

중앙심사조정위원회 심의사례 공개 (총 1개 항목)

- 2017.2.28. 공개

연번	제 목	페이지
1	조혈모세포이식 요양급여대상 인정여부	1

지역심사평가위원회 심의사례 공개 (총 13개 항목)

- 2017.2.28. 공개

연번	제 목	페이지
2	비결핵항산균(Non Tuberculous Mycobacteria, NTM) 감염이 확인된 환자에게 장기 투여된 Amikacin sulfate 주사제(품명: 아미카신주 등) 인정여부	24
3	진료내역 참조, 항문연축(Anal spasm) 등의 상병하에 시행한 서31 항문직장 및 골반근의 생체외막이끼 치료[1일당] 인정여부	26
4	진료내역 참조, 자205가(2) 사지정맥류국소치료(경화요법)후 산정한 입원료 및 수술 인정여부	27
5	진료내역 및 영상자료 참조, 자93-1가 견봉성형술 인정여부	28
6	자93-1 견봉성형술, 견봉성형술 및 회전근개파열 회전근개파열복원술-복잡 인정여부	30
7	진료내역 및 영상자료 등 참조, 자71 인공관절치환술(고관절, 슬관절) 인정여부	31
8	진료내역 및 영상자료 참조, 관절경하 무릎수술[자82-1가 반월상연골봉합술, 자69나(1) 자가유래연골세포이식술-이식술(골막 이용) 등] 인정여부	34
9	「신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애」 상병에 시행한 자46가(1)(다) 척추고정술(기기, 기구 사용 고정 포함)-전방고정-경추 등 인정여부	36
10	진료내역 및 영상자료 참조, 적절한 보존적치료 없이 시행된 척추수술 인정여부	37
11	진료내역 및 영상자료 참조, 척추 조기수술 인정여부	39
12	진료내역 및 영상자료 참조, Cage 및 pedicle screw system을 이용한 척추수술 인정여부	40
13	진료내역 참조, 요양병원 입원 중 한방 협의 진료시 시행한 3술(침, 구, 부항) 인정여부	41
14	상병 및 진료내역 참조, 한-3 주4 수양명경 경락기능검사 인정여부	44

<중앙심사조정위원회 심의사례>

요양급여대상 사전 승인 건

2017.1월 조혈모세포이식분과위원회 심의사례 공개

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

심의 결과 관련 기준에 적합한 경우는 요양급여로 승인하고 있습니다. 다만, 선별급여로 결정된 환자가 **조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우**, 「비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 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 요양급여비용(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 **요양급여로 인정**하고 있습니다.

■ 심의 결과

구분		계	동종	제대혈	자가	비고
총 접수건		294	147	6	141	-
처리결과	급여건	208	106	5	97	-
	선별급여건	84	41	1	42	-
	불가건	2	-	-	2	-

* 신청기관 : 33개 요양기관

■ 심의내용

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
동종	총 147건	급여: 106건	급성골수성백혈병: 35건	(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성 으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			급성림프모구백혈병: 23건	혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 인정함 (1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위형군 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

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<ul style="list-style-type: none"> ③ 염색체수 44 미만 (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 <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			중증재생불량성빈혈: 14건	<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> <ul style="list-style-type: none"> ① 절대호중구 수(ANC)가 $500/\mu l$ 이하 ② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 $60 \times 10^9/L$ ③ 혈소판 $20,000/\mu l$ 이하 <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			골수형성이상증후군: 19건	<ul style="list-style-type: none"> (1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우 <ul style="list-style-type: none"> (가) 고위험군인 경우 <ul style="list-style-type: none"> ① IPSS: Intermediate-2 또는 high ② IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 <ul style="list-style-type: none"> ① 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) $500/\mu l$ 이하이면서 혈소판 $20,000/\mu l$ 이하 ② Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우 (2) 소아는 사례별로 결정함 <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			만성골수성백혈병: 2건	WHO criteria에서 제시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 (1) TKI 제제(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우 (2) T315I mutation 확인된 경우 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			악성림프종: 4건	(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.
			일차골수성유증: 4건	일차골수성유증의 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. 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			Acute Bileneal Leukemia: 2건, refractory Mixed Phenotype Acute Leukemia: 1건	Acute Bileneal Leukemia와 refractory Mixed Phenotype Acute Leukemia로 진단되어 1차 동종조혈모세포이식 예정인 동건들은 제출된 자료를 검토한 결과 완전관해가 확인되는 바 요양급여대상자로 인정함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			만성육아종증(CGD): 1건	임상 양상 및 유전자 검사 또는 질환의 특이검사 등으로 진단된 만성육아종증으로 중증감염이 반복되는 경우 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			infantile IBD with IL-10 deficiency: 1건	동 상병은 제출된 문헌 참고 시 유전성 중증면역결핍증에 속하여 동종조혈모세포이식 필요성 인정되며, 공여자인 형제에게 유전적 결함이 없음이 확인되어 요양급여대상자로 인정함.
		선별급여: 41건	급성골수성백혈병: 18건	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. 따라서 급성골수성백혈병으로 동종조혈모세포이식 예정인 동 건들은 골수검사와 말초혈액검사결과 및 영상검사 상 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.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건은 현재 연령 초과되어 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 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 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. 따라서 급성골수성백혈병으로 2차 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 2차 재발 후 현재 3차 완전관해 확인되었으나 동 상병에 3차 완전관해 시 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.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<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 명시되어 있음. 동 건들은 급성골수성백혈병으로 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 골수검사결과와 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 (급성골수성백혈병)으로 진단되어 2차 반일치 동종 조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 2차 반일치 동종 조혈모세포이식에 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 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 명시되어 있음. 동 건은 (급성골수성백혈병)으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA가 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 관한 기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>세포를 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 완전 관해 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 건들은 (급성골수성백혈병)으로 진단되어 1차 반일치 혈연동종조혈모세포이식 예정이나 국내외 공여자 검색을 시행하지 않은바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>급성림프모구백혈병: 5건</p>	<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)은 “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 급성림프모구성 백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Poor Steroid Response ② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사서 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. 급성림프모구백혈병으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정인 동 건들은 골수검사와 말초혈액검사결과 및 영상검사 상 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 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>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.”고 명시되어 있음. 동 건들은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA가 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 (급성림프모구백혈병)으로 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 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>골수형성이상증후군: 4건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)은 “(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(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 ① 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하 이면서 혈소판 20,000/μl 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” 영양급여 대상임. 동 건은 골수형성이상증후군으로 진단되어 중간위험군에 해당되나 IST, EPO에 불응하다는 자료가 확인되지 않아 현재 상황이 반드시 이식이 필요하다고 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청에 따라</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 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) 별표2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)은 “(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(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 ① 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μℓ 이하 이면서 혈소판 20,000/μℓ 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” 요양급여 대상임. 동 건은 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 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 조혈모 세포를 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 완전 관해 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 (골수형성이상증후군)으로 진단되어 1차 반일치 혈연동종조혈모세포이식 예정이나 국내외 공여자 검색을 시행하지 않은바 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>동 건은 (골수형성이상증후군)으로 진단되어 2차 반일치 동종 조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 2차 반일치 동종 조혈모세포이식에 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>악성림프종: 4건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(영양급여대상자기준)별표 2-가-(7)에 의하면 악성림프종은 “(1) 비호지킨 림프종 (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 (2) 호지킨 림프종 : 자가조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 영양급여 대상이나 비호지킨림프종 상병으로 동종조혈모세포이식이 신청된 동 건들은 추적 검사결과 부분반응 이상 확인 되지 않는 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여 비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>동 건은 비호지킨림프종(chronic lymphocytic leukemia/small lymphocytic lymphoma)로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모 세포이식 예정이나 동 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포 이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 않았고, 최근 반응평가 제출되지 않아 반응 유지여부를 확인할 수 없는 바 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 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(영양급여대상자기준)(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 심의 하여 결정한다. (2) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>까지 인정한다. 2) 제대혈이식 - HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개(locus 혹은 allele) 불일치(4/6)까지 인정한다.”고 명시되어 있음. 동 건들은 비호지킨림프종으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA가 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>
			일차골수섬유증: 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 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.”고 명시되어 있음. 동 건은 일차골수섬유증으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA가 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>
			중증재생불량성빈혈: 3건	<p>중증재생불량성빈혈로 진단되어 2차 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>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 세포총실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25%이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 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</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				60x109/L ③ 혈소판 20,000/ μ l 이하” 요양급여 대상이나 동 건은 최근 골수검사결과지 미제출하여 골수검사결과 세포총실도 및 말초혈액검사결과 2개 이상의 소견에 대한 평가가 곤란한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			다발골수종: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.5.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>에서 “다발골수종은 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식 ① 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response)이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함. ② 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우 : 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함. ③ 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종조혈모세포이식을 원칙으로 함.”으로 되어 있음. 동 건은 다발성골수종으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식을 시행하였으나 재발하여 2차 동종조혈모세포이식 예정으로 Serum M-peak가 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.
			Acute Bileneal Leukemia: 1건	동 건은 (Acute Bileneal Leukemia)으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 혈액학적 완전관해 확인되지 않으며, 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.
			만성골수성백혈병: 2건	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

