003026) *49개를 청구한 건으로
수술기록지 등을 검토한 결과 두개골편이 불안정한 것으로 확인되는 바, Distractor 제거 행위료를 인정하고,
RESORB×PLATE STRAIGHT 8H(C7502026) *8개, RESORB×SCREW 2.0MM이상 (C8003026) *32개만 인정함.

■ **참고**

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- 신경외과학, 대한신경외과학회 4th edition. 대한신경외과학회. 2012
- 대한소아신경외과학회. 소아신경외과학. 닥터스북. 2011

- Dong Ha Park Soo Han Yoon, The Total Calvarial Remodeling with Transsutural Distraction Osteogenesis of 21 Cases of Craniosynostosis: New, Efficient, Safe and Natural Method in Craniosynostosis Surgery. *Pediatr Neurosurg* April 25, 2015
- ADAM L et al, Successful treatment of post-shunt craniocerebral disproportion by coupling gradual external cranial vault distraction with continuous intracranial pressure monitoring. *J Neurosurg: Pediatrics* 11:653-657 /Volume 11/ June 2013
- Katarzyna A. et al, Evolution of Surgery for Sagittal Synostosis: The Role of New Technologies. *The Journal of Craniofacial Surgery* Volume 20, Number 1, January 2009
- Pat Ricalde et al, Strength Analysis of Titanium and Resorbable Internal Fixation in a Mandibulotomy Model. 2005 American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons *J Oral Maxillofac Surg* 63:1180-1183, 2005
- Tetsuji Uemura, MD et al, Clinic Notes Three-Dimensional Cranial Expansion Using Distraction Osteogenesis for Oxycephaly. *THE JOURNAL OF CRANIOFACIAL SURGERY / VOLUME 14, NUMBER 1* January 2003
- ‘흡수성 plate 및 screw를 사용한 두개골고정’의 필요성, 적응증, 고정재료 사용개수에 대한 학회의견 - 대한성형외과학회(대성외 제2015-520호)

[2016.1.5. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

3. 인유두종바이러스의 감염유무와 상관없이 실시한 인유두종 바이러스 유전자형 검사 인정여부

■ 청구내역(여/42세)

- 청구 상병명: 자궁의 벽내 평활근종, 경도의 자궁경부이형성
- 주요 청구내역
나595-2가 인유두종바이러스 유전자형검사 [DNA Microarray법][진단검사의학과전문의 등 판독] (C5959006) 1*1.1*1
너541 액상자궁경부세포검사 (CX541) 1*1.1*1

■ 진료내역

- 진료기록
'14.9. Imp: Vaginitis, Known ASCUS
Known small myoma
Plan: Thin prep
'14.10. S: Vaginitis, Known ASCUS
- 주요 검사결과
'14.10. 액상세포검사- Reactive cellular changes
HPV검사- HPV DNA Genotyping chip: 전체음성
'15.9.(현청구분) HPV 40종 DNA Genotyping CHIP- 검사한 결과 모두 음성으로 확인됨.

■ 심의내용

- 보건복지부 고시 제2011-124호와 제2005-31호에 의하면 인유두종 바이러스(Human Papilloma Virus, HPV)검사는 적응증에 해당하는 경우 검사항목 중 1가지 검사만 인정하고, 인유두종바이러스 유전자형검사 [DNA Microarray test]는 HPV 유전자를 추출하여 DNA를 증폭시켜 실시하도록 제시하고 있음.
- 동 건(여/42세)은 자궁경부이형성 상병에 비정형 편평상피세포(Atypical Squamous Cell of Undetermined Significance, ASCUS) 소견의 과거력 있으며, ('15.9.)HPV DNA Genotyping Chip 검사를 시행한 결과 '모두 음성' 으로 인유두종 바이러스 감염이 확인되지 않았으나 '나595-2가 인유두종바이러스 유전자형검사[DNA Microarray법]' 을 시행한 경우로 인유두종바이러스 유전자형검사 인정여부에 대하여 논의한 결과,
- 관련고시, 교과서, 임상문헌 및 전문가에 의하면 최근 자궁경부 세포진 검사상 이상 소견(ASCUS 이상)이 있거나 중합효소연쇄반응(PCR, Polymerase Chain Reaction)에서 양성인 확인되었을 때 인유두종 바이러스 유전자형검사[DNA Microarray]를 시행하는 것이 타당함.
- 동 건은 제출된 진료기록부 등을 검토한 결과 '14년 10월 시행한 병리검사이후 추적검사(PAP smear 및 PCR 등)를 통하여 인유두종바이러스 감염유무가 확인되지 않은 상태에서 인유두종바이러스 유전자형검사 [DNA Microarray]를 실시하는 것은 적절하지 않다고 판단되는바 동 건에 시행된 '나595-2가 인유두종바이러스 유전자형검사[DNA Microarray법]' 은 요양급여로 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 【별표1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- 보건복지부 고시 제2011-124호(행위), 2011.11.1.시행
- 신의료기술 고시항목(보건복지부 고시 제2014-77호, 2014.6.1.시행)
- 이은희, et al. 제한효소질량다형법을 이용한 인유두종바이러스 유전형 검사법의 임상적 유효성. J Lab Med Qual Assur 2008;30 : 291-9.

- Ted E. Schutzbank, et al. Detection of High-Risk Papillomavirus DNA with Commercial Invader-Technology-Based Analyte-Specific Reagents following Automated Extraction of DNA from Cervical Brushings in ThinPrep Me. J. Clin. Microbiol. December 2007;45(12):4067-4069.
- Anna K. Wong, et al. Invader Human Papillomavirus (HPV) Type 16 and 18 Assays as Adjuncts to HPV Screening of Cervical Papanicolaou Smears With Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance. Cancer 2009;115:823-32.
- 질병관리본부. 감염병연구. 바이러스질환. 제21장 Human Papilloma Virus 감염증. 2012.
- 인유두종바이러스 유전자형 검사관련 학회의견
 - 대한진단검사의학회 (대진검 2016-5호, 2016.1.8.)
 - 대한병리학회 [대병학 제2016-004호(제8740호), 2016.1.8.]

[2016.1.8. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

4. 급성신부전 상병에 시행한 '유리경쇄정량검사(혈청/요)-카파/람다' 인정여부

■ 청구내역(여/54세)

- 청구 상병명: 상세불명의 급성 신부전
- 주요 청구내역

나237가(1)	유리경쇄정량검사(혈청)-카파 [진단검사의학과전문의 등 판독] (C2371006)	1*1*1
나237가(2)	유리경쇄정량검사(혈청)-람다 [진단검사의학과전문의 등 판독] (C2372006)	1*1*1
나237나(1)	유리경쇄정량검사(요)-카파 [진단검사의학과전문의 등 판독] (C2381006)	1*1*1
나237나(2)	유리경쇄정량검사(요)-람다 [진단검사의학과전문의 등 판독] (C2382006)	1*1*1

■ 진료내역

- 주요 검사결과

' 12.6.	Serum, Cr 7.56 mg/dl	Urine, Protein 43.48 mg/dl
' 14.8.	Serum, Cr 0.98 mg/dl	
' 15.2.	Serum, Cr 1.24 mg/dl	Urine, Protein 20.01 mg/dl
' 15.10.	Serum, Cr 1.11 mg/dl	Urine, Protein 23.81 mg/dl

■ 심의내용

- 관련고시 제2005-89호에 따르면 유리경쇄정량검사[카파/람다]-혈청/요는 다발성 골수종, 아밀로이드증 등 악성질환의 진단 등을 위해 실시하는 검사로 제시되어 있으며, 교과서에는 내인성(Intrinsic) 급성신손상의 원인중 하나로 골수종이 언급되고 있고, 관련문헌에서는 급성신손상시 다발성골수종에 의한 신손상 여부를 파악하기 위해 혈청 유리경쇄정량검사를 시행하도록 제시되어 있음.
- 교과서, 임상문헌, 관련학회 및 전문가에 의하면 골수종은 급성신손상의 원인 중 극히 일부를 차지하는 질환으로 내인성 급성신손상의 원인파악을 위한 관련선별검사(Screening test)에서 원인이 확인되지 않고 신장 조직검사를 시행할 수 없는 경우 '유리경쇄정량검사(혈청)-카파/람다' 를 추가 시행하도록 제시되어 있음.
- 동 건(여/54세)은 급성신부전 상병에 '나237가/나(1)/(2) 유리경쇄정량검사(혈청/요)-카파/람다' 를 시행하여 제출된 진료기록부 등을 검토한 결과 2012년 5월 자궁경부종양(Cervical Cancer)으로 인한 요관 협착 및 우측 수신증(Rt hydronephrosis)이 발생되어 우측 신장적출술(Rt nephrectomy)을 시행하였고, 이후 좌측 요관 방광이행부(UVJ, Uretero Vesical Junction)의 협착으로 급성신손상('12.6.8 serum Cr 7.56 mg/dl)이 발생한 것으로 확인됨.
- 이후 신기능이 개선되어 현재까지 혈청 Cr이 1.1~1.3 mg/dl 유지되고 있으며 골수종을 의심할만한 객관적인 소견이 확인되지 않는 상태에서 유리경쇄정량검사를 시행하는 것은 적절하지 않다고 판단되는바 동 건에 청구된 '나237가/나(1/2) 유리경쇄정량검사(혈청/요)-카파/람다' 는 요양급여로 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
- 보건복지부 고시 제2005-89호, '06.1.1.시행
- 대한내과학회. HARRISON'S 내과학. 18판. 도서출판 MIP. 2013.
- Lee G. Goldman-Cecil Medicine, Twenty-Fifth Edition. Philadelphia. ELSEVIER. 2016;114:728-736.
- Emmett M, et al. Brenner and Rector's The kidney. Tenth edition. Philadelphia. ELSEVIER. 2016; 769-776,958-1011.

