중앙심사조정위원회 심의사례 공개 (총 5개 항목)

- 2017.11.30. 공개

연번	제 목	페이지
1	협심증 상병에 시행한 자656다 만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술 요양급여 인정여부	1
2	만성 C형간염 상병에 Daclatasvir(품명: 다클린자정 60밀리그램)와 Asunaprevir(품명: 순베프라캡슐 100밀리그램) 병합요법 실패 후 투여한 Ledipasvir+Sofosbuvir 경구제(품명: 하보니정)의 인정여부	3
3	폐·식도 수술시 사용한 자동봉합기 인정여부	6
4	Eculizumab(품명: 솔리리스주) 요양급여대상 인정여부	10
5	조혈모세포이식 요양급여대상 인정여부	12

지역심사평가위원회 심의사례 공개 (총 22개 항목)

- 2017.11.30. 공개

연번	제 목	페이지
6	Somatropin 주사제(성장호르몬제)(품명:유트로핀주 등) 인정여부	45
7	진료내역 등 참조, 조634 경피적 경막외강 신경성형술 후 투여한 levofloxacin 경구제 인정여부	46
8	진료내역 참조 나239나 프로칼시토닌-정량검사 인정여부	47
9	다제내성 결핵환자에게 산정한 가10 격리실 입원료 및 나405나 미생물 배양 및 동정검사 횟수 인정여부	49
10	진료내역 및 영상자료 참조, 종양에 시행한 다412-1가 뇌정위적방사선수술 요양급여 인정여부	51
11	진료내역 참조, Peginterferon alfa-2a(품명: 페가시스주) 인정여부	52
12	자765나 내시경적 상부소화관종양수술과 시술 전 시행한 전신마취료 인정여부 및 나761 상부소화관내시경검사 횟수 인정여부	53
13	자궁의 평활근종 상병에 투여한 울리프리스탈아세테이트(품명: 이니시아정) 인정여부	55
14	질병군 분류번호를 결정하는 주된 수술 이외에 추가 산정한 자408 질벽봉합술과 자411 질탈교정술 인정여부	57
15	자200-2 심율동전환제세동기 거치술 인정여부	58
16	진료내역 참조 다246가 기본자기공명영상진단 동시에 실시한 다246나(1)주 특수자기공명영상진단-확산 인정여부	59
17	요골 하단의 상세불명의 골절 상병에 실시한, 자60가3(가)주 사지골절정복술[복잡골절포함]-관혈적[복잡]인정여부	62
18	진료내역 및 영상자료 등 참조 자71가 인공관절치환술(슬관절) 및 재료대 인정여부	63
19	골수염 수술 후 골손실 부위에 삽입한 Bone cement 인정여부	65
20	소아의 경골 몸통의 기타 골절 상병에 시행한 자60-1나 체외금속고정술 인정여부	66
21	진료내역 및 영상자료 참조, 자46 척추고정술 인정여부	67
22	진료내역 참조, 자46가(1)(다) 경추전방고정술 인정여부	68
23	적절한 보존적 치료 없이 시행한 자46 척추고정술 인정여부	69
24	퇴행성 추간판 질환에 시행한 자46 척추고정술 인정여부	70
25	진료내역 및 영상자료 등 참조 자46 척추고정술 및 재료대 인정여부	71
26	척추골절 상병에 시행한 자47 경피적척추성형술 인정여부	73
27	척추협착 등 상병에 시행한 자49가(3) 관혈적 추간판제거술 및 자46 척추고정술 인정여부	74

<중앙심사조정위원회 심의사례>

요양급여비용 사후 심사 건

1. 협심증 상병에 시행한 자656다 만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술 요양급여 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/60세)

- 청구 상병명: 기타 형태의 협심증, 관상동맥혈관성형 삽입물 및 이식편의 존재, 식도염을 동반하지 않은 위-식도역류병, 상세불명의 고지질혈증, 기타 및 상세불명의 원발성 고혈압, 상세불명의 심부전, 상세불명의 갑상선의 장애, 의심되는 심근경색증의 관찰
- 주요 청구내역

자656다 경피적관상동맥스텐트삽입술-만성폐쇄성 병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술	1*1*1
SYNERGY STENT SYSTEM 전규격 (J8083129)	1*2*1

○ B사례(남/80세)

- 청구 상병명: 불안정협심증, 기타 및 상세불명의 원발성 고혈압, 상세불명의 흉통, 이상포도당내성검사, 갑상선기능검사의 이상결과
- 주요 청구내역

자656다 경피적관상동맥스텐트삽입술-만성폐쇄성 병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술	1*1*1
XIENCE ALPINE EVEROLIMUS ELUTING CONRONARY STENT SYSTEM 전규격 (J8083340)	1*4*1

■ 심의결과

○ 관련 교과서, 임상진료지침, 진료내역 등을 참조하여 사례별로 결정함.

■ 심의내용

○ 이 건(2사례)은 협심증 상병으로 관상동맥 병변에 스텐트 삽입술을 시행하고 「자656다 만성 폐쇄성 병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술(M6566)」로 청구한 건으로 해당 수가 적용 타당성에 대하여 심의함.

○ 자656 경피적 관상동맥스텐트삽입술은 '17.7.1.부터 개정 시행된 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」(고시 제2017-92호)에 의거, 가. 단일혈관(M6561), 나. 급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술[일차적중재술 등](M6565), 다. 만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술(M6566), 라. 추가혈관(M6562)으로 시술 난이도에 따라 행위 재분류되었음.

○ 관련 교과서 및 임상진료지침에 따르면 관상동맥 만성 폐쇄성 병변(chronic total occlusion, CTO)은 혈관 폐쇄 기간이 3개월 이상이면서 TIMI 0 flow의 완전 혈관 폐쇄가 있는 경우로 정의하며, 만성 폐쇄성 병변에서 관상동맥 중재술은 병변과 관련된 증상이 있고, 심근 허혈 범위(myocardial ischaemic burden) 및 생존능(viability)을 고려하여 시행하도록 권고하고 있음.

○ 따라서 이 건(2사례)은 관련 교과서, 임상진료지침, 진료내역 등을 참조하여 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

▶ A사례(남/60세)

- '16년 3월 비ST분절상승 급성 심근경색증으로 좌전하행동맥에 스텐트 삽입술을 시행한 환자로, 운동부하 심전도 검사 시행 중('17.7.12.) 흉통 및 ST 분절 하강 소견으로 입원하였고('17.7.17.), 관상동맥조영술상 후측부 분지 100%, 우관상동맥 중간부 95% 협착 소견으로 스텐트(후측부 분지(2.5*32mm), 우관상동맥 중간부(3.5*20mm)) 삽입('17.7.18.) 후 「자656다 만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술(M6566)」을 청구한 사례임.

- 진료기록 및 영상자료를 검토한 결과, 임상적으로 유의한 심근 허혈로 확인되나 증상 발현 기간 등을 고려할 때 혈관 폐쇄 기간이 3개월 이상에 해당된다고 볼 수 없어 만성폐쇄성병변으로 판단하기 곤란한 바, 「자656다 만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술(M6566)」을 「자656가 단일혈관-경피적 관상동맥스텐트삽입술(M6561)」로 인정함.

▶ B사례(남/80세)

- 내원 7~8개월 전부터 가슴 답답하고 숨찬 증상 발생하여 입원한 환자로 관상동맥조영술 상 좌전하행동맥 중간부, 좌회선동맥 근위부의 완전 폐쇄 확인되어 좌회선동맥 근위부에 스텐트(3.0*28mm, 2.5*18mm) 삽입하였고('17.7.24.), 좌전하행동맥 중간부 병변은 날짜를 달리하여(staged PCI) 스텐트(3.0*38mm, 3.5*23mm) 삽입('17.7.26.) 후 「자656다 만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥 스텐트삽입술(M6566)」을 청구한 사례임.

- 진료내역 및 영상자료를 검토한 결과, 증상 발현 기간이 7~8개월이고 주요 심외막 혈관(major epicardial vessel)인 좌전하행동맥 중간부, 좌회선동맥 근위부에 완전 폐쇄 병변(TIMI 0 flow)이 관찰되어 만성폐쇄성병변 및 시술 고위험군에 해당된다고 판단되는 바, 「자656다 만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술(M6566)」 을 요양급여로 인정함.

■ 참고

○ 건강보험요양급여비용 행위 급여·비급여 목록 및 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 (보건복지부고시 제2017-92호, '17.7.1. 시행)

○ 경피적 관상동맥 확장술(PTCA) 시 치료재료 급여기준(보건복지부 고시 제2016-226호, '16.12.1. 시행)

○ 경피적 관상동맥 스텐트 삽입술 시 스텐트 인정기준(보건복지부 고시 제2015-161호, '15.10.1. 시행)

○ 대한내과학회. Harrison's 내과학 Volume 2. 제19판. MIP. 2017.

○ Bhatt, Deepak L, et al. Cardiovascular intervention: A companion to Braunwald's Heart disease. Elsevier. 2016.

○ Topol. Eric J, et al. Textbook of Cardiology. 7th Edition. Elsevier. 2016.

○ Price. Matthew J, et al. Coronary Stenting. Saunders. 2014.

○ 2014 ESC/EATCS Guidelines on Myocardial Revascularization

○ 2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention

[2017.10.24. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

2. 만성 C형간염 상병에 Daclatasvir(품명: 다클린자정 60밀리그램)와 Asunaprevir(품명: 순베프라캡슐 100밀리그램) 병합요법 실패 후 투여한 Ledipasvir+Sofosbuvir 경구제(품명: 하보니정)의 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/72세)

- 청구 상병명: 만성 바이러스 C형간염, 상세불명의 염증성 간질환, 수면 개시 및 유지 장애[불면증], 합병증을 동반하지 않은 상세불명의 당뇨병, 기타 및 상세불명의 원발성 고혈압
- 주요 청구내역

629 하보니정/A(625900060) (ledipasvir,sofosbuvir) 1*1*28

○ B사례(여/69세)

- 청구 상병명: 만성 바이러스 C형간염
- 주요 청구내역

629 하보니정/A(625900060) (ledipasvir,sofosbuvir) 1*1*28

■ 심의결과

○ 이 건(2사례)의 Ledipasvir+Sofosbuvir 경구제(품명: 하보니정)는 관련 급여기준(보건복지부고시 제2016-145호)에 부적합하고, Daclatasvir와 Asunaprevir 병용요법 실패 후 투여한 Ledipasvir+Sofosbuvir 경구제(품명: 하보니정)의 치료 효과에 대한 의학적 근거도 미약함. 또한, 전반적인 환자 상태 등을 고려할 때, 두 사례는 신속하게 C형 간염 치료를 필요로 하는 상태로 보기 어려워 요양급여로 인정하지 아니함.

■ 심의내용

○ Ledipasvir+Sofosbuvir 경구제(품명: 하보니정)의 식품의약품안전처 허가사항 및 보건복지부고시에 의하면, 성인 만성 C형 간염환자 중 「유전자형 1b형 중 Daclatasvir와 Asunaprevir 병용요법을 투여할 수 없는 경우(예: 비대상성 간경변, 간이식 후 재발, 부작용 등)」로 명시되어 있어 비대상성 간경변, 간이식 후 재발, 부작용 외에 Daclatasvir와 Asunaprevir 병용요법을 투여할 수 없는 경우에 대한 여러 의견이 있음. 이 건(2사례)은 유전자형 1b형인 만성 C형간염 환자로 Daclatasvir, Asunaprevir 병합 요법 실패 후 투여한 Ledipasvir+Sofosbuvir 경구제(품명: 하보니정)의 급여 인정여부에 대해 심의함.

○ 식품의약품안전처 허가사항 「Ledipasvir+Sofosbuvir 경구제(품명: 하보니정)」에 의하면, 성인의 유전자형 1, 4, 5, 6형 만성 C형 간염 치료로 유전자 1형 만성 C형 간염 환자[이전 치료 경험이 없는 환자 및 이전 치료경험에 실패한 환자(페그인터페론 알파/리바비린 또는 HCV 프로테아제 저해제+페그인터페론/리바비린 요법 포함)] 중 「이전에 치료 경험이 없는 환자」와 「이전에 치료 경험이 있는 환자」로 구분하여 간경변 유무에 따라 12주 투여를 권장하고 있음.

Ledipasvir+Sofosbuvir 경구제(품명: 하보니정)는 관련 급여기준*에 의거, 허가사항 범위 내에서 성인 만성 C형 간염환자 중 「유전자형 1b형을 제외한 1형」 또는 「유전자형 1b형 중 Daclatasvir와 Asunaprevir 병용요법을 투여할 수 없는 경우(예: 비대상성 간경변, 간이식 후 재발, 부작용 등)」로 이전 치료 경험이 없는 환자 또는 이전 치료 경험에 실패한 환자(페그인터페론 알파/리바비린 또는 HCV 프로테아제 저해제+페그인터페론/리바비린 요법 포함)를 대상으로 요양급여를 인정함.

Daclatasvir와 Asunaprevir 병용 요법**은 성인 만성 C형 간염 환자 중 유전자형 1b형으로 「이전에 치료 받은 경험이 없는 환자」 또는 「다른 HCV 프로테아제 저해제 치료 경험이 없고 이전에 페그인터페론 알파 및 리바비린의 치료에 실패한 환자」를 대상으로 요양급여를 인정함.

* Ledipasvir+Sofosbuvir 경구제(품명: 하보니정) (고시 제2016-145호, 2016.8.1.시행)

** Daclatasvir 경구제(품명: 다클린자정 60밀리그램) (고시 제2016-145호, 2016.8.1.시행)
Asunaprevir 경구제(품명: 순베프라캡슐 100밀리그램) (고시 제2015-239호, 2016.1.1.시행)

○ 투여 당시 임상연구문헌 및 최근 임상진료지침 관련

두 사례 모두 2016년 9월과 11월부터 Ledipasvir+Sofosbuvir 경구제(품명: 하보니정)를 투여했고, 치료시에는 Daclatasvir, Asunaprevir 병합 요법 실패 시 Ledipasvir+Sofosbuvir 경구제(품명: 하보니정) 투여 후 치료효과에 대한 임상연구문헌 등 관련 근거가 부족함. A사례는 Daclatasvir, Asunaprevir 병합 치료 전에 필요한 검사인 RAS test가 시행되지 않았고, 환자는 간경변이 없는 간염 환자로 치료시기에 대한 고려가 필요하였음. B사례는 복부초음파검사에서 간경변 소견이 있으나 다른 검사 소견에서는 신속한 약제 투여가 필요한 상태로 보이지 않음. 2017년에 나온 임상연구문헌에서도 Daclatasvir, Asunaprevir 병합 요법 실패 후 Ledipasvir+Sofosbuvir 경구제(품명: 하보니정) 사용 후 지속바이러스반응(sustained virological response, SVR)률이 70%에 지나지 않으며, 과거 DAA(direct acting antivirals) 치료 실패 경험이 있는 Genotype 1 HCV 환자에서 sofosbuvir-velpatasvir-voxilaprevir를 투여한 결과 95% 이상의 SVR을 보였다는 연구결과가 있음. 미국 간학회의 임상진료지침에 의하면 NS5A inhibitor 치료 실패 시 약을 써야하는 긴박한 상황이 아니라면 더 좋은 치료제의 개발을 기다리는 것도 하나의 방법으로 권유되고 있음.

○ Daclatasvir, Asunaprevir 병합 요법 치료 반응 평가에 따른 약제 투여기간에 대한 논의

2015 대한간학회 C형간염 임상진료지침에 따르면 치료 4주째에 HCV RNA가 검출되지 않더라도 치료 4-12주 사이에 바이러스 돌파반응이 생길 수 있으므로 약제에 따라 치료 8주째에 HCV RNA 검사를 시행하고 HCV RNA 검출 또는 상승이 확인되면 약제를 중단한다고 되어있음. 앞으로 DAA(direct acting antivirals) 투여에 대한 반응 평가와 임상적 적용에 대한 논의와 심의가 필요함.

○ 따라서 임상연구문헌 및 임상진료지침에 따라, 많은 자료와 근거를 축적하여 새로운 치료법이 나올 때까지 치료를 기다리는 것이 타당하다는 것이 다수 전문가의 의견임.

○ 이에, 이 건(2사례)은 관련 급여기준, 진료내역, 전문가 의견 등을 참조하여 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

▶ A사례(여/72세)

- 유전자형 1b형인 만성 C형간염 환자로 제출된 진료기록부 및 검사결과지 검토결과 HCV RNA 3.18×10^{6}IU/mL('15.6.9.)로 확인되어 2015년 9월부터 Daclatasvir와 Asunaprevir 경구제 병용 투여함. 투여 중 HCV RNA 3.24×10^{4}IU/mL('15.10.6.), 1.54×10^{5}IU/mL('15.11.3.), 2.24×10^{6}IU/mL('15.12.29.), 1.56×10^{6}IU/mL('16.2.28.)로 확인되어 2016년 9월부터 Ledipasvir+Sofosbuvir 경구제(품명: 하보니정) 투여함.
- 진료내역 및 전반적인 환자 상태 등을 참조할 때, C형 간염 치료 약제 투여가 당장 필요한 상태로 보기 어려워 다른 치료 방법에 대한 연구 및 치료시기에 대해 고려되어야하므로 Ledipasvir+Sofosbuvir 경구제(품명: 하보니정) 투여는 요양급여로 인정하지 아니함.