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>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.”</p> <p>고 명시되어 있음. 동 건은 (만성골수성백혈병)으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA가 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 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-2)에 의하면 만성골수성백혈병(Chronic Myeloid Leukemia)은 “WHO criteria에서 제시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 (1) TKI 제제(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우 (2) T315I mutation 확인된 경우” 요양급여 대상이나 동 건은 TKI 제제에 실패하거나 불내성을 보이는 경우로 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 건은 (선천성호중구감소증)으로 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>동 건은 혈구포식림프조직구증으로 진단되어 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>
제대혈	총 6건	급여: 5건	급성골수성백혈병: 1건	<p>(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 표준치료 후 미세잔류양(Minimal Residual Disease) 양상으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 <p>(2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			급성림프모구백혈병: 3건	<p>혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 인정함</p> <p>(1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우</p> <p>(2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위형군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성</p> <p>② t(v:11q23) 또는 MLL 재배열</p> <p>③ 염색체수 44 미만</p> <p>(나) 진단시 1세미만</p> <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> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			중증재생불량성빈혈: 1건	<p>골수검사결과 세포충실도가 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> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
		선별급여: 1건	중증재생불량성빈혈: 1건	<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 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 ① 절대호중구 수(ANC)가 $500/\mu l$ 이하 ② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 $60 \times 10^9/L$ ③ 혈소판 $20,000/\mu l$ 이하” 요양급여 대상이나 동 건은 최근 골수검사결과지 미제출하여 골수검사결과 세포충실도 및</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				말초혈액검사결과 2개 이상의 소견에 대한 평가가 곤란한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
자가	총 141건	급여: 97건	다발골수종: 40건	<p>IMWG에서 제시한 다발골수종의 진단 기준에 맞고 이식 적응증에 적합한 경우 영양급여 대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.05.01.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)> 세부인정사항 2. 나. 에서 다발골수종은 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포 이식으로 다음 각 호 1에 해당하는 경우 영양급여 대상임.</p> <p>① 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response)이상의 반응에 도달 하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함.</p> <p>② 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우 : 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p> <p>③ 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종조혈모 세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
			비호지킨림프종: 39건	<p>1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 각 호의 1에 해당하는 경우 영양급여 대상임.</p> <p>① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상</p> <p>② Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</p> <p>③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)</p> <p>④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>⑤ Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)</p> <p>⑥ Primary CNS Lymphoma</p> <p>고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
				<p>표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암 화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상임.</p> <p>① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenström's Macroglobulinemia</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<ul style="list-style-type: none"> 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>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			급성골수성백혈병: 3건	<p>(2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 혈액학적 완전관해인 경우 요양급여 대상임.</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			AL 아밀로이드증: 2건	<p>AL 아밀로이드증은 IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증 진단 기준에 적합하며, ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기 부전(심·신·간·폐부전) 아닌 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			수모세포종①: 4건	<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> <ul style="list-style-type: none"> ① 진단 시 3세 이하 ② 수술 후 잔여종괴가 1.5㎤ 이상인 경우 ③ 두개강내 전이가 있는 경우 ④ Anaplastic type <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			신경모세포종①: 5건	<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</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-나-5)에 의하여 신경모세포종은 다음 각 호의 1에 해당하는 경우로 (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 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			생식세포종: 1건	생식세포종(Germ cell tumor)는 “재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우”로 되어 있음. 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			원시성신경외배엽종양: 1건	원시성신경외배엽종양은 “수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상에 해당하는 경우”로 되어 있음. 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			윌름스종양:1건	윌름스 종양은 “재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우”로 되어 있음. 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			anaplastic oligodendro glioma: 1건	anaplastic oligodendro glioma는 진단된 동 건은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)에 해당되지 않으나 제출된 조직검사와 참고문헌을 참고 시 WHO High grade 이며 임상적으로 매우 빠른 진행을 보이는 소아뇌종양이므로 사례별 요양급여 대상자로 인정함.
	선별급여: 42건		비호지킨림프종: 18건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표) 2-나-1)-(1)-(가)에 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분 반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상임. 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, (별표2)-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상임.</p> <ol 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>동 건들은 비호지킨림프종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 추적 검사결과 부분반응 이상 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>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표) 2-나-1)-(1)-(나)에 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함.</p> <ol 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>동 건들은 비호지킨림프종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로 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>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표) 2-나-1)-(1)-(가)-②에 Diffuse Large B Cell Lymphoma은</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 요양급여 대상임. 동 건들은 비호지킨림프종 (Diffuse Large B cell lymphoma)으로 진단받고 (stage III 이상)으로 확인되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료담당의사의 의학적인 판단에 의해 자가조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담 토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표) 2-나-1)-(1)-(나)-㉔에 Primary CNS lymphoma는 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 요양급여 대상임. 동 건은 3차례 high-dose MTX 및 방사선 치료 후 CR 확인되어, 현재 이식이 반드시 필요한 상황으로 보기 어려워 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				비호지킨림프종으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출한 골수검사결과 골수침범을 완전히 배제할 수 없어 이식에 적합한 골수상태로 판단하기 곤란한 바, 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여 비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만 65세 미만 이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건들은 연령초과 되어 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모 세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여 비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				동 건들은 최근 골수 상태를 확인할 수 있는 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태 여부를 판단하기 곤란한 바, 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			다발골수종: 10건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.5.1) [별지2] <2회 연속적인 고용량 항암 화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)> 세부 인정사항 2-나. 다발골수종에서 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식을 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙 으로 함. ①1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종)을 원칙으로 함.</p> <p>②1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우 : 경과관찰에서 진행성(Progressive) 소견을 보이는 경우에만 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함</p> <p>③1차 이식으로 진행성(Progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>동 건들은 다발골수종 진단 받고 1차 자가조혈모세포이식 후 VGPR 이상의 반응에 도달하지 않았으나 2차 자가조혈모세포이식 예정으로, 1차 자가조혈모세포이식 후 6개월을 초과한 상태로 현 인정기준에 해당하지 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 2016-65호, 2016.5.1) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만 65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건들은 연령초과 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>다발성골수종 상병으로 자가조혈모세포이식 예정인 동 건들은 제출된 검사결과를 참조할 때 조혈모세포이식이 반드시 요구되는 다발성골수종의 범주에 포함된다고 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>
			급성전골수성백혈병: 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-나-2)에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 (1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우, (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 혈액학적 완전관해인 경우로 되어있음. 동 건은 급성전골수성백혈병으로 진단되어 2차 분자 생물학적 관해에 확인되지 않는바 조혈모세포이식이 반드시 필요한 상황으로 판단키 곤란하므로 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			수모세포종①: 1건	최근 골수상태를 확인할 수 있는 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태여부 판단이 곤란하고, 최근 반응평가 제출되지 아니하여 반응 유지여부를 확인할 수 없는 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			신경모세포종: 1건 신경모세포종①: 2건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표)2-나-5)에 신경모세포종은 "(1) 진단시 1세이상이면서 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 stageⅣ 또는 N-myc 증폭(+인 stageⅡ 이상인 경우, (2) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우"로 되어 있음. 동 건은 신경모세포종 상병에 Tandem Transplantation을 예정하고 있는 것으로 stageⅣ 또는 N-myc증폭(+인 stageⅡ 이상에 해당되지않아 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 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표)2-나-5)에 신경모세포종은 "(1) 진단시 1세이상이면서 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 stageⅣ 또는 N-myc 증폭(+인 stageⅡ 이상인 경우, (2) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우"로 되어 있음. 동 건은 신경모세포종 상병에 Tandem Transplantation을 예정하고 있는 것으로 진단시 11개월로 고시기준에 적합하지 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 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.5.1.)에 의하면 "2회 연속적인 고용량 항암 화학요법 및 자가 조혈모세포이식(Tandem Transplantation)은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT), (나) 다발골수종 인정기준에 적합한 경우 영양급여토록 되어있음. 또한, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제 2015-44호,2015.4.1) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표)2-나-(6)에 신경모세포종은 "다음 각 호의 1에 해당하는 경우 (ㄱ)</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				1세 이상이면서 수술 또는 항암제 등으로 부분반응이상을 보이는 StageⅣ 또는 완전절제가 불가능한 StageⅢ의 증양일 때, (ㄴ) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 때"로 되어 있음. 동 건은 신경모세포종 상병에 자가 후 자가를 예정하고 있는 건으로 11월 1차 자가조혈모세포이식의 고용량항암화학요법에 의한 부분반응이므로 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			생식세포종: 1건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.5.1.)에 의하면 "2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 자가 조혈모세포이식(Tandem Transplantation)은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), (나) 다발골수종 인정기준에 적합한 경우 영양급여토록 되어있음. 동 건은 (생식세포종) 진단받고 자가 후 자가이식 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 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			송과체아세포종: 1건	동 건은 최근 반응평가 제출되지 아니하여 반응 유지여부를 확인할 수 없는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			유형종양: 1건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (영양급여대상자기준)(별표) 2-나-6)에 의하면 유형육종은 (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 보이나, 완전관해에 도달하지 않은 경우 (3) 재발 또는 불응성으로 구제 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우"로 되어있음. 동 건은 유형육종으로 진단받고 자가조혈모세포이식 예정으로 영상검사 상 부분반응 이상으로 확인하기 어려워 현재 조혈모세포이식이 반드시 필요한 상황으로 판단키 곤란하므로 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			Alveolar Soft part sarcoma: 1건	동 건은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제 4조(요양급여대상자기준)(별표)에 해당되지 않으며, 제출된 자료를 참고 시 급여대상 상병에 해당되지 않으나 폐전이가 있었고, 치료에 PR이상의 반응이 있음. 그러나 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 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			AL아밀로이드증: 1건	Amyloidosis로 자가 조혈모세포이식예정인 동 건은 제출한 진료 내역을 검토한 결과 AL type 유전분증으로 확인되지 아니하여 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 자가조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Anaplastic Ependymoma: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-9)-(다)에 Germ Cell Tumor와 Anaplastic Ependymoma는 "수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상이 있는 경우: 3세 미만인 경우"로 되어 있음. 동 건은 Anaplastic Ependymoma로 진단받아 자가조혈모세포이식 예정이나 3세 미만에 해당되지 않고, 영상검사결과 부분반응 이상 확인 되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여 비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			CNS embryonal tumor: 1건	동 건은 CNS embryonal tumor로 진단되어 자가조혈모세포이식 예정이나 영상검사결과 부분반응 이상 확인 되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모 세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양 급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Rhabdomyosarcoma : 1건	동 건은 Rhabdomyosarcoma으로 진단되어 1차 자가조혈모 세포이식 예정으로 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건 복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자 기준) (별표)에 해당되지 않으며, 현재까지 동 상병에 대한 조혈모 세포이식의 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 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			간모세포종: 1건	최근 골수상태를 확인할 수 있는 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태여부 판단이 곤란한바 환자 측의