- S. Vincent Rajkumar, et al. International Myeloma Working Group updated criteria for the diagnosis of multiple myeloma. Lancet Oncol. 2014 Nov;15(12):e538-48.
- Colin A. Hutchison, et al. The pathogenesis and diagnosis of acute kidney injury in multiple myeloma. Nat Rev Nephrol.;8(1):43-51.
- JW Park, et al. Combined analysis using extended renal reference range of serum free light chain ratio and serum protein electrophoresis improves the diagnostic accuracy of multiple myeloma in renal insufficiency. Clinical Biochemistry 45.2012;740-744.
- 유리경쇄정량검사-카파/람다 검사관련 학회의견
 - 대한진단검사의학회 (대진검 2016-5호, 2016.1.8.)
 - 대한신장학회 (대신학 제2016-3호, 2016.1.7.)

[2016.1.8. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

5. 간이식 후 2제 또는 3제(타크로리무스(품명: 프로그랍캡셀 등)와 142자격요법제나 코르티코스테로이드와 병용)요법으로 투여된 에베로리무스(품명: 써티칸정) 등 인정여부

■ 청구 및 진료내역

○ C사례(남/56세)

- 청구 상병명: 간세포암종
간이식 상태

- 간이식: 2015.1.14.

- 주요 청구내역

142 써티칸정0.75밀리그램(에베로리무스)/A 1*2*37

142 프로그랍캡셀1밀리그램(타크로리무스수화물)/A 1*2*37

142 셀셉트캡슐250밀리그램(미코페놀레이트모페틸)/A 2*2*37

- 주요 청구이력

<2015.1.7.> 142 셀셉트캡슐 250mg(미코페놀레이트모페틸) 14*31(총126㉞)

142 프로그랍주사액(타크로리무스수화물) 5mg 1*4

245 소론도정(프레드니솔론) 28*25(총85㉠)

245 솔루메드롤주 125mg 4.8*8(총5.76㉡)

245 솔루메드롤주 500mg 2*1

<2015.2.16., 3.23., 4.27.>

142 셀셉트캡슐 250mg(미코페놀레이트모페틸) 4*37, 4*37, 4*37

142 프로그랍캡셀 1mg(타크로리무스수화물) 4*37, 2*37, 2*37

○ D사례(여/59세)

- 청구 상병명: 간세포암종
간이식 상태

- 간이식: 2015.7.2.

2009년 Chronic viral hepatitis C 진단.

- 주요 청구내역

142 써티칸정0.25밀리그램(에베로리무스)/A 1*2*5

142 써티칸정0.5밀리그램 (에베로리무스)/A 1*2*5

142 타크로벨캡슐0.5밀리그램(타크로리무스수화물)/A 1*2*5

142 마이렙트캡슐250밀리그램(미코페놀레이트모페틸)/A 1*2*5

- 주요 청구이력

<2015.06.28.> 142 타크로벨캡슐 0.25/0.5mg(타크로리무스수화물) 2*7

142 프로그랍캡셀 0.5mg(타크로리무스수화물) 2*6

142 프로그랍캡셀 1mg(타크로리무스수화물) 13*19(총 51㉢)

245 피디정(메칠프레드니솔론) 15*12(총45㉣)

245 살론주 125mg(메칠프레드니솔론 나트륨호박산염) 3.5*4(총4.5㉤)

245 살론주 500mg(메칠프레드니솔론 나트륨호박산염) 1*1

■ 심의내용

○ mTOR 억제제(mTOR억제제: Mammalian target of Rapamycin inhibitor, 라파문, 써티칸 등) 계열인 Everolimus 경구제(품명: 써티칸정)는 식약처 허가사항 및 고시 제2015-81호에 따르면 간이식이나 심장 또는 신장이식 후 장기이식 거부반응을 예방하기 위해 사용하는 약제로 간이식 후 약 4주째에 초회 투여하며,

신독성을 줄이기 위해 투여량을 감소시킨 타크로리무스 및 코르티코스테로이드와 병용(3제) 투여하도록 제시되어 있음.

- 동 건(2 사례)은 간세포암종 및 독성간염 상병으로 간이식술 시행 후 2제 또는 3제(타크로리무스와 142자 격요법제나 코르티코스테로이드와 병용)요법으로 투여된 씨티칸정 인정여부에 대하여 논의한 결과,
- 관련문헌, 학회 및 전문가에 따르면 Everolimus 경구제(품명: 씨티칸정)는 고용량으로 투여시 간암 치료제이며, 저용량으로 투여시 면역억제제로 사용되는 약제로, ①간암으로 인해 간이식을 시행한 경우 ② 간이식후 신장기능이 저하된 경우 ③신생암(De novo cancer)이 발생한 경우 ④간암이 재발된 경우 ⑤혈관 침윤과 간외(Extra-hepatic)전이가 발생한 경우 ⑥자가면역질환이 동반된 C형간염으로 간이식을 시행한 경우에 감량한 타크로리무스 및 코르티코스테로이드와 병용하여 투여하되, 코르티코스테로이드는 투여시 면역기능 저하로 인한 합병증 등과 관련하여 감량 가능함.
또한, Everolimus 경구제(품명: 씨티칸정)는 타크로리무스 및 코르티코스테로이드와 병용투여 외에도 신기능이 저하된 경우 등 사례에 따라 타크로리무스를 미코페놀산모페틸로 변경하거나 병행하여 투여가능하다고 함.
- 따라서, 동 건의 2사례는 전반적인 환자상태를 고려하여 아래와 같이 사례 결정하기로 함.

- 아 래 -

- 사례C(여/56세): 간세포암종으로 2015.01.14. 간이식을 시행한 동 건은 이식이후 MMF 경구제(품명: 셀셉트 캡셀), Tacrolimus 제제(품명: 프로그래프캡셀), 코르티코스테로이드 투여해오다 2015.07.02.(현청구분) Everolimus 경구제(품명: 씨티칸정) 1.5mg*37일, 셀셉트캡슐 1g*37일, 프로그래프캡셀 1mg*37일 투여된 건으로 전반적인 진료내역을 검토한 결과 이식후 코르티코스테로이드가 투여된 내역 참조하여 간세포암종에서 간이식후 면역억제 및 간세포암종의 재발 등을 예방하기 위해 투여한 사항으로 적절하다고 판단되므로 사례로 요양급여 인정함.
- 사례D(여/59세): 만성C형간염(Chronic viral hepatitis C), 간세포암종으로 2015.07.02. 간이식을 시행한 동 건은 이식이후 Tacrolimus 제제(품명: 타크로벨캡슐 및 프로그래프캡셀), 코르티코스테로이드 투여하고 2015.07.21.(현청구) Everolimus 경구제(품명: 씨티칸정) 1.5mg*5일, 타크로벨캡슐 1mg*5일 투여된 건으로, 제출된 진료기록 등을 검토한 결과 간 이식 후 4주 전에 투여한 '씨티칸정0.75(0.25/0.5)밀리그램(에베로리무스)/A 1*2*5'은 식약처 허가사항 및 관련고시를 참조하여 적합하지 않다고 판단되므로 요양급여 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 【별표1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- 식품의약품안전처 허가사항
- 보건복지부 고시 제2015-81호, '15.6.1.시행
- 보건복지부 고시 제2014-127호, '14.8.1.시행
- 대한내과학회. HARRISON'S 내과학. 18판. 도서출판 MIP. 2013.
- European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Liver transplantation. Journal of Hepatology 2015;4-53.
- Michael R. Lucey, et al. Long-Term Management of the Successful Adult Liver Transplant: 2012 Practice Guideline by AASLD and the American Society of Transplantation. 2012;110-111.
- Liver Transplantation. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, National Institutes of Health Publication No. 10-4637 June 2010.

- F.Saliba, et al. Renal Function at Two Years in Liver Transplant Patients Receiving Everolimus: Results of a Randomized, Multicenter Study. American Journal of Transplantation 2013;13:1734-1745.
- George Sgourakis, et al. Corticosteroid-free immunosuppression in liver transplantation: An evidence-based review. World J Gastroenterol 2014 August 21;20(31):10703-10714.
- T.M. Manzia, et al. The efficacy and safety of mammalian target of rapamycin inhibitorsab initio after liver transplantation without corticosteroids or induction therapy. Digestive and Liver Disease. 2015;1-6.
- Christophe Duvoux, et al. mTOR inhibitor therapy: Does it prevent HCC recurrence after liver transplantation? Transplantation Reviews 29.2015:168-174.
- Patrizia Burra, et al. Neoplastic disease after liver transplantation: focus on de novo neoplasms. World J Gastroenterol 2015 August 7;21(29):8753-8768.
- Certican 관련 학회의견 - 대한이식학회 (대이학 16-5, 2016.1.20.)

[2016.1.25. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

6. 심방세동 환자의 고주파절제술시 사용한 전극카테터(PENTARAY CATHETER, LASSO CATHETER) 인정여부

■ 청구내역(남/72세)

○ 청구 상병명: 심방세동

○ 주요 청구내역

자654가(1)주 부정맥의 고주파절제술(상심실성 부정맥)-심방세동 (M6542)	1*1*1
자654가(1)주주2 부정맥의 고주파절제술(상심실성 부정맥)-심방세동,중격천자 (M6545)	1*1*1
나725-1나 임상전기생리학적검사:종합적(히스속전기도검사포함) (E7252)	1*1*1
NAVISTAR THERMOCOOL SMART TOUCH NAVIGATION & ABLATION CATHETER(REFERENCE PATCH 포함) 전극격(J4720213)	1*1*1
PENTARAY HIGH DENSITY MAPPING CATHETER 20극 (J4605013)	1*1*1
LASSO 2515 NAV VARIABLE CATHETER CIRCULAR/12극,22극 (J4604113)	1*1*1
FIXED CURVE DIAGNOSTIC CATHETER 10극이하 (J4601113)	1*3*1

■ 심의내용

○ 동 건(남/72세)은 발작성 심방세동 치료받았던 환자로 약물에 반응하지 않아 '15.4.8 내원하여 입원당일 고주파절제술(RFCA: radiofrequency catheter ablation) 시행 시 두 종류의 전극카테터 (PENTARAY CATHETER, LASSO CATHETER)를 동시 사용하여 이의 인정여부에 대하여 논의함.

- 제출된 진료기록부 및 검사결과지 참조하여 논의결과 전극카테터 동시 사용에 대한 명확한 기준이 없어 학회의견을 요청하여 재심의하기로 결정함.

