중앙심사조정위원회 심의사례 공개 (총 3개 항목)

- 2017.5.31. 공개

연번	제 목	페이지
1	자765다 내시경적 상부소화관종양수술-점막하박리절제술 시행 시 바1다 감시하 전신마취 요양급여 인정여부	1
2	Eculizumab(품명: 솔리리스주) 요양급여대상 인정여부	3
3	조혈모세포이식 요양급여대상 인정여부	4

지역심사평가위원회 심의사례 공개 (총 15개 항목)

- 2017.5.31. 공개

연번	제 목	페이지
4	백내장 수술 후 1~2개월이내 시행된 자511다 백내장 및 수정체 수술-후발성백내장 인정여부	26
5	진료내역 및 환자상태 참조, 자497나 각막이물제거술(복잡) 인정여부	28
6	진료내역 참조 자529나 안검하수증수술-근절제술 인정여부	31
7	진료내역 및 환자상태 참조, 슬관절 자기공명영상진단(MRI) 인정여부	32
8	자93-1 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술 인정여부	33
9	연령 참조 성장기 환아에게 시행된 자88주 십자인대성형술 및 관련 재료대 인정여부	34
10	진료내역 및 영상자료 참조 퇴행성 관절염이 심한 상태에서 시행된 자88 십자인대성형술 인정여부	35
11	진료내역 및 영상자료 참조 반월상연골 후방골 기시부 파열에 시행된 자82-1가주 반월상연골봉합술(내측 또는 외측)-복잡 인정여부	36
12	진료내역 및 영상자료 참조 자71 인공관절치환술 인정여부	37
13	상병 및 진료내역 참조 요양병원 입원료 인정여부	38
14	진료내역 및 영상자료 참조, 자49-1다 척추후궁절제술-요추 인정여부	40
15	진료내역 및 영상자료 참조, Cage 및 Pedicle screw system을 이용한 척추수술 인정여부	41
16	「척수병증을 동반한 기타 척추증, 경부」 등 상병에 시행한 자46 척추고정술 [기기, 기구 사용 고정 포함] 인정여부	43
17	진료내역 및 영상자료 등 참조, 자47-1가 경피적척추후굴풍선복원술 인정여부	47
18	진료내역 및 영상자료 참조, 자47가 경피적척추성형술 인정여부	48

<중앙심사조정위원회 심의사례>

요양급여비용 사후 심사 건

1. 자765다 내시경적 상부소화관종양수술-점막하박리절제술 시행 시 바1다 감시하 전신마취 요양급여 인정여부

■ 청구내역(남/61세)

- 청구 상병명: 상세불명의 위의 악성 신생물, 조기
- 주요 청구내역

자765다	내시경적 상부소화관종양수술-점막하 박리절제술 (QZ933)	1*1*1
IT KNIFE 2 전규격 (J2401101)		1*1*1
INJECTOR FORCE MAX 전규격 (J2301201)		1*1*1
바1다(1)	정맥마취-감시하전신마취관리기본[30분 기준] (L0103)	1*1*1
바1다(2)	정맥마취-감시하전신마취유지[30분초과 15분당] (L0104)	1*1*1
821 울티바주2밀리그람(레미펜타닐염산염)/B		1*1*1
111 프리폴-엠시티주(프로포폴)_(0.2g/20mL)/B		1*1*1
112 부광미다졸람주사/B		1*1*1

■ 심의결과

○ 동 건은 자765다 내시경적 상부소화관종양수술-점막하박리절제술 시 마취통증의학과 전문의에 의해 진정 및 진통 약제로 레미펜타닐, 프로포폴, 미다졸람을 투여하여 바1다 감시하 전신마취를 시행하였으며, 시술 침습도가 높아 합병증이 발생할 가능성이 있어 주의 깊은 감시가 필요한 점을 감안하여, 동 건에 시행된 바1다 감시하 전신마취를 요양급여로 인정함.

■ 심의내용

○ 동 건(남/61세)은 조기 위암 상병으로 자765다 내시경적 상부소화관종양수술-점막하박리절제술을 시행하면서 바1다 감시하 전신마취를 실시한 사례로, 소화기 내시경 시술 시 시행한 바1다 감시하 전신마취의 인정여부에 대하여 심의함.

○ 바1다 감시하 전신마취는 장시간 또는 침습도가 높은 검사 및 시술을 안전하고 용이하게 시행하기 위해 마취통증의학과 전문의에 의해 제공되는 전신마취 행위로, 관련 급여기준에 의거 마취통증의학과 전문의가 마취 시작부터 종료까지 마취 전 과정을 전담하여 직접 실시한 경우 산정하며 응급상황 시 신속하게 전신마취로 이행할 수 있도록 전신마취기 등을 준비한 상태에서 말초산소포화도 감시 하에 실시하여야 함(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행).

○ 관련 교과서에 따르면, 자765다 내시경적 상부소화관종양수술-점막하박리절제술은 시술의 난이도와 위험성을 고려할 때 중등도 진정(moderate sedation) 혹은 깊은 진정(deep sedation) 상태에서 시행되고 있음. 또한 침습도가 높아 시술 중 출혈, 천공 등의 중증 합병증이 발생할 수 있으며, 긴 시술시간으로 인해 진정 상태를 장시간 유지해야 하므로 저산소증, 혈압 저하, 호흡 억제 등의 합병증이 발생할 위험성이 있어 환자에 대한 관찰이 주의 깊게 요구되는 시술임.

○ 『대한의사협회 프로포폴 진정 임상권고안. 2016』에서는 진단적 내시경 및 시술/수술에서 마취통증의학과 전문의에 의한 프로포폴 진정(감시하 전신마취)을 고려할 수 있는 경우는 ①미국마취과학회(ASA) 신체상태분류법의 3, 4, 5등급 ②장시간 또는 침습도가 높은 시술/수술 시의 깊은 진정 ③기도폐쇄 또는 기관내삽관이 어려울 것으로 예측되는 위험인자를 가진 환자 ④과거 진정 또는 마취 시 부작용 경험 환자의 경우로 되어 있으며,

『AGA(American Gastroenterological Association) Institute Review of Endoscopic Sedation. GASTROENTEROLOGY. 2007』에서는 마취통증의학과 전문의에 의한 진정이 필요한 내시경 시술의 종류로 내시경적 역행성 담췌관 조영술, 상부 소화관 스텐트 삽입술, 내시경 초음파, 내시경적 점막하 박리절제술 등을 언급하고 있음.

○ 대한소화기내시경학회에서는 소화기내시경 시술 시 시행하는 감시하 전신마취의 적응증에 대하여 『대한의사협회 프로포폴 진정 임상권고안. 2016』의 내용을 준용할 수 있다는 의견이었으며, 대한마취통증의학회에서는 소화기내시경 시술 시 환자의 전신상태, 시술의 내용, 침습도 등을 종합적으로 고려하여 마취 시행여부 및 종류를 결정해야 한다는 의견이었음.

○ 따라서 동 건은 자765다 내시경적 상부소화관종양수술-점막하박리절제술 시 마취통증의학과 전문의에 의해 진정 및 진통 약제로 레미펜타닐, 프로포폴, 미다졸람을 투여하여 바1다 감시하 전신마취를 시행하였으며, 시술 침습도가 높아 합병증이 발생할 가능성이 있어 주의깊은 감시가 필요한 점을 감안하여 동 건에 시행된 바1다 감시하 전신마취를 요양급여로 인정함.

■ 참고

○ 감시하 전신마취의 인정기준 (보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
○ 감시하 전신마취 관련 (행정해석, 보험급여과-4833호, 2015.9.1. 시행)
○ 대한소화기내시경학회 진정내시경 TFT 위원회. 진정내시경가이드북. 대한의학. 2015.
○ 대한마취통증의학. 마취통증의학. 제3판. 여문각. 2014.
○ 대한소화기내시경학회 ESD 연구회. 소화관종양 내시경치료술의 실제. 대한의학서적. 2009.
○ 의원 및 병원 급 의료기관 의사를 위한 프로포폴 진정 임상권고안. 대한의사협회. 2016.
○ Non-anesthesiologis administration of propofol for gastrointestinal endoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy. 2015.
○ Multisociety sedation curriculum for gastrointestinal endoscopy. 2012.
○ Sedation in digestive endoscopy: the Athens international position statements. 2010.
○ Sedation and anesthesia in GI endoscopy. ASGE. 2008.
○ AGA Institute Review of Endoscopic Sedation. 2007.
○ ‘학회 의견 요청’에 대한 회신 (대한소화기내시경학회 제2017-88호, 2017.2.13.)
○ 소화기 내시경 시술 시 감시하전신마취 적응증 등 관련 학회 의견 회신 (대한마취통증의학회 제2017-278호, 2017.2.14.)
○ ‘학회 의견 요청’에 대한 의견 재회신 (대한소화기내시경학회 제2017-108호, 2017.2.24.)

[2017.4.11. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

요양급여대상 사전 승인 건

2017.4월 솔리리스주 사전심의 분과위원회 심의사례 공개

○ 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부 고시 제2016-173호, 2016.9.1. 시행)에 따라 요양급여 대상여부를 결정하는 **솔리리스주 사전심의제도**를 실시하고 있습니다.