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
		불가: 2건	AL아밀로이드증: 1건	Amyloidosis로 자가 조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출한 진료내역을 분과위원회에서 검토한 결과 현재 상태에서는 진단에 대한 의문점 및 이식이 필요한 상황임을 판단하기 곤란한바 이식을 불가함.
			POEMS증후군: 1건	POEMS syndrome의 경우 동 상병의 진단기준에 합당한 경우 사례별로 인정하고 있음. 포엠증후군(POEMS syndrome)으로 자가 조혈모세포이식예정인 동 건은 제출한 진료내역을 분과위원회에서 검토한 결과 필수적인 진단기준(Major criteria)을 만족할 수 있는 자료가 충분치 않다고 판단되어 이식을 불가함.
계	294			

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

<지역심사평가위원회 심의사례>

요양급여비용 사후 심사 건

2. 비결핵항산균(Non Tuberculous Mycobacteria, NTM) 감염이 확인된 환자에게 장기 투여된 Amikacin sulfate 주사제(품명: 아미카신주 등) 인정여부

■ 청구내역(남/58세)

- 청구 상병명: 기타 마이코박테리아감염
- 주요 청구내역 (2016.7.1. - 9.27. 72일 내원)
 - 가1나(2) 재진진찰료-병원, 요양병원 내 의과 (AA255) 1*1*4
 - 가1나주6 재진-물리치료, 주사 등을 시술받은 경우(AA222) 1*1*68
 - 612 신평아미카신황산염주250mg(amikacin sulfate) 1*1*32
 - 612 루카시놀주(황산아미카신) 1*1*39
 - 613 리포텍스정600mg(rifampicin) 1*1*90
 - 614 아지로신정250mg(azithromycin) 1*1*90
 - 622 마이암부톨제피정400mg(ethambutol) 4*1*90

■ 진료내역

- 경과기록
 - '16.2.15.(초진) 결핵의심 소견으로 A병원 내원, 항산균배양검사 결과 Mycobacteria intracellulare 3회 동정되었다 함. Chest X-ray 상 cavity lesion 동반되어 경구약 및 주사제 치료 필요하다 설명 듣고 연고지 관계로 본원 내원함.
 - '16.2.15.-6.30. 612 신평아미카신황산염주250mg(amikacin sulfate) 97일 투여, 613 리포텍스정(rifampicin)+614 아지로신정(azithromycin)+622 마이암부톨제피정(ethambutol) 120일 처방
 - '16.7.5. No interval change
 - '16.8.1. No interval change
 - '16.9.26. No interval change, CXR: no change
- 방사선 판독소견
 - '16.2.15. Old Tbc lesions in BUL
 - '16.2.16. Old Tbc lesions in BUL
 - '16.4.13. Old Tbc lesions in BUL
 - '16.6.23. No interval change
 - '16.9.26. No interval change

■ 심의결과

- 흉부 X-선상 확인되는 '섬유공동(fibrocavity)' 이 동반된 Mycobacteria intracellulare에 의한 비결핵 항산균 감염증으로 Azithromycin 경구제, Rifampicin 경구제, Ethambutol 경구제와 함께 Amikacin sulfate 주사제(월 22회 이상)를 장기간 병용 투여한 사례로서, 이전 청구분에서 4개월간 ('16.3월-6월) Amikacin sulfate 주사제 투여가 확인되었으며, 비경구 항생제와 병용투여를 지속 하여야 할 타당한 근거가 확인되지 않아 현 청구분 ('16.7월-9월) 에서 Amikacin sulfate 주사제는 인정하지 아니함.

■ 심의내용

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1]에 따르면, 항생제·스테로이드제제 등 오남용의 폐해가 우려되는 의약품은 환자의 병력·투약력 등을 고려하여 신중하게 처방·투여하여야한다고 규정하고 있고, 비결핵항산균(NTM, Non-Tuberculous Mycobacteria) 치료제는 일반원칙(고시 제2013-127호, 2013.9.1.)에 의거 “원인균이 미코박테리움아비움복합체(Mycobacterium Avium Complex); MAC-M. avium 및 M. intracellulare)인 경우 Macrolide계(Clarithromycin, Azithromycin) 경구제, Rifampicin 경구제, Ethambutol 경구제를 병용투여하며, 환자 상태를 고려하여 Streptomycin sulfate 주사제 또는 Amikacin sulfate 주사제를 추가 투여한 경우 요양급여를 인정하고 있음.
- 또한 관련 교과서 및 가이드라인 등에서는 MAC 폐질환환자의 경우 Clarithromycin 또는 Azithromycin, Ethambutol, Rifampicin을 매일 투여하는 치료를 권장하고, 보다 심하고 광범위한 병변을 가진 환자, 특히 섬유공동형의 환자는 초기 2-3개월 간 Amikacin 또는 Streptomycin 투여를 고려해야 한다고 권고하고 있음.
- 동 건(남/69)은 흉부 X-선 상 확인되는 ‘섬유공동(fibrocavity)’ 이 동반된 Mycobacteria intracellulare 에 의한 비결핵 항산균 감염증으로 Azithromycin 경구제, Rifampicin 경구제, Ethambutol 경구제와 함께 Amikacin sulfate 주사제(월 22회 이상)를 장기간 병용 투여한 사례로서, 이전 청구분에서 4개월간(’16.3월-6월) Amikacin sulfate 주사제 투여가 확인되었으며, 비경구 항생제와 병용투여를 지속하여야 할 타당한 근거가 확인되지 않아 현 청구분(’16.7월-9월)에서 Amikacin sulfate 주사제는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 【별표1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- 비결핵항산균(NTM, Non-Tuberculous Mycobacteria) 치료제 일반원칙(보건복지부 고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행)
- Dennis Kasper et al. Harrison's Principles of Internal Medicine, 19th Edition. McGraw-Hill Professional Publishing, 2015.
- 결핵 진료지침(개정판). 결핵 진료지침 개정위원회. 2014.(부록 1.비결핵 항산균 폐질환)
- 내한내과학회 역. Harrison's 내과학. 제18판. MIP. 2013.