- 순환기내과 II(부정맥) 분과위원회('16.1.26.)에서 재심의 하였으나 의견이 상이하여 중앙심사조정위원회의 결정을 따르기로 하여 심의함.

○ 부정맥의 고주파절제술은 현 고시 제2014-80호에 의거 심방세동인 경우 1) 항부정맥 약제(class I 또는 class III) 중 1가지 이상을 6주 이상 충분한 용량으로 투여한 이후에도 증상이 조절되지 않는 심방세동으로, 약제 투여 전·후 심전도검사에서 심방세동이 증명된 경우 다만, 영구형(permanent) 심방세동에는 인정하지 아니함. (2) 항부정맥 약제에 대한 부작용 또는 동결절 기능부전을 동반한 빈맥-서맥 증후군에서와 같이 약제유지가 불가능한 심방세동으로서 심전도에 의해 확인된 경우. (3) 재시술은 이전 시술 후 3개월이 경과된 이후에 실시하되, 심전도상 심방세동 또는 심방빈맥의 재발이 증명된 경우. (4) 심방세동 고주파절제술시 CTI(cavotricuspid isthmus)-dependent 심방조동이 유도된 경우에 요양급여로 인정하고 있음.

○ 동 건(남/72세)은 심방세동 상병하에 수술료로 자654가(1)주 부정맥의 고주파절제술(상심실성 부정맥)-심방세동 (M6542), 자654가(1)주주2 부정맥의 고주파절제술(상심실성 부정맥)-심방세동,중격천자 (M6545), 재료대료 PENTARAY HIGH DENSITY MAPPING CATHETER 20극(J4605013), LASSO 2515 NAV VARIABLE CATHETER CIRCULAR/12극, 22극(J4604113)을 청구함.

- 제출된 진료기록부(경과기록, 투약기록, 검사기록 등) 및 우리원 약제이력 등 조회결과 항부정맥 약제인 리트모논정 150mg을 6주 이상 투약, PENTARAY CATHETER와 LASSO CATHETER 사용 및 CFAE Isolation 시행한 것을 확인함.

- 전문가에 의하면 폐정맥 기시부를 전기적으로 격리시키는 기술인 PVI가 심방세동의 표준 기술이며 이 때 LASSO CATHETER는 PVI를 확인하는데 주로 사용되는 원형 매핑 카테터이고 PENTARAY CATHETER는 방사형 High Density Mapping 카테터로 심장의 심방과 심실에서 발생하는 모든 복합부정맥(complex arrhythmia)에 대하여 광범위한 영역에 걸쳐 심방 및 심실 내 매핑이 가능함. 특히 심방세동시 발생하는 복잡 분할 형태의 전기적 신호(CFAE) 관찰시 유용하다는 의견임.
- 따라서 동 건은 사례로 요양급여로 인정하기로 함.

※ PVI: pulmonary vein isolation

■ 참고

- 부정맥의 고주파절제술(RFCA) 급여기준(보건복지부 고시 제2014-80호, 14.6.1.)
- Douglas L. Mann. et al. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine Tenth Edition. Elsevier. 2015
- 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: Executive Summary

[2016.1.26. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

7. 거동 가능한 NYHA(New York Heart Association) Class IV 환자로 판단하여 도부타민 투여 후 실시한 심장재동기화치료(Cardiac Resynchronization Therapy, CRT) 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/60세)

- 청구 상병명: 확장성 심근병증, 수축성(울혈성) 심부전

- 주요 청구내역

자200-2가 심율동전환제세동기거치술(경정맥)-삽입술 (00211)	1*1*1
INCEPTA CRT-D 전규격 (G8303017)	1*1*1
ENDOTAK RELIANCE G 4-SITE LEAD 전규격 (G8401125)	1*1*1
ACUITY SPIRAL LV LEAD 전규격 (G8207217)	1*1*1
FLEXTEND PACING LEAD 전규격 (G8101017)	1*1*1
ASAHI PTCA GW(AG, AGH, AGP) 전규격 (J6021031)	1*1*1
ACUITY BREAK-AWAY GUIDE CATHETER 전규격 (J5015101)	1*1*1

○ B사례(남/60세)

- 청구 상병명: 확장성 심근병증, 상세불명의 심부전, 오래된 심근경색, 기타 형태의 협심증, 상세불명의 고혈압

- 주요 청구내역

자200-2가 심율동전환제세동기거치술(경정맥)-삽입술 (00211)	1*1*1
PROTECTA XT-CRT-D 전규격 (G8303203)	1*1*1
QUATTRO SECURE 전규격 (G8401303)	1*1*1
ATTAIN ABILITY LEAD 전규격 (G8207303)	1*1*1
CAPSURE LEAD 전규격 (G8101003)	1*1*1

■ 심의내용

- 심장재동기화치료(CRT-D, CRT Defibrillator)는 현 고시에 의거 CRT-P(CRT-Pacemaker)와 ICD(Implantable Cardioverter-Defibrillator) 기준에 모두 적합한 경우에 요양급여로 인정하며, 동 기준 이외에 시행한 경우에는 시술료 및 치료재료 비용은 전액본인이 부담하고 있음.
- 동 건(2사례)은 거동가능한 NYHA Class IV 환자로 판단하여 심장재동기화치료(CRT-Defibrillator)를 시행하였으나 입원 중 도부타민을 사용한 경우로 진료내역 및 검사결과 참조하여 거동가능한 NYHA Class IV의 인정여부 및 심장재동기화치료(CRT-Defibrillator)요양급여 인정여부에 대해 논의하고자 부의됨.
- 동 건은 진료기록부(검사결과, 경과기록, 투약기록 등)등과 전반적인 환자상태를 고려하여 아래와 같이 사례 결정함.

- 아 래 -

▶ A사례(여/60세)

: 동 사례(여/60세)는 확장성 심근병증, 수축성(울혈성)심부전으로 '13.10.25. 입원하여 '13.11.27. 심장재동기화치료(CRT-D, Cardiac Resynchronization Therapy Defibrillator)를 시행하고 자200-2 가 심율동전환제세동기거치술(경정맥)-삽입술을 청구하였음. 입원 중 도부타민을 사용한 내역으로 도부타민 투여상태의 시술은 거동이 가능한 NYHA CLASS IV환자로 인정하기 어려워 조정된 환자로 도부타민 사용은 pitting edema control을 위해 사용한 것이며 거동가능한 상태의 환자였다고 이의신청함.

제출된 진료기록부(검사결과, 간호기록, 투약기록 등)등 검토결과 입원전까지 1년 이상 적절한 약물치료(ARB, beta blocker, diuretics) 내역이 확인되었으며 '13.10.25. 입원 후 시술 전까지 “활동량 증가함, 보호자 동반하에 운동함, 병동보행함, pitting edema 지속됨 “이라는 내용 기재되어 있음.

동 사례의 환자는 진료기록부를 참조하였을 때 거동이 가능한 NYHA Class IV 환자로 판단되며 도부타민은 pitting edema 조절을 위해 사용할 수 있다고 판단됨. 따라서 동 사례에 산정된 자200-2가 심율동전환제세동기거치술(경정맥)-삼입술 및 관련 재료대는 사례로 요양급여로 인정하기로 함.

▶ B사례(남/60세)

: 동 사례(남/60세)는 급성 심근경색으로 2002년 관상동맥 우회로술 시행 받았으며 이후 지속되는 호흡곤란 및 가슴통증으로 2009년 관상동맥 스텐트 삽입술 시행 받은 환자로 '13.3.10 dyspnea로 응급실 통해 입원하여 약물치료 후 '13.3.18. 심장재동기화치료(CRT-D, CRT-Defibrillator)를 시행하고 자200-2 가 심율동전환제세동기거치술(경정맥)-삼입술을 청구하였음. 시술 후 심장기능 악화로 CRRT 시행하였으나 의식저하, 맥박저하소견 보이며 '13.4.9. 사망하였음. 입원 중 도부타민을 사용한 내역으로 도부타민 투여상태의 시술은 거동이 가능한 NYHA CLASS IV환자로 인정하기 어려워 조정된 환자임.

이에 요양기관에서 평소 NYHA Class II-III 로 유지되었으며 심기능 악화되어 NYHA Class IV 로 악화가 반복되던 환자로 급성 치료 후 증상 호전되어 장기적 치료 계획으로 심장재동기화치료(CRT-D)를 시행하였으며 시술 당시 환자는 거동이 가능한 상태였고 호흡곤란도 급성기에서 다소 호전된 상황으로 NYHA Class IV의 급성기 치료로 사용한 것이 아니라는 내용의 이의신청 소견서 제출함.

제출된 진료기록부(검사결과, 간호기록, 투약기록 등)등 검토결과 “가슴 불편감 및 숨찬감 호소 없음. 병동 내 ambulation 하는 중임” 기록 있으며, 입원 전까지 1년 이상 적절한 약물치료(ARB, beta blocker, diuretics) 내역이 확인되었음.

동 사례의 환자는 진료기록부를 참조하였을 때 거동이 가능한 NYHA CLASS IV환자로 판단됨. 따라서 동 사례에 산정된 자200-2 가 심율동전환제세동기거치술(경정맥)-삼입술 및 관련 재료대는 사례로 요양급여로 인정하기로 함

- ※ ARB: Angiotensin Receptor Blocker 안지오텐신 수용체 차단제
- ※ NYHA: New York Heart Association
- ※ ACE-inhibitor: Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor 안지오텐신 전환효소 억제제
- ※ CRRT: Continuous Renal Replacement Treatment, 지속적 신대체요법
- ※ ICD: Implantable Cardioverter-Defibrillator, 심율동전환제세동기

■ 참고

- 심율동전환제세동기(ICD)거치술[경정맥]의 인정기준(보건복지부 고시 제2008-31호, '08.5.1.)
- 심장재동기화치료(CRT, Cardiac Resynchronization Therapy)의 인정기준(보건복지부 고시 제2008-31호, '08.5.1.)
- Douglas L. Mann MD. et al. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine Tenth Edition. Elsevier. 2015
- 2012 ACCF/AHA/HRS Focused Update Incorporated Into the ACCF/AHA/HRS 2008 Guidelines for Device-Based Therapy of Cardiac Rhythm Abnormalities

- Ratika Parkash, MD, MSc, et al. Canadian Cardiovascular Society Guidelines on the Use of Cardiac Resynchronization Therapy: Implementation. Canadian Journal of Cardiology vol.29, 2013. p.1346-1360,
- Jaimie Manlucu, MD, Anthony S.L. Tang, et al. Whom Should I Refer in 2014 for Cardiac Resynchronization? Canadian Journal of Cardiology. vol 30. 2014. p. 675-678

[2016.1.26. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

요양급여대상 사전 승인 건

2016.1월 조혈모세포이식분과위원회 심의사례 공개

조혈모세포이식은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부고시 제2015-44호)에 따라 요양급여 대상 여부를 통보해주는 조혈모세포이식 사전심의제도를 실시하고 있습니다.