○「Eculizumab(품명: 솔리리스주) 사전 승인에 관한 방법 및 절차」(건강보험심사평가원 공고 제2016-241호, 2016.9.1. 시행)에 의거하여,

1. 승인받은 환자는 요양급여대상으로 인정통보를 받은 날부터 60일 이내에 솔리리스주를 투여하여야 하며 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 한다.
2. 승인을 받은 요양기관은 6개월마다 위 공고 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 정확하게 작성하여 약제투여 개시일이 포함된 월을 기준하여 6개월이 경과된 익월 15일 이내에 우리원에 제출하여야 한다.

○ 사전심의

구분	계	승인	불승인	기타
사전심의	2	1	1	0

※ 신청기관: 1기관

▶ 세부내역

연번	성별/나이	심의결과	비고
A사례	여/77	불승인	관련 고시에 의거, 제외대상(다른 생명을 위협하는 질환을 동반하고 있어서 장기적인 예후에 치료로 인한 효과를 기대할 수 없는 환자)에 해당되는 건으로 일차골수섬유증의 진행 판단을 위한 골수검사가 2016년 1월 이후 시행되지 않아 불승인함
B사례	남/71	승인	관련 고시에 의거, 동 건은 발작성야간혈색소뇨증과 연관된 동반질환(혈전증)이 확인되어 급여기준에 충족되므로 승인함

요양급여대상 사전 승인 건

2017.4월 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		301	154	9	138	-
처리결과	급여건	230	105	9	116	-
	선별급여건	70	49	0	21	-
	불가건	1	0	0	1	-

* 신청기관 : 37개 요양기관

■ 심의내용

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
동종	총 154건	급여: 105건	급성골수성백혈병: 37건	(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			급성림프모구백혈병: 21건	혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 인정함 (1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 ② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 ③ 염색체수 44 미만 (나) 진단시 1세미만

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				(다) 백혈구 수 100 X 10^9/L 이상 (라) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Poor Steroid Response ② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) ③ Early T cell Precursor Phenotype (3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 (4) 2차 이상 완전관해된 경우 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			중증재생불량성빈혈: 10건	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/㎕ 이하 ② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x10^9/L ③ 혈소판 20,000/㎕ 이하 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
				호지킨림프종과 중증재생불량성빈혈 두 질환이 동반되어 있었던 사례로, 호지킨림프종에 대한 치료 후에도 골수 suppression 상태 보여 두 질환은 별개의 질환으로 판단되며 중증재생불량성빈혈 급여 기준에 합당하므로 요양급여대상자로 인정함.
			골수형성이상증후군: 18건	(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/㎕ 이하이면서 혈소판 20,000/㎕ 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 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			만성골수성백혈병: 1건	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.
			비호지킨림프종: 5건	(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 ⅡB 이상 ⑧ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma ⑨ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			호지킨림프종: 1건	(2) 호지킨 림프종 자가조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			일차골수섬유증: 2건	일차골수섬유증의 예후지표인 DIPSS plus risk category 중 고위험도(High risk, 예후인자수 ≥ 5항목)와 중등위험도-2(Intermediate-2, 예후인자수 3항목 또는 4항목)에 해당하는 경우. 다만, 중등위험도-2에 해당하는 경우에는 질병의 중등도 등 환자상태를 고려하여 사례별로 인정함. 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			Hyper IgM syndrome: 1건	Hyper-IgM syndrome은 면역결핍 질환으로, 제출된 자료를 참조하여 현재 상황에서 이식이 필요하다고 판단되어 요양급여 대상자로 인정함.
			Acute Bileneal leukemia: 3건 Acute Undifferentiated leukmia: 1건	Acute Bileneal leukemia와 Acute Undifferentiated leukmia로 진단되어 1차 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출된 자료를 검토한 결과 완전관해가 확인되는 바 요양급여대상자로 인정함.
			연소기골수단구성 백혈병(JMML): 1건	WHO에서 제시한 연소기골수단구성백혈병의 진단기준을 만족하는 경우 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			크라베병: 2건	크라베병은 진행되면서 중추신경 및 말초신경증상을 일으켜 조기 사망하는 희귀 퇴행성 질환으로, 심각한 신경학적 합병증이 동반되지 않은 현상태에서 동종조혈모세포이식이 필요하다고 판단되므로 요양급여대상자로 인정함.
				동 질환의 가족력이 있어 비교적 빨리 진단된 사례로, 이식에 적절한 공여자 있으며 신경학적 증상 없는 것이 확인되어 급여
			혈구포식림프조직구증 (HLH): 2건	The Histiocyte society에서 제시한 진단기준(2004년 제정)을 만족하는 혈구포식림프조직구증 환자 중 가족성(유전적) 또는 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우 다만, 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증 중에서 호전된 경우는 사례별로 인정함. 동 건은 가족성 혈구포식림프조직구증으로 확인 되어 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
				동 건은 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 진단되어 임상소견 상 HLH에 합당하다고 판단되며 최근 재발되어 상태 악화(ferritin 증가 추세, 발열)되어 사례별 급여 인정함.
		선별급여: 49건	급성골수성백혈병: 22건	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. 급성골수성백혈병으로 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 골수검사와 말초혈액검사 및 영상검사 결과 완전관해가 확인되지 않고 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 의하면 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건은 현재 연령 초과되어 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 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-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidential)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”고 명시하고 있음. 동 건은 급성골수성백혈병으로 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 골수검사결과 및 말초혈액검사결과 완전관해가 확인되지 않는 바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 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-다에 의하면 “조혈모세포 2차 이식 - 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식은 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다.”고 명시하고 있음. 따라서 급성골수성백혈병으로 진단되어 1차 동종조혈모세포이식 후 생착에 실패하여 2차 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				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 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidential)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				(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 명시하고 있음. 동 건은 급성골수성백혈병으로 진단되어 반일치 혈연동종조혈모세포이식 예정이나 국내외 공여자 검색을 시행하지 아니한 바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				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 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidential)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연 (국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 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 명시하고 있음. 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. 동 건은 급성골수성백혈병 및 Acute Bileneal Leukemia로 진단되어 1차/ 2차반일치 혈연동종조혈모세포이식 예정이나 국내외 공여자 검색을 시행하지 아니하였고, 말초혈액검사결과 완전관해가 확인되지 않는 바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				동 건은 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 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-1)에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우”로 되어 있음. 급성골수성백혈병으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 3차 완전관해가 확인됨. 동 상병에 3차 이상의 완전관해시 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-1)에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우”로 되어 있음. 따라서 급성골수성백혈병(APL)으로 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)이 확인됨. 동 상병에 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)시 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			급성림프모구백혈병: 9건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 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

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				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 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) ③ Early T cell Precursor Phenotype (3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 (4) 2차 이상 완전관해된 경우”요양급여 대상임. 동 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정으로 골수검사와 말초혈액검사결과 완전관해가 확인되지 않고 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 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-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 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Poor Steroid Response ② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) ③ Early T cell Precursor Phenotype (3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 (4) 2차 이상 완전관해된 경우” 요양급여 대상이나, 급성림프모구백혈병으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 3차 완전관해가 확인되어, 동 상병에 3차 이상의 완전관해시 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				급성림프모구백혈병으로 진단되어 반일치 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출된 자료에서 ALL 고위험 소견 확인되지 않으며, 동 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				동 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				동 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 3차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 3차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				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 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidential)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 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 명시하고 있음. 동 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 국내외 공여자 검색을 시행하지 아니한 바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 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

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건은 연령초과 되어 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			골수형성이상증후군: 4건	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/㎕ 이하이면서 혈소판 20,000/㎕ 이하 ② Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월이내 지속적인 수혈요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우 (2) 소아는 사례별로 결정함” 요양급여 대상임. 동 건은 MDS로 진단되어 IPSS-R 4점으로 고위험군에 해당되지 않으나, EPO, IST에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않음이 확인되지 않음. 또한, 말초혈액검사 결과와 수혈요구도가 고시 기준에 해당되지 않아 현재 상황이 반드시 이식이 필요하다고 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				포엠증후군으로 1차 자가조혈모세포이식 후 pancytopenia 있어 2017년 1월 시행한 골수검사에서 plasma cell 20%, therapy related MDS 진단된 사례임. 다발골수종 부분반응 이상 확인되지 않으며, 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 비혈연 공여자 검색 여부 확인되지 않는 바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				동 건은 골수형성이상증후군으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				“조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만 65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건은 연령초과 되어 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			비호지킨림프종: 8건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)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” 요양급여 대상이나 비호지킨림프종 상병으로 동종조혈모세포이식이 신청된 동 건은 추적 검사결과 부분반응 이상 확인 되지 않는 바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidential)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”고 명시하고 있음. 동 건은 비호지킨림프종(Peripheral T cell lymphoma)으로 진단되어 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				동 건은 비호지킨림프종(Lymphoblastic lymphoma)으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정이나 완전관해 여부가 확인되지 않아 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여 비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				중증재생불량성빈혈로 진단되어 1차 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 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			중증재생불량성빈혈: 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(haploidential)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”고 명시되어 있음. 동 건은 중증재생불량성빈혈로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA가 일치하지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			일차골수섬유증: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 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 건은 연령초과 되어 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 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 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 검사결과 소견으로 Blast crisis에 해당하는 것으로 판단되는 바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				동 건은 만성골수성백혈병 급성기로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			신경모세포종: 1건	동 건은 신경모세포종으로 진단되어 3차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 현재까지 동 상병에 대한 동종조혈모세포이식의 임상연구 및 치료성적 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
제대혈	총 9건	급여: 9건	급성골수성백혈병: 4건	(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			급성림프모구백혈병: 4건	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 10^9/L 이상 (라) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Poor Steroid Response ② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) ③ Early T cell Precursor Phenotype (3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				(4) 2차 이상 완전관해된 경우 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			비호지킨림프종: 1건	(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 ⅡB 이상 ⑧ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma ⑨ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
자가	총 138건	급여: 116건	다발골수종: 50건	IMWG에서 제시한 다발골수종의 진단 기준에 맞고 이식 적응증에 적합한 경우 요양급여 대상자로 인정함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.05.01.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)> 세부인정사항 2. 나.에 의하면 다발골수종은 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포 이식으로 다음 각 호 1에 해당하는 경우 요양급여 대상임. 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