▶ B사례(여/69세)

- 유전자형 1b형인 만성 C형간염 환자로 제출된 진료기록부 및 검사결과지 검토결과 HCV RNA 2.86×10^{6}IU/mL('16.2.18.)로 확인되어 2016년 4월부터 Daclatasvir와 Asunaprevir 경구제 병용 투여함. 투여 중 HCV RNA 4.61×10^{1}IU/mL('16.5.26.), 1.86×10^{3}IU/mL('16.7.21.), 5.42×10^{4}IU/mL('16.9.12.), 2.38×10^{5}IU/mL('16.10.26.)로 확인되어 2016년 11월부터 Ledipasvir+Sofosbuvir 경구제(품명: 하보니정) 투여함.
- 약제 변경 당시 복부초음파검사에서 간경변 소견이 있으나 다른 검사 소견에서는 신속한 약제 투여가 필요한 상태로 보이지 않고 다른 치료 방법에 대한 연구 및 치료시기에 대해 고려되어야하므로 Ledipasvir+Sofosbuvir 경구제(품명: 하보니정) 투여는 요양급여로 인정하지 아니함.

○ 따라서 이 건(2사례)의 Ledipasvir+Sofosbuvir 경구제(품명: 하보니정)는 관련 급여기준(보건복지부고시 제2016-145호)에 부적합하고, Daclatasvir와 Asunaprevir 병용요법 실패 후 투여한 Ledipasvir+Sofosbuvir 경구제(품명: 하보니정)의 치료 효과에 대한 의학적 근거도 미약함. 또한, 전반적인 환자 상태 등을 고려할 때, 두 사례는 신속하게 C형 간염 치료를 필요로 하는 상태로 보기 어려워 요양급여로 인정하지 아니함.

■ 참고

○ Ledipasvir+Sofosbuvir 경구제(품명: 하보니정) (보건복지부 고시 제2016-145호, 2016.8.1.시행)
○ Daclatasvir 경구제(품명: 다클린자정 60밀리그램) (보건복지부 고시 제2016-145호, 2016.8.1.시행)
○ Asunaprevir 경구제(품명: 순베프라캡슐 100밀리그램) (보건복지부 고시 제2015-239호, 2016.1.1.시행)
○ 식품의약품안전처 허가사항 (하보니정)
○ John E. Bennett, et al. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 8th Edition. Elsevier. 2014.
○ Feldman, et al. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal And Liver Disease. 10th Edition. Elsevier. 2016.
○ 2015 대한간학회 C형간염 진료가이드라인. 대한간학회.
○ APASL consensus statements and recommendation on treatment of hepatitis C 2016
○ Hepatitis C Guidance: AASLD-IDSA Recommendations for Testing, Managing, and Treating Adults Infected With Hepatitis C 2017
○ EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2016
○ Eric Lawitz, et al. Sofosbuvir-velpatasvir-voxilaprevir with or without ribavirin in direct-acting antiviral-experienced patients with genotype 1 hepatitis C virus. Hepatology. 2017;65:1803-1809.
○ Christoph Sarrazin, et al. Prevalence of Resistance-Associated Substitutions in HCV NS5A, NS5B, or NS3 and Outcomes of Treatment With Ledipasvir and Sofosbuvir. Gastroenterology. 2016;151:501-512.
○ Tatsuo Kanda, et al. Real-World Experiences with the Combination Treatment of Ledipasvir plus Sofosbuvir for 12 Weeks in HCV Genotype 1-Infected Japanese Patients: Achievement of a Sustained Virological Response in Previous Users of Peginterferon plus Ribavirin with HCV NS3/4A Inhibitors. Int J Mol Sci. 2017;18(5).

[2017.10.24. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

3. 폐 · 식도 수술시 사용한 자동봉합기 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/57세)

- 청구 상병명: 상세불명의 기관지 또는 폐의 악성 신생물, 오른쪽, 폐의 진단영상검사상 이상소견
- 주요 청구내역

자142가 단일폐엽절제술 [흉부외과 전문의]	(01421200)	1*1*1
PROXIMATE TX30&60 LINEAR STAPLER 전규격	(B1501012)	1*2*1
PROXIMATE LINEAR CUTTING STAPLER 전규격	(B1601002)	1*1*1
PROXIMATE TX30&60 LINEAR STAPLER 1EA	(B1001012)	1*1*1
PROXIMATE TX30&60 LINEAR STAPLER 1EA (선별급여)	(B1001012)	1*2*1
PROXIMATE TCR10/TRT10 1EA	(B1012012)	1*2*1

○ B사례(남/58세)

- 청구 상병명: 하엽, 기관지 또는 폐의 악성 신생물, 왼쪽, 합병증을 동반하지 않은 상세불명의 당뇨병
- 주요 청구내역

자142가 단일폐엽절제술 [흉부외과 전문의]	(01421200)	1*1*1
TA DST 전 규격	(B1501001)	1*1*1
PROXIMATE TX30&60 LINEAR STAPLER 전규격	(B1501012)	1*1*1
PROXIMATE LINEAR CUTTING STAPLER 전규격	(B1601002)	1*1*1
GIA UNIVERSAL 전규격 (흉강경용)	(B1802101)	1*1*1
AUTOSUTURE TA 전규격	(B1001001)	1*1*1
PROXIMATE TX30&60 LINEAR STAPLER 1EA	(B1001012)	1*1*1
PROXIMATE TCR/TRT 1EA	(B1012002)	1*1*1
ENDO GIA ROTICULATOR SMALL,MEDIUM	(B1111001)	1*1*1

○ C사례(남/57세)

- 청구 상병명: 상엽, 기관지 또는 폐의 악성 신생물, 왼쪽, 직장구불결장접합부의 악성 신생물, 회장조루에 대한 관리를 위하여 보건서비스와 접하고 있는 사람, 상세불명의 철결핍빈혈
- 주요 청구내역

자142가 단일폐엽절제술[흉부외과 전문의]	(01421200)	1*1*1
ENDO GIA UNIVERSAL 전규격	(B1802001)	1*1*1
POWERED ECHELON STAPLER-FLEX 전규격	(B1804002)	1*1*1
ENDO GIA ROTICULATOR SMALL,MEDIUM	(B1111001)	1*1*1
ENDO GIA ROTICULATOR LARGE	(B1112011)	1*3*1,1*3*1
ETS & ETS-FLEX RELOAD CARTRIDGE 1EA	(B1101002)	1*1*1
ETS & ETS-FLEX RELOAD CARTRIDGE 1EA (선별급여)	(B1101002)	1*3*1

○ D사례(여/63세)

- 청구 상병명: 섬유증을 동반한 기타 간질성 폐질환, 고칼륨혈증, 합병증이 없는 대상포진, 상세불명의 위장출혈
- 주요 청구내역

자809나 폐적출술[이식용]-양측 폐[흉부외과 전문의 야간]	(Q8092210)	1*1*1

자810나 폐이식술-양측 폐 [흉부외과 전문의 야간]	(Q8102210)	1*1*1
TA DST 전규격	(B1501001)	1*1*1, 1*1*2
AUTOSUTURE TA 전규격	(B1001001)	2*1*1, 6*1*1
AUTOSUTURE TA 전규격 (선별급여)	(B1001001)	3*1*1, 1*1*1

○ E사례(남/52세)

- 청구 상병명: 상세불명의 식도의 악성 신생물, 삼킴곤란, 기침, 이상가래
- 주요 청구내역

자240다 식도악성종양근치수술[림프절청소포함]-경,흉,복부접근[흉부외과 전문의]	(Q2403200)	1*1*1
자236-1나 식도절제후재건술(위이용)	(Q2366)	1*1*1
AUTOSUTURE PREMIUM PLUS CEEA 전규격	(B1022001)	1*1*1
ENDO GIA UNIVERSAL 전규격	(B1802001)	1*1*1
NEW TLC (BODY) 전규격	(B1601102)	1*1*1
ENDO GIA ROTICULATOR SMALL,MEDIUM	(B1111001)	1*2*1
NEW TLC (CARTRIDGE) 1EA	(B1012102)	1*10*1

■ 심의결과

○ 분리형-직선형 자동봉합기 몸체는 적응증별 인정개수(1개)를 초과하는 경우 사례별로 인정토록 되어있는바, 관련 전문가 의견에 따르면, 자동봉합기 사용부위에 따라 특수침의 크기가 다르고 특수침에 따라 호환 가능한 몸체가 상이하므로, 몸체 인정개수에 대하여는 봉합하고자 하는 부위와 치료재료의 특성 등을 종합적으로 고려하여야한다는 의견임. 따라서 몸체 및 특수침의 사용부위와 내역 등을 고려하여 사례별로 결정함

■ 심의내용

○ 급여기준[고시 제2017-152호, 2017.9.1.시행]에 의하면, 자동봉합기는 분리형과 일체형을 구분하여 적응증 및 수술방법(관혈적·비관혈적)에 따라 인정개수를 정하고 있으며, 인정개수를 초과하여 사용한 경우, 분리형-직선형 몸체와 일체형은 사례별로 인정하고, 분리형-직선형 특수침은 선별급여 하도록 되어 있음

○ 이 건(5사례)은 폐·식도 수술에 사용한 분리형-직선형 등의 자동봉합기를 청구한 건으로, 급여기준에서 정한 범위를 초과하여 사용한 자동봉합기 인정여부 등에 대하여 논의함

○ 분리형-직선형 자동봉합기 몸체는 적응증별 인정개수(1개)를 초과하는 경우 사례별로 인정토록 되어있는바, 관련 전문가 의견에 따르면, 자동봉합기 사용부위에 따라 특수침의 크기가 다르고 특수침에 따라 호환 가능한 몸체가 상이하므로, 몸체 인정개수에 대하여는 봉합하고자 하는 부위와 치료재료의 특성 등을 종합적으로 고려하여야한다는 의견임
따라서 몸체 및 특수침의 사용부위와 내역 등을 고려하여 아래와 같이 결정함

- 아 래 -

▶ A사례(남/57세)

○「폐의 악성 신생물」상병에 「자-142가. 폐엽절제술[단일]」과 분리형-직선형(관혈적) 자동봉합기 몸체 3개, 특수침 5개를 청구(특수침 5개 중 2개는 선별급여 적용)한 건임

○ 수술기록지 등 진료기록부 검토결과, 폐의 우상엽을 관혈적 방법으로 절제하였고, 청구된

분리형-직선형 자동봉합기 몸체(3개)는 혈관(폐동맥·폐정맥), 기관지, 폐엽(incomplete fissure)에 사용한 것으로 확인되는바, 혈관 및 기관지 절제의 경우 몸체 1개로 특수침 사용이 가능하므로 몸체 1개를 인정하고, 폐엽(incomplete fissure) 절제의 경우에는 사용되는 특수침의 크기를 고려할 때 별도의 몸체 사용이 필요한 것으로 판단되므로 몸체 1개를 추가로 인정하며, 특수침은 폐엽절제술 급여기준 인정개수(3개)대로 인정함(3개는 급여, 2개는 선별급여 적용)

▶ B사례(남/58세)

○「폐의 악성 신생물」 상병에 「자-142가. 폐엽절제술[단일]」과 분리형-직선형 자동봉합기 몸체 4개(관혈적 3개, 비관혈적 1개), 특수침 4개(관혈적 3개, 비관혈적 1개)를 청구한 건임

○ 수술기록지 등 진료기록부 검토결과, 폐의 좌하엽을 관혈적 방법으로 절제하였고, 관혈적 자동봉합기 몸체(3개)는 혈관(폐정맥), 기관지, 폐엽(incomplete fissure)에 사용한 것으로 확인되는바, 혈관 및 기관지 절제의 경우 몸체 1개로 특수침 사용이 가능하므로 1개를 인정하고, 폐엽(incomplete fissure) 절제의 경우에는 사용되는 특수침의 크기를 고려할 때 별도의 몸체 사용이 필요한 것으로 판단되므로 몸체 1개를 추가로 인정하며, 관혈적 자동봉합기 특수침은 폐엽절제술 급여기준 인정개수(3개)대로 인정함

○ 비관혈적 자동봉합기(몸체 1개, 특수침 1개)는 식약처 허가범위 외이므로 인정하지 아니함

▶ C사례(남/57세)

○「폐의 악성 신생물」 상병에 「자142-가. 폐엽절제술[단일]」과 분리형-직선형(비관혈적) 자동봉합기 몸체 2개, 특수침 11개를 청구(특수침 11개 중 3개는 선별급여 적용)한 건임

○ 수술기록지 등 진료기록부 검토결과, 폐의 좌상엽을 비관혈적 방법으로 절제하였고, 폐쐐기, 기관지, 폐엽경계에 동일한 몸체를 사용하였으며, 혈관(폐동맥·폐정맥)에는 별도의 몸체를 사용한 것으로 확인되는바, 청구된 몸체의 사용범위와 특수침 크기 등을 고려할 때 혈관 봉합을 위한 몸체의 추가 사용은 필요하지 않은 것으로 판단되므로 청구된 몸체는 1개만 인정함

○ 특수침의 경우 수술 전 동결절편검사를 위해 폐쐐기절제술을 시행한 것이 확인되는바, 폐쐐기절제를 위한 특수침 추가 사용의 필요성이 인정되므로, 폐엽절제술 급여기준 인정개수(6개) 외에 폐쐐기절제술 급여기준 인정개수(2개)를 추가로 인정함(8개는 급여, 3개는 선별급여 적용)

* 청구된 「자140가 폐쐐기절제술(단일쐐기절제)」은 공개심의사례(2014.11.28.)에 의거 폐엽절제술의 일련 과정이므로 인정하지 아니함

▶ D사례(여/63세)

○「섬유증을 동반한 기타 간질성 폐질환」상병에 「자-809나. 폐적출술[이식용]-양측폐」,「자-810나. 폐이식술-양측폐」와 분리형-직선형(관혈적) 자동봉합기 몸체 3개, 특수침 12개를 청구(특수침 12개 중 4개는 선별급여 적용)한 건임

○ 수술기록지 등 진료기록부 검토결과, 폐이식 위해 양측 폐를 관혈적 방법으로 적출하였고, 분리형-직선형 자동봉합기 몸체(3개)는 양측 폐의 혈관(폐정맥·폐동맥) 및 양측 기관지에 사용한 것으로 확인되는바, 폐전적출술 급여기준 인정개수(몸체 1개, 관혈적 특수침 4개)를 양측에 적용하여 몸체는 2개만 인정하고, 특수침은 8개를 인정함(8개는 급여, 4개는 선별급여 적용)

▶ E사례(남/52세)

○「식도의 악성 신생물」상병에 「자-240다. 식도악성종양근치수술[림프절청소포함]-경,흉,복부접근」, 「자236-1나. 식도절제후재건술(위이용)」과 분리형-직선형 자동봉합기 몸체 2개(관혈적 1개, 비관혈적 1개), 특수침 12개(관혈적 10개, 비관혈적 2개), 일체형-굴곡형 1개를 청구한 건임

○ 수술기록지 등 진료기록부 검토결과, 식도절제술(esophagectomy), 식도-위재건술(esophageal reconstruction with gastric tube)을 관혈적 및 비관혈적 방법으로 시행한 것으로 확인되는바, 급여기준 인정개수(위수술: 몸체 1개, 특수침 6개, 식도수술: 몸체 1개, 특수침 2개)를 적용하여 총 몸체 2개, 특수침 8개를 인정하고, 특수침 초과분 4개는 선별급여로 적용함. 식도절제후문합술 시 사용한 일체형-굴곡형 1개는 급여기준에 따라 인정개수(1개)대로 인정함

■ 참고

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

○ 자동봉합기 급여기준(보건복지부 고시 제2017-152호, 2017.9.1. 시행)

[2017.10.31. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

요양급여대상 사전 승인 건

4. Eculizumab(품명: 솔리리스주) 요양급여대상 인정여부

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

○ **「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 하고,
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 함.