조혈모세포이식의 요양급여대상여부에 대하여 심의한 결과 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준에 적합한 자는 요양급여로 인정하고 있으며, 요양급여대상자(요양급여비용의 일부를 본인이 부담)로 결정되지 아니한 환자가 조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우, 이식과 직접 관련된 진료기간(조혈모세포 주입 전 1주부터 주입 후 2주)의 요양급여비용(이식술료, 이식과 관련된 입원료[무균치료실료 포함], 시술 전·후 처치 등)에 대하여는 100분의 50을 본인에게 부담토록하고, 그 외의 기간에 이루어지는 진료비(면역억제제 투여, 검사와 합병증 및 후유증 치료비 등)에 대하여는 요양급여로 인정하고 있습니다.

(보건복지부 고시 제2014-196호)

구분		계	동종	자가	제대월	비고
총 접수건		287	165	114	8	-
처리결과	인정건	206	110	89	7	-
	불인정건	81	55	25	1	-

* 신청기관 : 35개 요양기관

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
동종	총165건	인정: 110건	급성골수성백혈병: 37건	(ㄱ) PML/RARA 양성인 AML-M3을 제외한 1차 혈액학적 완전관해된 경우 (ㄴ) 재발된 급성골수성백혈병에서 2차 혈액학적 완전관해된 경우 다만, PML/RARA 양성인 AML-M3은 사례별로 인정함 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			급성림프모구백혈병: 30건	골수 검사 결과 아세포(blast)의 비율이 5% 이하이고 말초혈액 검사 결과 정상 범위인 완전 관해 된 때. 다만, 15세 미만의 소아에서 1차 완전관해 된 경우에는 조혈모세포이식 분과위원회 심의 사례를 토대로 고위험군에 한함. 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			중증재생불량성빈혈: 13건	골수검사결과 세포총실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25%이하이거나 25~50%이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여 대상임. (ㄱ) 절대호중구 수(ANC)가 500/ μ l 이하 (ㄴ) 교정 망상적혈구 1.0% 이하

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				(㉔) 혈소판 20,000/ μl 이하 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			골수이형성증후군: 12건	조혈모세포이식 분과위원회 심의사례를 토대로 Donor type, 나이, IPSS score, 수혈력, CBC 등 참고하여 이식의 적응증에 해당되는바 요양급여대상자로 인정함.
			만성골수성백혈병: 2건	다음 각 호에 해당하는 가속기 또는 급성 발증의 소견이 아닌 만성기인 때 (㉕) 빈혈정도가 심해짐 (㉖) Cytogenetic clonal evolution (㉗) Blood or marrow blast 15~30% (㉘) Blood or marrow promyelocyte 30%이상 (㉙) Blood or marrow basophil 20%이상 (㉚) 혈소판 100,000/ μl 이하에 해당하는 가속기 또는 급성 발증의 소견이 아닌 만성기인 때 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			다발성골수종: 5건	<2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식 (tandem transplantation)>에서 “다발성골수종은 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식에서 다음 각 호 1에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정함. (㉛) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(very good Partial Response, M단백이 치료 전보다 90%이상 감소되는 것을 의미) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우 : 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종)을 원칙으로 하되, 동 기간을 초과하게 될 경우 사유서를 참조하여 사례별로 결정함. (㉜) 1차 이식으로 진행성의(progressive) 소견을 보이는 경우 : 2차 이식으로 동종 조혈모세포이식 시행을 원칙으로 하여 사유서를 참조하여 사례별로 결정함. (㉝) 1차 이식으로 VGPR(very good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우 : 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 원칙으로 하여 사유서를 참조하여 사례별로 결정함”으로 되어 있음. 또한 다발성골수종은 “다음의 조건에 모두 부합되어야 함. (㉞) ECOG Scale 0-1, (㉟) 부분관해 이상의 치료반응을 보인 경우 (부분관해란 M 단백질이 치료 전보다 50% 이상 감소되는 것을 의미함) (㊱) 만성신부전이 아닌 경우”로 되어 있음. 동 건들은 1차 이식으로 VGPR 이상의 반응을 보인 후 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보였으나 이후 항암치료에 부분관해(M단백이 치료 전보다 50% 이상 감소되는 것을 의미함)

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				이상의 치료반응을 보이고 있는바 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			Acute Bilineal Leukemia: 2건	Acute Bilineal Leukemia로 진단되어 1차 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출된 자료를 검토한 결과 완전관해로 확인되는 바 요양급여대상자로 인정함.
			Chronic myelomonocytic Leukemia: 3건	CMMoL-1으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출된 자료 및 검사결과(나이, IPSS score, 수혈력, CBC 등)를 토대로 혈액종양내과분과위원회(조혈모세포이식)에서 심의한 결과, 현재 상황이 반드시 이식이 필요하다고 판단되는 바 요양급여대상자로 인정함.
			MyeloFibrosis: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준) [별표] 2-가-(9)에 의하면 일차골수성유증은 “일차골수성유증의 예후지표인 DIPSS plus risk category 중 고위험도(High risk, 예후인자수 ≥ 5 항목)와 중등위험도-2(Intermediate-2, 예후인자수 3항목 또는 4 항목)에 해당하는 경우. 다만, 중등위험도-2에 해당하는 경우에는 질병의 중등도 등 환자상태를 고려하여 사례별로 인정함.”으로 되어 있음. 동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			악성림프종: 3건	자가조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상의 치료반응을 보이는 경우로 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			혈구탐식성조직구증식증 1건	The Histiocyte society에서 제시한 진단기준(2004년 제정)을 만족하는 혈구탐식성조직구증 환자 중 가족성(유전적) 또는 비가족성(비유전적) 혈구탐식성조직구증으로 확인된 경우 다만, 비가족성(비유전적) 혈구탐식성조직구증 중에서 호전된 경우는 사례별로 인정함. 따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			모구형질세포양 수지상세포종양 (BPDCN) : 1건	모구형질세포양수지상세포종양(BPDCN)으로 진단되어 1차 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출된 자료를 검토한 결과 완전관해로 확인되는 바 요양급여대상자로 인정함.
		불인정 : 55건	급성골수성백혈병: 14건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-(1)에 의하면 급성골수성백혈병은 “(ㄱ)PML/RARA 양성인 AML-M3을 제외한 1차 혈액학적 완전관해된 경우 (ㄴ) 재발된 급성골수성백혈병에서 2차 혈액학적 완전관해된 경우 다만, PML/RARA 양성인 AML-M3은 사례별로 인정함”으로 되어