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종조혈모세포이식을 원칙으로 함. 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			비호지킨림프종: 51건	1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 각 호의 1에 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 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
				표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상임. 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 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			급성골수성백혈병 (AML): 3건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-나-2)에 의하면 (1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 혈액학적 완전관해인 경우 요양급여 대상임. 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			급성림프모구백혈병 (ALL): 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표) 2-

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				나-3)에 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 1차 완전관해 상태이면서 적절한 국내 공여자(혈연 일치, 비혈연 일치, 제대혈)가 없으며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상임. (1) 진단시 15세 이상에서 다음 고위험군에 해당하지 않는 경우 (가) 고위험 염색체군 ① 염색체수 44 미만 ② t(v;11q23) ③ BCR/ABL 유전자 양성 ④ 복합염색체(5개 이상) (나) 진단 당시 상승된 백혈구수 ① B세포급성림프모구성백혈병 $30X10^9$/L 이상 ② T세포급성림프모구성백혈병 $50X10^9$/L 이상 따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			AL 아밀로이드증: 2건	AL 아밀로이드증은 IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증 진단기준에 적합하며, ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기부전(심·신·간·폐부전) 아닌 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			수모세포종ⓣ: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>은 가.신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT), 나. 다발골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상임. 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. ① 진단 시 3세 이하 ② 수술 후 잔여종괴가 1.5㎠ 이상인 경우 ③ 두개강내 전이가 있는 경우 ④ Anaplastic type 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			신경모세포종ⓣ: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>은 가.신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET),

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				비정형기형/횡문근종양(AT/RT), 나. 다발골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상임. 또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-나-5)에 의하면 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. ※ N-myc증폭(+)인 경우 나이에 상관없이 고위험군에 해당
			호지킨림프종: 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-나-1)-(2)에 의하면 호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분 반응이상인 경우 요양급여 대상임. 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			송과체아세포종 (Pineoblastoma): 1건	사례별 심의 대상으로 조직검사 결과 Pineoblastoma로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정인 건으로, 동 상병은 PNET의 variant 이며, 고위험 소견 확인되어 1차 자가조혈모세포이식을 인정함.
			Anaplastic Ependymoma: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>은 가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT), 나. 다발골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상임. 또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-나-9)-(1)-(다)에 Anaplastic Ependymoma: 3세 미만인 경우 “수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 다음 중 하나에 해당하는 경우”요양급여 대상임. 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			골육종 (Osteosarcoma): 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-(10)에 골육종은 "다음 각 호의 1에 해당된 때 (1)수술 및 항암치료 후 완전 관해된 경우 (2)재발 후 국소적 치료 및 구제 항암화학요법으로 2차 완전관해 된 때"로 되어있음.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				동 건은 골육종(Osteosarcoma)으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정으로 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			윌름스종양 (Wilms tumor): 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.
		1차 인정 /2차 불인정 1건	비정형기형/횡문근종양(AT/RT)ⓣ: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>은 (가)신경모세포종, 수모세포종(Medulloblatoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT) 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상임. 또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표) 2-나-9)-(1)-(나) 비정형기형/횡문근종양(AT/RT)은 “수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 다음 중 하나에 해당하는 경우” 요양급여 대상이나, 최근 문헌을 종합한 결과 이식의 성과를 높이기 위하여 tandem 이식의 경우에도 1차 이식후의 반응평가에 따라 2차 이식의 인정여부를 달리하고자 하는 바 동 건은 AT/RT 진단되어 수술과 항암화학요법 후 부분반응이상이 확인되어 1차 자가이식에 한하여 요양급여 대상자로 인정하며 2차 자가이식은 추후 1차 이식의 결과에 따라 인정여부를 결정하기로 함.
		선별급여: 21건	비호지킨림프종: 10건	비호지킨림프종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 추적검사결과 부분반응 이상 확인 되지 않고 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				비호지킨림프종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로 확인 되지 않고 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 stage Ⅰ의 완전관해

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				상태로 확인되어 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)으로 1차 자가 조혈모세포이식 예정이나 stage Ⅲ에 해당되지 않거나 LDH 정상보다 높지 않는 등 고위험소견 확인되지 않아 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				Anaplastic large cell lymphoma, ALK +로 진단되어 1차 자가 조혈모세포이식 예정인 동 건은 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				비호지킨림프종으로 신청된 자가조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출된 자료를 검토한 결과 조직학적 확진이 되지 않아 진단의 근거가 명확하지 않으므로 현재 상황이 반드시 이식이 필요하다고 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				동 건은 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 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			다발골수종: 4건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 의하면 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만 65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건은 연령초과 되어 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1) [별지2] <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)> 세부인정사항 2-나. 다발골수종에서 1차는 자가, 2차는 자가 또는

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				동종 조혈모세포이식을 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함. ①1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종)을 원칙으로 함. ②1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우 : 경과관찰에서 진행성(Progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함 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. 동 건은 다발골수종 진단 받고 1차 자가조혈모세포이식 후 VGPR 이상의 반응에 도달하지 않았으나 2차 자가조혈모세포이식 예정이며, 1차 자가조혈모세포이식 후 6개월을 초과한 상태로 현 인정기준에 해당하지 아니한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			급성골수성백혈병(AML): 1건	급성골수성백혈병으로 진단되어 자가종조혈모세포이식 예정인 동 건은 3차 완전관해가 확인되어, 동 상병에 3차 이상의 완전관해시 자가조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Desmoplastic small round cell tumor: 1건	동 건은 조직검사 결과 Desmoplastic small round cell tumor 진단받고 자가조혈모세포이식 예정인 건으로 자가조혈모세포이식에 대한 예후가 양호할 것으로 판단되나 현재 1차 항암화학요법의 부분반응확인이 어려운바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			수모세포종(Medulloblastoma) ⓣ: 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>은 가.신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET),

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				비정형기형/횡문근종양(AT/RT), 나. 다발골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상임. 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. ① 진단 시 3세 이하 ② 수술 후 잔여종괴가 1.5㎠ 이상인 경우 ③ 두개강내 전이가 있는 경우 ④ Anaplastic type 동 건은 부분반응 및 고위험 소견 확인되지 않고 tandem transplantation 신청되어 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			신경모세포종 (Neuroblastoma)ⓣ: 1건	신경모세포종으로 진단되어 tandem transplantation 예정이나 제출된 골수검사결과 골수침범소견 확인되어 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			유윙종양: 2건	동 건은 유윙종양으로 진단되어 2차 자가조혈모세포이식 예정으로 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)에 해당되지 않으며, 2차 이식에 대한 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표) 2-나-6)에 의하면 유윙육종은 (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 유윙육종으로 진단받고 자가조혈모

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				세포이식 예정으로 제출된 검사결과 부분반응 이상이 확인되지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
		불가: 1건	비호지킨림프종: 1건	동 건은 비호지킨림프종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 최근 골수 검사 골수침범 확인되는바 이식을 불가함.
계	301			

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

<지역심사평가위원회 심의사례>

요양급여비용 사후 심사 건

4. 백내장 수술 후 1~2개월이내 시행된 자511다 백내장 및 수정체 수술-후발성백내장 인정여부

■ 청구 및 진료내역

○ A사례(여/88세)

- 청구 상병명: 후발백내장,왼쪽
- 주요 청구내역

  자511다 후발성백내장수술 1*1*1(좌안, '17.1.20.)

  ※ 백내장 수술일: '16.12.22.(좌안), '16.12.23.(우안)

○ B사례(남/73세)

- 청구 상병명: 후발백내장,양쪽
- 주요 청구내역

  자511다 후발성백내장수술 1*2*1(양안, '17.1.5.)

  ※ 백내장 수술일: '16.12.5.(우안), '16.12.6.(좌안)

○ C사례(여/72세)

- 청구 상병명: 후발백내장,왼쪽
- 주요 청구내역

  자511다 후발성백내장수술 1*1*1(좌안, '17.1.12.)

  ※ 백내장 수술일: '16.11.11.(우안), '16.11.12.(좌안)

○ D사례(남/65세)

- 청구 상병명: 후발백내장,양쪽
- 주요 청구내역

  자511다 후발성백내장수술 1*2*1(양안, '17.1.26.)

  ※ 백내장 수술일: '16.12.28.(우안), '16.12.29.(좌안)

○ E사례(남/64세)

- 청구 상병명: 후발백내장,왼쪽
- 주요 청구내역

  자511다 후발성백내장수술 1*1*1(좌안, '17.1.16.)