□ 사전승인

구분	성별/나이	심의내용	심의결과
A사례	여/33	출산 후 3개월 초과로 발작성야간혈색소뇨증과 연관된 동반질환이 없어서 현 상태로는 승인이 어려움.	불승인
B사례	남/42	발작성야간혈색소뇨증 환자로서 신부전이 확인되고, 여타 투여대상 급여기준에 충족되므로 승인함.	승인
C사례	남/42	발작성야간혈색소뇨증 환자로서 혈전증이 확인되고, 여타 투여대상 급여기준에 충족되므로 승인함.	승인
D사례	남/43	수혈력 기준이 충족되지 않았고, 입원, 마약성 진통제가 필요한 중증의 재발성 통증 에피소드가 있는 평활근 연축으로 보기 어려워 불승인함.	불승인
E사례	여/35	발작성야간혈색소뇨증 환자로서 평활근연축이 확인되고, 여타 투여대상 급여기준에 충족되므로 승인함.	승인
F사례	여/28	발작성야간혈색소뇨증 환자로서 신부전이 확인되고, 여타 투여대상 급여기준에 충족되므로 승인함.	승인
G사례	남/23	신기능의 지속적인 저하가 없고 신기능 저하가 발작성야간혈색소뇨증과 연관된 것인지의 자료(조직검사 또는 영상검사 등)가 없어서 불승인. 또한, PNH clone 검사에서 RBC에 비해 granulocyte의 type III가 현저히 낮은 것에 대해 추가소견이 필요하다는 논의가 있었음.	불승인
H사례	여/37	제출한 수혈력은 환자상태를 비추어볼 때 적절하게 시행된 것으로 판단하기 어렵고 입원, 마약성 진통제가 필요한 중증의 재발성 통증 에피소드가 있는 평활근 연축으로 보기 어려워 불승인	불승인
I사례	남/23	proBNP 검사결과가 발작성야간혈색소뇨증과 연관된 동반질환 폐부전으로 인정되고 추가 병발된 신기능 저하가 확인되며, 여타 투여대상 급여기준에 충족되므로 승인함	승인

□ 모니터링

구분		성별/나이	모니터링 차수		심의내용	심의결과
모니터링	A사례	남/54	12개월	1년	제출된 자료에 따르면 삶의 질 저하에 대해 환자의 소견(PNH외 타상병)과 그에 대한 주치의의 의견이 확인되어 지속투여 승인	지속투여승인
	B사례	남/67	30개월	2.5년	제출된 자료에 따르면 LDH 상승 및 수혈의 증가가 확인되나, 이는 만성C형 간염과 연관된 것으로 추정되어 지속투여 승인. 다음 모니터링 시 Coomb's test 결과와 LDH 상승에 대한 LDH isoenzyme이 필요함.	지속투여승인
	C사례	남/60	24개월	2년	제출된 자료에 따르면 수혈요구량 증가는 일시적 감염증과 혈관외 용혈에 따른 것으로 판단되어 지속투여 승인. 다음 모니터링 시, EPO level 및 EPO 투여에 대한 결과와 주치의 소견 제출 요망.	지속투여승인
	이 외 11사례	남/67	12개월	1년	이 건들은 제출한 자료를 검토한 결과, 솔리리스주 지속 투여가 필요하다고 판단되어 지속투여 승인함.	지속투여승인
		여/40	36개월	3년		
		남/56	54개월	4.5년		
		남/38	24개월	2년		
		남/66	18개월	1.5년		
		여/48	30개월	2.5년		
		여/51	36개월	3년		
		여/22	54개월	4.5년		
		남/58	18개월	1.5년		
		여/34	48개월	4년		
		남/56	36개월	3년		
투여중지	1사례	남/42	48개월	4년	이 건은 임상시험 대상으로 솔리리스주를 급여로 투여하는 것은 중단하나, 동등한 효능의 약제사용이 지속되므로 추후 6개월마다 모니터링을 지속함.	급여 투여중지 모니터링 지속
투여중지 모니터링	2사례	남/25	36개월	3년	이 건들은 임상시험 대상으로 솔리리스주를 급여로 투여하는 것은 중단하나, 동등한 효능의 약제사용이 지속되므로 추후 6개월마다 모니터링을 지속함.	급여 투여중지 모니터링 지속
		여/44	18개월	1.5년		

5. 조혈모세포이식 요양급여대상 인정여부

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 인정하며, 적합하지 않은 경우에는 비승인 되어 선별급여로 결정합니다. 선별급여 대상 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 접수		293	161	3	129	
처리결과	급여	200	110	3	87	
	자료보완	9	0	0	9	
	선별급여	67	44	0	23	
	불가	0	0	0	0	
	취하	17	7	0	10	

* 신청기관 : 37개 요양기관

■ 심의내용

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
동종	총 161건	급여: 110건	급성골수성백혈병: 41건	(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: 18건	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 세포 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.
			골수형성이상증후군: 16건	(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.
			만성골수성백혈병: 4건	WHO criteria에서 제시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 (1) TKI 제제(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)에

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우 (2) T315I mutation 확인된 경우 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			비호지킨림프종: 8건	(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 경우로써 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.
			일차골수섬유증: 2건	일차골수섬유증의 예후지표인 DIPSS plus risk category 중고위험도(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.
			다발골수종: 4건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.) [별지2] <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>에서 "다발골수종은 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식 다음 각 호 1에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정함 ① 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종)을 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. 이 건의 일란성 쌍생아로부터의 1차 이식은 자가이식에 준하므로 동일 공여자(일란성 쌍생아)로부터 2차 이식을 동종조혈모세포이식의 요양급여대상으로 인정함.
			Activated PI3K delta syndrome(APDS): 1건	Activated PI3K delta syndrome(APDS) 상병으로 1차 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 요양기관에서 제출한 자료를 참고할 때, 환자 나이 및 상태를 고려하여 현재 악성림프종의 합병증이 발생하여 완전 관해 된 상태로 확인되고 동종조혈모세포이식이 적절하다고 판단되는바 요양급여대상자로 인정함.
			CNL/MF(Chronic Neutrophil leukiemia/ Myelofibrosis): 1건	CNL/MF 상병으로 1차 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 치료경과 및 예후를 평가할 때, 현재 안정적인 상태로 이식이 적절하다고 판단되어 요양급여대상으로 인정함.
			Blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasm: 1건	모구형질세포양수지상세포종양(BPDCN)으로 진단되어 1차 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출된 자료를 검토한 결과 완전관해로 확인되고 동종조혈모세포이식이 적절하다고 판단되는바 요양급여대상자로 인정함.
			판코니빈혈(Fanconianemia): 1건	판코니빈혈로 진단되어 1차 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 세포유전학검사나 분자유전학적검사 등으로 판코니빈혈로 진단이 확인되고 동종조혈모세포이식이 적절하다고 판단되는바 요양급여대상자로 요양급여대상자로 인정함.
			부신뇌백질이양증: 1건	동 건은 부신뇌백질이양증으로 진단받아 동종조혈모세포이식 예정으로, 유전자 검사 결과 확인되고, 환자의 현재 상태 및 영상자료를 참조하여 현재 상황이 이식이 필요하다고 판단되어 요양급여대상자로 인정함.
			혈구포식림프조직구증: 1건	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. 이 건은 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 진단되어 임상소견 상 HLH에 합당하다고 판단되며 최근 골

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				수검사에서 재발 확인되어 이식 적응증에 해당되는바 사례별 급여 인정함.
			Pyruvate kinase deficiency anemia: 1건	이 건은 Pyruvate kinase deficiency anemia로 진단되어 1차 혈연간 동종조혈모세포이식 예정으로 CBC, 유전자 검사, 환자 나이 및 수혈력 등을 고려하여 동종조혈모세포이식 적응증에 해당하는 바 사례별 요양급여 대상자로 인정함.
		선별급여: 44건	급성골수성백혈병: 16건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-1)에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 요양급여인정기준은 "(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우"로 규정하고 있음. 급성골수성백혈병으로 동종조혈모세포이식 예정인 이 건은 골수검사와 말초혈액검사 및 영상검사 결과 완전관해가 확인되지 않음. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 의하면 "조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다."로 규정하고 있음. 이 건은 시술일 현재 준 연령을 초과하여 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우이므로 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. 이 건은 급성골수성백혈병 상병으로 3차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 현재 3차 반일치 동종조혈모세포이식은 기준에 해당하지 않음. 또한 이 상병에 대한 3차 반일치 동

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료 성적 및 효과 등 의학적 타당성에 대한 근거가 미비하므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(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 골수이형성증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다. (2) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. 2) 제대혈이식 - HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개(locus 혹은 allele) 불일치(4/6)까지 인정한다.”고 명시되어 있음. 이 건은 급성골수성백혈병으로 진단되어 반일치 혈연동종조혈모세포이식 예정이나 국내외 공여자 검색 시행여부가 확인되지 않음. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidential)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”고 명시하고 있음. 이 건은 급성골수성백혈병으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 현재 2차 반일치 동종조혈모세포이식은 기준에 해당하지 않음. 또한, 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 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)의 요양급여인정기준은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우”로 규정하고 있음. 급성골수성백혈병으로 동종조혈모세포이식 예정인 이 건은 2차 재발된 상태로 완전관해가 확인되지 않음. 확인됨. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			급성림프모구백혈병: 5건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-3)에 의하면 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)의 요양급여인정기준은 “혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 인정함 (1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 ② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 ③ 염색체수 44 미만 (나) 진단시 1세미만 (다) 백혈구 수 100 X 109/L 이상 (라)진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Poor Steroid Response ② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) ③ Early T cell Precursor Phenotype (3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 (4) 2차 이상 완전관해된 경우”로 규정하고 있음. 이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정이나 영상검사 결과 완전관해가 확인되지 않음. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				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 - 혈연또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”고 명시하고 있음. 이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식은 사례별로 심의하여 결정하고 있으나 제출된 자료에서 ALL 고위험 소견 확인되지 않으며, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 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 - 혈연또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”고 명시하고 있음. 이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 4차 CR 상태로 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식은 사례별로 심의하여 결정하고 있으나 제출된 자료에서 ALL 고위험 소견 확인되지 않으며, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			골수형성이상증후군: 5건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-다에 의하면 “조혈모세포 2차 이식 - 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다.”고 명시되어 있음. 또한, 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. 골수형성이상증후군으로 진단되어 1차 동종조혈모세포이식 후 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인 이 건은 현재 골수형성이상증후군의 2차 이식 및 2차 반일치 이식은 고시인정 기준에 해당하지 않음. 따라서 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 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-다에 의하면 “조혈모세포 2차 이식 - 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다.”고 명시되어 있음. 따라서, 골수형성이상증후군(MDS)으로 진단되어 2차 동종조혈모세포이식 예정인 이 건은 2차 동종조혈모세포이식의 상기 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				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 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우 (2) 소아는 사례별로 결정함” 요양급여 대상임. 이 건은 골수형성이상증후군으로 진단되어 중간위험군에 해당되나 말초혈액검사 결과나 수혈요구도가 고시 기준에 해당되지 않아 현재 상황이 반드시 이식이 필요하다고 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			비호지킨림프종: 11건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표 2-가-7)-(1)에 의하면 비호지킨림프종의 요양급여인정기준은 “(가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 (나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함”으로 규정하고 있음. 이 건은 비호지킨림프종으로 동종조혈모세포이식 예정이나 추적 검사결과 부분반응 이상 확인 되지 않음. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 의하면 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.”로 규정하고 있음. 이 건은 시술일 현재 기준 연령을 초과하여 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우이므로 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				T-Lymphoblastic lymphoma/leukemia 상병은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호,

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-가에 해당하지 않는 상병이나 이 상병은 ALL의 인정기준에 준하여 사례별로 심의하고 있음. 이 건은 최근 제출된 반응평가 상 완전관해 확인되지 않아 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				T-Lymphoblastic lymphoma/leukemia 상병은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-가에 해당하지 않는 상병이나 이 상병은 ALL의 인정기준에 준하여 사례별로 심의하고 있음. 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 - 혈연또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”고 명시하고 있음. 이 건은 T-Lymphoblastic lymphoma/leukemia으로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 T-Lymphoblastic lymphoma/leukemia의 반일치 동종조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식은 사례별로 심의하여 결정하고 있음. 또한, 제출된 자료에서 genetic poor risk 소견 확인되지 않으며, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 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 - 혈연또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”고 명시하고 있음. 이 건은 비호지킨림프종으로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식은 사례별로 심의하여 결정함. 또한, 이 상병에 대한 반일치 이식은 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)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidential)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”고 명시하고 있음. 이 건은 비호지킨림프종으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식은 사례별로 심의하여 결정함. 또한, 이 상병에 대한 반일치 이식은 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.
			혈구포식림프조직구증 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidential)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”고 명시되어 있음. 이 건은 혈구포식림프조직구증으로 반일치 동종조혈모세포이

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				식 예정인바, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식은 사례별로 심의하여 결정함. 따라서 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			중증재생불량성빈혈: 3건	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.”로 규정하고 있음. 이 건은 중증재생불량성빈혈로 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식은 사례별로 심의하여 결정함. 또한, 제출된 말초혈액검사결과 Very severe Aplastic anemia에 해당되지 않고, 이 상병의 반일치 이식에 대한 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidential)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”고 명시하고 있음. 이 건은 중증재생불량성빈혈으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 현재 2차 반일치 동종 조혈모세포이식은 기준에 해당하지 않음. 또한, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				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)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. (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. 이건은 중증재생불량성빈혈로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사가 일치하지 않는바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			일차골수섬유증: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidential)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다. (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. 이건은 일차골수섬유증으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사가 일치하지 않는바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			신경모세포종: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidential)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”고 명시하고 있음. 이 건은 신경모세포종 상병으로 3차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 현재 3차 반일치 동종조혈모세포이식은 기준에 해당하지 않음. 또한 이 상병에 대한 3차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료 성적 및 효과 등 의학적 타당성에 대한 근거가 미비하므로 환자 측의 요청과 진료담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			자가면역질환 (Immune Thrombocytopenia): 1건	이 건은 소견서, CBC 자료 등에서 약제 치료만으로는 반응이 없는 것이 확인되어 동종조혈모세포이식이 필요할 것으로 판단되나, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제 4조(요양급여대상자기준)(별표)에 해당되지 않는 고시 기준 외 상병으로 현재까지 동 상병에 대한 조혈모세포이식의 임상연구 및 치료성적 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
		취하: 7건		
제대혈	**총 3건**	**급여: 3건**	급성골수성백혈병: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 급성골수성백혈병의 요양급여 인정기준은 다음과 같음. (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.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			급성림프모구백혈병: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 급성림프모구백혈병에서 요양급여 인정기준은 다음과 같음. 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 (4) 2차 이상 완전관해된 경우 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			중증재생불량성빈혈: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 중증재생불량성빈혈의 요양급여 인정기준은 다음과 같음. 골수검사결과 세포충실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25%이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포 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.
자가	총 129건	급여: 87건	비호지킨림프종: 39건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				나-1)-(1)-(나))에 의하면, 자가조혈모세포이식 중 비호지킨 림프종에 대한 요양급여 인정기준은 다음과 같음. 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음중 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 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-1)-(1)-(나))에 의하면, 자가조혈모세포이식 중 비호지킨 림프종에 대한 요양급여 인정기준은 다음과 같음. 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.
			다발골수종: 34건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(1)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우”에 요양급여 대상자로 인정됨.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				IMWG에서 제시한 다발골수종의 진단기준에 해당되어 요양급여 대상자로 인정함.
			호지킨림프종: 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-1)-(2)에 의하면, 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 “표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우”에 요양급여 대상자로 인정됨. 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			급성골수성백혈병 : 4건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-2)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)에 대한 요양급여 인정기준은 다음과 같음. (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.
			AL 아밀로이드증: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(2)에 의하면, AL 아밀로이드증(AL amyloidosis)에 대한 요양급여 인정기준은 다음과 같음. IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단기준에 만족하는 경우 다만, ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기부전(심·신·간·폐부전)이 아닌 경우 이 건의 경우 위 고시에 부합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			수모세포종 (Medulloblastoma)ⓣ : 3건	<2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.)에 의하면, 수모세포종(Medulloblastoma)은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여 대상자 기준)의 기준 별표 2-나-9)-(1)-(가)에 의하여 수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 경우로서 “① 진단 시 3세 이하 ② 수술 후 잔여종괴가 1.5㎠ 이상인 경우 ③ 두개강내 전이가 있는 경우 ④ Anaplastic type” 중 하나에 해당하는 경우에 적합하다고 판단되는 경우이어야 하고, 또한 위 인정기준에 적합하여 시행하는 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)에 대하여는 “가. 신경모세포종, 수모세포종 (Medulloblastoma),원시성신경외배엽종

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				양(PNET),비정형기형/횡문근종양 (AT/RT) : 1차, 2차 자가조혈모 세포이식, 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 요양급여대상자로 인정됨. 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			신경모세포종(Neuroblastoma)ⓣ: 2건	<2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.)에 의하면, 신경모세포종은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여 대상자 기준)의 기준 별표 2-나-9)-(1)-(가)에 의하여 (1) 진단 시 1세 이상이면서 수술 또는 항암제 등으로 부분반응이상을 보이는 Stage IV 또는 N-myc 증폭(+)인 Stage II 이상인 경우 (2) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우(※ N-myc증폭(+)인 경우 나이에 상관없이 고위험군에 해당) 중 하나에 해당하는 경우에 적합하다고 판단되는 경우이어야 하고, 또한 위 인정기준에 적합하여 시행하는 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)에 대하여는 “가. 신경모세포종, 수모세포종 (Medulloblastoma),원시성신경외배엽종양(PNET),비정형기형/횡문근종양 (AT/RT) : 1차, 2차 자가조혈모 세포이식, 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 요양급여대상자로 인정됨. 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			비정형기형/횡문근종양(AT/RT)ⓣ: 1건	<2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.)에 의하면, 비정형기형/횡문근종양(AT/RT)은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여 대상자 기준)의 기준 별표 2-나-9)-(1)-(가)에 의하여 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 적합하다고 판단되는 경우이어야 하고, 또한 위 인정기준에 적합하여 시행하는 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)에 대하여는 “가. 신경모세포종, 수모세포종 (Medulloblastoma),원시성신경외배엽종양(PNET),비정형기형/횡문근종양 (AT/RT) : 1차, 2차 자가조혈모 세포이식, 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 요양급여대상자로 인정됨.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
		자료보완 : 9건	다발골수종: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(1)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우”에 요양급여 대상자로 인정됨. 이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종 진단기준을 만족하지 않아 기준에 해당하지 않음. 따라서 환자 측의 요청과 진료담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 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-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨. 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 또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨. 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

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				이 건의 경우 1차 자가조혈모세포이식 예정으로 최근 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태여부 판단이 곤란함. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 골수검사가 필요하므로 자료보완토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨. 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 또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨. 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 이 건의 경우 1차 자가조혈모세포이식 예정으로 최근 영상검사가 제출되지 아니하여 부분반응 이상 판단이 곤란함. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 반응평가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				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 또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨. 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 이 건의 경우 비호지킨림프종으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정이나, measure 및 영상자료가 제출되지 않아 PR 판정이 곤란함. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.
		선별급여 : 23건	비호지킨림프종: 14건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨. 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)

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				(단, stage I 완전관해 제외) ⑤ Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) ⑥ Primary CNS Lymphoma 또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨. 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 이 건은 비호지킨림프종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 추적 검사결과 부분반응 이상의 반응을 보인 것으로 판단하기 어려움. 이 건의 경우는 위 기준을 충족하지는 못하나 환자측의 요청과 진료 담당의사의 의학적 판단에 따라 조혈모세포이식술을 실시한 경우이므로 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-가에 의하면 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.”로 규정하고 있음. 이 건은 현재 기준 연령을 초과하여 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우이므로 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				Subcutaneous panniculitis like T cell lymphoma는 고시 기준 외 상병으로 재발 또는 불응성인 경우 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되면 사례별 급여인정하고 있음. 그러나 이 건의 경우 표준항암요법 후 1차 부분반응 이상 상태이므로 위 기준을 충족하지는 못하나, 환자 측의 요청에 따라 진료담당의사의 의학적인 판단에 의해 자가조혈모세포