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>있음. 따라서 급성골수성백혈병으로 동종조혈모세포이식 예정인 동 건들은 골수검사결과 및 말초혈액검사결과 완전관해가 확인되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>동 건들은 급성골수성백혈병으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 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 (ㄱ) 1 locus 불일치까지 인정한다. (ㄴ) 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수이형성증후군과 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.”고 명시되어 있음. 동 건은 급성골수성백혈병으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA C 1 locus가 일치하지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가-(1)에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만 65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건은 연령 초과되어 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				급성골수성백혈병으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 혈액종양내과II분과위원회(조혈모세포이식) 심의사례, 관련 교과서, 임상연구문헌 등을 토대로 제출된 자료 및 검사 결과 등을 참조할 때 MDS가 재발된 AML로 판단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식으로 사료되어 현재 상황이 반드시 이식이 필요하다고 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			만성골수성백혈병: 2건	<p>동 건은 만성골수성백혈병으로 진단되어 3차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-(2)에 의하면 만성골수성백혈병은 “(ㄱ)빈혈정도가 심해짐 (ㄴ)Cytogenic clonal evolution (ㄷ)Blood or marrow blast 15~30% (ㄹ)Blood or marrow promyelocyte 30%이상 (ㅁ)Blood or marrow basophil 20%이상 (ㅂ) 혈소판 100,000/㎍이하에 해당하는 가속기 또는 급성 발증의 소견이 아닌 만성기인 때” 요양급여 대상이나 동 건은 골수검사결과 'Findings consistent with chronic myelogenous leukemia, BCR-AL1 positive, blast phase' 소견인 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			급성림프모구백혈병: 11건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-(3)에 의하면 급성림프모구백혈병은 “골수검사결과 아세포(blast)의 비율이 5% 이하이고 말초혈액 검사 결과 정상범위인 완전관해 된 때” 요양급여 대상이나, 급성림프모구백혈병으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정인 동 건들은 골수검사결과 및 말초혈액검사결과 완전관해가 확인되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>-(1)에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만 65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건들은 연령 초과 되어 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 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) 혈연 관계에 있는 경우 (ㄱ) 1 locus 불일치까지 인정한다. (ㄴ) 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수이형성증후군과 완전관해 상태의 급성 골수성백혈병에서 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.”고 명시되어 있음. 동 건은 1차 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA A 1 allele, DR 1 allele가 일치하지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>동 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다.”고 명시되어 있으나 동 건들은 공여자 HLA 검사 결과지가 제출되지 않아 조직형 일치정도가 확인되지 아니하여 추후 추가 제출 시 재논의하기로 함.</p> <p>Burkitt lymphoma/leukemia로 진단받아 1차 완전관해상태의 동 건은 1차 동종(혈연간) 조혈모세포이식 예정으로 치료 성적</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>및 효과 등에 대한 의학적 타당성에 대한 근거가 미비한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			만성림프구백혈병: 1건	<p>만성림프구백혈병 상병으로 진단되어 고위험 소견이 보이지 않는 상태(1차 항암치료에 부분반응이 있고 poor risk 관련 cytogenetics 없음)로 1차 혈연간 동종 조혈모세포이식 예정인 동 건은 치료 성적 및 효과 등에 대한 의학적 타당성에 대한 근거가 미비한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			골수이형성증후군: 3건	<p>골수이형성증후군으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 혈액종양내과II분과위원회(조혈모세포이식) 심의사례를 토대로 제출된 자료 및 검사결과(나이, IPSS score, 수혈력, CBC 등)를 참조할 때 현재 상황이 반드시 이식이 필요하다고 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가-(1)에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만 65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건들은 이식예정 시 연령 초과되어 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			악성림프종: 9건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표 2-가-(7)에 의하면 악성림프종은 “자가조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상의 치료반응을 보이는 경우” 요양급여 대상이나 동 건은 비호지킨림프종(DLBCL)으로 진단받고 1차 자가조혈모세포이식을 시행 후 재발되어 2차 동종조혈모세포이식 예정으로 영상검사 소견으로 부분반응 확인되지 않아 고시 기준에 적합하지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표 2-가-</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>-(7)에 의하면 악성림프종은 “자가조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상의 치료반응을 보이는 경우” 요양급여 대상이나 동 건은 비호지킨림프종 (Peripheral T Cell Lymphoma)으로 진단받고 1차 동종조혈모세포이식이 신청되어 고시 기준에 적합하지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>동 건들은 호지킨림프종/비호지킨림프종으로 진단되어 1차/2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			다발성골수종: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준) [별표] 2-가-(6)에 의하면 다발성골수종은 “다음의 조건에 모두 부합되어야 함. (ㄱ) ECOG 0-1, (ㄴ) 부분관해 이상의 치료반응을 보인 경우 (ㄷ) 만성신부전이 아닌 경우”로 되어 있음. 동 건은 다발골수종으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식을 시행 하였으나 재발하여 2차 동종조혈모세포이식 예정으로 PET 결과 부분반응 이상의 치료반응이 확인되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			Acute Bilineal Leukemia: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여 하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치 하여야 한다.”고 명시되어 있으나 동 건은 공여자 HLA 검사 결과지가 제출되지 않아 조직형 일치정도가 확인되지 아니하여 추후 추가 제출 시 재논의하기로 함.</p>
			CMMoL-1: 1건	<p>CMMoL-1으로 진단되어 1차 동종조혈모세포이식 예정으로 제출된 검사결과(나이, IPSS score, 수혈력, CBC 등), 소견서 및 참고문헌 등을 참조하여 혈액종양내과II분과위원회(조혈모세포 이식)에서 논의한 결과 현재 상황이 반드시 이식이 필요하다고 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			MyeloFibrosis: 3건	<p>MyeloFibrosis로 진단되어 2차 동종조혈모세포이식이나 현재 동 상병에 대한 2차 동종조혈모세포이식에 대하여는 치료 성적 및 효과 등 의학적 타당성에 대한 근거가 미비하므로 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>골수섬유화증으로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			신세포암: 1건	<p>신세포암(metastatic renal cell carcinoma)로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			만성육아종증: 2건	<p>만성육아종증으로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			중증재생불량성빈혈: 6건	<p>중증재생불량성빈혈로 진단되어 반일치 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출된 말초혈액검사결과 Very severe Aplastic anemia에 해당되지 않고, 동 상병의 반일치 이식에 대한 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>중증재생불량성빈혈로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포 이식 시행 후 생착실패로 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출된 말초혈액검사결과 Very severe Aplastic anemia에 해당되지 않고, 동 상병의 2차 반일치 이식에 대한 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표2-가-(4)에 의하면 중증재생불량성빈혈은 “골수검사결과 세포총실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25%이하이거나 25~50%이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 (ㄱ)절대호중구 수(ANC)가 500/ μ l 이하 (ㄴ) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 (ㄷ) 혈소판 20,000/ μ l 이하 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때” 영양급여 대상이나 동 건은 최근 골수검사결과지 미제출하여 골수검사결과 세포총실도 소견에 대한 평가가 곤란한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여 비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
제대혈	총: 8건	인정: 7건	급성골수성백혈병: 1건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-(1)에 의하면 급성골수성백혈병은 “(ㄱ)PML/RARA 양성인 AML-M3을 제외한 1차 혈액학적 완전관해된 경우 (ㄴ)재발된 급성골수성백혈병에서 2차 혈액학적 완전관해된 경우 다만, PML/RARA 양성인 AML-M3은 사례별로 인정함”으로 되어 있음. 따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.
			급성림프모구백혈병: 3건	골수 검사 결과 아세포(blast)의 비율이 5% 이하이고 말초혈액검사 결과 정상 범위인 완전 관해 된 때. 다만, 15세 미만의 소아에서 1차 완전관해 된 경우에는 혈액종양내과II분과위원회(조혈모세포 이식) 심의사례를 토대로 고위험군에 한함. 따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.
			악성림프종: 1건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)[별표] 2-가-(7)에 의하면 악성림프종은“자가조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상의 치료반응을 보이는 경우” 영양급여 대상임. 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.
			중증선천호중구감소증: 1건	임상 양상, 유전자검사, 기타 질환의 특이검사 등으로 진단된 중증 선천호중구감소증으로 G-CSF에 반응이 없는 경우(호중구수가 1,000/ mm^3 이상으로 상승하지 않는 경우) 또는 심각한 감염이 반복되는 경우 영양급여 대상임. 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
		불인정: 1건	Fanconianemia: 1건	세포유전학검사나 분자유전학적검사 등으로 판코니빈혈로 진단이 확인된 경우에 영양급여 대상임. 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.
			과호산구증후군: 1건	동 건은 조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(영양급여대상자기준)(별표)에 해당되지 않으며, 현재까지 동 상병에 대한 조혈모세포 이식의 임상연구 및 치료성적 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
자가	총:114건	인정: 89건	다발성골수종: 48건	다발성골수종의 진단 기준에 맞고 이식 적응증에 적합한 경우 영양급여 대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014.11.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>에서 다발성골수종은 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식으로 다음 각 호 1에 해당하는 경우 영양급여 대상임. (ㄱ) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(very good Partial Response, M단백이 치료 전보다 90%이상 감소되는 것을 의미) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우 : 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종)을 원칙으로 하되, 동 기간을 초과하게 될 경우 사유서를 참조하여 사례별로 결정함. (ㄴ) 1차 이식으로 진행성의(progressive) 소견을 보이는 경우 : 2차 이식으로 동종 조혈모세포이식 시행을 원칙으로 하여 사유서를 참조하여 사례별로 결정함. (ㄷ) 1차 이식으로 VGPR(very good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우 : 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에만 하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함을 원칙으로 하여 사유서를 참조하여 사례별로 결정함 따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 영양급여 대상자로 인정함.
			비호지킨림프종: 29건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(영양급여대상자기준)별표2-나-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 다음 각 호의 1에 해당하는 1차 항암화학요법에 반응이 있는 고위험군 또는 재발 후