[2016.10.19. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

3. 진료내역 참조, 항문연축(Anal spasm) 등의 상병하에 시행한 서31 항문직장및골반근의 생체되먹이기 치료[1일당] 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/53세), B사례(여/30세), C사례(여/41세)

- 청구 상병명: 항문연축

- 주요 청구내역

서31 항문직장및골반근의생체되먹이기치료[1일당] 1*1

○ D사례(여/48세), E(여/50세), F(남/69세)

- 청구 상병명: 항문연축

- 주요 청구내역

서31 항문직장및골반근의생체되먹이기치료[1일당] 1*1

나702 항문, 직장내압검사 1*1*1

■ 심의내용

- 서31 항문직장 및 골반근의 생체되먹이기 치료는 비침습적으로 인지훈련을 통해 골반저 근육과 복벽근육을 강화시키는 행동과학 치료법 중의 하나인 바, 적응증으로는 대장항문 분야에서는 ① 만성 변비 중에서 골반저근실조, 폐쇄성 배변장애 ② 변실금(특발성 변실금, 괄약근 성형술 후 부가적 치료) ③ 난치성 직장항문통 등과 비뇨·산부인과 분야로는 ① 복잡성 요실금 ② 배뇨근-괄약근 협조장애 ③ 배뇨장애의 1차적 치료 혹은 술전이나 술후 보조치료 등으로 진료내역 참조하여 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

- A, E, F 사례: 진료기록부 확인결과, 주증상이 bowel habit change 또는 치핵으로 시술 적응증에 해당하지 않아 인정하지 아니함.
- B, C 사례: 진료기록부 확인결과, 주증상이 low abdominal pain, pelvic pain으로 시술 적응증에 해당하지 않아 인정하지 아니함.
- D사례: 진료기록부 확인결과, 초진에 Anal Pain을 주증상으로 항문직장및골반근의 생체되먹이기 치료를 시행한 사례임. Anal pain의 경우는 보존적 치료(항문 좌욕, medication, 배변습관 조절 등)후 계속 통증이 있는 난치성 통증에 항문직장및골반근의 생체되먹이기 치료가 인정가능하나, 난치성 통증을 입증할만한 기록이나 검사가 확인되지 않아 인정하지 아니함.

■ 참고

- 박재갑. 대장항문학. 제2판. 일조각. 2001.

[2016.11.14. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

4. 진료내역 참조, 자205가(2) 사지정맥류국소치료(경화요법)후 산정한 입원료 및 수술 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/44세)

- 청구 상병명: 궤양 또는 염증이 없는 하지의 정맥류
- 주요 청구내역
가2다(5) 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 4인실입원료 1*1*5
자205가(2) 사지정맥류국소치료(경화요법)- 4~6부위 1*1*2

○ B사례(여/55세)

- 청구 상병명: 궤양 또는 염증이 없는 하지의 정맥류
- 주요 청구내역
가2다(5) 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 4인실입원료 1*1*3
자205가(2) 사지정맥류국소치료(경화요법)- 4~6부위 1*1*2

■ 심의내용

- 동 요양기관은 ‘궤양 또는 염증이 없는 하지의 정맥류’ 상병 등에 자205가(2) 사지정맥류국소치료(경화요법) 시행 후 일률적으로 4~6일간의 입원료를 산정하는 경향으로 수술료와 입원료의 인정여부에 대해 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

○ A, B사례:

궤양 또는 염증이 없는 하지의 정맥류 상병에 자205가(2) 사지정맥류국소치료(경화요법)-4~6부위 청구한 경우로서, 하지정맥류 수술의 적정여부를 판단하기 위한 영상자료 등에 대한 적용기준에 의해서 진료기록 부상 하지의 저림증상과 통증 발생 등의 증상은 확인되나, 초음파 결과와 수술전·후 사진 등이 없어 자205가(2) 사지정맥류 국소치료 수술은 인정하지 아니함.

또한, 자205가(2) 사지정맥류국소치료(경화요법)-4~6부위 시행 후 청구한 입원료 5일(A사례), 3일(B사례)의 경우로서, 경화요법은 통원치료가 일반적이므로 입원료는 주2회 외래로 인정함.

■ 참고

- 하지정맥류 수술의 적정여부를 판단하기 위한 영상자료 등에 대한 적용기준(심사지침, 2011.3.1. 시행)
- 자205 사지정맥류 국소치료 및 자206 광범위정맥류발거술의 수가산정방법(보건복지부 고시 제2009-96호, 2009.6.1 시행)

[2016. 11. 14. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

5. 진료내역 및 영상자료 참조, 자93-1가 견봉성형술 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/46세)

- 청구 상병명: 어깨의 충격증후군

- 주요 청구내역

자93-1가 견봉성형술 (N0935) 1*1*1

관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용 (N0031003) 1*1*1

○ B사례(남/38세)

- 청구 상병명: 어깨의 충격증후군

- 주요 청구내역

자93-1가 견봉성형술 (N0935) 1*1*1

관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용 (N0031003) 1*1*1

DISPOSABLE CANNULA 전규격 (D1213095) 1*3*1

OSTEORAPTOR 전규격 (D0302505) 1*1*1

■ 심의결과

○ 어깨의 충격증후군 상병 하에 시행한 자93-1가 견봉성형술(N0935)는 수술 전 보존적 치료 및 관련 증상, 영상자료 등을 참조하여 아래와 같이 사례 결정함.

- 아 래 -

- **A사례(여/46세)**: 수술 전 충분한 보존적 치료 기간이 경과 되었고, 이러한 치료에도 증상이 지속되어 시행한 자93-1가 견봉성형술은 인정함.

- **B사례(남/38세)**: 수술할 만한 SLAP 병변 및 증상 확인되지 않아 SLAP봉합술은 불필요한 것으로 판단되어 자93-1가 견봉성형술은 인정하지 아니함.

■ 심의내용

○ 자93-1 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술의 수가산정방법(심사지침, 2011.1.24.)에 의하면, 견관절 손상의 종류 및 수술 방법은 다양하므로 병변의 상태 및 수술기록 등을 참조하여 「자93-1가 견봉성형술 (N0935)」은 상부관절와순 병변 복원술(SLAP, superior labrum from anterior to posterior repair) 및 유착박리술(심한 구축 시) 시행 시 산정하도록 되어 있음.

○ 동 건의 2사례는 진료내역 및 영상자료 등 참조하여 아래와 같이 사례별 심사 결정함.

- 아 래 -

- **A사례(여/46세)**: 어깨의 충격증후군 등 상병에 subacromial decompression을 시행하고 자93-1가 견봉성형술 x1 및 관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용 x1을 청구한 건임.

제출된 진료기록지 및 영상자료 등 참조한 결과, 수술 10개월 전부터 관절강내 주사, 경구약제 투여 등의 보존적 치료내역이 확인되고 충분한 보존적 치료 기간이 경과된 이후에도 어깨 통증이 지속되는 등 수술적 치료가 필요하다고 판단되므로 자93-1가 견봉성형술은 인정함.

- B사례(남/38세): 어깨의 충격증후군 등 상병에 SAD c SLAP Rt.을 시행하고 자93-1가 견봉성형술 x1 및 관련 재료대(관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용x1, DISPOSABLE CANNULA 전규격x3, OSTEORAPTOR 전규격 x1)를 청구한 건임.

50세 미만의 SLAP 병변 봉합술은 증상, 외상력, 치료기간 등을 고려하여 사례별로 결정되어야 함.

동 사례는 제출된 진료기록지 및 영상자료 등을 참조한 결과, 수술할 만한 SLAP 병변 및 증상 확인되지 않아 SLAP봉합술은 불필요한 것으로 판단되어 자93-1가 견봉성형술은 인정하지 아니함.

■ 참고

- 자93-1 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술의 수가산정방법(심사지침, 2011.3.1. 시행)
- 대한정형외과학회. 정형외과학. 최신의학사. 2013.
- 대한건·주관절학회. 건관절 주관절학. 영창출판사. 2012.
- 서울대학교정형외과학교실. 어깨외과학. 군자출판사. 2010.

[2016. 10. 17. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

6. 자93-1 견봉성형술, 견봉성형술 및 회전근개파열 회전근개파열복원술-복잡 인정여부

■ 청구내역(여/77세)

- 청구 상병명: 회전근개증후군, 기타 및 상세불명의 원발성 고혈압
- 주요 청구내역
 - 자93-1나(2)주 견봉성형술 및 회전근개파열복원술(근 및 건성형이 동반된 경우)-복잡(N0938) 1*1
 - ARTHREX BIOCOMPOSITE SWIVELock SUTURE ANCHOR SYSTEM 전규격(D0302695) 2*1
 - ARTHREX BIOCOMPOSITE SUTURE ANCHOR 전규격(D0302795) 2*1
 - DISPOSABLE CANNULA 전규격(D1213095) 3*1
 - 관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용(N0031003) 1*1

■ 진료내역

- C.C: 3-4개월 전부터 Lt shoulder pain
- P.Hx: 고혈압진단 받았으며 경구약 복용중임.
- P.Ex: ROM full
 - Impingement ++/++
 - Obrien +
- 진단명: Rotator Cuff Tear shoulder Lt
- 수술명: 회전근개봉합술, 견봉하관절 변연절제술(Arthro RCR, ASD, Rotator Cuff Repair, Arthroscopic Subacromial Decompression shoulder, Lt) ('16.7.14.)