  ※ 백내장 수술일: '16.12.16.(좌안)

○ F사례(여/52세)

- 청구 상병명: 후발백내장,왼쪽
- 주요 청구내역

  자511다 후발성백내장수술 1*1*1(좌안,'17.1.12.)

  ※ 백내장 수술일: '16.12.19.(좌안), '16.12.20.(우안)

■ 심의결과 및 심의내용

○ 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하면, 요양급여는 의학적으로 인정되는 범위안에서 최적의 방법으로 실시하여야 하며 경제적으로 비용효과적인 방법으로 행하여야 한다고 규정하고 있음.

○ 동 건(A~F사례)은 후발백내장 상병에 백내장 수술 후 1~2개월 이내에 후발성백내장수술 청구한 사례로, 제출한 진료기록 및 사진 등 참조시 후낭 혼탁이 확인되므로 자511다 후발성백내장 수술은 인정함.

■ 참고

○ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법

[2017.3.28. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

5. 진료내역 및 환자상태 참조, 자497나 각막이물제거술(복잡) 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/48세), B사례(남/51세), C사례(남/35세), E사례(남/40세), F사례(남/49세), G사례(남/34세)

- 청구 상병명: 각막의 이물
- 주요 청구내역

  자497나 각막이물제거술-복잡[심층,녹제거를 하는 경우] 1*1*2

○ D사례(남/37세)

- 청구 상병명: 각막의 이물
- 주요 청구내역

  자497나 각막이물제거술-복잡[심층,녹제거를 하는 경우] 1*1*3

■ 진료내역

○ A사례(남/48세)

- '17.1.5.

  cc) 안통, 이물감(내원 1-2일전 직장에서 작업중 우안에 이물 들어감)

  시력: (우) 0.8, (좌) 1.0

  cornea - embedded large rusty metal F.B(철파편, size: 1.5*1.5mm) in deep stroma(near 3 oclock limbus) with infiltration, stromal & epithelial defect(OD)

- '17.1.20.

  cc) 이물감, 따가움(내원 하루전 직장에서 작업중 우안에 또 이물 들어감)

  시력: (우) 0.9, (좌) 1.0

  cornea - embedded rusty metal F.B(철파편, size: 0.5*0.5mm) in deep stroma(near center) with multiple erosion(OD)

○ B사례(남/51세)

- '17.1.5.

  cc) 안통, 이물감, 따가움(내원 1-2일전 직장에서 작업중 우안에 이물 들어감)

  시력: (우) 0.9, (좌) 0.8

  cornea - embedded large rusty metal F.B(철파편, size: 1.5*1.5mm) in deep stroma(near center) with infiltration, stromal & epithelial defect(OS)

- '17.1.20.

  cc) 안통, 이물감, 눈비빔(내원 하루전 직장에서 작업중 좌안에 또 이물 들어감)

  시력: (우) 0.9, (좌) 0.8

  cornea - embedded large rusty metal F.B(철파편, size: 0.5*0.5mm) in deep stroma(near 10 oclock limbus) with fine infiltrates & multiple erosion(OS)

○ C사례(남/35세)

- '17.1.10.

  cc) 이물감,눈비빔(금일 직장에서 작업중 좌안에 이물 들어감)

  시력: (우) 1.0, (좌) 0.9

  cornea - embedded large rusty metal F.B(철파편, size: 0.5*0.5mm) in deep stroma(at 11 oclock limbus) with scattered multiple erosion(OS)

- '17.1.16.
  cc) 이물감(금일 직장에서 작업중 양안에 이물 들어감)
  시력: (우) 0.8, (좌) 0.7
  cornea - embedded large rusty metal F.B(철파편, size: 0.5*0.5mm) in deep stroma(우 : near 9 oclock limbus,) 좌: near 4 oclock limbus) with a few erosion(OU)

○ D사례(남/37세)
- '17.1.9.
  cc) 안통,이물감(내원 1~2일전 직장에서 작업중 좌안에 이물 들어감, 본인이 이물 뺄려고 시도함)
  시력: (우) 0.2, (좌) 0.3
  cornea - embedded rusty metal F.B(철파편, size: 0.5*0.5mm) in deep stroma(near 3 oclock limbus) with a few erosion(OS)
- '17.1.10.
  cc) 이물감(금일 직장에서 작업중 양안에 또 이물 들어감)
  시력: (우) 0.3, (좌) 0.3
  cornea - embedded rusty metal F.B(철파편, size: 0.5*0.5mm) in deep stroma(우:near 2 oclock limbus,) 좌:near 7 oclock limbus)with a few erosion(OU)
- '17.1.16.
  cc) 안통,이물감(금일 직장에서 작업중 좌안에 이물 들어감)
  시력: (우) 0.3, (좌) 0.3
  cornea - embedded rusty metal F.B(철파편, size : 0.5*0.5mm) in deep stroma(at 9 oclock limbus)(OS)

○ E사례(남/40세)
- '17.1.11.
  cc) 안통,이물감(내원 1~2일전 직장에서 작업중 좌안에 이물 들어감)
  시력: (우) 1.0, (좌) 0.9
  cornea - embedded large rusty metal F.B(철파편, size: 1.5*1.5mm) in deep stroma(near 4 oclock limbus) with infiltration, stromal & epithelial defect(OS)
- '17.1.19.
  cc) 안통, 이물감(내원 1~2일전 직장에서 작업중 양안에 또 이물 들어감)
  시력: (우) 0.8, (좌) 0.8
  cornea - embedded rusty metal F.B(철파편, size: 0.5*0.5mm) in deep stroma(우:near 11 oclock limbus, 좌:near center)with infiltration(OU)

○ F사례(남/49세)
- '17.1.13.
  cc) 안통,이물감(금일 직장에서 작업중 우안에 이물 들어감, 직장 동료가 이물 뺄려고 시도함)
  시력: (우) 0.8, (좌) 1.0
  cornea - embedded large rusty metal F.B(철파편, size: 1.0*1.0mm) in deep stroma(near center) with infiltration, stromal & epithelial defect(OD)
- '17.1.19.
  cc) 이물감, 눈비빔(금일 직장에서 작업중 우안에 또 이물 들어감)
  시력: (우) 1.0, (좌) 1.0
  cornea - embedded rusty metal F.B(철파편, size: 0.5*0.5mm) in stroma(near 6 oclock limbus)with scattered multiple erosion(OD), much resolved previous infiltration(OD)

○ G사례(남/34세)

- '17.1.4.

cc) 안통,이물감(내원 1~2일전 직장에서 작업중 좌안에 이물 들어감)

시력: (우) 1.0, (좌) 0.9

cornea - embedded large rusty metal F.B(철파편, size: 1.5*1.5mm) in deep stroma(near 9 oclock limbus)with infiltration(OS)

- '17.1.13.

cc) 안통, 이물감(내원 하루전 직장에서 작업중 우안에 이물 들어감)

시력: (우) 0.9, (좌) 1.0

cornea - embedded rusty metal F.B(철파편, size : 0.5*0.5mm) in stroma(at 5 oclock limbus)with infiltration(OD)

■ 심의결과 및 심의내용

○ 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하면, 요양급여는 의학적으로 인정되는 범위안에서 최적의 방법으로 실시하여야 하며 경제적으로 비용효과적인 방법으로 행하여야 한다고 규정하고 있음.

○ 동 건(A~G사례)은 각막의 이물 상병에 자497나 각막이물제거술-복잡을 청구한 사례로, 진료기록부 등 참조시 각막이물에 대한 크기, 위치가 상세히 기록되어 있고, 각막간질까지 깊히 박혀있는 이물을 제거한 것이 확인되므로 자497나 각막이물제거술-복잡[심층,녹제거를 하는 경우]은 인정함.

■ 참고

○ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법

[2017.3.28. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

6. 진료내역 참조 자529나 안검하수증수술-근절제술 인정여부

■ 청구내역(남/79세)

○ 청구 상병명 : 상세불명의 안검하수

○ 주요 청구내역

자529나 안검하수증수술-근절제술 1*2*1

■ 진료내역

○ Dx: 퇴행성 안검하수증(양안)

○ C.C: 눈꺼풀 늘어짐. 붓기도 하고.

MRD1 1/1 mm, MRD2 3/3 mm, LFT 3/3 mm

○ 수술기록지: 눈꺼풀올림근절제술(양안)

■ 심의결과 및 심의내용

○ 안검하수증에 대한 수술과 안검의 피부이완증 상병에 대한 피부절제술(안검성형술)의 급여여부(고시, 제2009-05-28, 2009.6.1.시행)에 의하면 노화과정에서 생기는 퇴행성 안검하수증 및 안검의 피부이완증은 일상생활에 지장을 초래하는 시야장애를 동반하는 경우 이를 교정하기 위한 수술에 한하여 급여대상으로 하고 있음.

○ 동 건은 상세불명의 안검하수 상병에 눈꺼풀올림근절제술(양안)을 실시한 사례로, 정면주시 사진 등 참조시 안검이 동공을 가려 시야장애를 초래하였기에 자529나 안검하수증수술-근절제술은 인정함.