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>구제항암화학요법에 부분 반응(종양의 크기가 전체적으로 50% 이상 감소하고 2차적 병변의 악화가 없고 새로운 병변의 출현이 없는 상태가 4주 이상 지속되는 경우)이 있는 표준 위험군의 경우 요양급여 대상임.</p> <p>(ㄱ) LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor Stage가 III 또는 IV인 경우</p> <p>(ㄴ) High grade subtype 상병인 경우</p> <p>(ㄷ) 표준항암화학요법에 반응을 보이지 않는 refractory case중 salvage chemotherapy에 부분반응 이상을 보이는 경우</p> <p>따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			급성골수성백혈병: 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-나-(2)에 의하면 급성골수성백혈병은 골수 검사 결과 아세포(blast)의 비율이 5%이하이고 말초혈액검사 결과 정상 범위인 완전 관해 된 때 요양급여 대상임.</p> <p>따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			호지킨림프종: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2014-171호, 2014.10.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-나-(1)-(나)에 의하면 호지킨림프종은</p> <p>(ㄱ) 표준항암화학요법 후 완전관해에 도달하지 않는 경우</p> <p>(ㄴ) 재발 후 구제항암화학요법에 부분 반응이상인 경우 요양급여 대상임.</p> <p>따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			신경모세포종①: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014.11.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT), (나) 다발성골수종 인정 기준에 적합한 경우 요양급여 대상임.</p> <p>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-나-(6)에 의하여 신경모세포종은 다음 각 호의 1에 해당하는 경우로</p> <p>(ㄱ) 1세 이상이면서 수술 또는 항암제 등으로 부분반응이상을</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>보이는 Stage IV 또는 완전절제가 불가능한 Stage III의 종양일 때 (ㄴ) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 때 요양급여 대상임.</p> <p>따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			AL amyloidosis: 2건	<p>AL type 유전분증(light chain 유전분증)은 자가조혈모세포 이식이 효과적이라는 연구 자료들이 보고되고 있으므로 AL type의 유전분증을 확진 받은 경우 사례별로 자가조혈모세포 이식을 인정함.</p> <p>동 건들은 제출한 진료기록부를 검토한 결과 AL type 유전분증으로 확인되는 바 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			Mantle cell lymphoma: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2014-171호, 2014.10.1) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-(1)-(가)에 비호지킨림프종은 다음 각 호의 1에 해당하는 1차 항암요법에 반응이 있는 고위험군 또는 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응(종양의 크기가 전체적으로 50%이상 감소하고 2차적 병변의 악화가 없고 새로운 병변의 출현이 없는 상태가 4주 이상 지속되는 경우)이 있는 표준위험군의 경우</p> <p>(ㄱ) LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III또는 IV인 경우 (ㄴ) high grade subtype상병인 경우 (ㄷ) 표준항암화학요법에 반응을 보이지 않는 refractory case 중 salvage chemotherapy에 부분반응 이상을 보이는 경우"로 되어 있음.</p> <p>동 건은 mantle cell lymphoma로 진단받고 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응이 보이며 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			포ئم증후군: 1건 (POEMS syndrome)	<p>포ئم증후군(POEMS syndrome)은 진단기준에 적합한 경우 사례별로 인정하고 있음.</p> <p>포ئم증후군(POEMS syndrome)으로 자가 조혈모세포이식예정인 동 건은 제출한 진료내역을 검토한 결과 포ئم증후군의 필수적인 진단기준(mandatory criteria)과 주요 진단 기준(major criteria), 부수적 진단기준(minor criteria)을 모두 만족하므로 사례 인정함.</p>
			생식세포종: 1건 (Germ Cell Tumor)	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2014-171호, 2014.10.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>2-나-(8)에 의하면 Germ Cell Tumor는 “재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 요양급여대상임.</p> <p>따라서 동 건은 Germ Cell Tumor 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			원시성신경외배엽종양① (PNET): 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014.11.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), (나) 다발성골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상임.</p> <p>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표) 2-나-(10)에 소아뇌종양은 “(ㄱ) 원시성신경외배엽종양(PNET): 수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 다음 각 호의 1에 해당하는 경우 ① 진단시 3세 이하 ② 수술 후 잔여 종괴가 1.5㎤ 이상인 경우 ③ 두개강내 전이가 있는 경우 ④ 재발 후 추가 방사선치료가 불가능한 때” 로 되어 있음.</p> <p>따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			비정형기형/황문근종양① (AT/RT): 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014.11.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), (나) 다발성골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상임.</p> <p>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-(10)-(ㄴ) 비정형기형/황문근종양(AT/RT)은 “수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상을 보이는 경우” 요양급여 대상임.</p> <p>따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
		1차 인정/ 2차 불인정 : 1건	비정형기형/횡문근종양① (AT/RT): 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014.12.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT), (나)다발성골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상임.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-(10)-(ㄴ) 비정형기형/횡문근종양(AT/RT)은 “수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상을 보이는 경우” 요양급여 대상이나,</p> <p>최근 2~3년간의 문헌을 종합한 결과 이식의 성적을 높이기 위하여 tandem이식의 경우에도 1차이식후의 반응평가에 따라 2차 이식의 인정여부를 달리하고자 하는 바 동 건은 AT/RT 진단되어 수술과 항암화학요법 후 부분반응이상인 확인되어 1차 자가이식에 한하여 요양급여 대상자로 인정하며 2차 자가이식은 추후 1차 이식의 결과에 따라 인정여부를 결정하기로 함.</p>
		불인정: 25건	비호지킨림프종: 16건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제 2015-44호,2015.4.1) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표) 2-나-(1)-(가)에 비호지킨림프종은 “다음 각 호의 1에 해당하는 1차 항암요법에 반응이 있는 고위험군 또는 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응(종양의 크기가 전체적으로 50%이상 감소하고 2차적 병변의 악화가 없고 새로운 병변의 출현이 없는 상태가 4주 이상 지속되는 경우)이 있는 표준위험군의 경우 (ㄱ)LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III또는 IV인 경우 (ㄴ)high grade subtype상병인 경우 (ㄷ)표준항암 화학요법에 반응을 보이지 않는 refractory case중 salvage chemotherapy에 부분반응 이상을 보이는 경우”로 되어있음.</p> <p>동 건들은 비호지킨림프종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 추적 검사결과 부분반응 확인 되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>동 건은 제출된 골수검사결과 골수침범 소견으로 이식에 적합한 골수상태로 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제 2014-171호, 2014.10.1) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-(1)-(가)에 비호지킨림프종은 다음 각 호의 1에 해당하는 1차 항암요법에 반응이 있는 고위험군 또는 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응(종양의 크기가 전체적으로 50%이상 감소하고 2차적 병변의 악화가 없고 새로운 병변의 출현이 없는 상태가 4주 이상 지속되는 경우)이 있는 표준위험군의 경우 (ㄱ) LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV인 경우 (ㄴ) high grade subtype상병인 경우 (ㄷ) 표준항암화학요법에 반응을 보이지 않는 refractory case 중 salvage chemotherapy에 부분반응 이상을 보이는 경우"로 되어있음.</p> <p>동 건의 경우 Diffuse large B cell lymphoma, stage II로 진단받고 LDH가 정상보다 높은 검사소견을 제출하지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 자가조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			다발성골수종: 3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가-(1)에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만 65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건은 연령초과 되어 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>다발성골수종 상병으로 자가조혈모세포이식 예정인 동 건들은 제출된 검사결과를 참조할 때 조혈모세포이식이 반드시 요구되는 다발성골수종의 범주에 포함된다고 판단하기 곤란한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			호지킨림프종: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표) 2-나-(1)-(나)에 의하면 호지킨림프종은 (ㄱ) 표준항암화학요법 후 완전관해에 도달하지 않는 경우 (ㄴ) 재발 후 구제항암화학요법에 부분 반응이상인 경우 요양급여 대상임. 동 건은 호지킨림프종으로 진단되어 자가조혈모세포이식 예정이나 재발 후 구제항암화학요법 후 최근 영상검사 상 부분반응 이상의 반응이 명확하지 아니한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>동 건은 호지킨림프종으로 진단받고 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 최근 골수상태를 확인할 수 있는 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태여부 판단이 곤란한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			Gliomatosis Cerebri①: 1건	<p>동 건은 GliomatosisCerebri으로 진단되어 tandem 자가조혈모 세포이식 예정으로 조혈모세포이식의요양급여에 관한기준(보건 복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자 기준) (별표)에 해당되지 않으며, 현재까지 동 상병에 대한 조혈모세포이식의 임상연구 및 치료성적 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인 에게 부담토록 함.</p>
			Rhabdomyosarcoma ①: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014.12.1.)에 의하면 "2회 연속적인 고용량 항암 화학요법 및 자가 조혈모세포이식(tandem transplantation)은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경 외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), (나) 다발성 골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여토록 되어있음. 동 건들은 Rhabdomyosarcoma 상병으로 Tandem transplantation 신청되었으나, 고시 인정기준 외로 동 상병에 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모 세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양 급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			급성골수성백혈병: 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표2-나 -(2)에 의하면 급성골수성백혈병은 골수검사 결과 아세포(blast)의 비율이 5%이하이고 말초혈액검사 결과 정상 범위인 완전 관해 된 때 요양급여 대상임. 동 건은 최종 제출된 골수검사상 아세포 (blast)의 비율이 5%이하로 확인되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여 비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			유형 종양: 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제 2015-44호,2015.4.1) 제4조 (영양급여대상자기준)(별표) 2-나-(7)에 의하면 유형 종양은</p> <p>(ㄱ) 진단 시 다음 각 호의 1에 해당하는 고위험군으로 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>① metastatic disease at diagnosis ② bulky primary tumor (>100ml) ③ axial site</p> <p>(ㄴ) 재발 후 구제 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우로 되어있음.</p> <p>동 건은 유형육종으로 진단받고 병의 진행소견으로 구제항암치료 후 부분반응이상으로 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
계	287			

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

<지역심사평가위원회 심의사례>

요양급여비용 사후 심사 건

9. 진료내역 참조, 자529나 안검하수증수술-근절제술과 동시 실시한 안검성형술의 요양급여 대상 인정여부

■ 진료내역(남/50세)

○ 수술 기록지

수술 전 진단명 : ptosis of eyelid (OU)

수술 후 진단명 : ptosis of eyelid (OU)

수술명: levator resection(OU), double fold(OU)

○ 의사 소견서

- 상기 환자는 안검하수(양안) 진단받고 '15.6.3. 입원하여 당일 눈꺼풀올림근절제술(양안) 및 상안검성형술(양안) 시행 받고 '15.6.4. 퇴원함.
원래 쌍꺼풀이 있던 환자로 안검하수 수술 시에 기존 쌍꺼풀을 다시 고정하기 위하여 안검성형술이 필요하여 함께 시행하였음.

■ 심의내용

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표2] 비급여대상 2.에 의하면, 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증수술, 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술은 비급여대상이라고 규정하고 있음.
- 보건복지부 고시 제2009-96호에 의거 안검하수증에 대한 수술과 안검의 피부이완증 상병에 대한 피부절제술(안검성형술)의 경우 노화과정에서 생기는 퇴행성 안검하수증 및 안검의 피부이완증(피부 늘어짐)은 일상생활에 지장을 초래하는 시야 장애(정면 주시 사진 상 눈꺼풀 피부나 안검이 동공을 침범하는 경우)를 동반하는 경우 이를 교정하기 위한 수술에 한하여 급여대상으로 하고, 상기 기준에 해당되지 않는 경우에는 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여대상 2-나. 에 의거 비급여대상임.
- 동 건(남/50세)은 안검하수(양안) 진단('15.4.20.)후 눈꺼풀올림근절제술(양안) 및 안검성형술(양안)을 실시('15.6.3.)한 것으로, 자529나 안검하수증수술-근절제술을 하면서 이중안검을 만드는 행위는 상 안검을 올리며 동시에 눈을 크게 보이도록 하는 수술과정이라 할 수 있으므로 안검하수증수술 비용 이외에 별도 비용을 징수할 수 없음.