■ 심의결과

- 관절경 소견상 견갑하건의 부착부 노출이 없고 부분파열의 정도가 50%이하이며, 견갑하건의 장력이 잘 유지되어 봉합은 불필요한 것으로 판단되고 극상건의 파열크기가 2.5cm 미만이므로 자93-1-나(1) 견봉성형술 및 회전근개파열복원술(일차봉합술, N0936)로 조정하고 관련 재료대는 인정함.

■ 심의내용

- 회전근개증후군 상병으로 회전근개봉합술, 견봉하관절 변연절제술(Rotator Cuff Repair, Arthroscopic Subacromial Decompression shoulder Lt)시행하고 자93-1나(2)주 견봉성형술 및 회전근개파열복원술(근 및 건성형이 동반된 경우)-복잡 및 관련재료대(관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용×1, ARTHREX BIOCOMPOSITE SWIVELock SUTURE ANCHOR SYSTEM 전규격×2, ARTHREX BIOCOMPOSITE SUTURE ANCHOR 전규격×2, DISPOSABLE CANNULA 전규격×3)를 청구한 건임.

관절경 소견상 견갑하건의 부착부 노출이 없고 부분파열의 정도가 50%이하이며, 견갑하건의 장력이 잘 유지되어 봉합은 불필요한 것으로 판단되고 극상건의 파열크기가 2.5cm 미만이므로 자93-1-나(1) 견봉성형술 및 회전근개파열복원술(일차봉합술, N0936)로 조정하고 관련 재료대는 인정함.

■ 참고

- 자93-1나(2)견봉성형술 및 회전근개파열복원술(행정해석 보험급여과-2502, 2014.8.1 시행)
- 자93-1 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술의 수가산정방법(심사지침, 2011.3.1. 시행)
- 대한정형외과학회. 정형외과학. 제7판. 최신의학사. 2013.
- 서울대학교정형외과학교실. 어깨외과학. 군자출판사. 2010.

[2016.10.25. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

7. 진료내역 및 영상자료 등 참조, 자71 인공관절치환술(고관절, 슬관절) 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/93세)

- 청구 상병명: 대퇴골전자간골절-폐쇄성, 상세불명의 골다공증
- 주요 청구내역

자71나(1) 인공관절치환술-부분치환술[고관절](N0715)	1*1
BICONTACT CEMENTED STEM 전규격(E1001007)	1*1
BIPOLAR CUP 전규격(E1022007)	1*1
BILOX HEAD 전규격(E1011007)	1*1
CEMEX GENTA SYSTEM GUN 80G + 항생제 + SYRINGE TYPE 진공혼합기(E5200040)	1*1
사지 및 관절수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 -골반, 대퇴, 고관절, 견관절, 슬관절(N0051001)	1*1

○ B사례(여/57세)

- 청구 상병명: 양쪽 원발성 무릎관절증
- 주요 청구내역

자71가(2)인공관절치환술-전치환[슬관절](N2072)	1*2
SCORPIO FEMORAL COMPONENT 전규격(E2001001)	1*2
SCORPIO SERIES 7000 TIBIAL COMPONENT 전규격(E2011001)	1*2
SCORPIO TIBIAL INSERT 전규격(E2021001)	1*2
ACM SYSTEM BOWL TYPE(D1102231)	1*2
SIMPLEX ANTIBIOTIC BONE CEMENT 40G + 항생제(E5002002)	1*2
사지 및 관절수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 -골반, 대퇴, 고관절, 견관절, 슬관절(N0051001)	1*2

○ C사례(여/57세)

- 청구 상병명: 양쪽 원발성 무릎관절증, 요골하단의 상세불명의 골절, 폐쇄성, 요통, 요추부
- 주요 청구내역

자71나(2)인공관절치환술-부분치환술[슬관절](N2712)	1*1
MIS MILLER/GALANTE UNICOMPARTMENTAL KNEE SYSTEM 전규격(E2101004)	1*1
MIS MILLER/GALANTE UNICOMPARTMENTAL KNEE SYSTEM 전규격(E2111004)	1*1
MIS MILLER/GALANTE UNICOMPARTMENTAL KNEE SYSTEM 전규격(E2121004)	1*1
CS-VAC MIXING BOWL SYSTEM BOWL TYPE(D1102293)	1*1
PALACOS R+G 40G + 항생제(E5005024)	1*1
사지 및 관절수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 -골반, 대퇴, 고관절, 견관절, 슬관절(N0051001)	1*1

■ 진료내역

○ A사례(여/93세)

- Dx: Intertroch Femur Lt.
- Hx: 2016.6.17 바닥에 앉다 일어나면서 주저 앉은이후 Lt.hip쪽으로 pain 있어local 경유하여 본원 입원.
- P.Hx: 1년전부터 가슴조이는 느낌있어 심장 안좋아 설명듣고 po(+), 약 8개월 전부터 골다공증 po(+)
- 진단명: Intertroch Femur Lt.
- 수술명: Bipolar cemented & ORIF for GT(great trochanter) Fx ('16.6.21.)

○ B사례(여/57세)

- Dx: Both knee deg OA.
- C.C: 양측 무릎 아프다.
- P.I: 2년전부터 불편함.
- 진단명: Both knee degerative OA
- 수술명: T.K.R.A Lt('16.6.20.), T.K.R.A Rt('16.6.27.)

○ C사례(여/57세)

- Dx: OA Knee Lt.
- C.C: 좌 손목통, 좌 슬부통.
- P.I: 산에서 넘어지면서 손을 짚었다. 좌 슬부통- 수년전부터 아팠다.
- P.Hx: 고혈압(+)
- 진단명: OA Knee Lt
- 수술명: Unicompartmental Knee Arthroplasty C zimmer('16.6.16.)

■ 심의결과

○ A사례(여/93세)

불안정성 골절이 아니고 골두내 골소주의 상태는 금속고정이 가능할 정도로 사료되어 골유합술이 우선 고려되어야 할 것으로 판단되므로 인공관절치환술 「고관절」 인정기준(고시 제2014-79호) 1.라.대퇴골 경부 및 전자간골절 등에 해당되지 않아 수술료(자71나(1) 인공관절치환술-부분치환술[고관절]×1) 및 관련 재료대는 인정하지 아니함.

○ B사례(여/57세)

연령이 60세 미만이나 양측 모두 Kellgren Lawrence grade IV에 해당되어 인공관절치환술 「슬관절」 인정기준(고시 제2010-56호) 1.가.(1)연령이 만60세~만64세 이하인 경우 Kellgren Lawrence grade IV 등에 해당되므로 수술료(자71가(2)인공관절치환술-전치환[슬관절]×2) 및 관련 재료대는 인정함.

○ C사례(여/57세)

연령이 60세 미만이고 varus deformity 심하지 않으며 Kellgren Lawrence grade IV에 미흡하므로 인공관절치환술 「슬관절」 인정기준(고시 제2010-56호) 1.가.(1)연령이 만60세~만64세 이하인 경우 Kellgren Lawrence grade IV 등에 해당되지 않아 수술료(자71나(2)인공관절치환술-부분치환술[슬관절]×1) 및 관련 재료대는 인정하지 아니함.

■ 심의내용

○ A사례(여/93세)

대퇴골전자간골절-폐쇄성 상병으로 Bipolar cemented & ORIF for GT Fx 시행하고 자71나(1) 인공관절치환술-부분치환술[고관절]×1 및 관련재료대(사지 및 관절수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 -골반, 대퇴, 고관절, 견관절, 슬관절×1, BICONTACT CEMENTED STEM 전규격×1, BIPOLAR CUP 전규격×1, BIOLOX HEAD 전규격×1, CEMEX GENTA SYSTEM GUN 80G + 항생제 + SYRINGE TYPE 진공혼합기×1)를 청구한 건임.

불안정성 골절이 아니고 골두내 골소주의 상태는 금속고정이 가능할 정도로 사료되어 골유합술이 우선 고려되어야 할 것으로 판단되므로 인공관절치환술 「고관절」 인정기준(고시제2014-79호)1.라.대퇴골 경부 및 전자간골절 등에 해당되지 않아 수술료(자71나(1) 인공관절치환술-부분치환술[고관절]×1) 및 관련 재료대는 인정하지 아니함.

○ B사례(여/57세)

양쪽 원발성 무릎관절증 상병으로 좌측슬관절전치환술('16.6.20.), 우측슬관절전치환술('16.6.27.) 각각 시행하고 자71가(2)인공관절치환술-전치환[슬관절]×2 및 (사지 및 관절수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류-골반, 대퇴, 고관절, 견관절, 슬관절×2, SCORPIO FEMORAL COMPONENT 전규격×2, SCORPIO SERIES 7000 TIBIAL COMPONENT 전규격×2, SCORPIO TIBIAL INSERT 전규격×2, ACM SYSTEM BOWL TYPE×2, SIMPLEX ANTIBIOTIC BONE CEMENT 40G + 항생제×2)를 청구한 건임.