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				이식술을 실시한 경우, 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-나1)-(1)-(가)-②에 Diffuse Large B cell lymphoma는 “LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV인 경우”로 로 규정하고 있음. 이 건은 비호지킨림프종 (Diffuse Large B cell lymphoma)으로 진단받았으나 표준항암화학요법 진행 전 시행한 LDH 검사결과가 정상보다 높은 경우로 확인되지 않음. 이 건의 경우는 위 기준을 충족하지는 못하나 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 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-나1)-(1)-(가)-②에 의하면 Diffuse Large B cell lymphoma는 “LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV인 경우”에 요양급여 대상자로 인정됨. 이 건은 비호지킨림프종((Diffuse Large B cell lymphoma)으로 진단받았으나, Ann Arbor stage III 이상으로 확인되지 않음. 이 건의 경우는 위 기준을 충족하지는 못하나 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				비호지킨림프종(Lymphoblastic Lymphoma)은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(나)-①에 해당하지 않더라도, 완전관해 시 사례별 급여인정하고 있음. 이 건은 비호지킨림프종(Lymphoblastic Lymphoma)으로 진단되어 표준항암화학요법 후 시행한 영상검사에서 완전 관해 확인이 되지 않음. 따라서 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 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-나1)-(2)에 의하면 전형호지킨 림프종(Classical hodgkin lymphoma)의 요양급여인정기준은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우로 되어있음.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				이 건은 제출된 소견서 및 조직검사결과 상 호지킨 림프종으로 판단되나 Nodular lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma는 비전형 호지킨 림프종으로 고시기준에 해당하지 않음. 따라서 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				이 건은 Mature T cell leukemia로 진단되어 1차 자가 조혈모세포이식위해 신청된 사례로 제출된 자료를 검토한 결과 T-cell, chronic leukemia에 해당하는 것으로 판단되어 동종 조혈모세포이식이 권유됨. 그러나 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 자가 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			다발골수종: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 일반기준에 의하면, “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.”에 해당 될 때 요양급여 대상자로 인정됨. 이 건은 현재 기준 연령을 초과하여 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우이므로 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			AL아밀로이드증 (AL amyloidosis): 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표)2-나-4)-(2)에 의하면, AL 아밀로이드증(AL amyloidosis)은 IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단기준에 만족하는 경우이며, 다만 ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기부전(심·신·간·폐부전)이 아닌 경우 에 요양급여 대상자로 인정됨. Amyloidosis로 자가 조혈모세포이식예정인 이 건은 제출한 진료내역을 검토한 결과 AL type 유전분증으로 확인되지 아니하여 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			신경모세포종 (Neuroblastoma)ⓣ: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 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"에 요양급여 대상자로 인정됨. 이 건은 신경모세포종 상

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				병에 Tandem Transplantation을 예정하고 있는 건으로 최근 시행한 골수검사에서 이식에 적합한 골수상태가 확인되지 않아 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			송과체아세포종 (Pineoblastoma): 2건	<2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.)에 의하면 "2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 자가 조혈모세포이식(Tandem Transplantation)은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT), (나) 다발골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여토록 되어있음. 이 건은 송과체아세포종으로 진단받고 Tandem transplantation 신청되었으나, 상기 기준에 해당하지 않음. 또한, 이 상병에 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한 바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Poorly differentiated chordoma: 1건	Chordoma는 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제 4조(요양급여대상자 기준) (별표) 어디에도 해당되지 않으며, 현재까지 chordoma 상병에 대한 조혈모세포이식의 임상연구 및 치료성적 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Choroid Plexus Carcinomaⓣ: 1건	<2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.)에 의하면 "2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 자가 조혈모세포이식(Tandem Transplantation)은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT), (나) 다발골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여토록 되어있음. 이 건은 Choroid Plexus Carcinoma으로 진단받고 Tandem transplantation 신청되었으나, 상기 기준에 해당하지 않으며, 현재까지 이 상병에 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한 바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Choroid Plexus Carcinoma: 1건	Choroid Plexus Carcinoma는 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				(요양급여대상자기준)(별표)에 해당하지 않으며, 현재까지 동 상병에 대한 조혈모세포이식의 임상연구 및 치료성적 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Anaplastic Ependymoma: 1건	<2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.)에 의하면 "2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 자가 조혈모세포이식(Tandem Transplantation)은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT), (나) 다발골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여토록 되어있음. 이 건은 Anaplastic Ependymoma로 진단되어 2차 자가조혈모세포이식 예정이나 상기 기준에 해당하지 않음. 따라서 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
		취하: 10건		
계	293			

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

[별첨] 조혈모세포이식 요양급여대상 결정현황

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정사항
1	동종조혈모	남	33	만성골수성백혈병(CML)	급여
2	동종조혈모	여	24	activated PI3K delta syndrome(APDS)	급여
3	동종조혈모	남	55	CNL/MF	급여
4	동종조혈모	여	31	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	급여
5	동종조혈모	남	35	다발골수종(MM)	급여
6	동종조혈모	여	56	다발골수종(MM)	급여
7	동종조혈모	남	48	다발골수종(MM)	급여
8	동종조혈모	여	50	급성골수성백혈병(AML)	급여
9	동종조혈모	여	41	급성골수성백혈병(AML)	급여
10	동종조혈모	남	34	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	급여
11	동종조혈모	남	3	만성골수성백혈병(CML)	급여
12	동종조혈모	남	37	급성골수성백혈병(AML)	급여
13	동종조혈모	여	37	Blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasm	급여
14	동종조혈모	여	55	급성골수성백혈병(AML)	급여
15	동종조혈모	남	20	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
16	동종조혈모	남	56	비호지킨림프종	급여
17	동종조혈모	남	60	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
18	동종조혈모	남	19	T-lymphoblasticlymphoma,stageIVB	급여
19	동종조혈모	여	28	급성골수성백혈병(AML)	급여
20	동종조혈모	여	51	급성골수성백혈병(AML)	급여
21	동종조혈모	여	55	골수형성이상증후군(MDS)	급여
22	동종조혈모	여	51	골수형성이상증후군(MDS)	급여
23	동종조혈모	남	15	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	급여
24	동종조혈모	남	34	골수형성이상증후군(MDS)	급여
25	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(MDS)	급여
26	동종조혈모	남	53	비호지킨림프종	급여
27	동종조혈모	남	48	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	급여
28	동종조혈모	여	42	급성골수성백혈병(AML)	급여
29	동종조혈모	여	58	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
30	동종조혈모	여	46	다발골수종(MM)	급여
31	동종조혈모	여	9	급성골수성백혈병(AML)	급여
32	동종조혈모	여	57	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	급여
33	동종조혈모	남	40	급성골수성백혈병(AML)	급여
34	동종조혈모	여	8	판코니빈혈(Fanconianemia)	급여
35	동종조혈모	여	19	만성골수성백혈병(CML)	급여
36	동종조혈모	여	54	급성골수성백혈병(AML)	급여
37	동종조혈모	남	9	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
38	동종조혈모	여	35	급성골수성백혈병(AML)	급여
39	동종조혈모	여	46	급성골수성백혈병(AML)	급여
40	동종조혈모	여	50	골수형성이상증후군(MDS)	급여
41	동종조혈모	여	53	급성골수성백혈병(AML)	급여
42	동종조혈모	남	60	비호지킨림프종	급여
43	동종조혈모	남	51	급성골수성백혈병(AML)	급여
44	동종조혈모	남	45	급성골수성백혈병(AML)	급여
45	동종조혈모	남	37	비호지킨림프종	급여
46	동종조혈모	남	20	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
47	동종조혈모	남	8	부신뇌백질이양증	급여
48	동종조혈모	남	27	만성골수성백혈병(CML)	급여
49	동종조혈모	남	11	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	급여
50	동종조혈모	남	2	급성림프모구백혈병(ALL)	급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정사항
51	동종조혈모	남	55	골수형성이상증후군(MDS)	급여
52	동종조혈모	여	45	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
53	동종조혈모	남	37	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
54	동종조혈모	남	35	골수형성이상증후군(MDS)	급여
55	동종조혈모	여	14	비호지킨림프종	급여
56	동종조혈모	남	18	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
57	동종조혈모	여	38	급성골수성백혈병(AML)	급여
58	동종조혈모	여	52	급성골수성백혈병(AML)	급여
59	동종조혈모	여	45	급성골수성백혈병(AML)	급여
60	동종조혈모	남	43	급성골수성백혈병(AML)	급여
61	동종조혈모	여	61	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	급여
62	동종조혈모	남	34	비호지킨림프종	급여
63	동종조혈모	남	40	비호지킨림프종	급여
64	동종조혈모	남	56	골수형성이상증후군(MDS)	급여
65	동종조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	급여
66	동종조혈모	여	54	골수형성이상증후군(MDS)	급여
67	동종조혈모	남	38	급성골수성백혈병(AML)	급여
68	동종조혈모	남	28	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	급여
69	동종조혈모	남	55	급성골수성백혈병(AML)	급여
70	동종조혈모	여	57	급성골수성백혈병(AML)	급여
71	동종조혈모	여	39	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
72	동종조혈모	남	50	급성골수성백혈병(AML)	급여
73	동종조혈모	남	19	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	급여
74	동종조혈모	여	64	급성골수성백혈병(AML)	급여
75	동종조혈모	여	50	골수형성이상증후군(MDS)	급여
76	동종조혈모	여	48	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
77	동종조혈모	여	57	골수형성이상증후군(MDS)	급여
78	동종조혈모	남	45	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
79	동종조혈모	여	49	급성골수성백혈병(AML)	급여
80	동종조혈모	남	48	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	급여
81	동종조혈모	여	52	급성골수성백혈병(AML)	급여
82	동종조혈모	여	39	급성골수성백혈병(AML)	급여
83	동종조혈모	여	53	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
84	동종조혈모	남	20	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
85	동종조혈모	남	24	급성골수성백혈병(AML)	급여
86	동종조혈모	여	44	골수형성이상증후군(MDS)	급여
87	동종조혈모	여	3	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	급여
88	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	급여
89	동종조혈모	여	64	급성골수성백혈병(AML)	급여
90	동종조혈모	남	37	골수형성이상증후군(MDS)	급여
91	동종조혈모	남	62	골수형성이상증후군(MDS)	급여
92	동종조혈모	여	31	골수형성이상증후군(MDS)	급여
93	동종조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	급여
94	동종조혈모	남	61	급성골수성백혈병(AML)	급여
95	동종조혈모	여	18	중증재생불량성빈혈(Severea plastic anemia)	급여
96	동종조혈모	여	56	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
97	동종조혈모	남	27	급성골수성백혈병(AML)	급여
98	동종조혈모	여	49	급성골수성백혈병(AML)	급여
99	동종조혈모	여	47	급성골수성백혈병(AML)	급여
100	동종조혈모	여	40	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
101	동종조혈모	남	21	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
102	동종조혈모	남	62	급성골수성백혈병(AML)	급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정사항
103	동종조혈모	남	1	혈구포식림프조직구증(HLH)	급여
104	동종조혈모	남	53	급성골수성백혈병(AML)	급여
105	동종조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	급여
106	동종조혈모	남	61	급성골수성백혈병(AML)	급여
107	동종조혈모	남	59	급성골수성백혈병(AML)	급여
108	동종조혈모	여	4	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
109	동종조혈모	여	6	Pyruvate kinase deficiency	급여
110	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(MDS)	급여
111	동종조혈모	남	16	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	선별급여
112	동종조혈모	여	57	비호지킨림프종	선별급여
113	동종조혈모	여	34	ITP	선별급여
114	동종조혈모	여	35	비호지킨림프종	선별급여
115	동종조혈모	여	67	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
116	동종조혈모	여	29	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
117	동종조혈모	여	5	비호지킨림프종	선별급여
118	동종조혈모	남	36	비호지킨림프종	선별급여
119	동종조혈모	남	46	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
120	동종조혈모	남	62	비호지킨림프종	선별급여
121	동종조혈모	여	44	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
122	동종조혈모	남	30	비호지킨림프종	선별급여
123	동종조혈모	여	65	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
124	동종조혈모	여	66	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
125	동종조혈모	남	5	신경모세포종(Neuroblastoma)	선별급여
126	동종조혈모	남	22	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	선별급여
127	동종조혈모	남	47	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	선별급여
128	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
129	동종조혈모	남	49	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
130	동종조혈모	남	51	비호지킨림프종	선별급여
131	동종조혈모	남	22	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
132	동종조혈모	여	56	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
133	동종조혈모	여	35	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
134	동종조혈모	남	24	비호지킨림프종	선별급여
135	동종조혈모	남	44	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
136	동종조혈모	여	61	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
137	동종조혈모	남	52	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
138	동종조혈모	남	59	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
139	동종조혈모	여	65	비호지킨림프종	선별급여
140	동종조혈모	남	54	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
141	동종조혈모	여	45	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
142	동종조혈모	남	34	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
143	동종조혈모	여	14	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
144	동종조혈모	여	17	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
145	동종조혈모	남	16	비호지킨림프종	선별급여
146	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
147	동종조혈모	남	21	비호지킨림프종	선별급여
148	동종조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
149	동종조혈모	여	17	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	선별급여
150	동종조혈모	여	12	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
151	동종조혈모	여	57	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
152	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
153	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
154	동종조혈모	남	17	혈구포식림프조직구증(HLH)	선별급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정사항
155	동종조혈모	여	46	급성림프모구백혈병(ALL)	취하
156	동종조혈모	여	14	급성림프모구백혈병(ALL)	취하
157	동종조혈모	남	19	급성림프모구백혈병(ALL)	취하
158	동종조혈모	여	64	골수형성이상증후군(MDS)	취하
159	동종조혈모	여	26	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	취하
160	동종조혈모	남	60	급성골수성백혈병(AML)	취하
161	동종조혈모	남	64	비호지킨림프종	취하
162	제대혈조혈모	여	8	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
163	제대혈조혈모	남	19	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	급여
164	제대혈조혈모	여	4	급성골수성백혈병(AML)	급여
165	자가조혈모	여	42	AL아밀로이드증(ALamyloidosis)	급여
166	자가조혈모	남	47	다발골수종(MM)	급여
167	자가조혈모	남	16	비호지킨림프종	급여
168	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종	급여
169	자가조혈모	남	37	비호지킨림프종	급여
170	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	급여
171	자가조혈모	여	41	비호지킨림프종	급여
172	자가조혈모	여	45	다발골수종(MM)	급여
173	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종	급여
174	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	급여
175	자가조혈모	남	24	호지킨림프종	급여
176	자가조혈모	남	46	다발골수종(MM)	급여
177	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	급여
178	자가조혈모	남	36	비호지킨림프종	급여
179	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종	급여
180	자가조혈모	여	21	비호지킨림프종	급여
181	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종	급여
182	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종	급여
183	자가조혈모	여	50	다발골수종(MM)	급여
184	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	급여
185	자가조혈모	남	43	다발골수종(MM)	급여
186	자가조혈모	남	42	비호지킨림프종	급여
187	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종	급여
188	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
189	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종	급여
190	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	급여
191	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종	급여
192	자가조혈모	남	58	급성골수성백혈병(AML)	급여
193	자가조혈모	여	58	비호지킨림프종	급여
194	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종	급여
195	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	급여
196	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종	급여
197	자가조혈모	여	56	비호지킨림프종	급여
198	자가조혈모	남	53	다발골수종(MM)	급여
199	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종	급여
200	자가조혈모	남	42	다발골수종(MM)	급여
201	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	급여
202	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	급여
203	자가조혈모	남	52	비호지킨림프종	급여
204	자가조혈모	남	41	다발골수종(MM)	급여
205	자가조혈모	남	44	비호지킨림프종	급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정사항
206	자가조혈모	남	4	비호지킨림프종	급여
207	자가조혈모	여	49	비호지킨림프종	급여
208	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	급여
209	자가조혈모	남	53	급성골수성백혈병(AML)	급여
210	자가조혈모	남	54	비호지킨림프종	급여
211	자가조혈모	남	45	다발골수종(MM)	급여
212	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종	급여
213	자가조혈모	남	22	비호지킨림프종	급여
214	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	급여
215	자가조혈모	남	45	다발골수종(MM)	급여
216	자가조혈모	남	51	비호지킨림프종	급여
217	자가조혈모	남	49	비호지킨림프종	급여
218	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종	급여
219	자가조혈모	남	31	비호지킨림프종	급여
220	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	급여
221	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종	급여
222	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종	급여
223	자가조혈모	여	47	다발골수종(MM)	급여
224	자가조혈모	여	58	비호지킨림프종	급여
225	자가조혈모	여	17	유윙종양	급여
226	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
227	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	급여
228	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	급여
229	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종	급여
230	자가조혈모	남	35	호지킨림프종	급여
231	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	급여
232	자가조혈모	여	35	비호지킨림프종	급여
233	자가조혈모	남	51	다발골수종(MM)	급여
234	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	급여
235	자가조혈모	여	49	다발골수종(MM)	급여
236	자가조혈모	여	57	비호지킨림프종	급여
237	자가조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	급여
238	자가조혈모	남	47	다발골수종(MM)	급여
239	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	급여
240	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종	급여
241	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	급여
242	자가조혈모	남	48	다발골수종(MM)	급여
243	자가조혈모	남	35	급성골수성백혈병(AML)	급여
244	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종	급여
245	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종	급여
246	Tandem(자가-자가)	남	5	비정형기형/횡문근종양(AT/RT)ⓣ	급여
247	Tandem(자가-자가)	남	3	신경모세포종(Neuroblastoma)ⓣ	급여
248	Tandem(자가-자가)	여	13	수모세포종(Medulloblastoma)ⓣ	급여
249	Tandem(자가-자가)	여	15	신경모세포종(Neuroblastoma)ⓣ	급여
250	Tandem(자가-자가)	여	11	수모세포종(Medulloblastoma)ⓣ	급여
251	Tandem(자가-자가)	여	13	수모세포종(Medulloblastoma)ⓣ	급여
252	자가조혈모	남	37	비호지킨림프종	선별급여
253	자가조혈모	여	54	비호지킨림프종	선별급여
254	자가조혈모	남	10	poorlydifferentiatedchordoma	선별급여
255	자가조혈모	남	48	비호지킨림프종	선별급여
256	자가조혈모	여	68	비호지킨림프종	선별급여
257	자가조혈모	남	51	비호지킨림프종	선별급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정사항
258	자가조혈모	남	22	비호지킨림프종	선별급여
259	자가조혈모	여	53	비호지킨림프종	선별급여
260	자가조혈모	여	68	다발골수종(MM)	선별급여
261	자가조혈모	남	34	비호지킨림프종	선별급여
262	자가조혈모	남	2	Choroid Plexus Carcinoma	선별급여
263	자가조혈모	남	68	비호지킨림프종	선별급여
264	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종	선별급여
265	자가조혈모	여	33	AL아밀로이드증(AL amyloidosis)	선별급여
266	자가조혈모	남	2	송과체아세포종(Pineoblastoma)	선별급여
267	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종	선별급여
268	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종	선별급여
269	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종	선별급여
270	자가조혈모	여	66	비호지킨림프종	선별급여
271	Tandem(자가-자가)	남	8	신경모세포종(Neuroblastoma)ⓣ	선별급여
272	자가 후 자가	남	5	AnaplasticEpendymoma	선별급여
273	자가 후 자가	남	4	송과체아세포종(Pineoblastoma)	선별급여
274	자가 후 자가	여	2	Choroid Plexus Carcinoma	선별급여
275	자가조혈모	여	37	비호지킨림프종	자료보완
276	자가조혈모	남	53	비호지킨림프종	자료보완
277	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종	자료보완
278	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종	자료보완
279	자가조혈모	남	35	비호지킨림프종	자료보완
280	자가조혈모	여	44	다발골수종(MM)	자료보완
281	자가조혈모	남	51	비호지킨림프종	자료보완
282	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종	자료보완
283	자가조혈모	남	51	비호지킨림프종	자료보완
284	자가조혈모	남	34	비호지킨림프종	취하
285	자가조혈모	여	52	비호지킨림프종	취하
286	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종	취하
287	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종	취하
288	자가조혈모	여	27	비호지킨림프종	취하
289	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종	취하
290	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종	취하
291	자가조혈모	남	44	비호지킨림프종	취하
292	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종	취하
293	자가조혈모	남	40	비호지킨림프종	취하