■ 참고

- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여대상
- '안검하수증에 대한 수술과 안검의 피부이완증 상병에 대한 피부절제술(안검성형술)의 급여여부'(보건복지부 고시 제2009-96호, '09.6.1.시행)

[2015.10.28. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

10. 진료내역 참조, 자517 사시수술 인정여부

■ 청구내역(남/21세)

- 청구 상병명: 상사시, 기타 명시된 사시
- 주요 청구내역: 자517나(2) 사시수술(복잡[조정봉합술, 후고정봉합술, 외안근전이술등])-복수안근 1*1*1

■ 진료내역

- 주호소: eyeball deviation, 발현시점: 미상
- 안과병력: 2002년도 사시수술(타병원 시행)
- EOM : Prism on OD Near cc 20BI 10BD Distant cc
상방·하방·정면·좌우 주시가 10Prism 베이스다운(BD)
- 수술 기록지
수술 전 진단명: (Both) Hypertropia
수술 후 진단명: (Both) Hypertropia
수술명: LRM recession (Right, 6mm), SO silicone tendon expander (Right, 6mm)
- 외래 진료기록
현병력: 하나로 상이 겹쳐지지 않음, 주로 원 눈을 사용함
두 눈 다 인식할 수는 있으나 인식하게 되면 두 개로 보임, 수술(보험, 고개 기울임+)

■ 심의내용

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표2] 비급여대상 2-나.에 의하면 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술은 비급여대상이라고 규정하고 있음.
- 보건복지부 고시 제2009-122호('09.7.1.시행)에 의거 사시수술은 가. 10세미만의 사시환자, 나. 10세 이후의 사시환자(전신질환, 안와질환, 눈과 눈 주위 수술, 외상 등으로 사시가 발생하여 복시와 혼란시가 있는 경우, 10세 이전에 발생한 사시로 이상두위 현상이 있는 경우) 등에 급여 대상이며, 그 외에 시력이나 시기능의 회복을 기대할 수 없음에도 외모개선을 위하여 실시하는 미용목적의 사시수술은 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표2] 비급여대상 2-나.에 의거 비급여대상임.
- 동 건(남/21세)은 상사시 상병에 사시수술을 시행한 후 '자517 사시수술'을 산정한 건으로 진료내역 및 수술기록 등을 참조하여 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

: 양측 상사시(Hypertropia) 진단 하에 외측직근 후전술(Lateral rectus muscle [LRM] recession)(Right, 6mm), 상사근(Superior Oblique)에 silicone tendon expander(Right, 6mm)를 시행한 사례로 2002년에 사시수술을 받은 병력이 있고, 고개 기울임이 있다고는 하나 Prism검사 상 10BD로 상방주시, 정면주시, 하방주시가 다 일정하고, 수직사시가 이상두위의 원인이라는 것이 의무기록상에서 확인이 되지 않는 등 복시와 무관한 이상두위로 판단되어 자517나(2) 사시수술(복잡[조정봉합술, 후고정봉합술, 외안근전이술등])-복수안근은 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여대상
- '사시수술의 요양급여 여부' (보건복지부 고시 제2009-122호, '09.7.1. 시행)
[2015. 10. 28. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

11. 척수병증을 동반한 기타 척추증, 경추부 상병에 시행한 자49-2 경추후궁성형술 인정여부

■ 청구내역(남/73세)

- 청구 상병명 : 척수병증을 동반한 기타 척추증, 경추부, 척추 협착, 요추부, 기타 명시된 척추병증, 경추부
- 주요 청구내역

자49-2가 경추후궁성형술-제1부위(N2491) 1*1*1

자49-2나 경추후궁성형술-제2부위부터[1부위당](N2492) 1*3*1

척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류(N0051006) 1*1*1

바2가(1)기관내삽관에의한폐쇄순환식전신마취관리기본[1시간기준][만70세이상](L1211400) 1*1*1

바2나(1)기관내삽관에의한폐쇄순환식전신마취유지[1시간초과15분당][만70세이상](L1221400) 1*8*1

■ 진료내역

‘15.5.27.

C.C : LBP & both radiating pain(a few yrs->2~3 days)

P.I : 선산에서 무리한 후 lower back & Rt buttock pain 더 심해짐

오늘 아침부터는 Rt lower extremity motor weakness로 걸기도 힘들어짐 수년전부터 증상 있어왔으며 gait disturbance 있었음

both hip flexor power fair

both knee extensor good, flexor fair

both ankle extensor good, Rt ankle flexor good, Lt fair

DTR: +++/+++ at patellar tendon

inverted radial reflex, Hoffman sign:-/-

약 1년전 Lt upper extremity pain 있는 후 Lt hand weakness지속됨

thenar atrophy & 1st dorsal web atrophy

thumb extension inability & fingers adduction weakness

Phx : DM, HTN(+), PTCA: 2014-1월 00병원 시행

x-ray> lumbar spondylosis

Imp> deg spinal stenosis, R/O Lt brachial plexus injury

‘15.5.28.

X-ray> C4-5 6-7 severe space narrowing, L spine 전반적으로 deg. change

C spine MRI> C2-T11 cervical OPLL & cord signal change

C6-7 Lt foraminal severe stenosis C7-T1 Rt OYL

L spine MRI> L3-4-5 deg spinal stenosis, mainly central stenosis

imp> Cervical OPLL & myelopathy, deg spinal stenosis L3-4-5

‘15.6.2.

진단명 : Cervical OPLL & myelopathy

수술명 : Midline splitting laminoplasty C3,C4,C5,C6 &
proximal half laminectomy C7

■ 심의내용

- 동 건(남/73세)은 경추부의 후종인대골연화증 및 척수병증으로 C3-6부위에 경추후궁성형술과 C7부위에 척추후궁 절제술을 시행한 사례로 제출된 진료기록부를 검토한 결과 수년전부터 지속되는 보행장애, 1년 전부터 좌상지의 근력저하 및 최근 양하지의 근력저하가 확인되고 영상자료상 병변부위에 척수내 음영변화(cord signal change)를 동반한 척수압박으로 척수병증(myelopathy) 소견을 보이므로 수술료, 마취료, 재료대 모두 인정함. 다만, 경추후궁성형술은 상대가치점수 자49-2 '주' 사항에 의거 최대 3부위까지만 산정 가능하므로 자49-2나 경추후궁성형술-제2부위*2로 인정하기로 함.

■ 참고

- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] (요양급여의 적용기준 및 방법)
- 건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 9장
- 대한정형외과학, 제7판 2권
- 정형외과 척추외과학
- 대한척추신경외과학회 척추학

[2015. 12. 10. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

12. 진료내역 참조, 일률적으로 동시 시행한 3술(침·구·부항) 인정여부

■ 청구내역

[A기관]

○ A사례(여/62세)

- 청구 상병명: 아래허리통증,상세불명의 부위, 아래등 및 골반의 타박상
- 주요 청구내역

하1 경혈침술(1부위)	1*1*16
하6 관절내 침술	1*1*16
하30나(1)구술(간접구)-간접애주구	1*1*16
하31가(3)부항술(건식부항)-주관법	1*1*16

○ B사례(여/67세)

- 청구 상병명: 기타 및 상세불명의 발 부분의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역

하1 경혈침술(1부위)[사암침법,오행침법,체질침법]	1*1*15
하6 관절내 침술	1*1*15
하30나(2)구술(간접구)-기기구술	1*1*15
하31가(3)부항술(건식부항)-주관법	1*1*15

○ C사례(여/64세)

- 청구 상병명: 기타 및 상세불명의 무릎 부분의 염좌 및 긴장
기타 및 상세불명의 요추 및 골반 부분의 염좌 및 긴장, 아래허리통증,상세불명의 부위
- 주요 청구내역

하1 경혈침술(1부위)[사암침법,오행침법,체질침법]	1*1*9
하1 경혈침술(1부위)	1*1*5
하6 관절내 침술	1*1*8
하6 관절내 침술[제2의침술]	1*1*6
하7 척추간 침술	1*1*6
하30나(1)구술(간접구)-간접애주구	1*1*14
하31가(3)부항술(건식부항)-주관법	1*1*14

○ D사례(여/60세)

- 청구 상병명: 신경무력증, 만성 후두염, 어깨 관절의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역

하1 경혈침술(1부위)	1*1*9
하5 복강내침술	1*1*4
하7 척추간 침술	1*1*8
하30나(2)구술(간접구)-기기구술	1*1*12
하31가(3)부항술(건식부항)-주관법	1*1*12

○ E사례(여/54세)

- 청구 상병명: 어깨 관절의 염좌 및 긴장

- 주요 청구내역
 - 하1 경혈침술(1부위)[사암침법,오행침법,체질침법] 1*1*13
 - 하6 관절내 침술 1*1*13
 - 하30나(1)구술(간접구)-간접애주구 1*1*13
 - 하31가(3)부항술(건식부항)-주관법 1*1*13

[B기관]

○ **F사례(남/73세)**

- 청구 상병명: 좌골신경통을 동반한 요통,요추부, 어깨의 유착성 피막염
- 주요 청구내역
 - 하1주 경혈침술(2부위이상) 1*1*15
 - 하8 투자법 침술 1*1*15
 - 하30나(1)구술(간접구)-간접애주구 1*1*15
 - 하31나 부항술(자락관법) 1*1*1
 - 하31가(1) 부항술(건식부항)-유관법 1*1*14

○ **G사례(여/30세)**

- 청구 상병명: 수근(관절)의 염좌 및 긴장, 기타 및 상세불명 발 부분의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역
 - 하8 투자법 침술 1*1*15
 - 하30나(1)구술(간접구)-간접애주구 1*1*15
 - 하31가(1)부항술(건식부항)-유관법 1*1*13
 - 하31나 부항술(자락관법) 1*1*2

○ **H사례(여/56세)**

- 청구 상병명: 발목 삼각(인대)의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역
 - 하8 투자법 침술 1*1*15
 - 하30나(1)구술(간접구)-간접애주구 1*1*15
 - 하31가(1)부항술(건식부항)-유관법 1*1*13
 - 하31나 부항술(자락관법) 1*1*2

○ **I사례(남/53세)**

- 청구 상병명: 중기하함증
- 주요 청구내역
 - 하8 투자법 침술 1*1*11
 - 하30나(1)구술(간접구)-간접애주구 1*1*11
 - 하31가(1)부항술(건식부항)-유관법 1*1*7
 - 하31나 부항술(자락관법) 1*1*4

○ **J사례(여/35세)**

- 청구 상병명: 급성 복증, 항강
- 주요 청구내역

하1주 경혈침술(2부위이상)	1*1*7
하8 투자법 침술	1*1*10
하30나(1)구술(간접구)-간접애주구	1*1*10
하31가(1)부항술(건식부항)-유관법	1*1*7
하31나 부항술(자락관법)	1*1*3

■ 진료내역

[A기관]

○ A사례(여/62세)

2015.6.19.