연령이 60세 미만이나 양측모두 Kellgren Lawrence grade IV에 해당되어 인공관절치환술 「슬관절」 인정기준(고시 제2010-56호) 1.가.(1)연령이 만60세~만64세 이하인 경우 Kellgren Lawrence grade IV 등에 해당되므로 수술료(자71가(2)인공관절치환술-전치환[슬관절]×2) 및 관련 재료대는 인정함.

○ C사례(여/57세)

양쪽 원발성 무릎관절증, 요골하단의 상세불명의 골절-폐쇄성 상병으로 Unicompartmental Knee Arthroplasty C zimmer 시행하고 자71나(2) 인공관절치환술-부분치환술[슬관절]*1 및 관련재료대(사지 및 관절수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 -골반, 대퇴, 고관절, 견관절, 슬관절*1, MIS MILLER/GALANTE UNICOMPARTMENTAL KNEE SYSTEM 전규격*1, MIS MILLER/GALANTE UNICOMPARTMENTAL KNEE SYSTEM 전규격*1, MIS MILLER/GALANTE UNICOMPARTMENTAL KNEE SYSTEM 전규격*1, CS-VAC MIXING BOWL SYSTEM BOWL TYPE*1, PALACOS R+G 40G + 항생제*1)를 청구한 건임.

연령이 60세 미만이고 varus deformity 심하지 않으며 Kellgren Lawrence grade IV에 미흡하므로 인공관절치환술 「슬관절」 인정기준(고시제2010-56호) 1.가.(1) 연령이 만60세~만64세 이하인 경우 Kellgren Lawrence grade IV 등에 해당되지 않아 수술료(자71나(2) 인공관절치환술-부분치환술[슬관절]*1) 및 관련 재료대는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 인공관절치환술(고관절)의 인정기준(보건복지부 고시 제2014-79호(행위), 2014.6.1. 시행)
- 인공관절치환술(슬관절)의 인정기준(보건복지부 고시 제2010-56호(행위), 2010.8.1. 시행)

[2016.10.25. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

8. 진료내역 및 영상자료 참조, 관절경하 무릎수술[자82-1가 반월상연골봉합술, 자69나(1) 자가유래연골세포이식술-이식술(골막 이용) 등] 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/46세)

- 청구 상병명: 오래된 찢김 또는 손상으로 인한 반달연골장애, 내측반달연골
- 주요 청구내역

자82-1가 반월상연골봉합술(내측 또는 외측)(N0823)	2*1
HEALIX BR ANCHOR 전규격(D0302108)	2*1
관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용(N0031003)	1*1

○ B사례(남/44세)

- 청구 상병명: 기타 원발성 무릎관절증, 오래된 찢김 또는 손상으로 인한 반달연골의 장애, 내측반달연골
- 주요 청구내역

자69나(1)자가유래연골세포이식술-이식술-골막 이용(N0692)	1*1
자70나 사지관절절제술[활막절제를포함]-견관절, 슬관절(N0702)	1*1
관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용(N0031003)	1*1

■ 진료내역

○ A사례(여/46세)

- Dx: MM tear knee both.
- C.C: Both knee pain → both foot dorsi-flexion(+)
- P.I: 6개월전부터 증상있어 한의원 침치료, 통증주사 맞고 호전없어 통증조절위해 입원.
- P.Hx: Rt breast mass Ex(경계성종양으로 1년 전 op).
- 진단명: Medial meniscus tear knee both
- 수술명: A/S MMPH(medial meniscus posterior horn, 내측반월상연골후각) root repair, knee both('16.8.4.)

○ B사례(남/44세)

- C.C: Both knee pain
- P.I: 상기증상으로 수술위해 입원
- P.Hx: Rt.knee A/S(타병원, 반월판연골절제술 청구 - '15.9월)
Rt A/S partial menisectomy, ACI harvest knee Rt (동기관, '16.6/14)
- 진단명: OA Knee Rt, Lt. MM, M tear knee Rt
- 수술명: Rt A/S exam ACI(autologous chondrocyte implantation, 자가연골세포이식술) Rt, A/S Knee Lt('16.7.22.)

■ 심의결과

○ A사례(여/46세)

비교적 젊은 나이의 환자로 root tear 확인가능 하므로 수술료(자82-1가 반월상연골봉합술 [내측 또는 외측] ×2) 및 관련 재료대는 인정함.

○ B사례(남/44세)

자가유래연골세포이식술 경우 Microfracture 혹은 multiple drilling과 같은 선행시술 확인되지 않고 병변 자체도 연골손상의 정도가 심하지 않아 자가연골세포이식술(ACI, autologous chondrocyte implantation)를 요할 정도가 아니므로 수술료(자69나(1)자가유래연골세포이식술-이식술-골막 이용×1)은 인정하지 아니함.

■ **심의내용**

○ **A사례(여/46세)**

오래된 찢김 또는 손상으로 인한 반달연골장애, 내측반달연골 상병으로 A/S MMPH(medial meniscus posterior horn, 내측반월상연골후각) root repair, knee both 시행하고 자82-1가 반월상연골봉합술(내측 또는 외측)×2 및 관련재료대(관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용×1, HEALIX BR ANCHOR 전규격×2)를 청구한 건임. 비교적 젊은 나이의 환자로 root tear 확인가능 하므로 수술료(자82-1가 반월상연골봉합술 [내측 또는 외측×2) 및 관련 재료대는 인정함.

○ **B사례(남/44세)**

기타 원발성 무릎관절증, 오래된 찢김 또는 손상으로 인한 반달연골의장애-내측반달연골 상병으로 Rt A/S exam ACI(autologous chondrocyte implantation) Rt, A/S Knee Lt 시행하고 자69나(1)자가유래연골세포 이식술-이식술-골막 이용×1, 자70나 사지관절절제술[활막절제를포함]-견관절, 슬관절×1 및 관련재료대(관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용×1)를 청구한 건임.

자가유래연골세포이식술 경우 Microfracture 혹은 multiple drilling과 같은 선행시술 확인되지 않고 병변 자체도 연골손상의 정도가 심하지 않아 자가유래연골세포이식술(ACI, autologous chondrocyte implantation)를 요할 정도가 아니므로 수술료(자69나(1)자가유래연골세포이식술-이식술-골막 이용×1)은 인정하지 아니함.

■ **참고**

- 자가유래연골세포(품명: 콘드론)의 인정기준(보건복지부 고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행)
- 대한정형외과학회. 정형외과학. 제6판. 최신의학사. 2006.

[2016.10.25. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

9. 「신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애」 상병에 시행한 자46가(1)(다) 척추고정술(기기, 기구 사용 고정 포함)-전방고정-경추 등 인정여부

■ 청구내역(남/50세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애
- 주요 청구내역:
 - 자49가(1) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-경추 (N1491) 1*1*1
 - 자46가(1)(다) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-경추(N2463) 1*1*1
 - CESPAC PEEK 전규격 1*2*1
 - 척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 1*1*1

■ 진료내역

- '16.6.16.(입원)
 - C.C: Neck pain for several months, Lt. interscapular area pain, Lt. wrist drop(Gr. 0)
Lt. shoulder~upper arm~forearm pain 4주간 지속
좌측 어깨부터 팔 부분 빼근함. 좌측 손가락 어둔하여 물건 담고 매듭짓거나 단추끼는 동작 어려움.
 - P.E: Spurling test(-/+), Lhermitte's sign(-), VAS(7)
Shoulder joint motion limitation(-/-), DTR: 항진
 - MRI: C5-6, 6-7, C7-T1 both neural foraminal stenosis
- '16.6.17.(수술)
 - 진단명: Herniated cervical disc C6-7, C7-T1, Lt.
 - 수술명: Anterior approach Total disectomy on C6-7, C7-T1
Interbody fusion on C6-7, C7-T1 with CESPAC cage

■ 심의결과

- 임상소견에서 Wrist drop이 확인되고, 영상 자료에서 신경압박 소견이 다 분절에서 보이거나 수술 전 병변 부위의 증상과의 연관성을 명확히 하기 위한 평가(근전도 및 신경전도검사 등)없이 제 6-7경추, 제 7경추-제 1흉추간 전방감압 및 유합술(ACDF, Anterior Cervical Discectomy and Fusion)을 시행한 것은 의학적으로 타당한 진료로 보기 어려워 수술료 및 재료대, 마취료는 인정하지 아니함.

■ 심의내용

- 신경뿌리병증을 동반한 경추간판 장애 상병으로 제6-7 경추, 제7경추-제1흉추 부위 전방접근의 경추 추간판 제거술 및 유합술(ACDF, Anterior Cervical Discectomy and Fusion) 시행한 사례임.
임상소견에서 Wrist drop이 확인되고, 영상 자료에서 신경압박 소견이 다 분절에서 보이거나 수술 전 병변 부위의 증상과의 연관성을 명확히 하기 위한 평가(근전도 및 신경전도검사 등)없이 제 6-7경추, 제 7경추-제 1흉추간 전방감압 및 유합술(ACDF, Anterior Cervical Discectomy and Fusion)을 시행한 것은 의학적으로 타당한 진료로 보기 어려워 수술료 및 재료대, 마취료는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- 척추 유합술시 사용하는 고정기구의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 대한척추신경외과학회 저. 척추학. 군자출판사. 2008.