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

<지역심사평가위원회 심의사례>

요양급여비용 사후 심사 건

6. Somatropin 주사제(성장호르몬제)(품명: 유트로핀주 등) 인정여부

■ 청구내역 (여/52세)

- 청구 상병명: 상세불명의 수막의 양성 신생물, 뇌하수체 기능저하
- 주요 청구내역

  241 유트로핀주(인성장호르몬)(수출명:엘지유트로핀주노벨-유트로핀주럭트로핀주골드트로핀주)/B 1*24*1

■ 진료내역

2008년 뇌수막종(Meningioma) 진단받아 종양제거술 시행 후 2010년 재수술 및 방사선 치료받은 환자로, 두통 및 체중증가로 외래 내원함.

※ 뇌하수체 호르몬 관련 약제 복용내역 확인되지 않음.

■ 심의결과 및 심의내용

○ 이 건(여/52세)은 뇌수막종(Meningioma)으로 양측 종양제거술을 시행 후 적절한 대체요법을 시행받지 않은 상태에서 인슐린유발저혈당검사(Insulin-induced hypoglycemia)를 시행하여 성장호르몬 감소를 확인 후 유트로핀주 최초투여한 건으로 Somatropin 주사제((품명:유트로핀주)의 인정여부에 대해 논의함.

○ Somatropin 주사제(성장호르몬제)(품명:유트로핀주 등)는 식품의약품안전처 및 급여기준(보건복지부 고시 제2014-127호, 2014.8.1.시행)에 성인기 개시형 결핍증(Adult onset)인 경우 성장호르몬 대체요법을 시작하기 전에 시상하부 또는 뇌하수체 질환 등에 의한 2차적 성장호르몬 결핍증과 적어도 한 가지 이상의 다른 호르몬 결핍증(프로락틴 제외)이 진단되고 적절한 대체요법을 받고 있는 경우 인정하고 있음.

또한, 성장호르몬 결핍증 진단 기준으로 성장호르몬 분비 자극검사〔인슐린 부하검사(ITT), GHRH 자극검사, L-dopa 자극검사, Arginine 자극검사, Clonidine 자극검사, 글루카곤(Glucagons)〕 중 최소한 2가지 이상의 검사를 시행하여 자극된 최대 혈청 성장호르몬 농도가 5ng/ml(또는 5㎍/L) 이하로 진단된 경우에 한하여 인정하나, 인슐린 부하검사(ITT)를 한 경우는 1가지 검사만으로도 최대 혈청 성장호르몬 농도가 5ng/ml(또는 5㎍/L) 이하이면 인정함.

○ 제출된 진료기록부 등을 참조해볼 때, 인슐린유발저혈당검사(Insulin-induced hypoglycemia)를 시행하여 성장호르몬 결핍증은 확인되나, 다른 호르몬 결핍증이 확인되지 않으므로 성장호르몬 단독결핍에 투여한 유트로핀주는 식품의약품안전처 허가사항 및 관련 고시에 따라 인정하지 아니함.

■ 참고

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

○ Somatropin 주사제(성장호르몬제)(품명:유트로핀주 등)(보건복지부 고시 제2014-127호, 2014.8.1. 시행)

○ 식품의약품안전처장 허가사항 (유트로핀주)

○ Dennis Kasper, et al. Harrison's principles of internal medicine. McGraw-Hill Education. 2015.

[2017.9.21. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

7. 진료내역 등 참조, 조634 경피적 경막외강 신경성형술 후 투여한 levofloxacin 경구제 인정여부

■ 청구내역(여/43세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애, 상세불명의 관절염-어깨부분, 요통-요추부
- 주요청구내역 항분류삭제함

조-634 경피적 경막외강 신경성형술 (SZ634)	1*1*1	[비급여] (4/4일)
629 레보박터정(레보플록사신 0.1g/1정)/A	1*3*12	(4/4~4/15)
618 파제론주사(세파제돈나트륨 1g/1병)/B	1*1*1	(4/4)

■ 진료내역

○ 경과기록

[2017.4.4.]

- C/C: LBP c Lt. leg radiating pain (++)
- P/I: 최근 왼 발목으로 많이 아팠다고 함. 절뚝거리면서 걸었다고 함. 약 5일 전부터는 좀 더 낫다고 함. 현재 혈압약 복용 중
- N/E: SLRT 70/70, Motor ok, Rec: PEN L4-5, Lt. (racz), 증상 지속 시 TLIF L5-S1 → adm.
- 수술 후 기록: 수술명 PEN L4-5, Lt. (racz), 수술 후 진단명: same
  수술 후 특이사항 cath'가 L5-S1 Lt foraminal로만 들어감. 관 유치 후 약 사용함. 약은 올라감.

[2017.4.5.] <POD 1 환자 상태> P/E: Op site discomfort

[2017.4.6.] <POD 2> Rt. Upper arm pain 어깨 돌릴 때도 통증 → SSNB or TPI on Rt. shoulder
C-MRI: C3-4 Rt. HNP

[2017.4.7.] <POD 3> SSNB 후 우측 통증 후 많이 좋아짐.

[2017.4.8.] ▶ 퇴원, 치료결과 및 합병증: 호전(+)

■ 심의결과 및 심의내용

○ 이 사례(여/43세)는 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애, 상세불명의 관절염-어깨부분, 요통-요추부 등 상병으로 5일간('17.4/4~4/8) 입원하여 경피적 경막외강 신경성형술(4/4)을 시행하고, 파제론주사 1일(1g×1×1), 레보박터정 12일(0.1g X 3×12) 청구한 건임.

○ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표 1] 요양급여의 적용기준 및 방법(제5조 제1항 관련) 3. 약제의 지급 (5)에 따르면 항생제 등 오남용의 폐해가 우려되는 의약품은 환자의 병력·투약력 등을 고려하여 신중하게 처방·투여하여야 한다고 되어 있음. 또한, 항생제 일반원칙(고시 제2013-127호, 2013.9.1.시행)에 의하면 항생제는 환자의 병력 등을 참조하여 허가사항 범위 내에서 1차 약제부터 단계적으로 사용하도록 되어 있고, Levofloxacin 경구제(고시 제2016-83호, 2016.6.1.시행)는 1차 약제 투여로 증상이 호전되지 않는 환자에게 투여하는 것을 원칙으로 하고 있음.

○ 따라서, 경피적 척추수술에 청구한 1차 약제인 파제론주사는 인정하고, 레보박터정(레보플록사신) 경구제는 1차 약제 투여 금기 또는 치료실패 등 관련 내용 확인되지 않아 인정하지 아니함.

■ 참고

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

○ 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제3부 행위 비급여 목록

○ [일반원칙]항생제(보건복지부 고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행)

○ Levofloxacin 경구제(품명: 레보펙신정 등) (보건복지부 고시 제2016-83호(약제), 2016.6.1. 시행)

[2017.6.22. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

8. 진료내역 참조 나239나 프로칼시토닌-정량검사 인정여부

■ 청구내역(여/78세)

- 청구 상병명: 비특이성 장간막림프절염, 상세불명의 세균감염, 달리 분류되지 않은 백혈구의 이상, 상세불명의 열
- 주요청구내역 항분류삭제함

612 아주아미카신황산염주사250밀리그람/B	1*1*2
618 세피라드주1그람(세프피라미드나트륨)/B	1*1*1 1*2*4
618 트리손키트2그람주/B	1*1*7 1*2*11
629 레브록신주100밀리리터(레보플록사신)/B	1*1*18
나239나 프로칼시토닌-정량 (C2392)	1*1*1

■ 진료내역

○ 경과기록

[2017.1.18] C/C: G. weakness, poor oral intake(+) onset) 1주일 전
P/Hx: stroke with HTN (요양병원에서 복용함)
op Hx: (+): L spine HIVD

[2017.1.21.] BT 37.5도, fever 지속되어 복부CT 시행

[2017.1.22.] BT 38.1도

[2017.1.23.] BT 37.9도 항생제 사용중에도 지속되는 발열이 있어 항생제 변경함. CTX iv+levoflexine iv

[2017.2.8.] 1/18 poor oral intake with G weakness anorexia를 주소로 내원하여 입원 관찰 중 입원 당일부터 고열이 지속적으로 관찰되고 있음. 동반된 증상으로는 시행한 chest CT에서 multiple variable sized round nodules on both ling, r/o hematogeneous lung metastasis 소견 관찰됨. hidden malignancy(lymphoma)등에 대한 평가위해 대학병원 진료의뢰

○ 혈액검사결과

[2017.1.18.] WBC/ESR/CRP 14,560 / 120 / 8.53

[2017.1.21.] WBC/ESR/CRP 14,410 / 83 / 6.53

[2017.1.23.] WBC/ESR/CRP 12,700 / 78 / 11.12

* 참고치 WBC: 4.0~10.0 CRP: 0.00~0.50 ESR: 0~20 PCT: 0.05ng/ml미만

■ 심의결과 및 심의내용

○ 이 건(여/78세)은 비특이성 장간막림프절염, 상세불명의 세균감염 상병으로 내원하여 23일 동안 입원한 환자로 발열 및 염증소견으로 세균감염 및 패혈증 진단을 위해 프로칼시토닌(정량) 1x1 시행한 사례임.

○ 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙에 따르면 요양급여는 진료의 필요가 있다고 인정되는 경우에 정확한 진단을 토대로 하여 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하여야 하며, 각종 검사 및 치료 행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 한다고 되어 있음. 또한, 나239-나 프로칼시토닌(정량) 검사는 고시 제2015-129호로 급여 전환된 검사로 전신성 염증반응증후군 (SIRS)이 있는 환자나 패혈증이 의심되는 환자에서 패혈증 및 박테리아성 감염을 진단하기 위해 시행하는 검사임. 전신성 염증반응증후군 (SIRS)는 다음 4가지 징후 ((1) 발열(구강으로 측정한 체온>38℃) 혹은 저체온(<36℃); (2) 빠른 호흡(>24회/분); (3) 빠른 맥(>90/분); (4) 백혈구 증가(>12,000/㎕), 백혈구 감소(<4,000/㎕), 혹은>10% band form.)중 2가지 이상이 확인되는 경우 인정가능하며 폐렴 환자에서도 유용한 검사이나 명백한 바이러스 감염이 증명되거나 의심될 때 프로칼시토닌 검사는 지양해야함.

○ 따라서, 제출된 진료기록부상 수진자의 증상 및 객관적인 검사소견(영상자료, 혈액검사결과 등)을 참조, 혈액검사결과상 백혈구수가 상승(14,560/㎕)하였고 항생제 사용 중에도 고열(38.1도)이 확인되는 등 전신성 염증반응증후군(SIRS)소견 및 박테리아 감염의 가능성을 보이므로 나239나 프로칼시토닌(정량) 검사는 인정함.

■ 참고

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

○ 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제2장

[2017.6.21 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

9. 다제내성 결핵환자에게 산정한 가10 격리실 입원료 및 나405나 미생물 배양 및 동정검사 횟수 인정여부

■ 청구내역 (여/52세)

- 청구 상병명: 세균학적 및 조직학적으로 확인된 공동이 없거나 상세불명의 기타 호흡기 결핵, 광범위약제내성 결핵
- 주요 청구내역

가10나(2)(가) 격리실 입원료-음압 격리실 입원료-종합병원-1인용	1*1*9, 1*1*31
나405나(1) 미생물배양및동정검사(항산균배양및동정검사)-고체배지 이용	1*2*1 1*3*1
나405나(2) 미생물배양및동정검사(항산균배양및동정검사)-액체배지 이용	1*2*1 1*3*1

■ 진료내역

- 주호소 fever (37.3도)
- 현병력 결핵치료 중 발열 있어 내원
- 검사결과

  도말검사 결과지: 제출안함.

  항산균 배양검사 (검체 / 검사일 / 보고일 / 검사결과):

  SPUTUM / 2017.2.23 / 2017.3.28 / 1+ MTB(Mycobacterium tuberculosis)

  SPUTUM / 2017.3.13 / 2017.4.17 / 1+ MTB

■ 심의결과

○ 도말검사 결과(미제출) 확인은 불가하나 흉부 CT 판독결과 활동성 결핵 및 나405나 미생물배양검사 결과 양성(2/23, 3/13: 1+ MTB)으로 확인되어 가10격리실 입원료 40일은 모두 인정하며, 나405나 미생물배양 및 동정검사(액체배지, 고체배지) 5회 청구는, 2014.6월부터 다제약제내성 결핵 진단을 받고 계속 치료 중인 것으로 확인되어 월1회(액체배지, 고체배지 각각 2회)인정 하기로 함

■ 심의내용

○ 이 건(여/52세)은 광범위약제내성 결핵 상병에 가10나(2)(가) 음압격리실 입원료(1인용)×9일, 가10가(2)(가) 일반 격리실 입원료(1인용)×31일, 나405나(1) 미생물배양및동정검사-고체배지×5회, 나405나(2) 미생물배양및동정검사-액체배지×5회 청구한 경우임.

○ 국내 결핵 진료지침에 따르면, 호흡기 결핵 환자의 격리입원실 격리기간은 다제내성 또는 광범위 약제내성 결핵환자의 경우 도말검사에서 연속 3회 이상 항산균이 검출되지 않을 때 까지 입원 격리를 하여야 하고, 이상적으로는 한 번 이상의 객담 배양검사에서 음성 확인후 격리 해제하는 것을 권고하고 있음. 미생물배양 및 동정검사는 도말검사와 함께 액체배지와 고체배지를 3회 실시하도록 되어있으며 결핵 치료 과정에서 치료효과 판정을 위한 항산균 배양검사는 매달 1회 실시하도록 권고하고 있음.

○ 따라서, 진료기록부 및 검사결과지 참조 도말검사 결과(미제출) 확인은 불가하나 고시 제2016-204호에 의거 결핵균이 증명되기 전에 임상적 또는 방사선학적 소견 상 활동성 호흡기 결핵이 의심되는 경우에 호흡기 결핵의증에서의 격리병실료는 요양급여를 인정하고 있으며, 흉부 CT 판독결과 활동성 결핵 및 나405나 미생물배양검사 결과 양성(2/23, 3/13: 1+ MTB)으로 확인되므로 가10격리실 입원료 40일은 모두 인정하며, 나405나 미생물배양 및 동정검사(액체배지, 고체배지) 5회 청구는, 2014.6월부터 다제약제내성 결핵 진단을 받고 계속 치료 중인 것으로 확인되어 월1회(액체배지, 고체배지 각각 2회)인정 하기로 함

■ **참고**

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

○ 호흡기 결핵 의증에서의 격리병실료 급여여부 (보건복지부 고시 제2016-204호, 2016.11.1. 시행)

○ 음압격리실 입원료 급여기준 (보건복지부 고시 제2015-90호, 2015.6.4. 시행)

○ 격리입원실 질환유형별 격리기간 (심사지침, 2016.12.30. 시행)

○ 대한결핵 및 호흡기 학회. 결핵진료지침. 3판. 질병관리본부. 2017.

[2017.7.11. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

10. 진료내역 및 영상자료 참조, 종양에 시행한 다412-1가 뇌정위적방사선수술 요양급여 인정여부

■ 청구내역 (여/73세)

- 청구 상병명: 뇌의 이차성 악성신생물, 신우를 제외한 신장의 악성 신생물
- 주요 청구내역

다401나 체외조사전산화방사선[모의치료포함]정위적방사선수술계획 (HD019) 1*1*1
다412-1가 뇌정위적방사선수술-감마나이프 (HD113) 1*1*1 (2017.5.30.)

■ 진료내역

Brain MRI: 6㎜ sized peripheral rim enhancing nodule in right parietal lobe(postcentral gyrus). solitary intracranial metastasis. Mild small vessel disease.