■ 참고

○ 안검하수증에 대한 수술과 안검의 피부이완증 상병에 대한 피부절제술(안검성형술)의 급여여부(보건복지부 고시 제2009-96호, 2009.6.1. 시행)

[2017.3.28. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

7. 진료내역 및 환자상태 참조, 슬관절 자기공명영상진단(MRI) 인정여부

■ 청구내역(여/82세)

○ 청구 상병명: 무릎뼈의골절,폐쇄성, 대퇴골하단의 상세불명부분의 골절, 폐쇄성, 경골상단의 기타 골절, 폐쇄성 혈관절증,아래다리

○ 주요 청구내역
다246가(4)(바)1) 기본자기공명영상진단-근골격계-슬관절-일반 1*1*1

■ 진료내역

○ 초진기록지
- 주호소: Pain knee Rt for 1day due to S/D
- 현증세: 타병원에서 CT까지 찍었다.
- 신체검사: Aspiration: Hemoarthrosis, Fat Globule
MRI 권유

■ 심의결과 및 심의내용

○ 보건복지부 고시 제2016-204호(2016.11.1. 시행) 자기공명영상진단(MRI) 급여기준에 의거 관절질환(외상으로 인한 급성 혈관절증)은 급여대상임.

○ 동 건은 무릎뼈의 골절,폐쇄성, 혈관절증, 아래다리 등 상병으로 넘어지면서 수상 한 후 Rt knee pain & swelling을 주소로 내원하여 슬관절 자기공명영상진단(MRI)를 촬영한 사례로,
진료내역 및 영상자료 참조 외상으로 인한 혈관절증에 해당하여, 고시 제2016-204호 가. 6).가)에 의거 다246가(4)(바) 기본자기공명영상진단-근골격게-슬관절-일반은 요양급여로 인정함.

■ 참고

○ 자기공명영상진단(MRI)의 급여기준(보건복지부 고시 제2016-204호, 2016.11.1. 시행)

[2017.1.19. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

8. 자93-1 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술 인정여부

■ 청구내역(여/69세)

○ 청구 상병명: 어깨의 충격증후군, 회전근개 증후군

○ 주요 청구내역

자93-1나(2) 견봉성형술 및 회전근개파열복원술(근 및 건성형이 동반된 경우)(N0937)	1×1
HEALIX BR ANCHOR 전규격(D0302108)	3×1
HEALIX KNOTLESS BR 전규격(D0302308)	3×1
DISPOSABLE CANNULA 전규격(D1213095)	3×1
관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용(N0031003)	1×1

■ 진료내역

○ C.C: Rt shoulder pain

○ P.I: 1년반 전부터 통증있어 침치료, 물리치료 하였으나 최근 심해져 내원함.
Night pain++, trauma -

○ P.Ex: Abduction 50 / Flexion 50 / Impingement ++/++ / IR buttock

○ 진단명: Rotator cuff tear & impingememt syn on shoulder Rt

○ 수술명: RCT Repair Rt, Subacromial decompression Rt('16.05.04.)

■ 심의결과 및 심의내용

○ 자93-1나(2) 견봉성형술 및 회전근개파열복원술(근 및 건성형이 동반된 경우)은 자93-1가 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술의 수가산정방법(심사지침, 2011.3.1. 시행)에 의하여 회전근개파열 복원술 2개이상이거나 회전근개파열의 개수 불문하고 크기가 2.5~3㎝ 이상인 경우 산정가능함.

○ 동 건은 어깨의 충격증후군, 회전근개 증후군 상병으로 RCT Repair Rt, Subacromial decompression Rt 시행하고 자93-1나(2) 견봉성형술 및 회전근개파열복원술(근 및 건성형이 동반된 경우)×1 및 관련재료대(관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용×1, HEALIX BR ANCHOR 전규격×3, HEALIX KNOTLESS BR 전규격×3, DISPOSABLE CANNULA 전규격×3)를 청구한 사례임.
제출된 영상자료 등 참조 결과 회전근개파열 크기가 2.5cm 이상 해당되므로 자93-1나(2) 견봉성형술 및 회전근개파열복원술(근 및 건성형이 동반된 경우)은 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.

〔2017.2.2. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)〕

9. 연령 참조 성장기 환아에게 시행된 자88주 십자인대성형술 및 관련 재료대 인정여부

■ 청구내역(남/14세)

○ 청구 상병명: 전십자인대의 파열, 내측반달연골의 찢김, 외측반달연골의 찢김, 상세불명의 피부염, 만성 난치성 통증

○ 주요 청구내역

자82가	반월판연골절제술(내측 또는 외측) (230,490원)	1*0.5*1
자82-1가	반월상연골봉합술(내측 또는 외측) (277,730원)	1*0.5*1
자88주	십자인대성형술-복잡 (407,830원)	1*1*1
CANNULATED CANCELLOUS SCREW(JMT SERIES) 전규격(185,310원)		1*1*1
SPIKED WASHER 전규격 (174,330원)		1*1*1
EBCU 전규격 (179,530원)		1*1*1
BIORCI SCREW 전규격 (207,090원)		1*1*1
관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용(320,000원)		1*1*1

■ 진료내역

○ C.C: 좌측 무릎 통증

○ 현병력: 작년 11월부터 C.C 발생하여 ○○정형외과에서 물 1차례 제거 후 괜찮아졌다가 최근 3개월전 축구 도중 친구와 부딪히면서 통증이 재발하여 ○○정형외과에서 물리치료 후 호전없어 수술하기 위해 입원

- PHx: Rt.foot 부주상골증후군 수술(1/4 본원)
- 진단명: 전십자인대의 파열, 내측 및 외측 반달연골의 찢김
- 수술명('16.6.13)(좌측): 1. Arthroscopic partial medial meniscectomy
  2. Arthroscopic lateral meniscal repair using three double arm needle
  3. Arthroscopic anterior cruciate ligament reconstruction using allo-Achilles tendon(10mm)

■ 심의결과 및 심의내용

○ 동 건은 전십자인대의 파열상병으로 관절경하 반월판연골봉합술 ACL reconstruction(Anterior Cruciate Ligament), Lt, Arthroscopic menisectomy(Medial and Lateral),Lt 시행 후 자82가 반월판연골절제술(내측 또는 외측) 1×0.5×1, 자82-1가 반월상연골봉합술(내측 또는 외측) 1×0.5×1, 자88주 십자인대성형술-복잡 1×1×1 및 관련재료대 CANNULATED CANCELLOUS SCREW 전규격×1, SPIKED WASHER 전규격×1, EBCU 전규격×1, BIORCI SCREW×1, 관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용×1 청구한 사례임.

○ 대퇴골 및 경골의 성장판이 열려 있는 상태에서 전방십자인대파열에 대한 수술은 신중히 결정해야 하고, 불가피하게 수술을 시행할 경우에는 성장판에 손상을 주지 않는 방법으로 해야 함.
제출된 영상자료 참조한 결과 대퇴골 및 경골의 넓은 확공과 bone block 이식으로 인해 성장판 조기폐쇄를 유발할 수 있는 경우로 성장기 환아에게 적절하지 않은 것으로 판단되므로 자88주 십자인대성형술-복잡 ×1 및 관련 재료대는 인정하지 아니함

■ 참고

○ 대한정형외과학회. 정형외과학. 제6판. 최신의학사. 2006.
○ MICHAEL J.STROBEL. 관절경외과학. 가본의학. 2006.

[2017.3.24. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

10. 진료내역 및 영상자료 참조 퇴행성 관절염이 심한 상태에서 시행된 자88 십자인대성형술 인정여부

■ 청구내역(남/78세)

○ 청구 상병명: 전십자인대의 파열, 기타 윤활막염 및 힘줄윤활막염, 아래다리,반달연골의 상세불명 찢김

○ 주요 청구내역

자70나 사지관절절제술[활막절제를포함]-견관절,슬관절	1*0.5*1
자88 십자인대성형술	1*1*1
ROUND INTERFERENCE SCREW 전규격	1*1*1
CANNULATED CANCELLOUS SCREW(JMT SERIES) 전규격	1*1*1
MULTIPLE LIGAMENT WASHER 전규격	1*1*1
BIORCI SCREW 전규격	1*2*1
관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용	1*1*1

■ 진료내역

○ C.C: Lt.knee pain

○ Hx: '16.10.22 넘어진 후부터 상기 C.C 발생되어 OPD 통해 입원

○ 진단명: 전십자인대의 파열[우측]

○ 수술명('16.11.17): Arthroscopic ACL reconstruction after excision of LP&MP Plica & Synovectomy

■ 심의결과 및 심의내용

○ 동 건은 전방십자인대의 파열 상병으로 관절경하 ACL reconstruction after excision of LP&MP Plica & Synovectomy시행 후 자88 십자인대성형술 1×1×1, 자70나 사지관절절제술[활막절제를포함]-견관절,슬관절 1×0.5×1,및 재료대(ROUND INTERFERENCE SCREW 전규격×1, CANNULATED CANCELLOUS SCREW(JMT SERIES) 전규격 ×1, MULTIPLE LIGAMENT WASHER 전규격×1, BIORCI SCREW 전규격 1×2×1,관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용×1) 청구한 사례임.

○ 제출된 영상자료 및 연령 참조시 Grade3의 퇴행성 병변이 확인되고, 이는 전방십자인대재건술의 적응증에 해당되지 않으므로 자88 십자인대성형술×1 및 관련 재료대 인정하지 아니함.
또한, synovitis소견이 확인되어 자70나 사지관절절제술×0.5와 재료대 관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용은 자70나 사지관절절제술×1와 관절경하 수술시 사용하는 치료재료비용으로 인정함.