[2016.10.6. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

10. 진료내역 및 영상자료 참조, 적절한 보존적치료 없이 시행된 척추수술 인정여부

■ 청구내역(여/50세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애, 척추협착, 요추부
- 주요 청구내역
 - 자46가(1)(다) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-경추-기타의경우 1*1*1
 - 자49가(1) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-경추 [제2의수술] 1*1*1
 - 척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 1*1*1

■ 진료내역

- C.C: “목이 아파서 고개를 움직일 수가 없어요 “
“주사 맞고 약을 맞아도 조금도 차도가 없네요”
“고개를 돌릴 때 어깨랑 팔이 떨어져 나갈 것처럼 아파요”
“어깨부터 팔까지 불에 타는 것처럼 저리고 아파서 죽을꺼 같아요”
“물건을 잡으려고 하면 손에 힘이 안들어가요”
agg> 약 1년전, VAS score: 10점
- P.I: 상기환자는 약 1년전부터 심화된 경부통증 및 방사통으로 한의원 및 통증의원, 본원 등에서 지속적인 보존적 치료(침치료, 약물치료, 물리치료, 주사치료 등) 시행하였음.
이후에도 증상 호전없이 심화되어 통증으로 인한 수면장애, 손의 근력장애 동반되어 적극적인 치료 원하여 본원 내원함.
- P/Ex & N/Ex:
 - Motion pain (+)
 - U/Ex Motor
 - Elbow Flexion (V/V) Elbow Extension (V/V)
 - Wrist Flexion (V/V) Wrist Extension (V/V)
 - Grasping power (V/IV) Shoulder elevation (V/V)
 - U/Ex Sensory
 - Radiculopathy & tingling sense: C5 dermatome Lt.
 - Spurling"s sign (-/+++)
 - Hoffman"s sign (-/-)
 - Lhermitte"s sign (-/-)
- MRI finding: 1. Disc bulging with spinal and both foraminal stenosis in C4-5, C5-6 and C6-7
2. Disc bulging with spinal and left foraminal stenosis in C3-4
3. Degenerative spondylosis with decreased lordosis

■ 심의결과

- 경추부 ADR(Artificial disc replacement)을 시행한 경우로 6주이상의 적극적인 보존적치료 이력 확인되지 않으며, 「인공디스크를 이용한 추간판전치환술의 인정기준」의 금기증인 추간판의 퇴행성병변이 다분절에 있는 것이 확인되어 수술료 인정하지 아니함.

■ **심의내용**

- C4-5 경부디스크탈출증(HCD, Herniated cervical disc), 추간공협착증(Foraminal stenosis) 진단하에 경추-인공디스크치환술(TDR, Total disc replacement) C4-5 시행하고 자46가(1)(다) 척추고정술[기기,기구사용 고정포함]-전방고정-경추 ×1, 자49가(1) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-경추 ×0.5 청구한 경우임.

경추부 ADR(Artificial disc replacement)을 시행한 경우로 6주이상의 적극적인 보존적치료 이력 확인되지 않으며, 「인공디스크를 이용한 추간판전치환술의 인정기준」의 금기증인 추간판의 퇴행성병변이 다분절에 있는 것이 확인되어 수술료 인정하지 아니함.

■ **참고**

- 척추경나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 인공디스크를 이용한 추간판전치환술의 인정기준(보건복지부 고시 제2016-69호, 2016.5.15. 시행)
- 석세일. 척추외과학. 최신의학사. 2004.
- 대한척추신경외과학회. 척추학. 군자출판사. 2008.

[2016.12.14. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

11. 진료내역 및 영상자료 참조, 척추 조기수술 인정여부

■ 청구내역(남/48세)

- 청구 상병명: 척수병증을 동반한 기타 척추증, 흉추부, 척추협착, 흉요추부
상세불명의 척수병증, 흉요추부, 상세불명의 마비증후군
- 주요 청구내역
 - 자49-1나 척추후궁절제술-흉추 1*1.5*1
 - 척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 1*1*1

■ 진료내역

- C.C: LBP > both leg pain & TS (R<L)
both leg weakness (R<L)
등 통증, 양다리 쥐는 증상 간헐적
- P.I: 2년전부터 상기증상 있어 연고지 병원에서 주사치료 3차례 했으나 일시적 효과, 호전 없으며 악화되어 내원함.
agg: 걸을 때, 누우면 호전
limping gait +
NIC x
보행장애, 넘어지려 한다.
- P/E: Td on mid lumbar
SLRT: f/f, FNST: -/-, Patrick test: -/-
Motor: GTDF 4+/5
heel / toe: intact
Sensory: Rt. leg cooling sense
DTR: KJ +++/+++, AJ +/+
- IMP: T11-12 OLF, cord edema

■ 심의결과

- 적절한 보존적치료는 이루어지지 않았으나, 제출된 영상자료 상 제11-12 흉추 부위 척수 압박과 부종 소견 보이며 보행장애, 하지 위약감 등 병변에 합당한 신경학적 증상이 확인되어 수술료 인정함.

■ 심의내용

- 황색인대골화증(ossification of ligamentum flavum) T11,12 진단하에 미세현미경 레이저 흉추 디스크 절제술(OTM, open laser thoracic microdiscectomy) T11,T12 시행하고, 자49-1나 척추후궁절제술-흉추 × 1.5 청구한 경우임.
적절한 보존적치료는 이루어지지 않았으나, 제출된 영상자료 상 제11-12 흉추 부위 척수 압박과 부종 소견 보이며 보행장애, 하지 위약감 등 병변에 합당한 신경학적 증상이 확인되어 수술료 인정함.

■ 참고

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

[2016. 12. 14. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

12. 진료내역 및 영상자료 참조, Cage 및 pedicle screw system을 이용한 척추수술 인정여부

■ 청구내역(남/56세)

- 청구 상병명: 척추전방전위증, 요추부, 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
- 주요 청구내역
 - 자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추 (N1493) 1*1.5*1
 - 자46나(3)주2 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추 (N2470) 1*0.5*1
 - XIA ROD 전규격 1*2*1
 - XIA SCREW SET 전규격 1*4*1
 - PEEK CAGE 전규격 1*2*1
 - 척추 및 척추수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 1*1*1

■ 진료내역

- '16.8.2.(입원)
 - C.C: Lt. buttock and posterior thigh and calf pain for 5-6 years, 8개월 전 악화.
 - P.E: NIC(+); walking, 5min
Motor: Lt. GTDF Gr4, Sensory: intact, SLRT: F/F
 - MRI: L3-4 DS with central stenosis, L4-5 centrolleft disc extrusion with stenosis
- '16.8.5.(수술)
 - 진단명: Subarticular stenosis on L4-5, Lt.
Subarticular stenosis on L3-4, Lt. with far lateral disc herniation, Lt.
 - 수술명: Microdiscectomy on L4-5, Lt.
PLIF & PSF on L3-4

■ 심의결과

- 요추부 측면 굴곡-신전 사진에서 제3-4 요추부위 경미한 척추전방전위증 소견 확인되나, 환자가 호소하는 좌측 하지 통증은 제4-5요추부위 추간판 탈출로 인한 방사통으로 판단되어, 제4-5 요추 부위 추간판제거술은 인정, 제3-4 요추간 추간판제거술 및 척추유합술 수기로 및 재료대는 인정하지 아니함.(추간판제거술 x1.5 청구 → x1 만 인정)

■ 심의내용

- 척추전방전위증 등 소견으로 좌측 제4-5요추 부위 추간판제거술, 제3-4요추 부위 후방접근의 척추유합술 (2016.8.2.) 시행한 사례임.
요추부 측면 굴곡-신전 사진에서 제3-4 요추부위 경미한 척추전방전위증 소견 확인되나, 환자가 호소하는 좌측 하지 통증은 제4-5요추부위 추간판 탈출로 인한 방사통으로 판단되어, 제4-5 요추 부위 추간판제거술은 인정, 제3-4 요추간 추간판제거술 및 척추유합술 수기로 및 재료대는 인정하지 아니함.(추간판제거술 x1.5 청구 → x1 만 인정)

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 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)
- 「척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준」에서 「분절간 불안정성」에 대한 방사선적 진단기준(심사지침, 2010.2.1. 시행)
- 대한척추신경외과학회. 척추학. 군자출판사. 2008.