■ 심의결과 및 내용

○ 이 건(여/73세)은 신우를 제외한 신장의 악성 신생물 및 뇌의 이차성 악성신생물 등의 상병에 다412-1가 뇌정위적방사선수술-감마나이프를 실시하고 청구한 사례임.

○ 제출한 진료기록 및 영상자료 검토한 결과, 전이성 뇌종양으로 판단되므로 뇌정위적방사선수술(감마나이프, 사이버나이프, 선형가속기 등 이용) 급여기준의 병소의 개수가 10개 이하인 원발부위 불명암 적응증에 해당되어 다412-1가 뇌정위적방사선수술-감마나이프를 인정함.

■ 참고

○「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”
○ 건강보험요양급여비용 행위 급여·비급여 목록 및 상대가치점수 제1편 제2부 제3장 제4절 방사선치료료
○ 뇌정위적방사선수술(감마나이프, 사이버나이프, 선형가속기 등 이용)의 급여기준(보건복지부 고시 제2016-30호, 2016.2.24. 시행)
○ 방사선과학연구회. 방사선과학개론. 제3판. 청구문화사. 2016.
○ 강세식 외. 방사선치료학. 청구문화사. 2009.

[2017.8.30. 지역심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

11. 진료내역 참조, Peginterferon alfa-2a(품명: 페가시스주) 인정여부

■ 청구내역 (남/70세)

- 청구 상병명: 만성 바이러스 C형간염 , 기타 명시된 간질환
- 주요 청구내역

639 페가시스주180마이크로그램프로클릭(페그인터페론알파-2에이)_(0.18mg/0.5mL)　　1*1*1

■ 진료내역

[2016. 8.17] '16.8.10 결과 genotype 2a, RNA 1,422,967 IU/mL, 오늘부터 소발디, 리바비린 1000mg시작
[2016.11.16] 3개월 뒤 f/u, type 2a CHC 치료 종료
[2017. 2. 2] HCV RNA 정량: 17,620,897 copies/ml
[2017. 2. 8] 2016.8.17. 소발디.리바비린 1000mg 시작. => 총12주 치료 (8.17.～11.9.)
chronic hepatitis C type 2a, peginterferon SC for 24주

■ 심의결과 및 심의내용

○ 이 건(남/70세)은 Genotype 2a Type의 만성 바이러스C형간염 상병으로 '16.8.17.~'16.11.9.(약 12주) Sofosbuvir경구제(품명: 소발디정)와 Ribavirin(품명: 리바비린캡슐 200mg) 병합치료 하였고, '17.2.2. HCV RNA 검사결과(17,620,897 copies/ml)참조 치료에 실패하여 '17.2.8 페가시스주 180마이크로그램프로클릭(페그인터페론알파-2에이)×1 투여 후 청구한 사례임.

○ Sofosbuvir경구제(품명: 소발디정)와 Ribavirin(품명: 리바비린캡슐 200mg) 병용투여 후 재발된 경우 페가시스주 180마이크로그램프로클릭(페그인터페론알파-2에이) 단독 치료효과에 대하여는 의학적 근거(data)가 부족하고, 2015 대한간학회 C형간염 진료가이드라인 참조, 만성 C형간염 Genotype 2a Type에서 페가시스주 180마이크로그램프로클릭(페그인터페론알파-2에이) 치료는 기본적으로 리바비린 병합요법이 제시되고 있으므로 '17.2.8부터 단독으로 투여한 페가시스주 180마이크로그램프로클릭(페그인터페론알파-2에이)는 인정하지 아니함.

■ 참고

○ Peginterferon alfa-2a 주사제 (품명: 페가시스주, 페가시스프리필드주)(보건복지부 고시 제2016-66호, 2016.5.1. 시행)
○ 식품의약품안전처장 허가사항 (페가시스주180마이크로그램)
○ 대한내과학회. HARRISON'S 내과학. MIP. 2010.
○ 김정룡 외 저. 김정룡 소화기계 질환. 제4판. 일조각. 2016.
○ 2015 대한간학회 만성C형 간염 진료가이드라인

[2017.6.2. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

12. 자765나 내시경적 상부소화관종양수술과 시술 전 시행한 전신마취료 인정여부 및 나761 상부소화관내시경검사 횟수 인정여부

■ 청구내역(남/70세)

- 청구 상병명: 상세불명의 위의 악성 신생물, 조기 , 출혈이 있는 급성 위궤양
- 주요 청구내역

나761	상부소화관내시경검사	1*1*2
자765나	내시경적 상부소화관종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술	1*1*1
바2가(1)	기관내삽관에의한폐쇄순환식전신마취관리기본[1시간기준][만70세이상]	1*1*1

■ 진료내역

○ 경과기록지

[2017.3.14.]

- C.C: 상기 환자 타 병원에서 R/O EGC IIa & R/O MALT lymphoma 소견보여 staging과 치료 위해 입원 ESD 시행했던 분으로 EMR 및 MRCP 시행위해 입원.
  # polyps on Hypopharynx and soft palate의 EMR 시행 위해 입원
  # CBC dliatation -> MRCP 시행 위해 입원

○ 검사결과

[2017.3.6.] 상부소화관내시경검사(위내시경):1. polyps on Hypopharynx and softpalate, 2. post ESD ulcer scar state

[2017.3.15.]

▸Endoscopic op UGI tumor(Mucosal,submucosal resec): R/O adenoma, R/O papilloma was noted at hypopharynx(#1) and soft palate(#2), removed by snare polypectomy(#1) and hot biopsy(#2)

▸작은양성조직절제(block 6개이하) [hypopharynx]

A. Hypopharynx,snare polypectomy: Epithelial dysplasia,low grade

B. Soft palate, hot biopsy: Epithelial dysplasia, low grade

< GROSS RESULT >

A. the speciman submitted in formalin consists of 1 piece of irregular shaped colored soft tissue, clinically from the hypopharynx, measuring 1.3×1.0cm

B. The specimen submitted in formalin consists of 2pieces of biopsied tissue from the soft palate

[2017.3.16. / 3.17.] 상부소화관내시경검사(위내시경): post EMR scar at hypopharynx, soft palate

■ 심의결과 및 내용

○ 이 건(남/70세)은 상세불명의 위의 악성신생물 상병으로 상부소화관내시경검사결과 하인두와 연구개의 폴립 소견으로 전신마취하에 내시경적 점막절제술 시행 후 자765나 내시경적 상부소화관종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술×1, 전신마취료 및 나761 상부소화관내시경검사 ×2 청구한 사례임.

○ 자765나 내시경적 상부소화관종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술은 상부위장관 식도,위,십이지장부위에서 실시하는 시술이므로 하인두부위 폴립 절제술후 청구한 동 시술료는 자229 인두양성종양절제술로 인정하고, 전신마취료는 출혈과 흡입에 의한 폐렴, 질식, 후두부종에 의한 호흡곤란과 같은 합병증 발생 가능성이 있어 전신마취를 통해 기도확보 유지해야 하므로 인정하기로 함.

또한 하인두부위 폴립절제술 후 추적검사로 시행한 상부소화관내시경 2회는, 진료기록부상 임상적 특이사항이 확인되지 않으므로 경과관찰 감안하여 1회만 인정하기로 함.

■ **참고**

○ 결장경하 폴립절제술 인정기준 (보건복지부 고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행)

○ 소화기 내시경하 시술 등에 사용하는 치료재료 급여기준 (보건복지부 고시 제2017-15호, 2017.2.1. 시행)

○ 내시경적 시술시 사용되는 내시경용 주사침(Sclerosing needle류)급여기준(보건복지부 고시 제2017-15호, 2017.2.1. 시행)

○ 내시경 세척·소독료의 급여기준 (보건복지부 고시 제2016-268, 2017.1.1. 시행)

○ 소화기 내시경(ESD, ERCP 등) 시술 시 감시하 전신마취(MAC) 적응증 등에 대한소화기내시경학회 의견 (대소내 제 2017-88호, '17.2.13.)

[2017.6.2. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

13. 자궁의 평활근종 상병에 투여한 울리프리스탈아세테이트(품명: 이니시아정) 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/41세)

- 청구 상병명: 상세불명의 철결핍빈혈, 자궁경부의 미란 및 외반, 상세불명의 자궁의 평활근종
- 주요 청구내역

  249 이니시아정(울리프리스탈아세테이트) 1*1*28

  322 훼로바-유서방정(건조황산제일철) 1*1*28

○ B사례(여/47세)

- 청구 상병명: 상세불명의 자궁의 평활근종, 상세불명의 철결핍빈혈, 외음 및 질의 칸디다증, 자궁경부의 미란 및 외반
- 주요 청구내역

  249 이니시아정(울리프리스탈아세테이트) 1*1*28

○ C사례(여/58세)

- 청구 상병명: 상세불명의 철결핍빈혈, 급성 질염, 상세불명의 자궁의 평활근종
- 주요 청구내역

  249 이니시아정(울리프리스탈아세테이트) 1*1*28

  322 훼로바-유서방정(건조황산제일철) 1*1*28

■ 심의결과 및 심의내용

○ 식품의약품안전처 허가사항에 의하면, 이니시아정(성분명:울리프리스탈아세테이트)은 '가임기 성인 여성에서 중등도-중증 증상을 가진 자궁근종 환자의 수술전 치료, 가임기 성인 여성에서 중등도-중증 증상을 가진 자궁근종 환자의 간헐적인 치료'에 사용하도록 하고 있음.

이 기관의 경우 자궁근종 상병 하에 이니시아정을 고강도초음파집속술(HIFU) 시행 후 투여하거나 폐경 이후에도 투여하는 경향으로 진료기록 등 참조하여 아래와 같이 심의결정함.

- 아 래 -

- A사례(여/41세): 이 건은 상세불명의 철결핍성빈혈, 상세불명의 자궁의 평활근종 상병으로 내원함. 혈액검사 결과 Hb 9.8g/dl, 초음파검사결과 자궁근종 6.5-7㎝으로 고강도초음파집속술을 시행하였고 수술 7일 후 자궁근종이 5.8㎝으로 감소되었으나 이니시아정을 처방함. 이니시아정 투여와 고강도초음파집속술은 자궁근종의 크기를 줄여 출혈 등 증상을 완화하기 위한 목적으로 시행하는 것이므로 고강도초음파집속술 후 일정기간의 관찰 없이 투여한 이니시아정은 동일 목적의 중복된 치료로 판단되며, 고강도초음파집속술로 근종 조직이 파괴된 상태에서 프로게스테론수용체 억제제인 이니시아정 사용한 것은 적절한 치료로 보기 어려우므로 이니시아정은 인정하지 아니함.

- B사례(여/47세): 이 건은 상세불명의 자궁의 평활근종, 상세불명의 철결핍성빈혈 상병으로 내원함. 혈액검사 결과 Hb 9.8g/dl, 초음파검사결과 자궁경부근종 3㎝으로 고강도초음파집속술 시행하였고 수술 4일 후 이니시아정 투여함. 요양기관에서 제출한 소견서에는 5㎝ 크기의 자궁체부근종이 존재했음을 설명하고 있으나 진료기록 및 초음파사진 상 확인되지 않음. 고강도초음파집속술 후 일정기간의 관찰 없이 투여한 이니시아정은 동일 목적의 중복된 치료로 판단되므로 인정하지 아니함.

- **C사례(여/58세):** 이 건은 상세불명의 철결핍성빈혈, 상세불명의 자궁의 평활근종 상병으로 내원하였고 혈액검사 결과 Hb 9.0g/dl, 초음파검사결과 자궁근종 7㎝으로 고강도초음파집속술 시행 후 출혈, 약간의 복부통증 증상으로 수술 11일 후 이니시아정을 처방한 경우로 허가사항을 초과하여 폐경기에 처방된 이니시아정은 인정하지 아니함.

■ **참고**

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

○ 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장

○ 식품의약품안전처장 허가사항 (이니시아정)

[2017.6.26. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

14. 질병군 분류번호를 결정하는 주된 수술 이외에 추가 산정한 자408 질벽봉합술과 자411 질탈교정술 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/63세)

- 상병명: 상세불명의 자궁질탈출, 상세불명의 방광신경근육기능장애,
- 주요 청구내역

자414나(1) 전자궁적출술(림프절절제를하지않는경우)-단순(R4145)
자408가(1) 질벽봉합술[분만시제외,치료목적]-전질벽성형-방광류동반[제2의수술(종병이상)](R0408004)
자411가(1) 질탈교정술(수술적치료)-복부접근[제2의수술(종병이상)](R4111004)
* 질병군분류번호: N04100[복강경을 이용한 자궁적출술(악성종양제외), 심각한 혹은 중증의 합병증이나 동반상병 미동반]

○ B사례(여/72세)

- 상병명: 상세불명의 자궁질탈출, 상세불명의 방광신경근육기능장애, 상세불명의 방광류
- 주요 청구내역

자414나(1) 전자궁적출술(림프절절제를하지않는경우)-단순(R4145)
자408가(1) 질벽봉합술[분만시제외,치료목적]-전질벽성형-방광류동반[제2의수술(종병이상)](R0408004)
자411가(1) 질탈교정술(수술적치료)-복부접근[제2의수술(종병이상)](R4111004)
* 질병군분류번호: N04100[복강경을 이용한 자궁적출술(악성종양제외), 심각한 혹은 중증의 합병증이나 동반상병 미동반]

■ 심의결과 및 심의내용

○「질병군 분류번호를 결정하는 주된 수술 이외에 수술을 실시한 경우 수기료 추가 산정방법(보건복지부고시 제2015-26호, '15.1.30.시행)」에 따라 질병군 분류번호를 결정하는 주된 수술 이외에 수술을 실시한 경우에는 별도 정해진 항목에 대하여 수기료를 산정할 수 있음.

○ 이 건(2사례)은 자궁질탈출 등 상병으로 전자궁적출술 및 질탈교정술과 질벽봉합술을 시행하고 전자궁적출술을 주된 수술로, 질탈교정술과 질벽봉합술을 추가 수술로 청구한 사례임.
진료내역 검토결과, 전자궁적출, 질탈교정술 및 질벽봉합술은 자궁질탈출, 방광류, 골반장기 탈출 stage III 진단에 시행한 것으로서 별도 질환에 따른 수술로 판단되어 자408가(1) 질벽봉합술, 자411가(1) 질탈교정술은 인정함.

■ 참고

○「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] "요양급여의 적용기준 및 방법"
○ 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료[산정지침]
○ 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제2편 질병군 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수
○ 질병군 분류번호를 결정하는 주된 수술 이외에 수술을 실시한 경우 수기료 추가 산정방법(보건복지부 고시 제2015-26호, 2015.1.30. 시행)

[2017.6.26. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

15. 자200-2 심율동전환제세동기 거치술 인정여부

■ 청구내역 (남/80세)

- 청구 상병명: 심실성 빈맥, 상세불명의 고지질혈증, 기타 및 상세불명의 원발성 고혈압, (울혈성)심부전을 동반한 고혈압성 심장병
- 주요 청구내역: 자200-2가 심율동전환제세동기거치술(경정맥)-삽입술 (00211) 1*1*1
  자588 제세동술및전기적심조율전환[1일당] [응급] (M5880020) 1*1*1
  자588 제세동술및전기적심조율전환[1일당] (M5880) 1*1*1
  나943가(3) 심장-경흉부 심초음파-전문 (EB433) 1*1*1
  나725-1나 임상전기생리학적검사:종합적(히스속전기도검사포함) (E7252) 1*1*1
  EVERA MRI XT ICD DR 전규격 (G8302403) 1*1*1
  SPRINT QUATTRO SECURE MRI LEAD 전규격 (G8401503) 1*1*1
  STEERABLE CURVE EP CATHETER 11~20극 (J4602166) 1*1*1
  FIXED CURVE ELECTROPHYSIOLOGY CATHETER 10극이하 (J4601066) 1*1*1
  CAPSUREFIX NOVUS MRI LEAD 전규격 (G8101403) 1*1*1
  TEMPORARY PACING LEAD 전규격 (G8001005) 1*1*1
  자200가(1) 체외용심박기장치술[심박기사용료포함] (02001) 1*1*1

■ 심의결과 및 심의내용

○ 이 건(남/80세)은 심계항진, 호흡곤란을 주호소로 응급실 통해 입원하여 구조적 심질환으로 발생한 자발성 지속성 심실빈맥으로 진단하고 심율동전환제세동기거치술(ICD) 시행하였으나, 특발성 심실빈백(idiopathic ventricular tachycardia)의 가능성이 있다고 판단되므로 심율동전환제세동기거치술 및 관련치료재료의 인정여부에 대해 논의함.

○ 자발성 지속성 심실빈맥(sustained monomorphic VT)이 확인된 환자에서 심근경색의 과거력, 심초음파검사에서 국소벽 운동 이상 및 심전도의 파형이 고주파 절제술을 시행하기 어려운 점 등을 고려하여, 자200-2가 심율동 전환 제세동기 거치술(경정맥)-삽입술 및 관련 치료재료는 심율동전환제세동기거치술〔경정맥〕 급여기준(보건복지부 고시 제2016-151호)에 의거 구조적 심질환이 있는 환자에서 자발성 지속성 심실빈맥이 발생한 경우로 인정함.
나725-1나 임상전기생리학적검사(EPS)는 구조적 심질환이 있는 환자에서 자발성 지속성 심실빈맥(sustained monomorphic VT)이 이미 심전도상 진단된 상태에서 심율동전환제세동기거치술을 계획하였을 경우 시행 타당성 인정키 곤란하여 인정하지 아니함.