복용약, 관절약, 혈압약, 콜레스테롤, 교통사고 인해 허리, 다리 타박상, 엉덩이, 아래 등 골반의 타박상, 엉덩이 타박상, 옆구리통증 상세불명의 부위

○ B사례(여/67세)

2015.8.11. S936 기상불발 부분긴장

○ C사례(여/64세)

2015.9.21. 기상불 요추긴장, 과로 S337

○ D사례(여/60세)

2015.9.12. J370 만성후두염

2015.9.29. S434 어깨관절 긴장, 과로

○ E사례(여/54세)

2015.7.22. 자전거 타다 넘어짐. S434 어깨 관절 염좌

[B기관]

○ F사례(남/73세)

2015.10.1.~2015.10.28. 치료는 상동

○ G사례(남/73세)

2015.10.5.~2015.10.6. 일하다가 넘어져 우측손목으로 내원

○ H사례(여/56세)

2015.10.1~2015.10.12, 2015.10.15.~2015.10.30. 치료는 상동

○ I사례(남/53세)

2015.10.9. 치료는 상동 - 보험약처방, 자락관법 처방약

○ J사례(여/35세)

2015.10.3.~2015.10.6. 복통 치료-침 뜸 자락관법 전침 보험약 시술

■ 심의내용

- 보건복지부 고시 제2000-73호에 의거 침·구·부항의 3가지 시술을 동시에 하는 경우는 상병명, 환자상태 등을 고려하여 신중한 진료를 하여야 함.
- A,B 기관 모두 일률적으로 3술을 청구하는 기관으로 제출된 진료기록부 등 참조하여 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

▶ A기관 - A사례(여/62세), B사례(여/67세), C사례(여/64세), D사례(여/60세), E사례(여/54세)

: 경혈침술의 경혈명기록 이외 시술명에 대한 기록이 없어, 구, 부항 시술에 대한 근거가 부족하므로 진료 기록부 상 확인된 건인 경혈침술(1부위)만 인정함.

▶ B기관- F사례(남/73세), G사례(남/73세), H사례(여/56세), I사례(남/53세), J사례(여/35세)

: 진료내역 상 증상 및 환자 경과기록 없이 내원일마다 일률적으로 3술을 청구한 바, 3술 중 경혈 침술[하-1] 및 투자법 침술[하-8]을 인정하고 구, 부항 중 1종을 인정함.

■ 참고

- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- '3술 동시 시술에 대하여' (보건복지부 고시 제2000-73호, '00.12.30.시행)
- '침술 3종 시술시 인정기준' (보건복지부 고시 제2009-214호, '10.1.1.시행)

[2015.11.26. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

13. 진료내역 및 영상자료 참조, 자71나(2) 인공관절치환술-부분치환(슬관절), 자71가(2) 인공관절치환술-전치환(슬관절) 및 재료대 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/54세)

- 청구 상병명: 기타 일차성 무릎관절증
상세불명의 고지질혈증
상세불명의 수면장애

- 주요 청구내역

자71나(2) 인공관절치환술-부분치환[슬관절]	1*2*1
OXFORD PH4 UNICOMPARTMENTAL KNEE SYSTEM 전규격 (461,040원)	1*2*1
OXFORD PH3 UNICOMPARTMENTAL KNEE SYSTEM 전규격 (372,050원)	1*2*1
OXFORD PH3 UNICOMPARTMENTAL KNEE SYSTEM 전규격 (205,320원)	1*2*1
REFOBACIN BONE CEMENT R 40G + 항생제 (87,950원)	1*2*1
사지 및 관절수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류	1*2*1

○ B사례(여/64세)

- 청구 상병명: 양쪽 일차성 무릎관절증
오래된 찢김 또는 손상으로 인한 반달연골의 이상
상세불명의 연골 또는 인대, 관절의 구축, 아래다리

- 주요 청구내역

자82나 반월판연골절제술(내외측 동시)	1*1*1
관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용(320,000원)	1*1*1
자71가(2) 인공관절치환술-전치환[슬관절]	1*1*1
TRIATHLON FEMORAL COMPONENT 전규격(873,080원)	1*1*1
TRIATHLON TIBIAL BASEPLATE 전규격(700,060원)	1*1*1
TRIATHLON TIBIAL INSERT 전규격(357,970원)	1*1*1
SIMPLEX ANTIBIOTIC BONE CEMENT 40G + 항생제(89,950원)	1*1*1
ULTRI-MIXER CEMENT MIXING SYSTEM 전규격(109,660원)	1*1*1
사지 및 관절수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류	1*1*1

○ C사례(남/63세)

- 청구 상병명: 상세불명의 무릎관절증
상세불명의 골다공증, 기타 부분

- 주요 청구내역

자71가(2) 인공관절치환술-전치환[슬관절]	1*1*1
TRIATHLON FEMORAL COMPONENT 전규격(873,080원)	1*1*1
TRIATHLON TIBIAL BASEPLATE 전규격(700,060원)	1*1*1
TRIATHLON TIBIAL INSERT 전규격(357,970원)	1*1*1
TRIATHLON PATELLAR COMPONENT 전규격(195,760원)	1*1*1
DOUJET 40G 40G + 항생제 + 진공혼합용시멘트주입기(197,610원)	1*1*1
사지 및 관절수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류	1*1*1

■ 진료내역

○ A사례(여/54세)

- C.C: pain on knee Both
- P.I
onset) 2008년 주방에서 미끄러지면서 인대 다치면서 1년 4개월 치료받음
aggravate) 2014년 11월 무릎에서 팍 소리 나면서 통증 심해짐
- TX : PO (+) PT (+) ESWT (+) 4회
침 (+) 뜸 (+) 부황 (-)
Joint injection (+) 4회
Joint aspiration (+) 2회
- Phx : 고혈압 (+) 10년 전 진단 알레르기 (+)
오른손목골절수술, 오른 턱밑 봉합술
- N/E : pain on knee Rt Varus +
Tenderness + Valgus -
Swelling + Limping gait +
Effusion + Range of Motion 0-full
Local heating + Rt toe's D/M/S : Intact
- 진 단 : OA knee Both
수술명 : Lt UKR 2015.4.21.
 Rt UKR 2015.5.4.

○ B사례(여/64세)

- C.C: Both knee pain
- P.I
onset) 2014년 1월 베란다에서 넘어진 후 무릎이 붓고 통증 발생
2014년 12월 식탁 옆으로 지나가다 걸려 넘어져 무릎통증
2015년 4월 주저앉으며 양측 무릎이 꺾이는 느낌과 아파서 걸을 수 없는 증상

☞ MRI : MM & LM tear

- 진 단 : MM & LM tear, Rt. DOA Knee, Lt
수술명 : A/S MM & LM menisectomy. Rt 2015.4.29.
 TKRA, Lt 2015.5.4.

○ C사례(남/63세)

- C.C : Rt knee pain
- Hx : 2년 전부터 pain 지속되어 수술위해 입원
- Phx : 2014.8.19 Tear MM knee Rt & cartilage defect & bakers cyst 로
A/S partial menisectomy & micro fx. & cyst decomp. 수술 시행함
- 수술기록지 (2015.6.2)
[Pre op Dx] OA Knee Rt
[Op name] TKRA, Rt

■ 심의내용

○ A사례(여/54세)

: 기타 일차성 무릎관절증 상병 하에 좌측 및 우측 슬관절부분치환술(Unicompartmental Knee Replacement, UKR)을 시행 후 자71나(2) 인공관절치환술-부분치환[슬관절]*2 및 재료대 (OXFORD PH4 UNICOMPARTMENTAL KNEE SYSTEM 전규격 *2, OXFORD PH3 UNICOMPARTMENTAL KNEE SYSTEM 전규격*2, OXFORD PH3 UNICOMPARTMENTAL KNEE SYSTEM 전규격*2, REFOBACIN BONE CEMENT 40G + 항생제 *2, 사지 및 관절수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류*2)를 청구한 사례임.

진료내역 및 영상자료 검토결과 연령이 54세이고, 우측 슬관절은 단순 방사선상 K-L grade II 에 해당되어 인공관절치환술[슬관절]의 인정기준에 미달되므로 수술료(자71나(2) 인공관절치환술-부분치환[슬관절]) 및 재료대는 인정하지 아니함.

○ B사례(여/64세)

: 양쪽 일차성 무릎관절증 상병 하에 좌측 슬관절전치환술(Total Knee Replacement Arthroplasty, TKRA) 시행 후 자71가(2) 인공관절치환술-전치환[슬관절] 및 재료대(TRIATHLON FEMORAL COMPONENT 전규격, TRIATHLON TIBIAL BASEPLATE 전규격, TRIATHLON TIBIAL INSERT 전규격, SIMPLEX ANTIBIOTIC BONE CEMENT 40G + 항생제, ULTRI-MIXER CEMENT MIXING SYSTEM 전규격, 사지 및 관절수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류)를 청구한 사례임.

진료내역 및 영상자료 검토 결과 연령이 64세이고 단순 방사선상 K-L grade II 에 해당되며, 자기공명영상(Magnetic resonance imaging, MRI)판독 결과 연골 손실이 확인되지 않으므로 인공관절치환술[슬관절]의 인정기준에 미달하여 수술료(자71가(2) 인공관절치환술-전치환[슬관절])및 재료대는 인정하지 아니함.

○ C사례(남/63세)

: 상세불명의 무릎관절염 상병으로 우측 슬관절전치환술(Total Knee Replacement Arthroplasty, TKRA)시행 후 자71가(2) 인공관절치환술-전치환[슬관절] 및 재료대 (TRIATHLON FEMORAL COMPONENT 전규격, TRIATHLON TIBIAL BASEPLATE 전규격, TRIATHLON TIBIAL INSERT 전규격, TRIATHLON PATELLAR COMPONENT, DOUJET 40G + 항생제 + 진공혼합용시멘트주입기, 사지 및 관절수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류)를 청구한 사례임.

자기공명영상(Magnetic resonance imaging, MRI) 및 관절경사진 등이 제출되지 않은 상태로 연령이 63세이고, 양측 방사선사진에서 관절면 상태는 K-L grade II에 해당되어 인공관절치환술[슬관절]의 인정기준에 미달되므로 수술료(자71가(2) 인공관절치환술-전치환[슬관절]) 및 관련 재료대는 인정하지 아니함.

■ 참고

- '인공관절치환술(슬관절)의 인정기준' (보건복지부 고시 제2010-56호, '10.8.1.시행)
- 대한정형외과학회, 정형외과학

[2015.11.25. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]