■ 참고

○ 연골성형술(Chondroplasty) 수가 산정방법(보건복지부 고시 제2012-153호, 2012.12.1. 시행)

○ 대한정형외과학회. 정형외과학. 제6판. 최신의학사. 2006.

○ MICHAEL J. STROBEL. 관절경외과학. 가본의학. 2006.

[2017.3.24. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

11. 진료내역 및 영상자료 참조 반월상연골 후방골 기시부 파열에 시행된 자82-1가주 반월상연골봉합술(내측 또는 외측)-복잡 인정여부

■ 청구내역(여/65세)

○ 청구 상병명: 오래된 찢김 또는 손상으로 인한 반달연골의 장애, 내측반달연골,기타 관절연골장애, 아래다리, 양쪽 원발성 무릎관절증

○ 주요 청구내역

자69-1 자가골연골이식술	1*0.5*1
자70나 사지관절절제술[활막절제를포함]-견관절,슬관절	1*1*1
자82-1가주 반월상연골봉합술(내측 또는 외측)-복잡	1*1*1
관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용 (N0031003)	1*1*1
UFFMRS 전규격	1*1*1

■ 진료내역

○ C.C: Lt.knee pain

○ PI: 본원에서 Lt.A/S을 하신 분으로 수술후 통증 없이 생활하시다가 작년 가을부터 무릎 통증 점점 느껴져 치료위해 입원

○ PHx: 92년도 한방병원에서 뇌출혈 진단받아 입원치료.
'11.6/11 Lt A/S
'11.9/4 Lt ankle A/S MBO

- 진단명: MM root tear,knee,(Lt), Chondral lesion, knee,both
- 수술명(2016.5.26): Arthroscopic MM root repair,(Lt knee)
Arthroscopic micro Fx,(Lt knee)
Arthroscopic chondroplasty,(Rt knee)

■ 심의결과 및 심의내용

○ 동 건은 오래된 찢김 또는 손상으로 인한 반달연골의 장애 상병으로 관절경하 MM root repair(Lt knee) micro Fx (Lt knee),chondroplasty(Rt knee) 시행후 자69-1 자가골연골이식술 1×0.5×1, 자70나 사지관절절제술[활막절제를포함]-견관절 슬관절 1×1×1, 자82-1가주 반월상연골봉합술(내측 또는 외측)-복잡 1×1×1 청구한 사례임.

○ 제출된 영상자료 참조 반월상 연골 후방골 기시부 파열 봉합술 시행시 suture Anchor나 transosseous tunnel등을 사용하지 않고, Fast fix 만 이용하여 봉합한 것으로 확인되므로 수술방법의 난이도를 고려하여 자82-1가주 반월상연골봉합술-복잡은 인정하지 아니함.

■ 참고

○ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법

○ 연골성형술(Chondroplasty) 수가 산정방법(보건복지부 고시 제2012-153호, 2012.12.1. 시행)

○ 대한정형외과학회. 정형외과학. 제6판. 최신의학사. 2006.

○ MICHAEL J. STROBEL. 관절경외과학. 가본의학. 2006.

[2017.3.24. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

12. 진료내역 및 영상자료 참조 자71 인공관절치환술 인정여부

■ 청구내역(여/64세)

- 청구 상병명: 기타 원발성 무릎관절증, 국소부종, 구역, 상세불명의 기능성 장장애
- 주요 청구내역:

자71가(2) 인공관절치환술-전치환 [1시간기준] (N2072) 1*1

LCS FEMORAL COMPONENT 전규격 (E2001008)	1*1
PFC SIGMA (RP MBT) TIBIAL COMPONENT 전규격 (E2011208)	1*1
LCS BEARING INSERT 전규격 (E2021108)	1*1
DOUJET 40G + 항생제 + SYRINGE TYPE 진공혼합기 (E5200070)	1*2

■ 진료내역

[2016.8.30] Rt. knee pain, 걸으면 오금쪽 아프다 o/s) 3~4년전, ROM 10~110, swelling(+), Mc(+), Td(-+0, PFJ Sx(+), x-ray (KL Gr III~IV / II(lat) / Rt valgus)

[2016.9.3] Rt. knee pain

[2016.9.7] 걷기 힘들다 하심, MRI (lateral OA)

■ 심의내용 및 결과

○ 인공관절치환술(슬관절)의 인정기준(보건복지부고시 제2010-56호, 2010.8.1. 시행)에 의하면 인공관절치환술(슬관절) 적응증에서 단순방사선 또는 관절경 검사 등에서 관절연골의 소실이 확인되며, 다른 수술적 치료방법의 대상이 되지 못하는 골관절염(퇴행성관절염)의 경우에는 연령이 만60세~만64세 이하인 경우 Kellgren Lawrence grade IV 이거나 연령이 만65세 이상인 경우 Kellgren Lawrence grade III에 인정하고 있음.

○ 동 건은 기타 원발성 무릎관절증 상병으로 우측 슬관절 부위에 자71가(2) 인공관절치환술-전치환[슬관절] 시행한 사례로, 진료내역 및 영상자료 검토결과 환자의 나이가 64세이고 단순 방사선 사진상 Kellgren Lawrence grade IV 확인되어 인정함.

■ 참고

○ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
○ 건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 9장
○ 인공관절치환술(슬관절)의 인정기준(보건복지부고시 제2010-56호, 2010.8.1. 시행)
○ 대한정형외과학회. 대한정형외과학. 7판. 최신의학사. 2013.

[2017.3.28. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

13. 상병 및 진료내역 참조 요양병원 입원료 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/35세)

- 청구 상병명: 관절의 삼출액, 아래다리, 기타 원발성 무릎관절증
  대퇴사두근의 근육 및 힘줄의 손상, 기타 및 상세불명의 손상
- 주요 청구내역
  요-7다 신체기능저하군 ADL 4-5, 의사1(전문의수50%미만)·간호1등급 1*1*20

○ B사례(여/39세)

- 청구 상병명: 기타 원발성 무릎관절증, 사지의 통증, 아래다리, 달리 분류되지 않은 통증
- 주요 청구내역
  요-7다 신체기능저하군 ADL 4-5, 의사1(전문의수50%미만)·간호1등급 1*1*10

○ C사례(여/28세)

- 청구 상병명: 좌골신경통, 요추부, 상완신경총장애
- 주요 청구내역
  요-7다 신체기능저하군 ADL 4-5, 의사1(전문의수50%미만)·간호1등급 1*1*10

■ 진료내역

○ A사례(여/35세)

- C.C: Lt. knee pain
- P.I: 몇 달전(3-4개월) 통증 계속. 기립시, 보행시 악화. 뻑뻑한 느낌
- P.H: (-)
- MRI 결과: Partial injury at the quadriceps tendon insertion and suprapatellar fat pad
  small increased joint effusion

○ B사례(여/39세)

- C.C: Rt. knee pain, Rt. shoulder pain, Rt. ankle pain
- P.I: 2015.6월 op후 pain 계속. 근래 악화, 야간통(+)
  2015.10월1일 쇄골절제술 이후 더 악화
  # LOM (+): 굴곡 90° (+) 제한
- P.H:
  수술력: 2011.허리 디스크 OP
  MRI 결과: small synovial cyst formation around anterior horn of the medial meniscus
  bilateral subtendinous, gastrocnemius bursitis with increased effusion
  mild infrapatellar plica edema

○ C사례 (여/28세)

- C.C: LBP c Lt. sciatica
  C-spine pain c Both arm 저림
- P.I: 근래 악화, 몇 년전부터 피로시 악화.
  자면서도 저려서 쥐나고 잠깬다.

- P.H: (-) , 약물 - 식도, 위염 medi 복용중
  MRI 결과: L5-S1: a focal posterocentral disc protrusion, indenting the dural sac
  thickened interspinous ligaments through L3-4-5

■ 심의내용 및 결과

○ 의료법 시행규칙 제36조에 의하면, 요양병원의 입원대상은 노인성 질환자, 만성질환자, 외과적 수술 후 또는 상해 후 회복기간에 있는 자로서 주로 요양이 필요한 자로 규정하고 있음.

○ 동 건(A-C사례)은 단순 근골격계 질환으로 요양병원에 장기입원하고 신체기능저하군으로 청구한 사례로 제출된 진료기록부 등을 참조하여 대해 아래와 같이 결정함.

-아 래-

○ A사례(여/35세), B사례(여/39세)

기타 원발성 무릎관절증 상병으로 입원 후 요-7다 신체기능저하군으로 청구한 사례로, 단순한 무릎관절증 상병등 입원은 의료법 시행규칙 제36조에 의거 주로 요양이 필요한 입원대상으로 볼 수 없으므로 요양병원 입원을 인정하지 아니함. .

○ C사례(여/28세)

좌골신경통, 요추부 상병으로 입원 후 요-7다 신체기능저하군으로 청구한 사례로, 수술 등의 적극적 처치없이 단순한 추간판 장애 상병의 입원은 의료법 시행규칙 제36조에 의거 주로 요양이 필요한 요양병원 입원대상으로 볼 수 없으므로 요양병원 입원을 인정하지 아니함.