■ 참고

○「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”
○ 심율동전환제세동기거치술〔경정맥〕 급여기준 (보건복지부 고시 제2016-151호, 2016.9.1. 시행)
○ 나725-1 임상전기생리학적검사(EPS)인정기준 (보건복지부 고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행)
○ Libby. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 8th ed. 2007.
○ 2012 ACCF/AHA/HRS Focused Update Incorporated Into the ACCF/AHA/HRS 2008 Guidelines for Device-Based Therapy of Cardiac Rhythm Abnormalities

[2017.9.20. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

16. 진료내역 참조 다246가 기본자기공명영상진단 동시에 실시한 다246나(1)주 특수자기공명영상진단 -확산 인정여부

■ 청구내역

○ A사례 (남/56세)

- 청구 상병명: 전립선의 악성 신생물
- 주요 청구내역

다246가(6)(아)2)기본자기공명영상진단-복부-전립선-조영제주입전·후 촬영판독[영상의학과전문의판독] 1*1*1

다246나(1)주 특수자기공명영상진단-확산-기본검사와동시실시 [영상의학과전문의판독] 1*1*1

○ B사례 (남/74세)

- 청구 상병명: 전립선의 악성 신생물
- 주요 청구내역

다246가(6)(아)2)기본자기공명영상진단-복부-전립선-조영제주입전·후 촬영판독[영상의학과전문의판독] 1*1*1

다246나(1)주 특수자기공명영상진단-확산-기본검사와동시실시 [영상의학과전문의판독] 1*1*1

○ C사례 (여/49세)

- 청구 상병명: 직장의 악성 신생물 ,직장농양 ,골반의 결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물 ,상세불명의 자궁의 평활근종
- 주요 청구내역

다246가(6)(바)2) 기본자기공명영상진단-복부-골반-조영제주입전·후 촬영판독 [영상의학과전문의판독] 1*1*1

다246나(1)주 특수자기공명영상진단-확산-기본검사와동시실시 [영상의학과전문의판독] 1*1*1

■ 진료내역

○ A사례 (남/56세)

[2013.4.2.(초진)]

frequency, hesitancy high PSA, PSA 27.52<-34,

plan: TRUS p-biopsy (2013.4.3)

☞ Needle biopsy(보고일: 2013.4.12): Prostatic adenocarcinoma, acinic cell type, Gleason's score 4+3=7 T3bN1M0 / PSA 0.043<-0.057<-0.077<-0.102<-0.124

[2016.4.26.]

2013.5.1. LRP with LN diseection / Adenocarcinoma, acinar type, Gleason score 7(4+3)

[2016.7.19. MRI 결과]

1.S/P Radical prostatectomy. No evidence of local recurrence at op site, No significant enlarged lymph nodes in scanned area, No evidence of metastasis in scanned bones

2.Diffuse wall thickening in urinary bladder -> R/O Cystitis

3.No ascites

○ B사례 (남/74세)

[2012.03.13(초진)]

high PSA, local PSA 12.6, ○○병원 rectal exam nodule(+)

Assessment: R/O protate ca

plan: TRUS p-biopsy

☞ Needle biopsy 결과 (보고일: '12.3.21): Prostatic adenocarcinoma, acinic cell type. Gleason's score 4+3=7
[2016.4.26.] 2012.4.13. Radical prostatectomy, pT3cN1M0
[2016.7.19 MRI결과]
No evidence of local recurrence at op site, No significant enlarged locoregional LN
No evidence of metastasis in scanned bones, No ascites in pelvic cavity
Diffuse wall thickening in urinary bladder -> R/O Cystitis

○ C사례 (여/49세)
[2017.2.15. (산부인과)]
- C.C: dysuria
- PI: 상기환자 2개월 전부터 대소변 보기 힘들고 1월 전부터 배뇨통 및 하복부통으로 타 병원에서 초음파 확인 후 자궁에 혹 있다 하여 본원 산부인과 내원하여 초음파 시행하여 R/O cervical mass or malignancy로 APCT 촬영함. IMP) R/O ovarian ca, 치료계획) oophorectomy
[2017.2.17.]
- S: APCT상 rectal cancer 의심되어 GS로 전과됨, rectal exam: Mass at AV 6cm, 1-7o'clock
sigmoidscopy: Mass at AV 6cm with 4-5mm sized perfo. at 3o'clock
- A: rectal ca, with perf&abcess, op - colostomy
[2017.2.21.] Rectal ca & abcess => sigmoid colotomy & Rt pelvic mass exision
[2017.3.6.] 2017.2.21 sigmoid colostomy 시행한 후 조직검사 결과 rectum, CCRT 시행위해 IMO로 전과
< 검사결과 >
[17.2.15.] Gyn USG(II) General: IMP) R/O cervical mass or malignancy
[17.2.16.] Abdomen Pelvis CT: Clinical information : R/O Cervix cancer
[17.2.20.] MRI<Female Pelvis(GY):
1.Upper to mid rectal cancer
- Size: 12hr-6hr, cranocaudal extent :4.5cm / - Location: 7cm from AV / - MRI T-staging: T4a
- Anorectal complex involvement: Negative / - CRM: + by (by tumor deposit) / - EMVI: +(score 3)
- N-staging: N2b(lateral pelvic node involvement: positive, both)
2.Slightly decreased size of perirectal abcess (due to cancer perforation) compared with 2017-02-17 CT.

■ 심의결과 및 심의내용
○ A사례 (남/56세), B사례 (남/74세)
이 건은 전립선악성신생물 진단후 needle biopsy 및 근치적전립선절제술 시행하였으며, 복부(전립선) MRI 및 DWI(확산강조영상) 시행후 다246가(6)(아)2) 기본자기공명영상-복부-전립선×1 , 다246나(1)주 특수자기공명영상진단-확산-기본검사와동시실시×1 청구한 경우임.

DWI(확산강조영상)은 전립선악성신생물에서 T2강조영상과 함께 사용하여 병변의 발견과 주변 장기 침범 및 병기결정에 유용하나, A사례는 2013년 전립선암 진단, 근치적절제술 시행 후 약 3년 뒤 추적검사로, B사례는 2012년 전립선암 진단, 근치적절제술 시행 후 약 4년 뒤 추적검사로 시행한 경우로 사례 A·B 모두 이미 근치적 전립선절제술 상태이며, PSA 상승 또한 미미하여 확산강조영상으로 얻을 수 있는 의학적인 추가적 이익이 크지 않으므로 다246나(1)주 특수자기공명영상진단-확산검사 인정하지 아니함.

○ C사례 (여/49세)
이 건은 직장의 악성 신생물 상병하에 기본 복부 MRI 및 DWI(확산강조영상) 시행후 다245라(2) 기본자기공명영상진단-복부-골반×1, 다246나(1)주 특수자기공명영상진단-확산-기본검사와동시실시×1 청구한 경우임.

제출된 진료기록 검토결과 '17.2.15 배뇨통 및 하복부통증을 주호소로 입원하여 복부 초음파 결과 cervical mass or malignancy 확인되어 '17.2.16 Abdomen pelvis CT (R/O cervix cancer) 검사 후 '17.2.20 Pelvis MRI 및 DWI(확산강조영상)를 시행하였으나, MRI T2 영상만으로도 직장암 진단 및 병기 평가에 충분하고 DWI(확산강조영상)로 얻을 수 있는 추가적 이익(민감도, 특이도)이 크지 않으므로 청구된 다246나(1)주 특수자기공명영상진단-확산검사 인정하지 아니함.

■ **참고**

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

○ 대한복부영상의학회. 복부영상의학. 제3판. 일조각. 2005.

○ Seung Hyup kim, et al. Oncologic Imaging Urology. Springer. 2016.

[2017.6.20. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

17. 요골 하단의 상세불명의 골절 상병에 실시한, 자60가3(가)주 사지골절정복술[복잡골절포함]-관혈적[복잡]인정여부

■ 청구내역(여/73세)

- 청구 상병명: 요골 하단의 상세불명의 골절, 폐쇄성, T9 및 T10부위의골절, 폐쇄성, 병적 골절을 동반한 상세불명의 골다공증
- 주요 청구내역

자60가3(가)주 사지골절정복술[복잡골절포함]- 관혈적-복잡-전완골,하퇴골-요 · 척골중하나, 경 · 비골중하나	1*1*1
K-WIRE	1*2*1
VARIAX ANATOMICAL LOCKING DISTAL RADIUS PLATE	1*1*1
VARIAX BONE SCREW 3.5MM 미만	1*1*1
VARIAX LOCKING SCREW 3.5MM 미만	1*8*1

■ 진료내역

○ 경과기록지

- C/C: Lt. Wrist pain
- PI: 내원 전일 slip down 하면서 왼손 바닥에 짚은 후 발생한 주소로 내원함
- CT wrist(Lt)
  1. fracture at distal radius and ulnar styloid process.- intraarticular fracture extension.
  2. diffuse soft tissue swelling around the wrist

○ 수술기록지

- 진단명: Distal radius Fx, Lt
- 수술명(2017.1.26): ORIF c Plate & K-wire
- 관절 내 골절에 관한 소견서:
  단순 방사선 촬영상 원위 요골 관절면을 침범한 골절선이 관찰되는 상태이고, 근위 골간단부까지 연장된 골절 소견이며 컴퓨터 단층 촬영 검사상 동일 소견 관찰됨.

■ 심의결과 및 심의내용

○「자60가 사지골절정복술 복잡기준」에 해당하는 경우는 인공삽입물 주위 골절, 관절내 골절, 혈관 손상이 있거나 의심되는 골절 등 행정해석에서 제시한 기준 중 하나 이상을 만족하는 경우 “복잡기준”으로 산정할 수 있음(행정해석 보험급여과-2502, 2014.8.1. 시행).

○ 이 건(여/73세)은 요골 하단의 상세불명의 골절, 폐쇄성 상병에 자60가3(가)주 사지골절정복술[복잡골절포함]-관혈적[복잡]을 시행한 경우로, 제출된 영상자료 등 관련자료 검토결과 분쇄골편을 동반한 관절내(침범) 전위성골절로 확인되어 자60가3(가)주 사지골절정복술[복잡골절포함] 인정함.

■ 참고

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

○ ‘자60가 사지골절정복술 · 자62 가관절수술’(행정해석 보험급여과-2502, 2014.8.1. 시행)

[2017.7.18. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회]

18. 진료내역 및 영상자료 등 참조 자71가 인공관절치환술(슬관절) 및 재료대 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/54세)

- 청구 상병명: 기타 원발성 무릎관절증, 상세불명의 뇌경색증 등
- 주요 청구내역

자71가(2)주 인공관절치환술-전치환[슬관절]-복잡 (N2077) 1x1
QUICK-VAC VACUUM MIXING BOWL BOWL TYPE 1x1
NEXGEN LPS-FLEX FEMORAL COMPONENT 전규격 1x1
NEXGEN COMPLETE TIBIAL PLATE 전규격 1x1
NEXGEN LPS-FLEX BEARING ARTICULAR SURFACE 전규격 1x1
SIMPLEX ANTIBIOTIC BONE CEMENT 40G + 항생제 1x2
사지 및 관절수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 1x1

○ B사례(여/62세)

- 청구 상병명: 상세불명의 골괴사 아래다리, 상세불명의 무릎관절증 등
- 주요 청구내역

자71가(2) 인공관절치환술-전치환[슬관절] (N2072) 1x1
QUICK-VAC VACUUM MIXING BOWL BOWL TYPE 1x1
NEXGEN LPS-FLEX FEMORAL COMPONENT 전규격 1x1
NEXGEN COMPLETE TIBIAL PLATE 전규격 1x1
NEXGEN LPS-FLEX BEARING ARTICULAR SURFACE 전규격 1x1
SIMPLEX ANTIBIOTIC BONE CEMENT 40G + 항생제 1x2
사지 및 관절수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 1x1

■ 진료내역

○ A사례(남/54세)

- C.C: pain on knee, Lt.
  54세 남환 특이 과거력 없는 자로 내원 7달전(2016년 4월)부터 발생한 상기 주 CC로 내원함.
  ※ 2016.7.20: Arthroscopic meniscectomy, Lt 시행함.
- '16.11.23. 수술 / 진단명: OA , Knee, Lt. / 수술명: TKRA, Lt.

○ B사례(여/62세)

- C.C: pain on knee, Rt. (날카로운 듯 찌르는 통증, 1~2시간마다, 간헐적)
  오래 전부터 발생한 상기 주 c.c(pain on kenn, Rt.)로 본원 내원함.
- 주요 신체검진 <Knee Right>
  external wound(-), swelling/tenderness(+/+) / distal S/M/C intact
- '17.2.3. 수술 / 진단명: Osteonecrosis, knee, Rt. / 수술명: TKRA, Rt.

■ 심의결정 및 심의내용

○ A사례(남/54세)

기타 원발성 무릎관절증 등 상병으로 좌측 슬관절 부위에 자71가(2) 인공관절치환술-전치환[슬관절]-복잡 시행하고 수술료 및 관련재료대, 마취료를 청구한 사례임.

제출한 진료내역 및 영상자료 등을 검토한 결과 환자의 나이가 54세이고 단순방사선 사진상 Kellgren Lawrence grade III로 판단되므로 인공관절치환술(슬관절)의 인정기준(고시 제 2010-56호 '1.가.(1)')에 해당되지 않아 자71가(2) 인공관절치환술-전치환[슬관절]-복잡 및 관련재료대, 마취료는 인정하지 아니함.

○ B사례(여/62세)

상세불명의 골괴사 아래다리, 상세불명의 무릎관절증 등 상병으로 우측 슬관절 부위에 자71가(2) 인공관절치환술-전치환[슬관절] 시행하고 수술료 및 관련재료대, 마취료를 청구한 사례임.

제출한 진료내역 및 영상자료 등을 검토한 결과 환자의 나이가 62세이고 단순방사선 사진상 Kellgren Lawrence grade IV로 판단되며 수술 시 촬영한 photo상에서도 골괴사 및 함몰소견이 확인되어 인공관절치환술(슬관절)의 인정기준(고시 제 2010-56호 '1.가.(1)')에 해당하므로 자71가(2) 인공관절치환술-전치환[슬관절] 및 관련재료대, 마취료는 인정함.

■ 참고

○ 인공관절치환술(슬관절)의 인정기준(보건복지부 고시 제2010-56호, 2010.8.1. 시행)
○ 대한정형외과학회. 정형외과학. 최신의학사. 2004.

[2017.7.19. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

19. 골수염 수술 후 골손실 부위에 삽입한 Bone cement 인정여부

■ 청구내역 (남/69세)

- 청구 상병명: 기타 골수염, 아래다리, 기타 부위의 칸디다증
- 주요 청구내역

자29가 골수염또는골농양수술[골천공술,골개창술,배형성형술,골부분절제술포함]-골반골,대퇴골,하퇴골 1*1*1

SMARTSET GHV BONE CEMENT 40G + 항생제(E5002108) 1*6*1

■ 진료내역

[주호소] Pain on Lt. knee, Swelling, redness, heating (+/+/+), "잘 걷지 못한다."

[현병력] 2016년 6월 pyogenic knee 진단하 ○○○○병원 knee I&D 시행 후 2016년 7월경부터 Swelling 및 보행시 통증 악화되어 monthly knee aspiration 시행후 증상 호전 없어 적극적 치료위해 입원함.

[Lt. knee MRI] Joint distention with intermediate signal, left knee --> R/O infection

Bone marrow signal changes in femoral and tibial condyles, left --> R/O osteomyelitis

[진단명] Pyogenic arthritis knee Lt.

[수술명] Deb. and prostalac insertion knee Lt.

■ 심의결과 및 심의내용

○ 이 건(남/69세)은 기타 골수염, 아래다리 상병에 Debridement and prostalac insertion knee Lt. 시행 후 자29가 골수염 또는 골농양수술[골천공술,골개창술,배형성형술,골부분절제술포함]-골반골,대퇴골,하퇴골 1×1×1, SMARTSET GHV BONE CEMENT 40G + 항생제 1×6×1 청구한 사례임.

진료내역 등 참조결과, 심한 화농성 관절염 소견으로 광범위한 변연절제 후 관절운동을 가능하게 하기위해 항생제와 BONE CEMENT를 섞어 관절면에 맞게 성형하여 삽입한 경우로서(일종의 PROSTALAC) 이 건에 사용된 BONE CEMENT는 관절간격을 유지시켜 추후 인공관절치환술을 하기 위한 치료적 목적으로 사용하였으므로 인정함.

■ 참고

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

○ 대한슬관절학회. 슬관절학. ㈜비엠엠코리아. 2013.

[2017.9.8. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

20. 소아의 경골 몸통의 기타 골절 상병에 시행한 자60-1나 체외금속고정술 인정여부

■ 청구내역 (남/8세)

- 청구 상병명: 경골 몸통의 기타 골절, 폐쇄성
- 주요 청구내역

[2017.6.15]
자60-1나 체외금속고정술(상완골,하퇴골) 1*1*1
OCTOPUS EXTERNAL FIXATOR FOR FEMUR,TIBIA,HUMERUS, FOREARM FEMUR, TIBIA, HUMERUS, FOREARM(C1002029)1*1*1
HALF PIN SCREW 전규격(C1606029) 1*4*1
[2017.6.29]
자60-1나 체외금속고정술(상완골,하퇴골) 1*0.5*1
[2017.7.4]
자60-1나 체외금속고정술(상완골,하퇴골) 1*0.5*1

■ 진료내역

[주호소] Lt. leg pain
[현병력] 금일 태권도장에서 운동하다가 넘어지면서 왼다리 통증으로 본원 응급실 통해 입원함.
[하지 CT] comminuted left distal tibia fx. faint linear distal fibual fx is suspected.
[진단명] tibia fx. Lt.
[수술명] ① 2017.6.15 Closed reduction, Application of External fixator
② 2017.6.29 External fixator was adjusted
③ 2017.7.4 Device removal, Application of SLC

■ 심의결과 및 심의내용

○ 이 건(남/8세)은 경골 몸통의 기타 골절, 폐쇄성 상병에 ①2017.6.15. Closed reduction, Application of External fixation 시행 후 자60-1나 체외금속고정술(상완골,하퇴골) 1×1×1과 관련재료대 청구 ② 2017.6.29. External fixator adjusted 후 자60-1나 체외금속고정술(상완골,하퇴골) 1×0.5×1 청구 ③ 2017.7.4. External fixator remove 후 자60-1나 체외금속고정술(상완골,하퇴골) 1×0.5×1 청구한 사례임.