[2016. 12. 14. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

13. 진료내역 참조, 요양병원 입원 중 한방 협의 진료시 시행한 3술(침, 구, 부항) 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/78세)

- 청구상병명: 기타 근통, 골반 부분 및 대퇴, 합병증을 동반하지 않은 1형 당뇨병
기타 및 상세불명의 원발성 고혈압, 기타 경추간판장애, 기타 근통, 손
어깨 및 위팔 부위의 상세불명의 근육 및 힘줄의 손상, 기타 및 상세불명의 손상

- 주요 청구내역

하1주	경혈침술(2부위이상)[사암,오행,체질](거료,명문)	1*1*15
하8	투자법 침술 (곤륜-태계)	1*1*15
하30가(1)	구술(직접구)-직접해주구	1*1*15
하31가(1)	부항술(건식부항)-유관법	1*1*15

○ B사례(여/88세)

- 청구상병명: 대퇴골전자간골절, 폐쇄성, 상세불명의 합병증을 동반한 2형 당뇨병
상세불명의 알츠하이머병에서의 치매, 기타 및 상세불명의 원발성 고혈압
사지의 통증, 골반 부분 및 대퇴

- 주요 청구내역

하1주	경혈침술(2부위이상)[사암,오행,체질](백회,중봉)	1*1*9
하8	투자내 침술 (곤륜-태계)	1*1*9
하30나(1)	구술(간접구)-간접해주구	1*1*9
하31가(1)	부항술(건식부항)-유관법	1*1*9

○ C사례(여/86세)

- 청구상병명: 파킨슨병, 기분이상, 기타 및 상세불명의 원발성 고혈압, 관절통, 골반 부분 및 대퇴
관절통, 아래다리, 상세불명의 떨림, 대퇴골 경부의 상세불명 부분의 골절, 폐쇄성, 심기혈양허증

- 주요 청구내역

하1주	경혈침술(2부위이상)[사암,오행,체질](양곡,해계)	1*1*9
하8	투자법 침술 (태양-솔곡)	1*1*9
하30가(1)	구술(직접구)-직접해주구	1*1*9
하31가(1)	부항술(건식부항)-유관법	1*1*9

○ D사례(여/82세)

- 청구상병명: 수면 개시 및 유지 장애[불면증], 요통, 요천부, L1 부위의 골절, 폐쇄성

- 주요 청구내역

하1주	경혈침술(2부위이상)[사암,오행,체질](백회,명문)	1*1*10
하8	투자법 침술 (곤륜-태계)	1*1*10
하30나(1)	구술(간접구)-간접해주구	1*1*10
하31가(1)	부항술(건식부항)-유관법	1*1*10

○ E사례(남/76세)

- 청구상병명: 상세불명의 뇌경색증, 기타 및 상세불명의 원발성 고혈압,
상세불명의 섬망, 상세불명의 편마비, 기타 근통, 어깨부분

- 주요 청구내역

하1주	경혈침술(2부위이상)(합곡, 족삼리)	1*1*9
하6	관절내 침술(곡지)	1*1*9
하30나(2)	구술(간접구)-기기구술	1*1*9
하31가(2)	부항술(건식부항)-성관법	1*1*9

○ F사례(남/75세)

- 청구상병명: 기타 뇌경색증, 기타 및 상세불명의 원발성 고혈압, 합병증을 동반하지 않은 2형 당뇨병
상세불명의 편마비, 기타 근통, 어깨부분, 상세불명의 무릎관절증

- 주요 청구내역

하1주	경혈침술(2부위이상)	1*1*9
하6	관절내 침술	1*1*9
하30나(2)	구술(간접구)-기기구술	1*1*9
하31가(2)	부항술(건식부항)-성관법	1*1*9

○ G사례(여/94세)

- 청구상병명: 천골의 골절, 폐쇄성, 병적 골절을 동반한 폐경후골다공증, 골반 부분 및 대퇴
T1 및 T2 부위의 골절, 폐쇄성, 척추협착, 요추부, 기타 및 상세불명의 원발성 고혈압
합병증을 동반하지 않은 2형 당뇨병, 기타 근통, 어깨부분

- 주요 청구내역

하1주	경혈침술(2부위이상)(합곡, 족삼리)	1*1*13
하6	관절내 침술(견우)	1*1*13
하30나(2)	구술(간접구)-기기구술	1*1*13
하31가(2)	부항술(건식부항)-성관법	1*1*13

■ 진료내역

- A사례(여/78세): 2016.10.14. 전신통(VAS 5), 트라마돌 10#1 IM inj→1시간 뒤 VAS 2
- B사례(여/88세): 2016.10.04. 자다 깨다 하면서 소리 지름, 병실내 환자 수면 방해함→페리돌 10 IM→주무심
- C사례(여/86세): 2016.10월 진료분. 파킨슨으로 hand tremor, 하지마비, 기저귀사용
- D사례(여/82세): 2016.10.15. 옆 환자들 때문에 잠을 못 자 힘들고 두통→써스펜 이알 3T*3 2일
- E사례(남/76세): 2016.10.01. 팔 저린감 있어 아시혈 부, 뇌경색에 백회 아시혈, 좌측 편마비, 좌측 팔다리, 동통 마비감
- F사례(남/75세): 2016.10.01. 편마비, 어깨통증, 무릎 관절증, 슬통, 뇌경색으로 인한 두부 통증, 아시혈 부항, 좌측편마비, 견비통에 아시혈 구
- G사례(여/94세): 2016.10.01. 천골골절로 허리를 펴기 힘들어 아시혈 구, 요추부 통증에 아시혈 부항, 전신기력저하로 누워있음, 어깨관절 근통, 골절로 인한 통증

■ 심의결과

- 침·구·부항의 3가지 시술을 동시에 하는 경우는 상병명, 환자상태 등을 고려하여 신중한 진료를 하여야하고 이에 대한 진료내역이 상세히 기록되어야 함. 그러나 동 사례들은 진료내역 상 환자의 상태나 병력의 특성을 확인할 만한 객관적 자료가 확인되지 않으므로 일차적 치료인 침술은 인정하고 구술, 부항술은 협진 초진부터 주 2회만 인정함.

■ **심의내용**

- 동 건(A-G사례)은 협의진료시 수진자 대부분에게 일률적으로 3술(침, 구, 부항)을 동시 시행하여 3술 인정여부에 대해 심의함.

보건복지부고시 제2000-73호에 의거 침·구·부항 의 3가지 시술을 동시에 하는 경우는 상병명, 환자상태 등을 고려하여 신중한 진료를 하여야하고 이에 대한 진료내역이 상세히 기록 되어야 함. 그러나 동 사례들은 진료내역 상 환자의 상태나 병력의 특성을 확인할 만한 객관적 자료가 확인되지 않으므로 일차적 치료인 침술은 인정하고 구술, 부항술은 협진 초진부터 주 2회만 인정함.

■ **참고**

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 3술 동시 시술에 대하여 (보건복지부 고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행)

[2016.12.14. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

14. 상병 및 진료내역 참조, 한-3 주4 수양명경 경락기능검사 인정여부

■ 청구 상병명

- A사례(남/38세): 척추협착, 요추부
- B사례(남/55세): 신경관의 추간판협착, 경추부위, 항강
- C사례(여/68세): 사지의 통증, 아래다리
- D사례(남/36세): 근육긴장, 어깨부분, 비증
- E사례(남/29세): 신경관의 추간판협착, 경추부위, 항강

■ 주요 청구내역(A~E사례)

한3주4 경락기능검사-수양명경 1*1*1

■ 진료내역

- A사례(남/38세): 2016.10.29. 우측 족지 타박 복통 요통 재발
- B사례(남/55세): 2016.10.28. 우수지 관절통 손목부위통, 용접일을 한다, 갑자기 통증이 온다
- C사례(여/68세): 2016.10.13. 좌측 슬부 퇴행성 관절, 보행시 통증, 마찰음 유, 꾸구려 앓기 힘들다
- D사례(남/36세): 2016.10.1. 위가 쓰린다, 양견갑근통, 흉추 부위가 자세가 안 좋아 굽어 있음, 행비
- E사례(남/29세): 2016.10.14. 수지삼오지, 손에 힘이 잘 안 간다, 저린다

■ 심의결과

- 한-3 주4 수양명경경락기능검사는 염좌, 골절, 탈구 등과 같이 상병원인이 확실하고 내과적 진찰을 필요로 하지 않는 경우에는 산정하지 아니한다는 산정지침에 의거, 적응증이 아닌 상병에 한-3 주4 수양명경경락기능검사를 시행하였기에 불인정함.

■ 심의내용

- 동 건(A-E사례)은 한의원에 내원하는 수진자 대부분에게 수양명경경락기능검사를 시행하여 인정여부에 대해 논의함.
한-3 주4 수양명경경락기능검사는 염좌, 골절, 탈구 등과 같이 상병원인이 확실하고 내과적 진찰을 필요로 하지 않는 경우에는 산정하지 아니한다는 산정지침에 의거, 근골격계 등 적응증이 아닌 상병에 한-3 주4 수양명경경락기능검사를 시행하였기에 불인정함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법

[2016.12.14. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]