■ 참고

○ 의료법 시행규칙 제36조[요양병원의 운용]

○ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법

[2017.3.9. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

14. 진료내역 및 영상자료 참조, 자49-1다 척추후궁절제술-요추 인정여부

■ 청구내역(여/68세)

○ 청구 상병명: 척추협착, 요추부

○ 주요 청구내역:

자49-1다 척추후궁절제술-요추 (N1499) 1*2*1

척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 1*1*1

■ 진료내역

○ '16.1.5.(입원)

[C.C] 허리 우리하게 아픔. (onset: 12/10, VAS 9점)

양 엉치~허벅지 뒤쪽 당기고 저림. 걸으면 5분 안되어 다리 저림.

[P.E] SLRT(F/80)

Motor: GTDF (4/4), Knee flexion(3/4)

[MRI] Spinal stenosis L2-3-4-5-S1

○ '16.1.6.(수술)

- 진단명: Foraminal stenosis Lumbar region

Spinal stenosis, Lumbar region

- 수술명: Laminectomy Lt. L2-3, L3-4, L4-5

■ 심의내용 및 심의결과

○ 동 건은 좌측 제2-3요추, 제3-4요추, 제4-5요추 부위 척추후궁절제술 후 자49-1다 척추후궁절제술-요추 200% 청구한 사례임.

○ 좌측 제2-3-4-5요추 부위 추간공 협착 소견 확인되나 영상소견과 신경학적 소견이 일치되지 않고, 적절한 보존적치료 없이 조기수술을 시행해야 할 의학적 소견 확인되지 않아 수술료, 재료대 및 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

○ 대한척추신경외과학회 저. 척추학. 군자출판사. 2008.

[2017.3.16. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

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

■ 청구내역(남/71세)

○ 청구 상병명: 척추전방전위증, 요추부, 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애, 척추협착, 요추부

○ 주요 청구내역:

자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추	(N1493)	1*2*1
자49-1다 척추후궁절제술-요추	(N1499)	1*0.5*1
자46나(3)주2 척추고정술[기기,기구고정]-후방-요추-Cage이용	(N2470)	1*0.5*1
XIA ROD 전규격		1*2*1
XIA SCREW SET 전규격		1*8*1
PEEK CAGE 전규격		1*6*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류		1*1*1

■ 진료내역

○ '16.12.12.(입원)

[C.C] Both buttock and posterior thigh and calf pain for 5-6 years

[P.I] VAS 8점, NIC(+): walking, 20분

[P.E] Motor: intact, SLRT: 70/70

Neurologic exam: Unremarkable

[MRI] L2-3 diffuse disc bulging, ligamentum flavum hypertrophy

L3-4 DS, Rt. HLD(Herniated Lumbar Disc) + diffuse disc bulging + both facet joint effusion

L4-5 disc extrusion, Lt. Extraforaminal disc extrusion

L5-S1 both subarticular, both foramen~extraforamen stenosis

○ '16.12.15.(수술)

- 진단명: HLD, stenosis, L2-3

HLD(central, extraforaminal), stenosis

HLD(both subarticular, both foraminal, extraforaminal), stenosis

- 수술명: ULBD(Unilateral laminotomy bilateral decompression) on L2-3

PLIF with PSF on L3-4-5-S1

■ 심의결과 및 심의내용

○ 동 건은 척추전방전위증, 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판 장애 상병으로 제2-3요추 부위 척추후궁절제술, 제3요추~제1천추 간 기구고정술 및 척추유합술을 시행(자49가(3) 관혈적 추간판제거술〔척추후궁절제술포함〕-요추 X 200%, 자49-1다 척추후궁절제술-요추 X 50%, 자46나(3)주2 척추고정술 X 50% 및 재료대 청구)한 사례임.

○ 수술 전 적절한 보존적 치료에도 불구하고 심한 동통이 계속되고, 방사선소견에서 제 2-3요추 부위 척추관협착증 소견이 저명함. 또한, 제3-4요추간판 탈출이 동반된 척추전방 전위증과 제4-5요추 및 제5요추-제1천추 부위에 중등도 이상의 추간공협착이 확인되어 수술료, 재료대 및 마취료를 인정함.

■ 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)

○ 대한척추신경외과학회 저. 척추학. 군자출판사. 2008.

[2017.3.16. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

16.「척수병증을 동반한 기타 척추증, 경부」 등 상병에 시행한 자46 척추고정술 [기기, 기구 사용 고정 포함] 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/63세)

- 청구 상병명: 척수병증을 동반한 기타 척추증, 경부, 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애, 기타 명시된 척추병증, 흉추부
- 주요 청구내역:

자49-1가 척추후궁절제술-경추	(N1497)	1*1*1
자46나(1)(다) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-경추-기타	(N2469)	1*1*1
SYNAPSE SCREW SET 전규격		1*4*1
SYNAPSE ROD 전규격		1*2*1

○ B사례(남/57세)

- 청구 상병명: 경부척수의 기타 및 상세불명의 손상, 열린 두개내상처가 없는 진탕, 경추통, 경부
- 주요 청구내역:

자49-1가 척추후궁절제술-경추	(N1497)	1*0.75*1
자46나(1)(다) 척추고정술[기기,기구사용고정]-후방-경추-기타	(N2469)	1*1*1
SYNAPSE ROD 전규격		1*2*1
SYNAPSE SCREW SET 전규격		1*6*1
SYNAPSE TRANSVERSE BAR SET 전규격		1*1*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류		1*1*1

○ C사례(남/65세)

- 청구 상병명: 목의 상세불명 부분의 골절, 폐쇄성, 경추간판의 외상성 파열
- 주요 청구내역:

자49가(1) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-경추	(N1491)	1*0.5*1
자46나(1)(다) 척추고정술[기기,기구사용고정]-후방-경추-기타	(N2469)	1*1*1
LNK ANTERIOR CERVICAL PLATE SET 전규격		1*1*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류		1*1*1

○ D사례(남/51세)

- 청구 상병명: 척추협착, 경부
- 주요 청구내역:

자49가(1) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-경추	(N1491)	1*1*1
자46가(1)(다) 척추고정술[기기,기구사용고정]-전방고정-경추-기타	(N2463)	1*1*1
ATHENA CERVICAL PLATE SYSTEM 전규격		1*1*1
ATHENA CERVICAL SCREW 전규격		1*2*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류		1*1*1

○ E사례(남/63세)

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

자49가(1) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-경추	(N1491)	1*1.5*1
자46가(1)(다) 척추고정술[기기,기구사용고정]-전방고정-경추-기타	(N2463)	1*0.5*1
ZEPHIR ANTERIOR CERVICAL PLATE SET 전규격		1*1*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류		1*1*1

■ 진료내역

○ A사례(남/63세)

- '16.7.26.(입원)

[C.C] 양 손 저리고 따가움. 왼 팔 힘 없고 왼 어깨 통증. 똑바로 못 걷고 휘청거리고 좌측으로 자주 넘어짐(3개월 전부터, 점진적 악화).

[P.I] VAS 8점, 타 병원에서 주사치료, 신경차단술 수차례 받았으나 호전 없고 증상 악화되어 내원함.

[P.E] 1) Motor: Shoulder abductor (5/3) Shoulder adduction(5/5)
Elbow flexor(C5) (5/4) Elbow extensor(C7)(5/4)
Wrist flexor (5/5) Wrist extensor (5/5)
Grsping power(C8) (5/5)

2) DTR: Biceps jerk(+++/+++) Triceps jerk(+++/+++)
Brachioradial:(++/++)
KJ(+++/+++) AJ(++/++)

3) Hoffmann's sign(-/-), Babinski sign(-/-), Ankle clonus(-/-)

4) Bladder & bowel syndrome: none

[MRI] C2-3-4-5 OPLL
C3-4 focal OPLL, severe compression, cord IMH
T11-12 OLF, Rt. cord compression

- '16.7.27.(수술)

진단명: OPLL, cervical region
Cervical disc disorder with myelopathy

수술명: Laminectomy C1, C2, C3, C4, C5
Foraminotomy_Posterior, C4-5, bilateral
Posterior fixation, C3-4

○ B사례(남/57세)

- '16.12.21.(입원)

[C.C] 1시간 전 계단에서 굴러 넘어져 얼굴부위 다쳐 내원함.

- '16.12.26.

[C.C] Post neck pain, both upper extremity hyperalgia, both hand clumsiness

[P.E] Grip & release(15회/14회)

[MRI] Canal stenosis C5-6-7 with cord compression
Traumatic disc injury C5-6-7

- '16.12.29.(수술)

진단명: Spinal cord injury, C-spine(ASIA D)
Canal stenosis C5-6-7 with cord compression
Traumatic disc injury C5-6-7, Spur fracture, C6

수술명: Posterior decompression & fusion C5-6-7
Total laminectomy C5, C6

○ C사례(남/65세)

- '16.12.12.(초진)

[C.C] Neck pain, Back pain, Rt. shoulder pain, 정글짐에서 머리부터 떨어져 내원함.