○ 영상자료 등 참조결과, 경골 원위부 분쇄골절과 비골의 선상 골절은 있으나 불안정성이 심하지 않아 도수정복 후 석고 고정만으로도 치료가 가능하다고 판단되어, 자60-1나 체외금속고정술 100% 및 외고정장치와 제거 수기료로 청구된 자60-1나 체외금속고정술 50% 2회와 관련 재료대는 인정하지 아니함.

■ 참고

○「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”
○ 체외금속 고정술의 인정기준(보건복지부 고시 제2016-204호, 2016.11.1. 시행)
○ 대한정형외과학회. 정형외과학 2권. 제6판. 최신의학사. 2006.

[2017.9.8. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

21. 진료내역 및 영상자료 참조, 자46 척추고정술 인정여부

■ 청구내역(여/41세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애, 요통, 요천부, 상세불명의 고지질혈증, 척수병증을 동반한 경추간판장애
- 주요 청구내역

  자46가(1)(다) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-경추-기타의경우(N2463) 1*1*1

  다245바(1) 일반전산화단층영상진단-척추-조영제를사용하지않는경우[영상의학과전문의판독] (HA456006) 1*1*1

■ 진료내역

○ 진료기록부

- 목, 우측 팔 좌측하지 저림
- motor(U/E)

  shoulder abduction/ adduction V/V

  elbow flexion/ extension IV/IV, V/V

  hand grasping IV+/V
- DTR: BJ +++/++, TJ +++/++
- Pathologic sign: Spurling`s sign(+)
- Hoffmann sign(++/+)

○ 수술기록지 (2016.5.27.)

- OP name: ADR(Artifical Disk Replacement)[경추5-6 사이, Rt]

■ 심의결과 및 심의내용

○ 보건복지부 고시 제2016-69호(2016.5.15. 시행)「인공디스크를 이용한 추간판전치환술의 급여기준」에 의하면 “인공디스크를 이용한 추간판전치환술은 자46가 척추전방고정술의 소정점수를 준용 산정하며, 급여기준은 경추 추간판전치환술의 경우 18세 이상의 환자에서 제3-4경추간부터 제6-7경추간 사이의 한 분절 또는 인접한 두 분절에 국한된 병변으로 6주 이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고, 추간판탈출에 의한 척수증(myelopathy) 또는 신경근증(radiculopathy)이 확인되는 경우(병변이 분명하게 확인되는 경우에 한하여 최대 2분절까지 시행 가능)에 인정”되며, 금기증으로 “추간판의 퇴행성 변화가 다분절(세분절 이상)에서 나타나는 경우” 등을 명시하고 있음.

○ 이 건(여/41세)은 경추에 인공디스크치환술(Artificial Disk Replacement, ADR)을 시행하고 척추고정술로 준용하여 청구한 건으로, 수술의 인정여부에 대해 논의함.

○ 제출된 진료기록부(초진기록지, 수술기록지) 및 소견서 확인 결과 추간판탈출에 의한 척수증은 확인되나, 추간판의 퇴행성 변화가 다분절(세분절 이상)에 보여 인공디스크를 이용한 추간판전치환술의 금기증에 해당되는 바, 동 건에 산정된 자46가(1)(다) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-경추-기타의경우(N2463)는 인정하지 않기로 함.

■ 참고

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

○ 인공디스크를 이용한 추간판전치환술의 급여기준(보건복지부 고시 제2016-69호, 2016.5.15. 시행)

○ 석세일. 척추외과학. 제3판. 최신의학사. 2011.

○ 대학척추신경외과학회. 척추학. 2nd Edition. 군자출판사. 2013.

[2017.6.22. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

22. 진료내역 참조, 자46가(1)(다) 경추전방고정술 인정여부

■ 청구내역 (남/43세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애, 척추협착, 경추부
- 주요 청구내역

자46가(1)(다) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-경추-기타의경우	1*1*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류[N0051006]	1*1*1

■ 진료내역

- C.C: "뒷목이 아프다, "우측팔에 힘이 없고 아프다" (onset: 4개월 전)
- PHx: 4개월 전 넘어지면서 삐끗한 후 수술 권유받아 치료위해 내원
- MRI: C5-6 1) retrolisthesis (grade 1), 2) disc bulge, mild volume
  3) severe neural foraminal stenosis, Rt.
- 진단명: C5-6: HNP, DDD, Lt. foraminal stenosis
- 수술명: C-TDR, C5-6 (2015.12.2.)
  1) Microscopic Anterior Cervical Discectomy C5-6
  2) Total Disc Replacement C5-6 with Prodisc - C Vivo

■ 심의결과 및 심의내용

○ 이 건(남/43세)은 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애 상병에 C5-6, C-ADR※ 시행하고 자46가(1)(다) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-경추-기타의경우 ×1 청구한 경우임.

※ 경추전방고정술(Artificail Disk Replacement, ADR)

○ 제출된 영상자료 참조, C5-6의 골극형성 및 추간판의 퇴행성 변화가 세분절 이상에서 확인되고, 굴신 방사선 사진상 해당 분절의 분절운동이 3도 이상으로 관찰되지 않아, 경추 추간판전치환술의 금기증(보건복지부 고시 제2015-139호)에 해당되므로 수술료 및 재료대는 인정하지 아니함.

■ 참고

○「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] "요양급여의 적용기준 및 방법"
○ 인공디스크를 이용한 추간판전치환술의 급여기준 (보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1 시행)
○ 대한척추신경외과학회. 척추학. 군자출판사. 2008.

[2017.7.19. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

23. 적절한 보존적 치료 없이 시행한 자46 척추고정술 인정여부

■ 청구내역 (남/61세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애, 척수병증을 동반한 기타 척추증, 경추부
- 주요 청구내역

자46가(1)(다)	척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-경추-기타의경우	1*1*1
자49가(1)	관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-경추[제2의수술]	1*1*1
ANYPLUS CERVICAL PEEK CAGE 전규격[F0105268]		1*1*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류[N0051006]		1*1*1

■ 진료내역

- C.C: “목이 너무 아파요, “다리에 힘이 빠져서 자꾸 넘어져요”
- PHx: 2014년 4월 본원에서 ACDF 시행한 분으로 수술 후 잘 지내오다가 2015년 7월 TA(후방추돌)난 후 목 통증 심해져 한의원 침치료, 본원 물리치료 받으며 지냈으나 호전보이지 않고 점점 증상 악화되면서 사지 위약감까지 동반되어 본원 외래 경유 수술적 치료 위해 입원.
- P.E: U/Ex motor

  Elbow Flextion (V/V), Elbow Extention (V/V)
  Wrist Flexion (V/V), Wrist Extention (V/V)
  Grasping power(V/V), Shoulder elevation (V/V)
  L/Ex motor: Gr IV , DTR : hyperactive, Lhermitte's sign (+)
  Spuriling's sign: equivocal, Hoffman's sign(+/-) Ankle Clonus: equivocal
- MRI: C3-4 aggravated disc herniation, Rt. Lt. central zones
- 진단명: C3-4 HCD with myelopathy
- 수술명: C3-4 ACDF (Anterior Cervical Discectomy & Fusion)

■ 심의결과 및 심의내용

○ 이 건(남/61세)은 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애, 척수병증을 동반한 기타 척추증, 경추부 상병에 C3-4 Anterior Cervical Discectomy Fusion 시행하고, 자46가(1)(다) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-경추-기타의 경우×1, 자49가(1) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-경추[제2의수술]×1 청구한 경우임.

○ 제출된 진료기록 및 영상자료 참조, 척수압박으로 인한 척수병증이 확인되므로 조기수술의 필요성이 있다고 판단되어 수술료와 관련 재료대 인정하기로 함.

■ 참고

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

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

○ 척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준 (보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1 시행)

○ 관혈적 추간판제거술 시행시기에 대하여 (공개심의사례, 2011.1.31.)

○ 대한척추신경외과학회. 척추학. 군자출판사. 2008.

[2017.7.19. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

24. 퇴행성 추간판 질환에 시행한 자46 척추고정술 인정여부

■ **청구내역 (여/46세)**

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애, 기타 명시된 추간판변성
- 주요 청구내역

자49가(3)	관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추	1*1.5*1
자46나(3)주2	척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추-Cage를이용한추체간유합술	1*0.5*1
	척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류[N0051006]	1*1*1

■ **진료내역**

- C.C: both buttock pain, 1년전부터 발생함. 2달전 훨씬 악화됨
- PHx: 1년전 고주파열치료술(IDET) 시행함.
- 검사: 추간판조영술 (-)
- 진단명: L4-5 DDD, L5-S1 DDD
- 수술명: PLIF L4-5-S1 (Posterior Lumbar Interbody Fusion) (2016.6.16.)

■ **심의결과 및 심의내용**

○ 이 건(여/46세)은 퇴행성 추간판 질환(Degenerative Disc Disease, DDD)에 L4-5-S1 Posterior Lumbar Interbody Fusion 시행하고 자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추×1.5, 자46나(3)주2 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추-Cage를 이용한 추체간유합술×0.5 청구한 경우임.

○ 제출된 진료기록 및 영상자료 참조, 수술 전 3개월 이상의 적절한 보존적치료 선행되지 않고, 추간판조영술에서 병변이 확인되지 않아(미시행), 퇴행성 추간판질환에서의 척추유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호)에 의거 수술료 및 재료대 인정하지 아니함.

■ 참고

○「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표1] “요양급여의 적용기준 및 방법”
○ 척추경나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
○ 척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
○ 관혈적 추간판제거술 시행시기에 대하여(공개심의사례, 2011.1.31.)
○ 대한척추신경외과학회. 척추학. 군자출판사. 2008.

[2017.7.19. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

25. 진료내역 및 영상자료 등 참조 자46 척추고정술 및 재료대 인정여부

■ 청구내역 (여/71세)

- 청구 상병명: 상세불명의 척추측만증-요추부, 척추협착-요추부
- 주요 청구내역

[4.11]

자44나(1) 척추변형에척추관절후방고정[기구사용고정포함]-7구간(척추분절)미만(N0446) 1*1*1

자49-1다 척추후궁절제술-요추 (N1499) 1*2*1

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

ILIAD SPINAL SYSTEM - ROD 전규격 (F0016053) 1*2*1

ILIAD SPINAL SYSTEM - SCREW SET 전규격 (F0018073) 1*10*1

SHIVAS PLIF CAGE 전규격 (F0101191) 1*4*1

[4.27]

자46가(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-요추 (N0466) 1*1*1

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

■ 진료내역

[2017.4.10]

- CC: 1.pain, radiating Rt buttock, lat thigh > Lt - 6ma - 통증:유(NRS 6)
  2. pain, low back
- PI: 수술이 무서워 약먹고, PT, Block했으나 호전없어 내원

[2017.4.11] 수술시간 마취종료 삭제요

- Name of operation: post decom & PLF(L1-2-3-4-5) c PLIF(L3-4-5)
  post decom & PLF c Xia instrumentation, PLIF c Cage
- Pre-OP Diagnosis: scoliosis lumbar region
- Post-OP Diagnosis: scoliosis, Degenerative Lumbar Scoliosis, Rt foraminal stenosis L3-4-5

[2017.4.27] 수술시간 마취종료 삭제요

- Name of operation: OLIF L1-2-3
- Pre-OP Diagnosis: Scoliosis lumbar region
- Post-OP Diagnosis: Scoliosis, Degenerative Lumbar Scoliosis

■ 심의 결과 및 심의내용

○ 이 건(여/71세)은 상세불명의 척추측만증-요추부, 척추협착-요추부 상병으로 2017. 4. 11. post decom & PLF(L1-2-3-4-5) c PLIF(L3-4-5), post decom & PLF c Xia instrumentation, PLIF c Cage 시행 후 자44나(1) 척추변형에척추관절후방고정[기구사용고정포함]-7구간(척추분절)미만×100% 및 자49-1다 척추후궁절제술-요추×200%, 재료대(Burr, Saw 등 절삭기류×1, Rod×2, Screw Set×10, Cage×4) 청구, 2017.4. 27. OLIF L1-2-3 시행하고, 자46가(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-요추×100% 및 재료대(Cage×2) 청구한 사례임.

○ 제출한 진료내역 및 영상자료 검토한 결과, 제 1-5요추간의 장분절 유합이 필요한 퇴행성 측만증의 인정기준(고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)인 방사선 사진 상 25도 이상의 측만 및 20도 이하의 요추부 전만이 확인되지 않아 4월 11일 시행한 자44나(1) 척추변형에척추관절후방고정[기구사용고정포함]-7구간(척추분절)미만(N0446) 1*1*1은 인정하지 아니하나, 제 3-4-5 요추간에 중등도 이상의 신경공 협착 소견보여 후방감압

및 유합술의 필요성이 확인되므로 자46나(3)주2 척추고정술-후방고정-요추-Cage를 이용한 추체간 유합술 100%, 자49-1다 척추후궁절제술-요추 120%, 재료대(Burr, Saw등 절삭기류×1, Rod 전규격×2, Screw Set 전규격×6, Cage 전규격×4), 마취료는 인정키로 함. 다만, 4월 27일 시행한 제 1-2-3요추간 시행된 전방 유합술은 유합의 필요성 확인되지 않아 수술료 및 재료대, 마취료는 인정하지 아니함.

■ **참고**

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

○ 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장

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

○ 대한척추신경외과학회. 척추학. 군자출판사. 2008.

[2017.9.13. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

26. 척추골절 상병에 시행한 자47 경피적척추성형술 인정여부

■ 청구내역 (여/86세)

○ 청구 상병명: L2 부위의 골절, 폐쇄성, 기타 골다공증, 기타 부분

○ 주요 청구내역

자47가 경피적척추성형술[방사선료포함]-제1부위(N0471)	1*1*1
EXOLENT SPINE 20G(E5100040)	1*1*1
MANAN ONCOLOGY NEEDLE 전규격(F1402040)	1*1*1

■ 진료내역

○ 경과기록

['16.7.26.]

- CC: severe lower back pain
- PI: 보름 전 미끄러져 넘어진 후 동네의원 치료해도 통증이 매우 심함
- MRI: acute L2 comp. fx

['16.7.27.]

- 골밀도검사(DXA): - 4.3

○ 수술기록

- 수술일: '16.7.27.
- 수술 전·후 진단: acute L2 compression fx
- 수술명: Vertebroplasty L2

■ 심의결과 및 심의내용

○ 이 건(여/86세)은 L2부위의 골절, 폐쇄성 상병으로 자47가 경피적척추성형술[방사선료포함]-제1부위, EXOLENT SPINE 20G 1*1*1, MANAN ONCOLOGY NEEDLE 1*1*1 청구한 사례임.

○ 제출된 진료기록 및 영상자료 검토결과, 초기 MRI에서 골좌상으로 피질골 파단 확인되지 않았으나, 추적 평면 방사선사진 상 전방 추체높이 감소되는 등 급성 압박골절 소견 확인되고 통증이 지속되어 자47가 경피적척추성형술 및 관련 치료재료대는 인정함.

■ 참고

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

○ 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장.

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

[2017.9.14. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

27. 척추협착 등 상병에 시행한 자49가(3) 관혈적 추간판제거술 및 자46 척추고정술 인정여부

■ 청구내역 (여/70세)

○ 청구 상병명: 척추협착, 요추부, 만성 바이러스C형간염, 폐경 후 골다공증, 기타부분

○ 주요 청구내역

자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추	1*1.5*1
자46나(3)주2 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추-Cage를이용한추체간유합술[제2의수술]	1*1*1
4CIS SPINAL ROD 전규격 (F0016142)	1*2*1
4CIS SOLAR SYSTEM 전규격 (F0018142)	1*6*1
SHIVAS PLIF CAGE 전규격 (F0101191)	1*4*1

■ 진료내역

○ 경과기록

['15.12.22.]

- CC: LBP & Rt. L/E weakness, radiating pain, 평소 허리가 안 좋았다. 텃밭일, 좌식생활 갑자기 다리까지 통증이 심해졌다. 다리 힘도 좀 떨어진다.
- NEx: SLR:30/F / motor: Rt.ADF & KE gr.4
- MRI: L4-5 foraminal ruptured disc & SS Rt. / L5-S1 foraminal SS, Rt.
  P: L4 root block, Rt.

['16.10.27.]

- MRI: L4-5 foraminal ruptured disc & sup.migration, Rt. / L5-S1 foraminal SS, Rt.(→ aggravated state)
- P: caudal block

['16.11.1.] block 후에도 통증이 여전하다. 다리 힘도 아직 안 돌아온다.

- P: OP

○ 수술기록

- 수술일: 2016.11.3. / 진단명: 척추협착, 요추 4-5, 5-천추간 / 수술명: L4-5, 5-S1 PILF

■ 심의결과 및 심의내용

○ 이 건(여/70세)은 척추협착 등 상병으로 제4~5요추간, 제5요추-제1천추간 척추수술을 시행 후 자49가(3) 관혈적추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추 1*1.5*1, 자46나(3)주2 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추-Cage를이용한추체간유합술[제2의수술] 1*1*1 청구된 사례임.

○ 제출된 진료기록 및 영상자료 검토결과, 제 4-5요추간은 중등도 이상의 신경공 협착이 확인되어 광범위한 감압 및 고정이 필요하나 제 5요추-제 1천추간은 감압의 필요성 확인되지 않음.
따라서, 제 4-5요추간에 시행한 관혈적 추간판제거술 및 척추고정술과 관련 치료재료대는 인정하고, 제 5요추-제1천추간 시행된 관혈적 추간판제거술 50%와 척추고정술 관련 치료재료대(Solar system 전규격×2, Cage 전규격×2)는 인정하지 아니함.

■ 참고

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

○ 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장

[2017.9.14. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]