[P.E] Rt. hand tingling sensation.
Motor: 상지(V/V), 하지(V/V)

- ‘16.12.13.(입원)
  [C.C] Neck pain, Rt. shoulder pain ~ 1,2th finger pain
  [P.E] Grip & release(17회/18회)
  Wrist extension: Gr 4이상, Elbow flexion: Gr 4이상
  [MRI] Traumatic disc rupture C5-6, ALL & PLL & PLC all rupture
  Fracture at Rt. supraarticular process of C6
- ‘16.12.13.(수술)
  진단명: Unilateral facet fracture C5-6, Rt.
  Traumatic disc rupture, C5-6
  Distractive-flexion injury C5-6
  수술명: ACDF C5-6

○ D사례(남/51세)
- ‘16.12.23.(입원)
  [C.C] Neck pain
  [P.I] 수년 전부터 지속된 neck pain with shoulder radiating pain으로 타 병원에서 치료 받았으나 증상 호전되지 않고, 몇주 전부터 일상생활 불가능할 정도로 통증 심해져 수술적 치료 위해 내원.
  [P.E] Motor: Shoulder abduction(C5) (2-3/5) Wrist extension(C6) (2-3/5)
  Elbow flexion(C6) (2-3/5) Elbow extension(C7) (2-3/5)
  Finger flexion(C8) (2-3/5) Finger abduction(T1) (2-3/5)
  Grip & release test(30회/30회) / 10초
  [MRI] C5-6-7 disc bulging
  ‘16.12.29.(수술)
  진단명: Spinal stenosis, C5-6-7
  수술명: ACDF C5-6-7

○ E사례(남/63세) >
- ‘16.12.26.(입원)
  [C.C] Rt. 1-3 finger numbness and paresthesia for 1 year.
  Lt. shoulder pain(따가움) for 1 year
  [MRI] Central disc C3-4 with both foraminal stenosis
  Foraminal stenosis, C3-4 Lt., C5-6-7, Rt.
  Disc, C6-7, Rt.
  [EMG&NCV] Lt. chronic C5, C6 radiculopathy(C5>>C6)
  Lt. C4 & Rt. C7 old radiculopathy
- ‘16.12.28.(수술)
  진단명: HCD C3-4-5 with myelopathy
  수술명: Rt. discectomy C3-4, C4-5 & Foraminotomy C3-4, both
  ACDF C3-4-5
  Transcorporeal foraminotomy C5-6, Rt.

■ 심의결과 및 심의내용

진료내역 및 영상자료 등 참조, 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

○ A사례(남/63세)

동 건은 척수병증을 동반한 기타 척추증(경부) 등 상병으로 제1,2,3,4,5경추 부위 척추후궁절제술 및 제3-4경추 부위 후방접근의 기구고정술을 시행(자49-1가 척추후궁절제술-경추 X 100%, 자46나(1)(다) 척추고정술 X 100% 및 재료대 청구)한 사례로,

후종인대골화증(OPLL, Ossification of the Posterior Longitudinal Ligament)이 동반된 척수병증 환자에 시행된 제 3-4경추간 후방감압 및 고정술이 인정되어 수술료, 재료대 및 마취료를 인정함.

○ B사례(남/57세)

동 건은 경부척수의 기타 및 상세불명 손상으로 제5-6-7경추 부위에 후방접근의 척추유합술 및 기구고정술을 시행(자49-1가 척추후궁절제술-경추 X 75%<2부위>, 자46나(1)(다) 척추고정술 X 100% 및 재료대 청구)한 사례로, 제5-6-7경추 부위에 신경관 협착 및 추간판 손상이 심하지 않고, 조기수술을 시행해야 할 정도의 신경학적 증상이 확인되지 않아 보존적 치료 없이 조기수술을 시행해야 할 의학적 소견 확인되지 않으므로 수술료, 재료대 및 마취료를 인정하지 아니함.

○ C사례(남/65세)

동 건은 목의 골절 상병으로 제5-6경추 부위에 전방접근의 추간판제거술 및 유합술을 시행(자49가(1) 관혈적 추간판제거술-경추 X 50%, 자46나(1)(다) 척추고정술 X 100%, 자31 골편절채술 X 100% 및 재료대 청구)한 사례로, 굴곡-신연 손상에 의한 추간판 손상이 동반된 제 5-6경추간 아탈구 소견이 확인되어 수술료, 재료대 및 마취료를 인정함.

○ D사례(남/51세)

동 건은 척추협착, 경부 상병으로 제5-6-7경추 부위에 전방접근의 추간판제거술 및 유합술을 시행(자49가(1) 관혈적 추간판제거술-경추 X 100%<2부위>, 자46가(1)(다) 척추고정술 X 100% 및 재료대 청구)한 사례로, 상지의 근력약화(II~III/V)가 동반되고, 영상소견에서 제 5-6-7경추 부위에 추간판 팽윤 및 경도의 협착소견 보이나 신경학적 증상과 영상소견간의 연관성이 확인되지 않으므로 수술료, 재료대 및 마취료를 인정하지 아니함.

○ E사례(남/63세)

동 건은 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애 및 척추불안정 상병으로 제3-4-5경추 부위에 전방접근의 추간판제거술 및 유합술을 시행(자49가(1) 관혈적 추간판제거술-경추 X 150%<2부위>, 자46가(1)(다) 척추고정술 X 50% 및 재료대 청구)한 사례로,

자기공명영상진단(MRI)에서의 증상과 일치하는 신경근 압박소견 및 적절한 보존적 치료가 확인되어 수술료 및 재료대, 마취료를 인정함.

■ 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)

○ 척추경나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)

○ 대한척추신경외과학회 저. 척추학. 군자출판사. 2008.

[2017.3.16. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

17. 진료내역 및 영상자료 등 참조, 자47-1가 경피적척추후굴풍선복원술 인정여부

■ 청구내역(남/82세)

○ 청구 상병명: L3 부위의 골절, 폐쇄성, 병적 골절을 동반한 불용성 골다공증, 상세불명 부분, 기타 형태의 협심증, 기타 위염

○ 주요청구내역

자47-1가 경피적척추후굴풍선복원술[방사선료포함]-제1부위 (N0473) 1*1*1
SPINEFIX(HYDROXYAPATITE BONE CEMENT) 21G (E5100051) 1*1*1
OSTEO TOOLKIT SET 전규격 (F1411170) 1*2*1
KY BALLOON 전규격 (F1412070) 1*2*1

■ 진료내역

○ 2016.11.23.

C/C : 3개월 전부터 걸을 때마다 숨도 차고 다리에 힘도 없다. 누웠다가 일어설 때 허리가 아프다.
- Lumbar MRI> Mild focal compression Fx. of L1 and L3
* 2016.11.22. BMD Spine (-1.27, -0.10) -0.68, Femur -4.19

○ 2016.12.27.

3번 요추 척추체 높이가 인접척추체의 50% 정도로 찌그러짐

○ 2016.12.28.

OP) L3 KP

■ 심의결과 및 심의내용

○ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하면, '요양급여는 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하여야 하며, 경제적으로 비용효과적인 방법으로 시행' 하여야 함.

○ 동 건은 L3 부위의 골절, 폐쇄성 상병으로 L3 부위에 자47-1가 경피적척추후굴풍선복원술 *1 시행한 건으로 경피적척추후굴풍선복원술 및 관련 재료대(SPINEFIX x1, OSTEO TOOLKIT SET x2, KY BALLOON x2) 청구한 사례임.

제출된 영상자료 등 검토 결과 제 3요추의 진구성 골절부위에 새로이 발생된 골좌상 소견 보이고, 압박변형도 30% 미만이므로 제 3요추 경피적척추후굴풍선복원술 후 청구한 47-1가 경피적척추후굴풍선복원술 x1과 재료대(SPINEFIX x1, OSTEO TOOLKIT SET x 2, KY BALLOON x 2)는 인정하지 아니함.

■ 참고

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

[2017.3.21 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

18. 진료내역 및 영상자료 참조, 자47가 경피적척추성형술 인정여부

■ 청구내역(남/51세)

○ 청구 상병명: L1 부위의 골절, 폐쇄성

○ 주요 청구내역

자47가 경피적 척추 성형술 [방사선료 포함]-제1부위(N0471)	1×1
자46나(3) 척추고정술-후방고정-요추(N0469)	1×1
SEXTANT MULTI-AXIAL SCREW SET 전규격(F0018072)	6×1
CD HORIZON PERCUTANEOUS STRAIGHT ROD 전규격(F0016272)	2×1
관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용(N0031003)	1×1

■ 진료내역

○ '16.6.10. (입원)

- C.C: low back pain
- P.I: 상환 금일 2m 높이 낙상이후 L1 comp.Fx. 진단 이후 증상 심화되어 수술 위해 입원함.
- P.Ex: motor/sensory : intact/intact
- 진단명: L-spine comp. Fx.
- 수술명: Percutaneous pedicle screw fixation T12-L1-L2
  Verterbroplasty L1

■ 심의결과 및 심의내용

○ 동 건은 L1 부위의 골절, 폐쇄성 상병으로 T12-L1-L2 PPF, L1 VP 시행하고 자46나(3) 척추고정술-후방고정-요추X1, 자47가 경피적 척추 성형술 [방사선료 포함]-제1부위X1 및 관련 재료대(SEXTANT MULTI-AXIAL SCREW SET 전규격X6, CD HORIZON PERCUTANEOUS STRAIGHT ROD 전규격X2)를 청구한 건임.

○ 영상소견에서 제 1요추 불안정성 방출성골절이 확인되어 자46나(3) 척추고정술-후방고정-요추 x1 수기료 및 재료대는 인정함. 그러나 이와 동시에 시행한 자47가 경피적 척추 성형술[방사선료 포함]-제1부위 x1은 골다공증성 골절에 경피적으로 시행하여야 하는바, 골다공증이 확인되지 않으므로 자47가 경피적 척추 성형술은 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 고정기기의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)

○ 경피적척추성형술(Vertebroplasty) 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)

[2017.3.24. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]